

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KAMU YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
KAMU YÖNETİMİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

LİMANLARDA KARANTİNA UYGULAMALARININ KENT GÜVENLİĞİ
AÇISINDAN ANALİZİ: İZMİR ÖRNEĞİ

Ece GÜNDÜZ

DANIŞMAN
Doç. Dr. İbrahim Güray YONTAR

İZMİR – 2020

TEZ ONAY SAYFASI



YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Limanlarda Karantina Uygulamalarının Kent Güvenliği Açısından Analizi: İzmir Örneği” adlı çalışmanın, tarafımdan, akademik kurallara ve etik değerlere uygun olarak yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih

.../.../2020

Ece GÜNDÜZ

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

Limanlarda Karantina Uygulamalarının Kent Güvenliği Açısından Analizi:

İzmir Örneği

Ece GÜNDÜZ

Dokuz Eylül Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Kamu Yönetimi Anabilim Dalı

Kamu Yönetimi Yüksek Lisans Programı

Güvenlik; insanoğlunun en temel ihtiyaçlarından biridir. Bilim ve teknoloji alanındaki ilerlemeler, küreselleşmenin de etkisiyle uluslararası etkileşimin artması, uluslararası ticaretin ve seyahatin kolaylaşması gibi gelişmeler; salgın hastalıkların uluslararası ölçekte yayılması, güvensiz gıda, suç, şiddet ve hatta terör gibi birçok güvenlik sorununu da beraberinde getirmiştir. Liman kentleri için bu güvenlik sorunlarından biri de kentin en önemli parçası olan limanlardan kente sızarak insan, hayvan ve bitki sağlığını olumsuz etkileyebilecek ya da çevresel sorunlara yol açabilecek tehlikelerdir. Bu tehlikelerin, yetkili kurumlarca işbirliği ve koordinasyon içerisinde gerekli önlemler alınarak kente taşınmadan engellenmesi, büyük önem taşımaktadır. Bu amaçla uluslararası ölçekte de çalışmalar yapılmaktadır. Ülkemizde limanlardaki halk sağlığı önlemleri 2005 yılında kabul edilen ve 2007 yılında yürürlüğe giren Uluslararası Sağlık Tüzüğü ve ulusal mevzuat çerçevesinde Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü bünyesinde bulunan Sahil Sağlık Denetleme Merkezleri tarafından uygulanmaktadır. Bu kapsamda limanlarda alınan önlemlerden biri de karantina uygulamalarıdır. Çalışmada limanlardaki karantina uygulamalarının kent güvenliği üzerindeki etkisi İzmir örneği üzerinden değerlendirilmiştir. Öncelikle bürokratik yapı, mevzuat ve uygulamalar üzerinden bir inceleme yapılmıştır. Daha sonra yarı yapılandırılmış görüşme tekniği ile elde edilen veriler analiz edilmiştir. Tüm bunlardan hareketle limanlardaki halk sağlığı uygulamalarının kent

güvenliğinin sağlanmasında olumlu yönde katkı sağladığı sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada elde edilen veriler doğrultusunda bu uygulamaların sağlıklı bir şekilde işlememesinin kentte birtakım sorunlara neden olacağını söylemek yanlış olmayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Karantina, halk sağlığı önlemleri, Uluslararası Sağlık Tüzüğü, liman, liman kenti, kent güvenliği.



ABSTRACT

Master's Thesis

The Analysis of Quarantine Implementations in Ports in terms of Urban Safety:

Izmir Case

Ece GÜNDÜZ

Dokuz Eylül University

Graduate School of Social Sciences

Department of Public Administration

Public Administration Program

Safety is one of the most primary needs of humanity. Advancement of science and technology, globalisation and facilitation of trades have caused an increase in the international passenger traffic, which have brought about many safety issues along the way; such as compromised food safety, swiftly spreading pandemics, increasing crime rates and even terror attacks. One of these security problems for port cities is the dangers that can infiltrate the city from the ports, which are the most important part of the city: this can adversely affect human, animal and plant health or lead to environmental problems. It is of great importance to prevent these dangers from being moved to the city by taking the necessary precautions in cooperation and coordination by the competent institutions. Studies are also being carried out internationally for this purpose. In our country, Public health measures in the ports are implemented by Coastal Health Inspection Centers under the Directorate General of Health Services for Borders and Coasts of Turkey within the scope of International Health Regulations adopted in 2005, enacted in 2007. Within this scope, one of the measures taken in ports is quarantine practices. In the study, the effect of quarantine practices in ports on urban safety is evaluated through the Izmir example. Study has been conducted primarily through the analysis bureaucratic structure, legislation and practices. Then the data obtained by the semi-structured interview technique has been analyzed. In the light of these data, it was concluded that public health practices in the ports contribute positively to

ensuring urban safety. Based on the data obtained from the study, it would not be wrong to say that the failure of these practices would cause some problems in the city.

Keywords: Quarantine, public health measures, International Health Regulations, port, port city, urban safety.



LİMANLARDA KARANTİNA UYGULAMALARININ KENT GÜVENLİĞİ AÇISINDAN ANALİZİ: İZMİR ÖRNEĞİ

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI	ii
YEMİN METNİ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR	xi
TABLOLAR LİSTESİ	xii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiii
EKLER LİSTESİ	xiv
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. KENT KAVRAMI	3
1.2. KENT GÜVENLİĞİ KAVRAMI	5
1.2.1. Kent Güvenliğine İlişkin Temel Metinler	7
1.2.1.1. Avrupa Kentsel Şartı I-II (1992-2008)	8
1.2.1.2. Sürdürülebilir Avrupa Kentleri İçin Leipzig Şartı	10
1.2.1.3. BM İnsan Yerleşimleri Konferansları (HABİTAT I-II-III)	11
1.3. LİMAN KENTİ KAVRAMI VE LİMAN KENTLERİNDE GÜVENLİK	16
1.4. KARANTİNA KAVRAMI	18
1.4.1. Karantina Kavramının Tanımı	18
1.4.2. Geçmişten Günümüze Karantina Uygulamaları	20
1.4.3. Osmanlı İmparatorluğu'ndan Günümüze Türkiye'de Karantina Uygulamaları	25

İKİNCİ BÖLÜM

ULUSLARARASI SAĞLIK TÜZÜĞÜ ÇERÇEVESİNDE HALK SAĞLIĞI ÖNLEMLERİ VE DÜNYADA KARANTİNA UYGULAMALARI

2.1. ULUSLARARASI SAĞLIK TÜZÜĞÜ (2005)	34
2.1.1. DSÖ ve Uluslararası Sağlık Tüzüğü'nün Tarihsel Gelişimi	34
2.1.2. Uluslararası Sağlık Tüzüğü'nün Amacı ve Kapsamı	39
2.1.3. Uluslararası Sağlık Tüzüğü Çerçevesinde Halk Sağlığı Önlemleri	40
2.1.3.1. Uluslararası Sağlık Tüzüğü'nde Halk Sağlığı Önlemlerine İlişkin Genel Hükümler	41
2.1.3.2. Taşıtlar ve Taşıt Operatörleri İçin Halk Sağlığı Önlemlerine İlişkin Özel Hükümler	42
2.1.3.3. Yolcular İçin Uygulanacak Halk Sağlığı Önlemlerine İlişkin Özel Hükümler	45
2.1.3.4. Eşyalar, Konteynırlar ve Konteynır Yükleme Yerleri İçin Özel Hükümler	46
2.1.4. Limanlarda Halk Sağlığı Risklerinin Önlenmesi ve Kontrolüne İlişkin Bazı Uygulamalar	46
2.2. DÜNYA LİMANLARINDA UST VE KARANTİNA UYGULAMALARI	49
2.2.1. Hollanda	50
2.2.2. Belçika	52
2.2.3. Amerika Birleşik Devletleri	54
2.2.4. Çin Halk Cumhuriyeti	56
2.3. DSÖ VE DÜNYADA COVID-19 (KORONAVİRÜS) SALGINI İLE MÜCADELE	59

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

İZMİR LİMANI'NDA KARANTİNA UYGULAMALARI VE KENT GÜVENLİĞİ AÇISINDAN ANALİZİ

3.1. ARAŞTIRMAYA İLİŞKİN TARİHSEL ARKA PLAN	66
3.1.1. Tarihi Bir Liman Kenti İzmir ve Alsancak Limanı	66

3.1.2. İzmir Karantina Teşkilatı'nın Kuruluşu ve İzmir'de Karantina Uygulamaları	76
3.2. ARAŞTIRMANIN KONUSU, AMACI VE ÖNEMİ	81
3.3. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI VE SINIRLARI	82
3.4. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	85
3.5. BÜROKRATİK YAPI, MEVZUAT VE UYGULAMA	85
3.5.1. Bürokratik Yapı	85
3.5.2. Mevzuat Analizi	89
3.5.3. Uluslararası Giriş Noktalarında Halk Sağlığı Acil Durum Ulusal Eylem Planı ve İzmir Alsancak Limanı Uygulama Tatbikatı	97
3.6. GÖRÜŞME VERİLERİNİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ	102
3.6.1. Görüşmecilere İlişkin Bilgiler	102
3.6.2. İzmir SSDM'ye İlişkin Bilgiler	102
3.6.3. İzmir SSDM'nin İzmir Limanı'ndaki Uygulamaları	103
3.6.4. İzmir Limanı Halk Sağlığı Acil Durum Eylem Planı ve Kurumlar Arası İşbirliği ve Koordinasyon	107
3.6.5. İzmir Limanı'ndaki Karantina Uygulamalarının Kent Güvenliğine Etkisinin Değerlendirilmesi	108
SONUÇ	110
KAYNAKÇA	113
EKLER	

KISALTMALAR

AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BM	Birleşmiş Milletler
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri)
DGMQ	Division of Global Migration and Quarantine (Küresel Göç ve Karantina Departmanı)
Dr.	Doktor
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ECAC	Avrupa Sivil Havacılık Konferansı
GSM	Gemiadamları Sağlık Merkezi
ICAO	Uluslararası Sivil Havacılık Örgütü
İMEAK DTO	İstanbul ve Marmara, Ege, Akdeniz, Karadeniz Bölgeleri Deniz Ticaret Odası
MC	Milletler Cemiyeti
MERS-CoV	Orta Doğu Solunum Sendromu Koronavirüsü
SARS	Ağır Akut Solunum Sendromu
SDM	Sağlık Denetleme Merkezi
SSM	Seyahat Sağlığı Merkezi
SSDM	Sahil Sağlık Denetleme Merkezi
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
TCDD	Türkiye Cumhuriyeti Devlet Demiryolları
THSSGM	Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü
UNCHS	Birleşmiş Milletler İnsan Yerleşimleri Merkezi
UN-HABITAT	Birleşmiş Milletler İnsan Yerleşimleri Programı
UST	Uluslararası Sağlık Tüzüğü

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: Bulaşıcı Hastalıklarla İlgili Yapılan Bazı Anlaşmalar (1892-1951)	s.24
Tablo 2: Osmanlı'da İstanbul'a Gelen Gemiler İçin Karantina Süreleri	s.32
Tablo 3: Uluslararası Sağlık Konferansları (1851-1938)	s.35
Tablo 4: 20 Ocak 2020 Tarihi İtibariyle Doğrulanmış 2019-nCoV Vakalarının Bildirildiği Ülkeler, Yönetim Bölgeleri veya Bölgeler	s.60
Tablo 5: 31 Ocak 2020 Tarihi İtibariyle Doğrulanmış 2019-nCoV Vakalarının Bildirildiği Ülkeler, Yönetim Bölgeleri veya Bölgeler	s.61
Tablo 6: 31.05.2020 Tarihi İtibariyle COVID 19 Vaka ve Ölüm Sayılarının DSÖ Bölgelerine Göre Dağılımı	s.66
Tablo 7: Yıllara Göre İhracat ve İthalat (USD)	s.75
Tablo 8: Limanlarda Halk Sağlığının Korunmasına İlişkin Temel Mevzuat	s.90
Tablo 9: Uluslararası Giriş Noktalarında Halk Sağlığı Riskleri Türleri	s.99

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Maslow'un İhtiyaçlar Piramidi	s.6
Şekil 2: Rotterdam Kenti Haritası	s.50
Şekil 3: ABD Karantina İstasyonları Listesi	s.54
Şekil 4: ABD Karantina İstasyonları Haritası	s.55
Şekil 5: İzmir'in Krokisi	s.70
Şekil 6: İzmir Limanı ve Gümrük Depoları (1880)	s.71
Şekil 7: İzmir Alsancak Limanı (Günümüz)	s.73
Şekil 8: İzmir Alsancak Limanı Genel Planı	s.74
Şekil 9: İzmir Limanı'nın Türkiye'nin Toplam İhracatı İçindeki Payı (2018)	s.75
Şekil 10: Tarihi Urla Tahaffuzhanesi Hastane Binası	s.79
Şekil 11: Urla Tahaffuzhanesi'nde Etüv Makinesiyle Dezenfekte İşlemi	s.80
Şekil 12: Urla Tahaffuzhanesi (Günümüz)	s.80
Şekil 13: UST Kapsamında Belirlenen Limanlar	s.84
Şekil 14: T.C. Sağlık Bakanlığı Teşkilat Şeması	s.86
Şekil 15: THSSGM Merkez Teşkilatı Şeması	s.87
Şekil 16: THSSGM Taşra Teşkilatı Şeması	s.88
Şekil 17: İzmir Limanı Tatbikatından Görüntüler	s.101
Şekil 18: Ege Bölge Baştabipliği ve İzmir SSDM Binası	s.103

EKLER LİSTESİ

EK 1: Uluslararası Önemi Haiz Bir Halk Sağlığı Aciliyeti Oluşturabilecek Olayların Değerlendirilmesi ve Bildirimi İçin Karar Aracı	ek s.1
EK 2: Deniz Sağlık Bildirimi Örneği	ek s.2
EK 3: Deniz Sağlık Bildirimi Örneğine İlişik Ek	ek s.5
EK 4: Biyolojik Nedenli Halk Sağlığı Acil Durumlarında Yapılacak İşlemler ve Kurumların Görevleri	ek s.6
EK 5: Kimyasal Nedenli Halk Sağlığı Acil Durumlarında Yapılacak İşlemler ve Kurumların Görevleri	ek s.7
EK 6: Radyolojik/Nükleer Nedenli Halk Sağlığı Acil Durumlarında Yapılacak İşlemler ve Kurumların Görevleri	ek s.8
EK 7: Araştırma İznine İlişkin Evrak	ek s.9
EK 8: Araştırmaya İlişkin Etik Kurul Kararı	ek s.10
EK 9: Görüşme Soruları	ek s.11

GİRİŞ

Güvenlik; insanoğlunun varoluşundan bugüne önemini koruyan bir ihtiyaçtır. Küreselleşmenin etkisiyle sadece sermayenin ya da mal ve hizmetlerin önündeki engeller değil, salgın hastalıklar, güvensiz gıda, suç, şiddet ve hatta terör gibi birçok güvenlik sorununun da önündeki engeller zayıflamış ya da ortadan kalkmıştır. Bu nedenle uluslararası, ulusal, bölgesel ve yerel anlamda güvenliğin sağlanması büyük önem taşımaktadır.

Dünya nüfusunun yarısından fazlasına ev sahipliği yapan kentler de, nüfus artışı ve yoksulluğa bağlı olarak giderek güvensiz mekanlar haline gelmektedir. Özellikle liman kentleri, sahip olduğu gelişmiş ve hareketli ekonomisiyle bir yandan cazibe merkezi haline gelirken bir yandan da kent kapasitesinin üzerinde bir nüfus artışıyla karşı karşıya kalmaktadır. Bu durum liman kentlerinde sosyal kontrolün zorlaşmasına neden olmakta ve liman kentlerinin güvenliği konusu giderek daha karmaşık bir sorun haline gelmektedir.

Liman kentleri, sürekli yolcu ve mal giriş-çıkışı olması nedeniyle aktif ve heterojen bir yapıya sahiptir. Bu özelliklerinden dolayı liman kentlerinin güvenliğinin sağlanması oldukça zorlaşmaktadır. Ancak gerek kenti ayakta tutan sektörlerin gerekse kentlilerin güvenliğinin sağlanması, liman kentlerinin geleceği ve ülke güvenliği açısından oldukça önemlidir.

Liman kentlerinde, genellikle liman ve çevresi kentin çekirdeğini oluşturmaktadır. Tüm sektörler, konut ve işyerleri limanı merkez alarak limanın etrafında konumlanır ve kentin ulaşım ağı da limanın iç kesimlerle bağlantısını sağlayacak şekilde planlanır. Limanlar bir bakıma kentin dünyaya açılan kapıları gibidir. Ancak bu kapılarda güvenliğin ihmal edilmesi, hem kent hem de kentliler için ciddi sorunları beraberinde getirmektedir. Çünkü limanlar aracılığıyla sürekli olarak kentte yolcu ve mal giriş-çıkışı yaşanmaktadır. Bu nedenle kente gelen gerek yolcu gerekse malların, kent sağlığı ve dolayısıyla kent güvenliği açısından bir tehdit içerip içermediğinin kontrol edilmesi gerekmektedir. Bu noktada halk sağlığı önlemlerinden biri olan karantina uygulamalarının limanlarda sağlıklı ve zamanında işleminin sağlanması ve bu konuda gerekli önlemlerin alınması liman kentlerinin güvenliği için hayati önem arz etmektedir.

Karantina uygulamalarının, her ne kadar liman kentlerinin güvenliği açısından kilit rol üstlendiği düşünülse de, konuya ilişkin literatür incelendiğinde; karantina uygulamalarına yeterince önem verilmediği sonucuna ulaşılmaktadır. Özellikle kent güvenliği alanında literatürde daha çok suç ve şiddetin önlenmesi üzerinde durulmakta, kenti derinden etkileyebilecek salgın hastalıklar, güvensiz gıda, siber saldırılar, yasadışı göç gibi güvenlik sorunları kent güvenliği açısından yeni yeni ele alınan konular arasında yer almaktadır.

Tüm bunlardan hareketle; bu çalışmada, özellikle liman kentlerinin güvenliğinin sağlanması açısından limanlardaki karantina uygulamalarının etkisi analiz edilerek İzmir örneği üzerinden değerlendirilmeye çalışılacaktır. Bu sayede bu çalışma ile hem literatüre hem de İzmir özelinde kent güvenliğinin korunmasına katkı sağlamak amaçlanmaktadır.

Limanlardaki karantina uygulamalarının kent güvenliği açısından ne gibi bir öneme sahip olduğunun tespit edilebilmesi için ise; öncelikle kent, kent güvenliği, liman kenti ve karantina kavramlarına açıklık getirilmesi gerekmektedir. Bu sebeple çalışmanın birinci bölümünde, bu temel kavramlar tanımlanarak kent güvenliği ve karantina uygulamalarının birbirleriyle olan ilişkisi değerlendirilmeye çalışılacaktır.

Çalışmanın ikinci bölümünde; karantina uygulamaları açısından uluslararası mevzuat incelenecektir. Daha sonra uluslararası alanda kabul edilen bu belge ve standartların nasıl uygulandıklarını anlayabilmek adına dünyadan örnekler sunulacaktır. Son olarak da 2019'un sonlarına doğru ortaya çıkan ve dünyaya hızla yayılan COVID-19 salgını ile mücadele ve salgının son durumuna ilişkin bilgilere yer verilecektir.

Çalışmanın üçüncü bölümünde ise; karantina uygulamalarının kent güvenliği üzerindeki etkilerine dair elde edilen tüm veriler İzmir örneği üzerinden değerlendirilmeye çalışılacaktır. Bu bağlamda öncelikle bir liman kenti olarak İzmir'in geçmişten günümüze nasıl bir değişim ve gelişim süreci izlediği kısaca anlatılacaktır. Daha sonra mevzuat, bürokratik yapı ve uygulamaya ilişkin bilgilere yer verilerek yarı yapılandırılmış görüşme tekniğiyle elde edilen verilerin analiz edilmesi suretiyle İzmir Alsancak Limanı ölçeğinde karantina ve kent güvenliği ilişkisi değerlendirilecektir.

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. KENT KAVRAMI

Kentlerin, tarihsel süreç içinde sürekli bir değişim ve gelişim mekanı olması; kent kavramına da dinamik bir nitelik kazandırmıştır. Bu nedenle, gerek literatürde gerekse mevzuat düzenlemelerinde her zaman geçerli sayılabilecek ve üzerinde uzlaşmış bir kent tanımı mevcut değildir (Toprak, 2008: 5).

Toplumbilimciler ve tarihçiler arasındaki yaygın görüş; uygarlığın doğuşunun kentlerin ortaya çıkışı ile paralellik gösterdiği yönündedir (Keleş, 2017: 38). Uygarlığın gelişiminin zamana ve mekana göre farklılaştığı ve bu farklılıkların da kentlere yansıdığı düşünüldüğünde; evrensel bir kent tanımı yapmak neredeyse imkansız görünmektedir (Mutlu, 2010: 32). Çünkü Bookchin'in de dediği gibi; "Tarih eşsiz ve özgün yapıdaki birçok kentin örneği ile doludur" (Bookchin, 2014: 39).

Kent kavramının tanımlanmasını zorlaştıran bir başka husus da; "kent" ve "köyün" birbirlerinden kesin çizgilerle ayrılmış bağımsız olgular olmamasıdır. Bu iki mekan, farklı özelliklerine rağmen iç içe geçmiş benzer özellikler de barındırmaktadır. Küçük bir köyün, bir kasaba ve hatta bir kent adayı olduğu düşünüldüğünde; köyün nerede bittiği ve kentin nerede başladığı üzerine salt çıkarımlarda bulunmak giderek güçleşmektedir (Keleş, 2017: 111).

Genelgeçer bir kent tanımı yapılamamakla birlikte; kent tanımlarında belli başlı ortak ölçütlerin yer aldığı söylenebilir. Buna göre; kent tanımlarını esas aldığı kriterlere göre iktisadi, siyasi, demografik ve sosyolojik olarak ya da bir başka deyişle; yönetsel ölçütleri temel alan, nüfus ölçütünü temel alan, ekonomik ölçütleri temel alan ve sosyolojik ölçütleri temel alan tanımlar olarak dört kategoride sınıflandırmak mümkündür (Keleş, 2017: 110-111; Şahin, 2015: 3-5).

Yönetsel ölçütleri temel alan tanımlarda; belli bir yönetsel örgüt biriminin sınırları içinde kalan yerler "kent", bu sınırlar dışında kalan alanlar ise; "köy" olarak tanımlanır (Keleş, 2017: 110). Basitçe ifade etmek gerekirse kent, siyasi iktidarın "kent" olarak tanımladığı yerlerdir (Şahin, 2015: 3). Ülkemizde ise 5393 sayılı

Belediye Kanunu'nda il ve ilçe merkezlerinde belediye kurulması zorunluluğu yer almakla birlikte; bir yerleşim biriminde belediye kurulabilmesi, nüfusun 5000 ve 5000'in üzerinde olması şartına bağlandığından kentlerin belirlenmesinde nüfusun, önemli kriterlerden biri olarak öne çıktığı söylenebilir.

Nüfus ölçütünü temel alan tanımlarda; bir yerleşim yerinin kent olabilmesi için belli bir nüfus düzeyine ulaşmış olması gerektiği görüşü hakimdir (Şahin, 2015: 5). Nitekim 442 sayılı Köy Kanunu'nda da kent ve köy ayrımı yapılırken nüfus, temel parametre olarak kabul edilmektedir. Söz konusu kanunun 1. maddesinde nüfusu 2000'den aşağı olan yerler "köy", 2000 ile 20.000 arasında olanlar "kasaba" ve 20.000'den fazla nüfusa sahip yerleşim yerleri ise; "şehir" olarak tanımlanmaktadır.

Bazı tanımlarda ise; kentin ekonomik yönü ön plana çıkarılmaktadır. Buna göre; en basit tanımıyla kent, tarım dışı üretimin yapıldığı yerleşim yeridir (Keleş, 2017: 111). Nitekim İlhan Tekeli de kenti; "tarımsal olmayan üretim yapılan ve tüm üretimin denetlendiği, dağıtımının koordine edildiği; belirli teknolojinin beraberinde getirdiği büyüklük, yoğunluk, heterojenlik ve bütünleşme düzeylerine ulaşmış yerleşim birimi", olarak tanımlamaktadır (Tekeli, 2011: 20).

Weber'e göre ise iktisadi açıdan "kent, sakinlerinin hayatlarını tarımdan değil, esas itibariyle ticaret ve alışverişle kazandıkları bir yerleşim yeridir". Ancak Weber bu tanımları yaparken her ticaret ve alışverişin olduğu yerin kent olarak düşünülmemesi gerektiğinin de altını çizmektedir (Weber, 2012: 88).

Son olarak tüm bu özellikleri içermekle birlikte kentin sosyolojik yönünü vurgulayan görüşler de vardır (Mutlu, 2010: 33). Özellikle kent sosyologları kent-kır zıtlığı üzerinden kente özgü özellikleri belirleyerek kenti tanımlamaya çalışmışlardır (Şahin, 2015: 5). Bu tanımlarda genellikle kentin; nüfus miktarı ve yoğunluğu, işbölümü, uzmanlaşma ve türdeş olmama gibi özellikleri üzerinde durulmaktadır (Keleş; 2017: 111).

Park'a göre ise kent; "yalnızca bir fiziki mekanizma ya da sonradan üretilmiş bir yapı değildir. Onu oluşturan insanların içinden geçtikleri hayati süreci de kapsar, doğanın ve özellikle insan doğasının bir ürünüdür" (Park ve Burgess, 2016: 37).

Tüm bunlardan hareketle Ruşen Keleş kenti genel olarak şu şekilde tanımlamaktadır:

“Kent; sürekli toplumsal gelişme içinde bulunan ve toplumun yerleşme, barınma, gidişgeliş, çalışma, dinlenme, eğlenme gibi gereksinimlerinin karşılandığı, pek az kimsenin tarımsal uğraşılarda bulunduğu, köylere bakarak nüfus yönünden daha yoğun olan ve küçük komşuluk birimlerinden oluşan yerleşme birimidir” (Keleş, 1980: 67-68).

Her ne kadar üzerinde uzlaşılmış bir kent tanımından söz edilemese de, kentlerin günümüzde insanların en çok tercih ettiği yerleşim yeri haline geldiği söylenebilir. Birleşmiş Milletler (BM) Ekonomik ve Sosyal İşler Dairesi Nüfus Bölümü’nün verilerine göre; 2018 yılı itibarıyla dünya nüfusunun %55’i kentlerde yaşamaktadır. Yapılan araştırmalar sonucunda ise; bu oranın 2050 yılına kadar %68’e ulaşması beklenmektedir (The Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations, 2018: 1).

Bu veriler gösteriyor ki; dünya nüfusunun yarısından fazlasının yaşadığı kentler, gün geçtikçe daha da kalabalık mekanlar haline gelmektedir. İster doğal yollarla isterse göç yoluyla olsun kentlerdeki bu nüfus artışı, kentlerin önemini arttırırken belli başlı sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu sorunların en önemlilerinden biri de güvenlik sorunudur. Çünkü kentler kalabalıklaştıkça güvenliği tehdit edecek unsurlar da artmaktadır. Kentlerin yaşanabilir mekanlar olabilmesi için öncelikle can ve mal güvenliğini tehdit edecek unsurlardan arındırılması gerekmektedir. Bu nedenle kent güvenliği konusu, ülkemizde ve dünyada gün geçtikçe daha çok tartışılan ve kritik öneme sahip konulardan biri haline gelmektedir.

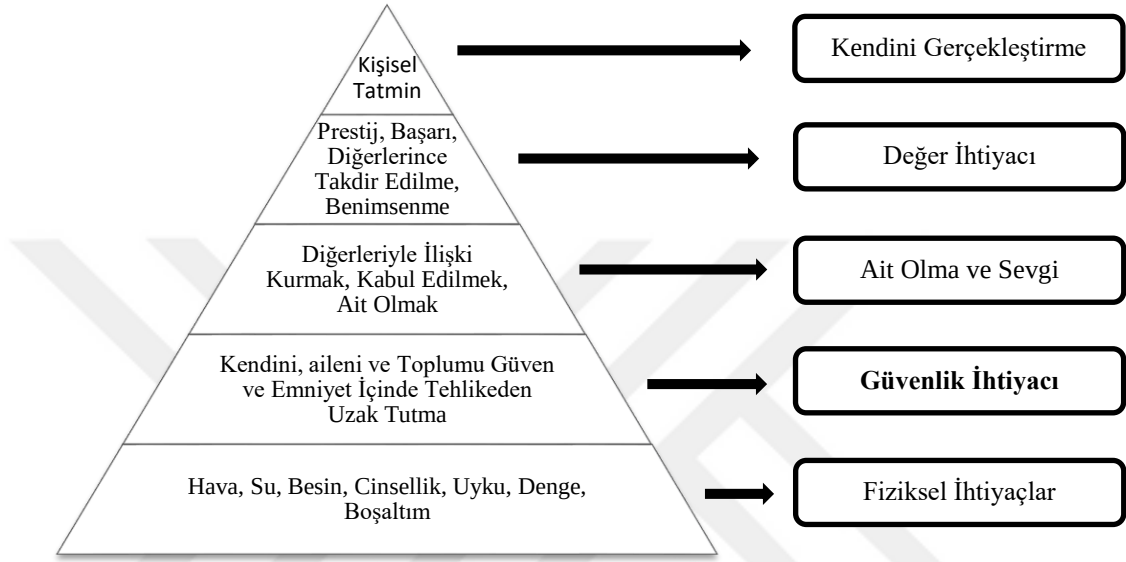
1.2. KENT GÜVENLİĞİ KAVRAMI

Sözlük anlamı olarak güvenlik; toplum yaşamında yasal düzenin aksamadan yürütülmesi, kişilerin korkusuzca yaşayabilmesi durumu, şeklinde tanımlanmaktadır (www.tdk.gov.tr). Ancak güvenlik kavramı durağan bir kavram değildir. Tarihsel süreç içerisinde farklı algılamalara sebep olacak şekilde değişkenlik gösterdiğinden ve hatta kavrama nereden bakıldığına (ideolojik ya da teorik bakış açıları, ülkesel farklılıklar, tanımlayanın kişisel görüşleri vb.) bağlı olarak da şekillendiğinden “güvenliğin” tüm zamanlar ve herkes için geçerli bir tanımını yapmak da güçleşmektedir (Karabulut, 2015: 7-8).

Maslow’un teorisine göre; insan ihtiyaçları göreceli bir öncelikli hiyerarşi içinde organize edilmektedir (Şekil 1). Bu hiyerarşinin en alt basamağında yeme,

içme, barınma gibi insan bedeninin hayatta kalmasını sağlayacak fizyolojik ihtiyaçlar yer almaktadır. Bu fizyolojik ihtiyaçlar nispeten karşılandığında ise; bir üst basamak olan güvenlik ihtiyacı karşımıza çıkmaktadır. Yani insan, doğası gereği olası tehlikelere karşı sürekli bir güvenlik arayışı içindedir (Maslow, 1943: 375-377).

Şekil 1: Maslow'un İhtiyaçlar Piramidi



Kaynak: Kula ve Çakar, 2015: 194.

Bireylerin bu, kendini güvende hissetme ihtiyacı yaşadıkları kentlerin de güvenliği konusunu gündeme getirmektedir. Ancak kentlerin geçmişten günümüze kadar sürekli değişim geçirdiği göz önünde bulundurulduğunda, kent güvenliği anlayışının da değişen ihtiyaçlar sonucu farklılaştığı söylenebilir.

1980'li yılların sonu ve 1990'lı yılların başından itibaren Amerika ve Kıta Avrupası'nda kent güvenliği konusu, tartışılan temel konulardan biri haline gelmiştir. Suç, kanunsuzluk, şiddet, suç korkusu, sosyal ayrışma ve kentlerin terk edilmesi gibi kent güvenliğine ilişkin konular sosyal, politik ve ekonomik söylemlerde yer almaya başlamıştır. 20. yüzyılın sonlarına gelindiğinde ise; güvenlik konusu kentlerin başlıca problemi olarak öne çıkmaya başlamıştır. Başlangıçta kent güvenliğinin sağlanması açısından geliştirilen politikalar; organize suçlar ve şiddet suçları ekseninde şekillenirken 21. yüzyılın başlarında dünyada terörizmin yükselişe geçmesiyle kent güvenliği politikaları daha geniş kapsamlı olarak yeniden şekillenmeye başlamıştır (Frevel, 2006: 1-2).

Özellikle 2000'li yıllara gelindiğinde 11 Eylül olayları ile başlayan süreçte kentsel güvenliğin küresel boyutu, etkin bir biçimde güvenlik konusuna dahil olmuştur. Kent güvenliğini etkileyen mekansal ayrışma, sosyal dışlanma gibi içsel ve güvenlik sistemleri, kent planlaması gibi dışsal faktörler de hesaba katılarak yerel ve ulusal düzeyde güvenlik politikaları yeniden değerlendirilmiştir. Dolayısıyla, yalnızca suçları önlemeye yönelik politikaların geliştirilmesi değil, güvenliğin hissettirilmesi özeline de odaklanılmıştır (Aksoy, 2007: 13).

Günümüzde ise; kentler kalabalıklaştıkça sosyal kontrolün daha da azaldığı mekanlar haline dönüşmektedir (Aksoy, 2007: 11). Kentler trafik kazaları, hırsızlık, terör, salgın hastalıklar, güvenli olmayan gıda, sağlıksız yapılaşma, kirlilik, siber saldırı gibi insan yaşamını ve faaliyetlerini tehdit eden birçok tehlikeyi de içinde barındırır. Bu yüzden kent güvenliği genellikle suçların ve yasadışı faaliyetlerin önlenmesi olarak düşünülse de, aslında çok daha geniş ve çok boyutlu ele alınması gereken bir konudur. Örneğin; güvenli bir kent için çarpık kentleşme olarak da bilinen plansız kentleşmenin önüne geçilmesine yönelik tedbirlerin alınması, güvenli konutların inşası, yeşil alanların ve spor tesislerinin, sosyo-kültürel alan ve tesislerin sağlıklı ve standartlara uygun bir şekilde kentlilerin hizmetine sunulması gerekmektedir (Çalı, 2012: 18).

Tüm bunlardan hareketle güvenli bir kentten söz edilebilmesi için kentlilerin can ve mal güvenliğini olumsuz etkileyecek her türlü unsurun ele alınması gerektiği söylenebilir. Tarihsel süreç içerisinde kent güvenliği konusu, BM, Avrupa Konseyi ve Avrupa Birliği (AB) gibi uluslararası ve ulusüstü aktörler tarafından da sıkça tartışılan ve üzerinde durulan bir konu haline gelmiştir. Birçok uluslararası metinde de kent güvenliği konusuna yer verilmekte ve kentlerin güvenliğinin nasıl sağlanabileceği üzerine politikalar geliştirilmeye çalışılmaktadır.

1.2.1. Kent Güvenliğine İlişkin Temel Metinler

Kent güvenliği konusu, birçok uluslararası metinde yer almakla birlikte; bu çalışma kapsamında Avrupa Kentsel Şartı I-II, Leipzig Şartı ve Habitat raporları gibi kent ve kentleşme sorunlarını konu alan temel metinler incelenecektir. Bu metinler üzerinden uluslararası alanda kent güvenliği konusuna yönelik genel bakış açısı

tespit edilmeye ve konunun tarihsel süreçte nasıl bir değişim izlediği ortaya konulmaya çalışılacaktır.

1.2.1.1. Avrupa Kentsel Şartı I-II (1992-2008)

Avrupa Kentsel Şartı, Avrupa Konseyi Yerel ve Bölgesel Yönetimler Kongresi tarafından 17-19 Mart 1992 tarihinde Strasburg kentinde gerçekleştirilen 27. oturumda kabul edilmiş ve hükümetlerin değil, yerel yönetimlerin imzasına açılmıştır (Toprak, 2008: 49).

Avrupa Kentsel Şartı'nda, temel özgürlükler ve insan haklarının korunması ilkesi esas alınarak kentsel gelişmenin niteliksel boyutlarına ve kentlilerin yaşam kalitesinin artırılmasına vurgu yapılmakta ve kentlerde uygulanabilecek yol gösterici ilkelere yer verilmektedir (Mutlu, 2010: 113).

Avrupa Kentsel Şartı; kentlerde yaşayan insanların “kentli” olmaları nedeniyle güvenli, temiz ve sağlıklı bir kentte yaşama, insanca konut edinme; sağlık, kültür, eğitim ve benzeri birtakım temel hizmetlerden yararlanma gibi haklarının olduğu felsefesine dayanmaktadır. Ayrıca; yaş, cinsiyet, ırk, inanç, milliyet, sosyoekonomik ve politik statü, ruhsal ve bedensel özür ayrımı yapılmaksızın tüm insanların bu haklara sahip olduğu düşüncesi savunulmaktadır (Keleş, 2017: 315-316). Bu bağlamda Avrupa Kentsel Şartı'nın “kentli hakları” konusunda bir başlangıç olduğu düşünülmektedir (Tekeli, 2011: 194).

Avrupa Kentsel Şartı'nda; kentsel güvenlik, çevre kirliliği, işsizlik, konut, ulaşım ve sağlık sorunları gibi kentlerde yaşanan çeşitli sorunlara yer verilmekle birlikte, bu kent sorunlarına ilişkin tüm çalışma sonuçlarının bir çözümlemesi de yapılmaktadır (Toprak, 2008: 49-50). Bunlardan hareketle ise ideal kentin; demokratik değerleri ve kentli haklarını koruyan, orada yaşayanlar için mümkün olan en iyi yaşam koşullarını sağlayan ve bu koşulları iyileştirme amacını güden; eğlence, kültür ve bilgiyi içeren, birçok sektör ve aktiviteyi bir arada uyum içinde barındıran bir yerleşim yeri olması gerektiği söylenmektedir (Kaya, Şentürk, Danış, ve Şimşek, 2007: 53).

Avrupa Kentsel Şartı'nda üzerinde durulan konulardan biri de; kent güvenliğidir. Kentlerde kalitesiz ve sağlıksız yapılaşma, tarihi merkezlerin

bozulması, trafik sorunları; hava, su, toprak ve gürültü kirliliği; sağlık sorunları gibi kentlilerin yaşamlarını tehdit eden birçok sorunun bulunduğu ve bu sorunlar nedeniyle Avrupa kentlerinin bir çoğunun güvensiz mekanlar haline gelerek yaşanabilir olmaktan uzaklaştığına vurgu yapılmaktadır. Bu nedenle de Şart'ta olabildiğince suç, şiddet ve yasadışı olaylardan arındırılmış güvenli kentlerin oluşturulması gerekliliği temel ilkelerden biri olarak benimsenirken güvenli bir çevrede yaşamak da bir hak olarak kabul edilmektedir (Council of Europe Congress of Local and Regional Authorities, 1992).

Daha önce de değinildiği gibi suçların önlenmesi kentsel güvenliğin sağlanmasında tek başına yeterli değildir. Kent güvenliğinin sağlanması açısından ulaşımın güvenli hale getirilmesi de oldukça önemlidir. Avrupa Kentsel Şartı'nda da bu konuya ilişkin değerlendirmeler yapılmakta ve öneriler sunulmaktadır. Özellikle karayolu ulaşımının, araç sayısındaki artışa paralel olarak trafik yoğunluğunun ve trafik kazalarının artması nedeniyle hem psikolojik hem de fiziksel olarak güvenliği tehdit ettiğinin üzerinde durulmaktadır. Ayrıca otomobillerin atmosferi kirleterek çevrenin tahrip olmasına yol açtığına da yer verilmektedir (Council of Europe Congress of Local and Regional Authorities, 1992). Çevre kirliliğinin artması hem kentlilerin sağlığını hem de kentin sürdürülebilirliğini olumsuz etkileyeceğinden Avrupa Kentsel Şartı'nda bu konuya da yer verilmesi önemli bir adım olarak değerlendirilebilir.

Kent güvenliğinin sağlanmasında üzerinde durulması gereken bir başka husus ise; kent sağlığının korunmasıdır. Avrupa Kentsel Şartı kent sağlığının korunması açısından sağlıklı, kirletilmemiş bir kentsel çevrenin yanı sıra kentte yaşayanların temel ihtiyaçlarının karşılanabilmesi için temiz ve sağlıklı içme suyu, güvenli gıda ve tüketim maddelerinin temininin de gerekli olduğunun altını çizmektedir (Council of Europe Congress of Local and Regional Authorities, 1992).

Ayrıca Avrupa Kentsel Şartı'nda kentlerde sağlıklı, kaliteli ve yeterli sayıda konutun bulunmasının güvenliğin sağlanmasında önemli bir rolü olduğu söylenmektedir. Çünkü yeterli konutun bulunmaması halinde toplumsal ayrışma dolayısıyla suç ve şiddetin de artacağı ileri sürülmektedir. Ayrıca kentlerde sadece yeterli sayıda konutun bulunması değil, konutların belirli güvenlik standartlarına sahip olması gerektiği de belirtilmektedir (Council of Europe Congress of Local and

Regional Authorities, 1992). Çünkü olası bir afet durumunda kalitesiz yapılaşma nedeniyle ortaya çıkabilecek zararın boyutu da artmaktadır.

Sonuç olarak Avrupa Kentsel Şartı kent güvenliği özelinde değerlendirildiğinde; güvenli bir kentte yaşamının kentlilerin bir hakkı olduğunu kabul etmesi ve kent güvenliğine yönelik öneriler içermesi açısından bu konuda temel bir belge niteliği taşımaktadır.

2008 yılına gelindiğinde ise; Avrupa Konseyi; yaşanan gelişmelere uyum sağlamak amacıyla Avrupa Kentsel Şartı'nı yenileyerek "Yeni Bir Kentlilik İçin Manifesto" adıyla yeniden kamuoyuna sunmuştur (Keleş, 2017: 316). Bu belgede öncekinde değinilen kentsel sorunlar günün şartlarına göre yeniden değerlendirilirken güvenlik konusuna da yer verilmiştir. Ancak kent güvenliği açısından yine ulaşım güvenliği, çevrenin korunması, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi gibi konulara değinilmiş güvenlik anlayışında meydana gelen değişimler üzerinde yeterince durulmamıştır. Yalnızca Avrupa Kentsel Şartı'ndan farklı olarak; kent ve kasabalarda belirli gruplara karşı gösterilen önyargıların, kent toplumuna ait olma duygusunu olumsuz etkilediği, kent suçlarının ve asosyal davranışların artmasına neden olarak aslında güvensizliğin kaynağı olduğu ileri sürülmüştür. Bu nedenle de kentlerin ve kasabaların her türlü önyargıdan arındırılması gerektiğine vurgu yapılmıştır.

1.2.1.2. Sürdürülebilir Avrupa Kentleri İçin Leipzig Şartı

2007 yılında AB tarafından kabul edilen Sürdürülebilir Avrupa Kentleri İçin Leipzig Şartı'nda kent güvenliği konusuna da yer verilmektedir.

Avrupa kentlerinde sürdürülebilirliğin sağlanması için gerekli ilkelerin yer aldığı Leipzig Şartı'nda; kentlerin güvenliğinin sağlanması için kentlerde yaşayanlar arasındaki eşitsizliklerin azaltılması ve sosyal dışlanmayı önlemeye yönelik bir sosyal bütünleşme politikasının oluşturulması önerisinde bulunmaktadır (AB, 2007: 5). Çünkü kentlerdeki yüksek işsizlik, gelir adaletsizliği ve yoksulluk gibi sorunlar suç oranlarının da yükselmesine neden olmakta, bu da kent güvenliğini olumsuz yönde etkilemektedir.

Ayrıca Leipzig Şartı'nda; kentlerin; eğitim, işgücü, sosyal hizmetler, sağlık, güvenlik gibi alanlarda ve yönetişimin iyileştirilmesinde gelişmiş bilgi ve iletişim teknolojilerinden yararlanarak kent halkının yaşam kalitesinin zenginleştirilmesine ve kentlerin iş alanları için çekici hale getirilmesine katkıda bulunması gerektiğine vurgu yapılmaktadır (AB, 2007: 4).

Özetle; Leipzig Şartı'nda sürdürülebilirliğinin sağlanması için kentlerin güvenli mekanlar haline getirilmesinin de önemli bir koşul olarak ele alındığı, bunun için ise kentlerde sosyal bütünleşmenin sağlanmasının öncelikli çözüm yolu olarak düşünüldüğü söylenebilir.

1.2.1.3. BM İnsan Yerleşimleri Konferansları (HABİTAT I-II-III)

BM Habitat Konferansları metinleri, kent güvenliği açısından başvurulabilecek uluslararası metinler içerisinde yer almaktadır.

Tarihsel sürece kısaca göz atılacak olursa; Habitat Konferansı ilk olarak 1976 yılında Kanada'nın Vancouver kentinde BM'nin 1972 yılında Stokholm'de gerçekleştirdiği İnsan Çevresi Konferansı sonunda insan yerleşimleri konusunda bir konferans düzenlenmesine ilişkin tavsiye kararı üzerine gerçekleştirilmiştir. Söz konusu konferans sonunda Vancouver Bildirgesi yayınlanmış ve 64 öneriden oluşan bir eylem planı kabul edilmiştir (www.mfa.gov.tr).

20 yıl aralıklarla düzenli olarak Habitat Konferansları düzenlenmeye devam edilmiştir. Habitat-II, 1996 yılında İstanbul'da; Habitat-III Konferansı ise, 2016 yılında Ekvator'un Kito kentinde gerçekleştirilmiştir

Bunların yanında; 1978 yılında BM İnsan Yerleşimleri Merkezi (UNCHS) kurulmuştur. Bu merkezin statüsü 1 Ocak 2002 tarihinde BM Genel Kurulu'nun 56/206 sayılı kararıyla programa dönüştürülerek "BM İnsan Yerleşimleri Programı (UN-HABITAT)" adını almış ve günümüzde de hala faaliyetini sürdürmektedir (www.mfa.gov.tr).

Kent güvenliği konusunda UNCHS'nin "Güvenlikli kent, tam kenttir" ya da "Güvenlik olmayan kent, kent değildir" şeklinde dilimize çevrilen "Safe City is Just a City" çağrısından da anlaşılacağı üzere kent güvenliği konusu Habitat gündeminde önem verilen konular içerisinde yer almaktadır (Geray, 2007: 50).

Habitat'ın kent güvenliğiyle ilgili çalışmalarının başlangıcı olarak 1996 yılında İstanbul'da gerçekleştirilen Habitat II Konferansı gösterilmektedir (Geray, 2007: 50). Bu nedenle Habitat II metinleri kent güvenliği konusu açısından oldukça önemlidir.

1996 yılında İstanbul'da gerçekleştirilen Habitat II Konferansı sonunda hedef ve ilkeler, bunlara yönelik taahhütler ve küresel eylem planını içeren Habitat Gündemi ve İstanbul Bildirgesi yayınlanmıştır. “Herkes yeterli konut” ve “kentleşen bir dünyada sürdürülebilir insan yerleşmelerinin geliştirilmesi” olmak üzere iki küresel amacı konu alan Habitat II Konferansı'nda; güvenlik konusu, kentlerin geleceği açısından önem atfedilen konulardan biridir. Söz konusu konferansın çıktılarında biri olan İstanbul Bildirgesi'nin ilk cümlesinde “herkes için yeterli konut temin etmek ve insan yerleşimlerini daha güvenli, daha sağlıklı ve yaşanabilir yapmak”; evrensel bir hedef olarak nitelendirilmiştir. Bununla birlikte Habitat üyelerince kentlerin; insanların itibar, sağlık, güvenlik, mutluluk ve umut içinde yaşamlarını devam ettirecekleri yerler olması gerektiği düşüncesi kabul edilmiştir (BM, 1999: 1).

Habitat II Gündemi'nde, öncelikle insan yerleşimlerinin mevcut durumu üzerinden kent ve kasabaların ve buralarda yaşayan insanların karşı karşıya kaldığı en ciddi problemler tespit edilerek işe başlanılmıştır. Buna göre insan yerleşimlerinin başlıca problemleri arasında yetersiz mali kaynaklar, yetersiz istihdam olanakları, artan evsizlik ve gecekondü yerleşimi, artan yoksulluk, gelir adaletsizliğinin derinleşmesi, artan suç oranları ve güvensizlik, yetersiz ve giderek kötüleşen yapı stoku, hizmetler ve altyapı sorunları, sağlık ve eğitim tesislerinin bulunmaması, usulsüz arazi kullanımı, topraktan yararlanma güvencesizliği, giderek artan trafik sıkışıklıkları, kirlilik, yeşil alan bulunmaması, yetersiz su ve kanalizasyon hizmetleri, eşgüdümsüz kentsel gelişme ve afetler karşısında artan korunmasızlık gibi sorunlar sayılmıştır (BM, 1999: 6).

Habitat II'de tespit edilen bu sorunların birçoğu aslında kentlerin giderek güvensiz mekanlar haline geldiğini kanıtlar niteliktedir. Çünkü kentlerde yaşanan bu sorunlar doğrudan ya da dolaylı olarak kentlilerin can ve mal güvenliğini bir şekilde etkilemektedir.

Habitat II Gündemi'nde bu kent sorunlarının aşılabilmesi için kırsal yerleşim alanları, çözümün önemli bir parçası olarak düşünülmektedir. Aslında kentlerin, kasabalar ve kırsal yerleşimlerin; malların, kaynakların ve insanların hareketleri ile birbirleriyle bağlantılı mekanlar olduğu söylenmektedir. Kırsalda ekonomi ve istihdamın, nüfus artış hızıyla doğru orantılı olarak gelişmemesi nedeniyle başta gelişmekte olan ülkeler olmak üzere kırdan kente göçün giderek daha da arttığına dikkat çekilmektedir. Bu durumun kentlerde zaten yetersiz olan altyapı ve hizmetler üzerinde muazzam baskılar yarattığı ve yaratmaya da devam edeceği ileri sürülmektedir. Kentlerde yaşanan bu sorunun çözümü içinse; kırsal yerleşim birimlerinin başta istihdam olmak üzere ekonomik olanaklar; su, kanalizasyon, sağlık, eğitim, iletişim, ulaşım, enerji gibi altyapı ve hizmetler bakımından geliştirilmesi önerilmektedir. Bu sayede kırsal alanların kalkındırılması yoluyla kentler üzerindeki baskıların azaltılması, böylelikle sürdürülebilir topluluklar ve güvenli çevreler oluşturulmasına katkıda bulunulması hedeflenmektedir (BM, 1999: 7).

Bunların yanı sıra Habitat II'de kent güvenliği ve konut politikası arasında da bir bağlantı kurulmaktadır. Kentlerdeki yetersiz konut ve evsizlik olgusunun, birçok ülkede sağlık ve güvenlik standartlarını ve hatta yaşamın kendisini tehdit edecek derecede ciddi boyutlara ulaştığına vurgu yapılmaktadır. Çünkü evsizlerin artması, hem evsizlerin can güvenliğini hem de kentin güvenliğini tehdit etmektedir. Kentlerde suç ve şiddetin azaltılması ve kent güvenliğinin sağlanabilmesi için herkesin gıda, su, giyim, konut, sağlık ve eğitim hizmetleri gibi temel gereksinimlerini karşılayabilmesi ve yoksulluğun ortadan kaldırılması önemli bir adım olarak görülmektedir (BM, 1999: 7).

Tüm bunlardan hareketle genel bir değerlendirme yapıldığında; Habitat II'de suç, şiddet ve yasadışı olayların yanı sıra artan yoksulluk, yetersiz konut, kentsel hizmetlerin yetersizliği ve yaşam koşullarının giderek kötüleşmesi gibi kent sorunlarının da kentin güvenliğini etkileyebilecek unsurlar içerisinde ele alındığı ve bu güvenlik sorunlarının çözümüne ilişkin önerilerde bulunulduğu görülmektedir.

Habitat II ile birlikte üzerinde durulmaya başlanan kent güvenliği konusu, 2016'da gerçekleştirilen Habitat III Konferansı'nda da önemini korumaya devam etmiştir. Ulus-altı ve yerel yönetimler ile parlamenterler, sivil toplum, yerli ve yerel

halklar, özel sektör, profesyoneller ve uygulayıcılar, bilimsel ve akademik camia ve diğer ilgili paydaşların katıldığı BM Konut ve Sürdürülebilir Kentsel Gelişme Konferansı'nda (Habitat III) kabul edilen Yeni Kentsel Gündem'in içinde yer alan Kito Bildirgesi'nde; nüfusun, ekonomik faaliyetlerin, sosyal ve kültürel etkileşimlerin kentlerde yoğunlaşmasına dikkat çekilerek bu durumun konut, altyapı, temel hizmetler, gıda güvenliği, sağlık, eğitim, iş imkanları, güvenlik ve doğal kaynaklar gibi birçok alanda kentlerin sürdürülebilirliği açısından ciddi sorunlara neden olduğu ifade edilmektedir (BM, 2017: 9). Bu ifadeden de anlaşılacağı üzere kentlilerin yaşamları için tehlike arz edebilecek gıda güvenliği, yol güvenliği gibi güvenlik sorunlarına da yer vermesi açısından Yeni Kentsel Gündem'in güvenlik konusuna güncel ve daha kapsamlı bir yaklaşım getirdiği ileri sürülebilir.

Hedefleri içerisinde güvenli kentler oluşturmaya yer veren Yeni Kentsel Gündem'de ortak vizyon ise şu şekilde belirlenmiştir:

“Kentlerden ve insan yerleşimlerinden eşit şekilde istifade edilmesini ve kullanılmasını referans alan, kapsayıcılığı gözetken, herkes için kaliteli yaşam ve refahı arttırmak için hiç bir ayırım yapmadan tüm kent sakinlerinin bugünün ve gelecek nesillerin, adil, güvenli, sağlıklı, erişilebilir, ekonomik, dirençli ve sürdürülebilir kentlerde ve insan yerleşimlerinde yaşayabilmesini ve üretebilmesini teşvik eden, herkes için şehirler vizyonunu paylaşmaktayız” (BM, 2017: 11).

Kabul edilen bu ortak vizyon doğrultusunda ise; Habitat üyeleri tarafından öngörülen kent ve insan yerleşimlerinin özellikleri içinde,

- Gıda güvenliğinin sağlanması,
- Herkes için evrensel bir hak olarak güvenli ve uygun fiyatlı içme suyuna ve sağlık hizmetlerine erişimin sağlanması,
- Güvenli, kapsayıcı, erişilebilir, yeşil ve kaliteli kamusal alanların oluşturulması,
- Kadınlara ve kız çocuklarına yönelik her türlü ayrımcılık, şiddet ve tacizin engellenmesi,
- Herkes için sürdürülebilir, güvenli ve erişilebilir kentsel ulaşımın ve taşımacılığın sağlanması,
- Afet riskinin ve zarar görülebilirliğin azaltılması,

- Çevrenin korunması gibi kentlilerin ve kentin güvenliğini ilgilendirilen konulara yer verildiği görülmektedir (BM, 2017: 11-13).

Belirlenen bu ortak vizyon ve öngörülen kentin özellikleri doğrultusunda yoksulluğu bütün biçim ve boyutlarıyla sona erdirmek; kentsel alanlarda bütünleşik, sosyoekonomik ve kültürel çeşitliliği, eşit hakları ve fırsatları sağlamak; HIV/AIDS, tüberküloz ve sıtma salgınlarının sona erdirilmesi dahil yaşanabilirliği sağlamak, gıda güvenliğini sağlamak; beslenme, eğitim, sağlık hizmetlerini sağlamak ve refahı arttırmak, güvenliği sağlayarak ve ayrımcılık ve şiddetin her şeklini ortadan kaldırarak uygun, erişilebilir fiyatlı konut dâhil herkesin fiziki ve sosyal altyapı ve temel kamu hizmetlerine eşit erişimini temin edip herkesin güvenli ve eşit bir şekilde toplum hayatına erişimini sağlayarak hiç kimseyi geride bırakmamak ilke olarak benimsenmiş ve taahhüt edilmiştir (BM, 2017: 13).

Bunlara ek olarak dayanıklı kentsel yapılar kurarak afet risklerini azaltmak, iklim değişikliğine uyuma ve iklim değişikliğini azaltmaya yönelik gerekli tedbirleri alarak çevresel sürdürülebilirliği sağlamak da Yeni Kentsel Gündem'in taahhütleri içerisinde yer almıştır (BM, 2017: 14).

Sonuç olarak; kent güvenliği konusunun, özellikle Habitat II ile birlikte BM Habitat üyelerinin önem verdiği konular içerisinde yer aldığı söylenebilir. Yapıldığı tarih itibarıyla Habitat II metinlerinde yer almayan ancak günümüzde kentlilerin güvenliğini tehdit eden gıda güvenliği, yol güvenliği, güvenli taşımacılık gibi hususlar ise Habitat III metinlerinde üzerinde durulan konulardandır. Bununla birlikte günümüzde özellikle yazılım teknolojisindeki hızlı gelişmeyle birlikte güvenliğe ilişkin yeni tartışma konularından biri olan siber güvenlik konusuna Habitat III metinlerinde yer verilmemiştir.

Tüm bu uluslararası metinler üzerinden genel bir değerlendirme yapacak olursak; geçmişten günümüze kentlerin kalabalıklaşması neticesinde güvenlik sorunlarının da farklılaştığı söylenebilir. Başlangıçta kentte suç ve şiddetin önlenmesi temelinde şekillenen güvenlik anlayışı, zamanla daha geniş ele alınmaya başlanmıştır. Küreselleşmeyle birlikte ise; ekolojik güvenlik, enerji güvenliği, siber güvenlik gibi yeni güvenlik alanları oluşmuştur (Karabulut, 2015: 134-135). Dolayısıyla bu alanlardaki güvenlik sorunları, kentlere de yansımış ve kentler giderek güvensiz hale gelmiştir.

Özellikle de liman kentleri sahip olduğu kalabalık nüfus ve heterojen yapısı nedeniyle birçok güvenlik sorunuyla karşı karşıyadır. Ancak liman kentlerinin ve buralarda yaşayan kentlilerin güvenliğinin sağlanması kentin sürdürülebilirliği açısından son derece önemlidir. Liman kentlerinde güvenliğin sağlanması açısından ise kontroller, denetimler ve alınacak önlemlerin öncelikle kente giriş-çıkışın ana kapısı olan limanlarda ihmal edilmeden etkin ve verimli olarak yerine getirilmesi gerekmektedir.

1.3. LİMAN KENTİ KAVRAMI VE LİMAN KENTLERİNDE GÜVENLİK

Denizyolu; sınır aşımı olmaksızın sağladığı ulaşım kolaylığı, güvenli bir taşıma şekli olması, bir defada çok miktarda yükü hızla ulaştırması ve bu gibi avantajların sağladığı ucuzluk nedeni ile dünyada en çok tercih edilen ulaşım şeklidir. 2017 yılı verilerine göre dünya taşımacılığının %85'i denizyoluyla gerçekleştirilmiştir (İstanbul ve Marmara, Ege, Akdeniz, Karadeniz Bölgeleri Deniz Ticaret Odası (İMEAK DTO), 2018: 83).

İMEAK DTO'nun 2019 yılında yayınlanan Denizcilik Sektör Raporu'nda 2018 yılında dünya taşımacılığında denizyolunun payının %83 olduğu, 2019 yılında ise bu oranın yine %83 olacağının tahmin edildiği ifade edilmektedir (İMEAK DTO, 2019: 79).

Dünyada olduğu gibi Türkiye'de de uluslararası ticaretin büyük bir bölümü denizyolu ile gerçekleştirilmektedir. Öyle ki ithalat ve ihracatta denizyolunun payı yaklaşık %80'dir. Ayrıca Türkiye; Avrupa, Orta Asya ve Ortadoğu arasında doğal bir köprü olmasının sağladığı avantajlı konumu nedeniyle taşımacılık yönünden büyük bir potansiyele sahiptir (Karataş Çetin ve Arabelen, 2012: 76).

Denizyolu taşımacılığının en önemli altyapısını ise limanlar oluşturmaktadır. En basit tanımıyla liman, ticarete konu olan malların ülkeye giriş-çıkış yaptığı kapılardır (Karataş Çetin ve Arabelen, 2012: 76). Bir başka ifadeyle liman, kıyıda doğal olarak ya da mendirek ve dalgakıranlarla fırtınalara karşı korunan; gemilerin barınmalarına, yük alıp boşaltmalarına, yolcu indirip bindirmelerine yarayan yerlerdir (Kudu, 2008: 27).

Konu hukuki açıdan ele alındığında; 31.10.2012 tarihli Resmi Gazete’de yayınlanan 28453 sayılı Limanlar Yönetmeliği’nin 4. maddesinin ş) bendinde liman tesisi tanımlanarak; sınırları idare tarafından belirlenen, gemilerin güvence içinde yük ve yolcu alıp verebilecekleri veya yatabilecekleri, barınabilecekleri, rıhtım, iskele, şamandıra demir yerleri ve yaklaşma alanları ile kapalı ve açık depolama alanlarını, atık alım tesislerini, idari ve hizmet amacıyla kullanılan bina ve yapıları veya bunların bazı kısımları ve bu bölümlerin hepsine girişin kontrollü olduğu yerleri, diğer tüm yapıları, kullanımlı veya boş sahaları içine alan bölümleri içeren doğal ya da yapay deniz yerleri, şeklinde ifade edilmektedir.

Söz konusu kanunun s) bendinde ise; liman sahası teriminden her türlü limancılık iş ve işlemleri ile faaliyetlerinin yapıldığı, gümrük ve acentecilik ve benzeri hizmetlerin sunulduğu tüm kıyı tesislerini ve demirleme sahalarını kapsayan deniz ve kıyı alanlarının anlaşılması gerektiği söylenmektedir.

Limana sahip olan yerler özellikle deniz ticareti açısından elverişli alanlardır. Çünkü küreselleşmeyle birlikte sınırların ortadan kalktığı, uluslararası rekabetin yoğun olarak hissedildiği denizyolu taşımacılığının temel unsurları limanlardır (Karataş Çetin ve Arabelen, 2012: 76). Fakat bir limanın ya da liman kentinin ortaya çıkması ve gelişmesinin genellikle;

- Art ülkesinin (hinterlandının) genişliği,
- Art ülkesinin iyi bir ulaşım ağına sahip olup olmadığı,
- Art ülkesindeki tarım alanlarının genişliği ve ürün çeşidi,
- Çeşitli madenler gibi ekonomik gelişmeyi sağlayacak kaynakların varlığı,
- Coğrafi konumu, yani uğrak yeri olup olmadığı,
- Limanın iş hacmi, yani gemileri barındırma kapasitesi gibi faktörlere bağlı olarak değişiklik gösterdiği düşünülmektedir (Kudu, 2008: 27).

Liman kentleri ithalat, ihracat gibi ticari faaliyetlerin yanında birçok endüstri ve hizmete de ev sahipliği yapmaktadır. Liman kentleri turizm ve kültürler arası alışveriş için de cazip merkezlerdir. Bu nedenle de liman kentleri her zaman farklı kültür ve yaşam biçimlerini barındıran kozmopolit yerler olmuştur (Girard, 2013: 4332).

Liman kentleri, bu sürekli aktif ve kozmopolit yapısı nedeniyle de kentsel güvenliğin sağlamanın zor olduğu mekanlardır. Ancak güvenliğin sağlanması hem

kentin geleceği hem de ulusal güvenlik açısından oldukça önemlidir. Çünkü denizyolu ile ülkeye gelen her Şey liman kentlerinden ülkenin çeşitli yerlerine dağılmaktadır. Dolayısıyla limanlarda güvenliğin ihmal edilmesi, hem yerel hem de ulusal anlamda ciddi sorunlara yol açabilmektedir.

İnsan ve mal dolaŐımının en yoğun yaşandığı yerler olan liman kentlerinin güvenliğini tehdit eden hususlardan biri de salgın hastalıklardır. Özellikle tarihte ulaşım tekniklerinin gelişmesine paralel olarak salgınların da aynı hızla yayılmasının kolaylaşması, limanlarda bir takım tedbirleri zorunlu kılmıştır (Şimşek, 2014: 399). Limanlarda uygulanan bu tedbirlerden biri de karantina uygulamalarıdır.

1.4. KARANTİNA KAVRAMI

18. yüzyılda Sanayi Devrimi; yalnızca uluslararası ticareti değil, salgın hastalıkların yayılmasını da kolaylaştırmıştır. Buhar gücünün deniz ulaşımında kullanılması deniz ticaretini kolaylaŐtırırken salgın hastalıkların da hızlı bir Şekilde dünyaya yayılmasında etkili olmuştur (Böke, 2009: 138).

Başlangıçta; dünyada bu salgın hastalıkların yayılmasını önlemek amacıyla ortaya çıkan karantina uygulamaları, giderek gelişmiş eklenen yeni uygulamalar ve halk sağlığı önlemleri ile günümüzde başta liman kentleri olmak üzere ulusal güvenliğin sağlanması da rol oynar hale gelmiştir. Bu nedenle karantina uygulamalarının güvenliği sağlamada ne derece etkili olduğunun değerlendirilmesi ve uygulamada yaşanan sorunların ortaya konmasının gerekli olduğu düşünülmektedir.

1.4.1. Karantina Kavramının Tanımı

Geçmişte karantina kavramı, bulaşıcı bir hastalık taşıdığından Şüphelenilen kişilerin gözaltına alınması ve ayrıŐtırılması olarak tanımlanmıŐtır. Daha sonra ise bu kavram bulaşıcı bir hastalığa yol açabilecek kiŐilere, hayvanlara ya da eŐyalara uygulanan bir izolasyon dönemini belirtmek için kullanılmaya başlanmıştır. Ancak günümüzde izolasyon ve karantina kavramlarını birbirlerinden ayırmak gerekir. Çünkü izolasyon zaten bulaşıcı hastalık bulaşmış olduğu bilinen yani enfekte

kişilerin hastalığı yaymasını önlemek için diğer insanlardan ayrılmasını belirten ve çok eski dönemlerden beri kullanılan bir yöntemdir (Gensini, Yacoub ve Conti, 2004: 258). Ancak izolasyondan farklı olarak karantina uygulamaları şüpheli yolcu ya da eşyaları üzerinde de uygulanmakta olduğundan olası risklere karşı önleyici nitelik de taşımaktadır. Ayrıca karantina uygulamaları yalnızca kişinin ya da eşyanın tecridi ile sınırlı değil, bunun yanında uygulanan sağlık işlemlerini de içermektedir.

Nuran Yıldırım karantinayı; çiçek, kolera, veba, sarıhumma, tifo, sıtma gibi bulaşıcı nitelik taşıyan salgın hastalıklardan birinin görüldüğü bir taşıma aracında yolculuk yapan veya bu hastalıklardan birinin yaygın olduğu bir ülkeden gelen yolcu ve eşyaların girmek istedikleri ülkenin halkıyla temas etmeden önce belirli bir yerde ya da geldikleri gemilerde geçirmek zorunda oldukları tecrit süresi ile birlikte uygulanan sağlık önlemlerinin tümü olarak tanımlamaktadır (Yıldırım, 1985: 1322).

Karantina kavramını hukuksal açıdan ele alacak olursak; 2005 yılında revize edilen Uluslararası Sağlık Tüzüğü'nde (UST'de) karantina tanımı yapılmış ve ulusal mevzuatta da bu tanım benimsenmiştir. UST'ye göre karantina; bir enfeksiyon¹ ya da kontaminasyonun² olası yayılmasını önlemek amacıyla hasta olmayan şüpheli kişilerin veya şüpheli yolcu eşyası, konteynırlar, taşıtlar veya malların faaliyetlerinin kısıtlanması ve/veya diğerlerinden ayrılması olarak tanımlanmaktadır. Karantina ile karıştırılan “tecrit” kavramı ise; hasta ya da kontamine olmuş kişilerin veya etkilenmiş yolcu eşyasının, konteynırların, taşıtların, malların ya da posta paketlerinin enfeksiyonun veya kontaminasyonun yayılmasını önleyecek şekilde diğerlerinden ayrılması şeklinde tanımlanmaktadır. Bu tanımlardan da anlaşılacağı üzere karantina muhtemel risklere karşı uygulanan bir halk sağlığı önlemi iken tecrit, hastalık bulaşmış olduğu bilinen kişi veya eşyaların hastalığı yaymalarını önlemek amacı taşımaktadır.

Tüm bu tanımlamalardan sonra gerek yük gerekse yolcu taşımacılığı esnasında ülkeye giriş ve çıkışlarda halk sağlığının korunması dolayısıyla güvenliğin sağlanması açısından karantina uygulamalarının önemli olduğu söylenebilir. Ancak

¹ UST'nin 1. maddesine göre “enfeksiyon”; halk sağlığı riski oluşturabilecek enfeksiyöz bir etkenin bir insanın ya da hayvanın bedenine girmesi ve gelişmesi veya çoğalması, anlamına gelmektedir.

² UST'nin 1. maddesine göre “kontaminasyon (bulaşma)”; bir insan ya da hayvan bedeninin yüzeyinde, tüketilmek üzere hazırlanmış bir ürünün içinde ya da üzerinde veya taşıtlar da dahil olmak üzere cansız diğer maddeler üzerinde halk sağlığı riski oluşturabilecek enfeksiyöz ya da toksik bir etkenin ya da maddenin varlığı, anlamına gelmektedir.

karantina uygulamaları geçmişten günümüze kadar değişmiş ve gelişmiştir. Bu nedenle günümüz uygulamalarını daha iyi analiz edebilmek için öncelikle karantina uygulamalarının tarihsel açıdan geçirdiği gelişim sürecinin incelenmesi gerekmektedir.

1.4.2. Geçmişten Günümüze Karantina Uygulamaları

Tarihte toplumlar üzerinde yıkıcı etkiler yaratan ve halk arasında “kara ölüm” diye adlandırılan veba, esas olarak kemirgenleri etkileyen ölümcül bir hayvan hastalığıdır. Ancak bu hastalık, hayvandan insana bir taşıyıcı vasıtasıyla bulaşmakta ve hızla yayılarak ciddi boyutta ölümlere yol açmaktadır (Varlık, 2017: 37). 1895 yılına kadar bu öldürücü hastalığın mahiyetini ve sebebini bilmeyen insanoğlu hastalığı önlemek için her çareye başvurmuştur ki bunların en etkilisi de karantina uygulamaları olmuştur (Yıldırım, 1985: 1326). Bu nedenle karantina uygulamalarının ortaya çıkmasının veba salgınları ile paralellik gösterdiği ileri sürülebilir.

Karantina uygulamalarının tarihi 1377 yılına kadar uzanmaktadır. Bugün Hırvatistan’ın Dobrovnik kenti olarak bilinen Ragusa Cumhuriyeti’nde, Konsey tarafından 27 Temmuz 1377 tarihinde ‘trenta’ yani salgınların yayılmasını önlemek için 30 günlük bir izolasyon sürecini zorunlu tutan bir yasa çıkartılmıştır. Bu yasaya göre enfekte yani hastalığın bulaşmış olduğu bir yerden gelen tüm gemilerin limana girmeden önce Mercano adasında bir ay geçirmesi zorunlu tutulmuştur (Gensini, Yacoub ve Conti, 2004: 258; Mafart ve Perret, 1998: 16). Ayrıca Ragusa’nın başhekiminin önerisiyle kent surlarının dışında hastalığın tedavisi, şüphelilerin tespiti ve enfekte vatandaşlar için bir tecrit yeri kurulmuştur (Gensini, Yacoub ve Conti, 2004: 258).

Birkaç hafta sonra Venedik de bu karara benzer bir karar almıştır. Ancak Venedik şüpheli gemiler için önlem ve izolasyon süresini 40 güne çıkarmıştır (Mafart ve Perret, 1998: 16). Bu 40 gün yani İtalyanca 40 anlamına gelen ‘quaranta’ kelimesi, günümüze kadar uzanan karantina kelimesinin kökenini oluşturmaktadır (Kilwein, 1995: 185).

İzolasyon süresinin 30 günden 40 güne çıkarılmasının nedeni kesin olarak bilinmemekle birlikte, bu konuya ilişkin bazı kesimler 30 günün hastalığın yayılmasını önlemede kısa olduğu için uzatıldığını ileri sürerken bazıları da bu durumu Hristiyan dininde 40 sayısının kutsal sayılmasından kaynaklanan önemine atıf yaparak açıklamaya çalışmaktadır (Mackowiak ve Sehdev, 2002: 1072).

Dönem itibarıyla deniz ticaretinin önemi oldukça büyüktür. Ancak gemiler insan ve kargonun yanında hastalıkları da taşımaktadır. Bu nedenle uygulamaya başlanılan 30 ila 40 günlük izolasyon sürecini öngören karantina ile yalnızca sağlık değil, aynı zamanda ticaret ağının kalitesini ve güvenliğini de korumak amaçlanmıştır (Gensini, Yacoub ve Conti, 2004: 258).

Her ne kadar karantina uygulamalarının başlangıcı olarak Ragusa Cumhuriyeti gösterilse de, halk sağlığı hizmetlerine yönelik organizasyonlarıyla Venedik Cumhuriyeti'nin söz konusu uygulamaların öncülerinden olduğu söylenebilir. Nitekim 1423 yılına gelindiğinde, tarihte ilk kalıcı veba hastanesi Santa Maria di Nazareth Adası'nda Venedik Cumhuriyeti tarafından kurulmuştur. 'Lazaretto' olarak adlandırılan bu hastane aslında bir karantina istasyonudur. Daha sonra 1467 yılında Cenova'da da bir lazaretto açılmıştır (Laget, 2002: 1).

Lazarettolar, hastalığın yayılmasını sınırlamak için yerleşim merkezlerinden uzağa yerleştirilirken hastaları taşıyabilecek yakınlıkta olmasına da dikkat edilmiştir. Bu yerler belirlenirken lazarettonun şehirden ayrılmasını sağlayacak deniz veya nehir gibi doğal bir bariyerin var olduğu alanlar tercih edilmiş, doğal bariyerler bulunmadığında ise lazarettoyu hendek ile çevreleyerek yapay bariyerler oluşturulmuştur. Bunun yanı sıra limanlarda, veba bulunduğu şüphelenilen yolcuları ve mürettebatı izole etmek için kullanılacak binalar oluşturulmuştur. Gemilerle gelen ürünler için ise belirlenen binalara boşaltılmak suretiyle gerekli prosedürler uygulanmıştır (Tognotti, 2013: 255).

Lazarettoların kurulduğu yerlere bakıldığında sadece limanlarla sınırlı kalmadığı ayrıca karayolları üzerlerinde de kurulduğu görülmektedir. Bu anlamda tarihte ilk kara lazaretosu 1488 yılında Kuzey İtalya'nın Lombardiya bölgesindeki Milano kentinde kurulmuştur (Laget, 2002: 1-2).

Şehrin yakınındaki bir ada üzerine karantina istasyonu kurulması şeklindeki bu, Venedik sistemi diğer Avrupa devletleri için de bir model oluşturmuştur. Takip

eden 100 yıl boyunca da İtalyan limanlarında (Pisa) ve Fransız limanlarında (Marsilya) benzer yasalar çıkarılarak uygulanmıştır (Gensini, Yacoub ve Conti, 2004: 259). Örneğin 1467'de Cenova Venedik sistemini benimsemiştir. 1476 yılında ise; Fransa'nın Marsilya kentindeki cüzzamlı kişiler için hizmet veren bir hastane lazarettoya dönüştürülmüştür (Tognotti, 2013: 255).

Osmanlı İmparatorluğu'nda ise lazarettoya karşılık olarak "tahaffuzhane" denilen kurumlar kurulmuştur. Tahaffuzhaneler, ülkeyi dışarıdan gelebilecek bulaşıcı ve salgın hastalıklara karşı korumak için gerekli sağlık önlemlerinin alınması amacıyla kurulan karantina merkezleridir (Yıldırım, 1985: 1324).

16. yüzyılda karantina sistemi, gemiler tarafından ziyaret edilen son limanın hastaliksız olduğunu belgeleyen sağlık sertifikaları uygulamasının başlamasıyla genişletilmiştir. Bu uygulama, gemilerin menşe limanının sağlık durumunun ayrıntılı olarak belgelenmesini temel almaktadır. Temiz belgeli, yani hastalığın bulunmadığı belgelenen gemiler karantinaya uğramadan limana alınıyor ve banın yaygın olduğu limanlardan gelen gemiler ise karantinaya tabi tutuluyordu (Gensini, Yacoub ve Conti, 2004: 259).

18. yüzyıla gelindiğinde ise karantina uygulamalarının uluslararası bir standardı olmaması ve bazı devletlerce siyasi casusluk amacıyla kötüye kullanılması nedeniyle bu uygulamalar artık bir sorun haline gelmeye başlamıştır. Dönem itibariyle her devlet salgın hastalıklara karşı farklı karantina süresi ve politikası uyguladığından başta uluslararası ticaret olmak üzere birçok alanda karmaşa yaşanmasına neden olmuş ve karantina uygulamalarının uluslararası standartlarla düzenlenmesi bir ihtiyaç haline gelmiştir (Gensini, Yacoub ve Conti, 2004: 259). 19. yüzyılda döneme damga vuran kolera salgınları, karantina uygulamalarında uluslararası standardizasyon ihtiyacının altını bir kez daha çizmiştir. Bu konuda atılan ilk adım 1834 yılında Fransa'nın karantina uygulamalarının standart hale getirilmesinin görüşülmesi için uluslararası bir toplantı organize edilmesi önerisi olmuş ancak, bu çağrı sonuçsuz kalmıştır (Maglen, 2003: 2873).

19. yüzyılın ikinci yarısına gelindiğinde ise; özellikle dünya çapında etkili olan kolera salgınlarına karşı mücadelede yaşanan yetersizlikler, artık uluslararası düzenlemeleri zorunlu kılmıştır. 1851 yılında kolera salgınları konusunda acilen geniş çapta tedbirlerin alınması ve salgın hastalıklarla mücadelede uygulamalarda

uluslararası bir standardın sağlanması amacıyla Paris'te Uluslararası Sağlık Konferansı toplanmıştır (Hardy, 1993: 251).

Bu konferansa Fransa, Avusturya, Sicilya, İngiltere, Yunanistan, Rusya, Portekiz, İspanya gibi birçok devlet katılmıştır. Osmanlı İmparatorluğu da konferansa katılan devletler içerisinde yer almıştır. Konferansta salgın hastalıkların yayılmasını önlemek, en önemli amaç olarak kabul edilirken ticaretin korunması da en çok gündeme getirilen konu olmuştur. Çünkü dönem itibariyle bazı devletler, ticarete rakip gördüğü devletin ticaretini sekteye uğratmak için karantina usulünü bir silah olarak kullanmaktaydı. Ayrıca gemiler sağlıklı olsa dahi karantinaya tabi tutulduklarından ticarete ciddi bir zaman kaybı meydana gelmekteydi (Uludağ, 1938: 451).

Paris Uluslararası Sağlık Konferansı ticaret, karantina ve uluslararası denizcilik gibi konular üzerine görüşmek amacıyla toplanan konferanslar serisinin başlangıcı niteliğindedir. Söz konusu konferansta Avrupa ülkelerinin büyük bir çoğunluğu denizyolu ile taşınan kolerayı önlemek için, karantina uygulamalarının gerekliliğini savunmasına karşın İngiltere, ticaret serbestliği üzerindeki her türlü kısıtlayıcı faaliyete şiddetle karşı çıkmıştır (Hardy, 1993: 251).

İngiltere'nin bu tavrının nedeni olarak ana kıttadan ayrı bir ada devleti olması gösterilmişse de, sahip olduğu deniz ticaret hacminin karantina uygulamaları yüzünden olumsuz etkilenecek olması, daha öncelikli bir neden olarak ileri sürülmektedir (Ayar, 2005: 10-11).

Karantina uygulamalarına yönelik bu farklı tutumlar dönem itibariyle diplomatik bir tartışma konusu haline gelmiştir. Çünkü karantina politikaları sağlık önlemlerine yönelik görüşlerin yanı sıra her devletin ulusal ticaretini korumaya yönelik tutumunu da içerdiğinden bu konuda uluslararası düzeyde işbirliğinin sağlanması oldukça zordur (Gensini, Yacoub ve Conti, 2004: 259).

Siyasi ve ekonomik meselelerin karantina hakkında açık müzakerelere nasıl engel olduğuna ve bu kadar uzun bir süre neden bir fikir birliğine varılamadığına dair 1885 yılında Roma'da düzenlenen konferans örnek olarak gösterilebilir. Bu konferansta Hindistan'dan gelerek Süveyş Kanalı'ndan geçmek isteyen gemilerin karantinaya alınması ve denetlenmesi ile ilgili bir teklif sunulmuş ve özellikle İngiltere ile Fransa arasında bu konu ciddi tartışmalara neden olmuştur. Fransa,

Süveyş'e giren gemilerin bağımsız bir uluslararası denetime tabi tutulması gerektiğini savunmuş İngiltere ise buna karşı bir tutum benimsemiştir. Çünkü dönem itibarıyla kanal trafiğinin büyük bölümünü İngiliz gemileri oluşturmaktaydı ve İngiltere bu uygulamaların ticaret gemilerinin serbest dolaşımını engelleyeceği ve ek maliyetlere neden olacağı düşüncesindeydi (Maglen, 2003: 2873). Kısacası karantina uygulamaları üzerine yapılan bu tartışmada, İngiltere ticaret hacmini korumaya çalışırken Fransa da İngiltere'nin ticaretini sekteye uğratmayı amaçlamaktadır. Bu örnekten hareketle tarihte halk sağlığı uygulamalarının ekonomik ve siyasi meselelerden bağımsız olmadığı ileri sürülebilmektedir.

1851 yılını takip eden 100 yılda ise dünyada bulaşıcı hastalıklar konusunda uluslararası işbirliğinde önemli gelişmeler yaşanmıştır. Bulaşıcı hastalıkların kontrolünde işbirliğini kolaylaştırmak için devletlerce birçok konferans düzenlenmiş, Tablo 1'de görüleceği üzere birçok uluslararası sözleşme imzalanmış ve uluslararası alanda faaliyet göstermek üzere sağlık örgütleri kurulmaya başlanmıştır (Fidler, 2001: 843).

Tablo 1: Bulaşıcı Hastalıklarla İlgili Yapılan Bazı Anlaşmalar (1892-1951)

YIL	BELGE ADI
1892	Uluslararası Sağlık Sözleşmesi
1893	Uluslararası Sağlık Sözleşmesi
1894	Uluslararası Sağlık Sözleşmesi
1897	Uluslararası Sağlık Sözleşmesi
1903	1892, 1893, 1894 ve 1897 tarihli sözleşmelerin yerine geçen Uluslararası Sağlık Sözleşmesi
1905	Pan Amerikan Sağlık Sözleşmesi
1912	1903 tarihli Uluslararası Sağlık Sözleşmesi'nin yerine geçen Uluslararası Sağlık Sözleşmesi
1924	Pan American Sağlık Kodu
1926	1912 tarihli Uluslararası Sağlık Sözleşmesi'ni Değiştiren Sözleşme
1927	Pan Amerikan Sağlık Sözleşmesine Ek Protokol
1928	Hava Ulaştırmaları Pan Amerikan Sağlık Sözleşmesi
1930	Dang'a Karşı Alınacak Önlemlere İlişkin Anlaşma
1933	Hava Ulaştırmaları Uluslararası Sağlık Sözleşmesi
1934	Dang Hummasına Karşı Karşılıklı Korumaya İlişkin Uluslararası Sözleşme
1938	1926 Uluslararası Sağlık Sözleşmesini Değiştiren Sözleşme
1944	1926 Uluslararası Sağlık Sözleşmesini Değiştiren Sözleşme
1944	1933 tarihli Sözleşmeyi değiştiren Hava Ulaştırmaları Uluslararası Sağlık Sözleşmesi
1946	1944 tarihli Uluslararası Sağlık Sözleşmesi'ni uzatan Protokol
1951	Uluslararası Sağlık Tüzüğü

Kaynak: Fidler, 2001: 845.

Bunlara ek olarak Koch ve Pasteur'un mikrop teorisi üzerine yaptığı çalışmaları sayesinde bulaşıcı hastalıklar konusunda yaşanan gelişmeler de dönemin

diplomatlarını, daha bilinçli politikalar oluşturulması için uluslararası işbirliğine yönlendirmede etkili olmuştur (Fidler, 2001: 843).

Pateur'un mikrop teorisinden önce karantina uygulamalarında hastalıkların kuluçka süreleri düşünülmeden karantina süreci uygulandığından karantinaya tabi tutulan ve sağlıklı olduğuna kanaat getirilerek serbest bırakılan insanlar, karantinadan çıktıktan bir gün sonra bile hastalanabilmekteydi. Çünkü hastalıkların ortaya çıkması bünyeden bünyeye farklılık gösterebilmekteydi ki bu da karantina uygulamalarının yetersiz olduğunu ortaya koymaktaydı. Bu nedenle karantina uygulamaları salt bekletme ve gözlemlemeden ziyade dezenfeksiyon ve tıbbi muayeneyi içermeliydi. Bu da ancak 19. yüzyılda tıp biliminin gelişimine paralel olarak uygulamaya geçirilebilmiş ve bu sayede karantina uygulamaları gün geçtikçe daha da gelişme göstermiştir (Yaşayanlar, 2015: 120).

1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün kurulmasının ardından bulaşıcı hastalıkların kontrolü üzerine uluslararası alanda bir takım yasal düzenlemeler kabul edilmiştir. Günümüzde de bu alanda DSÖ öncülüğünde çalışmalara devam edilmektedir.

20. ve 21. yüzyılda karantina uygulamaları tüberküloz, ağır akut solunum sendromu (SARS) gibi salgın hastalıklarla mücadelede de başvurulan yöntemlerden biri olmuştur. Özellikle 2003 SARS ve 2009 influenza A (H1N1) salgınlarında karantina uygulamaları kullanılmıştır (Tognotti, 2013: 258). Bu durum 1377'den beri gelişerek süregelen karantina uygulamalarının günümüzde de geçerliliğini koruduğunu göstermektedir.

1.4.3. Osmanlı İmparatorluğu'ndan Günümüze Türkiye'de Karantina Uygulamaları

Avrupa'da veba salgınlarına karşı başlatılan ve daha sonra birçok salgın hastalıkla mücadelede uygulanan karantina sistemiyle Osmanlı İmparatorluğu'nun tanışması kolera salgınlarıyla gerçekleşmiştir (Böke, 2009: 139).

Kolera hastalığı, 19. yüzyılın başlarına kadar Hindistan'ın Ganj Nehri kıyılarında ortaya çıkmışsa da, daha sonra Hindistan'dan dünyaya yayılarak bir salgın haline gelmiş ve bu salgın 1831 yılında İstanbul'a da ulaşmıştır. Osmanlı

İmparatorluğu, çok ciddi boyutlarda ölümlere neden olan bu salgınla mücadele etmek için Avrupa’da uzun yıllardır uygulanan karantina sistemine başvurmuştur (Yıldırım, 1985: 1326).

Osmanlı İmparatorluğu’nda kolera ile mücadele etmek amacıyla yapılan karantina uygulamaları, aslında daha önce vebaya karşı da kullanılmıştır. Örneğin Yanya Valisi Tepedelenli Ali Paşa, Mısır Valisi Mehmet Ali Paşa, Lübnan’da Emir Beşir vebayla mücadelede karantina sistemini uygulamışlardır. Ancak bu uygulamalar kendi hakimiyetleri altındaki yerlerle sınırlı kalmış ve kurumsallaşmamıştır (Panzac, 2018: 191-200). Bu nedenle Osmanlı İmparatorluğu’nda her ne kadar 1831’den önce de karantinaya ilişkin çeşitli uygulamaların yapıldığı bilinse de sistemli bir şekilde uygulamaların başlatıldığı tarih olarak 1831 yılı gösterilmektedir (Ahmet Mithat Efendi, 2003: 90).

1831 yılının başlarında, önceki yıl itibarıyla Rusya’nın güneyinde var olduğu bilinen kolera, aşağı Tuna bölgesine doğru yayılmış ve İstanbul’u da tehdit etmeye başlamıştır (Panzac, 2018: 217). Bunun üzerine Hekimbaşı Mustafa Behçet Efendi kolera hastalığının belirtileri ve seyriyle ilgili bilgi vermek, hastalıktan korunma konusunda halkı ve yöneticileri uyarmak amacıyla Kolera Risalesi adında bir kitapçık kaleme almıştır (Yıldırım, 1985: 1326).

Daha sonra Galata Nazırı Sârim Bey İstanbul’da bulunan bazı Avrupalı devletlerin sefaret tercümanlarıyla bir toplantı düzenlemiştir. Bu toplantı sonucunda karantina uygulamasının başlatılmasına karar verilmiş ve Sârim Bey, söz konusu uygulamaları yönetmek üzere Kâmilizade Mustafa Nazif Efendi’yi görevlendirmiştir (Ahmet Mithat Efendi, 2003: 91). Alınan bu kararlar doğrultusunda; hastalığın denizyolu ile kente gireceği göz önünde bulundurularak iki karantina noktası belirlenmiştir. Buna göre; Karadeniz’den gelen yabancı gemiler İstanbul’a 12 kilometre uzaklıkta bulunan İstinye Körfezi’nde, İslam ülkelerinden gelen gemiler ve Osmanlı gemileri ise Liman-ı Kebir denilen Rumeli Feneri yakınlarında karantinaya alınmaya başlanmıştır (Panzac, 2018: 217).

1835 yılında ise İskenderiye, Suriye ve Kıbrıs’ta başlayan kolera üzerine Çanakkale’de de bir tahaffuzhane kurulmuştur. Ancak geçici olan bu uygulama kısa süre sonra kaldırılmıştır (Yıldırım, 1985: 1322).

Gerek İstanbul’da gerekse Çanakkale’de başlatılan bu, karantina uygulamaları uzun vadeli olmayan geçici uygulamalar olmasına karşın bu alanda bir deneyim olmuşlardır. Bu konuda asıl ciddi ve kalıcı adımlar ise 1838 yılında atılmaya başlanmıştır (Şimşek, 2014: 400).

Bu geçici uygulamaların başarısız olması ve karantinanın Osmanlı İmparatorluğu’nda Avrupalı devletlere nazaran daha geç kalıcı hale gelmesinin birçok nedeni vardır. Bunlar içerişimde Osmanlı coğrafyasında İslam dininin yaygın olması nedeniyle Avrupa’dan farklı toplumsal bir yapının bulunması önemli bir etken olarak gösterilebilir. Osmanlı İmparatorluğu’nun nüfusunun büyük bir bölümünü oluşturan Müslüman halkın, hastalıklara karşı bakış açısı ve bu konudaki tutumları diğer toplumlardan oldukça farklıydı. Dönem itibariyle Ulemanın da yönlendirmeleriyle halk arasında hastalığın ve sağlığın Allah’tan geldiğine ve bu hastalıkların Allah’ın günahkar kullarını terbiye etmek amacıyla gönderdiği afetler olduğuna, bu nedenle de karantina gibi korunma tedbirlerine başvurma Allah’a isyan etmek anlamına geleceğine dair yaygın bir inanç hakimdi (Uludağ, 1938: 445).

Bu bakış açısına paralel olarak Müslüman halk arasında “Frenk adeti” olarak nitelendirilen karantina uygulamalarına riayet etmenin ise dinen caiz olmadığı düşünülüyordu. Çünkü karantina sadece veba, kolera gibi bulaşıcı hastalıkların bulunduğu bölgelerden gelen insanların belli bir yerde tecrit edilmelerinin ardından hastalık taşımadığı anlaşılanların ülkeye girişlerine izin verilmesinden ibaret değildi. Bunların yanı sıra eşya ve mekanların dezenfekte edilmesi, ölümlerin muayenesi ve gömülmeleri gibi uygulamalar da yapılmaktaydı ki; karantina hekimlerinin ölümleri, özellikle de Müslüman kadınların ölümlerini muayene etmesi ve ölümlerin kireçle gömülme mecburiyeti Müslüman halkın tepkisine yol açıyordu (Yıldırım, 2006: 18).

Halk arasında bu düşünceler mevcutken o dönemde veba hastanesi olarak hizmet veren Kızkulesi’nde görevli Fransız tebaasına mensup hekim Anton Lago 1838 yılında karantina uygulamalarının salgın hastalıklarla mücadele konusundaki önemini anlatan ve Avrupa’daki uygulamaları izah ederek Osmanlı’da karantinanın uygulanabilirliğini bilimsel açıdan ortaya koymaya çalışan bir lâyiha kaleme almıştır. Bu lâyihada Lago; bölgesel boyutta değil, imparatorluğun her köşesini kapsayacak şekilde bir karantina usulünün uygulamaya konması ve kalıcı bir karantina teşkilatının kurulması gerektiği önerisinde bulunmuştur (Uludağ, 1938: 446-447). Bu

önerilerin Osmanlı yönetimi için yol gösterici olduğu ve hatta söz konusu lâyiha'nın Osmanlı'da karantina uygulamasının kabul edilmesinde önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir (Ayar ve Kılıç, 2017: 171).

1837 yılında İstanbul'da salgın hastalıklardan kaynaklı yaşanan yıkım üzerine dönemin padişahı II. Mahmut, bu hastalıklara karşı önlem alınmadığı sürece ülkede hiçbir reformun mümkün olmayacağını anlamıştır (Panzac, 2018: 220).

Salgın hastalıklara karşı karantina uygulamalarının öneminin farkında olan II. Mahmut, bilimsel esaslara dayalı kapsamlı bir karantina uygulamasının kurulmasının zorunluluğunu biliyor ancak; bu devletin kara yolları, limanları ile bütün yerleşim birimlerini içine alacak şekilde geniş bir örgütlenme gerektirdiğinden olası bir başarısızlık halinde Avrupalılara karşı devletin itibarının zedelenmesinden de endişe duyuyordu. Halkın karantina karşıtı tutumu da bu endişesini haklı kılmaktaydı. Bu nedenle de ilk olarak karantinanın şeriatı göre uygulanabilir olduğunun halka izah edilmesi gerektiği kanaatindeydi (Yıldırım, 2006: 18).

II. Mahmut'un emriyle 1838 yılının mart ayında salgın hastalıklara karşı sağlık önlemlerini kabul etmek üzere Divan-ı Hümayum olağanüstü olarak toplanmış ve bu toplantı sonrasında devletin resmi gazetesi olan Takvim-i Vakayi'de karantina usulünün kabul edildiği ilan edilmiştir. Halkın tepkisini çekmemek adına ise II. Mahmut, Şeyhülislam Mekkizâde Asım Efendi'den karantina uygulamasının şeriatı uygun olduğuna ilişkin fetva almıştır (Yıldırım, 1985: 1323).

Abdülhak Molla Efendi'nin başkanlığında daha sonra Meclis-i Tahaffuz³ (Karantina Meclisi) adını alacak olan bir hazırlık komisyonu kurulmuştur. Komisyonda Takvim-i Vakayi'nin basıldığı Takvimhane'nin Nazırı Mehmet Esat Efendi ve Mekteb-i Harbiye Nazırı Selim Sâti Paşa gibi dönemin önemli isimleri yer almıştır. Ayrıca komisyonda veba konusunda uzman olan A. Bulard adında bir de Fransız hekim vardır (Panzac, 2018: 220).

Yapılan çalışmalar sonrasında faaliyete geçen Meclis-i Tahaffuz; Meclis-i Tahaffuz-i Ūlâ (Yüksek Karantina Meclisi) ve Meclis-i Tahaffuz-i Sâni (Yüksek Karantina Bürosu) olmak üzere iki kurumdan oluşuyordu. Meclis-i Tahaffuz-i Ūlâ'da

³ Karantina (Quarantine) kelimesi Abdülhak Molla Efendi tarafından "usul-ü tahaffuz" olarak çevrilmiştir (Uludağ, 1938: 449).

başkan olarak Abdülhak Molla Efendi ile askeri, dini, ticari gibi çeşitli alanlarda görevlendirilmiş 4 üye bulunuyordu (Ahmet Mithat Efendi, 2003: 94).

Daha sonra Kaptan Paşa, Boğaziçi'nde padişahın emriyle tüm harcamaları devlet hazinesinden karşılanacak bir sağlık kurumu kurulması için yer tespit etmek üzere görevlendirilmiş, bunun üzerine Kuleli Kışlası karantina binası olmak üzere seçilmiştir. 1838 yılının haziran ayından aralık ayına kadar gerekli düzenlemeler yapılarak yolcu ve eşyaları karantinaya alma, mektup ve evrak gibi çeşitli dokümanları dezenfekte etme ve veba bulaşmış olan hastalara hastane hizmeti verebilecek seviyeye getirilen Kuleli Kışlası, 28 Aralık 1838'de bizzat padişah tarafından açılmıştır. Söz konusu kışla, hekim, cerrah, hemşire, eczacı ve hamal gibi çeşitli mesleklerden oluşan 60 kadar kişilik personel kadrosuyla karantina hizmeti vermeye başlamış ve 1842 yılına kadar Karadeniz'den ve Akdeniz'den gelen gemiler burada karantinaya tabi tutulmuştur (Panzac, 2018: 221).

Kuleli Kışlası Karantinası'nın ardından 1839 yılında Küçükçekmece'de, 1843'te Kartal'da, 1844'te Anadolu Kavağı'nda tahaffuzhaneler açılmaya başlanmıştır. Ayrıca sadece İstanbul'da değil, birçok kentte⁴ de tahaffuzhaneler kurulmuştur. Bunlara ek olarak 1866'da İstanbul'da gerçekleştirilen Uluslararası Sağlık Konferansı'ndan sonra pek çok modern tahaffuzhane daha faaliyete açılmıştır (Yıldırım, 1985: 1324).

1838 yılından itibaren karantina uygulamalarında yaşanan bu gelişmelere rağmen önemli bir sorun hala aşılamamıştı. Bu sorun, Osmanlı İmparatorluğu'nda karantina usulü alanında yeterli sayıda gelişmiş hekim ve sağlık personeli bulunmamasıydı. Saray da dahil olmak üzere başlıca sağlık kurumlarının başında ve hatta orduda bile yabancı hekimler bulunuyordu (Uludağ, 1938: 450).

Karantina usulüne hakim yeterli personelin yetiştirilmesi için ise; karantinayı uzun yıllardır uygulayan devletlerden bu konuda uzman kişilerin getirilmesine karar

⁴ İstanbul kenti dışında bulunan ve 1862 yılına kadar faaliyet gösterdiği bilinen tahaffuzhaneler; Adana, Alâiye, Ankara, Antalya, Avlonya, Aydın, Ayvalık, Bağdat, Balıkesir, Basra, Batum, Bergama, Beyrut, Biga, Bilecik, Birecik, Bingazi, Bodrum, Bolu, Bursa, Çeşme, Diyarbakır, Edirne, Edremit, Eflak, Elmalı, Erdek, Erzurum, Eskişehir, Filibe, Finike, Gazze, Gelibolu, Girit, Halep, Hersek, Isparta, İskenderun, İstanköy, İzmir, İzmit, Kars, Kayseri, Kıbrıs, Kilis, Konya, Kudüs, Kuşadası, Kütahya, Lazkiye, Malatya, Manastır, Manisa, Menteşe, Mersin, Midilli Adası, Musul, Muş, Niğbolu, Niş, Preveze, Rodos, Safranbolu, Sakız, Samsun, Sayda, Selanik, Sezer, Silistre, Sisam, Sinop, Sivas, Şam, Tekirdağ, Tirnova, Trabzon, Varna, Vidin, Zıstovi'de bulunuyordu (Yıldırım, 1985: 1324).

verilmiştir. Padişah II. Mahmut, Avusturya Devleti'ne güvendiğinden karantina usul ve şartlarını bilen üç kişinin Viyana'dan getirilmesini emretmiştir. Bunun üzerine Abdülhak Molla Efendi Meclis-i Tahaffuz-i Ūla'daki görevinden alınmış ve yerine Osmanlı İmparatorluğu'na davet edilen Avusturyalı Doktor (Dr.) Minas, 22 Temmuz 1838 tarihinde bir tezkere ile "Karantina Baş Direktörü" olarak atanmıştır. Dr. Minas'ın yanı sıra Mayer, Mac Carty ve Marchand isimli üç yabancı hekim daha Meclis-i Tahaffuz'a alınmıştır. Daha sonra 1839 yılında Dr. Minas'ın da önerisi üzerine karantina uygulamalarında Avrupa usulüne paralel bir yol belirlemek için çağrılan yabancı hekimlerin de yer aldığı Sıhhiye Meclisi oluşturulmuştur (Ahmet Mithat Efendi, 2003: 97; Yıldırım, 2006: 19).

İlerleyen dönemde Karantina Baş Direktörü olarak görevlendirilen Dr. Minas'ın karantina konusunda yeteri kadar tecrübesi olmadığı ortaya çıkınca Dr. Minas istifa ederek ülkesine dönmüş diğer doktorlar Mayer, Mac Carty ve Marchand görevine devam ederken Minas'ın yerine Fransız asıllı Dr. Robert görevlendirilmiştir (Ahmet Mithat Efendi, 2003: 98).

Dr. Robert Ocak 1840'da Sıhhiye Meclisi'nin çalışma esaslarını yeniden belirlemiştir. Meclis-i Sıhhiye, Meclis-i Tahaffuz, Meclis-i Umur-ı Sıhhiye Nezaret-i Umur-ı Sıhhiye, Sıhhiye Nezaret-i Karantina Nezaret-i Karantina Meclisi isimleriyle de anılan bu meclise, 1841'de Osmanlı İmparatorluğu'nun salgın hastalıklara karşı korunmasına karşılık bütün kararlarında ve icraatlarında bağımsızlık verilmiştir (Yıldırım, 2006: 19).

Osman Şevki Uludağ'a göre; karantina usulünün öğrenilmesi için yabancıların ülkeye getirilmesi kendi kendimize icat ettiğimiz yeni bir kapitülasyon türü meydana getirmiştir. Çünkü bu yabancılar daha sonra Osmanlı topraklarına yerleşme hakkına sahip olmakla birlikte toplam otuz üyeden oluşan Meclis-i Umuru Sıhhiye'nin yirmi üç üyesini oluşturarak çoğunluğu da elde etmişlerdir (Uludağ, 1938: 450).

Ülkeye getirilen yabancı doktorların da katılımıyla toplanan Meclis-i Umuru Sıhhiye'de İstanbul'a denizyoluyla gelenler için uygulanmak üzere 26 maddeden oluşan bir nizamname kabul edilmiştir. 10 Haziran 1839 yılında yayınlanan bu nizamname iki ay gecikme sonrasında 10 Ağustos 1839'da yürürlüğe konulmuş ve daha sonra 27 Mart 1840'da bu nizamnamenin imparatorluğun tüm limanlarında

uygulanması zorunlu kılınmıştır (Panzac, 2018: 223). Söz konusu nizamnamede deniz yoluyla gelecek yolcu ve eşyalar için uygulanacak karantina kuralları, verilecek sağlık patentaları gibi konulara yer verilmiştir. 8 Nisan 1840'da ise karayolu için de ayrı bir nizamname yayınlanmıştır (Uludağ, 1938: 450-451).

Getirilen bir başka uygulama ise; bir nevi ülke içi pasaport diyebileceğimiz “Mürûr Tezkiresi (Geçiş Tezkiresi)” yöntemidir. Bu belgede seyahatlerin nedenleri ve içeriğine dair açıklamalar yer alıyordu. Bu tezkireler hem Osmanlı yönetiminin halkın yolculuk istikametini öğrenmek suretiyle hastalıkların hangi istikameti takip ederek yayıldığını tespit etmesine imkan sağlıyor hem de bir gelir kaynağı oluşturuyordu. Çünkü yolcular tezkireyi alırken ve seyahat ederken kontrol noktalarında muayene karşılığı olarak belirlenen miktarda ödeme yapmak zorundaydılar. Böylece bu yolla elde edilen gelir karantina uygulamaları için kaynak oluşturuyordu. Dönem itibarıyla yeniliklerin yapılabilmesi için kaynak bulmak önemli bir sorundur. Bu nedenle bu belgelerden elde edilecek gelir ile karantina uygulamalarının finanse edilebilmesine katkı sağlanması da amaçlanmaktaydı (Doğan, 2011: 99-100).

II. Mahmut ile başlayan ve gerek maddi imkânsızlıklar gerekse Osmanlı merkez teşkilatında başlatılan radikal reformlar nedeniyle gelişiminde dalgalı bir seyir izleyen karantina uygulamaları, sırasıyla Padişah Abdülmecit, Abdülaziz ve II. Abdülhamit döneminde de varlığını sürdürmüştür (Böke, 2009: 140).

Osmanlı'da uygulanan karantina usulünün nasıl işlediğinden kısaca söz edilecek olursa; Hariciye Nezareti'ne bağlı olarak faaliyet gösteren Sıhhiye Meclisi'ni, Karantina Meclisi Reis-i Sanisi, yani Karantina Nazırı yönetiyordu. Sıhhiye Meclisi karantina ile ilgili tüzükler hazırlıyor alınan kararlar, diğer vilayetlerde bulunan karantina istasyonları (karantinahaneler, tahaffuzhaneler gibi kurumlar) aracılığıyla imparatorluk düzeyinde uygulanıyordu. Her karantina istasyonunda bir Müslüman müdür ile bir Avrupalı hekim bulunuyor ve ayrıca taşradaki karantina istasyonlarında Müslüman bir müdürün görev yapması da zorunlu tutuluyordu. Çünkü bu Müslüman müdürler aracılığıyla yerel yetkililer ve cemaatlerle iletişim kurularak karantina uygulamalarının kitlelere kabul ettirilmesinin kolaylaştırılması hedefleniyordu. Bunlara ek olarak karantina hekimlerine bazı sorumluluklar verilmişti. Örneğin karantina hekimlerinin 15 günde

bir ölenlerin; adı, yaşı, doğum yeri gibi kimlik bilgilerinin yer aldığı ve ölüm sebeplerini de içeren bir tabloyu İstanbul'a göndermesi ve bölgesinin genel sağlık durumu hakkında da bir rapor hazırlaması gerekiyordu. Yani bölgesindeki insanlar veya hayvanlar arasında bulaşıcı ya da salgın bir hastalık görülmesi halinde hekimler, hem bulundukları taşra birimini uyaracak hem de İstanbul'u bilgilendirecekti. Ayrıca karantina hekimlerine her hafta, bulunduğu yerdeki yabancı sefaret temsilcilerine veya halk sağlığı ile ilgili devlet görevlilerine bilgi verme, veba veya başka bir bulaşıcı hastalık tespit etmeleri halinde de kendi görev alanlarında gerekli önlemleri alma görevleri verilmişti (Yıldırım, 2006: 19-20).

İstanbul'da ise denizyolu için karantina usulü şu şekilde uygulanıyordu: İstanbul'a gelen gemiler öncelikle Kuleli Karantinası'nın kuzeyinde Boğaz üzerine ve Çanakkale Boğazı'na kurulan iki sağlık karakoluna sağlık belgelerini (Patente de Sante) ibraz etmek zorundaydı. Tabi sadece gemiler değil, gemilerde bulunan tüm yolcular da gemiye bindikleri limanda kendilerine verilen sağlık belgelerini ibraz etmek durumundaydı. Eğer bu belgelerde bir gemi "bulaşık" ya da "şüpheli" damgasını taşımasına rağmen boğazlardan transit geçmek istiyorsa karantinaya tabi tutulmaksızın geçiş izni veriliyordu. Ancak bu transit geçiş izni, Boğaz çıkışına kadar gemiye bir sağlık görevlisinin refakat etmesi şartına bağlanmıştı. Eğer gelen gemi İstanbul'a demirlemek istiyorsa taşıdığı sağlık belgesindeki damgaya ya da tespitlere göre Tablo 2'de gösterildiği süre kadar karantinaya alınıyordu (Panzac, 2018: 224-225).

Tablo 2: Osmanlı'da İstanbul'a Gelen Gemiler İçin Karantina Süreleri

	Gemide Bulunan Mallar	Yolcular
Veba Bulunan Gemi	31 Gün	21 Gün
"Bulaşık" Damgalı Belgeli Gemi	20 Gün	15 Gün
"Şüpheli" Damgalı Belgeli Gemi	15 Gün	10 Gün
"Temiz" Damgalı Belgeli Gemi	Derhal serbest olarak giriş izni verilir.	

Kaynak: Panzac, 2018: 225.

Osmanlı İmparatorluğu'nda karantina uygulamaları bu şekilde devam ederken 19. yüzyıl sonlarına doğru, Avrupalı devletler karantina sisteminin kaldırılmasını talep etmeye başlamıştır. Bazı Avrupalı devletler karantina usulü yerine bulaşıcı ve salgın hastalık tespit edilen yerlerin kordona alınması (tecriti) ve dezenfekte edilmesi

şeklinde bir sistem önerisinde bulunuyordu. Çünkü karantinada beklenen süre nedeniyle ticaret yavaşlıyor ve bu da maddi kayıplara yol açıyordu. 1891 yılında Londra’da toplanan 7. Uluslararası Hijyen ve Demografi Kongresi’nde bu konu en çok tartışılan başlıklardan biri olmasına rağmen bir karara varılamamıştır. Osmanlı İmparatorluğu da karantina sisteminin kaldırılmasına karşı çıkan devletler içerisinde yer almıştır. Hatta Peşte’de toplanan 8. Uluslararası Hijyen ve Demografi Kongresi’ne Osmanlı İmparatorluğu tarafından delege olarak gönderilen Hayrettin ve Mahmut beylere karantinalar aleyhinde oy kullanmamaları ve kongrede karantinaların kaldırılmasına yönelik bir tutum olması halinde karşı çıkmaları talimatı verilmiştir. Ancak Osmanlı İmparatorluğu’nun da aralarında bulunduğu karantina yanlısı devletlerin tüm çabalarına karşı 19. yüzyıl sonunda Avrupa’da karantina sistemi yerini dezenfeksiyon uygulamalarına bırakmaya başlamıştır. Buna rağmen Osmanlı’da, karantina teşkilatı 24 Temmuz 1923 tarihinde imzalanan Lozan Anlaşması ile lağvedilinceye kadar karantina usulü sürdürülmeye devam edilmiştir (Yıldırım, 2006: 20-21).

Lozan Anlaşması sonrasında “İstanbul Limanı ve Boğazları Sıhhiye Müdüriyeti” kurulmuş ve 1924 yılında “Hudut ve Sevahil Sıhhiyesi Müdüriyeti Umumiyesi” (Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü) adıyla faaliyetini sürdürmeye devam etmiştir (Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü (THSSGM), 2016: IX).

Günümüzde ise; halk sağlığı risklerini önlemek amacıyla uluslararası giriş noktalarında ve uluslararası sefer yapan taşıtlarda her türlü sağlık önleminin alınması veya aldırılması, alınacak önlemlerin standardının belirlenmesi, gerekli sağlık kontrollerinin yapılması ve sağlık belgelerinin düzenlenmesi konularında Sağlık Bakanlığı’na bağlı Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü görevlidir (THSSGM, 2016: X). Ancak halk sağlığı risklerini önlemeye yönelik uygulamalar kurumlar ve disiplinler arası bir boyut taşıdığından THSSGM; Tarım ve Orman Bakanlığı, Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, Ticaret Bakanlığı, liman başkanlıkları gibi ilgili tüm kamu ve özel kurum ve kuruluşlarla koordinasyon ve işbirliği içerisinde çalışmalarını sürdürmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

ULUSLARARASI SAĞLIK TÜZÜĞÜ ÇERÇEVESİNDE HALK SAĞLIĞI ÖNLEMLERİ VE DÜNYADA KARANTİNA UYGULAMALARI

2.1. ULUSLARARASI SAĞLIK TÜZÜĞÜ (2005)

Günümüzde karantina uygulamaları hastalıkların yayılmasının önlenmesi açısından kullanılan halk sağlığının korunmasına yönelik önlemler içerisinde yer almaktadır. Karantina da dahil olmak üzere uluslararası alanda halk sağlığının korunmasına yönelik uygulamalar DSÖ'nün öncülüğünde belirlenmektedir. DSÖ tarafından 2005 yılında imzaya açılan ve 2007 yılında yürürlüğe giren UST bu konuda uluslararası kurulları içeren temel metin olarak karşımıza çıkmaktadır.

2.1.1. DSÖ ve Uluslararası Sağlık Tüzüğü'nün Tarihsel Gelişimi

Tarihsel süreç içerisinde kitlesel ölümlerin yaşanmasına neden olan bulaşıcı hastalıklar, uluslararası boyutlara ulaşan önemli sağlık sorunlarından birisi olmuştur. Endüstri ve ulaşım olanaklarının gelişmesine paralel olarak uluslararası ticarete yaşanan gelişmeler sonucu devletler ve hatta kıtalar arası etkileşim de artmıştır. Ancak bu etkileşim, bulaşıcı hastalıkların sınır aşan bir nitelik kazanarak hızla yayılmasını da kolaylaştırmıştır. Özellikle 19. yüzyılın ilk yarısından itibaren salgın hastalıklar nedeniyle Avrupa'da binlerce kişi hayatını kaybetmiştir. Yaşanan bu olaylar artık sağlık alanında uluslararası işbirliği ihtiyacını zorunlu kılmıştır (Samancı, 2014: 116).

Sağlık alanında uluslararası işbirliğine gidilmesini tetikleyen bir başka husus ise; salgın hastalıkların ülkelere girişini engellemek için uygulanan karantina tedbirlerinin devletten devlete farklılık göstermesinin uluslararası ticarete olan olumsuz etkileridir (Maglen, 2003: 2873, Gensini, Yacoub ve Conti, 2004: 259).

Halk sağlığı alanında uluslararası işbirliği ihtiyacının giderek daha da hissedilir boyutlara ulaşması sonucu 23 Temmuz 1851'de Paris'te 12 ülkenin katılımıyla Uluslararası Sağlık Konferansı düzenlenmiştir. Bu konferansın bir çıktısı

olarak 137 maddelik bir Uluslararası Sağlık Sözleşmesi kabul edilmişse de katılımcı devletler arasında tam bir uzlaşma sağlanamadığından söz konusu sözleşme uygulanamamıştır (World Health Organization, 1958: 3-7).

Daha önce de bahsedildiği üzere 1851 Paris Uluslararası Sağlık Konferansı, halk sağlığına yönelik uluslararası konferanslar serisinin başlangıcı olmuştur. Bu konferans sonrası 1851-1938 yılları arasında Tablo 3’te de görüleceği üzere uluslararası alanda halk sağlığı konusunu esas alan on dört konferans daha düzenlenmiştir. Bu konferansların en önemli amaçlarından biri dönemin yıkıcı hastalıkları olan kolera, veba, sarıhumma gibi başlıca bulaşıcı hastalıkların yayılmasının önlenmesinde alınacak tedbirlerin belirlenmesi olmuştur. Ancak bu tedbirler belirlenirken uluslararası ticarete olan olumsuz etkilerinin asgarî düzeye indirilmesi çabası da ön plana çıkmıştır. Bu ilkeler çerçevesinde çeşitli uluslararası sağlık sözleşmeleri kabul edilmiştir (Samancı, 2014: 116).

Tablo 3: Uluslararası Sağlık Konferansları (1851-1938)

Sıra No:	Yıl	Konferans
1	1851	Paris Uluslararası Sağlık Konferansı
2	1859	Paris Uluslararası Sağlık Konferansı
3	1866	İstanbul Uluslararası Sağlık Konferansı
4	1874	Viyana Uluslararası Sağlık Konferansı
5	1881	Washington Uluslararası Sağlık Konferansı
6	1885	Roma Uluslararası Sağlık Konferansı
7	1892	Venedik Uluslararası Sağlık Konferansı
8	1893	Dresden Uluslararası Sağlık Konferansı
9	1894	Paris Uluslararası Sağlık Konferansı
10	1897	Venedik Uluslararası Sağlık Konferansı
11	1903	Paris Uluslararası Sağlık Konferansı
12	1911-12	Paris Uluslararası Sağlık Konferansı
13	1926	Paris Uluslararası Sağlık Konferansı
14	1938	Paris Uluslararası Sağlık Konferansı

Kaynak: Söyler, 2017: 61.

Halk sağlığı konusunda uluslararası alanda yürürlüğe giren ilk sözleşme 1892’de Venedik’te toplanan 7. Uluslararası Sağlık Konferansı sonucunda kabul edilmiştir. Genel olarak kolera hastalığına ilişkin olan bu sözleşme ile, Süveyş Kanalı’nı kullanan gemilere uygulanacak karantina önlemlerinin esasları belirlenmiştir (Samancı, 2016: 58). Bu sözleşmenin kabulünden sonra UST’nin kabul edildiği 1951 yılına kadar uluslararası alanda birçok sözleşme daha imzalanmıştır.

Halk sağlığı konusunda uluslararası işbirliğinin sağlanması amacıyla uluslararası sağlık konferansları ve sözleşmelerinin yanı sıra 20. yüzyılın başından itibaren kurumsallaşma yoluna da gidilmiş bölgesel ve uluslararası ölçekte bu konuda faaliyet göstermek üzere çeşitli kuruluşlar kurulmaya başlanmıştır (Fidler, 2005: 330).

Bölgesel ölçekte faaliyet göstermek üzere 1902 yılında kurulan ve 1923 yılından itibaren Pan Amerikan Sağlık Bürosu (Pan American Sanitary Bureau) adını alan kuruluş, dönem itibariyle ne çıkan kurumlardan biri olmuştur. DSÖ'nün kurulmasından sonra ise Pan Amerikan Sağlık Bürosu DSÖ'nün bölgesel ofislerinden biri haline gelmiştir (World Health Organization, 1958: 31-32).

1903 yılında ise Paris Konferansı'nda uluslararası düzeyde faaliyette bulunacak bir sağlık rgt kurulması üzerine uzlaşma sağlanmış ve 9 Aralık 1907 tarihinde Roma'da 12 devletin katılımıyla akdedilen bir anlaşmayla merkezi Paris'te bulunan Uluslararası Halk Sağlığı Bürosu kurulmuştur (World Health Organization, 1958: 16).

Uluslararası Halk Sağlığı Bürosu, kurulduğu tarihten itibaren kolera, veba, sarıhumma gibi hastalıklar dışında tüberküloz, tifo, menenjit, ankilostomiasis ve vektörlerin kontrolü gibi halk sağlığını etkileyecek birçok konuda çalışmalar yapmaya başlamış ve bu çalışmaları 1914 yılına kadar srmştir. Çünkü 1914 yılında başlayan I. Dünya Savaşı ile birlikte Uluslararası Halk Sağlığı Bürosu'nun çalışmaları da sekteye uğramış ve durma noktasına ulaşmıştır (Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) Sağlık Bakanlığı, 1997: 4).

I. Dünya Savaşı, Avrupa'ya sadece yıkım getirmekle kalmamış aynı zamanda yıllardan beri görülmeyen salgın hastalıkların yeniden artmasına neden olmuş ve büyük kayıplar yaşanmıştır. Örneğin; 1918-1919 yılları arasında grip salgınından kaynaklı 15 milyon insan hayatını kaybetmiştir. Bunun yanı sıra Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği tarafından 1919 yılında 1 milyon 600 bin tifüs olayı bildirilmiş ve kayıtlara geçmiştir. Bu durum savaş sonrasında halk sağlığı konusunun yeniden gündeme gelmesine neden olmuş ve uluslararası alanda bu konuda işbirliği çabaları yeniden başlamıştır. Milletler Cemiyeti (MC)'nin kurulmasıyla birlikte Uluslararası Halk Sağlığı Bürosu'nun MC bünyesine dâhil edilmesi yönünde düşünceler ortaya atılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 1997: 4-5).

MC Misakı'nın 23. maddesinin (f) bendinde, "Hastalıkları önlemek ve bunlarla savaşmak için uluslararası önlemler almaya çalışacaklardır." hükmü ile MC üyelerine var olan ya da sonradan yapılabilecek uluslararası sözleşmelerin hükümlerine uygun olmak ve bunlar saklı tutulmak koşuluyla uluslararası alanda halk sağlığının korunmasına yönelik görev verilmiştir (Samancı, 2016: 60).

Bununla birlikte; 24. maddenin "Çok taraflı antlaşmalarla daha önce kurulmuş bütün uluslararası bürolar, tarafların kabul etmeleri koşuluyla, Cemiyet'in yetkisi altına konulacaktır." hükmü gereğince Uluslararası Halk Sağlığı Bürosu'nun MC çatısı altına alınması hedeflenmişse de Uluslararası Halk Sağlığı Bürosu'nun bir üyesi olan Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nin MC'ye üye olmaması üzerine bu bütünleşme sağlanamamıştır. Bu nedenle 1923 yılında MC bünyesinde sağlık alanında genel yetkili olmak üzere Cenevre merkezli MC Sağlık Örgütü (The League of Nations Health Organization: LNHO) kurulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 1997: 5; World Health Organization, 1958: 26-27).

Halk sağlığı konusunda uluslararası düzeyde faaliyet gösteren bu iki örgütün çalışmaları, II. Dünya Savaşı'na kadar eş zamanlı olarak devam etmişse de; savaşın başlamasıyla birlikte neredeyse durma noktasına gelmiştir. II. Dünya Savaşı sonrasında 1945 yılında San Francisco'da gerçekleşen konferansta BM Örgütü'nün kurulması kararlaştırılırken Çin ve Brezilya delegelerinin BM içinde faaliyette bulunacak bir uluslararası sağlık örgütünün kurulması amacıyla toplantı düzenlenmesi önerisi oybirliği ile kabul edilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 1997: 7).

BM Ekonomik ve Sosyal Konseyi'nin daveti üzerine 19 Haziran 1946'da New York'ta toplanan Uluslararası Sağlık Konferansı'nda bu konuda üye devletler arasında uzlaşma sağlanmasının ardından 22 Temmuz 1946 tarihinde DSÖ Anayasası (Constitution of the World Health Organization) kabul edilmiştir. DSÖ Anayasası'nın 7 Nisan 1948'de yürürlüğe girmesiyle birlikte DSÖ, BM Örgütü'nün uzmanlık kurumlarından biri haline gelmiştir ve günümüzde de uluslararası alanda sağlık politikalarının belirlenmesinde 194 üye devlet sayısı ile bu alanda en önemli aktörler içerisinde yer almaktadır (Samancı, 2014: 117-118).

Türkiye ise; DSÖ'nün kurulması ve DSÖ Anayasası'nın hazırlanması sürecine fiilen katılan devletler arasında yer almıştır. DSÖ Anayasası, Türkiye'nin de aralarında bulunduğu 61 ülke tarafından 22 Temmuz 1946 tarihinde imzalanmıştır.

Türkiye, 9 Haziran 1947 tarihli, 5062 sayılı New York'ta Toplanan Milletlerarası Sağlık Konferansında Kabul ve İmza Edilen Belgelerin Onanmasına Dair Kanun ile DSÖ Anayasası'nı onaylamıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 1997: 63).

"Tüm insanların mümkün olan en yüksek sağlık düzeyine ulaşmalarını" temel amaç olarak benimseyen DSÖ, hastalıkların uluslararası alanda yayılmasını önlemek ve kontrol altında tutmak için küresel bir rejimin idaresini de kendisine bir misyon olarak belirlemiştir. Bu misyonu gerçekleştirebilmek için ise; DSÖ Anayasası'nın 21(a) ve 22. maddelerinde DSÖ'nün tüm üye devletlerinin temsil edildiği ve en üst düzey karar organı olan Dünya Sağlık Asamblesi'ne, Asamble tarafından kabul edildikten sonra tüm üye devletler için yürürlüğe girecek hastalıkların uluslararası alanda yayılmasını önlemek için tasarlanmış sağlık ve karantina tedbirleri ve diğer prosedürleri belirleyecek tüzükleri kabul etme yetkisi vermiştir (DSÖ, 2008: 1).

DSÖ Anayasası'nın bu hükmü gereğince 1951 yılında 4. Dünya Sağlık Asamblesi tarafından kabul edilen Uluslararası Hıfzıssıhha Tüzüğü, 1969 yılında revize edilerek UST adını almıştır. 1951 ve 1969 Uluslararası Sağlık Tüzüklerinde kolera, veba, sarıhumma, çiçek, tifüs ve tekrarlayan ateş olmak üzere altı hastalık karantinaya alınabilir hastalıklar kapsamına alınmıştır (DSÖ, 2013: 21).

Daha sonra 1973 ve 1981 yıllarında çiçek hastalığının da küresel ölçekte ortadan kaldırılmasıyla birlikte karantinaya alınabilir hastalıkların sayısı yapılan değişikliklerle üçe düşürülmüş ve sarıhumma, veba ve kolera olarak belirlenmiştir (DSÖ, 2008: 1).

1969 tarihli UST, her ne kadar 1973 ve 1981 yıllarında güncellendiyse de, sadece spesifik bazı salgın hastalıkları karantinaya alınabilir hastalıklar kapsamında ele almaktaydı. Bu durum özellikle 1990'lı yıllardan itibaren 1969 tarihli UST'nin küreselleşen dünyada mevcut veya ortaya çıkabilecek yeni halk sağlığı tehditlerine karşı ne ölçüde etkili olabileceği yönünde tartışmaları gündeme getirmiştir. İlerleyen dönemlerde 1969 tarihli UST kapsamındaki kolera ve veba gibi hastalıkların dünyada yeniden yayılmaya başlaması ve ebola kanamalı ateşi gibi yeni bazı bulaşıcı hastalıkların da ortaya çıkması, halk sağlığı risklerinin sürekli bir gelişim içinde olduğunu göstermiş ve bu konunun yeniden ele alınması gerektiği gündeme gelmiştir (Samancı, 2014: 125-126).

Bu duruma ek olarak; uluslararası ticarete ve ulaşım olanaklarında yaşanan gelişmeler nedeniyle devletler arası etkileşimin artması uluslararası alanda halk sağlığı konusunda güncel tedbirlerin alınmasını zorunlu kılmıştır. 1995 yılında 48. Dünya Sağlık Asamblesi tarafından 1969 yılında kabul edilen UST’de dönemin gerekliliklerine uygun olarak revizyon yapılması kararı alınmış ve çalışmalara başlanmıştır. Ayrıca 2002 yılında ilk kez Çin’de tespit edilen ve 2003 yılından itibaren farklı ülkelere de yayılan şiddetli akut solunum yetmezliği sendromu (SARS) salgını üzerine süreç daha da hız kazanmıştır. Hazırlanan yeni tüzük 23 Mayıs 2005 tarihinde 58. Dünya Sağlık Asamblesi tarafından kabul edilmiş ve 15 Haziran 2007’de yürürlüğe girmiştir. 2005 tarihli UST günümüzde de hala geçerliliğini korumaktadır (DSÖ, 2008: 1; Samancı, 2014: 127-128).

2.1.2. Uluslararası Sağlık Tüzüğü’nün Amacı ve Kapsamı

2005 UST’nin 2. maddesinde tüzüğün amacı ve kapsamı şu şekilde ifade edilmiştir:

“Bu Tüzüğün amacı ve kapsamı, uluslararası trafik ve ticarete gereksiz müdahaleden kaçınarak ve halk sağlığı açısından ortaya çıkacak risk ile orantılı ve sınırlı olarak, hastalıkların uluslararası yayılmasını önlemek, bu hastalıklara karşı korunmak, yayılmalarını kontrol etmek ve halk sağlığı açısından gerekli yanıtı vermektir.” (DSÖ, 2008: 11).

UST’nin amacının ve kapsamının belirlendiği bu maddeden de anlaşılacağı üzere; DSÖ, bir yandan dünyada halk sağlığı açısından risk oluşturabilecek salgın hastalıkların uluslararası alanda yayılmasının önüne geçmek için gerekli tedbirleri almayı amaçlarken bir yandan da alınacak bu tedbirlerin uluslararası ticarete yansiyabilecek olumsuz etkilerini olabildiğince asgari düzeyde tutmayı istemektedir.

UST’nin 3. maddesinde BM Şartı ve uluslararası hukuk ilkelerine uygun olmak ve UST’nin amaçlarını da göz önünde bulundurmak kaydıyla devletlerin, kendi sağlık politikaları doğrultusunda yasa koyma ve bu yasaları uygulama egemenliğine sahip olduğu, ilkesi benimsenmiştir. Buna göre; devletler kendi sınırları dahilinde alacakları sağlık tedbirlerini ve uygulayacakları sağlık politikalarını belirlemekte özgür bırakılmış ancak; bu özgürlük, BM Şartı, UST ve uluslararası hukukun ilkeleriyle sınırlandırılmıştır.

2005 UST'nin getirdiği en önemli yeniliklerden biri, tüzük kapsamına alınan hastalıkların spesifik hastalıklar olmaktan çıkarılması olmuştur. Daha önce de değinildiği üzere 2005 UST'ye kadar kabul edilen sözleşme ve tüzüklerde kapsama alınan hastalıklar tek tek belirlenmiştir. Bu nedenle de uluslararası alanda yayılabilecek yeni bir hastalığın ortaya çıkması durumunda ne yapılacağı sorusu tartışılan konulardan biri olmuştur. Bu durumun önüne geçebilmek adına 2005 UST kapsamındaki hastalıklar belirlenirken farklı bir yol izlenmiştir. 2005 UST'nin 6. ve 7. maddelerinde taraf devletlerin ülkelerinde herhangi bir uluslararası önemi haiz halk sağlığı acil durumunun meydana gelmesi halinde DSÖ'ye bildirim yükümlülüğünün bulunduğu kabul edilmiştir (Samancı, 2014: 129). Buna göre; UST'ye taraf devletler, DSÖ UST İrtibat Noktaları ile her an iletişim halinde olacak ve tüzüğün uygulanmasını sağlayacak “Ulusal UST Odak Noktası” adı altında bir merkezi birim kuracaktır. Bu sayede her taraf devletin kendi sınırları içerisinde meydana gelen olayları, öncelikle UST'de yer alan karar aracı (EK 1) uyarınca değerlendirecek ve eğer değerlendirme neticesinde uluslararası önemi haiz halk sağlığı acil durumuna yol açabilecek bir durum tespit edilirse Ulusal Odak Noktaları aracılığıyla 24 saat içinde DSÖ'ye bildirilecektir.

“Uluslararası önemi haiz halk sağlığı acil durumu” kavramı ise; 2005 UST'nin 1. maddesine göre; bir hastalığın, uluslararası yayılma yoluyla diğer devletler için halk sağlığı riski oluşturduğu, eşgüdüm içinde uluslararası yanıtta bulunulmasını potansiyel olarak gerekli kıldığı tespit edilen olağandışı olayları ifade etmektedir (DSÖ, 2008: 9). Buradan da anlaşılacağı üzere 2005 UST, spesifik bazı hastalıkların yanı sıra “uluslararası önemi haiz halk sağlığı acil durumu” ifadesiyle daha geniş ve daha esnek bir kapsam ortaya koymaktadır.

2.1.3. Uluslararası Sağlık Tüzüğü Çerçevesinde Halk Sağlığı Önlemleri

2005 UST'de ülkelere giriş ve çıkışların yapıldığı limanlar, havaalanları ve kara geçişleri gibi giriş noktalarında uluslararası halk sağlığının korunmasına yönelik uygulamalar ve standartlar belirlenmiştir. Söz konusu tüzüğün 5. bölümünde alınacak halk sağlığı önlemleri; genel hükümlerin yanı sıra; taşıtlar ve taşıt operatörleri için, yolcular için, mallar, konteynırlar ve konteynır yükleme alanları için özel hükümleri

içerecek şekilde ayrı ayrı ele alınmıştır. Daha sonra 6. bölümde bu uygulamalarda kullanılacak uluslararası sağlık belgeleri tanıtılmış 7. bölümde ise; ülkelerce yapılan halk sağlığı önlemleri neticesinde alınacak ücretler hüküm altına alınmıştır.

2.1.3.1. Uluslararası Sağlık Tüzüğü'nde Halk Sağlığı Önlemlerine İlişkin Genel Hükümler

2005 UST'de halk sağlığı önlemlerine ilişkin genel hükümler 23. maddede düzenlenmiştir.

Bu madde ile taraf devletlere UST hükümlerine ve uygulanabilir uluslararası anlaşmalara bağlı olmak kaydıyla, halk sağlığı amacıyla varış ya da kalkışta yolculardan irtibat kurulabilmesi için gideceği yer ile ilgili bilgileri, gerekli olduğu takdirde yolcunun seyahat belgelerinin gözden geçirilmesine dair bilgilerin yanı sıra varıştan önce etkilenmiş bir bölgeden veya yakınından geçip geçmediği, enfeksiyon ya da kontaminasyonla muhtemel temaslarını tespit etmek üzere yolcunun güzergahı ile ilgili bilgileri talep edebilme veya halk sağlığı amaçlarını karşılayan en az rahatsız edici, girişimsel olmayan (non-invaziv) bir tıbbi muayene yapabilme yetkisi verilmiştir. Bunun yanında yolcu eşyası, yük, konteynırlar, taşıtlar, mallar, posta paketleri ve insan cesetlerinin de taraf devletçe incelenebilmesi mümkün kılınmıştır. Ancak; taraf devletçe yolculara en az rahatsız edici ve girişimsel (invaziv) tıbbi muayene niteliğindeki ilave sağlık önlemlerinin uygulanabilmesi, bir halk sağlığı riski kanıtı olması (özellikle kişinin şüpheli veya etkilenmiş olması) şartına bağlanmıştır.

UST'de uygulanacak sağlık önlemleri belirlenirken insan haklarına saygı gösterilmesi benimsenen temel ilkeler içerisinde yer almaktadır. UST'nin 3. maddesinde; tüzük hükümleri uygulanırken kişilerin onuruna, insan haklarına ve temel hak ve özgürlüklerine saygı gösterileceği, belirtilmiştir. Bu ilke çerçevesinde 23. maddede UST'de belirtilen durumlar ve taraf devletlerin yasaları ve uluslararası yükümlülüklerine uygun olanlar dışında yolculara, kendilerinin veya ebeveynlerinin ya da vasilerinin ön rızası alınmadan UST kapsamında bulunan hiçbir tıbbi muayene, aşılama, hastalıktan korunma yöntemi veya sağlık önleminin uygulanmayacağı kabul edilmiştir. Eğer ki UST kapsamında bir yolcuya aşılama ya da hastalıktan korunma

yöntemleri uygulanacaksa kişinin, ebeveyninin ya da vasisinin konuyla ilgili olarak bilgilendirilmesi öngörülmüştür. Ayrıca yolcuya, hastalığın taşınma riskini içeren herhangi bir tıbbi muayene, tıbbi yöntem, aşılama veya hastalıktan korunmanın diğer yöntemleri uygulanırken sadece böyle bir riski en aza indirecek mevcut ulusal ya da uluslararası güvenlik esasları ve standartları uyarınca uygulanması gerektiğine yer verilmiştir.

23. maddede belirlenen bu genel hükümlere ek olarak; 24-34. maddeler arasında halk sağlığı önlemlerinde uygulanacak bazı özel hükümler belirlenmiştir.

2.1.3.2. Taşıtlar ve Taşıt Operatörleri İçin Halk Sağlığı Önlemlerine İlişkin Özel Hükümler

UST'de sadece taraf devletlere değil, uluslararası alanda faaliyet gösterecek taşıtların operatörlerine de hastalıkların yayılmasının önlenmesine ilişkin çeşitli sorumluluklar yüklenmiştir. UST'nin 24-29. maddeleri arasında taşıtlar ve taşıt operatörleri için halk sağlığı önlemlerine ilişkin düzenlemelere yer verilmiştir.

UST'nin 24. maddesi gereğince taşıt operatörleri DSÖ tarafından tavsiye edilen ve taraf devletlerce kabul edilen sağlık önlemlerine uymak, taşıtta uygulanacak bu sağlık önlemleri hakkında yolcuları bilgilendirmek ve sorumlu oldukları taşıtları vektörler ve rezervuarlar dahil, enfeksiyon ve kontaminasyon kaynaklarından sürekli temiz tutmakla yükümlü kılınmıştır. Bu hususların uygulanmasının sağlanması konusunda ise gerekli önlemleri alma yetkisi taraf devletlere verilmiştir.

Diğer taraftan UST'nin 25. maddesinde bir taraf devletten transit olarak geçecek gemi ve hava taşıtlarına UST'de sayılan çeşitli haller dışında, transit konumdaki taraf devlet tarafından herhangi bir sağlık önlemi uygulanmaması gerektiği belirtilmiştir. Bu hüküm ile transit taşımacılık sırasında transit geçiş konumundaki devletlerce yapılacak uluslararası ticareti yavaşlatabilecek ya da sekteye uğratabilecek uygulamaların önüne geçilmeye çalışıldığı söylenebilir. Benzer bir ayrıcalık 26. maddede transit sivil kamyonlar, trenler ve yolcu otobüsleri için de tanınmıştır.

Bunların yanı sıra; UST'nin 27. maddesinde şayet bir taşıtta, enfeksiyon ya da kontaminasyon kaynakları dahil olmak üzere, bir halk sağlığı riskine dair gerçek veya kanıt esasında klinik işaretlerin veya bulgu ve bilgilerin bulunması halinde yetkili makam tarafından söz konusu taşıtın “etkilenmiş⁵” olarak düşünülmesi gerektiği belirtilmiştir. Bu gibi bir durumda taraf devletlerin, etkilenmiş taşıta mikroptan arındırma (dezenfeksiyon), böcekten arındırma, fareden arındırma (deratizasyon) veya dekontaminasyon⁶ yöntemi uygulayabilmesi veya kendi gözetim ve denetiminde bu önlemlerin alınmasını sağlayabilmesi mümkün bulunmaktadır. Ayrıca halk sağlığı risklerinin uygun seviyede kontrol edilmesini sağlamak için ise hangi tekniğin kullanılacağına ilgili taraf devletin karar vermesi uygun bulunmuştur. Ancak yetkili makamın diğer yöntemlerin güvenli ve etkili olduğunu düşünmediği hallerde DSÖ tarafından tavsiye edilmiş metod ve malzemeler var ise, bunların kullanılması gerektiği ifade edilmiştir (DSÖ, 2012: 25).

Tüm bu hususlara ek olarak; konuyla ilgili yetkili makama hastalığın yayılmasını engellemek amacıyla gerekirse, etkilenmiş taşıtın tecridini de içeren ilave sağlık önlemleri uygulayabilme yetkisi de tanınmıştır. Ancak; bu şekilde bir ilave sağlık önlemi uygulanması halinde durumun Ulusal UST Odak Noktası'na rapor edilmesi gerektiği belirtilmiştir.

UST'nin 27/3. maddesinde Tüzük kapsamında öngörülen sağlık önlemlerinin etkin bir şekilde uygulandığına ve taşıtta halk sağlığı riski oluşturabilecek koşulların bulunmadığına yetkili makamın ikna olması durumunda taşıtın “etkilenmiş” olarak değerlendirilmesinin sona ereceği, ifade edilmiştir.

UST'nin 28. maddesinin taraf devletlerin halk sağlığı önlemlerini bahane ederek keyfi uygulamalarla uluslararası ticareti etkilemelerinin önüne geçmeye yönelik bazı tedbirleri içerdiği ileri sürülebilir. Örneğin bu madde ile UST'de geçen bazı durumlar dışında bir gemi veya hava taşıtının herhangi bir giriş noktasına uğramasının halk sağlığı nedeniyle engellenemeyeceği ifade edilmiştir. Yine aynı

⁵ “Etkilenmiş” terimi UST'nin 1. maddesinde halk sağlığı riski oluşturabilecek şekilde enfekte olmuş ya da kontamine olmuş veya enfeksiyon ya da kontaminasyon kaynağı taşıyan kişiler, eşya, yük, konteynırlar, taşıtlar, mallar, posta paketleri veya insan cesedi anlamında kullanılmaktadır.

⁶ UST'nin 1. maddesine göre “Dekontaminasyon (bulaştan arındırma)”, bir insan ya da hayvan bedeninin yüzeyinde, tüketilmek üzere hazırlanmış bir ürünün içinde ya da üzerinde veya taşıtlar dahil olmak üzere cansız diğer maddeler üzerinde halk sağlığı riski oluşturabilecek enfeksiyöz (hastalık yapıcı) ya da toksik (zehirli) bir etkenin ya da maddenin yok edilmesi için uygulanan sağlık önlemi yöntemlerinden biridir.

maddenin devamında hiçbir taraf devletin halk sağığı nedenlerini ileri sürerek bir geminin veya hava taşıtının serbest pratikasını⁷ reddedemeyeceğine açıkça hükmedilmiştir. Buna ek olarak gemi ve hava taşıtlarının özellikle yolcu indirme ve bindirme, yük ve ambar yükleme ve boşaltma veya yakıt, su, yiyecek ve malzeme ikmalinden taraf devletlerce alıkonulması engellenmiştir. Ancak taraf devletlerin serbest pratika düzenlemeyi incelemeye tabi tutması; taşıtta bir enfeksiyon veya kontaminasyon bulunması durumunda ise mikroptan arındırma, böcekten arındırma, fareden arındırma veya dekontaminasyon yöntemlerini veya enfeksiyon veya kontaminasyonun yayılmasını engellemek için gereken diğer önlemleri uygulaması mümkün bulunmaktadır.

UST’de önem verilen bir başka husus ise; bir taşıtta bir hastalık ya da halk sağığı riskinin tespit edilmesi üzerine varış idaresine mümkün olduğunca erken haber verilmesidir. Örneğin UST’nin 28/4. maddesinde şu hüküm yer almaktadır:

“Gemileri kumanda eden zabıtlar veya hava taşıtını kumanda eden pilotlar veya bunların temsilcileri, gidilen limana veya havaalanına varıştan mümkün olduğunca önce erken, araçta enfeksiyöz nitelikte bir hastalık belirtisi gösteren bir hastalığın veya halk sağığı riski oluşturabilecek herhangi bir kanıtın varlığı hakkında, bu gibi hastalıklar ya da halk sağığı riskleri gemi zabıtine ya da pilota bildirilir bildirilmez, gidecekleri liman ya da havaalanı idaresine bilgi vereceklerdir. Bu bilgi, acilen liman ya da havaalanının yetkili makamlarına iletmek zorundadır. Acil durumlarda, bu gibi bilgiler gemi zabıtları veya pilotlar tarafından ilgili liman veya havaalanı makamına doğrudan iletilmelidir.” (DSÖ, 2008).

Uluslararası halk sağığını etkileyebilecek bir riskin varlığının tespit edilmesi halinde ilgili devlete önceden haber verilmesinin, hastalıkların yayılmasının önlenmesi amacıyla alınacak gerekli tedbirlerin belirlenmesi açısından önem arz ettiği düşünülmektedir.

⁷ “Serbest pratika” terimi UST’nin 1. maddesine göre; bir geminin bir limana giriş, indirme veya bindirme, yük ve ambar yükleme veya boşaltma; bir hava taşıtının inişten sonra indirme veya bindirme, yük ve ambar yükleme veya boşaltma; bir kara taşıma aracının varıştan sonra indirme veya bindirme, yük ve ambar yükleme veya boşaltma iznini ifade etmektedir.

2.1.3.3. Yolcular İçin Uygulanacak Halk Sağlığı Önlemlerine İlişkin Özel Hükümler

UST’de yolcular için uygulanacak özel hükümler 30, 31 ve 32. maddelerde düzenlenmiştir. Yolculara uygulanacak halk sağlığı önlemlerinde insan haklarına saygı ilkesi ön planda tutulmuştur. Bu ilke çerçevesinde UST’nin 32. maddesinde taraf devletlerce UST kapsamında uygulanacak sağlık önlemlerinde yolcuların onurlarına, insan haklarına ve temel özgürlüklerine saygı gösterilmesi suretiyle muamele edilmesi ve yaşanabilecek herhangi bir rahatsızlık ve sıkıntının en aza indirilmesi istenilmiştir. Bu madde hükmünce taraf devletler tüm yolculara kibarca ve saygıyla muamele etmekle; uygulanacak sağlık önlemlerinde yolcuların cinsiyet, sosyokültürel, etnik veya dini inançlarını dikkate almakla; halk sağlığı amaçları için karantinaya alınmış, tecrit edilmiş veya tıbbi bir muayene veya diğer yöntemlere maruz kalmış yolcuların yeterli yiyecek, su, kalacak uygun yer, giysi gibi ihtiyaçlarını karşılamakla; yolcu eşyası ve diğer şahsi eşyalarını korumakla; uygun tıbbi işlemleri gerçekleştirmekle, mümkün olduğu takdirde anlayabilecekleri bir dil de dahil olmak üzere gerekli iletişim yollarını sağlamakla ve yolcular için diğer uygun yardımları sağlamakla veya bunlara ilişkin düzenlemeyi yapmakla yükümlüdür.

İnsan haklarına saygı temel felsefesi içinde UST’nin 31. maddesinde yolcuların girişiyle ilgili olarak kabul edilen sağlık önlemlerine ilişkin hususlar şu şekilde özetlenebilir: Bu madde ile taraf devletlerin girişimsel (invaziv) tıbbi muayene, aşılama veya hastalıktan diğer korunma yöntemlerini bir yolcunun girişi için şart olarak talep edemeyeceği belirtilmiştir. Ancak ilgili maddede sayılan bazı hallerde taraf devletin tıbbi muayene, aşılama veya hastalıktan diğer korunma yöntemlerini uygulaması ya da bunların uygulandığına dair delil istemesi mümkün bulunmaktadır. Bu gibi bir durumda tıbbi muayene, aşılama ya da hastalıktan diğer korunma yöntemlerinin uygulanması istenebilecek bir yolcunun buna rıza göstermemesi veya bu tüzük kapsamında kendisinden istenebilecek bilgi ve belgeleri vermeyi reddetmesi halinde taraf devletin bu yolcunun girişine engel olabileceği ifade edilmiştir. Ayrıca eğer taraf devlet, bir yolcuda yakın bir halk sağlığı riskine

dair kanıt bulursa ulusal mevzuatına uygun olarak ve bu riski kontrol edebilmek için gereken boyutu aşmayacak ölçüde yolcuyu;

- halk sağlığı hedeflerini yerine getirebilecek en az rahatsız edici ve girişimsel tıbbi muayeneye,
- aşılama veya hastalıktan diğer korunma yöntemlerine;
- tecride,
- karantinaya veya
- halk sağlığı gözlemi altına almak dahil hastalığın yayılmasını engelleyecek veya kontrol edecek tespit edilmiş ilave sağlık önlemlerine zorlayabileceği veya bu işlemlerden geçmesi için söz konusu yolcuya tavsiyede bulunabileceği belirtilmiştir.

2.1.3.4. Eşyalar, Konteynırlar ve Konteynır Yükleme Yerleri İçin Özel Hükümler

UST'de eşyalar, konteynırlar ve yükleme yerleri konusunda taraf devletlere uygulayabilecekleri ölçüde çeşitli görevler yüklenmiş ve gerekli önlemleri alma konusunda taraf devletler yetkili kılınmıştır.

Uygulanacak sağlık önlemleri konusunda UST'nin 33. maddesinde transit mallar için özel bir hüküm kabul edilmiştir. Buna göre; bir taraf devletten transit olarak geçecek canlı hayvan dışındaki mallar, bu tüzük kapsamındaki sağlık önlemlerine tabi tutulmayacak ya da halk sağlığı amaçları için alıkonulmayacaktır. Bu madde ile transit konumdaki ülkelere uygulanabilecek gereksiz önlemlerin engellenerek uluslararası ticaretin yavaşlatılmasının önüne geçilmeye çalışıldığı söylenebilir.

2.1.4. Limanlarda Halk Sağlığı Risklerinin Önlenmesi ve Kontrolüne İlişkin Bazı Uygulamalar

Denizyolu; ulaşım, ticaret, taşımacılık gibi birçok amaç için dünyada tercih edilmektedir. Özellikle uluslararası ticaretin büyük bir bölümü denizyolu aracılığı ile yapılmaktadır. Ancak tüm olumlu özelliklerinin yanı sıra gemilerde enfekte insanlar

veya sivrisinek ve fare gibi diğer enfekte vektörlerin de limanlar arasında taşınabilme olasılığı bulunduğundan halk sağlığı açısından büyük bir risk de oluşturmaktadır (DSÖ, 2013: 19).

Bu nedenle denizyolu ulaşımı ve taşımacılığıyla hastalıkların uluslararası yayılmasının önlenmesi amacıyla UST’de çeşitli düzenlemeler yapılmıştır. Bu düzenlemelere ilişkin uygulamaları kolaylaştırmak ve standartlaştırmak için ise DSÖ tarafından Gemi Denetimleri ve Gemi Sağlık Sertifikası Düzenleme El kitabı, Gemi Sağlık Rehberi; Limanlar, Havalimanları ve Kara Geçişlerinde Vektör Sürveyansı ve Kontrolü gibi taraf devletlere yol gösterecek çeşitli rehberler yayınlanmıştır.

UST’de denizyoluna ilişkin düzenlemeler yapılırken geminin limana varışının öncesini ve sonrasını da içerecek şekilde bir süreç izlenmiştir. Çünkü önceden bilgilendirme yapılması, alınacak halk sağlığı önlemlerinin belirlenmesi ve hastalıkların yayılmasının önlenmesi açısından oldukça önemlidir.

UST hükümleri çerçevesinde bir geminin limana varmasından önce ve varışından sonra yapılması gerekenleri şu şekilde özetlemek mümkündür:

Öncelikle 28/4. madde uyarınca; gemiyi kumanda eden zabıt veya zabitin temsilcilerinin araçta enfeksiyöz nitelikte bir hastalık belirtisi gösteren bir hastalığın veya halk sağlığı riski oluşturabilecek herhangi bir kanıtın varlığı halinde, bu durum kendilerine bildirilir bildirilmez varıştan mümkün olduğunca önce gidecekleri liman idaresine bilgi vermeleri gerekmektedir.

UST’de halk sağlığı risklerinin önceden tespit edilebilmesi amacıyla öngörülen uygulamalardan biri de 37. maddede yer alan Deniz Sağlık Bildirimi uygulamasıdır:

“Gemi kaptanı, bir Taraf Devletin ülkesindeki ilk limana varmadan, Taraf Devletin talep etmediği durumlar dışında gemideki sağlık durumunu tespit edecek, eğer varışta veya gemi gerekli donanıma sahipse ve Taraf Devlet tarafından önceden talep ediliyor ise varıştan önce, geminin bir tabibinin de bulunması durumunda onunla birlikte imzalanacak olan Deniz Sağlık Bildirimini dolduracak ve limanın yetkili makamına teslim edecektir.” (DSÖ, 2008).

Deniz Sağlık Bildirimi’nin; geminin kimlik bilgileri, son 30 gün içerisinde ziyaret edilen limanlar, tüm mürettebat ve yolcuların listesi, varsa mevcut Gemi Sağlık Sertifikasının geçerlilik süresi ve tekrar denetim yapılmasının gerekli olup

olmadığı, ziyaret edilen etkilenmiş bölgeler gibi yolculuk ve limana giriş sırasında mürettebat ve yolcuların sağlık durumu ile ilgili temel bilgileri içerecek şekilde hazırlanması gerekmektedir (DSÖ, 2012: 32).

Ancak her ne kadar UST’de Deniz Sağlık Bildirimi uygulaması öngörülmüşse de bunun uygulanıp uygulanmayacağı konusunda karar verme yetkisi taraf devletlere bırakılmıştır. Şöyle ki; UST’nin 37/4. maddesinde taraf devletlerin varış yapan tüm gemilerden bu bildirimin sunulmasını isteyip istemeyeceğine veya etkilenmiş bölgelerden gelen gemilere ilişkin tavsiye kararlar uyarınca bu bildirimin sunulmasını istemeye ya da başka yollardan kontaminasyon veya enfeksiyon taşıma ihtimali olan gemilerden bunu talep etmeye yönelik karar verebileceği ifade edilmiştir.

Deniz Sağlık Bildirimi uygulamasının yanı sıra; UST’nin denizyolu için öngördüğü bir başka uygulama ise; Gemi Sağlık Sertifikaları uygulamasıdır. Gemi Sağlık Sertifikalarının temeli, 1951 tarihli UST’ye kadar uzanmaktadır. 1951 tarihli UST ile “Deratizasyon Sertifikası” ve “Deratizasyon Muafiyet Sertifikası” uygulaması başlamıştır. Bu uygulama sayesinde kemirgen kaynaklı hastalıkların, özellikle de vebanın, uluslararası alanda yayılma oranının azaldığı düşünülmektedir. 2005 tarihli UST ile birlikte ise bu uygulama yerini daha geniş kapsamlı olan Gemi Sağlık Sertifikaları uygulamasına bırakmıştır (DSÖ, 2012: 19).

UST’nin 39. maddesinde “Gemi Sağlık Kontrolünden Muafiyet Sertifikası” ve “Gemi Sağlığı Kontrol Sertifikası” olmak üzere iki tür sertifikadan söz edilmiş ve bunların düzenlenebilmesi için gerekli olan koşullara yer verilmiştir. Bu sertifikaların geçerlilik süresi ise en fazla 6 (altı) ay olarak belirlenmiştir. Ancak bu sürenin gerekli inceleme ve kontrol önlemlerinin tamamlanamaması halinde bir (1) ay daha uzatılabilmesine imkan verilmiştir.

UST kapsamında öngörülen Gemi Sağlık Sertifikaları geminin sağlık koşulları ile ilgili uluslararası alanda geçerliliği olan belgelerdir. Bu belgelerin uluslararası yolculuğa çıkan gemilerde halk sağlığı risklerinin önlenmesi ve kontrolü açısından büyük önem taşıdığı söylenebilir. Ayrıca bu belgelerin geçerli olduğu süre boyunca gemilerin, ilave ve sıklık açısından yoğun denetlemelere tabi tutulmasını azaltacağı ve bu sayede bir anlamda kolaylık sağlayacağı düşünülmektedir (DSÖ, 2012: 19).

UST'nin 39/2. maddesinde; eğer bir gemi için geçerli bir Gemi Sağlık Kontrolünden Muafiyet Sertifikası veya Gemi Sağlığı Kontrol Sertifikası gösterilemez veya gemide halk sağlığı riski oluşturabilecek bir durumun kanıtı bulunursa 27. madde hükmünce taraf devletin söz konusu gemiyi “etkilenmiş” olarak kabul ederek hareket edebileceği belirtilmiştir.

Son olarak üzerinde durulması gereken bir başka husus ise; insanların yanlarında getirdiği hayvanlarda uygulanacak sağlık önlemleridir. Uluslararası giriş noktalarından biri olan limanlarda hayvanların da kontrol edilmesi, hastalıkların uluslararası yayılmasının önlenmesinde büyük önem taşımaktadır. Çünkü bu giriş noktaları aracılığıyla ülkeye getirilen evcil hayvan, çiftlik hayvanları ve av hayvanları da dahil tüm hayvanlar gerek insan sağlığı gerekse yerel hayvan popülasyonları için ciddi bir tehdit olabilir. Bu nedenle bir çiftlik hayvanı ya da evcil hayvanla sınır ötesi seyahat eden kişiler için aşılama gibi katı lisans ve sağlık şartları belirlenmiştir. Örneğin köpeği ile seyahat eden yolcuların kuduz hastalığına karşı geçerli bir aşı sertifikasının bulunması gerekmektedir. Bu şartlar sağlanmadığı takdirde karantina süresinin uzaması ya da girişin reddedilmesi gibi sonuçlar ortaya çıkabilmektedir (DSÖ, 2018: 63).

2.2. DÜNYA LİMANLARINDA UST VE KARANTİNA UYGULAMALARI

2005 tarihli UST, dünyada bulaşıcı hastalıklarının yayılmasının önlenmesi ve halk sağlığının korunması açısından taraf devletler arasında uygulamadaki farklılıklara son vererek belli bir standardizasyon sağlamıştır.

Bu bölümde UST çerçevesinde dünyada limanlarda karantina ve halk sağlığı önlemleri konusunda bürokratik yapı, mevzuat ve uygulamalara ilişkin bazı örnekler sunulmaya çalışılacaktır. Liman ne kadar büyük bir alana yayılmış ve ne kadar aktif ise taşıyabileceği risk faktörlerinin de bir o kadar fazla olacağı düşüncesiyle dünya sıralamasına göre en büyük limanlar ya da uluslararası trafik açısından en hareketli limanların bulunduğu ülkelerin örnek olarak seçilmesi amaçlanmıştır.

Bu çerçevede ikisi Avrupa'da olmak üzere Asya ve Amerika kıtalarında yer alan toplam dört ülke belirlenmiştir. Avrupa'nın en büyük limanı olma sıfatını taşıyan Rotterdam Limanı'nın bulunduğu Hollanda ve Rotterdam'dan sonra

Avrupa’da ikinci sırada yer alan Anvers Limanı’nın bulunduğu Belçika; dünyanın en büyük limanı olan Şangay Limanı’nın bulunduğu Çin Halk Cumhuriyeti ve uluslararası deniz trafiğinde en aktif limanların yer aldığı Amerika Birleşik Devletleri’ndeki mevcut durum ve işleyişe ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

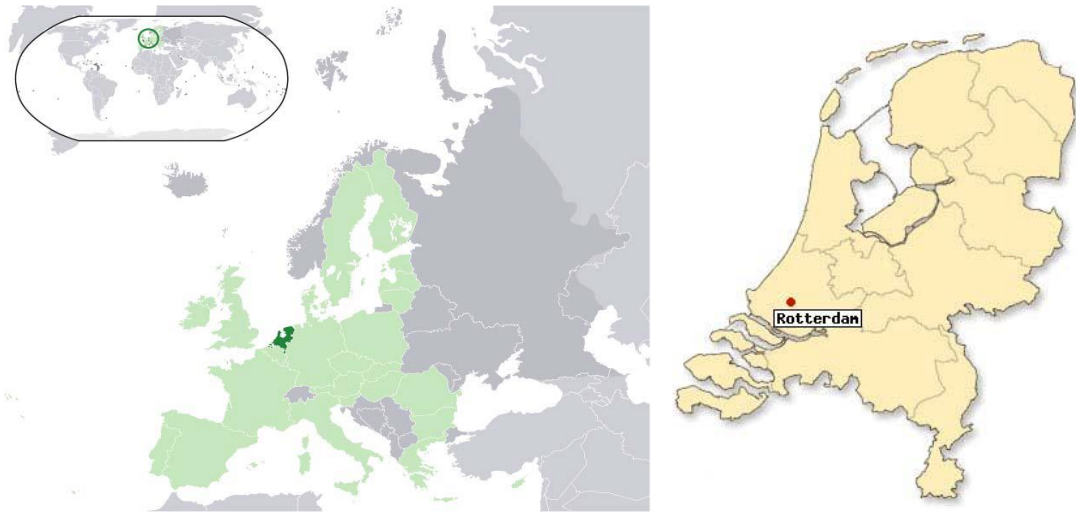
2.2.1. Hollanda

Hollanda, bugünkü AB’nin temelini oluşturan Avrupa Kömür ve Çelik Topluluğu’nun Almanya, Fransa, İtalya, Lüksemburg ve Belçika ile birlikte kurucu üyelerinden biridir (European Union, 2019).

Hollanda Avrupa’nın en büyük limanına ev sahipliği yapmaktadır. Hollanda’nın Rotterdam kentinde bulunan Rotterdam Limanı, yaklaşık olarak 19.000 futbol sahası büyüklüğündeki 127 kilometrekare alan üzerine kurulu olup sahip olduğu olanakları ile Avrupa’nın en büyük limanıdır (Port of Rotterdam Authority, 2019: (7)).

Rotterdam kenti, 14. yüzyılda Rotte nehri üzerinde nehir balıkçılığı, gemi inşası ve az da olsa ticaret yapılan küçük bir kasaba iken zamanla ticaret merkezi olmuştur. Rotterdam Limanı bugün Avrupa’nın en büyük limanı olurken Rotterdam kenti ise Avrupa’nın ana giriş kapılarından birisi haline gelmiştir (Aarts, Daamen, Huijs, ve de Vries; 2012: 3-4).

Şekil 2: Rotterdam Kenti Haritası



Kaynak: Aarts, Daamen, Huijs, ve de Vries; 2012: 2.

2005 yılında kabul edilen ve 15 Haziran 2007 tarihinde yürürlüğe giren UST'ye taraf devletlerden biri olan Hollanda, UST'yi 1 Aralık 2008 tarihli Halk Sağlığı Yasası'na dahil etmiştir. Bu tarihten itibaren Hollanda limanlarındaki sağlık denetimleri ve hizmetleri UST'nin belirlediği uluslararası standartlar çerçevesinde Halk Sağlığı Yasası doğrultusunda yapılmaktadır (www.portofrotterdam.com).

Hollanda Halk Sağlığı Yasası'nda limanlardaki uygulamalara ilişkin hükümler 48-57. maddeler arasında yer almaktadır. Söz konusu yasanın 48. maddesi ile UST çerçevesinde yapılacak uygulamalar ve alt düzenlemeler konusunda Sağlık, Refah ve Spor Bakanlığı yetkilendirilmiştir. Söz konusu yasa ile sivil ve askeri limanlarda UST hükümlerince ilgili kurum ve paydaşlar ile işbirliği ve koordinasyon içerisinde yapılacak uygulamalara ilişkin süreç ayrı ayrı ele alınmıştır.

Rotterdam Limanı'nda ise, UST kapsamında sağlık denetimi ve hizmetleri 2009 yılından beri Rotterdam Liman Sağlık Başkanlığı (Port Health Authority) tarafından diğer ilgili kurum ve paydaşlarla işbirliği içerisinde yürütülmektedir. Gemiler, mürettebat, diğer kurumlar gibi paydaşlarla irtibat ise Rotterdam Liman Koordinasyon Merkezi (Harbour Coordination Centre) aracılığıyla sağlanmaktadır (www.portofrotterdam.com).

Rotterdam Liman Sağlık Başkanlığı'nın en önemli görevlerinden biri bulaşıcı hastalıkların kontrolüdür. Bu noktada bulaşıcı hastalıkların önceden bildirimi büyük önem arz etmektedir. Rotterdam limanına gelecek bir geminin kaptanı bulaşıcı bir hastalığı olan bir veya daha fazla hasta olduğundan şüphelendiği takdirde öncelikle bu durumu, Liman Koordinasyon Merkezi'ne en kısa sürede rapor etmekle mükelleftir. Liman Koordinasyon Merkezi'ne bu tür bildirimler belirlenen çağrı merkezi aracılığıyla da yapılabilir. Yapılan bildirim sonrasında atılacak adımlar Liman Koordinasyon Merkezi'nce koordine edilmekte, ilgili kurum ve paydaşlara gerekli bilgiler aktarılmaktadır (www.portofrotterdam.com).

UST'de yer verilen Deniz Sağlık Bildirimi uygulaması Rotterdam Limanı'nda da halihazırda uygulanmaktadır. Rotterdam Limanı'na gelecek gemilerin kaptanlarınca UST hükümleri çerçevesinde öncelikle Deniz Sağlık Bildirimi formunun uluslararası standartlara uygun olarak doldurulması ve imzalanarak gemide her an sunulmaya hazır bulundurulması zorunlu tutulmuştur. Deniz Sağlık Bildirimi'nde herhangi bir olumsuz durum olduğu takdirde Liman Koordinasyon

Merkezi'nin bilgilendirilmesi gerekmektedir. Kaptan, Rotterdam Limanı'na gelmeden önce Deniz Sağlık Bildirimi formunu belirlenen adrese e-posta yoluyla ya da faks yoluyla ulaştırmak zorundadır (www.portofrotterdam.com).

Dünya'ya hızla yayılan Covid 19 salgını ile birlikte Rotterdam Limanı, Deniz Sağlık Bildirimi konusunda daha sıkı bir prosedür uygulayacağını duyurmuştur. Bu süreçte tüm deniz araçlarının Deniz Sağlık Bildirimi'ni zamanında yapması gerektiği ifade edilmiştir. Deniz Sağlık Bildirimi'nin 24 saat içinde imzalanmış olması ve varıştan en az 6 saat önce yetkili makama gönderilmesi zorunlu tutulmuştur. Bir geminin gönderdiği Deniz Sağlık Bildirimi'nin Belediye Sağlık Servisi tarafından, değerlendirilmesi sonrasında kaptana ek önlemlerin gerekli olup olmadığı konusunda bilgilendirme yapılacağı belirtilmiştir (www.portofrotterdam.com).

Kaptan, temsilci, gümrük çalışanları, liman polisi, askeri polis, kısacası Rotterdam limanındaki herhangi bir çalışanın da bir gemide bulaşıcı hastalığı olan bir hastanın varlığını tespit etmesi halinde, Liman Koordinasyon Merkezi'ne başvurması gerektiği belirtilmiştir. Daha sonra alınan bildirimler neticesinde Liman Sağlık Başkanlığı ve paydaşları içerisinde gerekli yerlerin bilgilendirilmesi yine Liman Koordinasyon Merkezi'nce yapılmaktadır (www.portofrotterdam.com).

Rotterdam limanında pratisyen hekimlere ek olarak, belirli şirketler için şirket doktoru olarak çalışan birçok doktor görev yapmaktadır. Bu doktorlar, UST kapsamında bulunan bulaşıcı hastalıklara dair herhangi bir şüpheli durumla karşılaşması halinde Liman Koordinasyon Merkezi'ni bilgilendirmekle ve Hollanda Halk Sağlığı Yasası'na göre Belediye Halk Sağlığı Hizmetleri Rotterdam-Rijnmond ile temasa geçmekle yükümlüdür (www.portofrotterdam.com).

2.2.2. Belçika

2005 UST'ye taraf devletlerden biri olan Belçika, AB üyesi devletler içerisinde yer almaktadır. Günümüzde AB'ye üye devletler tek bir gümrük bölgesini oluşturmaktadır. Başka bir ifadeyle AB üyesi bir ülkenin sınırından girerek gümrük işlemlerine tabi tutulan yolcu ve mallar Avrupa'da serbestçe hareket edebilmektedir. Bu nedenle Belçika'da bulunan Anvers Limanı da AB'ye açılan önemli bir giriş kapısıdır (www.portofantwerp.com).

Anvers; Rotterdam Limanı'ndan sonra Avrupa'nın en büyük ikinci limanıdır. Belçika'nın kuzeybatısında yer alan ve limana adını veren Anvers kenti özellikle 16. ve 17. yüzyıllarda Avrupa'nın ticaret merkezi haline gelmiş en eski liman kentlerinden biridir (Bilgi, 07.08.2013).

Anvers limanı konumu itibariyle oldukça merkezidir. Bu konumu sayesinde dünyanın en büyük denizcilik rotaları ile Avrupa'nın üretim ve tüketim merkezleri arasında önemli bir bağlantı noktası olmuştur. Ayrıca Anvers Limanında tüm liman terminalleri kapsamlı bir karayolu, demiryolu ve mavna bağlantı ağı ile bağlandığından iç kesimlere ulaşımın kolay olması nedeniyle taşıma maliyetleri açısından da avantaj sağlamaktadır (Antwerp Port Authority, 2014: 4-5).

Anvers Limanı'nda UST'ye uygun olarak gerekli sağlık denetimlerinin yapılması ve bu alanda güvenliğin sağlanmasında Saniport (Liman Sağlık Kurumu) yetkilidir. Saniport; Belçika'nın uluslararası trafik için yetkilendirilen federal sağlık otoritesidir. Saniport görevlileri DSÖ tarafından ilan edilen resmi giriş noktaları olan Anvers, Gent, Oostende, Zeebrugge ve Brüksel Ulusal Havaalanı'nda görev yapmakta ve UST uyarınca belirlenen riskli bölgelerden gelen gemilerin ve bazı uçakların sağlık denetimlerini gerçekleştirmektedir. Ayrıca hastalık vektörleri (sıçanlar, sivrisinekler) ve rezervuarlarla mücadele de görevlerinin bir parçasıdır (Service Public Fédéral (SPF) Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement, 06.04.2016).

Yapılan denetimler sırasında görevliler, uluslararası mevzuatta belirlenen belgeleri, gemi ya da uçağın bazı alanlarının yanı sıra gerektiğinde bagaj ve paketleri de kontrol etmektedir. Buralarda sağlık riski oluşturduğu tespit edilen eşyalar imhaya gönderilebilmektedir. Toplum sağlığına zarar verebilecek (SARS, H1N1, Ebola gibi) olaylarda Federal Sağlık Servisi tarafından uygulanan acil müdahale planlarında en önemli aktörlerden biri de Saniport görevlileridir. Etkilenen yolcuların veya hayvanların bakımı gibi hizmetler; liman ve havaalanı yetkilileri, havayolları ve nakliye şirketleri, federal yönetimler, toplum yetkilileri, yerel tıbbi ve veterinerlik hizmetleri gibi ilgili paydaşlarla işbirliği içinde Saniport tarafından koordine edilmektedir (Service Public Fédéral (SPF) Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement, 06.04.2016).

2.2.3. Amerika Birleşik Devletleri

UST'ye taraf olan 196 ülkeden biri de ABD'dir. Amerika'daki ilk karantina istasyonu ve hastanesi 1793'te meydana gelen sarıhumma salgını sonrasında 1799 yılında Philadelphia Limanı'nda inşa edilmiş ve daha sonra karantina ve halk sağlığı uygulamalarına ilişkin çeşitli kanun ve düzenlemeler yapılmıştır (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 29.09.2017).

1944 yılında Halk Sağlığı Yasası ile bulaşıcı hastalıkların ABD'ye girişinin ve yayılmasının önlenmesi görevinin ABD Halk Sağlığı Servisi'ne verilmesi ile birlikte; ABD'de karantina sistemi bu kurum tarafından yürütülmeye başlamıştır. 1967 yılından itibaren ise ABD'de karantina sistemi Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC) tarafından yürütülmektedir. CDC'de bu alanda faaliyet göstermek üzere Küresel Göç ve Karantina Departmanı (DGMQ) ve bu departmana bağlı toplam 20 karantina istasyonu bulunmaktadır (CDC, 10.01.2012).

Şekil 3: ABD Karantina İstasyonları Listesi

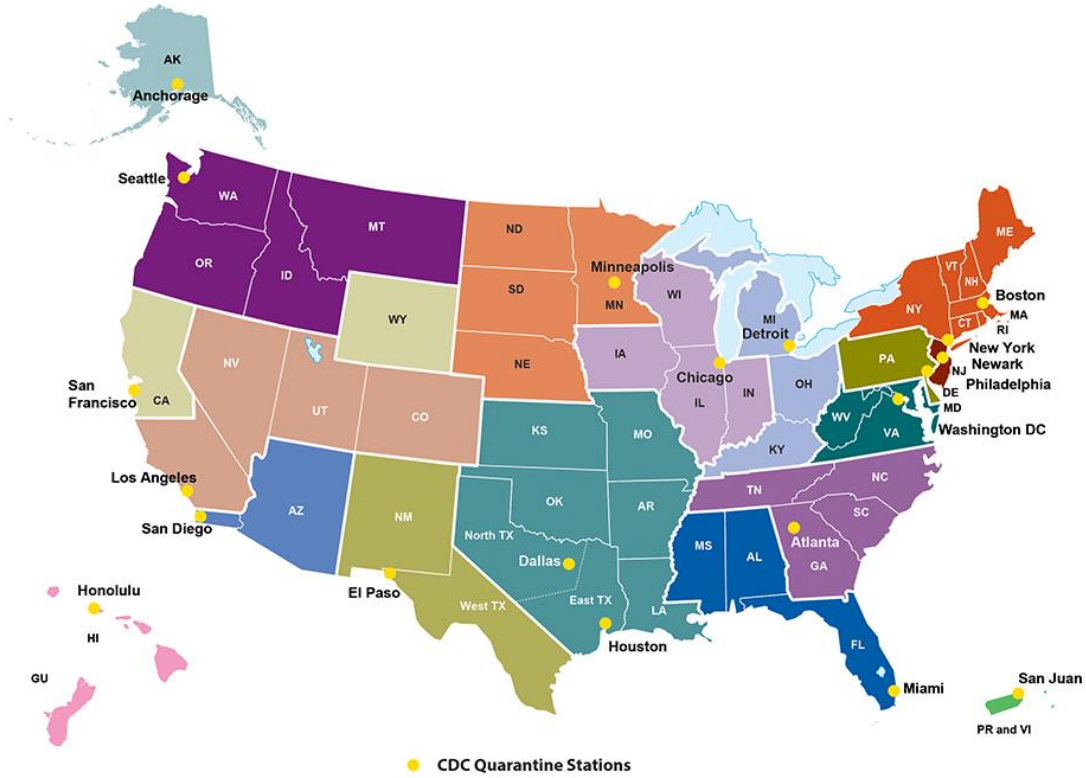
ABD Karantina İstasyonları			
Anchorage	Detroit	Miami	San Diego
Atlanta	El Paso	Minneapolis	San Francisco
Boston	Honolulu	New York	San Juan
Chicago	Houston	Newark	Seattle
Dallas	Los Angeles	Philadelphia	Washington, DC

Kaynak: CDC, 10.01.2012.

ABD mevzuatına göre; ABD limanına gelen bir geminin kaptanının, geminin yolcuları veya mürettebatı arasındaki herhangi bir ölüm veya hastalık durumunu derhal CDC'ye bildirmesi gerekmektedir. Konuya ilişkin olarak hazırlanmış standart formlara CDC'nin resmi web sitesinden erişilebilmektedir. Doldurulan formların varıştan önce gidilecek limandaki yetkili CDC Karantina İstasyonu'na gönderilmesi zorunludur. Ayrıca yapılacak bildirimlerin geminin varışından 15 gün önce meydana gelen tüm ölümler veya hastalıkları da içermesi gerektiği belirtilmiştir (CDC, 21.03.2017).

ABD Karantina İstasyonları, bulaşıcı hastalıkların ABD'ye girişini sınırlamaya ve yayılmasını önlemeye hizmet eden karantina sisteminin önemli bir parçasıdır. Şekil 4'te görüleceği üzere 20 giriş ve kara sınırı geçiş noktasında bulunan bu karantina istasyonlarında CDC tıbbi ve halk sağlığı görevlileri bulunmaktadır. Hasta insanların ABD'ye girip giremeyeceği ve bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önlemek için hangi önlemlerin alınması gerektiği konularında karantina istasyonlarında bulunan sağlık görevlileri yetkilendirilmiştir. Ayrıca karantina görevlilerinin; hastalık raporlarına yanıt vermek, kargo taraması yapmak, hayvanları ve hayvansal ürünleri incelemek, ABD'ye giriş yapacakların sağlık bilgilerini izlemek ve konuya ilişkin tıbbi bilgileri toplamak gibi çeşitli görevleri bulunmaktadır (CDC, 29.09.2017).

Şekil 4: ABD Karantina İstasyonları Haritası



Kaynak: CDC, 29.09.2017.

CDC, ABD'ye gelen ve bulaşıcı hastalıkları taşıdığından şüphelenilen ülkeler arasında seyahat eden kişileri alıkoyma, tıbbi olarak inceleme ve serbest bırakma yetkisine sahiptir. Federal otoritenin bir parçası olarak CDC, ABD kara sınırı

geçişlerine gelen kişileri ve giriş limanlarına gelen yolcuları ve mürettebatı düzenli olarak izlemektedir. Bir geminin kaptanı veya bir uçağın pilotu tarafından hasta bir yolcu veya mürettebat üyesinin varlığının bildirilmesi halinde CDC, gemi veya uçaktaki hastalığın nedeninin bulaşıcı bir hastalık olup olmadığını araştırmak için gerektiği şekilde yolcuları ve mürettebatı gözlem altına alabilmektedir (CDC, 24.02.2020).

2.2.4. Çin Halk Cumhuriyeti

Araştırmalara göre; Çin Halk Cumhuriyeti limanları dünyanın en büyük konteyner limanları içerisinde yer almaktadır. Hatta Şangay Limanı, Çin'deki ekonomik gelişmelere paralel olarak 2008 yılından beri dünyanın en büyük konteyner limanı olma sıfatını taşımaktadır (Lauriat, 2019). Buradan da anlaşılacağı üzere sahip olduğu ticaret hacmi de düşünüldüğünde Çin limanlarının oldukça hareketli bir yapıya sahip olduğu söylenebilir.

Çin Halk Cumhuriyeti DSÖ üyesi devletlerden biridir. 15 Haziran 2007'de yürürlüğe giren UST'nin, özel idari bölgeler olan Hong Kong ve Makao da dahil olmak üzere Çin Halk Cumhuriyeti'nin tüm topraklarında uygulanması, 14 Mayıs 2007'de Çin Halk Cumhuriyeti hükümeti tarafından kabul edilmiştir. O dönemdeki Sağlık Bakanlığı⁸ ise “UST Ulusal Odak Noktası” olarak belirlenmiştir. UST'nin 22. maddesi uyarınca giriş noktalarında, Çin Halk Cumhuriyeti Kalite Denetimi, Teftiş ve Karantina Genel İdaresi (AQSIQ) ve yerel ofisleri yetkilendirilmiştir. Ayrıca “Çin Halk Cumhuriyeti Sınır Sağlık ve Karantina Kanunu”, UST'nin uygulama gerekliliklerine uygun olarak yeniden güncellenmiştir (Zhang, 2015: 60).

Çin Halk Cumhuriyeti Sınır Sağlık ve Karantina Kanunu'nun 1. maddesinde amaç; bulaşıcı hastalıkların ülke içine veya dışına yayılmasını önlemek, sınır sağlığına ilişkin karantina denetimi yapmak ve insan sağlığını korumak, olarak ifade edilmiştir. 2. madde ile ise; Çin Halk Cumhuriyeti'nin uluslararası limanlarında, havaalanlarında, kara sınırlarında, sınır nehirlerinde ve giriş limanlarında sınır sağlık ve karantina birimlerinin kurulmasına karar verilmiştir. Bu madde hükmüne göre;

⁸ Günümüzde Çin Halk Cumhuriyeti Ulusal Sağlık Komisyonu adını almıştır.

bulaşıcı hastalıkların karantinaya alınması, izlenmesi ve bu Kanun hükümlerine uygun olarak sağlık denetimlerinin gerçekleştirilmesi sınır sağlık ve karantina birimlerinin sorumluluğundadır (www.aqsiq.net).

Çin Halk Cumhuriyeti’nde hava, kara ve deniz giriş-çıkış noktalarında Kalite Denetimi, Teftiş ve Karantina Genel İdaresi’ne bağlı yerel denetim ve karantina birimleri bulunmaktadır. Çin Halk Cumhuriyeti Sınır Sağlık ve Karantina Kanunu ve uygulama yönetmeliğine uygun olarak, giriş-çıkış personeli, ulaşım araçları, bagaj, posta, konteynerler ve mallar için sağlık denetimleri, karantina uygulaması, salgın hastalıkların önlenmesi ve sıhhi tedavinin yapılması Kalite Denetimi, Teftiş ve Karantina Genel İdaresi’nin sorumluluğundadır. Ayrıca Çin Halk Cumhuriyeti Giriş-Çıkış Hayvan ve Bitki Karantinası Kanunu ve uygulama yönetmeliklerine göre; hayvanlar, bitkiler, hayvansal ve bitkisel ürünler ve yayınlanan diğer karantinaya tabi maddeler üzerinde gerekli sağlık denetimlerini yapmak ve karantina işlemlerini yürütmek de bu kurumun yetkileri arasındadır (AQSIQ Association, 26.06.2019).

Sınır Sağlık ve Karantina Kanunu’nun 3. maddesinde bulaşıcı hastalıklar, karantinaya alınabilecek bulaşıcı hastalıklar ve izlenecek bulaşıcı hastalıklar olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Söz konusu maddede karantinaya alınabilir bulaşıcı hastalıklar; veba, kolera, sarıhumma ve Devlet Konseyi tarafından belirlenen ve ilan edilen diğer bulaşıcı hastalıklar olarak ifade edilmiştir. İzlenecek bulaşıcı hastalıkların ise sağlık idareleri tarafından belirlenip ilan edileceğine yer verilmiştir (www.aqsiq.net).

Sınır Sağlık ve Karantina Kanunu’nun 4. maddesinde kişiler, taşıtlar ve nakliye ekipmanlarının yanı sıra, karantinaya alınabilecek bulaşıcı hastalıkları taşıyabilecek bagaj, mal ve posta paketleri gibi eşyaların ülkeye girişte veya çıkışta karantina denetiminden geçeceği, sınır sağlık ve karantina biriminin onayı olmadan giriş ve çıkışlara izin verilmeyeceği ifade edilmiştir (www.aqsiq.net).

Çin Halk Cumhuriyeti Devlet Konseyi tarafından “Sınır Sağlık ve Karantina Kanunu’nun Uygulama Kuralları” kabul edilmiş ve limanlardaki karantina uygulamalarına ilişkin düzenlemelere 4. bölümde yer verilmiştir. Söz konusu düzenlemeler üzerinden süreci şu şekilde özetlemek mümkündür:

Gelen gemiler için karantina denetimleri, karantina demirleme alanında veya sınır sağlık ve karantina birimince onaylanan belirlenen yerlerde yapılacaktır (madde

22). Gemi gelmeden önce ilgili acente tarafından mümkün olan en erken sürede yetkili birimlere gerekli bildirimler yapılmalıdır. Yapılacak bildirimlerde geminin adı, uyuğu, karantina demirleme alanına planlanan varış tarihi ve saati, kalkış limanı ve uğranılan son liman; mürettebat ve yolcu sayısı, gemideki yükün türüne ilişkin bilgilerin bulunması gerektiği belirtilmiştir (madde 23). Eğer seyir esnasında gemide karantinaya alınabilecek bir salgın hastalık, karantinaya alınabileceğinden şüphelenilen bir hastalık veya kaza dışında tanımlanamayan bir nedenden dolayı ölüm tespit edilirse, kaptanın gemiye ilişkin bilgiler ile birlikte bu durumu derhal ilgili sınır sağlık ve karantina birimine rapor etmesi gerektiği hükmüne yer verilmiştir (madde 24).

Sınır Sağlık ve Karantina Kanunu'nun Uygulama Kuralları'nın 26. maddesinde sağlık denetimlerine tabi gemilere sınır sağlık ve karantina birimlerince onay verilmedikçe hiç kimsenin gemiyle temasına; bagaj, kargo, posta paketlerinin boşaltılmasına, başka bir geminin bu gemiye yaklaşmasına; herhangi bir mürettebat üyesinin gemiyi terk etmesine izin verilmeyeceği belirtilmiştir. Söz konusu gemilere sınır sağlık ve karantina birimlerince onay verilinceye kadar bu süreçte uluslararası karantina işareti ve sinyallerinin kullanılması gerektiği ifade edilmiştir.

Sınır Sağlık ve Karantina Kanunu'nun Uygulama Kuralları'nın 28. maddesinde ise geçerli bir sağlık sertifikasına sahip gemilerin varıştan 24 saat önce, ilgili sağlık ve karantina birimine;

- geminin adı ve uyuğu,
- karantina demirlemesine planlanan varış tarihi ve saati,
- kalkış limanı ve uğranılan son liman,
- mürettebat ve yolcu sayısı ile sağlık durumları;
- kargo tipi,
- geminin sağlık sertifikasının verildiği tarih ve numarası; yetkilendirme sertifikasının veya bir laissez-passer sertifikasının verildiği tarih ve liman ile diğer sıhhi belgeleri içerir bir rapor bildirmesi gerektiği, bu raporun onaylanması halinde söz konusu geminin limana girebileceği belirtilmiştir

Gemilerin giriş karantina denetimleri tamamlandıktan sonra 31. madde hükmünce karantina doktorunun geminin giriş iznini düzenlemesi, eğer geminin bir sanitasyondan geçmesi gerekiyorsa veya belirli kısıtlamalara tabi ise, bu durumu

verilecek izin belgesine not olarak eklemesi gerekmektedir. Eğer gemi bulaşık ise veya karantinaya alınabilir bir hastalığın bulaştığından şüphelenildiyse ilgili liman idaresine bilgi verilmesine ve gemiye bir sanitasyon bildirimi verilmesine hükmedilmiştir. Bu durumda seyrüsefer pilotu ile sağlık ve karantina birimince gemiye binmek için onaylanmış kişilerin de, mürettebat üyeleri ve yolcularla birlikte dezenfekte edilmesi gerektiği, sanitasyon işlemleri ve sıhhi muayeneler tamamlandıktan sonra gemiye izin verilebileceği belirtilmiştir.

2.3. DSÖ VE DÜNYADA COVID-19 (KORONAVİRÜS) SALGINI İLE MÜCADELE

Uluslararası alanda bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve halk sağlığının korunmasına yönelik limanlardaki uygulamalar incelenirken Çin Halk Cumhuriyeti'nde ortaya çıkarak dünyaya hızla yayılan güncel bir salgın hastalık olan yeni tip koronavirüs salgınına da yer verilmesi gerekmektedir.

Söz konusu salgının tarihsel sürecine kısaca değinecek olursak; Çin Halk Cumhuriyeti'nin Vuhan kentinde nedeni tespit edilemeyen pnömoni (zatüre) vakalarının ortaya çıkması üzerine 31 Aralık 2019'da durum DSÖ'nün Çin'deki ofisine bildirilmiştir (World Health Organization, 2020).

DSÖ, 11-12 Ocak 2020'de Çin Ulusal Sağlık Komisyonu'ndan hastalık hakkında bilgi almıştır. Çin makamları tarafından 41 yeni koronavirüs vakasının tespit edildiği, bunlardan 7'sinin ağır hasta olduğu, başka sağlık sorunları da olan 1 kişinin hayatını kaybettiği, 6 hastanın ise taburcu edildiği DSÖ'ye bildirilmiştir. İlk incelemelere göre vakaların çoğunun Vuhan kentindeki Huanan Deniz Ürünleri Toptan Satış Pazarı'ndaki tüccarlardan veya bu pazarı sık sık ziyaret edenlerden oluştuğunun tespit edildiği ve söz konusu pazarın 1 Ocak 2020'de kapatılmış olduğu, Çinli yetkililerce yoğun sürveyans ve takip tedbirlerinin yanı sıra epidemiyolojik araştırmalara devam edildiği bilgisi paylaşılmıştır. Ayrıca; Çin yetkililerince yapılan araştırma ve incelemelerde İnfluenza, kuş gribi, adenovirüs, SARS-CoV, Orta Doğu Solunum Sendromu Koronavirüsü (MERS-CoV) gibi diğer solunum yolu patojenlerinin söz konusu hastalığın sebebi olamayacağı sonucuna ulaşıldığı

bildirilmiştir. Bunun üzerine DSÖ tarafından risk değerlendirmesi yapılarak konuya ilişkin tavsiyeler açıklanmıştır (World Health Organization, 12.01.2020).

DSÖ'nün 21.01.2020 tarihli Yeni Koronavirüs (2019-nCoV) Durum Raporu'nda 3 Ocak 2020'de Tayland Halk Sağlığı Bakanlığı'nın, 15 Ocak 2020'de Japonya Sağlık Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın, 20 Ocak 2020'de ise Güney Kore Ulusal UST Odak Noktası'nın ülkelerinde tespit edilen ilk vakaları rapor ettiği açıklanmıştır (World Health Organization, 21.01.2020: 1). DSÖ'nün söz konusu raporundaki 20 Ocak 2020 itibariyle bildirilen doğrulanmış vaka sayılarına ilişkin verilere Tablo 4'te yer verilmiştir.

Tablo 4: 20 Ocak 2020 Tarihi İtibariyle Doğrulanmış 2019-nCoV Vakalarının Bildirildiği Ülkeler, Yönetim Bölgeleri veya Bölgeler

DSÖ Bölge Ofisi	Ülke, Yönetim Bölgesi ve Bölge	Doğrulanmış Toplam Vaka Sayısı
Batı Pasifik Bölgesi Ofisi	Çin - Hubei Vilayeti	258
	Çin - Hubei Vilayeti	14
	Çin - Hubei Vilayeti	5
	Çin - Hubei Vilayeti	1
	Japon	1
	Güney Kore	1
Güney doğu Asya Bölge Ofisi	Tayland	2
Doğrulanmış Toplam Vaka		282

Kaynak: World Health Organization, 21.01.2020: 2.

21.01.2020 tarihli Durum Raporu'nu izleyen süreçte DSÖ'ye üye devletlerce yapılan bildirimler neticesinde elde edilen veriler, yaşanan gelişmeler ve son duruma ilişkin tespitler ile tavsiyeleri içeren Koronavirüs Durum Raporları, DSÖ tarafından düzenli olarak her gün internet sitesi üzerinden yayımlanmaya başlanmıştır. Söz konusu durum raporları, alınacak önlemlere ilişkin kılavuzlar ve tavsiyeler ülkemizde de Sağlık Bakanlığı'nın ve THSSGM'nin resmi web siteleri aracılığıyla kamuoyuyla paylaşılmaya başlanmıştır.

İzleyen dönemde hastalığın diğer ülkelere de yayılması ve vaka sayısının artmaya devam etmesi üzerine UST kapsamında DSÖ Yeni Koronavirüs Acil Durum Komitesi 30 Ocak 2020'de toplanmış ve toplantı sonrasında DSÖ tarafından

"Uluslararası Halk Sağlığı Acil Durumu" ilan edilmiştir. 11 Şubat 2020’de DSÖ bu yeni koronavirüs hastalığının adını COVID-19 olarak nitelendirmiştir (World Health Organization, 2020).

Tablo 5’te yer alan verilere bakıldığında 31.01.2020 itibariyle doğrulanmış vaka sayısının 9826 olduğu görülmektedir. Tablo 4’te doğrulanmış vaka sayısının 282 olduğu ve ocak ayı sonuna gelindiğinde rakamın 9826’ya ulaştığı düşünüldüğünde vaka sayısında ciddi bir artış olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

Tablo 5: 31 Ocak 2020 Tarihi İtibariyle Doğrulanmış 2019-nCoV Vakalarının Bildirildiği Ülkeler, Yönetim Bölgeleri veya Bölgeler

DSÖ Bölge Ofisi	Ülke, Yönetim Bölgesi ve Bölge	Doğrulanmış Vaka Sayısı
Batı Pasifik Bölgesi	Çin*	9720
	Japonya	14
	Güney Kore	11
	Vietnam	5
	Singapur	13
	Avustralya	9
	Malezya	8
	Kamboçya	1
	Filipinler	1
Güney Doğu Asya Bölgesi	Tayland	14
	Nepal	1
	Srilanka	1
	Hindistan	1
Amerika Bölgesi	ABD	6
	Kanada	3
Avrupa Bölgesi	Fransa	6
	Finlandiya	1
	Almanya	5
	İtalya	2
Doğu Akdeniz Bölgesi	Birleşik Arap Emirlikleri	4
Doğrulanmış Toplam Vaka		9826
* Çin’de doğrulanmış vakalara Hong Kong (12 teyit edilmiş vaka), Macau (7 teyit edilmiş vaka) ve Taipei’de (9 teyit edilmiş vaka) doğrulanmış vakalar da dahildir.		

Kaynak: World Health Organization, 31.01.2020: (3).

Şubat 2020 sonlarına gelindiğinde DSÖ’nün 29.02.2020 tarihli Koronavirüs Hastalığı 2019 (COVID-19) Durum Raporu’nda hastalığın Çin dışında 53 ülkeye daha yayılmış olduğu, dünya genelinde toplam doğrulanmış vaka sayısının 85.403’e

ulaştığı, bildirilen ölüm sayısının ise Çin’de 2838 ve Çin dışında 86 olduğu bilgileri yer almaktadır. Ayrıca söz konusu raporda DSÖ’nün hastalığa ilişkin risk değerlendirmesinin bölgesel ve küresel düzeyde çok yüksek seviyede olduğu görülmektedir (World Health Organization, 29.02.2020: (1)).

DSÖ, COVID-19 hastalığının dünyada hızla yayılmaya başlaması ile birlikte 10 Ocak 2020’de uluslararası trafiğe yönelik tavsiyeler yayınlamış ve söz konusu tavsiyelerini 29 Şubat 2020 tarihinde güncellemiştir. DSÖ’nün 29 Şubat 2020 tarihinde güncellenen uluslararası trafiğe yönelik tavsiyelerinde temel olarak salgınların yaşandığı ülkelere yönelik seyahat veya ticaret kısıtlamalarının uygulanmasının önerilmediğine vurgu yapılmıştır. Bunun gerekçeleri ve yapılması gerekenler şu şekilde ifade edilmiştir (DSÖ, 29.02.2020).

“Genel olarak kanıtlar, halk sağlığı acil durumlarında insanların ve malların hareketinin kısıtlanmasının çoğu durumda etkisiz olduğunu ve kaynakları diğer müdahalelerden saptırabileceğini göstermektedir. Ayrıca, kısıtlamalar ihtiyaç duyulan yardımı ve teknik desteği kesintiye uğratabilir, işletmeleri bozabilir ve etkilenen ülkeler üzerinde olumsuz sosyal ve ekonomik etkileri olabilir. Bununla birlikte, bazı durumlarda, insanların hareketini kısıtlayan tedbirler, örneğin çok az uluslararası bağlantıya ve sınırlı yanıt kapasitelerine sahip ortamlarda geçici olarak faydalı olabilir.

Uluslararası trafiğe önemli ölçüde müdahale eden seyahat önlemleri, yalnızca bir salgının başlangıcında gerçekleştirilebilir çünkü ülkelerin birkaç gün bile olsa etkili hazırlık tedbirlerini hızla uygulamalarına imkan sağlar. Bu tür kısıtlamalar dikkatli bir risk değerlendirmesine dayanmalı, halk sağlığı riskiyle orantılı olmalı, süresi kısa olmalı ve durum geliştikçe düzenli olarak yeniden değerlendirilmelidir.

... Çıkışta veya girişte vücut ısı taraması yapılması, uluslararası yayılmayı durdurmak için etkili bir yol değildir çünkü enfekte kişiler inkübasyon döneminde olabilir, hastalık sırasında erken belirtileri göstermeyebilir veya ateş düşürücü ilaçlarla (antipiretiklerle) ateşlerini gizleyebilirler; ayrıca bu tür önlemler çok az fayda sağlayacak şeyler için önemli yatırımlar gerektirir. Uygun bir risk değerlendirmesi ve gelen yolcuların olası bir teması takibi için, yolculara önleme öneri mesajları vermek ve varışta sağlık beyanlarını toplamak, yolcuların iletişim bilgilerini toplamak daha etkilidir.” (DSÖ, 29.02.2020).

DSÖ’nün tüm ülkelere yönelik genel önerilerinde de; ülkelerin COVID-19 hastalığının yayılmasını önlemeye yönelik yaptırımlarında uluslararası trafiğe ve ticarete gereksiz müdahalelerden kaçınılması gerektiğinin üzerinde durulduğu görülmektedir.

“Ülkelere, Uluslararası Sağlık Tüzüğü’nün amacının, halk sağlığı riskleriyle orantılı ve bunlarla sınırlı ve uluslararası hastalık yayılımıyla ilgili önleme, korunma ve halk sağlığı yanıtı sağlama olduğu ve bunları yaparken de uluslararası trafik ve ticarete gereksiz müdahalelerden kaçınmak olduğu hatırlatılır. Uluslararası trafiğe önemli ölçüde müdahale eden ek sağlık önlemleri uygulayan ülkelerin, uygulamadan sonraki 48 saat içinde, halk sağlığı gerekçesini ve uygulanan önlemler için ilgili bilimsel bilgileri DSÖ’ye vermeleri gerekmektedir. DSÖ bu bilgileri diğer Taraf Devletlerle paylaşacaktır. Önemli müdahale genellikle uluslararası yolcuların, bagajların, yüklerin, konteynırların, taşıtların, malların ve benzerlerinin giriş veya çıkışlarının 24 saatten fazla bir süre boyunca reddedilmesi veya ertelenmesi anlamına gelir.” (DSÖ, 29.02.2020).

DSÖ’nün bu tavsiyelerine rağmen hastalığın yayılmasının önlenmesi amacıyla bazı devletler tarafından uluslararası trafiğe yönelik çeşitli kısıtlamalara gidilmiştir. Örneğin ABD hükümeti son 14 gün içinde Çin, İran, İngiltere, İrlanda ve Schengen Bölgesi’ndeki 26 Avrupa ülkesinden herhangi birinde bulunan yabancı uyrukluların ABD’ye girmesini yasaklamıştır. Son 14 gün içinde bu ülkelerden birinde bulunmuş ABD vatandaşlarının, ABD’de ikamet edenlerin ve yakın aile üyelerinin ise ancak 14 gün süreyle karantinaya alınarak gözlem altında tutulmaları şartıyla girişlerine izin verileceği açıklanmıştır (CDC, 21.03.2020).

Salgının dünyada yayılmasının önlenmesi amacıyla UST kapsamında limanlarda uygulanan önlemlerden biri de karantina uygulamalarıdır. Örneğin 5 Şubat 2020’de Japonya; Diamond Princess yolcu gemisinin, Hong Kong’da gemiden inen 80 yaşındaki yolcudaki Covid-19 hastalığının tespit edilmesi üzerine yaklaşık 3700 yolcu ve mürettebatıyla Yokohama Limanı’nda karantinaya alındığını duyurmuştur. Japon hükümetince yapılan açıklamaya göre; gemideki yolculardan test sonucu gelen 31 kişiden 10’unda koronavirüs bulunduğu tespit edilmiştir (Yorulmaz, 05.02.2020).

İlerleyen dönemde söz konusu gemiye ilişkin çıkan haberlerde 14 günlük karantina süresinin sona ermesinin ardından 19 Şubat 2020 tarihi itibarıyla yapılan test sonuçlarına göre kademeli olarak tahliye sürecinin başlatıldığı ve mart ayı başında sürecin tamamlandığı bilgisi yer almıştır. 2 Mart 2020 itibarıyla söz konusu gemideki 705 yolcu ve mürettebatın virüsten enfekte olduğu ve toplam 7 kişinin de hayatını kaybettiği açıklanmıştır (Ersoy, 02.03.2020).

Daha sonraki süreçte benzer bir durum ABD’de de yaşanmıştır. ABD’nin Kaliforniya eyaleti açıklarında demirleyen 3 bin 500 kişilik Grand Princess adlı

yolcu gemisinin de karantinaya alındığı, ilk olarak gemideki 46 kişiden alınan örnekler üzerinde yapılan testler neticesinde 21 kişide Covid-19 hastalığının tespit edildiği; tüm tedbirler alınarak geminin ticari olmayan bir limana götürüleceği ve tüm yolculara test yapılacağı açıklanmıştır (Çopur, 07.03.2020).

Salgının Türkiye’deki seyrine ayrıca yer verecek olursak; Türkiye’de Covid-19 vakası ilk kez 11 Mart 2020’de tespit edilmiştir. Salgının dünyadaki sürecini takip eden ülkelerden biri olan Türkiye; ilk vakanın tespitinden önceki süreçte de kademeli olarak çeşitli önlemler almaya başlamıştır. Örnek verecek olursak havaalanlarında termal kameraların kullanılması; ilk etapta Vuhan-İstanbul uçuşlarının, 5 Şubat 2020 tarihinden itibaren ise Çin’den gelen tüm uçuşların durdurulması, hastalığın İran’da ortaya çıkması üzerine Türkiye-İran kara hudut kapılarının kapatılması ve daha sonra Türkiye ile İtalya, Güney Kore, Irak arasında gidiş-geliş tüm yolcu uçuşlarının durdurulması alınan önlemlerden bazılarıdır (Güler, 13.03.2020).

İlk vakanın tespitinin ardından hastalığın yayılmasını kontrol altında tutmak amacıyla Sağlık Bakanlığı Koronavirüs Bilim Kurulu’nun önerileri doğrultusunda ülke genelinde önlemler alınmaya devam edilmiştir. Örneğin; 16 Mart 2020 tarihi itibarıyla okulların iki hafta, üniversitelerin üç hafta süreyle tatil edilmesine, ilerleyen süreçte uzaktan eğitime geçilmesine karar verilmiştir. Spor müsabakalarının nisan ayı sonuna kadar seyircisiz oynanması, kamu görevlilerine yurtdışı yasağı getirilmesi; kamu kurumlarında riskli gruplar olarak belirlenen personelin idari izinli sayılması; Almanya, Fransa, İspanya, Norveç, Danimarka, Belçika, Avusturya, İsveç ve Hollanda’ya uçuşların 17 Nisan’a kadar durdurulması; bu kapsamda alınan tedbirlerdendir (Güler, 13.03.2020).

Türkiye’de COVID-19 vakasının ilk kez tespit edildiği 11 Mart 2020 tarihinden itibaren vaka sayısı artmaya devam etmiş ve söz konusu hastalığa bağlı olarak ölümler yaşanmaya başlamıştır. İlk vakanın tespitinden 20 gün sonrasında yayımlanan DSÖ’nün 31.03.2020 tarihli Koronavirüs Hastalığı 2019 (COVID-19) Durum Raporu’na bakıldığında dünya genelinde doğrulanmış vaka sayısı 750.890 iken hayatını kaybedenlerin sayısının 36.405 olduğu, Türkiye tarafından bildirilen doğrulanmış vaka sayısının 10.827, hayatını kaybedenlerin sayısının ise 168’e ulaştığı görülmektedir (World Health Organization, 31.03.2020). Bu verilerden

hareketle Türkiye’de 20 günlük süre zarfında Covid-19 vaka sayılarında ciddi bir artış yaşandığı söylenebilir.

Covid-19 salgınının hızla yayılması, daha sıkı tedbirler alınması gerektiğini göstermiştir. Hafta sonları ve tatil zamanlarında sokağa çıkma yasaklarının uygulanması, 65 yaş üstü kişilerin sokağa çıkmasının yasaklanması, şehirlerarası seyahat ve giriş-çıkış yasakları bu kapsamda alınan tedbirlerden bazılarıdır. İçişleri Bakanlığı tarafından 03.04.2020 tarihinde yayımlanan Genelgede Covid-19 salgınının yayılım hızına dikkat çekilmiş, toplum sağlığının korunması için sosyal hareketliliğin ve insanlar arası temasın azaltılarak sosyal izolasyonun sağlanmasının önemine vurgu yapılmıştır. Bu amaçla da söz konusu Genelge ile büyükşehir statüsünde bulunan 30 il ve Zonguldak’ta tüm giriş-çıkışların geçici olarak durdurulduğu ve ülke genelinde ise 20 yaşın altındaki kişilerin sokağa çıkmalarının yasaklandığı ilan edilmiştir (İçişleri Bakanlığı, 03.04.2020). Daha sonra İçişleri Bakanlığı’nın 10.04.2020 tarihli Genelgesi ile 30 Büyükşehir ve Zonguldak’ta hafta sonunu kapsayan 2 günlük sokağa çıkma yasağı uygulanacağı duyurulmuştur (İçişleri Bakanlığı, 10.04.2020). İlerleyen süreçte de benzer önlemler uygulanmaya devam edilmiştir.

Nisan ayı sonlarına gelindiğinde DSÖ’nün 30.04.2020 tarihli Koronavirüs Hastalığı 2019 (COVID 19) Durum Raporu’ndaki verilere göre; dünya genelinde toplam doğrulanmış vaka sayısı 3.090.445’e, Türkiye’de ise bildirilen toplam doğrulanmış vaka sayısı 117.589’a ulaşmıştır (World Health Organization, 30.04.2020: (3-8)).

Nisan ayında yaşanan bir gelişme de Almanya, Fransa, İtalya gibi bazı Avrupa ülkelerinde alınan önlemlerin kademeli olarak gevşetilmeye başlanacağı yönünde yapılan açıklamalardır. Bazı Avrupa ülkeleri ilerleyen süreçlere ilişkin “normalleşme” takvimlerini belirlemeye başlamıştır (Anadolu Ajansı, 16.04.2020)

Dünyanın çeşitli yerlerinde kademeli olarak normalleşme süreçlerinin başladığı mayıs ayının sonuna gelindiğinde DSÖ’nün 31.05.2020 tarihli Koronavirüs Hastalığı 2019 (COVID 19) Durum Raporu’nda dünya genelindeki toplam doğrulanmış vaka sayısının 5.934.936, Türkiye’de ise 163.103 olduğu görülmektedir (World Health Organization, 31.05.2020: (4-13)).

Tablo 6’da yer alan veriler doğrultusunda 31.05.2020 tarihi itibariyle doğrulanmış vaka sayısının en fazla olduğu bölgenin Amerika olduğu, Amerika’yı ise Avrupa’nın izlediği söylenebilir.

Tablo 6: 31.05.2020 Tarihi İtibariyle COVID 19 Vaka ve Ölüm Sayılarının DSÖ Bölgelerine Göre Dağılımı

DSÖ Bölgeleri	Toplam Doğrulanmış Vaka	Toplam Ölüm
Afrika	100.610	2554
Amerika	2.743.793	157.702
Doğu Akdeniz	505.001	12.353
Avrupa	2.142.547	180.085
Güney-Doğu Asya	260.579	7431
Batı Pasifik	181.665	7028
Genel Toplam	5.934.936	367.166

Kaynak: World Health Organization, 31.05.2020: (1).

Dünyada olduğu gibi Türkiye’de de 1 Haziran 2020 tarihinden itibaren normalleşme süreci başlamıştır. Bu kapsamda şehirlerarası seyahat kısıtlamalarının tamamen kaldırılması; kreşler ve gündüz bakım evlerinin faaliyete geçmesi, restoran, kafe, pastane gibi işletmelerin hizmete açılması, 20 yaş altındaki kişiler için uygulanan sokağa çıkma yasağındaki yaş sınırının 18’e indirilmesi alınan kararlardan bazılarıdır (Anadolu Ajansı, 28.05.2020).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

İZMİR LİMANI’NDA KARANTİNA UYGULAMALARI VE KENT GÜVENLİĞİ AÇISINDAN ANALİZİ

3.1. ARAŞTIRMAYA İLİŞKİN TARİHSEL ARKA PLAN

3.1.1. Tarihi Bir Liman Kenti İzmir ve Alsancak Limanı

İzmir; uluslararası ticaret açısından gerek kilit ticaret yolları üzerinde bulunması, gerekse korunaklı körfez ve doğal limanlara sahip olması gibi özellikleriyle çağlar boyunca önemini koruyan liman kentleri arasında yer almıştır (Baykara, 2001: 122).

Dünyanın en eski yerleşim yerlerinden biri olan İzmir; tarihsel süreç içerisinde 12 adet İyon sitesinden oluşan konfederasyonun bir parçası olmuş, özellikle 1 ve 2. yüzyıllarda Roma İmparatorluğu hakimiyetinde yükseliş göstermiş ve Bizans İmparatorluğu döneminde de başkentten sonra ikinci kent olma vasfını taşımıştır. Daha sonra birçok kez el değiştiren İzmir, son olarak 1425 yılında II. Murat döneminde Osmanlı Devleti'ne bağlanmıştır (Smyrnelis, 2016: 9).

Geçmişten günümüze kadar birbirinden farklı devletlerin hâkimiyeti altına giren ve bu hâkim unsurların kültürel izlerini taşıyan İzmir'in bir çekim merkezi oluşunda liman kenti olarak sahip olduğu coğrafi konum oldukça etkili olmuştur. Ancak sahip olduğu bu avantajlı konum, bir liman kenti olan İzmir'in 16. yüzyıla kadar uluslararası ticarete görünür olmasını sağlayamamıştır. Hatta bu dönemde güney denizyolu güzergahının güvenli hale getirilmesinde etkili olan Rodos'un fethi ve Doğu Akdeniz limanlarını Osmanlı ticaretine açan çeşitli fetihler yapılmasına karşın İzmir Limanı'nın canlanması, uluslararası ticaretin Çeşme'den İzmir'e geçmesiyle mümkün olmuştur (Ünal, 2015: 41-50).

İzmir Limanı'nın 1521 yılına kadar sadece ticaret gemilerinin yükleme ve boşaltma işleri için kullanıldığı tahmin edilmektedir. Limana giremeyen büyük gemiler ise, girişte bulunan St. Pierre Kalesi önünde demirleyerek boşaltma ya da yükleme yapmaktaydılar (Ülker, 1994: 9).

16. yüzyılın ikinci yarısından itibaren canlanmaya başlayan İzmir Limanı'nın önemi 17. yüzyılın başlarında giderek artmıştır. Bu durumun nedenlerinden birinin 16. yüzyılın ikinci yarısında Sakız Adası'nın Osmanlı hakimiyetine geçmesinin ardından 17. yüzyılın başında yabancı devletlerin konsolosluklarını İzmir'e taşınması olduğu düşünülmektedir. Bir diğer neden olarak ise İranlı ipek tüccarlarının bölgedeki savaştan kaynaklı güvenlik sorunlarından dolayı daha önce Halep-İskenderun hattından yaptıkları sevkiyatları İzmir'e kaydırmaları gösterilmektedir (Baykara 2001: 123-124). Bunun nedeni Ege Denizi kıyısındaki bir Batı Anadolu Liman kenti olan İzmir'in ipek ticareti için Halep ve İskenderun'dan daha güvenli ve daha avantajlı bir konumda bulunmasıydı (Ülker, 1994: 45).

17. yüzyıla gelindiğinde İzmir kenti hem fiziksel hem sosyoekonomik açıdan ilerleme sürecine girmiştir. Sahip olduğu coğrafi konum ve ticaret potansiyeli nedeniyle bir çekim merkezi haline gelmeye başlayan İzmir'in nüfusu, bu

gelişmelere paralel olarak giderek artmaya başlamıştır (Ünal, 2015: 52). 17. yüzyılın başlarından itibaren küçük bir bölgesel ticaret merkezi olmaktan çıkarak Doğu Akdeniz ticaretinde etkin bir liman kenti haline gelen İzmir, 18. yüzyılda yaklaşık yüz bin nüfusuyla artık Osmanlı İmparatorluğu'nun ikinci şehri olmuştur (Smyrnelis, 2016: 12).

Antik Çağdan itibaren Ortadoğu'nun en önemli limanlarından biri olma özelliğini taşıyan İzmir Limanı, 18. yüzyıl boyunca yalnızca Doğu Akdeniz ticareti açısından değil, Osmanlı İmparatorluğu'nun tüm ticaret ağı açısından da kilit liman konumuna ulaşmıştır. Çünkü dönem itibariyle Akdeniz'de en sık kullanılan denizcilik rotası İstanbul-İzmir-İskenderiye güzergâhıdır. Sahip olduğu geniş hinterlandı ve merkezi konumu itibariyle ya varış noktası, ya çıkış noktası ya da transit geçiş noktası konumunda olması nedeniyle bu güzergâhın en önemli halkasını İzmir Limanı oluşturmaktadır (Frangakis-Syrett, 2016: 27-28).

İzmir'in gelişmesinde bir başka etken olarak ise kara ulaşımının kolay olması gösterilmektedir. O dönemde ticaret karadan kervanlar vasıtasıyla yapılmaktaydı. Ege Bölgesi'nde dağların denize dik uzanması nedeniyle Anadolu'nun içlerinden gelen deve kervanlarının kıyıya ulaşmasını kolaylaştıracak uygun geçitler bulunmaktaydı. Bu geçitlerden biri de günümüze kadar varlığını sürdürmüş olan Kemalpaşa'daki Belkahve Geçidi'dir. İç liman etrafına konumlanmış yapıdaki kent, bugünkü Anafartalar Caddesi üzerinden Basmane'ye inerek tren yolu istikametiyle Kemer Çayı üzerinde bulunan Roma devrinden kalma Kemer Köprüsü'nden (Kervan Köprüsü'den) doğuya doğru ilerleyen bir yol ile geçide, bu geçit vasıtasıyla da Anadolu'nun iç kesimlerine bağlanmaktaydı. Kentin içinden geçerek rıhtıma uzanan bu yol kentin ana eksenini oluşturmaktaydı. Buraya kervanlarla İstanbul'dan sekiz, Halep'ten yirmi beş, Konya'dan altı, Kütahya'dan yedi, Antalya'dan altı günde ulaşılabilmekteydi (Çiçek, 2006: 28; Ünal, 2015: 52).

İzmir, gerek kara gerekse deniz ulaşım ağının sağladığı avantajlarla artık Avrupa ile yapılan uluslararası ticarete Halep'in yerini alarak Avrupalı ve Doğulu tüccarları buluşturan dünya ticaretinin en önemli kavşak noktası haline gelmiştir. 17. yüzyıldan itibaren İzmir'i ziyaret eden yabancı seyyahlar ve diplomatların İzmir'i, kara ve deniz ticareti açısından "tüm Levant'ın en ünlü ve en önemli kenti"; İzmir Limanı'nı ise "Asya'dan Avrupa'ya ve Avrupa'dan Asya'ya yapılacak ticaret için en

uygun liman” olarak tarif ettikleri söylenmektedir (Baykara, 2001: 125; Ülker, 1994: 45).

19. yüzyıl boyunca ve 20. yüzyılın başına kadar İzmir, geniş art-ülkesi sayesinde bir yandan önemli bir ihracat noktasıyken bir yandan da hem ithalatın gerçekleştiği hem de iç pazara dağıtımın yapıldığı bir merkez haline gelmiştir (Smyrnelis, 2016: 44-45).

Yeni yeni sanayileşen Avrupa devletleri için İzmir hammadde temin edilen en önemli kaynaklardan biri olmuştur. Hammadde ihtiyacının giderek artması da sevkiyatların hızlandırılmasını gerekli kılmıştır. 19. yüzyılın ikinci yarısından itibaren ise, deve kervanları yerini demiryollarına bırakmaya başlamıştır (Çiçek, 2006: 29). 1856 yılında İzmir-Aydın demiryolu hattı sözleşmesi imzalanmış, 1864 yılında ise İzmir-Kasaba demiryolu hattının inşasına başlanmıştır (Baykara, 2001: 55).

Demiryolu taşımacılığına geçiş, İzmir kentinin gelişimi açısından oldukça etkili olmuştur. Bu sayede İzmir Limanı’nın dış ticaret hacmi giderek büyümeye başlamış, dolayısıyla da mevcut liman ihtiyaçları karşılamada yetersiz kalmıştır. 19. yüzyılın ortalarına gelindiğinde ise sahil şeridinin darlığı ve gemilerin kıyıya yanaşmasında yaşanan sıkıntılar nedeniyle Basmane Garı’nın denize bağlandığı alana dolgu yapılmış ve bu dolgu alanın üzerine malların depolanması için binalar (Konak Pier) inşa edilmiştir. Yeni yapılan gümrük binasının inşasının 1854 yılında tamamlanmasıyla kentteki gümrük binası sayısı ikiye yükselmiştir. Daha sonra gümrük işlemlerinin giderek artması nedeniyle dolgu alanın orta kısmına üçüncü bir gümrük binası daha yapılarak binalar arasında kalan boş alanlar depolama alanı olarak kullanılmaya başlanmıştır (Çiçek, 2006: 30-31).

İzmir’in denizyolu ulaşımındaki rolünün giderek büyümesi modern bir liman ihtiyacını gündeme getirmiştir. 1866 yılında İzmir Valisi daimi bir rıhtımın inşasına başlanmasına ve Konak ile liman arasındaki ulaşımı kolaylaştırmak için de deniz kenarı surları olan Ok Kalesi’nin yıkımına karar vererek bu alanda çalışmaları başlatmıştır (Smyrnelis, 2016: 151).

Kaynak: Baykara, 2001: 145.

1867 yılında meydana gelen depremin etkisiyle mevcut limanın da kullanılamaz hale gelmesi, yeni liman projesinin hız kazanmasında etkili olmuştur. Çeşitli imtiyazlar ve 45 yıllık işletme hakkı verilmek suretiyle yap-işlet-devret modeli ile yeni limanın inşası Dussaud Kardeşler tarafından gerçekleştirilmiştir (Çiçek, 2006: 31).

Yeni limanın tamamlanmasıyla birlikte İzmir kenti modern bir liman kenti haline gelmiştir. Liman projesiyle 4 kilometrelik daimi bir rıhtım, “Kordon” olarak bilinen bir gezinti yeri, 1200 metrelik bir koruma mendireği, Konak ile Alsancak Garı (eski adıyla Punto Garı) arasına iki tramvay hattı, kanalizasyon sistemi gibi kentin gelişimin etkileyecek çeşitli adımlar atılmıştır. Projenin tamamlanmasının ardından İzmir’de Borsa ve Ticaret Odası açılmış bankalar, sigorta ve gemi acenteleri ofisleri sayısı giderek artmaya başlamıştır. Liman projesi kapsamında inşa edilen Kordon, zamanla İzmir’in gözde mekanlarından biri haline gelmiştir (Smyrnelis, 2016: 154).

Şekil 6: İzmir Limanı ve Gümrük Depoları (1880)



Kaynak: İzmir Büyükşehir Belediyesi.

1914 yılında I. Dünya Savaşı’nın başlaması, uluslararası ticareti de olumsuz olarak etkilemiştir. Bu durum uluslararası ticaretten beslenen İzmir kentine de kısa zamanda yansımış savaş boyunca kentte ticarete ciddi sıkıntılar yaşanmıştır. I. Dünya Savaşı’nın ardından Kurtuluş Savaşı’nı da yaşayan kent, 9 Eylül 1922’de bölgeden çekilen Yunanlıların ağır tahribatına uğramıştır. Çekilme esnasında çıkarılan yangınlar sonucu kent, büyük ölçüde zarar görmüş ve İzmir Limanı’nın antrepoları dahil rıhtım ve çevresindeki binalar ve pek çok altyapı tesisi kullanılmaz

hale gelmiştir. Fiziksel tahribatın yanı sıra Yunan ordusunun taşkınlıklarından sonra ticaret erbabının şehri terk etmeye başlaması sosyoekonomik açıdan da kentte yıkıma neden olmuştur. Çünkü ticarete güven, süreklilik ve itibar temel unsurlardır (Uysal, 2017: 21).

Her ne kadar savaşlar ve yağmalar sonucu İzmir kenti adeta yok olmuşsa da ekonomik kalkınmada bu kentin potansiyelinin farkında olan Mustafa Kemal Atatürk ilk İktisat Kongresi'ni 17 Şubat 1923'te İzmir'de düzenlemiş ve yeni devletin temel ekonomik hedefleri bu kentte belirlenmiştir (Baran, 2010: 60).

I. Dünya Savaşı ve Kurtuluş Savaşı gibi iki büyük savaşın ardından geride oldukça yıpranmış ve harap olmuş bir Türk ekonomisi kalmıştır. Bu nedenle ekonomiyi temel alan topyekûn bir kalkınma süreci öncelikli amaç olarak benimsenmiştir (Turan, Safran, Hayta, Çakmak, Dönmez ve Şahin, 2010: 221).

Mustafa Kemal Atatürk İzmir İktisat Kongresi'nin açılış töreninde bu amacı şu sözlerle ifade etmiştir:

“Siyasî, askerî zaferler ne kadar büyük olursa olsunlar, iktisadi zaferler ile taçlandırılmazlarsa meydana gelen zaferler devamlı olamaz, az zamanda söner. Bu bakımdan en kuvvetli ve parlak zaferimizin bile sağlayabildiği ve daha sağlayabileceği yararlı kazançları belirlemek için ekonomimizin, iktisadî hâkimiyetimizin sağlanması ve sağlamlaştırılması ve genişletilmesi gerekir.” (T.C. Atatürk Kültür, Dil ve Tarih Yüksek Kurumu Atatürk Araştırmaları Merkezi Başkanlığı, 2013).

29 Ekim 1923'te cumhuriyet rejiminin ilanı ile birlikte ülkenin yönetim yapısı değişmiş, yeni düzenin kurumsallaşması sürecine girilmiştir. Bu süreçte İzmir kentinde de yeni bir dönem başlamıştır. Savaş ve savaşın getirdiği çeşitli sorunlar nedeniyle İzmir'de ticaretle uğraşan kesim olan Yahudi, Rum ve Ermenilerin şehri terk etmesi sonucu tüccar nüfus giderek azalmıştır. İzmir'i yeniden eski dönemlerine taşıyabilmek içinse ticaretin canlandırılması gerekmektedir. Dönem itibarıyla İzmir Limanı, tüm sıkıntılara rağmen Avrupa'ya önemli malların sevkıyatı için hala çok uygundur. Çünkü Avrupa için önemli ürünlerin üretildiği yerlere en yakın liman İzmir Limanı'dır. Bu nedenle limanın tekrar eski cazibesine kavuşturulması ve ticaretin canlandırılması için yeni bir tüccar sınıfa ihtiyaç vardır. Bu da uzun vadede milli bir burjuva sınıfının oluşma sürecine işaret etmektedir (Uysal, 2017: 21).

Bu süreçte yaşanan yapısal değişikliklerin de etkisiyle İzmir Limanı, yavaş yavaş toparlanmaya başlamıştır. Ancak 1929 yılında ortaya çıkan ve tüm dünyayı sarsan ekonomik kriz savaşların yarattığı fiziksel, ekonomik ve sosyal yıkımın onarılmasının yanı sıra yeni rejimin yerleşme sürecinin zorluklarını da yaşayan genç Türkiye Cumhuriyeti'ni etkilemiştir. Dönem itibariyle özel sektörün zayıf olması medeniyle ekonomik kalkınma için devletçilik ilkesi benimsenmiştir. Bu yeni anlayış İzmir kentine de yansımıştır. 1934 yılına kadar çeşitli şirketlerce işletilen İzmir Limanı bu tarihte Maliye Bakanlığı'na devredilmiş ve 1938'te de Denizcilik Bankası'na bağlı hale getirilmiştir (Berent ve Koraltürk, 2013: 143).

1920 ile 1960 yılları arasında 1929 Ekonomik Krizi, II. Dünya Savaşı gibi uluslararası ölçekte gerçekleşen olaylar ve bunların yol açtığı sorunlar nedeniyle İzmir Limanı'nın gelişim süreci olumsuz etkilenmişse de; İzmir kentinin sahip olduğu büyük ticaret hacmi dikkate alınarak yeni bir liman inşası için araştırmalara başlanmış ve coğrafi özellikler bakımından en uygun olduğu düşünülen iç körfez yeni liman yeri olarak seçilmiştir (Çiçek, 2006: 32, Baran, 2010: 60).

1954 yılında Alsancak Beton İskelesi'nin inşa edilmesi ile birlikte İzmir Limanı artık bugünkü yerini almıştır. İzmir Alsancak Limanı'nın işletmesi 13.03.1957 tarih ve 4/8783 sayılı Bakanlar Kurulu kararı ile Türkiye Cumhuriyeti Devlet Demiryolları'na (TCDD) devredilmiş ve 1959 yılında faaliyete geçmiştir. Yeni limanın faaliyete geçmesiyle birlikte İzmir'de ticaret canlanmaya başlamış ve kent uluslararası ticaretteki yerini yeniden kazanmıştır (Çiçek, 2006: 32-33).

Şekil 7: İzmir Alsancak Limanı (Günümüz)



Kaynak: İMEAK DTO, 2018: 169.

İzmir Alsancak Limanı her tip gemi ve yük türüne hizmet verebilecek donanıma sahiptir. Konteynır, genel kargo ve tekerlekli yükler İzmir Alsancak Limanı'nda önemli bir yer tutmaktadır. Ayrıca Alsancak Limanı'nda yolcu hizmetleri de verilmektedir. Toplam 3,386 metre yanaşma yerine sahip olan limanın Şekil 8'de de görüleceği üzere 1 ve 2 numaralı rıhtımları yolcu rıhtımı olarak belirlenmiştir (Oral ve Özerden, 2010: 4).

Günümüzde İzmir Limanı, Ege Bölgesi'nin elleçleme⁹ kapasitesi ve yük trafiği bakımından en büyük limanıdır. Geniş tarımsal ve sanayi hinterlandıyla Ege

74

Bölgesi için sanayi ve ticaret merkezi olmasının yanında Türk ihrac ürünleri için de kilit bir rol üstlenmektedir (Balık, 2014: 43-44).

İzmir Limanı'nda gümrük işlemleri İzmir Gümrük Müdürlüğü ve İzmir Yolcu Salonu Gümrük Müdürlüğü tarafından yürütülmektedir. Tablo 7'de İzmir Gümrük Müdürlüğü ve İzmir Yolcu Salonu Gümrük Müdürlüğünden gerçekleştirilen ihracat değerleri incelendiğinde İzmir Alsancak Limanı'nın İzmir kentine ve ülke ekonomisine katkısı daha iyi anlaşılabilmektedir.

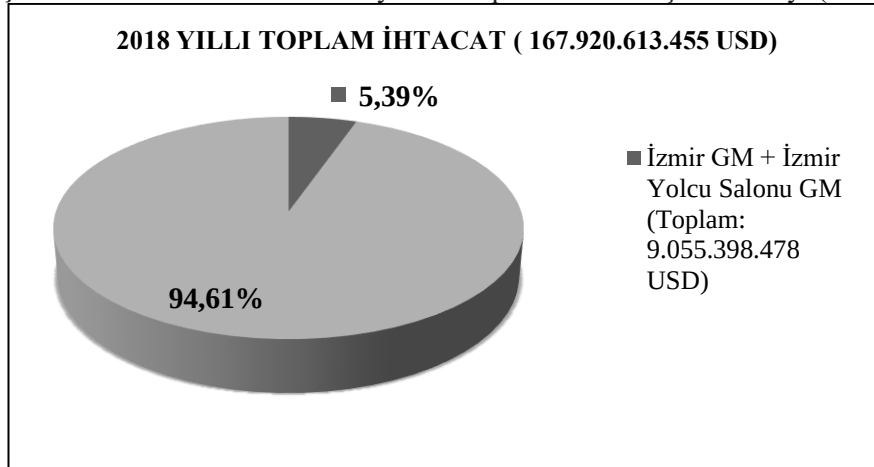
Tablo 7: Yıllara Göre İhracat ve İthalat (USD)

		2016	2017	2018
İZMİR GÜMRÜK MÜDÜRLÜĞÜ	İHRACAT	8.462.949.173	8.651.223.312	9.044.017.052
	İTHALAT	8.287.526.271	9.001.148.134	7.800.491.810
İZMİR YOLCU SALONU GÜMRÜK MÜDÜRLÜĞÜ	İHRACAT	6.003.035	7.620.223	11.381.426
	İTHALAT	621.003	957.331	883.702
TOPLAM İHRACAT		8.468.952.208	8.658.843.535	9.055.398.478
TOPLAM İTHALAT		8.288.147.274	9.002.105.465	7.801.375.512

Kaynak: <https://biruni.tuik.gov.tr>.

Tablo 7'den de anlaşılabacağı üzere İzmir Alsancak Limanı'ndan yapılan ihracat miktarı son üç yıl içerisinde giderek artmıştır. Ayrıca Şekil 9'da görüleceği üzere ise İzmir Gümrük Müdürlüğü ve İzmir Yolcu Salonu Gümrük Müdürlüğü'nden 2018 yılında yapılan toplam ihracat, ülke genelinde yapılan toplam ihracatın % 5.39'unu oluşturmaktadır.

Şekil 9: İzmir Limanı'nın Türkiye'nin Toplam İhracatı İçindeki Payı (2018)



Kaynak: <https://biruni.tuik.gov.tr>.

İzmir Alsancak Limanı, İç Anadolu ve Ege bölgeleri için önemli bir ithalat kapısı olma özelliğine de sahiptir. Demiryolu ve karayolu bağlantıları sayesinde Avrupa, Ortadoğu ve Asya ülkeleri arasında yapılacak uluslararası ticarete sıklıkla tercih edilmektedir (Balık, 2014: 43-44).

İzmir Limanı bugün hala faaliyetini sürdürmekle birlikte hem İzmir kentine hem de ülke ekonomisine katkı sağlamaktadır. Ancak bu olumlu özelliklerinin yanı sıra sürekli dinamik durumda olan İzmir Alsancak Limanı'nın halk sağlığı açısından tehlikeler barındırdığı söylenebilir. Çünkü Alsancak Limanı'ndan girişi yapılan mallar, demiryolu ve karayolu aracılığıyla tüm ülkeye dağıtılmakta ve buradan ülkeye giren yolcular kentin ve ülkenin çeşitli yerlerine gitmektedir. Bu nedenle limandan kente girebilecek ve halk sağlığını olumsuz etkileyebilecek her türlü tehlikenin önceden tespit edilmesinin ve gerekli tüm önlemlerin alınmasının başta İzmir kentinin güvenliği olmak üzere ulusal güvenliğin sağlanması açısından önem arz ettiği düşünülmektedir.

Limanlarda halk sağlığının korunması ve güvenliğin sağlanması amacıyla kullanılan uygulamalardan biri de karantina uygulamalarıdır. İzmir Alsancak Limanı'ndaki mevcut karantina uygulamaları ve halk sağlığına ilişkin önlemlerin kentin güvenliğine etkisini daha iyi analiz edebilmek adına öncelikle tarihi bir liman kenti olan İzmir'de karantina sisteminin oluşum ve gelişim sürecinin incelenmesi gerekmektedir.

3.1.2. İzmir Karantina Teşkilatı'nın Kuruluşu ve İzmir'de Karantina Uygulamaları

İzmir, güneyde Mısır ve Doğu Akdeniz'e, kuzeyde İstanbul'a ve Batı coğrafyasına uzanan işlek deniz trafiği içerisinde yer alan konumu ile 17. yüzyılın sonlarından itibaren yükselen ticaret hacmi sayesinde Osmanlı İmparatorluğu'nun önemli liman kentlerinden birisi haline gelmiştir (Böke, 2009: 140; Çiçek, 2006: 26).

Birçok liman kentinin en büyük sorunlarından biri olan salgın hastalıklar İzmir kentinin tarihinde de büyük yer tutmaktadır. Kentte veba, kolera gibi salgın hastalıklar yüzünden yüzlerce ve hatta binlerce insan hayatını kaybetmiştir (Baykara, 2001: 110-111).

1838 yılında karantinanın caiz olduğuna dair Şeyhülislam fetvasının ardından Osmanlı İmparatorluğu'nda İstanbul'dan sonra kurulan ilk karantina teşkilatlarından biri de İzmir'de kurulmuştur. Daha önce İzmir'de çeşitli karantina faaliyetleri olmasına karşın merkeze bağlı olarak İzmir Karantina Teşkilatı'nın kurulması 1840 yılında gerçekleşmiştir (Böke, 2009: 140-141).

Panzac'ın çalışmasında derlediği İzmir'deki Fransız konsolosunun 29 Ocak 1840 tarihli mektubunda İzmir Karantina Teşkilatı'nın kurulması süreci şu şekilde anlatılmaktadır:

“İstanbul'dan İzmir'e gönderilen, karantinalar kurmak, bütün karantina işlerini düzenlemekle görevli kişi kısa bir süre önce geldi... İsmi Süleyman Efendi'dir ve daha önce Selanik'te benzer şeyler organize etmekle görevliydi... O, yetersiz önlemlerden oluşan boş bir taslakla yetinmek istemez. Avrupa'yı, tam olarak Fransa ve İtalya'yı gezmiştir... Denizden gelişler için belirlediği karantina yeri gerçekten çok iyi seçilmişse benziyor.” (Panzac, 2018: 227).

Buradan da anlaşılacağı üzere Süleyman Efendi'nin görevlendirilmesiyle birlikte İzmir'de karantina sistemi kurulmaya başlanmıştır. Yine aynı Fransız konsolosunun 29 Nisan 1845 tarihli mektubunda karantina uygulamalarına ilişkin çıkardığı bilanço şu şekildedir:

“Ocak 1840'da kurulan İzmir karantinası şehrin batısında Zeytinlik denen ovaya giriştedir ve temizlik bakımından, yer seçimi olabileceğin en iyisiydi. Fakat bu kurum, idarecilerin iyi niyeti ve büyük çabalarına rağmen hala eski durumunda; zira eskiden askeri hastane olarak kullanılan bina çok yıkık dökük olup, çok yetersiz bir alan üzerindedir. Çok yolcu olduğundan, birkaçı, karantinanın ek binaları haline gelmiş yakın bir iki köy evinde kalma imkanı bulur, diğerleri ancak çadırlarda kalabilir. Uygun genişlikte bir bina inşasıyla bu duruma çare bulması için İstanbul'a pek çok kez başvuruldu, ancak bugüne kadar sonuçsuz kaldı. Bununla birlikte Sıhhiye Müdürü Aşir Bey'in, İstanbul'daki yabancı temsilcilerin destekleriyle padişahın hükümeti nezdinde yaptığı yeni girişimin kabul görmesi umuluyor. Karantina kaynaklarının azlığına rağmen daha şimdiden halk sağlığına büyük hizmet verdiği için bu girişimin başarılı olmasını diliyoruz. Bu karantina kurulduktan sonra üç kez veba vakası görüldü, ama dışarıya hiç yayılmadı. Bu durumda bugün Aşir Bey tarafından yönetilen idarenin gayretini takdir etmek lazım ve zaten başlıca Avrupa karantinalarına uygun yapılmış olan titiz tecrit önlemleri, bu sonucun başlıca nedenidir. Kuruma bağlı iki hekime; Fransız uyruklu Bay Icard ve İngiliz uyruklu Bay Edward'ın hizmetlerinin de övgüye layık olduğunda hem fikiriz.” (Panzac, 2018: 228).

Fransız konsolosunun bu mektubundan İzmir Karantina Teşkilatı'nın kurulduktan sonra tüm maddi imkansızlıklara rağmen salgın hastalıkların önlenmesinde önemli bir rol oynadığı sonucu çıkarılabileceği gibi, söz konusu mektuptan hareketle Fransız konsolosunun teşkilatın bu başarısını karantina uygulamalarında Avrupa modelinin örnek alınması ve yabancı hekimlerin çalışmalarının bir sonucu olarak gördüğü söylenebilir.

Fransız konsolosunun karantina uygulamalarının etkinliğine ilişkin bu olumlu ifadelerine rağmen 20.01.1844 tarihinde İzmir Karantina Müdürü Mustafa Refik Efendi tarafından gönderilen bir tezkire aslında karantina uygulamalarının tam anlamıyla ifa edilemediğini göstermektedir. Mustafa Refik Efendi bu tezkirede; gemilerin karantina uygulamalarından kaçmak için gece gelip gittiklerinden, bu durumun ise devletin gümrük vergilerinde azalmaya yol açtığından bahisle herkese ceza verilmesinden kaçınılarak gemilerin, mallarını gece boşaltmasına izin verilmesi talebini iletmiştir (Böke, 2009: 142).

Fransız konsolosunun mektubunda değindiği bir husus da karantina binasının yıkık dökük ve yetersiz olduğudur. Aslında bu durumun çözümü için birçok kez İstanbul'a başvurulmuşsa da, Osmanlı İmparatorluğu'nun içinde bulunduğu maddi imkansızlıklar nedeniyle yeni karantina binası inşasına ilişkin çabalar sonuçsuz kalmıştır. Karantina uygulamalarına bu şartlar altında devam edilmekle birlikte İzmir kenti yeni karantina binasına ancak 1846 yılında kavuşmuştur. Ancak yeni bina faaliyete geçtikten iki yıl sonra çıkan bir yangın sonucu kullanılamaz hale gelmiştir (Böke, 2009: 142).

Daha önce de değinildiği üzere 1851 yılından itibaren dünyada Paris Konferansı'ndan başlayarak karantina uygulamalarına ilişkin bir dizi uluslararası konferans yapılmıştır. 1866 yılında İstanbul'da toplanan konferansta kolera epidemisinin kaynağının Hindistan olduğu kabul edilerek hastalığı yok etmeye değil hastalığın Batı'ya yayılmasını önlemeye yönelik tedbirlere başvurulmuştur. İşte bu nedenle Doğu ve Batı arasında transit konumda bulunan Osmanlı İmparatorluğu salgınların yayılmasını önlemek için kilit bir öneme sahiptir. Konferansın ardından çalışmalara başlanmış ve 1867 tarihli kolera nizamnamesi yayınlanmıştır. Bu konferanslarda alınan kararlar İzmir kenti üzerinde de etkili olmuş, kentte kamu sağlığı konusunda bir takım düzenlemelere gidilmiştir (Uludağ, 1938: 452-454).

Bu dönemde İzmir Karantina Müdürü Ratıp Efendi görevden alınarak yerine Enver Bey atanmış ve Enver Bey'in göreve getirilmesi, kurumda bir yandan idari anlamda daha dengeli ve istikrarlı bir yapı oluşmasını sağlamış, diğer yandan yeni açılımları da beraberinde getirmiştir. Enver Bey öncülüğünde bugün Urla'da bulunan Klazomenai diye adlandırılan alanda yeni bir karantina tesisi kurulmaya başlanmıştır. Urla Karantina Adası'na (Kalzomen Tahaffuzhanesi'ne) 1891 yılında Avrupa'dan giysilerin dezenfekte edilmesine yarayan bir etüv makinesi de getirilerek donanımlı bir tesis oluşturulmuştur (Böke, 2009: 150-152).

Urla Karantina Adası'nda bulunan karantina binaları Fransızlara yaptırılmış ve tesisin faaliyete geçmesiyle birlikte ülkeye yurtdışından gelen veba, kolera, sarıhumma, çiçek ve lekeli humma gibi bulaşıcı olan ve yayılım gösteren hastalıklara karşı gemilerin ve yolcuların temizlenmesi ve hastaların tecridine ilişkin uygulamalar bu tesiste yapılmaya başlanmıştır (THSSGM, 2008: 3).

Şekil 10: Tarihi Urla Tahaffuzhanesi Hastane Binası



Kaynak: THSSGM, 2008: 3.

Urla Karantina Adası'ndaki uygulamalar şu şekilde işlemekteydi: Tahaffuzhane iskelesine gelen yolcular ve gemi personeli, gemilerden indikten sonra ilk olarak birer birer muayeneye tabi tutuluyordu. Muayenenin ardından görevliler eşliğinde tahaffuzhanenin bulaşık intizar salonuna (banyolar kısmına) götürülüyorlardı. Burada; kıyafetleri çıkarılıp özel filelere konulan ve üzerlerine peştamal bağlamış ve takunya giymiş olan yolcular, çıkarmış oldukları giysilerini

360 derece dönen dolaplara yerleştiriyor, soyunma odalarının arka duvarındaki görevliler de bu dönen dolaplar aracılığıyla kıyafetleri alıp dezenfekte işlemi uygulamak suretiyle mikroptan arındırılıyordu (THSSGM, 2008: 3).

Şekil 11: Urla Tahaffuzhanesi'nde Etüv Makinesiyle Dezenfekte İşlemi



Kaynak: THSSGM, 2008: 3.

Kıyafetler bu şekilde dezenfekte edilirken gemi personeli ve yolcular özel duş odalarına alınarak kendilerine verilen sabun, lif ve sıcak suyla yıkanıyorlardı. Bu işlemlerden geçenler tekrar muayene edildikten sonra hasta olanlar karantinaya alınıyor ve tedavileri de burada yapılıyordu. Sağlıklı olanlar ise yolculuğuna devam ediyorlardı. Bu süreçte ölenler ise içine sönmüş kireç dökülen mezarlara gömülüyordu (THSSGM, 2008: 3).

Şekil 12: Urla Tahaffuzhanesi (Günümüz)



Kaynak: www.urla.bel.tr.

Urla'da kurulan bu karantina sistemi, Osmanlı İmparatorluğu'ndan sonra Türkiye Cumhuriyeti Devleti'nce de 1950 yılına kadar aktif olarak kullanılmıştır. Ancak tıp alanındaki ilerlemelerle birlikte bulaşıcı hastalıklar hastanelerde kontrol altına alınarak aşı ve tedavi işlemlerinin hastanelerde yapılmaya başlanmasıyla tahaffuzhanenin faaliyetine son verilmiştir. Daha sonra Urla Karantina Adası; Kültür ve Tabiat Varlıkları Koruma Yüksek Kurulu'nun 26.05.1994 tarihli ve 242 sayılı kararı ile 1. derecede arkeolojik SİT alanı olarak belirlenmiştir (THSSGM, 2008: 3).

3.2. ARAŞTIRMANIN KONUSU, AMACI VE ÖNEMİ

Ülkemizde ve dünyada uluslararası ticaret ve yolcu taşımacılığı alanında sahip olduğu çeşitli avantajlar nedeniyle denizyolu sıklıkla tercih edilmektedir. Denizyolu taşımacılığının en önemli halkasını ise limanlar oluşturmaktadır. Ancak limanlar bu önemli vasfının yanı sıra gerek yerel gerekse ulusal boyutta güvenliği tehdit edebilecek riskler barındırmaktadır. Bu nedenle limanlara giriş-çıkışların kontrol altında tutulması, yönetilmesi ve denetlenmesi sürecinde disiplinler arası bir yaklaşımın benimsenmesi ve kurumlar arası koordinasyonun sağlanması büyük önem taşımaktadır.

Denizyolu aracılığıyla yolcu taşımacılığı sürecinde salgın hastalıklar bir yerden bir yere taşındığı; gıda ve canlı hayvan ya da çeşitli malların ithalatı yoluyla insan, hayvan ve bitki sağlığını olumsuz etkileyebilecek veya çevresel sorunlara neden olabilecek tehditlerin ülkeye giriş yaptığı kapılardan biri de limanlardır. Bu nedenle limanlarda güvenliğin sağlanmasında çeşitli uygulamalara başvurulmaktadır. Bu uygulamalardan biri de geçmişten günümüze kadar değişerek ve gelişerek varlığını sürdürmüş olan karantina uygulamalarıdır.

Limanlar vasıtasıyla ülkeye girebilecek çeşitli tehditlerin önlenmesinde kullanılan yöntemlerden biri olan karantina uygulamalarının bu özelliği ile gerek yerel gerekse ulusal güvenliğin sağlanmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Bu sebeple araştırmanın amacı; limanlardaki karantina uygulamalarının özellikle liman kentlerinin güvenliğinin sağlanması açısından önemini ortaya koymak olarak belirlenmiştir.

Bu bağlamda araştırma; ticaret ve yolcu taşımacılığı sırasında güvenlik tedbirinden biri olarak limanlarda uygulanan karantina sistemini konu almakta ve araştırmada genel olarak bu uygulamaların liman kentlerinin güvenliği açısından ne gibi etkileri olduğu ortaya konulmaya çalışılmaktadır. Bu nedenle konu bürokratik yapı, mevzuat, acil durum ve risk yönetimi, kurumlar arası koordinasyon gibi çok yönlü olarak ele alınacaktır.

Araştırmada; yarı yapılandırılmış görüşme tekniği ile elde edilen verilerin analiz edilmesi suretiyle limanlardaki karantina uygulamalarının kent güvenliği açısından etkisi ortaya konulmaya çalışılacaktır. Ancak öncelikle araştırmanın kapsamı ve sınırlarının belirlenmesi gerekmektedir.

3.3. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI VE SINIRLARI

Karantina uygulamalarının 14. yüzyıla kadar uzanan mazisi de düşünüldüğünde günümüze gelinceye kadar bu uygulamaların birçok değişim sürecinden geçtiği söylenebilir. Bu nedenle karantina uygulamaları ve kent güvenliği ilişkisinin incelenebilmesi için araştırma kapsamının ve sınırlarının belirlenmesi gerekmektedir.

Ülkemizde uluslararası giriş noktalarında karantina uygulamalarının da içinde bulunduğu halk sağlığının korunmasına yönelik önlemler konusunda Sağlık Bakanlığı'na bağlı THSSGM yetkilendirilmiştir. Halk sağlığı risklerini önlemek amacıyla uluslararası giriş noktalarında ve uluslararası sefer yapan taşıtlarda uluslararası anlaşmalara uygun olarak her türlü sağlık önlemlerinin alınması veya aldırılması, alınacak önlemlerin standardının belirlenmesi, gerekli sağlık kontrollerinin yapılması ve sağlık belgelerinin düzenlenmesi THSSGM'nin görevlerindendir (THSSGM, 2016: X).

THSSGM; bu görevleri yerine getirirken çeşitli konularda ilgili kurum ve kuruluşlarla koordineli olarak çalışmaktadır. Bu nedenle yapılacak araştırmaya temel oluşturması açısından, ilgili diğer kamu kurumları ve paydaşların görevleri de mevzuat üzerinden incelenecektir. Ancak araştırmada karantina sisteminin günümüz kentinin güvenliği üzerindeki etkisi konu edildiğinden zamansal bir sınırlama

getirilmiş olup bu kapsamda mer'i mevzuat analizi yapılarak pratikteki uygulamalar değerlendirilmeye çalışılacaktır.

Buna ek olarak çalışma mekânsal olarak da sınırlandırılmış ve araştırma alanı İzmir ili olarak belirlenmiştir. Araştırma alanının İzmir olarak belirlenmesinde birden çok faktör etkili olmuştur. Bu hususları şu şekilde özetlemek mümkündür:

- İzmir, illerin sosyoekonomik gelişmişlik sıralamasında İstanbul ve Ankara'dan sonra üçüncü sırada yer almaktadır (T.C. Kalkınma Bakanlığı (Mülga), 2013: 53). Bu veriler doğrultusunda İzmir'in Türkiye'nin en gelişmiş ikinci liman kenti olduğu söylenebilir.
- Türkiye'de doğal limana sahip üç kent bulunmaktadır. Doğal limana sahip bu üç kentten biri de İzmir'dir. İzmir Limanı tarihte birçok uygarlık tarafından denizcilik faaliyetlerinde kullanılmıştır. Dolayısıyla İzmir ticaret yollarının üzerinde yer alması, korunaklı bir körfez ve doğal limanlara sahip olması gibi özellikleri sayesinde ülkemizin en eski liman kentleri arasında yer almaktadır (Çiçek, 2006: 26).
- İzmir'de ticaretin büyük bir kısmı denizyolu taşımacılığı ile gerçekleştiğinden kentte liman önemli bir yapı haline gelmiş ve kentin ulaşım sisteminin şekillenmesini de büyük ölçüde etkilemiştir. İzmir, ihracatının % 91'i denizyolu ile yapılmaktadır ve İzmir Limanı Türkiye'nin başta gelen konteyner limanları arasındadır (Çevik ve Kaya, 2010: 24).
- İzmir kenti ulusal ve uluslararası deniz ulaşımı açısından oldukça büyük bir potansiyele sahiptir. Ege Bölgesi ihracatının büyük bölümü İzmir'den gerçekleşmektedir (İzmir Kalkınma Ajansı, 2013: 43).
- İzmir'de bulunan Alsancak, Aliğa-Nemrut, Dikili ve Çeşme limanları deniz ulaşımında önemli bir yere sahip limanlar arasındadır. Ayrıca hâlihazırda yapımı devam etmekte olan ve işletmeye alındığında dünyanın en büyük on limanı arasında yer alması planlanan Çandarlı Limanı da İzmir'de yapılmaktadır (İzmir Kalkınma Ajansı, 2013: 42-47).

Diğer taraftan araştırma alanı İzmir kenti olarak belirlenmiş olmasına karşın İzmir'de irili ufaklı birden çok liman bulunmaktadır. Bunlar içinde gümrük idarelerinin bulunduğu limanlar Alsancak Limanı, Aliğa Limanları, Çeşme Limanı,

Dikili Limanı ve Foça Limanı'dır. Ancak araştırma verilerinin elde edileceği liman, İzmir Alsancak Limanı olarak belirlenmiştir. Alsancak Limanı'nın seçilmesindeki başlıca etkenler ise şunlardır:

- İzmir Limanı, gemi kabul kapasitesi bakımından Ege Bölgesi'nin en büyük limanıdır. Ayrıca oldukça geniş bir tarımsal ve endüstriyel hinterlanda sahiptir. İç Anadolu ve Ege Bölgesi'nin ithalat kapısı olması yanında demiryolu ve karayolu bağlantıları ile Avrupa, Ortadoğu ve Asya ülkeleri arasında önemli bir ticaret limanı olma özelliğine sahiptir (İzmir Kalkınma Ajansı, 2013: 42).
- UST çerçevesinde ülkemizde 8 liman, 5 havalimanı olmak üzere toplam 13 belirlenmiş giriş noktası bulunmaktadır. Şekil 13'te bu kapsamda belirlenen limanlar listelenmiştir. Görüldüğü üzere İzmir Alsancak Limanı da UST kapsamında uluslararası giriş noktası olarak belirlenmiş limanlar içerisinde yer almaktadır.

Şekil 13: UST Kapsamında Belirlenen Limanlar

Aliağa Limanı
Ambarlı Limanı
Antalya Limanı
İskenderun Limanı
İzmir Limanı
Mersin Limanı
Samsun Limanı
Trabzon Limanı

Kaynak: www.hssgm.gov.tr.

Tüm bunlardan hareketle; araştırma alanı İzmir Alsancak Limanı olarak belirlenmiş ve araştırmada günümüz koşullarında İzmir Alsancak Limanı'nda uygulanan karantina sistemlerinin İzmir kentinin güvenliği üzerindeki etkilerinin analiz edilmesi hedeflenmiştir.

3.4. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Limanlardaki karantina uygulamalarının kent güvenliği üzerindeki etkisini analiz edebilmek adına çalışma kapsamında öncelikle konunun tarihsel arka planı incelenmiş, bürokratik yapı, mevzuat ve uygulamalara ilişkin bilgiler üzerinden bir değerlendirme yapılmıştır. Bu sayede mevcut uygulamalar hakkında teorik bilgiler elde edilmeye çalışılmıştır.

Limanlardaki bu uygulamaların işleyişine ilişkin ise daha ayrıntılı verilerin elde edilebilmesi için araştırma alanı olarak belirlenen İzmir Alsancak Limanı'ndaki UST kapsamında sağlık hizmetleri ve denetimleri konusunda yetkili kurum olan İzmir Sahil Sağlık Denetleme Merkezi'nde (SSDM'de) görevli 2 sağlık memuru ve 1 doktor ile yarı yapılandırılmış görüşme yapılmıştır. Elde edilen tüm bilgiler ve veriler konularına göre gruplandırılarak değerlendirilmiş ve limanlardaki karantina uygulamalarının kent güvenliği üzerindeki etkisi ortaya konulmaya çalışılmıştır.

3.5. BÜROKRATİK YAPI, MEVZUAT VE UYGULAMA

Limanlardaki karantina uygulamalarının kent güvenliği üzerindeki etkisinin analiz edilebilmesi için bürokratik yapı, mevzuat ve hâlihazırda yapılan uygulamaların incelenerek ortaya konması, araştırma verilerinin değerlendirilebilmesi açısından önem taşımaktadır. Bu nedenle öncelikli olarak mevcut bürokratik yapı, mevzuat ve uygulamaya ilişkin verilere yer verilecektir.

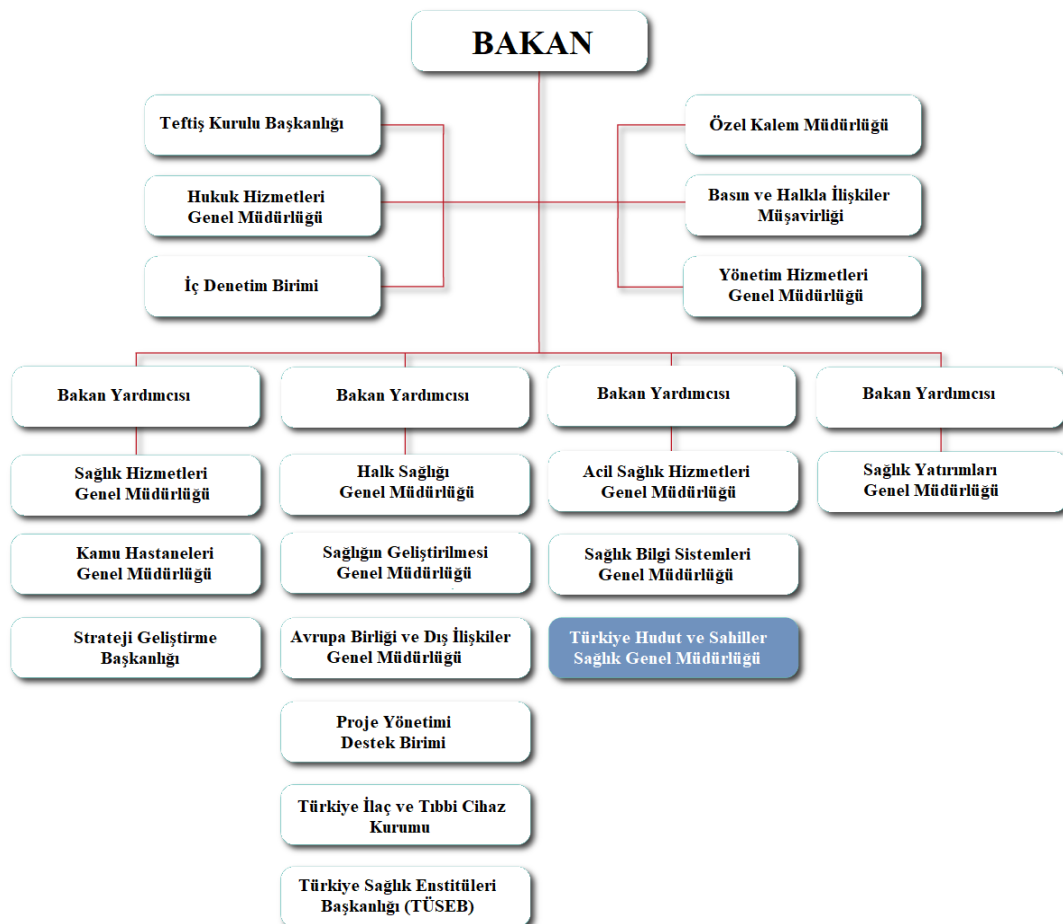
3.5.1. Bürokratik Yapı

24 Temmuz 1923 tarihinde Lozan Anlaşması'nın imzalanmasının ardından salgın hastalıkların yayılmasının önlenmesinde karantina faaliyetlerini yürütmek üzere "İstanbul Limanı ve Boğazları Sıhhiye Müdüriyeti" kurulmuş ve 1924 yılında bu Müdüriyetin adı "Hudut ve Sevahil Sıhhiyesi Müdüriyeti Umumiyesi" olarak değişmiş ve daha sonra Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü adını almıştır (THSSGM, 2018: 19-20).

06.05.1930 tarihli, 1489 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 29. maddesi ile uluslararası sefer ve ticaret sebebiyle beşeri ve salgın hastalıklara karşı milli hudutları ve sahilleri koruma görevi THSSGM'ye verilmiştir.

Şekil 14'te de görüleceği üzere THSSGM günümüzde Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak faaliyetini sürdürmektedir. THSSGM; halk sağlığı risklerini önlemek amacıyla uluslararası giriş noktalarında ve uluslararası sefer yapan taşıtlarda her türlü sağlık önleminin alınması veya aldırılması, alınacak önlemlerin standardının belirlenmesi, gerekli sağlık kontrollerinin yapılması ve sağlık belgelerinin düzenlenmesi konularında yetkili kurumdur (THSSGM, 2016: X).

Şekil 14: T.C. Sağlık Bakanlığı Teşkilat Şeması

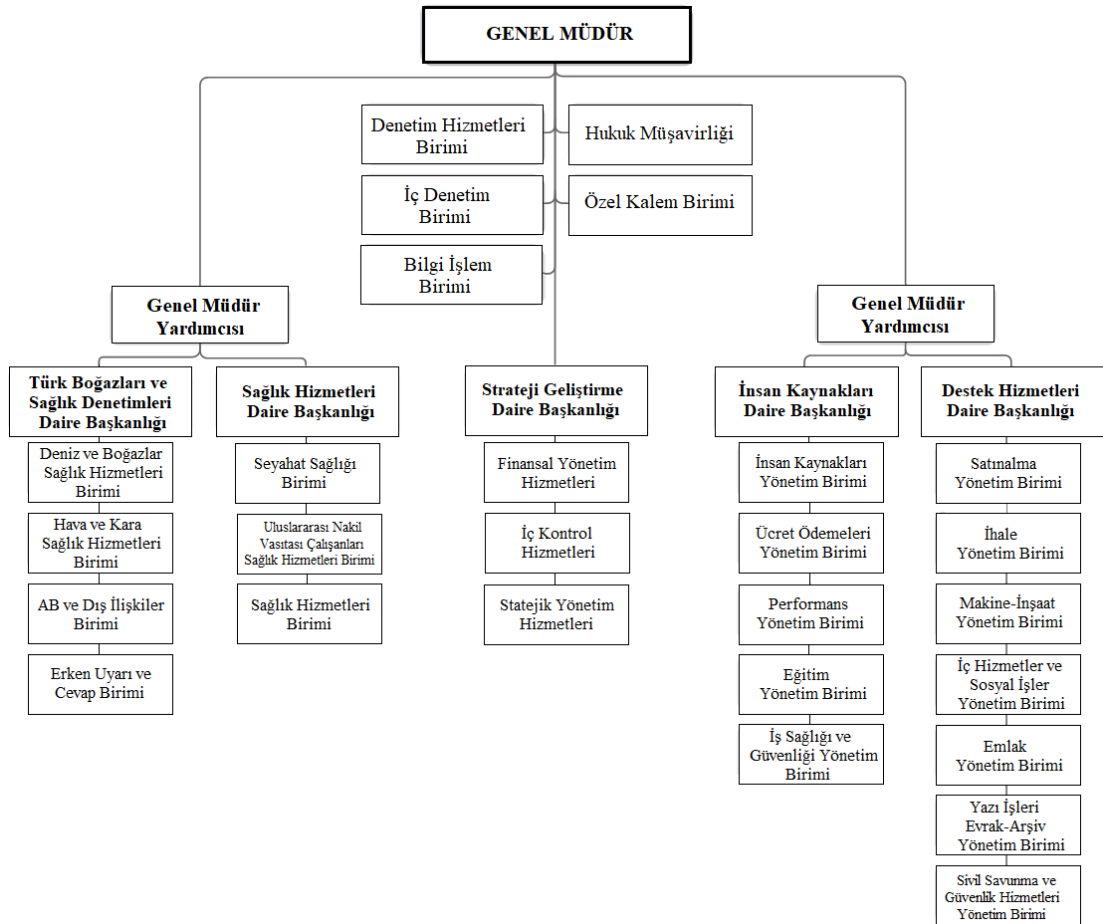


Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019.

Hudut Kapılarında Uygulanacak Sağlık İşlemleri Hakkında Yönetmeliğin 4. maddesi hükmünce sağlık denetim hizmetlerinin, hudut kapılarında diğer işlemlere göre öncelikli olarak yerine getirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle THSSGM uluslararası havaalanı, liman, kara hudut kapıları ile bunların gümrüklü alanlarında sağlık denetimlerinin nasıl yürütüleceğini belirlemekle, iş ve işlemlerinin yürütülmesi için yeteri kadar sağlık personelini gündüz ve gerektiğinde gece göreve hazır halde bulundurmakla mükelleftir.

Lozan Barış Anlaşması, 20 Temmuz 1936 tarihinde imzalanan Montreux (Montrö) Boğazlar Sözleşmesi, 2005 tarihli UST ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile görevleri şekillenmiş THSSGM tüm kara hudut kapıları, limanlar ve havalimanlarında örgütlenmeye devam etmektedir (www.hssgm.gov.tr).

Şekil 15: THSSGM Merkez Teşkilatı Şeması



Kaynak: THSSGM, 2018: 26.

Şekil 15'te THSSGM'nin merkez teşkilatının yapısına yer verilmiştir. Şekil 16'da görüleceği üzere ise THSSGM taşrada Baştabiplikler ve bunlara bağlı olarak faaliyet gösteren Merkezler şeklinde örgütlenmiştir. Hudut Kapılarında Uygulanacak Sağlık İşlemleri Hakkında Yönetmeliğin 4. maddesine göre tüm hudut kapılarında; UST kapsamında yapılacak sağlık denetimi ile halk sağlığına yönelik önlemlerle ilgili iş ve işlemleri belirlemede yetkili olan THSSGM, uluslararası havaalanı ve limanlar ile bunların gümrüklü alanlarında sağlık denetim hizmetlerini merkez personeliyle yerine getirmektedir. Kara hudut kapıları ile bunların gümrüklü alanlarında ise söz konusu hizmetler, ilgili il sağlık müdürlüğü personeli tarafından yapılmaktadır. Ancak gerekli görülmesi halinde bazı kara hudut kapılarında da merkez şeklinde teşkilatlanması mümkündür.

Araştırma konusu açısından THSSGM'nin taşra teşkilat yapısı incelendiğinde limanlarda SSDM'ler ve bunların bağlı bulunduğu Bölge Baştabiplikleri şeklinde örgütlenmiş bir yapı olduğu görülmektedir.

Şekil 16: THSSGM Taşra Teşkilatı Şeması



Kaynak: THSSGM, 2018: 27.

10.06.2009 tarihli, 27254 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Sahil Sağlık Denetleme Merkezleri Yönetmeliği'nin 6. maddesinde Türk sahillerinde 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, UST, ilgili mevzuat ve bu Yönetmelik hükümlerinin

öngördüğü tedbirleri almak, aldirmek ve gerekli denetimleri yapmak konularında Merkezler yetkili kılınmıştır. Türkiye limanlarında yapılacak sağlık denetimi ile halk sağlığına yönelik önlemlerin alınma şekli ve yetkilendirilmesi ise THSSGM tarafından belirlenmektedir. Söz konusu Yönetmeliğin 7. maddesi ile Bölge Baştabipliklerine sorumluluk bölgesindeki bağlı merkezlerde hizmetin daha iyi yürütülebilmesi için gerekli kontrol, denetim ve eğitim çalışmalarını yapma, denetim faaliyet sonuçlarını her ay düzenli olarak bildirme ve THSSGM ile bölgesindeki kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlama gibi görevler verilmiştir.

Araştırma alanı olan İzmir’de bulunan Ege Bölge Baştabipliği’ne bağlı olarak 11 adet SSDM, biri Çanakkale biri İzmir’de olmak üzere 2 adet Gemiadamları Sağlık Merkezi (GSM) ve bir de İzmir Seyahat Sağlığı Merkezi (SSM) bulunmaktadır (THSSGM, 2018: 26-27). İzmir Alsancak Limanı’ndaki sağlık uygulamaları ise İzmir SSDM tarafından diğer tüm paydaşlarla koordinasyon ve işbirliği içerisinde yürütülmektedir.

3.5.2. Mevzuat Analizi

Araştırma konusu yalnızca limanlardaki uygulamalarla sınırlı tutulduğundan mevzuat analizi yapılırken havaalanları, kara hudut kapıları ve diğer alanlardaki uygulamalara ilişkin mevzuat hükümleri kapsam dışında bırakılmıştır.

Daha önce de değinildiği üzere Türkiye DSÖ’nün bir üyesi ve UST’nin taraf devletlerinden biridir. Bu nedenle ulusal mevzuatta limanlarda karantina uygulamaları da dahil halk sağlığının korunmasına yönelik uygulamalarda UST’ye uygun olarak uluslararası standartlar benimsenmiştir.

Karantina uygulamaları ve halk sağlığı konusunun birden fazla boyutunun olmasının bir sonucu olarak her ne kadar bu konuda limanlarda genel anlamda Sağlık Bakanlığı ve ona bağlı THSSGM yetkili kurum olarak belirlenmişse de ulusal mevzuat incelendiğinde birçok kurum ve kuruluşa da bazı görevler verildiği görülmektedir. Bu nedenle kurumlar arası işbirliği ve koordinasyonun sağlanmasının söz konusu uygulamaların sağlıklı bir şekilde işleyebilmesi açısından büyük önem arz ettiği söylenebilir.

Limanlardaki halk sağığı uygulamalarına ilişkin olarak ulusal mevzuatta yer alan temel kanun ve yönetmelik hükümleri Tablo 8’de listelenerek yetkilendirilen bazı kurumlar ve görevlerine yer verilmiştir.

Tablo 8: Limanlarda Halk Sağığıının Korunmasına İlişkin Temel Mevzuat

MEVZUAT	KONU YA İLİŞKİN BAZI MADDELER VE AÇIKLAMALAR	SORUMLU KURUM
1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu	29. madde ile beşeri ve salgın hastalıklara karşı milli hudutları ve sahilleri koruma görevi THSSGM’ye verilmiştir. 31. maddede bir Türk limanından diğer bir Türk limanına veya yabancı limanlardan bir Türk limanına gelen her geminin hareket ettiği limandan bir sağığı patentası alması zorunlu tutulmuş ve 32-39. maddeler arasında sağığı patentaları hakkında düzenlemeler yapılmıştır. 40-48. maddeler arasında Türk limanlarına gelen gemilerin sağığı işlemleri süreci ve istisnai durumlara ilişkin hükümler yer almaktadır. 49-51. maddeler arasında limanlardan ülkeye hastalıkların bulaşmasını önlemek amacıyla yapılacak tıbbi muayene ve işlemler ile alınacak önlemlere ilişkin düzenlemeler bulunmaktadır.	Sağığı Bakanlığı THSSGM
2548 sayılı Gemi Sağığı Resmi Kanunu	6. maddede gemilerin sağığı işlemlerini yaptırmaması, yanlış sağığı beyanında bulunulması, gerekli tedbirlerin alınmaması ve karantina uygulamaları kurallarına uyulmaması halinde uygulanacak cezai yaptırımlar yer almaktadır.	Sağığı Bakanlığı THSSGM
5442 sayılı İl İdaresi Kanunu	EK Madde 1 ile sivil hava meydanları, limanlar ve sınır kapılarında güvenliğıın sağığılanması, giriş-çıkışlarla ilgili görev ve hizmetlerin düzenli ve etkili bir biçimde yürütülmesi, görevli kuruluşlar arasında işbirliğı ve koordinasyonun gerçekleştirilmesi için gerekli önlemleri alma ve uygulama, kuruluşların çalışmalarını denetleme görevi valiye verilmiştir.	İçişleri Bakanlığı

5996 sayılı Veteriner Hizmetleri, Bitki Sağlığı, Gıda ve Yem Kanunu	34. maddede ithalat yoluyla 5996 sayılı Kanun kapsamında ülkeye girecek ürün ve canlı hayvanlar ile ilgili koşulların belirlenmesi, gerekli izinlerin verilmesi ve kontrollerin yapılması, gerekli tedbirlerin alınmasına ilişkin hükümler yer almaktadır.	Tarım ve Orman Bakanlığı
4458 sayılı Gümrük Kanunu	66-67. madde kapsamında eşyanın muayenesi ve Türk Gümrük Tarife Cetveli uygulaması	Ticaret Bakanlığı
2692 sayılı Sahil Güvenlik Komutanlığı Kanunu	4. madde gereğince Sahil Güvenlik Komutanlığı'nın görevlerinden biri; Türkiye Cumhuriyeti'nin bütün sahillerinde, iç suları olan Marmara Denizi, İstanbul ve Çanakkale boğazlarında, liman ve körfezlerinde, karasularında, münhasır ekonomik bölgesi ile ulusal ve uluslararası hukuk kuralları uyarınca egemenlik ve denetimi altında bulunan deniz alanlarında, kanunlarla ve Cumhurbaşkanlığı Kararnameleriyle kendisine verilen görevleri uygulamak ve yetkileri kullanmaktır.	İçişleri Bakanlığı
618 sayılı Limanlar Kanunu	2. madde ile limanların sınırları ile kamu limanlarının yetki alanlarını belirleyen deniz koordinatları, limanlara gelen gemilerin ve gemi dışında kalan her türlü deniz aracının liman içinde seyir, demirleme, rıhtım ve iskelelere yanaşma, şamandıralara bağlama ve buralardan ayrılmalarda uyulacak kurallar ile ticaret eşyası, patlayıcı, yanıcı ve benzeri tehlikeli maddelerin boşaltma ve yükleme yöntemini, yer ve zamanlarını, gemilerin limanda kalabilecekleri süreleri, çevre kirliliğinin önlenmesi ile limanda düzen ve disiplinin sağlanmasına ilişkin diğer hususların düzenlenmesi yetkisi verilmiştir.	Ulaştırma ve Altyapı Bakanlığı
2677 sayılı Sivil Hava Limanları, Limanlar ve Sınır Kapılarında Görev ve Hizmetlerin Yürütülmesi Hakkında Kanun	4. madde ile valiye verilen görevlerden bazıları şunlardır: • Sivil hava meydanlarında, limanlarda ve sınır kapılarında gerekli güvenlik önlemlerini almak ve uygulanmasını sağlamak. • Giriş ve çıkışların güven içerisinde ve düzenli bir biçimde yapılması için gereken önlemlerin alınmasını ve uygulanmasını sağlamak. • Hizmetlerin düzenli, etkin ve verimli bir biçimde yürütülmesi için görevli kuruluşlar arasında işbirliği ve koordinasyon sağlamak.	İçişleri Bakanlığı

Hudut Kapılarında Uygulanacak Sağlık İşlemleri Hakkında Yönetmelik (17.10.2011/28 057 tarih/sayılı Resmi Gazete)	• 4. madde ile hudut kapılarında sağlık denetimi hizmetlerinin diğer işlemlere göre öncelikli olarak yerine getirilmesi gerektiği belirtilerek uluslararası havaalanı, liman, kara hudut kapıları ile bunların gümrüklü alanlarında UST kapsamında sağlık denetimlerinin nasıl yürütüleceğinin belirlenmesi, iş ve işlemlerinin yürütülmesi için yeteri kadar sağlık personelinin gündüz ve gerektiğinde gece göreve hazır halde bulundurulması hususlarında THSSGM yetkili kurum olarak belirlenmiştir. • Deniz hudut kapılarında yapılacak sağlık denetimleri ise 5. maddede yer almaktadır. • 10. maddeye göre uluslararası halk sağlığı acil durumu bildirilen ya da risk algılaması kapsamında düşünülen bölgelerin ve yasa dışı göçmenlerin geldiği ülkelerin sağlık durumları da takip edilerek alınması gereken önlemlerin ilgili kurum ve kuruluşlara duyurulması THSSGM'nin görevidir. • 11. maddede yer alan “hudut kapılarında yaşanacak halk sağlığı acil durumlarında merkezin sağlıkla ilgili belirleyeceği her türlü tedbir, mülki idare amirinin koordinasyonunda ilgili kamu kurum ve kuruluşları tarafından işbirliği içerisinde ve öncelikle yerine getirilir.” hükmü ile kurumlar arası işbirliği ve koordinasyona vurgu yapılmıştır.	Sağlık Bakanlığı THSSGM
Sahil Sağlık Denetleme Merkezleri Yönetmeliği (10.06.2009/27 254 tarih/sayılı Resmi Gazete)	40 maddeden oluşan bu yönetmelikle uluslararası giriş ve çıkışa açık deniz kapılarından ülkemize girebilecek ve ülkemizden başka ülkelere yayılabilecek bulaşıcı ve salgın hastalıklara karşı ulusal ve uluslararası mevzuat hükümleri doğrultusunda her türlü sağlık tedbirini almakla görevli ve yetkili olan SSDM tarafından yapılacak işlemlere ilişkin usul ve esasları düzenlemek amaçlanmıştır. Bu nedenle limanlardaki uygulamalar açısından bu yönetmelik temel bir mevzuat metni olma özelliği taşımaktadır.	Sağlık Bakanlığı THSSGM SSDM

Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği (30.05.2007/26 537 tarih/sayılı Resmi Gazete)	1. maddede Yönetmeliğin amacı; a) Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve kontrolünün sağlanması için; bildirim esas bulaşıcı hastalıklar listesinin belirlenmesi, olay ve vaka tanımlarının yapılması, iletişim ağı yapısı ile ihbar ve bildirim sisteminin oluşturulması, b) Bulaşıcı hastalıkların epidemiyolojik sürveyansı için her türlü uygun teknik araç kullanılarak sürveyans ile ilgili bilgilerin toplanmasında görevli yerel sağlık otoriteleri, ilgili diğer Bakanlıklar, özel ve kamuya ait kurum ve kuruluşlar ile Sağlık Bakanlığı arasında iletişimin sağlanması ve toplanan sürveyans verilerinin ulusal ve uluslararası düzeyde paylaşılması için gerekli yöntemlerin belirlenmesi, c) Erken uyarı ve yanıt sistemi için Sağlık Bakanlığı ile yerel sağlık otoriteleri arasında uygun araçlarla sürekli bir iletişim sağlanması, ç) Hastalıklara özgü genel veya özel sürveyans ve kontrol mekanizmalarının veya programlarının geliştirilmesi, d) Salgınların saptanması ve kontrolü için gerekli olan müdahale yöntemlerinin belirlenmesi, olarak ifade edilmiştir. - Bulaşıcı hastalıkların bildirim sistemine ve sorumlu kurumlara 10. maddede yer verilmiştir. 12. maddede hayvan sağlığına, gıda güvenliğine ve çevre sağlığına ilişkin unsurların bulaşıcı hastalıklar üzerine etkileri göz önüne alınarak Sağlık Bakanlığı'nın ilgili bütün kamu kurum ve kuruluşlar, gerçek ve tüzel kişilerle gerekli işbirliğini yapması gerektiği belirtilmiştir. 19. maddede Sağlık Bakanlığı ulusal düzeyde bulaşıcı hastalıklarla mücadele ve bunların kontrolüne yönelik olarak bir erken uyarı ve yanıt sistemi oluşturur, denilerek 20. maddede erken uyarı ve yanıt sistemi kapsamında değerlendirilecek ve bildirilecek toplum sağlığı tehdidi olan veya olma potansiyeli bulunan olaylar sıralanmıştır. Bu kapsamda 21-23. maddeler arasında 1,2 ve 3 olmak üzere erken uyarı düzeyleri tanımlanarak düzey durumlarına göre yapılacak işlemler belirlenmiştir. - Söz konusu Yönetmelik eklerinde; - EK-1 sayılı listede bildirim sistemi kapsamında yer alan hastalıkların listesine yer verilmiştir. - EK-2 sayılı listede sürveyans sistemi kapsamında bildirim yapılacak bulaşıcı hastalıkların seçimi için ölçütler belirlenmiştir. - EK-3 sayılı listede ise; bildirimlere esas bulaşıcı hastalıkların tek tek standart vaka tanımları yapılmıştır.	Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı
---	---	--

Sivil Hava Meydanları, Limanlar ve Sınır Kapılarında Güvenliğin Sağlanması, Görev ve Hizmetlerin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik (14.08.1997/23 080 tarih/sayılı Resmi Gazete)	• Yönetmeliğin 5. maddesinde “ b) Sivil hava meydanlarında, limanlarda ve sınır kapılarında gerekli güvenlik önlemlerini almak, özel ve genel kolluk kuvvetlerinin tam bir işbirliği halinde çalışmalarını temin etmek ve uygulamaları denetlemek”, “c) Sivil hava meydanları, limanlar ve sınır kapılarında giriş ve çıkışların düzenli bir şekilde yapılması, can ve mal güvenliğinin sağlanması, muhtemel yasadışı eylemlere karşı gerekli tertip ve tedbirlerin alınması, yolcu ve eşya trafiğinin güven içinde yürütülmesi amacıyla gerekli önlemleri almak, aldırarak ve denetlemek”, “e) Genel güvenlik, sivil havacılık, sınır ve limanlarla ilgili mevzuat ile Mülga Başbakanlık, bakanlık genelgeleri ve güvenlik talimatları, yetkili kurumların düzenlediği teftiş, inceleme ve değerlendirme raporlarında belirtilen eksiklik ve önerileri değerlendirmek ve izlemek”, “i) Sivil hava meydanları, limanlar ve sınır kapılarında meydana gelecek muhtemel olaylara karşı güvenlik talimatı, muhtemel hareket tarzı planı, acil durum planı, yasadışı müdahale eylemlerine karşı yapılacak işlemler yönergesi ile yangın, kaza-kırımlara karşı yapılacak işlemlere dair yönerge ve talimatları ilgili kamu kurum ve kuruluşları ile koordine ederek hazırlamak ve bunların yürürlüğünü takip etmek”, valinin görev, yetki ve sorumlulukları içerisinde sayılmıştır. • 17. maddeye göre mülki idare amiri kamu ve özel sektöre ait havaalanlarında Uluslararası Sivil Havacılık Örgütü’nce (ICAO) ve Avrupa Sivil Havacılık Konferansı’nda (ECAC) belirlenen güvenlik önlemlerinin alınması; havaalanları, limanlar ve sınır kapılarında can ve mal güvenliğinin sağlanması, yolcu ve eşya trafiğinin güvenlik içinde yürütülmesi, yasadışı müdahale, yangın ve diğer tehlikelere karşı korunması amacıyla gerekli tedbirleri almak, aldırarak ve denetlemekle mükelleftir. Ayrıca bu görev yerine getirilirken Maliye, Sağlık, Ulaştırma, Turizm bakanlıkları ile Gümrük Müsteşarlığı, İçişleri Bakanlığı ve mülki idare amirlerine gereken desteği sağlar ve işbirliğinde bulunur¹⁰. • Limanlarda alınacak tedbirlere ilişkin düzenleme 30. maddede yer almaktadır. Söz konusu maddeye göre limanlarda her türlü güvenlik, tertip ve tedbirler ilgili mevzuat ile vali tarafından verilecek	İçişleri Bakanlığı
---	--	---------------------------

¹⁰ Bu maddede adı geçen Maliye Bakanlığı, Ulaştırma Bakanlığı ve Gümrük Müsteşarlığı 703 sayılı Kanun Hükmünde Kararname hükümleri ile sırasıyla Hazine ve Maliye Bakanlığı, Ulaştırma ve Altyapı Bakanlığı ve Ticaret Bakanlığı olarak değişmiştir.

	emir ve talimatlara göre görevlendirilen mülki idare amiri tarafından alınır. Mülki idare amiri bu tedbirleri, kolluk kuvvetleri ve özel güvenlik birimleri ile alır ve aldırır. Güvenlik için gerekli teknik ve elektronik cihazlar, Emniyet Genel Müdürlüğünün görüşü alınarak limanı işleten kurum ve kuruluş tarafından temin edilir. Mülki idare amiri yolcu ve eşya naklinin güvenlik içinde yapılması için gerekli tedbirleri alır, aldırır ve denetler; gördüğü eksiklik ve aksaklıkları ilgili kuruluşlara bildirir ve en kısa zamanda giderir.	
--	--	--

Tablo 8’de de görüleceği üzere limanlarda UST ve ilgili ulusal mevzuat hükümleri doğrultusunda sağlık denetimlerinin yapılması ve halk sağlığına ilişkin önlemlerin alınmasında genel olarak Sağlık Bakanlığı’na bağlı THSSGM bünyesinde bulunan SSDM’ler görevlendirilmiştir. SSDM Yönetmeliği’nin 5. maddesine göre limanlarda sağlık denetleme hizmetleri diğer işlemlere göre öncelikli olarak yerine getirilir. Limanlarda UST ve ilgili ulusal mevzuat hükümlerinin öngördüğü tedbirleri alma, aldırma ve gerekli denetimleri yapma yetkisi söz konusu Yönetmeliğin 6. maddesi ile SSDM’ye verilmiştir.

SSDM Yönetmeliği’nin Üçüncü Bölümünde gemilere uygulanacak sağlık denetimlerine ilişkin hükümler yer almaktadır. Yönetmeliğin 11. maddesi gereğince yabancı limanlardan ilk Türk limanına veya Türk Boğazlarına gelecek bütün gemilerin yetkilisi veya acentesi tarafından geliş bilgilerinin en az 24 saat önce, seyir süresi 24 saatten kısa seferler için ise en az 12 saat önce, ilgili SSDM’ye bildirilmesi zorunludur. Bu bildirimler üzerinden geliş limanının risk durumuna ilişkin değerlendirmeler yapılmaktadır.

SSDM görevlileri tarafından gelen gemilerin sağlık durumlarının denetlenerek serbest pratika verilmediği sürece gemiye başkasının girmesi ve çıkmasının yasak olduğu, SSDM Yönetmeliği’nin 10. maddesinde açıkça belirtilmiş ve gemilere ilişkin pratika işleminin 12. maddede belirtilen esaslar çerçevesinde yapılacağı hüküm altına alınmıştır. Buna göre; öncelikle geminin deniz sağlık bildirimi alınarak risk değerlendirilmesi yapılmalı, riskli bir durum tespit edilmediği takdirde serbest pratika verilmelidir. Ancak bu süreçte serbest pratika verilmedikçe

gemilerin kara ile ihtilatının¹¹ yasak olduğu belirtilmiştir. Ayrıca bütün gemilerin gemide bulaşıcı hastalık bulunması, bu hastalığa yakalanmış hasta veya bu hastalıktan ölmüş cenaze olması durumlarında yolları üzerinde varacakları ilk limandaki SSDM'ye bu durumun önceden bildirmesi gerektiği ifade edilmiştir. Bu gibi hallerde SSDM görevlileri geminin sağlık durumunu incelemekle, gerekli sağlık tedbirlerini almakla ve pratika işlemlerini yapmakla yükümlü kılınmış ve riskli durum düzelmeden yetkili sağlık görevlileri dışında gemiye girilmesi veya bu görevlilerin nezareti olmadan gemiden çıkılması yasaklanmıştır. Bu konuda gerekli hallerde ilgili liman başkanlığından güvenliğin sağlanmasının talep edilebileceği belirtilmiştir.

SSDM Yönetmeliği'nin 13. maddesinde pratika işlemleri esnasında bir geminin içinde, hareket ettiği veya uğradığı limanlarda UST'de belirtilen, DSÖ tarafından bildirilen veya Sağlık Bakanlığı ve THSSGM tarafından duyurulan uluslararası önemi haiz halk sağlığı acil durumunu gerektiren hastalıklardan herhangi birinin görülmesi halinde gerekli sağlık tedbirlerinin uygulanacağı belirtilmiştir.

Gemilerin, mürettebatın, yolcuların, gümrüklü alan içerisinde görev yapan özel ve resmî kurum çalışanlarının UST'de belirtilen DSÖ tarafından bildirilen bulaşıcı ve salgın hastalıklardan birine yakalandığından kuşku duyulması halinde SSDM Yönetmeliği'nin 17. maddesi uyarınca THSSGM, her türlü sağlık tedbirini resen alabilmektedir. Söz konusu maddede uluslararası önemi haiz halk sağlığı acil durumunda bir gemiye sağlık tedbiri uygulamak gerekirse gemide bulunanlardan gerekli görülenlerin yükleri ile birlikte portör araştırması, tedavi, tecrit ve diğer sağlık işlemleri için sağlık görevlisi gözetiminde kimse ile temas ettirilmeden en kısa sürede Sağlık Bakanlığı ve THSSGM tarafından belirlenmiş sağlık kuruluşlarına götürülmesi, bulaşık geminin mikrop ve vektörlerden temizleninceye kadar karantina demir yerinde bekletilmesi hükmüne yer verilmiştir.

Yabancı limanlardan gelen ve henüz serbest pratika almamış gemiler ile herhangi bir sebeple limanlara sığınan ve kara ile ihtilat etmek isteyen gemilerin karantina bayrağı ve işaretlerini kullanmaları zorunlu tutulmuş ve bu işaretleri kullanan karantina sürecindeki gemilerle ihtilat edilmesi yasaklanmıştır. Karantina

¹¹ SSDM Yönetmeliği'nin 4. maddesine göre "ihtilat"; bir geminin limanda herhangi bir madde veya insan indirip bindirmesi suretiyle kara ile temas etmesi, anlamında kullanılmaktadır.

işaretlerinin nasıl kullanılacağına ilişkin hususlar SSDM Yönetmeliği'nin 15. maddesinde düzenlenmiştir.

SSDM Yönetmeliği'nin 25. maddesine göre DSÖ tarafından bildirilen, uluslararası önemi haiz halk sağlığı acil durumundan birinin bulunduğu bir limandan gelen gemiler, bulaşık patentali sayılarak gerekli işlemler yapılmalıdır. Temiz olduğu halde Türk limanlarından birine gelinceye kadar gemide bu hastalıklardan birinin görülmesi sebebi ile geminin sağlık durumunda meydana gelen değişiklik yüzünden vasıfları bozulan patentaların da bulaşık sayılması gerektiği hüküm altına alınmıştır. Ayrıca herhangi bir patenta veya sağlık belgesi olmadan Türk limanlarına gelen gemilerin de bulaşık patenta ile gelmiş gemiler gibi işlemlere tabi tutulması gerektiği ifade edilmiştir. Ancak bu gemilerde, gemiye ait bilgilerin incelenmesi sonunda temiz bir limandan geldiği ve geminin sağlık durumunda uluslararası önemi haiz halk sağlığı acil durumlarından herhangi birinin bulunmadığı anlaşıldığı takdirde gemiye serbest pratika izni verilebilmektedir. Aksi halde gereken sağlık tedbirlerinin alınması gerekmektedir.

Bulaşık limanlardan gelen gemilere yapılacak işlemler ise 29. maddede şu şekilde belirtilmiştir:

- a) Bulaşık limanlardan gelen gemilerin limanlarımızda tabi tutuldukları sağlık işlem ve tedbirlerinin patentalarına yazılması zorunludur.
- b) Herhangi bir gemi, ilgili SSDM tarafından tatbik edilecek sağlık tedbirini kabul etmezse, bu patentasına yazılır ve serbest pratika verilmez.
- c) Yabancı limanlardan gelen gemilerin sağlık bildirimlerinde ve patentalarında görülecek bulaşıcı hastalık açıklamaları derhal Bölge Baştabibine ve THSSGM'ye bildirilir.

3.5.3. Uluslararası Giriş Noktalarında Halk Sağlığı Acil Durum Ulusal Eylem Planı ve İzmir Alsancak Limanı Uygulama Tatbikatı

UST çerçevesinde belirlenen uluslararası giriş noktalarında oluşabilecek halk sağlığı acil durumlarının yayılımını önlemek için gerekli tedbirlerin alınması, ilgili kurumların görevlerinin belirlenmesi ve kurumlar arası işbirliğinin sağlanmasına yönelik olarak 2012 yılında AB ile ortak finanse edilerek "Uluslararası Giriş

Noktalarında Halk Sağlığı Acil Durum Ulusal Eylem Planı” hazırlanmıştır. Bu planın işlevselliğini değerlendirmek için ise belirlenen uluslararası giriş noktalarında tatbikatlar yapılmıştır. Bu tatbikatlardan biri de araştırma alanımızı oluşturan İzmir Alsancak Limanı’nda yapılmıştır. Söz konusu tatbikatı değerlendirebilmek için öncelikle Ulusal Eylem Planı’nın incelenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Uluslararası Giriş Noktalarında Halk Sağlığı Acil Durum Ulusal Eylem Planı’nın temel amaçları;

- Uluslararası giriş noktalarında halk sağlığı riski oluşturabilecek kimyasal biyolojik radyolojik nükleer (KBRN) acil durumlarında erken yanıt oluşturarak insan ve çevre sağlığına gelebilecek zararı en aza indirmek,
- Uluslararası öneme haiz halk sağlığı acil durumlarında takip edilecek süreçleri ve paydaşların görev ve yetkilerini tanımlamak,
- İlgili kurumların katkısıyla hazırlanan bu Eylem Planının sınırlarda görevli kurumların kendi acil durum planlarıyla uyumlu olmasını sağlamak,
- UST’nin gerekleri çerçevesinde uluslararası giriş noktalarında çekirdek kapasitelerin arttırılmasına yönelik uygulanabilir acil eylem planının oluşturulmasını sağlamak,
- Acil halk sağlığı durumlarının tespiti, doğrulanması, analizinin yapılmasını sağlamak, şeklinde belirlenmiştir (T.C., 2012: 6).

Genel bir çerçeve çizmek gerekirse Ulusal Eylem Planı’nın giriş bölümünde konuya ilişkin uluslararası ve ulusal mevzuat değerlendirilmesi yapılarak uluslararası giriş noktalarında THSSGM tarafından verilen sağlık hizmetleri ile yetkili diğer kurumlar ve bu kurumların halk sağlığı acil durumu sürecindeki görevleri belirlenmiştir. Daha sonra uluslararası giriş noktalarında halk sağlığı risklerinin tespiti, yapılacak işlemler ve izlenecek süreç anlatılmıştır. Son olarak ise mevcut sisteme ilişkin GZFT analizi yapılmış, halkın ve medyanın bilgilendirilmesi ile verilecek eğitimler ve Ulusal Eylem Planı’nın geliştirilmesine yönelik önerilere yer verilmiştir.

Bunlara ek olarak Eylem Planı’nın özel durumlar dışında tüm ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği içinde THSSGM koordinasyonunda en geç iki yılda bir güncellenmesi ve yerel planların da buna uyumlu olacak şekilde iki yılda güncellenmesi önerilmiştir.

Ulusal Eylem Planı'nda; uluslararası önemi haiz bir halk sağlığı acil durumuna yol açabilecek olaylara yanıt verebilmek için öncelikle uluslararası giriş noktalarında ortaya çıkabilecek riskler Tablo 9'da olduğu gibi gruplandırılmıştır.

Tablo 9: Uluslararası Giriş Noktalarında Halk Sağlığı Riskleri Türleri

Risk Türü	Olası Nedenleri
Biyolojik	• Kaynağı bilinmeyen hastalıklar • Salgınlar neden olan bulaşıcı hastalıklar (biyolojik, vektör kaynaklı vb.) • Çevresel etkenler (kontamine su, kontamine gıdalar ve kargo vb.) • Terörist faaliyetler • Kitlel akım/düzensiz göç
Kimyasal	• Tehlikeli kimyasal maddelerin taşınması, depolanması sırasındaki meydana gelebilecek kontaminasyon riski • Kaynağı bilinmeyen hastalıklar • İnsan ve çevre sağlığını tehdit eden kimyasal madde ve ajanlar (kaynağı bilinmeyen atıklar) • Terörist faaliyetler ve olası savaş durumlarında (sinir yakıcı, boğucu, bitki öldürücü vb.)
Radyolojik ve Nükleer	• Kaynağı bilinmeyen hastalıklar • Radyoaktif maddelerin taşınması ve depolanması • Nükleer tahrikli gemi ve denizaltılar • Askeri amaçlı uygulamalar ve denemeler • Terörist faaliyetler • Radyoaktif madde kaçakçılığı • Kaynağı bilinmeyen atıklar

Kaynak: T.C., 2012: 19.

Tablo 9'da belirtilen bu halk sağlığı risklerinin tespiti, tespit edilen riskin doğrulanması, analizi ile yerel, ulusal ya da uluslararası düzeyde bildirim akışı sürecinin başlatılmasına ilişkin işlemlerin nasıl yapılacağına ve dikkat edilecek noktalara Ulusal Eylem Planı'nda yer verilmiştir. Buna göre uluslararası giriş noktalarında sürecin ilk adımı riskin tespit edilmesi olarak ifade edilmiştir. Risk tespiti yapılırken ise hangi veri kaynaklarının kullanılacağı Ulusal Eylem Planı'nda belirlenmiştir (TC, 2012: 19-20).

Daha sonra bu kaynaklardan elde edilen veriler Ulusal Eylem Planı'nda belirtilen yöntemlerle analiz edilerek ilgili kurum tarafından halk sağığı tehdidine ilişkin risk değerlendirmesi yapılacaktır. Risk değerlendirmesi yapılırken Ulusal Eylem Planı'na göre göz önünde bulundurulması gereken kriterler şunlardır:

1. Durumun olağan olup olmadığı,
2. Durumun yaygın olup olmadığı ve etkilenen kişi sayısı,
3. İnsan ve çevre sağığına etkisinin ciddi boyutta olup olmadığı,
4. Uluslararası yayılım riskinin olup olmadığı,
5. Uluslararası seyahat ve ticareti etkileyip etkilemediği,
6. Taşıt veya Uluslararası giriş noktası tesislerinin kullanımını etkileyip etkilemediği,
7. Tehdidin artma eğiliminde olup olmadığı,
8. Etkenin bilinip bilinmediği (TC, 2012: 20).

Bu karar alma kriterlerinden bir veya birkaçının varlığı halinde Sınır Mülki İdare Amiri halk sağığı tehdidi oluştuğunu kabul ederek bildirim akışı sürecini başlatacaktır (TC, 2012: 20). Ayrıca Ulusal Eylem Planı'nda halk sağığı acil durumunun türüne göre yapılacak işlemler ve ilgili kurumların görevleri 3 ayrı liste şeklinde ayrı ayrı planlanmıştır (EK 4, EK 5, EK 6).

Genel hatlarıyla incelenen bu Ulusal Eylem Planı'na paralel olarak İzmir Limanı için de Halk Sağığı Acil Durum Planı hazırlanmış ve Mart 2013'de İzmir Alsancak Limanı Güvenlik komisyonu tarafından onaylanmıştır. Ulusal Eylem Planı ve bu kapsamda hazırlanan yerel planların pratikte uygulanabilirliğini anlayabilmek adına ülkemizde uluslararası giriş noktalarında çeşitli tatbikatlar yapılmıştır. Tatbikat yapılan uluslararası giriş noktalarından biri de İzmir Alsancak Limanı'dır.

İzmir Limanı Halk Sağığı Acil Durum Tatbikatı Sonuç Raporu'nda ilgili tüm kurumların ve dış paydaşların da katılımıyla 6 Haziran 2013 tarihinde gerçekleştirilen bu tatbikatın amaçları;

- İzmir Limanı Halk Sağığı Acil Durum Planını test etmek,
- Yerel planın Ulusal plana uyumluluğunu test etmek,
- İzmir Limanı Sağık Denetleme Merkezi ekipleri, 112 Ambulans Servisi ve Belirlenmiş Hastanenin halk sağığı acil durumuna karşı yanıt kapasitelerini test etmek,

- İzmir Limanında görev yapan kurum ve kuruluşların Halk Sağlığı Acil Durumuna karşı hazırlılık durumunu test etmek,
- Olası bir halk sağlığı acil durumunda ilgili tüm kurum ve kuruluşlar arasındaki iletişim, işbirliği ve koordinasyonu test etmek olarak ifade edilmiştir (İzmir Limanı Sağlık Denetleme Merkezi Baştabipliği, 2013: (4)).

İzmir Limanı'nda gerçekleştirilen tatbikatta toplam 144 personel görev almıştır. Söz konusu tatbikatta 3 adet ambulans, 1 adet 112 motorize aracı, 1 adet yolcu feribotu, 2 adet Sahil Güvenlik botu, 2 adet Deniz Polisi botu, 2 adet polis aracı, 2 adet liman işletme aracı, 1 adet Gümrük Kaçakçılık ve İstihbarat botu, 1 adet Kıyı Emniyeti İzmir İşletme Müdürlüğü'ne ait Kılavuzluk Hizmetleri botu kullanılmıştır (İzmir Limanı Sağlık Denetleme Merkezi Baştabipliği, 2013: (6)).

Belirlenen senaryo gereği tatbikat; İzmir SSDM'de görevli nöbetçi sağlık memurunun Hudut Sahiller Sağlık Bilgi Sistemi'nde Basra Körfezi'ndeki Delta Limanı'ndan yola çıkarak Kızıldeniz'den İzmir'e gelmekte olan Arya adlı yolcu gemisinin Deniz Sağlık Bildirimi'nde kırmızı uyarı (sağlık sorunu) olduğu ve söz konusu gemide yüksek ateş, öksürük, boğaz ağrısı gibi benzer şikayetlerin görülmesi sonucu tecride alınmış 6 hastanın bulunduğu bilgisini görmesi üzerine başlamıştır. Arap Yarımadası DSÖ tarafından belirlenen bulaşık bölgeler içerisinde yer aldığından nöbetçi memurun durumu İzmir SSDM'nin sorumlu tabibine telefonla bildirmesiyle süreç başlamıştır (İzmir Limanı Sağlık Denetleme Merkezi Baştabipliği, 2013: (6)).

Şekil 17: İzmir Limanı Tatbikatından Görüntüler



Kaynak: THSSGM, 2013.

Tatbikat sürecini özetleyecek olursak; Arya adlı gemi limana gelmeden risk değerlendirmeleri yapılmak suretiyle ilgili tüm kurumlarla koordinasyon sağlanarak gerekli önlemler alınmış ve gemi ulaştığında UST ve ulusal mevzuata uygun olarak ilgili kurumların katılımıyla gerekli işlemler yapılarak tatbikat sona erdirilmiştir (İzmir Limanı Sağlık Denetleme Merkezi Baştabipliği, 2013: (6-10)). Tatbikat sonrasında İzmir Limanı Halk Sağlığı Acil Durum Tatbikatı Sonuç Raporu hazırlanarak tatbikatın başarılı yönleri ve geliştirilmesi gereken yönleri değerlendirilmiştir.

3.6. GÖRÜŞME VERİLERİNİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

3.6.1. Görüşmecilere İlişkin Bilgiler

Araştırma kapsamında İzmir SSDM’de görev yapan 2 doktor ve 6 sağlık denetmeni içerisinde 1 doktor ve 2 sağlık denetmeni ile yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılarak görüşmeler yapılmıştır. Görüşmecilerin bu kurumdaki görev süreleri 15-25 yıl arasındadır.

Yapılan görüşmeler neticesinde elde edilen veriler değerlendirirken görüşmecilerden alıntılar sunulmuştur. Bu alıntılar sunulurken görüşmeciler, rastgele G1, G2 ve G3 şeklinde numaralandırılmak suretiyle isimlendirilmiştir.

3.6.2. İzmir SSDM’ye İlişkin Bilgiler

İzmir Alsancak Limanı’nda UST kapsamında yapılan uygulamalar, İzmir SSDM tarafından ilgili kurum ve paydaşlarla işbirliği ve koordinasyon içerisinde yürütülmektedir.

İzmir SSDM, Ege Bölge Baştabipliği’nin de bulunduğu kurum binası ile İzmir Alsancak Limanı’nda yer alan ofisten 7/24 çalışma esasına göre faaliyetlerini sürdürmektedir. Yapılan görüşmelerde alınan bilgiye göre İzmir SSDM’de Şubat 2020 tarihi itibarıyla 6 sağlık memuru ve 2 doktor görev yapmaktadır.

Şekil 18: Ege Bölge Baştabipliği ve İzmir SSDM Binası



İzmir Limanı'nın Ege Bölgesi'nin en büyük ve en yoğun limanı olduğu da göz önünde bulundurulduğunda; görüşmecilerin tümü tarafından İzmir SSDM'nin mevcut personel, bina ve teknik altyapı gibi donanım bakımından UST ve ulusal mevzuat kapsamındaki sağlık hizmetlerini yürütmeye herhangi bir eksiğinin bulunmadığı ve bu bakımdan herhangi bir sorun yaşanmadığı dile getirilmiştir. Görüşmecilerden biri bunu şu şekilde ifade etmiştir:

“Şu anda hiçbir sorunumuz yok. Teknik altyapımız yeterli. Yani tekniğimiz, donanımımız, her türlü malzememiz, ekipmanımız yönünden hiçbir sıkıntı yok. Personel sayımız da yeterli, bilgi-teknoloji bakımından da yeterli. Limana gelen gemilere de yetişebiliyoruz.

Personelimiz 24 saat çalışıyor. Personel sayımız da yeterli. Yeterli olmasa bile; biz 3 kişi ya da 2 kişi bile olsak yeter. Çünkü devamlı denizde değiliz, dairede de geçirdiğimiz zamanlar oluyor. Burada çeşitli imkanlarımız da var; düşününüz alabiliyorsunuz, yemeğinizi yiyebiliyorsunuz, dinlenebileceğiniz özel bir odanız var. Çünkü bizim işte bunlar şart. Örneğin gece 1’de bir gemiye giderseniz, geldiğinizde duş almanız gerekir, temizlenmeniz gerekir, yeri geldiğinde de dinlenmeniz gerekir. O yüzden biz çalışma ve personel bakımından herhangi bir sorun yaşamıyoruz. Hani emin olun bize deseler ki; “Şu an olağanüstü durum söz konusu. Bu yüzden 72 saat nöbette kalacaksınız.” deseler, bizim personelin %99.9’u 72 saat kalır. Çok bir sıkıntı olmaz.” (G2)

3.6.3. İzmir SSDM’nin İzmir Limanı’ndaki Uygulamaları

UST ve ulusal mevzuat kapsamında ülkemiz limanlarına gelecek gemilerin halk sağlığı riski taşıyıp taşımadığına ilişkin değerlendirilmesi, öncelikle Deniz Sağlık Bildirimi üzerinden yapılmaktadır. İzmir Limanı’ndaki uygulamalar hakkında

görüşmecilerden elde edilen bilgiler doğrultusunda süreci şu şekilde özetlemek mümkündür: İzmir SSDM tarafından İzmir Limanı'na gelecek gemilere serbest pratika verilmeden önce Deniz Sağlık Bildirimi ve ekleri üzerinden risk değerlendirmesi yapılmaktadır.

“Normalde gemi gelirken bize bildirim verir. Kaptanın bize verdiği bildirim Deniz Sağlık Bildirimi'dir. Bu bildirimde kaptan yanlış beyan veremez. Biz de o bildirim üzerinden gerekli önlemleri alırsak. Bizim 9 tane kriter sorumuz var. Onlardan herhangi bir tanesine “evet” cevabı verilirse serbest pratika vermeyiz. Gemiye çıkıp gemide kontrolleri yapar, gerekirse gemi karantinaya alınır. Sorun yoksa pratika veririz. “ (G1)

Deniz Sağlık Bildirimi'nde yer alan 9 kriter sorusuna verilen yanıtlar ve geminin uğradığı son 10 limana ilişkin bilgiler üzerinden gemide herhangi bir halk sağlığı riski bulunup bulunmadığına yönelik gerekli inceleme ve değerlendirmeler yapılarak serbest pratika verilir verilmeyeceğine karar verilmektedir. Görüşmecilerden biri bu süreci şu şekilde ifade etmiştir:

“Bizim biliyorsunuz ki Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü'nün bir sitesi var. O sitede her ülkede salgın durumunda olan hastalıklar vardır. Deniz Sağlık Bildirimi'nin ekinde bir de son 10 liman gönderilir bize. Son 10 limanı kriterlere göre tek tek inceleriz. İncelediğimiz limanlarda bulaşıcı salgın hastalık var mı, salgın hastalık varsa kuluçka süresi kaç gün, kaç saat, kaç dakika diye ayırım yaparız. Akabinde de eğer bulaşıcı hastalığın olduğunu düşündüğümüz bir limandan geliyorsa o kuluçka süresinin geçip geçmediğine bakarız. Geçmediyse gemiye giderek pratika veririz ya da vermeyiz.

Kuluçka süresi geçtiyse de o hastalığın belirtisini taşıyan herhangi bir personel olup olmadığını sorarız, ondan sonra serbest pratika veririz. Yani gerekli kontroller yapılmadan herhangi bir işlem yapılmaz.

...

Koronavirüs öncesinde de bizim yaptığımız buydu. Yani biraz daha derine giriyoruz şu anda koronavirüs salgınından dolayı, biraz daha temkinli davranıyoruz. Ama izlenilen prosedür ve işlemler aynı. Bizim için değişmiyor. Çünkü Koronavirüs olmazsa, Mers-CoV var. Mers olmazsa, SARS var. SARS olmazsa Lassa ateşi var. Lassa ateşi olmazsa... İşte onlarca şu anda bulaşıcı hastalık olan yerler var.

Mesela; İtalya'ya biz koronavirüs öncesinde de bakıyorduk. Oradaki salgın hastalıkta, DSÖ haberlerine göre Chikungunya hastalığı... Kuluçka süresi 3-7 gün. Gemi kalkıyor buraya geliyor. Bakıyoruz, hasta yok ya da hastalık belirtileri mevcut. O zaman yapacağımız işlem; “var” ya da “yok” göre kriterleri belirleyip doktorlarımızla da görüştüğümüzden sonra pratika işlemlerine karar veriyoruz. Gerekiyorsa da önlemlerimizi alıp gemiye gidiyoruz.” (G2)

İzmir SSDM görevlilerince Deniz Sağlık Bildirimi ve eklerinde yer alan belgeler üzerinden yapılan risk değerlendirmesinde gemide herhangi bir halk sağlığı riski ya da şüphesinin olmadığı sonucuna ulaşılması halinde, serbest pratika online olarak sistem üzerinden verilebilmektedir.

“Deniz Sağlık Bildirimi yani Maritime Declaration denilen bildirimi vermek zorundadır ve kaptan orada yanlış beyan veremez. Şu anda beyan üzerinden gidiyoruz. Gemiden o bildirimi alıyoruz, bildirimdeki sorulara verilen cevaplara bakıyoruz, geminin son 10 limanına bakıyoruz, riskli bölgelerden bulaşık bölgelerden gelip gelmediğine göre, personel listesini alıyoruz personel durumuna bakıyoruz. Gerekli evraklarını kontrol ettikten sonra sorun yoksa internet üzerinden yani online olarak pratika verebiliyoruz.

Herhangi bir şüphe duyduğumuz durumda, sağlık memuru gider herhangi bir durumda bizle irtibata geçer, gerekirse pratika vermeyiz, gemiye çıkarak pratika veririz. Yani limanda hep beraber çalışırız biz. İşte paydaş kurumlarımız, gümrük, deniz polisi, liman başkanlığı... Burada gemi gelirken ilk yapılması gereken bu pratikanın alınmasıdır. Yani ilk önce bizden pratika alır diğer işlemler ondan sonra başlar.” (G1)

İzmir SSDM görevlilerince gemiye serbest pratika verilmeden hiç kimsenin gemiyle temasına izin verilmemektedir. Gemiye serbest pratika verildikten sonra uluslararası karantina işareti olan sarı bayrak indirilmekte, karantina sinyalleri düşürülmektedir. Bu aşamadan sonra diğer işlemlere geçilebilmesi mümkün bulunmaktadır.

“... Sarı bayrak indirildikten sonra geminin yanaşması ya da diğer işlemlere geçilmesinde hiçbir sıkıntı yoktur anlamına geliyor.” (G3)

Ancak İzmir SSDM görevlilerince Deniz Sağlık Bildirimi üzerinden yapılan değerlendirme neticesinde gemide herhangi bir halk sağlığı riskinin ya da halk sağlığı riski şüphesinin bulunduğu tespit edilmesi halinde; o gemiye online sistem üzerinden serbest pratika verilmemektedir. Gerekli önlemler alınmak suretiyle söz konusu gemiye gidilerek incelemeler yapılmaktadır. Bu incelemelerin sonucuna göre yapılacak işleme karar verilmektedir.

Yapılan incelemelerde gemide herhangi bir halk sağlığı riskinin ya da şüphesinin tespit edilmesi halinde durum ilgili birimlere bildirilmektedir. Gerekli önlemlerin alınması sağlanarak riskin türüne ve derecesine göre gerek görülmesi halinde Acil Durum Eylem Planı harekete geçirilmektedir.

“Halk sağlığı riskinin dereceleri var; olası vaka, vaka gibi... Onun durumuna göre öncelikle ilk yaptığımız şey gemide durumu doğru bir şekilde tespit etmek. Sonra düşük derecede bir şey varsa, yani geniş kapsamlı bir şey değilse, tek bir kişideyse falan o zaman sadece gemiyi açıkta tutarak pratika işlemleri orada halledilir.

Eğer acil durum eylem planını harekete geçirecek derecede bir risk varsa zaten ilgili kişi ve birimlerle görüşölüp acil durum eylem planı devreye geçiriliyor. Öyle bir risk yoksa pratikası verilip geri dönölüyor ve diğer birimlere de bu bildiriliyor. Gümrüğü, polise, pilota, liman başkanlığına, diğer ilgili paydaş kurumlara da bildiriliyor...” (G3)

İzmir SSDM görevlilerince şüpheli durumun üst birimlere ve ilgili kurumlara bildirilmesinden sonra eđer yetkili makamlarca geminin karantinaya alınmasına karar verilirse karantina süreci İzmir SSDM ile ilgili kurum ve paydaşlarla işbirliği içerisinde yürütölmektedir. Görüşmecilerin tümü böyle bir durumda geminin karantina süreci ve ne kadar karantinada kalacağıının belirlenmesinde genel olarak şüphe edilen hastalığın kulučka süresinin dikkate alındığını ifade etmiştir. Görüşmecilerden biri bu durumu şu şekilde örneklendirerek açıklamıştır:

“Karantina süresi hastalıktan hastalığa değişiyor. Bazı hastalıklar vardır kulučka süresi üç gün. Bazı hastalıklar vardır beş gün. Bazı hastalıklar vardır iki gün. Yani duruma göre kulučka sürelerine göre biz işlem yaparız.

Şimdi mesela en çok şu anda ne var kononavirüs. Koronavirüsün kulučka süresi on dört gündür. Ne yapılır: Gemi karantinaya alınır. On dört gün içinde hiçbir şekilde teması sağlanmaz. Bu sırada içerideki kişilerin tetkikleri yapılır. Hasta olanlar da gene bizim gözetimimizde karantina işlemleri doğrultusunda özel ekiplerle beraber alınır, hiçbir şeyle temas etmemesi sağlanarak özel odaya alınır ve karantina altında tedavi süreci başlar. Onun haricinde karantina süresi boyunca yapılan tetkiklerde herhangi bir müspet sonuç elde edilmese bile gene o kulučka süresinin tamamlanmasını bekleriz.

Mesela işte en son gelen İran’daki vatandaşlar... Koronavirüs negatif çıktı. Ama on dört gün hastanede yatacaklar, yani o kulučka süresini geçirmek zorundalar. Çünkü birinci gün sonuç vermeyebilir, ikinci gün de hastalık bulgusu negatiftir, tutar on üçüncü gün pozitifte dönebilir. Yani onu tam kestiremezsiniz. Bu yüzden kulučka süresi boyunca denetim altında kalması gereklidir. Öyle baktık hastalık belirtisi yok bunda bir şey yoktur deme şansımız yoktur. “ (G2)

İzmir Limanı’ndan kente taşınabilecek halk sağlığı risklerinin önlenmesi konusunda üzerinde durulması gereken bir başka husus ise limanda görev yapan diğer kurumlar ve paydaşlardır. Her ne kadar İzmir SSDM tarafından gerekli inceleme ve denetimler yapılarak serbest pratika verilmeden diğer kurumların

gemiyle temasına izin verilmediği belirtilse de, halk sağlığı risklerinin önlenmesi konusunda İzmir Limanı'nda çalışan diğer kurum personeline ve paydaşlara da önemli görevler düşmektedir. Yapılan görüşmelerde; İzmir SSDM tarafından İzmir Limanı'nda görev yapan diğer kurumların personeline ve paydaşlara konuya ilişkin olarak gerekli eğitimlerin verilmekte olduğu; olası bir risk durumunda maske, eldiven vb. koruyucu malzemelerin ilgili kurumların personeline dağıtılarak bunların nasıl kullanılması gerektiğine ilişkin çeşitli bilgilendirmelerin yapıldığı bilgisine ulaşılmıştır. Görüşmecilerden biri verilen eğitimlere ilişkin olarak şunları ifade etmiştir:

“Bu konuda eğitimler veriyoruz. Uluslararası halk sağlığı risklerine ilişkin olarak gemiye çıktıklarında ne yapmaları gerekiyor ya da gemiye ne zaman çıkmaları gerektiği ile ilgili. Mesela geçen ay yaklaşık olarak 100-150 tane deniz polisi geldi ve eğitime tabi tutuldu, o eğitimi vermek üzere ben görevlendirildim.

Ne zaman gemiyle temas etmeleri gerekiyor, ne zaman etmemeleri gerekiyor, yani halk sağlığı riskleri ile nasıl mücadele edecekleri, hastalıklara nasıl yakalanmayacakları, ne gibi işlem yapmaları gerektiği hakkında devamlı ve düzenli olarak bilgi veriyoruz zaten. Bu konuda eğitimler ve toplantılar yapılıyor. Mesela bugün veya yarın koronavirus ile ilgili paydaş kurumlar toplanacak gene bir eğitim semineri yapılacaktır.” (G2)

Yapılan görüşmeler neticesinde limanda çalışan diğer kurum personeline ve paydaşlara verilen bu eğitimlere önem verildiği sonucuna ulaşılmıştır. Görüşmecilerden biri bu konunun önemini şu şekilde vurgulamıştır:

“Çeşitli uygulamalar yapıyoruz. Daha önce domuz gribi riski olduğunda örneğin; limana termal kameralar konulduğunda falan orada çalışan polis, gümrük, diğer birimlere maske, eldiven, dezenfektan gibi malzemelerin temini bizim kurumumuz tarafından yapıldı. Onlara maskeyi nerede takacaklarını, dezenfektanı nasıl kullanacaklarını, verdiğimiz malzemeleri de nerede, ne zaman ve nasıl kullanacaklarını anlatarak onları da bizim ekibin içerisine katıyoruz o manada. Önce kendimizi korumamız lazım ki ondan sonra giriş-çıkışı koruyalım.” (G3)

3.6.4. İzmir Limanı Halk Sağlığı Acil Durum Eylem Planı ve Kurumlar Arası İşbirliği ve Koordinasyon

Daha önce değinildiği üzere Uluslararası Giriş Noktalarında Halk Sağlığı Acil Durum Ulusal Eylem Planı'na göre yerel eylem planlarının hazırlanarak belirli

aralıklarla güncellenmesi gerekmektedir. Görüşmecilerin tümü, bu konuda İzmir Limanı'na ilişkin acil durum eylem planlarının mevcut olduğunu ve her yıl gerekli güncellemelerin yapıldığını ifade etmiştir.

“İzmir Limanı için Acil Durum Eylem Planı mevcuttur. Biz en son tatbikat biçiminde yaptık. Tatbikatı bundan 4-5 sene önce yaptık. Acil Durum Eylem Planı her yıl tekrar tekrar doktor beyler tarafından ve bizim tarafımızdan düzenli olarak gözden geçiriliyor.” (G2)

Görüşmecilerin tümü bu Acil Durum Eylem Planı ve tatbikatların yapılmasının kurumlar arası işbirliği ve koordinasyonu arttırdığı konusunda hemfikirdir. Bu konuda görüşmecilerden biri kurumlar arası işbirliği ve koordinasyonda herhangi bir sorun yaşanmadığını ifade ederken diğerleri bazı sorunların bulunduğunu dile getirmiştir. Ancak bu sorunların kaynağı konusunda farklı nedenler ileri sürmüşlerdir:

“Kesinlikle sorun olduğunu düşünüyorum. Yani hepimiz aynı işi yapıyoruz. Birbirlerine entegre bir sistem içinde ve standart bir uygulamayla müdahale edilmesi gerektiğini düşünüyorum, yani prosedüre uyulması açısından... Sorunun İzmir Limanı'nın devlet limanı olmasından kaynaklandığını düşünüyorum. Yani bu sırf gemilerle alakalı değil, limanda çevre sağlığı işlemleri de var, bazı atık toplama sistemleri var. Bunların hepsinin bir uyum içerisinde olması gerektiğini düşünüyorum.” (G1)

“Sıkıntı iletişim... Mesela limandaki bütün çalışan birimlerin ortak bir internet sayfası falan olsa, böyle devamlı iletişim halinde olunacak falan... Ya da ortak dahili bir hat olsa falan... Çünkü genelde telefonla ulaşmaya çalışırken kim hangi yerededir, kim nerededir, dahili hatları nedir, işte santral bağlaması vs gibi böyle bir iletişim zorluğu var. Ha iletişimi kurduktan sonra sıkıntı yok tabi herkes birbirine yardımcı oluyor hem de azami düzeyde. Ama iletişim kurmada sıkıntı oluyor yani ulaşamıyoruz.” (G3)

3.6.5. İzmir Limanı'ndaki Karantina Uygulamalarının Kent Güvenliğine Etkisinin Değerlendirilmesi

İzmir Limanı'nın bir uluslararası giriş noktası olduğu ve buradan dünyanın her yerinden gelen gemilerin giriş-çıkış yaptığı düşünüldüğünde, sahip olduğu bu dinamik yapısı nedeniyle İzmir kenti için avantajlar yaratmasının yanı sıra çeşitli riskleri de içerisinde barındırdığı söylenebilir. Bu noktada görüşmecilerin tümü de

limanlarda yapılan karantina uygulamalarının kentin güvenliği açısından olası riskleri önlemede etkisi olduğu görüşünü dile getirmiş ve bu konuda kurum olarak önemli bir pozisyonda bulunduklarına vurgu yapmışlardır.

“Tabi ki etkisi var. Deniz yolu ile gelebilecek tehlikelerden kentimizi korumak, işimizin önceliğidir.” (G1)

“Elbette ki, zaten karantina işlemi uygulanıyorsa ortada bir tespitin olduğu ve olası hastalığın limanlarımıza ve şehrimize bulaşmasını engellemek içindir. Bizlerin kontrolü sonucu bir bulgu tespit edilmiş ise, karantina işlemi uygulanmış ise kentin güvenliği sağlanmış demektir.” (G2)

“Her hastalığın kuluçka süresi vardır, bu sürede bulaşır, yayılır ve toplumsal halk sağlığı riskine dönüşür. İşte bu kuluçka süresince gemiyi ya da kişiyi veya kişileri denetim, kontrol ve gözetim altında tutma işine karantina denmektedir. Kuluçka süresi bitince herhangi bir olumsuz duruma rastlanmamışsa karantina sonlandırılır. Bu, paydaş kurumların desteği ve yardımıyla yapılır. Bunun tam tersini düşündüğümüzde; riskin tespiti yapılamazsa, bilgi ve deliller toplanıp paydaş kurumlarla paylaşılmazsa, risk kesin ve şüpheliyse, gerekli kontrol ve önleyici tedbirler alınmazsa, gerekirse karantina ya da geri gönderme gibi... toplum sağlığı için büyük riskler oluşur. Diğer illere de yayılabilir. Sonuç olarak kurum olarak çok önemli bir pozisyonda hizmet veriyoruz.” (G3)

Limanlarda yapılan bu uygulamaların sağlıklı bir şekilde işlememesi ya da hiç yapılmaması halinde bu durumun başta liman kenti olmak üzere tüm ülkenin güvenliği açısından olumsuz sonuçlara neden olacağı düşünülmektedir.

Görüşmecilerden biri; sürecin önemini ve oluşabilecek durumun ciddiyetini şu şekilde örnek vererek ifade etmiştir:

“Bir limanın karantina altına alınması demek o limanın komple hiçbir işlem yapmaması demek, yani ne gemi gelebilir, ne gemi gidebilir. Ne insanlar girebilir, ne insanlar çıkabilir. Yani o alana hiç kimse ne giriş ne çıkış yapabilir. Oldu ki karantinaya almadan önce bir kişinin çıktığını tespit ettiniz. Bu sefer çıkan kişinin gittiği güzergah, gittiği yol, gezdiği yerler, kişiler derken bırakın şehri, aynı anda 3-5 şehir dahi karantina altına alınabilir.” (G2)

Görüşmecilerin tümü, limanlarda bu uygulamaların sağlıklı bir şekilde işlememesi ya da hiç yapılmaması halinde, bu durumun kentte bir takım sorunlara yol açacağı konusunda benzer görüşler dile getirmiştir:

“Tabi ki sorunlara neden olur. Uluslararası giriş yeridir. Bu durum havalimanlarında daha fazla olmakla beraber limanlarda da bu risk vardır. Mesela bir terör olayı olabilir, bulaşıcı hastalık bulaşabilir... Yani biz şimdi gemilerdeki kişilerin sağlık durumlarından bahsediyoruz. Ama gemilerin biliyorsunuz balast tankları var vs... çevresel bir sağlık sorununa da tabi ki sebep olabilir. “ (G1)

Görüşmecilerden biri böyle bir durumda kentin yaşayabileceği sorunları şu şekilde örnekler üzerinden açıklamıştır:

“Yani kentin yaşayabileceği sorunlar var. Şöyle diyeyim ben size. Mesela zamanında bir kolera salgını olmuş. Bir geminin balast suyundan olduğunu biliyorum ben. Limanların isimlerini unuttum şimdi de. Mesela gemiye A Limanı’nın liman sahasından balast suyu alıp B Limanı’nın liman sahası içerisinde boşaltılmasından kaynaklanan bir kolera salgını olmuş vakti zamanında. Bu en basit örneklerden... Bir sürü örnek verilebilir. Onun için balast suyunu nereden aldığı, nereye boşalttığı bunların kitapçığında balast sularına ilişkin yönetim planı var, yönetim planına uyup uymadığına en azından... Ya da atıyorum hastalıklı bir ülkeden bir fare geldiğini düşünelim. Bizim İzmir Limanı’na o farenin indiğini düşünelim. Bir sürü hastalığa sebebiyet verebilir. Onun için bu uygulamaların işlememesi durumunda çok ciddi şeylerin olabileceğini söyleyebiliriz.” (G3)

SONUÇ

Bilim ve teknoloji alanındaki gelişmeler ve küreselleşmenin de etkisiyle uluslararası etkileşim artmış, uluslararası ticaret ve seyahat olanakları giderek kolaylaşmıştır. Ancak; bu durum beraberinde bir takım güvenlik sorunlarının da artmasına neden olmuştur. Bu sorunlar kentlere de yansımış ve kent güvenliği konusu, ön plana çıkan konular içerisinde yerini almıştır.

Özellikle liman kentleri, gelişmiş ve hareketli ekonomisiyle sahip olduğu çeşitli avantajların yanı sıra birçok güvenlik tehdidiyle karşı karşıyadır. Liman kentlerinin en önemli parçalarından biri olan limanlar, kente sızabilecek bir takım tehlikeleri de içerisinde barındırmaktadır. Limanlardan ülkeye giriş yapan mallar ve yolcular aracılığıyla kente ve hatta diğer kentlere insan, hayvan ve bitki sağlığını olumsuz etkileyebilecek ya da çevresel sorunlara yol açabilecek çeşitli risklerin taşınabilmesi muhtemeldir. Tarihte limanlardaki faaliyetler aracılığıyla bulaşıcı hastalıkların yayılmasına dair birçok örneğin yer aldığı bilinmektedir. Bu nedenle geçmişte limanlarda güvenliğin sağlanması için çeşitli uygulamalara başvurulmuş ve

bu uygulamalar değişerek ve gelişerek günümüze kadar varlığını sürdürmüştür. Bunlardan biri de karantina uygulamasıdır.

Tarihsel süreç içerisinde; bu tür uygulamaların uluslararası bir standardı olmaması ve bazı devletlerce kötüye kullanılması nedeniyle başta uluslararası ticaret alanında olmak üzere çeşitli sorunlar yaşanmaya başlanmıştır. Buna veba, kolera gibi salgın hastalıkların yayılmasının önüne geçilmesinde yaşanan sıkıntılar da eklenince bu konuda uluslararası işbirliği yoluna gidilmesi kaçınılmaz hale gelmiştir. Günümüzde ise bu uygulamalar, DSÖ öncülüğünde 2005 yılında kabul edilen ve 2007 yılında yürürlüğü giren UST çerçevesinde y r t lmektedir. Çalışma kapsamında ele alınan ülkeler ve Türkiye’deki mevcut sistem birlikte değerlendirildiğinde; çeşitli farklılıklar olmakla birlikte genel itibariyle UST’ye taraf devletlerde limanlarda halk sağlığı önlemlerine ilişkin uygulamalarda benzer sistemlerin uygulanmakta olduğu görülmektedir.

Türk limanlarında UST ve ulusal mevzuat çerçevesinde halk sağlığına ilişkin uygulamaların yürütülmesi konusunda, Sağlık Bakanlığı bünyesinde bulunan THSSGM yetkilendirilmiştir. Araştırma alanı olarak belirlenen İzmir Alsancak Limanı’nda ise halk sağlığı önlemlerine ilişkin uygulamalar, İzmir SSDM’nin sorumluluğundadır. Yapılan araştırmada elde edilen verilerden İzmir SSDM’de bu uygulamaların yürütülmesinde personel, teknik ekipman ve altyapı gibi donanım bakımından herhangi bir sorun yaşanmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırma sonucunda İzmir SSDM ile ilgili paydaşlar arasında koordinasyon ve işbirliği konusunda kurumlardan kaynaklı herhangi bir sorun yaşanmadığı, ancak iletişim konusunda bazı aksaklıkların bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu noktada paydaşlar arası iletişimde yaşanan sorunların giderilmesi ve iletişimin kolaylaştırılması için İzmir Limanı’ndaki ilgili tüm paydaşları kapsayacak ortak bir iletişim ağının kurulmasının, koordinasyonu güçlendirerek uygulamaların daha etkin ve verimli hale gelmesine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

 zmir Limanı, belirlenen uluslararası giriş noktalarından biridir. Araştırma neticesinde Uluslararası Giriş Noktalarında Halk Sağlığı Acil Durum Ulusal Eylem Planı’na uygun olarak ilgili paydaşları da kapsayan İzmir Limanı Halk Sağlığı Acil Durum Planı’nın mevcut olduğu ve düzenli olarak gözden geçirildiği bilgisine ulaşılmıştır. Ayrıca İzmir SSDM tarafından İzmir Limanı’nda bulunun diğer

kurumların personeline halk sağlığı risklerinden korunma; maske, eldiven ve koruyucu ekipman kullanımı gibi konularda çeşitli eğitimler verildiği ifade edilmiştir. Bu bilgilerden yola çıkararak; limanlarda bulunan her bir kişinin herhangi bir halk sağlığı riskini kente sızdırabilecek potansiyel birer taşıyıcı olabileceği göz önünde bulundurulduğunda, bu eğitimlerin kent güvenliğinin korunması açısından önemli bir yeri olduğu değerlendirilmektedir.

Araştırma verilerinden hareketle; İzmir Limanı'ndaki süreci özetleyecek olursak; İzmir SSDM tarafından İzmir Limanı'na gelen gemiler, öncelikle Deniz Sağlık Bildirimi ve ekinde bulunan belgeler üzerinden bir risk değerlendirmesine tabi tutulmaktadır. Yapılan risk değerlendirmesi neticesinde herhangi bir halk sağlığı riski taşımadığı sonucuna ulaşılan gemilere serbest pratika verilerek diğer işlemlere geçiş sağlanmaktadır. Eğer bir gemide herhangi bir halk sağlığı riskinin ya da şüphesinin bulunduğu tespit edilirse ilgili makamlar bilgilendirilip mevzuat çerçevesinde gerekli önlemler alınmaktadır. Gemide halk sağlığı acil durumu tanımına uyan bir risk tespit edilmesi halinde ise İzmir Limanı Halk Sağlığı Acil Durum Planı harekete geçirilmektedir.

Araştırma neticesinde İzmir Limanı aracılığıyla kente taşınabilecek başta salgın hastalıklar olmak üzere insan, hayvan ve bitki sağlığını etkileyebilecek ya da çevresel sorunlara yol açabilecek her türlü riskin tespiti ve önlenmesi için giriş noktasında yapılan bu sağlık denetimleri ve karantina uygulamalarının İzmir kentinin güvenliğinin sağlanmasıa etkisi olduğu, sonucuna ulaşılmıştır.

Geçmişte, gelen gemilerin belirlenen yerlerde 30 ila 40 günlük bir süre bekletilmesi suretiyle uygulanmakta olan karantina uygulaması, günümüzde uluslararası kriterlere dayalı risk değerlendirmeleri ve bir dizi sağlık işlemlerini de içeren halk sağlığı önlemleri sisteminin önemli bir parçası haline gelmiştir. Alınacak önlemlerin ve atılacak adımların önceden belirlenmesi açısından halk sağlığı risklerinin olabildiğince erken tespit edilmesinin büyük önem taşıdığı düşünülmektedir. Bu bakımdan UST'de yer alan ve ülkemizde de uygulanmakta olan Deniz Sağlık Bildirimi uygulamasının gemilerdeki halk sağlığı risklerinin önceden tespitinde önemli bir yeri olduğu değerlendirilmektedir.

2019'un sonlarına doğru Çin Halk Cumhuriyeti'nde ortaya çıkan ve neredeyse tüm dünyaya hızla yayılan Covid-19 salgını süreci de konunun önemini bir

kez daha göstermiştir. Bu süreçte birçok limanda halihazırda uygulanmakta olan Deniz Sağlık Bildirimi üzerinden yapılan risk değerlendirmeleri derinleştirilmiştir. ABD, Japonya, Yunanistan gibi birçok ülkede limanlarda bazı gemilerde Covid-19 riski tespit edilmesi üzerine hastalığın yayılmasını kontrol altına almak ve halk sağlığını korumak amacıyla karantina uygulamasına başvurulduğu görüşmüştür.

Salgın hastalıklar, limanlardan kente taşınabilecek risklerden sadece bir tanesidir. Limanlardaki halk sağlığının korunmasına yönelik uygulamalar sayesinde kente dışarıdan girebilecek tehlikelerin giriş noktalarında engellenmesinin, başta liman kentinde yaşayanların sağlığı olmak üzere, salgın hastalıkların yayılma potansiyeli göz önünde bulundurulduğunda ülke genelinde halk sağlığının korunmasına da katkı sağladığı düşünülmektedir. Tüm bunlardan hareketle limanlardaki bu uygulamaların etkin, verimli ve zamanında işlemesinin kentsel güvenlik ve hatta ulusal güvenlik açısından oldukça önemli olduğu değerlendirilmektedir.

KAYNAKÇA

Aarts, M., Daamen, T. A., Huijs, M., ve de Vries, W. (2012). Port-city development in Rotterdam: a true love story. *Urban-e*, 2(3): 1-28.

Ahmet Mithat Efendi. (2003). Devlet-i Aliyye-i Osmaniye'de Karantina Yani Usûl-i Tahaffuzun Tarihçesi. Çev. Abdullah Köşe. *Osmanlı Bilimi Araştırmaları*. 5(1): 89-119. <http://dergipark.gov.tr/iuoba/issue/1213/14270>, (10.01.2019).

Aksoy, E. (2007). Suç ve Güvenli Kent Yaklaşımı. *TMMOB Mimarlar Odası Bülteni; Kent ve Suç Dosyası*. (55): 11-16.

Anadolu Ajansı. (16.04.2020). Kovid-19 nedeniyle hayatın durduğu Avrupa'da 'normalleşme' sinyalleri. *Anadolu Ajansı*. <https://www.aa.com.tr/tr/dunya/kovid-19-nedeniyle-hayatin-durdugu-avrupada-normallesme-sinyalleri/1806873>, (20.04.2020).

Anadolu Ajansı. (28.05.2020). Cumhurbaşkanı Erdoğan: Şehirlerarası seyahat sınırlaması 1 Haziran'dan itibaren tamamıyla kaldırılmıştır. *Anadolu Ajansı*. <https://www.aa.com.tr/tr/turkiye/cumhurbaskani-erdogan-sehirlerarasi-seyahat-sinirlamasi-1-hazirandan- itibaren-tamamiyla-kaldirilmistir/1856552>, (20.04.2020).

Antwerp Port Authority. (2014). *Antwerp, your European customs highway*. <https://www.portofantwerp.com/en/publications/brochures-cards/brochure-antwerp-your-european-customs-highway>, (27.04.2019).

AQSIQ Association (26.06.2019). *What is aqsiq?*. <https://www.aqsiq.net/what-is-aqsiq.htm>, (01.02.2020).

AQSIQ Association. *Frontier Health and Quarantine Law of the People's Republic of China*. <https://www.aqsiq.net/health-quarantine-law.htm>, (05.01.2020).

Avrupa Birliği. (2007). *Sürdürülebilir Avrupa Kentleri için Leipzig Şartı*. Çev. Aydan Erim. Mimarlar Odası. <http://www.mo.org.tr/UIKDocs/leipzigisarti.pdf>, (11.11.2018).

Ayar, M. (2005). *Osmanlı Devleti'nde Kolera Salgını: İstanbul Örneği (1892–1895)*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). İstanbul: Marmara Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü.

Ayar, M. ve Kılıç, Y. (2017). Osmanlı'da Vebanın Sona Erişine Dair Bir Değerlendirme. *Türk Dünyası İncelemeleri Dergisi/Journal of Turkish World Studies*. 17(2): 163-181.

Balık, İ. (2014). Limanlar ve Liman Yeri Seçimi. *Kent Akademisi|Kent Kültürü ve Yönetimi Hakemli Elektronik Dergi*. 7(2): 37-48. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/405836>, (29.09.2019).

Baran, H. (2010). *Limanların Etki Alanı Saptanması İçin Bir Yöntem Önerisi (İzmir Alsancak Limanı)*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü.

Baykara, T. (2001). *İzmir Şehri ve Tarihi*. İzmir: Akademi Kitabevi.

Berent, O. ve Koraltürk, M. (2013). İzmir Körfez Vapurları. *İskeleyle Yanaşan... Denizler, Gemiler, Denizciler*. (ss. 137-160). İstanbul: İletişim Yayıncılık.

Bilgi, O. Ö. (07.08.2013). Antwerp, Avrupa'nın en büyük 2. Limanı. *Deniz Haber Ajansı*. <https://www.denizhaber.net/antwerp-avrupanın-en-buyuk-2-limani-haber-50383.htm>, (27.04.2019).

Birleşmiş Milletler. (1999). *Habitat Gündemi ve İstanbul Deklarasyonu, Hedef ve İlkeler, Taahhütler ve Küresel Eylem Planı*. Çev. TC. Başbakanlık Toplu Konut İdaresi Başkanlığı. Ankara.

Birleşmiş Milletler. (2017). *Yeni Kentsel Gündemi Habitat III*. Kito. 17-20 Ekim 2016. <http://habitat3.org/wp-content/uploads/NUA-Turkish.pdf?v=2>, (10.12.2018).

Bookchin, B. (2014). *Kentsiz Kentleşme*. Çev. Burak Özyalçın. İstanbul: Sümer Yayıncılık.

Böke, P. (2009). İzmir Karantina Teşkilatının Kuruluşu ve Faaliyetleri (1840-1900). *Çağdaş Türkiye Tarihi Araştırmaları Dergisi*. 8(18-19): 137-159.

Centers for Disease Control and Prevention, (10.01.2012). *History of Quarantine*. <https://www.cdc.gov/quarantine/historyquarantine.html#Early%20American%20Quarantine>, (15.01.2020).

Centers for Disease Control and Prevention, (24.02.2020). *Legal Authorities for Isolation and Quarantine*.

<https://www.cdc.gov/quarantine/aboutlawsregulationsquarantineisolation.html>, (30.02.2020).

Centers for Disease Control and Prevention, (21.03.2017). *Federal Regulations for Reporting Death or Illness on Ships Destined for the United States*.

<https://www.cdc.gov/quarantine/maritime/federal-regulations-reporting-illness-death-ships-destined-united-states.html>, (11.01.2020).

Centers for Disease Control and Prevention, (29.09.2017). *U.S. Quarantine Stations*.

<https://www.cdc.gov/quarantine/quarantine-stations-us.html>, (11.01.2020).

Centers for Disease Control and Prevention, (21.03.2020). *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*.

https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/cases-updates/summary.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fsummary.html, (25.03.2020).

Council of Europe Congress of Local and Regional Authorities. (1992). *European Urban Charter*. Strasburg.

https://search.coe.int/congress/Pages/result_details.aspx?ObjectId=090000168071923d, (19.11.2018).

Çalı, H. H. (2012). Avrupa Kentsel Şartı Çerçevesinde Güvenli Kent ve Yerel Yönetimler. *Türk İdare Dergisi*. (475): 9-32.

Çevik, S. ve Kaya, S. (2010). Türkiye'nin Lojistik Potansiyeli ve İzmir'in Lojistik Faaliyetleri Açısından Durum (SWOT) Analizi. *İzmir Ticaret Odası Ar&Ge Bülten*: 22-28.

Çiçek, Ü. (2006). İzmir Limanı'nın Tarihsel Gelişimi. *İzmir Ticaret Odası Ar&Ge Bülten*: 26-34.

Çopur, H. (07.03.2020). Kaliforniya açıklarındaki dev yolcu gemisinde koronavirüs vakası. *Anadolu Ajansı*. <https://www.aa.com.tr/tr/dunya/kaliforniya-aciklarindaki-dev-yolcu-gemisinde-koronavirus-vakasi/1757635>, (10.03.2020).

Dışişleri Bakanlığı. *Birleşmiş Milletler İnsan Yerleşimleri Programı (UN-HABITAT)*. <http://www.mfa.gov.tr/birlesmis-milletler-insan-yerlesimleri-programi.tr.mfa#>, (03.12.2018).

Doğan, G. (2011). Osmanlı İmparatorluğu'nda Karantina Uygulaması ve Venedik Uluslararası Sıhhiye Konferansı. *Hacettepe Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Dergisi*. (15): 91-109.

Dünya Sağlık Örgütü. (2008). *Uluslararası Sağlık Tüzüğü (2005)*. İsviçre: WHO Press.
[https://www.hssgm.gov.tr/content/documents/uluslararasi_antlasmalar/Uluslararası%20Sağlık%20Tüzüğü%20\(2005\).pdf](https://www.hssgm.gov.tr/content/documents/uluslararasi_antlasmalar/Uluslararası%20Sağlık%20Tüzüğü%20(2005).pdf), (12.10.2019).

Dünya Sağlık Örgütü. (2012). *Gemi Denetimleri ve Gemi Sağlık Sertifikası Düzenleme El kitabı*. Çev. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü. İstanbul.

Dünya Sağlık Örgütü. (2013). *Gemi Sağlık Rehberi*. Çev. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü. İstanbul.

Dünya Sağlık Örgütü. (2018). *Limanlar, Havalimanları ve Karar Geçişlerinde Vektör Sürveyansı ve Kontrolü*. Çev. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü. İstanbul.

Dünya Sağlık Örgütü. (29.02.2020). *DSÖ'nün COVID-19 Salgını İle İlgili Olarak Uluslararası Trafiğe Yönelik Güncellenmiş Tavsiyeleri*. Çev. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü. <https://www.seyahatsagligi.gov.tr/Site/HaberDetayi/2270>, (03.03.2020).

Ersoy, B. (02.03.2020). Japonya'daki karantina gemisinden son kalanlar da tahliye edildi. *İhlas Haber Ajansı*. <https://www.iha.com.tr/haber-japonyadaki-karantina-gemisinden-son-kalanlar-da-tahliye-edildi-830593/>, (04.03.2020).

European Union. (2019). *The history of the European Union*. https://europa.eu/european-union/about-eu/history_en, (27.04.2019).

Fidler, D. P. (2001). The Globalization of Public Health: The First 100 Years of International Health Diplomacy. *Bulletin of the World Health Organization*. 79(9): 842-849.

Fidler, D. P. (2005). From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations. *Chinese Journal of International Law*. 4(2): 325–392.

Frangakis-Syrett, E., (2016). Uluslararası Önem Taşıyan Bir Akdeniz Limanının Gelişimi: Smyrna (1700-1914). *İzmir 1830-1930 Unutulmuş Bir Kent Mi? Bir Osmanlı Limanından Hatıralar* (27-58). Çev. Işık Ergüden. İstanbul: İletişim Yayınları.

Frevel, B. (2006). Urban Safety. *German Policy Studies*. 3(1): 1-18.

Gensini, G. F., Yacoub, M. H. ve Conti, A. A. (2004). The concept of quarantine in history: from plague to SARS. *Journal of Infection*. 49: 257–261.

Geray, C. (2007). Güvenli Kent ve Kente Karşı İşlenen Suçlar Üzerine. *TMMOB Mimarlar Odası Bülteni; Kent ve Suç Dosyası*. (55): 50-55.

Girard, L. F. (2013). Toward a Smart Sustainable Development of Port Cities/Areas: The Role of the “Historic Urban Landscape” Approach. *Sustainability*. 5(10): 4329-4348.

Güler, A. Y. (13.03.2020). Türkiye koronavirüs için etkin önlemler aldı. *Anadolu Ajansı*. <https://www.aa.com.tr/tr/koronavirus/turkiye-koronavirus-icin-etkin-onlemler-aldi/1765471>, (15.03.2020).

Hardy, A. (1993). Cholera, Quarantine and the English Preventive System, 1850–1895. *Medical History*. 37(3): 250-169.

İstanbul ve Marmara, Ege, Akdeniz, Karadeniz Bölgeleri Deniz Ticaret Odası. (2018). *Deniz Sektörü Raporu 2017*. İstanbul.

İstanbul ve Marmara, Ege, Akdeniz, Karadeniz Bölgeleri Deniz Ticaret Odası. (2019). *Denizcilik Sektör Raporu 2018*. İstanbul.

İzmir Büyükşehir Belediyesi. <https://www.izmir.bel.tr/tr/FotografGalerisi>, (14.08.2019).

İzmir Kalkınma Ajansı. (2013). *İzmir Bölge Planı 2014-2023*. İzmir: Printer Ofset Matbaacılık.

İzmir Limanı Sağlık Denetleme Merkezi Baştabipliği (2013). *İzmir Limanı Halk Sağlığı Acil Durum Tatbikatı Sonuç Raporu*. İzmir. <https://www.hssgm.gov.tr/Tatbikat/IzmirLimani>, (11.11.2019).

Karabulut, B. (2015). *Güvenlik: Küreselleşme Sürecinde Güvenliği Yeniden Düşünmek*. Ankara: Barış Kitapevi.

Karataş Çetin, Ç. ve Arabelen, G. (2012). Türkiye’de Limancılık Eğitimi Üzerine Değerlendirme. *Dokuz Eylül Üniversitesi Denizcilik Fakültesi Dergisi*. 4(1): 73-89.

Kaya, E., Şentürk, H., Danış, O., ve Şimşek, S. (2007). *Modern Kent Yönetimi 1*. Okutan Yayıncılık.

Keleş, R. (1980). *Kentbilim Terimleri Sözlüğü*. Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları.

Keleş, R. (2017). *Kentleşme Politikası*. Ankara: İmge Kitabevi.

Kilwein, J. H. (1995). Some historical comments on quarantine: part one. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 20(4): 185-187.

Kudu, E. (2008). *Liman–Kent Etkileşimi, Körfez İlçesi Örneği*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Kula, S. ve Çakar, B. (2015). Maslow İhtiyaçlar Hiyerarşisi Bağlamında Toplumda Bireylerin Güvenlik Algısı ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki. *Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*. 6(12): 191-210.

Laget, P. L. (2002). Les Lazarets et L’émergence de Nouvelles Maladies Pestilentiennes au XIXe et au Début du XXe Siècle. *In Situ*. 2: 1-16.

Lauriat, G. (2019). AJOT’s Top 100 Containerports A to Z, *American Journal of Transportation*. (690). <https://ajot.com/premium/ajot-ajots-top-100-containerports-a-to-z>, (01.02.2020).

Mackowiak P.A. ve Sehdev P. S. (2002). The Origin of Quarantine, *Clinical Infectious Diseases*. 35(9): 1071–1072.

Mafart, B. ve Perret J-L. (1998). Histoire Du Concept De Quarantaine. *Medecine Tropicale*. 58(2): 14-20.

Maglen K. (2003). Politics of Quarantine in the 19th Century. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 290(21): 2873.

Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4): 370-396. <http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm>, (22.10.2018).

Ministry of Commerce People's Republic of China. *Rules for the Implementation of Frontier Health and Quarantine Law of the People's Republic of China*. <http://english.mofcom.gov.cn/article/lawsdata/chineselaw/200211/20021100050736.shtml>, (30.04.2020).

Mutlu, A. (2010). *Kentli Hakları ve Türkiye*. Ankara: Çizgi Kitabevi.

Oral, E. Z. ve Özerden, A. (2010). *İzmir Alsancak Limanı'nda Yük ve Gemi Hizmet Olanaklarının Geliştirilmesi*. İzmir: İzmir Ticaret Odası. http://izto.org.tr/demo_betanix/uploads/cms/yonetim.ieu.edu.tr/6178_1447764634.pdf, (01.09.2019).

Panzac, D. (2018). *Osmanlı İmparatorluğu'nda Veba (1700-1850)*. Çev. Serap Yılmaz. İstanbul: Tarih Vakfı Yurt Yayınları.

Park, E. R. ve Burgess, W. E. (2016). Şehir: Kent Ortamındaki İnsan Davranışlarının Araştırılması Üzerine Öneriler. *Şehir: Kent Ortamındaki İnsan Davranışlarının Araştırılması Üzerine Öneriler* (ss. 37-85). Çev. Pınar Karababa Kayalığıl. Ankara: Heretik Basım Yayın.

Port of Antwerp. *Customs Solutions: We Keep Moving You Smoother*. <https://www.portofantwerp.com/en/customs-solutions-we%E2%80%99ll-keep-moving-you-smoother#verlagen>, (27.04.2019).

Port of Rotterdam. *Port Health Authority*. <https://www.portofrotterdam.com/en/shipping/port-health-authority>, (30.05.2020).

Port of Rotterdam. *Notification of Infectious Diseases*.

<https://www.portofrotterdam.com/en/shipping/port-health-authority/health-in-the-port/notification-of-infectious-diseases>, (04.05.2020).

Port of Rotterdam Authority. (2019). *The Smartest Port In The World. Boundless Ambition. Make It Happen*. <https://www.portofrotterdam.com/sites/default/files/the-worlds-smartest-port-port-of-rotterdam-publieksfolder-2019-en.pdf>, (10.11.2019).

Samancı, U. (2014). Uluslararası Sağlık Tüzüğü (2005) ve Hukuki Niteliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*. 16(2): 113-169.

Samancı, U. (2016). Dünya Sağlık Örgütü ve Normatif İşlevi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 18(1): 55-89.

Service Public Fédéral (SPF) Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement. (06.04.2016). *Saniport*. <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/aide-medicale-urgente/gestion-des-risques/saniport>, (10.08.2019)

Smyrnelis, M. C. (2016). Tarihini Arayan Şehir. *İzmir 1830-1930 Unutulmuş Bir Kent Mi? Bir Osmanlı Limanından Hatıralar* (9-24). Çev. Işık Ergüden. İstanbul: İletişim Yayınları.

Söyler, S. (2017). Geçmişten Günümüze Uluslararası Sağlık Kuruluşları. *Sağlık Yönetimi Dergisi*. 1(1): 58-66.

Şahin, Y. (2015). *Kentleşme Politikası*. Bursa: Ekin Yayınevi.

Şimşek, F. (2014). 19. Yüzyılın İkinci Yarısında Osmanlı Liman Kentlerinde Karantina Uygulaması. *Berna Türkdoğan Uysal Armağan Kitabı* (ss. 399-412). Editörler Şenol Kantarcı ve Fatma Şimşek. Ankara: Sonçağ Yayıncılık.

Tekeli, İ. (2011). *Kent, Kentli Hakları, Kentleşme ve Kentsel Dönüşüm*. İstanbul: Tarih Vakfı Yurt Yayınları.

The Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations. (2018). *Press Release Of The World Urbanization Prospects 2018*. <https://population.un.org/wup/Publications/Files/WUP2018-PressRelease.pdf>, (08.10.2018).

Tognotti, E. (2013). Lessons from the History of Quarantine, from Plague to Influenza A. *Emerging Infectious Diseases*, 19(2): 254-259.

Toprak, Z. (2008). *Kent Yönetimi ve Politikası*. İzmir: Siyasal Kitabevi.

Turan, R., Safran, M., Hayta, N., Çakmak, M. A., Dönmez, C. ve Şahin, M. (2010). *Atatürk İlkeleri ve İnkılap Tarihi*. Ankara: Okutman Yayıncılık.

Türk Dil Kurumu.

http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5bcccaa66042b7.47452751, (21.10.2018).

Türkiye Cumhuriyeti. (2012). *Uluslararası Giriş Noktalarında Halk Sağlığı Acil Durumu Ulusal Eylem Planı*. İstanbul.

T.C. Atatürk Kültür, Dil ve Tarih Yüksek Kurumu Atatürk Araştırmaları Merkezi Başkanlığı. (2013). *Türkiye İktisat Kongresi'ni Açış Söylevi İzmir*. <http://www.atam.gov.tr/ataturkun-soylev-ve-demecleri/turkiye-iktisat-kongresini-acis-soylevi-izmir>, (10.08.2019).

T.C. İçişleri Bakanlığı. (03.04.2020). *Şehir Giriş/Çıkış Tedbirleri ve Yaş Sınırlaması*. <https://www.icisleri.gov.tr/sehir-giriscikis-tebirleri-ve-yas-sinirlamasi>, (15.04.2020).

T.C. İçişleri Bakanlığı. (10.04.2020). 2 Gün Sokağa Çıkma Yasağı. <https://www.icisleri.gov.tr/2-gun-sokaga-cikma-yasagi>, (15.04.2020).

T.C. Kalkınma Bakanlığı (Mülga). (2013). *İllerin ve Bölgelerin Sosyo-ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması (SEGE-2011)*. Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (1997). *Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye ile İlişkileri*. Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2019) *Sağlık Bakanlığı Teşkilat Şeması*. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11444/teskilat-semasi.html>, (10.10.2019).

Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü. (2008). *Hudut ve Sahiller Sağlık Bülteni*. (5). <https://www.hssgm.gov.tr/content/documents/bultenler/2008%20Eyl%C3%BCl%20B%C3%BClteni.pdf>, (13.11.2019)

Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü. (2013). İzmir Liman Tatbikatı. <https://www.hssgm.gov.tr/Tatbikat/IzmirLimani>, (13.11.2019).

Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü. *Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğünün Kuruluşu ve Tarihsel Gelişimi*. <https://www.hssgm.gov.tr/Tarihce>, (11.10.2019).

Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü. *Uluslararası Sağlık Tüzüğü (2005)*. <https://www.hssgm.gov.tr/UluslararasıSağlıkTuzugu#>, (11.10.2019).

Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü. (2016). *Seyahat Sağlığı El Kitabı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü. (2018). *2018-2022 Stratejik Planı*. <https://www.hssgm.gov.tr/content/documents/belgeler/2018-2022%20Stratejik%20Plan.pdf>, (10.10.2019).

Türkiye İstatistik Kurumu. *Gümrüklere Göre Dış Ticaret İstatistikleri*, <https://biruni.tuik.gov.tr/disticaretapp/menu.zul>, (01.09.2019).

Uludağ, O. Ş. (1938). Son Kapitülasyonlardan Biri: Karantina. *Belleten*. 2(7-8): 445-467.

Urla Belediyesi. *Urla Karantina Adası*. <http://www.urla.bel.tr/Urla/2/urla-karantina-adasi>, (15.08.2019).

Uysal, U. (2017). *II. Dünya Savaşı Yıllarında İzmir Limanı ve Limanın Kent Sosyoekonomik Etkisi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Atatürk İlkeleri ve İnkılap Tarihi Enstitüsü.

Ülker, N. (1994). *XVII. Ve XVIII. Yüzyıllarda İzmir Şehri Tarihi I Ticaret Tarihi Araştırmaları*. İzmir: Akademi Kitabevi.

Ünal, N. (2015). *İki Osmanlı Liman Kenti İzmir ve Selanik*. Ankara: İmge Kitabevi.

Varlık, N. (2017). *Akdeniz Dünyasında ve Osmanlılarda Veba 1347-1600*. Çev. Hazal Yalın. İstanbul: Kitap Yayınevi.

Weber, M. (2012). *Şehir: Modern Kentin Oluşumu*. Çev. Musa Ceylan. İstanbul: Yarın Yayınları.

World Health Organization. (1958). *The First Ten Years of the World Health Organization*. Geneva: WHO Press.

World Health Organization. (2020). *Rolling Updates On Coronavirus Disease (COVID-19)*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>, (11.03.2020).

World Health Organization. (12.01.2020). *Novel Coronavirus – China*.
<https://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en>,
(01.03.2020).

World Health Organization. (21.01.2020). *Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report – 1*. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf>, (01.02.2020).

World Health Organization. (31.01.2020). *Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report – 11*. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200131-sitrep-11-ncov.pdf?sfvrsn=de7c0f7_2, (03.02.2020).

World Health Organization. (29.02.2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 40*. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200229-sitrep-40-covid-19.pdf?sfvrsn=7203e653_2, (02.03.2020).

World Health Organization. (31.03.2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 71*. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200331-sitrep-71-covid-19.pdf?sfvrsn=4360e92b_4, (02.04.2020).

World Health Organization. (30.04.2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 101*. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200430-sitrep-101-covid-19.pdf?sfvrsn=2ba4e093_2, (05.05.2020).

World Health Organization. (31.05.2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 132*. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200531-covid-19-sitrep-132.pdf?sfvrsn=d9c2eaf_2, (03.06.2020).

Yaşayanlar, İ. (2015). *Sinop, Samsun ve Trabzon'da Kolera Salgınları, Karantina Teşkilatı ve Kamu Sağlığı Hizmetleri (1876-1914)*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Bursa: Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Yıldırım, N. (1985). Tanzimat'tan Cumhuriyet'e Koruyucu Sağlık Uygulamaları. *Tanzimat'tan Cumhuriyet'e Türkiye Ansiklopedisi*. İstanbul: İletişim Yayınları. 5: 1320-1338.

Yıldırım, N. (2006). Osmanlı Coğrafyasında Karantina Uygulamalarına İsyanlar: Karantina İstemezük. *Toplumsal Tarih*. (150): 18-27.

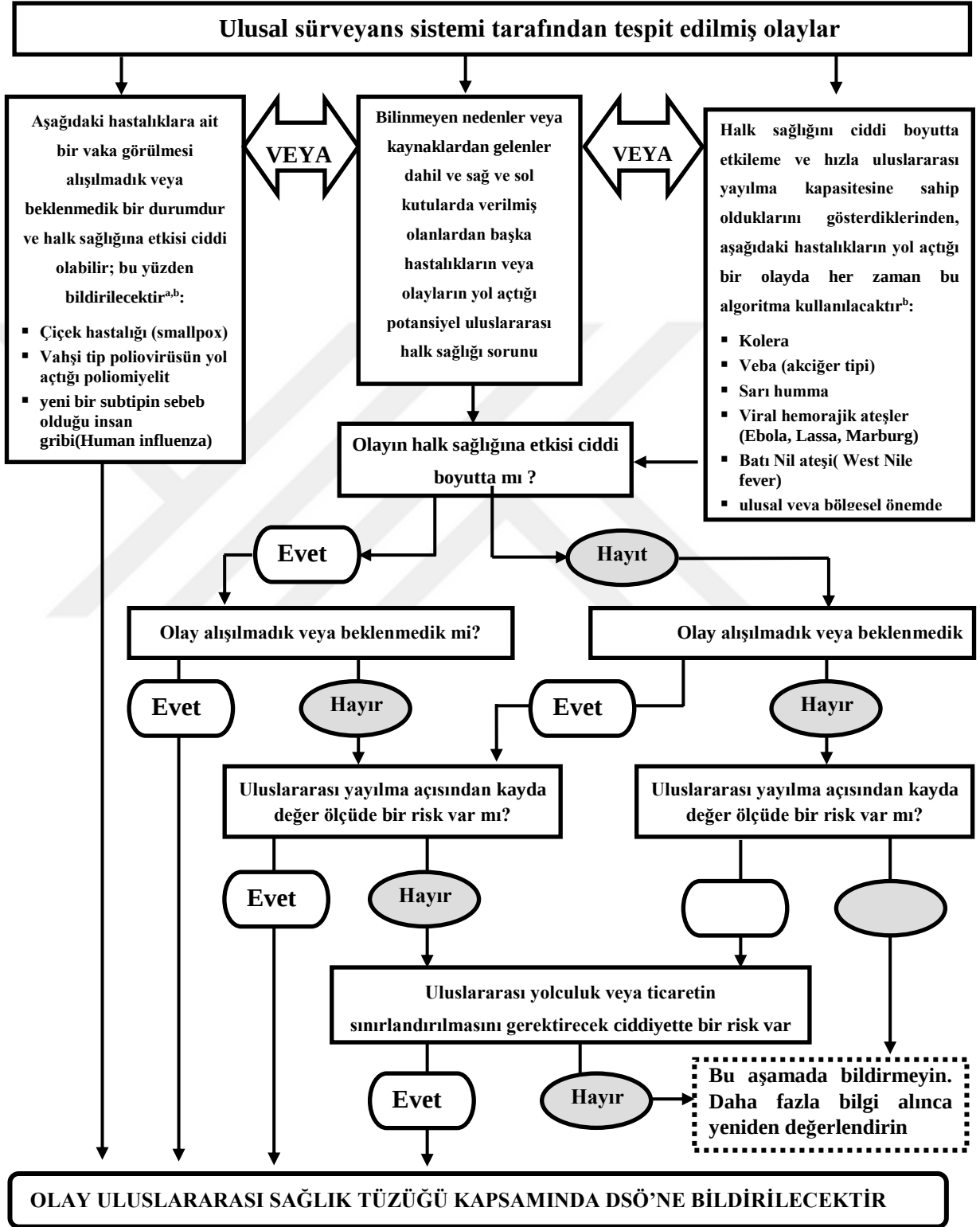
Yorulmaz, I. (05.02.2020). Koronavirüs - Japonya'da karantinaya alınan yolcu gemisinin en az 10 yolcusunda virüs çıktı. *BBC Türkçe*. <https://www.bbc.com/turkce/haberler-dunya-51383334>, (06.02.2020).

Zhang, L. (2015). People's Republic of China. *The Law Library of Congress, Global Legal Research Center Legal Responses to Health Emergencies* (ss. 50-61). <https://www.loc.gov/law/help/health-emergencies/health-emergencies.pdf>, (01.02.2020).



EKLER

EK 1: Uluslararası Önemli Haiz Bir Halk Sağlığı Aciliyeti Oluşturabilecek Olayların Değerlendirilmesi ve Bildirimi İçin Karar Aracı



^a DSÖ vaka tanımlamalarına göre

^b Hastalık listesi yalnızca bu Tüzük amaçları için kullanılacaktır.

EK 2: Deniz Sağlık Bildirimi Örneği

Yabancı limanlardan gelen gemilerin kaptanı tarafından doldurulup yetkili makamlara teslim edilecektir.

..... limanında, ... tarihinde teslim edilmiştir.

Geminin ya da iç su gemisinin adı

Kayıt / IMO Numarası geldiği yer.....
gideceği yer.....

(Tabiiyeti)/(Geminin bayrağı).....

Gemi kaptanının adı

(Geminin) grostonu

(İç su gemisinin) tonajı

Gemide geçerli bir Sağlık Kontrolünden Muafiyet / Sağlık Kontrol Sertifikası var mı?

Evet Hayır

Düzenlendiği yer Tarih

Yeniden inceleme gerekiyor mu?

Evet Hayır

Gemi /Deniz aracı Dünya Sağlık Örgütü tarafından tespit edilen etkilenmiş bir bölgeye uğradı mı?

Evet Hayır Uğrak limanı ve tarih

Yolculuğun başlangıcından itibaren veya son otuz gün içinde, hangisi daha kısa ise, uğrak limanların çıkış tarihleri ile birlikte listesi:

.....
.....

Varıştaki yetkili makamın talebi üzerine, mürettebatı, yolcuları veya uluslararası yolculuğa başladığından itibaren veya son otuz gün içinde, hangisi daha kısa ise, gemiye/deniz aracına binmiş diğer kişileri, bu süre zarfında

uğradığı tüm limanları/ülkeleri içerecek şekilde listeleyiniz. (ilave isimleri ilişikteki listeye ekleyiniz):

(1) İsim bindiği yer: (1) (2) (3)

(2) İsim bindiği yer: (1) (2) (3)

(3) İsim bindiği yer: (1) (2) (3)

Gemideki mürettebatın sayısı

Gemideki yolcuların sayısı

SAĞLIK SORULARI

(1) Yolculuk boyunca gemide bir kaza sonucu olanlar dışında ölen yolcu oldu mu?

Evet Hayır

Evet ise ayrıntıları ilişik tabloda belirtiniz. Toplam ölü sayısı

(2) Gemide ya da uluslar arası yolculuk esnasında enfeksiyon olduğundan şüphelendiğin herhangi bir hastalık var mı?

Evet Hayır

Evet ise ayrıntıları ilişikte belirtiniz.

(3) Yolculuk esnasında, hasta yolcuların toplam sayısı, normalden/beklenilenden daha mı fazladır?

Evet Hayır Ne kadar hasta kişi var ?

(4) Şu anda gemide hasta kişi var mı?

Evet Hayır

Evet ise, ayrıntıları ilişikte belirtiniz.

(5) Bir tıp doktoruna danışıldı mı?

Evet Hayır

Evet ise yapılan tıbbi tedavi veya önerilerin ayrıntılarını ilişikte belirtiniz.

(6) Gemide enfeksiyona ya da hastalığın yayılmasına yol açabilecek bir durum biliyor musunuz?

Evet Hayır.....

Evet ise ayrıntıları ilişkide belirtiniz.

(7) Gemide herhangi bir sağlık önlemi uygulanmış mıdır? (örn. karantina, tecrit, dezenfeksiyon veya dekontaminasyon)

Evet Hayır

Evet ise; yeri, türü ve tarihini belirtiniz.....

(8) Gemide kaçak yolcu bulundu mu?

Evet Hayır

Evet ise bunlar gemiye (biliniyorsa) nereden binmişlerdir?.....

(9) Gemide hasta hayvan ya da evcil hayvan bulunmakta mıdır?

Evet Hayır

Not: Gemi tabibi yoksa, kaptan şu belirtileri, enfeksiyöz türdeki bir hastalığın varlığından şüphelenmek için esas olarak dikkate almalıdır:

(a) birkaç gün süren ateş ile birlikte olan; (i) bitkinlik (ii) bilinç azalması (iii) beze şişmesi (iv)sarıklık (v) öksürük veya nefes darlığı (vi) alışılmadık kanamalar; veya (vii) felç.

(b) ateşli veya ateşsiz : (i) deride akut her hangi bir tipte raş veya erüpsiyon ; (ii)ciddi kusma (deniz tutması haricinde); (iii) ciddi ishal; veya (iv) tekrarlayan konvülziyonlar.

Ben, bildiğime ve inanışlarıma göre, bu Sağlık Bildiriminde (ilişkileri ile birlikte) sorulan sorulara verdiğim cevap ve ayrıntıların doğru ve hakikate uygun olduklarını beyan ederim.

İmza

Kaptan

Mukabil İmza

Gemi tabibi (varsa)

Tarih

EK 3: Deniz Sağlık Bildirimi Örneğine İlişik Ek

Adı ve soyadı	Sınıfı veya vazifesi	Yaş	Cinsiyeti	Tabiiyeti	Gemiye/deniz aracına binildiği liman /tarih	Hasta lğın türü	Hastalğın ilk bulgularının görüldüğü tarih	Liman tıp görevlisine bildirilmiş mi?	Vakamın sonucu (*)	Hastaya verilen ilaç ve diğer tedaviler	Yorumlar (Görüşler)

* Durum:

(1) kişi iyileşti mi, halen hasta mı veya öldü mü? ve

(2) kişi halen gemide mi, tahliye edildi mi (liman ve havaalanı adı bildirilecek) ya da denize mi gömüldü?

EK 4: Biyolojik Nedenli Halk Sağlığı Acil Durumlarında Yapılacak İşlemler ve Kurumların Görevleri

BİYOLOJİK NEDENLİ HALK SAĞLIĞI ACİL DURUMLARINDA	
Kurum	Görev
Sınır Mülki İdare Amirliği	Koordinasyondan sorumludur ve yetki alanı içinde Eylem Planının idari olarak yürütülmesini sağlar.
THSSGM SDM	- Halk sağlığı risk değerlendirmesi yapar, - Bilimsel danışmanlık yapar, - UST UON'ı bilgilendirir, - Sınır Mülki İdare Amirinin başında olduğu kriz merkezini aktive eder, - Kontrol önlemlerini belirler ve uygulanmasını sağlar, - Halk sağlığı tedbirlerini koordine eder ve gerektiğinde izolasyon ve dekontaminasyon önlemlerinin alınmasını sağlar, - İl Sağlık Müdürlüğü, İl Kamu Hastaneler Birliği ve İl Halk Sağlığı Müdürlüğü ile temasa geçer, - Bulaşık gıda ve /veya enfekte hayvan varsa İl Gıda, Tarım ve Hayvancılık Müdürlüğü ile temasa geçer, - İlgili UGN kurumlarının personelinin kişisel koruyucu ekipman (KKE) kullanmasını sağlar ve KKE kullanımına ilişkin tavsiyede bulunur. - Etkilenmiş olduğu düşünülen kişi, eşya, yük, konteynır, kargo, mal vb ile ilgili gerekli sağlık önlemlerini ilgili kurumlarla birlikte alır, - Gerekli durumlarda taşıt, kargo, yük, gıda, su ve kontamine olmuş alanın diğer kurumlarla birlikte dekontaminasyon ve dezenfeksiyon işlemlerinin yapılmasını veya mevzuata uygun olarak yetkilendirilmiş kurum/kuruluşlara yaptırılmasını sağlar.
UGN İşletici Kuruluşu	İlgili tüm personelin olay yerine sevinde, UGN trafiğinde gerekli düzenlemelerin yapılmasında, acil duruma yol açan taşıtın yavaşacağı uygun alanın düzenlenmesinde ve gerekirse alanın boşaltılmasında olay yeri yönetim sorumlusunun talimatı doğrultusunda organizasyonu yapar.
Gümrük Müdürlüğü	- Gümrüklü alanlarda yolcu eşyası ve diğer kargo ile ilgili gerekli önlemleri alır, - Kontamine olduğu düşünülen ve numune alınan kargo, yük, ve yolcu eşyasını sonuçlar gelene kadar muhafaza eder.
Kolluk Kuvvetleri EGM Gümrükler Muhafaza Genel Müdürlüğü Jandarma Genel Komutanlığı Sahil Güvenlik Komutanlığı Özel Güvenlik	- İlgili alanın ve temaslı olduğu düşünülen kişilerin izolasyonu için güvenliği sağlar, - İlgili teknik uzmanlar ve sağlık ekiplerinin güvenli ve rahat çalışabilmeleri için gerekli önlemleri alır.
İl Halk Sağlığı Müdürlüğü	- SDM ile ortaklaşa çalışarak, konu ile ilgili eğitim almış personel desteği sağlar, - Etkilenmiş kişilerden ve taşıtlardan yetkililerce alınan numunelerin İl Halk Sağlığı Laboratuvarlarında tahlilini, gerekiyorsa belirlenmiş bir üst referans laboratuvara gönderilmesini ve sonuçların bildirimini sağlar.
İl Sağlık Müdürlüğü	- Erken uyarı düzeyi 1 durumunda il sağlık müdürlüğü gerekli gördüğü diğer il müdürlüklerini ve Bakanlığı, gecikme olmaksızın, olayın niteliği ve gelişimi hakkında bilgilendirir. Bu bilginin alınması üzerine, illerin yetkili kuruluşları konu ile ilgili değerlendirme yapar, önlem alır, işbirliği ve koordinasyonu sağlar ve gerekirse Bakanlığın desteğini talep eder, - Erken uyarı düzeyi 2 durumunda il sağlık müdürlüğü gerekli gördüğü diğer il müdürlükleri ve Bakanlığı, gecikme olmaksızın, olayın niteliği, gelişimi ve alınacak önlemler hakkında bilgilendirir, - Erken uyarı düzeyi 3 durumunda ilgili il sağlık müdürlüğü gerekli gördüğü diğer il müdürlüklerini ve Bakanlığı gecikme olmaksızın kesin tehdidin niteliği ve kapsamı, gelişimi ve alınacak önlemler hakkında bilgilendirir, - Sevki gereken olguların referans hastanelere 112 ambulansı ile naklini sağlar, - Müdahale gerektiren durumlarda UMKE'yi aktive eder, - Gerektiğinde sağlık personeli desteği sağlar, - Üniversite/egitim-araştırma hastaneleri ve ilgili diğer kurumlardan bilimsel danışmanlık alımı, uzman ve laboratuvar kullanımı ve benzeri alanlarda destek sağlar, - İldeki özel ve kamu sağlık kurum ve kuruluşları arasındaki koordinasyonu sağlar.
İl Kamu Hastaneleri Birliği	- Yatarak/ayaktan tedavisi gereken kişilerin önceden belirlenmiş sağlık kurumlarında tedavi edilmesini sağlar, - Gerekirse uzmanlarca, UGN'lerdeki sağlık personeline danışmanlık hizmeti verilmesini sağlar.
İl Gıda, Tarım ve Hayvancılık Müdürlüğü	- Gıda numunelerini alır ve kendi laboratuvarında değerlendirir, - Etkilenmiş ürünlere/mallara ilişkin düzeltici önlemlerin uygulanmasını sağlar, - Gerektiğinde veterinerlik hizmeti sağlar.

EK 5: Kimyasal Nedenli Halk Sağlığı Acil Durumlarında Yapılacak İşlemler ve Kurumların Görevleri

KİMYASAL NEDENLİ HALK SAĞLIĞI ACİL DURUMLARINDA	
Kurum	Görev
Sınır Mülki İdare Amiri	Yetki alanı içinde Eylem Planının idari olarak yürütülmesini sağlar.
THSSGM SDM	- UGN Kriz merkezini aktive eder, - İl Afet Acil Durum Müdürlüğü ile temasa geçer, - HSAD'ın yeri ve özelliğine göre (kişi ve bölge) izolasyon önlemleri alınmasını sağlar, - Ajanla temas eden kişi ya da kişiler varsa, ilk müdahalelerini yapar ve gereken durumlarda gerekli önlemler alınarak referans kuruma sevkini sağlar, - Bunun için İl Sağlık Müdürlüğü ve İl Kamu Hastaneler Birliği ile bağlantı kurar, - Ajanın teşhis edilmesi amacıyla; kişi, kargo, gıda ve sudan örnek alınması ve gönderilmesi için İl Halk Sağlığı Kurumu ve İl Tarım Müdürlüğü ile bağlantı kurar, - Ajanın özelliği ve etki alanına göre riskli alanda görevli tüm personelin KKE kullanmasını sağlar, - KKE kullanımına ilişkin tavsiyede bulunur, - Etkilendiği düşünülen personel varsa tedavisini ve/veya sevkini sağlar, - Taşıt, kargo, yük, gıda, su ve kontamine olmuş alanın-arındırma işlemini yapar veya mevzuata uygun olarak yetkilendirilmiş kurum/kuruluşlara yaptırır.
UGN İşletici Otoritesi	İlgili tüm personelin olay yerine sevkinde, UGN trafiğinde gerekli düzenlemelerin yapılmasında, acil duruma yol açan taşıtın yavaşacağı uygun alanın düzenlenmesinde ve gerekirse alanın boşaltılmasında olay yeri yönetim sorumlusunun talimatı doğrultusunda organizasyonu yapar.
Gümrük Müdürlüğü	- Gümrüklü alanlarda yolcu eşyası ve diğer kargo ile ilgili gerekli önlemleri alır, - Kimyasal ajan ile teması olduğu düşünülen ve numune alınan kargo, yük, yolcu eşyasını sonuçlar gelene kadar muhafaza eder, - Etkilenmiş malların ve kargoların izolasyonunu sağlar, - Kimyasal riskin ilk tespiti durumunda hangi önlemlerin alınacağı, kime haber verileceği ve nasıl muhafaza edileceği konularındaki gerekli işlemleri yerine getirir.
Kolluk Kuvvetleri EGM Jandarma Genel Komutanlığı Gümrükler Muhafaza Genel Müdürlüğü Sahil Güvenlik Komutanlığı Özel Güvenlik	- İlgili alanın izolasyonu için güvenliği sağlar, - İlgili teknik uzmanlar ve sağlık ekiplerinin güvenli ve rahat çalışabilmeleri için gerekli önlemleri alır.
İl Halk Sağlığı Müdürlüğü	- SDM ile ortaklaşa çalışarak personel desteği sağlar, - Valilik Başkanlığında gerekirse ilgili tüm sektörlerin de katılımı ve koordinasyonunu sağlayarak özellikle İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü ile etkilenmiş kişilerden ve taşıttan alınan numunelerin İl Halk Sağlığı Laboratuvarında tahlilini, gerekiyorsa bir üst referans laboratuvarına gönderilmesini ve sonuçların bildirimini sağlar.
İl Sağlık Müdürlüğü	- Erken uyarı düzeyi 1 durumunda il sağlık müdürlüğü gerekli gördüğü diğer il müdürlüklerini ve Bakanlık, gecikme olmaksızın, olayın niteliği ve gelişimi hakkında bilgilendirir. Bu bilginin alınması üzerine, illerin yetkili kuruluşları konu ile ilgili değerlendirme yapar, önlem alır, işbirliği ve koordinasyonu sağlar ve gerekirse Bakanlığın desteğini talep eder, - Erken uyarı düzeyi 2 durumunda il sağlık müdürlüğü gerekli gördüğü diğer il müdürlüklerini ve Bakanlık, gecikme olmaksızın, olayın niteliği, gelişimi ve alınacak önlemler hakkında bilgilendirir, - Erken uyarı düzeyi 3 durumunda ilgili il sağlık müdürlüğü gerekli gördüğü diğer il müdürlüklerini ve Bakanlık gecikme olmaksızın kesin tehdidin niteliği ve kapsamı, gelişimi ve alınacak önlemler hakkında bilgilendirir, - Sevki gereken olguların referans hastanelere 112 ambulansı ile naklini sağlar, - Müdahale gerektiren durumlarda UMKE ekiplerini aktive eder, - Gerektiğinde sağlık personeli desteği sağlar, - Üniversite/egitim-araştırma hastaneleri ve ilgili diğer kurumlardan bilimsel danışmanlık alımı, uzman ve laboratuvar kullanımı ve benzeri alanlarda destek sağlar, - İldeki özel ve kamu sağlık kurum ve kuruluşları arasındaki koordinasyonu sağlar.
İl Kamu Hastaneleri Birliği	- Yatarak/ayaktan tedavisi gereken kişilerin önceden belirlenmiş tedavi kurumlarında tedavi edilmesini sağlar, - Gerekirse uzmanlarca, UGN'lerdeki sağlık personeline danışmanlık verilmesini sağlar.
İl Gıda, Tarım ve Hayvancılık Müdürlüğü	- Gıda numunelerini alır ve kendi laboratuvarında değerlendirir, - Gerektiğinde veterinerlik hizmeti sağlar.
İl Afet ve Acil Durum Müdürlükleri	İl Halk Sağlığı Müdürlüğü ile koordinasyon kurarak birlikte çalışır.

EK 6: Radyolojik/Nükleer Nedenli Halk Sağlığı Acil Durumlarında Yapılacak İşlemler ve Kurumların Görevleri

RADYOLOJİK/NÜKLEER NEDENLİ HALK SAĞLIĞI ACİL DURUMLARINDA	
Kurum	Görev
Sınır Mülki İdare Amirliği	Yetki alanı içinde Eylem Planının idari olarak yürütülmesini sağlar.
THSSGM SDM	- UGN Kriz Merkezini aktive eder, - TAEK ile temasa geçer, - HSAD yeri ve özelliğine göre (kişi ve bölge) izolasyon önlemlerinin alınmasını sağlar, - Bu ajanla temas eden kişilerin, ilk müdahalelerini yapar ve gerekli önlemler alınarak referans kuruma sevkini sağlar, - Kurumların kendilerinde bulunan KKE'nin kullanılması konusunda riskli alanda görevli tüm personeli bilgilendirir ve kullanılmasını sağlar, - Etkilendiği düşünülen personel için gerekli önlemleri alır, - Taşıt, kargo, yük, gıda, su ve kontamine olmuş alanın arındırma işlemini yapar veya mevzuata uygun olarak yetkilendirilmiş kurum/kuruluşlara yaptırır.
UGN İşletici Otoritesi	İlgili tüm personelin olay yerine sevkinde, UGN trafiğinde gerekli düzenlemelerinin yapılmasında, acil duruma yol açan taşıtın yanaşacağı uygun alanın düzenlenmesinde ve gerekirse alanın boşaltılmasında olay yeri yönetim sorumlusunun talimatı doğrultusunda organizasyonu yapar.
Gümrük Müdürlüğü	- Gümrüklü alanlarda yolcu eşyası ve diğer kargo ile ilgili gerekli önlemleri alır, - Radyolojik ve nükleer dedektör ölçümlerin eşik değer üstünde olması durumunda eşyanın nereye konulacağı, nasıl izole edileceği ve önlemlerin nasıl alınacağı konularında gerekli çalışmaları yapar, - Nükleer/Radyolojik ajan ile teması olduğu düşünülen ve numune alınan kargo, yük, ve yolcu eşyasının sonuçlar gelene kadar muhafazası için TAEK ile işbirliği yapar.
Kolluk Kuvvetleri EGM Gümrükler Muhafaza Genel Müdürlüğü Jandarma Genel Komutanlığı Sahil Güvenlik Komutanlığı Özel Güvenlik	- İlgili alanın ve teması olduğu düşünülen kişilerin izolasyonu için güvenliği sağlar, - İlgili teknik uzmanlar ve sağlık ekiplerinin güvenli ve rahat çalışabilmeleri için gerekli önlemleri alır.
İl Halk Sağlığı Müdürlüğü	- SDM ile ortaklaşa çalışarak personel desteği sağlar, - Etkilenmiş kişilerden ve taşıtlardan alınan numunelerin tahlilini, gerekiyorsa bir üst referans laboratuvara gönderilmesini ve sonuçlarının bildiriminin sağlanması konularında İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü ile koordinasyon kurar.
İl Sağlık Müdürlüğü	- Erken uyarı düzeyi 1 durumunda il sağlık müdürlüğü gerekli gördüğü diğer il müdürlüklerini ve Bakanlığı, gecikme olmaksızın, olayın niteliği ve gelişimi hakkında bilgilendirir. Bu bilginin alınması üzerine, illerin yetkili kuruluşları konu ile ilgili değerlendirme yapar, önlem alır, işbirliği ve koordinasyonu sağlar ve gerekirse Bakanlığın desteğini talep eder, - Erken uyarı düzeyi 2 durumunda il sağlık müdürlüğü gerekli gördüğü diğer il müdürlükleri ve Bakanlığı, gecikme olmaksızın, olayın niteliği, gelişimi ve alınacak önlemler hakkında bilgilendirir, - Erken uyarı düzeyi 3 durumunda ilgili il sağlık müdürlüğü gerekli gördüğü diğer il müdürlüklerini ve Bakanlığı gecikme olmaksızın kesin tehdidin niteliği ve kapsamı, gelişimi ve alınacak önlemler hakkında bilgilendirir, - Sevki gereken olguların referans hastanelere 112 ambulansı ile naklini sağlar, - Müdahale gerektiren durumlarda UMKE ekiplerini aktive eder, - Gerektiğinde sağlık personeli desteği sağlar, - Üniversite/egitim-araştırma hastaneleri ve ilgili diğer kurumlardan bilimsel danışmanlık alımı, uzman ve laboratuvar kullanımı ve benzeri alanlarda destek sağlar, - İldeki özel ve kamu sağlık kurum ve kuruluşları arasındaki koordinasyonu sağlar.
İl Kamu Hastaneleri Birliği	- Yatarak/ayaktan tedavisi gereken kişilerin önceden belirlenmiş tedavi kurumlarında tedavi edilmesini sağlar, - Gerekirse uzmanlarca UGN'lerdeki sağlık personeline danışmanlık hizmeti verilmesini sağlar.
İl Gıda, Tarım ve Hayvancılık Müdürlüğü	- Gıda numunelerini alır ve kendi laboratuvarında değerlendirir, - Gerekli durumlarda veterinerlik hizmeti sağlar.
TAEK	Nükleer /Radyolojik HSAD'na diğer kurumlarla koordineli olarak müdahale yapar.

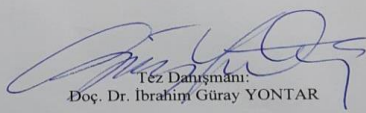
EK 7: Araştırma İznine İlişkin Evrak

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü
Ege Bölge Baştabıplığıne **Konak/ İZMİR**

Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisiyim. İzmir özelinde limanlardaki karantina uygulamalarının kent güvenliğinin sağlanması üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla akademik bir tez çalışması yürütmekteyim. Bu nedenle Makamlarının yetki alanında bulunan İzmir Alsancak Limanı'ndaki Uluslararası Sağlık Tüzüğü kapsamında yürütölen sağlık uygulamalarının işleyişine ilişkin bilgi edinmek amacıyla izniniz dahilinde kurumunuzda konuya vakıf bulunan personel ile yarı yapılandırılmış mülakat yapmayı talep ediyorum.

Gereğini takdirlerinize arz ederim. 29 / 02 / 2020


Ece GÜNDÜZ


Tez Danışmanı:
Doç. Dr. İbrahim Güray YONTAR

EK: Etik Kurul onayına ilişkin 1 adet yazı örneği

İletişim: [Redacted]
Adres: [Redacted]

Taraflımızca Uygun
Görölmüştür
Dr. Zafer ALTIN
19.04.2020
Sağlık Bakanlığı
İzmir Sahil Sağlık Müdürlüğü
Ege Bölge Baştabıplığıne

EK 8: Araştırmaya İlişkin Etik Kurul Kararı



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
HUKUK MÜŞAVİRLİĞİ

21 Şubat 2020

Sayı : 87347630/640 – 868
Konu : Ece GÜNDÜZ hk.

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : a)17.12.2019 tarih ve 57485104-302.15.06/16617 sayılı yazısı.
b)Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma ve Yayın Etik Kurulunun 14.02.2020 tarihli toplantısında alınan 2 nolu kararı.

İlgi (a)'da kayıtlı yazınız ile Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma ve Yayın Etik Kurulu tarafından değerlendirilmek üzere gönderilen anket formu ilgi (b)'de kayıtlı karar uyarınca etik ilkelere uygun olduğu anlaşılmış olup;
Bilgilerinizi rica ederim.


Prof. Dr. Nükhet HOTAR
Rektör

26.02.2020/30296

Adres:Cumhuriyet Bulvarı No:144 Alsancak/İZMİR/TÜRKİYE
Telefon:+90(232) 412 10 74 Fax:+90(232) 412 10 80
E-Posta: ezgi.dogan@deu.edu.tr Elektronik ag:www.deu.edu.tr

Bilgi için İrtibat
Ezgi AÇIKGÖZ



EK 9: Görüşme Soruları

GÖRÜŞME SORULARI

(Toplam 12 Soru)

- 1- İzmir Sahil Sağlık Denetleme Merkezi'nde toplam kaç personel görev yapmaktadır? (Tabip, Sağlık Memuru, Memur...)
- 2- İzmir Limanı 24 saat faaliyet halinde olduğundan kurumunuz personelinin mesai sistemi nasıl işlemektedir?
- 3- İzmir Limanı Ege Bölgesi'nin en yoğun limanı olduğundan personel, bina ve teknik altyapı gibi donanım bakımından Uluslararası Sağlık Tüzüğü kapsamındaki hizmetleri yürütmekte sorunlar yaşıyor mu? (Yaşanıyor ise bu sorunlar nelerdir.)
- 4- Bilindiği üzere Uluslararası Giriş Noktalarında Halk Sağlığı Acil Durum Ulusal Eylem Planı'na göre yerel eylem planlarının hazırlanarak belirli aralıklarla güncellenmesi gerekmektedir. Bu kapsamda İzmir Limanı Acil Durum Eylem Planı mevcut mudur? Mevcut ise ne sıklıkla güncellenmektedir ve uygulanabilirlik açısından test edilmekte midir?
- 5- İzmir Alsancak Limanı'ndan kente sızabilecek halk sağlığı riskleri nelerdir? Bunların önüne geçilmesi için Uluslararası Sağlık Tüzüğü kapsamında kurumunuzca alınan önlemler ve yapılan uygulamalar nelerdir? (Limanlara gelen yolcular, gemi mürettebatı ve eşyalar, taşıtlar, gıda maddeleri ve canlı hayvanlardan kente taşınabilecek hastalıkları önlemede yapılan işlemler nelerdir?)
- 6- İzmir Alsancak Limanı'na gelen gemilere serbest pratika verilmeden önce kurumunuzca Deniz Sağlık Bildirimi üzerinden yapılan risk değerlendirmesinde hangi kriterler dikkate alınmaktadır?
- 7- Yapılan risk değerlendirmesi sonrasında olası bir halk sağlığı tehdidinin tespit edilmesi halinde yapılan işlemler ve alınan tedbirler nelerdir, bir örnekle açıklayabilir misiniz?
- 8- Gemilerin karantina süreci nasıl işlemektedir ve karantina süresi ne kadardır?

- 9-** Bu süreçte diğer ilgili kurum ve paydaşlarla koordinasyon ve işbirliği nasıl sağlanmaktadır? Kurumlar arası işbirliği ve koordinasyonda sorunlar yaşanıyor mu? Konuya ilişkin değerlendirmeleriniz nelerdir?
- 10-** Kurumunuz yetkisi ve diğer ilgili kurumların işbirliği ile yürütülen limanlardaki karantina uygulamalarının kent güvenliği açısından olası riskleri önlemede bir etkisi olduğunu düşünüyor musunuz? Nedenleriyle açıklayınız.
- 11-** Limanlarda karantina uygulamalarının sağlıklı bir şekilde işlememesi ya da hiç yapılmaması halinde bu durum kentte sorunlara yol açar mı? Örneklerle açıklayınız.
- 12-** Diğer kurum personeli de dahil İzmir Limanı'nda çalışan personelin bulaşıcı hastalıklardan korunmasını sağlamak amacıyla alınan önlemler ve yapılan uygulamalar nelerdir? Bu önlem ve uygulamaların limandan İzmir kentine yayılabilecek salgın hastalıkları önlemede etkili olduğunu düşünüyor musunuz?