

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
AVRUPA BİRLİĞİ ANABİLİM DALI
AVRUPA ÇALIŞMALARI DOKTORA PROGRAMI

**AVRUPA BİRLİĞİ'NDE SAĞLIK TURİZMİ
KAPSAMINDA SINIR ÖTESİ HASTA HAREKETLİLİĞİ**

İlkay TAŞ

Danışman

Doç. Dr. Özkan TÜTÜNCÜ

2010

Yemin Metni

Doktora Tezi olarak sunduğum “Avrupa Birliđi’nde Sağlık Turizmi Kapsamında Sınır Ötesi Hasta Hareketliliđi” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı dűşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gűsterilenlerden olduğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih

04/ 10 / 2010

İlkay TAŞ

ÖZET

Doktora Tezi

Avrupa Birliği'nde Sağlık Turizmi Kapsamında Sınır Ötesi Hasta Hareketliliği

İlkay TAŞ

Dokuz Eylül Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Avrupa Birliği Anabilim Dalı
Avrupa Çalışmaları Doktora Programı

Avrupa Birliği'nde sağlık turizmi kapsamında sınır ötesi hasta hareketliliği, bu alandaki küresel eğilimlere paralel olarak ve AB'nin kendine özgü dinamiklerine göre gelişim göstermiştir. Üye ülkeler ve AB kurumları arasında sağlık sistemlerinin organizasyonu ve finansmanı açısından açık bir yetki ayrımı bulunsa da diğer politika alanlarındaki bütünleşmelerin ve özellikle iç pazardaki politika bağlantılarının dolaylı sonucu olarak, Avrupa bütünleşmesi sağlık alanına da yayılmaktadır. Bu durum yeni işlevselci bütünleşme ile açıklanabilir. Bu süreçte, uluslarüstü kurumların rolü belirleyici olmuştur. Yayılmayı, bütünleşmenin dışsallaşması ve siyasallaşması süreçleri izlemiştir.

Bununla birlikte, sınır ötesi hasta hareketliliğinin konusu olan sağlık hizmeti, hem devletin vatandaşına sunması gereken bir sosyal hak hem de Avrupa iç pazarının kurallarına tabi olan bir ekonomik hizmettir. Sağlık sistemleri ve sosyal güvenlik sistemleri sıkı kurallarla korunan ve kapsamı coğrafi olarak ülke sınırıyla çizili sistemlerdir. İç pazar ise hizmetlerin serbest dolaşımı önündeki engellerin kaldırılmasını gerektirmektedir. Bu çatışma sınır ötesi hasta hareketliliğini, üye ülkeler üzerindeki etkileri bakımından önemli bir konu haline getirmektedir.

Her ne kadar AB'de sağlık bakımı konusunda üye ülke düzeyinden Birlik düzeyine tam anlamıyla bir yetki transferi olmasa da bu alandaki gelişmeler, Avrupa bütünleşmesi sürecinden bağımsız değildir. Bu bakımdan, genel olarak AB'nin gelecekteki yönü, Birlik içerisinde sınır ötesi hasta hareketliliğinin geleceği açısından da belirleyici olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Avrupa bütünleşmesi, yeni işlevselcilik, sağlık turizmi, sınır ötesi hasta hareketliliği

ABSTRACT

Doctoral Thesis

Cross Border Patient Mobility within the Context of Health Tourism

in the European Union

İlkay TAŞ

**Dokuz Eylül University
Graduate School of Social Sciences
Department of European Union
European Studies Programme**

Cross Border patient mobility within the context of health tourism in the European Union, has developed in line with the relevant global trends and in line with the specific dynamics of the EU. Although there is a clear division of authority between member states and EU institutions regarding the organisation and the financing of health care, European integration has been spilled-over to health care as a result of the integration in other policy fields and especially as an indirect result of the policy interdependencies in the internal market. This can be explained by neo-functionalist integration. The role of supra-national institutions have been determining in this process. Spill over has been followed by externalisation and politicization processes.

Besides, health care which is the focus of the cross-border patient mobility is both a social right provided by the state to citizens and an economic service subject to European internal market rules. Health care systems and social security systems are protected by intense regulations and are limited to the territory of the state. On the other hand, internal market requires removal of barriers to free movement of services. This conflict makes cross border patient mobility an important issue in terms of its impact on member states.

Although, full transfer of authority from national level to the EU level has not occurred in the field of health care, development of this field is not isolated from the process of European integration. In this regard, future direction of EU integration will determine the future of the cross-border patient mobility.

Key Words: European integration, neo-functionalism, health tourism, cross-border patient mobility

İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ	ii
TEZ ONAY SAYFASI	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR	xii
TABLO LİSTESİ	xiii
ŞEKİL LİSTESİ	xiv
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1	SAĞLIK TURİZMİ TANIMI	4
1.2	SINIR ÖTESİ HASTA HAREKETLİLİĞİ TANIMI	6
1.3	UNSURLAR	
	1.3.1 Sağlıkın Korunması Hakkı	7
	1.3.2 Sınır Ötesinde Sağlık Bakımı İstemi	8
	1.3.3 Sınır Ötesinde Sağlık Bakımı Sunumu	13
	1.3.4 Refah Devletinin Sınırlarının Aşılması	14
1.4	BAĞLAM	
	1.4.1 Ulusal Sağlık Sistemleri	15
	1.4.2 Refah Devleti Modelleri	18
	1.4.3 Avrupa Sosyal Modeli	26
	1.4.4 Avrupa İç Pazarı ve Sınır Ötesi Hasta Hareketliliği	34
	1.4.5 Küresel Düzen ve Sağlık Hizmetleri Ticareti	45

İKİNCİ BÖLÜM

AVRUPA BÜTÜNLEŞMESİNİN SAĞLIK BAKIMINA YAYILMASI

2.1 YENİ İŞLEVSELÇİLİK	
2.1.1 Bütünleşme Koşulları	56
2.1.2 Aktörler	62
2.1.2.1 Uluslarüstü Kurumlar	62
2.1.2.2 Toplumsal Gruplar	65
2.1.2.3 Fikir Önderleri	67
2.1.3 Yayılma Etkisi	69
2.1.4 Elit Sosyalleşmesi	75
2.1.5 Uluslarüstü Çıkar Grupları	76
2.1.6 Artan Etkileşim ve Hareketlilik	78
2.1.7 Bölgesel Kimlik ve Dış Koşullar	79
2.1.8 Karar Alma Sürecinin Uluslarüstüleşmesi	80
2.1.8.1 Yetki Devri	80
2.1.8.2 Yetki İkamesi	82
2.1.8.3 AB'nin Görev Alanının Genişlemesi	83
2.2 YENİ İŞLEVSELÇİLİK VE AVRUPA İÇ PAZARINDA BÜTÜNLEŞME	
2.2.1 Bütünleşme Sürecinde Durgunluk	87
2.2.2 İç Pazarın Tamamlanması ve Kurumsal Reform	89
2.2.3 İç Pazarda Politika Bağlantıları ve Yayılma	95
2.3 SAĞLIK BAKIMINDA AVRUPA BÜTÜNLEŞMESİ	
2.3.1 Sağlık Bakımı ve Bütünleşme Koşulları	100
2.3.2 Toplu Sağlık Bakımının Avrupa Birliği	
Düzeyinde Gelişimi	107
2.3.2.1 Halk Sağlığının Korunmasında Uluslarüstü İşbirliği	107
2.3.2.2 Halk Sağlığının Korunmasının Antlaşma	
Kapsamına Alınması	109

2.3.2.3 Avrupa Birliği'nin Halk Sağlığı Alanındaki Görevlerinin Genişlemesi	111
2.3.2.4 Tüm Politikalarda Sağlık ve Avrupa Sağlık Stratejisi	113
2.3.2.5 Sosyal Koruma Hedeflerinin Yakınlaştırılması	116
2.3.2.6 Sosyal Koruma Sistemleri İçin Avrupa Düzeyinde Strateji	120
2.3.2.7 Ulusal Sağlık Politikalarının Avrupa Düzeyine Eklemlenmesi	122
2.3.3 Bireysel Sağlık Bakımının Avrupa Birliği Düzeyinde Gelişimi	126
2.3.3.1 İşbirliği Anlaşmaları	128
2.3.3.2 Hukuk Kuralları	131
2.3.3.3 Yargı Kararları	139
2.3.3.3.1 İzin Koşulunun Sınırının Tartışılması	143
2.3.3.3.2 İzin Koşulunun Sınırlanması	148
2.3.3.3.3 İzin Koşulunun Yeniden Tanımlanması	156

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SINIR ÖTESİ HASTA HAREKETLİĞİ VE AVRUPA BÜTÜNLEŞMESİ

3.1 SINIR ÖTESİ HASTA HAREKETLİLİĞİNİN YÖNETİŞİMİ	165
3.1.1 Avrupa Toplulukları Adalet Divanı'nın Öncülüğü	167
3.1.2 Avrupa Komisyonu'nun İtici Gücü	172
3.1.3 Uluslarüstü Çıkar Gruplarının Oluşumu	175
3.2 SINIR ÖTESİ HASTA HAREKETLİLİĞİ VE ÜYE ÜLKELER	
3.2.1 Ulusal Sağlık Sistemleri Arasında Eşgüdümünün Sağlanması	178
3.2.2 Yargı Kararları Sonrasında Kurumsal Uyum	183

3.3 SINIR ÖTESİ HASTA HAREKETLİLİĞİ VE BÜTÜNLEŞME SÜRECİ	
3.3.1 Bütünleşmenin Dışsallaşması	189
3.3.2 Bütünleşmenin Siyasallaşması	191
3.3.3 Bütünleşme Söylemi	194
3.3.4 “İç Pazarda Hizmetler” Direktifinden “Sınır Ötesi Sağlık Bakımında Hasta Hakları” Direktifine Geçiş	197
3.3.5 Bütünleşme Yaklaşımında Değişim	201
SONUÇ	218
KAYNAKLAR	228
EK	263

KISALTMALAR

AB	Avrupa Birliği
ABA	Avrupa Birliği Antlaşması
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ABİDA	Avrupa Birliğinin İşleyişine Dair Antlaşma
AKÇT	Avrupa Kömür ve Çelik Topluluğu
ATA	Avrupa Toplulukları Antlaşması
ATAD	Avrupa Topluluğu Adalet Divanı
Bkz.	Bakınız
EHIC	Avrupa Sağlık Sigortası Kartı
GSYH	Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
s.	Sayfa No
OECD	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
UNICEF	Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Refah Devleti Modelleri	23
Tablo 2: Sınır Ötesinde Sağlık Bakımına Erişimde Dönüm Noktası Niteliğindeki Davalar	140
Tablo 3: Teknokratik ve Siyasallaşmış Karar alma yöntemleri	191

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Avrupa Sosyal Modelinin Değerleri	30
Şekil 2: Bütünleşme Süreci Modeli	61
Şekil 3: Sınır Ötesi Sağlık Bakımına Erişim	160

GİRİŞ

Sağlık turizmi, kişilerin sağlık hizmeti almak amacıyla hizmetin sunulduğu yere seyahat etmesini gerektirmektedir. Bu nedenle hareketlilik, sağlık turizminin kapsadığı ilişkiler ağının temel unsurlarından birisidir. Hastaların sağlık bakımı almak amacıyla sınır ötesi seyahat etmesi yeni bir olgu değildir. Temel değişim, hasta hareketliliğinin yönünde (daha gelişmiş ülkelere göre daha az gelişmiş ülkelere) ve kapsamında ortaya çıkmıştır. Havayolu ulaşımının ucuzlaması, farklı ülkelerde yaşamaya, çalışmaya ve daha sık seyahat etmeye alışkın bir neslin ortaya çıkması, bilgi-iletişim teknolojileri sayesinde dünyanın çeşitli yerlerindeki sağlık hizmetleri hakkında bilgiye anında erişebilme imkanının doğması gibi etkenler hareketliliğin kapsamının küresel ölçekte olmasını kolaylaştırmıştır. Bu koşullar altında, sağlık turizminin gelecekte de büyümeye devam edeceği beklenilmektedir.

Sağlık turizmi, küresel hizmet ticaretinin bir şeklidir. Sağlık turizminde, hasta yurt dışında aldığı sağlık bakımına ait harcamaların tamamını ya da büyük bir kısmını hasta kendisi karşılamaktadır. Avrupa Birliği'nde (AB) sağlık turizmi kapsamında sınır ötesi hasta hareketliliği, hareketliliğinin Avrupa iç pazarı içerisinde ve ulusal sosyal güvenlik sistemleri arasındaki ilişkiler ağı çerçevesinde gerçekleşmesini vurgulamaktadır. İç pazar, Avrupa bütünleşmesinin merkezinde yer alan bu nedenle uluslararası düzenlemelerin yoğun olduğu bir alandır. Dolayısıyla, iç pazar içinde sınır ötesi hareketlilik, hukuki ve ekonomik çerçevenin sıkı bir şekilde düzenlendiği, kararların siyasi tartışmalar ve uzlaşmalar sonucu alındığı bir durumu ifade etmektedir. Tezde, AB'de sağlık turizminin sınır ötesi hareketlilik boyutuna odaklanılmakta; serbest zamanın değerlendirilmesi boyutu incelenmemektedir.

Tezin ilk bölümünde, AB'de sağlık turizmi kapsamında sınır ötesi hasta hareketliliğinin temel unsurları ve hareketliliğin gerçekleştiği bağlam ulusal sağlık sistemleri, refah devleti modelleri, Avrupa sosyal modeli, Avrupa iç pazarının temel serbestileri ve küresel sağlık hizmeti ticareti ekseninde ele alınmaktadır. Bu unsurlar statik değildir; birbirleriyle etkileşim halindedir.

Sınırötesi hasta hareketliliğinin konusunu oluşturan sağlık, üye devletler ve AB kurumları arasında görüş ayrılıklarının ve çatışmanın yaşandığı bir politika alanıdır. Aslında sağlık alanında üye ülkeler ve AB arasındaki yetki sınırı, antlaşmalarla açıkça çizilmiştir. Sağlık sistemlerinin finansmanı ve organizasyonu açısından üye ülkeler yetki ve sorumluluk sahibidirler; bu alanda AB ile yetki paylaşımı söz konusu değildir. Bu durumda, yetki çatışması olmaması beklenilir. Ancak, beklenilenin aksine bir durum gerçekleşmekte, Avrupa bütünleşmesi aşamalı bir şekilde sağlık bakımı alanına yayılmakta; AB'nin bu alandaki görevleri hem kapsam hem de düzey olarak genişlemektedir. Bu durum, ülkeler arasında işbirliğinin bir kez başladığında, zaman içerisinde daha önce tahmin edilemeyen bir şekilde gelişebilmesine örnek oluşturmaktadır.

Tezin ikinci bölümünde, bu sürecin hangi aktörlerin etkisiyle ve nasıl gelişim gösterdiği bütünleşme kuramlarından yeni işlevselcilik ışığında değerlendirilmektedir. Bu değerlendirme, bir yandan sağlık alanında uluslararasılaşmanın aşama aşama nasıl gerçekleştiğini gösterirken, diğer yandan yeni bir politika alanının AB'nin kurumsal yapısı içerisinde nasıl inşa edildiğine ışık tutmaktadır.

Bütünleşmenin sağlık bakımı alanına yayılması, üye ülkeler ve bütünleşme süreci üzerindeki etkileri bakımından, sadece bir başka yayılma süreci değil Avrupanın geleceğine yönelik bir tartışmaların bir parçası olarak düşünülmelidir. Sınır ötesi hasta hareketliliği, sosyal hak ile ekonomik serbesti; sosyal bütünleşme ile ekonomik bütünleşmenin kesiştiği yerde bulunmaktadır. Sınır ötesi hasta hareketliliği, tek başına ilerleyen bir süreç olmayıp Avrupa bütünleşmesinin bir parçası olarak gelişim göstermektedir. Bu nedenle, bu alandaki gelişimin daha iyi anlaşılabilmesi için bütünleşme yaklaşımındaki değişimle birlikte incelenmesi gerekmektedir.

Tezin üçüncü bölümünde, sınır ötesi hasta hareketliliğinin AB içinde yönetimi ve üye ülkeler üzerindeki etkileri değerlendirilmiştir. Üçüncü bölümde son olarak, sınır ötesi hasta hareketliliğini bütünleşme süreci içerisinde değerlendirebilmek amacıyla hasta hareketliliğini düzenlemeye yönelik iki direktif

önerisi ve bu önerilerin hazırlandığı dönemlerdeki bütünleşme yaklaşımına ışık tutmacı amacıyla da Komisyon tarafından görevlendirilen uzmanlarca, Avrupa bütünleşmesinin perspektifini çizmek amacıyla hazırlanan iki temel rapor incelenmiştir. Bu raporlar; 2003 yılında André Sapir başkanlığında hazırlanan “Büyüyen bir Avrupa için Gündem: AB Ekonomik Sisteminin Hedeflerini Gerçekleştirmesinin Sağlanması” başlıklı rapor ile 2010 yılında Mario Monti başkanlığında hazırlanan “Tek Pazar için Yeni strateji: Ekonominin ve Toplumun Hizmetinde Avrupa Tek Pazarı” başlıklı raporlardır.

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1 SAĞLIK TURİZMİ TANIMI

Turizm, kişilerin sürekli yaşama ve çalışma yerleri dışındaki yerlere yaptıkları seyahatleri ve bu yerlerdeki geçici konaklamalarından doğan ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik faaliyetleri kapsamaktadır¹. Turizm sektörü, seyahate çıkan birey ya da grupların istek ve ihtiyaçlarını karşılayan, turizmle doğrudan veya dolaylı olarak ilgili kişiler ve kurumlar ile bu kişi ve kurumların turistik mal hizmet üretimi ve tüketimi ile ilgili faaliyetlerini kapsayan bir ağ niteliği taşımaktadır².

Sağlık turizmi, hizmet ticaretini gerektiren ve sağlık ile turizm olmak üzere en azından iki sektörü birbirine bağlayan bir ekonomik faaliyettir. Sağlık ve turizm doğası gereği farklı üretim ve tüketim sistemlerine sahip iki hizmet sektörüdür. Sağlık, birey ve toplum açısından taşıdığı önem nedeniyle öncelikli olarak sunulması gereken bir hizmet türü olarak görülürken³ turizm serbest zaman faaliyeti olarak görülür ve bir anlamda gerekli olmayan mal ve hizmetlerin tüketilmesini içerir⁴.

Sağlık ve turizmi birbirine eklemlenilen ilişkiler ağının merkezinde sağlığın korunması amacı yer almaktadır. Sağlık, “vücudun hasta olmaması durumu; canlı, sağ ve diri olma durumu; vücut esenliği”dir. Toplumsal anlamda sağlık, biyolojik tanımının ötesinde anlama sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü Anayasası (1946) ve Dünya Sağlık Örgütü ile Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu (UNICEF)’nin birlikte hazırladıkları Almatı Deklarasyonu’nda (1978) sağlık, “sadece hastalığın veya

¹ Hasan Olalı ve Alp Timur, *Turizm Ekonomisi*, Ofis Ticaret Matbaacılık, İzmir, 1988, s. 17.

² Orhan İçöz, Turgut Var ve İbrahim İlhan, *Turizm Planlaması*, Turhan Kitapevi, Ankara, 2002, s. 2.

³ Coşkun Can Aktan ve A. Kadir Işık, “Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Alternatif Önlemler”, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf> (31.05.2007), s. 22.

⁴ John Urry, *Tourist Gaze Leisure and Travel in Contemporary Societies*, Sage Publications, London, 1996, s. 1.

maluliyetin olmaması değil aynı zamanda fiziksel, zihinsel ve sosyal açılardan iyi olma durumu ve temel bir hak” olarak tanımlanmaktadır⁵.

Sağlık turizmi, kişinin ruhsal ve bedensel sağlığını korumak veya iyileştirmek için kendi bulunduğu yerden başka bir yere gerçekleştirdiği organize seyahatler olarak tanımlanmaktadır⁶. T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı sağlık turizmini “fizik tedavi ve rehabilitasyon gereksinimi olanlarla birlikte uluslararası hasta potansiyelini kullanarak sağlık kuruluşlarının büyümesine olanak sağlayan turizm türü” olarak kabul etmekte ve sağlık turizminin hasta kabul eden ülke üzerindeki ekonomik etkilerine dikkat çekmektedir⁷. Sağlık turizmi, sağlığın/sağlık hizmetlerinin dışsallaştırılması⁸ ya da “hastaların ihraç edilmesi” ve “tıbbi hizmetlerin ithal edilmesi” olarak da tanımlanmaktadır⁹.

Bu tanımlar bütüncül olmamaları nedeniyle eksiktirler. Sağlık turizminin birinci boyutu seyahatlerin planlanması ve gerçekleştirilmesini¹⁰; ikinci boyutu sağlık bakımı amacıyla gelenlere konaklama, sağlık hizmeti ve diğer tamamlayıcı hizmetlerin sunumunu¹¹, üçüncü boyutu hastanın sağlık hizmeti aldıktan sonra

⁵ World Health Organization, *Constitution of the World Health Organization*, 45th Edition of Basic Documents, World Health Organization Interim Commission, New York, 2006; *Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care*, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.

⁶ Percivil M Carrera, John FP Bridges, “Globalization and Healthcare: Understanding Health and Medical Tourism”, *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, Vol. 6, No. 4, 2006, s. 447-454; T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı, “Turizm Çeşitleri-Sağlık Turizmi

Genel Tanım”, <http://www.kultur.gov.tr> (21.02.2007); Carol S. Shepherd, Robert Cushman, John Imrie, Stanley Lalta, “Prospects for Health Tourism Exports for the English-Speaking Caribbean”, *Social Sectors Development Strategies Inc.-World Bank*, 1995, Washington, s. 1.

⁷ T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı, “Turizm Çeşitleri-Sağlık Turizmi Genel Tanım”, <http://www.kultur.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF03077CA1048A18348020F3B0746F34B3> (21.02.2007).

⁸ Unmesh Kher, “Outsourcing Your Heart”, *Time Magazine*, 21.05.2006, <http://www.time.com/time/magazine/article/0,9171,1196429,00.html> (02.02.2007).

⁹ Devon M. Herrick, “Medical Tourism: Global Competition in Health Care”, *National Center for Policy Analysis Policy Report*, No. 304, November 2007, <http://www.ncpa.org/pub/st/st304/st304.pdf> (16.02.2008), s. 19.

¹⁰ Irene A. Glinos and Rita Baeten, *A Literature Review of Cross-Border Patient Mobility in the European Union*, Observatoire Social Européen, Brussels, 2006, s. 7.

¹¹ Leigh Turner, “Cross-border Dental Care: Dental Tourism and Patient Mobility”, *British Dental Journal*, Vol. 204, No. 10, 2008, s. 553.

ülkesine geri dönmesini ve gerekli olduğu durumlarda iyileşme sürecinin kontrol edilmesini içermektedir¹². Bu nedenle, sağlık turizmi, sağlığın korunmasına yönelik önleyici, tedavi edici, rehabilite edici veya destekleyici sağlık hizmetlerinin, bu hizmetleri almak seyahat eden kişilere sunumunu içeren, sağlık bakımının yanı sıra ulaşım, konaklama ve serbest zamanı değerlendirme seçeneklerinin bir arada sunulduğu bir ilişkiler bütünü olarak düşünülmelidir.

1.2. SINIR ÖTESİ HASTA HAREKETLİLİĞİ TANIMI

Sağlık turizmi, kişilerin sağlık hizmeti almak amacıyla hizmetin sunulduğu yere seyahat etmesini gerektirdiği için, hareketlilik sağlık turizmi içindeki üretim ve tüketim döngüsünün (tek unsuru değil ancak) temel unsurudur. Hareketlilik sözcüğü, geçici nitelikte olan ve ikametgah değişikliğini içermeyen akıcılığı anlatmaktadır¹³. Sağlık turizmi, küresel hizmet ticaretinin bir şeklidir. Avrupa Birliği'nde sağlık turizmi kapsamında sınır ötesi hasta hareketliliği ise hareketliliğinin Avrupa iç pazarı içerisinde gerçekleşmesini vurgulamaktadır.

Hareketlilik, Avrupa bütünleşmesinin belirleyici özelliklerinden birisidir; çünkü Avrupa bütünleşmesinin odak noktasında yer alan Avrupa iç pazarı¹⁴, dört temel serbestiye dayanmaktadır; malların, hizmetlerin, sermayenin ve kişilerin serbest dolaşımı¹⁵. Kişilerin serbest dolaşımı bir üye ülkeden diğerine gidilmesine dayanıyorsa *sınırötesi hareketlilik*; aynı ülke içinde bir başka bölgeye gidilmesiyle kendini gösteriyorsa, *bölgelerarası hareketlilik* söz konusudur¹⁶. Bu anlamda tez hastaların üye ülkeler arasında dolaşımını konu edinmiştir.

¹² T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı, "Sağlık Turizmi Organizasyonu Nasıl Olmalıdır?", <http://www.kultur.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF03077CA1048A1834B0B3F062CA1037C7> (09.04.2009).

¹³ Alexandros Tassinopoulos, Heinz Werner and Søren Kristensen, *Mobility and Migration of Labour in the European Union and their Specific Implications for Young People*, CEDEFOP – European Centre for the Development of Vocational Training, Thessaloniki, 1998, s. 6.

¹⁴ Lizbon Antlaşması ile Avrupa Tek Pazarı ifadesi yerine Avrupa İç Pazarı ifadesi getirilmiştir.

¹⁵ Ole B. Jensen and Tim Richardson, *Making European Space Mobility, Power and Territorial Identity*, Routledge, London, 2004, s. 5, 6.

¹⁶ Glinos and Baeten, s. 18.

Sınır ötesi hasta hareketliliği, hem coğrafi olarak ülke sınırların ötesine geçilmesini hem de bir sağlık sisteminin sınırlarından çıkılarak başka bir ülkenin sağlık sisteminin sınırlarına girilmesi anlamına gelmektedir. Ülkeler arasındaki sınırlar, hasta hareketliliğinin gerçekleştiği coğrafi ve mekansal bağlamı oluşturmaktadır. Bir ülkeden diğer ülkeye giden hastalar sadece sınır ötesine geçmekle kalmamakta aynı zamanda bir sistemden diğerine geçiş yapmaktadırlar. Kişilerin serbest dolaşımının, sağlık turizmi kapsamında hasta hareketliliği sayılması için sağlığın korunması amacı taşınması; önceden planlanmış olması; hastanın kendi ülkesi dışında başka bir üye ülkede sağlık hizmetini alması ve hastanın bu ülkedeki konaklamasının geçici bir süreyle sınırlı olması gerekmektedir. Yurt dışında buldukları sırada hasta oldukları için bu ülkede sağlık hizmeti talep eden kişiler örneğin, turistler veya söz konusu yabancı ülkede uzun dönemli ikamet edenler sınır ötesi hasta hareketliliği kapsamına girmemektedir¹⁷.

1.3. UNSURLAR

1.3.1 Sağlıkın Korunması Hakkı

Sınırötesi hasta hareketliliğinin çıkış noktası, sağlığın korunması amacıdır. Sağlıkın korunması ise sağlık hakkı ile yakından ilgilidir. Sağlık hakkı “kişinin, toplumdan, devletten, sağlığının korunmasını, gerektiğinde tedavi edilmesini, iyileştirilmesini isteyebilmesi ve toplumun sağladığı imkanlardan faydalanabilmesi” olarak tanımlanabilir ve temel insan haklarının ayrılmaz bir parçasıdır¹⁸.

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi’nin (1948) 25. maddesinde sağlık hakkı, “herkesin, gerek kendisi gerekse ailesi için, yiyecek, giyim, konut, tıbbi bakım, gerekli sosyal hizmetler dahil olmak üzere sağlığını ve refahını temin edecek uygun bir hayat seviyesine ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, ihtiyarlık hallerinde veya geçim imkanlarından kendi iradesi dışında mahrum kaldığı diğer hallerde güvenliğe hakkı vardır” şeklinde açıklanmaktadır.

¹⁷ Glinos and Baeten, s. 7.

¹⁸ Özkan Bilgili, *Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşları Personeli:İstihdamı ve Sosyal Güvenlikleri*, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir, 2008, s. 9-11.

Birleşmiş Milletler Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi'nin (1966) 12. maddesinin ilk fıkrasında sözleşmeye taraf ülkelerin, herkese mümkün olan en yüksek seviyede fiziksel ve ruhsal sağlık standartlarına sahip olma hakkını tanınması ve 12. maddenin d) bendinde ise hastalık halinde her türlü sağlık hizmetinin ve bakımının sağlanması için gerekli şartların yaratılması için önlem alması hükmüne bağlanmıştır. Avrupa Sosyal Şartı (1961), herkesin “erişilebilir en yüksek bedensel ve zihinsel sağlık standardına sahip olma” hakkı olduğunu kabul eden temel bir belgedir.

Sağlık bakımı, temel sosyal haklardan birisidir¹⁹. Temel sosyal haklar, her vatandaşın birey olarak sahip olduğu ve devlet, bireyi koruma görevini yerine getirdiğinde etkinlik kazanan haklardır. “Sosyal haklar, vatandaşlık haklarının aksine devletten kazanılan özgürlükler değil, devletin yardımıyla elde edilen özgürlüklerdir”. Bu durum, sağlık bakımını birey açısından hak, devlet açısından görev yapmaktadır. Devlet savunma, güvenlik gibi geleneksel işlevlerine ek olarak toplumun ve bireylerin sağlığı ve refahı için olanakları ölçüsünde uygun koşulları sağlamakla yükümlüdür²⁰. Devlet vatandaşlarına sosyal koruma çatısı altında sağlık bakımını hizmeti vermektedir.

1.3.2 Sınır Ötesinde Sağlık Bakımı İstemi

Sınır ötesinde sağlık bakımı istemi, genellikle uzmanlık gerektiren ve uzun bekleme listeleri nedeniyle erişiminin zor olduğu sağlık bakımları için ön plana çıkmaktadır. Kalp ameliyatları, kalça ve diz protezi, estetik cerrahi sağlık turizmi bağlamında en çok tercih edilen sağlık bakımlarıdır²¹. Ayrıca, tüp bebek tedavisi²², romatizma ve eklem rahatsızlıkları, diş ve göz tedavileri de kişilerin yurt dışında

¹⁹ Bkz. Editorial, “The Right to Care for Health: The Contribution of the European Social Charter”, *European Journal of Health Law*, No. 12, 2005, s. 185; European Parliament Directorate General for Research, “Fundamental Social Rights in Europe”, *Working Paper, Social Affairs series*, SOCI 104 EN, European Parliament, Luxembourg, PE 168.629.

²⁰ Tamara K. Hervey and Jean V. McHale, *Health Law and the European Union*, Cambridge University Press, Cambridge, 2004, s. 9.

²¹ William Biesa and Lefteris Zachariab, “Medical tourism: Outsourcing surgery”, *Mathematical and Computer Modelling*, Vol.46, 2007, s. 1144.

²² Richard F. Storrow, “Quests for Conception: Fertility Tourists, Globalization and Feminist Legal Theory”, *Hastings Law Journal*, Vol. 57, 2006, s. 298.

almayı talep ettikleri sağlık bakımları arasındadır. Diğer yandan, 1990'lardan itibaren sağlıklı ve dengeli yaşam tarzının ilgi görmeye başlamasıyla kazanmasıyla turizm sektöründe sağlığın korunmasına yönelik yeni bir alan doğmuştur. Bu alan tıbbi müdahalelerden ziyade sağlığın korunması ve rehabilitasyon hizmetlerini kapsamaktadır²³.

2005 yılında sağlık bakımı amacıyla 500.000 kişi ABD'den başka bir ülkeye seyahat etmiştir. Sınır ötesi sağlık bakımı talebinin gelecekte artması ve sağlık turizmi hacminin 2012 yılında 100 milyar \$'a ulaşması beklenmektedir²⁴. Sağlık turizmi kapsamında kişiler, harcamalarının tamamını ya da önemli bir kısmını kendileri karşılamaktadırlar. AB içinde başka bir üye ülkede sağlık bakımı alan hasta, tedavi harcamalarının bağlı bulunduğu sosyal sigorta kurumu tarafından karşılanmasını talep edebilmektedir. Bu nedenle, AB içerisindeki hasta hareketliliği sağlık turizminin ifade ettiği geniş bağlam içerisinde yoğun kurallara bağlı bir hareketlilik çeşididir. AB vatandaşlarının sınır ötesi seyahat etme oranı yüksek iken (%80) bu grup arasında sağlık hizmetleri nedeniyle seyahat edenlerin oranı (%2-5) ve AB'de sağlık turizmi alanında kişi başına düşen harcama miktarı (2,75 Avro) göreceli olarak düşüktür²⁵. AB içinde sınır ötesi hasta hareketliliğine yönelik harcamaların kamunun sağlık harcamaları içerisindeki payı %1'dir. Bu rakam 9,7 milyar Euro'ya tekabül etmektedir. Rakamsal olarak küçük bir miktar olmakla birlikte, AB içinde sınır ötesi hasta hareketliliğinin zaman içerisinde artması beklenilmektedir²⁶.

²³ John Connell, "Tummy Tucks and the Taj Mahal? Medical Tourism and the Globalization of Health Care", *Tourism Management Analysis, Behaviour and Strategy*, Ed. Arch G. Woodside and Drew Martin, CAB International, 2008, s. 233.

²⁴ Roger W. Evans, "Ethnocentrism is an Unacceptable Rationale for Health Care Policy: A Critique of Transplant Tourism", *American Journal of Transplantation*, Vol. 8, 2008, s.1089.

²⁵ Europe for Patients Final Conference, "Benefits and challenges of enhanced patient mobility in Europe", Press Release 26-27 October 2006; Magdalene Rosenmöller, Martin McKee, Rita Baeten, Irene A. Glinos, "Patient mobility: the context and issues", *Patient Mobility in the European Union Learning From Experiences*, Ed. Magdalene Rosenmöller, Martin McKee, Rita Baeten, World Health Organisation, 2006, s. 2.

²⁶ European Council, Commission Staff Working Document, Accompanying Document to the Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on the Application of Patients' Rights in Cross-Border Healthcare, *Impact Assessment*, {Com(2008) 414 Final} Brussels, 2.7.2008, s. 10-11. 2007 yılında yapılan bir Eurobarometer araştırmasına göre (Flash Eurobarometer 210) Avrupa vatandaşlarının yaklaşık yarısı (%54) sağlık bakımı almak amacıyla başka bir ülkeye seyahat etmeye olumlu yaklaşmaktadır.

Hastanın, genellikle evine en yakın yerden sağlık hizmeti almayı tercih ettiği ve tedavi amacıyla yurt dışına seyahat etmeye pek istekli olmadığı kabul edilir²⁷. Ancak bazı faktörler hastaların yurt dışını tercih etmelerinde etkili olmaktadır. Bunlardan ilki, yakınlık ve benzerliktir. Bu faktör özellikle yerel halkın ülke sınıрыyla bölüdüğü, sınır komşusu bölgelerde etkili olmaktadır. Coğrafi yakınlığın yanı sıra kültür ve dil yakınlığı da hastaların tedavi olmak istedikleri yerle ilgili seçimlerinde etkilidir²⁸. Diğer yandan, gizliliğin tercih edilebileceği tıbbi müdahalelerde (estetik ameliyatlar gibi) uzaklık, tercih sebebi olabilir²⁹. Bununla birlikte, başka bir ülkede sağlık bakımı alma fikri, kişilerin değişen hareketlilik algısıyla da bağlantılıdır. Hava ulaşımının ucuzlaması ve Avrupa'nın birçok yerinde havaalanlarının açılması ülkelerarası hareketliliği kolaylaştırmıştır. Kitle turizminin gelişmesi ve kişilerin yabancı ülkelerde yaşam deneyimlerinin artması, gelir artışıyla birleşince başka bir ülkede hizmet alma fikri artık uzak gelmemektedir³⁰.

İkinci faktör erişilebilirliktir. İhtiyaç duyduğu sağlık hizmetine kendi ülkesinde ulaşamayan kişi, yurt dışına gitme seçeneğini değerlendirebilir. Ulusal sağlık kurumu, söz konusu sağlık hizmetini etik dışı olması (İrlanda'da kürtajın etik nedenlerle yasak olması gibi) ya da çok deneysel olması ve bilimsel kanıtlardan yoksun olması gerekçeleriyle ülke sınırları içerisinde vermiyor olabilir³¹. Hastanın kendi ülkesinde sağlık bakımına erişimi, ulusal sağlık sisteminde kapasite yetersizliğinin yaşandığı; ileri teknoloji ve uzmanlaşma gerektiren tedavi hizmetlerinin bulunmadığı durumlarda kısıtlanmaktadır. Genellikle az nüfuslu veya

²⁷ Werner Brouwer, Job van Exel, Bert Hermans and Arjen Stop, "Should I Stay or Should I Go? Waiting lists and Cross-border Care in the Netherlands", *Health Policy*, Vol.63, 2003, s.297.

²⁸ Helena Legido-Quigley, Irene Glinos, Rita Baeten and Martin McKee, "Patient Mobility in the European Union", *British Medical Journal*, Vol.334, 2007, s. 189.

²⁹ John Connell, "Medical Tourism: Sea, Sun, Sand and... Surgery", *Tourism Management*, Vol. 27, 2006, s.1097.

³⁰ Canan Balkır, Zerrin Toprak Karaman ve Berna Kırkulak, "Uluslararası Emekli Göçünün Sosyal ve Ekonomik Etkileri: Antalya ve Çevresi Üzerine Ampirik bir Çalışma", *The Economic and Social Impact of International Retirement Migration: An Empirical Research on Antalya and Its Districts*, Ed. Canan Balkır, Publication of Dokuz Eylül University Institute of Social Sciences, Izmir, 2008, s. 10,17.

³¹ Nathan Cortez, "Patients Without Borders: The Emerging Global Market for Patients and the Evolution of Modern Health Care", *Indiana Law Journal*, Vol. 83, 2008, s. 74.

küçük ülkeler, pahalı ve ekonomik olmayan yatırımlar yapmak yerine hastaların yabancı ülkede sağlık hizmeti almasını tercih etmektedirler³².

Üçüncü temel faktör maliyet tasarrufudur ve bu faktör genellikle sağlık sigortasının kapsamı dışında kalan veya hastanın tedavi masraflarını önemli ölçüde kendisinin ödediği durumlarda etkili olmaktadır. Hasta hareketliliğinin yönü genellikle tedavi masraflarının yüksek olduğu ülkelere, düşük maliyetli ve yüksek teknolojiye dayanan hizmet sunan ülkelere³³. AB içinde hareketlilik İngiltere, İrlanda, Danimarka, Almanya, İsviçre gibi tedavi masraflarının yüksek olduğu ülkelere Polonya, Macaristan ve Slovenya gibi görece daha düşük olduğu ülkelere doğru iken³⁴ dünyada hasta hareketliliğinin yönü, “üçüncü sınıf fiyatlarla birinci sınıf hizmet” sunan gelişmekte olan ülkelere (Güney Afrika, Singapur, Arjantin) doğrudur³⁵.

Algılanan kalite dördüncü faktördür. Kendi ülkesinde sunulan sağlık hizmetinden memnun olmayan hastalar, yabancı ülkede sunulan sağlık hizmetinin daha kaliteli olduğunu düşünüp, bu ülkeye tedavi için gidebilirler³⁶. Kalite algısında, yabancı hizmet sunucusunun güvenilirliğini belgeleyen nesnel göstergeler önemli rol oynamaktadır. ABD’de Ortak Komisyon, İngiltere ve Hong Kong’da Trent Uluslararası Akreditasyon kuruluşları, bağlı hastaneler ve sağlık kuruluşlarının sağlık hizmetlerinin standartlarını kontrol etmektedir³⁷.

³² Glinos and Baeten, 2006, s. 6.

³³ Milica Z. Bookman and Karla Bookman, *Medical Tourism in Developing Countries*, Palgrave Macmillan, New York, 2007, s. 5.

³⁴ Glinos and Baeten, 2006, s. 6.

³⁵ Annette B. Ramirez de Arellano, “Patients Without Borders: The Emergence of Medical Tourism”, *International Journal of Health Services*, Vol.37, No. 1, 2007, s. 194.

³⁶ Herbert E. G. M. Hermans, “Cross-Border Health Care in the European Union: Recent Legal Implications of Decker and Kohll”, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, Vol. 6, No. 4, 2000, s.434, s. 431–439. ; Ernst Miglbauer, “Health Tourism & Overseas Treatment in England”, 2002, <http://www.bmwfj.gv.at/NR/rdonlyres/9444425D-59C4-416C-8A6B-D774D5079B97/0/GesundheitEnglande.pdf>, s. 7, (12.03.2009).

³⁷ Luigi Bertinato and Marina Canapero, “Health Tourism-the Growth Phenomenon”, 2010, http://www.asianhbm.com/healthcare_management/health_tourism.htm, (03.05.2010).

İtici güç ne olursa olsun hastayı sınır ötesi hareketliliğe yönlendiren kendi ülkesinde kalma seçeneği ile yabancı bir ülkeye gitme seçeneği arasındaki farktır ve karşılaştırmadır³⁸. Ancak bu noktada, hastanın seçim yapma olanağına sahip olsa bile, seçimini bilgi asimetrisi altında yaptığını belirtmek gereklidir. Sağlık alanı dışındaki mal ve hizmet piyasalarında hizmet alıcıları istedikleri mal ve hizmetin etkinliği ve fiyatı hakkında bilgi sahibidirler ve bu bilgileri kendi faydalarını artırmak için kullanabilirler. Sağlık hizmetleri piyasasında ise belirsizlik ve bilgi güçlüğü piyasaya egemendir. Hizmet talep eden kişi ileri düzeyde araştırma yapmış olsa dahi bilgisine başvuracağı ve kendisine hizmet verecek uzman hekimin bilgi düzeyine erişmesi mümkün değildir. Hasta ve doktor arasındaki bilgi asimetrisi, sağlık hizmeti tüketicisini belirsizlik altında seçim yapmak zorunda bırakmaktadır³⁹.

Sağlık turizmi kapsamındaki hareketlilik, sağlık harcamalarının hastanın kendisi tarafından karşılanmasını içeriyorsa, diğer bir ifadeyle, sosyal güvenlik sistemleri arasında sınır ötesi sağlık hizmeti alımı nedeniyle bir ilişki oluşmuyorsa, burada hastanın serbest dolaşımı, sağlık hizmeti ticaretinin bir şeklidir. Ancak, hasta AB üyesi bir başka ülkede aldığı sağlık hizmetine ait harcamaların, kendi ulusal kurumu tarafından ödenmesini talep ediyorsa, bu iki ülkenin sosyal güvenlik sistemleri arasında hizmet alımı nedeniyle bir ilişki kurulmaktadır. Hasta, bağlı olduğu sosyal sigorta kurumundan sınır ötesinde sağlık bakımı almak için izin alırsa, bu hastanın tedavi harcamaları bağlı olduğu kurum tarafından karşılanmaktadır. Hastanın gittiği üye ülke, aynı yardıma olarak yani ücretsiz sağlık hizmeti veriyorsa, bu hasta da gittiği ülkedeki vatandaşlarla aynı koşullar altında ücretsiz olarak bu hizmeti alabilecektir. Hastanın hizmet aldığı sistem, harcamanın önce hasta tarafından yapılması ve sonrasında sigorta kurumunun hastaya geri ödeme yapmasına dayanıyorsa, o zaman hasta, bu ülkenin vatandaşlarıyla aynı koşullarda geri ödeme alma hakkına sahiptir.

³⁸ Glinos and Baeten, 2006, s. 6, 7.

³⁹ Ramazan Erdem ve Hasan Hüseyin Yıldırım, "Sağlık Hizmetlerinde Vekalet İlişkisi ve Arzın Talep Yaratması Problemi", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt:6, Sayı:2, 2003, s.2.

1.3.3 Sınır Ötesinde Sağlık Bakımı Sunumu

Sağlık hizmeti sunumu, talebi ve bu hizmetlerin finansmanı diğer ekonomik faaliyetlerden önemli ölçüde farklıdır. Sağlık sektörünün hastalık, acı çekme, yaşam ve ölüm üzerindeki doğrudan etkisi onu kendine özgü bir yere taşımaktadır Sağlık hizmetlerinin kişiye özgü müdahaleler dışında kalan önemli bir bölümü toplumsal hizmet niteliğindedir⁴⁰.

Sınır ötesinde sağlık bakımı arzı temelde tedavi amacıyla gelenlere konaklama, sağlık hizmeti ve diğer tamamlayıcı hizmetlerin sunulmasını içermektedir. Hizmet sunucuları kamuda veya özel sektörde faaliyet gösteren hastane veya kliniklerdir. Sağlık hizmeti alan kişinin sağlık durumuna uygun şekilde ülkesine geri dönmesinin güvence altına alınması önem taşımaktadır. Sağlık hizmetinin kendine özgü niteliğinden dolayı, sunulan sağlık hizmeti çoğu zaman tıbbi bakım ya da tedavi sonrasında da iyileşme sürecinin gözetim altında tutulmasını gerektirir. Hastanın aldığı tedavinin sürekliliğinin sağlanması amacıyla hasta ile, hastanın kendi ülkesindeki ilgili sağlık kuruluşu veya doktoru ile iletişim kurulması; bilgi paylaşımında bulunulması; söz konusu işbirliğinin sürekliliğinin sağlanması ve böylece gerekli olduğu durumlarda iyileşme sürecinin kontrol edilmesi önem taşımaktadır.

Sınır ötesi hasta hareketliliği tıbbi bakım boyutunun yanı sıra, hasta kabul eden ülkedeki sağlık hizmeti arzının yapısında değişikliklere neden olabilmektedir. Özellikle yabancı hasta çekmek isteyen ülkelerde belirli alanlarda uzmanlaşmış hastanelerin, kliniklerin, tanı ve tedavi merkezlerinin kurulmasını; belirli alanda uzman sağlık personeli istihdam edilmesini teşvik edebilir. Sağlık personelinin sınır ötesi hareketliliğini etkileyebilmektedir⁴¹. Rekabetin oldukça yüksek olduğu sağlık turizminde, sunulan hizmetinin ağırlama boyutunun giderek daha fazla ön plana

⁴⁰ János Kornai and Karen Eggleston, *Welfare, Choice and Solidarity in Transition: Reforming the Health Section in Eastern Europe*, Cambridge University Press, Cambridge, 2001, s. 49.

⁴¹ Percivil M. Carrera, "Medical Tourism", *Health Affairs*, Vol.25, No. 5, 2006, s. 1453.

çıkarıldığı görülmektedir. “Hastane gibi kokmayan” “beş yıldızlı hastaneler”, “hemşireleri olan oteller”⁴², bu eğilimin birer uç göstergeleridir.

Sağlığın korunması ve sosyal güvenlik sağlanması refah devletinin görevleri arasındadır. AB ülkeleri, refah devleti anlayışının köklü bir geçmişe sahip olduğu ülkelerdir. Refah devleti Avrupa’da tarihsel süreç içerisinde ulus devletin gelişimiyle birlikte gelişim göstermiş ve finansman ve hizmetlerin dağıtımını açısından farklılaşan üç temel model ortaya çıkmıştır⁴³. Tek bir Avrupa refah devleti modeli yoktur. Avrupa ülkelerinin benimsediği farklı refah devleti anlayışları, onların sağlık bakımı ve sosyal güvenlik hizmeti sunumlarını da farklılaştırmaktadır. Hasta, hizmet almak için gittiği üye ülkedeki vatandaşlarla eşit şartlar altında, bu ülkede sağlık hizmeti almaktadır; aynı kurallara tabidir.

1.3.4 Refah Devletinin Sınırlarının Aşılması

Refah devleti, sağlık sisteminden ve sosyal güvenlik sisteminden daha geniş bir kavramdır. Refah devleti toplumun, üyelerinin tümünün refahını temel düzeyde sağlamak için hukuki dolayısıyla resmi ve açık sorumluluk almasının sonucu ortaya çıkan kurumsal yapıyı ifade eder. Refah devleti, bireyin refahının resmi olmayan düzenlemelere ve özel girişimlere bırakılmayacak kadar önemli olduğu inancının yerleştiği toplumlarda ortaya çıkan bir yapıdır⁴⁴. Asa Briggs’in tanımına göre refah devletinin başlıca üç işlevi vardır: birincisi, bireylere ve ailelerine, işleri veya işgücü piyasasındaki durumları ne düzeyde olursa olsun asgari gelir güvencesi sağlanması; ikincisi bireysel veya ailesel sorunlara yol açabilecek hastalık, işsizlik, yaşlılık gibi sosyal riskler karşısında belirli ölçüde güven sağlanması; üçüncüsü üzerinde uzlaşmaya varılan sosyal hizmet alanlarında, en iyi standartların tüm vatandaşlara ayırım yapılmadan sunulmasıdır⁴⁵.

⁴² Joe Flower, “Five Star Hospitals”, *Strategy and Business*, No. 42, 2006, s. 2, 7, 9.

⁴³ Ayrıntılı bilgi tezde, 1.4.2 No’lu Refah Devleti Modelleri başlığı altında sunulmuştur.

⁴⁴ Mel Cousins, *European Welfare States: Comparative Perspectives*, Sage Publications, London, 2005, s. 6.

⁴⁵ Asa Briggs’den aktaran Abdülkadir Şenkal, *Küreselleşme Sürecinde Sosyal Politika*, Alfa Basım Yayım, İstanbul, 2005, s.321.; Meryem Koray, *Avrupa Toplum Modeli*, 2.b., İmge Kitabevi, İstanbul, 2007, s.192; Cousins, s.6.

Hasta, bir ülkeden diğerine geçerken aynı zamanda bir refah devleti modelinden diğerine geçmektedir. Bu durum, hasta açısından belirsizlik ve risk kaynağıdır. Ancak refah devleti tüm üye ülkelerin ve Avrupa sosyal modelinin temel özelliklerinden birisi⁴⁶ olduğu için hastaya belirli düzeyde güvenlik ağı sunulmaktadır. Avrupa refah devleti modellerinin ortak özelliklere sahip olması ve hastaya, bir sistemden diğerine geçerken asgari düzeyde koruma sağlaması anlamına gelmektedir. Diğer yandan hastanın başka bir ülkede sağlık bakımı alması ve sosyal sigortasının bakım harcamalarını karşılaması belirli koşullar altında gerçekleşen bir durumdur. Genel olarak sosyal güvenlik sistemleri sağlık bakımına erişimi ülke sınırları içerisinde bir hak olarak görmekte ve kişilere ülkelerinde aldıkları tedavinin geri ödemesini yapmaktadır⁴⁷.

Sağlık turizmi kapsamında sınır ötesi hasta hareketliliği, yukarıda da belirtildiği üzere bir sağlık sisteminden diğerine geçilmesi anlamına geldiği için Avrupa Birliği içinde sağlık sistemlerini temel özellikleriyle tanımak gerekli olmaktadır. Sağlık sistemlerinden sonra bu sistemleri kapsayan refah devleti modelleri incelenecektir. Sonrasında, üye devletlerin refahın korunmasına dair kurdukları bu sistemlerin temel özelliklerini barındıran ancak kendine özgü özellikleri ile farklılaşan Avrupa sosyal modeli ele alınacaktır. Bunlar, sınır ötesi hasta hareketliliğinin bölgesel bağlamını diğer bir ifadeyle AB'ye özgü bağlamını oluşturmaktadır. Küresel bağlamda ise hizmetler ticareti ve sağlık turizmi yer almaktadır.

1.4 BAĞLAM

1.4.1 Ulusal Sağlık Sistemleri

Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemi, sorumluluğun ve gücün dağılım sınırlarını göstermesi açısından önem taşımaktadır. Üye ülkelerin sağlık sistemleri vergiler ya da çalışan ve işverenlerden elde edilen katkılar ile finanse edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin farklı şekillerde finanse ediliyor olması beraberinde, her biri

⁴⁶ Pierre Pestieau, *The Welfare State in the European Union: Economic and Social Perspectives*, Oxford University Press, Oxford, 2006, s.1.

⁴⁷ Yves Jorens, "The Right to Health Care Across Borders", *The Impact of EU Law on Health Care Systems*, Ed. Martin McKee, Elias Mossialos and Rita Baeten, P.I.E.Peter Lang, Brussels, 2002, s.86.

kendi çıkarlarını korumak ve gelişmek isteyen farklı siyasi ve ekonomik aktörlerin birlikteliğini getirmektedir⁴⁸. Bu ilişkiler ağı, AB içerisinde iki temel gruba ayrılabilir: sosyal sigorta sistemi ve ulusal sağlık hizmetleri. Sağlık sistemlerinin finansman yönteminin belirlenmesinde, bu sistemlerin içinde yer aldığı daha geniş bir sistem olan refah devleti sistemlerinin özellikleri etkili olmaktadır. Sosyal sigorta sistemi temelde bazı grupların zorunlu olarak sigorta edilmesine dayanan bir sistemdir; günümüzde sigortanın kapsamı görünürde tüm nüfusu kapsayacak şekilde genişlemiştir. Sigorta primleri genellikle gelire oranlıdır ve toplam harcama temelinde hesaplanmaktadır. Kurumsal açıdan, sağlık sistemleri genel sosyal güvenlik sisteminin parçası olarak yürütülmektedir⁴⁹. Sağlık sistemleri ile sosyal koruma arasında işlevsel bir bağ vardır. Sağlık sistemleri, sosyal güvenliğin üç temel işlevini yerine getirmektedir: tedavi, aynı yardım (ilaç ya da yatarak bakım gibi) ve işgöremezlik durumunda parasal yardım. Bu şekilde, sigortanın harcamaları sağlık sistemi üzerinden gerçekleşmektedir.

Sosyal sigorta sistemleri ülkelere özgü nitelikler taşımakla birlikte bazı ortak özellikler sergilemektedirler: Hastalık fonları, hizmet satın alan/hizmet için ödeme yapan kurumlar olarak faaliyet göstermektedir. Primler ya hastalık fonları tarafından doğrudan toplanmakta (Avusturya, Fransa, Almanya) ya da devlet tarafından idare edilen merkezi bir fon tarafından hastalık fonlarına dağıtılmaktadır (Lüksemburg, Hollanda). Belçika Gent sistemini benimsemiştir. Bu fonlar kar amacı gütmeyen kendine özgü kuruluşlardır ve yönetim kurulu kısmen fon üyeleri tarafından seçilmektedir (Fransa hariç). Hastalık fonlarının nasıl işleyeceği ya ulusal mevzuat tarafından belirlenmiştir (Avusturya, Fransa, Almanya, Lüksemburg ve Hollanda) ya da devletin zorunlu hukuki düzenlemeleri ile sıkı bir şekilde kontrol edilmektedir. Hastalık fonları, hizmet sunucularıyla yaptıkları sözleşmeleri kolektif olarak finanse edebilmek için üyelerin prim ödemelerinden gelen gelirleri kullanmaktadır⁵⁰.

⁴⁸ Richard Freeman, *The Politics of Health in Europe*, Manchester University Press, Manchester, 2000, s.2.

⁴⁹ Hervey and McHale, s.22.

⁵⁰ Richard B. Saltman, "Social Health Insurance in Perspective: the Challenge of Sustaining Stability", *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, Ed. Richard B. Saltman, Reinhard Busse and Josep Figueras, Open University Press McGrawHill Education, Berkshire, 2004, s. 7.

Ulusal sağlık hizmetleri kamu vergileriyle finanse edilmektedir ve aynı yardım sistemine göre hizmet vermektedir. Ulusal sağlık sistemine sahip lkeler İngiltere, İrlanda, Yunanistan, Portekiz, İspanya, Danimarka, İsveç ve Finlandiya'dır⁵¹. lkeler arasında yönetimin sorumluluğunun merkezi ya da ademi merkezi olması açısından farklılıklar bulunmaktadır. İngiltere ve İrlanda daha merkezi yönetime sahipken İtalya, Portekiz, İspanya, Yunanistan, Danimarka, İsveç ve Finlandiya daha ademi merkezi sağlık hizmetleri organizasyonuna sahiptirler. İngiltere'de sağlık hizmeti ağırlıklı olarak Ulusal Sağlık Sistemi tarafından sağlanmakta ve vergilerle finanse edilmektedir. İngiliz ulusal sağlık sistemi, sağlık hizmetinin ücretsiz verilmesi ilkesine dayalı olarak kurulmuştur⁵².

Vergi temeline dayanan finansman ve evrensel kapsam, sağlık hizmetinin devlet tarafından verilmesi ve kamu sağlık personelinin çalıştırılması anlamına gelmektedir. Sigorta katkıları, bölge veya meslek grubuna göre organize edilmektedir. Fonlar, yatarak sağlık hizmetleri sağlayıcıları ve verdikleri hizmete göre ödeme yapılan bağımsız doktorlar ile sözleşme yapmaktadır. Sözleşme yapılan hizmet sunucuları kamu veya özel sektörden olabilmektedir.⁵³

Avrupa lkelerinin sağlık sistemlerinde, özel sağlık sigortası ayrı bir yer tutmaktadır. Özel sağlık sigortası, üç temel işlev görmektedir: yasal sağlık sigortası için bir alternatif oluşturma (Hollanda); yasal sigorta tarafından sunulmayan hizmetleri tamamlayarak sosyal sigorta kapsamına alınmayan riskler için güvence sağlama (rneğin bazı diş tedavileri); kişilerin mevcut sağlık sigortasına ek olarak güvence sađlamaktır⁵⁴. Ek sağlık sigortası, sağlık bakımında "tüketicici seçimini" ve

⁵¹ Rita Baeten, Bart Vanhercke and Michael Coucheir, "The Europeanisation of National Health Care Systems: Creative Adaptation in the Shadow of Patient Mobility Case Law", *OSE Paper Series*, No. 3, 2010, Observatoire Social Européen, Brussels, s. 7.

⁵² Hervey and McHale, s. 22.

⁵³ Freeman, s. 5, 6.

⁵⁴ Jürgen Wasem, Stefan Greß and Kieke G.H. Okma, "The Role of Private Health Insurance in Social Health Insurance Countries", *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, Ed. Richard B. Saltman, Reinhard Busse and Josep Figueras, Open University Press McGrawHill Education, Berkshire, 2004, s. 227.

farklı sağlık hizmetlerine erişim olanaklarını arttırmak amacıyla, çoğunlukla vergiyle finanse edilen sağlık sistemlerinde benimsenen bir sigorta řeklidir⁵⁵.

Buraya kadar olan bölümde her üye devletin farklı özellikler taşıyan sağlık sistemlerine sahip olduğu ve sağlık sistemlerinin yoğun ulusal kurallar çerçevesinde düzenlendiği vurgulanmıştır. Bir sonraki bölümde refah devleti modelleri ele alınacaktır. Sınır ötesi hasta hareketliliğinin bir unsurunun refah devletinin sınırlarının ötesine geçilmesi olduğu yukarıda vurgulanmıştı. Burada, refah devletinin, Avrupa devletleri ve halkları açısından anlamının daha iyi ortaya konulabilmesi için öncelikle Avrupa’da refah devleti anlayışının gelişimi açıklanacak sonrasında farklı modellerin özelliklerine yer verilecektir.

1.4.2 Refah Devleti Modelleri

Refah devleti, Avrupa ülkelerinin ve Avrupa Sosyal Modeli’nin kendine özgü özelliklerinden birisidir. Üye ülkelerin uzun bir geçmişe sahip ve köklü bir gelenek haline gelen sosyal kuralları, Avrupa bütünleşmesinin sosyal boyutunun temelini oluşturmaktadır⁵⁶. Refah devletleri ulus devletlerdir ve ulusal refah devletleri Avrupa sosyal politikasının temel kurumları arasında yer almaktadır⁵⁷. Avrupa’da refah devletlerinin başlıca dört aşama içinde şekillendiği kabul edilmektedir. 1888’deki yasal düzenlemeler ile başlayan ilk dönemde bazı Avrupa ülkelerinde iş kazası sigortası, gönüllü veya zorunlu hastalık sigortası, yaşlılık sigortası ve bir tür işsizlik sigortası uygulanmaya başlamıştır. Sosyal sigortalar, refah devleti yolundaki uygulamaların temelini oluşturmaktadır. Sanayileşmeyi izleyen düzenlemelerle sosyal güvenlik sistemine somut adımlar atılmıştır. Bu dönemin temel özelliği riske özgü ve risk kapsamıyla sınırlı sigortaların uygulanmasıdır⁵⁸.

⁵⁵ Elias Mossialos and Sarah Thomson, *Voluntary Health Insurance in the European Union*, World Health Organization- European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2004, s. 26.

⁵⁶ Desmond Dinan, *Ever Closer Union An Introduction to European Integration*, 3.b., Palgrave Macmillan, Hampshire, 2005, s. 449.

⁵⁷ Stephan Leibfried and Paul Pierson, “Social Policy Left to the Courts or Markets?”, *Policy Making in the European Union*, 4.b., Ed. Helen Wallace and William Wallace, Oxford University Press, Oxford, 2000, s. 268.

⁵⁸ Meryem Koray ve Alper Topçuoğlu, *Sosyal Politika*, 3.b., Ezgi Kitabevi Yayınları, Bursa, 1995, s.136 ; Koray, s. 185.

İlk sosyal sigorta sistemi olan Alman Sosyal Sigortalar Sistemi 1880-1890 tarihleri arasında yürürlüğe konulan yasalarla oluşturulmuştur. Bu dönemin kendine özgü koşulları (Almanya'nın diğer Avrupa ülkelerine göre daha yüksek sanayileşme düzeyi, kentlerde yoksulluk içinde yaşayan işçi sayısındaki artış, 1877 ekonomik bunalımı ile zorlaşan yaşam koşulları ve sosyalist düşünce akımı) Otto von Bismarck'ı bir yandan geleneksel baskı politikasını izlerken, diğer yandan devlete sosyal nitelik kazandırarak işçileri sistemle bütünleştirmeye ve sosyalist düşünce akımlarını etkisiz hale getirmeye yönlendirmiştir⁵⁹.

İngiltere'de devletin işçileri sosyal risklere karşı korumak amacıyla müdahale etmesine uzunca bir süre karşı çıkılmıştır. 1601 yılındaki Yoksullar Yasası dışında, 1897 yılında iş kazası halinde işverenin sorumluluğunu öngören bir yasa kabul edilmiştir. 1911 yılında yürürlüğe giren Ulusal Sigorta Yasası hastalık, sakatlık ve işsizlik sigortaları alanlarında düzenleme getirmiştir. Daha sonraki yasalarda dul ve yetimlere aylık bağlanması sağlanmıştır. Sosyal sigortaların yönetimi açısından İngiliz sistemi kamu otoritelerine geniş yetkiler tanımıştır. 1942 yılında yayınlanan Beveridge raporu, köklü değişimin kaynağı olmuştur. Fransa'da ise sosyal sigorta mevzuatının temeli olan 1928 yılındaki yasa, 1945 yılındaki genel düzenlemeye kadar Fransız sosyal sigorta sisteminin çatısını oluşturmuştur. Bundan önce kimi meslek grupları için özel düzenlemeler söz konusu ise de uygulamalar dağınık ve başarısız olarak görülmektedir⁶⁰.

İki Dünya Savaşı arasındaki ikinci dönemde, sigorta uygulamaları diğer Avrupa ülkeleri arasında da yayılmıştır. İkinci Dünya Savaşı sonrasında başlayan üçüncü dönemde sosyal politikaların ve refah devletinin toplumsal bütünleşme işlevi ön plana çıkmıştır⁶¹. 1950'ye kadar tüm Avrupa ülkelerinde iş kazası, hastalık,

⁵⁹ Ali Güzel ve Ali Rıza Okur, *Sosyal Güvenlik Hukuku*, 9.b., Beta Yayınevi, İstanbul, 2003, s.18 ; Richard B. Saltman and Hans F.W. Dubois, "The Historical and Social Base of Social Health Insurance Systems", *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, Ed. Richard B. Saltman, Reinhard Busse and Josep Figueras, Open University Press McGrawHill Education, Berkshire, 2004, s. 23.

⁶⁰ Güzel ve Okur, s. 20, 21.

⁶¹ Ali Güzel, "Avrupa Birliği'ne Tam Üyelik Sürecinde Türk Sosyal Güvenlik Sistemi", *İktisat Dergisi*, Sayı:409, 2001, s. 37.

yaşlılık ve işsizlik gibi dört temel sigorta dalında kapsamlı uygulamalara geçilmiştir⁶².

1950’de Avrupa ülkelerine bakıldığında iki farklı refah devleti örneği ile karşılaşılmaktadır. İlki, Almanya, Avusturya, Hollanda ve Belçika’dan oluşan Hristiyan merkezci gruptur. Bu grupta refah devleti cömert sayılabilecek sosyal edimler sunmakla birlikte, kapsamı ortalama veya ortalamanın üzerindedir ancak evrensel değildir. İsveç ve Norveç’in liderliğini yaptığı sosyal demokrat grupta refah devleti neredeyse evrensel kapsamda gelişim gösterse de sunulan sosyal edimler düşük veya orta düzeyde sınırlı kalmıştır⁶³.

1950’den 1970’lerin ortasına uzanan dönem, Avrupa refah devletinin kendine özgü özelliklerinin ortaya çıktığı bir dönemdir. Bu dönemde tüm sigorta kolları birleştirilerek genel bir sigorta sistemi kurulmuş ve bu sigorta sistemleri daha kapsayıcı nitelikteki sosyal güvenlik kavramı altına toplanmıştır. Refah devleti artık sosyal haklar ve vatandaşlık temeline oturmuştur ve eğitim, istihdam, çalışma koşulları gibi alanlar da politika hedefleri arasına girmiştir. Bu dönemde dış ekonomik koşulların da uygun olmasının etkisiyle piyasa ekonomisi içinde Keynesyen ekonomi politikalarıyla bir yanda ekonomik büyüme, diğer yanda refah devleti uygulamaları bir arada yürütülmüş, sosyal harcamaları GSYH içindeki payı atmıştır⁶⁴.

1970 sonrasında dış yapıda ve iç yapıda değişen koşullar refah devletlerinde köklü değişimleri de getirmiştir. 1970’lerin sonunda Avrupa ülkeleri sosyal harcamaları bakımından üç ana gruba ayrılmıştır. İlk grup olan sosyal demokrat grupta Finlandiya, Norveç, İsveç ve Danimarka; ikinci grup olan Hristiyan merkezci grupta Avusturya, Belçika, Almanya ve Hollanda yer almaktadır. Üçüncü grupta sosyal harcamalara görece az pay ayıran ülkeler olan Portekiz, İspanya ve Yunanistan yer almaktadır. Sosyal demokrat modeldeki ülkeler yüksek sosyal harcamalara

⁶² Koray, s. 186-190.

⁶³ Cousins, s. 89.

⁶⁴ Koray, s. 186-190.

sahiptir (GSYH'lerinin ortalama %26,7'si). Sosyal refah hizmetlerine emeklilik aylıklarından daha fazla pay ayırmaktadırlar. Bu gruptaki ülkeler en fazla aile yardımı yapan ülkelerdir. Hristiyan merkezci gruptaki ülkeler GSYH'lerinin ortalama %26'sı gibi yüksek bir oranı sosyal korumaya ayırmaktadırlar. Sosyal harcamalar, sağlık ve emeklilik aylıklarına yoğunlaşmaktadır (%40'ı emeklilik, %25'i sağlık harcamaları). Aile yardımları ve yaşlılara yönelik hizmetlerin sosyal harcamalar içindeki payı düşüktür. Güney Avrupa ülkeleri düşük sosyal harcama düzeyleriyle diğerlerinden ayrılmaktadırlar (ortalama %21,7). Harcamalar emeklilik aylıkları ve sağlık harcamaları (sırasıyla %40ve %25) üzerinde yoğunlaşmakta ve refah hizmetlerine çok az pay ayrılmaktadır⁶⁵.

1970 sonrası dönemde, Avrupa refah devletinin gelişim sınırları sorgulanır hale gelmiş ve refah devletinde yeniden yapılanmanın gerekli olduğuna ilişkin tartışmalar gündeme gelmiştir⁶⁶. Sağlık masraflarının kısılması ve devlet finansmanının sınırlandırılmasına ilişkin görüşler devletin sağlık alanından çekilmesi taleplerine yol açmıştır⁶⁷. Bu süreçte ulus devlet ekonomik ve sosyal alandaki ayrıcalıklarından bir kısmını giderek kendi içinde özel sektöre ve kendi dışında da uluslararası veya bölgesel kuruluşlara bırakmaktadır. Belirli kararlar aşamalı olarak ya ulus devletin alt kademelerine doğru ya da ulus-ötesine doğru yer değiştirmektedir. Devletin geleneksel rolleri bu süreçte değişime uğramaktadır⁶⁸.

Avrupa'daki refah anlayışı dinamikdir⁶⁹. Çünkü Avrupa'da refah devleti uygulamaları bir uçta liberalizmin diğer uçta sosyal demokrasinin bulunduğu eksen üzerinde farklı noktalarda ortaya çıkan bileşimlerden oluşmaktadır. Farklı sentezler liberal-sosyal sentez, piyasa ile refah devleti, bireysel ahlak ile sosyal sorumluluk, rekabet ile sosyal dayanışma, verimlilik ile sosyal güvence gibi farklı değerlerin,

⁶⁵ Cousins, s. 95-98.

⁶⁶ Koray, s. 186-190.

⁶⁷ Michael Moran, *Governing the Health Care State A Comparative Study of the United Kingdom, the United States and Germany*, Manchester University Press, Manchester, 1999, s. 4.

⁶⁸ Zeki Erdut, "Liberal Ekonomi Politikaları ve Sosyal Politika", *Çalışma ve Toplum*, Cilt:2, 2004, s.27.

⁶⁹ Şenkal, s.43.

zaman ve ülkelere göre değişen karışımını ifade etmektedir. Karışımın ölçülerini belirleyen siyasal yoldan kullanılan toplumsal iradedir⁷⁰.

Liberal-sosyal sentezin iki ucundaki görüşlerin sosyal ihtiyaç ve vatandaşlık kavramlarına yaklaşımı Avrupa ülkelerinde refah devletinin gelişimi açısından belirleyici olmuştur. Liberal yaklaşım refah devletine ahlaki ve faydacı bir bakışla yaklaşmakta, yoksulluğun giderilmesi ve piyasaya girmede fırsat eşitliğinin sağlanması gibi konularda ve toplumun iyiliği adına devletin müdahalede bulunmasını kabul etse de bunların bir hak olarak görülmesine karşı çıkmaktadır. Liberal yaklaşıma göre, birey ve toplum ihtiyaçlarının devlet tarafından karşılanması hem bireysel özgürlüklerin hem de piyasanın işleyişinin önünde engel oluşturmaktadır. Liberal yaklaşım vatandaşlığın, büyük ölçüde temel hak ve özgürlükler ile siyasal haklardan oluştuğu kabul etmekte diğer ihtiyaçların karşılanmasını ise bireysel sorumluluk olarak görmektedir. Sosyal demokrat yaklaşım, ekonomik-sosyal koşulların iyileştirilmesinde devlete ve siyasal demokrasiye büyük sorumluluk yüklemektedir⁷¹.

Refah devletlerinin sınıflandırılmaları konusunda en sık başvuru olan Esping-Andersen'in "Refah Kapitalizminin Üç Dünyası" adlı eserinde yaptığı sınıflandırmadır⁷². Esping-Andersen refah devletini, sosyal programlar üzerindeki toplam harcamalar veya sistemin yeniden dağıtım seviyesine göre analiz etmekte; sınıflandırma sistemini de programın evrensel olup olmadığı ve kişilerin emek piyasasına güvenmeksizin geçinmelerini sağlayabilmelerine göre düzenlemektedir⁷³. Tezde, Esping-Andersen'in refah devletleri sınıflandırmasını temel alınacaktır.

⁷⁰ Koray, s. 120, 193.

⁷¹ Koray, s. 195.

⁷² Gøsta Esping-Andersen, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press, Cambridge, 1990. Bkz. Şenkal, s. 322.

⁷³ Ramazan Gökbunar, Harun Özdemir ve Alparslan Uğur, "Küreselleşme Kıskaçındaki Refah Devletinde Sosyal Refah Harcamaları", *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, Vol .9, No. 2, 2008, s. 159-160 ; Mark Kleinman, *A European Welfare State? European Union Social Policy in Context*, Palgrave, New York, 2002, s. 30.

Tablo 1: Refah Devleti Modelleri

	Liberal	Sosyal-Demokrat	Muhafazakar
Coğrafi durum	Anglo-sakson ülkeleri	İskandinav ülkeleri	Kıta Avrupası
Tarihi kökleri	Beveridge	Beveridge	Bismarck
Hedefleri	Yoksulluk ve işsizlikle mücadele	Gelirin herkes için güvence altına alınması, gelirin yeniden dağıtımı	Çalışanların gelirinin güvence altına alınması
Uygulama	Belirli sosyal gruplar üzerine yoğunlaşılması	Yeniden dağıtım	Çalışanlar için sosyal sigorta
Hizmetlere erişim için gerekli koşullar	Yoksulluk, ihtiyaç	Vatandaşlık, yerleşme hakkı	İstihdam
Mali temel	Vergi	Vergi	Sigorta katkı payı
İdari yapılanma	Merkezi, devlet tarafından yönetilen	Ademi merkezi, devlet tarafından yönetilen	İşçiler ve işverenler tarafından yönetilen

Kaynak: Thomas Kostera, “Unwelcome Europeanisation-The Development of European Cross-Border Patient Mobility”, MA Dissertation, College of Europe Department of European Political and Administrative Studies, Bruges, 2007, s.5.

Liberal refah devleti modeli, William Beveridge başkanlığındaki komisyon tarafından 1942 yılında hazırlanan Beveridge Raporu'nun İngiltere'de II. Dünya Savaşı sonrasında hayata geçirilmesi çabalarına dayanmaktadır. Model, geliri olmayan veya çok düşük düzeyde geliri olan gruplar üzerinde yoğunlaşmakta; asgari düzeyde sosyal güvenlik sağlamaktadır. Devlet, kendi çabalarıyla “iyilik durumu”na ulaşamayan bireyler için tedbirler almakta; ihtiyacın kanıtlanmasına bağlı olarak sosyal yardım sunmaktadır⁷⁴. Sosyal hizmetler, sağlık ve eğitim alanları dışında gelişmiş değildir. Sosyal programların amacı piyasayı ve piyasaya girişi güçlendirmektir, bunu da herkese düşük asgari gelir güvencesi vererek ya da aktif olarak özel refah programlarına katkıda bulunarak yapmaktadır. Sendikalar güçlü değildir, çalışma ilişkileri İskandinav modelindeki gibi eşgüdümü sağlanmış değildir, ücret pazarlıkları merkezi olarak yapılmamaktadır⁷⁵. Devletin sosyal refah sağlama

⁷⁴ Ali Nazım Sözer, *Sosyal Devlet Uygulamaları Almanya, İngiltere, Hollanda, Türkiye*, Türkiye İşçi Emeklileri Cemiyeti, İzmir, 1997, s.54.

⁷⁵ Gøsta Esping-Andersen, Duncan Gallie, Anton Hemerijck and John Myles, *Why We Need a New Welfare State*, Oxford University Press, Oxford, 2002, s.179; Thomas Kostera, “Unwelcome Europeanisation-The Development of European Cross-Border Patient Mobility”, MA Dissertation, College of Europe Department of European Political and Administrative Studies, Bruges, 2007, s.4.

amacıyla doğrudan müdahale etmesine karşı çıkan bu modelde sonuç olarak, iki sınıfa ayrılan bir toplum yapısı ortaya çıkmaktadır, bir yanda refah devletinden faydalananlar arasında yoksullukta eşitlik sağlanırken, diğer yanda piyasanın sağladığı olanaklardan faydalanabilenler arasında zenginlikte farklılıklar yaşanmaktadır. 1980 sonrası İngiltere, bu modelin AB içindeki temsilcisi⁷⁶ sayılmaktadır.

Muhafazakar Refah Devleti, Kıta Avrupası modeli olarak da anılmaktadır. Devletçi, korporatist (sosyal kurumlarca sağlanan) ve aile merkezli bir yapıya sahiptir⁷⁷. AB ülkelerinden Almanya, Fransa, İtalya, Belçika ve Hollanda Kıta Avrupası refah modeline sahiptir. Bu ülkelerde güçlü devlet yönetimi ve sosyal grupların katılımını içeren Bismarck geleneği mevcuttur. Bismarck sistemi, işçi sorunları nedeniyle kurulduğu için çalışma esasına göre işlemektedir. Farklı çalışan grupları için farklı sigorta kurumları kurulmuştur. Sosyal sigortalar risklere karşı en önemli güvence araçlarıdır. Bu refah modelinin merkezinde büyük ölçüde işçi ve işveren primlerinden finanse edilen ve devletin kimi ülkelerde vergilerden kaynak aktararak desteklediği sosyal sigortalar yer almaktadır. Hizmetlerin organizasyonu ve dağıtımında (yönetim, sigorta fonlarının dağıtımı ve hizmetlerin sunumu) devlet dışı aktörler etkilidir. Sendikaların ve işverenlerin kurmuş oldukları yardım sandıkları arasında zaman içinde edim ve yönetim birliği büyük ölçüde sağlanmış, bu sandıkların varlıklarını birlikte sürdürmelerine olanak tanınmıştır⁷⁸. Muhafazakar yaklaşımda, devlet asgari düzeyde müdahale eder. Bu yönüyle bireyci liberal modelden ve toplumun tümüne koruma sağlayan sosyal demokrat modelden ayrılmaktadır⁷⁹. Muhafazakar-Korporatist model sosyal sınıf ve statüye bağlıdır. Özel sigorta kapsamı için dar bir alan bırakılmıştır⁸⁰.

⁷⁶ Koray, s.198.

⁷⁷ Esping-Andersen, Gallie, Hemerijck and Myles, s.179.

⁷⁸ Sözer, s. 7.

⁷⁹ Gökbunar, Özdemir ve Uğur, s. 161.

⁸⁰ Pierre Pestieau, *The Welfare State in the European Union Economic and Social Perspectives*, Oxford University Press, Oxford, 2006, s. 40.

İskandinav ya da Sosyal demokrat model, “kamu hizmeti devleti”nin bir parçası olarak temelde vergilerle finanse edilmektedir, evrensellik ilkesi geçerlidir. Liberal modelde nakit yardımlar daha ağırlıklı iken sosyal demokrat modelde sosyal hizmetlerin devlet tarafından sunumu önem taşımaktadır⁸¹. Sosyal demokrat refah devletleri tüm vatandaşların sosyal statülerine bakılmaksızın sosyal yardımlara erişimini güvence altına almayı amaçlamaktadır. Sosyal yardımlar (sosyal) vatandaşlığın bir uzantısı olarak görülmektedir. Vatandaşlarının katkı payı ödeyip ödemediklerine bakılmaksızın evrensel programlar sunmakta ve orta sınıfın yaşam seviyesine bağlı yardımlar sağlanmaktadır. Cinsiyet eşitliği ve kadınların işgücü piyasasına katılımını teşvik eden aktif aile politikası vardır. Güçlü sendikalar, yüksek derecede toplu pazarlıkları barındıran katılımcı çalışma ilişkileri vardır⁸². Sosyal demokrat refah devleti tam istihdamı hedeflemektedir burada ki amaç tam istihdamın sağlanmasıyla kişilerin kendi gelirlerine güvenmesi ve devletin sağladığı refah hizmetlerine ve programlarına daha az bağımlı olmasıdır⁸³.

Avrupa refah devleti modelleri, bu modelleri kapsayan ve daha üst bir bağlam olan Avrupa sosyal modeli içerisinde yer almaktadır. Avrupa sosyal modeli, Avrupa’yı ve Avrupa bütünleşmesini diğer bölgelerden ve bölgesel bütünleşmelerden ayıran temel bir özelliktir. Örneğin, ABD’nin kişisel girişimi ve sorumluluğu, esnekliği teşvik eden devlet müdahalesine olumsuz yaklaşan ekonomik modeli (bir Amerikan sosyal modeli yoktur), Avrupa sosyal modelinden oldukça farklıdır⁸⁴.

⁸¹ George Katrougalos and Gabriella Lazaridis, *Southern European Welfare States: Problems, Challenges and Prospects*, Palgrave Macmillan, New York, 2003, s. 2.

⁸² Esping-Andersen, Gallie, Hemerijck and Myles, s. 179.

⁸³ Gökbunar, Özdemir, Uğur, s. 161.

⁸⁴ Dinan, s. 447.

1.4.3 Avrupa Sosyal Modeli

Kapitalist ekonomi veya serbest piyasa ekonomisi, insan haklarına, hukukun üstünlüğüne dayalı demokratik siyasi yapı ile refah politikalarına yönelmiş devlet anlayışı Avrupa ülkelerindeki sosyal yapının üç temel özelliğidir⁸⁵. Avrupa Sosyal Modeli, AB ülkelerinin refah devleti modellerinin ortak özelliklerini bir araya getiren bir modeldir. Avrupa Sosyal Modelinin soyut düzeydeki iki unsuru Avrupa'nın kurucu değerlerinin dayanışma içinde güçlendirilmesi ve vatandaşlık haklarına dayalı olmasıdır. Somutlaştırıldığında ise model, iki farklı anlam kazanmaktadır. İlki, sadece AB üye devletlerinin paylaştığı, Avrupa devletleri dışındakilerin sahip olmadıkları bir dizi özellik ile ilgilidir. Bu nedenle ifade "Avrupa Ulus Devletlerinin Sosyal Modeli" olarak değiştirilebilir. Diğer, Avrupa Sosyal Modelidir⁸⁶.

Avrupa Ulus Devletlerinin Sosyal Modeli (a) çeşitli sosyal risklere karşı bütün vatandaşları korumaya yönelik kapsamlı bir sosyal koruma, (b) toplu pazarlığın ve çıkarların yüksek seviyede düzenlenmesi, (c) Avrupalı olmayan ülkelere göre daha eşitlikçi ücret ve gelir yapısı olmak üzere üç temel özelliğe sahiptir. Birlikte var olan, birbirinden farklı nitelikler taşıyan ve birden fazla sayıdaki ulusal sosyal modelin⁸⁷ merkezinde devlet müdahalesi yer almaktadır. Avrupa'da sosyal politikalarının doğuşu için öncelikle, ulusa dayalı, egemenliğin halkta olduğu, meşruiyetini hukuktan alan modern devletin doğuşu gerekmiştir ve sosyal politikanın gelişimi sanayileşme süreci, ulus devlet ve demokrasi ile yakından ilişkili bir gelişim göstermiştir⁸⁸.

Sosyal politika, piyasanın kaçınılmaz yetersizliklerine karşı oluşturulan bir dizi önlem, güvence altına alınan kimi hak ve özgürlüklerin toplamı veya toplumsal

⁸⁵ Koray, s.17, 120.

⁸⁶ Maurizio Ferrera, "l'UEM et la Protection Sociale", *Lettre Mensuelle Socio-Economique*, Vol. 70, Janvier 2002, s.51-53.

⁸⁷ Bernhard Ebbinghaus, "Does a European Social Model Exist and Can It Survive?", http://www.mpi-fg-koeln.mpg.de/people/es/Papers/EU_Model_1999.pdf (12.04.2006), s. 5.

⁸⁸ Koray ve Topçuoğlu, s. 1, 4.

sorunlara ilişkin politika ve önlemler bütünü olarak tanımlanabilir⁸⁹. Devlet siyasi gücünü, özellikle piyasa güçlerinin hareketlerini etkilemek amacıyla kullanmaktadır⁹⁰. Sosyal güvenliğin kamu hizmeti yönü, zaman içinde onun devlete bağlı bir kurumsal yapıya sahip olmasını gerektirmişken, sosyal korumada eşitlik ilkesi (sosyal sigorta yardımlarında eşitlik ilkesi) örgütsel bütünlüğü gerekli kılmaktadır⁹¹. Bu nedenle devlet müdahalesi önem taşımaktadır. Devlet ağırlıklı role sahip bir aktör olarak, mali politikalar (vergilendirme ve harcama) aracılığıyla gelirin yeniden dağıtımını sağlayarak; düzenlemeler aracılığıyla asgari standartları ve hizmet sunumu koşullarını belirleyerek ve doğrudan hizmet sunarak sosyal politikanın amaçlarını gerçekleştirmeye çalışmaktadır⁹².

Refah devletinin gelişimi, devlet kurma sürecinin bir uzantısı olarak, siyasi açıdan serbestlik tanınmış halkın artan sosyal güvenlik hizmeti talebinin, kapitalizmin yarattığı zenginlik ile karşılanmasına yönelik olarak araçların sunulması ve karmaşık politikaların yönetilmesi için idari yapıların oluşturulması ile ilgilidir. Almanya’da sosyal piyasa ekonomisi, İngiltere’de ise refah kapitalizmi, kapitalizm ve refah devletinin bir arada bulunması ve örgütlenmesini ifade etmek için kullanılmaktadır. Refah devleti, ulus devletin çok gelişmiş araçlarından biridir ve

⁸⁹ Aziz Çelik, *AB Sosyal Politikası Uyum Sürecinin Uyumsuz Alanı*, Kitap Yayınevi, İstanbul, 2005, s.20-21. Sosyal politikanın temel unsurları sosyal sigorta, sosyal yardım ve sosyal düzenlemeler olarak gruplandırılabilir. Sosyal sigorta, sosyal risklerin bireyler üzerindeki etkilerini giderme çabalarının bir sonucudur. Hastalık, analık, iş kazası ve meslek hastalıkları, ölüm halinde kalan hak sahiplerinin korunması ve işsizlik sosyal risk grubuna girmektedir. Sosyal yardım, yoksul ve muhtaç durumdaki bireylere ve dar gelirlilere insanlık onuruna yakışır bir hayat düzeyi sağlama amacıyla devlet bütçesinden yapılan parasal yardımlardır. İhtiyaç testine göre yapılan bu yardımlar, uzun süreli işsiz olanlara, engellilere ve daha önce çalışmamış olabilen veya emeklilik aylığı yetersiz kalan yaşlılara asgari gelirin sağlanmasını içermektedir. Sosyal yardımların bir kısmında tazminat niteliği bir kısmında ise koruma amacı ağır basmaktadır. İhtiyaç testine göre sağlanan konut ve aile yardımları da sosyal yardım olarak düşünülebilir. Sosyal düzenleme ise devletin, istihdam politikaları, çalışma koşulları, çalışma saati, iş sözleşmesi, iş güvenliği ve sağlığı gibi alanlarda koyduğu ve işgücü piyasasını etkileyen kuralları ifade etmektedir. Diğer düzenlemeler iş sağlığı ve güvenliğinin yanı sıra diğer çalışma koşullarıyla ilgilidir. Sosyal düzenleme, refah sağlayan sosyal politika ile piyasayı düzelterek ekonomi politikasının kesişiminde yer alan politikalar bütünü olarak da düşünülebilir. Bkz. Güzel ve Okur, s.3 ; Zeki Okur, “Türkiye’de Yabancıların Sosyal Güvenlik Hakları”, *Prof. Dr. Halid Kemal Elbir’e Armağan*, Ed., İstanbul Üniversitesi, Hukuk Fakültesi, İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku Araştırma ve Uygulama Merkezi, İstanbul, 1996, s.379; Ailish M. Johnson, *European Welfare States and Supranational Governance of Social Policy: Implications for Regional and Global Governance*, Gordonsville, Palgrave Macmillan, 2005, s.4.

⁹⁰ Johnson, s. 6.

⁹¹ Güzel ve Okur, s.52-53.

⁹² Kleinman, s.3.

toplumun refahı için daha önce hizmet veren kilise, aile ve yerel örgütlerin kısmen yerini almıştır. Bu nedenle refah devleti, daha önce başka aktörler tarafından yüklenilen risklerin ve sorumlulukların kurumsallaşmasını ifade etmektedir⁹³.

Refah devletinin sağlık alanındaki idaresi tüketim politikaları, üretim politikaları ve mesleki politikalar ile yakından ilgilidir. Devlet sağlık hizmetlerine ve ürünlerine erişim hakkını sağlayan koşulları belirleyerek ve sağlık hizmetlerinin tüketim maliyetlerini yöneterek tüketime müdahale etmektedir. Bu iki görev, sağlık hizmetlerinde tüketimin kolektif niteliğinden dolayı birbiriyile bağlıdır. Sağlık hizmeti tüketimi kolektif olarak adlandırılabilir çünkü kolektif olarak finanse edilmekte ve hizmete erişim yasalarla kolektif olarak düzenlenmektedir. Tüketimin yönetimi, mesleklerin yönetimi ile bağlantılıdır. Sağlık sistemleri büyük ölçüde profesyonelleşmiştir. Doktorlar mesleki örgütlenme açısından en güçlü meslek grupları arasındadır ve doktorların rolü sağlık harcamalarına karar verilmesinde belirleyicidir⁹⁴.

Modern toplumlarda sağlık, sadece kişisel refah hizmeti olmaktan çıkmış, büyük ekonomik kaynakların yoğunlaştığı, bu nedenle siyasi çatışmaların yoğun yaşandığı bir alan haline gelmiştir. İlaç sanayi ve tıbbi araçların üretimiyle ilgili sanayiler ulusal ekonominin önemli birer parçasıdır⁹⁵. İşgücü açısından bakılacak olursa, sağlık ve sosyal hizmetler alanında çalışan işgücünün toplam istihdam içindeki payının zaman içerisinde artış gösterdiği görülmektedir. OECD ülkeleri ortalaması 1995 yılında %8,8 iken 2008 yılında %9,9'a yükselmiştir⁹⁶. Avrupa refah devleti, rekabete dayalı kapitalist ekonomik mantık içinde sosyal bütünleşmeyi sağlama sorununa bir yanıt olarak geliştirilmiştir⁹⁷. Ekonomik kaynakların paylaşımına yönelik siyasi çatışmalarda refah politikaları; bir yandan pazar

⁹³ Johnson, s. 6.

⁹⁴ Moran, s.5,6,8.

⁹⁵ Freeman, s. 1, 8.

⁹⁶ OECD , "Employment in the health and social sectors", in OECD, *Health at a Glance 2009: OECD Indicators*, OECD Publishing, 2009, s. 61.

⁹⁷ Peter Taylor-Gooby, "The Politics of Welfare in Europe", *Welfare States Under Pressure*, Ed. Peter Taylor-Gooby, SAGE Publication, London, 2001, s. 1.

dinamikleri ile demokrasi arasındaki uzlaşının zeminidir, öte yandan pazarın etkin işleyişine katkıda bulunmaktadır⁹⁸.

Avrupa Sosyal Modeli bazı ortak ya da benzer özellikleri paylaşan ulus devlet sosyal modellerinin yalın toplamından daha öteye geçmektedir. AB'ye özgü özellikler sergilemektedir. Avrupa Sosyal Modelinin temel özelliklerini, Maurizio Ferrara şöyle tanımlamaktadır⁹⁹: (a) Antlaşmalar temeline dayalı ve hukuk kuralları kapsamındaki sosyal politika ilkeleri, (b) Avrupa düzeyindeki düzenlemelerle korunan bir sosyal güvenceler tabanı (c) farklılıklar taşıyan ulusal sistemlerin birbirleriyle bağ kurmasını sağlayan eşgüdüm sağlama sistemi (ç) ulusal düzeyde eylemleri yönlendiren ve yol gösteren ortak isteklerin, hedeflerin, kaygıların geniş bir bütünü (d) ulusal çıkarlar, paylaşılan değerler ve yapılabirliğin karışık bileşimine yanıt veren bir ortak karar alma süreci (e) ulus devletin liderlik ettiği kamu politikaları ağının varlığı ve belirleyici rolü (f) Avrupa Komisyonu, Avrupa Toplulukları Adalet Divanı gibi uluslararası kurumların varlığı ve lider rolü olarak sıralanabilir.

Toplumsal değerler sosyal politikanın niteliğinin belirlenmesinde önem taşımaktadır. Örneğin, Kıta Avrupasının sosyal politikaya yaklaşımı temelde dayanışma ilkesine dayanmaktadır. Almanya'da sosyal hizmetler vatandaşlık hakkından ziyade iş ilişkisine bağlı iken İngiltere'de sosyal politika vatandaşlara sunulan evrensel sosyal haklar ile piyasanın etkinliğinin uzlaştırılmasına odaklanmaktadır¹⁰⁰.

Eşitlik, insan onuruna saygı, yaşamın kutsallığı gibi değerler, ülkeler arasında yorum farklılıkları olmakla beraber, ulusal sağlık sistemlerinin temelinde yer almaktadır¹⁰¹. Aşağıdaki şekilde en geniş ve diğerlerini kapsayan daire, Avrupa toplumunun normatif temellerini ifade etmektedir. Diğer iki büyük daire, Avrupa

⁹⁸ Koray, s. 17, 121.

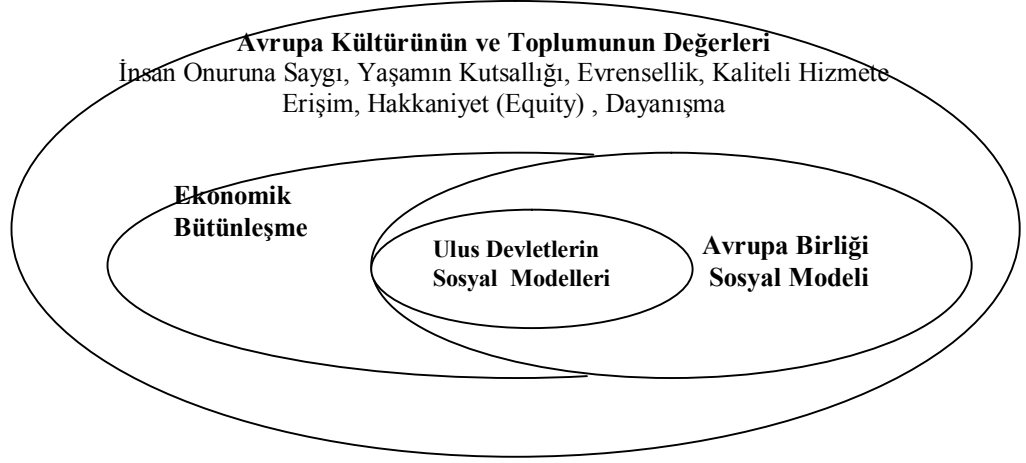
⁹⁹ Ferrera, s. 52.

¹⁰⁰ Johnson, s. 4-5.

¹⁰¹ Hervey and McHale, s.6.

bütünleşmesinin sosyal ve ekonomik sütunlarını ifade etmektedir. Avrupa sosyal modelinin bir parçası olan ulusal sosyal modeller, tarihsel zenginlikleri ve kurumsal karmaşıklıklarıyla, bu üç dairenin merkezinde yer almaktadır.

Şekil 1: Avrupa Sosyal Modelinin Değerleri



Kaynak: Ferrera, s. 53; Hervey and McHale, s.6.

2 Haziran 2006 tarihinde toplanan AB ülkelerinin sağlık bakanları, sağlık sistemlerindeki farklılıkları ve ortak özellikleri dikkate alarak “AB Sağlık Sistemlerinin Ortak Değerleri ve İlkeleri”ni belirlemişlerdir. Ortak değerler, “çerçeve değerleri” ve ilkeler ise “uygulamaya dair ilkeleri” ifade etmektedir. Çerçeve değerler, Avrupa Sosyal Modeline ait değerlerdir. Çerçeve değerler olarak evrensellik, dayanışma, kaliteli hizmete erişim ve hakkaniyet (equity) benimsenmiştir. Evrensellik, herkesin sağlık hizmetine erişim hakkının olması; bu hakkın engellenmemesi anlamına gelmektedir. Dayanışma ulusal sağlık sistemlerinin finansal yönetimiyle yakından ilgilidir ve sağlık hizmetinin herkes için erişebilirliğinin sağlanması ihtiyacının bir sonucudur. Hakkaniyet etnik köken, cinsiyet, yaş, sosyal statü ya da ödeme gücüne bakılmaksızın herkes açısından sağlık bakımına erişim eşitliği sağlanmasıyla ilgilidir. AB ülkeleri hasta odaklı ve ihtiyaca yanıt veren hizmet sunumunu amaçlamaktadırlar¹⁰². Kaliteli sağlık hizmeti

¹⁰² Council of the European Union, *Council Conclusions on Common Values and Principles in European Union Health Systems*, 2006/C 146/01, OJ C 146/1, 22.6.2006.

sunumunun önemli bir unsuru, hasta güvenliğidir. Hasta güvenliği kültürü, tıbbi hataları en aza indirebileceğinden, sağlık kurumları bu konuda sorumluluk almaya yönlendirilmektedirler¹⁰³.

Çerçeve değerlerin altında, AB düzeyinde paylaşılan ve AB vatandaşlarının kendi ülkelerindeki sağlık sistemlerinden bekledikleri “uygulamaya dair ilkeler” yer almaktadır¹⁰⁴. Bu ilkeler kalite, hasta güvenliği, etik ve kanıta dayalı bakım, hastanın katılımı/hasta odaklılık, tazminat, özellik ve gizlilik. Konsey sonuçlarında ifade edildiği üzere, uygulamaya dair ilkeler şunları kapsamaktadır:

Kalite: Tüm AB sağlık sistemleri kaliteli bakım sunmayı hedef almıştır. Bu amaçla sağlık çalışanlarının belirli ulusal standartlar temelinde sürekli eğitim alması zorunluluğu, sağlık çalışanlarının kalite alanındaki en iyi uygulamalar hakkında bilgiye ulaşması, yenilikçiliğin teşvik edilmesi, iyi klinik yönetiminin sağlanması için sistemlerin geliştirilmesi, sağlık sistemi içinde kalitenin izlenmesi gibi yollar benimsenmelidir.

Hasta Güvenliği: Hastaların güvenliğini etkileyen risk faktörlerinin izlenmesi, sağlık çalışanlarının eğitimi, sağlık ürünleri ve tedavilerle ilgili yanıltıcı reklama karşı koruma gibi koşulların sağlanması gerekmektedir.

Etik ve Kanıta Dayalı Bakım: Demografik sorunlar ve yeni tıbbi teknolojiler etik ve ekonomik gücün yeterli olması gibi konuları gündeme getirmektedir. Tüm sağlık sistemleri sağlık bakımını düzenlerken hastaların kişisel ihtiyaçlarıyla tüm nüfusa yönelik mali kaynaklar arasındaki dengeyi korumak zorundadır. Kanıta dayalı sağlık sistemleri yüksek kaliteli ve sürdürülebilir bakım için bir gerekliliktir.

Hastanın Katılımı: Tüm sağlık sistemleri hasta merkezli olmayı, hastaya karşı açık olmayı ve mümkünse hastaya önündeki çeşitli seçenekler arasında seçim yapma olanağı tanımayı amaçlamaktadır. Hastalar sağlık durumları, kendilerine sunulan tedaviler hakkında bilgi sahibi olma ve bu tedavilere izin verme hakkına sahip olmalıdır. Sağlık sistemleri hesap verebilir, iyi yönetişime sahip ve şeffaf olmalıdır.

Tazminat: Tedavide başarısızlık halinde hastalar belirli şekillerde tazminat hakkına sahiptir.

Özellik, Gizlilik: Kişisel bilgilerin gizliliği sağlanmalıdır.

¹⁰³ Özkan Tütüncü, Deniz Küçükusta, Kamil Yağcı, “Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Ölçme Aracı”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt: 9, Sayı: 1, 2007, s.519, 524.

¹⁰⁴ Ortak Değerler ve İlkeler konusundaki Avrupa Konseyi sonuçlarında, “AB vatandaşlarının sağlık sistemlerinde bu ilkeleri ve bu ilkeleri koruyan yapıları bulmayı bekledikleri” ifadesi yer almaktadır. Burada Konsey, ulusal sağlık sistemleri ya da üye devletlerin vatandaşları ifadesi yerine AB vatandaşlığı gibi bir üst kavram kullanmıştır. İfade, “AB vatandaşları, farklı üye devletlerin vatandaşları olarak farklı sağlık sistemlerinden hizmet alıyor olsa da, Avrupa düzeyinde ortak beklentilere sahiptirler” şeklinde yorumlanabilir. Bkz. Council of the European Union, 22.06.2006.

Avrupa Sosyal Modeli, normatif olması itibariyle değişime açıktır ve temel değerlere yeni değerler eklenmektedir. Bu durum, bir yandan Avrupa ekonomik bütünleşmesinin ulusal sosyal modellerin işleyişi üzerinde etkisi yansıtmaktadır. Ulus devletlerin sosyal modelleri Avrupa bütünleşmesinin sosyal kuralları ile ekonomik kuralları arasında ve her ülkenin kendine ait özellikleri ekseninde şekillenmektedir. Diğer yandan model, küresel koşullardan etkilenmektedir. Sağlık sistemlerinin, nüfus yaşlanması, sağlık sistemlerinden beklentilerin artması ve tıptaki ilerlemeler gibi değişen koşullara bağlı olarak, gelecekte bireysel ihtiyaçları mevcut finansal kaynaklarla uzlaştırma konusunda daha fazla baskı hissedeceği tahmin edilmektedir¹⁰⁵. Modelin sürdürülebilirliği açısından, küresel baskılar karşısında ulusal sağlık sistemlerinin yapısında var olan Avrupa değerlerinin korunması¹⁰⁶ önem taşımaktadır.

Sağlık Bakanları Konseyi'nde benimsenen bu ilkeler arasında hizmet kalitesi, hasta güvenliği ve hasta odaklılık ilkeleri, sağlık sistemlerinde yaşanan küresel reform sürecinde ön plana çıkan ilkelerdir. Ulusal sağlık sistemlerinde, maliyeti azaltmak amacıyla sistem tarafından karşılanan tıbbi bakımların sayısını azaltmak ve doktorları hastaların bir uzman doktoru görmelerine gerek olup olmadığına karar verecek kişiler olarak görevlendirmek gibi önlemler alınmıştır. Yatarak tedavi maliyetlerini azaltmak için bekleme listeleri konulmuştur. Sosyal sigorta sistemleri, hastaların doktor seçimlerini kısıtlamış; ilaçlar ve yatarak bakım açılarından, hastalık fonları ile hastalar arasında maliyet paylaşımını arttırmıştır¹⁰⁷. Hizmet kalitesinin artırılması, hasta odaklılık ve rekabetçilik reform programlarının temel unsurları olmuştur¹⁰⁸.

¹⁰⁵ Council of the European Union, 22.6.2006.

¹⁰⁶ Hervey and McHale, s.6.

¹⁰⁷ Kostera, s.7.

¹⁰⁸ Bkz. *Denmark National Report on Strategies for Social Protection and Social Inclusion 2008 – 2010*, September 2008, s.11 ; *UK National Report on Strategies for Social Protection and Social Inclusion 2008-2010*, s. 16-17.; *German National Strategy Report Social Protection and Social Inclusion 2008 – 2010*, [http://ec.europa.eu/social/keyDocuments.jsp?type=3&policyArea=750&subCategory=0&country=22&year=0&advSearchKey=nsr+spsi&mode=advancedSubmit&langId=ens.26 \(05.01.2010\).](http://ec.europa.eu/social/keyDocuments.jsp?type=3&policyArea=750&subCategory=0&country=22&year=0&advSearchKey=nsr+spsi&mode=advancedSubmit&langId=ens.26 (05.01.2010).)

Avrupa Sosyal Modeli'nin bir diğer özelliği yüksek sosyal koruma düzeyidir. Sosyal koruma sistemleri kişilere ihtiyaç içine düştüklerinde gelir yardımı sağlayarak ekonomik ve sosyal değişime uyarlanma olanağı tanımaktadır. Sosyal koruma harcaması, 2007 yılında, 27 üyeli Birliğin GSYH'sinin %26,2'sini oluşturmuştur. AB-27'nin sosyal koruma harcaması içerisinde sağlık bakımının payı %29,1 ve emekli aylıklarının payı %39,6'dır¹⁰⁹. Sosyal korumanın, gelirin yeniden dağıtılmasındaki rolü büyüktür: sosyal aktarımların olmaması halinde hane halkının yaklaşık %40'ı daha yoksullaşacaktır. Bu yönüyle, sosyal koruma sistemleri hem sosyal kaynaşmayı hem de ekonomik dinamizmi teşvik etmektedir¹¹⁰.

Avrupa Birliği'nde sosyal koruma düzeyine daha yakından baktığımızda, (devlet, işveren ve birey arasında) oldukça kurumsallaşmış ilişkiler ağının varlığı ve ülkelerarasındaki farklılıklar göze çarpmaktadır. Belçika, Danimarka, Almanya, Fransa, İtalya, Hollanda, Avusturya ve İsveç'te sosyal harcamaların GSYH'ye oranı, AB-27 ortalamasının üzerinde iken (sırasıyla %29,5; %28,9; %27,7; %30,5; %26,7; %28,4; %28 ve %29,7) en düşük sosyal harcama düzeyi %11 ile Lituanya'da görülmektedir. AB-27 ülkelerinde sosyal korumanın ana finansman kaynağı tüm gelirlerin %58,5'ini oluşturan sosyal katkılardır. Bunun %38,5'lik kısmını işverenler, %20'lik kısmını koruma altındaki kişiler karşılamaktadır. Üçüncü finansman kaynağı, 2007 yılında toplam finansmanın %38'ini oluşturan devlet katkılarından gelmektedir¹¹¹.

Finansman yapısı ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Finansman yöntemi ülkelerin kendilerine özgü koşullarına ve Bismarck ya da Beveridge modellerinden birinin benimsenmiş olmasına büyük ölçüde bağlıdır. Estonya, Çek Cumhuriyeti ve Belçika gibi ülkelerde sosyal katkılarının payı %70'e çıkarken,

¹⁰⁹ 2007 yılı itibarıyla sosyal koruma harcamalarının GSYH içindeki payı AB-15'te biraz daha yüksektir; % 26,9. Bu oran 1996 yılında, %27,8 olan harcamalara göre gerileme göstermektedir. Eurostat, "Total Expenditure on Social Protection", <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00098&plugin=1> (12.05.2010).

¹¹⁰ "A Concerted Strategy for Modernising Social Protection", http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/social_protection/c10618_en.htm (05.03.2006).

¹¹¹ European Commission, *The Social Situation in the European Union 2009*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 2010, s. 256.

Danimarka’da refah harcamaları içinde devletin katkısı yaklaşık %60’ı bulmaktadır. İngiltere, İrlanda, İsveç ve Güney Kıbrıs’ta sosyal koruma sistemi büyük oranda vergi yoluyla finanse edilmektedir¹¹².

1.4.4 Avrupa İç Pazarı ve Sınır Ötesi Hasta Hareketliliği

Ekonomik bütünleşme temelde iki ya da daha fazla ülke arasında ekonomik sınırların kaldırılması anlamına gelmektedir ve merkezinde pazar bütünleşmesi yer almaktadır. Ekonomik sınır ile coğrafi sınır birbiriyle örtüşmeyebilir. Bütünleşme sürecinde amaçlanan, coğrafi sınırların ekonomik sınırlar olarak etki yaratmasını önlemektedir. Ulusal ekonomiler arasında sınırların kaldırılması gerekli, ancak tek başına yeterli bir koşul değildir. Bu nedenle, pazar bütünleşmesinin, politika bütünleşmesi ile tamamlanması gereklidir¹¹³.

Pazar bütünleşmesi Avrupa iç pazarının oluşturulmasına yönelik pazar koşullarını belirleyici (market making) politikaların ve iç pazarın işleyişine yönelik pazar düzeltici (market-correcting) politikaların benimsenmesini kapsamaktadır¹¹⁴. Pazar yapıcı politikalar, pazara erişimin sağlanmasına yönelik olarak gümrük vergilerinin, ithalat ve ihracat üzerindeki miktar kısıtlamalarının ve eş etkiye sahip önlemlerin yasaklanmasını içermektedir¹¹⁵. Pazar yapıcı politikalar, negatif bütünleşme önlemlerini kapsamaktadır. Negatif bütünleşme, bütünleşmiş ekonomik alanın düzgün işleyişi önündeki engellerin kaldırılması için alınan önlemleri ifade etmektedir¹¹⁶. Kontrollerin kaldırılmasından idari formalitelerin azaltılmasına kadar

¹¹² European Commission, *The Social Situation in the European Union 2009*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 2010, s. 257-258.

¹¹³ Jacques Pelkmans, *European Integration: Methods and Economic Analysis*, Pearson Education Limited, Essex, 2001, s. 2-3.

¹¹⁴ Maarten P. Vink, “Negative and Positive Integration in European Immigration Policies”, *European Integration online Papers (EIoP)*, Vol. 6, No. 13, 2002, <http://eiop.or.at/eiop/texte/2002-013a.htm> (14.06.2009), s.3.

¹¹⁵ Federico Ortino, *Basic Legal Instruments for the Liberalisation of Trade: A Comparative Analysis of EC and WTO Law*, Hart Publishing, Oregon, 2004, s.17.

¹¹⁶ Michelle Egan, “The Single Market”, *European Union Politics*, Ed. Michelle Cini, Oxford University Press, Oxford, 2004, s.38.

geniş bir dizi önlemi içeren negatif bütünleşme, ulusal kurallardan sıyrılma olarak da nitelendirilmektedir¹¹⁷.

Negatif bütünleşme ile atılan adımlar pozitif bütünleşme ile tamamlanmaktadır. Pozitif bütünleşme, yeni kurumların ve kurumsal araçlarının oluşturulmasını ya da mevcut araçların değişime uğramasını ve ülkelerin bazı yetkilerini ortak kurumlara veya ortak uygulamalara devretmesini ifade etmektedir¹¹⁸. İç pazarın tamamlanmasını konu alan Beyaz Kitap, bir yandan ticaretin önündeki teknik engellerin ve kotaların kaldırılmasını, sınır ötesi sigortacılık ve bankacılık işlemlerinde lisans sınırlamalarının azaltılması gibi negatif bütünleşme önlemleri sunarken, diğer yandan da sağlık ve güvenlik standartlarının benimsenmesi gibi pozitif bütünleşme önlemleri öngörmüştür¹¹⁹. Görülmektedir ki bütünleşme, dolaşım serbestisi ve ticaretin önündeki engellerin kaldırılmasından öteye gitmektedir; politika önlemleri alınarak pazara müdahale edilmesini ve yeni oluşturulan hukuk kurallarının uygulanması ve etkinliği için kurumsal adımların atılmasını içermektedir¹²⁰. Bu anlamda bütünleşme bir yeniden düzenleme (re-regulation) sürecidir¹²¹.

Politika bütünleşmesinin gerçekleştiği bağlam, bütünleşmenin kurallarını belirleyen hukuk düzeni ile yakından ilgilidir. Avrupa bütünleşmesine baktığımızda hukuk sisteminin kendine özgü olduğunu, üye devletlerin ulusal hukuk sistemlerinden ve devletler üzerinde bağlayıcı olan uluslararası hukuktan farklı olduğunu görmekteyiz. AB hukuku üye devletlerin sınırları içindeki kişilere bazı haklar ve sorumluluklar yüklemekte ve ulusal hukuk düzeni içerisinde etki

¹¹⁷ Hervey and McHale, s.44.

¹¹⁸ Ortino, s.17.

¹¹⁹ Commission of the European Communities, *Completing the Internal Market. White Paper from the Commission to the European Council (Milan, 28-29 June 1985)*, COM (85) 310 final, Brussels, 14.06.1985, http://aei.pitt.edu/11113/01/internal_market_wp_COM_85_310.pdf (15.09.2008).

¹²⁰ Egan, s.39.

¹²¹ Christian Joerges, "Deliberative Supranationalism-A Defence", *European Integration Online Papers (EIoP)*, Vol. 5, No. 8, 2001, <http://eiop.or.at/eiop/pdf/2001-008.pdf> (24.01.2009), s.4.

etmektedir. Ulusal mahkemeler, doğrudan etkili olan Topluluk kurallarını, ulusal hukukun parçası olarak yürürlüğe koymak zorundadır¹²².

Politika bütünleşmesi, pozitif bütünleşmenin bir sonucudur. Bütünleşmeye konu olan farklı politikalar farklı araçları kullanmaktadır. Politika bütünleşmesi esnasında “bağlayıcılık” ve “ortaklık”, tekdüzeleştirmeden mevzuatların birbirine yakınlaştırılmasına ya da eşgüdüm sağlama yöntemi ile ülkeler arasında işbirliği kurulmasına kadar çeşitli yöntemlerle gerçekleştirilebilmektedir. Bazı alanların sınırları sıkı bir şekilde tüzüklerle belirlenirken, bazı alanlarda üye ülkelere geniş takdir yetkisi tanınabilmektedir¹²³. Bu anlamda bütünleşme sadece idari güçlerin merkezileşmesi ve kanunların uyumlaştırılması değil, AB’nin bütünleşmeyle ilgili amaçlarını gerçekleştireceği çeşitli mekanizmalar bütünü olarak düşünülmelidir. Farklı yöntemler AB’nin gelişimi içerisinde farklı dönemlerde daha fazla önem kazanmıştır. Belirli bir politika alanında, farklı yöntemler eş zamanlı ya da birbirini izleyecek şekilde kullanılabilir bu nedenle bu yöntemler arasındaki etkileşim de önem kazanmaktadır¹²⁴.

Sağlık turizmi kapsamında iç pazarda hasta hareketliliğini etkileyen kurallarının çerçevesinin çizilmesinde sağlık ve turizm politikalarına ait yöntemler ile iç pazarın temel serbestileri arasındaki etkileşim belirleyici olmaktadır. Avrupa bütünleşmesinin sağlık alanındaki kurallarını oluşturan temel yöntemler serbestleştirme, uyumlaştırma ve eşgüdüm sağlamadır. Üye devletler kurucu antlaşma ve onu takip eden bütünleşme antlaşmalarında, üretim faktörlerinin serbest dolaşımı önündeki engellerin kaldırılması ve Birlik içinde rekabetin korunmasına yönelik taahhütlerde bulunmuşlardır¹²⁵.

¹²² Hervey and McHale, s.44.

¹²³ Pelkmans, s. 6-7.

¹²⁴ Hervey and McHale, s. 31, 43.

¹²⁵ Fritz W. Scharpf, “Balancing Positive and Negative Integration: The Regulatory Options for Europe”, *MPIfG Working Paper*, No. 97/8, November 1997, <http://www.mpifg.de/pu/workpap/wp97-8/wp97-8.html> (09.12.2006).

Diğer yandan Avrupa Toplulukları Adalet Divanı (ATAD), AB hukuk sisteminin kendine özgü yapısına dayanarak, çeşitli davalardaki kararlarıyla negatif bütünleşme alanını genişletmiştir¹²⁶. Örneğin, Dassonville davasında¹²⁷ ATAD, “eş etkili önlem” kavramını geniş yorumlamış, Topluluk içi ticareti doğrudan veya dolaylı olarak engelleyen ya da engelleme potansiyeline sahip ticaret kurallarını eş etkili önlem olarak tanımlayarak, belirli ölçüde yasaklamıştır. Ayrıca, üretim faktörlerinin serbest dolaşımı önündeki engellerin kaldırılmasına dair hükümler, ulusal ekonomilerin parçası olan tüm mal ve hizmetlere uygulanmaktadır. Diğer bir ifadeyle, ATAD’ın sınır ötesi hasta hareketliliği ile ilgili kararlarında belirttiği üzere, bir mal veya hizmetin ulusal sağlık sisteminin parçası olması ona AB hukukunun uygulanamayacağı anlamına gelmemektedir¹²⁸. Bununla birlikte, hem iç pazarın işleyişinin ulusal politikalarındaki farklılıklardan olumsuz etkilenmemesi, hem de iç pazarın kurlsızlaştırıcı mekanizmalarının sağlığın korunması önünde bir tehdit oluşturmaması için uyumlaştırma ve eşgüdüm sağlama yöntemi ile Birlik çapında düzenleyici veya yeniden düzenleyici adımlar atılmaktadır.

Eski tarz uyumlaştırma, 1960-1970’lerde ulusal pazarları birleştirmek için kullanılan temel yöntem olmuştur. Uyumlaştırma ulusal mevzuatlardaki farklılıkları uzlaştırmanın ve ortak kurallar koymanın bir aracı ve standartlaştırma yöntemi olarak kullanılmıştır. Eski tarz uyumlaştırma, normların ayrıntılı şekilde AB düzeyinde düzenlenmesini getirmektedir¹²⁹. Eski tarz uyumlaştırmada genel kural, AB düzeyinde kurallar kabul edildikten sonra, üye devletlerin ilgili alanda başka kurallar benimseyememesidir. Bu durum, özellikle AB düzeyinden daha korumacı önlemler almak isteyen üye devletler açısından bazı endişeler yaratmıştır. Diğer sorun, uyumlaştırma önlemlerine karar verilirken Konseyde oybirliğiyle karar alınmasının getirdiği yavaş ve zor işleyen anlaşma sürecidir. Yeni sağlık tehditlerine cevap verebilmek ve teknolojik ve bilimsel gelişmeleri takip edebilmek için esneklik ve

¹²⁶ Hervey and McHale, s.45.

¹²⁷ Case 8/74 Procureur du Roi v Dassonville, 1974, ECR 837.

¹²⁸ Hervey and McHale, s.45. Case C-120/95 Decker (1998) ECR I-1831; Case C-158/96 Kohll (1998) ECR I-1931; Case C-368/98 Vanbraekel (2001) ECR I-5363; Case C-157/99 Geraets-Smits (2001) ECR I-5473.

¹²⁹ Egan, s.32.

hızlı hareket edebilmeye duyulan ihtiyaç, yeni yaklaşım adı verilen yöntemin benimsenmesine yol açmıştır¹³⁰.

Yeni yaklaşım, AB düzeyinde belirlenen standartların referans noktası olarak alınması; AB'nin pazar erişimine yönelik standartları ve kuralları belirlerken özel sektörden destek alması; hem AB kurallarını hem de ulusal kuralların geçerli olması gibi yenilikler taşımaktadır. Hükümet dışı aktörler, (örneğin Avrupa Standardizasyon Komitesi ve Avrupa Teknik Standartlar Komitesi) standartlarla ilgili düzenleme sürecine katılmaktadır. Yeni yaklaşımda, temel sağlık ve güvenlik ihtiyaçlarının korunmasına yönelik olarak AB düzeyinde sadece asgari standartlar belirlenir ve üye devletler kendi üreticileri veya hizmet sağlayıcıları için daha yüksek standartlar benimseyebilirler¹³¹.

Cassis de Dijon davası¹³² ile yeni düzenleme stratejisi olarak karşılıklı tanıma ilkesi getirilmiştir. Buna göre bir üye ülkede üretilen ve piyasaya sürülen bir ürün başka bir üye ülkede satışa sunulabilmelidir. İdari düzenlemelerin denkliği ilkesini getiren bu karar, uyumlaştırmanın İç pazarın oluşturulması için her zaman gerekli olmayabileceğini göstermiştir. Karşılıklı denkliğin olmadığı alanlarda, üye devletlerin farklı ulusal düzenlemeleri uygulamaya devam etmesi pazarın işleyişini engelleme riskini taşımaktadır¹³³.

Eşgüdüm sağlama, ulusal politikalar arasında sert (hard) eşgüdüm sağlama bağlayıcılık taşıırken, yumuşak (soft) eşgüdüm sağlama bağlayıcı olmayan düzenlemelere ve ikna sürecine dayanmaktadır. Sağlık bakımıyla ilgili olarak, sert eşgüdüm sağlama yöntemine örnek olarak 1408/71 No'lu Tüzük ve onun yerini alan 883/2004 sayılı Tüzük verilebilir. 1408/71 sayılı Tüzük, iç pazarda kişilerin serbest dolaşım hakkını kullanabilmeleri için, çalışanların sınır ötesi sosyal güvenlik haklarını güvence altına alınmasını düzenlemiştir. Bu doğrultuda, ev sahibi ülke ile

¹³⁰ Hervey and McHale, s.53.

¹³¹ Egan, s.33; Hervey and McHale, s.57.

¹³² Case Rewe-Zentral AG v Bundesmonopolverwaltung für Branntwein 120/78, 1979, ECR 649.

¹³³ Egan, s.43.

gidilen ülkenin sosyal güvenlik sistemleri arasında eşgüdüm sağlanması hedeflenmiştir¹³⁴.

Yumuşak eşgüdüm sağlama, ikna etmeye yönelik kurallar, tavsiyelerden, görüşlere, bilgi notlarından eylem planlarına kadar çeşitli şekillerde olabilmektedir. Yumuşak (zorlayıcı olmayan) hukuk eylemleri, zorlayıcı olan (hard) hukuk önlemleri için referans noktası oluşturabilmektedir¹³⁵. Örneğin, Garimaldi davasında¹³⁶ ATAD, ulusal mahkemelerin yoruma katkısı olması durumunda bu bağlayıcı olmayan hukuki işlemleri de dikkate alması gerektiğine karar vermiştir.

Bu tür hukuk kuralları AB hukukunun ve politika yapma sürecinin her zaman bir parçası olmuştur ama son on yılda daha fazla ilgi çekmeye başlamıştır. Zorlayıcı olmayan eşgüdüm sağlama, OECD'nin çalışmalarından ilham alarak ve Avrupa bütünleşmesi mantığına sıkı şekilde bağlı kalarak 1990'larda geliştirilmiş bir yöntemdir. Bu dönem AB'nin ekonomik performansın düşük olduğu, Maastricht Antlaşması'nın onaylanma sürecinde başarısızlıkların yaşandığı, ekonomik ve parasal birliğe geçişin gerçekleştiği, İç pazarın gelişim gösterdiği ve Orta ve Doğu Avrupa ülkelerini kapsayan genişleme perspektifiyle birlikte eski üye ülkelerde sosyal damping endişesinin baş gösterdiği, yüksek işsizlik, yaşlanma ve küreselleşme gibi ortak sorunların olduğu bir dönemdir¹³⁷.

Bu dönemde açık eşgüdüm yöntemi (open method of coordination) Maastricht Antlaşması ile getirilen Genel Ekonomi Politikası Kılavuz İlkeleri (1992)

¹³⁴ Jorens, s.88.

¹³⁵ Hervey and McHale, s.61.

¹³⁶ Salvatore Grimaldi v Fonds des maladies professionnelles, Case C-322/88, (1989), ECR 4407. Roma Antlaşması'nın 173. maddesi tavsiyeler şeklinde olan hukuk kurallarını ATAD'ın gözden geçirmesi gereken kurallar dışında tutmuştur ancak 177. madde ATAD'ın karar verirken Topluluk kurumlarının tüm hukuki işlemlerin yorumlanmasını öngörmektedir. Bu bağlamda ATAD, Antlaşmaya dayanılarak kabul edilmiş tavsiyeleri yorumlama yetkisine sahiptir. Tavsiyeleri bağlayıcı etkisi olması düşünülerek hazırlanan önlemler olmadıkları için, kişilere ulusal mahkemeler önünde talep edebilecekleri haklar yaratmamaktadır. Ancak tavsiyelerin hiç yasal etkisi olmadığını söylemek mümkün değildir, ulusal mahkemelerin yoruma katkıda buldukları zaman bu bağlayıcı olmayan hukuki işlemleri de dikkate alması gerekmektedir. Bkz. Hervey and McHale, s.61.

¹³⁷ Luc Tholoniati, "The Career of the Open Method of Coordination: Lessons from a 'Soft' EU Instrument", *West European Politics*, Vol. 33, No. 1, 2010, s.96.

ve Avrupa İstihdam Stratejisinde (1997) politika aracı olarak kullanılmıştır. Yöntemin resmi olarak kabul edilmesi 2000 yılındaki Lizbon Avrupa Konseyi'nde olmuş ve Lizbon Avrupa Konseyi açık eşgüdüm yönteminin kullanımını sağlık bakımı ve sosyal koruma gibi yeni alanlara genişletmiştir.

Turizm alanında politika bütünleşmesi, açık eşgüdüm yöntemi çerçevesinde gerçekleşmektedir; uyumlaştırma öngörülmemiştir. Üye devletler turizmin ortak politika alanına taşınmasına ve uluslararası kurumların ulusal turizm politikalarına müdahale etmesine olumsuz yaklaşmaktadır¹³⁸. Turizm, iç pazarın önemli bir parçası olmakla birlikte uluslararası kurumların, turizm alanında Avrupa düzeyinde politika başlatma gücü sınırlandırılmıştır. Birlik, üye devletlerin faaliyetlerini destekleme, tamamlama ve eşgüdümünü sağlama görevlerini üstlenmiştir. Bakanlar Konseyi, politika girişimi başlatma da en etkili aktördür¹³⁹.

Turizm alanında üye devletlerin rekabet güçlerinin farklı olması, farklı çıkar ve beklentilerinin olması¹⁴⁰, turizmle ilgili ortak politika oluşturulmasını zorlaştırmaktadır. Turizme yönelik politikalar, bölgesel kalkınma, tarım ve çevre gibi diğer politikaların altından yürütülmekte bu nedenle zayıf ve bölünmüş bir yapı taşımaktadır. Turizm alanında ortak politika geliştirilmesinin zorluğu bir anlamda turizm sektörünün ağ niteliğinden de kaynaklanmaktadır. Bu ağda, çoğunluğunun mevsimlik ya da yarı zamanlı çalıştığı 1,5 milyondan fazla işletme yer almaktadır. Bu parçalı yapı bu alanda ortak bir politika oluşturulmasını ve uygulanmasını zorlaştırmaktadır¹⁴¹.

¹³⁸ Allan M. Williams and Gareth Shaw, *Tourism and Economic Development European Experiences*, 3. b. , John Wiley & Sons, New York, 1998, s. 377.

¹³⁹ Gordon Robinson, "Tourism Policy", *The Hospitality Industry Tourism and Europe Perspectives on Policies*, Ed. Rhodri Thomas, London, Cassell, 1996, s.68.

¹⁴⁰ Füsün İ. Dinçer, *Avrupa Birliği'nde Turizm ve Uygulanan Politikalar*, Der Yayınevi, İstanbul, 1997, s.93.

¹⁴¹ Robinson, s. 62-63. Avrupa Birliği'nde turizm Birlik GSYH'nin %5'inden fazlasını üretmektedir; 1.8 milyon işletme 9,7 milyon iş yaratmakta ve toplam işgücünün %5,2'sini istihdam etmektedir. Bkz. European Commission, "Supporting European Tourism", http://ec.europa.eu/enterprise/sectors/tourism/index_en.htm (05.02.2010).

Turizm Maastricht Antlaşması ile müktesebata girmiştir¹⁴². Maastricht Antlaşması'nın 3(u) maddesi Birliğe turizmin diğer politikaların bir parçası olarak geliştirilmesi için ilkeler belirleme yetkisi vermektedir. Bu şekilde, kişilerin, malların, sermayenin ve hizmetlerin serbest dolaşımı, işletmelere yönelik politikalar ve bölgesel politikaya ilişkin kuralların turizm alanına da uygulanabilir olduğu kabul edilmiştir. Avrupa Birliği'nin İşleyişine Dair Antlaşma'nın (ABİDA) 195. maddesinde ise Birliğin üye devletlerin turizm sektöründeki eylemlerini, özellikle bu sektördeki işletmelerin rekabetçiliklerini destekleyerek tamamlayacağı belirtilmektedir. Bu doğrultuda, Birlik eylemleri bu sektördeki işletmelerin gelişmesi için elverişli ortamın yaratılmasının desteklenmesi; üye devletler arasında özellikler en iyi uygulamaların paylaşılması açısından işbirliğinin geliştirilmesini amaçlayacaktır. Avrupa Parlamentosu ve Avrupa Konseyi olağan yasama usulüne uygun olarak üye devletlerin eylemlerini tamamlayacak özel önlemler alacaktır.

Avrupa iç pazarının, sınır ötesi hasta hareketliliği açısından belirleyici olan bir başka unsuru pazar yapıcı ve pazar düzeltici politikalar arasındaki ilişkidir. Bu ilişki, liberal ideoloji ile müdahaleci ideoloji arasındaki çatışmayı sembolize etmektedir ve Avrupa bütünleşme sürecinin başından itibaren bir parçasıdır. Bu görüş ayrılığı “neo-liberalizm” ve “düzenlenmiş kapitalizm” şeklinde kendini göstermektedir¹⁴³.

Neo-liberal yaklaşım, piyasa serbestleştirilmesini ve bürokrasinin azaltılmasını, ticaretin önündeki engellerin kaldırılmasını ve sermaye açısından çekici düzenlemeler yapılmasını savunmaktadır. Neoliberal yaklaşım, AB kurumlarının iç pazarda düzenleme yapmasına sıcak yaklaşmamakta; pazar bütünleşmesinin ulusal düzeyde idare edilmesini tercih etmektedir. Böylece

¹⁴² 1980- 1990'lı yıllarda Avrupa düzeyinde turizm alanındaki önlemler büyük ölçüde Avrupa iç pazarının tamamlanması ile ilgili tartışmalar çevresinde sürdürülmüştür. Avrupa turizm yılı projesi, eylem planları, turizm alanında yeşil kitap bu kapsamdaki girişimlerden bazılarıdır. Komisyon'un, Birliğin turizm politikasındaki rolünü güçlendirmek adına attığı adımlar beklenen desteği görememiş, ilk çok yıllık turizm programı (Philoxenia) uygulamaya geçirilememiştir. Bu durum turizm politikasının, Birliğin Tek Pazar içinde çok önem verdiği bir başka politika gündemine, istihdamın güçlendirilmesine eklenmesini getirmiştir. Turizmin istihdam potansiyelinin güçlendirilmesi Birliğin turizm alanındaki temel hedefi olmuştur.

¹⁴³ Egan, s. 30-31.

politikaların uyumlaştırılmasından ziyade farklı ulusal düzenleyici kurumların birbiriyle rekabet etmesini teşvik etmektedir.

Düzenlenmiş kapitalizm, bütünleşmeye sosyal boyut katılması amacıyla pazar düzenleyici önlemlere (devlet müdahalesine), sosyal piyasa ekonomisi-sosyal dayanışmaya, refah devletine ve dağıtım politikasına; sosyal diyalog ve sosyal ortaklık hedefine önem vermektedir. AB'nin derinleşmesini; uluslararası kurumların yetkilerinin arttırılmasını; karar alma süreçlerinin kolaylaştırılmasını; Avrupa Parlamentosu'nun güçlendirilmesini ve toplumsal grupların karar alma sürecine katılımını desteklemektedir¹⁴⁴.

Bu iki farklı yaklaşım, ülkelerin hastaların sınır ötesi hareketliliği ve sağlık alanındaki Avrupa bütünleşmesine yönelik tutumlarında da belirleyici olmaktadır¹⁴⁵. Çünkü ulusal sağlık sistemleri, sadece sosyal refah sisteminin değil aynı zamanda ekonomik yapının önemli bir parçasıdır. Sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda kamu ya da özel sektör tarafından gerçekleştirilen bir üretim süreci ve sağlığı korumak ya da iyileştirmek amacıyla sağlık hizmeti tüketimi söz konusudur¹⁴⁶. Gelişmiş sanayi ülkelerinde hükümet harcamalarının sosyal transferlerden sonra en önemli kalemlerinden birisi sağlık harcamalarıdır. Sağlık harcamaları hizmet tabanlı, sanayi sonrası ekonomilerin gelişimi açısından fırsat oluşturmaktadır. Sağlık sektörü işgücü yoğun bir sektör olması nedeniyle önemli bir istihdam ve tüketim alanıdır.

¹⁴⁴ Liesbet Hooghe and Gary Marks, "The Making of a Polity: The Struggle over European Integration", *European Integration Online Papers* (EIoP) Vol. 1, No. 4, 1997, <http://eiop.or.at/eiop/texte/1997-004a.htm> (12.05.2009), s.4; Egan, s. 30-31.

¹⁴⁵ Sağlık alanındaki gelişmeler uluslararası politikadaki ve ekonomideki geniş kapsamlı değişimlerden etkilenmektedir. Sağlık alanıyla ilgili sosyal iklim son dönemlerde değişim göstermektedir. Değişim, 1970'lerin sonlarında ekonomik ve ideolojik olarak başlamıştır. Ekonomik değişim küreselleşme ekseninde şekillenmektedir; küreselleşmenin dünya çapında karşılıklı bağıllığı arttırması devletlerin ulusal sınırları içindeki gelişmeleri kendi başlarına kontrol etmelerini zorlaştırmaktadır. Rekabet gücü elde edebilmek için maliyetlerin düşürülmesi gereklilik olarak görülmektedir. İkinci olarak, neoliberal ideoloji bireylerin ihtiyaçlarının etkin işleyen pazar mekanizması aracılığıyla karşılanmasını öngörmekte, eşgüdüm sağlama aracı olarak devletin müdahale edici ve düzenleyici rolünün yerine fiyat mekanizmasını görmektedir. Bkz. Win de Gooijer, *Trends in EU Health Care Systems*, Springer, Amsterdam, 2006, s.xiv.

¹⁴⁶ İsmail Mazgit, *Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye'de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 1998, s. 13, 23.

Üretim açısından değerlendirildiğinde, medikal teknoloji ve ilaç firmaları Batı ekonomilerinde önemli rol oynamaktadır¹⁴⁷.

Sağlık sistemleri içinde buldukları toplumun ekonomik, sosyal, kültürel ve siyasi yapısı tarafından şekillenirler. Sosyal ve siyasi değerler, sağlık sistemiyle ilgili tercihleri etkileyerek, uygulanan sağlık politikaları, oluşturulan kurumlar ve geliştirilen hizmet türleri üzerinde belirleyici rol oynamaktadır¹⁴⁸. AB ülkeleri ekonominin düzenlenmesi, üretim ve yatırım kurallarının belirlenmesi gibi konularda farklı yollar izleyerek farklı kapitalizm türlerini uygulamaktadır; bu nedenle ulusal sağlık sistemleri ve finansal sistemler birbirinden farklı özelliklere sahiptir. AB iç pazarının oluşturulması ile farklı çıkarları ve piyasa ideolojilerini birleştirilmesi amaçlanmışsa da pazar bütünleşmesi sık sık tartışmalara konu olmuştur.

Sağlık hizmetlerinin nasıl üretilip, dağıtılacağı sorunu sağlığa siyasi ve ideolojik bir boyut katmaktadır. Sağlık ve sağlık hizmetinin oldukça değerli ve pahalı olması fikir ayrılıklarının yoğun olmasını da beraberinde getirmektedir. Çatışmaların çözümü ise ister belirli bir karara ya da politika gündemine uyum sağlamak yönünde isterse ekonomik ve sosyal aktörlerin taleplerini şekillendirmek yönünde olsun belirli bir gücün varlığını gerektirmektedir. Yirminci yüzyılda söz konusu güç genellikle, sağlık alanına müdahalelerde bulunan devlet olmuştur. Sağlığa erişim hakkı demokrasinin ve vatandaşlık haklarının tanımlayıcı bir unsuru olarak görülmeye başlanmıştır. Bunun doğal sonuçları olarak sağlık harcamalarının büyük çoğunluğu genellikle kamu kaynaklarından karşılanmakta ve sağlık konuları genellikle kamu bürokrasisi içerisinde ele alınmaktadır¹⁴⁹.

Sağlık hizmetleri, toplumsal fayda sağlamaları ve kamu hizmeti niteliğine rağmen, Avrupa iç pazarı bağlamında, serbest dolaşım kurallarına tabi ekonomik faaliyetlerden biri olarak görülmektedir. Sınır ötesi hasta hareketliliği, üye ülkelerin

¹⁴⁷ Freeman, s. vii.

¹⁴⁸ Richard K Thomas, *Society and Health: Sociology for Health Professionals*, Kluwer Academic Publishers, Hingham USA, 2003, s.7.

¹⁴⁹ Freeman, s.viii.

ekonomik ve sosyal sistemleri ile Avrupa ekonomik bütünleşmesinin temeli olan Avrupa iç pazarı arasındaki ilişkinin iç içe geçmesine yol açmıştır¹⁵⁰.

İç pazar düzenlemeleri her ne kadar piyasaya ilişkin olsa da ekonomik hedeflerin gerçekleştirilmesi tek amaç değildir. Topluluğun faaliyetleri arasında sağlığın yüksek düzeyde korunmasına katkı sağlamak da yer almaktadır. Aslında, iç pazar uygulamaları tüketicinin ve sağlığın korunması bakımından (93/42/EEC tıbbi araçlar ile ilgili yönerge) sosyal amaçlar da içermektedir. Hatta bazı direktifler piyasa güçlerini düzenleme veya sınırlama amacını (örneğin, 89/105/EEC ilaç sanayisinde fiyat kontrolü ve düzenlenmesi ile ilgili direktif) taşımaktadır¹⁵¹.

Bu bağlamda ekonomik ve sosyal bütünleşmenin ilkeleri arasında dengenin ne yönde kurulacağını belirleyen, Avrupa kültürü ve toplumsal değerleridir. Ekonomik bütünleşme, serbest piyasa ekonomisinin normları üzerine inşa edilirken, refah devletinin normları avrupa bütünleşmesinin sosyal boyutuna kaynaklık etmektedir. Demokratik siyasi yapı ise, çoğulcu toplum yapısı nedeniyle toplumsal grupların beklentilerinin ve değerlerinin karar alma mekanizmasına taşınabilmesini sağlamaktadır. Demokratik siyasi yapı ve Avrupa toplumsal değerleri, hem ulusal politika hem de AB düzeyinde politika oluşturma süreçlerinde önem taşımaktadır.

Avrupa sosyal modeli ne kendini oluşturan parçalarından ne de kendi dışındaki gelişmelerden bağımsız işleyen bir sistemdir. Çünkü Avrupa bütünleşmesi, “ulusal” ile “küresel” arasında, “bölgesel” bir girişimdir. Bu özelliği itibariyle, Avrupa sosyal modeli ve onun temel aktörleri olan refah devletleri hem ulus devletlerin içsel dinamiklerinden, hem bütünleşme süreci ile değişen koşullardan, hem de küreselleşmenin getirdiği yeni fırsat ve risklerden etkilenmektedir. Bu baskıların refah devletinde yarattığı değişim çok yönlüdür ve devamlıdır¹⁵². Sınır ötesi hasta hareketliliği küreselleşme, bütünleşme ve ulusal dinamiklerin etkileşim içinde olduğu

¹⁵⁰ Busse, Wismar and Berman, s.25.

¹⁵¹ Busse, Wismar and Berman, s.2.

¹⁵² Colin Hay, Matthew Watson and Daniel Wincott, “Globalisation, European Integration and Persistence of European Social Models”, *POLIS Working Paper*, No. 3/99, 1999, s. 24.

bu bağlamda gerçekleşmektedir. Sınır ötesinde sağlık hizmeti alımı, sağlık hizmetleri ticaretinin bir parçasıdır.

1.4.4 Küresel Düzen ve Sağlık Hizmetleri Ticareti

Sağlık bakımı almak amacıyla kişilerin normalde ikamet ettikleri yer dışında başka yerlere özellikle termal ve mineral su kaynaklarına ve sıcak iklime sahip yerlere seyahat etmesi eski dönemlerde çeşitli coğrafyalarda gerçekleşen bir olgudur. Günümüzdeki hareketliliğin yenilik taşıyan yanı yönündeki ve kapsamındaki köklü değişimdir. Önceden gelişmekte olan ülkelere gelen hastalar gelişmiş sağlık sistemlerine sahip Batı ülkelerine yönelirken özellikle son 10 yılda bu hareketliliğin yönü genellikle gelişmekte olan ülkelere çevrilmiştir. Ayrıca, hastaların sınır ötesi hareketliliğinin kapsamı da genişlemiştir. Bunda bilgi ve iletişim teknolojilerindeki gelişmeler sayesinde hastalar dünyanın her tarafındaki sağlık hizmetleri, konaklama ve seyahat hizmetleri hakkında bilgi sahibi olması ve daha uzak yerlere ucuza, kısa sürede seyahat edebilmesi etkili olmaktadır¹⁵³. Sağlık turizmi kapsamında sınır ötesi hasta hareketliliğinin arka planında hizmetler ticareti ve küreselleşme yer almaktadır.

Hizmetler, ulaştırmadan iletişime; sağlık bakımından finansal hizmetlere kadar farklı özellikteki geniş bir dizi ekonomik faaliyeti kapsamaktadır. Malların aksine, hizmetler soyuttur, görünmezdir ve depolanamaz (perishable); hizmet ticareti eş zamanlı hizmet üretimi ve tüketimini gerektirir. Hizmet alıcısı ile üreticinin bir arada olması, ikisinden birinin diğerinin yanına gitmek için sınır ötesine geçmesi anlamına gelmektedir¹⁵⁴.

Uluslararası hizmet ticareti, mal ticaretiyle doğrudan ilgili olan (ulaşım, sigorta gibi hizmetler ve turizm gibi) sektörler dışında yavaş bir gelişim süreci

¹⁵³ Bookman and Bookman, s.5.

¹⁵⁴ Aaditya Mattoo and Robert M. Stern, "Overview: the Framework of Trade in Services", *A Handbook of International Trade in Services*, Ed. Aaditya Mattoo, Robert M. Stern and Gianni Zanini, Oxford University Press, Oxford, 2008, s. 5.

izlemiştir. Bunda, sağlık hizmetlerinin genelde ulusal düzeye odaklanması¹⁵⁵; hizmet ticaretinde tüketiciler ile üreticiler arasında fiziksel bağlantı kurulmasına ihtiyaç duyulması; özellikle bazı hizmet sektörlerinde daha sıkı hukuki düzenlemeler ve kontrollerin olması gibi kurumsal, idari ve teknik koşullar etkili olmuştur¹⁵⁶. Ancak değişen küresel koşullar hizmet ticareti önünde *uzaklığa* dayalı engellerin kaldırılmasında önemli rol oynamış ve hizmetler dünya ekonomisinin en hızlı büyüyen ve en fazla yabancı yatırım çeken alanı¹⁵⁷ ve sağlık hizmetleri en hızlı büyüyen sektörlerden birisi haline gelmiştir¹⁵⁸.

George Ritzer, küreselleşmeyi “dünyada giderek daha fazla bölgeyi kapsamına alan ve bu bölgeler arasında daha fazla bütünleşme ve karşılıklı bağlılığa yol açan akışları içeren ve giderek hız kazanan süreçler” olarak tanımlamaktadır¹⁵⁹. Salah Wahab ve Chris Cooper küreselleşmeyi “dünyanın bir ucundaki olayların, kararların ve faaliyetlerin, başka ucundaki toplumlar ve bireyler için önemli sonuçlar doğurabildiği süreç” olarak tanımlamaktadır¹⁶⁰. Manfred Steger küreselleşmeyi dünya çapında toplumlar arasında karşılıklı bağımlılıklar ve işlemler yaratan; çoğaltan; genişleten; derinleştiren ve aynı zamanda kişilerin yerel ile uzak arasındaki bağlantıların derinleştiğinin daha çok farkına varmasını sağlayan çok boyutlu sosyal süreçler dizisi” olarak tanımlamaktadır¹⁶¹.

¹⁵⁵ Richard Smith, Chantal Blouin, Nick Drager and David P. Fidler, “Trade in Health Services and the GATS”, *A Handbook of International Trade in Services*, Ed. Aaditya Mattoo, Robert M. Stern and Gianni Zanini, Oxford University Press, Oxford, 2008, s.457.

¹⁵⁶ Rudolf Adlung and Antonia Carzaniga, “Health services under the General Agreement on Trade Services”, *Trade in Health Services: Global, Regional and Country Perspectives*, Ed. Nick Drager, Cesar Vieira, Pan American Health Organization, Washington, D.C, 2002, s.1.

¹⁵⁷ Mattoo and Stern, s. 3.

¹⁵⁸ Smith, Blouin, Drager and Fidler, s.437.

¹⁵⁹ George Ritzer, “Introduction”, *The Blackwell Companion to Globalization*, Ed. George Ritzer, Blackwell Publishing, Oxford, 2007, s.1.

¹⁶⁰ Salah Wahab and Chris Cooper, “Tourism, Globalisation and the Competitive Advantage of Nations”, *Tourism in the Age of Globalisation*, Ed. Salah Wahab and Chris Cooper, Routledge, London, 2005, s.4.

¹⁶¹ Manfred B. Steger, *Globalization: A Very Short Introduction*, Oxford University Press, Oxford, 2003, s.13.

Küreselleşmenin tek bir tanımını yapmak zordur ancak yukarıdaki tanımlar şu noktalarda birleşmektedir: hareketliliğin daha geniş alanlara yayılması, artan karşılıklı bağıllık ve artan bütünleşme. Ekonomik ve sosyal bağların yaratılması, genişlemesi ve yoğunlaşması sadece nesnel ve maddesel düzeyde değil; normatif düzeyde de etkilerini göstermektedir. Bu etkilerinin gün geçtikçe pekişmesi, kişilerin değer yargılarında, bireysel ve toplumsal kimlik algılarında yavaş yavaş değişime neden olabilir ve böylece dünyadaki gelişmelere karşı tutumlarını köklü biçimde etkileyebilir¹⁶². Örneğin, ülkeler arası seyahat etmeye alışkın hatta yaşadığı ülke dışındaki bir ülkede çalışmakta olan, sınır ötesi hareketliliğin artık yaşam tarzının bir parçası haline geldiği bir nesil oluşmaktadır. Bu kişiler için sınır ötesi sağlık bakımı almak artık çok uzak bir seçenek değildir. Bunda bilgi ve iletişim teknolojileri ile dünyanın çeşitli köşelerinde sunulan sağlık bakımı hakkında bilgiye kolayca erişebilme; ucuz ve hızlı havayolu ulaşımı sayesinde bu yerlere gidebilme seçeneğinin olması etkili olmaktadır¹⁶³.

Sağlık hizmetleri ticaretindeki artış büyük ölçüde, elektronik ticaret ve tele-tıp uygulamalarını kolaylaştıran teknolojik gelişmelere; sağlık sektöründe faaliyet gösteren ulus-ötesi işletmelerin etkinliğine; sağlık hizmetleri ve uluslararası ticaretin hukuki çerçevesini düzenleyen bir yapının oluşturulmasına bağlı olarak gelişim göstermiştir¹⁶⁴. Ayrıca, bu süreçte sağlık bakımında devletin rolü tartışılmaya başlanmıştır; ulusal ve yabancı özel sektörün hizmet sunumuna katılımı teşvik edilmeye başlanmıştır¹⁶⁵. Küreselleşme ile hastaların, sağlık çalışanlarının giderek hareketlilik kazanması, sağlık sektöründeki ortak yatırımların ve işbirliği anlaşmalarının sayısının artması bu süreçte yaşanan diğer gelişmelerdir¹⁶⁶. Sağlık hizmetleri ticaretinin gelişim sürecinde tıp uygulamalarının kendine özgü kısıtlarının yanı sıra, sağlık bakımının finansman yöntemindeki kısıtlamalar ve sağlık sigortası

¹⁶² Steger, s.12.

¹⁶³ Glinos and Baeten, s.7

¹⁶⁴ Smith, Blouin, Drager and Fidler, s.437.

¹⁶⁵ Adlung and Carzaniga, s.1.

¹⁶⁶ Rupa Chanda, "Trade in Health Services", *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 80, No. 2, 2002, [www.who.int/bulletin/archives/80\(2\)158.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/80(2)158.pdf) (08.07.2009), s.158.

kapsamındaki kısıtlamalar, akreditasyon ve hizmet kalitesi standartlarının gerekliliği, döviz gereklilikleri etkili olmaktadır¹⁶⁷.

1995 yılında Hizmetler Ticareti Genel Anlaşması'nın (GATS) yürürlüğe girmesi, hizmetlerin yeniden yapılandırılmasını amaçlayan küresel eğilimi desteklemiştir. GATS, uluslararası hizmet ticaretine ilişkin temel kavram, kural ve ilkeleri ortaya koyan çok taraflı bir anlaşmadır¹⁶⁸. GATS çerçevesinde, sağlık hizmetleri ticareti 4 grupta ele alınabilir.

Birinci grupta (Mod 1) sınır ötesi hizmet sunumu yer almaktadır. Sınır ötesi sağlık hizmeti sunumunda hizmet sunucusu ve hizmet alıcısı kendi ülkesinde bulunmaktadır, sadece ticarete konu olan hizmet sınır ötesi hareket etmektedir. Sınır ötesi sunum laboratuvar örneklerinin, bulguların ve klinik danışma hizmetlerinin posta ile yapılmasını içerir. Sınır ötesi hizmet sunumunda teknoloji önemli bir role sahiptir¹⁶⁹. Teleradyoloji, telepatoloji, telepsikiyatri gibi çok sayıdaki tele-sağlık hizmeti; teşhis koyma, görüş bildirme ve danışma hizmetlerinin elektronik olarak verilmesi de bu kapsama girmektedir.

İkinci grupta (Mod 2), sağlık hizmetlerinin yurt dışında tüketimi yer almaktadır. Burada tüketicinin hizmet sağlayıcısının bulunduğu ülkeye seyahat etmesi, teşhis ve tedavi hizmetlerini hizmet sunucusunun ülkesinde alması söz konusudur. Sağlık eğitimi, sağlık turizmi gibi hizmetler bu kapsama girmektedir. Bazı gelişmekte olan ülkeler medikal, paramedikal eğitim, sağlık turizmi, alternatif tıp ve tedavi alanlarında uzmanlaşmışlardır. Örneğin, Hindistan ve Tayland'da tıp okullarında diğer gelişmekte olan ülkelere gelen öğrenciler için kontenjan

¹⁶⁷ Anthony Gonzales, Logan Brenzel ve Jennifer Sancho, *Health Tourism And Related Services: Caribbean Development And International Trade*, Final Report, 31.08.2001, <http://www.crn.org/documents/studies/RNM%20Health%20Study%20Final.pdf> (22.12.2008), s.3.

¹⁶⁸ Adlung and Carzaniga, s.1.

¹⁶⁹ Lior Herman, "International Trade in Healthcare Services", European Centre for International Political Economy, http://209.85.129.132/search?q=cache:ZDuUqPmS5uUJ:www.ecipe.org/files/Presentation%20International%20Trade%20in%20Healthcare%20Services_Lior%20Herman.pdf+Lior+Herman,+International+Trade+in+Healthcare+Services,+European+Centre+for+International&cd=5&hl=tr&ct=clnk&gl=tr (14.01.2007).

ayrılmıştır. Hindistan Ayurveda gibi geleneksel tıp alanındaki birikiminden faydalanarak modern tıp ile alternatif tıbbi birleştiren bütüncül sağlık merkezleri açmıştır. Bu merkezlere İngiltere, Doğu Akdeniz, Almanya, Malezya, Amerika gibi çeşitli ülkelerden hasta gelmektedir¹⁷⁰. Sağlık turizmi açısından önem kazanan ülkelerden birisi de Türkiye'dir. Türkiye'ye yurt dışından sağlık bakım talebi, en çok yaşlı bakımı ve termal turizm konularında ve Danimarka, Norveç ile İsveç'ten gelmektedir. Medikal tedaviler için daha çok talep İngiltere ve Hollanda'dan gelmektedir. Orta Doğu'dan gelen talep, termal turizm ve SPA tedavisi alanlarında ağırlıklıdır¹⁷¹.

Üçüncü grup hizmetler (Mod 3) ticari varlığa ilişkindir. Ticari varlığın tüketicinin bulunduğu ülkeye gitmesi yoluyla ticaretin gerçekleştirilmesi söz konusudur¹⁷². Sınır ötesinde ticari varlık kurulması, hastanelerin, kliniklerin, tedavi merkezlerinin ve bakım evlerinin açılmasını içerir. Hindistan, Endonezya, Nepal, Srilanka ve Tayland gibi ülkeler doğrudan yabancı yatırımlara daha açık hale gelmektedir. Türkiye ise özellikle büyük bir pazar olması, insan kaynakları, altyapı, mevzuat, uluslararası anlaşmalar ve çevre ülkelerle ilişkileri nedeniyle doğrudan yabancı yatırımlar açısından çekici niteliktedir¹⁷³.

Ticari varlık ile ilgili diğer eğilim, gelişmiş ülkelerdeki ve bazı gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık kuruluşlarının işbirliğine giderek sağlık hizmeti zinciri kurmasıdır. Örneğin, ana merkezi Singapur'da olan Parkway Grubu Asya ve İngiltere'de hastaneler satın almıştır. Bu sağlık zincirinin Bruney, Hindistan, Malezye ve Singapur'da toplam 2.800 yatak kapasitesine sahip 14 hastanesi bulunmaktadır. Bruney, Kanada, Çin, Hong Kong, Hindistan, Malezya, Birmanya,

¹⁷⁰ Chanda, s.159.

¹⁷¹ Medimagazin, "Sağlık Turizminde Yeni Trend Yabancı Hasta Turları", 03.03. 2008, <http://www.medimagazin.com.tr/ana-sayfa/kategorisiz/tr-saglik-turizminde-yeni-trend-yabanci-hasta-turlari-1-666-13627.html>, (20.04.2010).

¹⁷² Gönül Dinçer ve Umut Çakmak, "GATS Çerçevesinde "Gerçek Kişilerin Geçici Hareketliliğinin Liberalizasyonu Üzerine Bir Değerlendirme", *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, Vol. 63, No.4, 2008, s. 141.

¹⁷³ Dünya Gazetesi, "Roche Türkiye Genel Müdürü ve YASED Yönetim Kurulu Başkanı Faruk Yöneymen: "Yabancı kuruluşlar Türk yöneticileri tercih ediyor", 02.02.2001, <http://www.dunyagazetesi.com.tr/haberArsiv.asp?id=25564> (08.07.2009).

Pakistan, Filipinler, Rusya, Srilanka, Tayland, Birleşik Arap Emirlikleri, İngiltere ve Vietnam'da hasta gönderme merkezleri vardır¹⁷⁴.

Sağlık hizmetleri ticaretiyle ilgili dördüncü grup (Mod 4), bireysel bir hizmet sunucusunun tüketicinin bulunduğu ülkeye hareketi ile ticaretin gerçekleştirilmesidir¹⁷⁵. Doktorlar, uzmanlar, hemşireler, teknisyenler, danışmanlar, sağlık işletmesi yöneticileri ve diğer mesleklerdeki sağlık sektörü çalışanlarının geçici veya kalıcı nitelikteki sınır ötesi hareketliliği bu kapsamdadır. Sağlık çalışanlarının hareketliliği hem kabul eden hem de gönderen ülke açısından farklı yasal, sosyal ve ekonomik etkilere sahiptir. Kısa vadeli hareketler daha çok sağlık hizmeti ihracatını arttırmak için planlanan stratejilerin bir unsurudur. Bu hareketlerde döviz kazanmak ve ülkeler arasında işbirliğini geliştirmek amaçlanmaktadır. Örneğin, Çin ve Küba sağlık personelinin kısa süreli sözleşmelerle Afrika'ya gönderilmektedir. Kalıcı hareketler genellikle gelişmekte olan ülkelere doğru olmaktadır. Ülkeler arasında eğitim, çalışma ve yaşama koşullarından kaynaklanan farklılıklar bu harekette etkili olmaktadır. Yurt dışına en fazla sağlık çalışanı gönderen ülkeler Hindistan, Filipinler ve Güney Afrika'dır, bu ülkelere Avustralya'ya, İngiltere ve ABD'ye göç büyük orandadır¹⁷⁶.

Sağlık alanındaki girdilerin ticareti, sağlık hizmetlerinin hazır bulunurluğunu ve fiyatlarını etkileyerek sağlık hizmetlerini etkilemektedir. İlaç, tıbbi donanım gibi sağlık ürünlerinin ticareti önündeki engellerin azaltılması sağlık hizmetinin maliyetini düşürebilir ya da tam tersine Ticaretle ilgili Fikri Mülkiyet Hakları Anlaşması nedeniyle, ilaç ve aşı gibi patentli girdilerin yüksek fiyatları nedeniyle sağlık hizmetinin maliyeti artış gösterebilir. Sağlık çalışanlarının uluslararası hareketliliği, sağlık hizmetleri açısından önemli etkilere sahiptir. Nitelikli sağlık personeli eksikliği, pek çok gelişmekte olan ülkenin sağlık sisteminin yaşadığı bir sorundur ve sınır ötesi doktor ya da hemşire hareketliliği, bu ülkelere sağlık personeline duyulan ihtiyacı artırmaktadır. Örneğin, Ortadoğuda Bangladeş'te

¹⁷⁴ ParkwayHealth, "Our Hospitals", <http://www.parkwayhealth.com/Hospitals/>, (08.07.2009).

¹⁷⁵ Dinçer ve Çakmak, s. 141.

¹⁷⁶ Chanda, s.159.

olduğundan daha fazla Bangladeşli hemşire çalışmaktadır ve Hindistan, Güney Afrika ve Küba'dan doktor, Filipinler ve Jamaika'dan hemşire akışı vardır¹⁷⁷ .

Sağlık turizmi, hizmet alıcılarının karmaşık ve özel ihtiyaçlarının olduğu ve yüksek ölçüde kişiselleştirilmiş mal ve hizmet talep ettiği bir hizmet ticareti şeklindedir. Diğer turizm şekillerinde olduğu gibi sağlık turizminde de bölgesel pazarlar önemli yer taşımaktadır. Bu doğrultuda komşu ülkeler mali kaynakları ve insan gücünü birleştirerek ortak pazarlama ve özendirme kampanyaları yürütme yoluna gidebilmektedir.. Daha fazla yabancı hasta çekmek isteyen ülkeler, küreselleşme karşısında bölgesel işbirliği geliştirerek sağlık turizminde rekabet gücü sağlamaya çalışmaktadırlar¹⁷⁸ .

Örgütsel düzeyde, hastanelerin ve diğer sağlık kuruluşlarının yabancı hastaların deneyimlerini iyileştirmek amacıyla hastalara daha gelişmiş imkanlar ve çalışanlarına daha fazla sağlık eğitimi sunması gerekmektedir. Özellikle doktorların mesleki nitelikleri, hastanelerin ve tıbbi donanımların temizlik koşulları, hastaların tedavi sonrasında bakıma erişimi gibi konulara önem verilmektedir. Sağlık sistemlerinin kalite ve güvenilirlik açısından daha düşük seviyede olduğu düşünülen ülkelerin sağlık turizm alanında rekabet gücü zayıf olacaktır. Örneğin, ABD Hastalık Kontrolü Federal Merkezleri, yağ aldırma ve göğüs operasyonları için Dominik Cumhuriyetine yaptıkları seyahatin ardından bazı hastaların bakteriyel enfeksiyon geçirmesi üzerine uyarılar yayınlamıştır¹⁷⁹ .

Uluslararası sağlık hizmetleri ticaretinin ve sağlık turizminin etkilerine yönelik endişeler temelde sosyal eşitsizliğin artması endişesi üzerinde toplanmaktadır. Sağlık bakımının, sosyal hak unsurunun geri plana itilip, ekonomik boyutunun ön plana çıkarılarak ticari ürün olarak sunulması sosyal eşitlik duygusunu

¹⁷⁷ David Woodward, Nick Drager, Robert Beaglehole and Debra Lipson, "Globalization, global public goods and health", 2002, <http://www.who.int/trade/en/THpart1chap1.pdf> (12.07.2009).

¹⁷⁸ Chi Kin Bennett Yim, "Healthcare Destinations in Asia", Asia Case Research Center, University of Hong Kong, http://www.acrc.org.hk/promotional/promotional_shownote.asp?caseref=863&page=1 (23.04.2007).

¹⁷⁹ Yim.

zedelebilir. Eşitlik önemli bir sosyal amaçtır ve refah devletinin güvence altına aldığı sağlık hizmetleri bu hedefi gerçekleştirmenin önemli bir aracıdır. Sağlık hizmetlerinde artan rekabet her zaman etkinlik, eşitlik veya kalitede iyileştirme getirmeyebilir; kimi zaman kamu sağlık hizmetleri ile özel sağlık hizmetleri arasında farkı genişletebilir¹⁸⁰. Sağlık hizmeti ticaretinin sosyal problemleri artırma riski bulunmaktadır. Nitelikli sağlık çalışanlarının beyin göçü, kısıtlı ulusal kaynakların dengesiz dağıtımı, kamu ve özel sektör arasında sağlık standartları ve hastalara sunulan olanaklar arasında farklılıkların artması gibi sorunlar baş gösterebilir¹⁸¹.

Örneğin, Dünya Sağlık Örgütü'nün 2010 yılı raporuna göre, kişi başına düşen sağlık çalışanı açısından ülkeler arasında büyük farklılıklar bulunmaktadır. Örneğin, Hindistan'da her 10.000 kişiye 6 doktor, 13 hemşire ve yardımcı personel, 1 diş hekimi ve 6 eczacı düşerken; Tayland'da her 10.000 kişiye 3 doktor; 14 hemşire , 1 diş hekimi ve 1 eczacı; Malezya'da 7 doktor, 18 hemşire, 1 diş hekimi, 1 eczacı; Filipinler'de 12 doktor, 61 hemşire, 6 diş hekimi ve 6 eczacı Türkiye'de 15 doktor, 19 hemşire, 2 diş hekimi, 3 eczacı şeklindedir. ABD'de 27 doktor, 98 hemşire, 16 diş hekimi ve 9 eczacı; İngiltere'de 21 doktor, 116 hemşire, 8 diş hekimi ve 7 eczacı; Hollanda'da 39 doktor, 151 hemşire, 5 diş hekimi ve 2 eczacı düşmektedir¹⁸².

Sağlık sistemleri dünya genelinde bir kriz ve reform sürecinden geçmektedir. Daha fazla hastalığın kontrol altına alınması ve daha iyi beslenmeye bağlı olarak ortalama insan ömrünün uzaması, yaşlı nüfusu arttırırken sosyal güvenlik sistemleri üzerinde baskı yaratmakta; artan harcamalar sosyal politikaların sürdürülebilirliğini tartışmaya açmaktadır¹⁸³. Böyle bir durumda sağlık turizmi araç ya da amaç olmasına bağlı olarak hem sorun hem de çözüm olabilir. Sağlık turizmi, önemli bir döviz ve ekonomik gelir kaynağıdır. Sağlık turizmi hacmi, toplam hizmet ticareti ya da turizm

¹⁸⁰ Gonzales, Brenzel and Sancho, 2001, s. 3.

¹⁸¹ Bookman and Bookman, s.169.

¹⁸² World Health Organization, World health statistics, 2010,

<http://www.who.int/whosis/whostat/2010/en/index.html>, (20.07.2010) ,s.122.

¹⁸³ André Sapir, "An Agenda For A Growing Europe: Making the EU Economic System Deliver", Report of an Independent High-Level Study Group established on the initiative of the President of the European Commission, Brussels, 2003, www.euractiv.com/ndbtext/innovation/sapirreport.pdf, s.28

hizmetleri tüketimi ile karşılaştırıldığında küçük olsa da artan bir eğilim olması nedeniyle, geçici ya da önemsiz sayılamayacak bir konumdur¹⁸⁴. Özellikle, yüksek gelir grubunda olan ülkelerde karşılanmayan sağlık bakım ihtiyacı sağlık turizminin geleceğini gösteren önemli bir göstergedir¹⁸⁵. 2007 yılı itibariyle, ABD’de karşılanmayan sağlık bakım ihtiyacı, ortalama gelirin altındaki grup için %52 ve üstündeki grup için %25, Almanya’da sırasıyla %24 ve %18, İngiltere’de %9 ve %8 ve Hollanda’da %6 ve %3’tür¹⁸⁶.

Sağlık turizminden elde edilen gelir, kamu sağlık hizmetleri altyapısının, tıbbi bilgi ve becerilerin, teknolojik kapasitenin ve sağlık standartlarının iyileştirilmesi için yatırım yapılması için mali destek sağlayabilir¹⁸⁷. Özel sektör karlarından belirli bir miktarın yerel sağlık ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde ayrılmasını sağlayacak hükümet politikaları oluşturulabilir. Kamu ve özel sektör kaynak ve kapasite paylaşımı ile sağlık çalışanlarının eğitilmesi konularında işbirliğine gidebilirler¹⁸⁸. Bu durumda sağlık turizmi bir araç ve mevcut sorunlara karşı bir çözüm olarak kullanılmış olur. Bir yanda sosyal eşitliği koruyarak diğer yanda sağlık turizminin sürdürülebilirliği sağlamak, farklı önceliklerin ve değerlerin uzlaştırılması anlamına gelmektedir. İlgili toplumsal aktörleri karar alma sürecine katarak, uzlaşmayı sağlama görevi, politika yapıcılara düşmektedir.

Avrupa bütünleşmesi örneğinde sınır ötesi hasta hareketliliği, sosyal hak ile ekonomik özgürlük arasındaki bu denge arayışına bir örnek oluşturmaktadır. Sağlık bakımı alma hem insan haklarından yaşama hakkının ayrılmaz bir parçası hem de sosyal haklardan birisidir. Sosyal hak olması, onu vatandaşlar açısından hak; devlet açısından görev haline getirmektedir. Diğer bir ifadeyle, devletin vatandaşıma sağlık bakımı sunma yükümlülüğü bulunmaktadır. Sınır ötesi hasta hareketliliğinde, kendi

¹⁸⁴ Bookman and Bookman, s.2.

¹⁸⁵ Commission Staff Working Document, Accompanying Document to the Proposal for a Directive, Impact Assessment, SEC(2008) 2163, 02.07.2008 , s.11.

¹⁸⁶ OECD, “Health at a Glance- OECD Indicators”, 2009, http://www.oecd.org/document/11/0,3343,en_2649_33929_16502667_1_1_1_37407,00.html (04.05.2010), s.143.

¹⁸⁷ Bookman and Bookman, s.170.

¹⁸⁸ Yim.

ülkesinde sağlık bakımını çeşitli gerekçelerle alamayan AB vatandaşları, bir başka üye ülkede ihtiyaç duydukları sağlık bakımını almakta ve bu bakımın masraflarının kendi ülkelerinde bağlı oldukları sağlık kurumu tarafından karşılanmasını talep etmektedirler. Bu talebi yaparken, Avrupa ekonomik bütünleşmesinin unsurlarından dolaşım serbestisine dayanmaktadırlar.

Sınır ötesi hareketliliğin konusunu oluşturan sağlık, üye devletler ve AB kurumları arasında görüş ayrılıklarının yaşandığı bir politika alanıdır. Avrupa'daki sağlık sistemleri farklı ancak karşılıklı bağımlıdır. Kendi içlerinde AB'den bağımsızdırlar fakat sistemlerin işlemesi için gerekli olan unsurlar AB tarafından şekillendirilmektedir. Bir yandan, AB Antlaşmalarında sağlık hizmetlerinin üye devletlerin sorumluluğu olduğu açıkça belirtilirken, diğer yandan sağlık sistemleri kişiler, mallar ve hizmetler arasındaki etkileşimi içerdigi için, bütün bu unsurların sınır ötesi serbest dolaşımı da aynı Antlaşmalar ile AB güvencesi altına alınmıştır ve dolayısıyla Avrupa düzeyindeki hukuki çerçeveye tabidir¹⁸⁹.

Bununla birlikte AB'nin ekonomik hedeflerinin yanı sıra sosyal hedefleri vardır. Avrupa vatandaşlarının refahını arttırmak Avrupa bütünleşmesinin başlangıçtan itibaren hedeflerinden birisidir. Maastricht Antlaşması ile yüksek düzeyde sağlık hizmetine katkı sağlamak AB'nin sorumlulukları arasına eklenmiştir. Farklılıkların uzlaştırılması, Avrupa bütünleşmesinin temel özelliğidir çünkü bütünleşme, zor kullanarak ilerlemeye değil ikna süreçleriyle ilerlemeye dayanmaktadır.

¹⁸⁹ Martin McKee, Elias Mossialos, "Health Policy and European Law: Closing the Gaps", *Journal of the Royal Institute of Public Health*, Vol.120, 2006, s.16.

İKİNCİ BÖLÜM

AVRUPA BÜTÜNLEŞMESİNİN SAĞLIK BAKIMINA YAYILMASI

2.1 YENİ İŞLEVSELÇİLİK

Sınır ötesi hasta hareketliliği, özellikle Avrupa iç pazarı ve Lizbon Stratejisi bağlamında, bütünleşme sürecinin üye ülkeler üzerindeki yansımalarıyla ilgili tartışmaların bir parçası haline gelmiştir¹⁹⁰. Hasta hareketliliği, bir yandan sağlık sistemlerinde talep ve arz arasında süregelen dengesizlik karşısında, hastalar ve hizmet sunucuları açısından bir fırsat olarak görülürken¹⁹¹, diğer yandan hem hasta gönderen hem de hasta kabul eden ülkelerin sağlık sistemleri üzerindeki etkileri nedeniyle şüpheyle karşılanmaktadır¹⁹².

Üye ülkeler, sağlık bakımını ulusal yetki alanı olarak görmektedir. Ulusal sağlık sistemlerinin organizasyonu ve finansmanının üye ülkelerin yetki ve sorumluluğunda olduğu, gerek antlaşmalarda gerekse ATAD'nın sınır ötesi hasta hareketliliğine yönelik verdiği kararlarda açıkça ifade edilmektedir. Bununla birlikte, Avrupa bütünleşmesi sürecinde sağlık bakımı, aşamalı bir şekilde uluslararası düzeye taşınmakta, uluslararası kurumların bu alandaki görevleri hem kapsam hem de düzey olarak genişlemektedir. Bu durum, ülkeler arasındaki işbirliğinin, bir kez başladığında, zaman içerisinde ilk başta tahmin edilmeyen bir yolda ilerleyebilmesine örnek teşkil etmektedir¹⁹³.

¹⁹⁰, "Benefits and challenges of enhanced patient mobility in Europe", Europe for Patients Final Conference Press Release- 26-27 October 2006; Magdalene Rosenmöller, Martin McKee, Rita Baeten, Irene A. Glinos, "Patient Mobility: the Context and Issues" *Patient Mobility in the European Union Learning From Experiences*, Ed. Magdalene Rosenmöller, Martin McKee, Rita Baeten, World Health Organisation, 2006, s. 2.

¹⁹¹ Rosenmöller, McKee, Baeten, Glinos, s. 2.

¹⁹² Bkz. European Public Health Alliance, "The Council fails to reach agreement on the Patients Rights Directive", <http://www.epha.org/a/2878> (11.07.2010) ; Jennifer Rankin, "Ministers reject proposal on cross-border healthcare", *European Voice*, 01.12.2009, <http://www.europeanvoice.com/article/2009/12/ministers-reject-proposal-on-cross-border-healthcare/66568.aspx> (05.01.2010); Assembly of European Regions, "Proposed Directive: applying patients' rights in cross-border healthcare", <http://www.aer.eu/main-issues/health/cross-border-healthcare-services.html> (07.02.2010).

¹⁹³ Ernst B. Haas, *The Uniting of Europe Political, Social and Economic Forces 1950-1957*, 2.b., Stanford University Press, Stanford California, 1968, s. 283.; Carsten Stroby Jensen, "Neofunctionalism", *European Union Politics*, Ed. Michelle Cini, Oxford University Press, Oxford, 2004, s. 84.

Aşağıda yeni işlevselci kuramın temel unsurları ve bütünleşme mantığı açıklanacaktır. Bu bağlamda, sırasıyla bütünleşmenin gerçekleşme ve başarılı olma koşulları, bütünleşme sürecinde etkili olan aktörler, bütünleşme sürecinin işleyiş mekanizması ve bütünleşme potansiyeli, karar alma sürecinin uluslararasılaşması konuları ele alınacaktır.

2.1.1 Bütünleşme Koşulları

Yeni işlevselcilik, siyaset biliminde davranışsalci yaklaşımın ağırlıklı olduğu ve siyasi süreçlerin analizinin önemin kazandığı bir dönemde doğmuştur¹⁹⁴. Ernst Haas, siyasi bütünleşmeyi “farklı ulusal yapılardaki aktörlerin bağılıklarını, beklentilerini ve siyasi faaliyetlerini, kurumları mevcut ulus devletler üzerinde takdir yetkisi talep eden ya da takdir yetkine sahip olan yeni bir merkeze yöneltmeye ikna olmaları süreci” olarak tanımlamaktadır¹⁹⁵. Haas’ın tanımı üç temel noktaya işaret etmektedir: bütünleşme bir ikna olma sürecidir; mevcut ulusal düzeyin yerine geçmeyen ve onunla birlikte faaliyette bulunan bir uluslararası düzey vardır ve aktörler çeşitlilik taşımaktadır.

Leon Lindberg ve Stuart A. Scheingold, siyasi bütünleşmeyi AB’nin kurumsal kapsamının ve kapasitesinin artması ile eş tutmaktadır¹⁹⁶. Lindberg ve Scheingold’un yaklaşımında, AB’nin görev genişlemesi bütünleşme sürecinin odak noktasında yer almaktadır. AB’de karar alma mekanizması uzlaşıya dayanmaktadır. Bunun bütünleşme açısından anlamı, taraflar AB’nin görevlerini genişletmeye razı oldukça sürecin ilerleyebileceğidir. Her bütünleşme antlaşması, Avrupa düzeyindeki görevlerin kapsamı ve kapasitesi açısından düzenlemeler yapmaktadır ve böylece AB’nin faaliyet alanı süreç içinde yeniden şekillenmektedir.

¹⁹⁴ Ben Rosamond, *Theories of European Integration*, Palgrave MacMillan, Hampshire, 2000, s. 2, 54. Kuramın çatısı büyük ölçüde, Ernst B. Haas’ın Avrupa Kömür Çelik Topluluğu örneğini incelediği “The Uniting of Europe: Political, Social and Economic Forces, 1950-1957” başlıklı eserinde çizilmiştir. Haas’ın yanı sıra Leon Lindberg, Stuart A. Scheingold, Philippe Schmitter, Joseph S. Nye, gibi siyaset bilimciler Avrupa bütünleşmesi sürecinde yaşanan gelişmeler ışığında kuramın gelişimine katkıda bulunmuştur.

¹⁹⁵ Ernst B. Haas, 1968, s. 16.

¹⁹⁶ Leon Lindberg and Stuart A. Scheingold, *Europe’s Would-Be Polity*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1970, s. 99.

Yeni işlevselci kuram, Avrupa Birliği'nin gerçekleştiği fikrinden ziyade, gerçekleşmekte olduğu fikrine dayanmaktadır¹⁹⁷. Bütünleşme sabit koşullar altında ilerleyen bir süreç değil, üye ülkelerin ve onların birbirleriyle ilişkilerinin değişim ve dönüşüm içinde olduğu bir süreçtir. Dönüşüm, uluslararası nitelikteki kurumsallaşma çatısı altında gerçekleşen ekonomik bütünleşmenin, zaman içinde siyasi bütünleşmeyi getirmesini ifade etmektedir¹⁹⁸. Yeni işlevselciliğin bütünleşmeye süreç olarak yaklaşması, onu ayrı ayrı olaylara odaklanan hükümetlerarasıcılıktan büyük ölçüde ayırmaktadır. "Hükümetlerarasıcılık tek bir resme bakarken, yeni işlevselcilik tüm filmi dikkate almaktadır"¹⁹⁹. Yeni işlevselci kurama göre, dönüşüm ve bütünleşme çarpıcı ve büyük olaylardan ziyade normal sayılabilecek sosyal, ekonomik ve kültürel etkileşimlerden kaynaklanmaktadır²⁰⁰.

David Mitrany'nin işlevselci düşüncelerinden büyük ölçüde izler taşıyan yeni işlevselci kuram, işlevselci kuramın "ulus-sonrası (post-nationalist) süreçteki kurumsal yapılanmanın insanların refah ihtiyaçlarına odaklanmasına ve teknokratik olmasına" yaptığı vurgudan hareket etmektedir. Yeni işlevselciliğin işlevselcilikten temel farkı, uluslararası kurumların bölgesel niteliğini vurgulaması ve ulus-sonrası toplum yapısına geçişin işlevselciliğin benimsediği gibi sadece teknokratik otomatiklik (automaticity) ile olmayacağı, sürecin daha çok kendi çıkarlarını izleyen aktörler tarafından şekilleneceğini kabul etmesidir²⁰¹.

¹⁹⁷ Andrew Moravcsik, "The European Constitutional Compromise and the Neofunctionalist Legacy", *Journal of European Public Policy*, Vol. 12, No.2, 2005, s. 350.

¹⁹⁸ Çınar Özen, "Neo-functionalism and the Change in the Dynamics of Turkey-EU Relations", *Perceptions Journal of International Affairs*, Vol.3, No. 3, 1998, s. 34.

¹⁹⁹ Arne Nieman, "The PHARE Programme and the Concept of Spillover: Neofunctionalism in the Making", *Journal of European Public Policy*, Vol.5, No. 3, 1998, s. 429.

²⁰⁰ Bu yönüyle yeni işlevselcilik, realist ve hükümetlerarası kuramlardan farklılaşmaktadır çünkü bu kuramlar bütünleşme sürecinin şekillenmesinde büyük siyasi olayların etkili olduğunu vurgulamakta ve süreçte başat rol oynayan aktörlerin ulusal çıkarlarını elde etmeye çalışan egemen ulus devletler olduğunu kabul etmektedir. Bkz. Philippe Schmitter, "Neo-Neofunctionalism", *European Integration Theory*, Ed. Antje Wiener and Thomas Diez, Oxford University Press, Oxford, 2004, s. 47.

²⁰¹ Rosamond, 2000, s.55. İngilizce metindeki "Automaticity" ifadesi, Türkçeye özışlerlik ya da otomatiklik olarak çevrilebilir. Öz işlerlik Türkçe kullanım açısından daha uygun olsa da, ifadenin bütünleşme sürecinin teknik yapısını daha çok vurgulaması, bütünleşme sürecini tanımlamada kullanılan bir terim niteliğinde olması ve yazarın kullanımına daha paralel olması açısından, tezde "otomatiklik" ifadesinin kullanılması tercih edilmiştir.

Haas, başarılı bir bütünleşme için üç koşul tanımlamaktadır: çoğulcu toplumsal yapı²⁰², yüksek ekonomik ve sosyal gelişmişlik düzeyi, ortak ideolojik yapılar. Bu koşullar birarada ortak çıkarların uluslararası düzeye yükseltilmesinde itici güç oluşturmaktadır²⁰³. Haas, aktörlerin işleve bağlı bir zorunluluk olarak bütünleşme sürecine bağlandıklarını kabul ederken, Lindberg, aktörlerin bütünleşme sürecine dahil oldukça, daha fazla bütünleşme lehine, kendilerinin bizzat siyasi baskı yarattığını kabul etmektedir.

Haas ve Schmitter, teknik-ekonomik ekonomik bütünleşmenin siyasi alana yayılması için uygun olan koşulları belirlemeye çalışmışlardır. Buna göre bütünleşmeye etki eden koşullar üç gruba ayrılmaktadır. İlk grupta bütünleşme öncesi koşullar (arka plan koşulları) yer almaktadır. Bu koşullardan ilki, bütünleşmeye giden ülkelerin büyüklüğü ve gücüdür. Burada büyüklük ve güçten kasıt, mutlak askeri güç ya da sanayi büyüklüğü değil, ülkelerin bütünleşmeye konu olan işlevsel alanlardaki göreceli ağırlıklarıdır. İkincisi, sınırlamalar kaldırılmadan önce taraflar arasındaki işlem oranıdır (rate of transaction). Ticaret oranının yanı sıra, üretim faktörlerinin hareketliliği de bu konuda birer gösterge niteliği taşımaktadır²⁰⁴.

Bütünleşme öncesi değişkenlerden son ikisi, çoğulculuk ve elitlerin tamamlayıcılığıdır. Çoğulculuk, devleti çıkarlarından bağımsız kendi yolunu izleyen tek bir aktör olarak değil tüm toplumun çıkarlarını temsil eden bir birim (entity) olarak görmektedir. Bu anlamda devleti, onu oluşturan parçalar arasındaki etkileşimin bir sonucu olarak ele almakta ve uluslararası ilişkilerde ve ulusal politika

²⁰² Bu tutum, 1950'lerde siyaset biliminde yükselen çoğulculuk (pluralism) akımıyla paralellik göstermektedir. Çoğulcu yaklaşım üye ülkeler arasındaki işbirliğine odaklanmaktadır. Faaliyetleri ulusal sınırların ötesine geçen, uluslararası organizasyonlar ve çok uluslu şirketler gibi aktörler arasındaki etkileşim ulusötesileşmeye (transnationalisation) yol açmaktadır. Ulusötesileşmenin ana göstergeleri, ülke "sınırlarının" önemini kaybolması ve karşılıklı bağımlılığın artmasıdır. Bkz. Carla A. Arena Ventura, Melissa Franchini Cavalcanti and Verônica Angélica Freitas de Paula, "The Systems Approach to the Pluralist Theory of International Relations: A Case Study of the European Union", *Journal of Systemic Practice and Action Research*, Vol.19, 2006, s. 479-481.

²⁰³ Ernst B. Haas, "The Challenge of Regionalism", *International Organization*, Vol.12, No. 4, 1958, s.448.

²⁰⁴ Ernst B. Haas and Philippe C. Schmitter, "Economics and Differential Patterns of Political Integration: Projections about Unity in Latin America", *International Organization*, Vol. 18, No. 4, 1964, s.711.

süreçlerinde devletler kadar hükümet dışı aktörlerin de önemli olduğunu kabul etmektedir²⁰⁵.

Elitlerin tamamlayıcılığından kasıt, birbirine tekabül eden elit gruplarının benzer şekilde düşünüp düşünmemeleridir. Bütünleşme öncesindeki işlem oranının yüksek oluşu, yüksek derecede toplumsal çoğulculuk, ülkelerin güçleri ve büyüklüklerindeki benzerlik ve elitlerin tamamlayıcılığı ekonomik ilişkilerin hızlı bir şekilde siyasi işbirliğine dönüşmesi için elverişli ortam sağlayacaktır²⁰⁶.

İkinci gruptaki değişkenler, ekonomik birliğe gidildiği zamanda geçerli olan koşullardır. İlk olarak, ülkelerin ekonomik amaçlarının ve siyasi taahhütlerinin yüksek olmasının ve ülkeler arasındaki benzerliğin siyasi bütünleşme olasılığını arttırdığı kabul edilmektedir. İkinci olarak, yeni uluslarüstü kurumların işlevlerinin ve yetkilerinin kapsamı önem taşımaktadır²⁰⁷. Buna göre, merkezi kurumlar önemli bir politikayı başlatma ve etkin bir şekilde savunma gücüne sahipse ve ulusal yetkililerle ve çıkar gruplarının temsilcileriyle sürekli işbirliği içinde hareket ediyorsa otomatik bütünleşme olasılığı artmaktadır. Otomatik bütünleşmenin en fazla görüldüğü yerler, bütünleşmenin sıkı bir plana bağlandığı (İç pazar içerisinde faktör hareketleri önündeki engellerin kaldırılması gibi) alanlardır²⁰⁸.

Üçüncü grup, süreç koşulları adını taşımaktadır ve karar alma biçimi, etkileşimin ve hareketliliğin büyüme oranı ile hükümetlerin ve hükümet dışı aktörlerin sürece ve birbirlerine uyum sağlama kapasitesini içermektedir²⁰⁹. Ortak karar alma mekanizmasında ortak kurumların yetkilerinde uluslarüstülüğün derecesinin yüksek olması, üye ülkeler arasında işlem oranının, üçüncü ülkelere kıyasla artış göstermesi ve süreç içerisinde aktörlerin beklentilerinde ve bağlılıklarında değişim olması ve sosyal öğrenmenin gerçekleşebilmesi beklenilir²¹⁰.

²⁰⁵ Ventura, Cavalcanti and de Paula, s. 479-481.

²⁰⁶ Haas and Schmitter, s.712.

²⁰⁷ Rosamond, 2000, s.71.

²⁰⁸ Haas and Schmitter, s.713.

²⁰⁹ Rosamond, 2000, s.71.

²¹⁰ Haas and Schmitter, s. 715-716.

Joseph Nye, işlevselcilik modelini “süreç mekanizması” ve “bütünleşme potansiyeli” kavramları çerçevesinde yeniden düzenlemiştir. Nye’a göre, bütünleşme süreci ‘süreç mekanizması’ ile desteklenmektedir. Süreç mekanizmasının unsurları: artan işlem hacmi ve hareketlilik; görevlerin işlevsel bağlantısı; elitler grubunun koalisyon oluşturması; elit sosyalizasyonu; bölgesel düzeyde baskı gruplarının oluşumu; bölgesel bütünleşme ideolojisi ve bölgesel kimliğin derinleşmesi ve son olarak da sürece dış aktörlerin karışmasıdır²¹¹. Karar alıcıların süreç mekanizmasından kaynaklanan baskılara nasıl yanıt vereceği kısmen bu baskıların gücüne, kısmen de bütünleşme potansiyeline dayanmaktadır.

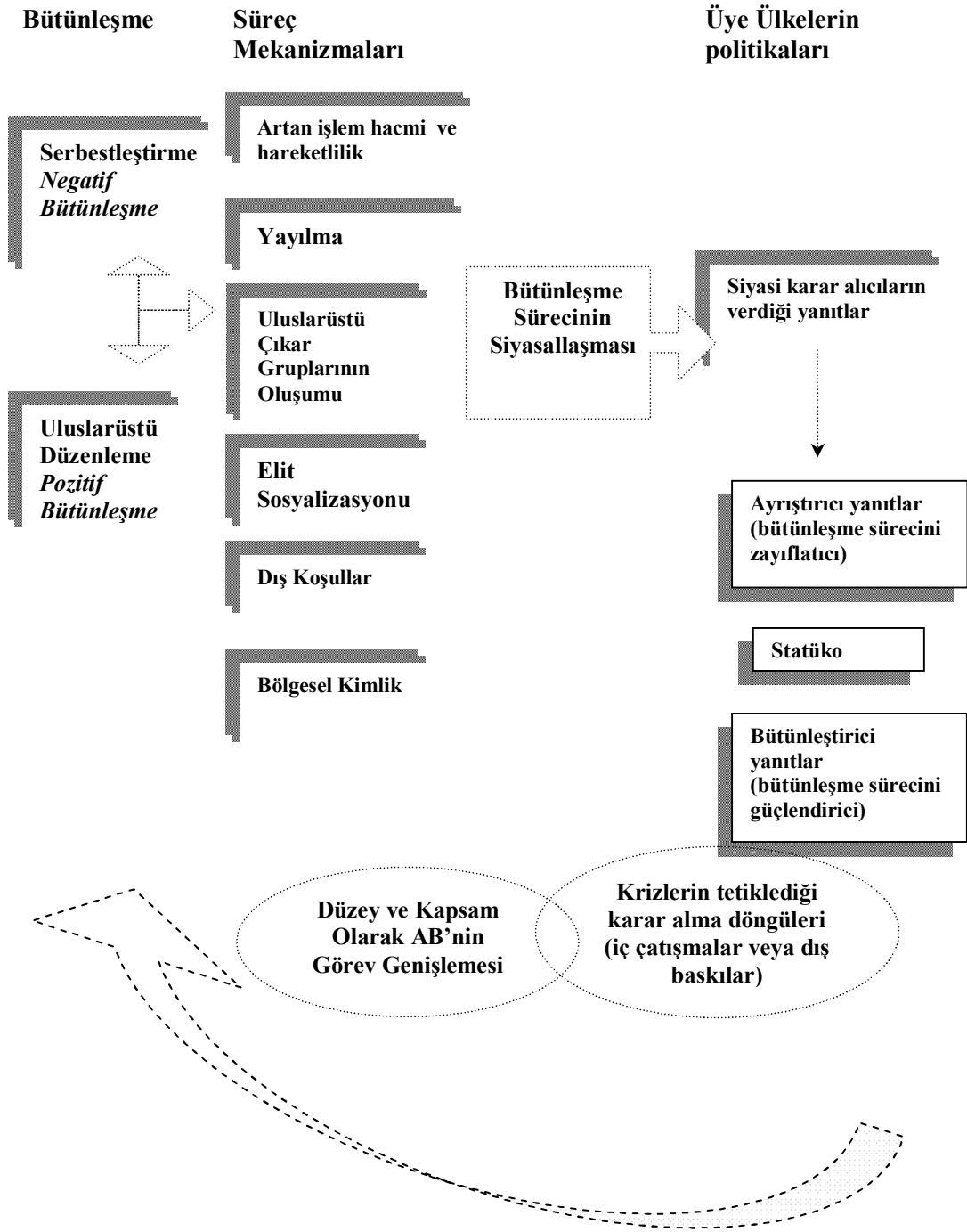
Nye, bütünleşme potansiyelini etkileyen koşulları, yapıya ve algıya dayalı olmak üzere iki ana kategoride ele almaktadır. Yapısal koşullar, bütünleşme süreci dışındaki faktörler tarafından belirlenen göreceli olarak daha istikrarlı koşullardır. Algıya dayalı koşullar, daha çok bütünleşme süreci tarafından belirlenen ve bütünleşme sürecinde sıklıkla değişkenlik gösteren koşullardır. Bütünleşme potansiyelini belirleyen yapısal koşullar, üye ülkeler arasındaki simetrimin derecesi, üye ülkelerin yanıt verme ve uyum sağlama kapasitesi, çoğulculuğun bulunması, elitlerin değerlerinin birbirini tamamlama derecesidir.

Algıya dayalı koşullar, nesnel içeriğin öznel yorumlarına dayanmaktadır. Bu koşullardan ilki bütünleşmeden sağlanan faydaların adil bir şekilde dağıtılıp dağıtılmadığına ilişkin algılardır. Diğer, bütünleşmenin maliyetlerinin düşük olması ve aktörlerin kendilerinin dış durumu hakkındaki ortak algılarıdır. Ortak dış tehdit karşısında uygun politika stratejilerinin neler olduğu konusunda uzlaşmaya varılması önemlidir²¹².

²¹¹Joseph S. Nye, “Comparing Common Markets: A Revised Neo-Functionalist Model”, *International Organization*, Vol. 24, No. 4, 1970, s.803; Nilüfer Karacasulu, “Avrupa Entegrasyon Kuramları ve Sosyal İnşaatçı Yaklaşım”, *Uluslararası Hukuk ve Politika*, Cilt: 3, Sayı: 9, 2007, s. 88.

²¹² Rosamond, 2000, s.72.

Şekil 2: Bütünleşme Süreci Modeli



Kaynak: Nye, 1970, s. 827; Tanja Börzel, "Mind the gap! European integration between level and Scope", *Journal of European Public Policy*, Vol.12, No. 2, 2005, s. 221; Lüdger Kühnhardt, "European Integration: Success Through Crises", *Crises in European Integration Challenges and Responses, 1945-2005*, Lüdger Kühnhardt (Ed.), Berghahn Boks, New York, 2009, s. 3.

2.1.2 Aktörler

Yeni işlevselcilik, siyaset biliminde süregelen yapı ve aktör ilişkisinde aktörü ön plana çıkarmaktadır²¹³. Yapı, genellikle aktörlerin eylemleri üzerinde belirleyici etkisi olan bağlam ve maddi koşullar gibi koşulları ifade ederken, aktörlük kişilerin veya grupların (isteyerek ya da istemeyerek) kendi çevrelerini etkileyebilme kapasitelerini ifade etmektedir²¹⁴. Bütünleşme koşulları ile ilgili bölümde açıklandığı üzere, yeni işlevselcilik bütünleşme sürecindeki rolü bakımından ülkelerin, bölgesel bütünleşmeyi başlatma noktasındaki ve antlaşmalar yaparak bütünleşmeye yeniden şekil verme konusundaki önemini kabul etmekle birlikte²¹⁵, daha fazla bütünleşme yönünde hükümetleri ikna eden hükümet-dışı aktörlere, özellikle teknokratlara ve çıkar gruplarına öncelik vermektedir²¹⁶.

2.1.2.1 Uluslarüstü kurumlar

Lindberg'e göre siyasi bütünleşme, hükümetlerin daha önce kendi başlarına yaptıklarını artık birlikte yapmalarını kapsamaktadır. Bu kaçınılmaz olarak, uluslarüstü kurumların oluşturulmasını ve ortak karar alma mekanizmasının oluşturulmasını getirmektedir²¹⁷. Uluslararası düzeye yetki devredilmesi, ülkelerin politika amaçlarının benzer olması ya da birbirine yakınlaşma eğiliminde olması anlamına gelmektedir. Uluslarüstü vekilin atanması, ülkelerin bazı ortak çıkarlarını başka türlü karşılayamayacaklarını anlamaları üzerine bir uzlaşmaya gitmeleri ile mümkün olmaktadır²¹⁸.

²¹³ Ernst B. Haas, "Does Constructivism Subsume Neo-functionalism", *The Social Construction of Europe*, Ed. Thomas Christiansen, Knud Erik Jorgensen and Antje Wiener, Sage Publications, London, 2001, s.28.

²¹⁴ Stuart McAnulla, "Structure and Agency", *Theory and Methods in Political Science*, Ed. David Marsh and Gerry Stoker, 2. baskı, Palgrave Macmillan, New York, 2002, s.271.

²¹⁵ Philippe Schmitter, "Ernst B. Haas and the Legacy of Neofunctionalism", *Journal of European Public Policy*, Vol. 12, No. 2, 2005, s.257.

²¹⁶ Schmitter, 2004, s. 46.

²¹⁷ Jensen, 2004, s.84.

²¹⁸ Ernst B. Haas, "International Integration: The European and the Universal Process", *International Organization*, Vol. 15, No. 3, 1961,s.368.

Bütünleşmeye giden ülkeler, aralarındaki anlaşmalara diğer tarafın doğru bir şekilde uyacağından emin olamadıkları için bağımsız bir “vekil” atayarak, söz konusu vekil kuruma gözetleme ve gerektiğinde bu anlaşmaları zorla uygulatma yetkisi verebilirler. Bu anlamda uluslararası sekretarya ve yargı sisteminin varlığı, bütünleşmenin sürdürülebilmesi için gerekli bir koşul hale gelmektedir²¹⁹.

Asil-vekil ilişkisi olarak adlandırılan bu ilişkide, asil konumundaki taraf ikinci bir tarafla, yani vekil ile sözleşmeye dayalı bir ilişkiye girmekte ve vekile “asil”in adına bazı görevleri ve işlevleri yerine getirme sorumluluğu yüklemektedir²²⁰. Ülkeleri vekil atamaya iten nedenlerin başında, bütünleşme anlaşmalarının niteliği gelmektedir. Her kurumsal anlaşma bir sözleşme niteliğindedir ve bu sözleşmede taraflar gelecekte belirli bir yönde davranacaklarını taahhüt etmektedirler. Ancak tarafların yükümlülüklerinin en ince ayrıntılarına kadar sözleşmede belirtilmesi mümkün olmadığından, her sözleşme ya da anlaşma eksiklik taşımaktadır. Belirsizliğin yüksek olduğu ve gelecek ile ilgili karar almanın karmaşık ve zaman alıcı olduğunun düşünüldüğü durumlarda, anlaşmayı yapan taraflar vekil atayarak bu vekillere eksik sözleşmeden doğan sorunların çözülmesi görevini verebilirler²²¹.

Asil konumundaki üye ülkelerin yetki aktardıkları vekillerin başında, Komisyon ve ATAD gelmektedir. Vekillerin başlıca görevleri üye ülkelerin işbirliği yapmalarını kolaylaştırmak, ortak kurallara uyumlarını denetlemek ve üye ülkeler arasındaki müzakerelerin işlemsel maliyetlerini azaltmaktır. Bütünleşme sürecinde bir üye ülkenin tek başına yasama önerisi getirmesi ve bunu diğer ülkelere kabul ettirmesi, müzakerelerin teknik ve siyasi boyutları nedeniyle çok maliyetli olacaktır. Bu nedenle yasama sürecini başlatma sorumluluğu, Avrupa çıkarlarını bir bütün olarak korumak amacıyla, çeşitli konularda Komisyon’a bırakılmıştır²²².

²¹⁹ Schmitter, 2004, s. 50.

²²⁰ Hussein Kassim and Anand Menon, “The principal-agent approach and the study of the European Union: promise unfulfilled?”, *Journal of European Public Policy*, Vol.10(1), 2003, s.122.

²²¹ Mark A. Pollack, “Delegation, agency, and agenda setting in the European Community”, *International Organization*, Vol. 51, No. 1, 1997, s. 104.

²²² Pollack, 1997, s. 105.

Ayrıca, üye ülkeler kabul edilen mevzuatın uygulanması ve yönetilmesini sağlayacak bağımsız bir birime ihtiyaç duymaktadır. Bu durumda, Komisyon ve ATAD, AB mevzuatının ulusal mevzuatlara geçirilmesini ve ulusal mevzuatların Antlaşmalarla uyumunu denetleyebilir, uyum sağlamaları için onları zorlayabilir. Diğer bir neden ise, ulusal hükümetler çoğunlukla yeniden seçilme hedefi taşımaktadırlar. Bu nedenle, seçmenlerini etkileyecek kısa vadeli siyasi kararlar onları Komisyona yetki aktarımını sağladıkları, uzun vadede etkilerini gösterecek politikalarından daha fazla ilgilendirmektedir²²³.

Yetki aktarılan aktörler, asil ile aralarında bulunan bilgi asimetrisinden faydalanarak yetki aktaran asillerin kendileri üzerindeki kontrolünden bağımsızlıklarını kazanma ve politika süreçleri ve politika sonuçları üzerindeki etki alanlarını en üst düzeye çıkarma eğiliminde olabilirler. Ayrıca, bazı durumlarda Komisyon, ATAD gibi uluslararası kurumlar ilk oluşturuldukları zaman öngörülme-yen bazı yeni rolleri zaman içinde üstlenebilirler²²⁴.

Diğer taraftan asiller, vekilleri kontrol etmek için çeşitli mekanizmalara başvurabilirler; vekilin kullanabileceği hukuki araçlar ve prosedürlerin sıkı şekilde belirlenmesi, atamaların kontrolü, vekilin gücünü azaltacak yeni mevzuatların benimsenmesi gibi önlemler alabilirler. Ancak sıkı önlemler alınması hem kendi başına maliyetli bir durumdur hem de vekilin görevini yerine getirebilmesi için ihtiyaç duyduğu esnekliğin ve kapsamın daraltılması anlamına geldiği için etkinlik açısından bir maliyet yaratmaktadır²²⁵.

Uluslararası otoritenin, bütünleşmenin derinleşmesine destek olabilmesi için güçlendirilmesi gereklidir. Ortak siyasi kurumların, daha ileri bütünleşme düşüncesini hukuki kural haline çevirebilecek güçte olması önemli bir etkidir²²⁶. Ancak ülkeler, sözkonusu uluslararası kurumlarda çok fazla yetki toplanmasından

²²³ Simon Hix, *The Political System of the European Union*,; Palgrave Macmillan, 2.b., Houndmills, 2005, s. 65.

²²⁴ Pollack, 1997, s. 107-108.

²²⁵ Pollack, 1997, s. 109.

²²⁶ Ernst B. Haas, 1968, s. 7.

kaçınarak, gözetleme ve uygulamayı sağlama görevlerini çeşitli düzeylere dağıtmaktadırlar. Uluslarüstü kurumlara verdikleri yetkiyi düzeyler arasında temsil ve hesap verme zorunluluğu getirerek sınırlandırmaktadırlar²²⁷.

2.1.2.2 Toplumsal Gruplar

Yeni işlevselcilik, Haas'ın ifadesiyle soft rasyonel seçim kuramını kabul etmektedir²²⁸. Buna göre, toplumsal gruplar (örneğin ulusal veya uluslarötesi çıkar grupları ile sosyal hareketler) farklı ideolojilerden gelse, farklı amaçlar taşısa dahi bütünleşmeyi isteklerine ulaşmak için bir araç olarak, yani çıkarları doğrultusunda algılayacak ve ona göre tutum geliştirecektir²²⁹. Bu yaklaşımı geliştiren Joseph Nye, birleşik Avrupa vizyonu ve ortak kimlik algısı gibi faktörlerin de etkili olduğunu düşünmektedir²³⁰.

Yeni işlevselcilik kuramının, bütünleşmenin başarısı için demokratik çoğulcu bir toplum yapısının gerekli olduğunu kabul ettiği yukarıda açıklanmıştır. Çoğulculuk koşulunun kendisi de dinamiktir. Avrupa toplum yapısı değişime uğramaktadır ve toplumsal beklentilerin değişmesi bütünleşme ilerledikçe süreç üzerinde farklı yansımalar bulabilir²³¹. Çoğulculuk, doğası gereği çatışmayı barındırır ve bütünleşmenin ilerlemesi grupların hedefleri arasında denge kurulmasına büyük ölçüde bağlıdır²³². Ayrıca, bu aktörler arasındaki rekabet belirli alanlardaki ulusal tercihlerin şekillenmesinde etkili olmaktadır ancak rekabetin kendisi de değişim içerisindedir. Bu nedenle, bir konudaki ulusal tercihler zaman içinde değişime

²²⁷ Schmitter, 2004, s. 50.

²²⁸ Bkz. "...Rasyonel seçim kuramcılarını bireysel rasyonelliğin, araçsal kavramsallaştırmasına giderler, kişilerin çıkarlarını önceden tahmin edilebilir şekilde arttırmaya çalışacaklarını ve rasyonellik açısından kişilerin eş nitelikte olduğunu kabul ederler. Yeni işlevselcilik, kişilerin inançları ve istekleriyle uyumlu şekilde hareket edeceğini kabul etmekte, rasyonelliğin diğer koşullarını kabul etmemektedir. Ernst B. Haas, 2001, s.30, 4 No'lu açıklama notu.

²²⁹ Jensen, 2004, s. 82.

²³⁰ Nye, 1970, s. 827.

²³¹ Ben Rosamond, "The uniting of Europe and the foundation of EU studies: Revisiting the neofunctionalism of Ernst B. Haas", *Journal of European Public Policy*, Vol. 12, No. 2, 2005, s.245.

²³² Rosamond, 2000, s. 67.

uğrayabilir²³³. Diğer yandan bu gruplar, bütünleşme derinleştikçe ortaya çıkan karar alma mekanizmasında etkili olabilmek adına, taktiklerini ve organizasyon yapılarını değiştirmek zorunda kalabilirler²³⁴.

Organizasyon yapısındaki bu değişim bir anlamda, değer ve çıkar algılarındaki değişimin bir ifadesidir. Beklentilerini en fazla karşılayacak yolu arayan grupların çıkarları, uluslararası Avrupa çerçevesi işlerlik kazandıkça Avrupa sistemine daha çok bağlı hale gelecektir ve ulusal düzeye bağlı bu toplumsal çıkar grupları bütünleşmeye destek verme eğiliminde olacaktır. Bu grupların bağlılıkları uluslararası düzeye doğru kayarken, aynı zamanda organizasyon yapısı da daha uluslararası nitelik kazanabilir. Bu değişimlerin olabilmesi için uluslararası kurumların, ulusal hükümetlerin uluslararası ve ulusal düzeyler arasındaki geçişi denetleyici rolünü aşması ve bu toplumsal gruplarla doğrudan erişime geçmesi gerekmektedir²³⁵.

Aslında bölgesel bütünleşmenin gerçekleşebilmesi için toplumsal aktörlerin çıkarlarını hesaplarken, kendi hükümetlerinden çok uluslararası kurumlara güvenmeye başlamaları beklenilir. Uluslararası kurumlar, toplumun ihtiyaçlarını karşıladıkça daha fazla meşruiyet ve yetki kazanacaklardır. Bu şekilde bütünleşme, kısmen otomatik bir şekilde ilerleyecektir, merkezi kurumlar *yeni* grupların taleplerini yerine getiremediklerinde, bütünleşme sağlanan sektörlerle ilgili aktiviteler, yakın ancak henüz bütünleşmemiş sektörlerle yayılma eğiliminde olacak ve bu sektörler daha fazla bütünleşme yönündeki taleplerin çıkış noktası haline gelecektir²³⁶.

Uluslararası kurumlar bütünleşme sürecini düzenlerken, toplumsal aktörler katalizör görevi görerek süreci hızlandırabilir²³⁷. Yeni işlevselcilik toplumsal

²³³ Ernst B. Haas, 2001, s. 23.

²³⁴ Rosamond, 2000, s. 67.

²³⁵ Rosamond, 2000, s. 52, 56.

²³⁶ Ernst B. Haas, 2001, s. 23.

²³⁷ Dorette Corbey, "Dialectical Functionalism: Stagnation as a Booster of European Integration", *International Organization*, Vol. 49, No. 2, Spring, 1995, s.256; Schmitter, 2004, s. 46.

aktörlerin tercihlerinin ve kullandıkları araçların bilinçli seçimlere dayandığını kabul eder. Aktörler benimsedikleri değerler tarafından şekillenen çıkarlarını gerçekleştirmeye çalışırken, mevcut demokratik düzen içerisinde mümkün olan araçlar arasından seçim yapmaktadır. Başarılı olamazlarsa, değerlerini yeniden gözden geçirmekte, çıkarlarını yeniden belirlemekte ve bunları gerçekleştirmek için yeni araçlar seçmektedirler. İnsan doğasının faydacı (utilitarian) yanını yansıtan daha iyi koşullarda yaşama isteği, bütünleşme önündeki milliyetçilik gücünün önüne geçilmesinde etkili olabilmektedir. Değerler, çıkarları biçimlendirmektedir ve değerler manevi birçok unsur taşıyabilmektedir²³⁸.

AB yönetiminde etki sahibi olabilmenin yolu, koalisyon kurmaktan geçmektedir. Aktörlerin koalisyona katılmaları ve etkili üyeler olabilmeleri için değerli kaynaklara sahip olması gerekmektedir. Diğer yandan, ulusaltı grupların ulusal hükümetler ile ilişkileri ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Bu farklılık, AB çapında etki kapasitesi açısından önem taşımaktadır. Ulusal düzeyde güçlü yapıya sahip olmaları, ulusaltı gruplar için önemli bir kaynak olabilir. Ancak, AB karar alma sürecinde bilgi kanallarının ve pazarlıkların önemi dikkate alındığında, bu grupların Komisyon'a ya da Avrupa Parlamentosu'na ulaşabilmelerini garanti altına almaz²³⁹.

2.1.2.3 Fikir Önderleri

Yeni işlevselci kuram, aktörler arasında vurguyu halk kitlelerindense elit gruplarına yapmaktadır. Haas'a göre, başarılı bir bütünleşme için kilit konumdaki elitlerin, beklentilerini ancak bütünleşme yolu ile elde edebileceklerini düşünmeleri ve beklentilerinin karşılanması önemlidir²⁴⁰. Nye'a göre, sadece bütünleşmeden faydalandığı düşünülen gruplar değil, bütünleşmeye karşı olan ya da tarafsız olan ve her iki yöne de çekilebilecek gruplar da, halk kitleleri üzerinde etkili olan fikir önderleri arasında sayılmalıdır. Bazı durumlarda, bütünleşme seçime dayalı bir konu

²³⁸ Ernst B. Haas, 2001, s. 23.

²³⁹ Elizabeth Bomberg and John Peterson, "European Union Decision Making: the Role of Sub-national Authorities", *Political Studies*, Vol. XLVI, 1998, s. 221.

²⁴⁰ Ernst B. Haas, 1958, s.443.

haline geldiğinde fikir önderleri bütünleşmeye muhalefet ya da destek oluşturulmasında etkili olmaktadır²⁴¹.

Önderlik, “sorunların tanımlanmasına, bilgi toplanmasına ve değerlendirilmesine yardımcı olma; ortaklık kuracak hedefler belirlenmesine ve bunları simgelerle etkin biçimde temsil etmeye; sistemin meşruluğunu desteklemeye; pazarlıklar ve karşılıklı tavizler yoluyla uzlaşmaya varılmasını” sağlamaya yönelik işlevlerin yerine getirilmesini gerektirir²⁴². Haas, fikir önderlerini, aşamalı hareket eden ekonomik elitler ve etkileyici-siyasi elitler olmak üzere iki gruba ayırmaktadır. Ekonomik elitler, adım adım stratejiler ve pazarlıklar aracılığıyla daha çok refahın arttırılmasına yönelik ekonomik politikalarla ilgilenirken, etkileyici siyasi elitler yüksek politika konularıyla ilgilenmektedir²⁴³. Haas, diğer önderlere baskın gelerek bütünleşme sürecinin önceden tahmin edilen rotasını değiştirebilen siyasi aktörü etkileyici önder olarak tanımlamaktadır²⁴⁴.

Nye, fikir önderlerini teknokratlar ve siyasetçiler olarak gruplamaktadır. Ancak, Nye’ a göre bütünleşme sürecinde önderlik sorunu teknokratlar ile siyasetçiler arasından birinin tercih edilmesi ile ilgili değildir. Bu daha çok, farklı siyaset yapma tarzlarından hangisinin farklı ortamlarda ve farklı zamanlarda baskın geleceğiyle ilgilidir. Ulusal planlama dairelerinden ya da ulusal bakanlıklardan gelen teknokratlar uluslararası kurumların, örneğin AKÇT, oluşumunda oldukça etkili olmuşlar ve bu şekilde siyasetin de bir hayli içine girmişlerdir. Onların siyaset tarzı, teknik komiteler oluşturulmasına ve etki güçleri, uzmanlıklarına duyulan güvene dayanmaktadır. Teknokratlardan farklı şekilde siyasetçiler, geniş kitlelere yönelmektedir ve güçlerini, halkı ve önemli elitleri harekete geçirebilmelerinden almaktadırlar²⁴⁵.

²⁴¹ Nye, 1970, s.801.

²⁴² Lindberg and Scheingold, s.128.

²⁴³ Ernst B. Haas, “The Uniting of Europe and the Uniting of Latin America”, *Journal of Common Market Studies*, Vol. 5, No. 4, 1967, s. 327-328.

²⁴⁴ Nye, 1970, s. 799.

²⁴⁵ Nye, 1970, s. 801-802.

Siyasetçiler, ulusal düzeyde yüksek politika alanına giren konuların koruyuculuğunu yapan “destek” siyasetçileri ya da seçim odaklı siyasetçilerdir. Bu grup, uluslararası yaklaşım yerine hükümetlerarası yaklaşıma yakındır; bütünleşme sürecindeki faaliyetlerin gerekli görülmesi, meşruiyet kazanması ya da tam tersi haklılığının çürütülmesi açısından önemli bir işlev görmektedir. Teknokratlar ise bütünleşmenin ekonomik mantığını izlemekte ve sürecin işlemesi için gerekli uzlaşmaların sağlanmasına çalışmaktadırlar²⁴⁶.

Yeni işlevselci kuram, Avrupa halklarının zımni desteğini kabul etmekte, halkların ifade etmeseler de destek verdiğinden hareketle, uzmanların ve idarecilerin elit gruplar olarak bütünleşmeyi yönlendirdiğini varsaymaktadır²⁴⁷. Bütünleşme sürecinde yaşanan gelişmeler, halkın bütünleşmeye verdiği desteğin bütünleşme dinamiklerinin işleyişi için belirleyici olduğunu ve elitist yaklaşımın Avrupa vatandaşların dikkate alınmasıyla (katılımcı yaklaşım) dengelenmesi gerektiğini göstermiştir²⁴⁸. Artık Avrupa vatandaşları da aktör olarak bütünleşme sürecinde etkili olmaktadır. Halk desteği özellikle referandumlar aracılığıyla bütünleşme sürecini şekillendirmektedir ve Avrupa'nın özellikle siyasi partiler aracılığıyla ulusal politika gündemlerinin içine giriyor olması kamuoyunun bütünleşmeye ilişkin görüşünü önemli hale getirmektedir²⁴⁹. Bütünleşme sürecinin siyasallaşması başlığı altında bu konuya yer verilecektir.

2.1.3 Yayılma Etkisi

Yayılma etkisi (spill-over effect) ya da “bütünleşmenin yayılmacı mantığı” yeni işlevselci kuramın ana kavramlarından birisidir. Bir süreç olarak, bir sektörde belirli amaçlarla yürütülen siyasi işbirliğinin, yeni hedefler benimsenmesine ve işbirliği alanının genişlemesine yol açmasını ifade etmektedir. Bu, ülkeler arasındaki

²⁴⁶ Nye, 1970, s. 801-802.

²⁴⁷ Jensen, 2004, s.82.

²⁴⁸ Elitist ve katılımcı yaklaşımlar için Bkz. Hooghe and Marks, 1997, s. 3,4.

²⁴⁹ Liesbet Hooghe and Gary Marks, “A Postfunctionalist Theory of European Integration: From Permissive Consensus to Constraining Dissensus”, *British Journal of Political Science*, Vol. 39, 2008, s.1.

işbirliğinin bir kez başladığında, zaman içerisinde ilk başta öngörülme­yen bir yolda ilerleyebilmesi anlamına gelmektedir²⁵⁰. Diğer bir ifadeyle yeni işlevselci kurama göre, üye ülkelerin tercihlerine uygun olmasa da AB'nin yetkisi bazı siyasi alanlarda artış gösterecektir²⁵¹.

Derinleşen ekonomik bütünleşme, hukuki çerçevenin ve diğer düzenleyici yapıların karmaşıklaşmasını getirdiği için Avrupa düzeyinde politika oluşturmaya ve kurumsallaşmaya duyulan ihtiyacı artırmaktadır. Bu nedenle siyasi bütünleşme, ekonomik bütünleşmenin bir bakıma kaçınılmaz bir sonucu olarak görülmektedir²⁵². Ayrıca teknik-ekonomik görevlerin yayılma mekanizması etkisiyle, bütünleşme ilerledikçe siyasi nitelik kazanacağı düşünülmektedir²⁵³.

Yeni işlevselcilik aşamalı bir bütünleşme öngörmektedir. Buna göre, ilk aşamada bütünleşme “düşük politika” alanlarında iddialı olmayan şekilde gerçekleşmelidir. Düşük politika alanının bütünleşmede tüm tarafları yakından ilgilendiren bir çekirdek politika alanı olması²⁵⁴ ve stratejik önem taşıyan temel ekonomik sektörleri kapsamaması önemlidir. Uluslararası işbirliği içindeki ülkeler, en düşük ortak paydada buluşma eğilimindedirler²⁵⁵.

Bir politika alanında üye ülkeler çeşitli nedenlerle bazı ortak hedefler üzerinde anlaşma sağladıysa ancak hepsi bu hedeflere ulaşılmasından aynı ölçüde memnun kalmadıysa, söz konusu memnuniyetsizliği ilgili diğer sektörlerde

²⁵⁰ Ernst B. Haas, 1968, s.283.; Jensen, 2004, s.84.

²⁵¹ Yeni işlevselci kuramın kimi zaman rakibi kimi zaman da yanıtlayamadığı soruları açıklayarak tamamlayıcı olan hükümetlerarasıcı kuram, sağlık alanındaki bütünleşme konusunda farklı bir görüşü savunmaktadır. Hükümetlerarasıcılığa göre, üye ülkeler bir Avrupa sağlık politikası olmasını istemezler, böyle bir politika oluşamaz. Yeni işlevselci bakış açısı, böyle bir politikanın üye ülkelerin isteksiz olmalarına rağmen oluşabileceğini savunur.

²⁵² Yeni işlevselci kuramın kimi zaman rakibi kimi zaman da yanıtlayamadığı soruları açıklayarak tamamlayıcı olan hükümetlerarasıcı kuram, sağlık alanındaki bütünleşme konusunda farklı bir görüşü savunmaktadır. Hükümetlerarasıcılığa göre, üye ülkeler bir Avrupa sağlık politikası olmasını istemezler, böyle bir politika oluşamaz. Yeni işlevselci bakış açısı, böyle bir politikanın üye ülkelerin isteksiz olmalarına rağmen oluşabileceğini savunur.

²⁵³ Haas and Schmitter, s.710.

²⁵⁴ Ernst B. Haas, 1958, s.449.

²⁵⁵ Rosamond, 2000, s. 63.

işbirliğine giderek (karşılıklı taahhütte bulunulan alanları genişleterek) ya da ilk baştaki sektöre ilişkin taahhütlerini yoğunlaştırarak (karşılıklı taahhütlerinin derecesini yükselterek) ya da her ikisini birden yaparak gidermeye çalışabilirler²⁵⁶. Haas, sadece politikaların daha fazla uluslarüstüleşmesini değil, toplumsal aktörlerin beklentilerinde daha fazla bütünleşme yönünde gerçekleşen değişimi de yayılma etkisi olarak görmektedir²⁵⁷. Üç tür yayılma dinamiği bütünleşme sürecinde etkili olmaktadır: işlevsel yayılma, siyasi yayılma ve işlenmiş yayılma.

Teknik veya işlevsel yayılma, belirli politika alanlarındaki işbirliğinin, işlevleri gereğince yeni işbirliği türleri yaratmasıdır²⁵⁸. Uluslarüstü kurumlara belirli görevleri yerine getirmeleri için sorumluluk tanınmıştır ancak bu görevlerin yerine getirilmesi, bu görevlerle ilgisi olan diğer alanlarda dışsal etkiler yaratabilmekte, bütünleşme talebine yol açabilmektedir. Böylece politika alanları arasındaki işlevsel bağlantılar bütünleşme sürecinde ilerlemeye neden olmaktadır²⁵⁹. Yeni işbirlikleri, daha yakın bütünleşmeyi getirecektir. İşlevsel yayılma süreçlerinin uluslarüstü otorite tarafından yönlendirilmesi ve koordine edilmesi gereklidir²⁶⁰.

Rosamond, işlevsel yayılmaya gümrük birliği örneğini vermektedir. Gümrük birliğinin etkin işlemesi döviz kuru oranlarında istikrar sağlanmasını bu da para politikasında işbirliğine gidilmesini gerekli kılmıştır. Ayrıca ekonomik bütünleşme adımları sadece ekonomik bütünleşmeyi daha ileriye taşımakla kalmamakta, uluslarüstü düzenleme yapılmasını da gerektirdiği için nihai olarak siyasi bütünleşme ile sonuçlanmaktadır²⁶¹.

²⁵⁶ Philippe C. Schmitter, "Three Neo-Functional Hypotheses about International Integration", *International Organization*, Vol. 23, No. 1, 1969, s. 162.

²⁵⁷ Rosamond, 2005, s. 244.

²⁵⁸ Jensen, 2000, s. 74.

²⁵⁹ Dorette Corbey, "Dialectical Functionalism: Stagnation as a Booster of European Integration", *International Organization*, Vol. 49, No. 2, Spring, 1995, s. 255.

²⁶⁰ Rosamond, 2000, s. 62.

²⁶¹ Rosamond, 2000, s. 60.

Siyasi yayılma, aktörlerin sorunları çözmek ve ortak çıkarlarını yükseltmek için süreç içerisinde merkezi kurumlara daha fazla yetki devretmeyi istemeleri halinde gerçekleşmektedir²⁶². Diğer bir ifadeyle ulusal bürokraside ve Avrupa bürokrasisindeki aktörlerin tutumları değişime uğramakta; aktörler, çıkarlarının ulusal düzeyden ziyade uluslararası kurumlar tarafından daha iyi korunacağını düşünmeye başlamakta ve faaliyetlerini bu uluslararası kurumları merkeze alarak yeniden şekillendirmektedirler²⁶³.

Siyasi yayılma sürecinde görevler, sorunlar ve konular teknik olmaktan ziyade, siyasi nedenlerle bir araya getirilmekte, özellikle bir paket halinde bir arada ele alınmaktadır²⁶⁴. Görünüşte birbirinden farklı konuların tek bir konu olarak ele alınması, çıkarları farklı politika alanlarında yoğun olan aktörlerin birbirleriyle pazarlık yapmasını gerektirmektedir²⁶⁵. Böylece oluşturulan görev, sorun ya da konu paketi üzerinden yapılan pazarlıkta, aktörler koalisyon kurarak, belirli alanlardaki çıkarlarını korumak için başka farklı politika alanlarında daha fazla bütünleşmeyi kabul etmek zorunda kalabilmektedir²⁶⁶.

Bu durum, ihtilafı noktaları artırma riski taşımaktadır. Çünkü bu ek alanlar Birlik düzeyine ne kadar yetki aktarılacağı konusunda siyasi seçim yapılmasını gerektirmektedir²⁶⁷. Bütünleşme süreci ilerledikçe ulusal aktörler, bütünleşme yanlısı ya da karşıtı tek bir strateji sergileyen homojen bir birim olmaktan uzaklaşarak, koalisyonlar kuran ve müzakerelere katılan çeşitli birimlere bölünmektedir. Bütünleşme sürecinde yaşanan kriz durumlarında hükümet-dışı ulusal elitler, hükümetlerinin stratejilerinden farklı stratejiler benimseyebilir, AB düzeyinde kendi başlarına aktör haline gelebilir²⁶⁸.

²⁶² Haas and Schmitter, s. 707.

²⁶³ Catherine Macmillan, "The Application of Neofunctionalism to the Enlargement Process: The Case of Turkey", *Journal of Common Market Studies*, Vol.47, No. 4, 2009, s.791.

²⁶⁴ Nye, 1970, s. 806.

²⁶⁵ Jensen, 2004, s. 84.

²⁶⁶ Carsten Stroby Jensen, "Neofunctionalist Theories and the Development of European Social and Labour Market Policy", *Journal of Common Market Studies*, Vol 38, No. 1, 2000, s.74.

²⁶⁷ Haas and Schmitter, s. 707.

²⁶⁸ Macmillan, s. 791.

İşlenmiş yayılmanın işlevsel yayılmadan temel farkı teknik ya da otomatik yayılma süreçleri yerine, çıkarlarına göre hareket eden aktörlerin, amaçlarını gerçekleştirmek için işlevsel bağlantıları işlemesi yani şekillendirmesi sonucu ortaya çıkan bütünleşme olmasıdır²⁶⁹. İşlenmiş yayılmada sorunlar arasındaki bağlantı isteğe bağlı olarak kurulmuştur²⁷⁰. Bunda uluslararası kurumlar etkin rol oynamaktadır. Çünkü uluslararası kurumlar bir kere oluşturulduktan sonra daha geniş/daha derin bütünleşmenin savunucuları haline gelmekte²⁷¹, kendi görüşlerini oluşturmakta, ulus devletlerin ya da ulusaltı grupların tercihlerinin toplamına indirgenemeyecek şekilde kendi politika tercihlerini belirlemekte ve giderek daha bağımsız bir kimlik oluşturmaktadır²⁷².

Örneğin, Komisyon, AB içinde genellikle üye ülkeler arasında kimi zaman üye ülkelerle diğer AB kurumları arasında arabuluculuk görevini üstlenmektedir. Ancak işlenmiş yayılmadan bahsettiğimizde, Komisyon arabulucu değil bizzat siyasi bütünleşmenin bir aktörü olarak ya da politika girişimcisi (policy entrepreneur) olarak karşımıza çıkmaktadır²⁷³. Üye ülkelerin kendi aralarındaki müzakerelerde asgari ortak paydada buluşma eğiliminin önüne ancak bir uluslararası kurumun müdahale ederek ortak çıkarları daha yüksek seviyeye yükseltmesi ile geçilebilir. Uluslararası kurum, ülkeler arasındaki pazarlıkları kolaylaştırarak ve ilgili alanlardaki uzmanlık bilgisini kullanarak bunu gerçekleştirebilir. Uluslararası kurum, bütünleşmeyi desteklemeleri için ulusal bürokratlarla ve çıkar gruplarıyla ilişkilerini de *işleyebilmektedir*²⁷⁴.

Bütünleşme ile gelen yeni fırsatlardan yararlanmak isteyen çıkar grupları ya da bütünleşme içinde çıkar dengesini korumak isteyen politikacılar da kimi zaman koalisyonlar kurarak işbirliği girişimini başlatabilmektedir²⁷⁵. Koalisyonların

²⁶⁹ Rosamond, 2000, s. 63.

²⁷⁰ Nye, 1970, s. 804.

²⁷¹ Rosamond, 2005, s. 244.

²⁷² Schmitter, 2005, s. 260.

²⁷³ Jensen, 2004, s. 85.

²⁷⁴ Macmillan, s. 792.

²⁷⁵ Nye, 1970, s. 806.

kurulmasında Komisyon merkezi bir göreve sahiptir. Politika başlatma gücünü elinde bulunduran Komisyon, olası koalisyon çerçevesini belirlemesi açısından kilit bir rol üstlenmektedir²⁷⁶. Dikkat edilmesi gereken nokta, bir politika sürecine destek veren koalisyonların yapısının bütünleşme sürecini nasıl etkileyebileceğidir. Uluslarüstü kurumlar ya da siyasi aktörler “paketleri” ya da programları belirli gruplardan istedikleri destekleri alacak şekilde planlayabilirler. Program belirli gruplarla özdeşleştirilirse, bu durum diğer grupların verdiği siyasi desteğin düşmesine yol açabilir. Belirli bir koalisyonun desteğine bağımlı olmak ise, bu grubun bütünleşmenin seyrini etkileyecek bir güce sahip olmasını getirebilir²⁷⁷.

Diğer yandan bir politika alanındaki bütünleşme her zaman diğerlerine yayılmayabilir. Derinleşen bütünleşme, üye ülkeler arasında sorun ve çatışma kaynağı oluşturabilir, hatta bütünleşme gerileyebilir²⁷⁸. Schmitter, yayılma sürecini aktör stratejileri ile birlikte ele alarak, bütünleşmeme durumunu da açıklamaya çalışmış ve bazı alternatif bütünleşme durumları ortaya koymuştur. Böylece bütünleşme sürecinde aktörler arasındaki karşılıklı bağımlılığın nasıl şekillendirildiği de açıklanmıştır²⁷⁹.

Yayılma, aktörlerin taahhütlerinin kapsamının artması ve taahhüt düzeylerinin yükselmesini (uluslarüstüleşmesini) içermektedir. Genişleme (spill-around), yetkinin kapsamı artarken, düzeyinin değişmemesi durumunda söz konusudur. Yükseltme (build-up) uluslarüstü kurumların karar alma yetkisinin artması ancak yeni konulara girmelerinin engellenmesi; etkisiz çalışma (muddle-about) uluslarüstü bürokratların tartışmasına, çeşitli konularda öneriler sunmasına izin verilmesi ancak uygulama kapasitelerinin azaltılması; gerileme (spillback) yetkinin düzeyinde ve kapsamında gerileme olması, hatta bütünleşme öncesi duruma

²⁷⁶ Jensen, 2000, s. 75.

²⁷⁷ Nye, 1970, s. 807.

²⁷⁸ Rosamond, 2000, s. 64.

²⁷⁹ Rosamond, 2005, s. 250.

geri dönülmesi ve sarma (encapsulate) krizlere küçük değişikliklerle yanıt verilmesi anlamına gelmektedir²⁸⁰.

2.1.4 Elit Sosyalizasyonu

Yeni işlevselci kuram teknokratik elitlerin ve siyasetçilerin işbirliği geliştirmesine önem vermekte ve elit sosyalizasyonunu bütünleşmenin ikinci dinamiği olarak görmektedir. Elit sosyalizasyonu, karar alma sürecine katılan görevliler ve siyasetçilerin bağlılık tutumlarının uluslararası düzeye kaymasıyla ilgilidir. Yeni işlevselci kuram, “bağlılık” sorununu büyük ölçüde bütünleşmenin yan ürünü olarak ve siyasi kimliklerin nasıl algılandığıyla ilgili olarak görmektedir²⁸¹.

Elit sosyalizasyonu uluslararası politika süreçlerine katılan kişilerin zaman içinde, uluslararası işbirliğine ve uluslararası kurumlara bağlı hissetmesi, tercihlerinin ve bağlılık duygusunun “Avrupalaşmasıdır”²⁸². Bu özellikle Komisyon, Avrupa Parlamentosu gibi üye ülkelerden gelen temsilcilerden oluşan uluslararası kurumlarda beklenen bir durumdur. Bu kurumların üyelerinin sorun çözme tutumlarında, ulusal politikalarından ziyade Avrupa perspektifine bağlı kalmaları beklenilir. Ayrıca, elit sosyalizasyonu uluslararası kurumlarla yakın temas halindeki ulusal kamu görevlilerinde de yaşanabilmektedir. Avrupa yanlısı değerlere sahip ve uluslararası düzeye bağlı elitlerin, ulusal elitleri uluslararası işbirliğinin avantajları konusunda ikna etmesi beklenmektedir²⁸³.

Bağlılık duygusundaki kaymanın, gerçekleşme mekanizmaları konusunda Juliet Lodge bazı varsayımlarda bulunmaktadır. Lodge’a göre, bir organizasyon bir refah ihtiyacını karşılıyorsa, bundan fayda sağlayan kişilerin zihinlerinde otomatik olarak yer edecektir. Bu durumda aktör aynı zamanda refah dağıtım görevini

²⁸⁰ Rosamond, 2000, s. 65.

²⁸¹ Ernst B. Haas’ın tanımına göre siyasi bütünleşme farklı ulusal bağlamlardaki siyasi aktörlerin sadakatlerini/bağlılıklarını, beklentilerini ve siyasi aktivitelerini, yeni bir merkeze yöneltmeye ikna olmaları sürecidir. Bkz. Rosamond, 2000, ss .65, 67. Tanım, tezde “bütünleşme koşulları” başlığı altında verilmiştir.

²⁸² Jensen, 2004, s. 86.

²⁸³ Jensen, 2000, s. 75.

yapmaktadır. Diğer yandan buna rağmen geniş kitleler yeni uluslarüstü aktörleri tanımıyor, ihtiyaçlarının hala ulusal aktörler tarafından giderildiğini düşünüyor olabilir. Bu durumda, bağlılık transferi gerçekleşmeyecektir. Lodge, belirli bir yüzü, imajı olmayan apolitik aktörlerin bağlılığı idare etme konusundaki yeterliliklerini sorgulamaktadır. Siyasi topluluklar tarihsel bir süreç içerisinde oluşmuşlardır ve bağlılıkları soyut fikirler yerine somut sembollere büyük ölçüde dayanmaktadır²⁸⁴. Bütünleşme kuramcıları bağlılığa işlevsel bir boyut ekleyerek bağlılığın somut ve algılanan çıkarlar ile yaygın ve etkili yanıtla bağlı olduğunu kabul etmektedir. Buna göre AB'ye bağlılığın biri faydacı diğeri etkiye ve kimliğe dayalı olmak üzere iki boyutu bulunmaktadır²⁸⁵.

Bağlılık transferi konusunda Haas, birleştirici bir vizyon sunan etkileyici bir siyasi aktörün, bütünleşme fikrine bir teknokrattan daha çok ilham verebileceğini düşünmektedir. Ancak etkileme gücü koşulsuz değildir; büyük ölçüde hükümetler ve hükümet-dışı aktörler arasında görüş birliği olmasına ve paylaşılan amaçların bütünleşmeyi destekleyici olmasına bağlıdır. Siyasi aktörlerin ve hükümet-dışı aktörlerin amaçları farklılaştığında çatışma ve ayrışma ihtimali ortaya çıkmaktadır. Avrupa toplumları gibi çoğulcu toplumlarda fikir birliğine ulaşmak hayli zordur. Bütünleşmenin ilerlemesi elitler ile kilit rol oynayan toplumsal grupların amaçları arasındaki dengeye dayanmaktadır²⁸⁶.

2.1.5 Ulusötesi Çıkar Gruplarının Oluşumu

Bütünleşme sürecinde, sektöre özgü işlevsel kurumların kurulması sonucunda, temel düzeydeki refah ihtiyaçlarının bu kurumlar tarafından sistematik ve etkili bir şekilde karşılandığını düşünen toplumsal grupların, özellikle örgütlü çıkar gruplarının alışmış oldukları yetki merkezlerinden uzaklaşarak, yeni merkeze (uluslarüstü merkez) karşı bağlı hissetmeye başlamaları beklenmektedir²⁸⁷. Burada

²⁸⁴ Rosamond, 2000, s. 67.

²⁸⁵ Juliet Lodge, "Loyalty and the EEC: The Limitations of the Functionalist Approach", *Political Studies*, Vol. 26, No. 2, s. 233.

²⁸⁶ Rosamond, 2000, s. 67.

²⁸⁷ Rosamond, 2000, s. 66.

refah algısının önemi ortaya çıkmaktadır. Belirleyici olan salt ekonomik terimlerle analiz edilen refah değil, siyasi beklentilerden etkilenen aynı zamanda ideolojik faktörlerin de iz bıraktığı ve gelecekteki refah durumuna ilişkin algılardır. Ana aktörler bütünleşme sonrasında refah kaybı yaşadıklarını düşünürlerse, siyasi bütünleşme yerine ayrışmanın gelmesi ihtimali yükselmektedir²⁸⁸.

Ekonomik bütünleşmelerde toplumsal gruplar çeşitli şekillerde süreci takip etmekte, ortak çıkarlarını bölgesel düzeyde yansıtabilmek ve koruyabilmek için çeşitli resmi ve resmi olmayan hükümet-dışı bölgesel organizasyonlar kurma yoluna gitmektedirler. Böylece, beklentilerini ve hedeflerini birbirlerine eklemektedirler. Ayrıca, bu gruplar bütünleşmenin hızını belirleyen kurumlara yetişmekle kalmayıp bunların önüne geçmek de isteyebilirler. Böylece bütünleşmenin hızını belirleme rolünü kendi üstlerine almış olurlar. Beklentilerin ve taleplerin yeniden formüle edilmesi sürecinde söz konusu toplumsal gruplar birbirlerine uluslararası şekilde yaklaşırken, bazı durumlarda ulusal meslektaşlarından uzaklaşabilmektedirler²⁸⁹.

Çıkar gruplarıyla Avrupa kurumları arasında doğrudan ilişkilerin gelişmesi, ülkelerin vatandaşlarını uluslararası arenada tek başına temsil etme gücünü zorlaştırmaktadır. Uluslararası ile ulusal bağlantıların diğer bir yansıması da ulusal düzeyde ihtilafli konularının Avrupa bütünleşmesinin gelişimini sınırlayıcı etki yaratmasıdır. Hükümetler halkın Avrupa bütünleşmesi konusundaki taleplerine daha duyarlı hale geldikçe ulusal politikalar ve Avrupa politikaları arasındaki ayrım giderek silikleşmekte, politikalar birleşmektedir²⁹⁰.

Aktörleri belirli politikalar ve kurallar üzerinde uzlaşmaya götüren aynı hedeflere sahip olmaları değil aktörlerin farklı tercihlerinin birbiriyle örtüşmesidir. Bunun anlamı bütünleşme sürecinde aktörlerin politikalar ve kurallar üzerinde farklı şekillerde değişiklikler talep edebilmesi ve ortaya çıkan çıkar çatışması sonrasında

²⁸⁸ Haas and Schmitter, s. 708.

²⁸⁹ Jensen, 2000, s. 76.

²⁹⁰ Hooghe and Marks, 2008, s. 2.

yeni aktör birleşimleri ile yeni yakınlaşmaların ortaya çıkması, ortak politika alanlarının ve kurallarının yeniden belirlenmesidir²⁹¹.

2.1.6 Artan Etkileşim ve Hareketlilik

Bir Avrupa alanının yaratılması, bütünleşmenin gerçekleştiği coğrafi alan kadar; bu alanda gerçekleşen hareketlilik ile yakından ilgilidir²⁹². Bütünleşme sürecinde, üye ülkeler arasında kişilerin, malların, hizmetlerin ve sermayenin hareketliliğinde ve ticari işlem hacminde artış olması beklenilmektedir. Siyasi aktörler bu artışın beklenilenden çok olması durumunda ya ulusal önlemlerle yanıt arayacak ya da işlemleri ve hareketliliği düzenlemekle görevli uluslararası kurumların yönetim kapasitesini arttırmak zorunda kalacaklardır²⁹³. Yeni işlevselci kuram, üye ülkelerin ikinci yola daha sık başvuracaklarını kabul eder.

Artan sınır ötesi işlem hacminin farklı ulusal kurallar çerçevesinde idare edilmesi maliyetli olacağından ulusal düzeyden uluslararası düzeye yetki aktarımı gerçekleşecektir²⁹⁴. Söz konusu yetki aktarımı daha çok kurumsal kapasitenin artırılması şeklinde olmaktadır²⁹⁵. Bütünleşmenin teşvik ettiği işlemlerden kaynaklanan refahın ve maliyetlerin bütünleşmeye katılanlar arasında adil dağılımının sağlanması bütünleşme açısından önem taşımaktadır. Mevcut durumdan memnun olmayan aktörler alternatif stratejiler geliştirerek bütünleşme sürecini yeni alanlara çekebilir ya da uluslararası karar alma organlarına daha fazla kaynak ve yetki sağlayarak kazanılan refahı yeniden dağıtmasını sağlayabilir²⁹⁶.

²⁹¹ Schmitter, 2005, s. 260.

²⁹² Jensen and Richardson, s. 5,6.

²⁹³ Nye, 1970, s. 805.

²⁹⁴ Alec Stone Sweet, Neil Fligstein, and Wayne Sandholtz, "The Institutionalization of European Space", *The Institutionalization of Europe*, Ed. Alec Stone Sweet, Neil Fligstein, and Wayne Sandholtz, Oxford University Press, Oxford, 2001, s. 2.

²⁹⁵ Nye, 1970, s. 805.

²⁹⁶ Schmitter, 2004, s. 62.

2.1.7 Bölgesel Kimlik ve Dış Koşullar

Çıkarlara dayandırılarak tasarlanan siyasi bütünleşme süreçlerinin, bu çıkar odaklı ve aşamalı yapısı aynı zamanda “kendisinin en büyük düşmanı”dır. Çünkü çıkar algısı zaman içinde tam tersi yönde de gelişebilir, bütünleşme yerine ayrışma süreci ortaya çıkabilir. Bu nedenle çıkar bağlarının sadece çıkar algısı ile değil, ideolojik veya düşünsel işbirliği ile desteklenmesi bütünleşmenin gelişimi açısından önem taşımaktadır²⁹⁷. Daha büyük ve daha güçlü bir gruba dahil olma duygusu, bölgesel bütünleşmelerin oluşum nedenlerinden birisidir²⁹⁸. Aktörler, bütünleşmeye katılmanın maddi ve manevi (duygusal-sembolik bağlar, statü gibi) kazanç sağlayan bir şey olduğunun farkına vardıkça, bütünleşmeye daha fazla bağlılık hissedeceklerdir. Schmitter bağlılık gelişimini, bölgesel kimlik algısının gelişimi olarak adlandırmaktadır. Ülkeler, kendi statülerinin ve oluşturdukları birliğin statüsünün, birlik kurumlarının başarısına bağlı olduğunu düşündükleri oranda bütünleşmeye destek vereceklerdir (uluslararası statü) ve uluslararası düzeye yeni görevler devredeceklerdir²⁹⁹.

Bütünleşmenin devamlı olacağına inanılması ve bütünleşmenin ideolojik ve kimlik açısından çekici bulunması, bütünleşme karşıtlarının doğrudan bütünleşmeyi hedef alan tutumlar sergilemekten kaçınmalarına bunun yerine dolaylı olarak örneğin bir alandaki bütünleşmenin kendine değil de bütünleşme yöntemine karşı çıkararak tepkilerini göstermelerine neden olabilir. Bazı durumlarda kalıcılık ve güçlü aidiyet duygusu çıkar gruplarının ve hükümetlerin kısa dönemli kayıplarını uzun dönemde telafi edeceklerine inanmalarını ve bu nedenle mevcut maliyetleri hoş görmesini kolaylaştırıcı etki yaratmaktadır³⁰⁰. Bütünleşmenin kendine özgü bölgesel kimliği geliştikçe ve bu kimliğin etkileri farklı toplumsal gruplara yansıkça, bütünleşme yanlısı koalisyonların kurulması kolaylaşmaktadır³⁰¹.

²⁹⁷ Ernst B. Haas, 1967, s. 329.

²⁹⁸ Nye, 1970, s. 810.

²⁹⁹ Schmitter, 2004, s. 62.

³⁰⁰ Nye, 1970, s. 810.

³⁰¹ Schmitter, 2004, s. 63.

Schmitter, yeni yeni-işlevselcilik kuramında (neo neo-functionalism), bütünleşmeyi çevreleyen dış koşulların bütünleşme süreci üzerindeki etkisine çok önem vermektedir. Dış şoklar ya da Keynezyen politika değerlerinden, neo-liberal değerlere geçiş gibi küresel paradigma değişimleri bütünleşme üzerinde etkili olmaktadır³⁰². Dış koşulların etkisine bir başka örnek, dışa bağımlılık durumu ve bunun ülkelerin uluslararası statüsü konusundaki düşünceleridir. Üye ülkeler dışa bağımlılığın arttığı durumlarda, bütünleşmeyi bağımlılığa karşı bir savunma mekanizması; bağımlılığın azaldığı durumlarda ise bu başarıyı destekleyen bir süreç olarak değerlendirilebilirler³⁰³.

2.1.8 Karar Alma Sürecinin Uluslarüstüleşmesi

2.1.8.1 Yetki Devri

Uluslarüstüleşme, bütünleşme sürecinde oluşturulan merkezi otoriteye, ulusal yönetimlerin, federal bir yönetimden daha az ancak uluslararası kuruluşlardan daha çok yetki devretmesi durumunu ifade etmektedir³⁰⁴. Yetki devri aslında, AB'nin yetkilerini sınırlama amacıyla Roma Antlaşması'nın 4. maddesinde "Topluluk kurumlarının bu antlaşma ile kendilerine devredilen güçlerin sınırları içerisinde faaliyette bulunacağı" şeklinde yer almaktadır. Yetki devri ilkesi gereğince, AB'nin tüm yetkileri, üye ülkelerin isteyerek ona devrettikleri yetkiler ile sınırlıdır. Bu nedenle, antlaşmalarda açıkça üzerinde anlaşma sağlanmayan konularda yetki üye ülkelerde kalmaktadır. Avrupa Toplulukları Antlaşması'nın 5. maddesinde "Topluluk bu antlaşma ile kendisine devredilen yetkilerin ve ona ayrılan hedeflerin sınırları içerisinde faaliyette bulunacaktır" denilmektedir, böylelikle yetki devri Topluluğa devredilen görevleri kapsayacak şekilde genişlemiştir.

Maastricht Antlaşması'na eklenen 3b numaralı maddede, "Topluluk bu antlaşma ile kendisine tanınan yetkiler ve hedefler sınırında faaliyet gösterir.

³⁰² Schmitter, 2004, s. 56.

³⁰³ Schmitter, 2004, s. 62.

³⁰⁴ Ernst B. Haas, 1968, s. 34.

Münhasır yetkisine girmeyen alanlarda ise, yetki ikamesi (ikincillik) ilkesine uygun olarak ve söz konusu faaliyetin hedefleri üye ülkeler tarafından yeterince gerçekleştirilemeyeceği zaman ve dolayısı ile önerilen faaliyetin boyutları ile etkilerinin Topluluk tarafından daha iyi gerçekleştirilebileceği ölçüde müdahalelerde bulunur” denilmektedir.

Lizbon Antlaşması ile düzenlenen Avrupa Birliği Antlaşması (ABA) diğer bütünleşme antlaşmalarına uygun şekilde, yetki devrinin üye ülkelerden kaynakladığını kabul etmekte³⁰⁵ ancak diğerlerinden farklı olarak, antlaşmaların kendilerine de yetki devreden bir kaynak olarak yer vermektedir³⁰⁶. Lizbon Antlaşması ile düzenlenen Avrupa Birliği’nin İşleyişine Dair Antlaşma’nın, Birliğin yetkilerine ilişkin bölümünde, antlaşmalar belirli bir alanda Birliğe açık yetki devrettiklerinde, sadece Birliğin yasama işlevini yerine getireceği, üye ülkelerin bunu ancak Birlik tarafından yetkilendirildiklerinde ya da Birliğin faaliyetlerinin uygulanması için yapabilecekleri belirtilmektedir. Antlaşmaların belirli bir alanda Birliğe üye ülkelerle ortak yetki tanınması durumunda Birlik ve üye ülkeler birlikte bu alanda yasama işlevini yerine getirebilecektir³⁰⁷.

³⁰⁵ Maastricht Antlaşması’nın 1. maddesinde, “bu antlaşma ile akit taraflar, bundan sonra Birlik olarak adlandırılacak bir Avrupa Birliği’ni aralarında kurmuşlardır” denilmektedir, Lizbon Antlaşması ile düzenlenen Avrupa Birliği Antlaşması’nın konsolide metninde 1. maddeye üye ülkelerin ortak hedeflerini gerçekleştirmesi Birliğe, yetki devrettikleri eklenmiştir, antlaşmanın 4. maddesinde antlaşmalarda devredilmeyen yetkilerin üye ülkelerde kalacağı açıkça belirtilmiştir.

³⁰⁶ Stephen C. Sieberson, *Dividing Lines between the European Union and Its Member States: The Impact of the Treaty of Lisbon*, Asser Press, The Hague, 2008, s. 138.

³⁰⁷ Birlik, hedeflerini, ona antlaşmalarda devredilen yetkilerle orantılı şekilde ve uygun araçları kullanarak gerçekleştirecektir (ABA’nın 3(6). maddesi). Antlaşmada yer alan olağan düzeltme usulü Birliğe devredilen yetkileri arttırmak ya da azaltmak için kullanılabilir (ABA 48. madde). Diğer bir ifadeyle devredilen yetkilerinin alanı bütünleşme sürecinde yeni bir uzlaşmayla yeniden çizilebilir.

2.1.8.2 Yetki İkamesi

Bütünleşme sürecinde AB'nin açık yetkiye sahip olduğu, Birlik yetkileri olarak bilinen alanlardaki görevlerin ve kararların AB düzeyinde gerçekleştirilmesi gerekmektedir³⁰⁸. Sorumluluğun üye ülkeler ile AB arasında paylaştırıldığı görevlerde ise paylaşılan yetki söz konusudur³⁰⁹. Diğer yandan ulusal hükümetlerin veya ulus-altı yönetimlerin karar alması veya yerine getirmesi gereken görevlerde ulusal yetki ilkesi geçerlidir. Ancak, uygulamada Birliğin açık yetkisine giren alanların sınırlarını kesin olarak çizmek oldukça zordur çünkü yetki ikamesi ilkesi belirli alanlar tanımlanarak değil işlevsel bir tanımla ortaya konulmuştur³¹⁰.

Yetki ikamesi ilkesinin amacı kararların vatandaşa mümkün olan en yakın düzeyde alınmasını sağlamaktır. Ayrıca, yetki ikamesi ilkesi ulusal, bölgesel veya yerel düzeylerdeki olanaklar dikkate alınarak, belirli eylemlerin Birlik düzeyinde gerçekleştirilmesinin uygun olup olmadığının sürekli biçimde izlenmesini amaçlamaktadır. Bu durum, Birliğin açık yetkileri kapsamına girmeyen ancak Birlik faaliyetlerinin ulusal, bölgesel veya yerel düzeylerdeki faaliyetlerden daha etkili olduğu durumlarda geçerlidir. Yetki ikamesi ilkesi, orantılılık ve gereklilik ilkeleri

³⁰⁸ Birliğin açık (münhasır) yetkiye sahip olduğu alanlar gümrük birliği, iç pazarın işleyişi için gerekli rekabet kurallarının belirlenmesi, para birimi olarak Euro'yu benimseyen üye ülkelerin para politikası, ortak balıkçılık politikası kapsamında biyolojik deniz kaynaklarının korunması, ortak ticaret politikası olarak belirtilmektedir.

Ayrıca Birlik, uluslararası anlaşmaların imzalanması konusunda, böyle bir anlaşmanın imzalanması AB'nin bir yasama işlemi için veya AB'nin kendisinin iç yetkisini kullanabilmesi için gerekliyse veya ortak kurallarda ve bunların kapsamında değişikliğe yol açıyorsa, açık yetkiye sahip kılınmıştır (Lizbon Antlaşması ile düzenlenen Avrupa Birliği'nin İşleyişine Dair Antlaşma'nın 3. maddesi).

Birlik, üye ülkelerin eylemlerini desteklemek, eşgüdüm sağlamak veya ek olarak faaliyetlerde bulunma yetkisine sahiptir. Avrupa düzeyindeki böyle faaliyetler (a) insan sağlığının korunması ve iyileştirilmesi, (b) sanayi, (c) kültür, (d) turizm, (e) eğitim, mesleki eğitim, gençlik ve spor, (f) sivil korunma, (g) idari işbirliği alanlarında kabul edilebilir (Lizbon Antlaşması ile düzenlenen Avrupa Birliği'nin İşleyişine Dair Antlaşma'nın 6. maddesi).

³⁰⁹ Birliğin, üye ülkelerle yetki paylaşımında bulunduğu alanlar Lizbon Antlaşması ile düzenlenen Avrupa Birliği'nin İşleyişine Dair Antlaşma'nın 4. maddesinde şu şekilde belirtilmektedir: (a) İç Pazar, (b) Antlaşmada belirtilen kısımlarıyla sosyal politika, (c) ekonomik, sosyal ve bölgesel uyum, (d) biyolojik deniz kaynaklarının korunması hariç olmak üzere tarım ve balıkçılık (e) çevre, (f) tüketicinin korunması, (g) ulaştırma, (h) Transavrupa ağları, (i) enerji, (j) özgürlük, güvenlik ve adalet alanı, (k) halk sağlığı konularındaki ortak güvenlik endişeleri

³¹⁰ Richard Baldwin and Charles Wyplosz, *The Economic of European Integration*, McGraw-Hill Education, Berkshire, 2004, s.74.

ile yakından ilgilidir. Buna göre, Birlik faaliyeti içerik ve şekil yönünden Antlaşmanın amaçlarına ulaşılması için gerekli olanın ötesine geçmemelidir³¹¹.

Lizbon antlaşması yetki ikamesi ilkesini ATA'dan ABA'ya taşımış ve bir kez daha tanımlamıştır. Lizbon Antlaşması ile Birlik açık yetkisinde olan, paylaşılan yetki kapsamına giren ya da ulusal yetkiye giren alanlar arasındaki işlevsel çizgi daha belirginleştirilmiştir³¹². Topluluğun yetkili olduğu alanlar, Antlaşmanın hedeflerinin gerçekleştirilmesi için gerekli olduğu takdirde, genişletilebilmektedir. Öngörülen eylem, Topluluğun hedeflerinden birinin gerçekleştirilebilmesi için gerekli ise ve Antlaşmada söz konusu hedefin gerçekleştirilmesi için gerekli yetkiler öngörülmemişse, Komisyon'un önerisi üzerine ve Avrupa Parlamentosu'nun onayından sonra, Konsey gerekli önlemleri karara bağlayabilmektedir (ABİDA'nın 352. madde, ATA'nın 308. maddesi, Roma Antlaşması'nın 235. maddesi). Komisyon, yetki ikamesi ilkesinin uygulanmasının denetlemek amacıyla ulusal parlamentoların dikkatini söz konusu öneriye çekecektir.

Birlik, insan sağlığının korunması ve iyileştirilmesi konusunda üye ülkelerin eylemlerini desteklemek, eşgüdüm sağlamak veya onlara ek olarak faaliyetlerde bulunma yetkisine sahiptir ve halk sağlığı konusunda ülkeler açısından ortak güvenlik endişeleri söz konusu olduğunda üye ülkelerle yetki paylaşımında bulunmaktadır. Ancak Birlik, iç pazarın işleyişi için gerekli rekabet kurallarının belirlenmesi söz konusu olduğunda faaliyete geçme yetkisini münhasıran kullanmaktadır.

2.1.8.3 Avrupa Birliği'nin Görev Alanının Genişlemesi

Bütünleşme derinleştikçe, üye ülkeler giderek daha fazla kararı birlikte ve uluslararası kurumlarla birlikte almak zorunda kalmaktadırlar. John Peterson ve Elizabeth Bomberg'e göre, "tüm politikalar ne yapılması, nasıl yapılması ve ne

³¹¹ Hacı Can, *Avrupa Birliği'nin Kurucu Andlaşmaları Avrupa Birliği Andlaşması Avrupa Birliği'nin İşleyişine Dair Andlaşma*, Adalet Yayınevi, Ankara, 2009, s. 22; "Subsidiarity", *Europa Glossary*, http://europa.eu/scadplus/glossary/subsidiarity_en.htm (10.06.2010).

³¹² Lizbon Antlaşması ekinde yetki ikamesi ve orantılılık ilkelerinin uygulanmasına dair bir protokol yer almaktadır.

yapılacağı nasıl kararlaştırılması konularında verilen kararların ürünleridirler. Kararlar, politikaların yapı taşlarıdır”. Bu nedenle, bütünleşmeyi analiz ederken “karar alma” eyleminden yola çıkılması önem taşımaktadır³¹³. Pek çok konuda son karar üye ülkelere aittir ancak karar alma süreçleri artık eskisi gibi ulusal kontrol altında değildir; yeni sistemde çoğu karar, yetkili uluslararası kurumun önerisi üzerine ve diğer üye ülkelerle yapılan pazarlıklar ve verilen karşılıklı tavizler sonucu alınabilmektedir³¹⁴.

Bütünleşme sürecinde alınan kararlar sürecin akışını temelinden etkileyen (Peterson ve Bomberg’in ifadesiyle tarih yazan), politika belirleyen ve politikaya şekil veren kararlar olmak üzere üç gruba ayrılabilir. Derin değişiklikler yapan kararlar sürecinin yönünde etkili olmakta ve siyasi mantık izlemektedir. Bütünleşmenin hedeflendiği alanda izlenecek politikayı belirleyen kararlar, siyasi boyutunun yanı sıra teknokratik mantıkla alınmaktadır. Belirlenen politikanın ayrıntılarının şekillendirilmesinde, teknokratik mantık ve ilgili toplumsal grupları kapsayan politika ağı etkili olmaktadır³¹⁵.

Avrupa Birliği’nin karar alma ve eşgüdüm sağlamadan sorumlu temel organı üye ülkelerin konuyla ilgili bakanlarından oluşan Avrupa Birliği Konseyidir. Konsey, genellikle Avrupa Parlamentosu ile birlikte ortak karar prosedürünü kullanarak yasa koyuculuk görevini yürütmektedir. Her üye ülkenin AB Konseyi’ndeki oy ağırlığı bütünleşme antlaşmalarında belirlenmiştir ve Antlaşmalar hangi durumlarda nitelikli çoğunluk hangi durumlarda basit çoğunluk ve oybirliği ile karar alınması gerektiğini de belirlemektedir. Nitelikli çoğunluk için üye ülkelerin çoğunluğunun (bazı durumlarda üçte iki çoğunluk) sağlanması ve öneri lehine kullanılan oyların toplam 345 içinde en az 255 oya ulaşması gerekmektedir. Ayrıca bir üye ülkenin, sunulan öneriyi kabul eden grubun Birlik nüfusunun %62’sini karşıladığının ispat edilmesini

³¹³ John Peterson ve Elizabeth Bomberg, *Decision Making in the European Union*, MacMillan Press, London, 1999, s. 4.

³¹⁴ Lindberg and Scheingold, s. 99.

³¹⁵ Peterson ve Bomberg, s. 4.

talep etme hakkı bulunmaktadır³¹⁶. Bu sistem 2014 yılına kadar devam edecektir, Lizbon Antlaşması ile çifte çoğunluğun kullanılacağı alanlar büyük ölçüde genişlemiştir. Çifte çoğunlukta AB üyelerinin en az %55'inin (15 üye ülke) ve AB nüfusunun en az %65'nin desteğinin sağlanması gerekecektir³¹⁷.

AB'de karar alma mekanizmasının uzlaşya dayanıyor olması, çıkar gruplarını seslerini duyurmaya teşvik etmekte, siyasi partilerin ortak tutum geliştirmek için ulusal ve uluslararası düzeyde çalışmalarına, ulusal kamu görevlilerinin başka ülkedeki meslektaşları ile tanışma ve iletişim kurmalarına, yargı mensuplarının Avrupa kurallarına ve siyasi süreçlerine karşı daha duyarlı olmalarına neden olmaktadır. Bu yönüyle alınan ortak kararların genellikle ekonomik nitelikli olan doğrudan sonuçları kadar karar alma sürecinin yeni beklentiler ve siyasi süreçler için yeni fırsatlar yaratması gibi dolaylı sonuçları da bütünleşme açısından destekleyici bir güç oluşturmaktadır³¹⁸. Daha önce alınan kararlar, yeni işlevsel bağlamlara yayılmakta ve ulusal bürokrasiler arasında giderek daha fazla ilişki ve danışma ortamı yaratmaktadır. Böylece karar alma süreci daha sonraki kararlar lehine kendi mantığını yaratmaktadır. Bütünleşme ilerledikçe yeni sorunlar daha önceki uzlaşılardan ortaya çıkmaktadır³¹⁹. Sorunların çözümü daha fazla işbirliği ve uzlaşma ihtiyacı getirirken, AB'nin görev alanının genişlemesine ve uluslararası karar alma sürecinin kapsamı ile düzeyinin artmasına neden olmaktadır.

Düzyey ve kapsamın içeriği ile ilgili farklı görüşler mevcuttur. Lindberg ve Scheingold düzeyi (locus) belirli bir politika alanında karar yetkisinin üye ülkeler ile AB arasında, AB lehine paylaşımı; kapsamı (scope) AB'nin yetkisinin yeni politika alanlarına yayılmasını olarak tanımlamaktadır³²⁰. Tanja Börzel ise kapsamı, uluslararası kurumların müdahalesi; düzeyi uluslararası yetkinin genişliği diğer bir

³¹⁶ "The Council of the European Union", <http://www.consilium.europa.eu/showPage.aspx?id=242&lang=en> (25.10.2008).

³¹⁷ General Secretariat of The Council of The EU, "Information Note on Treaty of Lisbon", 2009, http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/ec/111652.pdf (13.04.2010).

³¹⁸ Ernst B. Haas, 1961, s.369.

³¹⁹ Ernst B. Haas, 1961, s.372.

³²⁰ Lindberg and Scheingold, s. 66-68.

ifadeyle AB yetkisi altına giren konular açısından değerlendirilmektedir³²¹. Farklı yazarlar farklı şekilde kavramsallaştırmaya gitse de kapsam ve düzey genişlemesi bütünleşme sürecinde uluslarüstüleşmeyi arttıran bir faktördür. Her bütünleşme antlaşması da bunun bir aracıdır çünkü her antlaşma ile birlikte ulusal ve uluslarüstü yetki düzeyi ve kapsamı yeniden düzenlenmektedir³²². Bu bütünleşmenin tamamlanmamış bir süreç olmasının doğal sonucudur.

Son antlaşma olan Lizbon Antlaşması ile Parlamento'nun Konsey ile eşit düzeyde karar alma sürecine katıldığı ortak karar alma usulü, olağan yasama usulü haline gelmiştir ve ortak karar alma usulüne 40 adet yeni alan eklenmiştir. Yeni alanlar tarım politikası ve Birliğin Lizbon Antlaşması ile birleştirilmeden önceki üç sütunlu yapısında, üçüncü sütunda (suçla ilgili konularda polis ve adli işbirliği sütunu) yer alan konular olmuştur³²³. Hem uluslarüstü yetki kapsamına giren konuların sayısının artması hem de uluslarüstü kurumların karar alma sürecindeki rollerinin güçlenmesi AB'nin görev genişlemesinin bir göstergesidir. Lizbon Antlaşması'ndan önce ortak karar usulü kapsamında yer alan 33 alan ile birlikte ortak karar usulü kapsamındaki politika alanı sayısı 73'e yükselmiştir. Lizbon Antlaşması nitelikli oy çoğunluğu ile karar alınan alanlara 44 yeni alan eklenmiş ve öncesinde var olan 69 alan ile birlikte toplam 113'e yükselmiştir. Vergilendirme, sosyal güvenlik, dış politika ve ortak savunma politikası gibi hassas alanlarda oybirliği ile karar alınması kuralı korunmuştur³²⁴.

³²¹ Tanja A. Börzel, "Mind the gap! European integration between level and Scope", *Journal of European Public Policy*, Vol.12, No. 2, 2005, s. 220-221. Lindberg ve Scheingold ile Börzel'in kavramsallaştırması arasındaki fark, bütünleşmenin kesin kalıplar içinde tanımlanmasının zorluğunu göstermektedir.

³²² Tanja A. Börzel, 2005, s. 220-221. Lindberg ve Scheingold ile Börzel'in kavramsallaştırması arasındaki fark, bütünleşmenin kesin kalıplar içinde tanımlanmasının zorluğunu göstermektedir.

³²³ Edward Best, "The Lisbon Treaty: A Qualified Advance for the EU Decision-Making and Governance", *EIPASCOPE*, Vol.1, 2008, s.9.,
http://www.eipa.eu/files/repository/eipascope/20080509183728_SCOPE2008-1-2_EdwardBest.pdf (12.10.2009)

³²⁴ Foundation Robert Schuman, "The Lisbon Treaty 10 easy-to-read fact sheets", 2007, s. 28, 39, <http://robert-schuman.eu> (01.02.2010).

2.2 YENİ İŞLEVSELÇİLİK VE AVRUPA İÇ PAZARINDA BÜTÜNLEŞME

2.2.1 Bütünleşme Sürecinde Durgunluk

Yeni işlevselcilik kuramı bir sektördeki bütünleşmenin etkilerinin aşamalı bir şekilde, diğer ekonomik ve siyasi alanlara yayılmasını ve sürecin tam bütünleşme ile sonuçlanmasını anlatmaktadır³²⁵. Üye ülkeler gerek bütünleşme sürecinin geçmiş aşamalarından kaynaklanan içsel çatışmalar, gerekse küresel koşullardan ileri gelen baskılar nedeniyle, ortak hedeflerine bekledikleri ölçüde ulaşamamışsa, bu durum mevcut stratejilerini gözden geçirmelerine ve uluslararası karar alma mekanizmasının düzeyi ve kapsamı açısından değişikliğe gitmelerine yol açabilir³²⁶. İşte, ulusal sınırlarla bölünmüş Avrupa pazarını 1992 yılının sonuna kadar tek bir pazar haline getirmeyi amaçlayan programın kabulü, böyle bir kriz döneminde gerçekleşmiştir ve tek pazarın oluşturulması Avrupa bütünleşmesinin dinamizm kazandığı yeni bir dönemin başlangıcı olmuştur³²⁷.

Tek pazardan önceki bütünleşme aşamaları, ticaretin önündeki engellerin kaldırılması üzerinde yoğunlaşmıştır. Üye ülkeler arasında ticaretin serbestleştirilmesi yönündeki politikalar 1950’lerde tarifeler ve kotaların kaldırılmasına ilişkindir. 1968 yılında tamamlanan gümrük birliği, bu anlamda önemli bir aşamadır. Gümrük birliği ile üye ülkeler arasında gümrük vergileri ile miktar kısıtlamaları kaldırılmış ve ortak gümrük tarifesi benimsenmiştir. 1960 ve 1970’lerde teknik standartlar, koruma aracı olarak kullanılmaya başlamıştır. Komisyon’un teknik konulara standardizasyon getirerek, bütünleşmeye ivme kazandırmaya çalışması başarılı olamadığı gibi, pazarın bütünleşmesini de olumsuz yönde etkilemiştir³²⁸.

³²⁵ Ernst B. Haas, 1968, s. 283.

³²⁶ Schmitter, 2004, s. 58.

³²⁷ 1966 yılındaki Lüksemburg uzlaşısı ve 1970’lerdeki iddialı bütünleşme planlarının hayata geçirilememesi, bütünleşmenin çıkmaza girdiği; yeni işlevselci kuramın pazar bütünleşmesi ve siyasi bütünleşmeye ilişkin argümanlarının yetersiz kaldığı şeklinde yorumlanmıştır. Bkz. Wayne Sandholtz, Alec Stone Sweet, “Neo-functionalism and Supranational Governance”, 06.04.2010, <http://ssrn.com/abstract=1585123> (11.05.2010), s.3.

³²⁸ Alasdair R. Young, Helen Wallace, “The Single Market”, *Policy Making in the European Union*, Oxford University Press, Oxford, 2000, s. 88, 89.

ATAD dönüm noktası sayılabilen iki kararı ile süreçteki tikanıklığa çözüm geliştirmiştir. 1974 yılındaki Dassonville kararı ile "miktar kısıtlamalarına eş etkili önlemler" kavramını üye ülkeler tarafından uygulanan ve Topluluk içi ticareti doğrudan veya dolaylı, mevcut durumda veya potansiyel olarak etkileyebilecek önlemleri eş etkili önlem olarak tanımlamıştır³²⁹. Bu bağlamda, üye ülkeler arasında ticareti zorlaştıran teknik şartlar, malların serbest dolaşımını engelleme riski taşıyorsa eş etkili önlem olarak kabul edilebilecektir. 1979 yılındaki Cassis de Dijon davasına ilişkin kararlar getirilen karşılıklı tanıma ilkesi gereğince belirli koşullar altında bir üye ülke, bir başka üye ülkede yasal olarak üretilen ve pazara sürülen bir malın kendi pazarına girişini kabul etmek zorunda kalmaktadır. Karşılıklı tanıma ilkesi işletmelerin birçok durumda kendi ülkelerindeki kurallara uymak suretiyle Avrupa pazarında üretim ve ticaret yapabilmelerini sağlamıştır³³⁰.

ATAD'ın davalara ilişkin tutumunun bütünsel olmayışı, ticarete ulusal sınırların kaldırılmasına yönelik gelişmelerin yavaş ilerlemesi ve üye ülkelerin ekonomileri arasında artan karşılıklı bağımlılık nedeniyle ticaretin önündeki teknik engellerin görünür ve pahalı hale gelmesi tek pazarın durumu hakkında kaygı yaratmıştır³³¹. Diğer yandan küresel baskılar, iç çatışmaları derinleştirmiştir. 1980'lerin başındaki ekonomik kriz ve azalan rekabet gücü karşısında, bölgesel çözümlere duyulan ihtiyacın farkına varılması, tek pazarın canlandırılması fikrinin üye ülkeler ve sanayiciler tarafından desteklenmesini sağlamıştır. Bununla birlikte tek pazarın canlandırılması isteğinde, yeni liberal siyasal tercihlerin (serbestleştirme, kuralsızlaştırma ve özelleştirme) üye ülkelere benimsenmeye başlaması³³² ve tek pazarda ticaretin önündeki sınırlamaları kaldırma düşüncesinin, yeni liberal uzlaşılı ile iz düşümü de belirleyici olmuştur. Yeni liberal değerlerin tek pazar bütünleşmesi üzerindeki etkisi, yeni işlevselci süreç mekanizmalarından biri olan dış koşulların, bütünleşme süreci üzerindeki etkisini göstermektedir.

³²⁹ Sanem Baykal, "Avrupa Birliğinde Malların Serbest Dolaşımı ve Çevrenin Korunması: Farklı Menfaatler Arasında Denge Arayışı", *Ankara Avrupa Çalışmaları Dergisi Prof. Dr. Ahmet Gökdere'ye Armağan*, Cilt: 5, Sayı: 2, 2006, s. 107.

³³⁰ Egan, s. 34.

³³¹ Young and Wallace, s. 91-93.

³³² Egan, s.35.

2.2.2 İç Pazarın Tamamlanması ve Kurumsal Reform

Bütünleşme sürecinde yaşanan durgunluk karşısında üye ülkelerin ve uluslararası kurumların, mevcut politikaları değerlendirmesine ve beklentileri karşılayacak stratejiler belirlemesine ihtiyaç duyulmuştur. Avrupa pazarının bütünleşmesine yönelik ekonomik nitelikli önlemler, 1985 yılında sunulan “İç Pazarın Tamamlanması” başlığını taşıyan beyaz kitapta yer almıştır³³³. Beyaz kitap, 31 Aralık 1992 tarihine kadar tek pazarda tarife dışı engellerin azaltılmasını amaçlamaktadır. Kitap, fiziki, teknik ve mali engellerin kaldırılması konusunda 300 yasama önlemi içermiştir. Üye ülkelerin, kendi önceliklerini kabul ettirmek istemesi, Komisyon’un önerilerinin de haciminin artmasına neden olmuştur³³⁴. Beyaz kitabın yenilikçi yanlarından biri de bu önlemler için ayrıntılı bir tamamlanma takvimi içermesidir. Bütünleşme konusunda verilen taahhütler başlangıçta (zaman çizelgelerin belirlenmesi, fesih şartının olmaması gibi) ne kadar sıkı kurallara bağlanmışsa, yeni işlevsel süreç mekanizmaları da o kadar güçlü işleyecektir³³⁵. Tamamlanma takvimi, karar alma sürecinin kilitlenmesinin önüne geçerek, AB’nin daha hızlı hareket etmesini kolaylaştırmıştır³³⁶.

Dönemin Komisyon Başkanı Jacques Delors, beyaz kitabın kabul edilmesinin tek başına yeterli olmadığını pek çok kez vurgulayarak; siyasi bakımdan duyarlı bir konu olan yasama sürecinde reform yapılması gereğini, ekonomik ve teknik bir gündeme bağlamıştır. Ekonomik nitelikli bir bütünleşme adımının siyasi alana yansımaları, bu şekilde gerçekleşmiştir³³⁷. Süreç mekanizmaları arasında yer alan siyasi yayımda, konuların işlevsel bağlarından ziyade, siyasi nitelikleri ön plana çıkmaktadır ve görevler arasındaki bağlantı siyasi amaçlar doğrultusunda kurulmaktadır.

³³³ Commission of the European Communities, 14.06.1985.

³³⁴ Martin Holmes, *European Integration: Scope and Limits*, Palgrave, New York, 2001, s.79.

³³⁵ Nye, 1970, s.804.

³³⁶ Peterson and Bomberg, s.75.

³³⁷ Neill Nugent, *The Government and Politics of the European Union*, 5.b., Palgrave Macmillan, New York, 2003, s.481.

1984 yılında gerçekleşen Fontainebleau Avrupa Konseyi'nde Avrupa işbirliğini harekete geçirmek üzere öneriler sunması amacıyla bir ad hoc komite (Dooge Komitesi) kurulmasına karar verilmiştir. Bu komitenin üst düzey görevliler ve eski bakanlardan oluşması bile, üye ülkelerin siyasi açıdan bu reform sürecine verdikleri önemi göstermektedir³³⁸. Komite 1985 yılında sunduğu bir raporda, Konsey'de karar alma yönteminin kolaylaştırılması; Komisyon'un güçlendirilmesi; Parlamento'nun Avrupa sisteminde demokrasiyi güvenceye alma rolünün güçlendirilmesi; ATAD'ın antlaşmaların kapsamına giren alanlarda yargı organı olarak rolünün güçlendirilmesi önerilerinde bulunmuştur³³⁹. Bu şekilde, raporda ortak karar alma mekanizmasının düzeyi ve kapsamı açısından değişikliğin çerçevesini çizilmiştir. Öneriler, tek pazar programının işleyişi için gerekli kurumsal ve yasal düzenlemeleri içeren Tek Avrupa Senedi'nde (1986) somutlaştırılmıştır.

Tek Senet ile getirilen yeniliklerden birisi, Konseyde oybirliği yerine oyçokluğu ile karar alınan alanların genişletilmesidir. Oybirliğine dayanan karar alma yönteminde her adım, ülkeler arasında yeniden müzakere yapılmasını gerektirmektedir; uluslararası kurumlar oluşturulsa da, karar alma gücü hükümetlerarası düzeyde kaldığı için uluslararası kurumların etkisi yok denecek kadar azdır³⁴⁰. Oy birliğine dayanarak karar alınması, karar alma sürecinin hızını en az istekli üye ülkenin hızına indirdiğinden³⁴¹, oy çokluğu yöntemine geçilmesi tek pazarın ilerleyişini hızlandırmıştır.

Tek Senet'in diğer önemli özelliklerinden biri de, yeni hedefler arasında işlevsel bağlar kurarak AB'nin görev alanını genişletmesidir. Yeni hedefler konulması, yeni işlevselci yayılmada birincil öneme sahip bir faktördür³⁴². Tek

³³⁸ Dinan, s.106.

³³⁹ James Dooge, "Report of the *Ad hoc* Committee for Institutional Affairs to the European Council", Brussels, 29-30 March 1985, <http://aei.pitt.edu/997/>, s. 26-31.

³⁴⁰ Haas and Schmitter, s.713.

³⁴¹ Peterson and Bomberg, s.62.

³⁴² Ernst B. Haas, 1968, s.283.; Jensen, 2004, s.84.

Senet ile beş hedef belirlenmişti. Bunlar, ekonomik ve sosyal kaynaşma³⁴³, bilimsel ve teknolojik işbirliği, Avrupa para sisteminin güçlendirilmesi, sosyal Avrupa ve çevrenin korunmasıdır. Böylelikle, tek pazarın tamamlanması amacıyla başlayan süreç yeni hedeflerin eklenmesiyle devam etmiştir. Bir alanda sağlanan bütünleşmenin başarısı, diğer alanlarda etkili olabilmektedir. Tek pazar programının başarısı ekonomik ve parasal birliğe duyulan ilgiyi somut bir adıma dönüştürecek ivmeyi kazandırmıştır³⁴⁴.

Yayıma üzerinde etkili olan ikinci faktör, siyasi elitlerin özellikle uluslararası kurumların, bütünleşme sürecinde ortaya çıkan krizleri ve hayal kırıklıklarını, görevlerini yeniden tanımlamak ve genişletmek için kullanmalarıdır. Komisyon, tek pazar programının uygulanması aşamasında başarılı bir uluslararası liderlik örneği sergilemiştir. Farklı üye ülkelerden oluşan toplulukta birliği sağlamak ve birleşik Avrupa fikrini somut bütünleşme adımlarına dönüştürmek isteyen Komisyon³⁴⁵, üye ülkelerin tahahütlerine bağlılığını ve devamlılığı güvence altına almak adına, bu dönemde “geri dönülemezlik”³⁴⁶ ve “kaçınılmazlık”³⁴⁷ duygularını vurgulamıştır.

Bütünleşme sürecinde beklentilerin karşılanması ve uluslararası ittifakların harekete geçirilmesi açısından uluslararası liderlik gereklidir, ancak tek başına yeterli değildir. Bütünleşme daha tartışmalı ve ayırım yaratan konulara yayıldıkça, ulusal

³⁴³ 1981’de Yunanistan’ın üyeliği ile başlayan Akdeniz genişlemesi (İspanya ve Portekiz) ile görece düşük ekonomik gelişme düzeyine sahip ülkelerin, AB üyesi olmasının, bütünleşmenin seyri üzerindeki olası etkileri bu konuda önlem alınmasını gerekli kılmıştır. Özellikle, ülkeler arasındaki ekonomik ve sosyal farklılıkları azaltmayı amaçlayan telafi edici mekanizmalar olmadan iç pazarın tamamlanmasının, AB içinde Kuzey-Güney bölünmesini arttırabileceğinden endişe duyulmuştur. Bkz. Dinan, s.97.

³⁴⁴ Peterson and Bomberg, s.62.

³⁴⁵ Jacques Delors, *L’Avenir de l’Europe: L’Achevement du Marche Interieur d’Ici a 1992*, Colloque de Bonn, 15.03.1988, s.2.

³⁴⁶ Jacques Delors’a göre; “Şimdiye kadar sağlanan gelişme, geniş tek pazara güvenilirlik sağlamıştır...önümüzdeki aylarda, Komisyon bu süreci geri dönülemez hale getirmeye yoğunlaşacaktır”. Bkz. Dinan, s.111.

³⁴⁷ Jacques Delors’a göre; “Avrupa Topluluğu’nu kuran ülkeler, izleyici konumuna düşmek istememektedir. Kendi kaderlerini belirleyen aktör olmak istemektedir. Ancak bunun için, birlikte güçlü bir politika ve ekonomi inşa etmeleri gerekmektedir. Bu da Avrupa Birliği’dir...Bu öngörü, somut bütünleşme sürecine nasıl çevrilecektir? Bir yeniden başlangıç stratejisi kaçınılmazdır.” Bkz. Jacques Delors, “L’Avenir de l’Europe: L’Achevement du Marche Interieur d’Ici a 1992”, Colloque de Bonn, 15.03.1988, s.2.

liderlerin desteği de önem kazanmaktadır³⁴⁸. Tek pazarın tamamlanmasında, dönemin ulusal liderleri ve iş çevrelerinin fikir birliği etkili olmuştur. Yüksek politika konusu olmayan, teknik ve ekonomik nitelikli bu bütünleşme adımı, pragmatik beklentilerle olumlu karşılanmıştır.

Jean Monnet'in 1950'lerdeki "etkileyici lider" rolünü, 1985-1995 yılları arasında Komisyon Başkanlığı yapan, Fransız iktisatçı Jacques Delors üstlenmiştir³⁴⁹. Delors, ulusal sınırların kaldırılarak pazarların birleştirilmesi fikrinden yola çıkmıştır³⁵⁰. Jacques Delors'a en yakın desteği, Margaret Thatcher hükümetinde devlet bakanlığı yapan ve 1985'te Komisyon başkan yardımcılığı ve iç pazardan sorumlu komiserlik görevleri verilen Francis Arthur Cockfield vermiştir. Cockfield, iç pazarın tamamlanmasını konu alan beyaz kitabın hazırlanmasına öncülük etmiş ve Delors'u tek para yerine tek pazara öncelik vermesi konusunda desteklemiştir³⁵¹.

Cockfield'in bağlılık transferi, yeni işlevselci süreç mekanizmalarından elit sosyalizasyonunun bir örneğidir³⁵². Elit sosyalizasyonu, ulusal düzeyde kontrol kaybına en fazla karşı çıkan gruplardan biri olan ulusal bürokratları kapsadığından, süreç mekanizmaları arasında özel bir yere sahiptir³⁵³. Bu dönemde İngiltere, tek pazarda serbest dolaşımının sağlanmasına önem vermekte ancak uluslararası kurumlara yetki devrine ve bütünleşmenin derinleşmesine karşı çıkmaktaydı.

³⁴⁸ Philippe C. Schmitter, "Three Neo-Functional Hypotheses about International Integration", *International Organization*, Vol. 23, No. 1, 1969, s.162.

³⁴⁹ Dinan, s.97.

³⁵⁰ Delors, eski maliye bakanı ve federalist Avrupa taraftarı olarak ekonomik ve parasal birlik üzerine yoğunlaşmak istemiştir ancak ulusal egemenliğin yoğun olduğu para politikası alanında, Avrupa Para Sisteminden daha ileri gitmenin bu dönem için uygun olmadığını düşünmüştür ve 1984 yılında Fontainebleau Avrupa Konseyi'nde oluşan olumlu havayı, ulusal egemenlik konusunda gerginlik yaratarak bozmak istememiştir. Diğer yandan, iç pazarın faydaları üye ülkeler tarafından da kabul edilmektedir ve özellikle İngiltere, pazar serbestleştirilmesi konusunda oldukça isteklidir. Delors, tek pazar stratejisini İngiltere ile AB'yi yeniden ortak bir neden etrafında birleştirmenin bir yolu olarak görmüştür. Bkz. Dinan, s.105.

³⁵¹ "Lord Cockfield: Civil servant turned Boots MD who had a late career in Thatcher's Cabinet and the European Commission", *The Independent*, 20.01. 2007, <http://www.independent.co.uk/news/obituaries/lord-cockfield-432900.html>, (12.08.2010).

³⁵² Ayrıntılı bilgi için 2.1.4 no'lu Elit Sosyalizasyonu başlıklı bölüme bakınız.

³⁵³ Nye, 1970, s.808.

Muhafazarlığıyla ve Avrupa şüpheciliğiyle tanınan Cockfield, tek pazar konusunda çalışmak üzere Komisyon'da görevlendirildiğinde, Thatcher'ın Cockfield'dan temel beklentisi, serbest dolaşımın sağlanmasının yanı sıra, sosyalist Komisyon Başkanı Jacques Delors'un bütünleşmeyi derinleştiren girişimlerine engel olmasıydı³⁵⁴. Cockfield, tek pazarın tamamlanması üzerine çalışmış ancak tek pazar bütünleşmesini faktör dolaşımı ile sınırlı görmeyerek diğer alanlarda özellikle İngiltere'nin duyarlı olduğu ve karşı çıktığı dolaylı vergiler alanında da üye ülkeler arasında uyumlaştırmaya gidilmesini savunmuştur. Bu bağlamda, Cockfield, Avrupa bütünleşmesine şüpheyle yaklaşan ulusal bir bürokratken, Avrupa bütünleşmesini savunan bir uluslarüstü bürokrata dönüşmüştür³⁵⁵.

İç pazarın gelişimine destek veren bir diğer önemli isim, "Avrupa olmamasının maliyeti"ni konu alan, Komisyon destekli bir projenin yürütücüsü olan Paolo Cecchini'dir³⁵⁶. Bütünleşmenin başarısının temel noktalarından birisi ilk adımları dikkatli seçerek bütünleşmenin az maliyetli bir süreç olarak gösterilmesidir. Görünen maliyetler düşük olduğunda bütünleşmenin yayılması daha kolay olmaktadır³⁵⁷. Cecchini'nin bağımsız uzmanlardan oluşan ekibi, 1988 yılında, mevcut engellerin devam etmesi halinde işletmelerin ne kadar mali zarara uğrayacağını gösteren bir rapor sunmuştur. Cecchini ve ekibinin bütünleşme olmamasının maliyetlerini ve bütünleşmenin faydalarını ortaya koyduğu raporu, bu bağlamda etkili bir araç olmuştur.

Yeni işlevselci kurama göre, teknik-ekonomik temellere dayalı atılan bütünleşme adımları, süreç ilerledikçe ve bütünleşme daha fazla alana yayıldıkça

³⁵⁴ "Lord Cockfield: Tory minister whose posting to Europe led to the creation of the single market", *The Guardian*, 11.01.2007, <http://www.guardian.co.uk/news/2007/jan/11/guardianobituaries.obituaries> (12.08.2010); "Lord Cockfield", *The Telegraph*, 11.01.2007, <http://www.telegraph.co.uk/news/obituaries/1539106/Lord-Cockfield.html> (21.08.2010).

³⁵⁵ "Conservative minister who was dispatched to Brussels where he surprised the Government by embracing the European project", *The Times*, 08.01.2007, <http://www.timesonline.co.uk/tol/comment/obituaries/article1291117.ece?token=null&offset=0&page=1> (12.08.2010).

³⁵⁶ Canan Balkır, *Uluslararası Ekonomik Bütünleşme: Kuram, politika ve Uygulama AB ve Dünya Örnekleri*, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2010, s.173.

³⁵⁷ Nye, 1970, s.820.

kaçınılmaz olarak siyasi tartışmalara konu olacaktır ve siyasallaşacaktır³⁵⁸. Konuların siyasi niteliğinin artması, bütünleşmenin teknokratik karar alma yoluyla idare edilmesi zorlaştıracaktır. Bu nedenle bütünleşmenin geri dönülemeyecek bir aşamaya kadar siyasi tartışmalara konu olmadan, teknik düzenlemelerle ilerleyebilmesi gereklidir. Burada teknokratların rolü önem kazanmaktadır. Teknokratlar, Avrupa düzeyinde daha güçlü bağlar kurabilmeli ve ulusal karar alıcıları bütünleşmenin ekonomik mantığını izlemeye ikna edebilmelidir³⁵⁹. Avrupa düzeyinde bağların kurulması büyük ölçüde, ulusötesi çıkar gruplarının işbirliği yapmasına bağlıdır.

Ulusötesi çıkar gruplarının oluşumu, süreç mekanizmaları arasında yer almaktadır. Ulusötesi çıkar gruplarının sayısı Avrupa bütünleşmesiyle birlikte artış göstermiştir³⁶⁰. Bu durum aynı zamanda, mekanizmalarının birbiriyle etkileşimine bir örnektir. Artan blok içi etkileşim ve karşılıklı bağlılık, çıkar gruplarının ulusal sınırların ötesinde faaliyette bulunmasını desteklemektedir³⁶¹. Diğer yandan, grupların kurulması, bütünleşme sürecindeki siyasi krizlerden olumsuz etkilenmektedir. Örneğin, Lüksemburg uzlaşısı döneminde ulusötesi çıkar gruplarının sayısı azalırken; 1970'lerin başında bütünleşmede hareketlilik yaşanmasıyla birlikte yeni gruplar kurulmaya başlamıştır. 1980'lerin başındaki kriz, çıkar gruplarının sayısını azaltırken, tek pazar programı ve Tek Avrupa Senedi ile ulusötesi çıkar gruplarının sayısı 1980'lerin ortasından itibaren tekrar artış göstermiştir³⁶².

Komisyon, tek pazarın gerçekleştirilmesinde sanayi politikasına ve araştırma-geliştirme projelerine verilen desteği vurgulayarak, Komisyon-sanayi ortaklığını güçlendirmeye çalışmıştır. Başta Avrupa Sanayiciler Yuvarlak Masası ile Avrupa Sanayi ve İşveren Konfederasyonları Birliği olmak üzere, iş çevresi tek pazarın

³⁵⁸ Haas and Schmitter, s.707.

³⁵⁹ Nye, 1970, s. 801-802.

³⁶⁰ Neil Fligstein and Jason Mcnichol, "The Institutional Terrain of the European Union", *European Integration and Supranational Governance*, Ed. Wayne Sandholtz, Alec Stone Sweet, Oxford University Press, Oxford, 1998, s.77.

³⁶¹ Nye, 1970, s.804.

³⁶² Fligstein and Mcnichol, s.77.

tamamlanmasına ve gerekli kurumsal reformun yapılmasına destek vermiştir³⁶³. Tek pazarın tamamlanma süreci özellikle ekonomik nitelikli çıkar gruplarının ön planda olmasını getirmiştir. Bütünleşme çevre, sosyal kaynaşma gibi yeni alanlara yayıldıkça farklı toplumsal gruplar, AB düzeyinde politika sürecine katılmaya başlamıştır. Bu durum belirli grupların (azınlıklar, engelliler gibi) Birlik politikaları (çevre, ticaret, sosyal politika gibi) hakkındaki görüşlerini Birlik kurumlarına duyurmalarını kolaylaştırmaktadır³⁶⁴. Toplumsal grupların, AB vatandaşları ile AB kurumları arasında bağ kurulması gibi önemli bir işlevi vardır. AB kurumları, meşru ve uygun AB politikalarının geliştirilmesi için çeşitli toplumsal grupların görüşlerinin alınmasını gerekli görmekte ve toplumsal grupların etkilerine açık bir yaklaşım benimsemektedir³⁶⁵.

2.2.3 İç Pazarda Politika Bağlantıları ve Yayılma

Avrupa tek pazarının oluşturulması sürecinde AB'nin görevlerinin kapsamı ve düzeyi genişlemiştir³⁶⁶. Düzey genişlemesinde Parlamento'nun yasama sürecindeki rolü önem taşımaktadır. Tek Senet'te, işbirliği usulü çerçevesinde Parlamento'ya yasama yetkisini Konsey ile paylaşma olanağı verilmiştir³⁶⁷. Tek pazar programı ve Tek Senet ile kurulan işlevsel bağlar sonraki antlaşmalarda devam etmiştir: Maastricht Antlaşması ile ortak karar usulü kabul edilmiş; Parlamento'ya Konsey ile eşit düzeyde yasamaya katılma yetkisi verilmiştir ve işbirliği usulünün kapsamı yeni alanlara genişletilmiştir. Amsterdam Antlaşması ile işbirliği usulü kaldırılmış ve ortak karar usulü yeni politika alanlarına genişletilmiştir. Lizbon

³⁶³ Dinan, s.105.

³⁶⁴ Romano Prodi and Neil Kinnock, "The Commission and Non-Governmental Organisations: Building a Stronger Partnership", *Commission Discussion Paper*, Brussels, 2000, s. 4-5.

³⁶⁵ Rainer Eising, "Interest Groups and the European Union", *European Union Politics*, Ed. Michelle Cini, Oxford University Press, Oxford, 2004, s.197., s. 192-210. AB, toplumsal gruplara yönelik bu yaklaşımını resmi olarak ilk kez 1992 yılında sunulan "Komisyon ve çıkar grupları arasında açık ve yapılandırılmış diyalog" başlıklı politika belgesinde açıklamıştır. Bkz. European Commission, "An Open and Structured Dialogue between the Commission and Interest Groups", *Policy Paper*, 1992, http://ec.europa.eu/civil_society/interest_groups/docs/v_en.pdf (25.09.2007).

³⁶⁶ Kapsam ve düzey genişlemesi hakkında ayrıntılı bilgi için 2.1.8.3 No'lu AB'nin Görev Alanının Genişlemesi başlıklı bölümde verilmektedir.

³⁶⁷ Dimitris N. Chrysochoou, *Theorizing European Integration*, 2.b., Routledge, Oxon-New York, 2009, s.49.

Antlaşması ile 40 yeni alan ortak karar usulü kapsamına alınmıştır. Bu şekilde Parlamento'nun bağlayıcılığı ve söz sahibi olduğu alanlar zaman içerisinde artış göstermiştir³⁶⁸.

Ayrıca, tek pazar programı Komisyon'un AB içindeki merkezi rolünü güçlendirmiştir. Tek pazar, Komisyon'un tüm genel müdürlüklerini şu yada bu şekilde ilgilendiren, planlama ve uygulama aşamasında Komisyon'un yetkisinin artmasını doğal olarak getiren bir durumdur³⁶⁹. Delors Komisyonu, politikalarda yenilik yapmaya yoğunlaşmış; Delors Komisyonu'ndan sonra gelen Santer Komisyonu mevcut tek pazar kurallarının güçlendirilmesine öncelik vermiştir³⁷⁰. 1999-2004 yılları arasında görev yapan Prodi Komisyonu, genişleme ve yeni komşularla ilişkiler; kurumsal reform; istihdam artışını ve sürdürülebilir büyümeyi sağlayan ekonomik büyüme hedeflerine odaklanmış ve bütünleşmeyi derinleştirmeyi amaç edinmiştir. Prodi, komisyon üyelerinin Parlamento onayından geçmesinden önce Parlamento'da yaptığı konuşmada, yeni dönemde Komisyon'un yeni hedefler koymaya devam edeceğinin işaretini vermiştir; AB vatandaşlığı duygusunun geliştirilmesi bu hedeflerden birisidir³⁷¹. Vatandaşlara ve vatandaşlığa yapılan vurgu ekonomik yönden bütünleşmiş Avrupa'nın siyasi yönden bütünleşmiş bir Avrupa'ya dönüşmesinde önemli bir semboldür.

Barosso Komisyonu 2004-2009 döneminde Orta ve Doğu Avrupa genişlemesinin ardından Avrupa'nın güç kazanmasına odaklanmıştır. 2004 yılındaki Taslak Anayasal Antlaşma ve 2005 yılındaki Lizbon Stratejisinin canlandırılması girişimleri bu döneme damgasını vurmuştur. Avrupa bütünleşmesinden kaynaklanan baskıların yanı sıra, küreselleşme, enerji güvenliği, iklim değişikliği ve göç gibi dış

³⁶⁸European Parliament, "European Parliament and the Lisbon Treaty", <http://www.europarl.europa.eu/parliament/public/staticDisplay.do?id=66> (12.08.2010).

³⁶⁹ Dinan, s.105

³⁷⁰ Young and Wallace, s.107.

³⁷¹Romano Prodi'ye göre, ortak pazardan tek pazar ve tek paraya geçiş ile ekonomik bütünleşmede; ortak kurumlar ve doğrudan seçimle işbaşına gelen Parlamento ile siyasi bütünleşmede önemli aşamalar kaydeden AB'nin yeni hedefi Avrupa vatandaşlığı duygusunun yaratılmasıdır. Avrupa vatandaşlığı duygusunun yaratılması ortak kader duygusunun paylaşılmasına dayanmaktadır. Bkz. Romano Prodi, *Speech to the European Parliament*, Strasbourg, 14.09.1999, s.2.

faktörler de AB'nin harekete geçmesini gerekli kılmıştır. Komisyon, bu alanlarda açık düzenlemeler getirmiştir³⁷². Komisyon, tek pazar ile vatandaşlar arasında bağ kurulmasına önem vermiştir. “Vatandaşların Gündemi-Avrupa için Sonuç Yaratmak”³⁷³ başlıklı bildiri, AB vatandaşlarının AB'ye duydukları güvenin artırılmasını ve vatandaşların önceliklerine odaklanılarak yeni politikaların oluşturulmasını amaçlamaktadır. Gündem tek pazarın gelecek perspektifiyle yeniden şekillendirilmesini önermektedir; bu doğrultuda Komisyon “21. Yüzyıl Avrupası için bir Tek Pazar”³⁷⁴ başlıklı bir bildiri hazırlayarak, AB'yle vatandaşlar arasındaki bağları geliştirmeyi ve küresel bir aktör olarak AB'nin rolünü güçlendirmeyi amaçlayan politikalar önermiştir³⁷⁵.

2010-2014 dönemi için tekrar görevlendirilen Barosso ve ekibi bu dönemde öncelik alanları olarak, 2008 finansal krizinin AB içindeki etkileri ile mücadele ve Avrupa'da sosyal piyasa ekonomisinin sürdürülebilirliği; bireyleri AB faaliyetlerinin merkezine alan bir vatandaşlar gündemi³⁷⁶ oluşturulması; AB'nin dış aktör olarak rolünün güçlendirilmesi, AB'nin işleyişinin modernleştirilmesi konularını benimsemiştir³⁷⁷. Yeni Komisyon'un öncelikleri, önceki dönemlerle paralellik

³⁷² “2004-2009: An evaluation of the Barroso Commission”, *Euractiv*, <http://www.euractiv.com/en/priorities/2004-2009-evaluation-barroso-commission/article-184826> (12.07.2010).

³⁷³ European Commission, *Communication from the Commission to the European Council-A Citizens' Agenda - Delivering results for Europe*, Brussels, 10.05.2006, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2006:0211:FIN:EN:PDF> (15.05.2009).

³⁷⁴ European Commission, *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions - A single market for 21st century Europe*, Brussels, 20.11.2007, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:074:FIN:EN:PDF> (12.05.2009).

³⁷⁵ Bildiriler, bağlayıcı olmayan politika araçlarıdır. Bu nedenle, üye ülkeler, Komisyon'un önerilerini uygulayıp uygulamama konusunda serbesttirler. Diğer yandan bildiri kapsamında hangi kavramların birlikte ele alındığı, hangilerinin ise ele alınmadığı siyasi açıdan bir seçim yapıldığını göstermektedir. Düşüncenin söylenmesi de bir eylemde bulunulmasını ifade etmektedir. Komisyon'un tek pazar ve vatandaşlar arasında bağ kurma düşüncesini dile getirmesi, bu anlamda kendi başına önem taşımaktadır. Komisyon, söz konusu düşüncenin üye ülkeler tarafından benimsenmesinin ardından, daha somut ve bağlayıcı önerilerle hayata geçmesini sağlayabilir. Bkz. Thomas Diez, “Speaking Europe”, *Journal of European Public Policy*, Vol. 6, no. 4, 1999, s. 4-5.

³⁷⁶ European Commission, , 10.5.2006.

³⁷⁷ European Commission, *Communication from the Commission- Commission Work Programme 2010: Time to act, Vol. I*, COM(2010) 135 final, Brussels, 31.03.2010, s.3.

içerisindedir ancak farklı olarak, ekonomik ve sosyal Avrupa arasındaki bağ daha ön plana çıkarılmaktadır. Finansal kriz sonrasındaki süreçte Komisyon, finansal krizle mücadele ve Avrupa sosyal modelinin değerleri arasında bir bağ kurmuştur³⁷⁸.

Krizler, bütünleşme mantığının yeniden ele alınmasına ve bütünleşmenin yapısının yenilenmesine zemin hazırlamaktadır³⁷⁹. Finansal kriz bu anlamda hem ayrışma riski hem de daha fazla bütünleşme fırsatı sunmaktadır. Komisyon, krize karşı birlikte hareket etme zorunluluğunu vurgulayarak, kriz daha fazla bütünleşme sağlayacak yönde yönetmeye çalışmaktadır. Barosso'nun krizle mücadelede, ekonomik nitelikli önlemlerden önce, kriz ve sosyal Avrupa arasındaki bağa vurgu yapması ve bu işlevsel bağı işleyerek Avrupa'da dayanışma konusunu bir AB önceliği haline getirmesi bunun bir göstergesidir ve işlenmiş yayılma örneğidir. İşlenmiş yayılmada uluslararası aktörler ortak çıkar kapsamında görülen alanlarda üye ülkeler arasında işbirliği kurulmasını teşvik eder³⁸⁰ ya da üye ülkelerin daha ileri bütünleşmeye isteksiz davrandığı durumlarda bir uluslararası ya da ulusötesi gündem oluşturmaya çalışır³⁸¹. Bunu yaparken de mevcut bağları (işlevsel ya da siyasi) işlemekte, şekillendirmektedir.

Komisyon önceliklerinin farklı alanlara yayılması, Komisyon'un daha geniş bir politika yelpazesinde görev yapmak istemesi demektir. Ancak bu, Komisyon açısından iç pazarın öneminin azaldığı şeklinde düşünülmemelidir. İç pazar hem AB'nin kalbine en yakın politika alanı olması³⁸² hem de Komisyon'un açık yetkiye

³⁷⁸ José Manuel Barroso'ya göre, Avrupa'nın yaşadığı kriz sadece finansal ya da ekonomik yapıyı değil aynı zamanda Avrupa toplumlarının değerlerini etkileyen bir kriz ve kriz, 21. yüzyılın dünyasının büyük ölçüde karşılıklı bağımlı hale geldiğini de göstermektedir. *Bkz. José Manuel Barroso, Political Guidelines for the Next Commission*, Brussels, 2009, s. 18-30.

³⁷⁹ Ludger Kühnhardt, "European Integration: Success Through Crises", *Crises in European Integration Challenges and Responses, 1945-2005*, Ed. Ludger Kühnhardt, Berghahn Books, New York, 2009, s.6.

³⁸⁰ Macmillan, s.792.

³⁸¹ Jensen, 2004, s.85.

³⁸² Nugent, 2003, s.51.

sahip olduğu bir alan olması itibariyle, Komisyon'un uluslarüstü lider rolü ve Avrupa bütünleşmesinin ilerleyebilmesi açılarından önem taşımaktadır³⁸³.

Üye ülkelerin ve kamuoyunun ilgisi başka alanlara da kaysa, iç pazar, bütünleşmenin itici gücünü oluşturmaya devam etmektedir. İç pazara yönelik mevzuat AB müktesebatının yaklaşık %70'ni oluşturmaktadır³⁸⁴. Bütünleşmiş bir pazar oluşturulması sonu belirli olan bir görevden ziyade, ihtiyatlı hareket edilmesini gerektiren ve sürekli güncellenen bir süreç olduğundan, bu oran iç pazarın, AB faaliyetlerindeki ağırlıklı yerini göstermektedir ancak rakamsal olarak nihai bir sonuç göstermemektedir. Bütünleşme derinleştikçe, AB içinde etkileşim ve hareketlilik artış göstermektedir. İç pazarın tamamlanmasına (tarife dışı engellerin ve mal, hizmet ve sermayenin serbest dolaşımı önündeki kaldırılmasına) yönelik önlemler ve tek paranın kullanılmaya başlanması, genişleme ile birleşince AB içi ticaret ve doğrudan yabancı yatırımın oranı yükselmiştir. 1995-2005 yılları arasında AB-25 içi mal ticaretin GSYH'ye oranı %29'dan %37'ye yükselmiştir. Aynı dönemde, AB-15 içi doğrudan yabancı yatırım giriş oranı %53'ten %78'e ; AB-25 içi doğrudan yabancı yatırım giriş oranı %70'den %82'ye yükselmiştir³⁸⁵. İç pazardaki hareketlilik ve etkileşim, küreselleşme ile değişen koşullardan etkilenmektedir.

İç pazarın kendi iç dinamiklerinin yanı sıra içinde bulunduğu bağlamın sürekli değişim içinde olması, iç pazarda pek çok engelin kaldırılmasına rağmen

³⁸³ Burada, Komisyon'un yetkisi mevcut kuralların güçlendirilmesi ile yeni kurallar koyulması durumlarında farklılık göstermektedir. Mevcut kuralların güçlendirilmesi söz konusu olduğunda, Komisyon antlaşmaların koruyucusu olarak bunu hem görev hem de hak olarak, sadece ATAD'ın kontrolü altında yerine getirebilmekte; başka kurumlardan onay almasına gerek olmamaktadır. İç pazarda yeni kuralların konulması ve yeni politika girişimlerinin başlatılması durumunda ise Komisyon tek başına hareket edememekte, diğer kurumların onayına ve yetki vermesine gerek duymaktadır. Bkz. Mario Monti, *A New Strategy For the Single Market At The Service of Europe's Economy And Society*, Report to the President of the European Commission José Manuel Barroso, Brussels, 09.05.2010, s.22.

³⁸⁴ Peterson and Bomberg, s. 60.

³⁸⁵ AB-25 ülkeleri arasındaki ticareti gösteren bu rakam, 2004 genişlemesi ile üye olan ülkeleri kapsamaktadır. Aynı dönem için AB-15 ülkeleri arasındaki ticaret %29'adan %34'e yükselmiştir. Genişlemenin, Birlik içi ticarete etkisi burada görülmektedir. Bkz. Fabienne Ilzkovitz, Adriaan Dierx, Viktoria Kovacs and Nuno Sousa, "Steps towards a deeper economic integration: the Internal Market in the 21st century A contribution to the Single Market Review", *European Commission Economic Papers*, No. 271, Brussels, 2007, s. 30-33.

sürekli yenilerinin ortaya çıkması demektir³⁸⁶. AB'nin karşılaştığı sorunların, özellikle güncel olan finansal kriz, büyüme, rekabetçilik, iklim değişikliği, işsizlik, sosyal kaynaşmaya dair sorunların çözümü, iç pazarda kesişmektedir³⁸⁷. Her yeni engelin aşılması, üye ülkeler arasında yeni işbirliklerinin geliştirilmesi; Komisyon başta olmak üzere ortak kurumların müdahale etmesi; konuyla ilgili toplumsal grupların politika oluşturma sürecinde etkili olmak amacıyla üye ülkelere ve Birlik kurumlarına baskı yapması gibi çeşitli boyutları olan bir hareketlilik getirmektedir. Hareketlilik nedeniyle iç pazarda sektörler arasında var olan dengenin bozulması, diğer ilgili sektörleri de dahil ederek yeniden denge kurulmasını gerekli hale getirmektedir. Her yeni denge arayışı bütünleşme sürecinde bir meydan okumadır ve Avrupa bütünleşmesi değişen meydan okumalara uygun yanıtların verilmesine yönelik çabalar bütünüdür. Yanıt verme siyasi bir süreçtir ve bu süreçte işlevsellik ve faydacılık etkili olmaktadır³⁸⁸.

2.3 SAĞLIK BAKIMINDA AVRUPA BÜTÜNLEŞMESİ

2.3.1 Sağlık Bakımı ve Bütünleşme Koşulları

Yeni işlevselci kurama göre, yayılmanın gerçekleşebilmesi için bazı koşullar karşılanmalıdır. Bu bağlamda, bütünleşme için gerekli koşullardan ilki, uluslararası nitelikte merkezi kurumların ve politikaların oluşturulmasıdır. İkinci olarak, bu kurumlara ekonomik ve sosyal süreçleri başlatma gücü verilmelidir³⁸⁹. Bu iki koşul bütünleşme, sağlık alanına yayılmadan önce karşılanmıştır. Bütünleşmenin sağlık bakımına yayılmasında belirleyici olan üçüncü ve dördüncü koşullardır.

Üçüncü olarak uluslararası kurumlara verilen görevler doğası gereği genişlemeye eğilimli olmalıdır. Bu görevlerden doğan çatışmalar ancak daha ileri düzeyde eyleme geçilerek çözüme kavuşturabilmelidir ve bu görevler daha fazla

³⁸⁶ European Commission, "Completing the Single Market", http://ec.europa.eu/internal_market/top_layer/index_3_en.htm (12.08.2010).

³⁸⁷ José Manuel Barroso, *Political Guidelines for the Next Commission*, Brussels, 2009, s. 18-30.

³⁸⁸ Kühnhardt, s.4.

³⁸⁹ Rosamond, 2000, s.59.

aktörü politika sürecine katabilmelidir. İç pazar gibi farklı sektörlerin, politikaların ve çıkarların kesiştiği bir alanda bütünleşmeyi sağlama görevi, üçüncü koşulu karşılayan bir görevdir. Çoğu iç pazar politikası (serbest dolaşım, tarım, ulaştırma, çevre politikaları gibi) sağlığın korunması açısından etkiler yaratmaktadır. Son olarak üye ülkeler, uluslararası kurumların ve politikaların kendi çıkarlarına uygun düşüğüne inanmalıdırlar³⁹⁰. Üye ülkeler, kendi çıkarlarına uygun olduğuna inandıkları alanlarda AB'nin müdahale etmesine destek vermektedir. AB, sağlık bakımı ve sağlığın korunması alanlarında üye ülkelerin faaliyetlerini tamamlayıcı eylemlerde bulunmakta ve üye ülkelerin gerçekleştiremeyeceği konularda görev üstlenmektedir.

Sağlık bakımının ve sağlığın korunmasının antlaşmalarda nasıl düzenleneceği siyasi yönden duyarlı bir konudur. AB, antlaşmalarda üye ülkelerin sağlık bakımı alanındaki gücünü sınırlayacak yetkilerle donatılmamıştır. Diğer yandan, Avrupa bütünleşmesi sağlık alanına yayılmaktadır. Bütünleşmenin kapsamının sağlık bakımını kapsayacak şekilde genişlemesi, bütünleşme sürecinin ekonomik ve kurumsal dinamikleri ve özellikle Avrupa iç pazarının etkin işleyişine yönelik politikaların “yan etkileri” sonucunda gerçekleşmektedir³⁹¹. Yan etkiden kasıt, Avrupa iç pazarını tamamlama girişimlerinin, doğrudan sonuçlarının yanı sıra dolaylı bağlantılar oluşturmasıdır. İç pazarın çeşitli politikalar arasında karşılıklı bağımlılıklar ve çıkar gruplarının faaliyetlerinde değişim yaratması; iç pazarın yönetiminde AB yetkilerinin yeniden tanımlanması; ulusal ve uluslararası aktörlerin yanı sıra ulus-altı aktörlerin de iç pazar içerisinde aktif olması, işlevsel politika ağını daha da genişletmektedir³⁹².

Çok düzeyli bir yapıya sahip bu ilişki ağında, uluslararası düzeye ait iç pazar konuları ile ulusal yetki alanına giren sağlık politikası arasında kesin bir sınır koymak giderek zorlaşmaktadır. Avrupa düzeyinde ekonomik bütünleşme teşvik

³⁹⁰ Rosamond, 2000, s.59. Lindberg'in tanımladığı koşullar, Ernst B. Haas ve Schmitter'in süreç koşulları adını verdiği, bütünleşmenin devamlılığını sağlayan koşullarla benzerlik göstermektedir.

³⁹¹ Dorte Sindbjerg Martinsen, “Towards an Internal Health Market with the European Court”, *West European Politics*, Vol. 28, No. 5, November 2005, s.1035.

³⁹² Schmitter, 2005, s.262.

edilirken, ekonominin önemli bir parçası olan sağlık sistemlerinin yönetiminin ulusal devletlere bırakılması bu anlamda sürdürülebilir bir yetki ayrımı olmamaktadır³⁹³. Diğer bir ifadeyle, bütünleşmenin yan etkilerin ulusal sağlık politikaları üzerindeki yansımaları zaman içerisinde öyle bir noktaya ulaşmıştır ki artık sağlık bakımı Avrupa iç pazarında uluslararası müdahalelerden bağımsız bir “ada” olma konumunu kaybetmiştir³⁹⁴.

Sağlık bakımı iki yoldan uluslararası düzeye taşınmaktadır: Bir yanda üye ülkeler arasında ve üye ülkeler ile Birlik kurumları arasında, sağlık bakımının uluslararası düzeyde düzenlenip düzenlenmeyeceği veya hangi boyutlarının nasıl düzenleneceğine dair pazarlıklar yapılmaktadır. Bu pazarlıklar, gücün dağıtımında iki şekilde etkili olmaktadır: ilki üye ülkelerden Birlik kurumlarına yetki devri şeklindedir; diğeri yönetim ağındaki yer alan farklı aktörler (hükümetler, hükümet dışı organizasyonlar) arasında güç dengesinin değişimidir. Farklı politika tercihleri olan aktörlerin tercihleri arasında hangilerinin somutlaşacağı, ilişki ağındaki yeni güç yapısının oluşumunu etkilemektedir³⁹⁵.

Diğeri yandan iç pazar bütünleşmesi, ulusal refah devletlerinin egemenlik alanlarını giderek aşındırmakta ve ulusal refah sistemlerini, iç pazarda oluşan çok düzeyli sosyal politika yönetişime bağlı hale getirmektedir. Yüksek politika mücadelesine girilmeden, teknik ve ekonomik zorunluluklara dayanarak gelişen bu yayılma, iç pazara bağlı doğrudan ve dolaylı bütünleşme dinamiklerinin bir sonucudur. Doğrudan bütünleşme dinamikleri, negatif bütünleşme ve pozitif bütünleşme süreçlerinin parçasıdır; dolaylı bütünleşme dinamikleri ise negatif ve pozitif bütünleşme adımlarına uyum sağlama süreçlerinin bir parçasıdır. Dolaylı

³⁹³ Busse, Wismar, Berman , s. 4-5.

³⁹⁴ Martinsen, November 2005, s.1035. Avukat Tesaro sosyal güvenlik sistemleri ve “ada” benzetmesini, Kohll ve Decker davalarıyla ilgili ortak görüşünde kullanmıştır. Burada ada kavramının kullanılması, izole olunmasını, sınırlanmış olmayı ve anakarayla bağlantının olmamasını vurgulamaktadır. Tesaro’ya göre sosyal güvenlik, Topluluk hukukundan bağımsız bir ada değildir. Bkz. Joined opinion of Advocate General Tesaro delivered on 16 September 1997. Nicolas Decker v Caisse de maladie des employés privés (Case C-120/95), Raymond Kohll v Union des caisses de maladie (Case C-158/96), European Court reports 1998 s. I-01831.

³⁹⁵ Scott L. Greer, “Power Struggle:The Politics and Policy Consequences Patient Mobility in Europe”, *Observatoire Social Européenne Policy Paper*, No.2, 2008, s.2.

bütünleşme baskıları, hukuken zorunlu olmayan ancak ulusal refah sistemlerinin uyum sağlamasını teşvik eden baskılardır³⁹⁶.

Yeni işlevselci kurama göre, hızlı ve en geniş yayılma etkisinin gerçekleşebilmesi için uluslararası otorite vatandaşların ihtiyaçlarına ve beklentilerine yanıt veren görevlere odaklanmalıdır. “Bütünleşme tohumlarının ekilebileceği yerler”, yüksek politika alanları değil, insanların günlük hayatını etkileyen, daha az önemli (functional low politics) alanlardır³⁹⁷. Özellikle, geniş kitlelerin çıkarlarını ilgilendiren ve ulusal düzeyde çözümlenemeyen sorunlara yanıt veren ekonomik görevlerin uluslararası otorite tarafından üstlenilmesi, bütünleşmenin gelişiminde hızlı bir şekilde etki yaratacaktır³⁹⁸.

Politika konularının kendine özgü özellikleri, bu konuların politika yapıcıların dikkatini çekip çekmeyeceklerini ve politika yapıcıların bu konulara nasıl yaklaşacağını etkilemektedir³⁹⁹. AB'nin resmi internet sayfasının halk sağlığını konu alan başlığı, sağlığın Avrupalılar için bir öncelik olması nedeniyle AB için de bir öncelik olduğunu vurgulamaktadır⁴⁰⁰. Hastalıklara karşı korunmak, sağlıklı bir çevrede yaşamak, iş sağlığı ve güvenliğinin olması, sağlık açısından güvenli ürün ve hizmet almak herkesin isteğidir. Bu durum, sağlık bakımını bütünleşme için uygun bir politika haline getirmektedir. Bu bağlamda sağlık bakımı, siyasetçiler için özellikle oy kazanma açısından oldukça çekici bir konudur. Hiçbir siyasetçi sağlık bakımına ya da sağlık bakımına erişimin sağlanmasına karşı çıkmak, ya da aktif olmamakla suçlanmak istemez⁴⁰¹.

³⁹⁶ Leibfried and Pierson, s. 268-269.

³⁹⁷ Rosamond, 2000, s.62.

³⁹⁸ Ernst B. Haas, 1961, s.377.

³⁹⁹ Christoffer Green-Pedersen and John Wilkerson, “How Agenda-Setting Attributes Shape Politics: Basic Dilemmas, Problem Attention and Health Politics Developments in Denmark and the US”, *Journal of European Public Policy*, Vol.13, No. 7, 2006, s. 1041.

⁴⁰⁰ European Commission, “Public Health- Good Health for Everybody”, http://europa.eu/pol/health/index_en.htm (07.02.2010).

⁴⁰¹ Green-Pedersen and Wilkerson, s. 1041.

Komisyon yeni görev döneminde, bütünleşmeye verilen desteğin azalması sorununa odaklanmaktadır. Üye ülkelerde ve halk arasında gözlemlenen bütünleşme yorgunluğu ve onun iç pazara yansımaları olan pazar yorgunluğu, “Avrupa, iç pazara her zamankinden daha çok ihtiyaç duyarken”, iç pazarın destek kaybetmesine yol açmaktadır. Bütünleşmeden ve iç pazardan uzaklaşma eğilimleri birbirini tetiklerken, ulusal liderlerin buna odaklanmaması sorunu derinleştirmektedir⁴⁰². Buna karşılık, Komisyon, iç pazar ve Avrupa vatandaşları arasında bağ kurulmasını hedefleri arasına almıştır. AB’nin sağlığın korunması alanında rol üstlenmesi hem AB kurumlarının vatandaşlar için yaptıklarına görünürlük katacak ve AB kurumları ile AB vatandaşları arasında kurulmak istenilen bağın gerçekleşmesini kolaylaştırarak, hem de AB’nin meşruiyetini zedeledikten, ulusal yetki alanındaki bazı konuların uluslararası düzeye kaymasını sağlayacaktır.

Avrupa sağlık bütünleşmesi, sağlık bakımı alanındaki geleneksel ikili yapıya (toplu risklerin idaresini konu alan halk sağlığı ile hastalıkların tedavisini konu alan bireysel sağlık bakımı) bağlı olarak her iki alanda farklı şekilde gelişim göstermiştir. AB’nin görev alanları toplu sağlık bakımı alanından sonra bireysel sağlık bakımına genişlemiştir. Sınır ötesi bireysel sağlık bakımı alımının bir şekli olan sınır ötesi hasta hareketliliği, ulusal bir konu olmanın yanında, uluslararası düzeyde ele alınan bir olgu haline gelmiştir.

Ayrıca, bütünleşmenin sağlık bakımı açısından gelişim süreci, bir politika alanının AB’nin kurumsal yapısı içerisinde nasıl inşa edildiğine ışık tutmaktadır. Uluslararası aktörler, resmi ve resmi olmayan öncelik belirleme faaliyetleri ile gelişim sürecinde etkili rol oynamıştır. Halk sağlığının korunması ve sağlık sistemlerinin eşgüdümünün sağlanmasına kadar ilerleyen süreçte uluslararası kurumlar, özellikle Komisyon, Konsey’in önceliklerini etkileyerek, alınan kararlar üzerinde etkili olmuştur. Komisyon, öncelikleri resmi olarak etkileme gücünü, antlaşmalarla kendisine tanınan politika girişiminde bulunma yetkisinden almaktadır.

⁴⁰² Wim Kok, *Facing The Challenge: The Lisbon Strategy For Growth And Employment*, Report From The High Level Group, Brussels, 2004, s.20.; Komisyon 2010 yılının Mayıs ayında iç pazara yönelik bir rapor hazırlamıştır ve rapor, “Avrupa Ekonomisinin ve Toplumunun Hizmetinde bir Tek Pazar için Yeni bir Strateji” adını taşımaktadır. Başlık, iç pazarın sadece Avrupa ekonomisine değil halklarına da hizmet etme amacını vurgulamaktadır. Bkz. Monti, 09.05.2010, s.22.

Bu gücü pekiştiren bazı etkenler vardır. Bunlardan ilki karar alma yöntemidir. Konsey’de oybirliğine dayanarak karar alınan alanlarda Komisyon’un hareket alanı dar iken, oy çokluğuna dayanan alanlarda, Komisyon üye ülkelerin çoğunluğunun desteğini sağlayarak önerilerinin kabulünü sağlayabilir⁴⁰³. Komisyon, karşısına çıkan fırsatları değerlendiren ve hatta bu fırsatların çıkmasını teşvik eden bir aktördür⁴⁰⁴

Halk sağlığının korunmasında olağan yasama usulü kullanılmaktadır (ABİDA 294. madde) ve buna göre Konsey ve Parlamento ortak karar yöntemi çerçevesinde hareket etmekte ve Konsey nitelikli çoğunlukla karar almaktadır. Ortak karar yönteminde Parlamento’nun Konsey ile eşit ağırlıkta olması nedeniyle, Komisyon, sağlık bakımına yönelik önerilerinde Parlamento’yu doğal ortaklardan birisi olarak görmüş ve desteğini sağlamaya çalışmıştır.

Üye ülkelerin sağlık politikasına yönelik tercihlerinin birbiriyle ve Komisyon önerisi ile uyumu ya da Komisyon’un üye ülkelerin tercihleri arasındaki ayrılıkları kendisine daha fazla hareket alanı sağlayacak şekilde değerlendirebilmesi de bu süreçte etkili olmuştur. Tercihler arasında denge sağlanamaması statükonun devamı anlamına gelmektedir. Üye ülkeler, Komisyon daha iyi bir öneri getirene kadar öneriyi bloke edebildikleri gibi statükodan daha iyi olduğuna inandıkları bir seçeneği de kabul edebilmektedirler. Farklı tercihler arasında uzlaşının sağlandığı nokta bütünleşmenin derecesini göstermektedir⁴⁰⁵. AB düzeyinde halk sağlığının korunmasının yasal dayanağa kavuşturulması ve üye ülkelerin açık eşgüdüm yöntemi çerçevesinde işbirliği yapmaya ikna olması farklı tercihler arasında denge kurulduğunu göstermektedir.

Resmi olmayan öncelik belirleme gücü, belirsizlik taşıyan durumlarda karşılaşılan sorunlara yönelik bazı odak noktalar belirlenmesine ve bu noktalardan hareketle politika önerilerinin geliştirilmesine dayanmaktadır⁴⁰⁶. Sağlık bakımı gibi

⁴⁰³ Pollack, 1997, s. 122-124.

⁴⁰⁴ Susana Borrás, “The European Commission as Network Broker”, *European Integration Online Papers* (EIoP), Vol. 11, No. 1, 2007, <http://eiop.or.at/eiop/texte/2007-001a.htm> (23.11.2008), s.3.

⁴⁰⁵ Pollack, 1997, s. 122-124.

⁴⁰⁶ Pollack, 1997, s. 122-124.

üye ülkelerin farklı yaklaşımlar benimsedikleri ve bu nedenle ortak bir noktada buluşmalarının zor olduğu bir alanda, halk sağlığına yönelik sınır aşan tehditler, sağlık sistemlerinin yaşadıkları benzer sorunlar politika önerilerinin geliştirildiği odak noktalar olmuştur.

Ayrıca, ATAD, özellikle sınır ötesi hasta hareketliliğine yönelik kararları ile mevcut durumu değiştirerek, üye ülkeleri ortak bir konu etrafında hareket etmek zorunda bırakmıştır. ATAD, gündem oluşturma gücünü antlaşmalarla tanınan girişim başlatma yetkisi ya da Konsey'deki oylama yönteminden almamıştır. Burada önemli olan, ATAD'ın üye ülkelerin üzerinde müzakere yapabileceği ve belirli ölçüde yaklaşma sağlayabileceği bir fikir ortaya koymasındır⁴⁰⁷. Fikirler, tartışma başlatması ve sorunlara ve çözümlerine yönelik farklı söylemlerin üretilmesini sağlaması açılarından önem taşımaktadır. Fikirler, zaman içerisinde bir politika alanında kurallara ve kurallara dayalı kavramlara dönüştükçe, söylemler ortaya çıkmaktadır⁴⁰⁸. Tartışma sürecini izleyen düşünme/müzakere ve ikna süreçleri uzlaşya varılmasında önemli aşamalarıdır. Rasyonel nedenlerle uzlaşya arama, aktörlerin birlikte hareket etmesini kolaylaştıran bir etkidir⁴⁰⁹.

Fikirlerin ortaya atılması ve ardından gelen söylemlere dayalı süreç politika değişimde önemli rol oynamaktadır. Fikirler söylemlere, söylemler kurumsal değişimlere yol açtığına değişim gerçekleşmektedir⁴¹⁰. Komisyon'un ortaya attığı sosyal koruma hedeflerinin yakınlaştırılmasının gerekli olduğu fikri, sosyal koruma sistemlerinde yeniden yapılandırma ihtiyacını vuygulayan söylemlerle pekiştirilmiştir. Söylemlerin politikaya yansması ise ulusal sağlık sistemleri arasında eşgüdümün sağlanması konusunda uzlaşya varılması ile gerçekleşmiştir. Ancak, seçilen politika

⁴⁰⁷ Pollack, 1997, s. 122-124.

⁴⁰⁸ Kennet Lynggaard, "The Institutional Construction of a Policy Field: a Discursive Institutional Perspective on Change within the Common Agricultural Policy", *Journal of European Public Policy*, Vol.14, No. 2, 2007, s.294.

⁴⁰⁹ Thomas Risse, "Let's Argue: Communicative Action in World Politics", *International Organization*, Vol.54, No. 1, 2000, ss .1, 2.

⁴¹⁰ Lynggaard, s.295.

yöntemi, açık eşgüdüm yöntemidir. Açık eşgüdüm bağlayıcı olmayan bir araç olduğundan politika değişimi köklü olmamıştır⁴¹¹.

Toplu sağlık bakımının AB düzeyinde gelişimini konu alan bölüm, AB'nin görev ve yetkilerinin sağlık bakımı alanında aşama aşama nasıl yayıldığını ele alırken, Komisyon'un resmi ve resmi olmayan öncelik belirleme gücünü nasıl kullandığını da göstermektedir. Bütünleşmenin sağlık alanına yayılması örneğinde, fikirler ve söylemler yeni işlevselci yayılma aşamaları arasında bağ kuran araçlar olarak ön plana çıkmıştır.

2.3.2 Toplu Sağlık Bakımının Avrupa Birliği Düzeyinde Gelişimi

2.3.2.1 Halk Sağlığının Korunmasında Uluslararası İşbirliği

Yeni işlevselcilik, uluslararası kurumların toplumun ihtiyaçlarını karşıladıkça daha fazla meşruiyet ve yetki kazanacağını kabul eder⁴¹². Halk sağlığının korunması bütünleşmenin yayılması için meşru bir zemin oluşturmaktadır. Roma Antlaşması'nın 2. maddesi yaşam standardının yükseltmesi amacıyla bahsetmekte ve dolaşım serbestisinin düzenlendiği 36., 48. ve 56. maddelerinde dolaşımın sınırlanabileceği durumlardan birisi olarak halk sağlığının korunmasına yer vermektedir. Sağlık, açıkça Topluluk yetkisine girene kadar, üye ülkeler arasında eşgüdüm sağlama girişimleri Roma Antlaşması'nın 235. maddesindeki (ATA 308. madde ve ABİDA 352. madde) genel hukuk temeline dayanarak ve 2. madde geniş yorumlanarak yürütülmüştür.

1978 yılında yapılan sağlık bakanları toplantısında, hastalıkların önlenmesi ve sağlık masraflarının kontrol edilmesi konularında üye ülkeler arasında deneyim paylaşımı ve işbirliği yapılmasına karar verilmiştir. Bu dönemde Parlamento da, halk sağlığı konusuna özellikle uyuşturucu, tütün, alkol kullanımı, organ nakli, bulaşıcı

⁴¹¹ Peter Herrmann, "Open Method of Coordination in the European Union: A Trojan Horse-But Who is the Rider?", *Social Work & Society*, Vol. 4, No.2, 2006, s.356.

⁴¹² Ernst Haas, 2001, s.23.

hastalıklar, diş sağlığı, sağlık politikası konularına dikkat çekmek için çeşitli kararlar almıştır.

1984 yılındaki Fontainebleau Konseyi'nde sosyal koruma alanında alınan önlemlerin bir parçası olarak sağlık alanında işbirliği hedefi koyulmuştur. Böylece, sağlık alanında AB düzeyinde ilk işbirliklerinin temeli atılmıştır. Komisyon, uyuşturucu bağımlılığı, sigara kullanımı ve bulaşıcı hastalık konularına öncelik verilmesini önermiştir⁴¹³. 1989 yılında tütün ürünlerinin etiketlenmesi ve bazı tütün ürünlerinin kullanımının yasaklanmasına yönelik üye ülkelerin mevzuatlarının yakınlaştırılmasını öngören bir direktif kabul edilmiştir⁴¹⁴.

Üye ülkeler arasında sınır tanımayan bulaşıcı hastalıklar ve sağlık politikası sorunu haline gelen başlıca hastalıklar ve kronik hastalıklar ile mücadele, ulusal sınırların ötesinde işbirliğine gidilmesini gerekli kılmıştır. Üye ülkelerde AIDS vakaları 1987 yılında bir önceki yıla oranla %126 artış göstermiş ve bu durum, üye ülkeleri ulusal ve AB düzeyinde AIDS'e karşı birlikte harekete geçmeye itmiştir. AIDS'e karşı bir AB programı oluşturulması ise 1991 yılında mümkün olmuştur. Komisyon, 1990 yılında AIDS ve diğer bulaşıcı hastalıkların önlenmesine ilişkin bir eylem planı önerisinde bulunmuştur⁴¹⁵ ve program ilk olarak 1991-1993 yılları arasında uygulamaya geçirilmiştir. Avrupa AIDS'e Karşı Programı daha çok eğitim ve bilgilendirme faaliyetlerine odaklanmıştır⁴¹⁶.

⁴¹³ European Commission, *Communication from the Commission to the Council Cooperation at Community Level on Health Related Problems*, COM (84) 502 final, 13.09.1984.

⁴¹⁴ 89/662 EEC No'lu direktif 1992 yılında yeniden düzenlenmiştir. Tütün ürünlerine ilişkin bazı tanımlar netleştirilirken, halkı bilgilendirme ve okullarda eğitim kampanyaları yapılması da direktif kapsamına alınmıştır. Bkz. Council Directive 92/41/EEC of 15 May 1992 amending Directive 89/622/EEC on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States concerning the labelling of tobacco products.

⁴¹⁵ European Commission, *Proposal for a Decision of the Council and the Ministers for Health of the Member States meeting within the Council adopting a plan of action in the framework of the 1991-1993 "Europe against Aids" programme*, COM (90) 601 final, 13.12.1990.

⁴¹⁶ Council and the Ministers for Health of the Member States Decision, *Establishing the "Europe Against AIDS" Programme*, OJ L 175 of 4.6.1991.; European Commission, *Europe Against Aids Programme 1991-1993*, Report on the Implementation of the Action Plan in 1993, COM (94) 525 final, 29.11.1994.

AB düzeyinde ortak eylem geliştirilen bir başka alan, kansere karşı mücadeledir. AB'nin kansere karşı ortak hareket etmesi fikri 1985 yılındaki Milan Avrupa Konseyinde ilke olarak kabul etmiştir⁴¹⁷. Komisyon, ilk aşamada 1987-1989 yıllarını kapsayan bir eylem programı hazırlamıştır. Program, 2000 yılına kadar kanser kaynaklı ölüm oranının azaltılmasını hedeflemiştir ve bunda başarılı olmuştur. Program, araştırma, önleme, halkın bilgilendirilmesi, sağlık çalışanlarının eğitimi konularına odaklanmaktadır. Farkındalık yaratma amacıyla için 1988 yılından itibaren 1-7 Mayıs arası Avrupa Kanseri Önleme haftası ve 1989 yılı Avrupa Kanseri Önleme yılı olarak seçilmiştir⁴¹⁸.

Komisyon, ortak programların geliştirilmesi aşamalarında uzmanlardan oluşan bir teknik ekipten destek almış ve uluslararası işbirliğini siyasi tartışmalardan uzak; teknik bir şekilde yürütmeye özen göstermiştir. Kansere ve AIDS'e karşı yürütülen ilk programların başarılı olmasının ardından, halk sağlığının korunmasına yönelik uluslararası işbirliği yeni eylem programlarıyla devam etmiştir. İşbirliğini kapsamına halk sağlığını tehdit eden yeni alanlar (başka bulaşıcı hastalıklar, kalp rahatsızlıkları, zihinsel hastalıklar, kas-iskelet hastalıkları, şeker hastalığı, kronik solunum yolu hastalıkları ve nadir görülen hastalıklar) eklenmiştir. Bu süreçte, özellikle halk sağlığının korunmasının antlaşma hükümleri arasına girmesi AB'nin hareket kabiliyetini önemli ölçüde rahatlatmıştır.

2.3.2.2 Halk Sağlığının Korunmasının Antlaşma Kapsamına Alınması

Maastricht Antlaşması'na sağlığının korunmasına dair eklenen madde ile (129. madde), AB kurumlarına sağlık alanında açık yetki tanınmıştır. Bunda, üye ülkelerin AB düzeyine sağlığın korunmasına yönelik yetki devrinde bulunmasında işlevsel zorunluluklar (hastalıkların sınır ötesine yayılma potansiyeli, ulusal

⁴¹⁷ “Avrupa Konseyi, Fransız hükümetinin *Halkların Avrupasını* konu alan memorandumunda gençler, kültür ve sağlık konularında sunulan önerilerin önemini kabul etmektedir. Bu bağlamda, Konsey kansere karşı bir Avrupa eylem programı oluşturmanın değerini vurgulamaktadır”. Kansere karşı işbirliği ve halkların Avrupasının inşa edilmesi konuları ilişkilendirilmiştir. Bkz. European Council in Milan, *Presidency Conclusions*, 28-29 June 1985.

⁴¹⁸ European Commission, “Europe Against Cancer: Target: 15% Fewer Victims by the Year 2000”, *European File*, 5-6/88, 1988.

eylemlerin eşgüdümünün sağlanmasına ve ortak hareket edilmesine duyulan ihtiyaç) ve siyasi endişeler etkili olmuştur. Üye ülkeler, AB'nin sağlık alanında dolaylı olarak (açık bir yasal temele bağlı olmadan) artan etkisinin farkında olarak ve AB'nin yetkisinin daha fazla genişlemesini engellemek amacıyla AB'nin görev alanının sınırını çizmek istemişlerdir⁴¹⁹.

129. madde, işlevsel ihtiyaçlar ile siyasi çekinceler arasındaki uzlaşmayı yansıtmaktadır. AB'ye, hastalıkların, uyuşturucu bağımlılığının, büyük afetlerin önlenmesi; hastalıkların nedenlerinin araştırılması ve sağlık konusunda eğitim ve bilgilendirmenin desteklenmesi görevleri verilmiştir. Ayrıca Birlik, üye ülkeler arasındaki işbirliğini teşvik ederek ve gerektiğinde faaliyetlerini destekleyerek, insan sağlığının yüksek seviyede korunmasına katkıda bulunacaktır⁴²⁰. Bu şekilde Birlik'in görevleri, hastalıkların ve halk sağlığına yönelik tehditlerin çıkış kaynaklarının önlenmesi ve üye ülkeler arasındaki işbirliğini teşvik ederek, sağlığın korunmasına katkı sağlama ile sınırlanmıştır.

129. madde, üye ülkelerin, bu maddede belirtilen politikalarını eşgüdüm içinde ve Komisyon ile bağlantı kurarak uygulamalarını öngörmektedir. Ayrıca, Birlik kurumlarının ve üye ülkelerin üçüncü ülkelerle ve halk sağlığı konusunda çalışan uluslararası örgütlerle işbirliği yapması teşvik edilmiştir. Bu hüküm, sağlık politikalarının ulusal sınırlar içerisinde diğerlerinden izole olarak geliştirilemeyeceğini göstermekte ve çok düzeyli eşgüdüm (multi-level coordination) sağlanmasını gerekli kılmaktadır⁴²¹.

Maastricht Antlaşmasının ardından, Komisyon'un bir Avrupa halk sağlığı stratejisi geliştirmesi beklenmiş ancak Komisyon strateji sunmak gibi iddialı bir adım yerine çerçeve belgesi hazırlamak gibi daha az siyasi çatışma yaratabilecek bir adımı

⁴¹⁹ Hervey and McHale, s.74.

⁴²⁰ Çev.Can Baydarol, *Avrupa Birliğini Kuran Antlaşma (Maastricht Antlaşması)*, İktisadi Kalkınma Vakfı Yayınları, No.118, İstanbul, 2007.

⁴²¹ Hervey and McHale, s.75.

tercih etmiştir⁴²². Çerçeve belge temelinde, sekiz alanda sağlık programı başlatılmıştır. Bu alanlar; sağlığın teşvik edilmesi, kanser, uyuşturucu bağımlılığı, AIDS ve diğer bulaşıcı hastalıklar; sağlık durumunun gözlemlenmesi, nadir görülen hastalıklar, kazalar ve yaralanmalar, çevre kirlenmesine bağlı hastalıklardır. Sağlık programları, Avrupa halk sağlığı programlarının oluşturulmasıyla, 2003 yılından itibaren bu başlık altında yürütülmektedir. İlk halk sağlığı programı 2003-2008, ikincisi 2008-2013 dönemlerini kapsamaktadır⁴²³.

Maastricht Antlaşması'ndan sonraki kurumsal düzenleme sürecinde, diğer bir ifadeyle Amsterdam Antlaşması'na giden süreçte, AB'nin toplu sağlık bakımına yönelik görevlerinin genişleyeceği düşünülmüyordu ancak 1996 yılına damgasını vuran Bovin spongiform ensefalopati (BSE) veya daha yaygın ismiyle deli dana hastalığı olarak bilinen hastalık ve yarattığı sağlık krizi bu anlamda bir dönüm noktası olmuştur. Parlamento ve üye ülkeler, özellikle İngiltere, Komisyon'a eleştirilerde bulunmuş ve dönemin Komisyon başkanı Jacques Santer, halk sağlığının korunmasını öncelik haline getireceği sözünü vermiştir. Kriz sonrasında kurumsal değişiklikler de yaşanmıştır. Sağlık ve tüketicinin korunması genel müdürlüğü oluşturulmuştur. Halk sağlığının korunmasının dayandığı antlaşma hükmünün güçlendirilmesi konusunda Parlamento ve Komisyon güç birliği yapmıştır⁴²⁴.

2.3.2.3 Avrupa Birliği'nin Halk Sağlığı Alanındaki Görevlerinin Genişlemesi

Amsterdam Antlaşması ile 129. maddenin yerini 152. madde almıştır. 152. maddede ulusal politikaları tamamlayıcı nitelikte olan Birlik eylemlerinin halk sağlığının iyileştirilmesi, insan sağlığının önündeki tehlike kaynaklarının önüne geçilmesi ve insan hastalıklarının önlenmesine yöneleceği ifade edilmektedir.

⁴²² European Commission, *Commission Communication on the Framework for Action in the Field of Public Health*, COM(93)559 Final, Brussels, 1993.

⁴²³ European Commission, "Previous Programmes", http://ec.europa.eu/health/ph_programme/previous_programme_en.htm (10.06.2010).

⁴²⁴ Christopher Birt, "The Onward March of European Public Health", *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 52, 1998, s.770.

Amsterdam Antlaşması ile AB'nin görevi, hastalıkların önlenmesinden halk sağlığının iyileştirilmesine ve AB'nin yetkisi, sağlığın korunmasına “katkı sağlamaktan”; sağlığın korunmasının “güvence altına alınmasına” genişlemiştir.

152(4). maddede AB kurumlarının sağlık alanında uygulayabileceği prosedürler belirtilmektedir. Buna göre, AB kurumları uyumlaştırmayı gerektiren tüzük ve direktif gibi “önlemler” ve uyumlaştırmayı dışarıda bırakan “teşvik önlemleri” uygulayabilmektedir. 152. madde ile 129. maddeye ek olarak iki alanda (insan kaynaklı organ ve dokuların, kan ve türevlerinin güvenliği ve kalitesi için yüksek standartlar belirlenmesi ile veterinerlik ve bitki sağlığı alanlarında) Topluluğa faaliyette bulunma yetkisi tanınmıştır. Halk sağlığı alanındaki kararlar, ortak karar alma yöntemi ile alınmakta ve bu kapsamda Parlamento'ya sağlık alanındaki girişimlere Konsey ile birlikte onay verme yetkisi tanınmaktadır. Parlamento ve Konsey, olağan yasama usulüne göre hareket ederek, Ekonomik ve Sosyal Komite ile Bölgeler Komitesine danıştıktan sonra önlem alabilmektedir⁴²⁵.

Lizbon Antlaşması ile düzenlenen ABİDA'nın 168. maddesi, ATA'nın 152. maddesinin yerini almıştır. Lizbon Antlaşması, sağlık alanındaki kuralları itibariyle, Amsterdam Antlaşması'ndan büyük ölçüde farklı değildir. Ancak AB'nin görev alanında genişleme olmuştur. AB'nin faaliyetlerine ve başvuracağı önlemlere yenileri eklenmiştir⁴²⁶. ABİDA ile Birlik'in sorumluluk alanı sınır ötesi sağlık hizmetleri kapsayacak şekilde genişlemiştir. Birlik, sınır ötesi sağlık hizmetlerinde tamamlamayı attırmak amacıyla üye ülkeler arasındaki işbirliğini teşvik etmekte ve gerekli olduğunda onların faaliyetlerine destek vermektedir. Ayrıca, ABİDA ile başlıca sağlık sorunlarıyla mücadele ederken başvurulacak eylemler kapsamına

⁴²⁵ Halk sağlığı alanında AB'nin alabileceği önlemler: (a) insan kaynaklı maddeler, kan ve türevleri için yüksek düzeyde kalite ve güvenlik standartlarının belirlenmesine ilişkin önlemler; (b) doğrudan halk sağlığının korunmasını hedef alan veterinerlik ve bitki koruması alanlarındaki önlemler (c) tıbbi ilaçlar ve medikal ürünler için yüksek düzeyde kalite ve güvenlik standartlarının belirlenmesine ilişkin önlemler. Bkz. Can, s.156.

⁴²⁶ European Health Management Association, “EU Briefing: The Impact of the Treaty of Lisbon on EU Health Law”, *Occasional Papers*, <http://www.ehma.org/files/EU%20Briefing%20-%20The%20impact%20of%20the%20Treaty%20of%20Lisbon%20on%20EU%20Health%20Law%203.pdf> (25.02.2010).

sağlığa yönelik sınır aşırı tehlikelerin izlenmesi, erken bildirilmesi ve bunlarla mücadele edilmesi alınmıştır.

ABİDA ile AB'nin kullanacağı yöntemler arasında ilk kez izleme ve erken uyarıya yer verilmektedir. Birlik, insan sağlığını korumak; sağlık açısından risk oluşturan büyük çaplı sınır ötesi tehditlerle mücadele etmek amacıyla izleme ve erken uyarı önlemleri ile teşvik edici önlemler alabilmektedir. Birlik, ayrıca aşırı tütün ve alkol kullanımına karşı halk sağlığının korunması amacını taşıyan doğrudan önlemler alabilmektedir. Üye ülkelerin kanunlarında ve idari düzenlemelerinde uyumlaştırma öngörülmemiştir. Antlaşmada teşvik önlemlerinin niteliği ve kapsamı açıkça tanımlanmamıştır.

Sağlık bakımında yetki ikamesi, her antlaşmada ve hukuki düzenlemede vurgulanmaktadır Ancak, üye ülkelerin tek başlarına etkili çözümler üretemeyeceği ve Birlik düzeyinde işbirliğinin gerekli olduğu alanlar vardır. Bu bağlamda, büyük sınır ötesi tehditler ile iç pazarda malların, kişilerin ve hizmetlerin serbest dolaşımına ilişkin alanlar AB'nin müdahalesini zorunlu kılmaktadır.

2.3.2.4 Tüm Politikalarda Sağlık ve Avrupa Sağlık Stratejisi

Farlı ulusal uygulamaların, sağlık bakımı ve sağlık bakımına erişim eşitliğini iyileştirici ya da zayıflatıcı etkileri olabilir. Bu nedenle, değişik politikalar arasında sağlık bakımı ve sağlık bakımına erişim açısından tutarlılık olması son derecede önemlidir. Ulusal politikalar birbirini tamamlayıcı nitelikte olmalıdır⁴²⁷. Sağlık politikası ile diğer Birlik politikaları arasında resmi olarak bağ kurulması, Maastricht Antlaşması ile olmuştur. Bu bağ Maastricht Antlaşması'nda "sağlığın korunmasına yönelik gerekliliklerin, Topluluğun diğer politikalarının temel unsurlarından biri olacağı" şeklinde ifade edilmektedir. Amsterdam Antlaşması, bu ifadeyi "Topluluğun tüm politikalarının ve faaliyetlerinin tanımlanmasında ve

⁴²⁷ World Health Organization, "Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health", 2008, <http://apps.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?sesslan=1&codlan=1&codcol=15&codcch=741> (05.05.2010), s.110.

uygulanmasında insan sağlığının yüksek düzeyde korunmasının güvence altına alınacağı” şeklinde değiştirerek politikalar arasındaki bağlantıyı güçlendirmektedir. ABİDA ile “Topluluk” yerine “Birlik” kelimesi kullanılmaya başlanmıştır.

Tüm politikalarda sağlığın korunması hedefi, 1993 yılında hazırlanan halk sağlığı çerçeve belgesinde de yer almış ve Komisyon, çeşitli genel müdürlüklerden gelen veriler ışığında raporlar hazırlamıştır. Avrupa Konseyi dönem başkanlığı sonuç bildirimlerinde bu hedefe sıklıkla yer verilmiştir. Özellikle, 2006 yılında Finlandiya dönem başkanlığı, tüm politikalarda sağlık yaklaşımına yeniden canlılık kazandırmıştır. Ara dönemde, AB’nin ilgisi diğer politikaların sağlık üzerindeki etkisinden ziyade yeni salgın hastalıklarla ortaya çıkan sağlık tehditleriyle baş edilmesine odaklanmıştır. 11 Eylül 2001 saldırısının ardından, aynı yıl AB Sağlık Güvenliği Komitesi kurularak biyolojik, kimyasal ve nükleer saldırılara karşı halk sağlığının korunmasına yönelik eylemlerin eşgüdümünün sağlanması amaçlanmıştır. 2003 yılındaki Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu (SARS) salgını Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Avrupa Merkezi’nin kurulmasına neden olmuştur⁴²⁸.

Tüm politikalarda sağlık yaklaşımı, AB’nin sağlık alanında ortak bir politikasının olmadığı durumda da, sağlığı AB siyasi gündeminde tutmayı başarmaktadır. Diğer yandan AB politikalarının sağlık boyutunun güçlendirilmesi gerçek anlamda ancak mevcut parçalı yapı yerine, kapsamlı bir sağlık politikası ile mümkündür⁴²⁹. Bu bağlamda, mevcut yaklaşım gelecekteki AB sağlık politikasına giden yol için bir aşama niteliğindedir. Bununla birlikte, tüm politikalarda sağlık yaklaşımı, bütünleşme sürecinde sağlığa yönelik bir paradigma değişimini yansıtmaktadır. Sağlığın korunması, AB ekonomileri açısından maliyet olarak görülmekten ziyade, kalkınmanın ve ekonomik büyümenin önemli unsurlarından biri olarak vurgulanmaya başlamıştır⁴³⁰. Bu bağlamda sağlık, AB’nin sürdürülebilir

⁴²⁸ Timo Ståhl, Matthias Wismar, Eeva Ollila, Eero Lahtinen and Kimmo Leppo, *Health in All Policies Prospects and Potentials*, Finland Ministry of Social Affairs and Health, 2006, s.30.

⁴²⁹ Paul J Belcher and Philip C Berman, “Health in other EU policies or an EU Health Policy?”, *Eurohealth*, Vol.7, No. 4, 2001, s.1.

⁴³⁰ Pedro Graça, “Public Policy and Public Health in European Union – Recent Developments”, 2006, <http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/ResourcesUser/ObesidadeInfantil/ArtigosCientificos/Literatureoverview.pdf> (08.10.2008), s.2.

kalkınma, büyüme ve istihdam gibi temel önceliklerini gerçekleştirmeye odaklanan başlıca stratejik girişimlerine eklenmiştir⁴³¹. Böylece, AB sağlık politikasındaki ikincil rolüne rağmen, sağlığı bütünleşmenin merkezindeki diğer bir ifadeyle birincil öneme sahip politikaların içine katarak, hem diğer politikaların sağladığı bütünleşme dinamizmini sağlık alanına da yansıtmakta hem de sağlığı aktör olarak güçlü olduğu alanların bir parçası haline getirerek sağlık alanındaki etkisini arttırmaktadır.

Bu stratejik girişimlerden ilki, güncellenmiş sosyal gündemdir. Güncellenmiş sosyal gündem, AB'nin mücadele ettiği ekonomik ve sosyal zorluklar karşısında etkin yanıtlar üretebilmesini sağlamak amacıyla 2008 yılında kabul edilmiş bir stratejidir. Teknolojik değişim, küreselleşme ve nüfusun yaşlanması şeklinde değişen koşullar Avrupa toplum yapısını da dönüştürmektedir. Gündem hem AB vatandaşlarının kaliteli hizmete erişimini hem de dönüşümden olumsuz etkilenen gruplarla dayanışmayı sağlamak ve vatandaşlar için daha fazla fırsat yaratmak amaçlarını taşımaktadır⁴³². Fırsat, kalite ve dayanışma kavramları, sosyal gündemde bir arada yer almaktadır. Fırsat ve kaliteye yapılan vurgu, neo-liberal değerlere uyum sağlama; dayanışmaya yapılan vurgu ise Avrupa'nın sosyal değerlerini koruma isteğinin birlikteliğini göstermektedir.

Diğer girişim, Avrupa sağlık stratejisidir⁴³³. Komisyon, 2007 yılında Avrupa düzeyinde bir sağlık stratejisi oluşturulmasına yönelik bir beyaz kitap hazırlamıştır. Strateji hem AB'nin sağlık konusundaki temel önceliklerine odaklanmakta hem de sağlığın diğer AB politikalarında da korunmasını ve küresel sağlık konularını da birbirine bağlayan genel bir yaklaşım izlemektedir. Sağlık stratejisi, 2008-2013 dönemini kapsamaktadır ve 2006 yılında benimsenin ortak sağlık değerlerini bünyesinde bulundurmaktadır. Sağlığın korunmasına yapılan yatırım ve sağlıklı yaşanan yılların uzatılması ile sağlık harcamalarının yarı yarıya azaltılabilmesi

⁴³¹ European Commission, "Health in All policies-Policy", http://ec.europa.eu/health/health_policies/policy/index_en.htm, (12.08.2010).

⁴³² European Commission, "Renewed Social Agenda", <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=547>, (12.08.2010).

⁴³³ European Commission, *Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013, White Paper*, COM(2007) 630 final, Brussels, 23.10.2007 .

düşünülmektedir. Ayrıca sağlık hizmetleri kalitesinin iyileştirilmesinin, tedavi sonuçlarına olumlu şekilde yansiyarak sağlık harcamalarını azaltması beklenilmektedir. Strateji belgesi, “sağlık zenginliktir” ilkesini benimsemektedir. Bu bağlamda, strateji belgesi, ekonomik refah ve sağlık arasındaki bağlantıyı vurgulayarak büyüme ve istihdam yaratılmasını amaçlayan Lizbon stratejisi ile sağlık arasında bağlantı kurmaktadır.

Tüm politikalarda sağlık yaklaşımı ile sadece sektörler arası bağ kurmayı değil, AB ile hükümet dışı organizasyonlar arasında da bağ kurmayı amaçlamaktadır. Strateji, AB'nin bölgesel kimlik anlayışını ve küresel rolünü güçlendirmeyi amaçlamaktadır. Burada amaç, üye ülkelerin hem kendi vatandaşları hem de diğer insanlar için daha iyi sağlık koşulları yaratmak adına birlikte hareket etmesini ve AB'nin küresel rolünün güçlenmesini sağlamaktır. AB'nin sağlık alanında bölgesel kimliği ortaya koyabilmesi, AB'nin sağlık stratejisinin iç ve dış unsurlarının bir arada ve tutarlı olmasına büyük ölçüde bağlıdır⁴³⁴.

2.3.2.5 Sosyal Koruma Hedeflerinin Yakınlaştırılması

Toplu sağlık bakımının AB düzeyinde gelişimini belirleyen diğer süreç, sağlık sistemlerinin parçası olduğu sosyal koruma sistemlerindeki değişim ve AB'nin bu süreçteki rolü çerçevesinde gelişim göstermiştir. Bu dönem, küreselleşmenin ve Avrupa iç pazarının etkilerinin bütünleşme sürecinde daha yoğun hissedilmeye başlandığı bir dönemdir. Üye ülkelerin değişen dış ve iç koşullar karşısında yaşadığı ortak sorunlara ortak yanıt verme ihtiyacı ve bunun bir uzantısı olarak sosyal koruma sistemlerinin modernizasyonu ve Avrupa sosyal modelinin gözden geçirilmesi çabaları bu döneme damgasını vurmuştur. Ekonomik küreselleşmenin sosyal alanda yarattığı baskılar ve iç pazar bütünleşmesinin sosyal alana uzanan bağlantılarının yanı sıra Avrupa'nın sanayi sonrası bilgi ve hizmet ekonomisine dönüşme yolunda yaşadığı değişen üretim yapısı ve çalışma ilişkisi, aile yapısı ve nüfus yaşlanması gibi faktörler tüm üye ülkelerde benzer şekillerde kendini göstermiştir.

⁴³⁴ European Commission, 23.10.2007.

Vatandaşlar, sosyal korumanın sağladığı güvencenin devamını isterken, AB bunun ilk koşulu olarak, ulusal sağlık sistemlerinin daha etkin hale gelmesi ve bütçe disiplininin sağlanmasını önermektedir⁴³⁵. Sosyal koruma söz konusu olduğunda temel aktör ulus devlet iken, AB'nin rolünün ne ölçüde belirleyici olduğu, asil -vekil ilişkisi çerçevesinde ortaya çıkmaktadır. Üye ülkelerin kendi olanaklarıyla ayrıntılı şekilde tartışmasının veya tüm boyutlarını ele almasının zor olduğu karmaşık konularda, bu görevi uluslararası kurumlar yerine getirebilirler. Sosyal koruma ve sağlık sistemleri gibi siyasi yönden duyarlılığın yüksek olduğu bu politika alanlarında, uluslararası kurumlar özellikle bağımsız bir aktör olarak hareket edebilmelerinin sağladığı güvenilirlik ile konuların teknik bir şekilde tartışılmasına ve uzlaşmaya varılmasına olanak sağlamıştır⁴³⁶. Ayrıca sosyal koruma sistemlerinin modernizasyonu konusunda üye ülkeler, Komisyon'a resmi gündem belirleme yetkisi vermiştir. Bu, Komisyon'un politika önerilerinde bulunması anlamına gelmektedir. Her üye ülkenin kendi önerisini savunduğu bir ortamda uzlaşmaya varılması uzak bir ihtimaldir, bu noktada Komisyon'un arabuluculuk ve liderlik özellikleri belirleyici olmaktadır.

Uluslararası aktörlerin sosyal koruma alanında oynadığı rolü şekillendiren başlıca etken Avrupa iç pazarı olmuştur. AB'nin sosyal alanda pasif rol üstlendiği dönemde, ekonomik bütünleşmenin (ortak pazarın), sosyal kalkınma ve farklı sosyal sistemler arasında belirli ölçüde yakınlaşma sağlanacağı düşünülmüştür. Roma Antlaşması, sosyal politika alanında kadın ve erkekler için eşit muamele, göçmen işçilerin sosyal güvenliği, mesleki eğitim, Avrupa Sosyal Fonu'nun kurulması gibi sınırlı alanlarda düzenlemeler içermektedir. Ekonomik mekanizmaların kendiliğinden istihdam ve sosyal gelişme sağlayamadığının anlaşılması üzerine, 1972 yılındaki devlet ve hükümet başkanları toplantısında Komisyon'a, sosyal ortaklara danışarak bir sosyal eylem planı hazırlama görevi verilmiştir⁴³⁷.

⁴³⁵European Commission, *Communication from the Commission A Concerted Strategy for Modernising Social Protection*, COM (99) 347 final, 14.07.1999, s.3.

⁴³⁶ Pollack, 1997, s.104.

⁴³⁷ European Commission, *The Social Policy of the European Community: Looking Ahead to 1992*, European File 13/88, August-September 1988.

AB'nin sosyal politika alanında aktif politikalar benimsemesi açısından dönüm noktası, tek pazar programı ve karar alma mekanizmasındaki kurumsal dengeyi önemli ölçüde değiştiren Tek Senet olmuştur. Bu dönemde Avrupa bütünleşmesinin tek pazar programı ile sembolleştirilen ekonomik boyutu karşısında sosyal boyutunun güçlendirilmesi konusunda Birlik kurumları, üye ülkeler ile hükümet dışı kuruluşlar arasında fikir birliği oluşmuştur⁴³⁸. 1988 yılında Hanover Avrupa Konseyi'nde tek pazarın sosyal boyutunun önemi vurgulanmış ve aynı yıl Komisyon, Ekonomik ve Sosyal Komite'yi Topluluk Çalışanlarının Temel Sosyal Hakları Şartı konusunda ortak çalışmaya davet etmiştir. 1989 yılında, Komisyon taslak "Temel Sosyal Haklar Topluluk Şartı"nı yayınlamıştır ve taslak aynı yıl (İngiltere hariç) kabul edilmiştir. 1989 yılında Parlamento, AB'nin sosyal boyutunun, Birlik hukuku ile tanınan temel sosyal hakların Avrupa düzeyinde uygulanmasına dayandığını vurgulayan kararlar yayınlamıştır. Bu şekilde Parlamento, ATAD'ın hareket alanını sosyal hakları kapsayacak şekilde genişlemesini öngörmektedir⁴³⁹.

1989 yılındaki Topluluk Çalışanlarının Temel Sosyal Hakları Şart yetki ikamesi ilkesini vurgulamakla birlikte AB'yi sosyal güvenlik alanında bir aktör olarak tanımaktadır. Ayrıca Şart, üye ülkeler arasında sosyal politika hedefleri açısından uyum sağlanmasını amaçlayan bir tartışmanın Avrupa düzeyinde açılmasına da zemin hazırlamıştır. Bu tartışma Avrupa Konseyi'nin 1992 yılında kabul ettiği 2 tavsiye ile sonuçlanmıştır. İlki 1992 yılının Haziran ayında kabul edilen sosyal koruma sistemlerinde yeterli kaynak ve sosyal destek için *ortak kriterlerin belirlenmesiyle* ilgili tavsiyedir. Tavsiye temelde kişilerin insan onuruna yaraşır şekilde yaşayabilmeleri için yeterli kaynakların ve desteğin verilmesinin temel bir hak olarak kabul edilmesini ve bu hakkın üye ülkelerin sosyal koruma sistemlerinde uygulanması için ortak ilkelerin benimsenmesini amaçlamaktadır⁴⁴⁰.

⁴³⁸ Leibfried and Pierson, s. 270.

⁴³⁹ European Commission, "Social Charter", http://europa.eu/legislation_summaries/human_rights/fundamental_rights_within_european_union/c10107_en.htm, (23.08.2010).

⁴⁴⁰ 92/441/EEC Council Recommendation of 24 June 1992 on Common Criteria Concerning Sufficient Resources and Social Assistance in Social Protection Systems, Official Journal L 245 , 26.08.1992.

İkincisi, sosyal koruma *hedefleri ve politikalarının yakınlaştırılmasına* ilişkin, 1999 yılında yayınlanan Konsey tavsiyesidir⁴⁴¹. Nüfusun değişen ihtiyaçlarına (özellikle yaşlıların bağımlılıklarından kaynaklanan ihtiyaçlara) ve hastalıkların önlenmesi için gerekli yöntemlerin geliştirilmesine yönelik olarak yüksek kaliteli bir sağlık sisteminin geliştirilmesini hedef olarak önerilmektedir.

Avrupa sosyal politikasını konu alan 1993 yılındaki Yeşil kitap, sosyal boyutun ekonomik bütünleşmenin ayrılmaz bir parçası olduğunu, Avrupa'ya bekleyen meydan okumaların ölçeğinin ve yapısının hem ulusal hem de *Topluluk düzeyinde önlemler alınmasını gerekli* kıldığını, ekonomik ve sosyal gelişmenin bir paranın iki yüzü gibi bir arada gitmesi gerektiğini, *bütünleşme sürecinin* Avrupa kamuyonunun gözünde *yaşam ve sosyal standartları azaltan değil tam tersine arttıran bir süreç* olarak algılanmasının önemini vurgulamıştır⁴⁴².

Essen Avrupa Konseyi (9-10 Aralık 1994)⁴⁴³, öncelik alanlarından biri olarak Birliğin demokratik meşruiyetini güçlendirilmesini benimsenmiştir. Bu bağlamda, yetki ikamesi ilkesi ile sürekli uyum içinde olunması, AB kurumlarının işleyişinin daha açık hale gelmesi ve Birliğe üye olmanın faydalarının kamuoyu için daha görünür hale getirilmesi amaçlanmıştır. Avrupa vatandaşlığının farklı yönlerini

⁴⁴¹ 92/442/EEC Council Recommendation of 27 July 1992 on the Convergence of Social Protection Objectives and Policies, Official Journal L 245 , 26.08.1992.

⁴⁴² European Commission, *Green Paper - European Social Policy - Options for the Union*, COM(93) 551, 1993.

Yeşil kitaplar Avrupa Komisyonu tarafından belirli konular hakkında Avrupa bağlamında tartışma yaratmak için yayınlanmaktadır. Yeşil kitaplar, ilgili tarafları (kurumları ya da kişileri) danışma sürecine katılmaya ve sunulan öneriler temelinde tartışma yapmaya çağıran belgelerdir. Yeşil kitaplar, sonrasında Beyaz Kitaplarda anahtarlarına yer verilen, hukuki gelişmelere yol açabilmektedir. Bkz. "Green Paper", *Europa Glossary*, http://europa.eu/scadplus/glossary/green_paper_en.htm (10.06.2010).

⁴⁴³ Essen Avrupa Konseyi büyük ölçüde Avrupa istihdam stratejisiyle ilgili bir Konseydir. 1993 yılında hazırlanan Büyüme, Rekabetçilik ve İstihdam konulu Beyaz Kitap, ekonomi ve istihdam stratejisi hakkında bir tartışma yaratmış ve istihdam sorununu ilk kez AB gündemine taşımıştır. Essen Avrupa Konseyi bir yandan işsizlik sorunu karşısında AB düzeyinde eyleme geçilmesine duyulan ihtiyaç diğer yandan üye ülkelerin AB düzeyine daha fazla yetki aktarma konusundaki isteksizliği karşısında, soruna somut çözüm bulamamış ancak AB düzeyindeki tartışmalara katkıda bulunmuştur. Konsey, istihdam alanında pasif politikalarından aktif politikalara geçilmesi yönünde bir bakış açısı getirmiştir. Bkz. David M. Trubek and James Mosher, "New Governance, EU Employment Policy, and the European Social Model", *Symposium on Mountain or Molehill? A Critical Appraisal of the Commission White Paper on Governance*, Brussels, 25.7.2001, <http://centers.law.nyu.edu/jeanmonnet/papers/01/011501.html> (17.05.2008).

geliştirilmesi ve böylece *Birliğin vatandaşlar açısından kabul edilebilirliğinin artırılması* hedeflenmiştir.

Komisyon 1995 yılında “Sosyal Korumanın Geleceği: Avrupa Tartışması için bir Çerçeve” başlıklı bir bildiri yayınlamıştır⁴⁴⁴. Kişilerin serbest dolaşımı, hizmet sunma serbestliği, sosyal korumanın finansmanı, sağlık sistemlerinde değişim, demografik değişim, aktif istihdam politikalarının sosyal koruma üzerindeki etkilerine dikkat çeken Komisyon, üye ülkeleri sosyal koruma sistemlerini daha etkin ve istihdam-dostu yapmaları için işbirliği yapmaya çağırmıştır. İşbirliği çağrısı, sonrasında daha somut bir öneriye, Avrupa düzeyinde strateji benimsenmesi önerisine dönüşmüştür.

2.3.2.6 Sosyal Koruma Sistemleri için Avrupa Düzeyinde Strateji

AB iç pazarıyla işlevsel bağı olan her alan, AB'nin görev alanına girebilir. Üye ülkeler ulusal mevzuatlarını uyumlaştırmaya iç pazarın iyi işleyişini sağlamak için gerekli olan alanlarda daha kolay ikna olmaktadır⁴⁴⁵. Sosyal koruma ve sağlık sistemlerine yönelik uluslararası düzenlemelerin kabul edilebilirliği de iç pazarla bağlantısı oranında olmuştur. Komisyon'un 1997 yılında sunduğu “Avrupa Birliği'nde Sosyal Korumanın Modernleştirilmesi ve İyileştirilmesi” başlıklı bildiri⁴⁴⁶, pazar güçleri ve sağlık sistemleri arasındaki ilişkiyi konu alması açısından önem taşımaktadır. Bildiri, demografik değişim ve diğer etkenler karşısında sağlık sistemlerinin kalitesinin ve etkinliğinin artırılmasına; sağlık harcamalarının makul düzeylerde gerçekleştirilmesine odaklanmıştır.

Komisyon, pazar kurallarının sağlık sistemlerine uygulanmasının hangi ölçüde ve koşullar altında, bir yandan herkesin sağlık bakımına erişimini ve daha

⁴⁴⁴ European Commission, *Communication from the Commission of 31 October 1995 on the Future of Social Protection: a Framework for a European Debate*, COM(95) 466 Final, 31.10.1995.

⁴⁴⁵ Mark Pollack, “Creeping Competence: The Expanding Agenda of European Community, *Journal of Public Policy*, 14, No. 2, 1994, s.118.

⁴⁴⁶ European Commission, *Communication from the Commission of 12 March 1997 on Modernising and Improving Social Protection in the European Union*, COM (97) 102 final, 12.03.1997.

kaliteli hizmete ulaşmasını sağlarken diğer yandan maliyet tasarrufu sağlayacağı konusunda çalışılmasını önermiştir. Bildiriye göre, üye ülkeler sağlık sistemlerinde etkinlik ve maliyet tasarrufu için yaptıkları çalışmalarını paylaşmalı ve üye ülkelere Avrupa düzeyinde destek verilmelidir. Ulusal yetki kapsamındaki sağlık politikasını hem uluslararası bilgi paylaşımına hem de uluslararası aktörlerin, desteğine açma yönündeki bu istek, sağlık politikasında çok düzeyli yönetişime geçişin göstergelerinden birisidir.

Çok düzeyli yönetişim çoğunlukla, gönüllü anlaşmalar, bilgi üretimine dayalı araçlar (ilgili politika için etki değerlendirmesi yapılması) ve ağ temeline dayalı (açık eşgüdüm yöntemi) politika araçlarını kapsamaktadır. Bu, tüzük gibi bağlayıcı hukuki araçların bırakılması anlamına gelmemektedir, sadece politika oluşturma sürecinde artık daha esnek araçların çoğunlukla tercih edilmeye başlandığını göstermektedir⁴⁴⁷. Politika yapımında benimsenin esneklik, AB'nin anlaşmalarla açık yetki tanınmayan politika alanlarında, görev üstlenmesini ve bir şekilde yetki alanını aşamalı arttırmasını kolaylaştıran bir özelliktir.

İşbirliği önerisi, Komisyon'un 1999 yılında sunduğu, Sosyal Korumanın Modernleştirilmesi için Ortak Strateji başlıklı bildiriye⁴⁴⁸ daha somutlaşmış ve kurumsallaşmış olarak tekrar gündeme getirilmektedir. Ortak strateji önerisinde bulunan bildiri, istihdamda esneklik ile güvenlik arasında denge, sosyal dışlanma ile mücadele, emekli aylıkları sisteminin sürdürülebilirliğinin yanı sıra kaliteli ve sürdürülebilir sağlık bakımını hedef olarak belirlemiştir. Komisyon strateji belgesinde, sözkonusu hedeflere yönelik yeni ve derin bir tartışma yaratmak üzere, her üye ülkenin bilgi alışverişini sağlayacak bir üst düzey memur atmasını, Komisyon'un kaydedilen gelişmeleri değerlendirmek amacıyla atanan memurlar arasında düzenli toplantılar organize etmesini önermektedir.

⁴⁴⁷ Adriaan Schout, Andrew Jordan, Michelle Twena, "From Old to New Governance in the EU: Explaining a Diagnostic Deficit", *West European Politics*, Vol. 33, No. 1, 2010, s. 154-155.

⁴⁴⁸ "A Concerted Strategy for Modernising Social Protection", 14.07.1999.

Komisyon, üye ülkelerin “ortak çıkarlarına daha iyi hizmet etmek”, deneyim paylaşımını derinleştirmek ve sosyal koruma sistemlerinin modernizasyon sürecinde üye ülkelere yardımcı olmak amacıyla, yeni bir politika aracı önermiştir. Bu politika aracı, Avrupa’da sosyal korumayı konu alan, üye ülkelere danışılarak ve Konsey’in belirlediği temel amaçlar çerçevesinde düzenli olarak hazırlanan bir rapordur⁴⁴⁹. Tartışmaları “genişletme ihtiyacı”ndan bahseden Komisyon, sivil toplumun ve sosyal güvenlik kurumlarının sürece dahil edilmesini ayrıca Avrupa Parlamentosu, Ekonomik ve Sosyal Komite ve Bölgeler Komitesi’nin katkılarının alınmasını ve Konsey’in bu işbirliği çerçevesini kabul etmesini önermiştir. Komisyon bir yandan daha fazla toplumsal aktörü politika oluşturma sürecine dahil etmektedir diğer yandan düzenli aralıklarla hazırlanan bir rapor sayesinde sürecin görünür kılınmasını ve takip edilmesini kolaylaştırmaktadır. Rapor zorlayıcı olmamakla birlikte ikna edici bir politika aracıdır.

2.3.2.7 Ulusal Sağlık Politikalarının Avrupa Düzeyine Eklemlenmesi

Ulusal sağlık sistemlerindeki gelişmelerin Avrupa düzeyine eklemlenmesi, Lizbon Avrupa Konseyi ile başlayan süreçte gerçekleşmiştir. “Küreselleşme ve bilgi tabanlı ekonomiden kaynaklanan meydan okumalar, toplumun her kesiminin hayatını etkilemekte ve Avrupa ekonomisinin köklü değişimini gerekli kılmaktadır. Birlik, bu değişimi kendi değerleri ve toplumsal görüşleri ve gelecekteki genişleme sürecini dikkate alarak şekillendirmelidir”. Bu ifadeler 23-24 Mart 2000 tarihlerinde gerçekleşen Lizbon Avrupa Konseyi sonuç bildirgesinde yer almaktadır. Lizbon Avrupa Konseyi’nde AB’nin on yıl içinde daha fazla ve daha iyi iş ile daha fazla sosyal uyum getiren sürdürülebilir ekonomik büyümeyi sağlayarak en rekabetçi ve dinamik bilgi ekonomisi olma hedefi benimsenmiştir. Lizbon stratejisi, üye ülkelerin sağlık sistemlerindeki gelişmelerin bir AB sürecine, yani Lizbon gündemine eklemlenmesi açısından belirleyici rol oynamıştır.

Lizbon hedeflerine ulaşmada izlenecek öncelik alanlarından birisi de sosyal korumanın AB’nin karşılaştığı meydan okumalara yanıt verebilmesi için

⁴⁴⁹ İlk sosyal koruma raporu 1999 yılında hazırlanmıştır.

modernleştirilmesidir. Sosyal koruma sistemlerinin yaşlanan nüfus karşısında sürdürülebilirlik, sosyal içerme (social inclusion), cinsiyet eşitliği ve kaliteli sağlık hizmetleri sunabilmeleri için değişen koşullara adapte edilmeleri ihtiyacından bahsedilmektedir. Lizbon Stratejisi'nde üye ülkelere, artan refah harcamaları karşısında refah devleti ve sağlık sistemlerini gözden geçirme tavsiyesinde bulunmuş, erişilebilirlik, yüksek kalite ve mali sürdürülebilirlik ana noktalar olarak ön plana çıkarılmıştır⁴⁵⁰.

Üye ülkelerin Lizbon Stratejisi'ni izlemelerini kolaylaştırmak için yumuşak politika eşgüdümü sağlayan bir yöntem olan açık eşgüdüm yöntemi benimsenmiştir. Açık eşgüdüm yöntemi, ayrıntılı politika önlemleri sunan bir yöntem olmaktan ziyade ülkelerin kendi politika önceliklerini muhafaza etmelerine olanak tanıyan bir işbirliği yöntemi olarak çeşitli politika alanlarına uygulanabilecek bir çözüm yolu sunmaktadır. Açık eşgüdüm yönteminin temel özellikleri (a) Birlik için kısa, orta ve uzun vadelerde belirlenen hedefleri gerçekleştirmek amacıyla belirli zaman çizelgeleriyle birlikte, kılavuz ilkeler belirlenmesi; (b) üye ülkelerin farklı ihtiyaçlarına göre şekillendirilmiş ve dünyadaki en iyi uygulamalarla karşılaştırma yapılmasına olanak sağlayan nitel ve nicel göstergelerin tanımlanması; (c) Avrupa kılavuz ilkelerinin, belirli hedefler oluşturularak, önlemler alınarak, ulusal ve bölgesel farklılıklar göz önünde bulundurularak ulusal ve bölgesel politikalara dönüştürülmesi; (d) düzenli aralıklarla izleme, değerlendirme ve akran görüşü alınarak karşılıklı öğrenme süreçlerinin gerçekleştirilmesidir⁴⁵¹.

Bu bağlamda, sosyal koruma yüksek düzey çalışma grubu (High Level Working Party on Social Protection) oluşturulmuştur. Ayrıca, 19-20 Haziran 2000 tarihleri arasında gerçekleştirilen Santa Maria Da Feira Avrupa Konseyi'nde bir Sosyal Koruma Komitesi kurulmasına karar verilmiştir⁴⁵². Komite, yüksek düzeydeki

⁴⁵⁰ Yves Jorens, Michael Couchier, Filip Van Overmeiren, "Access to health care in an internal market: impact for statutory and complementary systems", *Bulletin Luxembourgeois des Questions Sociales*, Vol.18, 2005, s.5.

⁴⁵¹ Lisbon European Council, *Presidency Conclusions*, 23-24 March 2000.

⁴⁵² ABİDA'nın 160. maddesi (ATA 144. madde) Sosyal Koruma Komitesini düzenlemektedir.

memurlardan oluşmakta ve Komisyon ile üye ülkeler arasında aracılık yapma görevini üstlenmektedir; başvurduğu temel yöntem açık eşgüdüm yöntemidir.

Görülmektedir ki AB'nin toplu sağlık bakımı alanındaki görevlerinin gelişimi, önce halk sağlığı alanında sorumluluk ve yetki sahibi olmasını sonrasında da görevlerinin sadece halk sağlığı ile sınırlı kalmadığı bir süreç izlemiştir. Sağlık politikasının bazı unsurları Avrupa düzeyine taşınırken, tartışmalı olmayan ve somut kazançlar sağlayabilen konular öncelikli olmuştur. Uluslarüstüne öncelikle taşınan konuların diğer konular ile bağlarının ortaya çıkması ya da bu bağların olgunlaşması zaman gerektirmiştir ve bu durum, aktörleri daha önce planladıkları kimi alanlarda işbirliğine gitmek zorunda bırakmıştır.

Diğer yandan AB'nin sağlık alanında artan faaliyetleri, ulusal yetkililerin birbirleriyle görüşme sıklığında da artış yaşanmasına yol açmıştır. Komisyon halk sağlığının korunması ve sosyal koruma sistemlerinin modernizasyonunun sağlanması konularında üye ülkeler arasında işbirliği ihtiyacını vurgulayarak başladığı gündem oluşturma sürecine, belirli kurallar ve politika araçları çerçevesinde söz konusu işbirliğini kurumsallaştırarak devam etmektedir. Ulusal sağlık sistemlerinin Avrupa düzeyinde eşgüdümünün sağlanması da bu sürecin bir parçasıdır.

Açık eşgüdüm yöntemi, AB'nin faaliyete bulunma yetkisinin zayıf olduğu sosyal politika ve sağlık gibi alanlarda ya da yüksek politika hedeflerinin benimsendiği, parasal birlik veya Lizbon hedefleri gibi alanlarda daha sık benimsenen bir yöntemdir⁴⁵³. Bununla birlikte, bir alanda benimsenen politika önlemleri ve açık eşgüdüm uygulaması başka bir alandaki gelişmelerden etkilenmektedir⁴⁵⁴. Açık eşgüdüm yöntemi, üzerinde uzlaşmaya varılan tavsiyeler yoluyla yakınlaşmayı teşvik edebilir ki bu da ulusal sistemleri Avrupa normları çerçevesinde uyumlu hale getirecek gönüllü değişimleri getirebilir. Açık eşgüdüm Birliğin açık hukuki yetkisinin bulunmadığı ancak öncelik taşıyan konuları

⁴⁵³ Adriaan Schout, Andrew Jordan and Michelle Twena, "From 'Old' to 'New' Governance in the EU: Explaining a Diagnostic Deficit", *West European Politics*, Vol.33, No.1, s. 157.

⁴⁵⁴ Luc Tholoniati, "The Career of the Open Method of Coordination: Lessons from a 'Soft' EU Instrument", *West European Politics*, Vol. 33, No. 1, 2010, s.100.

belirleyerek, Birlik eylemlerinin önünü açmakta, kimi zaman bağlayıcı yasal önlemlerin alınmasına yol açmaktadır. Açık eşgüdüm yöntemi, tamamen uluslararası ya da hükümetler arası bir yönetim modeli değildir; çok düzeyli bir Avrupa sağlık politikasının ortaya çıkmasına katkıda bulunmaktadır⁴⁵⁵.

AB'nin sağlık bakımına yönelik faaliyetleri, sağlık sistemlerinin gözden geçirilmesi konusunu gündeme taşıyan Lizbon stratejisi sonrasında, bu yöne genişleyerek devam etmiştir. 15-16 Haziran 2001 tarihlerindeki Göteborg Avrupa Konseyi, sağlık bakımı ve yaşlıların bakımı konularında AB düzeyinde politika geliştirilmesi için çalışma yapılmasını talep etmiştir. Komisyon buradan hareketle, sağlık bakımının ve yaşlıların bakımının geleceği üzerinde odaklanan bir bildiri yayınlamıştır⁴⁵⁶. Bildiride, üye ülkelerin sağlık sistemlerinin üstesinde gelmek zorunda oldukları bir sorun tanımlanmıştır. Bu, yüksek kaliteli ve herkesin erişebileceği sağlık bakımı sunumu ile sağlık sistemlerinin finansal sürdürülebilirliği gibi farklı hedeflerin eş zamanlı karşılanması sorunudur.

Bildiride, demografik yaşlanmanın sağlık sistemleri üzerinde maliyet baskısı yaratmasının yanı sıra (sağlık bakımı ve uzun süreli bakım harcamalarının toplam sosyal harcamalar içindeki payının yükselmesi) ve nitelikli işgücüne duyulan ihtiyacı arttıracığına, sağlık sistemlerinde köklü değişimlere yol açabileceğine dikkat çekilmiştir. Nüfus yaşlanmasının iki boyutu vardır: artık insanlar hem daha uzun yaşamakta hem de yaşlı nüfusun sayısı artmaktadır. Bu koşullar altında kişi başına düşen sağlık harcamaları artmakta, hastalıkların niteliği değişmektedir. Yaşlılık ve kronik hastalıklar uzun süreli ve hastane dışında sunulan bakıma duyulan bağımlılığı arttırmaktadır ve yapısal değişiklikleri gerektirmektedir. Bildiri, üye ülkelerin sağlık sistemlerini etkileyen bir başka ortak konu olarak, yeni teknolojilerin ve tedavilerin geliştirilmesinden bahsetmektedir. Teknik gelişmenin bir yandan tedavilerin etkinliğini artırarak verimlilik sağlaması diğer yandan pahalı olması, sağlık harcamalarının planlamasının dikkatli yapılmasını gerektirmektedir.

⁴⁵⁵ McKee, Mossialos and Baeten (ed.), s.15.

⁴⁵⁶ European Commission, *Communication from the Commission, The Future of Health Care and Care for the Elderly: Guaranteeing Accessibility, Quality and Financial Viability*, COM (2001) 723 final, 05.12.2001.

Diğer ortak konu, daha iyi yaşam standardı ve refah düzeyidir. Sağlık bakımı talebi ve sunumu yaşam standardına ve eğitim düzeyine büyük ölçüde bağlıdır. Sağlık sistemi açısından bunu üç temel sonucu vardır. Hastalar daha iyi eğitilirse ve sağlıklı yaşam tarzı benimserse, yoğun ve pahalı sağlık bakımına duyulan ihtiyaç uzun vadede azalacaktır. Bu nedenle sağlık politikası halk sağlığının eğitim ve önleme boyutlarına daha fazla eğilmelidir. Hastalar sağlık sistemlerinden daha fazla etkinlik ve kalite talep etmeye başlamışlardır. Yeni bilgi teknolojileri hastaların kendi ülkesindeki uygulamaları başka ülkelerle karşılaştırmasını kolaylaştırmış böylece malların, hizmetlerin ve kişilerin sınır ötesi hareketliliğini teşvik etmiştir. Bu durum, sağlık sistemlerinin işleyişi üzerinde gerek bakımın kapsamı gerek bakımın maliyeti açısından etki yaratmaktadır. Komisyon bildiride, hasta hakları konusunda artan farkındalığa gönderme yaparak “sağlık hizmeti tüketicilerinin” sağlık sistemi içinde hem sağlık çalışanları hem de kamu yetkilileri tarafından bir “ortak” olarak görülme isteğini ifade etmektedir. Bu bildiride, Komisyon ilk kez, sağlık sistemleri arasında sınır ötesi dolaşım ile kolaylaşan seçim yapma seçeneğinden ve hastaların sağlık sistemi içerisinde bir paydaş olarak görülmesi gereğinden bahsetmiştir⁴⁵⁷.

2.3.3 Bireysel Sağlık Bakımının Avrupa Birliği Düzeyinde Gelişimi

AB'nin yetkileri toplu sağlık bakımı dışında bireysel sağlık bakımı alanında da aşamalı şekilde gelişim göstermiştir. Sağlık sistemlerinin düzenlenmesi AB'nin sorumluluk ve yetkileri dışında, ulusal düzeydedir. Sağlık sisteminin organizasyonunun ve finansmanının ulusal düzeyde olması, kimlerin hangi koşullar altında hangi hizmetlerden faydalanabileceği ve bu hizmetleri kimlerin hangi koşullarda sunabileceğinin belirlenme yetkisinin ulusal otoritelerde olması anlamına gelmektedir. Çalışanların sınır ötesi dolaşımı söz konusu olduğunda, sosyal güvenlik hakları bir tüzük (sert/bağlayıcı hukuki düzenleme) aracılığıyla korunmaktadır. Böylece sağlık bakımında uluslararası ve ulusal düzey arasındaki çizgi antlaşmalarda açıkça çizilmiştir. Bu çizgiyi tartışılabilir hale getiren etken, hasta hareketliliği şeklinde kendini gösteren sınır ötesi sağlık bakımı alımı olmuştur.

⁴⁵⁷ European Commission, *Communication from the Commission, The Future of Health Care and Care for the Elderly: Guaranteeing Accessibility, Quality and Financial Viability*, COM (2001) 723 final.

İç pazarda kişilerin serbest dolaşımının sağlanabilmesi, sadece sağlıklı olanların değil hastaların da serbest dolaşımdan faydalanabilmesi ve sağlık sorunlarının serbest dolaşım önünde engel oluşturmaması anlamına gelmektedir⁴⁵⁸. Bu nedenle hastaların ihtiyaç duyduklarında, Avrupa iç pazarında sağlık bakımına erişebilmeleri hem sağlık hakkı hem de iç pazarda dolaşım serbestisi açısından önem taşımaktadır. Avrupa iç pazarı içinde kişilerin sınır ötesinde sağlık bakımına erişimini düzenleyen başlıca üç yöntem bulunmaktadır ve bu yöntemler: işbirliği anlaşmalarına dayanan yöntem, tüzüğe dayalı yöntem ve AB antlaşmalarına dayanan yöntemdir⁴⁵⁹. İşbirliği anlaşmaları sınır ötesi bakıma erişimi sözleşmeye dayanarak düzenlerken, tüzük yöntemi ve antlaşma yöntemi hukuki düzenlemelere dayanarak uygulamaktadır⁴⁶⁰.

İşbirliği anlaşmaları çerçevesinde sınır ötesi sağlık bakımı, özellikle sınır bölgelerinde gerçekleşen ve AB, sınır ötesi sağlık bakımına yönelik görevler üstlenmeden önce de var olan bir uygulamadır. Sınır ötesi hasta hareketliliğinin ilk aşaması olarak adlandırılabilir. Bu aşamada, hareketlilik, coğrafi olarak sınırlı bir alanda ve hükümetlerarası düzeyde yönetilmektedir. AB'nin müdahalesi daha çok mevcut yapıyı güçlendirmek şeklinde olmuştur. AB'nin sınır ötesi sağlık bakımına müdahalesi, hem yapılan işbirliği anlaşmalarının içerik olarak genişlemesine (sadece hasta gönderimi ya da kapasite paylaşımı değil ortak sağlık teknolojisi geliştirme, araştırma, ortak referans merkezleri kurulması gibi) hem de anlaşmaların coğrafi kapsamının genişlemesine (sadece sınır bölgeleri değil, özellikle bölgesel politika ve yapısal fonlar sayesinde daha geniş katılımlı işbirliği anlaşmalarının olanaklı gelmesi) yol açmıştır. İşbirliği anlaşmalarının kapsamı sınır bölgeleri, nüfus yoğunluğu düşük bölgeler, nüfusu az ülkelerden neredeyse tüm AB'ye yayılacak şekilde genişlemiştir.

⁴⁵⁸ "Overview of the Europe for Patients Project", *Final Conference*, Ghent- Belgium, 25-27 October 2006, www.iese.edu/en/files/Overview_tcm4-14457.pdf, (12.05.2010).

⁴⁵⁹ Jorens, Coucheir and Overmeiren, 2005, s.11.

⁴⁶⁰ Anne Pieter Van Der Mei, *Free Movement of Persons Within the European Community-Cross-Border Access to Public Benefits*, Hart Publishing, Oregon, 2003, s.275.

İkinci aşamada, iç pazarda kişilerin dolaşımının önüne geçebilecek sosyal kaygılardan biri olan, sağlık bakımının devamlılığına yönelik dair atılan adımlar yer almaktadır. Burada, sağlık bakımına erişim amacıyla sınır ötesi dolaşımın çerçevesi AB hukuk düzeni içerisinde ve tüzük aracılığıyla çizilmektedir. İşbirliği anlaşmaları, temelde hükümetler arasında yürütülürken, AB tamamlayıcı ve destekleyici rol oynarken; tüzüğe dayalı sınır ötesi hareketlilikte AB, sınır ötesi sağlık bakımı hakkının koruyucusu rolü üstlenir. Tüzüğün kapsamı zaman içerisinde kişiler ve hizmetler bakımından genişleme göstermiştir. İlk dönemlerde tüzük çalışanlar, aile bireyleri ve emeklileri kapsıyordu, artık öğrenciler ve çalışmayanlar da tüzük kapsamına girmektedir.

Üçüncü aşama olan antlaşma temeline dayalı sınır ötesi hasta hareketliliğinde hastalar, antlaşmadan kaynaklanan serbest dolaşım haklarını kullanmaktadır. Tüzük, doğrudan bağlayıcı bir ikincil hukuk normudur. Antlaşma ise birincil hukuk normudur. Burada hem hukuki dayanak uluslararasılaşmanın daha güçlü olduğu bir noktaya (birincil hukuk normuna) taşınmıştır hem de kişiler açısından kapsam genişlemesi olmuştur: tüm AB vatandaşları antlaşmalarla tanınan haklara ve sorumluluklara sahiptir. Aşağıda önce işbirliği anlaşmaları temeline dayalı sınır ötesi sağlık bakımı alımı ele alınacak, sonrasında tüzük ve antlaşma temellerine dayalı sınır ötesi sağlık bakımı incelenecektir.

2.3.3.1 İşbirliği Anlaşmaları

İkili anlaşmalar çerçevesinde, bir üye ülkedeki sağlık sigortası kurumu, başka bir üye ülkedeki sağlık hizmeti sunucusu ile anlaşma yaparak, vatandaşların ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini ulusal sınırların ötesinde almasını sağlayabilmektedir⁴⁶¹. İşbirliği anlaşmaları genellikle, sınır bölgelerinin, nüfus yoğunluğunun düşük olduğu bölgelerin ya da küçük ülkelerin tercih ettikleri bir yöntemdir. Böyle ülke ve bölgeler, pahalı sağlık hizmetleri yatırımı yapmaktan yüksek maliyeti nedeniyle

⁴⁶¹ İşbirliğinde genellikle ilk aşama, sınırın iki yanında bulunan tedavi seçeneklerinin ve ihtiyaçlarının tespit edilmesi için bilgi alışverişi yapılmasıdır. İkinci aşama, anlaşmaya konu olabilecek tedavi seçeneklerinin sıralanmasıdır. Anlaşma kapsamına alınan tedaviler üzerinde uzlaşma sağlanması ve sözleşmenin imzalanmasının ardından hastalar sınır ötesindeki sağlık hizmeti sunucusundan sağlık bakımı alabilmektedir. Bkz. Van Der Mei, s.276.

uzaklaşmakta ve sermaye yoğun ve yüksek uzmanlık gerektiren hizmetleri yurt dışından almaya yönelmektedirler⁴⁶². Ayrıca, sınır bölgeleri arasındaki sosyo-kültürel bağlar, sınırın diğer yanındaki yaşantıya alışkın olma, coğrafi yakınlık ve dil benzerliği hasta hareketliliğini kolaylaştırmaktadır⁴⁶³. İşbirliği anlaşmaları ortak donanım alımı, kapasite paylaşımı, fikir alışverişi ya da ortak proje yürütümü ve lobi faaliyetleri şeklinde olabilmektedir⁴⁶⁴. Sözleşme yöntemi, üye ülkelerin veya sağlık kurumlarının gönüllü olması esasına göre işlemektedir ve üye ülkeler, hasta hareketliliğini kontrol altında tutabildikleri ölçüde işbirliğine gitmeye olumlu yaklaşmaktadır⁴⁶⁵.

1978 yılında Hollanda ve Belçika'daki sağlık kurumları arasında imzalanan anlaşma, ilk işbirliği örneklerinden birisidir. Zeeland Flanders ve West-Brabant (Hollanda) bölgelerindeki tıbbi tesislerin yetersizliği ve bölge dışındaki bir sağlık kurumundan hizmet alınmasının coğrafi engeller nedeniyle zor olması, bölgeler arası hizmet anlaşması imzalanmasını gerektirmiştir. Hollanda ve Belçika arasında yapılan ikili anlaşma ile, bu bölgelerde yaşayan kişilere Belçika'daki belirli hastanelerde tedavi görme hakkı tanınmıştır⁴⁶⁶. Sınır bölgelerinde yaşayanların sağlık bakımına erişimi konusunda başka bir örnek, Fransa ve Belçika'daki hastaneler arasındaki anlaşmadır. Fransa'daki hastane, diyaliz taleplerine yanıt vermekte zorlanmaktadır ancak bulaşıcı hastalıklar konusunda da uzmanlaşmıştır. Belçika hastanesi ise, diyaliz talebini karşılayabilme kapasitesine sahiptir ve bazı hastalarını Fransa'daki hastanenin bulaşıcı hastalıklar bölümüne göndermektedir. Bu örnekte, hastane

⁴⁶² Rosenmöller, McKee, Baeten and Glinos, s.7.

⁴⁶³ Hans Vollaard, "The Challenge of Patient Mobility to Healthcare States in the EU", *ECPR Joint Sessions*, Helsinki, 7 – 12 May 2007, s.13 ; Glinos and Baeten, s.22.

⁴⁶⁴ Helmut Brand, Alfons Holleeder, Ulrike Wolf and Angela Brand, "Cross-border Health Activities in the Euregions: Good Practice for Better Health", *Health Policy*, Vol.86, 2008, s.246.

⁴⁶⁵ Van Der Mei, s.276.

⁴⁶⁶ Martin McKee, Laura MacLehose and Tit Albrecht, "Free Movement of Patients", *Health Policy and European Union Enlargement*, Ed. Martin McKee, Laura MacLehose and Ellen Nolte, Open University Press, Berkshire, 2004, s.161; Van Der Mei, s. 274-276.

hizmetleri arasındaki tamamlayıcılık ve coğrafi yakınlık, işbirliğini kolaylaştıran en önemli etken olmuştur⁴⁶⁷.

Alman hastalık sigortası fonu, sınır ötesi sağlık bakımı ağı geliştirmiştir. Bu fonlardan AOK Rheinland, Almanya'nın Belçika ve Hollanda sınırındaki hastalık sigorta fonlarının en büyüğüdür. Techniker Krankenkasse ise, Almanya'da ulusal düzeyde hizmet veren üçüncü büyük hastalık fonudur. AOK Rheinland ve Techniker Krankenkasse, diğer üye ülkelerdeki hastanelerle doğrudan ve aracılar kullanarak anlaşmalar yapmıştır. Bu iki sigorta fonunun kapsamındaki kişiler, büyük çoğunlukla Belçika ve Hollanda'ya tatile gitmektedirler. İşbirliği anlaşması, sağlık yardımlarının yanı sıra Almanca konuşan personel temini, hastaların bilgilendirilmesi gibi detayları da düzenlemektedir. Anlaşma, bir yandan Alman hastalık sigorta fonu kapsamında vatandaşlarının bürokratik engellerle karşılaşmadan tedaviye erişimlerini kolaylaştırmış, diğer yandan Belçika ve Hollanda'daki hizmet sunucuları, (Belçika'da bir, Hollanda'da on hastane) bürokratik engellerle karşılaşmadan ve daha çabuk şekilde verdikleri hizmetin karşılığını alabilmişlerdir⁴⁶⁸.

Yüksek uzmanlık gerektiren ve sermaye yoğun tedaviler için yurt dışına hasta gönderen ülkelerden birisi Malta'dır. Malta, coğrafi konumunun getirdiği uzaklık ve az nüfuslu bir ülke olması nedeniyle, hasta hareketliliğini uzun süredir teşvik eden bir ülkedir. Malta, İngiltere ile anlaşma yaparak çoğunlukla yüksek maliyetli, yüksek derecede uzmanlık gerektiren, organ nakli gibi az sayıdaki hasta grubuna yönelik olan sağlık hizmetleri için hasta göndermektedir⁴⁶⁹. Diğer yandan, İngiliz Ulusal Sağlık Hizmetleri, çoğunlukla eklem ve göz rahatsızlıkları olan hastalarının Fransa

⁴⁶⁷ Bir başka örnek, Fransa ile İtalya'dan verilebilir. Menton (Fransa) ile Bordighere ve Ventimiglia'daki (İtalya) hastaneleri kapsayacak şekilde kurulan işbirliği, Fransa'daki bir hastane, İtalya'daki iki hastane ve bir diyaliz merkezinin kapasitelerini birleştirmelerini sağlamıştır. Menton'da açılan bir doğum hastanesi (2003 yılı), her iki ülkedeki hastaları kabul etmektedir. Hastalar, Fransız ve İtalyanlardan oluşan bir sağlık ekibinden bakım alabilmektedir. Bkz. Glinos and Baeten, s. 52-54.

⁴⁶⁸ Thomas Nebling and Hans-Willi Schemken, "Cross-border Contracting: the German Experience", *Patient Mobility in the European Union Learning from Experience*, Ed. Magdalene Rosenmöller, Martin McKee and Rita Baeten, World Health Organisation, Copenhagen, 2006, s. 142.

⁴⁶⁹ İngiltere'ye gidebilmesi için hastanın doktoru tarafından Yurt Dışında Tedavi Danışma Komitesi'ne sevk edilmesi gereklidir. Komite, tedavinin ulusal sağlık paketinin bir parçası olması, Malta'da bu tedavinin alınmasının mümkün olmaması, deneysel nitelikte olmaması ve kanıta dayalı olması kriterlerine bakarak, hastayı yurtdışına gönderme kararını vermektedir. Bkz. Glinos and Baeten, s. 65-66.

ve Almanya’da tedavi görmesi amacıyla anlaşma yapmıştır. Fransa ve Almanya’da tedavi olan İngiliz hastalar genellikle bu uygulamadan memnun kalsa da, İngiliz doktorlar hastaları yurt dışına gönderme konusunda isteksiz davranmışlardır. Alman doktorlar ise, yeterli tıbbi bilgi ve geri bildirim verilmemesinden şikayet etmişlerdir⁴⁷⁰.

Hasta hareketliliği, kurumsal anlaşmalar dışında, AB’nin bölgesel işbirliği girişimleri kapsamında da teşvik edilebilmektedir. AB içinde bölgesel işbirliği girişimleri, bütünleşme dinamikleri ile paralel gelişim göstermiş ve bu süreçte AB fonları büyük ölçüde özendirici olmuştur⁴⁷¹. Sınır ötesi işbirlikleri özellikle 1990’dan itibaren artış göstermiş ve çok sayıda bölgeye AB’nin Interreg programı altında Avrupa Kalkınma Fonu’ndan mali destek aktarılmıştır⁴⁷². 2004 yılında “Euregio-AB içinde sınır ötesi faaliyetlerin değerlendirilmesi” konulu bir proje başlatılmıştır. Üç yıllık bu proje, Halk Sağlığı Programı altından mali destek almıştır⁴⁷³. “Avrupa bölgesi”ni ifade etmek üzere Euregio terimi kullanılmaktadır ve proje sonuçlarına göre, sağlık konusu, Avrupa bölgesinde geliştirilen işbirliği alanları arasında, önem derecesi değişmekle birlikte, çoğunlukla yer almaktadır. Avrupa bölgelerinde sağlıkla ilgili çalışma grupları kurulmakta, bilgi paylaşımının yanı sıra eylem planları geliştirilmektedir⁴⁷⁴.

2.3.3.2 Hukuk Kuralları

AB’de işgücünün serbest dolaşımının sağlanabilmesi için iş, ücret ve diğer şartlar açısından vatandaşlığa göre konulan sınırlamaların kaldırılması amaçlanmıştır. Üye ülkelerin farklı sosyal güvenlik uygulamalarının dolaşım

⁴⁷⁰ Glinos and Baeten, s. 66-67.

⁴⁷¹ Glinos and Baeten, s.22

⁴⁷² Brand, Hollederer, Wolf and Brand, s.246.

⁴⁷³ Brand, Hollederer, Wolf and Brand, s.248.

⁴⁷⁴ “Evaluation of Border Regions in the European Union (EUREGIO)”, *Second Interim Report*(01.06.2005 – 01.06.2006), July 2006, s.7, http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_23_inter_en.pdf (02.10.2009). Sağlık alanında en aktif olan Avrupa bölgeleri, Avrupa’nın kuzey batısındaki Rhine-Waal ve Meuse-Rhine Avrupa bölgeleridir. Bkz. Brand, Hollederer, Wolf and Brand, s.248.

serbestisini olumsuz etkilememesi amacıyla, ulusal mevzuatlar arasında eşgüdüm sağlanması yoluna gidilmiştir⁴⁷⁵. Bu bağlamda, İşçilerin Topluluk içinde Serbest Dolaşımı hakkındaki 1612/68 sayılı Tüzük⁴⁷⁶ ile Topluluk içinde Dolaşan İşçiler ve Ailelerinin Sosyal Güvenliğine ilişkin 1408/71 sayılı Tüzük⁴⁷⁷ ve bu Tüzüğün uygulanmasına dair 574/72 sayılı Tüzük⁴⁷⁸ çerçevesinde temel düzenlemeler yapılmıştır.

Amaçları, AB içinde işgücünün serbest dolaşımını teşvik etmek olan bu iki Tüzük farklı alanları düzenlemektedir⁴⁷⁹. 1612/68 sayılı Tüzük, göçmen işçilere ayrımcılık yapılmaması ilkesini düzenlemektedir. Buna göre, göçmen işçiler ve aileleri, buldukları ülkenin vatandaşlarıyla aynı sosyal yardımları almaya hak sahibidir ki bu hak, göçmen işçilerin, buldukları üye ülkede ulusal sağlık hizmetine erişimini kapsamaktadır⁴⁸⁰. 1408/71 sayılı Tüzük ise, çalışmak amacıyla başka bir üye ülkeye giden kişilerin sosyal güvenlik haklarının korunmasını amaçlamaktadır. Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Koordinasyonunu konu alan 883/2004 sayılı Tüzük⁴⁸¹, 1408/71 sayılı Tüzüğün yerini almıştır⁴⁸². 883/2004 sayılı

⁴⁷⁵ Gülören Tekinalp, “Emeğin Serbest Dolaşımı”, *Avrupa Birliği Hukuku*, 2.b., Beta Yayınları, İstanbul, 2000, s. 334-335.

⁴⁷⁶ *Council Regulation (EEC) No 1612/68 of 15 October 1968 on the free movement of workers within the Community*, OJ L 257 of 19.10.1968.

⁴⁷⁷ *Council Regulation (EEC) No 1408/71 of 14 June 1971 on the application of social security schemes to employed persons and their families moving within the Community*, OJL 149 of 05.07.1971

⁴⁷⁸ *Council Regulation (EEC) No 574/72 of 21 March 1972 fixing the procedure for implementing Regulation (EEC) No 1408/71 on the application of social security schemes to employed persons and their families moving within the Community*, OJL 74 of 27.03.1972

⁴⁷⁹ Üye ülkelerin hangi yardımların hangi koşullar altında sunulacağını belirleme hakkına sahip olduğu kabul edilmekle birlikte Topluluk hukukunun amacı belirli kurallar ve ilkeler getirmek ve böylece farklı ulusal sistemlerin, kişilerin serbest dolaşım haklarını kullanmasının önüne geçmesini önlemektir.

⁴⁸⁰ Tamara K. Hervey, “Mapping the Contours of European Union Health Law and Policy”, 2002, <http://www.ose.be/health/files/EPLhealthTH.pdf> . (12.02.2010), s.11.

⁴⁸¹ Regulation (EC) No 883/2004 of the European Parliament and of the Council of 29 April 2004 on the coordination of social security systems, OJ L 314 of 7.6.2004.

⁴⁸² 1408/71 sayılı Tüzük, Topluluk düzeyinde gerçekleşen gelişmeleri, ATAD kararlarını ve ulusal düzeyde gerçekleşen mevzuat değişimlerini kapsayacak şekilde düzenlemelere ve güncellemelere tabi tutulmuştur. 883/2004 sayılı Tüzük, mevcut eşgüdüm kurallarını sadeleştirmeyi ve uygulanmasını kolaylaştırmayı amaçlamaktadır.

Tüzüğün uygulanmasına yönelik 987/2009 sayılı Tüzük⁴⁸³ ise, 574/72 sayılı Tüzüğün yerini almıştır. Yeni tüzükler 1 Mart 2010 tarihinden itibaren yürürlüğe girmiştir.

1408/71 sayılı Tüzük, ATAD'ın 1998 yılında verdiği Kohll kararına⁴⁸⁴ kadar, başka bir üye ülkede kendi ulusal sağlık sigortasından masrafları karşılanmak üzere sağlık hizmeti almak isteyen Avrupa vatandaşlarının başvurabilecekleri temel yol olarak kabul edilmiştir⁴⁸⁵. Tüzük, yurt dışında geçici olarak bulunanların, yurt dışına tedavi amacıyla gönderilenlerin ve başka bir üye ülkede yaşayan emeklilerin sağlık bakımına erişimini düzenlemekte, her bir hasta grubu için farklı yol sunmaktadır.

883/2004 sayılı Tüzüğün hastaların sınır ötesi sağlık bakımına erişimi açısından en önemli etkisi, kapsamın genişlemesi olmuştur. Artık sadece çalışan nüfus değil, üye ülkelerin sosyal güvenlik mevzuatının kapsamında giren tüm vatandaşlar (aktif olarak çalışmayan kişiler de, örneğin öğrenciler ve emekliler) eşgüdüm kuralları kapsamına alınmıştır⁴⁸⁶. Sigortalı kişiler ve aile üyeleri, yetkili üye ülke⁴⁸⁷ dışında başka bir üye ülkede yaşıyorlarsa, bu üye ülkede yasal olarak bulunan kişilere sağlanan tıbbi bakımla eşdeğerde ve aynı mevzuata tabi olarak, hastalık yardımını da kapsayan aynı yardımlara erişim hakkına sahiptirler⁴⁸⁸. Kişinin ya da aile reisinin, prim ödediği ya da sağlık sigortası kapsamında olduğu kurum, yetkili kurum ve bu kurumun bulunduğu ülke, yetkili ülke olarak kabul edilmektedir⁴⁸⁹. Sigortalı kişi ve aile üyeleri, yetkili üye ülke dışında bir üye ülkede yaşıyorsa, yetkili kurum adına yaşadıkları ülkedeki kurumdan, bu ülkede sigortalıların gibi aynı yardım alma hakkına sahiptir. Bu hakkı kullanabilmek için yetkili kurum, kişilerin ya

⁴⁸³ *Regulation (EC) No 987/2009 of The European Parliament and of The Council of 16 September 2009 laying down the procedure for implementing Regulation (EC) No 883/2004 on the coordination of social security systems*, OJL L 284/1 of. 30.10.2009.

⁴⁸⁴ Kohll C-158/96, 28.04.1998.

⁴⁸⁵ Jorens, Coucheir and Overmeiren, 2005, s.11.

⁴⁸⁶ Vassilis Hatzopoulos, "Briefing Note on The ECJ Case Law on Cross-Border Aspects of Health Services", European Parliament, DG Internal Policies of the Union Policy -Department Economic and Scientific Policy, 2007, http://www.europarl.europa.eu/comparl/imco/studies/0701_healthserv_ecj_en.pdf .

⁴⁸⁷ Yetkili üye ülke, yetkili kurumun bulunduğu ülkedir.

⁴⁸⁸ Jorens, s.88.

⁴⁸⁹ McKee, MacLehose and Albrecht, s.158.

da kişilerin ikamet ettiği yerdeki kurumun talebi üzerine kişilerin ikamet ettikleri ülkede aynı yardım almaya hakları olduğunu gösteren bir sertifika vermelidir. Ayrıca, sigortalı kişi ve aile üyeleri ikamet ettikleri ülkedeki kuruma kayıt olmak zorundadır (987/2009 sayılı Tüzüğün 24. maddesi).

Sigortalı kişi ve aile üyeleri, başka bir üye ülkede kısa süreli (geçici olarak) kalıyorken, örneğin tatildeyken, tıbbi yardıma ihtiyaç duyarlarsa, yardımın niteliği ve kalma süresi dikkate alınarak gereken aynı yardım, yetkili kurum adına kişinin bulunduğu üye ülkedeki kurum tarafından yapılmalıdır (883/2004 sayılı Tüzüğün 19. maddesi). Sigortalı kişi, masrafları kendisi karşılamışsa ve bulunduğu ülkenin mevzuatı geri ödeme yapılmasına izin veriyorsa, yaptığı masrafların bu ülkenin mevzuatına uygun şekilde karşılanması için talepte bulunabilir. Kısa süreli bulunduğu ülkenin mevzuatında geri ödeme uygulaması yoksa, yetkili ülkedeki kurum, kendi mevzuatına göre belirlenen sınırlar içerisinde sigortalı kişiye ödeme yapmaktadır. Kişiye yapılan ödeme, her durumda gerçekleşen harcama oranını geçmemelidir (987/2009 sayılı Tüzüğün 25. maddesi)

Önceden planlanmamış sağlık bakımı alımına yönelik bu maddenin sıkı yorumlanması, sağlık durumu sürekli ve düzenli tıbbi bakımı gerekli kılan, bu nedenle başka bir üye ülkenin sınırları içerisinde bulunurken acil yardıma ihtiyaç duyma ihtimali yüksek olan kişilerin serbest dolaşımı önünde bir engel oluşturabilir. Bu nedenle, kişi başka bir üye ülkede sağlık hizmeti almak amacıyla bulunmuyorsa, fakat burada aldığı böbrek diyaliz tedavisi devam eden bir tedavisinin parçasıysa Tüzük kapsamına girmektedir⁴⁹⁰.

2006 yılına kadar yurt dışına kısa süreli seyahatlerde acil bakım ihtiyacı ortaya çıktığında E111 adı verilen form kullanılmaktaydı. 2006 yılından itibaren Avrupa Sağlık Sigortası Kartı (EHIC) bu uygulamanın yerini almıştır. Avrupa Sağlık Sigortası Kartı ile Avrupa vatandaşlarının seyahatleri esnasında başka bir üye ülkenin vatandaşlarının sahip olduğu temel sağlık bakımına erişimleri sağlanmıştır. Kartlar, uzun süreli ikamet halinde kullanılmamaktadır. E111 formuna dayanan

⁴⁹⁰ Jorens, s.90, Bkz 10 No'lu dipnot.

sistem tüm aileyi kapsarken, kart uygulamasında her aile bireyinin kendine ait bir sağlık kartı vardır ve kişinin kronik hastalığı varsa, acil olmayan tıbbi bakım da sunulmaktadır. Bu özellikleriyle EHIC, form doldurulmasına dayalı eski sistemin sunduğu hizmetlere ek olarak, mevcut sağlık durumuna bağlı olarak doğan bakım ihtiyacını da karşılamaktadır. Kart, kişinin bekleme listesinde olduğu bir tedaviyi ya da kişi yurt dışından dönene kadar bekleyebilecek nitelikte olan tedaviyi kapsamamaktadır⁴⁹¹.

Yurt dışında önceden planlanmış şekilde sağlık bakımı alınması, 883/2004 sayılı Tüzüğün 20. maddesinde düzenlenmiştir. Tüzük, başka bir ülkede önceden planlanmış şekilde tıbbi bakım alınmasını olanaklı kılmakta, ancak sınır ötesi tedaviyi, yetkili ulusal kurumun önceden izin vermesi koşuluna bağlamaktadır. Diğer bir ifadeyle, kişi bir üye ülkede sigortalıyken, başka bir üye ülkede, yetkili hastalık fonundan önceden izin almak koşuluyla ve E112 formu⁴⁹² aracılığıyla tedavi görebilmektedir. Önceden izin koşulunun karşılanması için söz konusu tedavinin kişinin sigortalı olduğu ve yetkili üye ülkenin sağladığı yardımlar arasında olması gereklidir. Örneğin, bazı üye ülkeler kaplıca tedavilerini sigorta kapsamında tanımakta, bazıları tanımamaktadır⁴⁹³.

Ayrıca, yetkili kurum, kişinin o anki sağlık durumu ve hastalığın olası seyri dikkate alındığında, söz konusu tedaviyi tıbben uygun bir zaman dilimi içerisinde veremiyorsa, hastaya başka bir üye ülkede tedavi olma izni vermek zorundadır. Hastanın geçici olarak bulunduğu üye ülke, hastaya ulusal kurallara (hasta sanki bu üye ülkede sigortalı imiş gibi) uygun olarak, yetkili kurum adına aynı yardımda bulunur (883/2004 sayılı Tüzüğün 20(2). maddesi). Uzun bekleme listeleri bu duruma örnek oluşturmaktadır. Sigortalı kişinin aile üyeleri, sigortalı kişinin yaşadığı ülke dışında bir üye ülkede yaşıyor ise ve bu üye ülke sabit oranlar üzerinden geri ödeme yapıyorsa, aile üyelerinin yaşadığı yerdeki kurum yetkili kurum olarak

⁴⁹¹“EHIC - European Health Insurance Card (formerly E111)”, <http://www.travelhealth.co.uk/advice/ehic.htm> (10.03.2010).

⁴⁹² E112 formu örneği çalışmanın ekinde sunulmaktadır.

⁴⁹³“Planned Medical Treatment”, <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=569&langId=en> (10.03.2010).

düşünülecektir ve aynı yardımların masrafını aile üyelerinin bulunduğu yerdeki kurum üstlenecektir (883/2004 sayılı Tüzüğün 20(2). maddesi).

Sigortalı kişi, yetkili üye ülkede ikamet etmiyorsa, ikamet ettiği yerdeki kurumdan tedavi için izin isteyecektir. İkamet edilen yerdeki kurum, bu talebi yetkili kuruma ileticektir ve yetkili kurumdan gelen yanıtta göre hareket edecektir. Yetkili kurum, ulusal mevzuata göre belirlenen zaman sınırı içerisinde yanıt vermezse, izin verildiği şeklinde yorumlanacaktır (987/2009 sayılı Tüzüğün 26(2). maddesi). Sigortalı kişi, yetkili üye ülkede ikamet etmiyorsa, ancak sağlık durumu yetkili kurumdan izin alınacak kadar beklenilmesine uygun değilse, ikamet ettiği yerdeki kurum yetkili kurum adına yurt dışında tedavi için izin verebilecektir.

Sigortalı kişi, kendisine izin verilen tıbbi tedavinin masraflarının tamamını ya da bir kısmını kendisi karşılamışsa ve yetkili kurumun tedavi veren kuruma ya da sigortalı kişiye yapması gereken geri ödeme, yetkili kurumun kendi mevzuatına göre aynı tedavi için yaptığı ödemeden az olsa da, yetkili kurum sigortalı kişinin gerçekte yaptığı harcama kadarını ödemektedir. Ayrıca, sigortalı kişinin aynı tedaviyi yetkili ülkede almış olması durumunda ödemesi gereken miktarı dikkate alarak, geri ödemeyi gerçekleştirebilir (987/2009 sayılı Tüzüğün 26(7). maddesi).

Sözkonusu tedavinin, kişinin sigortalı olduğu üye ülkede tıbbi ve finansal temellere dayanarak aynı yardım planına dahil edilmediği durumlar da olabilir. Böyle bir durumda yetkili kurum, sözkonusu tedavinin hastalığın tedavisi için etkili ve gerekli olduğuna kanaat getirirse, Tüzüğün koşulları karşılanmış olur ve yetkili kurum bu durumda izin talebini reddedemez. Yetkili kurum adına, başka bir üye ülkede sağlanan aynı yardım harcamaları yetkili kurum tarafından tamamen karşılanmaktadır. Belirleyici etken, hastanın sağlık durumunun gerektirdiği tedaviyi alıp almadığıdır⁴⁹⁴.

Bu koşullar dışında, ilke olarak sınır ötesi tedavi talebine izin verme ya da vermeme hakkı üye ülkelere aittir. “Önceden izin” mekanizması üye ülkelerin

⁴⁹⁴ Jorens, Coucheir and Overmeiren, 2005, s.11.

ellerindeki en etkili kontrol aracıdır⁴⁹⁵. İzin verme uygulaması üye ülkelerde farklılık göstermektedir; kimi üye ülkeler izin vermemeye daha yatkın iken, diğerleri izin vermeye daha yatkın olabilmektedir. Bazı durumlarda da doktorların ve hastaların bilgi eksikliği de sınırlayıcı etki yaratabilmektedir⁴⁹⁶.

883/2004 sayılı Tüzük, emekliler ve aile üyelerinin başka bir üye ülkede sağlık bakımına erişimini de serbest dolaşımı kolaylaştıracak şekilde düzenlemektedir. Kişi, emekli aylığı aldığı üye ülkenin sağlık sigortasına bağlı kabul edilmektedir. Teknik olarak emekliler, başka bir üye ülkeye yerleştiklerinde, kendi ülkelerinde sigortalı olmaya devam etmektedirler. Ancak sağlık bakımını yaşadıkları ülkede almaktadırlar. Bunun için emeklilerin E 121 formu adı verilen sertifikayı, sigortalı oldukları ülkenin sağlık kurumundan temin etmesi gerekmektedir. E121 formu, emeklilerin ve aile bireylerinin yaşadıkları üye ülkenin kurumuna kayıt yaptırıp, bu ülkede yaşayanlarla eş düzeyde sağlık yardımı alabilmesini sağlamaktadır⁴⁹⁷.

Kişiler artık kendi ülkelerinde yaşamıyorlarsa⁴⁹⁸, kendi ülkelerine yaptıkları geçici ziyaretlerde acil ihtiyaç duydukları sağlık bakımı için Avrupa sağlık sigortası kartını kullanmak zorundadırlar. Kendi ülkelerine önceden planlı bir tedavi almak için dönmeleri halinde, yaşadıkları ülkenin yetkili sağlık kurumundan izin almak zorundadırlar⁴⁹⁹. İki ya da daha fazla ülkeden emekli aylığı alan ve bu ülkelerden birinde yaşayan bir emekli ve aile üyesi, yaşadıkları ülkede, bu ülke adına aynı yardım alma hakkına sahiptir. Bir ya da daha fazla ülkeden emekli aylığı alan ve yaşadığı ülkenin mevzuatına göre aynı yardım almaya hakkı olmayan bir emeklinin,

⁴⁹⁵ Dorte Sindbjerg Martinsen and Karsten Vrangbæk, "The Europeanization of Health Care Governance: Implementing the Market Imperatives of Europe", *Public Administration*, Vol. 86, No. 1, 2008, s.176.

⁴⁹⁶ Jorens, s.91.

⁴⁹⁷ *European Parliament Notice to Members Petition 1372/2002 by Gunnar Dahl (Swedish) on pension problems*, 15 February 2005, PE 353.720.

⁴⁹⁸ Emekliler, başka bir üye ülkede üç aydan daha fazla kalıyorlarsa, kayıt yaptırmaları gerekmektedir.

⁴⁹⁹ European Commission, "Your Europe-Pensioner", http://ec.europa.eu/youreurope/citizens/work/pensioner/healthcare/index_en.htm (23.07.2009); *European Parliament Notice to Members Petition 1372/2002 Gunnar Dahl (Swedish) on pension problems*.

bir üye ülkenin mevzuatına göre aynı yardım almaya hakkı varsa, bu ülkenin yetkili kurumu söz konusu yardımın harcamalarını karşılayacaktır. Emekli kişi, iki ya da daha fazla ülkeden aynı yardım almaya hak kazanmışsa, en uzun süre hangi ülkenin kurallarına tabi olduysa o ülkenin yetkili kurumu, emeklinin yaşadığı ülkede aldığı aynı yardımın masraflarını karşılayacaktır. İki ya da daha fazla kurum bu koşulu karşılıyorsa, emeklinin en son bağlı bulunduğu ülke, yetkili sayılacaktır (883/2004 sayılı Tüzük 23., 24. maddeler)

İspanya emekli göçü alan bir ülkedir ve İspanya’da uzun süreli (yılda üç aydan fazla) kalanların sayısı artış göstermektedir. Hareketliliğin artmasında 1408/71 sayılı Tüzük kapsamında sosyal güvenlik sistemlerinin eşgüdümünün sağlanması ve Schengen Anlaşması etkili olmuştur.⁵⁰⁰ İspanya’ya yerleşen emekliler genellikle daha zengin Kuzey ülkelerinden (İskandinav ülkeleri, Fransa, Almanya) gelmektedir. Emekli grubu içinde, “sahte turistler” (false tourists) ya da “dalgalanan nüfus” (floating population) olarak adlandırılan, üç aydan fazla bir süre İspanya’da kalmalarına rağmen kayıt yaptırıp durumunu resmileştirmeyen bir grup vardır. Bu gruptakiler, İspanya ile kendi ülkeleri arasında giriş-çıkış yapmakta, İspanya’daki evlerini ikinci evleri olarak kullanmaktadırlar. İspanya’ya uzun süreli yerleştiğini resmi olarak belgelemeyen emekliler, sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyduğunda Avrupa Sağlık Sigortası Kartı ile acil sağlık hizmeti alabilmektedirler⁵⁰¹.

Sınır ötesi sağlık bakımında hasta haklarına ilişkin direktif önerisinde, kendi ülkesi dışında bir ülkede yaşayan emeklilerin sağlık bakımı harcamalarının geri ödemesi ve üçüncü bir ülkede sağlık bakımı alımı açılarından bağlı bulunduğu ülkenin tespit edilmesinde, Konsey genel kural olarak 883/2004 sayılı Tüzüğü temel almıştır. Sınır ötesinden tedavi talep eden emekliye, izin verme yetkisi olan ülke,

⁵⁰⁰ Erasmus öğrenci değişim programı gençlerin hareketliliğinde etkili olmuş ve İspanya öğrenciler tarafından en çok tercih edilen yerlerden birisi olmuştur. Bkz. McKee et al., s. 59-60.

⁵⁰¹ Magdalene Rosenmöller and Maria Lluch, “Meeting the needs of long-term residents in Spain”, *Patient Mobility in the European Union, Learning from experience*, Ed. Magdalene Rosenmöller, Martin McKee, Rita Baeten, Observatory on Health Systems and Policies WHO, Copenhagen, 2006, s. 62 .

emeklinin sağlık bakımı harcamalarını karşılamaktadır. Emekli kendi ülkesinde tedavi ediliyorsa, bu ülke bakım masraflarını karşılamaktadır⁵⁰².

2.3.3.3 Yargı Kararları

ATAD'ın sınır ötesi sağlık bakımına erişim hakkında verdiği kararlar ve oluşan içtihat hukuku, bireysel sağlık bakımının Avrupa düzeyinde gelişimi açısından önemli ölçüde belirleyici olmuştur. ATAD, 1998 yılında verdiği Kohll ve Decker⁵⁰³ hizmetlerin ve malların serbest dolaşımı ilkesinin, sosyal güvenlik sistemlerine de uygulanabileceğini kabul ederek ve bazı durumlarda önceden izin alınmasına gerek olmaksızın sınır ötesinde sağlık bakımı alma hakkını genişletmiştir ve bu hakkın kullanımını Avrupa Topluluğu Antlaşmasına dayandırmıştır⁵⁰⁴.

Kohll ve Decker kararlarından yaklaşık onbeş yıl önce ATAD, sağlık hizmetlerinin Topluluğun temel özgürlükleri kapsamında bir hizmet olduğu görüşünü ilk kez 1984 yılında Luisi ve Carbone birleşik davalarında belirtmiştir⁵⁰⁵. Antlaşmanın 60. maddesine göre bir faaliyetin hizmet kapsamında sayılabilmesi için ücret karşılığında sunulması gerekmektedir. ATAD'ın kararına göre, hizmet sunma özgürlüğü, hizmet alıcıları için hizmeti almak amacıyla başka bir üye ülkeye gitme, sınırlayıcı kurallar tarafından engellenmeme özgürlüğünü kapsamaktadır. İş, eğitim ve tıbbi hizmet alımı amaçlarıyla seyahat etme ve turizm faaliyetleri hizmetlerin serbest dolaşımı kapsamına; bu amaçlarla seyahat eden kişiler de hizmet alıcıları

⁵⁰² Council of the European Union, "Council Adopts its Position on Patient's Rights in Cross-Border Healthcare", Press Release, 13.09.2010, Brussels, http://ec.europa.eu/health/cross_border_care/press_material/index_en.htm (10.09.2010).

⁵⁰³ Raymond Kohll v. Union des Caisses de Maladie C-158/96, 28.04.1998 ; Nicolas Decker v. Caisse de Maladie des Employés Privés C-120/95, 28.04.1998 .

⁵⁰⁴ Jason Nickless, "The Internal Market and the Social Nature of Health Care", *The Impact of EU Law on Health Care Systems*, Ed. Martin McKee, Elias Mossialos, Rita Baeten, P.I.E.Peter Lang, Brussels, 2002, s.57.

⁵⁰⁵ C- 286/82 ve C-26/83 Luisi and Carbone [1984] European Court Reports Page 377, 31.01.1984. Ayrıca 1984 yılında İrlanda Doğmamış Çocukların Korunması Derneği'nin taraf olduğu bir davada ATAD, hamileliğin tıbbi olarak sona erdirilmesini normalde bir ücret karşılığında sunulan ve mesleki bir faaliyetin parçası olarak yürütülen tıbbi bir olay olarak değerlendirmiştir. Hamileliğin tıbbi yollarla sona erdirilmesinin işlem, yapıldığı ülkenin hukukuna uygun olarak gerçekleştirilmiş ise Antlaşma'nın 60. maddesine göre hizmet kavramının kapsamına girdiğine kanaat getirmiştir. Bkz. C-159/90 Society for the Protection of Unborn Children Ireland [1991] European Court Reports I-4685, 04.10.1991.

kapsamında girmektedir⁵⁰⁶. Sağlığı, tek pazar kapsamında bir hizmet olarak gören bu kararlar o dönemde sosyal etkileri bakımından eleştiri yaratmamıştır. Kohll ve Decker kararında, tartışma yaratan temel noktalar sağlık hizmetlerinin sosyal güvenlik sisteminin parçası olsalar dahi hizmetlerin serbest dolaşımı kapsamında ele alınması ve üye ülkelerin sınır ötesi sağlık bakımı talebini kontrol amacıyla kullandıkları önceden izin verme yetkisinin sınırlandırılmasıdır⁵⁰⁷. ATAD bu davalarda sosyal güvenlik sistemlerinin dolaşım serbestisi önüne koyabilecekleri engelleri sınırlayarak, tek pazar ve sosyal güvenlik sistemleri arasındaki ilişkiyi yeniden ele almaktadır⁵⁰⁸.

ATAD, Kohll ve onu takip eden bir dizi kararında “önceden izin alınması” koşulunun gerekçelerini sorgulamış ve tek pazarın ilkelerinin sağlık alanında nasıl geçerli olduğunu aşamalı bir şekilde ortaya koymuştur. Önceden izin koşulunun hizmetlerin serbest dolaşımı önünde bir engel olarak kabul edilmekle birlikte bazı şartlar altında uygulanması uygun bulunmaktadır (C-157/99 Geraets-Smits ve Peerbooms 12.07.2001). ATAD davalarının gelişimi başlıca üç aşamada değerlendirilebilir: Geri ödemeye dayanan sosyal güvenlik sistemleri ile başlayan süreç, aynı yardıma dayanan sosyal güvenlik sistemlerinin de tek pazar kurallarından etkilendiğinin kabul edilmesiyle devam etmiş ve son olarak ulusal sağlık sistemlerinin de tek pazarın etkisi dışında kalamayacağı kabul edilmiştir. Üye ülkeler, ulusal sağlık sistemlerinin organizasyonu ve finansmanını sağlama yetkisine sahip olmakla birlikte, AB hukukuna uygun hareket etmek zorundadır. Bu, ulusal sağlık sistemlerinin finansman ve organizasyon yapılarındaki farklılıklara rağmen, tek pazar mevzuatına uyum sağlaması anlamına gelmektedir.

Aşağıdaki tabloda sınır ötesi hasta hareketliliğinin gelişimiyle ilgili önemli sonuçlar yaratan ATAD davaları, davanın konusu ve hasta hareketliliği açısından sonuçları tarihsel süreç içerisinde gösterilmektedir.

⁵⁰⁶ Hatzopoulos, s.1.

⁵⁰⁷ Elias Mossialos and Willy Palm, “The European Court of Justice and the Free Movement of Patients in the European Union”, *International Social Security Review*, Vol. 56, No. 2, 2003, s.5.

⁵⁰⁸ Paul Minderhoud, “Part III- ECJ Cases”, *European Journal of Migration and Law*, Vol.1, No. 1, 1999, s.155.

Tablo 2: Sınır Ötesinde Sağlık Bakımına Erişimde Dönüm Noktası Niteliğindeki Davalar

Dava/Tarih	Hizmet alan kişinin ülkesi	Hizmetin sunulduğu ülke	Hizmetin konusu
C-120/95 ("Decker") 28.04.1998	Lüksemburg (geri ödemeye dayanan sosyal güvenlik sistemi)	Almanya Belçika (geri ödemeye dayanan sosyal güvenlik sistemi)	Tıbbi ürün
C-158/96 ("Kohl") 28.04.1998	Lüksemburg (geri ödemeye dayanan sosyal güvenlik sistemi)	(Aynı yardıma dayanan sosyal güvenlik sistemi)	Hastane dışında sunulan sağlık bakımı (Ortodonti tedavisi)
Hasta hareketliliği açısından önemli sonuçlar	<p>Sağlık, antlaşma bağlamında ekonomik nitelik taşıyan bir hizmettir.</p> <p>Avrupa ekonomik bütünleşmesinin temel serbestilerinden olan malların ve hizmetlerin serbest dolaşımı sağlık hizmetlerini ve tıbbi ürünleri kapsamaktadır.</p> <p>Ulusal kuralların sosyal güvenlik sistemiyle ilgili olması, AT Antlaşması'nın 59. ve 60. maddelerinin uygulanması açısından bir istisna oluşturmaz.</p> <p>Topluluk hukuku, üye ülkelerin kendi sosyal güvenlik sistemlerini organize etme güçlerini ellerinden almamaktadır ancak üye ülkeler bu güçlerini kullanırken Topluluk hukukuna uyum sağlamak zorundadırlar.</p>		
Dava/Tarih	Hizmet alan kişinin ülkesi	Hizmetin sunulduğu ülke	Hizmetin konusu
C-368/98 ("Vanbraekel") 12.07.2001	Belçika (geri ödemeye dayanan sosyal güvenlik sistemi)	Fransa (geri ödemeye dayanan sosyal güvenlik sistemi)	Hastane tedavisi (Ortopedi ameliyatı)
Hasta hareketliliği açısından önemli sonuçlar	<p>Sağlık hizmetleri hastanede sağlanan bakım veya hastane dışında sağlanan bakım arasında ayırım yapılmasına gerek olmaksızın Antlaşmanın 60. maddesi kapsamına girmektedir.</p> <p>Hastanın yurt dışında tedavi isteği yetkili kurum tarafından reddedildiği, ancak sonrasında bu reddin haklı sebeplere dayanmadığının anlaşıldığı durumlarda, ulusal yetkili kurum hastaya doğrudan geri ödeme yapmak zorundadır.</p> <p>Hasta gönderen ve kabul eden ülkeler arasında, hastane tedavisinin masrafları açısından farklılık bulunuyorsa, hastanın bağlı olduğu sigorta kurum aradaki farkı hastaya ödemelidir.</p>		

Dava/Tarih	Hizmet alan kişinin ülkesi	Hizmetin sunulduğu ülke	Hizmetin konusu
C-157/99 ("Geraets-Smits & Peerbooms") 12.07.2001	Hollanda (Aynı yardıma dayanan sosyal güvenlik sistemi)	Almanya (Aynı yardıma dayanan sosyal güvenlik sistemi) Avusturya (Aynı yardıma dayanan sosyal güvenlik sistemi)	Parkinson hastalığı tedavisi (Normal tedaviler arasında görülmediği için hastalık sigortası kapsamına alınmayan tedavi yöntemleri) Nörostimulasyona dayanan özel yoğun terapi
Hasta hareketliliği açısından önemli sonuçlar	<p>Aynı hizmetlere dayanan sosyal güvenlik sistemleri de hizmetlerin serbest dolaşımı ilkesi kapsamına girmektedir.</p> <p>Önceden izin prosedürünün yurt dışında hastane hizmeti alımında uygulanmasını "gerekli" ve "makul"dur.</p> <p>"Normal" kapsamına giren tedavilerin belirlenmesinde sadece ulusal meslek çevresinin görüşünün alınması yeterli değildir. Değerlendirme nesnel ölçütlerle, milliyete dayalı ayrımcı olmayan ve uluslararası tıp bilimini dikkate alan bir şekilde yapılmalıdır.</p> <p>Aynı ya da eş etkili tedavi, yetkili sigorta fonunun anlaşma yaptığı kuruluşlardan aşırı gecikme olmaksızın alınamıyorsa başka bir üye ülkede tedavi için izin talebi reddedilemez.</p>		

Dava/Tarih	Hizmet alan kişinin ülkesi	Hizmetin sunulduğu ülke	Hizmetin konusu
C-326/00 ("Ioannidis") 25.02.2003	Yunanistan (Ulusal sağlık sistemi)	Almanya (Aynı yardıma dayanan sosyal güvenlik sistemi)	Emekli bir kişinin başka bir üye ülkedeyken hastane tedavisi alması
Hasta hareketliliği açısından önemli sonuçlar	<p>Çalışan sigortalı kişilere uygulanan (a) Önceden izin alma (b) Hastalığın birden ortaya çıkmış olması koşulları emeklilerin başka bir üye ülkede hizmet almalarını engelleyecek şekilde uygulanamaz.</p>		

Dava/Tarih	Hizmet alan kişinin ülkesi	Hizmetin sunulduğu ülke	Hizmetin konusu
C-385/99 ("Müller-Faure & van Riet") 13.05.2003	Hollanda (Aynı yardıma dayanan sosyal güvenlik sistemi)	Almanya (Aynı yardıma dayanan sosyal güvenlik sistemi) Belçika (geri ödemeye dayanan sosyal güvenlik sistemi)	Diş tedavisi Atroskopi
Hasta hareketliliği açısından önemli sonuçlar	Yurt dışında hastane ortamı dışında tedavi için önceden izin alınmasının zorunlu olması hizmetlerin serbest dolaşımı ile bağdaşmamaktadır.		

Dava/Tarih	Hizmet alan kişinin ülkesi	Hizmetin sunulduğu ülke	Hizmetin konusu
C-372/04 ("Watts") 16.05.2006	İngiltere (Ulusal sağlık sistemi)	Fransa (geri ödemeye dayanan sosyal güvenlik sistemi)	Ameliyat
Hasta hareketliliği açısından önemli sonuçlar	Başka bir üye ülkedeki tedavinin masraflarının geri ödenmesi yükümlülüğü sağlık hizmetlerinin ücretsiz sunulduğu sistemlerde de geçerlidir. Yine de, sistemin dengesinin korunması önceden izin alınması zorunluluğu için kabul edilebilir bir gerekçe oluşturabilir. Tedavi hastanın kendi ülkesinde, hastanın tıbbi koşulları göz önünde bulundurularak kabul edilebilir bir zamanda sunulamıyorsa, ulusal yetkili kurum hastaya yurt dışında tedavi için izin vermeyi reddedemez.		

Kaynak: Roos van der Velde, "ECJ Judgements Concerning Cross Border Health Care 1998-2006 Summaries", http://www.soziale-dienste-in-europa.de/dokumente/Aktuelles/EuGH_Urteile_summary_en.pdf ; Matthias Wismar, "ECJ in the Driving Seat on Health Policy But What's the Destination ?", *Eurohealth*, Vol.7, No. 4, 2001, s.5.

2.3.3 3.1 İzin Koşulunun Sınırının Tartışılması

Decker ve Kohll davaları, bir üye ülkenin vatandaşı olan hastanın başka bir üye ülkede masrafları bağlı bulunduğu sağlık sisteminden karşılanmak üzere, acil olmayan tıbbi ürün ve hizmet almasını konu almaktadır. Sağlık sigortası Lüksemburg'da olan Nicolas Decker, Lüksemburg'taki bir göz doktorunun verdiği gözlük reçetesiyle Belçika'dan gözlük almıştır. Decker, yetkili kurumundan (Caisse de Maladie des Employés Privés) yaptığı gözlük harcamasının geri ödemesini talep

etmiştir. Lüksemburg Sosyal Sigorta Kanunu (Luxembourg Code of Social Insurance) yurt dışında alınan sağlık hizmetinin geri ödemesinin yapılabilmesi için yetkili kurumdan (Caisse de Maladie des Employés Privés) önceden izin alınmasını gerekli görmektedir⁵⁰⁹. Yetkili kurum Decker'in önceden izin almamasını gerekçe göstererek bu talebini reddetmiştir. Decker, kurumun bu kararının ATA'nın malların serbest dolaşımını sağlayan kurallarına aykırı olduğunu ileri sürerek bu karara karşı çıkmıştır ve dava ATAD'a intikal etmiştir. ATAD, sağlık ürünlerinin tek pazarın serbest dolaşım ilkesine tabi olduğunu ve bu hizmeti almak isteyenlerin bu ilke çerçevesinde hizmet sunucularla aynı haklara sahip olduğunu kabul etmiştir⁵¹⁰.

Lüksemburg vatandaşı olan Raymond Kohll, Almanya'da bulunan bir ortodontistten kızı için tedavi almak amacıyla hastalık sigortası fonundan (Union des Caisse de Maladie) izin talebinde bulunmuştur. Önceden izin talebi, Lüksemburg Sosyal Sigorta Kanunu'na (Luxembourg Code of Social Insurance) uygun olarak yapılmıştır ancak talep edilen hizmet Lüksemburg'ta da alınabileceği ve acil nitelik taşımadığı gerekçesiyle reddedilmiştir⁵¹¹. Kohll, önceden izin alınması prosedürünün başka bir üye ülkede hizmet almasını engellediğini ve ATA'nın hizmet sunumu üzerindeki sınırlamaları kaldıran maddelerine aykırı olduğunu ileri sürerek mahkemeye başvurmuştur ve dava ATAD'a intikal etmiştir. ATAD, başka bir üye ülkeye yerleşmiş bulunan bir ortodontistin hastane ortamı dışında sunduğu tedaviyi, ücret karşılığında sunulması nedeniyle antlaşma kapsamında hizmet olarak yorumlamıştır⁵¹².

Decker ve Kohll davalarının siyasi ve hukuki önemi, Lüksemburg dışındaki üye ülkelerin⁵¹³ de görüş bildirerek sürece dahil olmak istemelerinden anlaşılmaktadır. Üye ülkeler, önceden izin koşulunu korumayı, izin verme ve geri

⁵⁰⁹ Judgement of the Court, Decker, C-120/95, 8 No'lu paragraf.

⁵¹⁰ Vassilis Hatzopoulos, "Do the Rules on Internal Market Affect National Health Care Systems?", *The Impact of EU Law on Health Care Systems*, Ed. Martin McKee, Elias Mossialos ve Rita Baeten, P.I.E PeterLang, Brussels, 2002, s. 127.

⁵¹¹ Judgement of the Court, Kohll, C-158/96, 3 No'lu paragraf.

⁵¹² Judgement of the Court, Kohll, C-158/96, 29 No'lu paragraf.

⁵¹³ Belçika, İngiltere, Almanya, İspanya, Fransa, Hollanda, Avusturya ve Yunanistan. Bkz. Martinsen, November 2005, s. 1039.

ödemeye ilgili yetkilerini muhafaza etmeyi istemektedirler ve serbest dolaşım ilkelerinin sosyal güvenlik politikalarıyla ilgili olmadığını savunmaktadırlar. Buna göre, ulusal kurallar sağlık harcamalarının geri ödemesini ilgilendirmektedir ve serbest dolaşımı kapsamına girmemektedir⁵¹⁴. ATAD, sınır ötesi hasta hareketliliğinin gelişiminde bir dönüm noktası olan görüşünü belirtmiştir. Buna göre bazı hizmetlerin özel yapıları, onları serbest dolaşım ilkesinin kapsamı dışına çıkarmamaktadır ve ulusal kuralların sosyal güvenlik alanına giriyor olması, malların ve hizmetlerin serbest dolaşımı ilkelerinin uygulanmayacağı anlamına gelmemektedir⁵¹⁵.

Üye ülkeler sosyal güvenlik alanında uyumlaştırmanın olmaması nedeniyle, kimin hangi koşullar altında sosyal güvenlikten faydalanabileceğini belirleme yetkisinin ulusal düzeyde olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca, ATAD'ın geri ödemeye ilgili ulusal hükümleri sorgulanmasının 1408/71 sayılı Tüzüğün 22. maddesinin getirdiği önceden izin prosedürü ile çeliştiğini ifade etmişlerdir⁵¹⁶. ATAD, birincil hukuk normu olan antlaşma ile ikincil hukuk normu olan tüzük arasındaki ilişkiye yönelik değlendirmesinde; ulusal kuralların ikincil mevzuat ile tutarlı olmasının, bu kuralları Antlaşma hükümlerinin kapsamı dışına taşımadığını⁵¹⁷; bu kuralların Topluluk içi ticareti doğrudan veya dolaylı, gerçekte veya potansiyel olarak engelleme güçlerinin incelenmesi gerektiğini belirtmiştir. Bu bağlamda ATAD, geri ödemeye ilgili ulusal kuralların kişileri diğer üye ülkelere Lüksemburg'tan bu tür ürünleri almaya yönlendirdiğine ve böylece diğer üye ülkelere ticareti saptırıcı etki yaratabileceğine karar vermiştir⁵¹⁸.

Üye ülkeler önceden izin alınması koşulunu, sağlık sisteminin finansal dengesinin korunması; sunulan sağlık hizmetlerinin ve ürünlerinin kalitesinin güvence altına alınması ve dolayısıyla halk sağlığının korunması ve herkesin

⁵¹⁴ Judgement of the Court, Kohll, C-158/96, 32 No'lu paragraf.

⁵¹⁵ Judgement of the Court, Kohll, C-158/96, 20-21 No'lu paragraflar.

⁵¹⁶ Judgement of the Court, Kohll, C-158/96, 20-22, 26 No'lu paragraflar.

⁵¹⁷ Judgement of the Court, Kohll, C-158/96, 25 No'lu paragraf.

⁵¹⁸ Judgement of the Court, Decker, C-120/95, 31-34 No'lu paragraflar.

erişebileceği dengeli sağlık ve hastane hizmetlerinin sağlanması gerekçelerine dayanarak savunmuştur⁵¹⁹. Üye ülkeler önceden izin koşulunun, sosyal güvenlik sisteminin bütçesini dengeleme ve sağlık harcamalarını kontrol etme işlevlerini gördüğünü ve bu nedenle sosyal güvenlik sisteminin finansal dengesini korumak için tek etkili ve en az kısıtlayıcı yol olduğunu ileri sürmüşlerdir. ATAD ise hizmetlerin serbest dolaşımının tamamen ekonomik nitelik taşıyan bir sebeple sınırlandırılmasını haklı gerekçe olarak kabul etmemiştir⁵²⁰.

Bununla birlikte sosyal güvenlik sistemi, sigorta kapsamına giren herkese dengeli ve erişilebilir sağlık hizmet verilmesi amacını taşıdığından, sistemin finansal dengesinin bozulma riski, hizmetlerin serbest dolaşımının sınırlandırılmasını haklı gösterecek nedenlerden birisidir. Haklı neden olabilmesi için nesnel ve gerçek bir risk söz konusu olmalıdır. Decker örneğinde, gözlük çerçevesi ve camı için belirli bir fiyat üzerinden geri ödeme yapılmaktadır, Kohll örneğinde ise geri ödemenin ortodonti tedavisi için Lüksemburg'ta geçerli olan tarife üzerinden yapılması talep edilmektedir. Böyle olunca, ATAD ürün ya da hizmetin Lüksemburg'ta ya da yurt dışında alınmasının maliyetinin aynı olması nedeniyle sosyal güvenlik sisteminin dengesini bozucu etkisi olmadığı kararına varmıştır⁵²¹.

İkinci olarak, üye ülkeler halk sağlığının korunmasını gerekçe göstermiş ve önceden izin alınmasının sağlık hizmetlerin kalitesini sağlamak için gerekli olduğunu savunmuştur⁵²². ATAD, tıp mesleğine giriş ve devamla ilgili başlıca standartlar ve koşulların Avrupa düzeyinde büyük ölçüde eşgüdümünün sağlandığını belirtmiştir. Ayrıca, karşılıklı tanıma ilkesine atıfta bulunan ATAD, farklı üye ülkelerdeki doktorlar ve diş hekimlerinin sunduğu hizmetin kalitesinin hizmetlerin serbest dolaşımını etkileyecek nitelikte olmayacağını savunmuştur. Bu bağlamda, Lüksemburg'ta sunulan sağlık hizmetinin yurt dışındakinden daha kaliteli ve etkin

⁵¹⁹ Judgement of the Court, Kohll, C-158/96, 37-38, 43 No'lu paragraflar.

⁵²⁰ Judgement of the Court, Kohll, C-158/96, 41 No'lu paragraf.

⁵²¹ Judgement of the Court, Decker, C-120/95, 46 No'lu paragraf.

⁵²² Dolaşım serbestisi halk sağlığı, kamu güvenliği ve kamu düzeni gerekçelerine dayalı olarak kısıtlanabilmektedir.

olduğunun ispatlanamaması üzerine, ATAD sağlık hizmetin kalitesinin güvence altına alınması gerekçesini haklı bulmamıştır⁵²³.

Üçüncü olarak, üye ülkeler herkese koşulsuz olarak istediği üye ülkede sağlık bakımı alma hakkının tanınmasının sağlık ve hastane hizmetlerinin planlamasını olumsuz şekilde etkileyeceği endişesini dile getirmişlerdir. Bu bağlamda, üye ülkeler herkesin erişebileceği ve dengeli sağlık ve hastane hizmetlerinin sunulabilmesi için önceden izin koşulunun uygulanmasını savunmuşlardır. Ulusal sınırlar içerisinde sağlık hizmetlerinin ve sağlık kuruluşlarının varlıklarını devam ettirebilmesi, halk sağlığının korunması ve halkın yaşamına devam edebilmesi için gerekliyse, sağlık hizmeti sunma serbestisi bu gerekçeye dayanarak sınırlanabilmektedir⁵²⁴. Bununla birlikte ATAD; Decker ve Kohll davalarında yurt dışında sağlık hizmeti alımını sınırlayan ulusal kuralların, temel sağlık hizmetlerinin devamlılığının sağlanması için vazgeçilmez olmadığına ve bu gerekçenin karşılanmadığına karar vermiştir.

Üye ülkelerin izin verme yetkilerinin sınırlarının tartışmaya açılması, uluslararası düzeydeki tek pazar kuralları ile ulusal düzeydeki sosyal güvenlik kuralları arasındaki sınırın tartışmaya açılması anlamına gelmektedir. Decker ve Kohll kararları, Topluluk hukukunun üye ülkelerin sosyal güvenlik sistemlerini düzenleme yetkilerini ellerinden almadığını ancak bu yetkiyi sınırladığını göstermektedir. Kohll ve Decker kararlarında ATAD, üye ülkelerin izin koşulu ile hastaların yurt dışında tedavi olmayı seçme hakkı arasındaki sınırı da tartışmalı hale getirmiştir. Üye ülkeler, hastaların sağlık durumları açısından gerekli olan ve yetkili ülkenin mevzuatlarında yer alan bir tedaviyi başka bir üye ülkede alma talebini keyfi olarak reddedememektedir⁵²⁵.

⁵²³ Judgement of the Court, Decker, C-120/95, 42 No'lu paragraf.

⁵²⁴ Judgement of the Court, Decker, C-120/95, 51 No'lu paragraf.

⁵²⁵ David Byrne, "Public health in the European Union: Breaking down barriers", *Eurohealth*, Vol.7, No. 4, 2001, s.4.

2.3.3.3.2 İzin Koşulunun Sınırlanması

Decker ve Kohll davalarında, hastane ortamı dışında gerçekleştirilen bir sağlık hizmetinin ve ürününün alımı; Vanbraekel davasında⁵²⁶ ise başka bir üye ülkede hastane bakımı alımı söz konusudur. Vanbraekel davasında ATAD, bir hastanın yanlış bir kararla yurt dışında tedavi almasına izin verilmemesi ve ardından hata yapıldığının anlaşılması durumunda hastaya geri ödeme yapılması ve hastaya geri ödeme yapılırken hangi ülkenin mevzuatının temel alınacağı konusuna açıklık getirmiştir. Belçika vatandaşı olan, Belçika’da yaşayan ve ANMC tarafından sigortalı olan Jeanne Descamps dizlerindeki rahatsızlık nedeniyle masrafları kendi sigorta kurumundan karşılanmak üzere Fransa’da ortopedi ameliyatı olmak için 1990 yılının Ocak ayında yetkili kurumundan izin talep etmiştir.

Ulusal mevzuata göre izin verilmesi için, ulusal üniversite hastanelerinde görev yapmakta olan bir doktorun, Fransa’da söz konusu tedavinin daha iyi koşullarda verileceğini belirten görüş bildirmesi gerekmektedir. Yetkili kurum bu görüşün alınmaması nedeniyle yurt dışında tedavi isteğinin yeterince desteklenmediğini ileri sürmüştü ve izin talebini reddetmiştir⁵²⁷. Hasta, önceden izin almamasına rağmen bu ameliyatı Fransa’da olmuş ve masraflarının geri ödemesini ANMC’den talep etmiştir. Talebin reddi üzerine Tournai iş mahkemesine açılan davada ANMC haklı bulunmuştur.

Bunun üzerine dava, Mons iş mahkemesine taşınmış ve mahkeme Descamps’ın 1990 yılındaki sağlık durumunun, Belçika’dakinden daha iyi koşullarda sunulabilecek bir hastane tedavisi gerektirip gerektirmediğini değerlendirmek için bir uzman görevlendirmiştir. Uzman, 1994 yılının Aralık ayında tamamladığı raporunda bunun gerekli olduğuna kanaat getirmiştir ve geri ödeme yapılması gerektiği kabul edilmiştir. Descamps’ın 1996 yılında hayatını kaybetmesi üzerine, varisleri olan kocası Abdou Vanbraekel ve çocukları dava sürecine devam etmiştir. Hastane tedavisi masraflarının Fransız mevzuatına göre hesaplanınca farklı

⁵²⁶ Abdou Vanbraekel and Others v Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC), Case C-368/98, European Court reports 2001 I-05363, 12.07.2001.

⁵²⁷ Judgment of the Court, Vanbraekel, C-368/98, 12 No’lu paragraf.

(38 608.99 FRF) Belçika mevzuatına göre hesaplanınca farklı (49 935.44 FRF) çıkması üzerine⁵²⁸, bakım hizmetinin sunulduğu ülkenin kurallarına göre mi hastanın yetkili kurumun bulunduğu ülkenin kurallarına göre mi ödenmesi gerektiği sorusu ortaya çıkmış ve ATAD'a görüşü sorulmuştur.

ATAD, hastanın başka bir üye ülkede hastane tedavisi alırken, sigortasının bağlı bulunduğu ülkeye göre daha düşük sigorta kapsamından faydalananın, yurt dışına yönelmesini kısıtlayıcı etki yaratabileceği ve yabancı hizmet sunucularının hizmet sunma özgürlüğünü kısıtlayıcı olabileceğini belirtmiştir⁵²⁹. Buna göre belirli istinai durumlar dışında⁵³⁰, üye ülke sigortalı hastasına, başka bir üye ülkede hastane hizmeti alırken kendi sınırları içindekine eş düzeyde koruma sağlamalıdır.

Ayrıca, ulusal kurallar sınır ötesi hizmet sunumunu, ulusal sınırlar içinde hizmet sunumundan daha zor hale getirmemelidir. Bu davada, hastanın 1408/71 sayılı Tüzük uyarınca izin alarak yurt dışında tedavi görmeye hakkı olduğuna sonradan karar verilmiştir. Bu durumda hastaya geri ödeme yapılmasına ve hastanın yurt dışında aldığı hastane hizmetlerine ait harcamalar, bu ülkenin kurallarına göre hesaplandığında, hastanın sigortalı olduğu ülkede aynı hizmete karşılık verilen geri ödeme miktarından az ise, yetkili kurumun aradaki farkı hastaya ödemesine karar verilmiştir⁵³¹. Vanbrakel kararında ATAD, sınır ötesi sağlık bakımının kapsamını iki şekilde genişletmiştir. Öncelikle, serbest dolaşıma dair antlaşma hükümlerinin tedavi masraflarının geri ödenmesini, tedavi öncesinde izin alınmasına bağlayan ulusal kuralların önüne geçmesini sağlamıştır; ikinci olarak 1408/71 sayılı Tüzüğün planlanmış tedavileri konu alan 22. maddesini (883/2004 sayılı Tüzüğün 20. maddesi) geniş yorumlamıştır. Önceden izin talebi reddedilen fakat tedavi

⁵²⁸ Judgment of the Court, Vanbraekel, C-368/98, 17 No'lu paragraf.

⁵²⁹ Judgment of the Court, Vanbraekel, C-368/98, 45 No'lu paragraf.

⁵³⁰ Sosyal güvenlik sisteminin finansal dengesinin önemli ölçüde bozulması riski, herkes tarafından erişilebilir dengeli sağlık ve hastane hizmeti sunma amacı ve ülke sınırları içerisinde bir tıbbi hizmetin ya da tedavi tesisinin korunmasının halk sağlığı ve hatta halkın hayatını sürdürülebilmesi için gerekli olması hali Bkz. Judgment of the Court, Vanbraekel, C-368/98, 47-49 No'lu paragraflar.

⁵³¹ Judgment of the Court, Vanbraekel, C-368/98, 51-52 No'lu paragraflar.

sonrasında izin verilen hastaların kendi harcamalarının ülkelerinin sağladığı düzeyde geri ödenmesine karar vermiştir⁵³².

Kohl and Vanbraekel davaları, dolaşım serbestisinin geri ödemeye dayanan sağlık sistemlerine uygulanmasını düzenlerken, bu davalarda benimsenen yaklaşımın aynı yardıma dayanan sosyal güvenlik sistemlerine uygulanıp uygulanmayacağı Geraets-Smits ve Peerbooms davalarında⁵³³ karara bağlanmıştır. Ayrıca, bu davalar şu konulara açıklık getirmesi bakımından önemlidir:

- Hastane hizmetlerinin hizmetlerin serbest dolaşımı kapsamına girmesi ve hastane bakımında izin koşulunun geçerliliği⁵³⁴,
- Hastanın talep ettiği tedavinin, yetkili üye ülkede sosyal güvenlik kapsamında yer almıyor iken başka bir üye ülkenin sosyal güvenlik sisteminde karşılanıyor olmasının sonuçları,
- Mesleki çevrelerin görüşünü hangi kriterlere göre bildirmesi gerektiği

B.S.M. Geraets-Smits, Hollanda'da yaşamaktadır ve Parkinson hastasıdır. Almanya'daki bir klinikte bu hastalığa karşı sunulan multidisipliner tedaviden faydalanmak için yetkili kurumundan (Stichting Ziekenfonds VGZ) 1996 yılının Ekim ayında izin talebinde bulunmuştur. Almanya'daki klinikte sunulan tedavi yöntemleri, fizyoterapi, işve uğraşı terapisi ile sosyo-fizyolojik destek verilmesini içermektedir. Yetkili kurum, Hollanda hastalık fonu ile sözleşme yapmış olan hizmet sunucularının Parkinson hastalığının tedavisi için yeterli düzeyde hizmet sunduğunu belirtmiştir. Ayrıca, yetkili kurum Almanya'daki klinikteki tedavinin hastaya artı değer katmadığını; klinikte sunulan tedavi yöntemlerinin mesleki çevrelerce olağan karşılanan bakım yöntemlerinden olmadığını ve bu yöntemlerin sosyal sigorta

⁵³² Andreas J. Obermaier, *End of Territoriality?: The Impact of ECJ Rulings on British, German, and French Social Policy*, Ashgate Publishing Limited, Surrey, 2009, s.59.

⁵³³ B.S.M. Geraets-Smits v Stichting Ziekenfonds VGZ ve H.T.M. Peerbooms v Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen, C-157/99, European Court reports 2001 I-05473, 12.07.2001.

⁵³⁴ Martinsen, November 2005, s. 1041.

mevzuatı kapsamında tanınmadığını belirterek tedavi masraflarının karşılanmamasına karar vermiştir⁵³⁵.

H.T.M. Peerbooms 1996 yılında Aralık ayında geçirdiği bir trafik kazası sonucunda Hollanda'da hastaneye kaldırılmış ve sonrasında Avusturya Innsbruck Üniversitesi kliniğine transfer edilmiştir. Innsbruck kliniği hastaya nörostimulasyon kullanarak yoğun bir terapi uygulamıştır. Bu teknik Hollanda'da sadece iki tıp merkezinde deneme amaçlı uygulanmaktadır ve 25 yaşın üzerindeki hastaların bu tedaviyi almalarına izin verilmemektedir. Peerbooms'un gerek yaşı gerekse sunulan tedavinin niteliği itibarıyla Hollanda'da kalsa bu tedaviyi alamayacağı açıktır. Peerbooms'un doktoru yetkili ulusal kurumdan (Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen) bu tedavinin masraflarını karşılamasını talep etmiştir ancak talebi reddedilmiştir. Nörostimulasyon tedavisinin deneysel nitelikte olması, etkili olduğuna dair bilimsel kanıtların olmaması ve bu tür tedavilerin meslek çevrelerinde olağan tedaviler arasında görülmemesi ve ilgili mevzuatta geri ödeme yapılacak yardımlar arasında belirtilmemiş olması nedenleriyle, tedavinin geri ödemesinin yapılması reddedilmiştir. Ayrıca, söz konusu tedavi normal tedaviler arasında görülse dahi, tatmin edici ve yeterli tedavinin Hollanda'da hastalık fonunun sözleşme yaptığı kuruluşlardan aşırı gecikme olmadan alınmasının mümkün olduğu, Innsbruck'teki tedavinin gerekli olmadığı gerekçesi ileri sürülmüştür⁵³⁶.

Bu süreçte Peerbooms komadan çıkmış ve Hollanda'daki bir kliniğe transfer edilmiş ve talebini daha yüksek mahkemeye (the Arrondissementsrechtbank te Roermond) iletmiştir. Bir nörolojist, uzman olarak görevlendirilmiş ve uzman raporunda söz konusu tedavinin deneysel nitelikte olduğu, bilimsel çevrelerce henüz kabul edilmediği ancak Peerbooms'un Innsbruck'te aldığı tedaviyi gerek yaşı gerekse tedavinin niteliği itibarıyla Hollanda'daki bir sağlık merkezinden alamayacağı belirtilmiştir.

⁵³⁵ Judgment of the Court, Geraets-Smits and H.T.M. Peerbooms, C-157/99, 29 No'lu paragraf.

⁵³⁶ Judgment of the Court, Geraets-Smits and H.T.M. Peerbooms, C-157/99, 38 No'lu paragraf.

Davalar büyük siyasi ilgi ile karşılanmıştır ve öncelikle söz konusu tedavilerin hizmetlerin serbest dolaşımı kapsamına girip girmediği tartışılmıştır. ATAD'a görüş bildiren üye ülkeler, hastalık fonu tarafından ücretsiz sunulan, kar amacı taşımayan ve aynı yardım niteliğinde olan hastane bakımının ekonomik faaliyet olmadığını ileri sürmüştür⁵³⁷. Kohll davasında tartışılan Lüksemburg sosyal güvenlik sisteminde kişiler tedavi olmak istedikleri pratisyen doktorları ve uzman doktorları seçme özgürlüğüne sahiptir ve aldıkları bakım hizmeti için önce kendileri harcama yapmaktadır, sonrasında hastalık fonu masrafların tamamını ya da bir kısmını hastaya geri ödemektedir. Hastane bakımı söz konusuysa ilgili kuruma doğrudan ödeme yapmaktadır⁵³⁸.

Hollanda'da ise sağlık hizmetleri, gelirleri belirli bir sınırın altında olan tüm vatandaşları kapsayan zorunlu hastalık sigorta fonu tarafından organize edilmektedir. Sigortalı kişiler, işverenler ve devletten alınan katkılarla finanse edilmektedir ve zorunlu hastalık sigortası tüm sigortalı hastalar için ücretsizdir. Bu nedenle bu davayla ilgilenen genel avukat Ruiz-Jarabo Colomer'in görüşü aynı sağlık yardımlarında ücret unsurunun yer almadığı, bu nedenle aynı yardım şeklindeki sağlık hizmetlerinin serbest dolaşımı ilkesi kapsamında olmadığı şeklinde olmuştur⁵³⁹. ATAD, bu argümanı kabul etmemiştir. Buna göre, hizmetlerin serbest dolaşımı ilkesi, aynı yardım temeline göre hizmet veren sosyal güvenlik sisteminde sunulan sağlık hizmetlerini de kapsamaktadır. Sağlık bakımı hastanede sağlanan bakım veya hastane dışında sağlanan bakım arasında ayırım yapılmasına gerek olmaksızın hizmetlerin serbest dolaşımı kapsamında değerlendirilmiştir⁵⁴⁰.

⁵³⁷ Hollanda, Belçika, Danimarka, Almanya, Fransa, İrlanda, Portekiz, Finlandiya, İsveç, İngiltere, Norveç ve İzlanda davayla ilgili görüş bildirmişlerdir. Bkz. Martinsen, November 2005, s. 1041.

⁵³⁸ Opinion of Mr Advocate General Ruiz-Jarabo Colomer delivered on 18 May 2000. - B.S.M. Geraets-Smits v Stichting Ziekenfonds VGZ and H.T.M. Peerbooms v Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen. 25 No'lu paragraf.

⁵³⁹ Opinion of Mr Advocate General Ruiz-Jarabo Colomer, Geraets-Smits and H.T.M. Peerbooms, C-157/99, 33 No'lu paragraf.

⁵⁴⁰ Judgment of the Court, Geraets-Smits and H.T.M. Peerbooms, C-157/99, 53 ve 54 No'lu paragraflar.

ATAD, bu değerlendirmesini Şu nedenlere dayandırmıŐtır: Hastanedeki tıbbi tedavinin, doğrudan hastalık fonu tarafından, önceden belirlenmiş ücret miktarına veya anlaşmalara dayalı olarak finanse ediliyor olması, Antlaşma'nın kapsamında hizmet anlamında değerlendirilmesinin önüne geçemez. Hizmet sunumu, her zaman hizmetin sunulduğu kişiler tarafından ödenmesini gerektirmez. İkinci olarak hastalık sigorta fonları tarafından bu fonlar ile sağlık hizmeti sunucuları arasında sözleşmeye dayalı düzenlemelerle yapılan demeler, sabit oran üzerinden belirlenmiş olsalar dahi, hastane hizmetlerinde de söz konusudur. Söz konusu demeler, bunları kabul eden dolayısıyla ekonomik nitelikli bir iş yapan hastaneler için ücret ya da karşılık nitelięindedirler⁵⁴¹.

Diğer yandan, ye ülkeler kendi vatandaşları için gerekli tıbbi olanakları düzenlemek ve sunmakla ykmldrlerdir. Serbest dolaşımın getirebileceği en açık risk, özellikle sınır bölgelerinde bazı hastanelere taŐıma kapasitesinin çok üstünde hasta gelmesidir. Tersisi durum da söz konusu olabilir. Çok fazla sigortalı hasta yurt dışına giderse, bazı hastaneler yeterince hasta olmamasından kaynaklanan sorunlarla baş etmek zorunda kalabilir. Hastaneler yüksek yatırım maliyetleri olan ve sabit maliyetleri oldukça yüksek kuruluşlardır. Bu nedenle hasta sayısındaki dŐuŐten kaynaklanan sorunlar, toplumun geneline sunulan hizmet kalitesinde sorunlara yol aabilir⁵⁴².

Bu bağlamda ATAD, hastane hizmetlerinin kendine özgü altyapı gerektiren koşullarda sunulmasını göz önünde bulundurarak ve hastanelerin sayısının, coğrafi dağılımının, organizasyon modellerinin, ekipmanlarının ve sundukları hizmetlerin niteliği itibariyle yoğun planlama gerektirdiğini belirterek, önceden izin koşulunun yurt dışından hastane bakımı alımında uygulanmasını ‘‘gerekli’’ ve ‘‘makul’’ bulmuŐtur⁵⁴³. Geraets-Smits ve Peerbooms kararlarına göre, yüksek kaliteli hastane hizmetlerini dengeli biçimde sürdürme amacını ve maliyet kontrolü sağlayarak finansal, teknik ve insan kaynaklarını etkin biçimde kullanma amacı taşıyan nlemler

⁵⁴¹ Judgment of the Court, Geraets-Smits and H.T.M. Peerbooms, C-157/99, 56-58 No'lu paragraflar.

⁵⁴² Jorens, s.99.

⁵⁴³ Judgment of the Court, Geraets-Smits and H.T.M. Peerbooms, C-157/99, 80 No'lu paragraf.

nedeniyle dolaşım serbestisi sınırlanabilir. Ancak, önceden izin için öngörülen koşullar, daha önceki içtihat hukukuyla oluşturan koşullara uygun şekilde olmalıdır ve amacı için gerekli olandan sıkı olmamalıdır.

İzin koşulunun kullanılabilmesi için, önceden öngörülebilir şekilde nesnel ve ayrımcı olmayan, üye ülkelerin izin verme yetkilerini keyfi şekilde kullanmalarını önleyen kriterlere dayanmalıdır. ATAD, bu nedenle izin sisteminin kolay erişilebilir ve izin isteğinin nesnel bir şekilde makul bir zaman içerisinde değerlendirileceği ve gerektiğinde yargı yoluyla izin işlemlerinin sorgulanabileceği bir sisteme dönüştürülmesini gerekli görmektedir⁵⁴⁴. Böylece ATAD, üye ülkelerin serbest dolaşımı kontrol etmek amacıyla izin yetkisini kullanmasını koşula bağlamıştır. ATAD, nesnel kriterlere vurgu yaparak ve haksız yere talebinin reddedildiğini düşünen hastaların, ulusal yetkililerin kararlarını yargı yoluyla sorgulamasını olağan bir sistem haline getirmeyi önererek, Avrupalı hastanın haklarını korumakta ve ulusal yetkililer karşısındaki konumunu güçlendirmektedir⁵⁴⁵.

Geraets-Smits ve Peerbooms davalarının her ikisinde de hastanın talep ettiği tedavi, yetkili üye ülkedeki mesleki çevreler tarafından olağan tedaviler arasında görümemekte ve bu nedenle sosyal güvenlik kapsamında yer almamaktadır. Sosyal güvenlik alanında uyumlaştırma öngörülmediğinden, üye ülkeler kişi ve kapsam bakımından sosyal güvenlik sistemlerinin içeriğini belirleme yetkisine sahiptirler. Diğer bir ifadeyle, üye ülkeler başka bir üye ülkede sigorta kapsamına giren tedavileri, kendi sistemlerine eklemek zorunda olmadıkları gibi hastanın, yetkili üye ülkede sigorta kapsamında olmayan bir sağlık hizmetini başka bir üye ülkeden alması halinde hastaya geri ödeme yapmak zorunda da değildirler.

Bu bağlamda, hastanın talep ettiği tedavinin, yetkili üye ülkede sosyal güvenlik kapsamında yer almıyor iken başka bir üye ülkenin sosyal güvenlik sisteminde karşılanıyor olması dolaşım serbestisi açısından engel oluşturmaz⁵⁴⁶.

⁵⁴⁴ Judgment of the Court, Geraets-Smits and H.T.M. Peerbooms, C-157/99,90 No'lu paragraf.

⁵⁴⁵ Martinsen, November 2005, s.1042.

⁵⁴⁶ Judgment of the Court, Geraets-Smits and H.T.M. Peerbooms, C-157/99, 86-87 No'lu paragraflar.

Diğer yandan, üye ülkeler, sosyal güvenlik sistemlerinin kapsamını (kişi, sağlık hizmeti ve ürünleri açısından) belirleme yetkilerini kullanırken AB hukukuna uygun hareket etmelidirler ve ayrımcılık yapmama ilkesi çerçevesinde, sigorta tarafından ödemesi yapılan ürün ve hizmetleri belirlerken nesnel ölçütleri temel almalıdırlar⁵⁴⁷. Geraets-Smits ve Peerbooms davasında ATAD, olağan tedavi kavramını sorgulamış ve sadece ulusal mesleki çevrelerin yorumunun yeterli olmadığını ulusal ve uluslararası kriterlerin birlikte ele alınmasının gerekli olduğunu vurgulamıştır⁵⁴⁸. Hizmet sunucuları açısından da milliyete dayalı ayırım yapılması yasaklanmıştır. Ulusal sigorta sistemi kapsamına giren tedavinin, sözleşme yapılan kuruluşlar tarafından sunulamayacağını anlaşılması üzerine, sözleşmeli olmayan ulusal hastanelere başka üye ülkelerdeki hastanelere nazaran öncelik verilmesi ve yurt dışında tedavi izni talebinin reddedilmesi kabul edilemez bulunmuştur⁵⁴⁹.

Çalışan kişilerin sınır ötesinde sağlık bakımına erişimini konu alan kararlarının ardından, ATAD Ioannidis davasında⁵⁵⁰ emeklilerin yurt dışında hastane bakımına erişimini değerlendirmiştir ve emekliler için geniş esnek bir tutum benimsemiştir. Yunanistan'da yaşayan emekli Vasileios Ioannidis, koroner kalp rahatsızlığı vardır ve Almanya'ya yaptığı geçici ziyaret sırasında kalp spazmı nedeniyle buradaki bir klinikte tedavi görmüş ve masraflarının Yunanistan'da bağlı bulunduğu kurum tarafından karşılanmasını talep etmiştir. Kurum, kalp hastalığının kronik bir hastalık olması nedeniyle yurt dışındayken aniden ortaya çıkan bir bakım ihtiyacı değil; yurt dışından planlı bir hizmet alımının söz konusu olduğu ve bunu izin alınmadan gerçekleştirildiği gerekçesiyle geri ödemeye karşı çıkmıştır.

ATAD, emeklilere uygulanan Topluluk hukukunun, çalışanlardan farklı olduğunu vurgulamıştır. Bu grubun kendine özgü özellikleri dikkate alınarak (dış etkilere karşı daha fazla savunmasızlık, sağlık hizmetlerine bağımlılık gibi), bu grup

⁵⁴⁷ Judgment of the Court, Geraets-Smits and H.T.M. Peerbooms, C-157/99, 89 No'lu paragraf.

⁵⁴⁸ Judgment of the Court, Geraets-Smits and H.T.M. Peerbooms, C-157/99, 96 No'lu paragraf.

⁵⁴⁹ Judgment of the Court, Geraets-Smits and H.T.M. Peerbooms, C-157/99, 107 No'lu paragraf.

⁵⁵⁰ Idryma Koinonikon Asfaliseon (IKA) v Vasileios Ioannidis, Case C-326/00 European Court reports 2003 I-01703, 25.02.2003.

için sınır ötesi hareketlilik teşvik edilmek istenmektedir⁵⁵¹. 1408/71 sayılı Tüzüğün 31. madde emekliler ve aile bireylerinin ikamet ettikleri ülke dışında bir üye ülkede bulunmaları sırasında ihtiyaç duydukları sosyal yardımları düzenlemektedir. Bu maddeye göre sağlık yardımı, acil tıbbi gereklilik, hastalığın aniden ortaya çıkması ya da önceden izin alınması koşullarına bağlanmamalıdır⁵⁵². Bu davada, yetkili kurumun ödeme yapmayı reddederek yanlış bir karar verdiğine, bu nedenle hastaya geri ödeme yapmasına karar verilmiştir.

2.3.3.3.3 İzin Koşulunun Yeniden Tanımlanması

Müller-Fauré ve van Riet davaları⁵⁵³, ATAD'ın sınır ötesi hasta hareketliliğine yönelik geliştirdiği hukuk kurallarını aynı yardıma dayanan sigorta sistemine genişletmesi; hastane bakımıyla hastane dışında sunulan sağlık bakımı arasındaki farkı belirginleştirmesi ve hastane dışında sunulan sağlık bakımında önceden izin koşulunu kaldırması nedenleriyle önem taşımaktadır⁵⁵⁴. V.G. Müller-Fauré Hollanda vatandaşıdır ve Almanya'daki tatili sırasında, hastane ortamı dışında, diş tedavisi (diş dolgusu ve protez yapımı) almış ve ülkesine döndüğünde hastalık fonundan tedavi masraflarının karşılanmasını talep etmiştir. E.E.M. van Riet ise ağrı sorunu yaşamaktadır ve doktoru Hollanda'dakinden daha erken sunulabileceği gerekçesiyle hastasının Belçika'da artroskopi hizmeti almasını önermiş ve yetkili kuruma izin talebinde bulunmuştur. Van Riet, izin talebinin sonucunu almadan Belçika'daki bir hastanede artroskopi hizmeti almış ve tedaviye burada devam etmiştir. Müller-Fauré'in geri ödeme talebi, tatil esnasında alınan tedavinin gönüllülüğe dayanması, Van Riet'in izin talebi ise acil durum ve tıbbi zorunluluk içermemesi gerekçeleriyle reddedilmiştir.

⁵⁵¹ Judgment of the Court, Ioannidis, C-326/00, 32-38 No'lu paragraflar.

⁵⁵² Judgment of the Court, Ioannidis, C-326/00, 40-43 No'lu paragraflar.

⁵⁵³ V.G. Müller-Fauré v Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA ve E.E.M. van Riet v Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen Case C-385/99, European Court Reports I- 4509, 13.05.2003.

⁵⁵⁴ Wolf Sauter, "The Proposed Patient Mobility Directive and the Reform of Cross-Border Healthcare in the EU", *TILEC Discussion Paper*, 2008, <http://ssrn.com/abstract=1277110> (12.05.2010), s.18.

ATAD, diğer davalardaki kararlarını yinelemiş ve önceden izin koşulunun bu kişilerin başka bir üye ülkede hizmet almalarını zorlaştırdığını ve bu nedenle ulusal kuralların hizmetlerin serbest dolaşımına engel oluşturduğunu belirtmiştir. Ulusal kuralların engelleyici nitelik taşımasına, ancak sağlık sistemlerinin planlanması ve sosyal güvenlik sistemlerinin finansal dengesinin korunması gerekçeleriyle izin verilebileceğini bir kez daha vurgulayan ATAD, bu kez yorumunu daha genişletmiştir⁵⁵⁵. Buna göre, izin koşulunun sınırları çizilirken, hastane bakımı ve hastane dışında bakım hizmetleri arasında ayırım yapılmalıdır.

Hastane bakımında izin alınması koşulu, belirli şartlar altında geçerliliğini korurken, hastane dışı bakım hizmetlerinde izin koşulu kaldırılmıştır. Sosyal sigorta sisteminin geri ödemeye ya da aynı bakıma dayalı olması uygulama açısından farklılık yaratmamaktadır. Hastane dışı sağlık bakımı hizmetlerinde izin koşulunun yeniden uygulanabilmesi için ya çok sayıda hastanın başka bir üye ülkeye gitmesi, sosyal güvenlik sisteminin finansal dengesinin bozulması ve dolayısıyla halk sağlığının tehlikeye girmesi gereklidir ya da izin koşulunun kaldırılmasının aynı yardım sunan sosyal sigorta sisteminin temel özelliklerine zarar verdiğinin ispatlanması gereklidir⁵⁵⁶.

Üye ülkelerin izin yetkilerini hasta odaklı düşünerek kullanmaları vurgulanmıştır. Üye ülkeler, her hastanın özel koşulları, tıbbi geçmişi, izin talebi sırasındaki sağlık durumu ve iş görmesini zorlaştıran ya da olanaksızlaştıran ağrı derecesi ya da engellilik derecesi gibi unsurları dikkate alarak izin isteğini değerlendirmelidirler. Bu bağlamda, ATAD üye ülkelerin hastanın sağlık durumunu dikkate almadan, sadece hastane kapasitesinin etkin kullanımı veya hastane hizmetleri için bekleme listelerinin olması gerekçelerine dayanarak izin talebini reddetmesini, hizmet sunma serbestliğinin sınırlanması açısından haklı neden olarak görmemektedir. Hasta yetkili kurumun sözleşme yaptığı hastanelerde aşırı gecikme olmaksızın aynı ya da eş derecede etkili tedaviyi alabiliyorsa, yetkili kurum hastanın yurt dışında tedavi için izin talebini reddedilebilmektedir.

⁵⁵⁵ Martinsen, November 2005, s.1044.

⁵⁵⁶ Judgment of the Court, Müller-Fauré and van Riet, C-385/99, 95 No'lu paragraf.

Watts davasının⁵⁵⁷ sınır ötesi hasta hareketliliğinin gelişimi açısından önemi, ilk kez ulusal sağlık hizmetleri sisteminin konu alınmasıdır. Danimarka, İngiltere, İsveç, İspanya ve İrlanda ulusal sağlık hizmetleri sistemine sahiptir ve bu ülkeler ulusal sağlık sistemlerinin hastane bakımını ve hastane dışında sağlık bakımını belirli bir ücret karşılığında sunmadığını belirterek, ATAD kararlarından ulusal sağlık sistemlerini etkilemediği görüşünü savunmuşlardır⁵⁵⁸. Watts davası, dolaşım serbestisi ve ayrımcılık yapılmaması ilkelerinin ulusal sağlık sistemlerini de etkilediğini ortaya koymuştur.

Yvonne Watts, İngiltere vatandaşıdır ve eklem rahatsızlığı nedeniyle yetkili kurumundan, E112 prosedürü altında yurt dışında ameliyat olmak için izin talebinde bulunmuştur. Watts'ın durumu ameliyat için bir yıl bekleme süresinin verildiği “rutin” durumlardan birisi olarak nitelendirmiştir. Sağlık fonu, Watts'a bu tedaviyi “hükümetin ulusal sağlık sistemi planı hedefleri” çerçevesinde “aşırı gecikme olmaksızın” kendi ülkesinde alabileceğini bildirmiş ve izin talebini reddetmiştir. Watts red kararının tekrar gözden geçirilmesini talep etmiştir, bu süre zarfında Fransa'da sağlık danışmanı ile görüşmüş ve sağlık durumunun kötüye gittiğini öğrenmiştir. İngiltere'de de sağlık incelemesinden geçen Watts, “kısa sürede” ameliyat olması gerekenler kategorisine alınmış ve ameliyatının 2 ya da 4 ay içinde gerçekleşeceği bildirilmiştir ve Watts'ın yurt dışında tedavi için yaptığı başvuru bekleme süresinin kısalması sebebiyle tekrar reddedilmiştir. İzin alamamasına rağmen, Fransa'da ameliyat olan Watts, yetkili sağlık fonundan harcamalarının geri ödenmesini talep etmiştir ve talebi reddedilmiştir.

ATAD, bu davada 1408/71 sayılı Tüzüğün 22(2). maddesinde yer alan “söz konusu tedaviyi almak için gereken normal süre içerisinde” ifadesi ile daha önceki kararlarında kullandığı “aşırı gecikme olmaması” ifadesine açıklık getirmiştir. 1408/71 sayılı Tüzüğün 22(2). maddesinde belirtilen iki koşulun karşılanması

⁵⁵⁷ Yvonne Watts v Bedford Primary Care Trust and Secretary of State for Health, Case C-372/04 , 16.05.2006.

⁵⁵⁸ Rita Baeten, Bart Vanhercke and Michael Coucheir, “The Europeanisation of National Health Care Systems: Creative Adaptation in the Shadow of Patient Mobility Case Law”, *Observatoire Social European Paper Series*, No.3, 2010, s. 19-20.

halinde üye ülkedeki yetkili kurum ilgili sağlık hizmetinin alımı için izin vermek zorundadır. Bu koşullardan ilki, hastanın yurt dışında almak istediği tedavinin, bağlı yetkili üye ülkenin mevzuatında kabul edilen sağlık hizmetleri arasında olması; ikincisi sağlık durumu ve hastalığının olası seyri dikkate alındığında hastanın ihtiyaç duyduğu tedaviyi yaşadığı ülkede normal süre içerisinde alamıyor olmasıdır⁵⁵⁹.

Hastane bakımı için bekleme süresi, kişinin sağlık durumunun kişiye özel yanları dikkate alınarak ve nesnel klinik değerlendirme dayanarak belirlenmelidir. Bu nedenle uygun bekleme süresiyle ilgili sabit bir zaman aralığı belirlemek mümkün değildir, her hastalığa ve hastanın duruma göre değişmektedir. İzin talebi, hastanın tıbbi koşulları dikkate alınmadan sadece genel sağlık planlaması hedefleri nedeniyle konulan bekleme sürelerine dayanarak reddedilmemelidir. ATAD, başka bir üye ülkede tedavi olması için izin verilen ya da izin talebi reddedilen, ancak sonradan red kararının haklı olmadığı anlaşılan hastanın tedavi masraflarının, hastanın sağlık bakımı aldığı üye ülke mevzuatına göre ve yaşadığı üye ülkedeki yetkili kurum tarafından ödenmesine karar vermiştir.

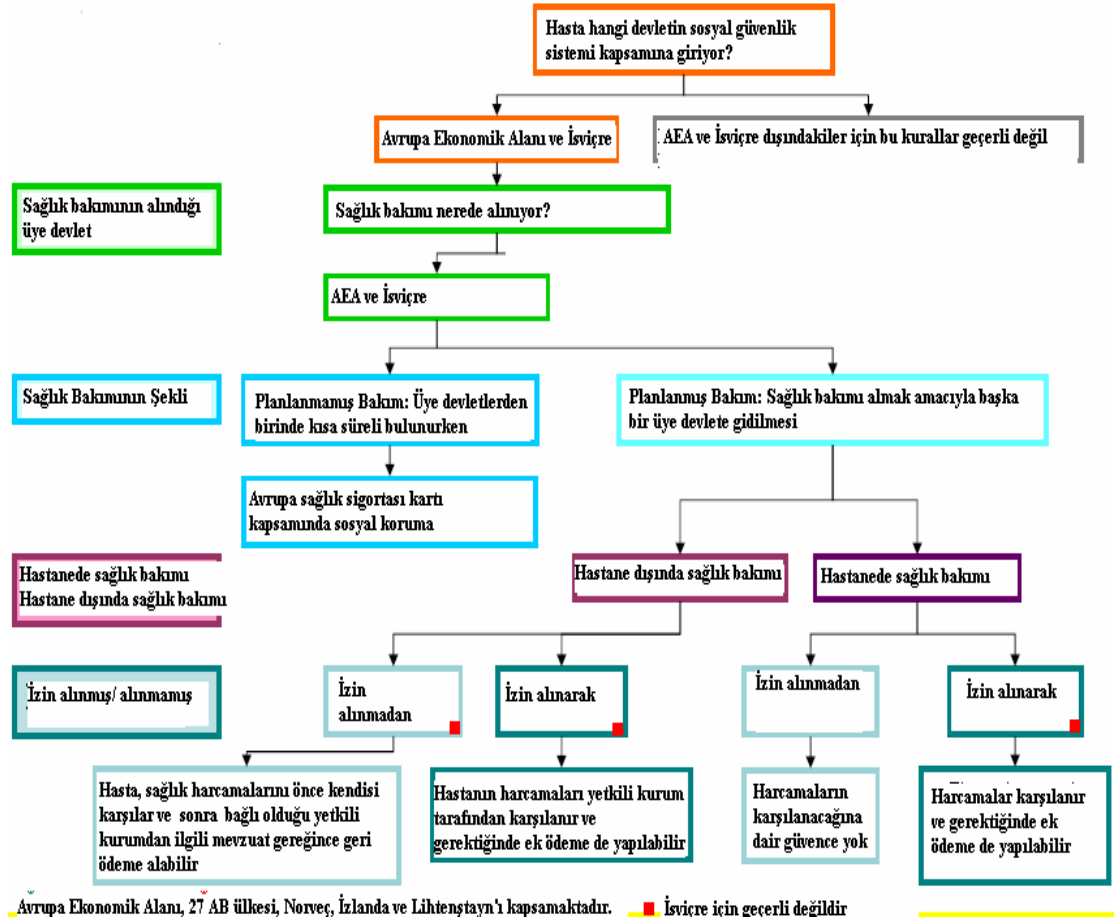
ATAD, sağlık hizmetlerin ulusal sağlık sistemi tarafından sunulmasının onu hizmetlerin serbest dolaşım ilkesi kapsamından çıkarmadığını Müler Fauré ve Van Riet ile Smits ve Peerbooms kararlarına atıf yaparak yinelemiştir. Hastaya başka bir üye ülkede aldığı tedavi için geri ödeme yapılması kuralı, ulusal sağlık hizmetleri gibi sağlık hizmetlerinin ücretsiz sunulduğu sistemlerde de geçerlidir⁵⁶⁰. Seyahat ve konaklama masrafları konusunda, hastanın yaşadığı ülkenin mevzuatında böyle bir yükümlülük öngörüyorsa, yükümlülük ölçüsünde geri ödeme yapılmaktadır. Böyle bir yükümlülük yok ise, hastanın yurt dışında izinli olarak aldığı tedavinin sadece sağlık bakımıyla ilgili olan harcamaları karşılanacaktır.

⁵⁵⁹ 1408/71 sayılı Tüzüğün yerine geçen 883/2004 sayılı Tüzüğün 20. maddesinde, sigortalı kişinin “kişinin sağlık durumu ve hastalığının olası seyri dikkate alınarak tıbbi olarak uygun zaman süresi içerisinde” yaşadığı ülkede gerekli tedaviyi alamaması durumunda, yurt dışında almasına izin verilmesi zorunluluğu getirilmiştir.

⁵⁶⁰ Roos van der Velde, “ECJ Judgements Concerning Cross Border Health Care 1998-2006 Summaries”, http://www.soziale-dienste-in-europa.de/dokumente/Aktuelles/EuGH_Urteile_summary_en.pdf (05.07.2010).

ATAD Smits ve Peerbooms kararlarında belirttiği nedenlerle, başka bir üye ülkede hastane tedavisi alınımının ve geri ödeme talebinin, yetkili kurumdan izin alınmasına bağlı olmasını hem gerekli hem de makul bulmaktadır. Ayrıca bekleme süreleri, kişinin ilk izin talebinden sonra sağlık durumunda kötüleşme olması durumunda kişiye bildirilen bekleme süresinin yeniden düzenlenebilmesi için esnek bir şekilde belirlenmelidir. Bu davada, ulusal sağlık hizmetlerinin yetkili organının öngördüğü bekleme süresinin tıbbi açıdan kabul edilebilir olup olmadığını hastanın kendine özgü koşullarına ve klinik ihtiyaçlarına göre belirleme görevi ulusal mahkemeye verilmiştir.

Şekil 3 Sınır ötesi sağlık bakımına erişim



Kaynak: European Commission, "Flow chart summarising the ways in which health care costs may be met", 2010, <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=569&langId=en>, (23.05.2010).

Sınır ötesi hasta hareketliliğiyle ilgili dava süreçlerinde, üye ülkeler sıklıkla 1408/71 sayılı Tüzük ile ATAD kararlarına dayanak oluşturan, serbest dolaşımı

düzenleyen antlaşma maddeleri arasındaki ilişkiyi gündeme getirmişlerdir. ATAD her seferinde tüzük ve antlaşmanın birbiriyle çatışmadığını; birbirinin yerine geçmediğini belirtmiştir. Avrupa vatandaşlarının başka bir üye ülkede sağlık bakımı almalarını düzenleyen hukuk kuralları ve yargı kararları, birbirlerinin tamamlayıcıdır.

1408/71 sayılı Tüzük ve onun yerini alan 883/2004 sayılı Tüzük, sınır ötesi sağlık bakımına erişimi önceden izin verme koşulu nedeniyle, temel olarak ulusal yetkililerin takdirine bırakılmaktadır. Antlaşma'nın doğrudan etkili olan hizmetlerin serbest dolaşımı maddesi ise hastalara kendi başlarına kullanabilecekleri bir hak olarak sınır ötesi sağlık bakımına erişim *hakkı* vermektedir⁵⁶¹. Antlaşmaya dayalı yöntem, Tüzük yönteminin yerine geçmemekte ya da onu geçersiz kılmamaktadır. Inizan davası'nda⁵⁶² ATAD'a Tüzük yönteminin önceden izin alınmasını gerekli kılan prosedürünün (22. madde) Antlaşmanın serbest dolaşım kurallarına aykırı olup olmadığı konusundaki görüşü sorulmuştur. İkincil hukuk kaynaklarının birincil hukuk kuralları kapsamında yorumlanması gerektiğine işaret eden ATAD, Tüzüğün 22. maddesinin Antlaşmaya aykırı olmadığını bilakis üye ülkeler arasında sağlık hizmeti sunumunu kolaylaştırdığını belirtmiştir. Bu yöntem altında, kişilerin başka bir üye ülkede o ülkenin vatandaşlarıyla eşit koşullar altında hizmet alabilmekte ve kimi zaman kendi ülkesinden daha kapsamlı haklara sahip olabilmektedir⁵⁶³.

Tüzük yönteminde harcamaların, gerekli belgelerin sağlanması halinde (Avrupa Sağlık Sigortası Kartı ve E112 belgesi) tedavi görülen ülkenin mevzuatına göre yetkili ülke tarafından ödenmesi söz konusu iken, Antlaşma yönteminde hasta yurt dışında tedavi masraflarını kendi karşılamakta ve sonrasında yetkili ülke mevzuatında belirlenen orana göre hastaya geri ödeme yapmaktadır. Antlaşma yönteminde kişinin aldığı tedavinin masraflarını önceden ödüyor sonra kendi ülkesindeki ödeme planı çerçevesinde geri ödeme alıyor olması, ödenen miktar ile ödeme yapılan miktar arasında farklılık olması durumunda hasta açısından ek

⁵⁶¹ Hervey and McHale, s. 124.

⁵⁶² Patricia Inizan v Caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine, Case C-56/01, 23.10.2003.

⁵⁶³ Jorens, Coucheir and Overmeiren, 2005, s. 12.

harcama anlamına gelmektedir. Ulaşım ve konaklama masrafları da buna eklendiğinde, hastalara verilen seçim yapma fırsatı ekonomik nedenlerle kısıtlanmaktadır. Bu durum, ekonomik durumu iyi olan hastalar ile olmayan hastalar arasında sınır ötesi sağlık bakımına erişim hakkı açısından ikilik yarattığı gerekçesiyle eleştirilmektedir⁵⁶⁴.

Hastane bakımı/yatakta tedavi (intramural care-inpatient care) söz konusu olduğunda, her iki yöntemde de izin alınması gerekli görülmektedir. Hastane dışı bakım/ayakta tedavi (extramural care-inpatient care) söz konusu olduğunda, Antlaşma yönteminde hasta, sınır ötesi tıbbi hizmet alma serbestisinden faydalanabilmektedir. Hastanın tedavi aldığı üye ülkedeki sigorta kapsamı, hastanın sigortalı olduğu ülkeye göre daha kapsamlı ise, Tüzük yöntemi hastanın daha çok yararına olacaktır. Bununla birlikte, hasta yurt dışında gitmeden önceden izin almak zorundadır ki bu işlem de uzun olabilmektedir. Aksi durumda, yani hastanın tedavi aldığı üye ülkede geçerli olan geri ödeme miktarı, hastanın sigortasının bağlı bulunduğu ülkedeki miktardan daha az ise, Antlaşma yöntemi daha avantajlı konuma geçmektedir⁵⁶⁵. Antlaşma yönteminde serbest dolaşım ilkesi çerçevesinde, bir üye ülkede sigortalı olan üçüncü ülke vatandaşı sınır ötesi sağlık hizmeti alabilmektedir. 883/2004 tarihli Tüzük ile yapılan değişikliğe kadar üçüncü ülke vatandaşları 1408/71 sayılı Tüzüğün kişi bakımından kapsamı dışında tutulmuştur⁵⁶⁶.

Bu bölümde, AB'nin sağlık bakımı alanındaki yetkilerinin özellikle iç pazar bünyesinde kurulan politika bağlantıları yoluyla gösterdiği kademeli gelişim açıklanmıştır. AB'nin toplu sağlık bakımı ve bireysel sağlık bakımı alanlarındaki görev ve yetkileri zaman içerisinde genişleme göstermiştir. Sınır ötesi hasta hareketliliğine Avrupa düzeyinde ivme ve öncelik kazandıran temel etken, iç pazar bütünleşmesinin gerekleri özellikle, dolaşım serbestisi ve ayrımcılık yapılmaması ilkeleridir.

⁵⁶⁴ Jorens, s. 83-123.

⁵⁶⁵ Jorens, Coucheir and Overmeiren, s. 15.

⁵⁶⁶ Jorens, s. 115.

Bütünleşmenin sağlık bakımı alanına yayılması ve sınır ötesi hasta hareketliliği, bütünleşmenin vardığı noktayı değil, yöneldiği istikameti göstermektedir. Hem üye ülkeler hem de bütünleşme süreci üzerindeki etkileri bakımından, sınır ötesi hasta hareketliliği sadece bir başka yayılma süreci değil Avrupanın geleceğine yönelik tartışmaların bir parçasıdır. Sınır ötesi hasta hareketliliği, sosyal koruma sistemleri ile ekonomik serbestilerin; Avrupa sosyal modeliyle Avrupa iç pazarının kesişiminde bulunan bir politika alanıdır. Bu nedenle, sınır ötesi hasta hareketliliği, Avrupa bütünleşmesinin daha liberal veya daha sosyal Avrupa modelleri arasındaki gelişimini izlememize olanak sağlamaktadır.

Bu bir anlamda bütünleşmenin başından itibaren var olan sosyal demokrasi ve liberal ekonomik politikalar; ulusal yetkilerin korunması ve Avrupa bütünleşmesinin desteklenmesi gibi çatışan görüşler arasında uzlaşma arayışı anlamına gelmektedir⁵⁶⁷. Diğer yandan bu, AB'nin varoluş mücadelesi anlamına gelmektedir. AB, hem yeni meydan okumalar karşısında ekonomik gücünü ve sosyal değerlerini korumak, hem de bunu yaparken üye ülkelerin ve Avrupa vatandaşlarının desteğini sağlamak zorundadır. Bu nedenle tezin üçüncü bölümü, sınır ötesi hasta hareketliliğinin üye ülkeler ve Avrupa bütünleşmesi üzerindeki etkilerini konu almaktadır.

⁵⁶⁷ Hooghe and Marks, 1997, s. 3.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SINIR ÖTESİ HASTA HAREKETLİLİĞİ VE AVRUPA BÜTÜNLEŞMESİ

Bir Avrupa alanının yaratılması, bütünleşmenin gerçekleştiği coğrafi alan kadar; bu alanda gerçekleşen hareketlilik ile yakından ilgilidir⁵⁶⁸. ATAD, sınır ötesi hasta hareketliliğini bir AB politikası haline getirme sürecinde, hukukun Avrupa bütünleşmesindeki birleştirici gücünü kullanmıştır. Kohll ve Decker davaları, yanıtlanması gereken yeni soruları ve ATAD'dan yorum bekleyen yeni davaları teşvik etmiştir. Sınır ötesi hasta hareketliliğine ilişkin ATAD kararları, iç pazarda ayrımcılık yapılmaması ve dolaşım serbestisi adına ulusal yetkileri sınırlarken AB'nin ulusal sağlık politikalarına müdahale alanını genişletmiştir. Bununla birlikte, sınır ötesi hasta hareketliliği, hasta hareketliliği ile doğrudan ve dolaylı ilişkili konularda uluslararası düzeye yetki transferine yol açarak sağlık bakımındaki bütünleşmeyi kapsam olarak genişleten bir etken olmuştur⁵⁶⁹.

Bu gelişmelerin üye ülkeler tarafından benimsenmesi kolay olmamıştır. Üye ülkelerin, ATAD kararlarına tepkisi, bir hastanın tedavisi olmayan hastalığa yakalandığını öğrendiğinde verdiği tepkilere benzemektedir: kabullenmeme, öfke, pazarlık, depresyon ve son olarak durumu kabullenme. Üye ülkelerin siyasi duyarlılıklarının yüksek olduğu bu alanda, Komisyon temkinli hareket ederek ve resmi olmayan öncelik belirleme gücünü daha çok kullanarak, üye ülkeleri sağlık alanında bütünleşme fikrine yavaş yavaş alıştırmıştır⁵⁷⁰.

Sağlık bakımı ve sosyal koruma alanlarında uyumlaştırma öngörülmemesi, Komisyonu, yargı kararları sonrasındaki süreci yumuşak politika araçları kullanarak yönetmeye itmiştir. Bu dönemde üye ülkeler arasında işbirliğini ön plana çıkaran iki paralel gelişme: sağlık bakımında açık eşgüdüm yöntemiyle eşgüdüm sağlanması ve

⁵⁶⁸ Ole B. Jensen and Tim Richardson, *Making European Space Mobility, Power and Territorial Identity*, Routledge, London, 2004, s. 5,6.

⁵⁶⁹ Juho Saari and Jon Kvist, "European Union Developments and National Social Protection", *The Europeanisation of Social Protection*, Ed. Jon Kvist and Juho Saari, Policy Press, Bristol, 2007, s. 2.

⁵⁷⁰ Kostera, s. 33.

hasta hareketliliği ile Avrupa sağlık bakımındaki gelişmeleri konu alan bir düşünme sürecinin başlatılmasıdır⁵⁷¹. Sağlık alanında açık eşgüdüm yöntemi kullanılmaya devam etmektedir. Düşünme süreci ise yerini farklı politika önlemlerine bırakmış ancak AB’de sınır ötesi hasta hareketliliği yönetişiminin temellerini atmıştır.

3.1 SINIR ÖTESİ HASTA HAREKETLİLİĞİNİN YÖNETİŞİMİ

Bütünleşme sürecinde aktörler, diğer aktörlerin de içinde olduğu bir karşılıklı bağılıklar (interdependencies) ağı içinde hareket etmektedir⁵⁷². Bu durum çıkarların ve tercihlerin her ne kadar önceden bilinse de, ilişki ilerledikçe sabit kalmadığı, özellikle politika oluşturma süreçlerinde tarafların pozisyonlarına göre yeniden şekil aldığı bir ilişki modelini ortaya koymaktadır. Bu nedenle, taraflar arasındaki etkileşimler doğrusal ya da tek yönlü (uluslarüstünden ulusala ya da ulus-altına veya tam tersi yönde) değildir. Siyasi yetki, çeşitli düzeylerdeki (yerel, bölgesel, ulusal, Avrupa) kurumlara, ilgili politika temelinde dağıtılmaktadır⁵⁷³.

Haas’ın siyasi bütünleşme tanımında yeni siyasi topluluğun, mevcutların “yerini alması” (replace) yerine “üzerine eklenmesi” (superimpose) ifadesini kullanması bütünleşme sürecinde yönetim biçiminin çok düzeyli olacağına dair öngörüsünün bir ifadesidir⁵⁷⁴. Schmitter, bütünleşmenin bölgesel/ülkesel (territorial) boyutuna işlevsel boyut katmak amacıyla AB’nin çok merkezli (poly-centric) aynı zamanda çok düzeyli (multi-level) yapısını vurgulamaktadır. Çok merkezli yönetişim ile ifade edilmek istenen çeşitli aktörlerin dağılık ve özerk olan vekillere işlevsel görevler için yetki devrinde bulunmasıdır. Bu yönetim tarzında tek bir merkezi kurum yoktur. Çok düzeyli yönetişim ile ifade edilmek istenen siyasi açıdan bağımsız, ancak diğer yandan karşılıklı bağımlı aktörlerin (özel ya kamu) pazarlık,

⁵⁷¹ Paula Blomqvist and Jakob Larsson, “Towards common European health policies: what are the implications for the Nordic countries?”, *Institute for Futures Studies*, Vol.13, 2009, [http://www.framtidsstudier.se/filebank/files/20090814\\$141018\\$fil\\$LvRsSVseKu7x7rSQ6Z96.pdf](http://www.framtidsstudier.se/filebank/files/20090814$141018$fil$LvRsSVseKu7x7rSQ6Z96.pdf), s. 13,14.

⁵⁷² Rosamond, 2000, s. 92.

⁵⁷³ Glyn Morgan, *The Idea of a European Superstat: Public Justification and European Integration*, Princeton University Press, Princeton – Oxford, 2005, s. 24.

⁵⁷⁴ Rosamond, 2005, s. 241.

tartışma ve uygulama konularında farklı bölgesel düzeylerde bir araya gelmesidir. Bu düzeylerden hiçbirine özgü politik bir yetki verilmediği gibi, bu düzeyler arasında siyasi otorite açısından belirgin bir hiyerarşi de bulunmamaktadır⁵⁷⁵.

Yönetişimin, AB açısından önemi uluslarüstüne “bağlılık transferinde” ortaya çıkmaktadır. Avrupa vatandaşlarının ulusal siyasal sistemlerine karşı hissettikleri güvensizlik sorunu, Avrupa düzeyinde daha da ciddi hale gelmektedir. Vatandaşlar başlıca sorunlarının çözümü için hem AB kurumlarından faaliyette bulunmasını istemekte hem de güvensizlik duymakta ya da AB’yle genel olarak hiç ilgilenmemektedir. AB, pek çok kişi tarafından uzak ve gereğinden fazla müdahaleci olarak görülmektedir. Bu bağlamda AB’nin etkili ve sorunla ilgili çözümler üretebilmesinin koşulu, AB kurumları ile vatandaşlar arasında bağ kurulmasıdır. Bağ kurma görevi çoğunlukla ulusal parlamentolar gibi demokratik kurumlara ve toplumsal grupları temsil eden organizasyonlara düşmektedir⁵⁷⁶. Bu, çeşitli politika işbirliklerinde girift bir yapılanma ortaya çıkarmaktadır. Bir taraftan, Avrupa Komisyonu, Avrupa Parlamentosu ve ATAD gibi uluslarüstü kurumların işbirliği alanlarındaki rolü artarken, diğer taraftan ulus-altı düzeydeki aktörlerin görüşleri de AB düzeyine taşınmaktadır. Böylelikle AB içerisinde çok düzeyli bir yönetim sistemi ortaya çıkmaktadır⁵⁷⁷.

Bu yönetim sisteminde bir politikanın ya da kurumun sadece ulusal, uluslarüstü ya da ulus-altı düzeye mi ait olduğunu saptamak mümkün değildir. AB düzeyinde belirli bir alanda oluşturulan bir bilimsel komiteyi örnek alırsak, bu komite üye ülkelerden gelen uzmanlardan oluşmaktadır ve bu uzmanlar AB içinde görev alabildikleri gibi çeşitli uluslararası kuruluşlarda ilgili alanda çalışıyor olabilir. AB’de politika oluşturma süreci sadece ulus devletlerin tercihleri ile şekillenen bir süreç değildir. Tercihlerin yapıldığı siyasi alanlar ulusal sınırların ötesinde de

⁵⁷⁵ Schmitter, 2004, s. 49.

⁵⁷⁶ European Commission, *White Paper on European Governance*, Brussels, 25.7.2001, s. 3.

⁵⁷⁷ Ian Bache and Matthew Flinders (ed.), *Multi-level Governance*, Oxford University Press, Oxford, 2004, s. vi. ; Tamara Hervey, “The European Union and the Governance of Health Care” *Paper presented at the annual meeting of the The Law and Society, Las Vegas, 2009*, <http://eucenter.wisc.edu/OMC/Papers/Protection/hervey.pdf> (13.06.2010), s. 2.

birbirine bağlıdır. Politika girişimi başlatma aşamasından, karar verme ve uygulamaya geçilmesi aşamasına kadar çeşitli aktörler ulusal sınırların ötesinde birbiriyle etkileşim içerisindedirler⁵⁷⁸.

Uluslarüstü, ulusal ve ulus-altı düzeyler arasındaki bu etkileşim sınır ötesi hasta hareketliliğine de yansımıştır. Sınır ötesi hasta hareketliliğinin yönetiminde, ATAD çeşitli kararları ile öncü rol üstlenirken, Komisyon ise sınır ötesi hasta hareketliliğinde arabulucu rolünden daha önemli olarak, uluslarüstü koalisyonların kurulmasını, paket pazarlıkları ve gündemi şekillendiren etkin bir rol üstlenmiştir. Komisyon, ayrıca ulusal düzeyde ve ulus-altı düzeydeki aktörlerin bu sürece dahil olmalarını ve ulusüstü çıkar gruplarının oluşumunu desteklemiştir. Avrupa Konseyi ve dönem başkanlıklarının bu konuya önem vermesi, bu alanda bütünleşme yönünde adımlar atılmasına olanak sağlamıştır⁵⁷⁹.

3.1.1 Avrupa Toplulukları Adalet Divanı'nın Öncülüğü

Sağlık alanında Avrupa bütünleşmesi, doğrusal bir yoldan ziyade, çatışmalarla örülü bir gelişim izlemiştir. AB, ulusal sağlık politikaları üzerindeki müdahale gücünü, olağan rasyonel karar alma süreçlerinin bir sonucu olarak elde etmemiştir. ATAD, Topluluk hukukunun üstünlüğü bağlamında, dolaşım serbestisi ve ayırım yapılmaması kurallarını, ulusal hukukun ve politikaların çeşitli alanlarına uygulamaktadır. AB'nin sağlık alanındaki yetkisi de, ATAD'ın bu uygulamalarının bir yan etkisi olarak ortaya çıkmıştır. AB'nin bütünleşmenin pek olası görünmediği bir alanda yetkilere sahip olması, ATAD'ın statükoyu değiştiren hukuki yorumları diğer bir ifadeyle hukuk aracılığıyla mümkün olmuştur⁵⁸⁰.

Hukuk, Avrupa bütünleşmesinde belirgin ve açık bir amaca hizmet etmektedir: Ekonomik, parasal ve siyasi alanları kapsayan değişik düzeylerde bütünleşme

⁵⁷⁸ Hervey and McHale, s. 35.

⁵⁷⁹ Euractiv, "Health Ministers to Clinch Deal on Patient Mobility", 09.06.2010, <http://www.euractiv.com/en/health/health-ministers-to-clinch-deal-on-patient-mobility-news-494953>, (13.08.2010).

⁵⁸⁰ Dorte Sindbjerg Martinsen, "Towards an Internal Health Market with the European Court", *West European Politics*, Vol.28(5), 2005, s. 1035.

sürecinin geliştirilmesi. Bu açıdan, bütünleşme sürecinin yapıtaşlarından birisi olmuştur. Aynı zamanda hukuk, bütünleşmenin hem aracı hem de konusu olmuştur⁵⁸¹. Hukuk, hem teknik bir alan olması, hem de politika bağlantılarının gerçekleştiği bağlamın kurallarını belirlemesi açısından yeni işlevselci özellikler taşıyan bir alandır. AB hukukunun ulusal mevzuatlara nüfuz etme gücü, temelde AB hukukunun doğrudan etkililiği ve üstünlüğü ilkelerinden⁵⁸² ve bu ilkelerin daha sınırlı ekonomik konulardan daha kapsamlı sosyal ve siyasi konulara yayılmasından kaynaklanmaktadır⁵⁸³.

Uluslararası mahkemelerin, aktör olarak gücünü belirleyen iki temel faktör vardır; bunlardan ilki, mahkemenin yargı yetkisinin kapsamıdır. AB hukuku, ATAD'a çeşitli politika alanlarında yargı yetkisini kullanabileceği kapsamlı bir yasal temel sunmaktadır. ATAD'ın yargı yetkisinin geniş bir alana uzanması, daha fazla sayıda davanın çözüm için ATAD'a getirilmesi ve ATAD'ın yetkisini daha fazla kullanabilmesi anlamına gelmektedir. İkinci faktör, bireylerin mahkemeye erişim kolaylığıdır. Avrupa vatandaşları, ulusal mahkemeleri aracılığıyla ATAD'a ulaşabilmektedir; bu bireyler açısından dolaylı bir erişimdir. Bununla birlikte, ATAD'ın AB müktesebatı üzerinde yetki sahibi olması, bireylerin yaşamını doğrudan ve dolaylı etkileyen pek çok alanda yargı yetkisi olması anlamına gelmektedir⁵⁸⁴. Bu bağlamda, ATAD'ın bütünleşme sürecindeki rolü, uluslararası ve ulus-altı aktörlerin etkileşimine büyük ölçüde bağlıdır. Bireyler ulusal makamlar

⁵⁸¹ Ulrich Haltern, "Integration Through Law, *European Integration Theory*, Ed. Antje Wiener and Thomas Diez, Oxford University Press, Oxford, 2004, s. 179, 191.

⁵⁸² AB hukukunun doğrudan etkili olması, bireylerin AB hukukuna dayanarak ulusal makamlar önünde hak ileri sürebilmesi, AB hukukunun bireyler için hak ve yükümlülük yaratması anlamına gelmektedir. AB hukukunun üstünlüğü ise AB antlaşmaları ve işlemleri ile ulusal kurallar arasında bir çatışma durumunda, AB kurallarının ve işlemlerinin uygulanması anlamına gelmektedir. Bkz. Bertil Emrah Oder, "Topluluk Hukukunun Temel Doktrinleri ve Topluluk Hukukunun Uygulanması", *Avrupa Birliği Hukuku*, Ed. Gülören Tekinalp ve Ünal Tekinalp, 2.b., Beta, İstanbul, 2000, s. 120-147.

⁵⁸³ Gráinne de Búrca, "Rethinking Law in Neofunctionalist Theory", *Journal of European Public Policy*, Vol.12(2), 2005, s. 315.

⁵⁸⁴ Lisa Conant, "Individuals, Courts, and the Development of European Social Rights", *Comparative Political Studies*, Vol.39, 2006, s. 79-82.

önünde hak talep ettikçe ve ulusal mahkemeler ATAD'a yorum sordukça, AB hukukunun kapsamı genişlemekte ve derinleşmektedir⁵⁸⁵.

ATAD, sınır ötesi hasta hareketliliğine dair içtihat hukuku geliştirirken, yargısal eyleme geçme ve kendini sınırlama seçenekleri arasında gidip gelmiştir. ATAD, yargısal eylem süreçlerinde hukuki süreçleri diğer aktörlerin politika yapma yetkilerini kısıtlayacak şekilde yönetirken; kendini kısıtladığı dönemlerde kendisine ait karar verme yetkisinin bir ölçüde diğer aktörlere bırakmaktadır⁵⁸⁶. Bu süreci Andreas Obermaier “ince ayar” (fine tuning), Dorte Martinsen, ATAD’ın “boşluk doldurma yöntemi” olarak adlandırmaktadır. Bu yöntem aslında, bir hukuki ilkenin yeni bir alana uygulanması; davalar üzerinden aşamalı şekilde ilkenin yorumunun genişletilmesi ve gelen tepkilere göre şekillendirilmesi yöntemidir⁵⁸⁷.

ATAD üye ülkelerin tercihlerine karşı duyarlı stratejik bir aktör⁵⁸⁸ olarak aşamalı şekilde hareket etmiştir. İlk aşamada, ATAD daha önce geliştirdiği doktrinleri dikkate alarak mevcut sorun karşısında uygulayacağı ilkeyi belirlemektedir. İkinci aşamada ATAD, bu ilkeyi gözden geçirmekte ve ayrıntılarını düzenlemektedir. ATAD kararını belirli bir konu ve üye ülke için veriyse, bu kararın diğer üye ülkeleri kapsayıp kapsamadığı ya da hangi konuları kapsadığıyla ilgili sorular yanıtlanmamış kalacaktır. Bu süreçte oluşan bilgi boşluğunu tamamlamak için ulusal mahkemeler ATAD'a yorum sorabilirler. Üçüncü aşamada, ATAD ile ulusal mahkemeler ve üye ülkeler arasındaki etkileşim, ATAD’ın üye ülkelerin endişelerini dikkate alarak kararına son şeklini vermesinde yardımcı olur. Etkileşim aşamasında ATAD, hem üye ülkelerin ve ulusal mahkemelerin verilen kararı anlamalarını, hem de uyum sağlamalarını kolaylaştırır⁵⁸⁹.

⁵⁸⁵ Walter Mattli and Anne-Marie Slaughter, “Revisiting the European Court of Justice”, *International Organization*, Vol. 52(1), 1998, s. 186.

⁵⁸⁶ Andreas J. Obermaier, “Fine-tuning the Jurisprudence: The ECJ’s Judicial Activism and Self-restraint”, *Institute for European Integration Research Working Paper Series*, No. 02/2008, 2008, s.5.

⁵⁸⁷ Martinsen, 2005, s. 1036.

⁵⁸⁸ Geoffrey Garrett, R. Daniel Kelemen, and Heiner Schulz, “The European Court of Justice, National Governments, and Legal Integration in the European Union”, *International Organization*, Vol.52, No.1, 1998, s. 150.

⁵⁸⁹ Obermaier, 2008, s. 5.

ATAD, Kohll ve Decker kararları ile, tek pazar içerisinde sağlık hizmetlerine erişim önündeki ulusal sınırları ilke olarak kaldırmıştır. Bunu yaparken, yorumunu, kişilerin serbest dolaşımı ilkesine değil malların ve hizmetlerin serbest dolaşımı ilkelerine dayandırmış, sosyal değil ekonomik kriterlere göre karar vermiştir⁵⁹⁰. Burada ATAD için belirleyici olan, hizmet sunumunun nasıl finanse edildiğidir⁵⁹¹.

Kohll ve Decker kararları, hastaların sınır ötesi sağlık bakımına erişim konusunda söz hakları olup olmadığı konusunu gündeme getirmiştir⁵⁹². Antlaşmanın 59. ve 60. maddeleri hizmet sunucularının haklarını düzenlemektedir. Bu maddeler, kişilerin hizmet almak için başka bir ülkeye seyahat etmelerine yönelik bir haktan bahsetmemektedir. Ancak, ATAD yorum gücünü kullanarak, kişilerin hizmet almak için hizmet sunucusuna gitme özgürlüğünü, hizmet sunumu özgürlüğünün doğal bir sonucu olarak değerlendirmektedir⁵⁹³.

Geraets-Smits and Peerbooms davasında ulusal sosyal güvenlik sistemlerinin organizasyonunun ve sosyal yardımlara erişim koşullarının belirlenmesinin üye ülkelerin sorumluluğunda olduğunu bir kez yineleyen ATAD, sosyal sigorta kapsamına girecek tedavilerin belirlenmesi konusunda başka bir ülkenin mevzuatının ya da Topluluk hukukunun üye ülkeler üzerinde etkisi olmadığını belirtmektedir. Ancak üye ülkeler bu yetkilerini kullanırken Topluluk ilkelerini ve içtihat hukukunu göz ardı etmemelidir.

“Sigorta kapsamında geri ödenecek tıbbi tedavilerin tespit edilmesinin ulusal mesleki çevrelerin görüşleriyle sınırlandırılması, Hollandalı hizmet sunucularının uygulamada diğer ülkedeki hizmet sunucuları karşısında daha avantajlı olmasını sağlayabilir. Diğer yandan, normal kabul edilip sigorta kapsamına alınacak tedavilerin belirlenme kriterleri uluslararası tıp biliminin uygulamaları dikkate alınarak genişletilirse, nesnel ve milliyete dayalı ayrımcı olmayan koşullarda belirlenmiş olur”⁵⁹⁴.

⁵⁹⁰ Carlos Garcia De Cortazar, “Kohll and Decker, or That is Somebody Else’s Problem: The Challenge Facing Spain”, *European Journal of Health Law*, Vol. 6, 1999, s. 397.

⁵⁹¹ Hervey and McHale, s. 120.

⁵⁹² Jorens, 2003, s. 93

⁵⁹³ Luisi ve Carbone Davaları 286/82 & 26/83 16. paragraf. “Hizmet sunma özgürlüğü, hizmet alıcıları açısından, başka bir üye ülkeye engellenmeden hizmet alma amacıyla gitme özgürlüğünü de kapsamaktadır...”.

⁵⁹⁴ Geraets-Smits and Peerbooms, C-157/99, 96-97 No’lu paragraflar.

Böylece, sosyal güvenlik sisteminin tedavi açısından kapsamının belirlenmesinde de ulusal refah devletinin takdir yetkisinin sınırları uluslararası bütünleşme mantığı ile çizilmektedir.

Sınır ötesi hasta hareketliliği konusunda, üye ülkeler arasında fikir birliğinin olmaması ve bunun siyasi eylemsizlik şeklindeki sonucu, giderek daha fazla konunun ATAD tarafından karara bağlanması anlamına gelmiştir. ATAD, bu nedenle, sadece Antlaşmayı yorumlamakla kalmayan, aynı zamanda AB düzenlemelerinin sağlık bakımı üzerindeki etkilerini tanımlayarak *de facto* olarak uluslararası sağlık politikası oluşturan bir aktör olmuştur⁵⁹⁵.

Ekonomik boyutunun yanısıra sosyal ve siyasi boyutları olan hasta hareketliliği gibi bir konunun gelişimi, siyasetçiler ya da sosyal politika uzmanları yerine hakimler tarafından belirlenmektedir. ATAD kararlarının yarattığı yeniden düzenleme ortamında tek pazar ile ulusal sağlık sistemleri arasındaki çizginin belirlenmesi ihtiyacı ve AB bağlamındaki hukuki tasarrufların ulusal sağlık sistemleri üzerindeki sistemsiz yansımaları⁵⁹⁶, üye ülkeleri sınır ötesi hasta hareketliliği konusunda uluslararası düzeyde eyleme geçmek zorunda bırakmıştır. Bu bağlamda, 1999 yılının Nisan ayında üye ülkelerin temsilcilerinden bir İç Pazar ve Sağlık Çalışma Grubu⁵⁹⁷ kurulmuştur.

ATAD'ın sınır ötesi hasta hareketliliğine ilişkin kararlarının yönetim açısından önemli bir boyutu, bu konudaki AB faaliyetinin üye ülkelerin değil, ulus-altı aktörlerin, yani bu konularda ATAD'a başvuran kişilerin girişimiyle başlatılmış olmasıdır. Dolayısıyla burada ulus-altı aktörlerin sınır ötesi hasta hareketliliğinin yönetimine katkısı söz konusudur⁵⁹⁸.

⁵⁹⁵ European Commission, *The Internal Market and Health Services*, Report of The High Level Committee on Health, Brussels, 17.12.2001, s. 23.

⁵⁹⁶ European Commission, 17.12.2001, s. 3.

⁵⁹⁷ Working Group on the Internal Market and Health. Bkz. European Commission, 17.12.2001.

⁵⁹⁸ Annabelle Littoz-Monnet, "Dynamic Multi-Level Governance – Bringing the Study of Multi-level Interactions into the Theorising of European Integration", *European Integration online Papers (EIoP)*, Vol. 14, 2010, <http://eiop.or.at/eiop/texte/2010-001a.htm>, s. 13.

3.1.2 Avrupa Komisyonu'nun İtici Gücü

Komisyon, sınır ötesi hasta hareketliliği alanındaki faaliyetlerinde, öncelikle değerlerin ve fikirlerin yayılmasına, farkındalık yaratılmasına önem vermiştir. Avrupa Toplulukları Antlaşmasında değişiklik yapılmasına yönelik tartışmalar yapılırken, ATAD'da karara bağlanmayı bekleyen sınır ötesi hasta hareketliliğiyle ilgili davaları öncelikleri arasına alarak, bu alanda harekete geçilmesini teşvik etmiştir. Komisyon, Sağlık Alanında Yüksek Düzey Komitenin⁵⁹⁹ bu hareketin merkezinde olmasını, sağlık bakanlarının ve Avrupa Sağlık Forumunun⁶⁰⁰ sürece dahil edilmesini ve benzer bir sürecin üye ülkeler bünyesinde de sürdürülmesini önermiştir.

İç Pazar ve Sağlık Çalışma Grubu'nun hazırladığı rapordaki eylem ve araç önerileri, sınır ötesi hasta hareketliliğinden yola çıkarak ilgili diğer alanları da kapsayacak şekilde oluşturulmuştur. Bu öneriler, sınır ötesi sağlık bakımını düzenleyen direktif önerisine temel oluşturmuştur. İç Pazar ve Sağlık Çalışma Grubu'nun eylem önerileri şunlardır:⁶⁰¹

- Sınır bölgelerinde, belirli bazı hastalıklarda ve hastane dışı bakım konularında AB düzeyinde mevzuat düzenlemesi yapılması;
- Sınır ötesi bakım konusunda üye ülkeler arasında bilgi paylaşımının artırılması;
- Özellikle belirli alanda uzmanlaşmış hastaneler, ambulans hizmetleri ve afet durumunda işbirliği konularını kapsayan sınır ötesi projelerin geliştirilmesi

⁵⁹⁹ Sağlık Alanında Yüksek Düzey Komite (The High Level Committee on Health), Komisyon'a danışmanlık yapan gayriresmi bir danışma organıdır. Komite, AB üye ülkelerinin sağlık bakanlıklarından gelen üst düzey yetkililerden oluşmaktadır. Komite, yılda iki veya üç defa toplanmaktadır ve çeşitli politika alanlarını ele alan çalışma grupları halinde çalışmaktadır.

⁶⁰⁰ Avrupa Sağlık Forumu, 1998 yılında sağlık bakımı ve halk sağlığı alanlarında faaliyet gösteren çeşitli sosyal grupları (siyasetçiler, üst düzey bürokratlar, çıkar grupları temsilcileri, hükümet adına çalışan uzmanlar, iş dünyası, sivil toplum, bilim ve akademik çevre) bir araya getiren bir platform niteliğindedir. Avrupa Sağlık Forumu, dikey bütünleşme şeklinde bölgesel, ulusal, Avrupa ve uluslararası düzeydeki sosyal grupları bir araya getirmektedir. Avrupa Sağlık Forumu Komisyon'un mali desteği ile kurulmuştur ve çalışmalarına Komisyon ile işbirliği içerisinde devam etmektedir. Bkz. European Health Forum-Gastein, <http://www.ehfg.org/>.

⁶⁰¹ Grup 1999 yılında Yüksek Düzey Komite tarafından kurulmuştur. Bu önerilerinden bazılarını üye ülkelerin kendi başlarına gerçekleştirebilirken bazılarını, ikili işbirliğiyle veya AB düzeyinde girişimlerle gerçekleştirebilmektedir.

ve bu doğrultuda standart kılavuzların geliştirilmesi, hastalara ihtiyaç duydukları bilginin sağlanması;

- Yüksek derecede uzmanlık gerektiren tıbbi müdahaleler ve yeni tedaviler için Avrupa mükemmellik merkezleri sisteminin geliştirilmesi;
- Açık eşgüdüm yöntemi kullanılarak üye ülkelerin başarı derecelerini belirten göstergelerin tespit edilmesi;
- Ortak kalite standartlarının tanımlanması için ortak bir çerçeve geliştirilmesi;
- Sınır ötesi hasta hareketliliğinde hasta bilgilerinin ve klinik bilgilerin transferinin güvenilir şekilde yapılması;
- AB halk sağlığı programının yukarıda bahsedilen amaçlar için kullanılması;
- Sektörün görüşlerini de alabilmek amacıyla Avrupa Sağlık Forumu'nun da politika yapma sürecine katılımı⁶⁰².

Bütünleşme sürecinde ilk aşama olarak başlatılan farkındalık yaratma ve işbirliği geliştirme hareketinin, sadece üye ülkeler ya da üye ülkeler ile AB kurumları arasında değil, uluslararası nitelik taşıyan sivil toplum kuruluşlarının da katılımıyla şekillenmesi istenmiştir. Diğer yandan, Komisyon'un bu hareketin merkezinde olmasını önerdiği Yüksek Düzey Komite de AB düzeyinde faaliyet göstermekte ancak ulusal temsilcilerden oluşmaktadır. Bu nedenle bütünleşme sürecinde bir aktörün veya kurumun ulusal, uluslararası ya da uluslararası bağlama mı ait olduğunun sınırlarını kesin olarak çizmek her zaman mümkün olmamaktadır⁶⁰³. Komisyon, bu şekilde hem ulusal düzeyde hem de uluslararası düzeyde çıkar grupları ile etkileşim içerisinde çalışarak ve sürece bu grupları da dahil ederek, çok düzeyli yönetişime katkı sağlamaktadır.

26 Haziran 2002 tarihinde yapılan hasta hareketliliği ve AB'de sağlık bakımı konusundaki gelişmeleri konu alan Konsey toplantısından⁶⁰⁴ gelen istek üzerine Komisyon 2003 yılında "AB'de hasta hareketliliği ve sağlık bakımı konusundaki

⁶⁰² European Commission, 17.12.2001, s. 24-26.

⁶⁰³ Hervey and McHale, s. 35.

⁶⁰⁴ Conclusions of the Council and of the Representatives of the Member States meeting in the Council of 19 July 2002 on Patient Mobility and Health Care Developments in the EU, OJ C 183/1, 01.08.2002.

gelişmeleri konu alan bir yüksek düzey düşünme süreci” başlatmıştır. Düşünme sürecine üye ülke bakanları, Avrupa Parlamentosu, Avrupa düzeyinde ve küresel ölçekte sağlık alanında faaliyet gösteren sivil toplum kuruluşları katılmışlardır. Yüksek Düzey Düşünme Grubu 2003 yılında bir rapor sunmuştur. Bu rapor, üye ülkelerin sağlık politikası hedeflerine ulaşmalarında Avrupa bağlamında öncelik verilmesi gereken konuları⁶⁰⁵ ortaya koyması açısından önemlidir.

Düşünme sürecinin ardından Komisyon bir bildiri⁶⁰⁶ hazırlamıştır. Bildiride bütünleşmeyi daha ileriye taşımak amacıyla önerilen ana mekanizma, bir yüksek düzey çalışma grubunun kurulmasıdır. Uzmanlardan oluşan bir çalışma grubunun kurulması, bu alanda bir epistemik topluluğun⁶⁰⁷ oluşturulması anlamına gelmektedir. Epistemik topluluklar, karar alıcılar bir konu üzerinde bilgi sahibi değilse ya da yerleşmiş bir görüşe sahip değilse, o konuda daha önceki politikalar başarısızlığa uğramış, beklenmedik durumlar ortaya çıkmışsa, belirsizlik durumu hakimse ve yeni bilgilere ihtiyaç varsa politika sürecinde daha fazla etkili olabilmektedir. Bu etkinin politika eşgüdümüne yol açması, bu değişimin gerekli olduğunun gösterilmesine bağlıdır⁶⁰⁸.

⁶⁰⁵ Önceliklerin belirlenmesi demek AB'nin belirli alanlara girmesi ama aynı zamanda belirli alanlara girmemesi, mevcut kaynakların önceliklere odaklanması demektir. Öncelikler hakkındaki kararların şeffaf olması, açık ilkelere ve mümkün olan en geniş görüş birliğine dayanması Birliğin sağlık politikası oluşturulması sürecin sahiplenilmesi açısından önem taşımaktadır. Bkz. David Byrne, European Commissioner for Health and Consumer Protection, “Future priorities in EU health policies”, European Health Forum on Common Challenges for Health and Care , SPEECH/02/426, Gastein, 26 September 2002.

⁶⁰⁶ Communication From The Commission, Follow-up to the high level reflection process on patient mobility and healthcare developments in the European Union, COM(2004) 301 Final, Brussels, 20.04.2004.

⁶⁰⁷ Epistemik topluluk, belirli bir alanda yetkinliği ile tanınan ve bilgilerine güvenilen, benzer dünya görüşünü (episteme) paylaşan uzmanlardan oluşan bir ağ olarak tanımlanabilir. Epistemik topluluklar, karar alıcılar için bilgi ve tavsiye kaynağıdır. Karar alıcılar, bu uzman topluluğunun bilgisine danışıp ve onlara sorumluluk aktarabildiğinden, bir epistemik topluluk ulusal ve ulusötesi düzeyde önemli bir aktör haline gelebilir. Bkz. Peter M. Haas, “Introduction: Epistemic Communities and International Policy Coordination”, *International Organization*, Vol. 46 (1) Special Issue on Knowledge, Power, and International Policy Coordination, 1992, s. 3-4.

⁶⁰⁸ Peter M. Haas, “Introduction: Epistemic Communities and International Policy Coordination”, *International Organization*, Vol. 46 (1) Special Issue on Knowledge, Power, and International Policy Coordination, 1992, s. 29-30.

Sağlık Hizmetleri ve Tıbbi Bakım Konusunda Kurulan Yüksek Düzey Çalışma Grubu, üye ülkelerden gelen uzmanlardan oluşmaktadır ve 2004 yılında çalışmalarına başlamıştır. Sınır ötesi sağlık bakımı alımı ve sunumu, sağlık çalışanları, referans merkezleri, sağlık teknolojisi değerlendirilmesi, e- sağlık, AB'nin sağlık sistemleri üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi ve hasta güvenliği alanlarında çalışan grup⁶⁰⁹, hazırladığı raporlar aracılığıyla Komisyon'a politika oluşturma sürecinde veri tabanı sunmaktadır. Ayrıca, üye ülkeler tarafından görevlendirilen uzmanların birlikte hazırladığı raporlar ulusal duyarlılıkların ve çıkarların dikkate alınarak uzlaştırıldığı belgeler niteliğinde olduğundan, Komisyon'un üye ülkelerin daha kolay kabul edebileceği öneriler sunmasına da yardım etmektedir.

Komisyon, bu sürecin çıktılarını dikkate alarak, 2008 yılında, sınır ötesinde sağlık bakımı alana hastaların haklarını açıklığa kavuşturmak amacıyla, hastaların sınır ötesi sağlık bakımına ilişkin haklarını düzenleyen bir direktif önerisinde bulunmuştur. Öneri, henüz kabul edilmemiş olup, onaylanma süreci devam etmektedir.

3.1.3 Uluslararası Çıkar Gruplarının Oluşumu

AB politikalarının sonuçlarının meşruiyeti, bu politikaların girdilerinin meşruiyetine büyük ölçüde bağlıdır. Bu açıdan, politikaların oluşturulması sürecinde bilgi, fikir ve uzmanlık kaynağı olarak sürece dahil olan çıkar gruplarının sağladığı girdiler, politikaların meşruiyet kazanmasına katkıda bulunmaktadır. AB'nin çok düzeyli yönetim sistemi, politika oluşturma sürecinde çıkar gruplarının rolünü güçlendirmektedir. Yeni işlevselci kuram, örgütlü çıkar gruplarının ve AB kurumlarının çıkarlarının karşılıklı örtüşmesinin Avrupa düzeyine yetki transferini kolaylaştıracağını anlatmaktadır. Özellikle, Komisyon'un desteklediği ulusal çıkar grupları, ortak hedeflere ulaşmak için AB düzeyinde çözümler üretilmesi yönünde ulusal yetkililere baskı uygulayabilir. Burada, AB'nin politika süreçlerinin kazan-

⁶⁰⁹ European Commission, "High Level Group on Health Care",
http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/high_level_hsmc_en.htm

kaybet yaklaşımından ziyade, farklı düzeylerdeki kurumlar ve aktörler arasındaki duyarlı dengeyi gözeten uzlaşma yaklaşımına dayandığını vurgulamak gerekir⁶¹⁰.

Bu çok düzeyli yapı içerisinde devletlerin çıkarlarını nasıl tanımladıkları ve politika yapım sürecine ait belirli konulardaki uygun olan eylemleri nasıl belirledikleri, politika yapıcıların sorunları nasıl gördüklerinden ya da politika yapıcıların bu konuda tavsiyesine başvurdukları grupların sorunları onlara nasıl yansıtıklarından büyük ölçüde etkilenmektedir⁶¹¹. Toplumsal gruplar yerel, bölgesel, ulusal ve Avrupa düzeyindeki bağları sayesinde belirli politika öncelikleri için ittifaklar kurarak ve belirli alanlarda bilgi aktarımı sağlayarak politika oluşturma sürecine katkıda bulunmaktadır. AB’de karar alma sürecinin meşruiyet kazanması, temel olarak, AB vatandaşlarının doğrudan seçimiyle görev başına gelen temsilcileri (Avrupa Parlamentosu) ile sağlanmaktadır. Bununla birlikte, toplumsal grupların katılımı da katılımcı demokrasiyi güçlendirmektedir⁶¹².

Yeni işlevselci yaklaşıma göre, ulusüstü aktörler ve çıkar grupları, AB düzeyinde politikaların oluşturulmasında çok düzeyli yönetim sistemi içerisinde belirleyici bir role sahiptir⁶¹³. Bu gruplar, Komisyon’u kendilerini AB düzeyindeki politika yapım sürecine dahil etmelerini beklemektedir. Kurama göre, sürece dahil edilen ulusüstü çıkar gruplarını gören diğer sektörlerdeki çıkar grupları, bütünleşmeden fayda sağlamak için kendi aralarında birleşerek ulusüstü çıkar grubu oluşturmaya çalışmaktadır⁶¹⁴.

Özellikle çeşitli ulusal grupların, ortak hedeflere ulaşmak için birlikte çalışmasının teşvik edilmesi ulusötesi bir ağ oluşmasını sağlamaktadır. Avrupa

⁶¹⁰ Nadia Carboni, “Advocacy Groups in the Multilevel System of the European Union: a Case Study in Health Policy-Making”, *Observatoire Social Européen Research paper*, No. 1, Brussels, 2009, s. 7.

⁶¹¹ Peter M. Haas, s. 2.

⁶¹² Romano Prodi and Neil Kinnock, “The Commission and Non-Governmental Organisations: Building a Stronger Partnership”, *Commission Discussion Paper*, Brussels, 2000, s. 4-5.

⁶¹³ Ian Bache and Matthew Flinders, “Themes and Issues in Multi-level Governance”, Ian Bache and Matthew Flinders (ed.), *Multi-level Governance*, Oxford University Press, Oxford, 2004, s. 3.

⁶¹⁴ Stephen George, “Multi-level Governance and the European Union”, Ian Bache and Matthew Flinders (ed.), *Multi-level Governance*, Oxford University Press, Oxford, 2004, s. 109.

düzeyinde ortak amaç etrafında hareket eden böyle ağların oluşması, bir anlamda “Avrupa kamuoyunun” oluşmasını sağlamaktadır⁶¹⁵. Çıkar gruplarının temsilcileri, faydalı ve meşru bir işlevi yerine getirmektedir ancak ilişkilerin şeffaflık ilkesi çerçevesinde yürütülmesi önem taşımaktadır. Komisyon görevlilerinin çıkar grupları ile ilişkileri, Komisyon’un “daha iyi düzenleme ve yönetim” hedefine eklenmiştir ve bu çerçevede yürütülmektedir⁶¹⁶. AB’nin çok merkezli ve çok düzeyli yönetimi, çıkar gruplarının toplum ve karar alıcılar arasında aracılık görevi üstlenmesini sağlayan çeşitli fırsatlar sunmaktadır⁶¹⁷.

Komisyon, 26 Eylül 2006-31 Ocak 2007 tarihleri arasında olan geniş çaplı bir danışma süreci başlatmıştır⁶¹⁸. Kamuya danışma süreci olarak adlandırılan bu süreçte, hasta hareketliliği alanına nasıl hukuki açıklık getirilebileceği ve üye ülkeler arasında işbirliği sağlanabileceği tartışılmıştır. Ulusal hükümetler, bölge yetkilileri, uluslararası ve ulusal şemsiye kuruluşlar, sosyal güvenlik kurumları, üniversiteler, iş çevresi ve vatandaşların bireysel olarak görüş bildirdiğini bu danışma sürecinin sonunda Komisyon 2007 yılında bir rapor yayınlamıştır. Bu rapor Komisyonun 2 Temmuz 2008 tarihinde sunduğu “sınır ötesi sağlık bakımında hasta hakları için direktif önerisi” için temel oluşturmuştur. Komisyon, şeffaflık ilkesi gereğince AB’nin resmi internet sayfasında değişik politika alanlarıyla ilgilenen çıkar gruplarına yer vermektedir. Bunlar içerisinde çalıştığı alanlar içerisinde sağlık bakımına yer verdiğini beyan çıkar grupları temsilcilerinin sayısı 348’dir⁶¹⁹.

⁶¹⁵ Prodi and Kinnock, s. 4, 5.

⁶¹⁶ European Commission, “Ground Rules for Relations with Interest Representatives”, http://ec.europa.eu/civil_society/interest_groups/index_en.htm (14.08.2010).

⁶¹⁷ Simon Hix, *The Political System of the European Union*, 2.b., Palgrave Macmillan, New York, 2005, s.413.

⁶¹⁸ European Commission, *Communication From The Commission, Consultation regarding Community action on health services*, Brussels, SEC (2006) 1195/4, 26.09.2006.

⁶¹⁹ Bu rakam, hükümet dışı organizasyonlar, düşünce kuruluşları, meslek birlikleri, sendikalar, hukuk şirketleri, akademik kuruluşlar, dini kurumları içermektedir. European Commission, “Register of Interest Representatives”, <https://webgate.ec.europa.eu/transparency/regrin/consultation/search.do?reset=> (09.07.2010).

3.2 SINIR ÖTESİ HASTA HAREKETLİLİĞİ VE ÜYE ÜLKELER

3.2.1 Ulusal Sağlık Sistemleri Arasında Eşgüdümün Sağlanması

Sınır ötesi hasta hareketliliğine yönelik içtihat hukuku, ulusal sağlık sistemlerinin tek pazarın etkilerine açık olduğunu ortaya koymuştur. Tek pazarın ulusal sağlık sistemleri üzerinde yarattığı meydan okuma, ulusal sağlık sistemlerinin karşılaştığı diğer meydan okumalarla birleşince, üye ülkeler işbirliği yapmaya daha olumlu bakmaya başlamışlardır.

2002 yılında gerçekleşen Malaga Avrupa Sağlık Konseyi, sağlık sistemleri arasında eşgüdüm sağlanması açısından önem taşımaktadır. Konsey sonuçları, ulusal sağlık sistemleri arasındaki karşılıklı bağlılığı vurgulamaktadır. Komisyon, sağlık bakanlarını ve bu konudaki diğer temel aktörleri kapsayan bir yüksek düzey çalışma grubu oluşturmuştur. Bu grup, gelecekteki faaliyetlerin planlanması amacıyla bir düşünme süreci başlatmıştır. Düşünme süreci, sağlık sistemlerinin finansal sürdürülebilirliği, yüksek kaliteli sağlık bakımına en üst düzeyde erişim ve sınır ötesi hasta hareketliliği konularına odaklanmıştır⁶²⁰. Böylelikle, kalite, erişim ve finansal sürdürülebilirlik ile sınır ötesi hasta hareketliliği aynı konu paketinde bir araya getirilmiştir. Konu paketleri, üye ülkeler için kazan-kazan durumunu ifade ediyorsa, devletler daha yumuşak pazarlık stratejileri izlemektedir⁶²¹. Kaliteli sağlık bakımına, en kapsamlı düzeyde erişim sağlanması, üye ülkelerin hepsinin üzerinde uzlaştığı bir amaçtır⁶²².

Sınır ötesi hareketlilik açısından önem taşıyan işlevsel alanlar, bütünleşmenin yayılması için uygun zemini oluşturmaktadır. Yeni tedaviler için Avrupa

⁶²⁰ Yves Jorens, Michael Coucheir, Filip Van Overmeiren, "Access to Health Care in an Internal Market: Impact for Statutory and Complementary Systems", *Bulletin Luxembourgeois des Questions Sociales*, Vol.18, 2005, s. 8.

⁶²¹ Heather Elko McKibben, "Issue Characteristics, Issue Linkage, and States' Choice of Bargaining Strategies in the European Union", *Journal of European Public Policy*, Vol.17, No. 5, 2010, s. 698.

⁶²² Evrensellik ve kaliteli sağlık bakımına erişim, AB sağlık sistemlerinin ortak değerleri arasında yer almaktadır. Council of the European Union, Council Conclusions on Common Values and Principles in European Union Health Systems, (2006/C 146/01), OJC C 146/1, 22.6.2006.

mükemmellik merkezleri sisteminin geliştirilmesi, ortak kalite standartlarının ve en iyi uygulamaların AB düzeyinde tanımlanması, hasta bilgilerinin ve klinik bilgilerin transferinin güvenilir şekilde yapılması gibi alanlar bütünleşmenin yayılması için uygun alanlardır.

Bu bağlamda, temel politika aracı açık eşgüdüm yöntemidir. Amaç, yumuşak eşgüdüm sağlanmasıdır. Komisyon, açık eşgüdüm yöntemini sağlık sistemlerinin etkinliğinin artırmanın bir yolu olarak önermiştir ve 2004 yılından itibaren açık eşgüdüm yöntemi sağlık bakımında ve uzun süreli bakımda kullanılmaya başlanmıştır. Açık eşgüdüm yönteminin, klasik yöntemden⁶²³ temel farkı, ilki politika uyumlaştırmasını hedef alırken, açık eşgüdüm yönteminin ulusal politikaların ortak Avrupa hedeflerine doğru yaklaşmasını hedef almasıdır. Bağlayıcılığı olan tüzük, direktif ve karar gibi hukuki araçların yerine, açık eşgüdümde kılavuz ilkeler, kıyaslama, iyi uygulamaların paylaşılması, çok taraflı gözetim gibi zorlayıcı olmayan hukuk araçları kullanılmaktadır. Açık eşgüdüm yönteminde belirlenen kurallara uyum sağlanması, yaptırımla değil gönüllülük esasına dayanmaktadır⁶²⁴.

Bu bağlamda, üye ülkeler arasında sağlık bakımına yönelik işbirliği, ortak hedeflerin ve göstergelerin belirlenmesini ve ilerlemenin rapor edilmesini içermektedir. Üye ülkeler ortak hedeflerini ulusal planlarına (ulusal strateji raporlarına) aktarmaktadır, Komisyon ve Konsey üye ülkelerin AB düzeyindeki

⁶²³ Topluluk yöntemi olarak adlandırılan yöntem, ikincillik ilkesi çerçevesinde bütünleşme mantığını taşımaktadır ve AB'nin sütunlu yapısında ilk sütun olan Topluluk sütunundaki kurumsal işleyişe özgüdür. Komisyon, girişimi başlatma yetkisini tek başına elinde bulundurmaktadır, nitelikli çoğunluk oyunun Konseyde geniş çaplı kullanımı, Avrupa Parlamentosunun aktif rolü, ATAD'ın Topluluk hukukunu tek şekilde yorumlaması Topluluk yönteminin başlıca özellikleri arasındadır. İkinci ve üçüncü sütunda işleyiş, işbirliği mantığını taşıyan hükümetlerarası yöntemle olmaktadır. Bu yöntemde, Komisyonun girişimi başlatma hakkı belirli faaliyet alanlarına özgüdür ya da Komisyon bu yetkiyi üye ülkeler paylaşmaktadır, Konsey genellikle oybirliği ile hareket eder, AP sadece danışma organı olarak rol üstlenir, ATAD'ın rolü sınırlıdır. Bkz. Europa Glossary, "Community and intergovernmental methods", http://europa.eu/scadplus/glossary/community_intergovernmental_methods_en.htm (02.03.2010).

⁶²⁴ Anna Jassem, "An introduction to the Open Method of Coordination (OMC)", *EPHA Briefing for Members*, 2004, http://www.eph.org/IMG/pdf/EPHA_briefing_on_OMC_AJ_20050216final.pdf ; Isabelle Bruno, Sophie Jacquot, Lou Mandin, "Europeanization through its Instrumentation: Benchmarking, Mainstreaming and the Open Method of Co-ordination ... Toolbox or Pandora's Box?", *Journal of European Public Policy*, Vol. 13, No. 4, 2006, s. 520.

girişimleri ne ölçüde benimsediğini ortak raporlar aracılığıyla değerlendirmektedir⁶²⁵. Komisyon bildirim sunma yoluyla, açık eşgüdüm yöntemini teşvik etmeye çalışmaktadır⁶²⁶. Bütünleşme yeni alanlara yayıldıkça, konu paketlerinin içeriği ve dolayısıyla aktörlerin sayısı ve çeşitliliği artmaktadır. Bu aktörler arasında Komisyon liderliği ile ön plana çıkmaktadır ki ona Konsey tarafından bu süreci yönlendirme görevi verilmiştir. Komisyon, hükümetleri en az ortak payda da buluşmak yerine, Avrupa düzeyinde işbirliği yapmaya ikna etmiştir. Bu, işlenmiş yayılmanın bir örneğidir.

Açık eşgüdüm yönteminin sosyal alanda ve sağlık sistemleri açısından Avrupalılaşmaya yol açıp açamayacağı tartışmaya açık bir konudur. Bu bağlamda yöntemin kurumsallaşmasına ilişkin önemli bir soru bu yöntemin ulusal alandaki etkilerine ilişkindir: “Bu yöntem ulusal söylemleri, kimlikleri ve politikaları ne derece etkileyecektir?”⁶²⁷. Radaelli’nin tanımıyla Avrupalılaşma⁶²⁸:

İlk olarak AB kamu politikaları ve siyasetinde tanımlanan ve güçlenen, daha sonra üye ülkelerin söylemlerine, kimliklerine, siyasi yapılarına ve kamu politikalarına eklenen resmi ve gayriresmi kuralların, prosedürlerin, politika paradigmalarının ve iş yapma şekillerinin (a) yapılandırılması (b) yayılması ve (c) kurumsallaşması sürecidir.

⁶²⁵ European Commission, “Social Protection & Social Inclusion”, <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=750>.

⁶²⁶ European Commission, *Communication From the Commission, Strengthening the social dimension of the Lisbon strategy: Streamlining open coordination in the field of social protection*, 27.5.2003.

European Commission, *Modernising social protection for the development of high-quality, accessible and sustainable health care and long-term care: support for the national strategies using the “open method of coordination”*, 20.4.2004.

European Commission, *Working together, working better: A new framework for the open coordination of social protection and inclusion policies in the European Union*, 22.12.2005.

European Commission, *Communication From the Commission "A renewed commitment to social Europe: Reinforcing the Open Method of Coordination for Social Protection and Social Inclusion"*, 2.7.2008.

⁶²⁷ Martin Heidenreich, Gabriele Bischoff, “The Open Method of Coordination: A Way to the Europeanization of Social and Employment Policies?”, *Journal of Common Market Studies*, Vol. 46, No. 3, 2008, s. 506.

⁶²⁸ Claudio M. Radaelli, “The Europeanization of Public Policy”, *The Politics of Europeanization*, Ed. Kevin Featherstone and Claudio M. Radaelli, Oxford University Press, Oxford, 2003, s. 30.

Kamu politikalarının Avrupalılaşması, değişik şekillerde gerçekleşebilmektedir. Avrupalılaşma süreci; başta aktörler, kaynaklar ve politika araçları olmak üzere ilgili politikanın tüm unsurlarını etkilemektedir. Belli bir AB modelinin olduğu ve üye ülkelerden bu modeli benimsenmesinin beklendiği politika alanlarında “dikey Avrupalılaşma”dan söz edilmektedir. Bu alanlarda AB politikasının belli bir yönü olmakta ve üye ülkeler arasında uyum sağlanması amaçlanmaktadır. Bu kapsamda, direktifler ve ATAD kararları gibi bağlayıcı ve zorlayıcı araçlar kullanılmaktadır. Ancak belli bir AB modelinin sözkonusu olmadığı sağlık gibi alanlarda, “yatay Avrupalılaşma” mekanizmaları devreye girmektedir. Radaelli, açık eşgüdüm yöntemini yatay Avrupalılaşmanın “zorlayıcı olmayan çerçeve mekanizmaları” (soft framing mechanisms of horizontal Europeanisation) arasında ele almaktadır⁶²⁹.

Söz konusu mekanizmalar, üye ülkeler üzerinde uyum yönünde zorlayıcı bir baskı yaratmasa da üye ülkelerde politika sorunlarına ilişkin tartışmaların ulusal alana aktarılmasında ve reform sürecinde ulusal yöneticilere meşruiyet ve gerekçe kazandırılmasında etkili olmaktadır. Bir anlamda açık eşgüdüm yöntemi, ortak fikirlerin ve politika paradigmalarının yayılması için ön koşulları hazırlamaktadır. Diğer bir deyişle “politika paradigmaları etrafında yakınsama” sağlanması amaçlanmaktadır. Bu paradigmalar doğrultusunda üye ülkelerin kendi politikalarını geliştirilmesine yardımcı olunacaktır⁶³⁰.

Açık eşgüdüm yöntemi ile AB, kurumsal ve yasa düzeyinde uyumdan ziyade fikirlerin, bilginin, eylem normlarının uyumlaştırılmasını öngörmektedir. Bu uyum, ortak bir siyasi vizyona odaklanan politika hedeflerinin geliştirilmesini gerektirmektedir. Açık eşgüdüm yöntemi belli politika modellerini dayatmasa da, ulusal aktörlere Avrupa düzeyinde kaynak sağlamakta ve bu şekilde ulusal düzeyde uygulayacakları stratejiler için yardımcı olmaktadır. Bu doğrultuda sosyal politika alanlarında temel amaç, “sosyal politika paradigmasının Avrupalılaşmasıdır”. Bu

⁶²⁹ Radaelli, s. 40-44.

⁶³⁰ Radaelli, s. 40-44.

noktada ekonomik ve sosyal politika dinamikleri arasındaki etkileşim kuşkusuz merkezi bir rol oynamaktadır⁶³¹.

Açık eşgüdüm yöntemi “iletişime” dayalı bir yönetim şeklidir. Yöntem kapsamında üye ülkeler arasında oluşturulan iletişimin iki temel amacı bulunmaktadır. İlk olarak, ulusal alanda politikaları tasarlayan aktörlerin bilgi paylaşımı yoluyla birbirlerinin deneyimlerini öğrenmeleri sağlanmaktadır. İkinci olarak ise, yenilik sağlayan düzenleyici modellerin ve iyi uygulamaların geliştirilmesi ve yayılması amaçlanmaktadır. Bu yöntemin altında yatan temel düşünce, gönüllü bir politika transfer sürecinin ve üye ülkeler arasında birbirlerinin deneyimlerinden ders çıkarma mekanizmasının oluşturulmasıdır⁶³².

Açık eşgüdüm yönteminin bir Avrupalılaştırma aracı olarak, üye ülkelerde sağlık politikası, refah devleti politikaları gibi alanlardaki reformlar için itici güç oluşturup oluşturamayacağı, sürecin yeni bir süreç olması nedeniyle, henüz netlik kazanmamıştır. Sağlık, ulusal aktörlerin yetkilerini koruma konusunda duyarlı oldukları bir alandır. Diğer yandan açık eşgüdüm yönteminin işleyebilmesi için sürece katılan ulusal aktörlerin paradigmatik değişikliklere açık olması ve mevcut ulusal yapıları değiştirme istek ve gücüne sahip olması gerekmektedir. Bu koşulun karşılanması, ulusal politika gündemlerinde değişimi, mevcut ulusal politika araçlarının zenginleştirilmesini, yeni eşgüdüm ve politika oluşturma şekillerini mümkün kılabilir⁶³³.

Açık eşgüdüm yöntemi, yeni liberal politikaları ve özelleştirmeyi özendirerek Avrupa sosyal modelini esnekletirmesi nedeniyle eleştirilmiştir. Sosyal korumaya

⁶³¹ Bruno Palier, “The Europeanisation of Welfare Reforms”, 2006, <http://www.hks.harvard.edu/inequality/Summer/Summer06/papers/Palier.pdf>.

⁶³² Christoph Knill, Jale Tosun and Michael W. Bauer, “Neglected Faces of Europeanization: The Differential Impact of the EU on the Dismantling and Expansion of Domestic Policies”, *Chair of Comparative Public Policy and Administration Department of Politics and Management University of Konstanz Working Paper*, No. 2, 2008, http://kops.ub.uni-konstanz.de/volltexte/2009/6348/pdf/WorkingPaper2008_02.pdf.

⁶³³ Jenny Preunkert, "Europeanization of Social Policies: The Influences of OMC/Inclusion on the Welfare States in Germany, France, and Italy", *Paper presented at the annual meeting of the Law and Society Association, Grand Hyatt, Denver, Colorado, 25 May 2009*, http://www.allacademic.com/meta/p304438_index.html.

yönelik sert (zorunlu) hukuki uygulamaların yerini yumuşak (zorunlu olmayan) sözlere bırakmasından ve bunun daha liberal refah politikalarına geçiş yolu açmasından endişe edilmektedir. Diğer yandan benzer nedenle, açık eşgüdüm yöntemini destekleyen görüşler de mevcuttur. Buna göre, açık eşgüdüm yöntemi sağlık bakımına erişim, kaliteli sağlık bakımı ve sürdürülebilir finansman hedeflerinin gerçekleşmesine katkı sağladığı ölçüde, sağlık sistemlerinin verimliliğine ve etkinliğine katkı sağlayacak ve bu şekilde AB'nin koruma taahhüdünde bulunduğu sosyal ilke ve değerler varlığını sürdürülebilecektir⁶³⁴.

3.2.2 Yargı Kararları Sonrasında Kurumsal Uyum

Sağlık politikası üye ülkelerin yetki alanlarına dahil olmakla birlikte, bu alanda AB'nin etkisi giderek daha belirgin hale gelmekte ve sağlık bakımının sınırlarının ve bazı düzenleyici ilkelerinin yeniden yapılanmasına yol açmaktadır. Bu etki süreci, sağlık bakımında kullanılan geleneksel yönetim araçlarında da değişikliklere sebep olmaktadır. Aslında ulusal sınırlar çerçevesinde şekillenen güçlü ulusal kamu politikası gelenekleri, sağlık bakımı alanında Avrupalılaştırmanın kısıtlı olacağı şeklinde bir düşünce yaratmaktadır. Çünkü AB üye ülkelerinde sağlık bakımı, ulusal refah devletinin önemli bir boyutunu oluşturmaktadır. Bu çerçevedeki haklar, ulusal vatandaşlık, uzun süreli ikamet ve ülkesellik temeline dayanmaktadır. Ancak Avrupa bütünleşme süreci, AB vatandaşlarına ulusal alandan çıkış ve seslerini uluslararası duyurma fırsatları sunarak üye ülkelerin refah devleti politikaları açısından ciddi bir meydan okuma yaratmaktadır⁶³⁵. Böylece, ATAD kararları ve Tek pazarla ilgili hukuki düzenlemeler, sağlık sistemleri üzerinde önceden planlanmamış etkilere yol açabilmektedir⁶³⁶.

⁶³⁴ Tamara K. Herve, "European Union's Governance of Health Care and the Welfare Modernization Agenda", *Regulation and Governance*, Vol.2, 2008, s. 108.

⁶³⁵ Dorte Sindbjerg Martinsen and Karsten Vrangbæk, "The Europeanization of Health Care Governance: Implementing The Market Imperatives of Europe", *Public Administration*, Vol. 86, No. 1, 2008, s. 169-170.

⁶³⁶ Greer, s. 149.

Hasta hareketliliği, bir yandan bir ulusal sağlık sisteminin hizmet vereceği hasta ve hizmet sunucusu profilinin Avrupalılaşması anlamına gelmektedir. Ulusal sağlık sistemleri, “ülkesellik” ilkesi altında sadece kendi ülke sınırları içindeki hastalara hizmet sağlamakla yükümlü iken, artık bir başka Avrupa ülkesinden gelen hastaya da hizmet sunmaktadır. Ayrıca hasta hareketliliği, bir sağlık sistemindeki hizmet sunucularını da Avrupa bağlamına taşımaktadır. Şöyle ki, hizmetlerin serbest dolaşımı ilkesi, üye ülkeler arasında hizmet sunumunu ülke sınırları içerisinde hizmet sunumundan daha zor hale getiren ulusal kuralları geçersiz kılmaktadır⁶³⁷. Bu, ulusal sağlık sigortası fonunun yerel hizmet sunucu ile başka bir üye ülkede yerleşik olan hizmet sunucusu arasında ayırım yapmaması anlamına gelmektedir. Yabancı hizmet sunucularının ulusal sağlık sigorta fonu ile sözleşme yapma koşulları, yerel hizmet sunucularına göre daha zor olmamalıdır. Aynı zamanda, ulusal sağlık sigortası fonu sözleşme yapmamasına rağmen başka bir üye ülkede bulunan hizmet sunucusundan hizmet alıyorsa, kendi ülkesinde bulunan sözleşme yapmadığı bir hizmet sunucusundan da hizmet alması gerekmektedir⁶³⁸.

Örneğin, hastalara sağlık hizmetleri ve sağlık ürünlerine sınır ötesinde ulaşma seçeneği verilmesi, hasta ve hizmet sunucusu ilişkisini Avrupa bağlamında yeniden düzenlemektedir. Hatta ulusal mevzuat gereğince ülkesinde kurumu seçme hakkına sahip olmayan kişilerin, AB sınırları içerisinde istedikleri kurumdan sağlık bakımı alabilmeleri mümkün kılınmıştır. Ulusal düzeyde tanınmayan bu hakkın uluslararası düzeyde tanınması, ulusal sağlık sistemlerinde belirsizlik yaratmıştır⁶³⁹. Bu durumda sınır ötesi serbest dolaşım ile ulusal denetim ve yönetim arasında, içsel koşulları dikkate alacak fakat aynı zamanda gizli korumacılık olmayacak şekilde denge kurulması gereği ortaya çıkmaktadır⁶⁴⁰.

⁶³⁷ Judgement of the Court, Kohll, C-158/96, 33 No’lu paragraf.

⁶³⁸ Yves Jorens, Michael Couchier and Filip Van Overmeiren, s. 29.

⁶³⁹ Calum Paton, Philip C. Berman, Reinhard Busse, Bie Nio ONG, Clas Rehnberg, Barbro Renck, Nuria Romo Aviles, Fernando Sillio Villamil, Mona Sundh and Matthias Wismar, “The European Union and Health Services: Summary”, *The European Union and Health Services The Impact of the Single European Market on Member States*, Reinhard Busse, Matthias Wismar and Philip C. Berman (Eds), IOS Press, Amsterdam, 2002, s.3.

⁶⁴⁰ Martin McKee, Elias Mossialos and Rita Baeten, “The Implications of European Law for Health Care”, *The Impact of EU Law on Health Care Systems*, Ed. Martin McKee, Elias Mossialos and Rita Baeten, P.I.E-PeterLang, Brussels, 2002, s. 13.

Bir üye ülkeden diğer üye ülkeye seyahat eden veya taşınan Avrupa vatandaşları, yetkili ulusal kurumun iznini almak koşuluyla, diğer ülkede acil sağlık bakımı hizmeti veya tedavi görme hakkına sahiptir. ATAD, önceden izin prosedürünün hizmet sunma ve alma özgürlüğü önünde engel oluşturduğu kabul etmekle birlikte, ayrımcı olmayan, kolay erişilebilir ve hukuki denetime açık bir sistem içinde uygulanması koşuluyla hastane bakımı söz konusu olduğunda, önceden izin şartının aranmasını uygun bulmaktadır. Böylelikle ATAD, ulusal yetkililere ait takdir yetkisinin sınırlarını tek pazara uygun olarak yeniden çizmektedir.

Önceden izin koşulunun sorgulanması, sağlık bakımının ülkesellik özelliğinin aşılmasına yola açmakta ve aynı zamanda üye ülkelerin ulusal sağlık sistemlerini diğer üye ülkelerin vatandaşlarına açmaları anlamına gelmektedir. Başlangıçta sadece işçiler ve aileleri sınırötesi sağlık bakımı hakkına sahipken, bu hak aşamalı bir biçimde tüm Avrupa vatandaşlarını ve yasal olarak AB ülkelerinde ikamet eden üçüncü ülke vatandaşlarını kapsayacak şekilde genişletilmiştir. Sınırötesi sağlık bakımına hangi koşullar altında izin verilmesi gerektiği, ulusal sağlık kurumları, ulusal mahkemeler ve ATAD arasında çekişmeli alanlardan birisi olmuştur. Ulusal izin politikaları, sağlık bakımını ulusal alanla sınırlama ve ulusal kontrol bakımından önemli bir araçtır⁶⁴¹.

ATAD, Kohll ve Decker kararlarında Topluluk hukukunun üye ülkelerin kendi sosyal güvenlik sistemlerini düzenleme güçlerini ellerinden almadığının altını çizse de, üye ülkelerin bu güçlerini kullanırken Topluluk hukukuyla uyum içinde olmak zorunda olduklarını da eklemektedir⁶⁴². AB hukukunun bu şekilde gelişimi, bu politikaların üye ülkeler tarafından bağımsız olarak belirlenmesini sınırlamakta, meydan okuyucu bir etki yaratayarak bu politikaların AB hukuku ile uzlaştırılmasını gerekli kılmaktadır.

⁶⁴¹ Martinsen, 2005, s.1039.

⁶⁴² Bkz. Kohll 17-19. paragraflar, Decker 21. ve 22. paragraflar “Topluluk hukuku üye ülkelerin kendi sosyal güvenlik sistemlerini düzenleme güçlerine zarar vermemektedir, Topluluk düzeyinde bu alanda uyumlaştırma olmadığı için kimlerin hangi koşullar altında sosyal güvenlik kapsamına alınacağını ve hangi sosyal güvenlik yardımlarından hangi koşullar altında faydalanacağını belirleme sorumluluğu üye ülkelere düşmektedir.” Ayrıntılı bilgi için ikinci bölümde yer alan “Bireysel Sağlık Bakımının Avrupa Birliği Düzeyinde Gelişimi” başlığı altında verilmektedir.

ATAD kararları, üye ülkelerde Avrupa bütünleşmesinden kaynaklanan bir değişimi gerekli kılrsa da, neden ve sonuç arasında aracı faktörlerin etkisi de önemlidir. Bu noktada üye ülkelerin etkiye açıklığı, karşılaştıkları uyum baskısı ve bu baskıya verilen cevaplar önem taşımaktadır. Üye ülkeler Avrupa bütünleşmesinin etkilerine değişik şekillerde ve derecelerde açıktırlar. Bu açıklık, üye ülkelerin bütünleşmeden kaynaklanan meydan okumaları nasıl değerlendireceğini ve bunlara nasıl cevap vereceğini belirlemektedir. Açıklık veya uyum baskısı uluslararası ve ulusal kurumlar arasındaki uyum düzeyi ile doğrudan ilgilidir. Diğer bir deyişle uyum baskısı sadece uluslarüstü kurumlaşmaya bağlı olmayıp sürecin ulusal kurumlarla ilişkisine de bağlıdır⁶⁴³.

ATAD kararları, üye ülkelerde benzer de olsa birbirinin aynı olmayan tepkilere yol açmıştır. Esasen uyum süreçleri, doğrusal şekilde gerçekleşmemektedir. Serbest dolaşım kurallarının uygulanmasının sebep olduğu serbestleştirici dinamikler karşısında üye ülkeler, hastaların yurtdışında tedavilerine izin vermekte ancak yönetim araçlarını mümkün olduğunca ellerinde tutmaya çalışmaktadırlar. Üye ülkeler, uyum maliyetleri ile uyumsuzluğun maliyetleri arasındaki değiş tokuşu dikkate almaktadırlar. Uyumsuzluğun maliyetleri, AB kurumları veya ulusal mahkemelerce uygulanabilecek yaptırımlarla ilişkilidir. Bunlar; Avrupa Komisyonu tarafından uygulanan ihlal prosedürleri ve ulusal hastalar veya yabancı sağlık bakımı sunucuları tarafından açılan davalar olabilir. Kendilerine karşı açılan davaların giderek artması üye ülkelerin, sağlık sistemlerinin uyumu yönünde daha fazla çaba sarf etmesinde rol oynayabilir. Ancak yaptırım uygulanması olasılığı, daha çok uzun vadeli bir risk olarak algılanmaktadır. Bu algılama, daha çok kısa vadeli perspektifle hareket eden politika yapıcılar açısından, yaptıkları maliyet hesaplamalarında yaptırım riskinin ağırlığını azaltmaktadır. Diğer taraftan uyum maliyetlerinin hesaplanması ise daha karmaşık bir şekilde olmaktadır⁶⁴⁴.

⁶⁴³ Martinsen, 2005, s. 1035.

⁶⁴⁴ Rita Baeten, Bart Vanhercke and Michael Coucheir, "The Europeanisation of National Health Care Systems: Creative Adaptation in the Shadow of Patient Mobility Case Law", *Observatoire Social Européen Research paper*, No. 3, Brussels, 2010, s. 4,5.

Tüm üye ülkeler açısından birinci uyum maliyeti, ulusal sağlık bakımı sistemlerinin düzenlenmesinde ve idaresinde kontrolü yitirme riskidir. Bu nedenle neredeyse bütün üye ülkeler öncelikle, kendi sistemlerinin mahkemenin incelemesine tabi olan belirli sistemlerden farklı olduğunu öne sürerek, çekinceli bir tavır göstermektedirler. Bu şekilde üye ülkeler, ATAD kararlarının uygulama alanını minimalist şekilde yorumlamaya çalışmaktadırlar. Bu nedenle uygulama aşamalı bir şekilde gerçekleşmektedir. İkinci olarak, hizmetlerin serbest dolaşımı ilkeleri ulusal sağlık sistemlerinde uygulanan mekanizmalar ile çakıştığında uyum maliyetleri de daha yüksek hale gelmektedir. Üye ülkelerde mevcut prosedürlerin ve politikaların ciddi şekilde değiştirilmesini gerektirmeyen ATAD kararlardaki ilkeler ulusal sağlık sistemlerine daha kolay entegre edilebilmektedir. Oysa ulusal sistem ile AB sistemi büyük ölçüde uyumsuz olduğunda uyum zorlaşmaktadır⁶⁴⁵.

Örneğin, Danimarka Kohll ve Decker kararlarının ardından, ulusal sistemde değişikliğe gitmiştir. Ancak Danimarka'nın hizmetlere ilişkin yaptığı dar yorum birçok sağlık hizmetinin tanımın dışında kalmasına yol açsa da, 2000 yılında gerçekleşen reform ile bazı hizmetlerin ilgili ulusal kurumlardan alınacak sabit geri ödemeler çerçevesinde yurtdışından satın alınabilmesine izin verilmiştir. ATAD'ın Geraets-Smits ve Peerbooms kararının Danimarka üzerinde dolaylı etkisi olmuştur. Bu doğrultuda 2002 yılından bu yana Danimarkalı hastalara, sözleşmeli kamu hastanelerinin gerekli tedaviyi iki ay içerisinde verememesi durumunda bunlar dışındaki hastanelerde tedavi hakkı tanınmıştır. Bu politika reformunun amacı bekleme listelerini kısaltırken kamu sağlık arzının yetersiz olduğu durumlarda hastalara seçim özgürlüğü tanımaktır⁶⁴⁶.

Uyum maliyetine ilişkin değerlendirmeleri etkileyen üçüncü etken ise, ülkelerin hastaların sınır ötesi hareketine ilişkin risk algılamalarıdır. Sunulan yeni fırsatları kullanarak giderek daha fazla hastanın sağlık bakımı için ulusal alandan çıkış yapmak isteyeceğini düşünen üye ülkeler, ATAD kararlarını uygulama

⁶⁴⁵ Baeten, Vanhercke and Coucheir, 2010, s. 4-5.

⁶⁴⁶ European Commission, Accompanying Document to the Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on the Application of the Patients' Rights in Cross-Border Health Care, SEC(2008)2163, Brussels, 02.07.2008, s.41; Martinsen, 2005, s. 1041-1044.

konusunda daha isteksiz olmaktadır. Bu üye ülkeler daha çok uzun bekleme listeleri olan ülkeler, ülkesinde uzmanlaşmış şekilde tüm bakım olanaklarını sağlayamayan küçük ülkeler ve vatandaşlarının yurtdışında daha yüksek kalitede sağlık bakımı alabileceğini düşünmesinden endişe eden ülkeler olabilir. Böyle durumlarda üye ülkeler hastaların çıkış taleplerini etkileyen faktörlerle ilgili girişimde bulunabilmekte veya sağlık otoriteleri hastaları anlaşmaları olan hizmet sağlayıcılarına yönlendirerek hastaların kontrolsüz çıkışını engellemeye çalışmaktadır. Dördüncü olarak ise, ulusal sağlık sistemlerindeki reform çabaları, AB düzeyine daha fazla odaklanmalarına yol açmaktadır. Diğer bir deyişle, ulusal sistemde reform arayışları olduğunda AB hukuku da daha fazla dikkate alınmaktadır. Yeni dengelerin oluşturulmaya çalışıldığı bu dönemlerde, AB hukukuna uyum sağlamanın maliyeti de daha düşük algılanmaktadır⁶⁴⁷.

Hollanda ve Almanya sistemlerinde yapılan reformlarla hastalara, ulusal olarak sağlanabilen bakım hizmetlerini de ulusal alan dışında alabilme olanağının sağlanmış olması buna örnek olarak gösterilebilir. Almanya’da, 2007 yılında yapılan sağlık reformu ile termal tedavi sağlık sigortası fonlarının kapsamına dahil edilmiştir⁶⁴⁸. ATAD kararlarına uyum süreci basit bir süreç değildir, üye ülkeler AB hukukunun gereklerine değişik ve yaratıcı şekillerde cevap verebilmektedirler. Bazı durumlarda ise kamu otoriteleri AB hukukunu ulusal reform gündemlerini desteklemek için kullanabilmektedir. Örneğin İsveç’te resmi hasta haklarının oluşturulmasında, İngiltere’de sağlık sistemine işletme benzeri koşullar getirilip hasta seçeneklerinin artırılmasında veya Hollanda’da sistemin daha rekabetçi hale getirilmesinde böyle bir durumdan söz edilebilir⁶⁴⁹.

⁶⁴⁷ Baeten, Vanhercke and Coucheir, 2010, s. 4-5.

⁶⁴⁸ Netherlands, National Strategy Report on Social Protection and Inclusion, 2008-2010, <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=757&langId=en> (03.05.2010), s.5. ; Germany, National Strategy Report on Social Protection and Inclusion, 2008-2010, <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=757&langId=en> (03.05.2010), s.26.

⁶⁴⁹ Baeten, Vanhercke and Coucheir, 2010, s. 25-26.

3.3 SINIR ÖTESİ HASTA HAREKETLİLİĞİ VE BÜTÜNLEŞME SÜRECİ

3.3.1 Bütünleşmenin Dışsallaşması

Üye ülkeler ilk aşamada böyle bir niyetleri olmasa da, bütünleşme ilerledikçe, bütünleşme dışındaki ülkeler karşısında ortak bir tutum geliştirmeye yönelebirlirler. Bir sektörde ortak dış tutum geliştirilmesinde, bütünleşme içindeki grupların kendilerini dış baskılardan korumak istemeleri etkili olabildiği gibi; diğer uluslararası aktörlere karşı pazarlık gücü elde etme amacı da ⁶⁵⁰ etkili olmaktadır. Sosyal politika ve sağlık alanındaki uygulamalar, ülkelerin rekabet güçlerini etkileyen faktörler arasındadır. Bu nedenle ülkeler, pazarda rekabet koşullarının eşitliğini sağlayabilmek adına uygulama farklılıklarını gidermeyi istemektedirler. Bunun bir yolu, uluslararası kural ve usullerin benimsenmesidir⁶⁵¹. Diğer yandan sağlığa yönelik tehditler ulusal sınır tanımamaktadır ve etkili çözümler uluslararası işbirliği yapılmasını gerekli kılmaktadır.

Sağlık bakımına yönelik uygulamaların dışsallaştırılmasında siyasi liderlerin bu politika alanındaki bütünleşme sürecini dış politika etkili olmak amacıyla kullanmak istemeleri ve görevlerin birbiriyle bağlantılı olması nedeniyle bütünleşme sürecinin etkilerinin dış politikaya da yansması etkili olmaktadır⁶⁵². Genişleme politikası kapsamındaki aday ülkeler başta olmak üzere, AB'nin bölgesel işbirliği anlaşmaları yaptığı ülkeler AB'nin sağlık bakımına dair kurallarını öğrenmek ve gerektiğinde mevzuatlarına aktarmak zorunda kalmaktadır⁶⁵³. Bu geniş bir ülkeler ağının AB'nin ilke ve kurallarının doğrudan ya da dolaylı etkisi altında olması demektir. AB, ayrıca uluslararası kurumlarla işbirliği yaparak küresel düzeyde politika geliştirme süreçlerine dahil olmaktadır.

⁶⁵⁰ Philippe C. Schmitter, "Three Neo-Functional Hypotheses about International Integration", *International Organization*, Vol. 23, No. 1, 1969, s.165.

⁶⁵¹ Zeki Erdut, *Küreselleşme Bağlamında Uluslararası Sosyal Politika ve Türkiye*, Dokuz Eylül Üniversitesi, Dokuz Eylül Yayınları, İzmir, 2002, s. 36-37.

⁶⁵² Joseph S. Nye, "Comparing Common Markets: A Revised Neo-Functionalist Model", *International Organization*, Vol. 24, No. 4, 1970, s. 828.

⁶⁵³ European Commission, "EU in the World", http://ec.europa.eu/health/eu_world/policy/index_en.htm, (03.05.2010).

Dışsallaştırma sürecine tabi olan başlıca politika konuları tütün kontrolü; bulaşıcı hastalıklar; kan, doku, organ ve hücre güvenliğidir. Tütün kontrol politikası altında, standartların uyumlaştırılması, halk sağlığının korunması amacıyla tütün ürünlerinin pazarlanmasının belirli ölçüde kısıtlanması ve tüketicinin yeterli düzeyde bilgilendirilmesi amaçlanmaktadır. Tütün ürünleri direktifi, tütün ürünlerinin paketlerinde uyarıların; paket içeriğinin bulunmasını düzenlemektedir. Görsel işitsel medya hizmetleri direktifi televizyonda tütün reklamı yapılmasını yasaklamaktadır. Tütün reklamı direktifiyle televizyon dışındaki medya araçlarında tütün reklamı konusu düzenlenmektedir. Bulaşıcı hastalıklar konusunda AB politikası hastalıkların izlenmesi, erken tespit edilmesi ve hızlı yanıt verilmesine odaklanmaktadır. Kan, doku, organ ve hücre güvenliği alanında standartlar belirlenmiştir⁶⁵⁴.

Türkiye, AB üyeliğine aday bir ülke olarak AB'nin sağlık alanındaki mevzuatıyla uyum sağlamak zorundadır. Türkiye'nin uyumu ilerleme raporunda 28. başlık altında "Tüketici ve Sağlığın Korunması" başlığı altında değerlendirilmektedir. 2009 ilerleme raporuna göre, Türkiye bu alanda yeterli düzeyde yasal uyumlaştırma sağlamıştır. Halk sağlığı konusunda tütün kontrolü ve bulaşıcı hastalıklarla mücadelede idari kapasitenin güçlendirilmesi konularında ilerle kaydedilmiştir. Kan, kan ürünleri, doku ve hücre güvenliği konularında ilerleme sağlanması gerekmektedir. Ulusal Kanser Enstitüsü kurulması gerekmektedir.

Güney ve Doğu Avrupa ülkelerine yönelik olarak 2001 yılında bir Güney ve Doğu Avrupa Sağlık Ağı, kurulmuştur. Sağlık ağı, bulaşıcı hastalıklar, ruh sağlığı, gıda güvenliği ve beslenme, tütün kontrolü, kan ve kan ürünlerinin güvenliği, anne ve çocuk sağlığı, halk sağlığı alanlarına odaklanmaktadır. Bulgaristan, Romanya, Slovenya, Arnavutluk, Bosna-Hersek, Hırvatistan, Sırbistan ve Karadağ bu ağın ortaklarıdır. Kanada, İzlanda, Norveç, Rusya'ya yönelik olarak halk sağlığında Kuzey boyutu ortaklığı kurulmuştur. Komşuluk politikası ve Avrupa-Akdeniz Ortaklığı kapsamındaki ülkelerle de sağlığın korunması alanında yukarıda anılan

⁶⁵⁴ European Commission, "Steering EU Public Health-Legislation", http://ec.europa.eu/health/legislation/policy/index_en.htm (03.05.2010).

alanlarda işbirliği yapılmaktadır. AB, Çin ve Rusya ile sağlık ve gıda güvenliği anlaşması yapmıştır. Dünya Sağlık Örgütü ve OECD'nin bir ortağı konumundadır⁶⁵⁵.

3.3.2 Bütünleşmenin Siyasallaşması

Yayıma süreci belirli bir noktaya kadar siyasal alandan sıyrılarak, teknik biçimde yürümektedir. Bu aşamada halkın ilgisi Avrupa düzeyindeki gelişmelere yönelmemiştir ve tartışma yoktur ya da düşük seviyededir⁶⁵⁶. Teknik ve ekonomik kararlar giderek artan sayıda çıkar grubunu etkiledikçe daha tartışmalı hale gelmektedir⁶⁵⁷. Ortak politika alanlarının genişlemesi, hem daha fazla kararın ortaklaşa alınması hem de bu alanlardaki aktörlerin bütünleşme sürecine katılması anlamına gelmektedir; böylelikle ortak karar alma sürecinde pazarlıklar daha zorlu geçmektedir. Sadece karar alınan konular değil, nasıl karar alınacağı yani karar alma yönteminin kendisi de siyasallaşmaktadır. Bu değişiklik bütünleşme sürecinin gelişimini de etkilemektedir. Teknokratik karar alma yöntemi ile siyasallaşmış karar alma yöntemi araçları ve amaçları açısından farklılaşmaktadır⁶⁵⁸:

Tablo 3: Teknokratik ve Siyasallaşmış Karar alma yöntemleri

	Teknokratik karar alma	Siyasallaşmış karar alma
Hedefler	Başlıca politika hedefleri temel aktörler tarafından paylaşılmakta	Başlıca politika hedefleri konusunda temel aktörler arasında çekişme/tartışma yaşanmakta
Araçlar	Politika hedeflerine ulaşmak için kullanılan araçlar teknik/rasyonel yöntemleri içermekte	Politika hedeflerine ulaşmak için kullanılan araçlar siyasi seçimleri içermekte
Konu bağlantıları	Konular birbirinden ayrılmış politika alanlarında ele alınmakta	Konular ilgili birbiriyle bağlantılı politika alanlarında ele alınmakta

Kaynak: Hooghe and Marks, 1997, s. 28.

⁶⁵⁵ European Commission, "EU in the World", http://ec.europa.eu/health/eu_world/policy/index_en.htm, (03.05.2010).

⁶⁵⁶ Nye, 1970, s.802.

⁶⁵⁷ Mario Barrera and Ernst B. Haas, "The Operationalization of Some Variables Related to Regional Integration: A Research Note", *International Organization*, Vol. 23, No. 1, 1969, s. 150-151.

⁶⁵⁸ Liesbet Hooghe and Gary Marks, "The Making of a Polity: The Struggle Over European Integration", *European Integration online Papers (EIoP)*, Vol. 1, No. 004, 1997, <http://eiop.or.at/eiop/texte/1997-004a.htm>. s.3.

Siyasallaşmayı arttıran bir başka faktör, Avrupa düzeyinde siyasal katılımın genişlemesidir. İlk dönemlerde bütünleşme, sınırlı sayıda toplumsal grubun, ulusal ve uluslarüstü liderin başat rol oynadığı elitist bir olgu olarak görülürken, zaman içerisinde bu durum değişime uğramıştır. Bunda farklı özelliklere sahip ve çok sayıdaki toplumsal grubun artık Avrupa düzeyinde faaliyette bulunuyor olması; ulusal liderlerin bütünleşme sürecini referandumlara ve ulusal parlamentolarındaki tartışmalara konu ederek aldıkları kararlara meşruiyet kazandırmaya çalışmaları etkili olmuştur⁶⁵⁹.

Bütünleşme süreci ilerledikçe, daha duyarlı konulara değinilmesi kaçınılmaz olmakta ve bu durum siyasi gerginlik yaratmaktadır⁶⁶⁰. Ulusal aktörler daha önemli ve çatışmalı alanlarda politika oluşturmak zorunda kalmaktadır. Bu alanlar arasında en çok öne çıkan, egemenlik kaybına ilişkin endişelerdir. Yetkiler Avrupa düzeyinde toplandıkça, ulusal egemenlik konusu daha çok gündeme gelmektedir ve tartışmalara neden olmaktadır. Siyasallaşma, sürecin işleyişine bağlı olarak kendiliğinden meydana gelebildiği gibi isteğe bağlı olarak da örneğin aktörlerin yeni bir anlaşmanın hazırlanmasını istemesi durumundaki gibi gerçekleşebilmektedir⁶⁶¹.

Siyasallaşma ortak karar alma aşamasında tartışmaların ve bütünleşmeye ilgi duyan aktörlerin artmasına yol açtığı için⁶⁶², siyasi elitler kamuoyundan gelen baskılara daha açık hale gelmektedir. Siyasi elitlerin karşılaştığı baskıların en somut örneği halk kitlelerinin, bütünleşme sürecinde dönüm noktası niteliğindeki kararlarda referandumlar aracılığıyla harekete geçmesidir. Ayrıca, AB düzeyinde karar alma süreci artık, ulusal siyasi arenada yaşananlardan bağımsız değildir. AB ile ilgili konular, ulusal basında yer almakta, ulusal meselelere dahil edilmekte ve dolayısı ile ulusal seçimlerde ele alınan konulardan birisi olmaktadır. Bu nedenle AB'nin

⁶⁵⁹ Hooghe and Marks, 1997, s.3.

⁶⁶⁰ Nye, 1970, s.802.

⁶⁶¹ Mario Barrera and Ernst B. Haas, "The Operationalization of Some Variables Related to Regional Integration: A Research Note", *International Organization*, Vol. 23, No. 1, 1969, s. 150-151.

⁶⁶² Schmitter bunu izleyici kitleleri (audience) veya müşterilerin (clientele) genişlemesi olarak adlandırmaktadır. Bkz. Philippe C. Schmitter, "Three Neo-Functional Hypotheses about International Integration", *International Organization*, Vol. 23, No. 1, 1969, s.166.

kurumsal işleyişinin ve karar alma süreçlerinin, referandum söz konusu olmasa bile, halkın desteğinden bağımsız olduğunu düşünmek mümkün değildir⁶⁶³.

Avrupa bütünleşmesi siyasallaştıkça, AB'nin gözlerden uzak, düşük profilli (low profile) davranma stratejisi geçerliliğini kaybetmeye başlamaktadır. Ulusal bürokratlarla işbirliği yapan, uzak, kim olduğu bilinmeyen eurokratların karar alma süreci üzerindeki hakimiyetleri sarsılmaya başlar. Bütünleşme artık herkesin kazandığı bir süreç görünümünü kaybeder ve kazananlarının ve kaybedenlerinin görünür olduğu bir süreç haline gelir. Haas bu durumlar için "türbülans" terimini kullanmaktadır⁶⁶⁴. Bütünleşme süreci siyasallaştıkça, AB yanlısı ve AB karşıtı taraflar arasındaki ayırım daha keskin hale gelmektedir. Gerek ulusal gerekse AB düzeyindeki siyasi liderler, artık seçmenlerin bütünleşmeye verdikleri destek ve seçmenlerin tercihleri ekseninde sınırlanmış durumdadır⁶⁶⁵. David Easton siyasi kurumlara verilen desteği duygusal ve faydacı olmak üzere iki gruba ayırmaktadır. Duygusal destek bir siyasi kuruma ideolojik ve manevi bağlılık duyulması; faydacı destek ise kurumun kişinin ekonomik ve siyasi çıkarlarına hizmet ettiğine inanılması durumunda verilen destektir⁶⁶⁶.

Bu nedenle Avrupa bütünleşmesi, Avrupa halklarının "izin verici uzlaşısı"na⁶⁶⁷ (permissive consensus) dayandığı kadar "sınırlayıcı fikir ayrılığına" da (constraining dissensus) dayanmaktadır⁶⁶⁸. Maastricht Antlaşmasının onay sürecinde yaşanan krize kadar, Avrupa halklarının daha fazla bütünleşme yönünde uzlaş

⁶⁶³ Hooghe and Marks, 1997, s. 3-4.

⁶⁶⁴ Philippe C. Schmitter, "Ernst B. Haas and the Legacy of Neofunctionalism", *Journal of European Public Policy*, Vol.12(2), s.268.

⁶⁶⁵ Hix, s.148.

⁶⁶⁶ Bu iki destek şekli birbirinin yerine geçmemekte; birbirini tamamlamaktadır. David Easton, "A Reassessment of the Concept of Political Support", *British Journal of Political Sciences*, Vol. 5, s. 435-457. Bkz. Hix, s.148.

⁶⁶⁷ Bütünleşmenin ilk yıllarında, üye ülkelerin vatandaşlarının çoğunluğu Avrupa bütünleşmesi ile ilgilenmiyordu ve hükümetlerinin bu konudaki faaliyetleri konusunda fikir sahibi değildi ya da hükümetlerinin daha fazla bütünleşme yönündeki girişimlerine destek veriyordu. Lindberg ve Scheingold bu süreci "izin verici uzlaş" olarak adlandırmıştır. Bkz. Leon Lindberg and Stuart A. Scheingold, *Europe's Would-Be Polity*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1970. Bkz. Hix, s.149.

⁶⁶⁸ Liesbet Hooghe and Gary Marks, "A Postfunctionalist Theory of European Integration: From Permissive Consensus to Constraining Dissensus", *British Journal of Political Science*, Vol.39, 2008, s.1.

içerisinde olduğu görüşü hakimdi. Kriz, ekonomik ve siyasi elitlerin istediği hatta gerekli gördüğü bütünleşme adımlarının Avrupa halklarının onay vermeyi reddetmesi durumunda tehlikeye girebileceğini göstermiştir⁶⁶⁹. Avrupa bütünleşmesi, özellikle seçim ve referandum dönemlerinde siyasallaşmakta, halkın ve ulusal siyasi partilerin tercihleri bütünleşmenin idare edilmesi açısından sonuçlar doğurmaktadır⁶⁷⁰.

İzin verici uzlaşımın azalması, Avrupa halklarının Avrupa düzeyindeki olayların ve politikaların daha fazla farkında olmaları ve hükümetlerini bilinçsizce takip etmemeleri anlamına gelmektedir. Halkın desteği artık koşulludur hatta sınırlayıcıdır⁶⁷¹. Haas'ın bütünleşme tanımına dönersek, Avrupa halklarının AB'ye bağlı hissetmeleri için ikna edilmeleri gerekmektedir. Çıkar odaklı ve duygusal beklentilere verilen somut yanıtlar ikna sürecinin başarıya ulaşmasında etkilidir. Somut yanıtlar kadar önemli olan bir başka araç daha vardır; bütünleşmenin algılanma şeklini etkileyen, "bütünleşme söylemi".

3.3.3 Bütünleşme Söylemi

Fikirler, siyasi söylem oluşturarak karar alıcıları, çıkar gruplarını ve vatandaşları bir politika alanında değişime ihtiyaç duyulduğuna ikna edebilirler. "Reform ihtiyacının sosyal inşası" olarak adlandırılabilen bu durumda, reformu destekleyenler söz konusu politika alanında (örneğin, iç pazar, Avrupa sosyal modeli veya sınır ötesi hasta hareketliliği gibi politika alanları) ortak anlayışı değiştiren bir çerçeve yaratmak zorundadır. Ortak anlayışı değiştiren yeni bir paradigma sunarak, reforma giden süreci söylemsel olarak şekillendirmektedirler⁶⁷².

⁶⁶⁹ Michael Newman, "After the Permissive Consensus Still Searching for Democracy", *European Union Power and Policy Making*, 4.b., Ed. Jeremy Richardson, New York, Routledge, 2006, s.378.

⁶⁷⁰ Hooghe and Marks, 2008, s.1.

⁶⁷¹ Hix, s.151.

⁶⁷² Daniel Béland, "The Social Exclusion Discourse: Ideas and Policy Change", *Policy & Politics*, Vol. 35, No.1, 2007, s. 125.

Söylem, dilin kullanımı aracılığıyla sosyal alanın içine nüfuz eden fikir, ideoloji veya diğer sembolik yapıların yanı sıra ifade etme, ilişkilendirme ve eyleme geçme şekillerini ifade etmektedir⁶⁷³. Diğer bir ifadeyle söylem, politika fikirleri ve değerleri ile interaktif süreçler olan politika inşa etme ve bunu yayma süreçlerini kapsamaktadır⁶⁷⁴. Bu bağlamda dil, her zaman nötr ve betimleyici değildir. Hatta dil gerçekliğin algılanmasını sağlayan bir araçtır ve kimi zaman değer yüklenerek ve siyasi amaçlara hizmet eder⁶⁷⁵. Birşeyi betimlemek, bir bildirimde bulunmak da bir şey yapmak demektir; dolayısıyla her bildirim öncelikle edimseldir⁶⁷⁶. Thomas Diez, AB'nin oluşumunda dilin önemini incelediği çalışmasında, Avrupa bütünleşmesini betimlemeye yönelik girişimlerin sadece bütünleşmeyi tanımlamakla kalmadığını aynı zamanda bir kurumsal yapının oluşumuna katkı sağladığını ortaya koymuştur⁶⁷⁷.

Bütünleşme sürecinde söylem, ilk ortaya çıktığı bağlamdan diğer bağlamlara yayılmaktadır. Bu süreçte söylem bilgi akışını sağlayarak, konuların ve temaların oluşumu için uygun ortam yaratmaktadır. Buradaki bilgi kavramı, farkındalık ve bilinç yaratan tüm içerikler ve kişilerin gerçekliğin yorumlanmasına ilişkin kullandığı anlamları kapsayacak şekilde geniş yorumlanmalıdır⁶⁷⁸.

Söylem, kontrol ve güç aracı olabildiği gibi gerçekliğin sosyal inşası için bir araçtır⁶⁷⁹. Söylem çözümlemesi dilin, bakış açılarını, eylemleri ve kimlikleri harekete geçirmek amacıyla kullanımını inceleyen bir araştırma aracıdır. Söylem çözümlemesi

⁶⁷³ Jaber F. Gubrium and James A. Holstein, "Analyzing Interpretive Practice", *Handbook of Qualitative Research*, Ed. Norman K. Denzin, Yvonna S. Lincoln, Sage Publications, Thousand Oaks, London, New Delhi, 2000, s. 493.

⁶⁷⁴ Vivien Schmidt, "The Politics of Economic Adjustment in France and Britain: When Does Discourse Matter?", *Journal of European Public Policy*, Vol.8, No.2, 2001, s. 249.

⁶⁷⁵ Thomas Diez, "Speaking Europe: The Politics of Integration Discourse", *Journal of European Public Policy*, Vol.6, No.4, 1999, s. 601.

⁶⁷⁶ John Searle, *Söz Edimleri-Bir Dil Felsefesi Denemesi*, Çev. R. Levent Aysever, Ayraç Yayınları, Ankara, 2000, s. 17.

⁶⁷⁷ Diez, s.598.

⁶⁷⁸ Siegfried Jager, "Discourse and Knowledge: Theoretical and Methodological Aspects of a Critical Discourse and Dispositive Analysis", *Methods of Critical Discourse Analysis*, Ed. Ruth Wodak and Michael Meyer, Sage Publications, Thousand Oaks, London, New Delhi, 2001, s. 32-33.

⁶⁷⁹ Ruth Wodak, "What CDA is About- a Summary of its History, Important Concepts and its Developments", *Methods of Critical Discourse Analysis*, Ed. Ruth Wodak and Michael Meyer, Sage Publications, Thousand Oaks, London, New Delhi, 2001, s.9.

standart tek bir yaklaşıma dayalı değildir; araştırma konusuna ve sorusuna göre daha iyi açıklama getirebilen farklı yaklaşımlar bulunmaktadır⁶⁸⁰. Söylem çözümlemesi nitel araştırma yöntemlerinden birisidir⁶⁸¹. Nitel araştırma, olguları bu olgulara yüklenen anlamlar aracılığıyla yorumlamaya yöneliktir. Nicel araştırma ise neden sorusuna yanıt ararken, nitel araştırma nasıl ve ne sorularına yanıt aramaktadır⁶⁸². Nitel araştırmada, araştırmacı verileri temalara ya da kategorilere ayırıp, sonuçlara ulaşırken, kişisel yorumunu kullanmaktadır, bu anlamda, nitel araştırma öznelidir⁶⁸³.

Nitel ve nicel yöntem arasındaki seçim genellikle siyaset bilimine yönelik farklı yaklaşımların bir parçasıdır. Nitel yöntemler, yoruma dayalı bilgi kuramına uygun olarak sosyal dünyanın dinamik, değişim içinde ve inşa edilmiş olduğunu vurgulamaktadır. Buna göre, sosyal bilim evrensel doğruları nesnel biçimde ve sosyal dünyayı anlamak için yaratılan kavramlar, değerler ve inançlardan bağımsız olarak ortaya koyamaz. Rasyonel bir şekilde hareket eden aktörlerin perspektifleri büyük önem taşımaktadır⁶⁸⁴. Yeni işlevselcilik, aktörlerin çıkar algılarına göre hareket ettiğini ve aktörlerin çıkar algılarının fikir ve değerlerindeki değişime bağlı olarak değişeceğini kabul eder. Buna göre aktörlerin çıkarlarını gerçekleştirmek için kullandığı araçlar da değişebilmektedir. Bu bağlamda yeni işlevselcilik bilgiye erişmenin tek yolu olarak pozitivismi görmez ve daha az determinist bir yolun izlenmesini teşvik eder⁶⁸⁵.

Yoruma dayalı araştırma yöntemleri, neden sonuç ilişkisi kurmak yerine siyasi davranışı anlamaya, siyasi eylemlerin aktörler açısından anlamını ortaya

⁶⁸⁰ James Paul Gee, *An Introduction to Discourse Analysis Theory and Method*, Routledge, London and New York, 1999, s.4.

⁶⁸¹ Jaber F. Gubrium and James A. Holstein, "Analyzing Interpretive Practice", *Handbook of Qualitative Research*, Ed. Norman K. Denzin, Yvonna S. Lincoln, Sage Publications, Thousand Oaks, London, New Delhi, 2000, s.493.

⁶⁸² John W. Creswell, *Qualitative Research Design*, Sage Publications, California, 1998, s. 15-17.

⁶⁸³ John W. Creswell, *Research Design*, Sage Publications, California, 2003, s.182.

⁶⁸⁴ Fiona Devine, "Qualitative Methods", *Theory and Methods in Political Science*, Ed. David Marsh and Gerry Stoker, Palgrave Macmillan, New York, 2002, s. 201.

⁶⁸⁵ Ernst B. Haas, "Does Constructivism Subsume Ne-functionalism?", *The Social Construction of Europe*, Ed. Thomas Christiansen, Knud Erik Jorgensen and Antje Wiener, Sage Publications, California, 2001, s.27.

çıkarmaya odaklanmaları⁶⁸⁶ nedeniyle yeni işlevselcilik açısından uygun araştırma araçlarına sahiptir. Nitel araştırmada, araştırma araçları dar tanımlar içerisinde düşünülmemeli; konunun kendine özgü yapısına ve çalışmanın bağlamına göre uyarlanabilir olmalıdır. Araştırma araçları, geniş anlamda “düşünme araçları” olarak kullanılmalıdır⁶⁸⁷.

3.3.4 İç Pazarda Hizmetler Direktifinden Sınır Ötesi Sağlık Bakımında Hasta Hakları Direktifine Geçiş

Sağlık bakımına yönelik teknik konularda Avrupa düzeyinde işbirliği devam ederken, sınır ötesi hasta hareketliliğini tekrar siyasi tartışmaların merkezine çeken bir gelişme yaşanmıştır. Komisyon’un iç pazarda hizmetlerin serbest dolaşımına ilişkin sunduğu direktif önerisi, ATAD’ın serbest dolaşım ilkesini sağlık hizmetlerine uyguladığı kararların derlenmiş bir halini sunan hükümler içermekteydi. İç pazarda hizmetler direktifi⁶⁸⁸ ya da direktif önerisini sunan iç pazar Komiseri Frits Bolkestein’in adıyla Bolkestein direktifi olarak anılan direktif önerisi 13 Ocak 2004 tarihinde sunulmuştur. Öneri, üye ülkeler ve Birlik kurumları arasındaki tartışma sürecinde yeniden şekillenmiş Parlamento ve Konsey onayından sonra 27 Aralık 2006 tarihinde resmi gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir (2006/123/EC sayılı Direktif). Direktifin 2009 yılı sonuna kadar ulusal mevzuata aktarılması öngörülmüş ancak uygulamada bazı gecikmeler yaşanmıştır.

Hizmetler direktifi, ekonomik büyüme, istihdam yaratılması ve rekabet gücü kavramlarına dayalı olarak hazırlanmıştır. Direktif, Lizbon Avrupa Konseyi’ne benimsenen AB’yi 2010 yılına kadar en dinamik bilgi ekonomisi haline getirme hedefinin bir parçası olarak önerilmiştir. Bu bağlamda, iç pazarda hizmet sunma ve yerleşme serbestilerinin önündeki engellerin kaldırılması ve yasal yönden belirli bir

⁶⁸⁶ David Marsh and Paul Furlong, “A Skin not a Sweater: Ontology and Epistemology in Political Sciences”, *Theory and Methods in Political Science*, Ed. David Marsh and Gerry Stoker, Palgrave Macmillan, New York, 2002, s.23.

⁶⁸⁷ James Paul Gee, *An Introduction to Discourse Analysis Theory and Method*, Routledge, London and New York, 1999, s.4.

⁶⁸⁸ European Commission, Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on services in the internal market, COM(2004) 2 final/3, [SEC(2004) 21], Brussels, 5.3.2004.

çerçeve çizilmesi amaçlanmıştır. Direktif kapsamındaki hizmet tanımı antlaşma hükümlerini ve ATAD'ın oluşturduğu içtihat hukukunu temel almaktadır. Hizmetler direktifi, bir üye ülkede yerleşik durumdaki hizmet sunucusu tarafından sunulan hizmetlere uygulanmaktadır; finansal hizmetler, ulaşım, elektronik iletişim teknolojiler, vergilendirme alanları direktif kapsamına alınmamıştır⁶⁸⁹.

ATAD kararlarına göre bir faaliyetin dolaşım serbestisi kurallarına tabi olması için ekonomik faaliyet olması, ekonomik faaliyet olması içinse bir ücret karşılığında sunulması gerekmektedir. Burada ücret kavramı geniş yorumlanmakta ve hizmetin karşılığının hizmet alan tarafından ödenmesi koşulu aranmamaktadır. Bazı hizmetlerin kendilerine özgü yanlarının (sağlık hizmetleri gibi), onları ekonomik nitelik taşıyan bir hizmet olmaktan çıkarmadığı vurgulanmıştır. “Topluluk hukukunun etkisi, ulusal hukuk dallarına göre değişmez” denilmiştir. Sosyal güvenlik sisteminin toplumsal faydaya yönelik işlevine rağmen, ekonomik niteliğine, özellikle gönüllü emeklilik sigortasına dikkat çekilmektedir. Sigorta hizmetleri, finansal hizmetler ile ilgili düzenlemelere tabi olduğundan bu direktifin kapsamına alınmamıştır⁶⁹⁰.

Dolaşım serbestisinin önündeki engellerin kaldırılması amacıyla, bazı yöntemler önerilmiştir. Bunlardan ilki, menşe ülke ilkesidir. Buna göre bir hizmet sunucusu yerleşik bulunduğu ülkenin kanunlarına tabidir ve üye ülkeler başka bir üye ülkedeki hizmet operatörlerinin sunduğu hizmeti sınırlayamamaktadır. Böylece, bir üye ülkede yerleşik bulunan bir operatör diğer üye ülkelere, bu ülkelerin kurallarına tabi olmadan hizmet sunabilmektedir. Sunulan hizmetin gözetiminden, menşe ülke sorumludur⁶⁹¹. Menşe ülke ilkesi, iç pazarda malların serbest dolaşımına uygulanan karşılıklı tanıma ilkesinin hizmetlerin serbest dolaşımına genişletilmesidir⁶⁹².

⁶⁸⁹ European Commission, 5.3.2004.

⁶⁹⁰ Council of The European Union, Explanatory note on the activities covered by the proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on services in the internal market, Interinstitutional File 2004/0001 (COD), Brussels, 25 June 2004.

⁶⁹¹ European Commission, 5.3.2004.

⁶⁹² The Committee of the Regions, Opinion on the Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on services in the internal market COM(2004) 2 final – 2004/0001 (COD), s.5.

Menşeye ülke ilkesine kamu çıkarının korunması amacıyla bazı istisnalar getirilmiştir. Menşeye ülke ilkesi, karşılıklı güven üzerine dayandığı için ülkeler arasında idari konularda karşılıklı yardımlaşma ve bilgi değişimi gerekli görülmüştür. Kamu çıkarının korunmasına yönelik belirli alanlarda uyumlaştırma hedeflenmiştir. Özellikle tüketicinin korunması alanında ülkeler arasında büyük farklılıkların olmasının karşılıklı güveni ve menşeye ülke ilkesini olumsuz etkilemesinden endişe edilmektedir⁶⁹³. Bu bağlamda direktifte önerilen düzenleme yöntemleri, ekonomik amaçların öncelik taşıdığını ve sosyal koruma amacının ekonomik amaç yolunda bir araç olarak görüldüğünü göstermektedir.

Üye ülkeler ve sivil toplum kuruluşları, sağlık bakımının diğer hizmetlerle aynı direktif kapsamında düzenleniyor olması fikrine karşı çıkmışlardır. Buna göre, Komisyon'un bu yaklaşımı sağlık bakımının hizmet özelliğini ön plana çıkarırken aynı zamanda toplumsal sorumluluk olduğu gerçeğini göz ardı etmektedir⁶⁹⁴. Ayrıca, üye ülkelerin sosyal koruma sistemlerine menşeye ülke ilkesinin uygulanmasının sağlık sistemlerine zarar vereceğinden endişe edilmiştir. Sağlık ve sosyal hizmetlerin, menşeye ülkeye göre değil gidilen yerdeki ülkenin kurallarına göre ve bu ülkedeki yetkililerce düzenlenmesi gereği vurgulanmıştır⁶⁹⁵. Bu durum, üye devletlerin serbest dolaşım karşısında korumak istedikleri ulusal sınırın bir ifadesidir. Üye ülkeler ve çeşitli sivil toplum kuruluşlarının ağır eleştirileri ile karşılaşan direktiften sağlık bakımı çıkarılmış ve Komisyon'a sağlık alanına özgü öneriler geliştirme görevi verilmiştir⁶⁹⁶.

⁶⁹³ European Commission, 5.3.2004.

⁶⁹⁴ Jean Lambert, The Bolkestein Directive: Health Warning, <http://www.jeanlambertmep.org.uk/downloads/reports/0510services%20booklet.pdf>, s.2.

⁶⁹⁵ European Economic and Social Committee, Opinion on the Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on services in the internal market, (COM(2004) 2 final – 2004/0001 (COD)), s. 5 ; The Committee of the Regions, Opinion on the Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on services in the internal market COM(2004) 2 final – 2004/0001 (COD), s. 5.

⁶⁹⁶ European Commission, "Patient mobility and healthcare developments-Communication from the Commission", http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/patient_mobility_en.htm

Sağlık hizmetleri yeniden düzenlenerek 2006 yılında kabul edilen, iç pazarda hizmetler direktifinde yer almamıştır. 2008 yılında “sınır ötesi sağlık bakımında hasta hakları direktifi” adını taşıyan ve bu alana özel bir direktif önerisi hazırlanmıştır. İçerik olarak ATAD kararlarıyla tanınan haklar üzerinde yeni haklar getirmese de “sınır ötesi sağlık bakımında hasta hakları direktifi” bir söylem ve tutum değişimini göstermektedir.

İki direktifin isminden de anlaşılacağı gibi en büyük değişiklik odak noktasındaki değişikliktir. İç pazarda hizmetler direktifi, Lizbon gündeminin bir parçası olarak hazırlanırken, sınır ötesi sağlık bakımında hasta hakları direktifi yenilenmiş sosyal gündemin bir parçası olarak hazırlanmıştır. Burada iç pazarın parçası olarak sınır ötesi sağlık hizmeti anlayışından, sınır ötesi sağlık bakımında hasta haklarına geçiş söz konusudur. Ekonomik bir özgürlükten, sosyal bir hak olarak sağlığa bakıştaki değişime ek olarak direktifin başlığına taşınan vurgu iç pazardan hastanın kendisine (ki hasta aynı zamanda Avrupa vatandaşıdır) kaymaktadır. Böylece, söylemsel olarak “AB sadece *kendi* iç pazarını düzenleme derdinde olan, uzak bir güç değil, *kendi* vatandaşlarının haklarını koruyan, geliştiren, yaşamlarına doğrudan dokunan yakın bir güç haline” gelmektedir⁶⁹⁷.

Önerinin ilk halinde, hukuki dayanak olarak iç pazarın işleyişine yönelik olağan yasama usulünün uygulanmasını konu alan ABİDA’nın 114. maddesi alınmıştı. Üye ülkelerin isteği üzerine direktife bu maddeye ek olarak, sağlık hizmetlerinin organizasyonunun ve sunumunun üye ülkelerin yetkisinde olduğunu vurgulayan 168. madde eklenmiştir. Hastalar, sağlık bakımı hizmeti aldıkları ülkenin kalite ve güvenlik standartlarına tabi olacaklardır. Hizmetler direktifinden farklı olarak, sınır ötesi hasta hareketliliği direktifi e-sağlık ve Avrupa referans

⁶⁹⁷ Sağlık ve Tüketicinin Korunması alanında Avrupa Komiseri, David Byrne’e göre Avrupa vatandaşları AB’nin sadece ekonomik kazanımlara odaklanmasını istememektedir. Vatandaşlar, kendi sağlıklarını etkileyen kararlar ve sağlık sistemlerinin gelecekteki yönünün, artan bir şekilde AB düzeyinde ve küresel düzeydeki gelişmelerden etkilendiği düşünmektedir. Byrne’e göre Avrupa vatandaşları bu nedenle AB’den sağlığı gündeminin merkezine koymasını beklemektedirler. Bkz. David Byrne, European Commissioner for Health and Consumer Protection, “Future priorities in EU health policies”, European Health Forum on Common Challenges for Health and Care , SPEECH/02/426, Gastein, 26 September 2002.

merkezlerinin kurulması gibi yeni işbirliği alanları içermektedir⁶⁹⁸. Hizmetler direktifinde ekonomik büyümeye, rekabetçiliğe ve ekonominin bir parçası olarak sağlık hizmetlerine yapılan vurgunun yerini, hasta hakları direktifinde sosyal koruma, sosyal kaynaşma, sosyal adalet, sürdürülebilir kalkınmanın temel unsuru olarak sağlık sistemlerine yapılan vurgu almıştır⁶⁹⁹.

3.3.5 Bütünleşme Yaklaşımında Değişim

Sınır ötesi hasta hareketliği, tek başına ilerleyen bir süreç olmayıp Avrupa bütünleşmesinin bir parçası olarak gelişim göstermektedir. Bu nedenle, bu alandaki gelişimin daha iyi anlaşılabilmesi için bütünleşme yaklaşımındaki değişimle birlikte incelenmesi gerekmektedir. Bu amaçla, hasta hareketliliğine yönelik direktiflerin hazırlandığı dönemlerdeki bütünleşme söylemini çözümlmek yerinde olacaktır. Bu kapsamda Komisyon tarafından görevlendirilen uzmanlarca, Avrupa bütünleşmesinin perspektifini çizmek amacıyla hazırlanan iki temel rapor değerlendirmeye alınacaktır. Bunlar, 2003 yılında André Sapir başkanlığında hazırlanan “Büyüyen bir Avrupa için Gündem: AB Ekonomik Sisteminin Hedeflerini Gerçekleştirmesinin Sağlanması” başlıklı rapor ile 2010 yılında Mario Monti başkanlığında hazırlanan “Tek Pazar için Yeni strateji: Ekonominin ve Toplumun Hizmetinde Avrupa Tek Pazarı” başlıklı raporlardır.

Sapir raporu, ekonomik büyümeye odaklanan bir rapordur. Rapor, AB'nin ekonomik başarılarının beklenen düzeyde olmadığı fikrinden hareket etmekte ve bunun nedenlerini ortaya koyarak politika önerileri getirmektedir. AB'de ekonomik istikrar 1990'larda önemli ölçüde iyileşmiş ve sosyal kaynaşmanın korunmasına verilen önem devam etmiş ancak yeterli düzeyde ekonomik büyüme oranı yakalanamamıştır. Rapor, ABD'nin başarısı karşısında, AB'nin yetersiz kaldığına ve bunun AB'ye yönelik beklentilerle uyuşmadığına dikkat çekmektedir. Raporda AB'nin geleceğini şekillendiren meydan okumalar olarak, Avrupa sosyal modelinin

⁶⁹⁸ Council of the European Union, “Council adopts its position on patient's rights in cross-border healthcare”, Press Release, 13.09.2010, Brussels.

⁶⁹⁹ Council of the European Union, Position of the Council at first reading with a view to the adoption of a Directive of the European Parliament and of the Council on the application of patients' rights in cross-border healthcare, 13.09.2010.

sürdürülebilirliği, genişleyen AB'nin başarılı olabilmesi ve AB'nin küresel sistemde lider rolü oynayabilmesine yer verilmiştir⁷⁰⁰.

Bütünleşme söyleminin izlenmesi amacıyla Sapir raporundaki söyleme dayalı yapılar (discursive constructions) tespit edilerek, bu söylemsel nesnelere dil aracılığıyla nasıl inşa edildiği değerlendirilmiştir⁷⁰¹. Sapir raporundan çıkarılan söyleme dayalı yapılar: ekonomik bütünleşme, sosyal bütünleşme, vatandaşlar, değişim ihtiyacı ve AB'nin geleceğidir. Her bir yapıda dilin farklı kullanıldığı dikkat çekmektedir. Dilin kullanımını incelenirken öncelikle, eylem bildiren fiillerin kullanılıp kullanılmadığına ve yapının cümlenin öznesi mi yoksa nesnesi mi olduğuna dikkat edilmiştir⁷⁰². Ekonomik bütünleşme etken bir güç olarak yapılandırılırken, sosyal bütünleşme edilgen konumdadır. AB'nin mevcut durumuna yönelik değerlendirmelerde, ABD karşısındaki başarısız konumuna sıklıkla gönderme yapılmaktadır. Avrupa bütünleşmesinin hayatlarını doğrudan etkilediği Avrupa vatandaşları ise bütünleşmenin doğal izleyicileri olarak görülmüş ve raporda önemli yer verilmemiştir.

Sosyal modelin sürdürülebilirliği, ekonomik büyümenin sağlanmasına; ekonomik büyüme ise politik süreçlerde yeniden yapılandırmaya büyük ölçüde dayandırılmaktadır. Söyleme dayalı yapılar bilimsel bir söylem içerisinde inşa edilmiştir. Değişim fikri bilimsel söylem içerisinde savunulmaktadır. Aktörlere, mevcut durumu korumak yerine değişimin kendi çıkarlarına olacağı (sürdürülebilir sosyal model) konusunda ekonomik göstergelere dayanan kanıtlar sunulmaktadır. Bilimsel söylem, bilgiyi sunan ile sunulan bilgi arasında sınır koymakta ve nesneliği vurgulamaktadır⁷⁰³. Böylece, değişim genel kabul gören bir gerçek olarak

⁷⁰⁰ André Sapir, "An Agenda For A Growing Europe: Making the EU Economic System Deliver", Report of an Independent High-Level Study Group established on the initiative of the President of the European Commission, Brussels, 2003, www.euractiv.com/ndbtext/innovation/sapirreport.pdf (05.02.2007), s.i.

⁷⁰¹ Catherine Marie Sykes, Carla Willig and David F. Marks, "Programme Discourses in the European Commission's 1996-2000 Health Promotion", *Journal of Health Psychology*, Vol.9, 2004, s.133.

⁷⁰² Gee, s. 152-153.

⁷⁰³ Sykes, Willig and Marks, s.138.

yapılandırılmakta ve aktörlerin bu gerçekten hareketle, çıkarlarını yeniden tanımlaması ve değişimden yana politika ittifakları kurması özendirilmektedir.

Ekonomik bütünleşme ve pazar bütünleşmesi, harekete geçirici ve etkinleştirici unsurlar olarak kullanılmıştır. Ekonomik bütünleşme başarılı bir süreçtir. Raporda, ekonomik bütünleşmenin özellikle AB'nin yönetim yapısı üzerindeki etkilerine dikkat çekilmiştir. Ekonomik ve idari değişim birbirini etkileyen süreçler olarak ifade edilmiştir. Bütünleşme sürecinde, büyüme, istikrar ve kaynaşma alanlarında eşit düzeyde başarı sağlanamamıştır.

“Avrupa ekonomik bütünleşmesi, 1993 yılında Avrupa tek pazarının oluşumu, 1999 yılında Avro'nun kullanımı ve 2004 yılında 10 yeni üyenin AB'ye katılımıyla uluslararası düzeyde bir başarı yakalamıştır.” (s.1)

“Ekonomik bütünleşmenin gelişimine bağlı olarak politika bağlamları da değişmektedir ve yeni durumlar karşısında yeni yöntemlere ihtiyaç duyulabilir” (s.125).

“Ekonomik büyüme, istikrar ve sosyal kaynaşmayı teşvik etmeye yönelik politikalar birbirlerini destekleyebilirler ya da birbirlerine zarar verebilirler.” (s.2).

“Pazar bütünleşmesi ilerledikçe, yasal düzenleme yapma modelleri de daha fazla gelişebilir” (s.111).

“AB'de çok düzeyli yönetim sistemindeki esneklik ve kararların kurumsal ataletle yenik düşmeden alınıp alınmayacağı, yönetimin kalitesini belirlemektedir. Bir yanda ölçek ekonomileri diğer yanda farklı politika tercihleri ve ihtiyaçları varken, karar vermek bu iki seçenek arasında belirli bir düzeyde seçim yapmak anlamına gelmektedir. Bu nedenle pazar bütünleşmesinin bir işlevi yetkilerin etkin biçimde dağıtılmasını sağlamaktır.” (s.114).

“Pazarın işleyişinin ne ölçüde kurallara bağlanacağı, pazar bütünleşmesinin derecesine, AB'nin genişliğine ve çeşitliliğine ve ilgili ekonomik faaliyetin yapısına bağlıdır. Artan pazar bütünleşmesi genellikle merkezileşmeyi gerektirirken artan büyüklük ve çeşitlilik, sorumluluğun dağıtılmasını gerektirir” (s.144).

“Daha derin ve daha kapsamlı ekonomik bütünleşme, yenilikçilik, teknik değişim ve küreselleşme ile birleşince, işsizlik ve ekonomik yeniden yapılandırmanın hızlanması tehlikelerini barındırmaktadır.” (s.145.)

Raporda bir Avrupa modelinin varlığından söz edilmektedir. Avrupa modeli, ekonomik büyümeye ikincildir, öncelikli olan ekonomik büyümedir. Model bu haliyle edigendir, etken olan ekonomik büyümedir. Model mevcut haliyle sürdürülebilir değildir. Bu nedenle değişim gereklidir. “Geniş ve yoğun sosyal güvenlik ağı” ile “düşük büyüme” kavramlarını birlikte kullanarak, büyüme sorunu ile sosyal koruma arasında bağ kurmaktadır. Ulusal sosyal sistemlerin ülkesellik

özelliğinin, hakların sınır ötesi taşınabilirliği üzerindeki engelleyici etkisine dikkat çekmiştir.

“Daha hızlı büyüme, kaynaşmaya yüksek derecede önem veren Avrupa modelinin sürdürülebilirliği için öncelik taşımaktadır.” (s.i)

“Sürdürülebilirlik, demografi, teknoloji ve küreselleşmede yaşanan hızlı gelişmeler nedeniyle tehdit altındadır.” (s.1.)

“Pazarın etkin işleyişini sınırlayan politikalar, sosyal uyum ve istikrar hedeflerini de olumsuz etkileyecektir.” (s.11).

“Avrupa'nın geniş ve yoğun sosyal güvenlik ağına sahip olmayı tercih etmesi karşısında, düşük büyüme oranı bu seçimin doğal sonucundan başka bir şey değildir. Ancak, bu yaklaşım sözde Avrupa modelinin sürdürülebilirliğinin düşük büyüme ortamında giderek daha çok sorgulanacağı gerçeğini göz ardı etmektedir.” (s.73)

“Sosyal transferlere bağlı harcamalar süresiz olarak artış gösteremeyeceği için, gerçekleştirilebilecek bir alternatifin olmaması durumunda, Avrupa kalkınma modellerinin sürdürülebilirliği giderek sorgulanmaktadır.” (s.28)

“Üye devletlerin (sosyal) kaynaşma sorunları ile AB bütünleşmesinin kıtasal genişliği arasında bir çatışma vardır. Özellikle, yeniden dağıtım süreçlerinin ulusal niteliği, işgücünün hareketliliğini özellikle emeklilik ve diğer sosyal hakların taşınabilirliği açılarından engellemektedir.” (s.66).

Raporda, değişim doğal bir süreç olarak inşa edilmiştir. Bütünleşme ilerlerken, üst yapıyı da (siyasal ve sosyal yapıyı) değişime zorlamaktadır. Rapora göre, değişime karşı olunması onu durduramayacağı gibi sadece bütünleşmenin seyri açısından olumsuz etkiler yaratabilir. Bu bir düşünsel yapıdır. Düşünsel yapılar, kurumsallaştıkça ve normalleştikçe, siyasi aktörlerin yapabilmeleri “mümkün” olan şeylerle ilgili düşüncelerini de sınırlamaktadır. Aktörlerin içinde buldukları bağlamla ilgili fikirleri de davranışlarını belirlemektedir. Söylem aracılığıyla kurulan düşünsel yapılar, siyasi aktörlerin buldukları bağlamı gördükleri merceklerden birisidir⁷⁰⁴. Bu nedenle, raporda değişim bir zorunluluk olarak inşa edilirken ve değişimin yönü çizilirken, seçim yapma seçeneği söylemsel olarak kısıtlanmaktadır.

“Büyüme ve istihdamın beklenen oranlarda gerçekleşmemesinin nedenleri, uygun olmayan siyasi süreçlerde aranmalıdır. Değişime karşı durulması, istikrarı sağlamaktansa krize neden olabilir. Üye ülkelerin uyumlu hareket etmemesi, değişimi engelleyerek ekonomik etkinliği azaltmaktadır. Farklı politika yapıcıların uyguladığı farklı politikalar, birbirlerinin etkilerini güçlendirmek yerine birbirine zarar

⁷⁰⁴ Colin Hay and Ben Rosamond, “Globalization, European Integration and the Discursive Construction of Economic Imperatives”, *Journal of European Public Policy*, Vol.9, No.2, 2002, s. 147-150.

vermektedir. Çok sayıda politika ve düzenleme olması, değişimi zorlaştırarak ekonomik etkinliği azaltmaktadır.” (s.11)

“Pahalı Avrupa sosyal modelini korumak yüksek GSYH artışı gerektirirken, büyümenin artışı da sosyal modelin yeni sosyo-ekonomik çevreye uyum sağlamasını gerektirmektedir.” (s.94).

“İhtiyaç duyulan, şimdiye kadar Avrupa’da geniş ölçekte yaşanmamış olan, ekonomik kurum ve düzenlemelerde bütünsel değişim.”(s.123)

“Yenilikçilik, geleneksel iş yollarının karlarını azaltırken, yenilikçilikten kaçınmak onları yenilik yaratıcıların etkisine açık hale getirmektedir.” (s.35.)

Değişim raporda olumlu bir olgu olarak sunulmaktadır. Vazgeçilmesi gereken statükodür ve vatandaşlar da bu gerçeği kabul ederek değişime karşı koymamalıdır. Değişimi reddetmeleri, değişimi engellemeyeceği gibi, istikrar yerine krize neden olabilir. Ekonomik bütünleşmenin gerekli kıldığı durumlarda büyüme-istikrar ve sosyal kaynaşma arasında değiş tokuş olabileceğinin vatandaşlar tarafından anlaşılmasını ve kabullenilmesini istemektedir. Burada her ne kadar vatandaşlar pasif davranmamaya çağrılssa da, aslında değişime direnmemeleri önerilerek, vatandaşların edilgen olarak yapılandırılmaktadır. Burada, vatandaşların oynayacağı rol değişiminin inşa edilmesi sürecine katılmak değil, bu değişime uyum sağlamalarıdır.

“Politika konularının uygun düzeyde ele alınmasının zor olması, Avrupa vatandaşlarını ve politika yapıcılarını pasif bir şekilde statükoyu kabul etmeye yönlendirmemelidir. İlgili dinamik ve statik değiş tokuşların açık bir şekilde anlaşılması, politika yapma süreçlerinin amaçlarına daha etkili biçimde ulaşmasına yol açabilir.” (s.11)

“Değişime karşı koyma isteği bireylerin bakış açılarından anlaşılabilir ancak ekonomik durgunluk kısa sürede aynı bireyleri eyleme geçemedikleri için pişman olmaya yönlendirebilir. Büyümenin olmaması ve işsizlik durumunda artan memnuniyetsizlik, statükonun korunmasının, istikrar yerine krize neden olabilmesini göstermektedir.” (s. 11)

AB’nin geleceği, öncelikleri arasındaki tercihlerine bağlantılı ele olarak alınmıştır. İstikrar, sosyal kaynaşma ve büyüme hedefleri arasında değiş-tokuş olduğu ve AB’nin bir seçim yapması gerektiği vurgulanmaktadır. Seçim daha fazla büyüme yönünde olmalıdır. Ayrıca, ekonomik sistem, büyümeyi teşvik edecek şekilde gözden geçirilmelidir. Politika araçları ve yönetim modelleri yeniden şekillendirilmeli ve değişen dış koşullara uyum sağlanmalıdır.

“İleriye bakıldığında, AB için temel politika konusu küreselleşmenin maliyetlerini azaltırken, faydalarından nasıl yararlanacağıdır.” (s. 97)

“Avrupa sadece alan olarak değil dinamizm olarak da büyümeye ihtiyaç duymaktadır.” (s.1)

“Ekonomik politikalar ve yönetim süreçleri değişime bağlılıklarını vurgulamalıdır” (s.124)

“ Zaman içerisinde politikalar arasında tutarlılık sağlanabilmesi için ... şu alanlardan birinde ya da her birinde belirli ölçüde fedakarlık yapılması zorunludur: Karar alma yöntemi merkezileşmeli ya da hem ekonomik bütünleşme hem de refahın yeniden dağıtımının birlikte korunabilmesi için eşgüdüm sağlanmalıdır. Alternatif olarak, AB yeniden dağıtım politikasını bırakabilir ki bu durum siyasi yönden kabul edilebilirliği düşük bir sonuç olan “dibe yarışa” neden olabilir ya da ekonomik bütünleşme tamamlanamaz, eksik kalır. ” (s.12)

“AB’nin, istikrar, büyüme ve sosyal kaynaşmayı bir arada sağladığı sihirli üçgeni koruyamaması şu iki etkenin birlikte sonucudur: Demografi, teknoloji ve küreselleşmedeki yeni eğilimler ve yeni bir toplumsal sözleşme icat etme konusundaki yetersizliği. Bu eğilimler uzun süre kalıcı görünmektedir ki bu Avrupa modelinin sürdürülebilirliğini daha fazla tehlikeye sokmaktadır ” (s.97)

Monti Raporu, Avrupa bütünleşmesinin bir dönüm noktasında bulunduğu fikrinden hareket etmektedir. Rapora göre, Avrupa bütünleşmesi üç alanda meydan okumayla karşılaşmaktadır. İlk meydan okuma, pazar bütünleşmesine verilen siyasi ve toplumsal desteğin azalmasıdır. İkinci meydan okuma, etkili ve sürdürülebilir tek pazarın çeşitli unsurlarının geliştirilmesidir. Üçüncü meydan okuma, tek pazarın “geçmişte kalmış” bir iş olarak görülmesi nedeniyle aktif olarak teşvik edilmemesidir. Rapor, “tek pazarı ulusal ekonomik korumacılık riskinden korumak, tek pazarı AB’nin büyümesi açısından temel oluşturan alanlara yaymak ve bu konuda yeterli düzeyde uzlaşa oluşturmak amacıyla yeni bir strateji” sunmaktadır. Raporda, ayrı ayrı bölünmüş pazarlar yerine bir bütünselliği çağrıştırdığı için tek pazar ifadesinin kullanımı tercih edilmiştir⁷⁰⁵.

Sapir raporu, ekonomik büyümeyi ve bütünleşmeyi tartışmalarının merkezine alan bir strateji sunmaktadır. Monti raporunun sunduğu strateji de ekonomik büyüme ve ekonomik bütünleşmeye önem vermektedir ancak Sapir raporundaki stratejiden farklı olarak, bu konuda uzlaşa sağlanması amacına da yer verilmektedir. İki rapor arasındaki söylemsel ayrımın en dikkat çekici yanı da budur. Sapir raporunda bütünleşme teknik ve ekonomik bir süreç olarak inşa edilmiştir. Kendiliğinden

⁷⁰⁵ Mario Monti, “A New Strategy for the Single Market at the Service of Europe's Economy and Society”, Report to the President of the European Commission, May 2010, http://ec.europa.eu/bepa/pdf/monti_report_final_10_05_2010_en.pdf (12.07.2010), s. 8.

ilerleyen bu süreç siyasi alandan öylesine sıyrılmıştır ki, üye ülkelerin siyasi müdahalede bulunması, örneğin ekonomik büyüme veya istihdamın artırılması dışındaki amaçlarla vergi politikası uygulaması, sürecin işleyişi önünde engel oluşturmaktadır. Dolayısıyla ekonomik büyümenin azalmasına neden olmaktadır⁷⁰⁶.

Monti raporunda ise, tek pazarla ilgili politika önerilerinin kabul edilip uygulamaya aktarılması için gerekli bir unsur olarak uzlaşya yer verilmektedir. Rapora göre uzlaşya, politika önerilerinin zaman içerisinde ve AB'yi etkileyen "kara günlerde" sürdürülebilir olmalarını sağlayan bir etkidir. Ayrıca, güçlü bir tek pazarın kurulması için açık bir şekilde uzlaşya aranıyor olması, tek pazar kurallarından feragat edilmesine gerek kalmadan, kuralların daha sıkı bir şekilde uygulanmasını da kolaylaştıracaktır. Taraflar, karar sürecinin parçası olduklarından sonuçlarını da benimseyeceklerdir⁷⁰⁷. Böylece, raporda uzlaşya yapıcı, harekete geçirici bir unsur olarak sunulmaktadır. Ayrıca raporda, uzlaşya zaten var olan bir etken olarak değil, oluşturulması gereken ve oluşturulması mümkün olan bir durum olarak anlatılmaktadır. Sapir raporunda değişimin "anlaşılması"⁷⁰⁸ gerektiği belirtilirken, Monti raporunda, değişimin gerekliliğinin "ikna edici şekilde açıklanmasına" vurgu yapılmaktadır.

"Farklı ve yaygın fikirleri, tek pazarın yeniden başlatılmasına yönelik bir gündem etrafında biraraya getirmek hem gerekli hem de mümkündür. Gereklidir, çünkü derin ve etkin bir tek pazarı kurmayı başarmak AB'nin makroekonomik başarımını belirleyen temel etkenlerden birisidir. Bu özellikle, vaad edilen ekonomik faydaları getirebilmesi için parasal birlik ve Avro'nun güvenilirliği açısından önemlidir. Bu, yeni stratejiye dayanarak büyük çapta ve proaktif şekilde siyasi yatırım yapılması ile mümkündür." (s.7)

"Genel olarak AB'ye ve özel olarak tek pazara karşı tepkilerden kaçınmak amacıyla, rekabetçi bir tek pazarda uygulamanın güçlendirilmesine ne ölçüde ihtiyaç duyuluyorsa, bunun (geniş kitlelere) ikna edici şekilde açıklanmasına aynı ölçüde ihtiyaç duyulmaktadır." (s.22)

Gerçekten de, bütünleşme Avrupa vatandaşlarının "izin verici uzlaşya"na dayanarak belirli bir yere kadar ilerlemiştir ama artık vatandaşların edilgen bir şekilde izin vermesi söz konusu değildir. AB ile ilgili tartışmalar, üye ülkeler, çıkar grupları ve Komisyon arasındaki kapalı ilişki ağından sıyrılarak, kamusal alana

⁷⁰⁶ Sapir, s. 10.

⁷⁰⁷ Monti, s. 8.

⁷⁰⁸ Sapir, s. 11

yayılmaktadır. Hükümetler Avrupa bütünleşmesiyle ilgili verdikleri kararların seçmenleri üzerinde nasıl etki yaratacağını dikkate almaya başlamış ve vatandaşların bütünleşmeyle ilgili görüşleri, siyasi parti liderlerinin siyasi güç elde etmek için kullanabilecekleri bir alan olmuştur⁷⁰⁹. Bütünleşmenin siyasallaşması, uzlaşa sağlanmasını zorlaştırmaktadır. Ancak aynı zamanda, siyasallaşma sadece elitlerin değil toplumun değişik kesimlerinin de görüşlerinin dikkate alınmasını sağladığı için AB'nin demokratik meşruiyet kazanmasına da yardımcı olmaktadır⁷¹⁰.

“Uzlaşa kurma-Avrupa Parlamentosunu, üye ülkeleri, Konseyi, paydaşları tamamen katarak- tek pazar için yeni stratejinin temel bir unsuru olacaktır. Uzlaşa kurma çabaları bugün tek pazarı çevreleyen ana endişelerin bütünüyle farkına varıldığını göstermelidir. Bu endişeler çoğunlukla, belirli ölçüde, tek pazarı Avrupa'nın temel değerlerinden birisi olarak gören ve güçlendirilmesini arzu eden üye ülkeler, siyasi gruplar ve paydaşlar tarafından dahi paylaşılmaktadır.”(s.22)

“Özendirilen ürün (örneğin bu rapordaki gibi daha fazla tek pazar) mali krizin arttırdığı endişelere daha fazla yanıt vermek zorundadır. Aynı şekilde, bu ürünü teşvik etme yolu daha ikna edici olmalıdır çünkü artık savunduğumuz şeyi, şimdiki kadar yaptığımız gibi rüzgardan destek alarak değil rüzgara karşı savunmak zorundayız.”(s.24).

“Gerçekten demokratik ve meşru bir yasama sürecini gerçekleştirebilmek için tüm paydaşlara erişim eşitliği sağlanması önemlidir.” (s.94).

“Geniş kapsamlı bir danışma sürecine dayanarak önerilen bu strateji...daha güçlü tek pazarın kurulması, bu konuda uzlaşa sağlanması ve daha güçlü tek pazarın başarılı sonuçlar vermesine yönelik girişimleri kapsamaktadır.”(s.105).

Monti raporu, bütünleşmeyle ilgili toplumun çeşitli kesimlerindeki fikir ayrılığının bütünleşme süreci üzerindeki sınırlayıcı etkisinin altını çizmektedir. Bu, Sapir raporunda ele alınmayan bir konudur. Bütünleşme ilerledikçe, ekonomik ve siyasi aktörler tek pazar konusunda isteksizlik göstermeye ve hatta ulusal ekonomilerini tek pazardan korumaya başlamıştır. Diğer yandan toplumun çeşitli kesimleri tek pazarın temelini oluşturan, kişilerin ve hizmetlerin serbest dolaşımı gibi ilkelerden endişe duymaya başlamıştır. Raporda bu durum bütünleşme yorgunluğu olarak adlandırılmaktadır⁷¹¹. Bütünleşme yorgunluğu, Avrupa kamuoyunun bütünleşmeye verdiği desteğin koşullu ve sınırlı olduğunu gösteren bir durumdur.

⁷⁰⁹ Hooghe and Marks, 2008, s. 1-9.

⁷¹⁰ Tanja Börzel and Thomas Risse “Revisiting the Nature of the Beast – Politicization, European Identity, and Postfunctionalism: A Comment on Hooghe and Marks”, *British Journal of Political Science*, Vol.39, 2008, s. 218-220.

⁷¹¹ Monti, s.23.

Bütünleşmeyle ilgili fikir ayrılığı sürecinde, önceden geçerli olan kimi değer yargıları tersine dönmüştür.

“1985 yılındaki Beyaz Kitap zamanında ve onu izleyen yirmi yılda, fikirlerini savunmak zorunda kalanlar, pazarın ilerlemesine, rekabete ve bütünleşmeye karşı olanlardı. Şimdi ve muhtemelen önümüzdeki birkaç yılda, kamuoyunda ve siyasi ortamlarda kanıt sunma yükümlülüğü taşıyacak olanlar ise daha fazla pazar, rekabet ve bütünleşme isteyenler olacak.”(s.24).

Bütünleşme yorgunluğu, bütünleşmeyle gelen değişime direnç yaratırken, çok yatırım yapılan siyasi süreçlerden az sonuçla çıkılmasına hatta 2005 yılındaki referandum sürecinde Fransa ve Hollanda'nın hayır oyu vermesi gibi bütünleşme sürecinin önünün tıkanmasına neden olabilmektedir. 2004 ve 2007 yıllarındaki genişleme dalgaları da kamuoyunun bütünleşme yorgunluğunu pekiştirmiştir. AB, genişlemeyi pek çok alanda hazırlık yaparak karşılarken, eski üye ülkelerin kamuoyu aynı ölçüde genişlemeye hazır değildi⁷¹².

“Yarım yüzyıl önce Roma Antlaşması ile konulan ve o zamandan bu yana geniş ölçüde uygulanan ilkeler sanki birdenbire gerilimlerin ve endişelerin kaynağı oldular” (s.23).

“Yakındaki yeni gerçekliğin (daha önce görülmemiş derecede farklılıkları barındıran bir tek pazar) farkına varılması, kamuoyunun bazı kesimlerinin (bütünleşme sürecine) yabancılaşmasına neden olan korkular yaratmıştır.” (s.23).

Monti raporunda, finansal kriz ile gelen pazar yorgunluğu ve ülkelerdeki yapısal reformların neden olduğu reform yorgunluğuna da yer verilmektedir. Finansal kriz ile gelen pazar yorgunluğunun önüne geçilemediyse de, üye ülkeler ve AB kurumları arasında “iyi niyete dayalı işbirliği” sayesinde üçüncü yorgunluğun önüne geçilebileceği ifade edilmektedir. Siyasi liderler popüler olmayan reformlar için sorumluluğu Avrupa bütünleşmesi gibi kendi kontrollerinin dışındaki ulus ötesi süreçlere yükleyebilmekte ya da Avrupa bütünleşmesini küreselleşmenin etkilerine karşı koymanın bir yolu olarak meşrulaştırabilmektedir. Bu nedenle, bütünleşmeye verilen desteğin düzeyinde siyasi aktörlerin söylemi önem taşımaktadır⁷¹³. Raporda, kullanılan iyi niyetli işbirliği ifadesi bu bağlamda yorumlanabilir.

⁷¹² Monti, s.23.

⁷¹³ Hay and Rosamond, s. 162.

“Üye ülkeler ve AB kurumları arasında iyi niyete dayalı işbirliği son yıllarda yapısal reformlara bağlı olarak çıkan ortaya çıkan üçüncü bir yorgunluğun, reform yorgunluğunun önlenmesinde özellikle önemli olacaktır. Reformlar her şeyden önce her ülkenin kendi çıkarına hizmet ediyor olsa da kamuoyu reform yorgunluğunun suçunu AB’ye ve tek pazara yüklemektedir.” (s.24).

Monti raporunda, Tek Pazar, vatandaşlar için çalışan bir makinaya benzetilmiştir. Tek pazarın canlandırılmasının Avrupa’nın “büyüme ve istihdam motorunun” yeniden harekete geçirilmesini sağladığı ve vatandaşların önündeki fırsatları genişlettiği ifade edilmektedir⁷¹⁴.

“Vatandaşların, tüketiciler ya da girişimciler olarak, tek pazarda tam anlamıyla aktör haline gelebilmeleri için güçlendirilmesi gereklidir...Vatandaşların başka bir üye ülkeye gitme ve yerleşme hakları mümkün olduğunca kolaylaştırılmalıdır...Tüketiciler, tek pazarın bir sonraki aşamasının merkezinde olmalıdırlar...tek pazarı canlandırmaya yönelik hiç bir proje, vatandaşların, tüketicilerin ve KOBİ’lere herşeyden önce onlar için çalıştığını gösteremezse, başarılı olmak için gerekli siyasi enerjiye sahip olamaz.” (ss.37-41).

Sapir raporuyla uyumlu şekilde Monti raporunda, ekonomik bütünleşmeye yönelik yapılan öneriler, dört serbestinin önündeki engellerin kaldırılmasını amaçlamaktadır. Farklı olarak, çevrenin korunmasına duyarlı büyümenin sağlanması ile Avrupa vatandaşlarının, tüketicilerinin ve KOBİ’lerinin tek pazarın daha iyi çalıştığına inanmasının sağlanmasına yönelik politikalara da yer verilmektedir⁷¹⁵. Raporda, pazar bütünleşmesinin önemi kabul edilmekle birlikte, temkinli ifadeler kullanılmaktadır. Tek pazarın hem bütünleşmenin kalbi olduğu vurgulanmaktadır hem de hizmetkârı. Buna göre, tek pazar tek başına değil ancak diğer politikalarla tamamlandığında bütünleşmenin amacına hizmet edebilmektedir.

“Kimse tek pazara aşık olamaz derdi Jacques Delors. Tek pazarın sevilmediği gerçeği olağan ve hatta tekrar tekrar kendini kabul ettiriyor. Pazar bir araçtır, kendi başına bir amaç değildir. Pazar, sanki her zaman başarılı sonuçlar verebilmiş gibi üstün bir varlık olarak görülürse ve uygun düzenleme ve başarılı denetime ihtiyaç duyulmazsa, finansal krizin de gösterdiği gibi, tehlikelerin ortaya çıkması muhtemeldir. Pazarın iyi bir hizmetkar fakat kötü bir efendi olduğu çoğu kişi tarafından unutulmuştur.”(s.12)

“Ancak tek pazar, AB için önemli bir hizmetkar. Öncelikle Avrupa ekonomisinin başarısı için gerekli bir koşul. Ancak tek başına yeterli değil. İkinci olarak, sağlıklı bir tek pazar, bütünleşme projesinin kalbini temsil ettiğinden genel olarak AB’nin sağlığı için bir anahtar.” (s.12)

“Bugün, tek pazar sadece sevilmemekle kalmıyor aynı zamanda pek çok Avrupalı tarafından (vatandaşlar ve siyasi liderler) şüphe, korku ve kimi zaman düşmanlıkla karşılanıyor.” (s.12)

⁷¹⁴ Monti, s.38

⁷¹⁵ Monti, s.8

Sapir Raporu, Lizbon Gündemine atıfta bulunarak, en rekabetçi ve dinamik bilgi ekonomisi haline gelme hedefinden bahsederken⁷¹⁶, Monti raporu, Lizbon Antlaşması'na⁷¹⁷ atıfta bulunarak “yüksek derecede rekabetçi sosyal piyasa ekonomisi” olma hedefinden bahsetmektedir⁷¹⁸. Raporda, yüksek derecede rekabetçi sosyal piyasa ekonomisi söylemiyle ifade edilmek istenilen ekonomik ve sosyal bütünleşmenin gereklerinin birlikte karşılanması amacındır. Bu bağlamda vergi, rekabet ve devlet yardımlarına yönelik politikalar, işgücünün serbest dolaşımı ve hakları, sosyal kaynaşma, küresel rakipler karşısında AB gibi sorunlara yoğunlaşılması önerilmiştir. Bu sorunlar onları ifade etmek için kullanılan dil ve bağlam dışında Sapir raporunda ele alınan sorunlarla örtüşmektedir.

“Tek pazarda dolaşım serbestisi ile çalışanların hakları arasında uzlaşma sağlanması; tek pazarda rekabetçilik ile kaynaşmanın bölgesel politika aracılığıyla sağlanması; tek pazar içinde sosyal hizmetlerin yeri; üye ülkelerin bütünleşmenin ilerlemesi karşısında vergi politikası konusundaki egemenliklerini koruyabilmek amacıyla vergi eşgüdümünü nasıl kullanabilecekleri; rekabet ve devlet yardımları politikalarına dayalı aktif sanayi politikası; tek pazarın açık ancak küresel rakipleri karşısında silahsız kalmaması”.
(s.9)

Biraraya gelmesi zor veya birbiriyle çatışıyor gibi düşünülen kavramlar, raporda bir arada ve düşünülenin aksine birbirini destekliyor gibi kullanılmıştır: Serbesti ile hak; rekabetçilik ile sosyal kaynaşma; tek pazar ve sosyal hizmetler; vergi politikasında egemenlik ve vergi eşgüdümü; rekabet politikası ve devlet yardımları ile bunların birlikteliğine dayanan aktif sanayi politikası; açık ancak savunmasız olmayan tek pazar. Monti raporunda aktarılmak istenilen düşünsel yapı, Sapir raporundaki gibi tek seçenekli değildir. Çeşitli uç noktaların birleşiminin mümkün ve gerekli olduğuna dayanmaktadır.

Bu düşünsel yapının uzantısı olarak Raporda, yeni bütünleşme stratejisi bir anlaşma paketine benzetilmiştir. Bu paket, “farklı tercihleri olan üye

⁷¹⁶ Sapir, s. i, 5.

⁷¹⁷ Lizbon Antlaşması ile düzenlenen Avrupa Birliği Antlaşması'nın 3. maddesinde, Birliğin bir iç pazar kuracağı ve Avrupa'nın sürdürülebilir kalkınması için çalışacağı ifade edilmektedir. Birliğin bu hedefini, dengeli ekonomik büyümeye, fiyat istikrarına ve yüksek derecede rekabetçi sosyal piyasa ekonomisine dayanarak ve tam istihdamı, sosyal gelişmeyi ve çevre kalitesinin iyileştirilmesini amaçlayarak gerçekleştireceği belirtilmektedir.

⁷¹⁸ Monti, s.8.

ülkelerin bazı alanlarda tavizde bulunabilecek kadar diğer alanlarda ilgilerini çekecek bir şeyler bulabileceği” bir pakettir⁷¹⁹. Raporunda, Sapir raporundaki kendiliğinden ilerleyen bütünleşme söyleminden farklı olarak, bütünleşmenin ikna süreciyle ilerlediği söylemi kullanılmaktadır.

“Duyarlı konulara yönelik yeni bir yaklaşım benimsenmelidir ve yeni yaklaşım, (üye ülkelerin) geçmişteki duruşlarını geride bırakarak ortak bir projeye ait hissetmelerini kolaylaştırmalıdır”. (s.34).

“Stratejik soru, bütünleşmeye koşullu destek verenlerin desteğinin nasıl kazanılacağı ve tereddütsüz destek verenlerin desteğinin nasıl korunacağı olmalıdır. Bu, ikinci gruptakilerin öncelikle tek pazarın günümüzde karşılaştığı tehlikelerden haberdar olması ve sonrasında tek pazarın yeniden canlandırılması için sunulan kapsamlı stratejinin içerdiği tavizlerin, tek pazarın rekabetçi Avrupa ekonomisine verdiği desteği azaltmayacağına ikna edilmesidir.” (s.21)

Rapora göre, finansal kriz, bütünleşmenin koşullarını değiştirmiştir ve bütünleşme stratejisinin değişen koşulları dikkate alınarak yenilenmesini gerektirmiştir. Kriz öncesinde gözlemlenen bütünleşme yorgunluğuna, krizin ardından, “pazar yorgunluğu” eklenmiştir⁷²⁰.

“Artık çoğu kişi pazarı, kabul edilemez eşitsizlikler yaratması açısından adaletsiz ve büyük kaynakları, ekonomiye katkısının ne olduğu sorgulanan finansal aktivitelere aktarması açısından verimsiz olarak görmektedir. Bu pazar yorgunluğu, bütünleşme yorgunluğunu atturmaktadır.”(s.24)

Krizin sonuçlarıyla mücadele edilmesi yeni stratejinin amaçları arasında yer almaktadır. Aynı zamanda, mali kriz uzun süredir çözümlenemeyen konuları çözüme kavuşturma aracı olarak da gösterilmektedir. Örneğin, eşitsizlik konusu Avrupa kamuoyunda giderek daha fazla önem kazanırken, mali kriz ortamında ortaya çıkan dayanışma ihtiyacı nedeniyle ülkelerin vergi politikalarında işbirliğine daha sıcak bakmaya başlayabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, Avrupa vatandaşlarının krizin ardından tek pazarın değerini daha çok anlayabileceğine vurgu yapılmaktadır. Buna göre, krizin bıraktığı sorunlu ortamda tek pazarın iş ve büyüme fırsatı yaratma potansiyeli dikkate alınmalı ve “herkes tek pazarın değerini ve her zamankinden daha çok” anlamalıdır⁷²¹.

“Bugün, tek pazar her zamankinden daha az popüler ancak Avrupa ona her zamankinden daha çok ihtiyaç duymaktadır.”(s.6)

⁷¹⁹ Monti, s.9.

⁷²⁰ Monti, s. 24.

⁷²¹ Monti, s. 34.

Bu iki rapor arasındaki yaklaşım farkında Avrupa bütünleşme sürecinin yaşadığı iki dönüm noktasının etkisi gözlenmektedir. Bu dönüm noktaları Anayasal antlaşma krizi ve finansal krizdir. 2004 yılında imzalanan Anayasal antlaşma taslağı mevcut antlaşmaları tek bir metin olarak birleştirmeyi amaçlıyordu. Avrupa bütünleşme açısından önemli bir aşama olarak değerlendirilen anayasallaşma süreci 2005 yılında taslağın Hollanda ve Fransa’da yapılan referandumlarda reddedilmesinin ardından sıkıntılı bir döneme girmiştir. 2005 yılında Avrupa’nın geleceğine ilişkin bir düşünme sürecinin başlatılmasına karar verilmiştir. Bu sürecin ardından, 21-22 Haziran 2007 tarihlerinden gerçekleştirilen Avrupa Konseyi toplantısında, bir anayasal antlaşma yerine, AB için bir reform antlaşması yapılmasına karar verilmiştir⁷²². Lizbon Antlaşması olarak isimlendirilen bu reform antlaşması 2009 yılında yürürlüğe girmiştir. Ancak Lizbon Antlaşması’nın üye ülkelerde onaylanma süreci de sorunsuz olmamıştır. İrlanda’da Antlaşma’ya ilk referandumda hayır oyu ile verirken ancak ikinci referandumda evet oyu vermiştir.

İkinci dönüm noktası ise 2008 yılında ABD’de başlayıp sonrasında AB’yi de etkisi altına alan finansal krizdir. Finansal kriz, ekonomik gerçekliklerin hızla değiştiğini gösterirken, artan ekonomik karşılıklı bağımlılık ortamında, krizlere siyasi düzeyde daha kararlı ve uyumlu şekilde cevap verilmesi gereğini de ortaya koymuştur. Barosso’nun deyişiyle, kriz Avrupa’da değişim olmamasının Avrupa’yı aşamalı olarak geriye düşüreceğini ortaya çıkaran bir “uyandırma zilidir”. AB gereken değişikliği yapacak kadar “cesur ve hırslı” olmalıdır⁷²³.

Bu iki gelişme Avrupa bütünleşmesine yönelik algı çerçevesinin değişmesi gereğini de ortaya koymuştur. Bu süreçte, birlikte ortak bir gelecek için çalışılması; karşılıklı bağımlılıkların daha iyi yönetilmesi ve bunun için Avrupa düzeyinde uzlaşma sağlanması; Avrupa bütünleşme projesinin tüm paydaşları tarafından daha çok sahiplenilmesi en çok vurgulanan temalar olarak ön plana çıkmıştır. Anayasal Antlaşma krizi ve Lizbon Antlaşması’nın onaylanmasında yaşanan zorluklar

⁷²² European Commission, “Glossary”, http://europa.eu/scadplus/glossary/treaties_en.htm (06.06.2010).

⁷²³ José Manuel Barroso, “Preface”, *Europe 2020 A European strategy for smart, sustainable and inclusive growth*, Brussels, 03.03.2010.

Avrupa'nın vatandaşlarından uzaklaştığının bir göstergesi olarak algılanmıştır. Bunun karşısında yapılması gereken tek pazarda yaşayan ve onu hergün kullananları, tek pazarın merkezine koymaktır. Bu şekilde; vatandaşların, tüketicilerin ve işletmelerin tek pazardan daha fazla faydalanması ve algılanan bu faydanın birlikte olma isteğini güçlendirmesi beklenmektedir. Kriz, tek başına olmaksızın birlikte olmanın gereğini ve gücünü açığa çıkarmıştır. Ancak bunun için tek pazarın sunduğu fırsatlara ve koruyuculuğuna olan güvenin güçlendirilmesi, bunun için de vatandaşların ve işletmelerin uygulamada tek pazar içindeki haklarını kullanabilmeleri güvence altına alınmalıdır⁷²⁴.

Bu paradigmatik değişiklik, 2003 tarihli Sapir Raporu ile 2010 tarihli Monti Raporu arasındaki söylem farkını hazırlayan koşullara işaret etmektedir. Değişim, AB'nin sınırötesi sağlık bakımına yaklaşımında da gözlenmektedir. 2004 tarihinde hazırlanan "İç Pazarda Hizmetler" direktifinden, 2008-2010 döneminde hazırlanan "Sınır Ötesi Sağlık Bakımında Hasta Hakları" direktifine geçiş bu ekseninde değerlendirilebilir. İlk direktifte, sınır ötesi sağlık bakımı ekonomik bütünleşme odaklı bir biçimde ve iç pazarda diğer hizmetlerle aynı kapsamda ele alınmaktaydı. Bu yaklaşım, sağlık bakımının hizmet özelliğini ön plana çıkarırken, aynı zamanda sosyal bir hak olduğu gerçeğini geri planda bırakmaktaydı.

Sınır ötesi hasta hareketliliğine hizmetlerin serbest dolaşımı ekseninden bakılması, Sapir Raporunun ekonomik bütünleşmeyi etken, sosyal olguları ve vatandaşları, edilgen gören yaklaşımı ile paralellik göstermektedir. Bu doğrultuda direktifte de sınır ötesi hasta hareketliliği sosyal niteliği olan bir olgu olmaktan ziyade tek pazarın gerektirdiği ekonomik bir serbesti olarak sunulmaktaydı. Direktifin, Lizbon Gündemi kapsamında en rekabetçi bilgi ekonomisi olma hedefi çerçevesinde hazırlanmış olması da bunun bir göstergesi olarak değerlendirilebilir. Burada, sağlık bakımı ekonomik önceliklerle hazırlanmış bir çerçevenin içine konulmak istenmiştir.

⁷²⁴ Michel Barnier, "Speech to the Internal Market and Consumer Protection (IMCO) Committee", Brussels, 13.01.2010, http://ec.europa.eu/commission_2010-2014/barnier/headlines/speeches/2010/01/index_en.htm (05.06.2010).

Sınır Ötesi Sağlık Bakımında Hasta Hakları direktifindeki yaklaşımın ise daha çok Monti raporuyla uyumlu olduğu görülmektedir. Burada konunun ekonomik boyutu ve ekonomik bütünleşme açısından önemi kabul edilmekle birlikte, odak noktası sosyal hak boyutuna kaymaktadır. Aslında her iki direktif de hastalar için ATAD kararlarının ötesinde bir serbesti ya da hak getirmemektedir. Bununla birlikte, iki direktif arasındaki temel değişimin daha çok söylemsel düzeyde olduğu görülmektedir. Hak kavramı direktifin başlığına ve kullanılan söylemin odak noktasına taşınmıştır. “Sınır ötesi sağlık bakımı” ifadesi ekonomik bütünleşmeyi ve sınırların kaldırıldığı iç pazarı çağrıştırırken, “hasta hakları” ifadesi ise olgunun sosyal boyutunu ifade etmektedir.

Ekonomik ve sosyal boyutun birlikte ele alınması, Monti raporunda teşvik edilen “sosyal piyasa ekonomisi” mantığıyla örtüşmektedir. Aslında, Avrupa projesi, ekonomik ve sosyal hedefleri bağdaştırması açısından dünya çapında önemli bir örnektir. Uluslararası Çalışma Örgütü Genel Direktörü, Juan Somavia’nın ifadesiyle « Dünyanın sosyal geleceği Avrupa’dadır. Avrupa sosyal modelini koruyabilirse, dünyanın geri kalanı için umut oluşturabilecektir »⁷²⁵ . Bu umut, ekonomik hedefler için sosyal kazanımların feda edilmesinin bir zorunluluk olmadığı, ekonomik ve sosyal hedeflerin birlikteliğinin mümkün olduğu inancına dayanmaktadır.

Direktifte, ekonomik ve sosyal amaçların birlikte ele alınması, AB’nin tek pazarın faydaları aracılığıyla Avrupa vatandaşları ile bağ kurma arayışının bir yansıması olarak değerlendirilebilir. Tek pazar vatandaşların sosyal hakları önünde bir tehdit değil, bu hakları geliştiren ve güçlendiren bir etken olarak sunulmaktadır. Bu mantık çerçevesinde, kriz ortamında Avrupa bütünleşmesine ve tek pazara yönelik tepkilerin aşılması ve sınır ötesi hasta hareketliliğinin ana paydaşlarının desteğinin alınması amaçlanmaktadır. Aslında böyle bir destek, üye ülkelerin bu alandaki bütünleşmeye ilişkin direncinin kırılmasında da araç olabilecektir. Çünkü sağlık bakımı, toplumsal bir hizmet olması itibariyle özel bir yere sahiptir.

⁷²⁵ Juan Somavia, ILO Director-General, “L’avenir mondial se joue en Europe », La Libre Belgique, 04.02.2003, <http://www.lalibre.be/actu/international/article/101936/l-avenir-mondial-se-joue-en-europe.html> (06.05.2010).

Hastalıklara karşı korunmak, sağlık açısından güvenli ürün ve hizmet almak herkesin isteğidir. Aynı zamanda sağlık bakımı, ye ülkelerdeki siyasetçiler için özellikle oy kazanma açısından oldukça çekici bir konudur. Hiçbir ye ülke vatandaşları tarafından, sağlık bakımına erişimi engellemekle suçlanmak istemez. Bu açıdan AB'nin Avrupa vatandaşlarına ye devletlerin verdiği hakları tamamlayıcı nitelikte haklar vermesi Monti raporunda sözü edilen birliktelik duygusu ve uzlaşmanın yaratılması için gerekli ortak çıkar algısını sağlamaktadır.

Monti raporundaki, bütünleşme sürecine paydaşların katılması mantığı sınır ötesi hasta hareketliliği sürecinde AB düzeyinde sivil toplumun fikirlerini almak üzere 2006 yılında başlatılan ‘‘yüksek düzey düşünme sürecinin’’ mantığı ile örtülmektedir. Düşünme sürecinde sivil toplum düzeyindeki 280 farklı paydaştan görüş alınmıřtır⁷²⁶. Bu süreç, konuyla ilgili farkındalığın güçlendirilmesinde etkili olmuştur. Sivil toplum kuruluşları, AB normların tabana yayılmasında önemli araçlardır. Bu açıdan Monti raporunda yer alan paydaşların bütünleşme konusunda ikna edilmesi nerisi, sınır ötesi sağlık bakımı alanında uygulanmıştır.

Diğer taraftan, söylemlerde ortaya çıkan bu değişime rağmen her iki direktif de ATAD kararlarının getirdiği temel ilkelerde bir değişim yaratmamaktadır. Direktiflerin temelinde yatan, tek pazarda hastaların serbestçe dolaşarak etkin olan kaynaktan sağlık hizmeti alması düşüncesi, ekonomik bütünleşme yoluyla Avrupa'da gnencin artırılmasını hedeflemektedir. Ayrıca uzmanlık gerektiren sağlık bakımı alanlarında kaynakların ve uzmanlığın birleştirilmesi amacıyla tıbbi eğitim, araştırma, bilgive deneyim paylaşımı yapan Avrupa referans ağlarının geliştirilmesi amacı da iç pazarda ölçek ekonomilerinden faydalanılması hedefi ile uyumludur.

Sınır tesi Sağlık Bakımında Hasta Hakları direktifinde, hastaların sınır ötesi sağlık bakımı hakları ile ye ülkelerin sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ve sunulması konusundaki sorumlulukları arasında ‘‘doğru denge’’nin kurulmasına yapılan vurgu, uluslarüstü nitelikteki serbest dolaşım ile ulusal sağlık sistemleri

⁷²⁶ European Commission. ‘‘Accompanying Document to the Proposal for a Directive, Impact Assessment’’, SEC(2008) 2163, 02.07.2008 , s. 3.

arasındaki sınıra işaret etmektedir. Üye ülkelerin hasta hareketliliği için izin verme yetkileri “nesnel ve ayrımcı olmayan şekilde değerlendirme yapılması koşuluna bağlanmıştır. Bu da tek pazarın ayrımcılık yasağı ve muamele eşitliği ilkeleri ile uyumludur. Burada her ne kadar üye ülkelerin yetkileri bir ölçüde kısıtlansa da, denge arayışından bahsedilmesi tam yetki devrinin amaçlanmadığını göstermektedir. Bu durum, temel hedefin sosyal bütünleşme olmadığı şeklinde yorumlanabilir.

SONUÇ

Sağlık turizmi, sağlık ile turizm gibi farklı üretim ve tüketim sistemlerine sahip iki hizmet sektörünü biraraya getirmektedir. Sağlık ve turizmi birbirine eklemleyen ilişkiler ağının merkezinde sağlığın korunması amacı yer almaktadır. Sağlık turizmi kapsamında hizmet alımı temelde üç aşamada gerçekleşmektedir: seyahatlerin planlanması ve gerçekleştirilmesi; sağlık bakımı amacıyla gelenlere konaklama, sağlık hizmeti ve diğer tamamlayıcı hizmetlerin sunumu; hastanın sağlık hizmeti aldıktan sonra ülkesine geri dönmesi ve gerekli olduğu durumlarda iyileşme sürecinin kontrol edilmesidir.

Sağlık turizmi küresel hizmet ticaretinin bir şeklidir. Sağlık turizmi kapsamında kişiler, harcamalarının tamamını ya da önemli bir kısmını kendileri karşılamaktadırlar. Kişileri başka bir ülkede sağlık hizmeti almaya yönlendiren nedenlerin başında, maliyet tasarrufu ve algılanan hizmet kalitesi gelmektedir. Ayrıca, özellikle ileri teknoloji ve uzmanlaşma gerektiren tedaviler söz konusu olduğunda kişinin ihtiyaç duyduğu sağlık bakımına yaşadığı ülkede erişemiyor olması da yurt dışına gitme kararının verilmesinde önemli bir etkidir.

AB içinde sınır ötesi hasta hareketliliği ise, hareketliliğinin Avrupa iç pazarı içerisinde gerçekleşmesini vurgular. Burada, hastanın başka bir AB ülkesine aldığı sağlık hizmetinin ödemesini hastanın bağlı olduğu sigorta kurumu yapmaktadır. Bu bağlamda, AB içinde hasta bir ülkeden diğerine geçerken aslında bir sağlık sisteminden diğerine ve bir refah devleti modelinden diğerine geçmektedir. Üye ülkeler, farklı refah devleti anlayışları ile şekillenen farklı sağlık sistemlerine sahiptirler. Bununla birlikte, farklılıklara rağmen AB ülkelerinin ulusal sosyal modellerinin ortak özelliklerini taşıyan bir Avrupa Sosyal Modeli'nden söz edilebilir. Sosyal model, Avrupa bütünleşmesinin kendine özgü bir yanıdır. Sınır ötesi hasta hareketliliğinin sağlanması açısından önemi hastaya bir sistemden diğerine geçerken, belirli düzeyde sosyal koruma sağlanmasını güvence altına almasıdır. Çünkü, sosyal model tüm üye ülkelerin benimsediği, sağlık hizmetine evrensel erişim ve kaliteli hizmete erişim gibi ortak değerleri barındırmaktadır.

Avrupa sosyal modeli, bütünleşmenin sosyal eksenini çizmektedir ve bütünleşmenin ekonomik boyutu ile etkileşim halindedir. Özellikle, Avrupa iç pazarı ve onun temel ilkeleri olan dolaşım serbestisi ile ayrımcılık yapılmaması ve muamele eşitliği ilkeleri, hem Avrupa sosyal modelinin hem de üye ülkelerin sağlık sistemlerinin işleyişini etkilemektedir. İç pazarın getirdiği, negatif bütünleşme ortamında ülkeler arasında malların, hizmetlerin, sermayenin ve kişilerin serbest dolaşımı önündeki engeller kaldırılırken ulusal sağlık sistemleri de aşamalı olarak bütünleşme dinamiklerinden etkilenmiştir.

Sağlık bakımının ve sağlığın korunmasının nasıl düzenleneceği siyasi yönden önem taşıyan bir konudur. Üye ülkeler, sağlık bakımını ulusal yetki alanı olarak görmektedir. Ulusal sağlık sistemlerinin organizasyonu ve finansmanının üye ülkelerin yetki ve sorumluluğunda olduğu, gerek antlaşmalarda gerekse ATAD'nın sınır ötesi hasta hareketliliğine yönelik verdiği kararlarda da açıkça ifade edilmektedir. Diğer yandan, Avrupa bütünleşmesi sağlık alanına yayılmaktadır. Tezde, bütünleşmenin sağlık alanına yayılması yeni işlevselci kuram ışığında incelenmiştir.

Yayılma yeni işlevselciliğin temel kavramlarından birisidir. Yayılma, bir alanda belirli amaçlarla yürütülen siyasi işbirliğinin, diğer alanları etkileyerek yeni hedefler benimsenmesine ve dolayısıyla işbirliğinin genişlemesine yol açan bir süreçtir. Yayılma, ülkeler arasındaki işbirliğinin bir kez başladığında, zaman içerisinde ilk başta tahmin edilmeyen bir yolda ilerleyebilmesi anlamına gelmektedir. Hedeflerin sürekli yenilenmesi, yeni işlevselci yayılmanın özünü oluşturmaktadır. Yayılma, kendi kendine işleyen bir süreç gibi görünse de, siyasi amaçlarla hareket eden aktörler bütünleşmenin seyri açısından belirleyici rol oynamaktadır. Yeni işlevselciliğe göre bütünleşme bir ikna olma sürecidir; mevcut ulusal düzeyin yerine geçmeyen ve onunla birlikte faaliyette bulunan bir uluslarüstü düzey vardır ve aktörler çeşitlilik taşımaktadır. Ayrıca, bütünleşme için seçilen alanların, vatandaşların ihtiyaçlarına yanıt veren işlevsel ve teknik alanlar olması, bütünleşmenin ilerleyişini kolaylaştıracaktır. Yeni işlevselci kurama göre,

bütünleşme sabit koşullar altında ilerleyen bir süreç değil, üye ülkelerin ve onların birbirleriyle ilişkilerinin değişim ve dönüşüm içinde olduğu bir süreçtir.

Yeni işlevselci kurama göre, yayılmanın gerçekleşebilmesi için uluslararası kurumlara verilen görevler genişlemeye eğilimli olmalıdır. Bu görevlerden doğan çatışmalar ancak daha ileri düzeyde eyleme geçilerek çözüme kavuşturabilmelidir ve bu görevler daha fazla aktörü politika sürecine katabilmelidir. İç pazar, farklı sektörlerin, politikaların ve çıkarların kesiştiği bir alandır. Çoğu iç pazar politikası (tarım, ulaştırma, çevre politikaları gibi) sağlığın korunması üzerinde etki yaratmaktadır. Bununla birlikte, Avrupa iç pazarının etkin işleyişi için benimsenmiş ilkeler olan, dolaşım serbestisi ve ayırım yapılmaması ilkelerinin sağlık hizmetleri üzerindeki dolaylı etkileri, bütünleşmenin sağlık bakımına yayılması açısından önemli dönüm noktaları olmuştur. Dolaylı etkiden kasıt, iç pazarı tamamlama girişimlerinin doğrudan sonuçlarının yanı sıra, önceden planlanmamış alanlarda dolaylı etkiler yaratmasıdır.

İç pazarın çeşitli politikalar arasında karşılıklı bağımlılıklar ve çıkar gruplarının faaliyetlerinde değişim yaratması; iç pazarın yönetiminde AB yetkilerinin yeniden tanımlanması; ulusal ve uluslararası aktörlerin yanı sıra ulus-altı aktörlerin de iç pazar içerisinde aktif olması, işlevsel politika ağını daha da genişletmektedir. Çok düzeyli bir yapıya sahip bu ağda, uluslararası düzeye ait iç pazar konuları ile ulusal yetki alanına giren sağlık politikası arasında kesin bir sınır koymak giderek zorlaşmaktadır. İç pazara bağlı doğrudan ve dolaylı bütünleşme dinamiklerinin bir sonucu olarak, ulusal sağlık sistemleri, iç pazarda oluşan çok düzeyli sağlık yönetişimine bağlı hale gelmektedir.

Bütünleşmenin sağlık alanına yayılması, sağlık bakımı alanındaki geleneksel ikili yapıya (toplu risklerin idaresini konu alan halk sağlığı ile hastalıkların tedavisini konu alan bireysel sağlık bakımı) uygun olarak, toplu sağlık bakımı ve bireysel sağlık bakımı alanlarında farklı şekilde gelişim göstermiştir. Başka bir ülkede bireysel sağlık bakımı alımının bir şekli olan sınır ötesi hasta hareketliliği, ulusal

kurallarla düzenlenirken, zaman içerisinde uluslarüstü düzeyde ele alınan bir olgu haline gelmiştir.

Toplu sağlık bakımının AB düzeyinde gelişimi, uluslarüstüleşmenin aşama aşama nasıl gerçekleştiğini gösterirken, aynı zamanda bir politika alanının AB'nin kurumsal yapısı içerisinde nasıl inşa edildiğine ışık tutmaktadır. Halk sağlığının korunmasının Antlaşma kapsamına alınması ve sağlık sistemlerinin eşgüdümünün sağlanmasına kadar ilerleyen süreçte uluslarüstü kurumlar, özellikle Komisyon, resmi ve resmi olmayan öncelik belirleme gücünü kullanarak alınan kararlar üzerinde etkili olmuştur. Komisyon, öncelikleri resmi olarak etkileme gücünü, antlaşmalarla kendisine tanınan politika girişiminde bulunma yetkisinden almaktadır. Komisyon, resmi olmayan öncelik belirleme gücünü ise, sorunlar karşısında üye ülkelerin ilgisini çekecek bazı ortak noktalar belirleyip bu noktalardan hareketle politika önerileri geliştirebilmesinden almaktadır. Komisyon, AB'nin görev ve yetkilerini sağlık bakımı alanına genişletirken, karşısına çıkan fırsatları değerlendiren ve hatta bu fırsatların çıkmasını teşvik eden bir aktör olarak rol oynamıştır. Bütünleşmenin sağlık alanına yayılması örneğinde, fikirler ve söylemler yeni işlevselci yayılma aşamaları arasında bağ kuran araçlar olarak ön plana çıkmıştır. Bütünleşmenin halk sağlığının korunmasına yayılması ve bu alanda Avrupa düzeyinde kurallar ve ilkeler benimsenmesine paralel olarak, AB halk sağlığı alanındaki kurallarını dışsallaştırmaya başlamıştır.

AB'nin yetkileri toplu sağlık bakımının yanı sıra bireysel sağlık bakımı alanında da aşamalı şekilde gelişim göstermiştir. Sağlık sistemlerinin düzenlenmesi AB'nin sorumluluk ve yetkileri dışındadır ve ulusal düzeydedir. Bu, kimlerin hangi koşullar altında hangi hizmetlerden faydalanabileceği ve bu hizmetleri kimlerin hangi koşullarda sunabileceğinin belirlenme yetkisinin ulusal otoritelerde olması anlamına gelmektedir. Böylece sağlık bakımında uluslarüstü ve ulusal düzey arasındaki çizgi antlaşmalarda açıkça çizilmiştir. Bu çizgiyi tartışmalı hale getiren ATAD'ın, hukukun gücünü kullanarak statükoyu değiştiren kararlar alması ve sınır ötesi hasta hareketliliğini kapsayan bir yayılma süreci başlatması olmuştur.

Kohl ve Decker kararında, tartışma yaratan temel noktalar; hizmetlerin ve malların serbest dolaşımı ilkesinin, sosyal güvenlik sistemlerine de uygulanabilmesi; hastalara bazı koşullar altında ulusal yetkili kurumlarından önceden izin almalarına gerek olmaksızın sınır ötesinde sağlık bakımına erişim hakkı tanınması; dolayısı ile üye ülkelerin sınır ötesi sağlık bakımı talebini kontrol amacıyla kullandıkları önceden izin verme yetkisinin sınırlanması ve sınır ötesi sağlık bakımına erişim bu hakkının Avrupa Topluluğu Antlaşmasına dayandırılmasıdır. ATAD, Kohl ve Decker davaları sonrasında, “önceden izin alınması” koşulunun gerekçelerini sorgulamış ve üye ülkelerin dolaşım serbestisi önüne koyabilecekleri engelleri sınırlayarak, tek pazar ve sosyal güvenlik sistemleri arasındaki ilişkiyi yeniden ele almıştır. Önceden izin koşulu, hizmetlerin serbest dolaşımı önünde bir engel olarak kabul edilmekle birlikte bazı şartlar altında uygulanması uygun bulunmaktadır.

Sınır ötesi hasta hareketliliğine ilişkin dava süreci geri ödemeye dayanan sosyal güvenlik sistemleri ile başlamış, sonrasında, aynı yardıma dayanan sosyal güvenlik sistemlerinin de tek pazar kurallarından etkilendiğinin kabul edilmesiyle devam etmiş ve son olarak ulusal sağlık sistemlerinin de tek pazarın etkisi dışında kalamayacağı kabul edilmiştir. ATAD her davada, üye ülkelerin ulusal sağlık sistemlerini düzenlerken, AB hukukuna uygun hareket etmek zorunda olduğunun altını çizmiştir. Böylece, ATAD iç pazarda ayrımcılık yapılmaması ve dolaşım serbestisi adına, sağlık hizmetlerine yönelik ulusal yetkileri sınırlarken AB'nin ulusal sağlık politikalarına müdahale alanını genişletmiştir.

Bu gelişmelerin üye ülkeler tarafından benimsenmesi kolay olmamıştır. Üye ülkelerin siyasi duyarlılıkların yüksek olduğu bu alanda, Komisyon yumuşak politika araçları kullanarak süreci yönetmeye çalışmıştır. Bu dönemde üye ülkeler arasında işbirliği kurmak amacıyla, sağlık bakımında açık eşgüdüm yöntemi kullanılmaya başlanmış ve sağlık bakımında Avrupa düzeyinde gelişmeleri konu alan bir düşünme süreci başlatılmıştır. Sağlık alanında açık eşgüdüm yöntemi kullanılmaya devam etmektedir. Düşünme süreci ise yerini daha somut politika önlemlerine bırakmıştır. Bunlardan birisi 2004 yılında hazırlanan “İç Pazarda Hizmetler” başlıklı direktif önerisi, diğeri 2008-2010 yılları arasında hazırlanan ve

hala onay sürecinde olan “Sınır Ötesi Sağlık Bakımında Hasta Hakları” başlıklı direktif önerisidir.

Bütünleşmenin sağlık bakımı alanına yayılması, bütünleşmenin vardığı noktayı değil, yöneldiği istikameti göstermektedir. Hem üye ülkeler hem de bütünleşme süreci üzerindeki etkileri bakımından, sınır ötesi hasta hareketliliği sadece bir başka yayılma süreci değil Avrupanın geleceğine yönelik tartışmaların bir parçası olarak düşünülmelidir. Çünkü, sınır ötesi hasta hareketliliği, sosyal koruma sistemleri ile ekonomik serbestilerin; Avrupa sosyal modeliyle Avrupa iç pazarının kesişiminde bulunan bir politika alanıdır. Bu nedenle, sınır ötesi hasta hareketliliği, bütünleşme sürecinde hem uluslararasılaşma ile ulusal yetkilerin korunması arasındaki denge arayışını hem de daha liberal veya daha sosyal Avrupa modelleri arasındaki uzlaşma arayışını göstermektedir. Bu bir anlamda, AB'nin varoluş mücadelesi anlamına gelmektedir. AB, hem yeni meydan okumalar karşısında ekonomik gücünü ve sosyal değerlerini korumak, hem de bunu yaparken üye ülkelerin ve Avrupa vatandaşlarının desteğini sağlamak zorundadır.

Sınır ötesi hasta hareketliliği, tek başına ilerleyen bir süreç olmayıp Avrupa bütünleşmesinin bir parçası olarak gelişim göstermektedir. Bu nedenle, bu alandaki gelişimin daha iyi anlaşılabilmesi için bütünleşme yaklaşımındaki değişimle birlikte incelenmesi gerekmektedir. Bu amaçla, tezde hasta hareketliliğini düzenlemeye yönelik iki direktif önerisi ve bu önerilerin hazırlandığı dönemlerdeki bütünleşme yaklaşımına ışık tutmacı amacıyla Komisyon tarafından görevlendirilen uzmanlarca, Avrupa bütünleşmesinin perspektifini çizmek amacıyla hazırlanan iki temel rapor incelenmiştir. Bu raporlar; 2003 yılında André Sapir başkanlığında hazırlanan “Büyüyen bir Avrupa için Gündem: AB Ekonomik Sisteminin Hedeflerini Gerçekleştirmesinin Sağlanması” başlıklı rapor ile 2010 yılında Mario Monti başkanlığında hazırlanan “Tek Pazar için Yeni strateji: Ekonominin ve Toplumun Hizmetinde Avrupa Tek Pazarı” başlıklı raporlardır. Her iki rapor karşılaştırmalı olarak incelenerek bütünleşme söyleminde bir değişiklik olup olmadığı, eğer böyle bir değişim sözkonusu ise bu değişimin hasta hareketliliğine ilişkin iki direktif önerisine yansıyor yansımadağı tespit edilmeye çalışılmıştır.

Her iki raporda bütünlük söyleminin izlenmesi amacıyla söyleme dayalı yapılar tespit edilmiş ve bu söylemsel nesnelere nasıl inşa edildiği değerlendirilmiştir. Sapir raporunda benimsenen söyleme dayalı yapılar; ekonomik bütünlük, sosyal bütünlük, vatandaşlar, değişim ihtiyacı ve AB'nin geleceğidir. Monti raporunda benimsenen söyleme dayalı yapılar ise; uzlaşma, bütünlük yorgunluğu, ekonomik bütünlük ve finansal krizdir. Bu çerçevede yapılan incelemeler, bütünlük söylemi açısından iki rapor arasında bazı farklılıkların olduğunu ortaya koymuştur.

Sapir raporu, ekonomik büyümeyi ve bütünlük tartışmalarının merkezine alan bir strateji sunmaktadır. Raporda ekonomik bütünlük etken bir güç olarak yapılandırılırken, sosyal bütünlük edilgendir. Ekonomik bütünlük ve pazar bütünlüğü, harekete geçirici ve etkinleştirici unsurlar olarak kullanılmıştır. Raporda Avrupa sosyal modelinin varlığından söz edilse de, bu ikincildir, öncelikli olan ekonomik büyümedir. Bu çerçevede bütünlük teknik ve ekonomik bir süreç olarak inşa edilmiştir. Bu kendiliğinden ilerleyen bir süreçtir. Avrupa bütünlüğünün hayatlarını doğrudan etkilediği Avrupa vatandaşları ise bütünlüğün doğal izleyicileri olarak görülmüştür. Raporda, değişim doğal bir süreç olarak inşa edilmiştir. Bütünlük ilerlerken, üst yapıyı da (siyasal ve sosyal yapıyı) değişime zorlamaktadır. Değişime karşı olunması onu durduramayacağı gibi sadece bütünlüğün seyri açısından olumsuz etkiler yaratabilir.

Raporda AB'nin mevcut durumuna yönelik değerlendirmelerde, ABD karşısındaki başarısız konumuna sıklıkla gönderme yapılmaktadır. AB'de ekonomik istikrarın 1990'larda önemli ölçüde iyileşmesine ve sosyal kaynaşmaya önem verilmesine rağmen yeterli düzeyde ekonomik büyüme oranı yakalanamamıştır. AB'nin geleceğine ilişkin olarak raporda tespit edilen meydan okumalar, Avrupa sosyal modelinin sürdürülebilirliği, genişleyen AB'nin başarılı olabilmesi ve AB'nin küresel sistemde lider rolü oynayabilmesidir. AB'nin geleceği, öncelikleri arasındaki tercihlerine bağlantılı ele alınmıştır. İstikrar, sosyal kaynaşma ve büyüme hedefleri arasında değiş-tokuş olduğu ve AB'nin bir seçim yapması gerektiği vurgulanmaktadır. Seçim daha fazla büyüme yönünde olmalıdır.

Monti raporunun sunduğu strateji de ekonomik bŸyŸme ve ekonomik bŸtŸnleŸmeye önem vermektedir. Bununla birlikte Sapir raporundaki stratejiden farklı olarak, tek pazarla ilgili politika önerilerinin kabul edilip uygulamaya aktarılması için gerekli bir unsur olarak uzlaŸıyı ön plana çıkarmaktadır. İki rapor arasındaki sylemsel ayrımın en dikkat çekici yanı budur. BŸtŸnleŸme Avrupa vatandaŸlarının “izin verici uzlaŸısı”na dayanarak belirli bir yere kadar ilerlemiŸtir ama artık vatandaŸların edilgen bir Ÿekilde izin vermesi söz konusu değildir. Çünkü AB ile ilgili tartıŸmalar, Ÿye Ÿlkeler ve AB kurumları arasındaki kapalı iliŸki ağından sıyrılmakta ve kamusal alana yayılmaktadır.

Rapor, bŸtŸnleŸmeyle ilgili toplumun eŸitli kesimlerindeki fikir ayrılığının bŸtŸnleŸme sŸreci Ÿzerindeki sınırlayıcı etkisinin altını çizmektedir. Bu, Sapir raporunda ele alınmayan bir konudur. BŸtŸnleŸme ilerledikçe, ekonomik ve siyasi aktörler tek pazar konusunda isteksizlik göstermeye ve hatta ulusal ekonomilerini tek pazardan korumaya baŸlamıŸtır. Bu, bŸtŸnleŸme yorgunluğu olarak adlandırılmaktadır. Yorgunluk, bŸtŸnleŸmeyle gelen deđiŸime direnç yaratmakta, hatta bazı durumlarda bŸtŸnleŸme sŸrecinin nŸnŸn tıkanmasına neden olabilmektedir. BŸtŸnleŸme sŸrecinde uzlaŸının ve toplumun deđiŸik kesimlerinin grŸŸlerinin alınmasının önemi bu noktada ortaya çıkmaktadır. Tarafların, karar sŸrecinin parçası olduklarından sonuçlarını benimsemeleri daha kolay olacaktır. Bu kapsamda, uzlaŸı yapıcı, harekete geçirici bir unsur olarak sunulmaktadır

Finansal kriz, bŸtŸnleŸmenin koŸullarını deđiŸirmiŸtir ve bŸtŸnleŸme stratejisinin deđiŸen koŸulları dikkate alarak yenilenmesini gerektirmiŸtir. Kriz öncesinde gözlemlenen bŸtŸnleŸme yorgunluğuna, krizin ardından, “pazar yorgunluğu” eklenmiŸtir. DeđiŸimin gerekliliği ikna edici Ÿekilde açıklanmalıdır. Bu açıdan Sapir raporundaki kendiliğinden ilerleyen bŸtŸnleŸme syleminden farklı olarak, bŸtŸnleŸmenin ikna sŸreciyle ilerlediği sylem kullanılmaktadır.

Monti raporunda, dikkat çekici bir diğer nokta ise, birbiriyle atıŸıyor gibi dŸŸnŸlen kavramların birbirini destekler Ÿekilde kullanılmasıdır. Bu kavramlar Ÿunlardır; Serbesti ile hak; rekabetçilik ile sosyal kaynaŸma; tek pazar ve sosyal

hizmetler; vergi politikasında egemenlik ve vergi eşgüdümü; rekabet politikası ve devlet yardımları ile bunların birlikteliğine dayanan aktif sanayi politikası; açık ancak savunmasız olmayan tek pazar. Bu yaklaşım, Sapir raporunun ekonomik büyüme ile sosyal kaynaşma arasında değiş tokuş yapılmasından söz eden yaklaşımından farklıdır.

Bu iki rapor karşılaştırmalı olarak incelendiğinde bütünleşme söyleminde gözlemlenen değişimin arka planında AB’de Anayasal Antlaşma’nın onaylanma sürecinde yaşanan krizin ve finansal krizin oldukça etkili olduğu düşünülmektedir. Anayasal Antlaşma krizi bütünleşme sürecinin Avrupa vatandaşlarından kopuk bir şekilde, onlara rağmen ilerlemesinin mümkün olmadığını ortaya koymuştur. Finansal kriz ise, bir taraftan AB açısından çok önemli bir zorluk yaratırken diğer taraftan bütünleşmenin ve dayanışmanın önemini göstermiştir. Bu açıdan gerek Anayasal Antlaşma krizi gerekse finansal kriz Avrupa’nın geleceğine ilişkin tartışmaların yönünü etkilemiştir.

Raporlarla aynı dönemlerde hazırlanan direktif önerileri incelendiğinde, genel olarak bütünleşme söyleminde ortaya çıkan değişimin AB’nin sınırötesi sağlık bakımına yönelik yaklaşımına da yansıdığı sonucuna varılmıştır. 2004 tarihinde hazırlanan “İç Pazarda Hizmetler” direktifinden, 2008-2010 döneminde hazırlanan “Sınır Ötesi Sağlık Bakımında Hasta Hakları” direktifine geçiş bu ekseninde değerlendirilebilir. İlk direktifte, sınır ötesi sağlık bakımı ekonomik bütünleşme odaklı bir biçimde ele alınmış ve iç pazarda diğer hizmetlerle aynı kapsamda değerlendirilmiştir. Bu yaklaşım, sağlık bakımının aynı zamanda sosyal bir hak olduğu gerçeğini dikkate almamıştır.

Sınır ötesi hasta hareketliliğine hizmetlerin serbest dolaşımı ekseninden bakılması, Sapir Raporunun ekonomik bütünleşmeyi etken, sosyal olguları ve vatandaşları, edilgen gören yaklaşımı ile paralellik göstermektedir. Bu doğrultuda direktifte de sınır ötesi hasta hareketliliği sosyal niteliği olan bir olgu olmaktan ziyade tek pazarın gerektirdiği ekonomik bir serbesti olarak sunulmuştur. Sağlık bakımı ekonomik önceliklerle hazırlanmış bir çerçevenin içine konulmak istenmiştir.

Sınır Ötesi Sağlık Bakımında Hasta Hakları direktifindeki yaklaşımın ise daha çok Monti raporuyla uyumlu olduğu görülmektedir. Burada konunun ekonomik boyutu ve ekonomik bütünleşme açısından önemi kabul edilmekle birlikte, odak noktası sosyal hak boyutuna kaymaktadır.

Aslında her iki direktif de hastalar için ATAD kararlarının ötesinde bir serbesti ya da hak getirmemektedir. Bununla birlikte, iki direktif arasında söylemsel düzeydeki değişim dikkat çekicidir. İkinci direktifte, hak kavramı direktifin başlığına ve kullanılan söylemin odak noktasına taşınmıştır. “Sınır ötesi sağlık bakımı” ifadesi ekonomik bütünleşmeyi ve sınırların kaldırıldığı iç pazarı çağrıştırırken, “hasta hakları” ifadesi ise olgunun sosyal boyutunu ifade etmektedir. Tek pazar vatandaşların sosyal hakları önünde bir tehdit değil, bu hakları geliştiren ve güçlendiren bir etken olarak sunulmaktadır. Bu yaklaşım, AB’nin tek pazarın faydaları aracılığıyla Avrupa vatandaşları ile bağ kurma arayışının bir yansıması olarak değerlendirilebilir. Böylece, kriz ortamında Avrupa bütünleşmesine ve tek pazara yönelik tepkilerin aşılması ve sınır ötesi hasta hareketliliğinin ana paydaşlarının desteğinin alınması amaçlanmaktadır. AB’nin Avrupa vatandaşlarına üye devletlerin verdiği hakları tamamlayıcı nitelikte haklar vermesi Monti raporunda sözü edilen birliktelik duygusu ve uzlaşmanın yaratılması için gerekli ortak çıkar algısını sağlamaktadır.

Bütünleşme söylemindeki değişim ile sınır ötesi hasta hareketliliğine yönelik yaklaşımlardaki değişim arasındaki paralellik, AB’de sınır ötesi sağlık bakımı ile Avrupa bütünleşmesinin genel seyri arasındaki yakın ilişkiyi ortaya çıkarmaktadır. Bu anlamda Avrupa bütünleşmesinin ilerleyişinin, AB’nin sınır ötesi hasta hareketliliğine ilişkin düzenlemelerini doğrudan etkilediği sonucuna varılmaktadır. Her ne kadar AB’de sağlık bakımı konusunda üye ülke düzeyinden Birlik düzeyine tam anlamıyla bir yetki transferi olmasa da bu alandaki gelişmeler, Avrupa bütünleşmesinin etkilerinden bağımsız değildir. Bu bakımdan, genel olarak AB’nin geleceği, Birlik içerisinde sınır ötesi hasta hareketliliğinin geleceği açısından da belirleyici olacaktır.

KAYNAKLAR

- ADLUNG, Rudolf and Antonia Carzaniga. "Health services under the General Agreement on Trade Services", *Trade in Health Services: Global, Regional and Country Perspectives*, Ed. Nick Drager, Cesar Vieira, Pan American Health Organization, Washington, D.C, 2002, ss.1-22.
- AKTAN, Coşkun Can ve A. Kadir Işık. "Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Alternatif Önlemler", <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf> (31.05.2007).
- ASSEMBLY OF EUROPEAN REGIONS. "Proposed Directive: applying patients' rights in cross-border healthcare", <http://www.aer.eu/main-issues/health/cross-border-healthcare-services.html> (07.02.2010).
- BACHE, Ian and Matthew Flinders (ed.). *Multi-level Governance*, Oxford University Press, Oxford, 2004.
- BACHE, Ian and Matthew Flinders. "Themes and Issues in Multi-level Governance", Ian Bache and Matthew Flinders (ed.), *Multi-level Governance*, Oxford University Press, Oxford, 2004.
- BAER, Britta, Annemie Coëme, Elisabeth Jelfs, "EU Developments in Cross Border Healthcare: framing the discussion", *European Health Management Association Briefing Paper*, <http://www.ehma.org/files/EU%20Briefing%20EU%20developments%20in%20cross%20border%20healthcare%20framing%20the%20discussion.pdf> (04.06.2010).
- BAETEN, Rita, Bart Vanhercke and Michael Coucheir. "The Europeanisation of National Health Care Systems: Creative Adaptation in the Shadow of Patient Mobility Case Law", *Observatoire Social Europeen Paper Series*, No.3, 2010.
- BALDWIN, Richard and Charles Wyplosz. *The Economic of European Integration*, McGraw-Hill Education, Berkshire, 2004.
- BALKIR, Canan. *Uluslararası Ekonomik Bütünleşme: Kuram, politika ve Uygulama AB ve Dünya Örnekleri*, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2010.

BALKIR, Canan, Zerrin Toprak Karaman ve Berna Kırkulak. “Uluslararası Emekli Göçünün Sosyal ve Ekonomik Etkileri: Antalya ve Çevresi Üzerine Ampirik bir Çalışma”, *The Economic and Social Impact of International Retirement Migration: An Empirical Research on Antalya and Its Districts*, Ed. Canan Balkır, Publication of Dokuz Eylül University Institute of Social Sciences, Izmir, 2008, ss.8-38.

BARNIER, Michel. “Interview”, SingleMarket News, No.57, 2010,
http://ec.europa.eu/internal_market/smn/smn57/docs/smn57final_en.pdf
(05.07.2010)

BARNIER, Michel. “Speech to the Internal Market and Consumer Protection (IMCO) Committee”, Brussels, 13.01.2010,
http://ec.europa.eu/commission_2010-2014/barnier/headlines/speeches/2010/01/index_en.htm (05.06.2010).

BARRERA, Mario and Ernst B. Haas. “The Operationalization of Some Variables Related to Regional Integration: A Research Note”, *International Organization*, Vol. 23, No. 1, 1969, ss.150-151.

BARROSO, José Manuel. *Political Guidelines for the Next Commission*, Brussels, 2009.

BARROSO, José Manuel. “Preface”, *Europe 2020 A European strategy for smart, sustainable and inclusive growth*, Brussels, 3.3.2010.

BAYDAROL, Can (çev). *Avrupa Birliğini Kuran Antlaşma (Maastricht Antlaşması)*, İktisadi Kalkınma Vakfı Yayınları, No.118, İstanbul, 2007.

BAYKAL, Sanem. “Avrupa Birliğinde Malların Serbest Dolaşımı ve Çevrenin Korunması: Farklı Menfaatler Arasında Denge Arayışı”, *Ankara Avrupa Çalışmaları Dergisi Prof. Dr. Ahmet Gökdere'ye Armağan*, Cilt: 5, Sayı: 2, 2006, ss. 103-129.

BÉLAND, Daniel. “The Social Exclusion Discourse: Ideas and Policy Change”, *Policy & Politics*, Vol. 35, No.1, 2007, ss.123–139.

BELCHER, Paul J and Philip C Berman. “Health in other EU policies or an EU Health Policy?”, *Eurohealth*, Vol.7, No. 4, 2001.

- BERTINATO, Luigi and Marina Canapero. "Health Tourism-the Growth Phenomenon", 2010,
http://www.asianhbm.com/healthcare_management/health_tourism.htm,
(03.05.2010).
- BEST, Edward. "The Lisbon Treaty: A Qualified Advance for the EU Decision-Making and Governance", *EIPASCOPE*, Vol.1, 2008,
http://www.eipa.eu/files/repository/eipascope/20080509183728_SCOPE2008-1-2_EdwardBest.pdf (12.10.2009)
- BIESA, William and Lefteris Zachariab. "Medical tourism: Outsourcing surgery",
Mathematical and Computer Modelling, Vol.46, 2007, ss.1144–1159.
- BİLGİLİ, Özkan. *Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşları Personeli: İstihdamı ve Sosyal Güvenlikleri*, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir, 2008.
- BIRT, Christopher. "The Onward March of European Public Health", *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 52, 1998, ss.770–771.
- BLOMQUIST, Paula and Jakob Larsson. "Towards common European health policies: what are the implications for the Nordic countries?", *Institute for Futures Studies*, Vol.13, 2009,
[http://www.framtidsstudier.se/filebank/files/20090814\\$141018\\$fil\\$LvRsSVseKu7x7rSQ6Z96.pdf](http://www.framtidsstudier.se/filebank/files/20090814$141018$fil$LvRsSVseKu7x7rSQ6Z96.pdf)
- BOMBERG, Elizabeth and John Peterson. "European Union Decision Making: the Role of Sub-national Authorities", *Political Studies*, Vol. XLVI, 1998, ss.219-235.
- BOOKMAN, Milica Z. and Karla Bookman. *Medical Tourism in Developing Countries*, Palgrave Macmillan, New York, 2007.
- BORRÁS, Susana. "The European Commission as Network Broker", *European Integration Online Papers (EIoP)*, Vol. 11, No. 1, 2007,
<http://eiop.or.at/eiop/texte/2007-001a.htm> (23.11.2008).
- BÖRZEL, Tanja A. "Mind the gap! European integration between level and Scope", *Journal of European Public Policy*, Vol.12, No. 2, 2005, ss.217 – 236.

- BÖRZEL, Tanja and Thomas Risse. "Revisiting the Nature of the Beast – Politicization, European Identity, and Postfunctionalism: A Comment on Hooghe and Marks", *British Journal of Political Science*, Vol.39, 2008, ss.217–220.
- BRAND, Helmut, Alfons Holleederer, Ulrike Wolf and Angela Brand. "Cross-border Health Activities in the Euregions: Good Practice for Better Health", *Health Policy*, Vol.86, 2008, ss. 245–254.
- BROUWER, Werner, Job van Exel, Bert Hermans and Arjen Stop. "Should I Stay or Should I Go? Waiting lists and cross-border care in the Netherlands", *Health Policy*, Vol.63, 2003, ss. 289-298.
- BRUNO, Isabelle, Sophie Jacquot, Lou Mandin. "Europeanization through its instrumentation: benchmarking, mainstreaming and the open method of coordination ... toolbox or Pandora's box?", *Journal of European Public Policy*, Vol. 13, No. 4, 2006, ss. 519-536.
- BUSSE, Reinhard, Matthias Wismar and Philip C. Berman, *The European Union and Health Services*, IOS Press, Amsterdam, 2002.
- BYRNE, David, European Commissioner for Health and Consumer Protection. "Future priorities in EU health policies", *European Health Forum on "Common Challenges for Health and Care"* , SPEECH/02/426, Gastein, 26 September 2002.
<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=SPEECH/02/426&format=HTML&aged=0&language=EN&guiLanguage=en>
- BYRNE, David. "Public health in the European Union: Breaking down barriers", *Eurohealth*, Vol.7, No. 4, 2001, ss.2-4.
- CAN, Hacı. *Avrupa Birliği'nin Kurucu Andlaşmaları Avrupa Birliği Andlaşması Avrupa Birliği'nin İşleyişine Dair Andlaşma*, Adalet Yayınevi, Ankara, 2009.
- CARBONI, Nadia. "Advocacy Groups in the Multilevel System of the European Union: a Case Study in Health Policy-Making", *OSE Observatoire Social Européen Research paper*, No.1, Brussels, 2009.
- CARRERA, Percivil M. "Medical Tourism", *Health Affairs*, Vol.25, No. 5, 2006.

- CARRERA, Percivil M and John FP Bridges. "Globalization and Healthcare: Understanding Health and Medical Tourism", *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, Vol. 6, No. 4, August 2006, ss. 447-454.
- CHANDA, Rupa. "Trade in Health Services", *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 80, No. 2, 2002, [www.who.int/bulletin/archives/80\(2\)158.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/80(2)158.pdf) (08.07.2009).
- CHRYSSOCHOOU, Dimitris N. *Theorizing European Integration*, 2.b., Routledge, Oxon-New York, 2009.
- CONANT, Lisa. "Individuals, Courts, and the Development of European Social Rights", *Comparative Political Studies*, Vol.39, 2006, ss.76-100.
- Conclusions of the Council and of the Representatives of the Member States meeting in the Council of 19 July 2002 on Patient Mobility and Health Care Developments in the EU, OJ C 183/1, 01.08.2002.
- CONNELL, John. "Medical tourism: Sea, sun, sand and... surgery", *Tourism Management*, Vol. 27, 2006, ss.1093–1100.
- CONNELL, John. "Tummy Tucks and the Taj Mahal? Medical Tourism and the Globalization of Health Care", *Tourism Management Analysis, Behaviour and Strategy*, Ed. Arch G. Woodside and Drew Martin, CAB International, 2008, ss.232-244.
- CORBEY, Dorette. "Dialectical Functionalism: Stagnation as a Booster of European Integration", *International Organization*, Vol. 49, No. 2, Spring, 1995, ss. 253-284.
- CORTEZ, Nathan. "Patients Without Borders: The Emerging Global Market for Patients and the Evolution of Modern Health Care", *Indiana Law Journal*, Vol. 83, 2008, ss.71-131.
- COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION. *Council Conclusions on Common Values and Principles in European Union Health Systems*, 2006/C 146/01, OJ C 146/1, 22.6.2006.

COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION. Explanatory note on the activities covered by the proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on services in the internal market, Interinstitutional File 2004/0001 (COD), Brussels, 25 June 2004.

COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION. "Council Adopts its Position on Patient's Rights in Cross-Border Healthcare", Press Release, 13.09.2010, Brussels, http://ec.europa.eu/health/cross_border_care/press_material/index_en.htm (10.09.2010).

COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION. Council Conclusions on Common Values and Principles in European Union Health Systems, (2006/C 146/01), OJ C 146/1, 22.6.2006.

COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION. Position of the Council at first reading with a view to the adoption of a Directive of the European Parliament and of the Council on the application of patients' rights in cross-border healthcare, 13.09.2010.

COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION. Council Regulation (EEC) No 1408/71 of 14 June 1971 on the application of social security schemes to employed persons and their families moving within the Community, OJ L 149 of 05.07.1971

COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION. Council Regulation (EEC) No 1612/68 of 15 October 1968 on the free movement of workers within the Community, OJ L 257 of 19.10.1968.

COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION. Council Regulation (EEC) No 574/72 of 21 March 1972 fixing the procedure for implementing Regulation (EEC) No 1408/71 on the application of social security schemes to employed persons and their families moving within the Community, OJ L 74 of 27.03.1972.

COUSINS, Mel. *European Welfare States: Comparative Perspectives*, Sage Publications, London, 2005.

CRESWELL, John W. *Qualitative Research Design*, Sage Publications, California, 1998.

- CRESWELL, John W. *Research Design*, Sage Publications, California, 2003.
- ÇELİK, Aziz. *AB Sosyal Politikası Uyum Sürecinin Uyumsuz Alanı*, Kitap Yayınevi, İstanbul, 2005, ss.20-21.
- DE BÚRCA, Gráinne. “Rethinking law in neofunctionalist theory”, *Journal of European Public Policy*, Vol.12(2), 2005, ss. 310-326.
- DE CORTAZAR, Carlos Garcia. “Kohl and Decker, or That is Somebody Else’s Problem: The Challenge Facing Spain”, *European Journal of Health Law*, Vol. 6, 1999, ss.397-400.
- DELORS, Jacques. *L’Avenir de l’Europe: L’Achevement du Marche Interieur d’Ici a 1992*, Colloque de Bonn, 15.03.1988.
- DEVINE, Fiona. “Qualitative Methods”, *Theory and Methods in Political Science*, Ed. David Marsh and Gerry Stoker, Palgrave Macmillan, New York, 2002, s.197-215.
- DIEZ, Thomas. “Speaking Europe: The Politics of Integration Discourse”, *Journal of European Public Policy*, Vol.6, No.4, 1999, ss.598- 613.
- DINAN, Desmond. *Ever Closer Union An Introduction to European Integration*, 3.b., Palgrave Macmillan, Hampshire, 2005.
- DİNÇER, Füsün İ. *Avrupa Birliği’nde Turizm ve Uygulanan Politikalar*, Der Yayınevi, İstanbul, 1997.
- DİNÇER, Gönül ve Umut Çakmak. “GATS Çerçevesinde “Gerçek Kişilerin Geçici Hareketliliğinin Liberalizasyonu Üzerine Bir Değerlendirme”, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, Vol. 63, No.4, 2008, ss.135-154.
- DOOGE, James. “Report of the *Ad hoc* Committee for Institutional Affairs to the European Council”, Brussels, 29-30 March 1985, <http://aei.pitt.edu/997/>.
- DÜNYA GAZETESİ. “Roche Türkiye Genel Müdürü ve YASED Yönetim Kurulu Başkanı Faruk Yöneymen: "Yabancı kuruluşlar Türk yöneticileri tercih ediyor”, 02.02.2001, <http://www.dunyagazetesi.com.tr/haberArsiv.asp?id=25564> (08.07.2009).

- EASTON, David. "A Reassessment of the Concept of Political Support", *British Journal of Political Sciences*, Vol. 5, ss.435-457.
- EBBINGHAUS, Bernhard. "Does a European Social Model Exist and Can It Survive?", http://www.mpi-fg-koeln.mpg.de/people/es/Papers/EU_Model_1999.pdf (12.04.2006)
- EDITORIAL, "The Right to Care for Health: The Contribution of the European Social Charter", *European Journal of Health Law*, No. 12, 2005, ss. 183-191.
- EGAN, Michelle. "The Single Market", *European Union Politics*, Ed. Michelle Cini, Oxford University Press, Oxford, 2004, ss.28-45.
- EISING, Rainer. "Interest Groups and the European Union", *European Union Politics*, Ed. Micehlle Cini, Oxford University Press, Oxford, 2004, ss.192-210.
- ERDEM, Ramazan ve Hasan Hüseyin Yıldırım. "Sağlık Hizmetlerinde Vekalet İlişkisi ve Arzın Talep Yaratması Problemi", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt:6 , Sayı:2 , 2003.
- ERDUT, Zeki. "Liberal Ekonomi Politikaları ve Sosyal Politika", *Çalışma ve Toplum*, Cilt:.2, 2004.
- ERDUT, Zeki. *Küreselleşme Bağlamında Uluslararası Sosyal Politika ve Türkiye*, Dokuz Eylül Üniversitesi, Dokuz Eylül Yayınları, İzmir, 2002.
- ESPING-ANDERSEN, Gösta, Duncan Gallie, Anton Hemerijck and John Myles. *Why We Need a New Welfare State*, Oxford University Press, Oxford, 2002.
- EURACTIV. "Health Ministers to Clinch Deal on Patient Mobility", 09.06.2010, <http://www.euractiv.com/en/health/health-ministers-to-clinch-deal-on-patient-mobility-news-494953>, (13.08.2010).
- EUROBAROMETER. *Patient Safety and Quality of Healthcare*, Special Report 327, April 2010.
- EUROBAROMETER, *Cross-border health services in the EU*, Flash Eurobarometer, No. 210, 2007.

EUROPA GLOSSARY. “Community and intergovernmental methods”,
http://europa.eu/scadplus/glossary/community_intergovernmental_methods_en.htm (02.03.2010).

EUROPEAN COMMISSION. *Completing the Internal Market. White Paper from the Commission to the European Council (Milan, 28-29 June 1985)*, COM (85) 310 final, Brussels, 14.06.1985,

EUROPEAN COMMISSION, *Communication From the Commission, Strengthening the social dimension of the Lisbon strategy: Streamlining open coordination in the field of social protection*, 27.5.2003.

EUROPEAN COMMISSION, *Communication From the Commission "A renewed commitment to social Europe: Reinforcing the Open Method of Coordination for Social Protection and Social Inclusion*, 2.7.2008.

EUROPEAN COMMISSION. *Communication From The Commission- Follow-up to the high level reflection process on patient mobility and healthcare developments in the European Union*, COM(2004) 301 Final, Brussels, 20.04.2004.

EUROPEAN COMMISSION. “Accompanying Document to the Proposal for a Directive, Impact Assessment”, SEC(2008) 2163, 02.07.2008 .

EUROPEAN COMMISSION. “Steering EU Public Health-Legislation”,
http://ec.europa.eu/health/legislation/policy/index_en.htm (03.05.2010).

EUROPEAN COMMISSION. “An Open and Structured Dialogue between the Commission and Interest Groups”, *Policy Paper*, 1992,
http://ec.europa.eu/civil_society/interest_groups/docs/v_en.pdf (25.09.2007).

EUROPEAN COMMISSION. “Completing the Single Market”,
http://ec.europa.eu/internal_market/top_layer/index_3_en.htm (12.08.2010).

EUROPEAN COMMISSION. “EU in the World”,
http://ec.europa.eu/health/eu_world/policy/index_en.htm, (03.05.2010).

EUROPEAN COMMISSION. “Europe Against Cancer: Target: 15% Fewer Victims by the Year 2000”, *European File*, 5-6/88, 1988.

- EUROPEAN COMMISSION. "Glossary",
http://europa.eu/scadplus/glossary/treaties_en.htm (06.06.2010).
- EUROPEAN COMMISSION. "Ground Rules for Relations with Interest Representatives",
http://ec.europa.eu/civil_society/interest_groups/index_en.htm (14.08.2010).
- EUROPEAN COMMISSION. "Health in All policies-Policy",
http://ec.europa.eu/health/health_policies/policy/index_en.htm, (12.08.2010).
- EUROPEAN COMMISSION. "High Level Group on Health Care",
http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/high_level_hsmc_en.htm
- EUROPEAN COMMISSION. "Patient mobility and healthcare developments-Communication from the Commission",
http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/patient_mobility_en.htm
- EUROPEAN COMMISSION. "Previous Programmes",
http://ec.europa.eu/health/ph_programme/previous_programme_en.htm
(10.06.2010).
- EUROPEAN COMMISSION. "Public Health- Good Health for Everybody",
http://europa.eu/pol/health/index_en.htm (07.02.2010).
- EUROPEAN COMMISSION. "Renewed Social Agenda",
<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=547>, (12.08.2010).
- EUROPEAN COMMISSION. "Social Charter",
http://europa.eu/legislation_summaries/human_rights/fundamental_rights_within_european_union/c10107_en.htm, (23.08.2010).
- EUROPEAN COMMISSION. "Supporting European Tourism",
http://ec.europa.eu/enterprise/sectors/tourism/index_en.htm (05.02.2010).
- EUROPEAN COMMISSION. "Flow chart summarising the ways in which health care costs may be met", 2010,
<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=569&langId=en>, (23.05.2010).

EUROPEAN COMMISSION. “Your Europe-Pensioneer”,

http://ec.europa.eu/youreurope/citizens/work/pensioner/healthcare/index_en.htm (23.07.2009).

EUROPEAN COMMISSION. *Commission Communication on the Framework for Action in the Field of Public Health*, COM(93)559 Final, Brussels, 1993.

EUROPEAN COMMISSION. *Communication from the Commission A Concerted Strategy for Modernising Social Protection*, COM (99) 347 final, 14.07.1999, s.3.

EUROPEAN COMMISSION. *Communication from the Commission- Commission Work Programme 2010:Time to act, Vol. I*, COM(2010) 135 final, Brussels, 31.03.2010.

EUROPEAN COMMISSION. *Communication From The Commission- Consultation regarding Community action on health services*, Brussels, SEC (2006) 1195/4, 26.09.2006.

EUROPEAN COMMISSION. *Communication from the Commission of 12 March 1997 on Modernising and Improving Social Protection in the European Union*, COM (97) 102 final, 12.03.1997.

EUROPEAN COMMISSION. *Communication from the Commission of 31 October 1995 on the Future of Social Protection: a Framework for a European Debate*, COM(95) 466 Final, 31.10.1995.

EUROPEAN COMMISSION. *Communication from the Commission to the Council Cooperation at Community Level on Health Related Problems*, COM (84) 502 final, 13.09.1984.

EUROPEAN COMMISSION. *Communication from the Commission to the European Council-A Citizens' Agenda - Delivering results for Europe*, Brussels, 10.05.2006, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2006:0211:FIN:EN:PDF> (15.05.2009).

EUROPEAN COMMISSION. *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions - A single market for 21st century Europe*, Brussels, 20.11.2007, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:074:FIN:EN:PDF> (12.05.2009).

EUROPEAN COMMISSION. *Communication from the Commission, The Future of Health Care and Care for the Elderly: Guaranteeing Accessibility, Quality and Financial Viability*, COM (2001) 723 final, 05.12.2001.

EUROPEAN COMMISSION. *Europe Against Aids Programme 1991-1993*, Report on the Implementation of the Action Plan in 1993, COM (94) 525 final, 29.11.1994.

EUROPEAN COMMISSION. *Green Paper - European Social Policy - Options for the Union*, COM(93) 551, 1993.

EUROPEAN COMMISSION. *Proposal for a Decision of the Council and the Ministers for Health of the Member States meeting within the Council adopting a plan of action in the framework of the 1991-1993 "Europe against Aids" programme*, COM (90) 601 final, 13.12.1990.

EUROPEAN COMMISSION. Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on services in the internal market, COM(2004) 2 final/3, [SEC(2004) 21], Brussels, 5.3.2004.

EUROPEAN COMMISSION. "Register of Interest Representatives", <https://webgate.ec.europa.eu/transparency/regrin/consultation/search.do?reset=> (09.07.2010).

EUROPEAN COMMISSION. "Social Protection & Social Inclusion", <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=750> (10.03.2010).

EUROPEAN COMMISSION. *The Internal Market and Health Services*, Report of The High Level Committee on Health, Brussels, 17.12.2001.

EUROPEAN COMMISSION. *The Social Policy of the European Community: Looking Ahead to 1992*, European File 13/88, August-September 1988.

EUROPEAN COMMISSION. *The Social Situation in the European Union 2009*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 2010.

EUROPEAN COMMISSION. *Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013, White Paper*, COM(2007) 630 final, Brussels, 23.10.2007.

EUROPEAN COMMISSION. *White Paper on European Governance*, Brussels, 25.7.2001.

EUROPEAN COUNCIL IN MILAN. *Presidency Conclusions*, 28-29 June 1985.

EUROPEAN COUNCIL. Commission Staff Working Document, Accompanying Document to the Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on the Application of Patients' Rights in Cross-Border Healthcare, *Impact Assessment*, {Com(2008) 414 Final} Brussels, 2.7.2008.

EUROPEAN ECONOMIC AND SOCIAL COMMITTEE. Opinion on the Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on services in the internal market, (COM(2004) 2 final – 2004/0001 (COD)).

EUROPEAN HEALTH FORUM-GASTEIN, <http://www.ehfg.org/> .

EUROPEAN HEALTH MANAGEMENT ASSOCIATION. “EU Briefing: The Impact of the Treaty of Lisbon on EU Health Law”, *Occasional Papers*, <http://www.ehma.org/files/EU%20Briefing%20-%20The%20impact%20of%20the%20Treaty%20of%20Lisbon%20on%20EU%20Health%20Law%203.pdf> (25.02.2010).

EUROPEAN PARLIAMENT DIRECTORATE GENERAL FOR RESEARCH. “Fundamental Social Rights in Europe”, *Working Paper, Social Affairs series*, SOCI 104 EN, European Parliament, Luxembourg, PE 168.629.

European Parliament Notice to Members Petition 1372/2002 by Gunnar Dahl (Swedish) on pension problems, 15 February 2005, PE 353.720.

EUROPEAN PARLIAMENT. “European Parliament and the Lisbon Treaty”, <http://www.europarl.europa.eu/parliament/public/staticDisplay.do?id=66> (12.08.2010).

- EUROPEAN PUBLIC HEALTH ALLIANCE. "The Council fails to reach agreement on the Patients Rights Directive", <http://www.epha.org/a/2878> (11.07.2010).
- EVANS, Roger W. "Ethnocentrism Is an Unacceptable Rationale for Health Care Policy: A Critique of Transplant Tourism", *American Journal of Transplantation*, Vol. 8, 2008, ss.1089–1095.
- FERRERA, Maurizio. "l'UEM et la Protection Sociale", *Lettre Mensuelle Socio-Economique*, Vol. 70, Janvier 2002, ss.51-59.
- FLIGSTEIN, Neil and Jason Mcnichol. "The Institutional Terrain of the European Union", *European Integration and Supranational Governance*, Ed. Wayne Sandholtz, Alec Stone SWEET, Oxford University Press, Oxford, 1998, ss.59-92.
- FLOWER, Joe. "Five Star Hospitals", *Strategy and Business*, No. 42, 2006.
- FOUNDATION ROBERT SCHUMAN. "The Lisbon Treaty 10 easy-to-read fact sheets", 2007, ss. 28, 39, <http://robert-schuman.eu> (01.02.2010).
- FREEMAN, Richard. *The Politics of Health in Europe*, Manchester University Press, Manchester, 2000.
- GARRETT, Geoffrey, R. Daniel Kelemen, and Heiner Schulz. "The European Court of Justice, National Governments, and Legal Integration in the European Union", *International Organization*, Vol.52, No.1, 1998, ss.149–176.
- GEE, James Paul. *An Introduction to Discourse Analysis Theory and Method*, Routledge, London and New York, 1999.
- GENERAL SECRETARIAT OF THE COUNCIL OF THE EU. "Information Note on Treaty of Lisbon", 2009, http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/ec/111652.pdf (13.04.2010).
- GEORGE, Stephen. "Multi-level Governance and the European Union", Ian Bache and Matthew Flinders (ed.), *Multi-level Governance*, Oxford University Press, Oxford, 2004.

- German National Strategy Report Social Protection and Social Inclusion 2008 – 2010*,
<http://ec.europa.eu/social/keyDocuments.jsp?type=3&policyArea=750&subCategory=0&country=22&year=0&advSearchKey=nsr+spsi&mode=advancedSubmit&langId=ens.26> (05.01.2010).
- GILNOS, Irene A. and Rita Baeten. *A Literature Review of Cross-Border Patient Mobility in the European Union*, Observatoire Social Européen, Brussels, 2006, s.18.
- GONZALES, Anthony, Logan Brenzel ve Jennifer Sancho. *Health Tourism And Related Services: Caribbean Development And International Trade*, Final Report, 31.08.2001,
<http://www.crn.org/documents/studies/RNM%20Health%20Study%20Final.pdf> (22.12.2008).
- GOOIJER, Win de. *Trends in EU Health Care Systems*, Springer, Amsterdam, 2006.
- GÖKBUNAR, Ramazan, Harun Özdemir ve Alparslan Uğur. “Küreselleşme Kıskaçındaki Refah Devletinde Sosyal Refah Harcamaları”, *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, Vol .9, No. 2, 2008, ss.158-173.
- GRAÇA, Pedro. “Public Policy and Public Health in European Union – Recent Developments”, 2006,
<http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/ResourcesUser/ObesidadeInfantil/ArtigosCientificos/Literatureoverview.pdf> (08.10.2008).
- GREEN-PEDERSEN, Christoffer and John Wilkerson, “How Agenda-Setting Attributes Shape Politics:Basic Dilemmas, Problem Attention and Health Politics Developments in Denmark and the US”, *Journal of European Public Policy*, Vol.13, No. 7, 2006, ss.1039 — 1052.
- GREER, Scott L. “Power Struggle:The Politics and Policy Consequences Patient Mobility in Europe”, *Observatoire Social Européenne Policy Paper*, No.2, 2008.

- GUBRIUM, Jaber F. and James A. Holstein. "Analyzing Interpretive Practice", *Handbook of Qualitative Research*, Ed. Norman K. Denzin, Yvonna S. Lincoln, Sage Publications, Thousand Oaks, London, New Delhi, 2000, ss.487-508.
- GÜZEL, Ali ve Ali Rıza Okur. *Sosyal Güvenlik Hukuku*, 9.b., Beta Yayınevi, İstanbul, 2003.
- GÜZEL, Ali. "Avrupa Birliği'ne Tam Üyelik Sürecinde Türk Sosyal Güvenlik Sistemi", *İktisat Dergisi*, Sayı:409, 2001.
- HAAS, Ernst B. and Philippe C. Schmitter. "Economics and Differential Patterns of Political Integration: Projections about Unity in Latin America", *International Organization*, Vol. 18, No. 4, 1964, ss.705-737.
- HAAS, Ernst B. "Does Constructivism Subsume Neo-functionalism", *The Social Construction of Europe*, Ed. Thomas Christiansen, Knud Erik Jorgensen and Antje Wiener, Sage Publications, London, 2001, ss.22-31.
- HAAS, Ernst B. "International Integration: The European and the Universal Process", *International Organization*, Vol. 15, No. 3, 1961, ss.366-392.
- HAAS, Ernst B. "The Challenge of Regionalism", *International Organization*, Vol.12, No. 4, 1958, ss. 440-458.
- HAAS, Ernst B. "The Uniting of Europe and the Uniting of Latin America", *Journal of Common Market Studies*, Vol. 5, No. 4, 1967, ss.327-328.
- HAAS, Ernst B. *The Uniting of Europe Political, Social and Economic Forces 1950-1957*, 2.b., Standford University Press, Standford California, 1968.
- HAAS, Peter M. "Introduction: Epistemic Communities and International Policy Coordination", *International Organization*, Vol. 46 (1) Special Issue on Knowledge, Power, and International Policy Coordination, 1992, ss.1-35.
- HALTERN, Ulrich. "Integration Through Law", *European Integration Theory*, Ed. Antje Wiener and Thomas Diez, Oxford University Press, Oxford, 2004, ss.177-196.

HATZOPOULOS, Vassilis. "Briefing Note on The ECJ Case Law on Cross-Border Aspects of Health Services", European Parliament, DG Internal Policies of the Union Policy -Department Economic and Scientific Policy, 2007, http://www.europarl.europa.eu/comparl/imco/studies/0701_healthserv_ecj_en.pdf .

HATZOPOULUS, Vassilis. "Do the Rules on Internal Market Affect National Health Care Systems?", *The Impact of EU Law on Health Care Systems*, Ed. Martin McKee, Elias Mossialos ve Rita Baeten, P.I.E PeterLang, Brussels, 2002.

HAY, Colin and Ben Rosamond. "Globalization, European Integration and the Discursive Construction of Economic Imperatives", *Journal of European Public Policy*, Vol.9, No.2, 2002, ss.147-167.

HAY, Colin, Matthew Watson and Daniel Wincott. "Globalisation, European Integration and Persistence of European Social Models", *POLISIS Working Paper*, No. 3/99, 1999.

HEIDENREICH, Martin and Gabriele Bischoff. "The Open Method of Coordination: A Way to the Europeanization of Social and Employment Policies?", *Journal of Common Market Studies*, Vol. 46, No. 3, 2008, ss. 497–532.

HERMAN, Lior. "International Trade in Healthcare Services", European Centre for International Political Economy, http://209.85.129.132/search?q=cache:ZDuUqPmS5uUJ:www.ecipe.org/files/Presentation%2520International%2520Trade%2520in%2520Helathcare%2520Services_Lior%2520Herman.pdf+Lior+Herman,+International+Trade+in+Healthcare+Services,+European+Centre+for+International&cd=5&hl=tr&ct=clnk&gl=tr (14.01.2007).

HERMANS, Herbert E. G. M. "Cross-Border Health Care in the European Union: Recent Legal Implications of Decker and Kohll", *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, Vol. 6, No. 4, 2000, ss.431–439.

- HERRICK, Devon M. "Medical Tourism: Global Competition in Health Care", *National Center for Policy Analysis Policy Report*, No. 304, November 2007, <http://www.ncpa.org/pub/st/st304/st304.pdf> (16.02.2008).
- HERRMANN, Peter. "Open Method of Coordination in the European Union: A Trojan Horse-But Who is the Rider?", *Social Work & Society*, Vol. 4, No.2, 2006, ss.351-356.
- HERVEY, Tamara K. "European Union's Governance of Health Care and the Welfare Modernization Agenda", *Regulation and Governance*, Vol.2, 2008, ss.103-120.
- HERVEY, Tamara K. "Mapping the Contours of European Union Health Law and Policy", 2002, <http://www.ose.be/health/files/EPLhealthTH.pdf> . (12.02.2010).
- HERVEY, Tamara K. and Jean V. McHale, *Health Law and the European Union*, Cambridge University Press, Cambridge, 2004.
- HERVEY, Tamara. "The European Union and the Governance of Health Care" *Paper presented at the annual meeting of the The Law and Society, Las Vegas*, 2009, <http://eucenter.wisc.edu/OMC/Papers/Protection/hervey.pdf> (13.06.2010).
- HIX, Simon. *The Political System of the European Union*, 2.b., Palgrave Macmillan, New York, 2005.
- HOLMES, Martin. *European Integration: Scope and Limits*, Palgrave, New York, 2001.
- HOOGHE, Liesbet and Gary Marks. "A Postfunctionalist Theory of European Integration: From Permissive Consensus to Constraining Dissensus", *British Journal of Political Science*, Vol.39, 2008, ss.1-23.
- HOOGHE, Liesbet and Gary Marks. "The Making of a Polity: The Struggle over European Integration", *European Integration Online Papers (EIoP)* Vol. 1, No. 4, 1997, <http://eiop.or.at/eiop/texte/1997-004a.htm> (12.05.2009).

- ILZKOVITZ, Fabienne, Adriaan Dierx, Viktoria Kovacs and Nuno Sousa. "Steps towards a deeper economic integration: the Internal Market in the 21st century A contribution to the Single Market Review", *European Commission Economic Papers*, No. 271, Brussels, 2007.
- İÇÖZ, Orhan, Turgut Var ve İbrahim İlhan. *Turizm Planlaması*, Turhan Kitapevi, Ankara, 2002.
- JAGER, Siegfried. "Discourse and Knowledge: Theoretical and Methodological Aspects of a Critical Discourse and Dispositive Analysis", *Methods of Critical Discourse Analysis*, Ed. Ruth Wodak and Michael Meyer, Sage Publications, Thousand Oaks, London, New Delhi, 2001, ss.32-62.
- JASSEM, Anna. "An introduction to the Open Method of Coordination (OMC)", *EPHA Briefing for Members*, 2004,
http://www.epha.org/IMG/pdf/EPHA_briefing_on_OMC_AJ_20050216final.pdf.
- JENSEN, Carsten Stroby. "Neofunctionalist Theories and the Development of European Social and Labour Market Policy", *Journal of Common Market Studies*, Vol 38, No. 1, 2000, ss. 71-92.
- JENSEN, Carsten Stroby. "Neo-functionalism", *European Union Politics*, Ed. Michelle Cini, Oxford University Press, Oxford, 2004, ss.80-92.
- JENSEN, Ole B. and Tim Richardson, *Making European Space Mobility, Power and Territorial Identity*, Routledge, London, 2004.
- JOERGES, Christian. "Deliberative Supranationalism-A Defence", *European Integration Online Papers (EIoP)*, Vol. 5, No. 8, 2001,
<http://eiop.or.at/eiop/pdf/2001-008.pdf> (24.01.2009).
- JOHNSON, Ailish M. *European Welfare States and Supranational Governance of Social Policy: Implications for Regional and Global Governance*, Gordonsville, Palgrave Macmillan, 2005.
- JORENS, Yves, "The Right to Health Care Across Borders", *The Impact of EU Law on Health Care Systems*, Ed. Martin McKee, Elias Mossialos and Rita Baeten, P.I.E. Peter Lang, Brussels, 2002, ss.83-122.

- JORENS, Yves, Michael Couchier, Filip Van Overmeiren, “Access to health care in an internal market: impact for statutory and complementary systems”, *Bulletin Luxembourgeois des Questions Sociales*, Vol.18, 2005, ss.1-136.
- KARACASULU, Nilüfer. “Avrupa Entegrasyon Kuramları ve Sosyal İnşacı Yaklaşım”, *Uluslararası Hukuk ve Politika*, Cilt: 3, Sayı: 9, 2007, ss.82-100.
- KASSIM, Hussein and Anand Menon. “The principal-agent approach and the study of the European Union: promise unfulfilled?” , *Journal of European Public Policy*, Vol.10(1), 2003, ss.121- 139.
- KATROUGALOS, George and Gabriella Lazaridis. *Southern European Welfare States: Problems, Challenges and Prospects*, Palgrave Macmillan, New York, 2003.
- KHER, Unmesh. “Outsourcing Your Heart”, *Time Magazine*, 21.05.2006, <http://www.time.com/time/magazine/article/0,9171,1196429,00.html> (02.02.2007).
- KLEINMAN, Mark. *A European Welfare State? European Union Social Policy in Context*, Palgrave, New York, 2002.
- KNILL, Christoph, Jale Tosun and Michael W. Bauer. “Neglected Faces of Europeanization: The Differential Impact of the EU on the Dismantling and Expansion of Domestic Policies”, *Chair of Comparative Public Policy and Administration Department of Politics and Management University of Konstanz Working Paper*, No. 2, 2008, http://kops.uni-konstanz.de/volltexte/2009/6348/pdf/WorkingPaper2008_02.pdf.
- KOK, Wim. *Facing The Challenge: The Lisbon Strategy For Growth And Employment*, Report From The High Level Group, Brussels, 2004.
- KORAY, Meryem ve Alper Topçuoğlu. *Sosyal Politika*, 3.b., Ezgi Kitabevi Yayınları, Bursa, 1995.
- KORAY, Meryem. *Avrupa Toplum Modeli*, 2.b., İmge Kitabevi, İstanbul, 2005.

- KORNAL, János and Karen Eggleston. *Welfare, Choice and Solidarity in Transition : Reforming the Health Sector in Eastern Europe*, Cambridge University Press, Cambridge, 2001.
- KOSTERA, Thomas. “Unwelcome Europeanisation-The Development of European Cross-Border Patient Mobility”, MA Dissertation, College of Europe Department of European Political and Administrative Studies, Bruges, 2007.
- KÜHNHARDT, Ludger. “European Integration:Success Through Crises”, *Crises in European Integration Challenges and Responses, 1945-2005*, Ed. Lüdger Kühnhardt, Berghahn Books, New York, 2009, ss.1-17.
- LAMBERT, Jean. The Bolkestein Directive: Health Warning,
<http://www.jeanlambertmep.org.uk/downloads/reports/0510services%20booklet.pdf> .
- LEGIDO-QUIGLEY, Helena, Irene Glinos, Rita Baeten and Martin McKee. “Patient Mobility in the European Union”, *British Medical Journal*, Vol.334, 2007, ss.188-190 .
- LEIBFRIED, Stephan And Paul Pierson. “Social Policy Left To The Courts Or Markets?”, *Policy Making in the European Union*, 4.b., Ed. Helen Wallace and William Wallace, Oxford University Press, Oxford, 2000, ss.267-292.
- LINDBERG, Leon and Stuart A. Scheingold. *Europe’s Would-Be Polity*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1970.
- LISBON EUROPEAN COUNCIL. *Presidency Conclusions*, 23-24 March 2000.
- LITTOZ-MONNET, Annabelle. “Dynamic Multi-Level Governance – Bringing the Study of Multi-level Interactions into the Theorising of European Integration”, *European Integration online Papers (EIoP)*, Vol. 14, 2010, <http://eiop.or.at/eiop/texte/2010-001a.htm>
- LODGE, Juliet. “Loyalty and the EEC:The Limitations of the Functionalist Approach”, *Political Studies*, Vol.26, No.2, s.233. ss. 232-248.

- LYNGGAARD, Kenet. "The Institutional Construction of a Policy Field: a Discursive Institutional Perspective on Change within the Common Agricultural Policy", *Journal of European Public Policy*, Vol.14, No. 2, 2007, ss.293-312.
- MACMILLAN, Catherine. "The Application of Neofunctionalism to the Enlargement Process: The Case of Turkey", *Journal of Common Market Studies*, Vol.47, No. 4, 2009, s.791, ss. 789–809.
- MARSH, David and Paul Furlong. "A Skin not a Sweater: Ontology and Epistemology in Political Sciences", *Theory and Methods in Political Science*, Ed. David Marsh and Gerry Stoker, Palgrave Macmillan, New York, 2002, ss.17-44.
- MARTINSEN, Dorte Sindbjerg and Karsten Vrangbæk. "The Europeanization Of Health Care Governance: Implementing The Market Imperatives Of Europe", *Public Administration*, Vol. 86, No. 1, 2008, ss. 169–184.
- MARTINSEN, Dorte Sindbjerg. "The Europeanization of Welfare- The Domestic Impact of Intra-European Social Security", *Journal of Common Market Studies*, Vol.43, No. 5, 2005, ss.1027-1054.
- MARTINSEN, Dorte Sindbjerg. "Towards an internal health market with the European Court", *West European Politics*, Vol. 28, No. 5, 2005, ss. 1035 – 1056.
- MATTLI, Walter and Anne-Marie Slaughter. "Revisiting the European Court of Justice", *International Organization*, Vol. 52(1), 1998, ss. 177–209.
- MATTOO, Aaditya and Robert M. Stern. "Overview: the Framework of Trade in Services", *A Handbook of International Trade in Services*, Ed. Aaditya Mattoo, Robert M. Stern and Gianni Zanini, Oxford University Press, Oxford, 2008, ss.3-47.
- MAZGİT, İsmail. Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 1998.

- MCANULLA, Stuart. "Structure and Agency", *Theory and Methods in Political Science*, Ed. David Marsh and Gerry Stoker, 2. baskı, Palgrave Macmillan, New York, 2002, ss.271-291.
- MCKEE, Martin, Elias Mossialos. "Health Policy and European Law:Closing the Gaps", *Journal of the Royal Institute of Public Health*, Vol.120, 2006, ss. 16-22.
- MCKEE, Martin, Laura MacLehose and Tit Albrecht. "Free Movement of Patients", *Health Policy and European Union Enlargement*, Ed. Martin McKee, Laura MacLehose and Ellen Nolte, Open University Press, Berkshire, 2004.
- MCKEE, Martin, Elias Mossialos and Rita Baeten. "The Implications of European Law for Health Care",*The Impact of EU Law on Health Care Systems*, Ed. Martin McKee, Elias Mossialos and Rita Baeten, P.I.E-PeterLang, Brussels, 2002, ss.13-22.
- MCKIBBEN, Heather Elko. "Issue characteristics, issue linkage, and states' choice of bargaining strategies in the European Union", *Journal of European Public Policy*, 17: 5, 2010, ss.694- 707.
- MEDİMAGAZİN, "Sağlık Turizminde Yeni Trend Yabancı Hasta Turları" , 03.03.2008, <http://www.medimagazin.com.tr/ana-sayfa/kategorisiz/tr-saglik-turizminde-yeni-trend-yabanci-hasta-turlari-1-666-13627.html>, (20.04.2010).
- MIGLBAUER, Ernst. "Health Tourism & Overseas Treatment in England", 2002, <http://www.bmwfj.gv.at/NR/rdonlyres/9444425D-59C4-416C-8A6B-D774D5079B97/0/GesundheitEnglande.pdf>, (12.03.2009).
- MINDERHOUD, Paul. "Part III- ECJ Cases", *European Journal of Migration and Law*, Vol.1, No. 1, 1999, ss.155-162.
- MONTI, Mario. "A New Strategy for the Single Market at the Service of Europe's Economy and Society", Report to the President of the European Commission, May 2010, http://ec.europa.eu/bepa/pdf/monti_report_final_10_05_2010_en.pdf (12.07.2010)

- MORAN, Michael. *Governing the Health Care State A Comparative Study of the United Kingdom, the United states and Germany*, Manchester University Press, Manchester, 1999.
- MORAVCSIK, Andrew. "The European Constitutional Compromise and the Neofunctionalist Legacy", *Journal of European Public Policy*, Vol. 12, No.2, 2005, ss. 349–386.
- MORGAN, Glyn. *The Idea of a European Superstat: Public Justification and European Integration*, Princeton University Press, Princeton – Oxford, 2005.
- MOSSIALOS, Elias and Sarah Thomson. *Voluntary Health Insurance in the European Union*, World Health Organization- European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2004.
- MOSSIALOS, Elias and Willy Palm. "The European Court of Justice and the Free Movement of Patients in the European Union", *International Social Security Review*, Vol. 56, No. 2, 2003, ss.33-29.
- NEBLING, Thomas and Hans-Willi Schemken, "Cross-border Contracting: the German Experience", *Patient Mobility in the European Union Learning from Experience*, Ed. Magdalene Rosenmöller, Martin McKee and Rita Baeten, World Health Organisation, Copenhagen, 2006, ss.137-156.
- NEWMAN, Michael. "After the Permissive Consensus Stil Searching for Democracy", *European Union Power and Policy Making*, 4.b., Ed. Jeremy Richardson, New York, Routledge, 2006, ss.377-397.
- NICKLESS, Jason. "The Internal Market and the Social Nature of Health Care", *The Impact of EU Law on Health Care Systems*, Ed. Martin McKee, Elias Mossialos, Rita Baeten, P.I.E.Peter Lang, Brussels, 2002, ss.57-83.
- NIEMAN, Arne. "The PHARE Programme and the Concept of Spillover: Neofunctionalism in the Making", *Journal of European Public Policy*, Vol.5, No. 3, 1998, ss. 428-446.
- NUGENT, Neill. *The Government and Politics of the European Union*, 5.b., Palgrave Macmillan, New York, 2003.

- NYE, Joseph S. "Comparing Common Markets: A Revised Neo-Functionalist Model", *International Organization*, Vol. 24, No. 4, 1970, ss.796-835.
- OBERMAIER, Andreas J. "Fine-tuning the Jurisprudence: The ECJ's Judicial Activism and Self-restraint", *Institute for European Integration Research Working Paper Series*, No. 02/2008, 2008.
- OBERMAIER, Andreas. J. *End of Territoriality?: The Impact of ECJ Rulings on British, German, and French Social Policy*, Ashgate Publishing Limited, Surrey, 2009.
- ODER, Bertil Emrah. "Topluluk Hukukunun Temel Doktrinleri ve Topluluk Hukukunun Uygulanması", *Avrupa Birliği Hukuku*, Ed. Gülören Tekinalp ve Ünal Tekinalp, 2.b., Beta, İstanbul, 2000, ss.114-190.
- OECD. "Health at a Glance- OECD Indicators", 2009, http://www.oecd.org/document/11/0,3343,en_2649_33929_16502667_1_1_1_3_7407,00.html (04.05.2010).
- OECD. "Employment in the health and social sectors", in OECD, *Health at a Glance 2009: OECD Indicators*, OECD Publishing, 2009, s.61.
- OKUR, Zeki. "Türkiye'deYabancıların Sosyal Güvenlik Hakları", *Prof. Dr. Halid Kemal Elbir'e Armağan*, Ed., İstanbul Üniversitesi, Hukuk Fakültesi, İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku Araştırma ve Uygulama Merkezi, İstanbul, 1996, ss.365-385.
- OLALI, Hasan ve Alp Timur. *Turizm Ekonomisi*, Ofis Ticaret Matbaacılık, İzmir, 1988.
- ORTINO, Federico. *Basic Legal Instruments for the Liberalisation of Trade: A Comparative Analysis of EC and WTO Law*, Hart Publishing, Oregon, 2004.
- ÖZEN, Çınar. "Neo-functionalism and the Change in the Dynamics of Turkey-EU Relations", *Perceptions Journal of International Affairs*, Vol.3, No. 3, 1998, ss.34-57.
- PALIER, Bruno. "The Europeanisation of Welfare Reforms", 2006, <http://www.hks.harvard.edu/inequality/Summer/Summer06/papers/Palier.pdf>.

- PARKWAYHEALTH. "Our Hospitals", <http://www.parkwayhealth.com/Hospitals/>, (08.07.2009).
- PELKMAN, Jacques. *European Integration: Methods and Economic Analysis*, Pearson Education Limited, Essex, 2001.
- PESTIEAU, Pierre. *The Welfare State in the European Union Economic and Social Perspectives*, Oxford University Press, Oxford, 2006.
- PETERSON, John and Elizabeth Bomberg. *Decision Making in the European Union*, MacMillan Press, London, 1999.
- POLLACK, Mark A. "Delegation, agency, and agenda setting in the European Community", *International Organization*, Vol. 51, No. 1, 1997, ss.99-134.
- POLLACK, Mark. "Creeping Competence: The Expanding Agenda of European Community", *Journal of Public Policy*, 14, No. 2, 1994, ss.95-145.
- PREUNKERT, Jenny. "Europeanization of Social Policies: The Influences of OMC/Inclusion on the Welfare States in Germany, France, and Italy", *Paper presented at the annual meeting of the Law and Society Association, Grand Hyatt, Denver, Colorado, 25 May 2009*, http://www.allacademic.com/meta/p304438_index.html.
- PRODI, Romano and Neil Kinnock. "The Commission and Non-Governmental Organisations: Building a Stronger Partnership", *Commission Discussion Paper*, Brussels, 2000.
- PRODI, Romano. *Speech to the European Parliament*, Strasbourg, 14.09.1999.
- RADAELLI, Claudio M. "The Europeanization of Public Policy", *The Politics of Europeanization*, Ed. Kevin Featherstone and Claudio M. Radaelli, Oxford University Press, Oxford, 2003.
- RAMIREZ DE ARELLANO, Annette B. "Patients Without Borders: The Emergence of Medical Tourism", *International Journal of Health Services*, Vol.37, No. 1, 2007, ss. 193–198.

RANKIN, Jennifer. "Ministers reject proposal on cross-border healthcare", *European Voice*, 01.12.2009, <http://www.europeanvoice.com/article/2009/12/ministers-reject-proposal-on-cross-border-healthcare/66568.aspx> (05.01.2010).

Regulation (EC) No 883/2004 of the European Parliament and of the Council of 29 April 2004 on the coordination of social security systems, OJ L 314 of 7.6.2004.

Regulation (EC) No 987/2009 of The European Parliament and of The Council of 16 September 2009 laying down the procedure for implementing Regulation (EC) No 883/2004 on the coordination of social security systems, OJ L 284/1 of 30.10.2009.

RISSE, Thomas. "Let's Argue: Communicative Action in World Politics", *International Organization*, Vol.54, No. 1, 2000, ss.1-39.

RITZER, George. "Introduction", *The Blackwell Companion to Globalization*, Ed. George Ritzer, Blackwell Publishing, Oxford, 2007.

ROBINSON, Gordon. "Tourism Policy", *The Hospitality Industry Tourism and Europe Perspectives on Policies*, Ed. Rhodri Thomas, London, Cassell, 1996.

ROSAMOND, Ben. "The uniting of Europe and the foundation of EU studies: Revisiting the neofunctionalism of Ernst B. Haas", *Journal of European Public Policy*, Vol. 12, No. 2, 2005, ss. 237 — 254.

ROSAMOND, Ben. *Theories of European Integration*, Palgrave MacMillan, Hampshire, 2000.

ROSENMÖLLER, Magdalene and Maria Lluch. "Meeting the needs of long-term residents in Spain", *Patient Mobility in the European Union, Learning from experience*, Ed. Magdalene ROSENMÖLLER, Martin McKee, Rita Baeten, Observatory on Health Systems and Policies WHO, Copenhagen, 2006, ss.59-78.

ROSENMÖLLER, Magdalene, Martin McKee, Rita Baeten, Irene A. Glinos. "Patient Mobility: the Context and Issues" *Patient Mobility in the European Union Learning From Experiences*, Ed. Magdalene Rosenmøller, Martin McKee, Rita Baeten, World Health Organisation, 2006.

- SAARI, Juho and Jon Kvist. "European Union Developments and National Social Protection", *The Europeanisation of Social Protection*, Ed. Jon Kvist and Juho Saari, Policy Press, Bristol, 2007.
- SALTMAN, Richard B. and Hans F.W. Dubois. "The Historical and Social Base of Social Health Insurance Systems", *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, Ed. Richard B. Saltman, Reinhard Busse and Josep Figueras, Open University Press McGrawHill Education, Berkshire, 2004, ss.21-32.
- SALTMAN, Richard B. "Social Health Insurance in Perspective: the Challenge of Sustaining Stability", *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, Ed. Richard B. Saltman, Reinhard Busse and Josep Figueras, Open University Press McGrawHill Education, Berkshire, 2004, ss.1-20.
- SANDHOLTZ, Wayne, Alec Stone Sweet. "Neo-functionalism and Supranational Governance", 06.04.2010, <http://ssrn.com/abstract=1585123> (11.05.2010).
- SAPIR, André. "An Agenda For A Growing Europe: Making the EU Economic System Deliver", Report of an Independent High-Level Study Group established on the initiative of the President of the European Commission, Brussels, 2003, www.euractiv.com/ndbtext/innovation/sapirreport.pdf (05.02.2007)
- SAUTER, Wolf. "The Proposed Patient Mobility Directive and the Reform of Cross-Border Healthcare in the EU", *TILEC Discussion Paper*, 2008, <http://ssrn.com/abstract=1277110> (12.05.2010).
- SCHARPF, Fritz W. "Balancing Positive and Negative Integration: The Regulatory Options for Europe", *MPIfG Working Paper*, No. 97/8, November 1997, <http://www.mpifg.de/pu/workpap/wp97-8/wp97-8.html> (09.12.2006) .
- SCHMIDT, Vivien. "The Politics of Economic Adjustment in France and Britain: When Does Discourse Matter?", *Journal of European Public Policy*, Vol.8, No.2, 2001, ss.247-264.
- SCHMITTER, Philippe C. "Three Neo-Functional Hypotheses about International Integration", *International Organization*, Vol. 23, No. 1, 1969, ss. 161-166.

- SCHMITTER, Philippe. “Ernst B. Haas and the Legacy of Neofunctionalism”, *Journal of European Public Policy*, Vol. 12, No. 2, 2005, ss.255–272.
- SCHMITTER, Philippe. “Neo-Neofunctionalism”, *European Integration Theory*, Ed. Antje Wiener and Thomas Diez, Oxford University Press, Oxford, 2004, ss.45-74.
- SCHOUT, Adriaan, Andrew Jordan and Michelle Twena. “From 'Old' to 'New' Governance in the EU: Explaining a Diagnostic Deficit”, *West European Politics*, Vol.33, No.1, ss.154-170.
- SEARLE, John. *Söz Edimleri-Bir Dil Felsefesi Denemesi*, Çev. R. Levent Aysever, Ayraç Yayınları, Ankara, 2000.
- SHEPHERD, Carol S. Robert Cushman, John Imrie, Stanley Lalta, “Prospects for Health Tourism Exports for the English-Speaking Caribbean”, *Social Sectors Development Strategies Inc.-World Bank*, 1995, Washington.
- SIEBERSON, Stephen C. *Dividing Lines between the European Union and Its Member States: The Impact of the Treaty of Lisbon*, Asser Press, The Hague, 2008.
- SMITH, Richard, Chantal Blouin, Nick Drager and David P. Fidler. “Trade in Health Services and the GATS”, *A Handbook of International Trade in Services*, Ed. Aaditya Mattoo, Robert M. Stern and Gianni Zanini, Oxford University Press, Oxford, 2008, ss.437-458.
- SOMAVIA, Juan. ILO Director-General, “L'avenir mondial se joue en Europe », *La Libre Belgique*, 04.02.2003, <http://www.lalibre.be/actu/international/article/101936/l-avenir-mondial-se-joue-en-europe.html> (06.05.2010).
- SÖZER, Ali Nazım. *Sosyal Devlet Uygulamaları Almanya, İngiltere, Hollanda, Türkiye*, Türkiye İşçi Emeklileri Cemiyeti, İzmir, 1997.
- STÅHL, Timo, Matthias Wismar, Eeva Ollila, Eero Lahtinen and Kimmo Leppo. *Health in All Policies Prospects and Potentials*, Finland Ministry of Social Affairs and Health, 2006.

- STEGER, Manfred B. *Globalization: A Very Short Introduction*, Oxford University Press, Oxford, 2003.
- STORROW, Richard F. “Quests for Conception: Fertility Tourists, Globalization and Feminist Legal Theory”, *Hastings Law Journal*, Vol. 57, 2006, ss. 295-330.
- SWEET, Alec Stone, Neil Fligstein, and Wayne Sandholtz. “The Institutionalization of European Space”, *The Institutionalization of Europe*, Ed. Alec Stone Sweet, Neil Fligstein, and Wayne Sandholtz, Oxford University Press, Oxford, 2001, ss.1-28.
- SYKES, Catherine Marie, Carla Willig and David F. Marks. “Programme Discourses in the European Commission’s 1996–2000 Health Promotion”, *Journal of Health Psychology*, Vol.9, 2004, ss.131-141.
- ŞENKAL, Abdülkadir. *Küreselleşme Sürecinde Sosyal Politika*, Alfa Basım Yayım, İstanbul, 2007.
- T.C. KÜLTÜR VE TURİZM BAKANLIĞI. “Turizm Çeşitleri-Sağlık Turizmi Genel Tanım”, <http://www.kultur.gov.tr> (21.02.2007).
- T.C. KÜLTÜR VE TURİZM BAKANLIĞI, “Sağlık Turizmi Organizasyonu Nasıl Olmalıdır?”,<http://www.kultur.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF03077CA1048A1834B0B3F062CA1037C7> (09.04.2009).
- TASSINOPOULOS, Alexandros, Heinz Werner and Søren Kristensen. *Mobility and Migration of Labour in the European Union and their Specific Implications for Young People*, CEDEFOP – European Centre for the Development of Vocational Training, Thessaloniki, 1998.
- TAYLOR-GOOBY, Peter. “The Politics of Welfare in Europe”, *Welfare States Under Pressure*, Ed. Peter Taylor-Gooby, SAGE Publication, London, 2001, ss.1-28.
- TEKİNALP, Gülören. “Emeğin Serbest Dolaşımı”, *Avrupa Birliği Hukuku*, 2.b., Beta Yayınları, İstanbul, 2000, ss.328-342.

THE COMMITTEE OF THE REGIONS. Opinion on the Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on services in the internal market COM(2004) 2 final – 2004/0001 (COD).

THOLONIAT, Luc. “The Career of the Open Method of Coordination: Lessons from a ‘Soft’ EU Instrument”, *West European Politics*, Vol. 33, No. 1, 2010, ss. 93–117.

THOMAS, Richard K. *Society and Health: Sociology for Health Professionals*, Kluwer Academic Publishers, Hingham USA, 2003.

TRUBEK, David M. and James Mosher. “New Governance, EU Employment Policy, and the European Social Model”, *Symposium on Mountain or Molehill? A Critical Appraisal of the Commission White Paper on Governance*, Brussels, 25.7.2001, <http://centers.law.nyu.edu/jeanmonnet/papers/01/011501.html> (17.05.2008).

TURNER, Leigh. “Cross-border Dental Care: Dental Tourism and Patient Mobility”, *British Dental Journal*, Vol. 204, No. 10, 2008, ss.553-554.

TÜRKİYE TİCARET, SANAYİ, DENİZ TİCARET ODALARI VE TİCARET BORSALARI BİRLİĞİ. *Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu*, TOBB Yayınları, Ankara, 1993.

TÜTÜNCÜ, Özkan, Deniz Küçükusta, Kamil Yağcı. “Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Ölçme Aracı”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt: 9, Sayı: 1, 2007, ss. 519-533.

URRY, John. *Tourist Gaze Leisure and Travel in Contemporary Societies*, Sage Publications, London, 1996.

VAN DER MEI, Anne Pieter. *Free Movement of Persons Within the European Community-Cross-Border Access to Public Benefits*, Hart Publishing, Oregon, 2003.

VAN DER VELDE, Roos. “ECJ Judgements Concerning Cross Border Health Care 1998-2006 Summaries”, http://www.soziale-dienste-in-europa.de/dokumente/Aktuelles/EuGH_Urteile_summary_en.pdf (05.07.2010).

- VENTURA, Carla A. Arena. Melissa Franchini Cavalcanti and Verônica Angélica Freitas de Paula, “The Systems Approach to the Pluralist Theory of International Relations: A Case Study of the European Union”, *Journal of Systemic Practice and Action Research*, Vol.19, 2006, ss.475–487.
- VINK, Maarten P. “Negative and Positive Integration in European Immigration Policies”, *European Integration online Papers (EIoP)*, Vol. 6, No. 13, 2002, <http://eiop.or.at/eiop/texte/2002-013a.htm> (14.06.2009).
- VOLLAARD, Hans. “The Challenge of Patient Mobility to Healthcare States in the EU”, *ECPR Joint Sessions*, Helsinki, 7 – 12 May 2007.
- WAHAB, Salah and Chris Cooper. “Tourism, Globalisation and the Competitive Advantage of Nations”, *Tourism in the Age of Globalisation*, Ed. Salah Wahab and Chris Cooper, Routledge, London, 2005.
- WASEM, Jürgen, Stefan Greß and Kieke G.H. Okma. “The Role of Private Health Insurance in Social Health Insurance Countries”, *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, Ed. Richard B. Saltman, Reinhard Busse and Josep Figueras, Open University Press McGrawHill Education, Berkshire, 2004, ss.227-247.
- WILLIAMS, Allan M. and Gareth Shaw. *Tourism and Economic Development European Experiences*, 3.b. , John Wiley & Sons, New York, 1998.
- WODAK, Ruth. “What CDA is About- a Summary of its History, Important Concepts and its Developments”, *Methods of Critical Discourse Analysis*, Ed. Ruth Wodak and Michael Meyer, Sage Publications, Thousand Oaks, London, New Delhi, 2001, ss.1-13.
- WOODWARD, David, Nick Drager, Robert Beaglehole and Debra Lipson. “Globalization, global public goods and health”, 2002, <http://www.who.int/trade/en/THpart1chap1.pdf> (12.07.2009).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, “Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health”, 2008, <http://apps.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?sesslan=1&codlan=1&codco1=15&codcch=741> (05.05.2010).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Constitution of the World Health Organization*, 45th Edition of Basic Documents, World Health Organization Interim Commission, New York, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World health statistics, 2010, <http://www.who.int/whosis/whostat/2010/en/index.html>, (20.07.2010).

YIM, Chi Kin Bennett. "Healthcare Destinations in Asia", Asia Case Research Center, University of Hong Kong, http://www.acrc.org.hk/promotional/promotional_shownote.asp?caseref=863&page=1 (23.04.2007).

YOUNG, Alasdair R. and Helen Wallace. "The Single Market", *Policy Making in the European Union*, Oxford University Press, Oxford, 2000, ss.85-114.

"2004-2009: An evaluation of the Barroso Commission", *Euractiv*, <http://www.euractiv.com/en/priorities/2004-2009-evaluation-barroso-commission/article-184826> (12.07.2010).

"Benefits and challenges of enhanced patient mobility in Europe", Europe for Patients Final Conference Press Release- 26-27 October 2006.

"Conservative Minister who was Dispatched to Brussels where he Surprised the Government by Embracing the European Project", *The Times*, 08.01.2007, <http://www.timesonline.co.uk/tol/comment/obituaries/article1291117.ece?token=null&offset=0&page=1> (12.08.2010).

"EHIC-European Health Insurance Card (formerly E111)", <http://www.travelhealth.co.uk/advice/ehic.htm> (10.03.2010).

"Evaluation of Border Regions in the European Union (EUREGIO)", *Second Interim Report(01.06.2005 – 01.06.2006)*, July 2006, s.7, http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_23_inter_en.pdf (02.10.2009).

"Green Paper", *Europa Glossary*, http://europa.eu/scadplus/glossary/green_paper_en.htm (10.06.2010).

“Lord Cockfield: Civil servant turned Boots MD who had a late career in Thatcher's Cabinet and the European Commission”, *The Independent*, 20.01. 2007, <http://www.independent.co.uk/news/obituaries/lord-cockfield-432900.html>, (12.08.2010).

“Lord Cockfield: Tory minister whose posting to Europe led to the creation of the single market”, *The Guardian*, 11.01.2007, <http://www.guardian.co.uk/news/2007/jan/11/guardianobituaries.obituaries> (12.08.2010).

“Lord Cockfield”, *The Telegraph*, 11.01.2007, <http://www.telegraph.co.uk/news/obituaries/1539106/Lord-Cockfield.html> (21.08.2010).

“Overview of the Europe for Patients Project”, *Final Conference*, Ghent- Belgium, 25-27 October 2006, www.iese.edu/en/files/Overview_tcm4-14457.pdf, (12.05.2010).

“Planned Medical Treatment”, <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=569&langId=en> (10.03.2010).

“Subsidiarity”, *Europa Glossary*, http://europa.eu/scadplus/glossary/subsidiarity_en.htm (10.06.2010).

“The Council of the European Union”, <http://www.consilium.europa.eu/showPage.aspx?id=242&lang=en> (25.10.2008).

92/441/EEC Council Recommendation of 24 June 1992 on Common Criteria Concerning Sufficient Resources and Social Assistance in Social Protection Systems, Official Journal L 245 , 26.08.1992.

92/442/EEC Council Recommendation of 27 July 1992 on the Convergence of Social Protection Objectives and Policies, Official Journal L 245 , 26.08.1992.

Avrupa Toplulukları Adalet Divanı Kararları

Abdon Vanbraekel and Others v Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC), Case C-368/98, European Court reports 2001 I-05363, 12.07.2001.

B.S.M. Geraets-Smits v Stichting Ziekenfonds VGZ ve H.T.M. Peerbooms v Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen, C-157/99, European Court reports 2001 I-05473, 12.07.2001.

Idryma Koinonikon Asfaliseon (IKA) v Vasileios Ioannidis, Case C-326/00 European Court reports 2003 I-01703, 25.02.2003.

Joined opinion of Advocate General Tesouro delivered on 16 September 1997. Nicolas Decker v Caisse de maladie des employés privés (Case C-120/95), Raymond Kohll v Union des caisses de maladie (Case C-158/96), European Court reports 1998 s. I-01831.

Nicolas Decker v. Caisse de Maladie des Employés Privés C-120/95, 28.04.1998 .

Opinion of Mr Advocate General Ruiz-Jarabo Colomer delivered on 18 May 2000. - B.S.M. Geraets-Smits v Stichting Ziekenfonds VGZ and H.T.M. Peerbooms v Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen. 25 No'lu paragraf.

Opinion of Mr Advocate General Ruiz-Jarabo Colomer, Geraets-Smits and H.T.M. Peerbooms, C-157/99, 33 No'lu paragraf.

Patricia Inizan v Caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine, Case C-56/01, 23.10.2003.

Raymond Kohll v. Union des Caisses de Maladie C-158/96, 28.04.1998.

Salvatore Grimaldi v Fonds des maladies professionnelles, Case C-322/88, (1989), ECR 4407.

V.G. Müller-Fauré v Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA ve E.E.M. van Riet v Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen Case C-385/99, European Court Reports I- 4509, 13.05.2003.

Yvonne Watts v Bedford Primary Care Trust and Secretary of State for Health, Case C-372/04 , 16.05.2006.

ADMINISTRATIVE COMMISSION
ON SOCIAL SECURITY FOR
MIGRANT WORKERS

E 112

(1)

CERTIFICATE CONCERNING THE RETENTION OF THE RIGHT TO SICKNESS OR MATERNITY BENEFITS
CURRENTLY BEING PROVIDED

Regulation (EEC) No 1408/71: Article 22(1)(b)(i); Article 22(1)(c)(i); Article 22(3); Article 22(a) and Article 31
Regulation (EEC) No 574/72: Article 22(1) and (3); Article 23 and Article 31(1) and (3)

The competent institution or the institution of the place of residence of the insured person, pensioner or family member should issue the form to the insured person, pensioner or family member. If the insured person or the pensioner is going to the United Kingdom, one copy of the form should also be sent to the Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle upon Tyne.

Please complete this form in block letters, writing on the dotted lines only. It consists of two pages, none of which may be left out.

1.	<input type="checkbox"/> Insured person	<input type="checkbox"/> Family member of the insured person
	<input type="checkbox"/> Self-employed worker	<input type="checkbox"/> Family member of a self-employed worker
	<input type="checkbox"/> Pensioner (employed worker)	<input type="checkbox"/> Family member of a pensioner (employed worker)
	<input type="checkbox"/> Pensioner (self-employed worker)	<input type="checkbox"/> Family member of pensioner (self-employed worker)

1.1 Surname(s)⁽²⁾:

1.2 Forename(s)⁽²⁾: Date of birth:

1.3 Previous name(s):

1.4 Address in the competent country:

1.5 Address in the country to which the person concerned is going:

1.6 Personal identification number^(*):

2. The person referred to above is authorised to retain the right to benefits and
 from sickness and maternity insurance from non-occupational accident insurance⁽³⁾
in (country), where he/she is going

2.1 to take up residence

2.2 to receive treatment from
.....
or from another establishment of similar nature in case of a transfer which is medically necessary in respect of this treatment.
 to send biological samples for the purposes of analysis without the need for the person concerned to be present.

3. These benefits may be provided, on production of this certificate,
..... to inclusive.

4. The report from our examining doctor

4.1 attached to this form in a sealed envelope

4.2 was sent on to⁽⁷⁾

4.3 will be sent by us on request

4.4 has not been drawn up

5. Competent institution

5.1 Name:

5.2 Identification number of the institution:

5.3 Address:

5.4 Stamp 5.5 Date:

5.6 Signature:



Instructions for the person concerned

You should submit this form as soon as possible to the sickness and maternity insurance institution of the place to which you are going, i.e.:

in **Belgium**, the 'mutualité' (local sickness insurance fund) of your choice;
 in the **Czech Republic**, the 'Zdravotní pojišťovna' (health insurance fund of your choice);
 in **Denmark**, the treatment provider, normally the general practitioner, who will refer you to a specialist;
 in **Germany**, the 'Krankenkasse' (sickness insurance fund) of your choice;
 in **Estonia**, the 'Eesti Haigekassa' (Sickness Insurance Agency);
 in **Greece**, normally the regional or local branch of the Social Insurance Institute (IKA), which issues the person concerned with a 'health book', without which no benefits in kind can be provided;
 in **Spain**, the medical / hospital services of the health system covered by Spanish social insurance. You must submit the form and a photocopy;
 in **France**, the 'Caisse primaire d'assurance maladie' (local sickness insurance fund);
 in **Ireland**, the local health Office of the Health Service Executive;
 in **Italy**, normally the 'Unità sanitaria locale' (local health administration unit) responsible for the area concerned;
 in **Cyprus**, the 'Υπουργείο Υγείας' (Ministry of Health, 1448 Lefkosia);
 in **Latvia**, the 'Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra' (Health Compulsory Insurance State Agency);
 in **Lithuania**, the 'Territorial Patient Fund', the sickness and maternity institutions;
 in **Luxembourg**, the 'Caisse de maladie des ouvriers' (sickness fund for manual workers);
 in **Hungary**, the treatment provider;
 in **Malta**, the National Health Service establishment (doctor, dentist, hospital, health centre) providing treatment;
 in the **Netherlands**, any sickness fund competent for the place of residence or, in case of temporary stay, the 'Agis zorgverzekering', Utrecht;
 in **Austria**, the 'Gebietskrankenkasse' (regional sickness insurance fund) competent for the place of residence or stay;
 in **Poland**, the regional branch of the 'Narodowy Fundusz Zdrowia' (National Health Fund) competent for the place of residence or stay;
 in **Portugal**, for metropolitan Portugal: the 'Administração Regional de Saúde' (Regional Health Administration) of the place of residence or stay; for Madeira: the 'Centro de Saúde' (Health Centre) of the place of stay; for the Azores: the 'Centro de Saúde' (Health Centre) of the place of stay;
 in **Slovenia**, the regional unit of the 'Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZSZ)' (Health Insurance Institute of Slovenia) at the place of residence or stay;
 in **Slovakia**, the 'zdravotná poisťovňa' (health insurance company) of the insured person's choice. For cash benefits, the 'Sociálna poisťovňa' (Social Insurance Agency), Bratislava;
 in **Finland**, the local office of the 'Kansaneläkelaitos' (Social Insurance Institution). The form must be presented at the municipal health centre or the public hospital providing treatment;
 in **Sweden**, the 'Försäkringskassan' (Local Social Insurance Office). The form must be presented to the institution providing treatment;
 in the **United Kingdom**, the medical service (doctor, dentist, hospital, etc.) providing treatment;
 in **Iceland**, the 'Tryggingastofnun ríkisins' (the State Social Security Institute), Reykjavik;
 in **Liechtenstein**, the 'Amt für Volkswirtschaft' (Office of National Economy), Vaduz;
 in **Norway**, the 'lokale Trygdekontor' (local insurance office);
 in **Switzerland**, the 'Institution communale' (Mal — 'Iniziazione communale' / 'AMal' — 'Gemeinsame Einrichtung KVG' (Joint institution under the Federal Sickness Insurance Act), Switzerland. The form must be presented to the doctor or the hospital providing the treatment.

NOTES

- (1) Symbol of the country to which the institution completing the form belongs: BE = Belgium; CZ = Czech Republic; DK = Denmark; DE = Germany; EE = Estonia; GR = Greece; ES = Spain; FR = France; IE = Ireland; IT = Italy; CY = Cyprus; LV = Latvia; LI = Lithuania; LU = Luxembourg; HU = Hungary; MT = Malta; NL = Netherlands; AT = Austria; PL = Poland; PT = Portugal; SI = Slovenia; SK = Slovakia; FI = Finland; SE = Sweden; UK = United Kingdom; IS = Iceland; LI = Liechtenstein; NO = Norway; CH = Switzerland.
- (2) Give the surname in the order of civil status.
- (3) Give the forenames in the order of civil status.
- (4) Please indicate the number of the insured person if the member of family does not have a personal identification number.
- (5) To be completed by French institutions for self-employed agricultural workers.
- (6) To be completed if possible.
- (7) Name and address of the institution to which the medical report has been sent.