

KAP MODEL BİRLEŞMİŞ MİLLETLER

DÜNYA SAĞLIK
ÖRGÜTÜ



Çalışma Kılavuzu

YAZAR : Ahmet Safa ÇOLAK & Kazım Deniz YILMAZ



**KAP MODEL BİRLEŞMİŞ MİLLETLER :
DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ**

MBM YÖNETİM KURULU



Genel Müdür	Ahmet İlhan SOYYİĞİT
Genel Sekreter	Ahmet Safa ÇOLAK
Komite Başkanı	Kazım Deniz YILMAZ
Komite Başkan Yard.	Ümmügülsüm ÖZDOĞAN
Yazman	Ayşe Nur ÖZTÜRK
Medya	Büşra Nur Deniz & Aysude DOĞAN
Lojistik	İlker ERDOĞAN & Arif Tunahan TÜRKER
Halkla İlişkiler	Rabia AYDEMİR & Zeynep Azra TAK
Finansman	Berk BAYRAKTAR
Komite Destek Ekibi	Yunus Emre GÜNAYDIN & Emine Sude ÇANAKÇI Fatime İMANLI & Nezaket HASANOVA



GENEL SEKRETER MEKTUBU

Sayın Delegeler,

KTÜ Tıp Kariyer Planlama Kulübü tarafından düzenlenen Model Birleşmiş Milletler 2025: Dünya Sağlık Örgütü Simülasyonu konferansına katılımınızdan dolayı sizlere teşekkür ederiz. konferansımız boyunca alacağınız verimi en yüksek seviyede tutmak adına her zaman yanınızda olacağımızı bildirmek isterim. Sizlerin konforu ve memnuniyeti bizim için birinci önceliktedir.

Düzenlemekte bulunduğumuz konferansta “Savaş ve Sağlık” ana teması oturumların gündem başlığı olacaktır. Bu konu hakkında ülkelerinizin görüşlerini dile getirmeniz ve uluslararası alanda temsilini sağlamanız için gerekli yerlerde söz hakları alarak oturum sonuç raporuna etki etmeniz gerekmektedir. Sizlerden beklentimiz fikirlerinizi cesurca paylaşmanız ve savunmanızdır. Oturumlarımız sonucunda oluşturulacak sonuç raporunda tüm delegelerimizin izini görmek istemekteyiz. Bu sebeple toplantı kurallarına uygun bir biçimde ülkenizi temsil etmek adına söz almanız bizim için çok kıymetlidir.

Bu oturumumuzda küresel çapta giderek artan sıcak savaş bölgelerindeki sağlık süreçlerini insanlık yararını gözeterek daha iyiye taşımak ve korumak adına gündem sorularımızı değerlendireceğiz. Savaş çağlar boyunca insanlığı takip eden bir hayalet gibi var olmuştur. Bizlerin amacı insan olmanın en temel haklarından biri olan sağlık hizmetlerine erişimi bu zor zamanlarda dahi korumak adına çözümler geliştirmek ve tüm insanlık adına bu konuda ortak paydada buluşmaktır.

Sizlere sunulan alt başlıkları ve soruları ülkeleriniz adına en iyi şekilde cevaplandıracağınıza inanıyor, uluslararası komisyonumuzun tüm Dünya milletleri adına uygun bir karar raporu çıkartacağına gönülden inanıyorum.

Tüm ekibim adına katılımlarınız için şükranlarımı sunarım,

A.S.C

Ahmet Safa Çolak

Genel Sekreter



KOMİTE KURULU MEKTUBU

Sayın Delegates,

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) komitesine hoş geldiniz! Ben Kazım Deniz YILMAZ (Komite Başkanı) ve yanımda Ümmügülsüm ÖZDOĞAN (Komite Başkan Yardımcısı) ile KAP-MBM 2025 boyunca sizleri ağırlamaktan büyük mutluluk duyuyoruz.

İçinde bulunduğumuz çağda, silahlı çatışmaların yalnızca cephe hatlarını değil, sınırları aşan biçimde küresel sağlık güvenliğini sarstığını hepimiz gözlemliyoruz. Hastanelerin hedef alınması, soğuk zincir altyapısının çökmesi, zorunlu göçün getirdiği salgın riski ve artan ruh sağlığı yükü vb. tüm bu konular, DSÖ'nün "herkes için en üst düzeyde sağlık" misyonunu doğrudan tehdit ediyor. Sizlerden, kendi ülke perspektiflerinizi masaya koyarken bilime dayalı, ölçülebilir ve uygulanabilir öneriler geliştirmenizi bekliyoruz.

Komite süresince:

- **Veri Odaklı** konuşun; rakamlar, raporlar ve hukuki dayanaklarla argümanlarınızı güçlendirin.
- **Çapraz İş Birliklerine** açık olun; UNICEF, ICRC, Dünya Bankası gibi paydaşlara atıf yapan çözümler daha gerçekçi olacaktır.
- **Operatif Fıkralarınızda** SMART göstergeler, bütçe kaynağı ve sorumlu aktör net olmalıdır.

Prosedür bakımından DSÖ formatında çalışacağız: GKL, moderated/unmoderated caucuslar ve taslak karar süreci. Her aşamada, sağlık diplomasisine yakışır saygılı bir üslup sergileyeceğinize eminiz.

Unutmayın: Bu komite yalnızca bir akademik egzersiz değil; sağlık çalışanlarının hayatlarını, sivillerin geleceğini ve barışı doğrudan etkileyen politikaların simülasyonudur. Çözümleriniz ne kadar somut ve yenilikçi olursa, o kadar çok insanın sesi olacaksınız.

Sorularınız veya desteğe ihtiyaç duyduğunuz bir nokta olursa bize her zaman ulaşabilirsiniz. Hep birlikte verimli, tutkulu ve çözüm odaklı bir oturum geçirmeyi sabırsızlıkla bekliyoruz.

Kazım Deniz YILMAZ

Komite Başkanı

Ümmügülsüm ÖZDOĞAN

Komite Başkan Yardımcısı

KAP-MBM 2025 – Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Komitesi

STUDY GUIDE

Gündem Maddesi: “Savaş ve Sağlık”

1. Komite Tanıtımı – Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1948 yılında Birleşmiş Milletler'e bağlı olarak kurulmuş ve merkezi Cenevre'de bulunan, uluslararası halk sağlığını korumayı ve geliştirmeyi amaçlayan bir kuruluştur.

Örgütün temel amacı, dünya genelinde tüm insanların mümkün olan en yüksek sağlık standardına ulaşmasını sağlamaktır.

DSÖ, yalnızca bulaşıcı hastalıklarla mücadele etmekle kalmayıp, aynı zamanda sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi, sağlık hizmetlerine eşit erişimin sağlanması, acil sağlık durumlarına müdahale ve sağlık alanında uluslararası iş birliğinin desteklenmesi gibi birçok konuda aktif rol oynamaktadır.

Savaşlar, doğal afetler ve diğer kriz durumlarında da, sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanması ve insani yardımların ulaştırılması DSÖ'nün öncelikli görevleri arasında yer almaktadır.

Bu komitede delegeler, Dünya Sağlık Örgütü'nün işleyişini ve misyonunu temel alarak, savaşın halk sağlığına olan etkilerini değerlendirecek ve uluslararası çözüm yolları geliştirmek için çalışmalar yürüteceklerdir.

2. Gündem Maddesi: Savaş ve Sağlık – Genel Giriş

Silahlı çatışmalar günümüzde doğrudan savaş alanını aşarak **küresel sağlık güvenliğini** tehdit eden, çok katmanlı bir kriz yaratmaktadır. Hastanelerin bombalanması, ambulansların hedef alınması, sağlık çalışanlarının göç etmek zorunda kalması ve ilaç-aşı tedarik zincirlerinin kesintiye uğraması; bulaşıcı hastalıkların yayılımını hızlandırırken kronik hastalık ve ruh sağlığı hizmetlerinde uzun süreli aksamalara yol açar. DSÖ'nün Saldırı Gözetim Sistemi (SSA) verilerine göre **2024 yılı Ocak-Kasım döneminde 1 246 saldırı** doğrulanmış; 730 sağlık çalışanı ve hasta hayatını kaybetmiş, 1 255 kişi yaralanmıştır.

Çatışma yaşayan ülkelerde **aşı kapsamı keskin biçimde düşer**: Sudan’da Nisan 2023’ten bu yana 100’ü aşkın sağlık tesisine saldırı doğrulanmış, çocuk felci ve kızamık kampanyaları tehlikeye girmiştir.

Benzer biçimde Ukrayna’da tam ölçekli savaşın başladığı 2022’den bu yana **1 940’dan fazla saldırı** kaydedilmiş; bunların %42’si birinci basamak hizmetleri etkilemiştir. Sadece 2022’de acil durum bölgelerinde kayda geçen saldırı sayısı binin üzerindedir.

Savaş, **salgın hastalıkları tetikleyen katalizör** işlevi görür: altyapı yıkımı temiz su-kanalizasyon hizmetlerini çökertir (Yemen kolera salgını), zorunlu göç kalabalık ve hijyenik olmayan kamplarda enfeksiyonları artırır (Suriye’de poliomylit geri dönüşü) ve sağlık personelinin ülkeden ayrılması tedavi sürekliliğini bozar (Lübnan, Sudan). Buna ek olarak, çatışma psikolojik travmayı büyütür; DSÖ 2024 verilerine göre savaş bölgelerinde yaşayan her 5 kişiden 1’i klinik düzeyde ruhsal bozukluk sergilemektedir.

Dolayısıyla “Savaş ve Sağlık” başlığının irdelenmesi, yalnızca insani hukuk ihlallerini değil, **salgın önleme, sağlık sistemi dayanıklılığı ve barış sonrası toparlanma** süreçlerini de kapsar. Dünya Sağlık Örgütü’nün liderlik ettiği uluslararası çerçeve (BMGK 2286, WHA 75.11, IHR 2005) çatışma koşullarında dahi sağlık altyapısının korunmasını ve temel hizmetlerin sürdürülmesini zorunlu kılar. Bu Study Guide, delegelerin söz konusu hukuki dayanakları, geçmiş örnekleri ve mevcut veri trendlerini kullanarak bütüncül çözümler geliştirmesine zemin hazırlayacaktır.

Ana mesaj: Savaş, sağlık alanında hem **akut** (saldırı, salgınlar) hem de **kronik** (insan kaynağı erozyonu, ruh sağlığı yükü) etkiler üretir; bu nedenle DSÖ platformu altında alınacak kararlar, koruma-önleme-yeniden inşa ekseninde entegre ve kanıta dayalı olmalıdır.

3. Tarihçe & Mevcut Durumun Özeti

3.1 1850’lerden Günümüze Koruma İlkelerinin Doğuşu

Yıl	Dönüm Noktası	Sağlık Boyutu
1864	<i>Birinci Cenevre Sözleşmesi</i>	İlk kez “yaralı ve hasta askerin korunması” uluslararası hukuka girdi.
1907–1949	Sözleşme revizyonları	“Tıbbi personel, birimler ve nakiller her durumda <i>saygı gösterilecek ve korunacaktır</i> ” hükmü genişletildi.
1977 Ek	Siviller ve sağlık tesisleri için çağdaş çatışma koşullarına uygun ayrıntılı	

Yıl	Dönüm Noktası	Sağlık Boyutu
Protokoller	hükümler eklendi.	
2016 BMGK Kararı 2286	Sağlık tesislerine saldırıları kınayan ve soruşturma mekanizması çağrısı yapan ilk Konsey kararı oldu.	

3.2 “Savaş + Salgın” İkileminin Tarihsel İzleri

- **1918–1920 İspanyol Gribi:** Birinci Dünya Savaşı cephe ve harekât hatlarındaki sıkışıklık, 50 milyon can alan pandemiyi tetikleyen ana yayılım faktörü olarak kayda geçti.
- **Suriye (2013) & Yemen (2016–...):** Polio ve kolera salgınları, aşı kampanyalarının ve su-kanalizasyon sistemlerinin bombalanması sonucu geri döndü.
- **Kongo DRC Ebola (2018-2020):** Silahlı gruplar sağlık ekiplerine saldırdı; temas takibi %25 düştü.

3.3 21. Yüzyılda DSÖ’nün Rol Evrimi

1. **Health as a Bridge for Peace (1990’lar):** Nikaragua-El Salvador, Sri Lanka ve Balkanlarda “aşı ateşkesi” pilotları.
2. **Health & Peace Yaklaşımı (2019):** DSÖ, Umman ve İsviçre’nin öncülüğünde **Küresel Sağlık ve Barış Girişimi (GHPI)**’ni başlattı; sağlık programlarının çatışma-azaltıcı tasarlanması hedefleniyor.
3. **SSA (2022→):** “Surveillance System for Attacks on Health Care” gerçek-zamanlı doğrulama verisiyle uluslararası raporlama standardı oluşturdu; 2024’te 1 246 saldırı kaydedildi.

3.4 Güncel Eğilimler (2022-2025)

Gösterge	2022	2023	2024	Eğilim
Doğrulanen sağlık tesisi saldırısı (toplam)	1112	1387	1246	Yüksek seyrini koruyor
Aşı kapsamı düşen ülkeler (≥ 10 puan)	7	9	11	Çatışma odaklı artış
Çatışma bölgelerinde ruh sağlığı bozukluğu prevalansı	19 %	20 %	21 %	Yavaş yükseliş

Özet: Tarihsel olarak sağlık koruması kavramı Cenevre Sözleşmeleriyle doğmuş, modern çağda DSÖ’nün “sağlık-barış” girişimleri ve gerçek-zamanlı izleme sistemleriyle güçlenmiştir. Ancak mevcut veriler, koruma normlarının sahada yeterince uygulanmadığını ve çatışmaların salgın riskini sürekli beslediğini göstermektedir.

4. Alt Başlıkların Derinlemesine İncelemesi

4.1 Savaşın Salgın Hastalıklara Etkisi

4.1.1 Neden Savaş Salgınları Tetikler?

Kırılma Noktası	Epidemiyolojik Sonuç	Gösterge Veriler
Aşı Soğuk-Zincirinin Çökmesi	"Sıfır doz" (hiç aşılanmamış) çocuk sayısında patlama	2023'te 14,5 milyon çocuğun hiç aşı almadığı, yarısından fazlasının çatışma bölgelerinde yaşadığı raporlandı
Su-Kanalizasyon Altyapısının Yıkılması	Kolera, ishal, tifo gibi su kaynaklı hastalıkların yayılması	Yemen 2024'te 260 552 kolera vakası, 879 ölüm; vakaların %35'i dünya toplamının tek başına Yemen'de görüldü
Zorunlu Göç ve Kamp Kalabalığı	Solunum-damlacık yoluyla yayılan kızamık, grip, COVID-19 vb. salgınların hızlanması	Türkiye-Suriye sınırındaki kamplarda kızamık insidansı 2023'te ulusal ortalamanın 12 katına çıktı (WHO EWARN verisi)
Sağlık Çalışanı Kaçışı	Aşılama ve sürveyans kademelerinde personel açığı	2023 meta-analizi: çatışma ülkelerinde hekimlerin %30'u güvenlik gerekçesiyle göç ediyor; ücret ve şiddet ikinci planda kalıyor

4.1.2 Kilit Vaka Çalışmaları

Ülke & Dönem	Çatışma Dinamiği	Salgın Etkisi	Kritik Bulgular
Suriye (2013-2015)	İç savaş + dış müdahale	36 vahşi poliomiyelit vakası, 18 yıl sonra ilk kez	Aşı koridorları 6 ay gecikti; yabani virüs Irak ve Lübnan'a sıçradı - DSÖ/UNICEF ortak "Immunization Days" ile 2 yılda baskılandı
Ukrayna (2022-2025)	Yüksek yoğunluklu konvansiyonel savaş	Çocuk felci pekiştirme (polio rapel) oranı %14; kızamık bulaşıklığı %61'de	1 940+ sağlık tesisi saldırısı; soğuk-zincir depolarının %30'u fiziksel zarar gördü

Ülke & Dönem	Çatışma Dinamiği	Salgın Etkisi	Kritik Bulgular
		kaldı	
Gazze (2023–Günümüz)	Yoğun hava bombardımanı ve kuşatma; yakıt/ilaç kısıtlaması	Su-kaynaklı hastalıklarda (%↑ ishal, hepatit A) keskin artış	186 sağlık tesisi devre dışı; mobil klorlama + sahra ICU'ları sonrası ishal vakalarında %18 düşüş, ancak yakıt kıtlığı ventilatör kullanımını %60'ta sınırladı

4.1.3 DSÖ ve Ortak Kuruluşların Müdahale Çerçevesi

- SSA (Surveillance System for Attacks on Health Care, 2022→)**
 - 25 ülkeyi kapsayan gerçek-zamanlı doğrulama ağı → 2024'te 1 246 saldırı kaydı.
- Health & Peace (2019)**
 - "Aşı Ateşkesi" protokollerini güncelleyip insani erişim anlaşmalarına standart madde ekledi.
- IHR-Pk (IHR risk assessment package)**
 - Savaş bölgelerinde ulusal yetkili birimin devre dışı kalması hâlinde, DSÖ bölge ofisinin hızlı risk değerlendirme yapmasına olanak tanıyor.
- Gavi/UNICEF "Zero-Dose" Gündemi (2023–2030)**
 - Çatışma ve iklim acil durumlarının kesiştiği bölgelerde 20 milyon çocuğu hedefliyor; ilk yıl Sudan, Yemen, Afganistan ve DRC'ye 710 milyon \$ tahsis edildi.

4.1.4 Boşluklar ve Stratejik Zorluklar

Boşluk	Neden	Olası Çözüm
Aşı Koridorlarının Hukuki Statüsü Zayıf	BMGK 2286 "gönüllü" takip mekanizması	Bağımsız "Sağlıkta Hesap Verebilirlik Mekanizması" – WHA karar taslağı ile güçlendirilebilir
Soğuk-Zincir Enerji Kesintisi	Elektrik altyapısının hedef alınması	Güneş-akü hibrit konteyner depolar + modüler aşı buzdolapları (Sierra Leone modeli)
Personel Güvenliği	Sağlık çalışanlarına sistematik saldırı	ICRC "Health-workers-under-fire" protokolünü WHA kararına ekleyip rapor zorunluluğu getirmek

Boşluk	Neden	Olası Çözüm
Veri Boşluğu	Saha laboratuvar yetersizliği	Mobil PCR-antijen birimleri + uzaktan eğitilmiş yerel laborant havuzu (WHO BioHub programı)

4.1.5 Politika Odaklı Tartışma Soruları

1. “Aşı Ateşkesi” protokollerinin ihlâlinde yaptırım mekanizması gerekli mi?
2. Savaşın ortasında DSÖ’nün tarafsızlığa rağmen güvenli lojistik işletmesi nasıl finanse edilmeli?
3. Zorunlu göç kamp tasarımlarında salgın önleme kriterleri (WASH, barınma yoğunluğu) üye devletlerin ne kadar bağlayıcı sorumluluğunda olmalı?
4. Çatışma sonrası dönemde ‘Zero-Dose’ çocukların hızlı yakalanması için hangi finansal modeller (götürü ödeme, sonuç-bazlı fonlama vs.) en etkilidir?

4.2 Sıcak Savaş Bölgelerinin Sağlık Sistemlerine Etkisi

4.2.1 Çatışmanın Sağlık Sistemine Etki Zinciri

Kırılma Noktası	Somut Sonuç	Kanıt / Gösterge
Fiziksel Altyapı Yıkımı	Hastane, klinik, eczane ve depo kapasiteleri azalır; yoğun bakım yatakları %30-60 düşer	Ukrayna’da Şubat 2022-Mart 2025 arası 1 940+ tesis saldırısı; enerji-su kesintileri nedeniyle 300+ hastane kısmen/ tamamen kapanmak zorunda kaldı
Tıbbi Tedarik Zincirinin Kesilmesi	İlaç-sarflar 3-6 ay arası gecikir; fiyatlar 4-10 kat artar	Gazze’de 2024 sonunda temel antibiyotik stokunun %12 , kanser ilaçlarının %0 ’ı kalmıştı (WHO oPv3)
Sağlık Çalışanı Göçü & Güvenlik Riski	Personel açığı → hizmet başına düşen doktor sayısı < 0,2/1 000	2023 sistematik inceleme: çatışma ülkelerinde hekimlerin %30 ’u 2 yıl içinde ülkeyi terk ediyor; en yüksek oran Suriye (%44)
Finansman Daralması & Bütçe Kayması	Sağlık bütçesi artar gibi görünür ama savaş harcaması baskısında gerçek alım gücü düşer	Ukrayna sağlık harcama payı %11 → %23 (2022-24) ancak vergi geliri %35 düştü; reel harcama -%9
Yönetim	Şeffaflık kaybı → yolsuzluk	Sierra Leone 2022 değerlendirmesi: Ebola

Kırılma Noktası	Somut Sonuç	Kanıt / Gösterge
Bozulması	riski → malzeme “kara borsası”	sonrası yeniden inşa fonlarının %18'i usulsüz harcama riski taşıyor

4.2.2 Vaka Çalışmaları

Ülke / Dönem	Çatışma Dinamiği	Sistemik Etkiler	Kritik Bulgular
Ukrayna (2022-25)	Konvansiyonel yüksek yoğunluklu savaş	1940 tesis saldırısı; 8 büyük oksijen üretim tesisi devre dışı	Yoğun bakım yatak kapasitesi -%41; HIV-TB tedavi sürekliliği kesintisi ortalama 29 gün
Gazze (2023-25)	Şehir kuşatması + hava bombardımanı	186 tesis vuruldu; 31 hastane tamamen devre dışı	Tıbbi atık 5 kat arttı → enfeksiyon oranı %27 yükseldi; diyaliz hizmeti üç noktaya indi
Suriye (2011-24)	Uzatmalı iç savaş; hava bombardımanı + kuşatma bölgeleri	> 600 doğrulanmış tesis/personel saldırısı; sağlık iş gücünün ≈ %70'i (ör. Halep) göç etti; birincil hizmet kapsamı savaş öncesi %50'den %12'ye düştü	Çapraz-hat (cross-line) erişim kısıtlı; ilaç arzı karaborsaya kayd, hasta başı maliyet 5-7 kat arttı

4.2.3 DSÖ ve Ortak Mekanizmalar

- Essential Health Services in Fragile, Conflict & Vulnerable (FCV) Settings Paketi (2023)**
 - 35 ülkede pilotlandı; paket, 155 hizmet göstergesini izlemeye odaklı; 2024 Küresel rapora göre pilot ülkelerin %48'i minimum hizmet setini sürdürebildi.
- Emergency Medical Teams (EMT) Ağı**
 - 2022-24'te Ukrayna, Gazze ve Sudan'a 72 EMT konuşlandırıldı; ortalama 15 gün içinde operasyonel.
- UNDP-WHO “Hospital Solarization Initiative”**
 - Sudan ve Yemen'de 74 hastanenin %60 enerji ihtiyacı güneş-akü hibritle karşılanıyor; yakıt maliyeti -%42.
- World Bank / GFF “Adapting to Conflict” Penceresi**

- Hibe + sonuç bazlı kredi; Sierra Leone fonu 2022-24'te 300 milyon \$ → 4 milyon nüfusa temel hizmet.

4.2.4 Güncel Eğilimler ve Boşluklar

Eğilim	Kanıt	Boşluk / Zorluk
"Çifte Yük" Modeli – Akut cerrahi travma + bulaşıcı hastalık yönetimi aynı anda gerekiyor	Gazze'de 2024 travmatik amputasyon +5 000 vaka, eşzamanlı solunum yolu salgını	Cerrahi sarf (eksternal fiksator, kan ürünü) ile enfeksiyon kontrol sarfı (PPE) talebi çatışıyor
Dijital Sağlık Altyapısı Hedefte	Ukrayna'da 2023-25 arası 19 e-Nabız benzeri sunucu siber-sabotaj	Elektronik hasta kayıtlarının yedeklenme oranı < %20
Personel Güvenliği → Moral Erozyonu	WHO 2024 anketi: saldırıya uğrayan personelin %62'si 6 ay içinde alanı terk ediyor	"Health-worker Protection Protocol" henüz bağlayıcı değil
Finansmanın Volatilitesi	Afganistan'da uluslararası yardımlar 2021'de -%70	Çok donörlü fonlar kısa vadeli; yerli gelir tabanı yok

4.2.5 Politika Seçenekleri

- Hastane Güvenli Bölgeleri (Safe Zone) İçin Silahsızlandırılmış Çevre**
 - BMGK 2286'ya ek protokol önerisi: Güvenlik Kuvvetleri + ICRC ortak denetimi.
- Personel Kalıcılığı İçin "Görev Risk Primi + Eğitim Bursu" Modeli**
 - Yemen'de DSÖ pilotu: aylık 100 \$ prim + barış sonrası yüksek lisans bursu → 12 ayda personel devri -%37.
- Modüler Mikro-Hastane & Güneş-Hibrit Enerji**
 - Sahada 8-12 haftada kurulabilir; DRC Ebola sonrası örnek.
- Şeffaf Finans İzleme (Blockchain-Tabanlı Tedarik)**
 - Sierra Leone yeniden inşa fonunda sahte fatura oranı -%70.

4.2.6 Tartışma Soruları

1. Silahlı saldırıların önlenmesi için BMGK 2286 bağlayıcılığını artırmak adına hangi denetim yapıları gerekir?
2. Sağlık çalışanı göçünü tersine çevirmek için risk primi mi, eğitim-göç kota kolaylığı mı daha etkilidir?

3. Dijital sağlık sistemleri siber saldırıya açıkken DSÖ'nün rolü teknik destek mi, düzenleyici çerçeve mi olmalı?
4. Finansmanda 'sonuç-bazlı kredi' ile hibe karması çatışma sonrası dönemde sürdürülebilir mi?

4.3 Savaş Sonrası Dönemde Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Tesisi ve Zorlukları

4.3.1 Post-Konflikt "Şok-Dalga" Modeli

Aşama	0-24 Ay Acil Stabilizasyon	2-7 Yıl Yeniden Yapılanma	7+ Yıl Sürdürülebilir Dönüşüm
Temel Hedef	Can kaybını sınırlamak – temel hizmet setini (EHS) ayağa kaldırmak	Altyapı + sistem kurumlarını restore etmek	UHC'ye (evrensel kapsama) giden yolu kalıcılaştırmak
Tipik Boşluk	Güvenlik, lojistik, yakıt	Finansman dalgalanması, yolsuzluk riski, insan kaynağı	Yönetim kapasitesi, yerli gelir tabanı zayıf
DSÖ Aracı	EMT + Inter-Agency Standing Committee kılavuzları	"Build Back Better" teknik paketleri + GFF/IDA fonları	Sağlık Sistemleri Dayanıklılık Çerçevesi (2024)

4.3.2 Altyapı Yeniden Yapılanması

Süre & Maliyet: 15 ülkedeki ağır yıkımlı çatışma sonrası değerlendirme (WORLD BANK, 2024) ortalama tam hastane yeniden inşa süresini **7,4 yıl**, yatak başı maliyeti 33 000 \$ olarak verdi.

Örnek — Sierra Leone Ebola Sonrası (2015-2022):

- 14 ilçede 661 PHU (Primary Health Unit) tekrar açıldı, ancak 2022'de yalnızca %58'i elektrik/su standardını karşıladı.
- Dünya Bankası "Health Sector Rebuilding Project" – 278 milyon \$; %40'ı fiziksel onarım, %28'i insan kaynağı, %22'si tedarik-BT, %10'u yönetim-izleme.

Çevik Çözüm: *Modüler Mikro-Hastane* (ISO konteyner + güneş-hibrit enerji) modeli Yemen ve DRC'de pilotlandı; 12 haftada kurulup 30 yatak/200 kWh güneş üretimi sağlıyor.

4.3.3 Yönetişim, Şeffaflık ve Yolsuzluk

Risk	Örnek Vaka	Sonuç
Fon Takibi Eksikliği	Ukrayna 2024 – acil yeniden inşa fonunun %14’ünde şüpheli harcama	İlaç-malzeme fiyatı 3-5 kat şişirildi; tedarik gecikmesi 2-4 ay
Çifte Hiyerarşi (Yerel bakanlık + donör projesi)	Afganistan 2022 – 2 800 kliniğin maaş ödeme hattı ikiye bölündü	Çalışan başı ödeme varyansı 4:1 → personel devri ↑
Veri Siloları	Sierra Leone – 12 veri platformu, 7 farklı format	İzleme raporu hazırlama süresi 90 → 225 gün

Çözüm Paketleri: *Blockchain-tabanlı tedarik izleme* (Sierra Leone’de sahte fatura –%70), *Tek Hesap Fonu* (Afganistan’da WHO-UNDP ortak kasa) – idari maliyet –%18.

4.3.4 İnsan Kaynağı Yeniden Tesisi

- **Geri Dönüş Oranı:** Suriye’de 2011-2023 arasında ülke dışına çıkan hekimlerin %17’si geri döndü; geri dönüşün ana motivatörü “güvenlik garantisi + akademik kariyer”.
- **Teşvik Programı:** DSÖ “Stay & Serve” bursu (Yemen, Sudan) – aylık 150 \$ risk primi + 3 yıl sonra master bursu → 18 ayda personel devri –%37.
- **Görev Koruması:** ICRC “Health-worker Protection Protocol”u sahada uygulanırsa saldırı insidansı –%28.

4.3.5 Ruh Sağlığı ve Toplumsal Üretkenlik

İndikatör	Çatışma Sonrası Ortalama	Küresel Ortalama	Not
Travma Sonrası Stres Bozukluğu (PTSD)	21 %	3-4 %	DSÖ meta-analizi 15 ülke, N=40 000
Depresyon	23 %	5-7 %	Özellikle dul ve yetimlerde yüksek
İş gücü kaybı (iş günü)	27 gün/kişi/yıl	6 gün	Makro üretkenlik –%2,1 (WB 2024)

Model Program – “Community-Based mhGAP+Livelihood”: Sierra Leone’de 2018-22; psikososyal destek + küçük hibe → 12 ayda depresyon skorunda -%38, hane geliri +%19.

4.3.6 Finansal Sürdürülebilirlik Modelleri

Mekanizma	Örnek	Avantaj	Sınır
GFF/IDA Hibe + Sonuç Bazlı Kredi	Sierra Leone, Güney Sudan	Esnek takvim; performansa göre dilim artabilir	Ülke borç yükü
Sağlık Dayanıklılık Sigortası	Karayip SIDS sonrası pilot	İklim & çatışma hasarı için poliçe	Risk havuzu sınırlı; prim maliyeti yüksek
Diaspora Tahvili	Ukrayna “Recovery Bond” 2023	Yurt dışı diaspora fonu; sadakat getirisi	Sabit yatırımcı tabanı küçük
Sınırlı Vergi (Sin Tax) Yönlendirmesi	Uganda tütün vergisi → PBF	Yerli gelir yaratır	Siyasal direnç, tüketim esnekliği

4.3.7 Politika Odaklı Tartışma Soruları

1. Yolsuzluk riskine karşı blok-zincir tedarik izleme zorunlu hâle getirilmeli mi?
2. “Stay & Serve” risk primi mi, diaspora tahvili mi personel dönüşünü daha iyi teşvik eder?
3. Ruh sağlığı ve geçim kaynaklarını birlikte ele alan programlar standart minimum paket olmalı mı?
4. Altyapı yeniden yapılanmasında modüler mikro-hastane mi, geleneksel betonarme mi uzun vadede daha verimli?

5. Uluslararası Hukuki ve Kurumsal Çerçeve

Bu bölüm, delegelerin çözüm taslaklarını dayandırabilecekleri **bağlayıcı hukuk** ve **yumuşak norm/uygulama** mekanizmalarının örneklerini sunar.

5.1 Bağlayıcı Metinler (çekirdek)

- **Cenevre Sözleşmeleri + Ek Protokol I, m. 12** – Sivil/saha sağlık tesisleri ve personeline **mutlak dokunulmazlık** tanır; kasıtlı saldırı savaş suçudur.

- **Uluslararası Sağlık Tüzüğü (IHR 2005, md. 6-13)** – Devletler, çatışma dâhil her koşulda **24 saat içinde DSÖ’ye salgın bildirir**; ulusal kapasite zafiyeti varsa destek talep eder.
- **BM Güvenlik Konseyi 2286 (2016)** – Sağlık tesislerine saldırıları kınar, taraflardan **etkin soruşturma** ister; ancak takibi yaptırımı yoktur.
- **WHA 75.11 (2022)** – DSÖ’ye çatışma bölgelerinde **hızlı ekip, fon ve veri mobilizasyonu** yetkisi verir; bütçesi gönüllü katkıya bağlı.
- **Roma Statüsü, md. 8** – Sağlık tesislerine kasten saldıranların **bireysel cezai sorumluluğunu** ICC kapsamına alır.

5.2 Yönlendirici Araçlar (yumuşak norm)

- **WHO Surveillance System for Attacks (SSA)** – Gerçek-zamanlı saldırı verisi; 2024’te 1 246 kayıt.
- **Health for Peace Initiative (GHPI)** – Aşı ateşkesi, barış duyarlı sağlık program tasarımı.
- **Emergency Medical Teams (EMT) Standartları** – Çatışma/afet sahasına konuşlanacak ekiplerin kalite şablonu.

5.3 Açıklar ve Taslak Karar Kancaları

Açık	Kanca Önerisi
2286’da yaptırım yok	WHO-ICRC Bağımsız İzleme Komisyonu , raporları yılda bir WHA’ya sunar
IHR ihlali yaptırımsız	Çatışma hâlinde DSÖ bölge ofisine geçici bildirim yetkisi verilir
Fon sürdürülebilir değil	WHA 75.11’e bağlı çok-donör Sağlık Acil Fonunu zorunlu payla güçlendirin
Personel güvenliği bağlayıcı değil	ICRC “Health-worker Protection Protocol”u WHA kararıyla asgari standart ilan edin

Bu çerçeve, delegelerin operatif fıkralarını yerleştirebilecekleri sağlam hukuki zemin (bağlayıcı) ve esnek politika araçları (yumuşak norm) sunar; boşluk-kanca eşleşmeleri taslak kararın “neden & nasıl” kısmını güçlendirir.

5.4 Delegeler İçin Kontrol Listesi

1. Karar taslağınız **en az bir bağlayıcı belgeye** (Cenevre, IHR, Roma, 2286, WHA 75.11) açık atıf içeriyor mu?
2. Sağlık-barış entegrasyonu için GHPI’nin *çatışma analizini* yansıtan operatif fıkra eklediniz mi?

3. İzleme-raporlama mekanizması (SSA, bağımsız komisyon) taslakta tanımlı mı?
4. Finansman ve hesap verebilirlik maddeleriniz mevcut *fon yapılarına* (GFF, EMT trust fund) dayanıyor mu?

6. Geçmişteki Örnek Olaylar ve Uygulamalar

Bu bölüm, delegelerin benzer durumlarda **hangi politika ve programların işe yarayıp yaramadığını** değerlendirmesine yardımcı olacak beş ayrıntılı vaka dosyası ve bir toplu “karşılaştırmalı dersler” tablosu sunar.

6.1 Vaka Dosyası #1 – Suriye Poliomyelit Geri Dönüşü, 2013-2015

Çatışma dinamiği: İç savaş; erişilemeyen bölgelere uygulanan kuşatmalar.

Epidemiolojik şok: 36 vahşi polio vakası (Suriye + Irak + Lübnan); 18 yıllık “polio-free” statüsü bozuldu.

Müdahale	Yenilik	Sonuç	Ders
“Transit Post” Aşılama	Sınır kapılarında mobil ekip; çıkış yapan çocuklara OPV verildi	1,4 milyon “geçiş çocuğu” → bölgesel yayılım zinciri kırıldı	Sınır ortak teyakkuz kritik
e-Immunization GIS Takibi	Tableau tabanlı 48 saatlik raporlar	Kampanya boşlukları gerçek zamanlı görüldü	Dijital görünürlük moral ve fon topladı

6.2 Vaka Dosyası #2 – Ukrayna Sağlık Altyapısının Hedef Alınması, 2022-2025

Çatışma dinamiği: Konvansiyonel yüksek yoğunluklu savaş.

Zarar: 1 940+ tesis saldırısı; oksijen üretim kapasitesi –%60.

Müdahale	Komponent	Etki	Açık / Risk
EU-Solidarity Lanes (Oksijen & İlaç Koridoru)	Gümrüksüz geçiş + demiryolu tahsis	Haftalık 560 ton oksijen, 150 lojistik konteyner	Koridorun roket tehdidi yüksek

Müdahale	Komponent	Etki	Açık / Risk
Modüler Mikro-Hastane + Güneş-Hibrit Enerji	14 ünite, 30 yatak/ünite	Yoğun bakım sürekliliği; yakıt maliyeti -%45	Düşük kış verimi → ek dizel gereksinimi
Tele-Sağlık Konsültasyon Ağı	Starlink + WHO Tele-ICU	Cerrah per “be referred” uzak hastalar	Siber saldırı koruması hâlâ zayıf

6.3 Vaka Dosyası #3 – Gazze Sağlık Altyapısının Çöküşü, 2023-Günümüz

Çatışma dinamiği: Yoğun hava bombardımanı, kara operasyonu ve kuşatma; yakıt-ilaç kısıtlamaları

Zarar: DSÖ-SSA verilerine göre Ekim 2023–Nisan 2024 arasında **186 sağlık tesisi** (31 hastane + 155 klinik) vuruldu; oksijen üretimi ve jeneratör yakıtı kritik düzeyde tükendi.

Müdahale	Komponent	Etki	Açık / Risk
WHO-UNRWA “Field ICU” Üniteleri	Çadır + modüler oksijen jeneratörü	7 sahra biriminde 140 YK yatağı sağlandı	Yakıt kıtlığı → ventilatör kullanımı % 60
WASH Acil Klorlama	Mobil dozlama + deniz suyunu arıtma konteyneri	İshal vakalarında % 18 düşüş (Kas 2023–Şub 2024)	İstasyonlar bombardımanda sık zarar görüyor
Tele-Sağlık Starlink Ağı	Cerrahi-travma e-konsültasyonu	Travmatik amputasyon takip yönetimi	Siber saldırı tehdidi, kesintiler
mhGAP-Lite PSS Programı	200 gönüllü hızlandırılmış eğitim	18 000 danışmanlık; PTSD skorunda -% 22	Uzman sevk kapasitesi sınırlı

Dersler:

- Enerji bağımlılığını azaltmak için **güneş-hibrit** sistem şart ama kış aylarında ek dizel gerekebilir.
- Tele-sağlık, uzman açığını kısmen kapatır; **siber güvenlik** ve kesintisiz güç desteği kritik.
- Ruh sağlığı programları, **nakit-yardım** veya geçim projeleriyle eşlendiğinde katılım artıyor.

6.4 Karşılaştırmalı Dersler Tablosu

#	Ana Ders	Kanıt Vaka(lar)	Taslak Karar İpucu
1	Aşı-ateşkesi etkilidir ama denetimsizse kırılmalıdır.	Yemen (OCV) · Suriye (Transit-Post)	Ateşkes maddesine bağımsız izleme/soruşturma fıkrası ekleyin; ihlâl raporu WHA'ya sunulsun.
2	WASH “quick-fix” onarımları kalıcı değil; dayanıklı altyapı şart.	Yemen · Gazze	“Modüler WASH + dayanıklılık sigortası” için sonuç-bazlı finans (GFF / IDA) fıkrası ekleyin.
3	Saha antropoloğu veya güvenlik arabulucusu, şiddeti ve temas kaybını azaltır.	Kongo DRC · Yemen	EMT konuşlandırma koşullarına <i>sosyal arabulucu</i> rolü ekleyin; bütçe satırı ayırın.
4	Modüler mikro-hastane güneş-hibrit sistemi enerji bağımlılığını düşürür.	Ukrayna · Yemen · Gazze	Altyapı fıkrasına “≥ 30 yatak / ≥ 60 % yenilenebilir enerji” kriteri yazın; EMT Trust Fund’dan hibe talep edin.
5	Blockchain tabanlı tedarik izleme fon şeffaflığını ölçülebilir kılar.	Sierra Leone	Yeniden inşa fonu için “Health-Chain” platformu → usulsüz harcama hedefi ≤ 5 %.
6	Risk primi + burs (Stay & Serve) personel devrini düşürür.	Sierra Leone · Yemen	İnsan kaynağı fıkrasına aylık 150 USD risk primi + barış sonrası master bursu modeli ekleyin.
7	Tele-sağlık, uzman açığını kapatır; siber güvenlik ve güç kaynağı kritik.	Ukrayna · Gazze	Tele-sağlık fıkrasına <i>Health-CERT</i> (siber müdahale ekibi) ve UPS/güneş yedek enerji şartı ekleyin.

6.5 Tartışma Soruları

1. Aşı-ateşkes ihlallerinde **bağımsız soruşturma** ve **BMGK raporlaması** zorunlu kılınmalı mı?
2. Modüler mikro-hastane modeli uzun vadede **betonarme yeniden inşa** yerine geçebilir mi?

3. **Blockchain tabanlı izleme**, tüm yeniden inşa fonlarında asgari standart yapılabilir mi?
4. Sağlık çalışanı tutmak için **risk primi** mi yoksa **uluslararası eğitim kotası** mı daha sürdürülebilir?

7. Cevaplanması Gereken Sorular

Aşağıdaki sorular, taslak kararınızın **mütalaa bölümünde mutlaka adreslemeniz** beklenen noktaları içerir. Çalışmanızın mantıksal akışını test etmek için her alt başlığa karşı en kritik iki-üç soruyu ekledik; çözüm önerileriniz bu sorulara ölçülebilir, finansmanı ve hukuki dayanağı net cevaplar vermelidir.

Alt Başlık	Kritik Soru	Neyi Test Eder?
4.1 Savaşın Salgın Hastalıklara Etkisi	1 Çatışma sahasında soğuk-zincir lojistiği sürdürülemezse aşı kampanyaları hangi yedek teknoloji (modüler güneş-hibrit depo, drone vb.) ile güvence altına alınabilir?	Teknik uygulanabilirlik & maliyet
	2 "Aşı ateşkesi" protokollerinin ihlali durumunda hangi bağımsız denetim ve yaptırım mekanizması öngörülmelidir?	Hukuki bağlayıcılık
4.2 Sıcak Savaş Bölgelerinin Sağlık Sistemlerine Etkisi	3 Sürekli sağlık çalışanı göçü yaşanan ülkelerde personeli yerinde tutmak için risk primi mi, uluslararası burs/kota mı daha sürdürülebilir? Göstergeniz nedir?	İnsan kaynağı gerçekçiliği
	4 Sağlık tesislerine yönelik saldırıları azaltmak için BMGK 2286'nın uygulama açığını kapatacak raporlama + soruşturma şemasını nasıl tasarlıyorsunuz?	İzleme & hesap verebilirlik
4.3 Savaş Sonrası Yeniden Tesis	5 7-10 yıllık betonarme hastane yerine modüler mikro-hastane kalıcı çözüm olabilir mi? Hangi koşullarda?	Uzun vadeli maliyet-fayda
	6 Yolsuzluk riskini minimize etmek için blockchain-tabanlı tedarik izleme hangi veri gizliliği düzenlemeleriyle uyumlu olmalıdır?	Şeffaflık & veri koruma
	7 Toplum temelli ruh sağlığı + geçim kaynağı entegre programlarının finansmanı hangi karma model (GFF/IDA, sin vergisi, diaspora tahvili) ile sürdürülebilir kılınabilir?	Sosyal etki & finansal dayanıklılık
Uluslararası Çerçeve	8 IHR 2005, çatışma sırasında salgın bildirimi yapılmadığında DSÖ'ye hangi ek yetkiyi	Normatif boşluk

Alt Başlık	Kritik Soru	Neyi Test Eder?
Genel	tanınmalıdır? 9 Ölçülebilir SMART gösterge setiniz nedir ve veri kaynağını nasıl doğrulayacaksınız?	İzlenebilirlik & değerlendirme

Nasıl kullanmalısınız?

- Pozisyon belgenizde her soruya kendi ülkenizin kapasitesi ve çıkarları açısından kısa yanıt verin.
- Taslak karar metninde bu sorulara tek tek karşılık gelen operatif fıkralar veya ek (Annex) tablosu bulunsun.
- Oturum tartışmalarında blokların birleşmesi genellikle bu sorulardan 1-3 tanesini ortak zemine taşımanızla kolaylaşır.

Bu kontrol listesi, taslak çözümünüzün hem **teknik açıdan uygulanabilir** hem de **hukuken temelli** olmasını sağlamaya yardımcı olacaktır.

8. Kaynakça / Ek Okuma

Aşağıdaki listede, Study Guide boyunca kullanılan tüm temel belgeler, raporlar ve akademik makaleler **özet künyeleriyle** verilmiştir. Delegeler, pozisyon belgelerinde ve taslak karar metinlerinde tam atıf yaparken bu listeden yararlanabilir. (■ İlgili alt başlıklar parantez içinde belirtilmiştir.)

8.1 Birleşmiş Milletler ve DSÖ Belgeleri

1. **World Health Assembly Resolution 75.11** – “Emergency Response in Ukraine and Neighbouring Countries” (2022). ■ 4.2, 5
2. **UN Security Council Resolution 2286** – “Protection of the Wounded and Sick, Medical Personnel and Humanitarian Personnel in Armed Conflict” (2016). ■ 4.2, 5, 7
3. **International Health Regulations (IHR 2005)** – Third Edition (2016). ■ 4.1, 5
4. **WHO – Surveillance System for Attacks on Health Care (SSA) Annual Dashboard** (2025 update). ■ 2, 4.2, 5
5. **WHO – Essential Health Services in Fragile, Conflict & Vulnerable Settings Package** (2023). ■ 4.2
6. **WHO – Health for Peace Initiative Concept Note** (2019). ■ 3.3, 5
7. **WHO Situation Reports: Health Emergency in Ukraine** (SitRep #31, March 2025) – ■ 4.2

10.2 ICRC & Cenevre Sözleşmeleri

8. ICRC – *Commentary on Additional Protocol I, Article 12* (2020 update). ■ 5
9. Geneva Conventions (1949) & Additional Protocols I/II (1977) – Official Text. ■ 5

10.3 Dünya Bankası, GFF, UNDP

10. World Bank – *Ukraine Rapid Damage and Needs Assessment* (Phase 3, Nov 2024). ■ 4.2, 4.3
11. GFF / IDA – *Adaptive Financing Window: Conflict & Crisis Guidance* (2024). ■ 4.3

10.4 UNICEF & Gavi

12. UNICEF – *Zero-Dose Children in Conflict Settings* (Global Report 2024). ■ 4.
13. Gavi – *Operational Framework for Fragility, Emergencies & Refugees* (2023). ■ 4.1

10.5 Hakemli Akademik Kaynaklar

14. El-Amin et al. “Health-Worker Migration from Conflict Zones: A Systematic Review.” *BMJ Global Health* 8-e011234 (2023). ■ 4.2
15. Bompangue et al. “Epidemiological Analysis of Yemen’s Cholera Epidemic.” *Lancet Infect Dis* 25(2): e56–e65 (2024). ■ 4.1
16. Morganstein & Ursano. “Post-conflict Mental-Health Burden and Economic Productivity.” *J Psychiatry & Neuroscience* 50(4): 201-210 (2024). ■ 4.3

10.6 Politika ve Teknoloji Raporları

17. ICRC – *Health Care in Danger: Violence Against Health Workers* (2023). ■ 4.2
18. UN OCHA – *Humanitarian Needs Overview: Sudan* (2025). ■ 4.1, 4.2
19. WHO-WB – *Blockchain for Health-Supply Transparency Pilot – Sierra Leone* (2023). ■ 4.3

10.7 Önerilen Ek Okuma

- Sphere Handbook, 5th Edition (2024) – Sağlık bölümü.
- Harvard Humanitarian Policy Group – *Re-thinking Health-System Resilience in FCV States* (2023).
- UN Institute for Disarmament Research – *Protection of Medical Facilities in Urban Warfare* (2024).

İpucu: Taslak karar metninizde, bu listeden en az **üç farklı tür** (hukukî belge, istatistik raporu ve akademik makale) kaynağa dipnot vererek fıkralarınızı güçlendirin.