

# Sağlık Çalışanları ve Uluslararası Göç: Göç Nedenleri Üzerine Bir İnceleme

*Health Workers and International Migration: A Study on the Causes of Migration*

Türkan Yıldırım

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü

Bir sağlık sisteminin temel amacına ulaşabilmesi için, başka bir ifade ile sağlığı üretebilmesi için yeterli sayı ve nitelikte sağlık insangücü kapasitesine sahip olması gerekmektedir. Bu kapasiteyi oluşturmak ise uygun sağlık çalışanını, doğru zamanda ve doğru yerde istihdam etmek ile mümkün olabilmektedir. Söz konusu kapasite ulusal kaynaklardan oluşturulabilirdiği gibi, uluslararası düzeyde sağlık çalışanlarının istihdamı yoluyla da oluşturulabilmektedir. Sağlık çalışanlarının uluslararası göçü, son yıllarda uluslararası sağlık politikası gündeminde gittikçe önem kazanan bir konu haline gelmiştir. Bu bağlamda bu çalışma, sağlık çalışanlarının uluslararası düzeyde göç nedenlerini ortaya koymak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

**Anahtar Sözcükler: Sağlık Çalışanları, Uluslararası Göç, Göç Nedenleri**

In order for a health system to reach its main objective, that is, to produce health, it has to have a human resource capacity with an adequate quantity and quality. Creating this capacity is possible with employing appropriate skill-mix workers at the right time and in the right place. This capacity can be established from national resources as well as through employment of health workers at international level. International migration of health workers has become an important issue in the international health policy agenda in recent years. In this context, this study will put into place the causes of international migration of health care workers.

**Key Words : Health Workers, International Migration, Reasons for Migration**

Bir sağlık sisteminin temel amacına ulaşabilmesi, başka bir ifade ile sağlığı üretebilmesi (hastalıkların tedavi edilmesi, sağlığın korunması ve geliştirilmesi gibi) için; yeterli sayı ve nitelikte sağlık insangücü kapasitesine sahip olması ile olanaklıdır. Bu kapasiteyi oluşturmak için, uygun sağlık çalışanının, doğru zamanda ve doğru yerde istihdam edilmesi gereklidir. Söz konusu kapasite ulusal kaynaklardan oluşturulabilirdiği gibi, uluslararası düzeyde sağlık çalışanlarının istihdamı yoluyla da oluşturulabilmektedir. Sağlık çalışanlarının uluslararası göçü, son yıllarda uluslararası sağlık politikası gündeminde gittikçe önem kazanan bir konu haline gelmiştir. Sağlık insangücü açısından uluslararası göç, nitelikli sağlık çalışanlarının sınırlar arasındaki hareketliliğini ifade etmektedir.

Bunun üçte ikisi (yaklaşık olarak 39,5 milyon) sağlık hizmetlerini doğrudan sunmaktadır. Genel toplamda, 11,5 milyon sağlık hizmeti sunucusunun Avrupa'da çalıştığı ve tüm sağlık hizmeti sunucularının küresel sağlık insangücü içindeki oranının %67'sini oluşturduğu saptanmıştır. Uluslararası düzeydeki sağlık çalışanı eksiğinin, 4,3 milyon civarında olduğu belirtilmektedir (1,2). Bu açığın hem nedenleri hem de çözümleri arasında gösterilen sağlık çalışanlarının uluslararası göçü 1990'lardan bu yana küresel sağlık gündeminde giderek önem kazanmaktadır. Küresel sağlık insangücü açığını kapatmada sağlık işgücü göçü özellikle de son yıllarda, gelişmekte olan ülkeler tarafından başvurulan bir yöntem olmuştur.

Uluslararası göç, genellikle fakir ülkelere daha zengin ülkelere, zengin ülkeler arasında da koşulları daha iyi olan ülkelere doğru zenginlik hiye-

Başvuru tarihi: 15.03.2010 • Kabul tarihi: 12.05.2010

İletişim

Dr. Türkan Yıldırım  
Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü  
Tel : 0312 319 50 18  
E-Posta Adresi : yalcin@health.ankara.edu.tr

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tahminlerine göre, 2006 yılında Dünyada yaklaşık olarak 60 milyon sağlık çalışanı bu-

rarşisi izlemektedir. Örneğin, Birleşik Krallık'dan (BK) bazı hemşireler (fakir ülkelerden göçmen olarak gelen hemşireler de dahil), daha iyi çalışma koşullarına sahip olan Amerika'ya göç etme eğiliminde olmuştur. Ayrıca göç, kırsal kesimlerden kentsel kesime, kamudan özel sektöre doğru da olmaktadır (3). Genel olarak belirtmek gerekirse, sağlık çalışanlarının göçü yerküre ölçeğinde Güney'den Kuzey'e ve Güneydoğu Asya'dan da Batıya doğru olmaktadır.

Amerika, İngiltere, Kanada ve Avustralya en fazla hekim göçü alan ülkelerin başında gelmektedir (4). Amerika, gelişmekte olan ülkelerden yurt dışına göç edenlerin %81'inden fazlasını almaktadır. Oysa bu oran, Kanada ve Avustralya'da %11'dir (5). 1994 yılında, ABD'de yabancı bir ülkede eğitim görmüş olan 8.401 hekimin %9,9'u Yeni Zelanda, %38,4'ü İngiltere ve İrlanda, %7,9'u Güney Afrika, %29,6'sı Asya ve %14,1'i de diğer ülkelerden göç etmiştir (6). Avrupa Birliği'ndeki (AB) ise göçmenler ise ağırlıklı olarak dört ülkede (Fransa, Almanya, İtalya ve İngiltere) yoğunlaşmaktadır (5). Yeni Zelanda, İrlanda ve Körfez ülkeleri de göç alan diğer başlıca ülkelerdir (4,7,8). Yeni Zelanda'da 1986 yılında tüm sağlık çalışanları içinde yer alan 619 göçmen hekimin %56'sı İngiltere, %9,1'i Avustralya, %12,6'sı Güney Afrika, Kanada, Almanya ve Amerika gibi diğer Batı ülkelerinden gelmiştir (6). OECD'nin hesaplamalarına göre, bazı Batı Avrupa ülkelerinde yabancı ülkede eğitim almış hekimlerin sayısı son 30 yıldır önemli ölçüde artmıştır (9). 1970'li yıllar ve 2005 yılı için yabancı ülkede eğitim almış hekimlerin sayısı, OECD ülkelerinin çoğunda hızla artmıştır. Örneğin, 1970 ile 2005 yılları arasında, yabancı ülkede eğitim almış sağlık çalışanlarının oranı Fransa ve Hollanda'daki sağlık çalışanları arasında %1'den %6'ya, Danimarka'da %3'den %11'e, İsveç'te %5'den %16,1'e ve İngiltere'de %26'dan %33'e yükselmiştir (2, 9).

Literatür taramasına dayanan bu çalışmanın amacı, uluslararası düzeyde önemli bir boyut haline gelen ve taraflar aç-

sından da (göç veren ve alan ülkeler ve göçe konu olan sağlık çalışanları) anlamları ve yansımaları olan sağlık çalışanlarının göçünün nedenlerini ortaya belirlemektedir. Bu bağlamda makalenin izleyen bölümlerinde göç nedenleri üst plandaki ve alt plandaki nedenler olarak analiz edilecektir.

## 2. Göç Nedenleri

Çalışma kapsamında sağlık çalışanlarının göçünün nedenleri veya bu alandaki ihtiyaç ve talebin boyutunu belirleyen unsurlar; üst plandaki ve alt plandaki unsurlar olmak üzere iki grupta incelenmektedir. Üst plandaki faktörler sıklıkla küresel dinamikleri kapsarken, alt plandaki faktörler ise bireyler yönünden ülkelerin itici ve çekici unsurlarını içermektedir.

### 2.1. Üst Plandaki Unsurlar

Sağlık çalışanlarının serbest dolaşımının genel dinamiklerini belirleyen üst plandaki unsurlar; ekonomik ve politik faktörler, küreselleşme, teknolojik gelişmeler, toplumun artan beklentileri, nüfusun yaşlanması, hastalık örüntülerinin değişmesi, AB dinamikleri ve uluslararası kuruluşlar olarak belirtilebilir. Görüldüğü gibi üst plandaki unsurlar, ağırlıklı olarak bireylerin ve ailelerin dışında kalan daha üst plandaki faktörlerdir (10). Bu faktörlerle birlikte nitelikli insan gücüne olan talep de artmaktadır (1). Aşağıda bu faktörler kısaca gözden geçirilecektir.

#### 2.1.1. Ekonomik ve Politik Faktörler

Ülkelerin ekonomik durumu sağlık çalışanlarının göç etme nedenlerinden biri olarak gösterilmektedir. Bunun yansıması fakir ülkelerden zengin ülkelere göç şeklinde gerçekleşmektedir. Avrupa'da bu konuda yapılmış çok az araştırma bulunmaktadır. Gray ve Phillips tarafından 1993 yılında yapılan bir çalışmada, hemşire göçünü etkilemesi muhtemel faktörler, kişi başına düşen milli gelir, hemşire kazançları, bağımlılık oranı ve tahmini hemşire sayıları olarak belirlenmiştir (11).

### 2.1.2. Küreselleşme ve Ticari Liberalleşme

Küreselleşme, tanımı ve doğası gereği, kişilerin hareketliliğini içeren bir süreç ve dinamiktir. Dolayısıyla küreselleşme, sağlık çalışanlarının uluslararası dolaşımı ile yakından ilişkilidir (12). Piyasaların küreselleşmesi uluslararası göçü kolaylaştırmış ve hem bireylerin hem de ticaretin serbest dolaşımı önündeki engelleri azaltmıştır. Bunun en belirgin örneğini, Hizmet Ticareti Genel Antlaşması (GATS-The General Agreement on Trade in Services) oluşturmaktadır (13). Küreselleşmenin önemli bir dinamiği olan serbest ticaret anlaşmaları, uluslararası göçü kolaylaştırarak hizmetlerin, malların ve bireylerin (sağlık çalışanları dahil) dolaşımına yönelik engelleri azaltarak sağlık hizmetlerini etkilemektedir (13,14). Küreselleşme ile birlikte artan uluslararası ticaret, uluslararası sağlık çalışanlarının istihdamı ile ilgili profesyonel aracı kurumların artmasına neden olmakta ve böylece uluslararası göç dinamik kalabilmektedir (1). Küreselleşme ile ilişkili önemli bir gelişme, sağlık mesleklerini de içerecek şekilde çok çeşitli alanlarda uluslararası düzeyde ortak standartların artmasıdır. Sınırlar arasında ticaret engellerini azaltmak için düzenlenen uluslararası antlaşmalar sağlık çalışanlarının üretimini ve uluslararası dolaşımını yöneten yeni yasal çerçevelerin ortaya çıkmasını sağlamıştır. Ortak eğitim standartlarının geliştirilmesi, ülkeler arasında mesleki niteliklerin karşılıklı tanınması veya uyumlaştırılması (harmonization) ve profesyonellerin çalışmalarına izin veren süreçlerin liberalleştirilmesi gibi unsurlar AB gibi etkili bölgesel pazarların oluşturulmasının ön koşulları olarak ortaya çıkmıştır (15).

#### 2.1.3. Teknolojik Gelişme

Teknolojik yenilikler, sağlık hizmetlerinin yapılandırılmasında ve sunulmasında alternatif olanakları sunan ve artıran, aynı zamanda sağlık çalışanlarının mevcut bilimsel bilgiyi kullanabilmelerini ve becerilerini sürekli bu yeni

teknoloji ışığında geliştirmelerini gerektiren dinamiklerdir. Teknolojik değişimin gerçekleştirilecek veya yapılacak işlerin çeşidini (verilecek hizmetin çeşidi), bu hizmetlerin sunulacağı ortamı ve uygulamaların yapılarını belirlemek yoluyla sağlık insangücü üzerinde önemli bir etkisi bulunmaktadır. Teknolojik gelişme, beraberinde sağlık çalışanlarının rollerinde değişme, genişleme ve rol ikamesi getirebilmekte (12,15), aynı zamanda yeni hizmet alanlarının ortaya çıkmasına, hizmet sunum biçimlerinin ve mesleki beceri karışımlarının değişmesine dolayısıyla bu alanlarda çalışacak sağlık personeline olan talebi de beraberinde getirmektedir (16). Teknolojik gelişmenin özellikli bir alanı olan enformasyon teknolojisi, ya hasta bilgilerinin depolanması ve kullanılması için bir araç ya da bilgi yönetimi yoluyla tıbbi kararların alınmasına yardımcı bir araç olarak sağlık hizmetleri sunumunun ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir. Sağlık çalışanları, özellikle de hekimler görevlerini yerine getirebilmek için teknolojik gelişmelere paralel olarak yeni yeterlilikler elde etmek durumundadır (12,15). Bu yeterlilik gereksinimi sağlık işgücü hareketliliğini de beraberinde getirebilmektedir.

Ayrıca internetin yaygınlaşması, küresel göç ile ilgili pozisyon boşlukları ve fırsatlara ilişkin bilgiye ulaşılmasını kolaylaştırmaktadır (2). Yani internet, mesafelerin kısılmasını sağlamakta, iş arama sürecini hızlandırmakta ve basitleştirmektedir. Nitekim Ganada gerçekleştirilen bir araştırmanın sonuçlarına göre, özellikle internet olmak üzere teknolojik gelişmeler küresel düzeyde bulunan açık iş pozisyonları ve bu pozisyonların koşullarına ilişkin bilginin erişilebilirliğini artırmıştır (3). Teknolojik gelişmenin iki şekilde sağlık çalışanlarının serbest dolaşımı veya göçüne neden olmaktadır. Bunlardan birincisi, daha fazla uzmanlaşma ve yeni iş alanlarıdır ki bu da sağlık insangücüne olan ihtiyacı ve talebi artırmaktadır. İkincisi, ülkelerin gelişmiş teknolojiye sahip olmaması ve bu ülkelerdeki sağlık insangücününün daha iyi teknolojik ortamlarda eğitim almak ve

çalışmak için yüksek teknolojinin bulunduğu ülkelere göç etmesidir.

#### 2.1.4. Toplumun Artan Beklentileri

Küreselleşme dinamiği, eğitim düzeyinin yükselmesi ve teknolojik ilerlemeler (başta internet olmak üzere) bireyleri daha bilinçli ve talepkar yapmış, dolayısıyla beklentilerinde artışa neden olmuştur. Artan beklentiler, sağlık çalışanlarını daha iyi eğitim almak, daha iyi ortamda (teknolojik ve yönetsel anlamda) çalışmak, hasta ilişkileri konusunda daha donanımlı olmak konusunda zorlamaktadır. Bu zorlama da sağlık çalışanlarının göçünü gündeme getirebilmektedir.

#### 2.1.5. Demografik Eğilimler: Nüfusun Yaşlanması ve Hastalık Yapıları

Demografik eğilimler, sağlık insangücününün kompozisyonu ve sunumu üzerine doğrudan, ürün ve hizmetlerin talebine de dolaylı olarak etki ederek gelecekteki sağlık işgücü piyasasını şekillendiren bir unsurdur. Dolayısıyla demografik eğilimler, sağlık insangücününün optimizasyonunda en önemli belirleyiciler arasında yer almaktadır (15).

Doğurganlık hızının düşmesi ve doğumda beklenen yaşam süresinin artması sonucu, özellikle gelişmekte olan ülkelerde nüfus giderek yaşlanmaktadır (15,17,18). Yaşlanan nüfus ile birlikte hastalık yapıları (diabet ve kalp hastalıkları gibi kronik hastalıklar artış eğilimi göstermektedir) (19) ve sağlık ihtiyaçları da değişmekte ve bu değişim daha fazla sağlık hizmeti ihtiyacı ve doğal olarak daha fazla sağlık insangücü ihtiyacına yol açmaktadır. Bir taraftan azalan ve bir taraftan da yaşlanan nüfus dinamiğinde sağlık çalışanları da yaşlanmakta ve sayıca azalmaktadır. Dolayısıyla iki taraflı olarak sağlık insangücüne olan ihtiyaç artmaktadır. Örneğin, Danimarka, Fransa, İzlanda, Norveç ve İsveç gibi ülkelerde çalışmakta olan hemşirelerin yaşlarının ortalama 41-45 yaş dolayında olması nedeniyle yaşlanan hemşire işgücü problemini-

le karşı karşıya bulunmaktadır (20). Aynı sorun hekimlerde de gözlenmektedir. Örneğin, Yeni Zelanda'da hekimlerin ortalama yaşı 44 iken, hemşirelerin 43 ve yardımcı sağlık personelinin 40'ın üzerindedir. Fransız hekimlerin 1985 yılında %55'i 40 yaşın altındayken bu oran 2000 yılında bu oran %23'e düşmüştür. İngiltere'de 2001 yılı nüfus sayımında uzman hekimlerin %19'unun 40 yaşın altında olmasına karşın, 50 yaşın üzerindeki olan oranı %40 civarında olup, izleyen 10-15 yılda bu grubun emekli olma olasılığının yüksek olduğu ortaya çıkmıştır (15,21).

Arz ve talep arasındaki bu açığı kapatmak için ülkeler, özellikle kadınlar, yaşlı çalışanlar ve göçmenlerin işgücüne katılımını özendirilmeye yönelik çözümler üretmek durumundadır (15). Ancak bu açık ile birlikte artan bu ihtiyaç veya talep, gelişmiş ülkeler tarafından ağırlıklı olarak ithalata karşılanmaya çalışılmaktadır. Çünkü gelişmiş ülkeler, genellikle yeterli sayıda sağlık insangücü üretmemekte veya bilinçli olarak dışarıdan alımı benimsemektedir (22). Uluslararası sağlık personeli istihdamı, bazı ülkelerde politika belirleyicileri tarafından sağlık personeli açığını gidermek amacıyla acil bir çözüm olarak görülmektedir. Bu nedenle bazı Avrupa ülkeleri diğer ülkelerden aktif olarak sağlık personeli istihdam etmektedir. Çünkü bir hemşirenin yetiştirilmesi için 3-5 yıllık bir süre ve yine aynı şekilde kıdemli bir hekimin yetişmesi için 15 yıldan 20 yıla kadar bir zamanın gerekli olduğu düşünüldüğünde, yurt dışından gerekli personeli istihdam etmek hem daha hızlı hem de hiç bir eğitim masrafsız olmaktadır (23).

#### 2.1.6. Avrupa Birliği Dinamikleri

Serbest dolaşım, AB'nin temellendiği olmazsa olmaz varlık nedenlerinden biridir. Dubois ve diğerlerinin de (15) belirttiği gibi, Tek Avrupa Pazarı'nın bir unsuru olan kişilerin serbest dolaşımının gereği olarak işgücü hareketliliğinin teşvik edilmesi, AB politikala-

rının temel bir özelliğidir. Dolayısıyla, serbest dolaşımın önündeki engelleri ortadan kaldırmak adına, başta antlaşma hükümleri olmak üzere, direktifler gibi ilgili diğer mevzuat ve uygulamalar eliyle genelde serbest dolaşım, özelden de sağlık çalışanlarının serbest dolaşımını konusunda çeşitli düzenlemeler ve uygulamalar bulunmaktadır.

Sağlık çalışanlarının serbest dolaşımına ilişkin AB düzenlemelerinin varlığı (hem kurumsal hem de mevzuat anlamında), AB nezdinde sağlık çalışanlarının serbest dolaşımını belirleyen önemli unsurlardandır. Bu düzenlemelerin başında Roma Antlaşması'nın serbest dolaşıma ilişkin hükümleri, 1970'lerde yürürlüğe giren Sektörel ve Genel Sistem Direktifleri ve bu Direktiflere değişiklik getiren o günden bu güne kadar olan gelişmeler (örneğin 2005/36/EC sayılı Mesleki Niteliklerin Karşılıklı Tanınması Direktifi gibi) ve ilgili diğer hususlar gelmektedir (24). AB ölçeğinde sağlık çalışanlarının serbest dolaşımına ilişkin AB mevzuatı dışındaki birçok AB düzenlemesi ve uygulaması da AB'de sağlık çalışanlarının serbest dolaşımını yakından ilgilendiren dinamiklerdir. Bunun en belirgin örneğini Avrupa Çalışma Süresi Direktifi (AÇSD-The Working Time Directive/93/104/EC sayılı Direktif) oluşturmaktadır (25). AB ölçeğinde hekimler de dahil tüm çalışanların çalışma sürelerini düzenleyen AÇSD, 1993 yılında çalışanların sağlık ve güvenliğini en iyi düzeyde korumak için çalışma süresinde, dinlenme periyotlarında, yıllık izinlerde ve gece vardiyalarında minimum gereklilikleri oluşturmak amacıyla çıkarılmıştır. 2000 yılında söz konusu Direktif, 2000/34/EC sayılı Direktif ile tadil edilmiştir (26). Bu Direktif'e göre hekimlerin haftalık çalışma süresi 48 saat ile sınırlandırılmıştır. 2009 yılı itibarıyla üye ülkelerin tümünün buna uyması gerekmektedir.

AB genişleme politikası da uluslararası göçü ilgilendiren ve özendiren önemli bir politika örneği olmuştur (16). Özellikle de beşinci genişleme dalgası kapsamında AB'ye 2004 ve 2007

yılında katılan 12 ülke ile eski 15'ler AB'si arasındaki açıklar (hem ekonomik hem de sağlık işgücü açığı anlamında), sağlık çalışanlarının yeni üye ülkelerden eski üye ülkelere göçünü de beraberinde getirmiştir.

### 2.1.7. Uluslararası Kuruluşlar ve Meslek Örgütleri

Uluslararası kuruluşlar (DSÖ, DB, OECD, IMF, ILO, Uluslararası Göç Örgütü (IOM) ve Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ)) ve uluslararası sağlık meslek kuruluşları (Dünya Tıp Birliği, Uluslararası Hastane Federasyonu ve Uluslararası Hemşireler Konseyi) sağlık çalışanlarının uluslararası göçü konusunda söz sahibi olan önemli aktörler arasında yer almaktadır. Bu kuruluşlar uluslararası göç sürecine, bu sürecin kurallarının belirlenmesinden, bu alanda projeler gerçekleştirmeye kadar varan bir yelpazede çeşitli açılardan müdahil olmaktadır. Ancak bu müdahaleler tavsiye veya temenni niteliğinde olup, bağlayıcı nitelikte değildir. Uluslararası kuruluşlar, bu alanda "uygulama ilkeleri"nin yerleşmesi için çalışmaktadır. Uluslararası göçü dengelemek ve taraflar açısından maksimum faydayı yaratacak şekilde yönetmek çabası içindedir.

DTÖ, göçün herkesin hakkı ve bir özgürlük alanı olduğunu, uluslararası düzeyde yeni olanaklar sunduğunu, bilginin transferini sağladığını ve göçmenlerin mesleklerini geliştirdiğini belirterek, sağlık insangücü göçünü teşvik etmektedir. Uluslararası kuruluşlar eğer emeğin dolaşımına sınırlılık getirilirse bunun bir insanlık hakkı sınırlaması olduğunu ve küresel eşitsizlikleri artıracığını belirtmektedir (27,28).

GATS kapsamında hizmetlerin arzı ve tüketim biçimi,, dört ana başlıkta ele alınmaktadır. Bunlar (29,30,31); sınır ötesi ticaret, yurt dışında tüketim, ticari varlık ve gerçek kişilerin serbest dolaşımı, hizmet arzı biçimi ve bireylerin hareketliliği ile ilgilidir. Geçici veya kalıcı olarak tıbbi ve sağlık personelinin başka ülkelere göç edip mesleklerini

icra etmeye devam etmesi, hizmet ticareti biçiminin sağlık hizmetleri alanına özel bir örneği olarak verilebilir (32). GATS'ın dördüncü maddesinde belirtilen hizmet sunum biçimi, sağlık çalışanlarının uluslararası göçünün liberalleştirilmesi ile yakından ilgilidir.

### 2.2. Alt Plandaki Unsurlar

Alt plandaki unsurlar ise, üst plandaki unsurların hem göç veren hem de göç alan ülkeler nezdindeki yansımaları olarak ön plana çıkan faktörler şeklinde ele alınabilir. Sağlık çalışanlarının uluslararası göçünü ele alan çalışmalarda, göçün gittikçe artmasının çok sayıda ve birbiri ile etkileşim içinde olan bir dizi nedene veya faktöre bağlı olduğunu göstermektedir (33). Bu faktörler çeşitli şekillerde sınıflandırılabilir. Örneğin, göç kararı verilmesinde etkili olan faktörler sağlık sisteminin dışında ve sağlık sistemiyle ilgili olan faktörler olarak iki grup altında incelenebilmektedir (34). Yine, Skar (35) ve Paton ve diğerleri de (36) profesyonel hareketliliğin hem "iten (push)" hem de "çeken (pull)" gerekçeleri olabileceğini belirtmektedir. Konuya ilişkin çalışmaların büyük bölümünde, sağlık çalışanlarının hareketliliğini etkileyen veya neden olan faktörleri analiz etmek için yaygınlıkla kullanılan çerçeve, "iten" ve "çeken" faktörler ayrımıdır. İten ve çeken faktörler, birbirinin yansıması olabilmektedir. Buna göre çeken faktörle; göç alan ülkenin göçü teşvik eden özellikleri; iten faktörler, göç veren ülkenin dış göçe neden olan özellikleridir (37). Sağlık çalışanlarının göçüyle ilgili iten ve çeken faktörlere ilişkin literatürde yer alan bazı araştırma bulguları Tablo 1'de verilmektedir.

Alıcı ile gönderici ülkeler arasındaki maaş farklılığı, göçün nedenleri arasında en sıklıkla işaret edilen nedenler olarak ön plana çıkmaktadır. Alıcı konumundaki ülkelerde yüksek maaş çekici unsurlar arasında yer almaktadır (42). Örneğin, Güney Afrikalı bir hemşirenin İngiltere'de alacağı ücret iki katına kadar çıkabilmektedir. Benzer şe-

**Tablo 1:** Uluslararası Sağlık İnsangücü İstihdamının Temel İtici ve Çekici faktörleri

İten Faktörler	Çeken Faktörler
Düşük ücret	Daha yüksek gelir
Olumsuz çalışma koşulları	İşçi döviz gönderme fırsatı
Sağlık sistemindeki kaynak yetersizliği	Daha iyi muamele ve çalışma koşulları
Sınırlı kariyer olanakları	Daha iyi donatılmış sağlık sistemleri
Sınırlı eğitim olanakları	Kariyer fırsatları
Uzmanlık eğitiminin olmayışı	İleri eğitim fırsatları
Sınırlı esnek kariyer planlama fırsatı	Yüksek eğitim standartları
Sürekli eğitim eksikliği	Seyahat olanakları
İş memnuniyetsizliği	İş yardımı
HIV/AIDS'in etkisi	Aile için daha iyi bir gelecek
Ekonomik istikrarsızlık	Daha kaliteli bir yaşam
Politik zorluklar	Politik istikrar
Olumsuz yaşam koşulları	
Personel yetersizliği nedeniyle aşırı iş yükü	
Düşük mesleki statü	
İşsizlik	
Açlık ve yoksulluk	
Doğal afetler	
Çevresel bozulmalar	
Şiddet ve eziyet	
Evlilik birleşmeleri	
Ailevi nedenlerden dolayı bir araya gelme	
Savaşlar	
Güvenlik endişesi	
Kendi ülkesinde gelecek görememe	
Gereğinden fazla sağlık personeli (bazı ülkelerin aktif işgücü gönderme politikaları)	

Kaynak: 15, 13, 38, 39, 40, 41 nolu kaynaklardan derlenmiştir.

kilde Güney Afrikalı bir hekim de ABD'de, Güney Afrika'daki maaşının 3-5 katı kadar daha fazla gelir kazanabilmektedir (27). PAHO'nun (Pan American Health Organization) (43) çalışmasına göre, düşük ücret Karayip Adaları'ndan göç eden sağlık çalışanlarının göç etme nedenleri arasında en ön sırada gelmektedir.

Fiji Adaları, Jamaika, Morityus Adası (Mauritius) ve Filipinler gibi sağlık eğitiminin iyi olduğu birçok orta gelir grubundaki ülkede, öğrencilerin önemli bir oranının (özellikle de hemşirelik okullarındaki öğrenciler başta olmak üzere) mezun olduktan sonra daha iyi gelir elde edilebilecek ülkelere göç etme niyetiyle okullarını tercih ettikleri belirtilmektedir. Bazı ülkeler, özellikle de Filipinler, ihtiyaç fazlası sağlık insangücü yetiştirip ihraç etmek suretiyle ülkeye önemli ölçüde döviz girdisi sağlamaktadır (22).

DSÖ Pasifik Bölgesi tarafından desteklenen ve "nitelikli sağlık personelinin göçü"

(hekimler, hemşireler ve eczacıları kapsayan) üzerine yapılan bir araştırmada; Fiji, Palau, Samoa, Tonga ve Vanuatu gibi Pasifik ülkelerinden, Avustralya ve Yeni Zelanda gibi ülkelere sağlık personeli göçünün nedenleri; düşük ücret, sürekli eğitim eksikliği, sınırlı eğitim olanakları, yetersiz kariyer geliştirme imkanları, olumsuz çalışma koşulları, kaynak kıtlığı, hastaların talepleri ve şikayetleri olarak ortaya konulmuştur. (24). Bir başka çalışmada, Hindistan'da eğitim olanaklarının iyi olmaması Yeni Delhi'de hekimlerin başka ülkelere göç etmesini teşvik eden en önemli faktör olarak bulunmuştur. Göç, daha iyi akademik niteliklerin kazanılması ve uzun dönemli kariyer gelişimi için temel bir unsur olarak görülmüştür (28,45). Yeni Delhi'de yapılan bu çalışmada hemşirelerin başka ülkeye göç etmelerindeki temel motive edici unsurlar, yüksek gelir beklentisi ve daha kaliteli yaşam olarak belirlenmiştir (45). Benzer bulgular Ganalı hemşireler ve hekimler için de gözlenmiştir (28,46).

Awases ve diğerleri (47), dört Afrika ülkesinde (Kamerun, Güney Afrika, Uganda ve Zimbabve) yaptıkları bir araştırmada, sağlık çalışanlarının göç etme nedenlerinin sırasıyla daha iyi gelir elde etme, daha güvenli bir çevre, yaşam koşulları, olanakların yetersizliği, ilerlemede zorluk, gelecek görememe, ağır iş yükü, para biriktirme, iş temposu, sağlık hizmetlerinin bozulması, ekonomik kriz, zayıf yönetim ve nitelikleri geliştirme olduğunu belirtmiştir.

Buchan ve Dovlo (48) tarafından yapılan bir çalışmada, Gana'daki hekim ve hemşirelerin yurt dışına göç etmelerinde ortaya konulan ana nedenler şu şekilde özetlenebilir: (1) düşük ücret, (2) kariyer fırsatlarının yetersizliği, (3) sağlık çalışanlarına gösterilen itibar/saygının azlığı, (4) zayıf yönetim ve sağlık sistemi yönetimi ve (5) emeklilikteki yardımların azlığına ilişkin kaygı (49). Göç ile ilgili "iten" ve "çeken" faktörlere ek olarak, Gana ve Nijerya'da konuya ilişkin gerçekleştirilen bir araştırmada, Hagopian ve diğerleri (50), özellikle göç veren ülkelerde bir "göç kültürü" oluştuğunu belirtmektedirler. Bu kültür, bu ülkelerde uzun süredir görülen tıbbi göçün bir sonucu olarak değerlendirilmektedir.

Yukarıdaki açıklamalarda da belirtildiği gibi ücret, göçü tetikleyen tek faktör değildir. Mesleki ve eğitim fırsatlarının eksikliği de yurt dışında iş arama kararında çok önemli faktörler arasında yer almaktadır (51-53). İş yaşamında karşılaşılan yüksek risk faktörleri ve tehlikeler nedeniyle sağlık çalışanları kendilerini güvensiz hissetmekte ve bu durum onların daha güvenli bir iş ortamına gitmesine neden olmaktadır. Nitekim ILO sağlık hizmetlerini en tehlikeli işlerin arasında saymaktadır (34). Örneğin, Sahra altı Afrika'da çalışan sağlık çalışanlarının HIV/AIDS enfeksiyonu riskine ilişkin şikayetleri gittikçe artmaktadır. Benzer şekilde bazı göç veren ülkeler kriminal şiddetten zarar görmektedir (27).

Jinks ve diğerlerinin (54) yaptığı bir araştırmada, AEA ülkelerinden BK'ya hekimlerin göç etmesinin nedenleri olarak; genelde hekimlerin kendi ülkelerindeki işgücü piyasası koşulları ile ilgili problemleri belirttikleri saptanmıştır. Buna göre göç nedenleri arasında; işsizlik sorunu, temel eğitim sonrası uzmanlık eğitiminin olmayışı, esnek kariyer planlama olanaklarının eksikliği, gidilecek ülkedeki yüksek eğitim standartları, daha iyi muamele ve çalışma koşulları ile kendi ülkesinde gelecek görememe yer almıştır.

Sağlık çalışanlarının göç niyetlerine yönelik olarak PRAXIS Politik Çalışmalar Merkezi tarafından 2003 yılında (AB'ye üye olmadan önce) Estonya'da gerçekleştirilen bir çalışmada, sağlık çalışanlarını göç etmeye teşvik eden nedenlerin başında, daha yüksek gelir beklentisi ve daha iyi çalışma koşullarının olduğu ortaya konulmuştur (40,55). Ayrıca daha iyi yaşam kalitesi, dışarıda yaşama ve çalışma tecrübesi edinme, Estonya ve sağlık sisteminin memnun olmama, daha iyi eğitim alma, daha fazla mesleki fırsat, çalışma alanlarının sınırlı olması, başka bir ülkedeki kurumdan teklif alma ve asistanlık pozisyonlarının yetersizliği de belirtilen diğer nedenlerdir (55). Bu çalışmada, sağlık çalışanlarının kendi ülkelerinde kalmalarını ya da başka bir ülkeye gitmelerini teşvik eden faktörler arasında ücret farklılıklarının önemli olduğu görülmüştür (40).

Çek Cumhuriyeti vatandaşı hekimlerin hedef ülkelerle karşılaştırıldığında yurt dışına göç etme gerekçeleri arasında en sık belirtilen nedenler; hekimlerin ve diğer profesyonellerin maaşlarındaki farklılıklar, daha iyi yaşam beklentisi, daha iyi çalışma koşulları ve yurt dışında ailelerinin ya da arkadaşlarının olmasıdır. Sağlık çalışanlarının çalışmak amacıyla gittikleri temel hedef ülkeler; Almanya, Avusturya, BK, ABD ve Kanada'dır. Çek Cumhuriyeti için kaynak ülkeler ise Slovakya, Polonya ve Romanya'dır (53).

Romanya'dan 2004 yılında başka ülkelere çalışmaya giden Romanyalı sağlık personelinin göç etmelerinde etkili olan

faktörlerin başında ücret düzeylerindeki farklılıklar ve sınırlı teknolojik çevre gelmektedir. Diğer bir neden ise, özellikle gençler için sürekli mesleki gelişim için yabancı ülkelere gelen tekliflerdir (53).

Hırvatistan'da 2004 yılında dört tıp fakültesinden mezun olacak olan, son sınıfta okuyan 408 tıp öğrencisinin davranışları üzerinde yapılan bir araştırmaya göre, öğrencilerin %76'sı eğer Hırvatistan'da istedikleri alanda uzmanlaşma imkanını yakalayamadıkları takdirde başka bir ülkeye göç etmeyi düşündüklerini belirtmişlerdir. Öğrencilerin göçe yönelik olarak sıklıkla ifade ettikleri nedenlerin başında da %47 oranında daha yüksek gelir kazanma isteği ve %27 ile bir iş bulma gelmektedir. Diğer nedenler ise sırasıyla; daha iyi organize olmuş sağlık sistemleri (%14), kariyer gelişimi için daha iyi fırsatlar (%7,6) ve toplumda tıp mesleğine daha fazla saygınlık gösterilmesidir (%4,4) (53).

Sağlık çalışanlarının serbest dolaşımında "itici" ve "çekici" nitelikte belirleyici olan faktörlerden biri de, sağlık çalışanlarının işlerinden duydukları memnuniyetleri olabilmektedir ki, iş doyumunun düşük düzeyde olmasında etkili olan faktörlerin pek çoğu (düşük ücret, olumsuz çalışma koşulları, eğitim ve kariyer yapma yetersizliği, vb.) aradıkları unsurlardır. Dolayısıyla özellikle bireylerin işle ilgili memnuniyetsizlikleri onları bu olumsuz koşulların olmadığı ülkelere çalışma kararı vermelerini teşvik etmektedir.

Örneğin, Pasifik ve Asya'daki Fiji, Samoa, Tonga, Papua New Gine, Vietnam, Cambodia ve Tayland'da yapılan araştırmalarda, düşük ücretler sağlık çalışanları arasında iş doyumsuzluğuna ve/veya göçe neden olan temel bir neden olarak saptanmıştır. Ücretlerin yükseltilmesi ve maddi diğer olanakların sağlanması sağlık sektöründe çalışanları tutmak için temel maddi güdüleyiciler olarak belirlenmiştir (56).

Mesleki gelişim olanaklarının yetersiz olması, çalışanların iş tatminsizliğine neden olan faktörler arasında sıralanmak-

tadır. Bu, özellikle meslektaşlarından ve destekten izole edilmiş kırsal veya uzak alanlarda çalışan sağlık çalışanları için geçerlidir. Örneğin, Avustralya'da kırsal kesimde çalışan ebelerle yapılan kalitatif bir çalışma, sürekli mesleki gelişme ve sürekli bir öğrenme kültürünün olmasının, ebelerin işyerlerinde ve mesleklerinde kalması için önemli stratejiler olarak görüldüğünü ortaya koymaktadır (56).

## Sonuç

Temel amacı hastalıkları tedavi etmek, nüfusun sağlığını korumak ve geliştirmek olan sağlık sisteminin bu amaca ulaşabilmesi yeterli sayı ve nitelikte sağlık insan gücü kapasitesine sahip olmasıyla gerçekleşebilir. Ancak sağlık insan gücünü sistemde sürekli kılmak ülkelerin sahip olduğu sosyo ekonomik, kültürel, politik vb. faktörler tarafından belirlenmektedir. Nitekim son yıllarda uluslararası kuruluşların da gündemlerine aldıkları sağlık insan gücünün göçüyle birlikte dünya sağlık politikası gündeminde tartışılır hale gelmiştir.

Bu makalede sağlık çalışanlarının uluslararası düzeydeki göçünün nedenleri ortaya konulmaya çalışılmıştır. Göçün nedenlerini anlamak göçü rasyonel bir şekilde yönetebilmenin ön koşulu niteliğindedir. Yapılan birçok çalışmada sağlık çalışanlarının göçünü etkileyen pek çok faktör olduğu bulunmuştur. Bu faktörler arasında; ekonomik ve politik faktörler, küreselleşme, teknolojik gelişmeler, toplumun artan beklentileri, nüfusun yaşlanması ve hastalık yapılarının değişmesi, AB dinamikleri ve uluslararası kuruluşlar gibi üst plandaki faktörler ile daha yüksek gelir kazanma isteği, ülkelerindeki ailelerine döviz gönderme fırsatı, daha iyi çalışma koşulları, daha iyi donatılmış sağlık sistemlerinde çalışma isteği, kariyer ve ileri eğitim fırsatları, kaliteli bir yaşam ve aile için daha iyi bir gelecek gibi alt plandaki faktörler gelmektedir.

"Teşekkür: Bu makale ağırlıklı olarak yazarın doktora tezine dayalı olarak hazırlanmıştır. Bu vesile ile tez danışmanım Prof. Dr. Sıdika Kaya'ya katkılarından dolayı teşekkür ederim."

## KAYNAKLAR

1. WHO. Working together for health. World Health Organization, Geneva, 2006a.
2. OECD. Immigrant health workers in OECD countries in the broader context of highly skilled migration. International Migration Outlook SOPEMI 2007.
3. GHW. The Global Health Worker Crisis: Global Health Watch 2005-2006. An Alternative World Health Report, Zed Books, London /New York, 2005; p. 119-134, www.ghwathc.org/2005report.
4. Mullan F. The Metrics of the Physician Brain Drain. The New England Journal of Medicine, 353 (17), October 27, 2005: 1810-8.
5. ILO. Towards a fair deal for migrant workers in the global economy. International Labour Conference, 92 nd Session 2004, Report VI, Geneva, 2004.
6. Miller E.A., Laugesen M, Lee S.Y. et al. Emigration of New Zealand and Australian Physicians to the United States and the International Flow of Medical Personnel”, Health Policy, 1998; 43(3): 253-270.
7. McElmurry B.J, Solheim K, Kishi R, et al. Ethical Concerns in Nurse Migration. Journal of Professional Nursing 2006; 22(4): 226-35.
8. Öcek Z, Aksu F, Gürsoy Ş.T. Sağlık Emek Göçünün Dinamikleri, Toplum ve Hekim, Mayıs-Haziran 2008; 23 (3): 184-193.
9. Buchan J. How Can the Migration of Health Service Professionals be Managed so as to Reduce any Negative Effects on Supply? Policy Brief, WHO Regional Office for Europe 2008, [http://www.euro.who.int/document/hsm/7\\_hsc08\\_epb\\_10.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/7_hsc08_epb_10.pdf).
10. WHO. Workshop on global health workforce strategy. Annecy, France, 9-12 December 2000, World Health Organisation, Geneva 7, 2001.
11. McKee M, Mossialos E, Belcher P. The Influence of European Law on National Health Policy. Journal of European Social Policy 1996; 6(4): 263-286
12. WHO. Human resources for health in the WHO European Region, WHO European Regional Office for Europe 2006b; 43.
13. Bundred P, Martineau T, Kitchiner D. Factors affecting the global migration of health professionals. Harvard Health Policy Review 2004; 5 (2): 77-78.
14. Martineau T, Decker K, Bundred P. Briefing note on international migration of health professionals: Levelling the playing field for developing country health systems. Liverpool School of Tropical Medicine, 2003, www.liv.ac.uk/lstm/hstrmigration.html.
15. Dubois, C.A., McKee, M. ve Rechel, B. (2006). Introduction: Critical Challenges Facing the Health Care Workforce in Europe (chapter 1). In: Dubois C.A, McKee M, Rechel B, editors. The Health Care Workforce in Europe: Learning from Experience. WHO The European Observatory on Health Systems and Policies 2006; p. 2-18.
16. OECD. The looming crisis in the health workforce: How can OECD countries respond?. OECD Health Policy Studies 2008.
17. RAND. Population implosion? Low fertility and policy responses in the European Union. Research Brief, RAND Europe- Cambridge, 2005, www.rand.org.
18. Lanzieri G. Population and Social Conditions. Eurostat Statistics in Focus 81/2008.
19. WHO. The Kampala Declaration and Agenda for Global Action. World Health Organization Global Health Workforce Alliance, Geneva, 2008.
20. WHO Regional Office for Europe. Investing in the health workforce enables stronger health systems”. Fact sheet 06/07 Belgrade, Copenhagen, 17 September 2007, www.euro.who.int/Document/Mediacentre/fs0607e.pdf.
21. Bagat M, Kauzlaric K.S. Physician labour market in Croatia. Croatian Medical Journal 2006; 47: 376-84.
22. WHO. Migration of health workers. Fact Sheet. No: 301, World Health Organisation, Geneva, 2006c.
23. Buchan J. Health worker migration in Europe: Assessing the policy options. Eurohealth 2007; 3 (1): 6-8.
24. Commission of the European Communities. Commission Staff Working Document. Turkey 2008 Progress Report, SEC(2008) 2699 Final, 05.11.2008, Brussels.
25. Official Journal of the European Communities (1993). Council Directive 93/104/EC of 23 November 1993 concerning certain aspects of the organization of working time. Official Journal. L 307, 13/12/1993: 0018 – 0024.
26. Official Journal of the European Communities Directive 2000/34/EC of the European Parliament and of the Council of 22 June 2000 amending Council Directive 93/104/EC concerning certain aspects of the organisation of working time to cover sectors and activities excluded from that Directive. Official Journal of the European Union. 18.11.2003, 2000, L 195/41-45.
27. Alkire S, Chen L. 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, 2004.
28. Bach S. International mobility of health professionals: Brain drain or brain exchange?. Research Paper 2006; 82, United Nations University World Institute for Development Economics Research (UNI\_WIDER).
29. Barış E, McLeod K. Globalization and international trade in the twenty-first century: Opportunities for and threats to the health sector in the South. International Journal of Health Services 2000; 30(1): 187-210.
30. Demirkan M. Ulus devlete çalım. Cumhuriyet Gazetesi 2001; 9 Haziran: 6.
31. WTO. The GATS: Objectives, coverage and disciplines. 2001, www.wto.org.
32. Yıldırım H.H, Yalçın T. Küreselleşme ve uluslararası ticaret: Uluslararası sağlık politikasında değişen dinamikler. 4. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Kitabı; 27-28 Eylül, 2001; İstanbul, Türkiye.
33. Eastwood J.B, Conroy R.E, Naicker S, et al. Loss of health professionals from Sub-Saharan Africa: The pivotal role of the UK. Lancet May 28, 2005; 365: 1893-1900.

34. Padarath A, Chamberlain C, McCoy D, et al. Health personnel in Southern Africa: Confronting maldistribution and brain drain. In Loewenson R, Thompson C, editors. South Africa, UK, Canada, Regional Network for Equity in Health in Southern Africa (EQUINET), Health Systems Trust (South Africa), MEDACT (UK), International Development Research Centre (Canada), EQUINET Discussion Paper 2003; 3: 1-41, <http://www.queensu.ca/samp/migrationresources/braindrain/documents/equinet.pdf>.
35. Skar M. Mobility in the European health sector: The role of transparency and recognition of vocational qualification. Cedefop Panorama Series, European Communities, 2001.
36. Paton C, Berman P.C, Busse R, et al. The European Union and Health Services: Summary. In: Busse R, Wismar M, Berman P.C, editors. The European Union and Health Services: The Impact of the Single European Market on Member States. IOS Press; 2002. p. 1-17.
37. Arango J. Explaining migration: A critical view. *International Social Science Journal* 2000; 165:283-296.
38. Buchan J. Migration of Health Workers in Europe: Policy Problem or Policy Solution. In: Dubois C.A, McKee M, Nolte E, editors. *Human Resources for Health in Europe*. World Health Organization 2006 on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Open University Press, Maidenhead, 2006; p.41-62.
39. Ray K.M, Lowell B.L, Spencer S. International health worker mobility: Causes, consequences, and best practices. *International Migration* 2006; 44(2): 181-200.
40. Buchan J, Perfilieva G. Health worker migration in the European Region: Country case studies and policy implications, EUR/05/5000000, Division of Country Support WHO Regional Office for Europe Copenhagen, 2006, <http://www.euro.who.int/document/e88366.pdf>.
41. Gerlinger T, Schmucker R. Transnational migration of health professionals in the European Union. *Cad.Saude Publica, Rio de Janeiro*, 23 Sup 2, 2007; p. S184-S192.
42. Buchan J, Parkin T, Scholaski J. International Nurse Mobility. Trends and Policy Implications. WHO/EIP/OSD/2003.3, WHO, Geneva, 2003, [http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO\\_EIP\\_OSD\\_2003.3.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_EIP_OSD_2003.3.pdf).
43. PAHO. Report on technical meeting on managed migration of skilled nursing personnel. Bridgetown, Barbados: Pan American Health Organization 2001.
44. Brown R.P.C, Connell J. The migration of doctors and nurses from South Pasific Island Nations. *Social Science & Medicine* 2004; 58: 2193- 2210.
45. Khadria B. Migration of Highly Skilled Indians: Case Studies of IT and Health Professionals. OECD, Statistical Analysis of Science, Technology and Industry ,STI Working Paper 2004/6.
46. Mensah K, Mackintosh M, Henry L. The Skills drain of health professionals from the developing world: A framework for policy formulation. London, Medact, 2005.
47. Awases M, Gbary A, Nyoni J, et al. Migration of health professionals in six countries: A synthesis report. World Health Organization Regional Office for Africa, 2004, <http://info.worldbank.org/etools/docs/library/206860/Migration%20study%20AFRO.pdf>.
48. Buchan J, Dovlo D. International Recruitment of Health Workers to the UK: A Report for DFID. DFID Health Systems Resource Centre Final Report, 2004, [http://www.dfidhealthrc.org/publications/country\\_information/int-rec-main.pdf](http://www.dfidhealthrc.org/publications/country_information/int-rec-main.pdf).
49. Buchan J, Kingma M, Lorenzo F.M. International migration of nurses: Trends and policy implications. Issue Paper, 2005; 5, Geneva: International Council of Nurses (ICN), [http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO\\_EIP\\_OSD\\_2003.3.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_EIP_OSD_2003.3.pdf).
50. Hagopian A, Ofosu A, Fatusi A, et al. The flight of physicians from West Africa: Views of African physicians and implications for policy. *Social Science & Medicine* 2005; 61: 1750-1760.
51. Pawlak M.A. Money is not the major factor. Response to J. Burgermeister. Exodus of polish doctors could threaten health system. *British Medical Journal* 2004; 328: 1280.
52. Puttick H. Fear of GP brain drain under new training regime. *The Herald*, 9 November 2005, <http://global.factiva.com>.
53. Wiskow C. Health worker migration flows in Europe: Overview and case studies in selected CEE countries – Romania, Czech Republic, Serbia and Croatia. International Labour Office, Sectoral Activities Programme Working Paper, 2006; WP.245.
54. Jinks C, Ong B.N, Paton C. Mobile medics? The mobility of doctors in the European Economic Area. *Health Policy* 2000; 54: 45-64.
55. Vork A, Kallaste E, Priinits M. Migration intentions of health care professionals: The case of Estonia. 2004, [www.cenpo.ro/files/11%20Migration.pdf](http://www.cenpo.ro/files/11%20Migration.pdf).
56. Henderson L.N, Tulloch J. Incentives for retaining and motivating health workers in Pacific and Asian countries. *Human Resources for Health* 2008; 6: 18.