

TÜRKİYE'DEKİ SURİYELİ MÜLTECİLERE YAPILAN SAĞLIK YARDIMLARININ YASAL VE ETİK TEMELLERİ

Ömer YAVUZ

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, omeryavuz@comu.edu.tr

Özet

Bu çalışmada mültecilere yapılan sağlık yardımlarının yasal ve etik temelleri incelenmiştir. Çalışma üç bölüm üzerine temellendirilmiştir. Savaş ya da iç karışıklıklar nedeniyle meydana gelen mülteci hareketleri, çok sayıda insanın uygun olmayan yaşam koşullarında hayatlarını devam ettirmek zorunda kaldıkları durumlar ortaya çıkarır. Bu nedenle öncelikle mültecilerin karşılaştığı sağlık sorunları anlatılmıştır. İkinci bölümde bu kişilere yapılan sağlık yardımlarının yasal dayanağı ele alınmıştır. Bu bölümde gerek ulusal gerekse uluslararası hukukta mültecilerin sağlık hakkı ile ilgili düzenlemelerin yanı sıra afet yönetimi uygulamalarına ışık tutan etik değerlere değinilmiştir. Günümüzde bireyin sahip olduğu temel hak ve özgürlüklerin kaynağı yaşama hakkından gelmektedir. Bireyin diğer hak ve özgürlüklerini kullanabilmesi yaşama hakkının yerine getirilmesine bağlıdır. Bu bağlamda bireyin hayatını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesini teminat altına alan sağlık hakkı, yaşama hakkının ayrılmaz bir parçasıdır. Sağlık hakkı, herkesin mümkün olan en yüksek seviyede fiziksel ve ruhsal standartlara sahip olması olarak değerlendirilmektedir. Üçüncü bölümde ise Türkiye'ye iltica eden Suriyeli mültecilere yapılan sağlık yardımları anlatılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Acil Durum, Mülteci, Sağlık Hakkı, Sağlık Yardımı, Yerinden Edilmiş Toplum

THE LEGAL AND ETHICAL FOUNDATIONS OF HEALTH ASSISTANCES TO SYRIAN REFUGEES IN TURKEY

Abstract

In this study, legal and ethical foundations of health assistance to refugees, were examined. The study is based on three parts. Refugee movements caused by war or civil unrest causes having to continue their live in unsuitable living conditions of many people. Therefore, the health problems faced by refugees is first described. In the second part the legal basis of medical assistance to refugees is discussed. In this section it has been mentioned both national and international law regarding the right to health of refugees, as well as ethical values shed light on disaster management practices. Today, source of the fundamental rights and freedoms of individuals have come from the life right. To use other rights and freedoms of the individual depends on the fulfillment of the right to life. In this context, the right to health which guarantees sustain individual's life a healthy way is an integral part of the right to life. The right to health refers to having with the highest possible level of physical and mental standards for everyone. In the third chapter, the health assistances provided to Syrian refugees in Turkey are explained.

Key Words: Emergency, Refugee, The Right to Health, Health Assistance, The Displaced Communities

Giriş

2010 yılında Tunus'lu bir seyyar satıcının güvenlik güçlerinin kendisine uyguladığı kötü muameleyi protesto etmek amacıyla kendini yakması, Arap Baharı metaforu ile ifade edilen halk ayaklanmalarının fitilini ateşlemiştir. Olay çok kısa bir zamanda basit bir eylemi aşmış ve başta Tunus, Mısır, Libya ve Suriye olmak üzere birçok Arap ülkesinde baskıcı ve diktatoryal yönetimlerin hedef alındığı ayaklanmalar halini almıştır. Elbette Arap dünyasının içinde bulunduğu işsizlik, gıda yetersizliği, enflasyon, siyasal yozlaşma, kötü yaşam koşulları, ifade özgürlüğünden yoksunluk, yolsuzluk gibi durumlar, protestoların halk nezdinde taban bulmasını ve hızlıca yayılmasını tetiklemiştir (Oğuzlu, 2011:9; Doğan ve Durgun, 2012:62). Özü itibarıyla bu protestolar, Arap halklarının dikta rejimlerine karşı verdikleri özgürlük ve insan hakları mücadelesi olarak ifade edilebilir. Arap Baharı'nın sonucunda Tunus, Mısır, Libya ve Yemen'de mevcut yönetimler değişmiş, Bahreyn, Ürdün, Cezayir, Fas, Lübnan, Suudi Arabistan, Moritanya, Umman, Irak ve İran'da bir takım ekonomik ve siyasal reformlar gerçekleştirilmiştir (Şahin ve Şahin, 2014:175). Bu değişim ve reformlar, Arap Baharı'nın özünü oluşturan ifade özgürlüğü ve insan hakları talebi ile uyumaktadır. Diğer taraftan Arap Baharı, birçok ülkede yıkıcı sonuçlar ortaya çıkarmıştır. Bahreyn, Yemen, Mısır ve Libya'da çok sayıda insan protestolar sırasında yaşamını yitirmiştir. Libya'ya NATO tarafından müdahale edilmiş ve ülke siyasi istikrarsızlığa sürüklenmiştir (Yılmaz, 2013:2). Mısır'da Arap Baharı sonrasında, 29 yıllık Hüsnü Mübarek yönetimi sona ermiş ve Muhammed Mursi, demokratik yollarla işbaşına gelen ilk Cumhurbaşkanı olmuştur. Ancak Mursi yönetiminin 1. yılında askeri darbe ile görevden uzaklaştırılmıştır. Darbeyi protesto eden Mursi taraftarları şiddetli bir şekilde bastırılmış ve bu olaylarda yüzlerce Mısırlı hayatını kaybetmiştir (Miş ve Telci, 2013).

Suriye'de ise 2011 yılında başlayan yönetim karşıtı protestolar, zamanla iç savaşa dönüşmüştür. Üç yılı aşkın zamandır devam eden çatışmalar, 150 bine yakın kişinin yaşamını yitirmesine, yaklaşık 3 milyon kişinin Türkiye, Lübnan, Ürdün ve Irak gibi komşu ülkelere sığınmasına ve 6 milyondan fazla kişinin de ülke içinde yer değiştirmesine yol açmıştır. Böylelikle 24 milyon nüfusa sahip ülkenin neredeyse yarısı iç karışıklık nedeniyle bir şekilde etkilenmiştir (Orhan, 2014:7).

Suriye ile 911 kilometrelik sınıra sahip Türkiye, yaşanan iç karışıklıktan en fazla etkilenen ülkelerin başında gelmektedir. İç savaşın başlamasından itibaren yaklaşık bir milyon Suriyeli mülteci Türkiye'ye sığınmıştır. Üç yıl boyunca savaşın şiddeti giderek artmış, bu durum hem Türkiye'ye hem de mültecilerin yaşadığı diğer ülkelere olan mülteci baskısının da artmasına neden olmuştur (Güçer vd., 2013:16). Zorunlu olarak göç edenlerin çok büyük bir çoğunluğunu ise, çocuklar ve kadınlar oluşturmaktadır. Bu nedenle yaşanan trajedinin boyutu daha da artmaktadır. Çünkü kadın ve çocuklar, yetişkin erkeklere göre savaşın olumsuz etkilerine daha fazla maruz kalmaktadırlar.

Savaş, iç çatışma ve terör faaliyetleri nedeniyle yaşanan büyük nüfus hareketlilikleri afet yönetiminin güncel sorun alanlarından birini oluşturmaktadır. İnsan eliyle ortaya çıkan bu durumlar korkuya dayalı ve bir kaçış şeklinde gerçekleştiği için sosyal ve psikolojik olumsuzlukların yanı sıra sağlık açısından da önemli problemlere yol açmaktadır. Bu nedenle bu tür olaylara karmaşık insani aciller, karmaşık afetler veya insani aciller de denmektedir (Balkır, 2007:1325). Dolayısıyla mültecilere yönelik yapılan yardım faaliyetleri temel olarak afet yönetiminin uygulama alanına girmektedir. Ancak Suriye örneğinde olduğu gibi çok sayıda mülteci girişinin yaşandığı durumlarda bir kurumun ya da bir ülkenin tek başına bu faaliyetleri gerçekleştirmesi olası değildir. Bu nedenle başta Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği olmak üzere diğer uluslararası kuruluşlar, üçüncü ülkeler ve sivil toplum kuruluşları mülteciler ile ilgili acil durum faaliyetlerinin diğer paydaşlarıdır.

Uygulamada genellikle yasa dışı yollardan ülkeye giren bütün yabancılara mülteci denilmektedir. Ancak mülteci kavramı ile sığınmacı kavramı birbirinden farklı anlamları ifade etmektedir. Bu iki kavram arasında sosyolojik olarak bir benzerlik bulunsa da hukuki karşılıkları farklıdır (Korkmaz, 2014:37). Sığınmacı; bir ülke sınırlarına giren ancak henüz o ülkede kalmak için yasal bir başvuruda bulunmayan veya başvuruda bulunduğu halde henüz kendisi ile alakalı karar verilmemiş kişiyi ifade etmektedir. Mülteci ise; sığınma talebi kabul edilen ve o ülkede kalmasına izin verilen, dolayısıyla bir takım hakları elde etmiş kişilerdir. Vatandaşı olduğu ülkeden başka bir ülkeye iltica eden kişinin o ülkeden koruma hakkı kazanması için öncelikle mülteci statüsü kazanması gerekir. Sığınmacılık ise geçici bir durumdur ve herhangi bir yasal dayanak oluşturmamaktadır. Bu çalışmada sığınmacı/ mülteci ayrımı yapılmamış ve aslen sığınmacı statüsünde bulunan Suriyeli yasadışı göçmenler için daha yaygın olarak kullanılan mülteci kavramı tercih edilmiştir.

Mülteci hareketlerinin güvenlik, siyasal, toplumsal ve ekonomik birçok farklı boyutta etkileri vardır. Ancak çalışmanın kapsamını mültecilere yapılan sağlık yardımlarının yasal ve etik temelleri oluşturmaktadır. Çalışma üç bölüm üzerine temellendirilmiştir. Öncelikle mültecilerin karşılaştığı sağlık sorunları anlatılmıştır. İkinci bölümde bu kişilere yapılan sağlık yardımlarının yasal dayanağı ele alınmıştır. Bu bölümde gerek ulusal gerekse uluslararası hukukta mültecilerin sağlık hakkı ile ilgili düzenlemelerin yanı sıra afet yönetimi uygulamalarına ışık tutan etik değerlere değinilmiştir. Üçüncü bölümde ise Türkiye’ye iltica eden Suriyeli mültecilere yapılan sağlık yardımları anlatılmıştır. Belirtmek gerekir ki sağlık hakkının bir hak olup olmadığı tartışmalı bir konudur. Liberal düşünürler, diğer sosyal haklara olduğu gibi sağlık hakkına da eleştirel yaklaşmaktadır. Diğer taraftan liberallerin aksine, insan haklarının evrensel, bölünmez, bağımsız ve birbiriyle ilgili olduğu yani bütünselliği yaygın olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmada ikinci gruptaki düşünürlerin görüşleri benimsenerek, sağlık hakkı, evrensel bir insan hakkı olarak kabul edilmiştir.

Mültecilerin Sağlık Sorunları

Savaş ya da iç karışıklıklar nedeniyle meydana gelen mülteci hareketleri, çok sayıda insanın uygun olmayan yaşam koşullarında hayatlarını devam ettirmek zorunda kaldıkları durumlar ortaya çıkarır. Bu kişiler genellikle çadır veya konteynırlardan oluşan geçici barınma birimlerinde yaşamlarını sürdürmektedir. Ancak gerek çadırlar gerekse konteynırlar, hastalıklara ve dış etkenlere karşı yeterince korunaklı olmadığı için hastalıkların görülme sıklığını artırmaktadır. Bununla birlikte toplu barınma alanlarında su ve kanalizasyon altyapısının çoğu zaman yetersiz kalması hijyenik açıdan kötü yaşam koşulları ortaya çıkarır. Hastalıklardan korunmak için gerekli olan hijyen kurallarına riayet edilememesi durumunda yaşanan sağlık sorunlarında artış meydana gelir (Ö. Yavuz, 2014:79). Mültecilerin en sık karşılaştıkları sağlık sorunları şunlardır (Çalışkan ve Özcebe, 2013:585; Karadağ ve Altıntaş, 2010:56; Toksabay, 2010:13):

- Beslenme bozuklukları,
- Çocuklarda büyüme ve gelişme gerilikleri,
- Anemi,
- İshal, kızamık, sıtma, solunum yolu enfeksiyonları gibi bulaşıcı hastalıklar,
- Fiziksel şiddet ve buna bağlı yaralanmalar,
- Cinsel istismar,
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar,
- İstenmeyen gebelikler, riskli gebelikler,
- Düşükler, doğum komplikasyonları,
- Kronik hastalıklar,
- Depresyon, kaygı bozuklukları, uyku bozuklukları ve post-travmatik stres bozukluğu başta olmak üzere ruhsal sorunlar,
- Dış sağlığı sorunları.

Kötü yaşam koşulları, mülteciler için bir taraftan yeni hastalıkların çıkmasına zemin hazırlarken diğer taraftan da mevcut hastalıkların iyileşme sürecini olumsuz etkilemektedir. Tüm acil durumlarda olduğu gibi mülteci hareketlerinde de kalp hastalıkları, solunum hastalıkları, tansiyona bağlı hastalıklar, diyabet ve erken doğum sayısında artışlar görülmektedir. Kalp hastalıklarındaki artışın sebebi acil durum sonrası yaşanan strese ve artan fiziksel aktiviteye bağlıdır. Solunum hastalıkları ve diyabet hastalığının artış göstermesi ise mülteci hareketi sırasında bu hastalıkların ve hastaların yeterince takibinin yapılamaması ve gerekli ilaçlara ulaşamaması ile ilgilidir. Acil duruma bağlı olarak yaşanan stres erken doğum oranını artırmaktadır (Ö. Yavuz, 2014:80). Mültecilerin yaşadığı bir diğer önemli sağlık sorunu da psikolojik sorunlardır. Acil durumun ilk ortaya çıktığı zamanda yaşanan tehdit ve tehlikeler ile iltica edilen ülkedeki yeni koşullara adapte olma zorluğu, kötü barınma şartları ve mülteci statüsünden utanma duygusu psikolojik

sorunları tetiklemektedir (Toksabay, 2010:16). Acil durumlarda en sık karşılaşılan psikolojik sorun travma sonrası stres bozukluğudur. Bu hastalık, kişinin yaşadığı yoğun korku, dehşet ve çaresizlik duygusuna bağlı olarak ortaya çıkmaktadır.

Mültecilere sağlık hizmeti sunulması noktasında yaşanan en temel sorun, bu kişilerin yasal ve fiziki engeller nedeniyle sağlık hizmetine ulaşmada güçlük çekmesidir. Bununla birlikte yetersiz sağlık personeli, dil ve kültür farklılıkları, yabancı sağlık sistemine uyum sağlayamamak, sağlık hizmetlerinin ücretli olması gibi sorunlar da mültecilerin sağlık hizmetinden yararlanmasını güçleştirmektedir (Karadağ ve Altıntaş, 2010:56). Ayrıca mültecilerin sığındığı ülkedeki sağlık personelinin mültecilerin yasal hakları ve özel gereksinimleri konusunda bilinçsiz olması uygulamada karşılaşılan bir diğer sorundur (Toksabay, 2010:17).

Suriye’de yaşanan iç karışıklık sonrasında Türkiye’ye sığınan mültecilerin yaşadığı sağlık problemleri de yukarıda belirtilen sorunlarla örtüşmektedir. Türkiye’de yaklaşık 250 bini konteyner ve çadırlardan oluşturulan geçici barınma kamplarında olmak üzere 2 milyona yakın Suriyeli mülteci yaşamaktadır. Bu mülteciler, çoğunluğu itibarıyla yeterli barınma ve beslenme imkanlarına ulaşmamaktadır. Bu bağlamda Suriyeli mültecilerin karşılaştığı temel sağlık problemi, açlık, hastalık ve yoksulluk ile özdeşleşen kötü yaşam koşullarıdır. Mülteciler, sağlıksız yaşam koşulları nedeniyle salgın hastalıklar ve önemli sağlık problemleri ile karşı karşıya kalmaktadır. Örneğin 2012 yılında Türkiye’de 349 kızamık vakası görülürken, mülteci akını sonrası bu rakam yaklaşık 20 kat artmıştır. Barınma kamplarında yaşayan mültecilerde kızamık hastalığının yanı sıra tüberküloz ve deri hastalıklarına da rastlanmaktadır (Korkmaz, 2014:40).

Mültecilere Yapılan Sağlık Yardımlarının Yasal ve Etik Temelleri

Sağlık yardımlarının yasal ve etik temellerini ortaya koymadan önce sağlık hakkının anlaşılması gerekir. Hak kavramını, insanların birlikte yaşamasının doğal bir sonucu olarak insanlık tarihi kadar eski bir temele sahiptir. Tarihsel süreçte hak kavramının ifade ettiği anlam dönemden döneme farklılık göstermiştir. Bugünkü kullanımı itibarıyla hak kavramı, kısaca bir şeyi yapabilme ve bir şeyi talep edebilme yetkisine sahip olmaktır (Omay, 2011:4). Literatürde ve uygulamada hak kavramı, insan hakları ve sosyal haklar olarak kategorileştirilmektedir. Bu sınıflandırmaya göre medeni ve siyasi haklar insan haklarını oluşturmakta, sosyal haklar ise insan haklarından ayrı olarak ele alınmaktadır (E. B. Yavuz, 2014:12).

Savaşlar ve iç karışıklıklar, çeşitli ülkelerde çok sayıda kişinin insan onuruna yaraşır bir hayat sürdürebilme noktasında sorunlarla karşılaşmasına neden olmaktadır. Sosyal haklar, bu kişilerin zararlarının azaltılması için önemli bir kavramdır. Bu gibi kaygılar çerçevesinde, özellikle İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra kurulan Birleşmiş Milletler, savaşın beraberinde getirdiği acıların ve yol açtığı sorunların da etkisiyle, öncelikli faaliyet konuları arasına “İnsan Hakları, Ekonomik Haklar, Sosyal Haklar ve Kültürel Haklar gibi konuları da almıştır. Bu çerçevede 1948 yılında “İnsan Hakları Evrensel Bildirisi” ve 1966 yılında “Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi” kabul edilmiştir. Ayrıca yine Birleşmiş

Milletler çatısı altında “İnsan Hakları Komisyonu” ile “Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi” faaliyete geçmiştir (Omay, 2011:3).

Sosyal hakların bir hak olup olmadığı tartışmalı bir konudur. Bu tartışmanın anlaşılabilmesi için yukarıda bahsedilen sınıflandırmaları incelemek gerekir. Haklar, negatif statü hakları, pozitif statü hakları ve aktif statü hakları olarak üç farklı sınıfa ayrılmaktadır. Negatif statü hakkı, kişinin devlet tarafından aşılamayacak ve dokunulamayacak özel alanının sınırlarını çizmekte ve devlete negatif bir tutum yüklemektedir. Pozitif statü hakları ise, bireye devletten olumlu bir davranış, bir hizmet ve yardım bekleme hakkını vermekte ve devlete belirli bir görev ve sorumluluk yüklemektedir. Aktif statü hakkı ise, kişinin seçme ve seçilme hakkını kullanma, siyasi görüşünü belirtme, oy verme gibi davranışları yolu ile yönetime katılma imkanı sağlayan haklardır. Bu sınıflandırmaya göre sosyal haklar, devletin sosyal alanda bir takım görevleri yerine getirme sorumluluğunu üstlendiği pozitif statü haklarını oluşturmaktadır. Özellikle klasik liberal düşünürler, sosyal hakların bir insan hakkı olmadığını iddia etmektedir. Bu düşünceye göre insan hakları, negatif statü haklarıdır ve bu haklar basitçe devletin müdahaleden kaçınması olarak ifade edilmektedir. Bu düşünürler, devletten bir şeyin talep edildiği pozitif hakları, insan haklarından ayrı olarak değerlendirmektedir. Dahası devletin zor kullanarak bir kesimin kaynaklarını diğerlerine dağıttığı için negatif hakları da tahrip ettiği ileri sürülmektedir (Üzeltürk, 2012:8). Ancak özellikle sanayi devriminden günümüze kadar toplumda birçok dezavantajlı grubun ortaya çıkması, sosyal devlet ve sosyal adalet kavramlarının uygulama alanı bulmasını kolaylaştırmaktadır. Bu bağlamda sosyal haklar, toplum içindeki dezavantajlı grupların korunması ve asgari bir düzeyde de olsa yaşama ve kendilerini gerçekleştirme haklarının sağlanması amacıyla taşımaktadır (Omay, 2011:v). Dolayısıyla sosyal haklar, insan hakları ile bir bütündür ve bu iki hak birbiriyle bağlantılı bir biçimde değerlendirilmelidir. Aynı zamanda sosyal haklar, insan onuru ve özgürlüğü ile temellendirilen insan haklarının tam olarak yerine getirilebilmesinin ön koşuludur (Ertan vd, 2014:vii).

Günümüzde bireyin sahip olduğu temel hak ve özgürlüklerin kaynağı yaşama hakkından gelmektedir. Bireyin diğer hak ve özgürlüklerini kullanabilmesi yaşama hakkının yerine getirilmesine bağlıdır. Bu bağlamda bireyin hayatını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesini teminat altına alan sağlık hakkı, yaşama hakkının ayrılmaz bir parçasıdır. Sağlık hakkı, herkesin mümkün olan en yüksek seviyede fiziksel ve ruhsal standartlara sahip olması olarak değerlendirilmektedir. Dolayısıyla insanlığın ve devletlerin ortak amacı, insan ve toplum sağlığını korumak, sağlık düzeyini yükseltmek ve daha sağlıklı bir dünyada yaşamaktır. Bu nedenle sağlık hakkı, bir insanın insan onuruna yaraşır şekilde yaşayabilmesi için sosyal devlet anlayışının en yaygın hizmetlerindendir (Görmüş, 2014:451).

Sağlık hakkı, birçok uluslararası ve ulusal belgede tanınan bir haktır. İlk olarak İnsan Hakları Evrensel Beyanname’sinin 25. maddesinin 1. fıkrası “her şahsın, gerek kendisi gerekse ailesi için, yiyecek, giyim, mesken, tıbbi bakım, gerekli sosyal hizmetler dahil olmak üzere sağlığı ve refahını temin edecek uygun bir hayat

seviyesine” hakkı olduğunu hüküm altına almıştır. Sağlık hakkı ile ilgili uluslararası mevzuatta yer alan en kapsamlı düzenleme ise Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme’nin 12. maddesidir. Bu maddeye göre Sözleşme’ye taraf devletler, “herkesin, ulaşılabilecek en yüksek fiziksel ve zihinsel sağlık standardına sahip olma hakkını” kabul ederler. Uluslararası mevzuata paralel olarak ulusal mevzuatta da sağlık hakkına yer verilmiştir. 1982 Anayasası’nın sağlık hizmetleri ve çevrenin korunmasını düzenleyen 56. maddesinde devlet, herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamakla yükümlü tutulmuştur. Ayrıca Anayasa’nın 17. maddesinde düzenlenen yaşama hakkı da özü itibarıyla sağlıklı yaşama hakkını ifade etmektedir.

Sağlık hakkı, yaşama hakkının yanı sıra bilgiye erişim hakkı, özel hayatın gizliliği hakkı, eğitim hakkı, barınma hakkı, güvenli iş koşulları ve işkence yasağı gibi daha birçok hak ile ilişkilendirilebilen karmaşık bir yapıya sahiptir. Yani sağlık politikalarının başarılı bir şekilde uygulanması sağlık hakkının yanı sıra diğer hakların sağlanması açısından da fayda sağlarken, bu politikaların uygulanması aşamasında yaşanan aksaklıklar diğer hakların da ihlali sonucunu ortaya çıkarmaktadır (Sever, 2014:473). Sağlık hakkının sağlık hizmetlerinin sunumunu aşan çok boyutlu ve karmaşık yapısı, sağlık hakkının kapsamını genişletmiştir. Bu çerçevede sağlık hakkı, üç çekirdek hakkı ihtiva etmektedir. Birincisi önleyici ya da koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkıdır. Önleyici ve koruyucu sağlık hizmetleri, gerekli önlemleri alarak sağlığı bozucu dış tehditleri engellemektir. Uygun barınma koşullarının sağlanması, yeterli besin ve temiz suya ulaşma ile hastalıklara karşı aşılama gibi adımlar, bu aşamada değerlendirilebilir. İkinci temel sağlık hakkı, tıbbi kaynaklara ulaşma hakkı olarak nitelendirilir. Bu kapsamda acil durumlar için gerekli alt yapının hazırlanması, salgın hastalıklar ve halk sağlığı sorunları için zorunlu ilaçların sağlanması, tüm vatandaşların ihtiyaçlarını gözetken sağlık tesislerinin oluşturulması, sağlık hizmetlerinin ulaşılabilişliğin sağlanması ikinci gruptaki sağlık hakkına örnektir. Sağlık hakkı kapsamındaki üçüncü çekirdek hak ise, tıbbi kayıtların gizliliği, hekim seçme ve tedaviyi reddetme gibi sağlık hakkı sağlayıcılara karşı ileri sürülebilecek haklardır (Üzeltürk, 2012:18).

Birleşmiş Milletler Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme’nin 12. maddesinin komisyon raporu sağlık hakkının kapsamı açısından belirleyicidir. Bu rapora göre sağlık hakkı, mevcudiyet, erişilebilirlik, kabul edilebilirlik ve kalite olmak üzere dört grupta ele alınmıştır. Mevcudiyet, sağlıkla ilgili tesislerin ve hizmetlerin varlığını ifade etmektedir. Erişilebilirlik, toplumun her kesiminin özellikle de en savunmasız ya da toplumun dışına itilmiş kişilerin sağlık hizmetine kolayca ulaşabilmesidir. Kabul edilebilirlik, sağlık hizmetlerinin tıp etiğine ve kültürel değerlere uygun olmasıdır. Kalite ise, sağlık hizmetlerinin tıbben ve bilimsel olarak uygun olmasını ifade etmektedir.

Devletler, bütün vatandaşlarına temel bir insan hakkı olarak sağlık hakkından yararlanma imkanı sağlarlar. Mültecilerin sağlık hakkından yararlanma açısından karşılaştığı en temel sorun, bu kişilerin herhangi bir devletin korumasına sahip

olmamalarıdır. Bu bağlamda mültecilere koruma sağlayan hukuki düzenlemeler, bu kişilere yapılacak sağlık yardımlarının da yasal temelini oluşturmaktadır.

Mültecilerin hukuki durumunu düzenlemek için 1951 yılında Mültecilerin Hukuki Durumuna Dair Cenevre Sözleşmesi imzalanmıştır. Sözleşme, uluslararası hukuk bakımından bağlayıcı bir nitelik taşıdığından sözleşmeye taraf olan ülkelere sorumluluk yüklemektedir. Daha fazla ülkenin imzalaması düşüncesiyle, sözleşme tarihi ve coğrafi olmak üzere iki önemli istisna ile yürürlüğe girmiştir (Özcan, 2005: 14). Türkiye, bu sözleşmeyi coğrafi çekince ile kabul etmiştir. Bu nedenle sadece Avrupa'dan gelen sığınmacılar mülteci olarak kabul edilmekte diğer ülkelerden gelenlere mülteci statüsü sağlanmamaktadır. Ancak Türkiye'ye iltica eden kişilerin %90'ı sözleşmenin kapsamında olmayan ülkelerin vatandaşlarıdır. Bu durum uygulamada bazı sorunlara yol açmıştır. Artan bireysel ve toplu sığınma vakaları nedeniyle Bakanlar Kurulu kararıyla, 30 Kasım 1994'te *'Türkiye'ye İltica Eden Veya Başka Bir Ülkeye İltica Etmek Üzere Türkiye'den İkamet İzni Talep Eden Münferit Yabancılar İle Topluca Sığınma Amacıyla Sınırlarımıza Gelen Yabancılar ve Olabilecek Nüfus Hareketlerine Uygulanacak Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik'* yürürlüğe girmiştir. Yönetmeliğin amacı mevzuattaki boşluğu doldurarak mülteci sorunu ile ilgili idari ve yasal çözümler oluşturmaktır. Yönetmelik, bireysel sığınma ve sık sık karşılaşılan toplu sığınma olayları karşısında neler yapılması gerektiğini düzenlemektedir.

Türkiye, Mültecilerin Hukuki Durumuna Dair Sözleşme'ye coğrafi çekince koyduğu için Suriye'de yaşanan iç karışıklık nedeniyle Türkiye'ye iltica eden kişilere bu sözleşme kapsamında mülteci statüsü sağlanamamaktadır. Krizin başlangıcından itibaren Türk hükümeti, Suriyeli mültecilere açık desteğini beyan ederek ve topluca iltica eden kişileri kabul ederek sığınmacılar için doğal bir koruma sağlamıştır (Poyraz, 2012:66). Ancak bu durum hiçbir yasal dayanağı olmayan beyana dayalı bir durumdur. Mültecilere, herhangi bir yasal güvence sağlamayan "misafir" unvanı verilmiş ancak daha sonra bu durum bazı keyfiliklerin yaşanmasına neden olmuştur. Daha sonra bu kişilere 1994 Yönetmeliği kapsamında "geçici koruma" statüsü verilmiştir. Geçici koruma statüsü 1 yıllığına tanınan geçici bir koruma sağlamakta ve şartları oluştuğunda en fazla 3 yıla kadar uzatılabilmektedir (Orhan, 2014:15).

Herhangi bir acil durum nedeniyle vatandaşı oldukları ülkeden başka bir ülkeye göç etmek zorunda kalan kişiler, kendi ülkelerinin sağlayacağı haklardan ve korumalardan mahrum kalırlar. Bu durumda kişilerin başka bir ülkeye sığınması söz konusu olmaktadır. Sığınma hakkı ya da iltica hakkı, 1948 tarihli İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde yer alan hukuki ve politik bir haktır. Bildirgenin 14. maddesinde bireylerin sığınma talep etme ve sığınmadan yararlanma hakkından bahsetmektedir (Özcan, 2005:15). Yaşadıkları ülkede cinsel, ırksal, dinsel, politik, kültürel vb. ayrımcılıklara uğradığını gösteren belgelerle başka bir ülkenin adli makamlarına başvuran kimselerin başvuruları, ülkenin ilgili komisyonlarınca incelenir ve eğer kabul görürse kişiye sığınma hakkı verilir. Böylece kişi söz konusu devletin koruması altına girer. Bunun yanı sıra kendi ülkelerinde yaşam koşullarının

elverişli olmaması ya da can güvenliğinin tehlikede olması durumunda da iltica talebinde bulunulabilir. Bir ülkede yaşanan iç savaş, savaş, çatışma, katliam ya da soykırım gibi durumlarda kitlesel sığınma istemleri yapılabilir. Kendi ülkesinden korunma sağlayamayan kişiler ile ilgili faaliyetleri yürütmek için Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından 14 Aralık 1950 tarihinde Mülteciler Yüksek Komiserliği kurulmuştur. Bu kuruluş, İkinci Dünya Savaşı sonrasında Avrupa’da savaş nedeniyle yerlerinden edilmiş kişilere yardım etmek amacıyla 3 yıllığına geçici olarak kurulmuş olmasına rağmen, dünyanın çeşitli bölgelerinde yaşanan savaşlar, çatışmalar ve iç karışıklıklar kuruluşun faaliyetlerini devam ettirmesini gerektirmiştir. Söz konusu kuruluş, günümüzde 36,4 milyon kişiye yardım etmektedir (Ö. Yavuz, 2014:136).

Mülteciler Yüksek Komiserliği, ilk etapta mültecilerin sağlık, barınma ve yiyecek gibi temel ihtiyaçlarını karşılar, daha sonra da mültecilerin içinde buldukları kötü yaşam koşullarının düzeltilmesi adına kalıcı çözümler üretmeye çalışır. Bu durumda kalıcı çözüm, mültecilerin kendi vatanlarına geri dönmelerinin sağlanması veya sığındıkları ülkeye entegre edilmeleri ya da üçüncü bir ülkeye kalıcı bir şekilde yerleştirilmesidir. Ancak mülteciler, kendileri istemedikçe vatanlarına geri gönderilemezler. Bu nedenle kalıcı çözüm üretmek adına, mülteciler herhangi bir nedenle kaçtıkları ülkeye tekrar geri gönderilmeye zorlanamazlar.

Mültecilere yapılacak yardımlara dayanak oluşturan uluslararası düzenlemelerin yanı sıra yardım yapılırken uyulması gereken etik kuralları belirleyen düzenlemeler de mültecilere yapılacak yardımlar açısından yol göstericidir. Bu bağlamda Sphere Projesi ve Afete Yardımda Sivil Toplum Kuruluşları ve Uluslararası Kızılay ve Kızılhaç Hareketleri İçin Davranış Kuralları referans alınabilecek iki temel düzenlemedir. *Sphere* Projesi, afetlere müdahale operasyonlarında etkinliği, kaliteyi ve hesap verebilirliği sağlamanın yanı sıra afetzedelere yapılacak yardımlara tüm dünyada uygulanabilecek minimum standartlar getirmeyi amaçlayan bir proje olup Uluslararası Kızılay-Kızılhaç Federasyonu tarafından hazırlanmıştır. Bu proje afet ve acil duruma maruz kalan kişilerin insanî haklarını ortaya koymaktadır (İşbir ve Genç, 2008:28). Dolayısıyla mülteci hareketleri de bu projenin uygulama alanlarından biridir. *Sphere* projesi, tüm insanların onurlu bir yaşam sürme hakkına sahip olduğu düşüncesinden yola çıkarak, insanların bütün ihtiyaçlarının evrensel olduğu ve evrensel insan hakları çerçevesinde bu ihtiyaçların ele alınması gerektiğini vurgulamaktadır.

Sphere projesinin afetzedelere (mültecilere) yapılacak yardımların asgari standartlarını oluşturan ikinci bölümünde, yer alan beş alandan dördü, su temini ve sanitasyon, beslenme, gıda yardımı ve barınma ile ilgili asgari standartlardır. Bu standartlar doğrudan sağlık yardımları ile ilgili olmamakla birlikte sağlıklı bir yaşam sürmenin ön koşulları olduğu için dolaylı olarak sağlık yardımları sayılabilir. Dahası beslenme ve barınma ile ilgili olan bu yardımlar, uluslararası ve ulusal hukukta yer alan sağlık hakkının kapsamı ile de örtüşmektedir. İkinci bölümde yer alan standartlardan beşincisinde ise doğrudan sağlık hizmetlerindeki asgari standartlar yer almaktadır. Sağlık hizmetlerinde öngörülen asgari standartlar, mültecilerin

hukuki ve insani olarak var olan bakım ve koruma haklarının uygulamaya dökülmüş halidir. Sağlık hizmetleri ile ilgili yapılacak asgari yardımların ilk adımı, mevcut durumun ve ihtiyaçların analiz edilmesidir. Analiz için, mülteciler ile ilgili nüfus, hastalıklar, yaralanmalar ve çevre sorunlar ile ilgili bilgiler toplanarak sağlık sisteminde kaydedilmeli ve düzenli periyotlarda bilgilerin güncellenmesi sağlanmalıdır. Mültecilere yapılacak sağlık yardımlarının planlaması, yapılan bu analiz sonucuna dayandırılmalıdır. Analiz yapılması aynı zamanda yapılan sağlık yardımlarının etkinliğini ve başarısını ölçmek açısından da faydalıdır. Sağlık yardımlarının ikinci adımını bulaşıcı hastalıklarla mücadele oluşturmaktadır. Mültecilerin yaşadığı toplu barınma alanlarında en sık karşılaşılan hastalık ve ölüm nedenleri, kızamık, ishali hastalıklar ve solunum yolu hastalıkları gibi bulaşıcı hastalıklardır. Bu nedenle mültecilerin bulaşıcı hastalıklara karşı izlenmesi ve uluslararası normlar çerçevesinde bu hastalıklara karşı mücadele edilmesi gerekmektedir. Üçüncü adımda ise uygun sağlık altyapısı ve personelinin sağlanması vardır. Bu kapsamda acil sağlık hizmetleri ve tedavi edici sağlık hizmetleri için gerekli olan sağlık tesisleri ve araç gereçleri sağlanır ve yeterli sayıda sağlık personeli bulundurulur (Ayrıntılı bilgi için bkz: Sphere Projesi, 2000).

Afete Yardımda Sivil Toplum Kuruluşları ve Uluslararası Kızılay ve Kızılhaç Hareketleri İçin Davranış Kuralları, Uluslararası Kızılhaç Komitesi (ICRC) ve Uluslararası Kızılay ve Kızılhaç Federasyonları tarafından ortaklaşa hazırlanmıştır. Bu kurallar, gerek sivil toplum kuruluşları gerekse Kızılay ve Kızılhaç tarafından yapılan yardımların etkinliğini ve bağımsızlığını artırmayı hedefler. Davranış kurallarının bağlayıcılığı yoktur ve sadece davranış kurallarında ortaya konan standartları uygulamayı kabul eden organizasyonlar tarafından uygulanmaktadır. Davranış kuralları öncelikle afetler sonrası yapılacak yardımlar için davranış prensipleri belirlemede, daha sonra ise afetten etkilenen devlete, bağış yapacak devlete ve uluslararası organizasyonlara ayrı ayrı tavsiyelerde bulunmaktadır (Ö. Yavuz, 2014: 112).

Davranış kurallarında belirtilen prensipler on maddede sayılmıştır. Bunlar; (1) Afetten etkilenenlere yardım yapmak zorunluluktur. (2) Yardımlar dil, din, ırk gibi hiçbir ayırım gözetilmeksizin sadece afetzedenin ihtiyaçları göz önünde bulundurularak yapılır. (3) Yardımlar siyasi ve dini amaçlar için kullanılamaz. (4) Yardım yapan ülke yardımları dış politika enstrümanı olarak kullanılmamaya çaba göstermelidir. (5) Yardım yapılacak ülke veya bölgenin kültür ve göreneklerine saygılı davranılmalıdır. (6) Afetlerden etkilenen ülkelerin afete müdahale kapasitelerini artırmaya yönelik girişimlerde bulunulmalıdır. (7) Yardımların yönetimine yardımdan yararlananların da katılması sağlanmalıdır. (8) Afet yardımları, afetzedelerin mevcut ihtiyaçlarını karşılamayı amaçladığı kadar gelecekteki afetlerden zarar görebilirliği azaltmayı da amaçlamalıdır. (9) Yardım organizasyonları hem yardım sağlayan kişilere hem de yardım alan kişilere karşı sorumludurlar. (10) Yardım organizasyonu tarafından yapılan her türlü tanıtım,

reklam ve bilgilendirme faaliyetlerinde afetzedeler, umutsuz ve çaresiz insanlar olarak değil onurlu ve şerefli insanlar olarak gösterilmelidir.

Türkiye’de Suriyeli Mültecilere Yapılan Sağlık Yardımları

Türkiye’de afet ve acil durumlar ile ilgili faaliyetlerin yürütülmesinden ve kurumlar arası koordinasyonun sağlanmasından Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) sorumludur. Dolayısıyla AFAD, tüm acil durumlarda olduğu gibi Suriyeli mülteciler ile ilgili çalışmalarda da yetkili kurumdur. AFAD’ın temel sorumluluğu, kamu kurumları, uluslararası kuruluşlar ve sivil toplum örgütleri arasındaki koordinasyonu sağlamaktır. Bu koordinasyon, çerçevesi önceden çizilmiş bir takım plan ve programlara uygun şekilde yerine getirilir. Türkiye’de afet ve acil durumlara müdahale, Türkiye Afete Müdahale Planı (TAMP) çerçevesinde yürütülür. TAMP’a göre mültecilere yapılacak sağlık yardımlarından sorumlu olan kurum Sağlık Bakanlığıdır.

AFAD, periyodik olarak Türkiye’ye sığınan Suriyeli mültecilerin sayısına yönelik verileri açıklamaktadır. AFAD’ın 17 Nisan 2015 tarihinde açıkladığı son rapora göre barınma merkezleri içinde ve dışında toplam 1 milyon 700 binden fazla Suriye vatandaşı yaşamaktadır. Bu kişilerin 258.537 kişisi 10 ilde kurulan 25 barınma merkezinde yaşarken geriye kalan yaklaşık 1 milyon 500 bin kişi Türkiye’nin çeşitli illerinde kendi imkanları ile yaşamını devam ettirmektedir (AFAD, 2014a). Ayrıca Suriye sınırının sıfır noktasında oluşturulan tampon bölgelerde kurulan geçici yerleşim merkezlerinde yaklaşık 150 bin kişiye insani yardım sağlanmaktadır. Dolayısıyla uygulamada mültecilere yönelik yardımlar, kamp içi, kamp dışı ve tampon bölgede olmak üzere üç farklı şekilde gerçekleştirilmektedir.

Yukarıda da belirtildiği gibi sağlık hakkı, birkaç farklı hakkı ihtiva etmektedir. Birincisi önleyici ya da koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkıdır. Önleyici ve koruyucu sağlık hizmetleri, gerekli önlemleri alarak sağlığı bozucu dış tehditleri engellemektir. Uygun barınma koşullarının sağlanması, yeterli besin ve temiz suya ulaşma ile hastalıklara karşı aşılama gibi adımlar, bu aşamada değerlendirilebilir. Barınma, yaşamı devam ettirebilmenin yanı sıra hastalıklara karşı koyabilme ve korunabilme adına önemlidir. Bu kapsamda Suriyeli mülteciler için 17 Temmuz 2014 tarihi itibari ile Hatay ili Altınözü ve Yayladağı ilçelerinde 2’şer çadır kent, Reyhanlı’da 1 geçici kabul merkezi, Şanlıurfa ili Ceylanpınar, Akçakale ve Viranşehir’de 1’er, Gaziantep ili İslahiye, Karkamış ve Nizip ilçelerinde 1’er, Kahramanmaraş Merkez’de 1, Osmaniye ili Cevdetiye ilçesinde 1, Adıyaman’da 1, Mardin ili Midyat ve Nusaybin ilçelerinde 1’er ve Adana ili Sarıçam ilçesinde 1 çadır kent ile Kilis’te 2, Hatay Apaydın, Şanlıurfa Harran, Malatya Beydağı ve Gaziantep Nizip’te 1’er konteynır kent olmak üzere toplam 16 çadır kent, 1 geçici kabul merkezi ve 6 konteynır kent oluşturulmuştur (AFAD, 2014). Mültecilerin hayatlarını sağlıklı bir şekilde devam ettirebilmeleri için barınma ihtiyaçlarının en iyi şekilde karşılanması gerekir. Ancak Suriyeli mültecilerin sadece %20’si geçici barınma için oluşturulan toplu yerleşim merkezlerinde kalırken yaklaşık bir buçuk milyon mülteci Türkiye’nin çeşitli kentlerinde kendi imkanları ile yaşamlarını idame ettirmektedir.

Toplu barınma merkezinde yaşayan mülteciler, hem sağlıklı barınma imkanı elde etmekte hem de sağlıklı bir yaşam için gerekli olan su, gıda ve beslenme yardımlarından sistematik olarak faydalanabilmektedir. Kamp dışında yaşayan mültecilere ise bu yardımların yeterince ulaştırılması mümkün değildir.

Koruyucu sağlık hizmetleri açısından diğer önemli bir faktör aşılama değildir. Özellikle rutin aşıları tam olarak tamamlanmamış çocuklar, hem mülteciler için hem de yerel halk için sağlık sorunları ve bulaşıcı hastalıklar yönünden risklidir. Suriyeli mülteci çocuklar kızamık ve çocuk felci hastalıklarına karşı aşılanmaktadır. Ancak toplu yerleşim birimlerinde yaşayan çocukların dörtte biri kamp dışında yaşayan çocukların ise neredeyse yarısı çocuk felcine karşı aşılanmamıştır. Benzer şekilde kızamık aşısı olmayan çocukların oranı kamp içinde % 25 kamp dışında ise yaklaşık % 40'dır (AFAD, 2014b:98).

Sağlık hakkının ikinci aşaması, tıbbi kaynaklara ulaşma hakkı olarak nitelendirilir. Bu kapsamda acil durumlar için acil sağlık hizmetlerinin varlığı, tüm vatandaşların ihtiyaçlarını gözeterek sağlık tesislerinin oluşturulması, sağlık hizmetlerinin ve tıbbi malzemelerin ulaşılabilirliğinin sağlanması ikinci grupta yapılması gereken sağlık yardımlarıdır. Çadır ve konteynır kentlerde yaşayan mülteciler için Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık hizmeti sunulmaktadır. Geçici yerleşim birimlerinde kurulan sahra hastaneler ve sağlık merkezlerinde 14'ü Arap toplam 101 doktor, 276 sağlık personeli ve 19 ambulans mültecilere hizmet vermektedir. Kamplarda kurulan sağlık merkezlerinde 62 bin 216 ameliyat gerçekleştirilmiş, 18 bin 764 doğum yaptırılmış, ayrıca 4 milyona yakın poliklinik hizmeti verilmiştir (AFAD, 2014a).

Kamplarda kalan Suriyeli mülteciler tıbbi tedaviye ücretsiz olarak erişebilirken kamp dışında yaşayan mülteciler, sağlık hizmetine ulaşmakta güçlük çekmektedir. AFAD, 18 Ocak 2013 tarihinde yayınladığı genelge ile kamp dışında yaşayan Suriye uyrukluların hastanelerden ve sağlık merkezlerinden ücretsiz olarak yararlanmasının önünü açmıştır. Bu genelgeye göre kamp dışında yaşayan mültecilerin, geçici yerleşim merkezlerinin yer aldığı 10 ildeki sağlık kurumlarına başvurmaları durumunda önleyici ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin masrafları AFAD tarafından karşılanacaktır. Ancak kamp dışında yaşayan mülteciler, sadece bu 10 şehirde değil Türkiye'nin pek çok farklı şehrinde ikamet ettiği için söz konusu düzenleme yetersiz kalmıştır. Bu nedenle AFAD tarafından 9 Eylül 2013 tarihinde çıkarılan yeni bir genelge ile önceki uygulamanın kapsamı 81 ile genişletilmiştir. Bu bağlamda Suriyeli mülteciler herhangi bir ildeki sağlık kurumundan hizmet alabilecek ve bu hizmetin ücreti kurumun bulunduğu ilin valiliğine fatura edilecektir. Her ne kadar Suriyeli mültecilerin sağlık hizmetlerinden ücretsiz faydalanması ile ilgili düzenleme yapılmış olsa da uygulamada özellikle bazı illerdeki mültecilerin sağlık hizmetine ulaşmadaki zorlukların devam ettiği görülmektedir (Dinçer vd, 2013:25).

Mülteciler için kurulan geçici barınma merkezlerinde ve şehirlerde yaşayan Suriyelilerin yanı sıra sınırın sıfır noktasında Suriye tarafında yer alan kamplarda

kalan mülteciler de Türkiye’yi yakından ilgilendirmektedir. Sınır boyunca yaklaşık 25 kampta 150 binden fazla yerinden edilmiş Suriyeli yaşamaktadır. Bu kampların sorumluluğu doğrudan Türkiye’ye ait olmamasına rağmen ihtiyaçlarının büyük bir kısmı sivil toplum kuruluşları aracılığıyla Türkiye tarafından karşılanmaktadır. Sınırın sıfır noktasında yaşayan mülteciler için barınma, su, gıda ve tıbbi malzeme yardımı yapılmaktadır. Ayrıca sınırın Suriye tarafına bir hastane inşa edilerek Suriyeli hastaların tedavilerinin Türkiye’ye giriş yapmadan gerçekleştirilmesi amaçlanmıştır (Orhan, 2014:14).

Sonuç ve Değerlendirme

Suriye’deki iç çatışma yaklaşık dört yıldır devam etmekte ve çatışma nedeniyle Türkiye’ye iltica eden yerinden edilmiş kişilerin sayısı günden güne artmaktadır. İlk zamanlarda kısa süreli ve geçici bir durum olarak görülen zorunlu göç olgusu, gün geçtikçe kalıcı bir hal almaktadır. Suriye meselesi ile ilgili olarak yürütülen politikaların nihai amacı kalıcı çözüm olmalıdır. Ancak Suriye’de kısa sürede istikrarın yakalanması ve iç savaşın sonlandırılması mümkün gözükmemektedir. Bu nedenle Suriye’den gelecek yeni kitlesel göçler göz önünde bulundurularak, başta barınma ve sağlık yardımları olmak üzere temel insani yardımlar planlanmalıdır. Diğer taraftan mültecilerin sorunlarının Suriye sınırları içerisinde çözülmesi hedeflenmelidir. Bu nedenle özellikle mültecilerin Türkiye’ye kabulünden ziyade sınırın sıfır noktasında oluşturulacak geçici yerleşim kamplarında yaşamaları sağlanmalıdır. Çünkü Suriyelilerin Türkiye’ye geçişi ile sorunları katlanarak büyümekte ve siyasal, sosyal ve toplumsal problemler ortaya çıkmaktadır.

Mültecilerin Türkiye’de kalma süresinin uzaması hem sığınmacıların hem de yerel halkın fiziksel ve ruhsal sağlığını doğrudan etkilemektedir. Dolayısıyla mülteci meselesi ile ilgili gerek iltica edilen devlet açısından gerekse uluslararası kuruluşlar ve sivil toplum kuruluşları açısından en önemli hususlardan birisi bu kişilerin sağlıklı bir yaşam sürmelerini sağlamaktır. Sağlıklı bir yaşam sürmenin ön koşulu, barınma ve beslenme ihtiyacının yeterli bir şekilde sağlanmasıdır. Bu nedenle sağlık yardımının ilk adımı barınma, su, gıda ve beslenme yardımlarından oluşur. Türkiye, yerinden edilmiş Suriyeliler için 10 ilde geçici yerleşim merkezi inşa etmiş ve burada barınan mültecilere sistematik olarak temel insani yardımlarda bulunmuştur. Kamplarda yaşayan mülteciler, sağlıklı bir hayat sürme imkanına sahiptir. Ancak kampta yaşayan mültecilerin en az beş katı kadar Suriyeli, Türkiye’nin çeşitli illerinde kendi imkanları ile yaşamını sürdürmeye çalışmaktadır. Bu kişilerin yaşam koşulları, kamplarda yaşayan mültecilere nispeten daha kötüdür. Zira kamp dışında yaşayan çoğu mülteci, uygun ve hijyenik barınaklardan yoksundur ve yeterli miktarda ve nitelikte su, gıda ve beslenme malzemelerine sahip değildir. Ayrıca kamp dışında yaşayan Suriyeli mülteciler, asayiş ve güvenlik açısından da sorunlara neden olmaktadır. Bu nedenle kamp dışında yaşayan mültecilerin periyodik olarak toplu barınma merkezlerine taşınmaları sağlanmalıdır.

Sağlık hakkı, uluslararası ve ulusal hukuki belgelerde teminat altına alınmış temel insani haklardan biridir. Sağlıklı yaşam, vatandaşlık bağından bağımsız olarak sadece insan olmanın sağladığı bir haktır. Devlet ister kendi vatandaşı olsun isterse kendisine sığınan yerinden edilmiş kişiler olsun herkesin sağlığını imkanları ölçüsünde korumakla görevlidir. Devletin bu görevini yerine getirip getirmediğini iki kıstas ile ölçmek mümkündür. İlk olarak sağlık tesisinin varlığı, ikincisi ise var olan sağlık tesislerine ulaşılabilirliktir. Suriyeli mülteciler açısından bu kıstasları değerlendirirken kamplarda yaşayanlar ve kamp dışında yaşayanları ayrı olarak değerlendirmek gerekir. Kamplarda yaşayan Suriyeli mülteciler için sağlık merkezleri ve sahra hastaneler kurularak Türk ve Arap sağlık personeli tarafından sağlık hizmeti sunulmaktadır. Ayrıca ileri tedavi için başka sağlık merkezlerine sevk edilmesi gereken hastalar için de her kampta ambulanslar görev yapmaktadır. Bu bağlamda geçici yerleşim kamplarında yaşayan mültecilerin sağlık hakkından yararlanabildiklerini söylemek mümkündür. Kamp dışında yaşayan Suriyeliler açısından ise temel problem sağlık hizmetine ulaşım ve sağlık hizmetinin ücretli olmasıdır. Bu kapsamda AFAD tarafından yayınlanan genelge ile herhangi bir ilde sağlık kurumuna başvuran mültecilerin tedavi giderleri valiliklerce karşılanmaktadır. Dolayısıyla kamp dışında yaşayan mültecilerin de sağlık hizmetine ulaşılabilirliği sağlanmıştır. Belirtmek gerekir ki devletin mülteciler için sağladığı sağlık hizmetinin kendi vatandaşlarına sağlanan yardımlardan daha fazla olmaması gerekir. Aynı hizmeti alan kişilerden Türk vatandaşı olan kişi sağlık hizmetinin finansmanına katılırken, Suriye uyruklu kişinin tedavi giderleri valilikler tarafından karşılanmaktadır. Bu durum Türk ve Suriye vatandaşları arasındaki toplumsal barışı ve yerel halkın mültecilere olan misafirperverliğini zedeleyecek niteliktedir.

Kaynakça

AFAD. (2014a). *Suriye'den Türkiye'ye Nüfus Hareketleri, Kardeş Topraklarındaki Misafirlilik*, Ankara.

AFAD. (2014b). <https://www.afad.gov.tr/TR/icerikListele1.aspx?ID=16>, erişim: 06.09.2014).

Balkır, B. (2007). Göçler ve Mülteci Sorunları. (ed.: M. Eryılmaz ve U. Dizyer *Afet Tıbbı*, Ankara: Ünsal Yayınları. s. 1325-1337.

Çalışkan, C. & Özcebe, H. (2013). Afetlerde Enfeksiyon Hastalıkları Salgınları ve Kontrol Önlemleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(5), s. 583-588.

Dinçer, O. B., Federici, V., Ferris, E., Karaca, S., Kirişçi, K., & Çarmıklı, E. Ö. (2013). *Suriyeli Mülteciler Sorunu ve Türkiye: Sonu Gelmeyen Misafirlilik*. Ankara: USAK ve Brookings Enstitüsü.

Doğan, G. & Durgun, B. (2012). *Arap Baharı ve Libya, Tarihsel Süreç ve Demokratikleşme Kavramı Perspektifinde Bir Değerlendirme. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 15, 61-90.

Ertan, K. A., Kartal, F. & Atay, Y. Ş. (2014). *Sosyal Adalet İçin İnsan Hakları: Sosyal Haklar*. Ankara: Todaie.

Görmüş, A. (2014). Refah Devletinde Sağlık Hakkının Dönüşümü: Kamu Hizmeti Paradigmasından Piyasa Hizmeti Paradigmasına. (Ed.: Ertan, K. A., Kartal, F. & Atay, Y. Ş.). *Sosyal Adalet İçin İnsan Hakları: Soysal Haklar*. Ankara: Todaie. s. 447-469.

Güçer, M., Karaca, S. & Dinçer, O. B. (2013). *Sınırlar Arası Yaşam Savaşı Suriyeli Mülteciler Alan Araştırması*, Uluslararası Stratejik Araştırmalar Kurumu Sosyal Araştırmalar Merkezi, Ankara: USAK.

İşbir, E. G. & Genç, F. N. (2008). *Uluslararası Afet Müdahale Hukukuna Doğru Türk Afet Yönetim Sistemi*. *Amme İdaresi Dergisi*, 41 (1), 15-41.

Karadağ, Ö. & Altıntaş, K. H. (2010). Mülteciler ve Sağlık. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(1), 55-62.

Korkmaz, A. Ç. (2014). Sığınmacıların Sağlık ve Hemşirelik Hizmetlerine Yarattığı Sorunlar. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1, 37-42.

Miş, N. & Telci, İ. N. (2013). Devrimden Darbeye Mısırdaki Askeri Vesayet Dönemi. *Ortadoğu Analiz*, 5 (56), 20-29.

Oğuzlu, T. (2011). Arap Baharı ve Yansımaları. *Ortadoğu Analiz*, 3 (36), 8-16.

Omay, U. (2011). *Sosyal Haklar Kısa ve Eleştirel Bir Bakış*. İstanbul: Beta.

Orhan, O. (2014). *Suriye’ye Komşu Ülkelerde Suriyeli Mültecilerin Durumu: Bulgular Sonuçlar ve Öneriler*. Ankara: Orsam.

Özcan, M. (2005). *Avrupa Birliği Sığınma Hukuku Ortak Bir Sığınma Hukukunun Ortaya Çıkışı*. Ankara: USAK.

Poyraz, Y. (2012). Suriyeli Vatandaşların Geçici Korunması ve Uluslararası Mülteci Hukuku. *Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 20(2), 53-69.

Sever, D. Ç. (2014). Yargı Kararlarında Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Hakkı. (Ed.: K.A. Ertan, F. Kartal & Y.Ş. Atay). *Sosyal Adalet İçin İnsan Hakları: Soysal Haklar*. Ankara: Todaie. s. 469-493.

Sphere Project: Afete Müdahalede Asgari Standartlar ve İnsani Yardım Sözleşmesi. (2000). First Final Edition, Genova.

Şahin, M. & Şahin, Ö. U. (2014). Arap Baharının Türkiye Ekonomisine Etkileri. *Yönetim ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 23, 171-187.

Toksabay, B. (2010). *The Health Right of Refugees in Turkey*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.

Üzeltürk, S. T. (2012). *Anayasa Hukuku Açısından Sağlık Hakkı*, İstanbul:Legal.

Yavuz, E. B. (2014). Sosyal, Ekonomik ve Kültürel Haklara İlişkin Tartışmaların İdeolojik Arka Planı. (Ed.: K.A. Ertan, F. Kartal & Y.Ş. Atay). *Sosyal Adalet İçin İnsan Hakları: Soysal Haklar*. Ankara: Todaie. s. 11-19.

Yavuz, Ö. (2014). *Afetler Sonrası Yapılan Sosyal Yardımlar ve Hizmetler*. İstanbul: İdeal Kültür Yayıncılık.

Ömer YAVUZ

Yılmaz, H. (2013). *Türkiye’de Suriyeli Mülteciler: İstanbul Örneği*. İstanbul: MAZLUM-DER.