

DOSYA/DERLEME**SAĞLIK EMEK
GÖÇÜNÜN DİNAMİKLERİ**

Zeliha ÖCEK*, Feride AKSU**,
Şafak TANER GÜRSOY*

GİRİŞ

Bugün sağlık emek göçüne bir "emek pazarı" olarak bakılmakta ve bu pazarın küresel güçler tarafından nasıl yönetilebileceği tartışılmaktadır. Sağlık emek göçünün en temel yaklaşımla iki tarafı vardır. Bunları failler ve mağdurlar diye nitelendirmek olanaklıdır. Failler emek piyasasını oluşturan sermaye güçleri, bağlantılı uluslararası örgütler ve anlaşmalar ile ucuz ve nitelikli emek göçünü hiçbir bedel ödemeksizin elde eden kapitalist ülkelerdir. Mağdurlar ise göç veren ülkelerin yoksul halkları ile göç eden ve kalan sağlık çalışanlarıdır.

Bu makalede göçmen sağlık çalışanı tanımlanmakta, tarihsel süreçte sağlık insan göçünün değişimi ve göçün boyutları, nedenleri, sonuçları, önerilen çözümler irdelenmektedir.

GÖÇMEN YA DA ULUSLARARASI SAĞLIK ÇALIŞANI KİMDİR?

DSÖ 2006 Dünya Sağlık Raporu, temel amacı sağlığı geliştirmek olan etkinliklerde çalışan herkesi sağlık çalışanı olarak tanımlamaktadır. Çok geniş kapsamlı olan bu tanım, hekimlerden hasta çocuğuna bakan annelere kadar çok geniş bir yelpazeyi içermektedir. Fakat sağlık çalışanlarının sayıları ile ilgili veriler genellikle ücret karşılığında etkinliklerde çalışan kişileri yansıtmaktadır. Bu kişiler ise iki gruba ayrılmaktadır. İlk grup sağlık hizmeti sunan kişileri, ikinci grup ise doğrudan sağlık hizmeti sunumuna katılmayan yöneticileri ve destek işçilerini

kapsamaktadır. Küresel sağlık emek göçünün yaklaşık 59 milyon sağlık çalışanından oluştuğu ve sağlık hizmeti sunan grubun toplam işgücünün %67'sini oluşturduğu bildirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tüm dünya üzerinde toplam 4,3 milyon çalışandan oluşan bir sağlık emek göçü açığı bulunduğunu tahmin etmektedir. Bu açığın yanı sıra, emek göçü dünya üzerinde dengesiz bir dağılım göstermekte ve hem ülkeler arasında hem de ülkeler içinde önemli eşitsizlikler bulunmaktadır. Sağlık hizmeti gereksinimi en düşük olan ülkeler en yüksek sayıdaki sağlık çalışanına sahip iken, en yüksek hastalık yüküne sahip olan ülkeler çok daha az bir sağlık emek göçü ile idare etmek zorundadır. DSÖ, Kanada ve ABD'yi kapsayan Amerika bölgesine küresel hastalık yükünün sadece %10'luk bir payının düştüğünü, buna karşın bu ülkelerin tüm dünya üzerindeki sağlık çalışanlarının %37'sine sahip olduğunu ve tüm dünya üzerinde sağlığa ayrılan paranın yarısından fazlasını harcadığını bildirmiştir. Buna karşın, sağlık çalışanlarının sadece %3'üne sahip olan ve yurtdışından gelen bağışlar da dahil edilse bile tüm dünya üzerinde sağlığa ayrılan paranın %1'ini bile harcamayan Afrika'ya küresel hastalık yükünden düşen pay %24'tür (DSÖ, 2006). Bu eşitsizlikler yoksul ülkelerin sağlık emek göçünün kitleler halinde zengin ülkelere göç etmesine neden olmakta, sürekli büyüyen göç dalgaları ise eşitsizlikleri daha da derinleştirmektedir.

1990 tarihli Birleşmiş Milletler "Tüm Göçmen İşçilerin ve Ailelerinin Haklarının Korunmasına İlişkin Sözleşme"sinde uluslararası göçmen işçi "kendi ulusu olmayan bir devlette, ücret karşılığında bir etkinlikte çalışan kişi" olarak tanımlanmıştır (United Nations Population Division, 2003). Göçmen sağlık çalışanları açısından ise farklı tanımlarla karşılaşılmaktadır.

*Yrd. Doç. Dr. Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
**Prof. Dr., Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Örneğin, Mullan çalıştığı ülkede değil, başka bir ülkede tıp eğitimi almış mezunları "uluslararası tıp mezunu" olarak tanımlamıştır (Mullan, 2005). Kendi ülkesi dışında eğitim alan ve daha sonra bu ülkeye yerleşen sağlık çalışanlarının da "göçmen" olarak tanımlanması ise daha yaygın olan bir yaklaşımdır (Stilwell, 2004; Kuehn, 2007).

TARİHSEL SÜREÇTE SAĞLIK EMEK GÖÇÜ

Sağlık çalışanlarının uluslararası göçü yeni bir olgu değildir ve çok eski tarihlere dayanan bir geçmişi vardır. Tıpta her zaman "mükemmeliyet merkezleri" var olmuş, doktorlar bilgi ve becerilerini geliştirmek için İstanköy, Roma, İskenderiye, Padova ve diğer şehirlere kitleler halinde gitmiştir. Genellikle kalıcı olmayan bu göç, bilginin yayılmasında çok önemli bir işlev görmüştür (Eastwood, 2005). Fakat göç zaman içinde dünya üzerindeki dinamiklerle birlikte geçmişten çok farklı bir yapıya bürünmüştür. Sömürge devrinin ardından gelişmekte olan ülkeler sağlık hizmetlerini genişletmeye ve kendi vatandaşlarını gelecekte istihdam etmek üzere eğitmeye başlamışlar, fakat bu süreç endüstrileşmiş ülkelerde gerçekleşen sağlık hizmetlerinin çok hızlı gelişimi ve bu alandaki talep patlaması nedeniyle ortaya çıkan sağlık çalışanı açığı ile aynı zamana denk gelmiştir. Böylece gelişmekte olan ülkeler sağlık hizmetlerini güçlendirmeye yönelik çalışmalarının daha başlangıç aşamasında "beyin göçü" olgusu ile yüz yüze gelmişlerdir (Bach, 2004). Artık zengin ülkelerin talepleri ve uluslararası ticaret anlaşmaları tarafından belirlenen ve yoksul ülkelerin en nitelikli sağlık insangüçlerinin bir daha geri dönmek üzere ülkelerini terk etmeleri ile sonuçlanan bir göç söz konusudur (Bach, 2004). 1998 yılındaki Birleşmiş Milletler Ticaret ve Gelişim Konferansı / DSÖ çalışmasında göç eden doktorların %56'sının gelişmekte olan ülkelere gittiği, aksi yönde göç yüzdesinin sadece %11 olduğu ve dengesizliğin hemşirelerde daha da büyük olduğu tahmin edilmiştir (Eastwood, 2005). Sağlık çalışanları atıklarına benzeten sürekli bir hareketlilik içindedir; Tanzanyalı, Kenyalı ve Nijeryalı doktorlar Güney Afrika'ya, Güney Afrikalılar Birleşik Krallığa, İngiliz doktorlar Kanada'ya, Kanadalı doktorlar ABD'ye gitmektedir. Fakat burada döngüsel bir hareketlilik söz konusu değildir, çünkü kimse Tanzanya'ya geri dönmemektedir ve en yoksul ülkeler tüm kaynaklarını vermek ama hiçbir şey alamamaktadır (Eastwood, 2005).

"Sağlık emek göçü pazarı"nın şekillendirilmesinde önemli rol oynayan yeni elektronik iletişim teknikleri yoksul ülkelerdeki nitelikli profesyonellerin yurtdışındaki kariyer ve maaş olanakları hakkındaki farkındalığını arttırmakta, çeşitli iş olanaklarına ve uzaktan öğrenme ile bu işler için gerekli eğitimlere erişim sağlamak ve vize başvurularını kolaylaştırmaktadır (Stilwell, 2004; Bueno de Mesquita, 2005). Nitelik değiştiren göç yeni bir sektör

yaratmış, göçü bir yandan çok kolaylaştıran diğer yandan da köle ticaretine dönüştüren özel aracı şirketler türemiştir. Son dönemde gerçekleşen bir diğer değişim ise, zengin ülkelerin yoksul ülkelere hemşire istihdam etme politikalarını giderek daha güçlü bir şekilde uygulamaları ve hemşire göçünün hekim göçünün önüne geçen bir boyut kazanmasıdır (Stilwell, 2004).

SAĞLIK EMEK GÖÇÜNÜN BOYUTLARI

"Göçmen sağlık çalışanı" tanımındaki çeşitliliğin yanı sıra, hem kayıtlardaki eksiklikler hem de farklı ülkelerde eğitim ve beceri açısından yapılan sınıflandırmalardaki tutarsızlıklar nedeniyle göç eden sağlık çalışanlarının sayısının tam bir doğrulukta belirlenmesi oldukça güçtür. Fakat farklı kaynaklardan elde edilen, farklı nitelikteki bilgilerin bir araya getirilmesi tablonun bütünü görmeyi kolaylaştırmaktadır (Stilwell, 2004).

DSÖ tarafından sağlık çalışanlarının göçü konusunda yürütülen son önemli araştırma 1970'lerin ortalarında gerçekleştirilmiş ve hekimlerin %6'sının, hemşirelerin de %5'inin ülkelerinin dışında çalıştıkları belirlenmiştir. DSÖ çalışmasında bu yana sağlık çalışanlarının yoksul ülkelere zengin ülkelere göçü sürekli bir artış göstermiştir ve bu artışın gelecekte de devam etmesi beklenmektedir (McElmurry, 2006; Bueno de Mesquita, 2005). ABD, Birleşik Krallık, Kanada ve Avustralya bu yüzyılın son yarısında geniş ölçekli hekim göçünden en fazla yarar sağlamış olan ülkelerdir (Mullan, 2005). Yeni Zelanda, İrlanda ve Körfez ülkeleri de göç alan başlıca diğer ülkeler arasında sayılmaktadır (McElmurry, 2006; Bueno de Mesquita, 2005; Mullan, 2005). Mullan dünya üzerinde en fazla sağlık çalışanı göçü alan dört ana ülke olan ABD, Birleşik Krallık, Kanada, Avustralya üzerinden göçün boyutlarını değerlendirmiştir. Bu dört ülkenin sağlık çalışanlarının yaklaşık dörtte biri yurtdışında eğitim görmüştür ve bu göçmenlerin de önemli bir bölümü yoksul ülkelere gelmiştir (ABD'de %60, Birleşik Krallık'ta %75, Kanada'da %44, Avustralya'da %40). Göç alan ülkelere en fazla sayıda göçmen gönderen ülkeler sırasıyla; Hindistan, Filipinler ve Pakistan'dır (Mullan, 2005). Bu ülkelerin, özellikle de Hindistan ve Filipinlerin ortak özelliği bir devlet politikası olarak sağlık çalışanı ihraç etmeleridir (Stilwell, 2005). Fakat göç veren ülkelerin kaybettikleri sağlık çalışanlarının toplam işgücü içindeki yüzdesi değerlendirildiğinde göçün en yoğun etkisinin Sahra altı Afrika'da ve Karayip ülkelerinde hissedildiği görülmektedir (Mullan, 2005).

Sahra altı Afrika'nın verdiği göçün boyutları ile ilgili veriler bir araya getirildiğinde çok dramatik bir tablo ortaya çıkmaktadır. Stilwell, Portekizce konuşulan ülkelere Portekiz'e göç eden doktor ve hemşire sayılarını kendi ülkelerindeki sayılar ile karşılaştırılmış ve çarpıcı veriler sunmuştur. Örneğin Portekiz'de

çalışan Angolalı hekim sayısı 820 iken, Angola'da çalışan hekim sayısı 961'dir. Bir diğer ülke olan Sao Tome ve Principe Portekiz'e 238 hekim ve 84 hemşire göçü vermiştir, kendi ülkesinde çalışan hekim ve hemşire sayısı ise 84 ve 183'tür (Stilwell, 2004). Yaklaşık dört yıldır Küba'dan doktor yardımı alan Güney Afrika'da sağlık alanındaki mezunların her yıl %30-50'si ülkeyi ABD ve Birleşik Krallık'ta çalışmak üzere terk etmektedir (Lancet-Editorial, 2000; Bueno de Mesquita, 2005). Her yıl Birleşik Krallığa göç eden Güney Afrikalı doktor sayısı 454'tür. Bu veri yıllık olarak hesaplandığında Güney Afrika'daki tüm doktorların %2'si düzeyindedir. Aynı oran Gana için %1,1, Zimbabve için %0,7 dir (Stilwell, 2003). 1989'dan bu yana Zimbabve Üniversitesi'nden mezun olan doktor, hemşire ve terapistlerin %80'inden fazlasının yurtdışına çalışmak üzere gittiği tahmin edilmektedir (Bueno de Mesquita, 2005). Son yıllarda bu ülkelerin verdiği hemşire göçü de çok çarpıcı boyutlara ulaşmıştır (Stilwell, 2003). 1993 ve 2002 arasında Gana 604 doktorunu yani doktorlarının yarısını ve hemşirelerinin üçte birini kaybetmiştir (Robinson, 2008). 1998-2000 arasındaki dönemde her yıl Zimbabve'nin hemşirelerinin %2,6'sının Birleşik Krallığa göç ettiği bildirilmiştir (Stilwell, 2003).

SAĞLIK EMEK GÖÇÜNÜN NEDENLERİ

Sağlık çalışanlarının uluslararası göçünü ele alan çalışmalarda göçün geçtiğimiz yüzyıldan bu yana devamlı bir artış göstermesinin çok sayıda ve birbirleri ile etkileşim içinde olan bir dizi nedene bağlı olduğu görülmektedir. Çalışmaların büyük bölümünde bu nedenler "iten" ve "çeken" başlıkları altında sınıflandırılmıştır (Eastwood, 2005).

İten nedenler göç kararının hangi ekonomik ve sosyal koşullar altında verildiği üzerinde yoğunlaşmaktadır. Savaşlar, sivil çatışmalar, yoksulluk, sosyal karmaşa, insan hakları ihlalleri tüm göç dalgalarını provoke etmektedir (Stilwell, 2004; Bueno de Mesquita, 2005). Bunların yanı sıra düşük ücret ve maaşlar; emeklilik güvencesinin bulunmaması; iş, kariyer ve profesyonel gelişim olanaklarının sınırlılığı; uygun ve güvenli olmayan çalışma koşulları sağlık çalışanlarını göçe yönlendirmektedir (Bueno de Mesquita, 2005). Ülkelerinden ayrılmak isteyen sağlık çalışanlarını kapsayan bir çalışma ülkeler içinde bazı ortak davranış modellerinin bulunduğunu göstermiştir. Örneğin Kamerun'da mesleki gelişim olanaklarının sınırlılığı, uygun olmayan yaşam koşulları ve deneyim kazanma isteği sağlık çalışanlarını göçe yönelten nedenler arasında yetersiz ücretlerden daha ön sıralarda yer almıştır. Aksine Uganda ve Zimbabve'de ücretler en önemli faktör olmuştur (Stilwell, 2004). Göç kararı ailenin gelir durumundan da etkilenebilir. Yoksul ülkelere zengin ülkelere göç eden profesyoneller genellikle gelirlerinin bir bölümünü ailelerine gönderirler. Dış kaynak sağlama gerekçesi ile Hindistan ve Filipinler gibi bazı ülkeler sistematik olarak gereksinimlerinin üzerinde hekim yetiştirmekte

ve daha zengin ülkelere ihraç etmektedir (Stilwell, 2003).

Çeken nedenlerin bir bölümü iten nedenlerde karşılığını bulmaktadır. Göç alan ülkelerdeki ileri eğitim ve kariyer olanakları, tıp ve eğitim merkezlerinin çekiciliği, çalışma koşullarının gelişmesi ve iş bulma olanağı göç kararı üzerinde çok önemli bir etkiye sahiptir (Stilwell, 2004; Eastwood, 2005; Bundred, 2000). Göç alan ve veren ülkelere elde edilen gelirler arasındaki uçurumlar ise çeken nedenlerin belki de en başında gelmektedir; yoksul ülkede çalışan bir sağlık çalışanı zengin bir ülkede iş bularak gelirini %1000-3000 oranında arttırabilmektedir (Bueno de Mesquita, 2005). Ayrıca geçmişteki sömürge bağlantıları, aynı dilin konuşuluyor olması, göç alan ülkeye daha önce gelmiş olan göçmenlerin kurmuş olduğu sosyal yardımlaşma ağları göçü kolaylaştıran ve göç edilen ülke seçimini belirleyen etmenler olarak sayılmaktadır (Stilwell, 2004; Mullan, 2005; McElmurry, 2006).

İten ve çeken nedenler sınıflandırmasının ilk kez yapıldığı 1970'lerde iten nedenler üzerinde daha çok durulurken, artık çeken nedenler özellikle de hükümetlerin ve istihdam kurumlarının sağlık çalışanlarının göçünü sistematik olarak teşvik etmesi üzerinde yoğunlaşmaktadır (Bach, 2004). Sağlık emek göçü planlamalarının başarısız, eğitime yaptıkları yatırımın yetersiz olması pek çok zengin ülkede sağlık sisteminin toplumun giderek artan taleplerini karşılayamamasına neden olmuştur (Kuehn, 2007). Bu ülkelerin sağlık çalışanı açıklarını karşılamak ve kendi hekim ve hemşirelerinin gitmek istemediği yerlere sağlık hizmeti götürebilmek için diğer ülkelerin mezunlarını bir çözüm yolu olarak görmeleri tüm dünya üzerinde sağlık çalışanlarının hareketliliğinde önemli rol oynamaktadır. Sağlık çalışanları, özellikle de hemşireler açısından pek çok ülkede agresif ve hedefe yönelik uluslararası istihdam politikaları uygulanmaktadır (Stilwell, 2003). Son yıllarda Filipinleri ve bazı Afrika ülkelerini terk eden hemşire sayısındaki dramatik artış, Kanada, ABD ve Birleşik Krallık'taki hemşire açığından çok büyük oranda etkilenmiştir (Stilwell, 2004; Bundred, 2000). Göç alan ülkelerin yakın bir geçmişte izledikleri politikalar ve son dönemlerde gerçekleşen gelişmeler gelecekte diğer ülkelerin mezunlarına olan taleplerinin daha da artacağını göstermektedir (Mullan, 2005).

Kanada'da 1990'ların başında yapılan tahminlerde ülkede gelecekte bir hekim fazlalığı yaşanacağı bildirilmiş ve fakültele alının öğrenci sayısının azaltılması önerilmiştir. Fakat bu politikalar bugün ülkede bir hekim açığı yaşanmasına neden olmuştur. Bunun bir diğer nedeni de ABD'nin Kanadalı hekimleri ülkedeki dezavantajlı bölgelerde yaşanan hekim açığını kapatmaya yönelik bir kaynak olarak görmesidir. Sonuç olarak Kanadalı yetkililer de az gelişmiş ülkelere hekim istihdam etme yoluna gitmişlerdir. 1997 yılında Alberta Sağlık Bakanlığı yetkilileri kırsal bölgelerde

çalışacak hekim bulmak için Güney Afrika'da öncelikle gazete ilanları vermişler, daha sonra doktorlarla görüşmeler yapmışlar, Kanada'ya gezi düzenleyerek doktorların ve ailelerinin Alberta'taki kırsal bölgeleri görmelerini sağlamışlar ve 40 Güney Afrikalı doktorun bölgelerinde çalışmasını sağlamışlardır. Böylece kendi doktorlarının çalışmak istemediği bölgelerde az gelişmiş ülkelerin tıp fakültesi mezunlarını istihdam ederek sağlık hizmeti planlayıcıları daha önce yaptıkları planlama hatasından kaynaklanan sorun için en ucuz çözüm yolunu bulmuşlardır (**Bundred, 2000**). Kanada'da halen diğer ülkelerin mezunlarının çalışabilmesi kolaylaştırılmakta ve yeni pozisyonlar açılmaktadır (**Mullan, 2005**).

Birleşik Krallık, Sahra altı Afrika'daki sağlık çalışanı açığının oluşmasında özel bir role sahiptir (**Eastwood, 2005**). 2002-03'te Birleşik Krallıkta 1500 Güney Afrikalı hemşire ve ebe iş bulmuştur. Diğer yandan Güney Afrika'nın hemşire ve ebe oranları Birleşik Krallık'tan %30 oranında daha az, hastalık yükü ise özellikle de HIV/AIDS pandemisi dikkate alınrsa son derecede yüksektir. Sonuç olarak Birleşik Krallık'ın politikaları Güney Afrikalıların sağlık hakkını ellerinden almıştır (**Bueno de Mesquita, 2005**). Buna karşın Birleşik Krallık'ta hükümet, uluslararası istihdamın personel gereksinimlerini karşılamaya yönelik çözümlerinin bir parçası olduğunu ve yurtdışından aktif olarak özellikle de hemşirelik personeli istihdam etmeye devam edeceklerini bildirmiştir (**Stilwell, 2003**). Benzer bir açıklama İrlanda hükümetinden gelmiş, hekim yetersizliğine çözüm olarak Avrupa Birliği dışında eğitim görmüş olan daha fazla sayıdaki doktorun ülkede çalışabilmesine olanak sağlanacağı bildirilmiştir (**Lancet-Editorial, 2000**).

The Medical Journal of Australia'da yayınlanan bir makalede yazarlar özeleştiriyi yaparak, Avustralya gibi zengin bir ülkenin kendi doktorlarını mahrumiyet bölgelerinde çalıştıramaması ve yeterince sağlık personeli yetiştirememesi nedeniyle ortaya çıkan açıklarını kapatmak için yoksul ülkelerin nitelikli personeline bel bağlamasının çelişmesine dikkat çekilmiştir. Avustralya'da yakın zamanlarda yayınlanan bir raporda ülkenin diğer ülkelerden gelen doktorlara halen gereksinim duyduğu bildirilmiştir. Hükümet 2003'te yaptığı açıklamada ülkedeki doktor sayısını arttıracığını ve bu artışın bir kısmını da diğer ülkelerden gelen doktorlar ile sağlayacağını açıklamıştır (**Scott, 2005**).

ABD'de de ülkedeki hekim sayısının dış kaynaklı istihdam yoluyla nasıl arttırılabileceğine yönelik tartışmalar yürütülmektedir (**Mullan, 2005**). Hastane yöneticileri ve politikacılar, göç veren ülkelerden hemşire ithal etmek için istihdam gezileri yapmaktadır (**Mcelmurry, 2006**).

Uluslararası insan hakları yasasına göre, devletler hem bireysel olarak hem de uluslararası yardım ve

işbirliği aracılığıyla vatandaşlarının sağlık hakkını üçüncü taraflardan kaynaklı tehlikeler karşısında korumakla yükümlüdür. Fakat zengin ülkelerin istihdam politikaları sağlık hakkını tehdit eden yeni bir üçüncü taraf yaratmıştır: uluslararası istihdam konusunda uzmanlaşmış olan ve yurtdışında iş arayışını kolaylaştıran özel aracı şirketler (**Bueno de Mesquita, 2005**). ABD'de bir hekim tarafından kurulmuş olan bir şirket 145 hemşireyi yerel kurumlara yerleştirmiştir. Şirket hastanelerden hemşire başına 10 000 Dolar almaktadır ve 2004 yılındaki karının beş milyon doların üzerinde olduğu tahmin edilmektedir. Birleşik Krallık'a göç eden Filipinli hemşirelerin üçte biri iş bulduktan sonra istihdam şirketlerine 3 600 Dolar komisyon ödemektedir. Hemşire istihdam şirketleri 100 000 kişi başına 66 hemşirenin düştüğü (aynı sayı ABD'de 773'tür) Nijerya'da da faaliyet göstermektedir (**Mcelmurry, 2006**).

İten ve çeken nedenler göçte önemli rol oynayan bazı etmenleri açıklamaktadır, ama aslında bu alanın tüm dinamiklerini belirleyen başka mekanizmalar tanımlanmıştır. Bu mekanizmanın temel belirleyicisi olan Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ), İkinci Dünya Savaşından sonra yaklaşık olarak elli yıl süren müzakereler sonucunda 1994 yılında kurulmuştur. Ülkelerin DTÖ kuruluş anlaşmasını imzalamaları ile hizmet sektörünün ticarileşmesi hız kazanmıştır. Bu süreçte bir yandan sağlık hizmetleri giderek kamunun sorumluluk alanından çıkartılmaya başlamış, kademeli biçimde sağlık hizmetleri ticarileştirilmiştir. DTÖ sermayenin küreselleşmesi sürecindeki uluslararası anlaşmaların da hazırlayıcısı olmuş ve tahkim, ambargo gibi yaptırım gücü ile donatılarak sermayenin en üst yapısı haline getirilmiştir. DTÖ anlaşmalarla işlev gören bir kuruluşur ve bu anlaşmalardan Hizmet Ticareti Genel Anlaşması (GATS), Fikri Mülkiyet Haklarının Ticaretle Bağlantılı Boyutlarına İlişkin Anlaşma (TRIPS) ile birlikte sağlığın piyasalaştırılması ve ticarileştirilmesinde kilit rol oynamışlardır.

DTÖ eski başkanı Renato Ruggerio GATS Anlaşması ile ilgili olarak düşüncelerini şöyle özetlemiştir. "GATS ile daha önce ticaret politikası içinde tanımlamadığınız alanları bile piyasa ekonomisine açabiliyorsunuz ve yabancı hizmet tacirlerine yerlilere tanıdığınız hakların aynısını ya da fazlasını tanıyıp; objektif kıstaslar uygulanacağını garanti ediyorsunuz. Korkarım şu anda ne hükümetler neyin altına imza attıklarının, ne de şirketler neler kazandıklarının farkında değiller." (**Yılmaz, 2004**).

GATS istihdam biçimlerinin kökten değişimini de beraberinde getirmektedir; bu değişim kalite normlarına ve verimlilik esasına uygun, esnek çalışma temelli, performansla dayalı ücretlendirmenin söz konusu olduğu ve giderek iş güvencesizliğinin yaygınlaştığı bir istihdam biçimini işaret etmektedir. Yılmaz; anlaşmanın hedef kitesinin hizmet emekçileri olduğunu belirtmekte ve "kamu emekçilerinin bu güne

kadar da bir kullanım değeri ürettikleri, reformların yasalaşmasıyla birlikte ise bu kullanım değerlerinin artık bir değişim değerine dönüşmesi suretiyle ortaya çıkacak artı değere kapitalistlerin ya da kapitalist devletin el koyacağı anlaşılmaktadır" demektedir (Yılmaz, 2003). Sağlık emek göçü göçünün temelinde de sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi ve piyasa dinamiklerine terk edilmesi yatmaktadır. Dünya ekonomisi içinde mal ve hizmetlerin (sağlık çalışanları dahil) hareketliliğini getiren ticaretin küresel liberalizasyonu sağlık hizmetleri açısından önemli bir tehdit olarak tanımlanmakta ve sağlık çalışanları üzerindeki ticaretin giderek serbestleşmekte ve kuralsızlaştırılmakta olduğu belirtilmektedir (Eastwood, 2005; Bundred, 2000). Stilwell GATS'ın daha çok yüksek nitelikli personelin hareketliliğini serbestleştireceğini, bunun da sağlık çalışanı göçünü arttıracığını bildirmektedir (Stilwell, 2003).

SAĞLIK EMEK GÖÇÜNÜN SONUÇLARI

Göç veren ülkelerde neler oluyor?

Göç alan ve veren ülkelerin sağlık göstergeleri değerlendirildiğinde çok derin eşitsizliklerle karşılaşmaktadır. Nijerya, Zimbabve ve Gana'da binde 183 ve 100 arasında değişen beş yaş altı ölüm hızı, ABD'de 8, Kanada ve Birleşik Krallık'ta 7'dir. Kanada'da 80 yıl olan doğumda beklenen yaşam süresi, sağlık çalışanı göçü aldığı Zimbabve'de 38'dir. Bir devlet politikası olarak sağlık çalışanı ihraç eden Filipinler ve Hindistan'ın da sağlık göstergeleri çok parlak değildir. Beş yaş altı ölüm hızı Hindistan'da binde 93, Filipinler'de binde 38'dir (Mcelmurry, 2006). Yaşam koşullarının yanı sıra bu tablonun en temel nedeni göç veren ülkelerde sağlık sistemlerinin çok ciddi bir kriz içinde bulunmasıdır. Bu ülkelerde IMF, DB gibi güçlerin dayattığı ekonomik politikalar sonucunda kamu sağlık hizmetlerine yapılan yatırımlar sınırlanmış, AIDS epidemisi hem sağlık hizmetleri üzerinde büyük bir yük yaratmış, hem de çok sayıda sağlık çalışanının hastalanmasına ve ölmesine neden olmuştur (Kuehn, 2007). Her geçen yıl daha fazla sayıda sağlık çalışanının ülkeyi terk etmesi ise bu krizi çözümsüz bir boyuta taşımaktadır. Afrika ülkelerinin sağlık bakanları, ülkelerindeki sağlık çalışanı kanamasını sağlık sistemlerini tehdit en önemli sorun olarak tanımlamaktadır (Scott, 2004; Eastwood, 2005; Kuehn, 2007).

Filipinler ve Hindistan gibi ülkeler Afrika ülkelerine göre daha fazla sayıda sağlık çalışanı göçü vermektedir, ama bu ülkelerin kendi içlerindeki personel oranları daha iyidir (Bueno de Mesquita, 2005). Afrika'da ise 36 ülke "Herkes İçin Sağlık" hedeflerinde tanımlanan 5000 kişiye bir doktor ölçütünü karşılamamaktadır. 1997'de yayınlanan bir makalede Zambiya'daki bir tıp fakültesinin 23 yıl içinde 600 mezun verdiği, bunların sadece 50'sinin ülkedeki kamu sağlık sektöründe çalıştığı bildirilmiştir. (Bundred, 2000). Zambiya (14 500 kişiye bir doktor düşmektedir) ve Gana (11 000

kişiye bir doktor düşmektedir) gibi ülkelerin durumu 600 kişiye ve 350 kişiye bir doktor düşen Birleşik Krallığın ve ABD'nin durumundan çok farklıdır. Eğer Birleşik Krallık, 2002 Ulusal Sağlık Hizmetleri Planında tanımladığı 35 000 hemşire ve ebe açığını Afrika'dan istihdam ederse, sadece bu açığı kapatmak için Tanzania, Botsvana, Gana ve Malavi'deki tüm hemşire ve ebeleri alması gerekecektir. DSÖ göç alan ülkelerin büyük bölümünün 100 000 kişi başına 800 hemşireye sahip iken, göç veren altı ülkeden dördünün 100 000 kişi başına 150'den az sayıda hemşireye sahip olduğunu tahmin etmektedir (Mcelmurry, 2006).

Sağlık çalışanı açığının eğitim ile kapatılması çok büyük bir yatırım gerektirmektedir. 2015 yılında tamamlanacak şekilde eğitim kapasitesinin çok hızlı bir şekilde arttırılabileceği varsayılırsa, her bir ülke için ortaya çıkacak yıllık maliyet en düşük 1,6 milyon Dolar, en yüksek ise (Hindistan gibi kalabalık bir ülke için) 2 milyar Dolar olarak tahmin edilmektedir (DSÖ, 2006). Uluslararası Göç Örgütü'ne göre yoksul ülkelerin, daha sonra gelişmiş ülkelere gidecek olan sağlık çalışanlarının eğitimine para harcamaları bu ülkelere para yardımı yapmaları anlamına gelmektedir. Örgüt geliştirmekte olan ülkelerin her yıl Kuzey Amerika'ya, Batı Avrupa'ya ve Güney Afrika'ya gitmek üzere ülkelerini terk eden sağlık çalışanlarının eğitimine 500 milyon Dolar para harcadıklarını tahmin etmektedir (Kuehn, 2007). Birleşmiş Milletler Ticaret ve Gelişim Konferansı göç eden her bir Afrikalı personelin Afrika için 184 bin ABD Doları kayıp anlamına geldiğini tahmin etmektedir (Eastwood, 2005). Dünyanın en zengin ülkelerinden biri olan Yeni Zelanda'da 600 Güney Afrikalı doktor kayıtlı olarak çalışmaktadır. Güney Afrikalı vergi yükümlüleri açısından tahmin edilen maliyet ise 37 milyon ABD Dolarıdır (Bundred, 2000). Diğer yandan Afrika her yıl yabancı uzmanlara dört milyar Dolar maaş vermektedir (Eastwood, 2005).

Her ne kadar Sahra altı Afrika ülkeleri kendi doktorlarını yetiştirmek için büyük çaba sarf etseler de, göçle gerçekleşen kayıp üretimi aşmaktadır. Sahra altı Afrika'daki 47 ülkenin 24'ünde sadece bir tıp fakültesi vardır, 11'inde ise hiç tıp fakültesi bulunmamaktadır (Eastwood, 2005). Üstelik pek çok tıp fakültesi öğrencilerinin bu "batı arzusu"ndan etkilenmekte ve eğitim programlarını yerel sağlık gereksinimlerine ve teknoloji düzeyine göre planlayamamaktadır. Sonuçta kendi ülkelerinin olanaklarını beğenmeyen, ama yaşadıkları bölgenin sağlık sorunlarına da hakim olmayan, sadece bir an önce yurtdışına gitmeyi düşünen hekimler mezun edilmektedir (Mullan, 2005).

En yüksek düzeyde eğitim görmüş, en nitelikli ve en verimli çağlarını yaşayan sağlık çalışanları göç alan ülkeler için en çekici grubu oluşturmaktadır. Fakat bu özelliklere sahip olan kişilerin kaybı sadece bir kişinin kaybı olarak görülmemesi gereken çok daha büyük bir insan kaynağı sorunu demektir. Bu sağlık çalışanları

ile birlikte diğer genç sağlık çalışanlarını eğitime ve sağlık sistemini geliştirme kapasitesinde önemli kayıplar yaşanmaktadır (Bueno de Mesquita, 2005, Mcelmurry, 2006). Bazı ülkelerde belli bir alandaki hemen tüm uzmanlar göç etmekte ve artık bu alanda hizmet sunulamaz hale gelmektedir, fakat bu uzmanların sayısının az hatta belki de birkaç tane olması sorunun büyüklüğünü maskeleymektedir (Bueno de Mesquita, 2005, Kuehn, 2007). Genellikle kentsel bölgelerdeki hastanelerde çalışan sağlık personeli başka bir ülkeye göç etmektedir. Boşalan yerlerin ise kırsal alanda çalışan hekim ve hemşireler tarafından kısa sürede doldurulması, zaten dezavantajlı olan bu bölgelerdeki sağlık çalışanı açığının daha da büyümesine neden olmaktadır (Eastwood, 2005).

En nitelikli grubun ülkeyi terk etmesi ve sağlık emek göçündeki uygun profesyonel karışımın kaybolması kalan sağlık çalışanlarının kendi alanları dışındaki hizmetleri de vermelerine neden olmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerdeki hekim ve hemşire açığı nedeniyle kırsal alandaki kliniklerde sadece karmaşık olmayan durumlara müdahale edebilecek düzeyde eğitim almış yardımcı personel bulunmaktadır (Stilwell, 2003). Kendi alanlarında hizmet verseler bile kalan sağlık çalışanlarının büyük bölümünün daha az niteliğe ve deneyime sahip olması hizmet kalitesini etkilemektedir (Bueno de Mesquita, 2005; Mcelmurry, 2006). Yetersiz sayıda personele sahip olan kamusal sağlık hizmetlerinde çalışmaya devam eden sağlık çalışanları ise ek bir stres ve iş yükü altında kalmaktadır. Buna düşük gelirin, uygun olmayan çalışma koşullarının ve sınırlı kariyer olanaklarının eklenmesi kalan sağlık çalışanlarının motivasyonunu daha da düşürmektedir. Artan stres nedeniyle personelin özel sektörde çalışmak için kamudaki sorumluluklarını ihmal ettiği ve çok yüksek bir personel değişimi yaşandığı bildirilmektedir (Stilwell, 2003).

Bazı görüşlere göre, nitelikli sağlık personeli yoksul ülkeler için "ihraç edilebilir" bir değerdir, bu personelin kendi ülkesine aktardığı para eğitim maliyeti ve diğer kayıplar ile bir denge sağlamaktadır, hatta bu kayıplardan daha fazladır (Scott, 2004). Göçmen hekimlerin kendi ülkeleri ile kurdukları klinik ve eğitimsel bağlantı ise bir "beyin kazancı" dır (Mullan, 2005). Bazı ekonomistler de yüksek nitelikli çalışanların göçünün, göç alan ve veren ülkeler arasında bir bağlantı sağladığını, yatırımları ve girişimciliği teşvik ettiğini iddia etmektedir. Bu görüşlerin bazı ülkelerde devlet politikasına da yansdığı görülmektedir. Örneğin Filipinler'de göçün ekonomide özel bir yeri vardır. Yaklaşık yedi milyon Filipinlinin (nüfusun %10'u) yurtdışında çalıştığı tahmin edilmektedir (Bach, 2003). Hindistan'da ve Filipinler'de göç etmeyi amaçlayan hemşireleri yetiştiren özel okullar vardır (Mcelmurry, 2006, Stilwell, 2004). Fakat bazı yorumlara göre sağlık çalışanı kaybı bu ülkelerde de

sağlık sistemi açısından önemli yıkımlara neden olabilecek boyutlara ulaşmıştır (Stilwell, 2004).

Göçmenlerin çalıştıkları ülkede kazandıkları paranın ülkelerine gönderdikleri bölümü pek çok ülkenin ekonomisinde merkezi bir rol oynamaktadır. 2001'de gelişmekte olan ülkelerde göçmen çalışanların gönderdikleri dövizler 72,3 milyar Dolar düzeyinde olmuştur. Bu girdi toplam resmi akıştan ve dış kaynaklı yatırım olmayan özel akıştan daha fazladır ve son 10 yılda gerçekleşen toplam küresel kalkınma yardımını aşmıştır (Stilwell, 2003). Hindistan'daki ailelerin eline 1996'da 7,6 milyar ABD doları geçmiştir; Filipinler'deki ailelere her yıl 800 milyon Dolar gönderilmektedir. Ayrıca pek çok istihdam kurumu ülkeyi terk eden hemşireler için hükümetlerine para ödemektedir (Mcelmurry, 2006). Fakat döviz akışının ülkenin sağlık sistemine ve toplumun sağlık düzeyine bir yarar sağlamasını beklemek pek gerçekçi değildir. Sağlık çalışanlarının gönderdiği para yurtdışından ülkeye gelen paraların sadece çok küçük bir bölümünü oluşturmaktadır. Üstelik bu para doğrudan sağlık sistemine geri dönmekte ve kısa erimde sağlık personelinin ülkeden gitmesinden kaynaklanan kayıpları karşılayamamaktadır (Mcelmurry, 2006; Scott, 2004). Yurtdışından gelen paranın bir kısmı sağlık alanına ayrılrsa bile bu kaynak sayesinde gerçekleştirilecek gelişmeleri yönlendirecek profesyoneller bulunmadığı sürece etkin bir kullanımın sağlanması çok güçtür (Eastwood, 2005).

Göç alan ülkelerde neler oluyor?

Pek çok ülkede diğer ülkelerden gelen sağlık çalışanları toplam işgücünün çok önemli bir bölümünü oluşturur. Örneğin Birleşik Krallıkta çalışan doktorların %31'i, hemşirelerin de %13'ü bu ülkede doğmamıştır. Bu yüzdeler Londra için sırasıyla %23 ve %47'dir. Dahası Ulusal Sağlık Hizmetlerinde çalışan toplam 16000 personelin 8000'i yurt dışında eğitim görmüştür. Gelişmekte olan ülkelerden sağlık çalışanı göçü, gelişmiş ülkelerin ekonomisine çok büyük finansal kazanç sağlamaktadır. Örneğin Birleşik Krallıkta nitelikli bir doktor 200-250 bin Pound ve 5-6 yıl eğitime mal olmaktadır. Göçmen bir doktor ise sıfır maliyet ile gelmektedir (Eastwood, 2005). Göç alan ülkelerin bir diğer kazançları istedikleri yerde ve şartlarda çalıştırabildikleri sağlık emek göçü elde etmeleridir. Gelişmiş ülkeler göçmenleri genellikle kendi mezunlarının gitmek istemediği mahrumiyet bölgelerinde çalıştırmak üzere istihdam etmektedir (Bundred, 2000). Örneğin ABD'nin yoksullarına yabancı kökenli doktorların hizmet verdiği (Bundred, 2000), göçmen hemşirelerin de genellikle diğer çalışanların istemediği günlerde ve gece nöbetlerinde çalıştırıldığı bildirilmektedir (Mcelmurry, 2006).

Göçmen sağlık çalışanları ise göç ettikleri ülkelere gittiklerinde beklentilerinden veya kendilerine vaat edilenden çok farklı bir tablo ile karşılaşabilmektedir. Özel aracı şirketler sağlık çalışanlarını kandırabilmekte

ve ülkedeki yaşam koşulları ve ellerine geçecek olan para hakkında yanlış bilgi vermektedirler. Çalışma izninin alınması çok uzun sürebilmekte, bazı işverenler göçmenlerin pasaportlarına el koyabilmektedir (**Bueno de Mesquita, 2005; Mcelmurry, 2006**). Yeni ülkenin sağlık sistemini ve kurumlarını yeterince algılayamayan hemşirelerin pozisyon ve maaş için yeterince pazarlık yapamadığı bildirilmektedir (**Mcelmurry, 2006**). Göçmenler, kariyer olanakları, ücret ve çalışma koşulları bakımından sistematik bir ayrımcılık ile karşı karşıya kalmakta ve genellikle eğitim düzeylerinin ve niteliklerinin altındaki işlerde çalıştırılmaktadır (**Bueno de Mesquita, 2005; Mcelmurry, 2006**). Göçmen sağlık çalışanlarının çalışma ortamında şiddet dahil insan hakları istismarına uğrama olasılıklarının da yüksek olduğu görülmektedir. Pek çok göçmen sağlık çalışanı kadındır ve kadın göçmenler ulusal köken, ırk ve etnik özelliklerinin yanı sıra cinsiyet nedeniyle de ayrımcılığa uğramaktadır (**Bueno de Mesquita, 2005**). Hem hastalarla hem de meslektaşlarla iletişimde dil de önemli bir sorun olabilmektedir. Tüm bunların yanı sıra kültürel şok, aile ve arkadaş özlemi, günlük alışkanlıklarını gerçekleştirememesi vb stresler göçmenlerin üzerindeki yükü daha da ağırlaştırmaktadır (**Mcelmurry, 2006**).

SAĞLIK EMEK GÖÇÜ İÇİN ÖNERİLEN ÇÖZÜMLER

Sağlık çalışanlarının uluslararası göçü ve yarattığı sorunların çözümü hakkında çok sayıda yazı kaleme alınmıştır. Gerek bağımsız araştırmacıların gerekse Dünya Bankası'nın, DSÖ'nün, Dünya Tıp Birliği'nin ve benzeri örgütlerin yayınları değerlendirildiğinde yapılan önerilerin çerçevesinin yeterince geniş kapsamlı ele alınmadığı görülmektedir (**Scott, 2004**).

Etik istihdam kuralları ve ülkeler arası anlaşmalar

Kırsal alanda hekim istihdamı için yoksul ülkelerin doktorlarına bel bağlamış olan ülkeleri, politikalarının yoksul ülkeler üzerindeki etkilerini gözden geçirmeye davet eden 1997 Durban Bildirgesi göç sorununun ele alınmasında önemli bir başlangıç olarak değerlendirilmektedir (**Bundred, 2000**). Bildirgeden bu yana göç ile ilgili uluslararası etik istihdam kurallarının gerekliliği giderek daha fazla çevre tarafından savunulmaktadır (**Lancet-editorial, 2000**). DSÖ profesyonel örgütleri ve diğer grupları sağlık çalışanlarının göçü ile ilgili gönüllüğe dayalı kurallar geliştirmek üzere bir araya getirmeyi amaçlayan Sağlık Çalışanlarının Göçü İnisiyatifi'ni (Health Worker Migration Initiative) başlatmıştır (**Kuehn, 2007**). Fakat diğer yandan DSÖ kaynaklı bir yayında "kuralların en iyi olasılıkla geçici bir etki göstermeleri beklenebilir ve nasıl uygulanabileceklerini bilmek çok güçtür" yorumu yapılmıştır (**Stilwell, 2004**). Scott da sadece gönüllüğe dayalı olarak uygulanan ve özel sektör istihdam kurumlarını kapsamayan kuralların etkili olmayacağını açıklamıştır (**Scott, 2004**).

Göç alan ülkelerin istihdam politikaları; etik kurallar ve insan hakları çerçevesinde ele alınması gereken ve göçün nedenselliğinde çok merkezi bir rol oynayan bir sorundur (**Bueno de Mesquita, 2005**). Hükümetlerin ve istihdam şirketlerinin geliştirmekte olan ülkelerdeki sağlık çalışanlarını tavlama amacıyla yaptıkları reklamlar ve istihdam ziyaretleri başta olmak üzere göçe davetiye çıkartan tüm yaklaşımlar kısıtlanmalıdır (**Scott, 2004**). Özel aracı şirketler çalışmalarını göç veren ülkelerde yürütmektedir, ama merkezleri göç alan ülkelere yerleşmiştir. Bu ülkelerin devletleri aracı şirketlerin çalışmalarını düzenlemek için yasal ve diğer politik önlemleri almak zorundadır ve sağlık hizmeti hakkını tehlikeye düşebileceği bölge, ülke ve uzmanlık alanlarından istihdama izin verilmemelidir (**Bueno de Mesquita, 2005**).

Scott'a göre hükümetler dış ülkelere istihdamı düzenleyen yasa ve kurallarında potansiyel birer kaynak olarak ülkeler arasındaki farkları, yani göçün yaratacağı etkinin her ülkede benzer olmayacağını, dikkate alınmalıdır (**Scott, 2004**). Fakat göç alan ülkelerin yasa ve kurallarında önemli eksiklikler bulunduğu, bu eksiklikleri gidermeye yönelik çabalar olsa da personel açığı devam ettiği sürece etik ilkelerin bir anlam ifade etmeyeceği belirtilmektedir (**Eastwood, 2005**). Örneğin 1999 yılında Birleşik Krallık'ta diğer ülkelere hemşire istihdamına yönelik etik bir rehberin uygulanmasına başlanmıştır. Uygulamanın ardından 2000/2001 döneminde Güney Afrika'dan ve Batı Hint Adaları'ndan yeni kayıt sayısı bir yıl öncesine göre %25 ve %39 oranlarında azalmıştır. Fakat bu azalma sürekli olmamış, Gana, Hindistan, Nijerya ve Filipinlerden gelen göçmen hemşirelerin sayısındaki artış ise devam etmiştir. Yani rehber geçici bir süre için Güney Afrika'dan ve Batı Hint Adalarından gelen göçmen sayısını azaltmış, bu da diğer ülkelere gelen göçmen sayısı ile telafi edilmiştir. 1999 rehberinin önemli bir sınırlılığı da özel sektörü kapsamaması olmuştur. Güney Afrika'dan ve Batı Hint Adalarından gelen göçmenler de bu dönemde daha çok özel sektör tarafından istihdam edilmiştir (**Stilwell, 2003**).

DSÖ Sağlık Çalışanlarının Göçü İnisiyatifi'nin eş başkanı olan Omaswa'ya göre çift veya çok taraflı ülkeler arası anlaşmalar göç veren ülkelerin de bu süreden yarar sağlayabilmelerinin önemli bir aracıdır (**Kuehn, 2007**). Bu anlaşmalar, bilgi ve deneyim paylaşımı, kurumlar arasında işbirliği ve teknik danışmanlık, sınırlı süre ile ülke değişimi vb maddeler içerebilmektedir. Hatta ülkeler arasındaki anlaşmalar ile göç alan ülkelerin göç veren ülkelereki kurumlara yatırım yapması ve böylece göç veren ülkelerin gereksinimlerinin üzerinde sağlık çalışanı eğiterek göç alan ülkelere için bir sağlık çalışanı tedarikçisi rolü üstlenmeleri bile önerilebilmektedir (**Stilwell, 2004**).

Birleşik Krallık ve Güney Afrika 2003 yılında belli bir süre ile sınırlı sağlık çalışanı değişimine olanak

sağlamak ve en iyi uygulamaları paylaşmak üzere hastanelerini eşleştiren bir anlaşma imzalamıştır (Robinson, 2008). Birleşik Krallık, Gana'yla da hemşirelerini sadece belli zaman dilimleri için ve belli alanlarda (Gana'nın gereksinim duyduğu) istihdam etme konusunda anlaşmıştır (Lancet-Editorial, 2000). Kanada ve Avustralya'da anlaşmayı imzalamamıştır (Eastwood, 2005). 1995 yılında Güney Afrika önemli bir adım atmış ve daha yoksul ülkelerden kaynaklanan akını azaltmak amacıyla diğer Afrika Birliği Örgütü ülkelerinden gelen doktorların istihdamını yasaklamıştır (Bundred, 2000). Karayipler Topluluğun oluşturduğu 16 ülke arasında imzalanmış olan bir anlaşmada da nitelikli profesyonellerin yurtdışında bir rotasyon kapsamında çalışmalarını, üç yıl için gitmelerini ve daha sonra geri dönmelerini planlanmıştır. Anlaşmalara gösterilebilecek bir diğer örnek ise "Pasifik Bölgesindeki Sağlık Çalışanlarının İstihdamı İçin Uygulama Kuralları"dır (Robinson, 2008).

Gelişmekte olan ülkelerin personeline gelişmiş ülkelerde eğitim alma ve deneyim kazanma olanağı sağlayan belli süre ile sınırlı vizeler verilmesi bir diğer öneridir (Eastwood, 2005; Scott, 2004). Örneğin, Avustralya hükümeti Avustralya'daki tıp fakültelerinden mezun olan yabancılara Avustralya'daki hastanelerde internlik yapmalarını sağlayan iki yıllık sınırlı vize vermektedir (Scott, 2004).

Eğitim maliyetinin geri ödenmesi

Uluslararası göçün maliyetinin göç alan ülkeler tarafından kaynak ülkelere ödenmesi üzerinde en yoğun tartışılan çözüm önerileri arasındadır (Bueno de Mesquita, 2005). Ödenecek maliyetin sadece eğitime harcanmış olan parayı değil, vergi kaybı, iş gücüne katılım kaybı ve toplumun sağlık kaybı gibi diğer kayıpları da dikkate alması gerektiği, bunun için de ileri analiz tekniklerinin geliştirilmesinin zorunlu olduğu belirtilmektedir (Stilwell, 2003). Bir başka bakış açısına göre, iyi eğitim almış deneyimli personelin kaybı ülkelerin geleceği açısından en ciddi sorunu oluşturmaktadır ve bu kaybın para ile telafisi mümkün değildir. Para transferi belki göç alan ülkelerin belli bir süre için suçluluk duymasını önler, ama eğitici kimliği olan ve öğrencileri açısından önemli bir rol model oluşturan bir doktorun yerini pek az şey doldurabilir. Üstelik göç alan ülkelere maliyet telafisine dayanan anlaşmaları kabul ettirmek pek mümkün görünmemektedir (Eastwood, 2005).

Mecburi hizmet

Mecburi hizmet, uluslararası göçü önlemek için yoksul ülkelerin uyguladığı başlıca stratejiler arasındadır. Örneğin Güney Afrika'da yeni mezunların ve yurtdışında eğitim gördükten sonra ülkesine dönenlerin diplomalarının kabulü için kırsal alanda veya bir mahrumiyet bölgesinde mecburi hizmet uygulanmaktadır. Fakat bunun yurtdışından dönüşü

geciktirme veya tamamen önleme riski taşıdığı belirtilmektedir. Sağlık çalışanlarının eğitime başlamadan önce belli bir süre ile ülkede çalışma sözü vermesi bir diğer stratejidir. Gana'da hemşireler için uygulanmış, ama çok başarılı olmamıştır (Eastwood, 2005). Gana'da ayrıca kamu kaynaklı eğitim görmüş olan sağlık çalışanlarından belli bir süre çalışmaları veya eğitim maliyetlerini telafi edecek bir para vermeleri istenmektedir (Bueno de Mesquita, 2005).

Ara personel yetiştirme

Göçün neden olduğu eşitsizliklerin çözümü için önerilen ama eşitsizlikleri baştan kabullenen bir diğer seçenek Sahra altı Afrika ülkelerinin doktorlarına ve hemşirelerine tam bir eğitim vermemesidir. Bu görüşe göre, bu doktorların ve hemşirelerin niteliklerinin gelişmiş ülkeler tarafından tanınmıyor olması göçü engelleyecektir, üstelik eğitim daha kısa sürecek ve daha ucuza mal olacaktır (Stilwell, 2004). Göç veren ülkelerdeki profesyonel örgütlerin büyük tepki gösterdiği bu önerinin iddia edilen sonucu sağlayabileceği çok şüphelidir. Çünkü bu durumda sağlık çalışanlarının aldıkları eğitim düzeyine göre yurtdışında bir iş bulacaklar ve göç sorununun varlığını devam ettirecektir (Bueno de Mesquita, 2005; Eastwood, 2005).

Az gelişmiş ülkelerdeki koşulların düzeltilmesi

Göç veren devletlerin çalışma ve ödeme koşullarını düzeltme, mezuniyet sonrası eğitim olanaklarını geliştirme, temel ilaçlar için gerekli kaynakları arttırma gibi gelişmeleri sağlamalarının ülkelerindeki göç akımını durdurabileceği iddia edilmektedir (Omaswa, 2008, Stilwell, 2004). Ama konu bu gelişmelerin nasıl sağlanabileceğine geldiğinde ya yuvarlak cümleler kurulmakta ya da en iyi olasılıkla geçici bir etki sağlaması beklenebilecek öneriler sunulmaktadır. Örneğin, Stilwell göç veren ve alan ülkelerde ücretler arasındaki uçurumun çok büyük olduğunu ve göç veren ülkelerde yapılacak bazı ufak düzeltmelerin göçü engelleme olasılığının çok düşük olduğunu kabul etmektedir. Bunun için yoksul ülkelere verilen bağışlarda şart koşulan paranın yatırım amaçlı kullanılması kuralının biraz gevşetilebilmesini ve bu paraların sağlık çalışanlarının maaşlarının ödenmesinde kullanılmasını önermektedir (Stilwell, 2004). Göç alan ülkelerin göç veren ülkelere eğitim ve beceri gelişimi için yatırım yapması, kırsal alandaki sağlık çalışanlarının ulaşımına ve barınmasına yönelik yatırımların maliyetine yardımcı olması ve benzeri öneriler kısa erimli bir iyileşme sağlayabilecek, ama sorunun nedenine yönelmeyen diğer önerilere gösterilebilecek örneklerdir (Scott, 2004; Eastwood, 2005).

Uluslararası Göç Örgütü, "Afrika'da kalkınma İçin Göç" başlıklı bir program başlatmıştır. Bu program, Afrikalı sağlık çalışanlarını Afrika'daki sağlık sistemlerini kurmak ve güçlendirmek için harekete geçirmeyi

amaçlamaktadır. Programın bir bölümü olarak örgüt, Hollanda hükümetinden Avrupa'daki Gana'lı sağlık çalışanlarının niteliklerini tanımlayan bir çalışma için destek ve maddi kaynak sağlamıştır. Şu anda grup Avrupa'da yaşayan Gana'lı sağlık çalışanlarının uzmanlıklarını ülkelerinin sağlık gereksinimleri ile eşleştirme ve sağlık çalışanlarının geçici süreyle Gana'ya dönerek bilgi ve becerilerini paylaşmasını sağlama üzerinde çalışmaktadır. Bu tip geçici gidişlerin ülkeye kesin dönüş ile de sonuçlanabileceği düşünülmektedir (Kuehn, 2007).

Eski kavrama yeni kılıf "Yönetilen Göç"

Bein değişimi veya sirkülasyonu olarak da bilinen yönetilen göç (managed migration); uluslararası göç ile devletlerin sağlık politikası hedefleri arasında bir bağlantı kurma ve sağlık çalışanı akımını hem göç veren hem de göç alan ülkeler için yarar sağlayacak bir şekilde dönüştürme iddiasıyla ortaya atılan bir kavramdır (Bach, 2004). Yönetilen göçün üç strateji üzerinde kurulabileceği belirtilmektedir. İlk strateji göç veren ülkenin göçmen ile sürekli iletişim içinde olmasının sağlanmasıdır. Bu devletlere göçmeni geri dönme, kendi ülkesi için yararlı olabilecek eğitimleri alma vb konularda teşvik etme olanağı sağlayacak, göç edilen ülkedeki ödeme ve çalışma koşullarını gelişmesine yardımcı olacak ve böylece geri dönen sağlık çalışanları kendi ülkelerindeki işe daha kısa sürede uyum sağlayabilecektir. İkinci strateji iki yönlü personel değişiminin sağlanması ve göç alan ülkelerin personelinin de bir süre için göç veren ülkelerde çalışmasıdır. Üçüncü strateji ise göç alan ve veren ülkelerin kurumları arasında ortaklıklar kurulması ve böylece göç veren ülkenin eğitimini ve sağlık sistemini güçlendirme olanağının doğmasıdır (Bueno de Mesquita, 2005).

Kavramın tanımından ve stratejilerinden de anlaşılacağı gibi yönetilen göçün asıl amacı; göçe neden olan sömür ilişkilerini ve sağlık çalışanlarını ucuz bir piyasa malına dönüştüren uluslararası yasal düzenlemeleri ört bas etmektir. Başka bir boyutuyla da yönetilen göç GATS aracılığıyla düşük gelirli ülkelerden göç edenlerin ülkelerindeki ailelerine gönderdikleri paraların oluşturduğu kaynak aktarımına da piyasa adına müdahale edebilmeyi hedeflemektedir (Bueno de Mesquita, 2005).

SONUÇ

Göç, göç veren ülkelerdeki sağlık hizmetleri ve bu ülkelerde kalan sağlık çalışanları açısından çok boyutlu bir tahribata yol açmaktadır. Öte yandan göç eden sağlık çalışanlarının da çok az bir kısmı umut ettikleri yaşam koşullarına erişebilmekte, önemli bir kısmı sağlık piyasasında ucuz emek olarak algılanmakta ve işlem görmektedir. Göç alan ülkeler ise ucuz ve nitelikli

emek göçünü hiçbir bedel ödemeksizin elde edebilmektedir. Bu "gizli" kaynak aktarımı ülkeler arasındaki eşitsizlikleri daha da derinleştirmektedir.

Sağlık emek göçünün temelinde sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi ve piyasa dinamiklerine terk edilmesi yatmaktadır. Sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması yoluyla sağlık çalışanlarının sosyal kazanımları geriletilmekte ve emekleri ucuzlatılmaktadır. Tıpkı endüstride olduğu gibi, hizmet alanında da bir yedek iş gücü oluşturmayı hedefleyen piyasalaşma, bu yolla esnek çalışma, verimlilik, performans dayalı ücretlendirme ve iş güvencesizliğini de dayatabilmeyi garanti altına almaktadır. Performans ölçütleri hizmet üretiminin kolektif temelini kökünden sarsmakta, sağlık çalışanlarının arasındaki dayanışma tümüyle ortadan kalkmaktadır. Sonuçta birbiriyle rekabet ederken piyasa karşısında yalnızlaşan, örgütsüz, güvencesiz bir sağlık çalışanı kitlesi yaratılmaktadır. Pazar dinamiklerinin ve kurallarının yönlendirdiği sağlık çalışanları kırdan kente ya da az gelişmiş ülkelere gelişmiş ülkelere göçü çıkış yolu olarak görebilmektedir. Göç eden sağlık çalışanlarına ve onların sosyal haklarına küresel sermayenin nasıl yaklaştığını ise Alman Bankasının 2000 yılındaki genişleme raporu çok net bir biçimde ifade etmektedir. "Genişlemenin en büyük nimeti ucuz emektir; bölgesel farklılıklar hiç önemli değildir, zaten AB içinde de eşit bir gelişim söz konusu değildir. Üye devletler ve hatta her bir devletin kendi bölgeleri arasında bile büyük gelir düzeyi farklılıkları vardır ve bu daima olacaktır; genişleme sonrasındaki emek göçünü durdurmanın yolu, AB'deki sosyal standartları düşürerek, sosyal farklılıkları en aza indirmektir..." (Yılmaz, 2003).

DSÖ çalışanları tarafından kaleme alınan bir makalede "sağlık çalışanlarının göçü küreselleşmiş iş gücü pazarının bir özelliğidir ve belki bu şekilde de kalmalıdır!" ifadesinin yer alması çok düşündürücüdür (Stilwell, 2004). Bir başka yazar ise "GATS da dahil olmak üzere ticaret anlaşmaları hakkında pazarlık yaparken devletler bu anlaşmanın sağlık hakkı ve diğer haklar üzerindeki etkilerini değerlendirmelidir ve gerekirse politikalarını insan haklarını koruyacak ve geliştirecek şekilde uyarlamalıdır" diyebilmektedir (Bueno de Mesquita, 2005). Oysa GATS anlaşmasının hükümleri üye devletlerin verdikleri taahhütlerden geri dönmeleri olasılığını tamamen ortadan kaldırmakta ve anlaşmanın belli aralıklarla yeniden düzenlenmesini, piyasalaştırılacak hiç bir kamusal alan kalmayınca da dek görüşmelerin devam ettirilmesini dayatmaktadır (Yılmaz, 2003). Dolayısıyla piyasalaşmaya tümünden karşı çıkmayan bir yaklaşım en iyimser bakış açısıyla yetersizdir, en gerçekçi bakış açısıyla da piyasanın güçlenmesine ve mücadelenin ekseninin kaymasına neden olacak bir aldatmacadır.

KAYNAKLAR

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

Bach, S. (2004). Migration patterns of physicians and nurses: still the same story? Bulletin of World Health Organization, 82: 624-5.

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

Bundred, P.E., Levitt, C. (2000). Medical migration; who are the real losers? Lancet, 356 (9225): 245-6.

Dünya Sağlık Örgütü. (2006). Working Together For Health. The World Health Report 2006. WHO. Geneva.

Eastwood, J.B., Conray, R.E., Naicker, S., West, P.A., Tutt, R.C., Plange-Rhule, J. (2005). Loss of health professionals from sub-Saharan Africa: the pivotal role of the UK. Lancet, 365: 1893-900.

Lancet-Editorial. (2000). Medical migration and inequity of health care. Lancet, 356 (9225): 177.

Kuehn, B.M. (2007). Global shortage of health workers, brain drain stress developing countries. JAMA, 298 (16): 1853-55.

Mai ve Küreselleşme Karşıtı Çalışma Grubu. AB Konvansiyonu ve GATS. Ulaşım tarihi: 16. 06.2008, <http://www.antimai.org>.

Mcelmurry, B.J. (2006). Ethical concerns in nurse migration. Journal of Professional Nursing, 22: 226-35.

Mullan, F. (2005). The metrics of the physician brain drain. The New England Journal of Medicine, 353 (17): 1810-8.

Omaswa, F. (2008). Health Workforce Migration: Addressing Causes and Managing Effects. Global Social Policy, 8; 7. Ulaşım tarihi: 16. 06.2008, <http://gsp.sagepub.com/cgi/reprint/8/1/7?rss=1>.

Robinson, M., Clark, P. (2008). Forging solutions to health worker migration. Lancet, 371: 691-3.

Scott, M.L., Whelan, A., Dewdney, J., Zwi, A.B. (2004). "Brain drain" or ethical recruitment? Solving health workforce shortages with professionals from developing countries. The Medical Journal of Australia, 180 (4): 174-6.

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

Stilwell, B., Diallo, K., Zurn, P., Dal Poz, MR., Adams, O., Buchan, J. (2003). Developing evidence-based ethical policies on the migration of health care workers: conceptual and practical challenges. Human Resources for Health, 1: 8.

United Nations Population Division: International migration report 2002 (2003). www.unpopulation.org. Ulaşım tarihi: 16. 06.2008

Yılmaz, G. (2004). Hukuk ve Adalet Dergisi. Sayı 1.

Yılmaz, G. (2003). Mai ve Küreselleşme Karşıtı Çalışma grubu. GATS-Hizmet Ticareti Genel Anlaşmasının Teknik Boyutları ve Konuya Teorik Açından Bakış. İnönü Üniversitesi/Sunuş. Ulaşım tarihi: 16. 06.2008, <http://www.antimai.org>