

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
AKDENİZ UYGARLIKLARI ARAŞTIRMA ENSTİTÜSÜ

ULUSLARARASI GÖÇ HAREKETLİLİĞİ BAĞLAMINDA GÖÇMENLERE
YÖNELİK SAĞLIK HİZMETLERİ VE POLİTİKALARI: TÜRKİYE VE
İTALYA KARŞILAŞTIRMASI

Gökhan ÖZCAN

Danışman
Doç. Dr. Mustafa ÇOBAN

Akdeniz Göç Araştırmaları Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Antalya, 2024

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
AKDENİZ UYGARLIKLARI ARAŞTIRMA ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE,

Gökhan Özcan'ın bu çalışması, jürimiz tarafından Akdeniz Göç Araştırmaları Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı tezi olarak oy birliği ☐ oy çokluğu ☐ ile kabul edilmiştir.

Başkan : (İmza)

Üye (Danışman) : Doç. Dr. Mustafa ÇOBAN (İmza)

Üye : (İmza)

Tez Başlığı: Uluslararası Göç Hareketliliği Bağlamında Göçmenlere Yönelik Sağlık Hizmetleri ve Politikaları: Türkiye ve İtalya Karşılaştırması

Onay: Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Tez Savunma Tarihi: .../01/2024

Mezuniyet Tarihi: .../01/2024

(İmza)

Prof. Dr. Tuncer DEMİR

Müdür



AKADEMİK BEYAN

T.C

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ

AKDENİZ UYGARLIKLARI ARAŞTIRMA ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Yüksek Lisan Tezi olarak sunduğum “Uluslararası Göç Hareketliliği Bağlamında Göçmenlere Yönelik Sağlık Hizmetleri ve Politikaları: Türkiye ve İtalya Karşılaştırması” adlı bu çalışmanın, akademik kural ve etik değerlere uygun bir biçimde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım bütün eserlerin kaynakçada gösterildiğini ve çalışma içerisinde bu eserlere atıf yapıldığını beyan ederim.

(İmza)

Gökhan ÖZCAN

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	iii
TABLolar LİSTESİ.....	iv
GRAFİKLER LİSTESİ	v
ÖZET.....	vii
ABSTRACT	viii
ÖNSÖZ.....	ix
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM	3
AKDENİZDE GÖÇ VE AVRUPA BİRLİĞİ ORTAK GÖÇ POLİTİKALARI	3
1.1. Akdeniz’de Göç.....	3
1.2. Akdeniz’in Jeopolitik Önemi.....	6
1.3. Akdeniz’de Ortak Göç İş birlikleri ve Politikaları	7
1.3.1.Uluslararası Göç Örgütü (IOM)	7
1.3.2.Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (BMMYK)	8
1.3.3.Frontex.....	8
1.3.4.Göçmen Entegrasyon Politika Endeksi (MIPEX)	10
1.3.5.Akdeniz İçin Birlik	10
1.3.6.Avrupa Göç Ağı (European Migration Network).....	11
1.3.7.Avrupa Göç Forumu (European Migration Forum).....	11
1.3.8.Avrupa Birliği İstatistik Kurumu(Eurostat)	12
İKİNCİ BÖLÜM.....	13
ÇEŞİTLİ YÖNLERİYLE GÖÇ.....	13
2.1. Göç Kavramı	13
2.1.1.Göçmen.....	14
2.1.2.Mülteci	15
2.1.3.Şartlı Mülteci	16
2.1.4.İkincil Koruma.....	16
2.1.5.Geçici Koruma.....	17
2.1.6.Sığınmacı	17
2.2. Göç Çeşitleri	19
2.2.1.Düzenli Göç ve Düzensiz Göç	19
2.2.2.Gönüllü Göç ve Zorunlu Göç	21
2.2.3.İç Göç ve Dış Göç.....	22
2.2.4.Bireysel Göç ve Zorunlu Göç	23
2.2.5.Geçici Göç ve Kalıcı Göç	24
2.2.6.Beyin Göçü ve İşgücü Göçü	25
2.3. Türkiye Göç Süreci.....	28
2.4. İtalya Göç Süreci	31
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	34

TÜRKİYE VE İTALYA’DA SAĞLIK POLİTİKALARI.....	34
3.1. Türkiye’nin Sağlık Politikalarına Genel Bir Bakış.....	34
3.1.1.2000 Sonrası Sağlıkta Dönüşüm Programı	34
3.1.2.2019-2023 Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan	36
3.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	37
3.2.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri	37
3.2.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	38
3.2.3.Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri	40
3.3. İtalya Sağlık Sistemine Genel Bir Bakış	41
3.4. İtalya’da Sağlık Sisteminin Sunumu	42
3.4.1.Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	42
3.4.2.İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri	43
3.4.3.Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri	43
3.5. Göçmenlerin Sağlık Hizmetlerine Erişimini Engelleyen Faktörler	43
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	46
ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ.....	46
4.1. Çalışmanın Konusu.....	46
4.2. Çalışmanın Amacı	46
4.3. Çalışmanın Önemi	47
4.4. Çalışmanın Sınırlılıkları	48
4.5. Çalışmanın Yöntemi	48
4.5.1.Çalışmanın Soruları.....	49
BEŞİNCİ BÖLÜM.....	51
BULGULAR VE ANALİZ.....	51
5.1. Türkiye’de Geçici Koruma Kapsamı Altında Bulunan Suriyeli Göçmenlerin Mevcut Durumu	51
5.2. Dünya’da ve AB’de Göç.....	52
5.3. Avrupa Birliğine Düzenli ve Düzensiz Göç	53
5.4. İtalya’da Göçmenlerin Durumu	54
5.5. Türkiye’de Mevzuatlara göre Geçici Koruma Kapsamı Altında Bulunan Suriyeli Göçmenlere Karşı Uygulanan Sağlık Politikaları.....	54
5.5.1.Yasal Çerçeve ve Politika.....	54
5.5.2.Geçici Koruma Kapsamındaki Suriyelilerin Sağlık Hizmetlerine Erişimi	56
5.5.3.Geçici Barınma Merkezlerinde Sağlanan Sağlık Hizmetleri	58
5.5.4.Acil Sağlık Hizmetleri.....	59
5.5.5.Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	59
5.6. Gönüllü Kuruluşların Sağlık Hizmetlerine Etkisi	60
5.7. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	60
5.8. Sağlık Hizmetlerinin Denetimi	62
5.9. İtalya’daki Göçmenlere Yönelik Sağlık Politikaları ve Sağlık Hizmetleri.....	63
SONUÇ VE DEĞERLENDİRME.....	74
ÖNERİLER.....	78
KAYNAKÇA.....	81
ÖZGEÇMİŞ	87

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: UNHCR 2023 Akdeniz Havzası Göç Haritası	6
Şekil 2: Frontex'in Başlıca Görevleri	9
Şekil 3: Göçmenler Ve Tipolojileri	15



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: En çok mülteciye ev sahipliği yapan ilk 10 ülke	52
Tablo 2: AB ve İtalya sığınma başvuruları	54
Tablo 3: Götürü Bedel Protokollerine Göre Geçici Korunanlara (Suriye ve Irak Uyrıklular) Sunulan Sağlık Hizmetlerinin Maliyetleri (TL)	62



GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1: Akdeniz Göç Rotalarına Göre Avrupa'ya Göç Akışı (2015-2024)	5
Grafik 2: Türkiye’de Yıllara Göre Geçici Koruma Kapsamı Altında Bulunan Suriyeliler	51
Grafik 3: Geçici Koruma Kapsamında Bulunan Suriyelilerin İllere Göre Dağılımı.....	52
Grafik 4: AB’ye Düzenli ve Düzensiz Göç 2013-2022.....	53



KISALTMALAR LİSTESİ

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AFAD	: Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı
ASL	: Bölgesel ve Yerel Sağlık Kurumları
ark.	: Arkadaşları
BAE	: Birleşik Arap Emirlikleri
BM	: Birleşmiş Milletler
BMMYK	: Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği
CSPA	: İlk Yardım Merkezleri
CIPE	: Planlama ve Ekonomik Koordinasyon Komitesi'
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EC	: Avrupa Komisyonu (European Commission)
Edit.	: Editör
FRONTEX	: Avrupa Birliği Sınır Güvenliği Birimi (Frontières Extérieures)
GSM	: Göçmen Sağlığı Merkezleri
GSYİH	: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
GKY	: Geçici Koruma Yönetmeliği
GİGM	: Göç İdaresi Genel Müdürlüğü
IOM	: Uluslararası Göç Örgütü (International Organization for Migration)
Km	: Kilometre
MÖ	: Milattan Önce
MS	: Milattan Sonra
NHS	: Ulusal Sağlık Hizmetleri
OVP	: Orta Vadeli Program
Pp	: Sayfa Aralığı
s.	: Sayfa
SGD	: Sosyal Güvenlik Dergisi
SIHHAT	: Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Sağlık Statüsünün ve Türkiye Cumhuriyeti Tarafından Sunulan İlgili Hizmetlerin Geliştirilmesi
ss.	: Sayfa Aralığı
SSN	: Ulusal Sağlık Sistemi (Sistema Sanitario Nazionale)
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
TTB	: Türk Tabipleri Birliği
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezleri
UFM	: Akdeniz İçin Birlik
EMN	: Avrupa Göç Ağı
EMF	: Avrupa Göç Forumu
UM	: Belgesiz Göçmenler
UN DESA	: United Nations Department of Economic and Social Affairs
UNHCR	: Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (United Nations High Commissioner for Refugees)
vb.	: Ve Benzeri
vd.	: Ve Diğerleri

ÖZET

Akdeniz Havzası, tarih boyunca göçmenlik olgusunun yoğun olarak yaşandığı bir bölge olmuştur. Bu bölge, göçmen kaynağı, hedef ve transit ülkeleri bir araya getiren bir coğrafyaya sahiptir. Günümüzde ise göç hareketlerinin ana hedefi genellikle Avrupa Birliği (AB) ülkeleri olmaktadır. 20. yüzyılda meydana gelen Birinci Dünya Savaşı (1914-1918) ve İkinci Dünya (1939-1945) Savaşı ile soğuk savaşın neden olduğu nüfus hareketleri; Akdeniz’e kıyısı olan AB ülkelerine veya Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelere doğru düzensiz göç hareketlerine yol açmıştır. Türkiye UNCHR verilerine göre dünya da en fazla göçmen nüfusuna ev sahipliği yapan ülkelerin başında gelmektedir. Ayrıca İtalya’da aynı şekilde binlerce düzenli ve düzensiz göçmeni çatısı altında barındırmaktadır. Bu durum ülkelerinin vatandaşlık, sağlık ve çalışma gibi birçok farklı noktada politika üretmelerine sebep olmuştur. Bu politikaların en başında da göçmenlere yönelik uygulanan sağlık politikaları yer almaktadır. Çünkü göçmenlerin sağlığı aynı zamanda o ülkenin toplum sağlığını çok yakından ilgilendirebilmektedir. Bu nedenle bu çalışmada Türkiye ve İtalya’nın Düzensiz göçmenlere yönelik sunulan sağlık politikalarının analizi amaçlanmıştır. Çalışmanın sınırlılıklarını Akdeniz’in doğusunda yer alan Türkiye ile Orta Akdeniz bölgesinde bulunan İtalya’nın örneklem olarak seçilmesi oluşturmaktadır. Sağlık politikalarında, Türkiye; “Açık Kapı” politikası ve Suriyeli vatandaşlara “geçici koruma” statüsü verilmesini onaylamıştır. Bu kapsamda tüm göçmenlere ücretsiz birinci basamak sağlık hizmetleri sunmakta ve çeşitli projelerle geçici koruma altındaki Suriyelilerin sağlık durumlarını iyileştirmektedir. İtalya, düzensiz göçmenleri kapsayan evrensel sağlık hizmeti sunmakta, yasal statülerinden bağımsız olarak temel insan haklarını koruyan bölgesel idare ve kamu-özel sağlık hizmeti sağlayıcılarının entegrasyonunu içermektedir.

Yapılan bu çalışmada, nitel araştırma yöntemleri arasında yer alan literatür taramasına dayalı betimsel analiz yöntemini kullanılmıştır. Literatürde var olan araştırmalar, tez çalışmasının konusuyla ilgili olarak kapsamlı bir şekilde gözden geçirilerek incelenmiştir. Bu araştırma sürecinde, tezler, ilgili makaleler, kitaplar, raporlar ve diğer akademik kaynaklar taranarak uygun ve güvenilir veriler toplanmıştır. Ardından toplanan bu veriler betimsel analiz sürecinden geçilerek düzenlenip yorumlanarak tez çalışmasının hedeflediği olgularla ilişkilendirilmesi sağlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Akdeniz Ülkeleri, Göç, Göçmen, Sağlık Politikaları, Türkiye Örneği, İtalya Örneği

ABSTRACT

The Mediterranean Basin has been a region where immigration has been intense throughout history. This region has a geography that brings together immigrant source, destination and transit countries. Nowadays, the main target of migration movements is generally European Union (EU) countries. Population movements caused by the First World War (1914-1918) and the Second World War (1939-1945) and the Cold War in the 20th century; It has led to irregular migration movements towards EU countries bordering the Mediterranean or developing countries such as Türkiye. According to UNCHR data, Türkiye is one of the countries hosting the largest immigrant population in the world. In addition, Italy hosts thousands of regular and irregular immigrants alike. This situation has caused countries to produce policies on many different points such as citizenship, health and work. The most important of these policies are the health policies implemented for immigrants. Because the health of immigrants may also be closely related to the public health of that country. Therefore, this study aims to analyse the health policies offered by Türkiye and Italy towards irregular immigrants. The limitations of the study are the selection of Türkiye, located in the east of the Mediterranean, and Italy, located in the Central Mediterranean region, as samples. In health policies, Türkiye; It has approved the “Open Door” policy and the granting of “temporary protection” status to Syrian citizens. In this context, it provides free primary health care services to all immigrants and improves the health status of Syrians under temporary protection with various projects. Italy offers universal health care covering irregular immigrants, regardless of their legal status. It involves the integration of regional administration and public-private healthcare providers that protect fundamental human rights.

The descriptive analysis method based on literature review, which is among the qualitative research methods, was used. The existing studies in the literature were comprehensively reviewed and examined regarding the subject of the thesis. During this research process, appropriate and reliable data were collected by scanning theses, relevant articles, books, reports and other academic sources. Then, these collected data were organized and interpreted through the descriptive analysis process and were associated with the facts targeted by the thesis study.

Keywords: Mediterranean Countries, Migration, Immigrant, Health Policies, Türkiye Example, Italy Example,

ÖNSÖZ

“Uluslararası Göç Hareketliliği Bağlamında Göçmenlere Yönelik Sağlık Hizmetleri ve Politikaları: Türkiye ve İtalya Karşılaştırması” başlıklı tez çalışmam 3 ana bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde Akdeniz havzasındaki göçün kısa tarihsel akışı Akdeniz Havzasının jeopolitik önemi ve göçün nedenleri ele alınmıştır. Akdeniz ortak göç iş birliği çalışmaları ve politikaları hakkında bilgiler verilerek ilk bölüm tamamlanmıştır.

Çalışmanın ikinci bölümünde göçün genel yapısı ile ilgili açıklama yapılmış göçmen, mülteci, şartlı mülteci, ikincil koruma, geçici koruma ve sığınmacı gibi kavramlara açıklık getirilmiş olup, çalışmanın örneklemini oluşturan Türkiye ve İtalya’nın göç süreci hakkında okuyucular bilgilendirilerek ikinci bölüm tamamlanmıştır.

Çalışmanın üçüncü bölümünde Türkiye’nin sağlık politikaları ve İtalya’nın sağlık politikaları anlatılmış, Türkiye ve İtalya da sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili okuyucular bilgilendirilmiştir ve bölüm tamamlanmıştır.

Dördüncü bölümde, araştırmanın konusu, amacı, kapsamı, yöntemi, veri toplama araçları ve verilerin analizine yer verilmiştir. Bu kapsamda gerçekleştirilen analizler bulgular kısmı ile beşinci bölümde yer almaktadır. Bulgular ve analiz kısmında Türkiye ve İtalya’nın göçmenlere yönelik uygulamış oldukları sağlık politikalarına ve sağlık hizmetlerine yer verilmiştir. Ve bu bölüm genel olarak göçmenlere yönelik mevzuatlar çerçevesinde incelenmiştir.

Bu uzun ve zorlu süreci benden desteklerini esirgemeyen kişiler olmadan tamamlamam mümkün olmazdı. Öncelikle danışmanım Doç. Dr. Mustafa ÇOBAN’a başta akademik olmakla birlikte her konuda bana verdiği destek, zor anlarımda gösterdiği anlayış ve aşıladığı güvenden dolayı teşekkür ediyorum. Tez savunmamda destek ve önerilerini sunan değerli tecrübelerini benimle paylaşan Doç. Dr. Hasan Hüseyin AYGÜL ve Doç. D.R. Nurdan KARA hocalarıma teşekkür ederim.

Tez süreci boyunca beni hep destekleyen çok kıymetli annem Melek ÖZCAN ve babam Osman ÖZCAN’a çok değerli çocukluk arkadaşım Emrah UÇAN’a, devre arkadaşım Ferhat BEKE’ye ve Burak YILDIZ’a, nişanlılık sürecinde bir an olsun manevi desteğini üzerimden esirgemeyen her konuda anlayış gösteren moral ve motivasyon kaynağım nişanlım Nurbanu NARİN’e çok teşekkür ederim.

GİRİŞ

İnsanlar tarih boyunca çeşitli nedenlerle yaşadıkları yerlerden ayrılmak zorunda kalmışlardır. Bu ayrılık, göç olarak adlandırılmakta olup insanlar ve mekanlar üzerinde çok yönlü etkiler yaratmaktadır. Göç, bireylerin; inançları, düşünceleri, kuralları ve yapıları üzerinde değişim ve dönüşüme neden olmaktadır. Bu nedenle bu konuda çok yönlü ve derinlemesine çalışmalar yapılmaktadır. Göç; insanların doğal ve sosyal çevreleriyle kurdukları bağları zedelemesinin yanı sıra ekonomik, sosyal, siyasal ve kültürel açılardan birçok etkiye ve farklı boyutlara sahip olan bir konudur (Ekici ve Tuncel, 2015). İnsanlar yaşadıkları yerleri, çeşitli sebeplerden dolayı terk etmek durumunda kalabilmektedirler. Tarihsel süreç içerisinde, doğal afetler gibi insanın iradesi dışında gerçekleşen olaylar, göçün en önemli nedenleri arasında yer almaktayken, Sanayi Devrimi'nin ardından ekonomik, siyasi ve sosyal nedenler göçün temel belirleyicileri haline gelmiştir. Özellikle ulaşım ve iletişim araçlarındaki gelişmelerle birlikte, insanların daha iyi bir yaşam standardı arayışı, göç hareketlerinde büyük bir artışa neden olmuştur. Özellikle güney yarımküreden kuzeye ve doğudan batıya doğru büyük çaplı göç hareketleri yaşanmıştır. Göçün nedenleri, süreci ve sonrasındaki gelişmeler, göçün sonuçlarını da büyük ölçüde etkilemektedir (Keleş, 1996; Sencer, 1979). Göçmenler için, Orta Doğu ve Kuzey Afrika, göçün kaynak ülkeleri iken hedef ülke olarak genellikle Avrupa Birliği (AB) ülkeleri gibi gelişmiş ekonomilere yönelmektedir. Ekonomik iş birliğine dayalı bir yapı olan AB, ekonomik, sosyal ve siyasal açıdan birçok ülkeye kıyasla daha ileri seviyededir, bu da onu göç için çekici kılmaktadır. İkinci Dünya Savaşı sonrasında Avrupa'nın iş gücü ihtiyacını karşılamak amacıyla uyguladığı "açık kapı" politikası, Avrupa'nın yoğun göç akımlarına maruz kalmasına neden olmuştur. Başlangıçta kontrollü olan bu göç, zamanla kontrolsüz bir hal almıştır. Bu durum, AB için sorunlara yol açmış ve AB ülkeleri hem ulusal hem de AB düzeyinde göçle ilgili çeşitli politikalar oluşturmuştur. Her bir üye ülkenin kendi göç politikasını düzenlediği gibi, AB genelinde ortak politikaların oluşturulması yönünde çabalar da bulunmaktadır. Göçmenlerle ilgili AB'nin ortak düzenlemeleri arasında Schengen Anlaşması, Dublin Sözleşmesi, Maastricht Antlaşması, Amsterdam Antlaşması, Tampere Zirvesi, Lahey Programı ve Stockholm Programı gibi anlaşmalar ve programlar yer almaktadır.

2011 yılında başlayan Suriye Savaşı, Türkiye'deki göç dinamiklerini ve göçmen algısını önemli derecede etkilemiştir. Savaşın başlamasından önce, Türkiye'deki Ortadoğulu göçmen demografisi, büyük oranda Irak, İran ve Afganistan kökenli siyasi sığınmacılardan oluşmuştur. Bu sığınmacılar, Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (UNHCR) Türkiye ofisleriyle temas kurarak üçüncü bir ülkeye mülteci olarak yerleştirilme umudu taşımışlardır. Ancak bu bireylerin maruz kaldığı zorluklar, geniş bir kamuoyu ilgisiyle karşılanmamıştır.

Türkiye'ye yönelik kitle göçü, en son 1988 Halepçe Katliamı ve 1990-1991 Körfez Savaşı sırasında yaşanmıştı ve bu olayların ardından savaş koşullarından kaçarak ülkelerini terk etmek zorunda kalan binlerce insanın varlığı neredeyse tamamen göz ardı edilmişti. Ancak Suriye Savaşı'nın patlak vermesiyle birlikte, bu dinamiklerde beklenmedik bir değişim gözlenmiştir. Başlangıçta kısa süreli bir çatışma olarak görülen savaşın uzamasıyla birlikte, Türkiye'deki göç ve göçmenle ilgili konular daha fazla gündeme gelmeye başlamıştır (Özgün ve Şavk, 2018). Suriye iç savaşı Türkiye'de göç ve göçmenle ilgili konuları gündeme getirdiği gibi özellikle hedef ülke olan Avrupa Birliği (AB) ülkelerini ve çeşitli Akdeniz Ülkelerini aynı zamanda rota üzerinde bulunan Orta Akdeniz ülkesi İtalya'yı da etkilemiştir. Dolayısıyla Asya, Avrupa ve Afrika arasında önemli bir kavşak noktasında bulunan Akdeniz bölgesi göç hareketlilikleri için doğu batı ve merkez olmak üzere üç önemli rotayı bünyesinde barındırmakta ve dolayısıyla zengin bir araştırma sahasını da oluşturmaktadır.

Europa (2024) verilerine göre 2015 yılında bir milyondan fazla düzensiz göçmen, 2016 yılında 400.000'e yakın düzensiz göçmen ve 2023 yılında ise 70.000'i aşkın düzensiz göçmen Akdeniz göç rotalarını kullanarak AB'ye göç etmiştir. Europa (2024) verilerine göre AB ülkeleri toplamda 7 milyondan fazla mülteciye ev sahipliği yapmaktadır. Yine Europa'nın 2022 yılındaki istatistiklerine göre AB'de 3 milyondan fazla düzenli göçmenin ve 331.000 düzensiz göçmenin yaşadığı bilinmektedir. AB'ye göç sürecinde göçün şekli dönem dönem değişmiş olsa da hem göç eden insanları hem de hedef ülke vatandaşlarını derinden etkilemektedir. Yüksek sayıdaki mülteci ve göçmen; gıda, barınma ve sağlık hizmetleri gibi temel ihtiyaçların karşılanması için gerekli koşulları sağlamakta zorlanan hem transit hem de hedef ülkeler için zorluklara neden olmuştur. Bu nedenle göçün birçok açıdan ele alınması gerekmektedir. Ele alınması gereken önemli konuların birisi de ülkelerin göçmenlere yönelik uyguladıkları sağlık politikaları olarak değerlendirilmektedir.

Bu çalışmada Akdeniz'in Doğusunda bulunan Türkiye'nin ve Orta Akdeniz bölgesinde bulunan İtalya'nın düzensiz göçmenlere yönelik sağlık politikalarının analiz edilmesi planlanmıştır. Bu doğrultuda Akdeniz ülkelerinin ve AB'nin düzensiz göçmenlere yönelik uyguladıkları sağlık politikalarına minimal derecede de olsa bir bakış açısı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu politikalar analiz edilirken Türkiye için sadece geçici koruma kapsamında bulunan Suriyeli vatandaşlar ele alınmıştır. Bu durumun sebebi ise Literatür taraması yapıldığın genelde Suriyeli vatandaşlar için politikalar geliştirildiği ve bu konuda kaynaklara ulaşılmasıdır.

BİRİNCİ BÖLÜM

AKDENİZDE GÖÇ VE AVRUPA BİRLİĞİ ORTAK GÖÇ POLİTİKALARI

Çalışmanın bu bölümünde Akdeniz havzasındaki göçün kısa tarihsel akışı ve nedenleri ele alınmıştır. Akdeniz havzasının göç için öneminden bahsedilmiş olup, Akdeniz ortak göç iş birliği çalışmaları ve politikaları hakkında bilgiler verilerek ilk bölüm tamamlanmıştır.

1.1. Akdeniz’de Göç

Üç kıtanın buluştuğu Akdeniz havzası, çeşitli kültür ve medeniyetlere, ticari ilişkilere, petrol ve enerji kaynaklarına, okyanuslara giden su yollarına ev sahipliği yapmaktadır. Bu nedenle stratejik açıdan dikkatleri üzerine çeken önemli bir havzadır. Kıyıdaş ülkeler arasında başta enerji, ticaret ve çevre olmak üzere birçok sektörde karşılıklı bağımlılık ilişkilerinin artmasıyla iki yüzyıl önce büyük bir deniz olarak görülen Akdeniz, göreceli olarak küçülmüştür. Daha yalın bir ifade ile 20. yüzyıldan itibaren yaşanan hızlı ekonomik, siyasal gelişmeler ve teknolojik ilerlemeler sonucunda, kısacası küreselleşmenin etkisiyle Akdeniz sahiline kıyısı bulunan uluslar birbirine daha da çok yakınlaşmıştır (Yıldız, 2006: 616).

Jeopolitik açıdan bakıldığında Akdeniz’in birbirleri üzerinde üstünlük kurmak isteyen ülkelerin mücadelesinde önemli bir yer haline geldiğini belirtmek gerekir. Dünyadaki hegemonik güçler arasındaki uluslararası rekabetin yörüngesindeki önemli konumu ve yeni bölgesel anlamları nedeniyle hareketliliği ve etkileşimi artan Akdeniz, artık yeni bir dünyanın inşa edildiği merkez haline gelmiştir.

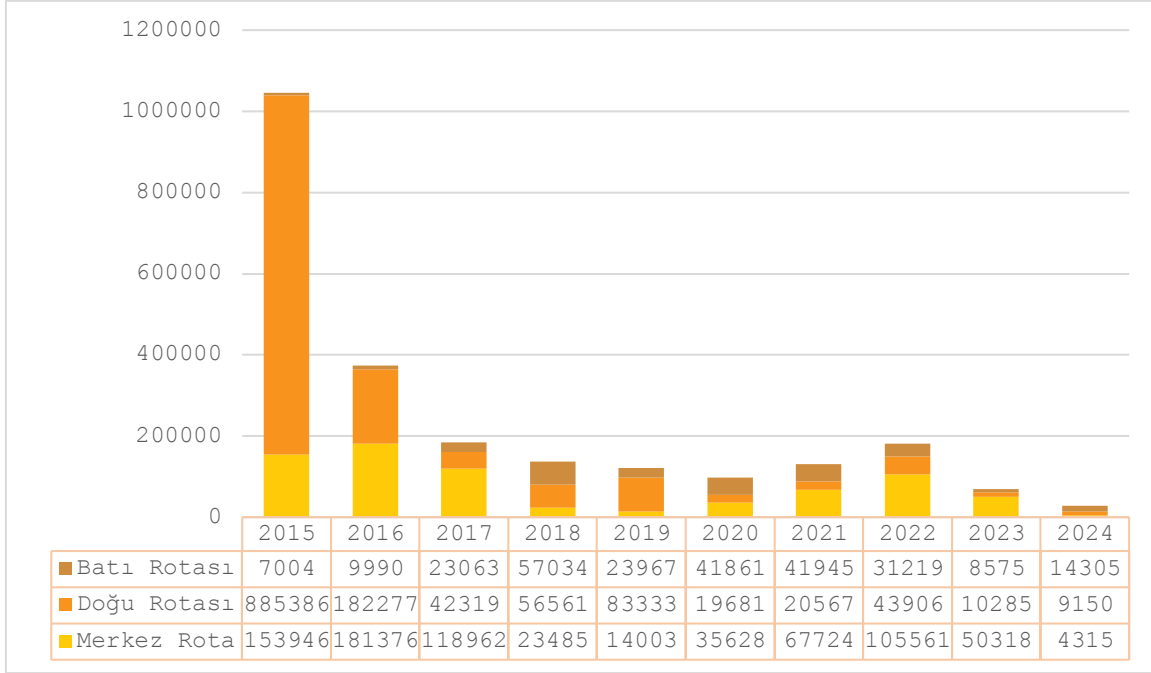
2011’de ortaya çıkan Arap baharı; Ortadoğu ve Kuzey Afrika’da da köklü bir değişime ve değişim sürecine neden olmuştur. Bu dönemde bu coğrafyada önemli toplumsal hareketler, toplumsal çalkantılar, göçler, darbeler, krizler ve savaşlar yaşanmış, Mevcut istikrar ve düzenin de sarsıldığı görülmüştür. Büyük güçler ve onların etkisi altında hareket eden uluslararası kurum ve kuruluşlar, bölgede barış ve güvenliğin sağlanmasında yeterli olamamıştır. Bu durum Akdeniz bölgesinde birçok sorunların, toplumsal hareketlerin, insanı krizlerin ve göçmen krizlerinin yaşanmasını da beraberinde getirmiştir (Baghzouz, 2014: 25).

Mart 2011’de Arap Baharının etkisiyle başlayan Suriye yönetimine karşı halk hareketi, çözümsüz kalan bir iç savaşa dönüşmüştür; Mısır’daki halk hareketi sonucunda seçimlerde Hüsnü Mübarek’in yerine iktidara gelen Muhammed Mursi’nin Batılı ülkeleri “tehdit” olarak algılaması bölgede gerilimi arttırmıştır. Bu nedenle başta Suriye rejimine karşı askeri müdahalede bulunmak isteyen Batılı güçler, Mısır’da gerçekleşen Mursi iktidarı gibi bir ‘tehdit’in Suriye’de de vukuu bulmasını açıkça istememişlerdir. Bu tutumun bir başka örneği de Libya’da görülmüştür. BM kararını bile beklemeden hava operasyonunu düzenleyen Fransa,

Libya'nın bölünmesine neden olmuştur. Batılılar, bu zengin medeniyetler beşiğini Arap Bahar'ına bağlı olarak bir kaos ortamına dönüştürmüşler ve mülteci krizine neden olmuşlardır (İnaç, 2012: 17-19). Uluslararası göçün küresel bir insani sorun haline geldiği günümüz dünyasında Akdeniz Bölgesi, zengin ve fakir ülkeler arasında göç baskılarının yaşandığı önemli bir etnik alan haline gelmiştir. Akdeniz, dünyanın en keskin ekonomik ve demografik değişimlerinin yaşandığı bir göç sınırıdır. Akdeniz göçmenlerinin bu olgusu sadece modern zamanlarda değil Osmanlı İmparatorluğu döneminde de önemli bir göç alanı olarak tespit edilmiştir (Blumi, 2013: 65; Saçmal, 2023: 25-26). 1950 ile 2010 yılları arasında, 20. yüzyıldan sonra Akdeniz havzası doğası ve niteliği derinden değişmiş Akdeniz küresel ve bölgesel krizlerin merkezi haline gelmiştir (Aygül ve Demir, 2021: 267). Akdeniz ülkeleri, tarih boyunca göçmen akımlarına maruz kalmış bir coğrafyadır. Özellikle son yıllarda, Afrika, Ortadoğu ve Asya gibi farklı coğrafyalardan gelen göçmenlerin Avrupa'ya ulaşmak için kullandığı rotaların birçoğu Akdeniz'den geçmektedir. Bu nedenle, Akdeniz ülkeleri, göçmenlerin geçiş rotaları üzerinde stratejik bir konumdadır ve bu ülkelerde sık sık göçmen krizleri yaşanmaktadır.

Göçmenlerin yasa dışı yollarla Avrupa'ya ulaşma çabaları sırasında, Akdeniz'deki ülkelerde kurtarma operasyonları düzenlenmekte ve göçmenlerin hayatını kurtarmak için çaba gösterilmektedir. Bununla birlikte göçmenlerin varlığı ve kalıcı olarak yerleşmeleri de Akdeniz ülkelerinin toplumsal ve ekonomik yapısını etkilemektedir. Özellikle İspanya, İtalya ve Türkiye gibi ülkelerde, göçmenlerin yoğun olduğu bölgelerde işsizlik, yoksulluk ve suç oranlarının artması gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle, Akdeniz ülkeleri, göçmenlerin entegrasyonu ve topluma uyumu konusunda çalışmalar yapmakta ve göç politikalarını belirlemektedirler. Sonuç olarak Akdeniz ülkeleri ile göç arasında yakın bir ilişki vardır ve bu ilişki, ülkelerin toplumsal, ekonomik ve siyasi yapısını etkilemektedir. Göçmen krizleriyle baş etmek için, bu ülkelerin uluslararası iş birliği yapmaları ve ortak çözümler bulmaları gerekmektedir.

Grafik 1: Akdeniz Göç Rotalarına Göre Avrupa'ya Göç Akışı (2015-2024)



Kaynak: (European Union, Council of European Union, Infographic - Migration flows: Eastern, Central and Western routes (2023). Erişim adresi: <https://www.consilium.europa.eu/en/infographics/migration-flows-to-europe/> (Erişim Tarihi: 15.03.2024)

Grafik 1 incelendiği zaman Akdeniz’de doğu rotası, batı rotası ve Akdeniz havzası diğer adıyla merkez rota olmak üzere 3 farklı önemli göç güzergahının bulunduğu görülmektedir. Özellikle 2011 Suriye iç savaşından sonra kontrol edilemeyen göç akışlarının etkisiyle 2015 yılında göç krizinin yaşanması ile Avrupa’ya göç akışının pik yaptığı ve bu tarihten sonra azalma olduğu görülebilmektedir. Ayrıca göçmenlerin 2015 yılında en çok Türkiye üzerinden Ege Denizi’ni geçerek Yunanistan’a ulaşmak suretiyle Türkiye’nin de kıyısı olduğu Doğu Akdeniz rotasını kullanmışlardır. Merkezi Akdeniz rotası, Kuzey Afrika’dan İtalya’ya ve Malta’ya deniz yoluyla geçiş için tercih edilen bir göç güzergahıdır. Göçmenlerin bu rota üzerindeki nihai varış noktası İtalya kıyılarıdır. Akdeniz havzası yani merkezi rota 2018 ve 2019 yıllarının dışında göçmenler tarafından çoğunlukla tercih edilen rota olduğu görülmektedir. 2024 yılında ise şubat ayına kadar Avrupa’ya 27.770 göçmenin ulaştığı, bu göçmenlerin yarısından fazlasının ise batı rotasını tercih ettikleri görülmüştür.

Şekil 1: UNHCR 2023 Akdeniz Havzası Göç Haritası



Kaynak: (UNHCR, Operational Data Portal (2024). Erişim adresi:

<https://data2.unhcr.org/en/situations/mediterranean>, (erişim tarihi: 10.03.2024).

Şekil 1 incelendiğinde Akdeniz coğrafyası göç yolları görülmektedir. Yukarıda bahsedildiği gibi Ekonomik faktörler, siyasi ve politik faktörler, demografik faktörler vb. birçok sebepten dolayı Akdeniz coğrafyasında göç akışları tarih boyunca sürekli devam etmiştir. Son güncel verilere bakıldığında 2024 yılında UNCHR'ye göre Akdeniz sularından AB'ye varan göçmen sayısı 30.908'dir. Diğer yıllardaki verilere bakıldığında 2023 yılında 270.180 2022 yılında ise 160.70 olduğu görülmüştür. Kaynak ülkeler ise sırasıyla Tunus, Mısır, Bangladeş, Suriye Arap Cumhuriyeti, Fildişi Sahili, Afganistan, Gine, Pakistan oluştururken hedef ülkelerin sırasıyla İtalya, İspanya, Yunanistan, Kıbrıs ve Malta olduğu görülmektedir (Şekil 1).

1.2. Akdeniz'in Jeopolitik Önemi

Akdeniz bölgesi; jeopolitik ve jeoekonomik açıdan dünyanın önemli bölgeleri arasında yer almaktadır. Birçok medeniyetin doğuşuna ve batışına yataklık eden bu bölge hem kara bağlantısı hem de deniz bağlantısına sahip olması nedeniyle tarih boyunca pek çok devlet tarafından hâkimiyet altına alınmaya çalışılmıştır. Bu nedenle de bu coğrafya her dönemde değişen ve farklılaşan çok sayıda medeniyete ev sahipliği yapmıştır. Ayrıca Akdeniz; kıtalararası geçişte transit rol oynayan bir bölge olarak tarihi ve ticari yollar üzerinde yer alması, bir taraftan çözülmesi oldukça zor ve karışık sorunlar yaratırken diğer taraftan da büyük imkânlar sağlayabilecek bir potansiyeli de beraberinde getirmektedir (Örselli ve Babahanoğlu, 2019: 573).

Akdeniz; 2,5 milyon kilometrekarelik alanıyla dünyanın en büyük iç denizidir (Jean-Claude ve Guillaume, 2007: 99). Siyasi ve coğrafi bir tanım olarak Akdeniz; Batı Akdeniz ve Doğu Akdeniz olmak üzere iki ayrı bölgeye ayrıldığı görülmektedir. Malta adası ile Tunus

adasının kesişiminden bir boylam çizgisi çizilirse boylamın sol tarafı Batı Akdeniz, sağ tarafı ise Doğu Akdeniz olarak tanımlanır. Bu iki bölgeyi coğrafi olarak çevreleyen alan, Akdeniz, Akdeniz Havzası, Akdeniz Dünyası veya Akdeniz Coğrafyası olarak çeşitli şekillerde tanımlanmaktadır (Kedikli ve Çalağan, 2017: 1).

Birleşmiş Milletler 'in Akdeniz kıyı devletleri olarak tanımladığı ülkeler: Arnavutluk, Libya, Cezayir, Malta, Bosna Hersek, Monako, Hırvatistan, Karadağ, Kıbrıs, Fas, Mısır, Slovenya, Fransa, İspanya, Yunanistan, Filistin, İsrail, Suriye Arap Cumhuriyeti, İtalya, Tunus, Lübnan, Türkiye ve Birleşik Krallık'tır (United Nations, 2011). Bunlardan İspanya, Fransa, İtalya, Slovenya, Malta, Bosna-Hersek, Arnavutluk, Tunus, Fas ve Cezayir'in Batı Akdeniz'e kıyıları mevcut iken Yunanistan, Türkiye, Suriye, Lübnan, İsrail, Filistin-Gazze Yönetimi, Mısır, Libya, KKTC ve GKRY'nin ise Doğu Akdeniz'e kıyıları bulunmaktadır (Yıldız, 2006: 618).

1.3. Akdeniz'de Ortak Göç İş birlikleri ve Politikaları

Bu başlıkta, Akdeniz'deki göç politikaları ve göçmen krizleri ile ilgili çalışmalar yapan kurum kuruluş ve platformlar ele alınmıştır. Bu kapsamda Uluslararası Göç Örgütü, Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği, Frontex, Göçmen Entegrasyon Politika Endeksi Akdeniz için Birlik, Avrupa Göç Ağı, Avrupa Göç Forumu ve Avrupa Birliği İstatistik Kurumu incelenmiştir.

1.3.1. Uluslararası Göç Örgütü (IOM)

Uluslararası Göç Örgütü (İOM) 1951 yılında kurulmuş göç alanında önde gelen hükümetler arası bir organizasyondur. Hükümetler arası ve hükümetler dışı ortaklarla yakın çalışmalar yürütmektedir (IOM). 175 üye devlet ve gözlemci statüsünde bulunan sekiz devlet ile yüz'den fazla ülkede ofislere sahip olup tüm paydaşların yararına insancıl ve düzenli göçü teşvik etmeyi hedeflemektedir. Bu amacı, hükümetlere ve göçmenlere hizmetler ve danışmanlık sağlayarak gerçekleştirmektedir. Göç alanında hükümetler arası bir organizasyon olan IOM göçün düzenli ve insancıl yönetimini sağlamaya, göç konularında uluslararası iş birliğini teşvik etmeye, göç sorunlarına pratik çözümler arayışına yardımcı olmaya ve *mülteci, yerinden edilmiş kişilere* veya yerinden edilmiş diğer insanlara, insani yardım sağlamak için çalışmalarını sürdürmektedir.

IOM, göç yönetiminin dört geniş alanında faaliyetlerini sürdürmektedir (IOM);

- Göç ve kalkınma: Göç ile ekonomik kalkınma, sosyal ve kültürel entegrasyon arasındaki ilişkileri incelemek ve bu alanlarda politika önerileri ortaya koymaktadır.
- Göçün kolaylaştırılması: Göç alanında ve acil durumlarda devletlere danışmanlık hizmeti sağlamaktadır.
- Göçü düzenleme: Göçmenlerin haklarını korumak ve ulusal ve uluslararası düzeyde göç politikalarının geliştirilmesine katkıda bulunmak.
- Zorunlu göç: Savaş, doğal afet vb. faktörlere bağlı olarak zorla yerinden edilen göçmenlere karşı ulusal ve uluslararası iş birliğini teşvik etmek, göç sorunlarına pratik çözümler geliştirmek ve bu göçmenlere karşı insanı yardım sağlamak gibi konulara odaklanmaktadır.

Bu alanlarda çalışan IOM faaliyetleri arasında uluslararası göç hukukunun teşviki, politika tartışması ve rehberliği, göçmen haklarının korunması, göç sağlığı ve göçün cinsiyet boyutu da yer almaktadır.

1.3.2. Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (BMMYK)

Resmi olarak Mülteciler Yüksek Komiserliği Ofisi olarak bilinen UNCHR, 1950 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra evini kaybeden milyonlarca insana yardım etmek amacıyla kurulmuştur. Bugün UNHCR 135 ülkede faaliyet göstermektedir. Çatışma ve zulümden kaçan, kimsesi olmayan insanlara barınak, yiyecek, su ve tıbbi bakım da dahil olmak üzere hayat kurtaran yardımlar sağlamaktadır. Göçmenlerin Güvenlik haklarını koruma ve hayatlarını yeniden inşa edebilmeleri için bir yuva bulmalarına yardımcı olmaktadır. Uzun vadede, mülteci ve sığınma yasalarını, politikalarını iyileştirmek, uygulamak ve insan haklarının korunmasını sağlamak için diğer ülkelerle iş birlikleri yaparak faaliyetlerini sürdürmektedir (UNCHR).

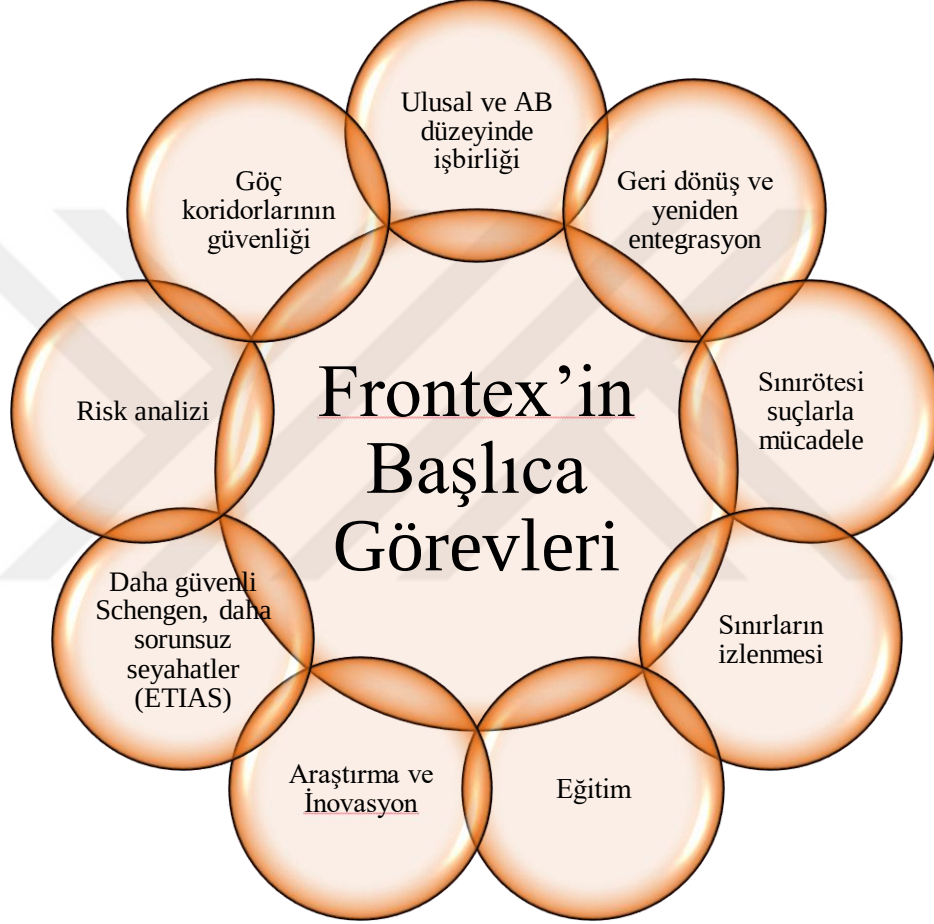
Bugün itibarıyla UNHCR, 135 ülkede görev yapan 20.739 personeli bulunmaktadır. UNHCR, 50 milyondan fazla mültecinin hayatlarını başarılı bir şekilde yeniden kurmalarına yardımcı olmuş ve günümüzde 108,4 milyon insanın korunmasını sağlamakta ve destek vermektedir (UNHCR).

1.3.3. Frontex

Avrupa Sınır ve Sahil Güvenlik Ajansı olan FRONTEX, AB'nin dış sınırlarının yönetiminde ve sınır ötesi suçla mücadele kapsamında AB üye devletlerini ve shengen ile ilişkili ülkelere destek vermektedir. 26 Ekim 2004 tarihinde kurulan ve 1 Mayıs 2005 tarihinde

faaliyetlerine başlayan FRONTEX'in merkezi Polonya'nın başkenti Varşova'da olup, AB'nin yeni üye olan ülkelerde genel merkezini kurduğu ilk departmandır. AB'ye üye devletlerin komşularıyla olan sınırlarının korunmasını ve güvenliğini sağlamak amacıyla kurulmuş bir AB kurumudur. AB'nin birliğe üye olmayan komşu ülkelerle olan sınırlarının güvenliğinin sağlanması, ulusal sınır muhafızları arasında iş birliği ve sınırlara ilişkin risk analizlerinin yapılması amacıyla oluşturulmuştur (FRONTEX).

Şekil 2: Frontex'in Başlıca Görevleri



Kaynak: (Frontex, Who we are (2024). Erişim adresi: <https://frontex.europa.eu/about-frontex/who-we-are/tasks-mission/> (erişim tarihi: 13.03.2024)).

Avrupa Birliği'nin ilk üniformalı polis gücü olan Frontex, kalıcı gücüyle AB'nin operasyonel bir kolu haline gelmiştir. Avrupa Birliği'nin dış sınırları ve ötesindeki operasyonlarda yüzlerce polis gücü görev almaktadır. Sınır gözetimi, sınır ötesi suçlarla mücadele ve geri dönüş operasyonlarının desteklenmesi gibi çok çeşitli görevleri üstlenmişlerdir. Yetkililer, Avrupa'nın en büyük başarılarından biri olan Schengen bölgesini korumak için ulusal makamlarla iş birliği içerisinde çalışmalarını sürdürmektedir.

1.3.4. Göçmen Entegrasyon Politika Endeksi (MIPEx)

Göçmen Entegrasyon Politikası Endeksi (MIPEx), tüm AB Üye Devletleri (İngiltere dahil), diğer Avrupa ülkeleri (Arnavutluk, İzlanda, Kuzey Makedonya, Moldova, Norveç, Sırbistan, İsviçre, Rusya, Türkiye ve Ukrayna), Asya ülkeleri (Çin, Hindistan, Endonezya, İsrail, Japonya, Ürdün, Suudi Arabistan, Güney Kore, Birleşik Arap Emirlikleri), Kuzey Amerika ülkeleri (Kanada, Meksika ve ABD), Güney Amerika ülkeleri (Arjantin, Brezilya, Şili), Güney Afrika ve Avustralya ve Okyanusya'daki Yeni Zelanda dahil olmak üzere altı kıtadaki göçmenleri entegre etme politikalarını ölçen benzersiz bir araçtır. Politika göstergeleri, göçmenlerin topluma katılma fırsatlarını çok boyutlu büyük bir resim şeklinde ortaya koymak için geliştirilmiştir ve bu kapsamda çalışmalarını yürütmektedir.

Mipex, analiz edilen tüm ülkelerde göçmenlerin entegrasyonunu teşvik etmek için hükümetlerin neler yaptığını değerlendirmek ve karşılaştırmak için yararlı bir araçtır. Entegrasyon politikalarını tanımlar, ölçer ve uluslararası bilimsel çalışmalardan yararlanarak entegrasyon politikaları, sonuçlar ve kamuoyu arasındaki bağlantıları açıklamaktadır. Politika yapıcılar, STK'lar, araştırmacılar ve Avrupa ve uluslararası kurumlar, verilerini yalnızca ulusal entegrasyon politikalarını anlamak ve karşılaştırmak için değil, aynı zamanda eşit muamele standartlarını iyileştirmek için de kullanmaktadır.

1.3.5. Akdeniz İçin Birlik

Akdeniz için Birlik (UFM), Avrupa-Akdeniz bölgesinde kapsayıcı ve sürdürülebilir kalkınma, istikrar ve entegrasyon konularını ele alan, belirli girişimler yoluyla bölgesel iş birliğini ve diyalogu güçlendirmek amacıyla 43 ülkeyi bir araya getiren hükümetler arası bir kuruluştur. Akdeniz için Birlik Avrupa Birliği'nin tüm ülkelerini ve Güney ve Doğu Akdeniz'in on altı ülkesini bir araya getiren hükümetler arası Avrupa-Akdeniz örgütüdür. Akdeniz için Birlik bölgesel iş birliğini, diyalogu artırmak, somut projelerin ve girişimlerin hayata geçirilmesini sağlamak ve üye devletlerinin vatandaşları üzerinde somut etkileri olan çalışmalara yarar sağlamak için kurulmuştur (Union for the Mediterranean). Üye devletler ise şunlardır: Arnavutluk, Cezayir, Avusturya, Belçika, Bosna-Hersek, Bulgaristan, Hırvatistan, Kıbrıs, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Mısır, Estonya, Finlandiya, Fransa, Almanya, Yunanistan, Macaristan, İrlanda, İsrail, İtalya, Ürdün, Letonya, Lübnan, Litvanya, Lüksemburg, Malta, Moritanya, Monako, Karadağ, Fas, Hollanda, Kuzey Makedonya, Filistin, Polonya, Portekiz, Romanya, Slovakya, Slovenya, İspanya, İsveç, Suriye, Tunus, Türkiye.

Barselona Sürecinin doğrudan bir devamı olarak, 2008 yılında UFM'nin kurulması, üye devletlerin Avrupa-Akdeniz ortaklığının geliştirilmesine yönelik ortak siyasi kararlılığının bir yansıması olarak kurulmuştur. UFM kurulduğu günden bu yana kapsayıcı, sürdürülebilir kalkınma ve entegrasyonu teşvik etmek amacıyla çok çeşitli proje ve girişimleri üstlenmiştir. Örgüt kadın haklarını, istihdam yaratmayı savunmuş ve ülkeler arası bağlantı çabalarını teşvik etmiştir. Aynı zamanda çevresel ve iklimsel acil durumları da ele almıştır (Union for the Mediterranean).

UFM ayrıca, bölgenin geleceğini şekillendirmek için gençler için girişimcilğe ve hibe programlarına öncelik vermiştir. Avrupa-Akdeniz bölgesinin kültürel zenginliğini benimseyen UFM, çeşitliliği kutlamak, diyalogu teşvik etmek ve karşılıklı anlayışı geliştirmek için Akdeniz Günü ve Akdeniz Kültür ve Diyalog Başkentleri gibi girişimler başlatmıştır.

1.3.6. Avrupa Göç Ağı (European Migration Network)

Avrupa Göç Ağı (EMN) 2008 yılında kurulan ve 2014 yılında Avrupa Parlamentosu ve Konseyinin 516/2014 sayılı tüzüğü ile değişen, Avrupa Komisyonu Göç ve İçişleri Genel Müdürlüğü tarafından koordinasyonu sağlanan, AB göç ve sığınma uzmanları ağıdır. Başlıca görevleri arasında Avrupa'da sığınma ve göç ile ilgili ortaya çıkan konular hakkında objektif ve karşılıklı analiz edilebilen bilgi sağlamak, raporlar, çalışmalar ve yayınlar üretmek, göç ve iltica politikalarını analiz etmek ve bu kapsamdaki yasal gelişmeleri izlemektir. EMN ayrıca hem AB hem de ulusal düzeyde düzenli olarak web seminerleri, yuvarlak masa toplantıları, konferanslar ve diğer etkinlikleri düzenlemektedir.

EMN'nin çıktıları, AB ve ulusal düzeydeki karar alıcıların hemen bilgi ihtiyaçlarına proaktif olarak yanıt verir. Bunlar şunları içerir (European Commision):

- Göç ve sığınma ile ilgili yıllık raporlar
- İlgili konular üzerine çalışmalar
- Acil öncelikli konular hakkında bilgi verir
- Ülke bilgi notları
- Özel sorulara cevaplar

1.3.7. Avrupa Göç Forumu (European Migration Forum)

Göç, sığınma ve entegrasyon konularında fikir alışverişini ve diyalogu teşvik etmek amacıyla sivil toplum ve Avrupa kurumları her yıl Avrupa Göç Forumu'nda (EGF) buluşmaktadır. Forum, Avrupa Komisyonu ve Avrupa Ekonomik ve Sosyal Komitesi (EESC)

tarafından ortaklaşa organize edilmekte ve uygulanmaktadır. AGF gerçekten kapsayıcı bir platform olmayı amaçlamaktadır. Forum konuları sivil toplum kuruluşlarıyla görüşülmeden önce belirlenmektedir. Forum, sivil topluma görüşlerini ifade etme, fikir ve en iyi uygulamaları paylaşma ve ulusal ve AB düzeyindeki karar vericilerle zorlukları ve öncelikleri tartışma fırsatı sunmaktadır. Foruma katılım sağlayan uluslararası kuruluşlar şunlardır; Avrupa Parlamentosu, Avrupa Komisyonu, Avrupa Birliği İltica Ajansı, göçmenlerin göç, iltica ve entegrasyon alanındaki görüşlerini izleyen uzman grup, Avrupa Ekonomik ve Sosyal Komitesi (EESC) Avrupa bölge komiteleri, Avrupa Birliği kurumları dışında eski adıyla Kızılhaç, Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Birleşmiş Milletler Mülteci Yüksek Komiserliği (BMMYK)dir (European Commision).

1.3.8. Avrupa Birliği İstatistik Kurumu(Eurostat)

Eurostat Avrupa Birliği'nin İstatistik kurumudur. Amacı Avrupa hakkında kaliteli ve güvenilir istatistikler ve veriler sağlamaktır. Eurostat, Ulusal İstatistik Enstitüleri ve AB üye Devletleri'ndeki diğer ulusal makamlarla iş birliği içerisinde çalışarak veriler üretmektedir. Avrupa Komisyonu Genel Müdürlüklerinden biri olarak Eurostat'a bir Genel Müdür ve bir Genel Müdür Yardımcısı başkanlık etmektedir. Eurostat faaliyetlerinden sorumlu yedi Müdürlük aşağıdaki gibi düzenlenmiştir (Eurostat):

- Kaynaklar Standartlar;
- Yaygınlaştırma;
- Avrupa İstatistik Sisteminde İş Birliği
- Makro-ekonomik istatistikler
- Devlet maliye istatistikleri (GFS)
- Sektörel ve bölgesel istatistikler
- Sosyal istatistikler
- İşletme ve ticaret istatistikleri

İKİNCİ BÖLÜM

ÇEŞİTLİ YÖNLERİYLE GÖÇ

Çalışmanın bu bölümünde göçün genel yapısı ile ilgili açıklama yapılmış göçmen, mülteci, şartlı mülteci, ikincil koruma, geçici koruma ve sığınmacı gibi kavramlara açıklık getirilmiş olup, çalışmanın örneklemini oluşturan Türkiye ve İtalya'nın göç süreci hakkında okuyucular bilgilendirilmiştir.

2.1. Göç Kavramı

İnsanoğlu tarih boyunca çeşitli nedenler ile sürekli göç halinde bir yaşam sürmüştür. Bu durum, yerleşik hayata geçildikten sonra da devam etmiştir. Değişen tek şey, göç nedenlerinin farklılaşmasıdır. Göç, insanlığın başlangıcından buyana hayatın ayrılmaz bir parçası olmuştur. İnsanoğlu, “göçebe yaşam tarzından” yerleşik hayata geçene kadar sürekli ve düzensiz olarak göç etmeye devam etmiştir. Yerleşik yaşama geçildikten sonra da göç hareketleri devam etmiştir. Ancak bu sefer insanların göç hareketleri daha planlı ve belli yerleşim alanları arasında gerçekleşmeye başlamıştır. Tüm bu göç süreçlerinde “kaynakların azalması, doğal afetler, savaşlar ve salgın hastalıklar” gibi çeşitli faktörler, büyük insan nüfuslarını etkileyerek göç hareketlerinin devam etmesine yol açmıştır (Sina, 2017).

Göç; siyasi, ekonomik, politik, doğal afetler vb. gibi birçok hususu içermesi nedeniyle dünyanın sürekli karşı karşıya kaldığı önemli konulardan biridir. Dünya'nın birçok yerinde çeşitli nedenlerle milyonlarca insan yeni bir başlangıç umuduyla vatanlarını terk etmektedir. İnsanlık tarihinde göç olgusu kadim bir geçmişe sahiptir. 20. yüzyılda meydana gelen Birinci Dünya Savaşı (1914-1918) ve İkinci Dünya (1939-1945) Savaşı ile soğuk savaşın neden olduğu nüfus hareketleri; Akdeniz'e kıyısı olan AB ülkelerine veya Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelere doğru düzensiz göç hareketlerine yol açmıştır. Bu durumun doğal sonucu olarak mülteci ve sığınmacı sorunları ülkelerin gündemine girmiştir. Yurtlarından ayrılan milyonlarca göçmen; ekonomik olarak gelişmiş ve refah seviyesi yüksek olan ülkeleri tercih etmektedir (İçduygu ve Biehl, 2012: 1).

Ülkelere yasal veya yasal olmayan yollardan giren göçmenler; temel ihtiyaçlar, barınma, ikametgâh, çalışma, eğitim, güvenlik, vatandaşlık vb. gibi hususlarda kendilerini, gittikleri ülkeleri ve oranın vatandaşlarını ilgilendiren birçok politik süreci ve konuyu yakından ilgilendirmektedir. Dolayısıyla bu politik süreç ve işleyişte göçmenlerin sağlık durumlarının da önemli bir yer işgal ettiği düşünülmektedir (Sümbül, 2017).

2.1.1. Göçmen

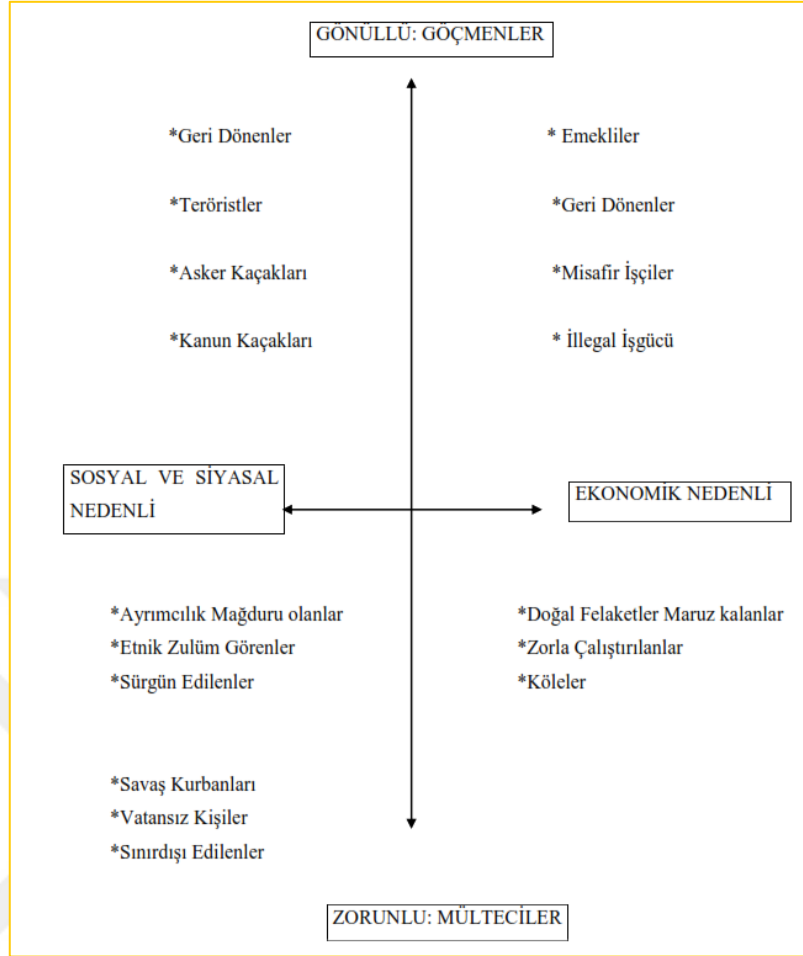
Göçmen tanımı uluslararası düzeyde genel bir standardizasyona sahip olmamakla birlikte, “kişinin kendi özgür iradesiyle, dış baskı olmadan, kişisel refahını ve gelecek beklentilerini artırma amacıyla başka bir ülkeye veya bölgeye göç etme kararı aldığı durumları” ifade eder. Bu tanım, göç kararını maddi ve sosyal koşullarını iyileştirmek veya gelecek için beklentilerini yükseltmek amacıyla alan bireyleri ve aile üyelerini kapsar (IOM, 2009: 22; Bratram vd., 2017: 205).

Göçmenler; göç nedenleri, yasal statüleri veya bulunma sürelerine bakılmaksızın, hemen geri dönmeyi öngörmeden her zamanki ikamet yerlerinden ayrılan kişilerdir. Hem iç hem de uluslararası göçle ilgili olarak ‘göçmenler’ mutlaka başka bir ülkeye taşınan insanlar anlamına gelmez. “Göç nedeni ne olursa olsun” tanımına göre göçmenler, mültecileri de kapsamaktadır. Tüm mülteciler göçmendir, ancak her göçmen mülteci değildir’ Bu, göçmenleri “mülteci değil” olarak gören bir tanımın aksine kapsayıcı bir göçmen tanımıdır (Carling, 2017; Yaman, 2020: 27).

Göçmen, bir ülkeden başka bir ülkeye yerleşmek amacıyla göç eden bireylerdir. Göçmenler, genellikle ekonomik, sosyal, politik veya çevresel nedenlerle göç etmeyi tercih ederler. Göç ettikleri ülkede yaşamaya ve çalışmaya çalışırlar ve genellikle vatandaşlık hakkına sahip olmayı isterler. Bir ülkede yerleşmeyi ve orada kalmayı amaçladıkları için, sığınmacılarla karıştırılmamalıdır. Sığınmacılar; ülkelerinde yaşadıkları politik, ekonomik veya çevresel nedenlerden dolayı kaçmak zorunda kalan bireylerdir ve sığınma hakkına sahiptir.

Türk mevzuatında, yabancı şahısların genel bir göçmen tanımı yerine, özellikle Türk kökenli veya Türk kültürüyle irtibatlı kişilerin, yerleşim amacıyla bireysel veya toplu olarak Türkiye’ye giriş yapmaları ve ilgili yasa kapsamında (5543 sayılı İskân Kanunu) kabul edilmeleri durumunda göçmen statüsüne dahil edildikleri belirtilmektedir (Yiğit, 2017: 14).

Şekil 3: Göçmenler ve Tipolojileri



Richmond'un göçmen tipolojisi (Şekil 2) göç kavramının motivasyonlarını dört temel faktöre indirgeyen ve yaygın olarak kabul gören bir çerçevedir. Richmond, bireylerin göç etme süreçlerini zorunlu ve isteğe bağlı olarak iki kategoriye ayırır. Bu yer değiştirmeler, ekonomik sebeplerin yanı sıra politik veya sosyal nedenlerle de meydana gelebilmektedir (Özgen, 2010: 13).

2.1.2. Mülteci

Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği'nin (BMMYK) 1951 Sözleşmesi'nin 1A(1) Maddesi, "mülteci" terimini öncelikle, daha önceki uluslararası düzenlemeler kapsamında mülteci olarak kabul edilen herhangi bir kişi için kullanır. Daha sonra, 1967 Protokolü ile birlikte zaman veya coğrafi sınırlama olmaksızın Madde 1A(2); "*ırk, din, milliyet, belirli bir sosyal gruba mensubiyet veya siyasi görüş nedeniyle haklı nedenlere dayanan zulüm korkusu nedeniyle kendilerini korumak için ülkesinin veya menşeyinin dışında olan ve oraya geri dönemeyen veya dönmek istemeyen herhangi bir kişiyi*" içerecek şekilde genel bir mülteci tanımı sunar. Menşe ülke (vatandaşlık) "eski mutad mesken ülkesi" olarak

anlaşıldığında, vatansız kişiler de bu anlamda *mülteci* olabilir. Mülteci, menşe ülkesinin “dışında” olmalıdır ve uluslararası bir sınırı geçmiş olması, uluslararası hukuk anlamında anlaşılan mülteci niteliğinin ayrılmaz bir parçasıdır. Ancak zulüm korkusu nedeniyle kaçmış olmak hatta fiilen zulme uğramış olmak şart değıldir. Zulüm korkusu geleceğı bakar ve örneğın müdahale eden siyasi değışimin bir sonucu olarak, bir kişinin kendi ülkesinden uzakta olması sırasında ortaya çıkabilir (Goodwin-Gill, 2014: 52-53; Yaman, 2020: 28).

Hukuksal bir kavram ve koruma sağılayan mültecilik, BMMYK tarafından da ev sahibi ülke tarafından tanınıp tanınmamasına bakılmaksızın komiserlik tarafından sağılanan “Birleşmiş Milletler korumasından faydalanan kişi” olarak tanımlamıştır (Yiğit, 2017: 16-17).

Tanım itibarıyla mülteciler, koruma ihtiyacı içerisindedirler ve bu ihtiyaç sıklıkla acil bir nitelik taşır. Yakın dönemde, mültecilerin köken ülkelerine geri dönmelerini sağılayabilmek için mültecilik durumunu tetikleyen temel sebeplerin ele alınmasına yönelik bir yaklaşıma artan bir alaka mevcuttur. Mülteciler, ülkelerinden zorla çıkarılmış olmaları ve göç etme istekleri dışında hareket etmek zorunda bırakılmış olmaları sebebiyle diğerk göçmen türlerinden ayrılırlar. Bu bağlamda, bazı mültecilerin varış ülkelerine kalıcı olarak yerleşmeleri, onların asıl tercihleri dikkate alındığında, istenmeyen bir durumu ifade edebilir (Bratram vd., 2017: 234).

2013 yılında kabul edilen Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanununun 62 ve 63.Maddesinde şartlı mülteci, ikincil koruma, kavramları aşağıdaki tanımları ile yer almıştır.

2.1.3. 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 korktuğı için vatandaşı olduğı 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 kişiye statü belirleme işlemleri sonrasında şartlı mülteci statüsü verilir. Üçüncü ülkeye yerleştirilinceye kadar, şartlı mültecinin Türkiye’de kalmasına izin verilir.

2.1.4. İkincil Koruma

Mülteci veya şartlı mülteci olarak nitelendirilemeyen, ancak menşe ülkesine veya ikamet ülkesine geri gönderildiğı takdirde;

- a) Ölüm cezasına mahkûm olacak veya ölüm cezası infaz edilecek

- b) İşkenceye, insanlık dışı ya da onur kırıcı ceza veya muameleyle maruz kalacak,
- c) 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 kişiye, statü belirleme işlemleri sonrasında ikincil koruma statüsü verilir.

2.1.5. Geçici Koruma

22 Ekim 2014 tarihinde yürürlüğe giren Geçici Koruma Yönetmeliğinin 7. Maddesinde Geçici koruma kavramı şu şekilde tanımlanmıştır: ülkesinden ayrılmaya zorlanmış, ayrıldığı ülkeye geri dönemeyen, acil ve geçici koruma bulmak amacıyla kitlesel veya bu kitlesel akın döneminde bireysel olarak sınırlarımıza gelen veya sınırlarımızı geçen yabancılardan haklarında bireysel olarak uluslararası koruma statüsü belirleme işlemi yapılamayan yabancılara uygulamaktadır. Geçici koruma, Cumhurbaşkanı tarafından aksi kararlaştırılmadıkça, geçici koruma ilanının geçerliliğinden önce, geçici koruma ilanına esas teşkil eden olayların olduğu ülkeden veya bölgeden ülkemize gelmiş olanları kapsamamaktadır. Geçici korunanlar, Kanuna göre belirlenen uluslararası koruma statülerinden herhangi birini doğrudan elde etmiş sayılmamaktadır.

Geçici koruma, kitlesel bir akın durumunda geçerli olan pratik bir çözüm yoludur ve devletlerin, geri göndermeme yükümlülüklerinin bir parçası olarak ulusal sınırlara toplu halde gelen kişilere belirli haklar vermesine odaklanır. Temel amaç, insanların güvenli alanlara erişimini sağlamak, zulüm mekanlarına geri gönderilmelerini engellemek, temel ve acil insani ihtiyaçlarının karşılanmasıdır.

2.1.6. Sığınmacı

Mülteciler ve sığınmacılar, işkence, savaş ve benzeri tehditler nedeniyle yaşamlarını ve güvenliklerini tehlikede bulan, sonuç olarak kendi ülkelerinden ayrılarak uluslararası koruma arayan göçmenlerdir. Bu bireyler, karşılaştıkları zulüm nedeniyle mevcut koşullarının bozulması üzerine göç etmek zorunda kalırlar. Genel kanı, mültecilerin zorunlu göç yollarını izledikleri, diğer göçmenlerin ise daha çok isteğe bağlı ve planlı göç süreçlerini seçtikleri yönündedir. Mültecilerin şiddete maruz kalma ya da en azından şiddet tehdidi altında olduğu durumlar kesinlikle yaygındır, ancak bu iki grup arasındaki sınırın pratikte çizilmesi karmaşıktır. Uluslararası anlaşmalar kapsamında belirli kriterlere uyanlar “mülteci” olarak

tanınabilirken, benzer durumlarda olanlar ancak bu kriterleri tam olarak karşılamadıkları için “mülteci” olarak tanınmayabilirler (Bratram vd., 2017: 229; Yaman, 2020: 29).

Sığınmacılar, ulusal veya uluslararası hukuk çerçevesinde mülteci statüsü kazanmayı amaçlayan ve bu statü için resmi başvuruda bulunan kişiler olarak tanımlanır. Bu bireyler, başvurularının sonucunu beklerler ve başvuruları reddedilirse, ülkeyi terk etmekle yüz yüze kalırlar. Ayrıca insani veya başka sebeplerle kalma izni verilmediği takdirde, bu kişiler, ülkede düzensiz olarak bulunan diğer yabancılar gibi sınır dışı edilebilirler. Sığınmacılar, köken ülkeleri dışında uluslararası koruma arayan ve potansiyel olarak yasal mülteci statüsüne hak kazanabilecek kişilerdir. Her sığınmacı sonuçta mülteci olarak tanınmayabilir, ancak tanınan her mülteci ilk olarak bir sığınmacı statüsünde bulunur (IOM, 2009: 49).

Sığınmacılar, mültecilerle eşdeğer olarak tanınmamakla birlikte, köken ülkelerine dönüş halinde karşılaştacakları riskler temelinde koruma talep ederler ve bu bağlamda, gittikleri ülkede kalma talebinde bulunurlar. “Ülke içinde yerinden edilmiş kişi” terimi, sınırları içinde zorla yer değiştirmeye tabi tutulmuş kişileri de kapsayacak şekilde mülteci kavramının genişletilmesine izin verir. Bununla birlikte, bazı analistler “mülteci” terimini yalnızca başka bir ülkeye devlet koruması aramak üzere göç etmiş kişiler için saklı tutarlar (Bratram vd., 2017: 230; Yiğit, 2017: 17).

Mülteciler ve sığınmacılar, entegrasyon sürecinde özgül zorluklar ve engellerle karşı karşıya kalırlar: “(i) toplumsal engeller, (ii) ekonomik engeller, (iii) idari ve yasal engeller, (iv) siyasal engeller” (Bratram vd., 2017: 229-235). Bu engellerin özeti şu şekildedir; toplumsal engeller kapsamında “travma ve şiddet deneyimleri, dil yetersizliği, ayrımcılık, destek ağı eksikliği” (World Bank, 2022; Association for Psychological Science, 2022) yer alırken, ekonomik engeller “finansal kaynakların yok olması, beceri kaybı, sosyoekonomik destek eksikliği, etkisiz başa çıkma yöntemleri” (World Bank, 2023; UN-Habitat, 2020) olarak sıralanabilir. Ayrıca, idari ve yasal engeller “yeterliliklerin tanınmaması, yasal statü, kısıtlayıcı yasal düzenlemeler, hareket özgürlüğünün sınırlandırılması” (UNHCR, 2023; Obi, 2021) kapsamında değerlendirilirken, siyasal engeller “negatif kamu algıları, hükümetin destek kapasitesinin sınırlılığı, hizmet sunumundaki yükler” (World Bank, 2021; OECD, 2017) olarak tanımlanabilir.

Bazı sığınmacılar, başvuruları kabul edildiğinde “mülteci” statüsü kazanırken, talepleri reddedilenler “başarısız sığınmacı” olarak adlandırılır. Bu “başarısız” grup, çoğu zaman hedef ülkede kalmaya devam eder, ancak yasal iş bulma hakları olmaksızın muhtaç bir duruma düşebilirler. Reddedilmiş talepler sonucunda oluşan “kayıt dışı” veya “yasadışı” göç, bazı hükümetler tarafından “zaten yasadışı” oldukları varsayımıyla ele alınır. İnsanların zorla geri

gönderilmesi veya sınır dışı edilmesi sıklıkla yasadışı olmasına karşın, bazı başarısız sığınmacılara “istisnai oturma izni” verilebilir veya onlar süregelen bir belirsizlik içinde bırakılabilirler. Başvurusu kabul edilenler şanslı olanlardır; yine de yasal tanıma sahip olmaları, hedef ülkelerin bu kişilere özgü ihtiyaçlara uygun destek sağlama garantisi anlamına gelmez (Bratram vd., 2017: 233-234).

2.2. Göç Çeşitleri

Toplumların var oluşundan günümüze kadar süregelen göçlerin farklı şekillerde ortaya çıktığı görülmektedir.

Göç kavramı gidilen yere göre; iç ve dış göç, zamana göre kısa süreli (geçici) ve uzun süreli (sürekli) göç, nedenine göre gönüllü ve zorunlu göç, büyüklüğüne göre bireysel, aile (grup) ve toplu (kitlesel) göç, mevcut mevzuata uygunluğuna göre yasal ve yasal olmayan (düzensiz) göç olarak çeşitlendirilebilmektedir (Kaygısız, 2013: 39; Şener, 2018: 14-16).

Göç kavramı farklı şekilde tanımlanabileceği gibi yapılan tanımlar ekseninde de farklı kategorilerde ele alınabilir. Bu doğrultuda çalışma kapsamında göç çeşitleri genel olarak; “(i) düzenli göç, düzensiz göç (ii) gönüllü göç-zorunlu göç, (iii) iç göç-dış göç (iv) bireysel göç-kitlesel göç, (v) geçici göç-kalıcı göç, (v) beyin göçü-işgücü göçü” şeklinde sıralanabilir (Çakmak, 2018: 9-15).

2.2.1. Düzenli Göç ve Düzensiz Göç

Uluslararası göç hareketleri, hukuki sınıflandırmada iki ana kategoriye ayrılır: düzenli ve düzensiz göç. Düzenli göç, yasal prosedürlere uygun olarak, yani bireyin başvurusunun hedef ülke tarafından onaylanması ya da nüfus ve iş gücü ihtiyacı çerçevesinde ülke tarafından talep edilmesi ile meydana gelen göç biçimidir. Düzenli göç, bireylerin resmi yollardan ülkeye giriş yapmalarını ve belirli bir süre için orada ikamet etmelerini içerir. Düzenli göçmenler, giriş ve ikamet sürecindeki yasal izinlerle korunurken, düzensiz göçmenler bu tür izinler olmadan hareket ederler (Kaygısız, 2013: 42).

Düzensiz göç ise göç veren ve alan ülkelerin yasalarına aykırı olarak meydana gelir. Göçmenler bu durumda, kendi ülkelerinden ayrılırken ve hedef ülkeye varırken yasal gerekliliklere uymadan hareket ederler. Örneğin, izin süresi dolmuş olsa bile ülkede kalanlar veya izinsiz çalışanlar düzensiz göçmen olarak sınıflandırılırlar. Ayrıca, mülteci statüsü talepleri reddedilmiş olanlar da düzensiz göç kapsamına girebilir (Toprak, 2017: 14).

Düzensiz göç hem kaynak hem de varış ülkesinin mevzuatına aykırı olarak gerçekleşen göç eylemlerini ifade eder. Yasadışı metotlar kullanarak göç eden bireyler, kendi ülkelerinin sınırlarını geçme ve ülkeden çıkma ile ilgili yasal ve idari düzenlemelere uymadan hareket ederler. Aynı şekilde, bu bireyler, varış ülkelerinin giriş, ikamet ve çalışma mevzuatına tabi olmaksızın, yasadışı yollarla bu ülkelerde ikamet ederler. Örneğin, yasal sınır geçişlerini ihlal edenler, vize süreleri sona ermesine rağmen ülkede kalanlar veya çalışma iznine sahip olmaksızın istihdam edilenler düzensiz göçmen statüsünde değerlendirilirler. Mülteci statüsü talebi reddedilen ve buna rağmen varış ülkesinde kalmayı sürdüren sığınmacılar da düzensiz göç kategorisine dahil edilebilir (Kaygısız, 2013: 43).

Düzensiz göçün boyutları ve tezahürleri, bu hareketin kapsam ve doğasıyla değişiklik gösterir. Organize suç örgütleri ile ilişkili olmayan kişisel düzensiz göç hareketlerinden, suç örgütlerinin kâr amacıyla yürüttüğü insan kaçakçılığı ve insan ticaretine kadar geniş bir yelpazede değerlendirilebilir. İnsan kaçakçılığında göçmenlerin kendi rızalarıyla hareket edebilirken, insan ticaretinde zor kullanımı, şiddet ve baskı mevcuttur. Düzensiz göç hareketleri, özellikle insan kaçakçılığı bağlamında, küresel bir sorun olarak ön plana çıkmaktadır ve her yıl tahminen 800.000 kişi kaçakçılık yoluyla uluslararası sınırları aşmaktadır. Düzensiz göçmenlerin yıllık toplam sayısı 2,5 ila 4 milyon arasında değişirken, suç örgütlerinin bu faaliyetlerden yıllık olarak 10 milyar dolar kazanç sağladığı öne sürülmektedir (Kaygısız, 2013: 43; Bhabha, 2005).

Özetlemek gerekirse; düzenli göç, bir ülkeden başka bir ülkeye yerleşmek amacıyla gerçekleştirilen yer değiştirme süreci, ancak bu hareketlerin yasal ve resmi yollardan gerçekleştiği durumlardır. Düzenli göç, genellikle çalışma, öğrenim veya vatandaşlık amaçlı yapılır ve göç eden bireylerin ülkelerine göre belirlenen yasal koşullara uygun olarak yapılır. Düzensiz göç ise bir ülkeden başka bir ülkeye yerleşmek amacıyla gerçekleştirilen yer değiştirme süreci, ancak bu hareketlerin yasal ve resmi yollardan gerçekleşmediği durumlardır. Düzensiz göç, genellikle çalışma, öğrenim veya vatandaşlık amaçlı değil, yaşam amaçlı yapılır ve göç eden bireylerin ülkelerine göre belirlenen yasal koşullara uygun olmayabilir. Düzensiz göç, genellikle göçmenlerin yasal ve resmi yolları takip etmeyi göze alamayacakları durumlarda gerçekleşir. Göçlerin düzenli veya düzensiz olması, göç eden bireylerin ülkelerine göre belirlenen yasal koşullara uyup uymadığına göre değişebilir ve her iki tür göç de bir ülkeden başka bir ülkeye yerleşmeyi amaçlayan bireylerin hareketleri olabilir.

2.2.2. Gönüllü Göç ve Zorunlu Göç

Büyük çoğunluğu, genellikle aile ve arkadaşlara katılmak veya daha iyi bir yaşam kazanmak için taşınmayı seçen *gönüllü göçmenlerdir*. Özgür göçmenler daha yüksek özlemler nedeniyle hareket eden kişiler olarak tanımlar. Bu öncü göçmenlerin sayısı nispeten azdır. Önce bireyler, ardından ortak inançlar veya güvenlik ihtiyacı nedeniyle bir araya gelen gruplardır. Nispeten küçük sayılarına rağmen, serbest göçmenler, sosyal kalıplar oluşturmaları, göçün sosyal ve ekonomik maliyetlerini düşürmeleri bakımından büyük bir etkiye sahiptir. Bu maliyetler azaldıkça, göç kolektif bir davranış haline gelir veya kitlesel göç olarak adlandırılan milyonlarca insanı kapsayabilir. Bu tür toplu davranışlar, 19. yüzyılda ve 20. yüzyılın başlarında ABD, Kanada, Arjantin ve Avustralya'ya yapılan büyük Avrupa göçünü karakterize etmiştir (Brown ve Bean, 2005; Toprak, 2017: 13).

İkinci büyük göç türü istemsizdir yani mecbur oldukları için hareket edenlerdir. Göçmenlerin ayrılıp ayrılmama konusunda hiçbir seçeneğinin olmadığı zorunlu göç ile göçmenlerin bazı seçenekleri elinde tuttuğu zorunlu göç arasında ayırım yapılması gerekir. Kuraklık veya veba gibi doğal unsurlar nedeniyle karadan kaçmayı bir tür gönülsüz göç olarak görülür. Daha ziyade, bu göç türü avcılık ve toplayıcılığa veya göçebeliliğe daha çok benzeyen ilkel bir göç biçimi olarak sınıflandırılır (Brown ve Bean, 2005; Toprak, 2017: 13).

Tanımı gereği, *gönüllü göçmenler* kendilerini seçerler. Herkes göç etmez. Ezici bir şekilde, göçmenler 20'li yaşlarında sağlıklı yetişkinlerdir. Evli olmayanların göç etme olasılığı daha yüksektir, aileler ise çoğunlukla çocuklar küçükken taşınma eğilimindedir. Göçmenler daha iyi işler arıyor olsalar da genellikle köken toplumun en fakir, en az eğitilmiş üyelerinden gelmiyorlar, çünkü bu tür insanların hareket etmelerini sağlayacak çok az kaynağı ve bağlantısı vardır. Gelişmekte olan birçok ülkede, üniversite eğitilmiş kişilerin göç etme olasılığı çok daha yüksektir, çünkü hareketten en fazla fayda sağlama potansiyeline onlar sahiptir. İşçi göçmenleri diğer göçmenleri desteklemiş olan ailelerden veya topluluklardan gelmektedir, bu nedenle yaşam standartları geçimlik düzeyin üzerindedir ve görece yoksunluk duyguları güçlenmiştir (Brown ve Bean, 2005; Temizyürek, 2019: 16).

Özetlemek gerekirse; gönüllü göç ve zorunlu göç, insanların bir yerden başka bir yere taşınmalarını ifade eder. Ancak gönüllü göç ve zorunlu göç arasında önemli farklılıklar vardır. Gönüllü göç, insanların kendi istekleriyle bir yerden başka bir yere taşınmalarıdır. Örneğin, bir ülkede doğan bir kişi, ailesiyle birlikte başka bir ülkeye taşınabilir. Gönüllü göç genellikle ekonomik, sosyal veya kültürel nedenlerle gerçekleşir ve insanlar yeni iş imkanları, daha iyi yaşam koşulları veya yeni deneyimler arar. Zorunlu göç ise, insanların bir yerden başka bir yere zorunlu olarak taşınmalarıdır. Örneğin, bir ülkede yaşayan insanlar savaş, yıkım, doğal afet

veya siyasi baskı gibi nedenlerle zorunlu olarak başka bir ülkeye taşınabilir. Zorunlu göç, insanların kendi isteklerine göre değil, zorunlu koşullar nedeniyle gerçekleşir ve insanların hayatlarını değiştirir.

2.2.3. İç Göç ve Dış Göç

İç göç, bir ulusun sınırları içerisinde, bir bölgeden başka bir bölgeye gerçekleşen nüfus hareketidir. Birçok devlette, özellikle şehirlerarası yer değiştirme, yaygın bir oluşumdur. Gelişmekte olan ülkelerde bu süreç çoğunlukla kırsal alanlardan şehir merkezlerine doğru olan demografik akışı kapsamıştır. İç göç, tanım gereği, uluslararası sınırların geçilmesini zorunlu kılmamıştır. Uluslararası göçmenlerin aksine, iç göçmenler, kendi ülkeleri içinde serbest dolaşımı kısıtlayabilecek yasal sınırlamalarla genellikle karşılaşmamıştır. Hukuki sistemin değişikliğine uğramazlar ve vatandaşlık statüleri ile ilişkili hakları (seçme ve seçilme hakkı, iş bulma hakkı, sağlık hizmetlerinden yararlanma gibi) korunmuştur. Kültürel ve dilsel entegrasyon açısından iç göçmenler, uluslararası göçmenlere kıyasla daha az zorluk yaşama eğiliminde olmuşlardır (Bratram vd., 2017: 191; Temizyürek, 2019: 13).

Daha önceleri, genel olarak iç göç ve özel olarak kırsaldan kente göç, ekonomik kalkınma literatüründe olumlu bir şekilde görülmüştür. Hızlı iç göçün, büyüyen modern bir sanayi kompleksini beslemek için ucuz insan gücü sağlamak üzere geleneksel tarımdan fazla kırsal emeğin çekildiği arzu edilen bir süreç olduğu düşünülmüştür. İnsan kaynakları, marjinal sosyal ürünlerinin genellikle sıfır olarak varsayıldığı yerlerden, bu marjinal ürünlerin sıfır olmadığı yerlere kaydırıldığı için, süreç sosyal açıdan yararlı görülmüştür. Herhangi bir hareketin olmaması durumunda, kırsal verimlilik kentsel verimliliği aştığında, tarımsal işgücü endüstriyel istihdamdan daha hızlı büyüyecektir. İşgücünün iki kesiminin de sıkı bir şekilde dengeli büyümesi için gerekli olan kentler, eğer sanayi sektöründe bir artış, gelişen ekonominin hedefleri arasında yer alıyorsa daha da önemli hale gelmiştir (Todaro, 1980).

Gelişmiş ülkelerde örneğin; Kuzey Amerika, Avrupa, Japonya, Avustralya ve diğer bölgelerdeki toplumlar iç göç genellikle demografik geçişten ve buna bağlı olarak ağırlıklı olarak kırsal toplumlardan ezici bir çoğunlukla kentsel ve metropol toplumlara geçişten geçmiştir. Az gelişmiş ülkelerdeki iç göç çalışmaları, gelişmiş ülkelerdekilerle pek çok paralellik gösterse de araştırmanın temel odağı ve göç davranışını ve göç akışlarını açıklamak için geliştirilen teorik yaklaşımlar açısından önemli farklılıklar oluşmuştur (White ve Lindstrom, 2005).

2001’de Hindistan’da yapılan bir demografik incelemede, ülke nüfusunun yaklaşık üçte birinin iç göçmenlerden oluştuğu tespit edilmiştir. Asya, Afrika ve Latin Amerika’da

şehirleşme süreci, kentsel alanların demografik genişlemesinin yüzde kırkını oluşturacak şekilde iç göçü tetiklemektedir. Bununla birlikte, siyasi liderler ve genel kamuoyu sıklıkla tamamıyla uluslararası göç olgusuna yoğunlaşmış ve iç göçün önemini göz ardı etmişlerdir. Bu eğilim, göç üzerine yapılan akademik araştırmaların kapsamında da benzer bir durum sergilenmektedir (Bratram vd., 2017: 192).

Göç hem mekânsal hem de zamansal boyutları içerir. Göçün zamansal boyutu genellikle en az bir yıllık kalıcı veya yarı kalıcı bir hareket olarak tanımlanmıştır. Tatilciler, mevsimlik tarım işçileri ve yörükler göçmen değildir, çünkü hareketleri kalıcı değildir. Mekânsal boyut, genellikle önemli ancak belirlenmemiş bir mesafeyi kat etmeyi ve ABD'deki bir eyalet hattı gibi bir sınırı geçmeyi içerir. Uluslararası göç, açıkça, ulusal sınırları aşmayı içerir ve bu nedenle ulusal sınırlar içinde gerçekleşen iç göçten ayrılır (Brown ve Bean, 2005).

Uluslararası göç geçici ya da kalıcı olarak insanların bir ülkeden başka bir ülkeye giderek yeniden yerleşmesidir. Göç kişilerin uzaktaki bir yere, enkazından şu anda yaşadıkları şehir uzağındaki bir yere, yeniden yerleşmesidir. Temel anlamıyla göç her şeyden önce coğrafi bir olgudur. Aynı zamanda göç binlerce yıl öncesine uzanan insanlık tarihinin ortak bir olgusu olarak oldukça sık şekilde yaşanan bir deneyimdir (Bratram vd., 2017: 13).

Özetlemek gerekirse; iç göç, bir ülkede yaşayan insanların bir bölgeden başka bir bölgeye taşınmalarıdır. Örneğin, bir ülkede doğan bir kişi, ailesiyle birlikte farklı bir bölgeye taşınabilir. İç göç genellikle ekonomik nedenlerle gerçekleşir ve insanlar yeni iş imkanları veya daha iyi yaşam koşulları arar. Dış göç ise, bir ülkeden başka bir ülkeye taşınmayı ifade eder. Örneğin, bir ülkede doğan bir kişi, ailesiyle birlikte başka bir ülkeye taşınabilir. Dış göç genellikle ekonomik, sosyal veya politik nedenlerle gerçekleşir ve insanlar yeni iş imkanları, daha iyi yaşam koşulları veya güvenlik aramaktadır.

2.2.4. Bireysel Göç ve Zorunlu Göç

Uluslararası göçün aktörleri, bu kavramın boyutunu tanımlarlar ve göçü tetikleyen faktörler güçlendiğinde göçün kapsamı da büyümekte, etki alanı genişlemektedir. Ekonomik, sosyal ve siyasal sebeplerin artması ve iletişim ile ulaşım teknolojilerinin ilerlemesi ile küresel göç akımları yoğunlaşmış ve birçok ülke bu sürece dahil olmuştur. Ayrıca göç hareketleri, birey ya da grup ölçeğini aşarak kitlesel bir karakter kazanmıştır. Göçün bu coğrafi yayılımı zaman içinde genişleyerek, 1970'te göç alan ülke sayısı 48 iken, 2000 yılında bu sayı 70'e yükselmiştir (Kaygısız, 2013: 41).

Göç miktarına göre bireysel ve kitlesel göç arasında ayrım yapılır. Kitlesel göç, ani ve olağanüstü durumlar sebebiyle çok sayıda insanın birden harekete geçtiği olaylardır ve sıklıkla

savaş ya da doğal afetler gibi zorunlu göç durumlarında ortaya çıkar. Öte yandan, bireysel göç, kişilerin veya ailelerin, genellikle daha iyi yaşam koşullarını elde etme amacıyla gerçekleştirdikleri göç biçimidir (Toprak, 2017: 14).

1960'lar boyunca uluslararası göçün kapsamının genişlemesiyle beraber, göç sürecine katılan aktörlerin sayısı ve çeşitliliği de artmıştır. Geleneksel olarak uluslararası göç, hedef ülkede yaşamak ve çalışmak üzere gelen göçmenlerle, bu göçmenleri sınırlarından içeri almayı engellemeye çalışan ya da onlara vatandaşlık hakları tanıyan devletler arasındaki dinamiklere dayanmaktadır. Ancak günümüzde, büyük bütçelerle hareket eden, geniş iş olanakları sunan ve göç konusunda uzmanlaşmış bireyler ya da kurumlar tarafından yönetilen bir göç endüstrisi ortaya çıkmıştır. Bu nedenle, uluslararası göçü ele alırken, göç endüstrisinin bu yeni boyutunu dikkate almak önemlidir (Kaygısız, 2013: 42).

Özetlemek gerekirse; bireysel göç, bir ülkeden başka bir ülkeye yerleşmek amacıyla gerçekleştirilen yer değiştirme süreci, ancak bu hareketlerin tek bir birey veya birkaç birey tarafından gerçekleştiği durumlardır. Bireysel göç, genellikle çalışma, öğrenim veya vatandaşlık amaçlı yapılır ve göç eden bireylerin niyeti bir süre sonra geri dönmek olabilir. Kitlese göç ise, bir ülkeden başka bir ülkeye yerleşmek amacıyla gerçekleştirilen yer değiştirme süreci, ancak bu hareketlerin bir topluluk veya bir grup birey tarafından gerçekleştiği durumlardır. Kitlese göç, genellikle çalışma, öğrenim veya vatandaşlık amaçlı değil, yaşam amaçlı yapılır ve göç eden bireylerin niyeti geri dönmek değildir. Kitlese göç, genellikle bir ülkede yaşanan politik, ekonomik veya çevresel nedenlerden dolayı gerçekleşir ve büyük ölçekli hareketler olabilir. Göçlerin bireysel veya kitlese olması, göç eden bireylerin sayısına göre değişebilir ve her iki tür göç de bir ülkeden başka bir ülkeye yerleşmeyi amaçlayan bireylerin hareketleri olabilir.

2.2.5. Geçici Göç ve Kalıcı Göç

Geçici ve özellikle döngüsel göçe ilişkin açıklamalar genel olarak ikiye ayrılır. İlki, sermaye ile ilgili bir bağlantı sağlar, çünkü geçici göçmenler genellikle akıllarında belirli bir yatırım olan (evlilik veya çocukların eğitimi ve ayrıca bir ev, arazi, sermaye veya emeklilik için tasarruf dahil) hedef tasarruf sahipleri olarak tanımlanır. Bu tür göçmenler, belki de evde yaşamayı tercih ettikleri için ya da kırsal kesimde yaşam maliyeti daha düşük olduğu için en başından geri dönme niyetinde olarak görülürler. İkinci bir açıklama, geri dönen göçmenlerin geçici bir taşınma niyetinde olmayabileceklerini öne sürmüştür: Bu göçmenler, varış yeri algıları gerçekleşemeyenleri, bir iş kumarında şanssız olduklarını kanıtlayanları veya varış bölgesinde yaşamının zararına olacak şekilde zevkleri değişenleri içerebilir. Geçici göçmen

olma niyeti, ev sahibi koşulların hedefe ulaşmasını imkânsız kılıyorsa, kalıcı olarak kalma kararına dönüşebilir. Bu, göçmen adına öğrenme ve hedef ayarlama yoluyla pratikte hafifletilebilir. Başlangıçtaki düşük gelirli ortamlarına dönme olasılığı daha yüksek olan göçmenlerin, ev sahibi bağlamda geri dönme olasılığı daha düşük olan göçmenlere veya bu nedenle aynı yerlilere göre daha yüksek tasarruf eğilimlerine sahip olacaklarını varsaymışlardır. Geri dönüş göçü gerçekleşmezse, yüksek tasarruflu göçmenler, yerli doğumlulardan daha fazla sermaye biriktirir (Lucas, 1997; Temizyürek, 2019: 15).

Özetlemek gerekirse; geçici göç, bir toplumun veya bireylerin bir yerden başka bir yere yerleşmeyi amaçlamadıkları, belirli bir süreliğine yer değiştirme süreci olarak tanımlanabilir. Örneğin, bir ülkeden başka bir ülkeye seyahat etmek, tatil yapmak gibi nedenlerle geçici göç olabilir. Kalıcı göç ise, bir toplumun veya bireylerin bir yerden başka bir yere yerleşmeyi amaçladıkları, uzun vadeli yer değiştirme süreci olarak tanımlanabilir. Örneğin, bir ülkeden başka bir ülkeye yerleşmek, orada yaşamaya ve çalışmaya devam etmek amacıyla gerçekleşen yer değiştirme süreci kalıcı göç olarak adlandırılır. Göçlerin geçici veya kalıcı olması, göç eden toplumun veya bireylerin göç ettikleri yerde kalmayı amaçlamalarına göre değişebilir. Geçici göçler genellikle ekonomik, sosyal veya kültürel nedenlerle gerçekleşirken, kalıcı göçler ise genellikle politik ve çevresel nedenlerle gerçekleşebilir.

Geçici göç, bir ülkeden başka bir ülkeye yerleşmek amacıyla gerçekleştirilen yer değiştirme süreci, ancak göç eden bireylerin niyetinin bir süre sonra geri dönmek olduğu durumlardır. Geçici göç, genellikle çalışma amaçlı yapılır ve göç eden bireyler belli bir süre sonra geri dönmek için anlaşmalar yapabilirler. Kalıcı göç ise bir ülkeden başka bir ülkeye yerleşmek amacıyla gerçekleştirilen yer değiştirme süreci ancak göç eden bireylerin niyetinin geri dönmek olmadığı durumlardır. Kalıcı göç, genellikle çalışma amaçlı değil, yaşam amaçlı yapılır ve göç eden bireyler geri dönmek niyetinde değildirler. Göçlerin geçici veya kalıcı olması, göç eden bireylerin amaçlarına ve niyetlerine göre değişebilir ve her iki tür göç de bir ülkede yerleşmeyi amaçlayan bireylerin hareketleri olabilir.

2.2.6. Beyin Göçü ve İşgücü Göçü

Beyin göçü, özellikle gelişmekte olan ülkelere dışa göç sürecinde yetişmiş insan gücünün kaybını ifade eder. Buna karşılık, beyin kazanımı, gelişmiş ülkelerin gelişmekte olan ülkelere yüksek kalibrede eğitim almış bireyleri çekmesi sürecini anlatır. Genellikle tek yönlü hareketler olarak kavramsallaştırılan beyin göçü ve beyin kazanımının yanı sıra, beyin dolaşımı iki yönlü hareketleri, yani kalifiye bireylerin gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasındaki karşılıklı akışını tanımlar. 1960'lar ve 1970'lerde, beyin göçü terimi, başta

gelişmekte olan ülkeler olmak üzere, üst düzey eğitimli ve yetenekli bireylerin gelişmiş ülkelere göçü veya kaybı olarak nitelendirilmiştir. Bu dönemde gelişmiş ülkeler, genişleyen bilim ve teknoloji sektörlerinin ihtiyaç duyduğu insan sermayesini sağlamakta kazançlı çıkarmıştır. Bu göç hareketi, bilimsel araştırma, mühendislik ve sağlık hizmetleri gibi alanlarda kendi becerilerini entegre edebilen öğrenciler, yüksek öğrenim görmüş ve yetenekli işgücünü içermektedir. Beyin göçü, endüstrileşmiş ülkelerde eğitim fırsatları arayan ve uzmanlık alanlarında çalışmak üzere bu ülkelerde kalmayı tercih eden öğrenciler arasında yaygın bir olgu olmuştur. (Bratram vd., 2017: 55-56).

Neoklasik iktisatçılar göçü, emek arzı ve talebindeki ülkeler (veya bölgeler) arasındaki makro düzeydeki dengesizliklerden ve bu dengesizliklerin yarattığı sonuçta ortaya çıkan ücret farklılıklarından kaynaklandığını tasavvur ederler. Mikro düzeyde, bu bakış açısı, bir hareketin maliyetlerine göre faydaları (genellikle ekonomik olduğu varsayılır) ile ilgili olarak bireyler tarafında rasyonel hesaplamaları varsayar. Dolayısıyla göç, bireylerin emek gücüne getirilerini maksimize etmeleri için bir yatırım stratejisini temsil edecek şekilde kavramsallaştırılır. Göçmenler böylece “zaman ufku” üzerinden beklenen ücretlerini veya varış yerlerinde beklenen kalış sürelerini hesaplarlar. Bazı göçmenlerin zaman ufukları kısadır ve bu nedenle geçici, döngüsel göç çerçevesinde kazançlarını maksimize etmeye çalışırken, diğerleri daha uzun zaman ufuklarına sahiptir ve bu nedenle kalıcı olarak yerleşmeleri daha olasıdır (Brown ve Bean, 2005).

Ekonomik yaklaşımların aksine, işgücü piyasası bölümlene teorileri, sosyal tabakalaşma değişkenlerinin göçü nasıl etkilediğini vurgular. İkili işgücü piyasası teorisi, firmaları ve çalışanlarını birincil ve ikincil sektörler ayrışmış olarak tasavvur eder. Birincil sektör, ekonomideki “temel talebi” karşılar ve daha büyük, daha sermaye yoğun, daha iyi ücretli işler sağlayan daha iyi kurulmuş firmalardan oluşur. İkincil sektör, aksine, dalgalı veya mevsimsel talebi karşılar ve temel olarak düşük ücretli, emek-yoğun işlere dayanır. Beşerî sermaye teorisyenleri, eğitime yapılan yatırımların işçiler için artan getiri sağladığını savunurken, segmentasyon teorisyenleri, segmentler arasındaki engellerin ve ikincil sektör istihdamının doğasının ve talebin yukarı doğru hareketliliği önlediğini ve ikincil sektördeki beşerî sermaye getirilerini sınırladığını vurgular. Bu koşullar, yerli işçileri, özellikle geçici veya mevsimlik olduklarında, ikincil sektör işlerini almaktan genellikle caydırır. Bununla birlikte göçmenler, özellikle de ev sahibi ülkede kısa bir süre kalmayı planlıyorlarsa, genellikle bu tür işleri doldurmaya isteklidirler. Dolayısıyla, işgücü piyasası bölümlendirmesinin hem gelişmiş ülkelere gelen göçmen türleri hem de yerli işçilerle rekabetin oluşabileceği işgücü piyasasının yapısı üzerinde etkileri vardır (Brown ve Bean, 2005).

İşgücü göçü, bireyleri diğer ülkelerdeki istihdam olanaklarına dayalı olarak teşvik eden bir göç türüdür. Diğer göç formları ile mukayese edildiğinde, işgücü göçü anlam itibarıyla nispeten daha açık bir kavramdır. Uluslararası göçün bu modeli, çoğunlukla ekonomik olarak daha iyi koşullar arayan göçmenlerin, genellikle daha varlıklı toplumlarda iş bulma umudu ile hareket ettikleri düşüncesiyle ilişkilendirilir. Bununla birlikte, göçün diğer yönleri -aile birleşimi, mülteciler, emeklilik veya yaşam tarzı göçü gibi- önemli ölçüde dikkate alınmalıdır. Yine de işgücü göçü temelinde ekonomik faktörlerle açıklanabilen bir göç modeli olup, bu akımın tanımında belirgin bir karmaşıklık yer almaktadır (Bratram vd., 2017: 197).

Geleneksel olarak işgücü göçü, işçilerin az gelişmiş ülkelerden gelişmiş ülkelere, yerli halkın yapmaktan kaçındığı düşük ücretli ve düşük statülü işlerde çalışmak üzere gerçekleştirdikleri göç hareketini ifade eder. Misafir işçi programları, bu tür göçün spesifik bir örneğidir, ancak işgücü göçü kalıcı da olabilir; yani başlangıçta hedef ülkede devlet ve/veya işverenler tarafından bu niyetle tasarlanmış olmasına karşın, misafir işçi programlarının kısıtlamaları olmaksızın da geçici olarak gerçekleşebilir. Göçmenler, özgür iradeleriyle ve başlangıçtaki motivasyonları ne olursa olsun kendi ülkelerine dönebilirler. İşgücü göçmenleri, iş bağlantılı vize yoluyla hedef ülkeye giriş yapabilir veya yasal olmayan yollarla ülkeye kayıt dışı giriş yapabilirler (Marfleet ve Blustein, 2011).

Özetlemek gerekirse; beyin göçü, bir ülkeden başka bir ülkeye yerleşmek amacıyla gerçekleştirilen yer değiştirme süreci, ancak bu hareketlerin ülkelerinde yüksek düzeyde eğitim almış ve düşük düzeyde işsizlik oranı olan bireyler tarafından gerçekleştiği durumlardır. Beyin göçü, genellikle çalışma, öğrenim veya vatandaşlık amaçlı yapılır ve göç eden bireylerin niyeti bir süre sonra geri dönmek olabilir. Beyin göçü, ülkelerin ekonomik ve sosyal gelişimine katkı sağlar, ancak aynı zamanda ülkelerinde yüksek düzeyde eğitim almış ve düşük düzeyde işsizlik oranı olan bireylerin kaybına neden olabilir. İşgücü göçü ise bir ülkeden başka bir ülkeye yerleşmek amacıyla gerçekleştirilen yer değiştirme süreci, ancak bu hareketlerin ülkelerinde düşük düzeyde eğitim almış ve yüksek düzeyde işsizlik oranı olan bireyler tarafından gerçekleştiği durumlardır. İşgücü göçü, genellikle çalışma, öğrenim veya vatandaşlık amaçlı değil, yaşam amaçlı yapılır ve göç eden bireylerin niyeti geri dönmek değildir. İşgücü göçü, ülkelerin ekonomik ve sosyal gelişimine katkı sağlar, ancak aynı zamanda ülkelerinde düşük düzeyde eğitim almış ve yüksek düzeyde işsizlik oranı olan bireylerin kaybına neden olabilir. Göçlerin beyin veya işgücü olması, göç eden bireylerin eğitim düzeylerine ve işsizlik oranlarına göre değişebilir.

2.3. Türkiye Göç Süreci

Türkiye’deki göç ve göçmen akımlarının son yüz yıllık tarihine bakıldığında; Türkiye göç profilini 1960’lar ve 1970’lerdeki yoğun göçten 1990’lar ve 2000’lerdeki yoğun göçe doğru değiştirmiştir. Türkiye’nin göç politikalarındaki dönüşüm, ülkenin küreselleşmeye maruz kalmasından ve Avrupa göç sistemine entegre olmasından büyük ölçüde etkilenmiştir. Aynı zamanda Türkiye’nin göç geçişi bu ulusötesi alan üzerinde de yansımalar yaratmıştır. Türkiye göç geçiş sürecinde, AB ile Türkiye arasındaki asimetrik ilişki, geri kabul anlaşması ve “vize serbestliği diyalogunun” başlatılmasında da nispeten simetrik ilişkilere doğru evrilme eğilimindedir (İçduygu, 2014).

Tarihsel kanıtlar, Türkiye’de 20. yüzyılın ilk yarısında hem göç hem de göçmenlikle ilgili göç politikalarının milliyetçi ideolojilerden etkilendiğini göstermektedir. İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemin göç politikalarını belirleyen şey, realist ve liberal devlet anlayışının bir karışımı ile işgücü göçünü tercih eden kalkınmacılık fikridir. Türkiye son yirmi otuz yıldır otantik bir göç geçişinin dinamikleri ve mekanizmalarıyla karşı karşıyadır: Net göç, gidenlerden daha fazla gelenlerle pozitif hale gelmiştir. Küreselleşme ve AB’leşme, göç geçişinin hem nedeni hem de sonucu olarak göç politikalarında el ele giden bir dönüşüm yaratmıştır. Özellikle yeni göç politikalarının AB’leşme sürecinin bir parçası olduğu açıktır. Ancak Türkiye’deki göç geçişini sadece AB-Türkiye ilişkileri ile ilişkilendirirken daha dikkatli olmak gerekmektedir. Doğal olarak Türkiye ve AB üye ülkelerinin göç rejimleri yönetimleri/politikaları arasındaki farklılıklar hala tek tip bir yönetiminden/politikasından söz etmeyi mümkün kılmamaktadır. Ancak göç rejimleri yönetimleri/politikaları tamamen değiştirilmek ya da ortadan kaldırılmak yerine değiştirilmeye ihtiyaç duymaktadır. Son yirmi yılda, yakınsama olgusu genel olarak benzer yaklaşımlara yansımıştır: Örneğin, AB’nin kısıtlayıcı bir göç yönetimi/politikası için yaptığı bazı baskılara rağmen, birçok ülke ile vizesiz anlaşmalar ve çok cömert bir iltica sistemi gibi son politika gelişmelerinden bazıları liberal olarak nitelendirilebilir. Aynı zamanda Türkiye’nin iç ve komşu koşulları özellikle de siyasi istikrarsızlık o kadar farklıdır ki, farklı modellerin ortaya çıkması da yakınsamalar kadar olasıdır (İçduygu, 2014).

Türkiye’nin; coğrafi konumu ve Orta Asya ile Avrupa arasında doğal köprü olması, istikrarsız ve iç karmaşıklık yaşayan ülkelere diğer ülkelere düzensiz göç hareketlerinin yaşandığı “transit bir ülke konumuna” getirmiştir. Böylelikle Türkiye, göçmenler için hedef ülke konumuna gelmiştir. Tarihsel süreç incelendiğinde; tarihî, dinî ve kültürel bağların olduğu Ortadoğu, Kafkasya ve Balkanlar’daki karışıklıktan sonra Anadolu’ya kitlesel göç hareketleri

söz konusu olmuştur. Fakat, 1960'lı yıllarda Batı Avrupa'ya iş gücü göndermesiyle; “göç alan ülke” konumundan “göç veren ülke” konumuna gelmiştir (Tepealtı, 2019: 5).

Göç İdaresi Genel Müdürlüğü'nden 9 Kasım 2023 tarihi itibarıyla alınan ve en güncel veri olarak kabul edebilecek verilere bakıldığında; *yakalanan düzensiz göçmen sayısı 213.187 kişi; geçici koruma kapsamındaki Suriyeli sayısı 3.250.510 kişi; ikamet izni ile Türkiye’de bulunan yabancı sayısı 1.127.038 kişi* olduğu tespit edilmiştir (Göç İdaresi Başkanlığı, 2023).

Türkiye; 2.875 km kara sınırı, 6.808 km deniz sınırı, 113 hudut kapısına sahip üç tarafı denizlerle çevrili bir ülkedir. Asya, Avrupa ve Afrika Kıtalarının kesişim noktasında bulunması nedeniyle politik ve ekonomik açıdan gelişmemiş ülkelerle ekonomik refahı yüksek Batı ülkeleri arasında bir köprü niteliğindedir. Dolayısıyla düzensiz göçmenler tarafından transit güzergâh olarak kullanılan bir ülke konumuna gelmiştir. 1980’lerden sonra Türkiye bölgesinde yükselen güç haline gelmesi, göç veren ülkelerin Türkiye’yi transit ülke konumundan çıkarıp hedef ülke konumuna taşımıştır. Küreselleşmenin getirdiği iletişim ve seyahat özgürlüğü tüm dünyada göç hareketliliğinde artışa sebebiyet vermiş Türkiye de bu küreselleşme sürecinden etkilenmiştir (Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, 2021).

Uluslararası göçe kaynaklık eden; “Suriye, Irak, Afganistan, Bangladeş, Pakistan, Filistin, Etiyopya, Sudan ve Somali” gibi ülkelere gelen göçmenlerin bir kısmı Türkiye’yi transit ülke diğer bir deyişle bir ara durak veya geçiş noktası olarak görüp daha sonra AB ülkelerine geçiş yapmaktadır. Fakat bir kısmı da Türkiye’yi hedef ülke olarak görüp Türkiye’de kalmaktadır. Türkiye’nin, Avrupa’ya göç eden insanlar için transit bir ülke olmasının sebepleri arasında; Avrupa Birliği ülkelerine komşu olması ve son dönemde imzalanan ikili anlaşmaların Türkiye-AB ilişkilerinde önemli bir etken olmaya devam etmesi sayılabilir (Tepealtı, 2019: 6).

Ayrıca İspanya, İtalya ve Polonya gibi Güney ve Doğu Avrupa devletleri, Avrupa Birliği’ne üye olmadan önce özellikle 1960’lar boyunca göç ihraç eden ülkeler olarak bilinirken, jeopolitik konumlarının bir sonucu olarak göçü kabul eden ve göçmen geçiş noktalarına evrilmişlerdir. Türkiye, 2005 yılında AB ile üyelik görüşmelerine başlamasıyla beraber bu dönüşümü daha belirgin bir şekilde tecrübe etmiş ve sonucunda Türkiye, göçmen geçiş yollarında merkezi bir rol oynamaya başlamıştır. Bu süreç özellikle Türkiye-AB ilişkileri bağlamında düzensiz göç mücadelesini stratejik bir mesele olarak öne çıkarmıştır (Şemşit, 2010).

Helsinki Zirvesi’nde Türkiye’nin adaylığının onaylanmasının ardından 8 Mart 2001 tarihi için hazırlanan Katılım Ortaklığı Belgesi, Türkiye’nin göç politikasının AB müktesebatına uyum için bir çerçeve çizmiş ve Türkiye’nin AB’ye aday ülke olarak kabul edilmesi göç politikalarının gelişimi açısından önemli olmuştur (Bozkaya ve Kıncal, 2018).

2000’li yıllar Türkiye için göç politikasının yeni boyutlara taşındığı ve Türkiye-AB arasında göç iletişiminin farklı bir alanda değerlendirildiği bir dönem olarak belirtilebilir. Türkiye bu süreçten sonra göç politikalarında daha kurumsal ve sistemsal adımlar atmaya başlamıştır. Türkiye’nin bir yandan artan ekonomik gücü ve istikrarı bir çekim unsuru oluştururken diğer yandan yer aldığı coğrafi bölgede devam eden siyasî istikrarsızlıklar, Türkiye’ye yönelik göç hareketlerinde göçü teşvik edici bir faktör olarak ortaya çıkmaktadır. Tüm etkenler Türkiye’nin düzensiz göçle mücadele için stratejiler geliştirmesine, hukuksal reformlar yapmasına ve uluslararası iş birlikleri geliştirilmesine neden olmuştur. Bu bağlamda düzensiz göçle mücadele etkinliğini artırmak amacıyla 15.07.2018 tarihinde yayımlanan 4 sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ile Düzensiz Göçle Mücadele Dairesi kurulmuştur (Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, 2021).

Türkiye, düzensiz göçe karşı gerek ulusal düzeyde gerekse uluslararası düzeyde tedbirler alarak sorunların tespiti, bilgi alışverişi, ortak mücadele ve iş birliği şeklindeki çalışmalara aktif olarak katılmakta ve bu doğrultuda Türkiye üzerinden düzensiz göçü önlemeyi, ülkede bulunan yasadışı göçmenleri ülkeden çıkarmak için mücadele etmeyi amaçlamaktadır. Türkiye düzensiz göç konusunda daha etkin ve verimli çalışmalara olanak sağlanabilmesi için birçok ulusal ve uluslararası kurumla iş birliği içine girmiştir. İş birliği içine girilen kurumların başında; “Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (United Nations High Commissioner for Refugees, UNHCR), Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği, Uluslararası Göç Politikaları Geliştirme Merkezi (International centre for Migration Policy Development, ICPMD), Uluslararası Göç Örgütü (International Organization for Migration, IOM) ve çeşitli ulusal sivil toplum kuruluşları” gelmektedir (Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, 2021).

Avrupa Birliği Sınır Güvenliği Birimi (Frontières extérieures, FRONTEX) ile düzensiz göçü önlemek amacıyla 28 Mayıs 2012’de Mutabakat Zaptı imzalamıştır. Düzensiz göçle mücadele kapsamında transit ve hedef ülkeler olan; “Suriye, Yunanistan, Kırgızistan, Romanya, Ukrayna, Pakistan, Rusya, Nijerya, Bosna-Hersek, Yemen, Moldova, Belarus, Karadağ, Kosova, Norveç ve AB” ile Geri Kabul Anlaşmaları imzalamıştır (Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, 2021).

Avrupa’ya ulaşmada göç rotası olarak kullanılan Akdeniz, uluslararası göç hareketlerinin yaşandığı önemli bir yer haline gelmiştir. Akdeniz’e kıyısı olan güney ülkeleri sosyal ve ekonomik çatışmalar, iç siyasi karışıklıklar özetle siyasi, ekonomik ve toplumsal sorunlar yaşarken kıyının diğer tarafı diğer bir deyişle kuzeyinde yer alan AB ülkeleri, güneyin tam aksine sosyal ve ekonomik refah, demokratik bir siyasi ortam, insan haklarına saygılı ve

evrensel hukukun egemen olduğu bir coğrafyadan oluşmaktadır. Bu durum doğal olarak güneyden kuzeye büyük bir düzensiz göç dalgasına yol açmış ve Akdeniz’i önemli bir göç güzergahı haline getirmiştir.

2.4. İtalya Göç Süreci

İkinci Dünya Savaşından beri en büyük mülteci hareketliliğine tanıklık ettiğimiz ve birçok aktör tarafından Küresel Mülteci Krizi olarak adlandırılan bu dönemde göç ve iltica meseleleri AB’nin en önemli gündem başlıklarından birisi olmuştur. İtalya, AB’nin sınır ülkelerinden biri olmakla birlikte düzensiz göçe kaynaklık eden ülkelere yakınlığı nedeniyle yoğun ve karmaşık göç hareketlerine maruz kalmaktadır. İtalya, ayrıca AB ülkeleri içerisinde Almanya ve Fransa’dan sonra en çok sığınma başvurusu alan ve mülteci barındıran ülke olarak da ön plana çıkmaktadır. İtalya 1990 yılına kadar 1951 tarihli Mültecilerin Hukuki Statüsüne İlişkin Sözleşmeyi (Cenevre Sözleşmesini) coğrafi kısıtlama ile uygulamıştır (Giannetto, Ponzo ve Roman, 2019: 5). İtalya’da iltica sisteminin bugünkü halini almasında 1990 yılında coğrafi kısıtlamanın kaldırılması etkili olmuştur. Göç yönetiminde İtalya’yı farklı kılan bir diğer özellik ise sığınmacıların barınması ve topluma entegrasyonu konusunda uygulanan özgün modeldir. Bu modelde merkezi idare, yere yönetimler ve sivil toplum kuruluşları arasında bir iş birliği ve koordinasyon söz konusudur. İmkânı olmayan yabancılara konaklama sağlanan merkezlerde mülteci statüsü alan ve İtalya’da ikamet etme hakkı elde eden yabancılar toplumsal hayata hazırlanmaktadır. İtalya’da sığınmacıların barınma ve entegrasyonu noktasında bu çok aktörlü model, çok seviyeli göç yönetişimi örneği sergilemektedir (Scholten 2013; Uzun, 2021).

Akdeniz ortasında, Kuzey Afrika, Balkanlar ve Kıta Avrupa’sının kavşağında yer alan İtalya; gelişen ekonomik gücü ve Akdeniz’deki stratejik konumu nedeniyle tarihsel süreç içerisinde kısa sürede göç veren ülke konumundan göç alan ülke konumuna gelmiştir. Ocak 2011’de başlayan “Arap Baharı”, AB ülkelerinden jeopolitik konumu sebebiyle en çok İtalya’yı etkilemiş ve İtalya büyük bir göç dalgasıyla karşı karşıya kalmıştır. Arap Baharı’nın sebep olduğu büyük göç dalgası güvenli liman olarak görülen AB topraklarına yönelmiştir (Sever ve Sever, 2013: 101).

İtalya da benzer şekilde Türkiye gibi göç veren bir ülke konumunda olup 1860-1960 yılları arasında 24 milyon göç vermiştir. Son zamanlarda göçmenler açısından, Avrupa ülkeleri arasında neredeyse en popüler göç alan ülke noktasına gelmiştir (İçduygu ve Biehl, 2012: 12). Tarihsel süreçte, 1861’de siyasi birliğini tamamlayan İtalya’da göç süreci yüzyıllar boyunca devam etmiştir. İtalya’dan göçler 1875-1928 yılları arasında 17 milyon civarlarındayken 1928-1985 yılları arasında 9 milyon kişi daha İtalya’yı terk etmiştir (Del Boca

ve Venturini, 2003). Bu göç akışının sebebi İtalya'nın siyasî birliğini sağlamasına rağmen ekonomik olarak beklenen kalkınmayı sağlayamaması, diğer Avrupa ülkelerinin ekonomik olarak büyümesi ve yaşanan savaşlar sonucunda diğer ülkelerin yabancı işgücüne duyduğu ihtiyaçlar olarak sayılabilir (Karaşahin, 2012: 34).

İtalya'da 1920'li yıllarda Mussolini'nin başa geçmesi sonucu, yaklaşık olarak 20 yıl sürecek olan faşist rejim başlamış, İtalyan vatandaşlarının ülkelerini terk etmeleri yasaklanmış, dış göç kontrol altında tutulmaya çalışılmış ve daha önce ülkeyi terk eden İtalyanların ülkeye geri dönmeleri teşvik edilmiştir. İtalya'nın 1960'larda AB süreci ve yaşadığı ekonomik gelişmeler, vatandaşların ülke içinde istihdam edilme sayılarının artması gibi iç etkenler; Fransa, İngiltere gibi diğer göç alan ülkelerin göçü kısıtlayıcı politikalar izlemesi gibi dış etkenler, İtalya'nın zamanla göç alan bir ülke konumuna gelmesini sağlamıştır (Hermanin, 2017).

İtalyan Vatandaşlık Hukuku, diğer birçok Kıta Avrupası ülkesinde olduğu gibi, başlangıçta ulus inşa süreci tarafından şekillendirilmiştir. İtalya 1861'de birliğini sağladığında, ilk yasası, Devlet üyeliğinin, soydan gelen ortak geleneklerin oluşturduğu bir topluluk olan ulus üyeliğine bağlı olması gerektiği yönündeki o zamanki hakim fikre dayanmıştır. Çağdaş tarihlerinin belli bir döneminde Devlet sınırları dışında yaşayan vatandaşları olan diğer Avrupa ülkelerinde olduğu gibi, İtalya da kitlesel göçün ardından, dışarıdaki vatandaşlarla bağlarını korumak için vatandaşlığın ius sanguinis (ülkelerin vatandaşlık kanunlarına göre arzuları üzerine bireylerin kendi ailelerinin veya atalarının sahip oldukları vatandaşlığa geçebilmelerini sağlayan ve kan bağına bağlı olarak atfedilecek hukuk ilkesi) yoluyla yurt dışına aktarılmasını giderek daha fazla tercih etmiştir. Buna karşılık, göçmenlerin yerleşik hale gelmesinden sonra, onları ulusal topluma dahil etme ihtiyacı yeterli bir yanıt alamamıştır Tüm liberal reform tasarıları başarısız oldu ve 2009'da sadece birkaç kısıtlayıcı önlem kabul edilmiştir. Vatandaşlık reformundan ziyade göçmen işçilerin düzenli hale getirilmesi ve yasadışı göçmenlerin temel haklarının savunulması, çoğunlukla Katolik örgütlerden oluşan ve genellikle işveren dernekleri ve ev içi emek kiralayan ailelerle uyum içinde olan güçlü bir lobi olan göçmen savunuculuğunun desteklediği öncelikler arasında yer almıştır. Göçmen savunuculuğu, baskılarına nispeten daha az duyarlı olsalar bile, merkez sağ hükümetlerde de bu tür talepler için fırsat pencereleri bulabilmiştir (Zincone, 2010).

İtalya daha önce göç almış bir ülke olmaması nedeniyle göçe hazırlıksız yakalanmış ve 1980'lerden sonra göç karşısında aldığı acil önlemler ile gündeme gelmiştir. İtalya'nın göç politikalarının olmaması yasadışı göçle mücadele kapsamında ilki 1986, ikincisi 1990 yılında olmak üzere toplamda 227.000 yasadışı göçmene "göçmen affı" yürürlüğe koymasına neden

olmuştur. İtalya’da başlatılan bu aflar ile “geçici çalışma izni” ve “ikamet izni” sağlamak amaçlanmıştır. Bu göçmenlerden, ekonominin ihtiyaçları doğrultusunda yararlanılmıştır (Levinson; 2005).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE VE İTALYA'DA SAĞLIK POLİTİKALARI

Çalışmanın bu bölümünde Türkiye'nin sağlık politikaları ve İtalya'nın sağlık politikaları anlatılmış, Türkiye ve İtalya da sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili okuyucular bilgilendirilmiştir.

3.1. Türkiye'nin Sağlık Politikalarına Genel Bir Bakış

Türkiye'nin sağlık politikaları, Cumhuriyet tarihi boyunca çeşitli dönemlerde önemli değişimler ve dönüşümler geçirmiştir. 1920 yılında kurulan Sağlık Bakanlığı ile Türkiye'de resmi sağlık politikaları oluşturulmaya başlanmıştır. Bu dönemde, savaş sonrası yaraların iyileştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi üzerinde yoğunlaşmıştır. 1923 yılında Dr. Refik Saydam'ın liderliğinde Türkiye'de sağlık hizmetlerinin kurulması ve geliştirilmesi için önemli adımlar atılmıştır. Bu dönemde, devlet, belediye ve karantina merkezleri, küçük sıhhi istasyonlar, tedavi kurumları ve sağlık personeli sayısında artışlar yaşanmıştır. 1946 yılından itibaren Türkiye'de sağlık politikaları, sosyal güvenlik sisteminin oluşturulması ve sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi gibi konular üzerinde odaklanmıştır. 1990'lı yıllara gelindiğinde ise Türkiye'de sağlık reformu faaliyetleri başlamış ve sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması, aile hekimliği uygulamalarının geliştirilmesi gibi adımlar atılmıştır. 2000'li yıllarda Türkiye'de sağlık politikaları, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile yeni bir ivme kazanmıştır. Bu program kapsamında genel sağlık sigortası oluşturulması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, hastanelerin özerk tesislere dönüştürülmesi gibi önemli adımlar atılmıştır. 2000'li yıllardan sonra Türkiye'nin sağlık politikaları, hızla değişen sağlık ihtiyaçları ve küresel sağlık trendleri doğrultusunda şekillenmeye devam etmiştir. Sağlık politikalarının etkin bir şekilde uygulanması ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması, Türkiye'nin sağlık sisteminin daha da güçlenmesini sağlamıştır (Akdağ, 2009).

3.1.1. 2000 Sonrası Sağlıkta Dönüşüm Programı

Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, genel sağlık sigortası sisteminin kurulması, yaygın, kolay ulaşılabilir ve güler yüzlü sağlık hizmet sisteminin oluşturulması, temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliğinin güçlendirilmesi gibi 8 tema çerçevesinde dönüşümü hedeflemektedir (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2009). Bu temaların altında, Sağlık Bakanlığının planlama ve denetleyici rolünün güçlendirilmesi, sağlık bilgi sistemlerinin geliştirilmesi, sağlık hizmetlerine erişimin rasyonel hale getirilmesi gibi alt başlıklar yer almaktadır.

Programın uygulanmasıyla sağlık hizmetleri, hızla değişen ve dönüşen sağlık önceliklerini karşılayacak dinamik bir temel kazanmaktadır. Bu sayede vatandaşlar diledikleri sağlık kuruluşuna başvurabilmekte, ilaçlarını diledikleri eczaneden ödeme yapmadan temin edebilmektedirler. Ayrıca program, sağlık personelinin eğitim ve motivasyonunu artırarak sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltmeyi de amaçlamaktadır.

Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, ulusal politikanın tamamlayıcı parçası olarak, çağdaş sağlık politikaları dikkate alınarak uygulanmakta ve sürekli olarak değerlendirilmektedir. Programın başarısı, vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimindeki kolaylık, hizmet kalitesindeki artış ve sağlık sektöründeki genel iyileşmelerle ölçülmektedir. Bu kapsamda, programın hayata geçirilmesiyle Türkiye’de sağlık alanında önemli ilerlemeler kaydedilmiş ve vatandaşların sağlık hizmetlerine daha etkin bir şekilde erişebilmeleri sağlanmıştır (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2009).

Türkiye’nin sağlık sektöründe 2003 yılında başlayan dönüşüm programı, ülkenin sağlık politikalarında önemli bir dönemeç olmuştur. Bu program, “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adıyla hayata geçirilmiş ve sağlık hizmetlerinde köklü değişikliklerin yaşanmasına öncülük etmiştir. Programın temel ilkeleri arasında insan odaklı yaklaşım, sürekli kalite iyileştirme, katılım ve güçler ayrılığı gibi unsurlar bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı’nın bu ilkeler doğrultusunda yürüttüğü reformlar, sağlık hizmetlerinin sunumunda ve yönetiminde önemli değişikliklere neden olmuştur. Uluslararası Para Fonu, Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası kuruluşların da katkılarıyla desteklenen program, Türkiye’nin sağlık sorunlarına çözüm getirme amacı taşımaktadır. Aynı zamanda, küresel sağlık dönüşümüyle uyumlu bir yapıya sahip olması, programın uluslararası alanda da dikkat çekmesini sağlamıştır (Ak, 2023).

Ak’a (2023) göre Sağlık Bakanlığı’nın “Sağlıkta Dönüşüm” adını verdiği programın temel ilkeleri şunlardır:

- İnsan merkezli yaklaşım,
- Süreklilik ilkesi,
- Sürekli kalite iyileştirme,
- Katılımın teşviki,
- Anlaşma ve uzlaşma,
- Gönüllülük esası,
- Güçlerin ayrıştırılması,
- Merkezi olmayan yönetim modeli,
- Hizmet sunumunda rekabetin teşviki.

Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık hizmetlerindeki dönüşümü ve iyileştirmeyi hedefleyen kapsamlı bir programdır. Programın temel amacı, vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak ve sağlık hizmetlerinden adil bir şekilde yararlanmalarını sağlamaktır. Bu doğrultuda, program vatandaşların ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini ödeme ve alma yetenekleri oranında katkı sağlayacak bir sosyal sigorta modelinin geliştirilmesini amaçlamaktadır (Ak, 2023: 71-78).

3.1.2. 2019-2023 Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan

Sağlık Bakanlığı'nın 2019-2023 Stratejik Planı'nın amacı, vatandaşların sağlığını korumak ve geliştirmek, herkesin kaliteli sağlık hizmetlerine eşit erişimini sağlamak olarak belirlenmiştir. Bu amaç doğrultusunda plan, aşağıdaki konuları kapsamaktadır:

- Toplumun sağlık durumu
- Vatandaş ve sağlık çalışanlarının memnuniyeti
- Finansal koruma
- Sürdürülebilirlik
- Verimlilik
- Erişimde iyileştirmeye açık alanlar

Bu konuların üzerinde durarak, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmayı, sağlık sisteminin etkinliğini ve erişilebilirliğini güçlendirmeyi hedeflemektedir (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2023).

Sağlık Bakanlığı'nın 2019-2023 Stratejik Planı, aşağıdaki temel değerlere dayanmaktadır.

- Evrensellik
- İnovasyon
- Kalite ve Verimlilik
- Kanıta dayalı
- Eşitlik
- Katılım
- İnsan merkezli
- Sürdürülebilirlik
- Hesap verebilirlik
- İş ahlakı
- Şeffaflık

Bu değerler, sağlık hizmetlerinin sunumu ve yönetimi açısından temel prensipleri oluşturarak sağlık sektöründeki gelişmeyi ve iyileşmeyi desteklemeyi amaçlamaktadır (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2023: 15)

Sağlık Bakanlığı'nın 2019-2023 Stratejik Planında Türkiye'nin sağlık sektöründeki gelecek hedefleri arasında şunlar yer almaktadır.

- Sağlıkta insan kaynağının sürdürülebilirliğini sağlamak ve planlamasını geliştirmek.
- Sağlıkta insan kaynağının yeterlilik düzeyini artırmak ve sağlık yönetimini daha etkin hale getirmek.
- Entegre Sağlık Kampüsü Modeli ile sağlık hizmetini güçlendirmek ve Göçmen sağlık hizmetlerinin etkinliğini ve kapasitesini geliştirmek.
- Finansal sürdürülebilirliği ve bireylerin finansal risklerden korunmasını dikkate alarak sağlık finansman modelini güncellemek.
- Ülkemizin sosyoekonomik kalkınmasına ve küresel sağlığa katkıda bulunmak; Sağlık sektöründe milli teknolojiyi geliştirmek ve yerli üretimi artırmak (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2023: 20)

Bu hedeflere ulaşmak için Sağlık Bakanlığı'nın 2019-2023 Stratejik Planı, belirlenen hedeflere yönelik 41 hedef ve 194 stratejiyi içermektedir. Ayrıca, planın temel performans göstergeleriyle (223 adet) hedeflerin ölçümü ve takibi sağlanarak ilerleme sürekli olarak değerlendirilecektir. Bu plan, Türkiye'nin sağlık sektöründeki gelişimine katkı sağlayarak, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmayı, sürdürülebilirliği sağlamayı ve vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimini iyileştirmeyi amaçlamıştır (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2023: 78).

3.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

3.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, sağlıklı bireylere yönelik olarak sunulan bir sağlık hizmeti kategorisi içinde yer almaktadır. Sağlık alanındaki belirsizlikler, potansiyel risklerin önlenmesi için koruyucu sağlık hizmetlerinin önemini vurgulamıştır. Günümüzde, hastalıklarla ilişkili riskler sadece bireysel veya ailesel düzeyde değil, aynı zamanda bireyin yaşadığı çevre ve toplumla da ilişkilidir. Özellikle çevresel faktörler, hava kirliliği ve temiz içme suyunun temini gibi riskler, koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsamını artırmıştır. Bu sebeplerle, koruyucu sağlık hizmetleri, dışsalılık özelliği belirgin ve güçlü olan bir hizmet türü olarak ifade edilebilmektedir (Çoban, 2009: 17). Çoban'a (2009: 17) göre 3 kategoriye ayrılmaktadır;

Bireye Dönük Koruyucu Sağlık Hizmetleri: Bireylerin sağlığını korumak için yapılan çalışmaları içerir. Örnek olarak aşılama, sağlık eğitimi, beslenme eğitimi gibi hizmetler verilebilir. Bu hizmetler bireyin hastalıklara karşı direncini artırır ve erken teşhis imkanlarını genişletir.

Çevreye Dönük Koruyucu Sağlık Hizmetleri: Çevresel faktörlerin sağlık üzerindeki etkilerini azaltmayı amaçlar. Örneğin çevre kirliliğinin önlenmesi, temiz içme suyu sağlanması gibi çalışmalar bu kategoride yer alır.

Toplum Düzeyinde Koruyucu Sağlık Hizmetleri: Toplumun genel sağlık durumunu iyileştirmeyi hedefler. Bu kapsamda toplum sağlığı programları, hastalık kontrolü ve salgın önleme çalışmaları gibi faaliyetler yer alabilir.

3.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, fiziksel ve ruhsal olarak hasta olan bireylerin sağlıklarına kavuşmaları için yürütülen çalışmaları kapsar. Bu hizmetler genellikle birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak sınıflandırılır. Birinci basamak hizmetleri genellikle temel sağlık hizmetlerini içerirken, ikinci basamak hizmetleri daha spesifik tedavileri ve uzmanlık gerektiren hizmetleri kapsar. Üçüncü basamak hizmetleri ise hastalığın ilerlemiş olduğu durumlarda uzmanlaşmış personel ve teknoloji gerektiren tedavileri içerir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, hastaların sağlıklarını geri kazanmalarına yardımcı olmanın yanı sıra hastaların yaşam kalitesini artırmayı da hedefler. Bu hizmetlerin etkin bir şekilde sunulması, hastaların memnuniyetini artırır ve sağlık kurumlarının marka değerini yükseltir. Ayrıca, tedavi edici sağlık hizmetleri, hastaların sağlık ihtiyaçlarına uygun ve etkili bir şekilde cevap verilmesini sağlayarak sağlık sektöründeki rekabeti de arttırabilmektedir (Atlı ve Yücel, 2018: 52)

Sağlık Bakanlığının yayınlamış olduğu “*Sağlık Hizmet Sunucularının Basamaklandırılmasına Dair Yönetmelik*” kapsamında birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucuları aşağıda belirtildiği şekilde sıralanmıştır

Birinci basamak ayaktan teşhis ve tedavi hizmeti sunan sağlık sunucuları;

- Birinci basamak sağlık hizmeti sunan ilçe sağlık müdürlükleri,
- Toplum sağlığı merkezleri (TSM).
- Aile sağlığı merkezleri (ASM).
- Halk sağlığı laboratuvarları (L1 ve L2).
- Kurum tabiplikleri.
- 112 Acil sağlık hizmeti birimleri.

- Evde bakım merkezleri veya birimleri.
- İşyeri sağlık ve güvenlik hizmeti sunulan birimler.
- Belediyelere ait poliklinikler.
- Özel poliklinikler.
- Ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan özel sağlık kuruluşları.
- Üniversitelerin mediko-sosyal birimleri.
- Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri.
- 18/12/1953 tarihli ve 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun kapsamında serbest faaliyet gösteren eczaneler.
- Muayenehaneler.

İkinci basamak sağlık hizmeti sunan sağlık kurumları, ilgili mevzuatta tanımlanan ayaktan veya yataklı teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti veren sağlık kurumlarıdır. İkinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumlar şunlardır;

- Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri, dal hastaneleri ve bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri.
- Entegre ilçe hastaneleri (E1).
- Bakanlığa bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri.
- Kamu kurumlarına ait ve Bakanlıkça ruhsatlandırılmış hastaneler, tıp merkezleri ve dal merkezleri.
- Özel hastaneler.
- Özel tıp merkezleri ve dal merkezleri.
- Ağız ve diş sağlığı hastaneleri.
- Diyaliz merkezleri, üremeye yardımcı tedavi merkezleri, hiperbarik oksijen tedavi merkezleri, tıbbi laboratuvarlar gibi müstakil olarak ruhsatlandırılan tanı ve tedavi merkezleri.

Üçüncü basamak sağlık hizmet sunucuları, ilgili mevzuatta belirtilen ileri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için yüksek teknoloji içeren, eğitim ve araştırma hizmetlerinin verilebileceği altyapıya sahip üst düzey sağlık hizmet sunucularıdır.

- Üçüncü basamak sağlık hizmet sunucuları, kurum dışından veya il dışından üçüncü basamak sağlık hizmeti ihtiyacı için sevkle gelen hastaları kabul eder ve sağlık hizmeti ihtiyaçlarını karşılar.
- Üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularına ait faaliyet izin belgelerine, ilgili mevzuat ve Bakanlık planlama ilkeleri çerçevesinde açılış onayı alınmış merkezler ilave edilebilir. Bu merkezler; bağımlılık arındırma, bağımlılık rehabilitasyon, çocuk izlem,

toplum ruh sağlığı, diyaliz, gebe okulu, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulama, obezite, üremeye yardımcı tedavi, semt poliklinikleri, ek hizmet binaları ve benzeri birimlerdir.

- Bakanlığa bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri, Türkiye Kök Hücre Koordinasyon Merkezi (TÜRKÖK) ile devlet ve vakıf üniversitelerine ait hastaneler doğrudan üçüncü basamak olarak sınıflandırılır. Üçüncü basamak olmak isteyen diğer hastaneler, bu Yönetmelikte belirtilen koşul ve şartları sağlayarak Bakanlığa başvuruda bulunur. Başvurular, Bakanlıkça değerlendirilir ve uygun bulunanlar üçüncü basamak hastane olarak sınıflandırılır.
- Üçüncü basamak hastane olarak sınıflandırılan özel hastanelere, talep edildiğinde mevcut yatak sayısının %20'si kadar ek yatak verilebilir.
- Üçüncü basamak hastane olarak sınıflandırılmış özel hastaneler, uzman hekim sayısının %20'sine kadar diğer özel sağlık kuruluşları ile becayiş yapabilir. Bu değişim, aynı il içinde planlama kriterlerine bakılmaksızın, farklı iller arasında ise planlama kriterlerine uygun olarak yapılabilir.
- Üçüncü basamak hastane olarak sınıflandırılma kriterlerinin tamamını karşılayan özel hastanelere, üçüncü basamak olarak sınıflandırıldıktan sonra planlama şartlarından istisna olarak Kalp Merkezi ön izni verilebilir.

3.2.3. Rehabilit Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri, bedensel ya da ruhsal açıdan sakat kalmış bireylerin, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak amacıyla yapılan çalışmaları ifade eder. Bu hizmetler genellikle uzun vadeli ve zorlu bir süreci kapsar ve hastaların yaşam kalitesini artırmayı hedeflemektedir. Rehabilitasyon hizmetleri, bireyin günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmesi, işlevsellik kazanması ve topluma yeniden entegre olabilmesi için çeşitli terapileri içermektedir. Rehabilitasyon hizmetleri, genellikle multidisipliner bir yaklaşımla yürütölmekte ve farklı sağlık profesyonelleri (fizyoterapistler, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları vb.) tarafından sunulan hizmetlerin koordinasyonunu gerektirmektedir. Bu hizmetler, bireyin fiziksel ve zihinsel sağlığını destekleyerek yaşam kalitesini arttırmakta ve bağımsızlığını kazanmasına yardımcı olmaktadır. Rehabilitasyon hizmetleri, genellikle hastalık sonrası iyileşme sürecinde önemli bir rol oynar ve bireyin yaşamına yeniden uyum sağlamasını sağlamaktadır. Bu hizmetler, bireyin potansiyelini maksimize etmeyi ve sosyal hayata aktif katılımını desteklemeyi amaçlamaktadır. Rehabilitasyon hizmetlerinin etkin bir şekilde

sunulması, bireyin yaşam kalitesini artırmanın yanı sıra sağlık sistemine de fayda sağlayabilir. Bu hizmetler sayesinde hastaların hastanede kalış süreleri kısalabilir, tekrarlayan sağlık sorunlarının önlenmesi sağlanabilir ve toplumda daha sağlıklı bireylerin sayısının artması mümkün olabilmektedir (Çoban, 2009: 18-19).

3.3. İtalya Sağlık Sistemine Genel Bir Bakış

İtalya, Avrupa'nın güneyinde yer alan ve yaklaşık 60 milyonluk bir nüfusa sahip olan bir ülkedir. İtalya'nın sağlık sistemi, Ulusal Sağlık Servisi (SSN) adı verilen evrensel kapsama alanına sahip bir sistem üzerine kurulmuştur. İtalya'nın sağlık sistemi, bölgesel temellidir ve ulusal, bölgesel ve yerel olmak üzere üç düzeyde organize edilmiştir. Ulusal düzeyde, Parlamento ve Ulusal Sağlık Enstitüsü (ISS) gibi kurumlar önemli rol oynamaktadır. Bölgesel düzeyde ise bölgesel ajanslar sağlık hizmetlerini yönetmektedir. Bu yapı, merkezi hükümet ile yerel yönetimler arasında bir denge sağlamaktadır. İtalya'nın sağlık harcamaları, enflasyon oranından daha az artış göstermektedir ve politika yapıcılar sağlık sisteminin maliyet kontrolüne ve verimliliğine odaklanmaktadır. Ancak, bölgesel farklılıklar ve sağlık hizmetlerine erişim konusundaki zorluklar devam etmektedir. Özellikle, güney bölgelerinde yaşam beklentisi, yaşam tarzları ve hizmet kalitesi açısından kuzey bölgelerine göre daha düşüktür. İtalya'nın sağlık sistemi, yaşlı nüfustaki çoklu hastalıklar ve kronik hastalıklar nedeniyle önemli engellerle karşı karşıya kalmıştır. Sağlık açısından risk faktörleri olan tütün tüketimi ve sağlıksız beslenme, ölümlerin başlıca nedenleri arasındadır. Gelecekte, sağlık sisteminin sürdürülebilirliği ve etkinliği için daha fazla yatırım yapılması ve bölgesel eşitsizliklerin azaltılması gerekmektedir (Smith, Johnson ve Doe, 2022).

İtalya'daki sağlık sistemi dünyanın en iyilerinden biri olarak kabul edilmekte ve tüm vatandaşlar ve sakinler için evrensel kapsam sağlamaktadır. Sistem genel vergilendirme yoluyla kamu tarafından finanse edilir ve esas olarak bölgesel düzeyde yönetilir. Sağlık Bakanlığı ulusal sağlık politikası ve planlamasından sorumluyken, İtalya'daki 20 bölgenin her biri kendi sağlık sistemine sahiptir ve bu da ülke genelinde hizmet sunumunda bazı değişkenliklere neden olmaktadır. İtalyan sağlık sistemi kamu ve özel sağlık hizmet sunucularının bir karışımı olup, kamu sağlık tesisleri çoğu vatandaş için birincil bakım kaynağıdır. Hastalar, uzmanlara ve hastane bakımına erişim için kapı bekçisi görevi gören birinci basamak hekimlerini seçme özgürlüğüne sahiptir. Birinci basamağa dayalı bu sistem, bakımın sürekliliğini ve sağlık sorunlarının uygun maliyetli yönetimini teşvik etmeyi amaçlamaktadır. İtalya'daki hastaneler yoğunlukla kamuya aittir ve modern teknolojiler ve yüksek vasıflı tıbbi personel ile donatılmıştır. Ancak, belirli tedaviler ve prosedürler için bekleme listeleri uzun olabilmekte, bu

da bazı hastaları özel sektörde bakım aramaya yönlendirmektedir. İtalya'da özel sağlık hizmetleri yüksek kalitede olup, birçok özel hastane ve klinik elektif ameliyatlardan özel tedavilere kadar bir dizi hizmet sunmaktadır (Lo Scalzo vd., 2009; Scalzo vd., 2009).

İtalyan hükümeti önleyici bakım ve halk sağlığı programlarına büyük önem vermektedir. Örneğin İtalya, kızamık ve çocuk felci gibi hastalıklar için yüksek aşılama oranlarına yol açan başarılı aşılama kampanyaları uygulamıştır. Ülke ayrıca sağlıklı yaşam tarzlarını teşvik etmek için güçlü tütün kontrol politikalarına ve halk sağlığı kampanyalarına sahiptir. Genel olarak, İtalyan sağlık sistemi erişilebilirliği, bakım kalitesi ve halk sağlığına verdiği önemle bilinmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda bölgesel farklılıklar ve sağlık hizmetlerine yönelik artan talebi karşılamak için ek finansman ihtiyacı gibi zorluklarla karşı karşıyadır. (France, Taroni ve Donatini, 2005).

İtalya'nın sağlık hizmetlerine yaptığı harcamalar, diğer Avrupa Birliği (AB) ülkeleri ile karşılaştırıldığında genellikle daha düşük seviyededir. 2020 verilerine göre, İtalya kişi başına yaklaşık 3.998 ABD doları PPP'ye karşılık gelen sağlık harcamaları yapmaktadır. Bu rakam, İspanya, Fransa, İngiltere ve Almanya gibi ülkelerin harcamalarının altında kalmaktadır. Diğer yandan, Almanya ve Fransa gibi Batı Avrupa ülkeleri genellikle kişi başına daha yüksek sağlık harcamaları yapmaktadır. Örneğin, Almanya'nın kişi başına sağlık harcamaları 2020'de 5.986 ABD doları seviyesinde gerçekleşmiştir. Fransa ise kişi başına ortalama 4.902 ABD doları PPP'ye karşılık gelen sağlık harcamaları yapmıştır. Bu veriler, İtalya'nın sağlık sistemindeki maliyet etkinliği ve finansman zorluklarına işaret etmektedir. Diğer AB ülkeleri genellikle daha yüksek sağlık harcamaları yaparak daha kapsamlı ve kaliteli sağlık hizmetleri sunmaktadır. İtalya'nın sağlık harcamalarındaki sınırlı artışlar ve bazı alanlardaki yetersizlikler, ülkenin sağlık sisteminin geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir. İtalya'nın diğer AB ülkeleri ile karşılaştırıldığında sağlık hizmetlerine yaptığı harcamaların düşük olması, ülkenin sağlık sisteminin daha fazla yatırım ve geliştirme ihtiyacı olduğunu vurgulamaktadır. Bu sayede İtalya, vatandaşların sağlık ihtiyaçlarını daha etkin bir şekilde karşılayabilir ve sağlık hizmetlerindeki kaliteyi artırabilir (Eurostat, 2022).

3.4. İtalya'da Sağlık Sisteminin Sunumu

3.4.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

İtalya'da birinci basamak sağlık hizmetleri, genellikle yerel sağlık otoriteleri tarafından sağlanan temel sağlık hizmetlerini kapsar. Bu hizmetler genellikle aile hekimleri, hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri aracılığıyla sunulur. Ayrıca, birinci basamak sağlık hizmetleri

genellikle hasta muayeneleri, tanı ve tedavi hizmetleri, kronik hastalık yönetimi, aşılar ve sağlık eğitimi gibi temel sağlık ihtiyaçlarını karşılar. İtalya’da birinci basamak sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği genellikle yüksektir ve vatandaşlar genellikle bu hizmetlere kolayca ulaşabilirler. Bu hizmetler genellikle ücretsiz veya düşük maliyetlidir ve herkesin yararlanabileceği şekilde sunulmaktadır. Ayrıca, birinci basamak sağlık hizmetleri, hastaların daha karmaşık sağlık sorunları için ikincil ve üçüncül basamak sağlık hizmetlerine yönlendirilmesini de içermektedir. İtalya’da birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve geliştirilmesi, sağlık sisteminin sürdürülebilirliği ve etkinliği açısından önemli bir adım olmaktadır. Bu hizmetlerin daha erişilebilir, kaliteli ve etkili olması, hastaların sağlık ihtiyaçlarını daha iyi karşılamalarına ve sağlık sonuçlarını iyileştirmelerine yardımcı olabilecektir (DSÖ, 2022: 9-11).

3.4.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

İkinci basamak sağlık hizmetleri genellikle hastaneler ve uzman poliklinikler aracılığıyla sunulur. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise genellikle yüksek teknoloji gerektiren cerrahi müdahaleler, karmaşık tedaviler ve araştırma merkezlerinde sunulur. İtalya’da ikinci basamak sağlık hizmetleri, hastaneler ve uzman sağlık kuruluşları tarafından sağlanmaktadır. Hastalar, bu kuruluşlarda yatarak veya ayaktan tedavi alabilmektedirler. Özellikle 2015 yılında yapılan düzenlemelerle hastane hizmetleri yeniden yapılandırılmış ve daha fazla entegrasyon ve süreklilik sağlanması amaçlanmıştır. Bu kapsamda, akut bakım hastane ağları hub(merkez) ve spoke(kol) modeline dönüştürülmüş ve karmaşık bakım hizmetleri ikinci seviye hastanelerde merkezleştirilmiştir (DSÖ, 2022: 4-11).

3.4.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise genellikle yüksek teknoloji gerektiren cerrahi müdahaleler, genetik testler, ileri tedaviler ve araştırma faaliyetleri gibi hizmetleri içerir. Bu hizmetler genellikle özel araştırma merkezleri veya üniversite hastaneleri tarafından sunulur. İtalya’da bu tür sağlık hizmetlerine erişim genellikle belirli protokoller ve yönlendirmeler doğrultusunda gerçekleşmektedir (DSÖ, 2022: 4-11).

3.5. Göçmenlerin Sağlık Hizmetlerine Erişimini Engelleyen Faktörler

Göçmenler, yeni bir ülkeye yerleşirken birçok zorlukla karşılaşır ve sağlık hizmetlerine erişim de önemli bir sorun haline gelir. Türkiye’de en büyük göçmen nüfusu

oluşturan geçici koruma altındaki göçmenlere yönelik sağlık hizmetleri konusunda çeşitli engeller bulunmaktadır. Özellikle kentsel bölgelerde yaşam koşulları, barınma sorunları, beslenme sorunları, sağlıksız çalışma koşulları, dil engeli, kayıtsızlık, sağlık haklarının bilinmemesi gibi faktörler göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimini zorlaştırmaktadır (Çaman, 2019: 147).

Ertem ve Keklik'e (2019) göre Göçmenler, yeni bir ülkeye yerleşirken sağlık hizmetlerine erişim konusunda çeşitli zorluklarla karşılaşabilmektedir. Bu zorluklar, göçmenlerin sağlık ihtiyaçlarını karşılamalarını engelleyen çeşitli faktörlerden kaynaklanmaktadır. Göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimini engelleyen faktörler aşağıda belirtildiği gibidir.

- Dil Engeli: Göçmenlerin çoğu zaman yerel dilde iletişim kurmakta zorlanmaları sağlık hizmetlerine erişimlerini engelleyen önemli bir faktördür. Sağlık hizmetlerinde doğru şekilde anlaşılamayan semptomlar, teşhisler ve tedaviler göçmenlerin sağlık sorunlarının çözümünü zorlaştırmıştır.
- Yetersiz Bilgi ve Farkındalık: Göçmenlerin sağlık hakları, sağlık hizmetlerinin nasıl kullanılacağı konusunda yeterli bilgiye sahip olmamaları sağlık hizmetlerine erişimlerini engelleyebilir. Sağlık hizmetlerinin ücretsiz olduğu, hangi durumlarda hangi sağlık kurumuna başvurulması gerektiği gibi konularda bilgi eksikliği göçmenlerin sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanmalarını engellemiştir.
- Maddi Sorunlar: Göçmenlerin ekonomik durumları sağlık hizmetlerine erişimlerini etkileyebilir. Sağlık hizmetlerinin maliyeti, sigorta kapsamı gibi faktörler göçmenlerin sağlık hizmetlerinden faydalanmalarını zorlaştırmıştır.
- Yasal Engeller: Göçmen statüsü, vize durumu gibi yasal faktörler sağlık hizmetlerine erişimi engelleyebilir. Yasal belgelerin eksikliği veya geçerliliği konusundaki sorunlar göçmenlerin sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını zorlaştırmıştır.
- Kültürel Farklılıklar: Göçmenlerin kültürel farklılıkları, sağlık hizmetlerine erişimlerini etkileyebilir. Sağlık hizmetlerine karşı farklı inançlar, gelenekler ve değerler göçmenlerin sağlık hizmetlerinden faydalanmalarını engellemiştir.
- Ulaşım Sorunları: Sağlık kurumlarına ulaşımın zor olması, toplu taşıma imkanlarının yetersiz olması göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimini engellemiştir.
- Sosyal Ağların Eksikliği: Göçmenlerin yeni bir ülkede sosyal destek ağlarına sahip olmamaları, sağlık hizmetlerine erişimlerini zorlaştırabilir. Sosyal ağların eksikliği, sağlık hizmetlerine yönlendirme ve destek sağlama konusunda engel oluşturmuştur.

- **Kültürel ve Dini Engeller:** Göçmenlerin kültürel ve dini inançları, sağlık hizmetlerine erişimlerini etkileyebilir. Bazı kültürel veya dini inançlar sağlık hizmetlerine karşı direnç oluşturabilir ve tedaviye uyumunu azaltmıştır.
- **Psikososyal Faktörler:** Göçmenlerin yaşadığı psikolojik ve sosyal stres, sağlık hizmetlerine erişimlerini olumsuz etkileyebilir. Travma sonrası stres bozukluğu, kaygı ve depresyon gibi durumlar sağlık hizmetlerine başvurmalarını engellemiştir.
- **Sağlık Sistemine Güven Sorunu:** Göçmenlerin yeni ülkedeki sağlık sistemine güvenmemeleri, sağlık hizmetlerine erişimlerini azaltabilir. Daha önceki deneyimler, kültürel farklılıklar ve iletişim sorunları sağlık sistemine güven sorununu arttırmıştır.
- **Yasal Kısıtlamalar:** Bazı ülkelerde göçmenlere sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda yasal kısıtlamalar bulunabilir. Yasal düzenlemelerin eksikliği veya karmaşıklığı göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimini engellemiştir.
- **Eğitim ve Bilinçlendirme Eksikliği:** Göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimini engelleyen faktörlerden biri de eğitim ve bilinçlendirme eksikliğidir. Sağlık hizmetlerinin nasıl kullanılacağı, sağlık sorunlarının belirtileri konusunda yeterli bilgiye sahip olmamak sağlık hizmetlerinden faydalanmalarını zorlaştırmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

4.1. Çalışmanın Konusu

20. yüzyılda meydana gelen Birinci Dünya Savaşı (1914-1918) ve İkinci Dünya (1939-1945) Savaşı ile soğuk savaşın neden olduğu nüfus hareketleri; Akdeniz'e kıyısı olan AB ülkelerine veya Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelere doğru düzensiz göç hareketlerine yol açmıştır. Bu durumun doğal sonucu olarak mülteci ve sığınmacı sorunları ülkelerin gündemine girmiştir. Yurtlarından ayrılan milyonlarca göçmen; ekonomik olarak gelişmiş ve refah seviyesi yüksek olan ülkeleri tercih etmektedir (İçduygu ve Biehl, 2012: 1). Düzensiz göçmenlerin, sağlık hizmetlerine erişimleri ve sağlık sorunlarıyla ilgili olarak toplumda diğer bireylerle aynı koşullarda hizmet alabilmeleri önemlidir. Bu hem göçmenlerin hem de toplumun genel sağlığı açısından önem arz etmektedir. Bu nedenle çalışmanın konusunu “*Uluslararası göç hareketliliği bağlamında göçmenlere yönelik sağlık hizmetleri ve politikaları: Türkiye ve İtalya karşılaştırması örneğinde incelenmesi*” oluşturmaktadır.

4.2. Çalışmanın Amacı

Türkiye UNCHR verilerine göre dünya da en fazla göçmen nüfusuna ev sahipliği yapan ülkelerin başında gelmektedir. Ayrıca İtalya'da aynı şekilde binlerce düzenli ve düzensiz göçmeni çatısı altında barındırmaktadır. Bu durum ülkelerinin vatandaşlık, çalışma gibi birçok farklı noktada politika üretmelerine sebep olmuştur. Bu politikaların en başında da göçmenlere yönelik uygulanan sağlık politikaları yer almaktadır. Çünkü göçmenlerin sağlığı aynı zamanda o ülkenin toplum sağlığını çok yakından ilgilendirebilmektedir. Bu nedenle göçmenlerin ülkelere giriş yaptığı andan tekrar kendi ülkesine dönene kadar geçen sürede ülkeler farklı politikalar üretebilmektedirler. Bu kapsamda çalışmanın amacını düzensiz göçmenler tarafından sıklıkla kullanılan göç güzergahlarında yer alan Orta Akdeniz bölgesinde bulunan İtalya ile Akdeniz'in Doğusunda bulunan Türkiye'nin Düzensiz göçmenlere yönelik uyguladıkları sağlık politikalarının incelenmesi ve değerlendirilmesi oluşturmaktadır. Bu ana amaç doğrultusunda aşağıdaki alt amaçlar gerçekleştirilmiştir.

- Düzensiz göçmenlerin yıllara göre dağılımı,
- Düzensiz göçmenlerin Uyruklara göre dağılımı,
- Düzensiz göçmenlere yönelik sağlık harcamaları,
- Geçici koruma altında bulunan Suriyelilere yönelik sağlık hizmetleri incelenmiştir.

- Türkiye ve İtalya'nın mevzuatlarının karşılaştırılması

4.3. Çalışmanın Önemi

Türkiye sahip olduğu coğrafi konum nedeniyle tarih boyunca hep göç almıştır. Özellikle günümüzde Orta Doğu ve Kuzey Afrika coğrafyasında yaşanan siyasi ve ekonomik krizler Türkiye'yi göçmenler için yeniden Kıta Avrupası'na ulaşmak isteyenler için bir geçiş noktasına, ulaşamayanlar için de bir varış noktası konumuna getirmiştir. Özellikle Suriye'de yaşanan siyasi kriz sonrası yoğun bir göç dalgası ile karşı karşıya kalan Türkiye'de göç konusu, her geçen gün hem kamuoyunda hem de akademik alandaki yerini artarak devam ettirmektedir. Dolayısıyla bu çalışma da ortaya çıkan görünürlüğün etkisiyle araştırılmaya değer bulunmuştur.

Araştırmada “Türkiye ve İtalya” seçilme nedenleri arasında; “(i) yoğun olarak uluslararası göçe maruz kalması, (ii) AB konusunda ya aday ülke (Türkiye) konumunda ya da üye ülke (İtalya) konumunda olması, (iii) Akdeniz Ülkesi olması, (iv) benzer entegrasyon politikaları içerdiklerinin düşünülmesi, (v) tarih boyunca göçe maruz kalmaları” vb. nedenler sayılabilir. Araştırmada, iki Akdeniz ülkesi olan Türkiye ve İtalya'nın düzensiz göçmenlere yönelik sağlık politikalarının bir bütünlük içerisinde ve karşılaştırmalı olarak ele alındığından Akdeniz ülkelerinin göçmen politikalarına genel bir bakış açısı sağlayacağı düşünülmektedir.

Türkiye ve İtalya'nın düzensiz göçmenlere yönelik sağlık politikalarının incelenmesi, bu politikaların etkinliğinin değerlendirilmesine ve gerektiğinde iyileştirilmesine olanak tanıyacağı, bu olanakların da daha etkili ve kapsayıcı sağlık politikalarının geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Türkiye ve İtalya'nın düzensiz göçmenlere yönelik uyguladıkları sağlık politikalarının incelenmesi, hem göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimini iyileştirmeye hem de toplum sağlığını korumaya yönelik önemli bir adım olarak sayılabilir. Bu çalışmalar, daha adil ve etkili sağlık politikalarının oluşturulmasına ve uygulanmasına katkıda bulunabilir. Göçmenlerin sağlık ihtiyaçlarının karşılanması, sadece göçmenlerin değil, aynı zamanda toplumun genel sağlığı açısından da önemlidir. Göçmenlerin sağlıklı olmaları, bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önleyebilir ve toplumun sağlık düzeyini olumlu yönde etkileyebilir. Bu nedenle çalışmanın önemli olduğu düşünülmektedir.

Düzensiz göçmenler genellikle sağlık hizmetlerine erişimde dil engeli, yasal engeller vb. zorluklar yaşayabilmektedirler. Bu nedenle, Türkiye ve İtalya gibi ülkelerin sağlık politikalarının göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimini nasıl etkilediğinin incelenmesi, bu grupların sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasına ve sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmanın önemine yönelik olarak söz konusu bu çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı, sonraki yapılacak çalışmalar için kaynak teşkil edeceği, alandaki yeni boşlukların fark edilmesine katkı sağlayacak olması nedeniyle önemli olduğu düşünülmektedir.

4.4. Çalışmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın sınırlılıklarını Akdeniz'in doğusunda yer alan Türkiye ile Orta Akdeniz bölgesinde bulunan İtalya'nın örneklem olarak seçilmesi oluşturmaktadır. Bu ülkelerin Düzensiz göçmenlere yönelik sadece Sağlık Politikalarının incelenmesi araştırmanın başka bir sınırlılık boyutunu oluşturmaktadır. Bir diğer sınırlılık ise Türkiye'nin sadece geçici koruma kapsamı altında bulunan Suriyeli göçmenlere yönelik sağlık politikalarının ve hizmetlerinin incelenmesi oluşturmaktadır. Türkiye özelinde diğer göçmenlere yönelik uygulanan sağlık politikalarına bu çalışma altında yer verilmemiştir. Bu durumun sebebi ise literatür taraması ve mevzuat incelemeleri yapıldığında büyük çoğunlukta geçici koruma kapsamı altında bulunan Suriyelilere yönelik politikaların yer aldığı görülmüş diğer göçmenlere yönelik hatırı sayılır politikalara rastlanılmamıştır.

4.5. Çalışmanın Yöntemi

Yapılan araştırmalar sonucunda göçle ilgili akademik çalışmaların artan bir eğilim gösterdiği ve araştırmacıların bu alana artan bir ilgi gösterdiği, mevcut verilerden açıkça anlaşılmaktadır. Son yıllarda bu alandaki çalışmaların sayısında belirgin bir artış olduğu gözlemlenmiştir. Sayısal büyümenin yanı sıra, bu çalışmaların kalitesinin de arttığı gözlemlenmiştir. Bu durum, yoğun göç hareketleriyle karşılaşan ülkemizin, doğru siyasi, ekonomik ve sosyal kararlar alabilme kapasitesini ve politika oluşturma yeteneğini güçlendirebilecek nitelikte yayınlar olarak karşımıza gelmesidir (Avcıoğlu, 2020: 81).

Yapılan bu çalışmada, nitel araştırma yöntemleri arasında yer alan literatür taramasına dayalı betimsel analiz yöntemini kullanılmıştır. Bu yaklaşım, daha önceden yapılmış olan araştırmaların incelenmesi ve analizi yoluyla temel bulguların ortaya çıkarılmasını hedeflemektedir (Baltacı, 2019: 379). Betimsel analiz, genellikle nitel veri seti üzerinde detaylı araştırma gerektirmeyen verilerin işlenmesinde kullanılır. Araştırma katılımcıların demografik özellikleri ile farklı niteliklerinin tasvir edilmesi, bir kentin genel özelliklerinin anlatılması, bir kişinin yaşam öyküsünün özetlenmesi gibi durumlar, betimsel analizdir (Miles ve Huberman, 1994).

Literatürde var olan araştırmalar, tez çalışmasının konusuyla ilgili olarak kapsamlı bir şekilde gözden geçirilerek incelenmiştir. Bu araştırma sürecinde, tezler, ilgili makaleler, kitaplar, raporlar ve diğer akademik kaynaklar taranarak uygun ve güvenilir veriler toplanmıştır. Ardından toplanan bu veriler betimsel analiz sürecinden geçilerek düzenlenip yorumlanarak tez çalışmasının hedeflediği olgularla ilişkilendirilmesi sağlanacaktır. Mevcut araştırmalardan elde edilen bulguların ve sonuçların, tez konusuyla ilgili temel sorulara ve hedeflere ne kadar uygun olduğunu değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Literatür taramasına dayalı betimsel analiz, mevcut bilgileri derinlemesine anlamayı ve daha önceki araştırmaların tez çalışmasının amacını ve hedeflerini ne kadar desteklediğini belirlemeyi amaçlamaktadır. Betimsel analiz, eldeki verileri genelde okuyucular tarafından anlayabilecekleri ve yeri geldiğinde kullanabilecekleri hale getirebilmelidir (Acer, 2011: 424).

Literatür taramasına dayalı betimsel analiz yöntemi ile yapılan bu çalışmada, konu içeriği olarak öncelikle Akdeniz coğrafyasının göç için önemi ve Akdeniz ülkeleri olan İtalya ve Türkiye' ye yapılan göçler üzerine bir araştırma yapılmış daha sonra bu göçler üzerinden göçmenlere yönelik sağlık politikaları üzerinde durulmuştur. Literatürde araştırmaları yapılarak daha önceki verilere ya da kaynaklara katkı sağlayacak olan bu çalışmada yabancı kaynaklar üzerinden birçok araştırma yapılmıştır. Türkiye ve İtalya gibi iki önemli Akdeniz Ülkesi örneğindeki göçmenlere yönelik sağlık politikalarının karşılaştırmalı bir perspektiften analiz edilmesi önemlidir. Bu tür bir karşılaştırmalı analiz, bu iki ülkenin göçmenlere yönelik sağlık politikalarının benzerliklerini ve farklılıklarını anlamamıza ve daha geniş bir perspektife katkı sağlayacaktır. Bu nedenle, betimsel analiz yöntemi bu tür bir karşılaştırmaların yapılıp yorumlanmasında kullanılacak en iyi yöntemlerden biridir.

4.5.1. Çalışmanın Soruları

Araştırma kapsamında aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

- Türkiye ve İtalya'nın düzensiz göçmenlere yönelik uyguladıkları sağlık politikaları nelerdir?
- Türkiye ve İtalya'nın düzensiz göçmenlere yönelik uyguladıkları sağlık politikaları arasında benzerlikler ve farklılıklar nelerdir?
- Türkiye ve İtalya'nın düzensiz göçmenlere yönelik uyguladıkları sağlık politikaları değerlendirildiğinde nasıl bir tablo ortaya çıkmaktadır?

Yapılan Literatür taraması sonucu Göç İdaresi Genel Müdürlüğü İstatistikleri, Ulusal kaynaklar, Avrupa Birliği Göç İstatistikleri, Birleşmiş Milletler Göç Raporları, AFAD Göç Raporları, Web kaynaklarının sunduğu akademik çalışmalardan yararlanılmıştır.



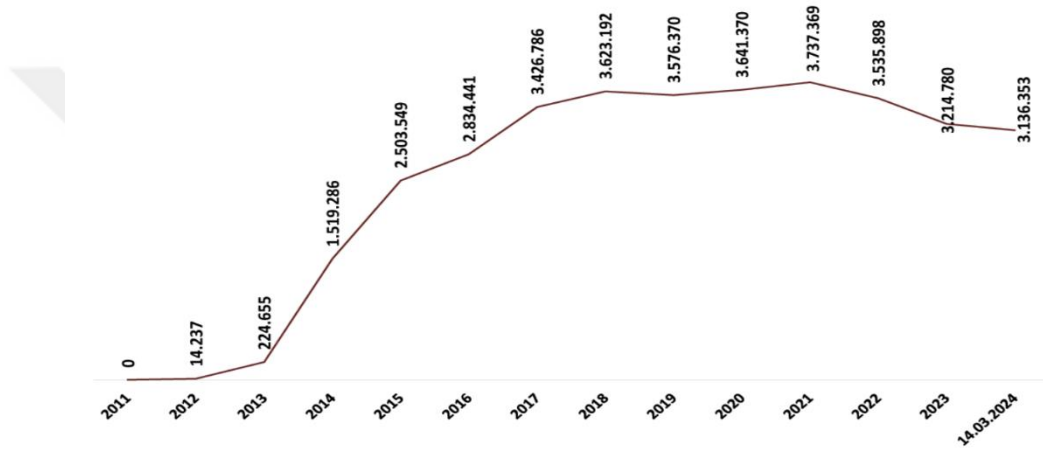
BEŞİNCİ BÖLÜM

BULGULAR VE ANALİZ

5.1. Türkiye’de Geçici Koruma Kapsamı Altında Bulunan Suriyeli Göçmenlerin Mevcut Durumu

5.1.1. Türkiye’de Geçici Koruma Kapsamında Bulunan Suriyeli Göçmenler

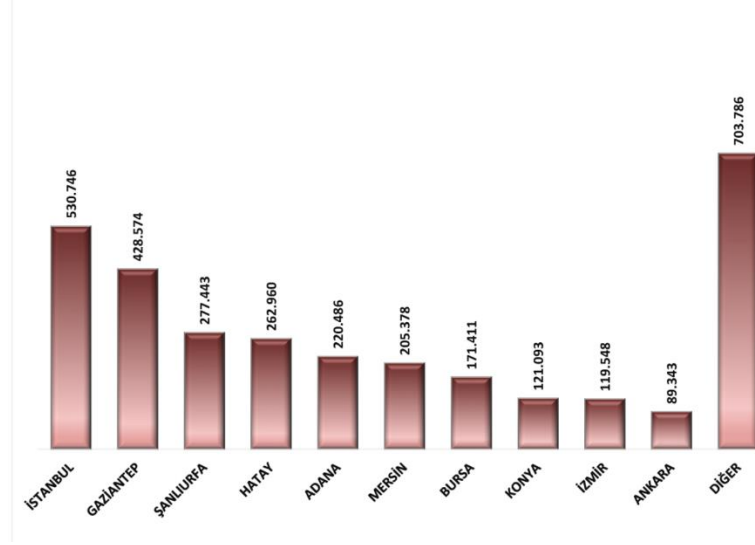
Grafik 2: Türkiye’de Yıllara Göre Geçici Koruma Kapsamı Altında Bulunan Suriyeliler



Kaynak: (GİGM,2024 erişim tarihi:25.03.2024)

Geçici koruma, 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 (GİGM). 2011 Suriye iç savaşı başladıktan sonra ülkelerinden kaçan binlerce Suriye vatandaşı sınırlarımıza doğru hareket etmişlerdir. Türkiye bu noktada Suriyeli vatandaşlara karşı açık kapı politikası izlemiş ve gelen Suriyelileri geçici barınma merkezlerine yerleştirmiştir. Grafik 2 de görüldüğü üzere Suriye iç savaşının başlamasından bir sene sonra 2012 yılında 14.237, 2013 yılında ise 224.665 Suriyeli göçmenin ülkemize giriş yaptığı görülmüştür. Suriye’de barış ve istikrarın sağlanamamasında dolayı 2014 yılından itibaren milyonlarca Suriyeli göçmenin ülkemize geldiği gözlemlenmiş olup günümüzde ise 3.136.353 göçmenin geçici koruma kapsamında ülkemizde yaşadığı görülmektedir.

Grafik 3: Geçici Koruma Kapsamında Bulunan Suriyelilerin İllere Göre Dağılımı



Kaynak: (GİGM, 2024 Erişim tarihi:25.03.2024)

Türkiye'nin ülkemize gelen Suriyeli göçmenlere karşı uyguladığı açık kapı politikasından sonrasında ülkemize gelen Suriyeli göçmenler ilk önce geçici barınma merkezlerine yerleştirilmiştir. Göç İdaresi Genel Müdürlüğünün verdiği istatistiklere göre Hatay'da iki, Adana, Kahramanmaraş, Osmaniye ve Malatya'da birer olmak üzere toplamda 6 geçici barınma merkezi kurulmuştur. Günümüzde toplam 60.065 Suriyeli göçmen bu barınma merkezlerinde yaşamaktadır. Geçici barınma merkezleri dışında yaşayan Suriyeli göçmen sayısı ise 3.070.703'tür. Grafik 2'de görüldüğü gibi Geçici Barınma Merkezi dışında yaşayan Suriyeliler 530.756 göçmen ile en çok İstanbul ilinde daha sonra ise Gaziantep, Şanlıurfa ve Hatay illerinde yaşamaktadırlar. Ayrıca Geçici Barınma Merkezlerinde yaşayan Suriyeli göçmenlere eğitim hizmetleri, Türk vatandaşlarına verilen düzeyde sağlık hizmetleri verilmekte olup yaşamlarını idame ettirebilecek bütün şartlar sağlanmıştır (GİGM, 2024).

5.2. Dünya'da ve AB'de Göç

Tablo 1: En çok mülteciye ev sahipliği yapan ilk 10 ülke

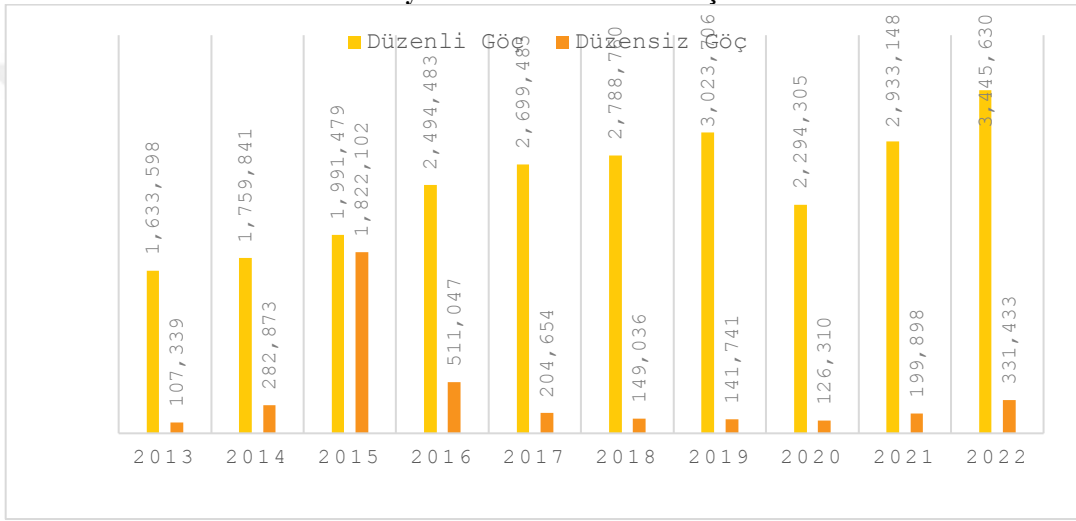
	Toplam Nüfus	Mülteci Sayısı	Toplam Nüfusa Oranı
Türkiye	85.279.553	3.840.595	%4,5
İran	86.370.278	3.425.025	%4,0
Uganda	42.885.900	1.495.689	%3,5
Almanya	83.237.124	2.336.464	%2,8
Polonya	37.654.247	974.149	%2,6
Sudan	45.328.530	1.128.958	%2,5
AB	446.735.291	7.078.605	%1,6
Etiyopya	105.163.988	881.812	%0,8
Pakistan	235.825.000	1.762.062	%0,8
Bangladeş	169.828.911	952.408	%0,6

Kaynak: (Europa Statistics on migration to Europe(2024) Erişim adresi:https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/statistics-migration-europe_en#migration-to-and-from-the-eu (Erişim tarihi:01.04.2024)

Dünya'nın dört bir yanından birçok ülkenin yüksek sayıda bir mülteci nüfusuna ev sahipliği yaptığı görülmektedir (Tablo 2). Tablo 2 incelendiğinde Dünya'da en çok mülteciye ev sahipliği yapan ülkenin Türkiye olduğu saptanmıştır. Türkiye'de yaşayan mültecilerin sayısının toplam nüfusa oranına bakıldığında ise toplam nüfusun %4.5 ini oluşturdukları gözlemlenmiştir. AB ise mülteci sayısında dünyada yedinci sırada yer almaktadır. Toplam nüfusu 446.735.291 olan AB, üye ülkelerinde toplam 7.078.605 mülteci barındırmakta ve bu mülteciler toplam nüfusun %1.6 sına denk gelmektedir.

5.3. Avrupa Birliğine Düzenli ve Düzensiz Göç

Grafik 4: AB'ye Düzenli ve Düzensiz Göç 2013-2022



Kaynak: (Europa erişim tarihi: 01.04.2024) https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/statistics-migration-europe_en#migration-to-and-from-the-eu

Düzensiz göç her ne kadar bütün ülkelerin ilgi odağı olsa da Avrupa Komisyonunun 2013-2022 verilerine bakıldığında düzenli göçün düzensiz göçe oranla daha fazla oranda gerçekleştiği görülmektedir. AB'ye düzensiz girişlerde 2015 yılında bir pik noktası yaşanmış ve toplamda 1.862.102 düzensiz göçmen AB'ye yasal olmayan yollardan giriş yapmıştır. Yine 2015 yılında 1.991.479 göçmen ise yasal yollardan AB ülkelerinde yaşamıştır. 2022 yılına bakıldığında ise 331.443 düzensiz göçmenin AB'de yaşadığı, aynı yılda 3.445.630 göçmenin ise yasal olarak AB'de yaşadığı görülmektedir. Ayrıca 2021 yılında 340.500 AB üyesi olmayan vatandaşın AB'den ayrılması istenmiştir. Bir önceki yılın verileriyle karşılaştırıldığında ise % 14'lük bir düşüş yaşanmıştır. 2022 yılına bakıldığında ise 431.200 AB üyesi olmayan vatandaşın AB ülkelerinden ayrılması istenmiştir. 2021 yılı ile kıyaslandığında ise %27'lik bir artış yaşandığı görülmüştür (Frontex).

AB ülkelerinden gönderilen göçmenlerin vatandaşlık uyrukları ise şu şekildedir:

- Cezayir (%7,9)

- Fas (%7,1)
- Pakistan (%5,9)
- Afganistan (%5,8)
- Arnavutluk (%5.5)

Bu veriler neticesinde AB’ de düzensiz göçmenlere oranla, düzenli göçmenlerin daha fazla bulunduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Frontex’in verilerine göre 2023 yılında AB’ye geçen düzensiz göçmenlerin uyruk dağılımına bakıldığında 57.361 göçmenle Suriyeli göçmenlerin ilk sırada yer aldığı görülmüştür. Suriye’den sonra 16.099 göçmenle Gine, 14.987 göçmenle Fildişi Sahili, 11.353 göçmenle Tunus gelmektedir. Bu ülkeleri sırasıyla Afganistan, Fas, Mısır, Bangladeş ve Pakistan takip etmiştir.

5.4. İtalya’da Göçmenlerin Durumu

Tablo 2: AB ve İtalya sığınma başvuruları

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
AB		530.560	1.216.860	1.166.815	620.265	564.115	631.285	417.070	535.985	873.680
İTALYA	25.720	63.655	82.790	121.185	126.550	53.440	35.005	21.330	45.200	77.200

Kaynak: (EUROSTAT)

Tablo 2’de AB ve İtalya’nın 2013 ve 2022 yılları arasındaki sığınma başvurusu istatistikleri yer almaktadır. Bu istatistiklere göre İtalya’da 2015-2017 yılları arasında artan bir eğilim gösteren sığınma başvuruları 2018 yılından itibaren azalmaya başlamış ve son 8 yılın en düşük başvuru sayısı 21.330 sığınma başvurusu ile 2020 yılında gerçekleşmiştir. 2020 yılından sonra ise başvuru sayılarında tekrardan bir artış yaşanmıştır. Özellikle 2022 yılında 2015 yılından sonraki en yüksek sığınma başvurusu gerçekleşmiştir (EUROSTAT, 2024).

5.5. Türkiye’de Mevzuatlara göre Geçici Koruma Kapsamı Altında Bulunan Suriyeli Göçmenlere Karşı Uygulanan Sağlık Politikaları

5.5.1. Yasal Çerçeve ve Politika

2011 yılında Suriye savaşının başlamasıyla birlikte bir milyondan fazla Suriyeli Türkiye, Lübnan, Ürdün ve diğer ülkelere göç etmiştir (Eurlex, 2016a). Sadece Türkiye’de 3,6 milyon Suriyeli göçmen bulunmaktadır. Bu durum Türkiye’de Suriyeli göçmenlere yönelik göç ve göçmen sağlığı politikalarının geliştirilmesi ihtiyacını doğurmuştur. Türkiye Suriyeli göçmenlere yönelik “Açık Kapı” politikası izlemiştir. Türkiye’de 04.04.2013 tarihinde yürürlüğe giren 6458 sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu ile Suriyeli göçmenlere “geçici koruma” statüsü verilmiş ve geçici koruma kimlik kartı verilmiştir (Europarl, 2016;

Eurlex, 2016b). Türk hükümeti, Suriyeli mültecilerin Türkiye'nin 81 ilindeki acil bakım ünitelerine ve birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık merkezlerine ücretsiz olarak erişebilmelerini sağlamak için çeşitli düzenlemeleri hayata geçirmiştir (Assi, Özger-İlhan ve İlhan, 2019).

Türkiye savaştan kaçıp Türkiye'ye sığınan ve her türlü temel ihtiyacın (barınma, beslenme, sağlık, eğitim vb.) giderilmesine muhtaç olan geçici koruma kapsamı altında bulunan Suriyeli göçmenler için gelmeye başladıkları tarihten itibaren Suriyeli vatandaşların ihtiyaçlarını karşılamaya çalışmıştır. Suriyeli vatandaşlara yönelik uygulanan sağlık politikalarının her biri için bir yasal dayanak bulunmaktadır. Bu yasal dayanaklar kronolojik sıralamaya göre şöyledir (Gültaş ve Balçık, 2018):

- AFAD Yönetmeliği (19.02.2011)
- Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu (04.04.2013)
- Geçici Koruma Yönetmeliği (22.10.2014)
- Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar (25.03.2015)
- AFAD ve Sağlık Bakanlığı Protokolü 2015 (01.07.2015)
- AFAD-Suriyeli Misafirlerin Sağlık ve Diğer Hizmetleri Hakkında Genelge (12.10.2015)
- Göçmen Sağlığı Merkezleri/Birimlerine Dair Yönerge (03.09.2015)
- Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetine Dair Esaslarda Değişiklik Yapılmasına İlişkin Esaslar (04.11.2015)
- AFAD ve Sağlık Bakanlığı Protokolü 2016 (01.01.2016).

Geçici Koruma Yönetmeliği'nin (GKY) 27. maddesine göre, geçici barınma merkezlerinde ve bu merkezler dışında sunulan sağlık hizmetlerinin denetimi ve sorumluluğu Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından organize edilmektedir. GKY çerçevesinde sağlanan sağlık hizmetlerinin koordinasyonu ve geri ödemesi ilk olarak Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) tarafından yürütülmekteyken, 2018 yılında GKY'de yapılan bir revizyonla bu sorumluluklar Göç İdaresi Genel Müdürlüğü (GİGM) tarafından üstlenilmiştir (GKY, 2014).

Türkiye'de GKY'nin düzenlemesinin hayata geçirilmesine kadar, Suriyelilere yönelik sağlık politikalarında üç önemli dönüm noktası gözlemlenmektedir. İlk olarak, 2011 ile Ocak 2013 arasında, sadece barınma kamplarında yaşayan Suriyelilere sağlık hizmeti sağlanmaktadır (Önder, 2019: 136). Suriyeli nüfusun artış göstermesi ve kampların dışına yayılmasıyla birlikte, Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) 2013/1 sayılı genelge ile sadece Hatay,

Osmaniye, Kilis, Kahramanmaraş, Gaziantep, Şanlıurfa, Adıyaman, Adana, Mersin, Malatya ve Batman illerinde bulunan Suriyelilere sağlık hizmeti sunmaya başlamıştır (Suriyeli Misafirlerin Sağlık Hizmetleri Hk., 2013). Nüfusun hızla artması ve yayılma trendinin sürmesi üzerine, AFAD'ın 2013/8 sayılı genelgesi ile tüm kayıtlı Suriyeli nüfusa ülke genelinde sağlık hizmetine erişim hakkı tanınmıştır (Suriyeli Misafirlerin Sağlık ve Diğer Hizmetleri Hk., 2013).

Genelgeler aracılığıyla yönlendirilen bu süreç içerisinde, 2014 yılında yürürlüğe giren Geçici Koruma Yönetmeliği (GKY) ile Suriyeli bireylerin hukuki statüsü belirlenmiş ve uygulanacak sağlık politikaları açık bir yasal çerçevede tanımlanmıştır. Bu bağlamda, Sağlık Bakanlığı'nın mevzuat düzenlemesi yapması sonucunda, 25 Mart 2015 tarihinde 2875 sayılı Makam Onayı ile “Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar” resmi olarak yürürlüğe konmuştur. Söz konusu esaslar, 4 Kasım 2015 tarihinde 9648 sayılı Makam Onayı ile revize edilerek güncel halini almıştır (Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslarda Değişiklik Yapılması, 2015).

5.5.2. Geçici Koruma Kapsamındaki Suriyelilerin Sağlık Hizmetlerine Erişimi

Geçici koruma altındaki bireyler Suriyeli vatandaşlardan, “Geçici Koruma Kimlik Belgesi’ne sahip olanlar, ön kaydı yapılmış fakat işlemleri Göç İdaresi Genel Müdürlüğü (GİGM) tarafından tamamlanmamış olanlar ile sınırdan yaralı olarak geçenler, Geçici Koruma Yönetmeliği (GKY) kapsamında tanımlanmaktadır. Bu bireyler, ikamet ettikleri illerde Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları, göçmen sağlığı merkezleri, üniversite sağlık tesisleri, özel hastaneler ve gönüllü kuruluşlar tarafından sunulan sağlık hizmetlerine erişim hakkına sahiptirler. Ancak, ikamet illeri dışında olan acil vakalara, sevkler ve yol izin belgesi sahiplerine öncelikle sağlık hizmeti sunulmaktadır. Kimlik belgesi sahibi olan ve provizyon alınabilen bireylerin sağlık hizmetlerine tam erişimleri bulunmaktadır. Provizyon alınamayan kimlik belgesi sahipleri, ön kaydı olanlar ve sınırdan yaralı olarak geçenler, sadece acil ve salgın hastalık durumlarında sağlık hizmeti alabilmektedir. Bu kapsam dışında kalan geçici koruma altındaki bireyler, güncel Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) hükümleri doğrultusunda ücretli hasta olarak sağlık hizmetlerine erişim sağlayabilirler (Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslarda Değişiklik Yapılması, 2015).

GKY’nin 27 maddesinin birinci fıkrasında kapsamında aşağıda belirtilen sağlık hizmetleri geçici barınma merkezlerinin içinde ve dışında Sağlık bakanlığının sorumluluğunda yapılır ve yaptırılır ibaresi yer almaktadır:

Sağlık Hizmetleri:

a) Sağlık hizmetlerini yürütmek üzere sürekli faaliyet gösterecek sağlık merkezleri kurulabilir. Sağlık merkezinin bulunması halinde, yeterli sayıda ambulans ve sağlık personeli bulundurulur.

b) Temel ve acil sağlık hizmetleri ile bu kapsamdaki tedavi ve ilaçlardan Bakanlıkça belirlen tutar veya oran üzerinden katılım payı alınabilir.

c) İkinci ve üçüncü basamakta sunulan sağlık hizmetleri de dâhil olmak üzere, sağlık hizmeti bedelleri; Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı tarafından genel sağlık sigortalıları için belirlenmiş olan sağlık uygulama tebliğindeki bedeli geçemez.

ç) Sunulan sağlık hizmeti bedeli, Sağlık Bakanlığı kontrolünde, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı tarafından genel sağlık sigortalıları için belirlenmiş olan sağlık uygulama tebliğindeki bedeli geçmeyecek şekilde Genel Müdürlük tarafından ödenir.

d) Geçici korunanlar acil ve zorunlu haller dışında, özel sağlık kuruluşlarına doğrudan başvuramazlar.

e) Bulaşıcı hastalık riskine karşı gerekli tarama ve aşılar yapılarak her türlü önlem ve tedbir alınır.

f) Üreme sağlığıyla ilgili olarak yetkili personel tarafından bilgilendirme yapılır ve destek faaliyetleri yürütülür.

g) Kişisel veya toplu kullanım alanlarının sağlığa uygunluğu kontrol edilerek, tespit edilen aksaklıkların giderilmesi ve geçici barınma merkezlerinin bulunduğu çevre koşullarının sağlık açısından uygun hale getirilmesi sağlanır.

ğ) Geçici korunanlar arasında madde bağımlılığı veya ağır psikolojik ya da psikiyatrik sorunları olduğu tespit edilenler hakkında sağlık kurumuna nakli de içerebilecek şekilde gerekli tedbirler alınır.

h) Çocuklara yönelik gerekli aşıların yapılması amacıyla gerekli tedbirler alınır.

ı) Barınma merkezleri oluşturulurken gerekli olan uygun fiziki donanım kurulur ve Sağlık Bakanlığına teslim edilir.

(2) Geçici korunanlara sağlık hizmetlerine ilişkin olarak yapılan yardımlar Sağlık Bakanlığı koordinasyonunda yürütülür.

(3) Aşı ile koruyucu sağlık hizmetleri sunumunun gecikmeksizin ve sürekli uygulanabilmesi için geçici korunanların kimlik beyanı ve tespiti yapılarak, adres değişiklikleri ivedilikle Sağlık Bakanlığına bildirilir.

(4) Sınırı ilk geçişlerinde ve acil durumlarda, henüz kayıt işlemlerini tamamlamamış olan bu Yönetmelik kapsamındaki yabancılara, sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri için kimlik bilgilerine göre işlem yapılır.

(5) Bu madde kapsamında sağlanacak temel ve acil sağlık hizmetlerine karşılık olarak sağlık hizmet sunucularına bir bedel ödenmesinin zorunlu olması halinde; Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı tarafından genel sağlık sigortalıları için belirlenmiş olan birim fiyatları

geçecek veya daha düşük iskontoyu içerecek şekilde fiyat uygulaması yapılamaz. Aşılar hariç olmak kaydıyla bu madde kapsamına girenlere Sosyal Güvenlik Kurumunca bedeli karşılanmayan sağlık hizmetleri kapsamında sağlık hizmeti verilemez.

Geçici korunanlar, Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan sağlık hizmetlerine doğrudan erişim sağlayabilirlerken, üniversite ve özel kuruluşlar tarafından sunulan hizmetlere acil ve yoğun bakım durumları dışında doğrudan erişim imkanına sahip değildirler. Bu kuruluşlara sevk işlemi, öncelikle üniversite sağlık tesislerine yönlendirilerek, sadece acil ve yoğun bakım hizmetleriyle aynı il sınırları içerisinde ve yanık tedavisi ile kanser tedavileri için yapılmaktadır. Ayrıca, sınır bölgelerinden yoğun yaralı girişlerinde gerekli durumlarda da sevk işlemi gerçekleştirilebilmektedir (Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslarda Değişiklik Yapılması, 2015; Geçici Koruma Kapsamındaki, 2020).

GKY'nin 26. ve 31. maddeleri gereğince, geçici korunanlara sağlık hizmetleri ve tercümanlık hizmetleri ücretsiz olarak sunulmaktadır. Bu çerçevede, 2015 yılında GİGM kapsamında "Yabancılar İletişim Merkezi (YİMER-157)" adıyla bir tercümanlık hizmeti sunacak çağrı merkezi kurulmuştur (Alp vd., 2018: 119). Ayrıca, Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) bu kapsamda kullanıma açılarak, geçici korunan bireylerin sağlık kuruluşlarından randevu alabilmeleri kolaylaştırılmıştır (Gültaç ve Balçık, 2018: 196-197). Sağlık kuruluşlarının tercüman ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik faaliyetlerde AB ve BMMYK gibi uluslararası otoritelerle iş birliği yapılmaktadır. Ayrıca, bazı kuruluşların tercüman ihtiyaçlarını karşılamak için hizmet alım yöntemini tercih ettiği belirtilmektedir (Alp vd., 2018: 120). Bu bağlamda, tercümanlık konusunda bazı eksikliklerin yaşandığı gözlemlenmektedir.

5.5.3. Geçici Barınma Merkezlerinde Sağlanan Sağlık Hizmetleri

3796 sayılı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) ile Göç İdaresi Genel Müdürlüğü (GİGM) Yönergesi hükümleri gereğince, barınma merkezlerindeki geçici korunanlara sunulan hizmetlerin etkinliğini artırmak amacıyla hizmet büroları oluşturulmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından 09.11.2015 yılında yürürlüğe giren Geçici Barınma Merkezlerinin Kurulması, Yönetimi ve İşletilmesi Hakkındaki Yönergesinin 22.Maddesinde sağlık hizmetleri bürosunun görevleri sıralanmaktadır. Bu kapsamda Sağlık hizmetleri bürosu, geçici sağlık tesislerinin işletilmesi veya işletilmesini sağlama sorumluluğuna üstlenip, ilaç temini, sağlık taramaları, acil sağlık hizmetleri ve sevk işlemleri gibi görevleri organize etmekte ve hizmet kayıtlarını tutmaktadır (Geçici Barınma Merkezlerinin, 2015).

5.5.4. Acil Sağlık Hizmetleri

Barınma merkezleri dışında kalan geçici korunanlara yönelik acil sağlık hizmetleri, “Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği” hükümleri doğrultusunda sunulmaktadır (Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslarda Değişiklik Yapılması, 2015). Geçici korunanlara sınırdan yaralı olarak geçiş yaptıklarında acil sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Bu kapsamda, sınırdan yaralı olarak gelen hastaların ilk değerlendirmesi ambulans ekibi tarafından yapılmakta ve vakanın acil olup olmadığı belirlenmektedir. Eğer acil bir durum söz konusu ise hasta hastaneye sevk edilmektedir. Hastanın tedavisi sırasında aynı zamanda ön kaydı da yapılmakta ve tedavinin ardından geçici koruma kimlik kaydı oluşturulması için GİGM tarafına yönlendirilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2016).

5.5.5. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Geçici Koruma Kapsamı altında bulunan Suriyeli göçmenlere müdürlük ve gönüllü sağlık kuruluşları tarafından birçok birinci basamak sağlık hizmeti verilmektedir. Bu hizmetler arasında bulaşıcı hastalıklara yönelik önleyici tedbirler, taramalar, aşılar ve bağışıklamalar; çocuk sağlığı hizmetleri, kadın sağlığı ve üreme sağlığı hizmetleri; çevre sağlığı hizmetleri ve bağımlılık ile psikolojik sorunları olanlara yönelik sağlık hizmetleri gibi birinci basamak sağlık hizmetleri bulunmaktadır (Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslarda Değişiklik Yapılması, 2015).

906 sayılı yönergeye göre, geçici korunanların yoğun olarak yaşadığı bölgelerde birinci basamak sağlık hizmetleri, hizmet alım yöntemi veya TSM ek birimi olarak kurulan “Göçmen Sağlığı Merkezleri” (GSM) tarafından sağlanmaktadır. Aile hekimliği standartlarına uygun olan GSM'lerde, her 4.000-7.000 geçici korunan için bir hekim ve en az bir hemşire, ebe, acil tıp teknisyeni ve sağlık memuru gibi çeşitli unvanlara sahip sağlık personeliyle “Göçmen Sağlığı Birimleri” bulunmaktadır. Seyrek nüfuslu bölgelerde, birinci basamak sağlık hizmetleri geçici korunama kapsamında bulunan bireylerin başvuruları doğrultusunda TSM'ler ve aile sağlığı merkezleri tarafından verilmektedir (Göçmen Sağlığı Merkezleri/Birimleri, 2015).

20 binin üzerinde Suriyeli nüfusun bulunduğu ve tam teşekküllü kamu hastanelerinin uzak olduğu bölgelerde, Güçlendirilmiş Göçmen Sağlığı Merkezleri (GSM) kurulmaktadır. Bu merkezlerde, birinci basamak sağlık hizmetlerine ek olarak dahiliye, pediatri, kadın doğum ve ağız diş sağlığı hizmetleri sunulmaktadır. Görüntüleme ve laboratuvar faaliyetleri de bu hizmetlere dahil edilmekte olup, Güçlendirilmiş GSM'lerde Suriyeli sağlık personeli istihdam edilmektedir (Göç Sağlığı Dairesi Başkanlığı, t.y.-a).

5.6. Gönüllü Kuruluşların Sağlık Hizmetlerine Etkisi

2875 sayılı Esaslar 'da belirtildiği üzere, birinci basamak sağlık hizmetleri yalnızca Müdürlük tarafından sunulmaktaydı. Bu sebeple, sivil toplum kuruluşları (STK) ve vakıflar gibi gönüllü kuruluşlar bu hizmetlerin kapsamı dışında tutuluyordu. Ancak, Bakanlık tarafından belirlenen politikalar doğrultusunda gönüllü kuruluşlar, ayaktan tanı ve tedavi, basit tetkikler ve koruyucu sağlık hizmetleri gibi belirli hizmetleri sunma kapasitesine sahiptir. Gönüllü kuruluşlar sundukları hizmetlere dair kayıtlarını il sağlık müdürlüğüne onaylanmış kayıt defterinde tutmaktadırlar. Ayrıca, gönüllü sağlık kuruluşlarının hizmet sunduğu saatlerde tam zamanlı bir hekim ve yeterli sayıda hemşire veya acil tıp teknisyeni gibi sağlık personelinin bulunması zorunludur. Sevk gereken durumlarda, hastalar gönüllü sağlık kuruluşları tarafından birinci basamak sağlık kuruluşlarına yönlendirilmektedir (Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar, 2015).

9648 sayılı güncel Esaslar'da yapılan değişiklikle gönüllü sağlık kuruluşlarının statüsünde önemli gelişmeler yaşanmıştır. Bu değişiklikle, gönüllü sağlık kuruluşları, birinci basamak sağlık hizmetlerini Bakanlık ile iş birliği içerisinde sunacak konuma gelmiştir. Şu anki durumda, gönüllü kuruluşlar geçici korunanlara tetkik, tanı, tedavi, cerrahi ve rehabilitasyon hizmetleri sunma kapasitesine sahiptir. Bu hizmetleri sunarken, gönüllü sağlık kuruluşlarının bir sorumlu hekim, hemşire, sağlık memuru ve acil tıp teknisyeni gibi yeterli düzeyde sağlık personelinin bünyelerinde bulundurmaları gerekmektedir. Sevk gerektiren durumlarda, hastaları birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarına yönlendirebilirler. Ayrıca, bağışıklama hizmetlerini Müdürlüğün aşı temini doğrultusunda ve yine Müdürlüğün koordinasyonu ve denetiminde sunma yetkisine sahiptirler. Ancak, gönüllü kuruluşlar aşı temini dışında, sağlık taraması ve anket gibi bilgi toplama amaçlı faaliyetlerde bulunma yetkisine sahip değildirler (Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslarda Değişiklik Yapılması, 2015).

5.7. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Türkiye'de geçici korunanlara sağlanan sağlık hizmetleri, güncel SUT kapsamında fiyatlandırılmaktadır. Bu hizmetlerin geri ödemesi, 2018 yılından itibaren GİGM tarafından gerçekleştirilmektedir. 2015-2018 dönem aralığında ise bu geri ödemeleri AFAD üstlenmiştir. Sağlık hizmetlerinin maliyetlendirilmesi, götürü bedel protokolleri doğrultusunda ve global bütçe yöntemiyle yapılmaktadır (Yabancı Hastaların Sağlık Giderleri,2020). 2018 yılından itibaren GİGM ile Sağlık Bakanlığı arasında götürü bedel üzerinden sağlık hizmeti alım

protokolü imzalanmaktadır. 2021 yılında imzalanan güncel protokole göre 7.Maddede GİGM'nin görev ve yükümlülükleri arasında aşağıdaki maddeler yer almaktadır (GİGM,2021).

- 1) Ayakta tedavilerde gerekli olan ilaçlar, SUT çerçevesinde GİGM tarafından karşılanır.
- 2) Ülkemize giriş yapmadan önce oluşmuş olan organ ve uzuv kayıplarına ilişkin tedavi giderleri karşılanmaz. Operasyonun ülkemizdeki sağlık hizmeti sunucularında yapıldığına dair epikrizin bulunması halinde, basit mekanik ortez ve protezlerine ilişkin asgari düzeyde cihaz giderleri GİGM tarafından karşılanır. Elektronik yazılımlı yüksek maliyetli cihaz bedelleri karşılanmaz.
- 3) GİGM, hizmetlerin daha etkin ve verimli bir şekilde yürütülmesi amacıyla, MERNİS ve MEDULA gibi bilişim sistemlerinin kullanılabilirliği ve çalışır durumda olması için ilgili kurumlar ile koordinasyonu sağlar.

Protokolün 8. Maddesinde Sağlık Bakanlığının görev ve yükümlülükleri yer almaktadır:

1-Bakanlık, kendisine başvuran, bu protokolün 2'nci maddesi kapsamındaki yabancılara sağlık hizmetinin verildiği tarihte yürürlükte olan SUT çerçevesinde sağlık hizmetini sunmakla yükümlüdür. Bakanlık, sunulacak sağlık hizmetlerinin kapsamını SUT üzerinden tarafların görüşünü alarak daraltabilir.

2-Geçici Koruma Yönetmeliğinin 21'inci maddesine göre kayıt işlemi tamamlanmayanlara, işbu protokol kapsamında yalnızca bulaşıcı ve salgın hastalıklardan korunma hizmetleri ile acil sağlık hizmetleri kimlik beyanına göre sunulur. Suriye'de yer alan sağlık tesisleri tarafından Suriye Görev Gücü Başkanlığı'nın bilgisi ve 112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda sevk edilen ancak GİGM tarafından kayıt işlemleri tamamlanamayan kişiler de bu madde kapsamında değerlendirilir.

3-Bakanlık tarafından belirlenecek esaslar kapsamında üniversite ve özel sağlık hizmeti sunucularına yapılan sevkler ve acil hal kapsamında doğrudan müracaat dolayısıyla oluşan tedavi giderleri de götürü bedel tutarına dahildir.

4-Organ nakillerinden;

Bakanlık Kornea Nakli Bilim Kurulunca uygun görülen kornea nakil bedelleri,

Hastanın kendisince bulunmuş donörü olması ve etik kurul kararı ile uygun bulunması şartıyla canlı vericiden karaciğer, böbrek nakil bedelleri ile donöre uygulanan işlemler,

Kemik iliği nakli tedavilerinde, ailesinden verici bulunması veya kemik iliği doku bankalarından yurt içinden verici bulmak kaydıyla SUT hükümlerince nakil bedelleri , götürü bedel tutarına dahildir.

5-Sağlık hizmeti sunucuları, SUT'ta yer almayan işlem bedellerini ve ilave ücretleri GİGM'den ayrıca talep edemez.

6-Yatarak tedavi gören hastaların tedavileri sırasında kullanılacak olan tıbbi malzeme ve ilaçlar (yurtdışından temin edilen ilaçlar hariç), sağlık hizmeti sunucusu tarafından temin

edilecek olup götürü bedel tutarına dahildir. Yine ayakta ve yatarak tedaviler sırasında yapılması gerekli görülen tetkik ve/veya tahlillerin tümü götürü bedel tutarına dahil olup sağlık hizmeti sunucusu tarafından yapılır veya hizmet alımı ile sağlanır.

7-Sağlık hizmeti sunucusu, GİGM tarafından ihtiyaç duyulması halinde SUT'un fatura eki belgelere ilişkin hükümleri çerçevesinde istenilen bilgi ve belgeleri en geç 1 (bir) ay içerisinde GİGM'ye gönderir. GİGM'ye bunların dışında fatura ve dayanağı belge gönderilmez.

8-İşbu Protokol kapsamındaki yabancılar, üniversite ve özel sağlık hizmeti sunucularına acil hal dışında doğrudan müracaat edemezler. Yapılan sevk ve acil hallerin kapsamı ile sağlık hizmet bedellerinin ödenmesine ilişkin esaslar Bakanlık tarafından belirlenir ve götürü bedel tutarına dahildir.

9-112 Acil Sağlık Hizmetleri Bakanlığın belirlediği standartlar çerçevesinde ve kamu sağlık hizmetleri fiyat tarifesine göre sunulur. Bu hizmet bedelleri de götürü bedel tutarına dahildir.

10-Bakanlık, hizmetlerin mevzuata uygun sunulması ile usulsüz ve yersiz işlemlerle ilgili her türlü takibin yapılmasından sorumludur.

Tablo 3: Götürü Bedel Protokollerine Göre Geçici Korunanlara (Suriye ve Irak Uyruklular) Sunulan Sağlık Hizmetlerinin Maliyetleri (TL)

Yıllar	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Toplam
Geçici Korunanlar	375.000.000	550.000.000	695.000.000	800.000.000	900.000.000	900.000.000	1.100.000.000	5.320.000.000

Kaynak: (Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı ile Sağlık Bakanlığı, 2015, 2016, 2017; Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı, Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, 2018; GİGM, 2020,2021; İçişleri Bakanlığı, 2019)

Tablo 3'te görüldüğü gibi geçici korunanlara sağlanan sağlık hizmetlerinin maliyetleri 2015 yılından beri sürekli olarak artış göstermiştir. Geçici korunanlara yönelik sağlık hizmetlerinin toplam maliyeti hakkında kesin bir bilgi mevcut değildir. Götürü bedel protokolleri 2015 yılından itibaren yürürlüktedir. Bu protokoller öncesinde sağlık hizmetleri, AFAD genelgelerine göre sunulan hizmet başına il valiliklerine faturalandırılarak karşılanmıştır. Ancak bu dönemde hizmetlere dair sistemli bir kayıt politikası uygulanmamıştır (TBMM, 2018: 89-134). Bu yaklaşımın benimsenmesi ve sistemli kayıt tutulmasında geç kalınması, geçici korunanlara sağlanan sağlık hizmetlerinin toplam maliyetinin belirsizliğine sebep olmuştur.

5.8. Sağlık Hizmetlerinin Denetimi

Geçici korunanlara yönelik sağlık hizmetlerinin denetim ve değerlendirmesinde farklı kurumlar sorumludur. Üniversite ve özel sağlık tesisleri, acil sağlık hizmetleri ile gönüllü sağlık hizmetleri sunumundan il sağlık müdürlükleri; birinci basamak sağlık hizmetlerinden Müdürlük, kamu hastaneleri ve eğitim-araştırma hastanelerince verilen sağlık hizmetlerinden

ise Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü görevlidir (Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslarda Değişiklik Yapılması, 2015).

5.9. İtalya'daki Göçmenlere Yönelik Sağlık Politikaları ve Sağlık Hizmetleri

5.9.1. İtalya'daki Göçmenlik Mevzuatlarının Tarihsel Gelişimi

İtalya'nın göçmenlik mevzuatı oldukça karmaşık bir tarihe sahiptir. Ülke, 20. yüzyılın sonlarına kadar göçü genellikle göz ardı etmiş ve göç veren bir konumda olmuştur. Ancak, 1986'da kabul edilen yasa ile göçmenlik konusu daha fazla önem kazanmıştır. Daha sonra, 1990'ların başlarında Martelli Yasası ve 1998'de kabul edilen Turco-Napolitano Yasası ile göçmenlik konusunda daha kapsamlı düzenlemeler yapılmıştır. Ancak, 2002'de Bossi-Fini Yasası ile göçmenlik politikasında sıkılaşıma yaşanmıştır. Sonraki yıllarda, 2008-2009 döneminde "Güvenlik Paketi" adı altında daha sıkı tedbirler alınmıştır. Son olarak, 2011-2014 yılları arasında Avrupa Birliği mevzuatına uyum sağlamak amacıyla göçmenlik mevzuatı yeniden düzenlenmiş ve göçmen hakları güçlendirilmiştir (Morgese,2015).

5.9.2. Yasal Çerçeve ve Politika

İtalya'nın göç politikaları, zaman içinde çeşitli yasal düzenlemeler ve politika değişiklikleriyle şekillenmiştir. Göçmenlerin giriş, konaklama, kontrol ve entegrasyonu gibi alanları kapsayan genel politika çerçevesi, 1998'de Turco-Napolitano Yasası ile atılmıştır. Bu yasa, ardından 1999 ve 2002 yılları arasında yapılan içerik zenginleştirmeyle desteklenmiştir. Özellikle, Bossi-Fini Yasası gibi yasal değişiklikler bu dönemde önem kazanmıştır. 2007'de, AB direktiflerine uyum sağlanmış ve Avrupa Birliği'nin göç politikaları benimsenmiştir. Bu dönemde, AB Direktifi'nin getirdiği serbest dolaşım ve oturma hakları gibi düzenlemeler önemli olmuştur. 2013'te, 145 sayılı yasa ile üniversitelerde yabancı öğrenci kabulünde kotaların kaldırılması ve ekonomik göç politikalarında reformlar yapılmıştır. 2020'de, göç akışlarının daha iyi yönetilmesi amacıyla çeşitli düzenlemeler yapılmıştır. 2023'te ise, geçiş dönemi için yeni politika ve düzenlemeler getirilmiştir. Göçmenlerin akışlarına yönelik yeni kotalar belirlenmiş ve güncellemeler yapılmıştır. İtalya'nın göç politikaları, değişen ihtiyaçlar ve uluslararası koşullar doğrultusunda evrim geçirmiş ve hem göçmenlerin haklarını korumayı hem de ülkenin ekonomik ve sosyal gereksinimlerini dengeli bir şekilde karşılamayı amaçlamaktadır (Ministero della Salute 2024).

İtalya'nın göçmenlere yönelik sağlık politikaları, ülkenin genel göç politikalarının bir parçası olarak çerçevelenir. Göç politikalarının temel dayanakları, çeşitli yasal düzenlemeler

tarafından belirlenmiştir. Öncelikle, 40/1998 sayılı yasa olan "Turco – Napolitano yasası" ile başlayan ve ardından 25 Temmuz 1998 tarihli 286 sayılı yasayla (Testo unico sull'immigrazione e sulla condizione dello straniero) konsolide edilen genel politika çizgileri bulunmaktadır. Bu çizgiler, 189/2002 sayılı yasa ("Bossi-Fini yasası" olarak bilinir) gibi sonraki değişikliklerle güçlendirilmiştir, ancak genel çerçeveyi değiştirmemiştir. Sağlık politikaları, göçmenlerin ülkeye giriş, konaklama ve entegrasyon süreçlerini kapsayan göç hukukunun bir parçası olarak ele alınmıştır. Bu politikalar, göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimini düzenlemiş ve sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını sağlamıştır. Özellikle, Testo unico, göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimini güvence altına almıştır. Bu, göçmenlerin sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkını İtalyan vatandaşlarına benzer bir şekilde tanımıştır. Göçmenler, sağlık hizmetlerinden yararlanmak için gerekli belgelere sahip olduklarında, acil durumlarda dahi sağlık hizmetlerinden faydalanabilmektedirler. Ancak, göçmenlerin sağlık hizmetlerinden yararlanmasını düzenleyen yasal düzenlemelerde bazı belirli şartlar bulunmaktadır. Bu şartlar, göçmenlerin yasal statüsüne, ikamet süresine ve diğer faktörlere bağlı olarak değişebilmektedir. Örneğin, bazı sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için belirli bir ikamet süresine veya belirli bir yasal statüye sahip olmak gerekebilir. Göçmenlerin sağlık hizmetlerinden yararlanma konusundaki politikalar, genellikle İtalya'nın ulusal sağlık sistemi olan Servizio Sanitario Nazionale (SSN) tarafından uygulanır. SSN, İtalya'da ikamet eden herkesin temel sağlık hizmetlerine erişimini sağlamaktadır. Göçmenlerin de SSN'nin sunduğu sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı vardır. Bu, göçmenlerin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için genellikle bir sağlık kartına sahip olmaları gerektiği anlamına gelmektedir. Sağlık kartı, göçmenlerin sağlık durumlarını belgelemelerine ve sağlık hizmetlerine erişimlerini kolaylaştırmalarına yardımcı olmaktadır (Ministero della Salute 2024). İtalya sağlık yasasının 34-36 maddelerine göre "sağlık hakkı söz konusu olduğunda, giriş ve kalışla ilgili kurallara uymayanlar da dahil olmak üzere tüm yabancılara kapsamlı sağlık hizmeti garanti edilmektedir"

5.9.3. Göçmenlerin Sağlık Hizmetlerine Erişimi

Göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimi, bir ülkenin sağlık politikalarının ve sosyal güvenlik sistemlerinin temel bir ölçütüdür. İtalya, göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak adına kapsamlı bir yasal çerçeve ve politikalar geliştirmiştir. İtalyan Anayasası'nın 32. maddesi, sağlığı temel bir hak olarak tanımlamış ve bu hakka tüm bireylerin eşit erişimini güvence altına almıştır. Bu temel ilke, göçmenlerin de sağlık hizmetlerine erişiminde temel bir referans noktası oluşturur. Özellikle, İtalya'da oturma izni olan veya olmayan göçmenler, acil sağlık hizmetlerine eşit erişim hakkına sahiptirler.

Bu, hayati öneme sahip tıbbi müdahaleleri içermekte ve sağlık durumlarının acil bir şekilde değerlendirilmesini ve tedavi edilmesini sağlamaktadır. İtalya’da birinci basamak sağlık hizmetleri, kamu sağlık merkezleri, hastaneler ve aile hekimleri aracılığıyla sunulmaktadır. Göçmenler, bu sağlık kuruluşlarına kayıt yaptırarak temel sağlık hizmetlerinden yararlanabilirler. Bu hizmetler genellikle genel muayene, teşhis, ilaç tedavisi, aşılar, hamilelik ve doğum hizmetlerini içerir. Ayrıca, önleyici sağlık hizmetleri de sunulur ve göçmenlerin sağlıklarını korumalarına ve hastalıkların önlenmesine yardımcı olmaktadır (Ministero della Salute 2024).

İtalya’da göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimini güvence altına alan yasal düzenlemeler bulunmaktadır. Örneğin, göçmenlerin sağlık durumlarını değerlendiren sağlık personeli, göçmenlerin yasal statülerini yetkililere bildirme yükümlülüğüne sahip değildir. Bu, göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırır ve güvenlik endişeleri nedeniyle sağlık hizmetlerinden çekinme riskini azaltır. Sonuç olarak, İtalya’da göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimi, temel bir insan hakkı olarak kabul edilir ve sağlık sistemleri tarafından desteklenmektedir(<https://integrazioneimmigranti.gov.it/it-it/Ricerca-norme/Dettaglio-norma/id/12/Salute>).

5.9.4. Göçmenlerin Sağlık Hizmetlerine Erişimindeki Eşitsizlikler

İtalya’daki göçmenler arasındaki temel sağlık eşitsizlikleri arasında dil bariyerleri, kültürel farklılıklar, yasal statü sorunları ve ekonomik kısıtlamalar yer almaktadır. Göçmenler genellikle sağlık hizmetlerine erişimde zorluklar yaşamakta ve bu durum sağlık eşitsizliklerinin artmasına neden olmaktadır. Özellikle göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişiminde dil bariyerleri ve kültürel farklılıklar önemli engeller oluşturmaktadır. Ayrıca, yasal statü sorunları ve ekonomik kısıtlamalar da göçmenlerin sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanmalarını engelleyebilmektedir. İtalya’da bu sağlık eşitsizlikleriyle başa çıkmak için çeşitli kamu politikaları uygulanmaktadır. Bunlar arasında dil desteği sağlanması, kültürel uyumluluk sağlanması, göçmenlere yönelik sağlık eğitim programları düzenlenmesi ve yasal düzenlemelerde iyileştirmeler yapılması yer almaktadır. Ayrıca, sağlık hizmetlerine erişimde ekonomik engellerin kaldırılması ve sağlık hizmetlerinin göçmenlere daha kolay ulaşılabilir hale getirilmesi de önemli adımlardır. Örneğin, İtalya’da göçmenlere yönelik dil desteği sağlayan sağlık merkezleri ve danışmanlık hizmetleri bulunmaktadır. Ayrıca, kültürel uyumluluk sağlamak amacıyla sağlık personeline çeşitlilik eğitimleri verilmekte ve göçmenlerin kültürel ihtiyaçları dikkate alınmaktadır. Yasal düzenlemelerde yapılan iyileştirmelerle göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimindeki engeller azaltılmaya

çalışılmaktadır. Bu politikaların uygulanması, İtalya'daki göçmenler arasındaki sağlık eşitsizliklerini azaltmaya ve sağlık hizmetlerine erişimi iyileştirmeye yardımcı olabilir. Ancak, sürecin başarılı olabilmesi için hem sağlık kuruluşlarının hem de hükümetin aktif rol alması ve toplum genelinde göçmenlere karşı ayrımcılığın azaltılması gerekmektedir. Bu şekilde, İtalya'da yaşayan göçmenlerin sağlık hizmetlerine daha adil ve eşit bir şekilde erişebilmeleri sağlanabilir (Ministero della Salute 2024).

5.9.5. Göçmenlerin Sağlık Hakkı

İtalya'daki yabancıların sağlık hakkıyla ilgili mevzuat, 26 Aralık 2010 tarihli 2663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ve 1998'in 286 sayılı yasasında yer almaktadır. Bu mevzuat, sağlık hakkının çeşitli sosyal belirleyicilerinin göçmenlerin yaşamının farklı alanlarına müdahale etmeyi amaçlar. İtalyan Anayasası'nın 32. maddesi, sağlık hakkını İtalyan vatandaşları veya ikamet statüsüne bağlı kılmamaktadır. Dolayısıyla, Cumhuriyet topraklarında bulunan her yabancıların sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı bulunmaktadır. Sağlık hizmeti, kamu hizmeti niteliğindedir ve kişinin tam ve koşulsuz bir hakkına karşılık gelmektedir. Sağlık hakkı, her bireyin psikofiziksel bütünlüğüne, çevrenin sağlıklı olmasına ve ekonomik olarak yetersiz olanların koruyucu ve iyileştirici sağlık tedavilerinden ücretsiz yararlanma hakkına dayanmaktadır. Bu hakların uygulanması için evrensel sağlık talebinin karşılanmasına uygun yapılar, dayanışmacı bir yaklaşım ve yeterli mali kaynaklar gerekmektedir. Mevzuatın uygulanmasının başarısı, sağlık hakkının temelini oluşturan insan onurunun dokunulmaz bir alan olarak kabul edilmesine dayanmaktadır. Bu hak, idari veya hukuki statüleri ne olursa olsun herkese uygulanmalıdır. Ancak, mevzuatın gerçek hayata uygulanmasında farklılıklar ve yapısal farklılıklar görülmektedir. Bu farklılıklar, belirli insan kategorilerine atfedilen farklı sağlık tedavilerini ve hizmetlerini tanımlar, böylece sağlık hakkına sahip olanları katmanlar ve hiyerarşik hale getirmektedir(<https://integrazionemigranti.gov.it/it-it/Ricerca-norme/Dettaglio-norma/id/12/Salute>).

5.9.6. AB Vatandaşlarına Uygulanan Sağlık Hizmetleri

İtalya'da bulunan AB yabancılarına yönelik sağlık hizmetleri, 3 Şubat 2007 tarihli 38/2004 EC sayılı Topluluk Direktifi ve bu direktifin uygulanmasına ilişkin Sağlık Bakanlığı bilgi notları tarafından düzenlenmektedir. Sağlık hizmetlerine erişimde, ülkeye ne kadar süreyle kalındığına bağlı olarak farklı prosedürler uygulanmaktadır.

Üç aydan az bir süreyle ülkede kalan AB vatandaşları, geçerli bir kimlik belgesine sahip olmaları ve acil veya ertelenemez tedavi ihtiyacında Avrupa sağlık sigortası kartını (EHIC kartı)

kullanarak sağlık hizmetlerine erişebilirler. Üç ayı aşan bir süre için kalanlar ise yerel sağlık otoritesinden sicil kaydı yapmaları gerekmektedir. Sicil kaydı yapma zorunluluğu, AB vatandaşının ev sahibi ülkede çalışan veya serbest meslek sahibi olması, bir aile üyesi tarafından desteklenmesi, ekonomik kaynaklara sahip olması ve özel sağlık sigortasına veya diğer uygun niteliklere sahip olması durumlarında geçerlidir. Kayıt prosedürü, belgelerin sunulması ve ilgili yerel sağlık otoritesiyle iletişim kurulmasıyla tamamlanır. AB vatandaşları için sağlık hizmetlerine erişim, zorunlu sicil kaydı, özel sağlık sigortası veya uygun niteliklere sahip olma ve özel prosedürlerle kayıt yaptırma gibi farklı yöntemlerle sağlanır. Özellikle, 2008 yılına kadar kayıtlı olmayan AB vatandaşları, sağlık hizmetlerinden yararlanamamaktaydı. Ancak, 19 Şubat 2008 tarihli bilgilendirme yazısı sayesinde artık acil ve ertelenemez sağlık hizmetlerine erişim hakları bulunmaktadır. Bu kapsamda, çocukların sağlığının korunması, analığın korunması, hamileliğin gönüllü olarak sonlandırılması ve aşılama kampanyaları gibi hizmetler sağlanmaktadır (Zanin, 2013)

5.9.7. Düzenli Göçmenlere Uygulanan Sağlık Hizmetleri

İtalya'da düzenli olarak bulunan AB üyesi olmayan yabancılara yönelik sağlık hizmetleri, Kanun Hükmünde Kararname'nin 34. maddesi ve 35. maddesinin 1. ve 2. paragrafları ile düzenlenmektedir (lg. N. 286/1998, Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi'nin 42. maddesinden N. 394/1999 ve bakanlık genelgesi no. 5/2000). Bu mevzuat, bu kişilere İtalyan vatandaşlarıyla aynı koşulları ve fırsatları sağlamayı amaçlamaktadır, böylece ikamet, süre sınırlamaları ve NHS'ye kayıt gereklilikleri gibi yardıma erişimi düzenleyen gereklilikler iptal edilmiştir.

Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı, düzenli olarak İtalya'da yaşayan ve çalışan yabancılar için zorunlu bir kayıtla, gönüllü olarak kayıt yaptıranlar için ve kayıtlı olmayanlar için düzenlenir. Zorunlu kayıt, işçi veya serbest meslek sahibi olarak çalışanlar, aile birleşimi, siyasi sığınma, insani sığınma, sığınma başvurusu, evlat edinme bekleyenler, koruyucu bakım altındakiler ve vatandaşlık kazanmak için olanlar gibi durumlar için geçerlidir. Bu durumda kayıt süresi, ikamet izni süresine eşit olup, iznin sona ermesiyle kayıt da sona erer. Bu kişiler, İtalyan vatandaşlarıyla aynı haklara ve yükümlülöklere sahip olurlar. Gönüllü kayıt ise, yıllık bir ödemenin ardından sağlanır ve öğrenciler, çocuk bakıcıları, din görevlileri, diplomatik personel ve ticari oturma izni sahipleri gibi belirli kategorileri kapsar. Bu durumda da kayıt, bakımı gereken aile üyelerine sağlık hizmetlerini de içerir ve İtalyan vatandaşlarıyla eşit haklara sahiptir. Ancak, üç aydan kısa süreli oturma izni olan yabancılar için herhangi bir kayıt yapılması zorunlu değildir. Bu kişiler, NHS tarafından sağlanan sağlık hizmetlerine

erişebilirler, ancak ilgili ücretleri ödemeleri gerekir. Son olarak, karşılıklı anlaşmaları temelinde bazı ülkelerin vatandaşları da sağlık hizmetlerinden yararlanabilirler, ancak bu durumlar özel anlaşmalara tabidir. İtalya'nın Arjantin, Avustralya, Bosna-Hersek, Brezilya, Yeşil Burun Adaları, Hırvatistan, Makedonya, Monako Prenslığı, San Marino Cumhuriyeti, Yugoslavya Federal Cumhuriyeti, İsviçre, Tunus ve Uruguay ile karşılıklı sağlık anlaşmaları bulunmaktadır. Bu anlaşmalar, söz konusu ülkelerin vatandaşlarının, belirli sağlık hizmetlerinden İtalya'da yararlanmalarını sağlamak için imzalanmıştır. Bu anlaşmaların amacı, her iki ülkenin vatandaşlarının sağlık hizmetlerine daha kolay erişimini sağlamaktır (Zanin, 2013).

5.9.8. Düzensiz Göçmenlere Uygulanan Sağlık Hizmetleri

İtalya'da düzensiz AB üyesi olmayan yabancılara sağlanan sağlık hizmetleri, Konsolide Kanun'un 35. maddesi ve ilgili yönetmelikler tarafından düzenlenmektedir. Bu düzenlemeler, İtalya'da bulunan her bireyin sağlığının korunması ilkesini ve toplumun çıkarlarının gözetilmesini amaçlamaktadır.

Bu kişilere sağlanan sağlık hizmetleri şunları içerir:

- Acil veya temel ayakta tedavi ve hastane bakımı
- Sürekli bakım, bu kapsamda hastaya gerekli teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin sağlanması

Özel koruma sağlanan bazı temel bakım türleri şunlardır:

- Hamilelik ve anneliğin sosyal koruması, bu içerisinde kürtaj da yer alır
- Küçüklerin sağlığının korunması
- Aşılar ve uluslararası profilaktik müdahaleler
- Bulaşıcı hastalıkların profilaksisi, tanısı ve tedavisi
- Uyuşturucu bağımlısı hastalar lehine müdahaleler

Ancak, düzensiz AB üyesi olmayan yabancılar için sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanabilme koşulu bulunmaktadır. Kişinin yoksul olduğunu veya yeterli ekonomik kaynağa sahip olmadığını belgelemesi gerekir. Aksi takdirde, hizmetlerden faydalanabilmek için belirli bir katılım ücreti ödemeleri gerekebilir. Sağlık hizmetlerinin kaydı, her bir yabancıya özgü olarak verilen bir kod üzerinden gerçekleştirilir. Bu kod, ulusal topraklar boyunca geçerliliği

olan ve hizmetlerin raporlanması için kullanılan bir kimlik numarasıdır. İtalya’da düzensiz olarak bulunan AB üyesi olmayan yabancılar için sağlık hizmetlerinin sunumu ve geri ödeme süreci belirli prosedürlere tabidir. Bu prosedürler, bakanlık genelgeleri ve ilgili yasal düzenlemelere dayanmaktadır. Son olarak, İtalya'ya tıbbi tedavi amacıyla seyahat eden yabancılar için de özel bir düzenleme bulunmaktadır. Bu kişiler, belirli koşulları karşıladıklarında tıbbi tedavi için İtalya'ya giriş izni alabilirler (Zanin, 2013).

5.9.9. Geçici Barınma Merkezlerinde Sağlanan Sağlık Hizmetleri

İtalya'da bulunan göç merkezlerinde sağlık hizmetleri, göç dünyasının belirli bir dilimini temsil etmektedir. Bu merkezler, İlk Yardım Merkezlerinde (CSPA) olduğu gibi, yakın zamanda göç etmiş insanları ve dolayısıyla ihtiyaç sahiplerini hızlı bir şekilde bulmayı ve yardım etmeyi amaçlarlar. Göç yolculuğunun getirdiği fiziksel ve ruhsal zorlukları hafifletmek, özellikle refakatsiz çocuklar, istismar veya insan ticareti mağduru kişiler gibi öncelikli psikolojik ve sağlık bakımına ihtiyaç duyan bireyleri belirlemek amacıyla çaba harcarlar. Ayrıca, yaşlılar, engelliler, özellikle akut hastalıklarla mücadele edenler veya seyahatin fiziksel stresinden kaynaklanan ciddi sonuçlarla karşı karşıya olan kişilere odaklanırlar.

İtalya'da farklı türde göç merkezleri bulunmaktadır ve bu merkezler farklı işlevlere sahiptir. İlk yardım ve yardım merkezleri (CSPA), genellikle göçmenlerin karaya çıkarıldığı yerlere yakın konumlanır ve yeni gelenler için ilk sınıflandırma alanlarını oluştururlar. Bu merkezler, genellikle kısa bir süre (yaklaşık 24 ila 48 saat) kalınacak yerlerdir. Sağlık hizmetleri, burada bir kaza veya ciddi hastalık durumunda acil servise taşıma, reçetelenen ilaçları uygulama ve uzman teşhis ziyaretlerini içermektedir. Doktorun reçete ettiği kişi, hizmet veren tesise kadar refakat edilmektedir (Zanin, 2013).

5.9.10. Acil Sağlık Hizmetleri ve Temel Bakım

İtalya'da yasal statüsü olmayan göçmenler için, yani oturma izni süresi dolmuş veya yasal göç yollarıyla ülkeye girmemiş ve dolayısıyla İtalya'da kalma hakkına sahip olmayanlar için acil veya temel sağlık hizmetlerine erişim hakkı bulunmaktadır. Bu hizmetler, hastalıklar, yaralanmalar ve bireysel ile toplu sağlığın korunması için yapılan önleyici tıp programlarını içerir. Bu sayede, hastaların tam bir tedavi ve rehabilitasyon süreci ile iyileşmeleri sağlanmaktadır. Sağlık Bakanlığı, hangi durumların "acil tedavi" ve "temel bakım" olarak değerlendirileceğini belirlemek için 24 Mart 2000 tarihli ve 5 numaralı genelgeyi yayınlamıştır.

Acil tedaviler, kişinin hayatı için hemen tehlike oluşturabilecek ve ertelenemeyen müdahaleler olarak kabul edilir. Temel bakım ise, kısa vadede acil olmayan ancak zaman içinde

daha fazla sağlık riski veya yaşam tehlikesi oluşturabilecek tanılar ve tedavileri içerir. Bu durumlar genellikle komplikasyonlar, kronikleşme veya durumun kutleşmesi gibi faktörlerdir.

Özellikle şu sağlık hizmetleri garanti altındadır:

- Gebelik ve doğum sağlığının korunması için gerekli hizmetler, İtalyan kadınlarıyla aynı koşullarda sağlanır.
- ocuk sağlığının korunması.
- Toplumsal nlemler kapsamında aşılar.
- Uluslararası profilaksi girişimleri.
- Bulaşıcı hastalıkların profilaksisi, tanısı ve tedavisi.

Düzenli olarak ikamet etmeyen yabancılar, yeterli ekonomik kaynaklara sahip olmayan başvuru sahipleri için bu hizmetler ücretsiz olarak sunulur. Bu durumda, yabancı tarafından gelir beyanının sunulması gereklidir (<https://integrazionemigranti.gov.it/it-it/Ricerca-norme/Dettaglio-norma/id/12/Salute>).

5.9.11. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

İtalya'da göçmenlere uygulanan birinci basamak sağlık hizmetleri oldukça kapsamlıdır. Özellikle, İtalyan Anayasası'nın 32. maddesi gereği sağlık hakkı tüm bireyler için temel bir hak olarak kabul edilir. Bu çerçevede, göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimi, oturma izin durumlarına ve sosyal güvenlik sistemine kayıtlı olup olmamalarına bağlı olarak değişiklik gösterir.

İtalya'da göçmenlere uygulanan birinci basamak sağlık hizmetleri şunları içerebilir:

1. Acil Sağlık Hizmetleri: Yasal olarak İtalya'da bulunmayan veya oturma izni olmayan göçmenler dahi acil sağlık hizmetlerine erişim hakkına sahiptirler. Bu, hayati öneme sahip tıbbi müdahaleleri içerir ve sağlık durumlarının acil bir şekilde değerlendirilmesini ve tedavi edilmesini sağlar.

2. Temel Sağlık Hizmetleri: Göçmenler, gerekli durumlarda temel sağlık hizmetlerinden yararlanabilirler. Bu, genel muayene, teşhis, ilaç tedavisi, aşılar, hamilelik ve doğum hizmetleri gibi hizmetleri içerir.

3. Kamusal Sağlık Merkezleri ve Hastaneler: İtalya'daki kamu sağlık merkezleri ve hastaneler, göçmenlere sağlık hizmetleri sunar. Bu merkezler, acil durumlar ve kronik sağlık sorunları gibi çeşitli durumlar için hizmet verirler.

4. Önleyici Sağlık Hizmetleri: Göçmenlere, hastalıkların önlenmesi ve sağlıklarının korunması amacıyla önleyici sağlık hizmetleri sunulur. Bu, aşılar, tarama testleri ve sağlık eğitimi gibi hizmetleri içerebilir.

5. Psikolojik ve Ruhsal Sağlık Hizmetleri: İtalya'daki göçmenlere, psikolojik danışmanlık ve ruhsal sağlık hizmetleri de sunulmaktadır. Bu, stres, travma ve diğer zihinsel sağlık sorunlarıyla başa çıkmalarına yardımcı olmayı amaçlar.

Bu hizmetler, göçmenlerin oturma izni durumuna, kaydolduğu sosyal güvenlik sistemine ve acil tıbbi durumların varlığına bağlı olarak değişiklik gösterebilir. Ancak genel olarak, İtalya'da yaşayan tüm göçmenlerin, yasal statülerine bakılmaksızın temel sağlık hizmetlerine erişim hakları bulunmaktadır (<https://integrazionemigranti.gov.it/it-it/Ricerca-norme/Dettaglio-norma/id/12/Salute>).

5.9.12. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

İtalya'da göçmenlere yönelik sağlık hizmetlerinin finansmanı, özellikle 1995 yılında kabul edilen Dini Kararnamesi (Decree Law 489/95) ile belirli düzenlemelerle sağlanmaktadır. Bu kararname, belirli sağlık hizmetlerinin düzensiz göçmenlere de sunulmasını öngörmektedir. Ayrıca, göçmenlerin entegrasyonu için özel bir fon olan "Fondo nazionale per le politiche migratorie" (Ulusal Göç Politikaları Fonu) oluşturulmuştur. Bu fon, göçmenlerin sosyal haklarını güvence altına almak için önemli finansal kaynaklar sağlamaktadır (Zincone, 2005).

Finansman bakımından, Düzensiz göçmenlere sağlanan tedaviler merkezi hükümet tarafından bölgelere geri ödenirken, sağlık hizmetlerinin organizasyonu (örneğin, arabuluculuk hizmetleri, tıbbi personel ve birinci basamak bakım için maddi kaynaklar dahil) her bölgenin bütçesine bağlıdır. Göçmenler aldıkları tedavilerin masraflarına katılmalıdır ancak İtalyan vatandaşlarında olduğu gibi sağlık nedenleriyle (örneğin kronik hastalık, ağır patoloji) veya ekonomik nedenlerle (ekonomik yoksunluk) katkı payından muaf tutulabilirler (Zincone, 2008).

Düzensiz göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimi, Lig ve Fratelli d'Italia gibi İtalyan sağcı ve göçmen karşıtı partiler tarafından sıklıkla bir "refah yükü" olarak çerçevelenmiştir. Özellikle ekonomik kriz dönemlerinde, hak etmeyen "clandestini" ve "hileli tıbbi turistlere"

sağlık hizmeti sunmanın (sözde) yüksek maliyetini, "İtalyan yoksullarının" yaşadığı kısıtlılara karşı sık sık harekete geçirerek ücretsiz sağlık hizmetlerinden dışlanmaları çağrısında bulunmuşlardır. 2000'li yılların ortalarından bu yana İtalya'da mevcut olan "sağlık hizmetlerinde rasyonelleşme" ve "sistemin kötüye kullanımını" durdurma zorunluluklarını ırkçı tonlarla suçlayan bu söylemler, sınırlı da olsa mevcut verilerle çelişmektedir. 1998-2017 döneminde, yıllık Ulusal Sağlık Fonunun yaklaşık %0,2'si Sağlık Bakanlığı tarafından bu amaçla bölgelere tahsis edilmiştir. Tedavi maliyetleri ile ilgili olarak 2010 yılında Düzensiz göçmenler ülkedeki tüm hastaneye yatışların %0,4'ünü ve hastaneye yatış için yapılan kamu harcamalarının %0,34'ünü oluşturmuştur (Perna, 2022).

Öte yandan, göçmenlere yönelik sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin değerlendirilmesi, iki ana çalışmanın sonucuna dayanmaktadır. Birincisi, Hükümetin Planlama ve Ekonomik Koordinasyon Komitesi'nin (CIPE) her yıl hükümetlere sadece düzensiz göçmenlerin sağlık harcamalarını karşılamak için 30 milyon avroluk bir fon tahsis ettiğini belirtmektedir. Ayrıca, İçişleri Bakanlığı'nın yıllık 12 milyon avroluk bir bütçeyle geri ödemeleri sağladığını vurgulamaktadır. Bu, toplam harcamanın ulusal sağlık fonunun yalnızca %0,06'sına denk geldiği anlamına gelmektedir. Bu durum, düzensiz göçmenlere sağlık hizmetlerinin maliyetinin zaten birkaç yıldır finanse edildiği anlamına gelmektedir (Perna, 2022).

5.9.13. Sağlık Hizmetlerinin Denetimi

İtalya'da göçmenlerin sağlık hizmetlerinin denetimi, çeşitli kurumlar tarafından gerçekleştirilir ve genellikle mevzuata uygunluğun sağlanmasına odaklanır.

Göçmenlerin sağlık hizmetlerinin denetimiyle ilgili ana kurumlar ve süreçler:

1. Sağlık Bakanlığı (Ministero della Salute): İtalya'daki sağlık hizmetlerinin genel denetiminden ve sağlık politikalarının oluşturulmasından sorumlu kurumdur. Sağlık Bakanlığı, göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimini düzenleyen yasal düzenlemelerin uygulanmasını ve sağlık hizmetlerinin kalitesini izlemeyi sağlar.

2. Ulusal Sağlık Konseyi (Consiglio Superiore di Sanità): Sağlık politikalarının oluşturulmasına danışmanlık yapar ve sağlık hizmetlerinin denetimini sağlar. Göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimi ve bu hizmetlerin kalitesi konularında tavsiyelerde bulunabilir ve politika geliştirme süreçlerine katılabilir.

3. Bölgesel ve Yerel Sağlık Kurumları (Azienda Sanitaria Locale - ASL): İtalya'nın bölgelerinde ve yerel yönetimlerinde sağlık hizmetlerini yöneten ve denetleyen kurumlardır.

ASL'ler, göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak ve sağlık hizmetlerinin kalitesini denetlemekten sorumludur.

4. İlgili Profesyonel Kurullar ve Dernekler: Sağlık hizmetlerini sunan profesyonellerin mesleki standartlarını belirleyen ve denetleyen kurumlardır. Örneğin, doktorlar için İtalyan Tıp Odası (Ordine dei Medici) veya hemşireler için Hemşirelik ve Ebelik Konseyi (Ordine delle Professioni Infermieristiche e Ostetriche) gibi kuruluşlar, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve uygunluğunu gözetir.

5. Kamu Sağlık Kurumları ve Hastaneler: Sağlık hizmetlerini doğrudan sunan ve sağlık hizmetlerinin günlük yönetiminden sorumlu olan kurumlardır. Bu kurumlar, göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak ve sağlık hizmetlerinin kalitesini sağlamak için belirlenen standartlara uymakla yükümlüdür.

Bu kurumlar, yasal düzenlemelere uygun olarak göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimini denetlerken, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin genel kalitesini ve etkililiğini gözetirler. Göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimini izlemek ve denetlemek, sağlık sistemlerinin toplumun genel sağlığını iyileştirmesini ve adaletli bir sağlık hizmeti sunmasını sağlamak için önemlidir (<https://integrazionemigranti.gov.it/it-it/Ricerca-norme/Dettaglio-norma/id/12/Salute>).

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Bu bölümde Türkiye ve İtalya'nın göçmenlere yönelik Sağlık politikaları ve göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimi konusu altı farklı başlık altında karşılaştırmalı olarak bulgular ve analizler çerçevesinde sonuçlandırılarak okuyucuya aktarılmıştır. Türkiye için sadece geçici koruma kapsamı altında bulunan Suriyeli göçmenler, İtalya içinse Düzenli ve Düzensiz olarak bulunan göçmenler genel olarak değerlendirilmiştir.

6.1. Yasal Çerçeve Politika

Türkiye ve İtalya'nın göçmenlere yönelik sağlık politikalarını karşılaştırdığımızda, her iki ülkede de göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimi için belirli yasal düzenlemeler bulunmaktadır:

Türkiye'de, Suriyeli göçmenlere "geçici koruma" statüsü verilmiş ve bu statü altında sağlık hizmetlerine erişimleri düzenlenmiştir. 6458 sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu ile Suriyeli göçmenlere geçici koruma sağlanmış ve çeşitli sağlık merkezlerine ücretsiz erişim imkânı tanınmıştır. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin denetimi ve sorumluluğu Sağlık Bakanlığı tarafından organize edilmekte olup, geçici koruma yönetmeliği çerçevesinde sağlık hizmetlerinin sunumu ve koordinasyonu sağlanmaktadır.

İtalya'da ise, göçmenlere sağlık hizmetlerine erişim sağlanması İtalyan Anayasası ve ilgili yasal düzenlemeler temelinde gerçekleşmektedir. Göçmenlerin sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı, İtalya'nın ulusal sağlık sistemi olan Servizio Sanitario Nazionale (SSN) tarafından sağlanmaktadır. SSN, İtalya'da ikamet eden herkesin temel sağlık hizmetlerine erişimini sağlamaktadır ve göçmenlere de bu hizmetlerden yararlanma hakkı tanımaktadır. Göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimi genellikle bir sağlık kartı aracılığıyla sağlanmaktadır.

Her iki ülkede de sağlık hizmetlerine erişim konusunda belirli yasal düzenlemeler bulunmakta olup, Türkiye'de geçici koruma statüsü altındaki Suriyeli göçmenlere özel düzenlemeler uygulanırken, İtalya'da genel sağlık politikaları göçmenlerin sağlık hizmetlerinden yararlanmasını sağlamaktadır. Bu bağlamda, Türkiye'nin Suriyeli göçmenlere yönelik acil duruma yanıt olarak geliştirdiği politikalarla, İtalya'nın genel sağlık hizmetleri politikasını karşılaştırmak önemlidir.

6.2. Sağlık Hizmetlerine Erişim

6.2.1. Benzerlikler

Her iki ülkede de göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimi için yasal düzenlemeler ve politikalar mevcuttur. Acil sağlık hizmetlerine erişimde öncelik verilir ve hayati müdahaleler yapılır. Temel sağlık hizmetleri, genel muayene, teşhis, ilaç tedavisi, aşılar, hamilelik ve doğum hizmetleri gibi kapsamlı bir yelpazede sunulur. Göçmenlerin sağlık durumlarıyla ilgili bilgilerin paylaşılmasında gizlilik ve güvenlik önlemleri alınır.

6.2.2. Farklılıklar

Türkiye'de geçici koruma altındaki Suriyeliler, Geçici Koruma Kimlik Belgesi'ne sahip olanlar ve ön kaydı yapılmış fakat işlemleri tamamlanmamış olanlar gibi belirli kategorilere dahil edilirken, İtalya'da oturma izni olan veya olmayan göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimi sağlanır. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı ve yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanırken, İtalya'da kamu sağlık merkezleri ve hastaneler aracılığıyla sunulur. Türkiye'de geçici koruma altındaki bireylerin acil ve zorunlu haller dışında özel sağlık kuruluşlarına doğrudan başvurması kısıtlanırken, İtalya'da göçmenlerin bu kuruluşlara doğrudan başvurabilme imkânı bulunur. Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişimde dil bariyerleri ve kültürel farklılıklar göz önünde bulundurularak destek verilirken, İtalya'da sağlık personeline çeşitlilik eğitimleri verilerek kültürel uyumluluk sağlanır ve dil desteği sağlayan hizmetler bulunur.

6.3. Geçici Barınma Merkezlerinde Sağlanan Sağlık Hizmetleri

Türkiye'de Geçici Barınma Merkezlerinde Sağlanan Sağlık Hizmetleri, AFAD ve Göç İdaresi Genel Müdürlüğü tarafından belirlenen yönergeler doğrultusunda organize edilmektedir. Bu merkezlerde sağlık hizmetleri büroları oluşturulmakta ve sağlık hizmetlerinin etkinliği artırılmaya çalışılmaktadır. Sağlık hizmetleri bürosu, geçici sağlık tesislerinin işletilmesi veya işletilmesini sağlama sorumluluğunu üstlenmektedir. Bu kapsamda, ilaç temini, sağlık taramaları, acil sağlık hizmetleri ve sevk işlemleri gibi görevler organize edilmekte ve hizmet kayıtları tutulmaktadır.

İtalya'da ise Geçici Barınma Merkezlerinde Sağlanan Sağlık Hizmetleri, göç merkezlerinin belirli bir dilimini temsil etmektedir. Bu merkezler, özellikle yeni göç etmiş insanlara hızlı bir şekilde yardım etmeyi amaçlamaktadır. İlk yardım ve yardım merkezleri (CSPA), genellikle göçmenlerin karaya çıkarıldığı yerlere yakın konumlanır ve yeni gelenler

için ilk sınıflandırma alanlarını oluştururlar. Bu merkezlerde sağlık hizmetleri, acil durum taşıma, ilaç uygulaması ve uzman teşhis ziyaretlerini içermektedir. Doktorun reçete ettiği kişi, hizmet veren tesise kadar refakat edilmektedir.

Her iki ülkede de Geçici Barınma Merkezlerinde Sağlanan Sağlık Hizmetleri, göçmenlerin sağlık ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik belirli düzenlemeler çerçevesinde organize edilmekte olup, acil durum müdahalelerini içermektedir. Bununla birlikte, Türkiye'de sağlık hizmetleri bürolarının organize ettiği hizmetler ve İtalya'da CSPA'ların sağladığı hizmetler arasında bazı farklılıklar bulunmaktadır.

6.4. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Türkiye'de geçici korunanlara sağlanan sağlık hizmetlerinin finansmanı, genellikle Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) kapsamında gerçekleştirilmektedir. Bu hizmetlerin maliyetleri, GİGM ile Sağlık Bakanlığı arasında imzalanan götürü bedel protokolleri doğrultusunda ve global bütçe yöntemiyle belirlenmektedir. Özellikle, 2018 yılından itibaren GİGM tarafından geri ödemelerin gerçekleştirildiği ve bu süreçte Sağlık Bakanlığı ile GİGM arasında protokollerin imzalandığı belirtilmektedir.

Öte yandan, İtalya'da göçmenlere sağlık hizmetlerinin finansmanı, belirli yasal düzenlemelerle sağlanmaktadır. Özellikle, 1995 yılında kabul edilen Dini Kararnamesi (Decree Law 489/95), belirli sağlık hizmetlerinin düzensiz göçmenlere sunulmasını öngörmektedir. Bu kapsamda, göçmenlere sağlık hizmetlerinin finansmanı için özel bir fon olan Ulusal Göç Politikaları Fonu oluşturulmuştur. Finansman açısından, düzensiz göçmenlere sağlanan tedavilerin merkezi hükümet tarafından bölgelere geri ödendiği belirtilmektedir. Sağlık hizmetlerinin organizasyonu ise her bölgenin bütçesine bağlıdır.

6.5. Sağlık Hizmetlerinin Denetimi

Hem Türkiye hem de İtalya'da sağlık hizmetlerinin denetimi merkezi bir otorite tarafından yürütülmektedir. Her iki ülkede de sağlık hizmetlerinin kalitesini ve standartlarını belirlemek, sağlık kuruluşlarını denetlemek ve hizmetlerin etkin bir şekilde sunulmasını sağlamak amacıyla denetim faaliyetleri gerçekleştirilir.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın yanı sıra yerel düzeyde de denetim faaliyetleri yürütülürken, İtalya'da ulusal düzeyde Sağlık Bakanlığı'nın denetimleri ön plandadır. Bu bilgiler doğrultusunda, Türkiye ve İtalya'nın sağlık hizmetlerinin denetimi konusunda benzer

yaklaşımlara sahip olduklarını ancak denetim süreçlerinde bazı farklılıkların olduğunu söyleyebiliriz.

6.6. Acil Sağlık Hizmetleri ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Türkiye'de, geçici korunanlara acil sağlık hizmetleri, Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'ne uygun olarak sağlanmaktadır. Sınırdan yaralı olarak gelenlerin ilk değerlendirmesi ambulans ekipleri tarafından gerçekleştirilir ve acil bir durum varsa hastalar hastaneye sevk edilir. Geçici Koruma Kapsamı altında bulunan Suriyeli göçmenlere ise birinci basamak sağlık hizmetleri, müdürlükler ve gönüllü sağlık kuruluşları tarafından sunulmaktadır. Bu hizmetler arasında bulaşıcı hastalıklara yönelik önlemler, aşılar, çocuk sağlığı, kadın sağlığı ve çevre sağlığı hizmetleri bulunmaktadır.

İtalya'da ise yasal statüsü olmayan yabancılar için acil ve temel sağlık hizmetlerine erişim hakkı bulunmaktadır. Acil sağlık hizmetleri, hayati öneme sahip tıbbi müdahaleleri içerirken, temel sağlık hizmetleri genel muayene, teşhis, ilaç tedavisi, aşılar, hamilelik ve doğum hizmetlerini içermektedir. Bu hizmetler, yeterli ekonomik kaynaklara sahip olmayanlar için ücretsiz olarak sunulmaktadır. Ayrıca, önleyici sağlık hizmetleri ve psikolojik destek de sağlanmaktadır.

Her iki ülkede de geçici korunanlar ve yasal statüsü olmayan yabancılar için sağlık hizmetlerine erişim ve acil durumlarda sağlık hizmetlerinin sunumu konusunda belirli düzenlemeler bulunmaktadır. Bu düzenlemeler, hastaların sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasını ve sağlık hizmetlerine erişimlerini kolaylaştırmayı amaçlamaktadır.

ÖNERİLER

1. Göçmen duyarlı sağlık politikalarının geliştirilmesi:

- Göçmenlerin sağlık ihtiyaçlarına duyarlı politikaların oluşturulması.
- Sağlık hizmetlerine erişimde eşitlik ilkesinin gözetilmesi.

2. Sistemin göçmenlere yönelik hizmetlere uyarlanması:

- Sağlık hizmetlerinin göçmenlerin kültürel ve dil gereksinimlerine uygun hale getirilmesi.
- Göçmenlerin ayrımcılığa maruz kalmadan eşit hizmet alabilmesi için sağlık programlarının geliştirilmesi.

3. Yasal düzenlemeler:

- Göçmenlerin sağlık hizmetlerine eşit erişimini sağlamak için uygun yasal düzenlemelerin yapılması.

4. Sağlık hizmetlerinin uyarlanması ve geliştirilmesi:

- İyi hekimlik uygulamalarının göçmen nüfusa uygun hale getirilmesi.
- Göçmen dostu hastanelerin ve sağlık merkezlerinin geliştirilmesi.

5. Hizmet sunumunda uzmanlaşma:

- Aile hekimlerinin göçmenlere yönelik hizmet sunumunda uzmanlaşmalarının sağlanması.
- Kültürel duyarlı sağlık merkezlerinin kurulması ve geliştirilmesi.

6. Eğitim ve yetkinlik geliştirme:

- Sağlık çalışanlarına kültürel uyum ve duyarlılık konularında eğitimler verilmesi.
- Sosyal çalışmacıların kültürel uyum eğitimlerinden geçirilmesi.
- Kültürel arabuluculuk sistemi için eleman yetiştirilmesi.

7. İş birlikleri ve ortaklıklar:

- Gönüllü kuruluşlarla iş birliği yapılması.
- Ulusal ve uluslararası kuruluşlardan destek alınması.

8. İletişimin güçlendirilmesi:

- Kültürel arabuluculuk sisteminin geliştirilmesi.
- Dil bariyerlerini aşmak için tercümanlık hizmetleri ve uygun dillere çevrilmiş sağlık materyallerinin sağlanması.

9. Bilgilendirme ve eğitim:

- Göçmenlere sağlık hizmetlerine erişim konusunda düzenli ve sürekli bilgilendirme yapılması.
- Sağlık merkezlerinde kullanılan sağlık eğitim materyallerinin uygun dillere çevrilmesi.

10. Göçmenlere yönelik eğitim:

- Göçmenlere hakları, yükümlülükleri ve sağlık hizmetleri hakkında eğitim verilmesi.
- Sağlık okuryazarlığı programlarının göçmenlere uyarlanması.

11. Göçmenlerin katılımı:

- Sağlık politikalarının oluşturulmasında göçmenlerin katılımının sağlanması.
- Hizmetlerin uygulanmasında göçmenlerin veya temsilcilerinin rol almasının sağlanması.
- Göçmenlerin sağlık hizmetlerine entegrasyonunun sağlanması için sağlık maliyetine katkı sağlamalarının teşvik edilmesi.
- Sağlık personeli arasına göçmenlerin dahil edilmesi.

12. Yönetsel prosedürlerin geliştirilmesi:

- Yöneticilerin göçmen sağlığı konusunda eğitilmesi.
- Uygun yasa ve yönetmeliklerin oluşturulması.

13- Sağlık bilgi sistemlerinin oluşturulması:

- Göçmenlerin sağlık durumlarını belirlemek için araştırmalar yapılması.
- Sağlık bilgi sistemlerinde göçmenlere özel takip sistemlerinin oluşturulması.
- Hastalık sürveyans sistemlerinin göçmenlere uygun hale getirilmesi.



KAYNAKÇA

- Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı. (2015, 12 Kasım). Geçici koruma altındaki yabancılara ilişkin sağlık hizmetlerinin yürütülmesi. 2015/8 Sayılı Genelge. https://www.afad.gov.tr/kurumlar/afad.gov.tr/2311/files/2015_8_Gecici_Koruma_alinda_ki_Yabancılara_Iliskin_Saglik_Hizmetlerinin_Yurutulmesi.pdf
- Ak, S. (2023). Türkiye'nin sağlık sektöründe 2003 yılında başlayan dönüşüm programı: Bir inceleme. *Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Dergisi*, 3(1), 71-78.
- Akdağ, R., & diğerleri. (2009). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Ocak 2009 İlerleme Raporu*. Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Alp, Ç., Apiş, İ. Y., Hazneci, H., Küçükçavuş, M. A., & Ertunç, M. A. (Eds.). (2018). *Türkiye'deki Suriyeliler - Özel Rapor*. T.C. Kamu Denetçiliği Kurumu (Ombudsmanlık). https://paylasim.ombudsman.gov.tr/dokuman/documentuploads/suriye_rapor/files/basica-html/page15.html
- Baghzouz, A. (2014). La politique Méditerranéenne de l'Algérie à l'épreuve des mutations géopolitiques régionales: Ehangement ou continuité?. *Maghreb-Machrek*, (3), 23-34. <https://www.cairn.info/revue-maghreb-machrek-2014-3-page-23.htm>
- Bhabha, J. (2005). Rights spillovers: The impact of migration in the legal system of Western states. In E. Guild & J. van Selm (Eds.), *International Migration and Security: Immigrants as an Asset or Threat?* (pp. 28-50). Routledge.
- Blumi, I. (2013). *Ottoman refugees, 1878-1939: Migration in a post-imperial world*. A&C Black.
- Bozkaya, Ö., & Kıncal, A. (2018). Türkiye-Avrupa Birliği ilişkileri ve Suriyeli yerinden edilmiş kişiler bağlamında Türkiye'nin göç politikasındaki gelişimin değerlendirilmesi. *Göç Araştırmaları Dergisi*, 4(2), 90-126.
- Bratram, D., Poros, M. V., & Monforte, P. (2017). *Göç Meselesinde Temel Kavramlar* (Çev: İtir Ağabeyoğlu Tuncay). Hece Yayınları ve Dergileri.
- Brown, S. K., & Bean, F. D. (2005). International migration. In *Handbook of Population* (pp. 347-382). Springer.
- Carling, J. (2019). Key concepts in the migration–development nexus. In *MIGNEX Handbook* (v2, Chapter 2). Peace Research Institute Oslo. www.mignex.org/d021
- Çakmak, S. (2018). *Türkiye'nin göç politikaları: Suriyelilerin yerleştirilmesi örneği*. (Yüksek Lisans Tezi), Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- De Belvis, A. G., Meregaglia, M., Morsella, A., Adduci, A., Perilli, A., Cascini, F., Solipaca, A., Fattore, G., Ricciardi, W., Maresso, A., & Scarpetti, G. (2022). *Italy: Health system review*. Health Systems, 1-.
- Del Boca, D., & Venturini, A. (2003). Italian migration. In *European Migration: What do we know?* (IZA Discussion Paper No: 938, pp. 303-336).

- European Commission. (n.d.). About the EMN. https://home-affairs.ec.europa.eu/networks/european-migration-network-emn/about-emn_en (Erişim tarihi: 15.03.2024).
- Eurostat. (2022). Health expenditure statistics. <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/>
- Eurostat. (n.d.). Who we are. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/main/about-us/who-we-are> (Erişim tarihi: 15.03.2024).
- Geçici Barınma Merkezlerinin Kurulması, Yönetimi ve İşletilmesi Hakkında Yönerge. (2015, 4 Kasım). Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı ve Göç İdaresi Genel Müdürlüğü 23796 Sayılı Yönergesi. <https://www.antalyasm.gov.tr/duyuru/gecici-barinmamerkezlerinin-kurulmasi-yonetimi-ve-isletilmesi-hakkinda-yonerge/353>
- Giannetto, L., Ponzo, I., & Roman, E. (2019). National report on the governance of the asylum reception system in Italy. ResearchGate. https://www.researchgate.net/publication/335062511_National_report_on_the_governance_of_the_asylum_reception_system_in_Italy/citation/download
- Goodwin-Gill, G. S. (2014). The international law of refugee protection. In E. Fiddian-Qasmiyeh, G. Loescher, K. Long, & N. Sigona (Eds.), *The Oxford Handbook of Refugee and Forced Migration Studies* (pp. 51-59). Oxford University Press.
- Göç İdaresi Başkanlığı. (2023). Güncel veriler. Göç İdaresi Başkanlığı. <https://www.goc.gov.tr/guncel-veriler>
- Göç İdaresi Genel Müdürlüğü ve Sağlık Bakanlığı. (2021). Göç İdaresi Genel Müdürlüğü ve Sağlık Bakanlığı arasında götürü bedel üzerinden sağlık hizmeti alım protokolü. <https://khgmfinansalanalizdb.saglik.gov.tr/Eklenti/41315/0/2021-yili-goc-idaresi-genel-mudurlugu-ve-saglik-bakanligi-arasinda-goturu-bedel-uzerinden-saglik-hizmet-alim-protokolupdf.pdf>
- Göç İdaresi Genel Müdürlüğü. (2021). Türkiye'nin düzensiz göçle mücadelesi. <https://www.goc.gov.tr/turkiyenin-duzensiz-gocle-mucadelesi>
- Göç İdaresi Genel Müdürlüğü. (2024). İstatistikler - Geçici koruma. <https://www.goc.gov.tr/gecici-koruma5638>
- Gültaş, A. S., & Balçık, P. Y. (2018). Suriyeli sığınmacılara yönelik sağlık politikaları. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(2), 193–204. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/497567>
- Hermanin, C. (2017). *Immigration policy in Italy: Problems and perspectives*. Istituto Affari Internazionali (IAI) Working Papers, No. 17 | 35.
- Hilmi, Ç. (2009). *Sağlık ekonomisi ve Türkiye'de sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması*. İzmir.
- IOM. (2009). *Göç Terimleri Sözlüğü*. R. Perruchoud & J. R. Cross (Eds.), Uluslararası Göç Hukuku No. 18. Uluslararası Göç Örgütü (IOM) Yayınları.
- IOM. (n.d.). Our work. <https://www.iom.int/our-work> (Erişim tarihi: 05.03.2024).

- IOM. (n.d.). Who we are. <https://www.iom.int/who-we-are> (Erişim tarihi: 05.03.2024).
- İçduygu, A. (2014). Turkey's migration transition and its implications for the Euro-Turkish transnational space. *Global Turkey in Europe II*, 81.
- İçduygu, A., & Biehl, K. (2012). Türkiye'ye yönelik göçün değişen yörüngesi. In A. İçduygu (Ed.), *Kentler ve Göç: Türkiye, İtalya, İspanya* (pp. 16-29). İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- İnanç, H. (2012). Transformation of Arabic identity during the Arabic spring. *International Journal of Humanities and Social Sciences*, 2(23), 199-204.
- Jean-Claude, B., & Guillaume, B. (2007). *Toute La Géographie Du Monde*. Fayard.
- Karaşahin, M. (2012). *Avrupa Birliği'nde ortak göç politikası oluşturma çabaları ve ulusal farklılıklar sorunu*. (Yüksek Lisans Tezi), Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Kaygısız, Ö. (2013). *AB'nin dışsallaştırma stratejisinin Türkiye'nin düzensiz göç politikalarına etkileri*. (Yüksek Lisans Tezi), Girne Amerikan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Girne.
- Kedikli, U., & Çalağan, Ö. (2017). Enerji alanında bir rekabet sahası olarak Doğu Akdeniz'in önemi. *Sosyal Bilimler Metinleri*, 1, 120-138. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/770057>
- Levinson, A. (2005). *The Regularisation of Unauthorized Migrants: Literature Survey and Country Case Studies*. Compas.
- Lucas, R. E. (1997). Internal migration in developing countries. In M. R. Rosenzweig & O. Stark (Eds.), *Handbook of Population and Family Economics*, 1, 721-798. Gulf Professional Publishing.
- Marfleet, P., & Blustein, D. L. (2011). 'Needed not wanted': An interdisciplinary examination of the work-related challenges faced by irregular migrants. *Journal of Vocational Behavior*, 78(3), 381-389.
- Ministero dell'Interno. (2012). *Salute*. Erişim tarihi: 10 Mayıs 2024, <https://integrazionemigranti.gov.it/it-it/Ricerca-norme/Dettaglio-norma/id/12/Salute>
- Ministero della Salute. (2024). *Linee Guida per l'Accesso ai Servizi Sanitari da parte degli Stranieri [Yabancıların Sağlık Hizmetlerine Erişim İçin Kılavuz]*. Roma, İtalya: Autorità Nazionale Sanitaria.
- Morgese, G. (2015). *Lineamenti della normativa italiana in materia di immigrazione*.
- Obi, C. T. (2021). *The impact of living arrangements (In-Camp versus Out-of-Camp) on the quality of life: Case study of Syrian refugees in Jordan*. World Bank Policy Research Working Paper Series, No. 9533. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/35106>
- OECD. (2017, January). *Who bears the cost of integrating refugees?* <https://www.oecd.org/els/mig/migration-policy-debates-13.pdf>

- Örselli, E., & Babahanoğlu, V. (2019). Doğu Akdeniz’de açılmaya çalışılan Pandoranın kutusu: Enerji kaynaklarından alan hakimiyetine uzanan ekonomi politik hesaplar. *Journal of International Social Research*, 12(66), 388-400.
- Özgen, A. Ö. (2010). *Avrupa Birliği göçmen politikaları: Tarihsel geçmiş ve mevcut durum*. (Yüksek Lisans Tezi), Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Resmî Gazete. (2014). Geçici Koruma Yönetmeliği (Sayı: 29153). <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/21.5.20146883.pdf>
- Sağlık Bakanlığı. (2015, 25 Mart). Geçici koruma altına alınanlara verilecek sağlık hizmetlerine dair esaslar. 2875 Sayılı Yönerge. <https://khgmfinansalanalizdb.saglik.gov.tr/TR-40556/gecici-koruma-altina-alinan-suriye-uyruklu-yabancilar.html>
- Sağlık Bakanlığı. (2015, 4 Aralık). Geçici koruma altına alınanlara verilecek sağlık hizmetlerine dair esaslarda değişiklik yapılması. 9648 Sayılı Yönerge. <https://khgmfinansalanalizdb.saglik.gov.tr/TR-40556/gecici-koruma-altina-alinan-suriye-uyruklu-yabancilar.html>
- Sağlık Bakanlığı. (2016, 14 Kasım). Suriye sınırından yaralı nakli sağlayan ambulanslara ilişkin basın açıklaması (10.08.2015). <https://www.saglik.gov.tr/TR,3448/suriye-sinirindan-yarali-nakli-saglayan-ambulanslara-iliskin-basin-aciklamasi-10082015.html>
- Sağlık Bakanlığı. (2020, 21 Ocak). Geçici koruma kapsamındaki yabancılara sağlık hizmeti sunumu. 21.1.2020 tarihli ve 96773357-045.99 sayılı yazı. <https://khgmfinansalanalizdb.saglik.gov.tr/Eklenti/36140/0/gecici-koruma-kapsamindaki-yabancilara-saglik-hizmeti-sunumu-duyuru-yazisipdf.pdf>
- Scholten, P. W. (2013). Agenda dynamics and the multi-level governance of intractable policy controversies: The case of migrant integration policies in the Netherlands. *Policy Sciences*, 46(3), 217-236.
- Sever, H., & Sever, M. (2013). Avrupa Birliği ve Türkiye ekseninde yasadışı göç ve iltica paradoksu: Domino etkisi sonrası yaşananlar. *Polis Bilimleri Dergisi*, 15(2), 85-108.
- Sina, A. (2017). Antikçağ’da bir göç modeli: Klerukhia. In O. Köse (Ed.), *Geçmişten günümüze göç: I* (pp. 17-28). Canik Belediyesi Kültür Yayınları.
- Sümbül, S. (2017). Göçmenlerin topluma entegrasyonunda kütüphanelerin rolü. *Bilgi ve Belge Araştırmaları Dergisi*, 8, 42-58.
- Şemşit, S. (2018). Avrupa Birliği politikaları bağlamında uluslararası göç olgusu ve türleri: Kavramsal bakış. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 25(1), 270-289.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2009). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*. (Yayın No: 749). Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Temizyürek, T. (2019). *Türkiye ve Avrupa Birliği’nin göç politikaları: Suriyeli sığınmacılar örneği*. (Yüksek Lisans Tezi), Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bolu.

- Tepealtı, F. (2019). Avrupa Birliği'ne yönelik Türkiye geçişli (transit) göç hareketleri ve Türkiye'nin düzensiz göçle mücadelesi. *Doğu Coğrafyası Dergisi*, 41, 125-140.
- Todaro, M. (1980). Internal migration in developing countries: A survey. In *Population and economic change in developing countries* (pp. 361-402). University of Chicago Press.
- Toprak, T. (2017). *Avrupa Birliği göç politikaları bağlamında Türkiye'nin göç politikası*. (Yüksek Lisans Tezi), Dicle Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Diyarbakır.
- Türkiye Büyük Millet Meclisi İnsan Haklarını İnceleme Komisyonu Mülteci Hakları Alt Komisyonu. (2018). Göç ve uyum raporu. 26. Dönem 3. Yasama Yılı Mart 2018, Ankara.
https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/docs/2018/goc_ve_uyum_raporu.pdf
- UNHCR. (n.d.). About UNHCR. <https://www.unhcr.org/about-unhcr> (Erişim tarihi: 28.02.2024).
- UNHCR. (n.d.). What we do. <https://www.unhcr.org/what-we-do> (Erişim tarihi: 28.02.2024).
- Union for the Mediterranean. (n.d.). What we do. <https://ufmsecretariat.org/what-we-do/> (Erişim tarihi: 13.03.2024).
- Union for the Mediterranean. (n.d.). Who we are. <https://ufmsecretariat.org/who-we-are/> (Erişim tarihi: 13.03.2024).
- United Nations. (2011). Coastal states of the Mediterranean Sea. https://www.un.org/depts/los/LEGISLATIONANDTREATIES/mediterranean_sea.htm
- White, M. J., & Lindstrom, D. P. (2005). Internal migration. In *Handbook of population* (pp. 311-346). Springer.
- World Bank. (2023). *World Development Report: Migrants, Refugees, and Societies*. World Bank. <https://www.worldbank.org/en/events/2023/06/29/wdr2023>
- Yaman, Ş. (2020). *Suriyeli göçmenler bağlamında Türkiye'nin göç politikalarının değerlendirilmesi; Batman örneği*. (Yüksek Lisans Tezi), Batman Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Batman.
- Yıldız, D. (2006). Akdeniz Havzası'nın hidrojeopolitiği ve Türkiye. In *TMMOB Su Politikaları Kongresi Bildiriler Kitabı*, 2. Cilt (pp. 616-628). İnşaat Mühendisleri Odası.
- Yiğit, R. (2017). *Türkiye'nin yeni dönem göç politikaları kapsamında sivil toplumun yeri (Suriye örneği)*. (Yüksek Lisans Tezi), Kırıkkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kırıkkale.
- Zanin, A. (2013). *Il diritto alla salute degli immigrati in Italia, tra legislazione statale, autonomie locali e prassi applicative* (Yüksek Lisans Tezi, Lavoro, cittadinanza sociale, interculturalità alanında Tesi di Laurea). [Corso di Laurea magistrale (ordinamento ex D.M. 270/2004).
- Zincone, G. (2006). Italian immigrants and immigration policy-making: Structures, actors and practices. *The making of migratory policies in Europe*.

Zincone, G. (2010). *Citizenship policy making in Mediterranean EU states: Italy*. EUDO Citizenship Observatory, Robert Schuman Centre for Advanced Studies. Edinburgh University Law School, Florence.



ÖZGEÇMİŞ

Adı ve Soyadı: Gökhan ÖZCAN

Uyruk: Türk

Eğitim Durumu

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıllar
Lisans	Sosyoloji	Akdeniz Üniversitesi	2014-2018
Yüksek Lisans	Akdeniz Göç Araştırmaları	Akdeniz Üniversitesi	2019-2024