

Göçmenlerin Sağlık Hizmetine Erişimi ve Sağlık Hakkı: Biyoetik Hangi Konumda

Mahmut Alpertunga Kara

Öz: Uluslararası göç hem göç alan ülkelerde toplum sağlığının korunması hem de göçmenlerin sağlığının korunması açısından zorlayıcı bir durum meydana getirmektedir. Göçmenlerin sağlık hizmetine erişme durumu hakkında yeterli veri bulunmamaktadır, mevcut veriler ise erişimin yetersiz olduğunu işaret etmektedir. Konu hem insan hakları hem de biyoetik açılarından ele alınması gereken bir sorun teşkil etmektedir. Uluslararası belgeler sağlığın sosyal belirleyicilerinin de dahil olduğu çok geniş bir sağlık hakkını kabul etmektedir, ancak bu hakkın ne kadar hayata geçirilebildiği yerel şartlara ve sağlık sistemlerine bağlıdır. Ülkeler farklı göçmen gruplarına farklı seviyede hizmetler sağlayabilmektedir. Genellikle acil servis hizmetleri sunulmakla birlikte bu seviyede bir hizmet ihtiyacı karşılanmamaktadır. Özellikle kayıtdışı göçmenler açısından sağlık şartlarının yeterli olduğunu söylemek mümkün değildir. Yasal statü sorunları, mali konular ve dil ve kültür engelleri göçmenlerin sağlık hizmetine erişmesini engelleyen faktörler arasında başı çekmektedir. Bu çalışmada göçmenlerin sağlık hizmetine erişim durumları ile erişimi etkileyen faktörler incelenecek ve biyoetik alanındaki tartışmaların konuya katkısı değerlendirilecektir. Uluslararası belgelerin işaret ettiği insan hakkı fikri ile biyoetik alanındaki felsefi tartışmalar arasında bir mesafe bulunmaktadır, ancak biyoetik tartışmaların sağlık sistemlerinin pratik gerçeklerini daha iyi ifade ettiği düşünülebilir. Sağlık hakkı fikri yol gösterici olmakla birlikte biyoetik tartışmalarının geliştirilmesi konuya olumlu katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Göç, sağlık hakkı, sağlık hizmetine erişim, sağlık sistemleri, biyoetik

Abstract: International migration has created a compelling situation regarding how to protect both public health in the receiving countries as well as the health of immigrants. Although insufficient, the available data indicates that immigrants have limited access to health services. The issue poses a problem that needs to be addressed in terms of both human rights and bioethics. International documents recognize a very broad right to health, including the social determinants of health, but the extent to which this right can be realized depends on local conditions and health systems. Countries provide different levels of services to different immigrant groups. While emergency services are usually provided, they do not meet the need, especially for undocumented immigrants. Legal status issues, financial issues, and language and cultural barriers are among the factors that prevent migrants from accessing health care. This study will review the status of immigrants' access to health services and the factors affecting access and evaluate the contribution discussions on bioethics bring to the subject. A gap exists between the idea of human rights and the philosophical debates in bioethics; however, bioethics debates can be considered to better express the practical realities of health systems. Advancements in the discussions on bioethics can contribute positively to the subject, and the right to health can also be kept as a guiding ideal.

Keywords: Migration, right to health, health care access, health systems, bioethics

@ Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Medeniyet Üniversitesi, alpertunga.kara@medeniyet.edu.tr

0000-0002-2031-3042

Kara, M. A., (2023). Göçmenlerin sağlık hizmetine erişimi ve sağlık hakkı: Biyoetik hangi konumda. *İş Ahlakı Dergisi*, 16 (1), ss. 47-75.

Araştırma Makalesi

© İGİAD
DOI: 10.12711/tjbe/m3962
Turkish Journal of Business Ethics, 2023
isahlakidergisi.com

Başvuru : 04.10.2022
Revizyon : 13.04.2023
Kabul : 12.05.2023
Basım : 06.2023

Giriş

Göç olgusu çok farklı sebeplerden kaynaklanmakta, farklı şekillerde gerçekleşmekte ve karmaşık bir özellik arz etmektedir. Dünyadaki toplam göçmen sayısı 281 milyonu aşmaktadır ve bu sayı dünya nüfusunun yaklaşık olarak %3,6'sına karşılık gelmektedir. Bunlar içinde mülteci kabul edilenlerin toplam sayısı 26 milyondan fazladır (McAuliffe & Triandafyllidou 2022). En çok göç veren ülke 6,7 milyon ile Suriye iken, 3,4 milyonla Türkiye en çok göçmen kabul eden ülke durumundadır (Göç İdaresi Başkanlığı, 2023; McAuliffe & Khadria, 2019). Giderek artan göç olgusu halk sağlığı alanında maddi ve manevi imkanları zorlayan bir durum meydana getirmektedir. Ancak problemin boyutları tam olarak bilinmemektedir; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Ofisi'nin 2015 tarihli raporunda mültecilerin sağlık durumu ile ilgili delillerin sınırlı seviyede olduğunu ve bunların daha çok perinatal sağlık durumu ve mental sağlıkla ilgili olduğunu belirtmektedir. Mülteci sayılan ve sayılmayan farklı türlerde göçmenlerle ilgili olarak farklı ülkelerde farklı tanımların olması ve bunların tutarsız şekilde kullanılması veri toplanmasını da güçleştirmektedir. Göçmenlerin sağlık hizmetine ne derece erişebildiğiyle ilgili veri yetersizdir. Ayrıca sağlık hizmeti için ihtiyaca göre yetersiz miktarda veya ihtiyaçtan fazla miktarda başvuru olması gibi çelişen veriler de bulunmaktadır. Genel olarak veriler sağlık hizmetine erişimin yetersiz olduğunu işaret etmektedir (Bradby et al., 2015). 2020 yılına gelindiğinde aşılama ve yaşlı nüfusun sağlık ihtiyaçları gibi alanların öncelik kazanmaya başladığı, fakat karmaşık ve yetersiz veri toplanması sorununun devam ettiği görülmektedir. Kişilerin sağlık hizmetine ulaşmasındaki yetersizlik de devam etmektedir (Lebano et al., 2020). Göçmenlerin sağlık durumu geldikleri veya vardıkları ülkelerin genel sağlık durumundan daha iyi veya daha kötü olabilir. Bu fark göç sırasında veya sonrasında karşılaştıkları şartlar ve sağlığın sosyal belirleyicileri gibi karmaşık faktörlerin etkisiyle ortaya çıkmaktadır. Göçmenlerin düzenli sağlık hizmetine erişememeleri, problemlerine acil servislerde çözüm aramalarına yol açabilmektedir. Bu şekilde sağlık hizmetine ancak hastalıkları ileri seviyeye ulaştığında başvurmaları, göçmenlerin zarar görmelerine yol açmanın yanında sağlık sisteminin yükünün artması anlamına gelmektedir (Vearey et al., 2019). Bu çalışmada mülteci, sığınmacı, yasal ikamet izni olan veya kayıtdışı gibi kategorik farklar dikkate alınmaksızın genel bir grup olarak göçmenlerin sağlık hizmetine erişim durumları ile erişimi etkileyen faktörler incelenecek ve biyoetik alanındaki tartışmaların konuya katkısı ele alınacaktır. Uluslararası hukuk, temel bir insan hakkı olarak bütün insanların sağlık hakkını tanımakta ve teşvik etmektedir. Ancak göçmenler söz konusu olduğunda bu hakkın hayata geçirilmesi yerel

şartlara bağlı olarak değişmektedir. Diğer taraftan biyoetik tartışmalarına bakıldığında sağlık hakkı fikrinin kendisinin ihtilafı olduğu görülmektedir. Buna mukabil alandaki tartışmalar sağlık sistemlerinin fiili durumunu daha gerçekçi bir şekilde yansıtmaktadır ve dolayısıyla konuya olumlu katkı sağlamaktadır.

Göçmenlerin Sağlık Hizmetine Erişimiyle İlgili Uluslararası Düzenlemeler: Kağıt Üstünde Sağlık Hakkı

Uluslararası alanda göçmenler ve sağlıkla ilişkili konuları düzenleyen temel belgeler DSÖ Anayasası (1946), İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi (1948), Mültecilerin Statüsüne İlişkin Sözleşme (1951), Uluslararası Çalışma Örgütü'nün 97 (1949) ve 143 (1975) sayılı sözleşmeleri, Yaşadığı Ülkenin Uyuğunda Olmayan Kişilerin İnsan Hakları Bildirisi (1985), Tüm Göçmen İşçilerin ve Aile Fertlerinin Haklarının Korunmasına Dair Uluslararası Sözleşme (1990), Ülke İçinde Yerinden Olma Konusunda Yol Gösterici İlkeler (1998) şeklinde sıralanabilir. Bunlara ek olarak çeşitli ülkelerin sağlık hakkını temel insan hakkı olarak tanıyan yasal düzenlemeleri bulunmaktadır. Ayrıca Avrupa Konseyi de sözkonusu hakkı tanımakta olup, aksi uygulamalar Avrupa Sosyal Şartı'na aykırı bulunmaktadır (Calduch et al., 2008). Dünya Sağlık Asamblesi'nin göçmen sağlığı hakkında 2008 ve 2017 tarihli kararları gibi belgeler de bunlara eklenebilir (Vearey et al., 2019). Sağlık hizmetine evrensel erişimin engellenmesi, Her Türlü Irk Ayrımcılığının Ortadan Kaldırılmasına İlişkin Uluslararası Sözleşme (1965) ve BM Çocuk Haklarına Dair Sözleşme (1989) açısından da ihlal sayılabilir (DeCastro & Sy, 2017). Bu noktada DSÖ Anayasası'nın sağlık tanımını hatırlamak faydalıdır. "Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; fizik, mental ve sosyal açıdan tam bir iyilik halinde bulunmaktır" (WHO, 1946) tanımı oldukça geniş bir çerçeve çizmektedir. Sonuçta uluslararası belgelerin işaret ettiği sağlık hakkı kavramı hem haklar hem de sağlık açısından çok yüksek bir standardı ifade etmektedir.

Uluslararası belgelerin çizdiği çerçevenin arkasındaki düşünce, vatandaşlık durumları ne olursa olsun bütün insanların temel insani faydalara eşit bir şekilde erişebilmeleridir. Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme'nin (1966) 12. maddesi taraf devletlerin "herkesin, ulaşılabilecek en yüksek fiziksel ve zihinsel sağlık standardına sahip olma hakkını kabul" ettiği şeklindedir (DeCastro & Sy, 2017). Sözleşme Türkiye tarafından da imzalanmış ve onaylanmıştır. Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi Genel Yorumu No. 14, sözleşmenin 12. maddesindeki sağlık hakkını yorumlamaktadır. Buna göre hükümetler herkesin sağlıklı yaşayabileceği şartları oluşturmalıdır. Hem uygun ve zamanında

verilen sağlık hizmeti hem de çevre ve çalışma şartları yanında barınma, su, temizlik ve gıda ile ilgili şartlar buna dahildir (Pace, 2011). Türkiye Cumhuriyeti Anayasası 56. madde sağlık hakkını kabul etmektedir. 2013 tarihli Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu Madde 89 ve 2014 tarihli Geçici Koruma Yönetmeliği Madde 27 göçmenlerin sağlık hizmetine erişimini düzenlemektedir. Buna göre geçici koruma altındakiler sağlık hizmetlerinden faydalanabilmektedir. Hizmet bedelleri Göç İdaresi Genel Müdürlüğü tarafından ödenmekte, ancak 2019'da yapılan değişikliğe göre temel ve acil sağlık hizmetleri için de diğer hizmetlerde olduğu gibi katılım payı talep edilebilmektedir (Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu, 2013; Geçici Koruma Yönetmeliği, 2019).

Sığınma talebi kabul edilen kişilere mülteci, talepte bulunmayan veya talebi henüz kabul edilmemiş kişilere sığınmacı denmektedir. Mülteci statüsü kişiye birtakım haklar kazandırmaktadır. 1951 tarihli Mültecilerin Hukuki Durumuna Dair Cenevre Sözleşmesi, Türkiye tarafından coğrafi istisna ile imzalanmış olup, buna göre sadece Avrupa'dan gelen sığınmacılar mülteci olarak kabul edilmektedir (Yavuz, 2015). Avrupa konseyine üye ülkeler dışında iltica başvurusu almayan Türkiye'de, özellikle Suriye krizinden sonra yapılan düzenlemelerle son şeklini alan farklı bir sistem uygulanmaktadır. 2013 tarihli Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu şartlı mülteci ve ikincil koruma gibi yeni kavramlara yer vermektedir (Yaman, 2021). Kanuna göre (Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu, 2013) "Avrupa ülkeleri dışında meydana gelen olaylar sebebiyle" zulme uğrayacağı yönünde haklı korkusu bulunan "vatansız kişiye statü belirleme işlemleri sonrasında şartlı mülteci statüsü verilir" ve üçüncü bir ülkeye yerleşmesine kadar "Türkiye'de kalmasına izin verilir." Mülteci veya şartlı mülteci sayılmayan, ama ülkesine gönderilirse ölüm veya işkence gibi bir muameleye maruz kalma tehdidiyle karşılaşacak kişilere ise ikincil koruma statüsü verilmektedir. Kitlel göç durumunda kanuna göre geçici koruma sağlanabilmektedir. Geçici Koruma Yönetmeliğinin (2019) birinci geçici maddesine göre Suriye Arap Cumhuriyeti'nden gelenlere kitlel veya bireysel şekilde geçici koruma statüsü verilmektedir. Geçici koruma Cumhurbaşkanı kararıyla toplu ve kişinin başka bir ülkeye gitmesi veya farklı bir yasal kalış hakkı kazanması gibi hallerde bireysel olarak sonlandırılabilir. Mülteci, şartlı mülteci ve ikincil koruma kategorileri uluslararası koruma statüsü çeşitleri iken geçici koruma böyle bir statü sağlamamaktadır. Türkiye'deki Suriyelilerin çoğunluğu bu kategoriye girmektedir (Erdoğan, 2022). Türkiye'nin konuyla ilgili yasal düzenlemeleri sadece geçici koruma statüsü sağlaması bakımından eleştirilmektedir. Bu statü uluslararası hukukun tanıdığı bir statü değildir, dolayısıyla kolayca iptal edilebilmesi mümkündür, tam olarak bir hak sağlamamaktadır (Assi et al., 2019; Ekmek-

ci, 2017). Ancak “hak sağlamak” sadece mevzuatla alakalı bir konu değildir, bahsi geçen eleştirinin ne derece yerinde bir eleştiri olduğunu anlamak için uluslararası belgelerin hangi oranda uygulanabildiği de değerlendirilmelidir.

Göçmenlerin Sağlık Hizmetine Erişim Durumu: Sahada Sağlık Hakkı

Sağlık durumu ve sağlığın sosyal belirleyicileri konusunda doğru ve yeterli veri toplanması sağlığın geliştirilmesi ve erişilebilir sağlık hizmeti sağlanması için önemlidir. Dünya Sağlık Asamblesi'nin 2008 tarihli ve 61.17 numaralı ve 2017 tarihli ve 70.15 numaralı kararları yanında Güvenli, Sistemli ve Düzenli Göç için Küresel Mutabakat Metni (2018) devletleri daha iyi göç sağlığı verisi toplamaya çağırmaktadır. Ancak toplanan verinin hem miktarı hem kalitesi değişkenlik göstermektedir. Mevcut araştırma literatürü kapsam bakımından sınırlı olup odak noktaları daha çok Avrupa ve Kuzey Amerika'da yaşayan göçmenler; ruh sağlığı, HIV ve tüberküloz gibi spesifik sağlık sorunları; işçiler, çocuklar, kadınlar, refakatsiz çocuklar, mülteciler, kaçakçılık mağdurları gibi spesifik göçmen grupları şeklindedir. Fikir vermesi açısından belirtilirse; 2019 itibariyle çalışmaların %47'si mental sağlık, %13,7'si bulaşıcı hastalıklar, %8,9'u bulaşıcı olmayan hastalıklar konusundadır ve araştırmaların %89,6'sı yüksek gelirli ülkelerde, %9,6'sı orta gelirli ülkelerde ve %0,8'i düşük gelirli ülkelerde yapılmıştır. Dolayısıyla düşük ve orta gelirli ülkelerdeki durum da mental sağlık ve bulaşıcı hastalıklar dışında kalan konular da yeteri kadar bilinmemektedir (Vearey et al., 2019).

Konu sadece göçmenler açısından değil, göçmen kabul eden ülkelerin sağlık sistemleri açısından da önemlidir, daha fazla insanın sisteme dahil edilmesi sistemin üstüne daha fazla yük alması anlamına gelebilir. Bununla birlikte göçmenlerin sağlık sistemine sanıldığı kadar yük olmadığı da düşünülmektedir; pek çok göçmen en azından başta sağlıklıdır. Ancak göç süreci ve varılan ülkedeki hayat şartları sağlığı olumsuz etkilemektedir. Uluslararası belgelere göre ayrımcılık sözkonusu olmadan sağlık hizmetine erişmek mümkün olmalıdır fakat devletler sağlık hakkının sunulmasını temel veya acil kavramlarıyla sınırlandırabilmektedir (Brannan et al., 2016). Temel sağlık hizmetleri esas itibariyle birinci basamak sağlık hizmetlerine karşılık gelmektedir. Çevre sağlığı kontrolleri gibi toplumun korunmasına yönelik hizmetler, sık karşılaşılan basit hastalıkların tedavisi gibi fertlere yönelik hizmetler, aşılama gibi hem bireye hem topluma faydası olan hizmetler, kadın ve çocuk sağlığı takipleri ve belirli hastalıklar için yapılan taramalar birinci basamak kapsamındadır. Dolayısıyla uzmanlık gerektiren teşhis, tedavi veya rehabilitasyon hizmetleri kapsam dışı kalabilmektedir.

Kronik hastalıkların tedavisi, rehabilitasyon hizmetleri ve pahalı cihazların kullanıldığı tedaviler gibi masraflı hizmetler için kaynak sağlanmaması ve sadece acil servise erişim hakkının olması hastanın sorununu çözmeye yetmeyebilir. Sözgelimi böbrek yetmezliği tablosuyla acil servise gelen bir göçmen stabil hale geldikten sonra taburcu edilebilir ama diyaliz hizmeti sağlanamıyorsa birkaç gün sonra tekrar başvurmak zorunda kalacaktır ve hastanın uzun süre tekrar tekrar acil servise gelmesine neden olabilir. Özellikle kayıtdışı göçmenler sözkonusu olduğunda bu tarz sorunları kısa vadeli yaklaşımlarla geçiştirme eğilimi bulunmaktadır (Kuczewski, 2019).

Farklı göçmen grupları için sağlık algısı (self-perceived health) ve sağlık kurumlarına başvurma oranları farklıdır. Bazı çalışmalara göre göçmenlerin sağlık hizmetine başvurma oranları vatandaşlarından daha düşüktür (Calduch et al., 2008). Mesela Amerika Birleşik Devletleri'nde, sonradan vatandaşlık kazananlar ve vatandaş olmayanlar, ABD doğumlu vatandaşlara göre ruh sağlığı hizmetlerini %40 oranında daha az kullanmaktadır (Rodriguez et al, 2021). Keza Avusturya'da yapılan bir çalışmaya göre mültecilerin dış hekimlerine başvuru oranı ortalama %27-28 iken Avusturyalılar için bu oran ortalama %70-78'dir. Genel olarak uzmanlara başvuru oranları erkek mülteciler için %34 ve kadınlar için %51'dir, bu oranlar Avusturyalılar için sırasıyla %54 ve %74 seviyesindedir (Kohlenberger et al, 2019). Buna mukabil, başka bir çalışmaya göre, Britanya ve Almanya için göçmenler ve yerliler arasında sağlık hizmeti kullanımı bakımından büyük farklar görülmemektedir (Wadsworth, 2013). Özellikle kayıtdışı göçmenler sağlık hizmetlerine daha az başvurmaktadır. Bu kişiler genellikle nisbeten genç ve sağlıklıdır, çalıştıkları işler sağlık kurumlarına gitmeleri için zaman bırakmamaktadır ve sınırdışı edilme korkusu yardım arama ihtimalini azaltmaktadır (Berlinger & Raghavan, 2013). Çünkü göçmenlere gelişmiş ülkelerin kaynaklarını istismar eden kişiler olarak bakılabilmektedir. Sağlanan imkanlar ülkelere göre değişmektedir. Mesela Hollanda'da kayıt dışı göçmenler her basamaktaki sağlık hizmetlerine erişebilirken, Avusturya'da mültecilere verilen ücretsiz sağlık hizmeti sığınmacılara verilmemektedir (DeCastro & Sy, 2017).

Birçok Avrupa ülkesinde kayıtdışı göçmenler sadece acil sağlık hizmetlerine erişebilmektedir. Erişim haklarının olduğu ülkelerde de dil ve kültür engelleri gibi konular aldıkları sağlık hizmetini sınırlandırmaktadır. Ülkelerin kabul ettikleri göçmen sayıları da birbirinden farklıdır. Avrupa Birliği içinde en çok göçmen kabul eden ve göçmenler için en fazla kaynak ayıran ülke Almanyadır (Gottlieb & Schülle 2021; Matlin et al., 2018). Almanya 2015 ve 2016 yıllarında toplam 1,2 milyon sığınmacı başvurusu almıştır. 2015'te bütün Avrupa Birliği'ndeki sığınmacı başvuru-

ularının %48'i ve 2016'da %75'i Almanya tarafından kabul edilmiştir (Gottlieb & Schülle 2021). 2015 yılından itibaren göçmen sağlığı merkezleri açılmaya başlamıştır. Yerel yönetimler, sivil toplum ve gönüllüler destek sağlamış, 3,5 milyon nüfuslu Berlin 80.000 sığınmacı kabul etmiştir. Bu rakam yüksek olmasına rağmen büyük bir kriz ortaya çıkmadan hizmetler düzenli bir şekilde sağlanabilmektedir. Sağlık taramaları, aşılama, mental sağlık desteği yanında tercüme hizmeti de sağlanabilmektedir (Gottlieb & Schülle 2021; Matlin et al., 2018).

Türkiye'de geçici koruma altında yaklaşık 3,4 milyon Suriyeli ile diğer milletlerden 400.000 kadar sığınmacı bulunmaktadır. Suriyelilerin %98'i şehirlerde yaşamaktadır. Bunların yaklaşık %64'ü fakirlik sınırının altında bulunmaktadır ve birçoğu için barınma, temiz su ve sanitasyon şartları yetersizdir. (Göç İdaresi Başkanlığı, 2023; Bahar Özvarış et al., 2020). Sağlık durumları, önceki sağlık durumları ve sosyal desteğe sahip olup olmamaları gibi faktörlere bağlı olarak değişmektedir (Assi et al., 2019). Buna mukabil, Türkiye'nin insani yardıma ayırdığı kaynak, gelişmiş ülkelerin yaptığı harcamanın üzerinde olup 2019 itibarıyla 8 milyon doları aşmış bulunmaktadır ve bu miktar milli gelirin %0,79'una karşılık gelmektedir (Bahar Özvarış et al., 2020). Türkiye'deki göçmenlerin desteklenmesi için uluslararası destek sınırlıdır. Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği teknik destek sağlamaktadır ancak fon desteği kısıtlıdır. Sağlık harcamaları, katılım payı alınabilmekle birlikte, Geçici Koruma Yönetmeliği uyarınca Göç İdaresi tarafından ödenmektedir. Bu durum sağlık sistemine maddi yük getirmektedir. Birinci basamağın atlanıp hastanelere başvurulması maliyeti arttırmaktadır. Artan yük sağlık hizmetinin kalitesini olumsuz etkilemektedir. Uzun vadede entegrasyon açısından önemli olabilecek rehabilitasyon hizmetlerinin göçmenlere verilen hizmetler kapsamında olmamasının yanında dil engeli yüzünden de sıkıntı yaşanmaktadır. Sağlık Bakanlığı bünyesinde 2012 yılından itibaren Arapça dahil altı dilde hizmet veren telefon çağrı hattı açılmıştır. Buna rağmen dil konusu, sorun olmaya devam etmektedir. Bunlara ek olarak Avrupa Birliği projesi ile kurulan Göçmen Sağlığı Merkezlerinde yasal statüye bakılmaksızın ücretsiz birinci basamak sağlık hizmetleri verilmektedir. Bu merkezlerde Suriyeli sağlık çalışanları görevlendirilerek dil ve kültür farklılığı problemi aşmaya çalışılmaktadır. Göçmenlerin bölgeler arasındaki hareketleri de sorunlara yol açabilmektedir. Yer değişikliği yüzünden gebe, bebek ve kronik hastalık takiplerinde sıkıntı yaşanmaktadır. Çok sayıda göçmenin bir bölgede yerleşmesi bölgenin sağlık şartlarını değiştirebilmekte, hizmette aksamalara yol açabilmektedir. Kayıtdışı göçmenler başta olmak üzere, özellikle ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları sözkonusu olduğunda ve ücret ödenmesi gereken durumlarda sağlık hizmetine erişimde sıkıntılar olabilmektedir (TÜRSAB,

2012; Sürmeli et al., 2022; Abomalaka & Yeşil, 2021; Assi et al., 2019; Bahar Özvarış et al., 2020; Yavuz, 2015).

Sağlık hizmetine erişim imkanının doğrudan değerlendirilmesindeki zorluk yüzünden, daha pratik bir ölçü olarak belirli hizmet türlerinin ne kadar kullanıldığı veya hizmete başvurmada gecikme, ölüm oranları, ilk başvuruda hastalık şiddeti gibi faktörler değerlendirilebilir. Göçmenlerin göçmen olmayanlara göre daha az kullandığı sağlık hizmeti türleri arasında kanser tarama programları ve doğum öncesi takip gibi koruyucu hizmetler yer almaktadır. Avrupa’da yapılmış bazı çalışmalarda göçmenlerin göçmen olmayanlarla karşılaştırıldığında pratisyen hekimler tarafından sunulan hizmetleri daha fazla kullandıkları izlenmiştir. Ancak bu konuda ülkelere ve göçmenlerin yasal statülerine göre farklılıklar görülmektedir. Acil servis hizmetlerini de göçmenler göçmen olmayanlara göre daha fazla kullanmaktadır (Nørredam & Krasnik, 2011).

Göçmenlerin sağlık hizmetine erişme derecesini etkileyen faktörler arasında yasal statü konusu başı çekmektedir. Çeşitli ülkelerin farklı yasal çerçeveleri kadar; mülteci, ikamet izni olan göçmen, sığınmacı, kayıtdışı göçmen gibi farklı kategorilerden birine dahil olmak sağlık hizmetine erişim imkanını etkilemektedir (Bradby et al., 2015). Sağlık hizmetine erişimi daha sınırlı olanlar düzensiz göçmenler, gözetim altındakiler ve refakatsiz çocuklardır (Vearey et al., 2019). Kişilerin yasal statülerine göre buldukları ülkede sağlık haklarının olup olmadığı konusunda bilgi sahibi olmaması da bir sorundur, bazı kişiler imkanları olduğu halde bilgileri olmadığı veya sağlık sistemine aşina olmadıkları için hizmete erişememektedir (Brannan et al., 2016). Sağlık kurumlarında hastaların göçmenlik durumunun kayıt altına alınması konusu ikileme yol açabilir. Bir taraftan kişinin göçmen olup olmaması sağlığı üzerinde etkili bir faktördür ve kayıt tutulması hasta yararındır. Diğer taraftan, özellikle kayıtdışı göçmenler sözkonusu olduğunda bu durumun ayrımcılığa veya sınırdışı edilmek gibi sonuçlara yol açması da mümkündür (Kim et al., 2019). Hasta sağlık hizmetine erişmiş olsa bile sadece göçmenlik durumu değil, kayıtdışı göçmen olması sebebiyle hasta hakkında hiçbir kayıt tutulmaması da ihtimal dahilindedir. Böyle bir durum hastanın takibi açısından değerli olabilecek bir kaynağın kaybedilmesi anlamına gelmektedir ve kayıt tutulmaması yüzünden hastanın sağlık hizmetinden elde ettiği fayda kısıtlı olacaktır.

Göçmenlerin sağlık hizmetine erişimini etkileyen ikinci önemli faktör dil ve kültür farklılığı problemidir (Vearey et al., 2019). Dil problemi, mesela hastanın muayene sırasında şikayetlerini hekime bildirirken derdini yeterli derecede ifade edememesi veya tercüme eden kişinin bunları eksik aktarması gibi durumlardır ve bu hastanın alacağı sağlık hizmetinin kalitesini düşürebilir (Bradby et al., 2015).

Sağlık anlayışındaki kültürel farkların dil engelleri şeklinde kendini göstermesi mümkündür. Mesela ağrı biyolojik bir konu olsa da tespit edilmesi ancak ifade edilmesine bağlıdır ve farklı dillerde ağrı tanımlamaları çeşitlilik göstermektedir. Aksan farklılığı birtakım önyargılara sebep olabilir. Dili yeterli kullanamamak, zeka problemi gibi algılanabilir (Peled, 2018). Dil engeli yüzünden, hastalar erişebilecekleri hizmet türleri hakkında bilgi sahibi olmayabilir veya randevu alamayabilir. Bu şekilde sağlık hizmetinden elde edebileceği fayda sınırlanmış olur. Dil bilmemenin haricinde de iletişim problemleri yaşanması muhtemeldir. Hekimlerin göçmen hastalarla daha sınırlı bir şekilde iletişim kurması mümkündür. Göçmen olmayan hastalarla iletişime nisbetle hekimin daha baskın davranması, hastanın daha az talepkar olması, yetersiz iletişim yüzünden yanlış anlamalar, tedavi uyumsuzluğu gibi durumların ortaya çıkması ve birinci basamak hekimiyle yetersiz iletişim yüzünden hastanın üst basamağa sevk edilmemesi gibi sorunlar yaşanabilir (Brannan et al., 2016; Nørredam & Krasnik, 2011). Göçmen hastanın bakımında zaman sınırlaması olması da (Taylor, 2009) sağlık hizmetinden elde edilebilecek faydayı azaltmaktadır. Tercüme hizmetinin sağlanması özel düzenleme yapılmasını gerektirir ve hastayla iletişimin tercüman aracılığıyla kurulması muayene süresini uzatır, hastaya yeteri kadar zaman ayıramayabilir (Kavukcu & Altıntaş, 2019).

Sağlık algısındaki kültürel farklılık da sağlık hizmetine erişim durumunu etkileyebilir. Sağlık hizmetine erişim için öncelikle hastanın buna ihtiyacı olduğunun farkında olması gerekir. Tedavi gerektiğinin fark edilmesi ve tedavi imkanının bilinmesi sağlık okuryazarlığı gerektirir. Göçmenlerin sağlık bilgisinin geldikleri bölgenin kültürünü yansıtmaması ve yerleştikleri ülkenin anlayışından farklı olması, sağlıkçılar tarafından yanlış anlaşılabilir; hastaların “basit gerçekleri bilmedikleri”, sağlık sisteminden “alakasız şeyler” bekledikleri ve “uygunsuz davrandıkları” tarzında kanaatler oluşturabilir. (Bradby et al., 2015; Ingleby, 2009). Göçmenlerin kültürel beklentilerinin karşılanamaması kurumsal ayrımcılık olarak adlandırılan bir duruma yol açabilir. Böyle bir durumda bilinçli bir dışlama olmasa bile göçmenler bazı hizmet türlerinden faydalanamamaktadır. Kurumsal ayrımcılık bilinçli ayrımcılıktan daha büyük bir problem teşkil edebilir (Ingleby, 2009). Sağlık hizmeti sunanların kültürel değerlere saygı gösterip göstermeyeceğinden emin olmamak göçmenlerin hizmet için daha az başvurmasına sebep olmaktadır (Brannan et al., 2016). İletişim ve entegrasyon sorunları yüzünden sağlık sisteminin anlaşılması sağlık hizmetinin devamlılığını zayıflatır. Kültürel sebeplerle güven ilişkisinin kurulamaması kurumsal sağlık hizmeti yerine geleneksel tedavi metodlarının tercih edilmesine sebep olabilir (Vearey et al., 2019).

Göçmenlerin ırkçılık ve ayrımcılık içeren tavırlarla karşılaşması ve sağlıkçıların işbirliği yapmaması sağlık hizmetine erişimi sınırlandıran bir durumdur (DeCastro & Sy, 2017; Vearey et al., 2019). Göçmen topluluklardaki yerleşik korkular, imkan olduğu halde sağlık hizmetine başvurmamakla neticelenebilir (Kuczewski, 2019). Yabancı düşmanlığı tehlikeli sonuçlara yol açabilir. Mesela pandemi döneminde, Malezya'da göçmen işçiler arasında Covid-19 kümelerine rastlanması, göçmenleri hedef alan şiddetli bir tepkiye yol açmıştır. Böyle bir tavır göçmenlerin sağlık hizmetinden faydalanmakta isteksiz davranmasına yol açabilir, hastalıklarını gizleyebilir veya karantina merkezlerinden kaçmaya çalışmalarına neden olabilir (Yusof et al., 2020).

Entegrasyon konusunda güçlü politikalar sağlık alanındaki eşitsizlikleri de azaltabilmektedir (Vearey et al., 2019). Sağlık problemleri entegrasyonu zorlaştırır, entegrasyonun yetersiz olması sağlık hizmetinden yeterli bir şekilde faydalanılmasını engeller. Marjinalizasyon ve hastalık birbirini şiddetlendirerek çözülemeyen bir sarmal oluşturabilir. Sağlık hizmetine erişim sosyal hayata dahil olmanın önemli bir cihetidir (Ingleby, 2009). Ancak konunun karmaşıklığı ihtiyaçların tespitini ve planlamayı güçleştirmektedir. Mesela tercüman ihtiyacını hesaplamak için kimin hangi seviyede dil bildiğinin kaydı gereklidir ve göçmenlerin sıkça yer değiştirmesi kayıt tutulmasını zorlaştırmaktadır. Tercüme hizmetinin ancak belirli zamanlarda sunulması halinde, göçmen hastaların hizmet alabilecekleri zaman da kısıtlanmış olur. (Bradby et al., 2015). Bazı göçmenler sağlık hizmetinden faydalanmak için ailelerinin desteğine ihtiyaç duyar, hastaneye ancak dil bilen, sağlık sistemini anlayan ve şehir içinde nereye nasıl gidildiğini bilen birinin eşliğinde ulaşabilir. Gerekli sosyal desteğin sağlanamaması aksamaya yol açabilir. Ulaşım imkanlarının kısıtlı olması (Brannan et al., 2016) ve özel sağlık ihtiyaçlarının sağlıkçıları tarafından bilinmemesi de (DeCastro & Sy, 2017) sağlık hizmetinden gelecek faydayı azaltmaktadır.

Göçmenlerin sağlık hizmetine erişimini etkileyen üçüncü ana faktör ülkelerin sağlık sistemleri ve sağlık hizmeti için kaynak miktarıdır. Yasal statü sorunu olmasa bile sosyal güvenlik sistemlerinden kaynaklanan sebepler erişimi sınırlamaktadır (Bradby et al., 2015; Vearey et al., 2019). Sağlık hizmetinin hangi kalemleri kapsadığı, katılım payı gerekip gerekmediği önemlidir (Ingleby, 2009). Ödeme gerektiren sistemlerde göçmenlerin ekonomik imkanlarının yetersizliği hizmete erişimi engelleyebilir (Nørredam & Krasnik, 2011). Sağlık sistemleri temelde bireysel ödemeye dayalı sistemler veya masrafların kamu tarafından karşılandığı genel sağlık sigortası olarak ikiye ayrılır. Ülkeler bunlardan birini benimser veya karma bir sistem uygular. Bireysel ödeme türünde kişiler kendileri sağlık sigortası yaptırır

veya çalışanların sigortaları kurumları tarafından karşılanır. Ödeme gücü olmayanlar ise çok sınırlı bir hizmete erişebilir. Genel sigorta sisteminde bütün vatandaşlar sağlık hizmetlerine ulaşabilir, ancak erişimin kapsamı, hangi hizmetlerin ücretsiz sağlanacağı devlet tarafından belirlenir. Göçmenler açısından, ödeme güçleri olmadığı veya vatandaş olmadıkları için iki tür sistem de sorun teşkil edebilir.

Ülkelerin genel sağlık sistemleri dışında, sivil toplum tarafından oluşturulan merkezler de göçmenlere hizmet vermekte ancak bunlar genelde ihtiyacı karşılamaya yetmemektedir. Bu kurumların sayılarının az olması yanında bütçeleri de düşüktür. Dolayısıyla böyle yerlerde masrafı azaltmak amacıyla alışılmış olandan daha düşük seviyede hizmet verilmektedir. Mesela bir takım rutin tahliller yapılmadan tedaviye başlanabilir, daha az etkili ama ucuz ilaçlar hastaya verilebilir. Bu tarz yerlerde ileri tetkik girişimleri ve ameliyatlar yapılamamaktadır. Organ nakli veya diyaliz de sözkonusu değildir (Canada, 2019). Sağlık hizmetine erişememe durumunda “kendini tedavi” ile yetinilmesi veya başkasının kartıyla muayene olmak gibi yasadışı yollara başvurulması muhtemeldir (DeCastro & Sy, 2017). Göçmenlerin muayene olsalar bile ilaca erişmekte zorluk çekmeleri, başkasının kimliğiyle reçete yazdırmak gibi çözümler üretmeye çalışmaları ve bu yüzden daha çok sorun yaşamaları mümkündür (Campbell et al., 2014).

Göçmenlerin hedef ülkede erişebildikleri sağlık hizmeti seviyesi, geldikleri ülkede erişebildikleri seviyenin altında veya üstünde olabilir. Göç öncesi sosyoekonomik duruma bağlı olarak farklı kişiler aynı kaynak ülkede farklı seviyede hizmet almış olabilir. Dolayısıyla hedef ülkedeki seviye bazıları için ilerleme anlamına gelirken, bazıları için gerileme demek olabilir. Bauer ve arkadaşlarının Almanya’daki Suriyeli göçmenlerle yaptığı bir çalışmada, göç öncesi sosyoekonomik durumu daha yüksek olanların göç sonrasında da sağlık doyumlarının (satisfaction) daha fazla olduğu ama bu farkın zamanla azaldığı izlenmiştir. Göç öncesinde düşük gelir grubunda olanların durumları göç sonrasında düzelme göstermiş, orta ve yüksek grubunda olanları ise kötüye gitmiştir (Bauer et al., 2020).

Sağlığın sosyal belirleyicileri ile sağlık durumu arasındaki ilişki göçmenler sözkonusu olduğunda göçmen olmayanlara göre daha kuvvetlidir (Lebano et al., 2020). Yoksulluğun, temiz suya erişimin olmamasının ve yetersiz barınma şartlarının sağlık üzerinde ciddi bir olumsuz etkisi bulunmaktadır. Yoksul kişiler sağlık problemlerinden orantısız şekilde daha kötü etkilenmektedir. Enfeksiyon hastalıkları da yoksullar açısından daha büyük bir problemdir: Hijyen imkanlarına sahip olmayan, sağlık hizmetine erişemeyen ve kalabalık ortamlarda yaşayan kişiler arasında salgınlar daha hızlı yayılmakta ve daha yıkıcı sonuçlar ortaya çıkarmaktadır

(Brock, 2015). Mesela göçmen işçilerin kaldığı kalabalık mekanlarda Covid-19'un hızla yayılması, başta pandemiyle başarılı bir şekilde mücadele eden Singapur sağlık sistemini sıkıntıya sokmuştur. Dar gelirliler pandemi şartlarında çalışmaya devam etmiştir. Bu kişiler için hastalığa yakalanma riski evde uzaktan çalışabilenlere göre daha fazladır. Ücretsiz sağlık hizmeti alamıyor olmaları halinde bu kişiler için risk daha da artmaktadır (Xafis, 2020; Xafis et al., 2020). Buna mukabil, yasadışı göçmenlere pandemi süresince tam vatandaşlık hakları sağlanarak sağlık sisteminden tam ve eşit şekilde faydalanmalarına imkan tanınması, Portekiz'in pandemiyle mücadelesine olumlu katkıda bulunmuştur. (Cordeiro-Rodrigues, 2020). Türkiye'de pandemi sırasında teşhis ve tedavi rehberleri Göçmen Sağlığı Merkezlerinde çalışan Suriyeli sağlıkçılar için Arapça'ya tercüme edilmiş ve kişisel koruyucu teçhizat dağıtılmıştır. Devlet ve Sivil Toplum Kuruluşları tarafından hastalığın önlenmesiyle ilgili Arapça broşürler dağıtılmış, bazı hastanelerde Arapça bilen tercümanlar görevlendirilmiştir. Covid-19 teşhis ve tedavisi devlet tarafından herkese ücretsiz şekilde sağlanmıştır. Ancak pandeminin göçmenleri tam olarak ne kadar etkilediğine dair açık bir veri bulunmamaktadır. (Bahar Özvarış et al., 2020).

Görüldüğü gibi uluslararası belgelerin işaret ettiği hedefler ile gerçekte olanlar arasında ciddi bir mesafe bulunmaktadır. Diğer taraftan uluslararası belgelerin işaret ettiği insan hakları çerçevesi ile biyoetik alanındaki tartışmalar arasında da benzer bir mesafe izlenmektedir.

Sağlık Hizmetine Erişimle İlgili Etik Tartışmalar: Fikir Olarak Sağlık Hakkı

Göçmenlerin sağlık hizmetine erişim hakkını insan hakları çerçevesine dayandırmak sözkonusu olsa da bu tarz yaklaşımlar genellikle farklı grupların çatışan hakları hususunda bir tartışmaya yol açmaktadır (Widdows & Marway, 2015). Bu bağlamda, etik alanında cevaplanmayı bekleyen sorular bulunmaktadır. Sağlık hizmeti konusunda kim neyi hak eder, bu konuda vatandaş olup olmamak nasıl bir anlam ifade etmelidir? Ülkelerin sorumluluğunun sınırı ne olmalıdır ve bu sınır etik açıdan nasıl temellendirilebilir? Farklı statüde göçmenler için ayrıcalıklı hizmet seviyeleri kabul edilebilir mi? Herkesin sağlık hizmetine erişebilmesi gerektiğini söyleyen uluslararası belgeler nasıl hayata geçirilebilir? Ülkelerin yerel şartlarına ve sağlık sistemlerine göre farklılıkların olması kabul edilebilir mi? Sağlık çalışanlarının ahlaki sorumluluğu nedir ve ikilemde kaldıkları zaman ne yapmalıdırlar? (Wild, 2021). Bütün bu soruların ortak kabul gören cevapları bulunmadığı gibi, arka planda başka tartışma konuları bulunmaktadır. Hak kavramı tartışmayı bitirmekten çok tartışmanın başladığı nokta olarak görülebilir.

Biyoetik uzmanları arasında sağlık hizmetine erişme hakkı tartışma konusudur. Bir uçta sağlık hakkının ahlaken gerekçelendirilebilir olmadığını savunanlar bulunurken, diğer uçta kavramın sağlığın sosyal belirleyicilerini dikkate almadığı için çok dar olduğunu düşünenler yer almaktadır. Hak kavramı görev kavramından ayrılmaz, birinin hakkının olması diğerlerinin bu hakla ilişkili görevlerinin olduğu anlamına gelir. Bu görevler hak kavramının negatif veya pozitif hak şeklinde anlaşılmasına göre değişebilir. Negatif haklar aşılmaması gereken sınırları ifade ederken, pozitif haklar ise bir şeyleri edinebilmeyi veya sahip olabilmeyi gerektirir. (Arras, 2015). Pozitif haklar sözkonusu olduğunda bunlara karşılık gelen görevlerin kimin görevi olduğunu belirlemek zor olabilir. Liberter, utilitarian, eşitlikçi, komüniteryan teorilerin her biri konuya farklı şekilde yaklaşmaktadır. Robert Nozick gibi pozitif hak kavramını tamamen reddedenler yanında John Rawls'u takip eden Norman Daniels gibi fırsat eşitliğini sağlamak bakımından sağlığın önemli bir yeri bulunduğunu düşünenler de bulunmaktadır (Arras, 2015). Sağlık hakkının varlığı kabul edilse bile kapsamı tartışmaya açıktır. Sağlık sistemleri tasarlanırken; ne tür hizmetlerin sunulacağı, kimlere hizmet sunulacağı, kimin sunacağı, masrafları kimin karşılayacağı ve dağılımı kimin nasıl kontrol edeceği gibi soruların cevaplanması gerekmektedir. Genel bütçe içinde; sağlığın payı ne olmalıdır, sağlıkla ilgili altyapı hizmetlerine ne kadar pay ayrılmalıdır ve hangisine ne kadar ayrılmalıdır, tedavi hizmetleri için dağılım nasıl olmalıdır, belirli bir hizmet herkese sağlanamıyorsa kime sağlanacağına nasıl karar verilmelidir gibi sorular da bunlara eklenebilir. İnsanların tercihlerinin ne kadar dikkate alınacağı, verimlilik faktörüne hangi oranda yer verileceği ve bunların özgürlük ve eşitlik gibi kavramlarla ilişkisi de tartışma konuları arasındadır (Beauchamp & Childress, 2001).

Sağlık hakkı teoride herhangi bir vatandaşın ihtiyaç duyduğu veya istediği herhangi bir hizmete erişebileceği anlamına gelmediği gibi, pratikte kimin neye, ne kadar ulaşabildiği ülkelerin sağlık sistemlerine göre değişmektedir. Finans kaynakları, hizmet sağlama şekilleri; devlet, toplum veya piyasa tarafından düzenlenmesi gibi faktörlere göre çok farklı sağlık sistemleri tasarlanabilir. Her şeyin devlet tarafından sağlandığı ve kontrol edildiği sistemler yanında, tamamen serbest piyasa usulüyle çalışan sistemler veya karma sistemler de olabilir (Wendt et al., 2009). Mesela Amerika Birleşik Devletleri'nin sağlık sistemi birbirinden bağımsız çalışan çok sayıda kısımdan meydana gelmektedir. Federal hükümet ve eyalet yönetimleri sağlık yetkilerini aralarında paylaşmıştır. Kalite ve maliyet konuları çeşitli seviyelerde kamu kurumları ve özel sektör tarafından düzenlenmektedir. Sistem içinde en büyük rolü özel sektör oynamaktadır. Hangi hizmetin nasıl sunulduğu ve ödeme şekli hizmet sağlayan kurumlara göre değişmektedir (Rice et al., 2013). Kişilerin ödeme kapsamında olup

olmadıkları, ödemenin kim tarafından yapıldığı gibi konularda da farklılıklar bulunmaktadır. 2021 yılında nüfusun %54,3'lük bir kesiminin sigortalarının işverenleri tarafından sağlandığı görülmektedir. İşveren sigortası olsun veya olmasın, özel sağlık sigortasından faydalananların oranı %66'dır. Buna mukabil toplumun %8,3'ünün (27,7 milyon kişi) hiçbir şekilde sağlık sigortası bulunmamaktadır. (U.S. Census Bureau, 2022). Almanya'da sağlık sistemi resmi sağlık sigortasını esas almakla birlikte özel sigorta da yapılabilmektedir ve bu ikisi nüfusun tamamını kapsamaktadır. Sistemin yönetimi federal hükümet ve eyaletler arasında bölünmüş durumdadır. Kapsanan hizmetler federal seviyede belirlenmekte, genel olarak geniş bir hizmet yelpazesi sunulmakta ve hizmetler herkese eşit olarak sağlanmaktadır. Hizmetlerin finansmanı temelde resmi sağlık sigortası sistemi üzerinden gerçekleşmektedir (Blümel et al., 2020). Birleşik Krallık'ta Ulusal Sağlık Sistemi; İngiltere, Galler, İskoçya ve Kuzey İrlanda gibi devletin farklı bölgelerinde kısmen farklı şartlarda çalışmaktadır ve yerel ve ulusal seviyede farklı birimlerin dahil olduğu karmaşık bir yönetim bulunmaktadır. Finansman büyük oranda genel vergi sistemi üzerinden sağlanmakla birlikte özel ödeme de sözkonusudur. Hizmet kapsamı geniş olmakla birlikte, hangi hizmetlerin kapsama dahil olduğu yerel şartlara göre değişmektedir. Hizmet genelde ücretsiz olmakla birlikte katkı payları alınabilmekte veya bazı kalemler ücretli şekilde sunulmaktadır (Cylus et al., 2015). Belirli bir hizmetin topluma ücretsiz sağlanıp sağlanmayacağına karar verilirken Kaliteye Ayarlı Hayat Yılı (Quality Adjusted Life Year, QALY) hesapları kullanılmaktadır. Bu hesapta tedavi neticesinde hastanın hayatının kaç yıl uzadığı, hayat kalitesiyle ilgili bir katsayıyla çarpılmaktadır. Sözkonusu tedavi için gerekli masraf QALY başına 25-35.000 pound seviyesinden daha düşükse fazla inceleme gerekmeden bütçeye dahil edilmektedir. Eğer masraf daha fazlaysa gerçekten bu tedaviyi karşılamak için özel bir sebep olup olmadığı ayrıca incelenmektedir (Herring, 2009). Özetle göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimi tartışmaları karmaşık bir zeminde sürdürülmektedir. Örneklerde görüldüğü üzere, hiç göçmenler hiç sözkonusu edilmeden de sağlık hizmetine erişim imkanı ülkelere ve sağlık sistemlerine göre değişmektedir. Etikçiler arasında da konu tartışmalıdır. Hiçkimsenin, dolayısıyla göçmenlerin de pozitif sağlık hakkına sahip olmadıkları, kimsenin kimseye karşılıksız bir şey sağlamak zorunda olmadığı iddia edilebileceği gibi en azından diğer herkes kadar temel hizmetlere erişmelerinin gerektiği de savunulmaktadır. Bu karmaşık zeminde göçmenler bir sisteme dahil edilseler bile, nereden kaynak sağlanacağı ve ne tür hizmetler sunulacağı tartışmaya açık olacaktır. Ulaştıkları ülkenin gelir seviyesi kadar sağlık sistemi de sonucu etkileyecektir.

Elizabeth Fenton'a göre, biyoetik ile insan hakları çerçevesi arasındaki mesafe, etikçilerin fazla soyut düşündükleri, gerçek insanların ıstıraplarıyla ilgilenmedikleri,

konuyla ilgili aktivizmden kopuk oldukları şeklinde de eleştirilmektedir. Buna mukabil, Fenton insan hakları çerçevesinin felsefi anlamda ortak kabul görececek bir düşünce şekli olmasa bile konuların küresel ölçekte ele alınmasında bir ortak dil olarak rol oynayabileceğini ileri sürmektedir. (Fenton, 2105). İki çerçeveyi bir araya getiren bir belge olarak UNESCO Biyoetik ve İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nin (2005) 14. maddesi devletlere toplumun bütün kesimlerinin sağlık açısından ve sosyal açıdan geliştirilmesi görevi vermektedir. Erişilebilir en yüksek sağlık standardı, hiçbir ayırım yapılmaksızın bütün insanların temel hakkı kabul edilmekte ve sağlık hizmetine ve ilaçlara erişimle birlikte beslenme, barınma ve eğitim gibi konuların, ek olarak yoksulluk ve dışlanma gibi sorunların sağlıkla ilişkisine işaret edilmektedir. Buna göre devletler hem sağlık hizmetine erişimi sağlamalı hem de sağlığın sosyal belirleyicileri açısından bütün toplum için şartların geliştirilmesine gayret etmelidir (UNESCO, 2005). Beyanname bütün biyoetikçiler tarafından olumlu karşılanmamıştır. Beyannamenin kabul edildiği dönemde yaşanan tartışmaları aktaran Howard Wolinsky'ye göre, olumsuz görüş bildirenlerden George Annas, İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nin insan hakları konusunu yeteri kadar kapsadığını ve yeni beyannameye gerek olmadığını düşünmektedir. Keza Richard Ashcroft'a göre, beyanname mesela "insan hakları embriyoları da kapsamakta mıdır" gibi etik açıdan ihtilafı konulara bir cevap sağlamamaktadır. İnsan hakları tartışmalarının daha çok hukuki vasıftaki usulü ile biyoetik tartışmalarının felsefi usulü birbirinden farklıdır. Diğer taraftan Udo Schuklenk beyannameyi, aşırı bireyci bir mantıkla hazırlanmış olduğu, toplumsal konuları yeteri kadar ele almadığı ve gelişmekte olan ülkelerdeki etkisinin ne olacağını belirsiz olduğu yönünde eleştirmektedir. Schuklenk'e göre beyanname "evrensel etik prensipler" yerine "Batılı toplumların değerlerini" yansıtmaktadır. Buna mukabil, beyannameyi olumlu bir şekilde karşılayan Henk ten Have, özellikle gelişmekte olan ülkelerde insan hakları ve biyoetik konularının birlikte ele alınmasına ihtiyaç bulunduğuna işaret etmektedir. Beyannamenin, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde araştırmaların farklı şartlarda yürütülmesi gibi çifte standartlar konusunda da olumlu katkı sağlayacağını düşünmektedir. (Wolinsky, 2006). Belgenin işaret ettiği sağlık hakkı, pozitif hak tanımına uymaktadır ve sorumlu olarak da devletler işaret edilmektedir. Ancak erişilebilir en yüksek standart konusu yoruma açıktır. İlgili devletin kendi imkanları çerçevesinde sağlayabileceği standart yeterli olacak mıdır, yoksa bütün insanların asgari bir seviyeye erişebileceği şekilde uluslararası iş birliği sağlanacak mıdır? Eşitliğin geliştirilmesi için ülkelerin sağlık sistemlerini değiştirmesi gerekmekte midir, yoksa mevcut sistemlerin sağlayabildiği asgari seviyeler yeterli olacak mıdır? Mevcut halde, birçok ülke göçmenlerin sağlık hizmetine erişimini temel ve acil sağlık hizmetleriyle sınırlandırmakta, vatandaşlarına sağladığı

hakları göçmenlere sağlamamaktadır. Buradaki çifte standart kaldırılrsa bile ABD örneğinde görüldüğü üzere kendi vatandaşlarına da bütün sağlık hizmetlerine erişme imkanı sağlamayan bir ülkede göçmenlere ne olacağı açık değildir. Bu tarz bir sistemin uygulandığı bir ülke, kendi vatandaşlarına verdiği bütün hakları göçmenlere de sunsa bile göçmenlerin birçoğunun sınırlı bir kapsam dışında bir hizmete erişmeleri beklenemez. Aynı şekilde Birleşik Krallık gibi hizmet türlerinin ödeme kapsamına alınıp alınmayacağına karar verilirken masrafların dikkate alındığı ülkelerde, erişilebilir en yüksek standart fikrinin “maliyet-etkin bir şekilde erişilebilir” tarzında bir şerhle esnetilmesi muhtemeldir. Ülkelerin sağlık sistemleri arasındaki farklar, sağlık sistemlerinin organizasyonu ve finansmanı gibi konular dikkate alınmadan sağlık hakkında bahsetmek gerçekçi görünmemektedir.

Ülkelerin kendi vatandaşları olmayanlara sağlık hizmeti sağlama görevinin olup olmadığı konusunda; aralarında Peter Singer ve Martha Nussbaum gibi düşünürlerin de yer aldığı bazı kişiler, her insanın eşit ahlaki statüsünün olduğunu, bunun sorumluluk ve görevler getirdiğini, vatandaş olup olmamanın anlamlı olmadığını söyler. Diğer taraftan, Richard W. Miller başka düşünürler tarafından savunulan diğer bir görüşe göre, her insanı kapsayan bir takım temel sorumluluklar olsa da vatandaş olup olmamak anlamlı bir fark meydana getirmektedir. Konuyla ilgili olarak ileri sürülen kozmopolitizm düşüncesi bireylere odaklanır; aileler, kabileler veya milletler gibi bağılıkları dikkate almaz; evrensel bir şekilde bütün insanları eşit şekilde ele alır ve genel bir kapsayıcılık içerir, insanlar sadece bazı kişiler için değil, herkes için önemli olmalıdır (Singer, 1972; Nussbaum, 2006; Miller, 1998; Brock, 2015). Kozmopolitizm görüşü, devletlerin göçü düzenleyen kurallara uymayanları sağlık hizmetinden dışlamaya hakkının olmadığını savunur. Adalet küresel ölçekte düşünülmelidir ve insanların hangi ülkede doğdukları gibi tesadüfi şartlar fırsat eşitliğinin önüne geçmemelidir. Bu fikir devletlerin sınırlarındaki hareketi düzenleme yetkileri olduğunu bildiren uluslararası kuralların ötesine geçmektedir. Fakat bu tür bir açık sınır politikası uygulanabilir değildir. Kontrolsüz bir sınır ekonomik ve politik bir tehlike anlamına geleceğinden devletler için sürdürülebilir değildir. Bir şeyi ahlaken şart koşabilmek için önce mümkün olması gerekir, dolayısıyla kozmopolitizmin yeterli temeli bulunmamaktadır (Daniels & Ladin, 2015).

İnsan hakları konusu gündeme getirilmeden de göçmenlere sağlık hizmeti verilmesi savunulabilmektedir. Bu konuyla ilgili temel argümanlar: 1) gelişmiş ülkelerin gelişmekte olan ülkelere karşı sorumluluklarının olduğu, 2) göçmenlere imkan sağlamanın gelişmiş ülkelere fayda sağlayacağı ve 3) sağlık çalışanı kimliğinin hizmet sunmayı gerektirdiği şeklinde sıralanması mümkündür.

Hedef ülkenin, kaynak ülkedeki istikrarın bozulmasına katkıda bulunan bir müdahalesi olmuşsa, kaçan insanlara karşı birtakım görevlerinin sözkonusu olduğu söylenebilir (Brannan et al., 2016). Beyin göçü gelişmekte olan ülkelerin kendi sağlık ihtiyaçlarını karşılama imkanlarını olumsuz etkilemektedir. Göç alan ülkelerin elde ettikleri faydaya karşılık gelişmekte olan ülkeleri desteklemesi ve zararı telafi etmesi yönünde bir sorumluluğunun olduğu söylenebilir. Silah ticareti de dahil olmak üzere küresel ticaret, yoksulların aleyhine bir durum meydana getirmektedir. Böylece gelişmiş ülkelerin yoksulluğu azaltacak adımlar atmak ve yol açtıkları zararı ortadan kaldırmakla ilgili görevlerinin doğduğu düşünülebilir. Bu gerçekleşinceye kadar da sağlık hizmeti sunulması bir telafi metodu olarak değerlendirilebilir (Brock, 2015).

Konuya ortak fayda mantığı ile yaklaşmak da mümkündür ve göçmenlere sağlık hizmetine erişme imkanı sunmanın, böyle bir haklarının olmadığı kabul edilebile, göçmenlerin yaşadığı ülkenin halkı için faydalı olduğu ileri sürülebilir. Mesela enfeksiyon hastalıkları sözkonusu olduğunda, tedavi ve bulaşmayı engelleyecek tedbirlere göçmenler de dahil edildiğinde, hastalığın bütün topluma yayılması daha kolay önleneceği için sağlık hizmeti sağlamak göç alan ülke vatandaşlarının da faydasına olacaktır, dolayısıyla burada bir ortak fayda sözkonusudur. (West-Oram, 2018; Widdows & Marway, 2015). Ancak bu tarz bir gerekçe göçmenlerin sağlık ihtiyaçlarının karşılanması açısından sınırlı ve yetersiz kalacaktır. Göçmenlerin sağlık sorunları, yaşadıkları ülkenin vatandaşları için tehlike oluşturmayan tarzda olduğunda hedef ülkenin faydası göçmenlere sağlık hizmeti sunulması için bir gerekçe teşkil etmeyecektir. Diğer taraftan göçmenlerin sağlık ihtiyaçlarıyla evsahibi ülkenin vatandaşlarının ihtiyaçlarının kesiştiği noktada, evsahibi ülkenin vatandaşlarının kendileriyle göçmenler arasında bir benzerlik görmeye başlayacağı ve bunun daha kapsamlı bir dayanışmanın katalizörü olacağı ümit edilebilir (West-Oram, 2018).

Göçmenler yaşadıkları ülkenin vatandaşı olmasalar da çalışıp vergi vermekle, müteşebbis olarak yeni kazanç alanları açmakla, tüketici olarak ekonomiye dahil olmakla ülkeye ve toplumun refahına katkıda bulunmaktadır. Böylece topluma bir şeyler kattıkları için sağlık hizmetine hak kazandıkları düşünülebilir (Brock, 2015; West-Oram, 2018). Bir ülkeyi sınırlı bir süre için ziyaret edenlerden farklı olarak, uzun süre bir ülkede bulunan göçmenler toplumun bir parçası sayılmalıdır. John Rawls'un "hür ve eşit vatandaşlar" ifadesindeki vatandaş kelimesini kelime anlamıyla anlamak şart değildir. Rawls'un fikri öz olarak bu kişileri de kapsamaktadır, zira onlar da toplumsal iş birliğine katılmaktadır (Daniels & Ladin, 2015). Göç-

menlerin sağlık hizmetinden faydalanması entegrasyonu ve toplumsal gelişmeyi güçlendirir (DeCastro & Sy, 2017). Demografik sebeplerle de hedef ülkelerin göçmenlere ihtiyacı olmaktadır. Nüfusun yaşlanması ve doğum oranlarının düşmesi işgücünü azaltmaktadır. Bu durum vergi toplanmasını da olumsuz etkilemektedir (West-Oram, 2018).

Vatandaşlık durumuna göre sağlık hizmetine erişimde farklı uygulamalar olmasını savunanlar, tedaviye erişim hakkının göçü teşvik edeceğini ileri sürmektedir. Ancak göç olgusunun sadece sağlık faktörüyle açıklanamayacak sebepleri vardır (Taylor, 2009). Kaynak ülkelerdeki olumsuz şartlar ve hedef ülkelerin gelişmiş ekonomik imkanları göçün arkasında yatan temel sebeplerdir. Hedef ülkede göçmenlerin sağlık hizmetine erişmeleri için uygun imkanların olması, göçü teşvik edici bir sebep olarak geride kalmaktadır. Böyle bir imkanın olması ancak göçe karar verenlerin hedef ülke seçimlerinde rol oynayabilir. (West-Oram, 2018). Daniels ve Ladin'e göre, göçü teşvik iddiasını vakıa doğrulamamaktadır, uygulanan kısıtlamalar göçü azaltmamıştır. Mesela, ABD'de 1996'da kabul edilen Kişisel Sorumluluk İş Fırsatı Uzlaşma Yasası (Personal Responsibility Work Opportunity Reconciliation Act) göçmenlere yönelik sağlık finansmanına sınırlamalar getirdiği halde, göçün azalması yönünde beklenen dramatik etki gerçekleşmemiştir. Teşvik iddiasının aksini gösterir şekilde, sağlık imkanlarının sunulduğu eyaletlerde bile, sınırdışı edilme korkusu bulunan göçmenler bu imkanlardan faydalanmak konusunda isteksiz davranmaktadır. Göçmenlere sağlanacak sağlık hizmetini acil servis hizmetleriyle sınırlandırmak doğru değildir, bunlar kişilerin hayatlarını normal bir şekilde sürdürmesi için yeterli olmayabilmektedir. Göçmenlere acil hizmetlerin ötesinde sağlık imkanları sunmanın hedef ülkenin vatandaşlarının imkanlarını daraltacağı düşüncesi de çok yerinde değildir, zira önleyici sağlık hizmeti sunmamanın maliyeti daha fazladır. Koruyucu hekimlik ve erken tedavi sağlık masraflarını azaltabilir, dolayısıyla göçmenler için erişim sağlanmaması uzun vadede masrafları arttıracaktır. Ayrıca göçmenlerin topluma katkısı kullandıkları sağlık hizmetinin maliyetinden daha fazla olmaktadır (Daniels & Ladin, 2015).

Son olarak "sağlık çalışanı kimliği" bir gerekçe olarak sunulmaktadır. Buna göre sağlık kurumlarının amacı sağlık hizmeti sunmaktır, hastanın kuruma başvurmaya çekinmesi sağlık çalışanı rolü ile çelişir. Mark Kuczewski'ye göre sağlık çalışanlarını ve etikçileri düşündürmesi gereken iki tür soru bulunmaktadır. Birincisi sağlık hizmetine erişebilmiş bulunan kayıtdışı hastaların ihtiyaçlarının nasıl karşılanabileceği ile ilgilidir. İkincisi ise hastaların sağlık hizmetine erişiminin sağlanması hakkındadır. Başka bir deyişle, sorulması gereken ilk soru "bu hastayı etik açıdan

nasil uygun bir şekilde taburcu edebilirim” ve diğeri “hastanın hastaneye gelmesini nasıl sağlayabilirim” sorusudur (Kuczewski, 2019).

Bütün bu argümanların insan hakları düşüncesinden uzak düştükleri ve gerekli hizmet seviyesinin sağlanması yönünde fikri bir temel sağlamakta çok yetersiz kaldığı düşünülebilir. Bununla birlikte politika geliştirilmesi ve kamuoyunun ikna edilmesi konusunda bu tarz savunmaların güçlendirilmesi daha gerçekçi olacaktır. Bu yolu seçmek insan hakları çerçevesinden vazgeçmek anlamına gelmez, sağlık hakkı fikri bir ideal olarak yol göstermeye devam edebilir.

Sonuç

Göç olgusu hem göçmenler hem de göç alan ülke için zorlayıcı olmaktadır. Sağlık hizmetine erişim zorluk yaşanan alanlardan biridir. Uluslararası belgeler sağlık hakkını, yasal statüsü ve vatandaşlık durumu ne olursa olsun bütün insanlar için geçerli bir hak kabul etmektedir. Ancak bu hakkın ne kadar hayata geçirilebildiği yerel şartlara bağlıdır. Ülkeler göçmen kabul etmekte ve kabul ettikleri göçmenlere sağlık imkanı sağlamakta isteksiz davranabilirler. İstekli olsalar bile gerekli mali kaynağa sahip olmayabilirler. Bu konularda sıkıntı yaşanmasa bile dil ve kültür farklılığı gibi göçmenlerin özel durumlarından kaynaklanan şartlar hizmet kalitesini etkileyebilir. Sağlık hizmetine erişimin sınırlarını sağlık sistemlerin kurgusu belirlemektedir. Her ülkede farklı sistemler bulunmaktadır ve bunların kurguları sağlık hakkı kavramına yaklaşımla ilişkilidir. Bireysel ödemeye dayanan sistemlerde hizmete erişim ödeme gücüyle ilişkilidir. Sağlık harcamalarının kamu kaynaklarından sağlandığı sistemlerde ise sistemin temel varsayımı belirli hizmetlerin bütün vatandaşlara sağlanacağı şeklindedir. Yaşadığı ülkenin vatandaşı olmayan kişilerin sistem içindeki konumu, bu kişilerin ihtiyaçlarını karşılamaya her zaman yetmemektedir. Bu tarz konularda çözüm üretmek için hem toplumsal hem de uluslararası dayanışmanın sağlanması gereklidir. Konu aynı zamanda etik açıdan önemlidir, fakat Birleşmiş Milletler ve diğer uluslararası kurumların temsil ettiği insan hakları yaklaşımı biyoetik alanından köken alan bir yaklaşım değildir ve iki çerçevenin bir araya getirilmesinde zorlukla karşılaşabilmektedir. Bu konuda daha ileri adımlar atılabilmesi ve uluslararası iş birliğinin güçlendirilebilmesi için etik tartışmanın daha ileri bir seviyede yürütmesi gerekmektedir.

Immigrant Access to Health Care and the Right to Health: What Is the Position of Bioethics?

Mahmut Alpertunga Kara

Introduction

The total number of immigrants in the world exceeds 281 million (McAuliffe & Triandafyllidou, 2022). While the country that has sent the most immigrants is Syria at 6.7 million, the country that has accepted the largest number of immigrants is Türkiye at 3.4 million (Presidency of Migration Management, 2023; McAuliffe & Khadria, 2019). Limited evidence is found regarding immigrants' health statuses. The data point to insufficient access to health services, which may both harm immigrants, as well as increase the burden on healthcare systems (Bradby et al., 2015; Vearey et al., 2019). International documents recognize the right to health. However, immigrants' ability to realize this right varies according to conditions. Moreover, the idea of the right to health is controversial among bioethicists. Nevertheless, bioethical debates more realistically reflect the actual status of health systems and can therefore contribute to the issue.

@ Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Medeniyet Üniversitesi, alpertunga.kara@medeniyet.edu.tr

ID: 0000-0002-2031-3042

➔ Kara, M. A., (2023). Göçmenlerin sağlık hizmetine erişimi ve sağlık hakkı: Biyoetik hangi konumda. *İş Ahlakı Dergisi*, 16 (1), ss. 47-75.

✎ Research Paper

© İGİAD
DOI: 10.12711/tjbe/m3962
Turkish Journal of Business Ethics, 2023
isahlakidergisi.com

International Regulations on Immigrant Access to Health Care: The Right to Health on Paper

Key documents regulating immigration and health-related issues include the Constitution of the World Health Organization (WHO; 1946); the Universal Declaration of Human Rights (1948); the Convention Relating to the Status of Refugees (1951); the 2008 and 2017 Resolutions of the World Health Assembly; and the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (1966). The idea behind the framework drawn by international documents is that all people, regardless of their citizenship status, should have equal access to basic human benefits (Calduch et al., 2008; Pace, 2011). The Turkish Foreigners and International Protection Law (*Yabancılar & Uluslararası Koruma Kanunu No. 6458*, 2013) and Temporary Protection Regulation (2014, amended in 2019; *Geçici Koruma Yönetmeliği No. 2014/6833*, 2019) regulate immigrant access to health services. Türkiye signed the 1951 Geneva Convention with a geographical exception where only European people are accepted as refugees (Yavuz, 2015). The Foreigners and International Protection Law included new concepts such as conditional refugees and secondary protection (Yaman, 2021; *Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu*, 2013). During mass migration, temporary protection can be provided, as happened in the case of Syrians. This status can be terminated collectively by a Presidential Decree and in some cases individually. Temporary protection does not provide an internationally recognized status (Erdoğan, 2022). Türkiye's regulation can be criticized in terms of not providing full rights (Assi et al., 2019; Ekmekci, 2017). However, providing rights is not only a matter of legislation, evaluating the extent to which international documents can be applied is also necessary in order to understand how appropriate this criticism is.

Immigrants' Actual Access to Health Care: The Right to Health in the Field

Approximately 3.4 million Syrians are under temporary protection in Türkiye. Of these, 98% live in cities, with about 64% of them living below the poverty line. The resources Türkiye allocates for humanitarian aid is higher than that of developed countries and has exceeded \$8 million USD as of 2019, corresponding to 0.79% of the national income. International support is limited, and the health system has suffered a financial burden, despite some of the help provided by the Migrant Health Centers that were established with the European Union Project. Syrian health workers are employed in these centers, and attempts are made to overcome language and cultural barriers (Presidency of Migration Management, 2023; Bahar

Özvarış et al., 2020; Association of Turkish Travel Agencies [TÜRSAB], 2012; Sürmeli et al., 2022; Abohalaka & Yeşil, 2021).

Knowledge about the health of immigrants is limited, and the data are inconsistent. The current literature on research about immigrant health is limited in scope and focuses mostly on immigrants living in Europe and North America, as well as on some specific health issues and immigrant groups (Vearey et al., 2019; Rodriguez et al., 2021; Kohlenberger et al., 2019; Wadsworth, 2013; Berlinger & Raghavan, 2013; Nørredam & Krasnik, 2011). This issue is important for the health systems of the destination countries as well as the immigrants, because of the load this places on the system. The number of immigrants countries accept differs, and states can limit the care to basic or emergency services (Gottlieb & Schülle, 2021; Matlin et al., 2018; Brannan et al., 2016). Being excluded from costly services such as chronic disease treatment or rehabilitation may harm patients (Kuczewski, 2019).

Legal status is the leading factor affecting the degree of access. Problems regarding language and culture may affect access to as well as the quality of health care. Income and social security reasons may limit access (Kim et al., 2019; Peled, 2018; Taylor, 2009; Kavukcu & Altıntaş, 2019; Bradby et al., 2015; Vearey et al., 2019; Ingleby, 2009; Campbell et al., 2014). Centers established by civil society organizations also serve immigrants, but these are generally not enough to meet the needs (Canada, 2019). Racist and discriminatory attitudes and the lack of cooperation from healthcare professionals also limit access to health services (DeCastro & Sy, 2017). Xenophobia can have dangerous consequences, as can be seen in the example of Malaysia's fight against the COVID-19 pandemic (Yusof et al., 2020). The relationship between the social determinants of health and health status is stronger for immigrants (Lebano et al., 2020), and immigrants' health may improve or deteriorate in the destination country depending on the comparison between the levels of access in the source and the destination countries (Bauer et al., 2020). As seen in the examples of Singapore and Portugal, including immigrants into the system can have positive results for the receiving society and negative results if they are not included (Xafis, 2020; Xafis et al., 2020; Cordeiro-Rodrigues, 2020).

A gap exists between the targets of international documents and the actual situation, with a similar gap also being observed between the human rights framework of documents and bioethical debates.

Ethical Debates on Health Care Access: The Right to Health as an Idea

The idea of the right to health is controversial among philosophers. Even if the right is accepted to exist, its scope is open to debate. Questions need to be answered such as what kind of services will be provided, who will be served, and who will provide it (Widdows & Marway, 2015; Arras, 2015; Beauchamp & Childress, 2001; Singer, 1972; Nussbaum, 2006; Miller, 1998). Questions still remain to be answered about the role of citizenship, the limit of countries' responsibility, and the acceptability of differences according to local conditions (Wild, 2021). In theory, the right to health does not mean that any citizen can access any service, and in practice, access depends on the health system (Wendt et al., 2009; Rice et al., 2013; United States Census Bureau, 2022; Blümel et al., 2020; Cylus et al., 2015; Herring, 2009). Some can argue that no one has the right to health, so immigrants do not have it either. In contrast, others can argue that they should have equal access to basic services. In addition, the possibility of access varies by country and health system, even without including immigrants in the discussion.

The distance between bioethics and the human rights framework can be criticized for ethicists thinking too abstractly and for not addressing the suffering of real people. On the other hand, the human rights framework has also been argued to be able to play a role as a common language for addressing issues (Fenton, 2105). The United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO, 2005) Universal Declaration of Bioethics and Human Rights (2005) is a document that brings together the two frameworks and obliges states to develop the health and social aspects of all segments of society. This statement was not warmly received by all bioethicists. The objections included the declaration being unnecessary, not answering ethically controversial issues, and being too individualistic. In contrast, it was also welcomed for addressing human rights and bioethics together (Wolinsky, 2006). However, the highest attainable standard as required by this document is open to interpretation. What will happen to immigrants in a country that does not or cannot provide access to all health services, even to its own citizens, is unclear. Talking about the right to health without considering health systems, organization, and financing also seems unrealistic.

Nevertheless, providing health services to immigrants might be defended without mentioning human rights. Developed countries can be argued as having duties toward developing countries (Brannan et al., 2016; Brock, 2015). Providing health services to immigrants can also be said to provide a common benefit for the destination country and immigrants, as in the case of infectious diseases (West-O-

ram, 2018; Widdows & Marway, 2015). Immigrants could be considered as participants of social cooperation (Daniels & Ladin, 2015). The identity and professional role of health workers can also be mentioned (Kuczewski, 2019). While these arguments may be considered insufficient for providing the required level of service, strengthening such defenses in policy development and public persuasion would be more realistic. On the other hand, the idea of the right to health can be useful as a leading ideal.

Conclusion

International documents recognize the right to health as a valid right for all people, regardless of citizenship status. The extent to which this right can be exercised, however, depends on local circumstances. Countries may be reluctant to accept immigrants and provide health care and may not have the necessary financial resources. Quality of service may also be affected by different factors. Access to health care is dependent upon health systems. To find solutions, national and international solidarity is necessary. The human rights approach represented by international documents is not one that originates from the field of bioethics, and bringing the two frameworks together has been difficult. In order to take further steps in this regard and strengthen international cooperation, ethical discussions should proceed at a higher level.

Kaynakça | References

- Abohalaka, R., & Yeşil, S. T. (2021). Determination of perceived language barriers according to Syrian refugees visiting two hospitals in Ankara. *Turkish Journal of Public Health*, 19(2), 92–105.
- Arras, J. D. (2015). The right to health care. In J. D. Arras, E. Fenton, & R. Kukla (Eds.), *The Routledge companion to bioethics* (pp. 3-15). Routledge.
- Assi, R., Özger-İlhan, S., & İlhan, M. N. (2019). Health needs and access to health care: The case of Syrian refugees in Turkey. *Public Health*, 172, 146–152. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.05.004>
- Association of Turkish Travel Agencies. (2012). T. C. Sağlık Bakanlığı'nın tercümanlık hattı duyurusu. Retrieved from https://www.tursab.org.tr/ihtisas-baskanliklari/saglik-turizmi/t-c-saglik-bakanliginin-tercumanlik-hatti-duyurusu_8828

- Bahar Özvarış, Ş., Kayı, İ., Mardin, D., Sakarya, S., Ekzayez, A., Meagher, K., & Patel, P. (2020). COVID-19 barriers and response strategies for refugees and undocumented migrants in Turkey. *Journal of Migration and Health*, 1 & 2, 100012. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2020.100012>
- Bauer, J. M., Brand, T., & Zeeb, H. (2020). Premigration socioeconomic status and postmigration health satisfaction among Syrian refugees in Germany: A cross-sectional analysis. *PLOS Medicine*, 17(3), e1003093. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003093>
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics* (5th ed.). Oxford University Press.
- Berlinger, N., & Raghavan, R. (2013). The ethics of advocacy for undocumented patients. *Hastings Center Report*, 43(1), 14–17. <https://doi.org/10.1002/hast.126>
- Blümel, M., Spranger, A., Achstetter, K., Maresso, A., & Busse, R. (2020). Germany: Health system review. *Health Systems in Transition series*, 22(6), 1–272. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341674/HiT-22-6-2020-eng.pdf>
- Bradby H., Humphris R., Newall D., & Phillimore J. (2015). Public health aspects of migrant health: A review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European Region. *Health Evidence Network Synthesis Report 44*. WHO Regional Office for Europe.
- Brannan, S., Campbell, R., Davies, M., English, V., Mussell, R., & Sheather, J.C. (2016). The Mediterranean refugee crisis: Ethics, international law and migrant health. *Journal of Medical Ethics*, 42, 269–270. <https://doi.org/10.1136/medethics-2016-103444>
- Brock, G. (2015). Global justice, cosmopolitan duties and duties to compatriots: The case of healthcare. *Public Health Ethics*, 8(2), 110–120. <https://doi.org/10.1093/phe/phu039>
- Calduch, E. N., Diaz, A., 7 Diez, M. (2008). Ethical and legal issues related to health access for migrant populations in the Euro-Mediterranean Area. *Eurosurveillance*, 13(50), 19061. <https://doi.org/10.2807/ese.13.50.19061-en>
- Campbell, R. M., Klei, A. G., Hodges, B. D., Fisman, D., & Kitto, S. (2014) A comparison of health access between permanent residents, undocumented immigrants, and refugee claimants in Toronto, Canada. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(1), 165–176. <https://doi.org/10.1007/s10903-012-9740-1>. PMID: 23124632
- Canada, R. E. (2019). Best practices for teaching care management of undocumented patients. *American Medical Association Journal of Ethics*, 21(1), E44–49. <https://doi.org/10.1001/amajethics.2019.44>

- Cordeiro-Rodrigues, L. (2020). Social justice for public health: The COVID-19 response in Portugal. *Bioethical Inquiry*, 17, 669–674. <https://doi.org/10.1007/s11673-020-10058-z>
- Cylus, J., Richardson, E., Findley, L., Longley, M., O'Neill, C., & Steel, D. (2015). United Kingdom: Health system review. *Health Systems in Transition series*, 17(5), 1–126. Retrieved from https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/302001/UK-HiT.pdf
- Daniels, N., & Ladin, K. (2015). Immigration and access to health care. In J. D. Arras, E. Fenton, & R. Kukla (Eds.), *The Routledge companion to bioethics* (pp. 56–68). Routledge.
- De Castro, L. D., & Sy, P.A. (2017). Ethics in migration and global health delivery: Issues of justice and integrity. *Asia Pacific Journal of Health Law & Ethics*, 10(2), 29–50.
- Ekmekci, P. E. (2017). Syrian refugees, health and migration legislation in Turkey. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 19(6), 1434–1441. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0405-3>
- Erdoğan, M. M. (2022). Suriyeliler barometresi 2021: Suriyelilerle uyum içinde yaşamın çerçevesi. Eğiten Kitap Yayıncılık. Retrieved from <https://www.unhcr.org/tr/wp-content/uploads/sites/14/2023/01/SB-2021-TR-MME-FINAL-19-Ocak-2023.pdf>
- Fenton, E. (2015). Bioethics and human rights. In J. D. Arras, E. Fenton, & R. Kukla (Eds.), *The Routledge companion to bioethics* (pp. 71–83). Routledge.
- Geçici Koruma Yönetmeliği. (2019). Retrieved from <https://mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=20146883&MevzuatTur=21&MevzuatTertip=5>
- Gottlieb, N., & Schülle, M. (2021). An overview of health policies for asylum-seekers in Germany. *Health Policy*, 125(1), 115–121. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.09.009>
- Herring, J. (2009). *Older people in law and society*. Oxford University Press.
- Ingleby, D. (2009). European research on migration and health. *International Organization for Migration – Background Paper*. Brussels, Belgium. International Organisation for Migration.
- Kavukcu, N., & Altıntaş, K. H. (2019). The challenges of the health care providers in refugee settings: A systematic review. *Prehospital and Disaster Medicine*, 34(2), 188–196. <https://doi.org/10.1017/S1049023X19000190>
- Kim, G., Sanchez, M., & Saadi, A. (2019). Should immigration status information be included in a patient's health record? *American Medical Association Journal of Ethics*, 21(1), E8–16. <https://doi.org/10.1001/amajethics.2019.8>
- Kohlenberger, J., Buber-Ennsner, I., Rengs, B., Leitner, S., & Landesmann, M. (2019). Barriers to health care access and service utilization of refugees in Austria: Evidence from a cross-sectional survey. *Health Policy*, 123(9), 833–839.

- Kuczewski, M., (2019). Clinical ethicists awakened: Addressing two generations of clinical ethics issues involving undocumented patients. *The American Journal of Bioethics*, 19(4), 51–57. <https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1572812>
- Lebano, A., Hamed, S., Bradby, H., Gil-Salmerón, A., Durá-Ferrandis, E., Garcés-Ferrer, J., Azzedine, F., Riza, E., Karnaki, P., Zota, D., & Linos, A. (2020). Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: A scoping literature review. *BMC Public Health*, 20, 1039. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08749-8>
- Matlin, S. A., Depoux, A., Schütte, S., Flahault, A., & Saso, L. (2018). Migrants' and refugees' health: Towards an agenda of solutions. *Public Health Review*, 39, 27. <https://doi.org/10.1186/s40985-018-0104-9>
- McAuliffe, M., & Triandafyllidou, A. (Eds.). (2022). World migration report 2022. *International Organization for Migration (IOM)*, Geneva. Retrieved from <https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2022>
- McAuliffe, M., & Khadria, B. (2019). Report overview: Providing perspective on migration and mobility in increasingly uncertain times. In M. McAuliffe & B. Khadria (Eds.), *World migration report 2020* (pp. 1–14). International Organization for Migration.
- Miller, R. W. (1998). Cosmopolitan respect and patriotic concern. *Philosophy & Public Affairs*, 27(3), 202–224.
- Nørredam, M., & Krasnik, A. (2011). Migrants' access to health services. In B. Rechel, P. Mladowsky, W. Devillé, B. Rijks, R. Petrova-Benedict, & M. McKee (Eds.), *Migration and health in the European Union* (pp. 67–78). McGraw Hill.
- Nussbaum, M. (2006). *Frontiers of justice: Disability, nationality, species membership*. Belknap Press.
- Pace, P. (2011). The right to health of migrants in Europe. In B. Rechel, P. Mladowsky, W. Devillé, B. Rijks, R. Petrova-Benedict, & M. McKee (Eds.), *Migration and health in the European Union* (pp. 55–66). McGraw Hill.
- Peled, Y. (2018). Language barriers and epistemic injustice in healthcare settings. *Bioethics*, 32, 360–367. <https://doi.org/10.1111/bioe.12435>
- Presidency of Migration Management. (2023). *Geçici koruma*. Retrieved from <https://www.goc.gov.tr/gecici-koruma5638>
- Rice, T., Rosenau, P., Unruh, L. Y., Barnes, A. J., Saltman, R. B., van Ginneken, E. (2013). United States of America: Health system review. *Health Systems in Transition series*, 15(3), 1–431. Retrieved from <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/united-states-of-america-health-system-review-2013>
- Rodriguez, D. X., Hill, J., & McDaniel, P. N. (2021). A scoping review of literature about mental health and well-being among immigrant communities in the United States. *Health Promotion Practice*, 22(2), 181–192.

- Singer, P. (1972). Famine, affluence, and morality. *Philosophy & Public Affairs*, 1(3) 229-243.
- Sürmeli, A., Yasin, Y., Umay Tolunay, T., User, I., & Topsever, P. (2022). Practicing in exile: Syrian healthcare professionals working in informal outpatient clinics in Istanbul. *International Migration*, 60(3), 188–208.
- Taylor, K. (2009). Asylum seekers, refugees, and the politics of access to health care: A UK perspective. *British Journal of General Practice*, 59(567), 765–772. <https://doi.org/10.3399/bjgp09X472539>
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (2005). *Universal declaration on bioethics and human rights*. UNESCO Digital Library. Retrieved from <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000142825.page=80>
- United States Census Bureau. (2022). *Health insurance coverage in the United States*. Retrieved from <https://www.census.gov/library/publications/2022/demo/p60-278.html>
- Vearey, J., Hui, C., & Wickramage, K. (2019). Migration and health: Key issues, governance and current knowledge gaps. In M. McAuliffe & B. Khadria (Eds.), *World migration report 2020* (pp. 209–228). International Organization for Migration.
- Wadsworth, J. (2013). Mustn't grumble: Immigration, health and health service use in the UK and Germany. *Fiscal Studies*, 34(1), 55–82.
- Wendt, C., Frisina, L., & Rothgang, H. (2009). Healthcare system types: A conceptual framework for comparison. *Social Policy & Administration*, 43, 70–90. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2008.00647.x>
- West-Oram, P. G. N. (2018). From self-interest to solidarity: One path towards delivering refugee health. *Bioethics*, 32, 343–352. <https://doi.org/10.1111/bioe.12472>
- Widdows, H., & Marway, H. (2015). A global public goods approach to the health of migrants. *Public Health Ethics*, 8(2), 121–129. <https://doi.org/10.1093/phe/phv013>
- Wild, V. (2012). Migration and health: Discovering new territory for bioethics. *The American Journal of Bioethics*, 12(9), 11–13, <https://doi.org/10.1080/15265161.2012.692439>
- Wolinsky, H. (2006). Bioethics for the world. *EMBO Reports*, 7(4), 354–358. <https://doi.org/10.1038/sj.embor.7400670>
- World Health Organization (1946). Constitution of the World Health Organization. Retrieved from <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- Xafis, V. (2020). What is inconvenient for you is life-saving for me: How health inequities are playing out during the COVID-19 pandemic. *Asian Bioethics Review*, 12, 223–234. <https://doi.org/10.1007/s41649-020-00119-1>

- Xafis, V., Schaefer, G. O., Labude, M. K., Zhu, Y., & Hsu, L. Y. (2020). The perfect moral storm: Diverse ethical considerations in the COVID-19 pandemic. *Asian Bioethics Review*, 12, 65–83. <https://doi.org/10.1007/s41649-020-00125-3>
- Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu. (2013). Retrieved from <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.6458.pdf>
- Yaman, F. (2021). Nitelikli göçmen iş gücünün çalışma yaşamına entegrasyonu, *Politika Notu: 2021/28*. İlim Kültür Eğitim Vakfı.
- Yavuz, Ö. (2015). Türkiye'deki Suriyeli mültecilere yapılan sağlık yardımlarının yasal ve etik temelleri. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 12(30), 265–280. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/mkusbed/issue/19576/208771>
- Yusof, A. N. M., Muuti, M. Z., Ariffin, L. A., & Tan, M. K. M. (2020). Sharing information on COVID-19: The ethical challenges in the Malaysian setting. *Asian Bioethics Review*, 12, 349–361. <https://doi.org/10.1007/s41649-020-00132-4>