

# MÜLTECİLERİN SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİMİ

Feride AKSU TANIK\*

**Öz:** Savaşlar, çatışmalar, iklim değişikliği insanları yerlerinden yurtlarından koparmaktadır. Göçe zorlanma, sağlığın sosyal belirleyicilerini olumsuz yönde etkilemektedir. Mültecilerin sağlıklarını tehdit altındadır, çoğunlukla sosyal hakları elde edilebilecekleri bir statüleri yoktur. Tüm dünyada sosyal devletin tasfiyesi ile sağlık bir hak olmaktan çıkartılmış, sağlık hizmetleri ticarileştirilmiş, metalaştırılmış ve talep eksikliğini örgütlenmiştir. Sağlık hizmetine ihtiyacı olan birinin öncelikle bu gereksinimi algılayıp bakım isteğine dönüştürerek, sağlık hizmeti arayabilmesi ve hizmete erişip kullanabilmesi gereklidir. Bunun için sunulan hizmetin yaklaşılabilir, kabul edilebilir, kullanılabilir, karşılığı ödenebilir ve uygun olması gereklidir. Buna karşılık hizmeti kullananların algılayabilme, arayabilme, ulaşabilme, ödeyebilme, kullanabilme gibi müktedirliklerinin olması gerekir. Bu makalede mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimleri bu kavramsal çerçevede tartışılacaktır.

**Anahtar sözcükler:** sağlık hizmeti, sağlık hizmetlerine erişim, mülteci

## Refugees Access to Health Care

**Abstract:** Wars, climate change force people to migrate. Forced migration has a negative impact on social determinants of health. Refugees' health is under threat. In general refugees don't have a status in order to get social rights. All over the world due to the liquidation of the social state health was removed from human rights. Health care is commercialized, commodified and organized by demand. A person who perceived need for care will seek the care and reach and use. Therefore health care should be approachable, acceptable, available, affordable and appropriate. Five corresponding abilities of persons interact with the respected dimensions of accessibility to generate access, that are ability to perceive, ability to seek, ability to reach, ability to pay and ability to engage. This article will discuss refugees' access to health care within this framework.

**Key words:** health care, access to health care, refugee

## Giriş

Zorunlu göç kendi başına travmatik bir süreçtir. Göç etmek zorunda kalan kişiler sahip oldukları her şeyi geride bırakırlar. Geride bırakılanlar; yakınlar, akrabalar, arkadaşlardır kimi zaman, evdir, okuldur, iştir, aidiyetler, yaşam alışkanlıkları, insan ilişkileridir. Yola çıkarken alınan torbaya ya da valize sığın kadarıyla geçmişe ait izler taşınır. Kimi zaman kimlik kartları bile kayıptır. Göç edilen yerde dilsiz, kimsesiz, yurtsuz kalınır.

Yolculuk her göçe zorlanan için aynı güçlükte değildir. Gebe kadınlar, yaşlılar, engelliler, çocuklar, hastalar için zorluklar katmerlidir. Ancak herhangi bir sağlık sorunu olmayan gençler, erkekler için de göç zordur. Bazen bir savaş stratejisi olarak hedef alınır göç edenler. Tacizin, şiddetin öznesi olurlar. Göçe zorlanma, er ya da geç sağlıkla ilgili sorunlara yol açacaktır.

Sağlık sadece sağlam kemikler, gören gözler, kanı pompalayan yürekler, kanı süzen böbreklerden ibaret değildir. Fiziksel, ruhsal, sosyal ve politik iyilik hâlinin tüm bileşenleri göçe zorlanırken zarar

görmüştür. Sağlık hizmetlerine erişim bu devasa, yıkıcı sürecin içinde kuşkusuz önemli bir yere sahiptir. Sağlığın ve iyilik hâlinin yeniden inşa edilebilmesi ise, ancak insanı var eden fiziksel, ruhsal, sosyal ve politik bileşenlerin yeniden bir araya getirilmesi, iyileştirilmesiyle olanaklı olacaktır.

## Sağlık hizmetlerine erişim ne demektir?

Kelime kökeni olarak erişim; yaklaşmak, ulaşmak, bir yere girmek, kullanma fırsatı ya da hakkına sahip olmak olarak tanımlanır (**Canadian Oxford Dictionary, 1998**). Türk Dil Kurumu erişimi, hedef tüketicilerin pazara sunulan bir mal ya da hizmete, pazarın ulaşım koşullarında erişebilme düzeyi olarak tanımlamaktadır (**İktisat Terimleri Sözlüğü, 2004**). Erişilebilirlik ise, herhangi bir ürünün, servisin, hizmetin, teknolojinin ya da ortamın engelliler ve yaşlılar dahil olmak üzere herkes tarafından ulaşılabilir ve kullanılabilir olmasını ifade etmektedir (**KAMİS web sayfası**).

Hizmete, hizmet sunucuya ya da kuruma erişim; hizmet kullanıcılarının ya da toplumların gereksinimleriyle

\* Prof. Dr., İzmir Dayanışma Akademisi

Geliş Tarihi / Received : 24.04.2018

Kabul Tarihi / Accepted : 29.05.2018

orantılı biçimde uygun hizmetlere ulaşabilmeleridir (**Daniels, 1982; Whitehead, 1992**). Sağlık hizmetlerine erişim ise karmaşık bir kavramdır, çoğu zaman sağlık hizmetlerinin kullanımı olarak tanımlanır (**Waters, 2003**). Andersen, kullanımı gerçekleşmiş erişim olarak kavramsallaştırır (**Andersen, 1995**). Allin bir kişi sağlık hizmetlerini kullanıyorsa hizmete erişiyordur diye yorumlar (**Allin, 2007**). Hizmete erişimde finansal, örgütsel, sosyal ya da kültürel engeller kişilerin hizmeti kullanımını engelleyebilir. Erişim fırsatlarla ilgilidir, algılanan sağlık bakım gereksinimine ulaşma ve bakım alma fırsatı olarak da tanımlanır (**Oliver ve Mossialos, 2002; Waters, 2000; Goddard ve Smith, 2001; Oliver ve Mossialos, 2004**). Erişimde eşitlik deyince toplumda birbirinden gereksinim, sosyo ekonomik statü, kültür, dil ve din açısından farklı tüm gruplar hesaba katılmalıdır. Kullanım ise bu fırsatların görünür hâle gelmesidir. Kullanımı toplumun ve sağlık sisteminin özellikleri belirler (**Aday ve Andersen, 1974**). Kullanım konusundaki farklılıkların; kişisel tercihler gibi kabul edilebilir gerekçeleri olabilir. Öte yandan hizmete ilişkin bilgi sahibi olmama, kullanıcı ödentileri gibi doğrudan; yol parası, ücretten kesinti yapılması gibi dolaylı maliyetler erişimi engelleyen ve kabul edilemez gerekçelerdir (**Allin, 2007**). Donabedian benzer bir yaklaşımla erişim ve kullanım arasındaki ilişkiyi vurgular ve hizmet kullanımında sağlık kaynaklarının çok merkezi bir rolü olduğunu belirtir (**Donabedian, 1973**).

Mooney erişimi arz ve talebin bir fonksiyonu olarak görür (**Mooney, 1983**). Erişimin ön koşulu yeterli hizmet arzının olmasıdır (**Gulliford ve Figueroa-Munoz, 2002**). Arz açısından hizmete erişimi olanaklı kılan sağlık kaynaklarının nüfusun büyüklüğüne orantılı bir biçimde dağıtılması, sağlık çalışanlarına verilen ödüllerle hizmetin yetersiz olduğu bölgelerde çalışmalarının teşvik edilmesi gibi etmenler sıralanmaktadır (**Oliver ve Mossialos, 2004**). Ancak yeterli hizmet arzının olması, hizmetlerin erişilebilir olmalarını sağlamaz. Erişim hizmetlerin nasıl örgütlendiğine ve kurgulandığına da yakından bağlıdır.

Kapsamlı bir tanım, Whitehead ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Erişim, maksimum düzeyde kişisel zorluk ve maliyete maruz kalınan koşullarda, belirli hizmetlere, belirli bir kalite düzeyinde güvenceli biçimde erişebilme gücünü ve yeterliliğini işaret eder (**Whitehead ve Evandrou, 1997**). Whitehead'in tanımında; arz yönünden erişim için nitelikli ve güvenceli bir hizmet sunumuna, talep

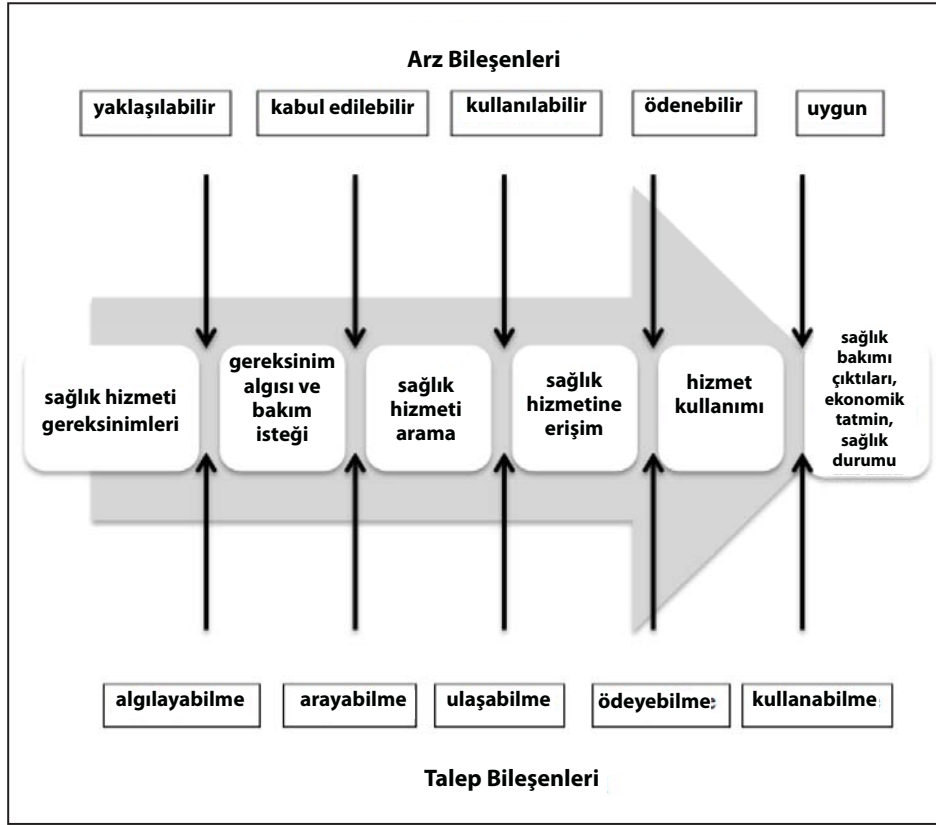
yönünden ise bireyin gücüne ve yeterliliğine bir vurgu söz konusudur.

Levesque ve arkadaşları, sağlık hizmet gereksinimi olan birisinin bu gereksinimi algılayıp bakım isteğine dönüştürerek, sağlık hizmeti aradığını, hizmete erişip kullandığını varsayan bir kavramsal çerçeve çizerler (**Levesque ve ark., 2013**). Bu sürecin işleyebilmesi için sunulan hizmetin yaklaşılabılır, kabul edilebilir, kullanılabilir, karşılığı ödenebilir ve uygun olması gereklidir. Bunlar hizmetin arz bileşenleridir. Buna karşılık erişimin talep tarafında ise hizmeti kullananların algılayabilme, arayabilme, ulaşabilme, ödeyebilme, kullanabilme gibi yapabilirlikleri ya da muktedirlikleriyle ilgili beş bileşen ifade edilmektedir. Şekil 1'de sağlık hizmetlerine erişimin aşamaları ve arz ve talep bileşenleri sunulmuştur.

Yaklaşılabılırlik; sağlık gereksinimleriyle karşılaşan birisinin var olan, ulaşabileceği ve sağlığı üzerinde olumlu etki yapabilecek hizmetleri tanıması, ayırt etmesi demektir. Farklı sosyal ve coğrafi gruplar için hizmetlerin bilinirliği farklı düzeylerde olabilir. Şeffaflık, olası hizmet ve tedavi seçeneklerine ilişkin bilgi, hizmetlerin az ya da çok yaklaşılabılır olmalarına katkıda bulunur. Hizmetlerin yaklaşılabılırliği kavramına ek olarak insanların gereksinimlerini algılayabilmeleri de yaşamsaldır ve bu bağlamda sağlık okur yazarlığı, hastalıklar konusundaki bilgi ve inanışlar da etkili olur.

Kabul edilebilirlik, insanların hizmet sunum biçimlerini kabullerini etkileyen kültürel ve sosyal etmenlerle ilgilidir. Örneğin, evli olmayan erkek ve kadınlar arasında fiziksel temasın yasak olduğu topluluklar açısından, sağlık hizmet sunucularının erkek olduğu koşullarda kadınlar için hizmetin kabul edilebilirliği düşüktür. Bazen hizmetin örgütleniş biçimi hedeflediği nüfusun erişimi açısından uygun olmayabilir. Sağlık hizmet arayışı içine girebilme, bireyin bağımsız biçimde bakım hizmetini seçme kapasitesine bağlıdır, bu bağlamda bireyin sağlık hizmet seçeneklerine dair bilgi sahibi olması gerekir. Örneğin kadınların ya da etnik azınlıkların hizmet arayışlarına yönelik ayrımcılık ya da ihmal bu kapsamda değerlendirilmelidir. Farklı kültürel ve sosyoekonomik açıdan dezavantajlı grupların ve kırılğan toplulukların hizmetlere erişiminin sağlanmasındaki zorluklar da bununla ilintilidir (**Harris ve ark., 2004**).

Kullanılabilirlik, sağlık hizmetlerinin fiziksel olarak, yeterli hizmet üretebilecek kapasitede ve zaman



**Şekil 1. Sağlık hizmetlerine erişim**

açısından erişilebilir olmasıdır (Frenk, 1992). Kullanılabilirlik; kurum ve hizmetlerin yoğunluğu, ülke içindeki coğrafi dağılımı, kent içindeki yerleşimi ve ulaşım olanakları, hizmet sunucularının nitelikleri, hizmet sunum biçimleri ve çalışma saatleri gibi etmenler tarafından belirlenir. Ülkede hizmetler coğrafi olarak eşitsiz dağılmışsa ya da basamaklar arasında eşitsizlik söz konusu ise sağlık hizmetlerine erişim kısıtlıdır (Whitehead, 1992). Hizmetlere erişebilmek; insanların bireysel hareketliliğine, ulaşım olanaklarına, çalışma koşullarının elverişliliğine ve hizmetlere ilişkin bilgi sahibi olmalarına bağlıdır. Yaşlı ya da engellilerin hareket kısıtlılığı, güvencesiz çalışanların işi aksatmalarının yaratacağı olası sorunlar hizmete talebi, dolayısıyla erişimi kısıtlayan koşullara örnek olarak verilebilir.

Hizmetlerin ödenebilir ya da karşılanabilir olması insanların hizmete erişim için ekonomik ve zamansal kaynaklarını kullanabilmeleri demektir. Hizmetler için doğrudan ödenecek bedellerin yanı sıra, çalışma gününde yapılan başvurularda gelir kaybı da olabilmektedir. Sağlık hizmet kullanımı konusunda yapılan ekonomik çalışmalarda oluşturulan modellerde; hizmetin fiyatı, ulaşım zamanı, fırsat maliyeti, hastanın geliri, algılanan

bakım kalitesi, hizmet sunucunun davranışı gibi değişkenler hesaba katılmaktadır. Bu modeller farklı sağlık hizmetleri açısından talep esnekliğini anlamaya yararlı olacak bilgiler sağlamaktadır (Shengelia ve ark., 2003). Levesque ödeyebilme gücünü: insanların sağlık hizmetlerinin bedelini (evlerini satmaları gibi yıkıcı bir kayıp olmaksızın) gelirleri, birikimleri, kredi ya da borç olarak yaratacakları ekonomik kaynaklarıyla karşılayabilmeleri olarak tanımlamaktadır (Levesque ve ark. 2013). Yoksulluk, sosyal izolasyon ya da borçlu olma durumlarında hastalar gerekli bedeli ödeyemeyeceklerdir.

Uygunluk, hizmetlerle kullanıcının gereksinimlerinin birbirine uyumu, sağlık sorununun saptanması ve doğru tedavinin belirlenmesi için gereken bakımın teknik ve insan ilişkileri açısından yerindedir (Frenk 1992, Krishnan 2000). Hizmetin yeterliliği gereksinimlere uygun olup olmaması ile bağlantılıdır; bu bağlamda, hangi hizmetlerin hangi biçimde sunulmakta olduğu, hizmetlerin niteliği, entegrasyonu ve sürekliliği önemlidir.

Kuşkusuz hizmetlerin kapsamı ve etkinliği de erişimi etkileyen etmenlerdendir. Hizmet niteliğinin

düşüklüğü sağlık hizmetlerine erişimi kısıtlayan unsurlardan biridir (**Shengelia ve ark., 2003**). Erişim sadece coğrafi ve örgütsel olanaklar üzerinden değil aynı zamanda kabul edilebilir ve etkin hizmetleri seçebilme olanakları üzerinden de değerlendirilmelidir (**Levesque ve ark., 2013**). Yoksul bir kişinin sağlık alanında eğitim almamış, geleneksel sağlık çalışanlarının yürüttüğü bir hizmete erişim şansı ile, görece daha zengin birisinin ileri düzeyde uzmanlaşmış hizmetlere erişimini aynı kefeye koymamak gerekir.

Levesque ve arkadaşlarının erişimin talep bileşenleri olarak sınıflandırdıkları; algılayabilme, araya-bilme, ulaşabilme, ödeyebilme, kullanabilme gibi özellikler; bireylerin yaşamdaki müktedirlikleriyle yakından ilintilidir (**Levesque ve ark., 2013**). Hastaların sağlık hizmetlerini kullanabilmeleri, kendi kapasitelerine, motivasyonlarına, sağlık konusundaki farkındalıklarına, verilen tedaviyi sürdürme iradelerine de yakından bağlıdır. Talep açısından öne çıkan temel etmenin bireyin ödeme gücü olduğu görülmektedir. Kullanıcı ödentilerinin alt gelir gruplarının hizmete erişimini üst gelir gruplarına kıyasla daha fazla etkilediğine ilişkin kanıtlar elde edilmiştir (**Mossialos ve Thomson, 2003**). Talep, hizmetlere ilişkin bilgi, kültürel inançlar, dolaşlı maliyetler, hasta zamanının fırsat maliyetleri gibi faktörlerden etkilenmektedir.

### **Göç ve sağlık tartışmasında paradigma değişikliği ve mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimi**

Uluslararası Göç Örgütü (UGÖ), göç ve sağlık tartışmasında bir paradigma değişikliğinden söz etmektedir. Buna göre, geleneksel bakış açısında, göç ederek gelenlerin dışlandığı, hastalıkların kontrolüne ve göç edenleri kabul eden toplumların korunmasına odaklanan bir yaklaşım vardır. Bu nedenle standart tarama testleriyle bulaşıcı hastalıklara yönelik erken tanı çalışmaları yürütülmektedir. UGÖ modern yaklaşımda göçmenlerin sağlık ve sosyal açıdan korunmalarını ve eşitsizliklerin azaltılmasını hedefleyen bir yaklaşım olduğunu bildirmektedir. Göreceli olarak sunulan hizmetlerin kapsamı daha geniştir, risk tabanlı protokollerin uygulandığı, sağlığın korunması, geliştirilmesi yanı sıra koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin sunulduğu bir çerçeve söz konusudur. Geleneksel yaklaşım ulusal, modern yaklaşım ülkeler ve sektörler arası işbirliği odaklıdır (**IOM, 2014**). Peki bu paradigma değişikliğinin mültecilerin yaşamlarına yansımaları nedir?

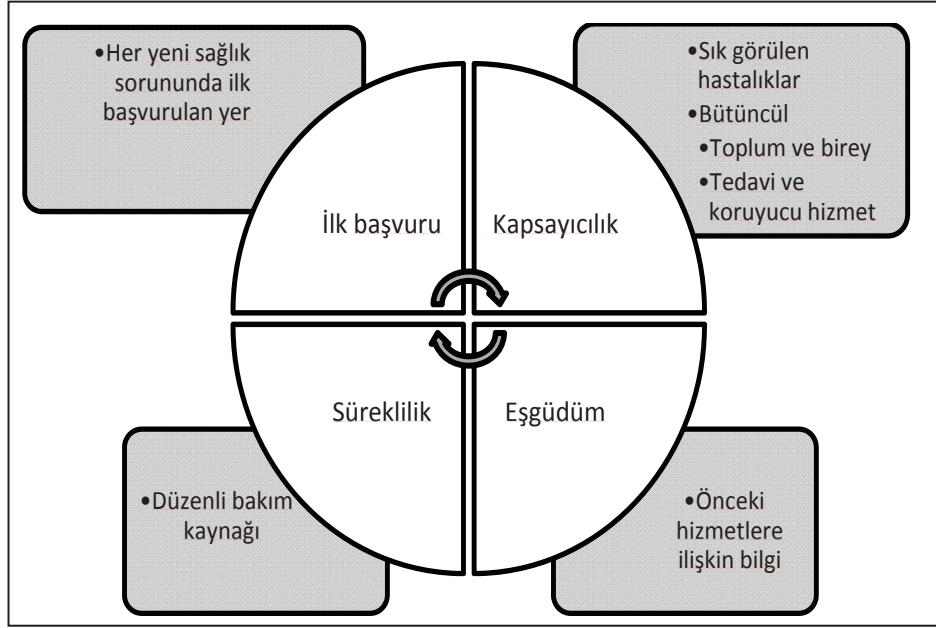
BM Mülteciler Yüksek Komiserliği, mültecilerin sağlık hizmetlerine erişiminin ülke vatandaşları ile benzer kanallarla ve aynı ya da daha düşük fiyatta olması gerektiğini ifade etmektedir (**UNHCR, 2011**). Yani, sağlık hizmetlerinin piyasa koşullarında verildiği ön kabulüyle meseleye yaklaşmaktadır.

Mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimi dendiğinde; birinci basamak sağlık hizmetlerinde sunulan koruyucu, erken tanı, tanı ve tedavi edici hizmetleri, ikinci ya da üçüncü basamak yataklı tedavi kurumlarında sunulan erken tanı, tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri işaret edilmektedir. Sağlık hizmetleri anlık, akut, acil sorunlara yanıt verebilmelidir. Ancak bu yeterli değildir. Çünkü sağlığın korunması, sağlıklılığın sürdürülebilmesi bir yandan sağlığın sosyal belirleyicilerinin insanca bir yaşam sürdürmeyi olanaklı kılacak düzeyde olmasını gerektirir. Diğer yandan bireye ve topluma yönelik koruyucu ve sağaltıcı hizmetlerin bütüncül bir yaklaşımla örgütlenmesi gerekir. Hizmetlerin kapsayıcılığı, sürekliliği ve eşgüdümü bu bağlamda çok önemlidir. Birinci basamak sağlık hizmetleri bu bakımdan sağlık gereksinimlerine yanıt verme potansiyeli açısından çok değerlidir. Şekil 2'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin dört özelliği sunulmuştur. Bu temel özellikler, özellikle mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimi açısından yaşamsal önem taşımaktadır. Bunlar ilk başvuru, kapsayıcılık, süreklilik ve eşgüdümdür.

Her yeni sağlık sorununda ilk başvuru yer olması, sık görülen hastalıkların tanı ve tedavisinin sağlanması, önceki hizmetlere ilişkin bilgi ile bakım hizmetlerinin eşgüdümünün ve düzenli bakım kaynağı olması nedeniyle hizmetin sürekliliğinin sağlanması birinci basamak sağlık hizmetlerinin en temel özellikleridir. Tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetlerine kıyasla daha pahalı hizmetlerdir. Acil sağlık hizmetlerine ve yataklı tedaviye erişememek ölüme yol açabilecektir. Bu nedenle gereksinim doğduğunda uygun sevk koşullarında ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine erişim sağlanabilmelidir.

### **Mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimlerinin önündeki engeller**

Mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimlerinin önünde bazı engeller bulunmaktadır. Tablo 1'de mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimlerinin önündeki engeller sunulmuştur (**Hacker ve ark., 2015**).



Şekil 2. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin dört temel özelliği

Mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimlerinin önündeki engeller sadece mali kısıtlılıklar değildir, ulaşım, mesafe, hizmetlere ilişkin bilgi eksikliği, kültürel farklılıklar, yüksek riskli davranışlar, agresif tedavi yaklaşımları, tedaviye uyum, hasta hekim iletişimi, yetersiz sağlık güvencesi gibi değişkenler de etkilidir (Bonito ve ark., 2005).

Ülke içinde yerinden edilmiş kişilerin sağlık hizmetlerine erişimini de hizmetlerin yakınlığı, ücretsiz hizmet ve ilaç sağlanıp sağlanmaması belirleyebilmektedir. Coğrafi erişim yüksek de olsa, mali yetersizlikler, bilgi eksikliği ve karar süreçlerine katılım sorunları sağlık hizmetlerine erişimi olumsuz etkilemektedir. Özellikle kamp alanlarında coğrafi

erişim yüksektir ancak yerinden edilmiş kişiler tekrar kendi evlerine ya da kamp dışı mekânlara yerleştirildiklerinde erişimin belirgin bir biçimde düştüğü gözlenmektedir. Birincil sağlık hizmetlerinin iyi örgütlenmesi ve iyi bir sevk sisteminin oluşturulması önemlidir (Orach ve ark., 2013).

#### Mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimi nasıl değerlendirilmeli?

Mültecilerin sağlık hizmet kullanımını değerlendirmek için; sağlık bakımı alınan düzenli hizmet kaynağı olan bir yerin varlığı, aşılar vb koruyucu sağlık hizmetlerine erişim, Pap-smear, klinik meme muayenesi, mamografi çekimi, Prostat Spesifik Antijen testi gibi erken tanı testlerinin yapılabilirliği,

Tablo 1. Mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimlerinin önündeki engeller

Başlık	Alt başlık	Tanımlama
Politika	Yasalar, sigorta	Sağlık güvencesi konusunda yasal engeller Sağlık hizmetine erişim için belge gerekmesi
Sağlık sistemi	Dışsal kaynaklara ilişkin sıkıntılar	Bireyin ödeme gücü dışında ulaşım, tercüme, sağlık kurumlarının kapasite yetersizliği
	Ayrımcılık	Etiketleme, damgalanma
	Bürokrasi	Hizmete erişim için karmaşık işlem gerekliliği
Bireysel	Sınır dışı edilme korkusu	Hizmet kullanımı sonrasında sınırdışı edilme korkusu
	İletişim	Dil ve kültürel engeller
	Mali kaynaklar	Kaynak yetersizliği
	Utanma, damgalanma	Çekinme, topluma yük olma ya da damgalanma kaygıları
	Sağlık sistemine ilişkin bilgi	Sağlık sisteminin işleyişine ve haklarına ilişkin bilgi sahibi olmama

son 12 ayda doktor muayenesi, son 12 ayda acil servis başvurusu, ayaktan bakım hizmetleri, reçetelenen ilaçların kullanımı, seçilmiş tıbbi durumlarda yataklı tedaviye erişim, cerrahi tedaviler, maliyetler nedeniyle gecikmiş sağlık bakım başvurusu, maliyetler nedeniyle hizmet almama, etnik köken, yoksulluk gibi değişkenler kullanılmaktadır (**Kirzinger ve ark., 2011; Bonito ve ark., 2005; Asada ve Kephart**). Ayrıca Tognetti, göçmen toplulukların sağlık gereksinimlerini; hastaneye yatma, ana çocuk sağlığı, iş kazaları, travma, bulaşıcı hastalıklar ve ölümlülük verileri üzerinden değerlendirmek gerektiğini belirtmektedir (**Tognetti, 2015**).

### **Türkiye’de Suriyeli mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimi konusunda yapılan yasal düzenlemeler**

AFAD’ın 18 Ocak 2013 tarihli ve 2013/1 sayılı genelgesine göre;

*“...kamplar dışında yaşayan Suriye uyruklular sağlık merkezlerine veya hastanelere gidebilirler ve burada sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanabilirler. Kamp dışında kalan mültecilerin tıbbi bakım hizmetinden yararlanabilmek için Suriyeli mültecilerin kaldığı kampların bulunduğu on şehirden birindeki sağlık merkezlerine ve hastanelere başvurması gerekmektedir. 2013 Ocak itibarıyla bu şehirler: Adana, Adıyaman, Gaziantep, Hatay, Kahramanmaraş, Kilis, Malatya, Mardin, Osmaniye ve Şanlıurfa’dır. Önleyici veya temel sağlık hizmetini kapsayan tıbbi tedavi masrafları AFAD tarafından karşılanacaktır. Eğer bir Suriyeli henüz AFAD’a kaydolmamış ise, yine de bu on şehirdeki Devlet Hastanelerine başvuruda bulunabilir ve bu esnada hastanede tayin edilmiş olan görevli, sağlık hizmetinin verilebilmesi için ön kayıt işlemini gerçekleştirir.”*

AFAD ayrıca 9 Eylül 2013 tarihinde çıkardığı ek genelge ile Türkiye’nin 81 ilinde Suriye uyrukluların sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanması yönünde talimat vermiştir. Kayıt işleminin Türkiye’nin 81 ilinde, sağlık merkezlerinde ve Yabancılar Şubesi görevlilerince gerçekleştirilmesi öngörülmüştür. Bu genelge, prensipte sağlıkla ilgili bir önceki genelgenin kapsamını genişletmekte ve ülke genelinde şehirlerde kalan Suriyelilerin kayıt altına alınması işleminin ölçeğini büyütmektedir.

Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu’nun 91. Maddesine dayanılarak hazırlanan Geçici Koruma Yönetmeliği ile ülkemize 28.04.2011 tarihinden itibaren gelen Suriyeliler “geçici koruma” statüsüne alınmıştır (**Yönerge, 2014**). Yönetmelik kapsamında

ilgili bakanlıklar ile kamu kurum ve kuruluşları tarafından verilen hizmetlerin AFAD koordinasyonunda yürütüleceği, sağlık hizmeti giderlerinin AFAD tarafından karşılanacağı düzenlenmiştir.

Yönetmeliğe göre: Türkiye’ye giriş yapan Suriyeliler, kayıt olmak zorundadır, kayıt işlemini tamamlayanlar bulaşıcı ve salgın hastalıklardan korunma hizmetleri ve acil sağlık hizmetleri dışında sağlık hizmetlerinden yararlanamazlar. Kalmalarına izin verilen illerde sağlık hizmeti almaları esastır. Bu kişilere Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı tarafından genel sağlık sigortalıları için karşılanan sağlık hizmetleri dışında sağlık hizmeti sağlanamaz. Sağlık Bakanlığınca geçici koruma altındaki yabancılara sunulacak sağlık hizmetlerinin kapsamı Sağlık Uygulama Tebliği’nde daraltma yapılmak suretiyle gösterilebilir. Sınırlarımızdan ülkemize yaralı olarak gelen organ ve uzuv kaybına uğramış olan geçici koruma altındaki yabancılara asgari düzeyde basit, mekanik ortez ve protezlerine ilişkin asgari düzeyde tedavi giderleri karşılanabilir. Hastane başvurularında 99 ile başlayan yabancı kimlik numarası istenmektedir. Hizmet bedelleri ise AFAD tarafından afet ve acil durum faaliyetleri ödeneğinden Sağlık Bakanlığınca ödenek aktarmak suretiyle karşılanacaktır (**Genelge 2015/8**).

Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslarda; Göçmen Sağlığı Merkezlerinde birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri, aşı ve diğer koruyucu sağlık hizmetleri ile üreme sağlığı hizmetleri sunulduğu ifade edilmektedir. Ayrıca yaş ve cinsiyet gruplarına yönelik gebe, lohusa, yeni doğan, bebek, çocuk ve benzeri izlem ve taramalarla sağlık eğitimleri verildiği belirtilmektedir.

Bu hizmetlere erişim için SGK provizyonu alınması gerekmektedir. SGK provizyonu alınamayan hastaların ise sadece acil sağlık hizmetleri ile halk sağlığını tehlikeye düşürebilecek bulaşıcı ve salgın hastalık durumlarında birinci basamak sağlık hizmetlerinden kimlik beyanına göre faydalanacakları belirtilmektedir (**Yönerge, 2014**). Türkiye’de mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimini nesnel bir biçimde ortaya koyabilmek için bazı saptamalar yapmakta yarar vardır.

### **Mülteciler için düzenlenen sağlık hizmetleri talep eksenli kurgulanmıştır**

Geçici koruma statüsü Suriyeli mültecilere, diğer ülkelerden gelen kişilerle karşılaştırıldığında

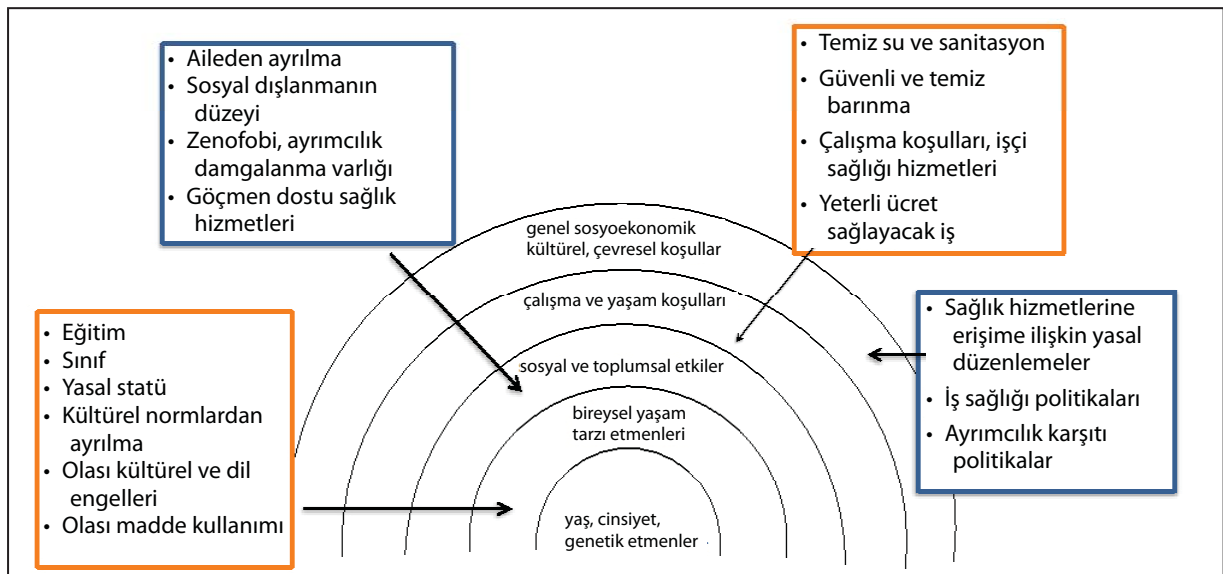
sağlık hizmetlerine erişim konusunda göreceli olarak daha fazla olanak sağlamaktadır. Ancak mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimi talep eksenlidir. Nüfus tabanlı, bütünlüklü, kapsayıcı, diğer hizmetlerle eşgüdümün sağlandığı bir biçimde örgütlenmemiştir. Özellikle kırsal bölgelerde geçici tarım işçiliği yapan mültecilerin hizmete erişimi sorunludur. Yukarıda söz edildiği gibi sağlık hizmetlerine erişimin gerçekleşebilmesi için sunulan hizmetin yaklaşılabilir, kabul edilebilir, kullanılabilir, karşılığı ödenebilir ve uygun olması, buna karşılık hizmeti kullananların algılayabilme, arayabilme, ulaşabilme, ödeyebilme, kullanabilme müktedirliklerinin olması gerekir. Özellikle sağlık hizmeti talebinin oluşabilmesinin bileşenleri yönünden mülteciler dezavantajlı durumdadır. Çünkü tüm bireyler sağlık gereksinimlerini fark edemeyebilirler. Bunun temelinde kimi sağlık sorunlarının semptom vermeden gelişebilmesi ya da bireylerin sağlık ve hastalık konusundaki algı, bilgi ve farkındalıklarının yeterli olmaması yatabilir. Sadece hissedilen sağlık gereksinimlerinin talebe dönüşme olasılığı vardır, ancak her hissedilen gereksinim talebe dönüşmemektedir. Gereksinimi talebe dönüştürmemenin arkasında işsizlik, sosyal güvencesizlik, yoksulluk, hizmete uzaklık gibi etmenler, genel olarak gereksinim fark edilse de talebe dönüşmesini engellemektedir. Bu etmenlere ek olarak mültecilerin gerekli kimlik belgelerinin olmaması, sağlık hizmetlerinin işleyişine ve haklarına ilişkin bilgi sahibi olmamaları, topluma yük olma ya da damgalanma kaygıları, sınırdışı

edilme korkusu ve Türkçe bilmemeleri de hizmete erişimin önünde engel oluşturmaktadır. Öte yandan her talep karşılanamamaktadır, burada tıbbın tanı ve tedavi olanaklarının kısıtlılığı yanı sıra belirleyici olan Sağlık Uygulama Tebliğinin çerçevesidir. Sosyal Güvenlik Kurumunun karşılamadığı hizmetler için tek çare cepten ödeme yapılmasıdır. Kaldı ki Suriyeliler dışındaki mülteciler açısından hizmete erişim tümüyle cepten ödeme ile karşılanmak durumundadır.

Sözün özü her sağlık gereksinimi talebe dönüşmemektedir. Hissedilmeyen gereksinimi, talebe dönüşmeyen isteği ve karşılanmayan talebi hesaba katmayan bir sağlık hizmetleri kurgusunda, toplumun, gereksinimlerini ifade etme konusunda yetersizlikleri olan en kırılgan kesimler sistem dışında kalacaktır. Mülteciler bu toplum kesimlerinin başında gelmektedir.

### Mülteciler sağlığın sosyal belirleyicileri açısından dezavantajlıdır

Sağlık; sağlık hizmetlerinden ibaret değildir, sağlığın sosyal belirleyicileri bireylerin ve toplumların sağlığının temel belirleyicidir. Şekil 3'te Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlığın sosyal belirleyicileri için çizdiği kavramsal çerçevenin göçe uyarlanmış biçimi sunulmuştur (WHO, 2008). Yerleşik ve barış koşullarındaki yaşamlarında insanların sağlıklarını etkileyebilecek etmenler; bireylerin demografik özellikleri, yaşam tarzları, sosyal ve toplumsal etkiler, çalışma ve yaşam koşulları ve genel sosyoekonomik, kültürel ve çevresel koşullar katmanlar



Şekil 3. Göç ve sağlığın sosyal belirleyicileri

biçiminde sınıflandırılmıştır. Kutucukların içinde ise her bir katmanı göç nedeniyle etkileyebilecek değişkenler sıralanmıştır. Yerinden olma, göçe zorlanma, mültecilik durumunda Şekil 3'te sıralanan tüm değişkenlerin olumsuz etkilenebileceğini söylemek olanaklıdır. Yerleşik yaşamda sahip olunan eğitim, kültür, dile ilişkin olanaklar zarar görecektir. Bireylerin yasal statüleri tahrip olacak, aileden ayrılma, sosyal dışlanma, ayrımcılık gibi deneyimler gündeme gelebilecektir. Aynı zamanda temel barınma, sanitasyon koşulları ortadan kalkacak, nitelikli ve güvenceli bir iş sahibi olmak neredeyse olanaksız olacaktır. Hizmetlere erişim ise göç edilen ülkedeki yasal koşullarla sınırlı olmak üzere, genellikle yetersiz kalacaktır. Göç süreci planlanan bir biçimde gerçekleşmemiş ise, yerinden olmuş, göçe zorlanan ya da mülteci, adı ne olursa olsun; bu bireylerin sağlıkları tehdit altındadır, er ya da geç bozulacaktır.

Navarro, sağlığın sosyal belirleyicilerini gruplandırarak üç temel başlık altında irdelemektedir (**Navarro, 2007**). İlk grupta sağlığın yapısal belirleyicileri de denilen, politik, ekonomik, sosyal ve kültürel belirleyiciler yer almaktadır. Göç öncesindeki koşulları ne olursa olsun, mültecilerin çoğunluğunun yabancı bir ülkede insanca bir yaşam sürdürebilecek ekonomik, kültürel, sosyal koşulları yoktur, göç etmek zorunda kalmış kişiler sağlığın yapısal belirleyicileri konusunda dezavantajlıdır. Burada temel sorunlardan biri de toplumun en yoksul kesimleriyle mültecilerin, emek piyasasında rekabete girmek zorunda bırakılmaları ve düşmanlaşmalarıdır. Yerleşik toplulukların mültecileri bir tehdit olarak algılamaları, bu yönde davranabilmeleridir. Toplumun sağlığı açısından bu durum başlı başına bir risk oluşturmaktadır.

İkinci grupta yaşam tarzı belirleyicileri yer almaktadır. Mülteciler yaşam tarzından kaynaklanan riskleri ortadan kaldıracabilecek olanaklardan yoksundurlar. Aksine yaşam tarzından kaynaklanan risklerin göçmen topluluklarında yoğunlaştığını söylemek olanaklıdır.

Üçüncü ve son grupta ise Navarro'nun sosyalleştiren ve güçlendiren belirleyiciler olarak tanımladığı ve yapısal belirleyiciler ile yaşam tarzı belirleyicilerini bağdaştıran, bireysel ve kolektif müdahaleler yer almaktadır (**Navarro 2007**).

## Sonuç

Sağlıklı bir toplumdan söz edebilmek için, yerleşik topluluklar ya da mülteciler açısından öncelikle

baskı, ayrımcılık, sömürü ve marjinalleştirilmenin ortadan kaldırılması gerekir. Göçmenlerin sağlık eşitsizliklerinin ortadan kaldırılabilmesi için genel olarak sosyal eşitsizliklerin eliminasyonu gerekir (**Tognetti, 2015**). Mülteciler, sağlığın sosyal belirleyicileri bakımından dezavantajlı durumdadır, sağlığı tehdit eden risklere daha açıktırlar.

Whitehead; sağlıkta eşitsizliklerin eşlik ettiği zorlu dönemlerde sağlık sisteminin nasıl bir yanıt verdiğini sorgulamak gerekir der (**Whitehead, 1997**). Türkiye'ye sığınmış ya da buradan Avrupa'daki ülkelere geçiş yapmaya çalışan Suriye dışındaki ülkelere gelen kişiler için bir düzenleme yapılmamıştır, sağlık hizmetlerine erişimleri de emek piyasasındaki performansları üzerinden ve tümüyle cepten ödeme ile gerçekleşmek durumundadır.

Sağlık hizmetlerine erişim sadece teknik değil, sosyal ve politik bir meseledir ve sağlığın tüm vatandaşlar için hak olarak tanımlandığı bir çerçevede, mültecilere eşit vatandaşlık haklarının tanınacağı koşullarda nitelikli, eşitlikçi, gereksinimleri temel alan bir sağlık hizmetine erişim ancak sosyal devletin yeniden inşasıyla mümkündür.

Evet, sağlık hizmetlerine erişim zorunlu göçün yattığı devasa, yıkıcı süreçle baş etmede kuşkusuz önemli bir yere sahiptir. Ancak mültecilerin daha insanca bir yaşam sürdürebilmeleri, sağlığın sosyal belirleyicilerinin iyileştirilmesiyle olanaklıdır. Toplumsal dayanışma, yerleşik nüfusun bireylerinin, mültecileri kendi sağlıkları için bir tehdit olarak görmedikleri, kendi sağlıklarının iyileşmesini toplumun en kırılgan, sömürülen topluluklarının sağlığının iyileşmesi ile ilintilendirdiklerinde gelişecektir. Mültecilerin daha insanca bir yaşam sürdürebilmelerinin ve sağlığın sosyal belirleyicilerinin iyileştirilebilmesinin temelinde toplumsal dayanışma yatmaktadır.

## Kaynaklar

**Aday, L.A., Andersen, R.** (1974) A Framework for the study of access to medical care, *Health Services Res.* 9 (3) : 208-220.

**Allin, S., Masseria, C. Sorenson, C. Papanicolas, I., Mossialos, E.** (2007) *Measuring inequalities in access to health care. A review of the indices European Commission Directorate-General "Employment, Social Affairs and Equal Opportunities" Unit E1 - Social and Demographic Analysis Manuscript.*

**Andersen, R.M.** (1995) Revisiting the behavioral model and access to medical care: does It matter? *J Health So Beha*, 36:1-10.

**Asada, Y., Kephart, G. (tarihsiz)**, "Understanding Different Methodological Approaches to Measuring Access to Health Care" *Department of Community Health and Epidemiology Dalhousie*



Universit.y Erişim Tarihi 25 Şubat 2018, <http://www.chepa.org/docs/default-document-library/chepa--understanding-different-methodological.pdf?sfvrsn=0>.

**Bonito, A.J., Eicheldinger, C.R., Lenfestey, N.F.** (2005) "Health Disparities: Measuring Health Care Use And Access For Racial/Ethnic Populations" RTI International CMS Contract No. 500-00-0024, Task No. 8 April 2005.

**Canadian Oxford Dictionary** (1998) Toronto: Oxford University Press.

**WHO** (2008) Commission on Social Determinants of Health, Closing the Gap in a Generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the commission on social determinants of health, Geneva,.

**Daniels, N.** (1982) Equity of Access to health care: some conceptual and ethical issues. *Milbank Mem Fund Q*, 60:51-81.

**Donabedian, A.** (1973) *Aspects of medical Care administration*. Cambridge: Harvard University Press.

**Frenk, J.** (1992) The concept and measurement of accessibility. In *Health Services Research: An Anthology*. Edited by White KL, Frenk J, Ordonez C, Paganini JM, Starfield B. Washington: Pan American Health Organization; 858-864.

**Genelge 2015/ 8** (2015) T.C. Başbakanlık, Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı Geçici Koruma Altındaki Yabancılara ilişkin Sağlık Hizmetleri Yürütülmesi.

**Goddard, M., Smith, P.** (2001) Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. *Soc Sci Med*, 53:1149-1162.

**Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J.** (2002). "What does 'access to health care' mean?" *Journal of Health Services Research and Policy* 7(3): 186-188.

**Hacker, K., Anies, M., Folb, B.L., Zallman, L.** (2015). Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review, *Risk Manag Healthc Policy*. 8: 175-183.

**Haddad, S., Mohindra, K.** (2002) Access, opportunities and communities: ingredients for health equity in the South. Paper presented at the Public Health and International Justice Workshop. New York: Carnegie Council on Ethics and International Affairs.

**Harris, M.F., Harris, E., Roland, M.** (2004) "Access to primary health care: three challenges to equity". *Aust J Prim Health*, 10:21-29.

**İktisat Terimleri Sözlüğü** (2004) Erişim tarihi 15 Mayıs 2018 [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_bts&view=bts&kategori=1=veritbn&kelimesec=115045](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts&kategori=1=veritbn&kelimesec=115045).

**IOM** (2014) Migration Health Annual Review. Erişim tarihi: 08.05.2018 <https://publications.iom.int/books/migration-health-annual-review-2014>.

**KAMİS** (Kamu İnternet Siteleri Rehberi Projesi) web sayfası Erişim Tarihi 15 Mayıs 2018 <https://kamis.gov.tr/erisebilirlik-nedir/>

**Kirzinger, W.K., Cohen, R.A., Gindi, R.M.** (2012) Health Care Access and Utilization Among Young Adults Aged 19-25: Early Release of Estimates From the National Health Interview Survey, January-September 2011 CDC.

**Krishnan, T.N.** (2000) Access to Health and the Burden of Treatment in India: An Inter-state Comparison. In *Disinvesting in Health*. Edited by Mohan R. New Delhi: Sage: 208-232.

**Levesque, J.F., Harris, M.F., Russell, G.** (2013) Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations, *International Journal for Equity in Health*, 12:18 <http://www.equityhealthj.com/content/12/1/18>.

**Mooney, G.** (1983) Equity in health care: confronting the confusion. *Eff Health Care*, 1:179-185.

**Mossialos, E., S. Thomson** (2003) Access to health care in the European Union: the impact of user charges and voluntary health insurance. Access to health care. M. Gulliford and M. Morgan. London, Routledge.

**Navarro, V** (2007) What is a national health policy? *International Journal of Health Services*, 37 (1): 1-14.

**Oliver, A., Mossialos E.** (2004) "Equity of access to health care: outlining the foundation for action." *Journal of Epidemiology and Community Health* 58(8): 655-8.

**Orach, C.G., Aporomon, J.F., Musoba, N., Micheal, L.** (2013) "Accessibility and availability of health care services to internally displaced persons, in Kitgum and Pader districts, northern Uganda" *Health*, 5(9): 1433-1442.

**Shengelia, B., Murray, C.J.L., Adams, O.B.** (2003) Beyond access and utilization: defining and measuring health system coverage. In *Health Systems Performance Assessment. Debates, methods and empiricism*. Edited by Murray CJL, Evans DB. Geneva: World Health Organization, 221-234.

**Tognetti, M.** (2015) "Health Inequalities: Access to Services by Immigrants in Italy" *Open Journal of Social Sciences*, 3, 8-15.

**UNHCR** (2011) Ensuring Access to Health Care Operational Guidance on Refugee Protection and Solutions in Urban Areas. Erişim tarihi: 08.05.2018. <https://cms.emergency.unhcr.org/documents/11982/39268/UNHCR%2C+Operational+guidance+on+refugee+protection+and+solutions+in+urban+areas+%E2%80%93+Ensuring+access+to+health+care/300ef365-188c-4b34-aa32-c00a387ee098>

**UNHCR Türkiye** (2013) Sıkça Sorulan Sorular Türkiye'deki Suriyeli Mülteciler.

**Waters, H.R.** (2000) Measuring equity in access to health care. *Soc Sci Med*, 51:599-612.

**Whitehead, M.** (1992) The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*, 22:429-445.

**Whitehead, M., Evandrou, M.** (1997) "As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to access to care?" *British Medical Journal* 315: 1006-1009.

**Yönerge** (2014) Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar Hakkında 22.10.2014 tarihli ve 29153 sayılı Yönerge.