



T.C.

İSTANBUL YENİ YÜZYIL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**ULUSLARARASI GÖÇ BAĞLAMINDA SURİYELİ
SIĞINMACILARIN TÜRKİYE SAĞLIK POLİTİKALARI
ÜZERİNE ETKİLERİ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

SEZGİN DURSUN

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üye. İtir ERKAN

İstanbul- 2019



T.C.

İSTANBUL YENİ YÜZYIL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**ULUSLARARASI GÖÇ BAĞLAMINDA SURİYELİ
SIĞINMACILARIN TÜRKİYE SAĞLIK POLİTİKALARI
ÜZERİNE ETKİLERİ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

SEZGİN DURSUN

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üye. İtir ERKAN

İstanbul- 2019

T.C.
İSTANBUL YENİ YÜZYIL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : /.... /2019

Dr. Öğr. Üyesi İtir ERKAN
İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi
Tez Danışmanı

Prof. Dr. Resul İZMİRLİ
İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi
Sağlık Yönetimi ABD Başkanı

Dr. Öğr. Üyesi Gülhan KALMUK
İstinye Üniversitesi
Sağlık Yönetimi Bölümü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Sezgin DURSUN

ÖNSÖZ

Tez çalışmamın her aşamasında değerli katkı ve eleştirileriyle yol gösteren, sabırla beni çalışmaya teşvik eden ve güven veren danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Itır ERKAN'a, değerli desteklerinden ötürü kuzenim olan KTÜ İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü Öğretim Öyesi Sayın Doç. Dr. Salih DURSUN'a, benden hiçbir desteği esirgemeyen ve manevi olarak her zaman yanımda olan aileme ve sevgili eşim Derya DURSUN'a içtenlikle teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ONAY.....	i
BEYAN.....	ii
ÖNSÖZ.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
ŞEKİL LİSTESİ.....	vii
TABLO LİSTESİ.....	vii
SEMBOL LİSTESİ.....	ix
ÖZET.....	x
SUMMARY.....	xii

BİRİNCİ BÖLÜM

1. GİRİŞ.....	1
---------------	---

İKİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....	3
2.1 Göç Kavramı.....	3
2.2. Göç Çeşitleri.....	3
2.2.1. Yasal Prosedürler Açısından Göçler.....	3
2.2.1.1. Düzenli Göçler.....	3
2.2.1.2. Düzensiz Göçler.....	7
2.2.2. Mesafesine Göre Göçler.....	9
2.2.2.1. İç Göç.....	9
2.2.2.2. Dış (Uluslararası) Göç.....	10
2.2.3. Süresine Göre Göç.....	10

2.2.3.1. Sürekli Göç.....	10
2.2.3.2. Mevsimlik Göç.....	11
2.3. Uluslararası Göç.....	11
2.3.1. Uluslararası Göç Türleri.....	12
2.3.2. Uluslararası Göçün Nedenleri.....	14
2.3.3. Uluslararası Göçün Sonuçları.....	15
2.3.4. Uluslararası Göçün Hukuki Boyutu.....	17
2.3.5. Türkiye'ye Yönelik Suriyeli Göçü.....	21

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARI.....	28
3.1. Sağlık Politikası Kavramı.....	28
3.2. Türkiye'de Sağlık Politikaları.....	29
3.2.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem Sağlık Politikaları.....	29
3.2.2. Cumhuriyet Sonrası Sağlık Politikaları.....	33
3.2.2.1. 1920-1938 Dönemi Sağlık Politikaları.....	33
3.2.2.2. 1938-1960 Dönemi Sağlık Politikaları.....	37
3.2.2.3. 1960-1980 Dönemi Sağlık Politikaları.....	39
3.2.2.4. 1980-2002 Dönemi Sağlık Politikaları.....	42
3.2.2.5. 2002'den Günümüze Sağlık Politikaları.....	46

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. SURIYELİ SİĞINMACILARIN TÜRKİYE SAĞLIK POLİTİKALARINA ETKİLERİ.....	55
4.1. Suriyeli Sığınmacılara Uygulanan Sağlık Politikalarının Yasal Çerçevesi.....	55
4.2. Suriyeli Sığınmacıların Sağlık Gereksinimleri ve Sağlık Sorunları.....	59
4.3. Suriyeli Sığınmacılara Verilen Sağlık Hizmetleri.....	61

4.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	61
4.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	62
4.4. Suriyeli Sığınmacılara Yönelik 2018 Yılında Uygulanan, 2019 Yılı İçin Planlanan Sağlık Hizmetleri ve Maliyetleri.....	63
4.5. Suriyeli Sığınmacıların Genişletilmiş Ulusal Bağışıklama Programına Etkileri.....	75
4.5.1. Aşılamaya ve Aşılar.....	75

BEŞİNCİ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM.....	80
----------------------	----

ALTINCI BÖLÜM

BULGULAR.....	82
TARTIŞMA VE SONUÇ.....	90
ÖNERİLER.....	96
KAYNAKLAR.....	98
ÖZGEÇMİŞ.....	108

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Türkiye’de 2016 Yılı İkamet İzini İle Bulunan Yabancıların Gruplandırılması.....	5
Şekil 2. Türkiye’de 2005-2019 Yılları Arasında İkamet İzni İle Bulunan Yabancıların Yıllara Göre Sayıları.....	6
Şekil 3. Yakalanan Düzensiz Göçmenlerin Yıllara Göre Dağılımı.....	8
Şekil 4. Geçici Koruma Kapsamındaki Suriyelilerin Yıllara Göre Dağılımı.....	24

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Birleşmiş Milletler’in Göçmenlerle İlgili Başlıca Hukuki Düzenlemeleri..	17
Tablo 2. Avrupa Birliği’nin Göçle İlgili Başlıca Hukuki Düzenlemeleri.....	18
Tablo 3. Göç Alanında Türkiye’nin Kabul Ettiği Başlıca Uluslararası Sözleşmeler.	19
Tablo 4. 2019 Yılı İtibariyle Geçici Barınma Merkezi İçinde ve Dışında Kalan Suriyeli Sığınmacıların Sayıları.....	25
Tablo 5. 2018 Yılı İtibariyle Türkiye’de Bulunan Suriyelilerin Yaş ve Cinsiyete Göre Dağılımı.....	26
Tablo 6. 2018 Yılı İtibariyle Suriyeli Mültecilerin Buldukları Ünelere Göre Dağılımı.....	27
Tablo 7. Türkiye’de 1923-1935 Yılları Arasında Sağlık Personellerinin Sayısı.....	34
Tablo 8. Türkiye’de 1923-1935 Yılları Arasında Sağlık Kurumları ve Hasta Yatağı Sayısı.....	36
Tablo 9. Türkiye’de 1940-1960 Yılları arasında Sağlık Kurumları ve Hasta Yatağı Sayısı.....	38
Tablo 10. Türkiye’de 1960-1980 Yılları Arasında Sağlık Personellerinin Sayısı.....	41
Tablo 11. Türkiye’de 1989-2000 Yılları Arasında Sağlık Personeli Sayısı.....	46

Tablo 12. Türkiye’de 2002-2017 Yılları Arasında Sağlık Personeli Sayısı (Tüm Sektörler).....	53
Tablo 13. Birinci Basamak ve Sevk Sağlık Hizmetlerinin Sığınmacılara Ulaştırılması.....	64
Tablo 14. Temel Sağlık Hizmetlerinin Mültecilere Ulaştırılması, Kalitenin Arttırılması ve Verilerin Fonksiyonel Biçimde Toplanması.....	65
Tablo 15. ÇEKÜS Hizmetlerinin Yaş ve Cinsiyet Parametrelerine Dikkat Edilerek Mültecilere Ulaştırılması ve Katılımlarının Sağlanması.....	67
Tablo 16. ÇEKÜS ve Kadına Şiddetin Klinik Yönetimi, Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Arttırılması.....	69
Tablo 17. Bulaşıcı Hastalıkların Takibi, Önlenmesi ve Bağışıklama Programlarının Yürütülmesi ve Konu Hakkında Bilincin Arttırılması.....	70
Tablo 18. Bulaşıcı Olmayan Kronik Hastalıkların Tanı, Takip ve Tedavisinin Yapılması, Engelli Bireylere Destekleyici Şahsi Araçların Sağlanması ve Rehabilitasyon Merkezleri... ..	73
Tablo 19. Türkiye’de Çocukluk Yaş Aşılama Takvimi.....	76
Tablo 20. DSÖ’ye Göre Türkiye’de Aşılama Kapsamı.....	79
Tablo 21. Ameliyatların 2019 Yılı Fiyatları Bazında Gruplandırılması.....	83
Tablo 22. Suriyeli Sığınmacıların Türkiye’de Yaptıkları Doğum Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı.....	83
Tablo 23. Türkiye’de 2008-2017 Yılları Arası Aşı ile Önlenebilir Hastalık Bildirimleri.....	84
Tablo 24. Aşı Takvimindeki Aşılar ve 2019 Yılı Fiyatları Bazında Maliyetleri.....	85

SEMBOL LİSTESİ

AB: Avrupa Birliği

AFAD: Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı

BM: Birleşmiş Milletler

ÇEKÜS: Çocuk Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı

DPT: Devlet Planlama Teşkilatı

GSYİH: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla

HASUDER: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği

KDK: Kamu Denetçiliği Kurumu

OECD: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü

ORSAM: Ortadoğu Stratejik Araştırmalar Merkezi

TBMM: Türkiye Büyük Millet Meclisi

TDK: Türk Dil Kurumu

TTB: Türk Tabipler Birliği

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UNHCR: Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği

WHO (DSÖ): Dünya Sağlı Örgütü

SEZGİN DURSUN

Uluslararası Göç Bağlamında Suriyeli Sığınmacıların Türkiye Sağlık Politikaları Üzerine Etkileri.
İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı.

ÖZET

İnsanoğlunun varlığı ile birlikte aslında bir yer değiştirme hareketi vardır. İnsanlar olumlu ya da olumsuz çeşitli nedenlerden dolayı zaman zaman yer değiştirmektedirler. İnsanların yaşadıkları coğrafi bir bölgeden, ekonomik, sosyal, siyasal ve kültürel sebeplerle bireysel olarak veya kitleler halinde başka bir coğrafi bölgeye geçici ya da kalıcı olarak intikal etmesine göç denilmektedir. Göç, meydana gelme sebepleri itibariyle ardında birçok olumsuz tablo bırakabilir. Hem göç veren ülke hem de göç alan ülke için neden olduğu olumsuzluklar azımsanmayacak kadar çoktur. Bu olumsuzlukların başında ise sağlık sorunları gelmektedir. Sağlık sorunları hem göçmen odaklı hem de göç alan bölge nezdinde karşımıza çıkmaktadır. Son yıllarda Türkiye'nin maruz kaldığı ve ülke içerisindeki birçok parametrede dengeleri değiştirebilecek büyüklükteki Suriyeli göçü sonrasında meydana gelen sağlık sorunları ve bu sağlık sorunlarını ortadan kaldırmak için izlenen mevcut sağlık politikalarının değiştiği bilinmektedir.

Bu çalışma, Türkiye'nin yürütmekte olduğu sağlık politikalarını, Suriye Arap Cumhuriyeti'nden gelen ve sayıları dört milyona yaklaşan sığınmacıların, bu politikaları nasıl etkiledikleri ve Türkiye'nin, toplum sağlığını tehdit eden bu kontrolsüz göç karşısında oluşturduğu yasal dayanaklar çerçevesinde ve kamuoyuyla paylaşılmış olduğu veriler ışığında, meydana gelen aksaklıkların ve alınması gereken önlemlerin belirlenmesine yardımcı olmak amacıyla hazırlanmıştır.

Çalışmada toplanan veriler doğrultusunda, ülke içerisinde 3.606.737 Suriyeli sığınmacı bulunmaktadır. Bu sayının sadece 125.936'sı yani %3.5'i kamplarda kontrol altındadır. Ülke içerisinde değişik şehirlerde kontrolsüz biçimde bulunan sığınmacıların oranı %96.5'tir ki, bu durum sağlık açısından çeşitli riskler teşkil

etmektedir. Ülkeye girişleri esnasında, ilk yıllarda yeterli sağlık kontrolünden geçirilemeyen ve bu şekilde ülke içerisine dağılan sığınmacıların, koruyucu sağlık hizmetleri ile önlenebilir olan bazı hastalıkların görülme hızlarının yükselmesine sebep oldukları düşünülmektedir. Örneğin 2012 yılından başlayarak 2013 yılında baş gösteren kızamık salgınının Suriyeli sığınmacılar kaynaklı olduğu söylenebilir. Sınırda yakın illerde görülme sıklığı oldukça artan Şark Çıbanı hastalığı, el ayak hastalığı gibi hastalıkların sığınmacılar kaynaklı olduğu bilinmektedir. Bütün bu olumsuzluklar karşısında Sağlık Bakanlığı'nın başlatmış olduğu yeni aşı kampanyaları ve yeni tedbirler neticesinde bu hastalıkların salgın boyutları daha önlenebilir düzeydeyken kontrol altına alınmıştır.

Sığınmacıların sayılarının oldukça yüksek boyutlara ulaşması, verilen sağlık hizmetlerinin maliyetleri, ortaya çıkan fazla iş yükü, sağlık kurumlarının kapasite sorunları gibi birçok sorunu da beraberinde getirmiştir.

Yapılan bu çalışma sonucunda ülkeye kontrolsüz ve herhangi bir sağlık taramasına tabi tutulmadan alınan Suriyeli sığınmacıların aslında, Türkiye'de büyük sağlık sorunlarına neden oldukları ve bu sorunlara karşılık Türkiye'nin yıllardır sürdürdüğü sağlık ile ilgili bir takım sıkı politikalarını değiştirdiği belirgin bir sonuçtur. Bu yönü ile ülkenin yaşanan bu sığınmacı akımına karşı alması gereken tedbirleri gözden geçirmesi ve bundan sonraki yıllarda meydana gelebilecek olası bir benzeri göç hareketine karşı ise daha hazırlıklı olması gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Uluslararası Göç, Suriyeli Sığınmacılar, Sağlık Politikası.

SEZGİN DURSUN

Syrian Refugees in Turkey Health Policy Context Effects on International Migration

Istanbul Yeni Yuzyil University, Health Sciences Institute, Master Science of Health Management.

SUMMARY

There is actually a displacement movement with the existence of human beings. People change from time to time for various reasons, either positive or negative. Migration of people from one geographical region to another geographical region individually or in masses for economic, social, political and cultural reasons is called migration. Migration can leave many negative pictures behind for reasons of occurrence. Both the emigration country and the country receiving the immigration are negligible. Health problems are the most important of these problems. Health problems occurring after recent years, Turkey's exposure to, and in many parameters within the country of immigration Syrians in size that could change the balance and is known to vary their existing health policies followed to eliminate these health problems.

This study is that health policies executed by Turkey, Syria and numbers from the Arab Republic of four million, nearly asylum seekers, how they affect these policies and Turkey, public health threats within the framework of legal basis, which represent the face of uncontrolled migration and in light of the data that have interests with the public is designed to help identify failures and measures to be taken.

According to the data collected in the study, there are 3,606,737 Syrian refugees in the country. Only 125.936 of this number, so 3.5%, are under control in the camps. 96.5% of uncontrolled asylum seekers in different cities in the country poses various health risks. It is thought that asylum seekers who have not undergone adequate health check in the first years during their entry into the country and that have been dispersed in this way cause some diseases to be prevented by preventive health services. For example, it can be said that the epidemic of measles in 2012,

starting in 2012, originated from Syrian refugees. It is known that diseases such as Oriental Çıbanı disease, hand and foot disease, which have a high incidence in provinces close to the border, are caused by asylum seekers. As a result of the new vaccination campaigns and new measures initiated by the Ministry of Health, the epidemic dimensions of these diseases were controlled while preventable.

When the number of asylum seekers is quite large, the costs of health care services provided, the excess workload, the capacity problems of health institutions have brought along many problems.

This study resulted in the country unchecked and asylum seekers Syrian received without being subjected to any health screening actually cause major health problem in Turkey and Turkey's response to these issues a slew of health care continues for many years is an obvious conclusion that change the strict policy. With this aspect, it is thought that the measures that the country should take against this influx of asylum seekers and that they should be prepared for a possible similar migration movement that may occur in the following years.

Keywords: International Migration, Syrian Refugees, Health Policy.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. GİRİŞ

Göç, insanların yaşadıkları coğrafi bölgeden, bireysel veya kitleler halinde, ekonomik, sosyal, siyasal ve kültürel nedenlerden dolayı, başka bir coğrafi bölgede yaşamlarını sürdürmek için, sürekli ya da geçici olarak hareket etmelerine verilen isimdir (Özer, 2004). Göç evrensel bir olgudur. Yeryüzü varolduğu günden itibaren dünyanın hemen her yerinde insanoğlu sürekli olarak bir bölgeden başka bir bölgeye hareket halindedir. Bu hareket kimi zaman sosyo-ekonomik şartlarını düzeltmek amacı ile, kimi zaman siyasi baskılardan kaçmak amacı ile, kimi zaman eğitim amacı ile kimi zamanda savaşlar ve terör nedeniyle yaşam kaygısı sonucunda oluşmaktadır. İnsanlar bazen bireysel olarak bazen de topluluklar halinde savaşlar, doğal afetler, sürgünler vb. gibi sebeplerden dolayı bazen zorunlu olarak, bazende gönüllü olarak göç etmektedirler (Çağlayan, 2006).

Göç etmek zorunda kalan ya da göç eylemine maruz kalan birey veya topluluklar, göçün getirmiş olduğu birçok olumsuzluk karşısında çaresiz kalabilmektedirler. İnsanların yaşamlarını doğrudan veya dolaylı yönlerden etkileyen göç, bazı toplumsal olayların sonuçlarında ortaya çıktığı gibi sosyal, kültürel, ekonomik ve siyasal birçok etmen tarafından da yönlendirilmektedir. Bu durum, göçün toplumun tamamını etkileyecek büyüklükte olması, topluluklara ve toplulukların yaşam biçimlerine göre çeşitlilik, göçün süresine bağlı olarak yoğunluğu, büyüklüğü ve yönünde meydana gelen değişimlerden kaynaklanmaktadır (İpekyüz, 1996).

Ülkeler bazen büyük göç dalgalarına hazırlıksız yakalanmaktadır. Büyük boyutta yaşanan göç dalgaları neticesinde, altyapı, barınma, eğitim ve sağlık alanlarında çok ciddi sorunların başgöstermesi kaçınılmaz hale gelmektedir. Dünya genelinde yaygınlaşan küresel ekonomik kriz neticesinde ekonomileri daha da zayıflayan ülkeler bu türden büyük ve ani gelişen göç hareketleri ile sosyal ve ekonomik açıdan iyiden iyiye daha da zor durumda kalmaktadırlar. Özellikle kontrolsüz biçimde ülkelere yapılan göç akınları, göç alan ülkeler açısından bir çok

sağlık sorununu da beraberinde getirmektedir. Göç alan ülkelerde sağlık hizmetlerinin gerektiği gibi verilebilmesi ve toplum sağlığı ile birlikte göçmen sağlığının da korunabilmesi güçleşmektedir.

Ayrıca göç edenler açısından da göçün getirmiş olduğu zorluklar söz konusudur. Göç edenler için, dil sorunları, beslenme ve barınma sorunları, eğitim sorunları, sağlık ve hijyen sorunları ortaya çıkmakta ve göç yolunda yetersiz ve dengesiz beslenme, bağışıklık sisteminin zayıflaması, yaralanmalar ve bulaşıcı hastalık riskleri göçmenleri tehdit etmektedir.

Türkiye bulunduğu coğrafi konumu nedeni ile doğu ve batı arasındaki göç yollarının merkezi konumundadır. Bu nedenle göç alsın ya da göç versin her durumda göç amaçlı kullanılan transit ülkelerin başında gelmektedir. Türkiye'ye yönelik özellikle son yıllarda, çevre ülkelerde yaşanan çatışma ve savaşlar nedeniyle meydana gelen kitlesel göç hareketleri birçok sorunuda beraberinde getirmiştir. Bu sorunların bir kısmı, barınma, eğitim, istihdam gibi alanlarda kendini gösterirken en önemli sorunlar, hem göçmenin, hemde göç alan ülke olarak Türkiye'nin sağlık sisteminde meydana gelen sorunlar olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu çalışmanın amacı, göç olgusunun boyutlarını ortaya koyarak, son yıllarda Dünya üzerinde bir trajediye dönüşen Suriyeli mültecilerin göç esnasında ve sonrasında yaşadıkları sağlık sorunlarına vurgu yapmak, boyutları ve oluş biçimi açısından bu denli büyük bir göç olgusu karşısında Türkiye sağlık sisteminde yaşanan aksamalar, Türkiye'nin izlemiş olduğu sağlık politikalarına etkileri, göçmenlerin ve ülkenin sağlık seviyesinin korunması ve yükseltilmesi için hazırlanan stratejiler, yönetsel anlamda yönetim ve organizasyon eksikliklerinden kaynaklanan sorunları tespit etmek ve çözüm yolları bulmaya çalışmaktır.

Çalışmanın bir diğer amacı ise, kısa bir zaman zarfında milyonlarca mülteciyi ülkesine kabul ederek, insani anlamda üzerine düşen görevi fazlasıyla yerine getiren Türkiye'nin, mültecilerin gelişinden sonra karşılaştığı sağlık sorunlarının tespitinde fayda sağlamak, bu sağlık sorunlarına çözüm bulunmasına ve sorunların giderilmesi hususunda katkıda bulunmaktır.

İKİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Göç Kavramı

Günümüzde milyonlarca insan çeşitli nedenlerden dolayı yaşadıkları bölgelerden başka bölgelere göç etmektedir. Gerçekleşen bu yer değiştirme eylemini ifade eden göç kavramı farklı şekillerde tanımlanmakla beraber, Türk Dil Kurumu (TDK) Güncel Türkçe Sözlüğünde “ekonomik, toplumsal, siyasi sebeplerle insanların bireysel olarak veya topluluklar halinde bir ülkeden başka bir ülkeye, mevcut yerleşim yerlerinden başka bir yerleşim yerine gitme işi, taşınma, hicret, muhaceret” şeklinde tanımlanmaktadır (TDK, 2019). Göç, kişilerin veya toplulukların gelecek yaşantılarının tamamını veya bir kısmını geçirmek üzere, sürekli ya da geçici bir süre için, bir yaşam alanından bir başka yaşam alanına yerleşmek amacıyla yaptıkları coğrafi yer değiştirme eylemidir (URL-1). Bir başka tanıma göre göç; ekonomik, toplumsal veya siyasal nedenlerle bireylerin veya toplulukların bir yerden başka bir yere giderek ikamet etmeleridir (Mutluer, 2003).

2.2. Göç Çeşitleri

Göçler, oluşum esasları, yasalara ve kurallara uyum bakımından, değişik alt başlıklar halinde incelenmektedir. Bu çalışmada göç türleri; yasal prosedürler açısından göçler, mesafesine göre göçler ve süresine göre göçler başlıkları altında irdelenecektir.

2.2.1. Yasal Prosedürler Açısından Göçler

Yasalara uygun ya da uygun olmadan yapılmış göçlerdir. Bu göç türü kendi içinde düzenli göçler ve düzensiz göçler olarak iki başlık halinde incelenmelidir (Deniz ve Öksüz, 2017).

2.2.1.1. Düzenli Göçler

Düzenli göç, insanların, vatandaşı oldukları ülkelerden başka ülkelere, seyahat amacı ile veya yine seyahat amacı ile transit geçtikleri ülkelerin yasal

prosedürlerine uyum sağlayarak seyahat etmeleri halidir (Deniz ve Öksüz, 2017). Bu göç türü, insanların gidecekleri ülkelerce konulan kanun ve kurallar çerçevesinde gerekli izinleri almış olmaları ve bunları kabul etmeleri demektir.

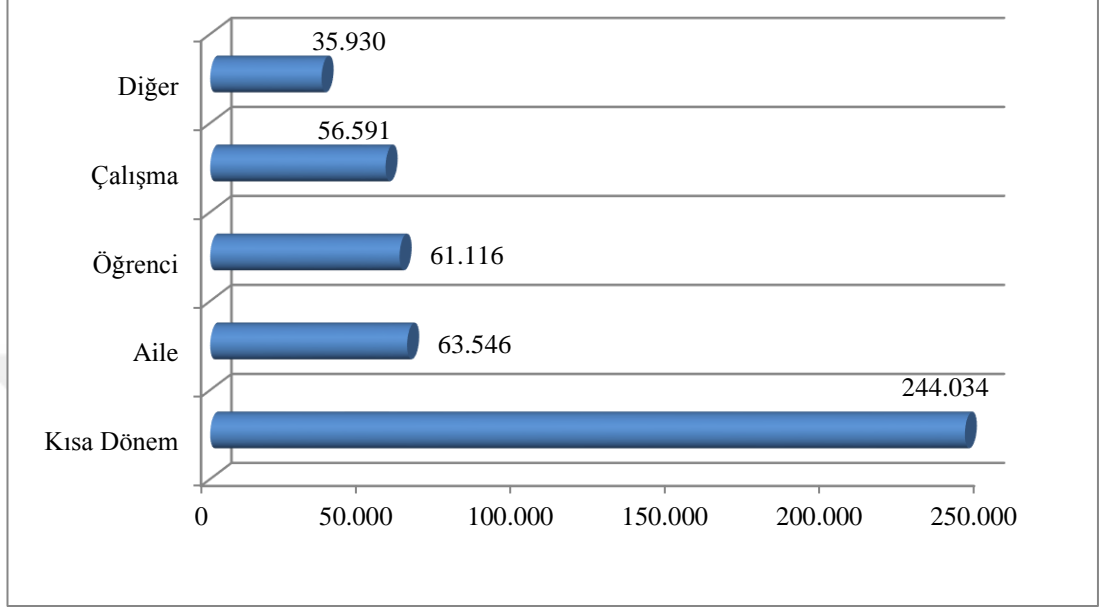
Yabancıların Türkiye’de ikametleri, 6458 sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu’nun ikamet ile ilgili bölümünde 19. madde ile düzenlenmiştir. İlgili maddeye göre; ***Türkiye’de, vizenin veya vize muafiyetinin tanıdığı süreden ya da doksan gündenden fazla kalacak yabancıların ikamet izni almaları zorunludur*** (Resmi Gazete, 2013). Bu doğrultuda ikamet izinleri alınarak, Türkiye’ye yönelik gerçekleştirilen düzenli göçler üç temel amaçla yapılmaktadır:

1. Çalışmak amaçlı.
2. Eğitim amaçlı.
3. Yaşamak amaçlı.

Ülkemize bu amaçlar doğrultusunda 2000-2011 yılları arasında oturma izni olarak, düzenli göç eden kişi sayısı yaklaşık 2 milyondur (URL-2). Bu göçmenlerin % 28’lik kısmını eğitim ve çalışma amaçlı olanlar, geri kalan %72’lik kısmını ise yaşam şartlarına bağlı olarak göç edenler oluşturmaktadır.

Şekil 1, 2016 yılı Göç İdaresi verilerine göre ülkemizde ikamet izni alan yabancıların dağılımını göstermektedir.

Şekil 1: Türkiye’de 2016 Yılı İkamet İzini İle Bulunan Yabancıların Gruplandırılması



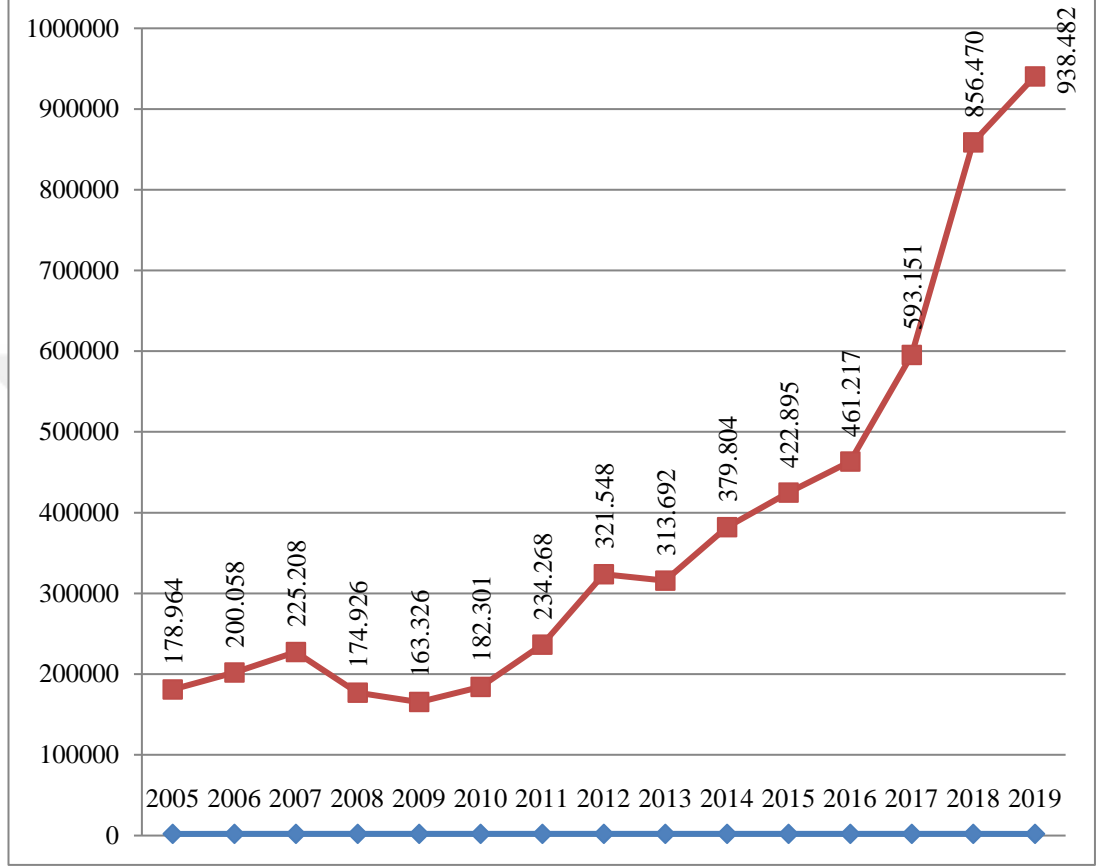
Kaynak: Göç İdaresi 2016 Yılı Verileri

Şekil 1’e göre, 461.217 yabancı ülke vatandaşının 244.034’ü kısa dönemli ikamet izni, 63.546’sı aile olarak ikamet izni, 61.116’sı öğrenim görmek için ikamet izni, 56.591’i çalışma amaçlı ikamet izni ve 35.930’u da diğer sebeplerden dolayı ikamet izni almıştır.

Ayrıca ikamet izni ile ülkemizde bulunan kişi sayısında özellikle 2010 yılından itibaren hızlı bir yükseliş yaşandığı görülmektedir.

Şekil 2’de 2005-2019 yılları arasında Türkiye’de ikamet izni alanların sayısı gösterilmektedir (URL-3).

Şekil 2: Türkiye’de 2005-2019 Yılları Arasında İkamet İzni İle Bulunan Yabancıların Yıllara Göre Sayıları



Kaynak: URL-3

Şekil 2’ye bakıldığında 2005-2019 yılları arasında Türkiye’de ikamet izni alan yabancıların sayısında önemli artışlar yaşanmıştır. Örneğin 2005 yılında ikamet izni alan yabancı sayısı 178 bin civarında iken, 2019 yılına gelindiğinde bu sayının 938 bine ulaştığı görülmektedir.

Ayrıca Türkiye’yi yabancı uyruklu emeklilerin odak merkezi haline getiren düzenli göç dalgalarından biri de “uluslararası emekli göçü”dür. Bu göç türü genel olarak “Anavatanında emekli olduktan sonra, başka bir ülkeye göç eden göçmen grubu” olarak tanımlanır (Özerim, 2012). Uluslararası emekli göçü, refah seviyesinin yüksek olması, erken emekli olabilme imkânı, ortalama yaşam süresinin artması gibi etkenlerin yanı sıra, deniz kıyıları ve ılıman iklim koşullarının cazibesi gibi beşeri ve

fiziki bir dizi faktörün etkisi sonucunda ortaya çıkmaktadır. Emeklilerin en fazla tercih ettiği bölgelerin başında ise, Akdeniz kıyıları gelmektedir (Südaş, 2015). Türkiye’de bu göç dalgası özellikle Akdeniz ve Ege olmak üzere turizm merkezi konumundaki illerde yoğunlaşmış ve çok sayıda yabancı ülke vatandaşı bu bölgelerimizde ikamet eder hale gelmişlerdir.

2.2.1.2. Düzensiz Göçler

Kapitalizmin bir sonucu olarak karşımıza çıkan gelir eşsizliği ve ülkelerin gelişmişlik düzeyleri arasındaki uçurumlar, küreselleşmenin de etkisiyle insanları, sınırları ve zorlukları tanımaksızın göç yollarına itmektir. Geçim kaynakları kısıtlı olan ve artık yaşam bölgelerinde hayatlarını idame ettiremeyeceklerini düşünen insanlar daha iyi yaşam kaynakları ve şartlar için, emekçi olarak düzensiz göçe başvurumaktadırlar (Akpınar, 2009).

Düzensiz göç, bir ülkeye yasal olmayan yollarla giriş yapmak, yasal olmayan yollarla kalmak ve yasaların müsaade ettiği süre zarfında ükeden çıkmamak anlamına gelmektedir (URL-4). Tanımdan da anlaşılacağı üzere bu sınıfa giren göçmenler yasadışı bir şekilde ülkeye giriş yapmakta veya yasal yollarla; örneğin turist vizesi ile ülkeye giriş yaptıktan sonra vize süresi dolmasına rağmen çıkış yapmamaktadırlar.

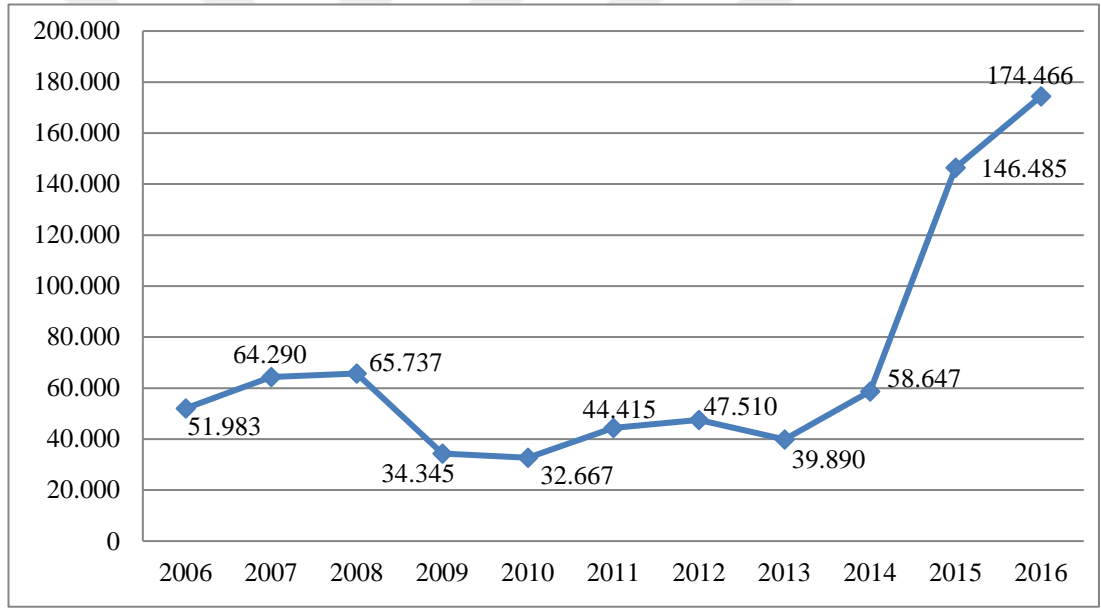
Düzensiz göçler genellikle az gelişmiş veya gelişmekte olan bölgelerden gelişmiş bölgelere yönelik olarak gerçekleştirilmektedir. Dünya genelinde düzensiz göç haritasına bakıldığında, Asya, Afrika ve Ortadoğu ülkelerinden Avrupa ülkelerine, Güney Amerika, Uzakdoğu Asya, Afrika ülkelerinde Kuzey Amerika ülkelerine göçlerin gerçekleştiği görülmektedir.

Türkiye de, bulunduğu coğrafi konumu nedeniyle Asya ve Avrupa arasında bir köprü görevi görmekte ve özellikle Avrupa ülkelerine geçiş güzergahı olarak kullanılmaktadır. Ayrıca Türkiye zaman zaman göç edenlerin yerleştiği bir ülke konumundadır (Deniz, 2014). Özellikle 2010 yılından sonra Ortadoğu ülkelerinde meydana gelen iç karışıklıklar ve savaşlar neticesinde kitleler halinde Türkiye’ye veya Türkiye’yi köprü olarak kullanarak Avrupa ülkelerine büyük bir göç

başlamıştır. Türkiye sınır kapılarını bütün göçmenlere açarak sığınmacı olarak kabul etmiş ancak, Avrupa ülkeleri güvenlik zaafiyeti doğuracağını gerekçe göstererek bu göç dalgalarını kabul etmemiştir. Bundan dolayı Ege ve Akdeniz’i kaçak yollarla geçerek Avrupa ülkelerine ulaşmaya çalışan göçmenler, yaşanan tekne faciaları sonucunda ya boğularak ya da soğuk suda uzun süre kalmaları nedeniyle hipotermiye bağlı yaşamlarını yitirmektedirlerdir.

Şekil 3’te, Türkiye’de 2006-2016 yılları arasında yaşanan düzensiz göç hareketlerinin sayıları gösterilmiştir.

Şekil 3: Yakalanan Düzensiz Göçmenlerin Yıllara Göre Dağılımı



Kaynak: Göç İdaresi, 2016 Yılı Düzensiz Göç İstatistikleri.

Göç İdaresinin yayınlamış olduğu rapora göre (Şekil 3), 2006 yılı ile 2016 yılları arasında ülkemizde yakalanan düzensiz göçmen sayıları her yıl artmaktadır. Örneğin 2006 yılında 51.983, 2007 yılında 64.290, 2008 yılında 65.737, 2009 yılında 34.345, 2010 yılında 32.667, 2011 yılında 44.415, 2012 yılında 47.510, 2013 yılında 39.890, 2014 yılında 58.647, 2015 yılında 146.485 ve 2016 yılında 174.466 yabancı ülke vatandaşının ülkemize düzensiz göç yaparak girdiği ve kolluk kuvvetleri tarafından yakalandıkları görülmektedir. Şekilden de anlaşılacağı üzere, Türkiye’de

düzensiz göç hareketleri 2015 ve 2016 yıllarında diğer yıllara göre ciddi artışlar göstermiştir.

2.2.2. Mesafesine Göre Göçler

Mesafelerine göre göçler farklı şekillerde sınıflandırılmaktadır. En yaygın kullanılan sınıflandırmalardan biri ise iç göç ve dış göç sınıflandırmasıdır.

2.2.2.1. İç Göç

Türk Dil Kurumunun Güncel Türkçe Sözlüğünde, iç göç, “Bir ülke sınırları içinde genellikle küçük yerleşim bölgelerinden büyük kentlere geçici veya sürekli kalmak üzere göç etme” olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2019). İç göç, ülkenin dışına çıkmadan ülke sınırları içerisinde meydana gelen göçlerdir ve kendi içinde yerleşim yerleri arasında göç ve iller arasında göç şeklinde de sınıflandırılmaktadır (Mutluer, 2003). Bu göç türü ülke içindeki herhangi bir yeri yeni bir ikamet yeri olarak kullanmak amacıyla veya yeni bir ikametle sonuçlanacak şekilde insanların ülkenin bir bölgesinden başka bir bölgesine göç etmeleridir. Bu göç, süreli olabileceği gibi kalıcı da olabilmektedir. Endüstriyel ve ticari alanlarda gelişmiş bölgeler, verimli ve sulak tarım alanları, zengin maden yataklarına sahip alanlar, eğitim olanaklarının ve sosyal aktivitelerin daha iyi olduğu bölgeler, iç göç alan bölgeler olarak karşımıza çıkmaktadır (Çağlayan, 2006).

Türkiye’de iç göç hareketleri dönem dönem hızlanmıştır. Türkiye’de köylerden kentlere doğru olan göç özellikle 1950-1985 yılları arasında yoğunlaşmıştır. Örneğin, köylerden kentlere yapılan iç göç, 1945-1950 arasında 214 bin iken, 1950-1955 arasında 904 bine çıkmıştır. 1980-1985 döneminde köyden kente net iç göç ise 2.5 milyona ulaşmıştır (Akşit, 1998). İlerleyen yıllarda da bu göç hareketlerinin artarak devam ettiği görülmektedir. Örneğin 1985 yılında yerleşim yerleri arasında göç eden nüfus yaklaşık 3.8 milyon iken, 1990’da 5.4 milyona ve 2000 yılında 6.7 milyona ulaşmıştır (URL-5).

Ülkemizde iç göç olgusu uzun yıllardır devam eden yapısal sorunların başında gelmektedir. Özellikle 1950 yıllarında başlayıp günümüze kadar giderek

büyüyen bu sorun teknolojik gelişmeler ve ekonomik büyümelere endeksli olarak devam etmiştir. Bunun sonucunda, bölgesel anlamda nüfus yapısı ve dağılımı olarak da büyük değişimler olmuştur. Bu süreç zarfında meydana gelen değişimler, hem göç veren, hem de göç alan tüm yerleşim yerlerinin sosyal, ekonomik ve kültürel değişiminde etkili olmuştur (Bülbül ve Köse, 2010).

2.2.2.2. Dış (Uluslararası) Göç

Dış göç kavramı ülke sınırlarının dışına çıkan nüfus hareketleri için kullanılan bir terimdir (Mutluer, 2003). Günümüzde küreselleşme ile birlikte ortaya çıkan direk ya da endirek etkiler, bölgesel çıkar çatışmaları, fakirlik, gelişen teknolojiye bağlı olarak ulaşım ve iletişim imkanlarının gelişmesiyle göç edenlerin sayısı her geçen gün çoğalmaktadır (Yalçınkaya, 2015). Dünyanın belirli bölgelerinin diğer bölgelere nazaran daha gelişmiş olması ve bölgeler arası gelir düzeylerinde büyük uçurumların olması, gelişmiş bölgelerin diğer ülke vatandaşları için çekim merkezi haline gelmesine sebep olmaktadır. Günümüzde bakıldığında dünyadaki göç hareketlerinin yönü genellikle doğudan batıya doğru bir hareketi ihtiva etmektedir (Mutluer, 2003). Bu konu çalışmanın ilerleyen kısımlarında daha detaylı olarak incelenecektir.

2.2.3. Süresine Göre Göç

Süresine göre göç, göç edenin, göç ettiği bölgede ne kadar süre ile kalacağını ve ne kadar süre sonra başka bir yere veya tekrar kendi bölgesine döneceğini süre ile gösteren göç türüdür. Göç edilen yerde kalma süreleri baz alındığında iki türlü göç ortaya çıkmaktadır. Bunlar; sürekli göçler ve mevsimlik (geçici) göçler olarak ele alınabilir.

2.2.3.1. Sürekli Göç

İnsanların göç ettikleri yerlerde ikametlerinde süre sınırlaması olmadan kalmaları ve süresiz olarak hayatlarını bu yeni yerlerde sürdürmeleri için yaptıkları göç hareketine sürekli göç denilmektedir (Günay vd., 2017). Bu göçler bazen zorunlu olarak yapılmakta bazen de gönüllü olarakta yapılabilmektedir (Günay vd.,

2017). Daha önceki bölümlerde bahsedilen uluslararası emekli göçü gönüllü olarak yapılan sürekli göçe örnek olarak verilebilir.

Bu göç türüne, sürekli yerleşmek amacıyla yapılan göçte denilmektedir (Bostan, 2017). Bu göç türünün ortaya çıkmasında ise birçok etken rol oynamaktadır. Doğal afetler, savaşlar ve terör olayları gibi zorlayıcı sebeplerin yanında, daha iyi eğitim olanakları, kültürel ve sosyal açıdan daha iyi olanaklar veya rahat bir emeklilik dönemi geçirmek gibi gönüllü sebepler de sürekli göçlerde etkili olabilmektedir (Günay vd., 2017).

2.2.3.2. Mevsimlik Göç

Geçici göçte denilen mevsimlik göç, “insanların, mevcut ikamet yerlerini belirli bir süre terk etmesi durumu” (Günder, 2018) veya “ insanların yılın belirli zamanlarını birden fazla farklı yerde ikamet etmeleri” (Sayın vd., 2016) olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir ifade ile mevsimlik göç, yılın sadece belli dönemleri veya mevsimleri içerisinde gerçekleşen göçlerdir (Orhan ve Akpınar, 2018). Mevsimlik göçlerin birçok farklı nedeni bulunmakla beraber daha çok ekonomik nedenlerle gerçekleştirilmektedir. Örneğin mevsimlik tarım işçiliği veya mevsimlik turizm işçiliği ülkemizde oldukça yaygındır ve bu göç türüne en iyi örnektir.

2.3. Uluslararası Göç

İnsanların çeşitli gerekçelerle, yaşadıkları ülkelerden başka ülkelere kalıcı veya geçici olarak geçiş yapmaları şeklinde ifade edilen uluslararası göç olgusunun tarihi çok eskilere dayanmaktadır. Uluslararası göç olgusu günümüzde yaşanan çatışma ve savaşlar nedeniyle tekrar popüler konulardan biri haline gelmiştir (Gür, 2017). Bu göçler, en az iki ülkenin yerleşim birimleri arasında olan göçler olarakta ifade edilebilir (Güreşçi, 2016).

Çalışmanın bu bölümünde öncelikle uluslararası göçün türlerine kısaca değinilecek ardından uluslararası göçün nedenleri ve sonuçları üzerinde durulacaktır.

2.3.1. Uluslararası Göç Türleri

Uluslararası göçler içerik açısından, kapsam açısından, boyut açısından ve sayısal açıdan incelendiğinde birçok alt başlık halinde ele alınabilir. Sebepleri gibi oluş biçimleri de bu sınıflandırmada önemli rol oynamaktadır. Bu açıdan uluslararası göçleri aşağıdaki alt başlıklar halinde sıralamamız mümkündür.

- 1- **Basit (İlkel) Göç:** Topluluklar halinde ya da bireysel olarak, kötü iklim şartları ve kıtlık gibi sebeplerden dolayı yapılan göçler basit göçler olarak nitelendirilmektedir (Beth vd., 1988). Bu göçler daha çok kuraklık veya kötü hava şartları gibi doğal çevre ve fiziksel zorluklardan kaynaklanmaktadır (Çağlayan, 2006).
- 2- **Cebri (Zoraki) Göç:** Savaşlar, doğa olayları, çevresel faktörler, nükleer afetler veya siyasi sebeplerle sürgün edilen insanların yaşamlarını sürdürdükleri yerlerden ayrılmak zorunda olmaları veya buna mecbur edilmeleri sonucu oluşan göçler zorunlu göç olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz, 2014; Aydemir ve Şahin, 2017). Bu göç türünün en önemli özelliği göçmenlerin göç kararı üzerinde herhangi bir inisiyatifte bulunamamalarıdır (Çağlayan, 2006). Bu göç türüne örnek olarak Kırım Türkleri'nin Sibiryaya sürülmeleri, Nazilerin Yahudileri sürmeleri gösterilebilir. 2011 yılından itibaren Türkiye'ye yönelik gerçekleşen Suriyeli göçü de bu başlık altında değerlendirilebilir.
- 3- **Kitle Göçü:** Ülkeler arasında göç ile ilgili herhangi bir anlaşma veya uzlaşma olmamasına rağmen tamamen etnik köken ya da dinsel yakınlıklar göz önünde bulundurularak kitleler halinde yapılan göçlerdir (Balkırı vd, 2008). Bu göç türüne örnek olarak 1989 yılında Bulgaristan'da yaşayan Türk asıllı kişilerin Türkiye'ye göçleri gösterilebilir.
- 4- **İşgücü Göçü:** Uluslararası işgücü göçü, insanların iş bulma, daha iyi şartlarda yaşama vb. nedenlerden dolayı bir ülkeden diğerine çalışmak amaçlı gerçekleştirdikleri göçtür (Tüzünkan, 2013). Bu göç türü genellikle göç veren ülkedeki ekonomik şartların yetersizliği, işsizlik, düşük ücretler gibi sebepler sonucu meydana gelmektedir. Buna örnek olarak 1960'lı yıllardan sonra

Türkiye'den milyonlarca insanın Batı Avrupa ülkelerine göç etmesi verilebilir.

- 5- **Beyin Göçü:** Yurt içinde ya da yurt dışında eğitimlerini tamamlamış ve alanlarında uzmanlaşmış olan kişilerin, özellikle daha iyi çalışma koşulları ve ücret politikası, daha iyi bir konum ve statü sahibi olmak amacıyla yaptıkları göçlerdir. Bu göç türü genellikle bireysel olarak yapılmaktadır. Bu göç türü, yüksek eğitilmiş bilim insanları ve mühendisler gibi, genellikle teknik bilimler alanında uzmanlaşmış ve sayıca sınırlı olan bir kesimin, hedeflediği koşullara, statüye ve gelire sahip olma olasılığının zayıf olduğu az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelere, daha gelişmiş ve sanayileşmiş ülkelere göç etmeleridir (Kubar, 1995).

Ayrıca uluslararası göç eden kişiler tanımlanırken, birbirine oldukça yakın olan ve sıkça kullanılan göçmen, mülteci ve sığınmacı kavramlarını da gündeme gelmektedir. Uluslararası göçün daha iyi anlaşılması için bu kavramlara da kısaca değinmek faydalı olacaktır. Bunlardan göçmen kavramının genel kabul görmüş bir tanımı olmasa da, kişilerin dışarıdan herhangi bir zorlama olmaksızın gönüllü bir biçimde temelde kişisel rahatlık amacıyla göç etme kararını verdiği ve gerçekleştirdiği göçü ifade etmektedir (Çelen, 2019). Bu göç türü daha çok maddi ve sosyal durumlarını iyileştirmek veya ailelerinin gelecekte beklenenlerini arttırmak amaçlı meydana gelen göç hareketlerini temsil etmektedir.

Mülteci kavramı ise “İrki, dini, tabiiyeti, belirli sosyal gruplara mensubiyeti ve siyasi görüşleri yüzünden, zulüm ve baskı göreceği korkusuyla vatandaşı olduğu ülkeden başka bir ülkeye, bahsi geçen korku ve endişeleri nedeniyle, ilgili ülkenin korumasından yararlanmak isteyip, korku ve endişeleri nedeniyle vatandaşı olduğu ülkeye geri dönmek istemeyen kişi” olarak tanımlanmaktadır (Uluslararası Göç Örgütü, 2009). Mülteciler zaman içinde göç ettikleri ülkenin vatandaşı olabilmekte ve göçmen statüsüne kavuşabilmektedir. Sığınmacı kavramı ise, ulusal veya uluslararası yasalar çerçevesinde bir ülkeye mülteci olarak kabul edilmek isteyen ve mültecilik statüsüne ilişkin başvurusunun sonucunu bekleyen kişiler için kullanılmaktadır (Çelen, 2019).

2.3.2. Uluslararası Göçün Nedenleri

İnsanların göç kararı almasında birçok etken rol oynamaktadır. Ayrıca bazı göçler zorunlu nedenlerden kaynaklanırken, bazı göçler tamamen gönüllü bir biçimde gerçekleştirilmektedir. Göçün nedenlerini açıklamaya yönelik çeşitli göç kuramları bulunmaktadır. Bu kuramlar içinde en bilinen ve günümüzde de göçün nedenlerini açıklamaya yönelik olarak yaygın kullanılan kuramlardan biri “İtme-Çekme Kuramı”dır.

Lee 1966 yılında kaleme aldığı “Bir Göç Teorisi (A Theory of Migration)” adlı çalışmasında, göçün nedenlerini itici ve çekici faktörler olarak saptadıktan sonra, göç kararı ve göç sürecinde etkili olan dört faktör belirlemiştir. Bu faktörler (Özcan, 2017; Çağlayan, 2006):

a- Çıkış yerine ilişkin faktörler

b- Varış yerine ilişkin faktörler

c- Araya giren engeller

d- Bireysel faktörler

Lee geliştirdiği bu kuramda çıkış ve varış noktalarında pozitif (+), negatif (-) veya nötr (0) faktörlerin varlığından bahsetmektedir. Nötr faktörler, göç üzerinde olumlu veya olumsuz bir katkısı olmayan faktörleri ifade etmektedir. Lee’ye göre hem göç eden kişinin ayrıldığı ülkede, hem de göç edilen ülkede itici ve çekici faktörlerin varlığı söz konusudur (Aydemir ve Şahin, 2017). Göçte etkili olan itici faktörlere; tarımsal toprak yetersizliği, düşük gelir ve işsizlik, eğitim imkanlarının kısıtlı olması, ekonomik ve siyasi istikrarsızlık, savaş ve çatışmalar, yoksulluk, doğal afetler, olumsuz yaşam koşulları, olumsuz çalışma koşulları vb. faktörler örnek olarak verilebilirken, çekici faktörlere; yüksek gelir ve istihdam fırsatı, daha iyi çalışma koşulları, ekonomik ve politik istikrar, kaliteli eğitim fırsatları, daha kaliteli yaşam, aile için daha iyi gelecek vb. faktörler örnek olarak verilebilir (Çelik, 2006; Yıldırım, 2009).

Uluslararası göçün sayılan bu nedenlerinin yanında dünya ülkeleri arasındaki gelir dağılımının adaletsizliği de önemli bir neden olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle son yıllarda ülkeler ve bölgeler arası gelir dağılımı adaletsizliğinin arttığı görülmektedir. Dünya genelinde her yıl ticaret hacimleri artarken, bu pastadan dünyanın tüm ülkelerinin eşit düzeyde faydalandığını söylemek mümkün değildir. Ortaya çıkan bu gelirden yeterince faydalanamayan ülkelerdeki yoksulluk, işsizlik, eğitim ve sağlık alanındaki sorunlar bu ülkede yaşayan insanları göçe mecbur bırakabilmektedir.

2.3.3. Uluslararası Göçün Sonuçları

Göçmen, mülteci gibi farklı statülerle göç eden kişiler göç sürecinde ve göç sonrasında birçok sorunla karşılaşmaktadır. Özellikle yasadışı yollarla göç eden kişiler göç süreci içinde büyük sıkıntılar yaşayabilmekte, zaman zaman umut tacirleri tarafından dolandırılmakta, zaman zamanda göç etmek isterken yaşamlarını kaybedebilmektedir. Uluslararası Göç Örgütü verilerine göre savaş ve çatışma bölgelerinden kaçıp Avrupa ülkelerine ulaşmak için Akdeniz'i geçmeye çalışan mültecilerden, 2018 yılında 2.262 kişi, 2017 yılında 2.993 ve 2016 yılında 3.521 kişi yaşamını kaybetmiştir ve bu rakamlar yalnızca tespit edilebilen olaylardaki sayıları göstermektedir (URL-6). Tespit edilemeyen olaylarda hayatını kaybeden göçmenlerinde olduğu düşünülürse trajedinin boyutunu daha iyi görebiliriz.

Diğer taraftan uluslararası göçün hem göç veren ülke hem de göç alan ülkeler üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır. Bu etkiler kendisini ekonomiden, toplumsal sorunlara, eğitimden sağlığa geniş bir yelpazede göstermektedir. Göç eden kişilerin ülkeler üzerindeki etkileri aynı zamanda göçmen, mülteci veya sığınmacı olarak mı göç ettiğine veya gönüllü ve zoraki mi? göç ettiğine göre de değişmektedir.

Nitelikli göçmen veya mültecilerin özellikle göç alan ülkelere önemli ekonomik katkıları olduğu kabul edilmektedir. Göç eden bu nitelikli göçmen ve mülteciler göç ettikleri ülkelerde yeniliği teşvik etmekte, sermaye birikimini arttırmakta, zaman zamanda yaptıkları bilimsel araştırmalarla ekonomik büyümeye önemli katkılar sağlamaktadır (Gür, 2017). Bu durum göç veren ülkeler üzerinde ise olumsuz etkiler yaratabilmektedir. Bu ülkelerde ekonomik gelişmeyi sağlayacak

nitelikli işgücü açığı ortaya çıkarken, kıt kaynaklarla yetiştirdikleri nitelikli işgücünü gelişmiş ülkelere kaptırmaktadırlar (Bozkurt, 2005).

Diğer yandan göç eden kişilerin gittikleri ülkelerde kamu maliyesinin yükünü arttırdığı görüşleri bulunmaktadır. Özellikle mülteci veya sığınmacı olarak göç eden kişilerin göç ettikleri ülkelerde önemli ekonomik maliyetlere yol açtığı görülmektedir. Örneğin Türkiye’de mülteci ve göçmenlere harcanan paranın 37 milyar dolara ulaştığı ifade edilmektedir (URL-7). Ancak mültecilerin kısa vadede kamuya önemli bir yük getirdiği bir gerçek olmakla beraber orta ve uzun vadede bu kişilerin ekonomik entegrasyonu hızlandıkça kamu maliyesine yük olmak yerine pozitif katkı sağlayabileceği gerçeği de göz ardı edilmemelidir (Gür, 2017).

Göçmen veya mültecilerin bir diğer etkisi emek piyasaları üzerinde olmaktadır. Uluslararası göçün, göç alan ülkede işsizliği arttırdığı düşünülse de, yapılan araştırmalar işsizlik ile göç hareketleri arasında bir ilişki tespit edememiştir (Altunç vd, 2017). Örneğin Türkiye’ye gelen Suriyeli mültecilerin özellikle sınır şehirlerinde ve büyükşehirlerde vasıfsız işlerde çalışarak kısmen de olsa işsizlik oranının artmasına yol açtığı ifade edilmektedir. Ancak mülteciler ve göçmenler, işverenlerin işçi bulmakta zorlandığı inşaat, sanayi ve tarım gibi sektörlerde işgücü açığının kapanmasında önemli bir katkı da sağlamıştır (Özipek, 2018).

Diğer taraftan, özellikle düzensiz bir şekilde göç eden göçmen veya mültecilerin yoğun olarak yaşadıkları bölgelerde, ekonomik ve sosyal doku üzerinde olumsuz etkileri olabilmektedir. Örneğin Doğan (2017) tarafından yapılan bir araştırmada düzensiz göçmenlerin göç ettikleri bölgelerde, tarım ve tekstil gibi sektörlerde iş kayıpları ve ücret düzeyinde azalmalara yol açtığı, gıda enflasyonunda artışa yol açtığı, konut ve kira fiyatlarının katlanmasına neden olduğu tespiti yapılmıştır. Ayrıca düzensiz göçmenlerin çocuk işçiliği ve kayıtdışı çalışma yoluyla işletmeler arasında haksız rekabete yol açtığı belirtilmektedir.

Göç eden kişilerle ilgili önemli bir kaygı da, bölgesel, ulusal ve uluslararası güvenliğin tehdit etmeleridir (Dağı ve Polat, 2004). Kitleler halinde meydana gelen uluslararası göç birçok güvenlik sorununu da beraberinde getirmektedir. Sınırlardan düzensiz olarak yapılan girişler sonucu göçmenlerin kayıtları yapılamadığından ülke

içine girenlerin arasında kötü amaçlar güdenler olabildiği gibi terör amaçlı da girişler olmaktadır. Aynı doğrultuda ülkeye girişler yeteri kadar denetlenemediği durumlarda birtakım salgın hastalıklar da göçmenler ile birlikte ülkeye giriş yapmış olacaktır.

2.3.4. Uluslararası Göçün Hukuki Boyutu

Uluslararası göç ile ilgili Birleşmiş Milletler (BM) ve Avrupa Birliği (AB) gibi uluslararası kuruluşların kabul ettiği birçok sözleşme ve kanuni düzenleme bulunmaktadır. Özellikle BM bu konuya özel hassasiyet göstermektedir. 1948 tarihli Evrensel İnsan Hakları Bildirgesi'nden itibaren BM tarafından çok sayıda düzenleme hayata geçirilmiştir. Bunların bir kısmı Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1: Birleşmiş Milletler'in Göçmenlerle İlgili Başlıca Hukuki Düzenlemeleri

Yıllar	Düzenleme	Konu ve Kapsam
1948	BM Evrensel İnsan Hakları Bildirgesi	Herkesin seyahat etme ve oturma hakkı ve bir ülkeden ayrılma ve ülkesine yeniden dönme hakkı
1951	Göçmenlerin ve Vatansızların Statüsüne Dair Konferans/Mültecilerin Statüsüne Dair Sözleşme	Vatansız bireylere buldukları ülkede düzenli yaşam koşullarının sağlanması ile ilgili düzenlemeler. Mültecilerin siyasal, ekonomik, kültürel vb. sorumlukları
1966	Medeni ve Siyasi Haklar Sözleşmesi	Bulunulan ülkede özgürce seyahat etme ve örgütlenme hakkı
1966	Ekonomik, Sosyal, Kültürel Uluslararası Sözleşme	Göçmenlere karşı ayrımcılık yasağı ve sendikal örgütlenme hakkı
1968	Sığınmacıların Statüsüne İlişkin 1967 Protokolü	Mülteciler için 1951 tarih (Mültecilerin Hukuki Durumuna İlişkin Sözleşme) sınırlamasına bakılmaksızın eşit hukuki statüden yararlanmalarının arzu edilir olduğunu dikkate almaktadır.
1990	Tüm Göçmen İşçilerin ve Ailelerinin Haklarının Korunması Sözleşmesi	Göçmen işçileri ve aileleri ile ilgili hakların düzenlenmesi ve korunması
1994	Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı	Kadınların, gençlerin ve çocukların korunması
2003	2000 Tarihli Sınır aşan Örgütlü Suçlara Karşı Birleşmiş	Kara, deniz ve hava yoluyla gerçekleşen göçmen kaçakçılığını önlemek

	Milletler Sözleşmesine Ek Kara Deniz ve Hava Yoluyla Göçmen Kaçakçılığına Karşı Protokol	
2003	2000 tarihli İnsan Ticareti Mağdurlarının Korunması ve Cezalandırılmasına İlişkin Protokol	İnsan ticaretini, özellikle kadın ve çocuk ticaretini önlemek ve bununla mücadele etmek için atılacak etkin adımları, insan tacirlerinin cezalandırılması ve bu ticaretin mağdurlarının uluslararası düzeyde tanınmış insan hakları düzeyinde korunması gereği
2004	1990 tarihli Tüm Göçmen İşçiler ve Ailelerinin Korunması ve Hakları Sözleşmesi	Göçmen işçilerin ve ailelerinin insan haklarının, şeref ve haysiyetlerinin güvence altına alınması ve durumlarının iyileştirilmesi amacıyla daha fazla gayret edilmesi

Kaynak: Çelen, 2009

Tablo 1’den de görüldüğü üzere BM Evrensel İnsan Hakları Beyannamesinden itibaren göçmen ve mültecilere yönelik birçok sözleşmeyi hayata geçirmiş, ayrıca düzenlediği göç temalı konferanslarla kamuoyunun ilgisini bu konuya çekmeye çalışmıştır.

Göçmenlerle ilgili uluslararası taraflardan biri de Avrupa Birliği’dir. AB ülkeleri birçok göçmen ve mülteci için cazibe merkezi olduğu için AB kuruluşundan itibaren göçmenler ve mültecilerle ilgili düzenlemeler yapmıştır. Bu düzenlemelerin bir kısmı Tablo 2’de yer almaktadır.

Tablo 2: Avrupa Birliği’nin Göçle İlgili Başlıca Hukuki Düzenlemeleri

1957 tarihli Roma Antlaşması	Emeğin serbest dolaşım hakkı
1976 tarihli 12 ülkeden oluşan TREVİ grubu	Göç ve sınır kontrolü için işbirliğinin sağlanması
1985 ve 1999 tarihli Schengen Antlaşması	Serbest dolaşım ilkesi
1990 tarihli Dublin Konvansiyonu	Sığınmacıların statüsü

1997 tarihli Amsterdam Antlaşması	Göç ve sığınma politikaları, serbest dolaşım
1999 tarihli Tampere Zirvesi	Göçmen akışının idaresi
2000 ve 2009 tarihli AB Temel Haklar Şartı	Birlik içinde herkese medeni, siyasi, ekonomik ve sosyal hakların tanımlanması
2003 Nice Antlaşması	Yasadışı göç ve sığınma politikalarına ilişkin düzenlemelerde Avrupa Parlemontosu Konsey ile birlikte ortak karar alma hakkı elde etmiştir.
2004 tarihli Avrupa Anayasası Antlaşması	Ortak göç politikaları
2008 tarihli Avrupa Göç ve Mülteci Paktı	Avrupa için ortak göç politikası
Üçüncü Ülke Vatandaşlarının Yüksek Nitelikli İşlerde Çalışmaları Amacıyla Kabul Ve İkametlerine İlişkin 2009/50 sayılı Konsey Direktifi	Yüksek nitelikli üçüncü ülke vatandaşları için “mavi kart” adı verilen yeni bir oturma izni

Kaynak: Çelen, 2009; Koçak ve Gündüz: 2016.

Türkiye’de göçmenlerle ilgili hukuki düzenlemeler daha çok uluslararası sözleşmelerin ve düzenlemelerin onaylanması üzerinedir (Çelen, 2019). Tablo 3’te Türkiye tarafından kabul edilen uluslararası düzenlemelerin bir kısmına yer verilmiştir.

Tablo 3: Göç Alanında Türkiye’nin Kabul Ettiği Başlıca Uluslararası Sözleşmeler

Kabul Tarihi	Sözleşmeler
1954	İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi
1962	1951 tarihli Mültecilerin Statüsüne İlişkin Cenevre Sözleşmesi

1968	Sığınmacıların Statüsüne İlişkin 1967 Protokolü
1985	1979 tarihli Kadınlara Karşı Her Tür Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi
1995	1989 tarihli Çocuk Hakları Sözleşmesi
1999	1984 tarihli Her Tür İşkence ve Kötü Muamelenin Önlenmesine Dair Sözleşme
2002	1965 tarihli Her Tür Ayrımcılığın Önlenmesine İlişkin Sözleşme
2003	1966 tarihli Uluslararası Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi
2003	1966 tarihli Sivil ve Politik Haklar Sözleşmesi
2003	BM Sınır aşan Organize Suçlar Sözleşmesi
2003	2000 tarihli Sınır aşan Örgütlü Suçlara Karşı Birleşmiş Milletler Sözleşmesine Ek Kara Deniz ve Hava Yoluyla Göçmen Kaçakçılığına Karşı Protokol
2003	2000 tarihli İnsan Ticareti Mağdurlarının Korunması ve Cezalandırılmasına İlişkin Protokol
2004	1990 tarihli Tüm Göçmen İşçiler ve Ailelerinin Korunması ve Hakları Sözleşmesi

Kaynak: Çelen, 2019.

Diğer taraftan kabul edilen bu uluslararası düzenlemelerin yanında ulusal düzenleme ve yasalarla da Türkiye’de göç politikaları düzenlenmeye çalışılmaktadır. Bu düzenlemeler içinde önemli olanlardan biri 6458 sayılı ve 2013 tarihli Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu’dur. Bu kanunun 1. Maddesinde kanunun amacı, “yabancıların Türkiye’ye girişleri, Türkiye’de kalış süreleri ve Türkiye’den çıkışları ile Türkiye’den koruma talep eden yabancılara sağlanacak korumanın kapsamına ve uygulanmasına ilişkin usul ve esasları düzenlemektir” şeklinde belirtilmiştir. 6458 sayılı bu kanunda; geri gönderme yasağı, Türkiye’ye giriş ve Türkiye’den çıkış, Türkiye’ye girilmesine izin verilmeyecek yabancılar, uluslararası koruma

başvurusuna ilişkin uygulama, vize zorunluluğu, vize başvurusu ve vize muafiyeti, yabancıların ikameti vb. konularda düzenlemeler yer almaktadır.

Ayrıca 5510 sayılı 2006 tarihli Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 60. Maddesine göre "Uluslararası koruma başvurusu veya statüsü sahibi ve vatansız olarak tanınan kişiler" isteğe bağlı genel sağlık sigortası içinde yer alabilmektedir. Genel sağlık sigortasına dâhil olmak isteyen yabancıların ödemeleri gereken prim oranı ise asgari ücretin % 24'ü kadardır(URL-8). Türkiye'de bu konuda bahsedilemesi gereken bir diğer düzenleme ise 4817 sayılı 2003 tarihli Yabancıların Çalışma İzinleri Hakkında Kanun'dur. Kanunun amacı "yabancıların Türkiye'deki çalışmalarını izne bağlamak ve bu yabancılarla verilecek çalışma izinleri ile ilgili esasları belirlemek" olarak belirtilmiştir. Kanunda yabancı çalışanlarla ilgili izin alma yükümlülüğü ve izin verme yetkisi, çalışma izinleri ile çalışma izni muafiyet ve sınırlamaları, izinlerin verilmesi, uzatılması, reddi, iptali ve yargı yoluna başvurma, bildirim yükümlülüğü, denetleme ve düzenleme yetkisi ile cezaî hükümlere yer verilmiştir.

Bu düzenlemelerin yanında 2011 yılından itibaren Türkiye üzerinden yoğunlaşan mülteci akınına kontrol altına almak için Türkiye ve AB arasında 2013 yılında "İzinsiz İkamet Eden Kişilerin Geri Kabulüne İlişkin Anlaşma" imzalanmıştır. Bu anlaşma, Türkiye topraklarında kaldıktan veya transit geçiş yaptıktan sonra Üye Devletlerin ülkesine yasadışı ve doğrudan giriş yapmış kişilerin geri iade edilmesini öngörmektedir (Batır, 2017).

2.3.5 Türkiye'ye Yönelik Suriyeli Göçü

Anadolu tarih boyunca defalarca göç alan bir konumda olmuştur. Türklerin Orta Asyadan göçü ve Anadolu'yu yurt edinmeleri ile başlayan göçler asırlardır sürmüştür ve farklı zamanlarda meydana gelen göçler ile de halen devam etmektedir. 1800' lü yıllarda Kuzey Asyada meydana gelen Rus istilasından kaçan yaklaşık 2,5 milyon Çeçen, Çerkez, Türk ve Avar Anadolu'ya sığınmıştır. Yine 1920 yılına kadar yaklaşık 50 bin Azeri Türk'ü Anadolu'ya sığınmıştır. Birinci dünya savaşının ardından Anadolu'da verilen Kurtuluş mücadelesi sonucunda 1923 yılında imzalanan

Lozan antlaşması ile Türk ve Yunan halklarının mübadelesi ile birlikte yaklaşık 1 milyon 200 bin Rum Anadolu'dan Yunanistan'a, yaklaşık 400 bin Türk ise Yunanistan'dan Anadolu'ya göç etmek zorunda kalmıştır (İçduygu vd., 2009). 1923-1945 arası Balkanlar'dan Türkiye'ye 800 bin kişi göç etmiştir. Yine 1946 yılından itibaren dönem dönem Bulgaristan'dan göç dalgaları yaşanmıştır. Örneğin 1949-51 arası 156 bin kişi ve 1968-79 arası 116 bin kişi Bulgaristan'dan Türkiye'ye göç etmiştir. Bulgaristan'dan Türkiye'ye oluşan son büyük göç dalgası ise 1989 yılında yaşanmıştır (Dilek, 2018).

Sonraki yıllarda da devam eden bu göçler, komşu ülke Suriye'deki iç karışıklıklar ve savaş nedeniyle büyük boyutlara ulaşmıştır. Suriye'den ülkemize gelen sığınmacılara yönelik ilk zamanlarda göçün insani boyutu esas alınarak, "misafir" tanımlaması kullanılmıştır (Dilek, 2018). Ancak hukuki anlamda hiç bir dayanağı bulunmayan "misafir" ifadesinin ülkemize sığınanlara karşı bazı keyfi ve farklı uygulamalara yol açma riski nedeniyle, Ekim 2011 tarihinden itibaren İçişleri Bakanlığı'nın 1994 Yönetmeliği'nin 10. maddesi uyarınca Suriyeli sığınmacılar "geçici koruma" statüsüne alınmıştır. "Geçici Koruma" Avrupa Birliği Konseyi'nin 2001 yılındaki yönergesi ile üç esas üzerine oturtulmuştur. Bunlar:

- Açık sınır politikası ile ülke topraklarına kabul,
- Geri göndermeme ilkesi,
- Gelen kişilerin temel ve acil ihtiyaçlarının karşılanmasıdır.

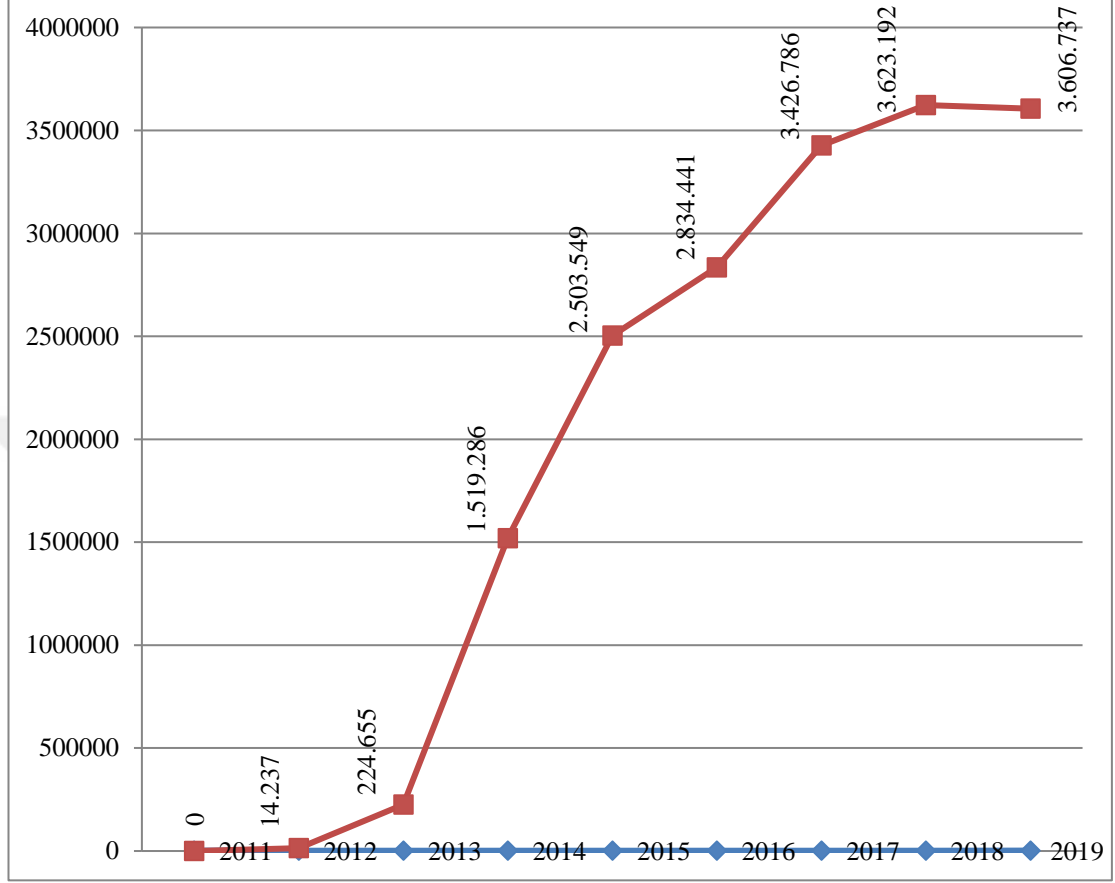
Ayrıca 30 Mart 2012 tarihinde 62 sayılı "Türkiye'ye Toplu Sığınma Amacıyla Gelen Suriye Arap Cumhuriyeti Vatandaşlarının ve Suriye Arap Cumhuriyeti'nde İkamet Eden Vatansız Kişilerin Kabulüne ve Barındırılmasına İlişkin Yönerge"nin kabulü sonucunda geçici koruma altına alma durumu netleşmiştir. Yine Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanununun "Geçici Koruma" başlıklı 91. Maddesinde, ülkesinden ayrılmaya zorlanmış, ayrıldığı ülkeye geri dönemeyen, acil ve geçici koruma bulmak amacıyla kitlesel olarak sınırlarımıza gelen veya sınırlarımızı geçen yabancılara geçici koruma sağlanabilir. Bu kişilerin Türkiye'ye kabulü, Türkiye'de kalışı, hak ve yükümlülükleri, Türkiye'den çıkışlarında yapılacak işlemler, kitlesel hareketlere karşı alınacak tedbirlerle ulusal

ve uluslararası kurum ve kuruluşlar arasındaki iş birliği ve koordinasyon, merkez ve taşrada görev alacak kurum ve kuruluşların görev ve yetkilerinin belirlenmesi, Bakanlar Kurulu tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir (URL-9). Ayrıca kanunla kurulan Göç Politikaları Kurulunun görevleri arasına “kitlesel akın durumunda uygulanacak yöntem ve tedbirleri belirlemek” ifadelerine yer verilmiştir (URL-9). Bu çerçevede Bakanlar Kurulu tarafından 13/10/2014 tarihinde Geçici Koruma Yönetmeliği çıkartılmıştır.

Özellikle 2011 yılı Mart ayında başlayan iç karışıkları neticesinde Suriye vatandaşları sığınmacı olarak ülkemize gelmeye başlamışlardır. Suriye’den ilk olarak 29 Nisan 2011 tarihinde Hatay Cilvegözü Sınırkapısı’ndan 252 kişilik bir grup gelmiştir. Türkiye’ye yönelik ilk büyük çaplı sığınmacı akını başlatan olay ise Haziran 2011’de İdlib’ten yaşanmıştır. Türkiye ilk andan itibaren insani nedenlerden dolayı Suriyelilere yönelik olarak açık kapı politikası uygulamıştır (Dilek, 2018).

2012 yılında iyice artmaya başlayan iç karışıklıklar neticesinde insan hakları ihlalleri ve sivil ölümlerinin artmasıyla ülkemize başlayan bu sığınmacı akını giderek artmıştır. Şekil 4, Türkiye’de geçici koruma kapsamındaki Suriyelilerin yıllara göre sayılarının dağılımını göstermektedir.

Şekil 4: Geçici Koruma Kapsamındaki Suriyelilerin Yıllara Göre Dağılımı



Kaynak:URL-10.

Şekil 4'e göre, 2011 yılında hiçbir Suriyeli geçici koruma kapsamında değilken, takip eden yıllarda hızlı bir artış yaşanmıştır. Geçici koruma kapsamına alınan Suriyeli sığınmacı sayısı, 2012 yılında 14.237 kişi, 2013 yılında 224.655 kişi, 2014 yılında 1.519.286 kişi, 2015 yılında 2.503.549 kişi, 2016 yılında 2.834.441 kişi ve 2017 yılında 3.020.654 kişi olmuştur. 2019 yılına gelindiğinde ise rakam 3.606.737 kişiye ulaşmıştır.

Diğer taraftan, geçici koruma kapsamındaki Suriyeli'lerin önemli bir kısmı barınma merkezlerinin dışında yaşamaktadır. Tablo 4, 2019 yılı itibariyle geçici barınma merkezi içinde ve dışında kalan Suriyeli sığınmacıların sayısını göstermektedir.

Tablo 4: 2019 Yılı İtibariyle Geçici Barınma Merkezi İçinde ve Dışında Kalan Suriyeli Sığınmacıların Sayıları

İl	GMB ADI	GMB MEVCUDU	TOPLAM MEVCUT
ŞANLIURFA (3)	Ceylanpınar	16.424	41.565
	Harran	9.611	
	Suruç	15.530	
ADANA (1)	Sarıçam	27.067	27.067
KİLİS (2)	Öncüpınar	4.225	14.703
	Elbeyli	10.478	
KAHRAMANMARAŞ (1)	Merkez	13.629	13.629
HATAY (3)	Altınözü	7.883	16.621
	Yayladağı	4.343	
	Apaydın	4.395	
OSMANİYE (1)	Cevdetiye	14.097	14.097
MALATYA (1)	Beydağı	8.740	8.740
GAZİANTEP (1)	Nizip 2	3.656	3.656
Toplam		140.078	
GEÇİCİ BARINMA MERKEZLERİ DIŞINDA BULUNAN SURİYELİ SAYISI		3.466.659	

Kaynak: URL-10

Tablo 4'e göre, 2019 yılı itibariyle 140.078 kişi Şanlıurfa, Kilis, Adana, Kahramanmaraş, Hatay, Osmaniye, Malatya ve Gaziantep'te bulunan barınma kamplarında yaşarken, geçici barınma merkezi dışında yaşayan sığınmacıların sayısı 3.480.801 kişiye ulaşmıştır. Barınma merkezlerinin dışında Suriyelilerin en fazla yaşadığı iller ise, İstanbul (546 bin kişi), Şanlıurfa (441 bin kişi), Gaziantep (433 bin kişi), Hatay (426 bin kişi), Adana (237 bin kişi), Mersin (201 bin kişi) ve Bursa (170 bin kişi) olarak dikkat çekmektedir (URL-10).

Türkiye'de geçici koruma kapsamında bulunan Suriyelilerin 2018 yılı itibariyle yaş ve cinsiyete göre dağılımı ise Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5: 2018 Yılı İtibariyle Türkiye'de Bulunan Suriyelilerin Yaş ve Cinsiyete Göre Dağılımı

YAŞ	ERKEK	KADIN	TOPLAM
0-9	515.770	483.705	999.475
10-18	348.055	307.851	655.906
19-29	522.974	374.266	897.240
30-39	290.560	219.487	510.047
40-49	138.586	126.134	264.720
50-59	80.898	79.033	159.931
60-69	38.503	39.795	78.298
70-79	13.485	15.303	28.788
80-90	4.149	5.266	9.415
90+	784	991	1.775
TOPLAM	1.953.764	1.651.831	3.605.595

Kaynak: URL-10

Tablo 5'ten de görüldüğü üzere Türkiye'de bulunan Suriyelilerin yaşları oldukça gençtir. Buna göre Türkiye'de 0-9 yaş arası yaklaşık 1 milyon çocuk, 10-18 yaş arasında da yaklaşık 655 bin adölesan çocuk Suriyeli bulunmaktadır. Bu rakamlara göre Türkiye'de bulunan Suriyelilerin yaklaşık olarak yarısı 18 yaşından küçüktür. Ayrıca geçici koruma kapsamında bulunan Suriyelilerin cinsiyet dağılımına bakıldığında 1.953.764'ünün erkek ve 1.651.831'inin kadın olduğu görülmektedir.

Bugün gelinen noktada Türkiye Suriyelilere en fazla ev sahipliği yapan ülke konumundadır. Tablo 6 2018 yılı itibariyle Suriyeli mültecilerin buldukları ülkelere göre dağılımını göstermektedir.

Tablo 6: 2018 Yılı İtibariyle Suriyeli Mültecilerin Buldukları Ünelere Göre Dağılımı

Ülke	Suriyeli Sayısı	%
Türkiye	3.621.330	64.1
Lübnan	944.613	16.7
Ürdün	660.393	11.7
Irak	253.672	4.5
Mısır	132.281	2.3
Diğer (Kuzey Afrika)	35.713	0.6

Kaynak: URL-11

Tablo 6'ya bakıldığında Suriyeli mültecilerin yaklaşık %64'ü Türkiye'de bulunmaktadır. Türkiye'den sonra en fazla mülteciye ev sahipliği yapan ülkeler %16,7 ile Lübnan ve %11,7 ile Ürdün'dür.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. TÜRKİYE’DE SAĞLIK POLİTİKALARI

3.1. Sağlık Politikası Kavramı

Sağlık politikasını tanımlamadan önce kısaca sağlık ve politika kavramlarını tanımlamak faydalı olacaktır. Dünya Sağlık Örgütü’ne (WHO) göre sağlık, sadece hastalık veya herhangi bir sakatlık olmayışı değil tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik hali olarak tanımlanmaktadır (URL-12). İyilik hali algılamaları aile, toplum ve içinde yaşamış olduğumuz sosyal konumdan etkilendiği için bireyler tarafından kendi değer ve inanışlarına göre farklı ifade edilmektedir. Bundan dolayı araştırmacılar subjektif sağlık ve objektif sağlık kavramlarını geliştirmişlerdir. Subjektif sağlık kavramı “Bireyin kendisinin, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden durumunu algılaması hali” olarak tanımlanırken, objektif sağlık kavramı, “Doktor muayenesi ve tanı testleri sonuçlarına göre belirlenen hastalığın olmaması” olarak ifade edilmektedir (Bolsoy ve Sevil, 2006).

Politika kavramı ise, etimolojik olarak anlamını “polis” sözcüğünden almaktadır ve bu sözcük *site, kent, yöre ve vatandaşların toplandığı şehir* anlamına gelmektedir (Aköz, 2018). Politikanın nasıl tanımlanacağı ile ilgili çok sayıda görüş ve tanım bulunmakla beraber kavramın “devlet işlerini yürütme ve yönetme” ve “yöneten ile yönetilenler arasındaki ilişkilerin tümü” gibi anlamları bulunmaktadır (Mızrak ve Temiz, 2009).

Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde ise siyasetle eş anlamlı kullanılan politika kavramı, “Devletin etkinliklerini amaç, yöntem ve içerik olarak düzenleme ve gerçekleştirme esaslarının bütünü” olarak tanımlanmaktadır.

Sağlık politikası kavramı ise literatürde farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sağlık politikası, “bir toplumda belirli sağlık hedeflerine ulaşmak için üstlenilen kararlar, planlar ve eylemler bütünü” olarak tanımlanmaktadır (Sungur, 2018). Walt’a (1994) göre ise, sağlık politikası “sağlık

sisteminin kurumlarını, hizmetlerini ve finansman düzenlemelerini etkileyen faaliyetleri” içermektedir (Ertürk Atabey, 2018). Sağlık politikaları ile sağlık hizmetlerinin ötesine geçilmekte ve sağlık üzerinde etkide bulunan tüm taraflar tarafından (kamu, özel veya gönüllü kuruluşlar) amaçlara yönelik eylemlerde bulunmaktadır (Sungur, 2018). Diğer taraftan sağlık politikası kavramı, konuyu ele alan kişilerin uzmanlık alanlarına göre de farklı şekillerde tanımlanabilmektedir. Örneğin bir ekonomist için sağlık politikası, “kıt bulunan kaynakların sağlık için kullanılması” anlamına gelirken, bir planlamacı için sağlık politikası, “halk sağlığını geliştirmek için sağlık faktörlerini etkileyen yöntemler” olarak ele alınmaktadır (Tengilimoğlu ve Toygar, 2018).

Genel olarak bakıldığında sağlık politikasının üç temel amacı olduğu söylenebilir. Bunlar (Sungur, 2018):

- a) Toplumun sağlık statüsünün iyileştirilmesi,
- b) Toplumun sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyinin geliştirilmesi,
- c) Finansal katılımda adaletin sağlanmasıdır.

3.2. Türkiye’de Sağlık Politikaları

Türkiye’de sağlık politikaları farklı dönemler altında incelenmektedir. Bu çalışmada Türkiye’de sağlık politikaları *Cumhuriyet Öncesi Dönem* ve *Cumhuriyet Sonrası Dönem* olmak üzere iki ana başlık altında incelenecektir.

3.2.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem Sağlık Politikaları

Cumhuriyet öncesi sağlık politikaları genellikle Selçuklu ve Osmanlı dönemlerindeki gelişmeler bağlamında ele alınmaktadır. Osmanlı Devleti kurulmadan önce Anadolu’da egemenlik süren son devlet olan Anadolu Selçuklu Devleti dönemindeki sağlık hizmetlerini incelemek sonraki dönemlere ışık tutması açısından faydalı olacaktır (Tekin, 2011). Selçuklular döneminde medreselerde diğer ilimlerin yanında tıp eğitimine de önem verildiği görülmektedir. 1206 yılında Kayseri’de kurulan Giyasiye ve Şifaiye Medreseleri örneğinde de görüldüğü üzere tıp eğitiminin sadece teorik düzeyde değil açılan hastanelerle pratikte de verilmektedir (Öztürk ve Günay, 1991). Kurulan bu ve benzeri medreselerin yanında

Anadolu Selçuklu döneminde vakıflarda önemli faaliyetler üstlenmiştir. Bu dönemde kurulan vakıflar dini amaçların dışında toplumun diğer ihtiyaçlarını da karşılamaya yönelik hizmetler yürütmüştür. Bu hizmetlerin bir kısmı ise sağlıkla ilgili olmuştur. Anadolu Selçuklu dönemine ait, dönemin sağlık tesisleri olarak nitelendirilen çok sayıda darüşşifa kayıtlarda yer almaktadır. Dönemin en önemli darüşşifalarının başında mimarisi, seramikleri ve yazı sanatı bakımından önemli bir yapıt olan ve Sivas'ta I. İzzettin Keykavus tarafından 1217'da inşa edilen Darüşşifa gelmektedir. Bunun dışında döneme ait diğer darüşşifalar ise; Harput Darüşşifası (1235), Çankırı Darüşşifası (1235), Kastamonu Darüşşifası (1272), Tokat Darüşşifası (1277) ve Amasya Darüşşifası (1308) dir (Kayaoğlu, 1985). Görüldüğü üzere Anadolu Selçuklu döneminde halkın geniş bir kesimine sağlık hizmeti sunmak için çok sayıda vakıf kurulmuş ve bu dönemde sağlık hizmetleri yardım ve bağışlarla kurulan vakıflar aracılığıyla yerine getirilemeye çalışılmıştır.

Osmanlının ilk kuruluş yıllarından 19.Yüzyıla değin dünya genelinde olduğu gibi Osmanlı İmparatorluğunda da sistemli, planlı ve bilinçli bir sağlık hizmet politikasının varlığından söz edilmesi mümkün değildir (Aydın, 2004). 13. Yüzyıl ile 19. Yüzyıl arası bir önceki dönemden miras alınan vakıf müessesinin oldukça yayınladığını ve kamuya yönelik çoğu hizmetin vakıflar tarafından yürütüldüğü görülmektedir. Eğitim ve sağlık hizmetleri, belediye hizmetleri, sosyal yardımlaşma ve dayanışma hizmetleri, dini ve ahlaki açıdan toplumun yararlandığı her türlü hizmet başta olmak üzere iktisadi, sosyal, kültürel, idari ve siyasi hizmetler imparatorluğun son dönemlerine kadar vakıflar aracılığıyla yürütülmüştür (Bayartan, 2008). İmparatorluğun ilk kuruluş yıllarından itibaren Anadolu Selçuklu döneminden kalan hastanelerin korunduğunu ve şehirlerde yeni hastanelerin açıldığı görülmektedir. Selçuklu döneminde olduğu gibi bu dönemde de sağlık hizmetlerinin vakıflar aracılığıyla (Dârüşşifâ, Bimarhâne, Timarhâne vb.) yürütülmesi geleneği devam etmiştir (Aydın, 2004). Bu dönem boyunca sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde önemli rol oynayan şifahaneler, günümüz hastane yapılarından oldukça farklı bir sosyal işlev üstlenmekteydi. Şifahaneler bir vakıfla desteklenmekte, ücretsiz olarak yoksullara ve yolculara da sağlık hizmeti sunmaktaydı (Songur ve Saygın, 2014).

19. Yüzyıla kadar tıp eğitimleri darüşşifalarda verilmekteydi ve bu dönem boyunca darüşşifalardaki tıp eğitimi, genel olarak İslam tıp anlayışı çerçevesinde ve geleneksel usta-çırak eğitiminin hâkim olduğu bir yapıdadır (Kökçü ve Demirsoy, 2016).

Osmanlılarda Mektebi Tıbbiye Nezareti (Tıp Okulu Bakanlığı) kuruluncaya kadar ülkedeki sağlık hizmetlerinin Fatih Sultan Mehmet tarafından kurulan hekimbaşılık müessesesi tarafından yürütüldüğü görülmektedir (Öztürk ve Günay, 1991). Hekimbaşılardan genel olarak görevlerinden bir kısmı şunlardır (Bayat, 2007):

- Padişah ve ailesinin sağlığını korumak
- Savaşta orduya katılacak hekim ve cerrahları seçmek ve padişahın sefere katıldığı durumlarda yanında bulunmak
- Ülke genelindeki hastanelere hekim tayini veya görevden azletme
- Yerli ve yabancı hekimlerin teftişini yapma, gerekirse sınava tabi tutup başarılı olanlara icazetname verme, barışsız olanların işyerini kapatma
- Ayrıca hekimbaşılardan padişahın yemeğinin hazırlanması sırasında nezaret eder ve sarayda tüketilen mum ve sabun gibi malzemelerin hekim başının hazırladığı formüle göre hazırlanırdı.

19. Yüzyılın başlarından itibaren Osmanlı'da sağlık alanında önemli gelişmeler yaşanmıştır. Bu dönemin en önemli özelliği, sağlık alanındaki gelişmelerde Batı tarzının örnek alınmasıdır. Bu dönemden itibaren, daha önceleri yalnızca saray ve çevresine yönelik devlet eliyle yürütülen sağlık hizmetlerinin kapsamının toplumun geneline yaygınlaştırılması çalışmaları başlamıştır. 1850 yılında Tıbbiye Nezareti kurulmuş ve hekimbaşı kurumunun yetkileri bu bakanlık tarafından yürütülmeye başlanmıştır (Beylik, Kayral ve Çıraklı, 2014).

Özellikle III. Selim döneminde sağlık alanında önemli çalışmalar gerçekleştirilmiştir. III. Selim döneminde öncelikle yeni kurulan ordunun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için 1799 yılında Levent Çiftliği Hastanesi adıyla ilk çağdaş Osmanlı hastanesini açılmıştır. Ayrıca III. Selim deniz ordusunun ihtiyacını karşılamak için de, Haliç Tersanesi'nde 1806'da bir Deniz Tıp Okulu'nu açmıştır.

Ayrıca bu dönemde sağlık alanındaki bu kurumsal gelişmelerin yanında Avrupa’da yayımlanan önemli tıp kitaplarının çevirilerinin yapıldığını, yabancı elçilikler aracılığıyla tıbbi dergi ve araçların ülkeye getirilmeye çalışıldığını ve dönemde oldukça yaygın olan bulaşıcı hastalıkları önlemek için hastanelerin açıldığı görülmektedir (Çavdar ve Karcı, 2014). III. Selim dönemindeki bu gelişmeler Osmanlı’da sağlık sisteminin modernleşmesi açısından oldukça önemli katkılar sağlamıştır.

II. Mahmut dönemine gelindiğinde ise, sağlık sisteminin teşkilatlanması ile ilgili çalışmaların devam ettiği görülmektedir. Bu dönemin önemli teşkilatlanmaları arasında 14 Mart 1827’de kurulan ve ilk cerrahane olan, Tıphane-i Amire ve Cerrahane-i Amire sayılabilir¹. Ayrıca aynı yıllarda karantina hizmetlerini yürütmek için çeşitli isimlerle Karantina Nezareti kurulmuş ve 1837 yılında Edirnekapı’daki Mihrimah Sultan Külliyesi’ne ait medrese “Gureba” ismiyle hastaneye dönüştürülmüştür (Çavdar ve Karcı, 2014).

Tanzimat döneminden sonra devlet yapılanmalarında görülen yeniden teşkilatlanma çalışmaları sağlık alanında da görülmeye başlanmıştır. 1839 yılında ilan edilen Tanzimat Fermanı ile tıp eğitimi alanında modern eğitim ve öğretime yönelik düzenlemeler kendini göstermeye başlamıştır (Kökçü ve Demirsoy, 2016). Bu açıdan 1827’de açılan Askeri Tıp Okulu ve 1866’de açılan Sivil Tıp Okulu modern tıp eğitimi ve uygulamaları açısından bu anlamında atılan önemli adımlardır (Aydın, 2004).

19.yüzyılın sonlarına doğru ise, sık yaşanan savaşlar, isyan ve kıtlıklar, salgın hastalıklar vb. gelişmeler zaten oldukça yetersiz olan sağlık örgütüyle birleşince, sağlık sorunları hızla artmaya ve hizmetler yetersiz kalmaya başlamıştır (Öztürk ve Günay, 1991).

Osmanlı Devleti’ndeki sağlık sistemi genel olarak değerlendirildiğinde ise, devletin ilk kuruluş yıllarından 19. Yüzyılda III. Selim dönemindeki ıslahat hareketlerine kadar daha çok Anadolu Selçuklu dönemindeki vakıf sisteminin

¹ Bu tarih Türkiye’de modern tıp eğitiminin başladığı gün olarak kabul edilir ve her yıl 14 Mart Tıp Bayramı olarak kutlanır.

devamı niteliğinde olduğu söylenebilir. Dârüşşifâ, Bimarhâne veya Timarhâne gibi farklı isimlerle faaliyet gösteren bu vakıflar daha çok yardım ve bağışlarla ihtiyaç sahiplerine ücretsiz sağlık hizmeti sunmuştur. Görüldüğü üzere 19. Yüzyıla kadar Osmanlı'da sağlık hizmetleri resmi kuruluşlar tarafından değil vakıflar tarafından yürütülmüştür (Beylik, Kayral ve Çıraklı, 2014). 19. Yüzyıldan sonra ise Batı tarzı sağlık sistemi örnek alınarak sağlık hizmetlerinin resmi kuruluşlar tarafından verilmesine yönelik çalışmaların başladığını ve aynı zamanda modern bir tıp eğitim ve öğretiminin gerçekleştirilmeye çalışıldığı görülmektedir.

3.2.2. Cumhuriyet Sonrası Sağlık Politikaları

Osmanlının son dönemlerinden itibaren modern sağlık hizmetlerine geçişle ilgili çabaların Cumhuriyet sonrası dönemde de hızlanarak devam ettiği görülmektedir. Cumhuriyet dönemi sağlık politikaları çeşitli dönemler altında incelenmektedir. Çalışmanın bundan sonraki kısmında farklı dönemler altında Türkiye'de ki sağlık politikası alanındaki önemli noktalara değinilecektir.

3.2.2.1. 1920-1938 Dönemi Sağlık Politikaları

Türkiye'de modern anlamda sağlık politikalarının temellerinin bir önceki kısımda ele alınan Tanzimat döneminden itibaren atılmaya başlandığı söylenebilir. Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin açılışını takiben sağlık alanında ilk adım olarak, 3 Mayıs 1920 tarihinde 3 sayılı kanun ile Sağlık Bakanlığı (Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye-Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) kurulmuştur². Büyük bir savaştan çıkan ülkede ciddi sağlık sorunları olduğu için kurulan bakanlıktan öncelikli beklentiler, koruyucu hekimliğe öncelik verilmesi, sağlık sorunlarına dayalı ölüm oranının azaltılarak nüfusun artırılması, bu dönemde yaygın olan salgın hastalıklarla mücadele edilmesi ve sağlık hizmetlerinin modernleştirilmesi olarak görülmektedir (Tekin, 2011). Ancak bu dönemde sağlık hizmetlerini yürütecek yeterli personelin olmadığı görülmektedir. Tablo 7, 1923-1935 yılları arasında sağlık personellerinin sayısını göstermektedir.

² İlk sağlık bakanlığını Adnan Adıvar yapmıştır.

Tablo 7: Türkiye’de 1923-1935 Yılları Arasında Sağlık Personellerinin Sayısı

Sağlık Personeli	1923	1925	1930	1935
Hekim	344	728	1182	1625
Eczacı	60	-	127	135
Hemşire	-	-	202	325
Ebe	136	-	400	451
Sağlık Teknisyeni	560	-	1268	1365

Kaynak: Karabulut, 2007.

Tablo 7’den de görüldüğü üzere, Cumhuriyet ilan edildiğinde ülkede kayıtlı yalnızca 344 hekim, 60 eczacı, 136 ebe ve 560 sağlık teknisyeni bulunmaktadır. Hekim sayısının ilerleyen yıllarda artmaya başladığını ve 1935 yılına gelindiğinde 1635’e ulaştığı görülmektedir. Ayrıca dönem içerisinde hekim dışındaki diğer sağlık personellerinin sayısında da belli artışların yaşandığı görülmektedir.

Ancak bu dönemin önemli sıkıntılarının biri sağlık hizmeti sunacak yeterli hastanenin olmayışıdır. Cumhuriyetin ilan edildiği yıllarda Türkiye’de yalnızca 86 hastane faaliyette bulunmaktaydı. Bunlardan yalnızca üç tanesi Sağlık Bakanlığına bağlı iken, kalan altısı belediyelere, kırk beşi il özel idarelerine, otuz ikisi yabancı azınlıklara aitti (Beylik, Kayral ve Çıraklı, 2014). Cumhuriyetin ilanından sonra ise, bir yandan sağlık hizmeti sağlamaya yönelik yeni kuruluşların sayısı arttırılmaya, bir yandan da ihtiyacı karşılamaya yönelik sağlık mevzuatlarının hazırlanmasına yönelik çalışmalar hız kazanmıştır.

30 Ekim 1923’de İsmet Paşa tarafından kurulan ilk Cumhuriyet Kabinesi’nde Sıhhiye Vekili Dr. Refik Saydam döneminde uzun yıllar yürürlükte kalan sağlık alanında birçok düzenleme hayata geçirilmiştir (Aksakal, 2017). Dr. Refik Saydam döneminde sağlık politikaları alanında dört temel ilke belirlenmiştir. Bunlar (Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013-2017):

- 1- Sağlık hizmetleri yönetiminin tek elden yürütülmesi,
- 2- Koruyucu hekimlikte merkezi yönetimin, tedavi edici hekimlikte ise yerel yönetimlerin hizmet alanı olarak ayrıştırılması,

3- Sağlık alanında işgücü ihtiyacını karşılamak üzere tıp fakültelerinin cazibesinin artırılması, bu fakültelerde eğitim gören öğrencilere yönelik yurtların açılması, tıp mezunlarına mecburi hizmet konulması,

4- Sıtma, frengi, trahom, verem, cüzzam gibi dönemin yaygın bulaşıcı hastalıklarıyla mücadele programlarının başlatılması.

Bu ilkeler ışığında bu dönemde sağlık mevzuatı alanında yapılan önemli düzenlemelerden bazıları şunlardır:

- 8 Eylül 1926 tarihli Özel İdare ve Belediyelerdeki Sağlık ve Hayır İşlerine İlişkin Kararname: Bu kararname ile Özel İdare, Büyükşehir ve diğer belediye bütçelerinin, sağlık ve hayır işleriyle ilgili düzenlemeleri içeren yönetmelik yürürlüğe girmiştir. Ayrıca kararname ile açılacak olan hastane ve dispanserlerin Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı olacağı ve bu kuruluşların faaliyetlerini bakanlığa bağlı olarak yürüteceği belirtilmiştir (Aksakal, 2017).
- 1 Aralık 1926 tarihinde çıkarılan bir kanunla, sağlık hizmeti sunucuları olan hastane, dispanser ve eczanelerin resmi tatil günü olan Cuma günleri de açık tutulması amaçlanmıştır (Aksakal, 2017).
- 1928 tarih 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun bu dönemin en önemli kanunlarından biridir. Hekimlik mesleğinin uygulama alanını düzenleyen bu kanunun 1. Maddesinde “Türkiye Cumhuriyeti dâhilinde tababet icra ve her hangi surette olursa olsun hasta tedavi edebilmek için tıp fakültesinden diploma sahibi olmak şarttır.” denilerek hasta tedavi edebilmek için diploma şartı getirilmiştir. Kanunda ayrıca hekimlere yönelik ameliyat yapabilme koşulları, hususi muayenehane veya evde muayene şartları, rapor düzenleme ve çeşitli kurumlarda görevlendirilecek hekimlerin nitelikleri vb. konularda düzenlemelere yer verilmiştir (Aksakal, 2017).
- 1930 Tarihli 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu: Bu kanunla birlikte, sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi devlet hizmetlerinden biri olarak kabul edilmiş ve sağlıkla ilgili işlerin yürütülmesinde sağlık bakanlığı yetkili

kılınmıştır. Ayrıca bu kanunla bakanlığa, çocuk ölümünü azaltacak önlemleri almak, ana sağlığını korumak, bulaşıcı ve salgın hastalıklarla uğraşmak, tıp doktorluğu ve şubeleri sanatlarının uygulanmasına nezaret etmek gibi görevler verilmiştir (Şemin, 1993).

- 1936 Tarihli 3017 Sayılı Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekâleti Teşkilât ve Memurin Kanunu (Sağlık Bakanlığı Teşkilat ve Memurları Kanunu): Kanun esas itibariyle merkez teşkilatının yapısı ve görevleri, sağlık memurlarının seçimi, yerleştirilmeleri, yükseltilmeleri ve hangi durumlarda cezai yaptırımların uygulanacağı ile ilgili hususları düzenlemektedir.

Cumhuriyetin ilk yıllarında sağlık alanında yaşanan sorunların çözümü için çıkarılan hukuksal düzenlemelerin genel amaçları şu başlıklar altında toplanabilir (Sağlık Bakanlığı, 2003):

- Savaş sonrası ortaya çıkan sağlık problemlerinin çözülmesi
- Sağlık personelinin hem nicelik ve hem de nitelik bakımından teşvik edilmesi
- Merkezden bütün köylere kadar ulaşılan sağlık örgütlenmelerinin oluşturulması
- Koruyucu sağlık hizmetlerinin ülke genelinde yaygınlaştırılması

Görüldüğü üzere dönem boyunca bir yandan sağlık kurumlarının sayısı arttırılmaya çalışılmış bir yandan da sağlık mevzuatı oluşturulmaya çalışılmıştır.

Tablo 8'den de görüleceği üzere dönem içinde birçok yeni sağlık kurumu açılmış ve bu kurumların yatak kapasiteleri arttırılmaya çalışılmıştır.

Tablo 8: Türkiye'de 1923-1935 Yılları Arasında Sağlık Kurumları ve Hasta Yatağı Sayısı

	1923	1925	1930	1935
Kurum Sayısı	86	167	182	176
Hasta Yatağı Sayısı	6437	9561	11398	13038
Bir Hasta Yatağına Düşen Nüfus	1920	1360	1260	1240

Kaynak: Yeginboy ve Sayın, 2008 çalışmasından derlenmiştir.

Tablo 8’den de görüldüğü üzere 1923 yılında 86 olan hastane sayısı, 1925 yılında 167’ye çıkmış, 1930 yılında 182’ye ulaşmıştır. 7 yıl gibi kısa bir sürede sağlık kurumlarındaki artış yaklaşık iki katı oranındadır. Benzer bir artışın hasta yatağı sayısında da yaşandığı görülmektedir. 1923 yılında 6.437 olan hasta yatağı sayısı 1935 yılına gelindiğinde 13.038’e ulaşmıştır.

3.2.2.2. 1938-1960 Dönemi Sağlık Politikaları

Bu dönem boyunca, bir yanda sağlık alanındaki merkezi yapıyı kuvvetlendirmeye yönelik bir yandan da toplumsal içerikli politikaları hayata geçirmeye yönelik yasal düzenleme ve uygulamalar yapılmaya çalışılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2003).

1946 yılında Yüksek Sağlık Şurası tarafından onaylanan dönemin Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından açıklanan “Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı” cumhuriyet döneminin ilk yazılı sağlık planı olarak oldukça önemlidir. Ancak bu plan çeşitli nedenlerden dolayı kanunlaşmamış ve bu durum ülkenin sağlık alanında yapılaşmasını sekteye uğratmıştır (İleri, Seçer ve Ertaş, 2016). Bu planla sağlık hizmetlerinin tümü, görev ve sorumluluk haline getirilmiş, koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerinin bütünleştirilmesi ve sağlık hizmetlerine erişimin artırılması amaçlanmıştır (Akdur, 2008).

Bu dönemde İkinci Dünya Savaşından sonra sıtma vakalarında yaşanan artış nedeniyle yasal düzenlemeler yapılmıştır. İlk olarak 1945 yılında “Sıtma ile Olağanüstü Savaş Yapılmasına Dair Kanun” çıkarılmıştır. 9 ay gibi oldukça kısa bir süre yürürlükte kalan bu kanundan sonra, 1946 yılında “Sıtma Savaş Kanunu” kabul edilmiştir. Bu kanunla önceki yıllarda çıkarılan sıtmayla mücadele kanunlarındaki eksikliklerin giderilmesi amaçlanmıştır (Aydın, 1998).

1936 tarihli ve 3008 sayılı İş Kanunu’nun 100. Maddesinde bir yıl içinde işçi sigortası kurumu kurulması öngörülmekle beraber bu kurumun kurulması 1945 yılına kalmıştır. İlk olarak 1945 yılında 4772 sayılı İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunu çıkarılmıştır. Ardından 1945 tarihinde 4792 sayılı İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu çıkarılmış ve sosyal güvenlik alanında faaliyet gösteren

sandıklar İşçi Sigortaları Kurumu çatısı altında birleştirilmiştir. İlk olarak İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları kurum kapsamına alındıktan sonra diğer sigorta kollarıyla ilgili kanunlar çıkarılmıştır. Bu kapsamda 1950 yılında 5417 sayılı İhtiyarlık Sigortası Kanunu, 1951’de 5502 sayılı Hastalık ve Analık Sigortası Kanunu ve 1957’de de 6900 sayılı Maluliyet, İhtiyarlık ve Ölüm Sigortası Kanunu kabul edilmiştir (URL-13).

Ayrıca 1949 tarihli 5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı Kanunu ile emeklilik için kurulan sandıklar tek bir çatı altında birleştirilmiştir.

Diğer taraftan, 1954 tarihinde Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından açıklanan “Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler” ülkemizin sağlık planlaması ve örgütlenmesinin temel yapı taşlarından birini oluşturmuştur (Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013-2017).

Bu dönem boyunca bir yandan yeni sağlık kurumları inşa edilirken bir yandan da mevcut sağlık kurumlarının kapasitesinin genişletildiği görülmektedir. Tablo 9, 1940-1960 yılları arasında sağlık kurumları sayısı, hasta yatağı sayısı ve bir hasta yatağına düşen nüfus ile ilgili verileri göstermektedir.

Tablo 9: Türkiye’de 1940-1960 Yılları Arasında Sağlık Kurumları ve Hasta Yatağı Sayısı

	1940	1945	1950	1955	1960
Sağlık Kurumu Sayısı	198	197	301	426	566
Hasta Yatağı Sayısı	14383	16133	18837	34526	45807
Bir Hasta Yatağına Düşen Nüfus	1240	1160	1100	690	600

Kaynak: Yeginboy ve Sayın, 2008 çalışmasından derlenmiştir.

Tablo 9’e bakıldığında 1940 yılında 198 olan sağlık kurumu sayısının 1960 yılına gelindiğinde 566’ya ulaştığı, hasta yatağı sayısının ise 1940’tan 1960’a kadar üç kate yakın bir artış göstererek 45.807’ye ulaştığı görülmektedir. Bir hasta yatağına düşen nüfus sayısı ise incelenen dönem boyunca azalma eğilimi göstermiş ve 1960 yılına gelindiğinde 600’e inmiştir.

3.2.2.3. 1960-1980 Dönemi Sağlık Politikaları

1961 Anayasası ile birlikte sosyal devlet ilkesi benimsenmiştir. 1961 Anayasasının “sağlık hakkı” başlıklı 49. Maddesinde “Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevlidir” denilerek sağlık hakkının ilk kez anayasal düzeyde güvence altına alındığı görülmektedir.

Bu dönem boyunca uygulanan sağlık politikalarının genel çerçevesini 1961 tarihli 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” oluşturmuştur. Sağlık Bakanlığı müsteşarı Dr.Nusret Fişek öncülüğünde hazırlanan bu kanunun 1. Maddesinde kanunun genel amacı “İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak maksadıyla tababet ve tababetle ilgili hizmetler bu kanun çerçevesinde hazırlanacak bir program dâhilinde sosyalleştirilecektir³” olarak belirtilmiştir (URL-14).

1963 yılından itibaren uygulanmaya başlanan bu yasa ile sağlık hizmetlerinin her anlamda bütünleştirilmesi ve tek elden ülkeye yayılması amaçlanmıştır. Programın belli bir zaman diliminde tüm Türkiye’ye yaygınlaşması hedeflenmiş ve bu gerçekleştiği takdirde, birçok farklı kuruluşça ayrı ayrı yürütülen hizmetlerin doğurduğu sakıncaların giderilmesi ve mevcut kaynakların en verimli bir şekilde kullanılmasına çalışılmıştır. Bu kanun, Akdur’a (2008) göre, *sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı doğuştan kazanılmış bir hak ve bu hakkın gereğinin devlet tarafından yerine getirilmesi politikasını en açık bir biçimde ifade eden ve bunu kanun maddesi olarak yazılı hale getiren yasa olmuştur* (Akdur, 2008).

Ancak bu yasadaki düzenlemeleri ve yasa çerçevesindeki ilkeleri başarılı bir şekilde hayata geçirmek mümkün olmamıştır. Bu durumun olası nedenleri olarak, personel alma ve çalıştırma, yönlendirme, eşgüdüm sağlama, denetleme ve bütçe hazırlama gibi yönetim yetersizliği, sosyalleştirilmiş bölgelerdeki çalışan personelin

³ Kanunun “tanımlar” başlıklı ikinci maddesinde sosyalleştirmenin tanımı şu şekilde yapılmıştır. “Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile amme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafin bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde faydalanmalarınıdır.”

bilgi, tutum ve davranışlarından kaynaklanan sorunlar, eğitim yetersizliği, eğitici nitelikte denetimlerin yapılmayışı gibi faktörler sayılabilir (Dirican, 1994).

1971 tarihli 1479 sayılı kanun ile Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (Bağ-Kur) kurulmuş ve bu kanun kapsamında çalışanlara sosyal güvenlik hakkı getirilmiştir. Ayrıca 1977 tarihli ve 2108 sayılı Muhtar Ödenek ve Sosyal Güvenlik Yasasıyla köy ve mahalle muhtarlarının Bağ-Kur kapsamında zorunlu sigortalı olmaları sağlanmıştır. 1979 tarihli ve 2229 sayılı Kanunla herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna tabi olmayan Türk vatandaşları ile ev hanımlarına Bağ-Kur kapsamında isteğe bağlı sigortalı olma hakkı verilmiştir (URL-13).

1963 yılından itibaren yapılmaya başlanan kalkınma planlarında da sağlıkla ilgili düzenlemelere yer verildiği görülmektedir. 1963-1967 yıllarını kapsayan “Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı”nda sağlıkla ilgili hedefler şu şekilde belirlenmiştir (Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1963):

- Sağlık personeli yetiştirilmesi,
- Halka sağlık eğitimi verilmesi,
- Bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi,
- Anne - çocuk sağlığı,
- Sağlık laboratuvarlarının geliştirilmesi,
- Okul sağlığı, nüfus plânlaması, beslenme ve tedavi kurumlarının kurulması ve işletilmesi ile sağlık donatım ve gereçlerinin depo, onarım ve bakım işlerinin yürütülmesi

1968-1973 yıllarını kapsayan İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda ise 1972 yılında 10.000 kişiye 25 yatak kapasitesine ulaşılması, sağlıkta sosyalleştirme programları kapsamında sağlık ocağı ve sağlık evlerinin sayısının artırılması, verem, trahom ve cüzzamla savaş dispanserleri ile ruh sağlığı dispanserlerinin sayısının artırılması, bölge hıfzıssıhha enstitülerinin sayısının artırılması gibi hedefler koyulduğu görülmektedir (İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1968).

1960-1980 döneminin son kalkınma planı ise, Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı'dır. 1973-1977 yıllarını kapsayan bu kalkınma planında, sağlık sektörü için daha önceki planlarda ortaya atılan hedeflerin bir kısmının gerçekleşmediği ifade edilmiş ve yeni plan döneminde sağlık şartlarının iyileştirilmesi hedeflenmiştir. Bu kapsamda 1982 yılına kadar kamu eliyle toplumun geneline yaygınlaştırılmış bir sağlık hizmetinin gerçekleştirilmesi hedeflenmektedir. Bunun için, sağlık hizmetlerini sosyalleştirme programlarının tüm yurt genelinde yaygınlaştırılarak 1982 yılında her 10 bin kişiye bir sağlık ocağı, her 3 bin kişiye bir sağlık evi, her bin kişiye bir hasta yatağı standardının yakalanması hedeflenmektedir (Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1973).

Son olarak incelenen bu dönem boyunca sağlık personelinin sayısının artmaya devam ettiği görülmektedir. 1960-1980 dönemindeki sağlık personellerinin sayısının değişimi Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10: Türkiye'de 1960-1980 Yılları Arasında Sağlık Personellerinin Sayısı

Sağlık Personeli	1962	1967	1971	1977
Hekim	9.000	11.900	15.800	24.000
Diş Hekimi	1.600	2.200	3.200	6.600
Hemşire ve hemşire yardımcısı	1.600	6.200	8.800	17.600
Ebe	3.700	5.600	11.300	13.700
Eczacı	1.500	2.200	3.000	9800
Sağlık Memuru	3.400	5.900	9.900	12.700

Kaynak: Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-77) ile Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda (1979-83) verilerden derlenmiştir.

Tablo 10'a bakıldığında dönem boyunca sağlık personellerinin sayısında dikkate değer artışlar yaşanmıştır. Örneğin 1962 yılında 9 bin olan hekim sayısının 1977 yılına gelindiğinde 24 bine ulaştığı görülmektedir. Yine 1962 yılında yalnızca 1.600 olan hemşire ve hemşire yardımcılarının sayısı 1977 yılına gelindiğinde 17.600 rakamına ulaşmıştır.

3.2.2.4. 1980-2002 Dönemi Sağlık Politikaları

1970’li yılların başında petrol fiyatlarında ani artışların yaşanmasıyla başlayan 1974 Petrol Krizi yaşanmıştır. Üretim maliyetlerinde büyük artışlara yol açan bu kriz hızla dünya genelinde yayılmaya başlamış ve ekonomik krizleri derinleştirmiştir. Bu krizin yaygınlaştığı dönemlerde ülkeler talebi canlandırmaya yönelik Keynesyen ekonomik politikaların yerine sıkı para politikasını öngören Friedmancı politikalara yönelmişlerdir. Ancak piyasaların istikrarsızlaşması, iç piyasaların doyuma ulaşması ülkeleri dış pazarlara açılmaya yönlendirmiştir (Bozkurt, 2005). Bu durum da uluslararası rekabetin artmasıyla sonuçlanmıştır. Nitekim 1980’li yıllardan itibaren dünya genelinde neo-liberal politikaların yükselişe geçtiği yıllar olmuştur.

1980’li yıllardan itibaren dünyada Keynesyen ekonomik politikaların yerini neo-liberal politikalar almaya başlamasıyla neo-liberal politikaların bir sonucu olarak da devletin “sosyal devlet” anlayışından hızla uzaklaşmaya başladığı görülmektedir. Sosyal devlet kazanımlarından biri olan sağlık uygulamaları da bu gelişmelerden olumsuz yönde etkilenmiştir (Ertürk Atabey, 2018). Diğer bir ifadeyle neo liberal politikalarla özdeşleştirilen küreselleşme süreci ekonomiden ticarete, çalışma hayatından sosyal yaşamın tüm alanlarında olduğu gibi sağlık sistemi üzerinde de önemli bir zihniyet değişikliğini beraberinde getirmiştir.

Dünya genelinde yaşanan bu köklü değişim ve dönüşümden Türkiye’nin de etkilendiği görülmektedir. 1980 sonrası dönemde 24 Ocak 1980 kararlarıyla beraber Türkiye’de ekonomide hızlı bir liberalleşme dönemi başlamıştır. Bu liberalleşme dalgasından sağlık sistemi de hızlı bir biçimde etkilenmeye başlamıştır. 1980 sonrası dönemde sağlıkta özelleştirme ve ticarileştirme odaklı politikalar yaygınlaşmaya başlamıştır (Ertürk Atabey, 2018).

1982 Anayasası’nda 1961 Anayasası’na paralel düzenlemeler yer almıştır. 1982 Anayasası’nın 60. Maddesi sosyal güvenlik hakkı ile ilgili düzenlemeyi içermektedir. Bu madde uyarınca “Herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet, bu güvenliğini sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar” denilerek sosyal güvenliğin sağlanmasının anayasal bir hak olarak kabul edildiği görülmektedir.

Ayrıca bu anayasanın 56. Maddesinde “Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir” ifadesi yer almakta olup, bu madde kapsamında devlete “Devlet, her bireyin hayatını, beden ve ruhen sağlıklı bir biçimde sürdürmesini sağlamak; insan iş gücü ve maddi gücünde tasarruf edip verimliliği artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenlemek” görevi verilmiştir. Ayrıca bu madde içerisinde sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir denilmektedir.

1980 sonrası dönemde bir önceki dönemde başlayan sosyalleştirme politikalarının genişletilmesine yönelik çabalar devam etmiş, genel sağlık sigortası gündeme gelmiş, ancak bu konudaki yasal düzenlemeler gerçekleştirilememiştir. Yine 1987 yılında Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu çıkarılmakla beraber, kanun maddelerinin hayata geçirilmesine yönelik düzenlemeler yapılamamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2003).

Bu dönemin diğer önemli bir gelişmesi olarak, 1992 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından sağlık sektörü için hazırlanan temel plan doğrultusunda 1992 ve 1993 yıllarında yapılan I. Ulusal Sağlık Kongresi ile II. Ulusal Sağlık Kongresinin yapılması sayılabilir. Bu kongrelerle beraber sağlık reformu ile ilgili teorik çalışmalar gerçekleştirilmiştir (Yılmaz, 2018).

Ayrıca 1992 tarihli 3816 sayılı kanunla sağlık hizmetlerine erişim konusunda maddi gücü olmayan ve sosyal güvenlik kapsamında olmayanlara yönelik Yeşil Kart uygulaması başlamıştır (Yılmaz, 2018).

Ayrıca 1980 ve 2002 yılları arasındaki kalkınma planlarına kısaca göz atmak dönemin sağlık politikalarının anlaşılmasına ışık tutacaktır. Bu dönemin kalkınma planlarından birincisi 1979-1983 yıllarını kapsayan Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı’dır. Bu planda “sağlık hizmetlerini eşit, sürekli ve etkili bir biçimde her bireye ve heryere ulaştırmak, böylece toplumun genel sağlık düzeyini yükseltmek temel ilke” olarak belirlenmiştir. Bu temel ilke çerçevesinde sağlıkla ilgili hedeflerden bazıları ise şunlardır (Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1979):

- Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi programının bütün yurtta yaygınlaştırılması
- Tek amaca yönelik sağlık birimlerinin çok yönlü hizmet birimlerine dönüştürülmesi yoluyla mevcut kaynaklardan etkin bir şekilde faydalanılması
- Yataklı tedavi hizmeti veren kurumlarda kullanılan yatak ile kadro yatağı arasındaki farkın azaltılması ve yatak kullanma oranının yükseltilmesidir.

1985-1989 yıllarını kapsayan Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda ise sağlıkla ilgili temel ilke "Genel sağlık seviyesini yükseltmek amacıyla sağlık hizmetlerini eşit, sürekli ve etkili bir şekilde herkese ve yere ulaştırarak halkın beden ve ruh sağlığını korumak ve tıbbî bakım görmesini sağlamak" olarak belirlenmiştir. Bu kalkınma planında öne çıkan hedefler ise (Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1985):

- 1984 yılı itibariyle bütün illeri kapsamına alan sosyalleştirme uygulamasında, verimliliğin artırılması ve buna ait mevzuatın günün şartlarına göre yeniden düzenlenmesi
- Sosyalleştirme gereğince 1989 yılına kadar 720 sağlık ocağı ile 4 215 sağlık evinin yapımının gerçekleştirilmesidir.

1990-1994 dönemini kapsayan Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı'nın temel ilkesi "Sağlıklı bir toplum için sağlık hizmetlerinden vatandaşların en iyi şekilde faydalanmasını sağlamak amacıyla sağlık hizmetlerini eşit olarak, sürekli, dengeli ve yeterli bir şekilde herkese ve her yere ulaştırmaktır." Bu planda sağlık alanında ortaya koyulan hedef ise, yaşam süresinin ortalama 68 yıla yükseltilmesi, bebek ölüm oranlarının binde 50'inin altına düşürülmesi, sağlık hizmeti taleplerinin çoğunlukla ilk basamak sağlık ünitelerince karşılanması ve 1011 kişiye bir hekim, 4845 kişiye bir dişhekim, 3655 kişiye bir eczacı, 736 kişiye bir hemşire ve ebe, 2838 kişiye bir sağlık memuru ve teknisyeni düşmesi olarak belirlenmiştir (Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1990).

1996-2000 yıllarını kapsayan Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sağlık reformunun gerçekleştirilmesinden bahsedilmiş ve bunun içinde "sağlık hizmetlerinde kullanılacak kaynakların en etkili olabilecek şekilde düzenlenmesi,

hizmetin her noktaya ulaştırılması, en kaliteli hizmeti sürekli olarak sunarak tüketici memnuniyetinin artırılması amacıyla sistem; finansman, yönetim ve organizasyon, insangücü, hizmet sunumu, mevzuat ve enformasyon boyutları itibariyle yeniden yapılandırılması” çalışmalarına hız kazandırılması amaçlanmıştır (Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1996).

Bu dönemin son kalkınma planı ise 2001-2005 dönemini kapsayan Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’dır. Bu planda sağlıkla ilgili belirlenen temel hedeflerin bir kısmı ise şunlardır (Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 2001):

- Sağlık hizmet sunumu ve finansmanının birbirinden ayrılması ve herkese sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetinden yararlanma hakkı sağlanması
- Etkin işleyen bir hasta sevk sisteminin geliştirilmesi
- Ayakta teşhis ve tedavi merkezleri ve yataklı tedavi kurumları ile irtibatlı evde hasta bakımına yönelik bir hizmet modeli geliştirilmesi
- Hastanelerin idari ve mali yönden özerkliğe kavuşturulması
- Aşı üretim kapasitesinin geliştirilmesi
- Özel sektörün sağlık yatırımlarının teşvik edilmesi
- Sağlık Bakanlığı’nın görev ve teşkilat yapısının yeniden düzenlenmesi
- Avrupa Birliği (AB) normlarına uyum düzenlemelerinin tamamlanması

Genel olarak bakıldığında, 1990’lı yıllarda yürütülen Sağlık Reformu çalışmalarının ana bileşenleri şunlardır (URL-15):

1- Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak Genel Sağlık Sigortasının kurulması,

2- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi,

3- Hastanelerin idari ve mali yönden özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi,

4- Sağlık Bakanlığı’nın koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması.

Son olarak bu döneme ait sağlık personellerinin sayısal gelişimi Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11: Türkiye’de 1989-2000 Yılları Arasında Sağlık Personellerinin Sayısı

Sağlık Personeli	1989	1994	2000*
Hekim	46.708	64.000	80.900
Diş Hekimi	10.132	13.200	14.200
Hemşire ve hemşire yardımcısı	43.377	61.500	71.000
Ebe	27.805	39.700	-
Eczacı	15.201	17.500	-
Sağlık Memuru	18.869	38.200	-

Kaynak: Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı verilerinden yararlanılarak oluşturulmuştur.

Tablo 11’de görüldüğü üzere bu dönem içinde sağlık personellerinin sayısında daha önceki dönemlere göre önemli niceliksel artışlar yaşanmıştır. 2000’li yılların başında hekim sayısı 80 bine, diş hekimi sayısı 14 bine ve hemşire sayısı 71 bine ulaşmıştır.

3.2.2.5. 2002’den Günümüze Sağlık Politikaları

2002 seçimlerinden sonra kurulan 58. Hükümet sağlık alanında yapılması planlanan reformlarla ilgili “herkes için sağlık” başlıklı bir acil eylem planı açıklamıştır. Bu plan içinde 11 adet strateji belirlenmiştir. Bunlar (Yılmaz, 2018):

- Sağlık Bakanlığı’nın genel sağlık sigortası kapsamına alınması
- Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması
- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması
- Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi
- Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi
- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması
- Özel sektörün sağlık sektörüne yatırım yapmasının teşvik edilmesi
- Tüm kamu kurumlarında alt kademelere yetki devri
- Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi

- Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi

Bu dönemin sağlık politikaları açısından en önemli düzenlemesi, sağlıkta dönüşüm programıdır. Sağlıkta dönüşüm programının amacı sağlık hizmetlerinin etkili biçimde, verimli ve her bireye eşit hizmet verebilecek şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması olarak belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003).

Bu amaçlara ulaştıracak temel ilkeler ise şöyle sıralanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2003):

- *İnsan merkezlik:* sistemin planlanması ve sunumunda hizmetten faydalanacak bireyi, bireyin ihtiyaç ve beklentilerini esas almayı ifade etmektedir.
- *Sürdürülebilirlik:* geliştirilmesi planlanan sistemin ülkemiz koşulları ve kaynakları ile uyumlu olması ve kendini besleyerek bir devamlılık arz etmesini ifade etmektedir.
- *Sürekli kalite gelişimi:* sistemin kendi kendini değerlendirerek hatalarından öğrenmeyi sağlayacak etkin bir geribildirim mekanizmasının oluşturulmasını ifade etmektedir.
- *Katılımcılık:* ilgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınmasını ifade etmektedir.
- *Uzlaşmacılık:* çıkar çatışmasına dayalı bir uygulama yerine demokratik bir yönetimin gereği olarak sektörün farklı aktörleri arasında ortak noktalarda buluşma arayışlarını ifade etmektedir.
- *Gönüllülük:* sistemde hizmet üreten ve hizmet alan kesimlerin teşvik edici önlemler doğrultusunda gönüllü bir şekilde yer almalarını ifade etmektedir.
- *Güçler ayrılığı:* sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan, planlamasını yapan, denetimini üstlenen ve hizmeti üreten güçlerin bir birinden ayrılması ilkesidir.
- *Desantralizasyon:* değişen koşullara ve çağdaş anlayışa uygun olarak yerinden yönetim ilkesinin hayata geçirilmesini ifade etmektedir.

- *Hizmette rekabet:* farklı hizmet sunucularının yarışmasının sağlanması ilkesidir.

Sağlıkta dönüşüm programı 8 temel bileşenden oluşmaktadır. Bu bileşenler aşağıda kısaca ele alınmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2003):

- a) Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı: Sağlıkta dönüşüm programıyla beraber Sağlık Bakanlığı'nın temel görevi sağlıkla ilgili politika hazırlamak ve denetlemek olarak belirlenmiştir. Bu kapsamda Bakanlığa verilen görevler arasında, stratejik planlama, sağlık sektöründe aktif liderlik görevi üstlenmesi, sağlık hizmet ağının yönetim ve işletiminde daha büyük sorumluluklar almalarını sağlayacak bir yönetim modeli geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin modernleştirilmesi, eğitim programları geliştirmesi vb. sayılabilir. Ayrıca sağlığa ayrılan kaynakların etkin, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde kullanılmasını sağlamak için Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşların yerinde yönetim ilkesi doğrultusunda yeniden yapılandırılması amaçlanmaktadır.
- b) Herkesi Tek çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası: Sağlıkta dönüşüm programının bileşenlerinden biri de herkesin ödeme gücü ile orantılı bir şekilde katkıda bulunacakları ve hizmetleri ihtiyaçları doğrultusunda kullanabilecekleri bir zorunlu bir sigorta modeli oluşturmaktır. Bunun için Genel Sağlık Sigortası Kurumu kurulması öngörülmektedir. Genel Sağlık Sigortası ile birlikte, sağlık harcamalarının maliyetinin düşmesi, hizmet kalitesini arttırmak, her hastaya eşit düzeyde sağlık hizmeti sunmak, hasta ile hekim arasındaki para ilişkisini ortadan kaldırmak amaçlanmaktadır.
- c) Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmeti Sistemi: Bu bileşen kapsamında kır-kent veya doğu-batı ayrımı olmaksızın toplumun tüm kesimlerine sağlık hizmetlerinin erişimi amaçlanmaktadır. Bunun içinde ihtiyaç olan yerlerde kamu olanaklarının niteliksel ve niceliksel olarak artırılmasının yanında özel sektörün teşvik edilerek bir hizmet yarışına girilmesi hedeflenmektedir.

- d) Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği: Bu reformla, bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin bireylerin kendi seçeceği hekimler tarafından yürütülmesi amaçlanmaktadır. Bunun içinde aile hekimliği ve koruyucu diş hekimliği uygulamalarının hayata geçirilmesi amaçlanmaktadır.
- e) Etkili, Kademeli Sevk Zinciri: Bu reformun bir diğer bileşeni ise, etkin bir sevk zincirinin kurulmasıdır. Bunun ön şartı olarak aile hekiminden birinci basamak hizmeti alması olarak belirlenmiştir. Bu konuda yapılacak planlama ve teşvikle beraber sorunları birinci basamakta çözülebilecek hastaların hastane polikliniklerinde yığılmalarının önüne geçilecektir. Bu da mevcut sağlık hizmetlerinin kalitesinin artmasına ve maliyetlerin düşmesine yol açacaktır.
- f) İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri: Mevcut kamu hastanelerinin değişen yapıya uyum sağlaması, daha verimli çalışması ve sektörün diğer aktörleri ile rekabet edebilmelerinin önünü açmak için idari ve mali özerkliğe kavuşturulmaları amaçlanmaktadır. Ayrıca belediyeler, özel şirketler, vakıflar, il idareleri ve üniversiteler sağlık kuruluşu kurabileceklerdir.
- g) Bilgi ve Beceri İle Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü: Sağlıkta dönüşüm başarılı bir şekilde gerçekleşebilmesi için bu son bileşen oldukça önemlidir. Başarılı bir dönüşüm için uygun nitelikli ve yeteri sayıda çalışana ihtiyaç bulunmaktadır. Bunun için birinci basamak sağlık hizmeti için aile hekimliği ve diş hekimliği sayılarının artırılması, aile sağlığı hemşireliğinin geliştirilmesi, etkin bir yönetici kadrosunun oluşturulması vb. hedeflenmektedir.
- h) Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurulları: Bu bileşen kapsamında mevcut halk sağlığı bilimini toplum hekimliği uygulamalarının ötesinde farklı disiplinleri bir araya getiren bir yapıya kavuşturulması amaçlanmaktadır. Dönüşüm reformu içinde ayrıca Hıfzısıhha okulunun açılması, Sağlık Akademisi veya Sağlık Uzmanlık Kurumu gibi yapılandırmalar öngörülmektedir.

- i) Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon: Hizmet sunum süreci ve elde edilen çıktılarının değerlendirildiği bir mekanizmanın kurulması gerekmektedir. Bunun içinde Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu ile ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyon konularını düzenlemesi amaçlanmaktadır.
- j) Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma: İlaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonu, ruhsatlandırılması ve bunların akılcı yönetimleri konusunda uluslararası normlar ışığında faaliyet gösterecek, Ulusal İlaç Kurumu ve Tıbbi Cihaz Kurumu'nun etkinleştirilmesi amaçlanmaktadır.
- k) Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim; Sağlık Bilgi Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programının tüm bileşenlerinin etkin işleyişini sağlamak için entegre bir bilgi sistemine ihtiyaç vardır. Bunun içinde Sağlık Bilgi Sistemi kurulması öngörülmektedir. Bu sistemle sağlık kayıtlarını sürekli ve güvenilir şekilde tutmak, hizmet verimliliğini geliştirmek, kaynakların nerede ve nasıl kullanıldığını takip etmek mümkün olacaktır.

Görüldüğü üzere 2003 yılındaki Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli değişiklikler yaşanmıştır. Sağlık kurumlarının tek çatı altında birleştirilmesiyle sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı birbirinden ayrılmıştır. Sağlık bakanlığı hastanelerine daha fazla idari ve mali özerklik kazandırılmış, sağlık bilgi sistemleri geliştirilmiştir. Bu dönüşüm programının bir diğer önemli sonucu da özel sağlık kuruluşlarının teşvik etmesidir. Bunun yanında her Türk vatandaşının birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimi sağlanmış, aile hekimliği sistemine işlerlik kazandırılmış ve Bakanlık stratejik planlama yapan bir yapıya kavuşturulmuştur (Bıyık ve Tekin, 2015). Diğer taraftan sağlıkta dönüşüm programının ilke ve bileşenleri dikkate alındığında bu dönüşüm programının sağlığın piyasalaştırılmasına yönelik bir adım olduğu yönünde görüşleri de söz konusudur (Kart, 2013).

Bu dönem içinde iki adet beş yıllık kalkınma planı yapılmıştır. Bu planlardan birincisi 2007-2013 yıllarını kapsayan Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı'dır. Bu plan döneminde sağlık sisteminin etkinleştirilmesi hedeflenmiştir. Bu plan

döneminde öne çıkan düzenlemeler ise şunlardır (Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı, 2007):

- Genel sağlık sigortası sistemi hayata geçirilmesi
- Sağlık personeli açığının giderilmesi için eğitim programlarının kontenjanlarının arttırılması
- 2008 yılı sonu itibarıyla aile hekimliği hizmet modelinin tüm illere yaygınlaştırılması
- Hastanelerin idari ve mali açıdan kademeli olarak özerkleştirilmesi
- Sağlık Bakanlığının planlayıcı, düzenleyici ve denetleyici rolünün güçlendirilmesi
- Özel sektörün sağlık alanında yapacağı yatırımların teşvik edilmesi
- İlacın akılcı kullanımının sağlanması için sağlık personelinin ve halkın bilinçlendirilmesi
- Uluslararası kriterlere uygun sağlık veri tabanı oluşturulması

Ülkemizde hazırlanan son kalkınma planı ise 2014-2018 yıllarını kapsayan Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı olmuştur. Bu planda sağlıkla ilgili temel amaç “halkın yaşam kalitesini artırmak ve yaşam süresini yükseltmek ile ekonomik, sosyal ve kültürel hayata bilinçli, aktif ve sağlıklı bir şekilde katılımlarının sağlanması” olarak belirlenmiştir. Bu hedef doğrultusunda belirlenen sağlık politikaları ise şunlardır (Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı, 2014):

- Sağlıklı hayat tarzının teşvik edilmesi ve daha erişilebilir, uygun, etkili ve etkin bir sağlık hizmetinin sunulması
- Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini destekleyecek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetlerinin etkinliğini artıracak bir hasta sevk zinciri uygulamasının geliştirilmesi
- Akılcı ilaç kullanımı için sağlık personeli ve halkın bilinçlendirilmesinin sağlanması
- Sağlık alanındaki insan gücünün, demografik gelişmeler ile uzun vadede ihtiyaç duyulacak yeni meslekler de dikkate alınarak nicelik ve nitelik olarak geliştirilmesi

- Tamamlayıcı tıp kapsamındaki tedavi, bitkisel ürün ve hizmet sunucularıyla ilgili kalite ve güvenliğin sağlanması amacıyla standartların belirlenmesi ve bu alanın denetim altına alınması.
- Tüketicilerin yeterli ve dengeli beslenme hakkında bilinçlendirilmesi, hayvansal ürünler ve su ürünlerinin tüketiminin yaygınlaştırılması
- Veri ve kanıta dayalı sağlık politikalarını geliştirmek amacıyla uluslararası karşılaştırmalara imkân verecek standart ve kalitede verilerin üretilmesinin sağlanması

2013-2017 yılları için hazırlanan “Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan” bakanlığın hazırladığı son plandır. Bu planda nihai hedef “Hakkaniyetli Şekilde Halkımızın Sağlığını Korumak ve İyileştirmek” olarak belirlenmiştir. Bu ana hedef doğrultusunda 4 stratejik hedef belirlenmiştir. Bu stratejik hedefler şunlardır (Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013-2017):

1. Sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak ve sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek.
2. Birey ve topluma erişilebilir, uygun, etkili ve etkin sağlık hizmetleri sunmak.
3. İnsan merkezli ve bütüncül yaklaşımla bireylerin sağlık ihtiyaçlarına ve beklentilerine cevap vermek.
4. Türkiye'nin ekonomik ve sosyal kalkınmasına ve küresel sağlığa katkı aracı olarak sağlık sistemini geliştirmeye devam etmek.

2019-2023 yılına ait stratejik plan henüz açıklanmamış olup, stratejik plan ile ilgili çalışmalar ve değerlendirme toplantıları halen devam etmektedir.

Son olarak 2002 ve 2017 yıllarına ait sağlık personellerin sayısı Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12: Türkiye’de 2002-2017 Yılları Arasında Sağlık Personellerinin Sayısı (Tüm Sektörler)

Sağlık Personeli	2002	2013	2014	2015	2016	2017
Hekim	91.949	133.275	135.616	141.259	144.827	149.997
Diş Hekimi	16.371	22.295	22.996	24.834	26.674	27.889
Hemşire	72.393	139.544	142.432	152.803	152.952	166.142
Ebe	41.479	53.427	52.838	53.086	52.456	53.741
Eczacı	22.289	27.012	27.199	27.530	27.864	28.512
Diğer Sağlık Personeli	50.106	131.652	138.878	145.943	144.609	155.417
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	83.964	290.363	303.110	311.337	321.952	339.241
Toplam Personel Sayısı	378.551	798.068	823.069	856.792	871.334	920.939

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017.

Tablo 12’ye bakıldığında ülkemizde son yıllarda sağlık personellerinin sayısında ciddi bir artışın olduğu görülmektedir. 2017 yılı itibariyle ülkemizde toplam hekim sayısı (uzman, pratisyen, asistan) 150 bine ulaşmıştır. Cumhuriyetin ilk kurulduğu yıllarda ülkede mevcut hekim sayısının 344 olduğu düşünüldüğünde (bakınız Tablo 1) yaklaşık 91 yıl içinde hekim sayısındaki artışın dikkate değer olduğu görülecektir. Ayrıca 2017 yılı itibariyle sağlık alanında 27 bin civarında diş hekimi, 166 bin hemşire, 53 bin ebe ve 28 bin eczacı hizmet vermektedir. Diğer sağlık personeli ve diğer personel ve hizmet alımı kapsamında çalışanları da dâhil ettiğimizde Türkiye genelinde özel ve kamu alanında hizmet veren sağlık personellerinin sayısının 2017 rakamlarına göre 1 milyona yaklaştığı görülmektedir.

Ancak bu sayısal gelişmelere rağmen Türkiye’deki hekim sayısını nüfusa oranladığımız zaman bu sayının çokta yeterli olduğunu söylememiz mümkün gözükmemektedir. Örneğin Türkiye’de 2016 yılı rakamlarına göre 10 bin kişiye düşen hekim sayısı 186 iken, bu rakam Yunanistan’da 659, Norveç’te 523, Portekiz’de 480 olarak gerçekleşmiştir. Bu açıdan Türkiye OECD ülkeleri içinde son

sırada yer almaktadır (Sağlık İstatistikleri, 2017). Benzer bir tablo 10 bin kişiye düşen diş hekimleri sayısı ve eczacı sayısı bakımından da geçerlidir. Türkiye OECD ülkeleri içinde 10 bin kişiye düşen diş hekimi sayısı bakımından (10 bin kişiye düşen hekim sayısı 35) Meksika'dan sonra en düşük ülkelerden biri olarak görülmektedir. Aynı şekilde 10 bin kişiye düşen eczacı sayısı bakımından (10 bin kişiye düşen eczacı sayısı 35) Hollanda'dan sonra en düşük ülke kategorisindedir (Sağlık İstatistikleri, 2017). Son olarak hemşire ve ebe sayılarının OECD ülkeleri ile kıyaslamasına bakıldığında Türkiye yine son sırada yer almaktadır. Türkiye'de 10 bin kişi başına düşen ebe ve hemşire sayısının 272'dir ve bu rakam Norveç'te 2.121, Danimarka'da 1.889 ve İsviçre'de 1.827 olarak görülmektedir (Sağlık İstatistikleri, 2017).

Diğer sağlık göstergeleri açısından da Türkiye maalesef henüz istenilen noktaya ulaşamamıştır. Örneğin Türkiye OECD ülkeleri içinde sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla (GSYİH) içindeki payı açısından son sırada yer almaktadır. 2016 yılı verilerine göre Türkiye'de bu oran %5,4 iken OECD ortalaması %9,2 olarak gerçekleşmiştir. Bu oranın en yüksek olduğu ülke ise %17,1 ile ABD olmuştur. Ayrıca kişi başına düşen sağlık harcaması miktarı (Bin ABD \$) bakımından da Türkiye 0,6 ile son sırada yer almaktadır. OECD ortalamasının 3,9 olduğu bu sıralama da ilk sırada 9,7 ile İsviçre gelmektedir. 1000 kişilik nüfus başına düşen hasta yatağı sayısı bakımından ise Türkiye 2,7 ile Meksika, Şili ve Kanada'dan sonra son sıralarda yer alan ülkeler grubundadır (URL-16).

Bu ikinci bölümün genel bir değerlendirmesini yaptığımızda, Türkiye'de cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren sağlık alanındaki sorunların çözümü için hem işgücü açısından hem de mevzuat açısından önemli çalışmalar yürütüldüğü söylenebilir. Cumhuriyetin ilk yıllarında öncelik daha çok sağlık personelinin ve sağlık kurumlarının sayısının artırılması olmuştur. Yine bu dönemde yaygın olan salgın hastalıklarla mücadele edilmeye çalışıldığı görülmektedir. 1980 sonrası ise dünyada yaşanan gelişmelere paralel olarak sağlık sektörünün piyasalaştırılması çalışmalarının yavaş yavaş Türkiye'de de hissedilmeye başlandığı görülmektedir. Bu dönemin en önemli özelliği bir yandan kamu kurumlarının mali ve idari açıdan özerkliğe kavuşturulmaya çalışılması bir yandan da özel sektörün teşvik edilmesidir.

2000’li yıllardan sonra ise sağlık alanında birçok reformun hayata geerilmeye çalışıldığı görülmektedir. Bu dönemin en önemli özelliği ise sağlık kurumlarının tek bir çatı altında birleştirilmeye çalışılması ve sağlık hizmetlerinin toplumun tüm kesimlerine ulaştırılmaya çalışılmasıdır. Yaşanılan bütün bu gelişmelere rağmen Türkiye’de ki sağlık politikalarında henüz arzu edilen noktadan oldukça uzak olduğumuz da bir gerçektir. Bir nceki kısımda da değerlendirilmeye çalışıldığı üzere Türkiye sağlık göstergeleri bakımından halen birçok ülkeye göre gerilerde kalmış durumdadır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. SURIYELİ SığINMACILARIN TÜRKİYE SAğLIK POLİTİKALARINA ETKİLERİ

4.1. Suriyeli Sığınmacılara Uygulanan Sağlık Politikalarının Yasal erevesi

Suriye Arap Cumhuriyetin’deki iç savaştan kaçarak Türkiye’ye sığınmak zorunda kalan sığınmacılar için Türkiye Cumhuriyeti Devleti, Türkiye’ye gn başladığı günden itibaren açık kapı politikası uygulayarak sınır kapılarını sonuna kadar açmış ve sığınmacılara her türlü yardımda bulunabilmek amacıyla bir takım yeni politikalar geliştirmiştir (Dilek, 2018). Bu yeni politikaları da destekleyebilmek amacı ile bir takım yasal dayanaklar oluşturmuştur. Bu yasal dayanakları kronolojik olarak sıralayacak olursak (URL-17):

- AFAD Yönetmeliği (19.02.2011)
- Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu (04.04.2013)
- Geçici Koruma Yönetmeliği (22.10.2014)
- Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar (25.03.2015)
- AFAD ve Sağlık Bakanlığı Protokolü 2015 (01.07.2015)

- AFAD- Suriyeli Misafirlerin Sağlık ve Diğer Hizmetleri Hakkında Genelge (12.10.2015)
- Göçmen Sağlık Merkezleri/Birimlerine Dair Yönerge (03.09.2015)
- Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetine Dair Esaslarda Değişiklik Yapılmasına İlişkin Esaslar (04.11.2015)
- AFAD ve Sağlık Bakanlığı Protokolü 2016 (01.01.2016)
- AFAD ve Sağlık Bakanlığı Protokolleri 2017-2018.

Görüldüğü gibi Türkiye Cumhuriyeti tarafından, Suriyeli göçünün başladığı tarihten başlayarak, göçün artarak devam etmesi sonucunda bu yasal dayanaklarla, sığınmacıların gerekli sağlık hizmetlerini almaları ve sağlık hizmetlerine kolay ve hızlı biçimde ulaşabilmeleri amaçlanmıştır. Ancak Türkiye'ye göç eden sığınmacı sayısı yüksek rakamlara ulaşmış ve bu noktada Türkiye Cumhuriyeti'nin mevcut sağlık politikalarını olumsuz yönde etkilemeye başlamıştır.

19.02.2011 tarihinde yürürlüğe giren Afet ve Acil Durum Yönetim Merkezleri Yönetmeliği doğrultusunda AFAD, 29 Nisan 2011 tarihinde Hatay'ın Yayladağı ilçesinden Türkiye'ye giriş yapan sığınmacıların barınma ve beslenme gibi temel ihtiyaçlarının giderilmesi hususunu 11 ilde ilgili bakanlıklarla koordine olarak yürütmüştür ve Suriyeli sığınmacıların bütün sağlık giderleri AFAD tarafından karşılanmaya başlanmıştır (URL-4). AFAD, 08.09.2013 tarihinde yayımlanan 2013/8 sayılı genelge ile sığınmacılara verilen sağlık hizmetlerinin kapsamı genişletilerek 81 ile yaymıştır (AFAD Genelge,2013).

Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanununun 91. Maddesi temelinde hazırlanarak yürürlüğe giren 22.10.2014 tarih ve 29153 sayılı Geçici Koruma Yönetmeliğinin, 1. maddesi ile Türkiye'ye 28.04.2011 tarihinden sonra göç eden Suriye Arap Cumhuriyeti vatandaşları, Geçici Koruma Statüsü almıştır. Yine aynı yönetmeliğin 21. maddesine göre ise, Türkiye'ye girişlerinde veya sonrasında kayıt işlemlerini yaptırmayan göçmenlerin, bulaşıcı hastalıklardan korunma ve acil sağlık hizmetleri dışında kalan sağlık hizmetlerinden yararlanamayacağı belirtilmiştir (URL-18). Geçici Koruma Yönetmeliğinin Sağlık Hizmetleri başlıklı 27. Maddesi Suriyeli sığınmacılardan temel sağlık hizmetleri ve kapsamındaki tedavi ve tedavi

sürecinde kullanılacak ilaçlardan hasta katılım payı alınmayacağı ve ayrıca, önleyici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin aksamaması amacıyla geçici korunma kapsamına alınan sığınmacıların kimlik ve adres tespitlerinin yapılarak Sağlık Bakanlığı ve ilgili kuruluşlarına bildirimlerinin yapılması hususunu belirtmektedir (URL-19). Bu maddelerle geçici koruma altındaki Suriyeli sığınmacıların faydalanabilecek oldukları sağlık hizmetleri, geçici barınma merkezlerinin içinde veya dışında Sağlık Bakanlığının kontrolü ve sorumluluğuna verilmiştir (URL-19).

Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar, Geçici Koruma Yönergesi doğrultusunda koruma kapsamındaki sığınmacıların faydalanacağı sağlık hizmetini verecek olan kurum ve kuruluşların, vakıf ve derneklerin çalışma esaslarını belirlemek amacıyla hazırlanmıştır (URL-18). Sağlık Bakanlığı yönergesinin 6. Maddesine göre Suriyeli sığınmacılar (Sağlık Bakanlığı Yönergesi, 2014);

‘‘a-Geçici barınma merkezlerinde kurulan sağlık merkezlerinden,

b-Bakanlık ve bağlı kuruluşlarına ait sağlık hizmeti sunucularından,

c-Üniversite sağlık uygulama ve araştırma merkezlerinden,

ç-Özel hastanelerden,

d-Vakıfyeya demekler tarafından gönüllü olarak verilen sağlık

hizmetlerinden yararlanabilirler’’ şeklinde belirtilmiştir. Bu maddeler ile geçici koruma kapsamında bulunan sığınmacıların sağlık hizmetinden faydalanabilecekleri kurum ve kuruluşların kapsamı genişletilerek ülke içerisindeki bütün sağlık kurum ve kuruluşları dâhil edilmiştir. Yine aynı yönergenin 6. Maddesi ile geçici koruma kapsamında olan sığınmacıların bu kurum ve kuruluşlardan alacakları sağlık hizmetlerinin kapsamını belirleyerek, sığınmacıların Türkiye’de sağlık hizmetlerine daha rahat ulaşabilmeleri açısından gerekli düzenlemeler yapılmaya çalışılmıştır. Sevk zinciri oluşturulmuş ve genişletmiştir (Sağlık Bakanlığı Yönerge, 2014).

AFAD ile Sağlık Bakanlığı arasında 01.07.2015 tarihinde imzalanan Götürü Bedel Üzerinden Sağlık Hizmet Alım Protokolü’ne göre koruma altındaki

sığınmacılara sunulan sağlık hizmetlerinin belirlenen ödeme planı çerçevesinde, AFAD tarafından, afet ve acil durum faaliyetleri ödeneğinden Sağlık Bakanlığı özel hesabına ödenek aktarmak suretiyle karşılanacaktır (URL-20).

Ayrıca AFAD, 12.10.2015 tarihinde geçici koruma altındaki yabancılara sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkında yayınlamış olduğu duyuruda; koruma altındaki sığınmacılara düzenlenecek olan E-Recetelerin eczanelerce kabul edilerek eczane kayıt sistemine girişlerinin yapılması ve eczanelerce kabul edilen reçetelerin, eczanelerin buldukları valiliklere fatura edilerek belgelerin Ankara Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğüne teslim edilmesini gerektiğini belirtmiştir (URL-7).

Sağlık Bakanlığı'nın 03.09.2015 tarihinde valiliklere göndermiş olduğu yazıda, geçici koruma altındaki Suriye'li sığınmacıların yoğunlukla yaşadıkları bölgelerde sağlık hizmetlerine ulaşım ihtiyaçları göz önünde alınarak, hizmete ihtiyaç duyanların kolay ulaşabilecekleri noktalarda, her 4000-7000 Suriyeli nüfus için bir göçmen sağlığı birimi bulunduran göçmen sağlığı merkezlerinin oluşturulmasını bildirmiştir (URL-8).

AFAD ile Sağlık Bakanlığı arasında 01.01.2016 tarihinde imzalanan protokolde, geçici koruma altına alınan sığınmacılara Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşlarca verilecek olan sağlık hizmetleri 2016 yılı için götürü bedel üzerinden temin edileceği usul ve esaslar ile belirlenmiştir (URL-9).

AFAD ile Sağlık Bakanlığı arasında 2017 yılı için imzalanan protokole göre geçici koruma altındaki Suriye'li sığınmacıların alacakları sağlık hizmetinin 2017 yılı götürü bedeli 695.000.000 TL olarak belirlenmiştir (URL-10). Bu bedel AFAD tarafından Sağlık Bakanlığına ödenecektir. Yine AFAD ve Sağlık Bakanlığı 2018 yılı için ise aynı türden hizmetlerin karşılığı olarak 800.000.000 TL götürü bedelin Sağlık Bakanlığı'na ödenmesi hususunda protokol imzalamıştır (URL-11). Görüldüğü üzere yıllar itibariyle göçün boyutu arttıkça sağlık maliyetleri de artmıştır. Sığınmacılara verilen sağlık hizmetlerinin bedelleri AFAD tarafından Sağlık Bakanlığına götürü bedel olarak ödenmektedir. Sığınmacılar sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanmaktadır.

4.2. Suriyeli Sığınmacıların Sağlık Gereksinimleri ve Sağlık Sorunları

Göç etmek durumunda kalan kişilerin sağlık durumu, göç öncesinde, göç sırasında ve göç edilen yerde olmak üzere üç başlıkta incelenmelidir (Türktan vd, 2017). Özellikle savaş sebebiyle göç etmek durumunda kalan kişiler, savaş süresince birçok temel sağlık hizmetini dahi alamamaktadır ki, arkasından gelen göç sırasında var olan sağlık problemlerinin yanında beslenme bozukluklarından, istismara kadar birçok sağlık sorunu ve tehlike ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Son olarak sığındığı ülkenin kendilerine sağladığı çadır ve konteynerlerden oluşan geçici barınma birimlerinde, alt yapı yetersizliği ve hijyen benzeri sıkıntılar ortaya çıkmaktadır (Yavuz, 2015). Diğer taraftan göç, sığınmacıları kabul eden ülke için de sağlık hizmetlerinin sağlanması ve kendi toplumunun sağlığını koruma konularında olumsuz durumlara sebep olmaktadır. Bunun yanında sığınmacıların, herhangi bir sosyal güvencelerinin olmaması nedeniyle de sağlıklarını ikinci planda tutmaktadırlar (Gümüş ve Bilgili, 2015). Bu nedenle sık sık sağlık sorunu yaşamaktadırlar. Sığınmacıların sık karşılaştıkları sağlık sorunlarının başında (Karadağ ve Altıntaş, 2010):

- 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 gelmektedir.

Olumsuz yaşam şartları, sığınmacılar için mevcut hastalıkların iyileşme sürecini olumsuz etkilerken öte yandan da yeni hastalıkların ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır. Göç sonrası stres ve fiziksel aktivitenin artması sebebiyle kalp hastalıkları artış gösterirken, takip ve ilaca ulaşımındaki zorluk nedeniyle de solunum yolu hastalıkları ve diyabet gibi hastalıklarda da artış görülmektedir. Bu gibi sağlık sorunlarının artışı birçok ikame sorununu da beraberinde getirmektedir. Psikolojik sorunlar, şartlara uyum sağlama güçlükleri ve stres bozuklukları gibi birçok ruhsal sorunda ortaya çıkmaktadır (Yavuz, 2015). Bütün bu olumsuzluklar çerçevesinde sığınmacının alacağı sağlık hizmetine, sağlık sisteminin farklı olması, dini inançlar, hizmetin ücretli olması ve iletişim sorunları nedeniyle ulaşması güç olmaktadır (Karadağ ve Altıntaş, 2010).

Ayrıca, yaşam koşulları kötü olan sığınmacıların çeşitli hastalıklara davetiye çıkarırcasına savunmasız olmaları, hastalığa yakalandıktan sonraki tedavi sürecinde maliyetleri oldukça yükseltmektedir (Yavuz, 2015). Bu hastalıkların başında bulaşıcı hastalıklar gelmektedir ki, bu durum ülke nüfusunu da olumsuz yönde etkilemektedir. Örnek verecek olursak Suriyeli göçünün başladığı tarih olan 2011 yılından önce bağışıklama programları ile minimum görülme sıklığına indirilmiş birçok bulaşıcı hastalıklar tekrardan göç ile birlikte tırmanarak yüksek rakamlara ulaşmıştır. Bu sebepten dolayı büyük aşı kampanyaları yapılarak milyonlarca Suriyeli ve yerli çocuk aşılanmıştır (Korkmaz, 2014). Buna benzer diğer birçok hastalık ise (tüberküloz, zührevi hastalıklar, deri hastalıkları vb.) tedavi süreçlerinde sağlık harcamalarını yükseltmektedir. Ayrıca bulaşıcı hastalıkların bu denli alevlenmesinin en büyük sebeplerinden biri de, çadır ve konteyner kentlerde yaşamak istemeyip İstanbul başta olmak üzere Gaziantep, Adana ve Mersin gibi büyük kentlerde son derece olumsuz koşullarda yaşamlarını sürdüren sığınmacılar olarak gösterilebilir. Kontrol altında olmadıkları için bu gibi bulaşıcı hastalıkların prevalans hızlarını yükseltmektedirler.

4.3. Suriyeli Sığınmacılara Verilen Sağlık Hizmetleri

Sağlık sorunları, Türkiye'ye sığınan Suriyelilerin en büyük sorunları arasında yer almaktadır. Türkiye bu konuda mümkün olduğunca yardımcı politikalarla hareket etmeye çalışmış olsa da özellikle sığınmacıların sayısının çok fazla olması, kaygıların devam etmesi, dil ve kültür farklılıkları gibi durumlar nedeniyle ülke genelinde sağlık konusunda sıkıntıların yaşanmasının yanında, özellikle bölgeye yakın illerde ve kamp alanlarında hizmet vermekte olan sağlık çalışanları da birçok problemle karşı karşıya kalmıştır. Yaşanan problemler illere ve hizmet basamaklarına göre farklılıklar göstermektedir. Sığınmacıların kayıt altına alınarak, koruyucu sağlık hizmetleri başta olmak üzere, tedavi edici sağlık hizmetlerinden de azami seviyede faydalanmaları amaçlanmaktadır. Sığınmacılara verilen sağlık hizmetleri genel olarak iki ana başlık halinde incelenebilir. Bunlar; koruyucu sağlık hizmetleri ve tedavi edici sağlık hizmetleridir. Aşağıda sığınmacılara verilen bu sağlık hizmetlerinden kısaca bahsedilmiştir.

4.3.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi için yapılan düzenlemeler ve verilen hizmetlerin tümüne koruyucu sağlık hizmetleri adı verilmektedir. Bu hizmetler sağlık personelleri tarafından yürütülmektedir. İnsanlar genellikle sağlığını sürdürme ya da sağlık sorunları ile başa çıkmak için yardıma ihtiyaç duyduğunda, sağlık alanında, hizmet veren profesyonel ya da uzman kişi aramaktadır (Sabuncu vd.,1996). Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkındaki yönergede koruyucu sağlık hizmetleri; bireyleri, hastalıktan, yaralanmaktan, sakat kalmaktan ve erken ölümden korumak amacıyla verilen hizmetlerin tümü olarak tanımlanmıştır. Kişiye yönelik olarak yapılan bağışıklama, ilaçla ve serumla koruma, erken tanı, aile planlaması, beslenme durumlarının iyileştirilmesini sağlamak için gıda güvenliği ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması, sağlık eğitimi gibi işler ile fiziki, biyolojik ve sosyal çevredeki olumsuz koşullardan kaynaklanan sağlık sorunlarını önlemek amacıyla çevreye yapılan müdahaleler koruyucu hizmetlerdir (Sağlık Bakanlığı Yönerge, 2011).

Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; aşılama, beslenmeyi düzenleme, teşhis ve tedavi, aile planlaması, ilaçla koruma, kişisel hijyen ve sağlık eğitimi hizmetlerinden oluşmaktadır ve hizmetler, sağlık personeli olarak tanımlanan hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru gibi eğitilmiş kişiler tarafından yürütülen hizmetlerdir (Sabuncu vd., 1996). Tanı, tedavi, bireysel koruma gibi özel eğitim gerektiren bu hizmetler sağlık profesyonelleri tarafından yürütülmektedir. Bu hizmetlerin eğitim ve ilaçla koruma ayağında diğer sektörlerle işbirliği yapıyor olsada, büyük çoğunluğu sağlık profesyonelleri tarafından yürütülen hizmetlerdir.

Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ağırlıklı; bağışıklama, erken teşhis, ilaçla koruma, kişisel hijyen, düzenli beslenme, aile planlaması, genetik danışma ve sağlık eğitim hizmetleridir. Bu hizmetler, birincil koruma, ikincil koruma ve üçüncül koruma olarak üç kısımda sürdürülmektedir.

Ülkemizde geçici koruma kapsamında bulunan Suriyeli sığınmacılara da koruyucu sağlık hizmetleri aynı biçimde sunulmaktadır. Anne ve çocuk sağlığı takipleri ve gebe izlemleri yapılmaktadır. Koruyucu sağlık hizmeti veren birinci basamak sağlık kuruluşlarında ve aile hekimliği birimlerinde, Suriyeli nüfusun yoğun olarak yaşadığı bölgelerde iş yükü oldukça fazladır. Ülkemize düzensiz ve kontrolsüz olarak giren sığınmacıların salgın hastalıkları tetiklememeleri için birinci basamak sağlık hizmeti sunucularına büyük iş düşmektedir.

4.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalıkların veya sakatlıkların iyileştirilmesine yönelik yapılan tıbbi işlemlere, tanısı konulmuş hastalıkların tedavi süreçleri, ilaç kullanımı, cerrahi müdahaleler ve fizik tedavi uygulamalarının tümü tedavi edici sağlık hizmetleri sınıfına girer. Acil sağlık hizmetleri, geçici barınma merkezleri dâhil tüm sığınmacılara, Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları ile aynı mevzuata göre verilir. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları tarafından sunulan tedavici edici sağlık hizmetleri kamp içi, kamp dışı ve kayıt belgesinin bulunmasına göre değişiklik göstermektedir (Bakanlar Kurulu, 2014; AFAD, 2014; Sağlık Bakanlığı, 2015).

4.4. Suriyeli Sığınmacılara Yönelik 2018 Yılında Uygulanan, 2019 Yılı İçin Planlanan Sağlık Hizmetleri ve Maliyetleri

Sağlık hizmetleri gerek fiziki şartlar, gerek profesyonel insan iş gücü, gerek tıbbi sarf malzeme ve gerekse kullanılan ilaçlar açısından oldukça spesifik ve maliyeti yüksek olan bir hizmet koludur (Özcan, 2018). Ayrıca sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümünün aciliyet arz etmesi ve ikame edilememesi maliyet açısından daha da önemli bir konuma gelmesine sebep olmaktadır (Atak, 2018). Suriyeli sığınmacılara sunulan sağlık hizmetinin finansmanı ise en önemli konuların başında gelmektedir. Türkiye Cumhuriyeti Devleti bu hizmetlerin büyük bir bölümünü kendi kaynakları ile karşılarken, bir kısmını ise Avrupa Birliği fonları, Birleşmiş Milletler gibi uluslararası kuruluşlardan ve çeşitli dernekler aracılığıyla ve bağışlarla karşılamaktadır.

Suriyeli sığınmacıların gerek ayaktan aldıkları poliklinik hizmetleri, gerek önleyici sağlık hizmetleri, gerekse yatarak hastanelerde aldıkları sağlık hizmetleri ücretsizdir. Ameliyat, ortez/protez, stent vb. gibi tıbbi cihazlardan ve kullandıkları kronik ilaçlar ve raporları dahil tüm ilaçları ücretsiz temin edilmektedir (Özcan, 2018).

UNHCR tarafından 2018-2019 Suriyelilere 2018 yılı ilk çeyreğinde verilen sağlık hizmetleri ve maliyetleri, 2019 yılı için planlanan sağlık hizmetleri ve maliyetleri Tablo 13 ve Tablo 18 arasında sunulmuştur (UNHCR, 2018).

Tablo 13, birinci basamak ve sevk sağlık hizmetlerinin mültecilere ulaştırılması ve ulaşılabilirliğinin sürdürülmesi ile ilgili hedefleri ve bu hedeflerle ilgili bütçe gereksinmelerini göstermektedir

Tablo13: Birinci Basamak ve Sevk Sağlık Hizmetlerinin Mültecilere Ulaştırılması

Amaç	Göstergeler	Hedef 2018	Hedef 2019	Bütçe Gereksinimi (Milyon USD)		Bütçe Gereksinimi (Milyon USD)	
		(Bin)	(Bin)	Toplam 2018	Adölesan/ Genç 2018	Toplam 2019	Adölesan/ Genç 2019
Birinci basamak ve sevk sağlık hizmet. mültecilere ulaştırılması ve ulaşılabilirliğini sürdürülmesi	Konsültasyon alan mülteci ve etkilenen ülke vatandaşları	991	991				
	Sağlık kuruluşlarına taşınması sağlanan kişi sayısı	10.000		19.547	0,092	15.657	0,098
	Çeküs hizmetleriyle ilişkili bilgi, eğitim ve iletişim ürünleri		6				
	Sağlıkta bilinç artırma ve sağlık eğitimleri	65%	85%				
	Amaçlanan Toplam Bütçe			19.547	0,092	15.657	0,098

Kaynak: UNHCR, 2018.

Tablo 13'e göre, sığınmacıların birinci basamak sağlık hizmetlerinden maksimum düzeyde faydalanabilmeleri için hasta sevkeleri, konsültasyon ihtiyacı olanların ihtiyaçlarının karşılanması ve sağlık eğitimlerinin verilmesi amacıyla hedefler konulmuş ve bu hedefler doğrultusunda bütçe gereksinimleri çıkarılmıştır.

Ayrıca, birinci basamak sağlık hizmetleri, ihtiyaca göre sunulacak olan sağlık hizmetlerini uyum içerisinde insanlara ulaştırılmasına ve gereksiz tedavi, gereksiz ilaç kullanımı, gereksiz cerrahi işlemleri azaltarak, uzmanlık isteyen birimlerin yoğunlaşmasını önlemek ve toplumun her kesimine eşit biçimde sağlık hizmeti verilmesini sağlamaktadır(URL-13). Birçok Suriyeli sığınmacı sağlık problemlerine birinci basamak hizmetlerini yok sayarak hastane seviyesinde çözüm aramaktadır. Bu sebeple akut ihtiyaçlar için haiz öneme sahip olan bölgesel hastanelerde aşırı yoğunluklar yaşanmakta, ayrıca mülteciler sebebiyle meydana gelen maliyetleri arttırmakta ve ülke sakinlerini de olumsuz şekilde etkilemektedir(URL-14).

Tablo 14 ise, temel sağlık hizmetlerinin mültecilere ulaştırılması, kalitenin artırılması ve verilerin fonksiyonel şekilde toplanması ile ilgili hedefleri ve bu hedeflerle ilgili bütçe gereksinimlerin göstermektedir.

Tablo 14: Temel Sağlık Hizmetlerinin Mültecilere Ulaştırılması, Kalitenin Artırılması ve Verilerin Fonksiyonel Biçimde Toplanması

Amaç	Göstergeler	Hedef 2018	Hedef 2019	Bütçe Gereksinimi (Milyon USD)		Bütçe Gereksinimi (Milyon USD)	
				Toplam 2018	Adölesan /Genç 2018	Toplam 2019	Adölesan/Genç 2019
Mülteci ve etkilenen topluluklara medikal ürünlerin sağlanması ve	Sağlık kuruluşlarının ulaştırılması	10	10	3.574	0,223.4	3.688	0,223.4
	Ambulans temini ve desteklenmesi						

ulaştırılması							
Mülteci ve etkilenen toplulukların sağlık hizmetlerinin sunulmasında cinsiyet dengesi eşitliğinde bilgi beceri sahibi personel sayısının artırılması	Eğitim verilen Suriyeli sağlık çalışanları	1.650					
	Eğitim verilen Türk sağlık çalışanları	150					
	Sağlık tesislerinde fonksiyonel bilgi sistemleri			2.993	-	2.943	-
Amaç Düzeyinde Toplam Bütçe Gereksinimi				6.567	0,223.4	6.631	0,223.4

Kaynak: UNHCR, 2018.

Tablo 14'e göre, 2018 ve 2019 yılı için sığınmacıların temel sağlık hizmetlerinden cinsiyet eşitliği göz önüne alınarak faydalanmaları amacı ile hem hastaların nakilleri hemde Suriyeli ve Türk sağlık çalışanlarına gerekli eğitimlerin verilmesi amacı ile bütçe gereksinimleri belirlenmiştir.

Hem sığınmacı açısından hemde sağlık hizmeti verecek olan kuruluşun yetersizlikleri nedeniyle tanı ve tedavisi geciken mültecilerin bireysel açıdan morbidite ve mortalitesi artmakla beraber, Türk vatandaşlarını da etkileyen toplumsal sorunlara sebep olmaktadır (Karadağ ve Altıntaş, 2010). WHO projeleri kapsamında Suriyeli sağlık personelinin kapasitesini artırarak ulusal sağlık hizmetlerini desteklemek, Türkiye'deki mültecilere ve etkilenen ev sahibi topluluklara kaliteli sağlık hizmetleri sunmak amacıyla sağlık çalışanlarına yönelik eğitim verilmesi planlanmış ve yürütülmektedir (URL-15). 1.650 Suriyeli ve 150 Türk sağlık personeline bu kapsamda eğitim verilmiştir (Tablo 14).

Tablo 15, ÇEKÜS (Çocuk, Ergen, Kadın Üreme Sağlığı) hizmetlerinin yaş ve cinsiyet parametrelerine dikkat edilerek mültecilere ulaştırılması ve katılımlarının sağlanması ile ilgili hedefleri ve bütçe gereksinimlerini göstermektedir.

Tablo15: ÇEKÜS Hizmetlerinin Yaş ve Cinsiyet Parametrelerine Dikkat Edilerek Mültecilere Ulaştırılması ve Katılımlarının Sağlanması.

Amaç	Göstergeler	Hedef 2018	Hedef 2019	Bütçe Gereksinimi (Milyon USD)		Bütçe Gereksinimi (Milyon USD)	
				Toplam 2018	Toplam 2019	Toplam 2018	Toplam 2019
Cinsel sağlık ve üreme sağlığının (anne sağlığı ve cinsel şiddetin klinik yönetimi dahil) özellikle savunması z gruplar için ulaşılabilir ve mültecilerin sağlık hizmetlerinin yapısına entegre edilmesi	Cinsel sağlık ve üreme konusunda sağlık hizmetleri alan mülteciler ve etkilenen toplumdaki kişiler	80.000	70.000	3.35	0,86	2.6	0,86
	ÇEKÜS hizmeti veren sağlık birimlerinin sayısı	44	39				
	En az iki kontraseptif metod uygulama yetisi olan sağlık birimleri	44	39				

Mülteci adölesanların ve genç bireylerin sağlık bilgisi ve servislerine ulaşımının artırılması	Sağlık hakkında bilgilendirme yapılan adölesan ve genç birey sayısı	33.000	33.000				
	Eğitim verilen adölesan ve gençlerden beklenen konularda aktivitelere katılanlar	10.000	10.000	1.6	1.6	1.6	1.6
	Genç dostu sağlık hizmetlerinin dağıtımı	-	-				
Amaç Düzeyinde Toplam Bütçe Gereksinimi				4.95	2.46	4.2	2.46

Kaynak: UNHCR, 2018.

Tablo 15'e göre 2018 ve 2019 yılı için sığınmacıların cinsel ve üreme sağlığı gereksinimleri ve hem ergen nüfus hemde genç nüfusun sağlık bilgisine kolay ulaşımını sağlamak amaçlı bütçe gereksinimi çıkarılmıştır.

Göç eden kesim, içine girdiği toplumda yer edinmek için doğurganlığını artırma çabasına girmektedir (URL-16). Türkiye'de doğan Suriyeli bebek sayısı 2017 yılında 224 bine ulaşmıştır (URL-17). Göçmenlerin ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinden yeteri kadar faydalanamadığı, bunun sonucu olarak istenmeyen gebeliklerin ve kadın hastalıklarının sık görüldüğü, kayıtsız sığınmacıların çok olması sebebi ile gebe izlemelerinin düzenli yapılamadığı, maternal ve perinatal mortalitenin arttığı bilinmektedir (Öztürk, 2017).

Zorunlu olarak göçe maruz bırakılan sığınmacılar kendi içlerinde de güvenli bir ortam sağlayamamaktadır. Çeşitli cinsel şiddet olayları görülmektedir. Bu şiddet türü genellikle cinsiyet temelli olup, cinsel istismar, tecavüz, cinsel taciz vb. şekillerde görülmektedir. Cinsiyet odaklı şiddetin bir diğer boyu ise kadına psikolojik

şiddet uygulama, sözlü taciz, kız çocuklarının okula gönderilmemesi vb. şekillerde karşımıza çıkmaktadır (UNHCR, 2003).

Tablo 16 ÇEKÜS ve kadına şiddetin klinik yönetimi sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılması ile ilgili 2018 ve 2019 yılı hedefleri ile bütçe gereksinimlerini göstermektedir.

Tablo 16: ÇEKÜS ve Kadına Şiddetin Klinik Yönetimi, Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Artırılması

Amaç	Göstergeler	Hedef 2018	Hedef 2019	Bütçe Gereksinimi(USD)		Bütçe Gereksinimi(USD)	
				Toplam 2018	Adölesan /Genç 2018	Toplam 2019	Adölesan /Genç 2019
Cinsel sağlık ve cinsel şiddet konularında yetkili ve eşlik edici personel kapasitesinin güçlendirilmesi	Cinsel şiddet cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusunda eğitim alan personel sayısı	500	500	500.000	160.000	500.000	160.000
	Adölesan ve gençler için hizmet sağlama konusunda eğitim verilen personel	-	-				
Amaç Düzeyinde Toplam Bütçe Gereksinimi				500.000	160.000	500.000	160.000

Kaynak: UNHCR, 2018.

Tablo 16'ya göre, 2018 ve 2019 yılları için sığınmacılara cinsel sağlık ve cinsel şiddet konularında eğitim verecek personellerin yetiştirilmesi amacı ile bütçe gereksinimi çıkarılmıştır.

Sağlık üzerine de büyük etkileri olan kadına yönelik şiddetin engellenmesi adına sağlık personellerinin bu konuda eğitimi planlanmış ve uygulamaya koyulmuştur (Tablo 16).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından bağışıklama hizmetleri, aşılama ile önlenebilen hastalıkların ve bu hastalıklara bağlı ölümlerin önüne geçilebilmesi açısından en önemli ve maliyeti en düşük toplum sağlığı müdahaleleri arasında kabul edilmektedir (URL-19). Sağladığı yararları göre maliyetleri değerlendirildiğinde aşılamanın sunulan en ucuz sağlık hizmeti olduğu görülmektedir (URL-20). Türkiye'de Suriyeli sığınmacıları aşılama kampanyaları kapsamlı olarak 2015 yılında başlamıştır. Lübnan'da kamp bölgelerine soğuk zincir güçlendirmeleri ve aşılamanın taşınması yöntemiyle 15 yaşından küçük mülteci çocukların %100'ü bağışıklama programına dâhil edilebilmiştir (UNHCR, 2012-2014).

Tablo 17, bulaşıcı hastalıkların takibi, önlenmesi ve bağışıklama programlarının yürütülmesi ve konu hakkında bilincin artırılması ile ilgili hedef ve bütçe gereksinimi ile ilgili bilgiler vermektedir.

Tablo 17: Bulaşıcı Hastalıkların Takibi, Önlenmesi ve Bağışıklama Programlarının Yürütülmesi ve Konu Hakkında Bilincin Artırılması.

Amaç	Göstergeler	Hedef Gösterge 2018	Hedef Gösterge 2019	Bütçe Gereksinimi (Milyon USD)		Bütçe Gereksinimi (Milyon USD)	
				Toplam 2018	Adölesan /Genç 2018	Toplam 2019	Adölesan /Genç 2019
Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve	5 Yaş Altı Suriyeli Çocukların Rutin Aşı			1.246	-	1.246	-

başıklama hizmetlerine erişimin artırılması	Programına Alınması						
	Tetanoz Aşısı Uygulanan Gebe Sayısı	8.400					
	Gebelere antenatal hizmetlerin sağlanması						
Suriyeli mültecilere ve Türk vatandaşları n bulaşıcı hastalıklar konusunda duyarlılığın sağlanması	Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve HIV konusunda eğitim verilen mülteci sayısı	5.000	5.000	0,1	0,033	0,1	0,033
Vektör kaynaklı hastalıklar dahil bulaşıcı hastalıkların önlenmesi kişisel ve toplumsal bakımın güçlendirilmesi	Örnek alınmış ve test yapılmış Akut Flask Paralizi tanılı Suriyeli çocuk sayısı	10	10				
	Salgınlar konusunda eğitilmiş ve donanımlı ekipler kurulması	8	8	1	-	1	-
	Bulaşıcı hastalıkların	-	-				

	tanı, tedavi ve vaka yönetimi konusunda personel eğitilmesi						
Amaç Düzeyinde Toplam Bütçe				2.346	0,033	2.346	0,033

Kaynak: UNCHR, 2018.

Tablo 17'ye göre, 2018 ve 2019 yılları için, hem sığınmacılar hem de Türk vatandaşlarında bulaşıcı hastalık bilincinin geliştirilerek bu hastalıkların önüne geçmek amaçlı bütçe gereksinimi çıkarılmıştır.

Sağlık kurumlarındaki en önemli sorunların başında sağlık hizmeti verecek olan sağlık çalışanı ile sağlık hizmeti alacak olan sığınmacının aynı dili konuşmaması sebebiyle iletişim kurmakta güçlük çekilmesi gelmektedir (URL-21). Sığınmacının şikâyetlerini anlatırken kullanmış olduğu ifadeler ve hareketler arasında bile kültürel farklılıklar göze çarpmaktadır. Bu sorunların giderilerek iletişimin sağlanması amacıyla Sağlık Bakanlığı bünyesinde Suriye vatandaşı olan hekimler görev yapmaya başlamıştır. Ayrıca ihtiyaç duyulan bölgelerde bakanlık bünyesinde bulunan personeline de mesleki dil eğitimi vermeye başlamıştır (URL-21).

Hipertansiyon, diabetes mellitus, iskemik kalp hastalığı, böbrek yetmezliği, kanser gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar hem Suriye'de hem de ülkemize göç etmiş Suriyeli sığınmacılarda önemli birer sağlık sorunudur. Ülkemizdeki sığınmacı ailelerde kronik hastalığı olan bireylerin oranı AFAD tarafından %7 olarak bildirilmiştir (URL-22). Suriyeli göçmenlerin Türkiye'de kalış sürelerinin uzaması sebebiyle bu tür kronik hastalıkların takibi ve kontrol altında tutulması da önem kazanmış olup bu konuda da sağlık hizmetleri verilmektedir (URL-23).

Tablo 18'de, bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların tanı, takip ve tedavisinin yapılması, engelli bireylere destekleyici şahsi araçların sağlanması ve rehabilitasyon merkezleri ile ilgili hedefler yer almaktadır.

Tablo18: Bulaşıcı Olmayan Kronik Hastalıkların Tanı, Takip ve Tedavisinin Yapılması, Engelli Bireylere Destekleyici Şahsi Araçların Sağlanması ve Rehabilitasyon Merkezleri

Amaç	Göstergeler	Hedef Gösterge 2018	Hedef Gösterge 2019	Bütçe Gereksinimleri (Milyon USD)		Bütçe Gereksinimleri (Milyon USD)	
				Toplam 2018	Adölesan /Genç 2018	Toplam 2019	Adölesan /Genç 2019
Göçmen sağlığı merkezleri ve ev sahibi ülkenin klinikleri bulaşıcı olmayan hastalıklar konusunda bilgi, beceri ve standardizasyon açısından geliştirilmişli	Bulaşıcı olmayan hastalık sebebiyle olan başvurular	2.280.000	-				
	Bulaşıcı olmayan hastalıklar konusunda bilgilendirilmiş en az 2 personeli olan birim sayısı	190	-	3130.6	-	3.338	-
	Destekleyici araç sağlanan ve kendi hayatını devam ettirebilmesi yönünden ulaşılan engelli birey	4.800	-				

	sayısı						
İkinci ve üçüncü basamak rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirilmesi	Rehabilitasyon hizmet sunan sağlık birimlerinin sayısı	10	10	0,255	-	0,255	-
Amaç Düzeyinde Toplam Bütçe Gereksinimi				3.385,6		3.593	

Kaynak: UNCHR, 2018.

Tablo 18'e göre, 2018 ve 2019 yılları göçmen sağlığı merkezleri Türk sağlık kurumlarının entegre halde çalışarak kronik olmayan hastalıklar konusunda yeterli düzeye çıkmaları, ayrıca rehabilitasyon hizmetlerinin de iyileştirilmesi amacı ile bütçe gereksinimleri çıkarılmıştır.

Bütün bu bilgiler ışığında Suriyeli sığınmacıların sağlık hizmetine ulaşabilmeleri için Sağlık Bakanlığı ve diğer ilgili bakanlıkların katkıları ile gerekli politikalar düzenlenmiştir ve bu politikalar takip edilmektedir. Sığınmacıların sağlık hizmetlerine getirdikleri mali yük azımsanmayacak kadar büyüktür. Başbakan Yardımcısı Recep Akdağ 06.12.2017 tarihinde vermiş olduğu bir demecinde; 2011 yılından itibaren 2017 yılı sonuna kadar Suriyeli sığınmacılar için toplam 84 milyar 880 milyon TL harcandığını söylemiştir. Yine aynı demecinde harcanan bu tutarın 16 milyar 30 milyon 111 bin TL'lik kısmının sağlık hizmetleri için harcandığını belirtmiştir (URL-34).

4.5. Suriyeli Sığınmacıların Genişletilmiş Ulusal Bağışıklama Programına Etkileri

4.5.1. Aşılama ve Aşılar

Aşılamanın amacı, etken bulaştığında bireysel olarak komplikasyon ve ölüm olasılığı yüksek olan toplum sağlığını tehlikeye sokabilecek enfeksiyon hastalığına karşı kişiyi korumak, salgınları önlemek, bölgeden eliminasyonunu sağlamak veya hastalığın tamamen eradikasyonunu sağlamaya çalışmaktır (Merill ve Hodge, 2010, Yusuf ve Anand, 1998). Aşı ile önlenebilir hastalıkların, aşılama maliyetleri ile hastalığa yakalandıktan sonraki tedavi maliyetleri kıyaslandığında, topluma yönelik rutin bağışıklama programlarının oluşturulması ülke ekonomisine en fazla katkı sağlayan toplum sağlığını koruyucu sağlık hizmetlerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır (URL-24). Yaklaşık olarak yüzyıl önce etkin tedavi ve korunma sağlanamayan kızamık, difteri, boğmaca, çiçek gibi hastalıklar çocuk ölümlerinin başlıca sebeplerindendi. Aşı sayesinde dünyada ölümlere yol açan çiçek hastalığı 1977 yılında tamamen eradike edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü öncülüğünde 1974 yılında Genişletilmiş Bağışıklama Programı başlatılarak bağışıklama oranları artırılmıştır (Yusuf ve Anand, 1998). DSÖ ülkelerin kendi aşılama takvimlerini oluşturmalarını önermiştir (Yavuz, 2015). Ülkemizde ise 1981'den itibaren Genişletilmiş Bağışıklama Programı başlatılmıştır. Ülkemizde Ulusal Aşı Kampanyaları 1985 yılında düzenlenmiş olup, kampanyanın amacı 0-1 yaş bebekler başta olmak üzere 5 yaş altındaki çocukların tamamının difteri, tetanoz, boğmaca, kızamık ve çocuk felci hastalıklarına karşı bağışıklamaktır. 1994 yılında neonatal tetanoz morbidite hızının 1000 canlı doğumda 1'in altına indirilmesi hedeflenmiştir. 1995 yılından itibaren Ulusal Aşı Günleri, Polio Aşı günleri ve mop-up uygulaması yapılmıştır. 1998 yılında Hepatit-B aşı takvimine eklenmiş ve 2003 yılında Hepatit B aşısının ilk dozu doğumda yapılmaya başlanmıştır. 2004 yılında TT aşısı yerine Td kullanılarak büyük yaştaki çocuklar ve gençlerde salgınlara sebep olan difterinin rapel dozlarının uygulanması sağlanmıştır. 2008 yılında KPA 7 valanlı, 2011 yılında KPA 13 valanlı, 2012 yılında Hepatit A ve 2013 yılında Suçiçeği aşı takvimine dâhil edilmiştir. Ayrıca 1995 yılından itibaren toplam Ulusal Aşı Günleri, Mop-up uygulamaları ve Polio Aşı Günleri uygulanmıştır. Bağışıklama programları sayesinde

2002’de polio, 2009 da ise maternal ve neonatal tetanozun ülkemizde elimine edilmesi konusunda başarı sağlanmıştır (Türktan vd, 2017).

Aşıların etkinliğinden en üst düzeyde faydalanabilmek adına belirlenen standartlara uygun olarak yapılması gerekmektedir (Karadağ ve Altındaş, 2010). Çocuk bağışıklık sisteminin aşuya yanıtı, anneden geçen antikolar, hastalığın görüldüğü yaş, programın uygulanabilirliği ve yaşa özel yan etkiler etkinliği arttıran faktörlerdendir (Yavuz, 2015).

Aşılamının maliyeti hastalıkların tedavi maliyetinden çok düşüktür. Örneğin aşılama hizmetleri durdurulmuş olsa, aşı ile korunulabilinecek olan hastalıkların oluşması sonucunda 10 binleri aşan ölümler meydana gelmesi beklenmektedir. Ayrıca meydana gelen hastalıkların tedavi maliyetlerinin de 20 milyar TL ‘yi aşması öngörülmektedir (Yavuz, 2015).

Tablo 19’da Türkiye’de çocuklara yapılan aşıların takvimi gösterilmektedir.

Tablo 19: Türkiye’de Çocukluk Yaş Aşılama Takvimi

Aşılar ⁴	Doğum	1. Ay Sonu	2. Ay Sonu	4. Ay Sonu	6. Ay Sonu	12. Ay Sonu	18. Ayın Sonu	24. Ayın Sonu	İlkokul 1. Sınıf	İlkokul 8. Sınıf
Hep B	I	II			III					
BCG			I							

⁴Hep B: Hepatit B Aşısı

BCG : Bacille Calmette-Guerin Aşısı

DaBT-İPA-Hib: Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus İnfluenza Tip b Aşısı (Beşli Karma Aşı)

KPA: Konjuge Pnömonokok Aşısı

KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı

DaBT-İPA: Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio Aşısı (Dörtlü Karma Aşı)

OPA: Oral Polio Aşısı (Çocuk Felci Aşısı)

Td : Erişkin Tipi Difteri-Tetanoz Aşısı

R: Rapel (Pekiştirme)

Sç: Suçiçeği Aşısı

DaBT- İPA- Hib			I	II	III		R			
KPA			I	II	III	R				
KKK						I			R	
DaBT- IPA									R	
OPA					I		I I			
Td										R
Hep A							I	I I		
Sç						I				

Kaynak: Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi

Tablo 19, Türkiye’de doğumdan itibaren çocukluk yaşlarında yapılan aşılardan, hangi hastalıkları önlemek için kaç tekrar halinde yapıldıkları gösterilmektedir. Genişletilmiş Bağışıklama Programının erişkinlere yönelik olan aşılama planı ise;

1. Mesleğe ve Temasa Bağlı Riskler Nedeniyle Aşılama

a) Sağlık personeli aşılması

b) Düzensiz göçmenlerle temasta bulunan kolluk kuvvetlerinde görevli personelin aşılması

c) Risk grubu olan diğer mesleklerde çalışanların aşılması

2. Altta Yatan Hastalık ve Diğer Riskler Nedeniyle Aşılama

3. 65 Yaş Üstü Aşılama

4. Seyahat Sağlığı / Hac ve Umre Aşılama

5. Askerlik Dönemi Aşılması

6. Doğurganlık Çağı Kadınlara Difteri-Tetanoz Aşılması

7. Erişkin Difteri-Tetanoz Aşılması

BCG Aşısı; Bu aşı 1951 yılında insanlara uygulanmaya başlanmış olup, ülkemizde Tüberküloz Savaş Programı kapsamındadır. Ülkemizde Tüberküloz görülme sıklığı 2005 yılında 100 binde 28,5 iken, 2016 yılına gelindiğinde bu oran 100 binde 15,6’ya düşürülmüştür. 2016 yılında tespit edilen 12.417 hastanın 904 (%7.3)’ünü göçmenler oluşturmaktadır (URL-25)

Hepatit B Aşısı; Bu aşı ülkemizde 1998 yılında Sağlık Bakanlığının yayınladığı 6856 sayılı genelge ile uygulanmaya başlanmıştır. Bu aşılanmanın başarıya ulaşabilmesi için bebek ve çocuk yaş gruplarının, adölesan yaş grubunun ve risk altındaki tüm yaş gruplarının aşılanması gerekmektedir (URL-26).

Difteri-Boğmaca-Tetanoz Aşısı; Üçlü karma olarak 1968 yılında uygulanmaya başlanmıştır. 2006 yılında bağışıklama programına alınan Hib, buna 2008 yılında İPA aşısında eklenerek bugünkü halini almıştır (URL-26). DaBT-İPA-Hib kombine aşısı olarak Tablo 20 'deki aşılama takviminde görüldüğü gibi uygulanmaktadır.

Oral Polio Aşısı / İnaktif Polio Aşısı; Çocuk felci aşısı olarak ağızdan Oral Polio Aşı (OPA) ve kas içine uygulanan İPA aşısı formlarında uygulanır (Karadağ ve Altıntaş, 2010). OPA canlı, İPA ise ölü aşıdır.

KPA Aşısı; Ülkemizde Kasım 2008 tarihinden itibaren 7 valanlı (yedi tür pnömokok bakterisine karşı koruyuculuğu olan) olarak uygulanmaya başlanan bu aşı Nisan 2011 tarihinde 13 valanlı (on üç tür pnömokok bakterisine karşı koruyuculuğu olan) olarak uygulanmaya devam edilmiştir (URL-26).

KKK Aşısı; Ülkemizde kızamık aşısı 1970'li yıllardan bu yana uygulanmaktadır. Bu yıllardan günümüze kadar uygulanan aşılama programları sayesinde bu aşının başarıya ulaştığını söyleyebiliriz. Ancak Suriyeli göçünün başladığı yılları seyreden ilk üç dört yılda bu aşının elemine ettiği hastalıkların yüksek sayılarda görülmeye başladığı görülmektedir (URL-26).

Td Aşısı: Tetanoz ve difteri bağışıklığının devamını amaçlayan ve yedi yaş üzeri çocuklara uygulanan bu aşı 1998 yılında aşı takvimimize alınmıştır (URL-26).

Hepatit A Aşısı: Hepatit A aşısı ülkemizde Ekim 2012'den itibaren aşı takvimine alınmıştır (URL-26).

Suçiçeği Aşısı: Suçiçeği aşısı ülkemizde Aralık 2012' den itibaren aşı takvimine alınmıştır (URL-26).

Göç esnasında ortaya çıkan olumsuz çevre koşulları, hijyen ve sağlık hizmetlerine ulaşamama, toplu alanlarda barınmak zorunda kalma bulaşıcı hastalıkların yayılımını kolaylaştırmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2018-2019).

Savaş öncesinde 2011 yılına kadar çocuk felci aşılama oranı %90 olan Suriye'de, bu oran 2012 yılında %68'e düşmüştür ve çocuk felci vakaları

bildirilmiştir (Dünya Sağlık Örgütü, 2018-2019). İlerleyen yıllarda bu oran daha da aşağılara düşüş eğilimi göstermiştir. Birçok sağlık problemiyle karşı karşıya olan Suriyeli sığınmacılar, Türkiye sınırları içerisinde kontrolsüz olarak dağılmışlardır. Bu durum bağışıklama hizmetlerinin kapsamının azalmasına sebep olmuştur. AFAD'ın 2013 yılında yayınladığı raporda DSÖ'ye göre, kamp içinde yaşayan çocuklarda çocuk felci aşılama oranı %74 iken, kamp dışı çocuklarda bu oran %55 civarındadır ve kızamık aşısı için de benzer durum söz konusudur (Dünya Sağlık Örgütü, 2018-2019). Örneğin, HASUDER'in kızamık raporunda impote vakalardan biri Romanyalı aile ve diğeri ise Suudi Arabistan ziyaretinden dönen Türk vatandaşı olarak belirtilmiştir (URL-27). Salgın sonrası ülkenin durumuna yönelik bağışıklama programı düzenlenerek, sonraki yıllarda bildirelen vaka sayısı giderek azalmıştır (Yavuz, 2015).

Tablo 20'de DSÖ'ye göre, 2010-2017 yılları arasında Türkiye'de yapılan aşılama faaliyetlerinin başarı oranları gösterilmektedir.

Tablo 20: DSÖ'ye Göre Türkiye'de Aşılama Kapsamı

Aşılar	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
BCG	93%	96%	96%	95%	96%	96%	96%	97%
DTP1	98%	99%	98%	97%	99%	97%	98%	98%
DTP3	96%	98%	97%	96%	98%	97%	97%	97%
HepB3	96%	98%	97%	96%	97%	97%	96%	96%
HepB_BD	99%	99%	99%	99%	99%	97%	97%	97%
Hib3	96%	98%	97%	96%	98%	97%	97%	97%
IPV1	93%	96%	97%	-	-	-	-	-
MCV1	96%	98%	97%	94%	98%	96%	98%	97%
MCV2	86%	85%	86%	88%	98%	85%	86%	91%
PCV3	96%	98%	97%	96%	97%	97%	96%	93%
Pol3	96%	98%	97%	96%	98%	97%	97%	97%
RCV1	96%	98%	97%	94%	98%	96%	98%	97%

Kaynak: URL-33

Tablo 20'ye göre Türkiye aşılama oranlarını, Suriye'de yaşanan iç krizin etkilerine rağmen sabit tutabilmeyi başarmıştır. Ancak bu veri Türk çocukları ve kayıt olan sığınmacı çocuklar temel alınarak hazırlanmıştır. Ülke içinde kayıtsız olarak

bulunan sığınmacı çocukların aşuları yapılarak bağışıklama sistemine dâhil edilmelememiştir.

Suriyeli sığınmacıların ülkemize devam etmekte olan göçlerinin bir diğer bulaşıcı hastalık boyutu ise Leishmaniadır. Halk arasında Şark Çıbanı olarak da bilinen Leishmania, deride uzun süren nodülo-ülseratif yaralarla seyredip, parazitlerin yara oluşturduğu bölgede iyileşme meydana geldikten sonra iz bırakan bulaşıcı bir deri hastalığıdır (Gürel vd., 2012). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre Dünya genelindeki vakaların %90'ından fazlası başta Afganistan olmak üzere Ortadoğu ülkeleri ile Peru, Kolombiya, Bolivya ve Brezilya'da görülmektedir. Özellikle Suriye'de meydana gelen iç savaşın sonucu olarak karşımıza çıkan kötü yaşam koşulları ve çevre sağlığı sorunları ile kişisel hijyenin de yetersiz kalması bu hastalığın görülme sıklığını önemli ölçüde artırmıştır (Atak, 2018). Ortadoğu'daki birçok arap ülkesinde yaşanan iç karışıkların neticesinde göç eden milyonlarca insan bu hastalığı gittikleri bölgelere de götürmüşlerdir. Avrupa'daki birçok sığınmacı kampında görülen hastalığın, ebola hastalığı gibi salgına dönüşmesinden endişe edilmektedir. Ülkemizde de özellikle güneydoğu Anadolu bölgesinde ve yakın çevresinde 2013-2014 yıllarında hastalığın görülme sıklığındaki belirgin artış üzerine 2014 yılında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Şark Çıbanı Polikliniği kurulmuştur (URL-28).

BEŞİNCİ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmanın birinci bölümünde göç kavramı ve göç türleri, ikinci bölümünde ise Türkiye Sağlık Politikalarını Cumhuriyet öncesi dönemden başlayarak günümüze kadar incelemek amacı ve literatür taraması yapmak süreti ile hazırlanmıştır.

Çalışmanın üçüncü bölümünde ise Suriyeli sığınmacıların sağlık gereksinimleri ve bu gereksinimler doğrultusunda Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlardan almış oldukları sağlık hizmetleri incelenmiştir. Bu çalışmada Suriyeli sığınmacıların Türkiye'de almış oldukları sağlık hizmetleri ile ilgili detaylı verilere

maalesef ulaşılamamıştır. Yalnızca, AFAD, TK, Sağlık Bakanlığı ve diğer resmi kurumların erişimine izin verdikleri kısıtlı veriler ile Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği'nin web sayfasından alınan veriler kullanılabilmiştir. Ayrıca çalışmada 2011 yılında başalayan Suriyeli göçü sonrasında sığınmacıların aldıkları sağlık hizmetleri, bu hizmetlerin maliyetleri, salgın hastalık riskleri ve aşılama maliyetleri ile sağlık kurumları ve sağlık çalışanlarına etkilerini göz önüne alarak, 2011 yılı öncesi sağlık politikaları ile karşılaştırmaları yapılarak değerlendirilmiştir.

Bu alışma iki ana kategoriye ayrılmaktadır. Bunların birincisi teorik nitelikte olup, hemen her teorik çalışma gibi tarihi metoda ve bu metod bağlamında kaynak tarama tekniğine dayalıdır. İkinci kategori ise konu ile ilgili verilerin toplanması ve bu veriler doğrultusunda değerlendirmeler yapılması şeklinde oluşturulmuştur. Bu bölümde de yine esas itibariyle basılı veya basılı olmayan materyallerden yararlanılmıştır. Dolayısıyla metodolojik çıkarım bakımından ilk kategoriye benzeşmektedir.

Suriyeli sığınmacıların Türkiye'deki sağlık politikaları üzerine etkisini inceleyen bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Suriyeli sığınmacılara yönelik verilen sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerin maliyetleri değerlendirilirken yalnızca ulaşılabilir verilerden yararlanılmıştır. Bu noktada çeşitli nedenlerden dolayı birçok detaylı veriye ulaşmak mümkün olmamıştır. Bu durum çalışmayı sınırlamaktadır.

ALTINCI BÖLÜM

BULGULAR

Bu çalışmada Suriyeli sığınmacılara verilen sağlık hizmetlerinin maliyetleri ile ilgili detaylı verilerin hepsine ulaşamamıştır. Sadece genel veriler ile tahmini verilere ulaşılabilmiştir. Ulaşabilinen veriler doğrultusunda, Suriyeli sığınmacılara sunulan sağlık hizmetlerinin maliyetinin çok yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca sunulan bu sağlık hizmetleri Türkiye'nin sağlık hizmetlerindeki maliyet politikalarını ve yararlanılan sağlık hizmetlerinin karşılığını ödeme politikalarını değiştirmiştir.

Türkiye Büyük Millet Meclisi İnsan Haklarını İnceleme Komisyonu - Mülteci Hakları Alt Komisyonu'nun 26. Dönem 3. Yasama Yılı Mart 2018 Göç Uyum Raporu'nda bahsedilen sağlıkla ilgili ve sağlık hizmetini etkileyebilecek tespitlerin bir kısmı aşağıda sunulmuştur (TBMM, İnsan Hakları İnceleme Komisyonu, 2018).

Suriyeli sığınmacıların almış oldukları sağlık hizmetleri incelendiğinde; 12 milyonun üzerinde sığınmacının poliklinik hizmeti aldığı görülmektedir. Verilen diğer sağlık hizmetlerindeki bu rakamların üzerine ekleyecek olursak sığınmacıların sağlık maliyetlerinin çok yüksek miktarlarda olduğu ortaya çıkmaktadır.

Kamu Denetçiliği Kurumunun 2018 yılında hazırlamış olduğu Türkiye'deki Suriyeliler Özel Raporu'na göre; Aralık 2017 ayı itibariyle Suriyeli sığınmacılara 31.449.800 poliklinik hizmeti verilmiştir (KDK Raporu, 2018). Sağlık Bakanlığının 28.01.2019 tarihinde güncellemiş olduğu güncel Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesine göre herhangi bir sosyal güvencesi olmayan Türk vatandaşları için en basit ayakta tedavi poliklinik hizmetinin ücreti 50 TL'dir (URL-30). Bu fiyatlandırma ile Suriyeli sığınmacıların toplam poliklinik maliyeti **1.572.490.000** TL olarak hesaplanabilir. Poliklinik hizmeti verilen bu hastaların 1.143.393'ü yatarak tedavi edilmiştir. Yatarak tedavi edilen hastaların aldıkları sağlık hizmetinin mahiyeti bilinmediği için bir maliyet hesaplaması yapılamamıştır.

Yine aynı raporda sığınmacılara yapılan ameliyat sayısı ise 1.112.058 olarak belirtilmiştir (KDK Raporu, 2018). Yapılan ameliyatların fiyatlandırılması, ameliyatların gruplarına göre değişmektedir. Bu fiyatlandırma ameliyatın büyüklüğüne, zorluğuna, kullanılan tıbbi malzemeye vb. göre değişiklikler göstermektedir. Değişkenler doğrultusunda fiyatlandırılması yapılan ameliyatlar gruplar şeklinde tablo 21' de gösterilmiştir.

Tablo 21: Ameliyatların 2019 Yılı Fiyatları Bazında Gruplandırılması

GRUPLAR	A1 Grubu	A2 Grubu	A3 Grubu	B grubu	C Grubu	D Grubu	E Grubu
FIYATLAR	3000 TL ve Üzeri	2000-2999 TL	900-1999 TL	500-899 TL	300-499 TL	150-299 TL	0-149 TL

Kaynak: URL- 50.

Tablo 21'e göre A1 grubu olarak sınıflandırılmış olan ameliyatlar fiyatı en yüksek olan ameliyatlardır. A2, A3, B, C, D ve E grubu olarak sınıflandırılan ameliyatların fiyatları ise sırasıyla azalmaktadır. Suriyeli sığınmacılara yapılan ameliyatların gruplandırma bilgilerine erişilemediği için ortalama fiyat üzerinden hesaplama yaparak, yaklaşık olarak maliyet hesaplaması yapılabilmektedir. Bu bağlamda bir ameliyatın ortalama fiyatı 1.500 TL olarak alınırsa, Aralık 2017 tarihine kadar yapılan 1.112.058 ameliyatın toplam maliyeti **1.668.087.000** TL olarak hesaplanmaktadır.

Suriyeli sığınmacılar Aralık 2018 tarihine kadar ülkemizde 405.521 doğum yapmışlardır (URL-31). 2019 yılı Sağlık Bakanlığı Sağlık hizmet fiyat tarifesinde normal doğum ücreti 1.248 TL olarak belirtilmiştir. Bu rakamlar ele alındığında toplam doğum maliyetleri yaklaşık **506.090.208** TL olarak hesaplanmaktadır. Suriyeli sığınmacıların yıllara göre doğum sayıları tablo 22'de gösterilmiştir.

Tablo 22: Suriyeli Sığınmacıların Türkiye'de Yaptıkları Doğum Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı

Yıllar	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Toplam
Doğum Sayıları	2	63	175	34.810	71.950	70.000	99.658	128.863	405.521

Kaynak: URL-31, Şahin ve Düzgün, 2015.

Tablo 22'ye göre sığınmacıların Türkiye'ye göçlerinin başladığı tarihten itibaren doğal olarak çoğalma hızları gittikçe artmaktadır. 2013 yılından sonraki yıllarda bu doğum sayılarının 10 binler hatta 2018 yılına gelindiğinde yüz binle ifade edilmesinin sebebi olarak, can ve güvenlik kaygılarının kalmadığı, sağlık ve sosyal hizmetlerden ücretsiz olarak faydalanmalarını gösterebiliriz. Ayrıca Türk Vatandaşlığı Kanunu'nun ikinci bölüm sekizinci maddesinde; "Türkiye'de doğan bir bebek, yabancı anne babasından dolayı doğumla herhangi bir ülkenin vatandaşlığını

kazanamıyorsa Türk vatandaşı sayılır’’ ibaresine uygun olarak doğan bebeklerinin Türk vatandaşı olacağı ve istediği sürece Türkiye’de kalabileceği bilincinin de bu doğum sayılarındaki artışı etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Ayrıca, Suriyeli sığınmacı çocuklar ve yetişkinler göçün başladığı ilk yıllarda Türkiye’ye girişlerinde herhangi bir sağlık kontrolünden geçemedikleri için, birtakım bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığını yükseltmiştir. Bunun karşısında önlem almak için sağlık Bakanlığı yeni aşılama politikaları geliştirmiştir. Bu durum Türkiye’nin yıllardır süregelen aşılama politikalarında değişiklikler yapılmasına neden olmuştur. Suriyeli sığınmacı çocukların ve Türkiye’de dünyaya gelen Suriyeli bebeklerin aşılanmaları Sağlık Bakanlığı aşı takvimine göre yapılmaya başlanmıştır. 2013 yılında, Suriye ve Irak’ta çocuk felci vakaları görülmüştür. Türkiye’de yıllardır görülmeyen ve aşıları aşılama takviminden çıkarılmış olan çocuk felcinin, sınır illerimizde görülmesi üzerine, Suriyeli sığınmacıların en fazla nüfusa sahip oldukları 17 ilimizde (Şanlıurfa, Adana, Adıyaman, Osmaniye, Malatya, Kahramanmaraş, Hakkâri, Siirt, Van, Batman, Diyarbakır, Mersin, Şırnak, Gaziantep, Hatay, Kilis, Mardin) (ORSAM Raporu, 2015), 2014 yılı içerisinde İstanbul’da yoğun olarak yaşadıkları 6 ilçemizde (Esenyurt, Sultangazi, Fatih, Küçükçekmece, Sancaktepe, Ümraniye), 2015 yılı içerisinde de yine 5 ilimizde (Şırnak, Mardin, Şanlıurfa, Hatay, Kilis) yaşayan 5 yaş altı çocuklarımız ile kamplarda ve kamp dışında yaşayan Suriyeli sığınmacıların çocuklarına çocuk felci aşısı yapılmıştır. 2017 yılında iki ay ara ile 3 tur olacak şekilde 61 ilde 369.000 çocuğun kayıt altına alındığı KKK, beşli karma ve Hepatit B aşısı uygulaması olmuştur (Türktan vd., 2017).

Tablo 23’te Türkiye’de 2008 ile 2017 yılları arasında aşı ile önlenebilen hastalıkların yıllarla göre vaka bildirim sayıları verilmiştir.

Tablo 23: Türkiye’de 2008-2017 Yılları Arası Aşı ile Önlenebilir Hastalık Bildirimleri

Hastalıklar	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Difteri	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Kızamık	0	4	7	111	349	7.405	565	342	9	84
Kabakulak	9.514	2.180	1.525	1.609	834	597	457	322	544	419
Boğmaca	17	11	48	242	18	33	68	322	22	85

Çocuk Felci	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kızamıkçık	139	97	64	1.734	43	81	31	16	7	1
Konjenital Kızamıkçık	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Neonatal Tetanoz	7	0	2	0	0	0	1	0	0	0
Toplam Tetanoz	19	12	25	24	11	15	13	8	16	25

Kaynak: WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system. 2018 global summary.

Tablo 23'e göre, 2008 ve 2010 yılları arasında bildirilen Kızamık vaka sayısı sadece 11'dir. 2011 yılından sonra bildirimlerin ani yükselişleri, 2011 yılındaki Suriye krizi sonrası ülkeye kontrolsüz biçimde alınan sığınmacıları akla getirmiştir. Sağlık Bakanlığı "Bildirilen vakaların epidemik olmadığını, importe vaka veya importe vaka ile teması olan kişiler olduğunu belirtmiştir.

Tablo 24'de aşı takviminde yer alan aşılardan dozlari, tekrarları sayıları ve piyasa fiyatları gösterilmiştir.

Tablo 24: Aşı Takvimdeki Aşılar ve 2019 Yılı Fiyatları Bazında Maliyetleri

Aşılar	Tekrar Sayısı	Doz	Fiyat (TL)	Tek Doz Fiyatı	Toplam (TL)
BCG 1MI flk.	1	0.05 ml	4,28	0,214	0,214
Hepatit B 0.5MI flk	3	0.5 ml	11	11	33
DaBT IPA HiB 0.5 MI flk	4	0.5 ml	27	27	108
KPA 0.5 MI flk	4	0.5 ml	310,14	310,14	1.240,56
KKK	2	0.5 ml	68,31	68,31	136,62
Hepatit A 0.5 MI flk	2	0.5 ml	73,07	73,07	146,14
DaBT-IPA 0.5 MI flk.	1	0.5 ml	44,09	44,09	44,18
OPA 0.5 MI	2	0.5 ml	51	51	102
Td 0.5 MI flk	1	0.5 ml	166,88	166,88	166,88

Sç 0.5 Ml flk	1	0.5 ml	208,17	208,17	208,17
Toplam	21				2.185,674

Kaynak: URL- 26, URL- 29.

Tablo 24'e göre yeni doğan bir bebeğe Sağlık Bakanlığı aşılama takvimi çerçevesinde, aşılama döneminin sonuna kadar toplam 21 doz aşı yapılmaktadır. Bu aşılarda 2019 yılı için piyasa değerleri; BCG aşısı 1ml fiyatı flakon 4,28TL'dir. Bu aşı tek dozda 0,05 ml yapıldığı için bir flakon aşıdan 20 doz aşı çıkmaktadır. Tek doz fiyatı 0,214 TL olmaktadır ve bu aşı tek doz uygulanmaktadır. Hepatit B aşısı 0,5 ml flakon fiyatı 11 TL'dir. Bu aşı 0,5 ml olarak toplamda 3 doz uygulanmaktadır ve aşılama dönemi boyunca yapılan 3 doz aşının toplam fiyatı 33 TL'dir. DaBT-IPA-HIB aşısı 0,5 ml flakon fiyatı 27 TL'dir. Bu aşı 0,5 ml olarak 4 doz olarak uygulanmaktadır ve aşılama dönemi boyunca yapılan 4 doz aşının toplam fiyatı 108 TL'dir. KPA aşısı 0,5 ml flakon fiyatı 310,14 TL'dir. Bu aşı 4 doz uygulanmaktadır ve aşılama dönemi boyunca yapılan 4 doz aşının toplam fiyatı 1.240,56 TL'dir. KKK aşısı 0,5 ml flakon piyasa fiyatı 68,31 TL'dir. Bu aşı 2 doz uygulanmaktadır ve aşılama dönemi boyunca yapılan 2 doz aşının toplam piyasa fiyatı 136,62 TL'dir. Hepatit A aşısı 0.5 ml flakon piyasa fiyatı 73,07 TL'dir. Bu aşı 2 doz olarak uygulanmaktadır ve aşılama dönemi boyunca yapılan 2 doz aşının toplam piyasa fiyatı 146,14 TL'dir. DaBT-IPA aşısı 0,5 ml flakon piyasa fiyatı 44,09 TL'dir. Bu aşı tek doz olarak uygulanmaktadır. OPA aşısı 0,5 ml flakon piyasa fiyatı 51 TL'dir. Bu aşı 2 doz olarak uygulanmaktadır ve aşılama dönemi boyunca yapılan 2 doz aşının toplam piyasa fiyatı 102 TL'dir. Td aşısı 0,5 ml flakon piyasa fiyatı 166,88 TL'dir. Bu aşı tek doz halinde yapılmaktadır. Sç aşısı 0,5 ml flakon olarak piyasa fiyatı 208,17 TL'dir. Bu aşı tek doz halinde uygulanmaktadır.

Bir bebeğin doğumundan itibaren, Sağlık Bakanlığı aşı takvimine göre yapılan aşılarda toplam piyasa fiyatı yaklaşık olarak 2.185,6 TL'dir. Suriyeli bebeklere ve çocuklara Aralık 2017 yılına kadar 3.215.128 doz aşı yapılmıştır (KDK Raporu, 2018). Her bebek ve çocuğa 21 doz aşılama yapıldığı varsayıldığında yaklaşık olarak 153.101 çocuk aşılanmıştır. Aşı takvimine göre her bebeğin aşılama maliyeti 2.185,6 TL olduğunu ele alırsak Aralık 2017 yılına kadar Suriyeli bebek ve

çocukların toplam aşılama maliyeti **334.525.685** TL'dir. Bu maliyetin yanına tekrardan aşılamanın Türk çocuklarının da aşılama maliyetini eklemek gerekmektedir.

Sığınmacılara sağlık hizmeti sunumunda yaşanan en büyük sorunların başında dil problemi ve iletişim sorunları gelmektedir. Sağlık hizmetine muhtaç olan sığınmacılar sağlık sorunlarını, sağlık personeline anlatamamaktadır (URL-32). Tercüman ya da çevirmenler vasıtasıyla iletişim sağlanmaya çalışılmaktadır. Bu durum hem zaman kaybına hemde sürecin uzamasına neden olmaktadır. Aynı zamanda koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti sunumu aşamasında yanlış anlaşılmalara ve yanlış tedavilere yol açmaktadır. Örneğin bir kadın sığınmacının başından geçen bir olayı şöyle aktarmaktadır; *kadın doktorlara muayene olmak istiyoruz. İnanç gereği erkek doktorlara muayene olmak istemiyoruz. Doktorlarla iletişim kurmakta güçlük çekiyoruz. Muayene olduğum bir doktor, grip olmama rağmen yanlış tercümeden kaynaklı doğum kontrol hapı verdi*''(TTB Değerlendirme Raporu, 2013). Bu durum bizlere yaşanan iletişim güçlüğüne ne boyutta olduğunu göstermektedir. Bu iletişim sorunlarını biraz olsun gidermek amaçlı hastane bünyesinde tercümanlık için görevlendirilen personel yetersiz kalmaktadır. Bu durum tercüman olmayıp dil bildiğini iddia eden kişilerin devreye girmesine yol açmaktadır. Yanlış ifadelerin kullanılması, sağlık çalışanları ile sığınmacı hastalar ve yakınları arasında sorunlara yol açmaktadır.

Yaşanan bu iletişim ve dil sorununa çare bulmak amacı ile Sağlık Bakanlığı Ulubey, Alemdağ ve Altıdağ'da bulunan geçici sağlık merkezlerinde bir Türk doktorun başkanlığında çoğu uzman doktorlardan oluşan Suriyeli 10 tane doktorla hizmet vermektedir (URL-32). Ayrıca, Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalıştırmak üzere yeni Suriyeli hekim ve sağlık personeli, çalışan personelleri ile sığınmacılar arasında yaşanan dil sorunları ve anlaşmazlıklar nedeniyle istihdam etmek zorunda kalmaktadır. Bu durum Sağlık Bakanlığının istihdam politikalarında da değişime gitmek zorunda olduğunu göstermektedir.

Sığınmacılara verilen yüksek oranlardaki bu sağlık hizmetleri, göçün yoğun olarak yaşandığı bölgelerde çalışan sağlık personellerine büyük iş yükü getirmektedir. Bu durum sağlık çalışanlarını bıkkınlık ve tükenmişlik durumuna sokmuştur.

İstatistiksel olarak sunulan bu durumların daha net belirlenmesi ve sağlık çalışanlarının birebir karşılaştığı problemleri değerlendirebilmek için krizden ilk ve en fazla etkilenen bölgelerin incelenmesi önem arz etmektedir. Bu amaçla, Türk Tabipleri Birliği tarafından bir heyet oluşturularak bölge ziyaret edilmiş ve rapor hazırlanmıştır. Hazırlanan rapora göre bölgede yaşanan sıkıntılardan bir kısmı aşağıda sunulmuştur (TTBDeğerlendirme Raporu, 2013).

Kilis'te kayıtlı Suriyeli nüfus yaklaşık olarak 80.000 civarındadır. Öncüpınar'da 15.000'e yakın kişiye hizmet veren bir konteyner kent mevcuttur. Kilis Devlet Hastanesi 180 yataklı kapasitesiyle sınıra yakın binada hizmet vermektedir. Çatışmaların devam etmesi sığınmacıların sayısını arttırmış olup çalışma saatlerini uzatmıştır (TTB Değerlendirme Raporu, 2013). Sağlık personelinin en büyük sorunu can güvenliğidir. Suriye orjinli ambulanslar ya da diğer araçlarla sürekli yaralı getirilmesi, ateşli ve patlayıcı silahların bulunması ihtimali nedeniyle sağlık çalışanlarını tedirgin etmektedir. Ayrıca Suriyeli olduğu anlaşılan silahlı kişiler hastanede sözlü ve fiziki taciz olaylarına neden olabilmektedir. Geçici görevle diğer illerden gelenler 1'er ay süreyle çalışmaktadırlar. Geçici görevle gelen sağlık personelinin özellikle barınma sorunları mevcuttur (URL-32). Kilis Devlet Hastanesi yoğun bakım servisinde yatan 20 hastadan 19'u Suriyeli sığınmacıdır. Polikliniklerde de sığınmacı yoğunluğu dikkat çekicidir. Bu durumun yerli halkla sığınmacılar arasında ve sağlık personeli ile hastalar arasında zaman zaman gerilimlere yol açtığı bildirilmiştir. Bu sonuçlar neticesinde Sağlık Bakanlığı sığınmacıların muayene edildikleri poliklinikleri ayırmıştır.

Sağlık Hizmet biriminin yerleşim merkezinin ortasında yer alması güvenlik sorunu yaratmaktadır. Kamplarda yaşanan ayaklanmalarda, kampın tam ortasında kalan hekimler ve sağlık personeli zor anlar yaşamaktadır.

Hatay merkezde, Antakya Devlet hastanesi 2 ayrı kampüste yer alan binalarda hizmet vermektedir. Yine il merkezinde Kadın Hastalıkları ve Çocuk Hastanesi ile Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesi mevcuttur ve kent merkezinde biri göz hastalıkları dal hastanesi, 4'ü genel hizmet amaçlı olmak üzere 5 adet özel hastane vardır (Atasoy ve Demir, 2015). İl genelinde 8 adet ilçe devlet hastanesi mevcuttur ve aynı zamanda 12 adet Toplum Sağlığı Merkezi ve 408 aile hekimi hizmeti vermektedir (Atasoy ve Demir, 2015). Altınözü, Yayladağı, Apaydın ve

Reyhanlı'da geçici barınma alanları mevcuttur. 15.000 civarında Suriyeli sığınmacı kayıtlı olarak hizmet almaktadır.

Hekimler, normal koşullarda olunmadığı ve olağandışı bir durum yaşandığı belirtilerek, kurallara göre değil yasa dışı bir ortamda hizmet vermeye zorlandıklarını ifade etmektedirler (Atasoy ve Demir, 2015). Başta cerrahi branşlar, acil servis ve yoğun bakım çalışanları olmak üzere hekimler ve sağlık çalışanlarında akut stres bozukluğu belirtileri gözlenmektedir (Korkmaz, 2014).

Başta yoğun bakım ve ameliyat hemşireliği gibi alanlarda nitelikli ve deneyimli personel gereksinimi olduğu ifade edilmektedir.

Sağlık çalışanlarının yaşadığı sorunlar arasında en önemlisinin güvenlik olduğu dikkati çekmektedir. Çatışmaların yaşandığı bölgelerden gelen yaralıların üzerinden zaman zaman patlayıcı malzeme çıkması endişe verici bir bulgudur (Korkmaz, 2014). Cilvegözü sınır kapısına ve sınıra bir kaç kilometre mesafedeki Reyhanlı Devlet Hastanesi 103 yataklı bir kurumdur. Hastanede 23 uzman ve 4 pratisyen hekim büyük bir özveriyle hizmet vermektedirler.

Evde bakım hizmetlerinde gidilen sığınmacı hastalarla ilgili güvenlik problemi olduğu belirtilmektedir. Bazı ev sahiplerinin evlerini kiraya verirken sana doktor göndereceğim ve benzeri vaatlerde bulunarak fazladan para talep ettikleri, bu nedenle evde sağlık hizmetlerine yönelik beklentilerin arttığı belirtilmiştir. Bu durumun hekimleri ve sağlık çalışanlarını sıkıntıya soktuğu gözlemlenmiştir (Korkmaz, 2014).

Reyhanlı'da 11 Mayıs günü meydana gelen patlamada yaşamını kaybeden 52 kişiden birisi Nihal Şimşek adlı Acil Tıp teknisyenidir. Bunun yanı sıra Dr. Adil Sünger, uzuv kaybıyla sonuçlanan ağır bir yaralanmaya maruz kalmıştır (TTB Değerlendirme Raporu, 2013).

Gaziantep'te 32 bini çadırkentte, 60 bini Gaziantep'in içinde değişik şartlarda yaşayan ve AFAD'a kayıtlı, 20 binin üzerinde de kayıtsız Suriye yurttaşının olduğu belirtilmektedir. Kente diğer illerden hekim ya da diğer sağlık çalışanı görevlendirmesi olmadığı, çadırkentlerde il içi görevlendirme ile hekimlerin çalıştırıldığı saptanmıştır (TTB Değerlendirme Raporu, 2013).

Gaziantep'in Büyükşehir olması sosyo-ekonomik göstergelerin bölgedeki illere oranla daha iyi olması, sağlık kurum ve kuruluşlarının sayı ve kapasite olarak

görece fazla olması, AFAD organizasyonunun işlerliği ile Suriye'deki iç savaş sonrası sığınmacı akınının kentte özellikle cerrahi branşlarda yaşanan iş yükü dışında, diğer illere göre daha az oranda sağlıkta iş yükü artışına yol açtığı, hastane doluluk oranlarının %94 olduğu, yoğun bakım ihtiyaçlarının olmadığı gözlenmiştir (TTB Değerlendirme Raporu, 2013).

Özellikle beyin cerrahisi, genel cerrahi ve ortopedi uzmanlarının iş yükü çok artmıştır. Sevk etmek zorunda kalınan hastalar konusunda kentteki üniversite hastanesi ve diğer illerdeki hastanelerle işbirliği sıkıntısı mevcuttur (TTB Değerlendirme Raporu, 2013).

Tüm bu bilgiler ışığında, Suriyeli sığınmacıların yaygın olarak yaşadıkları özellikle küçük şehirlerde ve sınıra yakın ilçelerde sağlık çalışanlarının iş yükü oldukça artmıştır. Bunun yanı sıra bir çok sağlık çalışanı kendilerini yeteri kadar güvende hissedememekte ve zaman zaman yaşanan olaylar neticesinde bu endişeleri giderek artmaktadır.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Son yıllarda giderek artan mülteci sorunu Dünya'nın gözardı edemeyeceği bir konudur. Dünya'nın hemen her bölgesinde meydana gelen uluslararası göçlerin neticesinde değişen birçok hayat vardır. Ancak zorunlu olarak yapılan uluslararası göçe mecbur kalanlar açısından durum çok daha vahim sonuçlar doğurabilmektedir. Türkiye bulunduğu coğrafi konum itibariyle yüzlerce yıldır farklı nedenlerle göç eden insanların bazen yerleştikleri bazen de geçiş güzergâhı olarak kullandıkları bir ülke durumundadır. Türkiye'ye son iki yüzyıllık süre içinde yaklaşık 6 milyon kişi göç etmiştir. Tarihsel süreç içerisinde zaman zaman göç dalgalarına maruz kalan Türkiye, bu toplumsal olaylar sonucunda birçok sorunla karşı karşıya kalmaktadır.

Türkiye'ye yönelik meydana gelen en büyük ve en son göç dalgasını ise Suriye'deki iç karışıklık ve savaştan kaçan kişiler oluşturmuştur. Çatışmaların başladığı 2011 yılından 2019 yılına kadar Türkiye'ye göç eden Suriye vatandaşlarının sayısı 3 milyon 600 bini geçmiştir. Bu rakam yalnızca Türkiye'ye

yönelik yaşanmış olan değil, tüm dünyada bir ülkeye yaşanan en büyük göç dalgalarından birine işaret etmektedir. Türkiye'ye göç eden sığınmacıların sadece yüzde 2'si meslek sahibi durumundadır. Türkiye'de bulunan Suriyelilerin ise yüzde 50'si okuryazar değildir. Türkiye'de bulunan Suriyelilerden 40 bin kadarı üniversite mezunudur. Almanya'da bulunan Suriyelilerin ise yüzde 70'i üniversite mezunu, okuryazar olmayanların oranı ise yüzde 5 civarındadır. Türkiye'de kalan sığınmacıların özellikle Avrupa bölgelerine göç edenlere eğitim seviyelerinin çok düşük olması, herhangi bir mesleki becerilerinin olmaması: sağlık alanında bilinçlendirmenin zorlaşmasına sebebiyet vermektedir.

Böylesi büyük bir göç dalgasının elbette ekonomik, toplumsal ve kültürel bazı etkileri kaçınılmaz olarak ortaya çıkmaktadır. Bugün geldiğimiz noktada Suriyeli mülteciler için harcanan paranın 37 milyar dolara ulaştığı ifade edilmektedir. Sorunun bu ekonomik boyutu kadar toplumsal boyutu da oldukça önemlidir. Suriyelilere yönelik ilk zamanlarda toplumun oldukça misafirperver ve hoşgörülü bir şekilde yardım elini uzattığını görmekteyiz. Ancak ilerleyen zamanlarda sığınmacı sayısının artması ve bu sığınmacıların ülkede kalma sürelerinin uzamasıyla toplumdan bazı tepkilerde gelmeye başlamıştır. Özellikle sığınmacıların yoğun olarak yaşadığı şehirlerde ev fiyatlarının ve kiraların artması, sığınmacıların düşük ücretli işgücü olarak emek piyasası içerisine dâhil olmaya başlaması, tepkilerin giderek daha görünür hale gelmesine neden olmuştur.

Suriyeli sığınmacıların ekonomik, sosyal veya kültürel boyutta bahsedilen bu etkilerinin yanında sağlık alanında da önemli etkileri olmuştur. Bu çalışmanın amacı da Suriyeli sığınmacıların Türkiye'deki sağlık politikaları üzerine etkilerini incelemektir.

Türkiye sağlık politikaları, Cumhuriyetin ilanı sonrasında ağırlık kazanmıştır. Toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesi hedeflenmiş ve sonraki yıllarda da bu politikalar çerçevesinde çalışmalar yürütülmüştür. Geliştirilen sağlık planları ile toplumun hastalıklara karşı korunması, bağışıklanması, ileri teknolojik tıbbi cihazların kullanıma sunulması, yeterli doktor ve yardımcı sağlık personelinin sisteme dâhil edilmesi ve eğitilmesi gibi sağlık alanında refaha ulaşmak amacıyla

birçok yenilik hedeflenmiştir. Bu hedeflere kısmen ulaşılarak, bazı bulaşıcı hastalıklar etkin aşılama programları ile yok edilme noktasına gelinmiş, hatta bazı hastalıklar ise yok edilmiştir. Toplumda verilen kaliteli sağlık hizmetleri ile Türkiye sağlık alanında dünyanın önde gelen ülkelerinden biri haline gelmiştir.

Savaşta ve göç süresince birçok problemle karşı karşıya kalan Suriyeli sığınmacıların, yaş ve cinsiyet dağılımına göre acil ihtiyaçlarının karşılanması etik olarak önem arz etmektedir ve bu süreçte toplumun genel sağlığı da korunmalıdır. Bu kapsamda, yaşanan kriz incelendiğinde Suriye'ye komşu ülkelerden en fazla göç kabul eden ülke Türkiye olmakla beraber, bu durum sığınmacıları kontrollü bir şekilde takip etmeyi zorlaştırmıştır. Bölgesel olarak kamp alanları kurulsa da sığınmacılar, ekonomik kaygılar ve barınma kamplarındaki şartların zor olduğu düşüncesiyle ülke geneline hızlıca yayılmışlardır. Ayrıca kayıtsız olarak ülkeye giriş yapan sığınmacıların da sayısı oldukça fazladır. Savaş sırasında birçok sağlık hizmetinden mahrum kaldıkları düşünüldüğünde başta bulaşıcı hastalıklar olmak üzere Türkiye'ye toplum sağlığı açısından tehlike arz etmektedirler. Bu tehlikeler sınırdan kontrolsüz girişler de dikkate alındığında önemli boyutlara ulaşmaktadır.

Sınırdan kontrolsüz geçerek ya da herhangi bir sağlık muayenesine tabi tutulmadan ülkeye giren sığınmacıların sağlık gereksinimlerinin karşılanması gerekmektedir. Fakat kültürel farklılıklar, dil farklılığı, mültecilerin sağlık gereksinimlerini ekonomik kaygılardan dolayı arka planda bırakması sebebiyle sorunlar daha da artmaktadır. Örneğin bulaşıcı hastalıkların önlenmesindeki bağışıklama hizmetleri gibi işlemlerin hızlıca bireylere ulaştırılıp toplumu güvende tutmak gerekmektedir. Sığınmacılar ülkeye girerken gerekli sağlık kontrolleri yapılamamış ve girişlerinden sonraki ilk yıllarda da birinci basamak sağlık hizmetleri tam anlamıyla verilememiştir. Bu da birçok çocuğun aşısız kalması, kadın hastalıklarının artması, aile planlamalarının yapılamaması, sağlığa erişim hakkı verilen mültecilerin birinci basamak sağlık birimlerini pas geçmesine neden olmuştur. Bu durum aslında aşılama ile önlenebilecek birçok hastalığı, ülkeye girişlerinde yapılamayan sağlık kontrolleri nedeniyle karşımıza çıkarmıştır. Ülkelerde epidemiyolojik olarak hastalıklarının farklılık göstermesinin yanında savaş sonrası bulaşıcı hastalıkların artması beklenen bir durum olmasına karşın, ülkemize sığınan mültecilerin sınır geçişlerinde bu konu

açısından kontrol edilememesi, toplum sağlığını koruma bağlamında büyük bir eksiklik olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca kamp alanlarının dışına hızlıca yayılmaları sebebiyle bağışıklama hizmetlerinde gecikmeler yaşanması da aynı oranda riskler taşımaktadır. Savaş sonrası Suriye’de birçok sağlık hizmeti yürütülememiş olup elimine etmiş oldukları çocuk felci dâhil birçok bulaşıcı hastalığın arttığı görülmüştür. Lübnan’da bu durum, mültecilere bağışıklama hizmetleri sağlanarak büyük ölçüde tamamlanmışken, ülkemizde bu uygulama yürütülemeden birçok mülteci kontrolsüz olarak ülke geneline yayılmıştır. Özellikle Suriye’de çocuk felci vakası görülmesi ve 2013 yılında ülkemizde kızamık vakasının hızlı yükselişi göz önüne alınarak mop-up aşılama çalışması başlatılmıştır. Çalışma sonrasında vaka sayıları ve aşılama kapsamı normale dönmüştür; ancak mop-up aşılama çalışmasında sokak sokak gezme durumu söz konusu olduğundan ve ülkemize giren kayıtsız mültecilerde düşünülürse riskin devam ettiği söylenebilir. Diğer bir konu ise yerinde müdahale ile insan kaynaklarının daha etkin kullanılması mümkünken mop-up aşılama çalışmalarında insan kaynağı ve aşılarla soğuk zincir sağlanması sıkıntılar yaşanmıştır. Bağışıklama konusunda gecikmenin en önemli etkilerinden biri 2013 yılında ülkemizde yaşanan kızamık salgınında mültecilerin import vaka olmadığı tespit edilmişse de sığınmacıların aşısız olmaları salgının hastalığın yayılmasında etken olarak gösterilmektedir. Mop-up aşılama çalışması neticesinde bu salgın giderek azalmıştır.

Ülkemize gelen sığınmacıların sayısının fazla olması ve gelen sığınmacılar için kamp alanlarının yeterince organize edilememiş olması, sığınmacıların kısa bir zaman zarfında neredeyse bütün ülkeye dağılmış olmaları ülke genelinde problemlere sebep olmuştur. Sığınmacıların çok az bir kısmının pasaport ile giriş yapması, sürekli yer değiştirme eğiliminde olması, bireylerin kayıt altına alınamaması; koruyucu sağlık hizmetlerinin efektif yapılmasını zorlaştırmış, özellikle bağışıklama konusunda zorluklar meydana getirmiş ve sağlık personelinin farklı illerde sokak sokak gezerek Suriyeli sığınmacı bulmaya çalışmasına neden olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü’nün Türkiye raporlarında aşı ile önlenebilir hastalıkların dağılımı incelendiğinde bağışıklama stratejileri uygulanarak 2010 yılına kadar vaka sayıları düşmüş olan kızamık, kızamıkçık hastalıkları 2011 yılında artış

göstermiştir. Bu rapor, artışların sebebinin ülkeye kontrolsüz ve herhangi bir sağlık muayenesine tabi tutulmadan giren sığınmacılar olduğunu göstermektedir. TTB'nin 2013 yılında hazırlamış olduğu Değerlendirme Raporu da göstermektedir ki sığınmacıların sayısının ve sağlık problemlerinin fazla olması sebebiyle yoğun biçimde göçe maruz kalan bölgelerde, başta cerrahi branşlar olmak üzere bütün sağlık çalışanlarının iş yükü ve mesai saatlerinde artış olmuştur. Ülkemizdeki sağlık sisteminin sığınmacılar tarafından bilinmemesi özellikle ikinci basamak ve üzeri kuruluşlarda iş yükünün artmasına sebep olmuştur. Tedavi edici sağlık hizmetlerinde kişiye ait veri sistemleri olmadığı için Suriyeli sığınmacı hastalara geçmişte uygulanan tıbbi müdahaleler bilinmemekte ve hiçbir özgeçmiş olmadan, hastalardan hiçbir anamnez alınmadan tedavi edilmeye çalışılmak zorunda kalınmıştır.

Sığınmacılara verilecek sağlık hizmetleri, maliyet ve etkinlik açısından incelendiğinde mültecileri hızlıca sağlık sistemine entegre etmek gerekmektedir. Bunların başında koruyucu sağlık hizmetleri gelmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri hastalıkları engelleme konusunda maliyet açısından en verimli yöntemdir. Ancak Türkiye'ye girişleri esnasında herhangi bir sağlık kontrolünden geçirilmeden ülkeye alınan sığınmacılar taşımakta oldukları bulaşıcı hastalıklar ya da göç nedeniyle zayıflayan bağışıklık sistemleri sebebiyle hastalıklara daha kolay yakalanmaları sonucunda yüksek sağlık maliyetlerine neden olmaktadır. Ayrıca bazı hastalıkların aşılamanamayan sığınmacılar nedeniyle ülke içinde salgına dönüşmesi sonucunda, bağışıklama maliyetleri daha da yükselmiştir. Aşılama ile önlenebilecek olan hastalıkların önlenememesi sonucunda ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında verilen sağlık hizmetleri de bu maliyetleri oldukça yükseltmiştir. Sığınmacıların ülkeye girişlerinden sonra salgın hastalıklardaki artışlar sebebiyle sığınmacıların tamamı kayıt altına alınarak aşılamaya çalışılmıştır. Bu durum hem aşılama maliyetlerini oldukça yükseltmiş hem de sağlık çalışanlarının iş yükünü oldukça artırmıştır. Bu yüksek maliyetlerin minimum düzeyde tutulabilmesi, sığınmacıların ülkeye girişleri esnasında yapılacak müdahale ve bağışıklama işlemleriyle mümkündür ancak, yapılan stratejik hatalar zinciri sonucunda gelinen nokta ortadadır.

TTB'nin 2013 yılında hazırlamış olduğu Değerlendirme Raporunda kamp alanları ve krize yakın bölgelerde personelin en önemli problemi can güvenliği olmakla beraber, sağlık kuruluşlarının kapasitelerini fazlasıyla zorlayan sığınmacı nüfus sebebiyle özellikle bölgeye dışarıdan görevlendirilen sağlık çalışanlarının barınma konusunda sıkıntılar yaşandığı söylenmektedir. Sığınmacılara tanınan sağlık haklarının duruma göre farklılık göstermesi, tek amacı sağlığın korunması ve geri kazanımını sağlamak olan personelinin strese sokmuştur. Sığınmacılar ile yerli halk arasında zamanla ortaya çıkan gerginlik sağlık çalışanlarını zor durumda bırakmıştır.

Konuşulan dilin farklı olmasının yanında, kültürel farklılıkların da varlığı sağlık çalışanları ile sığınmacılar arasında iletişim problemlerine sebep olmaktadır. Bu durum tanı, tedavi işlemlerinde hatalar meydana getirmektedir.

Özellikle kamp bölgelerinde mülteciler ve sağlık çalışanları arasındaki problemlere yönelik bir takım çözümler üretilmiş olsa da ülke genelinde problemler devam etmektedir. Ülke genelinde devam eden problemlere çözüm bulmak amacı ile Sağlık Bakanlığı sığınmacıların yoğun olarak yaşadıkları il ve ilçelerde göçmen sağlığı merkezleri kurmuştur. Bu merkezlerde Suriyeli sağlık personelleri de çalıştırılarak iletişim sorunlarına çözüm olunmaya çalışılmıştır.

Ülkede salgın hastalık riskinin tekrar etmemesi için ülke içindeki bütün sığınmacıların kontrol altına alınarak, koruyucu sağlık hizmetlerine ulaşmaları sağlanmalı, riskler önceden tespit edilerek olası salgınların aşılama ile önlenmesi ve kontrol altında tutulması gerekmektedir. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı diğer ilgili bakanlıklar ile koordine olarak sığınmacıları ülkeye girişleri sırasında yeterli sağlık kontrolünden geçirmeli ve gerekli bağışıklama çalışmalarını daha sınırda yapmalıdır. Sonraki yıllarda bu sorunların yeniden yaşanmaması adına Türkiye'ye yönelik tekrar yaşanabilecek olan herhangi bir göç dalgasına karşı hazırlıklı olmalı ve göçmenlerin tamamını kontrol altında tutarak gerekli sağlık kontrollerini ve ülke içindeki aşı takvimine uygun olarak aşılama yapmalıdır. Bu sayede hem kendi halkı korunmuş, hemde göçmenlerin salgın hastalık taşıma risklerini minimize etmiş olunacaktır.

Sığınmacıların gerek göç esnasında gerekse göç sonrasında sığındıkları ülkelerde yaşadıkları sağlık sorunları ve sağlık hizmetlerine erişim güçlüklerini tespit etmek bu sorunun çözümüne katkı sağlayacaktır.

Ayrıca bu çalışma sayıları milyonları bulan Suriyeli sığınmacıların, Türk Sağlık Sistemi içerisinde, sağlık hizmetlerinin sunumu ve ülkedeki sağlık kriterlerini ve yürütülmekte olan sağlık politikalarını nasıl etkilediğini göstermek açısından ve sağlık hizmet sunumu yapan sağlık profesyonellerinin göçmenlere sağlık hizmeti sunumu esnasında ve sonrasında karşılaştıkları güçlükleri gözler önüne sermek açısından önemlidir.

ÖNERİLER

Suriyeli sığınmacılar artık bugün gelinen noktada, ülkemizin kanayan bir yarası halini almıştır. Özellikle kontrol altına alınarak, mevcut sığınmacı kamplarında tutulamamaları ve ülkenin her yerine kontrolsüzce dağılmış olmaları, sığınmacılara verilecek olan bazı hizmetlerin sunumunu aksatmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri de, aksayan bu hizmet türlerinden biridir. Dil ve kültür farklılıkları, sığınmacıların eğitim seviyelerinin düşük olması, dini inanç ve bazı tabuları bu aksamaları daha da üst seviyelere taşımaktadır.

Öncelikli olarak her sığınmacı mutlaka kayıt altına alınmalıdır. İlgili bakanlıklar, eşgüdümlü çalışmalar yaparak, bütün sığınmacıların adres tespitlerini yapmalı ve olası adres değişiklikleri mutlaka ilgili muhtarlıklar ve nüfus müdürlüklerinin bilgisi dahilinde olmalıdır. Böylelikle koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumu daha kolay ve başarı oranı daha yüksek olacaktır.

Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında yaşanan en önemli sorunların başında, iletişim ve dil problemleri gelmektedir. Bu sorunları kısa vade de çözmek amaçlı Sağlık Bakanlığı, Suriyeli sağlık personeli istihdamı ve sığınmacıların yoğun olarak kullandıkları sağlık kurumlarında tercüman aracılığı ile iletişim yolunu seçmiştir. Ancak bu durum kalıcı ve yeterli bir çözüm olarak görülmemektedir. Milli Eğitim

Bakanlığı ve diğer ilgili Bakanlıklar nezdinde eğitim birimleri oluşturularak her sığınmacı aileden en az bir kişiye Türkçe dil eğitimi zorunlu hale getirilmelidir. Böylece en azından tercüman ve Suriyeli sağlık personeli istihdamına gerek kalmadan, iletişim sorunlarına kısa vadede kısmende olsa çözüm getirilmiş olacaktır. Uzun vade de ise aile içi dil etkileşimi meydana geleceği düşünüldüğünde, ailelerde Türkçe konuşabilen birey sayısı artacağından dil sorununa çözüm bulunmuş olacaktır.

Sığınmacıların sağlık giderlerinin tamamına yakını Türkiye Cumhuriyeti Devleti tarafından karşılanmaktadır. Bu durum bütçeye oldukça büyük bir yük getirmektedir. İlgili bakanlıklar aracılığıyla gerekli kanuni düzenlemeler bir an önce yapılarak, zaman kaybedilmeden sığınmacılar, sağlık giderlerinin karşılanması amacıyla sağlık sigortası sistemine entegre edilmelidir.

Geçici koruma planıyla kabul edilen sığınmacıların dış politikaların seyrine bakıldığında, ülkemizin koruması altında kalacağı öngörülüp, sağlık konusunda etkinliğin artırılması için daha kapsamlı planların yapılması gerekmektedir. Mültecilerin temel problemlerinin (barınma, hijyen vs.) çözülmesine ek olarak sağlık konusunda bilinçlerinin artırılmasının yanında, özellikle sağlık personelinin bu konuda yetiştirilmesi ve mültecilere yönelik birinci basamak sağlık hizmetlerinin sadece göçmen sağlığı merkezlerinde verilmesi, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin ise hastaneler bünyesinde kurulacak olan göçmen sağlığı birimleri aracılığı ile verilmesi düşünülebilir.

KAYNAKLAR

- AFAD, Genelgesi (2013), Suriyeli Misafirlerin Sağlık ve Diğer Hizmetleri Hakkında Genelge. Sayı, 2013/8.
- AFAD Raporu (2013), Türkiye'deki Suriyeli Sığınmacılar, 2013 Saha Araştırması Sonuçları.
- Akdur, Recep (2008), "Cumhuriyetten Günümüze Türkiye'de Sağlık", 12 Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 21-25 Ekim 2008 Ankara.
- Aköz, Seçkin (2018), "Politika Kavramının Siyaset Kavramının Yerine Kullanılması ve Bilimsellik Tartışmaları Bağlamında Devlet Olgusuyla İlişkisi", Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 5, s.160-180.
- Akpınar, Taner (2009), "Türkiye'ye Yönelik Düzensiz Göçler ve Göçmenlerin İnşaat Sektöründe Enformel İstihdam", Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Aksakal, Halil İbrahim (2017), "Dr. Refik Saydam Önderliğinde Cumhuriyet Dönemi Sağlık Hizmetlerini Modernleştirme Çabaları", Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt: 27, Sayı: 1, s. 219-231.
- Akşit, Bahattin (1998), "İçgöçlerin Nesnel ve Öznel Toplumsal Tarihi Üzerine Gözlemler: Köy Tarafından Bir Bakış" Türkiye'de İçgöç, Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı yayınları, İstanbul, 1998, s.22-37.
- Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994), <http://www.sbb.gov.tr/kalkinma-planlari/>, (Erişim Tarihi: 30.04.2019).
- Altunç, Ömer Faruk ve Arkadaşları (2017), "Dış Göçlerin Türkiye Ekonomisinde İşsizlik Enflasyon ve Ekonomik Büyüme Üzerine Etkileri: Ekonometrik Bir Analiz (1985-2015)", Researcher: Social Science Studies (2017) Cilt 5, Sayı 8, s. 197-212.
- Atabey, Ertürk Selin (2018), "Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası", Gazi Kitabevi: Ankara.
- Atak, Muhammed (2018), "Göç ve Sağlık, Sağlık Politikaları-1" içinde, Göçmen Gruplarında Halk Sağlığı Sorunları ve Yönetimi. Edt. Yeter Demir Uslu. Medipol Yayınları İstanbul, 2018 s. 39-44.
- Atasoy, Ahmet ve Demir, Hasan (2015), Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi. Suriyeli Sığınmacıların Kırıkhan'a (Hatay) Etkileri. Issn: 1307-9581.

- Aydemir, Salih, Şahin, Mehmet Cem (2017), “Tek Tanrılı Dinlerde Göç Olgusuna Sosyolojik Bir Yaklaşım: Göç Teorileri Açısından Bir Analiz”, *Journal of Islamic Research*, 28(3), s. 359-71.
- Aydın, Erdem (1998), “Türkiye’de Sıtma Savaşı”, *Türk Tabipler Birliği Yayınları*.
- Aydın, Erdem (2004), "19.yüzyılda Osmanlı Sağlık Teşkilatlanması". *Ankara Üniversitesi Dergisi*, 15, s.185-207.
- Balkırı, Canan ve vd (2008), “Yabancı Emekli Göçünün Sosyal ve Ekonomik Etkileri: Antalya ve Çevresi Üzerine Ampirik Bir Çalışma”, *Uluslararası Emekli Göçünün Sosyal ve Ekonomik Etkileri: Antalya Örneği*. Antalya. s. 8.
- Batır, Kerem (2017), “Avrupa Birliği’nin Geri Kabul Anlaşmaları: Türkiye İle AB Arasında İmzalanan Geri Kabul Anlaşması Çerçevesinde Hukuki Bir Değerlendirme”, *Yönetim Bilimleri Dergisi/Journal of Administrative Sciences Cilt / Volume: 15, Sayı / N: 30, ss. / s. 585-604, 2017*.
- Bayartan, Mehmet (2008), “Osmanlı Şehirlerinde Vakıflar ve Vakıf Sisteminin Şehre Kattığı Değerler, *Osmanlı Bilimi Araştırmaları*, X-1, s.158-175.
- Bayat, Ali Haydar (2007), “Osmanlı Devleti’nde Hekimbaşılık Kurumu”, *Osmanlı Sağlık Kurumlar Sempozyumu 2 Haziran 2007*, s. 55-66.
- Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989), <http://www.sbb.gov.tr/kalkinma-planlari/>, (Erişim Tarihi: 30.04.2019).
- Beyli Umut ve Arkadaşları (2014), “13. Yüzyıldan 21. Yüzyıla Türk sağlık sisteminin gelişim süreci üzerine bir derleme”, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2(4), s. 183-189.
- Bıyık, Erhan ve Tekin, Kemal (2015), “Sağlıkta Dönüşüm Programı’na ilişkin Sağlık Personelinin Görüşlerinin Karşılaştırılması”, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2(2), s.103-110.
- Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967), <http://www.sbb.gov.tr/kalkinma-planlari/>, (Erişim Tarihi: 30.04.2019).
- Bolsoy, Nursen ve Sevil, Ümran (2006), “Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi Cilt: 9 Sayı: 3*, s. 78-87.
- Bostan, Hakan (2017), “Türkiye’de İç Göçlerin Toplumsal Yapıda Neden Olduğu Değişimler, Meydana Getirdiği Sorunlar ve Çözüm Önerileri”, *Coğrafya Dergisi – Journal of Geography* 35, s. 1-16.

- Bozkurt, Veysel (2005), “Endüstriyel Post Endüstriyel Dönüşüm”, 1. Baskı, Aktüel Yayınları: İstanbul.
- Bülbül, Serpil ve Köse, Ali (2010), Türkiye’de Bölgelerarası İç Göç Hareketlerinin Çok Boyutlu Ölçekleme Yöntemi İle İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, 39 (1).s.75-94.
- Çağlayan, Savaş (2006), Göç Kuramları, Göç ve Göçmen İlişkisi. Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Sayı: 17. s.67-91
- Çavdar, Necati ve Karcı, Erol (2014), “XIX. Yüzyıl Osmanlı Sağlık Teşkilatlanması’na Dair Bibliyografik Bir Deneme”, Turkish Studies, 9(4), s. 255-286.
- Çelen, Ali İhsan (2019), “Çalışma Hayatında Göçmenler”, içinde Çalışma Yaşamında Özel Gruplar (ED. Salih Dursun, Serpil Aytaç), Ekin Yayınevi: Bursa.
- Çelik, Fatih (2006), “İç Göçlerin İtici ve Çekici Güçler Yaklaşımı ile Analizi”, Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Sayı: 27, s. 149-170.
- Dağı, İhsan ve Polat, Necati (2004), Demokrasi ve İnsan Hakları. Ankara: Liberte Yayınları.
- Deniz, Ayla ve Öksüz, Muammer (2017), Ankara’daki İran Restoranları: Kültürel Kimlik Üzerine Etnografik Bir Araştırma “Düzenli” Ankara: Coğrafi Bilimler Dergisi, 15, s. 167-185.
- Deniz, Taşkın (2014), “Uluslar Arası Göç Sorunu Perspektifinde Türkiye”, TSA / Yıl: 18, S: 1, s. 175-204.
- Dilek, Bahadır Selim (2018), “ Suriyeli Göçü”, Kripto Kitaplar: Ankara.
- Dirican, Rahmi (1994), “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Başarısızlık Nedenleri”, Toplum ve Hekim Nisan Sayısı, s. 49-51.
- Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007-2013), <http://www.sbb.gov.tr/kalkinma-planlari/>,(Erişim Tarihi: 30.04.2019).
- Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983), <http://www.sbb.gov.tr/kalkinma-planlari/>,(Erişim Tarihi: 30.04.2019).
- Dünya Sağlık Örgütü (2018-2019), WHO, TURKEY Regional Refugee & Resilience Plan (3RP) 2018-2019.
- Dünya Sağlık Örgütü (WHO), <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>.
- Gümüş, Yasemin, Bilgili, Naile (2015), Göçün Sağlık Üzerindeki Etkileri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, Sayı:18(1), s. 63-67.

- Günay, Enver; Atılgan, Dilek ve Serin, Emine (2017), “Dünya’da ve Türkiye’de Göç Yönetimi”, <http://iibfdergisi.ksu.edu.tr/download/article-file/395572>, s.37-60.
- Günder, Esmâ Eşgin (2018), “Geçici Göçmenlikten Yerleşikliğe: Yükseköğretim Gençliğinin Gelecekteki Göç Potansiyelleri”, *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, Cilt 16 Özel Sayı, s. 377-396.
- Güreşçi, Ertuğrul (2016), “Ortak ve Farklı Yönleriyle İç ve Dış Göçler”, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi* Cilt: 9, Sayı: 43, s. 1058-1064.
http://www.goc.gov.tr/files/files/SGK_KITAPCIK_tr-1.pdf.
<http://www.sbb.gov.tr/kalkinma-planlari/> (Erişim Tarihi: 30.04.2019).
<http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/kurumumuz/tarihce/tarihce> (Erişim Tarihi: 26.04.2019).
<https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html> (Erişim Tarihi: 26.04.2019).
https://www.tobb.org.tr/saglik/20171229_tss-genel-bakis-tr.pdf, (Erişim Tarihi: 01.05.2019).
- İçduygu, Ahmet ve Arkadaşları (2009), *Türkiye’nin Uluslararası Göç Politikaları, 1923-2023.ulus-devlet oluşumundan ulus-ötesi dönüşümlere*. Ankara: TÜBİTAK, İçişleri Bakanlığı.
- İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972), <http://www.sbb.gov.tr/kalkinma-planlari/>,(Erişim Tarihi: 30.04.2019).
- İpekyüz, Necdet (1996), *Güneydoğu’da iç göç tartışmaları ve sağlık boyutu: toplum ve hekim*.
- Kamu Denetçiliği Kurumu (2018), *Türkiye’deki Suriyeliler Özel Raporu*. T.B.M.M. Kamu Denetçiliği Kurumu 2018, Ankara. S. 153.
- Karabulut, Umut (2007), “Cumhuriyetin İlk Yıllarında Sağlık Hizmetlerine Toplu Bir Bakış: Dr. Refik Saydam’ın Sağlık Bakanlığı Ve Hizmetleri (1925-1937)”, *ÇTTAD*, VI/15, s.151-160.
- Karadağ, Özge, Altıntaş, Hakan (2010), *Mülteciler ve Sağlık*, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(1). s.55-62
- Kart, Elife (2013), “Sağlıkta Dönüşüm” Sürecinde Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Hekimler Üzerindeki Etkileri”, *Çalışma ve Toplum*, 3, s.103-140.

- Kayaoğlu, İsmet (1985), "Selçuklu Vakıflarına Genel Bir Bakış", <http://acikerisim.fsm.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11352/517/Kayao%C4%9Flu.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Koçak, O. ve Gündüz, R.D. (2016). "Avrupa Birliği Göç Politikaları ve Göçmenlerin Sosyal Olarak İçerilmelerine Etkisi", Yalova Sosyal Bilimler Dergisi, Yıl:7, Sayı:12,s. 66-91.
- Korkmaz, Çiçek Ayşe (2014), Sığınmacıların Sağlık ve Hemşirelik Hizmetlerine Yarattığı Sorunlar. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 1, s. 37-42.
- Kökçü, Alper Tunga ve Demirsoy, Nilüfer (2016), "Hekimbaşı Mustafa Behçet Efendi ve 19. Yüzyılda Osmanlı Tıp Eğitiminde Yenilikçi Hareket", Türkiye Klinikleri J Mad Ethics, 24(2), s.67-75.
- Kubar, Yeşim (1995), Beyin göçü. İstihdam Dergisi, (Sayı: 19), ss. 23.
- Merill, Singer Hodge, Derrick G (2010), The War Machine And Global Health: A Critical Medical Anthropological Examination Of The Human Costs Of Armed Conflict And The İnternational Violence İndustry. Altamira Press, Lanham.
- Mızrak, Dilan ve Temiz, Özgür (2009), "Hukuk ve Politika Türkiye’de Yaşanan Olağanüstü Dönemlerin Edebiyat Eserleri Işığında İncelenmesi", Ankara Barosu Dergisi, Yıl:67, Sayı: 2, s. 77-93.
- Mutluer, Mustafa (2003), Uluslararası Göçler Ve Türkiye. İstanbul: Çantay Kitabevi.
- Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2014-2018), <http://www.sbb.gov.tr/kalkinma-planlari/>,(Erişim Tarihi: 30.04.2019).
- Orhan, Fatih ve Akpınar, Erdal (2018), "Türkiye’de Mevsimlik Göçlere Bir Örnek: Gezici Tarım İşçiliği", TÜCAUM 30. Yıl Uluslararası Coğrafya Sempozyumu 3-6 Ekim 2018 / Ankara.
- ORSAM, Raporu (2015), Suriyeli Sığınmacıların Türkiye’ye Etkileri. Rapor No: 195, Ankara.
- Özcan, Ela Deniz E (2017), Çağdaş Göç Teorileri Üzerine Bir Değerlendirme, http://www.sekeris.org.tr/dergi/multimedia/dergi/45_cagdas_goc_teorileri_uzerine_bir_degerlendirme.pdf.
- Özcan, Turgut (2018), "Göç ve Sağlık, Sağlık Politikaları-1" içinde, Suriyeli Mültecilerin Sağlık Sorunları ve Bir Çözüm Modeli. (Edt. Yeter Demir Uslu). Medipol Yayınları İstanbul, s.95-100.

- Özer, İnan (2004), Kentleşme, Kentleşme Ve Kentsel Değişme. Bursa: Ekin Kitapevi.
- Özerim Mehmet Gökay (2012), “Emekli Göçleri Rotasında Türkiye: Avrupalı Emekli Göçmenlerin Türkiye’yi Tercih Etme Nedenleri ve Türkiye Algıları”, Journal of Yasar University 28(7), s. 4766 – 4787.
- Özipek, Bekir Berat (2018), Suriyeli Sığınmacılar Ve Türkiye Ekonomisi 2018 Evrensel Tecrübe Işığında Bir Etkiyi Konuşmak, Uluslararası Teknolojik Ekonomik Ve Sosyal Araştırmalar Vakfı Yayını.
- Öztürk, Yusuf ve Günay, Osman (1991), “Atatürk Döneminin Sağlık Politikası”, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Yayınları, No:2, Kayseri.
- Refik Saydam’ın Sağlık Bakanlığı ve Hizmetleri (1925-1937), İzmir: Çağdaş Türkiye Tarihi.
- Resmi Gazete. (2013), 6458 Sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu. 11 Nisan 2013. Sayı: 28615.
- Sabuncu, Necmiye Babadağ, Kamerya Topocak, Gülsün Ataberk, Türkinaz (1996). Hemşirelik Esasları. T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları Eskişehir.
- Sağlık Bakanlığı (2003), Sağlıkta Dönüşüm Programı”, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>.
- Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013-2017, <http://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/9843,saglik-bakaligi-stratejik-plan--2013-2017pdf.pdf>.
- Sağlık Bakanlığı Yönergesi (2011), Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standardı İle Çalışma Usul Ve Esaslarına Dair Yönerge.
- Sağlık Bakanlığı Yönergesi. (2014), Geçici Koruma Altına Alınanlara Dair Esaslar Hakkındaki Yönerge. Sayı: 29153.
- Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2017), <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/30147,turkcesiydijiv1pdf.pdf?0> (Erişim Tarihi: 01.05.2019).
- Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005), <http://www.sbb.gov.tr/kalkinma-planlari/>,(Erişim Tarihi: 30.04.2019).
- Songur, Haluk ve Saygın, Tuba (2014), “Şifahaneden Hastaneye: Sağlık Kuruluşlarının Değişimine Genel Bir Bakış”, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 1(19), s.199-212.

- Sungur, Cuma (2018), “Sağlık Politikasına Sistematik Bir Yaklaşım”, Siyasal Kitabevi: Ankara.
- Südaş, İlkay (2015), Uluslararası Emekli Göçünün Türkiye'nin Kıyı Kentleri Üzerindeki Etkileri”,
http://tucaum.ankara.edu.tr/wpcontent/uploads/sites/280/2015/08/sem5_14.pdf.
- Şahin, İsmail ve Düzgün, Oğuz (2015), Türkiye'ye Gerçekleştirilen Ortadoğu Kaynaklı Zorunlu Göçlerin Sosyo-Ekonomik Etkileri: 1979-2014 Arası. Tesam Akademi Dergisi. Bursa, 2015.
- Şemin, Semih (1993), “Ülkemiz Sağlık Mevzuatı Ve Sağlıkla İlgili Politikaların Genel Değişim Dinamikleri”, Toplum ve Hekim Dergisi Şubat Sayısı.
- Tekin, Gürkan (2011), “Sihhiye Ve Muavenet-İ İçtimaiye Vekâleti'nden Sağlık Bakanlığı'na (1920-2000)”, Yayımlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Türk İnkılâp Tarihi Enstitüsü.
- Tengilimoğlu, Dilaver ve Toygar, Ş. Anıl (2018), “Sağlık Politikası ve Planlaması İle İlgili Temel Kavramlar”, içinde Sağlık Politikası (Ed. Dilaver Tengilimoğlu), Nobel Yayınevi: Ankara, s.1-8.
- Türk Dil Kurumu (TDK) (2019), <http://www.tdk.gov.tr/>.
- Türk Tabipleri Birliği, Gaziantep-Kilis-Hatay İlleri Hekimlik Ve Sağlık Ortamı Hızlı Değerlendirme Raporu, Ağustos 2013
- Türkiye Büyük Millet Meclisi İnsan Haklarını İnceleme Komisyonu - Mülteci Hakları Alt Komisyonu'nun 26. Dönem 3. Yasama Yılı Mart 2018 Göç Uyum Raporu.
- Türktan, Mediha vd (2017), Community Acquired Infections Among Refugees Leading To Intensive Care Unit Admissions In Turkey, International Journal Of Infectious Diseases Volume 58, May 2017, Pages 111-114.
- Tüzünkan, Demet (2013), “Uluslararası İş Gücü Göçünün Uluslararası Sosyal Politika Ve Düzgün İş Unsurları İçinde İncelenmesi”, Sosyal Ve Beşeri Bilimler Dergisi Cilt 5, No 1, s. 163-173.
- Uluslararası Göç Örgütü (IOM) (2009), “Göç Terimleri Sözlüğü”,
http://www.goc.gov.tr/files/files/goc_terimleri_sozlugu.pdf.
- UNHCR -TURKEY Regional Refugee & Resilience Plan (3RP) 2018-2019.
- URL-1 www.eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/1479.pdf. Erişim: 22.08.2017.
- URL-2 www.kalkinma.gov.tr. Erişim: 28.05.2017.

- URL-3 http://www.goc.gov.tr/icerik6/ikamet-izinleri_363_378_4709_icerik. Erişim: 25.04.2018
- URL-4 http://www.goc.gov.tr/icerik6/genel-bilgi_409_422_423_icerik. Erişim: 11.12.2017
- URL-5 http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1067. Erişim: 26.04.2018
- URL-6 <https://multeciler.org.tr/son-yillarda-akdenizde-olen-gocmen-sayisi/>. Erişim: 09.03.2018
- URL-7 <http://turksam.org/994028-2>. Erişim: 11.12.2017
- URL-8 http://www.goc.gov.tr/files/files/SGK_KITAPCIK_tr-1.pdf). Erişim: 17.12.2017
- URL-9 [http://www.goc.gov.tr/icerik3/turkiye%E2%80%99de-gecici koruma_409_558_1097](http://www.goc.gov.tr/icerik3/turkiye%E2%80%99de-gecici_koruma_409_558_1097). Erişim: 29.11.2018
- URL-10 http://www.goc.gov.tr/icerik6/gecici-koruma_363_378_4713_icerik. Erişim: 25.11.2018
- URL-11 https://data2.unhcr.org/en/situations/syria#_ga=2.44163108.1461158514.1556884886-125426414.1546001046. Erişim: 06.08.2018
- URL-12 <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>. Erişim: 09.11.2018
- URL-13 <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/kurumumuz/tarihce>. Erişim: 17.01.2019
- URL-14 <https://www.saglik.gov.tr/TR,10388/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hizmetlerinin-sosyallestirilmesi-hakkinda-kanun.html>. Erişim: 23.06.2018
- URL-15 <https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html>. Erişim: 17.08.2018
- URL-16 <https://www.tobb.org.tr/saglik/20171229-tss-genel-bakis-tr.pdf>. Erişim: 21.10.2018
- URL-17 http://www.iscass.org/uploads/file/rapor_full.pdf. Erişim: 26.11.2018
- URL-18 <https://www.saglik.gov.tr/TR,10369/tarihli13121983--sayisi181--rg-tarihi14121983--rg-sayisi18251-saglik-bakanliginin-teskilat-ve-gorevleri-hakkinda-kanun-hukmunde-kararname.html>. Erişim: 14.08.2017.
- URL-19 <https://www.tbmm.gov.tr/eyayin>. Erişim: 07.08.2017.
- URL-20 <https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html>. Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977), <http://www.sbb.gov.tr/kalkinma-planlari/>, (Erişim Tarihi: 30.04.2019).

- URL-21 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.14679450.2012.00954.x#accessDenialLayout>. Erişim: 24.12.2018
- URL-22 https://www.ttb.org.tr/kutuphane/siginmacilar_rpr.pdf. Erişim: 04.08.2017
- URL-23. <http://www.3rpsyriacrisis.org/indicator?selected=3>. Erişim: 17.12.2017
- URL-24 <http://www.3rpsyriacrisis.org>. Erişim: 17.09.2018
- URL-25 http://verem.org.tr/pdf/TURKIYE_ULUSAL_VEREM_SAVASI_DERNEKLERI_FEDERASYONU_2018.pdf. Erişim: 08.01.2019
- URL-26 <https://www.asidunyasi.com/asi-takvimi/saglik-bakanligi-guncel>. Erişim: 18.12.2018
- URL-27 www.3rpsyriacrisis.org-Responsesummary. Erişim: 06.11.2018
- URL-28 http://www.ttb.org.tr/haberarsiv_goster.php?Guid=673309ea-9232-11e7-b66d-1540034f819c. Erişim: 12.11.2018
- URL-29 <https://www.ilacrehberi.com/> Erişim: 06.04.2019.
- URL-30 <https://tig.saglik.gov.tr/TR,26173/kamu-saglik-hizmetleri-fiyat-tarifesi-guncellenmistir.html>. Erişim: 12.28.2018.
- URL-31 <https://multeciler.org.tr/turkiyedeki-suriyeli-sayisi/>. Erişim: 19.05.2019.
- URL-32 <https://dergipark.org.tr/download/article-file/497567>. Erişim: 02.04.2019.
- URL-33 https://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/countries?countrycriteria%5Bcountry%5D%5B%5D=TUR. Erişim:25.05.2019
- URL-34 <https://www.aa.com.tr/tr/ekonomi/basbakan-yardimcisi-akdag-suriyeliler-icin-harcanan-toplam-maliyet-84-milyar-880-milyon-lira/990509>. Erişim:06.05.2018
- Yalçınkaya, Timuçin (2015), Ulus-Ötesi Üretim Ağı, Ulus-Ötesi Göç Ve Sağlık. Konya: Çizgi Kitapevi.
- Yavuz, Ömer (2015), Türkiye'deki Suriyeli Mültecilere Yapılan Sağlık Yardımlarının Yasal Ve Etik Temelleri, Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt: 12 Sayı: 30, s. 265-280.
- Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000), <http://www.sbb.gov.tr/kalkinma-planlari/>, (Erişim Tarihi: 30.04.2019).
- Yeğinboy, Yasemin ve Sayın, K. Şevket (2008), "Cumhuriyet Döneminden Günümüze Sağlık Politikaları Ve Sorunları", 2. Ulusal İktisat Kongresi / 20-22 Şubat 2008.

- Yıldırım, Türkan (2009), “Sağlık Çalışanları ve Uluslararası Göç: Göç Nedenleri Üzerine Bir İnceleme”, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2009, 62(3), 87-94.
- Yılmaz, Abdurrahman (2014), “Uluslararası Göç: Çeşitleri, Nedenleri Ve Etkileri”, Turkish Studies, Volume 9/2, s. 1685-1704.
- Yılmaz, Ali (2018), “Türkiye’de Sağlık Politikaları ve Reformlar”, içinde Sağlık Politikası (Ed. Dilaver Tengilimoğlu), Nobel Yayınevi: Ankara, s.183-210.
- Yusuf, Salim; Anand, Sonia (1998), Can Medicine Prevent War? BMJ;317, s.1669-70.



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Sezgin DURSUN

Doğum Yeri ve Tarihi : Tirebolu/GİRESUN. 10.10.1978

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : İstanbul Yeniüzyıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sağlık Yönetimi (2016)

Eskişehir Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Kamu Yönetimi
(2017)

Yüksek Lisans Öğrenimi : İstanbul Yeniüzyıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Enstitüsü Sağlık Yönetimi (2019)

İş Deneyimi

Çalıştığı Kurumlar : Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2008), Sivas
Gölova İlçe Hastanesi (2010), Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi (2010),
İstanbul Fatih Merkez Sağlık Ocağı (2011), İstanbul Fatih Sağlık Grup Başkanlığı
(2012) İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü (2013), İstanbul Fatih Toplum Sağlığı Merkezi
(2014), İstanbul Fatih İlçe Sağlık Müdürlüğü (2018).

İletişim

Tlf : 555 492 28 28

Mail : sezgin.dursun28@gmail.com