

T. C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlık İnsan Gücü Planlama Daire Başkanlığı



E-BÜLTEN

Mayıs 2016
Sayı:2

ÖZET

Dünya genelinde pek çok ülke sağlık insan gücünün eksikliği ve dengesiz dağılımı gibi problemlerle karşı karşıya olup bu problemler, sağlık çalışanlarının uluslararası göçü ile birlikte daha da kritik bir hal almaktadır. Sağlık çalışanlarının uluslararası göçü, kimi ülkeler için bu problemleri derinleştirirken, kimi ülkeler için ise bu problemlerin üstesinden gelebilmenin bir aracı olarak görülmektedir. DSÖ 2006 Raporu'nda da (World Health Report 2006) belirtildiği gibi; planlanmayan veya yönetilmeyen göç, sağlık sistemine ve sağlık çalışanlarına zarar verebilir, sistemi aşındırabilir, planlamayı ve hakkaniyeti olumsuz yönde etkileyebilir.

HAZIRLAYANLAR

Prof. Dr. Nurullah OKUMUŞ
Dr. M. Ertuğrul EĞİN
Dr. Mustafa KOSDAK
Dr. Zekiye ÇİPİL

İÇİNDEKİLER

1	GİRİŞ	2
2	ULUSLARARASI GÖÇ/İSTİHDAM YÖNETİM POLİTİKALARI	2
2.1	DSÖ SAĞLIK PERSONELİNİN ULUSLARARASI İSTİHDAMI KÜRESEL UYGULAMA KODU (<i>Code Of Practise/ The Code</i>)	2
2.2	SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ULUSLARARASI İSTİHDAMI: OECD ÜLKELERİNE GENEL BAKIŞ	3
2.3	SAĞLIK ÇALIŞANLARI HAREKETLİLİĞİ VE SAĞLIK SİSTEMLERİ: ÜLKE ÖRNEKLERİ	6
2.3.1	Majör alış noktası: Birleşik Krallık ve Değişen İstihdam Politikaları	6
2.3.2	Almanya: Kaynak ve Alıcı Ülke	7
2.3.3	Fransa ve Sağlık Personeli Hareketliliği	8
2.3.4	Avusturya: Kaynak ve Alıcı Ülke	8
2.3.5	İspanya: Gelişen Sağlık Sistemi ve Fırsatlar	8
2.3.6	İtalya: Demografik Zorluklar ve Sağlık Personeli Hareketliliği	9
2.3.7	Kanada: Uluslararası Eğitimli Sağlık Çalışanlarının (UESÇ) Entegrasyonu ve İstihdam Etiği	9
2.3.8	Amerika Birleşik Devletleri (ABD)	10
2.3.9	Avustralya ve Sağlık İnsan Gücü Göçü	11
2.3.10	Filipinler: Sağlık İnsan Gücü Göçü ve Kaynak Ülke Perspektifi	11
2.3.11	Romanya: Sağlık Çalışanları Göçü Nedeniyle Yaşanan Zorluklar	12
2.2.12	Hindistan: Sağlık Personelinin Ülkeden Göçü	12
2.3.12	Rusya: Sağlık Personeli Göçü Ülke Profili	13
3	ULUSLARARASI SAĞLIK PERSONELİ GÖÇÜ VE TÜRKİYE	13
4	SONUÇLAR	14
5	KAYNAKLAR	15

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ULUSLARARASI GÖÇÜ/İSTİHDAMI

1 GİRİŞ

Temel amacı toplumun sağlığını korumak/geliştirmek ve hastalıkları tedavi etmek olan sağlık sisteminin, yeterli sayı ve nitelikte sağlık insan gücü kapasitesine sahip olması önemlidir. Ancak, dünya genelinde pek çok ülke sağlık insan gücünün eksikliği ve dengesiz dağılımı gibi problemlerle karşı karşıya olup bu problemler; sağlık çalışanlarının uluslararası göçü ile birlikte daha da kritik bir hal almaktadır. Sağlık çalışanlarının uluslararası göçü, kimi ülkeler için bu problemleri derinleştirirken, kimi ülkeler için ise bu problemlerin üstesinden gelebilmenin bir aracı olarak görülmektedir. Oysaki Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) de belirttiği gibi, planlanmayan veya yönetilmeyen göç; sağlık sistemine ve sağlık çalışanlarına zarar verebilir, sistemi aşındırabilir, planlamayı ve hakkaniyeti olumsuz yönde etkileyebilir. (1)

2 ULUSLARARASI GÖÇ/İSTİHDAM YÖNETİM POLİTİKALARI

2.1 DSÖ SAĞLIK PERSONELİNİN ULUSLARARASI İSTİHDAMI KÜRESEL UYGULAMA KODU (*Code Of Practise/ The Code*)

Son yıllarda, sağlık çalışanlarının göçü, uluslararası sağlık politikası gündeminde gittikçe önem kazanan bir konu haline gelmiş, başta DSÖ olmak üzere uluslararası kuruluşlar sağlık çalışanlarının göçü üzerine ciddi bir şekilde eğilmeye başlamışlardır. 2004 yılında düzenlenen Dünya Sağlık Asamblesi'nde, üye ülkeler ve ilgili tüm partnerler tarafından, DSÖ Genel Direktörü'nden sağlık çalışanlarının uluslararası istihdamına yönelik, bağlayıcılığı bulunmayan, gönüllülük esaslı, bir dizi etik kural geliştirilmesi istenmiştir. Takip eden yıllar içerisinde, 193 üye ülkenin de yer aldığı müzakereler gerçekleştirilmiş, neticede 21 Mayıs 2010 tarihli Dünya Sağlık Asamblesinde "DSÖ Sağlık Personelinin Uluslararası İstihdamı Küresel Uygulama Kodu (*WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel* (the "Code")) kabul edilmiştir. (2)

DSÖ tarafından geliştirilen Uygulama Kodu, sağlık personelinin uluslararası istihdamında etik uygulamaların ve gönüllülük esaslı ilkelerin geliştirilmesini ve bu sayede ülkelerin sağlık sistemlerinin güçlendirilmesini amaçlamaktadır. Kod, küresel diyalog ve işbirliği için sürekli ve dinamik bir çerçeve inşa etmek üzere, tüm Üye Ülkelerin katılımı ile şekillendirilmiştir. Uygulama Kodu içinde yer alan bazı temel noktalar ve öneriler aşağıda yedi madde halinde özetlenebilmektedir; (3)

1. Uluslararası istihdam etiği

Gelişmekte olan ülkelerin sağlık personelinin diğer ülkelere göçü, bu ülkelerdeki personel açığını daha da arttırmakta, bu nedenle kritik personel açığı olan ülkelere istihdam, teşvik edilmemektedir. Sağlık personelinin, ülkesindeki sağlık sistemi açısından sahip olduğu yasal sorumlulukları göz önünde bulundurulmalıdır. (Article 4.2, Article 5.1)

2. Sağlık insan gücü kapasitesinin geliştirilmesi ve sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği

Ülkeler, öncelikle sağlık personeli ihtiyaçlarını kendi sağlık insan kaynakları ile karşılamak üzerine yoğunlaşmalıdır. Uygun insan gücü, geniş ihtiyaç alanlarını da içerecek şekilde, her bir ülkeye spesifik durumlar için eğitilmeli, sahiplenilmeli ve sürdürülebilir kılınmalıdır. (Article 5.4)

3. Göçmen sağlık personeline adil muamele

Sağlık personeli, istihdam pozisyonlarına ilişkin faydalardan ve risklerden zamanında ve doğru şekilde bilgilendirilmelidir. (Article 4.3) Ülkelerdeki, yerli ve göçmen sağlık personeli eşit bir şekilde her tür haktan (işe alma, mesleki gelişim ve ücret koşulları, yasal haklar ve sorumluluklar, kariyer planlaması ve mesleki eğitim teşvikleri..vb) yararlanabilmelidir. (Article 4.4, Article 4.5, Article 4.6)

4. Uluslararası işbirliği

Etik Kurallar, sağlık personeli göçünün ülkelerdeki sağlık sistemleri üzerindeki negatif etkilerini minimize ederken, pozitif etkilerini de maximize etmeyi amaçlamaktadır. (Article 3.2). Personel göçünü alan ülkeler, kaynak ülkeler ile işbirliğine teşvik edilmektedir. Böylece, her iki taraf ta uluslararası göçten kazançlı çıkabilecektir. (Article 5.1). Yapılan uluslararası/ülkeler arası düzenlemeler (uzmanlık eğitimlerine erişim, teknoloji ve tecrübe/beceri transferi ile göçün geri döndürülmesi) ile kaynak ülkeler de durumdan faydalanabilir hale gelebilecektir. (Article 5.2, Article 3.8)

5. Gelişmekte olan ülkelerin desteklenmesi

Üye ülkeler, uluslararası organizasyonlar, finans ve kalkınma enstitüleri ve ilgili diğer organizasyonlar, kritik sağlık personeli eksikliği bulunan gelişmekte olan ülkelere, finansal ve teknik olarak destek sağlamak üzere teşvik edilmektedir. (Article 10.2, Article 10.3)

6. Veri toplama

Sağlık insan gücü göçünün, etkileri, eğilimleri ve nedenlerini belirleyecek etkili politikalar geliştirmek için, kanıta dayalı bir zemin oluşturmak önemlidir. Bu kapsamda, ulusal ve uluslararası düzeyde, etkili veri toplama ve araştırma uygulama süreçleri oluşturulmalı; sağlık personelinin uluslararası istihdamına yönelik başarılı uygulamalar açısından bilgi paylaşımı yapılmalıdır. (Article 3.7) Bu anlamda Üye Ülkeler, sağlık personeli göçünü de içerecek şekilde, sağlık personeli bilgi sistemlerini kurmalı ya da güçlendirmelidir. (Article 6.2, Article 6.3) Ayrıca, DSÖ, veri kıyaslanabilirliğinin ve güvenilirliğinin sağlanması yönünde çalışmalarını sürdürmelidir. (Article 6.4)

7. Bilgi alış verişi

Üye Ülkeler, ulusal ve uluslararası düzeyde bilgi alış verişinin geliştirilmesi ve DSÖ ile bilgi paylaşımının sağlanması yönünde teşvik edilmektedir. Uluslararası iletişim amacıyla, her ülke, ulusal otorite belirlemeli, belirlenen otorite sağlık personeli göçü ve Küresel Uygulama Kodunun uygulanmasına ilişkin bilgi paylaşımında bulunmalıdır. (Article 7.2)

2.2 SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ULUSLARARASI İSTİHDAMI: OECD ÜLKELERİNE GENEL BAKIŞ

Tüm OECD ülkelerinde, sağlık personeli ihtiyacı oldukça fazla olup nüfusun yaşlanması ile birlikte bu ihtiyaç, son yıllarda giderek artmaktadır.

2000 yılında, OECD ülkelerinde çalışan hemşirelerin % 11'i, doktorların ise % 18'i, çalıştıkları ülke dışında, farklı bir ülke doğumlu idi. Yabancı/farklı bir ülke doğumlu doktorların yüzdesi ise, Japonya ve Finlandiya'da %5'den az iken, Avustralya, Kanada, İrlanda, Yeni Zelanda ve Birleşik Krallıkta % 30'dan fazladır. Bu ülkelerde tıbbi bakım hizmetleri, yoğunluklu olarak yabancı sağlık çalışanları tarafından verilmekte, yabancı sağlık çalışanlarının ulusal iş gücü piyasasına girişleri ise daha çok genel göç politikaları çerçevesinde düzenlenmektedir. Çok az ülkenin, sağlık çalışanları göçüne yönelik özel politikası bulunmaktadır. (Tablo 1)

Tablo 1. Ülkelere göre, yabancı sağlık çalışanlarına yönelik göç programları

Ülkeler	Sağlık çalışanlarına yönelik, ulusal, spesifik göç programları ya da durumlar	Sadece belirli bir bölge ya da durum için yabancı sağlık çalışanlarına yönelik göç programları	Sağlık çalışanlarının da yer aldığı ihtiyaç duyulan meslekler listesi
Belçika			Evet
Danimarka			Evet
İrlanda			Evet
İtalya	Evet		
Hollanda			Evet
Portekiz			Evet
İspanya			Evet
Birleşik Krallık	Evet		Evet
Avustralya	Evet	Evet	Evet
Kanada		Evet	Evet
Yeni Zelanda	Evet		Evet
Birleşik Devletler	Evet	Evet	

Avusturya, Belçika, Kanada, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, İrlanda, Yeni Zelanda, Norveç, Polonya, Portekiz, Slovakya, İspanya, İsveç, İsviçre ve Birleşik Krallıkta: Mesleki niteliklerinin tanınmasına yönelik denklik sınavı ve sonrasında gerekli görülmesi halinde ilave eğitim periyodu zorunludur.

Kaynak: OECD, International Migration Outlook, SOPEMI 2007, Paris 2007.

Bazı ülkeler, sağlık çalışanlarının uluslararası istihdamına yönelik, ikili antlaşmalar yoluyla göç sürecini yönetmeyi tercih etmektedir. (Tablo 2) (4)

Tablo 2. Ülkelere göre, sağlık çalışanlarının uluslararası istihdamına yönelik ikili antlaşmalar

Ülkeler	Sağlık çalışanlarının istihdamına ilişkin ikili antlaşmalar
Fransa	İspanyol hemşirelerin istihdamına yönelik ikili antlaşma 2002'de yapıldı ve Aralık 2004'te sona erdi (1364 istihdam gerçekleşti).
Almanya	2005 yılında, yabancı hemşirelerin istihdamına yönelik, Hırvatistan, Ukrayna, Polonya, Slovenya, Çek Cumhuriyeti, Slovakya, Bulgaristan ve Romanya ile ikili antlaşmalar yapıldı.
İrlanda	Resmi bir antlaşma olmamakla birlikte, hemşire istihdamına yönelik, Filipinler ile yakın işbirliği bulunmakta.
İtalya	İtalya'nın bazı bölgeleri ile Romanya'nın bazı bölgeleri arasında ikili antlaşmalar mevcut. Ayrıca, İspanya ile İspanyol hemşirelerin ¹ istihdamına yönelik yarı resmi bağlantılar mevcut.
İspanya	Bakım evleri için personel (hekim ve hemşire hariç) istihdamına yönelik, İspanya ve Filipinler pilot bir proje gerçekleştirmek üzere antlaşmaya vardılar. İspanya ile diğer AB ülkeleri arasında da İspanyol hemşirelerin istihdamına yönelik ikili antlaşmalar mevcut.
Birleşik Krallık	Çin, İspanya ve Hindistan ile antlaşmalar mevcut. Filipinler ile imzalanmış mutabakat zaptı bulunmakta. Güney Afrika ile imzalanmış, sağlık çalışanlarına yönelik karşılıklı eğitim takası antlaşması mevcut.
İsviçre	AB ile yapılmış ikili antlaşmalar mevcut. Kanada vatandaşlarının, sağlık sektörüne yönelik göçlerini kolaylaştırmak üzere, Kanada ile yapılmış protokol mevcut.
Avustralya	Yeni Zelanda dışında bir ülke ile yapılmış ikili antlaşma bulunmamakta.
Kanada	Kuzey Amerika Serbest Ticaret Antlaşması (NAFTA)
Japonya	Japonya-Filipinler Ekonomik İşbirliği Ant. (JPEPA): en az üç yıl tecrübesi bulunan, bir hastane ile sözleşme yapmış hemşireler, Japonya'da Japon yeterlilik süreçlerini sağlamak üzere, üç yıl kalabilmektedir. Bu süreç, dil kursu ve takiben denetimli bir eğitim periyodunu da içermektedir.
Yeni Zelanda	Avustralya dışında bir ülke ile yapılmış ikili antlaşma bulunmamakta
Birleşik Devletler	Kuzey Amerika Serbest Ticaret Antlaşması (NAFTA) ve Kanada ve Meksika dışında bir ülke ile yapılmış ikili antlaşma bulunmamakta.
Avusturya, Belçika, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Finlandiya, Yunanistan, Lüksemburg, Hollanda, Polonya, Portekiz, Slovakya, İsveç ve Norveç için, AB dışında başka bir ülke ile yapılmış ikili antlaşma bulunmamakta. Danimarka, Finlandiya, Norveç ve İsveç arasında, Genel İskandinav İş Gücü Piyasası (Common Nordic Labour Market) antlaşması bulunmakta.	

Kaynak: OECD, International Migration Outlook, SOPEMI 2007, Paris 2007

¹ 2015 OECD Health Data'ya göre; 1000 kişiye düşen hemşire sayısı OECD genelinde 9,1 iken İspanya'da 5,1, İtalya'da ise 6,1.

2.3 SAĞLIK ÇALIŞANLARI HAREKETLİLİĞİ VE SAĞLIK SİSTEMLERİ: ÜLKE ÖRNEKLERİ

DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, Sağlık Personelinin Uluslararası İstihdamı Küresel Uygulama Kodu'nun geliştirilmesi sürecinde önemli bir rol oynamış olup uygulanması süreçlerini de kuvvetle desteklemektedir. Bu bağlamda, Üye Ülkeler ile yapılan müzakereler çerçevesinde, sağlık çalışanları hareketliliğinin analizi ve sağlık sistemleri açısından etkilerinin belirlenmesi için Avrupa Komisyonu ve

Uluslararası Göç Örgütü işbirliğinde önemli işlere imza atılmış, Avrupa Birliği (AB) finansmanı ile, PROMeTHEUS (Health PROfessional Mobility in THE European Union) ve MoHProf (Mobility of Health Professionals) çalışmaları yapılmıştır. Prometheus çalışması 17 AB ülkesini kapsarken, MoHProf çalışmasında Avrupa, Afrika, Asya ve Kuzey Amerika'dan 25 ülke yer almaktadır. (2) Söz konusu bu iki çalışma ve derlenen ülke düzeyindeki çalışma sonuçları ışığında, **bazı ülke örnekleri aşağıda yer almaktadır;**

2.3.1 Majör alış noktası: Birleşik Krallık ve Değişen İstihdam Politikaları

Sağlık personeli göçü açısından majör alıcı ülkelerden biri olarak Birleşik Krallık (BK), 1950'lerden itibaren bu konumdadır. Günümüz itibariyle ise, ülkede kayıtlı her üç hekimden ve her on hemşireden biri BK dışında başka bir ülkede eğitimini tamamlamıştır. Temel kaynak ülkeler ise İngiltere'nin yaygın olarak kullanıldığı, Hindistan, Pakistan, Nijerya, Güney Afrika, Avustralya ve Yeni Zelanda gibi ülkelerdir.

Birleşik Krallık'ta, 1950'lerden itibaren, sağlık personeli hareketliliğine ilişkin politikalar oluşturulmuş, bu politikalar günümüze değin, değişen yerel insan gücü ihtiyaçları üzerine şekillenmiştir. Ulusal Sağlık Sistemi (NHS) kapsamında, 2008'e dek, yabancı sağlık personeli istihdamına yönelik birçok meslek grubunu içine alan kolaylaştırıcı politikalar söz konusu iken, 2008 yılından itibaren uygulamaya giren çeşitli mevzuatlarla birlikte, daha çok sınırlayıcı politikalar yürütülmeye başlanmıştır. (5)

Bu bağlamda;

- Yalnızca, belirli uzmanlık ve derecelere sahip hekimler, diş hekimleri, hemşireler ve eczacılar, İhtiyaç Duyulan Meslekler Listesi'nde yer almaktadır.
(https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/486107/Shortage_Occupation_List_-_November_2015.pdf)
- Uzmanlık eğitimi için başvuruda bulunan, Avrupa Ekonomik Alanı'na (AEA) dahil olmayan ülke hekimleri, yurt içi işgücü piyasa testine tabi tutulmaktadır. İşverenler, boş olan pozisyonlara Birleşik Krallık ya da AEA ülkelerinden istihdamın yapılamadığını kanıtlamak durumundadır.
- AEA dışındaki ülkelerden gelen hemşireler, ancak, Ulusal Sağlık Sistemi tarafından onaylı ajanslarca yapılmış bir iş teklifi vasıtasıyla BK'ya girebilmektedir.
- Birleşik Krallık medikal denklik sınavını geçen hekimler ve diş hekimleri, ticari ve özel ziyaretçi konumunda, altı haftadan maximum altı aya kadar ülkede kalabilmeyi hak etmiş olmaktadır.

Birleşik Krallık, DSÖ tarafından geliştirilen "Sağlık Personelinin Uluslararası İstihdamı Küresel Uygulama Kodu" nu, Ulusal Sağlık Sistemine entegre etmiş bir ülkedir. İlk kez 2001 yılında yayınlanmış olan Kod, 2004 yılında revize edilmiş olup aşağıda yer alan temel esaslardan oluşmaktadır (6)

- Uluslararası istihdam, sağlık insan gücünün gelişmesi açısından güçlü ve meşru bir katkı sağlamaktadır.
- Göçmen bireyler için kapsamlı eğitim, öğretim ve klinik uygulama fırsatları vardır.

- Gelişmekte olan ülkelerden istihdam hedeflenmeyecektir. Ancak gelişmekte olan ülke ile BK arasında ikili antlaşmalar yoluyla uluslararası istihdam faaliyetleri desteklenebilir.
- Başka ülkelerden istihdam edilecek sağlık çalışanlarının, BK'da eğitim görmüş bireylerle karşılaştırılabilir düzeyde bilgi ve yeterlilik düzeyine sahip olmaları gerekmektedir.
- Göçmen sağlık çalışanlarının; hastaları, müşterileri ve meslektaşları ile yeterli, güvenli ve nitelikli iletişim sağlayabilecek düzeyde İngilizce bilmeleri gerekmektedir.
- Yasal olarak istihdam edilmiş göçmen sağlık çalışanları, diğer çalışanlar ile aynı düzeyde ilgili BK istihdam yasalarının koruması altındadırlar.
- Göçmen sağlık çalışanları, eğitim, öğretim görme ve sürekli mesleki gelişim konusunda yerli sağlık çalışanları ile eşit düzeyde desteğe sahiptirler.

2.3.2 Almanya: Kaynak ve Alıcı Ülke

Almanya sağlık sektörü, daha iyi şartlarda daha yüksek kazanç ile çalışmak amacıyla ülkeden göç eden sağlık çalışanları nedeniyle ciddi bir sağlık çalışanı kaybı ile karşı karşıyadır. Göçmen sağlık çalışanları bu açığı kapatmaya yönelik önemli bir katkı sağlamaktadır. Genel göç politikaları, ekonomik bağlamda iş gücü eksikliğine reaksiyon olarak revize edilmekte, ülkede, hekimler ve hemşireler gibi sağlık çalışanlarına yönelik, geliştirilmiş göç fırsatları sunulmaktadır. Ayrıca, sağlık sektörü kapsamındaki iş pozisyonlarına erişim de gelişmiş düzeydedir. Öyle ki; büyük oranda göçmen sağlık çalışanları tarafından başvuru, yabancı yeterlilik süreçlerinin tanımlanması, oldukça kolaylaştırılmıştır. AB ve AB dışı vatandaşlar arasındaki farklar da azalmakla birlikte, AB vatandaşlarına yönelik kolaylaştırıcı prosedürler halen mevcuttur. (7)

Almanya'ya sağlık çalışanlarının göçü, yabancılara yönelik çalışma izni ve ikamet haklarını içeren genel hükümler ile düzenlenmiştir. Tıp doktorları ve diğer sağlık çalışanları "kalifiye iş gücü" olarak kategorize edilmektedir. Sağlık çalışanlarının göçüne ilişkin ayrı bir ulusal politika mevcut değildir.

Kalifiye istihdam süreçlerine dahil olmak isteyen, AB üyesi olmayan ülke göçmenleri, Federal İstihdam Bürosu tarafından onaylı, geçici sınırlı ikamet izni alabilmektedir. Onay için, iş gücü piyasası değerlendirme prosedürleri uygulanmaktadır. Bu prosedürler, iş gücü piyasası açısından herhangi negatif bir sonuç ortaya çıkıp çıkmayacağı ve iş gücü piyasasına erişimin Alman ve Alman olmayan (AB vatandaşları gibi) istihdam dışı vatandaşlar için teminat sıkıntısı yaratıp yaratmayacağı üzerine odaklanmaktadır. "Çok yetenekli" olarak sınıflandırılan göçmenler (önde gelen öğretim üyeleri ve araştırmacılar, uzmanlar ve yasal emeklilik sigortası katkı payı tavan miktarı üzerinde geliri olan işverenler) için Federal İstihdam Bürosu onayı ve iş gücü piyasa değerlendirilmesi gerekmemektedir. (5)

Almanya'da mesleğini icra etmek isteyen AB vatandaşı olmayan sağlık çalışanları, çalışmak istedikleri bölgedeki sorumlu yerel sağlık yönetimlerine, geçici çalışma ruhsatı almak için başvurabilirler. Bu başvurular esnasında Mavi Kart (Blue Card) ya da Beyaz Liste (White List) uygulamalarından faydalanmak mümkündür. Mühendisler ve Doktorlar gibi, istihdam açığı bulunan kalifiye meslek grupları, yıllık geliri minimum 37,128 euro olan, kendilerine sunulmuş ya da sözleşme yapılmış bir iş teklifini kanıtlarıyla ortaya koydukları takdirde oturma izni alabilirler. Kendilerine, maximum dört yıl için Mavi Kart düzenlenir. Ayrıca Federal İstihdam Bürosu onayı gerekmemektedir. 33 ay sonra ve ilgili sosyal güvenlik şeması katkı payları yatırıldığı takdirde kalıcı oturma izni düzenlenebilmektedir.

Hemşireler, uzman hemşireler, yaşlı bakım teknikerleri, cerrahi teknoloji teknikerleri, tıbbi teknoloji teknikerleri ise Beyaz Liste de yer alan sağlık meslek gruplarıdır. Bu grup için öncelikle, Federal İstihdam Bürosu onayı gerekmektedir.

AB vatandaşları ve AB üyesi olmayan üçüncü grup ülke vatandaşları arasında farklılıkların halen mevcut olduğu Almanya'da, üçüncü grup ülkelerden (AB üyesi olmayan) göçmen sağlık personelleri, mesleklerini icra edebilmek için öncelikle mesleki yeterlilik prosedürlerini yerine getirmelidir. Bu prosedürler kapsamında yalnızca mesleki yeterlilik değil mesleki tecrübe de dikkate alınmaktadır. Süreç içerisinde olumsuz ya da kısmi yeterlilik sonucu çıkarsa, ilave eğitim süreçleri gerekecektir. Alman standartları ile tamamen uyuşmayan bir eğitim durumu söz konusu olduğunda, göçmenler bir sınava tabi tutularak, eğitim aldıkları alanda bilgilerini kanıtlamak durumundadır. İyi bir Almanca dil bilgisi, öncelikle önemli ve gerekli olup bu alanda da ilgili sınavlardan geçer puanlar alınmalıdır. (7)

2.3.3 Fransa ve Sağlık Personeli Hareketliliği

Fransa sağlık sistemi, sağlık meslekleri ve iş gücü piyasası üzerine hazırlanmış mevzuatlar yoluyla, göçmen politikalarından özellikle etkilenen bir sistemdir. Sağlık personeli istihdamı açısından, AB vatandaşları ve AB üyesi olmayan üçüncü grup ülke vatandaşları arasında ciddi farklılıklar mevcuttur. Fransa'da bir iş teklifi (mesleki yeterlilik onaylanmak şartı ile) yapılmadığı sürece, AB üyesi olmayan üçüncü grup ülkelerden sağlık personeli göçü, teşvik edilmemektedir ve sağlık personeli göçüne dair gerçek bir politika bulunmamaktadır. Bununla birlikte, Fransa ile aralarında ikili antlaşma olan ve Fransızca konuşulan Monaco, Fas, Tunus ve bazı Afrika ülkelerinden sağlık personeli istihdam edilebilmektedir. (5)

2.3.4 Avusturya: Kaynak ve Alıcı Ülke

Avusturya'da, geçmişi çok öncelere dayanan, sağlık personeli göçü mevcuttur. Hem alıcı hem de kaynak ülke olarak, personel alışverişi çoğunlukla komşu ülkelerle gerçekleşmekte olup en yoğun bağlantı Avusturya ve Almanya arasındadır. Ülkede, sağlık çalışanlarına özel bir göçmen politikası olmayıp, diğer tüm göçmen çalışanlar için geçerli prosedürler sağlık çalışanlarına da uygulanmaktadır.

AB-15 ülkeleri ve İsviçre sağlık çalışanlarının Avusturya iş gücü piyasasına erişimi sınırsız iken AEA (Avrupa Ekonomik Alanı) ve AB dışındaki ülkelerin sağlık çalışanları, çalışma izni için AMS'ye- Public Employment Service Austria (Avusturya Kamu İstihdam Hizmetleri) başvuruda bulunmalıdır. Yasal süreç, Yabancı İşgücü Kanunu ile düzenlenmektedir. Mesleki yeterlilik/diploma geçerlilik süreçleri ise ülkede bulunan üç üniversitede tamamlanmaktadır. (5)

2.3.5 İspanya: Gelişen Sağlık Sistemi ve Fırsatlar

İspanya'da, ülke içine ve ülke dışına sağlık personeli göçü, 1990'lı yılların sonlarına doğru artmaya başlamış, piyasa koşulları, ülkeyi, Latin Amerika ve Avrupa arasında, başta hekimler olmak üzere, sağlık personeli hareketliliği açısından koridor haline getirmiştir. Hekimler dışında, hemşirelik, diş hekimliği ve ilaç eczacılık çalışanları da ülkedeki yabancı çalışanların önemli bir kısmını oluşturmaktadır. (5)

İstihdam edilebilirlik açısından, göçmen sağlık personeli, İspanya iş gücü piyasasında üç temel problem ile karşılaşmaktadır;

- a. Yasal problemler: uzun mesleki yeterlilik(2-4 yıl), çalışma/oturma izin süreçleri
- b. Hasta-hekim ilişkileri kapsamında yaşanan kültürel problemler
- c. Mesleki aktivite problemleri: bazı genel patoloji ve tedavilerin reddi, takım çalışması-tanı-medikal araç prosedürlerinin farklılıkları (8)

2.3.6 İtalya: Demografik Zorluklar ve Sağlık Personeli Hareketliliği

Sosyodemografik değişim, yaşlanan bir nüfus ve artan yaşlı bakım hizmetleri (*badanti*) talebi, İtalya'da, uluslararası sağlık personeli hareketliliğinin temel etkenini oluşturmaktadır. Ülkede, *badanti* ihtiyacı, hemşire ihtiyacının neredeyse üç katına ulaşmıştır. (9)

İş gücü göç politikası ve ilgili yasal düzenlemeler, AB üyesi olmayan ve üçüncü grup ülkelerden yabancılara, istihdam amacıyla ülkeye giriş hakkı tanımakta, bu ülkelerden sağlık çalışanlarının gerekli şartları yerine getirdikleri takdirde, ülkede oturma ve çalışma hakkı kazanmalarına olanak sağlamaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından 2000 yılında yayınlanan bir genelge ile, sağlık çalışanlarının mesleki yeterlilik ve meslek icra izin süreçleri düzenlenmiştir.

Ülkede sadece İtalya ve AB vatandaşları kamu sağlık kurumlarında çalışabilmekte, AB üyesi olmayan ve üçüncü grup ülke vatandaşları ise ancak özel sektörde istihdam edilmektedir.

İtalya'da mesleğini legal olarak icra etmek isteyen bir sağlık çalışanı, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmiş gerekli belgeleri sağlamalı, mesleki yeterlilik süreçlerini (sınav vb..) aşmalı, yazılı ve sözlü İtalyanca dil bilgisi sınavını geçmelidir.

İtalya'da, mevcut yabancı istihdam prosedürleri dışında, diğer ülke kurumları/kuruluşları vasıtasıyla, yapılan ikili işbirliği antlaşmaları çerçevesinde de istihdam olanağı mevcuttur. Uzaktan eğitim, bu işbirliğinin önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Örnek olarak; SKYNurse projesi kapsamında, Bükreş'te bulunan Padua enstitüsü ile yapılan bir protokol çerçevesinde, Romen hemşireler için, üç ayı uzaktan eğitim olacak şekilde, 14 aylık bir eğitim programı oluşturulmuştur. Program kapsamında, İtalyanca dil bilgisi eğitimi de verilmektedir. (5)

2.3.7 Kanada: Uluslararası Eğitimli Sağlık Çalışanlarının (UESÇ) Entegrasyonu ve İstihdam Etiği

Kanada'da, uluslararası eğitimli sağlık personelinin rolü, sağlık insan kaynakları ile karmaşık bir şekilde bağlantılıdır. Tarihsel süreçte ise, Kanada, kırsal ve kalkınmada öncelikle bölgelerdeki sağlık personeli açığını, yoğunlukla, yabancı sağlık personeli ile karşılama eğiliminde olmuştur. Ancak, UESÇlerin Kanada sağlık sistemine entegrasyonu, sağlık insan kaynaklarındaki arz fazlalığı ile birlikte zor ve karmaşık bir sürece girmiştir. Öyle ki bu süreç, sağlık harcamalarında azalma ile sonuçlanan, ekonomik kısıtlama şeklinde tanımlanabilmektedir. Buradaki asıl problem ise, sorumlulukların, karmaşık ve birbirinden bağımsız olarak yol alması, yetki karmaşasının yaşanmasıdır. Eyaletler, eğitim kurumları ve diğer otoriteler, bağımsız ve farklı hareket etmektedir.

Kanada sağlık sistemi açısından, aşağıda yer alan gruplar, uluslararası eğitimli sağlık çalışanları olarak adlandırılmaktadır:

- Başka bir yerde eğitimlerini tamamlamış Kanadalılar
- Kanada'ya, mülteci ya da göçmenlik şartlarını başka bir şekilde karşılamış olarak giriş yapanlar
- Kanada'da, mezuniyet sonrası eğitim alan öğrenciler

- Sağlık personeli açığının fazla olduğu belirli meslek grupları ve özellikle coğrafik bölgelerde, ihtiyacı karşılamak üzere, sıklıkla geçici vize yoluyla istihdam edilenler

Kanada'daki göçmen sağlık çalışanlarının orijini olan ana ülkeler ise Birleşik Krallık, Güney Afrika, Hindistan, Mısır, Pakistan, Polonya ve Filipinlerdir. Bunların dışında, Avustralya, Yeni Zelanda ve Almanya'dan da sağlık çalışanları Kanada'ya göç edebilmektedir. (10)

Kanada'da, göçmenlik ve mesleki yeterlilik/geçerlilik prosedürleri, iki farklı süreç olarak yürütülmektedir. Örneğin, bir hekim ya da hemşirenin, kalıcı ikamet için mesleki yeterliliğinin onaylanması şartı bulunmamaktadır. Mesleğini tam anlamıyla icra etmek isteyen bir sağlık personeli, öncelikle, ulusal politikalar ile belirlenmiş, çalışma izni ve mesleki yeterlilik onay süreçlerinden geçmelidir. Prosedürler, meslek grupları, eyalet ve kurum bazında farklılıklar göstermekle birlikte, temel olarak aşağıdaki adımları içermektedir;

- Mesleki denklik sınavı
- İngilizce veya Fransızca dil yeterliliği
- Mezuniyet sonrası ilave eğitim (meslek gruplarına göre değişmekle birlikte ortalama 1-5 yıl)
- Kısmi yeterlilik ve geçici çalışma izni
- Denklik sınavı
- Tam yeterlilik ve çalışma izni

Kanada'da, , yabancılara yönelik mesleki yeterlilik onay süreçleri kapsamında, kişilerin gerekli bilgilere erişimini arttırmak ve prosedürleri kolaylaştırmak amacıyla federal ve eyaletler düzeyinde programlar (Foreign Credential Recognition Program (FCRP)) yürütülmektedir. Bu programlar, Kanada Vatandaşlık ve Göçmen Bürosu ve Kanada İnsan Kaynakları ve Sosyal Kalkınma Birimi bünyesinde koordine edilmektedir. (11)

2.3.8 Amerika Birleşik Devletleri (ABD)

Göçmenler, ABD sağlık çalışanlarının önemli bir kısmıdır. 2010 yılında, ülkedeki toplam 11 milyon sağlık çalışanının yaklaşık 2 milyonu (%16) yabancı bir ülkede doğmuştur. Meslek grupları içinde çoğunluğunu; hekimler, terapistler (fizyoterapist, radyasyon terapisti..vb), hemşireler, sağlık bakım teknolojistleri/teknisyenleri (laboratuvar teknisyeni, ATT, paramedik..), diş hekimi, hemşire ebeler, masaj terapisti oluşturmaktadır.

Yabancı sağlık çalışanları ABD'ye geçici ve kalıcı farklı vize kategorileri ile kabul edilmektedir. Bunlar; H1B (uzman meslekler), H2B (tarım dışı çalışanlar), H3 (eğitim amacıyla giriş), TN (Meksika ve Kanada NAFTA çalışanları), J1 (değişim kapsamındaki ziyaretçiler), ve O1 (olağanüstü bir kabiliyeti ya da başarısı olan kişiler). Hekimler, çoğunlukla mesleki kalıcılık açısından, J1 vizesi için başvurumaktadırlar. Ayrıca, geçici vize olan H1B başvurusu yapmaktadırlar. (12)

Hekim dışı yabancı sağlık çalışanları, ABD'de mesleklerini icra edebilmek için, ABD Vatandaşlık ve Göçmen Hizmetleri biriminden onaylı, sertifikaya sahip olmalıdır. Bu sertifika, kişinin, eğitim, çalışma izni ve İngilizce dil yeterliliği açısından gerekli minimum kriterlere sahip olduğunu göstermektedir. Sertifikaya sahip olan sağlık çalışanı aşağıdaki kriterleri karşılamış olmaktadır; (13)

- Eğitim, çalışma, tecrübe kriterleri
- Yazılı ve sözlü İngilizce dil yeterliliği
- Denklik sınavları geçerliliği

2.3.9 Avustralya ve Sağlık İnsan Gücü Göçü

Avustralya'da, son yıllarda yabancı sağlık çalışanı sayısı ve yapısı oldukça gelişmiş olup kaynak ilk on ülke sırasıyla; Hindistan, Çin, Birleşik Krallık, Malezya, Endonezya, Çin-Hong Kong, Kore Cum., Singapur, Sri Lanka ve Güney Afrika'dır.

Göçmen sağlık çalışanları Avustralya'ya yedi farklı yol ile giriş yapabilmektedir;

1. Geçici, iş gücü göçü: 2005-2006 ve 2009-2010 yılları arasında toplam 34870 sağlık çalışanı bu yolla ülkeye giriş yapmıştır.
2. Daimi vasıflı çalışan göçü: 2005-2006 ve 2009-2010 yılları arasında, hemşirelik, tıp ve eczacılık temel olmak üzere, kalifiye sağlık meslek gruplarından, 15940 sağlık personeli ülkeye giriş yapmıştır.
3. Trans-Tasman göç: Yeni Zelanda ile yapılan bir antlaşma çerçevesinde, Yeni Zelanda vatandaşı olan sağlık personelleri ülkeye serbest giriş hakkına sahiptir.
4. Ailesel göç: Her yıl, binlerce sağlık personeli ilave olarak, ailevi birlik kategorisi yoluyla Avustralya'ya giriş yapmaktadır.
5. İnsani göç
6. Öğrenci göçü
7. Çocuk göçü

Sağlık insan gücü göçünün etik ilkeleri kapsamında Avustralya, 2003 İngiliz Milletler Topluluğu (Commonwealth) Sağlık Personelinin Uluslararası İstihdamı Uygulama Kodu ilkelerini benimsemiş, 2007 Pasifik Uygulama Kodunu ve 2010 DSÖ Uygulama Kodunu da imzalamıştır.

Avustralya'ya göç prosedürleri kapsamında yabancı sağlık çalışanları, Avustralya Tıp Konseyi tarafından geliştirilen kriterlere yönelik mesleki ve İngilizce dil bilgisi değerlendirme sınavlarına tabi tutulmaktadır. (14)

Avustralya hükümeti tarafından, eğitim ve ilgili endüstri sektörlerini kapsayan, vasıflı mesleki liste oluşturulmuş olup bu listede yer alan mesleklere sahip potansiyel göçmenler, giriş vizesi açısından ilave pozitif puan sahibi olmaktadır. Doktorlar, hemşireler ve birçok sağlık meslek grubu bu listede yer almaktadır.(15)

2.3.10 Filipinler: Sağlık İnsan Gücü Göçü ve Kaynak Ülke Perspektifi

Tarihsel süreçte, Filipinler'deki nüfus artışı, iş imkanlarında kısıtlılık, yüksek işsizlik oranları ve finansal problemleri de beraberinde getirmiştir. 1965-1986 yılları arasında, yüksek işsizlik oranlarına müdahale amacıyla, küresel iş gücü piyasasına Filipinlilerin dahil edilmesi teşvik edilerek, geçici bir ekonomik çözüm olarak, Filipin Yurtdışı İstihdam Programı başlatılmıştır. Bununla birlikte, geçici bir süreç olarak uygulamaya konan bu program, ulusal politika stratejisine dönüşmüştür.

2011 yılında kişi başı milli gelir 2,210 ABD doları ile nüfusu yaklaşık 100 milyona ulaşan Filipinler'de başta hemşireler olmak üzere sağlık çalışanları, ihraç edilmek üzere özellikle yetiştirilmektedir. Filipinler, ülkedeki hemşirelik ve tıp eğitimi veren okulların müfredatlarını yurt dışındaki programlara uyumlu hale getirerek, çalışanlara bilgiler sunarak ve onları yurt dışındaki istihdam seçenekleri konusunda destekleyerek, çoğu özel olan hemşirelik eğitimi veren okulları akredite ederek ve yabancı işgücü alımı yapan hedef ülkelerle ikili antlaşmalara imza atarak bu süreci desteklemektedir. (16)

2.3.11 Romanya: Sağlık Çalışanları Göçü Nedeniyle Yaşanan Zorluklar

Romanya, sağlık çalışanlarının hareketliliği açısından politika yapıcıların ciddi zorluklarla mücadele ettiği, önemli ve ağırlıklı kaynak ülkelerden biridir. 2007 yılında ülkenin AB'ye üye oluşu ile birlikte, ilgili demografik dinamikler ve sağlık insan gücüne ilişkin zayıf planlama ve yönetim neticesinde, Romanya ciddi anlamda sağlık personeli kaybı yaşamaya başlamıştır.

2009'un sonları itibariyle, ekonomik kriz, sağlık sistemini de kapsayacak şekilde, Romanya toplumunu derinden etkilemiştir. Beraberinde, 2010 yılında ileri sürülen, %25'lik ücret kesintisi gibi bazı olumsuz müdahaleler, sağlık personeli göçünü daha da arttırarak, durumu daha kritik bir hale sokmuştur. Halen ülkede, sağlık personeline yönelik, etkili bir insan kaynakları politika dokümanı bulunmamaktadır. Sağlık personeline yönelik mevcut düzenlemeler ve politikalar, diplomaların karşılıklı tanınmasına ilişkin AB uyum kriterleri çerçevesinde şekillendirilmiş, sağlık personeli göçü nedeniyle yaşanan zorluklara ve eğitimin iyileştirilmesine odaklanmıştır.

Romanya'da, 2008 yılında seçilen yeni hükümet, kırsal bölge halkının sağlık hizmetlerine erişimini geliştirmek hedefiyle, kırsal bölgelere spesifik sağlık politikalarına öncelik verileceğini belirtmiştir. 2009 yılında, sağlık personelinin kırsal bölgelerde çalışmalarını teşvik edici bir dizi düzenleme uygulamaya konmakla birlikte, pek etkili olmadığı ortaya konmuştur. Çalışmalar göstermiştir ki; sağlık personeli göçü (hekimlerin yaklaşık % 4'ü, hemşire ve ebelerin ise yaklaşık % 2'si 2007 yılında ülkeden ayrılmıştır) ve yetersiz sağlık insan kaynakları yönetimi, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerini olumsuz etkilemiştir. Romanya Halk Sağlığı Politikaları Analiz ve Kalkınma Komisyonu tarafından yapılan bir araştırmaya göre, özellikle aile hekimlerinin ülkeden göç etmek yönünde bir tercihi bulunmaktadır.(5)

2.2.12 Hindistan: Sağlık Personelinin Ülkeden Göçü

Hindistan, sahip olduğu vasıflı, yarı-vasıflı ve vasıfsız iş gücü potansiyeli ile küresel iş gücü piyasası açısından önemli bir kaynak ülkedir. Ülkeden, vasıflı insan gücü göçünün büyük bir çoğunluğunu ise sağlık personeli oluşturmaktadır.

Sağlık personelinin sanayileşmiş ülkelere göçü, özellikle son on yılda artış göstermiş olup bu anlamda en çok tercih edilen ülke Birleşik Krallıktır. Birleşik Krallık'ın ardından sırasıyla İrlanda, Almanya ve Belçika gelmektedir. Sağlık personeli içinde hekimler ve hemşireler en çok göç eden meslek grupları olmakla birlikte fizyoterapistler, eczacılar, diş hekimleri, klinik laboratuvar teknisyenleri de göç eden sağlık meslek grupları içindedir.

Hindistan hükümeti, ülkeden iş gücü göçüne yönelik, teşvik edici bir takım düzenlemeler ve planlamalar uygulamaya koymaktadır. Buradaki amaç, göçmenlerin, daha iyi ve güvenli şartlarda hareketini sağlamak ve bu süreci çok daha sistematik ve planlı bir şekilde yönetmektir. Bu kapsamda, son yıllarda, Hindistan Dış İlişkiler Bakanlığı vasıtası ile, AB ülkelerini de içerecek şekilde, önemli alıcı ülkeler ile ikili işbirliği süreçleri inşa edilmeye başlanmıştır. Örneğin, Danimarka ile yapılan bir antlaşma yoluyla, Hindistan'dan Danimarka'ya göç eden çalışanların güvenli ve yasal göçü amaçlanmıştır. Benzer işbirliği antlaşmaları, Polonya, Çek Cumhuriyeti, Norveç, İsviçre ve Macaristan ile de yapılmıştır. Sağlık Departmanı Bölge Ofisi aracılığı ile de Birleşik Krallık ile ikili antlaşmaya varılmış, bu sayede, Hindistan'dan BK'ya göç eden başta hemşireler olmak üzere fizyoterapist, radyografiker, meslek terapistleri, biyomedikal bilim uzmanı ve diğer sağlık personelinin uygun ve sürdürülebilir istihdamı sağlanmaktadır.

Hindistan, DSÖ Sağlık Personelinin Uluslararası İstihdamı Küresel Uygulama Kodunu tam anlamıyla benimsemiş bir ülkedir. (17)

2.3.12 Rusya: Sağlık Personeli Göçü Ülke Profili

Rusya'da sağlık çalışanlarının göçüne ilişkin spesifik bir politika bulunmamaktadır. Ülkede mevcut genel göç eğilimleri içerisinde sağlık çalışanlarının göçü çok az bir yer kaplamaktadır. Rusya'daki asıl sorun vasıfsız işçi olarak tabir edilen grupların düzensiz göçü olup bu grupta sağlık çalışanları yer almamaktadır. Ülkedeki birçok yasal düzenleme, genel göç politikası ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca Rusya, bir takım uluslararası ve ikili işbirliği antlaşmalarında taraf ülke konumundadır.

Rusya'ya sağlık personeli göçünün yoğun olduğu yıllar 1990'ların başı olup Sovyetler Birliği'nin parçalanması ile ilişkilidir. Temel kaynak ülkeler Sovyetler Birliği'nden ayrılan ülkeler olup, temel göç nedenleri ise kendi ülkelerindeki düşük gelir düzeyi ve Rusya'daki daha iyi çalışma ve kariyer geliştirme koşullarıdır. Hindistan ve Çin kaynaklı hekimler ve eczacılar ise, Rusya'da ilaç sektöründe çalışma fırsatı bulabilmekte, özel kliniklerde akupunktur ve masaj gibi spesifik uygulamalar yapabilmektedir. Günümüzde ise ülkeye göçün oldukça minimal düzeyde olduğu söylenebilir. Rusya'daki yabancı sağlık çalışanları Rus meslektaşları ile aynı haklara sahiptir.

Benzer şekilde, Rusya'dan diğer ülkelere sağlık personeli göçü de yoğunlukla 1990'ların başında yaşanmış olup ülkede o yıllarda gelişen politik ve sosyoekonomik değişimlerin etkisi temel nedendir. Göçmenlerin çoğu, Yahudi kökenli olup ABD'ye ve İsrail'e göç etmeyi tercih eden hekimlerdir. Sonraki yıllarda, ekonomik stabilitenin artması ile birlikte, ülkeden göçler azalmış, günümüzde ise oldukça minimal seviyelere gerilemiştir. Sağlık meslek grupları içerisinde en çok hekimler ve hemşireler göç eden grupta yer almakta; ABD, İsrail, Avrupa Ülkeleri, Kanada, Avustralya Yeni Zelanda ve Birleşik Arap Emirlikleri gibi yüksek yaşam standartları ve sağlık personeli açığı bulunan ülkeler çoğunlukla tercih edilmektedir. Bu ülkelerdeki yüksek ücretler, daha iyi ve modern çalışma koşulları, kariyer gelişim imkanları da tercih nedenleri arasındadır. (18)

3 ULUSLARARASI SAĞLIK PERSONELİ GÖÇÜ VE TÜRKİYE

Uluslararası sağlık çalışanları göçüne ilişkin tartışmaların Türkiye gündeminde yer alması ağırlıklı olarak 2006 yılında gündeme gelen "ithal hekim" girişimi ile olmuştur. O günden bu güne Türkiye sağlık ortamında sağlık çalışanlarının göçü, azlığı veya fazlalığı konularındaki tartışmalar AB dinamiğinin rüzgarını da arkasına alarak artan bir şekilde devam etmiştir. (19)

Türkiye'de sağlık personeli içe ve dışa göç paternleri analiz sonuçları göstermedir ki; dışa göç tercihlerinin çoğu üç temel bireysel girişim nedenli olmaktadır: (i) eğitim amacıyla, (ii) yabancı bir ülkede eğitimin tamamlanmasını takiben yaşama ve/veya çalışma isteği, (iii) yabancı bir ülkede çalışma isteği.

Türkiye'den Avrupa'ya göç süreçlerinin uzun bir tarihsel geçmişi olmakla birlikte, yoğunlukla 1960'lı yıllarda yaşanmış olup varış noktaları daha çok Almanya ve Hollanda'dır. 1970'li yılların ortalarından itibaren, dışa göç tercihi bulunan Türk vatandaşlarının büyük çoğunluğu, sağlık personelinin de içinde yer aldığı, kalifiye insan gücü grubu olmuştur. OECD 2007 Uluslararası Göçe Bakış raporuna göre ise, Türkiye'de eğitimini tamamlamış hekim ve hemşirelerin en çok göç ettikleri üç ülke sırasıyla; Birleşik Devletler (%63), Almanya (%28) ve Birleşik Krallıktır (%6). Benzer şekilde, Türkiye doğumlu sağlık personelinin en çok tercih ettikleri ülkeler de Birleşik Devletler, İsviçre, Birleşik Krallık, Avusturya ve Yunanistan'dır.

Türkiye'nin, 1999 yılında AB'ye aday olmasıyla birlikte, sağlık personelinin Avrupalılaşıma yönündeki eğilimlerinin ciddi bir ivme kazanacağı görüşleri hakimdir. Bu anlamda, AB'ye katılım sonrasında, sağlık personelinin de içine alacak şekilde, beyin göçünün önemli bir problem olabileceği unutulmamalıdır.

Türkiye'de içe göç ile alakalı perspektif ise, sınırlı yasal düzenlemeler ile bağlantılı olarak oldukça minimal düzeydedir. 22.02.2012 tarihli ve 28212 sayılı "Yabancı Sağlık Meslek Mensuplarının Türkiye'de Özel Sağlık Kuruluşlarında Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönetmelik" çerçevesinde, diş hekimi, eczacı, ebe ve hastabakıcılar hariç yabancı sağlık meslek mensupları, sadece özel sağlık kuruluşlarında çalışabilmektedirler. (5)

4 SONUÇLAR

Ülkelerin çoğu sağlık insan gücü eksikliği ve dengesiz dağılımı problemleriyle karşı karşıya olup bu problemler; sağlık çalışanlarının uluslararası serbest dolaşımı ile birlikte daha da önem kazanmaktadır. Nitekim son yıllarda uluslararası kuruluşların da sağlık insan gücü göçünü gündemlerine almaları ile birlikte, durum dünya sağlık politikası gündeminde tartışılır hale gelmiştir. Sağlık insan gücü göçü kaçınılmaz bir olgu olduğundan, bu hareketliliğin, taraflar açısından (hem göç veren, hem göç alan ülkeler ve hem de göçe konu olan sağlık çalışanları açısından) maksimum fayda yaratacak şekilde, hakların ve ihtiyaçların dengelenmesi yönünde yönetilmesi de önem kazanmakta ve kaçınılmaz olmaktadır.

Gerek küreselleşme gerekse de AB perspektifi ve dinamiği, Türkiye'nin uluslararası sağlık insan gücü göçünü gündemine almasını gerekli kılmaktadır. Sağlık çalışanlarının serbest dolaşımı AB dinamiğinin bir gerekliliği ve fenomenidir. Türkiye, uluslararası sağlık insan gücü göçünü, özellikle de AB'ye adaylık ve katılım sürecinin sağlık insan gücü etkilerini, planlamak için şimdiden önlemler almak durumundadır (19). Aksi takdirde, DSÖ Raporu 2006'da da (WHO, 2006) belirtildiği gibi, planlanmayan veya yönetilmeyen sağlık çalışanlarının dışı göçü sağlık sistemine zarar verebilir, planlama projeksiyonlarını erozyona uğratabilir ve mesleki karışım dengesini bozabilir. (1)

5 KAYNAKLAR

1. WHO World Health Report 2006
2. Draft Policy Brief for Discussion at the RC 62 Technical Briefing 2, 11 September 2012 Malta; Implementing the WHO Global Code of Practice on International Recruitment of Health Personnel in the European Region
3. The WHO Global Code of Practise on the International Recruitment of Health Personnel, User's Guide
4. OECD, International Migration Outlook, SOPEMI 2007, Paris 2007
5. European Observatory on Health Systems and Policies, Health Professional Mobility and Health Systems; Evidence from 17 European countries, WHO 2011
6. Code of Practice for the International Recruitment of Healthcare Professionals, UK NHS Department of Health, 2004
7. Migrant Workers in the German Health Sector, Hamburg Inst. Of International Economics, February 2015
8. Meardi, Guglielmo (2011) International migration of Health Workers : can Spain follow the British steps? In: Industrial Relations in Europe Conference 2011: Beyond the Crisis: Industrial Relations and Sustainable Growth, Barcelona, Spain, 1-2 Sep 2011
9. Mismatches in The Formal Sector, Expansion of The İnformal Sector: Immigration of Health Professionals to Italy, OECD Health Working Paper DELSA/ELSA/WP2/HEA(2008)1
10. Ethical Recruitment and Integration of Internationally Educated Health Professionals in Canada Ivy Lynn Bourgeault University of Ottawa & Andrea Baumann McMaster University October 19, 2011
11. International Mobility of Health Professionals and Health Workforce Management in Canada: Myths and Realities; OECD Health Working Papers DELSA/ELSA/WP2/HEA(2008)6
12. Foreign Born Health Care Workers in the United States, June 27 2012, The online Journal of Migration Policy Institute
13. <https://www.uscis.gov/workingintheunitedstates/temporaryworkers/healthcareworkercertification>
14. Migration of Health Workers; WHO Code of Practice and The Global Economic Crisis, WHO 2014
15. Review of Australian Government Health Workforce Programs; Appendix vi: Further information on the international health professional workforce, Australian Government Department of Health
16. Source country perceptions, experiences, and recommendations regarding health workforce migration: a case study from the Philippines, Marcus et al. Human Resources for Health 2014, 12:62 <http://www.human-resources-health.com/content/12/1/62>
17. Migration of health professionals from India: Tracking the flow, Asia Europe Journal • April 2011
18. MoHProf, National profile of migration of health professionals-RUSSIAN FEDERATION, Medical University of Varna, 2011
19. Uluslararası Düzeyde Sağlık Çalışanlarının Göçünü Yönetme Politikaları: Genel Bir Bakış ve Türkiye İçin durum Değerlendirmesi, Türkan Yıldırım, Amme İdaresi Dergisi Cilt 43 Sayı 3, Aralık 2010