

DOSYA/DERLEME**ULUSLARARASI SAĞLIK EMEK GÖÇÜ:
NE, NASIL, NEDEN?***

Sağlık ile herhangi bir toplumsal olgu arasındaki ilişkiyi incelerken, bu ilişkilerin arka planını anlamamızı sağlayacak olan yöntem, mevcut üretim biçimi ile sağlık sektörü arasındaki ilişkidir. Bir üretim biçimindeki iktisadi alt yapı ile üst yapı kurumları tek yönlü değil, karşılıklı bir dinamizm içinde ve çift yönlü ilişki içindedir. Bir üst yapı kurumu olan sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, finansmanı ve diğer özellikleri mevcut üretim biçimine göre belirlendiğinden, onun gereksinimine göre şekillenmektedir. Dolayısıyla, her üretim biçiminin gereksinimini karşılayacak kendisine özgü bir sağlık sisteminden bahsedebiliriz. Bu durum, alt yapı tarafından belirlenen bir üst yapı ilişkisini göstermektedir. İlişkinin diğer bir yönü, bir üst yapı kurumunun alt yapıyı etkilemesi ile ilgilidir (**SoL Meclis Sağlık Komisyonu, 2002**). Sağlık hizmetleri üretimi doğrudan bir meta üretimi olmamasına karşın, metaları üreten emek gücünün sağlıklı olması için gerekli unsurlardan birisidir. Çünkü emekçilerin gelişkin üretim araçlarını kullanabilmesi için eğitilmiş, sağlıklı vb. özelliklere sahip olması beklenir. Bu noktada, sağlık hizmetleri beslenme gibi günlük olarak alınması zorunlu olmasa da gereksinim ortaya çıktığında karşılanmaması kişiyi olduğu kadar, üretim sürecini de derinlemesine etkilemektedir. Bu yüzden kapitalistler, emek gücünün yeniden üretim sürecinde özellikle emek gücünün niteliğinin artırılmasında sağlık hizmetlerini göz önüne almak zorundadır ve kapitalizm de belirli dönemden sonra sağlık hizmetlerinin sistematik olarak

Özlem ÖZKAN**, Onur HAMZAOĞLU***

sunumunu gerekli görmüştür. Ne var ki, kapitalist üretim sürecinde sağlık hizmetlerinin hedefi, bir işçinin sadece ertesi gün işine gelebileceği kadar 'sağlıklı' olmasını sağlamaktır; ancak, bu hizmet bile özünde burjuvazi için bir maliyettir. Bu nedenle kapitalist, sağlık hizmetlerinin maliyetine sömürünün sürdürülmesine katkı sunduğu sürece ve ölçüde katlanır (**Hamzaoğlu, 2006**).

Emek-gücünün yaşamaya devam etmesi ve yeniden üretilmesi, kapitalizmde sermayenin yeniden üretilmesi için zorunlu bir koşuldur. Buna karşın, bütün kapitalistler emekçilerin bireysel tüketimini elden geldiğince tamamen zorunlu olan mal ve hizmetlere indirgemeye çalışırlar. Ve emekçinin bireysel tüketiminden yalnızca bu sınıfın devamı için gerekli olan ve bu nedenle de kendilerinin (kapitalistlerin) tüketmek üzere emek-gücü bulabilmeleri için yerine getirilmesi zorunlu olan kısmını üretken tüketim sayarlar. Bu kapsamda sağlık hizmetleri, üretken tüketim olarak değerlendirilmelidir. Üretken tüketimin dışında kalan ve emekçinin kendi keyfi için yaptığı tüketim ise üretken olmayan tüketim olarak kabul ederler. Eğer ücretlerdeki artış, sermaye tarafından daha fazla emek-gücü tüketilmesi olanağını birlikte getirmeyen bir yükselişe ve dolayısıyla emekçinin kendisi için tüketiminde bir artışa yol açacak ise bu ek sermaye, kapitalistler için üretken olmayan bir şekilde tüketilmiş olacaktır (**Hamzaoğlu, 2006**).

Kapitalist toplumsal yaşantıda sermaye nerede birikiyorsa, sağlık hizmetleri de yukarıdaki gerekçelerle gereksinilen özelliklere göre büyük oranda orada sunulmaktadır. Kapitalist ülkelerde sağlık hizmetleri sunumunda, sağlık emekçilerinin istihdamlarında ve beraberinde sağlık göstergelerindeki kır/kent ve bölgesel farklılıkların temelinde de bu yatmaktadır (**Hamzaoğlu, 2002**). Bunların yanında, sağlık hizmetleri

* Bu makale, Sosyal Araştırmalar Vakfı Türkiye Sınıf Araştırmaları Merkezi tarafından düzenlenen 3. Sınıf Çalışmaları Sempozyumu'nda sözel olarak sunulan ve Kongre Kitabında basılan bildirinin özetlenmiş halidir.

** Yrd. Doç. Dr., Kocaeli Üniversitesi Kocaeli Sağlık Yüksekokulu

*** Prof. Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

egemen olan üretim biçimindeki sömürü ilişkilerine doğrudan tabi olma durumuna, emek etkinliğinde bulunan emekçinin ücretini doğrudan sermayeden alma durumuna, kullanım ve değişim değeri üretmesine göre üretken/üretken olmayan emek etkinliğine sahip olmaktadır. Örneğin, sosyal devlet döneminde kapitalist ülkelerin sağlık hizmetlerinin büyük oranda kamusal olması, emekçilerin doğrudan sömürü ilişkilerine tabi olmaması ve daha çok kullanım değeri üretmesi gereği sağlık hizmeti üretimi üretken emek etkinliği iken, yakın zamandan beri çok sayıda ülkede kamu sağlık hizmetinin tümüyle/büyük oranda özelleştirilmesi sonucunda bu karakter değişmek üzeredir.

Sağlık hizmetleri üretimini sanayi üretiminden farklı kılan önemli özellikler bulunmaktadır. Örneğin, teknolojik gelişmeler sanayi sektöründeki gibi emek gücüne olan bağımlılığı azaltmamış, aksine nitelikli emek gücüne olan gereksinim devam etmiştir. Bu nedenle, sağlık sektöründe yeni ve gelişmiş teknolojiler kullanılsa dahi, bu sektör halen emek yoğun bir sektördür. Sağlık sektöründeki emek gücü, sanayi üretimindeki emek gücü gibi birbirine benzer nitelikte değil, çok yönlü, çok farklı meslek grupları ya da aynı meslek grubundaki çok farklı uzmanlık alanlarına sahiptir. Bir emek etkinliği sırasında emek gücünün sayısının ve çeşitliliğinin fazla olması, belirli oranda emek gücünü birbirine bağımlı kılabilmektedir. Diğer bir ayırt edici özellik ise özellikle tedavi ve bakım hizmetlerindeki emek etkinliğinde sağlık emekçilerinin hastalarla/kişilerle sürekli yüz yüze olmak durumunda olmasıdır (Navarro, 1978; Bach, 2006).

Kapitalizmin 1930'ların büyük depresyonunu aşmak için yeniden yapılanma sürecine girmesi, beraberinde sermayenin birikmesi, merkezileşmesi ve yoğunlaşması, ayrıca reel sosyalizmin varlığı ve kazanımları ve işçi sınıfı mücadelesinin yükselmesi kapitalizmde yükselen sınıf mücadelesini "kontrol altına" alabilmesi için sosyal devlet uygulamalarına -şartlarda eşitlik uygulaması- yol açmıştır. Bu nedenle İkinci Paylaşım Savaşından sonra, yoğun sanayileşmenin gereksinim duyduğu nitelikli emek gücünün burjuvazinin de "katkılarıyla" üretilmesi gerekiyordu ve gereken de yapılmıştır. Bu dönemden itibaren, sağlık hizmetleri doğrudan işçi sınıfının bir talebi olarak gündeme gelmemesine karşın, kamusal olarak sunulmaya başlamıştır. Zaman içinde geniş toplum kesimleri sağlık hizmetlerini öğrenmiş ve günümüzde de olduğu gibi, hizmeti talep eder hale gelmiştir. Bunlara paralel olarak, kapitalist üretim sürecinin gerektirdiği emeğin niteliği bilim ve teknolojideki ilerlemeler sağlık sektörünün gelişmesini ve yaygınlaşmasını sağlamıştır (Navarro, 1978). Kapitalizm ile birlikte dolaylı olarak meta üretimine dahil olan sağlık hizmetleri, küreselleşen kapitalizm ile birlikte metalaşmış ve doğrudan sermaye denetimine tabi olmuştur. Ülkelerin kapitalist üretim sürecine eklenme biçimine göre 1970'li yılların sonlarından itibaren, piyasasının ön gördüğü finans, örgütlenme ve hizmet modelleri oluşturulmaya başlanmıştır. Bugün, tüm kapitalist ülkelerde egemen eğilim budur.

Bu gelişmelerle, uzmanlaşmış sağlık hizmetleri merkez ülkelerden çevreye ihraç edilir olmuştur. Çokuluslu, çok ortaklı şirketler öncelikle hastaneler olmak üzere, tıp merkezleri, evde bakım merkezleri, zincir eczaneler ve özel sağlık sigorta şirketleri kurmaya başlamıştır (Saravia, Miranda, 2004). Sağlık emek gücü daha çok kent merkezlerinde ve hastanelerde çalışmakta, özel hastanelerin büyük bir bölümü sermayenin yoğun olarak biriktiği büyük kentlerde kurulmaya devam etmektedir. Öte yandan sağlık alanındaki ileri ve yoğun teknolojinin kullanımı ve bilimsel gelişmeler sağlık alanındaki ticarileşmeyle birlikte, bu piyasada rekabet edebilecek nitelikli sağlık emek gücüne olan talebi artırmıştır (Ahmad, 2005).

Sağlık alanındaki bu köklü değişiklikler, bir yandan uluslararası sağlık piyasasında rekabet edebilmeyi sağlayacak nitelikli sağlık emek gücüne olan gereksinimi ortaya çıkarırken, sağlık sektöründe yeni ve ileri teknolojilerin kullanımı, diğer yandan sektöre yatırım yapmış sermayenin kar oranını artırma hedefi sağlık hizmetlerini pahalılaştırmıştır. Sağlık sektörü dışındaki sermaye için de hizmetler sürekli artan bir maliyet unsuru haline gelmiştir. Diğer yandan kapitalizmin halen devam eden krizi, sermaye sınıfının ve aygıtlarının bir dizi stratejiyi uygulamasına yol açmıştır (Bundred, Levitt 2000; Connell, 2007). Çevre ülkelerden yüksek ve orta gelirli kapitalist ülkelere doğru hareket bulan sağlık emek göçü, bu stratejilerden sadece birisidir. Ek olarak sağlık alanında uluslararası sermaye birikimindeki değişiklikler, sermayenin merkezileşmesi ve yoğunlaşması emek gücünün de uluslararası düzeyde hareket etmesini -göçünü- gerektirmiştir. Ayrıca, merkez kapitalist ülkeler nitelikli sağlık emek gücünün yetiştirilmesini ayrı bir maliyet unsuru olarak kabul ettiğinden, çevre kapitalist ülkelerin sağlık emek gücü, onlar tarafından kullanılacak bir pazara dönüşmüştür (Bach, 2003; Bundred, Levitt, 2000; Connell, 2007). Böylece, merkez kapitalist ülkeler başta olmak üzere yüksek gelirli pek çok kapitalist ülke, göçmen sağlık emekçileriyle gereksinimini karşılayarak rahatlamakta, emek üretkenliğini artırıcı esnek üretim stratejileriyle birlikte emekten tasarruf sağlamakta ve emek gücünün eğitim maliyetlerini düşürerek, uluslararası rekabetini artırmaktadır (Ahmad, 2005).

Sağlık Emek Göçünün Nedenlerine Eleştirel Bir Bakış

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Uluslararası Göç Örgütü (International Organization for Migration), Uluslararası Emek Örgütü (ILO), Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ), OECD vb. uluslararası kurumların bilimsel üretimleri ile çok sayıda süreli yayınların bilimsel üretimleri, sağlık emek göçünü yönetilemeyen kriz ya da uluslararası mobilite olarak adlandırarak, göçün anlamını büyük oranda sınırlandırmakta ve konuyu kapitalist üretim ilişkileri dışında tutmaktadır (Buchan, Perfilieva, 2006). Benzer bir yaklaşımla, göçün gerekliliği ve nedenleri; demografi (nüfusun yaşlanması gibi), gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerine olan talebinin artması, bu toplumların sağlık

gereksinimlerinin değişmesi, yaşam beklentisinin artması, evde bakım gereksiniminin artması, sağlık emek gücünün feminizasyonu, bireysel düzeyde göçe çeken ve göçe iten faktörlerle açıklanmaktadır (Sheldon, 2006; Bach, 2003). Göçe iten faktörler; göç veren ülkedeki sağlık emekçilerinin düşük ücreti, mesleki gelişim olanaklarının sınırlı ya da hiç olmaması, kötü çalışma koşulları, yoksulluk, işsizlik, savaşı/çatışma, HIV(+)/AIDS, tüberküloz gibi diğer salgın hastalıkların yüksek olması olarak gruplandırılmaktadır. Göçe çeken faktörler ise göç alan ülkelerdeki sağlık emek gücü azlığı ya da açığı yanında, o ülkelerde göçe iten faktörlerin aksi durumunun varlığı olarak sınıflandırılmaktadır.

Yukarıda ifade edilen bu gerekçeler büyük bir resmin sadece parçasıdır; "göçte etkili bir faktördür" ancak göçün temel nedeni değildir. Dolayısıyla, göçün temel nedeni ne düşük ücret, ne kötü çalışma koşulları, ne yetersiz olanaklar, ne sınırlı mesleki olanaklardır. Buna karşın sermaye sınıfının önemli aktörleri olan bu kuruluşlar, işsizlik, yoksulluk vb. durumlarda olduğu gibi, sağlık emek gücünün nedenlerini de bireysel faktörler, demografi vb. ile açıklamaya çalışarak, göçün mevcut üretim biçiminin bir sonucu olduğunu adeta gizlemektedir (PSI, 2004, Bach, 2006; Dussault, Franceschini, 2006). PSI- Public Services International- (2004) bir raporunda popülerleşmiş bu yaklaşımları şu şekilde eleştirmektedir: "Göçmenlerin kendi özgür iradeleriyle göç ettiği sanılır. Ancak pek çok göçmen sadece iş ya da para aramak için göç etmez. Onların bu tercihi kök salmış büyük bir toplumsal sorunun küçük parçasıdır... 'Özgürce' göç etmenin arkasında yatan şey, yapısal uyum programlarının sadece bir etkisidir. Bu nedenle eğer bir suçlu aranacaksa, suçun önemli bir bölümü piyasacı ekonomik politikalara aittir". Sosyal epidemiyologlar, olgular arasındaki ilişkileri bu şekilde ele alanları "kara kutu" metaforu ile tanımlamaktadır. Kara kutu, içindeki işlemleri dışarıdan gizleyen birim için kullanılan bir benzetme olup, herhangi bir sağlık sorunun nedenselliğinde sorunun kaynağını toplumsal yapı ile değil, bireysel risk faktörleri ile açıklayan, dolayısıyla çözümü de bireysel önlemlerde bulan bir yaklaşımı ifade etmektedir (Susser, Susser, 1996).

Pond ve Mcpake (2006), ABD, Birleşik Krallık, Almanya ve Fransa'nın sağlık emek gücü istatistiklerini analiz ederek, bu ülkelerin belirttikleri gibi, sağlık emekçisi eksikliği ya da açığı olmadığını saptamıştır. Bunların dışında bu ülkelerdeki lisans düzeyi okullarda sağlık emekçisi aday öğrenci kontenjanları da sürekli arttırılmaktadır. Örneğin, 1990'lı yılların ortalarından itibaren ABD, Birleşik Krallık, Almanya ve Fransa hemşirelik okullarına ve tıp fakültelerine alınacak öğrenci sayısını yaklaşık 2-6 kat arttırmıştır. İngiltere 1997-2005 yılları arasında, Almanya 1994-2001 yılları arasında tıp fakültelerine alınacak öğrenci sayısını %25, Fransa ise 2000'li yıllarda hemşire okullarına alınan öğrenci sayısını üç kat arttırmıştır.

Gerek istatistikler, gerekse göç alan ülkelerin kendi sağlık emek gücünün sayısını arttırıcı politikalar, özellikle gelişmiş kapitalist ülkelerde ülkelerin sağlık emekçisi açığı

ya da eksikliği olduğunu ve göçmen sağlık emekçisi ihtiyaçları olduğu iddialarını da çürütmektedir. O nedenle sağlık emek gücünün göçü, merkez kapitalist ülkelerdeki sağlık emekçisi açığı ya da azlığı ile ifade edilirken, kullanılan istatistiklerin nasıl hesaplandığını bilmek, gerçeği anlamının önemli bir aracıdır (Buchan, Sochalski, 2004; Buchan, Perfilieva, 2006; Pond, Mcpake, 2006).

Sağlık Emek Gücünü Teşvik Edici Politikalar

DTÖ, göçün herkesin hakkı ve bir özgürlük alanı olduğunu, yeni olanaklar sunduğunu, bilginin transferini sağladığını ve göçmenlerin mesleklerini geliştirdiğini belirterek, sağlık emek gücünü teşvik etmektedir (Bach, 2006). DSÖ, hemşire göçünün ilk görüldüğü zamanlarda bunun bireysel motivasyon için bir olanak olduğunu ifade etmiştir (Buchan, Sochalski, 2004). Bunlara paralel olarak, ABD, Kanada, İngiltere, Yeni Zelanda ve AB bölgesi ülkeleri (Avusturya, Almanya, Norveç, İsveç, İsviçre) başta olmak üzere çok sayıda ülke, 1980'li yılların ortalarından itibaren sağlık emekçilerinin göçünü teşvik edici politikalar uygulamaya başlamıştır. Bu politikalar ABD'de 2002 yılından itibaren, İngiltere'de 1998 yılından itibaren hız kazanmıştır. Hatta İngiltere 2001 yılında pratisyen hekim göçünü cazip kılmak için reklam kampanyaları dahi başlatmıştır. Fransa ise 2000 yılından itibaren, göçmen sağlık emekçisi alma konusundaki karşı tutumunu değiştirmiştir. Ayrıca bu ülkeler, başta hekim ve hemşire olmak üzere sağlık emekçisi eksikliği ya da açığı olduğunu belirterek, göçü önemli oranda teşvik etmişlerdir. Örneğin, dünyada mevcut 59.48 milyon sağlık emekçisi olduğu, ancak 4.3 milyon daha sağlık emekçisine ihtiyaç olduğu belirtilmektedir (Sheldon, 2006), ABD'de 2015 yılına kadar 500bin hemşireye, 2020 yılına kadar bir milyondan daha fazla sayıda hemşireye, İngiltere'de ise 640bin hemşireye, 200bin hekime ihtiyaç olduğu beyan edilerek, göçmen sağlık emekçilerinin gerekliliğine işaret edilmektedir (Buchan, Perfilieva, 2006; Ahmad, 2005).

Göçü teşvik etmede kullanılan bir diğer faktör, göç alan ülkelerin göçmen sağlık emekçilerine taahhüt ettiği 'yüksek ücret'lerdir. Bu taahhüt, çoğu sağlık emekçisi için göç ettikleri ülkenin çalışma ve yaşam koşullarını göz ardı ettiğinde, cezp edici görünebilmektedir. Tablo 1'de de görüldüğü gibi, sağlık emekçilerinin ücretleri ülkelere göre 3-25 kat arasında farklılık gösterip, en büyük farklılık, Güney Afrika ve Zambiya ile diğer ülkeler arasındadır. Kanada ve Avustralya'da hemşirenin ücreti, göç veren ülkelerden Zambiya'da beş, Gana'da ondört kat, hekim ücreti sırasıyla yirmibeş ve yirmiki kat daha fazladır (Vujicic, 2004). Polonya'da ve Filipinler'de bir hekim aylık yaklaşık 365 dolar alırken, aynı statüdeki bir hekim ABD'de bu parayı yaklaşık 3-4 günde kazanabilmektedir (Bach, 2006; Buchan, Sochalski, 2004).

Göçmen sağlık emekçilerinin vizelerinde sağlanan kolaylıklar, ABD'nin Hindistan vb. ülkelerde göçmenliğe aday sağlık emekçileri için yeni sınav merkezleri açması, göç veren ülkelerdeki lisans eğitimlerinin merkez kapitalist ülkelere göre sürekli yeniden yapılandırılması, eğitim

programlarında göç alan ülkelerin "mükemmel/iyi" olarak yansıtılması ve son beş yılda hız kazanan öğrenci/öğretim elemanı değişim programları teşvik edici politikaların diğerleridir (Buchan, Sochalski, 2004; Buchan, Perfilieva, 2006). Bunların dışında, AB üyesi olan ülkelerin sağlık emekçileri, herhangi bir sınırlılık ile karşılaşmadan başka bir AB üyesi ülkesine göç edebilmektedir (Bach, 2006; Pond, Mcpake, 2006). İngiltere AB üyesi ülkelerin sağlık emekçilerine çok kolay izin vererek ve ABD'ye göre daha az sınava tabi tutarak göçü teşvik etmektedir. Göçmen olarak kabul edilecek sağlık emekçileri AB bölgesi dışından ise İngiltere'de vize süresi iki yıllık, ABD'de deniz aşırı ülkeler dışındaki sağlık emekçilerine üç yıllık bir süre için vize verilmektedir (Davis, Nichols, 2002).

Sağlık Emek Göçünün Etkileri

Sağlık emekçilerinin göç hareketleri diğer göç hareketlerinden farklı toplumsal sonuçları/etkileri içermektedir. Afrika (özellikle, Güney Afrika ve Nijerya) ve eski sosyalist ülkeler bu durumdan en olumsuz etkilenen ülkelerdir (Bach, 2006). Özellikle Afrika ülkelerinde sağlık emekçisi eksikliği ve açığının giderek artması nedeniyle, sağlık kurumlarındaki kadroların boşaldığı ve 57 ülkede durumun ciddi boyutlara ulaştığı saptanmıştır (Arah, 2007). DSÖ (2001) Afrika ülkelerindeki kamu sağlık kurumlarında hemşire açığının %18.4-25.5, hekim açığının ise %7.6-42.6 arasında değiştiğini belirtmektedir (Bach, 2003). Sağlık emek gücü eksikliği, Afrika'da %36, Güney Doğu Asya'da %6 olup, Gana'da hekim kadrolarının yarısı, hemşire kadrolarının ise dörtte biri boştur. Zambiya ve Zimbabve'de kamu sağlık istihdamından her yıl göçe bağlı olarak %15-40 oranında sağlık emekçisi azalmakta olup, Malawi ve Lesotho'da hekim ve hemşire yetersizliği nedeniyle sağlık kurumları kapanmaya başlamıştır (Bach, 2006). Aynı şekilde Sri Lanka'da kamu sektöründe sağlık hizmetinin sürdürülebilmesi için otuz yedi bin hemşireye ihtiyaç olduğu belirtilmektedir (PSI, 2004). Bu ülkelerde sağlık emekçilerinin uluslararası yoğun göçü ile HIV(+)/AIDS, tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadelede önemli düşüşler görülmeye başlamıştır (Bach, 2006; Bourassa, 2004; Forcier, 2004). Oysa bugün başta Afrika ülkeleri başta olmak üzere pek çok düşük gelirli ülke, sağlık göstergeleri açısından sağlık hizmetine en fazla gereksinimi olan ülkelerdir. Bunların dışında, göç veren ülkeler için göçün aynı zamanda büyük bir para kaybına yol açtığı da belirtilmektedir. Örneğin Muula ve ark. (2006) çalışmasında Malawi'de ebe ve hemşirenin ilkokuldan üniversiteyi tamamlayıncaya kadar olan maliyetinin 32 milyon dolar olduğunu, göç ettikleri takdirde, bu ülkeyi 71 milyon dolar kayba uğrattığını belirtmektedir (Muula, 2006).

Göçün göçmen sağlık emekçileri üzerine etkileri diğer göçmenlerle çok büyük benzerlikler göstermesine karşın, bazı ayırt edici özelliklere de sahiptir. Marks'ın da belirttiği gibi "...göçmen işçiler sermayenin kendi gereksinimlerine göre bazen şu, bazen de bu noktaya sürdüğü hafif piyadeleridir...". Göç eden sağlık emekçileri de bunu yoğun olarak yaşamaktadır (Navarro, 1978). Göçmen sağlık emekçileri daha çok meslek dışı işlerde

kullanılmaktadır. İngiltere'ye göç eden bir hemşirenin mesleki yeterlilik alabilmesi için uzun bir süre temizlik ve bakıcılık işleri yapması gerekmektedir (Bach, 2003). Örneğin yapılan bir çalışmada, on dört Çinli hemşirenin bir İngiliz göçmen ajansı aracılığıyla yılda 9000 İngiliz Poundu karşılığında çalışmak üzere İngiltere'ye göç ettiği, aradan sekiz ay geçmeden on hemşirenin temizlikçi ve bulaşıkçı olarak istihdam edildiği belirlenmiştir (Anderson, Rogaly, 2005). Benzer bir durumun diğer ülkelerdeki göçmen sağlık emekçileri için de söz konusu olduğu tahmin edilmektedir. Çünkü ABD'de göçmen hemşirelere lisans hakkı verilmesi ya da lisans mezunu hemşirenin kayıtlı hemşire sayılabilmesi için öncelikle TOEFL sınavını, daha sonra diploma denkliğini kabul ettirdikten sonra NCLEX-RN (National Council Licensure-Examination) sınavını başarı ile geçmesi gerekmektedir. 2002 yılında bu sınava yaklaşık yirmi bin göçmen hemşire başvurmasına rağmen, sadece üç bin hemşire sınavda başarılı olmuştur (Aiken, 2004; Davis, Nichols, 2002). Sınavda başarısız olan hemşirelerin yetkisiz olmaları meslek dışı işlerde çalıştırılmalarını kolaylaştırmaktadır (Anderson, Rogaly, 2005). Fransa'da kamu hastanelerinde ise kısa süreli izinlerle çalışmak için gelen hekimler, genel pratisyen belgesi olmaksızın çalışmalarına izin verilmektedir. Çünkü çok azı yetki izni alabilmektedir (Pond, Mcpake, 2006).

Göçmen sağlık emekçileri, göç alan ülkelerdeki sağlık emekçilerinin çalışmak istemediği tehlikeli/sağlıksız ve güvencesiz bölgelerde ve hizmet birimlerinde çalıştırılmaktadır. Örneğin, ABD'de daha çok kırsal ve yoksulların yaşadığı bölgelerde, Kanada'da şiddetin yoğun olduğu ve insan haklarının ihlal edildiği bölgelerde, Birleşik Krallık'ta ise özellikle Güney Afrikalı pratisyen hekimler daha çok yoksul ve yoksun bölgelerde, ABD, Kanada vb. ülkelerde göçmen hemşireler tehlikeli ve güvensiz olan evde bakım hizmetlerinde güvencesiz olarak çalıştırılmaktadır (Mcelmurry, 2006).

Göçmen sağlık emekçilerinin emek gücü niteliksizleştirilmektedir. Bunun bir yolu da, maliyeti pahalı emek gücü yerine daha ucuz olanının tercih edilmesidir. Örneğin, göçmen hemşire göç ettiği ülkedeki hastabakıcının işini, göçmen hekim göç ettiği ülkedeki hemşirenin işini yapabilmektedir. Geçici sözleşmelerle, kayıt dışı ya da yeterlilikleri onaylanmadığı halde yine de çalıştırdıklarından, o ülkenin sosyal haklarından yararlanmalarının yanı sıra, sağlık hizmeti alabilmek için de cepten ödeme yapmaları gerekmektedir (Bundred, Levitt, 2000; Bach, 2006; Navarro, 1978). Kapitalist ülkelerin sağlık kurumlarında da çalışma ortamları emek lehine düzenlenmediği için göçmen sağlık emekçileri biyolojik, kimyasal, ergonomik, fiziksel vb. tehlike ve risklerle, iş kazaları ve meslek hastalılarının sık görüldüğü ortamlarda daha fazla çalışabilmektedir. Sendika üyesi olmaları imkansızlaşırken, hekimler başta olmak üzere meslek birlikleri onları üye olarak kabul etmemektedir. Özellikle göçmen hekimlerin önemli bir bölümü araştırma kurumlarında mezuniyet sonrası olanaklardan yararlanamamaktadır (Bundred, Levitt, 2000; Forcier, 2004). Her ne kadar aldıkları ücretler kendi ülkelerinden

yüksek olmasına rağmen, temel gereksinimlerini dahi karşılayabilmek için haftada birkaç gün, birkaç saat, farklı işlerde kısa süreli çalışmak durumunda kalmaktadırlar. İngiltere'de yapılan bir çalışmada Çinli bir erkek çalışma izni aldıktan sonra özel bir sağlık kurumunda yılda 14 bin Pound'a çalışmak üzere anlaşma yaptığı halde, 10 bin Pound'dan bile az bir ücret ödenmektedir (Anderson, Rogaly, 2005).

Uluslararası sağlık emek göçünün etkisi, göçmenliğin genel etkilerinde de olduğu gibi sadece iktisadi değil, aynı zamanda politiktir (Navarro, 1978). Yaklaşık otuz yıl önce merkez kapitalist ülkeler ile çevre ülkeler arasında sağlık sektörü üzerinden kurulan ve halen devam eden bu "bağımlılık ilişkisi" özellikle uluslararası sağlık emek göçü ile merkez kapitalist ülkelerde yeniden üretilmektedir. Marjinal ve "yedek işgücü" olarak çalışan göçmen sağlık emekçilerinin sayısının yüksek olması, emeğin ücretinin baskılanmasında, sınıflar arası ve sınıf içi farklılıkların derinleşmesinde ve sağlık emekçilerinin sınıf mücadelesini geriletecek olumsuz etkiye sahip olacaktır.

KAYNAKLAR

Ahmad OB. (2005) Managing medical migration from poor countries. *BMJ*, 331;43-45.

Aiken LH, Buchan J, Sochalski J, Nichols B, Powell M. (2004) Trends in international nurse migration. *Health Affairs*, 23(3):69-77.

Anderson, B, Rogaly B. (2005) Forced labour and migration to the UK. COMPAS/TUC, London. Erişim adresi: www.tuc.org.uk/international/tuc

Arah O. (2007) The metrics and correlates of physician migration from Africa. *BMC Public Health*, 7:83:1-7

Bach S. (2006) International mobility of health professionals. Brain drain or brain exchange? United Nations University, Research Paper No. 2006/82. ISBN 92-9190-860-6

Bach S. (2003) International migration of health workers: Labour and social issues. ILO working paper. Erişim adresi: www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/wp209.pdf -

Buchan J, Perfilieva G. (2006) Health worker migration in The European Region: Country case studies and policy implications. WHO. Erişim adresi: www.euro.who.int/document/e88366.pdf -

Buchan J, Sochalski J. (2004) The migration of nurses: Trends and policies. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(8):587-593.

Bundred PE, Levitt C. (2000) Medical migration: Who are the real losers? *Lancet*, 356: 245-46.

Connell J, Zurn P, Stilwell B, Awases M, Braichet JM. (2007) Sub-Saharan Africa: Beyond the health worker

migration crisis? *Social Science & Medicine*, 64:1876-1891.

Davis CR, Nichols BL. (2002) Foreign- educated nurses and the changing US nursing workforce. *Nurse Adm.Q.*, 6(2):43-51.

Dussault G, Franceschini MC. (2006) Not enough there, too many here: Understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human Resources for Health*, 4:12:1-16.

Forcier MB, Simoens S, Giuffrida A. (2004) Impact, regulation and health policy implications of physician migration in OECD countries. *Human Resources for Health*, 2(12):4478-4491.

Hamzaoğlu O. (2006) Sağlık tek başına sınıf mücadelesinin bir aracı olabilir mi? Tarihsel süreci yeniden inceleme: Bismarck öncesinde sosyal güvenlik. *Toplum ve Hekim*, 21(5-6):330-334.

Hamzaoğlu O. (2002) Etik yaşama dair bir bakış (İçinde: Sağlık politikaları ve etik) Ankara Tabip Odası Yayınları. s. 49-62.

Mcelmurry BJ, Solheim K, Kishi Y, Coffia MA, Woith W, Janepanish P. (2006) Ethical concerns in nurse migration. *Journal of Professional Nursing*, 22(4):226-235.

Muula AS, Panulo B, Maseko FC. (2006) The financial losses from the migration of nurses from Malawi. *BMC Nursing*, 5:9:1-6.

Navarro V. (1978) The crisis of the western system of medicine in contemporary capitalism. *International Journal of Health Services*, 8 (2):179-211. Çev.: Özkan Ö, Balta E. (2001) Modern batı kapitalizmde sağlık sisteminin krizi. *Toplum Sağlık ve Eczacı Dergisi*. 1(1):61-85.

Pond B, Mcape B. (2006). The health migration crisis: The role of four Organisation for Economic Cooperation and Development countries. *The Lancet*, 367(29):1448-1455.

PSI. (2004). Women and international migration in the health sector 2003. Erişim adresi: www.world-psi.org

Sheldon GF. (2006) Globalization and the health workforce shortage. *Surgery*, 40: 354-58

Saravia NG, Miranda JF. (2004) Plumbing brain drain. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(8):608-15.

Sheldon GF. (2006) Globalization and the health workforce shortage. *Surgery*, 40:354-58.

SoL Meclis Sağlık Komisyonu. (2002) Sosyalist Türkiye'de Sağlık. Nazım Kültürevi Kitaplığı. ISBN 975-8271-48-2.

Susser M, Susser E. (1996) Choosing a future for epidemiology: 1. Era nad paradigms *AJPH*, 86(5):668-673.

Vujcic M, Zurn P, Diallo K, Adams O, Dal Poz M. (2004) The role of wages in the migration of health care professionals from developing countries. *Human Resources for Health*, 28:2(1):1-14.