

AVRUPA BİRLİĞİ'NDE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ HAREKETLİLİĞİ ve TÜRKİYE

Yrd. Doç. Dr. Hakan CAVLAK

Namık Kemal Üniversitesi, İİBF, Uluslararası İlişkiler Bölümü

hcavlak@nku.edu.tr

Dilay KURU

Tekirdağ Devlet Hastanesi

Özet

Avrupa'da sağlık çalışanlarının göç nedenleri, aslında genel anlamda göç nedenleriyle benzerlik göstermektedir. Sağlık çalışanlarının göç nedenleri, ekonomi, AB'nin yapısı, teknolojik gelişimler, hastalık çeşitliliği ve nüfus oranları, bireylerin tercihleri, yaşadıkları yerin itici veya çekici özellikleri gibi farklı başlıklar altında değerlendirilebilir. Avrupa Birliğine üye ülkelerin vatandaşları için Birliğin kendileri için anlamını en çok “seyahat ve çalışma özgürlüğü” ilkesinde bulduklarını ifade etmektedirler. Diğer çalışanlar gibi sağlık çalışanları için de AB hukukunun birincil kaynakları çerçevesinde serbest dolaşım şartları belirlenmiş olsa da gerçekte tek başına yeterli olmamaktadır. Bununla beraber Türkiye de hem AB ile uyumlu olmak hem de üyelik müzakerelerinin gereği bu alanda çalışmaktadır.

Bu çalışmada ülkemiz ve Avrupa ülkelerindeki sağlık sistemleri hakkında genel bir bilgi verilecek olup, sağlık çalışanlarının hareketliliğinin nedenleri farklı yönleriyle ele alınacak, göç alan ve veren bölgelerde karşılaşılan sorunlar ya da faydalarının neler olduğu üzerinde durulacak, bu süreçte direktiflerle belirlenen meslek gruplarının serbest dolaşım hakları gibi konulara değinilecek ve son olarak Türkiye'nin serbest dolaşıma uyumla ilgili çalışmalarına yer verilecektir.

Anahtar Kelimeler: Avrupa Birliği, AB – Türkiye ilişkileri, Serbest Dolaşım, Ortak Pazar, Sağlık Çalışanları

MOBILITY OF HEALTH WORKERS IN THE EUROPEAN UNION AND TURKEY

Abstract

The reasons of health workforce migration in Europe display similarities with general reasons of migration. The main motivation of health workforce mobility within the EU could be considered as: economic reasons, the structure of the EU, technological developments, variation in diseases and population ratios, individual choices, and the negative or positive characteristics of home or target places. The EU citizens overwhelmingly state that the EU's principle of “free movement of persons” represents the ideas of the EU on their minds. Likewise the other workers the right of free movement of persons for health care workers legislated under the primary sources of the EU law; however this does not seem sufficient. Furthermore, Turkey also makes efforts in this field both to fulfill her requirements of accession negotiations and for harmonization of the EU.

In this study, general information on health care systems of Turkey and European countries would be given and various aspects of reasons of health care workers mobility would be evaluated. The problems and benefits of emigration and immigration-receiving regions would be assessed. Furthermore, free movement rights of health care workers which have been determined by EC directives would be analyzed and finally Turkey's efforts on harmonization of free movement of health care workers would be appraised.

Keywords: European Union, EU-Turkey Relations, Free Movement, Single Market, Health Care workers

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımıyla ve bütün dünyada kabul görmüş şekliyle sağlığın tanımı: "Sağlık, yalnızca hasta veya sakat olmamak değil beden, ruhen ve sosyal yönlerden tam bir iyilik halidir". (Çoşkun & Topuzoğlu, 2006) Yani sağlıklı olmak demek yalnızca beden bir şikâyet hissetmemek değil, psikolojik olarak ta bireylerin kendilerini huzurlu ve mutlu hissetmeleri anlamını taşımaktadır. Sağlığın ırk, din, dil, politik inanç, ekonomik ve sosyal farklılıklar gözetilmeden doğuştan kazanılan bir hak olduğu ilk kez 1947 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün anayasasında yer almıştır.

Ülkemizde sağlık hizmetleri 1982 yılına kadar devletin sunması gereken bir hizmet olarak kabul edilmiştir. 1961 Anayasasında "224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun" (T.C. Anayasası Sayı:224, 1961) ile çağdaş hekimlik uygulamalarına geçişin adımları atılmıştır. (Pala, 2007) 1982 Anayasasının 56. maddesi (T.C. Anayasası, 1982) ile sağlık hizmetleri devletin sunmakla yükümlü olduğu bir hizmet olmaktan çıkarılmış, devletin sağlık hizmetlerinden çekilmesi ve sağlıkta özelleştirme çalışmaları 2002 yılından sonra hız kazanmıştır. (Pala, 2007) Güney Avrupa bölgesindeki İtalya, Portekiz, Yunanistan İspanya gibi ülkeler sigortaya dayalı finansmandan vergiye dayalı finansmana geçmişler, tüm nüfus için sağlık hizmeti sunumu gerekliliğini fark etmişlerdir (DSÖ,1998, (Pala, 2007)). Sigorta sisteminin bu olumsuz yönleri ileriye yönelik Sağlıkta Reform ya da özelleştirme sürecinin sakıncalarının daha çok ön planda olacağı konusunda soru işaretleri yaratmaktadır. Sağlık sektöründeki bu reform adı altında gerçekleştirilen özelleştirme süreci hastalar ve çalışanlar açısından büyük önem taşımaktadır. İşte bu noktada sağlık çalışanlarının hareketliliği, politik karar süreç ve sonuçlarından etkilenmekte ve başlı başına incelenmesi gereken bir konu haline gelmektedir.

Bu çalışmada doküman incelemesi yapılmıştır. Çünkü doküman incelemesinde araştırmacılar için gerekli olan verilerin gözlem veya görüşme yapmadan da elde edilebileceği belirtilmektedir. Diğer taraftan doküman incelemesi araştırmacılara zaman ve para tasarrufu sağlama bakımından da avantaj sunmaktadır (Yıldırım & Şimşek, 2008, s. 188). Araştırma için konuyla ilgili yönetmelik ve talimatlar, internet siteleri ve bültenlerde yer alan yazılar, basında çıkan haberler, makaleler gibi kaynaklar incelenmiştir. Doküman analizinde "Gazete, kitap, dergi, TV programları, videokasetler, CD'ler, çizgi roman ve harita gibi genel tüketime yönelik her türlü yazılı, çizili ya da görsel ve işitsel materyal veri kaynağıdır" (Yüksel & Yüksel, 2004, s. 152). Görsel olarak özellikle konuyla ilgili yerli

ve yabancı internet sitelerinden yeterince yararlanılmıştır. Elde edilen verilerin çoğaltılması suretiyle örneklemin arttırılmasına çalışılmıştır (Yıldırım & Şimşek, 2008, s. 190). Amaçlı (yargısal) örnekleme yapılarak incelenen dokümanlarda yer alan bilgilerin tarafsız ve geçerli olduğu varsayılmıştır. Konunun tüm boyutlarını irdeleme ve tüm dokümanlara ulaşmada güçlükler çekilmiştir. Bu bakımdan elde edilen bilgiler ulaşılan dokümanların incelenmesi sonucunda ortaya çıkan bulgular ve araştırmacıların kişisel deneyimleri ile sınırlıdır. Konu ile ilgili Avrupa Direktifleri incelenmiş, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Sunum Raporları okunmuş, Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bu konudaki yayınları araştırılmıştır. Avrupa Birliği'nin konu ile ilgili istatistikleri incelenmiş, Sağlık Bakanlığı'nın Avrupa Birliği uyum sürecine yönelik raporları araştırılmıştır. Bunun dışında bu konu ile ilgili araştırma yapan araştırmacıların kitap, yayın, makale ve internet üzerinden belgeleri incelenmiştir.

Çalışmada ülkemiz ve Avrupa ülkelerindeki sağlık sistemleri hakkında genel bir bilgi verilecek olup, sağlık çalışanlarının hareketliliğinin nedenleri farklı yönleriyle ele alınacak, göç alan ve veren bölgelerde karşılaşılan sorunlar ya da faydalarının neler olduğu üzerinde durulacak, bu süreçte direktiflerle belirlenen meslek gruplarının serbest dolaşım hakları gibi konulara değinilecek ve son olarak Türkiye'nin serbest dolaşıma uyumla ilgili çalışmalarına yer verilecektir.

1. Avrupa 'da Sağlık Çalışanlarının Göç Nedenleri

Avrupa'da sağlık çalışanlarının göç nedenleri, aslında genel anlamda göç nedenleriyle benzerlik göstermektedir. Sağlık çalışanlarının göç nedenlerini, ekonomi, AB' nin yapısı, teknolojik gelişmeler, hastalık çeşitliliği ve nüfus oranları, bireylerin tercihleri, yaşadıkları yerin itici veya çekici özellikleri gibi farklı başlıklar altında inceleyebiliriz (Hasan & Türkan, 2011) (Yıldırım T. , 2010)

Sağlık Çalışanlarının Göçündeki Ekonomik Nedenlerin Etkileri: Ülkelerin ekonomik durumları göç etme nedenlerinin başında gelmektedir. Olağandır ki bu hareketlilik fakir ülkelerden zengin ülkelere doğru olmaktadır. AB'nin doğu Avrupa'ya doğru genişlemesiyle birlikte 10 Avrupa ülkesinden önceki 15 Avrupa ülkesine göçün daha dikkat çekici görülmüştür. Bu 10 ülkede (Estonya, Letonya, Malta, Litvanya, Slovenya, Çek Cumhuriyeti, Slovakya, Polonya, Macaristan, Kıbrıs Cumhuriyeti) mesleki yetersizlik, istihdam sorunu, sağlık sistemlerinde yıpranma, gelir dengesizliği ve sorunların çözümü için spesifik önlemler alınmaması önceki 15 ülkeye (Almanya, Avusturya, Belçika, Danimarka, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, Lüksemburg, 0,2

Portekiz, Yunanistan) göçü arttırmıştır (Avrupa yaşama ve çalıştırma koşullarını iyileştirme Vakfı, 2013). Bu bağlamda işgücünü kaybeden ülkeler açısından farklı sorunlarda doğmaktadır.

Sağlık Çalışanlarını Göçünde Avrupa Birliği Yapısının Etkileri: Serbest dolaşımın önündeki engeller antlaşma gereği kaldırılmış, genelde ve sağlık çalışanlarının dolaşımı konusunda düzenlemeler yapılmıştır. Gerek Roma Antlaşması'nın serbest dolaşıma ilişkin maddeleri, gerek 1970'lerde yürürlüğe giren Sektörel ve Genel Sistem Direktifleri ve sonrasında 2005/36/EC sayılı Mesleki Niteliklerin Karşılıklı Tanınması Direktifleri doğrultusunda serbest dolaşım

desteklenmektedir. Avrupa Çalışma Süresi Direktifi (93/104/EC) tüm çalışanların sağlık ve güvenliğini korumak için çalışma süreleri, dinlenme periyotları, yıllık izinler, vardiyalar gibi spesifik şartları 1993 yılında belirlemiş, 2000 yılında 2000/34/EC sayılı direktif ile bir kez daha onaylanmıştır. Örneğin bu direktife göre hekimlerin haftalık çalışma süresi 48 saat ile sınırlandırılmıştır. 2009 itibariyle birliğe üye bütün ülkeler bu direktiflere uymak durumundadırlar.

Sağlık Çalışanlarının Göçünde Teknolojik Gelişmelerin Etkisi: Gelişen teknoloji özellikle sağlık sektöründe devrim sayılabilecek çözümlere zemin hazırlamış, teşhis ve tedavi süreçlerinde hekim ve diğer sağlık çalışanlarının işini oldukça kolaylaştırmıştır. Özellikle tıbbi cihazların gelişiminde varılan noktada örneğin; ERCP (endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi) yöntemiyle pankreas ve safra kanalı hastalıklarının ameliyatsız teşhis ve tedavisi mümkün olmaktadır. Bu gelişmeler beraberinde eğitim düzeyinin gelişmelere uyum sürecinde arttırılmasını gerektirmekte, hizmet içi ve dışı eğitimlerde gelişmiş ülkeler tercih sebebi olmaktadır. Hasta bilgilerinin depolanması ve kullanılmasında bilgisayar ve internet çalışanların ayrılmaz bir parçası haline gelmiş, sağlık uzmanlığının yanında internet düzeyinde bilgiye erişim, iş pozisyonlarında ayrıcalıklı konumlar yaratmıştır. İş pozisyonlarına ulaşılabilirlik ve başvuruda kolaylık, bu oranları arttırmaktadır. Göç veren ülkelerin yüksek teknolojiye sahip olmaması, iş alanlarında daha fazla uzmanlaşma gerekliliği ve yeni iş alanlarının doğması teknolojik göçün başlıca sebepleridir.

Sağlık Çalışanlarının Göçünde Hastalık Çeşitliliği Ve Nüfus Oranlarının Etkisi: Gelişmiş ülkelerde doğurganlık hızının düşmesi, yaşam süresinin artması gibi sebeplerle yaşlı nüfus oranı artmaktadır. Yaşlı nüfusa bağlı olarak kalp rahatsızlıkları, diyabet, göz ve diş problemleri gibi alanlarda şikâyetler artmakta ve beklenen sağlık hizmeti ihtiyacı ülke nüfus yapılarına göre farklılıklar göstermektedir. Bununla birlikte sağlık çalışanlarında da yaş oranı yükselmekte ve karşılıklı olarak sağlık insan gücüne olan ihtiyaç artmaktadır. Örneğin, Danimarka, İzlanda, Norveç, Fransa ve İsveç gibi ülkelerde hemşirelerin yaş ortalaması 41-45 yaş arasındadır. Bunun gibi birçok örneğe baktığımızda gelişmiş ülkeler açısından sağlık işgücünde genç nüfusun göçü olumlu beklentilere dönüşmektedir. Gelişmiş ülkeler ya yeterli sayıda sağlık personeli üretememekte veya bilerek bu ihtiyacı ithalat yoluyla karşılamaktadır. Bu yöntem daha hızlı ve zahmetsiz olmaktadır.

Bireylerin tercihleri ve yaşadıkları yerin itici veya çekici özellikleri: Yaşadıkları ülkelerdeki çalışma koşullarına bağlı olarak çalışanların ülkede kalma ya da başka bir ülkeye gitme istekleri doğrultusunda ortaya çıkabilecek bir durumdur. Başka ülkeleri cazip kılan, farklı bir ülkeye geçici ya da kalıcı olarak gitme isteği doğuran sebeplerin başında sağlık çalışanlarının ücret yetersizliği olabilmektedir. Çalışma koşullarının zorluğu, saatlerinin vardiyalı olması, psikolojik açıdan yıpranma payının fazlalığı gibi sebepler sağlık çalışanlarını hem ekonomik hem de sosyal anlamda daha iyisini aramaya itmektedir. İlerleme konusunda çekilen zorluk, sağlık hizmetlerindeki yetersizlik, yönetim şekillerinin çalışanları tatmin etmemesi, toplumun eğitim seviyesine bağlı olarak, sağlık çalışanlarına gösterilen saygısız tutumlar gibi sebepler de bireylerin buldukları yere bağlılığını azaltmaktadır. Genç ve başarılı uzmanlara sunulan cazip fırsatlarda bireyler için bir tercih sebebidir.

Örneğin PRAXIS Politik Çalışmalar Merkezi 2003 yılında Estonya'da yaptığı bir çalışmada, sağlık çalışanları göç nedenleri başında daha yüksek gelir beklentisi, daha iyi çalışma koşulları, iyi bir yaşam kalitesi, dışarıda çalışma tecrübesi, Estonya sağlık sisteminden memnun olmama, çalışma

alanlarının sınırlı olması, asistanlık pozisyonlarının yetersizliği gibi sebepler tespit edilmiştir. Çek Cumhuriyetinde de yapılan benzer bir çalışma da göç nedenlerinin hemen hemen aynı olduğunu göstermektedir. Yapılan çalışmalar sağlık çalışanlarının çalışmak amacıyla gittikleri en popüler ülkenin Almanya olduğunu göstermektedir. (Yıldırım T. , 2009)

OECD çalışmalarına göre Batı Avrupa Ülkelerinden bazılarında yabancı ülkede eğitim görmüş hekim sayısı son 30 yılda önemli ölçüde artmıştır. 1970 ile 2005 yılları arasında yabancı ülkede eğitim almış sağlık çalışanı sayısı Fransa ve Hollanda'da toplam sağlık çalışanı içinde %1'den %6'ya, İsveç'te %5'ten %16,1'e, Danimarka'da %3'ten %11'e yükselmiştir (Buchan, 2008). Almanya'da hekim sayısında çok artış olmamasına karşın en fazla yabancı ülkede eğitim görmüş hekim sayısına sahiptir.

Genel anlamda göç nedenleri ve çeşitleri de sağlık çalışanlarının göç nedenlerinin anlaşılmasında etkili olacaktır.

Stilwell ve arkadaşları genel anlamda göç çeşitlerini şöyle sıralamışlardır(2003)

-Kalıcı göçmenler: Bir ülkeye yerleşmesinde yasal olarak bir engel bulunmayan, kabul edilmiş göçmenlerdir ve ailelerini de kapsar.

-Kayıtlı göçmen işçiler: Geçici sözleşmeli işçiler ve profesyonel geçici işçileri kapsar. Göç alan ülkede yasal şartlarda ve sınırlı sürede kalan kalifiye, yarı-kalifiye, ya da eğitimsiz işçilerdir.

-Kayıtsız göçmen işçiler: Yasal süre dışında, ya da yasal olmayan yollarla o ülkede bulunan statüsüz işçilerdir.

-Sığınmacılar: Yaşadıkları ülkede can güvenliği kaygısı yaşayan kişilerin mülteci statüsü için başvurularındır.

-Kabul edilmiş mülteciler: Mülteci ve sığınmacı statüsü hakkında verilen kararlar, Birleşmiş Milletler'in Mültecilerin Statüsüne ilişkin Sözleşmesi'ne (1951) dayanır. Ülkelerine dönüşlerinde can güvenliği sıkıntısı yaşayacakları varsayılır.

-Yerlerinden edilmiş insanlar: Ülkelerinden kaçmak için kıtlık ya da savaş gibi nedenleri olan kişilerdir. (Sağlık Bakanlığı, 2011)

Genel anlamda göç eden kişilerin statülerine göz attıktan sonra şunu söyleyebiliriz ki sağlık çalışanlarının göçü bu sınıflamadan ilk ikisinden birine girmektedir. Sayısal olarak Avrupa genelinde doktor, hemşire ya da diğer sağlık çalışanlarının hareketliliğinin detaylı bir analizini yapmak ne yazık ki mümkün olmamaktadır.

Tablo 1: Uluslararası Sağlık İnsan gücü Göçünün Temel İtici ve Çekici Faktörleri

İten Faktörler	Çeken Faktörler
Düşük ücret	Daha yüksek gelir
Olumsuz çalışma koşulları	İşçi dövizi gönderme fırsatı
Sağlık sistemindeki kaynak yetersizliği	Daha iyi muamele ve çalışma koşulları
Sınırlı kariyer olanakları	Daha iyi donatılmış sağlık sistemleri
Sınırlı eğitim olanakları	Kariyer fırsatları
Uzmanlık eğitiminin olmayışı	İleri eğitim fırsatları
Sınırlı esnek kariyer planlama fırsatı	Yüksek eğitim standartları
Sürekli eğitim eksikliği	Seyahat olanakları
İş memnuniyetsizliği	İş yardımı
HIV/AIDS'in etkisi	Aile için daha iyi bir gelecek
Ekonomik istikrarsızlık	Daha kaliteli bir yaşam
Politik zorluklar	Politik istikrar
Olumsuz yaşam koşulları	
Personel yetersizliği nedeniyle aşırı iş yükü	
Düşük mesleki statü	
İşsizlik	
Açlık ve yoksulluk	
Doğal afetler	
Çevresel bozulmalar	
Şiddet ve eziyet	
Evlilik birleşmeleri	
Ailevi nedenlerden dolayı bir araya gelme	
Savaşlar	
Güvenlik endişesi	
Kendi ülkesinde gelecek görememe	
Gereğinden fazla sağlık personeli (bazı ülkelerin aktif işgücü gönderme politikaları)	

Kaynak: (Yıldırım, 2010, Uluslararası Düzeyde Sağlık Çalışanlarının Göçünü Yönetme Politikaları, Amme İdaresi Dergisi)

Konu hakkında verdiğimiz bilgiler ve tablolardan edindiğimiz fikirler doğrultusunda şunu söyleyebiliriz ki, insanların kalıcı ya da geçici göç etmelerinde, özellikle çalışma hayatından kaynaklanan beklentiler ilk sırayı almaktadır. İnsanlar sonuç olarak hem iş hayatlarında, hem sosyal hayatlarında daha yüksek bir standart elde etmek, daha güvenilir ve refah seviyesi yüksek bir hayat sürdürmek istemektedirler. Başta ücret dengesizliği, olumsuz koşullar, güven problemi, siyasi baskı ya da otorite boşlukları, insanlarda memnuniyetsizliğe yol açmakta ve bu olumsuzluklardan kurtulacaklarını düşündükleri ortamlara gitmek ve çalışmak istemektedirler. Avrupa Birliği'nin yapmaya çalıştığı serbest dolaşımın kolaylaştırılması, mesleki tanınma ilkeleri bu anlamda insanların

en azından Avrupa Birliği içinde beklentilerine cevap bulabilme fırsatı doğurmuştur. Sonraki bölümlerde de inceleyeceğimiz gibi bu süreçte yaşanan bir takım olumsuzluklar mevcuttur. Ancak Avrupa Birliği'nin mevcut sorunlara çözümler bulmak yolunda hızla ilerleme kaydettiği açıktır.

Tablo 2: Göçmen Sağlık İşçilerinin Tipolojisi

Kalıcı Taşınma	
Ekonomik göçmen	Daha iyi bir yaşam standardı için göç eden
Kariyer hareketi	Gelişkin kariyer fırsatları için göç eden
Göçmen eşi	Planlanmamış taşınma, eş ya da partner taşınmasının sonucu
Geçici Taşınma	
İş tatili	Sağlık profesyonelinin kariyeri seyahati finanse etmekte
Eğitim turu araştırılması	Kendi ülkesinde kullanılmak üzere yeni bilgi ve tekniklerin
Öğrenci	Temel üstü becerilerin kendi ülkesinde kullanılmak üzere edinilmesi
Sözleşmeli işçi	Sabit süreli bir sözleşme ile işe alınmış; genellikle kendi ülkesinde iş olanaklarının iyileşmesini beklemektedir.

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2011)

2.Sağlık Çalışanlarının Serbest Dolaşımı

Avrupa Birliğine üye ülkelerin vatandaşları arasında yapılan anketlerde, birliğin kendilerine ne ifade ettiği sorulduğunda %53'ü "seyahat ve çalışma özgürlüğü yanıtını vermektedir (Avrupa Yaşam ve Çalışma Koşullarını İyileştirme Vakfı, 2009). Dört özgürlükten biri olan kişilerin serbest dolaşım hakkının bir temel oluşturmasına karşı sağlık çalışanları için ayrıca ele alınması gerekliliği belirtilmiştir. Birliğin çalışanların hareketliliğini arttırmak ve istihdamın büyümesini sağlamak için engellerin kaldırılmasına yönelik çalışmaları devam etmektedir. 10 yeni ülkenin birliğe girdiği 2004 tarihindeki son durumdan sonra 30 Nisan 2011 tarihinde sonlanan geçiş dönemi uygulamaları yürürlüğe konmuştur. Farklı ülkeler bu son duruma karşı farklı uygulamalar sergilemektedir.2004 sonrasında İrlanda, Birleşik Krallık ve İsveç çalışanların girişine engel getirmezken, Avusturya ve Almanya sınırlamaları kaldırmamakta ısrarcı davranmaktadırlar (Avrupa Yaşam ve Çalışma Koşullarını İyileştirme Vakfı, 2009).

AB mevzuatında, madde 47,3 "medikal, ilaç ve yardımcı mesleklerde sınırlamanın ortadan kaldırılması çeşitli üye ülkelerdeki faaliyetleri için gerekli koşulların koordinasyonuna bağlı olmalıdır" şeklinde ifade edilmiştir. Bu nedenlerle tıbbi ve diğer sağlık meslekleri özel düzenlemelere tabi tutulan ilk meslekler arasındadır (Mossialos, 2001), (Hasan & Türkan, 2011). Roma Antlaşması'nın 47. maddesinde diplomaların karşılıklı tanınması konusu düzenlenerek serbest

çalışmada kolaylık sağlanmak istenmiştir. Karşılıklı Tanınma; Bir ülkenin başka bir üye ülke vatandaşına uygulanan fiili ve hukuki düzenlemelere karşın, diğer ülkenin de o ülke vatandaşına aynı şartları uygulaması demektir (Ekmeççi & Ekmen). Ancak üye ülkeler anlaşmanın ilk haliyle mesleki anlamda eşitlik tanımak zorunda değillerdi. Sonrasında bu durumun Avrupa Birliği' nin yaratmak istediği serbest pazar ruhuna uymadığı anlaşıldı ve mesleki anlamda da karşılıklı tanınırlık ilkesinin gerekliliği üzerinde duruldu. Birlik bu ilkeleri farklı direktifler düzenleyerek açıklama yoluna gitti. Bu direktifler hekimleri, diş hekimlerini, eczacıları, hemşireleri ve ebeleri kapsayan "sektörel direktifler" kapsamında düzenlenmiştir. (Belcher, 1999) (Hasan & Türkan, 2011) 1970 ve 1980 yıllarında Brüksel'de yapılan çalışmalarda Danışma Komitesi tarafından meslek yapıları, içeriği (asgari anlamda), üye ülkeler tarafından kabul edilen nitelikleri, eğitim süreleri gibi standartlar oluşturulmuştur (Skar, 2001), (Giray, 2002). Bu direktiflerin oluşturulmasında amaç çalışanların AB üyesi ülkelerde serbest dolaşmasıyla ilgili farklılıkları ortadan kaldırıp, kolaylaştırmaktır. İki temel direktif diploma denkliği ve minimum eğitim gerekleridir. 93/16/EEC sayılı Tıp Direktifi Avrupa Ekonomik Alanında tıbbi diplomaların, sertifikaların ve diğer mesleki belgelerin karşılıklı tanınmasının şartlarını belirtmektedir. Sektörel ve Genel Direktifler olarak belirlenen bu ilkeler Mesleki Niteliklerin Karşılıklı Tanınması Direktifi (2005/36/EC sayılı Direktif) adıyla 20 Ekim 2007 tarihi sonrasında uygulamaya konuldu. İlk olarak düzenlenen direktiflerin meslek gruplarına göre dağılımı şöyledir: 1975- "Hekim Direktifleri", 1977- "Genel Bakım Hemşireleri Direktifleri", 1978- "Diş Hekimleri Direktifleri", 1980- "Ebeler için Direktifler", 1985'de "Eczacılar ve Mimarlar için Direktifler" ilk direktiflerdendir (Nicholas, 2004), (Hasan & Türkan, 2011) AET Direktifleri ile garanti altına alınan haklar Avrupa Birliği vatandaşı olan, eğitim şartlarını yerine getirmiş sağlık çalışanlarına AB'nin herhangi bir ülkesinde çalışma olanağı sağlamaktadır. Bu konuyla ilgili şunu da belirtmeliyiz ki, prensipte Avrupa Birliği hukukuna göre, sağlık çalışanları serbest dolaşım, yerleşme ve iş kurma hakkına sahip durumdadır. Ancak madde 39'a göre "kamu politikası, güvenliği ve sağlık" gerekçe gösterilerek sağlık çalışanlarının serbest dolaşımı sınırlandırılabilir (Hervey, 2002), (Hasan & Türkan, 2011)

Bu bölümde yer verdiğimiz bilgilerden de anlaşılacağı üzere serbest dolaşımında ilk tanımlanan meslek grupları arasında sağlık çalışanları gelmektedir. Karşılıklı tanınmada ise eğitim süresinde eşitliği yakalayanların bu haktan yararlanacakları açıktır. Ancak Serbest Dolaşımında Karşılaşılan Durumlar bölümünde de göreceğimiz üzere, karşılıklı tanınma süreci ülkelerin ulusal düzenlemelerinde farklı uygulamalara tabi olmaktadır. Bu süreçlerde üye ya da aday ülkelerin serbest dolaşım ilkelerine uyum sağlama çalışmalarını hızlandırmaları, hem dışarı göç hem de içeri göçün yaratacağı olumsuz etkilerden korunmaları açısından önem taşımaktadır.

2.1. Tıp Doktorlarının Serbest Dolaşımı

1975 yılında kabul edilen Avrupa Direktifleri 75/362/EEC ve 75/363/EEC hekimlerin göç şartlarını belirlemektedir (Hasan & Türkan, 2011). Bu direktife göre üye ülkenin vatandaşı olmak, temel eğitimi tamamlamış olmak ve aranan nitelikleri taşıyor olmak çalışma hakkı kazanmak için yeterlidir. 1986 yılında kabul edilen 86/457 sayılı direktif ise pratisyenlikteki karşılıklı tanınma şartlarını taşımaktadır (Hasan & Türkan, 2011). 93/16/EEC sayılı direktif "Hekim Direktifi olarak adlandırılmakta ve genel anlamda uzmanlık eğitimi, hekimlerin serbest dolaşımı, eğitim nitelikleri gibi ayrıntılar düzenlenmiştir (Hasan & Türkan, 2011). Direktiflerle belirlenen düzenlemeler dışında

birde tıp uzmanları birliği vardır. Kısaca UEMS olarak adlandırılan bu kuruluşta hekimlik alanında kriterleri belirlemektedir. Yani uzmanlığın tanımlanması, bunun için yetkili kuruluşlar, eğitim kalitesinin garantisi, ulusal kuruluşlar, eğitim kuruluşunun hacmi, kalite temini, nitelikleri gibi kriterleri belirlemektedir (Bakanlığı S. , 2001). Tıp uzmanlarının denkliği konusunda yeterlilik ve koşulları denetleyen ya da öneride bulunan farklı kurullar vardır ki onları da şöyle sıralayabiliriz (Baskan, 2001):

- ATUB-Uzmanlık Bölümü(UEMS Specialist Section)
- Ulusal Üst Kurul(National Board)
- Avrupa Üst Kurulu (European Board)
- Ulusal Sağlık Üst Kurulu(National Authority)

Hekimlerin Serbest Dolaşımı ve Tıp Diplomalarının, Sertifikalarının ve Diğer Unvan Belgelerinin Karşılıklı Tanınmasını Kolaylaştırılmaya Yönelik 5 Nisan 1993 tarihli, 93/16/EEC Direktifin çevirisinden bazı maddelerle ve örnek ülkelerle direktiflerin uygulanış şekilleri aşağıdaki gibidir (Bakanlığı S. , 2001):

“Tıp Doktorlarının, sertifikalarının ve diğer unvan belgelerinin karşılıklı tanınması.

Madde 2: Her üye ülke madde 23’e uygun olarak diğer üye ülkeler tarafından vatandaşlarına verilen ve madde 3’de dökümü yapılan diplomaları, sertifikaları ve diğer unvan belgelerini tanıyacak ve hekimlerin faaliyetlerine başlama ve sürdürme hakkını kendi topraklarında da bu kişilerde verecektir.

Madde 3: Madde 2’de öngörülen diplomalar, sertifikalar ve unvan belgeleri şunlardır: (Örnek bir ülke verilecektir.)

Danimarka: Üniversite Tıp Fakültesi tarafından verilen yasal tıp hekimliği ayrıca sağlık servislerinin yetkili birimleri tarafından benimsenmiş staj sertifikası.

Hekimlik Faaliyetine Yönelik Yasal, İdari ve Yönetmelik Hükümlerinin Koordinasyonu.

Madde 23: (İlgili madde 4 ana maddeden oluşmaktadır. Örnek olarak ilk maddesi verilecektir.)

1.Üye ülke, tıp mesleğine başlamak veya sürdürmek isteyen kişilerden, bütün eğitimleri boyunca aşağıdaki nitelikleri kazandığını kanıtlayan ve madde 3’de belirtilen tıp diploması, sertifikaları ve diğer ünvan belgelerini talep eder. Bu nitelikler:

Tıp bilimi ile ilgili yeterli bilgi, biyolojik fonksiyonları değerlendirme, bilimsel olgu unsurlarının saptanması analizleri ve bilimsel metotları iyi kavrama.”

Sonuç olarak 93/16/EEC direktifinde yer alan Madde 5'te belirtilen uzmanlıklar bütün üye ülkelerde tanınmaktayken, madde 7'de belirtilen uzmanlık alanlarından herhangi biri, iki veya daha fazla ülkede var ise bu uzmanlık alanı ilgili ülkeler arasında uygun şartlarda ise tanınmaktadır. (Hasan & Türkan, 2011). Ancak tüm bu düzenlemelere rağmen hekim direktiflerinin dolaşım konusunda tam bir başarı sağladığını söylemek zordur. Sağlık çalışanlarının serbest dolaşımı bölümünde de belirtildiği üzere üye ülkeler bu politikaları uygulama konusunda sınırlayıcı tutumlarını sürdürmektedirler.

2.2. Hemşirelerin Serbest Dolaşımı

77/452/EEC ve 77/453/EEC sayılı direktifler hemşirelerin serbest dolaşımını düzenlemektedir. Direktifler yerleşme hakları, genel bakımdan sorumlu hemşirelerin faaliyetleri, eğitim süreleri ve müfredatları gibi konuları içermektedir (Hasan & Türkan, 2011). Dikkat edilmesi gereken nokta direktiflerin genel bakımdan sorumlu hemşireler üzerinde tanımlandığıdır. Spesifik branşlar üzerine uzman eğitim almış hemşireler için “genel sistem” yaklaşımı kullanılmaktadır. (Bakanlığı S. , 2001)

Hemşirelerin dolaşımında istenen nitelikler, mesleki bilginin dışında sağlıklı ve hasta insanların davranış ve tutumları arasındaki farklılıkları ayırt edip, sosyal çevre ve hasta arasındaki iletişimde yeterli bilgi ve deneyime sahip olmaları, hemşireliğin genel prensipleri ve meslek ahlakı konusunda iyi yetişmiş, klinik deneyim kazanmış, diğer sağlık çalışanları ile uyumlu çalışabilme konusunda pratik bilgiye sahip olmalarıdır. Bunun dışında mesleki anlamda 10 yıl temel eğitim üzerinde 3 yıl ya da 4600 saatlik teorik ve pratik mesleki eğitim almış olmaları gerekmektedir (Hasan & Türkan, 2011).

2.3. Tanımlanan Diğer Mesleklerin Serbest Dolaşımı

Diş Hekimlerinin serbest dolaşım 1978 yılında kabul edilen 78/686/EEC ve 78/687/EEC sayılı direktiflerle düzenlenmiştir. Hekimler diş, ağız, çene ve bitişik doku bozukluklarına ilişkin önlem, teşhis ve tedavi faaliyetleri için bir üniversitede en az 5 yıllık teorik ve pratik bir eğitim almış olmalıdır (Bakanlığı S. , 2001).

Eczacıların serbest dolaşımı 85/432/EEC ve 85/433/EEC sayılı direktiflerle düzenlenmiştir. Mesleki niteliklerin dışında 4 yıllık teorik ve pratik eğitim, en az altı aylık hizmet içi eğitim alınması zorunluluğu vardır. Bazı ülkelerde eczane sayısında sınırlamalar getirildiği için, eczacılar başka üye ülkede otomatik olarak eczane açamazlar (Bakanlığı S. , 2001).

Ebelerin serbest dolaşımı 80/154/EEC ve 80/155/EEC sayılı direktiflerle düzenlenmiştir. 10 yıllık temel eğitim sonrasında 3 yıllık teorik ve pratik eğitimden geçmek zorundadırlar. Genel bakım hemşirelik hakkını kazanmış bir hemşire ek olarak 2 yıl veya 3600 saat bir eğitimle ebelik yapabilmektedir. Yine direktifler de mesleki nitelikler açıkça belirtilmiştir (Bakanlığı S. , 2001).

3. Göç Alan Ve Göç Veren Ülkelerin Durumları

Sağlık çalışanlarının göç nedenleri, genel göç nedenleriyle paralellik gösterdiği için

makalenin bu kısmında, sağlık çalışanlarının göç durumları ile birlikte genel göç sebepleri ve yarattığı sonuçlar üzerinde durulacaktır. Avrupa Birliği'nin Roma Antlaşmasında yerleşme hakkındaki hükümler 52. ve 58. Maddelerde yer almıştır. Kişiler ve şirketler hizmet verdikleri ülkenin mevzuatına tabi olmak koşuluyla birlikteki herhangi bir ülkeye giderek çalışabilmekte veya yerleşebilmektedir (Bakanlığı S. , 2001). Roma Antlaşmasının 56. Maddesi “yerleşme hakkının” kamu düzeni, güvenliği ve halk sağlığı gibi nedenlerle kısıtlanabileceğini belirtmiş, ancak bu kısıtlamaların keyfi kullanımını ikincil mevzuat, 64/221 sayılı Direktifi ile kontrol altına alınmıştır. (Bakanlığı S. , 2001). Görüldüğü gibi Avrupa Birliği içinde kişilerin serbest dolaşımı birliğin yapısı gereği desteklenmekte, toplumların güvenliği ve çıkabilecek aksiliklerin önüne geçebilmek için ihtiyaçlara göre, serbest dolaşım ile ilgili düzenlemeler yapılmaktadır.

İş gücü akımları başladığında göç alan ülkeler tarafından geçici olarak düşünülürse de, göç edenler gittikleri ülkelerde kalmışlar, ev sahibi ülkelerin etnik ve dini yapılarında değişimlere sebep olmuşlardır. Sanayileşmiş ülkeler arasında uluslararası göçten en çok etkilenen ve göç alan ülke konumunda olan Almanya'dır (Aydoğanoglu, 2007).

1950 'li yıllardan sonra batı Avrupa ülkelerine kitlesel göç hareketleri kaybı yaşayan Türkiye'nin bugünkü nüfusunun %6'sı farklı ülkelere yerleşmiştir (Aksoy, 2012). Ancak 1990'lı yıllardan itibaren küreselleşme, iletişim ve ulaşım ağının yaygınlaşması, turizm sektöründeki gelişmeler Türkiye'nin de batı ülkelerinden göç almaya başladığını göstermektedir. (Aksoy, 2012).

1990'lardan bu yana küresel sağlık gündeminde, sağlık çalışanlarının göçünün önemi artmıştır. Gelişmekte olan ülkeler tarafından sağlık insan işgücü açığını kapatmaya yönelik, başvuru yöntemlerinin başında sağlık çalışanı göçü gelmektedir. Avrupa Birliğinde sağlık çalışanı hareketliliğinden en fazla etkilenen ülkeler Fransa, Almanya, İtalya ve İngiltere'dir (Yıldırım T. , 2009).

2008 Avrupa Sağlık İşgücü Hakkında Yeşil Kitap belgesinde “serbest dolaşımın olumsuz etkileri” üzerinde durulmuştur. Bu belgede insan gücü hareketliliğini sınırlayıcı önlemler almak yerine diğer üye ülkelerle uygun politikalar oluşturarak göçün olumsuz yönlerinin minimize edilmesi yoluna gidilmiştir. Yeşil Kitap da “Gelişmekte olan Ülkede Sağlık İnsan gücü Krizi üzerine AB Faaliyet Stratejisi” (Parliament, 2005). COM (2006) 870 sayılı Bildiri (PAPER, 2006) AB ülkeleri dışından sağlık çalışanlarının etik yollardan istihdamı, çalışanların faydalarının maksimize, olumsuzluklarının minimize edilmesi konularından bahsedilmiştir.

Konunun bu kısmında daha iyi anlaşıldığı üzere sağlık çalışanlarının göçü tek taraflı bir etki yaratmamaktadır. Hem göç alan hem göç veren ülkeler için farklı avantajlara ya da sorunlara yol açmaktadır. Göç alan ülkeler nitelikli eleman kazanırken, göç veren ülkeler bu nitelikli çalışanlarını kaybetmekte, hizmet sunumu anlamında sıkıntı yaşamaktadır. Sağlık çalışanlarının göç nedenleri ve genel göç sebepleri konularını inceledikten sonra şunu söyleyebiliriz ki dışarı göçü engelleyecek finansal önlemler, asıl nedenler ortadan kalkmadığı sürece kalıcı bir çözüm olmamakta, serbest dolaşım kavramına da ters düşmektedir. Göç alan ülkelerin sadece cazip iş olanakları sunduğu yanılgısına düşmemek gerekir. Yetişmiş kalifiye eleman açığı yaşadıkları bir gerçektir.

4. Serbest Dolaşımında Karşılaşılan Durumlar

Aday ülkeler ile AB üyesi ülkelerin yürüttüğü Katılım Müzakerelerinin Kişilerin Serbest Dolaşımı ile ilgili bölümü 6 alt konuya bölünmüştür. (Ayhan, 2004)

- 1) Mesleki Niteliklerin Karşılıklı Tanınması
- 2) İkamet hakkı
- 3) Avrupa birliği vatandaşlığı ve oy hakkı
- 4) Vize
- 5) İşçilerin serbest dolaşımı
- 6) Sosyal güvenliğin koordinasyonu

Konumuz gereği kişilerin serbest dolaşımını, birliğin yaklaşımları ve mesleki niteliklerin karşılıklı tanınması açılarıyla bu bölümde inceleyeceğiz.

Daha öncede bahsettiğimiz meslek grupları için direktiflerle şartlar belirlenmiş olsa da, bu meslek grubu dışında kalan meslekler için ayrıca düzenleme yoktur. Bu mesleklerin serbest dolaşım şartları “Genel Sistem Direktifleri” ile düzenlenmiştir (Hasan & Türkan, 2011). Genel Sistem Direktiflerinden ilki 89/48/AT en az üç yıl süreli yüksekokul bitirilmesiyle elde edilen mesleki nitelikleri, 92/51/AT direktifi ise üç yıldan az süreli bir eğitimle elde edilen mesleki niteliklerin tanınması üzerine düzenlenmiştir. Topluluk son çalışmalarla avukatlık dışında kalan tüm meslekleri tek direktifle düzenlemeyi amaçlamaktadır (Ayhan, 2004).

AB üyesi ülkeler arasındaki düzenlemelere uygun olarak çalışanlar hareket etme özgürlüğüne sahiptir. Ancak yine de sektörel alanda mesleki yeterlilik düzeyini tespit edecek kurumların yetersizliğinden söz edilebilir. AB hukuku çerçevesinde serbest dolaşım şartları belirlenmiş olsa da gerçekte tek başına yeterli olmamaktadır. Örneğin, başka bir ülkede çalışmak isteyecek çalışanların bilgi alacakları bir danışma kurumları bulunmamaktadır. Bazı üye ülkeler mevzuat hükümlerine tam uymamakta ve çalışanlara denklik problemi çıkarmaktadır. Uzman doktor diplomalarındaki değişiklik hükümlerine uymadıkları gerekçesiyle 1999 yılında Avrupa Komisyonu Hollanda, İrlanda, Portekiz ve İtalya'ya karşı yasal girişim başlatmışlardır (Hasan & Türkan, 2011).

Serbest dolaşımında dil zorunluluğu olmamasına, yasalarda açıkça yer verilmesine karşın, gidilecek ülkenin dilini bilmek çalışabilmek için bir gereklilik olmaktadır. Ayrıca aynı dilin konuşulduğu ülkeler arasında göç kolaylaşmakta, ya da Almanya, İngiltere ve Fransa dillerinin popüler kültürde daha yaygın konuşuluyor olması sebebiyle avantajlı konuma geçmektedirler (Hasan & Türkan, 2011).

Görüldüğü gibi serbest dolaşım ile ilgili en üst düzeyde düzenleme yapılan meslek gruplarının başında sağlık çalışanları gelmektedir. Direktiflerle genel kurallar belirlenmiş olmasına karşın, ülkelerin uygulama aşamasında ayrıntılı tanımlamalar yoktur. Avrupa Birliği uluslar üstü bir yapılanmadır ve birliğin dinamiklerine ters düşen uygulamalara izin verilmemektedir. Ancak konuşulan dil, ülkelerin kültürel farklılıklarından doğan uyum süreci zorlukları, farklı ülkelerden

gelen kişilere yapılabilecek ayrımcı tutumlar, kişilerin serbest dolaşımında bireysel anlamda karşılaştıkları durumların başında gelmektedir. Özellikle müzakere sürecinde ya da yeni üye ülkelerin birliğe uyum sağlama aşamalarında yapılması gerekenlerin ayrıntılı tanımlanması, farklı uygulamalardan kaynaklanabilecek sorunların önüne geçebilecektir.

5. Serbest Dolaşımında İngiltere-İrlanda Örneği

Birleşik krallık İngiltere, İskoçya, Galler ve Kuzey İrlanda devletlerinden oluşan bu bölgede sağlık hizmetleri 1948 yılında kurulan NHS (National Health Sistem) kapsamında yürütülmekteydi. NHS ağırlıklı olarak genel vergilerle finanse edilen bir sistemdir (Hasan & Türkan, 2011). 1941 yılında İngiltere sosyal güvenlik sistemini W. Beveridge'in hazırladığı raporla üç amaçlı bir sosyal devlet politikası izlenmeye başlanmıştır. Bu rapor tüm vatandaşların sosyal güvenlik kapsamında olması, Ulusal Sağlık Hizmeti ağı oluşturulması ve tam istihdam politikasından oluşmaktadır (Çetin, 2007). Ancak 1990 yıllarından itibaren İngiltere'de Beveridge ilkeleri terk edilip 1990'lı yılların ortalarından sonra nüfusun önemli bir kısmı tamamlayıcı sigorta yaptırma yoluna gitmiştir. Kişilerin yaptığı harcamalar da sistemde kullanılmaktadır (Jakubowski & Busse, 1998), (Hasan & Türkan, 2011).

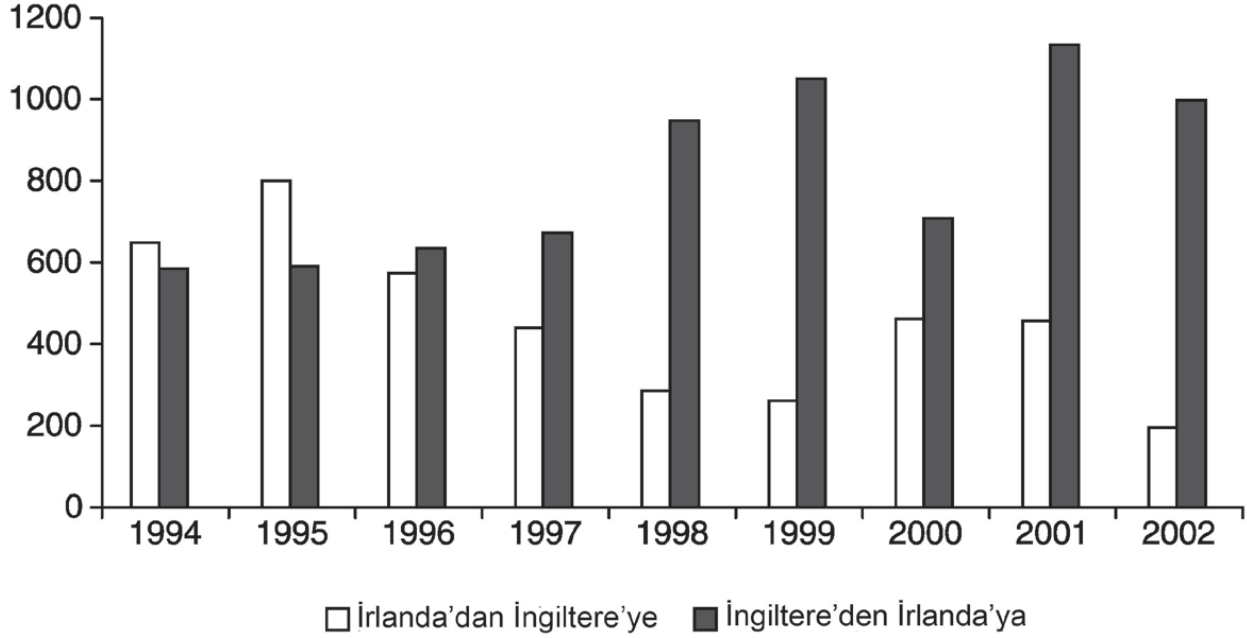
Neoliberal politikaların kararlılıkla uygulamaya konulmasından itibaren, II. Dünya Savaşından sonra sağlık hizmetlerinde örnek gösterilen İngiltere'de, yapılan reformlar çalışanların tepkisini çekmeye başlar. Reformların önemli bir ayağı olan özel sağlık sigortaları tekelleşmeyle karşı karşıya kalır. Zaman içinde İngiltere'de sağlık harcamalarının bütçe içindeki payı artış eğilimindedir. İngiltere'de yaşananları İrlanda sağlık hizmetleri ile kıyasladığımızda biraz daha iyi anlamak mümkün olacaktır.

İrlanda sağlık sistemi hem kamu, hem özel sektör izleri taşımakla birlikte, ağırlıklı olarak vergi temelli finansmana dayanmaktadır (Hasan & Türkan, 2011). İrlanda'da sağlık hizmetleri 8 ayrı bölge idaresi tarafından verilir. 7 bölgede hizmet verme görevi Sağlık Yönetim Kuruluna, 1 bölgede Sağlık Denetim Kuruluna aittir. İrlanda'da yaşayan herkes sağlık güvenlik kapsamına alınmıştır. % 35 gibi bir oran gelir seviyeleri esas alınarak tüm hizmetlerden kamusal alanda ücretsiz yararlanır. % 50 lik bir kesim kamu kaynaklı ve ücretsiz hizmetler dışındakiler için ücret öder. % 15'i ise tüm hizmetler için ücret öder (Sargutan). Gönüllü kamu hastanelerine doğrudan Sağlık Departmanı tarafından bütçe verilir (Jakubowski & Busse, 1998) (Info, 2002) (Hasan & Türkan, 2011). Bu gelişmeler İrlanda'nın göç veren bir ülke iken göç alan bir ülke olmasına neden olmuştur. 2007 yılında yayımlanan UNDP İnsani Kalkınma ve Yaşam Standardı indeksinde 5. sırada yer alırken son 20 yılda ekonomisi üç kat büyümüştür (Özcan, 2008). Kuşkusuz bu ekonomik gelişmelerdeki yükselişin sağlık sektöründeki finansman dağılımında büyük rolü olmuştur.

Geçmişte İrlanda başta İngiltere olmak üzere çeşitli devletlerin sağlık sektöründe özellikle hemşirelik alanında kaynak durumundaydı. Dışarıda eğitim alanlar ise İrlanda'ya geri dönmek yerine gittikleri ülkelerde kalmayı tercih ediyorlardı. Ancak İrlanda ekonomisinin doksanlı yıllarda giderek büyümesinden sonra artan hemşire açığı ile birlikte dikkat çekici şekilde değişti (Bakanlığı S. v., 2002), (Sağlık Bakanlığı, 2011). 2000 yılında başta İngiltere olmak üzere dış kaynaklar, yeni

kayıtların yarısından fazlaydı. Önceleri İngiltere lehine olan bu göç 1990'lı yılların ortalarından sonra çarpıcı şekilde İrlanda yönünde artmaya başladı (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Şekil 1: Onay başvurularının sayısıyla ölçülen İrlanda ve İngiltere arasındaki hemşire akışı(1994-2002)



Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2011)

6. Türkiye'nin Serbest Dolaşım İlgili Uyum Çalışmaları

Avrupa Birliği Müktesebatı'nda sağlıkla ilgili farklı konular farklı başlıklar altında yer almaktadır. Bu süreçte yerine getirilmesi gereken yükümlülüklerin içinde sağlıkla ilgili çalışmalar büyük önem taşımaktadır. Henüz Avrupa Birliği üyesi olmayan ülkemizde sağlıkta insan gücü değerlendirmelerinin ağırlıklı olarak hekim odaklı yapılması büyük bir sorundur. Sağlıkta insan gücü planlaması sağlık sistemiyle bağımlı olarak ele alınmalıdır. Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye'de 2005 yılında 102.500 hekim bulunmakta ve bunun yaklaşık otuz bini pratisyen hekim olarak çalışmaktadır (Pala, 2007). Sağlık reformunda her 3.000 kişi için bir aile doktoru planlandığına göre birinci basamakta ihtiyaç duyulan hekim sayısı 24.000 olacaktır. Mevcut tıp doktoru sayısı Avrupa ülkeleri arasındaki en düşük orandır. Temelde eğitim süresi açısından uyum olmasına karşın, müfredatın AB ülkeleri ile karşılaştırıldığında yeterli olmadığı, nitelikli öğretim üyelerinin sayılarının az olduğu karşılaşılan sorunlardandır (Ekmen, 2006). Türkiye'de 2003 yılında bin kişiye düşen hekim sayısı 1,4, hemşire sayısı 1,7'dir. (Report, 2006). Dünyada ise hemşire sayısının, hekim sayısının iki katı kadar olduğu görülmektedir. "AB normlarına uygun meslek kriterlerinin belirlenmesi ve belgelendirilmesi sisteminin" ülkemizde bulunmaması ise "Mesleki Niteliklerin Karşılıklı Tanınması" konusunda karşılaşılabilecek sorunların başında gelmektedir (Ayhan, 2004).

Sağlık çalışanlarının serbest dolaşımıyla ilgili çalışmalarda öncelikle beş meslek grubuna yer verilmiştir. Bunlar tıp doktorları, diş hekimleri, eczacılar, hemşire ve ebelerdir. Mimarlık ve veterinerlikte tanımlanan diğer mesleklerdendir. Eğitimdeki müfredat ve uygulama alanları açısından

ülkemizle birlik arasında bir uyumsuzluk bulunmamaktadır. Hemşirelikte bayan olma şartı 25 Nisan 2007 tarihinde yayımlanan Hemşirelik Kanunu ile kaldırılmıştır. Üye ülkelerin tercihlerine bırakılan sağlık meslek grupları ile ilgili çalışmalar Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü koordinasyonuyla devam etmektedir (Ekmekçi & Ekmen).

Görüldüğü gibi Türkiye A.B uyum sürecinde eğitim süresi ve diploma denkliği açısından eşitliği yakalıyor olsa da nitelik ve nitelikleri denetleyecek temel kurumlar açısından hala eksikleri mevcuttur. Doktor sayısı hemşire sayısı ile karşılaştırıldığında yeterli görülse de, Avrupa'da ki hekim sayısı ile kıyaslandığında oldukça yetersizdir. Buda demek oluyor ki doktor sayısında yetersiz olan ülkemiz hemşire sayısında da oldukça sıkıntılı durumdadır. Avrupa Birliği müzakere süreçleri için hızlı ilerlemiyor olsa da uyum sürecinde sağlık çalışanlarının serbest dolaşımını kolaylaştıracak önlemlerin alınması, en azından üyelik sürecinde yaşanabilecek aksaklıkların önüne geçebilecektir.

Sonuç

Nüfusun sağlığının korunması ve geliştirilmesi yolunda hizmet sunan sağlık sektöründe, yeterli sayıda ve nitelikte insan gücünün olması şarttır. Sektördeki hizmeti sürekli kılmak, ülkelerin sos yo-ekonomik, kültürel ve politik alanlardaki kararlarıyla ve gelişme hızlarıyla belirlenmektedir. Bu makale sağlık hizmetlerinde sunumun önemini, sağlık çalışanlarının hareketliliğinin nedenleri ve sonuçları üzerinden açıklayarak, bu konuda alınabilecek önlemlere dikkat çekmek amacı ile hazırlanmıştır.

Giriş kısmında, sağlığın genel tanımı yapılarak, ülkemiz ve diğer Avrupa ülkelerinde sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılan yöntemlerden bahsedilmiş ve buradan yola çıkarak toplumlar için sağlık sektörünün önemine değinilmiştir.

Avrupa'da sağlık çalışanlarının göç nedenleri, bölümünde bu nedenler farklı başlıklarda analiz edilerek, incelenmiştir. Görülmektedir ki en yaygın nedenlerin başında ekonomi gelmektedir. Bunun dışında gelişmiş ülkelerin çekici yaşam koşulları, sağlık sektöründeki teknolojik gelişmelerin cazibesi de yine sağlık çalışanlarının göç sebepleri arasındadır. Yaşlanan nüfus ve bireysel unsurlar genel göç sebeplerinin yanında, sağlık çalışanlarının göç nedenleri arasında da karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık çalışanlarının serbest dolaşımı, bölümünde çalışanların serbest dolaşımı ile ilgili çıkartılan direktifler belirtilerek, mesleklerin karşılıklı tanınma şartları açıklanmıştır. Tıp doktorlarının uzmanlık alanlarıyla ilgili tanımlamalar hala netleşmemiştir. İki ülkede geçerli uzmanlık alanlarının tanınması gerekliliği, diğer ülkelerin alacakları tutumlar açısından net bir açıklama değildir. Karşılıklı sorunlara yok açsa da gerek sağlık çalışanları, gerek diğer meslek gruplarının Avrupa Birliği içinde hareketliliği giderek artmakta ve tanımlamalardaki boşluklar işleyişte aksamalara neden olmaktadır.

Göç alan ve göç veren ülkelerin durumları, bölümünde göçün karşılıklı olarak olumlu ve olumsuz sonuçları üzerinde durulmuş, Avrupa ülkelerinin bu konudaki tutumları incelenmiştir. Sağlık çalışanlarının hareketliliği, sağlık iş gücünün arz ve talebi sonucunda doğmaktadır. Avrupa Birliğine

üye ülkeler sadece kendi ülkeleri için sağlık sektörü çalışan potansiyeli üzerinde değil, birlikteki diğer üye ülkelerin pozisyonlarını da düşünerek planlama yapmak durumundadırlar. Ülkelerdeki sağlık çalışanı eksikliği ya da fazlalığı her ülke için bir pazar oluşturmaktadır. Tercih edilen ülkeler eğitim programlarında bir sınırlama yoluna gidip, göç veren ülkelere sağlık çalışanı istihdam etme yolunu tercih edebilmektedirler. Bu durumda, bu alanda zayıf olan ülkeler eğitilmiş çalışanlarını kaybetmektedirler.

Serbest dolaşımda karşılaşılan durumlar, kısmında göç eden çalışanların gerek mevzuattan, gerekse ülkelerin iç yapısından kaynaklanan sıkıntılara yer verilmiştir. Karşılıklı mesleki tanınma konusu direktiflerle aydınlatılmaya çalışılmış olsa da, uygulamaya yönelik belirsizlikler yaşanan sıkıntıların ana kaynağı gibi durmaktadır.

Serbest dolaşımda İngiltere-İrlanda örneği, bölümünde de İrlanda ve İngiltere sağlık sistemleri karşılaştırılarak, geçmişten bugüne sağlık hizmetleri sunumunda yapılan değişiklikler ve bu değişikliklerin yol açtığı durumlar üzerinde durulmuştur. Aslında çalışanların neleri tercih ettiği, ya da ülke vatandaşlarının talepleri gayet açıktır. İngiltere Ulusal Sağlık Hizmeti programını terk edip, sigortalama sistemine geçtiği süreçten itibaren sağlık hizmetlerinde başarısız olmuş ve mevcut programla bunu düzeltmemiştir. Vergilerin sağlık sektöründe önemli ve başarılı bir finansman kaynağı olduğu, çözüm olarak, en azından bir kısmında bu yolu tercih eden ülkelerin sağlık hizmetlerinde daha başarılı olduğu okuduklarımızdan gayet net anlaşılmaktadır. Genel anlamda ekonomik refahını hızla yükselten ve sosyal devlet rolüne daha iyi sahip çıkan İrlanda bu anlamda başarılı olmuş ve sağlık çalışanlarının en çok tercih ettiği ülkelere biri haline gelmiştir. Bu durumda ülkelerin çalışanları dışarıdan istihdam etmeyi tercih etmeleri ya da zorunlu kalmaları kendi içlerinde incelenmesi gereken bir konudur.

Türkiye'nin serbest dolaşımla ilgili uyum çalışmaları, kısmında ülkemizde bu alanda atılan adımlar ve temelde çalışan işgücü yeterliliği, konuları incelenmiştir. Ana kriterler bazında ülkemiz birlikle uyum içinde olmasında karşın, sağlık çalışanlarının çalışma şartları ve niteliksel yeterlilik konusunda sıkıntılar mevcuttur. Uygulanmaya çalışılan sigorta sisteminin, benzerlerindeki gibi ülkemizde de hem sağlık çalışanları, hem de hastalar açısından benzer olumsuzluklara yol açabileceğini düşündürmektedir. Yeni çözümler sunmakta yetersiz kalınması halinde, en azından başarılı ülkelerin stratejilerine başvurmak, daha yerinde olacaktır.

Sağlık çalışanlarının serbest dolaşımını etkileyen ve belirleyen faktörler ve ülkelerin sağlık sektöründeki hizmet farklılıkları bu konunun ele alınmasında temel unsurlardır. Görülmektedir ki yeni üye ülkeler için bir sorun olan sağlık çalışanı göçü, diğer üye ülkeler için iş gücü kazanımı noktasında bir çözüm olmaktadır. İşgücünü kaybeden ülkelerin geriye göçü sağlayabilmeleri için stratejik planlamalar yapılmalı, ülke iç dinamiklerinde büyük eşitsizliklere yol açmayacak şekilde şartlar hem sağlık çalışanları, hem de sağlık hizmetlerinden faydalananlar için iyileştirilmelidir. Sorunlarla baş edebilmek için sağlık hizmetleri sektöründeki kalite gereklilikleri tespiti yapılmalı, farklılıkların nedenleri üzerinde durulmalıdır.

Kaynakça

- 75/362/EEC Hekimlerin Göç Şartlarını Belirten Avrupa Direktifi
75/363/EEC Hekimlerin Göç Şartlarını Belirten Avrupa Direktifi
77/452/EEC sayılı Konsey Direktifi
77/453/EEC sayılı Konsey Direktifi
78/686/EEC sayılı Konsey Direktifi
78/687/EEC sayılı Konsey Direktifi
80/154/EEC sayılı Konsey Direktifi
80/155/EEC sayılı Konsey Direktifi
85/432/EEC sayılı Konsey Direktifi
85/433/EEC sayılı Konsey Direktifi
89/46/AT Genel Sistem Direktifi
92/51/AT Üç Yıldan Az Süreli Bir Eğitimler Elde Edilen Mesleki Niteliklerin Tanınması Direktifi
93/104/EC Avrupa Çalışma Süresi Direktifi
93/16/EEC sayılı Konsey Direktifi
2000/34/EC Avrupa Çalışma Süresi Direktifinin Düzenlenmiş Şekli
2005/36/EC Mesleki Niteliklerin Karşılıklı Tanınması Direktifi
Aksoy, Z. (2012). *Uluslararası Göç ve Kültürlerarası İletişim* (Cilt 5). Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi.
Avrupa Yaşam ve Çalışma Koşullarını İyileştirme Vakfı. (2009). *Avrupa'da Hareketlilik, Geleceğe Doğru*. 2014 tarihinde www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2007/03/tr/1/EF0703TR.pdf adresinden alındı
Avrupa yaşama ve çalıştırma koşullarını iyileştirme Vakfı. (2013). *Orta ve doğu Avrupa'da sağlık çalışanlarının hareketliliği ve göçü*. (A. y. Vakfı, Prodüktör) 2014 tarihinde http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef13351_tr.htm adresinden alındı
Aydoğanoglu, E. (2007). *Uluslararası emek göçü, yasadışı göç ve göçmen istihdamı*. emekdunyasi.net. adresinden alınmıştır
Ayhan, S. (2004). *A.B. Kişilerin Serbest Dolaşımı ve Türkiye İçin Müzakere Süreci*. Ankara: Ticari İşler Genel Sekreter Yardımcılığı, Tek Pazar ve Rekabet Dairesi Başkanlığı.
Bakanlığı, S. (2001). *Ulusal Sağlık Programı Çerçevesinde Mevzuat Uyumu* (Birinci Baskı b.). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, Avrupa Birliği Kordinasyon Dairesi Başkanlığı.
Bakanlığı, S. (2011). *Avrupa'da Sağlıkta İnsan Kaynakları*. (M. M. Carl-Ardy Dubois, Dü.) Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü.
Bakanlığı, S. v. (2002). *Department of Health*. Sağlık ve Çocuk Bakanlığı, Nursing Policy Division, final report of the, Dublin.
Baskan, S. (2001). *Avrupa Birliğinde Yüksek Öğretim ve Tıpta Uzmanlık Eğitimi*. Ankara: Ankem Dergisi 15(No.3):254-259.
Belcher. (1999). *The Role of The European Union in Health Care*. Dutch Conucil for Health and Social Service.
Buchan, J. (2008). *How can the migration of Health Service Professionals be Managed so as to Reduce any Negative Effectson Supply?* Haziran 10, 2014 tarihinde

<http://www.hospage.eu/pdf> adresinden alındı

- Çetin, R. (2007). *İngiltere, Almanya ve Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sistemleri ve Sağlık Reformları*. emekdunyasi.net. adresinden alınmıştır
- Çoşkun, & Topuzoğlu. (2006). Sağlıkın Tanımı, Başa Çıkma. Jurna of İstanbul Kültür University.
- Ekmekçi, E., & Ekmen, A. (tarih yok). *Avrupa Birliği Sağlık Politikası ve Sağlık Alanında Bakanlığımızın Avrupa Birliğine Uyum Çalışmaları*. Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/abkdb1.pdf> adresinden alınmıştır
- Ekmen, A. (2006). *Avrupa Birliği'ne Tam Üyelik Sürevinde Sağlık Sektöründeki Mevzuat Uyumunda Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri*. Ankara.
- Giray. (2002). Harmonisation of Legislation in Healthcare Related with the Free Movement of Persons. Ankara: Workshop of Free Movement of Persons- Mutual Recognition of Qualifications.
- Hasan, & Türkan. (2011). *Avrupa Birliği ve Sağlık Politikaları ve Türkiye*. Ankara: İmaj Yayınevi.
- Hervey, T. (2002). Mapping the Contours of European Union Health Law and Policy. Euroean Public Health Law.
- Info, M. (2002). *Health Care In Europe*. Bulletin of the Information System on Social Protection in the European Union.
- İyileştirme, V. A. (2009). *Avrupa'da hareketlilik Geleceğe Doğru*.
- Jakubowski, & Busse. (1998). *Health Care Systems in the EU:A Comperative Study*. European Parliament, Directoe General for Research. Working Paper. Public Health and Consumer Protection Series.
- Mossialos. (2001). The Influence of EU Law on the Social Character of Health Care Systems in the European Union. *International Conference*. Ghent.
- Nicholas, S. (2004). The Challenges of the Free Movement of Health Professionals. In:McKee M, MacLehose L ve Nolte E. European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press.
- Özcan, M. (2008, Mayıs). İrlanda Ekonomisi ve Küresel Ekonomik Kriz. *Uluslararası Ekonomik Sorunlar*.
- Pala, K. (2007). *Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu*. Bursa.
- PAPER, G. (2006). *A European Strategy for Sustainable, Competitive and Secure Energy*. 2014 tarihinde alındı
- Parliament, C. f. (2005). *ANNUAL REPORT 2005 ON THE EUROPEAN COMMUNITY'S DEVELOPMENT*. 2014 tarihinde http://ec.europa.eu/europeaid/multimedia/publications/documents/annual-reports/europeaid_annual_report_2005_full_version_en.pdf adresinden alındı
- Report, T. W. (2006). *Working Together For Health*. World Health Organization.
- Sargutan, E. (tarih yok). *Ülkelerin Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri*. İrlanda Sağlık Sistemleri: <http://www.sargutan.com/IRLANDA%20SAGLIK%20SISTEMI.pdf> adresinden alınmıştır
- Skar. (2001). Mobility in the European Health Sector. The Role of Transparency and Recognition of Vocation of Qualification. Cedefop Panorama Series. European Communities.
- T.C. Anayasası. (1982). *Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevler, Madde:56*.
- T.C. Anayasası Sayı:224. (1961). *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi*. .
- Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2008). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Seçkin

Kitabevi.

Yıldırım, T. (2009). *Sağlık Çalışanları ve Uluslararası Göç*. Ankara.

Yıldırım, T. (2010). Uluslararası Düzeyde Sağlık Çalışanlarının Göçünü Yönetme Politikaları. *Amme İdaresi Dergisi*, 43.

Yüksel, A., & Yüksel, F. (2004). *Turizmde Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Turhan Kitabevi.

Web Kaynakları

<http://www.ttb.org.tr/TD/TD75/10.html>

<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-9047/h/serbestdolasim.pdf>

<http://www.emekdunyasi.net> (26.06.2014 tarihinde kullanıldı).