

PAPER DETAILS

TITLE: TÜRKİYE'DE BİR KAMU POLİTİKASI SORUNU OLARAK YABANCI DOKTOR İSTİHDAMI:
AVUSTRALYA, BİRLEŞİK KRALLIK VE KANADA ÖRNEKLERİ

AUTHORS: Mustafa Serdar SEZER,Mete YILDIZ

PAGES: 43-78

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/287386>

TÜRKİYE’DE BİR KAMU POLİTİKASI SORUNU OLARAK YABANCI DOKTOR İSTİHDAMI: AVUSTRALYA, BİRLEŞİK KRALLIK VE KANADA ÖRNEKLERİ

Mustafa Serdar SEZER*

Mete YILDIZ**

Öz:

Bu çalışmada son dönemlerde Türkiye’de gündeme gelen yabancı doktor istihdamı politikası, bir sağlık insangücü politikası olarak olumlu ve olumsuz yönleri ile değerlendirilmiştir. Bu bağlamda, doktor sayısı azlığı ve mevcut doktorlarının ülke genelindeki dağılımında sıkıntı yaşayan ve bu sıkıntıları aşmak için yabancı doktorları istihdam etme yoluna giden ülkelerden olan Avustralya, Birleşik Krallık ve Kanada’nın yabancı doktor istihdam etme politikaları incelenmiş ve uzun süredir yabancı doktor istihdam politikası uygulayan bu ülkelerin deneyimlerinden Türkiye için dersler çıkarılmıştır. Çalışmanın başında Türkiye’deki sağlık reformu uygulamalarından özetle bahsedilerek, sağlık insangücü içerisinde yer alan doktorların sayısına, dağılımına değinilmiş ve doktor sayısının yeterliliğini ve yetersizliğini savunan görüşlere ve her iki görüşü savunanların gerekçelerine yer verilmiştir. Ülke incelemeleri kısmında Avustralya, Birleşik Krallık ve Kanada’nın yabancı doktor istihdam etme uygulaması detayları ile incelenmiş; ayrıca yabancı doktor istihdam eden ülkelerdeki sorunlardan olan, bu doktorların lisanslanması konusunda Avrupa Birliği üyesi ülkelerin lisanslama uygulamalarından da söz edilmiştir. Bu çalışmanın sonucunda yabancı doktorların geldikleri ülkede geçici ve kalıcı bir şekilde lisanslanması, kültür ve dil engellerinin aşılması, ülkelerarası karşılıklı antlaşmalarla tıp fakültesi mezuniyetlerinin tanınması ve bu konudaki bir kanunla ilgili olarak Cumhurbaşkanı Ahmet Necdet Sezer’in veto gerekçesi gibi bir çok değişken incelenerek Türkiye için yabancı doktor istihdamı konusunda bir politika

* Yüksek Lisans Öğrencisi, Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Bölümü, ssezer20@hacettepe.edu.tr

** Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Bölümü, myildiz@hacettepe.edu.tr

önerileri demeti oluşturulmuş ve yabancı doktor istihdamına alternatif olabilecek politikalardan da bahsedilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Yabancı Doktor İstihdamı, Kamu Politikası, Türkiye, Avustralya, Birleşik Krallık, Kanada

FOREIGN DOCTOR EMPLOYMENT AS A PUBLIC POLICY PROBLEM IN TURKEY: AUSTRALIA, UNITED KINGDOM AND CANADA EXAMPLES

Abstract:

This study examines and evaluates the positive and negative factors concerning the health services human resources policy of employing foreign doctors, which has been placed lately on Turkey's agenda. To this end, foreign doctor employment policies of Australia, United Kingdom and Canada, with the objectives of solving the doctor shortage and geographical distribution problems, are examined and evaluated with the intention of drawing lessons for Turkey from the experiences of these countries.

The study begins with the brief explanation and evaluation of the current reforms in Turkey in the area of health services. While doing that, particular attention has been given to the problems of having an inadequate number of doctors, and the uneven distribution of doctors within the geographical regions of the country in question. In this section, the arguments for and against the inadequacy in numbers and uneven distribution of doctors (and other health services personel) are presented, with the eventual objective of diagnosing the real problem. In other words, the analysis in this section was geared towards determining whether the number or the geographical distribution of the doctors/other health services personel is the real problem in the case of Turkey.

After determining the real problem with the help of longitudinal and comparative data, derived especially from fellow OECD countries, and numerous European countries, examples to the policy of employing foreign doctors are evaluated. To this end, examples from Australia, United Kingdom and Canada stood out as these countries confront the problem in question for a long time -partly due to the downfall of the British colonialism and the following immigration of white-collar workforce, and among them doctors, to the colonist country and its remaining colonies- therefore have a lot to offer for countries with similar public policy problems.

The analysis shows that one of the most important issues that comes up from the comparative analysis of foreign doctor employment policies is the licensing of foreign doctors, especially in the European Union countries, as well as in Australia and Canada. The licensing issue has a time dimension attached to it. That is, licensing can be temporary/short time or permanent/long time. The

licensing issue is also related to the prevention and the legal compensation of doctor-related medical mistakes from a legal point of view.

A second important issue is the cultural and linguistic barriers that make it more difficult for foreign doctors to provide high-quality service to their patients. This issue is also related to another critical issue of patient satisfaction from the services of doctors, that can be affected negatively by various cultural and linguistic barriers. The patient/customer satisfaction issue, in return, is related to issues of performance and performance-related pay for doctors and other health services personnel.

A third critical issue is the signing of bilateral or multilateral legal agreements between/among countries concerning the acceptance of medical degrees earned from different countries other than the country of employment. This particular issue is also related to the academic Exchange programs, such as those within the borders of the European Union, such as the Erasmus Academic Exchange Program, of which Turkey is a part.

The final section of the study provides an overall evaluation and analysis of the public policy decision of employing foreign doctors. Within this section, the alternatives to employing foreign doctors, such as increasing the number of medical students in the already existing universities, or opening new medical schools are also taken into consideration. Another important factor in this debate, that needs to be carefully analyzed is the veto reasons of the former President of the Turkish republic, Mr. Ahmet Necdet Sezer, to the law concerning foreign doctor employment. The study concludes with the overall evaluation of all these factors stated above.

Keywords: Employment of Foreign Doctors, Public Policy, Turkey, Australia, United Kingdom, Canada

GİRİŞ

Bu çalışmada küreselleşmenin sonucu olarak insan gücünün serbest dolaşımı bağlamında sağlık hizmeti sunumunun merkezinde yer alan doktorların ülkeler arası serbest dolaşımı ve son zamanda Türkiye’de de gündeme gelen yabancı doktor istihdamı konusu incelenmiştir. Bu incelemede kullanılan yöntem, Güler’in (2004:6) “farklı bağlam ve olayları birlikte gözlemleme, bunları kendi içlerinde ve birbirleriyle ilişkilendirerek çözümleme [ve böylece] toplumsal gerçeklikleri hızla ve çok boyutlu olarak görme, sorunlara çoklu çözüm üretme” olarak tarif ettiği kamu yönetiminde karşılaştırmalı analiz yöntemidir. Çalışmanın çerçevesini ise sorunlara ve sorun çözmeye odaklanmış, uzman bilgisinin kullanıldığı, bütüncül ve disiplinlerarası bir yaklaşımın sergilendiği bir alan olarak tarif edilen (Orhan; 2007, Parsons; 1995, s.xv-16) “kamu politikaları” alanı oluşturmaktadır. Çalışmanın başında önemle

vurgulanması gereken bir nokta, bu çalışmada yabancı doktor istihdamı politikasının isabetinin değil, böyle bir politika uygulandığı takdirde uygulamada hangi zorlukların oluşacağını, bu zorluklar ile yabancı doktor istihdamında geçmişe dayanan uzun bir deneyime sahip Avustralya, Birleşik Krallık ve Kanada örneklerinde hangi yöntemlerle başa çıkıldığının incelenmesidir. Avusturya, Birleşik Krallık, Kanada'daki yabancı doktor istihdamına ilişkin uygulamalara değinilirken, üzerinde durulması gereken konulardan başlıcaları olan bu doktorların dil bilgisi ve mesleki yeterlilikleri sorunlarının nasıl çözülebileceği, yabancı doktorların başka ülkelere göç etmesinin arkasındaki etkenler ve bu doktorların varış ülkelerine gelişinin nasıl teşvik edilebileceği gibi konular farklı ülkelerdeki farklı uygulamalar incelenerek ele alınmıştır. Aynı zamanda çalışmada yabancı doktor istihdamı politikasına alternatifler sunulmuştur.

Yukarıda ortaya konulan bu çerçevede, makalede Türkiye'de küreselleşmenin yön verdiği sağlık politikaları ve reformları ile en son yürürlüğe konulan sağlık reformu programı olan "Sağlıkta Dönüşüm Programı"na değinilerek, programın önceliklerinden olan doktor sayısı ve dağılımı konusu irdelenmiş; Türkiye'nin de içinde bulunduğu OECD ve Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi ülkelerindeki doktor/nüfus oranlarına değinilmiştir. 59. Hükümet tarafından yabancı doktorların Türkiye'de uygulama yapabilmesini sağlamak amacıyla bir yasal süreç başlatılmış ancak yasanın Cumhurbaşkanlığı'na veto edilmesiyle bu süreç askıya alınmıştır. Makalede bu yasal süreç hakkında yasanın ve vetonun gerekçelerine de yer verilerek bilgi sunulmuştur.

D) TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİ REFORMLARI VE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

Türkiye'deki sağlık politikaları üç döneme ayrılabilir: Bu dönemlerin ilki 1920-1960 yılları arasında uygulanan politikaları kapsar. Bu dönemde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın kurulmasıyla birlikte bakanlığın görevleri "ülkenin sağlık şartlarını geliştirmek, insan ve ülke sağlığına zararlı öğelerle mücadele etmek ve sosyal yardım sağlamak" olarak belirlenmiştir. Bu dönemde Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun¹, Umumi Hıfz-ı Sıhha Kanunu² gibi bugün de uygulamada olan kanunlar çıkarılmıştır. 1920-1960 döneminde Dr. Behçet Uz'un başkanlığında "Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı" hazırlanmış; ancak bakanın görevi sona erdiği için uygulamaya geçilememiştir. Bu planda sağlık hizmetlerinin finansman kaynaklarının Sağlık Sandıkları'nda toplanması ve Milli Sağlık Bankası aracılığıyla harcanması öngörülmüştür.

1960 askeri ihtilali sonrasında Anayasa'da devletin sağlık alanındaki sorumluluğunun sosyal bir nitelikte olduğu vurgulanmış ve 1961 yılında Sağlık Hizmetlerinde Sosyalleştirme Yasası³ çıkarılmıştır. Bu çerçevede sağlık evleri, sağlık ocakları ve hastahaneler aracılığıyla sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde ve

sunumunda hizmetlerin tüm topluma eşitlik ilkesine dayalı olarak sağlanması öngörülmüştür. Tatar’a göre (2003 : 252) bu dönemdeki sosyalleşme politikaları, askeri hükümet döneminde politikaların ilgili tarafların katılımı sağlanmadan kabul edilmiş olması, modelin yasalaşması sürecinde finansal gerekliliklerin yeterince gündeme gelmemesi, askeri dönemden sonraki iktidarların politikaları yeterince desteklememesi, sosyalleşmenin sol eğilimli olduğu görüşü ve bu dönemden sonra hep sağ partilerin iktidara gelişi nedenleriyle hedeflerine tam anlamıyla ulaşamamakla birlikte, bu dönemde kurulan sağlık ocakları ve sağlık evleri sosyalleştirme politikalarının olumlu çıktıları olarak günümüzde de topluma sağlık hizmeti sunmaya devam etmektedir⁴. Sağlık politikalarında 1980 sonrası dönem 24 Ocak 1980 kararları ile başlamıştır. Bu tarihten itibaren “Yapısal Uyum Programları” kapsamında Dünya Bankası ve IMF ile olan ilişkilerin farklı boyutlara taşınması ve buna bağlı olarak liberal politikalar ile özelleştirme girişimlerinin hem politika hem de uygulama düzeyinde yoğunluğunun artması tüm sektörleri olduğu gibi sağlık sektörünü de etkilemiştir. 1980 sonrası yaşanan değişim “küreselleşme”, “yeni dünya düzeni” gibi akımların katkısı ile tüm dünyada yaşanan paralel olarak bir gelişme göstermiştir. Reform çalışmalarının başlangıcı olarak 1990 yılında DPT tarafından Sağlık Sektörü Master Planı yayınlanmıştır. Sağlık Bakanlığı’nda sağlık reformu çalışmaları hızlanmıştır. 1993 yılında Türkiye’nin ilk Sağlık Dokümanı hazırlanmıştır (Tatar; 2003 : 249-263). Sağlık Bakanlığı bu dokümanda reformun temel amaçlarının sağlık hizmetlerine erişimde eşitliğin sağlanması, sağlık hizmetlerinin sunumunda etkinliğin artırılması ve verimliliğin artırılması olduğu belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı; 1993: 49,52,58).

Ulusal sağlık dokümanındaki amaçlara ulaşılması için yapılması düşünülen Genel Sağlık Sigortası’na geçiş, aile hekimliği sisteminin kurulması, hastahanelerin yönetim kurulu tarafından sağlık işletmeleri olarak işletilmesi gibi uygulamalar 2000’li yıllara kadar başlatılamamıştır. 2002 yılının sonlarında güçlü bir Parlamento desteğini arkasına alarak iş başına gelen 58. ve onun devamı niteliğindeki 59. Hükümet ile birlikte Sağlık Dokümanı’nda belirtilen uygulamaları da içeren Sağlıkta Dönüşüm adıyla yeni bir reform programı hazırlanmıştır.

2003 yılında Dünya Bankası desteği ile uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programıyla sekiz tema etrafında “dönüşüm” gerçekleşeceği belirlenmiştir. Bu temalar:

- Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı,
- Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası,
- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmeti sistemi için:
- Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,
- Etkili ve kademeli sevk zinciri,
- İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri.
- Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insangücü,
- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,

- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma ve
- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık bilgi sistemi'dir (Akdağ; 2007 : 17).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda da değinilen sağlık insangücü ve özellikle de sağlık sisteminin merkezinde yer alan doktorlar sağlık sisteminin performansını geliştiren sağlık politikalarını uygulamak için oldukça önemlidir. Sağlık hizmet örgütleri sağlık insangücüne yüksek oranda bağımlıdır. İnsangücü sağlığa ayrılan bütçelerden en yüksek oranda payı almaktadır. Yetersiz insangücü yönetiminin beşeri ve ekonomik maliyetinin yüksek olduğu iddia edilmektedir (WHO; 2002-a, s.5).

Sağlık Bakanlığı'nın yayımladığı "Sağlıkta Dönüşüm Kasım 2002–Haziran 2007" dönemi uygulamalarının anlatıldığı ve gelecekte yapılması planlanan eylemlerin yer aldığı raporda, programın öncelikli hedeflerinden birisinin de bölgeler arası personel dağılımının kabul edilebilir düzeye çekilmesi olduğu bildirilmektedir. Aynı raporda Türkiye'nin doktor ve hemşire oranında Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi listesinin en altında yer aldığı ve kaliteden taviz vermeden sayının artırılması gerektiği vurgulanmaktadır. Nüfusun ihtiyacı ve her yıl artan sayıdaki hasta talebinin hekim ve hemşire sayısının artırılmasını kaçınılmaz kıldığı ve bununla birlikte eğitimde kalitenin de korunması, hatta geliştirilmesi gerektiğinin belirtildiği raporda tıp fakültelerindeki öğretim üyesi sayısının bu gerekliliği sağlayacak düzeyde olduğu iddia edilmektedir⁵ (Akdağ; 2007 : 64,68).

Sağlıkta dönüşüm programı dokümanında ise "Sağlıkta ve Sağlık Hizmetlerine Ulaşımında Eşitsizlikler" başlığı altında beşeri ve finansal kaynakların dağılımı dikkatli analiz edildiğinde bir çok doktorun özellikle de uzmanların ülkenin batısında ve kentsel alanlarda bulunduğu, sağlık personelinin dağılımında geniş farklılıklar olduğu vurgulanmakta ve sayıdan çok dağılıma önem verilmektedir (WB; 2004 : 1).

59. Hükümet'in ön kabul olarak belirlediği Türkiye'deki doktor sayısının ve dağılımının yetersizliği sorununa yönelik bazı uygulamalara geçilmiştir. Dağılım yetersizliğine yönelik olarak doktorlar için "mecburi hizmet" uygulaması Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılmasına İlişkin Kanun⁶ ile kaldırılmış ve doktor istihdam edilmesinde zorlanan bölgelerde sözleşmeli doktorluk uygulamasına geçilmiştir. Ancak Sözleşmeli doktorluk uygulamasının istenilen sonucu vermemesi üzerine "mecburi hizmet" uygulaması kaldırıldıktan iki yıl sonra 5371 sayılı Kanun⁷ ile tekrar yasalaştırılmıştır. Mecburi hizmeti tekrar uygulamaya koyan yasanın gerekçesinde iki yıllık süre içerisinde ilan edilen toplam 1.081 sözleşmeli uzman doktor pozisyonuna 200 uzman doktorun yerleştirilebildiği ve bunlardan 136'sının göreve başladığı; aynı süre içerisinde ilan edilen 3.524 sözleşmeli pratisyen doktor pozisyonuna 2.191 kişi yerleştiği ve bunlardan 1.565 pratisyen doktorun göreve başladığı; bu durumun getirilen bütün teşviklerin ve özellikle doktor ihtiyacı had safhada olan kalkınmada öncelikli yörelerde ödenen

yüksek ücretlerin buralara yeterli talebi sağlayamadığı belirtilmiştir (TBMM; 2005 : 2). 5371 sayılı Kanun’a göre tıp fakültesi mezunlarının kamu sektöründe 200-600 gün arasında hizmet vermesi mecburi hale gelmiştir. Ayrıca hükümet tarafından doktor açığını kapatmak ve ülke çapındaki doktor dağılımını iyileştirmek amacıyla 27.06.2006 tarihli Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı ile Türkiye’de yabancı doktorların çalışabilmesinin önündeki engellerin kaldırılması gündeme getirilmiştir.

II) DOKTOR SAYISI, DAĞILIMI VE NİTELİĞİ

Sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlık insangücünün sayısının yeterli olup olmadığı, niteliğin mi, niceliğin mi önemli olduğu gibi konularda çeşitli görüşler vardır ve Türkiye’de de optimal doktor sayısının ne olması gerektiği, varolan doktor sayısının yeterli olup olmadığı konusunda gerek hükümet gerekse meslek kuruluşları arasında bir anlaşmaya varılamamıştır.

Bir görüşe göre sağlık hizmetlerinin dört temel unsuru olan insangücü, yardımcı unsurlar, oluşumlar ve yönetim yapılarının hiçbirinden vazgeçilemez. Ancak bunlar arasında olmazsa olmaz özellikte olanı, sağlık insangücü ve en başta da doktordur. Bu bağlamda, hastanın doktor seçme özgürlüğünün işlemesi, hizmette rekabetin sağlanması, hizmet kalitesinin yükseltilmesi, hizmette ulaşılabilirliğin sağlanması, hizmet etkililiğinin ve verimliliğinin artırılması, kaynakların ihtiyacı karşılayabilir hale gelmesi, temel koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, aile hekimliğinin kurulması, hizmet/müracaat/sevk zincirinin işletilmesi, özel sektörün sağlık hizmetleri alanına daha çok girmesi, sağlık güvencesinin yaygınlaştırılıp kapsamının tamamlanması, herkese sağlık hizmeti sunumu hedefine ulaşılması ve Dünya Sağlık Örgütü’nün hedef ve tavsiyelerinin uygulanabilmesi gibi tüm sağlık hedeflerinin gerçekleşmesi için en başta yeteri kadar doktorun mevcut olması gerekmektedir. Bu bağlamda, Türkiye’deki doktor sayısı yeterli bulunmamaktadır. Bu görüşe göre sayı ve nitelik eksiklikleri iki ayrı eksikliktir. Birinin giderilmeye çalışılması diğerini ne erteler, ne acilleştirir, ne de önemini artırır. Her birinin önemi kendi içinde bağımsızdır. Her birinin çözümü de ayrı ayrı aranmalıdır. Ancak ayrı ayrı aranan çözümler aynı zaman diliminde gerçekleştirilebilir ise en iyi çözüme ulaşılmış olur. Aynı zamanda sayı ve nitelik birbirinden bağımsız fakat birlikte geliştirilebilecek, hem paralel hem de çelişik iki unsurdur. Eğer şartlar bu iki eksikliği birden gidermeye elverişsiz ise genellikle önceliğin sayı eksikliğinin giderilmesine verilmesi, ilk fırsatta da nitelik eksikliğinin giderilmesine çalışılması yolunun tercihi uygun olacaktır. Biri diğerine göre mutlaka bir öncelik taşıyacaksa, yokluk hallerinde ve başlangıç safhalarında sayı, niteliğe kıyasla önceliklidir. Sağlık hizmeti doktorsuz olamaz. Üstelik bu ihtiyaç kritik personel niteliğindeyse, öncelikle mevcut bulunmasını sağlamak gerekir. Bundan sonra nitelik geliştirmek için çalışılabilir. Türkiye’deki

doktor ihtiyacını sağlık hizmetlerinin Türkiye’den daha iyi olduğu ülkelerdeki doktor/nüfus oranını dikkate alınarak tespit etmenin yanlış bir yol olduğuna dair iddialar vardır. Ülkenin kendine özgü ihtiyaç, şart, imkan, alt yapı, bünye ve gerekçeleri de dikkate alınarak ileri standartları hedef olarak seçmek tam ve yeterli değildir; fakat bir ölçüt olarak birçok alanda uygulanmaktadır (Sargutan; 2006 : 528 – 529, 532 - 534).

OECD verilerine göre son yıllarda doktor sayısı artmasına rağmen, Türkiye halen OECD ülkeleri arasında doktor/nüfus oranı en az olan ülkedir. EK Şekil: 1’de görüldüğü gibi 2005 yılı itibariyle OECD ülkelerinde ortalama 1.000 kişiye üç doktor düşerken, Türkiye’de bu oran 1,5’dir (OECD; 2007-b, s.2).

2007 yılında sağlık sektöründeki çeşitli katılımcılarla toplanan Sağlıkta İnsan Kaynakları ve Politika Oluşturma Çalıştayı sonrası yayımlanan raporda nüfusa oranlanmış insan gücü sayısının OECD Avrupa Bölgesi Ülkeleriyle kıyaslanmasının doğru olmayacağı bildirilmiştir. Ancak aynı raporda Türkiye’nin yanı sıra Doğu Avrupa, Balkan ve bazı Orta Asya ülkelerinin de dahil olduğu Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesindeki 53 ülke içinde 1.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı açısından Türkiye’nin sondan ikinci sırada bulunduğu; sağlık insangücünü nüfusa dayalı olarak karşılaştırmanın yetersiz olduğu ve planlama yaparken iş tanımı, iş yükü, yıllık başvuru sayısı, hastalık yükü, kültürel, sosyal vb. farklı göstergelerin de değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmış; çok basit bir karşılaştırma ve değerlendirme yöntemi olması açısından nüfusa dayalı insangücü karşılaştırmasının bile bu konudaki sorunun önemine işaret ettiği belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı; 2007 : 3)

Türk Tabipleri Birliği (TTB)’ne göre ise ülkede doktor sayısının yeterliliğini saptamada kullanılan doktor/nüfus oranı tek başına bilimsel açıdan doğru bir yöntem değildir. Avrupa ülkeleriyle hekim sayısını kıyaslanırken, sağlığa ayrılan payların, bu kaynağın harcandığı kalemler arasındaki oranın ve kişi başına yapılan sağlık harcamalarının da kıyaslanması gerekmektedir. TTB doktor/nüfus oranından daha önemli olan konuların, toplumun sağlık hizmetlerinden yararlanma oranı, hizmete başvuru oranı, doktor sayısının dağılımı, ülkenin sağlık hedefleri, sağlık hizmetlerinin yaygınlığı, kapsamı ve niteliği, toplumun temel sağlık eğitimi, sağlık hizmetlerinin örgütlenme biçimi, yardımcı sağlık personelinin sayısı ve dağılımı, ülkenin sosyo-ekonomik durumu, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynağın gayri safi milli hasılaya oranı ve bu kaynağın ne şekilde kullanıldığının toplumun sağlık durumunun iyileştirilmesinde çok daha önemli etkenler olduğunu savunmaktadır. TTB’ye göre iddia edildiği gibi ülkede doktor azlığı olduğu kabul edilse bile bunun çözümü mevcut tıp fakültelerinin yetersizlikleri tamamlanmadan kontenjanlarının arttırılması, bina, teknik donanım, yetişmiş insan gücünü dikkate almaksızın tamamen siyasi kaygılarla neredeyse her ilçeye bir tıp fakültesinin açılması olmamalıdır (TTB; 2006 : 1-2).

Başka bir görüşte vurgulanan ise sağlık insangücü planlamasının sağlık sisteminden bağımsız olarak ele alınamayacağıdır. Aksi halde istihdamı gözetmeyen bir insangücü planlaması yaklaşımının egemen olacağı bunun da kapitalist sistemin iş gücünü ucuza çalıştırmasına yardım etmekten başka bir işe yaramayacağı söylenebilir. Sağlık Bakanlığı’nın verilerine göre Türkiye’de 2005 yılında 102.500 doktor bulunmaktadır ve bunlardan 30.000’i fiilen çalışan pratisyen hekimlerdir. Aile hekimliği sisteminde her 3.000 kişiye bir aile hekimi gerektiğine göre sistem için yaklaşık 24.000 pratisyen hekim yeterli olacaktır. Sonuçta mevcut doktor sayısı bakanlık tarafından gereksinim duyulan aile hekimi sayısını karşılamaya yeterlidir. Bu görüşe göre her yıl yaklaşık 4.500 doktorun mezun olduğu da düşünülürse, kurgulanmaya çalışan sistem açısından ülkedeki doktor sayısı yeterli, hatta fazladır ve Türkiye’de sağlık insangücü ile ilgili asıl sorun, 1990’larda da saptandığı gibi, pratisyen doktor başına düşen ebe/hemşire sayısının çok az ve hekimler içinde de uzman hekimlerin sayısının pratisyenlere göre çok fazla olmasıdır (Pala; 2007 : 67).

EK Şekil : 2’de OECD ülkelerinde ortalama 1.000 kişiye 8,6 hemşirenin düşmekte olduğu, Türkiye’de ise bu oranın 1,8 olduğu görülmektedir. OECD verileri OECD ülkeleri ortalaması ile karşılaştırıldığında Türkiye’deki hemşire/nüfus oranının, doktor/nüfus oranına göre daha da düşük olduğunu göstermektedir. Doktor oranı OECD ortalamasının yarısıyken hemşire oranı ortalamanın dörtte birinden daha da düşüktür.

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre de Türkiye Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi’ndeki 52 ülke arasında da 1.000 kişiye düşen doktor ve hemşire sayısı en az olan ülkelerdendir. Ayrıca sağlık personelinin coğrafi dağılımı da çok eşitsizdir. Bu dağılımda eşitsizlik en çok uzman doktorların dağılımında görülmektedir. 1985 yılından önce uzman doktor sayısı genel pratisyenlerin sayısından iki kat daha fazlaydı. Ancak tıp fakültelerine kabul edilen öğrenci sayısı 1990’lar boyunca artırılırken, aynı zaman zarfında uzmanlığa kabul edilen doktor sayısının sabit kalması nedeniyle genel pratisyen ve uzman doktor sayısı arasındaki fark oldukça azalmıştır.

1980’ler ve 1990’lar boyunca hem tıp fakültelerinin ve hem sağlık okullarının, hem de bu okullara kabul edilen öğrencilerin sayısındaki artış sonucu doktor, hemşire ve diğer sağlık personeli sayısı çoğalmıştır. Ancak Dünya Sağlık Örgütü raporunda bu okullardaki temel eğitimin yetersiz olduğu iddia edilmektedir. Bu durumun dört temel nedeni vardır: İlk olarak, müfredat içeriği etkili hizmet sunumu için gerekli beceriler bakımından yeterli değildir. İkincisi, eğitimin kalitesinden çok, mezun sayısının artırılması hedeflenmektedir. Üçüncüsü, eğitim kurumlarının niteliği oldukça değişkendir. Son olarak, sağlık insangücünü eğitenler materyal kısıtlılığı çekmektedirler. Varolan insangücünün becerilerinin uyarlanması ve geliştirilmesi seçeneğinin karşısında yeni insangücünün eğitilmesi seçeneği vardır (WHO EUROPE; 2002 : 77 - 82).

Gerek ülkedeki doktor sayısının yetersiz olduğunu savunan görüşün, gerekse ülkedeki doktor sayısının yeterli olduğunu savunan görüşün taraftarlarının hemfikir olduğu bir nokta, coğrafi açıdan doktor dağılımının bozuk olduğudur. EK Şekil: 3'deki Türkiye'nin coğrafi bölgelerine göre bir doktora düşen nüfus miktarına bakıldığında, 2006 yılı verilerine göre Ege Bölgesi bir doktora 772 kişi ile en iyi durumda olan, Güneydoğu Anadolu Bölgesi ise bir doktora düşen 1.226 kişi ile en kötü durumda olan bölgedir. Bölgelerin kendi içindeki illerde doktor dağılımı hususundaki durumu da bölgeler arası duruma benzer şekildedir. EK Şekil: 4'de görüldüğü üzere 2006 yılı itibarıyla bölge sıralamasında en iyi ikinci bölge olan İç Anadolu Bölgesi'ndeki Ankara'da doktor başına 286 nüfus düşerken, aynı bölgede bulunan Yozgat'ta doktor başına düşen nüfus miktarı 1.127 kişidir. Şekilden görüleceği üzere diğer bölgelerdeki illerde de durum aynı şekildedir. Sonuç olarak hem bölgeler genelinde hem de aynı bölgenin içinde yer alan iller genelinde doktor dağılımı bozuktur.

III) YABANCI DOKTOR İSTİHDAMI

1990'lerden bu yana sağlık insangücünün serbest dolaşımına olan ilginin artması bazı ülkelerdeki insangücü eksikliğine çare olarak yabancı doktor istihdamının görülmesine neden olmuştur. Bu tür insangücü politikaları sağlık insan gücü kısıtlılığının ve coğrafi anlamda sağlık insangücünün eşitsiz dağılımın üstesinden gelebilmeyi amaçlamaktadır (Bach; 2006 : 13). Tüm dünyadaki gelişmelere paralel olarak Türkiye'de de hükümet tarafından ülkedeki doktor sayısının yetersizliği gerekçesiyle yabancı doktorların tıbbi uygulama yapmasını sağlayacak yasal düzenlemeler için harekete geçilmiştir. Ancak halen yürürlükte olan mevzuat yabancı doktorların Türkiye'de tıbbi uygulama yapmasına izin vermemektedir. Türkiye'de doktorluk mesleğini yerine getirmek için gerekli şartların sayıldığı 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 1. Maddesi:

Türkiye Cumhuriyeti dahilinde tababet icra ve her hangi surette olursa olsun hasta tedavi edebilmek için Türkiye Darülfünunu Tıp Fakültesinden diploma sahibi olmak ve Türk bulunmak şarttır.

şeklinde dir.

Sağlık Bakanlığı aşağıdaki gerekçeyle 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı'nı 27.06.2006 tarihinde TBMM'ye sunmuştur.

Ülkemizdeki tabip sayısının ve dağılımının istenilen şekilde sağlık hizmeti verilmesine kâfi gelmediği bilinen bir gerçektir. Gerçekten, Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre hâlen ülkemiz, tabip sayısı bakımından Avrupa bölgesindeki 52 ülke arasında sonuncu sırada bulunmaktadır. Tıp fakültelerinin bugünkü kapasitesi ile ülkemizdeki tabip açığının kapatılması ve Avrupa ortalamasına ulaşılması da mümkün

bulunmamaktadır. Diğer taraftan, ülkemiz sağlık hizmetlerine ve tıp bilimine katkı sağlayacak yabancı tabiplerin ülkemizde sağlık hizmeti verebilmeleri de mer’i mevzuatımıza göre mümkün değildir.

Ülkemizdeki hekim sayısının artmasına katkı sağlamak, başarılı yabancı tabiplerin ülkemizde çalışmalarının önündeki engelleri kaldırmak ve Avrupa Birliği’ne tam üyelik sürecinde kişi ve hizmetlerin serbest dolaşımı önündeki engellerin kaldırılması amacına uygun olarak, Türkiye’de tababet icra edebilmek için Türk olmak şartının kaldırılması gerekmektedir (T.C. Başbakanlık; 2006 : 4).

Ancak söz konusu kanunlarda değişiklik yapılmasını öngören ve kamu oyunda “torba yasa” olarak adlandırılan kanun tasarısının, içinde yabancı doktor istihdamını sağlamaya yönelik olan maddenin de bulunduğu bazı maddeleri Cumhurbaşkanı’nca veto edilmiştir. Yabancı doktorların tıbbi uygulama yapmasına izin veren yasa maddesinin veto gerekçelerinde vurgulanan konular ise şunlardır: Yasada "Türk bulunmak" ibaresinin çıkarıldığı ve "izinli Türk hekimlerinin" ibaresinin "mezun hekimlerin" ibaresiyle değiştirildiği belirtilerek, Cumhuriyet tarihinde ilk kez, sağlık alanında uygulanagelen Türk doktorları-merkezli sağlık politikasından vazgeçildiği; Türk doktorlarının toplumun sağlık ve sosyal sorunlarını bilerek, hizmet isteklerine uygun biçimde yetiştirildiği; bir doktorun, toplumsal gerçekleri ve koşulları bilmeden sağlık alanında hizmet vermesinin sakıncalı olduğudur. Yabancı doktorların dil sorunlarının da bu olumsuzluğu artırıcı bir öge olarak değerlendirilmesi gerektiği kaydedilmiştir. Doktor sayısının yetersizliğinden çok, dengeli ve adil olmayan bir dağılımın söz konusu olduğu belirtilerek, sağlık alanında altyapı eksikliği sorunu bulunan Türkiye’ye nitelikli yabancı doktor gelmesinin gerçekçilikten uzak olduğu ifade edilmiştir. Türkiye’nin Avrupa Birliği’ne henüz üye olmadığı anımsatılarak, yapılan düzenleme ile yalnızca AB ülkelerinin değil, tüm ülkelerin doktorlarına Türkiye’de çalışma olanağı sağlandığına dikkat çekilmiş; eğitim ve çalışma koşulları kötü olan ülkelere, düşük ücretle çalışmaya istekli doktorların Türkiye’ye gelmesi durumunda ülkedeki sağlık kalitesinin daha da düşeceği vurgulanmıştır (T.C. Cumhurbaşkanlığı; 2007 : 6-7).

Hükümetle aynı görüşü paylaşmayan ve doktor sayısının yeterli olduğunu savunan TTB’ye göre de ülkede doktor açığı olsa dahi bu duruma getirilecek çözümün, ülkenin dilini, geleneklerini bilmeyen, ülkenin tıp eğitiminin çok gerisinde olan ülkelere ucuz iş gücü olabilecek ithal doktor getirilmesi olmaması görüşü benimsenmektedir (TTB, 2006 : 2). “Torba yasa”nın veto edilmesinin ardından TBMM Genel Kurulu yasayı, vetolu maddeleri çıkararak onaylamıştır. Yasadan daha önce Cumhurbaşkanı tarafından veto edilen bazı maddelerin yanı sıra yabancı doktor istihdamına yönelik madde de çıkarılmıştır (Tıp Dünyası; 2007 : 3).

IV) DÜNYADA YABANCI DOKTOR İSTİHDAMI

Dünyadaki küresel iş piyasası için anahtar öğeler göç ve ticarettir. Yabancı doktor istihdamına yönelik olarak ülkeler ve ticari birlikler arasında farklı uygulamalar görülebilmektedir. Örneğin Latin Amerika’da farklı ticaret anlaşmalarının içerikleri ülkeden ülkeye farklılıklar göstermektedir. MERCOSUR ve NAFTA kapsamındaki anlaşmalar uyarınca doktorların o ülkeye verilmiş sertifikası olmaksızın hiçbir üye ülkede çalışmasına izin verilmemektedir. NAFTA’daki anlaşmalar sağlık insangücünün serbest dolaşımına ilişkin daha sınırlayıcıdır (WHO; 2002-b : 5-6).

Uluslararası düzeyde İskandinav ülkeleri arasındaki 1965 tarihli anlaşmada taraf ülkeler arasında (Danimarka, İzlanda, Finlandiya, Norveç ve İsveç) sağlık insangücünün tıbbi yetkileri karşılıklı olarak tanınmıştır (WHO, 2005-a, s.7). Bu ülkeler geleneksel olarak düşük sayıda doktora sahiptir ve aktif şekilde yurt dışında yetişmiş doktorları istihdam etmektedir. Bu durum özellikle Norveç’de geçerlidir. Norveç’de 1980’lerdeki sağlık personeli tahminleri gelecekteki olası sağlık hizmetleri büyümesinin altında kalmıştır. 1990’ların ortasında Norveç aktif olarak yabancı doktor istihdam etmiştir ve doktor sayısı hızla artmıştır ancak halen radyoloji, anestezi, cerrahi, dahiliye ve psikiyatri uzmanlıklarındaki kısıtlılık devam etmektedir. İsveç ise 1980-1987 döneminde mezun olan doktor sayısındaki artış nedeniyle 1990’ların ortasında geçici bir doktor fazlası ile karşılaşmıştır. Daha sonra ise doktor artış oranı yavaşlamış ve İsveç, yabancı doktor istihdam etmeye başlamıştır. İsveç Tıp Birliği aynı zamanda Avrupa ve Avrupa Ekonomik Alanı (AEA)⁸ dışından doktorları istihdam için bir eylem planına sahiptir. (Jakubowski, Hess; 2004, s.134). Avrupa Ekonomik Alanı’nda doktorların lisanslanmasıyla ilgili uluslararası ve ulusal yasalar açısından 1975 yılında doktorların üye ülkelerde hizmet sunmasının eşgüdümü ve yetkilerinin karşılıklı tanınması üzerine önemli bir gelişme yaşanmış ve yönergeler çıkarılmıştır. Bu yönergeler 1993 yılında Doktor Yönergesi olarak bilinen tek bir yönerge altında birleştirilmiştir. Lisanslı doktorların üye ülkelerde hizmet sunmasına izin verilmesi ve ülkeler arasındaki dolaşımının kolaylaştırılması ironik bir şekilde beklentileri boşa çıkartarak büyük bir göç hareketine neden olmamıştır (WHO; 2005-a, s.7).

Çalışmanın bundan sonraki kısmında “ülke incelemeleri” başlığı altında yabancı doktorların toplam doktorlar içindeki oranının oldukça yüksek olduğu ülkelere olan Avustralya, Birleşik Krallık ve Kanada’daki duruma değinilecektir. Daha sonraki kısımlarda ise bu ülkelerdeki ve Türkiye’nin de aday ülke olduğu Avrupa Birliği’ne üye bazı ülkelerdeki yabancı doktor istihdamında üzerinde durulması gereken durumlar olan, lisanslama ve dil sorununun aşılmasına ilişkin uygulamalara yer verilecektir.

V) ÜLKE İNCELEMELERİ

Tablo:1
OECD Ülkelerinde Çalışan Yabancı Doktorlar

OECD ÜLKELERİ	Yabancı Doktor Sayısı	Yabancı Doktor Oranı (%)
Yeni Zelanda	2.832	34
Birleşik Krallık	69.813	33
ABD	213.331	27
Kanada	13.620	23
Avustralya	11.122	21
Finlandiya	1.003	9
Almanya	17.318	6
Fransa	11.269	6
Portekiz	1.258	4

Kaynak: World Health Report (2006); 2007 : 98

Tablo : 1’de yabancı doktor istihdam eden bazı OECD ülkeleri, bu ülkelerdeki yabancı doktorların sayısı ve bu doktorların toplam doktorlar içindeki oranları görülmektedir. Bu çalışmada incelenecek ülkeler seçilirken hem ülke genelinde hem de kırsal alanda doktor eksikliği ile yüz yüze olan ve yabancı doktor istihdamında ön sıralarda yer alan, ayrıca sağlık sistemleri bu doktorlara yüksek düzeyde bağımlı olan OECD ülkelerinden üç tanesi seçilmiştir. Yabancı doktorların tüm doktorlar içerisinde en yüksek oranda olduğu beş OECD ülkesinden Yeni Zelanda, toplam doktor sayısının göreceli olarak düşük olması, ABD ise serbest pazar tipi sağlık sistemine sahip olması sebebiyle incelenen ülkelerin arasına alınmamıştır. Uzun süredir yabancı doktor istihdam eden ve sağlık sistemleri bu doktorlara bağımlı halen gelen bu ülkelerin incelenmesindeki amaç, yabancı doktor istihdamında karşılaşılan güçlükler ve bu güçlüklerle nasıl başa çıkıldığının belirlenmesidir. İlerleyen kısımlarda Avustralya, Birleşik Krallık ve Kanada’daki durum incelenecektir.

A) Avustralya

Avustralya’da 2005 itibariyle 36.700 genel pratisyen ve 16.000 uzman doktor bulunmaktadır. 2000-2005 yılları arasında uzman doktor sayısının %47 oranında artmasına rağmen genel pratisyen sayısı %1 oranında azalmıştır (WHO EUROPE; 2006 : 81).

Avustralya Tıp Birliği’nin yayımladığı bir raporda 2000 yılı itibariyle ülkede 1.200 ile 2.000 arasında genel pratisyen eksikliği olduğu söylenmektedir. Avustralya Sağlık İnsangücü Danışma Konseyinin 2000 yılında genel pratisyenlerin ülke genelinde

dağılımına ilişkin yayımladığı raporda 100.000 kişiye düşen doktor sayısında yöreden yöreye büyük farklılıklar göze çarpmaktadır. Bu sayı Tazmanya'da 98.7, Batı Avustralya'da 125.9, kırsal alanlarda 66.1, şehir merkezlerinde ise 122.7'dir (WHO EUROPE; 2006 : 84). Avustralya'da da Türkiye'de olduğu gibi optimal doktor sayısının ne olması gerektiği konusunda henüz bir fikir birliğine varılamamıştır. Avustralya'nın yabancı doktor bağımlılığı artmasına karşın Avustralya Hükümeti bunun bir yetersizlik değil dağılım sorunu olduğu görüşündedir. Avustralya Tıp Birliği ise kentsel alanlardaki genel pratisyenlerin sayısının da normalden fazla olmadığını iddia etmektedir (Kamalakanthan, Jackson; 2006 : 19). Ülkenin gelecekteki doktor ihtiyacının belirlenebilmesinin tıp alanındaki gelişmeler, teknolojiye değişim, göçteki dalgalanmalar, tıp fakültelerine giriş ile bu fakültelerden mezun olma arasındaki zaman farkı gibi nedenlerle oldukça güç olduğu ileri sürülmektedir. 1973 yılında 1991 yılı itibarıyla 1.000 kişiye 1,8 doktor düşmesi hedeflenmiş; ancak bu hedef yabancı doktorların ülkeye göç etmesi sayesinde planlanandan daha erken bir dönemde başarılmıştır (WHO EUROPE; 2006 : 81). 1995'de kurulan Avustralya Sağlık İnsangücü Danışma Konseyi, sağlık insangücü eğilimini ve içeriğini gözlemlemekte; hükümete tavsiyelerde bulunmaktadır. Konsey, 1990'larda sağlık insangücünün kontrol altına alınması gerektiğini, bu nedenle de tıp fakültelerinin kontenjanlarının ve göçle gelen yabancı doktorların ve *Medicare*⁹ yasasına uygun doktor sayısının sınırlandırılması gerektiği yönünde tavsiyelerde bulunmuştur. (WHO EUROPE; 2006 : 81). Avustralya Sağlık İnsangücü Danışma Konseyi'nin tavsiyeleri doğrultusunda Avustralya Sağlık Bakanları Danışma Kurulu 1996'da yıllık yabancı doktor alımını 1.200'den 1.000'e düşürmüştür. Ancak birkaç yıl sonra doktor açığı ile yüz yüze kalındığında bu politika yeniden gözden geçirilmiş ve değiştirilmiştir (WHO EUROPE; 2006 : 82). Bu durum yabancı doktor istihdam eden bir ülkenin uzun dönemli sağlık insangücü politikası belirlerken dalgalı bir seyir izleyen doktor göçünü göz önünde bulundurması gerektiğini göstermektedir.

Ülkede kırsal ve ıssız bölgelerdeki genel pratisyenlerin %35'i yabancı doktorlardan oluşmaktadır. Avustralya'da yabancı doktorlar olmaksızın kırsal sağlık hizmetlerinin çökeceği açıktır (Kamien, Cameron; 2006 : 11). Günümüzde kırsal alanlarda Avustralya'da eğitim görmüş doktorların çalıştırılmasının zorluğuyla karşılaşan federal, eyalet ve bölge idareleri ile yerel yönetimlerin ülkede sağlık hizmetlerini sunmak için yabancı doktorlara olan bağımlılığı artmıştır (Kamalakanthan, Jackson; 2006, s.18). Benzer şekilde Avustralya Sağlık Bakanları Danışma Kurulu, ülkenin yabancı doktorlara bağımlılığının devam ettiğini ve gelecekte de bu bağımlılığın süreceğini tahmin etmektedir (WHO; 2005 - b : 1).

B) Birleşik Krallık

Birleşik Krallık uzun zamandır yabancı doktor istihdam etmektedir. Bu durumun 1960’larda Hindistan’dan gelen ve emeklilikleri yaklaşmış olan doktorlar sebebiyle düşecek olan genel pratisyen sayısı nedeniyle önümüzdeki yıllarda da devam edeceği öngörülmektedir. Ulusal Sağlık Hizmetleri’nin sağlık hizmeti sunabilmesi için özellikle de diğer AB ülkelerinden doktor istihdam etmenin gerekli olacağı düşünülmektedir (Jakubowski, Hess; 2004 : 140). Birleşik Krallık’da kayıt altında olan toplam doktor sayısı 193.000’dir. Sadece 2000 yılında 2.763 yeni yabancı doktor kayıt altına alınmıştır. Bu sayı o yıl kayıt altına alınan toplam doktor sayısının %32’sini oluşturmaktadır. Ülkeye gelen yeni yabancı doktor sayısı 1990’lara göre 2000’lerde %40 civarında artmıştır (Kangasniemi vd; 2003 : 3).

Ülkede 2003 yılında 15.000 yeni tam kayıtlı üçte ikisi yabancı doktorlar için yapılmıştır ve ülke daha çok resmi dili İngilizce olan diğer ülkelere uluslararası doktor istihdam etmeye bağımlı hale gelmiştir. İngiltere Sağlık Bölümü’ne göre (Sağlık Bakanlığı) 2002’de Ulusal Sağlık Hizmetleri’nde çalışan 71.000 hastahane personelinin üçte biri kendi ülkelerinden aldıkları tıp dereceleriyle çalışmaktadır. İstihdamın ana kaynağı AEA ülkeleri değil, Güney Afrika ve Hindistan gibi eski İngiliz sömürgesi olan ülkelerdir (WHO; 2006-a : 53).

Yabancı doktorlar ülkeye çoğunlukla eğitim amacıyla gelmektedirler. Birleşik Krallık’ta tıp eğitiminin ilk aşaması üniversitedeki beş ya da altı yıl süren eğitimidir. Tıp fakültesi mezuniyetini yine üniversite sorumluluğunda olan bir yıllık “house officer”lık¹⁰ öncesi dönem takip etmektedir. Bu dönem boyunca doktorlar, Genel Tıp Konseyi’nce tam değil, sınırlı kayıt altında çalıştırılmaktadırlar.

Mezuniyet sonrası eğitimin “house officer”lıktan sonraki aşaması ise iki ya da üç yıl süren temel uzmanlık eğitimi veya “senior house officer” ünvanı ile geçirilen dönemdir. Bu aşama resmi bir sertifika almaya hak kazandırmamaktadır; ancak doktorlar temel uzmanlık eğitimlerinden sonra Ulusal Sağlık Hizmetleri’nde personel olarak çalışabilmektedir. Temel uzmanlık eğitimi dönemini takip eden yüksek uzmanlık eğitimi dört ya da altı yıl sürmektedir. Bu eğitimi alan doktorlar Uzmanlık Eğitimi Tamamlama Sertifikası almaktadırlar. Bu sertifikayı alan doktorlar Genel Tıp Konseyi tarafından uzman doktor olarak kayıt edilmektedirler (Kangasniemi vd; 2003 : 3).

Birleşik Krallık’a çoğunlukla eğitim amacıyla gelen bu doktorların büyük bir kısmı temel uzmanlık eğitimi noktalarında (basic specialist training posts) çalışmakta ve bir çoğu da “daha uzmanlaşmış eğitim” almak maksadıyla gelmektedir. Temel uzmanlık eğitimi noktaları hem eğitim hizmeti sunmakta, hem de Ulusal Sağlık Hizmetleri’nde sağlık hizmeti sunumunda anahtar rol üstlenmektedir. Sistem yüksek oranda yabancı doktor istihdamına dayanmaktadır (Kangasniemi vd; 2003 : 3).

C) Kanada

Kanada’da daha fazla yabancı doktor istihdam etmek doktor açığını azaltmanın ve doktor dağılımını düzeltmenin bir yolu olarak uygulanmaktadır. Kanada’daki her eyalet Kanadalı doktorların sunduğu hizmet miktarı ile birincil sağlık hizmeti ihtiyacı arasındaki farkı yabancı doktorları istihdam ederek kapatmaya çalışmaktadır. Bunun önemli bir kanıtı ülkedeki doktor muayenelerinin yaklaşık dörtte birinin temel eğitimi başka bir ülkede almış doktorlarca sunulmakta olmasıdır (Audas, Ross ve Vardy; 2005 : 1315). Bu yabancı doktorlar genelde Birleşik Krallık, Güney Afrika ve Hindistan’dan gelmektedir (Adkoli; 2006 : 52).

Kanada’daki bir çok topluluk, özellikle de kırsal alanlarda yaşayanlar, aile hekimlerindeki dağılımın yetersizliği ve eşitsizliği yüzünden doktor açığıyla karşı karşıyadır. Örneğin 2000 yılı itibariyle her 100.000 Kanadalı’ya ortalama 94 aile hekimi düşerken bazı bölgelerde, özellikle de kentsel alanlarda bu sayı 140’tır; kırsal alanlarda ise bu sayının yarısından daha azdır. Kanada’nın kırsal ve daha az sağlık hizmeti alan bölgelerinde sağlık hizmetlerini sunmakta olan geçici olarak lisanslanmış yabancı doktorlar hayati önemdedir (Audas, Ross ve Vardy; 2005 : 1315 - 1316).

VI) LİSANSLAMA SORUNU

Yabancı doktor istihdamında öne çıkan konuların başında bu doktorların mesleki yeterlilikleri ve lisanslanması gelmektedir. Ülkeler genelde yabancı doktorların tıbbi uygulama yetkilerini tam ve geçici ya da sınırlı lisanslama ile tanımaktadırlar. Bu bölümde Avustralya, Birleşik Krallık ve Kanada’nın yanı sıra AB’nin bazı üye ülkelerindeki lisanslama uygulamalarına da yer verilecektir.

Kanada’daki yabancı doktorlar her eyalette bulunan düzenleyici kurumlar tarafından lisanslanmaktadır. Bu lisanslama eyalete göre farklılık gösterse de tam ve geçici olmak üzere iki genel sınıfa ayrılmaktadır. Kanada’da tam lisanslama için gerekli şartlar, Kanada Tıbbi Konsey Lisansı standartlarına göre belirlenmektedir. Yabancı doktorlardan tam lisans almak isteyenlerin Kanada’da mezuniyet sonrası tıp eğitimi tamamlaması gerekmektedir. Ancak geçici lisanslar yabancı doktorların Tıbbi Konsey’in mezuniyet sonrası tıp eğitimi tamamlamak için gerekli sınavlarını geçmeksizin tıbbi uygulama yapmasına imkan tanımaktadır. Bu yüzden bir çok yabancı doktor Kanada’daki kariyerine geçici lisans altında başlamaktadır. Ancak bu geçici lisanslar, yabancı doktorların her bölgede çalışmasına imkan vermemektedir. Tam lisans ise yabancı doktorların Kanada içerisinde istediği yerde çalışmasını mümkün kılmaktadır. Kırsal alanlarda çalışacak doktorları bulma sorunuyla yüz yüze kalan eyaletler, iki yıllık sabit bir dönemi içeren bir anlaşma ile Kanada içerisinde yerleşme yeri arayan yabancı doktorlara geçici lisans vermektedirler. Bu iki yıllık süre, bir doktorun tam lisans alabilmesinden önce gerekli olan klinik uygulama zamanının uzunluğuna denk düştüğünden iki yıl geçici lisans ile çalışan bir doktor, bu süre

sonunda tam lisans alarak bulunduğu bölgeden ayrılabilir. Bu yüzden Kanada’da kırsal ve az hizmet alan bölgelerdeki doktor devir hızının yüksek olması Kanada’da ciddi bir sorundur.

Bakımın sürekliliği doktor ile hasta ilişkisine bağlıdır. Bu yüzden aile hekimi ile ilişkinin ideal olanı uzun dönemli olanıdır. Günümüzde Kanada’da bir aile hekimi sadece kısa bir dönem için çalışmaktadır. Bu yüzden hasta ve doktor arasında uzun dönemli bir ilişki kurulamamıştır (Audas, Ross ve Vardy; 2005 : 1315 - 1316). Kanada’daki bu durum eğer bir ülkede yabancı doktor istihdam etmenin amacı ülkedeki doktor dağılımını düzeltmek ve yerli doktorların tercih etmediği kırsal alanlardaki doktor sayısını artırmak ise ülkeye gelen yabancı doktorlara sadece belirli bir bölgede hizmet vermesini sağlayacak şekilde sınırlı ya da geçici lisans verilmesi gerektiğini göstermektedir.

Bir ülkeye gelen yabancı doktor sayısını kontrol eden bir mekanizma da yabancı doktorlar için vize uygulamasıdır. Avustralya’ya gelen yabancı doktor sayısı 1993-94’de 893’ken 1998-99’da bu sayı 2.224’e, 2000-2002 yılları arasında ise 3.992’ye çıkmıştır. Avustralya’daki yabancı doktorların bir çoğu geçici lisansa sahiptir ve mesleki becerileri değerlendirilmeye tabi tutulmamıştır. Eyalet hükümetleri bu doktorları özellikle kırsal alanlarda istihdam etmek istemektedir. Bazı eyaletler ihtiyacı olan alandaki doktorlar için tıbbi kayıt kurulu aracılığıyla acil bir şekilde lisans vermektedir.

Avustralya’daki *Medicare* programı, doktor sayısını kontrol eden başka bir mekanizmadır. 1996’da *Medicare* yasası ile sağlık hizmeti sunucularının sayısına ilişkin kısıtlamalar getirilmiş; bu yüzden yeni mezunların ve geçici olarak yerleşmiş yabancı doktorların kamu hastahanelerinde maaşlı istihdamı sınırlanmış ve bu kişiler uzmanlık eğitimleri tamamlanana kadar geçici istihdam altına alınmıştır (WHO EUROPE; 2006 : 81).

Doktor lisanslanması konusunda Birleşik Krallık’taki uygulamalar da başka ülkelere ışık tutabilecek öğeler içermektedir. Birleşik Krallık’ta çalışan tüm doktorların Genel Tıp Konseyi’ne kayıtlı olması zorunludur. Yabancı doktorların görev yerlerinin ve kariyer gelişiminin izlendiği farklı tiplerde kayıtlar bulunmaktadır. Yeni yabancı doktorların büyük çoğunluğu ilk olarak sınırlı kayıt altına alınmaktadır. Sınırlı kayıt altında kalma süresi ortalama üç yıldır (Kangasniemi vd; 2003 : 3). Avrupa Ekonomik Alanı’ndan gelen doktorlar (AEA’da eğitim almış, AEA vatandaşları olan doktorlar) Birleşik Krallık’ta otomatik olarak tam kayıt altına alınmaktadır. Tam kayıt tıbbi derece sahibi olan ve eğitimlerinin ilk dönemlerini tamamlamış olanlara ya da “house officer”lık öncesi dönemini bitirmiş olan Birleşik Krallık ve AEA’daki doktorlar için olağan bir kayıt türüdür. Sınırlı kayıt öncelikle Avrupa Ekonomik Alanı’ndan olmayan doktorlara uygulanmaktadır. Bu şekilde kayıt altına alınan doktorların Birleşik Krallık’ta bağımsız olarak çalışabilen doktorlardan beklenen seviyede klinik yeteneklere sahip olduğu ispatlanana kadar kontrol altında çalışmalarına izin

vermektedir. Ancak bazı eski sömürge ülkelerindeki üniversitelerin mezunları tarihi nedenlerle doğrudan doğruya tam kayıt altına alınmaktadır. (Kangasniemi vd; 2003 : 2 - 3). Avustralya, Yeni Zelanda, Malaya, Singapur, Güney Afrika ve Hong Kong vatandaşı olan doktorlar kendi “house officer”lık öncesi dönemlerini tamamladıktan sonra tam kayıt altına alınabilmektedirler.

Birleşik Krallık’ta tıp derecelerinin tanınması için yabancı doktorların mezun olduğu okulların Dünya Sağlık Örgütü tıp fakülteleri listesinde bulunması zorunludur. Genellikle yabancı doktorların “house officer”lık öncesi dönemlerini bitirmiş veya kendi ülkesinde bu eğitime karşılık gelen klinik eğitimi almış olmaları gerekmektedir. Yabancı doktorların Birleşik Krallık’ta kayıt altına alınmaları için aynı zamanda Profesyonel ve Dilbilgisel Değerlendirme Kurulu’nun sınavını başarmaları şarttır. Diğer yabancı doktorlardan Profesyonel ve Dilbilgisel Değerlendirme Kurulu sınavını geçenler ya da bu sınavdan muaf tutulmuş olanlar genelde ilk olarak sınırlı kayıt altına alınmakta ve bu doktorların kontrol altında Birleşik Krallık’ta çalışmalarına izin verilmektedir (Kangasniemi vd; 2003 : 4).

Bu eğitimlere ek olarak Birleşik Krallık’taki yabancı doktorlara özel olarak düzenlenmiş resmi sertifikalar ya da ücret almaya hak kazandırmayan düzenlemeler de vardır. Bu düzenlemelere göre bir eğitim noktasında yabancı doktorların klinik deneyimlerini artırmak amacıyla buralarda verilen sağlık hizmetlerine yardımcı olmaları mümkündür. Yabancı doktorlar Genel Tıp Konseyi’nce kayıt altına alınmaksızın ve göçmen statüsü ile bu şekilde çalışabilmektedirler ancak hastalara doğrudan kendi başlarına hizmet verememekte ve herhangi bir ücret alamamaktadırlar. Bu tür bir eğitim dört ile altı ay arasında sürmektedir.

Yabancı doktorların Birleşik Krallık’taki tıp fakültelerinde tıp eğitimi alması da mümkündür. Ancak yıllık yaklaşık 16.500 Pound olan eğitim ücreti nedeniyle yabancı doktorlar için (AEA hariç) bu imkan oldukça sınırlı kalmaktadır. Tıp eğitimini Birleşik Krallık’ta tamamlamayı seçen yabancı doktorlara mezuniyet sonrası genel klinik ve temel uzmanlık eğitimini tamamlayana kadar Birleşik Krallık’ta oturma hakkı tanınmaktadır.

Yukarıda sunulan ülke örneklerine ek olarak AB ülkelerinde yabancı doktorların lisanslanmasında temelde Doktor Yönergeleri’ne uygun olarak hayata geçirilmiş farklı uygulamalar yer almaktadır. Aşağıda bazı AB ülkelerindeki lisanslama uygulamaları sunulmuştur:

Avusturya, AB vatandaşlarının tıp fakültesi diplomalarını doğrudan kabul etmektedir. Diğer yabancı doktorların profesyonel uygulama yapabilmesi için ise Avusturya’daki tıp fakültesi diplomalarına eşdeğerliğinin kanıtlanması için Avusturya’daki tıp fakültelerinden herhangi birisinden eşdeğerlik onayı alınması, tıp diplomasının ibraz edilmesi, Federal Sağlık Bakanlığı’ndan azami üç yıl için verilen bir yetkilendirme belgesi alınması ve sağlık raporu gibi belgeler istenmektedir.

Danimarka, AEA vatandaşlarının tıbbi uygulama yetkilerini doğrudan kabul etmektedir. AEA dışında eğitim almış kişilerin diplomaları ülkedeki üç tıp fakültesinden biri tarafından değerlendirilmekte ve bu değerlendirmeye göre tıbbi uygulama izni sınırlı bir zaman ve sınırlı uygulamalar için verilmektedir.

Fransa’da AB üye ülkelerinden herhangi birinden lisansı olan doktorların bu lisansları karşılıklı anlaşmalara göre tanınmaktadır. Ayrıca başka ülkelerle de karşılıklı anlaşmalar mevcuttur. Bunun dışındaki ülkelere gelen yabancı doktorların lisansları ise Sağlık Bakanlığı’nda kurulan özel bir komisyonca değerlendirilmektedir.

Almanya’nın tüm AB üye ülkeleri, AEA ülkeleri ve İsviçre ile doktorların tıbbi uygulama ehliyetlerinin tanınması için karşılıklı anlaşmaları bulunmaktadır. Diğer ülkelere gelen yabancı doktorlar ise çalışma izinleri olması şartıyla değerlendirmeye alınmaktadır.

Yunanistan’da AB üye ülkelerinden alınan tıp diplomaları karşılıklı anlaşmalar çerçevesinde tanınmaktadır. Diğer ülkelere diploma sahibi olanların ise profesyonel bilgilerinin değerlendirildiği bir sınavda başarı göstermesi gerekmektedir.

İrlanda’nın AB üye ülkeleri ile doktorların diplomalarının tanınması için karşılıklı anlaşmaları bulunmaktadır. AB üye ülkeleri dışından olan doktorların ise bir klinik bilgi değerlendirme sınavını başarıyla geçmesi gerekmektedir.

Portekiz’in tüm AB ve AEA ülkeleri doktorlarının tıbbi uygulama yetkilerinin tanınması için karşılıklı anlaşmaları mevcuttur. Diğer ülkelere gelen doktorların ise uzmanlık ya da genel pratisyenlik bilgisinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu değerlendirme bir sınavla da yapılabilmektedir (WHO; 2005-a, s.42,54,58,62,64,71,97).

Görüldüğü üzere AB üye ülkelerinde farklı uygulamalar bulunmaktadır. Kimi ülkeler karşılıklı anlaşmalara dayanarak AB ya da AEA üye ülkelerinin doktorlarının tıbbi uygulama yetkisini tanıırken, bazı ülkeler karşılıklı anlaşma olmaksızın bu yetkiyi doğrudan tanımaktadırlar. Ayrıca AB üye ülkelerindeki bu lisanslama ya da tıbbi uygulama yetkisinin tanınması faaliyeti bazı ülkelere AB üyesi ülke vatandaşı olma temeline dayanırken, bazı ülkelere sadece AB üyesi ülkeden tıp diploması almak üzerine kuruludur. Ancak her bir ülke AB ya da AEA üye ülkeleri dışındaki ülkelere gelen doktorların tıbbi uygulama yetkisini kimi zaman bir kurul ile kimi zaman ise bir sınav ile değerlendirmeye alabilmektedir. AB üyesi ülkelerin AB üyesi olmayan ülkelere gelen doktorlar ile AB üyesi ülkelere gelen doktorlar arasında ayırım yaptığı bir durumda, AB’ye girmeden Gümrük Birliği Anlaşması’nı imzalaması nedeniyle halen eleştirilen Türkiye’nin “birliğe uyum” gerekçesiyle yabancı doktor istihdamının önünü açan yasayı çıkarmasının doğruluğu tartışmaya açık bir konudur. Makalenin başlarında değinildiği gibi bu konu yasanın veto gerekçesinde de vurgulanmıştır.

VII) DİL VE KÜLTÜR SORUNU

Yabancı doktor istihdamında diğer bir önemli konu da dil ve kültürdür. OECD ülkelerinden alınan veriler toplam sağlık insangücü içerisinde özellikle İngilizce konuşulan ülkelerde yabancı doktor sayısının oldukça yüksek olduğunu göstermektedir (WHO; 2007 : 98). Bu durumun en önemli nedeni, İngilizce'nin küresel bir dil olmasıdır.

Aynı zamanda diğer AB ülkelerinden gelen doktorların Birleşik Krallık'a göçünün göreceli olarak düşük kalması ve Hindistan ile Güney Afrika gibi ülkelerin vatandaşı olan doktorların ülkede yüksek oranda bulunması sağlık insangücünün göçü hakkında önemli bir noktayı göstermektedir: AB içinde sağlık insangücü göçünü, serbest dolaşıma geçilmesinden çok, profesyonel eğitimdeki benzerlikler, benzer bir lisan ve tarihsel bağlar gibi etmenler etkilemektedir (WHO; 2006-a, s.55). İskandinav ülkeleri arasındaki yüksek oranlı göç de benzer bir kültürün paylaşılmasına ve benzer lisanların kullanılmasına atfedilebilir. Ancak yakın zamanda bu ülkelerde kendi bölgesinin dışından da yabancı doktor istihdam edilmeye başlamıştır. Örneğin 2002'nin başlarında İsveç'in Polonya'da başlattığı bir istihdam kampanyasıyla 30 Polonyalı doktor istihdam edilmiştir (Jakubowski, Hess; 2004 : 140).

AB üye ülkelerindeki doktor yönergelerine göre, üye ülke doktorları için herhangi bir dil bilgisi yeterlilik sınavı ya da değerlendirmesi yapılmamaktadır. Ancak üçüncü ülkelere gelen doktorlar için ülkelere göre farklı uygulamalar görülmektedir. Avusturya ve Almanya'da yeterli Almanca bilindiğine dair bir belge istenmekte, Yunanistan'da yeterli seviyede Yunanca bilindiğinin bir mülakat ile ispatlanması, İrlanda ve Fransa'da dil sınavının başarılmaması gerekmektedir (WHO; 2005-a, s.42,54,58,62,64,71,97). Birleşik Krallık'ta da yabancı doktorların kayıt altına alınmaları için Profesyonel ve Dilbilgisel Değerlendirme Kurulu'nun hem profesyonel bilginin hem de İngilizce bilgisinin ölçüldüğü dil testini başarması gerekmektedir. Ana dili İngilizce olanların dil testine girmesi gerekmemektedir (Kangasniemi vd; 2003 : 4).

Dil konusu Türkiye'deki yasanın veto gerekçesinde de yer almıştır. Ülkelerdeki genel eğilim göçmen doktorların ülkenin diline hakim olduğunun bir sınavla değerlendirilmesi şeklindedir. Azerbaycan Türkçesi hariç diğer Türk Cumhuriyetleri'nde Türkiye Türkçesi'ne çok benzer bir dil konuşulmamaktadır. Bu noktada bir öngörü yapılacak olunursa, Türkiye'de yabancı doktorların tıbbi uygulama yapmasına imkan tanınması halinde daha çok Azerbaycan'dan ve İran ile Irak'taki Azeri ve Türkmen kökenli kişilerin içinden ülkemize doktor gelmesi daha muhtemeldir. Ayrıca yabancı doktorların tıbbi uygulama yapmasına izin verildiği takdirde, Türkiye'deki tıp fakültelerinde eğitim alan ve eğitim dönemleri boyunca Türkçe'yi öğrenen yabancı uyruklu öğrencilerin de Türkiye'de kalarak doktorluk yapmalarına imkan tanınmış olacaktır.

VIII) YABANCI DOKTORLARIN GELİŞİNİN TEŞVİKİ

Doktorların göçü hem dışsal “çekici” hem de içsel “itici” etkenlerce belirlenmektedir. Çekici etkenler küreselleşme ve serbest piyasa ekonomisinden kaynaklanmaktadır. Bu, sağlık personelinin dağın eteğinden tepesine taşıyan küresel bir bant olarak tanımlanabilir. Bu aynı zamanda Birleşik Krallık ve Kanada’dan ABD’ye; Bangladeş, Hindistan ve Pakistan’dan körfez Arap ülkelerine, Birleşik Krallık’a ve ABD’ye yönelen uluslararası doktor hareketini de açıklamaktadır. Buna koşut bir eğilim olarak gelişmiş ülkelerde sağlık sektörü çalışanı olmak yaşanan halkına hizmet verecek olan hemşire açığı nedeniyle ücret ve statü açısından daha kazançlı olmaya başlamıştır. Ayrıca bilgi ve iletişim teknolojilerindeki devrim sayesinde uluslararası meslekleri dünyanın her köşesinde yapabilmek daha kolay hale gelmiştir.

Profesyonel eğitim fırsatları, yüksek ücretler ve daha iyi yaşam şartları çekici etkenler olarak işlev gösterirken, sağlık personelindeki arz fazlalığı, işsizlik, nispeten düşük ücretler, durgunluk ve istihdam eksikliğinin eşlik ettiği alt yapı eksikliği genç göçmen sağlık personeli için itici etkenler olmaktadır. İronik bir şekilde hem tıp fakültelerinin hem de hemşirelik okullarının alt yapı eksikliği yetişmiş eğitmen noksanlığını da beraberinde getirmektedir. Bu etkenleri sıklıkla siyasi istikrarsızlık, bürokratik engeller ve göçmenlerin kendi ülkelerindeki güvenlik noksanlığı daha da ağırlaştırmaktadır (Adkoli; 2006 : 49-50). İtici etkenler göz önüne alındığında doktorların genelde ücret, eğitim ve alt yapı açısından düşük nitelikli ülkelere, yüksek nitelikli ülkelere göç ettiği anlaşılmaktadır. Bu durum yabancı doktor istihdamına izin veren yasanın veto gerekçesindeki “sağlık alanında altyapı eksikliği sorunu bulunan Türkiye’ye nitelikli yabancı doktor gelmesinin gerçekçilikten uzak olduğu” ifadesinin doğruluk payını göstermekte, yasanın gerekçelerinden olan “başarılı Türk hekimlerin Türkiye’de tıbbi uygulama yapmasının önünün açılması” gerekçesinin çok da gerçekçi olmadığını ortaya koymaktadır.

Birleşik Krallık’ta 2001 yılında bir uluslararası istihdam programı hazırlanmış ve uluslararası düzeyde iş ilanları verilmiştir. İngiliz basını, Avusturya, Almanya, Yunanistan, İtalya ve İspanya gibi üye ülkeler tarafından bu durumun ahlaki açıdan eleştirildiğini bildirmiştir. Güney Afrika gibi deniz aşırı ülkelerin baskısı altında kalan Birleşik Krallık Sağlık Bakanlığı doktor kısıtlılığı ile karşı karşıya olan gelişmiş ülkelere doktor istihdam etmeyeceğini söylese de bir çok özel hastahaneyi bu resmi istihdam politikası bağlamamaktadır (Jakubowski, Hess; 2004 : 140).

Bazı ülkeler için uluslararası istihdam insangücü sıkıntısı için çözüm olabilir; ancak bu durum aynı zamanda yabancı doktorların geldiği ülkelerde doktor eksikliğine de neden olmaktadır. Ülkeler, kendi sağlık sistemlerinin etkililiği üzerine olumsuz etkisi olabilecek yetenekli insangücü kaybına uğrayabilir. Bazı Avrupa ülkeleri aktif olarak diğer ülkelere sağlık insangücü ithal ederken, diğer Avrupa ülkeleri özellikle de doğudaki ülkeler AB’ye katılma sonucunda sağlık insangücünün başka ülkelere göç etmesi sorunuyla baş etmek zorunda kalmaktadırlar (Buchan; 2007 : 6). Bu olgu aktif

olarak yabancı doktor istihdam etmenin ahlaki açıdan doğru olup olmadığını sorgulanmasını gerektirebilir.

Sonuç olarak hem ücret ve eğitim gibi çekici etmenler iyileştirilerek hem de itici etmenlerin yoğun olduğu ülkelerde uluslararası istihdam programları başlatılarak başka ülkelere göç etmek isteyen yabancı doktorların doktor sıkıntısı çeken ülkelerde istihdam edilmesi sağlanabilir.

IX) YABANCI DOKTOR İSTİHDAMININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Yabancı doktor istihdam eden ülkeler, göç eğilimini göçmen doktorların sayısı ve geldikleri ülkeler açısından değerlendirip gözetim altında tutmalı; hizmet ve insangücü planlama sürecinde bu bilgileri kullanmalıdırlar. Aynı zamanda yabancı doktorların istihdam edilmesinin göreceli katkısını yerel doktorları istihdam etme ve elde tutma gibi diğer uygulamaların maliyet ve faydaları göz önünde tutup karşılaştırarak değerlendirmeye tabii tutmalıdırlar (Buchan; 2007 : 7).

A) Yabancı Doktor İstihdamının Muhtemel Faydaları

Yabancı doktor istihdam eden ülkeler için sağlık insangücünün verimliliğın sağlanması önemli bir sorundur. Herhangi bir yerden sağlık insangücünün göçmen olarak gelmesi sonucu bu göç nasıl kolaylaştırılıp yumuşatılarak sağlık sistemine etkili bir katkı sağlayacaktır? Yabancı doktorlara hızlı bir şekilde çalışma izninin verilmesi, eşgüdüm sağlanması, istihdam sürecinin ölçek ekonomisinin gelişimini sağlayacak şekilde yönetilmesi, yabancı sağlık çalışanları ülkeye ulaştığı zaman ülkeye yerleşmelerini sağlayacak çok yönlü yaklaşımların geliştirilmesi gibi politikalar ortaya konmalıdır. Bu politikalar aynı zamanda göçmen doktorların yeni ülkedeki kültüre ve örgüte etkili bir şekilde uyumunun sağlanması için sosyal desteğın sağlanmasını, kültürel uyumun kolaylaştırılmasını ve dil eğitiminin verilmesini, ilk dönemdeki tıbbi uygulamaların geçici olarak gözetim altında yapılmasını da içerebilir. Söz konusu yabancı doktorların coğrafi açıdan daha fazla sağlık insangücüne ihtiyaç duyulan yerlerde istihdam edilmesi sağlanmalıdır (Buchan; 2007 : 7).

Yabancı doktorların yerel sağlık insangücündeki arz açığını kapattıkları ve doktor dağılımını düzelttikleri için önemli faydaları olabilir. Bu politikanın en önemli faydası ise tercih edilmeyen çalışma alanlarında yabancı doktorların yerel doktorlara göre daha esnek olmalarıdır. Örneğın yabancı doktorları kırsal alanlarda istihdam etmek yeni bir olgu değildir. Bu durum Avustralya, ABD ve Birleşik Krallık gibi gelişmiş ülkelerin yetersiz yerel arz sorununu çözmek için uygun bir strateji olarak kullanılmaktadır (Kamalakanthan, Jackson; 2006 : 23 - 24). Türkiye’de de Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri ile kırsal alanlar gibi doktor sıkıntısı çekilen yerlerde yabancı doktor istihdam edilmesi bu bölgelerdeki doktor açığını giderebilir.

Yabancı doktor istihdam eden ülkeler için bu politikanın diğer bir faydası ise yabancı doktorların eğitimi için bir masraf yapılmaksızın, eğitilmiş halde doktor ithal eden ülkeye gelmiş olmalarıdır. Ayrıca bu ülkelerdeki hastaların, doktorlar arasındaki rekabetin ücretleri aşağı çekmesi ya da hizmet kalitesini artırması nedeniyle daha iyi sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi muhtemeldir (Kamalakanthan, Jackson; 2006 : 25). Ancak yabancı doktor istihdam eden ülkelerde doğrudan olmasa da dolaylı maliyetler ortaya çıkabilmektedir. Örneğin Kanada’da yeni bir doktorun, özellikle de yurt dışından olanın, istihdamı pahalıdır. Çünkü yabancı doktorların her iki yılda bir çalıştığı yeri değiştirmesi ve buralarda yeni doktorların istihdam edilmesi Kanada’da sağlık hizmetlerinin sunumuna daha verimli bir şekilde harcanacak olan finansal kaynaklara önemli bir yük getirmektedir (Audas, Ross, Vardy; 2005 : 1316). Bu durum yeni doktor ile hasta ilişkisinin kurulması sürecinde ortaya çıkacak sağlık sorunlarından kaynaklanacak maliyetleri artırabilir.

B) Yabancı Doktor İstihdamına Alternatif Bazı Politika Önerileri

Hükümet düzenlemeleri bazen doktor arzı ve dağılımı sorununu daha da ağırlaştırabilmektedir. Avustralya gibi bir çok gelişmiş ülkede sağlık insangücünün gereğinden fazla sayıda olduğu görüşü arz artışını engellemiş olabilir. Hawthorne, Birrell ve Prideaux gibi gözlemcilerce Avustralya’nın şu anki doktor açığının nedeninin geçmişteki politikalar olduğu görüşü ortaya atılmaktadır. Geride kalan on yıl boyunca Avustralya’daki sağlık insangücü politikalarında baskın olan görüşün, doktorların sayısının çok fazla olduğu, bunun temel nedeninin de yabancı doktorların kayıt altına alınması olduğu yazılmaktadır (Kamalakanthan, Jackson; 2006 : 3,31).

Türkiye’de de halen doktor sayısının yeterli olup olmadığı konusunda bir fikir birliği sağlanamamıştır. Eğer doktor sayısının yetersiz olduğu görüşü doğru ise ve bu konuda bir oydaşmaya bundan yıllar sonra varılacaksa, bu arz sorunu o zamana kadar daha da ağırlaşacak ve çözüm daha da zorlaşacaktır. Ya da tam tersine doktor sayısı yeterli ise ve buna rağmen doktor sayısı gerek yerel, gerek uluslararası önlemlerle artırılırsa doktor işsizliği gibi ikincil sorunlar ortaya çıkabilecektir. Bu bağlamda ilgili kuruluşların, üniversitelerin ve meslek odalarının belirli bir ölçüte göre görüş birliğine varması gereği, sağlık sistemi açısından önemli bir konudur. Sonuçta doktor açığı varsa bile bunun yerel arzı artırarak mı, yabancı doktor istihdam ederek mi çözüleceğine karar verilmelidir.

Yazındaki genel görüş, ABD, Kanada ve Birleşik Krallık’ın kendi ulusal sağlık insangücü politika amaçlarının talebi en iyi karşılayacak arzın, göçe dayanmaksızın, kendi kendine yetecek yeterli sayıda kendi doktorlarını eğitme şeklinde olduğudur. Kanada’da tıp fakültelerine kabul sayısı artırılarak doktor ihtiyacı sorunu çözülmeye çalışılmaktadır. (Kamalakanthan, Jackson; 2006 : 19).

2000 yılında Birleşik Krallık'taki Sağlık Bakanlığı'nca gelecekteki sağlık insangücü ihtiyacı için ulusal bir planlama çalışması yapılmıştır. Bu planda 2004 yılı hedeflerine ulaşabilmek ve doktor sayısını artırmak için şu amaçlar belirlenmiştir:

- Yeni tıp okullarının açılıp, varolanların da kontenjanları artırılarak tıp okullarının mezun sayısının %30 artırılması,
- Hastahanelerdeki hemşirelere bazı beceriler kazandırılarak hemşirelerin de reçete yazmasının sağlanması,
- Mezun doktorları istihdam etmek ve varolanları da bulundukları pozisyonda tutmak için teşvik edici sistemlerin geliştirilmesi, ve
- Güney Afrika gibi gelişmekte olan ülkeler yerine İspanya gibi doktor sayısı fazla olan ülkelere yabancı doktor istihdam edilmesi (Buchan, Maynard; 2006 : 136-137).

Birleşik Krallık Sağlık Bakanlığı'nın planında hem yerel arzın artırılması, hem de yabancı doktorların istihdam edilmesi öngörülmekte; ancak yabancı doktorların istihdamı konusundaki ahlaki kaygıları gidermek amacıyla öncelikle doktor sayısı fazla olan ülkelere doktor istihdam edilmesi planlanmaktadır.

Avustralya'da yabancı doktor istihdamı sorunu üzerine çalışan Hawthorne'un önerisine göre politikacılar için en önemlisi, doktor eksikliğini yabancı doktorlarla doldurma politikasının kalıcı bir çözüm olmadığını anlamalarıdır. Bu yüzden sağlık insangücü açığı sorununu Avustralya'da eğitim görmüş olan doktorların sayısını artırmaksızın çözmek zordur. Bunun anlamı, Avustralya'daki tıp fakültelerinin şu anki kontenjanlarının artırılması ve tıp fakültelerine daha fazla kaynak ayrılması gerektiğidir (Kamalakanthan, Jackson; 2006 : 28).

Avustralya'daki federal, eyalet, bölge yönetimleri ile yerel yönetimlerin sağlık hizmetlerini sunmak için yabancı doktorlara bağımlılığı gün geçtikçe artmaktadır. Ancak bu geçici bir çözümdür ve daha kalıcı çözümlere ihtiyaç duyulmaktadır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere sağlık insangücünde ve özellikle de doktor dağılımındaki bozukluğa, kırsal alanlarda sağlık alt yapısı kurularak, oradaki doktorlara kaynak sağlanarak, tıp fakülteleri için kırsal alanlardan öğrenci alınarak, kamu sağlık sektöründe tıp fakültesi mezunlarının tutulması sağlanıp özel muayene fırsatlarının kısıtlanması desteklenerek çeşitli kamu politikası önerileri ortaya konulabilir (Kamalakanthan, Jackson; 2006 : 31 - 32).

Avustralya'da hükümet kırsal alanlarda doktor sayısını artırmak için çeşitli stratejiler uygulamaktadır. Bölgesel Sağlık Stratejisi olan "Daha Çok Doktor, Daha İyi Hizmet" 2000 yılında yayımlanmış ve genel pratisyenlerin kırsal alanlarda çalışmalarını sağlamak için ek finansal teşviklerin hayata geçirilmesi, sağlık çalışanları ile ailelerinin kırsal alanlara yerleşmesi için yeniden yerleşme ödeneklerinin sunulması gibi kırsal alanlardaki sağlık insangücü açığına ilişkin eylemler belirlenmiştir. Sağlık

insangücü dağılımında uzun dönemli gelişimi sağlayan bu girişimler halen etkisini göstermemiştir (WHO EUROPE; 2006 : 84).

SONUÇ

Bir ülkedeki sağlık sisteminin en temel ögesi olan doktorların sayısı oldukça önemli bir değişkendir. Türkiye’deki doktor sayısının yeterliliğine ilişkin bir görüş birliği olmasa da mevcut doktorların coğrafi dağılımlarının adil olmadığı görülmektedir. Eğer hedef doktor sayısını artırmak veya coğrafi dağılımını iyileştirmek sorunuysa, bunun için alternatif çözümler uygulanabilir.

Bu bağlamda bu çalışmada, son yıllarda gündeme gelen ve sözkonusu alternatiflerden olan yabancı doktor istihdamı incelenmiştir. Tablo : 2 yabancı doktor istihdam etme ve yerli doktor arzını artırma seçeneklerinin yukarıda açıklamalarda öne çıkan bazı olumlu ve olumsuz yönlerini özetle göstermektedir.

Tablo:2
Yabancı Doktor İstihdamı ve Yerli Doktor Arzını Artırma
Seçeneklerinin Değerlendirilmesi

Seçenek	Olumlu Yönler	Olumsuz Yönler
Yabancı Doktor İstihdamı	• Yerel doktor arzı açığı kapatabilirler. • Tıp eğitimlerine maddi kaynak harcanmaz. • Çalışma yerleri konusunda yerli doktorlara nazaran daha esnekler.	• Mesleki yeterlilikleri ülke standartlarına uymayabilir. • Ülkenin diline ve kültürüne hakim olmayabilirler. • Uzun dönemli insangücü politikası geliştirilmesi güçtür.
Yerel Doktor Arzını Artırmak	• Mesleki yeterlilikleri belli bir standarttır. • Genel anlamda ülkenin diline ve kültürüne hakimdirler. • Uzun dönemli insangücü politikası geliştirilebilir. • Doktor göçüne bağımlılığı ortadan kaldırır.	• Doktor arzı açığı kısa dönemde kapanmaz. • Uzun süre ve maddi kaynak gerektirir. • Dağılım sorunu çözülemeyebilir.

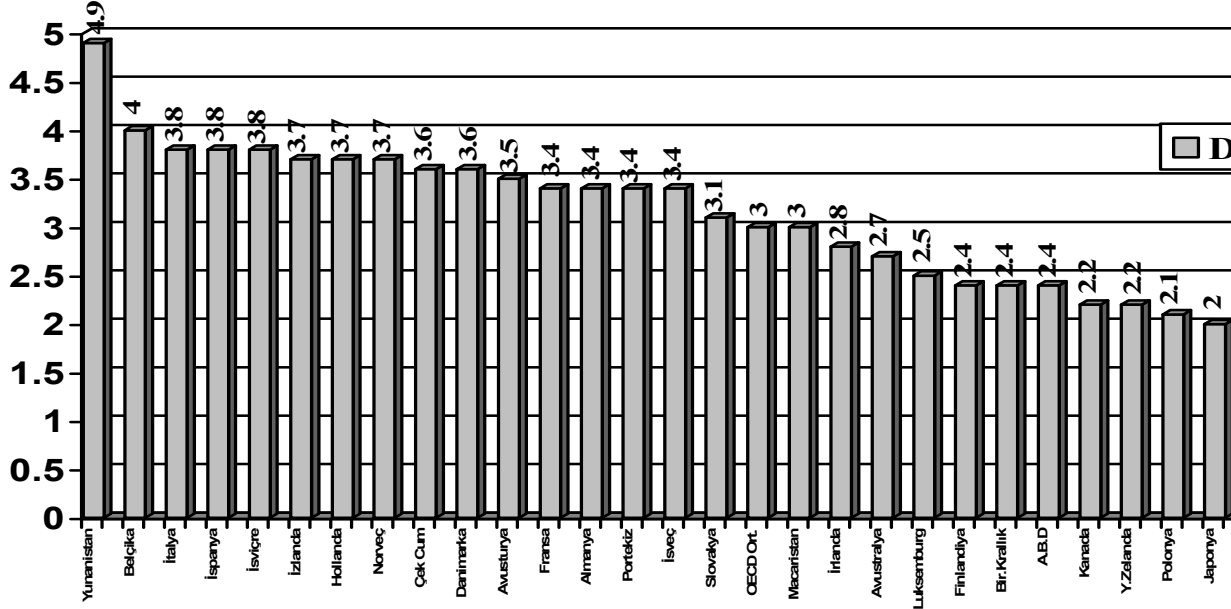
Yabancı doktorların istihdam edilmesinin en önemli faydası ülkedeki doktor sayısının artırılması, bu doktorların kırsal alanlarda çalıştırılacak şekilde istihdam edilmesi ve bu doktorların da kırsal alanda çalışma konusunda daha esnek olabilmesidir. Aynı zamanda yabancı doktorlar, eğitilmiş bir şekilde ülkeye geldikleri için bu doktorların tıp eğitimi almasına yerel kaynaklar harcanmamıştır.

Yabancı doktor istihdam politikasının başlıca sakıncaları ise yabancı doktorların mesleki ve dil bilimsel yeterliliğinin değerlendirilmesi sorunu, kültür sorunu ve dalgalı bir seyir izleyen göç nedeniyle uzun dönemli sağlık insangücü politikalarının geliştirilmesinin güçlüğüdür. Yabancı doktorların lisanslanması konusunda yukarıda da anlatıldığı gibi ülkeden ülkeye değişen uygulamalar görülmektedir. Tam lisanslama ile bu doktorlara hiçbir kısıtlama getirilmezken geçici lisanslama ile hem bu doktorlar doktor sıkıntısı çekilen yerlerde çalıştırılarak doktor dağılımı sorunu çözülmekte hem de geçici lisanslama boyunca bu doktorların tıbbi uygulamaları gözetim altında yapması sağlanarak mesleki yeterlilik sorunu aşmaya çalışılmaktadır. Dil sorunu ise dil bilgisini ölçen bir sınavla çözülmek istenmektedir.

Doktor sayısı sorununu gidermenin diğer bir yolu da ülkenin yerel doktor arzını artırmaktır. Yerel arz artırılarak yabancı doktor istihdamının sakıncaları ortadan kaldırılabilir. Çünkü yerli doktorlar ülkenin genel anlamda diline ve kültürüne hakimdirler. Aynı zamanda bu doktorlar ülkenin kendi tıp fakültelerinden mezun olmaları sebebiyle eğitim nitelikleri fakülteden fakülteye kısmi farklılıklar gösterse de belirli bir standartta mesleki bilgiye sahiptirler. Yerel doktor arzı artırılarak yabancı doktorlara sürekli bağımlı hale gelmekten kaçınılabilir ve sonuçta uzun dönemli sağlık insangücü politikası geliştirilebilir. Ancak yeni bir doktorun yetiştirilmesi uzun bir süreyi ve maddi kaynağı gerektirmektedir. Aynı zamanda bu doktorlar “mecburi hizmet” süresi dışında kırsal alanlarda çalışmak istemeyebilirler ve yıllardır süren dağılım sorunu çözülemeyebilir.

Türkiye’de doktor sayısının yeterli olup olmadığı konusunda bir fikir birliğine varılabilir ve doktor sayısının yetersiz olduğu şeklinde bir karara varılırsa yabancı doktor istihdam etme seçeneği doktor sayısını artırmada bir alternatif çözüm olarak görülebilir. Yasal sürecin askıya alınması nedeniyle şimdilik gündemden kalkan yabancı doktor istihdam etme seçeneği AB’ye üye olunması halinde zorunlu hale geleceğinden, bu seçeneğin ülke sağlık sistemine olumlu bir etki sağlayacak şekilde gelecekte uygulanması için erken dönemde değerlendirilmesi, ortaya çıkabilecek muhtemel sorunları önlemek için gereklidir.

OECD Ülkelerinde 1.000 Kişie Düşen Doktor Sayısı (2005)

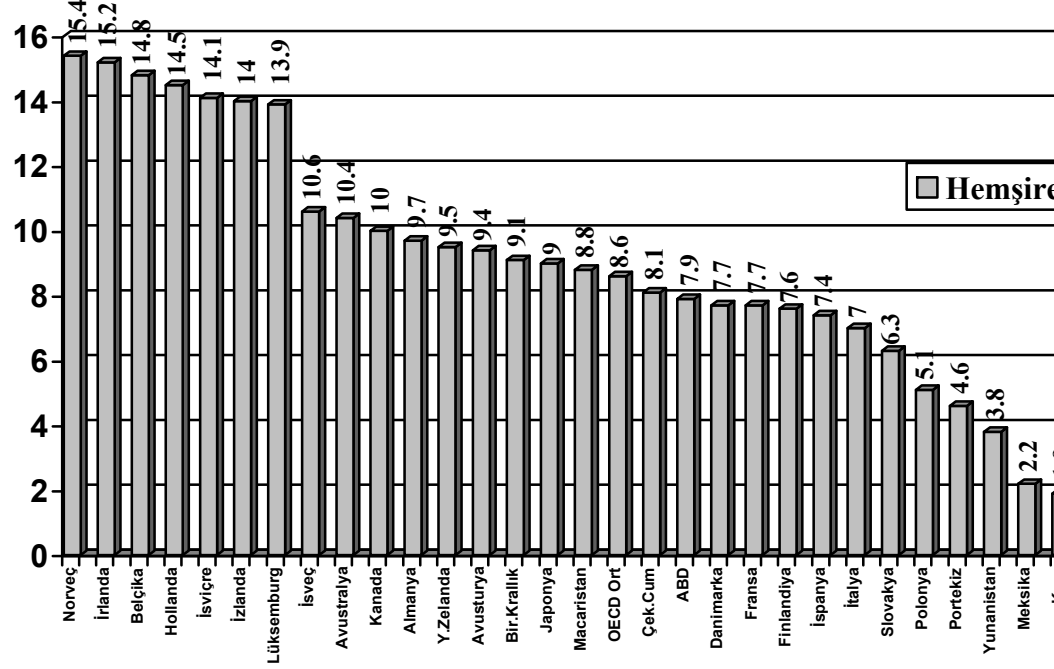


Kaynak: OECD Health Data; 2007-a, s.1

EK Şekil : 1

Türkiye ve OECD Ülkelerindeki Doktor Oranları

OECD Ülkelerinde 1.000 Kişiyeye Düşen Hemşire Sayısı (2005)



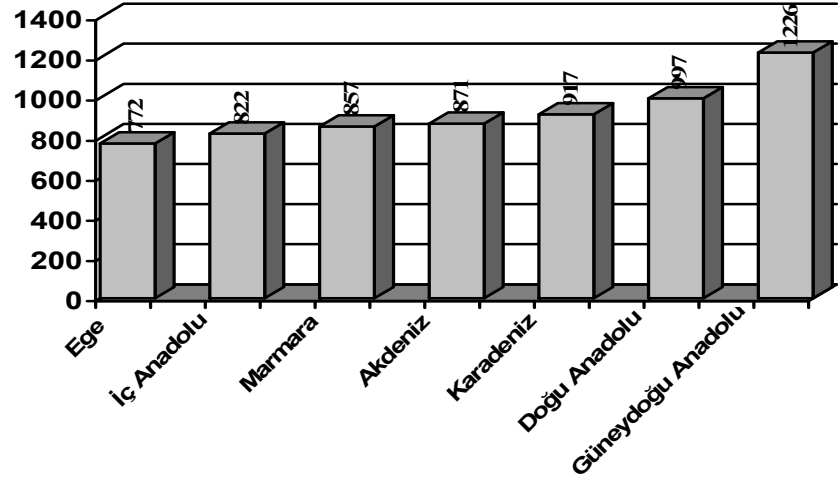
Danimarka, Finlandiya, İsveç, İsviçre, Japonya, Slovakya, Türkiye, Yunanistan ve Y.Zelanda'ya ait veriler 2004 yılına; Amerika Birleşik Devletleri'ne ait veri ise 2002 yılına aittir.

Kaynak: OECD Health Data, 2007-c, s.1

EK Şekil : 2

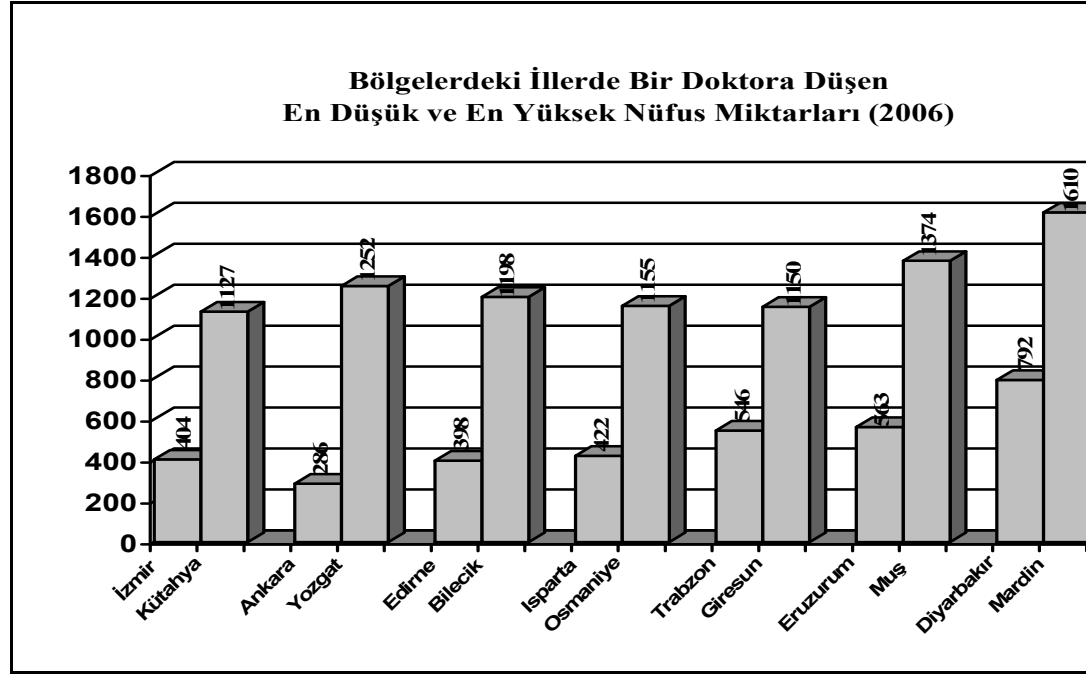
Türkiye'de ve OECD Ülkelerindeki Hemşire Oranları

Türkiye'de Bölgelere Göre Bir Doktora Düşen Nüfus Miktarı (2



EK Şekil: 3¹¹

Türkiye'de Bölgelere Göre Bir Doktora Düşen Nüfus Miktarı



EK Şekil: 4¹²

Bölgelerdeki İllerde Bir Doktora Düşen En Düşük ve En Yüksek Nüfus Miktarları

SONNOTLAR

- ¹ 863 sayılı kanun. R.G: 14.04.1928
- ² 1489 sayılı kanun. R.G: 06.05.1930
- ³ 10705 sayılı kanun. R.G: 12.01.1961
- ⁴ Ülkedeki 36.000 köyün 11.000 tanesinde sağlık evi, 2.000 tanesinde ise sağlık ocağı kurulmuştur. Köylerin çoğunda (24.000) hiçbir sağlık kuruluşu ya da sağlık personeli bulunmamaktadır. Dolayısıyla sağlık örgütlenmesi, kırsal kesimi tam olarak kapsamamaktadır (http://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/vizyon2023/si/EK-19.pdf).
Sağlık Bakanı da 2010 mali yılı bütçe konuşmasında 2009 yılı itibarıyla 5.268 sağlık evinin hizmet verdiğini ifade etmiştir (<http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/DosyaGoster.aspx?BELGEANAH=42730&DIL=1&DOSYASIM=sunum-konusmasi.doc>).
- ⁵ Sağlık Bakanı Recep Akdağ, TBMM’de verilen bir soru önergesine yanıtında şu tespitlerde bulunmuştur: Son yirmi yılda tıp fakültelerindeki öğretim üyesi sayısı beş katına çıkmıştır. 1986 yılında iki binin altında öğretim üyemiz vardı; bugün 10.000’lere ulaşmış durumdayız. Öğretim üye sayımız tıp fakültelerinde tam beş katına çıkmıştır. Tıp fakültelerine her yıl alınan öğrenci sayısıysa 5.200’lerden 4.600’lere düşmüş durumdadır. Almanya’da bir öğretim üyesine 22 öğrenci, İspanya’da 14 öğrenci, Fransa’da ise 11 öğrenci düşmektedir. Türkiye’deki tıp fakültelerinde ise yalnızca 3,6 öğrenci düşmektedir (TBMM; 2007, s.27).
- ⁶ 4924 sayılı kanun. R.G: 24.07.2003.
- ⁷ Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, Devlet Memurları Kanunu ve Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ile Sağlık Bakanlığı’nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. R.G: 05.07.2005.
- ⁸ Avrupa Serbest Ticaret Birliği üye ülkeleri ve AB üye ülkeleri arasında 1994 yılında bir anlaşma imzalanmıştır. Bu anlaşma Avrupa Serbest Ticaret Birliği ülkelerinin AB’ye katılmaksızın Avrupa Ortak Pazarı’na katılmalarına izin vermektedir. Anlaşma Avrupa Serbest Ticaret Birliği üyesi olan dört ülkeden Norveç, Liechtenstein ve İzlanda ile AB üyesi 27 ülkeyi kapsamaktadır. İsviçre referandum ile AB’ye ve Avrupa Ekonomik Alanı’na katılmamayı seçmiştir. Bu ülkenin AB ve AEA üye ülkeleriyle ekonomi, serbest dolaşım gibi alanlardaki ilişkisi karşılıklı anlaşmalarla sürmektedir.
- ⁹ Avustralya’da sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı kamu sektörü tarafından sunulmakta ve kamu finansmanına dayanmaktadır. Sağlık sistemi halka, kişisel ödeme gücüne bakılmaksızın, genel vergiler ve bir sağlık vergisi ile finanse edilen kamu sağlık sigortası olan Medicare aracılığıyla sağlık hizmetlerine kapsayıcı bir ulaşım sağlamaktadır. Kamu hastahanelerindeki bir çok doktor hastahane tam zamanlı olarak aylık ücretlendirme ile hizmet sunmaktadır. Hastahane dışındaki uzman muayene ücretlerinin %85’i Medicare tarafından karşılanmaktadır. Genel pratisyenlerin çoğunluğu hizmet başı ödeme yapan Medicare ile anlaşmalı olarak ya da alternatif olarak bir kısmı doğrudan hastalardan ücret alarak sağlık hizmeti sunmaktadır.
- ¹⁰ Birleşik Krallık’ta beş yıllık tıp eğitimini tamamlayanlar tıp diploması almaya hak kazanmaktadırlar, ancak mezunların tek başlarına hasta bakma yetkileri yoktur. “Pre-registration house officer” ünvanı ile altı ay dahili bilimler, altı ay da cerrahi bilimlerde staj yaparlar. Bu, Türkiye’deki internlik dönemine karşılık gelir. Tek fark 10.000-15.000 pound

arasında maaş almalarıdır. Bir yılın sonunda uzmanlık sınavına girerler ve başarılı olanların hepsi belirli bir alanda uzmanlık yapmaya hak kazanır. Mezunların %55'i aile hekimliğini seçerler; “senior house officer” ünvanı ile iki yıl hastahane rotasyonları yaparlar. Rotasyonlarını tamamladıktan sonra bir yıl eğitici aile hekimi yanında birinci basamak uygulamalarını yaparlar. Başarılı olanlar aile hekimliği uzmanı olurlar (<http://www.akdeniz.edu.tr/tip/web/Birimler/aile/egitim.htm>).

¹¹ EK Şekil 3 Türkiye İstatistik Kurumu sağlık ve nüfus istatistiklerinden derlenen verilerinin hesaplanması sonucu yazarlar tarafından oluşturulmuştur.

¹² EK Şekil 4 Türkiye İstatistik Kurumu sağlık ve nüfus istatistiklerinden derlenen verilerinin hesaplanması sonucu yazarlar tarafından oluşturulmuştur.

KAYNAKÇA

- ADKOLI, B. V. (2006) “Migration of Health Workers: Perspectives from Bangladesh, India, Nepal, Pakistan and Sri Lanka”, *WHO South-East Asia Regional Health Forum*, 10 (1), pp 49-58, http://searo.who.int/LinkFiles/Regional_Health_Forum_Volume_10_No_1_05-Migration_of_Health_Workforce.pdf, (07.01.2008).
- AKDAĞ, R. (2007) Nereden Nereye: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Kasım 2002-Haziran 2007, T.C Sağlık Bakanlığı, Ankara, <http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/200711061632380.neredennereyeturkce.pdf>, (07.01.2008).
- AUDAS, R., ROSS, A., and VARDY, D. (2005) “The Use of Provisionally Licensed International Medical Graduates in Canada”, *Canadian Medical Association Journal*, Vol 171 (11), pp. 1315-1316, <http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/173/11/1315.pdf>, (07.01.2008).
- BACH, S. (2006) “International Mobility of Health Professionals”, UNI-WIDER United Nations University-World Institute for Development Economics Research, <http://www.wider.unu.edu/publications/rps/rps2006/rp2006-82.pdf>, (07.01.2008).
- BUCHAN, J. (2006-a) “Migration of Health Workers in Europe: Policy Problem or Policy Solution?”, European Observatory on Health Systems and Policies Series: Human resources for health in Europe, (Ed) Figueras, J. McKee, M. Mossialos, E. and Saltman, R. B., New York, Inc., pp. 41-62, http://www.euro.who.int/document/e87923_4.pdf, (07.01.2008).
- BUCHAN, J. (2007) “Health Worker Migration in Europe: Assessing the Policy Options”, *Eurohealth*, Vol 13 (1), pp. 6-8, http://www.euro.who.int/Document/Obs/Eurohealth13_1.pdf, (07.01.2008).
- BUCHAN, J. and MAYNARD, A. (2006) “United Kingdom”, European Observatory on Health Systems and Policies Series: The Health Care Workforce in Europe Learning from Experience, (Ed) Rechel, B. Dubois and C. McKee, Trowbridge, Inc., pp. 129-142, <http://www.euro.who.int/Document/E89156.pdf>, (07.01.2008).
- GÜLER, B. A. (2004) “Karşılaştırmalı Kamu Yönetimi Nedir”, Kamu Yönetimi Ülke İncelemeleri, (Ed) B. A. Güler vd, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, ss. 3-18.

- JAKUBOWSKI, E. and HESS, R. (2004) “The Market for Physicians”, European Observatory on Health Systems and Policies Series: Health policy and European Union enlargement, (Ed.) McKee, M. MacLehose, L. and Nolte, E., New York, Inc., pp. 130-142, <http://www.euro.who.int/document/e82999.pdf>, (07.01.2008).
- KAMALAKANTHAN, A. and JACKSON, S. (2006) “The Supply of Doctors in Australia: Is There a Shortage?” *School of Economics, University of Queensland Discussion Paper*, Vol 341. http://eprint.uq.edu.au/archive/00004125/01/econ_dp_341_06.pdf, (07.01.2008).
- KAMIEN, M. and CAMERON, W. I. (2006) “Solving the Shortage of General Practitioners in Remote and Rural Australia: a Sisyphean Task?” *Medical Journal of Australia*, Vol 185, pp. 11-12.
- KANGASNIEMI, M. WINTERS, L. A. and COMMANDER, S. (2003) “Is the Medical Brain Drain Beneficial? Evidence from Overseas Doctors in the UK”, Centre for Economic Performance, London School of Economics, http://www.london.edu/assets/documents/PDF/commander_4.pdf, (07.01.2008).
- OECD (2007-a) *Practising physicians per 1000 population OECD countries 2005*, OECD Health Data 2007. <http://www.oecd.org/dataoecd/53/12/38976551.pdf>, (07.01.2008).
- OECD (2007-b) *How Does Turkey Compare*, OECD Health Data 2007. <http://www.oecd.org/dataoecd/46/5/38980477.pdf>, (07.01.2008).
- OECD (2007-c) *Frequently Requested Data*, OECD Health Data 2007. <http://www.oecd.org/dataoecd/46/36/38979632.xls>, (07.01.2008).
- ORHAN, G. (2007) “Kamu Politikalarıyla İlgili Sorunlar Nasıl Çözülür? Disiplinler Arası Bir Yaklaşım Olarak Kamu Politikaları Analizi ve Getirdiği Açılımlar” *Kamu Yönetimi: Yöntem ve Sorunlar*, (Ed) Şinasi Aksoy ve Yılmaz Üstüner, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, ss. 287-304.
- PALA, K. (2007) “Türkiye Sağlık Sistemi: Nereye Gidiyor?” *Toplum ve Hekim*, Cilt 22, Sayı 1-2, ss. 62-69.
- PARSONS, W. (1995) *Public Policy: An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis*, Edward Elgar Publishing, Cheltenham, UK.
- SARGUTAN, A. E. (2006) *Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri*, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara.
- TATAR, M. (2003) “Sağlık Politikası” *Türkiye’nin Dış Ekonomik, Sosyal ve İdari Politikaları 1980-2003*, (Ed) Göksu, T. vd., Siyasal Kitabevi, Ankara, ss. 243-266.
- TIP DÜNYASI (2007) *Vetolu Maddeler Ayıklandı*, 1 Nisan, Ankara, <http://www.ttb.org.tr/TD/TD152/index.pdf>, (07.01.2008).

- TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ (2005) “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, Devlet Memurları Kanunu ve Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ile Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi” <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem22/yil01/ss934m.htm>, (02.01.2009).
- TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ (2007) “Birleşim Tutanağı, 2 Ekim”, <http://www.tbmm.gov.tr/tutanak/donem23/yil2/ham/b00201h.htm>, (07.01.2008).
- TÜRKİYE CUMHURİYETİ BAŞBAKANLIK (2006) “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı”, <http://www.basbakanlik.gov.tr/docs/kkgm/kanuntasarilari/101-1274%20TBMM.doc> (07.01.2008).
- TÜRKİYE CUMHURİYETİ CUMHURBAŞKANLIĞI (2007) “5581 Sayılı Kanun, Açıklamalar, 02.03.2007”, http://www.tccb.gov.tr/sayfa/cumhurbaskanlarimiz/ahmet_necdet_sezer/aciklama/ (28.12.2008).
- TÜRKİYE CUMHURİYETİ SAĞLIK BAKANLIĞI (1993) Ulusal Sağlık Politikası, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- TÜRKİYE CUMHURİYETİ SAĞLIK BAKANLIĞI (2007) Sağlıkta İnsan Kaynakları Politika Oluşturma Çalıştayı, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU (2006) “Sağlık İstatistikleri” http://www.tuik.gov.tr/PrelstatistikTablo.do?istab_id=256 (21.12.2009)
- TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU (2006) “Nüfus İstatistikleri” <http://tuikapp.tuik.gov.tr/adnksdagitapp/adnks.zul> (21.12.2009)
- TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ (2006) “Türkiye Tıp Ortamının Temel Sorunu Hekim Azlığı Değil Yönetimdir, Basın Duyurusu, 28 Temmuz”, http://www.ttb.org.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=261&Itemid=2 (07.01.2008).
- WB (2004) World Bank, *Health Transition Project-Project Information Document*, http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSCContentServer/WDSP/IB/2004/03/10/000104615_20040312101156/Rendered/PDF/Project01Inform1nt010Appraisal0Stage.pdf (07.01.2008).
- WHO (2002-a) World Health Organization, *Human Resources for Health: Developing Policy Options for Change* http://www.who.int/entity/hrh/documents/en/Developing_policy_options.pdf, (07.01.2008).

WHO (2002-b) World Health Organization, *Technical Consultation on Imbalances in the Health Workforce*, http://www.who.int/hrh/documents/en/consultation_imbalances.pdf, (07.01.2008).

WHO (2005-a) World Health Organization, *Regulation and Licensing of Physicians in the WHO European Region*, <http://www.euro.who.int/document/e87789.pdf>, (07.01.2008).

WHO (2005-b) World Health Organization, *Meeting of Ministers of Health for the Pacific Island Countries: Migration of Health Personnel*, http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/2454FB0E-E019-4CF1-82ED-D2E6D67BDA1D/0/migration%5C_health%5C_personnel.pdf, (07.01.2008).

WHO (2007) World Health Organization, *World Health Report (2006)*, http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf, (07.01.2008).

WHO EUROPE (2002) European Observatory on Health Care Systems, *Health Care Systems in Transition Turkey*, <http://www.euro.who.int/document/e79838.pdf>, (07.01.2008).

WHO EUROPE (2006) European Observatory on Health Care Systems, *Health Care Systems in Transition Australia*, <http://www.euro.who.int/Document/E89731.pdf>, (07.01.2008).

