

DOSYA/DERLEME**SAĞLIK EMEK GÖÇÜNE KARŞI BİR İŞ LİSTESİ
İÇİN TARTIŞMA NOTLARI***Hakan TÜZÜN****1. Sağlık Emek Göçünün Arka Planı: GATS ve Halk Sağlığı**

Merkez kapitalist ülkelerde sağlık hizmetleri harcamalarının artışı, büyüyen sağlık sektörünün artan iş gücü ihtiyacını doğurmaktadır. Uluslararası sağlık işgücü piyasası geçen yıllar içinde küreselleşmekte ve ticarileşmektedir. Hükümetlerin aktif istihdam politikaları, özellikle İngiltere ve ABD'dekiler olmak üzere ticari istihdam ajansları sağlık emek göçünü arttırmaktadır (Mensah, 2005).

Küreselleşen dünyanın işleyişini kurumsallaştıran uluslararası düzenlemeler emek göçünün rasyonalize edildiği bir dünyanın alfabesini oluşturmaktadır. GATS (Hizmet Ticareti Genel Anlaşması), tüm hizmet alanlarının serbest piyasaya açılması için mevcut düzenlemeleri genişleten ve hukuki işlerlik kazandıran ilk çok taraflı yatırım ve ticaret anlaşmasıdır (Erol, 2002).

GATS kapsamında piyasalaştırılması öngörülen hizmet alanları iletişim hizmetleri, inşaat ve bağlantılı mühendislik hizmetleri, eğitim, su iletim sistemleri, enerji ve atık su işleme, tüm çevresel hizmetler, finansal, mali ve bankacılık hizmetleri, sosyal hizmetleri de kapsayacak şekilde sağlık ve bağlantılı hizmetler, turizm, seyahat ve bu iki sektörle bağlantılı tüm hizmet ve ürünlerin üretimi, kültürel ve sportif hizmetler, ulaşım hizmetleri olarak sıralanmaktadır (Erol, 2002). Türkiye'nin kurucu üye olarak imza koyduğu bu anlaşma 1995'te DTÖ üyeliği ile birlikte yürürlüğe

girmiştir (Müftüoğlu, 2007). Türkiye GATS listesinde bulunan 155 hizmet faaliyetinden 72'si için taahhütte bulunmuştur; taahhütte bulunulmayan bazı alanlara ise mevzuat engelleri neden olmuştur (www.antimai.org, 2008). Bunlar içerisinde doktorluk, hemşirelik, diş hekimliği gibi mesleki hizmetlerin Türk vatandaşlarına bırakıldığı alanlar yer almaktadır. Diğer yandan Türkiye'nin taahhütler listesindeki kapsama oranının (%46,6), gelişmekte olan ülkeler ortalamasının oldukça üzerinde yer aldığı belirtilmektedir (www.antimai.org, 2008).

GATS ile Keynesyen iktisat politikaları döneminde kamu tarafından verilen hizmetlerin, yeni liberal iktisat politikaları dönemine geçişle birlikte piyasa kurallarına tabi hale getirilmesi sağlanmaktadır, böylece bir yandan sermaye üzerinde kamu hizmetlerinden kaynaklanan vergi yükü azaltılmış olacak diğer yandan bu hizmet alanları aynı sermaye grupları için müşteri hazır yeni kar alanları olarak değerlendirilecektir (Müftüoğlu, 2007).

Hizmetlerin arzı ve tüketimi GATS içinde 4 ana başlık altında ele alınmaktadır. GATS 1 (sınır ötesi hizmet arzı) bir üye ülkede üretilen bir hizmetin, bir başka üye ülkede satılmasını öngörmektedir. Uluslararası telekomünikasyon hizmetleri bu maddeye örnek oluşturmaktadır (Erol, 2002).

GATS 1 uyarınca laboratuvar örneklerinin incelenmesi, tanı testleri, konsültasyon gibi işlemler elektronik olarak yapılabilir. Telepatoloji, teleradyoloji, telepsikiyatri gibi teletıp uygulamaları yapılabilir; örneğin Hintli doktorlar Bangladeş ve Nepal hastanelerine telepatoloji servisi verebilmektedir (Chanda, 2002).

*Dr, Halk Sağlığı Uzmanı, Toplum ve Hekim Yayın Kurulu Üyesi

GATS 2 (Hizmetin üye ülke dışında tüketilmesi) Bir üye ülkede üretilen bir hizmetin, aynı ülkede geçici olarak bulunān başka bir üye ülke vatandaşına sunulmasını tanımlamaktadır. Turizm sektörü bu maddeye örnek oluşturmaktadır (Erol, 2002).

GATS 2 tüketicilerin (!) tanı ve tedavi hizmetinin sunulduğu ülkeye hareketini öngörmektedir. Bu hüküm farklı örneklere yol açmaktadır. Yoksul ülkelerdeki zengin hastalar zengin ülkelerdeki yüksek kaliteli tedavi olanaklarından yararlanabilmektedir. Öte yandan bunu tersi bir akış için de örnekler mevcuttur. Hindistan, İngiltere ve ABD gibi ülkelerden gelen hastalara cerrahi, nöroloji, endokrinoloji gibi özgül sağlık hizmetleri vermektedir. Karaciğer transplantasyonu Hindistan'da ABD'dekininki kadar bir fiyatına mal olmaktadır. Apollo grup gibi hastane zincirleri ABD'den, cerrahi vakalar toplamaktadır (Chanda, 2002).

Sağlık emek göçü ve sağlık hizmetlerinin uluslararası nitelik kazanması için verilen ülke örneklerinde bir ülke tüm diğer ülkelerden ayrılan bir konumla karşımıza çıkmaktadır. Küba Latin Amerika, Karayipler hatta Avrupa ülkeleri ve Rusya'dan gelen hastalar için ihtisaslaşmış hastanelerde diğer ülkelere göre düşük ücretlerle yüksek kaliteli sağlık hizmeti sunmaktadır. Küba başka ülkelerde tedavisi olmayan bazı hastalıkların (örneğin pigmenter retinopati ve vitiligo) tedavisi için farklı deneyimlere sahiptir (Chanda, 2002).

GATS 3 (Ticari bir varlık oluşturmak) bir üye ülkenin servis sağlayıcısı tarafından, bir diğer üye ülkenin topraklarında oluşturulan ticari varlığı tanımlamaktadır. Yabancı bankaların başka ülkelerde şube açması bu maddeye örnek oluşturmaktadır (Erol, 2002).

GATS 3 hastaneler, tanı ve tedavi merkezleri kurulmasını içermektedir. Hindistan, Endonezya, Nepal, Sri Lanka ve Tayland'ın doğrudan yabancı sermaye yatırımlarına giderek daha açık hale gelmesinin yüksek meblağlı örnekleri mevcuttur. Delhi'de %90'ına Alman şirketinin sahip olduğu 200 yataklı hastane, Hindistan'da Avustralya, Kanada ve Hindistan konsorsiyumunun 40 milyon dolarlık kalp merkezi yapması, Hindistan'da hastaneleri bulunan bir şirketler grubunun (Apollo Group) Malezya, Nepal ve Sri Lanka'da 4 milyar dolarlık 15 yeni hastane yapmayı planlaması gibi. GATS 3 uyarınca uluslararası sağlık hizmet şirketleri zincirleri oluşturulmaktadır. Singapur merkezli bir grup (Parkway Group) Hindistan, Endonezya, Malezya, Sri Lanka ve İngiltere'deki partnerleriyle uluslararası hastaneler zinciri oluşturmak üzere bir araya gelmektedir (Chanda, 2002).

GATS 4 (Gerçek kişilerin varlığı) bir üye ülkenin bir servis sağlayıcısı tarafından sağlanan hizmetlerin, başka bir üye ülkenin farklı bir üye ülkedeki

vatandaşları üzerinden ticarete konu edilmesini öngörmektedir. Uluslararası lojistik şirketlerinin göçmenleri istihdam etmesi bu maddeye örnek oluşturmaktadır (Erol, 2002).

GATS 4 sağlık çalışanlarının kısa süreli ya da kalıcı hareketliliğini öngören GATS hükmüdür. Kısa süreli göç hareketi hükümetler arası işbirliğini geliştirmek için sağlık hizmeti yardımı sağlama şeklinde gözlenmektedir. Örneğin Çin ve Küba Afrika ülkelerine hükümet gözetimi altında geçici süreli sağlık personeli gönderilmesini sağlayan sözleşmeler yapmaktadır. Kalıcı göç ise bir ucunda Hindistan, Filipinler ve Güney Afrika'nın yer aldığı gelişmekte olan çevre ülkelerden diğer ucunda Avustralya, ABD ve İngiltere'nin yer aldığı merkez kapitalist ülkelere olmaktadır (Chanda, 2002). Kısa süreli göç ile kalıcı göç arasındaki farklılık verilen ülke örneklerinde anlaşılacağı üzere yalnızca göç için geçirilen süre ile açıklanamayacak şekilde birbirine zıt amaçlar içeren politik bir farklılığa işaret etmektedir.

2. Göçü Destekleyen Politika Örnekleri

Göçü destekleyen politikalara sahip ülkeler iki gruba ayrılabilir: Göçmen çalışanların ülkeye aktardıkları döviz kaynaklarını geçim kapısı olarak gören az gelişmiş çevre ülkelerle, büyüyen sağlık sektörünün ihtiyaç duyduğu ucuz emek gücü ihtiyacını kısıtlı kaynaklarla sağlık insan gücü yetiştiren az gelişmiş ülkelerden sağlayan aktif istihdam politikalarına sahip merkez kapitalist ülkeler.

Birinci grupta yer alan bazı gelişmekte olan ülkelerin göçmen çalışanların ülkelerine gönderdikleri paraları ekonomik stratejilerinin bir parçası olarak görmeleri göç kültürünün oluşmasına neden olmaktadır. Genel olarak göçmen çalışanların ülkelerine gönderdikleri paraların tutarı 1970 yılında 2 milyar dolar iken, 1990 yılında 70 milyar dolara, 2006 yılında 268 milyar dolara ulaşmıştır (Gençler, 2008). Göçün hükümet tarafından desteklendiği Filipinler'de ülke nüfusunun yaklaşık %8'ine karşılık gelen 7.3 milyon insan ülke dışında yaşamaktadır. 2004'te ülkeye gönderilen 8.5 milyar dolar GSMH'nin %10'unu oluşturuyordu (WHO, 2006). Lesotho ve Ürdün'de çalışan dövizleri GSMH'nin %20'sinden fazlasını oluşturmaktadır. Hindistan ve Meksika çalışan dövizlerinden önemli kazanç sağlayan diğer ülke örnekleridir (www.medact.org, 2003).

İkinci grupta yer alan en karakteristik ülkelerden ABD Hindistan, Jamaika ve Filipinlerden hemşire ve teknisyenler; Kanada ve İngiltere'den uzmanlar göçünü destekleyen göç politikaları ve vize şemaları geliştirmiştir. ABD'nin göç politikaları hekim ve hemşire göçünü oldukça arttıracak değişim göstermiştir. 1970'ten 1993'e kadar dış ülkelerden mezuniyetlerini almış sağlık çalışanlarının sayısı 57 binden 150 bine ulaşmıştır. 1993 yılında bunların %45'ini Hindistan, Pakistan ve Filipinler'den gelenler

oluşturmaktaydı. 1996'da dışarıdan gelmiş 110 bin hemşire bulunmaktaydı ve bunların %43'ünü Filipinler, %19'unu Kanada, %15'ini İngiltere ve %9'unu Hindistan'dan gelenler oluşturmaktaydı (**Chanda, 2002**).

3. Göçe Karşı Mevcut Politikalardan Örnekler

ICN (Uluslararası Hemşireler Birliği), WONCA (Dünya Aile Hekimleri Birliği) gibi uluslararası meslek örgütleri; WHO, ILO gibi uluslararası organizasyonlar; İngiltere sağlık bakanlığı gibi hükümetler tarafından sağlık çalışanlarının uluslararası istihdamına yönelik ilkeler içeren kılavuzlar geliştirilmiştir. Bu başlık altında örnek olarak ICN'nin, İngiltere'nin ve DSÖ'nün önerileri gözden geçirilecektir.

Uluslararası Hemşireler Birliği'nin "Hemşirelerin Etik Olarak İşe Alımı İçin Bildirisi" şu maddeleri içermektedir (**Bach, 2003**):

- ICN kaliteli sağlık hizmetinin, kalifiye hemşirelik hizmetlerine bağlı olduğunu kabul eder.

- ICN bireylerin göç hakkını tanır, çok kültürlülüğün ve göçün öğrettiği fırsatların potansiyel faydalarını doğrular.

- ICN hemşire işgücünde ciddi sıkıntı yaşayan ülkelerde uluslararası göçün sağlık hizmetlerine ters etki gösterebileceğini kabul eder.

- ICN insan kaynakları planlamasının yeterli olmadığı ve problemlerin hemşire göçünden kaynaklandığı ülkelerden kaynaklanan göçü kınar.

- ICN hemşireleri onların becerileri ve deneyimleri ile uyumlu olmayan çalışma koşullarına yönlendiren etik olmayan istihdam uygulamalarını kınar.

- ICN hükümetleri, işverenleri ve hemşireleri etik ilkeler dikkate alınarak düzenlenmiş istihdam süreçlerine çağırır.

İngiltere'de 2001 yılında istihdam ajanslarına da rehberlik etmeyi amaçlayan ve geliştirmekte olan ülkeler sağlık bakanlığı ile formel bir anlaşma yapmadığı sürece NHS'nin (ulusal sağlık sistemi) istihdamı kabul etmeyeceği konusunda güvence veren uygulama ilkeleri geliştirildi. Sağlık bakanlığı hangi ülkelerin geliştirmekte olan ülke olarak kabul edileceğini belirleme konusunda isteksiz davranmasına karşın 2003 yılında geliştirmekte olan ülkelerin listesi belirlendi (**Bach, 2003**).

İngiltere sağlık bakanlığının uluslararası istihdam için rehber ilkeleri şu maddeleri kapsamaktadır (**Bach, 2003**):

- Amaç ulusal sağlık sistemi (NHS) işgücünün geliştirilmesi için uluslararası istihdamın güvenilir ve yasal hala getirilmesidir.

- NHS içinde geniş fırsatların var olması eğitim ve klinik becerilerin geliştirilmesini sağlar.

- Gelişmekte olan ülkeler istihdam için hedeflenmemelidir.

- Göçmen adaylarının bilgi ve etkinliklerinin İngiltere'de olan bir bireyden beklenen düzeyle benzer olduğunun saptanması gerekir.

- Göçmen adaylarının İngilizce düzeylerinin hastalarla güvenli ve yeterli iletişimi sağlayacak düzeyde olduğunun saptanması gerekir.

- Ülke dışından gelerek İngiltere'de yasal olarak istihdam edilenler diğer çalışanlar gibi İngiltere iş yasaları tarafından korunurlar.

- Ülke dışından gelerek istihdam edilenler diğer çalışanlar gibi mesleki gelişim için desteklenirler.

Görüldüğü gibi herhangi bir yaptırım olmayarak INC'nin ilkeleri sağlık emek göçüne karşı duruşu barındırmaksızın göçün olumlu ve olumsuz yönlerine işaret ederek olumsuz sonuçlarını kınamakta ve tarafları etik değerler üzerinden işbirliğine davet etmekten ibaret kalmaktadır. Sağlık emek göçünün olumsuz etkilerini en azından tespit eden INC'nin listesine karşı İngiltere'nin listesi ise sağlık emek göçünün işleyişini sağlayan mekanizmayı kurgulamanın ötesinde bir amaca sahipmiş gibi görünmemektedir.

İngiltere'deki ilkelerin özel istihdam kuruluşları tarafından dikkate alınması konusunda iki tarafın da payının olduğu bir gönüllülük olduğu belirtilmektedir (**Bach, 2003**). Ayrıca İngiltere sağlık bakanlığının "etik istihdam" ilkelerinin uluslararası istihdamın bazı geliştirmekte olan ülkelerin sağlık sistemlerine olan zararlı etkisinin kabulü anlamına geldiği, her ne kadar bu ilkeler genellikle etkisiz olsa da, göçün bu ülkelere maliyetini arttırdığı, üstelik farklı etnik kökenler arasında zımnen ayrımcılık yaptığı vurgulanmaktadır (**Mensah, 2005**).

DSÖ'ye bağlı olarak çalışan "Küresel Sağlık İşgücü İşbirliği" (Global Health Workforce Alliance) tarafından ilk kez gerçekleştirilen "sağlık için insan kaynakları küresel forumu" 2-7 Mart 2008'de Uganda'da gerçekleştirilmiştir. Bu forumda hazırlanan Kampala Deklarasyonu'nda sağlık emek göçü ile ilgili olarak önerilen çözümler şöyle sıralanmaktadır (**WHO, 2008**):

- Hükümetler sağlık iş gücü akışını izlemelidir.

- DSÖ sağlık çalışanların uluslararası istihdamı için ilgililer ile müzakereler yapmalı ve çok taraflı anlaşmalar yapılması için kullanılabilir düzenlemeler oluşturmalıdır.

- Hem göç alan ülkeler hem göç veren ülkelerde sağlık çalışanlarının eğitimi desteklenmelidir.

- Göç alan ülkelerdeki sağlık çalışanları diasporası göç veren ülkelerin sağlık hizmetlerini güçlendirmek üzere kullanılmalıdır.

- Zengin ülkeler sağlık çalışanlarının kendi ülkelerinde istihdamına öncelik tanınmalıdır.

- Sorunun tarafları sağlık işgücünün geri dönüşünü destekleyen müdahaleler geliştirmelidir.

DSÖ'nün önerilerinde sorunun taraflarının fail mağdur ilişkisi içinde oldukları göz ardı edilerek "sorunu kendi aralarında halletmeleri" yönünde öğüt verilmektedir. DSÖ iş gücü akışının izlenmesi ile elde edilecek verilerin ve anlaşmalarda kullanılmak üzere hazırlanacak düzenleme önerilerinin somut kullanımını sağlamak üzere herhangi bir yaptırım mekanizması öngörmemektedir. Bu durumda çözüm göç alan ülkelerin hükümetlerinin insafına ve göç alan ülkelerdeki sağlık çalışanları diasporasının duyarlılığına terk edilmiş görülmektedir.

DSÖ'nün sağlık emek göçüne karşı çözüm önerilerinin yer aldığı bir başka kaynak olan 2006 Dünya Sağlık Raporu'nda göçün devam ettiği ülkelerde eğitimin yaygınlaştırılmasının sağlık insan gücündeki azalmayı azaltabileceği ama bunun ekonomik olanakları kısıtlı olan düşük gelirli ülkelerde özel sektörün finansal desteği ve dış yardım ile mümkün olabileceği belirtilmektedir. Üstelik yetiştirdiği hemşireleri ABD'ye "ihraç" eden Filipinler bu öneriye örnek olarak gösterilmektedir. Dahası "benzer şekilde" denilerek Küba da Filipinlerle birlikte aynı öneri için örnek olarak kullanılmaktadır (WHO, 2006). Böylelikle öneri listesinin başlangıcında sağlık emek göçü engellenmesi gereken değil yönetilmesi için düzenlemeler getirilmeye çalışılan bir olgu olarak algılandığı bir zihniyet dünyası ile karşı karşıya olduğumuz anlaşılmaktadır. Üstelik sorunun failleri konumundaki aktörler (dış destek sağlaması öngörülen ülkeler ve özel sağlık sektörü) çözüm önerisi için önerilmektedir. Diğer yandan hükümetler arası iyi ilişkiler kapsamında çalıştığı kabul edilse bile Küba amaçları çok farklı olan Filipinler ile aynı kefeye konulabilmektedir.

Göç veren ülkelerdeki sağlık çalışanlarının çalışma ve yaşam koşullarının iyileştirilmesi için finansal destek, mesleki gelişim olanakları, sağlık hizmetlerinin iyi yönetimi, aile üyelerinin eğitim ve barınma koşullarının iyileştirilmesi gibi bir dizi öneri getirilmekte ayrıca göç alan ülkelere göç veren ülkelerin sağlık insan kaynaklarının desteklenmesi önerilmektedir (WHO, 2006). Dünya Sağlık Raporu'nda göç alan ülkelere göç veren ülkelerin sağlık hizmeti sunumlarını desteklemesi örneklenirken -DSÖ politika önericilerinin umdukları gibi yüksek gelir düzeyine sahip bir ülke örneği bulunamadığından olsa gerek- Küba hükümeti ve Hintli göçmen sağlık çalışanları kullanılmaktadır. Küba sağlık ekipleri Güney Afrika'nın yoksul bölgelerinde 450 sağlık çalışanı ve Haiti kırsal bölgelerinde 500'ün üzerinde sağlık çalışanı ile hizmet

etmektedir. 35000 pratisyen hekim üyesi olan Amerika Hindistan Kökenli Hekimler Birliği, önemli bir gönüllü katılımı sağlayan kuruluş olarak çalışmaktadır (WHO, 2006).

Göç veren ülkelerin sağlık iş gücünde ortaya çıkan azalmanın işverenler ve işe alma ajansları tarafından daha çok hesaba katılması gerektiği, taraflar arasında müzakereler yapılmasının "ruhsatsız avlanma" ya da "yasak avlanma" (poaching) iddialarından ve diğer uygunsuz işe alım davranışlarından sakınılmasına yardımcı olacağı belirtilmektedir. Uluslararası etik işe yerleştirme politikaları geliştirilmesi önerilmekle beraber; son beş yıl içerisinde ulusal otoriteler ve uluslararası yapılar tarafından çok sayıda enstrüman geliştirildiği, fakat yasal olarak bağlayıcı olmadıkları için işlevsiz kaldıkları itiraf edilmektedir (WHO, 2006).

DSÖ Avrupa bölgesi örgütlenmesinin de katılımcıları arasında yer aldığı Avrupa Sağlık Sistemleri ve Politikaları İzlem Grubu'nun sağlık emek göçüne karşı politika önerileri arasında göç alan ve göç veren ülkelere yer alan hastaneler arasında eşleştirme yapılması ve ülkeler arasında personel ve kaynak akışını sağlayacak bağlantılar kurulması, göç alan ülkelere göç veren ülkelere eğitici ve finansman kaynağı aktarılması, planlanmamış dış göçlere karşı programlar geliştirilmesi, planlı göçlerin ise desteklenmesi gibi emek göçünü yönetmeye ya da palyatif önlemler almaya yönelik bir dizi başlık yer almaktadır. Bunların yanısıra çok tartışıldığı ama yeterince pratik uygulama bulamadığı ifade edilen göç alan ülkelerin göç veren ülkelere tazminat ödemesi bahsedilen bir diğer öneridir. Tazminatın nakit olarak ya da diğer kaynaklar üzerinden ödenebileceği belirtilmektedir. Tazminatın biçiminin ve kapsamının sağlık çalışanlarının göç ettikleri ülkelere kalış süresi, burada aldıkları ücretler ya da kendi ülkelerinde aldıkları eğitimin maliyeti ile ilişkilendirilerek tanımlanabileceği ifade edilmektedir (Buchan, 2006).

Emek göçü veren ülkelere tazminat ödenmesi önerisinin göç alan merkez ülkelere kabul görmediğine işaret eden bir çalışma Kanada'da yapılmıştır. Kanada'da aralarında hekim ve hemşire örgütleri, federal departmanlar, yerel sağlık otoritelerinin yer aldığı 25 paydaş kuruluş ile yapılan bir çalışmada, kuruluşların sağlık emek göçüne karşı politika alternatifleri hakkındaki görüşleri alınmıştır. Ülkenin sağlık insan gücü planlamasının güçlendirilmesi seçeneğini kuruluşların tümü desteklemiş, göç veren ülkelere sağlık sisteminin güçlendirilmesi ve anlaşmaların yapılması seçenekleri sıklıkla desteklenmiş, etik ilkelerin geliştirilmesi destekleyenler ya da reddedilmişlerdir. Göç veren ülkelere tazminat paylarının ödenmesi en çok reddedilen önerme iken, göç veren ülkelere yardımcı sağlık personeli eğitiminin güçlendirilmesi ve sağlık hizmetleri yetersiz ülkelere gelen sağlık çalışanlarına kısıtlama getirilmesi diğer reddedilen önerilerdir (Labonté, 2006).

4. Ne Yapmalı?

Ulusötesi şirketlerin üretimin farklı süreçlerini mekandan bağımsızlaştırması ile üretimin merkezleştirilmesi iki farklı sonuca yol açmaktadır. Birincisi, üretimin ileri teknoloji, yüksek nitelikli emek gücü isteyen; sermaye yoğun ve idari bölümlerinin; bankacılık, reklamcılık, finansman gibi alanlarda gerekli destek hizmetlerinin bulunduğu küresel kentlerde yoğunlaşması (Purkis, 2007). Bu yoğunlaşmanın ihtiyaç duyduğu nitelikli emek gücünü sağlamak üzere harekete geçirilen beyin göçü küreselleşmenin kiplerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. İkincisi, üretimin düşük vasıflı emek gerektiren emek yoğun bölümlerinin, taşeron firmalar aracılığı ile çevre ülkelere kaydırılarak, enformel alanda faaliyetlerini sürdüren ve birbiriyle rekabet halindeki küçük firmalara yaptırılması (Purkis, 2007). Bu ikisinin sonucu olarak, yüksek gelir, iyi bir kariyer ve kısmi iş güvenliği olanakları ile ekonominin formel alanında çalışan merkezdeki çalışanlar; öte yandan sözleşmeli, yarı zamanlı, iş güvencesiz, esnek çalışma koşulları altında enformel sektörlerde çalışan çevre çalışanları ortaya çıkmaktadır (Purkis, 2007). Sonuç olarak nitelikli emek gücü için beyin göçü, düşük vasıflı emek gücü için taşeronlaşma çevre ülkelerin halkları için küresel sermayenin birikim modelini işleten iki başat mekanizmayı oluşturmaktadır.

Merkez kapitalist ülkelerin göçleri sınırlandırmak yönündeki çabalarına karşın, 21. yüzyılda göçlerin artarak süreceği tahmin edilmektedir. Küreselleşme; bir yandan sermayenin, malların ve hizmetlerin giderek daha hareketlilik kazandığı diğer yandan ise merkez ülke sınırlarının insan hareketliliğine kapatılmaya çalışıldığı kendi içinde çelişik bir sürece karşılık gelmektedir (Toksöz, 2006).

Beyin göçü yoksul çevre ülkelerini nitelikli emek gücü bakımından daha da güçsüzleştirerek az gelişmişliğin bir kısır döngü halinde devam etmesine yol açmakta, diğer yandan kısıtlı kaynaklarını eğitime ayıran yoksul ülkelerin yetiştirdiği insan gücüne merkez kapitalist ülkeler tarafından el konulması yoksul ülkelere doğrudan kaynak aktarımının mekanizmasını oluşturmaktadır. Bu kaynak aktarımı sağlık eşitsizliklerinin kurumsallaşmasını sağlamaktadır. Sağlık emek göçüne karşı geliştirilecek politikaların merkezinde bu sonuç olmalıdır. Sağlık işgücü piyasasının ticarileşmesi, sağlık eşitsizliklerinin artışı süreçleri birbiriyle ilintili, kümülatif ve geri dönüşsüzdür. Politikalar bu etmenlerden yalnızca birine karşı değil, tümüne karşı olmalıdır (Mensah, 2005).

GATS'ın halk sağlığıyla ilgili ilk sonuçları eşitsizliklerin artması, sağlık sisteminin fragmanlara ayrılması ve sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması sonucu kamu hizmetlerinin marjinalleşmesidir. Sağlık hizmetlerinin piyasa temelli rekabetçi yapılması sağlık sisteminin entegrasyonuna zarar vermektedir. Sağlık bir insan hakkıdır ve kamu yararının pozitif

değerlerinin piyasa mekanizmaları tarafından yok edilmesi kabul edilemez. Sağlık sektöründeki etkilerine benzer şekilde çevre, eğitim ve kültür hizmetleri GATS liberalizasyonunun olumsuz etkilerine maruz kalmaktadır. Sağlık ya da sağlıkla ilişkili sektörlerde GATS hükümlerine katılım engellenmelidir. Devam eden GATS müzakerelerini durdurmaya çalışılmalıdır. GATS hükümleri altındaki ülkelerde GATS düzenlemelerinde değişiklik yapılması için çalışılmalıdır (www.medact.org, 2003).

Sağlık çalışanlarının göçü tartışılırken insan hakları kavramına sıklıkla başvurulmaktadır. Fakat göçün kaynak ülkelerde sağlık hizmeti kullanıcılarının haklarına olan etkisi göçmen çalışanların insan haklarından daha az hatırlanmaktadır. İnsan hakları kavramı sadece göçmenlerin seyahat özgürlüğü üzerinden tanımlanamaz; insan hakları uluslararası göçün artışı ve sonuçları hakkında özellikle eşitsizliklerle ilgili olarak farklı sosyal, politik ve ekonomik problemleri araştırmamızı sağlayan bir yol sağlayabilir (Mesquita, 2005). "Seyahat özgürlüğü bir insanlık hakkıdır" önermesiyle sorunu açıklamaya çalışmak, liberal belirlemelerle kendi anlamlarına yabancılaştırılmış özgürlük ve hak kavramlarının klavuzluğunda sorunun varlığını meşru kılacak yollara kapı aralamak demektir.

Özel istihdam ajansları sağlık emek göçünü uyarıcı temel aktörler olarak gözlenmektedir. Yapılan çalışmalarda Kamerun'dan olan göçün önemli kısmının ajanslar tarafından gerçekleştirildiği, İngiltere'de 400 hemşire ile yapılan bir değerlendirmede hemşirelerin üçte ikisinin ajanslar aracılığı ile geldiği saptanmıştır. Polonya'da doktorları İngiltere'de çalışmaya teşvik etmek için kurulmuş çok sayıda ajans bir diğer örnektir (WHO, 2006). Özel iş bulma ajansları ile sözleşme imzalayan sağlık çalışanları onları ekonomik olarak zor durumda bırakan kayıt ücreti gibi beklenmedik yükümlülüklerle maruz kalabilmektedir. Çalışmalar göç eden sağlık çalışanlarının kayıt işlemleri tümüyle tamamlanmadan göreve başlatıldıklarını ve bu bekleme süresi içinde de standart altında ücretlendirildiklerini göstermektedir (WHO, 2006). Herhangi bir yaptırım gücü olmayan etik ilkeler ya da uygulama rehberleri özel ajansların faaliyetlerini yönlendiremedikleri için kağıt üzerinde kalmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin ve çalışanlarının uluslararası akışı için verilen ülke örneklerinde bir ülkenin faaliyetleri diğer tüm ülkelere ayrılmaktadır. Küba hiçbir ticari çıkar gözetmeksizin bir yandan hükümetler arası anlaşmalarla çerçevesini belirleyerek dünyanın az gelişmiş bölgelerinde geçici süreli sağlık çalışanı istihdamı yapan diğer yandan dünyanın diğer bölgelerinden kendi ülkesine gelen hastalara ihtisaslaşmış hastanelerde hizmet veren ayrık bir örnek oluşturmaktadır. Merkez kapitalist ülkeler hizmetlerin ve emek gücünün akışını geliştirmekteki ülkelere kendi ülkelerine kaynak aktarımı olarak

işletirken ambargolar altındaki Küba kendi sağlık işgücü ve hizmet kaynaklarını ihtiyacı olanlara aktarmaktadır. Sağlık emek göçü tartışmalarında bu küçük ülke, bir ülkenin başka bir ülkenin beşeri kaynaklarını sömürmediği başka bir dünya tasavvuru için büyük bir örnek olarak önümüzde durmaktadır.

Zengin ve yoksul ülkeler arasındaki farklılıklar devam ettiği sürece sağlık çalışanlarını göçe iten etmenler yaşamaya devam edecektir (Stilwell, 2004). Sağlık emek göçünün sonuçları kendi nedenlerinin daha da ağırlaşmasına yol açarak gederek daha içinden çıkılmaz hale gelen bir kısır döngünün işleticisi olarak işlev görmektedir. Sağlık emek göçü sorunsalının nihai çözümü -dünyanın merkez kapitalist ülkelerin "yasak avlanma sahası" olmaktan çıkarılması- sağlık emek göçüne neden olan etmenlerin tümüyle ortadan kaldırılması ile olanaklı olabilir. Hekimlerin bir yöntem olarak kimi sağlık sorunlarını ve nedenlerini tanımlamada kullandıkları "ilk neden -ara neden- son neden" algoritmasını sağlık emek göçünün nedenlerini analiz ederken kullanmayı deneyelim. Son neden sağlık emek göçü (sağlık eşitsizliklerinin bir etmeni olarak) ise, ara nedenler literatürde de sıklıkla belirtildiği gibi sağlık çalışanlarını kötü yaşam/çalışma kulları vb gibi göçe iten ve iyi yaşam ve çalışma koşulları gibi göçe çeken etmenler olabilir. Bu etmenleri de doğuran ilk nedenin ne olduğu sorusunun tek kelimelik yanıtını ise küreselleşme ya da olguyu daha dolaysız olarak kavramsallaştırmak gerekirse emperyalizm ile bulabiliriz. İlk nedeni bu şekliyle tanımlamanın alternatifini ise ya sağlık emek göçünü sorunsallaştırılması gerekmeyen sadece yönetilmesi gereken olağan bir olgu olarak tanımlayanların ya da sıklıkla yapıldığı üzere sorunu doğuran ara nedenler üzerine yaptırım gücü olmayan çözüm önerileri listesi geliştirenlerin vardıkları yer olacaktır.

Prekapitalist dönemlerdeki formasyonları bir yana bırakılacak olursa, emperyalizmin kapitalist üretim tarzının doğasına içkin olması, emperyalizme karşı geliştirilecek politikaların kapitalist üretim ilişkilerine karşı olma koşulunu sağlamasını gerektirecektir (Başkaya, 2008). Emperyalizm insanlık tarihinin bugüne egemen olan üretim ilişkilerinin dünyayı şimdi getirdiği yer olarak okunabildiği gibi, bu üretim ilişkilerinin kurgusundan mağdur olanların yarın dünyayı taşıyacakları yerin "ön belirtisi" olarak da okunabilmektedir (Lenin, 1917).

KAYNAKLAR

Başkaya F (2008). Emperyalizm ve Anti-Emperyalizm Üzerine http://www.sendika.org/yazi.php?yazi_no=17512 ulaşım tarihi:02.07.2008

Bach S. (2003). International migration of health workers: Labour and social issues International Labour Office Geneva

Buchan J. (2006) Migration of health workers in Europe: policy problem or policy solution? S:41-63 içinde Dubois C. A., McKee M., Nolte E. Human resources for health

in Europe European Observatory on Health Systems and Policies Series Open University Press

Chanda R. (2002). Trade in health services. Bulletin of the World Health Organization, 80 (2) 158-163.

Erol P (2002). Hizmet Ticareti Genel Anlaşması GATS ve Tüm Hizmetlerin Kapitalist Çevrime Dahil Edilmesi.

<http://www.antimai.org/gr/peodtu.htm> ulaşım tarihi:31.05.2008

Hagopian A. (2007). Recruiting Primary Care Physicians From Abroad: Is Poaching From Low-Income Countries Morally Defensible?, Wash Ann Fam Med, 5:483-485. Vol. 5, No. 6.

Labonté R., Packer C., Klassen N. (2006). Managing health professional migration from sub-Saharan Africa to Canada: a stakeholder inquiry into policy options Human Resources for Health, 4:22 <http://www.human-resources-health.com/content/4/1/22> ulaşım tarihi:31.05.2008

Lenin V.İ. (1917). Emperyalizm: Kapitalizmin En Yüksek Aşaması

Mathauer I., Imhoff I. (2006). Health worker motivation in Africa: the role of non-financial incentives and human resource management tools, Human Resources for Health, 4:24. <http://www.human-resources-health.com/content/4/1/24> ulaşım tarihi:31.05.2008

Mensah K., Mackintosh M., Henry L. (2005). The 'Skills Drain' of Health Professionals from the Developing World: a Framework for Policy Formulation

Mesquita J.B., Gordon M. (2005). The International Migration of Health Workers: A Human Rights Analysis

Müftüoğlu Ö. (2007). GATS ve Türkiye'de Çalışma Yaşamının Dönüşümü, <http://www.emekdunyasi.net/tr/article.asp?ID=31> ulaşım tarihi:31.05.2008

Purkis S. (2007). Merkez Ülkelerde Ekonomide Enformelleşme ve Göçmen İşgücü., İktisat Dergisi sayı: 491. S: 13-25.

Stilwell B., Diallo K., Zurn P., Vujicic M., Adams O., Poz M. D. (2004). Migration of health-care workers from developing countries: strategic approaches to its management Bulletin of the World Health Organization, 82 (8), 595-600.

Toksöz G. (2006) Uluslararası Emek Göçü, Bilgi Üniversitesi Yayınları s:3

WHO (2006). The World Health Report: Working Together for Health. s:97-118.

WHO (2008). The Kampala Declaration and Agenda for Global Action

www.antimai.org, (2008). Türkiye ve GATS <http://www.antimai.org/gats/turkiyegats.htm> ulaşım tarihi:02.05.2008

www.medact.org, (2003). The Gats Threat To Public Health, A Joint Submission To The World Health Assembly May 2003 <http://www.medact.org/content/health/documents/wto/GATS%20and%20health%20%20final.pdf> ulaşım tarihi:02.05.2008