

Vatansızlık ve Iskartaya Çıkarılan Sağlık: Geleneksel Derleme

Statelessness and Discarded Health: Traditional Review

 Cem Hakan BAŞARAN^a

^aEskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik ABD, Eskişehir, Türkiye

Bu çalışma, Cem Hakan Başaran'ın 2021 yılında ESOGÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik Doktora Programı'nda tamamladığı "Hekimlerin Bakış Açısı ile Vatanlarını Terk Etmek Zorunda Bırakılan İnsanların Sağlık Hizmetlerine Erişiminin Tıp Etiği Açısından Değerlendirilmesi: Eskişehir Örneği" başlıklı doktora tezinden türetilmiştir.

ÖZET Sağlık hakkı, temel insan hakları yaklaşımı içerisinde ele alınmalıdır. Uluslararası sözleşmeler ve bildirgelerde, sağlık hakkının öznesinin herkes olduğu açıkça tanımlanmasına rağmen bugün sosyoekonomik ve politik nedenlerle bu hakkın yalnızca bir retorikten ibaret kaldığına tanıklık etmekteyiz. Yerel ve küresel sağlık politikalarının iç içe geçtiği günümüzde, sağlık hakkı ilkelerinin, insan haklarının doğası ve bunların etrafında inşa edilmesi gerekliliği hakkında bitmemiş felsefi, politik ve yasal tartışmalar şimdilik bitmeyecek gibi gözükmemektedir. Politik özellikleri olmayan vatansız kişilerin, devletlerin biyopolitik çıkarlarına alet olduğu ve onların gerçekte insandan daha aşağıya indirgenen yaşamlarının hümaniteryen faaliyetlerle meşrulaştırıldığı iddia edilmektedir. Vatansızlık, birçok ülkede kişileri kamplarda yahut şehirlerde düşük ücretlerle ve sigortasız çalışmak ve sağlık güvencesi olmadan yaşamaya mahkûm etmiş ve onları toplumların günah keçileri hâline getirmiştir. Bazı kamplarda ve bölgelerde insani yaşam koşullarından uzak, hatta sağlıklarını bozacak bir iklimde yaşamak durumunda kalan vatansız kişilerin, birçok ülkede sağlık hakları acil bakım düzeyine indirgenmiştir. Sonuç olarak dünyanın her yerinde iskarta hayatlar birikmiş ve sağlıkları da zaten önemsiz zannedilen hayatlarına mukabil iskartaya çıkarılmıştır. Hukuki statüleri ne olursa olsun kişiler (vatansız, mülteci, şartlı mülteci, sığınmacı, göçmen veya belgesiz göçmen), birçok ülkede hastalandıklarında tedaviye ulaşabilmek için haysiyetlerini alt-üst eden bir dizi prosedür veya engellerle karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu çalışmada, konuya yönelik bir literatür derlenmeye çalışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Mülteci; sağlık hakkı; tıp etiği; biyopolitika; göç ve sağlık

ABSTRACT The right to health should be addressed within the basic human rights approach. Although international conventions and declarations define clearly that the subject of the right to health is everyone, today we witness that this right has remained limited to the rhetoric realm because of socioeconomic and political reasons. In today's world where local and global health policies are intertwined; the philosophical, political and legal debates about building the right to health principles around the nature of human rights seem to be endless for now. It is claimed that stateless persons who aren't political subjects, are tools for the biopolitical interests of states. Their lives, which are actually reduced as less than human, are legitimized by humanitarian activities. In many countries, statelessness has condemned people to work in cities for low wages without health insurance or to live in camps and has made them the scapegoats of societies. In many countries, health rights of stateless people who have to live in an environment far from humane living conditions in some camps and regions, even deteriorating their health, have been reduced to the level of emergency care. As a result, discarded lives have accumulated all over the world, and their health has been discarded in response to their lives, which were already thought to be worthless. Regardless of their legal status (e.g., stateless, refugee, conditional refugee, asylum seeker, immigrant, or undocumented immigrant) people in many countries face a series of procedures or barriers that undermine their dignity in order to access treatment when they fall ill. In this study, literature on the subject has been tried to be compiled.

Keywords: Refugee; right to health; medical ethics; biopolitics; migration and health

SAĞLIĞIN TANIMI VE SAĞLIK HAKKI KAVRAMI

Bugüne kadar sağlığın çeşitli tanımları yapılmış olmakla birlikte, günümüzde en çok kabul gören tanım, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılmıştır.

“Sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hâlidir.” ve “Erişilebilir en yüksek sağlık standardından yararlanmak, ırk, din, siyasi inanç, ekonomik veya sosyal durum ayrımı yapılmaksızın her insanın temel

Correspondence: Cem Hakan BAŞARAN

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik ABD, Eskişehir, Türkiye

E-mail: cehmakanbasaran@gmail.com



Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics, Law and History.

Received: 07 Dec 2021

Received in revised form: 18 Mar 2022

Accepted: 19 Mar 2022

Available online: 29 Mar 2022

2146-8982 / Copyright © 2022 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

haklarından biridir. Tüm halkların sağlığı, barış ve güvenliğin sağlanması için esastır ve bireylerin ve devletlerin tam iş birliğine bağlıdır [...].”¹

Bu tanım üzerinde, bilhassa “tam iyilik hâli”nden neyin anlaşılması gerektiği konusunda çeşitli tartışmalar süregelmiştir. “Tam iyilik hâli”ni sağlayacak şeylerin neler olduğu, insanların “sağlık”lı bir şekilde hayat sürmelerine imkân tanıyacak olan çevre ve yaşam koşullarını kimin ne şekilde, hangi ölçülerde sağlaması gerektiği gibi noktalarda süren tartışma, zamanla “tam iyilik hâli”ni hangi siyasal sistem ve yapılanmanın gerçekleştirebileceği sorusunu içerecek şekilde daha geniş bir boyuta taşınmıştır.

Alma Ata Deklarasyonu’nda *Yalnızca hastalığın ve sakatlığın olmayışı değil daha çok tüm bir bedensel, ruhsal ve sosyal dirliğin topluca oluşturdukları sağlığın, temel insan haklarından biri olduğu ve bunun da mümkün olan en iyi bir seviyede tutulmasının dünya çapında en önemli sosyal bir amaç olduğu ve bu amacın gerçekleştirilebilmesi için de sağlık sektörüne ek olarak diğer birçok sosyal ve ekonomik sektörlerin çabalarını gerektirdiği* gerçeği vurgulanmıştır (Madde-1). Konferansta “Temel Sağlık Hizmetleri” kavramı tarif edilerek, ülkeler arasındaki eşitsizlikler ve bunların ortadan kalkması gerektiği vurgulanmıştır.²

Sağlığın tanımına ilişkin tartışmanın, sağlık hakkı kavramı için de geçerli olduğu görülmektedir. Sağlık hakkı, sağlık hizmetlerini ve sağlığın belirleyicilerini de içeren (temiz su ve gıda, barınma ve sanitasyon) efektif ve entegre bir “sağlık sistemi” hakkıdır.³ Bir başka açıdan, sağlık hakkına yönelik tartışma “sağlık hizmetlerine erişimi de içine alan, tam ve sağlıklı bir yaşama zarar vermeyecek fiziksel ve sosyal çevrede yaşama” hakkı ve isteği ile ilgilidir.⁴ Sağlık hakkı farklı etik kuramlarla da farklı biçimlerde ele alınmıştır.⁵

DSÖ’nün tanımını temel alacak olursak sağlık hakkı, sağlıklı yaşam koşullarını oluşturması ve geliştirerek sürdürmesi için sosyal, siyasi ve ekonomik düzenlemeleri de içine alan geniş bir sosyal hak talebidir. Belki de sağlık hakkını “İnsanların sağlıklı olabileceği ortamları sağlamak için bizlerin toplum olarak ortak hareket etmemiz” şeklinde düşünmek daha anlamlıdır.⁶

Buna göre sağlık, ancak güçlü bir sosyal örgütlenme bağlamı içerisinde gerçekleşebilir ve yoksulluk, eğitim, barınma ve diğer sosyal etmenleri dikkate almaksızın başarılı bir sağlık uygulaması ve hakkından bahsetmek mümkün değildir. Burada sağlık hakkının daha geniş bağlamda, insan haklarıyla birlikte ele alındığını görüyoruz. İnsan hakları noktasından sağlık hakkını savunanlar, geleneksel yaklaşımdan farklı olarak, “iyilik hâli”nin ön gereklilikleri ve sağlığın sosyal belirleyicileri üzerinde durulması gerektiğini savunmaktadır.⁷ Bu yaklaşım, toplum sağlığı ve insan hakları hareketlerini bir arada, tek bir parça olarak görmekte, bu dayanışıklı projenin en azından sosyal hak taleplerini güçlendireceği söylenmektedir. Freedman, sağlık hakkı ve insan hakları kavramlarının birlikte değerlendirilmesi, soruna kişisel sağlıktan sosyal politikaya uzanan daha geniş bir perspektiften bakmak gerektiği üzerinde ısrarla durmaktadır.⁸

Birleşmiş Milletler (BM) Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi (EKSHK) genel yorumunda, sağlık hakkının yalnızca bir dizi yararlanım hakkı ya da pozitif haklar olarak anlaşılması gerektiğine ve “Sağlık hakkı, sağlıklı olma hakkı gibi anlaşılmamaktadır. Sağlık hakkı, hem hakları hem de özgürlükleri içermektedir. [...] Buna karşılık haklar, insanların mümkün olan en yüksek sağlık seviyesinden yararlanabilmeleri için fırsat eşitliği sağlayan bir sağlık koruma sistemine sahip olma hakkını içerir.” yorumuyla hakkın doğasının özgürlük ve eşitliğe dayandığına dikkat çekmektedir.⁹

SAĞLIK HAKKININ ÖZNESİ, KAPSAMI, SINIRLARI

Sağlık hakkına ilişkin uluslararası belgelerde, hakkın öznesinin “herkes” olduğu açıkça belirtilmiştir. İnsan Hakları Evrensel Beyanname’si’ne (İHEB) göre: “Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım” hakkı vardır.¹⁰ Avrupa Sosyal Şartı’na göre “Herkesin ulaşabileceği en yüksek sağlık düzeyinden yararlanmasını mümkün kılan her türlü önlemlerden faydalanma hakkı”, “Sağlığının korunması hakkı” ve “Sosyal ve tıbbi yardım hakkı” vardır ve ayrımcılık yapılamaz. Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi ile 1. kuşak haklar,

Avrupa Sosyal Şartı ile de 2. kuşak haklar koruma altına alınmıştır.¹¹

Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı'na göre "Herkes, ulusal hukuk ve uygulamalar uyarınca koruyucu sağlık hizmeti alma ve tıbbi tedaviden yararlanma hakkına sahiptir." ve birliğin hedefi *daha üst düzeyde bir insan sağlığının korunması* olarak belirlenmiştir.¹² Bununla birlikte bu hak, genellikle vatandaşlara odaklanmıştır ve göçmenlerin, özellikle de belgesiz göçmenlerin hakları Avrupa Birliği'nde (AB) hâlâ farklılık göstermektedir.¹³

Uluslararası Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi'nde (ESKHS); "Dil, din..., diğer herhangi bir statü temelinde ayrımcılık yapılamayacağı" ve sonrasında yayımlanan genel yorumlarda, uyrukluğunun sözleşmeye özne olmak için bir unsur oluşturamayacağı vurgulanmıştır.¹⁴ Sözleşme ile taahhüt altına giren devletler, yetkisi altında bulunan *hiç kimseyi* uyruk, hiçbir hukuksal statü ve sosyal statü sebebiyle sağlık hakkı özneliğinden dışlayamaz. Taraf devletlerin sağlık hakkı öznelere karşı ödevleri farklı olabilmekte birlikte, bu farklılaşmanın "Ayrımcı uygulamalardan kaçınmayı mümkün kılan haklı temeller üzerinde kurulması" gereklidir ve "Taraf devletler, mahkûmlar, tutuklular, azınlıklar, sığınmacılar ve yasa dışı göçmenler de dâhil olmak üzere herkesin önleyici, iyileştirici ve tedavi edici sağlık hizmetlerine erişimini engellemeyerek ve kısıtlamayı, ayrımcı devlet politikaları gütmeyerek, kadınların sağlık durumları ve ihtiyaçlarıyla ilgili ayrımcı uygulamalar empoze etmekten kaçınarak sağlık hakkına saygı göstermelidir. [...]"⁹

Yine ESKHS'de sağlık hakkı her türlü biçim ve düzeyde zaruri ve ilişkili unsurlar içermelidir. Bunlar: (a) Mevcudiyet/Availability (tesisler, mal ve hizmetler, sağlık personeli), (b) Erişilebilirlik/Accessibility (ayrımcılık olmaması, fiziksel, ekonomik ve bilgiye erişim), (c) Kabul edilebilirlik/Acceptability (tıp etiğine saygılı ve kültürel açıdan uygun), (d) Kalite/Quality'dir (AAAQ). Sağlık hakkı çerçevesi, herkes için yüksek kalitede mevcut, erişilebilir ve kabul edilebilir sağlık bakımını desteklerken, varış ülkelerinde göçmenlerin sağlığının sıklıkla kötüleştiği, AAAQ'nun sırasıyla yoksulluk, ayrımcılık, sağlık hizmetlerinin eksiklikleri ve yanlış anlamalar nedeniyle engellenebildiği belirtilmiştir. Sağlık hakkı çer-

çevesinin, sağlıkta eşitlik hususunda odaklanması gereken alanları vurguladığı, göçmenlerin çok olduğu bölgelerdeki sağlık çalışanlarının, müdahalelerin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesine kültürel araçları da dâhil etmeye çalışmaları gerektiğine ayrıca dikkat çekilmiştir.¹⁵

Sağlıkta eşitsizliklerin göçmen, sığınmacı ve mülteci sorunlarının XXI. yüzyıl'da ayyuka çıkmasıyla birlikte derinleştiği, uluslararası sözleşmelerce özne olarak tanımlanan *herkes*'in siyasi bir retorikten ileri gitmemesi nedeniyle çeşitli rapor, çağrı ve hedefler yayımlanmış ve yayımlanmaya devam etmektedir.

DSÖ ve Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği'nin (BMMYK) 2008 yılında yayımladığı raporda, göçün, insan hakları sonuçlarıyla birlikte önemli bir siyasi, sosyal ve ekonomik fenomen hâline gelişi ele alınmış, göçmenlerin sağlık hakkından yararlanmalarının genellikle yalnızca göçmen oldukları için ve ayrıca ayrımcılık, dil, kültürel engeller veya yasal statüleri gibi diğer faktörler nedeniyle sınırlı olduğu, birçok göçmenin sağlık hakları da dâhil olmak üzere insan haklarını elde etmede benzer engellerle karşılaşacağı vurgulanmıştır. Devletlerin, uluslararası insan hakları kurumlarında veya ulusal mevzuatında, göçmenlere kendi vatandaşlarıyla aynı düzeyde koruma sağlayamayacaklarını veya istemediklerini açıkça belirttikleri ve buna göre çoğu ülkenin vatandaş olmayanlara karşı sağlık yükümlülüklerini yalnızca "temel bakım" veya "acil sağlık bakımı" olarak tanımlamış olduğu belirtilmiştir.¹⁶

BMMYK 2015 yılında, "2030 Gündemi ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri"ni açıklamış "No one must be left behind/Leaving no one behind-hiç kimse geride bırakılmamalı/Kimseyi geride bırakmamak" sloganıyla; fiziksel ve zihinsel sağlığı, refahı teşvik etmek ve *herkes* için yaşam beklentisini uzatmak için evrensel sağlık güvencesi ve kaliteli sağlık hizmetlerine erişim sağlanması hedefleri dile getirilmiş, tüm önlenebilir ölümleri 2030 yılından önce sona erdirenken yenidoğan, çocuk ve anne ölümlerini azaltma konusunda bugüne kadar kaydedilen ilerlemeyi hızlandırmayı, aile planlaması, bilgilendirme ve eğitim dâhil olmak üzere cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine evrensel erişim sağlamayı taahhüt etmiştir.¹⁷

DSÖ tarafından, sağlıkta insan hakları ihlallerine dikkat çekilen bir başka bilgi notunda, sağlık hakkının ve insan haklarının temel bileşenlerine (ayrımcılık yapmama ve eşitlik ilkesine) dikkat çekilmiştir.¹⁸ 2017 yılında BM sağlık hizmetlerinde ayrımcılığın sona erdirilmesine ilişkin ortak bir bildiri yayımlamıştır: “Sağlık hizmeti ortamlarında ayrımcılık dünya çapında yaygındır ve birçok biçimde (birçok kişi ve grup; yaş, cinsiyet, ırk/etnik köken, sağlık durumu, engellilik veya hastalıklara karşı savunmasızlık, cinsel yönelim, milliyet, iltica veya göç durumu vd. ayrımcılık biçimleri) olabilir. [Ayrımcılıkla] Uluslararası sözleşmelerde ve ulusal yasa ve anayasalarda korunan en temel insan hakları ihlâl edilir. Buna göre önlemlerden bazıları, etkili tazminat ve hesap verebilirlik mekanizmalarına erişimi garanti etmek ve ayrımcılığın raporlanması, izlenmesi ve değerlendirilmesi için mekanizmaların güçlendirilmesidir”.¹⁹

Sağlığın tanımı ve sağlık hakkı kavramı kapsamı, günümüzde sosyal, ekonomik, hukuki ve siyasal boyutları da içerecek şekilde tartışılmaya devam edilmektedir. Küreselleşme ve çağımızın mülteci kriziyle birlikte sağlık hakkı kavramına farklı bir boyut daha eklenmiştir; sağlık hakkının ulusal yapılardan bağımsız olarak evrensel bir tanımlama, yorumlama, içerik ve ön gerekliliklerinin belirlenmesi ihtiyacı daha fazla ortaya çıkmıştır. Bugün ne yazık ki Avrupa ve dünyanın geri kalan birçok bölgesinde taahhüt edilenin gerisinde bir dağıtımla karşı karşıya kalmakla birlikte, hakların ulus-devletlerin inisiyatifi altında gölgelendiğine, çağrı ve sözleşmelerin retorik düzeyinde kaldığına tanıklık etmekteyiz.

TEMEL BİR İNSAN HAKKI OLARAK SAĞLIK HAKKI

Alma-Ata Bildirgesi’nden sonra insan hakları temelli sağlık hakkını savunan akademik çalışmalar ve konferansların sayısında artış olmuştur.²⁰⁻²³ Bu yayınların çarpıcı özellikleri, hem uluslararası sağlık hakkı hem de sağlık bakımı ve insan hakları yaklaşımına büyük önem vermeleridir ve sağlık hakkının bir insan hakları yaklaşımı içine yerleştirilmesine öncülük etmeleridir. Örneğin 1994 yılında François-Xavier Bagnoud Sağlık ve İnsan Hakları Merkezi tarafından *Health and Human Rights* dergisi yayımlanmaya baş-

lanmış ve günümüze, sağlığı temel bir insan hakkı olarak ele alan literatür devam edegelmiştir. Başka bir örnek olarak Küresel Göç, Etnisite, Irk ve Sağlık Topluluğu’nu verebiliriz. Topluluk “Görünüşümüz, mirasımız, menşe yerimiz, cinsiyetimiz, dinimiz, engelliliğimiz veya cinsel yönelimimiz ne olursa olsun *hepimizin* eşit sağlık ve sağlık hizmetlerine erişim hakkına sahip olduğu ilkesini destekleyecektir.” sloganıyla 2018 yılında Edinburgh’da 1. Dünya Göç, Etnisite, Irk ve Sağlık Kongresi’ni düzenlemiş ve bir deklarasyon yayımlamıştır.^{24,25} Akademisyenler ve insan hakları aktivistlerinin çabalarıyla sağlık hakkının temel bir insan hakkı olarak görülmesine yönelik bu mücadelenin politika yapıcılarını ne kadar etkilediği ise bir başka tartışma konusudur.

Bugün evrensel insan hakları üzerinde “liberal bir uzlaşma” olduğu görülmektedir. Bu liberal uzlaşma, sivil ve siyasi hakları insan hakları olarak kabul etmekte, fakat sağlık hakkını da içeren sosyoekonomik hakların gerçekleştirilmesini bir “hayal” ve “özlem” olarak görmektedir. Liberal uzlaşma, bu yaklaşımını, hakların “Ancak bir görevi yerine getirecek biçimde açıkça belirlendiği zaman” anlamlı olduğu düşüncesiyle desteklemektedir. Oysaki sosyoekonomik haklar böyle bir kategoride değerlendirilemez. Yaklaşımın merkezinde yer alan esas argüman, “İnsanların yiyeceğe, sığınmaya ve iyi sağlığa sahip olacakları bir çevreye ihtiyaç duymalarının diğer insanlar üzerinde bunu sağlama sorumluluğu yarattığına inanmak için bir neden yoktur.” düşüncesidir. Sosyoekonomik talepleri insan hakları olarak kabul etmemenin bir diğer savunması da “kıtlık argümanı”dır. Eğer zenginliğin bir parçası olarak fakirlerin temel ihtiyaçlarını karşılamının açıkça belirlenmiş bir görev şeklinde yerleşme ihtimali olsaydı böyle bir görevi yerine getirmek zenginlerin üzerinde aşırı bir külfet, yük oluşturacaktı. Bu korku çoğu kez “tufan etkisi” olarak açıklanmaktadır: Zenginler, fakirlerin sosyoekonomik isteklerinin denizinde boğulacaktı. Üstelik liberaller, sağlık alanındaki teknolojik ve bilimsel değişliklerin yaşandığı bu dönemde, herkese bunu sağlamanın tufan etkisini büsbütün şiddetlendireceğini iddia etmektedir.⁴

Sınırlı kaynaklar ile insanların sosyoekonomik taleplerini karşılamının imkânsız olduğunu savunan liberaller, örneğin sağlık konusunda, tüm bireylerin

kalp nakline, böbrek için diyaliz makinesine ya da doğmamış çocuklarının cinsiyetini belirlemeye imkân veren tıbbi teknolojiye erişim hakkına mı sahip olacaklarını sormaktadır. Liberallere göre bu türden sağlık hakkında olduğu gibi eğer sosyoekonomik haklar bir sınırlama ya da arz üzerinde kontrol yaratmıyorsa istekler sınırsız olacağından karşılanması imkânsız haklar yaratacaktır.²⁶ Liberal argümanlar, sağlık hakkının insan hakları olarak kabul edilmesine karşı çıkarken, sosyoekonomik hakların nitelik açısından sivil ve siyasi haklardan farklı olduğunun altını çizmektedir. Bu ayrım genellikle negatif haklar (sivil ve siyasal) ile pozitif haklar (ekonomik ve sosyal) arasında yapılmaktadır. Bu ayrımı takip edecek olursak negatif haklar; bir topluluğun tüm üyelerinin, ötekilerin özgürlüklerine zarar vermekten kaçındıkları zaman uygulanmış olacaktır. Ancak pozitif haklar, en alt seviyede temiz su, barınma, yiyecek ve sağlık bakımı gibi yaşamın temel gereksinimlerini sağlayamayanlara bunları sağlamayı gerektirir. Basitleştirmek gerekirse negatif hakları sahiplenmek; korumak, sabır ve hoşgörü istemekten başka bir şey değil iken, pozitif hakları sahiplenmek kaynakların yeniden dağıtımını istemektir.⁴ Bu yaklaşım “Devletin bireylerden cebren elde ettiği gelirleri, tanımadıkları ve sevmek durumunda olmayabilecekleri kişilere zorla yeniden dağıtımına sebep olacağı” şeklinde de ifade edilmiş, insan haklarının yalnızca negatif haklar (ya da Karel Vašák sınıflamasına göre “birinci kuşak”) olduğu, sosyal ve ekonomik hakların temel hakları zayıflattığı ve etkisini ortadan kaldırdığı ileri sürülmüştür.^{14,27} Ekonomik şeyler; doğa tarafından verilmeyen, bireylerin beceri ve çabalarıyla üretilen şeyler olması hasebiyle ücretsiz olamaz ve hak, başka birinin hakkını ihlâl ediyorsa o bir hak değildir.²⁸

Pozitif haklar ancak ülkelerin ekonomik gelişmişliğine bağlı olarak gerçekleşebilir, fakat ekonomik ve sosyal hakların evrensel standartlarını kurmak imkânsızdır. Ekonomik ve sosyal haklar, sağlık hakkı da dâhil olmak üzere esasında coğrafi ve kültürel olarak belirlenmiş haklardır. Dolayısıyla bir ülkede insan hakkı ihlâli olarak düşünülebilecek bir hak seviyesi, bir başka ülke için ulaşılabilecek bir seviye olarak düşünülebilir.

Yeterli gıda ve sağlık bakımını içeren sosyoekonomik talepleri yerine getirmek insan hakları

değil, fakat “İnsani toplumların gerçekleştirmek için çaba sarf etmeleri gereken istekler”dir.²⁹ Sosyoekonomik taleplerin “meşru istekler” olmakla birlikte bir “hak” olamayacağını savunan liberaller, pozitif haklar bağlamında açık bir görev sorumluluğu kurulamayacağından yola çıkarak, şu yargıya ulaşır: “Birinin iyi ya da kötü sağlığı, fiziksel ve biyolojik süreçlerin, belki de iyi ya da kötü kaderin sosyal bir sonucudur, fakat sorumlu tutulabilecek diğerlerinin eylemlerinin sonucu değildir.”³⁰

Öte yandan liberaller, sosyoekonomik taleplerin ancak negatif özgürlüklerin temsil ettiği liberal değerlerin korunduğu ve geliştiği zaman tatmin edileceğini, bu değerlerin refahı yaratacak ilkeleri sağlayacağını iddia etmektedirler. Oysaki teşvik ettiği üretim ve değişim biçimiyle küreselleşmenin istekleri, halkların daha kötü sağlığına, yoksulluğuna ve yaşam koşullarına yol açmıştır.⁴ Liberaller bu kötüleşmeyi “negatif özgürlüklerde iyileşme gerçekleşmemesine” bağlamaktadır. Taleplerin karşılanmasına “yüksek geçiş maliyeti” (high transition costs) nedeniyle karşı çıkmaktadırlar.

Temel haklar (basic rights) yaklaşımı, aynı zamanda küreselleşme, serbest piyasa ve hâkim hâle gelen evrensel insan hakları kavramları bağlamında liberal uzlaşmaya meydan okumaktadır. Temel haklar yaklaşımı; sosyoekonomik hakların, sivil ve siyasi hakların bir ön gerekliliğini temsil ettiğini ve eşit biçimde değerlendirilmesi gerektiğini savunur. Açlık ve hastalıkların, insanların yaşamak için tüm temel ihtiyaçlarını sağlamak için diğerlerine bağımlı kıldığı bir zamanda, bu temel haklar olmaksızın gerçekleştirilemeyecek olan sivil özgürlükleri geliştirmeyi kim iddia edebilir?⁴ Başka bir ifadeyle sosyoekonomik hakların reddinin insan onuruna aykırı olduğu, bu hakların, örneğin yoksul bireyler için bazen sivil ve siyasal haklar kadar önemli olabileceği ifade edilmiştir.³¹ Bu durum, *insan hakları kuşakları arasında tamamlayıcılık ilişkisinin varlığı* “Hakların bütünlüğü ve bölünmezliği ilkeleri ve karşılıklı bağımlılığı” ile savunulmaktadır: Bu durumda ancak kuşak hakları ve bu hakların içerdiği haklar arasındaki hiyerarşi yok olur ve kişi, meşru ve bazı yasal istisnalar haricinde bütün haklarından aynı anda ve bir bütün olarak yararlanabiliyorsa eğer insan hakları güvence altına alınmış olur ve insan onuruna yaraşır bir hayat sürülebilir.³²

Temel hakları savunanlar, liberallerin “tufan” argümanına karşılık olarak, sağlık hakkının en son teknolojik ve bilimsel kaynaklara erişimle tatmin olacak bir hak değil; bundan çok daha az, en az seviyede onurlu bir yaşamın temeli için gerekli olan hak olduğunu savunmaktadır. Hâlihazırdaki uygulamaların sosyoekonomik haklara erişimi inkâr ettiği ve bu durumun insan hakları ihlallerinin bir sonucu olduğunu düşündükleri için mevcut durumu ve bu durumdan sorumlu olan aktörleri ifşa etmek gerektiğini savunmaktadırlar. Sağlık hakkı, uluslararası sözleşmeler ve tıp etiği belgelerinde temel bir insan hakkı olarak tanımlanmakta ve hakkın öznelere (herkese), bu hakkın ayrımcılık yapılmadan eşitlik ve özgürlük içerisinde dağıtılması gerektiği vurgulanmaktadır.

Hakları herkesin eşit ve doğal olarak hak ettiği nin “a priori” nedeni olarak, doğal/içsel insan onuru (intrinsic/inherent human dignity), yine “onur” ile eş anlamlı olan ahlaki onur/haysiyetten (moral dignity, kişilerin varoluşuyla değil, davranışlarıyla erdemli bir hayat ilgili olan onur) ayırt edilmelidir. İlki biyoetikte ilgili yasal belgelerde merkezî bir rol oynasa da ikincisi bu alanda daha az ilişkiye sahiptir. Bir yandan, insanlık durumundan ayrılamaz olduğu için içkin/içsel onur herkes için aynıdır; kazanılmaz, kaybedilemez ve herhangi bir ölçüme imkân vermez.³³ İçsel insan onuru, modern zamanlarda, II. Dünya Savaşı’nın ardından ortaya çıkan uluslararası insan hakları sisteminin temelini oluşturmaktadır. 1990’lı yılların sonundan beri kabul edilen biyoetikte ilgili uluslararası politika belgelerinde de önemli bir rol oynamaktadır. İnsan onuru, uluslararası biyoetiğin “şekillendirme ilkesi/shaping principle” veya biyomedikal sorunları yöneten küresel normların “kapsayıcı ilkesi/overarching principle” olarak tanımlanabilir.^{34,35} Biyoetikte insan onuruna atfedilen yüksek profil, yalnızca üslupta bir değişimi temsil etmekten çok, dikkatle değerlendirilmeyi hak eden gerçek bir öz değişim olarak görülmektedir.³⁶

İHEB, DSÖ Anayasası ve Alma Ata Deklarasyonu’nun ardından sağlık hakkı söylemi, sağlık eşitsizlikleriyle ilgili yerel ve küresel endişelere yanıt olarak, ulusal anayasalarda ve bazı sağlık hizmetleri politika ve programlarında görünmeye başlamıştır. Bununla birlikte, sağlık hakkı ilkelerinin nasıl uygulanması gerektiği, bu tür uygulamaların potansiyel et-

kileri ve devletlerin sağlık hakkını yasal mekanizmalar yoluyla garanti edip edemeyeceği konusunda ciddi soru(n)lar hâlâ devam etmektedir. Yerel ve küresel sağlık politikalarının iç içe geçtiği günümüzde, sağlık hakkı ilkelerinin, insan haklarının doğası ve bunların etrafında inşa edilmesi gerekliliği hakkında bitmemiş felsefi, politik ve yasal tartışmalar, şimdilik bitmeyecek gibi gözükmektedir.

SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİMDE STATÜ SORUNU

Sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan -statü kaynaklı- sorunlara yönelik eleştiriler genellikle politika yapıcılardan ziyade insan hakları savunucuları ve örgütleri yahut konu ile ilgilenen akademisyenler cephesinden gelmektedir. Eleştirilerin temeli, mülteciler/göçmenlerin kamp bölgelerinde ya da şehirlerde thanatopolitik (ölüm siyaseti) ve zoopolitik’e (hayvan siyaseti) kurban gitmeleri ya da refah devletlerinin biyopolitik çıkarlarına alet olmalarıdır. Kişiler ucuz iş gücü olarak çoğu ülkenin ekonomisine katkı sağlarken; sağlık hakları görmezden gelinmekte, kamp gibi istisna mekânlarında ise uluslararası haklar maskelenmekle birlikte, adalet hayırsever ve hümaniteryen faaliyetlerle gölgelenmektedir. Faaliyetlerini sürdüren küresel tıbbi hümaniteryenizmin örnekleri olan Sınır Tanımayan Doktorlar (Médecins Sans Frontières/MSF) ve Dünya Doktorları (Médecins du Monde) gibi oluşumların, Uluslararası Göç Örgütü (IOM) ve BMMYK gibi aktörler ve diğer irili ufaklı Sivil Toplum Kuruluşlarının (STK) mevcut biyopolitikanın hareket alanını genişlettiği iddia edilmekte, son tahlilde Avrupa ve diğer ülkelerde yükselen milliyetçilik ve süregelen biyosiyasetle birlikte insan hakları vatandaş(lar)a münhasır bir hâl alarak yok sayılmaya devam edilmekte ya da yok olmaya yüz tutmaktadır. Mevcut durumda ege-men, mülteciler/göçmenleri “medeniyet” alanından dışlamakta ve temelde insanlıktan çıkarılma süreçlerini işletmektedir. Öte yandan, kimlik siyaseti ve söylemine karşı çıkanlar da yok değildir, çünkü mağduriyet siyasal öznellik için yeterli neden ortaya koymamaktadır. Ötekini yalnızca mağdur ve kurban olarak görmenin, kişiyi öznellik ve habitusundan yoksun bırakacağı, kişinin dayatılan hakimiyetin nesne ve zayıfına indirgenmesiyle salt mağduriyet

durumunun devam edeceği, farkına varmadan ve yeneden üretilen ve hâlâ devam eden bir farik ve mümeyyiz olmama hâlinin söz konusu olacağı öne sürülmektedir.

Bu tartışmalar devam ederken *insan onurunu* haklı çıkarmanın en hassas göstergesi olan sağlık, kültürel dönüşümün en etkileyici arenası konumdadır. Ekonomik kâr odaklı mevzuatta mallara, [bazı] insanlardan daha öncelik tanımakla, ayrıcalık ve ayrımcılığın sağlanmasıyla üretilen eşitsizlik-adaletsizlik düzeyini en iyi belgeleyen alandır. Bu alan aynı zamanda, insanların ve yaşamlarının normal, beklenen, ölçülebilir “kurbanlar” olduğu ve dokunulmaz konular olmadığı gözlem ve analizlerinin kaçınılmaz bir nesnesidir. Öte yandan, evrensellik paradigmalarına dayanan ilkelerinin, sözleşmelerinin ve anayasalarının biçimsel sağlamlığından memnun olan çoğu hukuk bilimi ve kurumu, yeni küresel düzenin uyumluluğunun hakem ve denetçileri rolüyle sınırlı hâle gelmiştir. Bu senaryoda, insan ve halk/vatandaş haklarının evrenselliği aşamalı olarak ekonomik sürdürülebilirliğin bağımlı bir değişkenine ve ulusal ve uluslararası düzeyde aktif olan yeni siyasi ve ekonomik güçlerin ihtiyaç duyduğu cezasızlık durumuna dönüştürülmüştür.³⁷

Karl Marx, insan haklarını; “Egoist insanın, diğer insanlardan ve topluluktan ayrılmış insanın hakları” olarak yorumlamıştı, çünkü haklar vatandaşı insandan ayırmıştı (Déclaration des droits de l’homme et du citoyen/İnsan ve Yurttaş Hakları Bildirisi, 1791). Şöyle diyordu: “İnsan hakları (droits de l’homme), vatandaşın haklarından (droits du citoyen) farklıdır. *Citoyenden* farklı olarak kimdir *homme*? Sivil toplum üyesi [aslında] ondan başkası değildir. Neden sivil toplumun üyesine “insan” deniyor, basitçe insan, neden haklarına insan hakları deniyor? Bu durum nasıl açıklanmalıdır? Politik devlet ile sivil toplum arasındaki ilişkiden, politik özgürleşmenin doğasından. [...]” ona göre sözde insan haklarından hiçbiri -sivil toplumun bir üyesi olarak- egoist insanın ötesine geç(e)memiş, toplum, özgün bağımsızlıklarının bir kısıtlaması olarak, bireylere dışsal bir çerçeve olarak görünmüştür. Onları (*hommeları*) bir arada tutan tek bağın, doğal gereklilik, ihtiyaç ve özel çıkar, mülklerinin ve egoist benliklerinin korunması olduğunu iddia etmiştir. Ona göre yurttaşlık, politik top-

luluğun, politik özgürleştirici aktörler tarafından insan hakları denen hakların elde edilmesine yönelik basit bir araç hâline indirgenmiş, *citoyen* egoist *homme*’un hizmetçisi ilan edilmiş, insanın komünal varlık olarak davrandığı alan, kısmi bir varlık olarak davrandığı alandan daha da alçaltılmış, gerçek ve hakiki insan olarak kabul edilen insanın *citoyen/vatandaş* olarak insan değil, bourgeois/burjuva olarak insan olduğu anlaşılmıştır.³⁸

Byung Chul-Han ise günümüzde *herkesin* egoist ve kurban olduğunu öne sürer: Geç modern performans toplumu olarak adlandırdığı günümüz toplumlarının özgürlük toplumları olmadığını ve herkesi çıplak hayata indirgediğini, artık sadece mülteciler, kamp Yahudileri, siyasi tutuklular değil herkesin *hominines sacri* (*homo sacer/kutsal insan*’ın çoğulu: Öldürülebilir/öldürülmesi cinayet teşkil etmez ve ceza gerektirmez olan ancak kurban edilemez olan insan) olduğunu belirtir. Geç modern *animal laborans* (Arendt’e göre modern toplumun insanları indirgediği statü: *çalışan hayvan*) bireyselliğini ve egosunu asla terk etmez. Adeta patlama noktasına kadar egoyla donatılmıştır.³⁹

Bugün ne Marx’ın öne sürdüğü insanın (homme) vatandaştan (citoyen) üstün, hatta eşit haklara sahip olduğu bir dünya düzeninde yaşıyoruz ne de Chul-Han’ın herkesin kurban olduğu argümanı, hukuki görünürlükte kamp vb. istisna mekânlarında ya da ev sahibi (host) ülkelerde yaşayan mülteciler veya diğer incinebilir grupların dışında -sağlık hizmetlerinden yararlanma anlamında/ölüm siyasetine kurban gitmeme anlamında- sarıh bir kurbanlık durumuna yol açmaktadır. Tartışmalar, ekonomi-politik bir temelde, yaşam siyaseti (biyopolitika) ekseninde sürmektedir.

Didier Fassin, yalnızca yaşam biçimleri üzerindeki tartışmalarla (sosyal bir yapı içinde neyin veya kimin insan olarak kabul edildiğinin sınırı) değil, aynı zamanda yaşamı neyin oluşturduğuna ilişkin tartışmalarla da ilgili kavranması gereken gerçekliğin *insanların birbirleri için oluşturduğu tehlikeler*, olduğunu belirtir. Bu, egemen iktidarın yetki verdiği gibi ille de öldürme hakkı anlamına gelmez ama daha normal olarak “diğerinin tanınmasını engelleme” gerçeği anlamına gelir. Fassin Foucault’nun yaşam siyaseti olarak yeniden formüle etmeyi önerdiği

biyopolitika ve biyoiktidar konusundaki çalışmalarını bu yönde ele almaya çalışmış ve bunu biyomeşruyetle değiştirmiştir. Kendi teorisinde Foucault'nun teorisinden (*nüfus düzenlenimine* yönelen siyasadan) farklı 4 değişikliğe/yönelime işaret etmiştir: (a) Politika yalnızca yönetim oyununun kuralları ile ilgili değil, aynı zamanda onun çıkarları ile de ilgilidir, (b) Çağdaş toplumlar, yaşam üzerindeki güçten çok, hayata yükledikleri meşruyet ile karakterize edilir, (c) Normalleştirme sürecinden ziyade, hayata müdahale bir eşitsizlik üretimidir, (d) Öyleyse yaşam siyaseti yalnızca bir yönetsellik ve teknoloji sorunu değil, aynı zamanda anlam ve değerler sorunudur. Politikanın hayata yaptığı şey sadece söylemler, teknolojiler, stratejiler ve taktikler meselesi değildir. Bu aynı zamanda, bireylere ve gruplara nasıl somut muamele edildiği, hangi ilkeler altında ve hangi ahlak adına hangi eşitsizlikleri ve yanlış tanımları ima ettiği sorusudur.⁴⁰

Agamben, *homo sacer* incelemesinde, Egemen'in bedeni ve Kutsal [insanın] Beden(i) arasındaki ilişkinin yakınlığını ele aldığı bölümde, zihninde 3'lü bir tasnif yaratır: "Egemenin bedeni-normal beden-kutsal beden." Egemenin bedeni ve kutsal bedenin öldürülmesinin hukuki olarak farklı sonuçlarının bir önemi yoktur, aslolan şey, ikisinde de *bir insanın öldürülmesinin* cinayet suçu teşkil etmemesidir. Hayat siyasallaşmıştır artık, çıplak hayat biyoiktidarın egemenlik nesnesi, istisna durumu ise biyopolitik hukuksal-siyasal egemenliğin kaynağıdır. Modern devletin ulusal ve biyosiyasal gelişimiyle insan *özgür ve bilinçli bir siyasal özne* yerine tebaadan vatandaşa geçişte egemenlik ilkesiyle donatılan yalın doğum olgusu olarak ortaya çıkar. Doğum doğrudan ulus (milliyet) olmakta, haklar insanlara -asla sadece insan olmaları sebebiyle değil- ancak sadece vatandaş sıfatıyla (statüsüyle) verilmektedir.⁴¹

Kaldı ki Hannah Arendt'de insan haklarının ulus hakları (yalnızca devlet aygıtı aracılığıyla gerçekleştirilebilen haklar) demek olduğu hususunda *ulus-devletin çöküşü ve insan haklarının sonu* başlıklı yazısında uzun bir tartışma yürütmüştür. Güya *mükemmel bir insanın farazi varoluşu üzerine kurulan insan hakları* ulus-devlet sisteminde ancak tatbik edilebilmekte, devletin vatandaşlarına ait haklar biçiminden çıktığında -azınlık uluslar/devletsiz halkların

var oluşuyla- koruyuculuğunu kaybederek gerçekliğini yitirmektedir.⁴²

Yine Agamben'e göre mültecilerin modern ulus-devlet düzenine zarar veren bir unsur oluşturmaları, mültecilerin insan ile vatandaş, doğum ile milliyet arasındaki sürekliliği koparması nedeniyle egemenliğin orijinal kurgusunu krize sokmasından dolayıdır. Hâlbuki hakları cisimleştiren, tartışılmasını sağlayan, çıplak hayatı (ve dolayısıyla incinebilir bir yaşamı) gözler önüne seren gerçek *hakların insanı* mültecilerdir. Bugün hümanist örgütlerin bile insan hayatını yalnızca çıplak ya da kutsal hayat figürüyle (yardım ve koruma nesnesi figürü olarak) kavrayabildiği ve dolayısıyla siyasetten koparılan -STK ya da örgütçü düzeyde- bir hümaniteryenizmin, egemenliğin temelindeki kutsal hayatı yeniden tecrit etmeye hizmet etmeye mahkûm olduğunu, hükmedemeyeceği istisna mekânlarının (kamp/saf istisna mekânı vb.) oluşumunu engelleyemeyeceğini belirtir.⁴¹ Redfield'de aynı kanaattedir, küresel tıbbi hümaniteryenizmin arketipi olan Sınır Tanımayan Doktorlar Örgütünü [Médecins Sans Frontières (MSF)] incelemiş, yaşam ve ölüm durumlarında ortaya çıkan politik dinamiğin, hayatta kalmaya odaklanan zayıflatılmış bir biçime dönüştüğünü, bunun minimalist bir biyopolitika olduğunu, hatta az miktardan [aslında] çok daha fazlası olduğunu iddia etmiştir. Böyle bir biyopolitikanın, iktidar normlarını genişlettiğini, sağlığını yönetimine etki ettiğini, ancak herhangi bir kontrolün kesin sorumluluğu olmaksızın MSF gibi insani yardım kuruluşlarının, mevcut olmayan siyasi otoriteye bırakıldığını aktarır ve *zoē* (yalın yaşam/canlılık) ve *bios* (yaşama biçimi/tarzı) arasındaki ayrımı araştırır. Bu terimleri, bir yandan fiziksel varoluşun sürdürülmesi ile diğer yandan insan onurunun savunulması arasında insani yardımseverlerin savunmaya çalıştıkları "yaşam" değerindeki içsel bir gerilimi tanımlamak için kullanır. *Zoē* gibi bir hayatta kalma durumunun öneminin, kendi başına biyolojik doğanın herhangi bir olgusuna, daha düşük bir eşik "yaşam" olasılığını sınırlayan *bios* tehdidinde olduğundan daha az dayandığını öne sürer. Ona göre dünya çapında tekrarlanan felaket bölgelelerinin ortasında, tıbbi hümaniteryenizm varoluşu koruma vaadi sunmakta, ancak bunu, haysiyetle daha tutarlı olma biçimini destekleyebilecek eylemleri erteleme pahasına yapmaktadır.⁴³

Gazzotti, İspanya-Fas sınır bölgelerinde, -baskıcı göç politikalarının ölümcül işleyişinin doğal evrimi olarak ortaya çıkan- sınır hümaniteryenizminin yükselişini (sınırdaki insani yardımseverlerin varlığı zaten başlı başına paradoksal) sorguladığı çalışmasında iki noktaya değinmektedir. Birincisi, İspanya-Fas sınırının olağan işleyişinin, *siyahların* yaşamlarının, çoğu zaman ölüm noktasına kadar canavarlaştırılması ve değersizleştirilmesi üzerine kurulduğunu; ikinci olarak, “istisna”nın sınır normallğine entegrasyonunun acil müdahale ihtiyacını harekete geçirdiğini, zorladığını ve sonsuz bir şekilde yeniden ürettiğini iddia etmektedir (Sınırdaki insani yardım görevlilerinin faaliyet gösterdiği koşullar, neredeyse “istisnai” olarak nitelendirilemez.). Ona göre Avrupalı politika yapıcılarının gözünde, kısıtlayıcı göç politikaları ve sıkı sınırlar bir istisna değil, normdur. Bu nedenle küresel sınırların sıkılaştırılması, insani yardımseverlerin eylem alanlarını “olağandışı”dan “sıradan”a doğru genişletmeye itmiştir. Bu distopik çerçevede, hümaniteryenizm, göçmenlerin sıradan alçal(tıl)mış yaşamlarının sürdürülmesi için bir araç hâline gelmekte, göçmenler sınırdaki vatandaştan daha az, insandan daha az bir varoluş biçimine dönüştürülmektedir. Hümaniteryenizm yalnızca siyahların *ölmemesine* izin verilen bir bağlamdadır, bundan daha fazlası değildir.⁴⁴

Avrupalı ve Avrupalı olmayan yetkililer tarafından insanlara uygulanan çeşitli gözetim, gözaltı/alıkoyma ve kaderine terk etme biçimlerini inceleyen Vaughan-Williams, sınırlar hakkındaki kavrayışımızı göçmenlerin/mültecilerin oradaki yaşamları (hem de ölümleri) nedeniyle “biyopolitik mekânlar” olarak gözden geçirmemiz ve keskinleştirmemiz gerektiğini savunmaktadır. Çünkü orada göçmenlerin hem yaşamlarına farklı aktörler ve sınır çevreleme teknikleri tarafından farklı bir şekilde meydan okunmaktadır hem de sınır güvenliği yalnızca yaşam ve ölüm arasındaki uçurumu derinleştirmekle kalmaz, aynı zamanda bu bölünmüşlükte göçmen yaşamını hayvanlaştırır, *hayvan varlığına* indirir. Agamben ve Derrida’nın çalışmalarına dayanarak, sınırlar kavramını “thanatopolitik” ve “zoopolitik” alanlar olarak tanıtmaktadır: Burada, yaşam kaybı ve insandan daha aşağıya (less-than-human) indirgenen yaşam, rutin olarak egemen tarafından sınır güvenliği adına yönetilir.⁴⁵

Hukuksal normların ötesine itilmişlerin/statü mağdurlarının sorunlarına yönelik literatürde birçok yayın göze çarpmaktadır. Mültecilerin bozulan sağlığı ve sağlık hizmetlerine erişim zorluğu gözlemsel ve metaanalitik çalışmalarla raporlanmıştır. Örneklendirmek gerekirse:

Sağlık hedefli olmayan kamu politikalarının göçmen sağlığı (mülteciler, sığınmacılar ve göçmenlerin) üzerindeki etkisini inceleyen bir metaanalizde, yerliler ve göçmenler arasındaki sağlık eşitsizliklerinin, başta ruh sağlığı olmak üzere ölüm ve sağlık hizmetlerine erişim ile ilgili sonuçları ortaya konulmuştur.⁴⁶ İngiltere ve Almanya’daki mülteciler ve sığınmacılar için sağlık hizmetlerine erişim politikalarını analiz eden ve karşılaştıran (2010-2017 dönemi) bir başka çalışmada, mülteci ve sığınmacıların sağlığa erişim engellerine ilişkin kanıtlar rapor edilmiş, çalışma her iki ülkedeki sağlık sistemlerinin, bu nüfusun ihtiyaçlarını karşılamak için yeterince uyarlanmamış olduğunu ortaya koymuştur. Mültecilerin sağlık hizmetlerinden tam olarak yararlanma hakkına sahip oldukları ülkelerde bile, resmî ve gayri resmî engeller, bu hakka sahip olmalarını veya bu hakka sahip olduklarını hissetmelerini engellemektedir. Dil ve iletişim sorunları gibi sosyokültürel engeller, Resmî ve gayri resmî sosyal ve sağlık bakım ağlarının eksikliği, sağlık sistemi ve sağlık profesyonellerinin bilgi eksikliği, yaygın engeller olarak saptanmıştır.⁴⁷

Ekim 2018 tarihinde BM EKSHK, Almanya ile ilgili sonuç gözlemlerini yayımlamış, vatandaş olmayanlar için sağlık hakkının uygulanması konusunda, ayrıca sığınmacıların sağlık hizmetlerinden yararlanma haklarının, ikametlerinin ilk 15 ayı boyunca yalnız akut ve acı verici koşullarla sınırlandırıldığına ve ulusal yasalarının henüz “diğer temel sağlık bakım hizmetlerinin” içeriğine dair net kurallar sağlamadığına dikkat çekerek endişelerini dile getirmiştir.⁴⁸ Bir başka çalışmada, AB göç politikalarının, Yunan adalarında sağlık krizini tetiklediğine dair örnekler verilmiş (2019 yılının sonunda kampların maksimum 6.178 kapasiteye sahip olmasına rağmen 42.000’den fazla sığınmacının sağlıksız ikameti ele alınmış); politikaların, önlenebilir acı ve zarara ve evrensel insan onuru ve haklarının ihmal edilmesine neden olduğu iddia edilmiştir. İnsan sağlığını korumadaki küresel başarısızlığın, sığınmacıların ve göç-

menlerin refahını göz ardı ettiği, devletlerin; insan hakları ihlallerindeki suç ortaklığını ve düşmanca göç politikalarının insani maliyetini kabul etmesi gerektiği vurgulanmıştır. AB'nin insan hayatının korunmasını bir öncelik olarak bütünleştiren ve sağlık hizmetlerine ve tüm insanlar için sağlığın tüm belirleyicilerine, *yasal statüden bağımsız* olarak evrensel ve eşit erişim sağlayarak sağlık ve insani riskleri en aza indiren politikaları benimsemesi gerektiği şu sözlerle belirtilmiştir: “Sığınmacılar ve göçmenler bir *göçmenlik statüsü* değildir: onlar insandır.”⁴⁹

Finlandiya’da yapılan bir çalışmada, sığınmacı çocukların sağlık hakkı yasada resmen ve tam olarak tanınırken, erişkinler için sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlandığı ve Finlandiya’nın mülteci krizine ve sığınmacıların sağlık ihtiyaçlarına tepkisel bir şekilde yaklaştığı (yalnızca acil bakım düzeyinde hizmet sağladığı) belirtilmiş, aşırı âdemi merkezîyetçilik ve sağlık hizmetlerinin zayıf yönetiminin de durumun endişe verici yönlerini ortaya çıkardığı iddia edilmiştir.⁵⁰ Ürdün’deki Suriyeli mülteci kadınlarla yapılan bir nitel araştırma, Suriyelilerin fiziksel ve ruhsal sağlığının savaş ve yerinden edilme streslerinden etkilendiğini öne sürmektedir. Sağlık hizmetlerinin eksikliği, vücut ve akıl sağlığı tedavisine yönelik hizmetlerin kıtlığı, toplumsal ve kişisel damgalanma ve mali kısıtlamalar, Suriyeli mülteciler arasındaki fiziksel ve ruhsal rahatsızlıkların tedavisine engel teşkil etmektedir.⁵¹ Lübnan’da yapılan nitel bir çalışmada, Suriyeli mülteci ailelerin sağlık hizmetlerine erişimini korku, cesaretsizlik, tıbbi sisteme güven eksikliği ve maliyetlerin birleşerek zorlaştırdığı tespit edilmiştir. Mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimini çevreleyen bağlam ve zorluklara ve bu zorlukların günden güne artmasıyla derinleşen insani krize, yazarlar, bir ailenin sarf ettiği “En önemlisi, umarım Tanrı hastalığı bizden uzak tutar.” cümlesiyle dikkat çekmiştir.⁵² İngiltere’de yapılan bir çalışma, mülteci ve sığınmacı çocukların son derece savunmasız bir nüfus olduğunu, sağlık hizmetlerine erişimde sağlık ihtiyaçlarının çoğunu yanıtsız bırakan yüksek engellerle karşılaştıklarını göstermiştir.⁵³

SONUÇ

Sağlık hakkı literatürü bize, temel uluslararası anlaşmalarla tanımlanan *sağlık hizmetlerine erişim hak-*

kına henüz tam olarak saygı gösterilmediği ve bazı ülkelerin bunun sağlanmasına yönelik politikalarına yeterince hız vermediğini göstermektedir; bu sorun, özellikle belgesiz göçmenlerin sağlığa erişiminde göze çarpmaktadır.⁵⁴ Nitekim Aralık 2019 tarihinde gerçekleşen Küresel Mülteci Forumu’nda 6 ana öncelikli konu arasında sağlık özellikle yer almamış, kısıtlayıcı göç politikalarının zararlı sağlık sonuçları forumda dikkate alınmamıştır.⁵⁵

İnsan haklarının insanlık için yükümlülükler içerdiği anlayışının henüz emekleme aşamasında olduğu; insanlığın, vatandaş haklarının ötesine geçerek, insan haklarının sonuçlarını kucaklamak için mücadele ettiği, mevcut uluslararası insan hakları düzeninin, yeniden dirilen milliyetçilik çağında ahlaki bir pusula görevi gördüğü, insan haklarının, vatandaşların kemer sıkma anlatılarına meydan okuması gerektiği vurgulanmıştır.⁵⁶ Badiou, insan hakları varsa eğer bunların kesinlikle hayatın ölümüne yahut sefaletle karşı hayatta kalmanın hakları olmadığını belirtir. Gerçekte bu haklar, ölümsüzün kendi kendine dayanan haklarıdır ya da *sonsuz*’un ıstırap ve ölüm denen olumsuzluğun üzerinde uygulanan haklarıdır.⁵⁷

Statü farklılığının/eşitsizliğin en fazla hissedildiği alanlardan biri olan sağlık hizmetleri alanında her türden farklılığın sağlık sistemi/hizmetleri potasında yok olması, ancak farklılıkları oldukları vehmedilen bu insanları, her birinin ortak yazgısı olan hastalıklar karşısında *eşit* yani *insani* bir konuma getirerek farkındalığın artmasını (hakikatin keşfedilmeye başlanmasını) sağlayabilir. *Statü*, sağlık hizmetlerinde en hafif tabirle bir insanı kendi gibi ötekilerden mürekkep bir tecrit mekânına hapsedmektedir. Var olan bu statü eşliğinden bürokratik engelleri bir şekilde aşarak sağlık hizmetine erişme(bile)n mültecilerin *vatandaş sağlık personeli* ile karşılaşmaları da bazen trajik sonuçlar doğurabilmektedir. Bu pratikte, başka ihlallerin yaşanıp yaşanmaması sağlık uygulayıcılarının inisiyatifine ve etik anlayışlarına bağlı bulunmaktadır.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma

ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üye-

liği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Bu çalışma tamamen yazarın kendi eseri olup başka hiçbir yazar katkısı alınmamıştır.

KAYNAKLAR

- World Health Organization. Basic documents. 49th ed. Geneva: World Health Organization; 2020. [Cited December 12, 2020]. Available from: [\[Link\]](#)
- The Alma-Ata conference on primary health care. WHO Chron. 1978;32(11):409-30. [\[PubMed\]](#)
- Asher J, Hamm D, Sheather J. Right to Health: A Toolkit for Health Professionals. London: British Medical Association; 2007. [\[Link\]](#)
- Evans T. A human right to health? Third World Q. 2002;23(2):197-215. [\[Crossref\]](#)
- Ekmekçi PE, Arda B. Temel etik kuramlar açısından adalet ve sağlık hakkı kavramlarının değerlendirilmesi [An evaluation of justice and right to health concepts in the perspectives of ethical theories]. Turk Klin Tip Etiği Hukuku Tarihi. 2015;23(1):6-21. [\[PubMed\]](#) [\[PMC\]](#)
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights. Public health: an introduction. In: Mann JM, Gruskin S, Grodin MA, Annas GJ, eds. Health and Human Rights: A Reader. 1st ed. New York: Routledge; 1999. p.29-34.
- Mann JM. Public health. Leadership is a global issue. Lancet. 1997;350 Suppl 3:S1123. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
- Freedman LP. Reflections on emerging frameworks of health and human rights. Health and Human Rights. 1995;3:14-48. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
- UN Committee on Economic Social and Cultural Rights. General comment no. 14 (2000), The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights); 2000. [\[Link\]](#)
- United Nations General Assembly. Universal Declaration of Human Rights. UN General Assembly; 1948;302(2):14-25. [Cited: Apr 14, 2021]. Available from: [\[Link\]](#)
- Erdoğan G. Avrupa Sosyal Şartı ve Gözden Geçirilmiş Avrupa Sosyal Şartı [The European Social Charter and the Revised European Social Charter]. Türkiye Barolar Birliği Dergisi. 2008(78):123-65. [\[Link\]](#)
- Avrupa Birliği Türkiye Delegasyonu [Internet]. © 2022 Avrupa Birliği Türkiye Delegasyonu. [Erişim tarihi: 12 Şubat 2021]. Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı (2001). Erişim linki: [\[Link\]](#)
- Hiçdurmaz Z, Yüksel H. Sağlık hakkı perspektifinde Avrupa'da yaşayan düzensiz göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimi [Access to health services for irregular migrants living in Europe from the perspective of the right to health]. Gaziantep University Journal of Social Sciences. 2020;19(1):37-60. [\[Crossref\]](#)
- Temiz Ö. Türk hukukunda bir temel hak olarak sağlık hakkı [Right to health: a fundamental right under Turkish law]. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi. 2014;69(1):165-88. [\[Crossref\]](#)
- Magnusson M, Jama IZ. Cultural mediators are needed to fulfill Right to health for all. Eur J Public Health. 2020;30(Suppl 5). [\[Crossref\]](#)
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR), World Health Organization. The Right to Health. Factsheet no. 31. United Nations Geneva: WHO Press; 2008. [\[Link\]](#)
- United Nations General Assembly. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. United Nations: New York, NY, USA: 2015. [Cited: Apr 12, 2021]. Available from: [\[Link\]](#)
- World Health Organization [Internet]. © 2022 WHO. [Cited: May 12, 2021]. Human Rights and Health, 2017. Available from: [\[Link\]](#)
- World Health Organization. Joint United Nations statement on ending discrimination in health care settings. World Health Organization; 2017. [Cited: May 13, 2021]. Available from: [\[Link\]](#)
- Chapman AR. Health Care Reform: A Human Rights Approach. 1st ed. Washington, D.C: Georgetown University Press; 1994.
- Dupuy RJ. Le Droit à la Santé en Tant que Droit de L'homme. 1st ed. Alphen aan den Rijn: Martinus Nijhoff Publishers; 1979. [\[Crossref\]](#)
- Hunt P. Interpreting the international right to health in a human rights-based approach to health. Health Hum Rights. 2016;18(2):109-30. [\[PubMed\]](#) [\[PMC\]](#)
- Fuenzalida-Puelma HL, Connor SS. The right to health in the Americas: a comparative constitutional study. Washington, D.C: Pan American Health Organization; 1989. [\[Link\]](#)
- First World Congress On Migration, Ethnicity, Race, And Health [Internet]. 2022 Migration, Ethnicity, Race & Health World Congress. [Cited: May 14, 2021]. Edinburgh Declaration 2018. Available from: [\[Link\]](#)
- Bhopal R, Gruer L, Agyemang C, Davidovitch N, de-Graft Aikins A, Krasnik A, et al. The Global Society on Migration, Ethnicity, Race and Health: why race can't be ignored even if it causes discomfort. Eur J Public Health. 2021;31(1):3-4. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
- Veatch RM. Justice and the right to health care: an egalitarian account. In: Bolell TJ, Bondeson WB, eds. Rights to Health Care. 1st ed. Dordrecht: Springer; 1991. p.83-102. [\[Crossref\]](#)
- Hayek FA, ed. Eedoğan M, çeviri editörü. Kanun, Yasama Faaliyeti ve Özgürlük: Sosyal Adalet Serabı. 1. Baskı. İstanbul: Türkiye İş Bankası Yayını; 1995. p.145-6.
- Tahmazoğlu Üzeltürk S. Anayasa Hukuku Açısından Sağlık Hakkı. 1. Baskı. İstanbul: Legal Yayıncılık; 2012. p.9.
- Staples VJ. What are human rights? Lancet. 1999;353(9164):1626. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
- Bolell TJ. The rhetoric of rights and justice in health care. In: Bolell TJ, Bondeson WB, eds. Rights to Health Care. 1st ed. Dordrecht: Springer; 1991. p.1-19. [\[Crossref\]](#)
- Donnelly J, ed. Erdoğan M, Korkut L, çeviri editörleri. Teoride ve Uygulamada Evrensel İnsan Hakları. 1. Baskı. Ankara: Yetkin Yayınları; 1995. p.35, 41-2.

32. Turhan A. İnsan hakkı kuşakları arasındaki tamamlayıcılık ilişkisi [Relationship of complementarity between the generations of human rights]. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*. 2013;4(2):357-78. [Link]
33. Spiegelberg H. Human dignity: a challenge to contemporary philosophy. In: Gotesky R, Laszlo E, eds. *Human dignity This Century and the Next*. 1st ed. New York: Gordon and Breach; 1970. p.39-62. [Crossref]
34. Andorno R. Human dignity and human rights. In: ten Have HAMJ, Gordijn B, eds. *Handbook of global bioethics*. 1st ed. New York: Springer; 2014. p.45-57. [Crossref]
35. Andorno R. Human dignity and human rights as a common ground for a global bioethics. *J Med Philos*. 2009;34(3):223-40. [Crossref] [PubMed]
36. Beylveled D, Brownsword R. *Human Dignity in Bioethics and Biolaw*. 1st ed. Oxford: Oxford University Press; 2001. p.29.
37. Tognoni G, Macchia A. Health as a human right: a fake news in a post-human world? *Development (Rome)*. 2020:1-7. [PubMed] [PMC]
38. Marx K. On the Jewish question: Marxists Internet Archive; 1844. [Cited: Jun 14, 2021]. Available from: [Link]
39. Han BC, ed. Yalçın S, çeviri editörü. *Yorgunluk Toplum*. 5. Baskı. İstanbul Açılım Kitap; 2019. p.30-3.
40. Fassin D. Another politics of life is possible. *Theory, Culture & Society*. 2009;26(5):44-60. [Crossref]
41. Agamben G. *Kutsal İnsan: Egemen İktidar ve Çıplak Hayat*. 4. Baskı. İstanbul: Ayrıntı Yayınları; 2020. p. 113-27, 155, 158-61.
42. Arendt H, ed. Şener BS, çeviri editörü. *Totalitarizmin Kaynakları 2: Emperyalizm*. 6. Baskı. İstanbul: İletişim Yayınları; 2018. p.255-314.
43. Redfield P. Doctors, borders, and life in crisis. *Cultural Anthropology*. 2005;20(3):328-61. [Crossref]
44. Gazzotti L. Deaths, Borders, and the exception: humanitarianism at the Spanish-Moroccan border. *American Behavioral Scientist*. 2020;64(4):408-35. [Crossref]
45. Vaughan-Williams N. *Europe's Border Crisis: Biopolitical Security and Beyond*. 1st ed. USA: Oxford University Press; 2015. p.16-85. [Crossref]
46. Juárez SP, Honkaniemi H, Dunlavy AC, Aldridge RW, Barreto ML, Katikireddi SV, et al. Effects of non-health-targeted policies on migrant health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2019;7(4):e420-35. [Crossref] [PubMed] [PMC]
47. El-Gamal S, Hanefeld J. Access to health-care policies for refugees and asylum-seekers. *Int J Migr Health Soc Care*. 2020;16(1):22-45. [Crossref]
48. Bozorgmehr K, Dieterich A, Offe J. UN concerned about the right to health for migrants in Germany. *Lancet*. 2019;393(10177):1202-3. [Crossref] [PubMed]
49. Orcutt M, Mussa R, Hiam L, Veizis A, McCann S, Papadimitriou E, et al. EU migration policies drive health crisis on Greek islands. *Lancet*. 2020;395(10225):668-70. [Crossref] [PubMed]
50. Tuomisto K, Tiittala P, Keskimäki I, Helve O. Refugee crisis in Finland: Challenges to safeguarding the right to health for asylum seekers. *Health Policy*. 2019;123(9):825-32. [Crossref] [PubMed]
51. Rizkalla N, Arafa R, Mallat NK, Soudi L, Adi S, Segal SP. Women in refuge: Syrian women voicing health sequelae due to war traumatic experiences and displacement challenges. *J Psychosom Res*. 2020;129:109909. [Crossref] [PubMed]
52. Sousa C, Akesson B, Badawi D. 'Most importantly, I hope God keeps illness away from us': the context and challenges surrounding access to health care for Syrian refugees in Lebanon. *Glob Public Health*. 2020;15(11):1617-26. [Crossref] [PubMed]
53. Harkensee C, Andrew R. Health needs of accompanied refugee and asylum-seeking children in a UK specialist clinic. *Acta Paediatr*. 2021;110(8):2396-404. [Crossref] [PubMed]
54. De Vito E, de Waure C, Specchia ML, Parente P, Azzolini E, Frisciale EM, et al. Are undocumented migrants' entitlements and barriers to healthcare a public health challenge for the European Union? *Public Health Rev*. 2016;37:13. [PubMed] [PMC]
55. UNHCR [Internet]. © UNHCR 2001-2022. [Cited: Jun 15, 2021]. Global Refugee Forum pledges collective action for better refugee inclusion, education, jobs. 2019. Available from: [Link]
56. Ooms G, Keygnaert I, Hammonds R. The right to health: from citizen's right to human right (and back). *Public Health*. 2019;172:99-104. [Crossref] [PubMed]
57. Badiou A, ed. Birkan T, çeviri editörü. *Etik: Kötülük Kavrayışı Üzerine Bir Deneme*. 2. Baskı. İstanbul: Metis Yayınları; 2019. p.26-31.