

# Türkiye’de Geçici Koruma Altındaki Suriyelilere Yönelik Sağlık Politikalarının Analizi

Nagihan ÖNDER\*

## ÖZ

*Suriye’de 2011 yılında başlayan iç savaş sonucu milyonlarca insan yerinden olmuş ve özellikle bölge ülkelere kitlesel akınlarla büyük göçler yaşanmıştır. Türkiye uyguladığı açık kapı politikası ve Suriye’nin coğrafi komşusu olması sebepleriyle bu göç dalgalarından en çok etkilenen ülkelerden biri olmuştur. Türkiye’deki Suriyeliler, Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu ve Geçici Koruma Yönetmeliği ile geçici koruma altına alınmışlar ve bu kapsamda eğitim, sağlık, iş gücüne erişim, sosyal yardımlar gibi konularda kamusal hizmetlere erişimleri sağlanmıştır. Nitekim, Suriyelilerin göçü kamu politikalarının birçok alanını etkilemiştir. Bu göç dalgası ile gerçekleşen ani nüfus artışı, ülke geneline yayılmaları ve sürecin uzamasıyla, kamuda hizmet sunum kalite ve kapasiteleri etkilenmiş, kamusal hizmetlere ilişkin olarak kapsamlı politikalara olan ihtiyaç belirginleşmiştir. Suriyelilerin zorunlu göçünün kamusal hizmetlere olan etkilerinin kamu politikaları açısından değerlendirilmesi önemli çalışma alanlarından biri haline gelmiştir. Buradan hareketle geçici koruma altına alınan Suriyelilere sunulan sağlık hizmetlerinin kamu politikası analizi bağlamında incelenmesi çalışmanın temel amacını oluşturmaktadır. Analiz yapılırken kamu politikası analiz türlerinden süreç modeli esas alınmıştır.*

**Anahtar Kelimeler:** Suriyeliler, Geçici Koruma, Sağlık Hizmetleri, Kamu Politika Analizi, Süreç Modeli

\* Yüksek Lisans öğrencisi, Sakarya Üniversitesi, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Kamu Yönetimi Bölümü, e-posta: nagihan.onder@goc.gov.tr

# The Analysis of Health Policies to Syrians Being Protected Temporarily in Turkey

Nagihan ÖNDER\*

## Abstract

*Because of the civil war that started in 2011, many people have been displaced and there have been migrations to the countries in the region. Open door policy implemented by Turkey and Syria, because it has been one of the countries affected by this migration. Syrians in Turkey, Foreigners and International Protection Act and the Temporary Protection Directive was taken under temporary protection and education, health, access to the labor force, public access to services in areas such as social assistance are provided. The migrated Syrians has affected many areas of public policy. The increase in population through the migration wave, its spread throughout the country and the prolongation of the process affected the quality and capacity of service provision in the public sector and the need for comprehensive policies on public services became clear. Evaluating the effects of migration of Syrians on public services has been an important field of study in terms of public policies. The analysis of the health services provided to the Syrians under temporary protection in the context of public policy analysis is the basis of the study. While making the analysis, the process model of public policy analysis types was taken as the basis.*

**Keywords:** *Syrians, Temporary protection, Health Services, Public Policy Analysis, Process Modeling*

---

\*Graduate Student, Sakarya University, Graduate Department of Political Science and Public Administration, Public Administration Department, e-mail: nagihan.onder@goc.gov.tr

## **GİRİŞ**

Türkiye, 2011 yılında Suriye'den gerçekleşen yoğun göç dalgası ile bir taraftan savaş mağduru olan ciddi bir popülasyona ev sahipliği yapmak, diğer taraftan kamu kaynakları ve konforunu paylaşan ciddi bir nüfusa yönelik politika oluşturmak durumunda kalmıştır. Bu kişilerin Türkiye'ye göçleri; eğitim, sağlık, barınma, belediye hizmetleri, iş gücü, uyum/entegrasyon gibi birçok kamu politikası alanını ilgilendiren çalışmalar yapılmasını gerekli kılmıştır. Tarihindeki en büyük göç olayı olan bu kitlesel akın karşısında Türkiye, günün gerekleri ve ihtiyaçlarını karşılamak üzere yeni birtakım yasal düzenlemeler yapmıştır. Konuyla ilgili olarak 11 Nisan 2013 tarihinde Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu (YUKK) kabul edilmiş, bu kanuna dayanılarak 22 Ekim 2014 tarihinde Geçici Koruma Yönetmeliği (GKY) çıkarılmıştır. Suriyelilere yönelik kamu hizmetleri geçici koruma politikası çerçevesinde uygulanmıştır.

2011 yılında Türkiye'ye zorunlu kitlesel göçleri başlayan Suriyelilerin, sekiz yıl içinde bugün ulaştığı sayı; güvenlikten, kentsel alanların geleceğine, yerleştirme, konut, eğitim, sağlık, işgücüne katılma, dil sorunu, iletişim, barınma ve uyum politikaları gibi birçok noktada ciddi kamu politikalarının geliştirilmesine olan ihtiyacı gözler önüne sermiştir. Suriye'deki iç savaşın kısa sürede son bulmasıyla ülkelerine geri dönecekleri varsayılan Suriyelilerin, ülkedeki varlıklarının devam etmesiyle geline nokta, kamusal hizmet maliyetlerini uzun vadede artırmış ve geçicilikten ziyade süreklilik arzeden bir duruma doğru değişim göstermiştir.

Kamu düzeni ve kamu sağlığını yakından ilgilendiren göç dalgasıyla birlikte sağlık alanında da bir takım politikaların yapılması ve uygulanması elzem olmuştur. Yönetmelikteki temel düzenleme alanlarından biri olan sağlık hizmetleri aynı zamanda temel bir insan hakkı olarak insanların hayatlarını sağlıklı bir şekilde devam ettirebilmesinin en temel koşuludur. Sağlık hizmetleri, geçici koruma politikası çerçevesinde uygulanan açık kapı politikası ile sınırdan ilk geçişlerde sağlık kontrolleri ile başlamıştır. Suriyelilerin Türkiye'ye zor koşullar altında gelmeleri, kamplarda veya kamp dışında kalabalık gruplar halinde yaşamaları, barınma ve geçinme olanakları sağlık durumlarını etkileyen unsurlardandır. Diğer taraftan temel

ihtiyaçlardan biri olan sağlık hizmetleri Suriyelilerin hem yerleştirildikleri geçici barınma merkezlerinde hem de ülke genelinde tüm illere yayılmaları sağlık hizmetlerinin sunum kapasitesini ciddi biçimde etkilemiştir. Bu kişilerin kültürel farklılıkları ve dil bariyerinin varlığı, sağlık politikalarında göz önünde bulundurulması gereken bir diğer boyuttur. Nitekim tüm bu sebeplere bağlı olarak ve sürecin sekiz yıllık bir döneme yayılmasıyla Suriyelilere yönelik, acil durum politikası çerçevesinde sunulan sağlık hizmetlerinin kapsam ve içeriğinin değiştiği görülmüştür. Sağlık politikalarının çok boyutlu yapısıyla zaman içinde kapsamı genişletilmiştir.

Göç ve sağlık birbirini etkileyen unsurlardır. Bu kapsamda, geçici korunan Suriyelilerin kamplar dışında tüm illere yayılması ve bu kişilerin sayıca çok olması sağlık hizmetlerinin sunum kapasitesini etkiler. Bu statüde hizmet alan aktörler olarak Suriyeliler, bilgi yetersizliği ve dil engelinden kaynaklı sorunlar yaşarlar. Bu temel varsayımlardan hareketle Türkiye’de geçici korunan Suriyelilere yönelik uygulanan sağlık hizmetlerinin kamu politikası analizi bağlamında incelenmesi bu çalışmanın temel amacını oluşturmaktadır. Politikanın analiz edilmesinde kamu politikası analiz yöntemlerinden süreç modeli esas alınmıştır. Politikaların açıklanmasında, genel bir tasvirinin yapılmasına olanak tanınması sebebiyle tercih edilen süreç modeli ile sağlık politikaları evrelerine ayrılarak; politikanın gündeme gelme aşaması, politikanın oluşturulması, politikanın yasallaştırılması, politikanın uygulanması, politikanın değerlendirilmesi aşamalarıyla incelenmiştir. Nitekim sağlık politikalarının gelişimi bir süreç olarak incelenmiş ve kamu politikası önerileri geliştirilmeye çalışılmıştır. Analiz yapılırken amaca uygun olarak literatür taraması yapılmış, bilimsel ve teknik yayınlar, resmi gazete ve internet kaynakları ile yasal mevzuat incelenmiştir. Geçici korunan Suriyelilere yönelik sunulan sağlık hizmetleriyle ilgili olarak Göç İdaresi Genel Müdürlüğü (GİGM)’nden elde edilen nicel veriler kullanılmıştır. Nicel verilerin elde edilmesi ve çalışmada kullanılabilmesi amacıyla kurum yetkilileriyle görüşmeler yapılarak, yazışmalar yürütülmüş ve gerekli resmi izinler alınmıştır.<sup>1</sup>

Literatür tarandığında, kamu yönetimi anabilim dalında ve kamu politikası analizi bağlamında geçici korunanlara yönelik sağlık hizmetle-

<sup>1</sup> Bu veriler metin içinde kullanılırken kısaca GİGM şeklinde atıf yapılmıştır.

rinin ele alındığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Konu ile ilgili birçok çalışma ve alan araştırması olmasına rağmen spesifik olarak sağlık alanına ilişkin az çalışma olduğu görülmüştür.<sup>2</sup> Bu kapsamda AFAD tarafından belli aralıklarla yayınlanan ve saha araştırmalarını içeren raporlarda, sağlık hizmetlerine yönelik olarak sadece Suriyelilerle yapılan anket sonuçlarındaki memnuniyet düzeylerine ve 2013 yılındaki bir raporda da sağlık hizmetlerinin maliyetlerine yer verilmiştir.<sup>3</sup> Uslu'nun editörlüğünde çıkarılan *Göç ve Sağlık temalı Sağlık Politikaları 1* kitabında, göç ve sağlık alanına ilişkin birçok makale yer almakta olup, kitaplardaki makalelerin her biri göç ve sağlık alanına ilişkin farklı bir temayı işlemiştir. Bunlar arasında Suriyelilere yönelik sağlık politikalarını konu alan çalışmaların her birinin konunun belli bir yönünü ele aldığı ve kapsamının dar tutulduğu görülmüştür. Çallı tarafından ele alınan "Türkiye'de Mülteci ve Sığınmacıların Sağlık Hakkı" başlıklı makalede ise, sağlık konusu hak bağlamında ele alınarak, mevcut yasal düzenlemeler üzerinden incelenmiş; inceleme sadece geçici koruma altındaki Suriyeliler özelinde değil, Türkiye'de uluslararası koruma statüsünde bulunan yabancılar için yapılmıştır. Gültaç ve Balçık'ın "Suriyeli Sığınmacılara Yönelik Sağlık Politikaları" isimli çalışmasında, Suriyelilere sunulan sağlık hizmetlerine yönelik yapılan hukuki düzenlemeler ile mevcut duruma ilişkin genel bilgilerin ardından, Suriye'ye komşu olan Irak, Mısır, Ürdün ve Lübnan gibi ülkelere sığınan Suriyelilere yönelik sağlık hizmetlerinin karşılaştırması yapılmıştır. Ergin'in editörlüğünde hazırlanan, Suriyelilerin göçü ve sağlık konusunda birçok makalenin bir araya gelmesiyle derlenen *Savaş, Göç ve Sağlık* kitabında ise, sağlığı etkileyen unsurlar ile yaşanan sağlık problemleri ve önerilere kapsamlı olarak yer verilmiştir. Soysal ve Yağar'ın "Suriyeli Sığınmacılar Konusunda Türkiye'nin Sağlık Hizmetleri Yönetimindeki Etkinliğinin Değerlendirilmesi"

2 Yeter Demir Uslu (Ed.), *Göç ve Sağlık-Sağlık Politikaları 1*, 1. Baskı, İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi, Ağustos 2018; Işıl Ergin (Ed.), *Savaş, Göç ve Sağlık*, 1. Baskı, Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Şubat 2016; Aysin Sinem Gültaç ve Pınar Yalçın Balçık, "Suriyeli Sığınmacılara Yönelik Sağlık Politikaları", *Sakarya Tıp Dergisi*, Cilt. 8, Sayı. 2, 2018, <http://dergipark.gov.tr/smj/issue/38004/394732>, Erişim Tarihi: 7 Mart 2019; Melike Çallı, "Türkiye'de Mülteci ve Sığınmacıların Sağlık Hakkı", *İş ve Hayat Dergisi*, Cilt. 2, Sayı. 3, 2016, <http://dergipark.gov.tr/isvehayat/issue/32392/371074>, Erişim Tarihi: 11 Mart 2019; Abdullah Soysal ve Fedayi Yağar, "Suriyeli Sığınmacılar Konusunda Türkiye'nin Sağlık Hizmetleri Yönetimindeki Etkinliğinin Değerlendirilmesi", *II. Ortadoğu Konferansları: Ortadoğu'daki Çatışmalar Bağlamında Göç Sorunu*, Kilis, Kilis 7 Aralık Üniversitesi, 28-29 Nisan 2016, s. 441-452.

3 İncelenen söz konusu AFAD raporlarına Kaynakça kısmından bakılabilir.

başlıklı çalışmasında ise, diğer çalışmalara benzer şekilde bu konudaki yasal düzenlemelere, mevcut durum değerlendirmesi ve sağlıkla ilgili tespitlerin ardından çeşitli önerilere yer verilmiştir.

Özellikle son üç çalışma, bu çalışmanın konusuyla daha çok ilgilidir. Bahsi geçen çalışmalardaki tespitlere katılmakla birlikte, bu çalışmalarda genellikle alana yönelik yasal düzenlemeler, ardından mevcut duruma ilişkin tespitler ve öneriler verilmiştir. Bu çalışma diğerlerinden, kullanılan yöntem, verilerin kapsamı ve güncelliği ile getirilen politika önerileri açısından farklılık göstermektedir. Bahsi geçen çalışmalarla benzer olarak, problemlerin tespiti ve bunlara ilişkin hukuki dokümanların yanında; özellikle politikaların oluşturulması (formülasyonu), koordinasyonu, uygulanması ve değerlendirilmesi aşamaları süreç modeline uygun olarak ayrıntılı bir şekilde ele alınmıştır. Bu kapsamda kamu hizmetlerinin analizi ve durum tespitlerinin yapılmasının, önümüzdeki dönemde politika yapıcı ve uygulayıcılara önemli bir perspektif sunacağı değerlendirilmektedir. Bu çalışma ile sağlık politikalarının süreç içindeki seyri verilerek, politika yapıcı ve uygulayıcılara bir perspektif sunması, bu yönüyle alana katkı sunması beklenmektedir.

## **KAMU POLİTİKASI VE KAMU POLİTİKASI ALANI OLARAK GÖÇ**

Kamu politikaları, ülkede yaşayanların istek ve ihtiyaçlarına cevap vermek üzere formüle edilen kurallar bütünüdür. Bu istek ve ihtiyaçların belirlenmesi, gündeme gelmesi, formüle edilmesi, uygulanması aşamaları çok yönlü, çok aktörlü ve dinamik bir yapıya işaret eder. Çok temel olarak ise kamu politikalarının asıl amacı toplumsal sorunlara çözüm üretmektir (Yıldız ve Sobacı, 2013: 17).

Literatürde kamu politikasına ilişkin genel geçer standart bir tanımın olmadığı görülmekle birlikte Dye’in tanımı yaygın olarak kullanılmıştır. Dye, kamu politikasını genel olarak, “hükümetin yapmayı ya da yapmamayı tercih ettiği şey” olarak tanımlamıştır (Thomas R. Dye, 1987’den aktaran Babaoğlu, 2017: 512). Bu tanımın kamu politikalarının çerçevesini çizmekte çok genel bir ifade olduğu gerekçesiyle eleştirildiği görülmekte olup, Anderson’a göre kamu politikası, “devlet organları ve

kamu görevlileri tarafından geliştirilen, belli bir konu veya problem ile ilgili olarak aktör veya aktörler tarafından izlenen amaçlı eylemler ya da eylemsizlikler dizisidir” (James Anderson, 2010’dan aktaran, Örselli ve Babahanoğlu, Nisan 2016: 2064.). Gül, kamu politikasını şu şekilde tanımlamıştır:

Genel olarak, meşru bir toplumsal sorunu ve/veya ihtiyacı gündeme getirerek, çözüm seçeneklerini ve en uygun seçimi (politikayı ya da programı) ortaya koyma ve bu sorunu çözme ya da ihtiyacı giderme yönünde kamusal aktörlerin ya da onların denetimi ya da gözetimi altındaki diğer aktörlerin planlı kararlarını ve eylemlerini içerir (Gül, 2015: 8).

Usta, kamu politikasını “yaşanan toplumsal sorunlarla ilişkili olarak hükümet tarafından alınan kararlara rehber niteliğindeki ölçüt, değer ve genel ilkelerdir” (Usta, 2013: 78) şeklinde tanımlamış, Işıkcı ise “siyasi iktidarlara, birçok politik alanda yüz yüze geldikleri sorunları gidermeye yönelik kararlar almada değişik bilim dallarından gelen verilerle beslenen, bilimsel bilgilere dayalı ve rasyonel bir yol haritası sunar” (Işıkcı, 2017: 29) şeklinde değerlendirmiştir.

Dünyada çeşitli göç araştırmaları merkezleri ve enstitülerinde, göç ve mülteci konusunda sosyoloji, antropoloji, hukuk, ekonomi, iş göçü, siyaset bilimi, sosyal politikalar, uluslararası ilişkiler, uluslararası insan hakları, mülteci yasası, halk sağlığı gibi alanlarda uzman ve akademisyenler tarafından araştırmalar gerçekleştirilmekte olup, zorunlu göç ve mülteciler konusu bölgesel ve küresel sebep ve sonuçları da olan disiplinler arası çalışmaların yapıldığı bir alandır (Ekşi, 2015: 134). Göç olgusunun dinamik ve çeşitli yapısı göçü, ülkelerin iç işleyişinde de günlük hayatın her alanıyla doğrudan ilgili olan kamu politikalarının konularından biri haline getirmektedir (Örselli ve Babahanoğlu, Nisan 2016: 2064). Göç; iç ve dış göç, gönüllü ve zorunlu göç, bireysel veya kitlesel göç, düzenli veya düzensiz göç, sürekli veya geçici göç, transit göç gibi türleriyle, kaynak, hedef ve transit ülkelerdeki etkilerine göre kamu politikalarını yakından ilgilendirmektedir (Taş, vd., 2017: 1371-1372). Türüne ve etki alanına göre güvenlik, barınma, sağlık, eğitim, iş gücüne erişim, iletişim, ulaşım, kültür ve diğer birçok alandaki kamu politikalarına etki eden göç bu yönüyle, disiplinler arası bir kamu politikası alanıdır.

Diğer taraftan göç konusunda ülkeler, uluslararası ilişkileri -ülkeler arasındaki ikili ilişkiler- ve kendi iç dinamiklerini göz önünde bulundurarak göç politikalarını belirlemektedirler. Nitekim varılan ülkede, bireylerin yasal statü ve tanımlanmaları göç yönetimi konusunda alt politika alanlarını gerekli kılmaktadır. “Göç yönetimi, göçe ilişkin kilit konuları ele alacak politikaların, yasal ve idari düzenlemelerin geliştirilmesine yönelik planlı bir yaklaşım anlamına gelmektedir” (Uluslararası Göç Örgütü: 36). Ülkeler arasında yabancıların statülerine yönelik süre şartları, ülkeye kabulleri, yasal statülerin kazanılmasında belirlenen temel kriterler gibi farklı uygulamalar söz konusu olmakla birlikte, ülkelerin göç politikaları temel olarak düzenli göç, düzensiz göç ve uluslararası koruma rejimi olmak üzere üç temel alanda şekillenmektedir. Buna göre göç yönetiminde, düzenli göç alanında yabancıların ülkeye giriş çıkışları, yasal giriş çıkışlarda temel prensiplerin belirlenmesi ve vize politikaları ile yabancıların ülkede kalışlarını düzenleyen kriterler ve ikamet politikaları; vatansız kişilere yönelik temel düzenleme ve politikalar; düzensiz göç alanındaki tedbirler, sınır kontrolleri ve sınır yönetimi, sınırdışı etme politikaları; uluslararası koruma rejimine yönelik alt politikalar (özel politika alanları) belirlenmektedir.

Göç, ülkelerin geleceği açısından çok yönlü, karmaşık ve dinamik yapısıyla iyi yönetilmesi gereken bir olgu ve süreç olup, ülkeler göç yönetimi ve politikalarını oluştururken geçmiş dönemlerde karşı karşıya kaldıkları göç tecrübelerini temel almaktadırlar (Örselli ve Babahanoğlu, Nisan 2016: 2064). Türkiye’de ise göç yönetiminin, kamu politika geliştirme süreçleri bağlamında ele alınması özellikle son on yılda başlamıştır (Erdoğan, vd., 2013: 426). Bu durumda Türkiye’nin artan çeşitlilikteki göç deneyimleri etkili olmuştur.

1980’li yıllarda çevre ülkelerdeki siyasi karışıklıklar ve ekonomik gelişmelere bağlı olarak Türkiye, göç alan ve transit ülke olarak yoğun bir şekilde yabancılara ev sahipliği yapmaya başlamıştır (İçduygu, vd., 2014: 24). Türkiye’nin Asya, Avrupa ve Afrika arasındaki köprü niteliğindeki konumu; küreselleşme ile hızlı ulaşım ve iletişim ağlarının yaygınlaşmasıyla insanların daha iyi yaşam koşulları arayışına girmesi ve uluslararası göç kanallarının gelişmesi; uygulanan liberal politikalarla çekim merkezi



haline gelmesi; çevre ülkelerdeki siyasi istikrarsızlıklar ve ekonomik zorluklar gibi sebeplerle bu coğrafyalardan ülkeye yönelen göçler ile ülkedeki yabancı sayısı ve çeşitliliği artmıştır (İçduygu, 2014: 223). İçduygu'nun ifadesiyle "1980 yılından bu yana Türkiye beklenmeyen şekilde Türk ve Müslüman olmayan göçmenlerin de geldiği de facto bir göç ülkesi olmuştur" (İçduygu, vd., 2014: 321). Göç eden bu kişiler oldukça heterojen bir görünümde olup, düzensiz göçmenler, profesyoneller, dönemsel ya da kalıcı olarak gelen işçiler, eğitim amaçlı gelen öğrenciler, yerleşmek amacıyla gelen emekliler, sığınmacılar ve mülteciler gibi pek çok gruptan oluşmaktadır (Erdoğan, vd., 2013: 444). Bu yıllarda hedefi özellikle Batı Avrupa'ya gitmek olan ve "Avrupa Kalesine" giremeyen yabancılar, Türkiye'yi transit geçiş alanı şeklinde kullanarak Türkiye'de yığılmaya başlamış ve bu durum ülkedeki düzensiz göçü artırmış; diğer taraftan bölge ülkelerde yaşanan iç karışıklıklar sebebiyle -1980 yılında İslam Devrimi'nden sonra İran'dan, 1988'de Halepçe Katliamı sebebiyle Irak'tan, 1992-2001 yıllarında Eski Yugoslavya'dan ve 2001'de Amerika Birleşik Devletleri'nin (ABD) ülkeye müdahalesiyle Afganistan'dan gerçekleşen göçlerle- kitlesel akın deneyimleri yaşanmış, mülteci ve sığınmacı sayılarında artış olmuştur. (Danış ve Parla, 2009: 141).

Kirişçi ve Karaca da, Türkiye'ye kitlesel akınları inceledikleri çalışmalarında, 1989'da Bulgaristan'da rejim değişikliğinden önce Türk ve Pomak kökenli 300 binden fazla kişinin Türkiye'ye göçe zorlanmasının ardından, bunu 1991'de Irak'tan Saddam Hüseyin ve ordusundan kaçarak Türkiye'ye geçmeye çalışan çoğunluğu Kürt, yaklaşık yarım milyon Iraklı'nın kitlesel sığınmasının takip ettiğini belirtmişlerdir (Kirişçi ve Karaca, 2015: 297). 2011 yılının Mart ayında Suriye'deki olaylar sebebiyle Suriye'den Türkiye'ye başlayan kitlesel akın deneyimi Türkiye'de halihazırda devam etmektedir.

## **SURİYE KRİZİ VE SURİYELİLERİN TÜRKİYE'YE KİTLESEL ZORUNLU GÖÇÜ**

Tunus'ta 2010 yılında **üniversite mezunu bir gencin, satış yaptığı** tezgahına **görevliler** tarafından el koyulmasıyla kendini valilik önünde yakarak öldürmesi üzerine ülkede çeşitli protestolar yaşanmış ve Tunus'taki bu hareket, Ortadoğu coğrafyasında yaşanan ekonomik istikrarsızlıklar, işsizlik,

gıda enflasyonu, süregelen otoriter rejimlerin halk üzerinde kurduğu baskı ve halkın demokratik yönetim talepleri ile kısa sürede diğer Arap ülkelerine de sıçramıştır (Koyuncu, 2014: 17). Devlet yönetimlerinin halka karşı aşırı güç kullanmalarıyla protestolar zamanla iç savaşa dönüşmüştür (Topal, 2015: 5). Dünyada Arap Baharı olarak isimlendirilen halk hareketleri her ülkede farklı sonuçlar doğursa da nihayetinde, Tunus, Mısır, Libya ve Yemen gibi ülkelerde iktidarlar el değiştirmiştir (Duruel, 2017: 15-16).

Suriye de Arap Baharı sürecinden etkilenmiştir. 2011 yılının Mart ayında Dera kentinde protestolarla başlayan süreç, rejimin halka karşı silah kullanması, çok sayıda sivilin tutuklanması ve hayatını kaybetmesiyle bir iç savaşa dönüşmüştür (Duruel, 2017: 17). Ülke içindeki etnisite farklılıkları, mezhepsel bölünmüşlük, bölgedeki egemen güçlerin farklı çıkarları, bazı devletlerin rejim yanlısı, bazı devletlerinse rejim karşıtı destekleriyle ülkede birçok cephe ve grubun karşı karşıya gelmesiyle iç savaş derin bir krizle sonuçlanmış ve ülke siviller için yaşanmaz hale gelmiştir (Koyuncu, 2014: 18-19). Nitekim bölge ülkeler başta olmak üzere dünyanın çeşitli yerlerine zorunlu kitlesel akınlar başlamıştır. Savaş öncesinde 22 milyon olan ülke nüfusunda, 400 binden fazla insanın hayatını kaybetmiş olduğu tahmin edilmektedir (BBC News, 2018). Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (BMMYK) verilerine göre, 5 milyondan fazla insan sığınma amacıyla başka ülkelere dağılmış; 6,6 milyon insan ülke içinde yerinden edilmiş; 13,1 milyon insanın ülke içinde yardıma ihtiyacı var ve 2,98 milyon insan da ulaşması zor ya da kuşatılmış yerlerde hayatlarını sürdürmektedir (BMMYK, Suriye Acil Durumu, 2019).

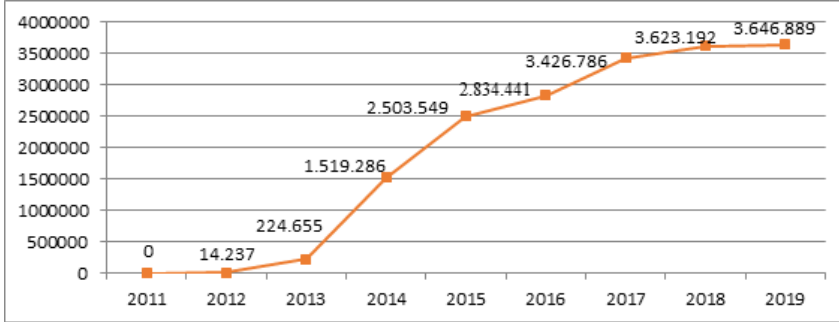
**Tablo 1:** Suriyelilerin Ülkelere Göre Dağılımı

| Ülke                 | Suriyeli Sayısı |
|----------------------|-----------------|
| Türkiye              | 3.636.617       |
| Lübnan               | 948.849         |
| Ürdün                | 671.551         |
| Irak                 | 252.526         |
| Mısır                | 132.871         |
| Diğer (Kuzey Afrika) | 35.713          |

**Kaynak:** BMMYK, Suriye Acil Durumu, (<https://www.unhcr.org/tr/suriye-acil-durumu>, 2018), Erişim Tarihi: 2 Şubat 2019.

Türkiye, bu gelişmelerden en çok etkilenen ve en fazla Suriyeliye ev sahipliği yapan ülke olmuştur. Türk hükümeti ilk etapta krizin kısa sürede son bulacağını ve gelenlerin de ülkelerine geri döneceklerini öngörmüştür (Duruel, 2017: 18). Ancak iç savaş beklenildiği gibi sonuçlanmamış, ülkeye gelmeye devam edenler için Ekim 2011’de açık kapı politikası ilan edilmiştir (Kirişçi, 2014: 11). Sekiz yıldır devam etmekte olan savaşta, Türkiye’ye sığınanların sayısı, iç savaşa dahil olan radikal gruplar, şiddetin artması, kaosun bitmemesi ve derinliğinin artmasıyla çok büyük bir hızla artmıştır.

**Grafik 1: Yıllara Göre Türkiye’deki Suriyelilerin Sayısı**  
(14.03.2019 itibarıyla)



**Kaynak:** T.C. İçişleri Bakanlığı, Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, Geçici Koruma İstatistikleri, [http://www.goc.gov.tr/icerik6/gecici-koruma\\_363\\_378\\_4713\\_icerik](http://www.goc.gov.tr/icerik6/gecici-koruma_363_378_4713_icerik), Erişim Tarihi: 20 Mart 2019.

Kirişçi, Türkiye’nin bu deneyiminin diğer kitlesel akın tecrübelerine göre üç açıdan ayrıldığını belirtmiştir. Buna göre öncelikle sayıları hızla artan Suriyelilerin Türkiye tarihindeki diğer hiçbir kitlesel akına benzediğini, ikinci olarak Türkiye’nin Avrupa dışından gelen bu kadar fazla sayıdaki insana yönelik açık kapı politikası uygulamasının geçmişteki uygulamalardan önemli bir farklılık arzettiğini ve son olarak da bu kitlesel akının hem bireysel hem de kitlesel sığınmalara cevap veren yeni göç yasasının uygulanmasından sorumlu olacak GİGM’in kuruluş dönemiyle aynı döneme denk geldiğini ifade etmiştir (Kirişçi, 2014: 14).

Yine Kirişçi ve Karaca, Suriyelilerin toplu göçünün önceki örneklerinden ayrılan üç farklı yönüne daha işaret etmişlerdir. 1989’da Bulgaristan Türklerinin, 1991’de Kuzey Iraklı Kürtlerin kitlesel sığınmasından farklı olarak Suriyelilerin göçünün daha geniş bir zamana yayıldığını, Türkiye’nin dış siyasetteki gelişmelere bağlı olarak istemeden de olsa bu

krizde çatışmalardaki taraflardan biri haline geldiğini ve son olarak bu defa etnisite üzerinden değil dini kimlik üzerinden kabul gören bu kişilerin Türkiye’de kısa süre konaklayıp ülkelerine geri dönecekleri beklentisinin olduğunu ifade etmişlerdir (Kirişçi ve Karaca, 2015: 306-308).

## **KAMU POLİTİKASI ANALİZİ VE KAMU POLİTİKASI ANALİZİ TÜRÜ OLARAK SÜREÇ MODELİ**

Kamu politikası analizi temel olarak, uygulanan politikaların fayda, maliyet veya zararlarını tespit etmek amacıyla masaya yatırılması olarak ifade edilebilir. Yıldız ve Sobacı kamu politikası analizinin genel kabul gören bir tanımı olmadığını ifade ederek, özel sorunlardan ziyade kamusal sorunlarla ilgilendiğini ve başta kamu yönetimi olmak üzere diğer birçok disiplinden faydalanarak kamusal sorunların tespiti ve çözümü için bir araştırma ve uygulama alanı olduğunu açıklamışlardır (Yıldız ve Sobacı, 2013: 26-27). Michael E. Craft ve Scott R. Furlong’a göre kamu politikası analizi,

“kamu politikasına konu olan sorun ve ihtiyaçların nedenlerini ve etkilerini ortaya çıkarmak, bu sorunların çözülmesi ve ihtiyaçların giderilmesi için alternatifleri belirlemek ve değerlendirmek, kabul edilip uygulanan politikaları ve etkilerini saptamak ve çözümlenmek için gerekli verileri toplamayı, işlemeyi, değerlendirmeyi ve yorumlamayı içerir” (Michael E. Craft ve Scott R. Furlong, 2013’ten aktaran Gül, 2015: 8).

Gül kamu politikası analizinin, “kamu politikası uygulamasını, uygulamanın sonuçlarını ve hedef kitle üzerindeki etkilerini” (Gül, 2015: 10) konu aldığını, Usta da “kamusal eylemleri anlamak ve incelemeye yönelik bir yöntem” (Usta, 2013: 85) olduğunu açıklamıştır. Dye da daha öz bir ifadeyle genel olarak kamu politikası analizini “politikayı tasvir ve analiz etmek ve açıklamak çabası” şeklinde tanımlamıştır (Thomas R. Dye, 1987’den aktaran Babaoğlu, 2017: 519).

Tüm bu çaba ve amaçlara uygun olarak kamu politikası analizlerini değerlendirme ve analiz etme yöntemleri de zaman içinde çeşitlenmiş ve sayıları artmıştır (Babaoğlu, 2017: 519). Kamu politikası analizi yöntemlerinden biri de süreç modelidir. Aşamacı model olarak da tanımlanan süreç modeli, alanda en çok kabul gören ve kamu politikalarının süreç olarak incelenmesini sağlayan bir analiz türüdür (Babaoğlu, 2017: 526). Politika analizinde süreç modeli ile politikanın gündeme gelmesinden uygulanma-

sına kadar her kademe sistematik olarak ele alınır (Gül, 2015: 25). Politika sürecini ilk defa işlem basamaklarına ayırarak inceleyen Harold D. Lasswell bu süreçle ilgili bilgi toplama aşaması, tavsiye aşaması, kanunlaştırma aşaması, çağrı aşaması, uygulama aşaması, değerlendirme aşaması ve sonlandırma aşaması olmak üzere yedi karar aşaması belirlemiştir (Harold D. Lasswell, 1963'ten aktaran Kayıkçı, 2013: 63-64). Yıldız ve Sobacı kamu politikası sürecinin gündem oluşturma, politikanın oluşturulması, uygulama ve değerlendirme olmak üzere dört temel aşamadan oluştuğunu ifade etmektedir (Yıldız ve Sobacı, 2013: 24-25). Diğer taraftan kamu politikası analizine çalışan birçok akademisyen kamu politikası sürecini farklı aşamalara bölerek, süreç modelinde farklı çerçeveler oluşturmuştur. H. Simon politika sürecini düşünme, kurgulama ve karar aşamalarına bölerken; J. E. Anderson, problem tanımlama, gündeme alma, kurgulama, uyarılma, uygulama, değerlendirme; R. B. Ripley de gündeme alma, kurgulama ve hedeflerin ve programların yasal düzenlemeleri, programın uygulanması, uygulamanın değerlendirilmesi, performans ve etki değerlendirmeleri, gelecek politika ve programlara yönelik kararlar şeklinde bir çerçeve belirlemiştir (H. Simon, 1947; J. E. Anderson, 1975; R. B. Ripley, 1985'ten aktaran Babaoğlu, 2017: 527). Dye ise politika analizinde süreç modelinin, politika sürecini problem tanımlama, gündem oluşturma, formülasyon, yasallaştırma, uygulama ve değerlendirme aşamalarından oluşan bir siyasal faaliyetler serisi olduğunu ifade etmiştir (Thomas R. Dye, 2011'den aktaran Kayıkçı, 2013: 63). Kayıkçı da Dye'in tanımına benzer şekilde, günümüzde bu modelin problemi tanımlama ve gündem oluşturma, politika formülasyonu, yasallaştırma, uygulama ve değerlendirme aşamaları incelenerek bir politika sürecinin kronolojisini çıkarmada kullanılan geleneksel bir yol haline geldiğini ifade etmiştir (Kayıkçı, 2013: 64).

Model 1960 ve 70'li yıllarda politika sürecinin her aşamasını sistematik olarak inceleme fırsatı sunmuş, 1980'li yıllardan itibaren ise politika sürecinin kesin çizgilerle birbirinden ayıramayacağı gibi sebeplerle eleştirildiği görülmüştür (Kayıkçı, 2013: 63-64). Ancak süreç modeli politika analizinde, karmaşık politika sürecinin her aşamasını ayrı bir biçimde ortaya koyarak, politikayı inceleyen kişiye basit bir analiz çerçevesi sunmaktadır (Usta, 2013: 86-88). Yine bu model, politika sürecinin aktörleri ve sonuçlarının kronolojik bir biçimde ele alınmasıyla politikanın en başın-

dan itibaren genel bir resminin ortaya koyulmasına yardımcı olarak avantaj sağlayan bir modeldir (Kayıkçı, 2013: 65). Çalışmada 2011 yılından itibaren Türkiye’ye gelerek kamu politikalarına konu olan Suriyelilere yönelik oluşturulan sağlık politikalarının analizinde de bu model esas alınmıştır.

## **SURİYELİLERE YÖNELİK SAĞLIK POLİTİKALARININ SÜREÇ MODELİ İLE ANALİZİ**

Kamu politikaları aşamalarının birbirinden çok net hatlarla ayrılması mümkün olmamakla birlikte, analiz yapabilmek amacıyla belli inceleme evrelerine ayırmak gerekli olmaktadır (Kayıkçı, 2013: 71). Suriyelilere sunulan sağlık hizmetleri, politikanın anlaşılmasını kolaylaştıran bir avantaj sağlaması sebebiyle tercih edilen süreç modeline uygun olarak gündeme gelme aşaması, politika oluşturma aşaması, politika yasallaştırma aşaması, politikayı uygulama aşaması ve politikanın değerlendirilmesi aşamalarıyla bu başlık altında incelenecektir.

### **Gündeme Gelme Aşaması**

Kamu politikalarında gündem aşaması bir kamusal problemin tanımlanması ve bu problemin çözümü için yetkililerin gündemine girme aşamasını oluşturmaktadır (Kayıkçı, 2013: 72). Bu sorunlara ilişkin politika belirlenmesi hükümetin o sorunları kabul etmesi ve gündemine almasıyla başlar (Yıldız ve Sobacı, 2013: 24). Bu aşamada problemin nasıl gündeme geldiği, probleme konu olan aktörlerin politikadan nasıl etkilendikleri gibi temel sorulara cevap aranmaktadır (Işıkçı, 2017: 30). Nitekim bu aşamanın net olarak ortaya koyulmasıyla politika sürecindeki diğer aşamalar açıklanabilecektir.

2011 yılı itibarıyla Suriye’den Türkiye’ye yönelik gerçekleşen kitlesel zorunlu göç hareketi dış politika meselesinden ziyade bir iç mesele olarak da gündem haline gelmiş ve kamu politikalarına konu olmuştur. Bu kitlesel akınla gerçekleşen ani nüfus artışı eğitim, sağlık, iş gücüne erişim, konut sorunu, barınma, güvenlik gibi birden fazla politika alanını etkilemiştir. Erdoğan’a göre de Suriyeliler konusu Türkiye için günlük hayatın ve siyasetin bir parçası durumuna gelmiştir (Erdoğan, 2014’ten aktaran Bülül ve Kıyıklık, 2018: 12). Savaştan kaçan Suriyeliler, güvenlik, beslenme ve sağlık gibi temel ihtiyaçlarının arayışına girmiştir (Yıldız, 2018: 67). İlk

kez 29 Nisan 2011’de iç çatışmalardan kaçan 252 kişilik bir grup, Hatay ili Yayladağı ilçesi Cilvegözü sınır kapısından sığınmak üzere sınırlarımıza gelmiştir (Erdoğan, a, 2015: 317). Türkiye tarafından kabul edilen bu ilk sığınmacı grup, Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) tarafından oluşturulan misafirhanelere yerleştirilmiştir (Kirişçi, 2014: 21).

Sayılarının hızla artması üzerine AFAD tarafından geçici barınma merkezleri (GBM) (kamplar) oluşturulmuştur. İlk bir yıl içinde 8’i bulan GBM’lerin sayısı, zaman içinde 10 ile yayılarak 26’ya ulaşmıştır (AFAD, a, 2016: 12). Barınma merkezlerinde eğitim ve sosyal hizmetler gibi birçok hizmetin yanı sıra sürecin en başından itibaren sağlık hizmetleri de verilmiştir ve AFAD tarafından kampların içinde sahra hastaneleri kurulmuştur (AFAD, b, 2013: 52). Kamplara yerleştirilenlerin sayısının artması kampların kapasitelerini zorlamıştır. Türk, 2015 itibarıyla 25 bin kişilik kamplarda 35 bin kişinin barındığını ve yeterli kapasite olmadığı için çok sayıda kişinin kamplar dışında yaşamak zorunda kaldığını ifade etmiştir (Türk, 2016: 48). Kalabalık ve diğer sebeplerle kamplarda bulunanların kamp dışında yaşamayı tercih etmeleriyle illere dağılımları, sürecin uzamasıyla bazı kampların ekonomik ömrünü tamamlaması üzerine kampların sayısı tekrar 13’e düşmüştür.

**Tablo 2:** Geçici Korunan Suriyelilerin Geçici Barınma Merkezlerine Göre Dağılımı (14.03.2019 itibarıyla)

| İL                | GBM ADI     | GBM MEVCUDU | TOPLAM MEVCUT |
|-------------------|-------------|-------------|---------------|
| Şanlıurfa (3)     | Ceylanpınar | 16.864      | 42.399        |
|                   | Harran      | 9.824       |               |
|                   | Suruç       | 15.711      |               |
| Adana (1)         | Sarıçam     | 27.159      | 27.159        |
| Kilis (2)         | Öncüpınar   | 4.236       | 14.724        |
|                   | Elbeyli     | 10.488      |               |
| Kahramanmaraş (1) | Merkez      | 13.649      | 13.649        |
| Hatay (3)         | Altınözü    | 7.954       | 16.683        |
|                   | Yayladağı   | 4.340       |               |
|                   | Apaydın     | 4.389       |               |

|   |           |        |                  |
|---|-----------|--------|------------------|
| Osmaniye (1)                                  | Cevdetiye | 14.102 | 14.102           |
| Malatya (1)                                   | Beydağı   | 8.761  | 8.761            |
| Gaziantep (1)                                 | Nizip 2   | 3.659  | 3.659            |
| <b>TOPLAM</b>                                 |           |        | <b>141.136</b>   |
| <b>GBM Dışında Kalan Suriyelilerin Sayısı</b> |           |        | <b>3.505.753</b> |

[**Kaynak:** T.C. İçişleri Bakanlığı, Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, Geçici Koruma İstatistikleri, (<http://www.goc.gov.tr/>, 2019), Erişim Tarihi: 20 Mart 2019.]

Yukarıdaki tablodan da anlaşılacağı üzere Suriyelilerin %96’dan fazlası kamp dışında yaşamaktadır. Kamplarda eğitimden sağlık hizmetlerine, bulaşıkhaneye ve çamaşırhane gibi birçok sosyal hizmet verilmektedir (AFAD, a, 2016: 45). Ancak Suriyelilerin kamp dışındaki yaşamlarının daha zorlu koşullarda geçtiği söylenebilir. Kamp dışında kendi imkanlarıyla yaşayan Suriyeliler sağlıksız kiralık evlerde, odalarda, parklarda, dükkanlarda yaşamak durumunda kalmaktadırlar (Yıldız, 2018: 76). Elik, Suriyeliler için barınma sorununun ciddi bir problem alanı olduğunu ifade ederek, Suriyelilerin illerde yüksek kiralarla karşılaşmakta olduklarını, çoğu zaman bu kişilere evlerini kiralamak istemeyenlerin olmasıyla zorluk yaşadıklarını, İstanbul’da bir handa 500 ailenin çok ağır şartlar altında yaşadıklarını aktarmaktadır (Elik, 2016: 340-342). Türk çalışmasında, bir dernek yöneticisinin Suriyeli bir ailenin, ellerindeki tek kaşığı paylaşarak yemek yediklerini ve kendilerinden çatal kaşık yardımı istediklerini ifade ettiğini; Şanlıurfa’daki bir sendikanın yetkililerinin Suriyelilerin tarım arazilerinde çalışmak amacıyla kırsal alanlarda depo ve bağ evlerinde yaşadıklarını belirttiğini; bir STK raporunda da Kilis’te Suriyelilerin kiralık konut bulamadığı için terk edilmiş ve sahiplerince kullanılmayan boş ev ve iş yerlerinde basit tamiratlarla riskli yapılarda konakladıklarının ifade edildiğini aktarmıştır (Türk, 2016: 48). AFAD’ın 2013 yılında yayımladığı raporda da kamp dışındaki Suriyelilerin kalabalık koşullar altında yaşadıkları ifade edilerek, bu kişilerin %74’ünün ev ve apartman dairesinde yaşadıkları ancak geri kalanlarının ise harabe binalar, kamu binaları, çadır, geçici barınak/plastik koruma ya da sokak ve açık alanlarda yaşadıkları açıklanmıştır (AFAD, c, 2013: 35). Yine AFAD’ın 2017’deki raporunda verilen sonuçlara göre oranların aleyhte arttığı sonucuna ulaşılabılır. Buna göre kamp dışındaki Suriyelilerin %62,40’ı ev ve apartman dairesinde yaşarken, %31,50’si harabe binalarda yaşamakta, diğerleri de derme çatma



geçici barınaklarda, çadırda ve açık alanlarda yaşamaktadır (AFAD, d, 2017: 89). Nitekim sağlıksız koşullarda ve kalabalık yaşamları Suriyelilerin su ve temizlik maddelerine erişimlerini zorlaştırmakta ve bir hijyen sorunu ortaya çıkmaktadır. AFAD'ın 2017'deki raporunda kamp dışındaki kişiler su ve sabuna erişmekte zorluk yaşadıklarını ifade etmişlerdir (AFAD, d, 2017: 94).

AFAD tarafından yapılan araştırmalarda Suriyelilerin, ülkelerinden ayrılma sebeplerinden birinin de sağlık koşulları olması kayda değer bir husustur. Bu araştırmalara göre 2013 yılında kamplarda yaşayanların %6'sı ve kamp dışında yaşayanların %5'i Suriye'den ayrılma sebebi olarak sağlık nedenini göstermişler (AFAD, c, 2013: 22), 2017'de ise oran %2,20'ye düşse de Suriye'den sağlık sebebiyle ayrıldığını ifade edenlerin var olduğu görülmektedir (AFAD, d, 2017: 26). Bunda Suriye'deki sağlık sisteminin çökmüş olması, doktorlar ve hemşireler gibi sağlık alanında çalışanların bombalara maruz kalarak ölmeleri etkili olmuş, burada sağlık hizmeti alamamaları Suriyelilerin zor koşullardaki göç sürecini daha da ağırlaştırmıştır (Anlar, 2018: 69).

Sağlık alanındaki diğer bir husus ise bu hizmetlere erişimde yaşanan sıkıntılardır. Yabancılar göç ettikleri toplumlarda temel ihtiyaçlarını giderebilme ve kamusal hizmetlere erişimlerinde doğru bilgiye ulaşma konusunda sorun yaşayabilmektedirler (Bülbül ve Kıyıklık, 2018: 10). Bu sebeple Suriyelilere yönelik sağlık hizmetleri konusundaki bilgilendirme faaliyetleri de önem kazanan hususlardan olmuştur. Suriyelilerin ilk zamanlardaki kayıt sorunu, dil bilmemelerinden ya da nereye başvuracaklarını bilememelerinden kaynaklı engeller söz konusu olmuştur. GKY'ye göre sağlık hizmetlerinden faydalanmanın öncelikli koşulu kayıt olmaktır. Ancak Suriyelilerin krizin ilk zamanlarında sınırlardan yüksek sayıdaki girişleri ve illere plansız ve kontrolsüz dağılmaları kayıt sorununu gündeme getirmiştir. AFAD raporlarında kamp içinde yaşayanların sağlık hizmetlerine erişim oranı yüksekken, kamp dışında sağlık hizmetlerini kullanma oranının düşük olduğu ifade edilerek bu durum kamp dışındaki Suriyelilerin kayıt durumu ile ilişkilendirilmiştir (AFAD, e, 2014: 90; AFAD, d, 2017: 102). Ancak 2017 Ocak ayı itibarıyla GİGM tarafından BMMYK desteği ile başlatılan ve 2018 yılında son bulmakla birlikte Suriyelilerin

yoğun olduğu bazı illerde devam eden veri güncelleme projesi ile bu problemin ciddi oranda ortadan kalktığı düşünülmektedir (Erdoğan, b, 2018: 17). Yine AFAD raporlarında, Suriyeliler, sağlık hizmetlerinden faydalanmama sebeplerini ihtiyaç duymamaları, maddi yetersizlikleri, yararlanma haklarının olmadığı ve nereye gidileceğini bilmedikleri şeklinde ifade etmişlerdir. Şöyle ki 2014 ve 2017’deki AFAD raporlarında sağlık hizmetlerine ihtiyaç duymayanların oranının sırasıyla %56,7 ve %42 ile yüksek olduğu görülmektedir. Diğer taraftan nereye gideceğini bilemediklerini, bu haklarından haberdar olmadıklarını ve maddi yetersizlik yaşadığı gerekçesiyle sağlık hizmetlerine ulaşamadığını ifade edenlerin oranı da kayda değer rakamlardır. 2017 raporuna göre sırasıyla bu oranlar %29,40, %15 ve %13,60’tır.

**Tablo 3:** Geçici Koruma Kapsamındaki Suriyelilerin İllere Göre Dağılımı (Sayıları en çoktan en aza doğru-14.03.2019 itibarıyla)

| İL SIRA | İLLER         | KAYIT EDİLEN SURİYELİ | İL NÜFUSU       | KAYITLI SURİYELİ NÜFUSU İLE İL NÜFUSUNUN KARŞILAŞTIRILMA YÜZDESİ |
|---------|---------------|-----------------------|-----------------|--|
|         | TOPLAM        | 3.646.889             | 82.003.882 (TR) | 4,45%  |
| 1       | İstanbul      | 559.731               | 15.067.724      | 3,71%  |
| 2       | Şanlıurfa     | 451.501               | 2.035.809       | 22,18%   |
| 3       | Hatay         | 439.450               | 1.609.856       | 27,30%   |
| 4       | Gaziantep     | 428.748               | 2.028.563       | 21,14%   |
| 5       | Adana         | 237.830               | 2.220.125       | 10,71%   |
| 6       | Mersin        | 205.748               | 1.814.468       | 11,34%   |
| 7       | Bursa         | 170.016               | 2.994.521       | 5,68%  |
| 8       | İzmir         | 143.642               | 4.320.519       | 3,32%  |
| 9       | Kilis         | 117.235               | 142.541         | 82,25%   |
| 10      | Konya         | 106.485               | 2.205.609       | 4,83%  |
| 11      | Ankara        | 90.652                | 5.503.985       | 1,65%  |
| 12      | Mardin        | 89.341                | 829.195         | 10,77%   |
| 13      | Kahramanmaraş | 88.316                | 1.144.851       | 7,71%  |
| 14      | Kayseri       | 78.537                | 1.389.680       | 5,65%  |
| 15      | Kocaeli       | 55.714                | 1.906.391       | 2,92%  |

|    |            |        |           |       |
|----|------------|--------|-----------|-------|
| 16 | Osmaniye   | 48.926 | 534.415   | 9,16% |
| 17 | Diyarbakır | 33.834 | 1.732.396 | 1,95% |
| 18 | Malatya    | 29.673 | 797.036   | 3,72% |
| 19 | Adıyaman   | 24.761 | 624.513   | 3,96% |
| 20 | Batman     | 22.471 | 599.103   | 3,75% |
| 21 | Sakarya    | 15.904 | 1.010.700 | 1,57% |
| 22 | Şırnak     | 15.386 | 524.190   | 2,94% |
| 23 | Muğla      | 14.525 | 967.487   | 1,50% |
| 24 | Manisa     | 13.724 | 1.42.643  | 0,96% |
| 25 | Tekirdağ   | 13.659 | 1.029.927 | 1,33% |
| 26 | Elazığ     | 13.259 | 595.638   | 2,23% |
| 27 | Denizli    | 12.622 | 1.027.782 | 1,23% |
| 28 | Nevşehir   | 9722   | 298.339   | 3,26% |
| 29 | Burdur     | 8769   | 269.926   | 3,25% |
| 30 | Aydın      | 7.552  | 1.097.746 | 0,69% |
| 31 | Isparta    | 7.287  | 441.412   | 1,65% |
| 32 | Afyon      | 6.181  | 725.568   | 0,85% |
| 33 | Samsun     | 5.676  | 1.335.716 | 0,42% |
| 34 | Hakkari    | 5.396  | 286.470   | 1,88% |
| 35 | Çanakkale  | 5.140  | 540.662   | 0,95% |
| 36 | Eskişehir  | 4.525  | 871.187   | 0,52% |
| 37 | Niğde      | 4.484  | 364.707   | 1,23% |
| 38 | Balıkesir  | 4.386  | 1.226.575 | 0,36% |
| 39 | Yozgat     | 4.264  | 424.981   | 1,00% |
| 40 | Sivas      | 4.017  | 646.608   | 0,62% |
| 41 | Siirt      | 3.955  | 331.670   | 1,19% |
| 42 | Yalova     | 3.620  | 262.234   | 1,38% |
| 43 | Trabzon    | 3.097  | 807.903   | 0,38% |
| 44 | Aksaray    | 2.782  | 412.172   | 0,67% |
| 45 | Kırklareli | 2.739  | 360.860   | 0,76% |
| 46 | Çorum      | 2.584  | 536.483   | 0,48% |
| 47 | Uşak       | 2343   | 367.514   | 0,64% |
| 48 | Bolu       | 2.306  | 311.810   | 0,74% |
| 49 | Van        | 2.136  | 1.123.784 | 0,19% |
| 50 | Düzce      | 1.676  | 387.844   | 0,43% |
| 51 | Antalya    | 1.645  | 2.426.356 | 0,07% |

|    |           |       |         |       |
|----|-----------|-------|---------|-------|
| 52 | Kırıkkale | 1.492 | 286.602 | 0,52% |
| 53 | Muş       | 1.376 | 407.992 | 0,34% |
| 54 | Kırşehir  | 1.333 | 241.868 | 0,55% |
| 55 | Kastamonu | 1.315 | 383.373 | 0,34% |
| 56 | Erzurum   | 1.096 | 767.848 | 0,14% |
| 57 | Ağrı      | 1.038 | 539.657 | 0,19% |
| 58 | Tokat     | 980   | 612.646 | 0,16% |
| 59 | Edirne    | 969   | 411.528 | 0,24% |
| 60 | Bitlis    | 953   | 349.396 | 0,27% |
| 61 | Bingöl    | 933   | 281.205 | 0,33% |
| 62 | Rize      | 893   | 348.608 | 0,26% |
| 63 | Kütahya   | 777   | 577.941 | 0,13% |
| 64 | Karaman   | 776   | 251.913 | 0,31% |
| 65 | Karabük   | 774   | 248.014 | 0,31% |
| 66 | Ordu      | 688   | 771.932 | 0,09% |
| 67 | Amasya    | 686   | 337.508 | 0,20% |
| 68 | Bilecik   | 592   | 223.448 | 0,26% |
| 69 | Çankırı   | 556   | 216.362 | 0,26% |
| 70 | Zonguldak | 553   | 599.698 | 0,09% |
| 71 | Kars      | 169   | 288.878 | 0,06% |
| 72 | Giresun   | 166   | 453.912 | 0,04% |
| 73 | Ardahan   | 139   | 98.907  | 0,14% |
| 74 | Sinop     | 131   | 219.733 | 0,06% |
| 75 | Bartın    | 128   | 198.999 | 0,06% |
| 76 | Erzincan  | 97    | 236.034 | 0,04% |
| 77 | Gümüşhane | 95    | 162.748 | 0,06% |
| 78 | İğdir     | 89    | 197.456 | 0,05% |
| 79 | Tunceli   | 59    | 88.198  | 0,07% |
| 80 | Artvin    | 40    | 174.010 | 0,02% |
| 81 | Bayburt   | 24    | 82.274  | 0,03% |

[**Kaynak:** T.C. İçişleri Bakanlığı, Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, Geçici Koruma İstatistikleri, (<http://www.goc.gov.tr/>, 2019), Erişim Tarihi: 20 Mart 2019.]

Aşağıda verilen tabloda Türkiye’deki Suriyeli genç nüfus oranının yüksek olduğu görülmektedir. Kadın ve çocuklar göç sürecindeki hassas gruplardır. Bununla birlikte kadın ve çocuk sayısının fazla olması ve genç nüfusa bağlı olarak sağlık hizmetleri gibi alanlarda daha fazla sosyal harca-

mayı gerekli kılmaktadır (Özdemir, 2017: 128). Suriyelilerin doğum oranlarının da yüksek olduğu görülmektedir. GİGM'den alınan verilere göre Suriyelilere ait sadece 2018 yılında 72.926 doğum gerçekleşmişken, 2011-2018 yılları arasında toplam 375.394 doğum gerçekleşmiştir (GİGM). Bu durum hamile kadınların gebelik takibi, aşılama faaliyetleri, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmasının önemini arttırmıştır (GİGM).

**Tablo 4:** Geçici Koruma Kapsamındaki Suriyelilerin Yaş ve Cinsiyet Dağılımları (14.03.2019 itibarıyla)

| YAŞ           | ERKEK            | KADIN            | TOPLAM           |
|---------------|------------------|------------------|------------------|
| <b>TOPLAM</b> | <b>1.978.313</b> | <b>1.668.576</b> | <b>3.646.889</b> |
| <b>0-4</b>    | 258.180          | 241.159          | 499.329          |
| <b>5-9</b>    | 260.017          | 244.426          | 584.443          |
| <b>10-14</b>  | 202.466          | 187.526          | 389.992          |
| <b>15-18</b>  | 149.512          | 123.652          | 273.164          |
| <b>19-24</b>  | 321.230          | 229.989          | 551.219          |
| <b>25-29</b>  | 208.987          | 147.891          | 356.878          |
| <b>30-34</b>  | 172.934          | 126.217          | 299.151          |
| <b>35-39</b>  | 122.508          | 96.070           | 218.578          |
| <b>40-44</b>  | 80.964           | 71.131           | 152.095          |
| <b>45-49</b>  | 59.981           | 57.043           | 117.024          |
| <b>50-54</b>  | 48.680           | 46.318           | 94.998           |
| <b>55-59</b>  | 33.941           | 34.078           | 68.019           |
| <b>60-64</b>  | 23.841           | 24.396           | 48.237           |
| <b>65-69</b>  | 15.822           | 16.294           | 32.116           |
| <b>70-74</b>  | 8.985            | 9.570            | 18.555           |
| <b>75-79</b>  | 5.058            | 6.238            | 11.296           |
| <b>80-84</b>  | 2.800            | 3.501            | 6.301            |
| <b>85-89</b>  | 1.565            | 2.024            | 3.589            |
| <b>90+</b>    | 842              | 1.063            | 1.905            |

[Kaynak: T.C. İçişleri Bakanlığı, Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, Geçici Koruma İstatistikleri, (<http://www.goc.gov.tr/>), Erişim Tarihi: 20 Mart 2019.]

Suriye'deki göç krizinin sağlık alanına ilişkin diğer bir boyutu, sağlık sisteminin çökmesi, bu alandaki personel eksikliği, ilaca erişememe

gibi sebeplerle bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınmasının zorlaşmasıdır (Duygu, 2018: 18). Suriye’de tüberküloz, şark çıbanı, çocuk felci ve kızamık gibi bazı bulaşıcı hastalıkların sayısında artış yaşanmıştır (Duygu, 2018: 18). Bu durum Türkiye içinde de bulaşıcı hastalıkların yaygınlaşması riskini artırmıştır. Nitekim çok sayıda Suriyelinin aniden Türkiye’ye gelmesiyle Türkiye’deki aşı takvimi bozulmuş kızamık vakalarında artış yaşanmıştır (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2015: 105). Buna göre 2010 yılında 7 kızamık vaka sayısı varken, 2011 yılında bu sayının 111, 2012’de 349, 2013’te 7405, 2014’te de 565 olduğu görülmüştür (Eskiocak, vd., 2016: 48). Kirişçi, DSÖ’nün Suriyeli çocuklar arasında çocuk felci vakalarına rastlandığına yönelik açıklamasını aktararak bu konuda aşılama faaliyetleri yürütüldüğünü ifade etmiştir (Kirişçi, 2014: 37). Ancak aşı takibi kamplarda kontrollü şekilde yürütülebilse de kamp dışındaki takibinin daha zor olduğu sonucunu çıkarmak zor değildir. Kamplardaki çocuklar için çocuk izlem takvimi oluşturulmuş, kamp dışındaki çocuklar ise aileleri başvurduğu sürece takip edilmeye çalışılmıştır (Duygu, 2018: 17).

Suriyelilere yönelik yürütülen sağlık hizmetlerinin bir boyutu da hizmetlerin sunum kapasitesini zorlaması ve kalitesini etkilemesidir. Erdoğan, zaten sağlık hizmetlerine ulaşmakta sorun yaşayan yerel halkın yanında ani nüfus artışının yaşanmasıyla yerelde hem sağlık kurumlarının hem de sağlık personelinin yükünün ciddi şekilde arttığını ifade etmektedir (Erdoğan, c, 2018: 93). Elik, sağlık görevlilerinin maddi karşılığı olmadan ciddi bir yükün altına girdiğini, karşılıklı iletişim ve hizmet kapasitesinin bu durumdan etkilendiğini ifade etmiştir (Elik, 2016: 323). İş yükü artan sağlık personelinin istifa etmesiyle sahada görevlendirilecek yeterli personel bulunamaması gibi durumlar yaşanmış, Suriyelilerin hastanelerde ve aciller önünde kalabalık görüntüleri yerel halkta Suriyelilere yönelik olumsuz bakış açısının oluşmasına sebep olmuş, Ocak 2015’te ‘Yerel Halkın Suriyeli Sığınmacılara Dair Algıları IV’ isimli bir çalışmada yerel halkın çoğu Suriyeliler nedeniyle aldıkları sağlık hizmetlerinin olumsuz etkilendiğini açıklamışlardır (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2015). Özellikle sınır bölgelerinde Suriyelilerle birlikte acil servis ve poliklinik hizmetlerinin kapasitesinin çok üzerine çıkılmasıyla sağlık hizmetleri sorunu vatandaşların en fazla şikayet ettikleri konulardan olmuştur (Erdoğan, c, 2018: 93).

Sağlık çok boyutlu bir problem alanı olarak hem ev sahibi toplumu olumsuz etkileyecek bir takım riskleri içinde barındırmakta hem de gerekli tedbirler alınmadığında göç eden topluluğun zorlu bir sürecin ardından hayat standartlarını aşağı çekmektedir. Bu alanda ev sahibi toplum ve göç eden topluluğa yönelik iyileştirme çalışmaları yanında fiziksel ve beşeri kapasite oluşturulması da bu politikanın bir boyutudur ve ciddi maliyet gerektiren bir husustur. Çeşitli önlemler alınsa da politikaların uygulanmasında hizmet kalitesi de etkilenmektedir. Suriyelilerin ve sağlık çalışanlarının anadillerinin ve kültürlerinin farklı olması bu alanda hizmet kalitesini etkileyebilecek belirleyici bir unsurdur. Dil engeli hem hizmeti alanlar için hem de hizmet veren personel açısından sorun oluşturmakta ve sağlık personeli ile yabancı arasında iletişim sorununa sebep olmaktadır (Genç, 2018: 23). Nitekim beşeri kapasitenin desteklenmesi gerekli olmakta, sadece niceliksel olarak personel artışı değil, niteliksel olarak da destekleyici bir takım faaliyetlerin yürütülmesi gerekmektedir. Bu anlamda sağlık personelinin göç eden yabancıların dil, kültür ve ihtiyaçlarını anlayabilecekleri eğitim programları gerekli hale gelmiştir (Bülbül ve Kıyıklık, 2018: 11). Bu gelişmelere bağlı olarak fiziki ve beşeri anlamda ek kapasite oluşturma ihtiyacı hasıl olmuştur.

### **Politika Oluşturma Aşaması**

Politika oluşturma aşaması, gündem aşamasında dile getirilen problem, öneri ve ihtiyaçların hükümet programına dönüştürülmesi sürecidir (Kayıkçı, 2013: 74). Bu sürecin özelliği halkın gözü önünde cereyan etmeden bu alandaki uzmanlar tarafından formüle edilmesidir ve temel olarak 'bu sorunu ele almaya yönelik plan ne olacaktır, bu planla hedeflenen öncelikler nelerdir' gibi sorulara cevap aranmaktadır (Demir, 2011: 111-112) Politika oluşturma aşamasında sivil toplum kuruluşları (STK), uluslararası örgütler ve hükümetler arası fikir alışverişleri etkili olmakta ve bu süreç birçok aktör tarafından şekillenebilmektedir (Kayıkçı, 2013: 74).

Türkiye'nin göç ve iltica alanındaki politikalarının oluşturulmasında Avrupa Birliği'ne (AB) uyum süreci etkili olmuştur. 2000'li yıllardan itibaren göç yönetiminde daha etkin politika yapımı ve uygulamaları amacıyla AB müktesebatına uyum politikaları çerçevesinde bazı adımlar atılmıştır. Göç ve iltica alanındaki önemli değişikliklerin yaşandığı bu dönem

reformlar dönemi olarak adlandırılmıştır (Aktel ve Kaygısız, 2018: 594).

Türkiye’de, 2013 yılında YUKK kabulüne kadar uluslararası göç yönetimine ilişkin mevzuat çok sayıda ve dağınık olarak düzenlenmiş olup, bu tarihe kadar uluslararası koruma (iltica) alanında kapsamlı bir düzenleme yapılmamıştır (Işıkçı, 2017: 32). Bu alandaki politikalar dönemsel olarak yaşanan göçlere yönelik oluşturulan dar kapsamlı ve günü kurtaran bir takım yönetmelik ve genelgelerle yürütülmüştür (Özer, 2011: 76). Özellikle düzensiz göç ve iltica alanında mevzuatın yetersiz kaldığı ya da açık hükümler içermediği konular İçişleri Bakanlığı tarafından farklı idari düzenlemelere konu edilmiştir (Ekşi, 2014: 3). 1980’li yılların başından itibaren tüm dünyada değişen uluslararası göç dinamikleri Türkiye’yi de etkilemiştir. Bu dönemde Türkiye’ye yönelik göç pratiklerinin ve kitlesel akın örneklerinin arttığından söz edilmiştir. Ülkenin, ekonomik anlamda liberal politikaların uygulanması, bölge ülkelerdeki istikrarsızlıklar, ekonomik zorluklar ve iç savaşlar sebebiyle ülke çekim merkezi haline gelmiş ve hedef ülke konumu güçlenmiştir (İçduygu, 2014: 223). Bu gelişmelere paralel olarak kapsamlı göç politikalarına ihtiyaç duyulmuştur.

AB müktesebatına uyum çalışmaları kapsamında, 2001, 2003, 2008 yıllarında kabul edilen AB Katılım Ortaklığı Belgelerinde göç ve iltica alanında temel olarak vize politikaları, yasa dışı göçle mücadele, AB müktesebatı çerçevesinde sınır yönetiminin güçlendirilmesi, mülteciler için ikamet ve sosyal destek birimlerinin geliştirilmesi, bu konularda strateji ve eylem planının oluşturulması, kamu idaresinin kapasitesinin güçlendirilmesi ve geliştirilmesi gibi hedefler yer almıştır (Dışişleri Bakanlığı, 2019). Bu kapsamda, 25 Mart 2005 tarihinde “İltica ve Göç Alanındaki Avrupa Birliği Müktesebatının Üstlenilmesine İlişkin Türkiye Ulusal Eylem Planı” hazırlanmıştır (Işıkçı, 2017: 33). Bu plan Türkiye’nin göç ve iltica alanında AB müktesebatı ve politikasıyla uyumlaştırılması gereken mevzuat ve idari yapılanmasını tamamlayan kalkınma projeleri ve fiziksel altyapıyı içermektedir (Erdoğan, vd., 2013: 452). Planda, göç alanında kurumsal yapılanmaya gidilmesi, bu alanda çalışacak personelin istihdam ve eğitimi, menşe ülke ve iltica bilgi sisteminin kurulması, yasal ve yasa dışı göçe ilişkin düzenlemeler, entegrasyon, sınır dışı işlemlerinde usul, toplumsal farkındalığın oluşturulması gibi konular öncelikli konular olarak sayılmıştır (GİGM, 2019).



Bu doğrultuda, 2008 yılında idari yapılanma yönünde ilk somut adım atılarak, İçişleri Bakanı'nın onayı ile, İçişleri Bakanlığı Müsteşarlığına bağlı olarak Göç ve İltica Mevzuatı ve İdari Kapasitesini Geliştirme ve Uygulama Bürosu kurularak, göç ve iltica alanındaki yasal düzenlemeleri AB müktesebatına uygun bir şekilde yapmak ve bu alandaki idari yapılanmayı oluşturmak üzere görevlendirilmiştir (Ekşi, 2014). AB'ye uyum süreciyle birlikte Türkiye'nin göçle ilgili kurumsallaşma süreci, düzensiz göç konusunda alınan önlemler, göç ve iltica rejimi gibi konularda AB mevzuatına önemli ölçüde uyum sağlanmıştır (Işıkçı, 2017: 31).

Suriye krizi bu hazırlık sürecinde patlak vermiştir. Türkiye'nin böylesine büyük bir kitlesel akını mevcut yasa ve idari düzenlemelerle yönetmesi mümkün değildi ve üzerinde titizlikle düşünülmüş bir takım düzenlemelere ihtiyaç vardı (Kirişçi, 2014: 15). Nitekim kamu düzeni ve kamu sağlığını yakından ilgilendiren göç dalgasıyla birlikte sağlık alanında da bir takım politikaların yapılması ve uygulanması elzem olmuştur.

Diğer taraftan krizin YUKK'un kabul ve uygulanması ile GİGM'nin idari teşkilatlanması süreciyle aynı döneme denk gelmesi, konuyla ilgili hızlı kararların alınabilmesini kolaylaştırmıştır. Nitekim kanunun kabulüne kadar olan iki yıllık süreçte Suriyelilerin hukuki olarak tanımlanması sorunu söz konusu olmuştur. Suriyeliler için yardım ve misafirlik söylemlerinin yanında, göçmen, mülteci ve sığınmacı gibi çeşitli kavramlar kullanılmasıyla bir terminoloji sorunu yaşanmıştır (Demirel, 2015: 59-61). Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) İnsan Hakları İnceleme Komisyonu tarafından hazırlanan raporda mevcut düzenlemeler ve uluslararası hukuk teamülleri uyarınca, Türkiye'nin açık kapı politikası sonucunda ülkeye kabul edilen Suriye vatandaşlarına "geçici koruma" statüsünün verildiği kayıt altına alınmıştır (TBMM, a, 2012: 5). Raporun devam eden satırlarında ise Suriye'deki durumun normale dönene kadar Suriyelilerin bir anlamda 'misafir' konumunda bulduklarına dikkat çekilmiştir. Ancak misafirliğin uluslararası hukukta bir karşılığı bulunmamakta, hukuki bir sonuç doğurmamakta ve hak bağlamında ele alınacak bir statüye işaret etmemektedir (Demirel, 2015: 61-64). Suriyeliler Türkiye'nin 1951 Cenevre Sözleşmesine coğrafi sınırlama ile taraf olması sebebiyle hukuki olarak mülteci de değildirler ve bu statü bireysel değerlendirmeye tabi olup kit-

lesel akın halinde uygulanmaz (Ekşi, 2014: 160). Nitekim bu sorun 6458 sayılı YUKK kabulüne kadar netleşmemiştir. Göç eden kişilerin, vardıkları ülkelerde hayatlarını devam ettirebilmeleri için kamusal hizmetlere erişimleri gerekmekte, bu da onlara tanınan yasal statü çerçevesinde bazı haklara sahip olmalarıyla mümkün olmaktadır (Demirel, 2015: 48-49). Bu süreçte Suriyelilere uygulanacak politikanın yasal dayanaktan yoksun olması ve net olmaması Suriyelilerin hak ve yükümlülüklerinin açıklığa kavuşturulmasında zaman almıştır.

### **Politika Yasallaştırma Aşaması**

Politika oluşturulmasından sonraki aşama karar aşamasıdır ve bu aşamada politika oluşturma (formülasyon) sürecindeki planlar kanunlaştırılarak, politikaya dayanak olacak yasal çerçeve belirlenir (Kayıkçı, 2013: 78). Türkiye’nin AB’ye uyum sürecinde yasal mevzuat çalışmalarının yapıldığı esnada patlak veren kriz, bu konudaki adımlar somutlaşana kadar halihazırdaki mevzuata göre yürütülmüştür. Suriyeliler Ekim 2011 tarihi itibarıyla 1994 Yönetmeliği’nin 10. maddesi uyarınca geçici koruma statüsüne alınmışlardır (ORSAM, 2014: 11). Yönetmelikte geçici koruma ifadesi açıkça yer almamakta olup, yönetmeliğin 10. maddesi, iltica talep edenler ve sığınmacıların ülkemizde buldukları süre içinde devletin himaye ve gözetimi altında bulundurulacağı hükmünü haizdir. Suriyelilerin ülkedeki sayılarının hızla artmasıyla, İçişleri Bakanlığı tarafından konuyla ilgili ilk hukuki düzenleme yapılmıştır. YUKK ile kanun düzeyinde kapsamlı düzenleme yapılmaya kadar işlemler, 30 Mart 2012 tarihli ve 62 sayılı “Türkiye’ye Toplu Sığınma Amacıyla Gelen Suriye Arap Cumhuriyeti Vatandaşlarının ve Suriye Arap Cumhuriyetinde İkamet Eden Vatansız Kişilerin Kabulüne ve Barındırılmasına İlişkin Yönerge” üzerinden yürütülmüştür (ORSAM, 2014: 11). Yönerge hizmete özel tutulmuş ve kamuoyuyla paylaşılmamıştır. Sağlık ve diğer kamusal hizmetler ise AFAD tarafından hazırlanan genelgeler üzerinden yürütülmüştür.

Türkiye’de geçici korunan Suriyelilere sağlık hizmetleri üç ana başlıkta sunulmaktadır; 1) 112 Acil Sağlık Hizmetleri, 2) Temel ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri, 3) İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri (GİGM). Krizin başından itibaren sağlık hizmetlerinin sunumu sınırdan başlamış, sınıra ulaşan kişiler genel sağlık taramasından geçirildikten sonra

ihtiyaç duydukları sağlık hizmeti verilmiş, yaralı ve acil hastalar hastanelere yönlendirilmiş, bulaşıcı ve salgın hastalıklar yönünden risk grubunda bulunanlar için ilgili aşilar uygulanarak gerekli önlemler alınmıştır (TBMM, b, 2018: 257).

Türkiye'deki Suriyelilerin sağlık hizmetlerine erişimleri konusundaki uygulamalarda en başından itibaren üç önemli aşama söz konusu olup, ilk etapta, Nisan 2011- Ocak 2013 tarihlerinde, sadece kamplarda kalanlar sağlık hizmetlerinden faydalanmışlardır (Erdoğan, c, 2018: 90). Ancak ülkeye gelenlerin sayısının hızla artması ve bu kişilerin kampların dışına taşmalarıyla kamp dışında yaşayanlar için de düzenleme yapma ihtiyacı ortaya çıkmıştır. AFAD'ın 18 Ocak 2013 tarihli ve 2013/1 sayılı "Suriyeli Misafirlerin Sağlık ve Diğer Hizmetleri" konulu genelgesi ile kamplar dışında bölgedeki 10 il (Adana, Adıyaman, Gaziantep, Hatay, Kahramanmaraş, Kilis, Malatya, Mardin, Osmaniye ve Şanlıurfa) ile sınırlı tutularak sağlık hizmetleri kapsamı genişletilmiştir (Erdoğan, c, 2018: 91). Suriyelilerin kamp dışında yaşadıkları sorunların çözümüne yönelik ilk adım sağlık hizmetlerinin sunulmasına ilişkin bu genelge olmuştur (Kirişçi, 2014: 24). Bu genelge ile Suriyelilerin önleyici ve temel sağlık hizmetleri giderlerinin AFAD tarafından karşılanacağı kabul edilmiş ve kamp dışındakiler için ancak 10 ildeki sağlık kurumlarına başvurmaları kaydıyla bu haktan ücretsiz faydalanmaları mümkün olmuştur (Erdoğan, c, 2018: 91). Kamp dışındaki Suriyelilerden diğer illerde olanlar ise sağlık hizmetlerinden ücret karşılığı faydalanabilmekteydiler (Türk, 2016: 49). Nitekim bu açığı kapatmak amacıyla STK'lar konuya müdahil olmuş ve sağlık hizmetleri konusunda kamp dışında yaşayan Suriyelilere yönelik çalışmalar yürütmüşlerdir (Türk, 2016: 49). Suriyelilerin sadece kıyı illerine değil, kısa sürede tüm illere yayılmalarıyla sağlık hizmetlerinde üçüncü aşamaya geçilmiştir. AFAD'ın 8 Eylül 2013 tarihli ve 2013/8 sayılı "Suriyeli Misafirlerin Sağlık ve Diğer Hizmetleri Hakkında Genelge" ile sağlık hizmetlerinin kapsamı hem hizmetlerin sunumu açısından hem de 10 ilden 81 ile çıkarılarak ülke genelinde genişletilmiş, (Erdoğan, c, 2018: 92). Bu düzenleme ile kayıtlı olup olmamasına bakılmaksızın tüm Suriyelilerin Türkiye'nin 81 ilinde sağlık hizmetlerinden faydalanabileceği öngörülmüştür (Erdoğan, c, 2018: 92).

Bu süre zarfında Göç ve İltica Bürosu, AB müktesebatına uyum çalışmalarını 2012 yılında tamamlayarak, YUKK Taslağı’nı Meclis’e sunmuştur (Ekşi, 2014: 11-12). 6458 sayılı YUKK, 11 Nisan 2013 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Kanunla göç ve iltica alanında daha önce idari düzenlemeler aracılığıyla kapatılmaya çalışılan hukuksal boşluk giderilmiş, Türkiye’de uluslararası koruma rejimi ilk defa yasal bir düzenlemeyle kapsamlı olarak ele alınmıştır (Özer, 2011: 78).

Uluslararası koruma, “devletlerin kendi vatandaşlarının haklarını güvence altına alma sorumluluğunu yerine getirmemesi ya da getirememesi durumunda bu bireyler bakımından ulusal koruma olanağı kalmadığı için ihtiyaç duyulan koruma biçimidir” ve bir başka devlet tarafından yerine getirilir (Bülent Çiçekli, 2014’ten aktaran Çelik, 2015: 71-72). Kanunda üç farklı uluslararası koruma çeşidi düzenlenmiş, kanunun 3. maddesi r bendinde bunların, mülteci, şartlı mülteci ve ikincil koruma statüsü olduğu belirtilmiştir. Yine kitlesel akın durumunda geçici koruma uygulamaları kanunun yenilikleri arasındadır. Geçici koruma statüsü Kanunda, uluslararası koruma statülerinin yer aldığı aynı kısımda düzenlenmiş ancak uluslararası koruma çeşitleri arasında sayılmamış ve bu statü diğerlerinden ayrı olarak ele alınmıştır (Öztürk, 2017: 242).

Geçici koruma YUKK’un 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” şeklinde ifade edilerek, konuyla ilgili ayrıntıların Cumhurbaşkanlığı tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenleneceği belirtilmiştir. Kanunun 91. maddesine dayanılarak hazırlanan GKY 22 Ekim 2014 tarihinde Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Kanun ile Suriyelilere uygulanacak geçici koruma politikası yasal bir dayanağa kavuşturularak hukuki statüleri belirlenmiş, GKY ile de Suriyelilerin hak ve yükümlülüklerinin çerçevesi oluşturulmuştur. Yönetmelikte çeşitli tanımlamaların yapıldığı üçüncü maddede, ‘geçici korunan’ ifadesiyle bu kapsamdaki yabancılara ilişkin statü net olarak belirlenmiştir.

Yönetmeliğin geçici 1. maddesi ile Suriyeliler için geçici korumanın zaman ve kişi yönünden kapsamı belirtilmiş, 28 Nisan 2011 tarihinden

itibaren Suriye Arap Cumhuriyeti'nde meydana gelen olaylar sebebiyle kitlesel veya bireysel olarak sınırlarımıza gelen veya sınırlarımızı geçen Suriye Arap Cumhuriyeti vatandaşları ile vatansızlar ve mültecilerin uluslararası koruma başvurusunda bulunmuş olsalar bile geçici koruma altına alınacakları ifade edilmiştir. Yönetmelikte geçici koruma, yasadakine ila-veten bireysel girişleri de dikkate alarak (Erdoğan, a, 2015: 321),

“ülkesinden ayrılmaya zorlanmış, ayrıldığı ülkeye geri dönemeyen, acil ve geçici koruma bulmak amacıyla kitlesel olarak veya bu kitlesel akın döneminde bireysel olarak sınırlarımıza gelen veya sınırlarımızı geçen ve uluslararası koruma talebi bireysel olarak değerlendirmeye alınamayan yabancılara sağlanan koruma” şeklinde tanımlanmıştır.

Yönetmeliğin 26 ila 32. maddelerinde geçici korunanlara sağlanacak hizmetler düzenlenmiştir. Buna göre sağlık (md 27), eğitim (md 28), iş piyasasına erişim (md 29), sosyal yardımlar (md 30), tercümanlık hizmetleri (md 31) ve gümrük işlemleri (md 32) geçici korunanlara sağlanacak hizmetler olarak belirtilmiştir. Uzun, yönetmeliğin, AB Geçici Koruma Yönergesiyle kıyaslandığında özellikle 27. maddede düzenlenen sağlık hizmetlerinden faydalanma açısından daha kapsamlı olduğunu ifade etmiştir (Aytül Uzun, 2015'ten aktaran Elçin, 2016: 61).

Yönetmeliğin 27. maddesine göre geçici korunanlar kayıtlı olmak koşuluyla sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak faydalanabilmekte, temel ve acil sağlık hizmetleri ile bu kapsamdaki tedavi ve ilaçlardan hasta katılım payı alınmamaktadır (27/1-b). İkinci ve üçüncü basamakta sunulan sağlık hizmetleri de dâhil olmak üzere, sağlık hizmeti bedellerinin sağlık uygulama tebliğindeki (SUT) bedeli geçmemek kaydıyla, bu bedelin Sağlık Bakanlığı kontrolünde GİGM tarafından ödeneceği açıklanmıştır (27/1-c,ç). Daha önce bu bedel AFAD tarafından ödenmekteyken, 16/03/2018 tarihinde Geçici Koruma Yönetmeliğinde yapılan değişiklikle GİGM'ne devredilmiştir. Sağlık hizmetlerini yürütmek üzere sürekli faaliyet gösterecek sağlık merkezleri kurulabileceği ve bu merkezlerde yeterli sayıda ambulans ve sağlık personelinin bulundurulacağı (27/1-a) açıklanarak, sağlık alanında geçici korunanlara yönelik ek kapasite oluşturulabilmesine yönelik düzenleme yapılmıştır. Yine bu maddede geçici korunanların acil ve zorunlu haller dışında, özel sağlık kuruluşlarına doğrudan başvuramayacağı (27/1-d); bulaşıcı hastalık riskine karşı gerekli tedbirlerin alınacağı

(27/1-e); geçici korunanlar arasında madde bağımlılığı veya ağır psikolojik sorunları olduğu tespit edilenlerin ilgili sağlık kurumuna nakilleri hususunda ve çocuklara yönelik aşıların takibiyle ilgili gerekli önlemlerin alınacağı (27/1-ğ,h); üreme sağlığıyla ilgili olarak bilgilendirme faaliyetleri yapılacağı (27/1-f); kişisel veya toplu kullanım alanlarının sağlığa uygunluğu kontrol edilerek, GBM’ler dahil çevresel şartların sağlık açısından uygun hale getirilmesinin sağlanacağı (27/1-g); barınma merkezleri oluşturulurken gerekli olan fiziki altyapının sağlanarak Sağlık Bakanlığına teslim edileceği (27/1-ı) açıklanmıştır. Aşı ile koruyucu sağlık hizmetleri sunumunun takibinin aksamadan yapılabilmesi amacıyla geçici korunanların kimlik bilgileri ve adres değişikliklerinin Sağlık Bakanlığına bildirileceği (27/2), sınırı ilk geçişlerinde ve acil durumlarda, henüz kaydı bulunmayan ve bu Yönetmelik kapsamındaki yabancılara, sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri için mevcut kimlik bilgilerine göre işlem yapılacağı (27/3) ifade edilmiştir.

GKY’nin kabulüyle, AFAD tarafından yönetmeliğe uygun olarak 18 Aralık 2014 tarihli ve 2014/4 sayılı “Geçici Koruma Altındaki Yabancılara İlişkin Hizmetlerinin Yürütülmesi” konulu genelgede diğer hizmetlerle birlikte sağlık hizmetleri de yeniden düzenlenmiştir. Bu genelgeyle önceki tarihli düzenlemelerin bu genelgeye aykırı olmayan hükümlerinin uygulanmasına devam edileceği açıklanmıştır. Sağlık Bakanlığı da yönetmeliğe uygun olarak 25 Mart 2015 tarihli ve 2875 sayılı “Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar”a ilişkin yönergeyi hazırlamıştır. Yönerge, geçici koruma kapsamında bulunan kişilere yönelik sağlık hizmeti verecek sağlık kurum ve kuruluşları ile vakıf veya dernekler tarafından gönüllü olarak sağlık hizmeti sunmak üzere oluşturulacak merkezlerin çalışma esaslarını belirlemektedir ve şu an geçici koruma kapsamındaki Suriyelilere yönelik sağlık hizmetleri bu yönerge çerçevesinde sunulmaktadır. Yine Sağlık Bakanlığı tarafından 3 Eylül 2015 tarihli ve 906 sayılı “Göçmen Sağlığı Merkezleri (GSM)/ Birimleri (GSB)” konulu yönerge hazırlanmıştır. Yönergede geçici korunanlara sunulacak sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve yoğun olarak yaşadıkları yerlerde toplum sağlığı merkezi ek birimi olarak kurulacak göçmen sağlığı birimleri/ merkezleri ile hizmetlerin daha etkin şekilde sunulabilmesi amacıyla ek kapasite oluşturulması öngörülmüştür. AFAD tarafından 2015/8 sayılı

“Geçici Koruma Altındaki Yabancılara İlişkin Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi” konulu genelge 12 Ekim 2015 tarihinde yayımlanarak, 18 Aralık 2014 tarihli ve 2014/4 sayılı genelgenin “Sağlık Hizmetleri” başlığı altında yer almakta olan hükümlerinin yürürlükten kaldırıldığı ve geçici korunanlara yönelik sağlık hizmetlerinin bu genelge hükümleri çerçevesinde yürütüleceği bildirilmiştir. Genelgede geçici koruma altındaki yabancıların karşılanabilen tedavi hizmetlerinin, AFAD ile Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan ve 01/07/2015 tarihinde yürürlüğe giren “Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı ile Sağlık Bakanlığı Arasında Götürü Bedel Üzerinden Sağlık Hizmeti Alım Protokolü” hükümleri doğrultusunda verileceği ve tedavi giderlerinin Protokolde belirlenen götürü bedel üzerinden AFAD tarafından Sağlık Bakanlığına ödenek aktarmak suretiyle karşılanacağı belirtilmiştir. 16 Mart 2018 tarihinde GKY’de yapılan değişiklikle, GBM’lerin yönetimi dahil geçici korunanlara yönelik AFAD koordinasyonunda yürütülen tüm işlemler GİGM’ne devredilmiştir. Buna göre sağlık hizmetleri GİGM koordinasyonunda Sağlık Bakanlığınca yerine getirilmekte ve sağlık ödemeleri GİGM tarafından yapılmaktadır.

Yasal düzenleme alanlarından biri de Suriyeli sağlık personeli ile ilgilidir. Fiziki anlamda oluşturulacak ek kapasitenin yanında, sahada çalışacak sağlık personeli ihtiyacı gündeme gelmiştir. Hem sağlık personeli sayısının artırılması hem de dil engelinin aşılması amacıyla sağlık kurumlarında Suriyeli sağlık personelinin ve Arapça bilen tercümanların çalıştırılmasına yönelik düzenlemeler yapılmıştır. Bu amaçla 15 Ocak 2016 tarihli 8375 sayılı “Geçici Koruma Sağlanan Yabancıların Çalışma İzinlerine Dair Yönetmelik” ile Suriyeli sağlık çalışanlarının istihdam edilebilmesinin yolu açılmıştır. Bu yönetmeliğe göre sağlık meslek mensuplarının Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına çalışma izni başvurusu yapmadan önce Sağlık Bakanlığından ön izin almaları gerekmektedir. Bu doğrultuda “Yabancı Sağlık Meslek Mensuplarının Türkiye’de Özel Sağlık Kuruluşlarında Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönetmelik”te değişiklik yapılarak Suriyeli sağlık çalışanları, Sağlık Bakanlığınca belirlenen sağlık kuruluşlarında çalışmalarını kaydıyla diploma ve/veya uzmanlık belgelerinin denkliği ve tescili şartından muaf tutulmuşlardır (Erdoğan, b, 2018: 37). Böylece Suriyeli sağlık çalışanları GBM ile GSM’lerde Suriyelilere hizmet vermek üzere istihdam edilmiştir.

## **Politika Uygulama Aşaması**

Kamu politikası analizi modeli süreç yaklaşımında uygulama aşaması, bir kanuna ya da programa dönüştürülen kamu politikası ve faaliyetlerinin ilgili ve sorumlu kurumlar tarafından yaşama geçirilmesidir (Yıldız ve Sobacı, 2013: 25). Bu aşamada hem yeni örgütler oluşturulur hem de var olan örgütlere yeni sorumluluklar verilir (Kayıkçı, 2013: 79). İyi bir uygulama sürecinde, programın nasıl ve hangi kurumlar aracılığıyla uygulanacağı/ yönetileceği gibi detaylar belirlenerek, programla hangi personelin ilgileneneceği, hangi birimin sorumlu olacağı, tekil olaylara nasıl uygulanacağı gibi temel sorulara yanıt aranır (Yıldız ve Sobacı, 2013: 25). Belirlenen politikanın uygulanabilmesi için gerekli fiziki ve beşeri altyapının oluşturulması, uygulayıcı pozisyonundaki görevlilerin uygulamaya hazır hale gelmesi/getirilmesi ve politika hedeflerini benimsenmesi politika uygulamasının başarıya ulaşmasının gereklerindedir (Alican Kaptı, 2013’ten aktaran Kayıkçı, 2013: 79). Bu aşamada ilgili kurumlar yanında faydalanıcılar, hizmetlere erişim ve ücretler gibi konular da ele alınır (Gül, 2015: 26).

Bu bilgiler ışığında, Suriyelilere yönelik sağlık hizmetlerinin uygulanmasında hem var olan kurumlar yeni sorumluluklar almış, hem de yeni birimler oluşturulmuştur. Diğer taraftan çok boyutlu olan sağlık hizmetleri hususunda, kurumlar yanında diğer uygulayıcılar olan sağlık personeline de takviyeler yapılmış Suriyeli sağlık çalışanları istihdam edilerek, beşeri kapasitenin geliştirilmesi amaçlı eğitim faaliyetleri gerçekleştirilmiş, geçici korunan Suriyelilere yönelik sağlık hizmetleriyle ilgili bilinçlendirme çalışmaları yapılmıştır. Sürecin başından itibaren AFAD Suriyelilere yönelik uygulanan kamu politikalarının genel koordinasyonundan sorumlu birim olmuş, daha sonra görevlerini GİGM’e devretmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık hizmetlerinden sorumlu olarak GSM’ler oluşturulmuş, Gönüllü Sağlık Kuruluşları gibi yeni yapılanmalar oluşturulabilmesi için gerekli yasal düzenlemeler yapılmıştır.

Kamu politikalarının uygulanması ve koordinasyonu sürecine daha ayrıntılı bakılacak olursa, 2011’de Suriye’den Türkiye’ye yaşanan kitlesel göç üzerine 2009 yılında 5902 sayılı kanun ile Başbakanlığa bağlı olarak kurulan ve 15 Temmuz 2018 tarihli ve 4 sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesiyle İçişleri Bakanlığına bağlanan AFAD sürecin yönetimi için



görevlendirilmiştir. 18 Aralık 2014 tarihli ve 2014/4 sayılı genelgede, 19 Şubat 2011 tarihli ve 27851 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren “Afet ve Acil Durum Yönetim Merkezleri Yönetmeliği” çerçevesinde iltica ve büyük nüfus hareketlerinin acil durum olarak öngörüldüğü açıklanarak, bu durum karşısında yapılacak iş ve işlemlerin koordinasyon ve işbirliğini sağlamak üzere AFAD’ın sorumlu kılındığı belirtilmiştir. AFAD tarafından bu süreçte sınır illerinde öncelikle GBM’ler kurulmuş, Suriyelilerin kaydı alınarak kurulan bu merkezlere yerleştirilmişlerdir. Bu süreçte GBM’ler dışında diğer illerde de kamu hizmetlerine ilişkin olarak ilgili kurum ve kuruluşlarla koordinasyon AFAD tarafından sağlanmıştır. AFAD tarafından hazırlanan idari düzenlemelerde, GBM’lerde ve illerde sunulan sağlık hizmetlerinin AFAD genel koordinasyonunda, Sağlık Bakanlığı kontrol ve sorumluluğunda yürütüleceği ifade edilmiştir.

YUKK ile 2013 yılında GİGM’in kurulmasıyla geçici korunanlara yönelik kayıt işlemleri ve koordinasyon bu kuruma devredilmiş, ancak GBM’lerin yönetimine AFAD devam etmiştir. İşlemlerin devralınmasıyla İçişleri Bakanlığı’na bağlı olarak kurulan GİGM, Türkiye’deki göç yönetimi, göç politikalarının belirlenmesi ve uygulanmasında asli yetkili koordinasyon merkezi olmuştur. 4 No’lu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesine göre GİGM,

“göç alanına ilişkin politika ve stratejileri uygulamak, bu konularla ilgili kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyonu sağlamak, yabancıların Türkiye’ye giriş ve Türkiye’de kalışları, Türkiye’den çıkışları ve sınır dışı edilmeleri, uluslararası koruma, geçici koruma ve insan ticareti mağdurlarının korunmasıyla ilgili iş ve işlemleri yürütmek üzere İçişleri Bakanlığına bağlı olarak kurulmuştur.”

GİGM, göç ve iltica alanındaki kurumsal yapılanma ve kapasite eksikliği sebebiyle AB müktesabatına uyum çalışmalarının sonucu olarak Türkiye’deki göç yönetimine ilişkin yapılandırılmış olup, spesifik olarak Suriye kitlesel akını için kurulmamıştır. GİGM merkez teşkilatında geçici korunanlara yönelik iş ve işlemler hususunda Uluslararası Koruma Dairesi Başkanlığı görevlendirilmiştir. 4 Nolu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 161. maddesi 2/b bendinde geçici korumaya ilişkin iş ve işlemleri yürütmek dairenin görevleri arasında sayılmıştır. Geçici korunanlara yönelik işlemler 81 ilde ise GİGM taşra teşkilatı olan İl Göç İdaresi Müdürlükleri

bünyesindeki Uluslararası Koruma Çalışma Grubu Başkanlıklarınca yerine getirilmektedir. GKY’de 2018 yılında yapılan değişiklikle GBM’lerin yönetimi dahil, Suriyelilere verilecek tüm hizmetler GİGM koordinasyonuna verilmiştir. Bu yönetmeliğin 27. maddesine göre de sağlık hizmetleri GİGM genel koordinasyonunda, GBM’lerin içinde ve dışında Sağlık Bakanlığının kontrolü ve sorumluluğunda yapılacaktır.

Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemine geçilmesiyle birlikte 17 sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesiyle yeniden yapılandırılan ve İçişleri Bakanı başkanlığında gerçekleştirilen Göç Kurulu toplantılarında da Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, AFAD, Emniyet Genel Müdürlüğü gibi birçok bakanlık ve kurumdan üst düzey katılımcılarla göç ile ilgili diğer iş ve işlemlerin yanında, geçici korunan Suriyelilere ilişkin olarak da koordinasyon faaliyetleri yürütülmektedir.

GİGM’nin genel koordinasyonunda yürütülen sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı bünyesindeki eşgüdümünü sağlamak üzere 25 Ağustos 2016 tarih ve 1252 sayılı Bakanlık Makam Oluru ile Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü’ne bağlı olarak faaliyetlerini yürüten Göç Sağlığı Hizmetleri Dairesi Başkanlığı kurulmuştur. 3 Ekim 2017 tarihli ve 934 sayılı “Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Hizmet Birimleri ve Görevleri Hakkında Yönerge”de Dairenin görev ve sorumlulukları; toplu iskan, toplu göç, iltica ve bunlara yönelik acil durumlarda gereken sağlık hizmetlerine ilişkin ihtiyaçları tespit ederek, sağlık hizmetlerini ilgili daireler, diğer resmi ve özel kurumlarla iş birliği içerisinde planlamak; planlanan faaliyetlerin uygulanmasını ve birimler arasında koordinasyonu sağlamak; ulusal, uluslararası kuruluşlar ve STK’ların göç sağlığı ve insani yardım faaliyetlerine katkı ve katılım sağlayarak, STK’ların göç sağlığıyla ilgili yürüttüğü faaliyetleri koordine etmek, izlemek ve değerlendirmek; sorumluluk alanıyla ilgili gerekli verileri toplamak ve eğitimler düzenlemek şeklinde belirtilmiştir.

Geçici korunanlara yönelik sağlık hizmetlerinin il düzeyinde koordinasyonundan ve yürütülmesinden İl Sağlık Müdürlükleri sorumludur. GBM’lerde, Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışan 112 acil sağlık ekipleri, Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) personeli ve nispeten kalabalık merkezlerde ilave olarak hastane personeli tarafından sağlık hizmetleri sunulmak-

tadır (GİGM). GBM’lerde, yaşayan kişi sayısına ve hastaneye uzaklığına göre birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri ile 112 acil sağlık hizmetlerinin sunulduğu sağlık tesisleri açılmaktadır (GİGM). GBM’lerin dışında ise TSM’ler ve TSM bağlı birimleri (GSM, Verem Savaş Birimleri), Aile Sağlığı Merkezleri, Hastaneler (kamu, özel, üniversite) ve Geçici Gönüllü Sağlık Tesisleri tarafından hizmet verilmektedir (GİGM).

**Tablo 5:** Geçici Barınma Merkezlerinde Sağlık Hizmetini Veren Kurumlar ve Hizmetin Verildiği Yer

| İL                | GBM ADI     | HİZMETİ VEREN KURUM | HİZMETİN VERİLDİĞİ YER   |
|-------------------|-------------|---------------------|--------------------------|
| Şanlıurfa (3)     | Ceylanpınar | TSM/HASTANE         | BETONARME BİNA           |
|                   | Harran      | TSM/HASTANE         | BETONARME BİNA           |
|                   | Suruç       | TSM/HASTANE         | PREFABRİK BİNA           |
| Adana (1)         | Sarıçam     | TSM/HASTANE         | PREFABRİK BİNA           |
| Kilis (2)         | Öncüpınar   | TSM/HASTANE         | PREFABRİK BİNA           |
|                   | Elbeyli     | TSM/HASTANE         | PREFABRİK BİNA           |
| Kahramanmaraş (1) | Merkez      | TSM/HASTANE         | SABİT HİZMET BİNASI      |
| Hatay (3)         | Altınözü    | TSM                 | ÇELİK KONSTRÜKSİYON BİNA |
|                   | Yayladağı   | TSM                 | KONTEYNER/BETONARME BİNA |
|                   | Apaydın     | TSM                 | PREFABRİK BİNA           |
| Osmaniye (1)      | Cevdetiye   | TSM/HASTANE         | PREFABRİK BİNA           |
| Malatya (1)       | Beydağı     | TSM/HASTANE         | PREFABRİK BİNA           |
| Gaziantep (1)     | Nizip 2     | TSM/HASTANE         | KONTEYNER/PREFABRİK BİNA |

[Kaynak: T.C. İçişleri Bakanlığı, GİGM, Göç Politika ve Projeleri Dairesi Başkanlığı.]

GİGM’den alınan verilere göre, GBM’lerde, Ağustos 2018 itibarıyla Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü tarafından sağlık hizmetlerinin uygulayıcısı olan, hafta içi ve 7/24 nöbet esasına göre çalışmak üzere 32 uzman doktor, 16 pratisyen doktor, 7 diş doktoru ve 64 hekim dışı sağlık personeli ile Suriye uyruklu 26’sı uzman doktor ve 37’si yardımcı sağlık personeli olmak üzere toplam 182 sağlık personeli görevlendirilmiştir.

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından ise hafta içi ve 7/24 nöbet esasına göre çalışan 31 uzman doktor, 59 pratisyen doktor, 4 diş doktoru ve 130 hekim dışı sağlık personeli ile Suriye uyruklu 28’i uzman doktor, 59’u doktor ve 132’si yardımcı sağlık personeli olmak üzere toplam 443 personel görevlendirilmiştir.

Suriyelilerin sayısının ve hizmetlerin kapasitesinin artmasıyla sağlık hizmetleri alanında çeşitli STK’lar ve gönüllü kuruluşlar da hizmet vermeye başlamışlardır. Hayata Destek Derneği, Yeryüzü Doktorları, Hayat Sağlık ve Sosyal Hizmetler Vakfı, Halkların Köprüsü Derneği, Hayata Destek Derneği, Helsinki Yurttaşlar Derneği Sığınmacılar ve Göçmenlerle Dayanışma Derneği, Mazlum-Der, Türk Tabipler Birliği, Psikiyatristler Dernekleri, Sınır Tanımayan Doktorlar gibi bazı STK’lar kamplarda ve kamp dışında yaşayan Suriyelilere sağlık taraması, hastane hizmeti ve psikososyal destek konularında çalışmalar yürütmüş, Uluslararası Mavi Hilal Vakfı Kilis’te 52 yataklı bir hastane kurmuştur (Türk, 2016: 49). Diğer taraftan konuyla ilgili olarak basında izinsiz ve ruhsatsız olarak kaçak bir takım sağlık tesislerinin kurulduğuna dair haberler yer almıştır (Karslı, 24 Ekim 2016, *Habertürk*; *Milliyet*, 2 Haziran 2018). Sağlık hizmetlerinin sunumundaki riskleri kontrol altına almak amacıyla, bunların denetimi ve koordinasyonu da gerekli olmuştur. Konuyla ilgili olarak 25 Mart 2015 tarihinde Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan “Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar”ın yer aldığı yönergede yardım vakıfları veya dernekleri tarafından yalnızca geçici korunanlara gönüllülük esasına göre ve ücretsiz olarak sağlık hizmeti verilebileceği açıklanmış, gönüllü sağlık tesislerinin kuruluş ve çalışmalarına yönelik usul ve esaslar belirtilmiştir. Bu tesislerin Türkiye’de mesleğini icra etmeye yetkili bir hekim ve hemşire sorumluluğunda, Bakanlığın uygun gördüğü yerleşim yerlerinde, güvenlik açısından İçişleri Bakanlığından görüş alındıktan sonra 6 aylık süreyle hizmet vermek üzere kurulabileceği ve hizmetlerin devamı için izin yenilenmesi gerektiği ifade edilmiştir. Gönüllü sağlık tesislerinde sunulabilecek hizmetlerin kapsamı yalnızca ayaktan tanı ve tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetleri olarak düzenlenmiştir. Bu doğrultuda GİGM sağlık hizmet verilerine göre Türkiye’de Ağustos 2018 itibarıyla Hatay, Gaziantep ve İstanbul’da hizmet veren 5 gönüllü sağlık

tesisi faaliyet göstermekte olup, bu tesislerde 25'i hekim ve 21'i diğer personel olmak üzere toplam 46 çalışan hizmet vermektedir.

**Tablo 6:** Gönüllü Sağlık Tesisleri (Ağustos 2018)

| <b>HATAY İLİ GÖNÜLLÜ SAĞLIK TESİSLERİ</b>  |   |
|--|---|
| 1  | ATAA GÖNÜLLÜ SAĞLIK TESİSİ                |
| 2  | MUHSİN İNSANİ GÖNÜLLÜ SAĞLIK TESİSİ       |
| <b>GAZİANTEP İLİ GÖNÜLLÜ SAĞLIK TESİSİ</b> |   |
| 3  | KİTALARARASI DOKTORLAR DERNEĞİ (AİD)      |
| 4  | SAĞLIK YARDIM DERNEĞİ                     |
| <b>İSTANBUL İLİ GÖNÜLLÜ SAĞLIK TESİSİ</b>  |   |
| 5  | NEFİSOĞLU SAĞLIK EĞİTİM VE KÜLTÜR DERNEĞİ |

[Kaynak: T.C. İçişleri Bakanlığı, GİGM, Göç Politika ve Projeleri Dairesi Başkanlığı.]

Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan 3 Eylül 2015 tarihli ve 906 sayılı yönerge ile geçici korunan Suriyelilere koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin daha etkin ve verimli bir şekilde sunabilmesi, dil ve kültür bariyerinden kaynaklanan sorunların aşılabilmesi, sağlık hizmetlerine erişimin artırılabilmesi amacıyla bu kişilerin yoğun olarak yaşadıkları yerlerde sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması hedeflenmiştir. Bu amaçla geçici korunanların toplu olarak yaşadıkları yerlerde kolay ulaşılabilecekleri adresler göz önünde bulundurularak her 4000-7000 Suriyeli nüfus için ilçenin toplum sağlığı merkezi ek birimi olarak göçmen sağlığı birimlerini ihtiva edecek GSM'ler oluşturulacaktır. Geçici korunanların yoğun olarak yaşamadıkları yerlerde ise başvuruda buldukları takdirde birinci basamak sağlık hizmetleri toplum sağlığı merkezleri ve aile sağlığı merkezlerince sunulmaya devam edecektir. Yönergede GSM'lerin, hizmet verecek bir hekim ile bir yardımcı sağlık personelinden oluşacağı, asgari aile hekimliği standartlarında fiziki ve teknik donanımına sahip olacakları öngörülmüştür. GSM'lerde hizmet sunumunu kolaylaştırmak ve dil bariyerini aşmak için sağlık personeline ilave olarak, uygun niteliklere sahip tercüman, hasta yönlendirme elemanları ve destek hizmetleri personeli buldurulacaktır. GİGM'den alınan verilere göre Ağustos 2018 itibarıyla 29 ilde, 172 Göçmen Sağlığı Merkezi içerisinde 656 göçmen sağlığı birimi bulunmaktadır.

**Tablo 7: İllere Göre Göçmen Sağlığı Merkezlerinde Bulunan Birim Sayıları (Ağustos 2018)**

| Sıra | İl            | Kurum Onaylı GSM | Kurum Onaylı GSB | Valilik Onaylı GSM | Valilik Onaylı GSB |
|------|---------------|------------------|------------------|--------------------|--------------------|
| 1    | Adana         | 10               | 51               | 1                  | 1                  |
| 2    | Adıyaman      | 2                | 10               | 0                  | 0                  |
| 3    | Ankara        | 6                | 26               | 0                  | 0                  |
| 4    | Batman        | 2                | 5                | 0                  | 0                  |
| 5    | Burdur        | 1                | 1                | 0                  | 0                  |
| 6    | Bursa         | 5                | 20               | 0                  | 0                  |
| 7    | Denizli       | 2                | 2                | 0                  | 0                  |
| 8    | Diyarbakır    | 1                | 1                | 0                  | 0                  |
| 9    | Elazığ        | 1                | 2                | 0                  | 0                  |
| 10   | Gaziantep     | 12               | 85               | 0                  | 6                  |
| 11   | Hatay         | 21               | 89               | 3                  | 13                 |
| 12   | Isparta       | 1                | 1                | 0                  | 0                  |
| 13   | İstanbul      | 29               | 77               | 0                  | 0                  |
| 14   | İzmir         | 8                | 36               | 0                  | 0                  |
| 15   | Kahramanmaraş | 5                | 20               | 1                  | 1                  |
| 16   | Kayseri       | 4                | 13               | 0                  | 0                  |
| 17   | Kilis         | 2                | 15               | 2                  | 20                 |
| 18   | Kocaeli       | 1                | 2                | 0                  | 0                  |
| 19   | Konya         | 4                | 23               | 0                  | 5                  |
| 20   | Malatya       | 3                | 11               | 0                  | 0                  |
| 21   | Manisa        | 1                | 1                | 0                  | 0                  |
| 22   | Mardin        | 6                | 10               | 1                  | 2                  |
| 23   | Mersin        | 9                | 43               | 0                  | 0                  |
| 24   | Muğla         | 0                | 0                | 1                  | 1                  |
| 25   | Nevşehir      | 0                | 0                | 1                  | 1                  |
| 26   | Osmaniye      | 3                | 13               | 0                  | 0                  |
| 27   | Samsun        | 1                | 1                | 0                  | 0                  |
| 28   | Sakarya       | 1                | 1                | 0                  | 0                  |
| 29   | Şanlıurfa     | 5                | 20               | 16                 | 27                 |
|      | <b>TOPLAM</b> | <b>146</b>       | <b>579</b>       | <b>26</b>          | <b>77</b>          |

[Kaynak: T.C. İçişleri Bakanlığı, GİGM, Göç Politika ve Projeleri Dairesi Başkanlığı.]

AB tarafından finanse edilen “Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Sağlık Statüsünün ve Türkiye Cumhuriyeti Tarafından Sunulan İlgili Hizmetlerin Geliştirilmesi Projesi (SIHHAT)” ile hali hazırda faaliyet gösteren GSM’lerin desteklenmesi, ihtiyaç duyulan yerlerde yeni GSM’lerin oluşturulması ve bu merkezlerde hizmet vermek üzere Suriyeli sağlık çalışanlarının istihdam edilmesine yönelik çalışmalar yürütülmektedir (SIHHAT Projesi, 2019). Projenin süresi 36 ay olarak belirlenmiş olup, faaliyetleri 1 Aralık 2016’da başlamış ve 1 Aralık 2019 tarihinde tamamlanması planlanmaktadır.

Proje ile geçici korunan sayısının çok olduğu ve tam teşekküllü kamu hastanesine uzak olan GBM ile Suriyeli nüfusun 20 binin üzerinde olduğu yerlerde sağlık hizmetlerinin kapsamının genişletilmesi, hizmet sunum kapasite ve kalitesinin geliştirilerek sağlık hizmetlerine erişimin artırılması amacıyla Güçlendirilmiş GSM’ler oluşturulmaktadır. Güçlendirilmiş GSM’lerde birinci basamak sağlık hizmetlerine ek olarak, dahiliye, çocuk, kadın doğum, ağız-diş sağlığı ve psiko-sosyal destek hizmetleri verilmekte; hizmetler görüntüleme üniteleri ve basit hizmet laboratuvarları ile desteklenerek hastanelerin yükünün azaltılması hedeflenmektedir. Proje kapsamında GSM’lerin 30 ilde yaygınlaştırılması, bu illerde oluşturulacak 182 GSM’de 805 GSB ile hizmet verilmesi ve söz konusu merkezlerden 42’sinin Güçlendirilmiş GSM olarak kurulması planlanmaktadır (Bu paragraftaki verilerin tamamı GİGM’den elde edilmiştir).

Sağlık politikalarının uygulanmasında istihdam edilen Suriyeli sağlık çalışanlarının eğitimleri ile politika uygulayıcı personel, hizmetlerin sunumuna hazır hale getirilmiştir. İlgili yönetmeliklerde gerekli düzenlemeler sonucunda istihdamları mümkün olan bu kişilerin öncelikle, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından oluşturulan komisyona başvuruda bulunmaları, başvuruları kabul edilenlerin mülakata tabi tutulmaları ve mülakatta başarılı olanların 5 gün süreli teorik, 6 hafta süreli uygulamalı uyum eğitimlerine tabi tutulmaları kararlaştırılmıştır. Her iki eğitimi başarıyla tamamlayanlara “Mesleki Yetki Belgesi” verilmekte, GBM ve GSM’lerde istihdam edilmektedirler. İstihdam edilen bu personele yönelik olarak teorik uyum eğitimlerinde uygulanacak müfredatın oluşturulması amacıyla, geçici korunanlara hizmet sunan sağlık personeli,

Suriyeli sağlık çalışanları, Sağlık Bakanlığı’nın ilgili birimlerinden temsilciler, akademisyenler ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) ve DSÖ gibi uluslararası kuruluş temsilcilerinin katılımıyla bir çalıştay gerçekleştirilmiştir. Çalıştayda belirlenen eğitim konuları kapsamında Suriyeli sağlık çalışanlarına; Türk Sağlık Sistemi, Türkiye’de uygulanan sağlık programları, etkili iletişim teknikleri, çatışma yönetimi, kültürler arası iletişim, göç ve sağlık mevzuatı gibi konularda eğitimler verilmesi kararlaştırılmıştır. Uygulamalı uyum eğitimlerinin Türk vatandaşı olan sağlık personellerinin gözetim ve rehberliğinde yapılabilmesi amacıyla İstanbul, Ankara, İzmir, Mersin, Hatay, Şanlıurfa ve Gaziantep’te, DSÖ tarafından desteklenen 7 (yedi) Göçmen Sağlığı Eğitim Merkezi oluşturulmuştur. Hastanelerde istihdamı öngörülen Suriye uyruklu uzman hekimlerin uygulamalı uyum eğitimleri ise Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü’ne bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde yapılmaktadır. Bu kapsamda 31 Ağustos 2018 itibarıyla; Suriyeli uyruklu toplam 1275 hekim ile 1138 yardımcı sağlık personeli 5 günlük teorik uyum eğitimlerini tamamlamış ve teorik eğitimlerini tamamlayan 755 hekim ile 841 ebe-hemşire uygulamalı eğitimlerini başarı ile tamamlayarak Mesleki Yetki Belgesi almışlardır. 99 uzman hekim, 376 pratisyen hekim ve 586 yardımcı sağlık personeli SIHHAT projesi kapsamında GBM ve GSM’lerde istihdam edilmiştir. Arapça ve Türkçe bilen ve hasta yönlendirme görevi yapan/yapmak isteyen, kültürel arabulucu rolünü de üstlenebilecek 850 kişiye Türk Sağlık Sistemi’ni tanıtan, etkili iletişim teknikleri ile sağlık terminolojisini içeren 5 gün süreli uyum eğitimleri verilerek bu kişilerin SIHHAT Projesi kapsamında istihdamları sağlanmaya başlanmıştır (Paragraftaki veriler GİGM’den elde edilmiştir).

Ayrıca geçici korunan Suriyelilere hizmet vermekte olan 450 Türk vatandaşı sağlık personeline de etkili iletişim, çatışma yönetimi, kültürler arası iletişim ve göçmen sağlığı gibi konularda hizmet içi eğitimler verilmiştir. Bu eğitimlerin SIHHAT Projesi kapsamında geliştirilerek sağlık çalışanlarına verilmesi, böylece Türk sağlık personelinin göç sağlığı alanındaki bilgi ve kapasitelerinin geliştirilmesi planlanmıştır (GİGM).

## **Politikaların Değerlendirilmesi Aşaması**

Hükümetlerin benimsediği ve uyguladığı kamu politikalarının bir etki oluşturması, ilgili olduğu toplumsal sorunu çözmesi ve ihtiyacı karşılması



gerekir (Yıldız ve Sobacı, 2013: 25). Politikaların değerlendirilmesi, uygulanan faaliyetlerin tasarlanan ve düşünülen uygunlukta olup olmadığına ilişkin yargıları bildirir (Usta, 2013: 85). Bu anlamda politikanın değerlendirilmesi aşaması, uygulama aşamasındaki faaliyetlerin kendilerine ve faydalanıcılara olan etkilerinin ele alındığı, başarılı yönlerinin ve eksikliklerin ortaya koyulduğu aşamadır (Kayıkçı, 2013: 82). Bu aşamada izlenen faaliyetlerin, sorunun hangi yönüne katkı sağladığı, hangi yönlerini eksik bıraktığı belirlenir (Işıkcı, 2017: 39). Politika çıktılarının veri temelli olarak değerlendirilmesi hedeflenir (Gül, 2015: 26). Yani politikanın uygulamadaki olumlu ve olumsuz yönlerinin tespiti yapılır. Böylece geri bildirim mekanizmaları vasıtasıyla, ileriye yönelik olarak politikanın sürdürülmesi, iyileştirilmesi, kaldırılması ya da yeniden tasarlanması kararları verilir (Yıldız ve Sobacı, 2013: 25).

Türkiye’de Suriyelilere yönelik uygulanan sağlık politikalarının uluslararası hukuk ile uyumlu olduğu değerlendirilmektedir (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2015: 103). Erdoğan, Türkiye’de Suriyeliler için verilen hizmetler arasında en fazla memnun kalınan alanın açık ara farkla sağlık hizmetleri olduğunu ifade etmiştir (Erdoğan, b, 2018: 36). Deniz ve arkadaşları da, Suriyelilerin Türkiye’deki sağlık sistemine entegre olduklarını, SGK primlerini ödeyen bir Türk vatandaşının sahip olduğu haklardan faydalandıklarını ve mülteci statüsünden ziyade vatandaşlara en yakın oldukları alanın sağlık hakları olduğunu belirtmiştir (Deniz, vd., 2016: 87).

AFAD tarafından yapılan saha araştırmalarının yayınlandığı raporlarda da sağlık hizmetleriyle ilgili memnuniyetin yüksek olduğu görülmektedir. AFAD’ın 2014 yılında yayınladığı raporda kamplarda yaşayan erkek ve kadınların yüzde 60’ının ve kamp dışında yaşayan erkeklerin yüzde 82’sinin, kadınların ise yüzde 79’unun aldıkları sağlık hizmetlerinden memnun olduklarını ifade ettikleri belirtilmekte olup kamp dışındaki memnuniyet oranının daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (AFAD, e, 2014: 91 ). Yine bu raporda sadece kamplardaki hizmetlere ilişkin genel değerlendirmede, sağlık hizmetlerinden çok memnun ve memnun olanların oranı güvenlik ve yemek hizmetlerinin ardından üçüncü sırada gelmekte olup, çok memnun olanların oranı yüzde 22,1 ve memnun olanların oranı da yüzde 35,4; sağlık personelinde olan memnuniyet de aynı sıralamayla

yüzde 20,3 ve yüzde 39,9’dur (AFAD, e, 2014: 108-110 ). 2014’te sadece kadınlar arasında yapılan saha araştırmasında, kadınların sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranının kamp içinde yüzde 60 ve kamp dışında yüzde 79 olduğu ifade edilmiştir (AFAD, f, 2014: 57). Kamp dışındaki memnuniyet oranının yüksek olması, kamp dışındaki hayatın daha zorlu olması sebebiyle sağlık hizmetlerinin sağladığı kolaylığın daha çok hissedilmesi olarak değerlendirilebilir. Yine Suriyeli kadınlar kamplardaki sağlık çalışanlarından yüzde 60,9 oranında memnun olduklarını ifade etmişlerdir (AFAD, f, 2014: 51 ). AFAD tarafından 2017’de yayınlanan raporda ise memnuniyet oranının nispeten arttığı ve bu defa kamp içindeki memnuniyetin kamp dışındakine göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Kamp dışında ve kamp içinde yaşayan Suriyeli misafirlerin yüzde 83 ile büyük bir yüzdesinin aldıkları sağlık hizmetinden çok memnun veya memnun oldukları ifade edilmiştir (AFAD, d, 2014: 103). Kamplarda bulunan erkeklerin yüzde 95,60’ının ve kadınların yüzde 89,20’sinin, kamp dışındaki erkeklerin yüzde 82,20’sinin ve kadınların yüzde 78,80’inin aldıkları sağlık hizmetinden çok memnun veya memnun oldukları; memnun olmayanların yüzdesinin çok yüksek olmadığı ve özellikle kamp dışındaki misafirlere göre kamp içinde bulunanlar arasında bu oranın daha düşük olduğu ifade edilerek, kamplarda bulunan erkeklerin yüzde 2,90’ının ve kadınların yüzde 5,50’sinin ve kamp dışındaki erkeklerin yüzde 7,90’ının ve kadınların yüzde 12,70’inin Türkiye’de almış oldukları sağlık hizmetlerinden memnun olmadığı veya hiç memnun olmadıkları belirtilmiştir (AFAD, d, 2014: 103 ).

Suriyelilere sunulan hizmetlerin diğer bir yönü de maliyetleridir. Erdoğan, Suriyelilere sunulan hizmet maliyetlerinin diğer riskler yanında arka planda kaldığını ve harcama kalemlerinin çok çeşitlilik arzemesi sebebiyle maliyetlerin hesaplanmasındaki zorluklara dikkat çekerek, Nisan 2011-Eylül 2017 arasında Türkiye’nin Suriyeliler için yaptığı harcamanın resmi olarak 30 milyar ABD dolarını bulduğunu aktarmıştır (Erdoğan, b, 2018: 38-39). AFAD’ın GBM’lerde yaptığı Harcama ve Maliyet Analizi’nde ise Suriyeliler için 1 Kasım 2013 tarihine kadar sadece sağlık alanında toplamda yaklaşık 191 milyon liralık harcama yapıldığı belirtilmiştir (AFAD, b, 2013: 55).

Maliyetler ve hizmetlerden memnuniyete ilişkin genel durum dışında politikaların değerlendirilmesinde hizmet çıktılarına ilişkin sayısal veriler de önemlidir. Erdoğan, Suriyelilere sunulan sağlık hizmetlerinin hem sayısal büyüklük hem de nitelik açısından önemine dikkat çekerek, 2016 yılında günde 21.320 poliklinik hizmeti, 589 ameliyat, 227 doğum; 2017 yılında ise günde ortalama 29 bin poliklinik hizmeti, 700 ameliyat, 306 doğumun gerçekleştiğini aktarmaktadır (Erdoğan, b, 2018: 38). Yine Erdoğan tarafından, 29 Nisan 2011-30 Eylül 2017 tarihleri arasında toplam 31.449.800 poliklinik sayısının, 1.326.849 yatan hasta sayısının, 1.112.058 ameliyat sayısının, 276.158 doğum sayısının, 41.192 sınırdan giriş yapan yaralı sayısının, 7.670.265 aşı doz sayısının gerçekleştiği ifade edilmiştir (Erdoğan, b, 2018: 38).

Bu çalışma için GİGM'den alınan güncel rakamlara göre sadece 2018 yılı Ağustos ayında GBM'lerde Sunulan Birinci Basamak Sağlık Hizmet Verileri (01.08.2018-31.08.2018) toplam 16.337 aşı sayısı, 5.799 bebek izlem sayısı, 3.023 çocuk izlem sayısı, 3.803 gebe sayısı ve 2.980 gebe izlem sayısı şeklinde gerçekleşmiştir.

**Tablo 8:** Geçici Barınma Merkezlerinde 2018 Ağustos Ayında Sunulan Birinci Basamak Sağlık Hizmet Verileri (01.08.2018-31.08.2018)

| KAMPLARDA VERİLEN HİZMETLERİN TAKİBİ |             | AŞI SAYISI | BEBEK İZLEM SAYISI | ÇOCUK İZLEM SAYISI | GEBE SAYISI | GEBE İZLEM SAYISI |
|--------------------------------------|-------------|------------|--------------------|--------------------|-------------|-------------------|
| HATAY                                | ALTINÖZÜ    | 0          | 7                  | 40                 | 201         | 18                |
|                                      | YAYLADAĞI   | 146        | 0                  | 0                  | 74          | 151               |
|                                      | APAYDIN     | 92         | 168                | 214                | 210         | 42                |
| ŞANLIURFA                            | CEYLANPINAR | 3668       | 915                | 512                | 170         | 87                |
|                                      | AKÇAKALE    | 3488       | 907                | 953                | 373         | 819               |
|                                      | HARRAN      | 1499       | 351                | 211                | 230         | 19                |
|                                      | SURUÇ       | 2865       | 2401               | 304                | 180         | 366               |
| KİLİS                                | ÖNCÜPINAR   | 449        | 107                | 73                 | 166         | 56                |
|                                      | BEŞİRİYE    | 598        | 160                | 157                | 243         | 143               |
| GAZİANTEP                            | KARKAMIŞ    | 125        | 0                  | 0                  | 20          | 6                 |
|                                      | NİZİP       | 234        | 17                 | 25                 | 207         | 25                |
|                                      | İSLAHİYE    | 166        | 39                 | 39                 | 15          | 4                 |

|                      |                  |        |       |       |       |       |
|----------------------|------------------|--------|-------|-------|-------|-------|
| <b>KAHRAMANMARAŞ</b> | <b>MERKEZ</b>    | 747    | 153   | 127   | 342   | 94    |
| <b>ADİYAMAN</b>      | <b>MERKEZ</b>    | 473    | 113   | 83    | 128   | 17    |
| <b>ADANA</b>         | <b>SARIÇAM</b>   | 917    | 160   | 180   | 0     | 349   |
| <b>MALATYA</b>       | <b>MERKEZ</b>    | 423    | 185   | 56    | 122   | 153   |
| <b>MARDİN</b>        | <b>MİDYAT</b>    | 139    | 38    | 23    | 43    | 4     |
| <b>OSMANİYE</b>      | <b>CEVDETİYE</b> | 308    | 78    | 26    | 256   | 140   |
| <b>TOPLAM</b>        |                  | 16.337 | 5.799 | 3.023 | 3.803 | 2.980 |

[Kaynak: T.C. İçişleri Bakanlığı, GİGM, Göç Politika ve Projeleri Dairesi Başkanlığı.]

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (HSGM) bağlı birimleri, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü (KHGM) bağlı birimleri, üniversite ve özel hastanelerde ülke genelinde geçici korunanlara yönelik sunulan sağlık hizmet verileri ise 2018 Ağustos itibarıyla toplamda şu şekildedir; poliklinik sayısı 43.776.782, sevk sayısı 987.385, yatan hasta sayısı 1.710.649, ameliyat sayısı 1.446.670 ve doğum sayısı 375.394’tür.

**Tablo 9:** Ülke Genelinde Geçici Korunanlara Sunulan Sağlık Hizmet Verileri (Ağustos 2018 itibarıyla)

| <b>81 İL GENELİ KAMP İÇİ/KAMP DIŞI SAĞLIK HİZMET VERİLERİ</b> |  | <b>2011-2016 TOPLAM</b> | <b>2017 GENEL TOPLAM</b> | <b>2018 (OCAK-AĞUSTOS)</b> | <b>2011-2018 GENEL TOPLAM</b> |
|---|--|-------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| <b>POLİKLİNİK SAYISI</b>                                      | HSGM BAĞLI BİRİMLERİ                                   | 5.742.528               | 3.005.287                | 2.689.672                  | 11.437.487                    |
|   | KHGM BAĞLI BİRİMLERİ                                   | 16.997.636              | 8.291.891                | 6.397.705                  | 31.687.232                    |
|   | ÜNİVERSİTE/ÖZEL HASTANELER                             | 328.338                 | 136.127                  | 187.598                    | 652.063                       |
| <b>TOPLAM</b>   |  | 23.068.502              | 11.433.305               | 9.274.975                  | 43.776.782                    |
| <b>SEVK SAYISI</b>  | BİRİNCİ BASAMAKTAN KAMU/ÖZEL/ ÜNİVERSİTE HASTANELERİNE | 918.964                 |                          | 68.421                     | 987.385                       |
| <b>YATAN HASTA SAYISI</b>                                     | HSGM’NE BAĞLI HASTANELER                               | 1.018.271               | 357.834                  | 274.349                    | 1.650.454                     |
|   | ÜNİVERSİTE/ÖZEL HASTANELER                             | 37.364                  | 10.375                   | 12.456                     | 60.195                        |
| <b>TOPLAM</b>   |  | 1.055.635               | 368.209                  | 286.805                    | 1.710.649                     |

|                                      |                            |         |         |         |           |
|--------------------------------------|----------------------------|---------|---------|---------|-----------|
| AMELİYAT SAYISI                      | HSGM'NE BAĞLI HASTANELER   | 854.318 | 311.164 | 249.094 | 1.414.576 |
|                                      | ÜNİVERSİTE/ÖZEL HASTANELER | 23.781  | 3.703   | 4.610   | 32.094    |
| <b>TOPLAM</b>                        |                            | 878.099 | 314.867 | 253.704 | 1.446.670 |
| DOĞUM SAYISI                         | HSGM'NE BAĞLI HASTANELER   | 195.421 | 100.671 | 70.998  | 367.090   |
|                                      | ÜNİVERSİTE/ÖZEL HASTANELER | 4.737   | 1.639   | 1.928   | 8.304     |
| <b>TOPLAM</b>                        |                            | 200.158 | 102.310 | 72.926  | 375.394   |
| <b>SINIRDAN ALINAN YARALI SAYISI</b> |                            | 36.897  | 5.425   | 6.210   | 48.532    |

[Kaynak: T.C. İçişleri Bakanlığı, GİGM, Göç Politika ve Projeleri Dairesi Başkanlığı.]

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği gönüllü sağlık tesislerinde de sadece 2018 Ağustos ayında toplam 10.854 muayene yapılmıştır.

**Tablo 10:** Gönüllü Sağlık Tesisleri Faaliyetlerine Dair Veriler (Ağustos 2018)

| 2018 YILI AĞUSTOS AYI                    |   | MUAYENE SAYISI |
|--|---|----------------|
| <b>GÖNÜLLÜ SAĞLIK TESİSLERİ VERİLERİ</b> |   |                |
| GAZİANTEP                                | KİTALARARASI DOKTORLAR DERNEĞİ (AID)      | 2.348          |
|  | SAĞLIK YARDIM DERNEĞİ                     | 32             |
| HATAY                                    | ATAA GÖNÜLLÜ SAĞLIK TESİSİ                | 60             |
|  | MUHSİN İNSANİ GÖNÜLLÜ SAĞLIK TESİSİ       | 4.157          |
| İSTANBUL                                 | NEFİSOĞLU SAĞLIK EĞİTİM VE KÜLTÜR DERNEĞİ | 4.257          |
| <b>TOPLAM</b>                            |   | 10.854         |

[Kaynak: T.C. İçişleri Bakanlığı, GİGM, Göç Politika ve Projeleri Dairesi Başkanlığı.]

Kamu sağlığı açısından riskli bir alan olarak bulaşıcı salgın hastalıklar ve aşılama faaliyetleri kapsamında, Suriyeli çocuklara aşı takvimine uygun bir şekilde aşılama uygulanmaktadır. Bu doğrultuda GİGM'den temin edilen verilere göre, 2013-2015 yılları arasında dokuz tur çocuk felci aşılama çalışması yapılmış olup, bu aşılama faaliyetleri sonucunda 5.288.639 doz aşı; kızamık kontrol çalışmaları kapsamında da hassas ve aşısız olan Suriyeli çocuklara 2.381.626 doz aşı yapılmıştır. Yine 2017 yılının Şubat, Mayıs ve Kasım aylarında üç tur halinde yürütülen kampanya çalışma-

larında 0-59 ay arasındaki yaklaşık 370 bin Suriyeli çocuk, buldukları yerde ziyaret edilerek, kayıtsız olanlar kayıt altına alınmış, aşısı olmayanlara ya da aşısı eksik bulunanlara KKK (Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı), Beşli Karma, ve Hepatit B aşısı uygulanmıştır.

Sağlık Bakanlığı tarafından görülmesi muhtemel bulaşıcı hastalıklara yönelik çalışmalar da yürütülerek bu çerçevede, 2012-2018 Ağustos ayı sonu itibarıyla, Suriyelilerden alınan toplam 192.527 kan yayması sıtma hastalığı açısından değerlendirilmiş olup vaka tespit edilmemiş; tüm yabancı uyruklu misafirlerde 9.426 şark çıbanı vakası tespit edilerek tedavileri yapılmış; tüberküloz hastalığına yönelik yapılan çalışmalarda kampın bulunduğu 10 ilde 1.102 Suriye doğumluda hastalık tespit edilerek tedavilerine başlanmış olup, Türkiye genelinde 2012-2017 yıllarında tespit edilen Suriye doğumlu tüberküloz hasta sayısı 2.217 olarak belirtilmiştir (GİGM). Nihayetinde 2014-2018 yılları arasında toplam 4.520.095 doz aşı uygulaması yapılmıştır (GİGM).

**Tablo 11:** Ülke Genelinde Geçici Korunanlara Yapılan Aşı Verileri (Ağustos 2018 itibarıyla)

| AŞILAR                                     | KAMP İÇİ | KAMP DIŞI | TOPLAM    |
|--|----------|-----------|-----------|
| BCG (Verem)                                | 541      | 4.442     | 4.983     |
| DaBT-İPA-Hib (Beşli Karma)                 | 2.109    | 18.092    | 20.201    |
| KPA (Konjüge Pnömonok Aşısı)               | 2.174    | 17.958    | 20.132    |
| HBV (Hepatit B)                            | 1.543    | 12.346    | 13.889    |
| KKK (Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı) | 1.557    | 7.406     | 8.963     |
| SUÇİÇEĞİ                                   | 586      | 3.545     | 4.131     |
| HAV (Hepatit A)                            | 759      | 5.518     | 6.277     |
| TD (Erişkin Tipi Difteri-Tetanos Aşısı)    | 520      | 2.141     | 2.661     |
| TOPLAM                                     | 9.789    | 71.448    | 81.237    |
| 2018 GENEL TOPLAM                          |          |           | 727.727   |
| 2014-2018 GENEL TOPLAM                     |          |           | 4.520.095 |

[Kaynak: T.C. İçişleri Bakanlığı, GİGM, Göç Politika ve Projeleri Dairesi Başkanlığı.]

AFAD tarafından Suriyeli sağlık çalışanlarına ve Suriyelilere sağlık alanında bilgilendirilmeleri amacıyla çeşitli eğitimler de düzenlenmiştir. Buna göre, 2015 yılında kamp içinde ve kamp dışında AFAD’ın işbirliğiyle çeşitli STK ve uluslararası kuruluşlarla, sadece kadın olan ve karma

gruplara psikolojik destek ve rehberlik, üreme sağlığı, aile planlaması gibi çeşitli konularda 15 farklı eğitim yapılmıştır (Barın, 2015: 43-44).

## **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Arap Baharı ile başlayan süreç birçok ülkede yönetimlerin el değiştirmesiyle sonuçlanmıştır. Arap Baharı'nın Suriye'deki etkileri 2011'de başlamış ve günümüzde hala devam etmektedir. Ülkede devam eden iç savaş ile ülkedeki devlet sistemi ve kamusal hizmetler çökmüş, sivillerin yaşam olanaklarının ortadan kalkmasıyla çevre ülkeler başta olmak üzere tüm dünyayı etkileyen zorunlu bir göç süreci başlamıştır. Bu göçlerden ülkede bugün sayıları 3,6 milyonu bulan Türkiye en çok etkilenen ülke olmuştur.

Sürecin yönetimi 2011 yılında AFAD koordinasyonunda acil duruma müdahale olarak başlamıştır. Türkiye'deki göç ve iltica alanındaki yasal düzenlemelerin tarihindeki en büyük insan hareketliliğini yönetebilecek yeterlilikte olmaması, süreç içinde kamusal hizmet ve politikaların günün gereklerine uygun olarak AFAD ve İçişleri Bakanlığı tarafından hazırlanan genelge ve yönergelerle yönetilmesiyle sonuçlanmıştır. Bu alandaki hukuki boşluk, Suriyelilerin tanımlanması sorununu gündeme getirmiş ve konuyla ilgili politika formülasyonu ve yasallaştırmanın hızlandırılmasını gerekli kılmıştır.

Krizin Türkiye'nin göç ve iltica alanında AB müktesebatına uyum politikalarının somutlaşma dönemine denk gelmesi ve 6458 sayılı YUKK'un kabulüyle bu alandaki hukuki boşluk doldurulmuştur. Suriyelilere uygulanacak geçici koruma politikası yasal bir zemine kavuşturulmuştur. Kanuna dayanılarak 22 Ekim 2014 tarihinde çıkarılan GKY ile geçici koruma politikasının çerçevesi belirlenmiş, Suriyelilerin eğitim, sağlık, iş gücüne erişim, sosyal yardımlar gibi birçok alanda kamusal hizmetlere erişimleri sağlanmıştır. Kanunun kabulüyle GİGM'in kuruluşu gerçekleşmiş göç yönetimine ilişkin tüm iş ve işlemler Emniyet Genel Müdürlüğü ve AFAD'tan devralınmıştır. Geçici Koruma Yönetmeliğinde 2018 yılında yapılan değişikliklerle, GBM'lerin yönetim ve denetiminin de GİGM koordinasyonuna verilmesiyle, politikanın uygulanmasındaki karmaşıklık ve bölünmüşlük ortadan kalkmıştır.

Sürecin uzaması ve Suriyelilerin kamplar dışında tüm illere yayıl-

malarıyla diğer alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da kapsamlı politikalara ihtiyaç duyulmuştur. Hem bireysel olarak kişileri hem de kamu sağlığı açısından göç eden ve yerel toplumu ilgilendiren sağlık politikalarıyla ilgili birçok özel düzenleme yapılmıştır. Suriyelilere yönelik sağlık hizmetleri, GİGM genel koordinasyonunda Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmektedir.

Suriyeliler, sağlık hizmetlerinden kayıtlı olmaları kaydıyla ücretsiz olarak faydalanabilmekte, kayıtlı olmayanlar ise acil durumlar ve bulaşıcı hastalık riskine karşı yine hizmet kapsamında değerlendirilmektedir. Bu doğrultuda, uygulanan politikalarla ve yasal düzenlemelerle hizmetlerin faydalanıcısı olan Suriyelilerin sağlık hizmetlerine erişimlerinin her anlamda kolaylaştırıldığı düşünülmektedir. Yine belirlenen sağlık politikalarıyla hem beşeri hem de fiziksel olarak ek kapasite oluşturma yoluna gidilmiştir. Sağlık çalışanlarına yönelik çeşitli eğitimlerle göç ve sağlık konusunda farkındalık oluşturma ve bilinçlendirme çalışmalarıyla alanda çalışanların bilgi ve kapasiteleri artırılmıştır. GSM’ler ve bu merkezlerde oluşturulan Göçmen Sağlığı Birimleri ile yoğun olarak yaşadıkları yerlerde sağlık hizmetleri sunum kapasitesi artırılmıştır. Bu merkezlerde dil bariyeri göz önünde bulundurularak tercümanların istihdamı sağlanmış, yeni düzenlemeler ve ilgili mevzuatlardaki değişikliklerle Suriyeli sağlık çalışanlarının istihdamının yolu açılmıştır. Güçlendirilmiş GSM’ler ile aile hekimliği standartlarındaki merkezlerin fiziki donanım ve kapasitelerinin artırılmasıyla hastanelerdeki yoğunluğun azaltılması hedeflenmiştir. Geçici korunan Suriyelilere sınırdan ilk girişlerinden ve ilk günden itibaren sunulan sağlık hizmetleri oluşturulan politikalarla kapsamlı hale getirilmiştir. Sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması çabaları devam etmekte olup, SIH-HAT Projesi ile alandaki kapasite ve hizmet sunum kalitesinin artırılması hedefi sürdürülmektedir. Tüm bu politikalarla sağlık alanında fiziki, beşeri anlamda ek kapasitenin oluşturulduğu, bireysel ve kamu sağlığı anlamında gerekli önlemlerin alındığı değerlendirilmektedir.

Bu çalışma ile, Suriyelilere sunulan sağlık hizmetleriyle ilgili yapılan az sayıdaki çalışmada, sağlık politikalarıyla ilgili ek kapasite oluşturma ve riskli durumlara ilişkin gerekli tedbirlerin alınmasına yönelik getirilen önerilerin, uygulanan politikalarla örtüştüğü değerlendirilmektedir. Yapı-



lan çalışmalardaki benzer çıktılarını, kamu politikaları yapımı, iyileştirme, değiştirme ve geliştirme süreçlerinde atılacak adımlara temel oluşturacağı düşünülmektedir.

Suriyeliler 81 ilde farklı yoğunluklarda yaşamaktadırlar. Yoğun oldukları bölgelerde fiziki ve beşeri kapasitenin artırılması çözüm olabileceksede, yoğunluklarının az olduğu yerlerde ek kapasite oluşturmak tek başına çözüm için yeterli değildir ve kamu kaynaklarının verimsiz kullanılmasına sebep olacaktır. Çalışma için en yoğun oldukları ilden en az buldukları ile doğru sıralama prensibiyle oluşturulan Tablo 3'te Suriyelilerin sayısının 54 ilde, 10 binin altında olduğu, bu illerden yarısında sayılarının binin altında olduğu, Erzincan, Gümüşhane, Iğdır, Tunceli, Artvin ve Bayburt gibi illerde sayılarının 100'e dahi ulaşmadığı görülmektedir. Bu sayılar için ek kapasite oluşturulamayacağı aşikar olmakla birlikte, bu yabancıların toplum sağlığı açısından kamusal hizmetlere erişimlerinin de kolaylaştırılması gerekmektedir. GİGM'den elde edilen veriye göre Türk vatandaşı 450 sağlık personelinin göç ve sağlık alanında eğitimlere tabi tutulduğu anlaşılmaktadır. Bu doğrultuda, her yerde ek kapasite oluşturmaktan ziyade, göçün gerçeklik olarak kabul edilerek uzun vadede sağlık personelinin göç alanındaki bilgi ve kapasitesini artıracak eğitimlerin yaygınlaştırılması faydalı olacaktır. Sahadaki sağlık çalışanlarının, dil ve kültür faktörü göz önünde bulundurularak spesifik bir alan olan göç ve sağlık alanında bilinçlendirilmesi ve daha fazla personelin bu konuda eğitime tabi tutulması sağlanabilir.

Suriyelilerin Türkiye'deki zorunlu göç deneyimleri 8 yılı bulmuş ve geçici koruma politikası süresi oldukça uzun bir sürece yayılmıştır. Diğer taraftan Birleşmiş Milletler'in tespitlerine göre yerinden edilenlerin kendi ülkelerine dönme ortalamaları 17 yılı bulmaktadır (Yetiş, 2018: 46). Suriye'deki gelişmeler göz önünde bulundurulduğunda savaşın ve ülkenin yeniden yapılanmasının oldukça uzun zaman alacağı öngörülebilir. Bu doğrultuda geçici koruma politikasında bazı revizelerin yapılmasının yerinde olacağı düşünülmektedir. Bu anlamda kalıcı çözümler üretmek gerekli hale gelmiştir. Entegrasyon ve kamusal hizmetlere erişimlerinde, dil bariyerinin bir an önce aşılması, hizmet kalite ve kapasitesini etkileyecek unsurların en aza indirilmesi amacıyla Türkçe öğrenme kursları zorunlu hale getiril-

melidir.

Diğer taraftan zaman içinde Suriyelilerin gönüllü geri dönüşleri teşvik edilebilir. Her halükarda büyük çoğunluğunun Türkiye’de kalacağı gerçeğiyle özellikle pahalı bir hizmet olan sağlık alanında uluslararası destek artırılmalıdır. Türkiye 1951 Cenevre Sözleşmesine coğrafi sınırlama kaydı yanında, Sözleşme’nin hiçbir hükmünün Türk vatandaşlarına verilen haklardan daha fazlasının mültecilere verilemeyeceği şeklinde bir çekince de koymuştur (Ekşi, 2014: 156). Nitekim, Türkiye’deki Suriyeliler mülteci statüsünde bulunmamakla birlikte, ülkeler tarafından mültecilere göre daha sınırlı hakların temin edildiği geçici koruma politikası gereği, 8 yıllık süreçte oluşan maliyetler ile bu ilke hususundaki denge de göz önünde bulundurularak sağlık alanında ilk etapta ve en azından hasta katılım payını ödemeleri sağlanmalıdır. Ancak henüz çalışmayan ve zor durumda bulunduğu tespit edilen kişilere yardımlar devam ettirilmelidir.

Sonuç olarak, politika yapıcı ve uygulayıcıların geçici koruma politikasına alternatif olarak kalıcı çözümler üretmesi gerekmektedir. Uzun vadede geçici koruma politikası yeni bir politika ile ikame edilebilir. Türkiye’de kalmaya devam edecek Suriyelilerin kademeli olarak başka statülere kaydırılmasıyla, geçici koruma politikası sonlandırılabilir. Bunun için YUKK’taki insani ikamet ve Suriyelilerin yeniden iskan alternatif olarak değerlendirilebilir. Böylelikle hem geri göndermeme prensibine uygun olarak uluslararası korumanın gerekleri yerine getirilmiş, hem de Suriyelilerin de hayatlarıyla ilgili sorumluluk almaları sağlanarak entegrasyon sürecinin hızlanması sağlanabilecektir. Spesifik olarak sağlık alanında ise maliyetlerin azaltılması mümkün olabilecektir.

## Kaynakça

- Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD, a) (2016). *Suriyeli Misafirlerimiz Kardeş Topraklarında* 2016. Ankara.
- Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD, b) (2013). *Suriyelilerin Konakladığı Geçici Barınma Merkezlerindeki Harcama ve Maliyet Analizi*. Ankara.
- Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD, c) (2013). *Türkiye'deki Suriyeli Sığınmacılar, 2013 Saha Araştırması Sonuçları*. Ankara.
- Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD, d) (2017). *Türkiye'deki Suriyelilerin Demografik Görünümü, Yaşam Koşulları ve Gelecek Beklentilerine Yönelik Saha Araştırması*. Ankara.
- Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD, e) (2014). *Suriye'den Türkiye'ye Nüfus Hareketleri Kardeş Topraklarında Misafirlilik*. Ankara.
- Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD, f) (2014). *Türkiye'deki Suriyeli Kadınlar*. Ankara.
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2015). *Geçici Koruma Rejimi Örnekleri*. 1. Baskı. Ankara: Matsa Basımevi.
- AKTEL, Mehmet ve KAYGISIZ Ümmühan (2018), Türkiye'de Göç Yönetimi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. Cilt. 23, Sayı. 2.
- ANLAR, Ömer (Ağustos 2018). Suriyeli Doktorların Gözünden Mülteciler ve Sağlık. USLU, Yeter Demir (Ed.). *Göç ve Sağlık-Sağlık Politikaları 1*. 1. Baskı, İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi.
- BABAOĞLU, Cenay (2017). Kamu Politikası Analizine Yönelik Kavramsal ve Kuramsal Bir Çerçeve. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, Cilt. 15, Sayı. 30. s. 512. [http://www.yasader.org/web/yasama\\_dergisi/2015/sayi29/5-31.pdf](http://www.yasader.org/web/yasama_dergisi/2015/sayi29/5-31.pdf), Erişim Tarihi: 8 Ocak 2019.
- BMMYK. *Suriye Acil Durumu*. (<https://www.unhcr.org/tr/suriye-acil-durumu>, 2018). Erişim Tarihi: 2 Şubat 2019.
- BARIN, Hilal (Temmuz-Aralık 2015). *Türkiye'deki Suriyeli Kadınların*

*Toplumsal Bağlamda Yaşadıkları Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Göç Araştırmaları Dergisi, Cilt. 1, Sayı 2.*

BÜLBÜL Ayşenur ve KASAPOĞLU KIYIKLIK A. Betül (Ağustos 2018). Toplum Merkezlerinin Göç ve Uyum Sürecindeki Rolü. USLU, Yeter Demir (Ed.). *Göç ve Sağlık-Sağlık Politikaları 1*, 1. Baskı, İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi.

ÇELİK, Neşe Baran (2015). Türk Hukukunda Uluslararası Koruma Başvurusunda Bulunan veya Uluslararası Korumadan Yararlanan Yabancıların Hak ve Yükümlülükleri. İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi Özel Sayı. Cilt. 1.

DANIŞ, Didem ve PARLA Ayşe (2009). Nafile Soydaşlık: Irak ve Bulgaristan Türkleri Örneğinde Göçmen, Dernek ve Devlet. *Toplum ve Bilim*. Sayı 114. s. 136. <http://research.sabanciuniv.edu/26757/1/NafileSoydaslik.pdf>, Erişim tarihi: 16 Kasım 2018.

DEMİR, Fatih (2011). Kamu Politikası ve Politika Analizi Çalışmalarının Teorik Çerçevesi. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. Sayı. 30. s. 111-112. <http://dergipark.gov.tr/dpusbe/issue/4772/65681>, Erişim Tarihi: 22 Mart 2019.

DEMİREL, Cansu Akbaş (Kasım 2015). Türkiye’deki Suriyeliler: Statüler ve Hükümet Politikaları. KÖRÜKMEZ, Lülüfer ve SÜDAŞ, İlkey (Ed.). *Göçler Ülkesi*. 1. Baskı. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

DENİZ, A. Çağlar, EKİNCİ Yusuf ve HÜLÜR A. Banu (Kasım 2016). *Bizim Müstakbel Hep Harap Oldu Suriyeli Sığınmacıların Gündelik Hayatı*. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

Dışişleri Bakanlığı. *Katılım Ortaklığı Belgeleri*. [https://www.ab.gov.tr/katilim-ortakligi-belgeleri\\_46226.html](https://www.ab.gov.tr/katilim-ortakligi-belgeleri_46226.html). Erişim Tarihi: 24 Ocak 2019.

DURUEL, Mehmet (2017). *Sosyo-ekonomik Yönleriyle Hatay’daki Suriyeliler*. 1. Baskı. İstanbul: Kriter Yayınevi.

DUYGU, Fazilet (Ağustos 2018). Türkiye’de Doğan Suriyeli Çocuklar ve Sağlık. USLU, Yeter Demir (Ed.). *Göç ve Sağlık-Sağlık Politikaları 1*. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi.

EKŞİ, Betül (2015) Avrupa’da Göç ve Mülteci Araştırmaları Üzerine Bir Değerlendirme. *Marmara İletişim Dergisi*. Sayı 24. 2015. s. 134. <https://dergipark.org.tr/maruid/issue/23441/249631>. Erişim tarihi: 10 Temmuz 2019.

EKŞİ, Nuray (Ekim 2014) *Yabancılar ve Uluslararası Koruma Hukuku*. 2. Baskı. İstanbul: Beta Yayınevi.

ELÇİN, Doğa (2016). Türkiye’de Bulunan Suriyelilere Uygulanan Geçici Koruma Statüsü 2001/55 Sayılı Avrupa Konseyi Yönergesi ile Geçici Koruma Yönetmeliği Arasındaki Benzerlik ve Farklılıklar. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*. Sayı 124. s. 12. <http://tbbdergisi.barobirlik.org.tr/m2016-124-1570>. Erişim Tarihi: 7 Ocak 2019.

ELİK, Süleyman (2016) Arap Baharı Sonrası Ortadoğu’dan Türkiye’ye Göç: Türkiye’deki Suriyeliler. ÇEVİKER, Abdüllatif ve BAL, Faruk (Ed.). *Türk-İslam Dünyasında Göç ve Göç Yönetimi*. 1. Baskı. İstanbul: Akademik Kitaplar Yayınevi.

ERDOĞAN, M. Murat (Erdoğan, a) (Haziran 2015) Türkiye’ye Kitleli Göçlerde Son ve Dev Dalga: Suriyeliler. ERDOĞAN, M. Murat ve KAYA, Ayhan (Ed.). *Türkiye’nin Göç Tarihi 14. Yüzyıldan 21. Yüzyıla Türkiye’ye Göçler*. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

ERDOĞAN, M. Murat (Erdoğan, b) (Nisan 2018). *Suriyeliler Barometresi Suriyelilerle Uyum İçinde Yaşamın Çerçevesi*. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

ERDOĞAN, M. Murat (Erdoğan, c) (Şubat 2018). *Türkiye’deki Suriyeliler Toplumsal Kabul ve Uyum*. 2. Baskı. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

ERDOĞAN, M. Murat, KARAPINAR, Yelda Devlet ve AYDINLI Deniz (2013). Türkiye’nin Göç Politikası. YILDIZ, Mete ve SOBACI, Mehmet Zahid (Ed.). *Kamu Politikası Kuram ve Uygulama*. 1. Baskı. Ankara: Adres Yayınları.

ESKİOCAK, Muzaffer, MARANGOZ, Bahar ve ETİLER Nilay (Şubat 2016). Suriye, Türkiye ve Irak’ta Savaşın Bölgedeki Bulaşıcı Hastalıklara

Etkileri. ERGİN, Işıl (Ed.). *Savaş, Göç ve Sağlık*, 1. Baskı, Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

Geçici Koruma Altındaki Yabancılara İlişkin Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Genelge. Genelge No: 2014/4. Genelge Tarihi: 18 Aralık 2014. [https://www.afad.gov.tr/upload/Node/2311/files/Gecici-Koruma\\_Altindaki\\_Yabancilara\\_Iliskin\\_Hizmetlerin\\_Yurutulmesi\\_2014-4\\_.pdf](https://www.afad.gov.tr/upload/Node/2311/files/Gecici-Koruma_Altindaki_Yabancilara_Iliskin_Hizmetlerin_Yurutulmesi_2014-4_.pdf). Erişim tarihi: 22 Şubat 2019.

Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar. Yönerge No: 2875. Yönerge Tarihi: 25 Mart 2015. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1376,saglik-bakanligi-gecici-koruma-yonergesi-25032015pdf.pdf?0>. Erişim tarihi: 22 Şubat 2019.

Geçici Koruma Altındaki Yabancılara İlişkin Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi, Genelge No: 2015/8. Genelge Tarihi: 12 Ekim 2015. [https://www.afad.gov.tr/upload/Node/2311/files/2015\\_8\\_Gecici\\_Koruma\\_altindaki\\_Yabancilara\\_Iliskin\\_Saglik\\_Hizmetlerinin\\_Yurutulmesi.pdf](https://www.afad.gov.tr/upload/Node/2311/files/2015_8_Gecici_Koruma_altindaki_Yabancilara_Iliskin_Saglik_Hizmetlerinin_Yurutulmesi.pdf). Erişim tarihi: 22 Şubat 2019.

GENÇ, Deniz (Ağustos 2018). Göçmenlik, Dil Engeli ve Sağlık Hizmetleri. USLU, Yeter Demir (Ed.). *Göç ve Sağlık-Sağlık Politikaları 1*. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi.

Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, Geçici Koruma İstatistikleri. [http://www.goc.gov.tr/icerik6/gecici-koruma\\_363\\_378\\_4713\\_icerik](http://www.goc.gov.tr/icerik6/gecici-koruma_363_378_4713_icerik). Erişim Tarihi: 20 Mart 2019.

Göç İdaresi Genel Müdürlüğü. İltica ve Göç Alanındaki Avrupa Birliği Müktesebatının Üstlenilmesine İlişkin Türkiye Ulusal Eylem Planı. [http://www.goc.gov.tr/icerik3/iltica-ve-goc-ulusal-eylem-planı\\_327\\_344\\_699](http://www.goc.gov.tr/icerik3/iltica-ve-goc-ulusal-eylem-planı_327_344_699). 24 Ocak 2019.

Göçmen Sağlığı Merkezleri (GSM)/ Birimleri (GSB). Yönerge No: 906. Yönerge Tarih: 3 Eylül 2015. [ankarabarasu.org.tr/.../Gocmen\\_Sagligi\\_Merkezleri\\_Birimlerine\\_Dair\\_Yonerge.docx](http://ankarabarasu.org.tr/.../Gocmen_Sagligi_Merkezleri_Birimlerine_Dair_Yonerge.docx). Erişim Tarihi: 22 Şubat 2019.

Grafiklerle Suriye’de 8. Yılına Giren Savaş. (15 Mart 2018). *BBC News*.

<https://www.bbc.com/turkce/haberler-dunya-43414137>. Erişim Tarihi: 2 Şubat 2019.

GÜL, Hüseyin (2015). Kamu Politikası Analizi, Yöntemleri ve Teknikleri. *Yasama Dergisi*. Sayı 29. s. 8. [http://www.yasader.org/web/yasama\\_dergisi/2015/sayi29/5-31.pdf](http://www.yasader.org/web/yasama_dergisi/2015/sayi29/5-31.pdf). Erişim Tarihi: 8 Ocak 2019.

GÜLTAÇ, Aylin Sinem ve BALÇIK Pınar Yalçın (2018). Suriyeli Sığınmacılara Yönelik Sağlık Politikaları. *Sakarya Tıp Dergisi*. Cilt. 8. Sayı. 2. s. 200. <http://dergipark.gov.tr/smj/issue/38004/394732>. Erişim Tarihi: 7 Mart 2019.

IŞIKÇI, Yasemin Mamur (2017). Türkiye’de Kamu Politikası Olarak 2000 Yılı Sonrası Uluslararası Göç Yönetiminin Analizi. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*. Yıl 8. Sayı 13. s. 29. <http://dergipark.gov.tr/yalovasosbil/article/333885>. Erişim Tarihi: 28 Ekim 2018.

İÇDUYGU, Ahmet (Ocak 2014). Türkiye’ye Yönelen Uluslararası Göç Hareketleri. İÇDUYGU, Ahmet. ERDER, Sema. GENÇKAYA, Ömer Faruk (Ed.). *Türkiye’nin Uluslararası Göç Politikaları, 1923-2023: Ulus-devlet Oluşumundan Ulus-ötesi Dönüşümlere*. İstanbul: Koç Üniversitesi Göç Araştırmaları Merkezi.

KARSLI, Öznur (24 Ekim 2016). Suriyelilere Kepenk Ardında Kaçak Sağlık Hizmeti. *Habertürk*, <https://www.haberturk.com/saglik/haber/1314338-suriyelilere-kepenk-ardinda-kacak-saglik-hizmeti>. Erişim Tarihi: 25 Mart 2019.

KAYIKÇI, Sabrina (2013). Türkiye’de Kentsel Dönüşüm Politika Analizi. *Bilgi Sosyal Bilimler Dergisi*. Cilt. 26. Sayı. 1. s. 63-64. [http://dergipark.gov.tr/bilgisosyal/issue/29136/311643#article\\_cite](http://dergipark.gov.tr/bilgisosyal/issue/29136/311643#article_cite). Erişim Tarihi: 20 Mart 2019.

KİRİŞÇİ, Kemal (Haziran 2014). Misafirlüğün Ötesine Geçerken: Türkiye’nin Suriyeli Mülteciler Sınava. *Uluslararası Stratejik Araştırmalar Kurumu&Brookings Enstitü*. Ankara.

KİRİŞÇİ, Kemal ve KARACA, Sema (Haziran 2015). Hoşgörü ve Çelişkiler: 1989, 1991 ve 2011’de Türkiye’ye Yönelen Kitleli Mülteci Akınları.

ERDOĞAN, M. Murat ve KAYA, Ayhan (Ed.). *Türkiye’nin Göç Tarihi 14. Yüzyıldan 21. Yüzyıla Türkiye’ye Göçler*. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

KOYUNCU, Ahmet (Ekim 2014). *Kentin Yeni Misafirleri Suriyeliler*. 1. Baskı. Konya: Çizgi Kitabevi Yayınları.

Mersin’de Suriyelilerin İşlettiği Kaçak Sağlık Merkezi Ortaya Çıkarıldı. (2 Haziran 2018). *Milliyet*. <http://www.milliyet.com.tr/mersin-de-suriyelilerin-islettigi-kacak-mersin-yerelhaber-2840638/>. Erişim Tarihi: 25 Mart 2019.

Ortadoğu Stratejik Araştırmalar Merkezi (ORSAM) (Nisan 2014). *Suriye’ye Komşu Ülkelerde Suriyeli Mültecilerin Durumu: Bulgular, Sonuçlar ve Öneriler*. Ankara.

ÖRSELLİ, Erhan ve BABAHANOĞLU Veysel (Nisan 2016). Türkiye’nin Göç yönetimi ve Göç Politikalarının Gelişimi: Bir Kamu Politikası Analizi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*. Cilt. 9. Sayı 43.

ÖZDEMİR, Erol (Aralık 2017). Suriyeli Mülteciler Krizinin Türkiye’ye Etkileri. *Uluslararası Kriz ve Siyaset Araştırmaları Dergisi*. Cilt. 1. Sayı. 3. s. 128. <http://dergipark.gov.tr/uksad/issue/33359/371266>. Erişim Tarihi: 21 Mart 2019.

ÖZER, Y. Yeşim (Ekim 2011). Türk Kamu Yönetiminde Yeni Bir Çalışma Alanı Olarak Uluslararası Göç: Yasalaşma ve İdari Yapılanma Sürecinin Değerlendirilmesi. *İ.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*. No 45.

ÖZTÜRK, Neva Övünç (2017). Geçici Korumanın Uluslararası Koruma Rejimine Uyumu Üzerine Bir İnceleme. *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*. Cilt.66. Sayı. 1. s. 203. <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/38/2204/22871.pdf>. Erişim Tarihi: 13 Mart 2019.

SIHHAT Projesi (2019). [http://www.sihhatproject.org/proje-faaliyetleri\\_0-657](http://www.sihhatproject.org/proje-faaliyetleri_0-657). Erişim Tarihi: 27 Mart 2019.

TAŞ, İ. Ethem, KOÇAR, Hatice ve ÇİÇEK Yeter (2017). Mülteci Sorununun Çözümüne İlişkin Yeni Bir Yapılanma: Göç İdaresi Genel Müdürlüğü. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakül-*



*tesi Dergisi*. Cilt. 22. Göç Özel Sayısı. s. 1377. <http://iibfdergi.sdu.edu.tr/assets/uploads/sites/352/files/yil-2017-cilt-22-sayi-goc-yazi07-29122017.pdf>. Erişim Tarihi: 24 Ocak 2019.

TBMM İnsan Hakları İnceleme Komisyonu (TBMM, a) (Şubat 2012). Ülkemize Sığınan Suriye Vatandaşlarının Barındıkları Çadırkentler Hakkında İnceleme Raporu. Ankara. [https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/docs/2012/raporlar/28\\_02\\_2012\\_1.pdf](https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/docs/2012/raporlar/28_02_2012_1.pdf). Erişim tarihi: 3 Şubat 2019.

TBMM İnsan Hakları İnceleme Komisyonu (TBMM, b) (Mart 2018). Göç ve Uyum Raporu. Ankara. [https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/docs/2018/goc\\_ve\\_uyum\\_raporu.pdf](https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/docs/2018/goc_ve_uyum_raporu.pdf). Erişim tarihi: 20 Mart 2019.

TOPAL, Ahmet Hamdi (2015). Geçici Koruma Yönetmeliği ve Türkiye'deki Suriyelilerin Hukuki Statüsü. İstanbul *Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi 2 (1)*. s. 10. [http://www.medipol.edu.tr/Document/Galeri/Dokuman/hukuk\\_dergisi/Gecici\\_Koruma\\_Yonetmeliği\\_ve\\_Turkiye\\_deki\\_Suriyelilerin\\_Hukuki\\_Statusu.pdf](http://www.medipol.edu.tr/Document/Galeri/Dokuman/hukuk_dergisi/Gecici_Koruma_Yonetmeliği_ve_Turkiye_deki_Suriyelilerin_Hukuki_Statusu.pdf). Erişim Tarihi: 12 Ocak 2019.

TÜRK, Gül Dilek (2016). Türkiye'de Suriyeli Mültecilere Yönelik Sivil Toplum Kuruluşlarının Faaliyetlerine İlişkin Bir Değerlendirme. *Marmara İletişim Dergisi*. Sayı. 25. s. 48. <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/219510>. Erişim Tarihi: 20 Mart 2019.

Uluslararası Göç Örgütü Göç Terimleri Sözlüğü, 2. Baskı.

USLU, Yeter Demir (Ed.) (Ağustos 2018). *Göç ve Sağlık-Sağlık Politikaları 1*. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi.

USTA, Aydın (2013). Kamu Politikaları Analizine Kuramsal Bir Bakış. *Yasama Dergisi*. Sayı 24. s. 78. [http://www.yasader.org/web/yasama\\_dergisi/2013/sayi24/78-102.pdf](http://www.yasader.org/web/yasama_dergisi/2013/sayi24/78-102.pdf). Erişim Tarihi: 8 Ocak 2019.

Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu, Kanun No: 6458. Kabul tarihi: 11 Nisan 2013. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/04/20130411-2.htm>. Erişim Tarihi: 26 Ocak 2019.

YETİŞ, Muhammed Murtaza (Ağustos 2018). Geçicilikten Kalıcılığa Sağlıklı Bir Göç Yönetimi Politikasının Oluşturulması. USLU, Yeter Demir

(Ed.). *Göç ve Sağlık-Sağlık Politikaları 1*. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi.

YILDIZ, İbrahim (Mayıs 2018). *Türkiye'ye Uluslararası Göçler ve Türkiye'nin Göç Politikası*. 1. Baskı. Ankara: Kırmızı Çatı Yayınevi.

YILDIZ Mete ve SOBACI M. Zahid (2013). Kamu Politikası ve Kamu Politikası Analizi Genel Bir Çerçeve. YILDIZ, Mete ve SOBACI, Mehmet Zahid (Ed.). *Kamu Politikası Kuram ve Uygulama*. 1. Baskı. Ankara: Adres Yayınları.

