



An Economic Analysis of Migrant Health Services Access to Healthcare, International Support Funds, and the Economic Dimension of Integration Policies

Rama ŞENLİ*

Mustafa METE**

*Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü, ramasenli@stu.aydin.edu.tr, ORCID ID: 0009-0002-0323-6839

**Dr. Öğretim Üyesi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, mustafamete@aydin.edu.tr, ORCID ID: 0000-0002-1332-7905

Received Date: 10.02.2026

Accepted Date: 02.04.2026

Copyright © 2026 Rama ŞENLİ, Mustafa METE. This is an open access article distributed under the Eurasian Academy of Sciences License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT

This study aims to analyze the economic impacts of global migration on healthcare systems through a multi-dimensional approach. The continuous rise in migration movements has placed significant pressure on health systems, particularly in terms of migrants' access to healthcare services. In this context, migrant health is examined from an economic perspective, with a focus on international support and financing models, especially EU-funded programs such as SIHHAT. The study explores the barriers migrants face in accessing healthcare, as well as their healthcare utilization patterns. It further analyzes financial support mechanisms provided by institutions such as the European Union, World Bank, UNHCR, and WHO, alongside expenditure distribution in Turkey and financial cooperation models between Turkey and these international actors. The economic dimension of integration policies is also discussed, highlighting the cost implications of education, employment, and healthcare, and the long-term return on investment in migrant services. A dedicated section examines the case of Turkey through the implementation of SIHHAT I and II programs, supported by statistical data on the number of Migrant Health Centers (GSMs), personnel, and service costs. Finally, the sustainability of migrant health services is evaluated in terms of financial continuity, human resources capacity, service quality, and long-term public health outcomes.

Keywords: Migrant Health, Access to Healthcare Services, Integration

JEL Classifications: I18, F22, H51, F35, J15

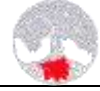
Göçmen Sağlığı Hizmetlerinin Ekonomik Analizi Sağlık Hizmeti Erişimi, Uluslararası Destek Fonları, Entegrasyon Politikalarının Ekonomik Boyutu

ÖZET

Bu çalışma, küresel göç hareketlerinin sağlık sistemleri üzerindeki etkilerini ekonomik bir perspektiften incelemeyi amaçlamaktadır. Küresel göç eğilimlerinin artmasıyla birlikte, göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişiminde yaşanan zorluklar, sağlık sistemlerinde ciddi baskılara yol açmaktadır. Bu çerçevede, göçmen sağlığına yönelik uluslararası finansman destekleri (örneğin AB destekli SIHHAT programı) ve Türkiye'deki uygulama modelleri analiz edilmiştir. Çalışmada, göçmenlerin sağlık hizmeti kullanım alışkanlıkları ve karşılaştıkları erişim engelleri değerlendirilmiştir; Avrupa Birliği, Dünya Bankası, UNHCR ve WHO gibi kurumların destek programlarının finansman yapıları ve harcama kalemleri detaylandırılmıştır. Ayrıca, sosyal entegrasyon politikalarının ekonomik boyutu; eğitim, istihdam ve sağlık üçgenindeki ilişkiler üzerinden ele alınmış, göçmenlere yönelik hizmetlerin uzun vadeli dönüşü incelenmiştir. Türkiye örneği özelinde SIHHAT I ve II programlarının yapısı, istatistiksel veriler eşliğinde sunulmuş; Göçmen Sağlığı Merkezlerinin (GSM) sayıları, personel yapısı ve hizmet maliyetleri analiz edilmiştir. Son olarak, göçmen sağlığı hizmetlerinin sürdürülebilirliği, finansal kaynakların sürekliliği, insan kaynağının niteliği ve uzun vadeli hizmet etkileri açısından değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Göçmen Sağlığı, Sağlık hizmetlerine erişim, Entegrasyon

JEL Sınıflandırması: I18, F22, H51, F35, J15



1. GİRİŞ

Son yıllarda yaşanan siyasal istikrarsızlıklar, iç savaşlar, iklim değişiklikleri ve ekonomik krizler nedeniyle dünya genelinde göçmen ve mülteci sayısı hızla artmaktadır. Uluslararası Göç Örgütü'nün (IOM) 2022 Dünya Göç Raporu'na göre, dünya genelinde göçmen sayısı 281 milyonu aşmıştır; bu da dünya nüfusunun yaklaşık %3,6'sına karşılık gelmektedir (IOM, 2022). Bu artış, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde sağlık sistemleri üzerinde ciddi bir baskı yaratmaktadır.

Göçmenlerin çoğu, geldikleri ülkelerde düşük sosyoekonomik düzeyde yaşamakta, dil ve kültür engelleriyle karşılaşmakta ve sağlık hizmetlerine erişim konusunda zorluk yaşamaktadır. Bu durum, özellikle bulaşıcı hastalıklar, kronik hastalık yönetimi, gebelik takibi ve psikososyal destek alanlarında kamu sağlık sistemleri için ciddi zorluklar doğurmaktadır (WHO, 2018).

Göçmen sağlığı, sadece insani bir konu değil, aynı zamanda kamusal ve ekonomik bir sorumluluk alanıdır. Göçmenlerin sağlık hizmetlerinden yararlanması, erken tanı ve önleyici hizmetlerin verilmesi, uzun vadede sağlık sistemine maliyetleri azaltmakta; aksi takdirde tedavi edici hizmetlerin yükü artmaktadır (Egamov vd., 2025). Ayrıca, göçmenlerin sağlık sistemine entegrasyonu, genel toplum sağlığını korumak açısından da kritik öneme sahiptir (Kaya vd., 2021).

Türkiye özelinde yapılan değerlendirmede, göçmen sağlığına yapılan yatırımların yalnızca “gider” değil, toplumun geneline yayılan bir “sosyal yatırım” olarak değerlendirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Özellikle Avrupa Birliği destekli projeler sayesinde göçmenlere yönelik sağlık hizmetlerinin finansmanı, ülkelerin doğrudan bütçesine büyük yük oluşturmadan sürdürülebilir hâle getirilmeye çalışılmaktadır (OECD, 2021).

2. GÖÇMEN SAĞLIĞI VE HİZMETLERE ERİŞİM

Göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimi hem bireysel hem de toplumsal refah açısından kritik öneme sahiptir. Göçmenlerin geldikleri ülkelerde karşılaştıkları sağlık risklerinin azaltılması, halk sağlığının korunması ve toplumsal entegrasyonun sağlanması için kapsamlı ve kapsayıcı sağlık politikalarına ihtiyaç duyulmaktadır (Uslu, vd. 2025).

2.1 Sağlık Hizmetlerine Erişimde Karşılaşılan Engeller

Sağlık hizmetlerine erişim, bireyin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirme açısından temel bir hak olmakla birlikte, çeşitli sosyal, ekonomik, kültürel ve yapısal engeller nedeniyle bu hizmetlere ulaşmada önemli sorunlar yaşanmaktadır. Literatürde sağlık hizmetlerine erişimde karşılaşılan başlıca engeller aşağıda özetlenmiştir:

- **Sosyal ve Kültürel Engeller**

Sağlık hizmetlerine erişimde sosyal ve kültürel faktörler de belirleyici rol oynamaktadır. Dil bariyerleri, göçmenler ve azınlık grupları için önemli bir engel oluştururken, sağlık sistemine dair bilgi eksikliği, kültürel farklılıklar ve sağlık hizmetlerine karşı önyargılar da hizmet kullanımını azaltmaktadır. Özellikle göçmenler, karmaşık bürokratik süreçler ve yasal kısıtlamalar nedeniyle sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamamaktadır (Demir, B. 2022).

- **Cinsiyet ve Eğitim Düzeyi**

Cinsiyet eşitsizliği, kadınların sağlık hizmetlerine erişiminde belirgin bir engel olarak öne çıkmaktadır. Kadınların iş gücüne katılım oranının düşük olması ve buna bağlı olarak gelir düzeylerinin yetersizliği, sağlık hizmetlerine erişimlerini sınırlandırmaktadır. Ayrıca, eğitim düzeyi arttıkça sağlık hizmetlerine erişim kolaylaşmakta; düşük eğitimli bireylerde ise erişim güçleşmektedir (Yetim & Çelik, 2020)

- **Yapısal ve Coğrafi Engeller**

Sağlık hizmetlerinin sunumunda yaşanan yapısal sorunlar (örneğin, sağlık tesislerinin yetersizliği, uzun bekleme süreleri, ulaşım zorlukları) ve coğrafi faktörler (kırsal-şehir ayrımı, uzaklık) da erişimi olumsuz etkilemektedir. Özellikle kırsal bölgelerde yaşayan bireyler, sağlık hizmetlerine ulaşmakta daha fazla zorluk yaşamaktadırlar (Schwarz vd., 2022).



- **İletişim ve Sağlık Okuryazarlığı**

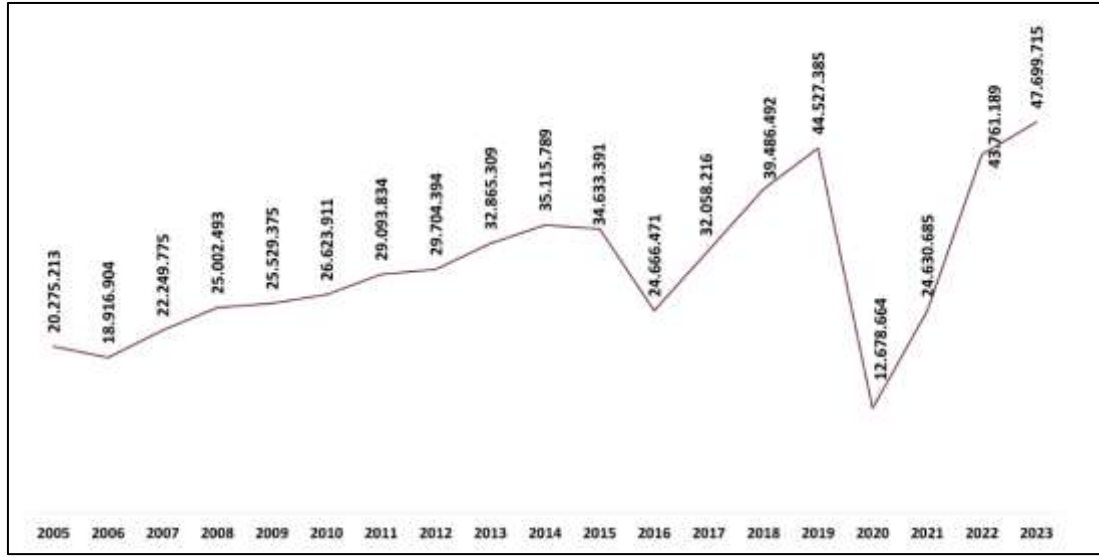
Sağlık okuryazarlığının düşük olması, bireylerin sağlık ihtiyaçlarını doğru şekilde algılamalarını ve sağlık sisteminde yol bulmalarını zorlaştırmaktadır. Ayrıca, sağlık personeli ile hasta arasındaki iletişim sorunları, hizmetlerin etkinliğini azaltmakta ve bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanmasını engellemektedir (Schwarz vd., 2022).

- **Ayrımcılık ve Stigmatizasyon**

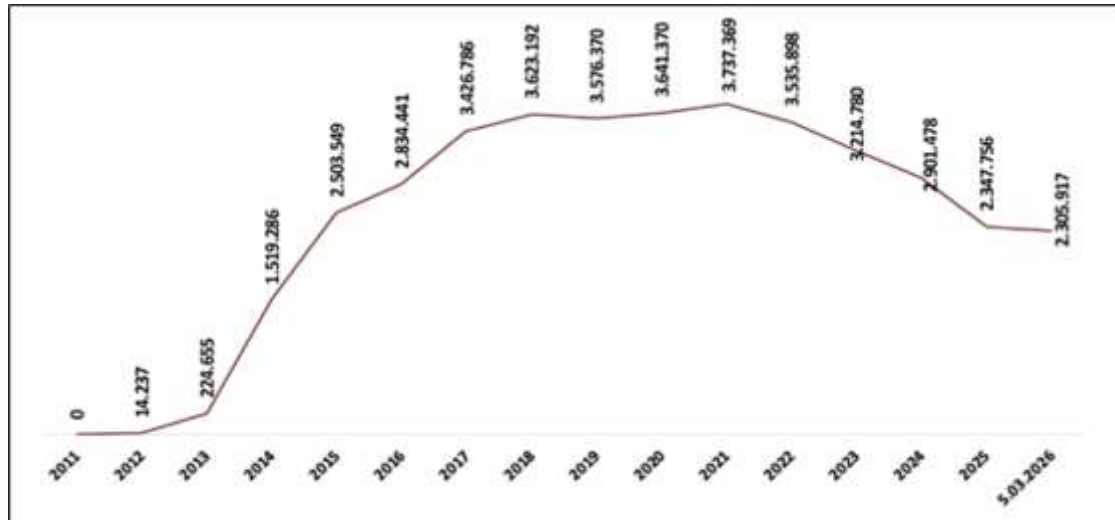
Etnik, kültürel veya sosyal nedenlerle ayrımcılığa uğrayan bireyler, sağlık hizmetlerine başvurmaktan kaçınılabilmekte veya hizmetlerden yeterince faydalanamamaktadır. Özellikle göçmenler ve azınlık grupları, sağlık hizmeti kullanımında yerleşik nüfusa göre daha dezavantajlı konumdadır (Demir, B., 2022).

- **Yasal Statü ve Bilgi Eksikliği**

Kayıtsız göçmenler veya geçici koruma altındaki kişiler, yasal engeller ve sağlık sistemi hakkında bilgi eksikliği nedeniyle sağlık hizmetlerine erişimde daha fazla sorun yaşamaktadır (Keleşmehmet, 2018).



Şekil 1. Yıllara Göre Türkiye'ye Göçmen Girişi



Şekil 2. Yıllara Göre Geçici Koruma Kapsamındaki Suriyeliler (05.03.2026 tarihi itibarıyla)



2.2 Göçmenlerin Sağlık Hizmeti Kullanım Alışkanlıkları

Göçmenlerin sağlık hizmeti kullanım alışkanlıkları, geldikleri ülkenin sağlık sistemi, bireysel ve toplumsal özellikler, göç sürecinde yaşananlar ve ev sahibi ülkedeki entegrasyon düzeyi gibi çok sayıda faktörden etkilenmektedir. Akademik literatürde göçmenlerin sağlık hizmeti kullanımında öne çıkan alışkanlıklar ve belirleyici unsurlar şu şekilde özetlenebilir:

- **Hizmet Kullanımında Genel Eğilimler**

Göçmenler, geldikleri ilk dönemde genellikle temel sağlık hizmetlerinden yararlanmakta zorlanmakta ve bu nedenle sağlık hizmetlerini daha az kullanma eğilimi göstermektedir. Bu durum, literatürde “sağlıklı göçmen etkisi” (healthy migrant effect) olarak tanımlanır. Buna göre, göçmenler yerleşik nüfusa kıyasla başlangıçta daha sağlıklıdır; ancak zaman içinde sağlık durumları ev sahibi toplumun genel düzeyine yaklaşmaktadır. Bu değişim, göçmenlerin maruz kaldığı iş ve yaşam koşulları, sağlık sistemine kültürel uyum süreci ve yaşam tarzındaki dönüşümlerle yakından ilişkilidir (Sarría-Santamera vd., 2016).

- **Hizmet Seçiminde Etkili Faktörler**

Göçmenlerin sağlık hizmeti kullanımında dil ve iletişim bariyerleri, ekonomik güçlükler, sağlık sigortası eksikliği, sağlık sistemi hakkında bilgi yetersizliği ve bürokratik süreçler önemli engeller olarak öne çıkmaktadır (Saunders vd., 2021). Özellikle dil engeli, randevu alma, tedaviye uyum ve sağlık personeliyle iletişimde ciddi sorunlara yol açmakta, tercüman desteği ihtiyacını artırmaktadır (Genç, H. D., 2016).

- **Sağlıkta Eşitsizlik ve Acil Servis Kullanımı**

Göçmenler, yerleşik nüfusa kıyasla acil servisleri daha sık kullanmakta, ancak koruyucu ve düzenli sağlık hizmetlerinden daha az yararlanmaktadır. Bu durum, sağlık sistemine erişimdeki eşitsizliklerin ve sosyal belirleyicilerin bir yansımasıdır (Uslu vd., 2025).

- **Demografik ve Sosyoekonomik Etkiler**

Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyoekonomik statü ve sağlık tesislerine yakınlık gibi faktörler, sağlık hizmeti kullanımını önemli ölçüde etkilemektedir. Daha yüksek eğitim ve gelir düzeyine sahip göçmenler, sağlık hizmetlerinden daha etkin bir şekilde yararlanabilmektedir (Beşer, A., & Tekkaş Kerman, K., 2017).

3. ULUSLARARASI DESTEK FONLARI VE FİNANSMAN MODELLERİ

Uluslararası göçmen ve mülteci sağlığının finansmanı, artan küresel göç hareketliliği ve uzun süreli insani krizler sonucunda giderek daha karmaşık hâle gelmiş ve sürdürülebilir çözümler gerektiren bir alan olmuştur. Geleneksel finansman modelleri, büyük ölçüde acil durumlara yanıt olarak yüksek gelirli ülkelerin bağışlarına ve Birleşmiş Milletler bünyesindeki ajansların bütçelerine dayanmaktadır. Ancak bu mevcut yapıların uzun vadeli sürdürülebilirliği giderek daha fazla sorgulanmaktadır. Bu nedenle daha kalıcı, kapsayıcı ve yenilikçi finansman mekanizmalarına duyulan ihtiyaç artmaktadır.

3.1 Avrupa Birliği Destekleri: SIHHAT ve ENPI Örnekleri

Avrupa Birliği (AB), göçmen ve mülteci sağlığı alanında, başta Türkiye olmak üzere pek çok ülkeye yönelik kapsamlı finansal ve teknik destek mekanizmaları geliştirmiştir. Bu kapsamda, hem temel sağlık hizmetlerine erişimin artırılması hem de sağlık sistemlerinin kapasitesinin güçlendirilmesi hedeflenmektedir. AB desteklerinin en dikkat çekici örnekleri arasında Türkiye'de uygulanan SIHHAT Projesi ile komşu ülkelere yönelik geliştirilen Avrupa Komşuluk Politikası (ENPI/ENI) öne çıkmaktadır.

SIHHAT Projesi ise, 2015 yılında Avrupa Birliği ile Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı arasında imzalanan ve Avrupa Birliği'nin Mülteciler için Mali Yardım Programı (FRIT) kapsamında finanse edilen, göçmen sağlığı alanındaki en büyük ve en kapsamlı iş birliği projelerinden biridir. Proje, özellikle Suriyeli nüfus başta olmak üzere geçici koruma altındaki bireylerin sağlık hizmetlerine



erişimini artırmak ve bu hizmetlerin kalitesini, kapsamını ve sürdürülebilirliğini geliştirmek amacıyla yapılandırılmıştır (European External Action Service [EEAS], 2025).

- **Dünya Bankası, UNHCR ve WHO Destek Programları**

Uluslararası kuruluşlar, göçmen ve mülteci sağlığının finansmanı ve hizmetlere erişiminin güçlendirilmesi amacıyla çeşitli programlar ve finansman modelleri geliştirmektedir. Dünya Bankası, Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (UNHCR) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO), bu alanda öne çıkan üç temel aktördür.

- **Dünya Bankası**

Dünya Bankası, son yıllarda mülteci krizlerinin kalıcı ve çok boyutlu etkileri karşısında insani yardım ile kalkınma finansmanını birleştiren yeni yaklaşımlar geliştirmiştir. 2015'te Avrupa'daki mülteci akını sonrası, Dünya Bankası insani ilkeler çerçevesinde mülteci ve göçmenlere ev sahipliği yapan ülkelere destek taahhüdünü artırmıştır (ICVA, 2018, Mart, Dünya Bankası ve mülteciler: Özet raporu). Dünya Bankası bu kapsamda; yeni veri ve kanıt üretimi, finansal kaynakların etkin mobilizasyonu ve sonuç odaklı finansman modelleri geliştirme gibi üç temel alanda katkı sunmaktadır.

- **UNHCR (Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği)**

UNHCR, mülteciler ve zorla yerinden edilmiş kişilerin sağlık hizmetlerine erişimini güvence altına almak amacıyla, ulusal sağlık sistemleriyle yakın iş birliği içinde faaliyet göstermektedir. Kurum, yalnızca acil durum müdahalelerinde değil, aynı zamanda uzun süreli krizlerde de teknik rehberlik, altyapı desteği, insan kaynağı finansmanı ve tıbbi malzeme temini gibi çok boyutlu destekler sunmaktadır (Access to Healthcare, UNHCR, 2025).

UNHCR ayrıca, nakit temelli yardım mekanizmaları aracılığıyla bireylerin sağlık hizmeti maliyetlerini karşılamasını sağlamakta; bu yolla hem hizmetlere erişimi hem de bireysel öz yeterliliği artırmayı hedeflemektedir (Tozija & Lizana, 2023).

Buna ek olarak, mültecilerin ulusal sağlık sigortası sistemlerine entegre edilmesi yönünde hükümetlerle savunuculuk çalışmaları yürütmekte; topluluk temelli sağlık çalışanlarının eğitimi yoluyla sağlık okuryazarlığını geliştirmekte ve hizmet kullanım oranlarını yükseltmeyi amaçlamaktadır (Access to Healthcare, UNHCR, 2025).

- **WHO (Dünya Sağlık Örgütü)**

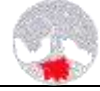
Dünya Sağlık Örgütü (WHO), göçmen ve mülteci sağlığının güçlendirilmesi amacıyla küresel düzeyde liderlik sağlamakta; politika geliştirme, norm ve standart belirleme, kapasite geliştirme ve teknik destek alanlarında kapsamlı çalışmalar yürütmektedir. WHO'nun "Health and Migration Programme" ev sahibi ülkelerde mülteci ve göçmenlerin sağlık haklarının korunmasına ve evrensel sağlık kapsayıcılığının sağlanmasına odaklanmaktadır.

Ayrıca WHO, bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi, ruh sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve sağlık sistemlerinin göçmenlere duyarlı hâle getirilmesi için teknik rehberlik, kapasite artırımı ve eğitimler sunmaktadır (MacFarlane vd., 2023).

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı ile iş birliği içinde yürütülen BPRM Projesi kapsamında, göçmen sağlığı merkezlerinde kronik hastalıkların yönetimi ve ruh sağlığı hizmetlerinin kapasitesi önemli ölçüde artırılmıştır. Proje, 2023 yılı itibarıyla ABD Dışişleri Bakanlığı'na bağlı Nüfus, Mülteciler ve Göç Bürosu (BPRM) tarafından finanse edilmekte olup, toplam 2 milyon ABD doları bütçeyle uygulanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü [SHGM], 2023). Bu örnek, uluslararası kurumlarla yapılan iş birliklerinin göçmen sağlığı üzerindeki somut ve sürdürülebilir etkilerini açıkça ortaya koymaktadır.

- **Türkiye'deki Fon Tutarları ve Harcama Dağılımı**

Türkiye, göçmen ve mültecilere yönelik sağlık ve sosyal hizmetlerin finansmanında çok kaynaklı ve kapsamlı bir fon yönetimi uygulamaktadır. Avrupa Birliği başta olmak üzere uluslararası kuruluşlar ve Türkiye Cumhuriyeti bütçesinden sağlanan kaynaklar, çeşitli programlar ve projeler aracılığıyla kullanıma sunulmaktadır (Bossavie, Garrote Sánchez, & Makovec, 2024).



• Toplam Fon Tutarları

Avrupa Birliği, Türkiye'deki Suriyeli mülteciler için 2016-2017 döneminde toplam 3 milyar avro tutarında bir özel fon oluşturmuş, bu fon AB bütçesi ve üye devletlerin katkılarıyla sağlanmıştır. Bu miktar, 2018 sonrası ikinci bir 3 milyar avro ile toplamda 6 milyar avroya ulaşmıştır. 2024'e kadar ise ek 3 milyar avro bütçe ayrılacağı açıklanmıştır (Avrupa Komisyonu, 2016).

AB fonlarının önemli bir kısmı doğrudan projeler aracılığıyla aktarılmakta, örneğin SIHHAT Projesi kapsamında ilk fazda 210 milyon avro, toplamda ise yüz milyonlarca avro göçmen sağlığı hizmetlerinin desteklenmesine yönlendirilmiştir (Spiegel vd., 2018).

Türkiye Cumhuriyeti Göç İdaresi Başkanlığı'nın 2024 raporuna göre, geçici koruma statüsündeki Suriyelilere yönelik sağlık giderleri için bugüne kadar harcanan rakam 10 milyar TL'yi aşmıştır. 2024'ün ikinci yarısı için ise 3,5 milyar TL'lik ek bütçe talep edilmiştir (T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Başkanlığı, 2024).

4. ENTEGRASYON POLİTİKALARININ EKONOMİK BOYUTU

4.1 Sosyal Entegrasyonun Maliyet Unsurları

Sosyal entegrasyon politikaları, göçmenlerin ev sahibi toplumla bütünleşmesini sağlamak amacıyla uygulanan çok boyutlu stratejiler içerir ve bu süreç önemli ekonomik maliyetler doğurur. Barınma, eğitim, sağlık, dil eğitimi, sosyal hizmetler ve istihdam destekleri gibi alanlarda yapılan harcamalar, entegrasyonun doğrudan maliyet unsurlarını oluşturur (Geyik Yıldırım & Dinler, 2021). Örneğin, konut piyasasındaki fiyat artışları ve barınma maliyetleri, göçmenlerin sosyal entegrasyonunu zorlaştırırken, kamu bütçesi üzerindeki yükü de artırmaktadır (Y. Li, 2023). Ayrıca, entegrasyonun sosyal maliyetleri arasında toplumsal uyum eksikliği, ayrımcılık ve dışlanmanın yol açtığı dolaylı ekonomik kayıplar da yer alır. Bu maliyetlerin etkin yönetimi için sosyal etki değerlendirmesi, maliyet-fayda analizi ve sosyal değer ölçümü gibi yöntemler kullanılmaktadır (Geyik Yıldırım & Dinler, 2021).

4.2 Eğitim, İstihdam ve Sağlık İlişkisi

Eğitim, istihdam ve sağlık, entegrasyonun ekonomik boyutunda birbirini tamamlayan ve güçlendiren temel alanlardır. Göçmenlerin eğitim seviyesinin yükseltilmesi, işgücü piyasasına katılımlarını ve istihdam edilebilirliklerini artırırken, sağlık hizmetlerine erişim de hem bireysel refahı hem de ekonomik üretkenliği olumlu etkiler (Zhou vd., 2022). Araştırmalar, kamu sağlığı eğitiminin göçmenlerin sağlık hizmeti kullanımını ve sağlık okuryazarlığını artırdığını, bunun da işgücüne katılımı ve toplumsal entegrasyonu desteklediğini göstermektedir (Geyik Yıldırım & Dinler, 2021). Ayrıca, eğitim ve istihdamda yaşanan eşitsizlikler, sağlık hizmetlerine erişimde de dezavantaj yaratmakta; bu üç alan arasındaki dengesizlikler entegrasyonun ekonomik maliyetini yükseltmektedir (Şantaş, 2020).

4.3 Kullanım Göçmenlere Yönelik Hizmetlerin Geri Dönüşü (ROI Analizi)

Göçmenlere yönelik entegrasyon hizmetlerinin ekonomik geri dönüşü, yani yatırımın geri dönüşü (ROI), yapılan harcamaların toplumsal ve ekonomik faydalarla karşılaştırılmasıyla ölçülür. Literatürde, göçmenlerin işgücü piyasasına entegrasyonu, yenilikçilik, girişimcilik ve kamu maliyesine katkı gibi alanlarda pozitif ROI örnekleri sunulmaktadır (Juzwiak, 2016). Göçmen istihdamı ve çeşitlilik politikaları, şirketlerin rekabet gücünü ve inovasyon kapasitesini artırabilmektedir. ROI analizleri, göçmenlere yönelik programların uzun vadede kamu harcamalarını azaltabileceğini ve ekonomik büyümeye katkı sağlayabileceğini göstermektedir (Juzwiak, 2016). ROI analizleri, göçmenlerin entegrasyonuna yönelik yatırımların şirketler ve kamu sektörü açısından önemli ekonomik getiriler sunduğunu ortaya koymaktadır.

5. TÜRKİYE ÖRNEĞİ: SIHHAT PROGRAMI VE UYGULAMA ANALİZİ

5.1 SIHHAT I ve SIHHAT II Programlarının Genel Yapısı

SIHHAT Programı, Avrupa Birliği finansmanı ve Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın yürütücülüğünde, 2016'dan itibaren göçmen ve mültecilere yönelik sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi

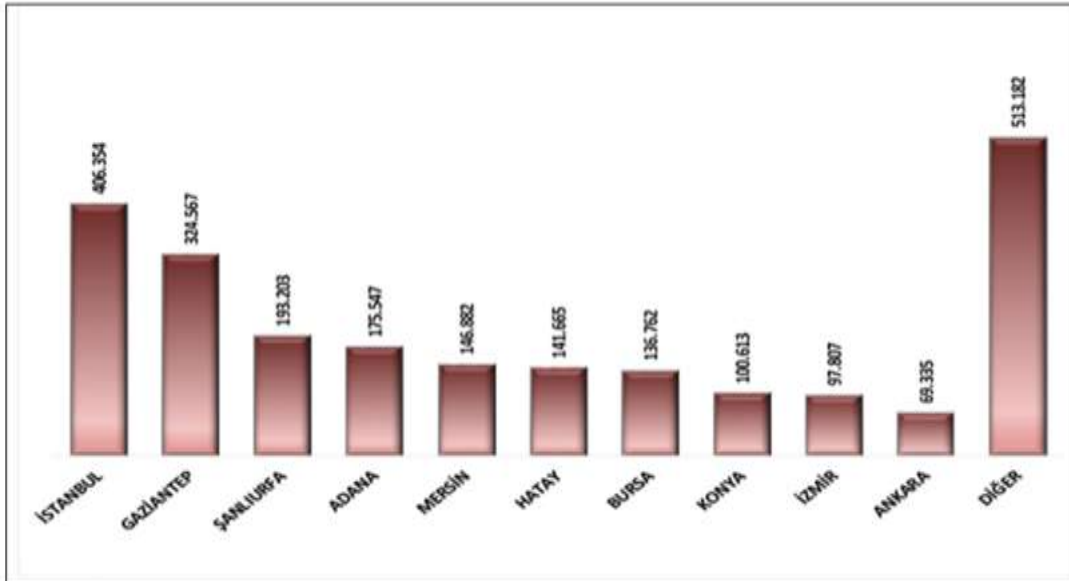


amacıyla başlatılmıştır. SIHHAT I ve devamı niteliğindeki SIHHAT II, Türkiye’de yaşayan başta Suriyeliler olmak üzere tüm göçmenlerin Türk sağlık sistemine entegrasyonunu ve kaliteli sağlık hizmetlerine erişimini artırmayı hedefler. Program kapsamında, göçmen sağlığı merkezlerinin (GSM) kurulması, sağlık personeli istihdamı, mobil sağlık hizmetleri, aşılama ve psikososyal destek gibi çok boyutlu faaliyetler yürütülmektedir. SIHHAT II ile hizmet kapsamı genişletilmiş, GSM sayısı ve hizmet çeşitliliği artırılmıştır (Sihhat-2 Proje Faaliyetleri, 2025).

GSM’ler, Türkiye’de aile hekimliği modeline benzer şekilde tasarlanmış olup, göçmenlerin yoğun yaşadığı bölgelerde birinci basamak sağlık hizmeti sunar. Her 4.000 göçmen için bir birim olacak şekilde planlanmıştır. GSM’lerde Suriyeli ve Türk sağlık personeli, iki dilli hasta yönlendirme elemanları ve destek personeli görev yapar. Güçlendirilmiş GSM’lerde ise dâhiliye, çocuk, kadın-doğum, ağız-dış sağlığı, psikososyal destek, laboratuvar ve röntgen hizmetleri de sunulmaktadır. GSM’lerin kuruluşu, işletilmesi ve personel giderleri SIHHAT Projesi bütçesinden karşılanır. Ayrıca, mobil sağlık ekipleriyle kırsal ve ulaşılmaz bölgelerdeki göçmenlere de hizmet ulaştırılır (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Göç Sağlığı Dairesi Başkanlığı, 2025).



Şekil 3. Sihhat Projesi Kapsamında Hedef Alınan 29 il ve Suriyelilerin Dağılımı



Şekil 4. Geçici Koruma Kapsamında Bulunan Suriyelilerin İlk 10 İl’e Göre Dağılımı (05.03.2026 tarihi itibarıyla)



5.2 İstatistiksel Veriler: GSM Sayısı, Hizmet Sayısı, Personel Sayısı

2024 yılı itibarıyla SIHHAT II Projesi kapsamında Türkiye genelinde 181 Göçmen Sağlığı Merkezi (GSM) ve 10 Toplum Ruh Sağlığı Merkezi faaliyet göstermektedir. Bu merkezlerde yaklaşık 3937 sağlık personeli (hekim, hemşire, ebe, sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve hasta yönlendirme personeli) istihdam edilmektedir. GSM'lerin %35,8'inde kadın personel görev yapmakta olup, kadın istihdam oranının %40'a çıkarılması hedeflenmektedir. Bu merkezlerde birinci basamak sağlık hizmetlerinin yanı sıra her yıl milyonlarca muayene, aşılama, üreme sağlığı ve psiko-sosyal destek hizmeti sunulmaktadır (Sihhat Proje Faaliyetleri, 2025). Projenin Eylül 2020 itibarıyla kaydedilen faaliyetleri şunlardır:

Göçmenlerin yoğun olarak yaşadığı 29 ilde 177 GSM bünyesinde toplam 792 Göçmen Sağlığı Birimi (GSB) kurulmuş ve desteklenmiştir. Bu merkezler aracılığıyla Türkiye'de yaşayan Geçici Koruma altındaki Suriyeli nüfusun %96,2'sine ulaşılabilmektedir. Kurulan GSM'lerin 48'i Güçlendirilmiş Göçmen Sağlığı Merkezi olup, bu merkezlerde dâhiliye, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk hastalıkları alanlarında uzman hekim kadroları, ağız ve diş sağlığı hizmetleri, laboratuvar ve röntgen hizmetleri, psiko-sosyal destek ve danışmanlık hizmetleri sunulmaktadır.

Proje kapsamında istihdam edilen personel arasında 125 Uzman Hekim, 606 Pratisyen Hekim, 5 Diş Hekimi, 995 Ebe/Hemşire, 76 Röntgen ve Laboratuvar Teknisyeni, 41 Psikolog, 37 Sosyal Çalışmacı, 4 Tercüman, 1128 Hasta Yönlendirme Personeli ve 405 Destek Personeli bulunmaktadır. Ayrıca, 719 personel 65 ilde ikinci basamak sağlık tesislerinde görev yapmaktadır. Eylül 2020 itibarıyla GSM'lere başvuran Geçici Koruma altındaki Suriyeliler için yaklaşık 8,8 milyon laboratuvar testi gerçekleştirilmiş, 2017–2020 yılları arasında ise yaklaşık 13,5 milyon birinci basamak sağlık hizmeti sunulmuştur. Bu veriler, SIHHAT II Projesi aracılığıyla göçmenlerin Türkiye'de temel sağlık hizmetlerine erişiminin önemli ölçüde artırıldığını göstermektedir (Sihhat Proje Faaliyetleri, 2025).

5.3 SIHHAT I ve SIHHAT II Programlarının Bütçeleri

Facility for Refugees in Türkiye (FRIT), Türkiye Cumhuriyeti ile Avrupa Birliği arasında 15 Ekim 2015 tarihinde imzalanan Geri Kabul Anlaşması çerçevesinde oluşturulan ve Türkiye'deki mültecilere yönelik mali desteğin aktarılmasını sağlayan mekanizmadır. Bu mekanizma, toplam 6 milyar avro (3+3 milyar) tutarında mali destek sağlamakta olup, destek paketleri FRIT-1 ve FRIT-2 olarak ikiye ayrılmaktadır.

FRIT-1 kapsamında Sağlık Bakanlığı'na ayrılan toplam tahsisat 390 milyon avro olup, bunların 300 milyon avrosu SIHHAT-I Projesi için doğrudan hibe olarak aktarılmıştır. Kalan kısım, Kilis Devlet Hastanesi İnşaat Projesi (50 milyon €) ve Hatay Dörtyol Devlet Hastanesi İnşaat Projesi (40 milyon €) aracılığıyla CEB ve AFD gibi aracı kuruluşlar üzerinden finanse edilmiştir.

FRIT-2 kapsamında ise Sağlık Bakanlığı'na ayrılan toplam tahsisat 300 milyon avro olup, bunun 210 milyon avrosu SIHHAT-II Projesi için doğrudan hibe olarak sağlanmış, geri kalan 90 milyon avro SHIFA Projesi aracılığıyla CEB tarafından desteklenmiştir. Bu bütçe, GSM'lerin kurulumu, personel maaşları, tıbbi cihaz ve malzeme alımı, mobil sağlık araçları, eğitim faaliyetleri ve sağlık okuryazarlığı programlarını kapsamaktadır. Ayrıca, ikinci basamak sağlık tesislerine tıbbi cihaz desteği ve yoğun bakım ünitelerinin güçlendirilmesi de bütçeden finanse edilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Göç Sağlığı Dairesi Başkanlığı, 2025).

6. GÖÇMEN SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN SÜRDÜRÜLEBİLİRLİĞİ

6.1 Finansal Sürdürülebilirlik ve Kaynakların Sürekliliği

Göçmen sağlığı hizmetlerinin sürdürülebilirliği, finansal kaynakların sürekliliği ve etkin yönetimiyle doğrudan ilişkilidir. Türkiye'de göçmen sağlığı hizmetlerinin finansmanı büyük ölçüde Avrupa Birliği fonları, uluslararası kuruluş destekleri ve ulusal bütçeden sağlanmaktadır. SIHHAT Programı kapsamında, 2019 yılı sonu itibarıyla AB tarafından 233 milyon avro Sağlık Bakanlığı'na tahsis edilmiş,



bu kaynaklar göçmen sağlığı merkezlerinin kurulması, personel istihdamı, tıbbi cihaz temini ve mobil sağlık hizmetleri gibi alanlarda kullanılmıştır (Küçük, 2020).

Finansal sürdürülebilirlik için, fonların yalnızca acil dönemlerde değil, uzun vadeli planlamalarla ve çok yıllık bütçelerle desteklenmesi gerekmektedir. Ayrıca, uluslararası fonların sürekliliği ve ulusal kaynaklarla tamamlanması, hizmetlerin kesintisiz sunulmasını sağlar. Ancak, fonların bağımlı olduğu uluslararası siyasi ve ekonomik gelişmeler, sürdürülebilirlik açısından risk oluşturmaktadır (European Commission, 2021). Bu nedenle, finansal sürdürülebilirliği güçlendirmek için kamu-özel iş birlikleri, hibrit finansman modelleri ve yerel gelir kaynaklarının artırılması önerilmektedir.

6.2 İnsan Kaynağı: Eğitim, Yeterlilik ve Motivasyon

İnsan kaynağı, göçmen sağlığı hizmetlerinin kalitesini ve sürdürülebilirliğini belirleyen temel unsurlardan biridir. Türkiye’de göçmen sağlığı merkezlerinde hem Türk hem de Suriyeli sağlık çalışanları istihdam edilmektedir. Suriyeli sağlık çalışanlarının Türk sağlık sistemine entegrasyonu için, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Avrupa Birliği’nin teknik ve finansal desteğiyle 7 ilde Göçmen Sağlığı Eğitim Merkezleri kurulmuş; burada teorik ve pratik uyum eğitimleri verilmiştir (Küçük, 2020).

Bu eğitimler, kültürel uyum, sağlık sistemine adaptasyon, iletişim ve etik gibi başlıklarda yoğunlaşmaktadır. Ayrıca, WHO tarafından geliştirilen çevrim içi eğitim programları ve küresel yeterlilik standartları, sağlık personelinin göçmen ve mültecilere yönelik kültürel duyarlılığını ve mesleki yeterliliğini artırmayı amaçlamaktadır (Cimino vd., 2024).

İnsan kaynağının sürdürülebilirliği için, sürekli mesleki gelişim, motivasyon artırıcı önlemler ve iş güvencesi sağlanması gerekmektedir. Ayrıca, sağlık çalışanlarının dağılımında coğrafi ve sektörel dengesizliklerin giderilmesi, hizmet kalitesinin ülke genelinde eşitlenmesine katkı sunar (D. Li vd., 2024).

Ayrıca, sağlık hizmetlerinin maliyet-etkinliği, hastanelerdeki yığılmanın azaltılması ve birinci basamakta koruyucu hizmetlerin yaygınlaştırılmasıyla artırılmaktadır. Uzun vadeli etki ölçümleri için, düzenli veri toplama, izleme ve değerlendirme sistemlerinin kurulması ve elde edilen bulguların politika geliştirmede kullanılması gerekmektedir (Küçük, 2020).

6.3 Uzun Vadeli Etki Ölçümleri: Hizmet Kalitesi, Maliyet ve Toplum Sağlığı Verileri

Göçmen sağlığı hizmetlerinin uzun vadeli başarısı, yalnızca sunulan hizmetlerin miktarıyla değil, hizmet kalitesi, maliyet etkinliği ve toplum sağlığı üzerindeki etkileriyle ölçülmelidir. Türkiye’de göçmen sağlığı merkezlerinde yılda yüz binlerce başvuru alınmakta, hizmetlerin büyük kısmı ayaktan tedavi ve koruyucu sağlık hizmetlerinden oluşmaktadır. 2019 yılı verilerine göre, 158 farklı milletten toplam 89.203 başvuru gerçekleşmiş, toplam hizmet maliyeti yaklaşık 29 milyon TL olarak hesaplanmıştır.

Hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde, hasta memnuniyeti, sağlık okuryazarlığı, bulaşıcı ve kronik hastalıkların kontrolü, aşılama oranları ve sağlık sonuçları gibi göstergeler kullanılır. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin maliyet-etkinliği, hastanelerdeki yığılmanın azaltılması ve birinci basamakta koruyucu hizmetlerin yaygınlaştırılmasıyla artırılmaktadır. Uzun vadeli etki ölçümleri için, düzenli veri toplama, izleme ve değerlendirme sistemlerinin kurulması ve elde edilen bulguların politika geliştirmede kullanılması gerekmektedir.

7. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu derleme çalışması, göçmen sağlığı hizmetlerinin ekonomik boyutunu çok yönlü olarak ele alarak, sağlık sistemleri üzerindeki yapısal baskıları, finansman mekanizmalarını ve sürdürülebilirlik risklerini ortaya koymuştur. Artan göç hareketliliği, özellikle göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimi açısından sistemsel eşitsizlikleri derinleştirmekte ve hizmet sunumunda maliyet etkinliği tartışmalarını gündeme getirmektedir. Türkiye örneğinde, SIHHAT programları ile geliştirilen uluslararası destekli modeller, kısa vadede hizmet sunumunu iyileştirirse de uzun vadede bu hizmetlerin finansal ve yapısal sürdürülebilirliği kritik bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır.



Bu doğrultuda aşağıdaki öneriler sunulabilir:

- Göçmen sağlığı hizmetlerinde sürdürülebilir finansman modelleri geliştirilmeli, ulusal bütçe katkısı artırılmalıdır.
- İnsan kaynağı kapasitesi güçlendirilmeli; sağlık çalışanlarına yönelik eğitim, dil desteği ve kültürel yeterlilik programları yaygınlaştırılmalıdır.
- Hizmet kalitesi ve etkililiği düzenli olarak izlenmeli; veri tabanlı karar alma süreçleri teşvik edilmelidir.
- Entegrasyon politikaları, yalnızca sağlık değil; eğitim, istihdam ve sosyal katılım alanlarını da kapsayacak şekilde bütüncül bir yapıda ele alınmalıdır.
- Akademik araştırmalar ve etki analizleri desteklenerek, politika yapıcılara yönelik kanıt temelli öneriler oluşturulmalıdır.

Sonuç olarak, göçmen sağlığı hizmetleri yalnızca insani bir sorumluluk değil, aynı zamanda toplum sağlığı ve ekonomik istikrar açısından da stratejik bir önceliktir. Bu alanda geliştirilecek sürdürülebilir ve bütüncül politikalar hem yerel halk hem de göçmen topluluklar için uzun vadeli faydalar sağlayacaktır.

REFERENCES

- Beşer, A., & Tekkaş Kerman, K. (2017). Göç eden bireylerin öncelikli sağlık sorunları ve sağlık hizmetine ulaşımındaki engeller. *Türkiye Klinikleri Journal of Public Health Nursing – Special Topics*, 3, 143–148.
- Cimino, L., Pirrello, A., Casuccio, A., Costantino, C., Graci, D., Piazza, N., & Immordino, P. (2024). The refugee and migrant health “global competency standards for health workers”: Results of a survey in general practitioner trainees in Sicily. *Frontiers in Public Health*, 12, 1392025. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1392025>
- Demir, B. (2022). Göçmenler ve sağlık. *İnsan Hareketliliği Uluslararası Dergisi (International Journal of Human Mobility - IJHM)*, 2(2), 298–313.
- Geyik Yıldırım, S., & Dinler, M. (2021). Suriyeli kent mültecilerinin sosyal entegrasyonu üzerine nitel bir çalışma. *Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 12(23), 452–478. <https://doi.org/10.36543/kauibfd.2021.020>
- Göç İdaresi Başkanlığı. (2026, 5 Mart). *Geçici koruma*. <https://www.goc.gov.tr/gecici-koruma5638> (Erişim: 10 Mart 2026)
- International Organization for Migration. (2020). *Migration health in the Sustainable Development Goals*. <https://worldmigrationreport.iom.int/what-we-do/all-world-migration-reports>
- Juzwiak, T. (2016). The return on investment on migration: What’s in it for business? *The Hague Process on Refugees and Migration*.
- Kaya, A., Rottman, S. B., Gökcalp Aras, E., Şahin Mencütek, Z., & Deniz, Ç. (2021). Koruma, kabul ve entegrasyon: Türkiye’de mültecilik. *İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları*.
- Keleşmehmet, H. (2018). Immigrant health in the world and in Turkey. *The Journal of Turkish Family Physician*, 9(4), 119–126. <https://doi.org/10.15511/tjtfp.18.00419>
- Küçük, A. (2020). Türkiye’de göç ve sağlık politikaları analizi: “Sıhhat Projesi” örneği. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 20(47), 473–496. <https://doi.org/10.21560/spcd.vi.576588>
- Li, D., Yamada, M., Gao, D., Yang, F., & Nie, H. (2024). Spatial variations in health service utilization among migrant population: A perspective on health equity. *Frontiers in Public Health*, 12, 1447723. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1447723>



- Li, Yiping. (2023). Have housing prices affected residents' level of social integration? *SHS Web of Conferences*, 155, 01011. <https://doi.org/10.1051/shsconf/202315501011>
- MacFarlane, A., Puthooppambal, S. J., Waagensen, E., Sisti, L. G., Costanzo, G., Kayi, I., Osseiran, S., Sakarya, S., Severoni, S., & Hannigan, A. (2023). Framework for refugee and migrant health research in the WHO European Region. *Tropical Medicine & International Health*, 28(2), 90–97. <https://doi.org/10.1111/tmi.13845>
- Sarría-Santamera, A., Hijas-Gómez, A. I., Carmona, R., & Gimeno-Feliú, L. A. (2016). A systematic review of the use of health services by immigrants and native populations. *Public Health Reviews*, 37(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s40985-016-0042-3>
- Saunders, C. L., Steventon, A., Janta, B., Stafford, M., Sinnott, C., Allen, L., & Deeny, S. R. (2021). Healthcare utilization among migrants to the UK: Cross-sectional analysis of two national surveys. *Journal of Health Services Research & Policy*, 26(1), 54–61. <https://doi.org/10.1177/1355819620911392>
- Schwarz, T., Schmidt, A. E., Bobek, J., & Ladurner, J. (2022). Barriers to accessing health care for people with chronic conditions: A qualitative interview study. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1037. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08426-z>
- SIHHAT Projesi Resmi Sitesi. (t.y.). *SIHHAT-2 Proje Faaliyetleri*. <https://sihhatproject.saglik.gov.tr/TR-107317/sihhat-projesi.html> (Erişim: 10 Mart 2026)
- Spiegel, P., Chanis, R., & Trujillo, A. (2018). Innovative health financing for refugees. *BMC Medicine*, 16(1), 90. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1068-9>
- Şantaş, G. (2020). İç göç, sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık statusüne ilişkin kavramsal bir inceleme. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 1–7. <https://doi.org/10.31067/0.2020.236>
- Tozija, F., & Lizana, T. (2023). Avrupa Birliği (AB) ve AB üyesi olmayan bir ülkede göçmen sağlığı politikası: Mevcut durum ve iyileştirme için gelecekteki zorluklar. *Güney Doğu Avrupa Halk Sağlığı Dergisi*. <https://doi.org/10.56801/seejph.vi.156>
- Uslu, Y., Aygün, S., Onaran, S., & Koç, S. (2025). Türkiye'deki göçmenlerin sağlık hizmetine erişim ve kullanım sürecini etkileyen sorunların belirlenmesi ve AHP analizi ile önceliklendirilmesi. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 27(48), 390–404. <https://doi.org/10.18493/kmusekad.1506089>
- Yetim, B., & Çelik, Y. (2020). Sağlık hizmetlerine erişim: Karşılanmamış ihtiyaçlar sorunu. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(2), 423–440. <https://doi.org/10.33417/tsh.630479>
- Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2006). Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri (6. baskı). Seçkin.
- Zhou, D., Cheng, L., & Wu, H. (2022). The impact of public health education on migrant workers' medical service utilization. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), 15879. <https://doi.org/10.3390/ijerph192315879>
- Sodiqova, D., Muhsinzoda, G., Dorghabekova, H., Makhmudova, P., Egamov, F., Dastan, I., Rechel, B., & Robinson, S. (2025). Tajikistan: Health system review. *Health Systems in Transition*, 27(1), 1–188. WHO Regional Office for Europe.