

# TÜRKİYE'DE GÖÇ VE SAĞLIK POLİTİKALARI ANALİZİ: “SIHHAT PROJESİ” ÖRNEĞİ

Aziz KÜÇÜK<sup>1</sup>

## Öz

Türkiye, Suriye’de 2011 yılında başlayan iç karışıklık sonrası mağdur olan Suriyelilere “açık kapı” politikası uygulamış ve onlara “geçici koruma statüsü” vermiştir. 3,6 milyonu bulan kayıtlı Suriyeli sayısı ile dünyanın en çok mülteci barındıran ülkesi konumuna gelen Türkiye’de Suriyelilerin yarattığı halk sağlığı ve erişim sorunları hizmet kalitesini etkileyen ve sosyal uyumu tehdit eden önemli bir baskı unsuru haline gelmiştir. Bu sorunların önüne geçmek amacıyla AB ile imzalanan geri kabul anlaşması çerçevesince, 2016 yılında AB ile Türk Hükümeti arasında Suriye krizine yönelik eylem planının bir parçası olarak “Sihhat Projesi” geliştirilmiştir. 300 milyon Avro değerinde ve doğrudan hibe niteliğinde olan proje, 2016-2020 yıllarını kapsamaktadır.

Çalışmanın amacı, Suriyelilere yönelik sağlık sorunlarına çözüm olarak sunulan Sihhat Projesi’nin kamu politikası analizinde kullanılan süreç modeli doğrultusunda sistematik olarak incelenmesi ve değerlendirilmesidir. Sağlık Bakanlığından elde edilen nitel ve nicel verilerle desteklenen çalışmada, Suriyelilere yönelik sağlık politikasının problem tanımının AB açısından stratejik olduğu ve statükoyu korumaya yönelik eylemleri içerdiği ileri sürülmektedir. Türk sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği üzerine etkisini değerlendirmek için erken olmakla birlikte, AB’nin finansal desteği ile Suriyelilere yönelik bu tür projelerin çeşitlenerek devam edeceği öngörülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Göç, Sağlık politikası, Suriye, Sihhat Projesi, Avrupa Birliği.

<sup>1</sup> Dr. Sağlık Bakanlığı, Türkiye, e-posta aziz.kucuk@yahoo.com; ORCID: 0000-0002-1296-4726

<sup>2</sup> Bu çalışmanın bir bölümü 18-19 Nisan 2019 tarihlerinde Gaziantep’te düzenlenen 13. Uluslararası Kamu Yönetimi Sempozyumu’nda sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

Küçük, A. (2020). Türkiye’de Göç Ve Sağlık Politikaları Analizi: “Sihhat Projesi” Örneği. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 20(47), 473-496. DOI: 10.21560/spcd.vi.576588

# ANALYSIS OF MIGRATION AND HEALTH POLICIES IN TURKEY: THE 'SIHHAT PROJECT' CASE

## Abstract

Turkey applied a “open door” policy to the Syrians who were victimized after the civil war that began on 15 March 2011 in Syria and gave them a “temporary protection status”. Turkey became the world’s largest refugee country with a registered Syrian population of 3.6 million. Public health and access problems created by Syrians have become an important pressure factor affecting service quality and threatening social cohesion. In order to prevent these problems, the “Sihhat project” was developed as part of the Syrian Crisis Action Plan between the EU and the Turkish government in 2016. The project, which worth 300 million euros and is a direct grant, covers a four-year period (2016-2020).

The aim of the study is to systematically examine and evaluate the Sihhat Project, which is presented as a solution to the health problems of Syrians in line with the process model used in public policy analysis. This study was supported by qualitative and quantitative data obtained from the Ministry of Health. In study, it is argued that the definition of the problem of health policy for Syrians is strategic for the EU and includes actions to protect the status quo. Although it is early to assess the impact on financial sustainability of the Turkish health system, it is foreseen that such projects for Syrians will continue to diversify with the financial support of the EU.

**Key Words:** *Migration, Health policy, Syrian, Sihhat Project, European Union.*

## Giriş

2011 yılından beri devam eden Suriye iç savaşı, günümüzün en büyük mülteci ve insani krizi niteliğindedir. Son verilere göre nüfusu 23 milyon olan Suriye'de, 13 milyon insan yardıma muhtaç hale gelirken 6,2 milyon insan yerinden edilmiş, kayıtlı 5,7 milyon Suriyeli başka ülkelere sığınmak zorunda kalmıştır (Ocha, 2019). Yaklaşık yarısı çocuk olmak üzere 3,6 milyonu aşkın Suriyeliye ev sahipliği yapan Türkiye ise şu anda dünyanın en büyük mülteci barındıran ülkesi konumundadır. Birleşmiş Milletler Mülteci Örgütü verilerine göre, Suriyeli mültecilerin yüzde 64,1'ine Türkiye, yüzde 16,7'sine Lübnan, yüzde 11,7'sine Ürdün, yüzde 4,5'ine Irak ve yüzde 2,5'ine Mısır ev sahipliği yapmaktadır (UNHCR, 2019a). Türkiye, Suriye'de 15 Mart 2011 tarihinde başlayan iç karışıklık sonrası mağdur olan Suriyelilere "açık kapı" politikası uygulamış ve onlara "geçici koruma statüsü" vermiştir. Suriye uyruklu yabancıların sadece yüzde 1,8'i 5 ilde bulunan 7 geçici barınma merkezinde yaşarken, geri kalan yüzde 98,2'lik kesim kentlerde, kent çevresinde ve kırsal alanlarda yerel halkla iç içe yaşamaktadır (Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, 2019). Türk Hükümeti bu dönemde Suriyelilerin sadece acil insani ihtiyaçlarını karşılamakla kalmamış, aynı zamanda belirli ölçülerde onlara sağlık, eğitim ve sosyal hizmetler gibi temel hizmetleri de sunmuştur.

Ekonomik, sosyal ve kültürel nedenlerle birikimli olarak yasa dışı göçün artması ve bundan dolayı özellikle Ege'de göçmen ölümlerinin yaşanması, insan kaçakçılığı zincirinin Avrupa Birliği (AB) ülkelerini tehdit edici boyutlara ulaşması sonucu ortaya çıkan politik gelişmeler, yeni bir politika gündemi belirlemiştir. Bu tetikleyici unsurlar neticesinde AB ile ilk olarak 29 Kasım 2015 ve sonrasında 18 Mart 2016 tarihinde geri kabul anlaşması imzalanmıştır. Avrupa'ya mülteci akışını engellemek için yasal ve işlevsel araçların kullanıldığı bir metin niteliğinde olan bu anlaşma, aynı zamanda Türkiye'nin "güvenli üçüncü ülke", AB'nin temel politik tercihinin de "kapalı kapı" politikası olduğunun kabulü anlamına gelmekteydi.

AB ile Türkiye Cumhuriyeti arasında imzalanan geri kabul anlaşması çerçevesinde, 2016 yılında AB ile Türkiye arasında Suriye krizine yönelik eylem planının bir parçası olarak Suriyelilerin temel ve tedavi edici sağlık hizmetlerine erişim sorunlarının giderilmesi amacıyla "Sağlık Projesi"

geliştirilmiştir. Sektörel bağlamda 300 milyon Avro değerinde ve doğrudan hibe sözleşmesi niteliğinde olan proje, başlangıçta üç yıllık bir dönemi (2016-2019) kapsamaktayken, sonrasında bir yıl daha uzatılmıştır. Bu proje ile Suriyelilerin yoğun olarak bulunduğu 29 ilde göçmen sağlığı merkezlerinin oluşturulması, Suriyeli sağlık çalışanlarının bu merkezlerde istihdam edilmesi, toplum ruh sağlığı merkezlerinin (TRSM) kurulması, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve Suriyelilerin sağlık okur-yazarlığının geliştirilmesi gibi kanıt temelli politika araçlarının hayata geçirilmesi hedeflenmiştir. Bu çalışmanın konusunu da AB tarafından finanse edilen “*Sıhhat Projesi*” bağlamında Suriyelilere yönelik uygulanan sağlık politikaları oluşturmaktadır.

Kamu politikası yapım sürecini planlı ve sistematik işleyen bir çerçeveden resmetmenin sakıncalarına rağmen (Parsons, 1995: 58) sürecin anlaşılması için belirli modellere bağlı kalınması gerektiği de açıktır. Politika oluşturma sürecinde ilk olarak sorunlar kavramsallaştırılmakta ve çözüme kavuşturulması için hükümetin gündemine getirilmektedir. Devlet kurumları da alternatifleri belirleyerek politika çözümleri arasından tercihte bulunur ve bu çözümleri hayata geçirir, değerlendirir ve gözden geçirir (Sabatier, 2007: 3). Politika oluşturma sürecinin başlangıcından sona ermesine kadar olan aşamaların bu şekilde kavramsal bir harita şeklinde resmedilmesi, politika analizinin klasik yaklaşımını oluşturmaktadır. Bu klasik yaklaşım çerçevesince çalışmanın amacı, Suriyelilere yönelik sağlık sorunlarına çözüm olarak sunulan Sıhhat Projesi'nin kamu politikası analizinde kullanılan süreç modeli doğrultusunda sistematik olarak incelenmesi ve değerlendirilmesidir. Süreç modeli; Sıhhat Projesi'nin gündeme gelmesi, şekillenmesi, uygulama süreci ve programın değerlendirilmesi noktasında pratik bir araç olarak kullanılmıştır. Çalışma, Sağlık Bakanlığı'ndan temin edilen verilerle ve proje çıktılarından elde edilen bulgularla desteklenmiştir. Politika sürecinde farklı değerlere/ilgi alanlarına ve politika tercihlerine sahip birçok aktörün yer aldığı düşünüldüğünde, çalışmada AB'nin Suriyelilere yönelik göç/sağlık politikasına atfettiği değerler stratejik olduğu ve statükoyu güçlendirmeye yönelik eylemleri kapsadığı ileri sürülmektedir.

## Türk Sağlık Sisteminde Yasal Çerçeve ve Mevcut Durum

Suriye Arap Cumhuriyetinde 15 Mart 2011 tarihinde başlayan iç karışıklık nedeniyle çareyi Türkiye'ye sığınmakta bulan Suriyelilere yönelik sağlık hizmetlerinin sunumuna 29 Nisan 2011 tarihinde Hatay ilinde başlanmıştır. Türkiye'de yaşayan Suriyeliler, 2013 yılında yürürlüğe giren 6458 sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu'nun 91 inci maddesi ve bu maddeye dayanılarak 2014 yılında yayımlanan Geçici Koruma Yönetmeliği uyarınca geçici koruma altına alınmıştır.<sup>2</sup> Geçici Koruma altında yer alan Suriyelilere yönelik sağlık hizmetleri, 25 Mart 2015 tarihli "Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslara Ait Yönerge" doğrultusunda yürütülmektedir. Bu yönerge çerçevesince Suriyelilere 112 acil sağlık hizmetleri, temel ve koruyucu sağlık hizmetleri ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Türkiye'de kayıt altına alınan ve geçici kimlik numarası verilmiş olan Suriyeliler geçici barınma merkezlerinde ya da geçici barınma merkezleri dışında oluşturulan göçmen sağlığı merkezlerinde acil sağlık, koruyucu ve temel sağlık hizmetleri ile tedavi edici tüm sağlık hizmetlerinden Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) kapsamında ve ücretsiz olarak faydalanabilmektedir. Geçici kimlik numarası almamış olanlara ise Geçici Koruma Yönetmeliği çerçevesinde, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, bağışıklama ve acil sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Sunulan birinci basamak hizmetleri genel bütçeden, 112 acil sağlık ve hastane hizmetleri (ayaktan tedavilerde kullanılan ilaçlar ve tıbbi malzemelere ait giderler de dâhil olmak üzere) İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü (GİGM) tarafından finanse edilmektedir. Geçici koruma altına alınan Suriyeliler, Sağlık Bakanlığı hastanelerine sevk aranmaksızın, doğrudan başvurabilmektedir. Üniversite hastanelerine ve özel hastanelere ise acil durumlar haricinde doğrudan

<sup>2</sup> Türkiye'deki Suriyeli vatandaşların statüleri ile alanyazında ve uygulamada bir terminoloji sorunu yaşandığını ve "Suriyeli mülteciler", "Suriyeli sığınmacılar" gibi terimlerin kullanıldığını görmekteyiz. Ancak 1951 Cenevre Sözleşmesi ve Nisan 2013'te yasalaşan Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu açısından Türkiye'de yaşayan Suriyeliler mülteci statüsünde değildir. Cenevre Sözleşmesi uyarınca mülteci, "İrki, dini, tabiiyeti, belirli bir sosyal gruba mensubiyeti ve siyasi görüşleri yüzünden haklı bir zulüm korkusu nedeniyle vatandaşı olduğu ülkenin dışında bulunan ve söz konusu korku yüzünden, ilgili ülkenin korumasından yararlanmak istemeyen kişi" şeklinde tanımlanmaktadır. 6458 sayılı kanun ve bu kanuna dayanılarak çıkarılan ve 22 Ekim 2014 tarihinde yürürlüğe giren Geçici Koruma Yönetmeliği uyarınca ülkemizde bulunan Suriye vatandaşlarının hukuki statüsü 'geçici korunan'dır. Adı geçen yönetmeliğe dayanılarak, 'geçici koruma altında olanlar' tabiri de kullanılmaktadır (TBMM, 2018: 16).

başvuruda bulunamayan Suriyelilerin öncelikle üniversite hastanelerine, bunun mümkün olmaması halinde ise özel hastanelere sevki, ancak acil sağlık hizmetleri ve yoğun bakım hizmetleri ile yanık ve kanser tedavileri kapsamında gerçekleştirilebilmektedir. GİGM genel koordinasyonunda yürütülen sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı bünyesindeki eşgüdümü 25 Ağustos 2016 tarihli Makam Oluru ile kurulan ve Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'ne bağlı olarak faaliyetlerini yürüten Göç Sağlığı Daire Başkanlığı tarafından yapılmaktadır.

Sivil toplum kuruluşları da geçici koruma altına alınanlara, gönüllülük esasına göre ve ücretsiz olarak sağlık hizmeti sunmak üzere gönüllü sağlık tesisi açabilmektedir. Bu tesislerde ayaktan tanı ve tedavi, fizik tedavi ve rehabilitasyon, ruh sağlığı ve psiko-sosyal destek hizmetleri sunulabilmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından uygun görülen yerleşim yerlerinde açılabilen bu gönüllü sağlık tesisleri hâlihazırda Hatay, Gaziantep ve İstanbul illerinde hizmet vermektedir. Ancak göçmen sağlığı merkezlerinin etkin hale gelmesi ile bu tesislerin hizmet hacmi ve dolayısıyla katkısı oldukça düşük seviyede kalmıştır.

## Yöntem

### Kamu Politikası Analizi Süreç Modeli

1950'lerde ortaya çıkan politika analizi alanının kökleri, politika sürecinin bir dizi aşamadan veya fazdan oluştuğu düşüncesine dayanmaktadır. Kamu politikasının bir süreç olmasından hareketle politika döngüsü çerçevesi veya perspektifi, alandaki farklı tartışmaları, yaklaşımları ve modelleri sistematik hale getirmeyi, karşılaştırmayı ve ilgili yaklaşımların disipline katkılarını değerlendirmeyi sağlayan temel bir model işlevi görmektedir. Bu klasik yaklaşım modelinin temeli yani politika sürecinin aşamalar açısından modellenmesi fikri ilk olarak Lasswell (1951: 3-15) tarafından öne sürülmekle birlikte, zaman içinde birçok yazar politika süreci ile farklı tanımlamalar önermişlerdir. Günümüzde alanyazındaki genel eğilime göre kamu politikaları süreci; problem tanımlama ve gündemi belirleme, politikanın şekillendirilmesi, politika uygulama ve izleme-değerlendirme aşamalarından oluşmaktadır (Anderson, 2011: 83-125; Sabatier, 2007: 3-11; Knoepfel vd., 2007: 30-37; Bardach, 2009: 1-64; Jan ve Wegrich, 2007: 43-62). Karmaşık ve düzensiz bir yapıya sahip olan politika süreci aynı zamanda sürekli ve dinamik

bir döngüsel akışın sonucu ortaya çıkmaktadır. Ancak politika döngüsü modeline dayanan bu yaklaşım, belirli aşamalardan oluşan mekanik bir yapı veya sistem olarak değil, politikaların karar ve süreçler şeklinde akış halinde olduğu bir çerçeve olarak düşünülmelidir. Süreç modelinin aşamaları kısaca şu şekilde özetlenebilir:

### ***Problem Tanımı ve Gündeme Gelme***

Döngüsel bir sürece sahip olan kamu politikasının ortaya çıkışını genellikle bir problem tetiklemektedir. Anderson'a göre (2011: 85) bir politika problemi, insanlar arasında ihtiyaç duyulan veya memnuniyetsizlik yaratan ve bunun devlet eylemi ile çözülmesini gerektiren bir hal veya durum olarak tanımlanabilir. Örneğin sağlık hizmetlerinin yetersiz düzeyde sunulması ve hastaların bu durumdan memnuniyetsizliği çözüm bulunması gereken toplumsal ve kamusal bir sorundur. Bir problemin gündeme gelişi aşaması ise toplumsal kesimler tarafından talep edilen birçok eylemin politik-yönetmelik sisteminin temel aktörleri tarafından dikkate alınmasına karşılık gelmektedir. Bir öncelik sorunu özelliği taşıyan gündem belirleme, kamusal aktörler tarafından sorunların filtrelenmesi için bir mekanizma olarak nitelendirilebilir.

### ***Politikanın Formüle Edilmesi veya Şekillendirilmesi***

Politika formülasyonu ve karar verme aşaması, öncelikle, politikanın hükümet ve hükümet-dışı aktörler tarafından tanımlanmasını ve politik-idari programın oluşturulmasını ifade etmektedir. Bir diğer ifadeyle söz konusu sorunu çözmek için uygulanacak amaç, araç ve prosedürlerin seçilmesini anlatmaktadır. Politika döngüsünün bu aşamasında, "tanımlanan sorunlar, tasarılar ve talepler hükümet programlarına dönüştürülür. Bu bağlamda politika oluşturma ve benimseme, hedeflerin tanımını (politika ile neler yapılması gerektiği) ve farklı eylem alternatiflerinin değerlendirilmesini içermektedir" (Jan ve Wegrich, 2007: 48). Politika programının belirlendiği teknik bir süreç olan bu aşamada filtreleme ve uyarlama mekanizmaları vasıtasıyla çözüm için alternatif yollar ortaya koyulmaktadır. Bu süreç medya, baskı grupları, siyasi partiler, sivil toplum kuruluşları gibi çeşitli aktörlerin birbirlerini etkileşim halinde aktif rol oynadıkları bir süreçtir. Bu aşamayı formüle edilen politikanın resmiyet kazanması ve temel çerçevesini çizen kanun ve yönetmelik gibi yasal düzenlemeler takip etmektedir.

### *Uygulama*

Uygulama aşaması, politika hedeflerinin karşılaşılan somut durumlara (çıktıların üretimi) uyarlandığı, eylemlere dönüştüğü safhadır. Bu aşama genellikle görüldüğünden çok daha karmaşıktır. Burada yine yürütme içi veya dışı seçici birkaç filtreleme mekanizması devreye girebilmektedir (Knoepfel vd., 2007: 32). Uygulama sürecinde yukarıdan aşağıya veya aşağıdan yukarıya uygulama şeklinde iki yaklaşımdan söz edilmekte olup (Sabatier, 2007: 326), ideal bir politika uygulama süreci ise şu temel unsurları içermelidir (Jan ve Wegrich, 2007: 52):

- Program ayrıntılarının belirtilmesi (Hangi kurum ve kuruluşlar programı yürütecek? Yasal düzenleme veya program nasıl somutlaştırılacak?)
- Kaynakların tahsisi (Bütçeler nasıl dağıtılacak? Programı hangi personel yürütecek? Bir kuruluşun hangi birimleri yürütmeden sorumlu olacak?)
- Kararlar (Bazı özellikli durumlarda kararlar nasıl uygulanacak?).

### *Değerlendirme*

Son olarak, bir politikanın kurucu unsuru olarak görülen değerlendirme aşaması, hedef grupların davranışlarındaki değişiklikler (etkiler) ve problem çözüme (sonuçlar) açısından bir politikanın sonuçlarını ve etkilerini belirlemeyi amaçlamaktadır. Politika değerlendirmesinde kısa ve uzun vadede beklenen ve beklenmeyen sonuçlar, gözler önüne serilmelidir. Dolayısıyla bu aşamada politikanın uygulanması sonucu ortaya çıkan çıktılar ve sonuçlar bütün yönleriyle sistematik olarak değerlendirilmektedir. Bu açıdan değerlendirme çalışmaları politika döngüsünde belirli bir aşama ile sınırlı değildir; aksine tüm politika oluşturma sürecine yayılmalı ve zamanlama açısından farklı perspektifler düzeyinde (uygulama öncesi ve sonrası gibi) yapılmalıdır.

### **Suriyelilere Yönelik Sağlık Politikasının Süreç Modeli ile Analizi**

Kamu politikası analizlerinin basit ve sade bir şekilde anlaşılması kavramsal ve kuramsal modeller ile mümkündür. Kamu politikası problemi, grup modeli yaklaşımlardan sistem modeli yaklaşımlara kadar farklı analiz modelleri ile kavramsal olarak çözümlenmektedir (Dye, 2002: 11-30). Bu modeller



arasında daha anlaşılır, basitleştirilmiş ve işlevsel yaklaşımı ile süreç modeli diğerlerinden ayrılmaktadır. Bu özelliği nedeniyle alanyazında sıkça kullanılan süreç modeli, kamu politikası sürecindeki tüm resmi ve gayri resmi aktörlerin etkilerini ve rollerini açık bir biçimde ortaya koyabilmekte ve karşılaştırmalı analize imkân tanımaktadır. Suriyelilere yönelik sağlık politikası analizinde ise süreç modeli Dünya Sağlık Örgütü ve AB gibi uluslararası örgütlerinin rollerinin ve işlevlerinin tespit edebilmesine, analizdeki aşamaların ve faaliyetlerin daha açık şekilde izlenebilmesine olanak sağlamaktadır (Tablo 1).

**Tablo 1.** Suriyelilere Yönelik Sağlık Politikasının Süreç Modeli

<b>Problem tanımı ve gündeme gelme</b>	Suriyelilere yönelik sağlık politikası; 2011 yılından itibaren Türk Hükümeti ve devlet kurumları ile AB ve DSÖ gibi uluslararası kuruluşların talepleri ve STK'lar ile medyanın katkıları doğrultusunda sorun olarak tanımlanmaktadır. Suriyelilerin oluşturabileceği halk sağlığı sorunlarını önleme ve sağlık hizmetlerine erişimini artırma hedefi ile gündeme gelmektedir.
<b>Politika oluşturma</b>	Suriyelilere yönelik sağlık politikası; kamuoyu, Sağlık Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Kızılay yönlendiriciliğinde STK'lar, AB, DSÖ, UNICEF, IOM, UNFPA gibi uluslararası kurumların katılımı ile kamu kurumları ve TBMM tarafından oluşturulmaktadır.
<b>Yasalaşma</b>	Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu, Geçici Koruma Yönetmeliği, Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönerge yasal mevzuatı oluşturmaktadır.
<b>Uygulama</b>	Sağlık Bakanlığı (HSGM-Göç Sağlığı Dairesi Başkanlığı), İçişleri Bakanlığı (AFAD ve Göç İdaresi Genel Müdürlüğü), Kızılay, Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, kamu ve özel sağlık kuruluşları, STK'lar tarafından politikalar uygulanmaktadır.
<b>İzleme ve Değerlendirme</b>	Türk Hükümeti, AB, DSÖ gibi uluslararası kuruluşlar ve STK'lar tarafından çeşitli stratejik araçlarla Suriyelilere yönelik sağlık politikaları değerlendirilmekte, geri bildirimler alınmakta ve amaç/hedeflere ne ölçüde ulaşıldığı tespit edilmektedir.

**Kaynak:** Yazar tarafından derlenmiştir.

### **Gündeme Gelme: Problemin Tanımı ve Biçimlenme Süreci**

Suriyelilerin demografik, sosyo-kültürel, ekonomik, uluslararası çevrede yarattığı iç ve dış tetikleyici sorunlar ivedi veya birikimli politika sorunlarını açığa çıkarmıştır. Özellikle Suriye krizi sonrası Suriyelilerin yarattığı halk sağlığı ve erişim sorunları Türkiye'nin sistematik gündeminde olmayan bu konuyu

kurumsal gündemine taşımıştır. Bunlardan halk sağlığı sorunları kısmen kontrol altına alınsa da birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerine artan talep nedeniyle hem Suriyeliler hem de Türk vatandaşlarına hizmet kalitesini etkileyen ve sosyal uyumu tehdit eden önemli bir baskı unsuru oluşmuştur. Siyasi sürece ilişkin olan bu problemler ağı, olası potansiyel etkileri nedeniyle ulusal ve uluslararası kamuoyunda hızla yankı uyandırmıştır. Sorunun ulusal ve uluslararası boyutunun büyüklüğü, gündemin oluşması ve şekillendirilmesi sürecinde tek bir aktörün doğrudan kontrolünü imkânsız kılarken, birçok aktörün bu faaliyetlere müdahil olmasını gerekli kılmıştır.

Türkiye'deki Suriyelilerin yarısını çocuk (18 yaş altı) nüfusun oluşturduğu ve yüzde 98'inin de geçici barınma merkezleri dışında yaşadığı göz önüne alındığında; ortaya çıkabilecek halk sağlığı sorunlarının yaratabileceği olumsuz dışsallık, karar verme ve politika oluşturma sürecini etkilemiştir. Aynı zamanda kötü yaşam koşulları ve sağlık hizmetlerine erişimin de zayıf olması, geçici koruma altındaki Suriyeliler ve Türk vatandaşları için bulaşıcı hastalık riskini artırmıştır (Türk Tabipler Birliği, 2016: 40). Suriye'den Türkiye'ye doğru sınır geçişleri başladığı andan itibaren acil müdahale ekipleri öncelikli olarak aşılama hizmetine başlamış ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) de tavsiyeleri dikkate alınarak çocuklara çocuk felci, kızamık, kızamıkçık, kabakulak vb. aşılar yapılmıştır. Devamında ise Türkiye vatandaşı olan çocuklara uygulanan aşı takvimi neyse aynısı Suriyeli çocuklara uygulanmaya başlanmıştır. 2012-2018 yılları arasında sıtma vakası tespit edilmemişken, kızamık ve suçiçeği gibi bulaşıcı hastalıklar saptanmış (TTB, 2016: 86-87) sayısal olarak 9.455 şark çıbanı (*kütanoz leishmaniasis*) hastalığı vakası ve 2.217 tüberküloz vakası tespit edilmiştir.

Suriyeli nüfusun yüzde 23'ünü üreme çağındaki kadınlar (15-49 yaş) oluşturmakta ve bu kişilerin cinsel ve üreme sağlığı ihtiyaçları; anne ve yeni doğan morbidite ve mortalite oranlarını, cinsel yolla bulaşan hastalıkları ve HIV bulaşmalarını doğrudan etkilemektedir. Farkındalık eksikliği ve tecavüz dâhil olmak üzere cinsiyete dayalı şiddet eğiliminin artması, istenmeyen gebeliklerin ve güvenli olmayan kürtajların önlenmesi için aile planlaması hizmetlerinin genişletilmesini gerekli kılmaktadır (UNHCR, 2019b: 52). Aynı şekilde gebelik ve doğum komplikasyonları, (adölesan gebelik, sağlıksız düşük

ve doğumlar, yüksek doğurganlık) gebeliğe bağlı psikolojik sorunlar ve üreme sağlığı hizmetlerine erişim yetersizliği (Yağmur ve Aytekin, 2018: 56-59) bir başka sorun alanını oluşturmaktadır. Şiddete maruz kalma, depresyon, kaygı ve “göçmen kamplarında özellikle kadınlar arasında travma sonrası stres bozukluğunun yaygınlığı” (Alpak vd., 2015: 45-50) gibi sorunlar yanında ruh sağlığı açısından özellikle çocuklara yönelik zihinsel ve psiko-sosyal hizmetlerin yetersizliği de (Şirin ve Şirin, 2015: 10-12) tespit edilen sorunlar arasındadır. Bir diğer halk sağlığı sorunu olarak yüksek tütün kullanımı oranları, düşük fiziksel aktivite ve tavsiyeleri karşılamayan beslenme tarzı bulaşıcı olmayan hastalıkların Suriyelilerde kökleşmeye başladığını göstermektedir. 2016 yılında yapılan bir anketin sonuçlarına göre, 18-69 yaş grubundaki Suriyeli mültecilerin yüzde 58,7'si bulaşıcı olmayan hastalıklar konusunda yüksek risk grubunda bulunmaktadır (AFAD, MoH ve WHO, 2016: 82-83). Orta Anadolu bölgesine yeni gelen Suriyeliler üzerinde yapılan bir araştırmada (Keklik vd., 2017: 22-30) da B12 vitamin eksikliğinin özellikle yaşlı erkekler ve genç yaşta kadınlar arasında yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Geçici koruma altındaki Suriyelilerin sağlığını olumsuz yönde etkileyen bir diğer unsur ise daha riskli iş kollarında uzun çalışma süreleri ve güvensiz çalışma yöntemleri oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2019: 49).

2019 yılı Sağlık Bakanlığı verilerine göre; Gaziantep ve Şanlıurfa illerinde poliklinik ve acil servis başvurularının yüzde 10'unu, Hatay ilinde yüzde 11'ini, Kilis ilinde ise yüzde 30'unu Suriyeliler oluşturmakta olup, bu ek hasta yükü nedeniyle sağlık tesislerinin fiziki kapasitesi yetersiz kalmaya başlamıştır. Tablo 2'de görüldüğü üzere, 2019 yıl sonu itibarıyla Suriyeli sığınmacıların tedavileri kapsamında 66 milyon poliklinik hizmeti verilmiş; yaklaşık 2,3 milyon kişi yatarak tedavi görmüş ve 1,9 milyon ameliyat gerçekleştirilmiştir. Yine bu dönemde Türkiye'de doğmuş Suriyeli bebek sayısı 526 bine yükselmiştir. Özellikle ülkenin sınıra yakın güney illerinde sağlık hizmetlerine yönelik taleplerin sürekli artması, Türkiye'nin sağlık altyapısının kapasitesini aşan boyutlara ulaşmıştır. Nitekim bu yoğun hizmet talebine karşın, aile hekimi birimlerinde ve hastanelerdeki sağlık personeli kapasitesi bu talebi karşılamak için yeterli seviyede değildir. Örneğin Türkiye'de pek çok aile hekimi şimdiden kayıtlı 4 bin hasta üst sınırına ulaşmış ve bu nedenle hasta listesine daha fazla ekleme yapamamaktadır. Yine Suriyelilerin yoğun

olduğu bölgelerdeki hastanelerde poliklinik, acil servis ve ameliyat iş yükü artmış, çalışma koşulları ağırlaşan sağlık personelinin iş doyumunu azalmıştır (Korkmaz, 2014: 40-41). Suriyeli tıp doktorları, hemşire ve ebelerin Türkiye’de sağlık hizmeti sunmalarına resmi olarak izin verilmemesi de siyasi ve idari bir tasarrufta bulunmak için çoklu politika akımlarının birleşerek bir politika penceresinin (Kingdon, 2014: 90-165) açılmasını zorunlu kılmıştır. Diğer bir ifade ile Suriyeli sağlık çalışanlarının işsiz kalması ve Türk sağlık sisteminin bu kişilerden faydalanamaması, yasal mevzuat ya da yeni uygulama araçlarına olan ihtiyacı gündeme getirmiştir.

**Tablo 2.** Geçici Koruma Altındaki Suriyelilere Verilen Sağlık Hizmetleri

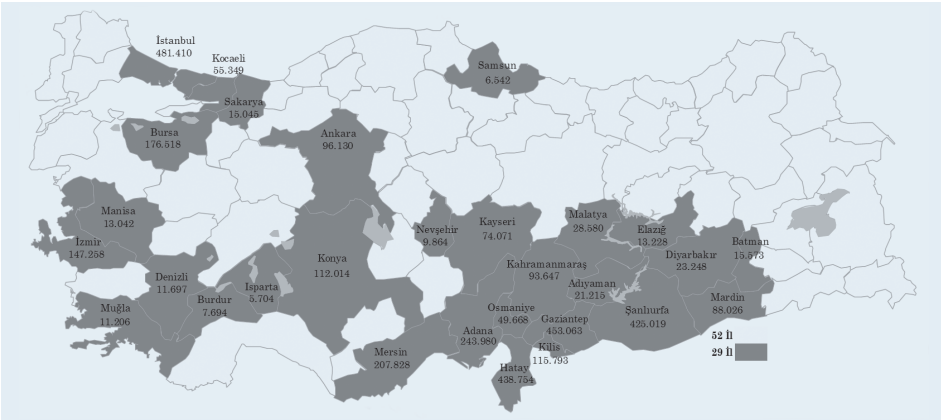
2011-2019 Yılları Arası Verilen Hizmetler	
Poliklinik Sayısı	66.301.472
Yatan Hasta Sayısı	2.315.058
Ameliyat Sayısı	1.983.522
Doğum Sayısı	526.194
Rutin Aşılama (doz) Sayısı	5.493.750

**Kaynak:** (HSGM, 2019).

Dil ve kültürel engeller de tanı ve tedavi sürecinde iletişim sorunlarına yol açabilmektedir (TTB, 2016: 91; Ekmekçi, 2017: 1439). Çoğu zaman tercümanlar, aile bireyleri veya diğer gayri resmi kişilerden alınan yardımlar da hasta mahremiyeti veya tıbbi bilgilerin gizliliği ile çelişebilmektedir. Tanı ve tedavi süreçleri ile ilgili sorunlardan biri de Suriyelilerin iller arası hareketliliğinin hamile kadınların, bebeklerin ve kronik hastalığı olan kişilerin takip edilmesini zorlaştırmasıdır. Yine, “geçici koruma altına alınan Suriyelilerin büyük bir kısmı, Türkiye’deki sağlık hizmetleri ve sağlık sistemindeki hakları konusunda bilgi eksikliği yaşamaktadır” (Torun vd., 2018: 601-608; Sağlık Bakanlığı, 2019: 46). Kayıt prosedürleri, hastanelerden randevu alma ve başka hastanelere sevk edilme süreçleri de Suriyelilerin karşılaştıkları önemli güçlüklerdendir (Bilecen ve Yurtseven, 2018: 20). Dolayısıyla bu kişilerin sağlık okuryazarlığının artırılması ve sağlık hakları konusunda bilgilendirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlığa erişimin önündeki bütün bu engeller, Suriyelileri ücretli yasa-dışı çözümler arama eğilimine de yönlendirebilmektedir.

## Bir AB Politika Paketi olarak Sıhhat Projesi

Suriyelilere yönelik sağlık politikasını tetikleyiciler, sorununun tanımlanmasında önemli bir role sahip olmakla birlikte, politikaya ön ayak olan sürükleyici aktör AB olmuştur. Türkiye'deki Suriyelilerin sağlık problemlerinin çözümünü stratejik bir kavrayışla ele alan AB, teklif edeceği sağlık politikasından azami fayda elde edebileceği rasyonel bir arayışa girmiştir. Fayda-maliyet dengesine dayanan bu arayış, AB ile Türkiye arasında bir hibe projesinin imzalanması ile neticelenmiştir. Kısa adı Sıhhat olan "Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Sağlık Statüsünün ve Türkiye Cumhuriyeti Tarafından Sunulan İlgili Hizmetlerin Geliştirilmesi" Projesi, 300 milyon Avro değeri ile AB'nin Türkiye'ye sağlık sektöründe bugüne kadar sağladığı en büyük hibeyi oluşturmaktadır. Türkiye'deki mülteciler için AB Mali Yardım Programı (Facility for Refugee in Turkey-FRIT) kapsamında yer alan proje başlangıçta üç yıl süreli olarak 1 Aralık 2016- 1 Aralık 2019 tarihlerini kapsamaktaydı. Ancak proje bileşenlerindeki eylemlerin gecikmesi nedeniyle 13 Eylül 2019 tarihinde yapılan zeyilname ile projenin sona erme tarihi bir yıl daha uzatılarak 1 Aralık 2020 olarak belirlenmiştir. Bir politika paketini andıran projenin temel hedefi: Türkiye'de geçici koruma altındaki Suriyelilere yönelik sunulan birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin desteklenmesi ve geliştirilmesidir. Proje ile genel olarak Türkiye'de Suriyeli nüfusun yoğun olarak (yaklaşık yüzde 96'sı) bulunduğu 29 ilde Suriyelerin sağlık hizmetlerine erişimin artırılması, sunulan sağlık hizmetlerinin kapasitesinin ve kalitesinin geliştirilmesi öngörülmüştür.



Şekil 1. Sıhhat Projesi Kapsamında Hedef Alınan 29 il ve Suriyelilerin Dağılımı

Kaynak: Göç İdaresi Genel Müdürlüğü (31.12.2019)

Projenin ana faaliyet başlıkları şunlardır:

- Göçmen Sağlığı Merkezlerinin/Birimlerinin kurulması ve işletilmesi,
- İkinci basamak sağlık tesislerine tıbbi cihaz sağlanması,
- Bağışıklama faaliyetlerinin desteklenmesi,
- 960 hasta yönlendirme personeli istihdamı,
- Yoğun bakım ünitesi kapasitesinin desteklenmesi,
- Kadın ve üreme sağlığı hizmetlerinin desteklenmesi,
- Mobil sağlık hizmetlerinin desteklenmesi (Mobil Sağlık Araçları),
- Geçici koruma altındaki Suriyelilerin sağlık okur-yazarlığının geliştirilmesi,
- Proje teknik destek ekibi oluşturulması,
- Sağlık çalışanlarının eğitimleri,
- Ruh sağlığı hizmetlerinin desteklenmesi (10 Adet TRSM Açılması),
- Çocuk sağlığı hizmetlerinin desteklenmesi (D-Vitamini, Demir Preparatı Desteği)

### Politikannın Uygulanması

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün koordinasyonunda ve sorumluluğunda yürütülen Projenin bileşenlerinin kanıt temelli olarak oluşturulduğu görülmektedir. Projede yer alan politika hedeflerinin eyleme dönüştürülmesi için, 2019 yılsonu itibariyle AB tarafından 233 milyon Avroluk kısım Sağlık Bakanlığı'na tahsis edilmiştir.

### Göçmen Sağlığı Merkezleri

Türkiye'deki Suriyelilere koruyucu ve temel sağlık hizmetlerini daha etkin ve verimli bir şekilde sunabilmek, dil ve kültür engellerinden kaynaklanan sorunları aşabilmek, sağlık hizmetlerine erişimi artırabilmek için Suriyelilerin yoğun olarak yaşadıkları yerlerde, ilçenin toplum sağlığı merkezi ek birimi olarak göçmen sağlığı merkezleri (GSM) oluşturulmaya başlanmıştır. GSM'ler, Türkiye'de bulunan 3,6 milyon Suriyeliye sunulan birinci basamak sağlık

hizmetlerinin ulaşılabilirliğini ve niteliğini artırmak üzere, aile hekimliği asgari standartlarını taşıyan ortalama her 4 bin Suriyeli nüfus için bir birim olacak şekilde yapılandırılmıştır. GSM'ler, Türkiye'deki toplum sağlığı sisteminin bir parçası olarak faaliyet göstererek sağladığı koruyucu hekimlik hizmetleri ile hastaneler üzerindeki yükü hafifletmeyi amaçlamıştır.

2019 yıl sonu itibarıyla Türkiye'ye sığınmak durumunda kalmış geçici koruma altındaki Suriyelilere 29 ilde, 173 Göçmen Sağlığı Merkezinde, 780 birim ile hizmet verilmektedir. 81 merkez/439 birimin kiralanması ise bu proje kapsamında yapılmıştır. Bu birimlerin kurulması ile birinci basamakta maliyet-etkin koruyucu hizmetlere ağırlık verilmesi, temel sağlık hizmetlerinin ana-çocuk sağlığı, aile planlaması hizmetleri ile bütüncül bir şekilde sunulması ve böylece hastanelerde yoğunlaşan hasta yükünün azaltılması hedeflenmiştir. Verimlilik ve eşitlik ilkelerine dayalı olarak kurgulandığı anlaşılan bu politika hedefinin (Bardach, 2009: 26-31) göçmen nüfusun temel sağlık hizmetlerine erişiminin artırılması ve sağlık durumlarının iyileştirilmesi hedefine önemli bir katkı sağlayacağı öngörülebilir. Bununla birlikte, zaman içinde bu hastaların sosyal güvenlik sistemine getireceği mali yükün hesaplanmasına yönelik çalışmalara da ihtiyaç duyulmaktadır.

### **Suriyeli Sağlık Personelinin İstihdamı ve Eğitimi**

Yabancı sağlık personelinin Türkiye'de istihdamı uzun yıllar ülkenin gündemini meşgul eden önemli bir kamu politikası sorunu olmuştur (Sezer ve Yıldız, 2009: 43-78; Sayan ve Küçük, 2012: 171-203). Bu bağlamda, Türkiye'deki sağlık insan gücündeki yetersizlikler ve dil sorunu nedeniyle Suriyelilerin sağlık hizmetlerine erişiminde yaşadıkları sorunlara karşı Suriyeli sağlık çalışanlarının potansiyelinin göz ardı edilmemesi gerektiği uzun süre müzaker edilmiştir (Özdemir vd., 2017:1-4). Nitekim 2016 yılında "Geçici Koruma Sağlanan Yabancıların Çalışma İzinlerine Dair Yönetmelik" çerçevesinde Suriyeli sağlık çalışanlarının Türkiye'de istihdam edilebilmelerinin yolu açılmıştır. Bu doğrultuda, 2017 yılında "Yabancı Meslek Mensuplarının Türkiye'de Özel Sağlık Kuruluşlarında Çalışma Usul ve Esaslarında Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" ile gerekli düzenleme yapılmış ve Suriyeli sağlık çalışanlarının geçici barınma merkezleri ile göçmen sağlığı merkezlerinde, Suriyelilere hizmet sunmak üzere istihdam edilmeleri kararlaştırılmıştır. Bu kapsamda



2017 yılında 5 günlük teorik uyum eğitimi verilen Suriye uyruklu 1.076 hekim ile 656 yardımcı sağlık çalışanına (Sağlık Bakanlığı, 2018: 79-80) “mesleki yetki belgesi” verilmiştir. Tablo 3’te görüldüğü üzere geçici barınma merkezleri ve göçmen sağlığı merkezlerinde 126 uzman hekim, 568 pratisyen hekim, 954 ebe ve hemşire, 1.121 hasta yönlendirme personeli, 399 destek personeli, 11 sosyal çalışmacı ve 12 psikolog olmak üzere toplam 3.191 kişi istihdam edilmiştir (HSGM, 2019).

**Tablo 3.** İstihdam Edilen Suriyelilerin Unvanlara göre Dağılımı (31.12.2019)

Unvan	Mevcut Sayı
Uzman hekim	126
<i>Kadın Doğum</i>	41
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	42
<i>Dâhiliye</i>	43
Pratisyen hekim	568
Hemşire ve Ebe	954
Hasta Yönlendirme Personeli	1.121
Destek Personeli	399
Sosyal Çalışmacı	11
Psikolog	12

**Kaynak:** (HSGM, 2019).

Proje kapsamında Türk ve Suriyeli sağlık personeline; sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, çocuk ve ergen sağlığı, iletişim becerileri, ruh sağlığı ve stres yönetimi, bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklar, üreme sağlığı, kültürler arası iletişim, göç ve sağlık mevzuatı gibi konuları içeren eğitimler verilmiştir. Projenin bu bileşeni ile geçici koruma altındaki Suriyelilerin sağlık statüsünün ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından sunulan hizmetlerin geliştirilmesi amaçlanmıştır. 2019 yılı içerisinde Türkiye’nin çeşitli illerinde 22 tur sağlık çalışanı (2520 kişi), 2 tur TRSM personeli (50 kişi) ve 7 tur hasta yönlendirme rehberi (966 kişi) eğitimi düzenlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2019). Proje bittiğinde göçmen sağlığı merkezleri ile Suriyeli sağlık çalışanlarının, Türk sağlık sisteminin bütüncül bir parçası haline geleceği öngörülebilir. Yine kısa vadede Suriyeli sağlık çalışanlarına yönelik bu



politikanın başta sağlık turizmi olmak üzere birçok alanda politika penceresi açması da mümkündür.

### **Temel ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Proje kapsamında mevcut mobil sağlık ünitelerine ilaveten 5 mobil kanser tarama aracı ve 26 mobil sağlık aracı alımı yapılmıştır. 400 bin kanser tarama testi uygulanmaya devam etmektedir.

Suriyeli kadınlar; doğum öncesi bakım, aile planlaması hizmetleri ve kadın sağlığını geliştiren koruyucu hizmetlerden yararlanmaları için sağlık çalışanları tarafından sürekli bilgilendirilmektedir. Suriyeli çocuklara yönelik mikro besin desteği sağlanması faaliyeti kapsamında 2,6 milyon doz D vitamini ve 2,4 milyon doz demir takviyesinin dağıtımı yapılmıştır. Üreme sağlığı hizmetlerinin desteklenmesi amacıyla 1,9 milyon doz oral kontraseptif ile 20 milyon kondom hedef kitleye ulaştırılmıştır. Sunulan bu hizmetleri destekleyici mahiyette Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) İnsani Yardım Programı kapsamında geçici koruma altındaki Suriyeli kadın ve kız çocuklarına birinci basamak sağlık ve psiko-sosyal danışmanlık hizmetlerinin verildiği "Kadın Sağlığı Danışma Merkezleri" de önemli bir işlev görmektedir.

### **Tercümanlık Hizmetleri**

Sağlık hizmetlerine erişimin önündeki temel engellerden biri olan dil sorununa çözüm için üçte biri göçmen sağlığı merkezlerinde, geri kalanı hastanelerde olmak üzere Arapça ve Türkçe bilen 1.121 hasta yönlendirme personeli istihdam edilmiştir.

### **Ruh Sağlığı Hizmetleri**

Proje ile toplum temelli ruh sağlığı modeli çerçevesinde bir milyondan fazla Suriyeli için rehabilite edici ruh sağlığı hizmetlerinin desteklenmesi amacıyla merkezlerin açılması planlanmıştır. Bu kapsamda 9 ilde (Hatay, İzmir, Adana, Bursa, İstanbul (2), Mardin ve Şanlıurfa, Kilis, Gaziantep) 10 adet TRSM faaliyete geçmiştir. Böylece Suriyeliler, göçle ilgili ruh sağlığı sorunlarına psiko-sosyal yaklaşım ile ikincil travmatik stresten korunma ve özbakım (Sağlık Bakanlığı, 2019: 169-210) konusunda desteklenmeye başlamışlardır.

## Kilis ve Hatay Hastaneleri

Sihhat projesini tamamlayıcı nitelikte son bir gelişme ise, FRIT kapsamındaki Sağlık Altyapı Projesi ile orta ve uzun vadede sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması ve sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi amacıyla Kilis ilinde 300 yataklı (50 milyon Avro değerinde) ve Hatay Dörtöyl'da 250 yataklı (40 milyon Avro değerinde) iki hastanenin yapımına başlanmasıdır (EU, 2018). AB Mültecilere Yardım Fonu kapsamında AB Kalkınma Bankası aracılığıyla Kilis'te inşa edilecek hastane ve 40 ünitli Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi (ADSM) için ihaleler gerçekleşmiş ve sözleşmeler imzalanmıştır. Hatay Dörtöyl'daki hastanenin ise AB hibe desteği ile Sağlık Bakanlığı ve Fransız Kalkınma Ajansı arasında yapılan protokol kapsamında 2020 yılının sonunda tamamlanması planlanmaktadır.

AB İnsani Yardım ve Sivil Koruma Genel Müdürlüğü (ECHO), DSÖ ve UNFPA tarafından yürütülen Suriyelilere yönelik ruhsal, psiko-sosyal destek ve rehabilitasyon hizmetleri ile göç yönetimi alanındaki faaliyetler ile Sihhat Projesi arasındaki tamamlayıcılık ve iş birliği ilişkisi belirgindir (European Commission, 2019).

## Değerlendirme

Suriyeliler, Geçici Koruma Yönetmeliği sayesinde Türk vatandaşlarıyla aynı sağlık hizmetini almaktadır. Suriyelilerin yoğun olarak yaşadığı bölgelerde devlet hastaneleri insan kaynağı, fiziki ve teknik koşullar yönünden desteklenmesine rağmen, talebin giderek artmasının hizmet kalitesini olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir. Türk Hükümeti, göçmen sağlığı merkezlerinde ve birimlerinde çalışan Türk doktor ve hemşire kadrosuna Suriyeli sağlık çalışanlarının entegrasyonunu sağlayarak geçici koruma sağlanan Suriyelilere sunulan sağlık hizmetlerini geliştirip zenginleştirmiştir. Türkiye'deki toplum sağlığı sisteminin bir parçası olarak faaliyet gösteren göçmen sağlığı merkezlerine başvuran hasta sayısında yaşanan artış (Ursu vd., 2018: 124) hastaneler üzerindeki olası ağır yükün şiddetini hafifletmektedir (UNHCR, 2019b: 5). Nitekim 173 göçmen sağlığı merkezinin açılmasıyla sağlık hizmetlerine erişimde gelişmeler kaydedilmiş, dil engelinin zayıflaması ve insan kaynakları kapasitesinin yükselmesiyle birlikte kalitenin düşmesi tehlikesi azalmıştır. Suriyeli sağlık çalışanlarının Türk sağlık sistemi

içine entegre edilmesi (WHO, 2019: 25-26) noktasında önemli ilerleme kaydedilmiştir.

İdeal bir sağlık politikasının, sağlık politika yapımcıların nihai amacı olan sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi üzerinde doğrudan bir etkiye sahip olması gerektiği (Peabody vd., 1999: 31) ön kabulünden hareketle proje çıktılarının kısa vadede faydalı olacağı öngörülmektedir. Avrupa Komisyonu tarafından 17 Mayıs 2019 tarihinde Brüksel'de yapılan 12. FRIT Yönlendirme Komitesi toplantısında da sağlık alanında yapılan mali yardımların hem Suriyeliler hem de yerel halk için somut sonuçlar doğurduğu dile getirilmiştir (Euronews, 2019). Bununla birlikte, AB finansmanı Suriyelilere yönelik sağlık hizmetleri ile ilgili yatırım giderlerini ve bir kısım cari harcamaları kapsamaktadır. Suriyelere hastanelerde sunulan tanı-tedavi hizmetleri ile ilaç giderlerinin sürekli artış göstermesi ise sürdürülebilir bir sağlık hizmeti için tehdit unsuru olarak değerlendirilebilir. 2014-2019 yılları arasında Suriyelilere sunulan sağlık hizmetlerinin kamu hastanelerine getirdiği mali yük 5 milyar lirayı aşmıştır. Dolayısıyla bu mali yükün Suriyelilerin erişim sorunu çözümlendikten sonra Türk sağlık sisteminin finansal yapısı üzerine getireceği olumsuz etkiler yeni bir problem alanı olarak önem kazanacaktır.

## Sonuç

Suriyelilere yönelik sağlık politikası süreci, uluslararası özelliği nedeniyle çok yönlü ve çok aktörlü olarak karmaşık bir yapı içinde cereyan etmektedir. Toplumsal bir ihtiyacı karşılamaya yönelik kanıt temelli hazırlandığı görülen sağlık politikasının uygulama aracı olan “Sihhat Projesi”nin, politika öncelikler setinin somuta dönüşmüş bir hali olduğunu söylemek mümkündür. Politika analizinin içeriğinin ve sürecinin, analizin kim tarafından finanse edildiğinden, yürütüldüğünden ve değerlendirildiğinden etkilendiği (Buse vd., 2005: 189) hesaba katıldığında, AB’nin problem tanımının stratejik olduğu ve statükoyu korumaya yönelik eylemlere yöneldiği anlaşılmaktadır. Türkiye açısından ise Suriyelilere yönelik sağlık politikasının makro bağlamda eğitim, göç yönetimi ve sosyo-ekonomik yardımlar çerçevesinde entegrasyona yönelik kapsayıcı politikalarla bağdaştırılmasına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir. Bu bakımdan proje sonuçlarını değerlendirmek için erken olmakla birlikte, çıktı analizlerinin daha fazla alan araştırmaları ile desteklenmesi ve çözümlenmesi gerekmektedir.

Sürdürülebilir bir sağlık hizmetinin temini için insan kaynağı, fiziki altyapı ve tıbbi cihaz gibi konularda sağlık tesislerinin desteklenmesine ve güçlendirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Aynı zamanda Suriyelilerin aşılama faaliyetlerinin hız kesmeden devam etmesi, fizik tedavi ve rehabilitasyon, madde bağımlılığı, kanser tarama, psiko-sosyal destek gibi hizmetlerle de çeşitlendirilmesi gerekeceğinden yeni projelerin de ufukta olduğu öngörülmektedir. Ancak bu entegrasyon politikalarının getireceği mali yükün politik ve bürokratik tedbirlerle (katılım payı alınması gibi) asgariye indirilmesinin önemli bir politika seçeneği olabileceği hesaba katılmalıdır. Dolayısıyla politika sürecinin doğrusal değil döngüsel olduğu göz önüne alındığında (Anderson, 2011: 322) Suriyelilere yönelik bu politika sürecinin uzun vadede yeni sorunlara gebe, bitmeyen bir yeniden değerlendirme işlemine tabi tutulacağı öne sürülebilir. Diğer bir deyişle, nihai bir çözüm bulununcaya kadar sağlık alanında FRIT programının artımcı (*incrementalist*) politikalarla çeşitlenerek devam edeceği düşünülmektedir.

## Kaynakça

- AFAD, MoH of Turkey, WHO (2016). *Health status survey of Syrian refugees in Turkey: Non-communicable diseases risk factors surveillance among Syrian refugees living in Turkey*. Ankara: Republic of Turkey Prime Minister Disaster and Emergency Management Authority, Ministry of Health of the Republic of Turkey, World Health Organization.
- Alpak, G., Ünal A., Bülbül, F., Sağaltıcı, E., Bez, Y., Altındağ, A., Dalkılıç A., Savaş, HA., (2015). Post-traumatic stress disorder among Syrian refugees in Turkey: A cross-sectional study, *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 19:1:45-50.
- Anderson, JE. (2011). *Public Policymaking: A Introduction*, 7th Edition, Wadsworth, Boston: Cengage Learning.
- Bardach, E. (2009). *A Practical Guide for Policy Analysis: The Eightfold Path to More Effective Problem Solving*, Third Edition, Washington D.C.: CQ Press.
- Bilecen, B., Yurtseven, D. (2018). Temporarily protected Syrians' access to the healthcare system in Turkey: Changing policies and remaining challenges. *Migration Letters*, 15 (1): 113-124.
- Buse, K., Mays N., Walt, G. (2005). *Making Health Policy*, Berkshire: Open University Press.
- Dye, TR. (2002). *Understanding Public Policy*, New Jersey: Upper Saddle River.
- Ekmekçi, PE (2017). Syrian Refugees, Health and Migration Legislation in Turkey, *J Immigrant Minority Health*, 19:1434-1441.
- Euronews (17.05.2019). AB: Türkiye'deki sığınmacılar için yapılan yardımlar somut sonuçlar doğurdu, Erişim Tarihi: 22.05.2019. (<https://tr.euronews.com/2019/05/17/>)
- European Commission (01.06.2019). *The EU Facility for Refugees in Turkey*, Erişim Tarihi: 02.06.2019, [https://ec.europa.eu/neighbourhood/enlargement/sites/near/files/facility\\_table.pdf](https://ec.europa.eu/neighbourhood/enlargement/sites/near/files/facility_table.pdf)
- European Union (2018). *Assistance to Syrian refugees in Turkey*, Erişim Tarihi: 10.11.2018. <https://www.consilium.europa.eu>.
- Göç İdaresi Genel Müdürlüğü (2019). *Göç İstatistikleri: Geçici Koruma*, Erişim Tarihi: 31.12.2019, <http://www.goc.gov.tr>.

- Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2019). *Sıhhat Projesi ve FRIT Süreci İlerleme Sunumu*, 31.12.2019, Ankara.
- Jann, W., Wegrich, K. (2007). Theories of the Policy Cycle. in *Handbook of Public Policy Analysis: Theory, Politics and Methods*, (ed. Frank Fischer, Gerald J. Miller and Mara S. Sidney). Boca Raton: CRC Press, 43-62.
- Keklik, M., Kalan, U., Korkmaz, S., Özer, Ö., İpek, P. Ortaköylüoğlu, A., Keklik, E. (2017). Vitamin B12 deficiency among Newly-Arrived Syrian Refugees in Central Anatolia of Turkey. *Journal of Anatolian Medical Research*, 2(1): 22-30.
- Kingdon, JW. (2014). *Agendas, Alternatives, and Public Policies*, Second Edition, Harlow: Pearson Education Limited.
- Knoepfel, P., Larrue, C., Varone F., Hill M. (2007). *Public Policy Analysis*. Bristol: The Policy Press.
- Korkmaz, AÇ. (2014). Sığınmacıların Sağlık ve Hemşirelik Hizmetlerine Yarattığı Sorunlar, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1 (1): 37-42.
- Lasswell, HD. (1951). The Policy Orientation. in *The Policy Sciences: Recent Developments in Scope and Method*, (Eds. D. Lerner and H. D. Lasswell), Stanford: Stanford University Press, 3-15.
- OCHA- United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (2019). *Syrian Arap Republic: Key Figures*, Erişim Tarihi: 19.02.2019, <https://www.unocha.org/syria>.
- Özdemir, V., Kickbusch I., Coşkun Y. (2017). Rethinking the right to work for refugee Syrian healthcare professionals: a call for innovation in global governance. *British Medical Journal*, 357:1-4.
- Parsons, W. (1995). *Public Policy: An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis*, Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Peabody, JW. vd. (1999). *Policy and Health: Implications for Development in Asia*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Sabatier PA. (2007). *Theories of the Policy Process*, Second Editon, Colorado: Westview Press.
- Sağlık Bakanlığı (2018). *2017 Yılı Faaliyet Raporu*, SB Yayın No: 1092, Ankara.

- Sağlık Bakanlığı (2019), *Göç ve Sağlık*, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, SB Yayın No: 1147, Ankara.
- Sayan, İ.Ö., Küçük A. (2012). Türkiye'de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 67(1): 171-203.
- Sezer, MS., Yıldız, M. (2009). Türkiye'de Bir Kamu Politikası Sorunu Olarak Yabancı Doktor İstihdamı: Avustralya, Birleşik Krallık ve Kanada Örnekleri, *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 11(3): 43-78.
- Şirin, SR., Şirin, LR. (2015). *The Educational and Mental Health Needs of Syrian Refugee Children*, Washington: Migration Policy Institute.
- TBMM (2018). *Göç ve Uyum Raporu*, Türkiye Büyük Millet Meclisi İnsan Haklarını İnceleme Komisyonu Mülteci Hakları Alt Komisyonu, 26. Dönem 3. Yasama Yılı Mart 2018.
- Türk Tabipler Birliği (2016). *Savaş, Göç ve Sağlık*, Ankara.
- Torun, P., Karaaslan, MM., Sandıklı, B., Acar, C., Shurtleff, E., Dhrolia, S., Herek B. (2018). Health and health care access for Syrian refugees living in İstanbul, *Int J Public Health*, 63 (5):601-608.
- United Nations Refugee Agency Convention Report-UNHCR (2019a). *Syrian Regional Refugee Response*, Erişim Tarihi:16.05.2019, <https://data2.unhcr.org/en/situations/syria>
- United Nations Refugee Agency Convention Report-UNHCR (2019b). *3RP-Regional Refugee Resilience Plan (2019-2020)*, Turkey. Erişim Tarihi: 01.03.2019, <http://www.3rpsyriacrisis.org>
- Ursu, P., Nitzan, D., Şener, S., Sucaklı, B., Şimşek, M. (2018). Protracted emergency in Turkey: supporting provision of essential health services to Syrians under temporary protection. *Public health panorama*, 04 (01), 120-125. World Health Organization. Regional Office for Europe. <http://www.who.int/iris/handle/10665/325072>.
- Yağmur, Y., Sidar A. (2018). Mülteci Kadınların Üreme Sağlığı Sorunları ve Çözüm Önerileri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11 (1):56-60.
- WHO (2019). *Health emergency response to the crisis in the Syrian Arab Republic Annual Report 2018*, Copenhagen.

