

06.03.2020

GÖÇMENLERİN
SAĞLIK HAKKINA
ERİŞİMİNİN
DESTEKLENMESİNDE
SEKTÖRLER ARASI
STRATEJİK İŞ BİRLİĞİ
ÇALIŞTAYI
SONUÇ RAPORU

GÖÇMEN DAYANIŞMA DERNEĞİ

İÇİNDEKİLER

BİZ KİMİZ?.....	
GİRİŞ.....	
MEVCUT DURUM.....	
GEREKÇELENDİRME.....	
PROĞRAM.....	
SUNUMLAR	
Tartışma ve Öneriler	
SONUÇ	

BİZ KİMİZ?

- Göçmen Dayanışma Derneği 2016 yılında herhangi bir dini, siyasi ya da etnik ayırım gözetmeksizin mülteci ve göçmenlerin karşılaştıkları sorunların çözümüne destek olmak amacıyla kurulmuş hak savunucusu bir sivil toplum örgütüdür. Kurulduğu tarihte Şişli Belediyesi ve Expertise France ortaklığıyla oluşturduğu “Mülteci Destek ve Danışma Merkezi” bünyesinde mültecilerin, başta kamu hizmetleri olmak üzere sağlık, eğitim, adalet hizmetleri ve diğer sosyal haklara erişimlerini kolaylaştırmaya çalışmıştır. 2018 yılında Almanya’nın en büyük insani yardım kuruluşlarından biri olan Welthungerhilfe (WHH) ile proje ortaklığı yapan Göçmen Dayanışma Derneği hakların parçalanamaz bir bütün olduğu inancından hareketle hem Anayasamızın hem de ülkemizin taraf olduğu tüm uluslararası sözleşmelerin kapsamı dahilinde, çeşitli statülerde kayıtlı 4 milyonu aşan mülteci nüfusunun yanında, dünyanın farklı bölgelerinde yaşanan toplumsal, siyasal, ekonomik ve ekolojik krizler nedeniyle ülkelerini terk etmek zorunda kalan ancak ülkemizde herhangi bir koruma statüsüne ulaşamayan insanlara da aynı yaklaşımla hizmet sunmaya çalışmaktadır.

Göçmen Dayanışma Derneği 7 aşamalı 360 derecelik vaka takip planını benimser ve uygular. Tanışma-bağlantı kurma, ön-değerlendirme, planlama, uygulama, son değerlendirme, sonlandırma ve izleme-takip aşamalarından oluşan vaka müdahale planı, her başvuru nezdinde dernek sosyal servisine hazırlanarak, eğer ihtiyaç var ise ilgili diğer birimlerle paylaşılır ve uygulanır.

Vaka müdahale planının her bir aşaması, kendi içinde bir amaca yönelik olarak hazırlanır. Bütüncül bir yaklaşımla değerlendirildiğinde, toplumsal alanda yapabilirlik kapasiteleri sınırlanmış mülteci, sığınmacı, göçmen bireylerin alacakları hizmetler sayesinde içinde buldukları her türlü dez-avantajlılık durumları ile mücadele edebilecekleri araçları edinmelerinin sağlanmasında ve kendi öz-güçleri ile yaşamlarını idame ettirebilmelerinin önündeki engellerin kaldırılarak “Toplumsal Dayanışma ile Bütünleşmenin” sağlanmasını hedefler.

Bu hedef doğrultusunda; derneğimizin vaka yönetim stratejisi kişinin bir veya birden çok sorunu ile kendi kendine baş etmesine yardımcı olmak ile alakalıdır. Bunu yaparak kişinin hayatına devam ederken sağlam adımlar atmasını sağlayan;

a) Hizmet talep eden ile uzman kişi arasında terapötik ilişki kurulması,

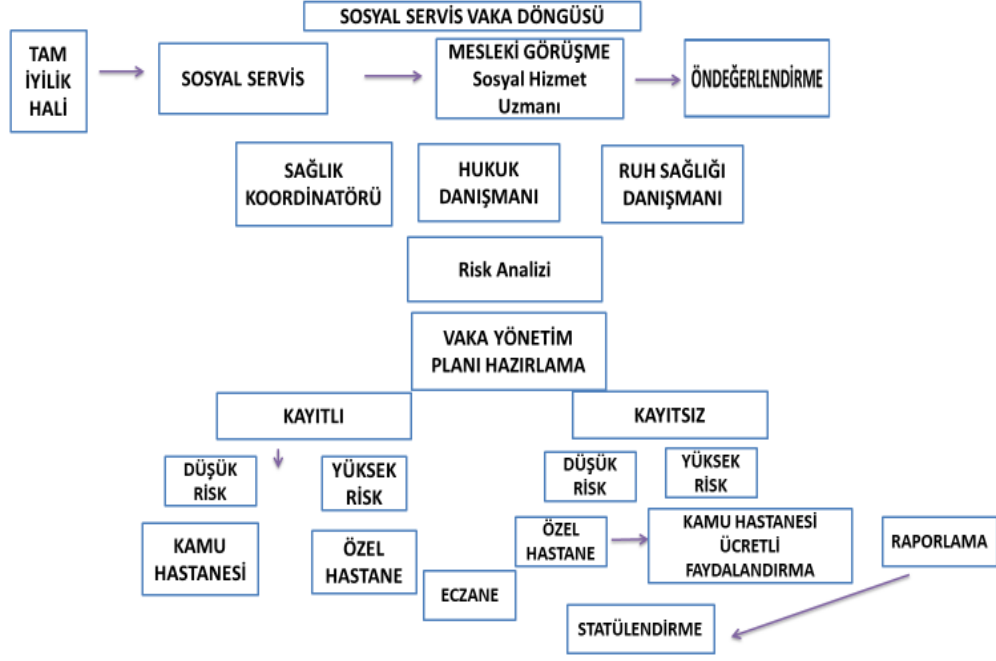
b) Sorun sistemi içerisinde baş etme kapasitesi azalmış bireyi güçlendirmeye dönük sistematik ve esnek yolların bulunması,

c) Bireyin baş etme kapasitesini maksimum seviyeye taşımaya hedefleyen fırsatlar ve yardımların uzman kişi tarafından sunulması olmak üzere üç araç kullanılır.

Bu bağlamda dernek Sosyal Servisinin ilk odağı hizmet almaya aday bireyin dezavantajlı olduğu konuların doğru tespit edilebilmesi amacıyla doğru sorulara odaklanmış bir mülakat sürecini başlatmaktır. Sosyal Servis ilk görüşme ve tanışma aşamasında hizmet almaya aday birey hakkında her türlü ulaşılabilir bilgiyi toplamak ve gözden geçirmekle yükümlüdür. İlk mülakatın hemen sonrasında hizmet alanların sorun ve ihtiyaçlarının tespiti için yapılacaklarla birlikte, başvuru sahiplerinin güçlü yanlarının tespit edilebilmesi için bir ön-değerlendirme yapılır. Ön-değerlendirme süreci aynı zamanda ihtiyaçlar çerçevesinde kaynak taramasını da içerir. Yapılan ön-değerlendirme sürecini vaka bazında planlama süreci takip eder. Mikro, mezo ve makro düzeyde ihtiyaç-kaynak eşleştirmesi yapılır. Belirlenen sorunlar çerçevesinde farklı uzmanlık alanları olan kişilerden oluşturulmuş heyet tarafından hazırlanan vaka müdahale planına uygun olarak, hizmet almaya aday birey, ilgili birimlere sevk edilir. Her birim yürütülecek müdahale sürecini takvimlendirmek ve bunu hizmet alanın onayına sunmakla yükümlüdür. Uygulamanın son aşamasında, hizmet alan bireyin hizmet öncesi ve sonrasını kapsayacak bir biçimde değerlendirilmesi esastır. Bu aşama da hem sunulan hizmetlerin bireyin ihtiyacına cevap oluşturup oluşturmadığı hem de kurumsal kaynakların hızlı ve güvenilir cevap üretme kapasitesi analiz sürecinde değerlendirilir. Müdahale planı hazırlanarak uygulanan hizmet modeli, vaka müdahale planının parçası olan her birimin, bireyin sorununu aşmasına destek olunduğu yönünde görüş bildirmesi durumunda sonlandırılır.

Sonlandırılan her hizmet takip eden 3,6 ve 9 aylık periyotlarda bireyin kazanımlarının devamlılığının sağlanıp sağlanmadığını gözlemlemek, yeni ihtiyaç tespitinin yapılması durumunda bireyi yeniden müdahale sürecinin parçası yapabilme esasına göre hareket edilen bir değerlendirme sürecine alınır.

Ekolojik sistem yaklaşımı ile her bir bireyin “biricik” olduğu anlayışını odağına koyan vaka döngüsü şu aşamalardan oluşur;



GİRİŞ

2011 yılında Suriye Arap Cumhuriyetinde yaşanan iç savaşın kitlesel göç hareketini başlatması sonrası Türkiye ve bazı bölge ülkelerine sığınmak zorunda kalan milyonlarca insanın sığındıkları ülkelerdeki yaşam koşulları ve gelecekleri uluslararası gündemin en önemli tartışma konularından biri oldu. Özellikle Türkiye gibi göç haritasında transit ülke konumundan hedef ülke konumuna yerleşen ülkelerde mülteci ve göçmenlerin haklarını koruyacak düzenlemelerin hayata geçirilme sürecinde birçok sorunla karşılaşıldı. Türkiye, 6458 Sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanununun 91. Maddesi uyarınca, sayıları 4 milyonu bulan Suriyelilerin temel haklara erişimlerini düzenleyen “Geçici Koruma Yönetmeliği” ni 22/10/2014 tarih ve 29153 sayılı Resmî Gazetede yayınlamak üzere yürürlüğe sokmuştur.

Yönetmeliğe göre “Geçici Koruma” kaydı oluşturulan kişiler eğitim, sağlık, adalete erişim ve sosyal yardım hizmetlerinden kayıtlı oldukları kentin sınırları dahilinde faydalanabilmektedirler. Çıkarılan yönetmeliğe rağmen kayıt işlemlerinde ve sınır geçiş noktalarında yaşanan sorunlar nedeniyle birçok kişi kayıt yaptıramamış, kayıt bilgilerinde yapılan hatalar nedeniyle hizmetlere erişimleri mümkün olmamış ya da her türlü sosyal destek sisteminden uzakta kalacakları illerde kayıt altına alınmışlardır.

Süreç içerisinde yerleştirildikleri kentlerde eğitim ve sağlık hizmetleri dahil olmak üzere geçim kaynaklarına da yeterli seviyede ulaşamayan mülteciler, büyük kentlere doğru yeni bir iç göç dalgası yarattılar. Başta İstanbul olmak üzere, Bursa, Gaziantep, Kocaeli gibi geçim kaynakları ve sosyal destek mekanizmalarına daha kolay ulaşabildikleri kentlerde nüfus oranları hızla arttı. Bu kentlerdeki kayıt dışı ekonominin dinamosunu oluşturan mülteciler, emek sömürsünün mağduru oldular. Geçici ve güvencesiz işlerde çalışarak yaşamlarını sürdürmeye çalışırken, kent yönetimlerinin göç ve uyum politikaları oluşturmakta gecikmiş olmaları

dolayısıyla yerel halkla da gerilimler giderek artış gösterdi. Kamu hizmetlerinin yapısında başta dil bariyeri olmak üzere mültecilerin yaşamsal ihtiyaçlarına duyarlı mekanizmaların oluşturulmasında yetersiz kalındı. Sivil toplum örgütlerinin yürüttüğü çalışmalar politik fay hatlarını yok sayan dar bir “sosyal uyum” faaliyeti çerçevesine sıkıştı ve yaşamsal ihtiyaçlara cevap üretmekte çoğu kez başarısız olundu.

Gerilimlerin görünür olması, kayıt dışı nüfusun kamu yöneticilerinin güvenlik kaygılarını arttırması gerekçe gösterilerek İstanbul Valiliği İl Göç İdaresi tarafından 2019-Temmuz ayında bir duyuru yapıldı. Başka illerde kayıtlı olup halihazırda İstanbul’da yaşayan mültecilerin kayıtlı oldukları illere geri dönmeleri için 2 ay süre tanındığı, dönmeyenler hakkında işlem yapılacağı bildirildi. Basın açıklamasının ardından, kentte birçok noktada polis kontrolleri arttırıldı, birçok sektörde iş yerlerine polis baskınları yapıldı. Bu yolla başka illerde kayıtlı olan mültecilerin birçoğu geri gönderilme sorunu ile yüz yüze kaldılar.

Temmuz-2019’da yapılan bu basın açıklamasının ardından, İl Sağlık Müdürlükleri hastane yönetimlerinden farklı illerde kayıtlı olan mültecilere acil sağlık ihtiyaçları dışında hizmetlerini sonlandırmalarını, polis yoluyla tutanak tutularak il göç idaresine bildirilmelerini istedi. Mülteciler içindeki kronik hastaların, yaşlıların, engellilerin ve çocukların sağlık hizmetlerine erişimi durma noktasına geldi. Bazı sivil toplum örgütleri küçük ölçekli bütçelerle acil ihtiyacı olan mültecilere destek vermeye çalışsa da soruna çözüm üretebilecek kapasiteden yoksun kaldılar. Bu sebeple sahadaki tüm aktörlerin sağlık hakkına erişimi destekleyecek yeni çalışma modellerine ihtiyaç acil bir hal aldı.

MEVCUT DURUM

Resmi rakamlara göre Mart 2020 itibari ile Türkiye’de 3.583.584 geçici koruma statüsüne sahip Suriyeli ve 56.417 Uluslararası Koruma Statüsüne sahip mülteci yaşamaktadır. İç İşleri Bakanlığı Göç İdaresi Müdürlüğünün verilerine göre Ocak-2020 ile Mart-2020 arasındaki üç aylık dönemde hakkında işlem yapılan düzensiz göçmenlerin sayısı ise 46.183 kişidir. Halihazırda resmi bir rakama ulaşılamasa da Türkiye’de yaklaşık 1,5 milyon kayıt dışı göçmenin olduğu tahmin edilmektedir. Yaklaşık 6 milyonu bulan mülteci-göçmen nüfusu ile Türkiye, dünya göç haritasında bazı bölgelerinden gelenler için hedef ülke konumundayken bazıları için ise transit ülke olma konumunu korumaktadır.

Daha önce belirttiğimiz gibi mevcut yasalar çerçevesinde statü sahibi mültecilerin kayıt illerinde temel hizmetlere erişimlerini düzenleyen farklı yönetmelik ve genelgeler mevcuttur. Türkiye’de statü sahibi mülteciler kamu hastanelerinin yanında 29 ilde toplam 180 Göçmen Sağlığı merkezinden birinci basamak sağlık hizmeti alabilmektedir.

Ancak göçün hem yapısı hem de hedefleri düşünüldüğünde bazı bölgelerde mülteci ve düzensiz göçmen nüfusunda yığılmaların olması kaçınılmazdır. Bu durum özellikle kamu kaynaklarının kullanımında ve reorganizasyonunda ciddi sorunları da beraberinde getirmiştir. Türkiye’de başta sağlık hizmetleri olmak üzere diğer temel haklara erişimde yaşanan en temel sorun yetersiz kaynak aktarımı ve dil bariyeridir. Aynı zamanda hizmetlerin mültecilerin kayıtlı oldukları ilde yaşama ön şartına bağlı kılınması, kayıtsız olanların veya başka ilde kayıtlı olanların acil müdahale dışında sağlık hizmetlerine erişimini engellemektedir. Ayrıca mevcut özel ya da kamu hastanelerindeki tercüman sayısı ihtiyacı karşılayamamaktadır.

Makro politika alanında mültecilere yönelik yapılan bütçe harcamalarının bir lütuf olarak gösterilmesi zaten kaynak ve ekonomik zorluk yaşayan Türkiye halkında tepkilerin derinleşmesine sebep olmaktadır. Sosyolojik olarak yoksullar arasında kıt kaynakların kullanım hakkına yönelik rekabet yaratmakta, bu durum nefret söylemlerinin sahiplerine alan açılması sonucunu doğurmaktadır. Ayrımcılık söylemleri ve eylemleri toplumsal tabanda kabul görmektedir. Mülteciler toplumsal tabanda ortaya çıkan gerilimlerden kendilerini koruyabilmek için minimum seviyede görünür olmaya dikkat eder hale gelmişlerdir. Bu yüzden kamu hizmetlerinden faydalanmak yerine özel hizmet alanlarına yönelme eğilimindedirler. Özellikle sağlık hizmetlerine erişim taleplerinde bu daha net ifade edilen bir durumdur.

Bir diğer sorun alanı çocukların aşılama konusunda yaşanmaktadır. Uluslararası sözleşmelerde çocukların aşılama bir hak olarak tanımlanmış ve çocukların haklarının kullanımının anne ve/veya babasının mevcut durumlarından/statülerinden bağımsız olduğu açıkça ifade edilmiştir. Yeni doğan aşıları Türkiyeliler için Aile Sağlığı Merkezlerinde ücretsiz karşılanmaktadır. Ancak kayıtlı olmayan çocukların devam aşılarının yönlendirilmelerinde sorunlar yaşanmaktadır. Bebek hastanede doğmamış ise doğum belgesi olmadığından aşı kaydı oluşturulmamakta ya da bebeğin doğum kartı çıkartılsa bile İl Göç İdareleri tarafından kimliklendirme yapılmadığında sorun devam etmektedir. Yaşanan sorunlar çoğu zaman sivil toplum örgütlerinin desteği ile aşılabilmektedir.

Süreç boyunca sahada faaliyet gösteren tüm aktörlerin ortak düşüncelerinden biri mültecilerin sağlık hakkına erişiminde temmuz-2019'dan itibaren çok ciddi hak ihlallerinin yaşandığı yönündeydi. Özellikle sağlık ihtiyaçlarına cevap üretebilmenin birçok hizmet aksesuarını bir arada kullanmayı gerektirmesi, bazı tıbbi müdahalelerin tam donanımlı hastanelerden karşılanabilecek olması sivil toplum örgütlerinin kapasitesini aşan bir durum ortaya çıkardı ve başka ilde kayıtlı ya da hiç kaydı olmayan mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimi neredeyse imkânsızlaştı.

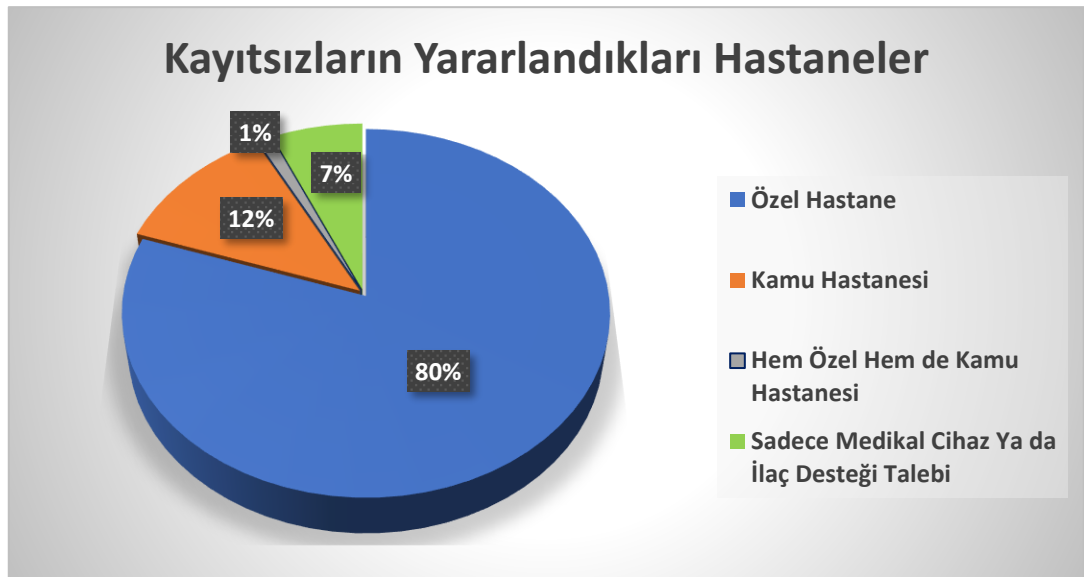
Derneğimiz, yaşanan bu gelişmeler içinde Ekim-2018-Mart 2020 tarihleri arasında 835 kişiye destek sağlanmıştır. Destek verilen kişilerden 108'ine Geçici Koruma Statüsü kazandırılmıştır. 835 mülteci 5'i LGBTİ+, 434 kadın/kız çocuğu ve 366'sı erkek/oğlan çocuğudur, 632'si yetişkin, 203'ü 18 yaşın altındadır. 60'ı fiziksel ve/veya zihinsel engelli, 671'i Suriye uyrukludur. Bu süre içinde 480 kişi sağlık hizmeti almış, 292 kişiye hukuki danışmanlık hizmeti, 73 kişiye de psikolojik danışmanlık hizmeti verilmiştir.

Sağlık hizmetlerine erişim talebi ile Derneğimize başvuran 480 kişiden sadece 113'ü İstanbul kimliklidir. Herhangi bir statüsü olmaması dolayısıyla sağlık hizmetlerine erişemeyen 182 kişi, farklı bir ilde kaydı olduğu için sağlık hizmetlerine erişemeyen toplam 65 kişidir.



Görüldüğü üzere mültecilerin hizmetlere erişiminin ön koşulu olan kayıtlı olma zorunluluğu hala en temel sorunların başında gelmektedir. Bu çapta bir kayıtsızlık sorununa bir de farklı ilde kayıtlı olanların hizmetlere erişimlerinin kısıtlanması eklenince yeni çözüm araçlarının üretilmesinin yanında bu durumun insanların hayatını riske sokacak boyutlarının görünür kılınması bu alanda faaliyet gösteren tüm sivil toplum örgütlerinin temel görevlerinden biri olmuştur.

Faaliyetlerimiz süresince derneğimize başvuran herhangi bir ilde kaydı olmayan kişilerden 146'sına özel hastanelerden hizmet sağlanırken sadece 22 kişi kamu hastanelerinden faydalandırılabilmiştir. 2 kişi ise özel ihtiyaçları dolayısıyla hem kamu hem de özel hastaneden faydalandırılmıştır. 12 kişi ise sadece medikal cihaz ya da ilaç desteği talebi ile başvurmuştur. Verilerden de görüldüğü gibi kayıtsızların kamu hastanelerinden faydalandırılma oranı sadece %12'dir.



İstanbul dışındaki bir ilde kayıtlı olup sağlık talebi ile başvuran 65 kişiden 29'u kamu hastanesine yönlendirilmiş, 1'i hem kamuya hem özele yönlendirilmiştir. 35 başvuru ise özel hastaneden hizmet almıştır. **Bu 35 kişinin 10'u İstanbul valiliğinin Temmuz 2019 kararından önce özel hastaneye yönlendirilmişken diğer 25 kişi ise valiliğin kararından sonra özele yönlendirilmiştir. Yani Valiliğin aldığı karardan sonra özel hastaneden hizmet alma zorunluluğu 2,5 katına çıkmıştır.**



GEREKÇELENDİRME

Dünya Sağlık Örgütüne göre sağlık "sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil bedence, ruha ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir" Bu tanımdan hareketle herhangi bir bireyin sağlık hakkına erişimini destekleyecek faaliyetler sadece bedensel hastalıklardan kişileri kurtarmayı değil insan yaşamının tüm alanlarında tam iyiliğe ulaştırmayı hedeflemelidir. Bu açıdan değerlendirildiğinde yoksullukla mücadeleden, eğitim hizmetlerine erişebilme ya da güvenceli istihdam ve yeterli gelire sahip olup olmama durumu doğrudan sağlığı etkileyecek parametrelerdir. Nitekim UNDP'nin 2005 İnsani Kalkınma Raporu, "her saat 1200 çocuk, medyanın ilgisinden uzak bir şekilde ölüyor" saptamasıyla başlayıp bu ölümlerin en temel nedenin yoksulluk olduğunu vurguluyordu.¹ Aynı rapora göre her sene doğan 10.7 milyon çocuk beşinci yaş gününü göremeyecekti. Yoksulluğun bir kısır döngü yarattığını vurgulayan rapora göre, yoksulluk nedeniyle okuyamayan kadınlar çocuk sahibi olduklarında bilgisizlikten ya da gerekli sağlık koşullarını sağlayamadıkları için ya çocukları çok erken ölüyor ya da yaşayabilenlere gerekli ortam sağlanıp eğitilemedikleri için onlar da birer yoksul birey oluyorlardı."² Bu sebeptendir ki bir kısır döngü yarattığı öngörülen yeterli kaynaklara sahip olamama durumu, bireylerin yaşam haklarına doğrudan etki eden faktörlerdir. Haklar bu açıdan değerlendirildiğinde parçalanamaz

¹UNDP, Human Development Report 2005, s.17

² UNDP,a.g.e.,s. 19-22

özelliğindedir. Yani kişinin eğitim hizmetlerine ulaşamamasından tutunda güvenli bir işte yeterli bir gelire sahip olamaması ya da ihtiyaçlarını karşılayabilecek barınma olanaklarından yoksun olması o kişiyi sağlıklı bir birey olarak tanımlamaya yetecek ölçütlerdir.

Bu ölçütlerden hareket edildiğinde mültecilerin yaşam koşullarının onları “sağlıksız” bireyler olarak tanımlamaya yetecek düzeyde olduğu rahatlıkla söylenebilir. Hizmetlerimizi sunarken yaptığımız saha gözlemlerinin yanında, elde ettiğimiz hizmet verileri de bu yaklaşımı destekler niteliktedir. Yukarıda sadece tedavi hizmetlerine erişimde yaşanan sıkıntılar “kayıtlı olup olmama” parametresi üzerinden ortaya konmuş veriler olup, durumun aciliyetini ortaya koymaktadır. Bu değerlendirmeye istihdam, eğitim, sosyal dışlanma, barınma ve beslenme gibi parametrelerde eklenince tablo daha da ağırlaşmaktadır.

Bu sebepledir ki Göçmen Dayanışma Derneği olarak “sağlık hakkına erişim” de yaşanan sorunları farklı boyutlarıyla ve taraflarla tartışmayı hedefledik. Çünkü sağlığa erişim farklı sektörlerin iş birliğine dayalı bir çalışma modelini zorunlu kılmaktadır. Yukarıda da sözünü ettiğimiz gibi sorun sadece tedavi hizmetlerine erişim ile sınırlandırılmayacak çeşitliliktedir.

PROGRAM

Göçmen Dayanışma Derneğinin çağrısı ile bir araya gelen 32 farklı kurumdan 51 saha çalışanın katıldığı “Göçmenlerin Sağlık Hakkına Erişiminin Desteklenmesinde Sektörler Arası İş Birliği” çalıştayında 3 oturum gerçekleştirilmiştir.

Oturumlardan ilkinin ana teması hukuk ve sağlık hakkı ilişkisi olmuştur. İstanbul Barosu İnsan Hakları Merkezi Başkan Yardımcısı Av. Yasemen Öztürkcan “İnsan Hakları Hukukunda Sağlık Hakkının Kapsamı” başlığında, ikinci sunumu ise İstanbul Barosu İnsan Hakları Merkezi Mülteci Hakları Alt Çalışma Grubu üyelerinden Av. Mahmut İsal “Sağlık Hakkına Erişimde Vatandaş-Yabancı Ayrımı ve Mültecilerin Sağlık Hakkına Erişimindeki Engellerin Hukuki Dayanakları” başlığıyla sunmuştur. Bu konu başlıklarında, mültecilerin hizmetlere erişimlerinin onların statülerine bağlı olarak tanımlanmasının dayanakları ve ortaya çıkan sorunların aşılmasında nasıl bir yol izlenebileceğinin tartışılması hedeflenmiştir. Özellikle savunuculuk faaliyetlerinin örgütlenmesinde evrensel insan hakları hukuku ile vatandaşlık ve yabancılar hukukunun çatışma alanlarının tespit edilerek yeni destek mekanizmalarının metodolojisi üzerine tartışılması beklenmiştir.

İkinci oturum sağlık hizmetlerinin niteliğine odaklanmıştır. İlk sunumu “Halk Sağlığı Perspektifinden Mültecilerin Sağlık Hakkı ve Sağlık Hizmetlerine Erişimi” başlığı ile İstanbul Tabip Odası adına F. Deniz Mardin yapmıştır. İkinci sunumu ise “Sağlık Hakkının Kullanılmasında Hekimlik Mesleğinin Sorumlulukları ve Karşılaşılan Zorluklar” başlığında Avusturya San Jorj Hastanesi Başhekimisi Op.Dr. Erdal Kaleli yapmıştır. Bu oturumda mültecilerin sağlık hakkına erişimlerinde hastane ve diğer tıbbi müdahale alanlarında yaşanan zorlukların tespit edilmesi, başta hekimler olmak üzere diğer sağlık çalışanlarının da sorun alanlarına bakışları ve çözüm önerileri tartışılmak istenmiştir.

Üçüncü oturumda “Hastanelerde Sosyal Hizmet Uygulamalarının Mültecilerin Sağlık Hakkına Erişimindeki Rolü” başlığı ile Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği İstanbul Şube Başkanı ve İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sosyal Hizmet Birimi Sorumlusu İkrım Doğan yapmıştır. Bu başlıkta sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan sorunların aşılabılmesinde hastane sosyal hizmet birimlerinin rol ve fonksiyonlarının neler olabileceği ve sivil toplum örgütlerinin bu birimlerle aktif çalışmasının önemi tartışılmak istenmiştir.

Yapılan sunumların ardından tartışma bölümüne geçilmiştir. Tartışma “Mültecilerin Sağlık Hakkına Erişimlerinde Karşılaşılan Sorunlara Yönelik Çözüm Önerileri ve İş Birliği Modellerinin Geliştirilmesi” teması ile yürütülmüştür.

SUNUMLARDA ÖNE ÇIKAN ANA SAVLAR

Çalıştay, İnsan Hakları Hukuku açısından “Sağlık Hakkının” başta mülteciler olmak üzere diğer dezavantajlı gruplar açısından “ayrımcılık karşıtı” bir hizmet alanı olarak tanımlanmasının dayanaklarının İstanbul Barosu İnsan Hakları Komisyonu Üyesi Av. Yasemin Öztürkcan’ın anlatımıyla tartışmaya açılmıştır. Öztürkcan sunumunda, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Kurucu Belgesi (1946), İnsan Hakları Evrensel Beyanamesi (1948), Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi (1966), Avrupa Sosyal Şartı (1965), Avrupa Birliği Temel Haklar Bildirgesi’nin ilgili maddelerine atıf yaparak, sağlık hakkıyla insan haklarının bütünselliği çerçevesinde, onu tamamlayan ve onunla ilişki içerisinde bulunan hak ve özgürlükler arasında bağlantı bulunduğunu, ayrıca işkence yasağı, yaşam hakkı, gıda, konut, çalışma, eğitim hakkı vs. hakkın kendisi de hak, yükümlülük ve özgürlükleri bünyesinde barındırmaktadır diyerek;

- Bireyin cinsiyet ve üreme özgürlükleri dahil olmak üzere kendi sağlığı ve bedeni üzerinde kontrolü bulunması ve müdahalelerden bağışık bulunması, işkenceye, rızası dışı tıbbi ve deney konularının olmaması sağlık hakkının sağladığı özgürlüklerdir.
- İnsanların ulaşabilecekleri en yüksek sağlık standardından yararlanmasında fırsat eşitliği sağlayacak bir sağlık sistemine sahip olmaları, bu hakkın yükümlülük boyutudur.
- Sağlık hakkına yönelik, uluslararası çerçevede insan haklarının öznesi, “**herkes**” olarak belirtilmektedir. **Herkes** kavramı burada, ayırım yapılmaksızın sağlık hakkının sunulması gerekliliğini ifade etmektedir.
- Herkesin ulaşabileceği düzeyde ve yararlanabileceği boyutta sağlık sistemlerini kurmak yine sağlık hakkının kullanımında çok önemli bir fonksiyona sahiptir görüşünü ifade etmiştir.

Sağlık hakkından yararlanmayı sağlama ve bu yönde bir ayrımcılığı önleme anlayışı devletlerin temel sorumlulukları içerisinde yer almaktadır diyerek; bu durumun bir anlamda da koruma yükümlülüğünü gerektirdiğini belirtmiştir. Bu açıdan sağlık hakkının sağlanmasında, Sağlık ile ilgili mal ve hizmetlerin mevcudiyeti; bu mal ve hizmetlere ayrımcılık olmadan herkesin, özellikle toplumun en savunmasız ve dışına itilmiş kesimlerin erişilebilmesi; Mal ve hizmetlerin bilimsel ve tıbbi olarak uygun ve iyi kalitede olması (*nitelikli sağlık personeli, bilimsel olarak onaylanan ve tarihi geçmemiş ilaç ve hastane ekipmanını, güvenilir içme suyunu ve yeterli beslenmeyi de kapsayacak biçimde*) gerektiğini belirtmiştir.

- ▶ **Hakkın özü bakımından devletin yükümlülükleri ESKHK Genel Yorum No.14, parag.18. atıf yaparak “Tıbbi bakım ve sağlıkla ilgili unsurlara erişim noktasında kişiler açısından ırk, renk, cinsiyet, dil, din, siyasi ya da başka fikir, ulusal ya da toplumsal köken, mülkiyet, fiziksel veya zihinsel engellilik, sağlık durumu (HIV/AIDS dahil olmak üzere), cinsel tercih, medeni, siyasi, sosyal veya diğer statüler bakımından sağlık hakkından herkesin eşit şekilde faydalanmasını ve sağlık hakkının herkes tarafından eşit şekilde kullanılmasını ortadan kaldıracak veya zedeleyici etki ve amaca sahip her türlü ayrımcılığı yasaklayarak eşitliğin sağlanmasının esas olduğunu vurgulamıştır.**

- **Son olarak Sağlık Hakkının Öznesinin Herkes olduğunu tekrar ederek; herkesin sağlık hizmetlerine erişebilme ve hizmetlerden yararlanma konusunda eşit haklara sahip olduğunu, hakkın kullanılmasında bireyler arasında ayrımcılık yapılmasının yasaklandığını, özellikle risk altında bulunan veya toplum dışına itilmiş gruplar bakımından ayrımcılık yapılmasının kesinlikle yasaklandığını ifade etmiştir. Dolayısıyla sağlık hakkının tüm bireylerin iyi olma durumunu sağlayan evrensel bir hak olduğunun altını çizmiş ve devletlerin vatandaşları ile etki ve koruma alanı içerisindeki yabancılar, vatansızlar, koruma statüsü sahipleri / başvuru sahipleri da dahil olmak üzere tüm bireylerin, önleyici, iyileştirici ve tedavi edici sağlık hizmetlerine eşit şekilde erişme hakkını koruma yükümlülüğünü hatırlatarak sunumunu tamamlamıştır.**

Öztürkcan'ın evrensel insan hakları hukuku çerçevesinden yaptığı değerlendirmenin ardından yine İstanbul Barosu İnsan Hakları Komisyonu Mülteci Hakları Alt Çalışma Gurubu üyesi Av. Mahmut Can İsal "Sağlık Hakkına Erişimde Vatandaş – Yabancı Ayrımı ve Mültecilerin Sağlık Hakkına Erişimindeki Engellerin Hukuki Dayanakları" başlığı ile bir sunum gerçekleştirmiştir.

Sağlık hakkını tanımlayan Uluslararası sözleşmelere atıf yaparak başladığı sunumunda özellikle kayıtsız mültecilerin sağlık hakkı kullanımını düzenleyen belgeleri incelemiştir. İsal; Evrensel İnsan Hakları Bildirgesi madde 25, Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi m. 12 – Sağlık standardı hakkı, Dünya Sağlık Örgütü Anayasası – Başlangıç bölümü, Her Türlü Irk Ayrımcılığının Tasfiye Edilmesine Dair Uluslararası Sözleşme m. 5, Birleşmiş Milletler Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi Raporu 40 ve 41. Oturum, İnsan Hakları Komisyonu, 1989/11 ilke kararı, 2 Mart 1989, 2. paragrafına atıf yaparak "Acil olmayan" tıbbi tedavi ihtiyaçlarının kayıtsız mülteciler açısından da kullanılmasının mümkün olabileceğini tartışmaya açmıştır. Kayıtsız mültecilere yönelik sağlık hakkı kullanımının ücretlendirilme biçimine de değinen İsal bu konuda yapılan düzenlemelere atıf yaparak yerel uygulamaların dayanaklarını açıklamıştır.

Çalıştayın ilk oturumunda mültecilerin "sağlık hakkı" kullanımının evrensel hukuk ve vatandaşlık hukuku, yabancılar hukuku çerçevelerinden incelenmesinin ardından "göç" olgusunun insan sağlığına etkileri, mültecilere yönelik sağlık hakkının kullanılmasında hekimlerin mesleki etik sorumluluklarının sınırları başlıkları ikinci oturumda tartışmaya açılmıştır.

İstanbul Tabip Odası Halk Sağlığı Komisyonu üyesi Dr. F. Deniz Mardin tarafından "Sağlığın Sosyal Belirleyicilerinden Biri Olarak Göç" başlığında ilk sunumu yapmıştır. Mardin; Göç öncesi, göç sırasında ve göç sonrası yaşananlar, ev sahibi ülkede/varılan yerde yaşam ve çalışma şartlarının, göçmenlerin yaş, etnik grup gibi demografik özelliklerinin, hukuki statü, sağlık inancı, sağlık alışkanlıkları, dil/iletişim, ekonomik durum, sağlık hizmetlerine erişim, yapısal engeller, göçmenlerin sağlık sistemi ve işleyişi konusunda ki bilgi durumu, sağlık çalışanlarının tutumu ve göçmenler ile ilgili bilgi durumunun sağlık hakkının kullanımını doğrudan etkileyen parametreler olduğunun altını çizmiştir. Sunumda sağlık hakkının kullanımının mono blok bir ihtiyaç grubu olarak ele alınmasının bazı sorunları da beraberinde getirdiğini, kadınlar, çocuklar, engelliler, refakatsiz çocuklar, LGBTİ bireyler, farklı etnik, dini inançları olan bireylerin farklı ihtiyaç grupları olduğunu belirtmiştir. Farklı hukuksal statülerle tanımlanan mülteci ve göçmenlerin sağlık hakkına erişimlerinde her ülkenin kendine has düzenlemeler yapabildiğini anlatan Mardin, aynı zamanda dünyanın farklı yerlerinde mültecilerin sağlığına yönelik yapılan bazı araştırmalardan da örnekler vermiştir. Bu araştırma sonuçlarına dayanarak göçmen ve mülteciler içinde farklı ihtiyaç gruplarının ne tür hastalıklardan daha sık mustarip olduğunu göstermiştir. Bu kapsamda kronik belirsizlik yani mültecilik hallerinin, anksiyete ve depresyonla ilişkisine vurgu yapmış, geleceğe dair belirsizlikten en çok etkilenenlerin kadınlar ve çocuklar olduğunun altını çizmiştir. Sorunun çözümünde gözlemlenen ihtiyaçlar ile (Hissedilen) dillendirilmeyen ihtiyaçların yani önceliklerin neler olduğunun saptanmasıyla güçlendirme yaklaşımıyla sosyal ağların çözümün bir parçası haline getirilmesinin önemli olduğunu belirtmiştir. Mültecilerin sağlık ihtiyaçlarının

belirlenmesinde veri toplanması, kayıtların ve elde edilen verilerin paylaşılmamasının çok önemli olduğunu ancak yapılan çalışmaların çoğunun mülteci ve göçmenlerle görüşmeleri temel aldığını, kurumsal değerlendirmelerin bulunmadığını, sayıca fazla olmalarından dolayı Suriyeli mültecilere odaklanıldığını, akademik araştırmalarda niceliksel çalışmaların çok az olduğunu, farklı ihtiyaçları olan bireylere yönelik araştırmaların az olmasının (örneğin kadın, çocuk ve LGBTİ bireyler) ortaya çıkardığı sorunları aktarmıştır.

Mültecilerin sağlık hakkını düzenleyen hukuki metinlere atıf yapan Mardin; mültecilerin yaşadığı sağlık hakkına erişim engellerini kurumsal bürokrasi, tercüman eksikliği, karmaşık sağlık sistemi /hastane düzeni, sağlık çalışanlarının davranışları, ASM lerde geri çevirme, 1. basamakta kayıtsız hastaların kabul edilmemesi, gebelik takibi, çocuk aşıları, isteğe bağlı düşük (kürtaj) /cinsel şiddet mağdurlarında hamilelik sonlandırma, kronik Hastalıkların tanı, tedavi ve takibinde sistemsel sorunlar (örn: Kanser hastasının terminal dönemde başvurusu), bulaşıcı hastalıklarda tanı ve tedaviye erişim: özellikle HIV;HPC, doğum, acil başvurularında “Sağlık Turizmi Genelgesi” uygulaması /acilde müdahale öncesi ücret talep edilmesi, kamp içi/kamp dışı farklılıklar olarak sıralamıştır.

Sunumuna “Nelerle Yüzleşmeli” başlığı ile devam eden Mardin;

- ▶ Şartların hali hazırda devam eden sorunları görünür kılması
- ▶ Eşitsizlikler (farklı etnik gruplara farklı uygulamalar)
- ▶ Bulaşıcı Hastalıklarda Artış
- ▶ İnsan Hakları İhlalleri
- ▶ Toplumun değişen yapısına cevap verebilecek tıbbi hizmet yapılanması?
- ▶ Sağlıklı bir birey için durum sadece tıbbi hizmetlerle kısıtlanabilir mi? Beslenme, barınma, iş olanakları, kültürel, sosyal, politik yoksunluk başlıklarına dikkat çekmiştir. Mardin;
- ▶ farklı kültürlere, farklı dillere, farklı dinlere duyarlı tıbbi hizmetlerin planlanması.
- ▶ Özel (hassas) gruplar göz önünde bulundurulmalı; engelliler, hassas gruplar (farklı etnik gruplar gibi)
- ▶ Hak temelli hizmetlerde anlaşılabilir bir dil temel alınmalı (ihtiyaca göre tercüman sağlanması);
- ▶ Randevu hattında farklı diller
- ▶ Hastanelerde girişlerde kültürel arabulucular
- ▶ Hastanede telefon tercümanlık hatları
- ▶ Çalışma alanında iş sağlığı gerekliliklerin sağlanabilmesi için kayıtlı iş imkanları ve iş güvenliği
- ▶ Farklı disiplinlerin ortak çalışarak «insan hakları» temelli hizmetlerin sağlanması
- ▶ Çocuk işçiliği / Çocuk Evliliklerin önlenmesi Pratik uygulamalarda ve verilerde şeffaflık (Kampların, farklı kurumların verilerin paylaşılması)
- ▶ Yapılacak STK ve Akademik çalışmaların kısıtlanmaması (Belirli Etik kurallar çerçevesinde)
- ▶ Kamp yaşam şartlarının uzun süreli bir çözüm olarak öne sürülmemesi (kapatılma/yaşamdan soyutlanma halinin sağlıksızlaştırması)

- ▶ Geçiş sürecinde mültecilere bilgilendirme ve hizmet sunan merkezler (Belirlenen süreç sonunda halihazırda bulunan sağlık sistemine yönlendirme)
- ▶ Hukuki boyutun sağlık hizmetlerine erişimi engellememesi
- ▶ Çalışma ve eğitim haklarının sağlanması önerilerini yaparak sunumunu tamamlamış ve önerilerini tartışmaya açmıştır.

Dr. F. Deniz Mardin'in mültecilerin sağlık hakkı kullanımının önündeki engellerin sağlık sisteminde hangi sorunları açığa çıkardığını ve çözüm önerilerini sunduğu sunumunun ardından mültecilerin yaşadığı sağlık hakkı ihlalleri karşısında hekimlerin etik sorumlulukları ve idari sistem ile hekimler arasında yaşanan sorunlardan bahsetmek üzere Avusturya San Jorj Hastanesi Başhekimisi **Opr. Dr. Erdal Kaleli** sunumunu yapmıştır. Kaleli, hekimlik yemininin kapsamını ayrıntılı bir biçimde açıkladıktan sonra hekimlerin mültecilere hizmet verirken karşılaştıkları zorlukların altını çizmiştir. Özellikle kayıtsız göçmenlerin hastane hekimleri tarafından tedavi hizmeti verilirken kolluk kuvvetlerine bildirim yapma zorunluluğuna dikkat çekmiş ve hekimlik sorumlulukları ile çelişen bir durum olarak değerlendirmiştir. Mültecilere yönelik sağlık hizmetlerinde dil bariyeri, eğitim düzeyi, yerel hastalıklar, aşılama, beslenme, hijyen ve barınma koşulları, kültürel, sosyal ve dini engeller, ekonomik sıkıntılar ve korkunun hekimlerin tedavi hizmeti sunarken sonuç alabilmelerinin önündeki en önemli engeller olarak sıralamıştır.

Opr. Dr. Erdal Kaleli'nin sunumunu tamamlamasının ardından İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sosyal Hizmet Servisi Sorumlusu ve Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği İstanbul Şube Başkanı İkram Doğan, mültecilerin sağlık kuruluşlarında yaşadıkları hak ihlallerinin aşılmasında sosyal hizmet birimlerinin rol ve fonksiyonlarını açıklayan bir sunum yapmıştır. İkram sunumuna sağlık alanında sosyal hizmet uygulamalarının hala çok iyi bilinmediğini, uzmanların da kendi rol ve fonksiyonları konusunda hastanelerde yeterli alan yaratamadıklarını vurgulayarak başlamıştır. Sosyal Hizmet Uzmanlarının hastanelerin idari talepleri ile mesleki rolleri arasında çelişkili durumlarla karşılaşabildiğini örnekleyerek ifade etmiştir. Hastanelerde hala sosyal hizmet uzmanlarının idari yapıda nereye bağlı olmaları gerektiği konusunda farklı uygulamalar olduğunu, bu durumun hastalara verilecek hizmetlerin ve kullanılacak yetkinin sınırlarını belirleyici bir faktör olduğunu belirtti. Ayrıca özellikle hak savunuculuğunda kamu stk iş birliğinin sağlanmasında sosyal hizmet uzmanlarının çok önemli bir işlevi olması gerektiğini, bu nedenle hak ihlalleri konusunda kendilerinin de zaman zaman desteğe ihtiyaç duyduklarını belirterek bu tip çalıştayların hedeflenen iş birliği modellerinin geliştirilmesinde çok önemli bir yere sahip olduğunu altını çizdi. Mültecilerin hakları ve karşılaştıkları sorunları ile ilgili mesleki uygulamalar konusunda bilgi eksikliği olduğunu, bu durumun hastanelerdeki hizmetleri organize ederken sorunlar yaratabildiğine dikkat çekmiştir. Ancak her şeye rağmen sosyal hizmet uzmanlığının hak savunuculuğu mesleği olduğu ve hak ihlallerine karşı iş birliğinin güçlendirilmesinin ve özellikle birlikte çalışma modellerinin oluşturulmasının çok önemli olduğunu, Sivil Toplum Örgütlerinde çalışan meslektaşları ile vaka paylaşımının artırılması gerektiğini belirtmiştir. Sivil toplum örgütlerinin kendi hizmetleri ile ilgili hastanelerde sosyal hizmet servislerine bilgi paylaşımı yapmalarının ilişkileri güçlendireceğini, farklı eğitim çalışmalarının yapılabileceğini, sivil toplum örgütlerinin devletin asli görevlerini yerine getirmek yerine devlete görevlerini hatırlatacak bir çalışma modeli oluşturması gerektiğini belirterek sunumunu sonlandırmıştır.

TARTIŞMA VE ÖNERİLER

Sunumların tamamlanmasının ardından çalıştayın ana hedefi olan iş birliği model önerilerinin tartışılması için iki oturumdan oluşan tartışma bölümüne geçilmiştir. Tartışma bölümünde katılımcılar tarafından öne çıkarılan öneriler aşağıda sıralanmıştır.

1. İl Göç İdaresi, Sağlık Bakanlığı ve diğer kamu kurumlarının da katılacağı koordinasyon toplantılarının düzenli ve sürekli hale getirilmesi, periyodik toplantılarla deneyimlerin aktarılması ve sorunların stratejik iş birliği ile çözülmesi.
2. Sistemin hastaneden hastaneye, hastane polisinden hastane polisine, sosyal hizmet uzmanından sosyal hizmet uzmanına, memurdan memura değişmemesi, sürdürülebilir hale getirilmesi için gerekli mevzuatın gözden geçirilmesi ve standart uygulama prosedürlerinin oluşturulması gerekmektedir. Bu tür standartlaştırmayı sağlayacak yönetmelik yönerge gibi belgeler hak ihlallerinin denetimini de kolaylaştıracaktır. Bu konuda özel çalışma birimleri oluşturularak öneriler yapılabilir.
3. Geçici Koruma Yönetmeliği'nde yer alan "Alınacak Hizmetler ve Yükümlülükler" başlığının Uluslararası Koruma'daki gibi "Haklar ve Yükümlülükler" şeklinde değiştirilmesi için savunuculuk yapılması gerekmektedir.
4. Doğum belgesi vermeme durumlarının çocuk hakları sözleşmesine aykırı olduğu, hayat boyu mağduriyet yaratacağı için bu uygulamanın ortadan kaldırılması için ortak savunuculuk yapılması gerekmektedir.
5. Örnek davaların, iyi örneklerin ve sahada uygulanan yöntemlerin kamu kurumları ile stk'lar arasında da paylaşılması gerekmektedir.
6. Başta sağlık çalışanları olmak üzere, polisler, sosyal hizmet uzmanlarına ve diğer kamu kurumlarında çalışanlara hem mevzuat hem de haklar alanında eğitim ve farkındalık çalışmaları yapılmalı.
7. Aile planlaması isteyen Suriyeli mülteci kadınlar için açılacak merkezler konusunda yeterli bilgi ve duyuru çalışmasının yapılması, merkez sayılarının artırılması konusunda savunuculuk yapılması gerekmektedir.
8. Mültecilere, hakları konusundaki farkındalıklarını ve bilgilerini arttırmaya yönelik eğitimler verilmesi çok önemlidir.
9. Mültecilerin kayıtlı-kayıtsız olduğuna bakılmaksızın ücretsiz ve anadilinde sağlık hizmetlerinden yararlanmasının garanti altına alınması, böylelikle illegal sağlık tesislerinde mağdur olmalarının engellenmesi.
10. Tıp fakültelerinde öğrencilere yönelik hekim etiği ile bağ kuracak şekilde ayrımcılık karşıtı ve mülteci hakları konusunda eğitimler verilmeli.
11. Mülteci kadınlar "şiddet gören bir kadının güçlendirilmiş göçmen sağlığı merkezinde kendi dilinde kendisine hizmet verecek bir sosyal hizmet uzmanı, bir psikolog bir Suriyeli doktor ve hemşire olduğu" konusunda bilgilendirilmeli.
12. Mültecilerin haklarını kullanmaları konusunda tüm toplumsal kesimler açısından ayrımcı bir dil kullanılmakta, haklar birer lütuf gibi dillendirilmektedir. Ayrımcı dilin değiştirilebilmesi için özel çalışmalar yapılmalıdır.
12. Çalıştay sonunda GDD yazılan raporun kamuoyuyla paylaşılması tartışmaların gündeme gelmesi, ilgili kurumlar için sorunları görünür kılması açısından çok önemlidir.

SONUÇ

Göçmen Dayanışma Derneği'nin çağrısıyla bir araya gelen 32 kurumdan 51 uzmanın katılımıyla gerçekleştirilen "Mültecilerin Sağlık Hakkına Erişimlerinin Desteklenmesinde Sektörler Arası Stratejik İş Birliği Çalıştayı" mültecilerin sağlık hakkına erişimde karşılaştıkları zorlukları farklı perspektif ve alanlardan uzmanların katkılarıyla tartışmaya açarak önemli bir ihtiyacı ortaya koymaya çalışmıştır.

Çalıştayda, sağlığın tek başına hastalıkların tedavisine indirgenemeyeceği, sağlık hakkının birçok farklı parametrenin bir araya geldiği "tam iyilik hali" perspektifinden yola çıkarak tanımlanmasının yanında, iş birliği modellerinin bu yaklaşımla kurgulanmasının çok önemli olduğu vurgulanmaya çalışılmıştır.

Mültecilerin haklarına erişimlerinde üç düzlemde elde edilen bilgi stratejik iş birliği modellerinin oluşturulmasında çok önemli bir yere sahiptir. Bunlardan ilki; Gerçeklik düzlemidir. Gerçeklik düzleminin bilgisi göç olgusunun oluş koşullarını politik bağlamını da içerecek bir bakış açısıyla oluşturulmalıdır. Politik bağlamından koparılan oluş süreci olguya dair önemli bir bilgi kaynağı olan göçün gerçekleşme düzleminde ortaya çıkan koşulların, sorunların ve çözümlerin tanımlanmasında yetersiz kalınmasına sebep olacaktır. Bu yetersizlik ampirik düzlemin bilgisini doğrudan etkileyeceğinden önceliklerin belirlenmesinde hataların ortaya çıkmasına sebep olacaktır. Ancak bu üç bilgi kaynağının hiçbirisi kendi başına göçün ortaya çıkardığı sorunları anlaşılır kılmaya yetmez. Oluşturulacak iş birliği modellerinin bu üç düzlemin bilgisini paylaşması durumunda hakların kullanımının önündeki engellerin sebeplerinin doğru okunmasını ve kalıcı çözümlerin üretilmesinin yolunu açabilir.

Bu bağlamda çalıştayda ortaya konan ve ilerleyen süreçlerde farklı çalışmalarda da tartışılması gereken en önemli başlıklardan birisi mültecilerin sadece sağlık hakkına erişimlerinde değil diğer temel haklara erişimlerinde de birçok sorun yaşandığı, ancak yaşanan sorunların kaynağını doğru tespit edecek ve bu sorunları ortadan kaldıracak modellerin kurgulanabilmesi için yukarıda bahsedilen üç düzlemde üretilmiş güvenilir bilgi kaynakları oluşturulamamış olmasıdır. Bilgi üretiminde ve paylaşımında yaşanan eksiklikler alanda faaliyet gösteren tüm aktörlerin stratejik bir iş birliği modelinde birlikte çalışabildiği hizmet ağları yerine anlık sorun çözme yaklaşımı ile hareket etmesine sebep olmakta, bu yaklaşım hukuksal, kurumsal ve kuramsal değişimlerin yaratılmasını engellemektedir.

Her ne kadar sağlık hakkının öznesi "herkes" olarak tanımlansa da karşılaşılan herhangi bir sorun karşısında "herkesin" "şikâyet mekanizmalarını" kullanımı eşit değildir. Mültecilerin tanınma biçimleri hangi statüde olursa olsun, özellikle sağlık hakkının kullanımında maruz kaldıkları hak ihlallerini şikâyet edebilecekleri mekanizmalara erişimlerini de kısıtlamaktadır. Çünkü erişebildikleri hizmetlerin onlara sağlanmış birer lütuf olarak ifade edilmesi sebebiyle, herhangi bir şikâyetin öznesi olmaları durumunda tanınma statülerini kaybetme sorunu ile yüz yüzedirler. Bu bağlamda iş birliği modelleri oluşturulurken sorunların kalıcı olarak çözüme kavuşturulabilmesi için, mülteciler lehine sektör aktörlerinin öznesi olduğu müdahale araçlarının da kurgulanması acil ihtiyaçlardandır.

Sağlık hakkının kullanımında en önemli sorunlardan bir tanesi hakkın kayıt statüleri ve belli coğrafi kısıtlamalara tabi olmasıdır. Geçici koruma statüsü ve uluslararası koruma statüsü arasında sağlık hakkına erişimde farklı uygulamalar söz konusudur. Bu durum geçici koruma statüsünde olanlara karşı önyargı oluşmakta, mülteciler arasında bir ayrımcılık algısı yaratabilmektedir. Yine özellikle sağlık sektöründeki aktörler tarafından da bu statülerin farkları ve erişim düzeyleri hakkında yeterli bilgi birikimi yoktur. Bu nedenle sağlık personellerinin ayrımcılık karşıtı ve hak temelli eğitimlerin parçası yapılması çok büyük bir öneme sahiptir.

Çalıştayda tartışmaya açtığımız bir başka konu olası stratejik iş birliği modellerinde bazı meslek gruplarının birleştirici bir rol oynayabileceğidir. Hastanelerdeki sosyal hizmet servisleri ile bilgi paylaşımı, savunuculuk, teknik destek gibi çalışma alanları kurulmalıdır. Bu servislerin işlevselliğinin ve personel sayılarının arttırılmasının, hastanelerde karşılaşılan hak ihlallerinin önlenmesinde büyük bir öneme sahip olduğu vurgulanmıştır.

Son olarak savunuculuk faaliyetlerinin politik bağlamdan bağımsız düşünülmemeyeceği ve bu anlamda bu tip faaliyetlerin kamuoyunda daha görünür kılınmasını sağlayacak yeni modeller üzerine de tartışılması gerekmektedir. Bu anlamda yerel yönetimlerle yapılacak iş birliklerinde “kent meclisleri” özel bir öneme sahiptir. Kent meclisleri bünyesinde mutlaka “mülteci meclisleri” oluşturulmalı, yerel yönetimlerin sağlık hizmetlerinden koşulsuz olarak mültecilerin faydalandırılması için çalışmalar yapılmalıdır.

SON NOT:

“Mültecilerin Sağlık Hakkına Erişimlerinin Desteklenmesinde Sektörler Arası İş birliği Çalıştay” organize edildiği sırada Cov-19 Pandemi süreci yeni başlamıştı ve Türkiye’de henüz tanı konulmuş bir vaka ilan edilmemişti. 11 Mart 2020 tarihinde ilk vaka açıklandı ve kamu yönetimi Pandemi tedbirlerini ilan etmeye başladı.

KAMU YÖNETİMİNCE ALINAN PANDEMİ TEDBİRLERİ

- İlk olarak yurtdışı ve yurtiçinde 30 büyükşehirde seyahat yasakları getirilerek virüsün yayılım hızı azaltılmaya çalışıldı.
- 65 Yaş üstü ve 20 yaş altı bireylerin ülke genelinde sokağa çıkma kısıtlamasına tabi tutuldular.
- Toplu yaşam alanlarının kullanımına kısıtlamalar getirildi.
- Başta büyük alışveriş merkezleri olmak üzere, hizmet sektöründe birçok iş kolunun hizmetleri durduruldu.
- Toplu olarak yapılan ibadet, düğün gibi etkinlikler durduruldu.
- Kamu ve bazı özel hastanelerin hizmetleri “Pandemi hastanesi” olarak re-organize edildi.
- Eğitim hizmetlerinde online sisteme geçildi.
- Bazı illerde maske takmak zorunlu hale getirildi.
- 30 Büyükşehir ve Zonguldak ilinde hafta sonları ve dini bayramlarda sokağa çıkma kısıtlaması uygulandı.
- Hukuk hizmetleri acil durumlar dışında durduruldu.
- Her türlü kamu kurumuna dilekçe vb. hizmet talepleri acil durumlar dışında sınırlandırıldı.

PANDEMİ SÜRECİNDE KAMU VE SİVİL TOPLUM HİZMETLERİ

Pandemi sürecinin başlaması ile birçok kamu kurumu ve sivil toplum örgütü evden çalışma modeline geçerek hizmetlerini sınırlandırdı. Kamu kurumları ve sivil toplum örgütleri hem kendi yararlanıcıları hem de diğer mültecilerin Pandemi sürecinde doğru bilgiye erişimlerini destekleyebilmek için çok dilli bilgilendirme broşürleri yayınladı. Gerek sosyal medya hesapları gerek diğer hizmetlerde online danışmanlık süreci ön plana çıktı.

Sağlık Bakanlığı yayınladığı genelge ile kayıtlı kayıtsız olduğuna bakılmaksızın herkesin Cov-19 tanı ve tedavisinin ücretsiz olarak kamu hastanelerinde yapılabileceğini ilan etmesi mültecilerin tedaviye erişimlerini sağladı. Yine Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmet Bakanlığının Aynı-Nakdi yardımlarından tüm özel ihtiyaç sahiplerinin yararlandırılmasına yönelik çalışmalar yapılmış, buna ek olarak bazı sivil toplum

örgütleri de aynı ve nakdi destek hizmetleri oluşturdular. Yerel yönetimler de birçok ilde çok dilli hizmet üretmiş, ihtiyaç sahiplerine gıda ve hijyen paketleri dağıtımını yapmışlardır.

MÜLTECİLERİN PANDEMİ SÜRECİNDE YAŞADIKLARI ZORLUKLARA DAİR BAZI GÖZLEMLER

Pandemi sürecinin çok hızlı ilerlemesiyle başta kamu hizmetleri olmak üzere sivil toplum örgütlerinin birçoğunda hizmet kapasitesi minimum seviyelere gerilemiştir. Özellikle kamu kurumlarının hizmet kalemlerinin acil durumlar dışında kısıtlanmasıyla sağlık hizmetlerinde çok ciddi daralma yaşandı. Kamu ve/veya özel neredeyse tüm hastanelerde ameliyat ve poliklinik hizmetleri durma noktasına geldi. Kronik hastalıkların takibi ve ilaç reçetelerinin güncellenmesi yapılamadı. İnsanlar, yüksek bulaş riski dolayısıyla ihtiyaç duysalar bile hastanelere başvurma konusunda çekimser davrandılar. Doğum hizmetlerine erişim birçok hastanenin doğumhane hizmetlerini durdurması nedeniyle çok sıkıntılı oldu. Örneğin Derneğimiz protokolü olan 4 hastanenin sadece ikisinden doğum hizmeti alabilmiştir. Hastanelerin farklı servislerindeki uzman doktorların da Pandemi birimlerinde görevlendirilmesi, birçok sağlık çalışanının enfekte olması sebebiyle iş göremez hale gelmesi, ücretli veya ücretsiz izin uygulamaları da sağlık sektöründe işgücü kaybını arttırmıştır.

Hizmet ve üretim sektöründeki daralma nedeniyle birçok mülteci işini kaybetmiş bunun sonucunda temel ihtiyaçlarını bile karşılayamaz hale gelmiş, gıda ve pandemi süresince kullanılması tavsiye edilen maske, el dezenfektanı gibi hijyen araçlarına ulaşımında ciddi sorunlar yaşanmıştır. Kayıt dışı sektörlerde çalışan mültecilerin bir kısmı ise gerekli koruma tedbirleri olmadan çalışmak zorunda kalmış ve hastalık bulaşma riskleri çok artmıştır. Gelir kaybına uğrayan mültecilerin yaşanan başvuru yoğunluğu dolayısıyla sosyal yardımlara ulaşması da yeterli seviyede olmamıştır.

Kamu yöneticilerinin Cov-19 süresince elde edilen verileri ayrıştırmadan kamuoyu ile paylaşması özel ihtiyaç sahibi grupların süreçten nasıl etkilendiklerini anlaşılmasını zorlaştırmış, ihtiyaç analizine dayalı hizmet organizasyonları yapılamamıştır. Örneğin Derneğimiz iki defa yazılı olarak Sağlık Bakanlığına başvuru yapmış olmasına rağmen bugüne kadar uygulanan testlerden kaç tanesinin mültecilere yönelik olduğu, kaç mültecinin testinin pozitif çıktığı, kaç kişinin hali hazırda hastanelerden tedavi hizmeti aldığı bunların genel durumlarının ne olduğu, kaç mültecinin temaslı olduğu ve bu kişilere yönelik fiyasyon sürecinin nasıl takip edildiği öğrenilememiştir.

Ülkemizde yaşayan mültecilerden ne kadarının Cov-19 hastalığına yakalandığı, tedavi ve fiyasyon süreçlerinin nasıl yürütüldüğü ile ilgili bilgiler kamuoyu ile paylaşılmamış olduğundan, özellikle mültecilere yönelik hizmet üreten sivil toplum örgütlerinin kaynaklarını yeniden organize ederek ihtiyaçlar doğrultusunda kullanması mümkün olmamıştır. Yapılan ihtiyaç analizleri her kurumun kendi ulaşabildiği sınırlılıktaki mültecilere yönelik olmuştur. Bu da tablonun genelini anlamak ve ilerleyen süreçte sorunların çözümüne yönelik kaynak oluşturmayı ve tedbir almayı zorlaştırmaktadır.

MART, 2020

İSTANBUL

