

# Neoliberal Sağlık Krizinin Gölgesinde Küresel Hekim Göçü Zinciri

Çağla Ünlütürk, Pamukkale Üniversitesi

ORCID: 0000-0002-4589-5659

E-Posta: [caglau@gmail.com](mailto:caglau@gmail.com)

## Öz

Bu makale, neoliberal sağlık politikalarının küresel hekim göçü üzerindeki etkilerini ekonomi-politik bir perspektifle incelemektedir. Çalışmayı diğer hekim göçü çalışmalarından ayıran temel iddia, hekim göçüne dair bireysel ve sosyal saiklerin kökenlerinin neoliberal sağlık politikalarında yattığıdır. Pek çok ülkenin neoliberal sağlık sistemlerini ayakta tutabilmek için göçmen hekim emeğine başvurduğu ve hekim göçü alan ülkelerin pek çok durumda aynı zamanda göç veren ülkeler olduğu 'küresel hekim göçü zinciri' kavramı geliştirilerek ortaya konmaya çalışılmıştır. Çalışma, ele aldığı örnekler aracılığıyla hekim göçünün yalnızca bireysel tercihlere dayanmadığını; sağlık sistemlerinin piyasalaşması, kamu yatırımlarının azalması, performans temelli ücretlendirme, esnek istihdam biçimleri ve hekim emeğinin proleterleşmesi gibi çok sayıda yansıması olan neoliberal sağlık reformlarının hekim göçüyle sıkı bir ilişkisi olduğunu göstermektedir. Türkiye, Almanya ve Norveç örnekleri üzerinden yapılan karşılaştırmalı analiz, neoliberal reformların hekimlerin mesleki özerkliklerini zayıflattığını, düşük ücretli ve güvencesiz çalışma biçimlerini yaygınlaştırdığını göstermektedir. Bu süreçte göçmen hekimler, küresel ücret arbitrajı ve bakım ekstraktivizmi mekanizmaları yoluyla görece yüksek geliri ülkelerin sağlık sistemlerinde istihdam edilmekte; böylece bir 'küresel hekim göçü zinciri' oluşmaktadır. Kaynak ülkeler, nitelikli emek gücü kaybı nedeniyle sağlık sistemlerinde kronik krizlerle karşı karşıya kalırken, hedef ülkeler eğitim maliyetine katlanmadan bu açığı göçmen hekim emeğiyle kapatmaktadır.

Türkiye, Almanya ve Norveç örnekleri üzerinden yapılan karşılaştırmalı analiz, neoliberal reformların hekimlerin mesleki özerkliklerini zayıflattığını, iş yükünü artırdığını, güvencesiz ve düşük ücretli istihdam biçimlerini yaygınlaştırdığını göstermektedir. Türkiye örneğinde, Sağlıkta Dönüşüm Programı, şehir hastaneleri ve kamusal sağlık hizmetlerinin piyasalaşmasıyla birlikte hekim emeği giderek daha fazla metalaşmış ve profesyonel özerklik zedelenmiştir. Söz konusu koşullar hekim göçünü tetiklemiş ve Almanya bu göçün en çok yöneldiği ülke olmuştur. Almanya'da ise benzer şekilde kamu hastanelerinin özelleştirilmesi ve artan iş yükü, göçmen hekim istihdamını kalıcı bir stratejiye dönüştürmüştür. Alman hekimler de Norveç gibi ücretlerin ve çalışma koşullarının görece daha iyi olduğu ülkelere göç etmeye başlamışlardır. Göçmen hekim istihdamı, Norveç'teki kronik hekim açığıyla mücadelenin başat yolu haline gelmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Hekim Göçü, Neoliberal Sağlık Politikaları, Sağlık Reformları, Bakım Ekstraktivizmi, Ücret Arbitrajı.

# The Global Chain of Physician Migration in the Shadow of Neoliberal Health Crisis

## Abstract

This article examines the effects of neoliberal health policies on global physician migration from a political economy perspective. The main claim that distinguishes this study from other studies on physician migration is that the origins of individual and social motives related to physician migration lie in neoliberal health policies. Developing the concept of the 'global physician migration chain', the article seeks to demonstrate that many countries resort to migrant physician labour in order to sustain neoliberal health systems, and that countries receiving physician migrants are, in many cases, simultaneously countries those send migrants. Through the examples it examines, the study shows that physician migration does not rely solely on individual preferences; rather, it has a close relationship with neoliberal health reforms, which have multiple repercussions such as the marketisation of health systems, the reduction of public investments, performance-based remuneration, flexible forms of employment, and the proletarianisation of physician labour. The comparative analysis conducted through the cases of Turkey, Germany, and Norway shows that neoliberal reforms weaken physicians' professional autonomy and expand low-paid and precarious forms of employment. In this process, migrant physicians are employed in the health systems of relatively high-income countries through mechanisms of global wage arbitrage and care extractivism; thus, a 'global physician migration chain' is formed. While source countries face chronic crises in their health systems due to the loss of skilled labour, destination countries fill this gap with migrant physician labour without bearing the costs of medical education.

The comparative analysis conducted through the cases of Turkey, Germany, and Norway shows that neoliberal reforms weaken physicians' professional autonomy, increase workload, and expand precarious and low-paid forms of employment. In the case of Turkey, with the Health Transformation Program, city hospitals, and the marketisation of public health services, physician labour has become increasingly commodified and professional autonomy has been damaged. These conditions have triggered physician migration, and Germany has become the country to which this migration is most strongly directed. Similarly, in Germany, the privatization of public hospitals and the increasing workload have transformed the employment of migrant physicians into an enduring strategy. German physicians, in turn, have begun to migrate to countries such as Norway, where wages and working conditions are relatively better. Migrant physician employment has become the principal way of combating chronic physician shortages in Norway.

**Keywords:** Migration of Doctors, Neoliberal Health Policies, Health Reforms, Care Extractivism, Wage Arbitrage.

## Giriş

Türkiye'den başta Almanya olmak üzere çeşitli ülkelere yönelen hekim göçünün hızlı artışı, son yıllarda bu konunun Türkiye'de önemli bir akademik ilgi alanına dönüşmesine yol açmıştır. Gerçekleştirilen çalışmaların pek çoğu itme çekme kuramı<sup>1</sup> (*pull-push theory*) çerçevesinde hekimlerin bireysel göç nedenlerinin anlaşılmasını sağlayarak literatüre önemli katkılar sunmuştur (Çınar, 2022; Genç, 2022; Aydan, 2023; Çiçek, 2023; Eser vd., 2023). Sağlık çalışanlarının göçüne ilişkin uluslararası literatürde de göç eden sağlık çalışanlarına odaklanan ve onların göç etme kararlarının altında yatan sosyal, siyasi ama büyük ölçüde ekonomik gerekçeleri analiz eden, rasyonel seçim perspektifinin (*rational choice perspective*) egemen olduğu geniş bir literatür mevcuttur. Sağlık çalışanlarının göçü, genellikle daha iyi yaşam ve çalışma koşulları, yüksek ücretler ve kariyer olanaklarına erişim gibi bireysel beklentiler ile açıklanmakta; bu süreç makro, mezo ve mikro düzeydeki itici ve çekici faktörler çerçevesinde analiz edilmektedir (Harman Yıldız ve Özer, 2022: 5). Literatürde, düşük ücretler, ekonomik ve siyasal istikrarsızlık, güvenlik kaygıları, sağlık hizmetlerinin yetersiz finansmanı, altyapı eksiklikleri, yetersiz donanım, ağır iş yükü, sınırlı mesleki gelişim olanakları sağlık profesyonellerini kaynak ülkelere zorlayan başlıca itici faktörler arasında sayılmaktadır (Bourgeault, 2016; Leitão vd., 2024).

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD) ülkelerinin neredeyse tamamında, son on yıl içinde yurt dışında eğitim almış hekimlerin sayısı, ülke içinde eğitim almış hekimlerin sayısına kıyasla daha hızlı bir artış göstermiştir. Bu eğilim, tıbbi hizmetlere yönelik artan talebin karşılanmasında uluslararası hekim istihdamının giderek daha önemli bir rol oynadığını göstermektedir (OECD, 2025: 172). Botezat ve Ramos (2020) tarafından 2000-2016 yılları arasına ait OECD tarafından sağlanan sağlık çalışanı göçü modülünü kullanarak gerçekleştirilen çalışmada hekimlerin göç kararlarında hem bireysel hem de yapısal düzeyde etkili olan çok katmanlı faktörlerin belirleyici olduğu ileri sürülmüştür. Bu bağlamda, hedef ülkelerdeki düşük işsizlik oranları, yüksek hekim ücretleri, yaşlanan nüfus yapısı ve gelişmiş tıbbi altyapı gibi etmenlerin, hekimlerin göçünü teşvik eden temel itici güçler olduğu görülmektedir. Özellikle hedef ülkede işsizlik oranındaki %10'luk bir azalışın, hekim göçünde %11,19'luk bir artışla ilişkili olduğu saptanırken; maaş seviyelerindeki %10'luk bir artışın ise göç akışlarını yaklaşık %20 oranında artırdığı belirlenmiştir. Bunun yanı sıra, yaş bağımlılık oranının pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bulunması, yaşlanan nüfusun sağlık hizmetlerine olan talebi artırarak hekim göçünü yoğunlaştırdığını göstermektedir. Gelişmiş tıbbi altyapı ve teknolojiye sahip ülkeler, örneğin

kiři başına dūřen bilgisayarlı tomografi sayısının yŭksek olduğu sistemler, yabancı hekimler açısından çekici bir unsur teşkil etmektedir. Benzer Őekilde, hedef ŭlkedeki eğitim sisteminin kalitesi ile yabancı hekim akışı arasında pozitif bir ilişki olduğu gŖrŭlmektedir. Coėrafi mesafe gŖ ūzerinde negatif etkili olurken; tarihsel sŖmŭrge bağları, ortak dil kullanımı ve hem kaynak hem hedef ŭlkenin Schengen BŖlgesi ūyesi olması gibi etkenlerin pozitif etkileri tespit edilmiştir.

Bu alışma, hekim gŖnŭnŭn bireysel tercihlerden çok kaynak ve hedef ŭlkelerin sağlık sistemlerindeki yapısal sorunlarla ve eşitsiz gŭ ilişkileriyle bağlantılı olduğunu ve gŖmen hekim arzının yanında gŖmen hekim talebine de mercek tutmak gerektiğini Ŗne sŭrmektedir. Bireysel tercihler arasında ele alınan sağlıkta çalışma koşullarına ilişkin itici ve çekici faktŖrlerin de bŭyŭk oranda neoliberal sağlık politikalarıyla Őekillendiėini ortaya koymaktadır.

Artan sağlık maliyetleri ve yaşlanan nŭfus gibi kŭresel faktŖrler gerekçe gŖsterilerek çoğu ŭlkede neoliberal sağlık reformları gerçekleştirilmiştir. Tŭrkiye, son kırk yılda dŭnya genelinde gŖzlemlenen sağlık sistemlerinde yeniden yapılanma eğiliminin bir istisnası değildir. Ancak, sağlık reformları ulusal bağlantılarda farklı Őekiller almıştır (Yılmaz, 2017: 85). Neoliberalizm, bir dizi fonksiyonun Ŗzelleřtirilmesi veya dış kaynaklara devredilmesine rağmen, devletin kŭŭlmesi veya zayıflaması anlamına gelmez. Aksine, devlet neoliberal gŭndemlerin ilerletilmesi için merkezi bir araç haline gelir (Tŭrken vd., 2024: 563). Dŭnyada egemen olan Yeni Kamu işletmeciliği yaklaşımı aracılığıyla tŭm devlet kurumları işletmeleştirilmiş, ilk yansımalarını ise eğitim ve sağlık alanlarında bulmuştur. Sağlık reformunun neoliberal gŭndemi şunları içerir: verimlilik için maliyet kesintisi, âdem-i merkezietilik ve sağlık hizmetlerini vergi gelirleriyle finanse edilen bir kamu hizmeti yerine satılık Ŗzel bir mal olarak konumlandırmak. Bu felsefeyi yansıtan ve uygulamalara yansıyan dil ve metaforların başlıcaları şunlardır: harcama kesintileri, tasfiye, açıkların azaltılması, rekabet gŭcŭ, kŭŭlme, refah devletinin gerilemesi, verimsizlikler, kurumların kapatılması, hizmetlerin kesilmesi, sigortalar, cepten Ŗdemeler, kâr amacı gŭden sağlık hizmeti, artış gŖsteren maliyetler, serbest piyasalar, sağlık hizmetlerinin erozyonu, talihsiz zorunluluklar ve haklı fedakarlıklar (McGregor, 2001: 83). Bu reformların sonucunda temel hizmetlerin deregŭlasyonu, rekabetçi piyasaların oluşturulması ve sağlık hizmetlerinin parçalanmasına sağlık çalışanlarının proleterleşmesi eşlik etmiştir (Benoit vd., 2010).

Bir yandan piyasa ilkeleriyle örgütlenen sağlık hizmetlerine yönelik talep sürekli kıskırtılırken bir yandan da demografik dönüşümler ve çoklu kronik hastalıklardaki artışlar sonucunda sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyaç artmıştır. Bu durum derinleşen bir sağlık emek gücü açığı oluşturmuştur. Hekim göçü, küresel sağlık emeği krizi olarak bilinen daha büyük bir sorunun bir parçasıdır (Kollar ve Buyx, 2023: 1). Kalıcılaşan hekim emeği açığı her ülkede giderek artan oranda görece düşük ücretlere ve zorlu çalışma koşullarına razı olacak göçmen hekimler tarafından karşılanmaktadır. Bu çalışmanın temel iddiası, sözü edilen durumun bir 'hekim göçü zinciri' yarattığı, yoğun hekim göçü veren ülkeleri aynı zamanda göçmen hekimlerin hedef ülkesi haline getirdiğidir.<sup>2</sup> Örneğin Hindistan'dan Birleşik Krallık'a (BK) ve BK'dan da Avustralya'ya yönelen bir hekim göçü zincirinden söz etmek mümkündür. Hindistan, uzun yıllardır başta İngiliz Milletler Topluluğu (*Commonwealth*) ülkeleri olmak üzere gelişmiş ekonomilerin sağlık sistemleri için birincil insan kaynağı olmuştur. OECD'ye (2025) göre, Hindistan, OECD üyelerinin en büyük yabancı kökenli hekim kaynağıdır. BK'deki Ulusal Sağlık Sistemi (*National Health System- NHS*) de bu akışa büyük ölçüde bağımlıdır. Uluslararası yeterliliklere sahip hekimler, Birleşik Krallık sağlık işgücünün temel bileşenlerinden birini oluşturmaktadır. Nitekim Birleşik Krallık'ta ruhsatlı olarak çalışan hekimlerin üçte birinden fazlası, uluslararası eğitim almış hekimlerden oluşmaktadır. Öte yandan her yıl Birleşik Krallık tıp işgücünün ortalama %5'inin sistemden ayrıldığı; ayrılan hekimlerin yaklaşık %2'sinin yurt dışına göç ettiği görülmektedir. Birleşik Krallık'ta eğitim almış hekimlerin göç ettiği başlıca destinasyonlar ise Avustralya ve Yeni Zelanda'dır (Brennan vd., 2023: 2). Avustralya'da sağlık işgücü kompozisyonunda son yıllarda belirgin bir dönüşüm gerçekleşmiş, 2024 yılında yurt dışından 4.699 hekim Avustralya'da meslek icra etmek üzere kayıt yaptırmıştır. Bu rakam, 2018–2019 döneminde kaydedilen 2.991 hekimle karşılaştırıldığında yaklaşık iki katlık bir artışa karşılık gelmektedir. Öte yandan, meslek icrası için kayıt yaptıran uluslararası eğitim almış hekimler arasında Birleşik Krallık, İrlanda, Hindistan ve Filipinler kökenli olanlar öne çıkmakta; bu ülkelerden gelen hekimler söz konusu grubun yaklaşık %60'ını oluşturmaktadır. Hekimlerin Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Sistemi'nden (NHS) ayrılımlarının temel nedeninin, mesleğin uzun süredir değersizleştirilmesi ve yetersiz biçimde finanse edilmesi olduğu, bu durumun, mesleki tatminin ortadan kalkmasına ve yüksek düzeyde tükenmişliğe yol açtığı belirtilmektedir (Wisbey, 2024). Sözü edilen göç örüntüsü, bu çalışmada ortaya konmaya çalışılan hekim göçü zincirinin önemli bir örneğini oluşturmaktadır. BK, hekim açığını Hindistan'dan göç eden hekimlerle kapatırken, BK'daki hekimlerin bir bölümü neoliberal sağlık reformlarına öncülük eden NHS sisteminden

kaçarak Avustralya'ya göç etmektedirler. NHS'deki çalışma koşullarının reformlarla kötüleşmesi hekimleri göçe yönlendirirken, geride bıraktıkları açığın BK'ya göç eden hekimlerle kapatılabilmesi sistemin sürdürülebilirliğini sağlamaktadır. Bu çalışmada Hindistan- BK- Avustralya örneğine benzer bir başka örnek ayrıntılı biçimde incelenecektir. Tüm dünyadaki hekim göçü ağını analiz etmek bu çalışmanın sınırlarını aşacağı için bu örnekte çalışmanın gerçekleştiği Türkiye'ye, Türkiye'den yüksek düzeyde göçün yöneldiği Almanya'ya ve Almanya kaynaklı göçün başlıca hedef ülkelerinden biri olan Norveç'e yönelen hekim göçleri analiz edilmeye çalışılacaktır. Almanya'nın seçilmiş olma gerekçesi Türkiye'den yönelen hekim göçünün ana hedef ülkesi olmasından kaynaklandığı gibi aynı zamanda yüksek düzeyde hekim göçü alan ve veren bir ülke olmasından kaynaklanmaktadır. Norveç ise yurt dışına çok az sayıda hekim gönderirken, yurt dışında eğitim almış çok sayıda göçmen hekimin emeğinden faydalanmaktadır. Norveç (%40'lar düzeyindeki yabancı hekim oranıyla) İrlanda ve İsviçre ile birlikte Avrupa ülkeleri arasında yurt dışında eğitim almış hekim sayısının en yüksek olduğu ülkelerden biridir (Mara, 2020: 13).

Çalışmanın amacı hekim emek göçünü hekimlerin bireysel göç saiklerinin ötesine taşıyarak küresel ekonomi-politik çerçevesinde analiz etmek ve böylece egemen rasyonel seçim perspektifiyle görünmez kılınan küresel eşitsizlik mekanizmalarını açığa çıkarmaktır. Bu saiklerle, neoliberal sağlık rejimlerinin mevcut ücretlere ve çalışma koşullarına razı olacak hekim emeğini, eğitim yatırımlarına da katlanmaksızın transfer ettiği ve ülkeler arasında hiyerarşik bir hekim göçü zinciri oluşturduğu ileri sürülecektir. Çalışmanın ilk bölümünde sağlık emek göçünün genel görünümüne yer verilecektir, ardından sırasıyla Türkiye, Almanya ve Norveç'teki sağlıkta reform süreçlerinin yansımaları kısaca ele alınacak ve bu süreçlerde göçmen hekim istihdamı değerlendirilecektir.

### **Sağlık Emek Göçünün Genel Görünümü: Bakım Ekstraktivizmi ve Teklif Yarışı**

1990'ların ortalarından bu yana sağlık emek göçü önemli ölçüde artmıştır. Ayrıca bu göç, yüksek vasıflıların genel hareketliliğinden nispeten daha yüksek düzeydedir. Örneğin, çoğu OECD ülkesinde, yabancı hekimlerin toplam sağlık çalışanı nüfusu içindeki payı, yüksek vasıflı göçmenlerin benzer oranından önemli ölçüde daha fazladır (Oso vd., 2022: 122). OECD ülkelerindeki hekim sayısı 2001 yılında yaklaşık 2,9 milyon iken 2011 yılında 3,5 milyona, 2021 yılında ise 4,3 milyona yükselmiştir. Tüm OECD ülkelerinde hekim sayısı son on yılda nüfus büyüklüğünden daha hızlı artmış,

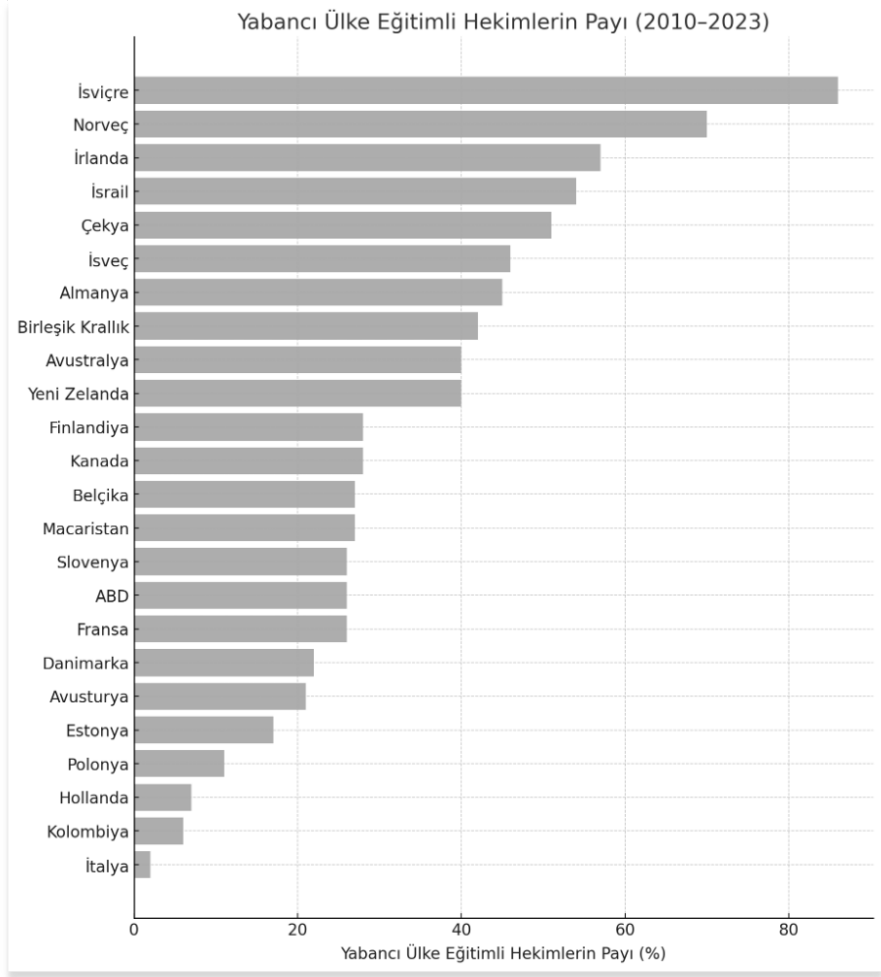
böylece ortalama olarak 1000 kişi başına düşen hekim sayısı 2011’de 3,2’den 2021’de 3,7’ye yükselmiştir. 2021 yılında OECD üyesi ülkelerdeki hekim sayısı Türkiye, Kolombiya ve Meksika’da 1000 kişi başına 2,5 veya daha az iken Norveç, Avusturya, Portekiz ve Yunanistan’da<sup>3</sup> 1000 kişi başına 5’in üzerindedir (OECD, 2023: 176- 178).

Göçmen hekim talebine ilişkin bir başka tartışma merkez ülkelerdeki hekim emeğinin yaşlanmasıdır. 2021 verilerine göre OECD ülkelerindeki tüm hekimlerin üçte biri 55 yaşın üzerindedir (bu oran 2000 yılında beşte birin biraz üzerindeydi). 55 yaşın üzerindeki hekimlerin oranı, verilerin mevcut olduğu tüm ülkelerde 2000 ile 2021 yılları arasında artmıştır. İtalya ve İsrail gibi ülkelerde 2021 yılında yaklaşık her dört hekimden biri 65 yaşın üzerindedir (OECD, 2023: 178). 2022 verilerine göre AB ülkelerindeki hekimlerin üçte birinden fazlası (%35) 55 yaşın üzerindedir. Bu yaş dağılımı, ilgili ülkeler için çifte bir zorluk oluşturmaktadır: Önümüzdeki on yıl içinde emekli olacak hekimlerin yerini alacak yeterli sayıda yeni hekim yetiştirmeleri ve aynı zamanda mevcut hekimleri standart emeklilik yaşının ötesinde çalışmaya devam etmeleri için teşvik edici politikalar uygulamaları gerekecektir (European Commission, 2024: 25). Göçmen hekim talebinin artışı ve yapay zekâ destekli tıbbi teknoloji kullanımının hızlanması bu açığı kapatmak için başvurulacak diğer yollar olarak ortaya çıkmaktadır.

Nitelikli sağlık çalışanlarının uluslararası göçünün ilk aşaması, o dönemde sömürgelerde mevcut olan zayıf sağlık sistemi ve bu ülkelerdeki yüksek ölüm oranı nedeniyle misyonerlerin Batı ülkelerinden sömürgelere hareketiyle başlamış, 1960’lar ve 1970’lerde sağlık çalışanlarının Küresel Kuzey ve Küresel Güney ülkeleri içinde göçüne sıkça tanık olunmuştur. 21. yüzyılın başlarında sağlık çalışanlarının Küresel Güney’den Kuzey’e yönelen göç eğilimi artmıştır (Edeh, 2019: 29). 20. yüzyılın ortalarından itibaren, düşük gelirli ülkelerden gelen hekimler (ve daha sonra hemşireler) yüksek gelirli ülkeler için bir yedek emek gücü ordusu oluşturmuş olsalar da bu durum 21. yüzyılın ilk yıllarına kadar bir ‘kriz’ olarak tartışılmamıştır. 2006 yılında, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) raporu, dünyanın en yoksul ülkelerindeki sağlık personelinin kaybına odaklanmıştır. Bu ülkeler aynı zamanda HIV’in yayılmasıyla mücadele eden yerlerdir. Yoksul nüfusun sağlık sonuçları ile vasıflı sağlık çalışanlarının yüksek göç oranları arasında nedensel bir bağlantı olduğunu öne süren bu rapor, sağlık profesyonellerinin yoğunluğu ile yaşam beklentisinin artması arasındaki ilişkiyi de ortaya koymuştur (Bradby, 2014: 581). Nitekim en yüksek hastalık yüküyle karşı karşıya olan bölgeler, temel sağlık hizmetlerini sunmak için en düşük sağlık emeği yoğunluğuna sahiptir.

Hekim yoğunluğu en yüksek olan bölge Avrupa'dır. Öte yandan, Afrika bölgesi hâlâ en düşük hekim yoğunluğuna sahiptir. 1970'lerin sonlarında yaşanan küresel borç krizine yanıt olarak, Afrika ülkeleri Dünya Bankası (DB) ve Uluslararası Para Fonu (IMF) tarafından, yabancı bankalara olan borçlarının faiz ödemelerini yapabilmek için sağlık ve eğitim dâhil olmak üzere sosyal sektörlere yapılan yatırımları 'öncelik sırasından çıkarmak' zorunda bırakılmışlardır. 1980'lerin 'yapısal uyum politikaları'nın etkileriyle 1990'larda kamu sağlık sektörü küçülürken özel sağlık sektörü büyümüştür. Bu durum, sağlık profesyonellerinin kırsal alanlardan ve kamu hizmetlerinden kaçışını teşvik etmiş ve sağlık profesyoneli eksikliğine yol açmıştır. Bu eksiklik, diğer yatırım eksiklikleriyle birleşerek, özellikle HIV'in yayıldığı bölgelerde kötü çalışma koşullarını ve dolayısıyla göçü daha da körüklemiştir (Bradby, 2014: 591). Sağlık çalışanlarının göçü, düşük ve orta gelirli ülkelerde, mevcut sağlık emeği eksikliğini daha da kötüleştirerek, sağlık hizmetlerine erişimin azalmasına, sağlık hizmetleri maliyetlerinin artmasına ve nüfus için olumsuz sağlık sonuçlarına yol açmıştır (Leitão vd., 2024: 1189).

Küresel Kuzey'de sağlık hizmetleri sunumu, emek yoğun bir büyüme endüstrisini temsil etmektedir. Kemer sıkma politikalarına rağmen, nüfusun yaşlanmasına ilişkin demografik ve epidemiyolojik eğilimler ve çoklu kronik hastalıkların artan yaygınlığı nedeniyle daha fazla sağlık emek gücüne olan talep sürekli artmaktadır. Bu nedenle, yüksek gelirli ülkelerden sağlık profesyonellerini işe alanlar küresel olarak yeni emek gücü havuzları aramaktadır (Bourgeault vd. 2016: 296). Pandeminin ilk iki yılında geçici bir azalmanın ardından, Avrupa ülkelerine yabancı eğitimli hekim girişi 2022'de, 2019'a kıyasla %17 artmıştır. 2023 verilerine göre Norveç, İrlanda ve İsviçre'deki hekimlerin %40'ından fazlası yabancıdır (OECD ve European Commission, 2024: 13). Şekil 1, 2010–2023 döneminde ülkelerdeki toplam hekim stoğundaki artışın hangi oranının yabancı ülke eğitimli hekimler tarafından karşılandığını göstermektedir. Bu grafik, İsviçre, Norveç, İrlanda, İsrail, Çekya, İsveç, Almanya ve Birleşik Krallık'ın hekim açıklarını göç aracılığıyla kapatmaya çalıştıklarını çarpıcı biçimde ortaya koymaktadır.



**Şekil 1.** Hekim Stoğundaki Artışta Yabancı Ülke Eğitimli Hekimlerin Payı (2010–2023). (OECD, 2025: 225)

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından 2010 yılında çıkarılan Küresel Uygulama İlkeleri (*Global Code of Practice*) ile sağlık çalışanlarının uluslararası işe alım süreçlerine yönelik bir etik çerçeve oluşturulsa da (WHO, 2010), bu çerçeve uluslararası bakım zincirlerindeki eşitsizliği ve bakım kapasitesinin sömürülmesini engellemekte işlevsel bir bariyer oluşturamamıştır. Labonté ve Schrecker (2007: 11), dünya sağlık emek gücü için süregiden küresel rekabeti, sınırlı arzı olan diğer emtialar için rekabetle benzer bir küresel 'teklif yarışması' olarak adlandırmaktadırlar. Sanayileşmiş ülkeler, hekimleri ve diğer sağlık çalışanlarını kendi ülkelerindeki temel ihtiyaçları

karşılayamayacak durumda bırakarak ve kendi ülkelerinde daha yüksek kazanç fırsatları sunarak göç etmeye teşvik etmektedirler. Bu durumu, kentsel dönüşüm ve konum açısından değerli kaynaklar için yapılan kamu ihalelerine benzemektedirler (Labonté ve Schrecker, 2007: 11). Bu olgu literatürde ‘bakım ekstraktivizmi’ (*care extractivism*) olarak da kavramsallaştırılmaktadır. Bakım ekstraktivizmi<sup>4</sup> kavramı, kriz durumlarını yönetmek amacıyla devlete veya sağlık sektörüne ek maliyetler ve sorumluluklar yüklemeyen, toplumsal yeniden üretimdeki kaynak emek gücünün yoğun biçimde ticarileştirilmesi ve sömürülmesini ifade eder. Doğal kaynakların çıkarılıp sömürülmesine benzer biçimde, bakım emeği özelinde kalkınma modelindeki yapısal iktidar ilişkilerine dikkat çeker (Wichterich, 2020: 122). Göçmen sağlık personelinin mobilize etmede yaygın olarak tıbbi personel temin ajanslarına başvurulmaktadır (Bradby, 2014: 589).

İlerleyen bölümlerde, yukarıda genel görünümü ortaya konmaya çalışılan hekim göçü üç ülke örneği üzerinden (Türkiye, Almanya ve Norveç) değerlendirilmeye çalışılacaktır. Tablo 1’de Almanya, Norveç ve OECD’de yabancı eğitilmiş hekimlerin sayısı ve oranlarına yer verilmektedir. Tablo, 2000–2023 döneminde OECD ülkelerinde yabancı ülke eğitilmiş hekimlerin sayısında ve toplam hekimler içindeki payında belirgin ve hızlanan bir artışa işaret etmektedir. Almanya örneğinde, yabancı eğitilmiş hekim sayısının mutlak olarak ve oransal düzeyde istikrarlı biçimde yükseldiği; 2000 yılında %3,7 olan oranın 2021–2023 döneminde %15’e ulaştığı görülmektedir. Norveç’te ise yabancı ülke eğitilmiş hekimlerin payının oldukça yüksek düzeylerde seyrettiği ve 2010–2023 arasında yaklaşık on puanlık bir artış gösterdiği dikkat çekmektedir. OECD genelinde gözlenen yüksek düzeydeki başka ülkelerde eğitim almış/ yabancı uyruklu hekim oranı, hekim ihtiyacının karşılanmasında uluslararası hekim göçünün yaygın bir unsur haline geldiğini ve birçok ülkede sağlık hizmetlerinin giderek daha fazla ulusötesi hekim hareketliliğine dayandığını ortaya koymaktadır.

Ülke	2000 (sayı, %)	2010 (sayı, %)	2021-2023 (sayı, %)
Almanya	9 863 (%3.7)	19 949 (%6.5)	58 449 (%15.0)
Norveç	-	6 902 (%34.4)	12 088 (%44.0)
OECD Toplamı	-	375 054 (%15.9)	606 044 (%19.6)

**Tablo 1.** Yabancı Ülke Eğitilmiş Hekimler – Almanya, Norveç ve OECD Toplamı (2000, 2010, 2021-2023) (Almanya için veriler yabancı uyruklu hekimleri göstermektedir; bu kişiler mutlaka yabancı eğitilmiş olmak zorunda değildir. Türkiye ilgili veriyi paylaşmadığı için tabloya dâhil edilememiştir). (OECD, 2025: 173)

Aynı ülkeler hekim emek göçünün hem hedef hem de kaynak ülkeleri olabilmektedir. Bu durum küresel ücret arbitrajı (*wage arbitrage*) ile yakından ilişkilidir. 'Arbitraj' terimi, bir varlığı düşük bir fiyata alıp farklı bir piyasada daha yüksek bir fiyata satma eylemini ifade eder. Bu bağlamda, 'küresel emek arbitrajı' terimi, çok uluslu şirketlerin uluslararası ücret hiyerarşisi üzerinde tekel kontrolü elde ederek, bunu büyük getiriler elde etmek için bir sistem olarak kullanmasını tanımlar. Küresel ücret arbitrajı, büyük bir 'yedek emek gücü ordusunun' varlığı ve belli bir bölgedeki (örneğin Küresel Güney'deki) emeğin alım gücünün önemli oranda düşüşü ile mümkün olmaktadır (Bhattacharjee ve Roy, 2015: 338-343). Bu bağlamda küresel emek arbitrajı, emperyalist ülkelerdeki nispeten pahalı işçilerin yerine düşük ücretli ülkelere kaydırılması ucuz ve esnek işçilerin ikame edilmesiyle üretimin küreselleşmesinin ana biçimidir. Kârları artırmak için iki farklı yol sunar: Üretimin düşük ücretli ülkelere kaydırılması (*outsourcing*) ve düşük ücretli göçmen işçilerin ülkeye getirilerek içerde sömürülmesi (Smith, 2021: 1093). Sağlık hizmet üretiminin düşük ücretli ülkelere kaydırılması yakın zamana kadar radyoloji gibi elverişli sahalarda gerçekleştirilmiştir (Reinus, 2007). Yakın dönemde giderek gelişen yapay zekâ ve robotik uygulamalarının hizmet üretiminin diğer ülkelere kaydırılmasını gereksiz kılması beklenebilir. Sözü edilen teknolojik gelişmeler, hekim emeği açısından yüksek bir ikame etkisi yaratmadığı sürece ikinci yöntem olan hekim göçünün devam etmesi beklenmektedir. Hekim emeği söz konusu olduğunda ücret arbitrajı yalnızca düşük ücretlerle çalışma biçiminde düşünülmemelidir. Bunun aynı zamanda uzun çalışma saatleri, gece nöbetleri, yüksek hasta yükü, merkeze uzak bölgelerde çalışma gibi koşullara razı olan göçmen hekimleri, vasıflarının gerektirdiği yüksek eğitim maliyetlerine katlanmaksızın istihdam edebilme fırsatı olarak da değerlendirilmesi gerekir. Bu nedenle ücret arbitrajı ve bakım ekstraktivizminin bir arada ele alınması önem arz etmektedir.

### **Türkiye Sağlık Sisteminde Neoliberal Dönüşüm ve Hekim Göçü**

1980'li yıllardan itibaren Türkiye'de benimsenen neoliberal politikalar, sağlık alanında köklü değişimlerin önünü açmıştır. Bu değişim, 2003'te başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile kurumsal bir yapı kazanmış; özel sağlık hizmetlerinin yaygınlaşmasıyla birlikte kamusal sağlık hizmetleri ticarileşmiş, hizmet sunumu ile finansman mekanizmaları birbirinden ayrılmıştır (Hamzaoğlu, 2013: 172; Ünlütürk, 2023). SDP'nin temel gerekçeleri, kamu sağlık harcamalarının sürdürülemez bir düzeye ulaşması ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşük ve verimsiz olduğu iddialarına dayandırılmıştır (Elbek, 2010: 433).

SDP, sağlık hizmeti sunumunu yeniden yapılandırmayı ve sağlık hizmetlerinde yarı-piyasa (*quasi-market*) modeli oluşturmayı hedeflemiştir. Devlet, özel sektörden sağlık hizmeti satın alımını önemli ölçüde artırmış, bu da sağlık hizmeti sunumunda belirgin bir özelleştirme eğilimine yol açmıştır. Sağlık alanındaki uygulamalar, istihdamdan ücretlendirme sistemine kadar büyük ölçüde piyasa mantığına göre şekillenmiştir. Bu dönüşüm; iş yükünün artması, kısırtılmış sağlık talebi, hizmet mekânlarının ve görev tanımlarının yeniden düzenlenmesi, malzeme ve personel yetersizliği, işçi sağlığı ve iş güvenliğinin zayıflaması, esnek ve farklı istihdam biçimlerinin yaygınlaşması ve düşük ücret gibi pek çok sorunu beraberinde getirmiştir. Sağlık hizmetleri içinde otorite ve özerklik arasındaki denge bozulurken, sigorta şirketleri, döner sermaye sistemleri, ilaç ve tıbbi cihaz firmaları gibi yeni aktörlerin dâhil olmasıyla piyasa dinamikleri daha da güç kazanmıştır. SDP, birinci basamak sağlık hizmetlerinde de köklü bir dönüşüm gerçekleştirerek aile hekimliği sistemini uygulamaya koymuştur. Bu sistem, koruyucu sağlık hizmetlerinin ikinci plana itildiği ve tedavi edici hizmetlere odaklanıldığı bir yapıya dönüşmüştür (Çiçeklioğlu ve şevik, 2023: 133-134). Bu süreçte hekim emeği önemli bir dönüşüme uğramış, Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin ikinci fazıyla hayata geçirilen şehir hastaneleri, hizmetin kamu-özel ortaklığı modeliyle sunulmasını beraberinde getirmiştir. Bu yeni modellerle birlikte, kapanan hastanelerden uzak bölgelere taşınan şehir hastanelerinde sağlık çalışanları görevlendirilmiş; az sayıda personelle artan iş yükü altında çalışmak zorunda kalmışlardır (Kablay, 2021: 88). Sağlıkta dönüşümün en önemli tartışma başlıklarından biri, döner sermaye ve performans dayalı ek ödeme sistemi (PDEÖS) uygulamaları olmuştur. Türkiye'de 2007 sonrası dönemde yaygın biçimde uygulamaya konulan bu sistem, Dünya Bankasının sağlık hizmetlerinde ücret politikalarına dair önerileriyle paralel bir zamanlamada gerçekleşmiştir (Yalçınkaya, 2019: 838). 'Performans' sisteminin uygulanması, ister doğal isterse yapay yollarla oluşturulmuş olsun, sağlık hizmetlerine olan talebi artırmış ve buna bağlı olarak sağlık hizmeti kullanımında belirgin bir yükselişe yol açmıştır. Bu sistemin geçerli olduğu sağlık kurumlarında yatan hasta sayısı, yatak doluluk oranı ve yatak devir hızı artış gösterirken, hastaların hastanede geçirdiği ortalama süre azalmıştır. Ancak sistemin temel yaklaşımı, hastaların gerçe sağlık gereksinimlerinden çok, hastane ve hekimlerin gelir elde etme hedeflerine dayanmaktadır (Elbek, 2010: 433). Öte yandan PDEÖS ile hekimlerin temel maaşlarında yaşanan aşınma, birçok hekimin kamu hastanelerinden istifa ederek özel sektöre veya serbest çalışmaya yönelmesine yol açmış, hekimler arasında rekabet yaratmış, iş barışını bozmuş ve etik olmayan uygulamaları artırmıştır (Akpınar ve Taş, 2013: 174). Bu dönüşümün hem hekim emeği hem de

genel sağlık hizmetleri sunumu üzerinde önemli ve çoğu zaman olumsuz etkileri olmuştur (Hamzaoğlu, 2019: 5; Ünlütürk, 2023). Geleneksel olarak kutsallaştırılmış, yüksek mesleki itibara ve yüksek gelire sahip olan hekimler, bu süreçle birlikte ‘proleterleşmişlerdir’. Bu proleterleşme, hekimlerin mülksüzleşmesi, emeklerinin vasıfsızlaşması ve değersizleşmesi, ayrıca ücret sistemi dışındaki alternatif geçim olanaklarından uzaklaştırılmaları gibi geniş boyutlu bir süreci ifade etmektedir (Ünlütürk, 2023). 1980’li yıllardan itibaren tıp fakültelerinin sayı ve kontenjanlarındaki artış da proleterleşme ve profesyonel statünün aşınması ile ilişkilendirilmektedir. İşgücü arzının sayısal denetimini elinde bulundurmak, profesyonel mesleğin tanımlayıcı özelliklerinden biridir. Tıp fakültesi sayısı hızla artmış, 1970 yılında 9 olan tıp fakültesi sayısı, 1990 yılında 25 olmuş ve 2010 yılına gelindiğinde ise 74’e yükselmiştir (TTB, 2008: 44; DPT, 2010: 11 aktaran Ünlütürk Ulutaş, 2011: 176). ‘Sağlıkta reform’ girişiminin etkili ismi, dönemin Sağlık Bakanı Recep Akdağ, hekim sayısının artırılması ve AB düzeyine yükseltilmesi gerektiği tezinin ısrarlı savunucusu olmuş ve tıp fakültesi kontenjanlarının artırılması yönünde adımlar atmıştır. Türk Tabipler Birliği (TTB), hekim sayısının yetersiz olduğu söylemine karşılık asıl sorunun hekim sayısı değil, hekimlerin bölgesel dağılımı olduğunu öne sürmüştür. TTB, iktidarın asıl hedefinin, Dünya Bankası önerileri doğrultusunda sağlık emek-gücü arzını artırarak, sağlık emek gücü maliyetini düşürmek olduğunu belirtmiştir (TTB, 2008: 21). Gerçekten de hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının çarpık dağılımı, hemen her Kalkınma Planı’nda yer almasına rağmen uzun yıllardır çözülemeyen temel bir sağlık sorunudur. Kamu sağlık yatırımları ve diğer kamusal sağlık politikaları ile desteklenmediği için, zorunlu hizmet uygulamaları da bu sorunun çözümü bakımından yeterli olamamıştır (Ünlütürk Ulutaş, 2011: 177). Hekim arzını arttırmaya yönelik çabaların içinde yabancı hekim istihdamı da yer almaktadır.

#### *Türkiye’de Göçmen Hekim Çalıştırılması Tartışmaları*

15.02.2007 tarihli 5581 sayılı “Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa”yla yabancı hekimlerin Türkiye’de çalışmasına olanak sağlanması ile bu konuda sıcak tartışmalar gündeme gelmiştir. Bununla birlikte dönemin Cumhurbaşkanı Ahmet Necdet Sezer, 02.03.2007 tarihinde, yabancı hekimlerin Türkiye’de çalışmasına olanak sağlayan maddelerinin bir kez daha görüşülmesi için yasayı TBMM’ye geri göndermiştir. Yasanın 6. ve 8. maddelerinde öngörüldüğu gibi, 1. maddeden “Türk bulunmak” ibaresinin çıkarılması, 4. maddedeki “izinli Türk hekimleri” ibaresinin “mezun hekimler” ibaresiyle değiştirilmesi, Cumhurbaşkanı Ahmet Necdet Sezer tarafından “Türk doktorları merkezli”

sağlık politikasından vazgeçilmekte olduğunun ibareleri olarak görülmüş, TTB de, yabancı sağlık emekçisi istihdamının sağlık emek-gücünün eğitim maliyetlerini düşürmenin ve sağlık emek-gücü gereksinimini karşılamanın yanı sıra istihdam fazlası yaratmayı teşvik ederek, sağlık emekçilerini daha düşük ücretle, iş güvencesiz çalıştırabilmenin koşullarının yaratıldığını belirtmiştir (Ünlütürk Ulutaş, 2011: 179). Ancak Cumhurbaşkanı'nın veto ettiği yabancı hekim istihdamına ilişkin düzenlemelerden vazgeçilmiştir. Dönemin Sağlık Bakanı Recep Akdağ, 2011 yılında Türkiye'de hekim ve hemşire sayısının yetersiz olduğu gerekçesiyle yabancı hekimlerin Türkiye'de çalışması gerektiğini ifade etmiştir (Internethaber, 2011). 2011 yılında 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanununun 4. maddesinin birinci cümlesindeki "Türk hekimlerinin" ibaresi "hekimlerin" şeklinde değiştirilmiş, 1. maddesi de "Türkiye Cumhuriyeti dâhilinde tababet icra ve herhangi surette olursa olsun hasta tedavi edebilmek için tıp fakültesinden diploma sahibi olmak şarttır." biçimine dönüştürülmüştür. Ardından 22/2/2012 tarihinde 28212 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Yabancı Sağlık Meslek Mensuplarının Türkiye'de Özel Sağlık Kuruluşlarında Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönetmelik çıkarılmıştır. Suriye'den yönelen kitlesel göçün ardından ilgili yönetmelik hükümlerinde yapılan değişiklikle bir istisna getirilmiştir. Bu istisnaya göre Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) tarafından kurulan barınma merkezleri ile Sağlık Bakanlığınca koordine edilen ve AFAD tarafından uygun görülen göçmen sağlığı merkezlerinde çalışmak isteyen Suriye uyruklu sağlık meslek mensupları, Türkiye'de geçici koruma altına alınanlara hizmet vermek üzere, mesleğini icraya yetkili olduğuna dair belge ibraz etmek kaydıyla görev yapabilmektedirler. 2019 yılında TBMM İnsan Haklarını İnceleme Göç ve Uyum Alt Komisyonu Başkanı Atay Uslu, Türkiye'ye 20 bine yakın Suriyeli hekim gelmiş olmasına karşın 5 bin civarında hekimin Türkiye'de kaldığını açıklamıştır (AA, 2019). Bu hekimlerin bir bölümü vasıflarıyla uyumlu olmayan işlerde istihdam edilirken, bir bölümü belgesiz biçimde sağlık hizmeti sunmaktadır (TTB, 2017). Yasal düzenlemelere uygun biçimde sağlık hizmeti sunmakta olan Suriyeli hekim sayısına ise ulaşamamaktadır. 2023 yılında insan sağlığı hizmetlerinde 6.423 kişi çalışma izni almış olmakla birlikte hekimlerin sayısı, uyruğu ve cinsiyetine ilişkin ayrıştırılmış veri mevcut değildir. Tabip odaları, göçmen hekimlerin ucuz emek gücü olarak çalıştırılmalarına itiraz etmektedir. Örneğin İstanbul Tabip Odası tarafından yapılan açıklamada Sağlık Bakanlığının yabancı hekim istihdamını hekim emeğini ucuzlatmak için kullandığı, aile hekimliğinde sözleşmeli olarak istihdam edilen göçmen hekimlerin kadrolu hekimlere

göre daha düşük ücret aldığı, ayrıca özel sektörde de göçmen hekimlerin asgari ücretin biraz üzerinde ücretlerle istihdam edildikleri ifade edilmiştir (Deutsche Welle, 2019).

Göçmen hekimlerin istihdamına ilişkin bir diğer tartışma, tıpta uzmanlık kontenjanlarına ilişkindir. Tıpta ve Dışhekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği ile tıp fakültelerinde uzmanlık eğitimi için yabancı uyruklu hekimlere ayrılan kontenjan %10 ile sınırlandırılmasına karşın, Bakanlar Kurulunun Haziran 2011’de aldığı kararla tıp fakültelerinde %20 düzeyine ulaşmıştır (TTB, 2011). TTB (2011) tarafından yapılan açıklamada, artırılan kontenjanlar, yabancı uyruklu asistan hekimlere daha fazla nöbet görevi verilmesi, maaş ödenmemesi, özlük haklarına sahip olmamaları, iş yükünün önemli düzeyde asistan emeği ile gerçekleştirildiği üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinde yoğun ve uzun süreli çalıştırılabilirliği ile ilişkilendirilmiştir. Daha sonra yabancı uyruklulara ayrılan Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) kontenjanları yine azaltılmıştır. 2024 TUS 2.dönem için genel kontenjan 7.608, yabancı uyruklu kontenjanı ise 387 olarak yayımlanmıştır (UDEP, 2024).

Göçmen hekim istihdamı ilerleyen dönemde sağlık turizmiyle ilişkili biçimde gündeme gelmiştir. 2017 yılında dönemin Sağlık Bakanlığı Müsteşeri Eyüp Gümüş, şehir hastanelerinin bir bölümünün uluslararası hasta hizmetleri için ayrıldığını ve Körfez ülkelerinden gelebilecek hekimlerin buralarda çalışabileceğini ifade etmiştir (Habertürk, 2017). Ancak verilerin şeffaf olmaması nedeniyle bu kapsamda istihdam edilen yabancı hekimlere ilişkin bilgi mevcut değildir.

22.02.2012 tarih ve 28212 sayılı Yönetmelikle Türkiye’de çalışmak isteyen yabancı uyruklu (Türk soylular hariç) hekimlere birtakım şartları tamamlamaları halinde çalışma izni verilmektedir. Bu şartlar, denkliği onaylanmış diploma ve uzmanlık belgesi, mesleğini icraya engel hali bulunmamak, Türkçe bildiğini gösterir bir sınavdan geçer not almak, Türkiye’de ikamet izni olmak ve mesleki mali sorumluluk sigortasını yaptırmış bulunmaktır.

2000’li yıllar Türkiye’de yalnızca göçmen hekim istihdamının değil aynı zamanda hekimlerin yurt dışına göçünün yoğun olarak tartışılmasına sahne olmuştur. Hekimlerin Türkiye’den göç gerekçelerine yakından bakıldığında, temelinde Türkiye’deki sağlık reformu ve hekimlerin proleterleşmesinin yattığı görülmektedir. Sözü edilen gerekçeler arasında, ülkedeki geleceğe ve

kurumlara duyulan güvenin azalması, hekimlere yönelik şiddet olaylarındaki artış, çalışma koşullarının kötüleşmesi, sağlık sektöründe ticarileşme, ücretlerin düşmesi, güvencesiz istihdam biçimlerinin yaygınlaşması, ekonomik kriz ve satın alma gücünün azalması yer almaktadır (Özer, 2024: 6). Ayrıca, hastaların “senin maaşını ben vergilerimle ödüyorum” şeklindeki söylemleri, hekim gelirlerinin kamuoyunda sıkça tartışılması, malpraktis davaları nedeniyle yüksek cezalarla karşılaşma riski ve Sağlık Bakanlığının hekimleri yeterince desteklemediği algısı, göç kararlarını etkileyen diğer önemli faktörlerdir (Çınar, 2022). Bener vd. (2024) tarafından yürütülen geniş ölçekli bir anket çalışması, hekimlerin Türkiye’den yüksek enflasyon, politik istikrarsızlık ve sosyoekonomik gerileme gibi makro düzeydeki itici faktörlerle göç etmeyi düşündüğünü göstermektedir. Bu durum, neoliberal sağlık reformlarının hekim emeğini metalaştırarak özerklik ve ekonomik istikrarı tahrip ettiği koşullarla el ele gitmektedir. Aydan (2023), hekimlerin yoğun iş yükü, uzun nöbetler, düşük ücretler, akademik ve kariyer olanaklarının sınırlılığı, iş güvencesizliği ile sağlıkta şiddeti içeren çok boyutlu sorunları ortaya koymaktadır. Bu faktörler tükenmişlik hali, mesleki yabancılaşma ve sistemden geri çekilme gibi tepkilere yol açmaktadır. Çiçek (2023) çalışmasında, hekim adaylarının yaklaşık %50’sinin yurt dışında çalışma niyeti olduğunu, itici unsurların başında şiddet, kötü çalışma koşulları ve azalan saygınlık olduğunu bildirmektedir. Güner ve arkadaşlarının (2024) bulguları da benzer şekilde iş koşullarının ağırlığı, mesleki tatminsizlik, ekonomik zorluk ve şiddet gibi faktörlerin göç eğilimini güçlendirdiğini göstermektedir. Hekimler, söz konusu faktörler karşısında insani çalışma koşulları, daha yüksek gelir, yaşam standartlarının yükselmesi gibi arayışlarla yurt dışına göç etmektedirler (Çiçek, 2023). Nitekim TTB, 2025’in ilk 11 ayında 2.085 hekimin yurt dışına gitmek için iyi hâl belgesi aldığını açıklamıştır (Cumhuriyet, 2025). Türkiye’den yönelen hekim göçünün başlıca hedef ülkesi ise Almanya’dır.

### **Alman Sağlık Sisteminde Neoliberal Dönüşüm ve Hekim Göçü**

Almanya’da 1990’lardan itibaren, pek çok diğer ülkede olduğu gibi Yeni Kamu İşletmeciliği yaklaşımı benimsenmiş; bu doğrultuda kamu tıbbi kurumlarının devlete mali yük getirmeyen, kendi kendini finanse eden, rekabetçi ve verimli işletmelere dönüştürülmesi amaçlanmıştır. 2 Haziran 1992’de, bu çerçevede açıklanan sağlık reformu hem üslup hem de içerik açısından geleneksel politikadan ayrılmaktadır. Hekimler ve diğer sağlık çalışanları, politika oluşturma süreci üzerinde hiçbir etkiye sahip olamamışlardır. Bu süreçte, sağlık sigortası fonları özelleştirilmiş ve finansallaşmış, maliyetler ise sigortalılara ve hastalara kaydırılmıştır. Bu kapsamda hayata geçirilen

maliyet kısıtlama yöntemleri, tıbbi emeği endüstriyel parça başı iş gibi ele almaktadır. Maliyetleri azaltmanın bir diğer yolu ise, Türkiye'dekine benzer biçimde tanı, yemek, temizlik ve teknik bakım gibi bazı yan hizmetlerin taşeronlaştırılması olmuştur (Wichterich, 2020: 124). 1990'ların sonlarından itibaren ve özellikle ekonomik durgunluk döneminde, belediye ve kâr amacı gütmeyen hastanelerin özel sektöre devredilmesiyle birlikte özelleştirmeler önemli ölçüde yükselmiştir. 1992-2006 yılları arasında özel sektör hastanelerinin sayısı %58 artmıştır. Fonksiyonel özelleştirme olarak adlandırılan, kamu hastaneleri ile özel şirketler arasındaki proje bazlı iş birlikleri (örneğin büyük ölçekli teşhis ekipmanları için kamu-özel ortaklıkları) yaygınlaşmıştır. Alman hastane sektörünün yönetim yapısı da dönüşüm geçirmiştir. Rekabet koşulları genişlemiş, özellikle tedavi alanında (hastaneler arası ve hastaneler ile alternatif hizmet sağlayıcılar arasında) rekabet yoğunlaşmıştır (Mosebach, 2009: 71-80). Sağlık yönetimindeki dönüşüm ile sağlık profesyonellerinin çalışma koşulları arasında çarpıcı bir ilişki bulunmaktadır. Söz konusu dönüşümle hekimler daha önce sahip oldukları mesleki özerkliğin artan dış denetim ve performans talepleriyle çatışmaya başlaması sonucunda profesyonellik kaybına<sup>5</sup> uğramışlardır. Sağlıkta neoliberal dönüşüm sonucunda hekimler, ihtiyaç temelli yaklaşım, hasta odaklılık ve güvenli sağlık hizmeti sunumu ile kâr ve müşteri odaklı, hastanelerin birbirleriyle doğrudan rekabet halinde olduğu hizmet sunumu arasında çatışma yaşamaktadırlar (Wilkesmann, 2016: 103). Hastanelerde çalışan hekimler, genel olarak zaman baskısı altında olduklarını hissetmektedirler ve reformun uygulanmaya başlanmasından bu yana iş yükünün büyük ölçüde arttığı kanaatindedirler. Hekimlerin mesleki özerkliğine yönelik artan yapısal engellerin yanı sıra, Almanya'da hekim eksikliği de gözlemlenmektedir. Özellikle kıdemli Alman hekimler, bu nedenle hâlâ oldukça güçlü bir pazarlık gücüne sahiptirler ve pek çok hekim kaybedilen ayrıcalıkları geri kazanmak için çaba göstermekte ve sık sık eylemler gerçekleştirmektedirler. Buna karşın Alman hastaneleri son yıllarda giderek daha fazla sayıda göçmen hekim istihdam etmektedir (Wilkesmann, 2016: 107- 108). Yönetimsel dönüşümün yanında demografik değişim ve artan yaşam beklentisi de Alman sağlık sistemine önemli zorluklar getirmiştir. Coğrafi dağılımda ise kentsel alanlarda hekim sayısında ve kliniklerde kapasite fazlası mevcutken, kırsal bölgelerde arz eksikliği gözlemlenmektedir (Wichterich, 2020: 124). Neoliberal dönüşümle artan rekabet altında bakım kalitesinin kâr ilkesine göre ikincil hale gelmesi ve ilaç endüstrisinin çıkarlarına hizmet eden bir ticarileştirme ya da yeniden metalaştırma sürecininin gerçekleşmesi Alman sağlık sistemine yöneltilen başlıca eleştiriler arasındadır (Hogwood, 2016: 24).

### *Almanya'ya ve Almanya'dan Hekim Göçü*

Türkiye'nin en yüksek düzeyde hekim göçü verdiği hedef ülkenin Almanya olması, Türkiye'den Almanya'ya yönelen işçi göçünün yarattığı tarihsel ve toplumsal bağlar ve coğrafi yakınlıkla ilişkili olduğu gibi Almanya'da giderek kronikleşen hekim açığıyla da ilişkilidir. Almanya'da mutlak hekim sayısı artıyor olsa da yukarıda sözü edildiği gibi, özellikle kırsal alanlarda ve Doğu Almanya'da boş kadrolar doldurulamamakta ve hastaneler sağlık hizmetlerini sürdürmek için göçmen hekimlere güvenmektedir. Kırsal kesimler sağlık personeli açığıyla boğuşurken, yoğun nüfuslu kentsel alanlarda hekim fazlalığı olabilmektedir. Kırsal kesimde yaşayanların ayaktan sağlık hizmetlerine erişebilirlikleri kentsel kesime kıyasla kısıtlıdır. Ülkeyi terk eden hekimlerse Almanya'daki hekim eksikliğine katkıda bulunan bir faktör olarak tartışılmaya başlanmıştır (Pantenburg vd., 2018: 2; Aretz vd., 2024: 338).

2000'li yıllarda BK ve İskandinav ülkeleri gibi, eğitim kapasiteleri ihtiyaç duyulan hekim sayısı için çok küçük olan bazı ülkeler, aralarında Almanya'nın da bulunduğu diğer ülkelerden hekimleri çekmek için hükümet destekli agresif işe alım kampanyaları yürütmeye başlamışlardır. Alman hekimlerin göç etmelerinin başlıca nedeni, göç ettikleri ülkelerdeki daha yüksek maaşlar ve daha iyi çalışma koşullarıdır (düzenli çalışma saatleri, görece yatay hiyerarşiler vb.) (Kopetsch, 2008: 34-37). Almanya OECD içinde hem en yüksek düzeyde hekim alan hem de hekim veren ülkeler arasında yer almaktadır. Tablo 2'de, OECD ülkelerinde çalışan yabancı hekimlerin başını Hindistan doğumlu hekimler çekerken (100.000'in biraz altında), Almanya, Çin ve Pakistan'ın her birinin OECD ülkelerinde yaklaşık 30.000 göçmen hekimle ilk dörtte yer aldığı ve onları Romanya ile birlikte hekim göçünün aynı zamanda başat hedef ülkelerinden biri olan Birleşik Krallık doğumlu hekimlerin (yaklaşık 25.000 hekimle) takip ettiği görülmektedir.

Ülke	2020/21 Hekim Sayısı	2000/01'den Bu Yana Artış
Hindistan	98.857	%76
Almanya	31.024	%107
Çin	30.342	%60
Pakistan	29.689	%182
Romanya	25.499	%272
Birleşik Krallık	24.548	%53

**Tablo 2.** OECD'de Göçmen Hekimlerin Geldiği İlk 6 Ülke (2020/21). (OECD, 2025: 189)

2023 yılı itibarıyla OECD ülkelerinde çalışan yabancı eğitimli hekimlerin %58'i yalnızca üç ülkede (Amerika Birleşik Devletleri, Birleşik Krallık ve

Almanya) yoğunlaşmıştır. Ayrıca, ilk 15 OECD ülkesinin toplamı, yabancı eğitimli hekimlerin %94'ünü barındırarak, hekim göçünün sınırlı sayıda ülkede yüksek düzeyde yoğunlaştığını ortaya koymaktadır (OECD, 2025: 172). Söz konusu veriler Almanya ve Birleşik Krallık'ın göçmen hekimlerin hem kaynağı hem de hedefi olarak ne deneli öne çıktıklarını göstermektedir.

Göçmen hekimler çoğunlukla Almanya'da kendi ülkelerine kıyasla daha yüksek maaşlar sunulması nedeniyle buraya yönelmektedirler. Hekim açığı olan ülkelerde, daha düşük maaş seviyelerine sahip ülkelere hekimleri işe alma konusunda uzmanlaşmış özel istihdam büroları ortaya çıkmıştır. Bu ajanslar yabancı hekimleri Almanya'daki, özellikle de Doğu Almanya'daki hastaneler için işe almaktadırlar (Kopetsch, 2008: 34-37). En önemli menşee ülkeler ise Suriye, Romanya, Avusturya, Yunanistan, Rusya ve Türkiye'dir (Tagesschau, 2024).

2023'te sekiz hekimden biri Alman vatandaşı değildir ve tüm göçmen hekimlerin %40'ı on yıldan az bir süredir Almanya'dadır. Hekimlik, 2022 yılında en çok tanınan ikinci yabancı mesleki yeterlilik olmuştur. Mevcut hekim sayısındaki yetersizliğin yanı sıra, Almanya'daki hekimlerin büyük bir kısmının, emeklilik nedeniyle önümüzdeki birkaç yıl içinde mesleki hayattan çekilmeleri beklenmektedir. 2023 verilerine göre hekimlerin %31'i 55 yaş ve üzerindeki 62.000 yabancı hekimin yaklaşık yarısı (%48) 35 yaşın altındadır (Statistisches Bundesamt, 2024).

Almanya'da hekimlerle gerçekleştirilen bir araştırmada katılımcıların yaklaşık %30'u göç etmek istediklerini ifade etmişlerdir. En çok tercih edilen göç ülkeleri İsviçre, İskandinav ülkeleri, Avustralya veya Yeni Zelanda'dır. Göç etmek isteyen hekimler, göç etmek istemeyen hekimlere kıyasla iş durumlarından önemli ölçüde memnuniyetsizlerdir. Memnuniyet düzeyinde en büyük farkın görüldüğü üç alan, genel iş durumu, iş yükü ve aile, arkadaşlar ve boş zaman etkinlikleri için ayrılan zamandır (Pantenburg vd., 2018: 1). Nitekim Almanya'da hekimler, ortalamanın üzerinde çalışma saatlerine sahiplerdir. 2023 yılında haftada ortalama 40,7 saat (tam zamanlı 46,2 saat, yarı zamanlı 25,9 saat) çalışma süresi, ortalama 34,4 saat (tam zamanlı 40,3 saat, yarı zamanlı 20,9 saat) çalışma süresinden çarpıcı düzeyde yüksektir. Cerrahide tam zamanlı uzmanlar haftada ortalama 49,8 saat çalışmaktadırlar (Statistisches Bundesamt, 2024).

Alman hastanelerindeki yoğun iş yükü ve olumsuz çalışma koşulları, özellikle asistan hekimler arasında yaygın bir memnuniyetsizlik nedenidir. Personel

yetersizliği sebebiyle fazla mesaiye kalma ve yetersiz mola imkânları hekimlerin başlıca şikayetlerindedir. Hekimler, klinik günlük rutinlerinde karşılaştıkları artan bürokratik ve idari işlemlerin hasta odaklı zamanlarını azalttığını belirtmektedirler. Uzmanlık eğitiminin yapısal eksiklikleri ve sistematik bir çerçeveden yoksun olması eleştirilen bir diğer husustur. Eğitim sürecinin büyük ölçüde kişisel çabaya ve bölüm başkanının inisiyatifine bağlı olması, hekimlerin yeterli pratik deneyim kazanamadan ünvan almasına yol açabilmektedir. Hekimlerin göç kararlarında etkili olan temel çekici unsurlar arasında, gidilen ülkelerdeki daha iyi çalışma koşulları, daha düşük hasta yükü ve daha az bürokratik engel yer almaktadır. Ayrıca, yapılandırılmış ve disiplinlerarası bir düşünme becerisi kazanma ile tek bir uzmanlık alanıyla sınırlı kalmayan geniş tıbbi beceriler edinme arzusu da bu kararlarda önemli rol oynamaktadır (Ognyanova, 2014: 213-14). Alman hekim göçünün yöneldiği hedef ülkelerden biri Norveç'tir.

### **Norveç Sağlık Sisteminde Neoliberal Dönüşüm ve Göçmen Hekim Talebi**

Norveç ve diğer İskandinav ülkelerinde geçmişte özel sağlık sektörünün genişlemesine genellikle mesafeli yaklaşılmıştır. Özellikle emek hareketleri içinde, sağlık gibi temel bir hizmetin devlet güvencesinde olması ve kamusal mülkiyet ile sunulması gerektiği yönünde güçlü bir anlayış mevcuttu (Øvretveit, 2003: 234). Ancak 1 Ocak 2002 tarihinde Norveç İşçi Partisi hükümeti tarafından kapsamlı bir hastane reformu başlatılmış; "büyük patlama" olarak nitelenen bu reformla, hastanelerin mülkiyeti yerel seçimle belirlenen il meclislerinden alınarak merkezi hükümete devredilmiş ve hastane yönetiminde, yerinden yönetimi esas alan işletme modeli uygulanmaya başlanmıştır. Bu uygulama 1997 yılında sağlık finansman sistemindeki dönüşümle başlatılan reform süreçlerinin önemli bir halkasıdır. 2001'de aile hekimi reformu, aynı yıl hastane seçme hakkı (2015'te özel hastaneleri kapsayacak şekilde genişletilmiştir), 2002'de hastane reformu gerçekleşmiştir. 2001 tarihli Aile Hekimliği Reformu ile getirilen liste sistemi, pratisyen hekimlerin çalışma yapısını da dönüştürmüştür. Reform öncesinde belediyelerce istihdam edilen hekimlerin büyük çoğunluğu, reform sonrasında hasta listelerine hizmet sunan serbest çalışanlara dönüşmüştür (Martinussen ve Magnussen, 2024: 110-111). Birinci basamak sağlık alanındaki bu reformla hastane sektörüne kıyasla daha belirgin bir özelleşme ve sözleşmeye dayalı hizmet sunumu eğilimi gerçekleşmiştir. Söz konusu reform, hastalara belediye yapılarından bağımsız olarak hekim seçme hakkı tanımış ve hekimlerin finansman yapısını da yeniden düzenlemiştir (Neby, 2016: 75-76). Hastane sektöründe ise süreç farklı işlemiştir. 1980'lerin sonlarında artan bekleme sürelerine yönelik endişeler,

bekleme süresi garantilerinin getirilmesine yol açmıştır. Bu adımlar hem etkinlik hem de kalite söylemi üzerine oturtulmuştur. Bu uygulamaların piyasa yönelimli reformlar açısından iki yönlü önemi bulunmaktadır: İlk olarak tüm bu reformlar, Norveç kamu yönetiminde yaşanan daha geniş bir dönüşümün parçası olarak, siyasi aktörlerin Yeni Kamu İşletmeciliği ve özel sektör temelli modellere yöneldiğini göstermektedir (Martinussen ve Magnussen, 2024: 114). İkincisi ise, hastaların giderek birer 'kullanıcı' ya da 'müşteri'ye dönüştürülmesidir (Neby, 2016: 79).

### *Norveç'e Hekim Göçü*

Tüm Avrupa ülkeleri gibi Norveç'in sağlık sistemi de yaşlanan nüfus ve giderek artan sağlık çalışanı açığı nedeniyle giderek artan bir baskı altındadır. Norveç'in sağlık sektörü (sosyal hizmet faaliyetleri hariç) ülkenin en çok istihdama sahip sektörü olup, 400.000'den fazla kişiyi ya da toplam emek gücünün %15'inden fazlasını istihdam etmektedir – bu, Avrupa'daki en yüksek orandır. Sektörün emek gücü, güçlü ekonomik büyüme, tıbbi ilerlemeler ve yaşlanan nüfusun etkisiyle 1970'lerin başından bu yana üç kattan fazla artarak hızla büyümüştür. Göçmen sağlık personeli Norveç sağlık sisteminin belkemiğini oluşturmaktadır. Bununla birlikte, demografik dönüşümler Norveç sağlık sistemi için yeni bir sınav niteliğindedir. Norveç Sağlık Personeli Komisyonu, bu zorluğun üstesinden gelmek için, sağlık emek gücündeki büyümeyi yılda %0,5'ten fazla olmayacak şekilde sınırlandırmayı ve aynı zamanda daha fazla görev değişimi, teknoloji kullanımı, hizmetlerin yeniden tasarlanması ve bakım entegrasyonunun iyileştirilmesi yoluyla mevcut insan kaynaklarının verimliliğini artırmayı amaçlayan çok yönlü bir strateji önermektedir. Rapor özellikle, toplumun sağlık hizmetlerine yönelik tutumunda köklü bir değişiklik yapılması çağrısında bulunmakta, önceliklerin belirlenmesi ve hizmet sunum düzeyine ilişkin gerçekçi beklentiler oluşturulması gerektiğini vurgulamaktadır (OECD, 2024: 21).

Norveç hastanelerinde daha kısa, düzenli çalışma saatleri ve daha fazla boş zaman, Alman hastane hekimlerinin Norveç'e göç etmesinde önemli bir motivasyon kaynağı olmuştur. Almanya'daki hastane hekimleri, Norveçli meslektaşlarına kıyasla iş doyumunun belirgin biçimde daha düşük, çalışma sürelerinin ise daha uzun olduğunu bildirmektedirler. Yapılan bir karşılaştırmalı çalışmada, Norveçli hastane hekimlerinin iş doyumunun Alman hekimlerden daha yüksek olduğu; bunun daha olumlu bir çalışma atmosferine, daha az fiziksel yüklenmeye, daha güçlü meslektaş ilişkilerine, daha fazla mesleki özerkliğe ve daha kısa çalışma saatlerine işaret ettiği görülmüştür. İş doyumunu ve çalışma koşullarının sağlık üzerindeki belirleyici

etkileri literatürde geniş biçimde belgelenmiştir. Almanya'da son yıllarda hekim ücretlendirmesi ve iş yükü konusunda çeşitli kısıtlamalar getirilmiş; artan hasta sirkülasyonu ve hastanede kalış sürelerinin kısalmasıyla iş yükü artmıştır. Personel yetersizliği ve hekim göçü, bu durumu daha da ağırlaştırmaktadır. Buna karşın Norveç'te hastane hekimlerinin haftalık çalışma süresi son on yıldır 38–40 saat arasında sabit kalmış ve maaşlarda düzenli artış gözlenmiştir. Ayrıca Norveç'teki hastane hekimleri, hasta sayısı ve taburcu oranı açısından daha düşük iş yüküne sahiptir; nüfusa oranla daha fazla pratisyen hekimin bulunduğu da belirtilmektedir (Rosta ve Aasland, 2011: 6). Her ne kadar Norveç sağlık sistemi hekimler için görece iyi çalışma koşulları sunsa ve sağlık sisteminin ana kolonlarından birini göçmen sağlık çalışanları oluştursa da göçmen hekim ve hemşireler, Norveç sağlık sistemine uyum sürecinde çok sayıda zorlukla karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu zorlukların başında, sistemin yazılı olmayan, genel kabul görmüş kurallarına aşına olmamaları gelmektedir. Bu durum, meslektaş beklentilerini karşılayamamalarına ve işyeri gerilimlerine yol açmaktadır. Ayrıca, lisans ve sertifikalandırma süreçlerinin uzun, bürokratik ve maliyetli yapısı göçmenler üzerinde baskı yaratmakta; dil yetersizliği ve kültürel farklar ise iletişim sorunları, hasta güvenliğinde risk ve profesyonel kimlikte çatlaklara neden olmaktadır. Göçmen hekimler, becerilerinin değerinin az görüldüğünü düşünmekte ve yerli meslektaşlarına göre hiyerarşik olarak daha düşük pozisyonları kabul etmek zorunda kalmaktadırlar. Genellikle, sağlık alanı göçmen hekimlere toplum sağlığı veya coğrafi olarak uzak bölgeler gibi daha az prestijli işler sunmaktadır. Ayrıca, yerli hekimlere kıyasla daha sık nöbetçi olarak çalışmakta ve liderlik pozisyonlarında daha az yer almaktadırlar (Dræbel vd., 2024).

## Sonuç

Bu çalışma, küresel ölçekte hız kazanan hekim göçünün, yalnızca bireysel tercihler ya da daha iyi yaşam koşullarına ulaşma arzusu ile değil, sağlıkta neoliberal reformların sonuçlarıyla yakından ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Sağlık sistemlerinin piyasalaşması, hizmet sunumunun ticarileştirilmesi ve kamu sağlık yatırımlarının geri çekilmesi, hem kaynak hem de hedef ülkelerde hekim emeğini esnek, düşük ücretli ve güvencesiz hale getirmiştir. Bu dönüşüm, yalnızca göçün itici sebeplerini değil, aynı zamanda hedef ülkelerin göçmen hekim talebini de şekillendirmektedir.

Bugün birçok ülke, sağlık sistemlerinde ortaya çıkan emek açığını, düşük maliyetle çalışmaya razı olacak göçmen hekimlerle kapatmaya çalışmakta; böylece küresel ücret arbitrajı mekanizmasını hayata geçirmektedir.

Göçmen hekimlerin daha düşük ücretle, daha uzun mesaiyle, daha ağır nöbetlerle çalıştırılmaları; yalnızca maliyetleri kısmakla kalmamakta, aynı zamanda yüksek maliyetli yerli hekim emeğine alternatif oluşturmakta ve emek piyasalarında baskı unsuru yaratmaktadır. Bu durum, sağlık emeğinin giderek daha fazla metalaştırıldığı, rekabete açıldığı ve değersizleştirildiği küresel bir emek rejiminin parçasıdır.

Küresel sağlık sistemlerinde yaşanan bu dönüşüm, yalnızca piyasa ilkelerinin egemenliğini değil, aynı zamanda bakım ekstraktivizmini de beraberinde getirmiştir. Doğal kaynakların çıkarılıp ihraç edilmesine benzer biçimde, göçmen hekim emeği de kaynak ülkelerden çekilmekte, göreceli olarak düşük ücretlerle ve zor koşullarda hedef ülkelerin sağlık sistemine entegre edilmektedir. Bu süreç, kaynak ülkelerde kamu sağlığı hizmetlerinin zayıflamasına, eşitsizliklerin derinleşmesine ve sağlık emek gücünün giderek tükenmesine yol açmaktadır.

Türkiye örneğinde, neoliberal sağlık reformlarının sonucu olarak kamu hizmetleri zayıflamış, hekim emeği metalaşmış ve hekimler profesyonel özerkliklerini kaybederken yoğun iş yükü ve düşük ücretlerle yüzleşmişlerdir. Türkiye'den hızla artan hekim göçü, bu krizin açık göstergesidir. Aynı zamanda Türkiye, ucuz ve esnek çalışmaya razı göçmen hekimleri istihdam ederek kendi sağlık krizini yönetmeye çalışmakta; böylece göçmen hekim emeğini ucuzlatma stratejisini içselleştirmektedir.

Almanya, kendi sağlık sisteminde neoliberal dönüşüm ve kamu hastanelerinin özelleştirilmesiyle birlikte artan emek açığını, özellikle Türkiye, Suriye ve Doğu Avrupa ülkelerinden gelen göçmen hekimlerle kapatmaktadır. Alman sağlık sisteminde göçmen hekimler, kırsal bölgelerde, düşük ücretlerle ve ağır iş yükü altında çalıştırılarak maliyet avantajı sağlamakta; böylece Almanya, küresel ücret arbitrajının doğrudan yararlanıcısı olmaktadır.

Norveç ise görece korunaklı sağlık sistemine karşın, demografik dönüşüm ve artan sağlık personeli ihtiyacı nedeniyle göçmen hekimlere bağımlı hale gelmiştir. Norveç sağlık sisteminde göçmen hekimler daha iyi ücret ve daha insani çalışma koşulları sunsa da sistem içi dışlayıcı yapılar ve göçmen emeğinin periferik alanlarda yoğunlaştırılması, bakım ekstraktivizminin daha rafine bir biçimini üretmektedir.

Sonuç olarak, hekim göçü, yalnızca bir profesyonel emek hareketliliği değil, neoliberal küresel sağlık düzeninin yapısal bir çıktısıdır. Bu düzen, hekimleri

bir yandan proleterleştirirken, diğer yandan sistemin krizini yönetmek için onları bir tampon emek gücü olarak kullanmaktadır.

## Sonnotlar

1- İtme–çekme modeli, temelde bireysel tercih ve denge varsayımlarına dayanan bir yaklaşım olup bu yönüyle neo-klasik mikro modellerle büyük ölçüde örtüşmektedir. Göç literatüründe yaygın kabul gören bu model, zamanla göç nedenlerini açıklamada egemen yaklaşım hâline gelmiştir (De Haas, 2008: 9).

2- ‘Hekim Göçü Zinciri’ kavramı geliştirilirken, Arlie Hochschild tarafından geliştirilen ‘küresel bakım zinciri’ kavramından yararlanılmıştır. Kavram, küresel ölçekte bakım emeğinin ücretli ya da ücretsiz biçimlerde örgütlenmesine dayanan kişiler arası ilişkiler dizisini tanımlamak üzere kullanılmıştır. Hochschild, Parreñas’ın Los Angeles ve Roma’daki göçmen ev içi emekçiler üzerine yaptığı çalışmalardan hareketle, özellikle ulusötesi düzeyde aktarılan ‘annelik’ emeğine odaklanmıştır. Bu çerçevede küresel bakım zinciri, genellikle yoksul bir ülkede kalan ve kardeşlerinin bakımını üstlenen bir kız çocuğu ile başlayan; annenin daha varlıklı bir ülkede çocuk bakıcısı olarak çalışması ve orada başka bir ailenin bakım ihtiyacını karşılamasıyla devam eden, bakım emeğinin ülkeler ve sınıflar arasında ardışık biçimde devredildiği bir yapıyı ifade etmektedir (Yeates, 2005: 3).

3- Portekiz ve Yunanistan’daki sayılar, sadece aktif olarak çalışan hekimleri değil, çalışma ruhsatı olan tüm hekimleri kapsadığı için abartılıdır.

4- Ekstraktivizm, doğal kaynakların büyük hacimlerde, genellikle minimum işleme tabi tutulmuş olarak ihracata yönelik olarak çıkarılması işlemidir. 1970’lerden bu yana ulusötesi sermayeler tarafından sistematik olarak sömürülen çeşitli doğal kaynaklara ilişkin kullanılmaktadır (Gudynas, 2018).

5- İngilizce ‘deprofessionalization’ kavramı, profesyonellik statüsünün temel özelliklerinin kaybolmasını veya aşınmasını ifade etmektedir.

## Kaynakça

AA (Anadolu Ajansı) (2019) “20 bin Suriyeli doktordan 5 bini Türkiye’de kaldı”, <https://www.aa.com.tr/tr/turkiye/20-bin-suriyeli-doktordan-5-bini-turkiyede-kaldi/1638673>, (Son Erişim Tarihi, 18/10/2025).

Aretz, B. vd. Frey, S. ve Weltermann, B. (2024) “Regional socioeconomic characteristics and density of general practitioners in Germany: A nationwide cross-sectional and longitudinal spatial analysis”, *Public Health*, 236, 338–346.

Aydan, S. (2023) “Hekim göçü açısından Türkiye’nin çalışma koşullarının değerlendirilmesi”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(3), 895–920.

Başkent, H. (2013) "Neoliberal sağlık politikaları ve devletin dönüşümü", *Çalışma ve Toplum*, (2), 183–201.

Bener, A., Ventriglio, A., Almas, F. ve Bhugra, D. (2025) "Determinants of brain drain among physicians in Turkey: Findings from a national exploratory study", *International Journal of Social Psychiatry*, 71(1).

Benoit, C., Zadoroznyj, M., Hallgrimsdottir, H., Treloar, A. ve Taylor, K. (2010) "Medical dominance and neoliberalisation in maternal care provision: The evidence from Canada and Australia", *Social Science & Medicine*, 71(3), 475–481.

Bhattacharjee, A. ve Roy, A. (2015) "Bargaining in the global commodity chain: The Asia Floor Wage Alliance", K. van der Pijl (Der.), *Handbook of the International Political Economy of Production* içinde, Cheltenham: Edward Elgar Publishing, 334–351.

Botezat, A. ve Ramos, R. (2020) "Physicians' brain drain – a gravity model of migration flows", *Global Health*, 16(7), 1-13.

Bourgeault, I. L. vd. (2016) "Professions and the migration of expert labour: Towards an intersectional analysis of transnational mobility patterns and integration pathways of health professionals", M. Dent, I. L. Bourgeault, E. Kuhlmann ve J. L. Denis (Der.), *The Routledge Handbook on Professions and Professionalism* içinde, London: Routledge, 295–312.

Bradby, H. (2014) "International medical migration: A critical conceptual review of the global movements of doctors and nurses", *Health*, 18(6), 580–596.

Brennan, N., Langdon, N., Gale, T., Humphries, N., Knapton, A. ve Bryce, M. (2023) "Exploring recent patterns of migration of doctors to the United Kingdom: A mixed-methods study", *BMC Health Services Research*, 23(1204), 1–14.

Çınar, S. (2022) International Migration of Turkish Physicians on the Axis of Neoliberal Populist Policies and Authoritarianism, *Authorea*. October 25, 2022.

Çiçek, A. (2024) "Türkiye'deki Hekim Adaylarının Yurt Dışına Göç Etme Eğilimleri", *Medeniyet Araştırmaları Dergisi*, 8(2), 67–80.

De Haas, H. (2008) Migration and Development: A Theoretical Perspective (IMI Working Paper No. 29), Oxford: International Migration Institute.

Deutsche Welle (2019) "Türkiye'de Yabancı Doktor Tartışması Büyüyor", <https://www.dw.com/tr/t%C3%BCrkiyede-yabanc%C4%B1-doktor-tart%C4%B1%C5%9Fmas%C4%B1-b%C3%BCy%C3%BCyor/a-50174083>, (Son Erişim Tarihi, 15/08/2025).

Dræbel, T. A., Larsen, K., Petterson, E. B., Sørensen, J. B. ve Konradson, F. (2024) "Retention of immigrant doctors and nurses in the medical labour markets of the Nordic countries: a scoping review", *Scandinavian Journal of Public Health*, 54(1): 34-48.

Edeh, N. E. (2019) *The Role of Professional Status in Mediating the Gendered and Racialised Experiences of Nigerian Women Working in the NHS: An Interdisciplinary Approach*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Aberystwyth: Aberystwyth University.

Elbek, O. (2010) "‘Performans’ ve Hekimlik", *Toplum ve Hekim*, 25(6): 432-447.

Eser S, Akman E A, Kosan Z, Yılmaz S, Ayoglu F Z, Acikgoz B, vd. (2023) "Push and Pull Factors of Why Medical Students Want to Leave Türkiye: A Countrywide Multicenter Study", *Teaching and Learning in Medicine*, 36(5), 588–600.

Genç, K. (2022) "Turkish doctors emigrate amid low pay and rising violence", *The Lancet*, (400), 482–483.

German Health System (2024) "German health system would struggle without Syrian doctors", InfoMigrants, <https://www.infomigrants.net/en/post/61733/german-health-system-would-struggle-without-syrian-doctors>, (Son Erişim Tarihi, 17/09/2025).

Gudynas, E. (2018) "Extractivisms: Tendencies and consequences", R. Munck ve R. Delgado (Der.), *Reframing Latin American Development* içinde, London: Routledge, 61–76.

Güner, M. E. vd. (2024) "Tıp Fakültesi Dönem 1 ve Dönem 5 Öğrencilerinin Yurt Dışına Göç Eğilimlerinin Değerlendirilmesi", *TED*, 23(69), 59–69.

Habertürk (2017) "Yabancı hekimler şehir hastanelerinde çalışabilecek!", <https://www.haberturk.com/saglik/haber/1459293-sehir-hastanelerinde-yabanci-hekim-calisabilecek>, (Son Erişim Tarihi, 14/10/2025).

Hamzaoğlu, O. (2013) "Dünyada sağlık reformu Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm: Gerçekler ve belgeleri", *Toplum ve Hekim*, 28(3), 172–180.

Harman Yıldız, G. ve Özer, K. (2022) "Neoliberal Sağlık Politikaları ve Hekim Göçü", *SCAR*, 1(1), 1–13.

Hogwood, P. (2016) "German healthcare in transition: a ‘paradigm shift’?", P. Mattei (Der.), *Health Care Governance and Accountability* içinde, Oxford: Palgrave Macmillan, 13–35.

İnternethaber (2011) "İthal Doktor Yasası tamamlandı", <https://www.internethaber.com/ithal-doktor-yasasi-tamamlandi-370297h.htm>, (Son Erişim Tarihi, 23/08/2025).

Kablay, S. (2021) "Neoliberal Transformation of Turkey’s Health Sector and its Effect on the Health Labour Force", Ç. E. Şahin ve M. E. Erol (Der.), *The Condition of the Working Class in Turkey* içinde, London: Pluto Press.

Kollar, E. ve Buyx, A. (2013) "Ethics and policy of medical brain drain: a review", *Swiss Medical Weekly*, 143, w13845.

Kopetsch, T. (2008) "The migration of doctors to and from Germany", *Journal of Public Health*, 7(1), 33–39.

Labonté, R. ve Schrecker, T. (2007) "Globalization and Social Determinants Of Health: The Role Of The Global Marketplace", *Global Health*, 3(6).

Leitão, C. A. vd. (2024) "Drivers of Global Health Care Worker Migration", *Journal of the American College of Radiology*, 21, 1188–1193.

Mara, I. (2022) Health Professionals Wanted: Chain Mobility across European Countries, WIIW, <https://wiiw.ac.at/health-professionals-wanted-chain-mobility-across-european-countries-dlp-5339.pdf>, (Son Erişim Tarihi, 29/08/2025).

Martinussen, P. E. ve Magnussen, J. (2024) "Norway", G. Giarelli ve M. Saks (Der.), *National Health Services of Western Europe: Challenges, Reforms and Future Perspectives* içinde, London: Routledge.

Mosebach, K. (2009) "Commercializing German Hospital Care? Effects of New Public Management and DRG Payment Reforms", *German Policy Studies*, 5(1), 65–98.

Neby, S. (2016) "Marketization and Accountability: Lessons from the Reforming Norwegian Healthcare System", P. Mattei (Der.), *Public Accountability and Health Care Governance* içinde, 65–91.

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2023) *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, Paris: OECD Publishing.

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2025) *International Migration Outlook 2025*, Paris: OECD Publishing.

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), EC (European Commission) (2024) *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*, Paris: OECD Publishing.

Ognyanova, D., Young, R., Maier, C. B. ve Busse, R. (2014) "Why do health professionals leave Germany and what attracts foreigners?", J. Buchan, M. Wismar, I. A. Glinos ve J. Bremner (Der.), *Health Professional Mobility in a Changing Europe: New Dynamics, Mobile Individuals and Diverse Responses* içinde, 203–233.

Oso, L., Kaczmarczyk, P. ve Salamońska, J. (2022) "Labour Migration", P. Scholten (Der.), *Introduction to Migration Studies* içinde, Cham: Springer.

Øvretveit, J. (2003) "Nordic privatization and private healthcare", *International Journal of Health Planning and Management*, 18(3), 233–246.

Özer, K. (2024) "Hekimlikte G(ö)rev Fenomeni: Nitel Araştırma", *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 26(46), 1–17.

Pantenburg, B. vd. (2018) "Physician emigration from Germany: insights from a survey in Saxony, Germany", *BMC Health Services Research*, 18, 341.

Statistisches Bundesamt (2024) "Pressemitteilung", [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/05/PD24\\_N022\\_12\\_21](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/05/PD24_N022_12_21), (Son Erişim Tarihi, 08/12/2025).

Reinus, W. R. (2007) "American Radiology and Outsourcing", *Radiology*, 242(3), 654–657. Rosta, J. ve Aasland, O. G. (2011) "Work Hours and Self-rated Health of Hospital Doctors in Norway and Germany", *BMC Health Services Research*, 11, 40, <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/40>, (Son Erişim Tarihi, 12/10/2025).

Smith, J. (2020) "Global Labour Arbitrage and the New Imperialism", I. Ness ve Z. Cope (Der.), *The Palgrave Encyclopedia of Imperialism and Anti-Imperialism* içinde, Springer International Publishing, 1–14.

Tagesschau (2024) "Zahl der Ärzte aus dem Ausland so hoch wie nie", <https://www.tagesschau.de/inland/gesellschaft/aerzte-ausland-100.html>, (Son Erişim Tarihi, 14/10/2025).

TTB (Türk Tabipleri Birliği) (2011) "TUS'ta Hukuk Skandalı", [https://www.ttb.org.tr/haberarsiv\\_goster.php?Guid=66d16dca-9232-11e7-b66d-1540034f819c](https://www.ttb.org.tr/haberarsiv_goster.php?Guid=66d16dca-9232-11e7-b66d-1540034f819c), (Son Erişim Tarihi, 10/10/2025).

TTB (Türk Tabipleri Birliği) (2017) "Çalışma Grubu 2: Suriyeli Hekimlerin / Sağlık Çalışanlarının Türkiye'de Çalışma Koşulları", [https://www.ttb.org.tr/makale\\_goster.php?Guid=64a8fb66-d36f-11e7-b181-3987fc5bd30f](https://www.ttb.org.tr/makale_goster.php?Guid=64a8fb66-d36f-11e7-b181-3987fc5bd30f), (Son Erişim Tarihi, 10/10/2025).

Türken, S. vd. (2024) "Norway: National Health Services of Western Europe – Challenges, Reforms and Future Perspectives", G. Giarelli ve M. Saks (Der.), *National Health Services of Western Europe: Challenges, Reforms and Future Perspectives* içinde, London: Routledge.

UDEF (2024) "Teyit Araştırması", <https://udef.org.tr/wp-content/uploads/2024/11/03.11.2024-TUS-Kontenjan-l%CC%87ddialari-Teyiti-UDEF-Ar-Ge-1.pdf>, (Son Erişim Tarihi, 03/09/2025).

Ünlütürk Ulutaş, Ç. (2011) *Türkiye'de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü*, Ankara: Notabene.

Ünlütürk, Ç. (2023) "Sağlık Hizmetleri Dönüşürken Hekim Emeği Nasıl Dönüştü: Proleterleşme, şiddet ve Göç", *Çalışma ve Toplum*, 4(79), 3311–3332.

Wichterich, C. (2020) "Who cares about healthcare workers? Care extractivism and care struggles in Germany and India", *Social Change*, 50(1), 121–140.

Wilkesmann, M. (2016) "From Demigods in White to Normal Employees: Employment Relations and New Incentive Structures in German Hospitals", P. Mattei (Der.), *Public Accountability and Health Care Governance* içinde, London: Palgrave Macmillan, 91–114.

Wisbey, M. (2024) "Australia Registers Record Influx of Overseas Doctors", Royal Australian College of General Practitioners, <https://www1.racgp.org.au/newsgp/professional/australia-registers-record-influx-of-overseas-doct>, (Son Erişim Tarihi, 18/12/2025).

WHO (World Health Organization) (2010) *User's Guide to the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel* (No. WHO/HSS/HRH/HMR/2010.2), Geneva: WHO.

Yalçınkaya, K. (2019) "Türkiye'de 1980 Sonrası Kamu Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm: Maaş Rejiminden Ücret Rejimine Geçiş", *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 74(3), 811–852.

Yeates, N. (2005) *Global Care Chains: A Critical Introduction*, Cenevre: Global Commission on International Migration.

Yılmaz, V. (2017) *The Politics of Healthcare Reform in Turkey*, London: Palgrave Macmillan.