

Kimseyi geride bırakmamak: küresel göç ve mülteci sağlığında tecrübeler ve beklentiler

Dr. Erman Gedikli



2013 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi İktisat Bölümü'nden mezun oldu. 2016 yılında Avrasya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsünden İşletme Yüksek Lisans derecesi aldı. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi doktora programını 2021 yılında tamamlayarak doktor ünvanı kazandı. 2017 yılından itibaren İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü'nde görev yapmaya devam eden Dr. Gedikli; tesis yönetimi, çok kriterli karar verme yöntemleri, sağlık turizmi, sağlık kurumları yönetimi alanları üzerine çalışmaktadır.

Konuyu iyice anlamak için girizgah öncelikle 'göçmen' ve 'mülteci' kelimelerini tanımlamak ve bu surette farklarını ortaya çıkarmakla yapılmalıdır. Göçmen 'Uluslararası sınırlar içinde veya ötesinde bir yerden başka bir yere hareket eden kişi' olarak; mülteci ise 'Menşe ülkelerinin dışında bulunan ve zulüm, silahlı çatışma, şiddet veya ciddi kamu düzensizliği sonucunda kendi ülkelerinde zulüm görmekten veya hayatlarına, fiziksel bütünlüklerine veya özgürlüklerine yönelik ciddi bir tehditten korktukları için uluslararası korumaya ihtiyaç duyan kişi' şeklinde tanımlanmaktadır (1, 2). Göçmenlik için nedenler oldukça geniş tutulmuş iken, mültecilikte zaruriyet durumunun vurgulandığını ifade etmek de mümkündür.

Uluslararası Göç Örgütüne göre, 2020 yılı ortası itibarıyla yaklaşık 281 milyon kişi doğduğu ülkenin dışında yaşamaktadır; bu sayı, 1990'a kıyasla 128 milyon kişi artmış ve 1970'teki tahmini sayının ise üç katını aşmıştır (3). Bu durumun hem göçmen ve mülteciler için hem de varış ülkeleri açısından çok daha

fazla sağlık ile ilişkili problemlere gebe olacağını ifade etmek mümkündür. Nitekim, yerinden edilme ve göç, bireylerin sağlık durumunu belirleyen temel faktörler arasında yer almaktadır. Bu nedenle, göç ve yerinden edilmenin nedenlerini anlamak; sağlık sistemlerinin, politika yapıcılarının ve uygulayıcıların, mültecilerin ve göçmenlerin sağlığını koruma ve geliştirme çabalarına önemli katkı sağlayabilir (4, 5).

Göç ve yerinden edilmenin çok boyutlu nedenleri bulunmaktadır. Bu nedenler arasında kentleşme, nitelikli iş gücünün göçü (beyin göçü), geride kalan ailelere sağlanan para transferleri, ayrımcılık, insan kaçakçılığı ve insan ticareti ile iklim değişikliği yer almaktadır (6-8);

- Çatışma ve savaş ortamları, insanların zorla yerlerinden edilmesine yol açmakta ve hem fiziksel hem de ruhsal sağlık üzerinde kalıcı hasarlar bırakabilmektedir.
- Kentleşme, plansız göçlerle birlikte sağlık altyapısına aşırı yük bindirmek ve bulaşıcı hastalıklar gibi riskleri artırmaktadır.

- Nitelikli iş gücünün göçü (beyin göçü), köken ülkelerde sağlık sistemlerinde uzman açığına ve hizmet sunumunda aksamalara neden olmaktadır.
- Geride kalan ailelere sağlanan para transferleri, ekonomik açıdan destek sunsa da özellikle çocuklar olmak üzere aile bireyleri sağlık ve psikolojik risklerle karşı karşıya kalmaktadır.
- Ayrımcılık, dil ve kültürel farklılıklar, yabancı düşmanlığını tetikleyerek göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimini kısıtlamaktadır.
- İnsan kaçakçılığı ve insan ticareti, göçmenleri ciddi fiziksel ve psikolojik travmalara maruz bırakmaktadır.
- İklim değişikliği, doğrudan afetler (sel, kuraklık) ve dolaylı olarak kaynak kıtlığı, yetersiz beslenme ve bulaşıcı hastalıkların artması gibi etkilerle milyonlarca insanın sağlığını tehdit etmektedir.

Dünya çapında göçmen ve mülteci akımı yukarıda ifade edilen nedenlerle farklı lokasyonlarda vuku bulmaya



devam etmektedir. Örneğin Ukrayna ve Gazze'nin yanı sıra Suriye, Yemen, Orta Afrika Cumhuriyeti, Kongo Demokratik Cumhuriyeti, Sudan, Etiyopya ve Myanmar gibi ülkelerdeki çatışmalar milyonlarca kişinin yerinden edilmesine yol açmıştır. 2022 ve 2023 yıllarında Pakistan, Filipinler, Çin, Hindistan, Bangladeş, Brezilya ve Kolombiya'da iklim kaynaklı afetler büyük çaplı yerinden edilmelere neden olmuştur. Ayrıca, Şubat 2023'te Türkiye ve Suriye'yi etkileyen depremler sonucunda on binlerce kişi hayatını kaybetmiş; mart ayına kadar Türkiye'de milyonlarca kişi göç etmek zorunda kalmış ve Suriye'de çok sayıda insan evsiz bırakılmıştır (9, 10).

2020 yılı itibarıyla yaklaşık 11 milyon kişiyi kapsayan Meksika-Amerika Birleşik Devletleri hattı, günümüzde dünyanın en yoğun uluslararası göç koridoru olarak öne çıkmaktadır. Onu, büyük ölçüde Suriye iç savaşının tetiklediği zorunlu göç hareketleriyle Türkiye'ye yönelen Suriyeli mültecilerin oluşturduğu Suriye-Türkiye koridoru izlemektedir. Rusya ile Ukrayna arasındaki göç hareketliliği ise, özellikle 2014 ve 2022 yıllarındaki çatışmaların ardından artış göstermiş olup, küresel ölçekte en yoğun göç koridorları arasında yer almaktadır (3).

2022 yılında Türkiye, çoğunluğu Suriyeli olmak üzere yaklaşık 3,6 milyon mülteciye ev sahipliği yaparak üst üste yedinci kez dünyanın en fazla mülteci barındıran ülkesi olmuştur. Pakistan ve İran, Afgan mülteciler açısından başlıca ev sahibi ülkeler olarak ilk 10 içinde yer alırken; Uganda, Rusya, Almanya, Sudan, Polonya, Bangladeş ve Etiyopya da bu sıralamada öne çıkan diğer ülkelerdir. Genel olarak mültecilerin yaklaşık yüzde 70'i, menşe ülkelerine komşu bölgelerde barındırılmıştır (3).

Göçmen ve Mültecilerin Sağlığı

Mülteciler ve göçmenler, göçün farklı aşamalarında (menşe ülkede, geçiş sürecinde ve varış ülkesinde) sağlığa zarar veren koşullara maruz kalmaktadır. Ayrıca varış ve geçiş ülkelerindeki statüleri onları genellikle sosyal sigorta programlarından dışlarken, yasal statüleri veya sınır dışı edilme korkuları sağlık sorunlarına karşı savunmasızlıklarını artırabilmektedir.

Yerinden edilme süreçleri ve hizmet kesintileri, sağlık bakımının sürekliliğini zorlaştırmakta, bu da hem bireysel hem de toplumsal düzeyde sağlık göstergelerinde olumsuz sonuçlara yol açmaktadır.

2020 yılı itibarıyla yaklaşık 11 milyon kişiyi kapsayan Meksika-Amerika Birleşik Devletleri hattı, günümüzde dünyanın en yoğun uluslararası göç koridoru olarak öne çıkmaktadır. Onu, büyük ölçüde Suriye iç savaşının tetiklediği zorunlu göç hareketleriyle Türkiye'ye yönelen Suriyeli mültecilerin oluşturduğu Suriye-Türkiye koridoru izlemektedir. Rusya ile Ukrayna arasındaki göç hareketliliği ise, özellikle 2014 ve 2022 yıllarındaki çatışmaların ardından artış göstermiş olup, küresel ölçekte en yoğun göç koridorları arasında yer almaktadır.

Nitekim, göç ve yerinden edilmenin etkileri yalnızca göçmen ve mültecilerle sınırlı kalmamakta, aynı zamanda varış, geçiş ve menşe ülkelerindeki toplumların sağlık ve refah durumlarını da belirleyici şekilde etkilemektedir (11, 12). Çatışmalar, gelir eşitsizliği, ekonomik dalgalanmalar, hızlı kentleşme ve iklim değişikliği gibi makro düzeydeki faktörler ise hem göç hareketlerini hem de bireylerin sağlık durumunu doğrudan etkileyen dinamikler arasında yer almaktadır (13-15).

Barınma: Mülteciler ve göçmenler için barınmanın önemli bir faktör olduğu kötü yaşam ortamları, solunum yolu hastalıkları, depresyon gibi olumsuz fiziksel ve ruhsal sağlık sonuçlarıyla ilişkilidir. Göç yasaları yeterince gelişmemiş ya da yoğun göç dalgalarıyla karşı karşıya olan ülkelerde, kişiler terk edilmiş oteller, nakliye konteynerleri, açık hava kampları, depolar ya da diğer resmî olmayan yerlerdeki geçici gözaltı merkezlerinde tutulabilmektedir. Bu nedenle mültecilerin ve göçmenlerin sağlığını olumsuz etkileyen çevresel belirleyiciler ayrıca dikkate alınmalıdır. Bunlar arasında solunum sağlığını bozabilen kötü hava kalitesi; kamplardaki temiz suya erişim sorunları veya hijyenin sağlanamadığı durumlar; bulaşıcı hastalıkların yayılmasına katkıda bulunabilen yetersiz ısıtma veya aşırı kalabalık gibi kötü konut ve yaşam koşulları yer alır (13, 16). Göçmen ve mültecilere yönelik muayenelerde teşhis edilen sağlık sorunlarının, yaşam koşullarını yansıttığını ifade etmek mümkündür. Büyük ölçüde aşırı kalabalık, su ve havalandırma eksikliği ile kötü beslenmeye bağlı hastalıklardan oluştuğu tespit edilmiştir (17).

Çalışma şartları: Mülteciler ve göçmenler, genellikle güvenliklerinin ve esenliklerinin tehlikede olduğu düşük ücretli sektörlerde kirli, tehlikeli, zor işlerde ve düşük ücretli yüksek riskli sektörlerde istihdam edilmektedir. Bu tür işlerde koşullar genellikle kötü olup, fiziksel ve ruhsal sağlıklarını tehdit eden risklerle, hatta istismarlarla karşı karşıya kalabilirler (13).

Kadınlar, yaşlılar ve çocuklar: Göçmen ve mülteciler için tehditler, riskler ve kırılganlıklar bölgeler arasında ve gruplar içinde farklılık gösterebilir. Özellikle bazı gruplar, bu sorunlardan daha fazla etkilenmektedir; çatışma bölgelerinden gelen gençler, belgesiz çocuklar, refakatsiz ve yalnız seyahat

Türkiye'nin göçmen ve mülteci sağlığı alanında geliştirdiği bütüncül hizmet modeli; çok dilli personel yapısı, kültürel uyum gözetilen uygulamaları ve uluslararası iş birlikleriyle öne çıkmakta ve başka ülkeler için örnek teşkil edebilecek nitelik taşımaktadır. Bununla birlikte, hizmet kalitesinin sürdürülebilirliği adına personel eğitiminin güçlendirilmesi, toplum katılımının artırılması ve izleme-değerlendirme mekanizmalarının daha da etkin hâle getirilmesi önem arz etmektedir.

eden çocuklar ve yaşlı bireyler bu gruplara örnektir. Ayrıca düşük kaliteli ve yetersiz konutlarda yaşayan mülteci ve göçmen çocukların sağlık sorunları yaşama olasılığı, daha kaliteli konutlarda yaşayan çocuklara kıyasla çok daha fazladır (13).

Erişebilirlik: Mülteciler ve göçmenler, sağlık hizmetlerine erişim konusunda hem genel nüfusla paylaşılan hem de statülerine özgü çeşitli engellerle karşı karşıyadır. Genel erişim engelleri arasında sağlık hizmetlerinin maliyeti, hizmet noktalarının coğrafi uzaklığı ve sağlık sistemlerindeki yapısal eksiklikler öne çıkmaktadır. Bununla birlikte, göçmenlik statüsünün sınırlı tanınması veya cepten yapılan yüksek harcamalar gibi durumlar, özellikle göçmenlere özgü erişim kısıtları yaratmaktadır.

Mülteciler ve göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimini kısıtlayan başlıca engeller arasında kurumsal ve idari yapıların yetersizliği yer almakta; bu durum,

hizmetlerin göçmenlere yönelik açık, düzenli ve kapsayıcı biçimde sunulmasını zorlaştırmaktadır. Ayrıca dil ve kültürel bariyerler, hastaların sağlık hizmetlerini doğru şekilde anlamasını, talep etmesini ve hizmetten memnun kalmasını engellemektedir. Sağlık çalışanlarının ayrımcı tutumları ise göçmenlerin sağlık sistemine olan güvenini sarsarak, bu bireylerin başvuru sıklığını azaltmaktadır. Ulaşım ve finansal zorluklar, özellikle kırsal alanlarda veya sınır bölgelerinde yaşayan mülteci ve göçmenlerin hizmetlere erişimini sınırlarken; doğrudan ve dolaylı sağlık maliyetleri de hem ilk temas hem de ileri tedavi süreçleri açısından önemli engeller oluşturmaktadır (13).

Tüm bu zorluklara ek olarak, temel ilaçlara erişimin sınırlı olması, mültecileri ve göçmenleri kendi kendilerine ilaç kullanmaya yöneltmektedir. Özellikle antibiyotik gibi reçetesiz temin edilebilen ilaçların bilinçsiz kullanımı, uzun vadede antimikrobiyal direnç gibi ciddi sağlık tehditlerine yol açabilmektedir. Öte yandan, aşılama konusundaki politikalar da netlikten uzak; mülteci ve göçmenler için hangi aşılarda ne zaman ve nasıl uygulanacağı ülkeden ülkeye değişebilmektedir. Bu durum, göçmen statüsüne bağlı kısıtlamalarla birleştiğinde, aşılarla erişimi daha da karmaşık ve belirsiz hâle getirebiliyor (13).

Finansman: Doğrudan ve dolaylı sağlık maliyetleri, bölgeler arasında sağlık hizmetlerine erişimin önündeki en büyük engellerdir. Mülteciler ve göçmenler genellikle cepten ödeme maliyetlerini karşılamakta büyük zorluk içindedir. Neticede sağlık hizmetlerine yerel nüfustan daha az harcama yapma imkânına sahiptirler. Kapsayıcılığın düşük olduğu ve maliyetlerin yüksek olduğu bölgelerde sağlık hizmetlerine erişim daha da zorlaşmış olacaktır. Ancak bazı çalışmalar, mültecileri ve göçmenleri sağlık kapsamına dâhil etmektense hariç tutmanın ev sahibi ülkeler açısından daha maliyetli olduğunu göstermektedir (13).

Göçmen ve Mültecilere Yönelik Hizmet Sunumu ve Politikalar

Yerinden edilme ve göç bağlamıyla ilgili temel düzenlemelerden biri Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yayımlanan Uluslararası Sağlık Tüzüğüdür (UST). UST mültecilere ve göçmenlere özgü olmamakla birlikte yasal olarak bağlayıcıdır ve üye devletler; giriş noktalarında

(deniz, hava ve kara geçişleri), ihtiyati bir yaklaşımla hastalıkların uluslararası yayılmasını önlemek, bunlara karşı korunmak, kontrol etmek ve halk sağlığı müdahalesi sağlamak için belirli halk sağlığı temel kapasiteleri geliştirmekle yükümlü kılar (18).

Uluslararası Sağlık Tüzüğü haricinde sağlığı temel bir öncelik olarak ele alan ve bölgesel boyutlarda göçü yönetebilmek adına da farklı girişimler bulunmaktadır. Örneğin Avrupa Komisyonu Göç Sağlık Programı; Asya bölgesini kapsayan Kolombo Süreci; Latin Amerika ve Karayip ülkelerini kapsayan Quito Deklarasyonu (18-21).

Ayrıca, DSÖ'nün Sağlık ve Göç Programı, Mültecilerin ve Göçmenlerin Sağlığının Geliştirilmesi Küresel Eylem Planında (2019-2023) küresel, bölgesel ve ülke düzeylerinde uygulanmasına yardımcı olmak ve tüm önceliklerini ele almak da dâhil olmak üzere sağlık ve göç konularında küresel liderlik sağlamak için stratejik bir taahhüt olarak oluşturulmuştur. Bunlar arasında halk sağlığı müdahalelerinin uygulanması, sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin teşvik edilmesi ve kalitesinin sağlanması, mülteci ve göçmenlerin ihtiyaçlarına duyarlı sağlık politikalarının yaygınlaştırılması için savunuculuk yapılması ve sağlığın sosyal belirleyicileri ile mücadele kapasitesinin güçlendirilmesinin yanı sıra eğilimlerin izlenmesi ve raporlanması için bir hesap verebilirlik çerçevesi ve göstergelerin geliştirilmesi yer almaktadır (22, 23).

Dünyanın farklı bölgelerinde, dil, kültür, coğrafya, göç ve yerinden edilmenin bileşenlerindeki farklılıklar nedeniyle otoriteler bölgelere özgü politikalar geliştirmiştir ve deneyimler yaşanmıştır.

Kuzey Amerika'da göçmen sağlığı politikaları, eyalet düzeyindeki düzenlemelerin farklılıkları ile şekillenmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention-CDC) tarafından belirlenen protokoller doğrultusunda, ülkeye girişten önce yetkilendirilmiş hekimlerce bulaşıcı hastalık taramaları ve aşılama yapılmaktadır. Ancak ülke içerisinde hizmet kapsamı göçmenlerin yasal statüsü ve bulundukları eyalete göre farklılık göstermektedir. Kanada'da ise Geçici Federal Sağlık Programı (Interim Federal Health Program) ile mülteciler ve sığınmacılar, eyalet sağlık sistemine dâhil olana kadar temel, acil

ve önleyici sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedir. Program ayrıca bulaşıcı hastalık taramaları, aşı güncellemeleri ve aile hekimliği sistemine yönlendirmeyi içermektedir (24, 25).

Asya'da göçmen hareketliliğinde iş gücünün göçü ve çevresel risklerin etkisi ön plandadır. Bu bölgede ülke girişlerinde sağlık taramaları yapılsa da hizmet sürekliliği ve kapsayıcılık sınırlı kalmaktadır. Örneğin Tayland sınır göçmen kamplarında Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve bulaşıcı hastalıklara yönelik tedaviler yürütmektedir. Ayrıca mobil klinikler vasıtasıyla göçmen işçilerin hizmetlere erişiminin artırılması hedeflenmiştir. Yoğun işçi göçü alan ve görece zengin olan bölgelerde ülke giriş ve sonrasında hizmet sunumu standardize edilmeye çalışılır. Örneğin Katar'da çalışma vizesi öncesi ve sonrası muayene zorunlu iken, kronik bakım gerektiren durumlarda sağlık hizmetlerinin finansmanı işveren bazlı sigorta sistemi ile sağlanır (26, 27).

Afrika'da göçmen sağlığı girişimleri kıtasal düzeyde politika geliştirme hedefleri ile desteklenir; kaynak kısıtlarına rağmen bazı ülkeler hak temelli uygulamalar geliştirmeyi amaçlamıştır. Örneğin Nijer'de transit göçmenlere yönelik bulaşıcı hastalık taraması ve acil bakım hizmetlerinin sunumu yapılırken, Uganda'da mülteci kamplarına entegre edilmiş Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri sunulmaktadır. Güney Afrika Cumhuriyeti'nde ise bazı eyaletlerde bulaşıcı hastalıkların tedavisi göçmenlere de sağlanmaktadır (28, 29).

Avrupa Birliği genelinde göçmenlerin sağlık durumunu izlemek ve uygun hizmetlere yönlendirmek amacıyla geliştirilen politikalar, genellikle erken sağlık taramaları, bulaşıcı hastalıkların tespiti, ruh sağlığı desteği ve anne-çocuk sağlığı hizmetlerini kapsamaktadır. Avrupa'daki deneyimler; göçmen sağlığı hizmetlerinde en önemli engellerin dil bariyerleri, kültürel uyumsuzluklar ve sağlık sistemleri hakkındaki bilgi eksikliği olduğunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle birçok ülke, kültürel arabuluculuk, tercüman hizmetleri ve sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik programlar geliştirmiştir (30).

Avrupa ülkeleri arasında uygulamalar değişkenlik gösterse de ortak eğilim, bulaşıcı hastalık taraması, ruh sağlığı desteği ve çocuk sağlığı hizmetlerine

öncelik verilmesi yönündedir. Örneğin Avusturya'da öncelik bulaşıcı hastalıkların erken tespiti önceliklendirilmiş aynı zamanda dil ve kültür engellerini aşmak amacıyla kültür aracılarında destek alınmaktadır. Almanya'da ise kapsayıcılık odaklı politikalar önceliklendirilmiştir. Ancak bölgelere göre farklılıklar yaşanabiliyor; bazı eyaletler mültecilere erken aşamada kapsamlı sağlık hizmeti sunarken, diğerlerinde daha kısıtlı bir erişim söz konusudur. İtalya'da ilk kabul merkezlerinde hem bulaşıcı hem de kronik hastalıklar için sağlık kontrolleri gerçekleştirilmekte, sonrasında yerel sağlık otoriteleri ile sivil toplum kuruluşları arasındaki iş birlikleri ile süreç yürütülmektedir. Yunanistan'da adalara ulaşan göçmenler için hızlı sağlık değerlendirmesi ve acil bakım önceliklidir. İsveç'te tüm yeni gelenler için gönüllü sağlık muayeneleri önerilmekte, sağlık çalışanlarına dil desteği ve kültürel hassasiyet eğitimleri sağlanmaktadır. Birleşik Krallık'ta ise göçmen sağlığı merkezleri aracılığıyla bulaşıcı hastalık taramaları yapılmakta, ruh sağlığı desteği sunulmakta ve sosyal entegrasyonu destekleyici hizmetler verilmektedir. Bu örnekler, her ülkenin kendi sağlık sistemi ve göç politikaları doğrultusunda farklı ancak ortak hedefe odaklanan uygulamalar geliştirdiğini göstermektedir (30).

Türkiye Örneği

Türkiye, göçmen ve mülteci nüfusun yalnızca belli bir bölgede değil, ülke genelinde dağılmış olması nedeniyle sağlık hizmetlerinin planlanması ve uygulanmasında farklı yönetsel ve organizasyonel yaklaşımlar geliştirmek durumunda kalmıştır. Bu doğrultuda Türkiye, özellikle DSÖ ile iş birliği içerisinde, sağlık hizmetlerinin göçmen ve mültecilere etkili bir şekilde ulaştırılmasını amaçlayan çeşitli düzenlemeleri hayata geçirmiştir.

Bu sürecin önemli bir adımı olarak, Türkiye'de yaşayan Suriyeli mülteciler arasından doktor, hemşire ve sağlık tercümanı gibi profesyoneller belirlenmiş, çeşitli eğitim programlarıyla desteklenerek birincil sağlık hizmetlerinde aktif rol almaları sağlanmıştır. Bu uygulama, hem dil hem de kültürel uyum açısından hizmet sunumunu kolaylaştırmış; 2016 yılında çıkarılan ve DSÖ destekli bir eğitim sürecini içeren düzenleme ile bu sağlık personelinin Türkiye sağlık sistemi içinde görev almasına olanak tanınmıştır.



Türkiye, geçici koruma kapsamındaki bireyler için sağlık hizmetlerini iki temel modelde sunmaktadır: Gönüllü Sağlık Hizmetleri ve Göçmen Sağlığı Merkezleri (GSM). Her iki model de yasal düzenlemelerle tanımlanmış, hizmetlerin sürekliliğini ve kalitesini güvence altına almak amacıyla izleme-değerlendirme süreçleriyle desteklenmiştir (31, 32).

Gönüllü Sağlık Hizmetleri, genellikle sivil toplum kuruluşları ve yardım dernekleri tarafından ücretsiz olarak sunulan; özellikle ruh sağlığı, psikososyal destek ve fiziksel rehabilitasyon gibi alanlara odaklanmış hizmetleri içermektedir. Bu hizmetler, Sağlık Bakanlığının belirlediği standartlara uygun şekilde, Türk sağlık çalışanlarının sorumluluğunda ve geçici koruma altındaki göçmen personelin katkısıyla sunulmakta; hizmet süreçleri düzenli olarak kayıt altına alınmakta ve her altı ayda bir izin yenileme prosedürüne tabi tutulmaktadır.

Göçmen Sağlığı Merkezleri (GSM), aile hekimliği modeline benzeyen yapısıyla birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu kurumlardır. Özellikle Suriyeli nüfusun yoğun olduğu bölgelerde kurulan bu merkezler, temel sağlık hizmetlerine ek olarak, kamu hastanelerine uzak ya da mülteci nüfusu 20 binin üzerinde olan yerleşimlerde faaliyet gösteren 'güçlendirilmiş GSM' yapısıyla dahiliye, kadın doğum ve psikososyal destek hizmetlerini de kapsamaktadır.

Bu merkezler, Avrupa Birliği tarafından finanse edilen SIHHAT Projesi kapsamında geliştirilmiş ve çift dilli personel ile hasta yönlendirme sistemleri sayesinde erişilebilirliği artırmayı hedeflemiştir. GSM'lerde sadece Suriyeli sağlık çalışanları değil, aynı zamanda Arapça ve Türkçe bilen yönlendirme görevlileri ile çeşitli destek personelleri de görev almaktadır. Yapısal olarak bu merkezler, "Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimleri Yönetmeliği"ne uygun şekilde "TSM Bağlı Birimi" statüsünde faaliyet göstermektedir. Veriler ise dijital olarak "Muayene Bilgi Yönetim Sistemi" aracılığıyla kaydedilmekte ve takip edilmektedir (33).

Türkiye'nin göçmen ve mülteci sağlığı alanında geliştirdiği bütüncül hizmet modeli; çok dilli personel yapısı, kültürel uyum gözetilen uygulamaları ve uluslararası iş birlikleriyle öne çıkmakta ve başka ülkeler için örnek teşkil edebilecek nitelik taşımaktadır. Bununla birlikte, hizmet kalitesinin sürdürülebilirliği adına personel eğitiminin güçlendirilmesi, toplum katılımının artırılması ve izleme-değerlendirme mekanizmalarının daha da etkin hâle getirilmesi önem arz etmektedir.

Ancak burada vurgulanması gereken en önemli konu Türkiye'nin merkezi yönetim ile sağlık sistemini organize etmesidir. Küresel ölçekte desantralize edilmiş bir sağlık sisteme sahip ve farklı yoğunluktaki göçmen ve mülteci

akımına uğrayan ülkelerin özgün yönetim modelini benimsemeleri gereklidir. Buna ek olarak Türkiye'nin göçmen ve mültecilere yönelik sağlık hizmeti sunumunda SIHHAT Projesi'nden sağlanan finans kaynakları da göz ardı edilmemesi gereken önemli bir konudur. Sadece yönetim ve personel kaynağına sahip olmak değil, aynı zamanda finansal sürdürülebilirlik de önem arz etmektedir.

Sonuç

Günümüzde göçmen ve mültecilerin sağlığı, artık sadece bir insani yardım konusu değil, aynı zamanda küresel sağlık güvenliğinin ayrılmaz bir parçası olarak ele alınması gereken çok boyutlu bir meseledir. Göç olgusunun kalıcılığı düşünüldüğünde, sağlık sistemlerinin bu yeni gerçekliğe göre kendini yeniden yapılandırması kaçınılmazdır. Sağlığa erişimin bir ayrıcalık değil, evrensel bir insan hakkı olduğu gerçeğinden hareketle, mültecileri ve göçmenleri sistem dışında bırakmak, yalnızca bireylerin yaşam hakkını zedelemeyiz; aynı zamanda toplumların genel sağlık direncini de zayıflatır.

Bugün geldiğimiz noktada, sağlık sistemlerinin başarısı yalnızca hastalıkları tedavi edebilme kabiliyetiyle değil; aynı zamanda kırılgan grupları gözetilerek, kapsayıcı ve sürdürülebilir politikalar üretebilme kapasitesiyle ölçülmektedir. Türkiye'nin geliştirdiği uygulamalar bu

anlamda güçlü bir zemin oluşturmuştur ancak mevcut yapının geleceğe dönük daha da güçlenmesi için atılması gereken bazı önemli adımlar mevcuttur.

Öncelikle, veri temelli politika yapımı hayati önem taşımaktadır. Mülteci ve göçmenlerin sağlık durumuna ilişkin güvenilir, güncel ve bağlamsal bilgilerin toplanması, analiz edilmesi ve politika döngüsüne entegre edilmesi, etkili planlama ve kaynak yönetiminin temelini oluşturur. Bu noktada, yalnızca hizmet sunum verilerinin değil; hizmete erişim engelleri, memnuniyet düzeyi ve sağlık okuryazarlığı gibi sosyal belirleyicilerin de izlenmesi önerilmektedir.

Göçmen ve mültecilerin sadece hizmet alıcısı değil, aynı zamanda hizmetlerin şekillendirilmesinde söz sahibi olabileceği mekanizmaların oluşturulması, sahadaki uyumu ve sahiplenmeyi artıracaktır. Geri bildirim mekanizmaları, danışma kurulları ve yerel iş birlikleri bu anlamda kritik araçlardır. Suriyeli sağlık çalışanlarının sistem içinde görev alması yönündeki uygulamalar önemli bir model sunmakta ancak bu modelin sürdürülebilirliği için küresel ölçekte yasal çerçevenin daha da netleştirilmesi ve yaygınlaştırılması gerekmektedir.

Tüm bu yapısal ve stratejik yaklaşımların ötesinde en temel gerçeklik şudur: göçmenlerin ve mültecilerin sağlığına yatırım yapmak, sadece halk sağlığını güçlendiren bir strateji değil, aynı zamanda insan onuruna yakışır bir yaşamı savunmanın ifadesidir. Bu konuda ihmalkâr davranmak, 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Gündemi'nin "kimseyi geride bırakmama" ilkesine ve DSÖ'nün "en kırılganlara hizmet" anlayışına da doğrudan aykırıdır.

Sonuç olarak, göçmen ve mültecilere yönelik sağlık hizmetlerinin geleceği; izleme ve değerlendirme mekanizmalarının güçlendirilmesine, hesap verebilirliğe dayalı uygulama modellerinin yaygınlaştırılmasına ve toplumun her kesimini içine alan dayanışmacı bir anlayışa bağlıdır. Bu dönüşüm sadece göçmenlerin değil; hepimizin daha adil, sağlıklı ve dirençli bir geleceğe ulaşmasının anahtarıdır.

Kaynaklar

1) International Organization for Migration (IOM). (2019). *Glossary on migration* (No. 34). Geneva: International Organization for Migration. https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf (Erişim Tarihi: 24.03.2025).

2) United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). (2021). *UNHCR master glossary of terms*. Geneva: UNHCR. <https://www.unhcr.org/glossary/> (Erişim Tarihi: 07.04.2025).

3) McAuliffe, M., & Ochoa, L. A. (Eds.). (2024). *World migration report 2024*. Geneva: International Organization for Migration (IOM).

4) Kennedy, S., Kidd, M. P., McDonald, J. T., & Biddle, N. (2015–2016). The healthy immigrant effect: Patterns and evidence from four countries. *Journal of International Migration and Integration*, 16(2), 317–332.

5) Moullan, Y., & Jusot, F. (2014). Why is the "healthy immigrant effect" different between European countries? *European Journal of Public Health*, 24(Suppl 1), 80–86.

6) Internal Displacement Monitoring Centre. (2021). *GRID 2021: Global report on internal displacement*. Geneva: Internal Displacement Monitoring Centre. <https://www.internal-displacement.org/global-report/grid2021/> (Erişim Tarihi: 05.04.2025).

7) Rigaud, K. K., de Sherbinin, A., Jones, B., Bergmann, J., Clement, V., Ober, K., et al. (2018). *Groundswell: Preparing for internal climate migration*. Washington, DC: World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/29461> (Erişim Tarihi: 27.03.2025).

8) Butler, C. D. (2014). *Climate change and global health*. Boston, MA: CABI.

9) International Organization for Migration (IOM). (2023). *2023 earthquakes displacement overview – Türkiye*. March. <https://www.iom.int> (Erişim Tarihi: 03.04.2025).

10) Internal Displacement Monitoring Centre (IDMC). (2022). *Global report on internal displacement 2022*. IDMC. <https://www.internal-displacement.org> (Erişim Tarihi: 22.03.2025).

11) International Labour Organization (ILO), & Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2018). *How immigrants contribute to developing countries' economies*. Paris: OECD Publishing. https://www.oecd-ilibrary.org/development/how-immigrants-contribute-to-developing-countries/economies_9789264288737-en (Erişim Tarihi: 30.03.2025).

12) World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe. (2018). *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: No public health without refugees and migrant health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311347> (Erişim Tarihi: 06.04.2025).

13) World Health Organization. (2022). *World report on the health of refugees and migrants*. Geneva: World Health Organization.

14) Nielsen, R., Akey, J. M., Jakobsson, M., Pritchard, J. K., Tishkoff, S., & Willerslev, E. (2017). *Tracing the peopling of the world through genomics*. *Nature*, 541, 302–310.

15) Esipova, N., Ray, J., & Pugliese, A. (2015). *How the world views migration*. Geneva: International Organization for Migration. https://publications.iom.int/system/files/pdf/how_the_world_gallup.pdf (Erişim Tarihi: 03.04.2025).

16) Global Detention Project. (2022). *Immigration detention centres* [Website]. Geneva: Global Detention Project. <https://www.globaldetentionproject.org/detention-centres/list-view> (Erişim Tarihi: 25.03.2025).

17) Kuehne, A., van Boetzel, E., Alfani, P., Fotso, A., Elhammali, H., Khamala, T., et al. (2021). *Health of migrants, refugees and asylum seekers in detention in Tripoli, Libya, 2018–2019: Retrospective analysis of routine medical programme data*. *PLOS ONE*, 16(6), e0252460.

18) World Health Organization. (2016). *International Health Regulations (2005)* (3rd ed.). Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/246107> (Erişim Tarihi: 08.04.2025).

19) Proceso de Quito. (2021). *What we do? Origins of the Quito process*. Panama City: Proceso de Quito. <https://www.procesodequito.org/en/what-we-do> (Erişim Tarihi: 21.03.2025).

20) International Organization for Migration (IOM). (2022). *International technical meeting on human mobility of Venezuelan citizens in the region* (Quito process). <https://www.iom.int/international-technical-meeting-human-mobility-venezuelan-citizens-region-quito-process> (Erişim Tarihi: 29.03.2025).

21) European Commission. (2016). *Migrants' health*. Brussels: European Commission. https://ec.europa.eu/health/social-determinants/migrantshealth_en (Erişim Tarihi: 02.04.2025).

22) World Health Organization. (2019). *Global action plan on promoting the health of refugees and migrants, 2019–2023*. In *Seventy-second World Health Assembly*, Geneva, 20–28 May 2019: Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization.

23) World Health Organization. (2019). *Promoting the health of refugees and migrants*. In *Seventy-second World Health Assembly*, Geneva, 20–28 May 2019 (p. 53) (WHA72(14)). Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328432> (Erişim Tarihi: 09.04.2025).

24) Moyce, S. C., & Schenker, M. (2017). *Occupational exposures and health outcomes among immigrants in the USA*. *Current Environmental Health Reports*, 4(3), 349–354.

25) La Spina, E. (2019). *Categories of exclusion in access to health care for migrants in Canada: A comparative perspective*. *Revista de Derecho Político*, 1(105), 197–224.

26) World Health Organization. (2018). *Health of refugees and migrants: Regional situation analysis, practices, experiences, lessons learned and ways forward*. WHO Regional Office for South-East Asia. https://www.who.int/docs/default-source/documents/publications/health-of-refugees-and-migrants-searo-2018.pdf?sfvrsn=b7c1ad1f_1 (Erişim tarihi: 4 Nisan 2025).

27) Ali, M., Howady, F., Munir, W., Karim, H., Al-Suwaidi, Z., Al-Maslami, M., (2020). *Drug-resistant tuberculosis: An experience from Qatar*. *Libyan Journal of Medicine*, 15(1), 1744351.

28) Logie, C. H., Okumu, M., Mwima, S., Hakiza, R., Chemutai, D., & Kyambadde, P. (2020). *Contextual factors associated with depression among urban refugee and displaced youth in Kampala, Uganda: Findings from a cross-sectional study*. *Conflict and Health*, 14(1), 45.

29) de Gruchy, T., & Vearey, J. (2020). "Left behind": Why implementing migration-aware responses to HIV for migrant farm workers is a priority for South Africa. *African Journal of AIDS Research*, 19(1), 57–68.

30) Optimity Advisors. (2020). *Report on the health status of newly arrived migrants and refugees in EU/EEA* (Chafea Service No. 20177111). Luxembourg: Publications Office of the European Union.

31) Yamey, G., Shretta, R., & Binka, F. N. (2014). *The 2030 sustainable development goal for health*. *BMJ*, 349.

32) T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (t.y.). *Göçmen sağlığı hizmetleri*. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/gsm.html> (Erişim Tarihi: 04.04.2025).

33) sKüçük, A. (2020). *Türkiye'de göç ve sağlık politikaları analizi: "SIHHAT Projesi" örneği*. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 20(47), 473–496.