



Göçmenlerin Sağlık Hizmetlerine Erişiminde Karşılaştıkları Sorunlar Veysel Erat & Ferit İzci

Bitlis Eren Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Bitlis, Türkiye

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Kamu Yönetimi Bölümü, Van, Türkiye

Doi: 10.55024/buyasambid.1131548

Makale Bilgisi

Özet

Makale geçmişi:

İlk gönderim tarihi: 16.06.2022

Düzeltilme tarihi

Kabul tarihi

Yayın tarihi: 30.06.2022

Anahatar Kelimeler:

Göç, Göçmen, Sağlık, İnsan Hakkı, Entegrasyon.

* Veysel Erat & Ferit İzci

E-mail address:

veyselerat@hotmail.com &

ferit.izci@yyu.edu.tr

Orcid: 0000-0002-0735-5432

0000-0001-6383-1280

Bu çalışmanın amacı, sağlık hizmetlerine erişim alanında göçmenlerin karşılaştıkları zorlukları ortaya koymaktır. Çalışma literatür taramasına, konu ile ilgili uluslararası doküman incelemesine ve Göçmen Entegrasyon Politikası İndeksi'nden elde edilen verilerin analiz edilmesine dayanmaktadır. Çalışma dört bölüm olarak tasarlanmıştır. Birinci bölümde sağlık bir insan hakkı olarak ele alınmıştır. İkinci bölümde göçmenler ve sağlık alanında karşılaştıkları sorunlar değerlendirilmiştir. Üçüncü bölümde göçmen sağlığı bir entegrasyon göstergesi olarak incelenmiş ve son bölümde verilere dayalı olarak göçmenlerin karşılaştığı sorunlar ortaya konmuştur. Sonuç olarak, ülkeden ülkeye değişmekle birlikte; sağlık hakkının hiç tanınmaması, sağlık haklarının kısıtlanması, bu hakka erişimin çeşitli prosedürler öne sürülerek zorlaştırılması, gerekli bilgilendirilmelerin yapılmaması, sağlıklı bir iletişimin gerçekleşmesi için yeterli kanalların kurulamaması, etkili politikaların geliştirilmesi noktasında yeterli araştırmaların yapılmaması ve göçmenlere politika kararları alınırken söz hakkının tanınmaması nedenlerinden dolayı önemli sağlık hakkı sorunlarının devam ettiği anlaşılmıştır.

2022 Batman Üniversitesi. Her hakkı saklıdır.

Problems Migrants Experience in Accessing Health Services

Veysel Erat & Ferit İzci

Bitlis Eren University, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Bitlis Türkiye

Van Yüzüncü Yıl University, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Department of Public Administration, Van, Türkiye

Doi: 10.55024/buyasambid.1131548

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Article history:

Received: 16.06.2022

Received in revised form

Accepted

Available online: 30.06.2022

The aim of this study is to reveal the difficulties faced by immigrants in the field of access to health services. The study is based on literature review, international document review on the subject, and analysis of data obtained from the Migrant Integration Policy Index. The study is designed as four parts. In the first part, health is discussed as a human right. In the second

Keywords:
Migration, Migrant, Health, Human Rights, Integration.

* Veysel Erat & Ferit İzci
E-mail address:
veyselerat@hotmail.com &
ferit.izci@yyu.edu.tr
Orcid: 0000-0002-0735-5432
0000-0001-6383-1280

part, immigrants and the problems they face in the field of health are evaluated. In the third part, immigrant health is examined as an indicator of integration, and in the last part, the problems faced by immigrants are revealed based on the data. As a result, although it varies from country to country; not recognizing the right to health, restricting the right to health, making it difficult to access this right by putting forward various procedures, not providing the necessary information, not establishing sufficient channels for a healthy communication, not doing enough research on the development of effective policies and not giving the immigrants the right to have a say in policy decisions are important health right problems was found to continue.

2022 Batman University. All rights reserved

1. GİRİŞ

Bugün, dünya çapında bir milyar civarında göçmen olduğu tahmin edilmektedir. Diğer bir ifadeyle, dünya nüfusunun yaklaşık 7’de 1’i göçmendir (WHO, 2022a). Uluslararası Göç Örgütü’ne (IOM) göre (2022: xiii), bu sayının 281 milyonunu uluslararası göçmenler oluşturmaktadır ki bu sayı dünya nüfusunun %3.6’sına tekabül etmektedir. Uluslararası göçün son elli yılda görünür bir büyüklükte artması, ülkeleri göç üzerinde düşünmeye sevk etmiş ve konu ile ilgili politikaları etkilemiştir. İnsan hareketliliğinin giderek dünyayı şekillendirdiği ve küresel bir olgu haline geldiği düşünüldüğünde; göç eylemlerinin buna neden olan etmenler ve sınır güvenliği ya da yönetimi gibi sığ bir alanda düşünülemeyecek kadar geniş kapsamda değerlendirilmesi gereken bir gerçeklik olduğu anlaşılmaktadır. Göçün öncesi ve sonrasında birçok boyuta içkin ve yıllara yaygın yönleri bulunmaktadır.

Özellikle göçmenlerin varmış oldukları ülkelerde giderek kalıcı olmalarına bağlı olarak karşılaşmış oldukları sorunlar devletlerin önemli gündem maddelerinden biridir. Bu sorunlar genel olarak ülkelerin göçmenlere yönelik uyguladığı uyum politikaları ile aşılmaya çalışılmaktadır. Ancak her ülkenin göçmenlerin uyumu için ihtiyaç duyulan politikaları geliştirdiği söylenemez. Birçok ülke göçmenleri, vatandaşları ile aynı görmek yerine göçmenler için asgari düzeyde politikalar geliştirmeyi tercih etmektedir. Buna bağlı olarak, son yıllarda, göç çalışmaları; göçün ekonomiler, toplumlar ve hizmetlerin sağlanması üzerindeki etkisinin beslediği canlı bir disiplin haline gelmiştir. Özellikle de bu çalışmanın konusu olan ve çoğu zaman yetersiz kaynaklara sahip sağlık hizmetleri üzerindeki etkisi literatürde daha fazla ele alınmaktadır (Cox ve Marland, 2013: 13).

Göçmenler genel olarak birçok ülkede sağlık hizmetlerine yeterli düzeyde erişememektedir. Özellikle belgesiz göçmenler ve aileleri göçmen politikalarında insanlık onuruna sürekli olarak meydan okunan savunmasız bir nüfusu temsil etmektedir (Page, 2022). Uluslararası kuruluşlar göçmenlerin sağlık sistemine dahil edilmesini entegrasyonun önemli bir bileşeni olarak kabul etmesine rağmen ülkeler, göçmenlere şüphe ile yaklaşmaktadır. İnsan yaşamını doğrudan ilgilendiren sağlık hizmetlerine erişim koşulları vatandaşlar ile karşılaştırıldığında oldukça zorlaşabilmekte ve kısıtlayıcı politikalar göçmenlerin kötü sağlık sonuçları ile karşılaşmasına neden olmaktadır.

Bu çalışmada, göçmenlerin genel olarak karşılaşmış olduğu sağlık sorunlarının ortaya konulması amaçlanmıştır. Çalışma uluslararası düzenlemeler, küresel olarak nitelendirilen aktörlerin

hazırladıkları dokümanlar ve ülkeleri ölçen göstergelerin incelenmesine dayalı olarak dört bölüm şeklinde tasarlanmıştır. Birinci bölümde, sağlık ve insan hakları arasındaki ilişkiye değinilmiştir. Eğer sağlık sıradan bir hak ise bunu tanımak devletler açısından daha güç bir şey olacaktır. Ancak sağlığın uluslararası hukuk açısından evrensel bir hak olduğu kabul edilirse devletlerin sağlığa bakış açıları en azından diğer entegrasyon göstergelerine nazaran daha pozitif olacaktır. Çalışmanın ikinci bölümünde, göçmenlerin sağlığa erişim konusunda yaşadıkları sorunlar ana hatlarıyla ele alınacaktır. Böylece birinci bölümle bağlantılı bir şekilde başta bir insan olarak göçmenlerin sağlık politikaları ile ilişkileri kurulacaktır. Çalışmanın üçüncü bölümünde, göçmen sağlığı, devletler açısından önemli bir politika alanı haline gelen göçmen entegrasyonunun bir parametresi olarak ele alınacaktır. Son bölümde, göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişiminde karşılaşmış oldukları sorunlar ülkeler üzerinden incelenecektir.

2. BİR İNSAN HAKKI OLARAK SAĞLIK

Sağlık Konferansı tarafından 1946 yılında kabul edilen anayasada insanın “sadece hasta ve sakat olmayışı değil beden, ruh ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlanan sağlık (WHO, 2022b); insanın kendi ve önemseydiği kişiler açısından günlük bir endişe konusudur. Yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik durum ya da etnik kökeni fark etmeksizin sağlık, herkes için temel ve vazgeçilmez bir haktır (UN Human Rights Office, WHO, 2008: 1). Bir insan hakkı olarak sağlık, İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra Birleşmiş Milletler tarafından yapılandırılan Dünya Sağlık Örgütü’nün çıkarmış olduğu anayasa ile anlam kazanmış ve Evrensel İnsan Hakları Bildirgesi ile ilan edilmiştir (Meier ve Onzivu, 2013). Sağlık, insan hakları konusundaki temel belge olan Evrensel İnsan Hakları Bildirgesi’nde bir hak olarak tanınmıştır (md. 25). Buna göre herkesin sağlıklı bir yaşam için gerekli olan standartlara ulaşma hakkı vardır (UN, 1948). Evrensel bir belge olan Çocuk Hakları Sözleşmesi’nde de her çocuğun sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkının olduğu belirtilmiştir (UNICEF Türkiye, 2004). Uluslararası düzenlemelerin yanı sıra bölgesel bir düzenleme olan Avrupa Sosyal Şartı’nda da paralel ifadeler ile herkesin ulaşılabilir en yüksek sağlık düzeyinden faydalanabilmesi için gerekli önlemlerden yararlanabilme hakkı düzenlemiştir (Council of Europe, 1961).

Anılan düzenlemelerin dışında birçok bölgesel ve küresel düzenlemeler vardır ki bunlar sağlığı doğrudan ya da dolaylı şekilde bir hak olarak tanımlanmıştır (bkz. Ertan, 2012). Bu düzenlemeler içerisinde en kapsamlısı BM Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi tarafından 2000 yılında kabul edilen 14 Sayılı Genel Yorum: Ulaşılabilir En Yüksek Sağlık Standardına Ulaşma Hakkı isimli belgedir. 14 sayılı yoruma göre sağlık, diğer insan haklarının kullanılabilmesi için vazgeçilmez bir haktır. Onurlu bir yaşam sürdürmek için bu hakkın ulaşılabilir en yüksek standartlarda sunulması gerekmektedir. Çünkü gıda, barınma, çalışma, eğitim, işkence yasağı, eşitlik gibi hak ve özgürlükler sağlık hakkının ayrılmaz bir parçası olarak görülmektedir. 14 sayılı yoruma göre sağlık hakkı; her devlette (i) kullanılabilirlik, (ii) erişebilirlik, (iii) kabul edilebilirlik ve (iv) kaliteye sahip olmalıdır. Halk sağlığına ilişkin tesisler, malzemeler, hizmetler ve programların yeterli miktarda olması

kullanılabilirlik; bunlara herkes tarafından eşit şekilde ulaşılabilmesi erişebilirlik; insanlara bunların tıp etiğine ve kültürel yapılara saygılı bir şekilde sunulması kabul edilebilirlik; ve son olarak bunların tıbbi açıdan uygun ve kaliteli olmaları ise kalite ilkesine girmektedir. Savunmasız veya marjinal grupların tesisler, malzemeler, hizmetler ve programlar erişim hakkı; barınma ve temiz içme suyu; temel ilaçlar ve adil dağılım her taraf devletin yerine getirmesi gereken asgari koşullardır. Bununla birlikte anne ve çocuk sağlığı, bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklık sağlama, salgın ve endemik hastalıkları önleme, temel sağlık sorunlarını önlemenin yanı sıra bilgilendirme, sağlık personelinin eğitme öncelikli yükümlülükleri arasında sayılmıştır (CESCR, 2000).

Dünyadaki her ülke, sağlıkla ilgili hakları ve sağlık için gerekli koşulları ele alan en az bir insan hakları sözleşmesine taraftır (HWR, 2009). Sağlık geliştirilmesi ve korunması ile insan haklarına saygı gösterilmesinin ayrılmaz bir şekilde ilişkilendirilmesi, sağlık konusunu hem ulusal hem de uluslararası alanda uzlaşma düzeyi yüksek politika alanlarından biri yapmaktadır. Ancak bu hakkın uygulamada neleri kapsadığı konusu henüz net değildir. 14 sayılı yorum uluslararası hukuk ve uygulama alanı açısından sağlam bir dayanak oluşturmuş olmasına rağmen, dile getirilen asgari temel yükümlülüklerin içeriğinin tam olarak belirlenmesi ve uygulanabilirliği konusunda ciddi endişeler söz konusudur (Tasioulas, 2017: 9-10). Bunun önemli bir nedeni belirli bir sağlık standardının yasal olarak bağlayıcı bir hak şeklinde tanınmasının birçok devlet açısından zor olmasıdır. Verimli ve kapsamlı sağlık hizmetleri, her devletin karşılayamayacağı maliyetli bir altyapıyı gerektirmektedir. Varlıklı devletler dahi uzun vadede kendilerinin tam olarak karşılayamayacakları sağlık harcamalarını artırma sorunuyla karşı karşıya kalabilmektedir. Kaynakların kısıtlı olduğu, asgari bir sağlık altyapısının gelişmediği ülkelerde yaşayan ekonomik olarak yoksul devlet vatandaşları için durum çok daha zordur. Bu nedenle bir insan hakkı olarak erişilebilir en yüksek sağlık standardına sahip olma, sıklıkla şüpheli tepkiler uyandırmaktadır (Bielefeldt vd., 2017: 9). Buna nedenle uluslararası hukukta sıkı sıkıya bağlı olsa da politika uygulama alanlarında sağlık ve insan hakları nadiren açık bir şekilde ilişkilendirilmektedir. Sağlık hizmetlerine erişimi içeren birkaç istisna ve sağlığa zarar veren işkence gibi insan hakları ihlalleri dışında, sağlıkla ilgili perspektifler genellikle insan hakları söyleminde yer almamaktadır (Mann, vd., 1994: 7). Oysa uluslararası kamu hukukunda yer aldığı şekliyle insan hakları, öncelikle hak sahibi olan bireyler ile birincil yükümlülük sahibi olan devlet arasındaki ilişkiyi ilgilendirmektedir. Sağlık hakkının temelinde yatan fikir; devletin insanların sağlığını tehlikeye atmadan kaçınması, onları müdahalelere karşı koruması ve her şeyden önce sahip oldukları sağlıklı yaşam ve çalışma koşullarının sağlanması için önlemler almasıdır (Krennerich, 2017: 23). Ancak tam tersine küresel düzeyde sağlık ve insan haklarındaki genişleyen eşitsizlikler söz konusudur (Benatar, 1998) ve gelişmiş ülkelerde dahi sağlıktaki eşitsizlik önemli bir sorun alanıdır (Crombie vd., 2005). Devlete bağlı vatandaşlar açısından sorun olan konu, göçmenler açısından daha zorlayıcı şartlara sahiptir.

3. ANA HATLARIYLA GÖÇMENLER VE SAĞLIK SORUNLARI

Göç ve sağlık arasındaki ilişki çok yönlüdür. Göç süreci ile bireylerin ve toplulukların sağlığının, hareket edenler, geride kalanlar ve göçmenlere ev sahipliği yapanlar üzerinde etkileri olduğunu gösteren çalışmalar giderek artmaktadır. Göç ve sağlık arasındaki ilişkide hem bireylerin ve toplulukların sağlığı göçten etkilenebilmekte hem de sağlık, bireyleri ve toplulukları göçe teşvik edebilmektedir (Jatrana vd., 2006). Bu ilişkinin önemli bir yönü göçmenlerin varmış oldukları ülkelerin sağlık politikalarının göçmenler açısından ne kadar kapsayıcı olduğudur. Yukarıda tanımlandığı üzere, uluslararası insan hakları, en yüksek standartlarda sağlık hizmetlerine erişmeyi bir hak olarak kabul etmektedir ve bu hak, “vatandaşlar” veya “göçmenler” şeklinde bir ayırım gözetmemektedir. Diğer bir ifadeyle, uluslararası hukukun insan hakları kapsamında tanıdığı her hak göçmenler açısından da geçerlidir. Herhangi bir konuda göçmenlere ayrımcılık yapmamak için ulusal ve uluslararası düzenlemelerin yanı sıra etik ve insani birçok neden vardır. Ancak göçmenler uluslararası toplumun insan hakları açısından korunması gereken en dezavantajlı ve marjinalleştirilmiş insanlar arasındadır. Göçün temel motivasyonu daha iyi bir yaşam arayışı olsa da göçmenler genellikle fiziksel, zihinsel ve sosyal refahlarına yönelik derin ve sistemik zorluklar yaşamaktadırlar. Göçmenler ailelerinden ayrılma, tanıdık olmayan sosyal ve kültürel normlar, dil engelleri, kötü yaşam ve sömürücü çalışma koşullarıyla karşı karşıya kalmaktadırlar. Bunlarla birlikte sağlıkla ilgili hizmetlerde sıklıkla ayrımcı erişime maruz kalmaktadırlar (Pace, 2009: vii). Son yıllarda dünya çapında büyük ölçüde artan göçmen ve mülteci sayılarına rağmen, sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasına yeterince dikkat edilmemiştir. Çeşitli uluslararası belgeler sağlık hakkını savunurken, uygulamada göçmenler, özellikle de statülerinin netleştirilmesini bekleyenler, genellikle ulusal ve uluslararası düzeyde hizmet sağlayıcılar ve insani yardım programları arasında arada kalmaktadırlar (Matlin, 2018: 1).

Sağlık hizmetlerinden tam olarak yararlanma, yalnızca resmi haklara sahip olmayı değil, aynı zamanda sağlığa erişim fiilen elde edildiğinde bakım kalitesini garanti edebilen kapsayıcı sağlık hizmetlerinin varlığını da gerektirmektedir. Oysa birçok göçmen, ülkedeki resmi statülerine bağlı olarak, ülke vatandaşlarınınkinden oldukça az haklara sahiptir. Sağlık ve göç alanında yapılan çalışmalardan elde edilen kanıtlar, göçmenlerin ve etnik azınlıkların özel sağlık ihtiyaçlarının genellikle yeterince anlaşılmadığı, birçok sağlık hizmeti sağlayıcısı ile göçmen hastalar arasındaki iletişimin zayıf kaldığı ve sağlık sistemlerinin yeterli yanıt vermek için tam donanımlı olmadığı sonucuna varmaktadır. Bu gerçeklere rağmen, yalnızca az sayıda ülkelerin zorlukların üstesinden gelmek için göçmen ve etnik azınlık sağlığı konusunda etkili ulusal politikalar geliştirmektedir (Trummer ve Krasnik, 2017: 590). Buna bağlı olarak göçmenlerin bulaşıcı hastalık, kaza, yaralanma, kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları, şiddet ve uyuşturucu kullanımı gibi sağlığa zararlı durumlarla vatandaşlara nazaran orantısız bir şekilde etkilendiklerini göstermektedir (Mladovsky, 2007: 9). Ayrıca, göçmenler ruh sağlığı sonuçları bakımından da risk altındadırlar. Diğer taraftan göçmen sağlığı, varılan ülke vatandaşlarının sağlığının istihdam, gelir, eğitim ve barınma gibi sosyal belirleyicileri ile de yakından ilişkilidir. Bu nedenle hem göçmenler hem de ev sahibi nüfus için halk sağlığının korunmasını teşvik etmek için göçmenlerin, ayrımcılık, dışlama ve damgalama olmaksızın kaliteli sağlık hizmetlerine eşit

erişime sahip olmaları gereklidir. Bununla ilişkili bir şekilde sosyal belirleyiciler konusunda uygun kamu politikası tepkileri gereklidir (WHO, 2022c).

Uluslararası insan hakları hukuku ve ulusüstü girişimlere rağmen ülkeler henüz göçmen sağlığı konusunda asgari bir standart geliştirmekten uzaktırlar. Göçmen sağlığı konusunda pek çok sorun hala devam etmektedir. Birçok göçmen hastalık önleme, tedavi ve bakımın yanı sıra mali koruma da dahil olmak üzere sağlık hizmetlerine erişimden yoksundurlar. Sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engeller; dil, kültür, maliyet, ayrımcılık, idari engeller, sağlık finansmanına üye olamama, olumsuz yaşam koşulları ve sağlık hakları hakkında bilgilendirilmeme gibi nedenlere bağlı olarak ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir (WHO, 2019).

Dünya Sağlık Örgütü 2019 sağlık ve göç konusunu içeren küresel eylem planını (Küresel Eylem Planı: Sağlığın veya Mültecilerin ve Göçmenlerin Desteklenmesi) kabul etmiş ve küresel liderlik sağlamak için Sağlık ve Göç Programını (PHM) 2020’de kurmuştur. Küresel Eylem Planı’nda altı temel öncelik belirlenmiştir: (i) Kısa vadeli ve uzun vadeli halk sağlığı müdahaleleriyle göçmenlerin sağlığını geliştirmek; (ii) Bir taraftan iş sağlığı ve güvenliği önlemlerini geliştirmek diğer taraftan temel sağlık hizmetlerinin sürekliliğini ve kalitesini teşvik etmek; (iii) Göçmen sağlığının gündemlere (küresel bölgesel, ülkesel) dahil edilmesini sağlamak; göçmenlere duyarlı sağlık politikalarının ve yasal ve sosyal korumanın teşvik edilmesini savunmak; dezavantajlı göçmenlerin güçlendirilmesini sağlamak; ortaklıklar, ülkeler ve kurumlar arası koordinasyon ve işbirliği mekanizmalarını oluşturmak; (iv) Sağlığın sosyal belirleyicileri ile mücadele etme kapasitesini geliştirmek; (v) Sağlık izleme ve bilgi sistemlerini güçlendirmek; ve (vi) Kanıta dayalı sağlık iletişimini geliştirmek (IOM, 2022ç). 2019-2023 yıllarını kapsayan eylem planına ve diğer girişimlere rağmen etkili bir göçmen sağlık politikasının yaygınlaşmadığı görülmektedir. Bunu küresel düzeyde yapılan farklı indekslerde görmek mümkündür.

4. BİR ENTEGRASYON GÖSTERGESİ OLARAK GÖÇMEN SAĞLIĞI

Göçün özelliklerinden birisi çok istenmese de göçmenlerin vardıkları ülkelerde kalıcı hale gelmeleridir. Bu nedenle göçmenleri varmış oldukları ülkeyle bütünleştirme çabası olarak tanımlanabilecek göçmen entegrasyonu, hem göç edenler hem de varılan ülkeler açısından önemli bir konudur. Entegrasyonun boyutlarının neler olduğuna ilişkin geliştirilen birtakım teorik yaklaşımlar ve uluslararası kurumların çeşitli tutumları bulunmaktadır (Erat, 2018). Eğitim, işgücüne katılım, siyasi katılım gibi birçok ortak boyutla birlikte göçmenlerin varmış oldukları ülkelerdeki sağlık sistemlerine dahil edilmeleri entegrasyonun önemli bir parçası olarak görülmektedir. Avrupa Komisyonu tarafından hazırlanan Göçmen Entegrasyonu isimli dokümanda; varış öncesi önlemler, eğitim, iş piyasalarına katılım, ayrımcılıkla mücadele ve sağlık önemli entegrasyon politikaları olarak kabul edilmiştir (European Commission, 2017). Avrupa Birliği’nin kabul ettiği göçmen entegrasyonunun boyutları istihdam, eğitim, sosyal içerme, vatandaşlık ve konukseverlik düzeyidir. Sağlık göstergesi, yoksulluk, gelir ve barınma ile birlikte sosyal içerme boyutunda yer almaktadır. Kendinden algılanan sağlık, karşılanmayan sağlık ihtiyaçları, yaşam beklentisi, obezite, sağlık danışma oranı, sağlık

sigortası, önleyici bakım alım ve kendi kendine bildirilen sağlık sorunları, sağlık göstergesinin alt göstergeleri olarak yer almıştır. (Huddleston vd., 2013).

Temmuz 2005-Eylül 2006 tarihleri arasında ortak entegrasyon göstergelerinin oluşturulması amacıyla Proje I3 Göçmen Entegrasyonuna İlişkin Göstergeler / Project I3 Indicators on Immigrant Integration geliştirilmiştir. Proje; Avrupa Komisyonu Adalet, Özgürlük ve Güvenlik Genel Müdürlüğü ile Üçüncü Ülke Vatandaşlarının Entegrasyonuna Yönelik Hazırlık Eylemleri Programı tarafından finanse edilmiş ve üniversiteler, resmi kurumlar ve sivil toplum kurumlarından birçok ortak projede yer edinmiştir. Projenin amacı devletlerin, ülkelerin ve etkilenen grupların, göçmenlerin ve ev sahibi nüfusun verilerini sağlayarak, Avrupa'daki göçmen entegrasyonunu ölçmek için ortak bir göstergeler sisteminin oluşturulmasına katkıda bulunmaktır. Diğer bir ifadeyle, göstergelerin belirlenmesi ve seçilmesinden başlayarak ortak bir değerlendirme sisteminin geliştirilmesi hedeflenmiştir. Projede; eğitim, sağlık, iş, sosyal hizmetler, dil ve tarih, değerlere riayet, kurumlara erişim, sivil toplum, demokratik süreçlere katılım, nüfus tutumları ve iletişim araçlarının en sık bahsedilen entegrasyon alanları olduğu belirtilmiştir (WODC, 2007).

Yine OECD tarafından hazırlanmış bir raporda sağlık önemli bir entegrasyon göstergesi sayılmıştır. Sağlıkın refahın ayrılmaz bir parçası olarak görüldüğü raporda sağlık alanında geliştirilecek etkili bir entegrasyonun karşılıklı olarak diğer entegrasyon göstergelerini olumlu bir şekilde etkileyeceği ifade edilmiştir. Raporda sağlık boyutu; kendi kendine bildirilen sağlık durumu (bir kişinin kendi kendine bildirdiği sağlık durumu) ve erişebildikleri/erişemedikleri sağlık hizmetleri şeklinde iki alt göstergeden oluşmuştur (OECD/EU, 2015). OECD gibi Avrupa Birliği de bir entegrasyon göstergesi olarak göçmen sağlığı konusuna eğilmekte ve konu ile ilgili güncel veriler toplanmaktadır. 2011 yılında Avrupa Birliği tarafından hazırlanan Göçmen Entegrasyon Göstergeleri: Bir Pilot Çalışma isimli raporda, sağlık 16 göstergeden biri olarak yer edinmiştir (EU, 2011). Butün Avrupa Birliği'nin göçmen entegrasyonunda sağlık boyutu; sağlık durumu, sağlık belirleyicileri ve sağlık hizmetleri şeklinde üç alt göstergeden oluşmaktadır. Sağlık durumunda göçmenlerin sağlık algısı ve sağlık sorunlarıyla ilgili veriler bulunmaktadır. Sağlık belirleyicileri ile vücut kitle indeksi, sebze ve meyve tüketimi, sağlığı geliştirici aktivitelere bakılırken sağlık hizmeti gösterhesinde karşılanmamış sağlık hizmetleri değerlendirilmektedir (Eurostat, 2022).

Anılan kurumların yanı sıra aşağıdaki başlıkta verilerinden faydalanılacak farklı kurumlar da sağlığı bir entegrasyon göstergesi olarak kabul etmektedirler. Genel bir değerlendirme ile sağlık entegrasyonunun amacı ideal olarak, göçmenlerin ayırım gözetmeksizin sağlık sistemlerinin tüm unsurlarına dahil edilmesidir (Rechel vd., 2011: 6). Göçmenleri vatandaşlar gibi kabul eden sağlık sistemleri ideal olarak kabul edilmektedir. Ancak hala birçok ülke göçmenler ve vatandaşlar arasında eşitlik sağlama konusuna oldukça uzaktır. Bu noktada göçmen sağlığına ilişkin politikaların uygunluğunu karşılaştırmak, ilerlemeyi izlemek ve ulusal politikaların olumlu ve olumsuz yönlerini belirlemek önemlidir. Bu amaçla, literatürde değerli bir kaynak sağlayıcı ve ölçüm aracı olarak

görülen (Ingleby vd., 2019) Göçmen Entegrasyon Politikası Endeksi'nden/Migrant Integration Policy Index (MIPEX) faydalanılacaktır.

5. SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİMDE KARŞILAŞILAN SORUNLAR

Çalışmanın bu bölümünde, halihazırda 56 ülke ve 8 politika alanı (iş gücü hareketliliği, sağlık, eğitim, aile birleşimi, daimi ikamet, siyasal katılım, vatandaşlığa erişim, ayrımcılıkla mücadele) üzerinden ülkelerin göçmen entegrasyon politikalarını gösteren önemli bir indeks olan MIPEX'ten faydalanılacaktır. 2007-2019 arasını kapsayan MIPEX, Avrupa Komisyonu Ortak Araştırma Merkezi tarafından en kapsamlı indeks olarak kabul edilmiştir (Solano ve Huddleston, 2020). MIPEX'e göre, (2020) göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişiminde ülkeler arasında büyük farklılıklar söz konusudur. Altı kategoride değerlendirilen 56 MIPEX ülkesinden çok olumsuz kategorisinde (0) yer alan ülke bulunmamaktadır. Tablo 1'den anlaşılacağı üzere, 2020 verilerine göre, olumsuz kategorisinde (1-20) dört ülke, biraz olumsuz kategorisinde (21-40) 19 ülke, orta düzeyde (41-60) dokuz ülke, biraz olumlu kategorisinde (61-80) 18 ülke ve olumlu kategorisinde (81-100) altı ülke vardır.

Gelişmiş Avrupa ülkelerinin de içerisinde yer edindiği göstergelere göre, ülkelerin yarısından fazlası göçmenler açısından elverişli sağlık politikalarına sahip değildir. Genellikle diğer entegrasyon başlıklarında göçmenlere eşit haklar sunan ve bu kapsamda genel skoru yüksek olan ülkelerin sağlık alanında daha göçmen dostu oldukları görülmektedir. Buna karşın kısıtlayıcı entegrasyon politikalarına sahip ülkelerin çoğunda sağlık sistemleri daha az kapsayıcıdır. Bu genellemenin dışında kalan ve genel skoru ile sağlık skoru arasındaki farkın yüksek olduğu Birleşik Arap Emirlikleri, Türkiye, Şili ve Belçika gibi ülkeler de vardır. 56 ülkenin yarısından fazlasında (30) sağlık skoru genel skordan daha azdır. Bu durum sağlığın görece daha az önem verilen bir boyut olduğunu göstermektedir. Tüm MIPEX ülkelerinin sağlık ortalaması yüz üzerinden 49'dur.

Tablo 1. MIPEX Verilerine Göre Ülkelerin Göçmenlerin Genel ve Sağlık Entegrasyonu Yaklaşımları (2015/2020)¹

Ülke	Sağlık Skoru		Ülke	Sağlık Skoru		Ülke	Genel Skor	Sağlık Skoru	
	2020	2015		2020	2015			2020	2015
ABD	79	69	Danimarka	56	53	Estonya	50	29	27
Avustralya	79	67	İzlanda	54	40	Macaristan	43	29	40
Avusturya	81	63	Çekya	61	44	Brezilya	64	31	-
B. Krallık	75	64	Yunanistan	48	27	Hırvatistan	39	27	20
Belçika	73	53	Arjantin	44	-	Rusya	31	23	-
Finlandiya	67	53	Kore	40	36	Arnavutluk	43	15	-
Fransa	65	50	Kıbrıs	36	31	Hindistan	24	12	-
Hollanda	65	55	K.Makedonya	38	-	Moldova	47	36	-
İrlanda	85	58	Japonya	65	51	Bulgaristan	40	29	28
İspanya	81	53	Malta	56	45	Litvanya	37	31	26
İsviçre	83	62	BAE	62	-	Letonya	37	31	17
İsviçre	83	70	İsrail	63	-	Ukrayna	48	27	-
İtalya	79	65	Slovakya	50	31	Çin	32	25	-
Kanada	73	49	Romanya	46	45	Polonya	40	27	26
Norveç	75	67	Lüksemburg	46	43	Endonezya	26	13	-
Portekiz	65	43	Sırbistan	40	-	S.Arabistan	10	21	-
Şili	73	-	Meksika	42	-	Ürdün	21	17	-

¹ 2015 hesaplamalarına 38 ülke, 2020'ye ise 56 ülke dahil edilmiştir.

Türkiye	69	32	G. Afrika	40	-	Slovenya	48	33	18
Y.Zelanda	83	75	Almanya	63	43				

Kaynak: (MIPEX, 2020 ve MIPEX, 2015a'dan yazar(lar) tarafından derlenmiştir.)

Göçmen sağlığı politikaları büyük oranda ülkelerin edinmiş oldukları göç deneyimleri ve sahip oldukları finansal kaynaklarıyla ilgilidir. Brezilya, Çin ve Hindistan gibi nüfus oranına göre daha az göçmenin bulunduğu ülkelerde göçmenlerin sağlık sistemine dahil edilmeleri için çok az çaba harcanmaktadır. Buna karşılık, uluslararası göçmen nüfusunun fazla olduğu İsviçre, İtalya ve İspanya gibi ülkeler göçmen sağlığına daha fazla duyarlılık göstermektedir. Aynı zamanda kişi başına GSYİH'si yüksek olan ülkelerin sağlık skorlarının da yüksek olduğu görülmektedir (MIPEX, 2020).

MIPEX göçmenlerin sağlık alanında entegrasyonunu dört ana başlıkta sunmaktadır. (i) Göçmenlere tanınan sağlık hizmetlerine ilişkin haklar, (ii) sağlık hizmetlerine erişilebilirliği kolaylaştıran politikalar, (iii) duyarlı sağlık hizmetleri ve (iv) değişimi teşvik eden politikalar. Sağlık hakkında; farklı göçmen grupları (yasal göçmenler, belgesiz göçmenler ve sığınmacılar) için yasal koşulların, yasal kapsamın ve özel muafiyetlerin neler olduğuna bakılmaktadır. İdarenin bu konudaki yetkileri ve öne sürülen belgeler de sağlık hakkının alt göstergesi olarak değerlendirilmektedir. Erişilebilirlik alt göstergesinde, hem hizmet sağlayıcılarının hem de göçmenlerin bilgilendirme durumları incelenmektedir. Ayrıca göçmenlerin sağlık eğitimi ve teşviki için bilgilendirme düzeyleri bu göstergede yer almaktadır. Duyarlılık alt göstergesinde tercüme hizmetleri, tercüme maliyetleri, yorumlama yöntemleri, kültürel olarak yetkin ve çeşitliliğe duyarlılık, sağlık personellerinin bu konuda eğitimi gibi kriterlere göre ölçüm yapılmaktadır. Değişim alt göstergesinde, göçmenler ile ilgili verilerin toplanması, göçmen sağlığına ilişkin araştırmaların düzeyi, tüm politikalarda sağlık yaklaşımı, göçmenlerin bir paydaş olarak sağlık hizmetlerine katılımı temel kriterlerdir (MIPEX, 2015b).

Ulaşılabilir olan MIPEX 2015 verileri (Tablo 2) 2020 yılı ile karşılaştırıldığında; haklar göstergesi açısından göçmenlerin hala sağlık sigortalarından yararlanma haklarının genellikle idari nedenlere bağlı olarak engellendiği belirtilmektedir. Yasal göçmenler açısından koşullar ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Bazı ülkelerde yasal olarak ikamet edenlerin koşulsuz hakları varken bazı ülkeler ise bu hakkı sadece acil bakım ile sınırlamıştır. 27 MIPEX ülkesi yasal göçmenleri vatandaşlar gibi görürken sığınmacılara bu hakkı tanıyan 15, belgesiz göçmenlere ise 2 ülke (Şili ve İsviçre) vardır. Bazı ülkeler (Almanya gibi) sığınmacılara koşulsuz sağlık hizmeti sunma şartını belirli bir süre ikamet etmeye bağlamıştır. Belgesiz göçmenler en dezavantajlı grubu oluşturmaktadır. Bu grup için acil bakım hizmetleri dahi zaman zaman keyfi uygulamalara denk gelebilmektedir (MIPEX, 2020).

Haklar açısından 2020 yılına ait veriler (56 ülke) 2015 yılı ile (38 ülke) karşılaştırıldığında 56 ülkenin 28'inde herhangi bir değişiklik olmamıştır. İdari olarak tanınan haklar için tüm ülkeler üzerinden ortalama toplam puan neredeyse aynı kalmıştır. Ancak bu boyut için 6 ayrı göstergede hem olumlu hem de olumsuz değişiklikler olmuştur. Endonezya tüm göçmenleri ulusal sağlık hizmetlerine katmış, İspanya ve Şili'de belgesiz göçmenler vatandaşlar ile aynı haklara sahip olmuş, Letonya,

Kanada ve Portekiz’de sığınmacıların hakları artırılmış, Türkiye’de acil ve birinci basamak sağlık hizmetlerine ücretsiz olarak erişim hakkı tanınmış, Estonya’da idari engeller azaltılmış ve Litvanya’da belge talepleri sığınmacılar için kaldırılmıştır. Bu gelişmelere karşın Arjantin’de belgesiz göçmenler için kısıtlayıcı hükümler getirilmiş, İtalya’da sığınmacılar için idari engeller artırılmış, Hollanda’da 18 yaşından büyük sığınmacıların sadece kabulün ilk iki ayında bakılması şeklinde bir sınır getirilmiş, İsveç’te eski sığınmacıların başvurularının reddedilmesi durumunda sağlık hizmetlerine erişimde kısıtlamaya gidilmiş ve Meksika’da hem yasal göçmenler hem de sığınmacılar açısından idari engeller artmıştır (Ingleby, 2020).

Tablo 2. Sağlık Alt Göstergelerine Göre MIPEX Ülkelerinin Göçmen Sağlığı Politikaları²

Ülke	(i)	(ii)	(iii)	(iv)	Ülke	(i)	(ii)	(iii)	(iv)
İrlanda	53	55	58	67	Bulgaristan	50	28	0	33
Y.Zelanda	69	70	83	79	Hırvatistan	53	20	0	8
İsviçre	78	85	63	54	Kıbrıs	33	48	17	25
İsveç	78	62	58	50	Çekya	58	53	29	33
Avusturya	64	62	71	54	Danimarka	58	48	46	58
İspanya	50	67	38	58	Estonya	39	45	0	25
ABD	44	73	79	79	Almaya	50	30	58	33
Avustralya	56	53	75	83	Yunanistan	61	28	0	17
İtalya	72	78	50	58	Macaristan	53	35	42	29
B. Krallık	39	42	92	83	İzlanda	61	80	21	0
Norveç	69	60	58	79	Japonya	75	90	21	17
Kanada	42	53	50	50	G. Kore	22	68	17	38
Belçika	69	72	42	29	Letonya	31	40	8	25
Slovakya	50	43	0	29	Litvanya	31	40	8	25
Türkiye	72	32	4	21	Lüksemburg	69	52	42	8
Finlandiya	56	73	50	33	Malta	28	58	46	50
Portekiz	33	70	29	38	Polonya	64	38	0	0
Hollanda	78	55	46	42	Romanya	50	43	0	29
Fransa	83	82	25	8	Slovenya	36	25	4	8

Kaynak: (MIPEX, 2015a’dan yazar(lar) tarafından derlenmiştir.)

Not: (i) Haklar, (ii) Erişim, (iii) Duyarlılık, (iv) Değişim

Haklar göstergesindeki olumsuz gelişmelere rağmen erişilebilirlik, duyarlılık ve değişimi teşvik eden politika boyutlarında önemli iyileştirmeler yaşanmıştır (Ingleby, 2020). Sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğinde sadece 19 ülke olumlu tutum sergilemektedir ve 23 ülke göçmenleri sağlık eğitimi, sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik olarak düzenli bir şekilde bilgilendirmektedir. Ülkelerin çoğunda göçmenler sağlık hakları konusunda bilgilendirilmemektedir (MIPEX, 2020). Sağlık hizmetlerinde erişim ve aşağıda incelenecek olan diğer iki gösterge açısından en iyi ilerlemeyi gösteren ülke Türkiye’dir. Belgesiz göçmenlere hakları, sağlık eğitimi ve sağlığın teşviki hakkında bilgi verilmektedir. Yine Yunanistan’da kamplarda yaşayan sığınmacılara sağlık eğitimi ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi yoluyla ulaşılmaktadır. Ukrayna’da 2017’den beri göçmenler hakları konusunda bilgilendirilmektedir. Belçika ve Hırvatistan’da sığınmacılar, Slovakya’da belgesiz göçmenler ve Polonya’da sığınmacılar ile yasal göçmenler açısından sağlık sistemleri sağlık eğitimi ve sağlığın teşviki konularını kapsayacak şekilde genişletilmiştir (Ingleby, 2020).

² Tabloda belirtilen (i) Haklar, (ii) Erişim, (iii) Duyarlılık, (iv) Değişim

Duyarlı hizmetler açısından bakıldığında 19 ülke hasta göçmenlere ücretsiz bir şekilde nitelikli tercüme hizmeti sunmaktadır. 17 ülkede bu hizmet ücret karşılığında verilirken 20 ülkede hiç verilmemektedir (MIPEX, 2020). Türkiye’de tercümanlar sadece sığınmacı kamplarında değil, göçmen sağlık merkezlerinde, özel hastanelerde ve bazı devlet hastanelerinde bulunmaktadır. Yunanistan’da yüksek göçmen yoğunluğuna sahip seçilmiş hastanelere kültürlerarası arabulucular bulunmaktadır. Kanada’da tercümanlık hizmetleri son yıllarda iyileştirilmiştir. Letonya’da tercümanlık hizmeti çoğu dilde ücretsiz sunulmaya başlanmıştır. Danimarka’da ise tercüme hizmeti üç yıldan daha az süredir ikamet eden göçmenler için ücretli hale getirilmiştir (Ingleby, 2020).

Değişimi teşvik eden politikalar açısından bakıldığında 44 ülkede göçmen sağlığını destekleyen fon kuruluşları bulunmaktadır. 33 ülkede de göçmenlerin sağlık sorunları sistematik bir şekilde ele alınmaktadır (MIPEX, 2020). Türkiye’de göçmenler veya etnik azınlıklar için adil sağlık hizmeti sağlama taahhüdü, devlet tarafından yönetilen hizmet sağlayıcı kuruluşların ve sağlık kurumlarının tüm bölümlerinde mevcuttur. Şili’de 2017’de göçmenler ve sağlıkları üzerine araştırmaları teşvik etmek ve göçü sağlık sistemine dahil etmek için önlemler getirilmiştir. Letonya’da göçmenlerin ruh sağlığına ilişkin araştırmalar desteklenmeye başlamıştır. Fransa’da göçmen sağlığı konusunda daha fazla araştırma yapılmaktadır (Ingleby, 2020). Sağlık hizmetlerinin sağlanması ve tasarlanmasında 31 ülke katılımcı bir politika izlemekte ve göçmenlere anılan politikalarda katılım hakkı tanımaktadır (MIPEX, 2020). Türkiye’de göçmenler bilgi sağlama, hizmet tasarımı ve sunumuna kapsamlı bir şekilde dahil olmaktadır. Yunanistan ve Portekiz’de göçmenler, kültürel araçlar olarak istihdam yoluyla hizmet sunumuna katılmaktadırlar (Ingleby, 2020).

6. SONUÇ

Uluslararası örgütler, bölgesel kuruluşlar ve çeşitli sivil girişimler tarafından göçmenlerin varmış oldukları ülkede karşılaşmış oldukları sorunlara ve ülke vatandaşları açısından problem olarak görülen durumlara dayanılarak göçmen entegrasyonunu sağlamaya dönük çeşitli politika alanları belirlenmiştir. Bakış açılarına göre politika alanları farklılaşsa da sağlık, göçmenlerin entegrasyonunda ortak kabule dayanan bir alandır. Entegrasyonun her boyutunda insani bir yön bulunmakla birlikte sağlık, hem temel bir insan hakkı hem de doğrudan diğer temel insan hakları ile ilişkili bir hak olduğu için görece diğer entegrasyon alanlarından daha önemlidir. Uluslararası düzenlemelere göre, her insanın ayırım görmeksizin bu hakka -onurlu bir yaşam sürdürmek için- en yüksek standartlarda erişebilmesinin önündeki engellerin kaldırılması gerekmektedir. Ancak temel insan hakları korumalarını aşındıran yabancı düşmanlığı, göçmen karşıtı politikalar, göçün siyasallaşması (Page, 2022) gibi durumlarda olduğu gibi göçmen sağlığı konusunda da birçok sorun söz konusudur.

MIPEX’e göre (2015a) ideal bir göçmen sağlık politikasında, tüm göçmenlerin hem yasal hem de uygulamada vatandaşlarla aynı sağlık haklarına sahip olmaları gerekmektedir. Tüm göçmenlere sağlık hakkına tam olarak erişmek için dil ve kültür açısından ihtiyaç duyulan hizmetler çeşitli yöntemlerle verilmelidir. Göçmenler sağlık hizmetleri hakkında, sağlık çalışanları ise göçmenlerin sağlığı hakkında bilgilendirilmelidir. Göçün sürekliliğine bağlı olarak ülkelerin sağlık politikaları,

değişiklikleri desteklemeli ve ayrıca giderek daha çeşitli bir toplumun ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde planlanmalıdır. İstisnaları olmakla birlikte, refah düzeyi yüksek ülkeler, göçmenlerin diğer haklarına saygı duyan ve almış olduğu göç nedeniyle tecrübe kazanan ve göçü bir gerçeklik olarak kabul eden ülkelerin sağlık alanında göçmen dostu oldukları görülmüştür. Ancak birçok ülkede sağlık hizmetlerine erişimde göçmenler ülke vatandaşları ile eşit haklara sahip olmadığı gibi göçmenleri engelleyecek politikaları benimseyen ülkeler de vardır. Özellikle belgesiz göçmenlere bazı ülkelerde sağlık hakkının hiç tanınmaması, sağlık haklarının kısıtlanması, bu hakka erişimin çeşitli prosedürler öne sürülerek zorlaştırılması, gerekli bilgilendirilmelerin yapılmaması, sağlıklı bir iletişimin gerçekleşmesi için yeterli kanalların kurulamaması, etkili politikaların geliştirilmesi noktasında yeterli araştırmaların yapılmaması ve göçmenlere politika kararları alınırken söz hakkının tanınmaması önemli sorun alanları olarak devam etmektedir.

Ülkelerin göçmen sağlığı politikası birbirinden farklıdır ve hiçbir ülke ideal bir göçmen sağlığı politikası geliştirememiştir. Göç konusunun uluslararası gündemde ve literatürde artan bir şekilde sağlık sorunu olarak kavramlaştırılması, birtakım iyileşmelerin yaşanmasını sağlamış olsa da bazı ülkelerin göçmen sağlığı konusunda geri adım atabildikleri anlaşılmıştır. Sonuç olarak, ortak bir göçmen sağlığı anlayışı olmadığı gibi ülkeler arasında asgari olarak nitelendirilebilecek bir hizmet anlayışı da söz konusu değildir.

7. KAYNAKÇA

- Benatar, S. R. (1998). Global disparities in health and human rights: A critical commentary. *American Journal of Public Health*, 88(2), 295-300.
- Bielefeldt, H., Klotz, S., Schmidhuber, M., & Frewer, A. (2017). *Healthcare in the spectrum of human rights an introduction*. S. Klotz, H. Bielefeldt, M. Schmidhuber, & A. Frewer içinde, *Healthcare as a human rights issue* (s. 9-19). Wetzlar: Majuskel Medienproduktion GmbH.
- CESCR. (2000, 08 11). General comment no. 14: The right to the highest attainable standard of health. Alınan yer <https://www.refworld.org/topic,50ffbce582,50ffbce5103,4538838d0,0,CESCR,GENERAL,,html> Erişim Tarihi: 06. 06. 2022.
- Council of Europe. (1961). Avrupa sosyal şartı. Alınan yer <https://www.anayasa.gov.tr/media/3680/avrupasosyalsarti.pdf> adresinden alındı Erişim Tarihi: 06. 06. 2022.
- Cox, C., & Marland, H. (2013). *Introduction: Migration, health and ethnicity in the modern world*. C. Cox, & H. Marland içinde, *Migration, health and ethnicity in the modern world* (s. 1-13). NY: Palgrave Macmillan.
- Crombie, I. K., Irvine, L., Elliott, L., & Wallace, H. (2005). *Closing the health inequalities gap: An international perspective*. Copenhagen: WHO.
- Erat, V. (2018). Çok kültürlülük ve ayrımcılık arasında: avrupa ülkelerinin entegrasyon politikalarında eğitim alanı. *Mukaddime*, 9(Özel Sayı), 79-94.

- Ertan, İ. M. (2012). *Ulusalüstü insan hakları hukukunda sağlık hakkı ve etkinleştirilmesi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi (Doktora Tezi).
- EU. (2011). *Indicators of immigrant integration a pilot study*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Commission. (2017). *Migrant integration*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Eurostat. (2022). Database. Eurostat: Alınan yer <https://ec.europa.eu/eurostat/web/main/data/database>. Erişim Tarihi: 06.10.2022.
- Huddleston, T., Niessen, J., & Tjaden, J. D. (2013). Using EU Indicators of immigrant integration. Alınan yer https://www.migpolgroup.com/_old/wp-content/uploads/2013/08/Final-report_Using-EU-indicators-of-Immigrant-Integration_June-2013.pdf. Erişim Tarihi: 06.10.2022.
- HWR. (2009). Health and Human Right. Kerala. Alınan yer https://www.hrw.org/sites/default/files/related_material/HRW_healthbrochure_low.pdf. Erişim Tarihi: 06.10.2022.
- Ingleby, D. (2020). Changes between health strand scores in the 2015 and 2020 rounds. Migrant Integration Index: Alınan yer https://www.mipex.eu/sites/default/files/downloads/files/health_summary_of_the_changes_new.pdf adresinden alındı. Erişim Tarihi: 06.08.2022.
- Ingleby, D., Petrova-Benedict, R., Huddleston, T., & Sanchez, E. (2019). The MIPEX health strand consortium, The MIPEX health strand: A longitudinal, mixed-methods survey of policies on migrant health in 38 countries. *European Journal of Public Health*, 29(3), 458-462.
- IOM. (2016). *Summary report on the mipex health strand and country reports*. Geneva: International Organization for Migration.
- IOM. (2022). *World migration report 2022*. Geneva: International Organization for Migration.
- IOM. (2022ç). Refugee and migrant health: WHO response. World Health Organization: Alınan yer https://www.who.int/health-topics/refugee-and-migrant-health#tab=tab_3 adresinden alındı. Erişim Tarihi: 10.06.2022
- Jatrana, S., Graham, E., & Boyle, P. (2006). *Understanding migration and health in Asia*. M. a. Asia içinde, Santosh Jatana; Mika Toyota; Brenda S.A. Yeoh (s. 1-16). New York: Routledge.
- Krennerich, M. (2017). *The human right to health. fundamentals of a complex right*. S. Klotz, H. Bielefeldt, M. Schmidhuber, & A. Frewer içinde, Healthcare as a human rights issue (s. 23-54). Wetzlar: Majuskel Medienproduktion GmbH.
- Mann, J. M., Gostin, L., Gruskin, S., Brennan, T., Lazzarini, Z., & Fineberg, H. V. (1994). Health and human rights. *Health and Human Rights*, 1(1), 6-23.
- Matlin, S. D. (2018). Migrants' and refugees' health: Towards an agenda of solutions. *Public Health Rev.*, 39(27), 1-55.
- Meier, B., & Onzivu, W. (2013). The evolution of human rights in world health organization policy and the future of human rights through global health governance. *Public Health*, 128(2), 170-187.

- MIPEX. (2015a). Health. Migrant integration index: Alınan yer <https://2015.mipex.eu/health>. Erişim Tarihi: 12.06.2022.
- MIPEX. (2015b). Play with the data. Migrant integration index: Alınan yer <http://2015.mipex.eu/play/#/filter-countries>. Erişim Tarihi: 12.06.2022.
- MIPEX. (2020). Health. Migrant policy index: Alınan yer <https://www.mipex.eu/health>. Erişim Tarihi: 12.06.2022.
- Mladovsky, P. (2007). Migrant health in the EU. *Eurohealth*, 13(1), 9-11.
- OECD/EU. (2015). *Indicators of immigrant integration 2015: Setting In*. Paris: OECD Publishing.
- Pace, P. (2009). *Migration and the right to health: A review of international law*. Geneva: IOM.
- Page, K. (2022). *Migrant health and human rights*. <https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/center-for-public-health-and-human-rights/research/migrant-health/>. Erişim Tarihi: 12.06.2022.
- Rechel, B., Mladovsky, P., Devillé, W., Rijks, B., Petrova-Benedict, R., & McKee, M. (2011). *Migration and health in the European Union: an introduction*. Migration and health in the European Union (s. 3-16). içinde New York: Open University Press.
- Solano, G., & Huddleston, T. (2020). *Migrant integration policy index 2020*. Brussels: CIDOB and MPG.
- Tasioulas, P. J. (2017). *The minimum core of the human right to health*. Nordic Trust Fund.
- Trummer, U., & Krasnik, A. (2017). Migrant health: The economic argument. *European Journal of Public Health*, 27(4), 590-591.
- UN. (1948). Universal declaration of human rights. United Nation: Alınan yer <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>. Erişim Tarihi: 06.06.2022.
- UN Human Rights Office, WHO. (2008). *The right to health*. Geneva: United Nations.
- UNICEF Türkiye. (2004). *Çocuk haklarına dair sözleşme*. Ankara: UNICEF Türkiye.
- WHO. (2019). *Promoting the health of refugees and migrants: Draft global action plan, 2019–2023*. New York: WHO.
- WHO. (2022a). *Refugee and migrant health: Overview*. World Health Organization: https://www.who.int/health-topics/refugee-and-migrant-health#tab=tab_1. Erişim Tarihi: 10.06.2022.
- WHO. (2022b). *Constitution*. Alınan yer <https://www.who.int/https://www.who.int/about/governance/constitution#:~:text=The%20Constitution%20was%20adopted%20by,are%20incorporated%20into%20this%20text>. Erişim Tarihi: 06.06.2022.
- WHO. (2022c). Refugee and migrant health: impact. World Health Organization: Alınan yer https://www.who.int/health-topics/refugee-and-migrant-health#tab=tab_2. Erişim Tarihi: 10.06.2022.
- WODC. (2007). *Immigrant integration indicators*. WODC Publications.