

DOSYA/DERLEME**SAĞLIK EMEK GÖÇÜNÜN HAREKET ALANLARI:
AVRUPA***Hür HASOY*, Şafak TANER GÜRSOY*****I. GİRİŞ**

Göç sosyal, ekonomik, siyasal yönleri olan, sosyal siyasal değişmelere yol açan veya bu değişmelere yön verebilen bir olgudur. Dünyada yoksulluk ve açlık büyüdükçe göç etmek insanlar için bir umut olmaya devam etmektedir. Yaşam koşullarının katlanılmaz hale gelmesi, işsizlik ve yoksulluk milyonlarca insanı yaşadığı yeri terk etmeye zorlamaktadır. Her gün binlerce insan yasal ya da yasal olmayan yollardan zengin ülkelere doğru akın etmektedir. Bu akış, son 20 yılda daha önce hiç olmadığı kadar artmıştır (Aydoğanoğlu, 2007). Göçün tarihsel olarak geçmişteki ve 20. yüzyıldaki nedenlerine bakıldığında, kapitalizmin dünya çapında egemenliğini kurma ve bu süreçte yayılcı niteliğini, işverenlerin işgücü maliyetlerini düşük tutma isteğini görmekteyiz. Bu da uluslararası düzeyde işgücü talebine ve dolayısıyla emek göçüne yol açmaktadır (Toksöz, 2006). Kapitalizmin yaygınlaşmasıyla modern anlamda emek göçü de artmış, yaygınlaşmış ve büyümüştür. Sermayenin ihtiyacı, emeği istediği anda, istediği yerde ve istediği miktarda kullanabilmektir. Diğer zamanlarda da onu, bir yedek işgücü ordusunun bağrında saklı tutarak "emre amade" bekletir. Bu anlamda emek göçü ya da daha doğru bir ifadeyle işgücünün yer değiştirmesi olgusu, kapitalizmin her döneminde adeta bir zorunluluk olarak var olmuştur. İşgücünün yani işçi-emekçilerin yer değiştirmeleri, göç etmeleri de, bu yüzden sermayenin veya onun sahibi olan burjuva sınıfın talepleri doğrultusunda gerçekleşmiştir (Dağlı, 2007).

2000 yılında Dünya'da 175 milyon göçmen bulunduğu ve her 35 kişiden birinin uluslararası göçmen olduğu tespit edilmiştir. Bu sayı 1960 yılında 76 milyon civarındaydı (IOM, 2005). 2005 yılı için ise 191 milyon olduğu tahmin edilmektedir (UN, 2005). Tüm göçmenler bir araya geldiklerinde Dünya'nın en kalabalık beşinci ülkesini oluşturabilirler (US Census Bureau, 2000). Göçmenlerin %49,6'sını kadınlar oluşturur. Göçmenler belli yerlerde yoğunlaşmıştır. Uluslararası göçmenlerin %75'i dünyadaki tüm ülkelerin ancak %12'sinde yaşamaktadır.

Sağlıkçı göçmenlerin rakamlarına bakıldığında; 1972'de dünyada tüm hekimlerin %6'sının göçmen olduğu görülmektedir. 1980 yılında ABD'de her on hekimden birisi, 2003 yılında ise her dört hekimden birisi göçmendir. Hekimlerden sonra en çok göç hemşirelerdedir. ABD en çok hemşire ithal eden ülke olup, 2002 yılında bu ülkede göçmen hemşire oranı %14'tür. (Aiken, 2004).

Sağlık alanındaki köklü değişiklikler uluslararası sağlık piyasasında rekabet edebilmeyi sağlayacak nitelikli sağlık emek gücüne olan gereksinimi beraberinde getirmiştir. Sağlık alanında uluslararası sermaye birikimindeki değişiklikler, sermayenin merkezileşmesi ve yoğunlaşması emek gücünün de uluslararası düzeyde hareketine neden olmuştur. Merkez kapitalist ülkelerdeki sağlık insan gücü yetiştirmenin maliyetinden kurtulma isteği gibi çeşitli faktörler, çevre ülkelerdeki sağlık emek gücünü yönlendirebilecek bir pazara dönüştürmüştür (Hamzaoğlu, Özkan, 2008). Böylece yüksek gelir düzeyli pek çok kapitalist ülke, bu yolla sağlık çalışanı ihtiyacını emeksiz bir biçimde karşılamaktadır.

*Uzm. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

**Yrd. Doç. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Sağlıklı göçmenlerin kayıtlarının tutulması ile ilgili sıkıntılar vardır ve gerçek sayıların çok altında sayılar bildirilmektedir. Yapılan araştırmalarda göçmen sağlıkçıların yarıdan fazlasının borçla yaşadığı, ikinci bir ülkeye göç etmek istediği saptanmıştır (PSI, 2004). Göçmen sağlıkçıları gittikleri ülkelerde genelde meslekleri dışında çalışmak zorunda kalmaktadır. Göç alan ülkenin sağlıkçılarının çalışmak istemediği bölgelerde çalıştırılmaktadırlar. Çalışmak zorunda bırakıldıkları yerler daha çok yoksulların yaşadığı ya da güvenli olmayan yerlerdir. Göçmen sağlıkçıların emek gücü de niteliksizleştirilmektedir. Hekimler hemşirelerin, hemşireler de hasta bakıcıların işlerini yapmak durumunda kalmaktadırlar. Göçmen sağlıkçıların büyük bölümü çalışma izni ile ilgili sorun yaşadıkları için sağlık güvencesiz, sendikal haklardan ve diğer sosyal haklardan yoksun çalışmaktadırlar. Çalışma ortamında da fiziksel, sözel ve cinsel şiddete daha çok maruz kaldıkları bilinen kadın sağlık çalışanların göçü de ayrıca dikkat edilmesi gereken bir noktadır. Sağlık emek göçünün sonuçları sadece iktisadi değil aynı zamanda politik olduğu görülmektedir. Marjinal ya da yedek işgücü olarak çalışan göçmen sağlıkçıların sayısının yüksek olması, emeğin ücretini düşürmekte ve sınıfsal mücadelelerini de getirmektedir (Hamzaoğlu, Özkan, 2008).

II. SAĞLIK EMEK GÖÇÜ ÖRÜNTÜSÜ, SEYİR VE BOYUTLARI

Uluslararası sağlık emek göçüne değinmeden önce ülke içinde, kırdan kente, kamudan özele doğru bir geçişin olduğunu ve bu hareketliliğin uluslar arası emek göçü için de bir başlangıç noktasını oluşturduğunu söylemek yanlış olmaz. Ülke içindeki kente doğru olan sağlık insan gücünün göçü, genellikle kırsal ve coğrafi olarak ulaşılması güç bölgeleri sağlık personelinden yoksun bırakır.

Sağlık çalışanları ücret ve kariyer olanaklarının daha iyi olduğu ülkelere doğru kaymaktadır. Kaynak ülke ile göç edilen ülke arasındaki olanakların çok farklı olduğu meslek gruplarında bu durum daha belirgindir (ILO, 2003).

Yapılan çalışmalarda göçe iten ve göçü çeken faktörler belirlenmiştir.

Göçe iten faktörler: Göç veren ülkedeki sağlık emekçilerinin düşük ücreti, mesleki gelişim olanaklarının sınırlı ya da hiç olmaması, kötü çalışma koşulları, yoksulluk, işsizlik, savaş / çatışma, HIV+AIDS, tüberküloz gibi hastalıkların varlığı

Göçü çeken faktörler: Göç alan ülkedeki sağlık emek gücü azlığı ya da açığı, yüksek ücretler ve iyi yaşam koşulları

Tüm bu bireysel ve demografik faktörler göçe etkili ama göçün gerçek nedeni değildir. Göçün nedenselliği daha karmaşık olup kökeni kapitalist üretim ilişkilerinin içinde aranmalıdır.

1950 ve 60'larda kapitalist ülkelerdeki refah düzeyinin hızla artması, diğer ülkelere sağlık çalışanı göçünü de beraberinde getirmiştir. Dünyadaki hekimlerin %6'sının ve hemşirelerin %5'inin kendi ülkeleri dışında çalıştıklarını tespit etmiştir (Mejla, 1979). 70'li yıllarda göçmen olarak çalışan bu sağlık çalışanların %86'sı Avustralya, Kanada, Federal Almanya, İngiltere ve ABD olmak üzere 5 ülkede yoğunlaşmıştır. 1970-1980'li yıllar sağlık emek göçünün birinci, 1985-1990'lı yıllar ikinci ve 1990'lı yılların sonundan bugüne kadar olan yoğun göç dalgası üçüncü dönem olarak kabul edilmektedir (Connell, 2007).

III. GÖÇ EDİLEN ÜLKELER

Bu makalede göç alan ülkeler için Almanya, Fransa ve İskandinav ülkelerinden Norveç ele alınacaktır. Bu ülkelerin bazı temel göstergeleri Tablo 1'de sunulmuştur. Her üç ülkenin de kişi başına düşen GSMH'sı 35,000\$'ın üstünde olduğu, kişi başına düşen sağlık harcamasının 3,000\$'ın üstünde olduğu, GSMH'nın yaklaşık %10'unu sağlığa ayırdığı, işsizlik hızının %10 ve altında olduğu, bebek ve 5 yaş altı ölüm hızlarının binde 5'in altında olduğu görülen gelişmiş kapitalist ülke örnekleridir.

Bu ülkelerin sağlık emek gücü göstergelerine bakıldığında 10,000 kişiye düşen; hekim sayısı 34 ve üstünde, diğ hekim sayısı 7'nin üstünde, eczacı sayısı 6-11 arasında değişmektedir. 10,000 kişiye düşen ebe ve hemşire sayılarına bakıldığında Fransa ve Norveç için 80, Almanya için 162'dir (Tablo 2).

Tablo 1. Göç alan ülkelerin bazı temel göstergeleri

Gösterge	Almanya	Fransa	Norveç
Nüfus (milyon) 2006*	82.37	61.26	4.66
Kişi başına düşen GSMH(\$)	36,810	36,560	68,440
Doğumda beklenen yaşam süresi E /K (Yıl) (2006)¥	77/82	77/84	78/83
Kişi başına düşen sağlık harcaması(\$)	3,250	3,314	4,307
GSMH'nın %si Toplam Sağlık Harcaması (2005)¥	10.7	11.2	9.0
İşsizlik hızı (%)2006#	8.1	10 (2004)	3.4
Bebek ölüm hızı 1,000'de** (2005)	4	4	3
5 yaş altı ölüm hızı 1000'de** (2005)	5	5	4

Kaynak: *World Bank World development indicators 2006, **Unicef State of World Children 2008 Country Statistics
¥WHO World Health Statistics 2008 #European health for all database 2007

Tablo 2. Göç alan ülkelerin sağlık emek gücü göstergeleri

Gösterge	Almanya	Fransa	Norveç
Doktor Sayısı	17,523	284,427	207,277
Diş Hekimi Sayısı	4,126	65,683	41,374
Hemşire ve Ebe Sayısı	75,326	662,000	486,006
Eczacı Sayısı	3,046	46,953	69,431
10,000 Kişiyeye Düşen Doktor Sayısı	38.00	34.00	34.00
10,000 Kişiyeye Düşen Diş Hekimi Sayısı	9.00	8.00	7.00
10,000 Kişiyeye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısı	162.00	80.00	80.00
10,000 Kişiyeye Düşen Eczacı Sayısı	7.00	6.00	11.00

Kaynak: WHO World Health Statistics 2008

OECD verilerine göre Almanya'da 1995-2003 yılları arasında hekim oranının %36 arttığı ve ülkedeki göçmen hekim oranının ise %27 olduğu bildirilmektedir. Yabancı hekimlerin geldikleri bölgelere bakarsak %27.5'i Avrupa Birliği ülkelerinden, %37'si diğer Avrupa ülkelerinden, %35.5'i ise Avrupa dışındaki ülkelerden geldiği görülmektedir. 2001 yılında kayıtlı yabancı hekimlerin %10'unu Rusya ve Eski Sovyet ülkelerinden, %10'u İran, %7'si Yunanistan, %5'i Türkiye, %4'ü Polonya'dan gelmiştir (WHO, 2006; Pond, 2006; Forcier, 2004).

Almanya'ya özellikle Polonya'dan sağlıkçı göçü artmaktadır. Almanya'nın federal yapısı ülke geneli için veri almayı zorlaştırır da ülkede %6-7 oranında yabancı doktor çalıştığı tahmin edilmektedir.

Almanya'da tüm yabancı doktorların %2'si Afrika kökenlidir. %26 Gana, %20 Kamerun, %18 Sudan, %14 Nijerya, %13 Etiyopya'dan gelmiştir (Connella, 2007). Ayrıca Almanya'nın hemşire gereksinimini büyük oranda Polonya'dan karşıladığı bildirilmektedir.

Almanya'da sağlık insan gücü ile ilgili bir diğer sorun da hekim iş gücünün yaşlanmasıdır. 1991'de 35 yaşın altındaki hekim oranı %27.4 iken 2000 yılında %18.8'e indiği ve bu inişin devam edeceği tahmin edilmektedir (WHO, 2006).

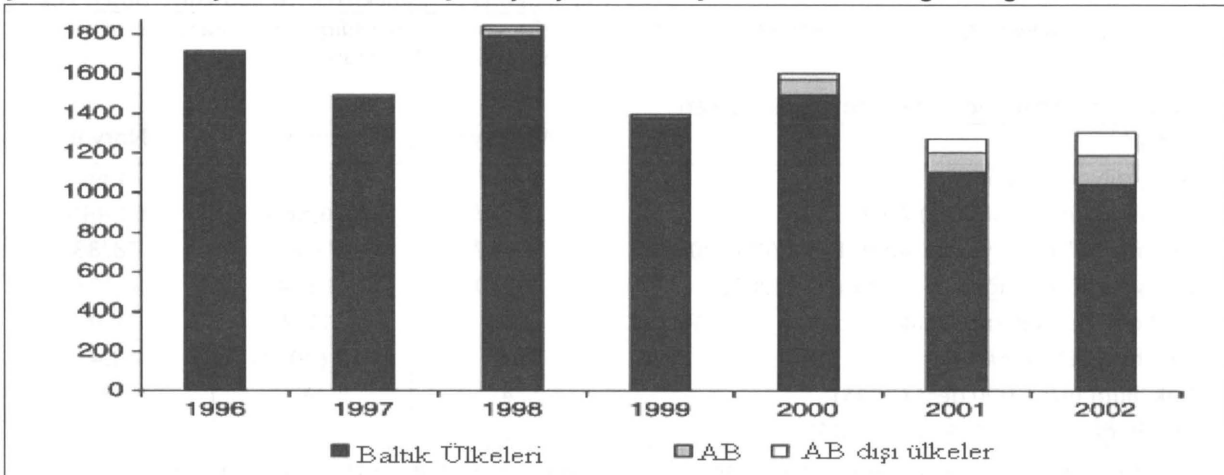
Norveç'te çalışan yabancı hekim oranı %15 civarındadır. Norveç Tabipler Birliğinin verilerine göre 1990'da %2 olan yabancı doktor oranı 2003'te %15.5'e çıkmıştır. Yabancı hekimler ağırlıklı olarak ülkenin kırsal bölgelerinde çalışmaktadır (WHO, 2006).

Bu hekimlerin %32,7'si Almanya'dan, %19,9'u İsveç'ten, %15,8'i Danimarka'dan, %11,5'i Polonya ve Litvanya gibi eski doğu bloğu ülkelerinden gelmektedir (ILO, 2006).

Norveç bir Avrupa Birliği ülkesi değildir ancak diğer Baltık ülkeleriyle yakın ilişkileri bulunmaktadır. Yapılan bir anlaşma ile yaklaşık 20 yıldır Baltık ülkeleri arasında hemşirelerin serbest dolaşımı sağlanmıştır. Norveç'te Baltık ülkeleri dışından gelen göçmen sağlıkçılar Ulusal Kayıt Kurumu'na (SAFH) kayıt olmak zorundadır. Yabancı sağlık çalışanları ile ilgili veriler bu kurumun kayıtlarına dayanmaktadır.

Şekil 1'de 1996-2002 yılları arasında kayıtlı yabancı hemşirelerin durumu görülmektedir. 2000 yılından sonra Baltık ülkeleri dışından, hemşire göçünde artış olduğu gözlenmektedir. Baltık ülkelerinden gelen sağlıkçı göçmenler İsveç, Danimarka, Finlandiya kökenlidir. Avrupa Birliği'nden gelen göçmenler ağırlıklı olarak Almanya'dan, AB dışı ülkelerden gelen sağlıkçılar ise ağırlıklı olarak Polonya ve Filipinler'dendir (Buchan, 2005).

Şekil 1. 1996-2002 yılları arasında Norveç'te kayıtlı yabancı hemşirelerin kökenlerine göre dağılımı



Kaynak: Buchan, 2005.

Tablo 3. Almanya, Fransa ve Norveç'te yabancı doktor durumuna ilişkin veriler

	Almanya 2005	Fransa 2005	Norveç 2006
Aktif Kayıtlı Doktor	307,577	212,972	18,280
100,000 kişiye düşen doktor	372.8	340.7	393.9
Yabancı Doktor sayısı/%	18,582 (%6)	7,665 (%3.6)	2,799 (%15.3)
Kaynak ülke			
EU	8,611	4,149	2,070
EU 15	5,394	3,811	1,882
Yunanistan (1,357)		Belçika (1,368)	Almanya (673)
Avusturya (1,269)		Almanya (879)	İsveç (530)
EU+12	3,217	338	188
Polonya 1,171		Romanya 158	Polonya 64
Romanya 692		Polonya 95	Litvanya 37
Diğer Avrupa	3509	103	340
Rusya 1,572			
Kuzey Amerika	235	20	45
Orta-Güney ABD	420	101	-
Okyanusya	15	-	-
Afrika	813	2,765	23
Asya	4,723	519	234
İran, Türkiye			
Diğer	256	8	87

Kaynak: Garcia-Perez, 2007

2007 yılında Norveç göçmen sağlıkçılar için çekici faktörlerin sınırlanması ve itici faktörlerin artırılmasına yönelik bir dizi karar almıştır. Bu yeni politikanın kaynak ülkelerin sağlık sistemlerini koruyacağı bildirilmektedir (Robinson, Clark, 2008). Bu karar ülkenin göçmen sağlıkçıya doymuş olduğunu düşündürmektedir.

1980'li yıllarda Fransa tıp fakültesi öğrencilerinin sayısını azaltmaya yönelik bir dizi katı kurallar getirmiştir. Bu uygulama sonucunda 1970'lerde 9,000 civarında olan öğrenci sayısı 1993'te 3,500'e inmiştir. Öte yandan yaşlı nüfusun oranı artmasına paralel olarak sağlık insan gücüne olan ihtiyaç da artmaktadır. 2020 yılında 85 yaşın üstündeki insan sayısının iki katına çıkacağı tahmin edilmektedir. Fransa'da hekimlerin yaş ortalaması yaklaşık 51'dir. Bu duruma çözüm olarak yabancı hekimlerin göçü gündeme gelmiştir.

Fransa'da 15,000'in üstünde yabancı hekim çalışmaktadır (Tüm hekimlerin %3.6'sı). Fransa'nın yabancı doktorlarının %49'u Avrupa ülkelerinden, %33'ü Kuzey Afrika, %7 Sahra Güneyi Afrika'dan %5'i Orta Doğudan gelmektedir. Kuzey Afrika Bölgesine bakıldığında %74.3'ü Cezayir %18.3'ü Fas, %4'ü Tunus ve %3.4'ü Mısır'dan gelmektedir. Sahra altı ülkelerin dağılımına bakıldığında iki eski Fransa sömürgesi olan Madagaskar (%31) ve Senegal (%17) göze çarpar (Connella, 2007). Fransa'da çalışan Beninli doktor sayısı Benin'de çalışandan fazladır. Fransa'ya göç eden hemşireler ağırlıklı Belçika kökenlidir (Buchan, 2005).

Fransa sağlık sisteminin yabancı hekimlerin yokluğunda çökeceği tahmin edilmektedir. Buna karşın yabancı hekimlerin çalışma koşulları hiç de iyi değildir. Yabancı hekimleri sadece hastanelerde çalışabilmekte, özel sektörde çalışmalarına izin verilmemektedir. Çalıştıkları hastanelerde Fransız meslektaşlarıyla aynı iş yükünü taşımakta ancak yarısı kadar ücret almaktadırlar. Fransa Tabipler Birliği'ne üye olmamaktadırlar (Desqueyroux, 2008).

IV. GÖÇ VEREN ÜLKELER

Göç veren ülkeler kapsamında incelenen Litvanya, Estonya ve Polonya'nın ekonomik ve sağlık göstergeleri benzerlik göstermektedir. Bu ülkeler için kişi başına düşen gelir 8,000\$ ve kişi başına düşen sağlık harcaması ortalama 850\$ civarındadır. Bebek ve çocuk ölüm hızları da birbirine yakın ve oldukça düşüktür. İşsizlik hızı ve nüfus açısından Polonya farklılık gösterir. 2005 yılı verilerine göre Polonya'da işsizlik hızı %17,7'dir. Polonya'daki işsizlik hızı, Estonya ve Litvanya'ya göre yaklaşık 3 kat daha fazladır.

Filipinler 86 milyonu aşan nüfusu, 1,390\$ olan kişi başına düşen geliri, 199\$ olan kişi başına düşen sağlık harcaması olan bir Güneydoğu Asya ülkesidir. Bebek ölüm hızı binde 25 ve 5 yaş altı ölüm hızı binde 33'tür.

Bu ülkelerin sağlık emek gücü göstergelerine bakıldığında daha homojen bir dağılım gösterdikleri görülmektedir. Ele alınan 4 ülke için 10,000 kişiye düşen

Tablo 4. Göç veren ülkelerin bazı göstergeleri

Gösterge	Litvanya	Estonya	Polonya	Filipinler
Nüfus (milyon) 2006*	3.39	1.34	38.13	86.26
Kişi başına düşen GSMH(\$) 2006*	7,930	11,400	8,210	1,390
Doğumda beklenen yaşam süresi E /K (Yıl) ¥	65/77	67/79	71/80	64/71
Kişi başına düşen sağlık harcaması(\$)\$	862	846	843	199
GSMH'nın %si olarak Toplam sağlık Harcaması	5.9	5.0	6.2	3.2
İşsizlik hızı (%)2006#	5.6	5.9	17.7 (2005)	11.3***
Bebek ölüm hızı (2005) 1,000'de**	7	6	6	25
5 yaş altı ölüm hızı (2005) 1,000'de**	9	7	7	33

Kaynak:*World Bank World development indicators 2006, **Unicef State of World Children 2008 Country Statistics

¥WHO World Health Statistics 2008 #European health for all database 2007

***Philippine Labor Force Survey 2005

Tablo 5. Göç veren ülkelerin sağlık emek gücü göstergeleri

Gösterge	Estonya*	Litvanya*	Polonya#	Filipinler&
Doktor Sayısı	4,414	13,51	76,046	90,37
Diş Hekimi Sayısı	1,175	2,249	11,881	43,22
Hemşire ve Ebe Sayısı	9,247	26,14	199,622	480,91
Eczacı Sayısı	869	2,184	21,971	46,36
10,000 Kişiye Düşen Doktor Sayısı	33.00	40.00	20.00	12.00
10,000 Kişiye Düşen Diş Hekimi Sayısı	9.00	7.00	3.00	6.00
10,000 Kişiye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısı	70.00	77.00	52.00	61.00
10,000 Kişiye Düşen Eczacı Sayısı	7.00	6.00	6.00	6.00

Kaynak: *2006, #: 2005 &: 2002 WHO World Health Statistics 2008

eczacı sayısı 6-7 civarındadır. Ebe ve hemşire sayıları 10,000'de 52-77 arasında değişmektedir. Estonya 10,000 kişiye düşen 9 diş hekimi ile en iyi durumda olan ülkedir. Filipinler'de 10,000 kişiye 12 doktor düşmektedir, Litvanya'da bu değer 40'dır (Tablo 5).

FİLİPİNLER

Filipinlerde sağlık emek göçü sorunu yeni değildir. 1950'lerden beri konuk değişim programlarının bir parçası olarak Filipinli doktorlar ABD'de ve Ortadoğu ülkelerinde çalışmaktadır. Gelişmiş kapitalist ülkelerde nüfusun yaşlanmasına paralel sağlık alanında çalışmaya olan ilginin azalması özellikle hemşire ihtiyacında artışa neden olmuştur. Bu ülkeler sağlıkçı açığını, Filipinler gibi gelişmekte olan ülkelerin sağlık çalışanlarına kalıcı göçmenlik vizesi vererek giderme yolunu tercih etmektedir (Cuneta, Feliciano, 2008). Filipinler'in sağlık emek göçünün ekonomi politikası bağlamında çok merkezi bir rolü vardır. 7 milyonu Filipinli (nüfusun yaklaşık %10'u) ülkesi dışında çalışıp yaşamaktadır (Go, 2003).

Filipinler'de çalışan nüfus için iş bulmak ciddi bir sorundur. İşsizlik oranı 1990'da %8.4'ten 2003 yılında %12.7'ye çıkmıştır. Çalışanların %20'si kendi potansiyelinin altında bir işte ve düşük ücretle çalışmaktadır. Ülkedeki 1600 hastanenin %60'ı özeldir ve çalışma koşulları kötüdür (Lorenzo, 2007).

30 yıl öncesine kadar doktorların göçü daha ön planda iken, son yıllarda sağlık emek gücünün feminizasyonu ile ve gelişmiş ülkelerin hemşire işgücüne ihtiyacının artmasıyla, hemşire göçünün daha ön plana çıktığı görülmektedir. Filipinler dünyanın en fazla hemşire göçü veren ülkesidir (Bach, 2006). Filipinler 60 yıldır ABD ve diğer kapitalist ülkelerin hemşire ihtiyacını karşılayan bir ülke durumundadır (Brush, Sochalski 2007).

20. yüzyılın ilk yarısında Filipinler hemşirelerini kendi ihtiyacı için yetiştirmekteydi. 1950'lerden sonra dışa göç verme başlamıştır. 1947 yılında Uluslararası Hemşireler Birliği'nce Amerikan hastanelerinde başlatılan ve Amerikan Hemşireler Birliği'nce desteklenen 'Misafir Sağlıkçı Değişim Programı' (Exchange Visitor Program EVP) bu yolu ilk açan girişimlendendir. 1965'teki göç yasası da bu geçişi kolaylaştırmıştır. 'Kepiniz pasaportunuzdur' gibi sloganlarla bu iş cazip hale getirilmeye başlanmıştır. Göçmen sağlıkçıların yolladığı dövizlerin ülke ekonomisine katkısı coşkuyla karşılanmıştır. Bu sayede yeni hemşirelik okulları kurulmaya başlanmıştır. 1950 yılında 17 olan hemşirelik okulu sayısı 1970'li yıllara gelindiğinde 63'e çıkmıştır (ILO, 2003). 1974'de sağlık çalışanları ve diğer emek gücünün göçünü kolaylaştırmak ve yönetmek için 'Deniz aşırı Çalışmayı Geliştirme Kurulu' kurulmuştur ve bu kurum 1982'de 'Filipinler Deniz aşırı Çalışmayı Geliştirme Kurumu'na (POEA) dönüştürülmüştür. Bu kurumsallaşmış emek göçü ihracı yapısı içinde 1975-2000 yılları arasında

Tablo 6. 1992-2006 yılları arasında göç edilen ülkelere göre Filipinli hemşire sayısı

Ülke	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Toplam
Suudi Arabistan	3279	4202	3332	3249	3071	3794	4098	4031	4386	5275	6068	5996	5926	4886	5640	67233
İngiltere	-	-	-	-	-	-	63	934	2628	5388	3105	1544	800	546	139	15147
ABD	1767	1987	2853	3690	270	11	5	53	91	304	322	197	373	229	133	12285
Birleşik Arap Emirlikleri	271	47	270	94	137	209	279	378	305	249	424	267	250	703	398	4281
Singapur	6	47	85	162	549	586	371	214	418	413	338	326	166	149	56	3886
İrlanda	-	-	-	-	-	-	-	127	1561	930	210	191	297	202	3518	
Kuveyt	320	139	455	59	269	25	143	53	133	192	108	51	408	193	191	2739
Katar	7	7	6	10	6	14	29	12	7	143	213	243	318	133	38	1186
Tayvan	2	44	4	1	1	2	8	17	1	9	131	200	6	357	142	925
Diğer	426	835	166	688	1174	604	403	280	245	288	696	236	441	275	1589	8346
Toplam	6078	7308	7171	7954	5477	5245	5399	5972	8341	13822	12335	9270	8879	7768	8528	119547

Kaynak: POEA 2006

Filipinler hemşire yetiştirmeyi arttırmıştır. ABD, Ortadoğu ve Avrupa ülkelerine hemşire göndermeye devam etmiştir (Brush, Sochalski, 2007). 1990'larda 198 hemşire okulunun bulunduğu ve yaklaşık 306,000 hemşirenin ülkede çalıştığı bilinmektedir. 2004 yılına gelindiğinde hemşire okullarının sayısı 251'e 2005'te ise 119 yeni okulun açılması ile 370'e yükselmiştir. Bunlar genelde kentlerde, gece ve hafta sonlarında düzenlenen kısaltılmış kurslardır. Bu okullarının hızla artışı, ulusal hemşire sınavını geçenlerin sayısının azalmasıyla paralellik göstermektedir. 1970 ve 1980'li yıllarda bu sınavlarda başarı oranı %85 civarında olup, 2000'li yıllarda bu oran %50'nin altına düşmüştür. Bu durum hemşire okullarının yetiştirdiği öğrencilerin niteliğinin düşmesinin bir göstergesi olarak değerlendirilmektedir.

Sadece hemşireler ve ailelerine verilen kalıcı göçmenlik vizesi nedeniyle 1999 yılından itibaren Filipinlerdeki doktorlarda da hemşirelik yapma isteği doğurmuştur. Bu durum 2000 yılından itibaren 3500 doktorun ülkeyi terk ederek hemşire olarak çalıştığı Filipinler'de yayınlanan bir raporda belirtilmektedir (Estrella, 2005). 20. yüzyılın sonunda dünya genelinde 250.000 Filipinli hemşirenin çalıştığı ve her yıl Filipin devletine 8 milyar \$ döviz sağladığı bildirilmektedir (Ball, 2004).

Filipinlerde hemşireler yaklaşık 170\$ aylık ücret almaktadırlar. Bu ücret kırsal bölgelerde çalışanlar için yarıya kadar düşmektedir. Gittikleri ülkelerde ise 3000-4000\$ aylık ücretler alabilmektedir. Filipinli hekimler de bu ücretlerden etkilenmişlerdir. Kırsalda çalışan hekimlerin %80'inin hemşire olmaya çalıştıkları bildirilmektedir (Conde, 2004).

POEA verilerine göre 1992-2006 yılları arasında 119,547 hemşirenin yurt dışına göçtüğü görülmektedir (Tablo 6). Sadece hemşireler değil doktorlar, dış hekimleri, tıbbi teknisyenler, fizyoterapistler, ebeler ve radyoloji teknisyenleri de göç etmektedir (Tablo7). 2006 yılı verilerine göre doktorlar Suudi Arabistan ve ABD'ye, diyetisyenler ve halk sağlığı diyetisyenleri ve dış hekimleri Suudi Arabistan'a, dış teknisyenleri Suudi Arabistan, Katar ve Kuveyt'e göç etmiştir (POEA, 2006). Özellikle son yıllarda ABD'nin yanı sıra Suudi Arabistan, İngiltere, İrlanda, Kuveyt, Katar Filipinli hemşire talep eden ülkelerin başında yer almaktadır (Maruja, 2007).

Filipinlerde kadın ağırlıklı sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada 31-40 yaş grubunun en fazla göç etmek isteyen yaş grubu olduğu, %84'ünün ABD'yi, %8'i İngiltere'yi, %5'i Kanada'ya ve %3'ü Suudi Arabistan'ı göç etmek istedikleri ülke olarak bildirmiştir. %94'ü herhangi bir arkadaşının ya da iş arkadaşının göç ettiğini bildirmiştir. %59'unun yoksulluk sınırı altında gelire sahip olduğu ve büyük oranda ailesindeki başlıca para kazanan kişi olduğu tespit edilmiştir (Eyck, 2004).

Filipinli sağlık çalışanları için itici faktörler:

- Ekonomik faktörler: Düşük ücretler, fazla mesai ve yıpranma ücretinin olmaması, sağlık güvencesinin yetersizliği

Tablo 7. 2006 yılı içinde Filipinlerden göç eden diğer sağlık çalışanlarının sayıları

Sağlık Çalışanı	Erkek	Kadın	Toplam
Diyetisyen ve halk sağlığı diyetisyeni	6	94	100
Diş Hekimi	11	60	71
Diş teknisyeni	46	368	414
Doktor	98	73	171
Hemşire	1261	12263	13525
Ebe	14	353	367
Toplam	1436	13211	14648

Kaynak: POEA, 2006

- İşle ilgili faktörler: Fazla iş yükü, stresli çalışma ortamı

- Sosyopolitik ve ekonomik faktörler: Sınırlı iş imkanı, sağlık bütçesinin yetersizliği, sosyo ekonomik ve politik istikrarsızlık

Filipinli sağlık çalışanları için çekici faktörler:

- Ekonomik faktörler: Yüksek ücretler ve olanaklar

- İşle ilgili faktörler: hemşire başına düşen hasta sayısının düşüklüğü, çalışma saatlerinin daha az olması, hemşirelik becerilerini geliştirme imkanı

- Kişisel ve ailesel faktörler: Ailesini de götürebilme imkanı, yakınlarından göç edenlerin varlığı

- Sosyopolitik ve ekonomik faktörler: gelişmiş teknolojinin varlığı, sosyo ekonomik ve politik istikrarın olması (Lorenzo, 2007).

Tüm bunların sonucunda Filipin sağlık sistemi büyük kan kaybetmektedir. Kırsal bölgelerle kentsel bölgeler arasında sağlık çalışanlarının dağılımı açısından büyük orantısızlıklar oluşurken, sağlık eşitsizliklerinin de artmakta olduğu gözlenmektedir. Kentlerdeki yeni hastaneler personel sayısı azlığından kapanma noktasına gelmiştir. Filipin Hastaneler Birliği'nin verilerine göre 200 hastane doktor ve hemşire yetersizliğinden kapatılmış ve 800 hastane de aynı gerekçe ile kısmen kapanmıştır (Lorenzo, 2007).

Deneyimli ve başarılı hekim ve hemşirelerin göçü ülkede özellikle de kırsalda sağlık emek gücünün yetersizliğini beraberinde getirmiştir. Her ne kadar ülke dışında çalışan göçmen sağlıkçıların ekonomiye katkısı olduğu belirtile de bu göçün ülkeye ve halk sağlığına maliyeti çok büyüktür.

2006 yılında imzalanan Japonya-Filipinler Ekonomik İşbirliği Antlaşması, Filipinli hemşirelerin Japonya'ya göçünü kolaylaştırarak bu tablonun ağırlaşmasına katkıda bulunacaktır. Bu kadar çok hemşirenin yetiştirilmesi ülkede insan kaynakları dağılımını olumsuz etkilemektedir.

ABD'nin 2010 yılında 250,000, 2020 yılında ise 1 milyona yakın hemşireye ihtiyacı olduğu tahmin edilmektedir. Buna bağlı olarak da hemşire pazarının daha da genişleyeceği ve göç veren ülkelere Hindistan, Kore ve Afrika ülkelerinin de katılacağı tahmin edilmektedir (Brush, Sochalski, 2007; Ball, 2004).

ESTONYA, POLONYA, LİTVANYA

Estonya'daki sağlık çalışanlarının %50'si tamamen ya da belli bir dönem ülkeleri dışında çalışmayı istemektedir. %5'inin bu konuda kesin planları vardır. Emek göçünden en fazla zarar gören çalışma alanlarının başında sağlık gelmektedir. Estonya ve Polonya gibi ülkelerde sağlık çalışanlarının gelirinin diğer sektörlerdeki çalışanlara göre daha düşük olması, genel göç içinde sağlık emek göçünü daha belirgin hale getirmektedir. Norveç ve Finlandiya gibi ülkeler Estonya'dan aktif olarak sağlık emek göçü alan ülkelerdir.

Estonya'nın sağlık insan gücüne ait hedefi 10,000 kişiye 3 hekim ve 8 hemşiredir. Hemşireler için hedeften oldukça uzak olmakla birlikte hekimler için hedefe ulaşılmış gibi görünse de yetiştirilen hekim sayısının azlığı ve yaşlı hekim nüfusunun varlığı gelecek 10 yıl içinde bu hedefin de gerisinde kalınacağını düşündürmektedir.

Estonya'da hekimlerin %24'ü 60 yaşının üstündedir. Gerek Estonyalı sağlık çalışanlarının çalışma koşullarından memnun olmaması gerekse aynı zamanda İskandinav ülkelerinin bu sağlık çalışanlarını istihdam etme isteği, göç talebinin çift yönlü olduğunu göstermektedir. Bu emek göçünü sağlamak ve cazip kılmak için İsveç ve Norveçli özel sağlık tekelleri çeşitli kampanyalar ve birtakım faaliyetler düzenlemektedir.

Sağlık emek göçünün itici faktörlerinin başında işsizlik, daha iyi eğitim alma isteği ve düşük ücretlerdir. Estonya'da göçü tetikleyen en önemli faktörün düşük ücretler olduğu gösterilmiştir. Estonya'da 1416 sağlık çalışanında yapılan bir araştırmada sağlık çalışanlarının %56'sının başka bir ülkede tamamen ya da belli bir süre çalışmayı planladığı saptanmıştır. Bu grubun içindeki %5'in ise kesin kararı söz konusudur. En fazla çalışmak istenen ülkeler İskandinav ülkeleridir.

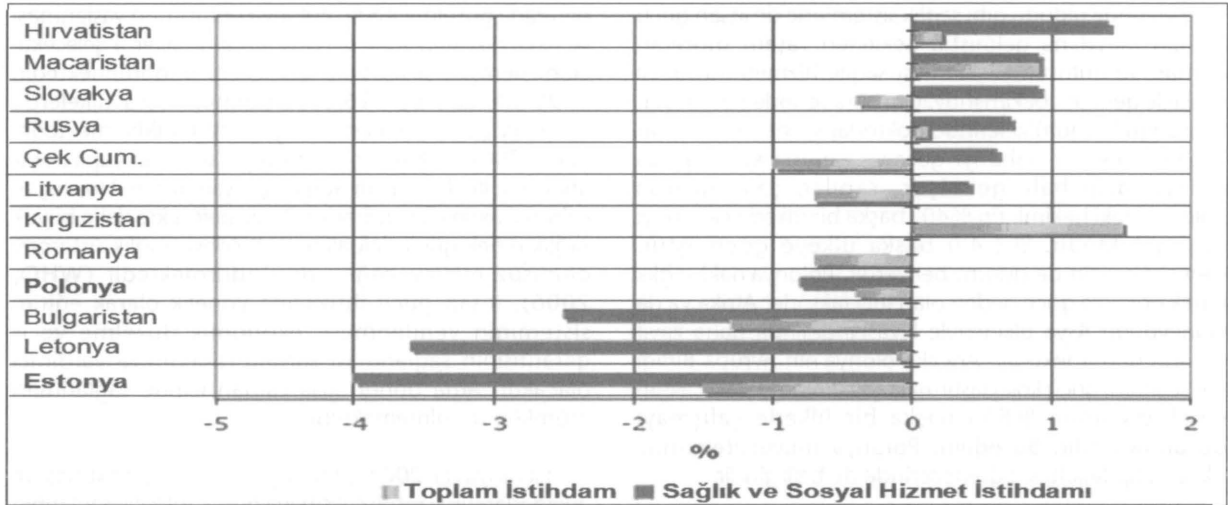
Göç etmeyi etkileyen faktörler incelendiğinde yüksek gelir beklentisi daha iyi çalışma ve yaşam koşulları olduğu görülmüştür. Estonya'daki hekimler ülkedeki ortalama gelirin %135'i kadar maaş alırken, İsveç'teki meslektaşları ortalama gelirin %196'sı kadar kazanmaktadır. Bu durum hekim dışı sağlık personelinde daha çarpıcıdır ve sırasıyla %73 ve %130'dur. Estonya'da genel olarak tüm çalışanların %15'i maaşlarından memnun değil iken bu durum sağlık çalışanlarında %40'tır. Gelirinden en fazla

Tablo 8. Estonya'da göçe etki eden faktörler

Göçe etki eden faktörler	Doktor	Diş Hekimi	Ebe	Hemşire	Diğer sağlık personeli
Yüksek ücret	46,5	15,3	48,1	49	42,8
Eğitim imkanı	13,4	22,5	17,1	9,4	17,8
Estonya sağlık sisteminin yarattığı hayal kırıklığı	13,2	16,4	17,7	11,2	3,9
Farklı bir ülkede çalışma deneyimi	7,5	20,6	13,2	12,1	6,6
Daha iyi çalışma koşulları	5,1	0	4,4	3,3	6,6
Daha iyi kariyer imkanı	4,5	10	0	0,8	8,6
Bir Avrupa Birliği kuruluşunun teklifi	3,3	0	0	0,8	0,7
Daha iyi yaşam kalitesi	2,4	10	0	8,2	3,9
Kendi meslek alanında talebin doymuş olması	2,3	0	0	2	3,9
Diğer	1,6	0	0	0	0
Ailesel nedenler	0,5	5,3	0	3,3	3,3

Kaynak : Saar, 2007

Şekil 2. Seçilmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinde istihdamın yıllık büyüme hızı 1995-2000



Kaynak: ILO, 2006

memnun olan sağlık çalışanı grubu dış hekimlerdir bu durum dış hekimlerinin ek gelir olanağının daha fazla olmasıyla ilişkilendirilmektedir. Gelirinden en az memnun olan sağlık çalışanı grubu ebelerdir ve bu grup en fazla dış ülkede çalışmak istemektedir. Gelir yanında yaş ve medeni durumun da göç kararında etkili değişkenler olduğu saptanmıştır. Daha ileri yaşlı ve evli sağlık çalışanları daha az göç etmek istemektedir (Vörk, 2004).

Estonya'da kayıtlı doktorların %6'sı ve hemşirelerin %13'ü sağlık sektöründe aktif olarak çalışmamaktadır (Saar, 2007).

Uluslararası sağlık tekellerinin Estonyalı sağlık çalışanlarına yönelik çeşitli proje ve kampanyalar yaptığı bilinmektedir. Radmann Group Adlı şirketin projesi 60 Estonyalı hemşirenin eğitilerek Norveç'e götürülerek istihdam edilmesini içeriyordu. Ancak bu proje suç unsurları içerdiği için ve Norveç devletinin desteklememesinin de etkisi ile hayata geçirilememiştir. Yine İsveç Dalarna şehri hastanesinin başlattığı bir projede hemşirelerin Tallinn Tıp Okulu'nda eğitilerek İsveç'te istihdamı söz konusudur. Ancak bu projede hayata

geçirilememiştir. Finlandiya'nın Kotka ve Lappenreanta şehirleri Estonyalı doktorları çekebilmek için iki büyük tanışma partisi düzenlenmiştir. Uusimaa ve Päijätthämä şehrinin de Estonyalı doktorları istihdam etme planları vardır. Finlandiya'nın önemli sağlık sermayesi Med One Tartu Üniversitesi Tıp öğrencilerine düzenli kış partileri düzenlemektedir. İngiltere'nin de yüzlerce Estonyalı doktoru işe almakla ilgili duyuruları bulunmaktadır (Leetmaa, 2005).

PRAZIS Politik Çalışmalar Merkezinin Estonya'da yaptıkları çalışmaya göre; yüksek gelir beklentisi ve daha iyi çalışma koşulları ve mesleki ilerleme olanakları en önemli itici faktörlerken, ailesi ve evinin olması en önemli kısıtlayıcı faktörler olarak belirtilmektedir (Buchan, Perfilieva, 2006). Tablo 8'de göç etme isteğinde etkili faktörler görülmektedir.

Yetişmiş sağlık insan gücünün kaybı, tedavi için bekleme listelerinin uzaması, sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşmesi, sağlıkta eşitsizliklerin artması ve kamusal kaynakların verimsiz bir biçimde kullanılmasına neden olmaktadır (Saar, 2007).

Tablo 9. Polonya'da yıllara göre bin kişiye düşen sağlık çalışanı sayısı

Yıl	Doktor	Diş Hekimi	Hemşire	Ebe	Eczacı
1990	2,14	0,48	5,44	0,63	0,40
1995	2,32	0,46	5,48	0,63	0,50
1996	2,35	0,46	5,57	0,64	0,52
1997	2,36	0,46	5,62	0,64	0,53
1998	2,33	0,45	5,51	0,63	0,53
1999	2,26	0,34	5,10	0,59	0,52
2000	2,20	0,30	4,91	0,57	0,57
2001	2,24	0,26	4,82	0,57	0,62
2002	2,30	0,28	4,86	0,57	0,64

Kaynak: WHO, 2006

Polonya Avrupa Birliğine girdiğinden beri 800,000 kişi (nüfusun %2'si) göç etmiştir. Sanayi ve üretim sektörlerinde olduğu gibi sağlık sisteminde de insan gücü açıkları meydana gelmiştir. Beklenen yaşam süresinin artması ve nüfusun yaşlanması sağlık hizmeti ihtiyacını özellikle geriatik bakım ihtiyacını beraberinde getirmiştir. Eski doğu bloğu ülkelerinde doktorlar ve hemşireler için kapitalist ülkeler daha iyi gelir ve çalışma koşullarında dolayı cazip hale gelmiştir. Yapılan çalışmalarda Polonya'daki hekimlerin %40'ı başka bir ülkede çalışmayı düşünmektedir. %3-4'ü başka ülkeye göçmüştür. Hemşireler için de durum benzerdir. Polonya'daki sağlık emek göçü ve göçe neden olan itici faktörler Afrika ya da Güneydoğu Asya ülkeleriyle kıyaslandığında daha zayıf olduğu görülmektedir. Ancak Polonya'nın Avrupa Birliği üyesi olması göçü kolaylaştırmaktadır. Polonya'daki çalışan emek gücünün %85'i başka bir ülkede çalışmayı düşünmektedir. Bu eğilim Polonya üniversitelerinde okuyan tıp fakültesi öğrencilerinde de belirgindir.

Polonyalı sağlık çalışanlarının en çok göç ettikleri ülkeler İngiltere, İsveç ve Almanya'dır. Şu an için genç hekimlerin sadece %5'i ABD'ye gitmeyi düşünmektedir. Ancak Amerikan göç kuruluşlarının özendirici vaatleri söz konusu olduğunda bu durumun değişmesinden kaygı duyulmaktadır (Krajewski, Romaniuk, 2007).

Polonya ve Estonya, Avrupa Birliği ülkeleriyle kıyaslandığında en yüksek işsizlik hızına sahip olan ülkelerin başında yer almaktadır (Şekil 2). Ne yazık ki işsiz kesimin niteliği ile işgücü pazarının talepleri uyusmamaktadır. İş gücünün göçü işsizlik için bir çözüm olarak görülmektedir. Sağlıkçı göçü, kalifiye insan gücü açığını arttırmakta ve işsizlik hızı düşmektedir. Polonya'da 2001 yılında 15,000 kalifiye hemşirenin (tüm hemşirelerin %7.9'u) işsiz olduğu bildirilmektedir. Hemşirelerdeki işsizlik, hemşire sayısının fazlalığında çok genel ekonomik problemlerden kaynaklanmaktadır. 1990-2002 yılları arasında 1000 kişiye düşen diş hekimi, hemşire ve ebe sayılarındaki düşme Tablo 9'da sunulmuştur.

Rehabilitasyon hizmetleri ve ameliyathane hemşireliği alanında eğitim almış hemşireler daha çok Suudi Arabistan, Hollanda, İngiltere ve ABD tarafından talep edilmektedir.

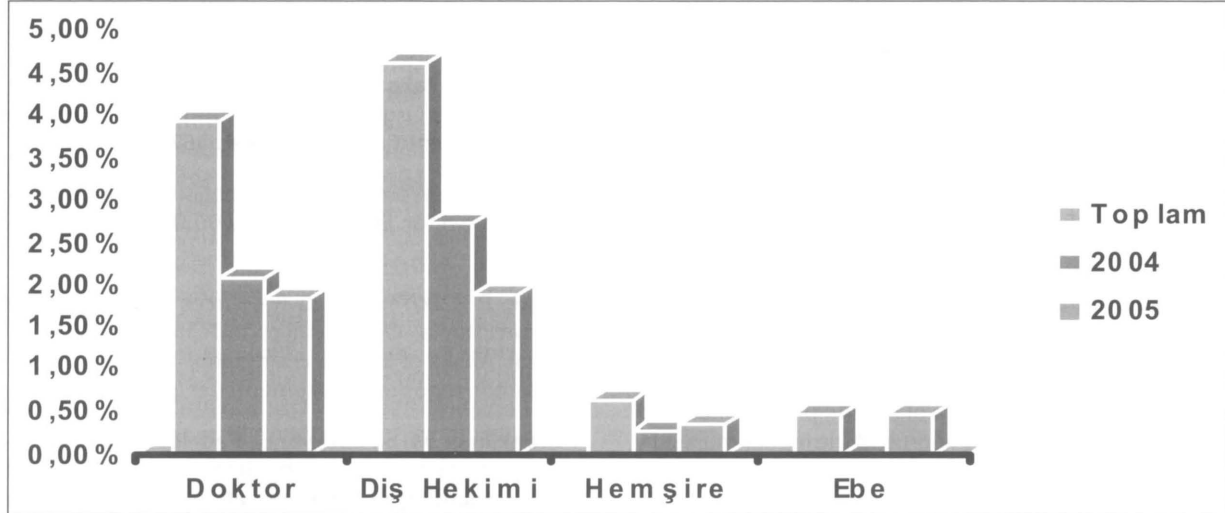
Polonya'da sağlıkçı göçü açısından çok çeşitlilik içerir. Göç verme hem göç alma ve göç edenlerin geri dönüşleri bir arada görülmektedir. Polonya nüfusunun yaşlanması ve diğer ülkelerin artan talebi göz önüne alınırsa gelecekte ciddi hemşire sıkıntısının çekileceği öngörülmektedir. 1995 yılından beri 16,000 hekimin başka ülkelerde çalışmak üzere Polonya'dan göç ettiği bildirilmektedir. Şubat 2001'de Norveç ve Polonya arasında yapılan bir anlaşma ile Polonyalı sağlık çalışanlarının Norveç'te çalışmalarının yolu açılmıştır. Bu da gelecekte daha büyük sağlık emek göçü dalgalarının Polonya sağlık sistemini olumsuz etkileyeceğini düşündürmektedir (WHO, 2006). İnsan gücü ihtiyacına yönelik olarak eğitim sisteminin yenilenmesi, ekonomik düzelme ve iş garantisinin sağlanması sorunu gidermeye yardımcı olacaktır. Ama bunun kısa zaman içinde sağlanması mümkün görülmemektedir.

Litvanya'da 2004 yılında yayınlanan Stankunas ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre sağlık çalışanlarının %60.7'si ve doktorların %26.8'i Avrupa Birliği ve diğer Avrupa ülkelerinde çalışmak için göç etmeyi planlamaktadırlar. İlk tercih edilen ülkeler hekimler için Almanya ve İngiltere, hemşireler için Batılı ülkeleri, (Norveç, İsveç ve Danimarka gibi) Almanya, İngiltere ve İrlanda'dır. Sağlık çalışanlarının %14.5'i ve hekimlerin %5.4'ü kalıcı olarak göç etmeyi düşünmektedir (Stankunas, 2004). Litvanya'dan göç eden sağlık çalışanlarına ait 2004 ve 2005 yılı verileri Şekil 3'te görülmektedir. 2004 ve 2005 yıllarında diş hekimlerinin %4.5'i ve hekimlerin %4'ü Litvanya dışına göç etmiştir.

V. SONUÇ

Bugün sağlık hizmeti sunumu piyasalaşmış ve sağlık insan gücü bu piyasanın aktörlerinden biri haline gelmiştir. Sermaye en ucuz ve nitelikli insan gücünü çalıştırma gayretindedir. Hangi ülke olursa olsun sağlık hizmet talebi varsa -ki çoğu zaman bu talep kar amacıyla pompalanmaktadır- 'müşteriyi' kaçırmamak adına sağlık hizmeti sunulacaktır. Bu hizmet sunacak emek gücüne gereksinim vardır. Sağlık insan gücünün sürekli kılmak için piyasada serbest dolaşımını sağlamak temel sorundur. Bu anlamda hangi göçmenin hangi ülkeden

Şekil 3. Litvanya'dan göç eden sağlık çalışanlarının mesleklere göre dağılımı (%)



Kaynak: ILO, 2006

geldiği ya da göç veren ülkede oluşacak sıkıntılar önemli değildir. Bu durum göç yerine merkez kapitalist ülkelere kaynak aktarmak olarak da ifade edilebilir.

Yapılan pek çok çalışmada da düşük ücretler, kötü çalışma koşulları ve kişilerin bireysel tercihlerinden bahsedilmektedir. Ancak bu faktörler günümüz göç dinamiklerini açıklamakta yetersizdir. Geçmişte nitelikli emek gücünün göçü, göçmen kişinin sosyoekonomik koşulları ve kişisel tercihleri üzerinden gerçekleşmekteydi. Bugün ise kapitalist üretim ilişkilerinin dayattığı bir zorunluluk haline gelmiştir. Pek çok kapitalist devlet seçici bir göç politikası izlemektedir. Almanya'da bir İşçileri Bakanı bu durumu şu sözlerle dile getirmiştir. "En iyi beyinler için endüstrilemiş ülkeler arasında bir yarış vardır. Bu nedenle kendi ekonomik önceliklerimiz doğrultusunda göç yasamızı oluşturmaliyiz" (Ahmad, OB. 2005).

Göç kapitalizm tarihsel ve güncel olarak ihtiyaç duyduğu insan gücünü sunmuş ve sistemi sürdürülebilir kılmıştır. Uluslar arası emek göçü, OECD ülkelerinin değişen nüfus dinamikleri ve sağlık insan gücüne olan açlıkları sonucunda oluşan bir durumdur ve pek çok gelişmekte olan ülkenin sağlık sistemine ciddi zarar vermekte ve ciddi emek gücü kayıplara yol açmaktadır (Ahmad, OB. 2005).

KAYNAKLAR

Aiken, LH., Buchan J., Sochalski J., Nichols B., Powell ve M. (2004). Trends In International Nurse Migration Health Affairs, 23, no. 3: 69-77

Ahmad, OB. (2005) Managing medical migration from poor countries;331;43-45 BMJ

Aydoğanoğlu, E. (2007). Uluslararası Emek Göçü, Yasadışı Göç ve Göçmen İstihdamı <http://www.emekdunyasi.net/tr/article.asp?ID=32> erişim tarihi 10.07.08

Bach, S. (2006) International Mobility of Health Professionals Brain Drain or Brain Exchange? United Nations University World Institute for Development Economics Research UNU-WIDER

Ball, RE. (2004) Divergent development, racialised rights: globalised labour marketsand the trade of nurses-The case of the Philippines Women's Studies International Forum 27. 119- 133

Bartlingas, J. (2005) Managing Human Resources for Health in Lithuania Head of Health Care Resources Management Division Ministry of Health Republic of Lithuania

Brush&Sochalski, (2007) International Nurse Migration: Lessons From the Philippines Barbara L. Brush and Julie Sochalski Policy Polit Nurs Pract; 8; 37

Buchan, J. (2005) Human resources for health in Europe Migration of health workers in Europe: policy problem or policy solution?

Buchan, J., Perfilieva, G. (2006) Health Worker Migration in the European Region: Country Case Studies and Policy Implications WHO

Conde,CH. (2004) A sick health care system.Bulatlat. Retrieved August 23, Erişim tarihi 10.07.08 <http://bulatlat.com/news/4-37/4-37-sick.html>

Connella, J. Et al (2007) Sub-Saharan Africa: Beyond the health worker migration crisis? Social Science & Medicine 64. 1876-1891

Cuneta-Feliciano JE, (2008) Role of Networking in Managing Migration of Human Resources for Health in the Philippines" Tecnical Report, HRH Global Resource Center Health, Human Development Bureau, Department of Health Philippines

Dağlı, K. (2007). Göçmen İşçiler: Kullanılıp Atılabilir İnsanlar Marksist Tutum dergisi, no:29, Ağustos Erişim

tarihi:10.07.08 http://www.marksist.com/kerem_dagligocmen_isciler_kullanilip_atilabilir_insanlar.htm

Estrella, C. (2005) Lack of Nurses Burdens an Ailing Health Care System" 21-22 March, Philippine Center for Investigate Journalism

Eyck, K.V. (2004) Women and International Migration in the Health Sector Final Report of Public Services International's Participatory Action Research

Garcia-Perez, MA., Amaya C., Otero Á. (2007) Physicians' migration in Europe: an overview of the current situation BMC Health Services Research, 7:201

Go, S. (2003) Recent trends in migration movements and policies: The movement of Filipino professionals and managers, in OECD: Migration and the labour market in Asia

Hamzaoğlu O; Özkan Ö (2008) Uluslar Arası Sağlık Emek Göçü: Ne Nasıl Neden? 3. Sınıf Çalışmaları Sempozyum Kitabı

ILO (2003). International Migration of Health Workers: Labour and Social Issues Stephen Bach Working Paper International Labour Office

ILO (2006). Health worker migration flows in Europe: Overview and case studies in selected CEE countries - Romania, Czech Republic, Serbia and Croatia Christiane Wiskow International Labour Office Geneva

IOM (2005). World Migration Report 2005: "Costs and Benefits of International Migration" International Organization for Migration (IOM)

Krajewski-Siuda K.& Romaniuk, P. (2007) Health Worker Emigration from Poland Journal of Public Health Policy; 28, 2

Leetmaa, R. (2005) Migration Patterns In The Baltic Sea Region: Brain-Drain Versus Social Tourism PRAXIS Center for Policy Studies Stockholm

Lorenzo et al. (2007) Nurse Migration from a Source Country Perspective: Philippine Country Case Study Health Services Research 42:3, Part II June

Maruja, MB. (2007) Health Worker Migration: The Case of the PhilippinesXVII General Meeting of the Pacific Economic Cooperation Council Sydney, Australia, 1-2 May

Mejia, A. Pizurki H., Royston E. (1979). Physician and nurse migration: Analysis and policy implications Geneva, WHO

Robinson, M.& Clark, P. (2008) Forging solutions to health worker migration Lancet; 371: 691-93

POEA (2006) Philippiine Overseas Employment Administration OFW Deployment per Skill and Country POEA

Pond&Mc Pake (2006) The Health Migration Crisis: The Role of Four Organisation for Economic Cooperation and Development Countries Lancet; 367: 1448-55

PSI (2004) Women and International Migration in the Health Sector Erişim tarihi:10.06.08 <http://world-psi.org/>

Saar, P. (2007) Human Resources in Health Care System in Estonia - Opportunities and Challenges Ministry of Social Affairs of Estonia Erişim tarihi 13.06.08 <http://www.sam.lt/repository/dokumentai/es/psovilnius2.ppt>

Stankunas, M. E., Lovkyte L., Padaiga Z. (2004) The survey of Lithuanian physicians and medical residents regarding possible migration to the European Union. Medicina (Kaunas), 40(1):68-74

Simoens S, Hurst J (2006). The Supply of Physician Services in OECD countries. Paris, OECD (Health Working Paper No.21).

Toksöz, G. (2006). Uluslar arası Emek Göçü İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları

UN (2005). UN World Migrant Stock: The 2005 Revision Population Database Erişim tarihi:10.06.08 <http://esa.un.org/migration>

UNICEF (2008) Unicef State of World Children 2008 Country Statistics Erişim tarihi:14,07,08 <http://www.unicef.org/sowc/>

Census Bureau, (2000) International Data Base (IDB)-Rank Countries by Population, Erişim tarihi:12.06.08 <http://www.census.gov/ipc/www/idbrank.html>

Vörk, A. et al (2004) Migration Intentions of Health Care Professionals: The Case of Estonia PRAXIS Center for Policy Studies

WHO (2008) World Health Statistics Erişim tarihi:15,07,08 <http://www.who.int/whosis/whostat/en/index.html>

WHO (2007) European health for all database 2007 WHO Regional Office For Europe Erişim tarihi:15,07,08 <http://www.euro.who.int/hfadb>

WHO (2006) The Health Care Workforce in Europe Learning from experience Bernd Rechel, Carl-Ardy Dubois, Martin McKee WHO

World Bank (2006) World development indicators 2006 Erişim tarihi:13.07.08 <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DATASTATISTICS>