

Neoliberal Sağlık Politikaları ve Hekim Göçü^{1,2}

Neoliberal Health Policies and Doctor Migration

**Güzin
HARMAN
YILDIZ, Kubilay
ÖZER**

Karamanoğlu
Mehmetbey
Üniversitesi, Sağlık
Bilimleri Fakültesi,
Karaman/ Türkiye

guzinharman@hotmail.com

ORCID: 0000-0001-
8948-4408

kubilayozer@hotmail.com

ORCID: 0000-0002-
4043-5047

Sorumlu yazar:

Güzin HARMAN
YILDIZ,
Karamanoğlu
Mehmetbey
Üniversitesi Sağlık
Bilimleri Fakültesi

Makalenin referans gösterilmesi:

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

Özet

1980 sonrası benimsenen neoliberal yaklaşımlar 2000'li yıllara gelindiğinde hız kazanmış ve 2003 yılında gelindiğinde Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birçok alanında yapılan köklü değişikliklerle sağlık sistemi hayatına dahil olmuştur. Programın sağlık sektörünün hayatına giren birçok yeniliğin pozitif çok fazla etkisi olmasına karşın negatif bazı getirileri de olmuştur. Bunlardan biri de son zamanlarda gündemi işgal eden hekimlerin yurtdışı çalışma isteklerinin yoğunlaşması olmuştur. Sağlık sektöründe bir sorun haline gelen hekim göçlerinin nedenlerinin saptanması önemli bir hale gelmiştir. Çalışma literatür taraması yöntemiyle Türkiye'de 2003-2021 sağlık istatistik verileri, OECD istatistikleri verileri, mesleki haber portalları ulusal ve yabancı literatürde sağlık işgücü, özellikle hekimlerle ilgili yapılmış çalışmalar taranmıştır. Yurtdışı kaynaklarda istatistik verileri derlenerek Türkiye'de çalışan hekimler başta olmak üzere dünya hekimlerinde oluşan göç isteğinin nedenlerini belirginleştirmek amaçlanmıştır. Araştırma sonucunda, hekimlerin sağlık politikaları, iş yükü, ücret yetersizliği, malpraktis davaları ve sağlıkta şiddet gibi nedenlerle göçe yöneldikleri yönünde bulgulara ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık yönetimi, Hekim göçü, neoliberal politikalar, Sağlıkta Şiddet.

Abstract

The neoliberal approaches adopted after 1980 accelerated into the 2000s, and in 2003, the health system was included in life with the Health Transformation Program for children, with radical changes in many areas. Many innovations that entered the health sector housing with the program have had some positive and negative effects. There has been a concentration of physicians in mobile study centers whose departments have also been in use recently. It has become important to determine the causes of physician migration, which has become a problem in the health sector. With the study literature method, 2003-2021 health statistics data, OECD data, industrial news portals, health power in national and local literature, especially studies on physicians were scanned in Turkey. Aiming to clarify the reasons for the migration demands of world physicians, especially those working in Turkey, by compiling statistical data from sources abroad. As a result of the research, it was concluded that thieves tend to migrate, such as physicians' health policies, workload, remuneration, malpractice lawsuits and violence in health.

Keywords: Health management, Physician migration, neoliberal policies, Violence in Health.

¹ Bu çalışma ikinci yazarın danışmanlığında birinci yazarın yüksek lisans seminerinden üretilmiştir.

² Bu çalışma 21-23 Ekim 2022 tarihlerinde düzenlenen Bilimsel ve Akademik Araştırmalar Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

GİRİŞ

Hastalıklar ve tedavi yöntemleri, yaşayan tüm uygarlıklarda kültürlere ve coğrafi etkenlere bağlı olarak farklılıklar göstermiştir. İnsanların çevreye olan duyarlılığı gözlem yeteneğinin artmasıyla birlikte tedaviler açısından daha bilimsel yaklaşımların oluşmasına zemin hazırlanmıştır. Tıp sektörüne bakış açısı geliştikçe hastane gibi kurumlarla birlikte tıp eğitimi ihtiyacı da ortaya çıkmıştır (Dündar ve ark, 2019:79-103). Hekimliğin hayat kurtaran bir misyonunun olması geçmiş çağlarda bu mesleğin ‘kutsal’, ‘ilahi’ bir görev yaptıkları görüşü sebebiyle çoğu zaman tanrılaştırılan bir hal aldığı görülmektedir. Sağlık sistemlerinin vazgeçilmez bir parçası olan hekimler sağlık yönetimi açısından da özellikle ele alınması gereken bir meslek grubudur. Hekimler, tıbbın temel uygulayıcı unsurudur. Aynı zamanda tıp biliminin hekimlere kattığı güç ile birlikte onlar, sektörün doğal lideri olarak algılanmaktadır (Kaya ve Kaya, 2019: 82-102).

Sağlık hizmetleri oldukça komplike bir yapıya sahiptir. Birbirinden önemli parçalardan oluşan bir bütün halinde çalışır. Bu bütünü en verimli ve etkili şeklide oluşturmak da oluşan sistemin devamlılığını sağlamak da ülkelerce belirlenen sağlık politikalarıyla mümkün olmaktadır. Neoliberal küreselleşme tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de etkili olmuş, hatta en büyük payı Sağlıkta Dönüşüm Projesiyle (SDP) sağlık hizmetlerinin aldığını söylemek yanlış olmayacaktır. Son yıllarda gündemi hayli meşgul eden sağlık işgücünün özellikle de sağlık sektörünün önemli parçası olan hekimlerin yurtdışına göçü konusu sağlık yöneticileri açısından ele alınması ve müdahale edilmesi gereken bir olgu haline gelmiştir. Bu çalışmayla “Hekim Göçü” olgusunun nedenlerine değinmek, Türkiye’de ve dünyada hekimler neden göç ediyor bunu sayısal verilerle karşılaştırmak ve uygulanan neoliberal sağlık politikaları bu göç nedenlerini ne kadar etkiliyor bunun üzerinde değerlendirmeler yaparak literatüre katkı sağlamak amaçlanmıştır.

Hekimlik ve Sağlık

Hekimliğin başlangıcı sayılan Hipokratik dönemden günümüze kadar tıp hekimlerine, bölgesel farklılıklar gösteren tanımlar yapılmıştır. Batıda bilgi sahibi, âlim ve ölçülü kimse anlamına gelen “doctor” veya “medicus” kullanıldığı görülmekteyken, doğuda işin ehli, âlim, hikmet sahibi anlamlarında kullanılan “tabip” veya “hekim” kelimelerinin kullanıldığı bilinmektedir (Bayat, 2010:132-134). Hekimlik Türk Dil Kurumunca ‘İnsanlarda meydana gelen hastalıkları teşhis eden ve onları gerekli ilaçlarla veya bazı araçlar kullanarak tedavi eden kişi, doktor, tabip.’ şeklinde tanımlanmıştır (TDK 2022). Kelime kökenine inildiğinde Tıp kelimesine nezaket ve yumuşaklık anlamları da yüklenmiş olduğu görülmektedir. Hekim, işini iyi bilen ve bu konuda ustalaşmış, tedavisini yaptığı hastasına oldukça iyi ve nazik davranışlarla yaklaşan kişi anlamlarına da geldiği de bilinmektedir (Bayat, 2010:19-20). Homeros döneminde iki türlü hekimlik yapılıyordu. Özel hekimlik denilebilecek şekilde çalışan hekimler daha sakin bir ortamda hastalara daha çok vakit ayırabilmek adına kendi evlerinde hasta bakarken, diğer bir hekimlik türü ise ‘İatreion’ ya da ‘Taberna’ adı verilen mekanlarda hasta bakan hekimlerdi. Bu hekimlerinin ücretlerini karşılamak için halktan vergiler alınmış tahıllar toplanarak hasta kişilerin hekim masraflarını karşılamak için aralarında bir ödenti toplayarak kendi aralarında bir sigorta sistemi oluşturmuşlardır (Yoket, 2003:76-78). Cumhuriyetin ilanından sonra Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam’ın sağlık alanında yaptığı köklü değişiklikler hekimler ve sağlık yönetimi açısından Türk sağlık sisteminin temellerini oluşturmuştur 1925’de Ankara’da yüksek okullar kurulup geliştirilmiş ve sonra yenileri eklenerek fakülteler haline getirilmiştir. Günümüzde halen eğitimi devam eden tıp fakülteleri, Türk sağlık sistemine yeni hekimler kazandırmaya devam etmektedir.

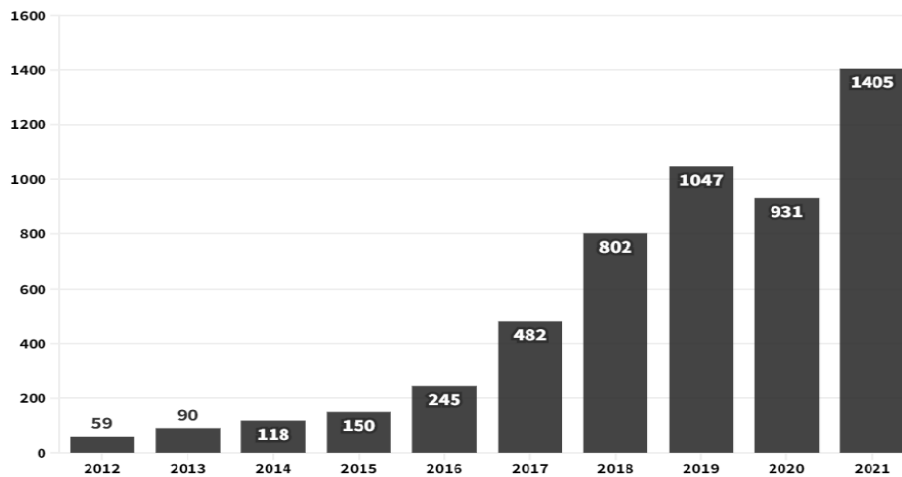
Neoliberal Sağlık Politikaları

Tarihin ilk dönemlerinden bu yana toplumlarda sağlık hizmeti olarak adlandırabileceğimiz örgütlenmenin ortaya çıkması kapitalizm ile ilişkilendirilir. Sanayi devriminin ardından şehirlere göç eden kalabalık nüfuslar, sağlıksız yaşam ve çalışma koşullarıyla yaşamlarını sürdürmeye çalışmışlardır (Etiler, 2011:2-11). Büyük salgın hastalıkların ortaya çıkmasına zemin hazırlanmış ve salgınları kontrol altına almak devletlerin müdahalesini gerektirmiştir (Günaydın, 2011:18-19). Gerçek manada örgütlü sağlık hizmetlerinin 1945 sonrası ortaya çıktığını ve yaygınlaştığını görmekteyiz. II. Dünya Savaşı sonrasında Birleşmiş Milletler gibi çok sayıda uluslararası örgüt kurulmuş ve ‘sağlık hakkı’ gibi pek çok sosyal hak tanımlanmıştır. Sağlığın bir vatandaşlık hakkı olduğunun belirtilmesiyle birlikte çok sayıda ülkede ‘Ulusal Sağlık Sistemleri’ kurulmuştur (Etiler, 2011:2-3). Türkiye’de 1980 sonrası belirginleşen neoliberal yaklaşımlar 2000’li yıllara gelindiğinde daha çok yerleşmiş ve uygulanan sağlık politikaları da bu yaklaşımdan oldukça etkilenmiştir. 2003 yılında geldiğinde SDP olarak ortaya çıkan politikalar bütünü, Türkiye’de uygulanan sağlık sistemlerinde hayli köklü değişikliklerin ortaya çıkmasına vesile olmuştur. Diğer bir deyişle, sağlık sisteminde bir reform yapılmış ve bu politikalar kapsamında kamu-özel sektör iş birliği özel sektör lehine geliştirilmiştir (Alptekin, 2019:30-31). Sağlık Bakanlığı, 2010-2014 yıllarını kapsayan SDP’nin ikinci fazını finansmanını Türkiye ve Dünya Bankası iş birliğinde, 2009 yılında imzalanan bir anlaşma ile hayata geçirmiştir. Sağlık Bakanlığı Proje Destek Birimi Tarafından yayınlanan bu anlaşma 2009 yılı itibariyle uygulamaya geçirilerek 2010 ve 2014 yıllarını da kapsayacak şekilde bir proje şeklinde belirtilmiştir. Böylelikle SDP II. fazına geçilmiştir. (Sağlık Bakanlığı, 2022).

Hekim Göçü

Göç, eski zamanlardan bu yana devam eden ve devam edecek olan, kişilerin coğrafi anlamda bir çeşit yer değiştirme hareketi olarak tanımlanabilir (Koçak ve Terzi, 2012: 163-184). Göç, bu eylemi gerçekleştirenler tarafından da göç edilen tarafla da toplumsal yapıların etkilendiği bir sonuç meydana getirir (Baritçi, 2017: 227-245). Göç hareketi ile birlikte ortaya çıkan tabloda göç edilen yerlerin nüfus popülasyonunda ve hatta göç eden kesimin niteliğine göre bir çeşit genişleme meydana gelir. Fakat göç veren yerler için bir azalma ve kısıt söz konusu oluşur (Yılmaz, 2019: 383-400). Herhangi bir sağlık sisteminin en önemli bileşeni sağlık personelidir. Nitelikli işgücü temeli olmadan, sağlık sistemleri, özellikle de kamu sektöründe sağlık hizmetleri etkili bir şekilde çalışmaz (Padarath ve ark., 2003: 1-41).

Tablo 1: Türk Tabipler Birliği 2012-2021 Yurt Dışı Belgesi İçin Başvuran Hekim Sayıları



Kaynak: Türk Tabipler Birliği (2022).

Araştırma çerçevesinde yapılan taramada Türk medyasında bu konuda yayınlanan haber sayısı oldukça fazla olduğu gözlemlenmiştir. 1 Eylül 2022 tarihli bir mesleki haber sitesi haberine göre 143 tane uzman hekim, 138 pratisyen hekim olmak üzere toplamda 281 hekim Türk Tabipleri Birliği'ne (TTB), "İyi Hal" belgesi almak için başvuruda bulunmuştur. 2022 yılına gelindiğinde ise "İyi Hal" belgesi başvuru sayısının 2 bin 500'ü geçmesi bekleniyor (Elmacioğlu 2022). Yine uluslararası bir haber sitesinde yayınlanan haberin içeriğinde Türkiye'den diğer ülkelere göç etmeyi düşünen doktorların tercihlerinde Almanya ön sıralarda yer alıyor. Goethe Enstitüsü'nün verilerine göre dil kursuna giden her 700 kursiyerden 125'inin hekim olduğu bilgisi yer almaktadır (Akbayrak, 2020). Türkiye Tabipler Birliği 2021 yılında yayınladıkları verilere göre, yurtdışında çalışmak için iyi hal belgesi alan doktor sayısı 2012 yılında 59 iken 2021 yılına gelindiğinde bu sayının 1405 olduğunu bildirmiştir. Hekim göçlerinin zemini hazırlayan sağlık politikaları kapsamında birçok neden karşımıza çıkmaktadır. Neoliberal politikaların sağlık sistemlerine nüfuz edişi hekim göçü hareketliliğinde bir unsur oluşturuyorsa bu her ülke için geçerli bir durum olacağından bazı ülkeler için pozitif etki yaratırken bazı ülkeleri için negatif bir durum ortaya çıkartıyor. Bu çerçevede hekim göçlerinin nedenleri her ülke için farklılık gösterirken temelde aynı nedenler üzerinde yoğunlaşmaktadır (Cavlak ve Kuru, 2014: 62-80).

YÖNTEM

Araştırma literatür taraması yöntemiyle yapılmıştır. Literatür taraması bir araştırma çalışmasında önemli bir süreçtir. Doğru şekilde yönetilmeyen bir tarama çoğu zaman araştırmacının zaman kaybetmesine ve genellikle yeterli içeriğe ulaşamamasına sebep olabilir. (Koroğlu, 2015: 61-69). Konuyla ilgili yapılan tez çalışmalarına ulaşmak için Ulusal Tez Tarama Merkezi kullanılmıştır. Makale ve diğer çalışmalar için Ulakbim, Academia, Google Scholar (Google Academic), Dergi Park, ScienceDirect gibi platformlardan faydalanılmıştır. Sayısal veriler için Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri 2002-2021 yılları arasındaki tüm istatistik yıllıkları ve istatistik haber bültenleri taranarak konuyla ilgili verilere ulaşılarak kullanılmıştır. Uluslararası güncel istatistik veriler için 2021 OECD Sağlık İstatistikleri Yıllığı kullanılmıştır. Ayrıca araştırmada örnek olarak verilen ülkelerin verilerine ayrı ayrı ülkelerin taraması yapılarak OECD verilerine ulaşılmıştır. Bununla birlikte 2019-2021 verileri karşılaştırmaları için 2019 verilerinin tamamı taranmıştır. Hekim göçüyle ilgili Türk medyasında yer verilen haberler dijital ortamlardaki gazete ve dergiler, sağlık çalışanların oluşturdukları mesleki haberleşme ve bilgi edinme amaçlı siteler taranarak konuyla ilgili haberler kaynak olarak kullanılmış kullanılan siteler erişim tarihleriyle birlikte kaynakçada belirtilmiştir. Türk Tabipler Birliği sitesinden ve Türk Tabipler Birliğinin yayınlamış olduğu veriler kaynak olarak kullanılmıştır. Ayrıca Türk Tabipler Birliği internet sitesinin iletişim bölümünden ulaşılmak suretiyle çalışanlarından da araştırma için gerekli bilgiler alınmıştır.

BULGULAR

Ulusal tez tarama merkezinde yapılan taramada 'hekim göçü' konulu herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Sağlık işgücü başlığı başta olmak üzere hekim başlıklı konular tarandığında 1739 kaynak tespit edilmiştir. Bunların çoğu hekim-hasta ilişkisi üzerine yapılan tez çalışmaları olmakla birlikte daha çok aile hekimliği, hekim ve hemşirelerle ilgili oldukları gözlemlenmiştir. Çalışma kapsamında uluslararası makale taraması için Academia, Google Scholar (Google Academic), Dergi Park, ScienceDirect sayfalarından faydalanılmıştır. Burada yapılan tarama sonucunda direkt olarak hekim göçü konulu çalışma bulunmamış fakat sağlık işgücü ve uluslararası sağlık işgücü hareketliliği konulu çalışmalar bulunmuştur.

Hekim göçü ile ilgili yapılan literatür ve kaynak taraması sonucu ulaşılan veriler düzenlenerek çalışmadaki başlıklar oluşturulmuş ve 'Hekim Göçü' konusunun nedenleri çerçevesi belirlenerek elde edilen bulgular başlıklar altında sunulmuştur. Uluslararası sağlık göçünün itici

ve çekici faktörlerini sağlık sistemiyle ilgili ve sağlık sistemiyle ilgili olmayan şeklinde iki bölüme ayırmak konuyu detaylandırmak açısından daha faydalı olacağı düşünülmüştür.

Tablo 2: Sağlık İşgücünün Uluslararası Göçünü Etkileyen Faktörler

İTİCİ FAKTÖRLER	ÇEKİCİ FAKTÖRLER
Endojen İtici faktörler (Sağlık Sistem ile ilgili)	İçsel Çekici Faktörler (Sağlık Sistemi ile ilgili)
*Ücret ve Maaşlar *İş tatmin eksikliği *İşle ilgili riskler *Sağlık sistemindeki kaynak yetersizliği *Personel eksikliğinin oluşturduğu aşırı iş yükü *İş memnuniyetsizliği *Mesleki statü değersizliği *Sağlıkta Şiddet olayları *Sağlık politikaları *Malpraktis davalarındaki yargılanma süreçleri ve verilen cezalar	*Daha yüksek ücret oranları, *Daha tatmin edici çalışma koşulları, *Daha güvenli bir çalışma ortamı ve *Daha iyi donatılmış sağlık sistemleri *Daha iyi eğitim ve kariyer geliştirme fırsatları *İleri eğitim ve kariyer geliştirme fırsatları *Daha iyi muamele ve çalışma koşulları *İş yardımı *Daha adil bir yargılanma beklentisi
Dışsal itici faktörler (Sağlık Sistemi ile İlgili Olmayan)	Dışsal Çekici Faktörler (Sağlık Sistemi ile İlgili Olmayan)
*Yaşam Kalitesi *Politik zorluklar *Ekonomik istikrarsızlık *Olumsuz yaşam koşulları *İşsizlik Açlık ve yoksulluk *Savaşlar *Yaşadığı ülkedeki gelecek endişesi *Gereğinden fazla personel *Ailevi nedenlerden dolayı bir araya gelme *Evlilik birleşmeleri	*Çocuklara daha yüksek bir yaşam kalitesi, *Çocuklar için Eğitim olanakları *Aile bireyleri için daha iyi bir gelecek beklentisi *Siyasi baskılardan uzaklık *Daha iyi şartlarda bir yaşam beklentisi *Konuşma özgürlüğü ve eğitim olanakları *Politik istikrar *İşçi dövizi gönderme fırsatı *Seyahat olanakları
Sabit Faktörler	Kalma Faktörleri
*Yer değiştirme *Yeni bir dil öğrenme ihtiyacı *Farklı klinik uygulamalar görme imkânı *Doğal afetler *Çevresel bozulmalar	*Zaman alıcı ve maliyetli göçmenlik *Yeni sosyal ve kültürel bağların geliştirilmesini *Yeni yaşam tarzı kalıplarını bozma konusundaki isteksizlik *Çocukların eğitimini aksatma riski

Kaynak: Padarath, A. ve ark. (2003)., Buchan, (2008)., Yıldırım, (2009) kaynakları kullanılarak araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

Sağlıkla ilgili itici faktörler arasında ücretler ve maaşlar ilk sıralarda yer almaktadır. Diğer nedenler sağlık sistemlerinin eksikliklerinden oluşmaktadır (Eastwood ve ark., 2005:1983-1900). Konuyla ilgili ulusal ve uluslararası literatür incelendiğinde sağlık çalışanlarının uluslararası hareketliliğini etkileyen ve buna neden olan faktörler için kullanılan çerçeve, “iten” ve “çeken” faktörler ayrımıdır. İtme ve çekme faktörleri ayrıca dışsal (sağlık sistemiyle ilgili olmayan) ve endojen olanlar (doğrudan sağlık sistemiyle ilgili olanlar) olarak iki başlıkta incelenebilmektedir (Padarath ve ark., 2003: 1-41).

Hekim Sayıları

Bir toplumda sağlık politikalarının en etkili ve verimli şekilde uygulanması sağlık personeli tarafından erişilebilir ve uygulanabilir şekilde sağlanmasına bağlıdır. Sağlık

sistemlerinin temel amacı işgücü kapasitesini doğru kullanarak nüfusun sağlığını iyileştirmektir (Badak, 2020:371-387). Sağlık Bakanlığının hazırladığı ‘Sağlık İstatistikleri Yıllığı’ verilerine göre Türkiye’de 2002 yılında hekim sayısı 91.949 olarak bildirilmiştir. 2002-2020 yıllarında hekim sayılarındaki artış unvanlarına ve yıllar arasındaki veriler hesaplanarak yüzdelerle artışlarla birlikte oluşturulan tabloda verilmiştir.

Tablo 3: 2002-2020 Yılları Unvanlarına Göre Hekim Sayıları ve Yüzdelerle Artışları

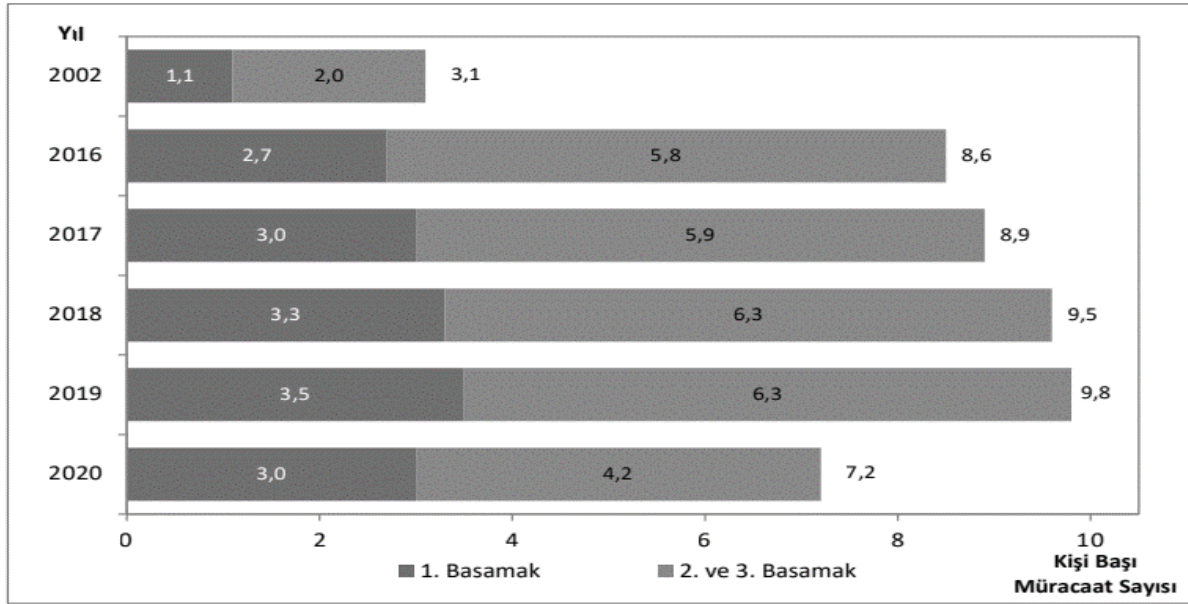
	2002	2015	2002 2015	2016	2015 2016	2017	2016 2017	2018	2018 2019	2019	2019 2020	2020
Uzman Hekim	45.457	77.622	71%	78.620	1%	80.951	3%	82.894	3%	85.199	3%	88.127
Pratisyen Hekim	30.900	41.794	35%	43.058	3%	44.649	4%	44.053	6%	46.843	6%	49.760
Asistan Hekim	15.592	21.843	40%	23.149	6%	24.397	5%	26.181	10%	28.768	16%	33.372
Toplam Hekim	91.949	141.259	54%	144.827	3%	149.997	4%	153.128	5%	160.810	6%	171.259

Kaynak: 2019 Sağlık İstatistikleri Yıllığı ve Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2020 Haber Bülteni verileri kullanılarak araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

Türkiye’de unvanlarına göre toplam hekim sayısı 2002 yılında 91.949 iken 2015 yılına bakıldığında 141.259 olarak görülmektedir. 2002-2015 yılları arasında geçen 13 yılda gerçekleşen artış yaklaşık %54 oranındadır. 2015-2016 yılları arasında %3, 2016-2017’de %4, 2018-2019’da %5 oranlarındaki artışlarla giderek artan bir ivme kazandığı görülmektedir. 2019 yılına oranla 2020 yılında da artış gösteren toplam hekim sayısı, 2019 yılında 160.810 iken yaklaşık %6 artış göstererek 2020 yılında 171.259 sayısına ulaşmıştır. Sağlık Bakanlığı’nın her yıl yayınladığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020 Haber Bülteni’nin verilerine bakıldığında, Türkiye’de 2019 yılından 2020 yılına kadar toplam sağlık personeli sayısında da bir artış gözlemlenmiştir. 2019 yılında 1.033.767 olan sayı 2020 yılında 1.142.469’a yükselmiştir. Tablo değerlendirildiğinde gözlemlenen artışlar sağlık verileri çıktısında bir artış olduğunu göstermektedir. Hekim sayılarının artışı artan nüfus verileri doğrultusunda hasta başına düşen hekim sayıları ile birlikte değerlendirmek doğru olacaktır. Yeterlilik noktasında bu oranların örtüşmesi ve uluslararası seviyede tutulması gerekmektedir.

Hasta Başına Düşen Hekim Sayıları

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre Türkiye nüfusu 2002 yılında 65,15 milyon iken, 2020 yılında Türkiye’de ikamet eden nüfus, 83.614.362 kişidir. 2020 yılında erkek nüfusu 41.915.985, kadın nüfus ise 41.698.377 kişidir (TÜİK 2022). Sağlık Bakanlığının 2020 Sağlık İstatistikleri Yıllığı verilerine göre 2002 yılında her yüz bin kişiye düşen toplam hekim sayısı 138 iken 2019 yılına gelindiğinde bu sayının 193’e yükselmiştir. 2020 yılında ise kişi başı hekime müracaat oranı 2019 yılında 9,8 oranında görülürken %26,5 azalmış ve 7,2 olmuştur. 2020 yılı verilerine bakıldığında ise hekime müracaat oranı %42,2 ile birinci basamak sağlık kuruluşlarına, %57,8 ise ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına yapılmıştır.

Tablo 4: Yıllara ve Hizmet Kapsamına Göre Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2020).

Kişi başı hekime müracaat sayılarındaki artış, buna etki eden tüm faktörlerle birlikte değerlendirilmelidir. Örneğin nüfus artışı hızı ile birlikte bakıldığında bir paralellik göstermesi beklenir. Salgın hastalıklar, doğal afetler bölgesel nüfus yoğunlukları gibi etkilerle bu değerlendirmelere farklı yansımalar olacaktır. 2020 yılında dünya genelinde yaşanan Covid-19 pandemisi Türkiye’de bu oranlardaki sapmalara neden olmuştur. Dolayısıyla “Yıllara ve Hizmet Kapsamına Göre Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı” tablosunda 2020 yılı verileri verilerek pandemik artış ve sapmalar dahil edilmemiştir. Bu değerlendirme ayrı ayrı konularda yapılacak araştırmalar ve veri analizleri gerektireceğinden bu çalışmada yalnızca sağlık bakanlığı verileri üzerinden bu tablo ile bir değerlendirme yapılmıştır.

Hasta Muayene Süreleri

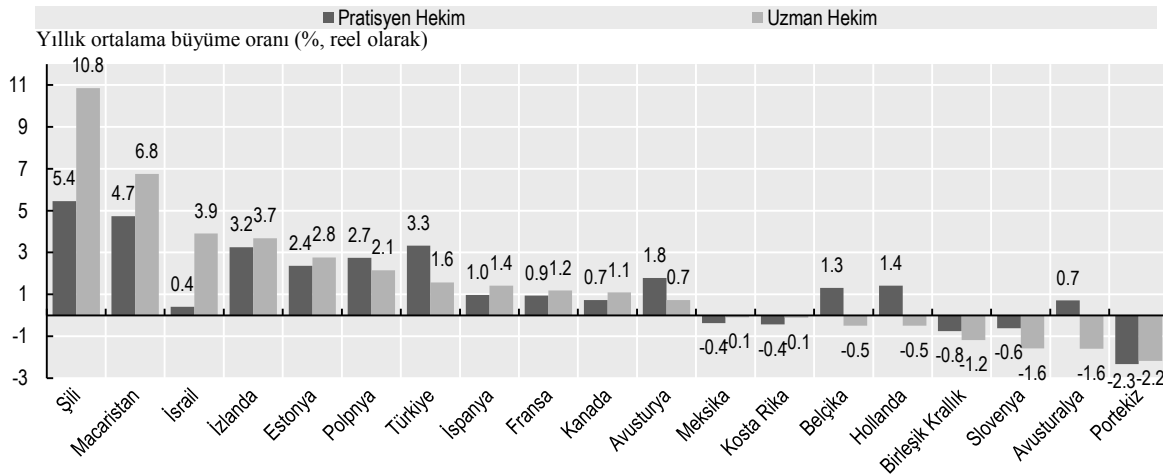
Türkiye’de Sağlık Bakanlığı, SDP kapsamında, Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) uygulamasını 2011 yılında hizmete sunmuştur. 2011 yılında pilot illerde uygulamaya başlanan MHRS sistemi 2012 yılında tüm ülkede kullanıma geçmiştir (SB, Merkezi Hekim Randevu Sistemi 2022). MHRS uygulaması öncesinde poliklinik önlerinde oluşan uzun kuyrukları önlemiştir. Fakat diğer taraftan oluşan yoğunluk ve zaman zaman yaşanan sistemsel arızalar hasta mağduriyetlerini de beraberinde getirmektedir. Sağlık kuruluşlarında hekim ile hastanın bulunduğu ilk ortam polikliniklerdir. Dolayısıyla hastaların aldıkları sağlık hizmetlerine dair memnuniyet düzeylerini büyük ölçüde belirleyen en önemli unsur hekimle geçirilen sürelerdir (Çıraklı, 2020: 43-54). Sağlık hizmeti sunumunda, hasta muayenesi için hekime yeterli sürenin sağlanması büyük öneme sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü yeterli hasta muayene süresinin 20 dakika olduğunu belirtirken, TTB, hekimlerin muayene için gelen bir hastaya en az 15-20 dakika zaman ayrılması gerektiğini, belirtmektedir (TTB, 2017). Hasta muayene süreleri konusunda ideal olarak ne kadar uygulanması gerektiği ile ilgili kesin bir süre bulunmamasıyla birlikte 2016 yılında Türk Toraks Derneği’nin göğüs hastalıkları muayene işlemleri için gerekli ortalama sürenin Devlet Hastanelerinde ve Eğitim Araştırma Hastaneleri’nde ortalama 17,5 dakika olduğunu, Üniversite Hastanelerinde ise bu ortalamanın bir hastanın muayenesi için 23 dakika gerektiğini belirlemişlerdir (Türk Toraks Derneği, 2016).

Bir sağlık kurumunda genel olarak muayene işlemleri için gerekli ideal süreyi ortalama 15-20 dakika olarak belirtmişlerdir. Sağlık bakanlığının açıkladığı verilere göre 2016 yılında birinci basamak hekime müracaat sayısı 215.990.739 hasta iken aile hekimlerine 205.549.931 müracaat etmiştir. İkinci ve üçüncü basamak sayısı ise 469.718.440 hastadır (SB, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016). 18 OECD ülkesiyle Türkiye 2002-2018 yılları arasında bin kişi başına hekim sayıları karşılaştırıldığı bir araştırmada, Türkiye’de 2002 yılında kişi başı muayene süresi yaklaşık ortalama 50 dakika iken, her geçen yıl bu sürenin azaldığı ve 2018 yılına gelindiğinde yaklaşık ortalama 23 dakikaya düştüğü görülmektedir. OECD ortalamasının 2002 yılı için yaklaşık 56 dakika iken 2018 yılı için 58 dakikaya çıktığı bilinmektedir. AB ülkelerinden İsveç’te 2002 yılında kişi başı muayene süresi ortalama yaklaşık 121 dakika olurken 2018 yılında bu süre 191 dakikaya çıkmıştır (Çıraklı, 2020: 43-54). Elbette uluslararası karşılaştırmalar yapılırken ülkelerin sosyo-ekonomik durumları, nüfus yoğunlukları ve demografik yapıları da son derece önem arz etmektedir. Türkiye gelişmekte olan ülkeler arasında yer almaktadır. Bu karşılaştırmalar gösteriyor ki az sayıda hekim ve sağlık çalışanıyla karşılanan sağlık hizmetleri Türk hekimlerinin özverili çalışmasının sonucunda ortaya çıkmaktadır.

Hekim Ücretleri

Ücret kavramı, içinde bulunulan her kesim için farklı bir anlama gelmektedir. İşletmeler açısından ücret; örgütsel hedeflere ulaşmak adına katlanılan bir gider veya maliyet unsuru olarak tanımlanırken, yöneticiler açısından maliyet ve çalışanları motive eden bir etkidir. Çalışan tarafından bakıldığında ise ücret, çalışırken harcadığı eforun ve emek karşısında aldığı ödüldür. Aynı zamanda bir kaynak anlamına da gelmektedir (Ataay ve Acar, 2015: 360-362). Adil ve eşit olmayan ücretler memnun olmayan çalışanların yeterli şekilde performans gösterememesi ve dolayısıyla motivasyonların düşmesini beraberinde getirir (Erkan, 2011: 423-438).

Tablo 5: 2010- 2019 Pratisyen ve Uzman Hekimlerin Ücretlerinde Artışlar



Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri (2021).

Türkiye’de hekimler genel itibariyle kamu hastanelerinde üniversite hastanelerinde ve özel hastanelerde görev yapmaktalar. Büyük çoğunluğu kamu hastanelerinde çalışan hekimlerin aldıkları ücretler çalıştıkları hastanelerin kapasitelerine veya kategorilerine göre çeşitlilik göstermektedir. Göç alan ve göç veren açısından bakıldığında ülkeler arasındaki önemli maaş farklılığı ve çalışma ortamlarının kalitesi açısından karşımıza öncelikle çıkan nedenler olmaktadır. Türkiye’de doktorlara ödenen maaşlar, uzman ve pratisyen olup olmamasına göre değiştiği gibi aynı zamanda branşlarına göre de farklılık göstermektedir.

Ülkeler arasında hekimlerin ücret seviyelerindeki farklılıklar, hekim göçü söz konusu olduğunda “itici” veya “çekici” bir faktör olarak görülebilir. 2010 ve 2019 OECD ülkeleri verilerine göre Türkiye hekimlerin maaşlarındaki artış oranları sıralamasında göç tercihlerinin başında gelen Fransa ve Hollanda gibi ülkeleri geride bırakmıştır.

Performansa Dayalı Ücretlendirme Sistemi

Türkiye’de “Döner Sermaye” sistemi 1961 tarih ve 209 sayılı Yasa ile hayata geçirilmiştir. Bu sistem kamu kurum ve kuruluşlarında uygulanmak üzere yataklı tedavi kurumlarının gereksinimlerini karşılamak amacıyla kullanılmaya başlanmıştır (TC. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi, 2022). 1981 yılına gelindiğinde üniversite hastanelerinde de uygulamaya geçilmiş, akademik ve idari personelin çalışmaları sonucu kurumda oluşan gelirin dağıtılması amaçlanmıştır. 1989 yılında döner sermaye gelirlerinden kurum çalışanlarına ek ödeme yapılması şeklinde düzenleme yapılmıştır. 2003 SDP reformu ile birlikte performansa dayalı ek ödeme sistemi uygulamaya başlanmıştır. 2004 yılında bireysel olarak uygulanan sistem 2005 yılından itibaren kurumsal performansı değerlendirme kriterleri oluşturulmuştur. 2006 yılına gelindiğinde finansal yönetsel kriterler eklenerek ‘Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi’nin kapsamı genişletilmiştir (Akpınar, 2013:167-181). Şimdi gelinen nokta ise sağlık çalışanlarının aldıkları taban maaşlar azalmıştır. Alacakları döner sermaye ödemelerini arttırmak amacıyla sağlık çalışanları daha uzun sürelerde ve daha yoğun çalışmak durumunda kalmışlardır (Öcal, 2017: 77-98). Hekimlerin branşları sebebiyle daha çok ek ödeme alabilecekleri durumlar mevcuttur. 2020 yılında yapılan bir araştırmada özel bir hastanede çalışan Anestezi ve Reanimasyon hekimi aylık ücret karşılığında çalışırken net olarak 15.862,64 TL kazanç elde etmektedir (Bozdemir, 2020:87-96). Bu kazancın devlet kurumlarında daha farklı olduğu ve performansa dayalı sistem üzerinden ücretlendirildiği bilinmektedir. 250 yataklı bir devlet hastanesinde kimliğinin açıklanması istemeyen bir Anestezi ve Reanimasyon hekimi 2022 Nisan ayı bordrosu dahilinde, 7.417,00TL maaş, 5.413TL sabit ücret, 13.859,00TL ek ödeme aldığını belirtmektedir. Toplamda aylık net geliri 26.689,00 TL’dir. Sabit ödeme ve maaş ücretleri hizmet yıllarına göre farklılık göstermektedir. Ayrıca alınan ek ödemeler ve döner sermaye gelirleri hastanenin kapasitesine, kategorisine göre farklılık göstermektedir. Bu bilgiler dahilinde devlet hastanesinde bir hekim aylık ortalama yaklaşık 27 bin TL kazanırken bunun çok önemli bir kısmını ek ödemelerden performans gelirlerinden elde etmektedir.

Sağlıkta Şiddet

Dünya Sağlık Örgütü’nün şiddet tanımına göre; “*Kişinin kendine, bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek ya da neden olacak şekilde fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidinin amaçlı olarak uygulanması*” şeklindedir (WHO 2006). Sağlık kurumlarında sağlık çalışanlarına karşı yapılan şiddet bir kavram olarak ele alındığında, hasta ya da hasta yakınları veya dışardan herhangi bir birey tarafından, sağlık çalışanına yönelik sözel, davranışsal bir tehdit, cinsel veya fiziksel saldırılar içeren ve risk oluşturan davranışları içermektedir (Al ve ark., 2012: 115-124). Şiddetin var olduğu her alan yaşanılması zor bir ortamı beraberinde getirmektedir. Sağlık sektörü çalışanları, hasta ve hasta yakınlarına sağlık hizmeti vermek üzere görevleri başında şiddete maruz kalmaktadır. Bu durum hekimlerin uluslararası göçü tercih etmesinde en önemli etkenlerin başında gelmektedir. Hekimler ve hemşireler hastalarla birebir iletişim halinde olduklarından ve 24 saat sağlık hizmeti veren sağlık çalışanlarının başında geldiklerinden şiddete uğrayanlar arasında ilk sıralarda yer almaktadırlar. En çok şiddet gören sağlık çalışanlarının başında hekimlerin, ikinci sırada ise ebe-hemşirelerin olduğu gösterilmiştir (Oral ve ark.,2018: 142-153).

Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası [Sağlık-Sen] 2013, Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması Raporunda yayınladığı 25 ilde 1300 sağlık çalışanıyla yapılan bir çalışmada, hekimlerin %89,7'si, hemşirelerin ise %89,1' inin şiddetle karşılaşma konusunda endişe duyduklarını belirtmişlerdir. Yine bu çalışmaya bakıldığında son bir yılda yaşanan fiziksel şiddete maruz kalma oranı %23,7 olmuştur. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarından %81,6'sı en az bir kez sözel, psikolojik ya da fiziksel bir şiddet olgusuna maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. %56,9'u hasta yakını tarafından şiddete uğrarken, %31,8'i hastanın kendisi tarafından uygulandığını belirtmişlerdir. Dünya genelinde sağlıkta şiddet olaylarının artışı ciddi bir mesleki tehlike arz etmektedir. Ve bu durum önemle üzerinde durulması gereken bir halk sağlığı sorunudur (Annagür, 2010:161-173). Şiddet olayları sağlık hizmetlerinin aksamasına da yol açmaktadır. Zaman zaman iş bırakma eylemleri yapan sağlık çalışanları, fiziksel ve psikolojik olarak tükendiklerini dile getirmektedirler. Sağlıkta şiddet olayları sağlık sektörüne ayrılan maliyetlerin de artmasına sebep olmakla birlikte çalışanların verimliliğine olumsuz neticelerle yansımaktadır (Er, 2021:69-78). 2016-2017 yıllarında rapor edilen verilere göre 23.120 adet sağlık personeline yönelik şiddet olayı yaşanmıştır. Birçok Avrupa ülkesinde şiddet gösterenlere uygulanan 'idari yaptırımlar' Türkiye'de bu konudaki mevcut düzenlemelere rağmen uygulanmamaktadır (Özcan, 2017: 66-74). Bu konu sağlık yönetimi açısından çözülmesi gereken konuların başında gelen bir sorun halini almıştır. Gerekli hukuki düzenleme ve ağır yaptırımlar getirilmediğinden şiddet vakalarının çözümü bulunamamaktadır. Sağlık kuruluşlarında çalışanların güvenliğini sağlamak sağlık yöneticilerinin ilk sıradaki sorumluluklarından. Kendini güvende hissedemeyen ve şiddet endişesiyle çalışmak zorunda kalan çalışanlardan tatmin edici bir sağlık hizmeti verilmesi beklenemez. Hasta memnuniyeti odaklı geliştirilen sağlık politikaları hastaları memnun ederken diğer taraftan sağlık çalışanlarının memnuniyetsizliğine yol açmamalıdır. SDP kapsamında 'Hasta Hakları' adı altında verilen inisiyatifler hekimlerin hasta seçme haklarının göz ardı edilmesi durumunu da ortaya çıkarmıştır. Bu durum hekimlerin performanslarını olumsuz yönde etkilerken dolaylı olarak hastane gelirleri üzerinde de negatif sonuçlar doğurmaktadır (Yiğit ve Uğurluoğlu, 2020: 99-111).

Malpraktis Davaları

Türk Dil Kurumu Malpraktis terimini "*Özen göstermeksizin veya yanlış uygulanan tedavi sonucunda ortaya çıkan, görevi kötüye kullanma anlamına gelen hukuki durum.*" şeklinde tanımlamaktadır. 1992 yılında Dünya Tabipler Birliği "Tıpta Yanlış Uygulama" konulu yayınladığı duyuruda, "*hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, bilgi ve beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar*" tıbbi yanlış uygulama olarak tanımlanmıştır. Türk Tabipler Birliği'nin hazineye ilettiği görüş yazısında, 'Zorunlu Mesleki Sorumluluk Sigortası' kapsamında 2005-2009 yıllarınca Sağlık Bakanlığı'na açılan hatalı tıbbi uygulama dava sayısı 416 olmuştur. Hükmedilen tazminatlar toplamı yaklaşık 6.200.000 TL'dir (Özata ve ark., 2018: 132-139). Malpraktis ülkeler özelinde ayrıntılı olarak incelendiğinde farklı uygulamalar ve farklı yaptırımlar gözlenmektedir. Örneğin Belçika'da *Order of Physicians* adlı bir kuruluş bulunmaktadır. Hekimlerin temsilcisi olan bu kuruluş hekimlerin malpraktise sebep oldukları anlaşıldığında üyesi buldukları tabip odasından kaydını silme gibi uygulamalar gerçekleştirmektedir. Hatta bu kuruluşun hekimlik ruhsatını iptal etme gibi yetkileri de bulunmaktadır. Portekiz' de ise benzer uygulamalar olduğu bilinmektedir. Hekimler Birliği (Portuguese Medical Association), açılan davalar sonucunda malpraktise sebep olduğu kanıtlanan hekimler için kınama ve disiplin cezaları vermektedir. Aralarında ağır kusurlu hekimler varsa hekimlik ruhsatlarını askıya alma veya iptal edebilme yetkilerine sahiptir. Danimarka Malpraktiste daha ağır cezalarla karşımıza çıkan diğer bir ülkedir. Ulusal Sağlık Kurulu (The National Board of Health) malpraktis durumlarında hekimin ruhsatını tekrar vermemek üzere iptal edebilmektedir.

Fransa’da uygulanan sistem ise diğer ülkelerden farklılık göstermektedir. Malpraktis mağdurları bir iddiası veya şikâyeti varsa Fransız hükümeti tarafından oluşturulmuş bölgesel komitelere başvurumaktadırlar. Komite tıbbi bir hatanın olup olmadığını ya da ne kadar hatalı olduğunu belirler. Değerlendirme sonucu tazminat miktarını tespit edilir. Hekimin hatalı tıbbi uygulamada kendi kusurunun olmadığını komiteye ispat etme yükümlülüğü vardır (Bilge, 2008). Burada diğer ülkelerden ayrılan nokta malpraktisin diğer davalardan farklı bir adli sistemle değerlendirilmesidir. Türkiye’de hekimler Tüketici mahkemeleri tarafından görülen malpraktis davalarının sağlık alanında kurulmuş bir yüksek idare mahkemesiyle mesleğinde uzman hekimler tarafından tartışılması ve değerlendirilmesini talep etmektedirler. Türkiye’de malpraktis davalarına verilen ağır maddi tazminat cezaları birçok hekimin gereksiz birçok tahlil istemesiyle ya da yapılacak işlemde geri durmalarıyla sonuçlanmaktadır. Hekim göçü açısından bakıldığında malpraktis cezaları göçe itici bir güç olarak değerlendirilebilir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Türkiye’de son yıllarda artan nüfus ve değişen demografik yapı, her alanda olduğu gibi sağlık alanında da birçok sorunu beraberinde getirmiştir. Hasta yoğunluğunun artışı hekim başına düşen hasta sayısını arttırırken bunun beraberinde hasta muayene sürelerinin de düşmesine sebep olmaktadır. 2003 yılında Türk sağlık sisteminin yönünü değiştiren SDP hayata geçirildiğinde o dönem için gerekli düzenlemeleri bir araya getirerek geçmişte yaşanan çoğu sorunun çözümüne katkı sağlamıştır. Fakat geçen yaklaşık 20 yıl sonunda gelinen noktada sağlık yönetimi açısından hayli önemli olan bir olguyu ‘Hekim Göçü’ olgusunu gündeme getirmiştir. Hekimlerin geçmiş yıllarda benimsedikleri paternalist yaklaşımın, SDP politikalarıyla hayata geçirilen ‘Hasta Memnuniyeti’ odaklı politikalara evrilmesi sağlık yönetimi açısından sancılı bir süreç olmuştur. Hekimlerin göç etme niyetlerinin temelinde onlara değer görmediklerini düşündüren sağlık politikaları mı yoksa dünya üzerinde gelişen sisteme ayak uydurmak istemeleri mi yatıyor bu araştırmanın temel sorusunu oluşturmuştur. Dünya üzerinde birçok ülkede beyin göçü hareketliliği yaşanmaktadır. Araştırma konusu olan sağlık çalışanları ve hekimlerin göçü üzerine yapılan araştırmalar, göç etme nedenlerinin çoğunlukla benzer özellikler gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bulgaristan’da çalışan hemşireler üzerine yapılan bir araştırmada Hüsmenoğlu ve Tuna (2020), “hemşirelerin ücret yetersizliği, uzun ve yorucu mesai saatlerinin yanında kariyer olanaklarının yetersiz olduğu algısı, ülkelerini ve ailelerini terk etmek istemelerine sebep olmuştur” şeklinde açıklamıştır. Yıldırım (2009), sağlık çalışanlarının uluslararası göçünü konu alan çalışmada ise göçe neden olan itici ve çekici faktörleri sıralayarak yine göçün en büyük nedenlerinin ekonomik, politik etkenlerle birlikte daha iyi bir kariyer ve gelecek beklentisi olduğunu belirtmiştir.

Türkiye’de hekimlerin çalışma saatleri, iş yükleri ve aldıkları ücretler diğer gelişmekte olan OECD ülkeleri verileriyle karşılaştırıldığında ortada ciddi bir oransal farklılık görülmemektedir. Ücretlendirme sistemi kapsamında eleştirilen performansa dayalı ücretlendirme sistemi ile hekimlerin elde ettikleri ücretler diğer sağlık çalışanlarıyla aralarında neredeyse bir ücret uçurumu oluşturmaktadır. Bundan fayda sağlayan hekimler olduğu gibi mağdur olanlar da söz konusudur. Sağlık yönetimi politikalarının bir bütün olarak yükseltilmesi hem hasta hem sağlık hizmeti veren çalışanlar cihetiyle bir memnuniyet sağladığında faydalı olacaktır. Cavlak ve Kuru (2014), sağlık çalışanları ve uluslararası göç hareketliliği ile ilgili çalışmalarında, “sağlık politikalarını oluştururken büyük eşitsizliklere yol açmayacak şekilde hem sağlık çalışanları adına hem de sağlık hizmetlerinden faydalanan bireyler adına iyileştirilmeler yapılmalıdır” şeklinde bir yaklaşımla konuyu açıklamışlardır. Hasta memnuniyetini sağlamak adına hizmet veren sağlık çalışanının memnuniyeti verimi arttıracığı gibi kaliteyi de beraberinde getirecektir.

Diğer taraftan hasta yoğunluğunun artışı, hastaya ayrılan sürelerinin kısılması hekimlerin daha çok tetkik istemeleri sebebiyle oluşacak maliyet artışlarına sebep olurken bir

- Etiler, N., (2011). Neoliberal politikalar ve sağlık emek gücü üzerindeki etkileri. *TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 11(42), 2-11.
- Günaydın, D. (2011). Küreselleşmenin refah devleti sağlık politikalarına etkileri: Türkiye Örneği. (*Doktora Tezi*), Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kaya, R.R., Kaya, E., (2019). Hekimlerin yönetim macerası: Melez iş kimliği ve hekim yöneticiler. *SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi*, (1). 82-102.
- Koçak, Y., Terzi, E., (2012). Türkiye’de göç olgusu, göç edenlerin kentlere olan etkileri ve çözüm önerileri. *Kafkas Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 3(3), 163-184.
- Koroğlu, S. A., (2015). Literatür taraması üzerine notlar ve bir tarama tekniği. *GiDB Dergi*, (01), 61-69.
- Oral, R., Günaydın H., Mazı M.İ., (2018). Çalışan hakları ve güvenliği birimlerinin işleyişi ile beyaz kod başvurularının retrospektif olarak değerlendirilmesi (Konya İli Örneği). *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(2), 142-153.
- Öcal, F. (2017). Neoliberal sağlık politikalarının etkinlik analizi. *Fiscaoeconomia*, 1(1), 77-98.
- Özata, M., Özer, K., Akkoca, Y., (2018). Konya il merkezinde çalışan hekimlerde defansif (çekinik) tıp uygulamalarının araştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 132-139.
- Özcan, F., Erdinç, Y., (2017). Türkiye’de sağlık çalışanları şiddet tehdidi altında. *The Journal of Turkish Family Physician*, 8(3). (66-74).
- Padarath, A., Chamberlain, C., Mccoy, D., Ntuli, A., Rowson, M., Loewenson, R., (2003). Health personnel in Southern Africa: confronting maldistribution and brain drain. *Durban: Health Systems Trust*. (Güney Afrika), MEDACT (Birleşik Krallık), Uluslararası Kalkınma Araştırma Merkezi (Kanada), EQUINET Tartışma Belgesi. 1-41.
- Sağlık Bakanlığı (2022). Sosyal güvenlik reformu faz 2. <https://pydb.saglik.gov.tr/TR-32172/saglikta-donusum-ve-sosyal-guvenlik-reformu-projesi-ii-faz.html>. (Erişim Tarihi: 11.10.2021).
- Sağlık Bakanlığı, (2022). Merkezi hekim randevu sistemi. <https://www.mhrs.gov.tr/hakkimizda.html>. (Erişim Tarihi: 05.09.2022).
- Sağlık Bakanlığı, (2016). Sağlık istatistikleri yıllığı. https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0_(Erişim Tarihi, 09.03.2022).
- Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası, (2013). Sağlık çalışanları şiddet araştırması. <https://www.saglikxen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/fbda8576fd0d6d6de70f52f76b914672.pdf>. (Erişim Tarihi, 18.04.2022).
- TC. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi, (2022). <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=209&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=4>. (Erişim Tarihi, 01.03.2022).
- TDK, (2022). <https://sozluk.gov.tr/>. (Erişim Tarihi, 10.10.2021).
- TÜİK, (2020). <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=Nufus-ve-Demografi-109>.
- TTB, (2017). 2016-2017 Çalışma raporu https://www.ttb.org.tr/c_rapor/2016-2017/2016-2017.pdf. (Erişim Tarihi: 10.08.2022).
- Türk Toraks Derneği (2016). Muayene süreleri <https://toraks.org.tr/site/news/3426>. (Erişim Tarihi, 02.02.2022).
- WHO, (2006). The World health report https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43432/9241563176_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. (Erişim Tarihi, 15.02.2022).
- Yıldırım, T. (2009). *Sağlık sigortası ve uluslararası göç: Göçler için bir inceleme*. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 62 (3), 87-94.
- Yılmaz, A. (2019). Göç ve kadın: “Göçün feminizasyonu” ve kadın göçmenlerin durumu. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17 (1), 383-400.
- Yiğit, A., Uğurluoğlu, D., (2020). Türkiye’de hekime yönelik fiziksel ve sözel şiddet düzeyinin meta analiz Yöntemiyle Belirlenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 7(1), 99-111.
- Yoket, Ü. (2003). Eski çağda tıp. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi STED* 12 (2), 76-78.