

## HEKİM GÖÇÜ AÇISINDAN TÜRKİYE'NİN ÇALIŞMA KOŞULLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Seda AYDAN \*

### ÖZ

Sağlık hizmetinin hem nicelik hem de nitelik açısından yetersiz olması sağlık hizmeti sunumundaki en büyük sorunlardan biridir. Özellikle sağlık hizmeti sunumunda büyük rolü olan hekimlerin yeterli sayıda olması kaliteli sağlık hizmeti sunumunda oldukça önemlidir. Bu nedenle yeterli sayıda hekimin istihdam edilmesi ve artan göç hareketlerine karşı kontrol sağlanmalıdır. Bunun için ülkelerdeki hekim göçü düzeyini tespit etmek, göçü etkileyen faktörleri belirlemek ve gerekli önlemleri almak önem taşımaktadır. Günümüzde, Türkiye'de bin kişi başına düşen hekim sayısı Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütüne (Organisation for Economic Co-Operation and Development [OECD]) üye ülkelerin ortalamasından düşük olmakla birlikte, hekimlerin uluslararası göçünde de önemli bir artış görülmektedir. Türkiye'de son yıllarda gündemde olan hekimlerin göçü, sağlık yöneticileri açısından dikkate alınması ve yönetilmesi gereken bir konudur. Bu çalışmada, Türkiye'de sağlık sektöründe çalışma koşullarının hekim göçü açısından değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Hekim göçünde önemli etkileri olan çalışma koşulları; hasta yoğunluğu ve iş yükü, çalışma saatleri ve nöbetler, ücret, eğitim, araştırma ve kariyer imkânı, iş güvenliği ve şiddet alt başlıkları altında ele alınmıştır. Buna göre, Türkiye'de hasta yoğunluğunun, iş yükü ve çalışma saatlerinin fazla olması, ücretlerin adaletsiz ve yetersiz olarak algılanması, eğitim, araştırma ve kariyer imkanlarının kısıtlı olması, hekimlere yönelik şiddet olaylarının yaşanması, iş sağlığına yönelik gerekli ve yeterli tedbirlerin alınmaması ve bu konudaki yasaların uygulanmasındaki eksiklik ve aksaklıklar, hekimleri göçe sevk edebilecek çeşitli faktörler arasında sayılabilir. Bu faktörlere yönelik düzeltici önlemler alınması nitelikli hekimlerin ülkeyi terk etmelerini önlemede çözüm yolu sunabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Hekim göçü, çalışma koşulları, Türkiye.

### MAKALE HAKKINDA

\*Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, sedaaydan@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-1221-6768>

Gönderim Tarihi: 20.03.2023

Kabul Tarihi: 13.07.2023

### Atıfta Bulunmak İçin:

Aydan, S. (2023). Hekim göçü açısından Türkiye'nin çalışma koşullarının değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(3), 895-920

## EVALUATION OF TÜRKİYE'S WORKING CONDITIONS IN TERMS OF PHYSICIAN MIGRATION

Seda AYDAN \*

### ABSTRACT

The inadequacy of health services in terms of both quantity and quality is one of the biggest problems in the provision of health services. Having a sufficient number of physicians, who have a major role in the provision of health services, is very important in the provision of quality health care. For this reason, it is important to employ a sufficient number of physicians and to be controlled against increasing migration movements. For this, it is important to identify the level of physician migration in countries, to determine the factors affecting migration and to take the necessary precautions. Today, although the number of physicians per thousand people in Türkiye is lower than the average of the member countries of the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), there is a significant increase in the international migration of physicians. The migration of physicians, which has been on the agenda in Türkiye in recent years, is an issue that needs to be taken into account and managed by health managers. In this study, it is aimed to evaluate the working conditions in the health sector in Turkey in terms of physician migration. Working conditions that have important effects on physician migration were discussed under sub-headings of patient density and workload, working hours and shifts, wages, education, research and career opportunities, occupational safety and violence. Accordingly, various factors that may push physicians to migrate in Türkiye: the patient density, workload and working hours are high, the wages are perceived as unfair and inadequate, education, research and career opportunities are limited, there are incidents of violence against physicians, the necessary and sufficient measures are not taken for occupational health and there are deficiencies and disruptions of implementation of laws on this subject. Taking corrective measures for these factors may offer a solution to prevent qualified physicians from leaving the country.

**Keywords:** Physician migration, working conditions, Türkiye

### ARTICLE INFO

\*Assoc. Prof. Dr., Hacettepe University, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Department of Health Management, sedaaydan@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-1221-6768>

Received: 20.03.2023

Accepted: 13.07.2023

### Cite This Paper:

Aydan, S. (2023). Evaluation of Turkey's working conditions in terms of physician migration. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(3), 895-920

## I. GİRİŞ

Sağlık hizmetinin nicelik ve nitelik bakımından yetersiz olması sağlık hizmeti sunumundaki en büyük endişelerden biridir. Hasta sayısının ve iş yüklerinin artması ile hasta bakım kalitesinin düşmesi olasıdır (Rolle Sands vd., 2020). Özellikle COVID- 19 pandemisi, yeterli sayıdaki vasıflı ve motive olmuş sağlık çalışanının, sağlık sistemi performansının merkezinde yer aldığını göstermiştir (OECD, 2020). Bu nedenle, sağlık sistemlerinin; sağlığın korunması, hastalıkların tedavi edilmesi ve sağlığın geliştirilmesi gibi amaçlarına ulaşabilmeleri için, yeterli sayıda ve gerekli donanıma sahip olan sağlık işgücüne ihtiyaç bulunmaktadır (Yıldırım, 2009).

Özellikle sağlık hizmeti sunumunda büyük rolü olan hekimlerin yeterli sayıda olması kaliteli sağlık hizmeti sunumunda oldukça önemlidir. Diğer taraftan, hekimlerin eğitimi; uygulamaya dönük olması, kapsamlı olması, hatanın kabul edilemez olması gibi pek çok nedenle diğer mesleklere göre pek çok ülkede daha uzun ve maliyetlidir. Türkiye'de de tıp fakültelerindeki eğitim süresi 6 yıl olup, diğer mesleklerin eğitim süresinden uzundur. Bu nedenle yeterli sayıda hekimi istihdam etmek ve artan göç hareketlerine karşı kontrollü olmak önemlidir. Ancak, birçok sağlık çalışanı gibi hekimler de düşük ücretler, destekleyici olmayan yönetim ve zayıf kariyer gelişimi gibi istenmeyen çalışma ortamlarıyla karşı karşıya kalmaktadır. Ayrıca dünya çapında, diğer sağlık çalışanları gibi hekimler de içinde buldukları sisteme karşı artan bir stres ve güvensizlik yaşamaktadırlar. Diğer taraftan, finansman politikaları, teknolojik gelişmeler ve tüketici beklentileri sağlık çalışanlarının taleplerini önemli ölçüde değiştirebilmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2006).

Hekimler için kendi ülkelerinde kalma ya da başka bir ülkeye gitme kararını etkileyen çeşitli faktörler bulunmaktadır. Yoksullaşma, ağır çalışma koşulları ve şiddet başta olmak üzere çeşitli olumsuzluklarla karşı karşıya olan hekimlerin birçoğu çalışmak için yurt dışını tercih edebilmektedir. Sağlık profesyonellerinin diğer ülkelere göçü, 1990'ların sonlarından beri küresel sağlık politikası gündeminde giderek daha fazla yer almıştır (Buchan, 2008) ve günümüzde de güncelliğini ve önemini korumaktadır. Nitelikli işgücünün göç etme nedenlerini inceleyen güncel çalışmalar bulunmaktadır (Avcı Aksoy, 2020; Erdoğan Kaya vd., 2023; Teney, 2021).

Sağlık çalışanlarının göç kararı; ulusal politikalardan bireylerin özgürlük ve mesleki tercihlerine kadar pek çok faktörden etkilenebilen önemli ve karmaşık bir konudur (Davda vd., 2021). Ülkelerin siyasi yapısı ve politikaları, ekonomik koşulları, yaşam şartları, sosyo-kültürel gelişmişliği, coğrafik, jeolojik ve meteorolojik koşulları ve çalışma koşulları hekimlerin göç etme kararında etkili olabilir. Bununla beraber COVID-19 pandemisi, ekonomik krizler, teknolojik gelişmeler ve sağlık hizmetlerinin küreselleşmesi gibi önemli gelişmeler de göç üzerinde önemli rol oynayabilir. Özellikle, COVID-19 pandemisinden sonra artan çalışma saatleri, ağır iş koşulları hekim göçünde etkili olmuştur. Yapılan bir araştırmaya göre, doktorların %85'i pandemi döneminde çalışma yoğunluğunun arttığını ifade etmiştir (İstanbul Ekonomi Araştırma, 2022).

Diğer taraftan COVID- 19 pandemisi sırasında, daha fazla sağlık çalışanına ihtiyaç duyan ve bu nedenle göçmen sağlık çalışanlarına güvenen OECD ülkelerinin çoğu, göçmen sağlık uzmanlarının sağlık hizmetleri talebindeki artışı karşılamalarına yardımcı olmak için harekete geçmiş ve ülkeye girişlerini ve mesleki niteliklerinin tanınmasını kolaylaştırmak için ek politika önlemleri uygulamaya koymuştur (OECD, 2020). Bu tarz politika ve uygulamalar Türkiye'deki hekimlerin de göç etmesinde teşvik edici rol oynamıştır. Buna ek olarak pandemi sonrası Türkiye'de yaşanan ekonomik kriz ve depremler hekimlerin göç hareketinin artması ve hızlanmasında etkili olmuştur. Ekonomik kriz nedeniyle hekimlerin de alım gücü ve yaşam standartları düşmekte ve bu durum özellikle henüz mesleğin başında olan hekimlerin daha iyi çalışma koşulları arayışıyla gelişmiş ülkelere göç etme planları yapmalarına neden olmaktadır (İstanbul Ekonomi Araştırma, 2022).

Hekimlerin göç sayılarına ilişkin bir veri tabanı bulunmamasıyla birlikte, yabancı ülkelere çalışabilmek amacıyla sicil belgesi almak için yapılan başvuru sayıları ve ülkelerdeki yabancı eğitimli doktor sayıları göç hakkında bir fikir sunmaktadır. Son yıllarda yabancı uyruklu ve yabancı eğitimli doktor ve hemşirelerin sayısının ve payının OECD ülkelerinin çoğunda artmaya devam ettiği (OECD,

2019), 2019'da OECD ülkelerindeki doktorların yaklaşık %18'inin en azından ilk tıp diplomasını başka bir ülkeden aldığı ortaya konmuştur (OECD, 2021). Bir çalışmada Amerika'daki 771.491 hekimin %23'ünden fazlasının tıp eğitimini yurt dışında, çoğunluğunun (%64) düşük veya orta gelirli ülkelerden almış olduğu ortaya konmuştur (Hagopian vd., 2004). Başka bir çalışmada, çoğunluğu Müslüman olan ülkelere gelen vatandaşların 2019 yılında ABD'deki doktor iş gücünün %4,5'ini oluşturduğunu ortaya koymuştur (Boulet vd., 2020). Bu sayılar özellikle az gelişmiş ülkelerde eğitim alıp, yetişip daha gelişmiş bir ülkede yaşamak ve çalışmak için giden hekimlerin sayısının az olmadığını göstermektedir.

Günümüzde, Türkiye'de bin kişi başına düşen hekim sayısı OECD ortalamasından düşük olmakla birlikte, hekim göçünde de önemli bir artış görülmektedir. Türkiye'de de hekim göç sayısını net olarak ortaya koyan bir çalışma olmamakla beraber, Türk Tabipleri Birliği'ne sicil belgesi alabilmek için yapılan başvuru sayıları ve hekimler veya tıp fakültesi öğrencileri üzerinde göç etme niyetini ölçmeye yönelik yapılan çalışmalar hekim göçü sayısındaki artış hakkında bir fikir vermektedir. Türk Tabipleri Birliği'ne göre 2021 yılında 1400'den fazla doktor yurtdışına göç etmiş, son on yılda ülkemizden yurtdışına çalışmaya giden doktor sayısı ise 4000'e ulaşmıştır (İstanbul Ekonomi Araştırma, 2022). Ayrıca, Türkiye'de tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada, çarpıcı olarak öğrencilerin çoğunluğunun (%94) yurt dışında hekimlik yapmayı düşündüğünü, yaklaşık yarısının (%46) bu konuda kararlı olduğunu belirttiği ortaya konmuştur (Erdoğan Kaya vd., 2023). Bu bulgular konunun ciddiyetini göstermektedir. Hekim yetersizliğine yönelik gerekli önlemleri alabilmek adına hekim göçünü etkileyen faktörleri belirlemek ve bu faktörlere göre ülkelerin mevcut durumunu ortaya koymak önemlidir. Türkiye'de son yıllarda gündemde olan hekimlerin uluslararası göçü sağlık yöneticileri açısından dikkate alınması ve yönetilmesi gereken bir konudur. Yukarıda da bahsedildiği gibi hekim göçünü etkileyen pek çok faktör olabilmekle birlikte, bu çalışmada Türkiye'deki çalışma koşullarının hekim göçü açısından değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Çalışma koşulları; hasta yoğunluğu ve iş yükü, çalışma saatleri ve nöbetler, ücret, eğitim, araştırma ve kariyer imkânı, iş güvenliği ve şiddet alt başlıkları altında değerlendirilmiştir. Çalışmayla, Türkiye'deki hekimlerin göç etmesine neden olabilecek çalışma ortamlarındaki mevcut sorunları ortaya koyarak, buna yönelik gerekli önlemlerin alınması konusunda dikkat çekmek amaçlanmıştır.

## II. HEKİM GÖÇÜ VE ÖNEMİ

Sağlık çalışanlarının göçü, sağlık personelinin daha iyi bir yaşam standardı, daha yüksek maaş, ileri teknolojiye erişim ve daha istikrarlı siyasi koşullar arayışı içinde dünyanın farklı yerlerine hareketi olarak tanımlanmaktadır (Dodani ve LaPorte, 2005). Sağlık çalışanlarının göçü ülke sınırları içinde olabileceği gibi çoğu durumda uluslararası göçü ifade eder ve genellikle gelişmekte olan ülkelere gelişmiş ülkelere doğru gerçekleşir (Misau vd., 2010). Sağlık çalışanlarının göçü, göç edilen ülkelerdeki arzı nitelik ve nicelik olarak artırırken, menşe ülkelerde; personel eksikliği ve buna bağlı olarak stres, yorgunluk, motivasyon kaybı gibi bazı sorunlara neden olabilmektedir. Sağlık sektöründeki işgücü eksikliği ve dengesiz dağılım gibi sorunlarla karşı karşıya kalan ülkeler için bu sorunlar, sağlık çalışanlarının başka ülkelere göç etmesi ile daha da kritik hale gelmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016). Az gelişmiş ülkelere gelişmiş ülkelere hekim göçü, kaynak ülkelerin sağlık sistemlerine zarar verebilecek dünya çapında sağlık işgücü dengesizliklerine zemin hazırlamaktadır (Hagopian vd., 2004).

Dünya Sağlık Örgütü (2006) sağlık çalışanlarının genellikle hem küresel ölçekte hem de ülke sınırları içinde dengesiz bir dağılım gösterdiğini belirtmektedir. Bu durum ise sağlık hizmetlerinin adaletsiz dağılımı, hizmete erişememe ve sağlık göstergelerinin kötüleşmesi gibi olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir. Hekimlerin yüksek gelirli ülkelere göç etmesi, zaten hekim açığı yaşanan düşük ve orta gelirli ülkelerdeki durumu daha da kötüleştirebilmektedir (Kayım Yıldız, 2022). Gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık sistemlerinin karşı karşıya kaldığı sorunların başında insan kaynakları sorunları gelmektedir. Gelişmekte olan ülkelere sistem yapısal ve sistematik olarak kırılındır ve ihtiyaç duyulan yerde ve zamanda etkin hizmet sağlama konusunda zayıftır (Misau vd., 2010). Hekimlerin göçü ile göç veren ülke yüksek eğitilmiş ve vasıflı bireyleri kaybetmektedir. Bu durum hem sağlık sistemlerinin verimliliğini hem de sağlık hizmetlerinin kalitesini ve sağlık hizmetlerine erişimi

olumsuz etkilemektedir (Apostu vd., 2022). Ayrıca hekimlerin uzun ve maliyetli bir eğitime sahip olmaları, toplum sağlığı üzerinde büyük oranda etkili olmaları ve ikame edilemez olmaları ülkeler için hekim göçünü daha da önemli kılmaktadır. Dolayısıyla hekimlerin göçü ülkelerin sağlık sistemini zayıflatabilmekte ve tıbbi ve ekonomik açıdan olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir (Zuk vd., 2019).

Hekim göçü, göç veren ülkeler için oldukça maliyetli olabilmektedir. Bu noktada ilk olarak hekimlerin eğitim giderleri akla gelmektedir. Kenya'da yapılan bir çalışmada, bir hekimin toplam eğitim maliyetinin 65.997 ABD doları olduğu belirtilmiştir (Kirigia vd., 2006). Bu rakam, tek bir hekimin göç etmesi nedeniyle toplumun uğradığı kaybı temsil etmez. Gerçek kayıp, Kenya toplumunun göç etmeye karar veren bir hekimi yetiştirmek için yaptığı yatırımın kümülatif değerine eşittir (Misau vd., 2010). Başka bir çalışmada (Mills vd., 2011) Afrika'dan göç eden hekimlerin ülkeler için 2 milyar doların üzerinde bir kayba neden olduğu ve göç edilen ülkeler için milyarlarca tasarruf sağladığı öne sürülmektedir. Buna göre, ihtiyaç duyulandan daha az sayıda hekim yetiştiren birçok zengin ülke, aradaki hekim açığını kapatmak için kendisine göç eden hekimlere güvenmektedir. Ayrıca, çalışmada gelişmekte olan ülkelerin, gelişmiş ülkelerin sağlık hizmetlerini destekleyen personeli yetiştirmek için etkin bir şekilde ödeme yaptıkları ileri sürülmektedir (Mills vd., 2011).

Hekimlerin eğitim maliyetinin ötesinde, hekimlerin göç etmesi sonucu ülkedeki yetersiz hekim nedeniyle sağlık sorunları artabilir ve kayıplar yaşanabilir. Bu kayıplar da ayrı bir maliyet olarak değerlendirilebilir. Ayrıca, daha kapsamlı olarak hekim göçünün kaybedilen potansiyel yaşam yılları üzerine etkisi değerlendirilerek, göçün ekonomik olmayan sonuçları da ortaya konabilir (Kayım Yıldız, 2022). Saluja ve arkadaşları (2020), çalışmalarında hekimlerin düşük gelirli yerlerden yüksek gelirli yerlere hareketinin önemli ekonomik sonuçları olduğu sonucuna varmıştır. Bu ekonomik sonuçların ise sadece beşeri sermayenin hareketinin sonucu değil, aynı zamanda hekim kaybıyla bağlantılı aşırı ölüm oranlarından da kaynaklandığını ortaya koymuşlardır. Çalışmaya göre, hekimlerin fakir ülkelere zengin ülkelere büyük ölçekli göçü, düşük ve orta gelirli ülkelere aşırı ölümle bağlantılı olarak, yıllık 16 milyar ABD doları tutarında bir maliyetle sonuçlanmaktadır. Bu çalışma, hekim yetiştirmenin ekonomik maliyetini değerlendirmekten daha kapsamlı bir yaklaşım sunmaktadır (Saluja vd., 2020).

Sağlık çalışanlarının göçü bazı ülkelere sorunlara neden olurken, bazı ülkelere sorunların üstesinden gelme aracı olarak görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016; Yıldırım, 2010). Sağlık çalışanlarının göçünün, insan kaynağı fazlası olan ülkelere yardımcı olmak ve hedef ülkelerdeki insan kaynağı eksikliğine çözüm sunmak gibi olumlu yönleri olabilir. Ayrıca hekimlerin becerilerini ve yaşam standartlarını geliştirmelerini ve daha fazla kariyer fırsatına sahip olmalarını sağlayabilir (Buchan, 2008; Sezer ve Yıldız, 2009).

Ülkeler sağlık çalışanlarının göç etme düzeylerini izlemeli, planlamalı ve yönetmelidir. Göçün yönetilmediği durumda hem sağlık sistemi hem sağlık çalışanları hem de sağlık hizmetinden yararlanan toplum zarar görebilir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının göçü, olumsuz etkileri azaltılacak şekilde yönetilmelidir (Buchan, 2008).

### **III. HEKİM GÖÇÜNÜ ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Sağlık çalışanlarının göç kararı; bölgesel, ulusal, ekonomik, küresel politikalardan bireylerin özgürlük ve mesleki tercihlerine kadar birçok faktörden etkilenebilecek önemli ve karmaşık bir konudur (Davda vd., 2021). Ekonomik, iş ve aile ile ilgili faktörler, sağlık çalışanlarının göçünün en sık belirtilen nedenleri arasında yer almakla birlikte (Bezuidenhout vd., 2009), kendini gerçekleştirme veya dil öğrenme gibi diğer sosyal nedenler de giderek ön plana çıkmaktadır (Becker ve Teney, 2020).

Göçü etkileyen faktörler itici ve çekici faktörler olarak incelenebilmektedir (Jenkins vd., 2010; Sezer ve Yıldız, 2009). Göçün itici faktörleri; göç veren ülkedeki sağlık personeli arz fazlası, düşük ücret, düşük iş güvenliği, mesleki eğitim ve gelişim olanaklarının kısıtlı olması, uygun olmayan çalışma koşulları, yoksulluk, işsizlik, çeşitli salgın hastalık insidanslarının yüksek olması olarak sıralanabilir. Göçün çekici faktörleri ise, göç alan ülkelerdeki sağlık işgücü açığı yanında, daha iyi

eğitim olanakları ve sürekli profesyonel gelişime erişim, yüksek ücretler ve daha iyi yaşam koşulları olarak sıralanabilir (Jenkins vd., 2010; Sezer ve Yıldız, 2009).

Yıldırım (2009) sağlık işgücü göçünün itici ve çekici faktörlerini derlemiştir. Buna göre itici faktörlerden bazıları; düşük ücret, olumsuz çalışma koşulları, sağlık sistemindeki kaynak yetersizliği, sınırlı eğitim ve kariyer olanakları, sürekli eğitim eksikliği, iş memnuniyetsizliği, HIV/AIDS, ekonomik istikrarsızlık, politik zorluklar, olumsuz yaşam koşulları, personel eksikliği nedeniyle aşırı iş yükü, düşük mesleki statü, işsizlik, açlık ve yoksulluk, doğal afetler, çevresel bozulmalar, şiddet, savaşlar, güvenlik endişesi, sağlık personeli fazlalığıdır. Çekici faktörlerden bazıları ise; daha yüksek gelir, daha iyi muamele ve çalışma koşulları, daha iyi donatılmış sağlık sistemleri, ileri eğitim ve kariyer fırsatları, yüksek eğitim standartları, seyahat fırsatları, iş yardımı, aile için daha iyi bir gelecek, daha kaliteli bir yaşam ve politik istikrardır.

Yukarıda sayılan tüm faktörler hekimler için de geçerli olmakla birlikte, hekimler özelinde yapılan çeşitli çalışmalar da bulunmaktadır. Hekimlerin Romanya'dan göç etme nedenlerinin incelendiği bir çalışmada, hekim göçünün hastanelerdeki yatak sayısı, göçmen sayısı, işsizlik oranı ve gelir gibi çeşitli faktörlerden etkilendiği bulunmuştur (Apostu vd., 2022). Başka bir çalışmada daha yüksek maaşların Ganalı doktorların göçünü azalttığı bulunmuştur (Okeke, 2014).

Pakistan'da tıp eğitimi alan öğrenciler üzerinde yapılan bir çalışmada (Sheikh vd., 2012) öğrencilerin %60'ının kariyerlerine yurtdışında devam etmek istedikleri bulunmuştur. Göç etmek isteyen öğrencilerin belirttikleri en yaygın nedenler şunlardır: Yurtdışındaki kazançlı maaş, eğitim kalitesi, iş tatmini, daha iyi yaşam tarzı, akrabalar, daha fazla fırsat, daha iyi çalışma ortamı, Pakistan'daki terör, Pakistan'da doktorların taciz edilmesi, yurtdışına yerleşme isteği, Pakistan'da daha fazla rekabet olması, daha iyi yönetim, akran baskısı, Pakistan'da daha uzun çalışma saatleri, dini nedenler, ebeveyn baskısı ve siyasi nedenlerdir.

Romanya'da tıp eğitimi alan öğrenciler üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların %84,7'sinin mezun olduktan sonra yurtdışında iş aramayı planladıkları ortaya konmuştur (Suciu vd., 2017). Polonya'da üniversite hastanelerinde yapılan bir çalışmada ise çalışmaya katılan hekimlerin %34'ü Polonya'dan göç etme niyetleri olduğunu belirtmiştir. Göç etme niyetinin ana nedenleri ise; yurtdışında daha iyi çalışma koşulları, daha yüksek kazanç ve daha iyi iş-yaşam dengesi sağlama imkânı, yurtdışında daha iyi eğitim fırsatları ve stresli işyerinden kaynaklanan sorunlardır (Dubas-Jakóbczyk vd., 2020).

#### IV. TÜRKİYE'DEKİ HEKİM GÖÇÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ

Türkiye'de 2006 yılında gündeme gelen ithal hekim girişimi sonrasında uluslararası sağlık çalışanları göçüne ilişkin tartışmalar artmıştır (Yıldırım, 2010). Daha öncesinde, birçok gelişmiş ülke yabancı uyruklu sağlık çalışanlarının istihdamında serbest politikalar izlerken Türkiye'nin bu konuda daha katı bir politika izlediği belirtilmektedir (Korku, 2022). 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'da "*Türkiye Cumhuriyeti dahilinde tababet icra ve herhangi surette olursa olsun hasta tedavi edebilmek için Türkiye Darülfünunu Tıp Fakültesinden diploma sahibi olmak ve Türk bulunmak şarttır.*" ifadesi yer almakta iken, daha sonra 2011 yılında çıkarılan Kanun Hükmünde Kararname ile bu maddeden Türkiye'de hekimlik yapmak için Türk olma şartı çıkartılmıştır. 2012 yılında ise "Yabancı Sağlık Meslek Mensuplarının Türkiye'de Özel Sağlık Kuruluşlarında Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönetmelik" çıkartılarak dış hekim, eczacı, ebe ve hastabakıcılar hariç olmak üzere yabancı sağlık meslek mensuplarının özel sağlık kuruluşlarında çalışmalarına ilişkin esaslar düzenlenmiştir. Ayrıca, Tıpta ve Dış Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'ne göre, yabancı uyruklu hekimler gerekli şartları sağlamaları durumunda Türkiye'de uzmanlık eğitimi de alabilmektedir. Ancak, OECD (2020) raporuna göre Türkiye'deki yabancı eğitimli doktor sayısı diğer OECD ülkelerine göre düşüktür.

Türkiye vatandaşı olup yurt dışına gitmek isteyen hekimlerin ise, Türk Tabipleri Birliği'nden mesleki faaliyetlerinin yürütülmesine ilişkin, haklarında herhangi bir olumsuz kayıt bulunup

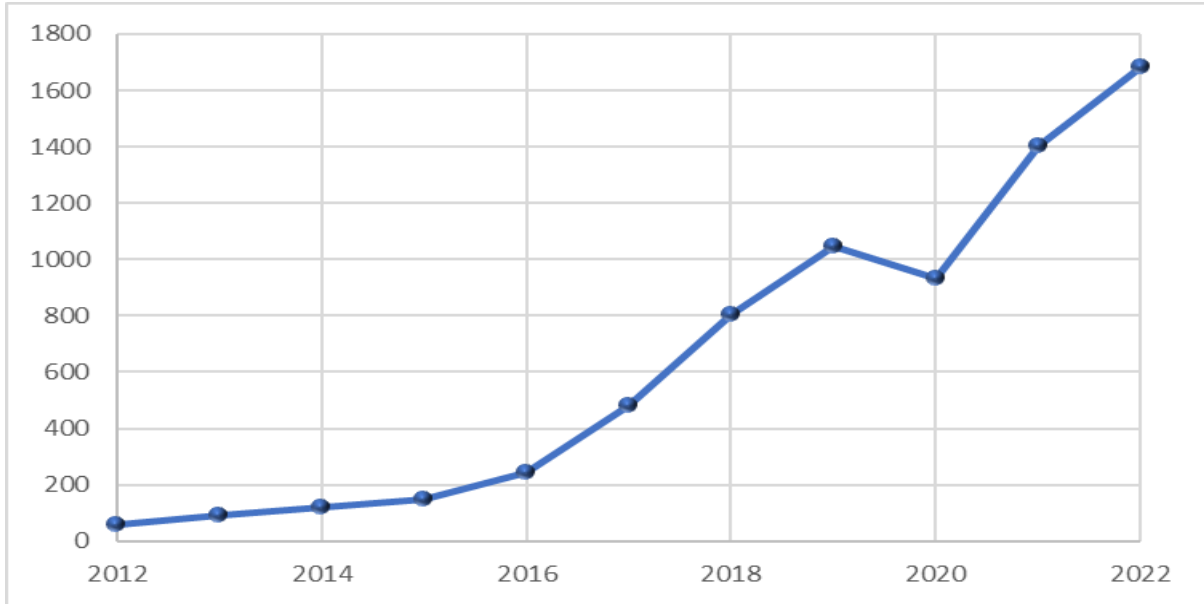
bulunmadığına dair bir sicil belgesi almaları gerekmektedir (Türk Tabipleri Birliği, 2017). Hekimlerin sözü edilen sicil belgesi için yıllara göre başvuru sayısı Tablo 1'de yer almaktadır. Bu sayının yıllar itibariyle giderek arttığı görülmektedir. 2022 yılı için bu sayının Ağustos ayı itibariyle önceki yılları geçtiği görülmektedir. Göçün, sadece genç pratisyen hekimlerle sınırlı olmadığı; kritik, az sayıda olan branş uzmanlarından giden hekimlerin sayısının da arttığı belirtilmektedir (Kayım Yıldız, 2022).

**Tablo 1. Aylara ve Yıllara Göre Hekimlerin Sicil Belgesi için Başvuru Sayısı**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ocak	3	13	12	11	20	42	34	102	81	90	197
Şubat	3	8	12	6	10	34	47	92	77	76	157
Mart	4	6	12	11	20	35	61	81	63	87	213
Nisan	4	11	7	9	8	26	37	72	36	76	214
Mayıs	3	4	7	10	17	34	76	94	33	83	161
Haziran	3	3	6	15	28	34	46	53	65	121	229
Temmuz	4	7	6	17	18	38	74	81	65	94	231
Ağustos	3	5	8	9	23	54	62	97	92	178	281
Eylül	9	9	12	19	25	62	85	81	113	162	
Ekim	6	4	36	16	24	31	91	102	110	144	
Kasım	10	11	-	13	30	50	115	89	100	135	
Aralık	7	9	-	14	22	42	74	103	96	159	
<b>TOPLAM</b>	<b>59</b>	<b>90</b>	<b>118</b>	<b>150</b>	<b>245</b>	<b>482</b>	<b>802</b>	<b>1047</b>	<b>931</b>	<b>1405</b>	

*Kaynak: Türk Tabipleri Birliği, 2022*

**Şekil 1. Yıllara Göre Hekimlerin Sicil Belgesi için Başvuru Sayısı**



*Kaynak: Türk Tabipleri Birliği, 2022*

Türkiye'de son yıllarda tıbbi beyin göçünün arttığına ilişkin veriler bulunmakla birlikte bu konudaki çalışmalar sınırlıdır (Uzun vd., 2021). Türkiye'ye gelen ve giden sağlık çalışanlarına ilişkin kapsamlı ve tam bir veri bulunmaması nedeniyle Türkiye'nin bu anlamda değerlendirilmesi güçleşmektedir (Yıldırım, 2010). Ankara Hıfzıssıha Okulu ile John Hopkings Üniversitesi iş birliği ile 1962-1963 yılları arasında yürütülen "Türkiye'de Sağlıkta İnsan gücü" çalışmasının bir bölümünde, yurt dışında yaşayan hekimlere ilişkin bulgular yer almaktadır. Araştırmaya katılan 1.257 hekimden,

230'unun ilgili yıllarda yurt dışında buldukları belirlenmiştir. Hekimlerin, Türkiye'den ayrılma nedenleri arasında sırasıyla; gelir yetersizliği, meslekte bilgi-görgü artırmak ve ihtisas yapmanın güçlüğü, etik kurallara aykırı olarak meslektaşlar arasında oluşan rekabet ve iş ilişkilerinin iyi olmayışı, sağlık örgütlenmesindeki aksaklıklar gibi mesleki nedenler öne çıkmıştır (Akt. Gökbayrak, 2006). Sağlık Bakanlığı (2016) tarafından hazırlanan bir raporda ise, Türkiye'deki sağlık çalışanlarının dış göç tercihlerinin çoğunun; eğitim, yabancı bir ülkede eğitimin tamamlanması ardından yaşama veya çalışma isteği nedeni olduğu değerlendirilmiştir (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2016).

Türkiye'de tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada çarpıcı olarak öğrencilerin çoğunluğunun (%94) yurt dışında hekimlik yapmayı düşündüğü, yaklaşık yarısının (%46) bu konuda kararlı olduğunu belirttiği ortaya konmuştur (Erdoğan Kaya vd., 2023). Başka bir çalışmada ise, hekimlerin %67'sinin önümüzdeki beş sene içinde yurtdışına gitmek istediği ortaya konmuştur. Hekimlerin %59'u ise geçtiğimiz bir sene içerisinde halihazırda çalıştığı kurumdan yurtdışına gidenler olduğunu belirtmiştir. Asistan doktorların ise %84'ü yurtdışına gitmeyi düşündüğünü ifade etmiştir (İstanbul Ekonomi Araştırma, 2022). Türkiye'deki asistan hekimlerin beyin göçü niyeti ve göç etme nedenlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan başka bir çalışmada, asistan hekimlerin yarısından fazlasının yurtdışında uzmanlık eğitimi almayı (%51,6) ve yurtdışında çalışmayı (%55,3) istediği ortaya konmuştur. Yurtdışında çalışma isteği için en temel neden çalışma ve yaşam koşullarının daha iyi olması olarak bulunmuştur (Uğur, 2022). Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki öğrenciler üzerinde yapılan bir başka çalışmada ise, öğrencilerin %52,9'unun mezuniyet sonrasında yurtdışına gitmeyi düşündüğü, %30,5'inin kararsız olduğu ortaya konmuştur. Yurtdışına gitme nedenleri olarak belirtilen ilk 3 neden daha iyi çalışma koşulları, daha iyi sosyal yaşam koşulları ve yurt içindeki iş yükü fazlalığı ve görev tanımı belirsizliğidir (Uzun vd., 2021).

Ankara Ticaret Odası (ATO) tarafından 2005 yılında hazırlanan bir rapor, iyi eğitilmiş 100 kişiden 59'unun beyin göçü ile ülkeyi terk ettiğini ortaya koymuştur (Ankara Ticaret Odası, 2005). Ayrıca, Türkiye'nin yurt dışına en çok öğrenci gönderen 24. ülke olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Bu sonuçlar doğrultusunda, ülkede hekim eksikliğine ve bilimsel gelişmenin ciddi şekilde azalmasına neden olacak hekim göçü konusu Türkiye ve politika yapımcılar için oldukça önemlidir (Mollahaliloğlu vd., 2014).

Hekim göçü konusu sağlıkta insan kaynakları politikalarının odak noktalarından biridir. Bu konu Türkiye gibi hekim sıkıntısı çeken ülkeler için daha önemlidir (Mollahaliloğlu vd., 2014). Gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık profesyonellerinin eksikliğinin dramatik olduğunu belirtilmektedir. Bu ülkelerdeki sağlık çalışanları göç etmese dahi bu ülkelerdeki mevcut sağlık işgücü ihtiyacının karşılanamayacağı vurgulanmaktadır. Pek çok ülke sağlık işgücü yetersizliği ve dengesiz dağılım sorunları yaşamaktadır ve sağlık çalışanlarının göçü ile birlikte buna ilişkin sorunlar daha da artmaktadır. Bu nedenle, son yıllarda uluslararası kuruluşlar da sağlık insan gücü göçünü gündemlerine almıştır (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2016; Yıldırım, 2010).

Küreselleşmenin etkisi, Avrupa Birliği dinamiği gibi faktörler, Türkiye'nin uluslararası sağlık insan gücü göçünü gündemine almasını ve göçü etkili şekilde yönetmesini gerekli kılmaktadır. Tıp eğitiminin ağırlıklı olarak kamu tarafından sağlandığı ve sağlık işgücü yetersizliği ve dengesiz dağılım sorunları yaşayan Türkiye açısından uluslararası göçün yönetilmesi önem arz etmektedir. Türkiye'nin sağlık insan gücü problemlerini çözmek amacıyla izlediği stratejilerden bazıları, sağlık işgücü göçünü yönetmede de fayda sağlayabilecek olmakla birlikte, Türkiye'de spesifik olarak uluslararası göçü yönetmeye yönelik politikalar bulunmamaktadır (Yıldırım, 2010).

Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile etkin ve etkili bir sağlık sistemine erişim için sağlık hizmetlerinin çeşitli yönleri hedeflenmiş ve bu doğrultuda çeşitli düzenlemeler yapılmıştır. SDP'nin bileşenlerinden biri "Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü" dür (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003). SDP kapsamında, ihtiyaç duyulan her yerde herkese kaliteli sağlık hizmeti sunulması hedeflenmektedir. Ancak sağlık durumunun önemli göstergelerinden biri olan ve SDP'yi hayata geçirebilmek için en önemli faktör olan sağlıkta insan kaynaklarının düzeyi, OECD ve DSÖ Avrupa Bölgesi ülkeleri ile kıyaslandığında, Türkiye'de son derece düşüktür



(Mollahaliloğlu, 2014). 2020 yılında Türkiye'de bin kişi başına düşen hekim sayısı 2,05'tir. OECD ortalamasında ise bu sayı 3,37'dir. Türkiye'de kişi başına düşen hekim sayısının OECD ortalamasından düşük olduğu görülmektedir (OECD, 2023a). Hekimlerin sayıca yetersizliği ve bölgeler arasında dengesiz dağılımı politika yapıcılar tarafından da bir sorun olarak görülmüştür. Buna yönelik olarak; 2001-2002 yılında tıp fakültesi sayısı 40 iken, 2021-2022 yılında 84'e yükselmiş, öğrenci sayısı artarak 31.786'dan yaklaşık 100.000'e yükselmiştir (Filiz, 2022; Yıldız, 2020).

Türkiye'de sağlık insan gücünün bölgelere adil dağılımını sağlamak ve hastanelerdeki hekim yetersizliğinin önüne geçebilmek için ayrıca, mecburi hizmet uygulaması ve tam gün yasası gibi çeşitli uygulamalar devreye sokulmuştur. Tüm bu politikalara rağmen, hekim sayısı uluslararası standartlara ulaşmamıştır. Diğer taraftan, son zamanlarda Türkiye'yi bölgenin ve dünyanın sağlık turizmi merkezlerinden biri haline getirmek amacı gündemdedir. Bu durum, yüksek tıbbi uygulama becerisi olan ve yabancı dillerde iletişim kurabilecek hekim ve diğer sağlık çalışanlarına olan ihtiyacı artırmıştır. Bu nedenle hem tıp uzmanı yetiştirilmesi konusunda hem de Türkiye dışında yaşayan hekim ve tıp bilim insan kaynaklarından yararlanma konusunun değerlendirilmesi önem kazanmıştır (Yıldız, 2020).

Sarcan (2022) Türkiye'nin son yıllarda yabancı beyin göçünü artırmaya yönelik politikalar ve stratejiler geliştirdiğini belirtmiştir. Türkiye'nin coğrafi konumu, pek çok ülke ile olan tarihi ve kültürel ilişkileri ve sunulan cazip teşviklerin Türkiye'nin beyin göçü alması üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir (Sarcan, 2022). Türkiye'ye nitelikli beyin göçünün desteklenmesi konusu Onuncu ve On Birinci Kalkınma Planlarında da yer almıştır. Buna göre, dünya genelindeki nitelikli işgücü talebinin artması ve işgücünün daha serbest hareket edebilmesi Türkiye için fırsatlar sunmaktadır. Ayrıca, bu planlarda Türkiye'deki beyin göçünün nedenleri analiz edilerek, nitelikli işgücünün ülkede kalmasını sağlamaya yönelik çalışmalar yapılacağı belirtilmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2013; Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019).

2017 yılında yayımlanan Turkuaz Kart Yönetmeliği de Türkiye'ye beyin göçünü destekleyecek düzenlemelerden biridir. İlgili yönetmelik ile eğitim düzeyi, mesleki deneyimi, bilim ve teknolojiye katkısı ve benzeri nitelikleri itibarıyla yüksek nitelikli işgücü olarak değerlendirilen yabancılara Turkuaz Kart verilebilmektedir. Turkuaz Kart sahipleri, ikamet ve çalışma haklarından faydalanmaktadır (Turkuaz Kart Yönetmeliği, 2017).

Diğer taraftan, Türkiye'den başka ülkelere göç etmiş, yüksek vasıflı ve iyi eğitilmiş işgücünün Türkiye'ye geri dönmesi amacını taşıyan çeşitli adımlar da bulunmaktadır. Örneğin, TÜBİTAK yurtdışında bulunan bilim insanlarının ülkeye dönmelerini teşvik etmek amacıyla çeşitli programlar yürütmektedir (Sarcan, 2022). TÜBİTAK tarafından 2010 yılında başlatılan Tersine Beyin Göçü Programı kapsamında 2010-2022 dönemleri arasında 579 bilim insanının Türkiye'ye döndüğü, 1908 araştırmacının da konuk veya akademik izinli olarak Türkiye'ye geldiği belirtilmektedir (Özkan, 2022). Nitekim, Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşayan Türk hekimlerin Türkiye'de çalışma istekliliklerinin değerlendirildiği bir çalışmada; hekimlerin %23,4'ünün 3 yıl içinde, %23,4'ünün ise 3-10 yıl arası dönemde kalıcı dönüş düşünebilecekleri ortaya konmuştur (Yıldız, 2020).

Ülkeler için hizmet sunumunda en önde yer alan hekimlerin başka ülkelere gitmesini önleyici ya da giden hekimlerin dönmelerini sağlayıcı politikalar geliştirmek önemlidir. Bunun için göçü etkileyen faktörlerde iyileştirmeler yapmak önemlidir. Çalışma koşulları bu faktörlerin başında gelmektedir. Bu çalışmada Türkiye'de hekimlerin çalışma koşullarının göç açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## **V. TÜRKİYE'DEKİ ÇALIŞMA KOŞULLARININ HEKİM GÖÇÜ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Çalışma koşulları çalışanların performanslarını, işe bağlılıklarını, başarılı olmalarını, memnuniyetlerini önemli ölçüde etkilemekle birlikte hizmet kalitesi, örgüt performansı, sunulan mal veya hizmete olan talebi ve kâr düzeyini de etkilemektedir. İyi eğitilmiş, yeterli tıbbi malzeme desteği sağlanmış, iyi çalışma koşullarında çalışan hekimlerin, bireysel ve toplumsal sağlığın

oluşturulmasında doğrudan etkili olduğu belirtilmektedir (Kumaş ve Yücel Beyaztaş, 2007). Çalışma koşulları hekimlerin göç kararlarını da önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Daha iyi çalışma koşulları çekici iken, kötü çalışma koşulları itici faktör arasında yer almaktadır (Jenkins vd., 2010; Özkan ve Hamzaoğlu, 2008; Sezer ve Yıldız, 2009; Yıldırım, 2009).

Türkiye’de çalışan hekimlerin sağlık hizmeti sunmalarının yanında eğitim, araştırma, idari ve akademik çalışmalar gibi diğer görev ve sorumluluklarının olması ağır ve riskli çalışma koşullarına neden olmaktadır. Ekipman ve sağlık personelinin yetersizliği sonucunda, artan iş yükü ve uzun çalışma sürelerine karşın düşük ücretler hekimleri mesleki memnuniyetsizliğe ve düşük motivasyona itmektedir (Kumaş ve Yücel Beyaztaş, 2007). Bu durum ise hekimlerin çalışma koşulları daha iyi olan ülkeleri tercih etmelerine neden olabilmektedir.

Diğer taraftan Türkiye’de 2003 yılında uygulanmaya başlanan SDP’nin özel sağlık sektörü yatırımlarını teşvik edici olduğu belirtilmektedir. İstatistiklere de bakıldığında Türkiye’de, özel sağlık sektörünün sağlık hizmetlerindeki payının giderek arttığı görülmektedir. 2002 yılında 271 olan özel hastane sayısı, 2020 yılında 566’ya yükselmiştir ve tüm hastanelerin %37’sini oluşturmaktadır. Türkiye’de özel hastanelerin de artmasıyla beraber hekimlerin çalışma koşulları da giderek ağırlaşmıştır (Bayrak vd., 2021).

Türkiye’de yapılan çeşitli çalışmalarda da hekimlerin veya tıp öğrencilerinin göç nedenleri ya da niyetleri arasında çalışma koşullarının büyük rol oynadığı görülmektedir (Mollahaliloğlu vd., 2014; Uğur, 2022; Uzun vd., 2021). Mollahaliloğlu ve arkadaşlarının (2014) 2009 yılında yeni mezun olmuş 3690 pratisyen hekim ile gerçekleştirdiği çalışmaya göre; katılımcıların yaklaşık %70’i yurtdışında yaşamak veya çalışmak için en önemli nedeni Türkiye’deki çalışma koşulları olarak belirtmiştir. Milliyetçi Hekimler Derneği ve 14 Mart Tıbbiyeliler Derneği (2022) tarafından yapılan ülkenin tüm hekimlerinin evren olarak ele alındığı Hekim Yurtdışı Göçü Araştırması’na göre ise, “ülkemizde hekim olarak çalışmaktan memnun musunuz?” sorusuna kesinlikle memnun değilim diyenlerin oranı %50, memnun değilim diyenlerin oranı ise %38,3’tür. Memnun olanların oranı ise sadece %9’dur. Aynı çalışmada yurt dışında çalışma düşüncesi olan hekimlerin oranı %72, yurtdışında çalışmak için bir çabası olan hekimlerin oranı ise %49,71 olarak bulunmuştur. Çalışmaya göre, hekimlerin yurtdışında çalışma isteklerinde sırasıyla; gelecek kaygısı, sağlıkta şiddet, yönetsel, ekonomik nedenler, çalışma şartları, performans baskısı ve mesleki eğitim nedenleri etkilidir. Aynı çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin %84’ünün yurtdışına gitme düşüncesi olduğu da ortaya konmuştur.

Türkiye’de tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan başka bir çalışmada, Türkiye’de hekimlik mesleğini icra etmeyi zorlaştıran en önemli nedenler sorusuna çoğunlukla; ağır çalışma koşulları ve uzun çalışma saatleri (%90), hekimlere yönelik sözlü/fiziksel şiddet (%87), işyerinde kıdemliler/yöneticiler tarafından uygulanan mobbing ve baskı (%67) yanıtları verilmiştir. Katılımcıların göç etmeyi düşündükleri ülkeler ise çoğunlukla Almanya, İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri’dir (Erdoğan Kaya vd., 2023).

Hekim göçünde önemli etkileri olan çalışma koşulları; hasta yoğunluğu ve iş yükü, çalışma saatleri ve nöbetler, ücret, eğitim, araştırma ve kariyer imkânı, iş güvenliği ve şiddet alt başlıkları altında Türkiye açısından değerlendirilmiştir.

### **5.1.Hasta Yoğunluğu ve İş Yükü**

Sağlık hizmetlerinin verimli, erişilebilir ve uygulanabilir olması, sağlık politikalarının etkili bir şekilde uygulandığının en temel göstergesidir. Optimum sağlık işgücü kapasitesinin sağlanması sağlık sisteminin temel amacı olan nüfusun sağlığını iyileştirmede önemli bir araçtır (Badak, 2020).

Türkiye’de toplam hekim sayısı 2002 yılında 91.949 iken, 2015 yılında bu sayı %54 oranında artarak 141.259 olmuştur. 2015-2016 yılları arasında %3, 2016-2017’de %4, 2018-2019’da %5, 2019-2020 arasında ise %6 oranlarındaki artışlarla giderek artan bir ivme kazandığı değerlendirilmiştir. Türkiye’de 2020 yılı itibarıyla toplam hekim sayısı 171.259’dur. Bunların 88.127’si uzman, 49.760’sı

pratisyen, 33.372'si ise asistan hekimdir. Hekimlerin 104.158'i Sağlık Bakanlığı, 36.418'i üniversite, 30.683'ü ise özel hastanede çalışmaktadır (Harman Yıldız ve Özer, 2022; Sağlık Bakanlığı, 2023). Hekim sayısında her yıl artış yaşanmakla beraber ülke nüfusu da giderek artış göstermektedir. Bu noktada kişi başına düşen hekim sayısının değerlendirilmesi önem arz etmektedir. 2020 yılında Türkiye'de bin kişi başına düşen hekim sayısı 2,05'tir. OECD ortalamasında ise bu sayı 3,37'dir (OECD, 2023a). Türkiye'de kişi başına düşen hekim sayısının OECD ortalamasından düşük olduğu görülmektedir. Bu durum, diğer faktörlerin etkisi dışında hasta yoğunluğuna neden olabilecek bir faktör olarak değerlendirilebilir. Doktorlar üzerinde yapılan bir araştırmada, doktorların %63'ü çalıştıkları kurumda yeterli doktor olmadığını belirtmiştir. Ayrıca, doktorların %54'ü son bir ayda çalıştıkları kurumda normalde vermeleri gereken bir sağlık hizmetini, yeterli doktor olmadığı için veremediklerini ifade etmiştir (İstanbul Ekonomi Araştırma, 2022).

Hasta yoğunluğunun göstergesi olarak hasta başvuru sayıları ve hekim başına düşen hasta sayılarını incelemek önemlidir. Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası (Sağlık-Sen)'ın 2018 yılında yaptığı araştırmaya göre, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına müracaat sayısı son bir yıl için 469 milyon 718 bin 440'tır. Aynı araştırmanın sonuçlarına göre önceki yıl içerisinde 1 hekim (uzman/pratisyen) başına 664 kişi düşerken, çalışmanın yapıldığı yıl bu sayı 5635'e ulaşmıştır. Bir gün içerisinde doktor başına düşen hasta sayısının ise en az 25 olduğu belirtilmiştir (Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası [Sağlık-Sen], 2018). Bu doğrultuda hekimlerinin iş yükünün giderek arttığı görülmektedir. Ağır iş yükü altında çalışmak durumunda kalan sağlık çalışanlarının mesleki risklerle karşılaşma oranının buna bağlı olarak yükseldiği belirtilmektedir (Sağlık-Sen, 2023).

Son zamanlarda Türkiye'de sağlık hizmetlerinin önündeki engeller azaltılarak, hizmete erişimin daha kolay hale getirmeye yönelik adımlar atılmıştır. Bu durum, her ne kadar hasta memnuniyetini artırsa da, hekimlerin iş yükünün artmasına neden olmuştur. 2000'li yılların başında yılda ortalama kişi başı 3 kez başvurudan söz edilirken bu sayının 8'inin üzerine çıktığı belirtilmektedir (Aydın, 2015). Sağlık İstatistikleri Yıllıklarına göre 2002 yılında 3,1 olan kişi başı doktora başvuru sayısı, sürekli bir artışla 2019'da 9,8'e ulaşmıştır. 2020 yılında ise bu sayı 7,2 olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2023). Bunda pandeminin etkisinden söz edilebilir.

Günümüzde hasta başvurularının artış eğilimi gösterdiği görülmektedir. Sağlık sistemimiz önce hekimi görmeyi teşvik etmekte, tedavi sürecindeki hastanın kontrol ve takipleri de hekime bağımlı olarak yürümektedir. Bu durum hem hekime daha fazla yük bindirmekte hem de hekime başvuru sayısının yükselmesine neden olmaktadır. Ayrıca, Türkiye'de etkili bir sevk zincirinin oluşturulamaması, hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerini almak üzere hastanelere yönelmesine neden olmakta ve bu da hastanelerde yığılmalara ve hizmet sunumunda aksamalara neden olmaktadır. Türkiye'de önceleri halkı bilinçlendirerek sağlık hizmeti almasını teşvik eden politikalar uygulanırken, artan sağlık hizmeti talebi nedeniyle yüksek başvuru oranlarını düşürmeye yönelik politika arayışları başlamıştır (Aydın, 2015; Ceyhan ve Çelik, 2004).

## **5.2. Çalışma Saatleri ve Nöbetler**

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'na göre Türkiye'de kamu görevlisi hekimler için haftalık çalışma süresi 40 saattir. Ancak, özel durumlarda farklı çalışma sürelerinin belirlenebileceği düzenlenmiştir. Bu geniş yetki çerçevesinde hekimlere uzun çalışma süreleri getirilmiştir. Çağrı üzerine çalışan hekimlerin haftalık çalışma sürelerinin, özellikle personel sayısının yetersiz olduğu durumlarda, 120 saate çıkabildiği belirtilmektedir (Kumaş ve Yücel Beyaztaş, 2007; Uçar, 2016).

Türkiye'de kamu sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin günlük çalışma süreleri için üst sınır belirlenmemekle birlikte fazla çalışma sürelerinde de üst sınır bulunmamaktadır. Hekimlerin uzun sürelerle çalışması, dinlenme haklarını ihlal etmekle birlikte, büyük bir dikkat ve özen gerektiren sağlık hizmeti sunumun kalitesini de olumsuz etkilemektedir (Türk Tabipleri Birliği, 2011; Uçar, 2016).

Özel kurum ve kuruluşlarda çalışan hekimler için ise İş Kanunu'nun 63. maddesi uyarınca haftalık çalışma süresi 45 saat olarak belirlenmiştir. Ayrıca, günlük çalışma süresinin 11 saati aşamayacağı belirtilmiştir (Türk Tabipleri Birliği, 2011). Ancak, pek çok özel sağlık kuruluşunda hekimler daha yoğun çalışabilmektedir (Uçar, 2016). Özel sağlık işletmelerinin, daha az çalışanla daha çok iş üretmeye çalışmaları özel sektördeki hekimlerin yoğun iş yükü ve uzun çalışma süreleri ile karşıya kalmalarına neden olmaktadır. Bunun sonucu olarak ise, hekimler stres, depresyon, tükenmişlik ve olumsuz yaşam koşullarına bağlı sağlık sorunları yaşayabilmektedirler (Bayrak vd., 2021). Ayrıca, hastanede sunulan hizmetin 24 saat olması sağlık profesyonellerinin vardiyalı çalışmasını gerektirmektedir. Bunun sonucunda ortaya çıkan düzensiz çalışma saatlerinin fiziksel ve ruhsal sağlık üzerinde olumsuz etkileri olduğu kadar çalışanların sosyal ve aile hayatı üzerinde de olumsuz etkiler yaratabilmektedir (Çeçen, 2016).

Bayrak ve arkadaşları (2021) haftalık çalışma saati 45 saatin üzerinde olan hekimlerin oranını %60 olarak bulmuştur. Ayrıca, katılımcıların %70'i ulusal bayram ve resmi tatil günlerinde çalışma talebiyle karşılaşmaktadır. Aynı çalışmada hekimlerin %37'sinin çalışma koşullarından memnun olmadıkları, %25'inin bu konuda kararsız oldukları ortaya konmuştur. Başka bir çalışmada araştırmaya katılan doktorların çoğunluğu (%61) ağırlıklı olarak haftada 40-59 saat arası çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Doktorların azımsanmayacak %20'lik kesimi ise 60-80 saat arası çalıştığını belirtmiştir (İstanbul Ekonomi Araştırma, 2022).

Aslan ve arkadaşları (2021) tarafından 626 hekim üzerinde yapılan bir çalışmada hekimlerin %41,4'ünün günde 9 saat ve üzerinde çalıştıkları ortaya konmuştur. Hekimlerin çalışma saatleri önerilen 8 saatin üzerinde bulunmuştur. Türkiye'de bir hastanede tıpta uzmanlık eğitimi yapmakta olan asistan hekimler üzerinde yapılan bir çalışmada çalışma saatleri ve nöbet sayısı arttıkça tükenmişliğin bir boyutu olan duyarsızlaşma puanlarının arttığı ortaya konmuştur (Erol vd., 2007). Benzer şekilde Turunç ve Ögen (2002) de sağlık çalışanlarında aşırı iş yükünün tükenmişlikle pozitif yönde ilişkili olduğunu bulmuştur. Györffy ve arkadaşları (2018) 4784 Macar hekim üzerinde yaptıkları çalışmada tükenmişliğin yurt dışında çalışma niyetini etkilediğini ortaya koymuştur. Benzer şekilde, başka bir çalışmada Perulu sağlık çalışanlarında da tükenmişlik sendromu ile göç etme niyeti arasında ilişki bulunmuştur (Anduaga-Beramendi vd., 2019). Yoğun çalışma saatleri ve iş yükü hekimlerin tükenmesine neden olmakta bu da yurt dışında çalışma niyetini tetikleyebilmektedir. Nitekim, Türkiye'de tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin kariyer tercihlerinin incelendiği bir çalışmaya göre "yaşam tarzı esnekliği" ve "kabul edilebilir çalışma saatleri" kariyer tercihini en çok etkileyen faktörler olarak belirtilmiştir (Tengiz ve Babaoğlu, 2020). Türkiye'de, hekim göçünde temel etkenlerden biri olan çalışma saatleri ve nöbetlerin yoğunluğuna yönelik düzenlemelere ihtiyaç bulunmaktadır.

### 5.3. Ücret

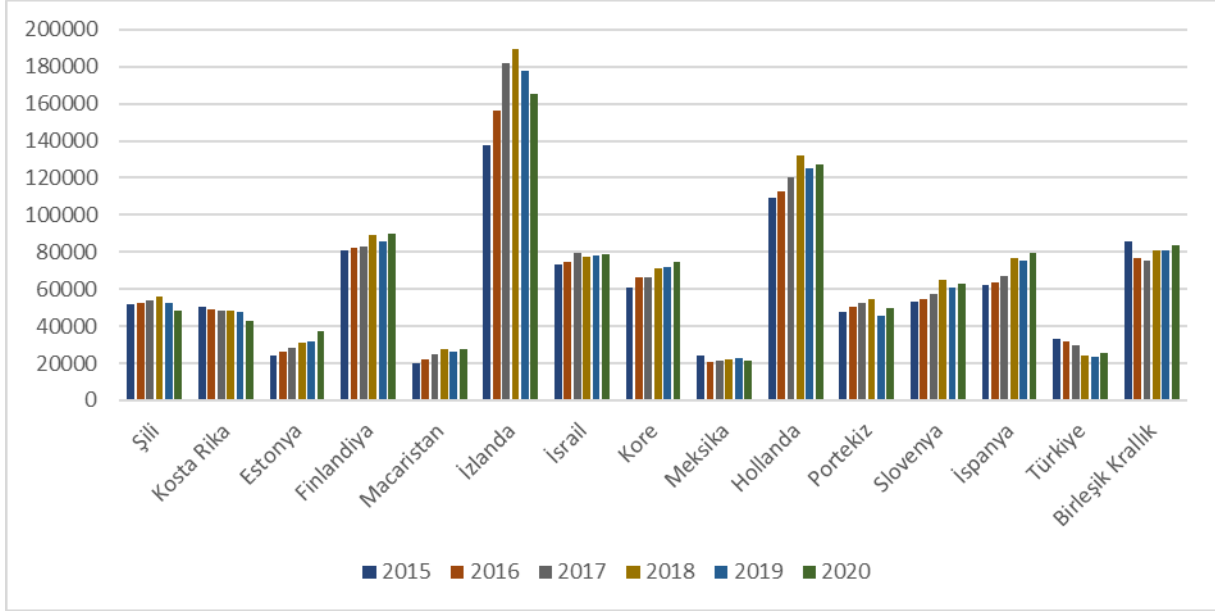
Ücret, nitelikli işgücünü örgüte çekme ve çalışanları motive etmede etkili bir araç olarak ifade edilmektedir (Yılmaz, 2004). Pek çok çalışmaya göre ekonomik faktörler ve finansal destek sağlık çalışanlarının bağlılığını ve motivasyonunu etkileyen en temel faktörlerin arasında yer almaktadır (Dormon vd., 2017; Ekingen vd., 2017).

Türkiye'de doktorların yaşadığı mesleki sorunları ortaya koymak amacıyla, Türkiye'nin her bölgesinden, her yaş ve unvan grubundan 6421 hekim ile yapılan bir anket çalışmasında; doktorların %69 ile çoğunluğu, doktorluk mesleğine başladığından beri hayat standartlarının kötüleştiğini belirtmiştir. Araştırmaya katılan her 10 hekimden sadece 1'i maaşıyla ev alabileceğini, yarısından azı maaşıyla araba alabildiğini ifade etmiştir. Aynı çalışmada doktorların %95'i, önceki kuşak doktorlara kıyasla daha kötü bir hayat standardına sahip olduklarını düşünmektedirler (İstanbul Ekonomik Araştırma, 2022).

Türkiye'de hekimlerin aldığı ücretler branşlarına, uzmanlık düzeylerine ve çalıştıkları hastane türü ve kapasitesine göre farklılık göstermektedir. Ekonomik faktörlerin temel motivasyon araçları olması nedeniyle, ülkeler arasındaki ücret farklılıkları hekimlerin göç kararlarında etkili olabilir (Harman

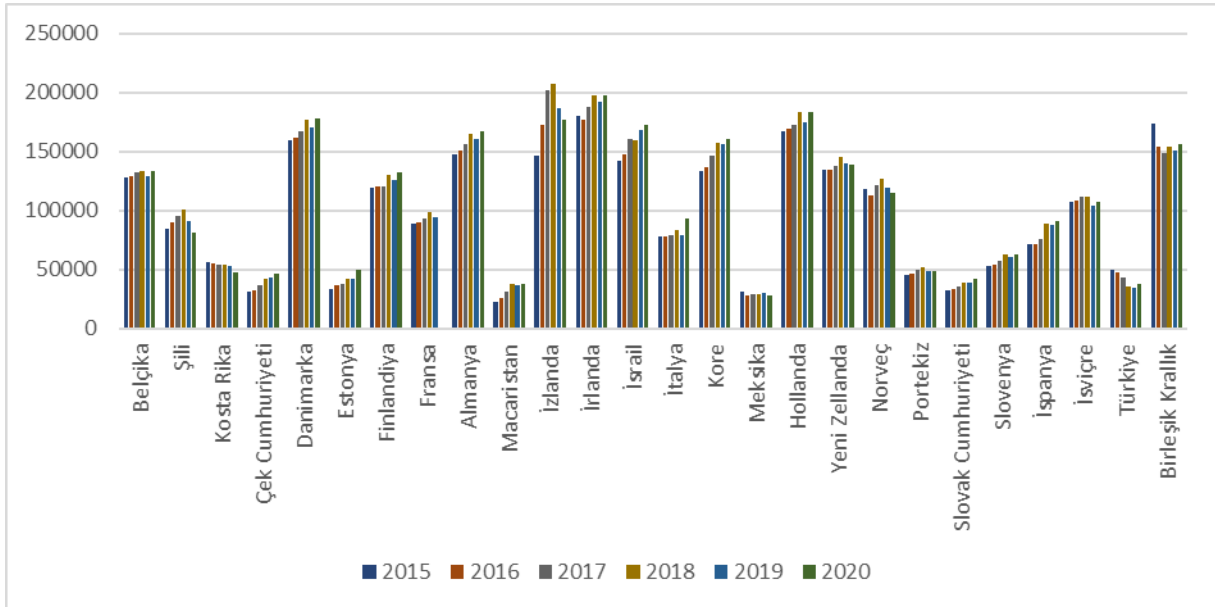
Yıldız ve Özer, 2022). Şekil 2 ve 3'te Türkiye'deki hem pratisyen hem de uzman hekimlerin gelirlerinin diğer OECD ülkelerinin çoğuna göre düşük kaldığı, hem de dolar bazında gelirlerin yıllara göre giderek azaldığı görülmektedir. Ekonomik faktörlerin uluslararası göçte temel çekici faktörler arasında yer aldığı düşünülürse Türkiye'deki hekimlerin göç etme eğiliminin fazla olması beklendik bir durumdur.

**Şekil 2. 2015-2020 Yılları Arası Bazı OECD Ülkelerinin Pratisyen Hekim Gelirleri (US \$)**



*Kaynak: OECD, 2023b*

**Şekil 3. 2015-2020 Yılları Arası Bazı OECD Ülkelerinin Uzman Hekim Gelirleri (US \$)**



*Kaynak: OECD, 2023b*

Türkiye'de sağlık çalışanlarını teşvik etmeye yönelik olarak 2003 yılındaki SDP kapsamında, sağlık çalışanlarının ürettikleri sağlık hizmeti ile ilişkili olarak ödüllendirilmesini sağlayan Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine (PDEÖS) geçilmiştir. Bu uygulama ile, kamu sağlık kurumlarında çalışanların maaşlarına ilave olarak performanslarına göre döner sermaye gelirlerinden ek ödeme aldıkları karma bir ücretlendirme sistemine geçilmiştir (Akçakanat ve Çarıkçı, 2016).

Bu sistemin temel amacı; sağlık çalışanlarının hizmete katkı sağlayan çeşitli unsurları esas alınarak iş motivasyonunu ve üretkenliği teşvik etmektir (Yiğit, 2017). Ancak sağlık çalışanlarının bu sistemden memnun olmadığını ortaya koyan çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Çakır ve Sakaoğlu (2014) sağlık çalışanlarının PDEÖS’de ücret adaleti algısını değerlendirdikleri çalışmalarında, performansa dayalı ek ödemenin adil bir şekilde uygulanmamasına bağlı olarak ücret doyumlarının düşük olduğu belirlenmiştir. Yüzden (2013) de benzer şekilde, özellikle hekimler tarafından ücret dağılımındaki eşitsizlik ve çalışanlar arası ilişkilerin bozulması nedenleriyle PDEÖS’nin temelinde adil bulunmadığını ortaya koymuştur. Bu algı çalışanları emeklerinin karşılığını adaletli bir şekilde alamadıkları hissi nedeniyle göç etmeye teşvik edici bir faktör olabilir.

PDEÖS’e yönelik hekimlerin tutumuna ilişkin bir araştırma ve uygulama hastanesinde yapılan başka bir çalışmada hekimlerin; PDEÖS’ün mesleki etiğe olumsuz etkisinin olduğu, bireysel ve kurumsal performansa katkıda bulunmadığı ve özel muayenehane açma eğilimini artırdığı görüşünde oldukları ortaya konmuştur (Akpınar ve Taş, 2013). Benzer şekilde başka bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışanların PDEÖS’e ilişkin görüşlerinin değerlendirildiği bir çalışmada da personelin performansa dayalı ek ödeme hakkındaki düşüncelerinin olumsuz yönde olduğu belirlenmiştir (Çankaya, 2017). Kamu ve üniversite hastanesinde çalışan hemşire ve hekimler üzerinde yapılan başka bir çalışmada, PDEÖS’ün hem etik açıdan hem de ödemeler açısından yetersiz kaldığı sonucuna varılmıştır (Özkal ve Özkara, 2022). Bir üniversitesi hastanesinde görev yapan öğretim üyeleri üzerinde yapılan çalışmada da hekimlerin ek ödeme sisteminden memnuniyetsizliklerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Akçakanat ve Çarıkçı, 2016). Başka bir çalışmada da görüşme yapılan hekimlerin çoğunluğunun performans sisteminden memnun olmadığı, hekimlerin kâr ve performansa dayalı bir sağlık sistemi kurulmasının mesleki etik anlayışlarını da zedelediğini düşündüğünü ortaya koymuştur (İstanbul Ekonomi Araştırması, 2022).

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında uygulanan PDEÖS’ü değerlendiren başka bir çalışmada, sistemin olumlu yönleri arasında “Uygulama ekonomik fayda sağlamaktadır”; olumsuz yönleri arasında “Maaşlarda iyileştirme yapılmasını gündem dışında bırakmaktadır” ifadelerine katılım düzeyi diğerlerinden daha fazla olarak bulunmuştur (Fettah ve Şahin, 2009). Başka bir çalışma sonucuna göre PDEÖS’ün nicel açıdan sağlık hizmetlerine sağlamış olduğu katkıya karşın sağlık hizmeti sunucuları üzerinde olumsuz bir etki yarattığı ortaya konmuştur (Öztunç ve Cural, 2017). OECD ortalamalarına göre yapılan karşılaştırmalarda hekim ücretlerinin düşük olduğu görülmekle birlikte, incelenen farklı tip hastanelerde yapılan çalışmalarda hekim ücretlerindeki ve ödeme sistemlerindeki adaletsizlikler ve yetersizlikler nedeniyle hekimlerin genel olarak gelir açısından memnun olmadığı da görülmektedir. Bu durum hekim göçünün en temel etkenlerinden biri olan ekonomik faktörün Türkiye’de hekimlerin göçü üzerinde olumsuz etki yaratabileceğini göstermektedir.

#### **5.4. Eğitim, Araştırma ve Kariyer İmkânı**

Araştırma ve eğitim altyapısı ve kariyer geliştirme fırsatları hekimlerin memnuniyet ve göç niyetlerini etkileyen temel faktörlerdir. Eğitim sistemi ve müfredatın yerel şartlara ve ihtiyaçlara göre ayarlanmış olmasının sağlık insan gücünün dışarıya göçünü engelleyecek bir mekanizma olduğu belirtilmektedir (Dubas-Jakóbczyk vd., 2020; Yıldırım, 2010).

Kaliteli bir sağlık hizmetinin sunumu, hekim ve diğer sağlık çalışanlarının kaliteli bir eğitim almalarına bağlıdır. Tıp eğitimi kaliteli ve özverili eğitimcilere ihtiyaç duyan, pahalı, emek yoğun, zor bir eğitim dalıdır. Bu eğitimi verecek kişilerin kalitesinin yanı sıra, pahalı bir yapılanma ve gelişmiş teknolojik donanım gerekmektedir (Öztürk, 2006). Ayrıca, tıp eğitim sürecinin sürekli iyileştirilmesi ve evrensel normlara uyan genel eğitim standartlarına uygun olması önemlidir (Benli vd., 2018). Tıp fakültelerinde ulusal ve uluslararası standartlara uygun hekimler yetiştirmek için gereken teorik ve uygulamalı eğitimlerin verilebilmesine yönelik tüm düzenlemeler yapılmalıdır. Günümüzde hekimlerin eğitiminde pek çok sorun vardır (Öztürk, 2006).

Türkiye’de hekimlerin sayıca yetersiz olması sonucu yeni tıp fakülteleri açılmış ve mezun hekim sayısı giderek artmıştır. 2001-2002 yılında tıp fakültesi sayısı 40 iken, 2021-2022 yılında 84’e

yükselmiş, öğrenci sayısı artarak 31.786'dan yaklaşık 100.000'e yükselmiştir (Filiz, 2022; Yıldız, 2020). Ancak, hekim sayısını artırmak amacıyla plansızca açılan tıp fakültelerindeki eğitimin kalitesi tartışılır hale gelmiştir. Bu fakültelerde fiziki koşullar, derslik sayısı, yetkin akademisyen kadrosu, laboratuvar ve diğer donanımların eksikliği son tıbbi ve teknolojik gelişmelerin izlenmesini zorlaştırarak, eğitim kalitesinin düşmesine neden olabilmektedir (Benli vd., 2018). Yeni açılacak fakültelerin, yeterli kapasite ve donanıma ulaşmadan eğitime başlatmasını önlemek amacıyla, 2015 yılı itibariyle Yükseköğretim Genel Kurulu tarafından tıp fakültelerinde eğitime başlamak için gereken asgari ölçütler yayınlanmıştır. Ancak, mevcut fakültelerin pek çoğunun bu koşulları karşılamadığı değerlendirilmektedir (Ercan, 2016). Türkiye'de yapılan bir araştırmada doktorların %72'si aldıkları eğitimi yeterli bulurken, %28'i yeterli bulmamaktadır. Genç doktorların/asistanların eğitim düzeylerini yeterli bulmadıklarını ifade edenlerin oranı ise %83'tür. Doktorların çoğunluğunun kendi aldıkları tıp eğitimini yeterli bulurken asistan doktorların eğitim düzeylerini yeterli bulmamasının, günümüzdeki tıp eğitiminin yeterliliği ile ilgili soru işaretleri oluşturduğu belirtilmiştir (İstanbul Ekonomik Araştırma, 2022).

Tıp fakültelerinin artan kontenjanları fiziksel ve niteliksel kapasitenin yetersiz kalmasına neden olabilir. Bu kontenjanlar ile doktor fazlasının açığa çıkacağı değerlendirilmektedir. Bu durumda, zaten yetersiz olan çalışma koşullarına artan doktor sayısı nedeniyle rekabet unsuru da eklendiğinde hekimlik mesleğinin cazibesini kaybedeceği ve öğrencilerin kalitesinin de düşeceği değerlendirilmiştir (Ercan, 2016).

Diğer taraftan, mevcut tıp fakülteleri arasında pek çok açıdan farklılıklar bulunmakta ve standart sağlanamamaktadır. Türkiye'nin metropol şehirlerindeki eğitim ve araştırma altyapısı nispeten gelişmiş olmakla birlikte, taşradaki ve yeni açılan üniversitelerdeki eğitim için alt yapıların güçlendirilmesine ihtiyaç bulunmaktadır (Yıldırım, 2010). Hekimlerin Şanlıurfa'daki çalışma ve yaşam koşulları hakkındaki görüşlerinin değerlendirildiği bir çalışmada (Eriş, 2019) hekimlerin en fazla katıldıkları ifadeler "Bu şehirdeki mesleki gelişim-egitim olanakları yeterli değildir" ve "Bu şehirde kariyer/yükselme imkânı yeterli değildir." olmuştur. Araştırmaya katılan hekimler genel olarak Şanlıurfa'daki çalışma koşulları, eğitim ve kariyer imkanlarının yetersizliği konularında olumsuz görüş bildirmişlerdir.

Benli ve arkadaşları (2018) ise, Türkiye'de eğitim veren tıp fakültelerinden eğitim öğretim programlarına internet üzerinden ulaşılabilen 41 fakültenin ders saatlerini incelemişler ve Türkiye'de temel tıp bilimleri eğitiminde üniversiteler arasında standardizasyon olmadığı sonucuna ulaşmışlardır. Bu durum, farklı fakültelerdeki öğrencilerin standart ve yeterli eğitimi alamayıp eğitimde eşitliğin oluşmadığı ve mesleğini icra eden hekimlerin alt yapı gelişiminin bir standardı karşılamadığı şeklinde yorumlanmıştır.

Hekimlerin Türkiye'ye dönmesiyle ilgili etken faktörlerin incelendiği bir çalışmada hekimlerin Türkiye'ye kalıcı dönüşlerinin önündeki asıl engelin araştırma, çalışma ve mesleki gelişim imkânları olduğu ortaya konmuştur (Yıldız, 2020). Türkiye'de hekimlerin kariyer ve iş imkanları değerlendirildiğinde, özellikle veteriner hekimlik, diş hekimliği gibi bazı branşlarda ve özel sektörde iş güvencesi kaygısı yaşanabilmektedir. Türk Tabipleri Birliği'nin (TTB) özel sektörde çalışan 1.370 hekimle yaptığı ankete göre, %56,86'sının iş güvencesi kaygısı taşıdığı ortaya konmuştur (Türk Tabipleri Birliği, 2022). Diş hekimlerinin %78'inin işiyle ilgili gelecek kaygısı duyduğunu ortaya koyan bir çalışma da bulunmaktadır (Medimagazin, 2021). Türkiye'nin bir Tıp Fakültesi'nde okuyan öğrenciler üzerinde yapılan çalışmada, öğrencilerin %3,8'inin her zaman, %18,6'sının ise oldukça sık gelecek kaygısı hissettiği belirlenmiştir. Hekimlik mesleğiyle ilişkili gelecek kaygısını ise öğrencilerin %3,3'ünün her zaman, %17,8'inin oldukça sık hissettiği ortaya konmuştur (Dağtekin vd., 2020).

### **5.5. İş Güvenliği**

Sağlık çalışanları, çalışma ortamlarında çeşitli fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik, çevresel ve psikososyal tehlike ve risklerle karşı karşıyadır. Bu tehlikeler iş kazaları ve meslek hastalıklarını artırmaktadır (Solmaz ve Solmaz, 2017). Özellikle hekimliğin mesleki riskleri çok yüksektir Hekimlik

bir yandan yüksek özen gerektirirken diğer taraftan çalışanlara ağır sorumluluk yükleyen zor bir meslektir (Çelik, 2022). Nitekim hastane hizmetleri, işyeri tehlike sınıflandırmasında çok tehlikeli işler kapsamında yer almaktadır (İşçi Sağlığı ve İş Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği, 2012). Hekimler, enfeksiyon hastalıkları, radyoaktif ışın yayıcı cihazlarla çalışmalara bağlı kanser hastalıkları, ergonomik olmayan çalışma koşullarına bağlı kas iskelet sistemi hastalıkları, yoğun çalışma ve olumsuz beslenme koşullarına bağlı kardiyovasküler hastalıklar, stres, depresyon ve tükenmişlik gibi risklerle karşı karşıyadır (Bayrak vd., 2021).

Bayrak ve arkadaşlarının (2021) Türkiye’de özel sağlık sektöründe çalışan hekimler üzerinde yaptıkları çalışmalarında; çoğunluğu iğne batması-cerrahi alet kesisi olmak üzere, son bir yılda iş kazasına uğradığını belirten hekimlerin oranı %3 olarak bulunmuştur. Başta enfeksiyon hastalıkları ve kas iskelet sistemi sorunları olmak üzere hekimlerin %5’i meslek hastalığına maruz kaldığını düşünmektedir. Radyasyon etkisinde kaldığını tamamen ya da kısmen düşünenlerin oranı ise %30 olarak bulunmuştur. Hekimlerin çalıştıkları kurumun, mesleki riskler ve hastalıklar konusunda gerekli önlemleri alıp almadığı sorusuna ‘evet’ cevabını verenlerin oranı ise %40 olarak bulunmuştur (Bayrak vd., 2021). Bir devlet hastanesinde çalışan hemşire, hekim ve diğer sağlık personeli ile gerçekleştirilen çalışmanın sonuçlarına göre, hekimler iş güvenliğini diğer sağlık personeline göre daha yetersiz bulmaktadır (Öztürk vd., 2012).

Türkiye’de son dönemde iş sağlığı ve güvenliği ve sağlık hizmetlerine ilişkin mevzuatta yapılan düzenlemeler ve yaptırımların, çalışan güvenliği açısından önemli değişiklikler sağlamasıyla beraber (Akgün, 2015), bu konudaki yasaların etkili olarak işlemediği değerlendirilmektedir. Özellikle meslek hastalıklarının tespitine ilişkin hukuki sürecin, teknik ve hukuki araçlardan yoksun, uzun ve yetersiz bir şekilde işlediği ve mesleki hastalıklar listesinin belirli hastalıklarla sınırlandırıldığı belirtilmektedir (Özveri, 2018).

## 5.6.Şiddet

Bir ülkede sağlık çalışanlarına yönelik yapılan şiddet olayları, çalışanların korkmasına, meslekten soğumalarına, tükenmişlik yaşamalarına ve çalışmak için daha güvenli çalışma koşulları olan ülkeleri tercih etmelerine neden olabilir. Türkiye’de ne yazık ki sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olayları son zamanlarda artış göstermiştir. Türkiye’de gündeme sıklıkla gelen sağlıkta şiddet olayları hekimlerin ve sağlık çalışanlarının en önemli göç etme nedenlerinden biri olarak değerlendirilmektedir (Harman Yıldız ve Özer, 2022).

Sağlık-Sen 2022 yılı Sağlıkta Şiddet Raporu’na göre Türkiye’de 249 şiddet olayı yaşanmıştır ve 2019 yılında 190 olan bu sayının önceki yıla göre arttığı görülmüştür. 249 şiddet vakasında 422 sağlık çalışanı şiddet kurbanı olmuştur. 249 şiddet olayının 216’sı hem sözlü hem fiili, 32’si sözlü, 1’i mobbing şeklinde gerçekleşmiştir. Yaşanan olayların çoğunluğu ise hastanelerde gerçekleşmiştir ve en çok şiddete maruz kalanların hekim ve hemşireler olduğu ortaya konmuştur.

Şanlıurfa’da yapılan bir çalışmada (Eriş, 2019) hekimlerin %74’ü hasta veya yakınlarından sözlü, %29’u ise hasta ve yakınlarından fiziki şiddet gördüklerini ifade etmişlerdir. Başka bir çalışmada, araştırmaya katılan hekimlerin %44’ü hasta ve hasta yakınları tarafından fiziksel, sözel veya cinsel taciz vb. herhangi bir tür şiddete maruz kaldığını belirtirken, işyerinde kendini güvende hisseden hekimlerin oranı %12,8 ile sınırlı bulunmuştur (Bayrak vd., 2021). Hamzaoğlu ve Türk (2019) yaptıkları çalışmada, %37,4’ü hekimlerden oluşan katılımcıların %36,7’sinin fiziksel şiddete maruz kaldığını, %88,8’inin ise çalışma hayatlarında en az bir kere sözlü tacize maruz kaldığını ortaya koymuştur. Intern hekimler üzerinde yapılan bir çalışmada (Turla vd., 2012) da katılımcıların %43,2’si öğrenciliği süresince çalıştığı kliniklerde yaptığı iş nedeniyle hasta ya da hasta yakınları tarafından şiddete uğradığını, %78,4’ünün de başka bir hekimin şiddete uğradığına tanık olduğunu ifade etmiştir. Tıp fakültesinde okuyan öğrenciler ve araştırma görevlilerin hekim şiddetine yönelik algılarının değerlendirildiği bir çalışmada (Demirbaş ve Karaoğlu, 2021) ise katılımcıların hastanede çalıştıkları birimlerde veya hasta yakını iken hekime yönelik şiddete şahit olma sıklığı %74,3 olarak bulunmuştur.



Başka bir çalışmada, çalışma hayatları boyunca her on doktordan dokuzu bir hastanın ya da hasta yakınının sözlü şiddetine maruz kalmış, her on doktordan yaklaşık üçü ise bir hastanın ya da hasta yakınının fiziksel şiddetine uğramıştır (İstanbul Ekonomi Araştırma, 2022). Yapılan çalışmalardan Türkiye'de hekime yönelik şiddetin ve şiddet algısının yüksek olduğu görülmektedir. Tıp fakültesinde okuyan öğrenciler ve yeni başlamış hekimlerin de bu algılarının yüksek olması önyargıya sahip olarak başka ülkelerde çalışma arayışlarına girmelerine ve göç etmelerine neden olabilir.

Türkiye'de son zamanlarda şiddet olaylarına karşı önemli adımlar atılmıştır. Bu kapsamda en önemli adımlardan biri Beyaz Kod uygulamasıdır. 2012 yılında hukuki yardım ve beyaz kod uygulaması ile ilgili genelge yayımlanmıştır. Bu genelgede sağlık çalışanlarının güvenliğine yönelik olarak alınması gereken tedbirler açıklanmıştır (Doğanay, 2014). Türkiye'de sağlık personellerine yönelik şiddeti engellemek amacıyla ilk kez 1987 yılında bir yasal düzenleme yapılmış ve "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu"nun 12. maddesine cezai yaptırımlar eklenmiştir. 2014 yılında, "Sağlıkta Şiddet Yasası" olarak da bilinen bu maddeye ekleme yapılarak, "sağlık personeli kasten yaralama" tutuklama sebebi olarak düzenlenmiştir. 2020 yılında ise düzenlemeye "Sağlık çalışanlarına karşı işlenen suçta %50 artırım" ifadesi eklenmiş ve sağlıkta şiddet davalarında iyi hal indiriminin uygulanmasının önüne geçilmiştir (İstanbul Ekonomi Araştırma, 2022). 2022 yılında ise, TBMM Genel Kurulu'nda "Sağlıkta Şiddet Yasası" tekrar görüşülerek, sağlık çalışanlarına yönelik kasten yaralama suçlarında tutuklu yargılamayı sağlayan, sağlıkta kamu hizmetini engelleme suçunu ise daha ağır cezaya çarptıran kanun maddesi kabul edilmiştir (OHSAD, 2022).

Sağlıkta şiddet bir kamu davası niteliğine dönüşmüş ve şiddete yönelik cezalar artırılmıştır. Ancak tüm bu uygulamalara rağmen şiddet vakalarının sonlanmadığı, hatta azalmadığı görülmektedir. Sağlık-Sen Sağlıkta Şiddet Raporu (2022)'na göre şiddet olaylarını gerçekleştiren 494 saldırgandan 202'si hakkında hiçbir işlem yapılmazken, 141 saldırgan gözaltına alınarak serbest bırakılmıştır. 96 saldırgan tutuklanmış, 53 saldırgan hakkında adli soruşturma başlatılmış, 2 saldırgana ise kamudan uzaklaştırma cezası verilmiştir. Şiddet olaylarında yaptırımların daha kararlı ve caydırıcı olacak şekilde uygulanmasına ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Sağlıkta şiddet toplumsal bir sorun olup pek çok kesimin koordineli çalışmalarıyla önlenabilir. Bu anlamda, şiddetle mücadelede toplumsal duyarlılığı artırıcı eylemlerle beraber adli mercilerin, sivil toplum kuruluşlarının, medya organlarının ve toplumun desteğine ihtiyaç vardır. Bu anlamda sağlık yöneticilerine de özellikle hastane içerisinde uygun ortamın oluşturulması açısından çeşitli görevler düşmektedir. Bunlar arasında; X-ray cihazlarının hastanelere yerleştirilmesi, güvenlik görevlilerine gerekli eğitimlerin verilmesi, hasta ve hasta yakınları için hastanede ayrı bekleme alanları oluşturulması, şiddet olaylarının yoğun olarak yaşandığı acil servisler gibi birimlerde ek güvenlik tedbirlerinin alınması, hasta yakınlarının hastaları hakkında bilgiye daha doğru ve kolay şekilde ulaşmasının yollarının sağlanması, sağlık çalışanlarına iletişim eğitimleri verilmesi, toplumsal duyarlılığı artırmaya yönelik projelerin yürütülmesi sayılabilir (Sağlık-Sen, 2022).

## **VI. SONUÇ VE ÖNERİLER**

Ülkelerin çoğu sağlık insan gücü yetersizliği ve dengesiz dağılımı sorunlarıyla karşı karşıyadır. Özellikle Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde bu sorun sağlık çalışanlarının göçü ile giderek büyümektedir. Tıbbın temel uygulayıcıları olan hekimlerin eğitiminin uzun ve maliyetli olması, verdikleri hizmetin ikame edilemez olması ve toplum sağlığına büyük etkilerinin olması gibi nedenlerle hekim göçü ayrıca önem verilmesi gereken bir konudur.

Türkiye'de kişi başına düşen hekim sayısı OECD ülkeleri ortalamasından zaten düşük olmakla birlikte, yapılan sınırlı sayıdaki çalışmada Türkiye'den başka ülkelere göç talebinin de giderek arttığı görülmektedir. Yapılan güncel çalışmalar (Erdoğan Kaya vd., 2023; Uzun vd., 2021) tıp fakültesi öğrencilerinin büyük çoğunluğunun beyin göçü fikrine sahip olduğunu göstermektedir. Bu durum çeşitli sağlıkla ilgili, ekonomik ve toplumsal sorunlara neden olabilir. Bu nedenle, hekimlerin göçüne neden olan itici faktörleri belirlemek, bunları ortadan kaldırmak ya da iyileştirmek ve hekimlerin

yüksek motivasyonla çalışmalarını sağlamak son derece önemlidir. Hekimlerin ve tıp fakültesi öğrencilerinin sorunlarına yönelik çözüm odaklı müdahaleler hızla hayata geçirilmelidir.

Hekimlerin göç etmesinde ülkelerin ekonomik koşulları, sosyo-kültürel gelişimi, yaşam şartları ve çalışma koşulları gibi pek çok faktör etkili olabilir. Ancak, bu çalışmada çalışma ortamı ele alınmıştır. Türkiye'deki hekimlerin çalışma ortamı değerlendirildiğinde, çalışmada ortaya konduğu gibi hekimleri göçe itebilecek çeşitli faktörler söz konusudur. Bunlar arasında hasta yoğunluğunun, iş yükü ve çalışma saatlerinin fazla olması, ücretlerin adaletsiz ve yetersiz olarak algılanması, eğitim, araştırma ve kariyer imkanlarının yetersiz olması, hekimlere yönelik şiddet olaylarının yaşanması, iş sağlığına yönelik gerekli ve yeterli tedbirlerin alınmaması ve bu konudaki yasaların uygulanmasındaki eksiklik ve aksaklıklar sayılabilir. Ayrıca, Türkiye sağlık sisteminde önemli değişimler sağlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda benimsenen politikaların hasta memnuniyeti odaklı olması ve hekimlerin değer görmediklerini düşündüren sağlık politikalarının hekim göçünü gündeme getirmiş olabileceği değerlendirilmektedir (Harman Yıldız ve Özer, 2022).

Türkiye'de hekim göçünü önlemeye yönelik alınan belirli önlemlerin sağlık sektörünün karşı karşıya olduğu sistem krizlerini çözemediği görülmektedir. Sağlık sisteminin ihtiyaçlarına uygun, sistematik ve çok boyutlu değişikliklere ihtiyaç vardır (Apostu vd., 2022). Göç eden sağlık çalışanlarının gittikleri ülkeler hakkında yeterli bilgi bulunmamakla beraber, göçün birçok faktörden etkilendiği ve bunların bir kısmının stratejik müdahalelere açık olduğu düşünülmektedir. Sağlık çalışanlarının göç etme kararlarını etkileyen faktörlerin daha iyi anlaşılması hem kaynak hem de hedef ülkelerdeki sağlık personelini işe almak ve elde tutmak için stratejiler geliştirmede politika yapıcılara yardımcı olacaktır (Stilwell vd., 2004).

Hekim göçü, yetkili mercilerin zamanında müdahalesini gerektiren ciddi bir durumdur. Kilit önlemler alınmazsa, ülkenin sağlık sistemini tehdit edebilecek ciddi sonuçlar ortaya çıkabilir (Sheikh vd., 2012). Yurtdışına hekim göçünü önlemek için Türkiye'de hekimlerin göç etme eğilimlerinin ve göç etme nedenlerinin saptanarak bunlara yönelik iyileştirici politikalar geliştirilmesi gerekmektedir (Uzun vd., 2021).

Sağlık sistemindeki sorunları çözmeye yönelik adım ve politikaların çoğu hekim göçünün de önüne geçecek eylemler olacaktır. Hekimlerin çalışma koşullarını iyileştirmeye yönelik olarak sunulabilecek bazı öneriler şunlar olabilir:

Öncelikle hekimlerin iş yükü ve yoğunluğu azaltılmalıdır. Bunun için çeşitli yollar önerilmektedir. Bunlar arasında; birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, etkili bir sevk zincirinin kurulması, hastaların takip ve kontrollerinde diğer sağlık meslek gruplarından daha fazla destek alınması, hastaların bilinçlendirilmesi ve kararlara katılımı ve yükümlülüğünün artırılması, sağlık okuryazarlığının artırılması, randevu disiplininin sağlanması, hasta başvuru süreçlerinin iyileştirilmesi, katkı payı ve fark ücreti gibi konulardaki sosyal güvenlik politikalarının gözden geçirilmesi sıralanabilir. Ancak burada önemli olan kişilerin hekime başvuru sayısını artırmak ve azaltmak gibi rakam odaklı politika tartışmaları yerine, gerçekten ihtiyaç duyulan en uygun sağlık hizmetinin en uygun şartlarda, en uygun kişi tarafından verilmesini sağlayacak düzenlemeler yapmaktır (Aydın, 2015). Bu düzenlemelere rağmen hekimler üzerinde hala hasta yoğunluğu söz konusu ise hekim sayısını artırıcı politikalar izlenmelidir. Böylece hekimlerin üzerindeki iş yükü azaltılarak daha kaliteli sağlık hizmeti sunulması yanında hekimlerin daha mutlu çalışması ve ülkede kalması sağlanabilir.

Hekimlerin çalışma saatleri ve vardiyalarının standartlara uygun şekilde düzenlenmesi diğer önemli bir adımdır. İş yükü ve yoğunluğunu azaltmaya yönelik önlemlerin bu sorunun çözülmesinde de etkili olması beklenir. Azalan hasta yoğunluğuyla hekimlerin daha az aralıklarla ve sürelerle çalışması ve nöbet tutması gerekecektir. Ayrıca, çalışma saatleri ve nöbetlerin düzenlenmesinde, dinlenme için gerekli sürenin verilmesine ve çalışanlar arasında denge ve adaletin sağlanmasına önem verilmelidir.

Hekim göçünü önlemeye yönelik diğer bir adım hekimlerin refah içinde yaşayabilecekleri adaletli bir ücret sisteminin sağlanmasıdır. Literatürde performans dayalı ödeme sistemiyle ilgili eleştiriler ve memnuniyetsizlikler olduğu görülmektedir. Bir çalışmada performans dayalı ödeme sisteminin

hekimler arasındaki sosyal, maddi ve mesleki ilişkileri de genel olarak olumsuz etkilediği bulunmuştur. Aynı çalışmada, hekim ücret politikasının performans yerine temel ücretin artırılması şeklindeki uygulamanın daha olumlu sonuçları olacağı değerlendirilmiştir (Sarısoy ve Özatalay, 2022). Benzer şekilde başka bir çalışma sonucunda da hekimlerin hasta ve işlem sayısından bağımsız standartlar çerçevesinde ücretlendirilmesini sağlayan bir sistem geliştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (İstanbul Ekonomi Araştırma, 2022).

Hekimlerin gelişen sağlık bilgisi ve teknolojisi doğrultusunda kendilerini sürekli olarak geliştirebilmesi son derece önemlidir. Bu nedenle tıp fakültelerindeki eğitim kalitesinin artırılması yanında, hekimlere yönelik hizmet içi uygulamalı eğitim programları da geliştirilmelidir.

Türkiye'de giderek arttığı görülen sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti önleyici düzenlemeler de hekimlerin göç etmesini önlemede önemli bir diğer adımdır. Sağlıkta şiddeti önleyici yasalar ve düzenlemeler geliştirilmeli ve yaptırımları olacak şekilde uygulanmalıdır. Şiddet dışında hekimlerin yaşadıkları haksızlıklar ve diğer sorunlarıyla ilgili olarak sağlık kurumlarında ilgili birimler kurulabilir. Ayrıca, hekimlerin çıkarlarını gözeten ve haklarını koruyan bir sağlık sisteminin kurulmasına yönelik politika geliştirme sürecinde, hekimlerin istek ve ihtiyaçlarını duyurabilecekleri yapıların kurulması önem taşımaktadır.

Türkiye'nin hekim göçüne ilişkin ayrıntılı veriye ve bu konuda yapılacak ileri çalışmalara ihtiyaç vardır. Özellikle, hekimlerin Türkiye'den göç etme nedenlerine ilişkin kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu çalışmada Türkiye'deki hekimlerin göç etme kararında etkili olabilecek çalışma koşulları değerlendirilmiştir. İleri çalışmalarda, göç etme kararındaki etken faktörler; ülkenin yaşam koşulları, ekonomik ve sosyo-kültürel durumu gibi boyutlar dahil edilerek daha geniş bir perspektiften ele alınarak değerlendirilebilir.

## KAYNAKLAR

- 1219 sayılı tababet ve şubabatı san'atlarının tarzı icrasına dair kanun <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=1219&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=3>
- Akçakanat, T., Çarıkçı, İ. H. (2016). Sağlık kurumlarında performans dayalı ödeme sistemi: üniversite hastanelerinde çalışan öğretim üyeleri üzerine bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21(3), 865-892.
- Akgün, S. (2015). Sağlık sektöründe iş kazaları. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2(2),67-75.
- Akpınar, A. T., Taş, Y. (2013). Performansa dayalı ek ödeme sistemine ilişkin hekimlerin tutumları üzerine Kocaeli üniversitesi araştırma ve uygulama hastanesinde bir araştırma. *Çalışma ve Toplum*, 2, 167-182.
- Anduaga-Beramendi, A., Beas, R., Maticorena-Quevedo, J., Mayta-Tristán, P. (2019). Association between burnout and intention to emigrate in peruvian health-care workers. *Safety and Health at Work*, 10, 80e86.
- Ankara Ticaret Odası (2005). *Türk Beyin Gurbetçileri Raporu*. ATO Yayını, Ankara.
- Apostu, S.A., Vasile, V., Marin, E., Bunduchi, E. (2022). Factors influencing physicians migration-a case study from Romania. *Mathematics*, 10, 505.
- Aslan, D., Şengelen, M., Erişgen, G. (2021). *Hekimler arasında tükenmişlik durumu ve ilişkili faktörler*. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.
- Avcı Aksoy, Ö. (2020). Gündelik hayatı yerinden etmek: Türkiye'den İngiltere'ye göç eden nitelikli işgücünün göç etme nedenleri. *Adam akademi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(1), 183-218.

- Aydın, S. (2015). Hekime başvuru sayısının artış hikâyesi. *Sağlık Düşüncesi Dergisi*, 35, 6-13.
- Badak, K. (2020). Türkiye'de sağlık sektörü için insan kaynakları: mevcut durum, zorluklar ve çözümler. *TURAN-SAM Uluslararası Bilimsel Hakemli Dergisi*, 12(46), 371.
- Bayrak, E., Ogan, H., Turan, M. (2021). Özel sağlık sektöründe hekimlerin çalışma koşulları, ekonomik ve sosyal durumları ile mesleki memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. *Toplum ve Hekim*, 36(2), 126-134.
- Becker, R., Teney, C. (2020). Understanding high-skilled intra-European migration patterns: the case of European physicians in Germany. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 46(9), 1737-1755.
- Benli, A. R., İnci, H., Cebecik, A., Sunay, D. (2018). Türkiye’de tıp fakülteleri temel tıp bilimlerinin ders saatleri ve akademisyen sayılarının karşılaştırılması. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 51, 13-20.
- Bezuidenhout, M. M., Joubert, G., Hiemstra, L. A. & Struwig, M. C. (2009). Reasons for doctor migration from South Africa, *South African Family Practice*, 51(3), 211-215.
- Boulet, J. R., Duvivier, R. J., & Pinsky, W. W. (2020). Prevalence of international medical graduates from Muslim-majority nations in the US physician workforce from 2009 to 2019. *JAMA Network Open*, 3(7), e209418-e209418.
- Buchan, J. (2008). *How can the migration of health service professionals be managed so as to reduce any negative effects on supply?* World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Ceyhan, R., Çelik, Y. (2004). Sağlık çalışanlarının vardiyalı çalışma uygulaması hakkındaki görüşleri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7(2), 163-199.
- Çakır, Ö., Sakaoğlu, H. H. (2014). Sağlık çalışanlarının performansa dayalı ek ödeme sisteminde ücret adaleti algısı: tepecik eğitim ve araştırma hastanesi örneği. *Çalışma İlişkileri Dergisi*, 5(1), 1-21.
- Çankaya, M. (2017). Hastane çalışanlarının performansa dayalı ek ödeme sistemine ilişkin görüşleri Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde bir araştırma. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(4), 272-282.
- Çeçen, C. E. (2016). *Trakya Üniversitesi sağlık çalışanlarının aile fonksiyonunun değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi Trakya Üniversitesi.
- Çelik, Ç. A. (2022). Hekimlerin ve sağlık görevlilerinin çalışma koşulları ve korunmaları. *Terazi Hukuk Dergisi*, 188, 126-135.
- Dağtekin, G., Dalkılıç, M. B., Çakıcı, F., Çakır, A., Ekin, A. E., Öztunç, D., Işıklı, B. (2020). Future anxiety, depression and stress among medical students. *Türk Tıp Öğrencileri Araştırma Dergisi*, 2(3), 135-142.
- Davda, L. S., Radford, D. R., Gallagher, J. E. (2021). Migration, retention and return migration of health professionals: Comment on “Doctor retention: a cross-sectional study of how Ireland has been losing the battle.” *Int J Health Policy Manag.*, 10(10), 667–669.
- Demirbaş, N., Karaoğlu, N. (2021). Hekim ve hekim adaylarının hekime yönelik şiddet algıları: bir ön çalışma. *Genel Tıp Derg.*, 31(2), 130-134.
- Dodani, S., LaPorte, R.E. (2005). Brain drain from developing countries: how can brain drain be converted into wisdom gain? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 98, 487–91.

- Doğanay, İ. (20). Alo 113-beyaz kod: acil sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin yaşadığı şiddet olgusu ve çözüm önerileri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 1(2), 136-140.
- Dormon, F., Balen, J., Schmidtke, K. A., Vlaev, I. (2017). Healthworkers' motivation in low and middle income countries: A systematic review of the Literature. *Medical Research Archives*, 5(8), 1-32.
- Dubas-Jakóbczyk, K., Domagala, A., Kiedik, D., Peña-Sánchez, J. N. (2020). Exploring satisfaction and migration intentions of physicians in three university hospitals in Poland. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 43.
- Dünya Sağlık Örgütü (2006). *Working together for health*. The World Health Report, France.
- Ekingen, E., Yıldız, A., Korku, C., Korkmazer, F. (2017). Hastanelerde uygulanan performansa dayalı ek ödeme sisteminin çalışanların motivasyonu ve performansına etkisi üzerine bir araştırma. *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(12), 71-83.
- Ercan, S. (2016). Tıp fakültelerinin yüz yüze kaldığı genel sorunlar ve tıp fakültelerinde eğitim kalitesinin iyileştirilmesi. *Tıp Eğitimi*, 45, 45-50.
- Erdoğan Kaya, A., Erdoğan Aktürk, B., Aslan, E. (2023). Factors predicting the motivation to study abroad in Turkish medical students: a causal investigation into the problem of brain drain. *J Health Sci Med*, 6(2), 526-531.
- Eriş, H. (2019). Hekimlerin Şanlıurfa'daki çalışma ve yaşam koşulları hakkındaki görüşleri. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 16(2), 399-409.
- Erol, A., Sarıçiçek, A., Gülseren, Ş. (2007). Asistan hekimlerde tükenmişlik: İş doyumu ve depresyonla ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 241-247.
- Filiz, M. (2022). Türkiye'de tıp fakültelerinin akademik ve eğitsel yapılarına yönelik bir değerlendirme. *Batman Üniversitesi Yaşam Bilimleri Dergisi*, 12(2), 190-199.
- Gökbayrak, Ş. (2006). *Gelişmekte olan ülkelere gelişmiş ülkelere nitelikli işgücü göçü ve politikalar-Türk mühendislerinin "beyin göçü" üzerine bir inceleme*. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Ankara.
- Györfy, Z., Dweik, D., Girasek, E. (2018). Willingness to migrate—a potential effect of burnout? A survey of Hungarian physicians. *Human Resources for Health*, 16, 36.
- Hagopian, A., Thompson, M. J., Fordyce, M., Johnson, K. E., Hart, L. G. (2004). The migration of physicians from sub-Saharan Africa to the United States of America: measures of the African brain drain, *Human Resources for Health*, 2, 17.
- Hamzaoğlu, N. ve Türk, B. (2019). Prevalence of physical and verbal violence against health care workers in Turkey. *International Journal of Health Services*, 49(4), 844-861.
- Harman Yıldız, G., Özer, K. (2022). Neoliberal sağlık politikaları ve hekim göçü. *SCAR*, 1(1), 1-13.
- Hıfzısıhha Okulu ve John Hopkins Üniversitesi (1966). *Türkiye'de sağlık alanında insan gücü araştırması, bulgular-ön rapor*. Hıfzısıhha Okulu, Ankara.
- İstanbul Ekonomi Araştırma (2022). *Türkiye'de doktorların yaşam kalitesi*. <https://turkiyeraporu.com/wp-content/uploads/2022/05/Doktorlar-Raporu-Mayis-2022.pdf>

- İşçi Sağlığı ve İş Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği (2012). Resmi Gazete (Sayı: 28509). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/12/20121226-11.htm>
- Jenkins, R., Kydd, R., Mullen, P., Thomson, K., Sculley, J., et al. (2010). International migration of doctors, and its impact on availability of psychiatrists in low and middle income countries. *PLoS ONE*, 5(2), e9049.
- Kalkınma Bakanlığı (2013). *Onunucu kalkınma planı 2014-2018*. Kalkınma Bakanlığı, Ankara.
- Kayım Yıldız, Ö. (2022). Hekim göçünün gerçek maliyeti. *Herkese Bilim Teknoloji*, 326(23), 1.
- Kirigia, J. M., Gbary, A. R., Muthuri, L. K., et al. (2006). The cost of health professionals' brain drain in Kenya. *BMC Health services research*, 6, 89.
- Korku, C. (2022). Sağlık çalışanlarının uluslararası göçü. *Sağlık yönetimi güncel konular üzerine akademik değerlendirmeler* (Ed. İnci Erdoğan Tarakçı, Burhanettin Uysal) içinde. İstanbul: Efe Akademik Yayınları.
- Kumaş, H., Yücel Beyaztaş, F. (2007). Türkiye'deki hekimlerin çalışma koşullarının irdelenmesi. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 29(3), 123-127.
- Medimagazin (2021). Her beş dişhekiminden dördü, işi için gelecek kaygısı duyuyor. <https://medimagazin.com.tr/dis-hekimi/her-bes-dishekiminden-dordu-isi-icin-gelecek-kaygisi-duyuyor-95806> adresinden erişildi.
- Milliyetçi Hekimler Derneği ve 14 Mart Tıbbiyeliler Derneği (2022). Hekim yurtdışı göçü araştırması. <https://www.milliyetcihekimlerderneği.org/wp-content/uploads/2022/03/Hekim-Gocu-Arastirmasi.pdf> adresinden erişildi.
- Mills, E. J., Kanters, S., Hagopian, A., Bansback, N., Nachega, J., Alberton, M. et al. (2011). The financial cost of doctors emigrating from sub-Saharan Africa: human capital analysis. *BMJ*, 343, d7031.
- Misau, Y. A., Al-Sadat, N., Gerei, A. B. (2010). Brain-drain and health care delivery in developing countries. *Journal of Public Health in Africa*, 1, e6.
- Mollahaliloğlu, S., Çulha, Ü. A., Kosdak, M., Öncül, H. G. (2014). The migration preferences of newly graduated physicians in Turkey. *Medical Journal of Islamic World Academy of Sciences*, 22(2), 69-75.
- OECD (2019). *Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/5571ef48-en>.
- OECD (2020). *Contribution of migrant doctors and nurses to tackling COVID-19 crisis in OECD countries*. <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/contribution-of-migrant-doctors-and-nurses-to-tackling-covid-19-crisis-in-oecd-countries-2f7bace2/> adresinden erişildi.
- OECD (2021). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, OECD Publishing, 2021, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.
- OECD (2023a). Doktor sayısına ilişkin veri. <https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm> adresinden erişildi.
- OECD (2023b). Hekim gelirlerine ilişkin veri. <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30025> adresinden erişildi.

- OHSAD (2022). Sağlıkta Şiddet ve Malpraktis Yasası Mecliste Kabul Edildi. <https://ohsad.org/saglikta-siddet-ve-malpraktis-yasasi-mecliste-kabul-edildi-16-mayis-2022/#:~:text=12%20May%C4%B1s%202022%20tarihinde%20yap%C4%B1lan,%C3%A7arpt%C4%B1ran%20kanun%20maddesi%20kabul%20edildi.>
- Okeke, E. N. (2014). Do higher salaries lower physician migration? *Health Policy and Planning*, 29, 603-614.
- Özkal, E. S., Özkara, B. (2022). Hekim ve hemşirelerin performansa dayalı ek ödeme sistemine ilişkin görüşleri: nitel bir araştırma. *SHYD*, 9(3), 504-514.
- Özkan, G. (2022). Tersine beyin göçünde son durum ne? Dünyanın en iyi üniversitelerini bırakıp Türkiye'ye dönen akademisyenler anlattı. Independent Türkçe. <https://www.indyturk.com/node/473956/haber/tersine-beyin-g%C3%B6%C3%A7%C3%BCnde-son-durum-ne-d%C3%BCnyan%C4%B1n-en-iyi-%C3%BCniversitelerini-b%C4%B1rak%C4%B1p-adresinden-eri%C5%9Fildi.>
- Özkan, Ö. ve Hamzaoğlu, O. (2008). Uluslararası sağlık emek göçü: ne, nasıl, neden? Türkiye işçi sınıfı ve emek hareketi küreselleşiyor mu? *Türkiye Sınıf Araştırmaları Merkezi (TÜSAM) 3. Sınıf Çalışmaları Sempozyumu*.
- Öztunç, İ., Cural, M. (2017). Performansa dayalı ek ödeme sisteminin kamu sağlık hizmetleri memnuniyeti üzerine etkileri. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, ICMEB17 Özel Sayısı.
- Öztürk, H., Babacan, E., Özdaş Anahar, E. (2012). Hastanede çalışan sağlık personelinin iş güvenliği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(4), 252-268.
- Öztürk, R. (2006). Ülkemizde tıp eğitimine genel bir bakış. *Sağlık Düşüncesi Dergisi*, 1.
- Özveri, M. (2018). Türkiye'de meslek hastalıkları alanında yaşanan hukuki açmazlar. *Çalışma ve Toplum*, 2(57), 749-786.
- Rolle Sands, S., Ingraham, K., Salami, B. O. (2020). Caribbean nurse migration—a scoping review. *Human Resources for Health*, 18, 19.
- Sağlık Bakanlığı (2023). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021*. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/45316,siy2021-turkcepdf.pdf?0> adresinden erişildi.
- Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası (2018). 1 doktor başına düşen hasta sayısı 5635. *Türk Sağlık-Sen Gazetesi*, 15.
- Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası (2022). *Sağlık-sen 2022 yılı sağlıkta şiddet raporu*. <https://www.sagliksen.org.tr/haber/12308/saglik-sen-2022-yili-saglikta-siddet-raporu> adresinden erişildi.
- Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası (2023). *Personel istihdamı artırılmalıdır*. [https://www.sagliksen.org.tr/site/arsiv\\_haber/1670](https://www.sagliksen.org.tr/site/arsiv_haber/1670) adresinden erişildi.
- Saluja, S., Rudolfson, N., Massenburg, B. B., et al. (2020). The impact of physician migration on mortality in low and middle-income countries: an economic modelling study. *BMJ Global Health*, 5, e001535.
- Sarcan, E. (2022). Yüksek vasıflı işgücünün göçü: beyin göçü. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(2), 69-75.

- Sarısoy, İ., Özatalay, B. (2022). Kamu hastanelerinde performansa dayalı ücret sistemi uygulamasının hekimler arasındaki sosyal, maddi ve mesleki ilişkilere etkisi. *Siyaset, Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*, 10(2), 109-136.
- Sezer, M. S., Yıldız, M. (2009). Türkiye’de bir kamu politikası sorunu olarak yabancı doktor istihdamı: Avustralya, Birleşik Krallık ve Kanada örnekleri. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 11(3), 43-78.
- Sheikh, A., Naqvi, S. H. A., Sheikh, K., Naqvi, S. H. S., Bandukda, M. Y. (2012). Physician migration at its roots: a study on the factors contributing towards a career choice abroad among students at a medical school in Pakistan. *Globalization and Health*, 8, 43.
- Solmaz, M., Solmaz, T. (2017). Hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 147-156.
- Stilwell, B., Diallo, K., Zurn, P., Vujicic, M., Adams, O., Poz, M. D. (2004). Migration of health-care workers from developing countries: strategic approaches to its management. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 595-600.
- Strateji ve Bütçe Başkanlığı (2019). *On birinci kalkınma planı 2019-2023*. Strateji ve Bütçe Başkanlığı Yayınları, Ankara.
- Suciu, Ş. M., Popescu, C. A., Ciumageanu, M. D., Buzoianu, A. D. (2017). Physician migration at its roots: a study on the emigration preferences and plans among medical students in Romania. *Human Resources for Health*, 15, 6.
- T. C. Sağlık Bakanlığı (2003). *Sağlıkta Dönüşüm*. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- T. C. Sağlık Bakanlığı (2016). Sağlık çalışanlarının uluslararası göçü/istihdamı. *E-bülten*, 2, 1-15.
- Teney, C. (2021). Immigration of highly skilled European professionals to Germany: intra-EU brain gain or brain circulation?. *Innovation. The European Journal of Social Science Research*, 34(1), 69-92.
- Tengiz, F. İ., Babaoğlu, A. B. (2020). Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin kariyer tercihleri ve bu tercihleri etkileyen faktörler. *SDÜ Tıp Fak Derg*, 27(1), 67-78.
- Tıpta ve Dış Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/04/20140426-11.htm> adresinden erişildi.
- Turkuaz Kart Yönetmeliği (2017). Resmi Gazete (Sayı:30007). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/03/20170314-1.htm>
- Turla, A., Aydın, B., Ünlü, B. (2012). İntern hekimlerin hekime yönelik şiddet konusunda yaşanmışlıkları ve düşünceleri. *Adli Tıp Bülteni*, 17(1), 5-11.
- Turunç, Ö., Ögen, A. R. (2022). Aşırı iş yükü tükenmişlik ilişkisinde, iş tatmini ve örgütsel vatandaşlık rolü: sağlık çalışanlarında bir uygulama. *Türk Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 7(2), 118-128.
- Türk Tabipleri Birliği (2011). *Hekimlerin çalışma süresi, nöbet, fazla çalışma ücreti, dinlenme ve izin hakları*. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.
- Türk Tabipleri Birliği (2017). *Hekimlere sicil belgesi (goodstanding) verilmesi*. 10.01.2023 tarihinde [https://www.ttb.org.tr/yazisma\\_goster.php?Guid=f2e81634-8840-11e7-8318-948af52f0cac](https://www.ttb.org.tr/yazisma_goster.php?Guid=f2e81634-8840-11e7-8318-948af52f0cac) adresinden erişildi.



- Türk Tabipleri Birliği (2022a). *Özel hekimlik alanındaki meslektaşlarımızın çalışma biçimi ve emeklerinin karşılığını alamamaktan kaynaklı sorunları giderek artıyor!* [https://www.ttb.org.tr/haber\\_goster.php?Guid=f8eb532a-c48b-11ec-8bef-40694c436a49](https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=f8eb532a-c48b-11ec-8bef-40694c436a49) adresinden erişildi.
- Türk Tabipleri Birliği (2022b). Hekimlerin Sicil Belgesi Başvuru Sayısı. Türk Tabipleri Birliği Bilgi Edinme Formu aracılığıyla elde edilmiştir.
- Uçar, (2016). Türkiye'de hekimlerin çalışma koşulları. *İmece gazetesi*.
- Uğur, N. (2022). Eğitim maliyetlerinde büyük risk: beyin göçü (asistan hekimler örneği). *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 31(2), 115-125.
- Uzun, S. U., Kılıç, B. B., Yıldız, E. (2021). *Pamukkale üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinin beyin göçüne yönelik tutumları ve ilişkili etmenler*. 5. Uluslararası 23. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 13-18 Aralık, 2021.
- Yabancı Sağlık Meslek Mensuplarının Türkiye'de Özel Sağlık Kuruluşlarında Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönetmelik <https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=15909&mevzuatTur=KurumVeKurulYonetmeligi&mevzuatTertip=5>
- Yıldırım, T. (2009). Sağlık çalışanları ve uluslararası göç: göç nedenleri üzerine bir inceleme. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 62(3), 87-94.
- Yıldırım, T. (2010). Uluslararası düzeyde sağlık çalışanlarının göçünü yönetme politikaları: genel bir bakış ve Türkiye için bir durum değerlendirmesi. *Amme İdaresi Dergisi*, 43(4), 31-65.
- Yıldız, M. S. (2020). Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşayan Türk hekimlerin Türkiye'de çalışma isteklilikleri. *ACU Sağlık Bil Derg.*, 11(1), 44-54.
- Yılmaz, T. (2004). *Performansa dayalı ücret sistemi: türkiye'de uygulanan performansa dayalı ücret planlarının kısmi bir analizi*. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora tezi.
- Yiğit, V. (2017). Performansa dayalı ek ödeme sisteminde hekimlerin teknik verimliliği: bir üniversite hastanesinde uygulama. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(62), 854-866.
- Yüzden, G. E. (2013). *Performansa dayalı ek ödeme sistemi ve hekim görüşlerinin değerlendirilmesi*. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans tezi.
- Zuk, P., Zuk, P., Lisiewicz-Jakubaszko, J. (2019). Labour migration of doctors and nurses and the impact on the quality of health care in Eastern European countries: The case of Poland. *The Economic and Labour Relations Review*, 30(2), 307-320.

