

TANIM

Sağlık alanında dışa bağımlılığı dış kaynaklı teknoloji gereklerine uygun olarak örgütlenme, personel eğitme ve uygulamalar yapma olarak tanımlamak olanaklıdır. Dışa bağımlılık sıklıkla araçlar ya da diğer somut kaynaklar konusundaki bağımlılık olarak anlaşılmaktadır. Oysa dışa bağımlılığı bir süreŐ durumuna getiren asıl öge, eğitim yönünden dışa bağımlılıktır.

Türkiye'yi gelişmiş ölkelere bağımlı duruma getiren olayların «batı ölçülerine göre eğitim» uygulamasıyla baŐladığı bilinmektedir. Batılı ölçülere göre yetişen personelin batılı meslektaŐının kullandığı araç-gereç ile mesleğini uygulaması, batı kaynaklı ilaçları ve batıdakilere benzer hastaneleri kullanmayı istemesi doğal bir olgudur. Gelişmekte olan ölkelerde günümüzde bir tür emme basma sömürü tulumbası işle-mektedir. Gelişmiş ölkeler gelişmekte olan ölkelere önce çok pahalı eğitim teknolojisi dıŐsatımı yapmakta, sonra da bu eğitim teknolojilere göre yetiŐtirilmiŐ sağlık personelinin mesleklerini uygularken kullanacakları araç-gereç ve malzeme yüksek fiyatlarla satılmaktadır.

TARİHSEL GELİŐME

Ölkemizde sağlık alanında batılılaŐma giriŐimlerinin 1827 yılında baŐladığı bilinmektedir. (1). Batılı yöntemlerle eğitim yapan ilk tıp okulu bu yılda açılmıŐtır. Bu olay yalnız hekimlik eğitiminin dışa bağımlılığının baŐladığı yıl olarak alınmamalıdır. Aynı zamanda bir «kültür dışa bağımlılığı» da baŐlamıŐ oluyordu. Zamanla bu bağımlılığın hızlandığını, etkisini artırdığını görüyoruz. Giderek ölkenin sağlık örgütleri de batılı modellere uygun olarak kurulmaya baŐlanmıŐtır. Osmanlı imparatorluğu zamanında kamu yönetiminin halkın yararı için kurduğu ilk sağlık örgütü olan Yemen Karantina Örgütü, böyle bir yaklaŐımda, Avrupa karantina öğrütlerinin tam benzeri olarak kurulmuŐtur. Batı ölçülerine göre personel yetiŐtirmek iyi personel yetiŐtirmekle eŐanlamlı kullanılabilir olmuŐtur. Batı ölkelerinin sağlık sorunları ile ölkemizin sağlık sorunlarının ayrı olduğu, soruna göre personel yetiŐtirme gereği göz önüne alınmamıŐtır.

(*) Ankara Tabip Odası BaŐkanı, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Öđretim Üyesi.

BATI ÖLÇÜLERİNİN ETKİSİ

Tıp öğrencilerine batıdakilere benzer merkezlerde, batılı ölçülere göre uygulanan eğitimin bazı istenmeyen sonuçlar doğurması kaçınılmazdır. Böyle merkezlerde yetişen hekimlerin daha sonra eğitim gördükleri merkezlere benzer yerlerde çalışmak istemeleri de doğaldır. Çünkü onlar, böyle merkezlerde hekimlik yapmayı öğrenmişlerdir. Oysa, gelişmekte olan ülkelerde, ülke düzeyine yayılmış hizmet hastaneleri ve diğer sağlık kuruluşlarında, eğitim merkezlerindeki teknoloji düzeyini bulmak olanaksızdır. Bu durum hekimde bir yetersizlik, bir doyumsuzluk doğurur. Dolayısı ile hekimler yetiştikleri merkezlere benzer kuruluşlarda çalışabilmek için olanakları zorlamaya başlarlar. Böyle merkezlerde çalışma olanağı bulunmadığında ya uzmanlaşma yolu seçilmekte, ya da gelişmiş ülkelere, eğitim teknolojilerinin alındığı ülkelere göç başlamaktadır.

Gelişmekte olan ülkelerde batılı ölçülere göre hekim yetiştirmenin bir diğer sonucu da, hekimleri ülke düzeyine bir örnek (homojen) yaymada karşılaşılan güçlülüdür. Bu durumu «ülke içinde beyin göçü» olarak tanımlamak olasıdır. Türkiye'de tüm hekimlerin % 70'i 3 büyük kentte çalışmaktadır. Çünkü gelişmiş, batı kaynaklı teknolojiye göre çalışan tıp merkezleri bu kentlerde toplanmıştır. Benzer biçimde, Birleşik Arap Cumhuriyeti'nin başkenti Kahire'de, ülke nüfusunun % 21'i, tüm hekimlerin % 52'si, Uruguay'ın başkentinde ülke nüfusunun % 38'i, tüm hekimlerinse % 73'ü yaşamaktadır (2). Gelişmekte olan ülkelerin tümünde benzer dengesizlikler söz konusudur. Bu kentlerdeki tıp merkezleri dışa bağımlılığı sürdüren, artıran merkezlerdir.

Hekimlerin ülkelerin kalkınma süreçlerinde anahtar personelden biri olduğu yadsınamaz. Gelişmekte olan ülkelerde bu personelin gerek ülke içinde gerekse gelişmiş ülkelere doğru göçü önemli bir sorun, bir «beyin göçü» sorunu olarak ortaya çıkmaktadır. Bu göçü doğuran etmenlerin arasında da dış kaynaklı, özellikle gelişmiş ülke kaynaklı eğitim teknolojileri kullanmak başlarda gelmektedir. Bu nedenle, dışa bağımlılığı bu yönüyle de ele almak önem kazanmaktadır.

DÜNYADA SAĞLIK İNSANGÜCÜ GÖÇÜ

Sağlık alanında yetişmiş insangücü göçünün büyük önemini göz önüne alan Dünya Sağlık Örgütü gelişmiş ve gelişmekte olan 40 ülkeyi kapsayan bir araştırma yapmıştır (3). Bu araştırmadan elde edilen bazı ilginç veriler aşağıda özetlenmiştir.

Elde edilen sonuçlara göre göç olgusu basit olmaktan uzaktır. Pek çok etmen göçü etkilemektedir. Önemli etmenlere aşağıda deği-

nilecektir. Diğer yandan göç eden sağlık personeli de bir örnek değildir. Araştırmada, 1972 yılında tüm dünyada, doğdukları ve eğitim gördükleri, asıl yurttaşı oldukları ölkeler dışında çalışan 140.000 hekim olduğu saptanmıştır. Bu sayı aynı yıl içinde tüm dünyadaki hekimlerin % 6'sını oluşturmaktadır. Gene bu sayı 1972 yılında tüm dünyada yeni mezun olan hekim sayısının 1/8'idir. Ölkelerin hemen hepsinde az ya da çok hekim göçü vardır ve bu göç hem içe, hem de dışa olmak üzere iki yönlüdür. Bununla birlikte ölkelerin bir bölümü bu göçlerden yararlı, bir diğer bölümü ise zararlı çıkmaktadır. 1972 yılında kendi ölkeleri dışında çalışan hekimlerin % 86'sını oluşturan 119.000 hekim gelişmiş 5 ölkede çalışmakta idiler. Bu ölkeler ve ölkelerdeki yabancı hekimler aşağıda gösterilmiştir.

TABLO 1
EN ÇOK YABANCI HEKİM ÇALIŐTIRAN ÖLKELER
(1972)

ÖLKE	YABANCI HEKİM	VAR OLAN HEKİM SAYISINA
	SAYISI	GÖRE YÜZDE
A.B.D.	77 000	38.8
İngiltere	21 000	25.8
Kanada	11 000	30.5
Batı Almanya	6 000	8.5
Avustralya	4 000	22.3

1972 yılında A.B.D. de her beş hekimden biri, İngiltere'de her dört hekimden biri, Kanada'da ise her üç hekimden biri yabancı ölkelerden bu ölkelere göç etmiş hekimlerden oluşmakta idi. Aynı yılda dünyadaki bölgelere göre nüfus sayısı ile hekimlerin sayısı, içe ve dışa hekim göçlerine ilişkin sayılar 2 numaralı tabloda gösterilmiştir.

TABLO 2
DÜNYADA NÜFUSUN VE HEKİMLERİN BÖLGELERE GÖRE DAĞILIMI,
İÇE VE DİŐA HEKİM GÖÇLERİ (1972)

BÖLGE	Dünya	Dünyadaki	Göçen Hekim	Yüzdesi
	Nüfusunun	Hekimlere		
	Yüzdesi	Göre Yüzde	İçe	Dışa
Avrupa	16.3	30.9	23.3	33.6
Sovyetler Birliği	8.6	26.9	0.0	1.0
Kanada - A.B.D.	8.0	15.2	61.8	6.7
Avustralya ve Yeni Zelanda	0.5	0.9	4.0	2.5
Gelişmiş Ölkeler	33.4	73.9	89.1	43.9
Merkezi ve Güney Amerika	10.1	8.4	0.0	10.8
Asya	43.7	15.6	4.8	40.4
Afrika	12.6	2.0	5.9	4.8
Okyanusya	0.2	0.0	0.2	0.1
Gelişmekte Olan Ölkeler	66.6	26.1	10.8	56.1
Tüm Dünya	100.0	100.0	100.0	100.0

Tablodan dünyadaki gelişmiş ülkelerde tüm dünya nüfusunun % 33.4'nün yaşadığı, oysa bu ülkelerde dünyadaki tüm hekimlerin % 73.9'unun çalıştığı görülmektedir. Gelişmiş bu ülkeler hekimlerinin % 43.9'u gelişmekte olan ülkelere göçmüştür. Diğer yandan, gelişmekte olan ülkelere gelişmiş bu ülkelere, gelişmiş ülkeler hekimlerinin % 89.1'i kadar hekim göçmüştür. Gelişmekte olan ülkelere ise Dünya nüfusunun % 66.6'sı yaşarken, dünyadaki tüm hekimlerin % 26.1'i bu ülkelere çalışmaktadır. Hekim göçü açısından bu ülkelerin önemli yitkileri olduğu da, tablodan izlenmektedir.

Sağlık insangücü göçü ve bu arada hekim göçünün hemen tüm ülkelere iki yönlü olduğuna yukarıda değinilmiştir. Bununla birlikte ülkeleri, bu göçten yararlı ya da zararlı çıkışları açısından «göç alan» ve göç veren» ülkeler olarak ayırmak olanağı vardır. 3 numaralı tabloda belli başlı hekim göçü alan ülkeler gösterilmiştir.

TABLO 3

HEKİM GÖÇÜ ALAN ÜLKELER

ÜLKE - YIL	Toplam Hekim Sayısı	İçe Göçmüş		Yüzde 2 - 3
		Dışa Göçmüş Hekim Sayısı	Dışa Göçmüş Hekim Sayısı	
	(1)	(2)	(3)	1
Libya (1970)	831	780	1	93.7
Cezayir (1969)	1 689	1 179	11	68.8
Suudi A. (1974)	2 600	1 142	1	43.9
A.B.D. (1973)	324 000	70 646	1 282	21.4
İngiltere (1970)	81 284	20 923	8 256	15.5
Kanada (1973)	36 095	11 244	6 726	12.6
Avustralya (1972)	17 972	4 385	2 238	11.9
İsviçre (1972)	9 845	2 000	1 377	5.7
Yeni Zel. (1972)	3 426	934	7 766	4.9
Batı Alm. (1971)	109 355	5 605	4 560	0.9

Hekim göçü alan ülkelerin başında Libya, Cezayir ve Suudi Arabistan gibi petrol satan ülkelerin bulunması ilginç bir bulgudur. Bunun dışında hekim göçü alan ülkelerin tümünün gelişmiş ülkeler olduğu görülmektedir. Hekim göçü veren belli başlı ülkeler ise 4 numaralı tabloda gösterilmiştir. Hekim göçü veren ülkelerin tümünün gelişmekte olan ülkeler olduğu görülmektedir. **Türkiye'nin hekim göçü veren ülkeler arasında dokuzuncu sırayı aldığı, dış ülkelere göçmüş Türk Hekimlerinin sayısının 1943 olduğu anlaşılmaktadır.**

TABLO 4

HEKİM GÖÇÜ VEREN ÜLKELER

ÜLKE - YIL		İçe Göçmüş			Yüzde 2 - 3
		Toplam	Dışa Göçmüş	Dışa Göçmüş	
		Hekim Sayısı	Hekim Sayısı	Hekim Sayısı	
		(1)	(2)	(3)	1
İrlanda	(1971)	3 565	4 308	0	120.8
Filipinler	(1971)	14 000	9 452	0	67.5
Küba	(1968)	7 000	3 060	0	43.7
İran	(1971)	9 470	8 709	65	38.5
G. Kore	(1971)	15 589	2 932	48	18.5
Mısır	(1971)	18 802	2 461	0	13.1
Hindistan	(1971)	115 725	15 007	0	13.0
Pakistan	(1969)	20 961	3 319	838	11.8
Türkiye	(1972)	17 365	1 943	0	11.2
Meksika	(1972)	38 000	1 718	0	4.5

Sağlık insangücünü oluŐturan bir diğer öge de hemŐirelik mesleğidir. Hemşirelerin de, hekimlerin olduğu gibi ölkeler arası göçleri söz konusudur. 5 numaralı tabloda dünyada belli başlı hemşire göçü alan ölkeler gösterilmiştir.

TABLO 5

HEMŞİRE GÖÇÜ ALAN BELLİ BAŞLI ÜLKELER

ÜLKE	YILLAR	Toplam Yabancı Hemşire sayısı
A.B.D.	1963-1972	5 220
İngiltere	1965-1972	3 267
Kanada	1964-1973	2 866
Yeni Zelanda	1966-1970	852
İsviçre	1966-1972	586

Hekimler için olduğu gibi hemşire göçü alan belli başlı ölkelerin de gelişmiş ölkeler olduğu görölmektedir. Dışa hemşire göçü veren ölkeler ise, Filipinler, İrlanda, Güney Kore, Hindistan, Nijerya, Malaysia, Singapur, Tayland ve Mısır gibi, gelişmekte olan ölkelerdir.

GÖÇ NEDENLERİ

Sağlık insangücü göçüne iliŐkin eldeki kaynaklar, ölkelerin sağlık için ayırdıkları para ile bu göçler arasında bir iliŐkiyi göstermemek-

tedirler. Araştırmalardan elde edilen sonuçlara göre göçe neden olan iki temel neden, önem sırasına göre «daha iyi çalışma koşullarına kavuşmak ve daha yüksek parasal gelir sağlamak»tır. Göçe neden olan ve göçle ilgili olan diğer bulgular şöyle sıralanabilir.

1. Genel bir bulgu olarak, daha çok hekim istihdam edecek kadar zengin olmayan, bununla birlikte görece çok hekim yetiştiren ülkelerden dışa göçler fazla olmaktadır ve bunun tersi de doğrudur (4).

2. Göçen sağlık personelinin önemli bir bölümünü sürekli olarak göçenler oluşturmaktadır. Eğitim ve benzeri nedenlerle geçici olarak göçenler ise tüm göçenlerin % 3.5'ini oluşturmaktadır. Geçici göçlerin önemsiz sayılabilecek bir bölümü sürekli göçe dönüşmektedir (4).

3. Bir ülkede hekim ve hemşire eğitimi ile ülke halkının çoğunluğunun sağlık gereksinimleri arasındaki ilgi ne denli azsa dış ülkelere sağlık insangücü göçü o kadar artmaktadır. Bu ülkelerdeki eğitim teknolojilerinin de, sağlık insangücü göçü alan ülkelere alınmış olduğu da gösterilmiştir.

4. Gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin ağırlığı kamu sektörüne verince dış ülkelere hekim göçü artmaktadır. Buna örnek İngiltere ve Kanada'dır. Oysa gelişmekte olan ülkelere durum tersinedir, sağlık hizmetinin ağırlığını özel sektör taşımakta ise hekimlerin dışa göçü artmaktadır. Buna örnek ise tüm gelişmekte olan ve serbest pazar ekonomisinin uygulandığı ülkelerdir (4).

5. Dışa hekim göçü veren ülkelere hekimlerin ortalama aylık gelirleri halkın ortalama gelirinin 18 katıdır. (range 3-42 arasındadır) Hekim göçü alan ülkelere ise bu fark 8 kattır. (Range 5-11 arasındadır) Hekim göçü alan ülkelerin hekimlere ödedikleri ortalama ücret ise, hekim göçü veren ülkelerin ödediği ortalama ücretin 6 katıdır. Daha yüksek gelir elde etme, hekim göçüne neden olan etmenler arasında önem yönünden ikinci sırayı almaktadır. Dışarıya hekim göçü veren ülkelerin hekimlere daha çok ücret ödeyerek bu göçü önleyebileceği akla gelebilir de, bu ülkelere hekimlere ödenen ücretle halkın ortalama geliri arasında şimdiden dikkat çekici bir ayrım vardır.

6. Lisan bilme göçü hızlandırmakta ve yönlendirmektedir. Sözelimi, İngilizce bilenler sıklıkla İngilizce konuşulan ülkelere göçmektedirler.

7. Bir ülkede uzman hekim oranı arttıkça bu ülkeden A.B.D. ye olan hekim göçü de artmaktadır. Bu iki olgu arasında çok yüksek bir korelasyon saptanmıştır.

8. Hekim göçü veren ülkelerin hemen hepsi orta derecede ya da az gelişmiş ülkelerdir. Bu ülkelere hekim sayısına göre hemşire sayısı da azdır. Oysa gelişmiş ülkelere hem hekim hem hekime gö-

re hemşire sayısı çoktur, hem de bu ölkelere az gelişmiş ölkelerden hekim göçü olmaktadır.

9. Gayrisafi yurt içi hasılları (gross Domestic Production) yılda kiői baőına 800 dolardan az olan ölkelerde var olan hekimlerin % 10-60'ı dışa göç etmektedir. Gayrisafi yurt içi hasılları 800-2000 dolar olan ölkelerde dışa hekim göçü oranı % 10'un altındadır. Bu gelirleri 2000 dolardan yüksek olan ölkeler ise dıőardan hekim çekmektedirler. Bu yüzdeler serbest pazar ekonomisinin yürürlükte olduğu ölkeler için geçerlidir. Serbest pazar ekonomisi yürürlükte değilse içe ve dışa göçlerin serbest olup olmaması gibi etkenler ortaya çıkmakta, gayrisafi yurt içi hasılanın belirtilen etkisi ortadan kalkmaktadır.

SONUÇLAR

Genellikle yüksek eğitim görmüő kiőilerin bu eğitimi gördükleri ölkeyi bırakarak baőka ölkelere gitmeleriyle doğan devinime beyin göçü denmektedir. Bu olayın zorlayıcı koőullarını daha iyi belirlemesi açasından göç yerine «çekim» sözcüğünün kullanılması da önerilmektedir (5). Beyin göçü ya da beyin çekimi için iki ayrı ortam gerekmektedir. Göçmeni yollayan ölkede ortamında itici etkenler, göçmeni alan ölkede ortamında da çekici ve tutucu etkenler bulunmaktadır. Bu çekim, rastgele iki ölkede arasında değil, geri kalmıő ölkelerden gelişmiş ölkelere doğru olmaktadır. Beyin göçü gelişmiş ölkelere önemli kazançlar sağlamaktadır.

Diğer yandan göç temelde bir sistem sorunudur. Gelişmiş ölkelerin eğitim teknolojisini kullanan gelişmekte olan ölkelerde eğitim ve bilim düzeyi ile toplumsal ve ekonomik düzey arasında bir uyumsuzluk ortaya çıkmaktadır. Ölkemizde de batı kaynaklı eğitim teknolojileri kullanılmakta ve batı toplumlarının gereksindiği özellikte personel yetiőtirilmektedir. Eğitim teknolojisinin uyumsuzluğundan kaynaklanan bu göçün iki yönlü olduğu göz önüne alınmalıdır. Bu iki yön Őunlardır :

1. Ülkenin geri kalmıő bölgelerinden gelişmiş bölgelerine doğru olan göç,

2. Türkiye'den gelişmiş batı ölkelerine doğru olan göç,

O halde, dış kaynaklı eğitim teknolojisinin hem yetiőtmiő insangücünü dış ölkelere kaptırma, hem de elde kalanı ölkede düzeyine bir örnek yayılmamasından sorumlu olduğu söylenebilir. Yabancı kaynaklı eğitim teknolojisi kullanmanın bunlara ek olarak kültür dışa bağımlılığının ve giderek kültür yozlaőmasının da baőtta gelen nedenlerinden biri olduğu belirtilmelidir.

ÖNERİLER

Belirtilen önemli sakıncalardan korunmak için kuşkusuz etkili önlemler alınabilir. En başta eğitimi ve öğretimi ülke gereksinimlerine göre düzenlemek gerekmektedir. Bu gereksinime göre düzenlenen eğitim programını uygularken de, yerli teknolojiler kullanmanın yaşamsal önemi vardır. Gelişmekte olan ülkelerden gelişmiş ülkelere üniversite düzeyinde öğrenci göndermenin yararsız olduğu gösterilmiştir ve bu tutumdan vaz geçmek gerekmektedir. Doktora ve benzeri, mezuniyet sonrası eğitimi için ise, zorunluk yoksa öğrenci gönderilmemelidir.

Yurt dışına göçmek isteyen personele tüm eğitim masraflarının ödetilmesi alınması gereken bir diğer önlemdir. Gelişmekte olan ülkelerde sürdürülen bilimsel araştırmaların konularının ülke gereksinimlerine yanıt verebilecek, uygulamaya yönelik araştırmalar olması da, üzerinde durulması gereken bir diğer önlemdir.

Sorun, yetişmiş personelin, hekim ve hemşirelerin yüksek mal oluş fiyatları göz önüne alınarak, özenle ele alınmayı gerektirecek önemdedir.

KAYNAKLAR

1. Akyay, N.: Osmanlı İmparatorluğundan Sağlık Örgütleri ve Sosyal Kuruluşlar. H.Ü. Tıp Fakültesi, Toplum Hekimliği Bilim Dalı. (Çoğaltılmış Ders Notu).
2. Fendall, N.R.E.: Gelişmekte olan Ülkelerde Tıbbi Bakım, Türkçesi Öztürk Y. (Çoğaltılmış).
3. Meija, A., Pizurku, H.: World Migration Of Health Manpower, WHO Chronicle, 30:455-460 (1976).
4. Meija, A. Pizurku, H. Royston, E: Phisician and Nurse Migration, WHO Geneva, 1979, pp 23-131.
5. Tulunay, E.: Gelişmiş Ülkelere Akademik Beyin Göçü, 12 Kasım 1959, Yüksek Öğrenim Sorunları Simpozyumu'nda Sunulan Bildiri.