

## Bölüm 12

# ULUSLARARASI KORUMA STATÜSÜNE SAHİP KİŞİLER İÇİN SAĞLIK POLİTİKALARI: TÜRKİYE ÖRNEĞİ

Yunus KARA<sup>1</sup>  
Filiz ER<sup>2</sup>

### GİRİŞ

Geçmişten günümüze tarihsel gelişim izlendiğinde göç ve başka bir ülkeye sığınma olguları gözlemlenmektedir. Özellikle iki büyük dünya savaşı ve bu savaşlara neden olan uluslararası çatışmalar ve imparatorlukların çözülmesi sürecinde dünya, büyük ve kitlesel göç hareketleri ile karşı karşıya kalmıştır. 21. yüzyıla bakıldığında ise Ortadoğu merkezli coğrafya için de aynı şeyi söylemek mümkündür. Göç ve sığınma olgularının, göç alan ülkeler üzerinde yarattığı siyasal, ekonomik, kültürel ve en önemlisi uluslararası koruma statüsündeki insanların karşı karşıya kaldığı temel insan hakları sorunları dünya kamuoyunu çözüm arayışına sürüklemiştir. Bu kapsamda Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (BMMYK) 1 Ocak 1951 tarihinde kurulmuştur (BMMYK 2022). BMMYK, uluslararası koruma statüsündeki ve özellikle mültecilerin sığındıkları ülkede korunmalarını sağlamak ve ülkeye bu amaç için elinden geldiği kadar yardımcı olmakla görevlendirilmiştir. Diğer bir uygulama ise uluslararası düzeyde bir metin olan, mültecilerin hukuki durumunu ve mültecilerin yöneldiği ülkelerin siyasal, ekonomik, kültürel ve diğer sorumluluklarını düzenleyen 1951 tarihli Cenevre Sözleşmesi'dir (Barkın 2014). Sözleşme'nin 1. maddesinde; 1 Ocak 1951'den önce meydana gelen olaylar sonucunda ülkesi dışında bulunan şahıslar ve 1 Ocak 1951'den önce meydana gelen olaylar ibarelerinin bulunması coğrafi bir sınırlamayı söz konusu hale getirmiştir. Sözleşmenin ilk taraf devletlerinden olan Türkiye, 29 Ağustos 1961 tarihinde bu konudaki deklarasyonunu açıklamış ve başlangıçtaki ibareyi, Avrupa'da meydana gelen olaylar şeklinde anladığını ve kabul ettiğini ifade etmiştir. Böylece Türkiye 1951 Sözleşmesini ciddi bir coğrafi

<sup>1</sup> Doç. Dr. Sinop Üniversitesi, kara.yunus93@gmail.com, ORCID iD: 0000-0002-7812-5845

<sup>2</sup> Dr. Sinop Üniversitesi, filliztokgoz@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0001-5065-3809

sınırlama ile kabul etmiştir. 1967 yılında ise Birleşmiş Milletler Genel Kurulu, 1951 Sözleşmesi'nde bazı değişiklikler öngören Mültecilerin Hukuki Statüsüne İlişkin Sözleşmeye Ek Protokol'ü (1967 Protokolü ya da New York Protokolü) kabul etmiştir. 1967 Protokolü'nün Cenevre Sözleşmesi'ne getirdiği en önemli düzenleme olan ve bu sözleşmede yer alan 1 Ocak 1951' den önce meydana gelen olaylar ifadesi çıkarılmıştır. Türkiye, Bakanlar Kurulu'nun 1 Temmuz 1968 tarihli kararı ile Protokole katılmıştır. Ancak 1951 Sözleşmesi ile getirdiği coğrafi kısıtlamayı kaldırmamış ve günümüze kadar muhafaza etmeye devam etmiştir. 1951 Cenevre Sözleşmesi ve özellikle 1967 Protokol'ünün dayanağı ise Birleşmiş Milletler Antlaşması ve İnsan Hakları Evrensel Bildirisi'dir (Barkın 2014). 1951 Cenevre Sözleşmesi ve coğrafi sınırlamanın kaldırıldığı 1967 Protokol'ü ile birlikte mültecilere yönelik uluslararası bir bakış açısı kazandırılması, mülteci statüsüne ise asgari bir ölçüt kazandırıldığını söylemek mümkündür.

## **ULUSLARARASI KORUMA VE ULUSLARARASI KORUMA ÇEŞİTLERİ**

Uluslararası koruma; kişilerin, ırk, din, siyasi görüş, milliyet veya belirli bir toplumsal gruba aidiyet sebebiyle ülkelerinde zulme maruz kalması ya da zulüm görme tehlikesi sebebiyle ülkelerini terk etmeleri ve bu sebeplerden ülkelerine dönemeyecek durumda olmaları ya da savaş veya iç çatışma gibi sebeplerden dolayı kimsenin güvende olmadığı, ayırım gözetmeyen şiddet olayları nedeniyle ülkelerini terk etmek zorunda kalmaları ve geri dönemeyecek durumda olmaları, ülkelerine geri dönmeleri durumunda ölüm cezasına çarptırılmaları veya haklarında verilmiş olan ölüm cezasının infaz edilmesi ya da işkence veya başka türlü onur kırıcı muamelelere maruz kalma tehlikesi sebebiyle geri dönemeyecek durumda olup güvenli bir başka ülkede korunmasıdır (GİB 2023).

Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu'na (2013) göre uluslararası koruma çeşitleri; mülteci, şartlı mülteci, ikincil koruma ve geçici korumadır. İlgili kanunun 61. maddesine göre mülteci; Avrupa ülkelerinde meydana gelen olaylar nedeniyle; ırkı, dini, tabiiyeti, belli bir toplumsal gruba mensubiyeti veya siyasi düşüncelerinden dolayı zulme uğrayacağından haklı sebeplerle korktuğu için vatandaşı olduğu ülkenin dışında bulunan ve bu ülkenin korumasından yararlanamayan ya da söz konusu korku nedeniyle yararlanmak istemeyen yabancıya veya bu tür olaylar sonucu önceden yaşadığı ikamet ülkesinin dışında bulunan, oraya dönemeyen veya söz konusu korku nedeniyle dönmek istemeyen vatansız kişidir. Kanunun 62. maddesine göre şartlı mülteci; Avrupa ülkeleri dışında meydana gelen olaylar sebebiyle; ırkı, dini, tabiiyeti, belli bir toplumsal

gruba mensubiyeti veya siyasi düşüncelerinden dolayı zulme uğrayacağından haklı sebeplerle korktuğu için vatandaşı olduğu ülkenin dışında bulunan ve bu ülkenin korumasından yararlanamayan, ya da söz konusu korku nedeniyle yararlanmak istemeyen yabancıya veya bu tür olaylar sonucu önceden yaşadığı ikamet ülkesinin dışında bulunan, oraya dönemeyen veya söz konusu korku nedeniyle dönmek istemeyen vatansız kişidir. Üçüncü ülkeye yerleştirilinceye kadar, şartlı mültecinin Türkiye’de kalmasına izin verilir. Yine ilgili kanunun 63. maddesine göre ikincil koruma; mülteci veya şartlı mülteci olarak nitelendirilemeyen, ancak menşe ülkesine veya ikamet ülkesine geri gönderildiği takdirde; ölüm cezasına mahkûm olacak veya ölüm cezası infaz edilecek, işkenceye, insanlık dışı ya da onur kırıcı ceza veya muameleye maruz kalacak, uluslararası veya ülke genelindeki silahlı çatışma durumlarında, ayırım gözetmeyen şiddet hareketleri nedeniyle şahsına yönelik ciddi tehditle karşılaşacak olması nedeniyle menşe ülkesinin veya ikamet ülkesinin korumasından yararlanamayan veya söz konusu tehdit nedeniyle yararlanmak istemeyen yabancı ya da vatansız kişidir. Geçici koruma ise; kitlesel akın olaylarında acil çözümler bulmak üzere geliştirilen bir koruma biçimidir. Devletlerin geri göndermeme yükümlülükleri çerçevesinde kitleler halinde ülke sınırlarına ulaşan kişilere, bireysel statü belirleme işlemleri ile vakit kaybetmeden, uygulanan pratik ve tamamlayıcı bir çözüm yoludur. 6458 sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanununun (2013) 91. maddesine göre: “Ülkesinden ayrılmaya zorlanmış, ayrıldığı ülkeye geri dönemeyen, acil ve geçici koruma bulmak amacıyla kitlesel olarak sınırlarımıza gelen veya sınırlarımızı geçen yabancılara geçici koruma sağlanabilir. Bu kişilerin Türkiye’ye kabulü, Türkiye’de kalışı, hak ve yükümlülükleri, Türkiye’den çıkışlarında yapılacak işlemler, kitlesel hareketlere karşı alınacak tedbirlerle ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşlar arasındaki iş birliği ve koordinasyon, merkez ve taşrada görev alacak kurum ve kuruluşların görev ve yetkilerinin belirlenmesi, Bakanlar Kurulu tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir” ifadeleri yer almaktadır. Ülkemizde bulunan Suriyeli sığınmacılar geçici koruma kapsamında değerlendirilmektedir (Mültecilerle Dayanışma Derneği 2015).

Kişilerin ve toplumun refah, huzur ve mutluluğunu sağlamaya, kişinin temel hak ve hürriyetlerini, sosyal hukuk devleti adaleti ilkeleriyle bağdaşmayacak şekilde sınırlayan siyasal, ekonomik ve sosyal engelleri kaldırmaya, insanın maddi ve manevi varlığının gelişmesi için gerekli şartları hazırlaması, devletin temel amaç ve görevleri arasındadır. Ayrıca Briggs (1961), sosyal devleti; bireyleri ve aileleri karşılaşma olasılığı yüksek sosyal risklere karşı korumak ve bu riskleri en aza indirmeye yönelik çalışmaları yapmakla yükümlü, bu sorumluluğun bir

sonucu olarak toplumun bütün kesimleri arasında eşitliğin ve adaletli paylaşımın oluşmasının önündeki engelleri de kaldırmakla görevli ve vatandaşlarına asgari düzeyde bir gelir ve daha iyi yaşam koşullarına sahip olma olanaklarını da sağlayan devlet biçimi olarak tanımlamıştır (Powell, 2018).

Sosyal devletin yerine getirmekle yükümlü oldukları sorumluluklarını sosyal politikalar aracılığıyla gerçekleştirebilmesi mümkün olabilmektedir. Sosyal politikayı; dar, geniş ve üçüncü kuşak anlamlarında açıklamak faydalı olacaktır. Dar anlamda sosyal politika; işçi sınıfına ve onun çok temel sorunlarına yönelik dar kapsamlı, sınırlı amaçlı bir politikadır (Koray, 2005). Geniş anlamda sosyal politika; toplumun bağımlı çalışan, ekonomik yönden güçsüz ve özel olarak bakım, gözetim, yardım, desteklenme gereksinimi duyan kesimlerinin ve grupların karşılaştıkları ya da karşılaşılabilecekleri risklere, olumsuzluklara karşı en geniş biçimde korunmalarına yönelik kamusal politikaları konu alan sosyal bir bilim dalıdır (Altan, 2009). Üçüncü kuşak sosyal politikalar ise; toplumsal hayatı olumsuz etkileyen ve toplumsal bütünlüğü tehdit eden sosyal dışlanma, ayrımcılık, çevre, tüketici hakları, dezavantajlı gruplar olarak nitelendirilen çocuklar, gençler, kadınlar, yaşlılar, engelliler, eski hükümlüler, göçmenler ve diğer gruplara yönelik gerçekleştirilen uygulamalardır (Serdar, 2016).

İnsan hakları, insan onuruna yakışır bir yaşam standardının bütün vatandaşlara ulaştırılması, eşit ve adaletli bir hak anlayışının benimsenmesi, sosyal devlet olmanın vazgeçilmez unsurlarındandır. Bu kapsamda sosyal devlet olmanın şartları düşünüldüğünde en önemli sosyal politika uygulamalarından birisi de sağlık politikalarıdır. Sağlık politikalarının ana hedefi sağlıklı bireylerden oluşan sağlıklı bir topluma ulaşmaktır. Doğru ve sürdürülebilir sağlık politikaları için bilimsel, hukuki ve teknolojik alt yapının oluşturulması gereklidir. Uluslararası koruma statüsüne sahip olan kişiler; güç yaşam koşulları, barınma, beslenme ile ilgili sorunlar, sağlık hizmetlerine ve sosyal hizmetlere ulaşımında güçlükler, şiddet vb. pek çok nedenle sağlık açısından en savunmasız gruplar arasındadır. Bu kişilere yönelik sağlık hizmetleri ülkeden ülkeye değişmekle birlikte gelişmiş ülkeler de dahil olmak üzere istenen düzeyde değildir. Uluslararası koruma statüsüne sahip kişiler için bu sağlık politikalarının düzenlenmesi ve gerçekleştirilmesi önem arz etmektedir.

## **DÜNYA'DA ULUSLARARASI KORUMA ARAYANLAR İÇİN SAĞLIK POLİTİKALARI**

Uluslararası mülteci hukukuna baktığımızda sağlık hakkının mülteciler için 1951 Cenevre Sözleşmesinin 24. maddesinde bulunduğunu görmek mümkündür.

Uluslararası insan hakları hukukunun önemli bir parçası olan Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme'nin 12. maddesinde herkesin ulaşılabilecek en yüksek fiziksel ve zihinsel sağlık standardına sahip olma hakkı yer almaktadır (BM, 1966). Bu sözleşmeler ışığında, uluslararası koruma arayanlar için dünya ülkelerinin bir kısmında gerçekleştirilen sağlık politikaları bir sonraki bölümde incelenmiştir.

### **Almanya Örneği**

Almanya'da uluslararası koruma sahibi kişilerin sağlık hizmetlerine erişimi Alman vatandaşları ile paraleldir ve işsiz mültecilerin sağlık sisteminde düzenlenen yardımlara erişimi bulunmaktadır. Bu yardımlara ortopedik ameliyatlar ve aletler, görme ve duyma bozukluklarının tedavisi ve diş sağlığı bakımı dahil değildir (Pross, 1998). Resmi sığınma başvurusu kabul edilmeyenler sadece akut hastalıklarda, acil durumlarda ve şiddetli ağrı durumları için hastanelere ve doktorlara başvuru yapabiliyorken uluslararası koruma statüsünde olan bireyler tam sağlık sigortasından faydalanabilmektedir.

### **Avusturya Örneği**

Avusturya'da sağlık hizmetleri birincil, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri olarak ayrılmaktadır. Birincil sağlık hizmetleri çoğunlukla hastaların ilk temas ettiği sağlık profesyonelleri olan aile hekimleri tarafından sunulmaktadır. İkincil ve üçüncül sağlık hizmetleri ise; yataklı tedavi sunan ve bu tedavilerin fonlanan hastane ya da fonlanmayan hastanelerde verildiği sağlık hizmetleridir (Sargutan, 2010). Uluslararası koruma statüsündeki kişiler, bu sağlık hizmetlerine Avusturya vatandaşları ile aynı erişim hakkına sahiptir (DRC, 2000).

### **Belçika Örneği**

Belçika sağlık sisteminin en belirgin avantajları sosyal sigorta sistemi içinde hemen hemen tüm alanları kapsayan bir sağlık sigorta sistemine sahip olması, iyi kalitede hizmet sunması, düşük ek ödemeler, sağlık hizmetini sunan kişi veya kurum ile istenilen sigorta kuruluşunu seçmedeki özgürlük, istenilen tedavi şeklinin talep edilebilmesidir (Sargutan, 2010). Mülteciler, sağlık ve maluliyet sigortası ile ilgili olarak, Belçika vatandaşları ile aynı şekilde muamele edilirler. Sağlık sigortası, medikal ve paramedikal ilaç ve hastane hizmetleri için tüm masrafların geri ödenmesini kapsamaktadır (DRC, 2000).

### **Fransa Örneği**

Fransa sağlık sisteminde, hastalar hizmeti verecek kişi veya kurumu seçmekte serbesttir. Hastalar herhangi bir pratisyen veya uzmana hastanede veya özel klinikte, sevk sistemi olmadan muayene olabilirler. Hastalar kendi seçimine göre özel hastanede veya devlet hastanesinde yatabilir (Sargutan, 2010). Fransa'da ikamet eden tüm yabancıların Uluslararası Göç Örgütü (IOM) tarafından verilen tıbbi sertifikaya sahip olması gerekmektedir. Fransız vatandaşları gibi, mülteciler ulusal sağlık sistemine erişim hakkına sahiptir. Ayrıca mülteciler, düşük gelirli vatandaşların almış olduğu tüm sağlık giderlerini kapsayan devletin tıbbi yardım hizmetine de erişim sağlayabilmektedirler (DRC, 2000).

### **Hollanda Örneği**

Hollanda'nın sosyal güvenlik sistemi, milli sigorta (geliri bulunan veya bulunmayan bütün vatandaşları kapsayan) ve vatandaşların gelirine dayalı sigorta sistemlerinin bir arada yürütülmesine dayanmaktadır. Sağlık sisteminde de benzer bir durum söz konusudur (Dörr ve Faist, 1997). Sığınmacıların ve mültecilerin Hollanda'da düzenli olarak sağlık hizmetlerine erişimi bulunmaktadır. Mülteciler, vatandaşlar ile eşit sağlık hakkına sahiptir (DRC, 2000). Sığınmacılar, ülkeye giriş yaptıklarında, tarama ve karşılama merkezlerine gönderilmekte ve bu merkezlerde ayrıntılı bir sağlık kontrolünden geçmektedir. 18 yaş altı çocuk sığınmacıların aşıları kontrol edilmekte ve aşılama programı kapsamında tamamlanmaktadır (akt. ASPB, 2015).

### **İspanya Örneği**

İspanya'nın sağlık sistemi; herkes için ücretsiz tıbbi bakıma ulaşabilme imkânının sağlanmasıyla tam bir kapsayıcılık, temel olarak genel vergiler yoluyla sağlanan kamu finansmanı, farklı sağlık hizmetleri ağının ulusal sağlık sistemi yapısı içinde birleştirilmesi, sağlığın geliştirilmesi, korunması ve rehabilite edilmesi, üzerine odaklanma ilkelerine dayanmaktadır. Ayrıca İspanya'daki sağlık sistemi, sosyal hizmetlerle koordine bir şekilde yürütülmektedir ve birbiri ile çok ilişkilidir (Sargutan, 2010). Yabancılar Yasası'nın yürürlüğe girmesinden bu yana, bir belediyeye kayıtlı olan tüm yabancıların İspanyollar ile aynı koşullar altında ulusal sağlık sistemine erişim hakkına sahip oldukları kabul edilmiştir. İş sahibi olan mültecilerin ve geçici koruma altındaki kişilerin masrafları İspanyol sosyal güvenlik sistemi tarafından karşılanmaktadır. İş olmayanların ise yaşadıkları bölgeye bağlı olarak, sağlık sistemine değişen koşullar altında erişimi mümkün

olmaktadır (DCR, 2000).

### **İsveç Örneği**

Sağlık ve Tıbbi Hizmetler Kanunu'na göre İsveç'te yaşayan herkesin sağlık hizmetlerine erişiminden il meclisleri ve belediyeler sorumludur. Sağlık Bakanlığı ise genel sağlık hizmetleri politikalarından sorumludur. Sağlık hizmeti veren tesislerinin çoğu devlet tarafından desteklenmektedir. Sığınmacılar İsveç'e giriş yaptıklarında tıbbi kontrolden geçmektedirler. Yetişkin sığınmacılar, acil durumlarda ve dış tedavilerinde tıbbi hizmete erişim sağlamaktadır. 18 yaş altındakiler ise, İsveç vatandaşı olan çocuklar ile eşit şartlarda sağlık hizmetlerine erişimine sahiptir. Geçici koruma altındakiler, ülkedeki sığınmacılar ile eşit koşullarda sağlık hizmetlerine erişim hakkına sahiptir. Sığınma başvurusu değerlendirilmiş ve kalıcı ikamet izni kazanmış kişiler ise İsveç vatandaşları ile aynı muameleye tabi tutulmaktadır (DRC, 2000).

### **İsviçre Örneği**

İsviçre'de politik sistem hem liberalizm hem de federalizm tarafından biçimlendirilmiştir. Bu aynı şekilde sağlık sistemine yansımıştır. Sağlık sistemi; federal hükümet, kantonlar, belediyeler ve diğer kurumlar (mesleki kuruluşlar, hastane birlikleri, gönüllü kuruluşlar ve tüketici kuruluşları) özelinde şekillenmiştir. Federal hükümetin yürütmüş olduğu sağlık alanı ile ilgili çalışmaları; insanlarda ve hayvanlarda görülen çok yaygın ya da bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi, egzersiz ve spor faaliyetlerinin geliştirilmesi, sosyal sigorta sisteminin yürütülmesi, tıbbi muayenelerin nitelikli hale getirilmesi, genetik mühendisliği, üreme sağlığı, organ nakli ve tıbbi araştırmaların yürütülmesi ve çevre korunmasıdır. İsviçre'de sağlık sistemi iyi düzeyde denebilir fakat ucuz bir hizmet değildir (Sargutan, 2010). Buna rağmen İsviçre'de tüm mülteciler hastalık ve kazalara karşı sigortalıdır (DRC, 2000).

### **İtalya Örneği**

İtalya'da ulusal sağlık hizmeti, tüm ülkeyi kapsayan ve tüm vatandaşlara eşit şekilde hizmet vermeyi amaçlayan, bölge yönetimleri vasıtasıyla gereken hizmetleri veren ve bu hizmetleri genel vergilerle karşılayarak finanse eden bir sistemdir. Ulusal sağlık hizmeti, tüm nüfusun ruh sağlığı ve fiziksel sağlığını iyileştirmek, bakımını sağlamak ve yükseltmek için gereken tüm faaliyetlerin, yapıların ve karmaşık fonksiyonlarının bir sistem içinde yapılmasını amaçlar. İtalya'nın ulusal sağlık hizmetinin temel aldığı bazı genel ilkeler; evrensellik, kapsamlılık, ücretsiz erişim, nakledilebilirlik, eşitlik, dayanışma, kamu-özel karışımıdır (Sargutan,



2010). Sığınmacılar ve mültecilerin, ulusal sağlık sistemine erişimi mümkündür ve ücretsiz olarak sağlık hizmetlerinden faydalanabilmektedirler (DCR, 2000).

### **Lübnan Örneği**

Türk Tabipler Birliği'nin raporuna göre; Lübnan'da sağlık sistemi oldukça zayıftır. Koruyucu sağlık hizmetleri çok gelişmemiştir. Tüm hekimler Lübnan Tabipler Birliği'ne üye olmak zorundadır. Fakat hekimlerin istihdam edilmesi ile ilgili çok sorunlar vardır. Lübnan'da birinci basamak sağlık hizmetleri çok yetersizdir. Sistem ikinci basamak üzerine kurulu ve ikinci basamak sistemin temelini oluşturmaktadır (TTB, 2006) Boston Üniversitesi tarafından hazırlanan rapora göre; mültecilere ve sığınmacılara yönelik sağlık hizmetleri, hükümetin ve sivil toplum kuruluşlarının çabaları ile özellikle Suriye ve Filistin mülteci nüfusuna kanalize edilmektedir. Hükümet, kamu sağlık tesislerine erişime izin vermekte fakat bunlar genellikle Lübnan nüfusunun en yoksul kesimlerine hitap etmektedir (Bidingir ve ark. 2014).

### **Mısır Örneği**

Mısır sağlık sisteminin örgütsel yapısı oldukça karmaşıktır. Sağlık hizmetlerinin yönetimi, finansmanı ve sunumu kamu hükümete, kamu kurumsal ve özel sektör olmak üzere üç alt sektöre yapılmaktadır. Kamu sağlık sistemi farklı tipteki kuruluşlarla tedavi hizmetleri sunmaktadır. Kamu hükümete sağlık hizmetleri; hükümet çalışanlarına yönelik gerçekleştirilen sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Kamu kurumsal sağlık sektörü; Mısır Hava Yolları, Arap Çelik, Arap Mütahitlik ve Ulusal Elektrik Şirketi gibi kurumların çalışanlarına sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Kamu sağlık sisteminde; toplumun belirli bir kesimini kapsayan yeni doğanlara, öğrencilere, dullara ve emeklilere de hizmet verilmektedir (Sargutan, 2010). Boston Üniversitesi tarafından hazırlanan rapora göre; Mısır'da, BMMYK ve uygulayıcı ortaklar da dahil olmak üzere mültecilerin en acil sağlık sorunları olabilecek akut ve kronik hastalıklar, anne ve çocuk sağlığı ve psikolojik ihtiyaçlarına yönelik çalışmalar yürütülmektedir. Bu işbirliği sonucunda Sağlık Bakanlığı ile çalışmakta, önleyici bakım hizmetleri ve aşı programları dahilinde birçok mülteciye ulaşılmıştır. Ayrıca kamu sağlık tesislerine ve hastanelerine mülteciler için erişim izni vermek yüzlerce bakımın sağlanmasında etkili olmuştur. Fakat Mısır'da, halk sağlığı tesisleri ve hastanelerin kapasitesi göz önünde bulundurulduğunda, etkin sağlık hizmetleri sunmak, gelişen mülteci nüfusu için sınırlı kalmaktadır (Bidingir ve ark. 2014).

### **Norveç Örneği**



Norveç'deki sağlık sistemi hizmetlere ulaşımında eşitlik prensibi üzerine kurulmuştur. Hizmetlerin finansmanında ve sunumunda temel sorumluluk devlete aittir. Norveç'te ikamet eden herkes sosyal güvenlik kapsamındadır. Her vatandaş kendi bölgesinde tatmin edici sağlık hizmetlerine ulaşım hakkına sahiptir. Sağlık alanında öncelikle ilgilenilmesi gereken; ruhsal bozukluklar, psiko-sosyal sorunlar, iskelet kas sistemi hastalıkları, kazalar, alerjiler ve şiddete dayalı sorunlardır (Sargutan, 2010). Mültecilerin, Norveçliler ile aynı koşullarda ulusal sağlık hizmetine erişimleri vardır. Oturma izni elde edildikten sonra sağlık hizmetleri ve sosyal güvenlik kapsamında hiçbir hak kazanma süresi yoktur (DCR, 2000).

### **Ürdün Örneği**

Ürdün, sağlık koşulları açısından Ortadoğu ülkeleri arasında en iyi duruma sahip olan ülkelerden biridir. Bunun en önemli sebepleri arasında Krallığın kararlı bir yapıya sahip olması ile etkin gelişim plan ve programlarında sağlığın önemli bir bileşen olarak ele alınmasıdır. Sağlığı koruma uygulamaları, sağlıklı içme suyu çalışmaları, uygun beslenme ve barınma koşulları ile Ürdün halkının daha sağlıklı bir ortamda yaşaması için gereken tüm çaba gösterilmektedir. Birincil sağlık hizmetleri ile; sağlıklı içme suyuna ulaşım, düzgün çöp toplama, yerel sağlık merkezine ulaşım, sağlıklı doğum, aile planlaması, çocuk felci, difteri, tetanos, kızamık, sarılık aşılarının yapılması ve kontrolü sağlanmaktadır. İkincil ve üçüncül sağlık hizmetleri ile yataklı tedavi hizmetleri sunulmaktadır (Sargutan, 2010). Boston Üniversitesi'nin raporuna göre; mülteciler için sağlık politikaları birçok açıdan Ürdün vatandaşlarıyla benzerlik göstermektedir. Sağlık Bakanlığı ve çeşitli BM ve STK işbirlikçilerinin çabaları sayesinde, mülteci nüfusu arasında birkaç ciddi sağlık sorunları belirlenmiş ve çözüme kavuşturulmuştur (Bidinger ve ark. 2014). İçişleri Bakanlığı Hizmet Kartı kentsel topluluklarda tüm mültecilere sağlık hizmetlerine erişim imkanı vermektedir. Ayrıca kamplarda, BM ve bağlı kuruluşları, mültecilere yönelik sağlık hizmetleri sağlamaktadırlar. Çeşitli sivil toplum kuruluşlarının yanı sıra ülke genelinde kayıtlı olmayan mültecilere de hizmet vermektedirler. Sağlık Bakanlığı çoğu mültecinin, aşı programlarına ulaşımını mümkün kılmıştır (BMMYK 2015).

### **Yunanistan Örneği**

Yunanistan'da sağlık siyaseti Sağlık ve Refah Bakanlığı tarafından belirlenir. Ulusal sağlık sistemi hem kaynakların sağlanması hem de hizmetlerin sunulması bakımından karma bir sistem olarak değerlendirilebilir. Bu karma sistem; ulusal

sağlık hizmeti, zorunlu sağlık sigortası ve isteğe bağlı özel sağlık sigortasının birlikte bulunduğu bir yapıdır. Ulusal sağlık sistemi 1983 yılında kurulmuştur ve bütün Yunan vatandaşlarına ücretsiz birincil sağlık hizmeti sağlamaktadır. Fakat birincil sağlık sistemi zayıftır, örgütü yeterli değildir ve ciddi seviyede personel eksikliği bulunmaktadır (Sargutan, 2010). Mülteciler ülkeye giriş yaptığında sağlık kontrolünden geçmektedirler. Çalışma izni verilmeden önce bu gerekli ve zorunlu bir kontroldür. Bunu takiben başvurana herhangi bir bulaşıcı hastalığı olup olmadığını belirten bir doktor raporu verilmektedir. Ayrıca sığınmacılar ve mülteciler, Sığınmacılar Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi uyarınca ücretsiz tıbbi bakım ve hastane tedavisi hakkına sahiptir. Aynı zamanda Yabancılar Yasası'na göre de tüm sığınmacılar, mülteciler ve benzeri durumdaki diğer insanlar, ücretsiz olarak devlet hastanelerinde yatış, tıbbi muayene görme ve ilaç erişimi hakkına sahiptir (DCR, 2000).

## **TÜRKİYE'DE ULUSLARARASI KORUMA ARAYANLAR İÇİN SAĞLIK POLİTİKALARI**

Türkiye, tarihi ve coğrafi konumundan ötürü her zaman mülteci hareketlerinin merkezinde yer almaktadır. Ortadoğu, Asya ve Afrika ülkelerinden çeşitli nedenlerle ayrılan on binlerce mülteci, sığınmacı ve göçmen Türkiye üzerinden kara ve deniz yoluyla Avrupa'ya geçmeye çalışmaktadır. Bunlardan hareketle Türkiye bir geçiş ülkesi olma özelliğini taşımaktadır ve uluslararası koruma, sığınmacı, göçmen ve geçici koruma statüsüne sahip kişilerin tercih ettiği bir ülke konumundadır. Devletlerin uluslararası koruma sağlama sorumluluğu bulunmaktadır ve uluslararası koruma haklarının en önemlilerinden birisi de sağlık hakkıdır. Türkiye'nin konu ile ilgili taraf olduğu; İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi (1948), Kişisel ve Siyasal Haklar Uluslararası Sözleşmesi (1966), Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi (1966), Mültecilerin Statüsüne İlişkin Sözleşme ve buna ilişkin Protokol (1951 ve 1967), Vatansızlığın Azaltılması Sözleşmesi (1961), Vatansız Kişilerin Statüsüne İlişkin Sözleşme (1954) ve Yabancılar Ve Uluslararası Koruma Kanunu (2013) gibi birçok anlaşma mevcuttur (Karadağ ve Altıntaş, 2010).

Mülteci Hakları Merkezi'nin raporuna göre; Türkiye'de uluslararası koruma başvurusunda bulunan ya da uluslararası koruma statüsüne sahip olan kişilerden, herhangi bir sağlık güvencesi olmayan ve ödeme gücü bulunmayanlar sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanabilmektedir (Önal ve Keklik, 2016). Bunun için İl Göç İdaresi Müdürlükleri'ne uluslararası koruma başvurusu

yapmış olmak ya da bu statüye sahip olmak gerekmektedir. Bu noktada önemli olan husus yabancı kimlik numarasıdır. Göç İdaresi Başkanlığında (GİB, 2023) uluslararası koruma başvurusu sürecinde gerçekleştirilecek mülakatın ardından kişilerin ve beraberinde gelen aile üyelerine, Uluslararası Koruma Başvuru Sahibi Kimlik Belgesi düzenlenmektedir. Bu belge hiçbir harca tabi olmayıp üzerinde 98 ya da 99 ile başlayan yabancı kimlik numarasında yer almaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinden tam olarak yararlanmaya başlanacağı süreç yabancı kimlik numarasının yer aldığı belgenin düzenlenmesinden sonraki süreç olmaktadır. Uluslararası koruma statüsüne sahip kişiler; birinci basamak sağlık kuruluşları olarak nitelendirilen kuruluşlarda ilk kademe tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanabilmektedir. Sağlık ocakları, sağlık merkezleri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi ve verem savaş dispanserleri birinci basamak sağlık kuruluşu olarak kabul edilmektedir. Bu kuruluşlarda ayrıca bulaşıcı hastalık riskine karşı gerekli tarama ve aşılama hizmetleri, bebek, çocuk ve ergenlere sağlanan hizmetler ve kadın ve üreme sağlığı ile ilgili hizmetlerden de faydalanılmaktadır. Bu kişilerin, birinci basamak sağlık kuruluşlarına ek olarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına da doğrudan başvurabilmeleri mümkündür. Devlet hastaneleri ikinci basamak sağlık kuruluşları olarak kabul edilirken, eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversite hastaneleri ise üçüncü basamak kuruluşlar olarak nitelendirilmektedir. Ancak üniversitelerin sağlık uygulama ve araştırma merkezleri ile özel hastanelere doğrudan başvurulamamaktadır. Bu husus oldukça önemlidir; nitekim bazı acil durumlar gibi istisnai haller dışında bu kurumlara sevk olmadan sağlık hizmetinden ücretsiz olarak yararlanmak mümkün olmamaktadır. Ek olarak, refakatsiz çocuklar, engelli bireyler, yaşlılar, hamile kadınlar, beraberinde çocuğu olan yalnız anne ya da babalar veya işkence, cinsel saldırı ya da diğer ciddi psikolojik, bedensel ya da cinsel şiddete maruz kalmış kişiler, Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu uyarınca özel ihtiyaç sahibi olarak değerlendirilmektedir. Kanunda ayrıca özel ihtiyaç sahibi olarak değerlendirilen kişilere uluslararası koruma kapsamındaki tüm hak ve işlemlerde öncelik tanınacağı belirtilmektedir. Uluslararası koruma kapsamında olan kişiler yalnızca bedensel değil, aynı zamanda ruh sağlığı ile ilgili hizmetlerden de yararlanabilmektedir. Kamunun sağladığı hizmetlere ek olarak Türkiye'deki mülteci ve göçmenlere ücretsiz psiko-sosyal destek sağlayan ve bu alanda uzmanlığı bulunan çok sayıda sivil toplum kuruluşu da bulunmaktadır.

İç İşleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, uluslararası koruma statüsü sahibi kişilerin, karşılıklılık şartından muaf tutulduklarını belirtmiştir. Başvuru sahibine, başvurusu reddedilen veya uluslararası koruma statüsü sahibi kişilere

sağlanan hak ve imkânların, Türk vatandaşlarına sağlanan hak ve imkânlardan fazla olacak şekilde yorumlanmamasının üzerinde durmuştur. Başvuru sahibi veya uluslararası koruma statüsü sahibi kişilerden; herhangi bir sağlık güvencesi olmayan ve ödeme gücü bulunmayanlar, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu hükümlerine tabi olmaktadır. Genel sağlık sigortasından faydalanacak kişilerin primlerinin ödenmesi için Genel Müdürlük bütçesine ödenek konulmaktadır. Primleri, Genel Müdürlük tarafından ödenenlerden ödeme güçlerine göre primin tamamı veya belli bir oranı talep edilmektedir. Sağlık güvencesi veya ödeme gücünün bulunduğu veya başvurunun sadece tıbbi tedavi görmek amacıyla yapıldığı sonradan anlaşılanlar, genel sağlık sigortalılıklarının sona erdirilmesi için en geç on gün içinde Sosyal Güvenlik Kurumuna bildirilmekte ve yapılan tedavi ve ilaç masrafları ilgililerden geri alınmaktadır.

Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanununun 91. maddesine dayanarak hazırlanan Geçici Koruma Yönetmeliği 2014 yılında yürürlüğe girmiştir (GİB, 2022). Yönetmeliğin 1. maddesi ile Türkiye'ye 28.04.2011 tarihinden itibaren gelen Suriye vatandaşları, Geçici Koruma Statüsü almıştır. Yönetmeliğin 21. maddesinde, kayıt işlemlerini tamamlamayan yabancıların, bulaşıcı ve salgın hastalıklardan korunma hizmetleri ve acil sağlık hizmetleri dışında sağlık hizmetlerinden yararlanamayacağı yer almaktadır. Yönetmeliğin 27. maddesinde ise hizmetlerin kapsamı yer almaktadır. Bu maddeye göre; geçici barınma merkezlerinin içinde ve dışında verilen hizmetler Sağlık Bakanlığının kontrolü ve sorumluluğundadır. Temel ve acil sağlık hizmetleri ile bu kapsamdaki tedavi ve ilaçlardan katılım payı alınmamaktadır. İkinci ve üçüncü basamakta sunulan sağlık hizmetleri de dâhil bedelleri; Sağlık Bakanlığının kontrolünde Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı'nın belirlediği Sağlık Uygulama Tebliği'ndeki bedeli geçmemektedir. Sağlık hizmet bedeli, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı tarafından genel sağlık sigortalıları için belirlenmiş Sağlık Uygulama Tebliği'ni geçmeyecek şekilde AFAD tarafından ödenmektedir. Geçici koruma kapsamındaki kişiler; acil ve zorunlu haller dışında, özel sağlık kuruluşlarına doğrudan başvuramamaktadır. Bunun en büyük nedeni kişilerin ekonomik durumunun yetersiz olmasıdır. Madde bağımlılığı veya psikolojik sorunları olduğu tespit edilenlerin, sağlık kurumuna nakli olabilecek şekilde gerekli tedbirler alınmaktadır. Geçici korunanlara sağlanacak psiko-sosyal hizmetler, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından yayımlanan Türkiye Afet Müdahale Planı'nda da belirtilen geçici korunanlara sağlanacak psiko-sosyal hizmetlerde destek çözüm ortakları ile yürütülmektedir.

UNICEF ve Sağlık Bakanlığı ortaklığı ile kızamık ve çocuk felci aşısı, A vitamini, enjektör, güvenlik kiti ve soğuk zincir ekipmanı sağlanması yoluyla

ulusal bağışıklık programı kapsamında çalışmalar yürütülmektedir. Ayrıca sağlık kurumları ve diğer BM kuruluşları ile işbirliği yapılmış; iletişim ve farkındalık yaratma kampanyalarının (örneğin emzirme, bağışıklama, beslenme, hijyen konularında) oluşturduğu etkinin artırılması ve gerekli görüldüğü takdirde yerel sağlık hizmeti sağlayıcılarına eğitimler verilmesi ve krizden etkilenen topluluklara destek sağlanması yoluyla anne ve çocuk sağlığı ve beslenme hizmetlerinin güçlendirilmesine olanak verilmiştir. Kamplar dışında yaşayan 6-59 aylık çocuklar arasındaki yetersiz beslenme vakalarının tespit edilmesi amacıyla beslenme anketi gerçekleştirilmiştir ve bu çocuklar ile hamile ve emziren kadınlara (6 aya kadar emziren kadınlar için) çoklu mikro besin desteği sağlanmıştır (BMMYK 2015).

Türk Kızılayı, ülkemize sığınan geçici koruma altındaki kişilerin barınma, beslenme, sağlık, eğitim ve diğer ihtiyaçlarının karşılanmasında ilgili kamu otoritelerine yardımcı rol üstlenmektedir. Özellikle son beş yıldır Suriye'deki iç karışıklıktan dolayı ülkemize sığınan ve bugün 24 kampta misafir edilen Suriyeli insanların barınma, beslenme ve diğer ihtiyaçlarının karşılanmasında kamu kurumlarına destekte bulunmaktadır. Kamplarda barınan sığınmacıların yaşam koşullarının iyileştirilmesine yönelik Kızılay Kart, Çocuk Dostu Alanlar gibi projeler geliştirmektedir. Şehirlerde zor koşullarda yaşayan Suriyeli insanlara yönelik gıda, kıyafet yardımlarının yanı sıra Toplum Merkezleri aracılığı ile meslek edindirme, Türkçe dil kursları, çocuk ve annelere yönelik psiko-sosyal destek programları uygulamaktadır.

Helsinki Yurttaşlar Derneği, insan hakları alanında çalışan sivil toplum örgütlerinden birisidir. Helsinki Yurttaşlar Derneği, Kilis'te Suriyeli sığınmacılar için faaliyet göstermektedir. Helsinki Yurttaşlar Derneği, Sınır Tanımayan Doktorlar örgütü ile birlikte birinci basamak tedavi ve Akıl Sağlığı Destek Programları uygulamaktadır.

Uluslararası Mavi Hilal Vakfı (IBC), Suriyeli sığınmacılar için ciddi çabalar sarf eden sivil toplum kuruluşlarından birisidir. Vakıf, Kilis'te üç adet Çocuk Psikolojik Destek Merkezi kurmuştur. Burada çocuklara Suriyeli öğretmenler ile müzik, bilgisayar ve resim dersleri verilmektedir. IBC-Malteser International işbirliği ile kurulan konteyner hastane ile hasta ve yaralıların tedavi ve bakımlarını sürdürmektedir. Bu konteyner hastanede, Suriyeli doktorlar ve sağlık personelleri çalışmaktadır.

## **SONUÇ**

Dünyada ve Türkiye’de önemli bir sorun olan ve giderek daha büyük bir sorun olacağı gözlemlenen sığınmacı ve mülteciler sorunu, tüm yasal düzenlemelere rağmen devam etmektedir. Türkiye’de ve dünyada, hakalve bu statüye sahip olan kişiler için gerçekleştirilen ve gerçekleştirilmeye devam eden sağlık politikaları henüz tam anlamıyla sistemli olamamıştır. Özellikle Suriyelilerin yoğun olarak bulunduğu sınır illeri başta olmak üzere, birinci basamak sağlık merkezlerinde aşırı bir yoğunluk yaşanmaktadır. Bu da hem hizmet verilen yerlerin sayısının yetersizliği hem de sağlık personelinin üzerine binen ek iş yükü sebebiyle kapasite eksikliğine yol açmaktadır. Karmaşık sevk mekanizmaları ve sürekli olarak güncellenen mevzuatı takip etmekte zorluklar yaşanabilmektedir. Dil engeli nedeniyle hastane personeliyle yaşanan iletişim sorunları ve tercüme hizmetlerinin sürekli olarak sağlanamıyor oluşu hizmet kalitesinde büyük bir sorun oluşturmaktadır. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı MERNİS sistemine bilgileri aktarılamayan hastaların sağlık hizmetlerine erişiminde sıkıntılar meydana gelmektedir. Yüksek maliyetli tedaviler ve yurtdışından ithal edilen ilaçlara erişimde zorluklar yaşanabilmektedir. Psikolojik ve ruh sağlığı hizmetlerine ulaşım sıkıntılı olabilmektedir. Diğer yandan, pahalı tedavi gerektiren durumlarda sağlık hizmetlerinin yetersizliği ortaya çıkmaktadır. Savaştan dolayı bedensel olarak zarar gören insanları hayata döndürmek için çok pahalı tıbbi müdahaleler gerekmektedir. Yakınlarını savaşta kaybedenler için psikolojik destek, travma sonrası programlar, ampute kalanlara protez sağlanması gibi yardımlar da eksikliği hissedilen sağlık hizmetleri arasında yer almaktadır.

Türkiye’ye kontrolsüz bir şekilde yapılan girişler, birçok bulaşıcı hastalığın yeniden yaygınlaşmasına neden olmuştur. Sağlık Bakanlığı tarafından ülkeye giriş yapan kişiler için sınır bölgelerine kurulacak sağlık merkezlerinde genel sağlık taraması yapılması ve özellikle de çocuklar için bir aşılama programı uygulanması yaşanacak sorunları önlemek açısından gereklidir.

Uluslararası koruma statüsündeki kişiler, ülkelerini belirli nedenlerle terk etmeleri veya koruma için sığınılan ülkede yaşadıkları zorluklar sebebiyle ruhsal sağlık problemleri yaşamaktadır. Bu durum hem bu kişilerin sağlık durumunu olumsuz etkilemekte hem de sığınılan ülkeye uyumlarında zorluk yaşamalarına yol açmaktadır. Özellikle de travma sonrası stres bozukluğu yaşayan mültecilerin psikolojik yardım alabilmesi yönünde etkin çalışmalar yapılması gerekmektedir. Bu alandaki çalışmalar Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve ilgili diğer kurum ve kuruluşların ortak projeleriyle düzenlenmelidir.

Dezavantajlı grup içerisinde yer alan mülteciler için hassasiyetlerine ve ihtiyaçlarına uygun koruma ve önleme tedbirlerinin alınması ve korumanın sağlanması ve sürdürülmesi için uzman sivil toplum örgütleri ile işbirliğinin gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Engelli mülteci ve sığınmacıların ve ailelerinin hangi hizmetlerden yararlanabilecekleri ve bunun için nereye, hangi yöntemle başvurmaları gerektiği hususunda bilgilendirilmesi; ağır engelli mültecilere bakan kişilerin evde bakım yardımından yararlanmasının teşvik edilmesi; engelli raporunun çıkarılmasında görevli doktor ve personelin gerekli titizliği göstermelerinin sağlanması; engellilik oranına itiraz edenlere başvurabilecekleri merciler ve usuller hakkında bilgi verilmesi önem arz etmektedir. İşkence ve ev içi şiddet dahil şiddet mağduru mülteciler ve insan ticareti mağdurlarının koruma ve önleme mekanizmalarına etkin ve hızlı bir şekilde erişimlerinin sağlanması; bu mekanizmalardan nasıl yararlanabilecekleri, başvuru yöntemleri ve ilgili kamu görevlilerinin bu konudaki mevzuat hakkında bilgilendirilmesi gerekmektedir. Refakatsiz veya ailesinden ayrı düşmüş çocukların tespitinde gerekli titizliğin ve hassasiyetin gösterilmesi; yaş tespiti yapılırken kemik testi yanında diğer psikolojik ve sosyolojik değerlendirmelerin yapılması; refakatsiz veya ailesinden ayrı düşmüş çocukların derhal devlet koruması altına alınması; Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı bünyesinde barınma ve diğer koruma imkânlarından yararlanmaları; kendilerine bir vasi ve kayyım atanması; çocukla ilgili her türlü kararda çocuğun yüksek yararının esas olması ve kendi ile ilgili kararların alınmasına çocuğun katılımının sağlanması; devlet koruması altına alınan çocukların eğitimi, fiziksel ve psikolojik sağlığı, refahı ve kişisel güvenliği için uygun bir ortam sağlanması büyük önem taşımaktadır.

Uluslararası koruma statüsündeki kişilere ve sığınmacılara yönelik gerçekleştirilecek her türlü uygulama, insan hakları çerçevesinde olmalı ve kalıcı yerleşmeleri sağlanana kadar özellikle beslenme, barınma ve sağlık hizmetleri gibi temel ihtiyaçlardan faydalanmaları için özellikle devletlerin, hükümetlerin, sivil toplum kuruluşlarının hem ulusal hem de uluslararası düzeyde daha yoğun çabası harcaması gerekmektedir.

## **KAYNAKÇA**

- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2015). Avrupa'da geçici koruma rejimi örnekleri. Ankara: T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı.
- Altan, Ömer Z. (2006); *Sosyal politika*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları
- Barkin, E. (2004). 1951 Tarihli mülteciliğin önlenmesi sözleşmesi. *Ankara Barosu Dergisi*, (1), 331-360.



- Bidinger, S., Lang, A., Hites, D., Kuzmova, Y., Nouredine, E., Akram, S., ... & Kistner, T. (2014). *Protecting Syrian refugees: Laws, policies, and global responsibility sharing*. Boston: Boston University School of Law, International Human Rights Clinic.
- Birleşmiş Milletler (BM). (1966). *Ekonomik, sosyal ve kültürel haklara ilişkin uluslararası sözleşme*. (18.11.2022 tarihinde <https://unmik.unmissions.org/sites/default/files/regulations/06turkish/TIntCovEcSocCulRights.pdf> adresinden ulaşılmıştır).
- Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (BMMYK) (2015). *Dünyada ve Türkiye’de mülteciler*. (10.10.2022 tarihinde [http://www.istanbul.saglik.gov.tr/w/sb/saggel/belge/Av\\_Elif\\_Selen\\_AY.pdf](http://www.istanbul.saglik.gov.tr/w/sb/saggel/belge/Av_Elif_Selen_AY.pdf) adresinden ulaşılmıştır).
- Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (BMMYK) (2022). *Birleşmiş milletler mülteciler yüksek komiserliği*. (20.09.2022 tarihinde <https://www.unhcr.org/tr/turkiyede-unhcr> adresinden ulaşılmıştır).
- Danish Refugee Council (DRC) (2000) *Legal and social conditions for asylum seekers and refugees in Western European Countries*. Copenhagen: Danish Refugee Council.
- Dörr, S. & Faist, T. (1997). Institutional conditions for the integration of immigrants in welfare states: A comparison of the literature on Germany, France, Great Britain, and the Netherlands. *European Journal of Political Research*, 31(4), 401-426.
- Göç İdaresi Başkanlığı (GİB) (2022). *Geçici koruma yönetmeliği*. (12.11.2022 tarihinde <https://www.goc.gov.tr/gecici-koruma-kanunu-ve-yonetmeliği> adresinden ulaşılmıştır).
- Göç İdaresi Başkanlığı (GİB) (2023). *Uluslararası koruma*. (01.02.2023 tarihinde <https://www.goc.gov.tr/uluslararasi-koruma> erişim adresinden ulaşılmıştır).
- Karadağ, Ö., & Altıntaş, K. H. (2010). Mülteciler ve sağlık. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(1), 55-62.
- Koray, M. (2005). *Sosyal politika*. Ankara: İmge Yayınevi.
- Mültecilerle Dayanışma Derneği (2015). *Türkiye’de mültecilerin kabul koşulları, hak ve hizmetlere erişimleri: Uydu kentler izleme ve raporlama projesi. Avrupa Birliği Türkiye delegasyonu, 17 Aralık 2015. İzmir*. (24.05.2023 tarihinde <http://www.multeci.org.tr/wp-content/uploads/2016/10/Turkiye-de-Multecilerin-Kabul-Kosullari-Hak-ve-Hizmetlere-Erisimleri-Uydu-KentlerIzleme-ve-Raporla.pdf> erişim adresinden ulaşılmıştır).
- Önal, A. & Keklik, B. (2016). Mülteci ve sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimde yaşadığı sorunlar: Isparta ilinde bir uygulama. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 7(15), 132-148.
- Powell, M. (2018). The Eureka moment? The creation of the British welfare state. *Social Work and Social Sciences Review*, 20(3), 12-33.
- Pross, C. (1998). Third class medicine: health care for refugees in Germany. *Health and Human Rights*, 40-53.
- Sargutan, A. E. (2010). 84 Ülke ve Türkiye’nin karşılaştırmalı sağlık sistemleri. Ürdün sağlık sistemi. (ss. 2742-2751). (12.12.2022 tarihinde <http://www.sargutan.com/URDUN%20SAGLIK%20SISTEMI.pdf> erişim adresinden ulaşılmıştır).
- Sargutan, A. E. (2010). 84 ülke ve Türkiye’nin karşılaştırmalı sağlık sistemleri. Mısır sağlık sistemi. (ss. 1975-1993). (12.12.2022 tarihinde <http://www.sargutan.com/MISIR%20SAGLIK%20SISTEMI.pdf> erişim adresinden ulaşılmıştır).
- Sargutan, A. E. (2010). 84 ülke ve Türkiye’nin karşılaştırmalı sağlık sistemleri. İsviçre sağlık sistemi. (ss. 1392-1411). (12.12.2022 tarihinde <http://www.sargutan.com/ISVICRE%20SAGLIK%20SISTEMI.pdf> erişim adresinden ulaşılmıştır).

- Sargutan, A. E. (2010). *84 ülke ve Türkiye'nin karşılaştırmalı sağlık sistemleri*. İspanya sağlık sistemi. (ss. 1292-1310). (12.12.2022 tarihinde <http://www.sargutan.com/ISPANYA%20SAGLIK%20SISTEMI.pdf> erişim adresinden ulaşılmıştır).
- Sargutan, A. E. (2010). *84 ülke ve Türkiye'nin karşılaştırmalı sağlık sistemleri*. Norveç sağlık sistemi. (ss. 2070-2095). (12.12.2022 tarihinde <http://www.sargutan.com/NORVEC%20SAGLIK%20SISTEMI.pdf> erişim adresinden ulaşılmıştır).
- Sargutan, A. E. (2010). *84 ülke ve Türkiye'nin karşılaştırmalı sağlık sistemleri*. İtalya sağlık sistemi. (ss. 1427-1451). (12.12.2022 tarihinde <http://www.sargutan.com/ITALYA%20SAGLIK%20SISTEMI.pdf> erişim adresinden ulaşılmıştır).
- Sargutan, A. E. (2010). *84 ülke ve Türkiye'nin karşılaştırmalı sağlık sistemleri*. Yunanistan sağlık sistemi. (ss. 2859-2877). (12.12.2022 tarihinde <http://www.sargutan.com/YUNANISTAN%20SAGLIK%20SISTEMI.pdf> erişim adresinden ulaşılmıştır).
- Sargutan, A. E. (2010). *84 ülke ve Türkiye'nin karşılaştırmalı sağlık sistemleri*. Fransa sağlık sistemi. (ss. 996-1018). (12.12.2022 tarihinde <http://www.sargutan.com/FRANSA%20SAGLIK%20SISTEMI.pdf> erişim adresinden ulaşılmıştır).
- Sargutan, A. E. (2010). *84 ülke ve Türkiye'nin karşılaştırmalı sağlık sistemleri*. Belçika sağlık sistemi. (ss. 439-455). (12.12.2022 tarihinde <http://www.sargutan.com/BELCIKA%20SAGLIK%20SISTEMI.pdf> erişim adresinden ulaşılmıştır).
- Sargutan, A. E. (2010). *84 ülke ve Türkiye'nin karşılaştırmalı sağlık sistemleri*. Avusturya sağlık sistemi. (ss. 371-393). (12.12.2022 tarihinde <http://www.sargutan.com/AVUSTURYA%20SAGLIK%20SISTEMI.pdf> erişim adresinden ulaşılmıştır).
- Serdar, A. (2016). Sosyal politika kavramı. Tokol A. Alper y. (Ed.), *Sosyal politika* içinde (ss. 3-6). Bursa: Dora Yayınevi.
- Türk Tabipler Birliği. (2006). *Suriye-Lübnan ziyareti raporu*. Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi, Ankara: TTB Yayınları
- Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu (2013/11/04). T.C. Resmî Gazete. (Sayı:28615). 21.11.2022 tarihinde <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.6458.pdf> erişim adresinden ulaşılmıştır)