

DOSYA/DERLEME**SAĞLIK EMEK GÖÇÜNÜN HAREKET ALANLARI:
BİRLEŞİK DEVLETLER,
KANADA, BİRLEŞİK KRALLIK***Hatice GİRAY ŞİMŞEK**

Göç esas olarak kapitalizmin ortaya çıkışı ve yayılması ile birlikte kapitalist birikim sürecinin bir gereği olarak ucuz emek gücünün sermaye için harekete geçirilmesinin bir sonucudur. Önceleri zorunlu köle emeğine dayanan bu süreç, zaman içinde geçim olanakları ellerinden alınan ya da mülksüzleştirilen kitlelerin özellikle düşük gelirliliği ülkelerden gelişmiş kapitalist ülkelere emek gücü hareketine dönüşmüştür. Gönüllü ya da zorunlu nitelikte olsun 16. yüzyılın ortalarından itibaren başlayan emek göçü kapitalist dünya ekonomisinin önemli bir parçasıdır ve küreselleşme süreci ile birlikte yeni boyutlar kazanmıştır (Toksöz, 2006).

Emek göçüne göre sağlık emek göçü tarihi sağlık hizmetlerinin kapitalist üretim süreci içindeki durumu gereği daha yenidir ve 1970'li yıllardan itibaren günümüze kadar gittikçe artış göstermiştir. Diğer emek göçlerinde olduğu gibi sağlık emek göçü de daha çok düşük gelirliliği ülkelerden gelişmiş kapitalist ülkelere doğru hareket etmektedir (Özkan, 2007).

1970'li yıllarda göç eden hekimlerin %86'sı sırasıyla en çok Birleşik Krallık, Birleşik Devletler (ABD) ve Kanada'ya göç ederken, hemşirelerin göç için seçtikleri hedef ülkelerin başında da sırasıyla ABD, İngiltere, Kanada gelmektedir (Özkan, 2007; Mullan, 2005). Günümüzde de hedef ülkelerin başlıcaları olan ABD, Birleşik Krallık ve Kanada'ya göç veren ülkelerin başlıcaları özellikle Filipinler ve Hindistan'ı içeren Asya ile Güney Afrika ve Sahra altı Afrika ülkeleridir.

Sağlık çalışanlarının ülkelerarası oluşturdukları göç döngüsüne ilişkin bir tanımlama yapılmıştır. "Tıbbi atlıkarınca- medical carousel" adı verilen bu döngüye göre sıklıkla daha iyi eğitim, çalışma ve yaşam koşulları; daha fazla kazanç nedeniyle Tanzanya, Kenya ya da Nijeryalı hekimler Güney Afrika'ya (bugün artık geçerliliği yok); Güney Afrikalı hekimler Birleşik Krallık'a; Birleşik Krallık kökenli hekimler Kanada ve ABD'ye; Kanadalı hekimler ABD'ye göç etmektedir (Eastwood, 2005).

GÖÇ ALAN/HEDEF ÜLKELER

Sağlık emek göçünün göç alan/hedef ülkeler adına sağladığı en temel katkı sağlık çalışanlarının sayısındaki eksikliği gidermede aracılık etmesidir. Örneğin Birleşik Krallık'ta hükümetin uyguladığı bazı kolaylaştırıcı programlar ile 2004 yılında hemşire işgücünde 20,000 artış sağlanmıştır. Çalışan sayısındaki eksiklik özellikle kırsal ya da yoksulların yaşadığı bölgelerde daha fazladır. Bu bölgelerde sağlık çalışanlarında yaşanan eksiklik sağlık hizmetlerinin de yetersiz verilmesine neden olmaktadır. Gelişmiş ülkelerde yaşanan bu sorunu aşabilmenin en önemli yolu göçle gelen sağlık emek gücünün bu bölgelerde kullanılması olmuştur (Bach, 2003; Norcini, 2005).

Sağlık emek göçünün hedef ülkeler adına bir diğer katkısı bu ülkelerin sermaye birikimine önemli bir girdi sağlamasıdır. Örneğin, salt hemşire göçü dünya ekonomisine 70 milyon dolardan daha fazla katkı sağlamıştır. Göç ayrıca emek gücünün hem eğitiminde hem de emek sürecinde emek gücü fiyatının düşürülmesinde önemli bir işleve sahiptir (Özkan, 2007). Çünkü nitelikli emek gücünün sağlanması

*Arş. Gör. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

yüksek maliyetlidir. Bu maliyet kaynak ülkeler açısından kayıpken, hedef ülkeler açısından kazançtır. Sağlık çalışanlarının düşük gelirli ülkelerden göçü, gelişmiş kapitalist ülkelerin ekonomisine çok büyük katkı sağlamaktadır. Örneğin Birleşik Krallık'ta her nitelikli hekim başına 200,000-250,000 pound harcanmakta ve hekimler 5-6 yıl eğitim görmektedir. Birleşik Krallık göçle gelen bir hekimi çalıştırarak 5-6 yıl eğitim vermeksizin ve harcama yapmaksızın sağlık sistemine ve ülke ekonomisine katkı sağlamaktadır (Eastwood, 2005).

Bu makalede ele alınacak göç alan üç hedef ülkenin bazı temel göstergeleri Tablo 1'de sunulmuştur. Bu ülkelerin ortak özellikleri kişi başı GSMH'lerinin 30,000 dolardan, kişi başı sağlık harcamalarının 2,500 dolardan yüksek olması, GSMH içinden sağlığa ayrılan payın %8-15 arasında değişmesidir. Göç veren ülkelere göre bu ülkelerde bebek ve 5 yaş altı ölüm hızları çok düşük; 10,000 kişi başına düşen sağlık çalışanı sayısı yüksektir (WHO, 2008; World Bank, 2006).

Birleşik Devletler: Artan nüfusuna ve sağlık harcamalarına paralel derecede iyi olmayan bir sağlık sistemine sahip olan ABD, sağlık emek göçünde merkezi bir rol oynamaktadır. Bu ülke hemşire ve eczacı yetersizliği ile yüz yüzedir. 2000 yılında 1.89 milyon kayıtlı hemşire dışında 110,000 hemşire eksikliği varken, bu sayının 2020 yılında 800,000'e çıkacağı öngörülmektedir. Şimdilerde yaklaşık 100,000 Amerikalı hemşire lisans diplomasını yurtdışında almıştır. 1970'li yılların başlarında işgücüne katılan hekimlerin %8'i başka bir ülkeden aldığı lisans diplomasına sahipken, diğer bir tanımla Uluslararası Tıp Mezununu (UTM) iken, 2000'li yıllarda bu oran %25'e yükselmiştir (Bach, 2003).

Amerikan Tıp Birliği'nin verisini kullanan bir çalışmaya göre, ABD'de hasta bakımında çalışan yaklaşık 460,000 hekimin 137,000'i ABD ya da Kanada dışındaki bir ülkeden diploma almıştır ve bu durumda

olanların yaklaşık sayısı 180,000'dir. Kanada'dan diploma alan hekimler ABD için UTM sayılmamıştır. Çünkü her iki ülkenin de tıp fakülteleri Amerikan Tıp Fakülteleri Birliği tarafından yetkilendirilmektedir. Ayrıca iki ülkenin tıp eğitimleri çok benzer ve bu ülkeler kültürel ve coğrafi açıdan çok yakın özelliklere sahiptir. Kanada diplomalı hekim sayısı 1981 yılında 5,122 iken, 2001 yılında 7,559 olmuştur ve ABD'de çalışan hekimlerin yaklaşık %1.3'ünü oluşturmaktadır (Hart, 2007). ABD hekim işgücündeki UTM'lerin özellikleri Tablo 2'de sunulmuştur (Mullan, 2005).

ABD tarihte pek çok ülkeden göç almıştır ancak 1960'lı yılların sonlarında Kanada ve İngiltere özellikle Filipinler ve diğer Asya ülkelerinden göç almada ABD'den daha ön plana geçmiştir. Bunun en önemli nedeni Birleşik Devletler'de göç sisteminin değişmiş olması ve karmaşık yapısıdır. Ancak son zamanlarda özellikle uzmanlaşmış hemşireler gibi nitelikli çalışanlar için koşullar rahatlatılmakta ve bu durumun süreceği öngörülmektedir (Bach, 2003).

ABD'de çalışan göçmen hekimlerin en önemli kaynak ülkesi Güney Asya ülkeleri özellikle Hindistan'dır. 1995 yılından 2002 yılına kadar bu bölgeden ABD'ye göç eden yıllık ortalama hekim sayısı 1,485'tir ve bu tüm göçmen hekimlerin %31'ine denk gelmektedir. Orta Doğu ve Kuzey Afrika ülkelerinden yıllık 715 (%15), Doğu Asya ülkelerinden 655 (%14) hekim göç ederken, Eski Sovyetler Birliği ve Baltık ülkelerinin katkısı da aynı orandadır. Birleşik Krallık, diğer Avrupa ülkeleri, Kanada, Avustralya ve Yeni Zelanda'dan toplam 500 (%10), Sahra altı Afrika ülkelerinden 275 kişi (%6) göçle gelmektedir. Bu hekimlerin bir kısmı ihtisas sonrası ülkelere dönmektedir. Ülkelerine dönenlerin oranı kaynak ülkeye göre değişmektedir. Örneğin Birleşik Krallık ve Avrupa kökenlilerin yarısından daha azı ABD'de çalışmaya devam ederken, Hindistan kökenlilerin %80'i, Filipin kökenlilerin %70'i ABD'de çalışmayı

Tablo 1. ABD, Kanada ve Birleşik Krallık'a ilişkin bazı göstergeler

Gösterge	Birleşik Devletler	Kanada	Birleşik Krallık
Nüfus (milyon) 2006*	299.40	32.65	60.6
Kişi başına düşen GSMH-PPP(\$)	44,070	36,280	33,650
Kişi başına düşen sağlık harcaması- PPP(\$)	6,350	3,419	2,597
GSMH'nin %si Toplam Sağlık Harcaması	15.2	9.7	8.2
Doğumda beklenen yaşam süresi (Yıl)	78	81	79
Bebek ölüm hızı 1,000 canlı doğumda	7	5	5
5 yaş altı ölüm hızı 1,000 canlı doğumda	8	6	6
10,000 Kişiye Düşen Doktor Sayısı	26	19	23
10,000 Kişiye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısı	94	101	128
10,000 Kişiye Düşen Diş Hekimi Sayısı	16	12	10
10,000 Kişiye Düşen Eczacı Sayısı	9	8	5

GSMH: Gayri Safi Mili Hasıla, PPP: satın alma paritesine göre düzeltilmiş. Kaynak: *World Bank, 2006; ** WHO, 2008

Tablo 2. ABD hekim işgücündeki UTM'lerin özellikleri

Özellik	ABD
UTM'lerin toplam sayısı	208,733
İşgücünde UTM %	25.0
Düşük gelirli ülkelerden gelen UTM %	60.2
Diğer gelişmiş ülkelerden gelen UTM %	6.5

Kaynak: Mullan, 2005.

sürdürmektedir. ABD'de hekimler arasında göçle gelenlerin oranı yaklaşık %25 iken, bu oran eczacılarda %15, diş hekimlerinde %14, hemşirelerde %12'dir (Cooper, 2005). ABD'de çalışan UTM'lerin kaynak ülkelere göre dağılımı Tablo 3'te sunulmuştur (Mullan, 2005).

ABD'de göçmen hekimlerin ortalama yaşları 51.5'tir, yaklaşık dörtte biri kadın, %61'i uzmandır (Hart, 2007). Yapılan bir çalışmaya göre yeğlenen uzmanlık alanlarının ilk üçü sırası ile iç hastalıkları (%21.9), çocuk hastalıkları (%8.7), kadın hastalıkları ve doğumdur (%4.1). UTM'lerin %20.8'i üç ve daha fazla hekim tarafından grup pratiği yapmakta, %19.9'u tek başına, %2.6'sı iki hekimden oluşan ekiple, %6.4'ü devlete ait hastanelerde, %16.3'ü devlete ait olmayan hastanelerde, %2.9'u Tıp Fakültelerinde çalışmaktadır (Akl, 2007). Bazı ülkelerden göç eden hekimlerin çoğunluğu belirli eyaletlerdeki büyük şehirlerde çalışmaktadır. Örneğin Orta ve Güney Amerika ülkelerinden göç eden hekimlerin çoğunluğu Florida'da; Avrupa'dan ve İsrail'den gelenlerin çoğunluğu New York'ta; Pasifik Asya ülkelerinden

Tablo 3. ABD'de hekim işgücündeki UTM'lerin kaynak ülkelere göre dağılımı

Kaynak ülke	UTM sayısı	Hekim işgücündeki %
Hindistan	40,838	4.9
ABD*	25,380	3.0
Filipinler	17,873	2.1
Pakistan	9,667	1.2
Kanada	8,990	1.1
Çin	6,687	0.8
Eski SSCB**	5,060	0.6
Mısır	4,593	0.5
Meksika	4,578	0.5
Güney Kore	4,401	0.5
İran	4,002	0.5
Birleşik Krallık	3,439	0.4
Dominik Cumhuriyeti	3,232	0.4
Suriye	3,219	0.4
Almanya	3,071	0.4
Lübnan	2,556	0.3
Nijerya	2,392	0.3
Arjantin	2,374	0.3
Polonya	2,365	0.3
Kolombiya	2,362	0.3

*Diplomasını yurtdışında alıp, ABD'de çalışan ABD vatandaşı

**Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği.

Kaynak: Mullan, 2005

diplomalı olanların çok büyük bir bölümü Kaliforniya'da çalışmaktadır (Hart, 2007). Pek çok hedef ülkede olduğu gibi ABD'de de göçmen hekimler yetersiz hizmet alan kırsal ya da daha çok yoksulların oturduğu bölgelerde çalışmaktadır (Hussey, 2007).

Kanada: Kanada, Güney ve Sahra Altı Afrika Ülkeleri'nden hekim göçü için başlıca hedef ülkelerden biridir. Kanada'da UTM'ler 1970'li yıllarda hekim işgücünün %30-35'ini oluşturmaktadır. UTM'lere bağımlılığı azaltmak için 1970'li yıllarda mezun edilen hekim sayısı artırılmıştır. UTM'lerin hekim işgücündeki oranı 2000 yılında %23.1, 2003 yılında %22.6, 2004 yılında %22.3'e düşmüştür. UTM'lere bağımlılık genellikle yetersiz hizmet alan kırsal bölgelerde görece yüksek oranda kalmıştır. Kanada'da 2004 yılında kırsalda çalışan hekimlerin %26.3'ü, kentsel bölgede çalışanların %21.9'u UTM'dir (Dauphinee, 2006). Özetle Kanada'da hekimlerin yaklaşık %22'si göçmen iken, hemşirelerde bu oran yaklaşık %7'dir. Bu ülkelere göçen göçmen hekim göçü ile karşılaştırıldığında görece az olmasına karşın artmaktadır. Bu oranlara göre Kanada sağlık sisteminin göçmen sağlık çalışanlarına bağımlılığı pek çok OECD ülkesinden daha fazladır, ancak Birleşik Krallık, ABD, Avustralya, Yeni Zelanda gibi İngilizce konuşulan ülkelere göre daha azdır (Labonte, 2006). Kanada'da hekim işgücündeki UTM'lerin özellikleri Tablo 4'te sunulmuştur (Mullan, 2005). Kanada'da çalışan UTM'lerin özellikleri Tablo 5'te verilmiştir (Mullan, 2005).

Kanada'da çalışan göçmen hekimler içinde Güney Afrika kökenli olanlar yaklaşık %10'u oluşturmaktadır ve bu oran pek çok ülkeden daha fazladır. Bu oran içinde en fazla Uganda kökenli hekimler bulunmaktadır. Son kırk yılda Kanada'da çalışan Güney Afrikalı hekim sayısı %60 artış göstermiştir. Aynı zaman diliminde Nijerya'dan göçle gelen hekim sayısında üç kat artış olmuştur (Labonte, 2006).

Göç edilen ülkelere, Sahra altı Afrika'da iyi hekim yetiştirdiğine inanılan belirli hastane ya da üniversitelerin mezunlarına öncelik tanınmaktadır. Örneğin ABD'de çalışan Sahra altı Afrika kökenli hekimlerin %79'u, çoğunluğu Güney Afrika ve Nijerya'da olan 10 tıp fakültesinden mezundur ve Kanada için de bu iki ülke başlıca kaynak olan Sahra altı Afrika ülkesidir. Ayrıca deneyim ve uygulamanın niteliği yanında İngilizce konuşma, İngilizce konuşmayan ülkelere gelen hekimlerle

Tablo 4. Kanada hekim işgücündeki UTM'lerin özellikleri

Özellik	Kanada
UTM'lerin toplam sayısı	15,701
İşgücünde UTM %	23.1
Düşük gelirli ülkelerden gelen UTM %	43.4
Diğer gelişmiş ülkelere gelen UTM %	22.3

Kaynak: Mullan, 2005

karşılaştırıldığında tercih nedeni olmaktadır. Kanada'da çalışan göçmen hekimlerin çok büyük bir kısmı Aile Hekimliği uygulaması yapmaktadır. Pek çok hedef ülkede olduğu gibi Kanada'da çalışan göçmen hekimlerin çok büyük bir kısmı Kanada'lı hekimlerin daha az tercih ettiği kırsal bölgelerde çalışmaktadır. 2004 yılında kırsalda çalışan hekimlerin %26.3'ü göçmendir. Pek çok kırsal bölgenin sağlık hizmetleri göçmen hekimlere bağımlıdır. Tek istisnası Kanada'nın Fransızca konuşulan Kebek Eyaleti'dir (Labonte, 2006).

Son beş yılda Kanada'da çalışan göçmen hemşirelerin sayısı sabit kalmıştır ve bu oran göçmen hekim oranından daha düşüktür ve %7.4'tür. Göçle gelen hemşirelerin yaklaşık yarısının kaynak ülkesi Filipinler (%30) ve Birleşik Krallık'tır (%20)(Labonte, 2006).

Kanada'da yabancı kökenli hekim ve hemşire talebinin en temel nedenleri ülkede yaşanan demografik değişim, yetersiz sağlık insangücü, kırdan kente ya da şehirlerarasında yapılan iç göç nedeniyle oluşan sağlık insangücünde bölgeler arası oluşan dengesizlik ve Kanadalı sağlık çalışanlarının Birleşik Devletler'e göçüdür. Yirminci yüzyılın son yarısında Kanada toplumu yaşlanma eğilimi göstermiştir. Kanada'da sağlık hizmeti harcamalarının yaklaşık %70'i 65 yaş ve üzeri kişilere yapılmaktadır. Yaşlanan toplumda sağlık hizmeti kullanımı ve uzmanlık gerektiren sağlık hizmeti gereksinimi artmaktadır. Bunun yanı sıra Kanada sağlık sisteminin etkilendiği

Tablo 5. Kanada'da hekim işgücündeki UTM'lerin kaynak ülkelere göre dağılımı

Kaynak ülke	UTM	Hekim işgücü içindeki %
Birleşik Krallık	2,735	4,0
Güney Afrika	1,754	2,6
Hindistan	1,449	2,1
İrlanda	1,164	1,7
Suudi Arabistan	658	1,0
Mısır	558	0,8
Birleşik Devletler	519	0,8
Polonya	441	0,6
Fransa	432	0,6
Pakistan	320	0,5
Filipinler	261	0,4
Avustralya	247	0,4
Hong Kong	224	0,3
Vietnam	223	0,3
Tayvan	189	0,3
Romanya	187	0,3
Jamaika	179	0,3
Sri Lanka	163	0,2
Lübnan	161	0,2
Kuveyt	154	0,2

Kaynak: Mullan, 2005.

bir diğer durum Kanada'lı hekimlerin de yaş ortalamasının yüksek olmasıdır. Kanada'da 35 yaş ve altı hekim sayısı 65 yaş ve üzeri hekim sayısından daha azdır ve yaşlanan profesyonellerin niteliklerinin ve deneyimlerinin artması nedeniyle beklentilerinin ve özellikle kentsel bölgede çalışma eğilimlerinin arttığı belirtilmektedir (Labonte, 2006).

Birleşik Krallık: Birleşik Krallık da hekim ve hemşirelerin göçünde temel hedef ülkelerden biridir. 1998 yılında hükümetin sağlık birimi hekim ve hemşire sayısında büyük ölçüde artış sağlamayı hedeflemiştir. Bu artışı sağlamak için belirlenen üç yoldan biri göçle gelen hekim ve hemşirelerin çalıştırılmasıdır. 2001 yılında Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) göçle gelen uzman ve genel pratisyenleri ülkelere çekmek için duyurulara/kampanyalara başlamıştır. 2003 yılına kadar yeni kayıtlı göçmen hekim sayısında iki kat, Sahra altı Afrika'dan göç eden hekim sayısında üç kat artış olmuştur (Pond, 2006). Kaynaklara göre farklılık gösterse de Birleşik Krallık'ta çalışan hekimlerin yaklaşık üçte biri; hastanede çalışan hekimlerin üçte birinden fazlası; genel pratisyenlerin beşte biri UTM'dir (Mullan, 2005; Hann, 2008). Birleşik Krallık'ta çalışan UTM'lerin özellikleri Tablo 6'da sunulmuştur (Mullan, 2005).

Birleşik Krallık'ta göçmen hekimlere olan bağımlılıktaki artış nedeniyle 2000 yılında beş yeni tıp fakültesi açılarak ülkede mezun edilen hekim sayısı %60 artmıştır. İş bulmayı zorlaştıran bu artışın hekim sayısındaki gereksinimi aşmış olabileceği belirtilmektedir. Bu nedenle hükümet 2006 yılında hekimler için serbest göç uygulamasını geri almış ve göçmen hekim tercihini Avrupa Birliği içinde diploma almış hekimlerden yana kullanacağını belirtmiştir (Hann, 2008).

Birleşik Krallık'ta çalışan UTM'lerin yaklaşık %90'ı diplomasını Tablo 7'de belirtilen 20 ülkeden almıştır. Yapılan analizlere göre bu 20 ülke işgücü içinde kalma sürelerine göre iki gruba ayrılmıştır. İşgücü içinde en uzun süre kalanlar Asya, Orta Doğu, Kuzey Afrika ve bazı Sahra-altı Afrika ülkelerinden (Nijerya ve Sudan) gelenlerdir ve bu hekimlerin göçle gelen hekimler içindeki oranı %53'tür. Kalma süreleri diğer gruba göre daha az olan ülkeler Avustralya ve Yeni Zelanda, Avrupa Ekonomik Alanı ülkeleri, Güney Afrika ve Jamaika'dır. Kalış süreleri kısa olan ülkelere göre uzun olan ülkelerin ortalama kişi başı GSMH'lerinin ve kişi başına düşen hekim sayılarının daha az olduğu görülmektedir (Hann, 2008).

Tablo 6. Birleşik Krallık'ta çalışan UTM'lerin özellikleri

Özellik	Birleşik Krallık
UTM'lerin toplam sayısı	39,266
İşgücünde UTM %	28.3
Düşük gelirli ülkelere gelen UTM %	75.2
Diğer gelişmiş ülkelere gelen UTM %	2.5

Kaynak: Mullan, 2005.

Tablo 7. Birleşik Krallık'ta hekim işgücündeki UTM'lerin kaynak ülkelere göre dağılımı

Kaynak ülke	UTM içindeki %	Hekim işgücü
Hindistan	15,093	10.9
İrlanda	2,845	2.1
Pakistan	2,693	1.9
Güney Afrika	1,980	1.4
Mısır	1,592	1.1
Nijerya	1,529	1.1
Almanya	1,523	1.1
Sri Lanka	1,422	1.0
Irak	1,248	0.9
Avustralya	872	0.6
İspanya	657	0.5
Yunanistan	596	0.4
Miyanmar(Burma/Birmanya)	487	0.4
Jamaika	472	0.3
İtalya	464	0.3
Bangladeş	464	0.3
Hollanda	419	0.3
Sudan	395	0.3
Libya	394	0.3
Yeni Zelanda	305	0.2

Kaynak: Mullan, 2005.

Birleşik Krallık'ta çalışan hekimler içinde Birleşik Krallık kökenli olanların %52'si erkek ve %77.2'si 30 yaş altındayken; göçle gelen hekimlerin %75'i erkek, %18.8'si 30 yaş altı, %43.7'si 30-39 yaş arasındadır (Hann, 2008).

Birleşik Krallık hükümetinin 1998 yılında belirlediği hekim ve hemşire sayısındaki artışa ilişkin hedefi sonucunda 1998-2003 yılları arasında NHS için çalışan hemşire sayısında da yaklaşık %20'lik artış sağlanmıştır. Bu artışın %73'ü göçmen hemşirelere bağlıdır. Bu artışta bazı ülkelerin etkisi önemlidir. Örneğin 1998-2003 yılları arasında Malavi ve Gana'daki hemşire işgücünün %8'i Birleşik Krallık'a göç etmiştir (Pond, 2006). Hemşireler açısından değerlendirildiğinde 2003 kayıtlarına göre Birleşik Krallık'ta göçle gelen yaklaşık 13,000 hemşirenin %45'i Filipinler, %15'i Hindistan, %12'si Güney Afrika kökenlidir. Yalnızca Birleşik Krallık'a yıllık göç hızı hekimlerde Gana'da %1.1, Güney Afrika'da %2.0, Zimbabve'de %0.7 iken; hemşireler için bu hızlar sırasıyla %1.0, %0.6, %2.6'dır (Stilwell, 2003).

Birleşik Krallık'a göç eden sağlık çalışanlarının yaşadığı pek çok sorun bulunmaktadır. Örneğin Göçmen sağlık çalışanları mesleki yeterlilik alabilmek için uzun süre beklemekte ve bu bekleme sürecinde meslek dışı işler yapmak zorunda kalmaktadır. Bunun önemli bir nedeni de göçmen ajanslarının, adaylara daha önceden bildirdikleri istihdam koşullarını, adaylar Birleşik Krallık'a ayak basar basmaz değiştirmeleridir. 2002 yılında 14 Çin'li hemşire bir İngiliz göçmen ajansı aracılığıyla ve 9000 pound karşılığında çalışmak üzere Birleşik Krallık'a gelmiş; aradan sekiz ay geçmeden hemşirelerin 10 tanesinin temizlikçi ve bulaşıkçı olarak istihdam edildikleri görülmüştür (Yılmaz, 2005).

GÖÇ VEREN/KAYNAK ÜLKELER

Sağlık emek göçünü artıran pek çok etmen bulunmaktadır. Bunların başlıcası kaynak ülkelerdeki sağlık çalışanlarının daha iyi gelir elde etme ve daha iyi mesleki koşullarda çalışma isteğidir (Mullan, 2005). Birleşik Krallık'ta bir aile hekimi yıllık 200,000 dolardan daha fazla gelir elde ederken; hekimin yıllık geliri Gana'da 14,600 dolardır. Bu ülkelerde hemşirelerin yıllık geliri Gana'da 4,900; Burkina Faso'da 2,900; Zambiya'da 4,100; Nijerya'da 5,800 dolardır (Mc Coy, 2008). Buna ek olarak göç edilen ülkenin vergi koşulları da yeğlenen hedef ülkeyi etkilemektedir. Örneğin bir hekimin ortalama net geliri Birleşik Devletler'de 269,000 dolarken, Kanada'da 119,000 dolardır (Bach, 2003). Deneyimli çalışanlar için mesleki gelişim kişisel kariyer planlamanın önemli bir parçasıdır. Yapılan bir çalışmanın bulgularına göre hemşireler için öğrenme fırsatları göç adına en önemli teşvik edici etmendir (Kingma, 2001). Sağlık çalışanları kendi ülkelerinde elde edemedikleri teknoloji kullanımı fırsatını başka ülkelerde yakalamak istemektedirler. Sıklıkla dile getirilen nedenler arasında çalışılan kurumda ya da dışarıda karşılaşılan şiddet ile HIV/AIDS pandemisi gösterilmektedir (Bach, 2003). Hekimlerin görüşleri alınarak yapılan bir çalışmanın bulguları da bu görüşleri desteklemektedir. Bu çalışmanın verisine göre sağlık emek göçünün birincil nedeni daha yüksek gelir elde etme olanağıdır (%90.8). Diğer nedenler de teknoloji, ekipman ve sağlık olanaklarına erişim (%74.1), çocuklarına daha iyi bir gelecek hazırlama (%78.0), ekonomik açıdan daha stabil bir ülkede yaşama (%72.5), güvenlik koşulları yüksek olan ülkede çalışma (%51.9), diğer çalışanlara göre daha fazla gelir elde etme (%58.4), kendi alanlarındaki ünlü kişilerle aynı akademik çevrede çalışma istekleridir (%48.3) (Astor, 2005).

Sağlık emek göçüne kaynaklık eden ülkelerin hedef ülkelere göre kişi başı GSMH'leri ve toplam sağlık harcamaları ile kişi başına düşen sağlık çalışanı sayıları daha az; sağlık göstergeleri daha kötüdür. Bu makalede ele alınacak olan kaynak ülkelerin bazılarının göstergeleri Tablo 8 ve 9'da sunulmuştur (WHO, 2008; World Bank, 2006).

Kanada, Birleşik Krallık ve Birleşik Devletler'e göç veren ülkelerin başlıcası Filipinler'dir. Filipinler toplumunun %10'una denk gelen yaklaşık yedi milyon göç eden kişi ile göçün ekonomi-politiğinde merkezi bir rol almaktadır. Filipinler'deki hekimler yüksek düzeydeki işsizlik nedeniyle özellikle Birleşik Devletler'e göç etmektedir. 1970'li yılların ortalarında Filipinler'de toplam 13,480 hekim çalışırken, 1980'li yıllarda Birleşik Devletler'de 10,410 Filipin kökenli hekim çalışmaktadır. Hekimler dışında hemşireler de göç eden emek gücünün önemli bir parçasıdır. Hemşireler açısından bakıldığında 1970'li yıllarda Filipinler'de 63 hemşirelik okulu bulunurken, 1998 yılının sonunda bu sayı 198'e çıkmıştır. Bunun sonucunda da 1970'li yıllarda yaklaşık 40,000 olan hemşire sayısı, 1998 yılının

Tablo 8. Filipinler, Hindistan, Güney Afrika'ya ilişkin bazı göstergeler

Gösterge	Filipinler	Hindistan	Güney Afrika
Nüfus (milyon) 2006*	86.3	1,109.8	47.4
Kişi başına düşen GSMH-PPP(\$)	3,430	2,460	8,900
Kişi başına düşen sağlık harcaması- PPP(\$)	199	100	811
GSMH'nin %si Toplam Sağlık Harcaması	3.2	5.0	8.7
Doğumda beklenen yaşam süresi (Yıl)	68	63	51
Bebek ölüm hızı 1,000 canlı doğumda	24	60	56
5 yaş altı ölüm hızı 1,000 canlı doğumda	32	80	69
10,000 Kişiyeye Düşen Doktor Sayısı	12	6	8
10,000 Kişiyeye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısı	61	13	41
10,000 Kişiyeye Düşen Diş Hekimi Sayısı	6	<1	1
10,000 Kişiyeye Düşen Eczacı Sayısı	6	5	3

Kaynak: *World Bank, 2006; ** WHO, 2008

sonlarında 306,000'e yükselmiştir. Bu dramatik artış emek göçünün önünü açmıştır. Ayrıca bu emek göçü iyi olmayan çalışma koşulları ve yetersiz finansman nedeniyle daha da artmış ve Filipinler'de 2003 yılında 30,000 boş hemşirelik kadrosu bulunduğu belirtilmiştir (Bach, 2003).

Kanada, Birleşik Krallık ve Birleşik Devletler'e hekim göçünde, Filipinler dışındaki önemli bir kaynak ülke Hindistan'dır. Avustralya ile birlikte bu dört ülkede çalışan Hindistan kökenli hekim sayısı (59,095), Hindistan Sağlık Kurulu'na bağlı olarak Hindistan'da çalışan hekim sayısının (592,215) yaklaşık %10'udur (Mullan, 2006). Hindistan hemşireler açısından da özellikle Birleşik Devletler için önemli bir kaynak ülkedir. Birleşik Devletler 2003 yılında, kendi ülkesindeki işgücüne katılmayı kolaylaştırmak amacıyla Kerala Eyaleti'nde bulunan Cochin kentinde yeni sınav merkezleri açmıştır (Bach, 2003).

Güney Afrika ve Sahra altı Afrika ülkeleri de sağlık emek göçünde önemli kaynak ülkelerdir. Sağlık emek göçünün Afrika ülkelerine ilişkin başlıca sonucu yüksek boş kadro oranları ve bunun sağlık sistemleri üzerine olumsuz etkisidir. Bu duruma ilişkin kaygılar gittikçe artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2001 yılında yayımladığı Afrika Bölgesi Raporu'nda belirtilen boş kadro oranları hekimler için Gana'da %42.6,

Namibya'da %26.0, Malavi'de %36.3, Lesotho'da %7.6 iken, hemşireler için bu oran Gana'da %25.5, Namibya'da %2.9, Malavi'de %18.4, Lesotho'da %48.6'dır (Stilwell, 2003). Boş kadrolar nedeniyle özellikle kırsal bölgelerde yaşayanların sağlık gereksinimleri yeterince karşılanmamaktadır. Çünkü bu ülkeler için sağlık çalışanlarının uluslar arası göçünün önemli bir sonucu da ülke içinde kırsal ya da daha yoksul bölgelerden kentsel bölgelere sağlık çalışanlarının göçüdür. Örneğin Gana'da Güney ve Kuzey'deki bölgelerin çoğunluğu çok yetersiz hizmet almaktadır. Ülkenin pek çok kırsal bölgesinde olduğu gibi Kuzey Kumasi'de pediatrist bulunmamaktadır (Eastwood, 2005). Buna ek olarak bazı kaynak ülkelerde hemşire ve hekimlerin yeterli olmayan sayıları nedeniyle özellikle kırsal kliniklerde normal koşullarda komplike olmayan sağlık durumları ile ilgilenmesi gereken yardımcı sağlık çalışanlarının sorumluluk aldığı görülmektedir. Bu durum sağlık çıktıları açısından ek bir olumsuzluğa yol açmaktadır (Stilwell, 2003). Afrika ülkelerinde göç nedeniyle boşalan kadroların yanı sıra HIV/AIDS nedeniyle toplumun sağlık gereksinimleri, dolayısıyla sağlık çalışanı gereksinimi artmaktadır. Güney Afrika Sağlık Bakanlığı 2002 yılında HIV/AIDS'in hastalığa bağlı olarak çalışanların kaybı ya da işe devam edememesine, çalışanlarda motivasyon bozukluğuna ve iş yükünün artışına neden olarak sağlık sistemlerini olumsuz etkilediğini belirtmiştir

Tablo 9. Nijerya, Gana, Zambiya'ya ilişkin bazı göstergeler

Gösterge	Nijerya	Gana	Zambiya
Nüfus (milyon) 2006*	144.7	23.1	11.7
Kişi başına düşen GSMH-PPP(\$)	1,410	1,240	1,140
Kişi başına düşen sağlık harcaması- PPP(\$)	45	93	62
GSMH'nin %si Toplam Sağlık Harcaması	3.9	6.2	5.6
Doğumda beklenen yaşam süresi (Yıl)	48	57	43
Bebek ölüm hızı 1,000 canlı doğumda	99	76	102
5 yaş altı ölüm hızı 1,000 canlı doğumda	191	120	182
10,000 Kişiyeye Düşen Doktor Sayısı	3	2	1
10,000 Kişiyeye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısı	17	9	20
10,000 Kişiyeye Düşen Diş Hekimi Sayısı	<1	<1	<1
10,000 Kişiyeye Düşen Eczacı Sayısı	1	<1	1

Kaynak: *World Bank, 2006; ** WHO, 2008

(Eastwood, 2005; Bueno 2005). Zambiya'nın Lusaka ve Kasama Bölgeleri'nde ölüm hızları hemşirelerde %3.5, klinikte çalışan sağlık memurlarında %2.8'dir. Bu ölümlerin çok büyük bölümünden HIV/AIDS sorumlu tutulmaktadır. Bu ölüm hızlarına bakıldığında 2003-2004 yılında ölen hemşire sayısının Birleşik Krallık'a göç eden hemşire sayısından iki kat daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (Feeley, 2006). Bu durumda 2015 yılında Sahra altı Afrika ülkelerinde 1 milyon ek çalışana gereksinim olacağı öngörülmektedir (Eastwood, 2005). Zimbabve Üniversitesi'nden mezun olan hekim, hemşire ve terapistlerin %80'i, 1980'den sonra çalışmak için başka ülkelere göç etmiştir. Her yıl Güney Afrika'lı sağlık okulu mezunlarının %30-50'si ABD ve İngiltere'ye göç etmektedir. Bu göçlerde de en temel nedenin HIV/AIDS olduğu düşünülmektedir (Bueno de Mesquita, 2005).

Sahra altı Afrika ülkelerinden göçte önemli bir etmen bu ülkelerdeki Tıp Fakültelerinde eğitimin ve kullanılan ders kitaplarının Avrupa dillerinde olmaya başlamasıdır. Dolayısıyla İngilizce öğrenen bu mezunların İngilizce konuşulan ülkelere göçleri kolaylaşmaktadır (Eastwood, 2005).

Sağlık çalışanlarının göçle kaybının getirdiği bir sonuç da ülkede kalan çalışanların kamu sektöründen özel sektöre geçişleridir. Güney Afrika'da bu geçiş son on yılda dramatik bir şekilde artmıştır. Bu geçiş en önemli nedenleri olarak özel sektörde elde edilen daha iyi gelir, daha iyi çalışma ve sağaltım koşulları olduğu belirtilmektedir (Farham, 2005). Örneğin 2004 yılında Zambiya'da bir hekimin yıllık geliri kamuda 7,600; özel sektörde 17,000 dolardır. Bir laboratuvar teknisyeninin yıllık geliri ise kamuda 1,900; özel sektörde 6,400 dolardır (Mc Coy, 2008).

Kaynak ülkeler açısından göçün etkilerine bakıldığında deneyimli sağlık çalışanlarının sayısındaki azalma ile birlikte sağlık çalışanlarının stresi ve iş yükü artmaktadır. Sağlık çalışanlarının motivasyon bozukluğunun tek nedeni artan iş yükü değil, ayrıca düşük ücret, yetersiz bilgi ve donanım, yetersiz yönetim ve denetim, sınırlı mesleki fırsatlardır. Bu artan stresin de sağlık çalışanlarının kamu sektöründe çalışmak yerine özel sektörde çalışmayı yeğlemelerinde etmen olduğu belirtilmektedir (Stilwell, 2003).

Sonuç olarak gelişmiş kapitalist ülkeler göçle maliyetini düşürdüğü emek gücünü kullanarak özellikle kırsal/yoksul bölgelerdeki sağlık hizmetlerini iyileştirmekte ve böylelikle sağlık emek göçünün kazanan tarafı olmaktadır. Sağlık emek göçünün kaybeden ya da sömürülen tarafı ise sağlık sisteminin bu emek göçünden olumsuz etkilendiği düşük gelirli kaynak ülkeler ve göçmen sağlık çalışanlarıdır.

KAYNAKLAR

Akl EA, Mustafa R, Bdair F, Schünemann HJ (2007). The United States physician workforce and international medical graduates: trends and characteristics. *Society of General Internal Medicine* 22:264-8.

Astor A, Akhtar T, Matallan MA, Muthuswamy V, Olowu FA, Tallo V, Lie RK (2005). Physician migration: views from professionals in Colombia, Nigeria, India, Pakistan and the Philippines. *Social Science & Medicine* 61:2492-500.

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

Bueno de Mesquita J, Garden M (2005). The international migration of health workers: a human rights analysis. Medact, United Kingdom.

Cooper R (2005). Physician migration: a challenge for America, a challenge for the world. *The Journal of Continuing in the Health Professions* 25:8-14.

Dauphinee WD (2006). The circle game: Understanding physician migration patterns within Canada.

Farham B (2005). Migration of health professionals. *Lancet* 366:199.

Eastwood JB, Conroy RE, West PA, Tutt RC, Plange Rhule J (2005). Lost of health professionals from sub-Saharan Africa: the pivotal role of the UK. *Lancet* 365:1893-900.

Feeley F (2006). Fight AIDS as well as the brain drain. *Lancet* 368:435-6.

Hann M, Sibbald B, Young R (2008). Workforce participation among international medical graduates in the National Health Service of England: a retrospective longitudinal study. *Human Resources for Health* 6(9). Erişim adresi: <http://www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-6-9.pdf>, erişim tarihi: 05.07.2008.

Hart LG, Skillman SM, Fordyce M, Thompson M, Hagopian A, Konrad TR (2007). International Medical Graduate physicians in the United States: Changes since 1981. *Health Affairs* 2(4):1159-1169.

Hussey PS (2007). International migration patterns of physicians to the United States: A cross-national panel analysis. *Health Policy*. 84: 298-307.

Kingma M (2001). Nursing migration: global treasure hunt or disaster in the making?. *Nursing Inquiry* 8(4):205-12.

Labonte 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) erişim adresi: <http://www.human-resources-health.com/content/4/1/22>, erişim tarihi: 11.06.2008.

Mc Coy D, Bennet S, Witter S, Pond B, Baker B, Gow J, Chand S, Ensor T, Mc Pake B (2008). Salaries and incomes of health workers in sub-Saharan Africa. *Lancet* 371:675-81.

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

Mullan F (2006). Doctors for the world: Indian physician emigration. *Health affairs* 25 (2): 380-93.

Norcini JJ, Mazmanian PE (2005). Physician Migration, education, and health care. *The Journal of Continuing in the Health Professions* 25:4-7.

Özkan Ö, Hamzaoğlu O (2007). Sağlık emek göçü ile ilgili kısa notlar. 3. Sınıf Çalışmaları Sempozyumu. Erişim adresi: http://www.sav.org.tr/TUSAM_OZET%5C2007_3_3.htm, erişim tarihi: 11.06.2008.

Pond B, McPake B (2006). The health migration crisis: The role of four organisations for economic cooperation and development countries. *Lancet* 367:1448-55.

Stilwell B, Diallo K, Zurn P, Dal Poz MR, Adams O, Buchan J (2003). Developing evidence-based ethical policies on the migration of health workers: conceptual and practical challenges. *Human Resources for Health* 1(8). Erişim adresi: <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/8/>, erişim tarihi: 11.05.2008.

Toksöz, G. (2006). Uluslar arası emek göçü. Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul.

WHO (2008). World health statistics. Erişim adresi: <http://www.who.int/whosis/whostat/2008/en/index.html>, erişim tarihi: 20.07.2008.

World Bank (2006). World development indicators 2006. Erişim adresi: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DATASERVICES>, erişim tarihi: 20.07.2008.

Yılmaz G (2005). Emek göçünün tarihsel arka planı ve AB'deki göçmen işçilerin durumu. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*. Temmuz-Ağustos-Eylül: 2-7.