

DOSYA/DERLEME**ULUSLARARASI HEMŞİRE GÖÇÜ:
KİM(LER) İÇİN VE NEDEN BİR SORUNDUR?**

Özlem ÖZKAN*

Daha çok hekim ve hemşirelerin içinde yer aldığı sağlık emek-gücünün uluslararası göçü, sağlık sistemi yanında toplumunun sağlık hizmeti almasını da olumsuz etkilediğinden özellikle 1990'lı yıllardan itibaren giderek önem kazanmaya başlamıştır. Ülkemizin konumu gereği, sağlık emek- gücünün uluslararası göçü henüz yeni yeni gündeme alınan bir konudur. Bu makalenin ilk bölümünde "neden hemşire ya da diğer sağlık çalışanlarının göçü giderek artmaya ya da önem kazanmaya başladı?" sorusunun yanıtı aranmaya çalışılacaktır. Bu sorunun yanıtı, kapitalizmin küreselleşmesi ve sağlık sistemi arasındaki ilişki bütünlüğü ile irdelenecektir. Daha sonraki bölümde sağlık sektöründe ve hemşirelikte göçe yönelik egemen yaklaşımlar, hemşire göçü alan ve hemşire göçü veren ülkelerdeki mevcut durum, son olarak hemşire göçünün hemşirelik emek sürecine, topluma ve sağlık sistemine etkilerinin ele alınması amaçlanmıştır. Çok sayıda göç tipi bulunmaktadır. Hemşirelerin göçü; ülke içinde kırdan kente ve kamu sektöründen özel sektöre, uluslararası düzeyde ise gelişmekte ya da geri kalmış kapitalist ülkelerden gelişmiş kapitalist ülkelere doğru olmaktadır (Buchan, Camlan, 2004; Kingma, 2001). Bu makalede sadece hemşirelerin uluslararası -sınır ötesi- göçü üzerinde durulacaktır.

Son otuz yıldır uluslararası ve ulusal düzeyde, sağlık sektöründe hangi konuda değişim istenirse istensin bu değişimin gerekçeleri; bilgi toplumu içinde yaşamamız ve bilginin hızla değişmesi, nüfusun yaşlanması gibi demografik bir dönüşüm içinde bulunmamız, teknolojinin sürekli gelişmesi ve yeni teknolojilerin hızla üretilmesi, toplumların sağlık gereksinimlerinin değişmesi, sağlık hizmetlerine olan

talebin artması, yaşam beklentisinin yükselmesi ve kişilerin evde bakım gereksiniminin artması olarak belirtilmektedir (Eyck, 2005; Lindeman, 2000; Özkan, Hamzaoğlu, 2008). Benzer bir biçimde uluslararası sağlık emek-gücü göçünün gereklilikleri ya da nedenleri de bu şekilde tarif edilmektedir. Ek olarak göçe iten ve göçe çeken faktörler de yer almaktadır. Tüm bu faktörler, özellikle OECD, Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN) tarafından da sıklıkla kabul gören gerekçelerdir. Gelişmiş kapitalist ülkelerde ağırlıklı olarak özellikle hemşire ve hekim sayısının az ya da yetersiz olduğunu ve bunun için göçmen sağlık çalışanına ihtiyacı olduklarını bildirmesi bu gerekçelerden birisidir (Aiken, 2004; Clark, 2006). Örneğin ABD, 2005 yılında 150 bin olan hemşire açığının 2020 yılında yaklaşık bir milyona ulaşacağını, Birleşik Krallık, 2001 yılında 57 bin olan hemşire açığının 2020'li yıllarda 640 bin olacağını, Kanada ise 2011 yılında 78 bin olan hemşire açığının 2016 yılında 113 bine yükseleceğini belirtmektedir (Clark, 2006; Özkan, Hamzaoğlu, 2008). Göç veren ülkelerdeki düşük ücret, HIV(+)/AIDS, tüberküloz vb. bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığının yüksek olması ve buna yakalanma riski, mesleki riskler, güvenli çalışma ortamının olmaması, çalışma sürelerinin uzun olması, ağır iş yükü gibi çalışma koşulları, sağlık sisteminin istikrarlı olmaması, çalışanın kendisi ve ailesi için daha iyi bir yaşam isteği, mesleki gelişim olanaklarının sınırlı ya da hiç olmaması, savaş/çatışma olması, ülkenin ekonomik durumunun kötü olması, yoksulluk, ülkenin politik istikrarsızlığı vb. uluslararası sağlık emek-gücü göçünün diğer nedenleri olarak gösterilmektedir (Aiken, 2004; Bach, 2006; Buchan, 2001; Kingma, 2004; Kingma, 2001). Örneğin, Afrika'daki savaşlar nedeniyle hemşirelerin göç hızı iki kat artmıştır (Clemens, Pettersson, 2007). Sahra Altı Afrika ülkelerinde (1999 yılı) sağlık çalışanlarının %18-41'i

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

HIV(+) olup, aynı yıl Zambiya'da 185 hemşire HIV(+)/AIDS nedeniyle ölmüştür. Zimbabve'de yapılan bir çalışmada hemşirelerin ülkelerinden göç etme isteğinin en önemli nedenleri; ekonomik, politik, mesleki ve sosyal nedenler (%55.6, %31.2, %27.6, %24.8) olarak saptanmıştır (Alkire, Chen, 2004; Clark, 2006; Chikanda, 2005). Aynı ülkede özel sektörde çalışan hemşireler kamu sektörüne göre %40 daha az ücret almaktadır. Kanada ve Avustralya'da hemşirenin ücreti, göç veren ülkelere Zambiya'dan beş, Gana'dan ise on dört kat daha fazladır. Gana'da ve Latin Amerika'da da düşük ücret göç etmenin en önemli nedeni olarak saptanmıştır (Özkan, Hamzaoğlu, 2008; Buchan, 2005; Malvárez, Castrillón-Agudelo, 2005).

Kapitalizmin Küreselleşmesi, Sağlık Sistemi ve Uluslararası Sağlık Emek-Gücü Göçü

Yukarıda göçün nedenleri olarak belirtilen faktörler hemşire ya da uluslararası sağlık emek-gücü göçünün temel nedenini açıklamaya yeterli midir? Bu faktörler, göçte etkili -göçü kolaylaştırıcı- faktörler midir, yoksa göçün ortaya çıkmasına sağlayan temel neden midir? Aslında daha dar bir bakış açısıyla dahi bu faktörlerin uluslararası göçün "gerçek nedenleri" olmadığını belirten yaklaşımlar bulunmaktadır. Bunlardan birisi Pond ve Mcpake'nin (2006) çalışmasıdır. Birleşik Krallık'taki yetkililer, 100 bin kişiye 497 hemşire düştüğünü ve bu oranının tüm OECD ülkelerinden düşük olduğunu ve bu yüzden hemşire ihtiyacı olduğunu belirtmektedir. Fakat bu yazarlar çalışmalarında bu ülke dahil ABD, Almanya ve Fransa'da hemşire ve sağlık çalışanı eksikliği ya da açığının belirtildiği düzeyde bulunmadığını saptamıştır. Gerçekte Birleşik Krallık'taki toplam hemşire sayısının değil, sadece İngiltere ve Wales bölgelerindeki Ulusal Sağlık Sistemi (NHS)'nde çalışan hemşire sayılarının (toplam 270 bin hemşire) verilerek hemşire açığı olarak gösterildiği, oysa bu ülkede toplam hemşire sayısının 390 bin olduğu bildirilmektedir. Böyle olunca, Birleşik Krallık'ta iddia edildiği gibi 100 bin kişiye 497 hemşire değil, 650 hemşire düştüğü ve bu sayının da Avrupa Birliği (AB) bölgesi ortalamasına yakın olduğu, dolayısıyla yetkililerin belirttiği düzeyde bir eksiklik olmadığı ifade edilmektedir. Öte yandan, bu ülkedeki son sınıf hemşirelik öğrencilerinin eğitimi hemşire gözetiminde istihdam içerisinde yer aldığı halde, onların istatistiklere yansımaması da bir başka eksiklik olarak belirtilmektedir (Pond, Mcpake, 2006). Bunun yanında, göç alan merkez ya da gelişmiş kapitalist ülkelerdeki işsiz hemşire sayısının giderek artmasına karşın, bu ülkelerin hemşire açığı olduğunu belirterek, başka ülkelere temin etme talepleri ise bir paradokstur. Eyc (2005) bu paradoksu "gerçekte sağlık çalışanı azlığı -yetersizliği- mi yoksa ucuz emek talebi mi?" olarak ifade etmektedir. Dünyada hemşirelerin kayıtlı işsizlik hızı 2003 yılında %0-2 arasında değişmekte, ABD'de ise (2002 yılı) işsiz hemşire sayısının 500 bin olduğu bildirilmektedir (ICN, 2003).

Bunların dışında, artık veriler göç alan ya da tercih edilen ülkelerdeki çekici faktörlerin de kalmadığını göstermektedir. Örneğin, 2000 yılında Birleşik Krallığa yedi bin hemşire göçmen olarak gelirken, yaklaşık altı bin hemşire ülkeden ayrılmıştır (Kingma, 2001). Özellikle ABD başta olmak üzere göç alan diğer ülkelerde hemşirelik eğitiminin paralı olması ve miktarın giderek yükselmesi nedeniyle öğrencilerin ya okula başvurmaması ya da eğitimini yarıda bırakması, çalışma koşullarının ağır olması nedeniyle meslektan ayrılma oranının yüksek, mesleği tercih oranının ise düşük olması da konunun bir başka yönüdür (Aiken, 2004; Buchan, 2001; Kingma, 2001; Kingma, 2007).

Kuşkusuz yukarıda uluslararası göçün nedenleri olarak belirtilen faktörler önemlidir. Ancak bu faktörler göçün "gerçek nedenini" anlamamız için yeterli değildir. O zaman bütünlüklü, belirli bir kapsamda ve genellilik düzeyinde daha geniş bir bakış açısına; yönetime ihtiyaç vardır. Çünkü herhangi bir şeyi anlayabilmemiz için; bu şeyin nasıl ortaya çıktığı, geliştiği ve parçası olduğu sistem ve bağlam içerisinde nerelere konumlandığı konusunda bir şeyleri bilmemizi gerektirir (Olman, 2006). Fakat uluslararası sağlık emek-gücü göçünün nedenlerine yönelik belirtilen egemen yaklaşımlar yetersiz olduğu gibi, göç olgusunun salt yüzeyindeki görüntülerdir. Görüntüye göre değerlendirme yapmak ise toplumsal yapının kendisini ve parçaları arasındaki ilişkileri görünmez kılmaktadır. Eğer gerçekliğin yapı taşları şeyler değil ilişkilere, o halde göç olgusunda doğrudan onun tarihine ve içinde bulunduğu sisteme yönelmemiz gerçek nedenleri anlamamızda çok önemli bir yoldur (Olman, 2006). Böyle olunca kapitalizmin küreselleşmesi, sağlık hizmetlerinin piyasalaşması ve göç olgusu arasındaki karşılıklı ilişkisi "gerçek nedeni" anlamamızda önemli bir anahtardır.

Kapitalist ülkelerdeki sağlık hizmetleri, 1970'li yıllara kadar büyük oranda kamusal olarak desteklenir ve yürütülürken, yaklaşık son otuz yıldan beri halen devam eden kapitalizmin krizleri nedeniyle, sermayenin ihtiyaçları doğrultusunda piyasalaşmış ve ticarileşmiştir. Bunun sonucunda, ülkeler kapitalist üretim sürecine eklenme biçimine göre tümüyle piyasa merkezli sağlık sistemi modelleri oluşturmaya başlamıştır. Bugün, tüm kapitalist ülkelerde egemen eğilim budur. Bu eğilimle kamu hizmetleri özelleştirilmeye, kamu kaynakları özel sektöre transfer edilmeye, kar oranı görece daha yüksek alanlar uluslararası/ulusal sermayeye yeni yatırım alanı olarak sunulmaya başlamıştır. Böylelikle meta üretimine dahil olan sağlık hizmetleri, küreselleşen kapitalizm ile birlikte bu yapılanmalar sonucunda doğrudan sermaye denetimine tabi olarak önemli bir sermaye birikiminin oluşmasına yol açmıştır. Bu durum beraberinde, ileri tıbbi teknolojinin kullanılmasına ve geri teknolojilerin merkez kapitalist ülkelere çevre ülkeye yoğun olarak transfer edilmesine ve sağlık hizmetlerinin bu teknolojiyi tüketecek şekilde yapılandırılmasına yol

açmıştır. Bu gelişmelerle, uzmanlaşmış sağlık hizmetleri merkez ülkelerden çevreye ihraç edilmiştir. Çokuluslu, çok ortaklı şirketler; hastaneler, tıp merkezleri, evde bakım merkezleri, zincir eczaneler ve özel sağlık sigorta şirketleri kurmaya başlamıştır (Özkan, Hamzaoğlu, 2008).

Sağlık alanında uluslararası sermaye birikimindeki bu değişiklikler, sermayenin merkezileşmesi ve yoğunlaşması sağlık sektörünün uluslararası küresel ekonomiyle giderek artan oranda dikey ve yatay olarak eklenmesine yol açmıştır. Bu da sağlık emek-gücünün uluslararası ve/veya ulusal düzeyde piyasaya entegre olmasında ya da sağlık emek-gücünün emek piyasasının doğrudan içinde yer almasında kolaylaştırıcı bir faktör olup, uluslararası düzeyde hareket etmesini-göçünü-gerektirmiştir (Clark, 2006; Özkan, Hamzaoğlu, 2008). Özetle, özelde hemşirelerin genelde tüm sağlık çalışanlarının uluslararası göçü, sağlık sektörünün küreselleşme sürecine entegre olmasının sadece bir parçasıdır (Bach, 2006). Ek olarak, 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 (Özkan, Hamzaoğlu, 2008). Ancak gelişmiş kapitalist ülkelerde nitelikli sağlık emek-gücünün yetiştirilmesi ayrı bir maliyet unsuru olarak kabul edildiğinden, kendi ülkelerinde bu emek-gücünü yetiştirmektense, çevre kapitalist ülkelerden temin etme yoluna gitmişlerdir (Buchan, 2005; Clark, 2006; Kingma, 2001; Özkan, Hamzaoğlu, 2008). Kingma (2001) bu durumu hemşirelik mesleği özelinde; "Hemşirelerin uluslararası göçü küresel hazine avı mı yoksa bir felaket mi?" sorusuyla özetlemektedir. Nitekim, OECD raporlarında diğer göçmenlerde olduğu gibi, göçmen sağlık çalışanlarının göç alan ülkeler için maliyetinin daha düşük olduğu belirtilmiştir (Özkan, Hamzaoğlu, 2008).

Uluslararası sağlık piyasasında rekabet edebilmeyi sağlayacak nitelikli sağlık emek-gücüne olan gereksinim ortaya çıkarken, 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. Çevre ülkelerden yüksek ve orta gelirli kapitalist ülkelere doğru hareket bulan sağlık emek-gücü göçü, bu stratejilerden sadece birisidir. Böylece merkez kapitalist ülkeler başta olmak üzere, yüksek gelirli pek çok kapitalist ülke, göçmen sağlık çalışanları ile gereksinimini karşılayarak ekonomik olarak rahatlamakta, emek üretkenliğini artırıcı esnek üretim stratejileriyle birlikte emekten tasarruf sağlamakta ve emek-gücünün eğitim maliyetlerini düşürerek, uluslararası rekabetini artırmaktadır. Bu durum, merkez

kapitalist ülkelerin çevre ülkelerin sağlık çalışanlarına gözünü dikmesine yol açmıştır (Alkire, Chen, 2004; Bach, 2006; Buchan, 2005; Özkan, Hamzaoğlu, 2008).

Genelde sağlık emek-gücünün, özelde hemşirelerin uluslararası göçü, bu koşullarda oluşmuş ekonomik-politik bir sürecin parçasıdır. Bu nedenle, sağlık çalışanlarının uluslararası göçünü anlamak için uluslararası piyasa ile sağlık sektöründeki emek piyasası arasındaki ilişkileri incelemek temel nedeni anlamamızda vazgeçilmez bir araçtır (Brown, Connell, 2004; Clark, 2006; Özkan, Hamzaoğlu, 2008). Nitekim böyle bir yöntem bize şimdiden, sağlık çalışanlarının uluslararası göçünün kendisinin bir neden değil, aslında sağlık sektörünün kapitalizmin küreselleşme sürecine entegre olması sonucunda oluşan sayısız sorunun bir semptomu olduğunu gösterebilir.

Uluslararası Sağlık Emek-Gücü Göçüne ve Hemşire Göçüne Nasıl Yaklaşıyor?

Teşvik Edici Politikalar Nelerdir?

Dünya Bankası (DB), DTÖ, OECD, DSÖ vb. kurumlar, kapitalizmin küreselleşme sürecinde kamu hizmetlerinin piyasalaşması için sermayenin önündeki her türlü engeli kaldırmada önemli aktörler olmuştur. Dolayısıyla bu kurumlar, uluslararası sağlık emek-gücü göçünü merkez ya da sanayileşmiş kapitalist ülkeler lehine desteklemişlerdir. Örneğin, DTÖ, göçün herkesin hakkı ve bir özgürlük alanı olduğunu, uluslararası düzeyde yeni olanaklar sunduğunu, bilginin transferini sağladığını ve göçmenlerin mesleklerini geliştirdiğini belirterek, sağlık emek-gücü göçünü teşvik etmektedir. DTÖ, OECD, DSÖ vb. eğer emeğin dolaşımına sınırlılık getirilirse bunun bir insanlık hakkı sınırlaması olduğunu ve küresel eşitsizlikleri arttıracığını belirtmektedir (Bach, 2006; Alkire, Chen, 2004). Beraberinde GATS gibi (özellikle 4. maddesi) kimi uluslararası antlaşmalar, AB üye ülkeleri arasında çok taraflı direktifler hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının başka bir ülkede çalışmasını ya da göçünü kolaylaştırarak teşvik etmektedir (Buchan, 2005; Özkan, Hamzaoğlu, 2008).

DSÖ, özellikle hemşire göçünün ilk görüldüğü zamanlardan beri -özellikle son yirmi yıldır- göçün bireysel motivasyon için bir fırsat olduğunu, üye ülkelerinin çoğu ise hemşire sayısında yetersizlik olduğunu, istihdamın yanlış dağılım gösterdiğini ve çözümün de uluslararası göç olduğunu bildirmektedir (Buchan, Sochalski, 2004; Özkan, Hamzaoğlu, 2008; Adkoli, 2006; Kingma, 2001). Ayrıca DSÖ, sağlık emek-gücü göçünün ülkelerin Milenyum Gelişim Hedefleri gibi uluslararası, ulusal ve bölgesel anlaşmalara uyum sağlamasının da bir yolu olduğunu belirtmektedir (Buchan, Camlan, 2004; Malvárez, Castrillón-Agudelo, 2005). Bu yaklaşımlar sadece DSÖ üye ülkelerinde değil, özellikle gelişmiş ya da

sanayileşmiş kapitalist ülkelerde de aynı şekildedir (Kingma, 2001; Haour-Knipe, Davies, 2008). ABD, Kanada, İngiltere, Yeni Zelanda, Avusturya, Almanya, Norveç, İsveç, İsviçre vb. ülkeler 1980'li yılların ortalarından itibaren özellikle hemşire ve hekimlerin uluslararası göçünü teşvik edici politikalar uygulayıp, bunun için lobicilik faaliyetleri yürütmüştür. Bu politikalar ABD'de 2002 yılından, İngiltere'de 1998 yılından, Fransa'da ise 2000 yılından itibaren hız kazanmıştır (Alkire, Chen, 2004; Özkan, Hamzaoğlu, 2008). Son yıllarda ABD, göçmen hemşire alabilmek için düşük ev kirası politikaları uygulamaktadır (Bruch, 2008). Britanya Krallığı 187 milyon dolarlık sağlık paketinin 103 milyon dolarlık bölümünü sağlık çalışanlarını kendi ülkesine çekebilmek vb. programlar için bütçe ayırmıştır. Avustralya hemşire açığının çözümlenebilmesi için bir senato kurmuş, İskoçya bu konuya yönelik bir zirve düzenlemiştir. İngiltere, Kanada ve İrlanda ise hemşire ve hekim açığı ile baş etme stratejileri üzerine son zamanlarda ulusal yayınlara öncelik tanımaya başlamıştır (ICNM, 2007; Buchan, 2001). Göçmen sağlıkçıların vizelerinde sağlanan kolaylıklar, ABD'nin Hindistan vb. ülkelerde göçmenliğe aday sağlık çalışanları için yeni sınav merkezleri açması, göç veren ülkelerdeki lisans eğitimlerinin merkez kapitalist ülkelere göre sürekli yeniden yapılandırılması, göç alan ülkelerin eğitim programlarının özellikle göç veren ya da vermeye aday olan ülkelere "mükemmel ya da iyi" olarak yansıtılması, son beş yılda hız kazanan öğrenci ve öğretim elemanı değişim programları teşvik edici politikaların bazılarıdır. O nedenle, eğitimin uluslararasılaşması ile uluslararası göç arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır.

Bunların dışında, AB üyesi olan ülkelerin sağlık çalışanları, herhangi bir sınırlılık ile karşılaşmadan başka bir AB üyesi ülkesine göç edebilmektedir. İngiltere AB üyesi ülkelerin sağlık çalışanlarına çok kolay izin vererek, ABD'ye göre daha az sınava tabi tutarak göçü teşvik etmektedir. Göçmen olarak kabul edilecek sağlık çalışanları AB bölgesi dışından ise İngiltere'de vize süresi iki yıllıktır, ABD'de denizasını ülkeler dışındaki sağlık çalışanlarına üç yıllık bir süre için vize verilmektedir (Buchan, Sochalski, 2004; Herdman, 2004; Özkan, Hamzaoğlu, 2008). ABD, Birleşik Krallık dahil çok sayıda gelişmiş kapitalist ülke geçici izin sürelerini (3-5 yıl) arttırarak da teşviği sürdürmektedir (Alkire, Chen, 2004). Böylelikle, Yeni Zelanda dışında diğer göç alan ülkelere ABD, Birleşik Krallık başta olmak üzere çok sayıda ülke, hemşire istihdamında göçmen hemşirelere bağımlı hale gelmeye başlamıştır (Aiken, 2004; Hawthorne, 2001).

Tüm bu teşvik edici politikalar sadece gelişmiş kapitalist ülkeler için değil, göç veren gelişmekte ya da geri kalmış ülkeler için de söz konusu olmuştur. Öyle ki, göç veren ya da vermeye aday olan ülkeler sağlık emek-gücünün göçünü ihracatçı politikalara dönüştürmüştür. Özellikle G8 ülkeleri, DB ve Dünya Göç Komisyonu da uluslararası göçü, göçmen sağlık

çalışanlarının kendi ülkesine döviz göndermesi ve bu dövizlerin yoksulluğu azaltmada bir faktör olması, ülkesine geri dönen sağlık çalışanlarının bilgi ve birikimini kendi ülkesine sunabilmesi açısından göç veren ülkeler için 'eşsiz bir olanak' olarak değerlendirmişlerdir (Clark, 2006; Eyck, 2005; Haour-Knipe, Davies, 2008; ICNM, 2007). Güney Afrika 2001 yılının sonlarından itibaren, kaynak ülkelerle belirli anlaşmalar karşılığında hekim ve hemşire ihraç edebileceğini belirtmiştir (Bach, 2006). Filipinler hemşire ihraç etmek için hükümet düzeyinde bir program başlatmış ve özellikle lisans programlarında İngilizce eğitimin düzeyi yükseltmiştir. 1970 yılında 63 olan hemşirelik okul sayısı, 2003 yılında 305'e yükselmiştir. Böylece bu ülkede hemşirelik mesleği, 1990'lı yıllarda mühendislikten sonra en popüler meslek haline gelmiştir (Bach, 2006; Hawthorne, 2001). Bu ihracatçı politikalar sonucunda, ülkeye 1993 yılında 800 milyon dolar, 2001 yılında ise 6.2 milyar dolar döviz girdiği bildirilmektedir (Aiken, 2004; Clark, 2006). Göçmen hemşirelerin ülkelere gönderdikleri dövizin Filipinler Gayri Safi Yurt İçi Hasılasının %10'unu, Jamaika'nın %14'ünü, Uganda'nın ise %8.5'ini oluşturduğu rapor edilmektedir (ICNM, 2007). Hindistan'da ise tüm hastanelerin ağını temsil eden ve en büyük sağlık kurumu olan Apollon Sağlık Bilimleri Enstitüsü, ABD, Birleşik Krallık ve Avustralya'ya hemşire ihraç etmek için lisans düzeyinde okul sayısının yanında, yüksek lisans ve doktora programlarının sayısını da arttırmıştır (Bruch, 2008). Göç veren bu ülkeler eğer göç hızı ülkeyi olumsuz etkilerse, o zaman "göçün iyi yönetilmesi"nin bir gereklilik olduğu belirtilmektedir (Buchan, 2001; Eyck, 2005).

Pek çok yazar, göç veren ülkelerin bu tür faydaları abarttığını, aslında kayıplarının daha fazla olduğunu belirtmektedir. Her ne kadar hemşirelerin ülkelere geri dönüş hızı, hekimlerden daha yüksek olsa da, özellikle kadın emeğinden oluşan gerek hemşire gerekse diğer sağlık çalışanının göçünün göç veren ülkede gelişme oluşturacak kadar bir yarara -özellikle döviz girdisi açısından- sahip olmadığı belirtilmiştir (Eyck, 2005; Haour-Knipe, Davies, 2008). Nitekim Gana'da hemşireler dahil sağlık çalışanlarının uluslararası göçü nedeniyle, sağlık çalışanlarının eğitiminde yaklaşık 60 milyon dolar kayıp olmuştur (Eyck, 2005). Malawi'de ebe ve hemşirenin ilkokuldan üniversiteyi tamamlayıncaya kadar olan maliyetinin 32 milyon dolar olduğu ve göç ettikleri takdirde, ülkeyi 71-75 milyon dolar kayba uğrattığı bulunmuştur. Güney Afrika'da (2000 yılı), kamu kaynaklı bir okuldan mezun olan hemşirenin eğitim maliyetinin Gayri Safi Yurt İçi Hasıla'nın on katı iken, hekim ve hemşire göçünün maliyetinin bir milyar dolar olduğu ve bunun da 2000 yılındaki kamu harcamalarının %17'sini oluşturduğu ifade edilmektedir (Muula, 2006; OECD, 2002). Birleşmiş Milletler ise her bir Afrikalı sağlık çalışanının göç etmesi durumunda kaybin 184 bin dolar olduğunu rapor etmektedir (Clark, 2006).

Hemşire göçü, ICN'in gündemime 2001 yılında girmiştir. ICN, göçün bireyin hakkı olduğunu ancak uluslararası göçün sağlık sektörü üzerine olumsuz etkileri olduğunu belirtmektedir (Buchan, 2001; Kingma, 2001). Buchan ve ark. (2005) hemşire öğrencilerinin ve hemşirelerin mesleklerinin uluslararasılaşmasını kültürel bir çeşitlilik, hemşirelik eğitiminin genişlemesi, daha iyi yaşam ve daha iyi mesleki olanakları yaratacağını düşündüğünü ve bu nedenle uluslararası göçü yararlanılması gereken bir durum olarak gördüklerini rapor etmiştir. Uluslararası hemşire göçünün hız kazandığı 1990'lı yıllarda dünyada hemşirelik eğitimi programlarının uluslararasılaştırılması, hemşire öğrencilerin yurt dışında eğitim alması, öğrenci ve eğitici değişim programları, Avustralya ve Asya ülkeleri başta olmak üzere, hemşirelik eğitiminde İngilizcenin ikinci bir dil olarak okutulması, uluslararası araştırma projelerinin yoğunluk kazanması vb. eğitim faaliyetleri küreselleşmenin bir parçası olup, emek-gücünün uluslararası piyasaya entegrasyonunda önemli bir işleve sahiptir (Glass, 2006; Kingma, 2001; Lindeman, 2000; Herdman, 2004). Örneğin, İngiltere ve Avrupa ülkeleri semestrelde öğrencilerin yurt dışında eğitim almalarını zorunlu tutmaktadır (Glass, 2006).

Hemşire Göçü Alan ve Veren Ülkelerdeki Mevcut Durum Nedir?

Hemşirelerin uluslararası göçünün tarihi 1940'lı yıllara kadar uzanmakla birlikte, yukarıda ifade edilen teşvik edici politikalar sayesinde 1970'li yıllarda artmaya, 1990'lı yıllardan itibaren ise büyük bir hız kazanmaya başlamıştır. Bugün sağlık çalışanları içinde hekimlerden sonra en yüksek oranda göç eden sağlık çalışanlarıdır. Son yıllarda göçmen işçiliğe ebe, eczacı, solunum terapistleri, radyoloji teknisyenleri de eklenmiştir. Sağlık çalışanları en çok sırasıyla; Avustralya, Kanada, Birleşik Krallık ve ABD'ye göç etmektedirler (Bach, 2006; Buchan, 2005; Clark, 2006).

Hemşirelerin uluslararası göçü ilk olarak Orta Doğu'ya, daha sonra Büyük Britanya, Birleşik Krallık, ABD ve Avustralya'ya olmuştur. Şu anda ABD, Birleşik Krallık, İrlanda, Avustralya, Yeni Zelanda, Norveç, Suudi Arabistan ve Singapur en fazla hemşire göçü alan ülkelerdir (Adkoli, 2006; Buchan, Sochalski, 2004). Daha çok İngilizce konuşan ülkeleri tercih eden hemşire ve ebeler hangi ülkeye göç ederlerse etsinler, büyük oranda ya ticari şirketler ya bireysel olarak web ya da elektronik posta yoluyla iletişim kurarak göç etmektedir. Dünyadaki hemşire göç hızı 1972 yılında %5 iken, bu oran bugün ülkelere göre farklılık göstermekle birlikte, %20-65 arasında değişmektedir. 2004 yılında otuz ülkede yılda on beş bin hemşire başka ülkelere göç etmektedir. Yaklaşık 135 bin hemşirenin (dünyadaki hemşirelerin %4'ü) eğitim için başka bir ülkeye göç ettiği belirlenmiştir (Clark, 2006; Bach, 2004; Özkan, Hamzaoglu, 2008).

Hemşire göçünü göç alan ve göç veren ülkeler özelinde daha ayrıntılı incelemek gerekirse;

Göç Alan Ülkelerdeki Mevcut Durum

ABD şu anda hemşire ithal eden en büyük ülkedir. Başka bir ülkede hemşirelik eğitimi alanların oranı 1990-2002 yılları arasında üç kat artarak, %14'e (100 binden fazla göçmen hemşire), 2007 yılında ise %15.2'ye ulaşmıştır. Teksas'ta neredeyse her iki hemşireden birisi başka bir ülkede lisans eğitimini tamamlamıştır (Bruch, 2008; Clark, 2006). ABD'de mevcut göçmen hemşirelerin %80'i gelişmekte olan ülkelere gelmiş olup, %5-6'sı deniz aşırı ülkelere gelmiş ve bu giderek artmaktadır (Adkoli, 2006; Bach, 2006). En önemli kaynak ülkeler; Filipinler, Sahra Altı Afrika ve Hindistan'dır. Fakat son zamanlarda bu eğilim değişmeye başlamıştır. Örneğin, 2002-2003 yılları arasında Birleşik Krallık'tan dahi yaklaşık 2.224 hemşirenin çalıştığı saptanmıştır (Buchan, Camlan, 2004; Clark, 2006; Watkins, 2005).

ICN, 1948 yılında İngiltere'deki Hemşireler Birliği Başkanı'na İngiliz patronlarının Hollanda ve İsveç'ten hemşire almasından şikayetçi olduğunu yazarken, bugün İngiltere en fazla hemşire göçü alan ülkelere gelmektedir (Buchan, 2001; Ross, Polsky, 2005). Göçmenliğe aday olan hemşire ve ebelerin resmi başvuruları Hemşirelik ve Ebelik Konseyi tarafından değerlendirilir ve bu konuda sınav yapılmaksızın hatta ABD'ye göre bazı daha büyük kolaylıklar tanınarak göçmen hemşire ve ebe kabul edilirken, bu şekilde göç eden sayısı oldukça azdır (Aiken, 2004). İngiltere'de 1999-2002 yılları arasında başka bir ülkede eğitim alan hemşire sayısı iki kat artarak, yaklaşık olarak 42 bine ulaşmıştır. Bu sayı neredeyse toplam hemşire sayısına yakındır (Buchan, 2001; Ross, Polsky, 2005). Birleşik Krallığa 1990 yıllarında 71 farklı ülkeden hemşire gelirken, 2001 yılından sonra ülke sayısı 95'e yükselmiştir (Buchan, Sochalski, 2004). NHS'de (2002 yılı) toplam 356.500 hemşirenin %8.4'ü başka bir ülkede eğitim almıştır. Başka bir biçimde ifade etmek gerekirse, 1989-1990 yılında Birleşik Krallık'ta başka bir ülkede eğitim almış hemşire yaklaşık %16 iken, bu oran 2001-2002'de %55'in üzerine çıkmıştır (Alkire, Chen, 2004; Aiken, 2004). Bu ülkeye gelen hemşirelerin kaynağı AB ülkeleri değil, daha çok Filipinler, Güney Afrika, Avustralya, Hindistan ve Zimbabwe'dir (Aiken, 2004; Clark, 2006; Buchan, 2005). Örneğin, Birleşik Krallığa 1993 yılında AB bölgesi ülkeleri dışında yaklaşık 2 bin hemşire göç etmişken (1990 yılında her on hemşireden birisi Birleşik Krallık dışındaki ülkelere gelmiş), bu sayı 2000 yılında 8 bine, 2005 yılında ise yaklaşık 13 bin'e ulaşmıştır (Buchan, Sochalski, 2004; Buchan, 2006). Deniz aşırı ülkeler Birleşik Krallığın en önemli kaynak ülkelerinden birisi olup, bu ülkelere gelen göçmen hemşirelerin sayısı ilk kez 2002 yılında 16.155 gibi büyük bir çoğunluğa ulaşmıştır. Öyle ki, bu sayı Britanya'daki mevcut 14.538 hemşireden (%13'ü

denizaşırı ülke doğumlu) daha fazladır. Bir başka veriye göre, 1997-2005 yılları arasında Birleşik Krallığa deniz aşırı ülkelerden gelen hemşire sayısı 80 bindir (Aiken, 2004; Bach, 2006; Buchan, Sochalski, 2004). Bunun yanında, İngiltere'de bazı bölgelerde, özel sağlık kurumlarında vb. göçmen hemşireye olan bağımlılık daha fazladır. Örneğin, Londra'daki her dört hemşireden birisi, bazı özel sağlık kurumlarında ise hemşirelerin %60'ı denizaşırı ülkelerden gelen göçmenlerdir. Fakat bu eğilim 2004 yılından itibaren değişmeye başlamış, Çek Cumhuriyeti, Slovenya ve Polonya'dan gelen göçmen hemşire sayısında artma olmaya başlamıştır. İngiltere 1999 yılında beri NHS'ye başta Güney Afrika'dan da hemşire alınmasını yasaklamasına karşın, özel sektör bu yasağı dinlemeyerek, daha ucuz emek-gücü olduklarından bu ülkelerden hemşire almaya devam etmiştir (Aiken, 2004; Özkan, Hamzaoğlu, 2008).

İrlanda yıllardır hemşire göçü veren bir ülke iken, belirli bir dönemden sonra göç alan bir ülke haline gelmiştir (Aiken, 2004). 2001 yılından beri sağlık çalışanlarının göçünü kısıtlayıcı tedbirler uygulanmasına karşın, hemşirelerin üçte ikisi göçmen olarak ülkeye yeni giriş yapmıştır. Bu hemşireler Avustralya, Hindistan, Filipinler Güney Afrika ve Birleşik Krallık'tan göç etmişlerdir (Buchan, Sochalski, 2004). Başka bir ülkede eğitim almış hemşire oranı %14'tür (Haour, Knipe, Davies, 2008). Bu ülkede 1990 yılında 500 hemşireden herhangi birisi AB ülkesinden, yaklaşık 70'i AB üyesi olmayan bir ülkeden gelmiş iken, 2001 yılında bu sayılar tersine dönmüştür (1850 kişi AB üyesi olmayan ülke 1200'ü AB üyesi herhangi bir ülke) (Alkire, Chen, 2004; Buchan, Sochalski, 2004). Son zamanlarda daha büyük oranda iyi İngilizce bilen İngiltere, ABD ve Suudi Arabistan'dan gelen göçmen hemşireleri tercih etmeye başlamıştır (Buchan, 2003).

Fransa'da Afrika doğumlu hemşire, toplam hemşire iş gücünün %1.4'ünü oluşturmaktadır (Clemens, Pettersson, 2007). Kanada'da hemşirelerin %6'sı başka bir ülkeden eğitim almıştır ve bu göçmen hemşirelerin yaklaşık yarısı denizaşırı ülke doğumludur (Haour-Knipe, Davies, 2008). Norveç AB ülkesi olmamasına karşın, son yirmi yıldır hemşireler Kuzey Avrupa ülkelerinde serbestçe dolaşabilmektedir (Özkan, Hamzaoğlu, 2008). İsveç'teki hemşirelerin %7.7'si İsveç doğumlu değildir ve İsveç'te istihdam olan kayıtlı hemşirelerin %30'u, Yeni Zelanda'da ise %21'i başka bir ülkede eğitim almıştır (ICN, 2003; Kingma, 2007; Haour-Knipe, Davies, 2008). Son yıllarda Orta Doğu da göç alan ülkelere birisi olmuştur. Örneğin, 2000 yılında Oman'da çalışan hemşirelerin üçte ikisi Omanlı değildir. Singapur'da (2003 yılı) kayıtlı hemşirelerin %20'si kayıtlı hemşire değildir ve bunların %10'u da Singapurlu değildir. Meksika'daki (2000 yılı) sağlık sektöründe göçmenlerin en büyük bölümünü hemşireler (%13) oluşturmuştur. Çin'de ise hemşire göçü 15 yıl önce başlamış olup, ilk olarak Singapur ve Suudi Arabistan'dan, son beş yılda ise Avustralya ve

İngiltere'den çalışmak için göç etmeye başlamışlardır (Buchan, 2005; Fang, 2007).

Göç Veren Ülkelerdeki Mevcut Durum

Hemşireler Afrika sağlık sisteminin bel kemiği olarak kabul edilirler (Chikana, 2005). Ancak başta Afrika olmak üzere, Karayip ve Asya ülkelerinde göç eden hemşire sayısının kaygı verici olduğu belirtilmektedir. Öyle ki, Sahra Altı Afrikalı hemşire ve ebeler, OECD ülkelerindeki toplam hemşire işgücünün yaklaşık olarak %5'ini (yaklaşık 30 bin hemşire) oluşturmaktadır (Clemens, Pettersson, 2007; Haour-Knipe, Davies, 2008; Kingma, 2007). Afrika'da 1990 yılından bu yana göç eden hemşire sayısı sekize katlanmıştır ve bugün yaklaşık dünyadaki her on hemşireden birisi Afrika doğumludur. Hemşire göç hızı Lesotho'da %18, Liberia'da %67, Mauritius'da %50, Sierra Leone'da %56'dır. Zimbabwe'de 1980 yılından itibaren hemşirelerin %80'i (sadece %20'si 1997-2001 yılları arasında) göç etmiştir (Labonté, 2006; Haour-Knipe, Davies, 2008). Bu ülkede 1997 yılında hemşirelik programından mezun olan hemşirelerin sadece 26'sı, 2001 yılında ise her iki hemşireden birisi Birleşik Krallığa göç etmiştir (Alkire, Chen, 2004). Bu durum Zimbabwe'ye 40 kat bir kayıp, Birleşik Krallığa ise %0.1 katkı getirmiştir (Haour-Knipe, Davies, 2008). Yürütülen bir çalışmada Zimbabweli hemşirelerin en fazla göç etmek isteği ülkeler; Birleşik Krallık, diğer Afrika ülkeleri, Avustralya, ABD ve Yeni Zelanda'dır (Chikanda, 2005; Bach, 2006; Özkan, Hamzaoğlu, 2008). Afrika'nın en yoksul ülkelerinden birisi olan Malawi'de 2005 yılında tahmini 4000 hemşirenin 453'ü OECD ülkelerine çalışmak için göç etmiştir ve bu sayı aktif olarak çalışan hemşirelerin %11'ini oluşturmaktadır. Aynı ülkede 1999-2001 yılları arasında 114 hemşire (üçüncü düzey bir hastanede çalışan kayıtlı hemşirenin %60'ı), 2000-2001 yılları arasında Barbados'taki hemşirelerin %10'u göç etmiştir. Gana'da 2000 yılında mezun olan her iki hemşireden birisi göç ederken, üç yıl sonra hemşirelerin %78'i Birleşik Krallığa, %20'si ABD'ye, %2'si de Kanada'ya gitmeyi istediğini belirtmiştir (Muula, 2006; Buchan, Sochalski, 2004; Haour-Knipe, Davies, 2008; Labonté, 2006). Güney Afrika'da 1992 yılında 578 hemşire göç ederken, (bir önceki yıla göre değişim hızı %27), 2000 yılında sayı 2543'tür ve değişim hızı -%30.7 olarak saptanmıştır (Buchan, Calgman, 2004).

Filipinli hemşireler iyi bir İngilizce eğitim aldıklarından gelişmiş ülkelere kaynaklık eden en önemli ülkeler arasındadır. En fazla göç edilen ülkeler; Birleşik Krallık (%40), Suudi Arabistan (%37), İrlanda (%11) ve Singapur (%3)'dur. İki bin bir yılında hastanede çalışan her dört hemşireden birisi çalışmak için başka bir ülkeye gitmiştir. Filipinler'de 1996 yılında 4 bin hemşire göç ederken, bu sayı beş yıl sonra üç kattan daha fazla artış göstererek 15 bin kişiye ulaşmıştır (Haour-Knipe, Davies, 2008; Aiken, 2004; Alkire, Chen, 2004). Bu sayı, Filipinli hemşirelerin

%85'ini oluşturmaktadır. Bu hızlı göç sonucunda, 1970 yılında kayıtlı hemşire sayısı 40 bin iken, 1998 yılında 30 bine düşmüştür (Aiken, 2004; Bach, 2006; Buchan, 2006).

Hindistan 1970'li yıllarda hekimlerin, son on yılda ise daha çok hemşirelerin göç ettiği bir ülke haline gelmiştir. Pasifik İzlanda ülkelerinde daha 1960'lı yılların sonunda bir sorun olmaya başlayan sağlık çalışanlarının göçü bugün, %15'in üzerine çıkmıştır. Göç edilen ülkeler sırasıyla; ABD, Kanada, Avustralya ve Yeni Zelanda'dır (Özkan, Hamzaoğlu, 2008; Brown, Connell, 2004). Bugün, Fiji, Samoa ve Tonga'da hemen hemen iki hemşireden birisi göç etmektedir (%56, %62, %58). Tonga'daki hemşireler diğer Pasifik ülkelerdeki hemşirelere göre daha iyi para kazanmak için daha çok göç ederken, daha yüksek oranda ülkelerine geri dönmektedirler (Haour-Knipe, Davies, 2008).

Latin Amerika ve Karayip ülkelerinde de göç eden hemşire sayısı çok yüksektir. Örneğin 2000 yılında bu hız; Barbuda'da %74, Barbados'ta %78, Haiti'de %94 ve Jamaika'da %88'dir. 1980'li yılların ikinci yarısında Jamaikalı hemşirelerin yaklaşık üçte ikisi göç etmektedir ve hemşirelerin büyük bir çoğunluğu da ABD'ye gitmektedir (Haour-Knipe, Davies, 2008; Alkire, Chen, 2004). Kosta Rika'da son iki yılda yüzün üzerinde, Nikaragua'da yüz ellinin üzerinde hemşire ABD, Jamaika ve Belize ülkelerine, Panama'da (2000 yılı) seksenden fazla hemşire Kosta Rika, İtalya ve ABD'ye, Puerto Riko'da ise (2003 yılı) iki bin hemşire ABD'ye göç etmiştir. Yapılan bir çalışmaya göre (2002), Arjantinli hemşireler sırasıyla; El Salvador, Panama, Guatemala ve Honduras'a (%60, %47, %34, %32) göç etmiştir. Peru Hemşireler Birliği'nin çalışmasına göre Peru'nun göçe bağlı hemşire kaybının %15 (15 bin hemşire)'dir. Bu hemşireler en fazla İtalya, ABD ve İspanya'ya (%57, %36, %7) göç etmeyi tercih etmiştir (Malvárez, Castrillón-Agudelo, 2005).

Uluslararası Sağlık Emek-Gücü Göçünün Etkileri

Sağlık çalışanlarının göçü sağlık hizmetlerinin emeğin yeniden üretiminde vazgeçilmez öğelerden birisi olması nedeniyle, diğer göç hareketlerinden daha farklı etkileri ve sonuçları içermektedir (Bach, 2006). Buna karşın, bu konu ile ilgili veriler sınırlıdır. Tabloda da görüldüğü gibi, sağlık emek-gücünün uluslararası göçünün etkileri göç alan ve göç veren ülkeler özelinde; sağlık emek-gücüne, sağlık sistemine, topluma ve ticari şirketlere olmak üzere dört gruba ayrılabilir. Bu bölümde ifade edilen etkiler daha çok hemşirelik özelinde ele alınmaya çalışılacaktır.

İskoçya Denizaşırı Hemşireler Ağından Sofi Taylor göçün hemşire üzerine etkisini şu şekilde açıklamaktadır: "Göçmen olarak çalışırken o kadar büyük zorluklarla karşılaşıyorduk ki, göçmenlik bizler için neredeyse utanılacak bir durum haline gelmişti....

Bizler göç ettikten hemen sonra göç ile ilgili büyük rüyadan uyanıp, durumumuzu fark ediyoruz. Ne var ki, bir şey söylemek için çok korkaklaşmışızdır..." (Eyck, 2005). Diğer sağlık çalışanlarında olduğu gibi, göçmen hemşirelerin önemli bir bölümü meslek dışı işlerde çalışmaktadır. Birleşik Krallığa göç eden bir hemşirenin mesleki yeterlilik alabilmesi için uzun bir süre temizlik ve bakıcılık işleri dahi yapması gerekmektedir. Bir çalışmada, ondört Çinli hemşirenin bir İngiliz göçmen ajansı aracılığıyla yılda 9000 İngiliz Pound'u karşılığında çalışmak üzere İngiltere'ye göç ettiği, aradan sekiz ay geçmeden on hemşirenin temizlikçi ve bulaşıkçı olarak istihdam edildiği belirlenmiştir. ABD'de ise göçmen hemşireler zorunlu olan sınavları geçemediğinde, lisans hakkı -kayıtlı hemşire- alamaz ise bakım yardımcılığının yanında, meslek dışı işlerde çalıştırılma olasılıkları artmaktadır. Geçici sözleşmelerle, kayıt dışı ya da yeterlilikleri onaylanmadığı halde çalışmaları, göç ettikleri ülkenin sosyal haklarından yararlanmaları önünde önemli bir engeldir. Meslek dışı işlerde çalışmanın meslek üzerine olumsuz etkisinin yanı sıra, bu kişilerin göç verilerine dahil olmaması da bir başka sonuçtur (Buchan, 2006; Özkan, Hamzaoğlu, 2008).

Göçmen hemşireler daha çok göç ettikleri ülkelerin hemşirelerinin çalışmayı tercih etmediği bölgelerde çalıştırılmaktadır. 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 göçmenler yoksul ve yoksun bölgelerde çalışmaktadır. Yapılan bir çalışmada ABD'ye sınavla gelen hemşirelerin öncelikle sağlık ve güvenlik açısından riskli olan hastanelerde (%63), daha sonra evde bakım merkezlerinde çalıştıkları belirlenmiştir (Özkan, Hamzaoğlu, 2008; Pittman, 2007). Bunun yanında, emek yoğun ancak düşük ücretli ve düşük statülü işlerde çalışmaktadırlar. Örneğin, Birleşik Krallık'ta beyaz hemşirelerin %5'i, başka bir ülkede eğitim almış hemşirelerin %14'ü düşük statülü ve düşük ücretli işlerin olduğu daha riskli kabul edilen özel hemşirelik evlerinde çalışmaktadır. Aynı ülkede deniz aşırı ülkelere gelen hemşirelerin %27'si, bu göçmen olmayan nitelikli hemşirelerin ise %13'ü emek yoğun bir bakım gerektiren yaşlılarla çalışmaktadır (Haour-Knipe, Davies, 2008). Göçmen olarak çalıştıkları ülkelerde aldıkları ücretler kendi ülkelerinden yüksek olmasına rağmen, temel gereksinimlerini dahi karşılayabilmek için haftada birkaç gün, birkaç saat, farklı işlerde kısa süreli çalışmak durumunda kalmaktadırlar (Özkan, Hamzaoğlu, 2008). Bu durumdan sadece göç alan ülkeler değil, göç veren ülkelere de olumsuz etkilenmektedir. Kronikleşmiş hemşire yetersizliği ya da açığı bunlardan birisidir. Bu yetersizlik, özellikle ülkesinde kalan hemşirelerin daha yoğun ve daha olumsuz çalışma koşullarına maruz bırakılmaktadır. Örneğin, bir Afrika ülkesi olan Lesotha'daki hastanede 3.400 hastaya yetmiş hemşire, Zimbabve'de üç bin hastaya bir hemşire hizmet vermektedir. Malawi'de ise günde 40 doğum olan bir

hastanede sadece iki hemşire çalışmaktadır. Diğer etkisi ise özellikle Kenya'daki sağlık sektöründe görülen sadece maaş bordroları olan ancak işyerlerinde hiç görünmeyen "hayalet işçileri"nin varlığıdır. Şu anda sayıları beş bin olan bu hayalet işçileri, hastanelerde yeterli çalışan varmış algısını oluşturduğundan, bu da hemşirelerin iş yükünün artmasına yol açmaktadır (Chikanda, 2005; Eyck, 2005; Kingma, 2007).

Sağlık sektöründe son yirmi yıldır sağlık işletmelerinin karını arttırmak için kullanılan çalışma sürelerinin uzatılması, daha az çalışan ile daha çok iş yapılması, esnek istihdam gibi "esnek üretim stratejileri"nden göçmen sağlık işçileri daha fazla etkilenmektedir. OECD'nin bir raporunda (2002) deniz aşırı ülkelerden gelen göçmen hemşireler dahil tüm sağlık çalışanlarının diğerlerine göre daha rekabetçi, daha düzensiz, daha denetim altında ve daha düşük maliyetlerle oldukça ucuz çalıştıkları belirtilmektedir (Bach, 2006; Eyck, 2005). Emeğin maliyetini düşürmenin 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. Nitelikli emeği olan göçmen hemşireler kendini eksik istihdamın önemli bir parçası olan "küçük işler yapan bakım işçisi" olarak gördüklerini belirtmektedir (Eyck, 2005). Bu durum onların emek-gücünü niteliksizleştirmektedir (Özkan, Hamzaoglu, 2008). Beraberinde mesleki risklerin, meslek hastalıklarının ve iş kazalarının görülme sıklığında artma olması da bir başka sonuçtur. Örneğin, Kanada'daki deniz aşırı ülkelerden gelen hemşireler daha fazla sağlık riski altında olduğunu, Güney Afrikalı hemşireler ise daha fazla stres altında çalıştığını düşünmektedir. Bu olumsuz koşullar göç veren ve göç alan ülkelerde hemşirelerin meslekten ayrılmasının en önemli nedenleri arasındadır (Bach, 2006; Aiken, 2004). Özellikle yasal mevzuatlardaki sınırlılıklar nedeniyle de sendikal örgütlenme önünde önemli engeller bulunmaktadır. Ancak, son yıllarda yukarıda belirtilen olumsuzluklar nedeniyle hemşirelerin de içinde yer aldığı kadın göçmenler arasında sendikalaşma oranlarında artışlar olduğu bildirilmektedir (Eyck, 2005; Özkan, Hamzaoglu, 2008).

Afrika'da sağlık işgücünün %45-60'ını oluşturan hemşirelerin göç hızlarının yüksek olması nedeniyle, önemli düzeyde kadro açığı oluşmuş ve diğer sağlık çalışanlarının yetersizliği ile de beraber, sağlık sistemi ya çökme noktasına gelmiş ya da sağlık kurumları kapanmaya başlamıştır (Chikana, 2005; Dovlo, 2007; Özkan, Hamzaoglu, 2008). Afrika ülkelerindeki kamu sağlık kurumlarında hemşire açığının %18.4-25.5 arasında olduğu ve Sri Lanka'daki kamu sağlık hizmetinin sürdürülebilmesi için otuz yedi bin hemşireye ihtiyaç olduğu rapor edilmektedir. Gana'da 1980-1999 yılları arasında göçe bağlı hemşire yetersizliği %25 iken, 2002 yılında bu oran %57'ye

ulaşmıştır (Bach, 2006; Özkan, Hamzaoglu, 2008). Hemşire açığının Filipinler'de (2004 yılı) 30 bin, Güney Afrika'da (2003 yılı) 32 bin, Sahra Altı Afrika ülkelerinde ise 600 bin olduğu saptanmıştır (Clark, 2006; Özkan, Hamzaoglu, 2008).

Dünya nüfusunun %11'i olan Sahra Altı Afrika ülkelerinin hastalık yükü %24 iken, dünyadaki tüm sağlık emek-gücünün sadece %3'ünü oluşturmaktadır. Afrika başta olmak üzere pek çok düşük gelirli ülke, sağlık göstergeleri açısından sağlık hizmetine en fazla gereksinimi olan ülkeler iken, göçler sağlık emek-gücü sayısını giderek azaltmaya başlamıştır (Haour-Knipe, Davies, 2008). Bir Afrika ülkesi olan Swazilan'da hemşire yetersizliği nedeniyle antiretroviral tedavi programları yürütülemez hale gelmiştir (Kingma, 2007). Mozambik'te hemşire ve kardiyolog eksiği nedeniyle çocuk ölümleri artmaktadır ve onların ölüm nedenleri daha çok temel sağlık hizmetleri alamamalarıdır (Clemens, Pettersson, 2007).

Uluslararası sağlık emek-gücünün bir etkisi de ticari şirketler üzerinedir. Sağlık çalışanlarının bu tür uluslararası hareketi, özellikle ticari şirketleri harekete geçirmiş ve onlar için bir kar alanı haline gelmiştir (Bach, 2006). Dolayısıyla, uluslararası sağlık emek-gücü göçünün gelişmiş ya da sanayileşmiş kapitalist ülkelerin yanında bir kazanana da bu şirketlerdir. Bugün hemşire ve hekimlerin uluslararası göçü aktif olarak bu şirketler aracılığı ile olmaktadır (Clark, 2006). ABD'de hemşire istihdamını yapan şirketler 1999 yılında 35-40 iken, 2006 yılında bu sayı 267 olmuştur. Londra'da göçmen hemşireler (Filipinler, Nijerya, Güney Afrika vb.) üzerinde yapılan bir çalışmada, hemşirelerin üçte ikisinin bu şirketler yoluyla Birleşik Krallığa geldiği saptanmıştır (Pittman, 2007; Buchan, 2006). Şirketlerin hemşirelerden talep ettiği ücret gidilecek ülkeye göre değişmekle beraber 4 bin-15 bin dolar arasında değişmektedir. ABD'ye gelen hemşireler şirketlere 15 bin-25 bin dolar ödemekte olup, bu ücret 50 bin dolara kadar çıkmaktadır (Fang, 2007; Pittman, 2007). Gana'lı hemşireler bu şirketlerle Birleşik Krallığa gelebilmek için 2500-3500£ ödemektedir. Bu ücrete vize ve uçuş ücretleri dahil değildir (Buchan, 2006).

Sonuç ve Öneri

Daha önceden de belirtildiği gibi, uluslararası sağlık emek-gücü göçü, gelişmiş ya da sanayileşmiş kapitalist ülkelerin özel ya özertleştirilmiş sağlık kurumları ve ticari şirketler için küresel bir hazine avıdır. Buna karşın, gelişmiş ya da gelişmekte olan kapitalist ülkelerin sağlık çalışanları ve emek-gücünü satmak zorunda olanlar için ise sonucu felaket olmaya aday bir olgudur. Ülkemizde gerek hemşire göçü, gerekse "hemşirelik mesleğinin ve eğitiminin uluslararasılaşma" tartışmalarında kaybedenlerin ve kazananların kimler olabileceğinin dikkate alınması ve bu deneyimi yaşayan ülkelerin bilimsel verilerinden yararlanılması makalenin temel önerisi olarak düşünülebilir.

Tablo. Uluslararası sağlık emek-gücü göçünün bazı etkileri ve sonuçları**1) Sağlık emek-gücüne etkisi****Göç veren ülkelerde:**

- Lisans ve lisans sonrası eğitimin uluslararasılaştırılması
- Lisans düzeyinde eğitim veren okulların, lisans sonrası eğitim programlarının arttırılması
- Eğitim kurumlarının ve öğrencilerin yatırım ya da kar getirici bir nesne olarak görülmesi
- Ülkede kalan sağlık çalışanlarının iş yükünde artma ve daha olumsuz koşullarda çalışması
- Meslek hastalıkları ve iş kazalarının görülme sıklığının artması
- Nitelikli emek-gücünün göç etmesi nedeniyle sağlık hizmetlerinin daha az nitelikli ya da niteliksiz emek-gücü (hemşire yardımcılarının hemşirelik yapması gibi) ile yürütülmesi
- Tüm bu olumsuz sonuçların kamu sağlık kurumlarında daha fazla olması
- 'Hayalet işçilerinin' ortaya çıkmaya başlaması

Göç alan ülkelerde:

- Göçmen sağlık çalışanlarına olan bağımlılığın artması
- Göçmen sağlık çalışanlarının daha çok meslek dışı işlerde çalıştırılması
- O ülkenin sağlık çalışanının çalışmak istemediği tehlikeli, riskli işlerde ve kurumlarda çalıştırılmaları
- Meslek hastalıkları ve iş kazalarının görülme sıklığının artması
- Göçmen sağlık çalışanlarının daha emek yoğun ancak daha ucuz emek-gücü olması
- Göçmen sağlık çalışanlarının esnek üretim stratejilerine daha fazla maruz kalması
- Göçmen sağlık çalışanlarının daha fazla ayrımcılığa ve şiddete maruz kalması
- Göçmen emek-gücünün niteliksizleştirilmesi
- Emek-gücünün bölünmesi, katmanlaşması, farklılaşması (göçmen olan/olmayan vb.)
- Sendikal ve mesleki örgütlenmenin yasal mevzuat nedeniyle de hiç olmaması ya da düşük olması

2) Sağlık sistemine etkisi**Göç veren ülkelerde:**

- Akut bakım ve tedavilerin ertelenmesi
- Sağlık hizmetlerinin sunulamaz hale gelmesi
- Bazı sağlık kurumlarının kapanması
- Bekleme listelerinin artması
- Özellikle kırsal bölgedeki temel sağlık hizmetlerinin yürütülememesi
- Hizmetin niteliğinde azalma
- Deniz aşırı ülkelerdeki hastaların çağrılmasının ve yabancı işçi çalıştırılması vb. durumların maliyeti yükseltmesi ve sağlık harcamalarının artması
- Ulusal sağlık politikaları stratejilerinin belirlenememesi
- Sağlık çalışanı sayısının yetersizliğinin diğer yapısal uyum programları ile kronikleşmesi

3) Topluma etkisi**Göç veren ülkelerde:**

- Nitelikli bakım ve tedavi hizmetlerinin alınamaması ya da hizmete ulaşılamaması
- Sağlık hizmetleri sunumunda eşitsizliklerin artması
- Sağlık göstergelerinin olumsuzlaşması (özellikle bebek ve çocuk ölümlerinde önemli artışlar)
- Başta HIV/AIDS, tüberküloz ve sıtma olmak üzere bulaşıcı hastalıkların artması
- Korunabilir ve önlenebilir diğer sağlık sorunlarının artması

4) Ticari şirketler üzerine

Kaynak: Adkoli, 2006; Aiken, 2004; Alkire, Chen, 2004; Bach, 2006; Brown, Connell, 2004; Dovlo, 2007; Kingma, 2007; Malvárez, Castrillón-Agudelo, 2005; Özkan, Hamzaoğlu, 2008; WHO, 2005.

KAYNAKLAR

Adkoli BV. (2006), Migration of health workers: Perspectives from Bangladesh, India, Nepal, Pakistan and Sri Lanka. Regional Health Forum, 10(1):49-58.

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

Alkire S, Chen L. (2004), Medical exceptionalism in international migration: Should doctors and nurses be treated differently?. Joint Learning Initiative, Human Resources for Health, and The Global Equity Initiative,

Harvard University Asia Center. Erişim adresi: www.fas.harvard.edu/~acgei/Publications/Akire/Migration%2010-25.pdf. Erişim Tarihi: 26 Nisan 2008.

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. Erişim adresi: www.wider.unu.edu/publications/working-papers/research-papers/2006/ Erişim Tarihi: 11 Şubat 2008.

Bach S. (2004), .Migration patterns of physicians and nurses: still the same story. Bulletin of World Health Organization, 82(8):624-625.

- Brown RPC, Connell J.** (2004), The migration of doctors and nurses from South Pacific Island Nations. *Social Science&Medicine*, 58(11):2193-2210.
- Bruch BL.** (2008), Global nurse migration today. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(1): 20-25.
- Buchan J, Jobanputrar, Gough P, Hutt R.** (2006), Internationally recruited nurses in London: A survey of career paths and plans. *Human Resources for Health*, 4:14-24.
- Buchan J, Kingma M, Lorenzo FM.** (2005), International migration of nurses: Trends and policy implications. Issue 5 paper, ICN. Erişim adresi: www.iicn.ie/ Erişim Tarihi: 01 Nisan 2008.
- Buchan J, Camlan L.** (2004), The global shortage of registered nurses: An overview of issues and actions. ICN. www.icn.ch/global/ - 38k Erişim Tarihi: 01 Nisan 2008.
- Buchan J, Sochalski J.** (2004), The migration of nurses: Trends and policies. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(8):587-594.
- Buchan J.** (2001), Nurse migration and international recruitment. *Nursing Inquiry*, 8(4): 203-204.
- Chikanda A.** (2005), Nurse migration from Zimbabwe: Analysis of recent trends and impacts. *Nursing Inquiry*, 12(3): 162-174. *Feature*
- Clark PF, Steward JB, Clark DA.** (2006), The globalization of the labour market for health-care professionals. *International Labour Review*, 145(1-2):37-64.
- Clemens M.** (2007), Do visas kill? Health effects of African health professional emigration. Working Paper, No: 114. March. Erişim adresi: www.cgdev.org/files/13123_file_Clemens_Do_visas_kill_3_.pdf - Erişim tarihi: 14 Haziran 2008.
- Dovlo D.** (2007), Migration of nurses from Sub-Saharan Africa: A review of issues and challenges. *Health Research and Educational Trust*, 1428. Part II (June). 42:3:1373-1388- Erişim adresi: www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1475-6773.2007.00717.x Erişim tarihi: 23 Ocak 2008.
- Eyck KV.** (2005), Women, workers, and migrants in the globalised public health sector: Debate at the 2004 International Labour Conference. *Development in Practice*, 15:5: 701-709. 13 May 2008. Erişim adresi: URL: <http://dx.doi.org/10.1080/09614520500129404> Erişim tarihi: 6 Haziran 2008.
- Fang ZZ.** (2007), Potential of China in global nurse migration. *Health Research and Educational Trust*, Part II (June). 42:3:1419-1428. Erişim adresi: www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1475-6773.2007.00717.x Erişim tarihi: 16 Haziran 2008.
- Glass N.** (2006), Internationalizing nursing: Valuing the multiple places and spaces of nursing education. *Journal of Nursing Education*, 45(10):387-388.
- Haour-Knipe M, Davies A.** (2008), Return migration of nurses. *International Centre on Nurse Migration*. Erişim adresi: www.intlnursemigration.org/research.shtml Erişim tarihi: 01 Haziran 2008.
- Hawthorne L.** (2001), The globalisation of the nursing workforce: Barriers confronting overseas qualified nurses in Australia. *Nursing Inquiry*, 8(4): 213-229.
- Herdman EA.** (2004), Globalization, internationalization and nursing. *Nursing and Health Sciences*, 6:237-238.
- ICN.** (2003), ICN workforce forum report. 29-30 September 2003, Norway. www.icn.ch. Erişim tarihi: 06/05/2004.
- International Centre on Nurse Migration (ICMN).** (2007), Migration&remittances. EURO Fact Sheet http://www.intlnursemigration.org/download/icnm_migration_EURO.pdf Erişim tarihi: 10 Haziran 2008.
- Kingma M.** (2007), Nurses on the move: A global overview. *Health Research and Educational Trust*, 42:3, Part II (June 2007):1281-1298. Erişim adresi: www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1111/j.1475-6773.2007.00717.x Erişim tarihi: 12 Haziran 2005
- Kingma M.** (2004), International perspective. *Editorial. International Nursing Review*, 51:196-198.
- Kingma M.** (2001), Nursing migration: Global treasure hunt or disaster-in-the-making?. *Nursing Inquiry*, 8(4): 205-212.
- 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*, 4:22:1-15.
- Lindeman CA.** (2000), The future of nursing education. *Journal of Nursing Education*, Jan 39(1):5-12.
- Malvárez SM, Castrillón-Agudelo M C.** (2005), Overview of the nursing workforce in Latin America. Issue 6. ICN, PAHO. Erişim adresi: www.icn.ch/global/Issue6LatinAmerica.pdf. Erişim adresi: 02 Haziran 2005.
- Muula AS, Panulo B, Maseko FC.** (2006), The financial losses from the migration of nurses from Malawi. *BMC Nursing*, 5:9:1-6.
- OECD.** (2002), International migration of physicians and nurses: Causes, consequences and health policy implications. Paris: OECD.
- Ollman, B.** (2006), Diyalektğin dansı Marx'ın yönteminde adımlar. Çev: Saraçoğlu, C. Yordam Kitap, İstanbul.
- Özkan Ö, Hamzaoğlu O.** (2008), Uluslararası sağlık emek göçü: Ne, nasıl, neden?. (Sözel Bildiri). TÜSAM 3. Sınıf Çalışmaları Sempozyumu. "Türkiye İşçi Sınıfı Ve Emek Hareketi Küreselleşiyor Mu?. Kongre Kitabı, İstanbul. s.170-188.
- Pittman P, Folsom A, Bass E, Leonhardy K.** (2007), U.S.-based international nurse recruitment: Structure and practices of a burgeoning industry. Report on Year I of the Project International Recruitment of Nurses to the United States: Toward a Consensus on Ethical Standards of Practice. *Academy Health*. Report Erişim adresi: www.intlnursemigration.org/download/Report-on-Year-I.pdf Erişim tarihi: 29 Mayıs 2008.
- Pond B, Mcpake B.** (2006), The health migration crisis: The role of four Organisation for Economic Cooperation and Development Countries. *The Lancet*, 367(29):1448-1455.
- Ross SJ, Polsky D.** (2005), Nursing shortages and international nurse migration. *International Nursing Review*, 52:253-262.
- Watkins S.** (2005), Migration of healthcare professionals: Practical and ethical considerations. *Clinical Medicine*, May/June 5 (3): 240-243.
- WHO.** (2005), Migration of health personnel. WHO For The Western Pacific Secretariat of The Pacific Community Noumea, New Caledonia. WPR/ICP/ECP/7.2/001/ECP(1)2005.4. 4 February 2005. Erişim adresi: www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/2454FB0E-E019-4CF1-82ED. Erişim tarihi: 20 Nisan 2008.