

## Sayın Nurzen Amuran'ın ODA TV Söyleşisi sorularına yanıtlarımız

### **Prof. Dr. Ahmet SALTİK**

Halk Sağlığı - Toplum Hekimliği Uzmanı

Ankara Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AbD

Mülkiyeliler Birliği Üyesi

[www.ahmetsaltik.net](http://www.ahmetsaltik.net) [profsaltik@gmail.com](mailto:profsaltik@gmail.com)

**Soru 1-** *Bu gün sizinle Şehir hastanelerini konuşacağız. Şehir hastanelerinin çıkış felsefesi insanın sağlıklı yaşam hakkını ne ölçüde koruyabilir, devletin temel görevlerinden biri olan sağlıklı birey yetiştirme sorumluluğuyla sağlık hizmetinin ekonomik değer olarak görülmesi arasında bir bağ nasıl kurulabilir. Bu soruların yanıtlarını arayacağız. Ama önce bazı sorularım olacak Toplum Hekimliği üzerine. Sağlık konusunda öncelik koruyucu hekimlik olmalı. Ülkemizde koruyucu hekimliğe yeterince önem veriliyor mu?*

**Yanıt 1 :** Teşekkür ederim size Sn. Amuran ve ODA TV'ye bu fırsat için. Önce Halk Sağlığı / Toplum Hekimliği tıp dalına değinmek gerekirse: Tıp Fakültesinden hekim olarak mezun olduktan sonra sınavla uzmanlık eğitimine girmek ve en az 4 yıl boyunca bu Tıp Dalında ihtisas yaparak uzmanlaşmak gerekiyor. Halk Sağlığı / Toplum Hekimliği tıp dalı, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, planlanması, yönetimi, politikaları, ekonomisi temelinde **kişilerin ve toplumun sağlığını korumayı önceleyen** bir tıp uzmanlık dalıdır. Pek çok yan ve ileri uzmanlık dalı vardır. Dolayısıyla Şehir Hastanelerinin ekonomi-politiği birçok boyutuyla Halk Sağlığı / Toplum Hekimliği tıp uzmanlık dalının bilimsel inceleme alanındadır.

Sağlık hizmetleri sosyal devletin 4 temel sorumluluğundan biridir. J.J. Rousseau'dan bu yana Yurttaş ile Devlet arasındaki Sözleşmede **Sağlık, Eğitim, Adalet ve Güvenlik** hizmetleri, benzetmek uygun ise masanın 4 ayağı gibi vazgeçilmezdir. "Her şeyin başı sağlık" söylemi bir yalın gerçeği vurgular.. Bu 4 hizmet için de öncelikle sağlıklı bir topluma, insangücüne gereksinimi vardır. Ne yazık ki ülkemizde Koruyucu Sağlık Hizmetleri hakettiği kritik öneme uygun verilmiyor. Sağlık hizmetleri kamusal sorumluluktan çıkarılıp değişik biçimlerde özelleştirilerek piyasalaştırılınca, bu alanda da bir tüketim putçuluğu (*fetişizmi*) başlatılıyor ve "daha çok - daha çok" sağlık hizmeti satılmak - pazarlanmak isteniyor. Adeta insanlar daha çok hastalansa da daha çok sağlık hizmeti-malı alsalar.. gibisinden aykırı, patolojik ve sürdürülemez bir kısır döngüye giriliyor.

**Soru 2-** *Ekonomik yönden değil de sosyal yönüyle 1. Basamak olarak kabul edilen aile hekimliği yüz yüze, yıllara dayanan devamlılık sağlayan hasta - doktor ilişkisi, geleneksel yapımıza uygun değil midir? 2. Basamağa ulaşmadan sağlık sorunlarının çözümünde sonuca daha kolay erişilemiyor mu?*

**Yanıt 2 :** Sağlık hizmetlerinde 1. Basamak, hastaneye yatırılmadan, ayakta verilen hizmetler ve birimlerdir. Yataklı Sağlık Kurumları dışında tüm sağlık birimleri 1. Basamak'tır. Aile Hekimliği, 2003'te AKP'nin başlattığı Dünya Bankası - IMF - AB dayatması kökü dışarıda Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel ayaklarından. Gerçekte 1. Basamağın bile özelleştirilmesidir. Nitekim Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları kamu personeli sayılmayıp, kendilerinden sözleşme ile hizmet satın almaktadır Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu. Bizim geleneklerimizde SAĞLIK OCAĞI - SAĞLIK EVİ sistemi 1961'de çıkarılan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası ile

yerleşmişti. Tanımlı bir bölge ve nüfusa yeter sayıda hekim, hemşire, ebe, tıbbi sekreter başta olmak üzere kapsamlı 1. Basamak hizmeti, “kişiyeye ve çevresine” dönük olarak takım (ekip) hizmeti olarak sunulurdu ve tümüyle kamusalı. Bu sistem yozlaştırılarak başarısız gösterildi, kılındı ve Aile Hekimliğine ortam hazırlandı. Aile hekimliği sisteminin temel 3 sakıncası var :

İlki, özelleştirilmiş olması, 2. si takım (ekip) hizmeti olmayıp tek hekime dayanması, 3. sü ise et - tırnak gibi olan “kişiyeye ve çevresine” dönük koruyucu sağlık hizmetlerini ayırması, sonkini Toplum Sağlığı Merkezlerine bırakmasıdır. Türkiye, Temmuz 2010’den bu yana tümüyle Aile Hekimliğine geçmiştir ve sistem verimli, beklenen başarıyla (*performansla*) yürümektedir. Sağlık Bakanlığı, ciddi aksamaların ayırımındadır ve örneğin Halk Sağlığı Merkezleri gibi ek bir yapılanma ile sistemi bütünleştirecek iken daha da parçalı, verimsiz ve başarısız kılacak tasarımlar içindedir. 1. Basamak, uluslararası standartlara uygun yürütülebilse, başvuran her yüz kişiden 80-90’ının sağlık sorunu çözülebilir ve yataklı kurumlar olan 2. ve 3. Basamak hastanelere gereksinim çok azalır. Dolayısıyla çok pahalı olan hastanecilik yatırımları sınırlandırılarak ulusal tasarruf yapılabilir. Ayrıca 1. Basamak sağlık birimleri insanların yaşam alanlarına en yakın yerlerde dağıtılmıştır, erişim çok kolay, hızlıdır. Oysa hastaneler belli yerlerde ve insanların hizmet almak için oralara erişmesi gerekir. Hele Şehir Hastaneleri ile bu sorun daha da belirginleşecek.. Örn. Ankara’da Bilkent ve Etlik olmak üzere iki dev şehir hastanesi bitirildiğinde, kente dağılmış olan öbür kamu hastaneleri kapatılacak. Beş milyonu aşkın nüfus bu 2 hastaneye yığılacak.. Oysa ulaşım altyapısı buna hiç elverir değil..

***Soru 3-*** *Aile hekimliği, ekonomik yönden de daha rantabl daha az maliyetli bir hizmet getirmiyor mu? Neden gerek altyapı gerekse fiziki yapı açısından aile hekimliğine yatırım yapılması tercih edilmiyor?*

***Yanıt 3 :*** Aile hekimliğinin başarılı olabilmesi için öncelikle o toplumun kültürü, gelenekleriyle uyumlu olması, toplumca benimsenmesi gerekir. Bizim için kökü olan bir kurum değildir. Kökleşmiş olanı, yukarıda da değindiğimiz gibi Sağlık Ocağı sistemi idi. Ebe - hemşire sorumlu olduğu nüfusu evlerinde düzenli olarak ziyaret eder, gebeleri saptar ve izler, aşıları yapar, çevreye dönük sağlık hizmeti de sunulurdu. Sağlık Ocağı hekim(ler)i tüm hizmetin sorumlusu ve eşgüdümçüsü idi. Halka sağlık eğitimi verilir, su ve gıda hijyeni başta olmak üzere okul sağlığı, aile planlaması gibi hizmetler kapsamlı, bütüncül, takım (ekip) olarak ve en önemlisi ücretsiz olarak, kamusal gözle verilir. Aile hekimleri şimdi yalnızdır, tek çalışanı Aile Sağlığı Elemanıdır, Aile Sağlığı Birimi - Merkezi’nin binası dahil tüm donanımını kendisi sağlamak zorundadır ve sorumlu olduğu nüfus ülke genelinde ortalama 3629 kişi dolayındadır (*toplam 6902 Aile Sağlığı birimi - hekimi*). Bu rakam İstanbul’da 3953 kişi/aile hekimi olup, ilgili yasanın öngördüğü üst sınır olan 4 bine dayanmıştır. Ayrıca İstanbul’da yaklaşık 250 aile hekimi aynı yasaya aykırı olarak “yalnız” çalışmaktadır, tek bir Aile Sağlığı Elemanı bile yoktur! Haftada yarım gün gezici sağlık hizmeti için ayrılmıştır. Bu amaçla araç sağlamak da Aile Hekiminin yükümlüdür. Pek çok aşılama - izleme hizmeti verilememekte, ciddi düzeyde aksamaktadır. Ek olarak Aile hekimlerine Sağlık Bakanlığı nöbet hizmeti yüklemektedir.

En önemli sorunlardan biri ise SEVK ZİNCİRİ sisteminin kurul(a)mamış olmasıdır. Deyim yerinde ise sistemin Aşıl topuğu burasıdır; acil durumlar dışında herkesin öncelikle kayıtlı olduğu aile hekimine başvurması ve ancak onun sevki ile hastaneye gidebilmesi.. Politik kaygılar ve Aile Hekimliği

sisteminin çok yönlü yetersizliği siyasetçilerce iyi bilindiğinden, bu işleyiş uygulanmamaktadır. Oysa bu sistemin uygulandığı ülkelerde sıkı bir sevk zinciri uygulaması vardır ve hastanelerde gereksiz yığılma önlenmektedir. Sağlıkta Dönüşümde iktidar, “hekim seçme özgürlüğü” bonusu ile halkın sempatisini, moda deyimle “hasta hoşnutluğunu” elde etmeyi önemsemektedir. Bu durumda da Aile Hekimliği Birimlerinin 1. Basamak olarak adeta içi boşaltılmış olmaktadır.

***Soru 4- Şehir hastanelerinin temel felsefesi nedir? Sosyal devlet anlayışıyla ne ölçüde bağdaşır?***

**Yanıt 4 :** Şehir hastaneleri, Sağlıkta Dönüşüm denen neo-liberal piyasalaştırıcı - özelleştirmeci - kâra dayalı sistemin 2. aşamasıdır. Bu politika Haziran 2003'te AKP eliyle başlatılmıştır ve 15. yılına girmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın hastanelerinin özelleştirilmesi demektir. Kamu Özel Ortaklığı / İşbirliği (KÖO) cıcaflı adıyla sunulmakta, gerçekte kamuyu sağlık sektöründen de giderek çekmektedir. Kamu, şehir hastanelerini yapmayacak Kamu Özel Ortaklığı/İşbirliği (İng. PPP) Yasası yasa uyarınca;

- Özel sektöre bedelsiz Hazine arsası tahsis edecek
- Finansman için kredi = borç bulması için Hazine güvencesi (garantisi) vererek kefil olacak
- Gerçek bedelinin çok üstünde maliyetlerle yapılan veya öyle gösterilen lüks inşaatların şişirilmiş maliyetleri nedeniyle amortisman, yatırım indirimi - teşviki.. gibi araçlarla vergi kaçırılmasına göz yumacak
- Hiç gerekmediği halde 5 yıldızlı otel - lokanta standartlarında yapılan hastane binalarının 25-30 yıl kiracısı olmayı yükümlenecek (*taahhüt edecek*)
- Kirayı her yıl enflasyon oranının altında kalmamak üzere artıracak
- Yatak kapasitesi %70'i doldurulamazsa farkı Hazineden hastaneyi yapıp-işleten şirkete ödeyecek
- Bu binaları yapıp Sağlık Bakanlığına kiralayan şirketler hastanede çok kârlı olan görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerini de kendileri sunacak
- Gerekli teknik - tıbbi araç gereci bulunduracak
- Otelciliğe ek lokantacılık hizmet verecek
- Hastane döner sermaye gelirlerinden öncelikli olarak şirketin alacakları ödenecektir.
- Şehir Hastanesi yerleşkelerinde pek çok yan hizmet (otopark, alışveriş mağazaları, eczane...) de bu şirketlere bırakılacak..

.....

Ve yandaş şirketler 25-30 yıl sonra, sözleşmeye göre, ekonomik ömrünü doldurmuş bina - tıbbi ve teknik araç-gereci Sağlık Bakanlığı'na devredecektir. Öngörülen 17 Şehir Hastanesi için ilgili yandaş şirketler çok şişirilmiş rakamlarla yaklaşık 10 milyar \$ harcayacak, 25 yıl içinde en az 27 milyar \$ olarak geri alacaklardır. Temel felsefe, yineleyelim; Sağlık Bakanlığı hastanelerinin özelleştirilmesi, ***yandaş sermayeye kamudan kaynak aktarılması***dır. Gelecek kuşaklar bile yerel - küresel sermayeye borçlandırılmakta; sermayenin ise gelecek kuşaklarının dahi kamu kaynağı ile görüncü (refahı) ve gelceği güvence altına alınmaktadır. Daha şimdiden, Mersin - İsparta Şehir Hastanelerinde gerçekte olmayan döner sermaye gelirlerinin (SGK geriödemeleri ve hastalardan katkı payı, Sağlık Bakanlığı ödemeleri) yetersiz kaldığı ve açıldığından bu yana birkaç aydır sağlık çalışanlarının performans ücretlerinin ödenmediğini öğreniyoruz. Çünkü öncelik Şirketin!

Öte yandan, Sağlık Bakanlığı'nın görece mütevazı binalarında bile hastalardan 12 kalemde “katkı payı” alınmakta iken, Şehir Hastanelerinde bu “katkıların” (!) hızla artırılacağı ya da hizmet nitelik ve kapsamının daraltılacağı matematiksel bir kesinliktir. Anımsayalım, Genel Sağlık Sigortası 1 Ekim

2008'de 5510 sayılı yasa ile zorunlu olarak başlatıldığında özel sağlık kuruluşlarından sağlık hizmeti alımında ödenecek katkı payı %20 olarak saptanmıştı. Bu rakam, birkaç yıl içinde 10 kez büyütüldü ve ayırık (istisnai) hizmetlerde kamuda - özelde daha fazla olabilmekle birlikte %200'e çıkarıldı!

Bu soruda sonuç olarak; şehir hastaneleri sağlık turizmini de hedeflemekte olup, uzun olmayan bir süre sonra özel hastaneler gibi yüksek ek ödemelerle hizmet verebilecektir. Vergi veren halk, kendi vergisiyle yapılan ve sürekli Hazine'den finanse edilen bu lüks - özelleşmiş hastanelerden hizmet alamayacak; üst katmanları ve yabancıları finanse etmiş olacaktır.. Bu durum yoksuldan varsıla kaynak aktarımdır ve AKP siyasetinin bilinçli bir tercihidir; gelir dağılımını daha da bozacak, yoksulluğu yatay ve dikey olarak daha da derinleştirecek ve toplum sağlığını kötüleştirecektir! İngiltere örneği başta olmak üzere, KÖO yoluyla denenen şehir hastaneleri pek çok ülkede iflas etmiş ve ağır kamusal zararlara yol açmıştır; ancak bu arada öngörülen sermaye aktarımı ise geri dönüşümsüz, fiilen yapılmış olmaktadır. Ahlaki ve etik bakımdan mahkum edilmek gerekir.

***Soru 5-*** Sağlık düzeninde yeni yapılanma olarak sunulan şehir hastanelerinin kuruluşu ve işleyişi bizim sağlık taleplerimize yanıt verecek midir? Bu projenin gerçekleşmesi en çok kimlere yarayacaktır, Kamunun yükünü artırmayacak mıdır?

**Yanıt 5 :** Bu sorunuzun yanıtını 4. soru kapsamında ayrıntılı olarak vermiş oluyorum.

***Soru 6-*** Kâr hedefiyle oluşturulan Şehir hastanelerinin başarı ölçütleri arasında bu kurumlara başvuran hasta sayısının çok olması, Hasta ve tıbbi işlem sayısının yüksek olması gösteriliyor. Bu durum Aile Hekimliğinin kuruluş amacıyla bir çelişki yaratmıyor mu?

**Yanıt 6 :** Çılgın bir kısır döngüye tutsak edilmiştir sistem. Kişi başına yıllık hekime başvuru sayısı 2002'lerde 2,5 dolayında iken Sağlıkta Dönüşüm ile 8'i aşmıştır. Bu rakam siyaset kurumunca hekime erişimin kolaylaştırılması olarak sunulmaktadır. Gerçekte ise bir alarm verisidir. İnsanlar nitelikli sağlık hizmeti alıp sağlık sorununu çözemediği için dolaşıp durmaktadır. Sağlık Bakanlığı, hasta başına muayene süresini 10 dk. olarak sınırlamıştır. Hatta geçtiğimiz aylarda 5 dakikaya indirilmesi düşünülmüştü. Oysa Dünya Sağlık Örgütü standardı ortalama 20 dakikadır. Psikiyatrik hastalar ve özellikle olgular bunun dışındadır. Ancak hastaneler hasta yüküyle boğulur ve bol tetkik isteyip bol ilaç yazarak tıbbi hatadan sakınmak ve hastayı rahatlatmak isterken, 1. Basamak olan Aile Hekimliği birimleri, hastane reçetelerini yazmakla ilevsiz duruma düşürülmektedir. Çok ağır ve hazin bir çelişki, çarpıklık, verimsizlik, kaynak israfı ve halkı kandırma politikasıdır, bitmelidir.

***Soru 7-*** Neden kâr odaklı değil de insan odaklı sağlık politikaları uygulanmıyor, öngörülen yatırımlarda sağlık personeline yapılacak yatırımın öncelik taşıması gerekmez mi?

**Yanıt 7 :** Bu yakıcı sorunuzun nedenini sözde neo-liberal küreselleşTİRmeci, yeni emperyalizmde aramaktan başka yol yok! Kapitalizmin tunç yasası "en çok kâr" (*maximum profit*).. GATS Anlaşmaları ve Dünya Bankası normlarına göre sağlık hizmetleri ile mallarının öbür sektör mal ve hizmetlerinden farkı yok!? Sağlık hizmetleri de bir meta! Alınıp satılır, piyasaya bırakılmalıdır ve devlet - kamu kenara çekilerek sermayeye - piyasaya - şirketlere açmalıdır bu kârlı alanı. Devlet salt gece bekçisidir, gölge etmemelidir! Dolayısıyla insanlık dışı ve düşmanı bu yabanıl (*vahşi*) politika dayatmalarıyla yüzleşmeli, halkı da yaşadıklarıyla aydınlatarak bilinçlendirmelidir. İnsan Hakları

Evrensel Bildirgesi'nin 25. maddesinde Sağlık, doğuştan kazanılan bir **temel insan hakkıdır!**

**Soru 8-** *Gündemden düşmeyen bazı konularda da sorularım olacak.. Bir hekim olarak Nuriye Gülmen ve Semih Özakça'nın durumlarını değerlendirmenizi istiyorum: Haksızlığa karşı mücadelede açlık grevi son çare olup, önemli olan yaşam hakkının korunmasıdır. Birey kendi iradesiyle bu riskli kararı alır. Onu ve haklarını korumak da devletin sorumluluğudur. Bir Hekim, hangi aşamada yaşam hakkının korunmasında sorumluluğu almalıdır? Açlık grevlerinde demokratik haklar nerede başlar nereye kadar devam eder?*

**Yanıt 8 :** [www.ahmetsaltik.net](http://www.ahmetsaltik.net) adresli web sitemizde bu konuda epey yazı yazdık. Birisi "**AÇLIK GREVLERİ ÜSTÜNE**" başlıklı, tıklanarak okunabilir. Özetle, açlık grevi kişinin özgür istencine bağlıdır. Bilincini yitirmedikçe zorla besleme yapılamaz. Bu durumda bile ileriye dönük bilinci açıkken irade belirtmişse yine bağlayıcıdır. Hiçbir hekim bu yönde zorla müdahale yapamaz. Ancak Cezaevlerinde Cezaların ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı ile ilgili yasada boşluklar vardır. Asıl olan bu insanlarla özdeşim/duygudaşlık (empati) kurmaktır. Bu gün ölüm orucunun 120. günüdür. Dile kolay, tam 4 aydır bu 2 insan 20 ve 30 kg'dan daha çok tartı yitirerek bir deri - kemik kalmıştır. Ayağa kalkamamaktadırlar ve acılar içindedirler. Salt tuzlu - şekerli su içmekte ve B1 vitamini almaktadırlar. Literatürde 100 gün kritik eşiktir. **Nuriye ve Semih'i her an yitirebiliriz** veya Wernicke-Korsakoff denilen ağır ve dönüşümsüz bir beyin zedelenmesi gelişebilir.

Bu 2 masum genç insan ile siyaset kurumu inatlaşmamalıdır. İşlerine iade edilerek bir yandan yargılanmaları sürdürülmelidir. Zaten işe başlama kararı verilse bile aylarca sağaltım (tedavi) alacak, çalışamayacaklardır. Bu arada da yargılama sonlanır ve gereği yapılır. Durum acildir ve geri dönüşümsüz aşamadır. AKP iktidarını ACİLEN empati kurmaya çağırıyoruz..

**Soru 9-** *Nuriye Gülmen ve Semih Özakça için ".. Wernicke-Korsakoff sendromu sınırındadırlar" deniliyor. Nedir bu rahatsızlık? Avrupa Konseyi'nden Jagland, OHAL Komisyonu'nun bir an önce çalışmasını, Nuriye Gülmen ve Semih Özakça'nın durumunun netleşmesini talep ediyor. Siyasi iktidar için bu riskli bir bedel değil midir?*

**Yanıt 9 :** Bu sorunuzu da 8. soru bağlamında yanıtladım. Nuriye - Semih'in ölümü ya da sürekli engelli kalmasından siyasal iktidar doğrudan ve 1. dereceden sorumludur. Bu çok nettir!

**Soru 10-** *18.06.2017 tarihinde TBMM Genel Kurulunda kabul edilen Torba yasa ile Üniversite öğretim üyelerine ilişkin yeni düzenlemeler var: "Doktoralı araştırma görevlilerinin yalnızca %20'si yardımcı doçentliğe yükselebilmekte, doktora sonrası araştırmacı adı altında yeni bir düzenleme getirilmekte, "performans denetimi akademik yükselmenin temel ölçütü olacaktır." denilmekte. Bu düzenlemelerin sonuçları neler olabilir? Bu torba yasada bilimsel özerkliği koruyan düzenlemeler var mı?*

**Yanıt 10 :** Hayır... Bilimsel özgürlük ve akademik özerklik zaten 2547 sayılı Yükseköğretim yasasının özünde yok. Hatta muradı tam tersi. Anaysanın 129-130. maddeleri de askıda. Ciddi kayırmacılığa yol açabilecek, akademik yüksel(til)melerde keyfilik sorunu öne çıkabilecek, yandaş kayırmalar önlenemez düzeye erişebilecektir. Bu, FETÖ dışı başkaca tarikat - cemaatlere yükseköğretim sisteminde kadrolaşma olanağı demektir.

**Soru 11-** Geçen hafta Gazeteci Özcan Kadioğlu'nun yaptığı bir araştırmaya göre "Milli Eğitim Bakanlığı'nın 2017-2019 bütçesinde fen liseleri için 109.6 milyon lira, imam hatip okullarına ise 1.7 milyar lira bütçe ayrılmış. 24 Haziran 2016 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan Milli Eğitim Bakanlığı Kurum Açma, Kapatma ve Ad Değiştirme Yönetmeliği uyarınca, açılacak bütün okullara abdesthane ve mescit zorunluluğu getirilmiş. Bir başka karar da 'Evrin Teorisinin' lise eğitim müfredatından kaldırılması. Amaç artık eğitim kalitesini yükseltmek mi yoksa salt dindar bir nesil mi yetiştirmek?"

**Yanıt 11 :** AKP dindar değil "dinci" kuşaklar yeiştirme peşinde. Erdoğan bizzat söyledi bunu ve "Dininizi - kininizi eksik etmeyin" dedi. Bu girişim başta Anayasa'nın 24. maddesi olmak üzere 2, maddeye, 42. maddeye, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'ne ve Türkiye'nin taraf olduğu birçok uluslararası andlaşma - sözleşmeye aykırıdır. Bu yönetmelik Danıştay'dan dönmelidir, AKP böyle yaparak toplumu daha da kutuplaştırıyor ve çağdaş bilimden koparıyor..

**Evrin bilimsel bir gerçektir. Onu perdelemek yobazlık ve bilim düşmanlığıdır, gericiliktir.**

**Soru 12-** Üniversitelerimizde ne yazık ki siyasi iktidara muhalefet eden her bilim insanı terör örgütleriyle ilişkilendiriliyor. Kuşkusuz aralarında bağlantısı olanlar da vardır ancak olmayanların çoğunlukta olduğu da görülüyor. Bir bilim insanının yetişmesi kolay mı, bilime yapacağımız yatırımın temelinde bilim insanı olmalı değil mi?

**Yanıt 12 :** Bu sorunun yanıtı Büyük Atatürk'ün 1936'da açtığı Ankara Üniversitesi Dil Tarih Coğrafya Fakültesi'nin alnında yazıyor...

✓ **Yaşamda en gerçek yol gösterici bilimdir, tekniktir..**

21. yüzyılda dünyada - yaşamda tutunabilmenin anahtarı - motoru **BİLİMSEL AKILCILIKTIR**. Bu gerçek er ya da geç ülkemizde de algılanacaktır. Ancak AKP tüm okulları İmam-hatip okulu yapmak gibi çok tehlikeli ve zararlı bir takıntı içinde. Bunun mutlaka aşılması gerek.

➤ **Cumhuriyetin temel değerlerine sahip çıkarak varolabilir ve ilerleyebiliriz ancak.. Başka hiçbir çare yok!**

Teşekkür ederim. 06 Temmuz 2017.



<http://odatv.com/asil-olan-aclik-grevi-yapan-insanlarla-empati-kurmaktir-0907171200.html>, 09 Temmuz 2017