

# Sağlık alanında beyin göçü ve yönetişimi

**Prof. Dr. Osman Hayran**



İzmir Maarif Koleji, Ankara Fen Lisesi ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdikten sonra aynı üniversitede Halk Sağlığı ihtisası yaptı. Zorunlu hizmetini Kocaeli Sağlık Müdürlüğü'nde tamamladı. 1988 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalına geçti ve aynı yıl Halk Sağlığı doçenti, 1994 yılında da profesörü oldu. Bir süre Dünya Sağlık Örgütü'nce Ankara'da oluşturulan Sağlık Politikaları Proje Ofisinin Direktörlüğünü yaptıktan sonra 1995 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi'ni kurmak üzere Dekan olarak görevlendirildi. Dekanlık görevini 2006 yılına kadar sürdüren ve 2008 yılında Yeditepe Üniversitesine geçen Hayran, Yeditepe Üniversitesi'nde Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı ve Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı olarak görev yaptı. Hayran, hâlen Medipol Üniversitesi Öğretim Üyesi olarak görevini sürdürmektedir.

Yetişmiş nitelikli insan gücünün genellikle az gelişmiş yoksul ülkelerden gelişmiş zengin ülkelere göç etmesine beyin göçü denilmektedir. Bu göç türü iltica, sığınma, zorunlu göç gibi türlerden farklı özelliklere ve sonuçlara sahip olduğu için uluslararası terminolojide "beyin boşalması", "beyin kazancı" veya "insan sermayesi kaçışı" anlamına gelen kavramlarla da ifade edilebilmektedir.

Beyin göçü özellikle bilim, teknoloji ve sağlık hizmetleri alanında önemli bir sorundur. Bu olgu sonucunda göçün hedefi olan gelişmiş zengin ülkeler yetişmiş nitelikli sağlık insan gücünü minimum maliyetle artırmakta iken göçün kaynağı olan az gelişmiş yoksul ülkeler önemli şekilde insan sermayesi kaybına uğramakta ve aradaki fark adaletsiz biçimde açılmaktadır. Ortaya çıkan dengesizlik ve eşitsizlik sadece kaynak kaybına uğrayan ülkeleri değil tüm ülkelerdeki kamusal sağlık sistemlerini olumsuz yönde etkilemektedir.

Sağlık çalışanı sayısının yetersizliği ve dağılımının dengesizliği, önemi giderek artmakta olan kronik bir sorundur. Gerekli önlemler alınmadığı takdirde küresel düzeyde sağlık insan gücü açığının 2030 yılında 15 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (1). Bu açık önemlidir çünkü sağlık insan gücünün sayısı ile temel sağlık gösterge-

leri arasında pozitif yönde korelasyon bulunmaktadır. Örneğin 2017 yılında yapılan ve 208 ülkeyi kapsayan bir çalışmaya göre 1000 kişiye düşen hekim sayısının artışına paralel olarak anne-ölüm oranı, neonatal ölüm hızı ve 5-yaş altı ölüm hızında önemli şekilde azalış olduğu görülmektedir (2).

Sayısal yetersizliğin yanı sıra sağlık insan gücünün dağılımının dengesizliği sorunun daha önemli bir boyutunu oluşturmaktadır. Dağılım dengesizliği hem uluslararası hem de ulusal düzeylerde ciddi bir sorundur. Dünya Sağlık Örgütü'nün bu konuda hazırladığı 2006 raporuna göre küresel hastalık yükünün %20'sinin bulunduğu Avrupa ve Kuzey Amerika ülkeleri küresel sağlık insan gücünün %65'ine sahip iken, hastalık yükünün %24'üne sahip olan Afrika bu gücün sadece %3'ünden yararlanabilmektedir (3). Bu dengesizlik gelişmiş ülkelerin daha çok insan gücü yetiştirmesinin sonucu olmaktan ziyade diğer ülkelerden göç eden insan gücünün bir sonucudur. Nitekim OECD ülkelerinde 2000 yılında 415.936 olan yurt dışı doğumlu hekim sayısının 2015 yılında %50 artışla 716.432'ye yükseldiği görülmektedir (4).

Dağılım dengesizliği sağlık hizmetlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Dünyada 5 milyardan fazla insanın ihtiyaç duydukların cerrahi müdahalelere zamanında ya da hiç erişe-

medikleri tahmin edilmekte, küresel nüfusun %48'ini oluşturan az ve orta gelir düzeyindeki ülkelerin cerrahların %19'una, anesteziistlerin %15'ine sahip olduğu dikkati çekmektedir (5, 6). Yoksul ülkelerden zengin ülkelere doğru sürmekte olan göçe ek olarak yoksul ya da zengin tüm ülkelerde özellikle hekimlerin hizmete ihtiyacı daha fazla olan kırsal kesimler yerine ülkelerin gelişmiş kentsel kesimlerinde yoğunlaştığı da eskiden beri var olan bir gerçektir. Gerek ülkeler içinde gerek ülkeler arasında sağlık insan gücü ve beyin göçünün yönetimi için alınan göçü engelleme, dağılımı dengeleme amaçlı, sınırlayıcı veya zorlayıcı önlemlerin sanıldığı kadar etkili olmadığı görülmektedir. Örneğin, ülkemizdeki çalışma koşulları nedeniyle başka ülkelere göç eden hekim sayısı her geçen yıl artmakta, hekim dağılımını dengeleme amaçlı zorunlu hizmet uygulamalarına rağmen dengesizlik hala sürmektedir. Son dönemlerde artan yurtdışına gidişleri engellemek için çözüm üretmek yerine "giderlerse gitsinler" yaklaşımında bulunmanın da çok sakıncalı olduğu görülmektedir. Tüm bu nedenlerle sağlık alanındaki beyin göçü sorununun çözümüne gerek ulusal gerekse uluslararası düzeyde yönetim yerine yönetişim anlayışı ile yaklaşılması ve önlem alınması gerekmektedir. Yönetişim konusuna geçmeden önce sağlık alanındaki beyin göçünün nedenlerine ve dinamiklerine kısaca değinmek gerekir.



### **Yetiştirilmiş Beyinler Neden Göç Ediyor?**

Diğer göçler gibi beyin göçü de genellikle az gelişmiş yoksul ülkelere doğru olmakla birlikte onu farklı kılan kabaca iki önemli özellik bulunmaktadır. Bunlardan birisi göçün kaynağı olan ülkelerdeki nedenleri diğeri ise hedefi olan ülkelerdeki kabul durumu ile ilgilidir. Diğer tüm göç hareketleri güvenlik, açlık, barınma gibi temel insan ihtiyaçlarının karşılanması amaçlı çeşitli zorunluluklardan kaynaklanmakta iken beyin göçünde yaşam ve çalışma standartlarını geliştirme arzusu, daha iyi bir ortama kavuşma güdüsü gibi ihtiyaçlar hiyerarşisinin daha üst basamaklarında yer alan etkenler rol oynamaktadır (7). Bir başka farklılık olarak, diğer göç türlerinin göçün hedefi olan ülkeler tarafından arzu edilmeyen, kabul görmeyen olgular olmasına karşın beyin göçünde durum tersinedir ve göç kaynak ülkelerce arzu edilmeyen bir durumdur.

Sağlık alanı beyin göçünün en belirgin ve yaygın olduğu alandır. Yeni olmayan bu olgunun dinamiklerine bakıldığında daha uzun süre devam edeceği ve ortadan kalkmasının çok zor olaca-

ğı anlaşılmaktadır. Zengin ülkelerdeki yüksek ücretler ve yaşlanan toplum yapısı nedeniyle artan ihtiyaçlar sağlık insan gücü için “çekici” güçleri, yoksul ülkelerdeki kötü çalışma koşulları, kaynak yetersizlikleri ise “itici” güçleri oluşturmaktadır (8). Demografik değişim sonucu özellikle gelişmiş zengin ülkelerde doğumda yaşam beklentisi her geçen yıl yükselmekte, buna bağlı olarak yaşlı nüfus ve bu nüfusun sağlık hizmeti ihtiyaçları artmaktadır. Sağlık ve sosyal güvenlik alt yapıları gelişmiş olan bu ülkeler ihtiyaç duydukları sağlık çalışanlarına dolgun ücretlerle uygun çalışma ortamları sunabilmekte bu da sağlık alanını çalışanlar için cazip hâle getirmektedir.

Az gelişmiş yoksul ülkelerde ise çalışma ortamları sağlık çalışanları için maddi ve manevi yetersizliklerle doludur. Araç-gereç, teknoloji, alt yapı eksikliklerine ek olarak kendini geliştirme, sürekli eğitim desteği, bilimsel çalışma-araştırma yapma, kariyer planlama konularında ciddi yetersizlikler söz konusudur. Çok uzun süren eğitim süreçlerinden geçip tamamen özveriye dayanan yıpratıcı meslekleri icra etmek durumunda olan sağlık çalışanlarının tatminkâr bir ücret ve düzgün çalışma koşulları beklentileri en do-

Beyin göçü özellikle bilim, teknoloji ve sağlık hizmetleri alanında önemli bir sorundur. Bu olgu sonucunda göçün hedefi olan gelişmiş zengin ülkeler yetiştirilmiş nitelikli sağlık insan gücünü minimum maliyetle artırmakta iken göçün kaynağı olan az gelişmiş yoksul ülkeler önemli şekilde insan sermayesi kaybına uğramakta ve aradaki fark adaletsiz biçimde açılmaktadır. Ortaya çıkan dengesizlik ve eşitsizlik sadece kaynak kaybına uğrayan ülkeleri değil tüm ülkelerdeki kamusal sağlık sistemlerini olumsuz yönde etkilemektedir.

ğal hakları iken bunların sağlanamaması hayal kırıcı olmaktadır. Bunların sağlanamamasına ek olarak özellikle bilimsel araştırma, proje ve yayınlarla ilgili yetersizliklerin de bulunması bilgi ve teknoloji geliştirecek güçlü beyinler için ortamdaki uzaklaştırıcı, itici rol oynamaktadır. Örneğin, sağlık konularında uluslararası araştırma ve proje fonlayan kuruluşlar genellikle gelişmiş zengin ülkelerin denetimi altındadır ve kendi ülkesinde finansal destekleri yetersiz olan az gelişmiş yoksul ülke araştırmacıları için bu fonlar erişilmesi çok zor kaynaklardır. Proje yazım kuralları, iş birliği ilkeleri, katılım koşulları gibi konularda var olan çeşitli engellere ek olarak proje önerilerinin kabul kriterleri konusunda da güçlükler bulunmaktadır. Az gelişmiş yoksul bir ülkenin araştırmacısının daha önce kurulmuş olan bazı sempatik ilişkileri bulunmadığı sürece uluslararası bir projede koordinatör, yönetici olarak kabul görmesi, desteklenmesi kolay olmamaktadır. Bu ülkeler ve toplumlar sağlık araştırmaları için adeta bir veri toplama ve deney alanı, araştırmacıları ise "veri toplayıcı" ya da "anketçi" olmak durumundadır. Bu durumdan kurtulma çabalarının dolaylı olarak neden olduğu sonuçlar da beyin göçünü hızlandırmaktadır (9). Hatta bu şekilde oluşan beyin göçünü yeni bir "sömürgecilik" türünün önemli bir bileşeni olarak değerlendirmek belki de daha doğrudur.

Nitekim yapılan araştırma ve yürütülen önemli proje sonuçlarının yayınlanması, ortaya çıkan ürünlere patent ve telif alınması konularında gelişmiş zengin ülkelerin koyduğu kurallar, onaylayıcı kurum ve kuruluşlar, yayıncı kaynaklardan başka imkân bulunmamaktadır. Az gelişmiş yoksul ülke araştırmacılarının kabul görmeme endişesi ile kendi bulgularını tartışırken bile başka az gelişmiş ülke araştırmacılarının yayınları yerine gelişmiş zengin ülke araştırmacılarının yayınlarına atıf yapmayı tercih etmesi yaygın bir alışkanlıktır. Yani araştırma sonuçlarının kabul görmesi için James ya da Jane'in yazılarına atıfta bulunmak, Ahmet ya da Ayşe'nin yazılarına atıfta bulunmaktan daha çekici gelmektedir ki, bu da öğrenilmiş çaresizliğin ürünü diyebileceğimizi bir tür zihinsel emperyalizm ve teslim olma durumudur.

Özetle, beyin göçünün temelinde yatan nedenler sadece daha fazla para kazanmak, daha güzel evlerde oturmak, aile bireylerine daha iyi yaşam koşulları sağlamaktan ibaret olmayıp geleceğe yönelik gerçekçi planlar yapabilmek, kendini geliştirmek gibi kaygıları da içermektedir. Ne yazık ki ülkesinde kalmayı tercih eden sağlık çalışanlarının can güvenliği, dayak hatta öldürülme kaygısı ile yaşadıkları, göç eden beyinlerin ise Aziz Sançar, Uğur Şahin, Özlem Töreci örneklerinde görüldüğü gibi gittikleri ülkelerde

önemli başarılarla imza attıkları bilinen güncel gerçeklerdir.

### Neden Yönetişim?

Yönetişim kavramı yönetimden farklı olarak devlet kuruluşları, sivil toplum örgütleri ve uluslararası kuruluşların iş birliği ve koordinasyon içinde yürütülen faaliyetlerini anlatmak amacıyla kullanılan bir kavramdır. Yönetişim sözcüğünün kullanılmaya başlmasının 50 yılı aşkın bir geçmişi olmakla birlikte sağlık alanında yaygınlaşması 90'lı yılların sonu hatta 2000'li yıllara rastlamaktadır.

Birleşmiş Milletler onaylı Küresel Yönetişim Komisyonu'nun tanımına göre yönetişim, "özel ya da kamusal, bireylerin ve kurumların ortak işlerini yönetmek için gerekli olan yolların tümü" anlamına gelmektedir. Bu anlamda, birbirinden farklı, hatta çatışan ilgi alanlarının ortak bir zeminde buluşturulmasını amaçlayan ve bitmeyen bir süreçtir. Gerekli uyumun sağlanması için resmi kurum ve kuruluşların zorlayıcı kararlar almasının yanı sıra gayri resmi kuruluş ve bireylerin gönüllü katılımlarını, ilgilerini artırıcı düzenlemeleri gerektirmektedir. Daha kısa bir deyişle "birlikte, etkileşim içerisinde yönetmek" anlamına gelmektedir (10, 11, 12). Bu yaklaşıma göre uluslararası düzeyde sağlık insan gücü göçü sorununun çözümü için en fazla kamusal değeri oluştur-





mayı hedefleyen bir yönetim anlayışı gerekmektedir (13, 14). Kamusal değerlerin anlamı hizmetler, düzenlemeler ve yasalar yoluyla arzu edilen sosyal sonuçlara ulaşılabilirliği (15). Bunu başarmanın yolu konunun tüm paydaşlarının bir araya gelerek uygun, gerçekçi ve sürdürülebilir çözümler üretmesidir. Ulusal ve uluslararası düzeyde paydaşlar farklılık göstermekle birlikte bunlar arasında sağlıkla ilgili kamu kurumları, özel sağlık kuruluşları, meslek örgütleri, sivil toplum örgütleri, uluslararası kuruluşlar gibi çok sayıda kurum ve kuruluş bulunmaktadır. Bu şekilde alınacak kararlar ve yapılacak düzenlemeler sayesinde sağlık çalışanlarının temel insan haklarının gözetilmesi, beklentilerinin dikkate alınması, yoksul ülkelerin sağlık sistemlerinin zarar görmemesi, zengin ülkelere göç edenlerden daha etkin biçimde yararlanılması mümkün olabilecektir.

Konunun önemi nedeniyle 2010 yılında DSÖ genel kurulunda kabul edilen, 10 ana başlık ve 48 madde altında sıralanan ilke kararları ile sağlık insan gücünün göçü sırasında üye ülkelerin gözetmesi gereken etik ilkeler özetlenmiştir (16). Bu kararlar ile hedef ülkelerin gelenlerin haklarına ve gidenlerin ülkelerin ihtiyaçlarına saygılı olmaları gerektiği özellikle vurgulanmıştır. Ne var ki sağlık insan gücü göçü konusunun son derece ayrıntılı ele alındığı, küresel toplumun ortak çıkarlarına uygun yol gösterici bir rehber niteliğindeki bu kararların herhangi bir yaptırım gücü bulunmamaktadır.

Sonuç olarak, iyi bir sağlık hizmet sistemi oluşturmak için büyük, son teknolojilerle donatılmış, modern hastane ve sağlık kuruluşları inşa etmek, çok

sayıda hekim, hemşire ve sağlık personeli yetiştirmiş olmak yeterli olmamakta, yetişen nitelikli insan gücünü ülkelerinde tutacak, iş güvenliğini ve iş doyumunu arttıracak önlemler almak gerekmektedir. Yeterli ve nitelikli insan gücü olmadıkça büyük hastanelerin, donanımlı sağlık kuruluşlarının, gelişmiş teknolojilerin hiçbir anlamı bulunmamaktadır.

Daha önceki benzerlerine benzer şekilde COVID-19 pandemisi de göstermiştir ki kamusal önlemler küresel düzeyde yeterli olmadığı takdirde hiçbir ülkenin sağlık sorunlarından tek başına korunması mümkün değildir. Gerek araç-gereç, bilgi ve teknolojinin adil paylaşımı, gerekse sağlık insan gücünün ulusal ve uluslararası düzeyde dengeli dağılımı ancak etkili bir yönetim ile sağlanabilecektir.

#### Kaynaklar

- 1- Liu JX, Goryakin Y, Maeda A, Bruckner T, Scheffler R. Global Health Workforce Labor Market Projections for 2030. *Hum. Resour. Health*. 2017, 15, 11.
- 2-Morley CP, Wang D, Mader EM, Plante KP, Kingston LN, Rabiei A. Analysis of the association between millennium development goals 4 & 5 and the physician workforce across international economic strata. *BMC Int. Health Hum. Rights*. 2017, 17, 18.
- 3-World Health Organization. Working together for health: the world health report 2006. World Health Organization. Geneva, 2006.
- 4- Socha-Dietrich K, Dumont J. International migration and movement of doctors to and within OECD countries - 2000 to 2018: Developments in countries of destination and impact on countries of origin. *OECD Health Working Papers*, No. 126, OECD Publishing, Paris, 2021. <https://doi.org/10.1787/7ca8643e-en>. (Erişim Tarihi: 05.08.2022)
- 5-Meara JG, Leather AJM, Hagander L, vd. Global Surgery 2030: Evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development. *Lancet*. 2015; 386(9993): 569-624. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60160-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60160-X) (Erişim Tarihi: 05.08.2022)

6-Abimbola S, Pai M. Will global health survive its decolonisation? *Lancet*. 2020; 396(10263): 1627-1628. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32417-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32417-X) (Erişim Tarihi: 05.08.2022)

7-Dohlman L, DiMeglio M, Hajj J, Laudanski K. Global Brain Drain: How Can the Maslow Theory of Motivation Improve Our Understanding of Physician Migration? *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16(7):1182. <https://doi.org/10.3390/ijerph16071182> (Erişim Tarihi: 05.08.2022)

8-Kuehn BM. Global shortage of health workers, brain drain stress developing countries. *JAMA* 2007; 298: 1853 5.

9-Bekele A, Chu K, D'Ambrosio L, Davies JI, Ferioli E, Greig C, Manaseki-Holland S, Regnier D, Siddiqi S. Global health research funding applications: brain drain under another name? *Lancet Glob Health*. 2022;10(1):e22-e23. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00505-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00505-2) (Erişim Tarihi: 05.08.2022)

10-Commission on Global Governance. *Our global neighbourhood*. Oxford, Oxford University Press, 1995. (<http://www.gdrc.org/u-gov/global-neighbourhood/chap1.htm>) (Erişim Tarihi: 05.08.2022)

11-Hayran O. Kanita Dayalı, İnsan Odaklı Sağlık Yönetimi. Yüce Yayın, 2016:s.12)

12-<https://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/485/Saglik-icin-yonetisim-ve-klinik-yonetisim.aspx> (Erişim Tarihi: 05.08.2022)

13- Piper N. Global governance of labour migration: From 'management' of migration to an integrated rights-based approach. In: Drahos, P. (Ed.). (2017). *Regulatory Theory: Foundations and Applications*. ANU Press. <http://www.jstor.org/stable/j.ctt1q1crtm> (Erişim Tarihi: 05.08.2022)

14-Yakubu K, Durbach A, van Waes A, Mabunda SA, Peiris D, Shanthosh J, Joshi R. Governance systems for skilled health worker migration, their public value and competing priorities: an interpretive scoping review. *Global Health Action*, 2022;15:1. DOI: 10.1080/16549716.2021.2013600 (Erişim Tarihi: 05.08.2022)

15-Moore MH. Managing for value: organizational strategy in for-profit, nonprofit, and governmental organizations. *Nonprofit Voluntary Sect Q*. 2000;29:183-204.

16-World Health Organization. WHO global code of practice on the International Recruitment of Health Personnel; 2010. <https://www.who.int/publications/m/item/nri-2021> (Erişim Tarihi: 05.08.2022)