



T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ ANABİLİM DALI

**YÜKSEK NİTELİKLİ GÖÇ: TÜRKİYE'DEN ALMANYA'YA HEKİM
GÖÇÜ VE HEKİMLERİN ENTEGRASYON DİNAMİKLERİ**

DOKTORA TEZİ

Güliz ÖZTÜRKMEN

DANIŞMAN
Prof. Dr. Saniye DEDEOĞLU

2025- Muğla

T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ ANABİLİM DALI

**YÜKSEK NİTELİKLİ GÖÇ: TÜRKİYE'DEN ALMANYA'YA HEKİM
GÖÇÜ VE HEKİMLERİN ENTEGRASYON DİNAMİKLERİ**

DOKTORA TEZİ

Güliz ÖZTÜRKMEN

DANIŞMAN
Prof. Dr. Saniye DEDEOĞLU

2025- Muğla

T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ ANABİLİM DALI

**YÜKSEK NİTELİKLİ GÖÇ: TÜRKİYE'DEN ALMANYA'YA HEKİM GÖÇÜ VE
HEKİMLERİN ENTEGRASYON DİNAMİKLERİ**

Hazırlayan
Güliz ÖZTÜRKMEN
2141213601

Sosyal Bilimler Enstitüsünce
Doktora
Diploması Verilmesi İçin Kabul Edilen Tez

Tezin Sözlü Savunma Tarihi : 11.04.2025
Tezin Enstitüye Verildiği Tarih: 06.05.2025

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Saniye DEDEOĞLU

Jüri Üyesi: Prof. Dr. Recep KAPAR

Jüri Üyesi: Prof. Dr. Selmin KAŞKA

Jüri Üyesi: Prof. Dr. Şenay GÖKBAYRAK

Jüri Üyesi: Doç. Dr. Çisel Ekiz GÖKMEN

Enstitü Müdürü: Prof. Dr. Muzaffer DEMİR

2025 - Muğla

TUTANAK

Sosyal Bilimler Enstitüsü'nün 19/03/2025 tarih ve 1193/4 sayılı Yönetim Kurulu kararı ile tez jürisi olarak atandığımız, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı **Doktora Programı** öğrencisi Güliz ÖZTÜRKMEN'in "Yüksek Nitelikli Göç: Türkiye'den Almanya'ya Hekim Göçü ve Hekimlerin Entegrasyon Dinamikleri" adlı tezi incelemiş ve aday 11/04/2025 tarihinde saat 13:30'da tez savunma sınavına alınmıştır.

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 38. maddesi doğrultusunda yapılan tez savunma sınavı sonucunda tezin **kabul** edilmesine oybirliği ile karar verilmiştir.

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Saniye DEDEOĞLU

Üye
Prof. Dr. Recep KAPAR

Üye
Prof. Dr. Selmin KAŞKA

Üye
Prof. Dr. Şenay GÖKBAYRAK

Üye
Doç. Dr. Çisel Ekiz GÖKMEN

YEMİN

Doktora tezi olarak sunduğum “Yüksek Nitelikli Göç: Türkiye’den Almanya’ya Hekim Göçü ve Hekimlerin Entegrasyon Dinamikleri” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

06.05.2025
Güliz ÖZTÜRKMEN

Yüksek Nitelikli Göç: Türkiye’den Almanya’ya Hekim Göçü ve Hekimlerin Entegrasyon Dinamikleri

ÖZET

Bu çalışma ile Türkiye’den Almanya’ya göç etmiş hekimlerin göç nedenleri ve göç sonrası entegrasyon süreçlerinin ele alınması hedeflenmiştir. Hekim göçünü Lee’nin itme çekme teorisi çerçevesinde inceleyecek olan bu çalışma, göçün nedenlerini ve dinamiklerini yalnızca ekonomik faktörler açısından değil sosyal, siyasi ve kültürel faktörler açısından da ortaya koymaktadır. Öte yandan bu çalışma hekimlerin göç sonrası işgücü piyasası, hane içi alan ve kamusal alandaki entegrasyon süreçlerini ele almaktadır. Buradan hareketle bu çalışmanın amacı Türk hekimlerin göç süreçlerini itme çekme teorisi çerçevesinde değerlendirmek ve hekimlerin göç sonrası entegrasyon süreçlerini işgücü piyasası, özel ve kamusal alanı ele alarak sunmaktır.

Çalışmada nitel araştırma yöntemi kullanılmış olup, alan verileri yarı yapılandırılmış sorular yoluyla derinlemesine mülakat tekniği (online mülakat) ile elde edilmiştir. Ayrıca kartopu örnekleme tekniği kullanılmıştır. Yapılan görüşmeler göç süreciyle ilgili kronolojik olarak hazırlanmış sorular doğrultusunda derinleştirilmiştir. Çalışma kapsamında Almanya’da hekimlik yapmakta olan otuz kişi ile ve ayrıca Türkiye’deki dil kursu yetkilileri, göç konusunda danışmanlık veren firma yetkilileri ve Türk Tabipleri Birliği olmak üzere toplamda yirmi dört kurum yetkilisiyle derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

Bulgular göstermektedir ki; iş yoğunluğu, mobbing, uzun nöbet saatleri, şiddet, düşük maaş, mesleğin saygınlığının azalması, ekonomik nedenler ve politik istikrar gibi etkenler hekim göçünde itici faktörler olarak ortaya çıkmaktadır. Buna karşın Almanya’nın sunduğu iyi çalışma koşulları, çocukları için eğitimin kaliteli olması, gelecek kaygısının olmaması, siyasi istikrar gibi faktörler çekici nedenler olarak öne çıkmaktadır. İlaveten hekimlerin göç sonrası işgücü piyasasındaki durumları, aile içi ilişkileri ve kamusal alanda varoluşları entegrasyon süreçlerini büyük ölçüde etkilemektedir.

Anahtar kelimeler: Yüksek Nitelikli Göç, Hekim Göçü, Entegrasyon, Almanya, Türkiye

High-skilled Migration: Medical Doctor Migration from Turkey to Germany and Integration Dynamics of Medical Doctors

ABSTRACT

This study aims to address the migration reasons and post-migration integration processes of medical doctors who migrated from Turkey to Germany. The study, which will examine medical doctor migration within the framework of Lee's push-pull theory, explores the causes and dynamics of migration not only in terms of economic factors but also social, political, and cultural factors. Furthermore, the study addresses the integration processes of medical doctors in the labor market, domestic sphere and public space after migration. Based on this, the aim of the study is to evaluate the migration processes of Turkish medical doctors within the framework of the push-pull theory and to present the integration processes of them after migration by considering the professional, private and public domains.

The study employs a qualitative research method with field data collected through in-depth interviews (online interviews) using semi-structured questions. Additionally, the snowball sampling technique was used. The interviews were deepened in accordance with questions prepared chronologically regarding the migration process. A total of thirty individuals working as medical doctors in Germany as well as twenty-four course, company and institution officials, including German language course authorities in Turkey, consultants in migration-related firms and officials from the Turkish Medical Association participated in in-depth interviews.

The findings indicate that factors such as work intensity, mobbing, long on-call hours, violence, low salaries, the decreasing prestige of the profession, economic reasons and political stability emerge as push factors in medical doctor's migration. On the other hand, factors such as good working conditions, high quality of education for children, absence of concerns about the future and political stability in Germany stand out as attractive reasons. Additionally, medical doctors' situations in the labor market, family relationships and existence in the public space after migration significantly affect their integration processes.

Keywords: High-skilled Migration, Medical Doctor, Integration, Germany, Turkey

ÖN SÖZ

Bu doktora tezi uzun bir araştırma sürecinin sonucu olup bana hem akademik hem de kişisel olarak büyük katkı sağlamıştır. Araştırma sürecim boyunca zorluklarla karşılaşmış olsam da bu zorluklar bana daha derinlemesine düşünme ve sorgulama fırsatı sunmuştur.

Tezimin tamamlanmasında emeği geçen tüm hocalarıma teşekkürlerimi sunarım. İlk olarak değerli danışmanım Prof. Dr. Saniye DEDEOĞLU hocama sürekli desteği ve rehberliği için minnettarım. Onun yönlendirmeleri bu araştırmanın daha kapsamlı ve sağlam bir temele oturmasını sağladı. Ayrıca, tez sürecinde bana fikirleriyle yol gösteren, görüş ve önerileri için çok değerli jüri üyesi Prof. Dr. Selmin KAŞKA ve Doç. Dr. Çisel Ekiz GÖKMEN hocama çok teşekkür ederim. Tez savunma sınavımda yer alarak görüş ve önerilerini sunan çok değerli jüri üyesi Prof. Dr. Recep KAPAR ve Prof. Dr. Şenay GÖKBAYRAK hocalarıma çok teşekkürlerimi sunarım.

Bir diğer teşekkürümü ise bu çalışmanın gerçekleşmesinde büyük katkısı olan değerli katılımcılara borçluyum. Doktora çalışmam için görüşme talebimi kabul eden ve zaman ayırarak sorularımı içtenlikle yanıtlayan hekimlerin her birine binlerce teşekkür ederim. Bu tezin oluşmasında onların katkısı benim için gerçekten çok değerliydi.

Bu süreç boyunca sonsuz destek, teşvik ve anlayış ile beni her zaman motive eden sevgili aileme özellikle anneme ve babama sonsuz teşekkür ederim.

Ve son olarak bu teze kaynaklık eden araştırmanın gerçekleşmesini mümkün kılan finansal destek için TÜBİTAK'a* çok teşekkür ederim.

Güliz ÖZTÜRKMEN

11.04.2025

MUĞLA

*Bu tez, TÜBİTAK'ın "1001 Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Projelerini Destekleme Programı" kapsamında 123K434 nolu "Kim Kazanıyor, Kim Kaybediyor? Türkiye'den Almanya'ya Göç Eden Sağlık Çalışanı Profesyonellerin Göç Dinamikleri ve Geri Dönüş Eğilimleri Üzerine Bir Araştırma" başlıklı proje olarak desteklenmiştir.

İÇİNDEKİLER

ÖN SÖZ.....	I
İÇİNDEKİLER.....	II
TABLolar DİZİNİ.....	VI
KISALTMALAR.....	VII
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

YÜKSEK NİTELİKLİ GÖÇE İLİŞKİN KAVRAMLAR VE KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1. KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....	11
1.1.1. İşgücü Piyasasının Uluslararasılaşması.....	11
1.1.2. Beyin Göçü.....	14
1.1.3. Yüksek Nitelikli İşgücü.....	17
1.1.4. Yüksek Nitelikli İşgücü Göçü ve Yüksek Nitelikli Göçmenler.....	18
1.1.5. Profesyonel Meslek Olarak Hekimlik	23
1.2. YÜKSEK NİTELİKLİ GÖÇÜ KURAMSAL AÇIDAN ANLAMAK.....	31
1.2.1. İtme-Çekme Kuramları ile Yüksek Nitelikli Göç.....	35
1.2.2. Göçmen İlişkiler Ağı (Network) Kuramı Açısından Yüksek Nitelikli Göç.....	39
1.2.3. Yüksek Nitelikli Göç ve Entegrasyon Tartışmaları.....	41
1.3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE YÜKSEK NİTELİKLİ GÖÇ.....	46
1.3.1. Sağlık Çalışanlarının Göçü.....	46

1.3.2. Hekimlerin Göçü.....	48
-----------------------------	----

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK SİSTEMLERİ VE TÜRKİYE'DEN ALMANYA'YA HEKİM GÖÇÜ

2.1. TÜRKİYE'DEN ALMANYA'YA GÖÇÜN TARİHSEL SÜRECİ.....	52
2.2. TÜRKİYE VE ALMANYA'DA SAĞLIK SİSTEMİ VE HEKİMLER.....	55
2.2.1. Almanya.....	56
2.2.1.1. Sağlık sistemi.....	56
2.2.1.2. Hekimlik.....	59
2.2.2. Türkiye.....	63
2.2.2.1. Sağlık sistemi.....	63
2.2.2.2. Hekimlik.....	69
2.3. ALMANYA'NIN SAĞLIK ALANINDAKİ VERİLERİ VE AB/TÜRKİYE İLE KARŞILAŞTIRMASI.....	77
2.4. YÜKSEK NİTELİKLİ GÖÇ POLİTİKALARI.....	81
2.4.1. Almanya.....	81
2.4.2. Türkiye.....	86
2.5. TÜRKİYE'DEN ALMANYA'YA HEKİM GÖÇÜ.....	89
2.5.1. Göçün Nedenleri.....	89
2.5.2. Göçün Biçimleri.....	94
2.5.3. Göçün Etkileri ve Önemi.....	96

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE'DEN ALMANYA'YA HEKİM GÖÇÜ ARAŞTIRMA BULGULARI

3.1. ALMANYA'YA GÖÇ EDEN HEKİMLER KİMLER?.....	104
3.1.1. Demografik Özellikler.....	104
3.1.2. Eğitim Geçmişi	108
3.1.3. Türkiye'deki Meslek Hayatı ve Çalışma Koşulları	109
3.2. GÖÇE KARAR VERME VE GÖÇ ETME SÜREÇLERİ.....	119
3.2.1. Göçe Karar Verme ve Göç Etme Nedenleri.....	120
3.2.2. Neden Almanya?.....	128
3.3. GÖÇÜ DÜZENLEYEN VE YÖNETEN KURUMSAL PRATİKLER.....	132
3.3.1. Dil Kursları ve Dil Yeterliliği.....	132
3.3.2. Danışmanlık Firmaları ve Hekim Göçü.....	137
3.3.3. Türk Tabipleri Birliği (TTB) ve Hekim Göçü.....	139
3.3.4. Göçmen Ağları.....	142
3.4. İŞGÜCÜ PİYASASINDA GÖÇ EDEN HEKİMLER VE ENTEGRASYON.....	143
3.4.1. Dil Becerilerinin Mesleki Entegrasyona Etkisi	144
3.4.2. Almanya'da İş Bulma Deneyimleri	147
3.4.3. Vasıf Kazanma ya da Kaybetme Deneyimleri	149
3.4.4. Çalışma Koşulları.....	152
3.4.5. Gelir ve Sosyo-Ekonomik Durum.....	157
3.5. HEKİMLERİN GÖÇÜ, ÖZEL ALAN VE ENTEGRASYON ETKİLERİ.....	163

3.5.1. Özel Alanda Ortaya Çıkan Değişim Deneyimleri	165
3.5.2. Aile ve Akrabalarla İlişkiler.....	168
3.5.3. Hayat Standardı ve Sosyal Yaşam Değişim Deneyimleri	170
3.5.4. Türkiye ile İlişkiler ve Geri Dönüş Dinamikleri.....	172
3.6. ALMANYA’DA KAMUSAL ALAN, TEMSİL VE ENTEGRASYON.....	175
3.6.1. Kamusal Alanla Kurulan Kurumsal İlişkiler.....	177
3.6.2. Kamusal Alanla Kurulan Enformel İlişkiler	179
3.7. TOPLUMSAL CİNSİYET VE ENTEGRASYON.....	181
3.7.1. Göç Sonrası İşgücü Piyasasında Nitelikli Kadınlar ve Entegrasyon....	181
3.7.2. Göç Sonrası Haneîçi Alan ve Yüksek Nitelikli Kadınların Entegrasyonu.....	186
3.7.3. Yüksek Nitelikli Kadınların Kamusal Temsili ve Entegrasyon.....	188
SONUÇ.....	190
KAYNAKÇA.....	195
EKLER.....	229

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1.1. Türkiye’de En Yüksek Mesleki İtibara Sahip 20 Meslek.....	27
Tablo 1.2. Almanya’da En Yüksek Mesleki İtibara Sahip 12 Meslek.....	28
Tablo 1.3. İçerik Sınıflandırmasına Göre Göç Kuramları.....	32
Tablo 1.4. Analiz Düzeyine Göre Tanımlanmış Göç Teorileri.....	33
Tablo 1.5. Sağlık Çalışanlarının Göçünü Etkileyen İtme Çekme Faktörleri.....	38
Tablo 2.1. Türkiye’de Tıp Fakültesindeki Öğrenci Sayıları (2023-2024 öğretim yılı).....	71
Tablo 2.2. Türkiye’deki Mezun Öğrenci Sayıları (2022-2023 öğretim yılı).....	72
Tablo 2.3. Türkiye’de Üniversite ve Tıp Fakültesi Sayısı (2024).....	73
Tablo 2.4. TUS’ta En Az Tercih Edilen Branşlar.....	74
Tablo 2.5. TUS’ta En Çok Tercih Edilen Branşlar.....	74
Tablo 2.6. Almanya’daki Türk hekim sayısı ve aktif olarak çalışan hekim sayısı, 2012-2023 yılları arası.....	93
Tablo 2.7. Almanya’da Çalışan Toplam Göçmen Hekim Sayısı, 2012-2023.....	93
Tablo 2.8. Yıllara Göre Türkiye’de Uzman Hekim, Pratisyen Hekim ve Asistan Hekim Sayıları, Tüm Sektörler.....	97
Tablo 2.9. Sektörlere ve Ünvanlara Göre Türkiye’de Sağlık Personelinin Dağılımı, 2023.....	98
Tablo 2.10. Türkiye’de Hekim sayısı (uzman, pratisyen ve asistan hekim), Hekim Başına Düşen Kişi Sayısı ve Hekim Başına Düşen Toplam Müracaat Sayısı, 2009-2022.....	99
Tablo 2.11. Türk Tabipleri Birliğinden İyi Hal Belgesi Alan Hekim Sayısı.....	101
Tablo 3.1. Mülakat gerçekleştirilen hekimlerin demografik bilgileri.....	106
Tablo 3.2. Almanya’da asistan hekimlerin brüt maaşları, euro, 2024.....	158
Tablo 3.3. Devlet hastanelerinde görev yapan hekimlerin seviyelerine göre toplu sözleşme (<u>Tarifvertrag</u>) kapsamında aldıkları maaşları, euro, 2024.....	160

KISALTMALAR

Kısaltmalar

Açıklama

AB	Avrupa Birliği
Ankara Tabip Odası	ATO
CEFR	Ortak Avrupa Dil Referans Çerçevesi
GATA	Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi
GSS	Genel Sağlık Sigortası
KP	Kenntnisprüfung
MSCA	Marie Sk�łodowska Curie Uluslararası Burs ve Arařtırma Destekleri
ÖSYM	T.C. �l�me, Seçme ve Yerleştirme Merkezi
PJ	Praktisches Jahr (PJ)
PY	Pratik Yıl
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
TTB	Türk Tabipleri Birliği
TUS	Tıpta Uzmanlık Sınavı
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	Dünya Sağlık �rg�t� (<i>World Health Organization</i>)

GİRİŞ

Göç dünya genelinde sosyal, siyasi, ekonomik ve kültürel faktörlerin etkisiyle uzun yıllardan beri devam eden ve tüm dünyayı ilgilendiren toplumsal bir olgu olmaya devam etmektedir. Bu olgu emek gücü hareketliliğinden başka yüksek nitelikli emek gücünün ulusal sınırları aşarak farklı ülkelere yönelmesini de içermektedir. Özellikle yüksek nitelikli göç olarak tabir edilebilecek olan hekim göçü, profesyonelleşmiş ve uzmanlaşmış kişilerin ülkeler arasındaki dağılımını belirleyerek göç alan ve göç veren ülkelerde önemli toplumsal, kültürel ve ekonomik dönüşümlere yol açmaktadır.

Nitekim özellikle son 20 yılda uluslararası hekim göçü yüksek nitelikli insan hareketliliği içinde önemli bir artış göstermiştir. 1960'lı yıllardan itibaren ABD, Kanada ve İngiltere'nin başka ülkelerdeki yüksek nitelikli bireyleri kendi ülkesine çekmek için yaptığı girişimler hekim hareketliliğinde artışa yol açmıştır. Wright vd (2008) 1970'li yıllarda ABD'nin 60.000, Kanada'nın 12.000, İngiltere'nin ise 12.640 yabancı hekimi kendi ülkelerine kabul ettiğini aktarmaktadır. 1990'larda küreselleşmenin etkisiyle göç hareketleri artış göstermeye devam etmiş ve göçün sağlık sektöründeki etkisi önem kazanmaya başlamıştır. OECD (2023) verilerine göre 2021 yılında Fransa'ya giren yabancı hekim sayısı 1251, 2021'de İngiltere'ye giren yabancı hekim sayısı 12.609, aynı yıl Almanya'ya giren yabancı hekim sayısı ise 1254'tür. Birleşik Krallık'ta yabancı hekim oranı yüzde 31,9 iken Almanya'da bu oran yüzde 13,8'dir. Bu veri ile Almanya, OECD ülkeleri ortalaması olan yüzde 18,9'un altında kalmaktadır (OECD, 2023). OECD 2021 Sağlık İstatistiklerine göre İsrail, Yeni Zelanda, Norveç ve İrlanda'da çalışan hekimlerin %40'tan fazlası yabancı ülkede eğitim almıştır. OECD ülkelerinden başka Bahreyn, Kuveyt, Umman, Katar, Suudi Arabistan ve Birleşik Arap Emirlikleri'nden oluşan Körfez İşbirliği Konseyi ülkelerinde çalışan sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu göçmendir ve bölgede çalışan hekimlerin %75'inin ve hemşirelerin %79'unun yabancı uyruklu olduğu tahmin edilmektedir. (TÜBİTAK Raporu, 2024: Ek 2/1). TTB verilerine göre 2012-2020 arasında Türkiye'de 18.685 yabancı sağlık çalışanı çalışma izni ile çalışmaya

başlamıştır (Genel Sağlık İş, 2024). Bu sayılar önemli sayıda hekimin doğup büyüdüğü ülkeler yerine başka ülkelerde çalıştığını göstermektedir.

Türkiye'den Almanya'ya hekim göçü tarihsel süreç içerisinde tarihi ve ekonomik etkenlerin sonucu olarak şekillenmiş bir süreçtir. Almanya ve Türkiye'nin farklı şekillerde tecrübe ettiği çeşitli fayda ve zorluklarla karşılaştığı bu süreç, Almanya açısından sağlık alanında işgücü açığını kapatmaya yardımcı olmuş Türk hekimlerin de Almanya'da mesleki olarak önemli katkılarda bulunmalarına yol açmıştır. Bu süreç aynı zamanda Türk hekimlerin Almanya'da varlık oluşturmalarına da vesile olmuştur. Bu itibarla Almanya'nın yıllardır Türkiye'den göçmen alması ve son yıllarda Almanya'nın nitelikli göçmenlere ihtiyaç duyması ve kolaylaştırıcı göç politikaları Türk hekimlerin Almanya'ya göç etmesinde etkili olmuştur. Almanya'ya Türk hekimlerin göçü hem Almanya'daki sağlık hizmetlerinin güçlenmesine hem de Türk hekimlerin kariyer olanaklarını ilerletmelerine imkân sağlamaktadır.

Göçle birlikte ortaya çıkan en önemli unsurlardan biri entegrasyondur. Göç alan ülkeler nitelikli kişileri ülkelerine çekmek ve entegrasyonlarını kolaylaştırmak için bazı uygulamalar ortaya koymaktadırlar ve göç politikalarında düzenlemelere gitmektedirler. İkinci Dünya Savaşı sonrası ülkeler vasıflı vasıfsız her tür emeğe ihtiyaç duyarken sonraları enformasyon, iletişim teknolojilerinin gelişmesi ve rekabette geri kalmamak için daha çok nitelikli emeğe ihtiyaç duymuşlardır. Bu çerçevede ülkeler nitelikli göçmenler için vize politikalarını dönüştürerek geçici süreli vizelerden çok, oturma ve vatandaşlık iznini kolaylaştıran göç politikalarını uygulamaya koymuşlardır. Örneğin ABD'nin daha çok hekim göçünü kolaylaştırmak için uyguladığı J-1 Vizesinin yanına vatandaşlığı kolaylaştıran Conrad Vizesini eklemesi vize düzenlemesine örnek olarak gösterilebilir (TÜBİTAK 1001 Ara Raporu, 2024). İngiltere'de ise Ocak 2002'de Yüksek Nitelikli Göçmen Programı uygulanmaya başlamıştır (Gençler, 2004). Almanya da nitelikli kişiler için kolay vize ve ikamet işlemlerini uygulamaya koymuştur. Almanya'nın 2012 yılında uygulamaya koyduğu Mavi Kart, kalıcı oturma izninin önünü açmıştır. Bu tür vize uygulamaları hekimlerin o ülkeye yerleşme ihtimalini artırırken aynı zamanda entegrasyon sürecine de katkı sağlayabilmektedir. Dolayısıyla ülkeler istihdam ve ikamete yönelik politikalarında düzenlemelere gitmektedirler.

Almanya’da 2018 yılında 10. Entegrasyon Zirvesi gerçekleştirilmiştir ve Ulusal Uyum Eylem Planının içeriği genişletilmiştir (Altan ve Budak, 2023). Göç ve entegrasyonla ilgili bu plan 5 aşamaya ayrılmıştır. İlk aşama göçmenlik öncesi aşaması, ikinci aşama kolaylaştırma ve bilgilendirme için ilk entegrasyon aşaması, üçüncü aşama katılım ve teşvik için entegrasyon aşamasıdır. Dördüncü aşama olan birlikte büyüme aşaması birlik sağlamak ve çeşitliliği yönetme amacı taşımaktadır. Son aşama ise güçlü uyum geleceği yönetmek için uyumu içermektedir (Altan ve Budak, 2023: 1417). Bunlara ek olarak entegrasyonla ilgili raporlar hazırlanmış ve 2020 yılında Nitelikli İşçiler için Göç Yasası yürürlüğe girmiştir. Takiben 2021 yılında çıkarılan yeni göç yasası ile Almanya’da yabancı göçmen sayısı giderek artmaya başlamıştır. Almanya’nın 2024 yılında yürürlüğe giren Yeni Nitelikli İşgücü Göç Yasası ile göç sürecinde sağlanan imkanlar artırılmış ve göçmenlerin entegrasyon süreçlerinin hızlandırılması hedeflenmiştir (deutschland.de, 2024). Entegrasyon göçmenlerin ekonomik, sosyal, kültürel ve siyasi alanda kolaylıkla yer almalarına yol açmaktadır. Ayrıca başarılı bir entegrasyon süreci toplumsal sorunların azalmasına vesile olmaktadır.

Bu çalışma Türkiye’den Almanya’ya göç eden Türk hekimlerin göç süreçlerini ve göç dinamiklerini ele almakta ve iki amaç doğrultusunda şekillenmektedir. Birinci amaç göç süreçlerini itme çekme kuramı etrafında ele almak, ikinci amaç ise hekimlerin entegrasyon süreçlerini mesleki, özel ve kamusal alanı ele alarak değerlendirmektir. WHO (2023) birçok ülkede sağlık personeli eksikliğinin önemli ölçüde arttığından bahsetmektedir. Sağlık sektöründeki bu eksikliklerin toplumsal etkileri de büyük olacağından bu çalışma tıp alanına odaklanmaktadır. Sağlık çalışanlarının göçü kaynak ve hedef ülkeyi farklı şekillerde etkilemektedir. Kaynak ülkede sağlık sistemini zayıflatabilmekte iken hedef ülkede sistemi rahatlatılabilir. Bu çift yönlü etki tıp alanını özel ve araştırmaya değer kılmaktadır. Çalışmada ülke olarak Almanya’nın seçilmesinin nedeni ise hekimlerin çoğunlukla göç için Almanya’yı tercih etmeleri ve Almanya sağlık sistemindeki çekici faktörleri anlamaktır. Türkiye’den Almanya’ya göç eden hekimlerle ilgili nicel araştırmalar daha fazla olmasına rağmen hekimlerin göç deneyimleri ve entegrasyon süreçlerini niteliksel olarak inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Ayrıca son yıllarda göç eğilimlerinde hızlı bir artış olmasına rağmen bu artışın ardındaki yapısal faktörler güncel verilerle analiz

edilmemiştir. Bu çalışma güncel verileri ve kişisel hikayeleri dikkate alarak bu boşluğu gidermektedir.

Çalışmanın Amacı

Çalışmanın ilk amacı Türkiye’den Almanya’ya göç etmiş Türk hekimlerin göç nedenlerini ve göç deneyimlerini anlamaktır. Bu çalışmanın bir diğer amacı Türkiye’den Almanya’ya göç eden hekimlerin entegrasyon süreçlerini incelemek ve bu yolla Türkiye’den göç eden yüksek nitelikli işgücünün entegrasyonu konusunda literatüre katkı yapmaktır. Bu kapsamda çalışma, Türkiye’den Almanya’ya göç eden yüksek mesleki vasfa sahip hekimlerin işgücü piyasası, hane içi alan ve kamusal temsil ile ilgili deneyimlerinin entegrasyon üzerindeki etkisini tespit etmeyi amaçlamaktadır.

Dolayısıyla hekimlerin Türkiye’den neden göç ettikleri, göç sürecinde yaşadıkları deneyimleri ve göç sonrası entegrasyon süreçlerinin aktarılması amaçlanmıştır. Entegrasyon süreci hekimlerin yalnızca mesleki uzmanlıklarını kanıtlama süreci olmayıp aynı zamanda dil becerileri, kültürel etkileşim ve toplumda kabul edilme dinamikleriyle şekillenen bir olgudur. Dolayısıyla hekimlerin entegrasyonu mesleki uyum ve mesleki başarılarının yanında sosyal ve kültürel uyumla da yakından ilgili olması nedeniyle entegrasyon sürecinin ele alınması bu çalışmanın önemli bir amacı olarak ortaya çıkmaktadır. Ayrıca hekimlerin mesleki kimliklerinin nasıl evrildiği ve kurdukları ilişkiler ağı da önemli konular olarak öne çıkmaktadır.

Daha istikrarlı, sürdürülebilir, müreffeh ve düzenli bir sağlık sistemi gerçekleştirilmesi için bu çalışmanın yol gösterici olması hedeflenmiştir. Aynı zamanda çalışma göçmen ağları, göçü etkileyen kurumsal yapı ve pratikler ve sosyal/kültürel sermaye literatürüne de katkı yapmayı amaçlamaktadır. Bugüne kadar Türkiye’deki literatürde nitelikli göçü derinlemesine inceleyen çalışmalar var olsa da sağlık çalışanlarının göçüne değinen literatür oldukça azdır (Korku, 2022; Harman Yıldız ve Özer, 2022; Yıldırım, 2009). Bu çalışmalar da genelde istatistiksel çıkarımlardan oluşmakta olup, kanıta dayalı sosyal politika yapımına yön verecek ve akademik özgün değer üretecek, orijinal bir saha çalışması içermemektedir. Çalışmanın, literatürdeki bu boşluğu doldurması hedeflenmektedir.

Çalışmanın Konusu

Çalışma Türkiye’den Almanya’ya göç etmiş Türk hekimlerin göç sebeplerini, Türkiye’deki hangi koşulların göç etmelerinde etkili olduğunu, Türkiye’deki meslek hayatlarını, göç deneyimlerini, Almanya’da mesleki ve sosyal hayata uyum süreçlerini konu edinmektedir. İlaveten çalışma; göçün hekimlerin işgücü piyasasına, hane içi alana ve kamusal temsiliyetlerine etkisini incelemekte ve bu üç alandaki entegrasyon süreçlerini ele almaktadır. Bu kapsamda göç ettikten sonra mesleki hayatlarındaki değişimi, aile içi dinamiklerin nasıl şekillendiğini, kamusal alanda herhangi bir derneğe veya sivil toplum kuruluşuna üye olup olmadıkları veya siyasi faaliyetlerde yer alıp almadıkları gibi konulardan bahsedilmekte ve entegrasyon süreçlerine odaklanılmaktadır.

Nitekim Ager ve Strang (2008) işgücü piyasasını, sosyal bağları ve kamusal hakları göç sürecinde önemli etkenler olarak görmüş ve bir topluma başarılı bir şekilde entegre olmanın esas yapısı olarak belirtmiştir. Kişilerin şu dört alandaki becerisini toplumla başarılı bir entegrasyonu sağlama yolunda en önemli adımlar olarak görmüştür. Bu dört alan kapsamlı olarak şu şekilde belirtilmiştir: 1.istihdama, barınmaya, eğitime ve sağlığa erişim, 2.kolaylaştırıcılar ve engeller-dil, kültür, yerel çevre, 3.toplumla, diğer gruplarla ve kurumlarla sosyal bağlar ve 4.kuruluşlar-vatandaşlığa erişim ve haklar. Ager ve Strang (2008)’ın görüşünden de yola çıkarak bu çalışma istihdam (işgücü piyasası), sosyal bağlar (hane içi alan) ve kamusal alan ve bu unsurlar çerçevesinde entegrasyon süreçlerini ele almaktadır.

Çalışmanın Önemi

Bu çalışma Türkiye’den Almanya’ya doğru gerçekleşen hekim göçü konusunu ele alması bakımından önemli görülmektedir. Özellikle son 10 yıldır Türkiye’den Almanya’ya gerçekleşen hekim göçünün yoğunluğu bu çalışmanın önemini göstermektedir. Her yıl giderek artan hekim göçü ve uzman hekimlerin başka ülkelere gitmesi Türkiye’nin sağlık alanında kayıplar vermesine ve hekim açığını telafi etmenin zorlaşmasına yol açabilir. Hekimlik mesleğinde bilgi ve donanım sahibi, kendini geliştirmiş, uzun yıllar eğitim almış, fiili olarak çalışmış ve pratikte uygulamalar yapmış deneyimli hekimlerin elde ettikleri birikimlerle başka ülkelere göç etmeleri göç veren ülkenin yetişmiş insan gücünü kaybetmesine, göç alan ülkenin ise emek,

zaman ve maddi kaynak kaybına uğramadan nitelikli işgücü emeğine sahip olmasına neden olmaktadır. Tüm bu faktörler değerlendirildiğinde hekim göçünün önemini vurgulamak ve konuya dikkat çekmek büyük önem taşımaktadır. Bu sebeple bu çalışmanın hekim göçü konusunda literatüre sağlayacağı katkı büyük önem taşımaktadır. İlaveten, konunun Türkiye’de farkındalık oluşturacağı düşüncesi bu çalışmanın gerçekleştirilmesini gerekli kılmıştır. Çalışma son yıllarda hekimlerin Türkiye’den kitleler halinde göç etmesinden dolayı ve hekim göçünün nedenlerini araştırmış olması bakımından önemlidir. En önemlisi bu çalışma 2020 yılında başlayan ve tüm dünyada geniş çaplı etkileri olan Covid-19 pandemisi süresince ve 2023 yılı şubat ayında gerçekleşen deprem felaketinde toplumun sağlık çalışanlarına olan ihtiyacını ön plana çıkarması açısından da oldukça önemlidir.

Türkiye’de ve dünyada sağlık sistemlerinin göç hareketlerine duyarlılığı artarken bu alanda göç alan ve göç veren ülkeleri koruyacak göç politikaları üretmek, kanıta dayalı politikalarla mümkündür. Bu nedenle bu doğrultuda derinlemesine mülakatlar yoluyla veri toplanarak somut veriler ortaya konulmaya çalışılmıştır. Bu veriler hekimlerin göç öncesi, göç sırası ve göç sonrası süreçlerini anlamak için önemli katkılar sunmaktadır. Göç eden hekimlerin deneyimlerini anlamak ve açıklığa kavuşturmak hem göç alan hem de göç veren ülkelerde, hekimlerin karşılaştıkları zorluklarla baş edebilmeleri için duyarlı politikaların uygulanmasının önemini ortaya koymaktadır. Ayrıca hekim göçü ile ilgili elde edilmiş veriler hem gelişmiş hem gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık sistemlerinin karşılaştığı zorlukları daha iyi anlamaya yardımcı olabilecektir. Göçmen hekimlerin başka bir ülkede sosyal, kültürel ve mesleki süreçlerini ve bu alanlardaki yerlerini kendilerinin analiz etmesine katkı sağlayabilir. Diğer önemli husus, çalışmanın gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasındaki sağlık sistemi farklılıklarını daha açık bir şekilde ortaya koyabilecek olmasıdır.

Çalışmanın Yöntemi

Bu çalışmada Türkiye’den Almanya’ya göç eden Türk hekimlerin göç etmesinde etkili olan faktörler ele alınmış, göç öncesi ve sonrası süreçleri anlaşılmaya çalışılmış ve mülakatlarla hekimlerin kendilerinden göç hikayeleri dinlenmiştir. Bu çerçevede hekim göçünün işgücü piyasasına, hane içi alana-aile yaşamına ve kamusal

alandaki temsiliyete etkisi incelenmiştir. Bu çalışma genellemelere ulaşmak yerine kişilerin deneyimlerini öğrenmeye çalışmıştır. Çalışmada nitel araştırma yöntemi kullanılmış olup, alan verileri yarı yapılandırılmış sorular yoluyla derinlemesine mülakat tekniği (online mülakat) ile elde edilmiştir. Ayrıca kartopu örnekleme tekniği kullanılmıştır. Yapılan görüşmeler göç süreciyle ilgili kronolojik olarak hazırlanmış sorular doğrultusunda derinleştirilmiştir. 30 hekim, 13 dil kursu, 10 danışmanlık firması ve Türk Tabipleri Birliği olmak üzere toplam 54 görüşme yapılmıştır.

Dolayısıyla hekimlerle gerçekleştirilen mülakatlara ilaveten hekimlerin göçüyle ilgili bilgi edinmek amacıyla dil kursu yetkilileri, danışmanlık firmaları yetkilileri ve Türk Tabipleri Birliği'ndeki bir yetkili ile de mülakat gerçekleştirilmiştir. Türk Tabipleri Birliği (TTB) ile yapılan mülakat ile hekimlerin göç süreciyle ilgili bir kurumdan bilgi alınması amaçlanmıştır. TTB ile görüşme gerçekleştirilmesinin amacı objektif bir bilgiye ulaşmaktır. Birliğin çalışma alanı mesleki disiplini sağlamak, hasta şikayetlerini araştırmak ve hekimlerin özel çalışma ücretlerini belirlemek² olduğu için bu çalışmaya katkısı olabileceği düşüncesiyle Birlikten görüşme talebinde bulunulmuştur.

Çalışma Türkiye'deki bir tıp fakültesinden mezun olmuş, tıp eğitimini Türkiye'de almış, belirli bir süre Türkiye'de çalışmış ve daha sonra Almanya'ya göç etmiş hekimleri kapsamaktadır. Almanya'daki bir tıp fakültesinden mezun olmuş hekimleri ve Türkiye'de bir tıp fakültesini bitirmiş yabancı uyruklu kişileri kapsamamaktadır. Ayrıca Türkiye'de göçmen, mülteci ve sığınmacı olan kişiler bu çalışmanın dışındadır. Yurtdışında doğup Türkiye'de büyümüş, Türkiye'de yaşamış ve çalışmış olan hekimler de bu çalışmaya dahil edilmiştir. Örneğin Bulgaristan'da veya Almanya'da doğup hemen sonrasında Türkiye'de hayatına devam etmiş olan hekimler bu çalışmaya dahil edilmiştir. Bu çalışmanın bu kişileri kapsamamasının nedeni anne veya babanın Türk olması ve doğduktan sonra o ülkeden ayrılıp Türkiye'de büyüüp yaşamlarını Türkiye'de sürdürmeleridir. Aslında bu kişilerin diğer Türk hekimlerden tek farkı doğum yerlerinden dolayı Avrupa vatandaşlığına sahip olmalarıdır, çift vatandaşlığa sahip olmalarıdır. Geri kalan tüm özellikler Türk hekimler ile ortaktır. Keza hepsi Türkiye'de büyümüş, Türkçesi ana dili olan, tıp

² https://www.ttb.org.tr/menu_goster.php?Guid=706e317c-7698-11e7-9986-54b29146220c

fakültesini Türkiye’de bitirmiş, eğitim süreçlerini Türkiye’de tamamlamış, Türkiye’de mesleki hayatlarına başlamış ve en az bir sene Türkiye’de mesleklerini yapmış ve sonrasında Almanya’ya gitmiş olan hekimlerdir. Almanya’ya göç etmiş hekimler gittikleri ülkede yabancı olan kişileri ya da sonradan o ülkenin vatandaşlığına kabul edilen kişileri kapsamaktadır (Rubin vd, 2008). Almanya’ya gittikten sonra orada mesleklerini yapan Türk hekimler bu çalışma dahilindedir. Almanya’daki yaşam ve çalışma koşullarını, uyum süreçlerini anlamak ve her iki ülkenin farklı dinamiklerini karşılaştırmak açısından Almanya’da bir süre bulunmuş olmak önemlidir.

30 hekim ile yapılan derinlemesine görüşmelerde kartopu örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Kartopu örnekleme yönteminde bir kişi seçilmekte ve bu kişi aracılığıyla diğer kişilere ulaşılmaktadır. Katılımcıların yönlendirmesiyle örneklem büyür. Bu sebeple kartopu etkisi olarak tanımlanmaktadır (Yağar ve Dökme, 2018). Kartopu örnekleme kullanılması sebebi hekimlere ulaşmaktaki zorluktur. Bu süreçte hekimlere ulaşmak çok zor olmuştur ve birçok hekimin mülakat vermekten çekindiği gözlemlenmiştir.

Ulaşılan hekimlerden ucu açık ve yarı yapılandırılmış sorular yoluyla göç hikayelerini anlatmaları istenmiştir. Sorularda yönlendirme olmamasına dikkat edilmiş ve sorular göç eden kişilerin hikayelerini akıcı bir şekilde anlatmasını sağlayacak şekilde hazırlanmıştır. Sorular hazırlanırken göç etme sürecinde kronolojik sıraya önem verilmiştir. Böylece katılımcıların göç sürecini en başından sonuna kadar ayrıntılı dinleme fırsatı olmuştur. Sohbetin gidişatına göre doğaçlama sorular da sorulmuştur. Bu tarz bir mülakat katılımcıların daha samimi bir şekilde hikayelerini anlatmalarına yol açmıştır. Dolayısıyla mülakat ilerledikçe katılımcılar daha güvenilir ve samimi bir şekilde sorulara yanıt vermeye başlamışlardır. Mülakatlar sonunda hekimlere tanıdıkları arkadaşlarını mülakata yönlendirip yönlendiremeyecekleri sorulmuştur. Onların yönlendirdikleri hekimlerle de mülakatlar gerçekleştirilmiştir ve bu şekilde bir kartopu örnekleme oluşturulmuştur.

Almanya’da çok fazla sayıda hekimin bulunduğu WhatsApp, Telegram, Instagram ve Facebook gruplarına ulaşılmış olmasına rağmen bu gruplardan görüşme için çok az sayıda geri dönüş olmuştur. Zor da olsa mülakat yapılan hekimin referansı veya yönlendirmesiyle başka bir hekime ulaşmak mümkün olmuştur. Hekimlere

ulaşmanın zorluğu nedeniyle mülakatlar yaklaşık bir sene sürmüştür. Mülakatlara 2023 yılında başlanmıştır. Mülakatlar esnasında birkaç istisna dışında hekimlerin samimiyetle soruları yanıtladıkları gözlemlenmiştir.

Derinlemesine görüşmeler Zoom ile evrimii olarak veya WhatsApp'ta telefon görüşmesi yöntemi ile yapılmıştır. Derinlemesine görüşmelerle katılımcılara g süreçlerini ayrıntılı olarak anlatma fırsatı sunulmuştur. Derinlemesine görüşmelerde katılımcılara Türkiye'deki meslek hayatlarının nasıl olduğu, göçe ilişkin karar verme süreçleri, göç etmeye ilişkin hazırlanma süreci, denklik süreçleri ve Almanya'daki meslek hayatları, entegrasyon, dil seviyesi ve Türkiye'ye geri dönmeyi düşünüp düşünmedikleri gibi sorular sorulmuştur.

Kurum görüşmelerinin hepsi Ankara'da gerçekleştirilmiştir. 13 tanesi yabancı dil kursu, 10 tanesi danışmanlık firması ve bir de Türk Tabipleri Birliği olmak üzere toplam 24 kurum yetkilisi ile görüşme yapılmıştır. Bazı kurs yetkilileri ve danışmanlık firmaları bilgi vermek istememiş olsa da Ankara'da bu kurumların sayısının fazla olması nedeniyle yeterli sayıda görüşme gerçekleştirilebilmiştir. Danışmanlık firmalarına daha çok hangi meslek grubunun danışmanlık almak için başvurduğu, kişilerin neden yurtdışına gitmek istedikleri, günde veya ayda ortalama kaç hekimin yurtdışına gitmek için başvurduğu, başvurulardan ne kadarının kabul aldığı, başvuru sürecinin ne kadar sürdüğü ve hekimlere hangi konularda yardımcı oldukları gibi sorular yöneltilmiştir. Kurs yetkililerine ise hangi meslek grubundan daha çok katılım olduğu, hekim kursiyer sayısı, kursa katılım oranı, hekimlerin yaş aralığı, B2 Almanca dil seviyesine ne kadar sürede ulaştıkları, almış oldukları Almanca eğitiminin mesleki açıdan ve günlük hayatta yeterli olup olmadığı soruları sorulmuştur. Sağlık Bakanlığı yetkililerinden görüşme talep edilmiş fakat yetkililer Bakanlıkta yurtdışına göç eden hekimlerle ilgili bir bilgi ve veri olmadığını belirtmişlerdir. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı ile görüşme gerçekleştirilememiştir. Sonuç itibariyle hekim göçü ile ilgili hekimler (30 kişi) ve kurumlar (24 kurum yetkilisi) olmak üzere toplam 54 görüşme gerçekleştirilmiştir.

Çalışmada bazı sınırlılıklarla karşılaşılmıştır. Öncelikle hekimlere ulaşmak çok zor olmuş ve bu kişilere ulaşmak vakit almıştır. Hekimlerin mülakat için zaman ayıramamaları ve mülakata katılma konusunda çekincelerinin olması bazı sınırlılıklar

olarak belirtilebilir. Bazı kişiler görüşmeyi gerçekleştirirken birtakım sorulara yanıt vermek istememişlerdir. Bu da çalışmada başka bir sınırlılık olmuştur. Bundan başka görüşme için sözleşilen bazı hekimlerin daha sonrasında görüşmeyi iptal etmeleri gibi durumlarla da karşılaşılması çalışmanın yol açtığı bir başka sınırlılıktır. Ayrıca hekimler soruları cevaplarken ilk dakikalarda ayrıntılı bilgi vermekten çekinmişlerdir. Fakat ilerleyen dakikalarda bu engel aşılmış ve samimiyetle soruları yanıtlamışlardır.

Bu çalışmanın birinci bölümünde yüksek nitelikli göçe ilişkin kavramlardan bahsedilmiş ve yüksek nitelikli göç dinamiklerini en iyi açıklayan itme çekme kuramı ve göçmen ilişkiler ağı kuramı ele alınmıştır. Hekimlerin Türkiye’den ayrılmalarına neden olan itici faktörler ve Almanya’ya gitmelerine neden olan çekici faktörler Everett Lee’nin itme-çekme kuramı kapsamında değerlendirilmektedir. Sonrasında yüksek nitelikli göçmenlerin entegrasyonu anlatılmaktadır. Devamında ise sağlık hizmetlerinde yüksek nitelikli göç konusu altında sağlık çalışanlarının ve hekimlerin göçü açıklanmaktadır.

İkinci bölüm Türkiye ve Almanya’nın sağlık sistemini ve her iki ülkedeki hekimlik mesleğini ele almakta, Türkiye’den Almanya’ya göçün tarihsel sürecine değinmekte, Almanya’nın ve Türkiye’nin yüksek nitelikli göç politikası ve son olarak Türkiye’den Almanya’ya hekim göçünü ele almaktadır.

Üçüncü bölümde ise Türkiye’den Almanya’ya hekim göçü araştırma bulguları ve tartışmaya yer verilmektedir. Ayrıca tezde bulguların son kısmında hekim göçü kadın özelinde ele alınmakta ve Almanya’ya göç eden Türk kadın hekimlerin entegrasyon süreçlerine mesleki, özel ve kamusal alan açısından bakılmaktadır. Bunun temel gerekçesi, kadın göçmen hekimlerin hem cinsiyetlerinden hem de göçmen kimliklerinden kaynaklı olarak bazı zorluklarla karşı karşıya kalabilmeleridir. Ayrıca, toplumsal cinsiyet rolleri, ayrımcılık deneyimleri ve ailevi sorumluluklar gibi etkenler entegrasyon sürecini erkek meslektaşlarına kıyasla farklılaştırabilmektedir. Bu nedenle, kadın hekimlerin özgül deneyimlerinin görünür kılınması hem literatüre katkı sağlamakta hem de sağlık politikaları açısından daha kapsayıcı çözümler geliştirilmesine olanak tanımaktadır.

Son bölümde ise çalışma genel hatlarıyla analiz edilmektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

YÜKSEK NİTELİKLİ GÖÇE İLİŞKİN KAVRAMLAR VE KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Yüksek nitelikli göç, işgücü piyasasının uluslararasılaşmasıyla daha fazla önem kazanan bir olgu haline gelmiştir. Gelişmiş ülkelerin artan işgücü ihtiyacı ve rekabetçi ekonomileri yüksek nitelikli göçü kaçınılmaz hale getirmiştir. Buradan hareketle bu başlık altında konu hakkında genel bir çerçeve oluşturmak amacıyla işgücü piyasasının uluslararasılaşması, beyin göçü, yüksek nitelikli işgücü göçü ve hekimlik mesleği kavramlarına yer verilmektedir.

1.1.1. İşgücü Piyasasının Uluslararasılaşması

İşgücü piyasasının uluslararasılaşması son yıllarda hızlı bir şekilde yaygınlaşmıştır. İşgücü piyasasının uluslararasılaşması işgücüne olan talep ve arzın daha uluslararası hale gelmesi olarak adlandırılabilir (Kuptsch, 2010)). Diğer ifadeyle işverenler kendi ulusal işgücü yerine veya bu işgücüne ilaveten ulus ötesindeki yabancı işgücüne de ulaşabilmekte ve işçi de ulusal işgücü piyasasından başka iş için yurtdışına gidebilmektedir. Başka bir açıdan bakıldığında işgücü piyasasının uluslararasılaşması malların, hizmetlerin ve sermayenin sınır ötesi hareketinin ve üretimin uluslararasılaşmasının işgücü piyasası üzerindeki sonuçlarını da ifade edebilir. İşgücü piyasasının uluslararasılaşması daha çok küreselleşmenin bir alt süreci olup işgücü ve istihdam odaklı bir olgu olarak değerlendirilebilir. Dolayısıyla küreselleşme sermaye ve malların serbest dolaşımına odaklıyken, işgücü piyasasının uluslararasılaşmasının insan ve emek dolaşımına odaklandığı söylenebilir.

İşgücü piyasasının uluslararasılaşmasında öne çıkan birkaç etmen bulunmaktadır. Uluslararası ticaretteki serbestleşme ticaret engellerini azaltmıştır, bilgi teknolojisindeki gelişmeler iletişim ve taşıma maliyetlerinde azalmaya neden olmuştur, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde liberalleşme ve kuralsızlaştırma temelli politikalar yaygınlaşmıştır. Diğer etmen nitelikli işgücünün sayısının artmasıdır. Son etmen ise teknolojinin uluslararası şirketler yoluyla yayılmasıdır (Şimşek, 2000).

İşgücü piyasasının uluslararasılaşmasının ekonomik ve sosyal birçok sonucu olduğundan bahsedilebilir. Ekonomik açıdan bakıldığında Heckscher-Ohlin teorisi uluslararası ticaret, uzmanlaşma ve işgücü hareketliliği arasındaki bağlantıyı ele alması açısından öne çıkmaktadır. Bu teori uluslararası ticaret ve işgücü hareketliliğinin emek gücünün uzmanlaşmasını artıracaklarını iddia etmektedir. Teoriye göre ülkeler sahip oldukları üretim faktörleri oranlarına göre uzmanlaşma eğilimindedirler (Aslan ve Terzi, 2006). Örneğin gelişmiş ülkeler yüksek nitelikli işgücüne odaklanırken gelişmekte olan ülkeler ise niteliğe önem vermeksizin işgücünün yoğunluğuna odaklanmaktadır (Yüksel ve Sarıdoğan, 2011). Nitelikli işgücü teorisi ise sanayileşmiş ülkelerin üstünlüğünü yüksek nitelikli işgücüne bağlamıştır (Dura, 2000). Dolayısıyla nitelikli işgücüne sahip bir ülkenin dış ticareti de yüksek oranda olmaktadır. Heckscher-Ohlin teorisi ve nitelikli işgücü teorisinin ortak noktası ülkenin işgücü, sermaye gibi üretim faktörlerinin fazla olduğu ürünlerde rekabet açısından avantajlı olduğunu ileri sürmesidir. Heckscher-Ohlin daha çok üretim faktörlerinin varlığına vurgu yapmakta nitelikli işgücü teorisi ise işgücünün niteliğine vurgu yapmaktadır.

Yüksek nitelikli işgücünün göçü ülkelerdeki inovasyon ve teknoloji kapasitesini artırmaktadır. Docquier ve Rapoport (2012) gelişmekte olan ülkelerdeki yüksek nitelikli kişilerin göçünün gelişmiş ülkelerdeki ekonomik gelişme ve teknolojik büyümeye katkısı olacağını ileri sürmektedir. Romer (1990) Endojen Teknolojik Değişim adlı makalesinde ülkelerdeki teknolojik değişim ve yeniliklerin yüksek nitelikli işgücü ile geliştiğini aktarmaktadır. Romer (1990) insan sermayesinin bir ülkenin büyüme oranını belirlediğini ve büyük bir nüfusa sahip olmanın ekonomik büyüme ve canlanma yaratmak için yeterli olmadığını ifade etmiştir. Dolayısıyla işgücü piyasasının uluslararasılaşmasıyla yüksek nitelikli işgücünün göç hareketinde artış meydana gelmiş ve bu göç gelişmiş ülkelere göç eden nitelikli kişilerin o ülkelerin ekonomik ve ticari kapasitelerini artırmıştır. Ekonomik olarak belirtilebilecek bir başka sonuç işgücünün uluslararası alanda serbest dolaşımı ülkeler arasındaki rekabeti artırabilir ve bu rekabet neticesinde gelişmiş ülkeler yüksek nitelikli kişileri ülkelerine daha çok çekmek isteyebilir. Diğer bir ifadeyle uluslararasılaşan işgücü piyasasının yarattığı rekabet, yüksek nitelikli işgücüne olan ihtiyacı ve talebi artırmaktadır (Porter, 2009).

Bundan başka işgücü piyasasının uluslararasılaşması gelir dağılımında eşitsizliğe neden olup yüksek niteliğe sahip kişilerin daha çok talep edilmesine ve böylece vasıfsız işçilerin düşük gelir elde etmesine yol açabilmektedir (Card ve DiNardo, 2002). Yetenek odaklı teknolojik değişim olarak adlandırılan bu teori küreselleşme ve teknolojik değişimin vasıfsız ve yüksek nitelikli işgücü arasında bir gelir eşitsizliğine yol açtığına vurgu yapmaktadır. Son dönemde ücret eşitsizliğindeki artışın genellikle beceriye dayalı teknolojik değişimden kaynaklandığını ifade etmektedir. Örneğin otomasyon sektöründeki teknolojik gelişmeler üretimi artırabilir fakat bu teknolojilerin kullanılabilmesi için daha fazla nitelik ve beceri gerekmektedir. Sonuç olarak bu teknolojiyi kullanabilen ve bu konuda yetkinliği olan nitelikli ve eğitilmiş kişiler bundan faydalanırken düşük nitelikli kişiler olumsuz etkilenebilir (Card ve DiNardo, 2002).

İşgücü piyasasının uluslararasılaşmasının ekonomik sonuçlarının yanında sosyal sonuçları da bulunmaktadır. İşgücü piyasasındaki uluslararası hareketlilik geçici ve düzensiz işlerde çalışmaya sebep olabilmektedir. Kalleberg (2012) işin kalitesinin işgücünün yaşam kalitesi açısından belirleyici bir etken olduğundan bahsetmektedir. İşin kalitesini belirleyen etmenin yalnızca maaş ve iş güvenliği değil çalışma koşulları, işin kişinin niteliklerine uygun olup olmaması, işin anlamı ve iş yeri ilişkileri ile de yakından ilgili olduğunu savunmaktadır. Kalleberg (2012) işin niteliğinin ve kalitesinin düşmesinin çalışanlar arasındaki eşitsizliği ve toplumsal istikrarsızlığı artırabileceğini aktarmaktadır. İşgücü piyasasında özellikle göçmenler kalitesiz ve güvencesiz işlere daha fazla maruz kalmaktadır. Standing (2011), Prekarya adlı eserinde işgücü piyasalarının uluslararasılaşması sonucunda güvencesiz işlerde çalışan bir prekarya sınıfının oluştuğunu aktarmıştır.

İşgücü piyasasının uluslararasılaşmasında entegrasyon önemli bir yer tutmaktadır. Göçmenlerin gittikleri ülkede işgücü piyasasına dahil ve entegre olmaları göçmenler açısından en önemli hususlardan biridir. Bu aynı zamanda göçmenlerin entegrasyon süreciyle de yakından ilgilidir. ABD'nin 1965 Göç ve Vatandaşlık Yasası ulusal kökenler formülünü ortadan kaldırmıştır. Dolayısıyla etnik kökenlere karşı fiili ayrımcılığı göç politikasından kaldırmıştır. Böylece işgücü piyasasında uluslararasılaşmaya gitmiş hem nitelikli hem de vasıfsız işgücünü ülkesine dahil etmeye başlamıştır. ABD'nin göçmen işgücünü ülkesine çekmesi ekonomisindeki

entegrasyonu da artırmıştır. Aksine iş gücü piyasasına dahil olamayan göçmenler o ülkeye uyum sağlamakta zorlanabilir ve günlük hayatta zorluklarla karşılaşabilirler. Bir ülkenin dilini ve çalışma yöntemlerini iyi bilmemek göçmenlerin o ülkeye entegrasyonunu da zorlaştıracaktır (Landau vd, 2020). O ülkenin politikaları da entegrasyon sürecini zorlaştırabilir. Örneğin kaynak ülkede alınan üniversite diplomasının tanınmaması, iş ile ilgili süreçte ayrımcılığa maruz kalma, düşük ücretler, göçmen kadınların işe girişiyle ilgili sürecin zorlaştırılması en dikkat çeken zorluklardan bazılarıdır (Dışişleri Bakanlığı, b.t.). Bu çerçevede dil eğitimi, kaynak ülkeden alınan ve uluslararası alanda geçerli olan diplomalar, iş bulmalarına yardımcı olabilecek iletişim ağı, göçmenlerin çocuklarına yönelik eğitim fırsatlarının genişletilmesi göçmenlerin uyum sürecinde ve entegre olmalarında kolaylık sağlayacaktır. Bununla birlikte küresel bir işgücü piyasası göçmenlerin kültür ve kimliklerinde değişimler veya yapılanmalar meydana getirebilmektedir.

Uluslararasılaşan işgücü piyasası göçmenlerin farklı kültürler tanınmasına yol açmaktadır. Bu, kişilerin asimilasyonuna ve kültürel çeşitliliğin artmasına yol açmanın yanında yabancı düşmanlığı gibi olumsuz durumlara da sebep olabilmektedir. Ayrıca işgücü piyasasının uluslararasılaşması işgücünün farklı ülkelerde eğitim almasına ve iş deneyimi kazanmasına imkân tanımaktadır. Buna karşın göçmenlerin farklı ülkelerde dil engeliyle karşılaşmaları entegrasyon sürecini olumsuz etkileyebilir. Entegrasyon o topluma uyumu güçlendirirken başarısız bir entegrasyon sosyal dışlanmaya ve ayrımcılığa neden olabilir (Tokatlı, 2024).

Son olarak küresel alandaki gelişmeler doğrultusunda işgücü piyasasının uluslararasılaşmasının 2025 yılı Trump yönetimi ile farklı bir boyut kazanma ihtimalinden bahsedilebilir. Trump döneminde yüksek nitelikli işgücünün uluslararasılaşması zor bir sürece girebilir ve özellikle Batıda aşırı sağın yükselişiyle beraber ekonomik kriz sadece vasıfsız işgücünü değil nitelikli işgücünü de olumsuz etkileyebilir.

1.1.2. Beyin Göçü

Beyin göçü kavramı ilk kez 1963 senesinde İngiltere Kraliyet Toplumu tarafından Avrupalı bilim adamlarının 1950’lerde Kuzey Amerika’ya göçünü tanımlamak için kullanılmıştı (Cervantes ve Guellec, 2002). Şimdilerde ise beyin göçü

kavramı daha çok ulusların yüksek nitelikli bireylerinin göçüne atıfta bulunmak için kullanılmaktadır. “Eğitimli ve yüksek vasıflı kişilerin çalışmak ve yaşamak amacıyla kendi ülkesinin dışında bir ülkeye gitmesi beyin göçü olarak adlandırılmaktadır” (Toksöz, 2006: 226). Beyin göçü kavramında anavatana geri dönüş niyeti önemli olmaktadır (Elveren ve Toksöz, 2019; Güngör ve Tansel, 2006). Bu düşünceden hareketle beyin göçü kavramı üç ana unsuru barındırmaktadır: göçmenlerin eğitim durumu, anavatan tarafından bakış açısı ve göçmenlerin anavatana dönüş niyeti. Lowell (2003) beyin göçünün gerçekleşmesi için iki durumun gerekli olduğunu belirtmiştir. Birincisi eğitim seviyesi yüksek olan nüfusun ciddi orandaki kaybı, ikincisi finansal sermaye olarak hareket eden insan sermayesinin kaybı ve bunu takiben oluşan olumsuz ekonomik koşullar. Bu iki duruma ek olarak göçün yönünden bahsetmek gerekmektedir. Beyin göçü yüksek nitelikli kişilerin tek bir yöne doğru olan hareketini ifade etmektedir. Lawan Ngoma ve Wana Ismail (2013) beyin göçünü insan sermayesinin ülkesini terk etmesi, eğitimli ve yetenekli profesyonel bu kişilerin tek yönlü hareketi olarak ifade etmektedir. Göç terimleri sözlüğünde beyin göçü “eğitim görmüş ve yetenekli kişilerin kaynak ülkelerinden diğer bir ülkeye, kaynak ülkenin beceri kaynaklarında azalmayla sonuçlanacak şekilde göç etmesi” olarak tanımlanmaktadır. (Perruchoud ve Redpath-Cross: 14). Tavakol (2012) ise beyin göçünü entelektüel kişilerin, uzmanlık bilgisine sahip çalışanların, uzmanlaşmış kişilerin kendi memleketinden özellikle Batı ve gelişmiş ev sahibi ülkelere doğru gerçekleştirdiği hareket olarak tanımlamaktadır. Docquier (2006) beyin göçünü insan sermayesinin transferi ve temel olarak da yüksek eğitimli bireylerin gelişmekte olan ülkelere gelişmiş ülkelere göçü olarak tanımlamaktadır. Dolayısıyla beyin göçünde yüksek nitelikli kişiler ülkelere geri dönmemektedirler. Buna ek olarak beyin göçünün nedenlerini arz ve talep bağlamında değerlendirmişler ve arz tarafında dünya ekonomisindeki küreselleşmenin insan sermayesini arttırdığını ve göçmenlerin bu doğrultuda gidecekleri ülkeleri seçtiklerini belirtmişlerdir. Talep olarak ise ev sahibi ülkeler nitelikli kişileri ülkelere çekmek amacıyla bu kişilere yönelik göç politikaları ortaya koyarlar.

Gibson ve McKenzie (2011) beyin göçünü muhtemel yapan faktörlerden birinin ülkenin nüfusu olduğunu belirtmektedir. Yani nüfusu daha az olan ülkelerde beyin göçünün daha fazla olduğu vurgulanmaktadır. Bu duruma ek olarak dinsel

ayrım, siyasi istikrarsızlık ve insan sermayesinin düşük olduğu ülkelerde beyin göçü artmaktadır. Bunun yanında yüksek öğrenime sahip bireyler arasında beyin göçü eğitim düzeyi düşük olan kişilere göre daha fazladır. Gibson ve McKenzie'nin araştırmasının sonucuna göre göç düşüncesi gidilen ülkede daha fazla gelir elde etme amacından çok kariyer endişesi (mesleki araştırma yapabilme, alanında uzman kişilerle çalışabilme gibi), hayat tarzı ve ailevi nedenler gibi durumlardan ortaya çıkmaktadır. Giannoccolo (2004) beyin göçü literatürünü insan sermayesi ve eğitimin tarihi süreçlerine göre değerlendirmiştir. Beyin göçünde 1950-1960 yılları arası eğitimin sosyal yönleri vurgulanmış, 1970'lerde eğitim ile belirtilen husus insan sermayesi olmuş ve insan sermayesi çok kritik bir üretim faktörü olmaya başlamıştır. 1980'lerde insan sermayesi ekonomik büyümenin önemli bir ögesi olmuştur. 1990'lar ile 2000'ler arasında insan sermayesi vurgusu devam etmiş ve insan sermayesinin teknoloji ve ilerlemeye etkisinin önemi artmıştır (Giannoccolo, 2004). 1960'larda ve 1970'lerde beyin göçünün daha fazla önem atfedilen bir konu olmasının sebebi beyin göçünün üçüncü dünya ülkelerinin gelişimleri üzerindeki yıkıcı etkisidir. Burada savunulan görüş ülke vatandaşlarına eğitim kapsamında yapılan yatırımın göç ile kaybedilmesidir. Aynı zamanda yurtdışında eğitim almış olan kişilerin göçü veya geri dönmemesi bu ülkelerin ekonomik potansiyeli için bir kayıp olarak görülmektedir.

Skeldon (2009) sağlık çalışanlarının bir ülkenin refah düzeyini belirlemede en önemli aktörler olduğundan hareketle bu kişilerin göçünün beyin göçünü anlamada en önemli faktör olduğundan bahsetmektedir. Ülkeye katkısı olan veya potansiyeli olan genç nüfusun göç etmesi kaynak ülke açısından bir dezavantaj olarak ortaya çıkmaktadır. Özellikle az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelere göç eden nitelikli genç nüfusun sayıca fazla olması o ülke için büyük bir dezavantaj oluşturmaktadır. Beyin göçü olarak adlandırılan bu durum eğitilmiş, nitelikli ve üretken işgücünün gelişmiş ülkelere geri dönmek üzere gitmeleridir (Babataş, 2007). Eğer nitelikli emek gücü fakir ülkelere zengin ülkelere giderse bu fakir ülkelerin ekonomik potansiyelinde bir azalmaya neden olabilir (Joly, 2000). Bundan başka zengin olan kişilerin yurtdışına göçü ülkeden para çıkışına ve bu da yetersiz kalkınmaya neden olabilir. Özellikle bazı mesleki alanlarda uzmanlaşmış kişilerin ülkeden göç etmesi o meslek gruplarındaki yetkinliğin ve kalitenin azalmasına neden olacaktır. Fakat buna karşın göçle kaybedilen işgücünün geri kazanılması o ülkede

beyin göçü ile oluşan nitelikli göçmen ağını kapatacaktır. Örneğin Doğu Asya ekonomisinin 40 yıl önce beyin göçü riski altında olduğu düşünülse de şimdilerde Doğu Asya en gelişmiş ekonomiye sahip ülkelerden biridir (Skeldon, 2009). Bunun temel sebeplerinden bir tanesi Doğu Asya'nın 40 yıl önce eğitim sistemindeki reformları ve eğitime yaptığı yatırımlar bölgede nitelikli işgücünün artmasına yol açmıştır. Ayrıca Doğu Asya'nın teknolojik yatırımları beyin göçünü tersine çevirmiştir.

Yukarıdaki tanımlar doğrultusunda söylenebilir ki beyin göçü yüksek eğitimli veya mesleğinde uzmanlaşmış kişilerin daha iyi yaşam koşullarına erişmek amacıyla gelişmekte olan ülkelere gelişmiş olan ülkelere göçüdür. Beyin göçü ile gelişmekte olan ülke nitelikli işgücü kaybına uğramakta ve beşerî sermayesini kaybetmektedir. Beyin göçünde göç eden kişi kendi ülkesine genellikle geri dönmemektedir. Dolayısıyla beyin göçü daha çok olumsuz bir kavram olarak belirtilebilir. Aşağıda ayrıca yüksek nitelikli işgücü göçü tanımına yer verilmektedir. Yüksek nitelikli işgücü göçü ve beyin göçü birbirine yakın kavramlar olsa da bazı farkları bulunmaktadır. Yüksek nitelikli işgücü göçü eğitim seviyesi yüksek ve belli bir alanda uzmanlaşmış profesyonellerin göçü olarak ifade edilebilir. Yüksek nitelikli işgücü göçünün beyin göçünden farklılaştığı nokta yüksek nitelikli işgücü göçünün hem kaynak hem hedef ülkeye fayda sağlaması, beyin göçünün ise yalnızca hedef ülkeye fayda sağlayıp kaynak ülkenin beşerî sermayesini olumsuz etkilemesidir. Beyin göçü eğitim seviyesi yüksek ve nitelikli kişilerin gelişmekte olan ülkelere gelişmiş ülkelere göçünü ifade etmektedir. Dolayısıyla beyin göçünde kaynak ülke açısından kayıp oluşmaktadır ve çoğu zaman göçmenler ülkelere geri dönmemektedirler.

1.1.3. Yüksek Nitelikli İşgücü

Yüksek nitelikli işgücü gelişmiş ekonomilerin en önemli unsurlarından biridir. Yüksek nitelikli işgücü ülke ekonomisinin büyümesi, yeni buluşlar keşfetmek, üretim ve büyümeyi sürekli kılmak için bir gereklilik ve araç olarak ortaya çıkmaktadır. Bazı ülkeler yüksek niteliği eğitim seviyesine göre tanımlarken (Borjas, 2003), bazıları mesleğe göre (Bouvier ve Simcox, 1994), diğer başka ülkeler ise maaş düzeyine göre tanımlamaktadır (Triandafyllidou ve Isaakyan, 2016). Triandafyllidou ve Isaakyan (2016) yüksek nitelikli işgücünün kim olduğuna ilaveten statüsel olarak ne durumda

olduğu ve bu statüyü nasıl kullandığının önemli olduğunu belirtmiştir. Örneğin mesleğinin dışında bir alanda düşük bir maaşla çalışan kişi niteliklerini kullanamadığı sürece ve bunu kanıtlayamadığı sürece o kişinin nitelikli olduğundan bahsedilemeyecektir. Önemli olan husus kişinin niteliklerini kanıtlayabiliyor olmasıdır.

Eurostat (2023) yüksek nitelikli işgücünü 25-64 yaş aralığında olan ve bir iş yerinde yönetici, uzman ve teknisyen olarak çalışan kişiler olarak tanımlamaktadır (Eurostat, 2023). Eurostat verilerine göre 2022 yılında Avrupa Birliği (AB) genelinde yaklaşık 80 milyon yüksek nitelikli işgücü istihdam ediliyordu. Bu rakam 25-64 yaş arası istihdam edilen toplam kişi sayısının yaklaşık yüzde 44'üne denk geliyordu. AB genelinde 53 bölgede en yüksek pay başkentlerde ve kentsel bölgelerde olmak üzere istihdam edilen kişilerden en az yarısının yüksek nitelikli işgücü olduğu belirtilmektedir. 2022 yılında yüksek nitelikli istihdamın en fazla olduğu ülke yüzde 73,6 ile İsveç olmuştur. İsveç'i takiben Hollanda, Lüksemburg, Belçika gelmektedir.

Özetle yüksek nitelikli işgücü eğitim seviyesi yüksek ve belirli bir meslekte veya alanda uzmanlaşmış ve o mesleği icra eden kişiler olarak tanımlanabilir. Yüksek nitelikli işgücü/kişi kavramı bu çalışmada bu anlamda kullanılmıştır. Yüksek nitelikli işgücü kavramının açıklanmasının ardından bu işgücü göçünün yani yüksek nitelikli göçün önem kazanmasında tarihi gelişmelerin etkisinden bahsetmek bu çalışma açısından önemli görülmektedir.

1.1.4. Yüksek Nitelikli İşgücü Göçü ve Yüksek Nitelikli Göçmenler

Özel yetenek ve bilgisi olan kişiler belli dönemlerde küresel anlamda bilgi ve fikir akışının sirkülasyonunda etkili olmuşlardır (Brandi, 2004). 19. yüzyıla kadar nitelikli işgücünün hareketi ister bireysel veya grup olarak ister gönüllü veya zorla olsun ülkeler üzerinde direk etkisi olmamıştır. Bunun sebebi üretim yöntemlerinin gelişmekte yavaş olmasıdır. Diğer bir ifadeyle teknolojik gelişmelerin ve sosyal değişimin 19. yüzyıldan önce tamamlanmasının ve diğer ülkelere yayılmasının uzun sürmesidir. Dolayısıyla bu dönemde özel yetenek ve bilgi sahibi olan göçmenlerin hem ayrıldıkları ülkeye hem de hedef ülkesine önemli bir etkisi olmamaktaydı (Brandi, 2004).

19. yüzyılın başında üretimdeki yenilikler hız kazanmaya başlamıştır. 19. yüzyılda özellikle İngiltere, Fransa ve Almanya gibi ülkeler diğer ülkelere göre endüstri, bilim ve eğitim sisteminde daha ileri gitmiş ve kendi ürünlerini tüm dünyaya yaymışlardır. Bununla birlikte 19. yüzyılda göçmen sınıfları birçok teknik yeteneği olan uzman işçileri ve çeşitli profesyonel kişileri içermektedir (Gaillard vd, 1998). Bu profesyonel kişilerden bazıları yeni dünyanın endüstriyel ve kültürel gelişiminin öncüleri olmuşlardır. 2. Dünya Savaşı öncesinde ve savaştan sonraki birkaç yılda önceki yüzyılda olduğu gibi göç aynı seyirde devam etmiştir fakat ev sahibi ülkelerde göçmenlerin yeni endüstriler yaratmaları çok daha önemli bir olay olmaya başlamıştır.

2. Dünya Savaşı'ndan sonra ABD batı biliminin lider ülkesi olmuştur ve Avrupalı bilim adamları ve teknisyenler için bir cazibe merkezi haline gelmiştir. ABD'ye olan bu göçte Amerikan üniversitelerinin eğitim kalitesinin yüksek olması ve eğitim fırsatlarının fazla olması gibi faktörler etkili olmuştur (Fortney, 1972). ABD aynı zamanda ülkedeki tıp fakültesi öğrencisinin az olması nedeniyle başta İngiltere ve Kanada'dan birçok yüksek nitelikli işgücünü ülkesine almaya çalışmıştır. Bu doğrultuda yüksek nitelikli işgücü politikası gelişme göstermiştir. 1990'larda gelişmekte olan ülkelere ABD dışındaki diğer gelişmiş ve sanayileşmiş ülkelere özellikle Fransa ve Avustralya'ya yüksek nitelikli göç akımı olmaya başlamıştır. Kanada birçok yüksek nitelikli yetişmiş vatandaşı ABD'ye kaybetmiş olsa da bu yıllarda birçok nitelikli göçmenin tercih ettiği diğer bir ülke olmuştur (Brandi, 2004). Bu dönemde İngiltere'nin durumu yüksek nitelikli göç konusunda daha karmaşık görünmektedir.

1970'lerin ortası 1980'lerin başında İngiltere'nin ekonomisinde bir değişim meydana gelmiş ve Keynesyen modelden neo-liberal ekonomiye geçiş olmuştur (Balseven, 2009). Bu değişimin sonucu olarak tüm sektörlerdeki işgücü hareketliliğinde büyük bir artış meydana gelmiştir. Bu sürecin etkileri yüksek nitelikli işgücü tarafından daha net şekilde hissedilmiştir. Önceden İngiltere'ye göç eden birçok profesyonel, teknisyen ve araştırmacı başka ülkelere gitmeye başlamıştır. Aynı zamanda ülkeden giden göçmenler işgücü piyasasında boşluk oluşmasına neden olmuş ve birçok nitelikli kişinin İngiltere'ye göç etmesine yol açmıştır (Salt, 1992). Önemli bir husus şudur ki ABD İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra yüksek nitelikli göçmenleri ülkesine çekmiş olsa da yüksek nitelikli göç politikasını ilk geliştiren Avrupa ülkesi

1990'ların sonunda İngiltere olmuştur. 2000'li yılların ortalarında İngiltere'yi Hollanda ve Almanya takip etmiştir (Triandafyllidou ve Isakyan, 2016). Bu ilk uygulamalarla birlikte ve devam eden süreçte yüksek nitelikli göçmenler birçok ülke için bir piyasa haline gelmiştir (Nohl, 2011). Dolayısıyla 1990'larda ekonomik ve siyasi değişimler yüksek nitelikli göç hareketlerini önemli ölçüde etkilemiştir. Soğuk Savaşın sonu, Batı Bloğunun dağılması ve küresel pazarın ortaya çıkmasından sonra yüksek nitelikli göç hareketlerinde artış olmuştur (Iredale, 2000). Bu gelişmelerden sonra küresel bir işgücü piyasası, yüksek nitelik ve uzmanlık gerektiren işler tüm dünyada yaygın olmaya başlamıştır.

Yüksek nitelikli göçmenlerin endüstriye sağladığı katkılar ülke ekonomilerinin gelişmesine yol açmıştır (Oliinyk vd, 2021). Oliinyk vd. (2021) nitelikli göçmenlerin ülkelerin ekonomik gelişmesine olan katkısının sosyal gelişime olan katkısından daha yüksek olduğunu belirtmektedir. Yüksek nitelikli göçmenlerin hareketi ekonomik gelişme, küresel ticaret, uluslararası şirketlerin büyümesi ve işe alım ajansları gibi kurumların büyümesini yansıtmaktadır. Yani yüksek nitelikli göç ve yatırım akışları arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır (Salt, 1997).

Özetle, gelişen teknoloji ve bilgi ekonomisi ile ülkelerin yüksek nitelikli göçmenlere duyduğu ihtiyaç artmaktadır (Oliinyk, 2021). Tahminlere göre teknolojik yetenekleri (bilgi teknolojileri, programlama, araştırma gibi) gelişmiş olan işçilere yönelik talebin 2030 yılı itibariyle yüzde 39 artması beklenmektedir (McKinsey&Company, 2016). Bundan başka sosyal ve duygusal yeteneklerin de daha popüler olması beklenmektedir. Günümüzde özellikle Avrupa ülkelerinin uyguladığı AB Mavi Kartı³ yüksek nitelikli göç sürecinin yasal bir mevzuata bağlanmak istendiğinin göstergesidir.

Çoğu araştırmacı yüksek nitelikli göçmen kavramını tanımlarken eğitime katılım ve mesleği beraber ele alan OECD'nin tanımını kullanmıştır. 1990'larda OECD yüksek nitelikli kişiyi üniversite mezunu olan veya alanında üniversite eğitimi ile eşdeğer tecrübeye sahip olan kişi olarak tanımlamıştır (OECD, 1998). O

³ AB Mavi Kart AB ülkeleri tarafından yüksek nitelikli işgücünü çekmek amacıyla çıkarılan bir oturma ve çalışma izni türüdür. AB Mavi Kartı Avrupa Birliği dışından gelen nitelikli göçmenler için bir oturum ve çalışma izni niteliğindedir, (<https://www.bluecard.com.tr/blue-card-kayit>, Erişim tarihi: 18.10.2024)

zamanlarda yüksek nitelikli göçmen “uzmanları, teknisyenleri, iş insanlarını, sağlık ve eğitim gibi temel hizmetlerde çalışan görevlileri kapsamaktaydı (OECD, 1998: 21). Uluslararası Göç Örgütü’nün Göç Sözlüğünde yüksek nitelikli göçmen şu şekilde tanımlanmıştır: Yüksek öğrenim ve mesleki tecrübe ile paralel olarak bir göçmenin yüksek niteliğe sahip bir mesleği icra etmesi için gereken yetenek ve nitelik seviyesidir (IOM, 2019). Parsons vd (2014) en az bir yıl üniversite veya bir yüksek öğrenim kurumunda eğitim almış göçmenlerin yüksek nitelikli göçmen olarak değerlendirilebileceğini belirtmiştir. Solimano (2008) uluslararası profesyonel emek piyasasının taleplerine göre nitelik sınıflandırması önermiştir. Bu niteliklere sahip olan kişiler yetenek avcılarının hedefinde olmuşlardır. Bu göçmenler aşağıdaki kategorilerden birinin içinde yer almaktadır (Solimano, 2008’den uyarlanmıştır):

- Üretim kabiliyeti olan kişiler. Örneğin; girişimciler, mühendisler ve teknisyenler.
- Akademik kabiliyeti olan kişiler. Örneğin; bilim insanları, araştırmacılar.
- Sosyal sektörde kabiliyeti olan kişiler. Bu kişiler tıp doktoru, hemşire ve öğretmenleri kapsamaktadır.

Dolayısıyla yukarıdaki tanımlar çerçevesinde küreselleşme ile ülkelerin yeni teknolojilere uyum sağlayacak, bilgi düzeyi yüksek, ülke şartlarına entegre olabilecek nitelikli göçmenlere duyduğu ilgi artmıştır. Avrupa’nın bilgi toplumu anlayışını daha fazla geliştirmek istemesi o ülkeye yenilik ve kalkınma getirecek olan nitelikli göçmenlere daha çok ihtiyaç duymasına neden olmaktadır (Burmam vd, 2018). Burmam vd (2018) yüksek nitelikli emek göçünün şirketlerdeki teknolojik yeniliklere ve ülkedeki ekonomik büyüme ve gelişmeye katkı sağlayacağı için de önemli olduğunu söylemektedirler. Birçok ülke için yüksek nitelikli göçmenleri çekmek iki sebepten dolayı önemlidir. Bunlardan ilki emek piyasasındaki eksiklik ve emeğe duyulan ihtiyaç diğeri ise bilgi ekonomisi ile ülkelerin güçlenmek istemesidir. Bu nedenle çoğu ülke özellikle Avrupa ülkeleri ve ABD hareket halindeki beşerî sermayeyi kendi ülkelerine çekmek için rekabet etmektedir. Bu konudaki ilk politikalar 1960’larda Kanada’ya, 1970’lerde Avustralya’ya, ABD’de ise daha önceye 1950’lere dayanmaktadır (Triandafyllidou ve Isakyan, 2016). Dünyada nitelikli göçmenlere olan ilgi 1950’li yıllara dayansa da küreselleşme ile bilgi ekonomisinin önem kazanmasıyla ülkeler için önemli bir konu olmuştur (Triandafyllidou ve Isakyan,

2016). Yakın tarihte sınırları aşan göç olgusu özellikle 1. Dünya Savaşı'ndan sonra oluşmuştur (Nar, 2021). İkinci Dünya Savaşı sonrası ise ekonomisi ve sanayisi hasar gören Avrupa gücünü yeniden elde etmek için 1960'lı yıllarda düşük nitelikli göçmenlere ihtiyaç duymuş, 2000'li yıllarda küreselleşmenin dünya ekonomisine yön vermesiyle göç süreci evrilmiş ve daha çok yüksek nitelikli göçmenlere ihtiyaç duyulmaya başlanmıştır (Şahin, 2019). 2000'li yıllarda kişilerin ulus ötesi bağlantılarla birçok kaynağa ve mesafeye ulaşma imkânı başka ülkelere göç etmelerini kolaylaştırmıştır (Vertovec, 2007). Özellikle emeğin, iletişimin, ulaşımın ve bilginin küreselleşmesi ve ulaşılabilir olması kişilerin özgürce başka ülkelere göç etmesine yol açmıştır (Kahanec ve Zimmermann, 2008). Bununla birlikte gelişmiş ülkeler de kolay uyum sağlayabilecek, dil yeterliliği olan, ülkenin iç istikrarına zarar getirmeyecek nitelikli göçmen alımına daha çok önem vermeye başlamışlardır. Örneğin Almanya, Fransa ülkesine nitelikli işgücünü çekmeye çalışırken nitelsiz işgücünü azaltmak için sıkı politikalar uygulamaktadır (Nar, 2021:216).

Bununla birlikte ülkeler için yüksek nitelikli göçmenlerin daha kabul edilebilir olmasının nedeni nitelikli emeğin ev sahibi ülkede kazançlardaki eşitsizliği azaltmasıdır. Buna ek olarak yüksek nitelikli göçmenlerin emek piyasasına ve topluma daha kolay ve çabuk entegre olacakları düşünülmekte bu nedenle gittikleri yerde toplumla herhangi bir gerilim yaratmayacakları söylenmektedir (Brücker, Docquier ve Rapoport, 2012). Ayrıca yüksek nitelikli göçmenlerin topluma maddi ve sosyal bir yük getirmeyeceği düşüncesi hakimdir. Yüksek nitelikli göçmenlerin entegrasyonu ile ilgili olarak ise Nohl (2011) entegrasyon başarısının kültürel sermayeleriyle ilgili olduğunu ifade etmektedir. Bourdieu kültürel sermayeyi kurumsallaşmış ve bedenselleşmiş şekliyle incelemektedir (Kovacev, 2011). Kültürel sermayenin bedenselleşmiş şekli dil bilmek, sosyal yetenek ve beceriler gibi özellikleri kapsamaktadır. Kültürel sermayenin kurumsallaşmış şekli ise göçmenlerin yurtdışında edindiği diploma, eğitim ünvanı ve deneyimlerin tanınmasında etkilidir.

Yüksek nitelikli göçmen olgusuna Türkiye açısından bakıldığında Sanchez-Montijano vd (2018) yüksek nitelikli göçmenlerin Türkiye'den AB'ye özellikle 2013 yılından itibaren yönelme sebeplerini Türkiye'deki siyasi, toplumsal ve ekonomik gelişmelere bağlamaktadır. Çelik ve Aslan (2018) Türkiye'den ayrılan yüksek nitelikli kişilerin göç etmesinin arkasındaki en temel neden olarak işsizliği görmektedir.

İşsizlikten başka Türkiye’den ayrılan nitelikli göçün sebepleri kişilerin verimliliklerini kullanabilecekleri bir iş ortamının olmaması, kendi uzmanlık alanları ile ilgili bir işte çalışma imkanının kısıtlı olmasıdır (Gökbayrak, 2006: 69). Gökbayrak (2006)’ın belirttiği husus yaratılan iş ile işgücünün nitelik açısından uyumlu olması gerektiğidir. Bunun yanında Türkiye’deki uzun çalışma saatlerine karşılık verilen düşük maaşlar, çalışma koşullarının birçok iş yerinde iyi olmaması, nüfusun büyük çoğunluğunun asgari ücretle çalışması, gelir ve vergi adaletsizliği, kişinin kendi niteliğine uygun bir iş bulamaması gibi faktörlerin Türkiye’den ayrılan nitelikli göçmen sayısında artışlara neden olduğu düşünülmektedir.

Kadınlar özelinde bakıldığında yüksek nitelikli kadınların göçü bir ülkenin geleceği ve gelişimini olumsuz olarak etkilemektedir. Kadınların beşerî sermayesi emek üretimi, çocuklarının eğitimi ve ekonomik gelişme açısından ülkeye önemli katkılar sağlamaktadır (Artuç vd, 2014). Kadın eğitime yatırım yapmayan toplumlar veya göç ile nitelikli kadınları kaybeden toplumlar ekonomik büyüme ve gelişme açısından geride kalmaktadırlar. Weinar ve Klekowski (2020) yüksek nitelikli kadın göçmenlerin çoğu zaman kariyer veya eş nedeniyle göç ettiklerini ve nitelikli kadınların göç deneyimini aile ve sosyal beklentilerin daha çok şekillendirdiğini belirtmektedirler. Docquier vd (2012) nitelikli kadınların göç oranının nitelikli erkeklerin göçüne oranla daha fazla olduğunu söylemektedir. Dahası kadının beşerî sermayesi ülkelerin ekonomik ve insani gelişimine olumlu katkı sağladığı için yüksek orandaki kadın göçü gelişmekte olan ülkeler açısından dezavantaj yaratabilir.

1.1.5. Profesyonel Meslek Olarak Hekimlik

20. yüzyılın ilk yarısında Batı’da meslek kavramıyla ilgili ortak bir kaygı hakimdi. Bu kaygının ana çerçevesini ticarileşme, kuralsızlık, denetimsizlik gibi tehlikeler oluşturmuştur. Bu noktada profesyonellik kavramı önem kazanmaktadır çünkü bu kavram düzenli ve kurallı çalışma hayatı ve meslek anlamına gelmektedir (Sunar, 2019). Profesyonelleşme bir mesleğin düzensiz ve denetimsiz halinden kurtulup; kurumsal, yasal, bürokratik boyut kazanmasını gerektirir. Profesyonelleşme 19. yüzyıldan itibaren İngiltere, ABD, Fransa gibi ülkelerde mesleklerin icrasının standart bir yapıya kavuşmasını ifade etmektedir (Sunar, 2019: 35).

Durkheim (1957) profesyonel mesleklerin toplumsal sorunları aşmada büyük öneme sahip olduğunu söylemektedir. Toplumsal sorunların daha olası olduğu az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde profesyonel kişiler kritik öneme sahiptir. Profesyonellik anlamında öne çıkan en önemli mesleklerden biri hekimlik olarak belirtilebilir. Hekimlik mesleğinin önemine değinen diğer bir sosyolog Foucault (2002); toplumların gelişmesiyle, kalabalıklaşmasıyla ve koşulların düzelip burjuva düzenine yaklaşılmamasıyla sağlığın bozulduğunu, hastalıkların çeşitlendiğini ve arttığını söylemektedir. Bunun yanında hastalık özelliklerinin toplumsal tabakalar ve hastaların sosyo-kültürel durumlarına ve hastalığa yaklaşımlarına göre değişim gösterdiğini belirtmektedir. Hekimlik mesleğinin tarihsel gelişimi üzerine çalışan bazı teorisyenlerin görüşleri şu şekildedir:

Mesleki Hakimiyet konusunda;

Parsons (1939) tıp sosyolojisinin öncü ismidir. Mesleki hakimiyet kuramını oluşturmuştur. Mesleklerin nasıl davranmalarına yönelik normlar oluşturmaya çalışmıştır.

Freidson (1996) hekim-hasta ilişkilerinin çatışmalar üretebilecek bir ilişki olduğunu ilk vurgulayan kişidir. Freidson mesleki hakimiyet kuramına farklı tartışmalarla yaklaşmıştır. Mesleki özerklikleri dolayısıyla hekimlerin istedikleri yerde çalışması toplumun sağlık hizmetlerine eşit ve adil erişimini olumsuz etkilediğini belirtmiştir.

Profesyonel(leşmeme) konusunda;

Haug (1996) profesyonelleşmeme tezini öne sürmüştür. Mesleklerin hakimiyetini azaltan üç gerekçeden bahsetmiştir. İlki, mesleğin özerkliğine yaklaşım tarzının aşırı ve dengesiz bir baskı içerdiğidir. İkincisi, toplumsal gerekçe olarak, toplumun okur yazarlığının artmasının kamuya hekim davranışlarını sorgulama özgüveni kazandırdığını ve toplumdaki memnuniyetsizliğin hekimlerin mesleki özerkliğini kendi menfaatlerine yönelik kullanması sonucu arttığını belirtmektedir. Son olarak teknolojik gerekçe olarak bilgiye yönelik tekelin bilgisayarların yaygınlaşması yoluyla toplum tarafından kırılmış olmasını ve özel bilginin bilgisayarlar sayesinde ulaşılabilir nitelik kazanmasını belirtmiştir. Freidson (1970) ise Haug'un bu tezlerine karşı çıkmış tüketici hareketlerinin hekimler üzerindeki etkisinin

çok sınırlı olduğunu iddia etmiştir. Buna ek olarak kamunun hekimlere duyduğu güvenin diğer profesyonel mesleklere göre çok daha yüksek olduğunu açıklamıştır.

Proleterleşme konusunda;

Son dönemde hekimlerin sermaye sınıflarıyla olan ilişkilerindeki değişiklikler profesyonel konumlarını tartışmalı hale getirmiştir. Teknolojik gelişme hekimleri yüksek teknoloji imkanları sunacak sermayedarlara bağımlı hale getirdi (Kaya, 2022). Marksistler hekimler gibi profesyoneller için proleter kavramının doğru bir tercih olmayacağını çünkü hekimlerin elinde ciddi bir güç olduğunu savunmuşlardır.

Rueschemeyer (1964) hekimlik mesleğinin diğer mesleklerden bazı yönleriyle ayrıldığını belirtmektedir. Belirttiği hususlardan bir tanesi diğer profesyonel mesleklerden farklı olarak hekimlerin uzmanlık alanlarının ve bilgilerinin sistematik bir bilimsel teoriye dayandığıdır. Diğer önemli husus ise hekimlik mesleğinin teşhis ve tanı koyma yetisi içermesi ve az bir ipucu ile çıkarım yapılmasını gerektirmesidir. Bunun yanında kişiler arası ilişkileri yönetebilme gibi kabiliyetler barındırması açısından da diğer mesleklerden ayrılmaktadır. Bu özellikler hekimlik mesleğini kendine özgü kılmakta ve diğer mesleklerden ayırmaktadır. Mesleki açıdan önemli olan bir diğer konu mesleğin itibarı ve hekim otoritesidir. “Mesleki itibar bir mesleğe sahip olmanın toplum nezdindeki cazibesi ve onurudur” (Pavalko, 1988: 128).

Weber (2011: 226) toplumun bölümlerini mülkiyet, güç ve prestij olarak izah etmiştir. Bunun anlamı kişilerin mesleki tercihlerini toplumda istedikleri bölümde bulunmaya göre yaptıkları düşüncesidir. Diğer bir deyişle mesleki tercihler kişinin kendini nerede konumlandığı ile yakından ilgilidir. Mülkiyet kapsamında gelirin önemli olduğu, güç kapsamında mesleki bilgi edinilmesi ve bu bilginin kullanılabilmesi, prestij açısından ise kişisel saygınlık elde edebilmek Weber’e göre hekimlerin içinde bulunmaları gereken toplumsal bölümlerdir. Dolayısıyla bu üç öge mesleğin itibarını belirlemede etkilidir (Weber, 2011).

Türkiye’de mesleklerin toplumdaki itibarı hakkında 2019 yılında Türkiye’de Çalışma Hayatı ve Meslekler adlı bir araştırma gerçekleştirilmiştir. Bu araştırma 2014-2015 yılında ilk kez yapılan Türkiye Mesleki İtibar Skalası araştırmasının bir güncellemesidir. “Araştırmanın veri toplama aşaması, TÜİK tarafından İstatistiki

Bölge Birimleri Sınıflandırması (NUTS2)⁴ düzeyinde sağlanan Kır-Kent örneklemini kapsamında 26 ilde 2711 kişi ile yüz yüze görüşülerek yapılan anketlere dayanmaktadır” (Sunar, 2019:10). Araştırmada en yüksek itibar puanına sahip on meslekten ilki tıp doktorluğudur. Sonrasında sırasıyla hâkim, üniversite profesörü, pilot, büyükelçi, vali, diş hekimi, general, yüzbaşı ve avukat gelmektedir. Sunar (2019)’ın araştırmasında dikkat çeken önemli bir nokta hekim, hemşire, polis, general gibi üniformalı meslek olarak tabir edilen mesleklerin daha itibarlı olmasıdır. Araştırmadaki en temel sonuç en itibarlı mesleğin tüm dünyada olduğu gibi hekimlik mesleği olduğudur. 2014-2015 yılında yapılan aynı araştırmada da hekimlik en itibarlı meslek olarak belirlenmiştir. İlk sıralarda yer alan meslekler göstermektedir ki ileri düzeyde eğitim gerektiren, yüksek otoriteye sahip, devletle ilintili ve yüksek kazanç getiren meslekler itibarlı meslekler sıralamasında ilk sıralarda yer almaktadır.

Özetle ilki 2014 yılında yapılan güncel olanı 2019 yılında yapılan mesleklerin itibarı ile ilgili bu araştırmada Türkiye’de mesleklerin hiyerarşisini iki temel faktör belirlemektedir: yüksek puanlarla girilen iyi bir üniversite eğitimi ve devletle ilintili meslekler. Mesleki itibar açısından en alt sıralarda yer alan mesleklerin özellikleri ise güvencesiz, geçici, ileri bir eğitim ve beceri gerektirmeyen, bedensel ve geliri düşük olan işlerdir (Sunar, 2019: 101). Örneğin inşaat işçisi, tekstil işçisi, bina temizlikçisi gibi meslekler en düşük itibara sahip mesleklerdir. Bu meslekler için belirtilen bedensel kirlenmeye dayalı meslek tabiri mesleğin saygınlık düzeyini de etkilemektedir. Aşağıdaki tabloda en yüksek mesleki itibara sahip meslekler verilmiştir. Tablonun tamamı Sunar (2019)’ın “Türkiye’de Çalışma Hayatı ve Meslekler” adlı çalışmasından aynen alınmıştır.

⁴ NUTS 2 1970’lerde Avrupa’da başlayan bir coğrafi kodlama sistemidir. Bölgesel birimlerin amacı bölgesel olarak istatistikleri toplamak, sosyo ekonomik analizler yapmaktır (https://en.wikipedia.org/wiki/NUTS_statistical_regions_of_Turkey, Erişim tarihi: 10.10.2024)

Tablo 1.1. Türkiye’de En Yüksek Mesleki İtibara Sahip 20 Meslek

Sırası	Meslekler	Puanı ⁵
1	Tıp Doktoru	87,17
2	Hâkim	84,26
3	Üniversite Profesörü	83,73
4	Pilot	82,65
5	Büyükelçi	82,16
6	Vali	82,04
7	Diş Hekimi	81,93
8	Yüzbaşı	80,69
9	General	80,68
10	Avukat	79,7
11	Milletvekili	79,12
12	Mimar	78,76
13	Belediye Başkanı	78,26
14	Öğretmen	78,19
15	Psikolog	76,99
16	Makine Mühendisi	72,72
17	Genel Müdür (Kamu)	72,42
18	Araştırma Görevlisi	71,41
19	Elektrik Mühendisi	71,4
20	Astsubay	71,18

Kaynak: Sunar, 2019

Türkiye’de iyi bir işte aranan beş temel özellik ise şu şekilde belirtilmiştir: iş garantisi, iyi bir ücret, işin ölüm ve kaza riski içermemesi, uygun çalışma saatleri, kişinin değerlerine uygun olması. En çok yapılmak istenen on meslek/iş ise sırasıyla şu şekilde ifade edilmiştir: öğretmen, hekim, avukat, polis, mühendis, hemşire, hâkim, mimar, pilot ve savcı. Araştırmadan çıkan sonuçlardan bir tanesi göstermektedir ki Türkiye’de mesleklerin itibarı ekonomik gidişat ile yakından ilgilidir. Ekonomik

⁵ Araştırmaya katılanlardan 133 farklı mesleği 0 ila 100 arası puan vermeleri istenmiş, alınan cevapların ortalaması üzerinden Türkiye Mesleki İtibar Skalası güncellenmiştir.

durum Türkiye’de mesleklere yaklaşımı etkilemektedir. Toplum beden gücü ve zanaatkarlığa daha düşük, zihin emeğine ve beyaz yakalı işlere daha yüksek itibar atfetmektedir.

Tablo 1.2. Almanya’da En Yüksek Mesleki İtibara Sahip 12 Meslek

Sırası	Meslekler	Yüzde
1	İtfaiyeci	94
2	Hemşire	90
3	Yaşlı bakım görevlisi	86
4	Hekim	86
5	Polis memuru	81
6	Anaokulu öğretmeni / çocuk bakıcısı	78
7	Çöp toplayıcısı	70
8	Hâkim	70
9	Tekniker	67
10	Öğretmen	66
11	Asker	65
12	Üniversite profesörü	64

Kaynak: leapscholar.com, 2025

Almanya’daki en itibarlı meslekler sıralamasında hekimlik mesleği Türkiye’den farklı olarak ilk sırada gelmemekte dördüncü sırada yer almaktadır. İki ülke arasındaki önemli fark itibar konusunda ülkeler arasında mesleklerin birbirinden çok farklılaşmasıdır. Örneğin üniversite profesörü Almanya’da ilk 10 mesleğin gerisinde kalırken Türkiye’de üçüncü sırada yer almaktadır. Dolayısıyla her iki ülkenin mesleklere atfettiği itibar değişmektedir. Türkiye’de devlet kadrolarındaki meslekler yüksek itibarlı olarak görülmekteyken Almanya’da teknik beceri ve üretkenlik ön plana çıkmaktadır.

Türkiye’de hekimlik mesleğini hukuki açıdan değerlendirmek mesleğin yasal ve kurumsal yapısını anlamak açısından önemli görülmektedir. Hekimlik mesleğinin yapılması için ilk şart Sağlık Bakanlığı tarafından tıp doktorluğu diplomasının tescil edilmesidir. Yasalarla belirlenen koşulları taşıyanlar hekimlik mesleğini uygulamaya hak kazanmaktadır (Demirel, 2005). Hekimler mesleki uygulamalarından dolayı

hukuken sorumludur (Demirel, 2005: 99). Hekimlerin hukuki, idari, mesleki-etik ve cezai bakımdan sorumluluğu bulunmaktadır (Demir, 2008). Hekimlerin her tür tıbbi uygulama ve tedaviden dolayı sorumlu tutulabilmeleri için üç ana unsurun varlığı gereklidir. Bunlar; 1. Hukuka aykırı veya kusurlu eylem, 2. Eylem sonucunda meydana gelmiş bir zarar, 3. Zarar ve eylem arasında illiyet bağı (Derhem ve Ungan, 2019). Hekimin hukuki sorumluluğunun doğması için ihmal, tıbbi kötü uygulama gibi kusurlu eylemin olması gerekmektedir. Hukuki sorumluluk, hukuka aykırı bir eylem nedeniyle zarara neden olan ve kusurlu bulunan bir hekimin veya sağlık personelinin tıbbi tazminatla yükümlü olmasıdır (Demir, 2008: 229). Hekimin idari sorumluluğu kamu veya özel kurum içi yapılan soruşturmadır. Hekimler, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu (DMK) 124-145. Maddeler⁶ ve Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği⁷ dahilindedir. Kamuda çalışan bir hekim ile hasta arasında özel hukuk anlamında herhangi bir sözleşme ilişkisi kurulmamaktadır (Derhem ve Ungan, 2019). Bir hasta kamu hastanesi veya Aile Sağlığı Merkezi'ne başvurduğunda hasta ile idare arasında bir vekalet sözleşmesi kurulmuş olur. Bu durumda iki taraf arasındaki ilişki sözleşme ilişkisi değil kamu hukuku ilişkisidir (Günel, 2019). Dolayısıyla doğacak herhangi bir suçtan hekimin kendisi değil idare sorumludur. Hekimin mesleki-etik sorumluluğu mesleğin gerektirdiği onur ve duyarlılık çerçevesinde hareket etmektir. Örneğin hekim zarar vermeme, yarar sağlama ve adaletli davranma gibi etik kurallara göre mesleğini icra etmelidir (Demir, 2008). Herkese eşit hizmet sunma, tıbbi özeni gösterme, hastanın özerkliğine saygı duyma yani hastayı bilgilendirme ve onayını alma, özel yaşama ve mahremiyete saygı duyma ve tıbbi gizliliği korumak hekimlerin etik sorumluluklarıdır (Demir, 2013). Bir hekimin cezai sorumluluğu, oluşan zarar veya kusur sonucunda Türk Ceza Kanunu'ndaki bir suçun oluşmasını ve bu nedenle hekimin cezalandırılmasını ifade etmektedir (Derhem ve Ungan, 2019).

Hekimlik sözleşmesi serbest çalışan hekim ile hasta arasında kurulan ve hekimi kendisine ödenecek bir bedel karşılığında tıbbi teşhis ve tedavi etme yükümlülüğüne

⁶ 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu Madde 124-145'in tamamına buradan ulaşılabilir. (<https://cdn.iuc.edu.tr/FileHandler2.ashx?f=657-sayili-devlet-memurlari-kanunu-124-145-md..pdf>, Erişim tarihi: 03.03.2025).

⁷ Tamamına buradan ulaşılabilir (https://www.ttb.org.tr/mevzuat_goster.php?Guid=59fbfe54-a285-11e7-9205-300896da83fe, Erişim tarihi: 03.03.2025).

sokan bir iş görme sözleşmesidir (Demir, 2008: 232). Hekimlik sözleşmesinin varlığı için gerekli olan sözleşme unsurları şunlardır: 1.tarafların serbest çalışan hekim ve hasta olması gerekmektedir, 2.hekimin tıbbi müdahale amaçlı edimleri üstlenmesi gerekmektedir, 3.hastanın ödeyeceği bedelin belirli olması gerekmektedir, 4.tarafların tıbbi müdahalede bulunma konusunda karşılıklı anlaşılmış olması gerekmektedir (Yeşiller, 2019). Hekimlik sözleşmesinde hekimin sözleşmeden kaynaklanan yükümlülükleri şu şekildedir: hekimin hastayı muayene yükümlülüğü, hekimin teşhis koyma ve tedavi yükümlülüğü, hekimin hastayı aydınlatma yükümlülüğü, hekimin hastanın rızasını alma yükümlülüğü, hekimin özen ve sadakat yükümlülüğü, hekimin sır saklama yükümlülüğü ve hekimin hastanın kayıtlarını tutma yükümlülüğü. Hastanın ise ücret ödeme yükümlülüğü, bilgi verme yükümlülüğü, tedavinin sonucuna ulaşması için hekim ile iş birliği yükümlülüğü ve tedaviye katlanma yükümlülüğü bulunmaktadır (Yeşiller, 2019).

Bunlara ilaveten hekimlerin mesleki yükümlülüklerinin yanında hekim hakları da hukuki açıdan önemli bir konu olarak öne çıkmaktadır. Türk Toraks Derneği⁸ hekim haklarını şu şekilde açıklamaktadır: yeterli eğitim alma ve sürekli mesleki gelişim hakkı, yeterli ücret alma hakkı, mesleğini serbestçe icra etme hakkı, modern teknoloji ve bilimi kullanma hakkı, yönetsel kararlara katılma hakkı, hastayı reddetme hakkı, konsültasyon isteme hakkı, sağlığını koruma ve mesleki risklerden korunma hakkı, iyileşme garantisi vermeme hakkı, tanıklıktan kaçınma hakkı, tedaviyi belirleme hakkı, bilgi alma ve tavsiye hakkı ve cezalandırma eylemlerinde bulunmama hakkı (Türk Toraks Derneği). Yeşiller (2019) tezinde hastaların temel hakları olarak hekimi belirleme hakkı, aydınlatılma hakkı, tedaviye rıza gösterme veya reddetme ya da durdurma hakkı, mahremiyetine saygı gösterilmesi hakkı, şikâyet ve dava hakkını vurgulamıştır.

Sonuç olarak, hekimlik mesleği hukuki sorumluluk kapsamında hekimlerin mesleklerini yerine getirirken hem bireysel hem toplumsal sorumluluklar taşımalarını gerektirmektedir. Hekimler görevleri sırasında hukuka uygun hareket etmek için etik

⁸ Türk Toraks Derneği göğüs hastalıkları uzmanlarının bir araya geldiği kâr amacı gütmeyen mesleki ve bilimsel uzmanlık derneğidir. 1992 yılında kurulmuş olan derneğin amacı eğitim ve araştırma politikalarıyla solunum hastalıklarında en etkin tedaviyi sağlamaktır (<https://toraks.org.tr/site/about>, Erişim tarihi: 03.03.2025).

ilkeleri gözetmeleri beklenmektedir. Hekimler hem kendi hak ve yükümlülüklerine uygun olarak hareket etmeli hem de hasta menfaatinı gözetmelidir.

1.2. YÜKSEK NİTELİKLİ GÖÇÜ KURAMSAL AÇIDAN ANLAMAK

Göçün sebeplerini anlayabilmek, çözümlemek ve belli bir zemine oturtabilmek amacıyla göçle ilgili birçok farklı teori/kuram oluşturulmuştur. Ülkelerin göç deneyimleri birbirinden farklı olduğu için ve bu deneyimler küreselleşme ile değiştiği için genel ve evrensel bir göç kuramından bahsetmek mümkün değildir. Göçün birçok farklı boyutu olması sebebiyle toplumbilimciler göç konusunda çeşitli kuramlardan bahsetmişlerdir (İnce, 2019). Gencer ve Güzel (2021: 44) göç kuramlarını içeriklerine göre aşağıdaki şekilde sınıflandırmışlardır. Faist (2020) ise göç teorilerini analiz düzeyine göre tanımlamıştır. Aşağıda bunlara ilişkin bilgiler Tablo 1.3 ve Tablo 1.4'te gösterilmiştir.

Bu çalışma göçü mikro düzey göç teorileri kapsamına giren Lee'nin itme-çekme kuramı üzerinden ele almaktadır. Mikro düzeyde göçün sebepleri olarak bireysel değerler, istekler ve beklentiler ön plana çıkmaktadır. İlaveten, itme-çekme kuramında kişilerin bulundukları yerde kalmalarını sağlayan etkenler pozitif, göçü teşvik eden etkenler negatif ve göç sürecine herhangi bir etkisi olmayan etkenler ise nötr olarak belirtilmektedir (Akbaş, 2020). Bu çalışma kapsamında hekimlerin Türkiye'den Almanya'ya göç etmelerinde etkili olan itici ve çekici faktörler ele alınmakta ve hekimlerin göçü itme-çekme kuramı çerçevesinde açıklanmaktadır. Tablo 1.3 ve Tablo 1.4'ün devamında göç kuramları kısaca açıklanmış, Lee'nin itme-çekme kuramı ise daha ayrıntılı olarak anlatılmıştır. Lee'nin teorisinin esas alınmasının nedeni bu teorinin göçün nedenlerini ve dinamiklerini açıklamak için asıl kaynak olması ve göçün sebep ve motivasyonlarını anlamaya yardımcı olmak için önemli bir referans olmasıdır. Bununla birlikte Lee'nin kuramının önemi göçün hem olumlu hem de olumsuz olan her iki durum açısından anlamaya yardımcı olmasıdır. Dolayısıyla tek bir bakış açısını engellemekte ve daha geniş bir perspektif sunmaktadır. Kuram göç sebebi olarak yalnızca ekonomik faktörlere değil sosyal, kültürel ve siyasi faktörlere de dikkat çekmekte ve göçün çeşitli sebeplerden kaynaklanabileceğini vurgulamaktadır. Tüm bu göstergeler nedeniyle bu çalışmada Türk hekimlerin Almanya'ya göçü Lee'nin kuramı esas alınarak ele alınmaktadır.

Lee'nin itme çekme kuramından başka ayrı bir başlıkta yer verilen bir diğer kuram ise ilişkiler ağı kuramıdır. Türkiye'den Almanya'ya hekim göçünde öne çıkan diğer önemli kuram göçmen ilişkiler ağı kuramıdır. Bu çalışmanın itme çekme kuramından başka ilişkiler ağı kuramını esas almasının nedeni hekimlerin göç sürecinde önemli ölçüde benzer nitelikteki kişilerden faydalanmış olmaları ve bu kişilerle iletişime geçmiş olmalarıdır. Hekimler daha önceden yurtdışına gitmiş olan veya gitmeye hazırlanan meslektaşlarıyla bilgi ve deneyim paylaşımı yapmaktadırlar. İlişkiler ağı hekimlerin Almanya'daki çalışma koşulları, dil yeterliliği, iş bulma süreçleri ve sosyal hayat konularında rehberlik etmektedir. Bu bağlamda kişiler arasında bilgi geçişi sağlayarak hekimlerin uyum sürecine olumlu katkılar sağlayabilmektedir. Göçmen ilişkiler ağı kuramı kişilerin kaynaklara erişimini kolaylaştırması açısından da önemli bir kuram olup hekimlerin kaynaklara nasıl eriştiklerini yansıtmaları açısından önemlidir. Bununla birlikte bu kuram yabancılaşma duygusunu minimize edebilmelerini açıklamaktadır. Dolayısıyla ilişkiler ağı kuramı bireylerin sosyal ilişkilerinin ve ağlarının göç süreçleri üzerinde nasıl önemli bir etki yarattığı ve hekimlerin bu ağlar aracılığıyla profesyonel ve sosyal yaşamlarını nasıl inşa ettiklerinin anlaşılması açısından bu çalışmada önemli yer tutmaktadır. Bu kurama bu çalışmada yer verilmesinin önemli bir diğer sebebi ilişkiler ağının hekimlerin entegrasyon sürecine katkısını anlamaktır.

Tablo 1.3. İçerik Sınıflandırmasına Göre Göç Kuramları

Temel Kuramlar: Erken Dönem Göç Kuramları	Ravenstein Göç Kuramları Samuel Stouffer: Kesişen Fırsatlar Kuramı Petersen' in Göç Tipleri Everett Lee: İtme-Çekme Kuramı
Ekonomik Temelli Göç Kuramları	Neoklasik Ekonomi Kuramı İkiye Bölünmüş Emek/İş Gücü Piyasası Kuramı Yeni Ekonomi Kuramı
Tarihsel-Yapısalcı Göç Kuramları	Bağımsızlık Okulu:Merkez-Çevre Kuramı Dünya Sistemleri Kuramı Göç Sistemleri Kuramı
Sosyokültürel Göç Kuramları	Modernleşme Okulu:Denge Kuramı Göçmen İlişkiler Ağı (Network) Kuramı Birikimli Nedensellik

Kaynak: Gencer ve Güzel, 2021.

Tablo 1.4. Analiz Düzeyine Göre Tanımlanmış Göç Teorileri

Mikro Düzey Göç sebebi: Bireysel değerler, istekler, beklentiler ör. Yaşam standartlarının iyileştirilmesi, kişisel refah seviyesinin, rahatlık derecesinin, bağımsızlığın ve harekete geçme kabiliyetinin artırılması	Orta Düzey Göç sebebi: Topluluklar, sosyal ağlar ör. Güçlü aile bağlantıları; etnik, ulusal siyasi ve dini sembolik bağlar, finansal ve ticari işlem ve yükümlülükler, dayanışma, bilgi edinme ve diğer kişilerin kaynaklarına erişim	Makro Düzey Göç sebebi: Makro düzeydeki fırsatlar ör. Ekonomik yapı (gelir ve istihdam farklılıkları), politik yapı (ulus devletler arasındaki hareketlilik, etnik, siyasi ve dini zorluklar, egemen normlar ve söylemler), demografi ve ekoloji (nüfusun artması, verimli toprakların olması, teknoloji seviyesi)
Temel Teoriler: Lee'nin itme çekme teorisi Neo-klasik mikro göç teorisi Davranışsal modeller Sosyal sistemler teorisi	Temel Teoriler: Sosyal sermaye teorisi Kurumsal teori Network teorisi Birikimli nedensellik İş gücü göçünün yeni ekonomisi	Temel Teoriler: Neo-klasik makro göç teorisi Göç sistemleri teorisi Dual işgücü piyasası teorisi Dünya sistemleri teorisi Hareketlilik geçiş hipotezi

Kaynak: Faist, 2000.

Göç konusunda kabul edilen ilk kapsamlı çalışma Ravenstein'in teorik çalışmasıdır. Göç olgusunun öncüsü olan ve ilk göç kanunlarını yazan Ernest-George Ravenstein "Göç Yasaları" (The Laws of Migration) adlı eserinde göç olgusunun genel kanunlarından bahsetmiştir. Ravenstein'in göç yasası daha sonradan geliştirilecek olan göç kuramlarına öncülük etmiştir (Adıgüzel, 2020). Ravenstein'in göç teorisini dayandırdığı esas nokta göçlerin sanayi ve ticaret faaliyetlerinin fazla olduğu yerlere doğru gerçekleştiğidir (Akbaş, 2020). Ravenstein aynı zamanda uluslararası göçlere de değinmiş ve bu göçleri de ekonomik nedenlere dayandırmıştır. Bununla birlikte bir ülkedeki katı kurallar, iklim şartları, sosyal ve kültürel nedenleri de göçe neden olan faktörler olarak belirtmektedir. Fakat göçü meydana getiren ekonomik nedenlerin dışındaki etkenlerin geçici olduğunu söylemektedir (Akbaş, 2020). Yurtiçinde gerçekleşen göçlerde olduğu gibi uluslararası göçlerde de asıl önemli olan faktörün sanayi ve ticaretin gelişmesi olduğunu vurgulamaktadır (Yalçın, 2004). Dolayısıyla göçte ekonomik motivasyonların önceliği ilk başta Ravenstein tarafından

vurgulanmıştır. “Kötü veya baskıcı kurallar, ağır vergi yükü, sert iklim koşulları, sıkıcı bir sosyal çevre, baskı gibi etkenlerden hiçbiri kişilerin kendilerini maddi olarak iyileştirme isteği kadar etkili olamamıştır” (Ravenstein, 1885: 200). Bu maddi kaygı 20. yy.’ın üçüncü çeyreğinde özellikle İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra insanların kitleler halinde yer değiştirmesiyle ve farklı ülkelere yerleşmeleriyle baskın olmaya başlamıştır (Arango, 2000).

Stouffer’in kesişen fırsatlar kuramına göre belli bir mesafeye gidecek olan insanların sayısı o yerdeki fırsatların sayısı ile doğru orantılı, kesişen fırsatların sayısı ile ters orantılıdır (Stouffer, 1940: 846). Stouffer mesafenin çok önemli olduğunu ifade etmektedir yani mekânsal mesafe faktörünün önemini vurgulamaktadır. Kesişen fırsatlar iki veya daha fazla fırsatın bir noktada birleşmesiyle (kesişmesiyle) oluşmaktadır. Bu birleşim birey veya grupların bu fırsatlardan yararlanabilmesi için yeni yollar ve yöntemler ortaya çıkarabilir. Petersen göçü ortaya çıkaran sebeplerin sadece itme-çekme faktörlerinden değil aynı zamanda sosyo-ekonomik ve siyasal koşullardan da kaynaklandığını belirtmektedir (Petersen, 1958). Petersen’e göre ekonomik koşullar ve bu koşullarda meydana gelen değişiklikler göçlerin temel nedenlerinden biridir. Ekonomik düzenin kişileri sınıflandırdığını belirten Petersen göçleri bu sınıfların istek ve beklentilerine bağlamaktadır.

Neoklasik kuramdaki temel düşünce işgücünün farklı ücretlere tabi olmasıdır (Massey vd, 1993). Kuram, göçü ortaya çıkaran faktörün işgücünün yoğun olduğu ülkeler ile sermayenin yoğun olduğu ülkeler arasındaki arz talep durumu olduğunu söylemektedir (Massey vd, 1993). İkiye bölünmüş işgücü piyasası kuramında piyasada birincil sektör ve ikincil sektör vardır. Birincil sektörde çalışma koşulları iyi, maaşlar yüksek, eşitlikçi bir yapı mevcutken ikincil sektörde birincil sektörün aksine kötü çalışma koşulları, düşük maaş ve adil olmayan bir sistem mevcuttur. Kuramın savunduğu görüş uluslararası göç hareketliliği göçmenlerin geldikleri ülkedeki düşük standartlardan, iyi olmayan fırsatlardan, olumsuz çalışma koşullarından ve işsizlik gibi nedenlerden meydana gelmediğini göçmenlerin gittikleri ülkedeki çekici faktörlerden kaynaklandığını söylemektedir (Akyıldız, 2016). Dolayısıyla ikiye bölünmüş işgücü piyasası kuramına göre kapitalizm varlığını sürdürebilmek için düşük ücretle kötü şartlarda çalışacak işgücüne ihtiyaç duymaktadır (Adıgüzel, 2020). Göçmenler için bu işgücü ihtiyacı çekici bir faktör olabilmektedir (Daşlı ve Harmandaoğlu, 2024). Yeni

ekonomi kuramı göç kararının bireysel kararlardan çok aile ve hane halkı kararları ile alındığını belirtmektedir (Stark ve Bloom, 1985:174). Dolayısıyla göç kararında mikro düzey yerine makro düzey etkilidir. Diğer bir kuram olan merkez çevre kuramı (Dünya Sistemleri Teorisi) da merkez ve çevre arasında ikili ve birbirine bağlı bir yapı olduğunu belirtmiş ve gelişmiş ülkeler merkezi gelişmekte olan ya da geri kalmış ülkeler ise çevre ülkeleri temsil etmektedir. Bu kurama göre çevre ülkeler merkez ülkelere bağlıdır. Merkez ülkeler ekonomik ve sosyal açıdan gelişmişken, çevre ülkeler gelişmiş bir statüye sahip olamamışlardır. Bu kapsamda çevre ülkeler merkez ülkelere ucuz emek, hammadde, işgücü satmakta ve gelişmiş ülkelerin kazançlarını artırmaktadırlar (Akbaş, 2020). Fakat bu sistemden merkez ülkeler karlı çıkmakta ve dünya ekonomisinde önemli ülkeler arasına girmektedirler. Dolayısıyla bu kuram da ekonomik kazançlar üzerine kurulmuş ve merkez ülkelere getiri ve kar sağlayan bir sistem yaratmıştır. Dünya sistemleri kuramının temelinde ekonomik olarak küreselleşme ve pazarın sınırları aşması bulunmaktadır (Massey vd, 2014). Kısacası göç küresel sistemlerin kurucu bir elemanıdır (Rubinov, 2016). Göç sistemleri kuramı ekonomik ve politik bir temele dayanmakta olup bu kurama göre iki ülke kendi çıkarlarına göre karşılıklı olarak göçmen değişimi yapmaktadır. Böylece yeni bir göç sistemi ve ilişkiler zinciri oluşmaktadır (Akbaş, 2020: 42). Batı Afrika ve Fransa göç sistemleri kuramına örnek olarak verilebilir (Çağlayan, 2006). Modernleşme okulunun denge kuramına göre göç; köy, kent, kasaba gibi mahalli idareler arasında nüfus yoğunluğu ve işgücü transferinin dengelenmesi açısından olumlu bir durumdur (Daşlı ve Harmandaoğlu, 2024). Sonuç itibarıyla göç, dengesizlikleri ortadan kaldıracak ve bölgeler arasındaki kalkınmaya olumlu katkılar sağlayacaktır (Çakır, 2011: 135). Göçmen ilişkiler ağı kuramında göç alan ve göç veren ülkenin göçmenleri arasında sosyal ağlar bulunmaktadır (Akbaş, 2020). Birikimli nedensellik kuramındaki temel anlayış, göç için her zaman gerekli koşullar ve ortam olacaktır. Göç hareketleri sürekli yenilenecek ve devam edecektir (Akyıldız, 2016).

1.2.1. İtme Çekme Kuramları ile Yüksek Nitelikli Göç

Everett Lee İtme-Çekme Teorisi:

İtme-çekme teorisi Everett Lee tarafından ortaya atılmış göç teorisidir. Uluslararası göç hareketliliğini açıklamak için en çok kullanılan teorilerin başında bu

kuram gelmektedir. İlk defa Everett Lee (1966) tarafından savunulan kurama göre, insanların göç hareketliliği varış ve çıkış noktalarının olumlu ve olumsuz özellikleriyle açıklanabilir. Lee çalışmasında göçe etki eden itme ve çekme faktörlerini olumlu (+), olumsuz (-) ve nötr (0) olmak üzere üç kategoriye ayırmıştır. Buna göre, bireylerin çıkış noktasında 'hareketsiz kalmasına' neden olan faktörler olumlu faktörler; onları göç etmeye sevk eden faktörler olumsuz ve göç kararları üzerine etkisi olmayan faktörler nötr olarak değerlendirilmiştir. Bu kategoriler, benzer şekilde varış noktaları için de geçerlidir. Lee, bireylerin değişken motivasyonları olması sebebiyle, hedef ve çıkış noktasına dair olumlu ve olumsuz faktörlerin kendi koşullarına göre farklı değerlendirilebileceğini söylemiştir. Fakat, ortada belli bir sektöre yönelik yoğun bir hareketlilik var ise, bireyleri etkileyen varış/çıkış noktasında göçü yönlendiren olumlu ve olumsuz faktör bileşenlerinin sınıflandırması yapılabilmektedir. Kısaca itici faktörler, kaynak ülkeden kaynaklanan ve potansiyel bir göçmenin ülkeden ayrılma kararını kolaylaştıran etkiler; çekici faktörler ise, hedef ülkenin potansiyel göçmenlerin ülkelerinden ayrılmalarını teşvik eden faktörler olarak tanımlanabilir (Dovlo, 2007). Özetle, pozitif faktörler göçü önleyen faktörler, negatifler ortaya çıkaran ve nötr olanlar ise etkisiz olan faktörlerdir (Akbaş, 2020). Lee'nin itme-çekme kuramındaki önemli hususlardan bir tanesi kuramın yapısı itibariyle öznel bir yapıya sahip olmasıdır. Lee göç eden/göç etmeyi düşünen kişilerin göç sebeplerinin ve bu kişiler için göçü ortaya çıkaran nedenlerin aynı olmasının beklenemeyeceğine vurgu yapmıştır (Lee, 1966). Göçte pozitif, negatif veya nötr olan etkenler kişilere göre değişmektedir çünkü kişilerin beklenti ve istekleri farklılaşmaktadır.

Lee göçe karar vermedeki faktörleri ve göç sürecini şu 4 madde ile açıklamıştır (Lee, 1966: 49-50):

- a) Menşe alanı ile ilgili faktörler
- b) Varış yeri ile ilgili faktörler
- c) Engeller
- d) Kişisel faktörler

Lee ilk 3 maddeyi olumlu, olumsuz ve nötr olarak değerlendirmiştir. Her yerde kişiler için çekici veya itici olan sayısız faktör bulunmaktadır. Lee kişiler için çekici faktörler + ile itici olanları ile - ile göstermiştir. 0 ise bu faktörlere kayıtsızlık olarak belirtilmiştir. Örneğin güzel bir iklim herkes için çekiciyken kötü iklim neredeyse

herkes için itici bir faktör olmaktadır. Fakat çocukları olan bir aile için iyi bir okul ve eğitim sistemi cazip olurken (+), çocuğu olmayan bir ev sahibi yüksek emlak vergisi ödeyeceği için onun açısından olumsuz bir etken olacaktır (-). Vergiye tabi mülkü olmayan bekar bir erkek ise bu duruma kayıtsız kalmaktadır (0). Açıkça belirtilebilir ki olumlu, olumsuz ve nötr durumları menşe ve hedef ülkesinde her bir göçmen için farklı tanımlanmaktadır. Lee, bir kişi için çekici olan göç faktörlerini hiçbir zaman tam olarak belirleyemesek de daha önemli olabilecek sadece bazı faktörleri bir grubun ortalama tepki veya genel reaksiyonuna göre belirleyebileceğimizi belirtmektedir. Aslında çekici veya itici hiçbir etkenin ne sosyal bilimciler ne de göçmenin kendisi tarafından anlaşılamadığını söylemektedir. Sonuçta menşe ve hedef ülkesine göre değişiklik gösteren olumlu ve olumsuz etkenler her zaman isabetsizdir (Lee, 1966). Buna ilaveten Lee (1966) menşe ve hedef yerleri arasında bazı engeller olduğundan da bahsetmiştir. Bu engellerden en fazla karşılaşılanı mesafelerdir. Bu engellerden her bir kişi farklı şekillerde etkilenmektedir.

Hekim Göçünde İtme Çekme Faktörleri:

Schumann vd. (2019), itme-çekme kuramını sağlık çalışanlarının uluslararası hareketliliğinin çalışılabileceği en pratik araç olarak nitelendirmiştir. Sheikh vd. (2012), sağlık çalışanlarının bir sağlık sisteminden veya bir ülkeden ayrılmak istemesine neden olan faktörleri itme sebepleri; bir başka ülkeyi ve/veya sağlık sistemini cazip hale getiren faktörleri ise sağlık göçünde çekme faktörleri olarak tanımlamıştır. Gelişen literatür, itme-çekme faktörlerini gruplarken, sağlık sistemine içkin faktörler (endojen) kadar, sağlık sistemi dışında kalan sosyo-ekonomik ve politik faktörlerin de itme-çekme değerlendirilmesinde önemli göstergeler olduğunu tartışmıştır (Harman Yıldız ve Özer 2022; Buchan 2008; Suciu vd. 2017). Uluslararası literatür taraması ışığında, sağlık çalışanlarının göçünü etkileyen itme-çekme faktörleri genel olarak şu üç başlık altında toplanmıştır: maaş sistemine ve sağlık sisteminin yapısına bağlı olan finansal nedenler, çalışma koşulları ve eğitim kalitesiyle ilgili profesyonel nedenler, siyasi iklim, yaşam kalitesi ve güvenlik algısıyla ilgili sosyo-politik faktörler.

Aşağıdaki tabloda, bu üç genel faktörü belirleyen detaylı faktörler literatür ışığında oluşturulmuştur.

Tablo 1.5. Sağlık Çalışanlarının Göçünü Etkileyen İtme-çekme Faktörleri

		İtici Faktörler	Çekici Faktörler	Kaynaklar
Dışsal Faktörler (Sağlık Sistemine İçkin Olmayan Faktörler)	Finansal Etkenler	Maaşların düşüklüğü Yetersiz istihdam, Maaş sistemi (döner sermaye, performansa dayalı ücret, vb.)	Daha yüksek ücret oranları, İş yardımı	Buchan (2008); Syed vd. (2008); Bezuidenhout vd. (2009)
	Sosyal-ekonomik Etkenler	Yaşam kalitesindeki düşüklük, Genel memnuniyetsizlik, Siyasi/ekonomik istikrarsızlık, Gelecek endişesi/çaresizlik hissi	Siyasi baskının az olması, Politik istikrar, Çocukları için daha iyi bir gelecek imkânı, Daha iyi bir yaşam tarzı, Seyahat olanakları	Buchan 2008; Yıldırım 2009; Burnham vd. (2011); Sheikh (2012); Annagür, (2010); Alptekin, (2019); Akpınar ve Taş Y. (2013); Akl vd., 2007; Arah vd., 2008; Benamer vd., 2009; Labiris vd., 2014
Endojen Faktörler (Sağlık Sistemine İçkin Faktörler)	Profesyonel Etkenler	Profesyonel çalışma ortamının olmaması, Kariyer olanaklarının yetersizliği, İş tatminsizliği, Uzmanlaşma olanaklarının yetersizliği, Sağlık ekipmanlarındaki yetersizlik, Malpraktis Davaları, Mesleki statü değersizliği, Aşırı iş yükü, Sağlıkta şiddet olayları	Daha tatmin edici çalışma koşulları, Daha güvenli çalışma ortamı, Eğitim ve kariyer geliştirme olanakları, Adil yargılanma beklentisi, Daha iyi donatılmış sağlık sistemi	Harman Yıldız ve Özer 2022; Buchan 2008; Yıldırım 2009; Akl vd., 2007; Benamer vd., 2009; Hagander vd., 2013; Ifanti vd., 2014; Sidiropoulos vd., 2017; Syed vd., 2008).

Görüldüğü üzere sağlık çalışanlarının göçünde itme çekme faktörlerinde Tablo 1.5'teki faktörler etkili olmaktadır. Genel olarak literatürde, finansal ve profesyonel nedenlerin gelişmiş olan ülkelere göçte önemli olduğu ortaya çıkarken; gelişmekte olan ülkelere göçte bu iki faktörün yanı sıra, sosyo-politik faktörlerin de son derece etkili olduğu görülmektedir (Suciu vd, 2017). Esas olan; göçün itme çekme faktörlerinde hem mali hem mali olmayan sebeplerin varoluşudur (Grignon vd, 2012). Dolayısıyla göçün dinamikleri ülkelere göre ve gelişmişlik düzeyine göre değişmektedir. Her ülke ve birey için göç sebepleri farklılaşmaktadır fakat genel itibarıyla sağlık çalışanları açısından literatürde belirtilen belli başlı sebepler Tablo 1.5'te belirtildiği şekildedir. Yukarıda taranan uluslararası literatürün işaret ettiği etmenlerin her coğrafyanın özgül koşulları içinde ana belirleyicilerinin farklı olması beklenmektedir.

1.2.2. Göçmen İlişkiler Ağı (Network) Kuramı Açısından Yüksek Nitelikli Göç

Küreselleşmenin bir sonucu olarak uluslararası göç kişilerin mesleki ve kişisel hayatlarında değişimlere neden olan veya bulundukları yeri değiştirerek yaşam koşullarında değişiklik yaptıkları bir süreçtir (Plöger ve Becker, 2015). Kişilerin yer değiştirmesi sürecinde en faydalı olabilecek araçlardan biri çevresel ağlarla yani sosyal ağlarla yaptıkları etkileşimlerdir. Arango (2000) göç ağını, göçmenleri kaynak ülkedeki akrabaları, arkadaşları veya hemşerileriyle bağlayan ve bilgi ileten, mali destek sağlayan, istihdam fırsatlarını kolaylaştıran ve çeşitli destekleyici yollarla barınma imkânı sunan kişiler arası bağlar kümesi olarak tanımlar. Massey (1988: 396) göçmen ağını 'akrabalık, arkadaşlık ve ortak köken yoluyla kaynak ve hedef ülkedeki göçmenleri, daha önceden göç eden kişileri ve göçmen olmayan kişileri birbirine bağlayan kişilerarası bağlar' olarak tanımlamaktadır. Göçmenler ilişkiler ağı yoluyla daha kolay bilgi edinme ve göçün risklerini azaltma amacı taşırlar (Massey vd, 1993). Massey vd (1993) göçmen ağları yurtdışında işgücü piyasasına girmeyi kolaylaştıran bir sosyal sermaye çeşidi olarak görmektedir. Van Naerssen vd. (2008) ilişkiler ağını uluslararası topluluklarla ilişkilendirmiş ve uluslararası toplulukları yurtdışında kendi sosyo-kültürel ağlarını oluşturan, geniş bir ulusal pazar kuran ve aynı zamanda hem kaynak ülkede hem de hedef ülkesinde göçmenlerin yaptıkları işleri yaymaya çalışan gruplar olarak açıklamıştır. Özellikle bu iş piyasaları yoluyla çeşitli sermayeler,

fikirler ve nitelikler ortaya çıkmakta ve bu ögeler sosyal, siyasi, kültürel ve ekonomik bağların kuvvetlenmesine katkı sağlamaktadır. İlaveten göçmen ilişkiler ağı, göç eden kişilerin gittikleri ülkedeki entegrasyon süreçlerini kolaylaştırmaktadır (Plöger ve Becker, 2015). Göçmen ağlarının üç önemli sonucundan bahsedilmektedir: kişisel ağları olan göçmenlerin kişisel ağları olmayanlara göre göç etme olasılıkları daha yüksektir (Hugo, 1981; Morawska, 1990). İkinci olarak nereye göç edileceği konusunda göçmen ağlarının etkisi büyüktür (Grieco, 1987). Son olarak göçmen ağları göçün ekonomik risklerini azaltmakta ve uyum sürecinde önemli rol oynamaktadır (Massey, 1998).

Ayrıca ilişkiler ağı iki sebepten dolayı göç hareketlerinin bağımsızlığını desteklemektedir. İlk olarak ilişkiler ağı belli bir seviyeye ulaştığında göçü destekleyen özerk bir sosyal yapıya dönüşmektedir (Light vd, 1989). Bu ilişkiler ağının da izin verdiği göç eyleminin sosyal, ekonomik ve duygusal maliyetinin azalması sonucunda olmaktadır. Dolayısıyla ilişkiler ağının desteklediği göçmenler ulaşım, konaklama ve iş bulma konusunda desteklenmektedirler ve aynı zamanda hedef ülkesindeki bağlantıları sayesinde duygusal açıdan hazırlıklı olarak göç etmektedirler. Bu gibi faydalar göçü kolaylaştırmakta ve kişilerin göçünü teşvik etmektedir. İkinci olarak aileler kendi ihtiyaçları ve hedefleri doğrultusunda maliyet etkin ve risk minimizasyonu sağlamak amacıyla aile üyelerinin işgücünü tahsis ederler (Light vd, 1989). Göç riskli bir süreç olduğundan aile üyelerinin konumlarının çeşitlendirilmesi genel aile gelir riskini en aza indirir (Massey, 1990).

Göçmen ilişkiler ağının en önemli etkilerinden biri kişilerin gittikleri ülkede kolaylıkla kalacak yer ve iş imkânı bulmalarına imkân sağlamasıdır. İlişkiler ağının bu anlamda en önemli özelliklerinden biri birbiriyle değiştirilebilir olmamasıdır. Örneğin bir girişimcilik açısından bakıldığında bazı ağlar diğerlerine daha çok fayda sağlarken bazıları o derece fayda sağlamamaktadır. Colic-Peisker (2010) göçmen hareketlerinde orta sınıfın hareketliliğinden bahsetmiş ve bu orta sınıfın ekonomik, sosyal ve siyasi fırsatlar yoluyla farklı entegrasyon yollarından faydalandığını belirtmiştir. Yaşam tarzları ve deneyimleri sebebiyle mobil orta sınıfların hareketlilik ve yaşam arasında bir denge kurmaları ve hem kendi ülkeleriyle hem de farklı iletişim kanallarıyla bağlantılar tesis etmeleri beklenmektedir (Plöger ve Becker, 2015). Nitelikli göçmenler de bu orta sınıf hareketliği içinde değerlendirilebilir çünkü tıpkı onlar gibi

ilişkiler ağına dahil olmakta ve bu kanallar yoluyla göç süreçlerinden faydalanmayı amaçlamaktadırlar.

Yüksek nitelikli göçmenler çoğunlukla kentsel bölgelere göç etmekte ve burada ortak bir niteliği paylaşmaktadır. Dolayısıyla aynı niteliği taşıyan göçmenler arasında bir sosyal iletişim ağı oluşmaktadır. Nitelikli göçmenler çoğunlukla yerellikten uzaklaşmış ve ulus devletlerin kısıtlamalarının dışında hareket eden özgürce gezen mobil kişiler olarak küresel elitlerle ilişkilendirilmişlerdir (Hannerz 1996: 129; Sklair 2005; Elliott ve Urry 2010: 74). Özellikle yüksek nitelikli bu kişilerin mobil özelliği sürekli olmasına rağmen sıkı sosyal bağ ve iletişimleri giderek artmaktadır. Dolayısıyla transnasyonalizm kopuk bir süreç olmayıp ulusların kısıtlamalarından ve imkanlarından bağımsızdır (Guarnizo ve Smith 1998). Göçmenlerin uluslararası göçü göstermektedir ki farklı kentsel bağlamlar çeşitli sosyal ağlara erişim gibi bazı fırsatlar sunmaktadır ve böylece kişilerin entegrasyonu açısından önemli bir etken olmaktadır (Plöger ve Becker, 2015). Aslında küresel bir topluluğa veya gruba katılmak profesyonel kişilerin entegrasyon sürecine ve ulusal bir kimlik oluşturmalarına katkıda bulunmaktadır. Sağlık çalışanları konusunda uluslararası literatürün bulgularına göre diğer nitelikli göçlere benzer şekilde ilişkiler ağı, akraba ve arkadaşlarla değil meslektaşlarla kurulmaktadır (Eysenbach 2008; Vertovec 2002; Connell 2014). Meslektaşlarla kurulan ağlar, göç etme prosedürleri ve çalışma koşullarıyla bilgilerin, göç etme eğiliminde olanlara aktarılması yoluyla, göçü kolaylaştıran bir rol oynadığı tartışılmıştır.

1.2.3. Yüksek Nitelikli Göç ve Entegrasyon Tartışmaları

Entegrasyon kavramı Emile Durkheim'in çalışmalarında çokça yer bulmuş sosyolojik bir kavramdır (Schinkel, 2018). Latince 'integer' kelimesinden gelen bu kavram zarar görmemiş bir bütün anlamına gelmektedir. Durkheim de toplumsal bir bütüne atıfta bulunmaktadır. Bu bağlamda entegrasyon bir bütünün parçalarının içsel düzeni ile ilgiliydi ama nihayetinde bir bütünün özelliği idi (Schinkel, 2018). Durkheim'e göre toplum bireyler üzerinde kuvvetli bir etki yaratmaktadır. Kişilerin normları, inançları ve değerleri kolektif bir bilinç oluşturmakta ve bu kolektif bilinç bireyleri birbirine bağlayıp sosyal entegrasyon yaratmaktadır (Libretexts, b.t.).

Durkheim kolektif bilince önem atfetmekte ve bir toplumun varlığını sürdürmesinde önemli bir faktör olarak görmektedir.

Entegrasyon kavramı literatürde farklı şekillerde tanımlanmıştır. Robinson (1998)'un belirttiği üzere entegrasyon kelimesi karmaşık bir sözcüktür çünkü herkes için farklı anlamlar ifade etmektedir. Göç terimleri sözlüğünde entegrasyon “göçmenlerin hem birey hem de grup olarak toplumun bir parçası kabul edildiği süreç”tir (Perruchoud ve Redpath-Cross: 30). Ager ve Strang (2008) entegrasyonu nitelendiren bazı kavramlara değinmiştir. Örneğin eğitim açısından nitelik ve yeterliliklerin gelişmesi, ev sahibi ülke vatandaşları ile iletişim halinde olmak, dil yeterliliği, işgücü piyasasında yer almak, barınma olanaklarının güvenli olması, sağlık imkanlarına erişim, konut güvenliği entegrasyon ile yakından ilgili olan kavramlardır.

Saggar vd (2012) araştırmasını İngiltere hakkında yapmış ve üç farklı entegrasyon ölçütü belirlemiştir. Birincisi ulusal kimliktir. Bu ölçütteki temel husus göçmenlerin kendilerini o topluma ne kadar ait hissettikleri ile ilgilidir. İkincisi grup ölçütüne göre olan entegrasyondur yani entegrasyon istihdam ve eğitime katılım açısından farklı gruplara göre değişiklik göstermektedir. Üçüncüsü ise yerel mahallelerdeki bağlılık ölçütüdür. Bu ölçüt güven ve dostluk ilişkileriyle yakından ilgilidir.

Entegrasyon politikaları göç politikalarının bir bileşeni olarak kabul edilmektedir (Buz ve Çevik, 2020). Entegrasyon politikaları yasal yollarla ülkeye giriş yapmış olan göçmenlerin hayatın her alanına entegrasyonunu ve toplumla bütünleşmeyi sağlayacak politikalar olarak tanımlanmaktadır (Somuncu, 2006). Bu politikalar göçmenlerin istihdam, eğitim, kültür gibi alanlardaki katılımını hedeflemektedir (Öğütçü, 2020). Entegrasyon kişilerin kimliklerini kaybetmemesini fakat aynı zamanda yeni topluma uyum sağlamalarını amaçlamaktadır. Dolayısıyla entegrasyon kendi kimliğini kaybetmeden ev sahibi topluma benzetmekle ilişkili bir kavramdır. Göçmen kişi o topluma ne kadar benzeyebilirse entegre olma ihtimali o kadar kolaylaşmaktadır.

Ünsal (2007) göç ve entegrasyon politikalarının ülkelerin vatandaşlık politikalarıyla ilgili olduğunu belirtmiştir. Castles ve Miller (2008) da göçmenler için vatandaşlık kavramının önemine değinmiş ve vatandaşlığın o ülke vatandaşlarıyla eşit

ve yasal haklara sahip olmak için bir öncelik olduğunu belirtmiştir. Vatandaşlık elde etmenin her ülkeye göre farklılaştığını söylemiş ve vatandaşlık ile ilgili farklı modeller geliştirmiştir. Bunlar emperyal model, halk veya etnik model, cumhuriyetçi model, çokkültürlü model ve ulus aşırı modeldir (Castles ve Miller, 2008: 60-61). Emperyal model, Fransa ve İngiltere örneğindeki model olup farklı etnik grupları bir araya getirmeyi hedeflemektedir. Halk veya etnik modelde azınlıklar vatandaşlığa alınmamaktadır. Cumhuriyetçi model farklı ülkelerden gelen kişilerin vatandaşlığa daha kolay kabul edildiği modeldir. Bu modelde ayrıca yeni gelen göçmenler o ülkenin kültürünü kabul etmekte ve siyasi normlarını benimsemektedirler. Çokkültürlü model göçmenlerin gittikleri ülkelerde kendi kültürlerini koruyacaklarını aynı zamanda o ülke yasalarına bağlı kalacakları düşüncesini benimser. Bununla birlikte ev sahibi toplum da kendi kültürünü devam ettirecektir. Ulus aşırı modelde belirtilen ise göçmenlerin sosyal ve kültürel kimliklerinin göç ile farklılaşabileceğidir (Castles ve Miller, 2008: 61).

Friesen (2011) Kanada'daki nitelikli göçmen mühendislerin işgücü piyasasına entegrasyonu üzerine yaptığı çalışmasında göçmen mühendislerin iş yaşamında başarılı olabilmeleri ve işgücü piyasasına kolay entegre olabilmeleri için dil yeterliliği, iletişim yeteneği gibi kültürel nitelikleri elde etmeleri gerektiğini ve profesyonel davranış ve kurumsal kültür normu anlayışına sahip olmaları gerektiğini ifade etmektedir. Lai vd (2017) yüksek nitelikli göçmenlerin iş yerindeki entegrasyonu için işverenlerin ve danışmanlık hizmeti veren kurumların ve aynı zamanda göçmenlerin kendilerinin entegrasyon stratejilerinin önemli rol oynadığını vurgulamaktadır. Göçmenlerin, mesleki bilgi ve becerilerini artırmaları, staj veya eğitimlerle mesleki deneyim kazanmaları ve profesyonel eğitime katılmaları entegrasyon süreçlerine olumlu katkı sağlamaktadır (Lai vd, 2017). Vertovec (2007) yüksek nitelikli göçmenlerin entegrasyonunu süper çeşitlilik olgusu ile ele almış ve göçmenlerin ekonomik, kültürel ve sosyal entegrasyonlarının öneminden bahsetmiştir.

Göçmenlerin entegrasyonunun hedef ülkede yarattığı bazı olumlu etkilerinden bahsedilmektedir. Örneğin göçmenlerin kendi oluşturdukları mahallelerde bir arada yaşamaları ve toplumla kaynaşmamaları kimi literatürde olumsuz olarak ifade edilmişse de olumlu görüştekiler bu durumun ülke için iyi bir şey olduğunu aktarmaktadır. Çünkü göçmenlerin kaynak ülkeden hedef ülkeye geçişlerini ve bu

yöndeki masraflarını kendi kurdukları ilişkiler ağı ve hemşerileri yoluyla sağladıkları ve bu nedenle hükümete bir maliyet yüklemeyeceğini belirtmektedirler. Göçmenlerin entegrasyonu hedef ülkede işgücünde oluşan açığı kapatarak ülkenin ekonomik büyümesine katkı sağlamaktadırlar (Hugo, 2005). Buna ek olarak göçmenler yeni fikir, girişimcilik ve becerileriyle ülkenin işgücü piyasasına katkıda bulunabilirler. İlaveten ülkeler genç göçmen nüfusun emeğinden faydalanmaktadırlar. Göçmenlerin entegrasyonunun hedef ülkeye sağladığı başka bir olumlu katkı ise çeşitli kültürel ve sosyal yapıların oluşmasına vesile olmalarıdır. Böylece ülkede farklı kültür ve yaşam biçimlerinin bir arada olmasının yolu açılmaktadır. Göçmenlerin entegrasyonu onların kendi kültür ve düşünce yapılarını hedef ülkedeki vatandaşlara aktarmalarına imkân tanımaktadır (Hugo, 2005). Aksine ırkçı yaklaşımlara maruz kalan göçmenlerin entegrasyonu önemli ölçüde zorlaşmaktadır.

Entegrasyona olumlu açıdan yaklaşan bu görüşlerin aksine entegrasyon kavramına yönelik eleştirilerde bulunan araştırmacılar da bulunmaktadır. Bu araştırmacılar göçmenlerin entegrasyonunun her zaman toplum yararına olmadığını ve bazı sorunlara yol açabileceğini belirtmişlerdir. Örneğin Favell (2001) çoğu araştırmacının entegrasyonun modern bir ulus devlet yarattığı fikrini savunduğunu ifade etmektedir. Fakat bu durumun toplumların gerçekten nasıl işlediğiyle örtüşmeyebileceğini belirtmektedir. Dolayısıyla entegrasyon her toplumda olumlu sonuçlar doğurmayabilir. Buna ilaveten Favell (2016)'e göre entegrasyon Avrupa toplumlarının hayali bir ulusal birlik adına yabancılara, ulusal bireyler gibi davranmaları için zorlayarak kendilerine bağlamaya çalıştıkları bir ulus inşa projesiyle de bağdaştırılmaktadır. Eleştirmenler entegrasyon kavramının toplumun bir kesimini 'öteki' olarak lanse ettiğini ve toplumların bazı değerlerine zarar verdiğini ifade etmişlerdir. Schinkel (2018) için bu kavram göçmenleri sorunlaştırma izni veren başarısız çok kültürlü politikaların kurgusudur. Wieviorka (2014) entegrasyon sosyolojisinin artık birey ve gruplarla ilgilenmediğini ifade etmektedir. Ona göre araştırmalar asıl olarak toplumda yeni gelenlere odaklanmış ve bu kişilerin toplumun düzenini bozup bozmayacağını ve topluma uyum sağlayıp sağlayamayacağını önemsemiştir.

Çokkültürlülük fikrini savunanlar ise, çokkültürlülük ve entegrasyonun zıt kavramlar olduğunu ifade etmektedir (Wieviorka, 2014). Çokkültürlülük bir toplumda

farklı kültürlerin kabul edilmesini ve bu kültürel farklılıkların hem çoğunluk hem azınlık tarafından aktif olarak desteklenmesini ifade etmektedir (Schalk-Soekar, Van de Vijver ve Hoogsteder, 2004). Entegrasyon ise daha çok ana akım kültüre uyum sağlamaktır. Dolayısıyla bu yaklaşımda azınlık grupların toplumun ortak değerlerine, normlarına ve kurumlarına katılımı teşvik edilir.

Bunların dışında entegrasyon kavramına yakın kavramlar olan asimilasyon, sosyal uyum ve sosyal içerilme kavramlarına da değinmek kavramların karmaşasını önlemek açısından önemlidir. Park ve Burgess (2017: 15) göçmenin sosyal hayata katılımının geçmişe değil geleceğe yönelik olduğunu vurgulamaktadır. Geleceğe yönelik olmanın yolu ise asimile olmaktır (Alkan Aykaç ve Karakaş, 2022: 422). Park ve Burgess (2017)’e göre “Asimilasyon, bir kişi ya da grubun, diğer kişi ve grupların anılarını, duygularını ve davranışlarını benimseyip, onların deneyimlerini ve tarihlerini paylaşarak ortak bir kültüre katılması sürecidir” (Park ve Burgess, 2017: 11). Asimilasyonda kişi kendi kimliğini kaybetmektedir. Sosyal uyum literatüre sosyal bütünleşme (social cohesion) adıyla da geçmiştir. Sosyal uyumun da entegrasyon gibi genel ve evrensel bir tanımı yoktur. Fakat söylenebilir ki sosyal uyum entegrasyon ve asimilasyon gibi boyun eğici bir kültürü ifade etmemektedir (Alkan Aykaç ve Karakaş, 2022). Dolayısıyla sosyal uyumda farklı kültürler ve diller saygı görmekte ve azınlıkların kendilerini ifade edebildiği bir süreç bulunmaktadır. Dünya Bankası tanımına göre sosyal içerilme ise bireylerin ve grupların toplumda yer alabilme koşullarını iyileştirme sürecidir. Dezavantajlı olanların yeteneklerini, fırsatlarını ve onurlarını iyileştirmeyi amaçlar (World Bank Group, b.t.).

Özet olarak entegrasyon toplumdaki tüm kesimlerin ekonomik, sosyal ve kültürel hayata dahil olması ve bulunduğu ülkeye aidiyet duygusu ile bağlanması olarak ifade edilebilir. Asimilasyon bir göçmenin göç ettiği ülkenin kültürel normlarını benimsemesidir. Sosyal uyum toplumdaki bireylerin uyum içinde yaşayıp birbirleriyle iş birliği yaptığı bir süreçtir. Sosyal içerilme ise bir toplumdaki dışlanmış grupların topluma dahil edilmesi ve diğer vatandaşlarla eşit koşulların sağlanmasıdır. Bu çalışmada entegrasyon kavramı göçmenlerin hedef ülkeye ekonomik, sosyal, siyasi ve kültürel olarak dahil olmaları ve o ülkeye karşı bir aidiyet duygusu geliştirmeleri olarak kullanılmıştır.

1.3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE YÜKSEK NİTELİKLİ GÖÇ

Yüksek nitelikli göçün en çok ilgilendiği alanlardan biri sağlık alanıdır. Bu kapsamda bu bölümde sağlık çalışanlarının göçünün küresel bir tasviri yapılmakta ve sonrasında hekimlerin uluslararası göçü ele alınmaktadır.

1.3.1. Sağlık Çalışanlarının Göçü

Uluslararası sağlık çalışanı göçü; eğitim, çalışma koşulları, ücret gibi unsurlarla bağlantılı temel işgücü piyasası güçlerinin harekete geçirdiği uzun bir geçmişe sahip olan, sürekli büyüyen ve Covid pandemisi ile de hızlanmış bir olgudur (World Health Organization, 2023). Uluslararası sağlık çalışanı göç politikası yönetimini geliştirmek amacıyla “sağlık personelinin uluslararası istihdamına ilişkin WHO küresel uygulama kanunu” 2010 yılında Dünya Sağlık Kurulu tarafından kabul edilmiştir. Bu kanun sağlık çalışanı göçünün negatif sonuçlarını en aza indirmeyi ve işgücü sürekliliğini sağlamayı amaçlamaktadır. Dünyada birçok ülke sağlık çalışanlarının eksikliği ve dağılımındaki eşitsizliği gibi sorunlarla karşı karşıyadır. Bu süreç Covid-19 pandemisiyle birlikte daha da artmış ve hekimlerin uluslararası göçü ile ciddi bir kriz olmuştur.

Sağlıkta İstihdam ve Ekonomik Büyüme Yüksek Komisyonu sağlığa yapılan yatırımların ekonomik büyümeyi artırdığını belirtmektedir (WHO, 2023). Sağlık sisteminin işleminin temel ve en önemli etkeni kaliteli ve ulaşılabilir sağlık çalışanlarıdır (WHO, 2023). WHO’nun tahminine göre 2030 yılında daha çok düşük ve orta gelir seviyesinin altındaki ülkeler 10,2 milyon hekim açığıyla karşı karşıya kalacaklardır. Eğitime yeterli yatırımın yapılmaması, bazı ülkelerde sağlık çalışanlarının pratiğe dayalı eğitiminin az olması ve sağlık sistemi ile ilgili olarak eğitim ile istihdamın birbirine uyumsuz olması ve halkın ihtiyaçlarının yeterli derecede karşılanamaması süregelen bir açığa ve eksikliğe neden olmaktadır. Bu sıkıntılar sağlık çalışanlarının uzak, gelişmemiş ve kırsal alanlarda hizmet vermek istememeleriyle daha da artmaktadır. Bu nedenlere ek olarak sağlık sisteminin zayıflamasının önemli sebeplerinden biri sağlık çalışanlarının başka ülkelere göç etmeleridir. Özellikle az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerin hekim göçü vermesi o ülkelerin sağlık sistemini olumsuz etkileyebilmektedir.

WHO'nun uluslararası sağlık personelinin iŖe alımına iliŖkin küresel uygulama kuralının hedefi ülkeler için uluslararası sağlık personeli alımında kaynak ülkelerin, hedef ülkelerin ve göçmen sağlık personelinin haklarını, yükümlülüklerini ve beklentilerini dikkate almaktır (WHO, 2010). Sağlık personeli alımında diğer ye ülkelere referans olmak, geliŖmekte olan ve az geliŖmiŖ ülkelerin durumu temel alınarak uluslararası sağlık personeli alımı ile ilgili iŖ birliğini artırmak ve geliŖtirmek bu kuralın diğer hedefleridir. Sağlık alıŖanı göçü konusunda oluŖabilecek bir kriz durumunu engellemek amacıyla WHO bu küresel uygulamayı uygulamaya baŖlamıŖtır.

Uluslararası göçmen tedariki zengin ülkeler tarafından kısa süreli eksiklikleri kapatmak için veya göçmenlerin uzun vadeli katkısı için sık kullanılan bir araçtır (Grignon vd, 2012). Göçmenlerin hedef ülkesine katkısı bakımından Rutten (2009) bir ülkeye sağlık alıŖanı göçünün o ülkenin sağlık hizmetleri bütçesine kazanç sağladığını ifade etmektedir. Çünkü göçmen alımı halihazırda alıŖmakta olan sağlık personelinin maaŖındaki artışı önlemektedir. Ülkelerin göçmen alımı ile ilgili ne sürülen bir diğer grŖ göçmenlerin kırsal, uzak ve talep olmayan yerlerde istihdam edilmek istenmesidir (Barnighausen ve David, 2009). Örneğin bu yerlerde en azından bir süreliğine kısa dönem alıŖmaları için göçmen olarak gelen bu kiŖilere kısıtlı vize uygulanmaktadır. ABD bunu uygulayan örnek ülke olarak gösterilirken Kanada ve Avustralya da kısıtlı ya da geçici lisans vermektedir (Auda vd, 2005).

Sağlık alıŖanlarına yönelik artan talep önemini korumasına rağmen sağlık alıŖanı emek gücüne olan ihtiyaç alan deđiŖtirmekte örneğin pediatri, kadın doğum ve jinekoloji alanlarından göz hekimliği ve kronik hastalıklara kaymaktadır (Denton vd, 2009). Diğer taraftan daha dŖk nitelikli olan sağlık alıŖanları açısından durum farklılaŖmakta ve Haberkern vd (2011)'nin belirttiği gibi özellikle zengin ülkelerde yaŖlı bakımına olan ihtiyaç artmaktadır. Uzun süreli bakım ve evde bakım emek yoğun olduğu için geliŖmekte olan veya az geliŖmiŖ ülkelerdeki bu sağlıkçılar zengin ülkelere bu anlamda hizmet sağlamaktadır. Avrupa'da yaŖlanan nüfusun sağlık hizmetleri krizini daha da derinleŖtireceđi dŖnlrse, Türkiye gibi geliŖmekte olan ülkelerden sağlık alıŖanlarına yönelik talebin sürekli olacağı ve bu sektöre yönelik kolaylaŖtırıcı vize politikalarının artacağı tahmin edilebilir. 'Küresel bakım zinciri' (Parrenas, 2000) literatürünün de vurguladığı üzere, bakım ve sağlık sektöründe Küresel Güney'den

Kuzey'e yönelen göç, göç veren ülkelerde telafisi zor bir sağlık açığı yaratmaktadır. Bunun yanı sıra, hekimlerin yetişmesi için yapılan zaman ve maddi yatırımın maliyeti gelişmekte olan ülkelere yıkılırken, göç alan ülke söz konusu göçten fayda sağlamaktadır (Walton-Roberts, 2015). Dolayısıyla göç alan ülkeler bir anlamda kaynak ülkenin kamu harcamalarını transfer etmektedirler.

Dolayısıyla uluslararası sağlık çalışanı göçü, diğer nitelikli göç akımlarıyla karşılaştırıldığında biraz daha farklılaşmaktadır çünkü sağlık çalışanı göçünde gelişmiş ülkeler arasında da nitelikli göç akışının yüksekliği göze çarpmaktadır. Örneğin, Almanya ve Birleşik Krallık'ta her yıl sağlık sektörünün ihtiyacını karşılayacak hekim mezun olmasına rağmen, kronikleşen hekim açığı, bu ülkelere Avustralya ve Yeni Zelanda'ya yönelen göç ile açıklanabilmektedir (Anastasiou vd. 2020).

1.3.2. Hekimlerin Göçü

Hekimlerin dünyada coğrafi olarak dengesiz dağılımı onlarca yıldır devam eden bir sorun olarak devam etmekte, dünyada sağlık hizmetlerinin arzında ve sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlikler yaratmaktadır (Ono vd, 2014). Özellikle 20. yüzyılın sonunda yeni pazarların gelişimi ile işgücü için farklılaşmış piyasalara bağlı olarak küresel gelişmenin dengesizliği uluslararası profesyonel göçünü teşvik etmiştir (Bradby, 2014). 20. yüzyılın ortalarından itibaren düşük gelirli ülkelere gelen hekimler yüksek gelirli ülkeler için bir işgücü rezervi oluşturmuşlardır (Castles ve Miller, 2008) fakat bu durum ancak 21. yüzyılın ilk yıllarında bir kriz olarak tartışılmaya başlanmıştır. Özellikle az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerdeki profesyonelleşmiş hekimlerin daha iyi ücretlere çalışacakları ülkelere göç etmeleri az gelişmiş ülkelere profesyonellerin göçüne neden olmakta ve aynı zamanda dünyada hekimlerin eşit olmayan şekilde dağılımına neden olmaktadır (Daniels, 2008). Ono vd (2014) OECD ülkelerinden örnek vermiş ve bu ülkelerde hekim yoğunluğunun arttığını ifade etmiş fakat OECD ülkelerindeki farklı bölgelerde hekimlerin dengesiz dağılımının devam ettiğini vurgulamıştır. Genellikle kırsal bölgeler ve sosyo-ekonomik açıdan zorluk çeken bölgelerin daha düşük hekim sayısına sahip olduğunu vurgulamaktadır. Tersine başkent bölgelerinde daha fazla sayıda hekim olduğunu aktarmıştır. Bunun sebebi olarak hekimlerin kariyer, aile ve hayat tarzı gibi bazı

endişelerinden dolayı sosyo-ekonomik olarak dezavantajlı olan kırsal bölgelerde çalışmayı tercih etmediklerini ifade etmiştir. Hekim göçü çoğu zaman az gelişmiş/gelişmekte olan ülkelerden gelişmiş ülkelere doğru gerçekleşse de gelişmiş ülkeler arasında da hekim göçü sıkça gerçekleşmektedir (Anastasiou vd. 2020).

Hekimlerin göç etmelerindeki motivasyon çoğunlukla itici ve çekici faktörlere dayanmaktadır. Kissick (2012) hekimlerin göç etmelerindeki itici sebepleri; mali nedenler, kısıtlı kariyer fırsatları, kötü çalışma koşulları, kötü yönetim ve siyasi istikrarsızlığa dayandırmaktadır. Hekimler için çekici faktörler olarak ise; iyi finansal durum, kariyer fırsatlarının fazla olması, ailesi için daha iyi koşullar (çocuğun okulu, yaşam şartları gibi) ve hedef ülkenin göçmenlere duyduğu ihtiyacı vurgulamıştır. Robinson ve Carey (2000) araştırmasında İngiltere'ye göç eden Hintli hekimlere odaklanmış ve İngiltere'ye göç sebepleri olarak daha fazla nitelik ve daha fazla mesleki deneyim elde etmek istedikleri için göç ettikleri sonucuna varmıştır. Ayrıca hızlı bir kariyer ilerlemesi sağlamak için daha kaliteli ve çeşitli eğitim arayışında oldukları sonucuna ulaşmıştır. Bununla birlikte bazı katılımcılar göçün bir kaçış yolu olduğunu ve Hindistan'daki personel eksikliği ve yetersiz kaynaklarla çalışan kamu hastanelerindeki günlük iş temposu ve bürokrasiden kaçmak için göç ettiklerini ifade etmişlerdir. Bezuidenhout vd (2009) Güney Afrika'dan göç eden hekimlerle ilgili yaptığı araştırmasında Güney Afrikalı hekimlerin ülkelerinde aldıkları eğitimin onları ön plana çıkardığını ve işe alımlarda büyük ölçüde etkili olduğunu aktarmıştır. Bununla birlikte çalışmada itici faktörlerin hekimlerin ülkelerini terk etmelerinde hedef ülkedeki çekici faktörlere göre daha etkili olduğunu vurgulamaktadır. Çalışmada göçü teşvik eden itici faktörler genellikle maaşlar, çalışma koşullarından memnuniyetsizlik, yüksek suç ve şiddet oranları, siyasi istikrarsızlık, geleceğe dair beklentinin olmaması, HIV/AIDS ve eğitim sistemindeki bozukluklar olarak sıralanmıştır.

Hagopian vd (2004) Sahra Altı Afrika'dan ABD'ye hekimlerin göçünü analiz etmişlerdir. Sonuçlar, ABD'li hekimlerin yüzde 23'ünün göçmen olduğunu ve bunların yüzde 64'ünün düşük ya da orta gelirli ülkelere göç ettiğini göstermiştir. Mejia (1978), 137 ülkede hekim ve hemşirelerin uluslararası göçünü incelemiş ve göçmenlerin özelliklerini, göçün boyutlarını, yönlerini, olası belirleyicilerini ve sonuçlarını, ayrıca göçü düzenlemek için alınan önlemleri vurgulamıştır. Sonuçlar,

daha fazla hekim ve hemşire üreten ancak bunları karşılayamayacak kadar az kaynağa sahip ülkelerin, bu tür işgücünü ihraç eden ülkeler haline geldiğini, daha az üreten ancak karşılayabilecek kadar kaynağa sahip ülkelerin ise alıcı ülkeler olduğunu göstermiştir. Diğer faktörler ise ekonomik faktörden türetilmekte veya ekonomik faktörlere bağlıdır. Hussey (2007) ise 1994 ile 2000 yılları arasında ABD'ye hekimlerin uluslararası göç dinamiklerini incelemiştir. Araştırma sonuçları, hekimlerin göçünün kişi başına düşen GSYİH'den önemli ölçüde etkilendiğini göstermiştir. Hekimlerin göçünü etkileyen diğer faktörler arasında göçmen ağlarının varlığı, İngilizce dilindeki tıbbi eğitim, ABD'ye yakınlık ve göçmenlerin ülkelerindeki siyasi ve sivil haklarındaki eksiklikler yer almaktadır. Akl vd (2007) Lübnan'dan ABD'ye doktorların uluslararası göçünü incelemişlerdir. Sonuçlar, Lübnanlı doktorların yaklaşık yüzde 40'ının ABD'ye göç ettiğini ortaya koymaktadır. Akl vd (2007) yüksek gelirli ülkelerin, insan kaynakları politikalarının hem düşük gelirli ülkeler üzerindeki hem de kendi sağlık sistemlerindeki sonuçlarını dikkate almaları gerektiğini ifade etmektedir. Ronaghy vd (1976) 1973'te İran'dan ABD'ye göç eden hekimleri araştırma konusu yapmış ve İran'a geri dönme niyetleri üzerinde durmuştur. İranlı hekimler ülkelere geri dönme niyetinde olmadıklarını ve bunun sebebinin profesyonel nedenlerden kaynaklandığını yani İran'daki tıbbi olanaklar ve ekipman eksikliği sebebiyle dönmeyi düşünmediklerini ifade etmişlerdir. Astor vd (2005) hekimlerin neden gelişmiş ülkelere göç ettiklerine dair bir araştırma yapmıştır. Bu çalışma Hindistan, Nijerya, Kolombiya ve Filipinler'deki uzman olan hekimler üzerine yapılmıştır. Sonuçlar göç kararını etkileyen temel faktörlerin; artan gelir, gelişmiş teknolojiye erişim, genel güvenlik, istikrar ortamı ve çocuklar için gelişmiş hayat koşulları olduğunu ortaya çıkarmıştır. Çalışmada yer alan katılımcılar gelişmekte olan ülkelerdeki hekimlerin ileri düzeyde uzmanlık derecesine sahip olduklarını ve bu nitelik ve becerileri gelişmiş ülkelerde daha etkili bir şekilde kullanabileceklerini düşünmüşlerdir. İlaveten hekim göçünün kırsal ve kamu alanlarındaki eksiklikleri daha da kötüleştirdiğini ifade etmişlerdir.

Hnilicova vd (2008) Çek Cumhuriyeti'ndeki göç trendleri üzerine deneysel bir araştırma yapmışlar ve 462 hekime uyguladıkları anket sonucuna göre en çok tercih edilen hedef ülkeler Birleşik Krallık, İrlanda ve Almanya olmuştur. Hekimlerin göçünü etkileyen faktörler daha iyi gelir, gelişmiş dil becerileri ve daha iyi profesyonel

koşullarda yaşama arzusudur. Ankette yaşla ilgili olarak, genç hekimlerin yaşlılardan daha fazla göç ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Hossain vd (2016) Pakistan'daki tıp öğrencilerinin göçü ile ilgili bir çalışma gerçekleştirmiş ve 240 tıp öğrencisi ile görüşmüşlerdir. Çoğu kadın olan bu öğrencilerin birçoğu yurtdışına göç etmek istiyordu ve en çok gitmek istedikleri destinasyon ABD idi. Göç için çekici etkenler olarak yurtdışında lisansüstü eğitimin daha kaliteli olması ve ekonomik beklentiler yer alırken itici faktörler olarak ise sağlık hizmetinin kötü olması, düşük maaşlar, güvensizlik ve Pakistan'da artan dini hoşgörüsüzlük belirlenmiştir. Çalışmanın sonucu çoğu tıp öğrencisinin düşük maaşlar, kötü çalışma koşulları, işteki güvensizlik nedeniyle göç etmek istediğini göstermiştir.

Apostu vd (2022) demografik faktörlerin hekimlerin göç kararını etkilediğini ifade etmişlerdir. Kadınların erkeklere göre daha sosyal olduklarını ve yabancı bir topluma kolayca entegre olabildiklerini ve bu nedenle göçe daha yatkın olduklarını ifade etmişlerdir. Basu ve Rajbhandary (2006) Kanada'nın eyaletlerinde hekimlerin göçünü etkileyen faktörleri incelemişlerdir. Hekimlerin göçünü uzmanlık alanları, zaman, ikamet edilen il ile hedef il arasındaki etkileşimler ve konuşulan dil açısından analiz ettikleri çalışmalarında sonuçlar göstermektedir ki hekimlerin yaşı, uzmanlık alanı ve ikamet ettikleri il hekimlerin Kanada'ya göçünü önemli ölçüde etkilemektedir.

Siyasi istikrarsızlık hekimlerin göçünü etkileyen bir başka faktördür (Apostu vd, 2022). Örneğin Lübnan'daki savaş hekimlerin göçünü etkilemektedir. Ülkedeki istikrarsızlık ve göç arasında doğrusal bir ilişki olduğu aktarılmaktadır. Hekim göçünü etkileyen diğer faktörler arasında milliyet, yurtdışında eğitim ve sertifikasyon yer almaktadır (Apostu vd, 2022).

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK SİSTEMLERİ VE TÜRKİYE'DEN ALMANYA'YA HEKİM GÖÇÜ

2.1. TÜRKİYE'DEN ALMANYA'YA GÖÇÜN TARİHSEL SÜRECİ

Son yıllarda Türkiye'den yurtdışına göç çok hızlı bir şekilde artmakta ve Türkiye'deki en önemli gündem maddelerinden birini oluşturmaktadır. Fakat Türkiye'de göç yeni bir olgu değildir, özellikle İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra Türkiye'de göç hareketlerinde ciddi artışlar meydana gelmiştir. Bunun temel sebebi Türkiye'de nüfusun hızlı bir şekilde artması, bunun neticesinde oluşan yüksek işsizlik oranlarının nüfusun iki yönlü hareketine neden olmasıdır (Ay, 2015). Biri ülke içi göçler diğeri ise yurtdışına göçtür.

İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra Avrupa'nın ekonomisini canlandırmak istemesi ve hızlanan endüstrileşme girişimleri çevre ülkelerin artan işgücü yardımı ile gelişmiştir (İçduygu vd, 2014). Merkez ülkelerin hedefi kendi işgücü kaynaklarının üstün nitelikler kazanmasını hedeflerken çevre ülkeler ham madde sağlamak ve diğer ülkelerin mallarına pazar oluşturmakla yetinmişlerdir (İçduygu vd, 2014: 181). 1960 ve 70'ler, 1974'e kadar dünya genelinde ekonomik gelişmenin hızla arttığı bir dönem olmuştur. Bu dönemde, özellikle Almanya Avrupa'da yüksek bir büyüme oranı yakalamış, işsizlik oranlarını azaltmanın yanı sıra, kalifiye olmayan işler için yurt dışından işgücü getirme gerekliliği doğacak kadar güçlü bir büyüme yaşamıştır. İkinci Dünya Savaşı sonrasında Almanya'nın Batı kısmı, “ekonomik mucize” olarak adlandırılan hızlı istihdam sürecine hız kazandırdıktan sonra, başlangıçta Doğu Almanya'dan gelen soydaşlarını açık işgücü alanlarına yerleştirmiş; ardından Avrupa'nın yeni endüstrileşen ülkelerine yönelerek taze ve kullanılmamış işgücü kaynakları aramaya başlamıştır. İlk olarak, Ortak Pazar ülkesi olan İtalya'dan, sonra sırasıyla İspanya, Yunanistan ve Türkiye gibi Akdeniz ülkelerinden hem niteliksiz hem de nitelikli işçiler bu ülkenin işgücü piyasasında görev almışlardır. Bu bağlamda Türkiye'den Almanya'ya göç özellikle sanayi mesleklerinde işgücü göçü tarihsel olarak büyük önem taşımaktadır. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonraki dönemde Türkiye'de doğum oranlarının artmasıyla nüfusun hızlı bir şekilde artması, bunun neticesinde oluşan yüksek işsizlik oranlarının yurtdışına göçü artırması Almanya'nın

işçi istihdam eden politikası ile aynı zamana denk gelmiş ve çok sayıda Türk işçi Almanya'ya çalışmak için göç etmiştir.

Türkiye'den yurtdışına göç 1950'li yıllarda başlamıştır ve Türklerin yurtdışına göçü dört farklı dönemde gerçekleşmiştir (İçduygu, 2005). 1960'lı yıllar ikili anlaşmalara dayanarak devlet tarafından düzenlenen “işgücü ihracı”, 1970'li yıllar; ekonomik krizin başlaması, yabancı ülkelerin işçi alımını durdurması, turist olan göçmenlere yasal bir statü kazandırılması, aile birleşimi; 1980'li yıllar çocukların eğitim sorunları, gettolaşma, dernekleşme, sığınmacıların ağırlıklı olduğu bir dönemi; 1990'lı yıllar yabancıların kimlik kazanması, artan yabancı düşmanlığı, etnik öğelerin yaygınlaşması, siyasal hakların istenmesinin öne çıktığı bir dönem olmuştur (İçduygu, 2005).

1950'li yıllarda Avrupa'ya giden vatandaşlar çoğunlukla tanıdıklarından aldıkları bir davet mektubu ile gidebiliyorlardı. Bunun sonucunda Türkiye ve Almanya'da “tercüme bürosu” adı altında bir çeşit işçi bulma ve yerleştirme kurumları ortaya çıktı (Erdoğan ve Kaya, 2015: 264). Fakat bu durum Türk işçilerin daha düşük ücretle çalışarak Alman işçilerin aldığı asgari ücreti tehlikeye sokma ihtimali oluşturdu. Bu gelişmeler neticesinde Almanya ve Türkiye arasında 30 Ekim 1961'de ilk işgücü gönderme anlaşması imzalanmıştır. Bu anlaşma daha çok erkekleri kapsamıştır ve rotasyon ilkesine dayanmıştır. Bu kapsamda işçi olarak gidenler bir yıl ya da iki yıl yurtdışında çalıştıktan sonra Türkiye'ye dönecekti. İki ülke arasında imzalanan anlaşmalarda 1948-1951 yılları arasında yürürlüğe konan Marshall Planı⁹'nin etkisi önemlidir.

⁹ İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra Almanya'da ekonomik problemler baş göstermeye başlamıştır (Kocaman Wilutzki, 2023). ABD ve İngiltere'nin yardımlarıyla Almanya'daki büyük felaketin önüne geçilmiştir. Bu kapsamda Marshall Planı devreye girmiştir. Marshall Planı ABD Dışişleri Bakanı önderliğinde Avrupa'nın İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra ekonomik olarak kötü gidişatını durdurmak ve Avrupa ülkelerinin ekonomik gelişimini sağlamak için uygulamaya konmuştur. ABD'nin 1948'de gönderdiği mali yardımlar Avrupa'nın özellikle de Almanya'nın hızlı bir şekilde toparlanmasına yol açmıştır. Ülkede üretim açısından yeterince emek gücü olmaması çeşitli ülkelerle karşılıklı istihdam anlaşmaları yapılmasına neden olmuştur. 1955'te İtalya ve Almanya arasındaki istihdam anlaşmasıyla “misafir işçi” göçü başlamıştır. Bunu 1960 yılında İspanya ve Yunanistan ile yapılan anlaşmalar izlemiştir. Türkiye ile ise 30 Ekim 1961 yılında anlaşma imzalanmıştır. 1963 yılında Fas, 1964 yılında Portekiz, 1965 yılında Tunus, 1968 yılında ise eski Yugoslavya ile anlaşmalar imzalanmıştır (Kocaman Wilutzki, 2023).

İlk aşamada Türkiye’den Almanya’ya giden 400 işçi ile bir yıllık anlaşma imzalanmıştır ve bu işçilerden 55’i 27 Kasım 1961’de Almanya’ya varmıştır. 1960’larda gerçekleşen Türkiye’den yoğun işgücü göçünün amacı Beş Yıllık Kalkınma Planlarında yer aldığı şekliyle şunları amaçlamıştır: işsizliğin neden olduğu kötü ekonomik koşulları iyileştirmek veya azaltmak, yurtdışından dönen işçilerin kazandıkları becerileri Türkiye’deki çalışma hayatına getirmeleri ve son olarak döviz geliri artışı ile ödemeler dengesinin sağlanmasıdır (İçduygu vd, 2014: 211). İşçilerin isteği de Almanya’da olabildiğince para biriktirmek ve Türkiye’de yatırımlar yapmaktır. Bu istek Almanya’ya gitmek isteyen işçi sayısında çok büyük bir artışa neden olmuştur ve bunu karşılayabilmek için ilgili makamlar Almanya’da açık olan iş yerlerinin sayısını Türkiye’nin tüm illerinde ilan etmek zorunda kalmışlardır (Abadan-Unat, 1995). Daha sonraki zamanlarda Almanya’daki İşçi ve İşveren Sendikaları istihdamdaki bu rotasyon usulünün kaldırılması gerektiğini ve gelen işçilerin ülkede kalması gerektiğini söylemiştir. Sonuç olarak rotasyon ilkesi kaldırılmış ve 30 Eylül 1964’te Türkiye ile yeni bir anlaşma imzalanmış ve iki yıllık sınırlılık kaldırılmıştır. 1973 yılındaki petrol krizi ile yoğun göç hareketi durma noktasına gelmiştir (Abadan-Unat, 1995). Avrupa ülkelerindeki işçi alımı durdurulmuş ve işsiz kalan göçmenler ülkelerine dönmeyip Almanya’da kalmaya devam etmişlerdir. 1973 yılı sonunda yeni göçmen alma süreci tamamen durdurulmuş fakat bu sefer “aile birleşimine izin verme” süreci başlamıştır (Erdoğan ve Kaya, 2015: 265). 1974’te ise Aile Birleşimi Kanunu ile birinci jenerasyon eş ve çocuklarını Almanya’ya getirmiştir. Netice olarak Almanya’daki Türk nüfus sayısında artış meydana gelmiştir.

1990’lardan itibaren ise Türkiye’nin küresel göç hareketleri içerisindeki konumu hızlı bir değişim ve dönüşüm geçirmiştir. 1990’lar öncesinde Türk işçilerin yurtdışına göç ettiği bir ülke konumundayken 1990’lı yıllarda düzensiz göç ve transit göç hareketlerinin merkez ülkelerinden biri olmuştur. 2000’li yıllarda ise Türkiye farklı statülerde göçmenlerin hedef ülkesi haline gelmiştir. Bu süreçte niteliksiz işgücü yanında nitelikli işgücünün de Türkiye’den başka ülkelere göç hareketinde artış gözlenmektedir. İşgücü göçünün temeli olan beden gücü daha sonrasında yüksek nitelikli göçe evrilmiştir (Daşlı ve Harmandaoğlu, 2024). Dolayısıyla 2000’li yıllarda artan küreselleşme ile Avrupa’ya doğru gerçekleşen göç sürecinin değiştiğini ve nitelikli göçmenleri kıymetlendiren bir sürece doğru kaydığını belirtebiliriz. Avrupa

lkeleri sakıncalı kişileri, düzensiz göçmenleri ve AB ülkelerine tehlike arz eden kişileri sınırlarından geirmemekle beraber öğrencileri, akademisyenleri ve yüksek vasfa sahip kişileri ise ülkelerine çekmek için teşvik edici politikalar uygulamaktadır (Genç, 2013).

Bu doğrultuda Almanya göçmen politikaları ve müreffeh devlet yapısıyla göçmenler için Avrupa’daki temel hedef ülke durumundadır. Nitekim Almanya göçmenler için sadece temel hedef ülke olmayıp aynı zamanda geçen yarım yüzyılda g politikalarında dönüşüm ve değişim geçiren en önemli ülkelerden biri olmuştur. Ekonomik Kalkınma ve İş birliği rgt Almanya’yı Avrupa’daki ülkeler arasında yüksek nitelikli g konusunda en az kısıtlama uygulayan ülke olarak tanımlamıştır (OECD, 2013). Bu durumun etkili olmasında Almanya’daki işgücü açığından bahsedilebilir. Alman Federal İş ve İşçi Bulma Kurumu yasal bir değişim olmadığı takdirde 2025 yılında 5,4 milyon nitelikli işgücü (mesleki eğitime sahip ve yükseköğrenim sahibi) açığı olacağını belirtmektedir (OECD, 2013).

Bu kapsamda Almanya’ya doğru gerçekleşen nitelikli gn yoğun olmasının ve Almanya’nın Türkiye için çekici bir ülke olmasının sebebi hem Almanya’nın bilişim teknolojisi, mühendislik, sağlık ve finans gibi sektörlerde yüksek vasıflı çalışanlara ihtiyaç duyması hem de Türkiye’den nitelikli kişilerin Almanya’da müreffeh bir işgücü piyasasında bu alanlarda çalışmayı tercih etmesidir. Bu da Türkiye’den Almanya’ya gerçekleşen yüksek vasıflı g hareketliliğinin artmasına neden olmaktadır.

2.2. TÜRKİYE VE ALMANYA’DA SAğLIK SİSTEMİ VE HEKİMLER

Bu bölümde yüksek nitelikli g kapsamında Türkiye’den Almanya’ya gerçekleşen hekim göçünün dinamiklerini anlamak amacıyla ülkelerin sağlık sistemi ve bu ülkelerdeki hekimlik mesleği anlatılmaktadır. Türkiye ve Almanya’daki sağlık sistemleri ve hekimlik mesleği her ülke için ayrı ayrı ele alınmakta ve ayrıntılandırılmaktadır. Bu konu aynı zamanda Türk hekimlerin Almanya’ya göç etme nedenlerini anlamlandırmak açısından önemli görülmektedir. Bu analiz, Almanya’daki sağlık sisteminin mevcut durumunu daha net bir şekilde ortaya koymakta ve Türk hekim göçünün çekim faktörlerinden biri olarak değerlendirilmesine imkân sağlamaktadır.

2.2.1. Almanya

2.2.1.1. Sağlık sistemi

Ülkelerin gelişmişlik düzeyi ölçümlerinde sağlık göstergeleri önemli bir yer tutar. Nitekim Almanya'nın zengin ve müreffeh bir ülke olması sağlık alanındaki gelişmişliğini de olumlu yönde etkilemiştir. Bunda ülkenin gelir seviyesinin yüksek olması ve sağlık harcamalarına büyük kaynak ayrılması temel sebeptir (Karaman, 2019). Almanya'nın sağlık sistemi refah yönelimli sağlık sistemi olarak adlandırılan hastalık halini kapsayan çalışanların, işverenlerin ve devletin ek prim ödemesi yoluyla yasal sağlık sigortacılığına dayanan bir sistemdir (Kırcı Çevik ve Yüksel, 2019: 211). Bu sistemin temeli 1883 yılında Otto Von Bismarck tarafından atılmıştır. Bismarck'ın önerdiği yasal sosyal sağlık sigortası sisteminde sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı kamu-özel ortaklığı ile sağlanmaktadır. Sağlık güvenlik sistemi; yasal (genel) sağlık sigortası ve özel sağlık sigortasından oluşmaktadır. Halkın çoğunluğu yasal sağlık sigortası fonları kapsamındadır (Karagan, 2008). Bireylerin daha iyi hizmet almak için başvurabileceği özel sağlık sigortacılığı da sistemde mevcuttur. Yasal sağlık sigortası meslek grubu ve gelir düzeyine bakmaksızın herkesi kabul etmektedir. Özel sağlık sigortası programları sadece belirli meslek grupları (memur, öğrenci, serbest meslek sahipleri) ve yüksek gelirli çalışanları kabul etmektedir (handbookgermany, 2024). Yasal sağlık sigortası kâr amacı gütmeyen bir sigorta olup hastalık fonu olarak adlandırılmaktadır ve Almanya sağlık sistemini finanse etmekte temel kaynaktır. Sağlık sigortası zorunlu olup tüm vatandaşları ve sürekli oturum izni olan kişileri kapsamaktadır (Blümel vd, 2020). Yasal sağlık sigortası toplumun yüzde 88'sinin dahil olduğu 105 adet hastalık fonunu kapsayan çoklu ödeme sistemidir. Diğer yüzde 11'lik kesim ise 42 adet özel sağlık sigortası şirketinden birinde sigortalıdır. Dolayısıyla toplumun yaklaşık yüzde 88'i yasal sigortadan faydalanırken yüzde 11'i özel sigortadan faydalanmaktadır. AB üye ülkelerinde geçici bir süre kalan az sayıda sigortalılar (yüzde 1) yalnızca acil tıbbi müdahale gerektiği durumlarda sağlık hizmeti alabilmektedir (Özmert Koçer, 2014). Sağlık sisteminde hastalar istedikleri hekimi seçmekte özgürdürler (Miriam vd, 2023).

Yasal sağlık sigortasında sağlık sigortası katkıları maaşa bağlıdır. Dolayısıyla gelir ne kadar yüksekse maaştan düşen aylık sigorta primi o kadar yüksek olur. Düşük

gelirlilerden daha düşük bir sağlık sigortası primi alınmaktadır. Yasal sağlık sigortasına bağlı olunan durumlarda vatandaşlar primlerini her ay sigorta kurumuna ödemektedirler. Ödenen primlerin belli bir üst limite kadar aylık gelire göre belirlenmesi şu şekildedir. Bu tutar 2020 yılı için şu şekilde belirlenmiştir: Eğer Almanya’da 2020 yılında bir kişi yıllık 62.550 Euro’nun (yaklaşık 2 milyon 314 bin TL) altında gelir elde ediyorsa bu kişiler için sigorta katkısı zorunludur. Eğer bir kişi 62.550 Euro’nun (yaklaşık 2 milyon 314 bin TL) üzerinde gelir elde ediyorsa yasal sağlık sigortasından çıkma hakkına sahip olup özel sigorta kapsamına girebilir (Blümel vd, 2020). Özel sağlık sigortası programlarında sağlık sigortası primi gelire göre değil sigorta riskine göre belirlenmektedir (handbookgermany, 2024). Yani bireyin yaşı, cinsiyeti, önceden geçirdiği hastalıklar önemli olmaktadır.

Kişi sözleşmeli bir kurumda çalışıyorsa primin yarısını işveren öder. Diğer yarısı ise kişinin brüt maaşından kesilir. Serbest çalışanlar ve öğrenciler ise primlerinin tamamını kendileri yatırmaktadır (deutschland.de, 2024). Kamu ve özel sektörün topladığı sigorta primleri; hizmet sağlayanların primleri, ilaç masrafları, terapiler, medikal yardımlar ve ekipmanlar için kullanılmaktadır (Döring ve Paul, 2010). Özel sektör, sağlık sigortası tarafından karşılanmayan hizmetler ve reçetesiz ilaçlar gibi sağlık hizmeti masraflarını ödemektedir.

Almanya sağlık sisteminde kişiler; cinsiyeti, yaşı, sağlık durumu ve ödedikleri primin miktarı ne olursa olsun sağlık hizmetlerinden eşit şekilde faydalanmaktadır (Kırcı Çevik ve Yüksel, 2019: 211). Almanya sağlık sisteminin bu durumunun evrensellik ilkesinin iyi bir örneği olduğu söylenebilir çünkü kişilerin yaşı, cinsiyet ve ekonomik durum gibi farklılıklarına bakılmaksızın sağlık hizmetlerine eşit erişimi garanti edilmektedir. Sağlık sisteminden kişinin çalışmayan eşi ve çocukları da ek bir sigorta primi yatırmaksızın yararlanabilmektedir.

Evrensellik ilkesine ilaveten sağlık sistemi hastalık durumunda her vatandaşın yardım sağladığı dayanışma ilkesi çerçevesinde organize olmuştur. Ayrıca Almanya sağlık sigorta sisteminin temel özelliği uzlaşma ilkesine dayanmasıdır. Uzlaşma iki şekilde ifade edilebilir. Birincisi; hasta ve sağlıklı kişiler arasında ifade edilen durum, diğeri ise yüksek ve düşük gelirli kişiler arasında ifade edilen durumdur. İlk durumda ayırım gözetmeksizin tüm vatandaşlar hasta olan kişilerin tedavi masraflarını

karşılama durumundadır. İkinci durumda ise vatandaşlar için belirlenmiş bir gelir eşiğine sahip olan herkes gelirlerinin belli bir yüzdesini sağlık sigortası olarak ödemek zorundadır. Bu dayanışma modeli yardım ilkesinin karşısında yer almaktadır. Bu modelde eğer birey olması gerekenden daha fazla bir yardıma bulunmuşsa sigorta masrafları toplum tarafından karşılanmaktadır. Bu noktaya kadar birey tedavi masraflarına katkı sağlamak zorundadır. Yardım modelinde sağlık hizmeti masraflarının karşılanması en küçük birimden en büyük birime doğru gitmektedir: Sırasıyla birey, hayat arkadaşı, aile, yasal sağlık sigortası fonu, vatandaş masrafin karşılanmasına katkı sağlamaktadır (Döring ve Paul, 2010). Hükümet askeri hastaneler haricinde sağlık hizmetinin fonlanmasına doğrudan katkı sağlamamaktadır fakat her birinin ayrı sorumluluğu olan farklı sağlık kurumlarını görevlendirmiştir. Tüm bu kurumlar Sağlık Bakanlığı'na bilgi vermektedir.

Almanya'nın idari yapısına bakıldığında sağlık konularında merkezi yönetim ve yerel yönetimler arasında karar almada güç paylaşımı olduğu görülmektedir. Yasal sigorta programlarının idaresi ise hükümet dışı korporatist kuruluşlara devredilmiştir (Karagan, 2008). Alman sağlık sisteminde çoğulculuk ve özerklik benimsenmiştir. Merkezi yönetim sağlık hizmetleri yasaları düzenlemekte, yerel yönetimler ise bu yasaları uygulamaktadır (Karaman, 2019). Almanya'da sağlık hizmetleri kamu (hükümet, belediye), özel sektör (şirketler ve bireyler) ve aynı zamanda kâr amacı gütmeyen kurumlar (kilise, yardım derneği) tarafından sağlanmaktadır. Özetle Almanya sağlık sistemi ademi merkezîyetçi bir sisteme sahip olup federal hükümet, devlet ve kendini yöneten korporatist (şirket) güçler arasında bölüştürülmüştür. Federal yönetim tüm yasal çerçeveyi düzenlerken, devlet yönetimi hastane planlamasından ve kamu sağlık hizmetlerinden sorumludur. Fakat sistem içerisinde karar verme yetkisinin en çok devredildiği kurum korporatist kurumlardır. Bu korporatist kuruluşlar yasal sivil toplum örgütleri olarak tanımlanmaktadır.

2.2.1.2. Hekimlik

Bu bölümde ilk önce Alman vatandaşların kendi ülkelerinde hekim olma sürecinden¹⁰ bahsedilmekte ve daha sonrasında Türk hekimlerin Almanya’da hekim olarak çalışabilmeleri için geçmeleri gereken aşamalar ve hekimlik yolundaki süreç anlatılmaktadır.

Öncelikle belirtmek gerekmektedir ki Almanya’da hekimlik mesleği ulusal devlet tarafından düzenlenmektedir (Peppler, 2018). Dolayısıyla tıbbi faaliyetler için ön koşullar ve çevresel koşullar yasalarla belirlenir. Federal Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinin yapısını ve politikalarını düzenlemekle görevlidir. Tıbbi Kanuna göre Almanya’da tıp pratiği yapma lisansı 2012 yılına kadar sadece Alman vatandaşlığına bağlıydı (Iredale, 2001).

Almanya’da tıp eğitimi 6 yıl 3 ay sürer ve üç aşamaya ayrılır (abaeğitim). Preklinik aşamada ilk iki yıl boyunca temel tıp dersleri verilmekte ve sınavlar yapılmaktadır. Klinik aşamada üç yıl boyunca pratik deneyim ve dersler alınır. Son aşama olan klinik son yıl mezuniyet sınavları ve pratik deneyimler tamamlanır. Almancada Praktisches Jahr (PJ) olarak bilinen Pratik Yıl (PY) Alman vatandaşların kendi ülkelerinde lisanslı bir hekim olabilmeleri yolundaki en temel aşamadır. Bu, altı yıllık tıp eğitimindeki son yılı oluşturur. Pratik Yıl (PY) amacı, Tıbbi Lisans Düzenlemelerinde belirtildiği gibi, ilk beş yıl boyunca kazanılan tıbbi bilgi, beceri ve yeterlilikleri geliştirip genişletmektir. Amaç, öğrencilere becerilerini güvenli bir şekilde ve denetim altında pekiştirip geliştirebilecekleri bir ortam sunmak, böylece onları doktorluk rolüne ve ileri düzey uzmanlık eğitime hazırlamaktır. Bu süre zarfında, son sınıf tıp öğrencileri hastanelerde tam zamanlı çalışarak çeşitli bölümlerde rotasyon yaparlar. Bu deneyim, klinik bilgi ve becerilerini genişletmelerine olanak tanır ve tıp eğitiminin son kısmını temsil eder. PY, 48 hafta süren üç dört aylık rotasyondan (Tertial) oluşur. Bu rotasyonlarda, tıp öğrencileri—genellikle PJs olarak adlandırılır—atandıkları bölümlerde tıbbi ekiplerin ayrılmaz bir parçası olarak görev alırlar. PY’yi başarıyla tamamlamak, tıp okulundan mezun olmanın ve uzmanlık

¹⁰ Alman vatandaşların ülkelerinde lisanslı bir hekim olmak için hangi süreçlerden geçmeleri gerektiği ile ilgili temel bilgi Cara Kim ve Elanur Çolak’ın makalesinde yazmaktadır. Bu nedenle bu konu genel olarak bu makaleden faydalanılarak yazılmıştır.

eğitimine başlamının 6n koşuludur. Bu, 6đrencilerin tıp okulu bilgilerini uygulamayı 6đrenmeleri ve hastalarla ilgili bakımda, kıdemli tıbbi personelin denetimi ve rehberliği altında aşamalı olarak sorumluluk almaya başladıkları 6nemli bir hazırlık aşamasıdır (Kim ve olak, 2024: 245).

PY'ye başvurabilmek için, bir tıp 6đrencisinin Alman Ulusal Tıp Sınavı'nın İkinci B6l6m6n6, yaygın olarak M2 olarak bilinen sınavı geçmesi gerekmektedir. Bu 6 g6nl6k sınav, t6m klinik tıp m6fredatını kapsayan 320 çoktan seçmeli sorudan oluşur ve genellikle tıp fak6ltesinin beşinci yılının sonunda yapılır. M2'ye girme hakkı kazanabilmek için, tıp fak6ltesinin klinik kısmını tamamlamış olmak—genellikle 66nc6 ile beşinci yıl arasındaki d6nemi—ve Alman Ulusal Tıp Sınavı'nın Birinci B6l6m6n6 geçmiş olmak gerekmektedir. Birinci B6l6m, ikinci yılın tamamlanmasının ardından yapılır ve klinik yıllara geçiş için gereklidir. Tıp 6đrencileri, PY için tercih ettikleri hastane veya tıp merkezini seçebilirler. PY pozisyonlarının tahsisi, merkezi evrimii platform olan "pj-portal.de" 6zerinden y6netilmektedir. İlk aşamada genellikle yerel 6đrencilere 6ncelik verilse de takip eden ulusal tahsisat aşamasında t6m 6đrenciler, katılımcı 6niversiteler ve bunların bağlı 6đretim hastanelerinde mevcut pozisyonlardan seçim yapabilirler. Birçok 6đrenci rotasyonlarını 6niversite hastanelerinde tamamlarken, diğerleri tıp fak6lterleri tarafından tanınan, genellikle daha k66k ve daha az uzmanlaşmış dışa bağlı eğitim hastanelerini tercih etmektedir. Rotasyonların esnekliği, 6đrencilerin PY (pratik yıl) kapsamında farklı şehirlere veya 6lkelere taşınmalarına da olanak tanır. Ancak, belirli rotasyon gereksinimleri, uygun b6l6mler ve uluslararası rotasyonlar ya da izin g6nleri ile ilgili politikalar, genellikle 6niversiteye ve devlete g6re değişiklik g6stermektedir. PY'nin yarı zamanlı tamamlanması, haftalık eğitim s6resinin y6zde 50 veya y6zde 75'i ile m6mk6nd6r ve bu da toplam s6reyi uzatır.

Rotasyon d6nemlerinde, 6đrenciler genellikle hastaları kabul eder, temel değerlendirmeler yapar, bulgularını s6perviz6rlerine sunar ve hastanın tedavi y6netimi için bir sonraki adımları 6nerirler. PY 6đrencileri rotasyon s6recini tamamladıktan sonra her rotasyon için aldıkları sertifika ile Ulusal Tıp Sınavı'nın 66nc6 B6l6m6ne girmeye hak kazanırlar. Bu, İç Hastalıkları, Cerrahi, 6đrencinin seçtiği isteğe bağlı ders ve ayrıca rastgele seçilen d6rd6nc6 bir konuyu içeren s6zl6-pratik bir sınavdır. Her yıl iki kez, 6đrencinin bağlı olduğu 6niversite tarafından yapılan bu sınavı geçmek,

mezunları Alman Tıp Lisansı (Approbation) için yetkilendirir ve aynı zamanda seçilen uzmanlık dalında doğrudan uzmanlık başvurusu yapabilmelerine olanak tanır. Bu süreç, yıl boyunca devam eden, merkezi olmayan bir başvuru prosedürüyle çalışır ve ABD, Kanada, Birleşik Krallık ve Avustralya gibi ülkelerde, uzmanlaşmadan önce genel eğitim dönemi gerektiren yıllık, merkezi prosedürlerden farklıdır (Kim ve Çolak, 2024).

Alman hekimler için mesleki süreç yukarıdaki şekilde olup Türk hekimlerin ise Almanya'da hekimlik yapabilmeleri için daha farklı bir süreçten geçmeleri gerekmektedir. Türk hekimlerin Almanya'da hekimlik yapabilmeleri için bazı temel şartları sağlamaları gerekmektedir. Almanya'da Türk hekimlerin mesleklerini yapabilmeleri için gerekli olan temel şartlardan biri Approbation (Approbasyon) olarak adlandırılan denklik belgesinin alınmasıdır. Approbasyon Almanya'da hekim olarak çalışma yetkisi veren resmi bir belgedir (derdiedaswelt, 2024). Approbasyon tıbbi uygulama için sınırsız mesleki izinle verilen resmi bir ruhsattır. Bu ruhsatı alabilmek için kişinin eğitiminin Almanya'daki hekimler için geçerli eğitim programına denk olarak tanınması gerekmektedir (Make it in Germany, 2023). Approbasyon Almanya'daki Tabipler Odası tarafından verilmektedir (derdiedaswelt, 2024). Tıp lisansı ve mesleki izin başvurusu yaparken (denklik), genellikle transkript, diploma, müfredat, özgeçmiş, hizmet belgeleri, fiziksel uygunluğun kanıtı (kişinin kendi ülkesinden aldığı bir belge veya Almanya'da düzenlenen bir sağlık raporu), kişisel uygunluk (kişinin kendi ülkesinden aldığı bir iyi hal belgesi veya bir Alman adli sicil kaydı) ve Almanca dil bilgisi sertifikası gereklidir. Bu belgelerin aynı zamanda Almancaya çevrilmiş ve tasdik edilmiş olması gerekmektedir. Dil yeterliliği için tüm federal eyaletlerdeki asgari gereklilik Ortak Avrupa Dil Referans Çerçevesi (CEFR) dil seviyesinin genel B2 seviyesidir. Ayrıca, genellikle CEFR'nin C1 seviyesine dayalı özel bir tıbbi dil testi gereklidir. Dolayısıyla denkliğe başvuru sırasında C1 dil yeterlilik sertifikasına sahip olmak gerekmektedir. Almanya TELC, Goethe Institute veya TestDaF gibi yetkili kuruluşlardan alınan sertifikaları kabul etmektedir.

Denklik için başvuru belgeleri tam ise kişiyi FSP (Almancası: Fachsprachprüfung) sınavı için sıraya almaktadırlar. Bu sınav kişinin tıbbi anlamda nasıl Almanca konuştuğunu ölçmektedir. FSP sınavını geçtikten sonra iki yıllık bir

çalışma izni¹¹ verilmektedir yani denklik süreci devam ederken ve tam denkliği alana kadar kişi çalışmaya başlayabilir ve para kazanabilir. Yani çalışma izni hekimlere tam çalışma yetkisi vermemekte ve daha kısıtlı haklar tanımaktadır. İki yıl içinde tam denkliği alabilmek için Alman Hükümeti hekimlere iki seçenek sunmaktadır. Bunlardan biri bilirkişiye başvurmak diğeri ise Kenntnisprüfung (KP) sınavına girmektir. Bilirkişi yönteminde sunulan belgeler bilirkişi tarafından incelenmektedir (derdiedaswelt, 2024). Kişi bilirkişiden geçemezse veya denkliği bilirkişi yoluyla almayı tercih etmezse Kenntnisprüfung sınavına girmesi gerekmektedir. Bu sınava en fazla 3 kez girilebilir.

Denklik aşamasını tamamlayan hekimlerin iş bulma ve mesleklerini icra etme deneyimlerine baktığımızda ise, Almanya'da hekimler denklik sonrası asistan olarak işe başlamaktadırlar. Asistanlık sürecinin tamamlanmasından sonra isterlerse uzmanlık sınavını geçtikten sonra uzmanlığa devam edebilmektedirler. Uzmanlığını Türkiye'de almış olan hekimler asistanlık sürecinin tamamlanmasından sonra uzmanlık sınavına girip ve bu sınavı geçip kendi alanlarında uzman olarak çalışmaya başlayabilmektedir¹². Hekimler Almanya'da istedikleri bölümde uzmanlık yapma hakkına sahiplerdir. Uzmanlık sınavı için herhangi bir yaş sınırı bulunmamaktadır. Hekimler uzmanlığa başladıkları yerde devam etmek istemezlerse başka bir yerde uzmanlık eğitimine devam edebilmektedirler. Fakat çalışılan sürenin diğer hastanede sayılabilmesi için ilk 6 ayın ilk yerde tamamlanması gerekmektedir. Uzmanlık eğitimi hastanelerde, üniversitede, eğitim araştırma hastanelerinde ya da muayenehanede yapılabilmektedir (Youtube).

¹¹ Almanya'da çalışma izni ve meslek izni olmak üzere iki ayrı izin türü vardır. Çalışma izni yabancı ülke vatandaşlarının Almanya'da yasal olarak çalışmalarına izin veren resmi bir belgedir. Çalışma izni; standart çalışma izni ve mavi kart yoluyla alınabilir. Standart çalışma izni genel çalışma koşullarını kapsayan temel izin türüdür. Mavi kart ise yüksek nitelikli kişiler için verilen özel oturum ve çalışma iznidir (derdiedaswelt, 2024). Hekimler genellikle mavi kart kategorisindedir. Almanya'da çalışma izninden başka meslek izni vardır. Meslek izni ise hekimlerin mesleklerini yapabilmeleri için gerekli olan özel bir izindir. Meslek izni iki şekilde olabilmektedir. Birisi denklik yoluyla diğeri ise geçici çalışma iznidir (derdiedaswelt, 2024).

¹² <https://www.youtube.com/watch?v=kBE8AqnwvOc>

2.2.2. Türkiye

2.2.2.1. Sağlık sistemi

Sağlık sisteminin devamlılığını sağlayabilmesi için kaynaklara ihtiyacı vardır (Eroğlu, b.t.). “Bu kaynaklar; insan kaynakları (sağlık hizmeti veren kişiler, hekimler, diş hekimleri, yardımcı sağlık personelleri, yöneticiler vb), sağlık tesisleri (sağlık hizmetinin verileceği yerler), sağlık hizmet sunum kaynakları (hastalıkların teşhisine ve tedavisine yarayan unsurlar-ilaç, teçhizat, malzeme) ve sağlık eğitiminden (hastalıkların teşhisinde ve tedavisinde, hastalıkları önleme ile ilgili gelinen bilgi düzeyi) oluşmaktadır” (Eroğlu, b.t: 39).

Ülkelerin varlıklarını sürdürebilmelerinin en temel şartlarından birisi sağlıklı bireylere ve sağlıklı bir topluma sahip olmaktır. Sağlıklı bireyler yetiştiremeyen bir ülke üretken bir nüfusa sahip olamayacağı için ve sağlıklı nüfusun tedavisi için finansal zorluklarla karşılaşacağından gelişemeyecektir (Çalış, 2023). Bu nedenle ülkelerin birincil hedefi birey ve toplum sağlığını korumayı amaç edinmek ve bu doğrultuda uzun vadeli ve sürdürülebilir sağlık politikalarının yapılmasını mümkün kılmaktır. Türkiye bu amaçlar doğrultusunda sağlık konusunda bazı düzenlemeler yapmıştır. Türkiye’de sağlık sistemi ile ilgili ilk yasal düzenlemeler, Türkiye Cumhuriyeti’nin devletçilik ve halkçılık ilkeleri çerçevesinde yapılmıştır (Ak, 2021). Özellikle 1920-1938 arasını kapsayan ilk dönemde devletin sağlık örgütünü geliştirmek, hekim sayısını artırmak, numune hastaneleri açmak, ebe yetiştirmek, sağlık memuru yetiştirmek, doğum ve çocuk bakım evi açmak, sıtma mücadelesi yapmak, diğer hastalıklarla mücadele, sağlık ve sosyal örgütlenmeyi köylere kadar götürmek, sağlık ve sosyal yasaları yapmak ve Merkez Hıfzıssıhha Mektebini açmak hedeflerine ulaşılmıştır (Berman ve Tatar, 2004; Metintaş ve Elçioğlu, 2007: 164). Bu nedenle bu dönem Türkiye Cumhuriyeti’nin sağlık atılımlarının yapıldığı en parlak dönem olarak belirtilebilir. 1938-1960 yılları arasındaki İkinci Dönemde Birinci On Yıllık Sağlık Planı uygulamaya geçirilmiştir fakat bu plandaki hedefler tam anlamıyla gerçekleşmemiştir (Kasapoğlu, 2016). 1960-1980 yılları arasını kapsayan dönemde ve öncesinde sağlıkla ilgili önemli kamu kuruluşları kurulmuştur. 1952 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ve 1953 yılında Emekli Sandığı kurulmuştur. Böylece hem işçiler hem de memurlar devlet güvencesiyle sağlık hizmeti almaya başlamışlardır.

SSK'nın kurulması ve İş Güvenliği Yasasının yürürlüğe girmesi çalışanların sosyal ve sağlık haklarını güvence altına almıştır (Kasapoğlu, 2016). 1980-2000 yılları arasındaki en önemli gelişme “Ulusal Sağlık Dokümanının” yayınlanmasıdır. Bu belge Yeşil Kart¹³ ve Aile Hekimliği kavramlarını içermesi bakımından önemlidir ve hedefleri şunlardır (Kasapoğlu, 2016: 144):

- Herhangi bir sağlık güvencesine sahip olmayan nüfusun genel sağlık güvencesine alınması (Yeşil Kart uygulaması başlatılmıştır).
- Sağlık Ocaklarının yerine Aile Hekimlikleri açılmıştır.
- Devlet hastanelerinin bir kısmı özelleştirilmiştir.
- Hizmeti sunanlarla satın alanların birbirinden ayrılması ve hizmet sunucuların aynı havuzdaki kaynaklar için birbiri ile rekabet ettiği bir dahili piyasanın oluşturulması (Genel Sağlık Sigortası üzerine oturtulmuş, özel sigortacılık ve cepten ödeme).

2000 ve sonrasındaki dönemde en önemli gelişme Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)'dir. 2002 yılından sonra Sağlık Bakanlığı örgüt yapısı ve işlevinde SDP'ye uygun olarak değişiklikler yapılmıştır (Kayıhan, 2023). Bu çerçevede ilk olarak 2003'te 58.Hükümetin Acil Eylem Planı doğrultusunda Sağlıklı Toplum başlığı yer almıştır. Bu plana göre Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılıp; devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayrımı kaldırılarak tüm hastaneler tek çatı altında toplanmıştır. Bunun yanında hastaneler özerk bir yapıya kavuşturulmuş, aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. 2003 yılında uygulamaya konan SDP ile Türkiye'de sağlık hizmetleri alanında zaman içine yayılmış köklü bir yapısal dönüşüm yaşanmıştır. Söz konusu program herkes için ulaşılabilir, kaliteli, verimli ve hakkaniyetli bir sağlık sistemi inşa etmeyi hedeflemiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003). Dönüşümün önemli ayaklarından birisi, kamu sağlık hizmeti sunucularının yeniden yapılandırılması ve özel sağlık hizmeti sunucularının daha fazla işlev üstlenmesidir. Diğer bir ayak ise sağlık hizmetlerinin finansmanının temel olarak Genel Sağlık Sigortası (GSS)

¹³ Yeşil Kart Türkiye'de ilk kez 1992 yılında sosyal güvencesi olmayan ve maddi durumu yetersiz olan vatandaşların sağlık giderlerini karşılamak amacıyla uygulamaya konulmuştur ve 2008 yılında sona ermiştir (<https://www.aile.gov.tr/eyhgm/mevzuat/ulusal-mevzuat/yonetmelikler/odeme-gucu-olmayan-vatandaslarin-tedavi-giderlerinin-devlet-tarafindan-karsilanmasi-ve-yesil-kart-uygulamasi-hakkinda-yonetmelik/>, Erişim tarihi: 07.02.2025).

aracılığıyla Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından sağlanmasıdır. Üçüncü ayak ise dönüşüme bağlı olarak hızla büyüyen sektörün gereksinim duyduğu işgücü sunumunu karşılamak amacıyla ilgili meslek lisesi, meslek yüksekokulu, yüksek okul, lisans ve lisans sonrası eğitim kurumlarının öğrenci kapasitelerinin artırılmasıdır. 2004 yılında SDP dahilinde performansa dayalı ödeme sistemine geçilmesi hekimler açısından bazı zorluklar yaratmıştır. SDP kapsamında sağlık hizmetindeki talebin artmasına rağmen sağlık hizmeti arzında artış sağlamak amacıyla Sağlık Bakanlığı hastanelerinde Performansa Dayalı Ödeme Sistemine geçilmiştir (Sülkü, 2011). Bu sistem hekimlerin kazancını mesleklerindeki performansa bağlayan bir sistem olmakla birlikte sağlık sisteminde bir ticarileşmeyi de getirmiştir. Bundan başka TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonunun 26 Haziran 2009'da kabul ettiği Tam Gün Yasası hekimlere bazı sınırlamalar getirmiştir (TTB, 2009). Bu yasaya göre kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan hekimler sadece kamuda çalışabileceklerdir. 'SGK ile anlaşmalı olan sağlık kuruluşlarında ve vakıf üniversitelerinde veya bir kamu kuruluşu ile sözleşmesi olan sağlık kuruluşunda çalışan hekimler sadece bu tür kuruluşlarda çalışabilecektir. Bu tür kuruluşlarda çalışanlar kısmi zamanlı da çalışsa muayenehane açamayacaktır' (TTB, 2009: 7). 'SGK'ya hizmet satmayan özel sağlık kuruluşları ve vakıf üniversitelerinde veya muayenehanesinde çalışan hekimler yalnızca bu tür kuruluşlarda birden fazla yerde çalışabilecektir. Muayenehanesi olan hekimler, parasını cebinden ödeyen hastalarını SGK ile anlaşmalı kurumlarda tedavi edebilecekler' (TTB, 2009:7).

Özetle, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın kapsamında şu hususlar yer almaktadır: Ödeme gücü olmayan vatandaşlar için fakirlik sınırı belirlenip, bu kişilere yönelik bir değerlendirme sistemi kurulmaktadır. Bu vatandaşların primlerini tamamen veya kısmen kamu kaynakları ile karşılamak üzere kaynak oluşturulmaktadır. Sosyal güvencesi bulunmayanların primlerini toplamaya yönelik bir sistem kurulmuştur. Sağlık primleri havuzu sosyal güvenliğin diğer dallarından ayrılarak kendi iç dengeleri kurulmuştur. İl ve ilçelerdeki ihtiyaçları karşılamaya yönelik bir yapı oluşturulmuştur. Tüm bu hizmetlerin niteliklere uygun olup olmadığı yerindelik ve uygunluk denetimleri yaparak belirlenmektedir. SDP ile gerçekleşen bu olumlu değişimlere rağmen Türkiye'deki bazı sağlık kollarında hala sorunların olduğu da bir gerçektir. Örneğin sağlık statüsü, doğumda beklenen yaşam süresi, anne ve

bebek ölümleri, hekim başına düşen hasta sayısı gibi göstergelerde Türkiye OECD ülkelerinin gerisinde kalmaktadır (Bulut ve Şengül, 2020).

SDP ile devletin rolü azaltılmış özel sektörün payı artırılmıştır. Buna ilaveten hekimlerin yaptıkları işlem sayısı ve baktıkları hasta üzerinden verimliliklerini ölçen ‘performans sistemine’¹⁴ tabi olmaları da sağlık sistemindeki krizi artırmıştır. Çünkü hekimler çoğunlukla performans sistemi ve sigortadan ödeme alma gibi nedenlerle gerekli olmadığı halde hastanelerde tıbbi işlem yapıldığını düşünmektedirler. Sağlık sistemindeki bu gibi olumsuzluklar tüm sistemi git gide daha da olumsuz etkilemekte ve geri dönülmesi zor bir sürece sevk etmektedir. Bu nedenle işleyişi, memnuniyeti ve sağlık hizmetlerini düzenli ve sorunsuz hale getirmek için sistemde köklü değişiklikler yapmak gerektiği de değerlendirilmesi gereken en önemli hususlardandır.

SDP’nin Türkiye’nin sağlık sistemine olumlu katkılar sunduğuna dair olumlu görüşler mevcut ise de Türkiye Raporu (2022), SDP ile Türk hekimlerin çalışma koşullarının değişime uğradığını ve bu değişimin mesleklerini icra etmelerini zorlaştırdığını belirtmektedir. Bugün sağlık sisteminde çalışanların yaşadıkları en önemli sorunlarından bir tanesi son zamanlarda artan şiddet vakalarıdır (Pinar ve Pinar, 2013; Akça vd. 2014). Öz Sağlık İş Sendikası (2020)’nin Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Araştırması Sonuç Raporu’nda katılımcılara sağlık sektöründe çalıştıkları süre içinde şiddete uğrayıp uğramadıkları sorulduğunda evet uğradım diyenlerin oranı yüzde 69,7’dir. Hayır hiç uğramadım diyenlerin oranı yüzde 30,3’tür (Öz Sağlık İş Sendikası, 2020: 8). Katılımcıların yüzde 78,6’sı son 12 ayda şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Çalışanların sağlık sektöründe çalıştıkları süre boyunca en çok karşılaştıkları şiddet türü sözel şiddettir. Bunu mobbing, fiziksel şiddet ve cinsel şiddet takip etmektedir (Öz Sağlık İş Sendikası, 2020: 48). Katılımcıların yaklaşık yüzde 40’ı maruz kaldıkları şiddete ilişkin bir şey yapmamayı tercih etmektedir. Rapora göre bu durum çalışanların sisteme güvenmediğinin göstergesidir (Öz Sağlık İş Sendikası, 2020: 49). Şiddeti Önleme ve Rehabilitasyon Derneği (İMDAT) medya analizi

¹⁴ İyi bir aylık gelir elde edebilmesi için doktordan iyi bir “performans” sergilemesi bekleniyor. Performans göstergesi olarak da iyileşen hasta sayısı, hastanın başvuru sayısındaki azalma ya da hasta popülasyonunun ortalama yaşam süresindeki artış değil de doktorun günlük muayene ettiği hasta sayısı baz alınıyor (<https://perspektif.eu/2024/04/16/turkiyede-ve-avrupada-doktor-maaslari/>, erişim tarihi: 01.01.2025)

taraması ile hekimlere yönelik şiddet vakalarını açığa çıkarmaya çalışmıştır. Sağlıkta şiddet raporuna (2023) göre 2021 yılında 190, 2022 yılında 249 ve 2023 yılında 457 vaka medyaya yansımıştır (İMDAT, 2023). En çok hemşireler (yüzde 43,3) daha sonra hekimler (yüzde 40,9) ve diğer sağlık personeli (yüzde 15,8) şiddet olaylarına maruz kalmıştır (İMDAT, 2023:4). Rapora göre şiddet uygulayan her 5 kişiden 3'ü hasta yakınıdır (yüzde 60,4). Şiddet sözel olarak başlayıp fiziksel olarak devam etmiştir. Şiddet vakasının yüzde 85,7'si darp etme şeklinde gerçekleşmiştir. Kişilerin yüzde 75,3'ü hem sözlü hem fiziksel şiddete maruz kalmıştır. Rapor sağlıkta şiddetin nedenleri olarak birçok etken sıralamaktadır. Bunlardan bazıları; kişilerin sağlık hizmetlerinden eşit yararlanamaması, personel yetersizliği, medyada sağlık çalışanlarıyla ilgili çıkan olumsuz haberler, iş yükü ve yasal düzenlemelerin caydırıcı olmamasıdır. Son zamanlarda beyaz kod¹⁵ veren hekim sayısındaki artış hekimlere yönelik şiddet vakalarının arttığını göstermektedir. Örneğin 2017'de beyaz kod veren hekim sayısı yaklaşık 7751 iken 2021'de bu sayı 101.984'e çıkmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2021).

Seyhan (2020), Türkiye'de sağlık çalışanlarının iş memnuniyetinin son derece düşük olmasının örgütsel çatışma, çalışma koşullarının kötülüğü ve örgütsel stres ile bağlantılı olduğunu tartışmıştır. Kısa vd. (2009) ise hekimlerin mesleklerinden duydukları memnuniyeti ve memnuniyetsizliğe neden olan faktörleri araştırmak amacıyla 351 hekime anket uyguladığı çalışmada hekimlerin maaşlarından, tıp alanındaki gelişmelerden geri kaldıklarını düşündüklerinden ve ağır iş yükü nedeniyle sosyal yaşamlarının kısıtlanmasından memnuniyetsizlik duyduklarını tespit etmiştir. Sağlık sektörüne yönelik çalışmalar, sağlık çalışanlarının vardiyalı çalışma ve uzun süreli çalışma nedeniyle ciddi kaygı bozuklukları ve depresyon gibi problemler yaşadığına dikkat çekmiştir (Geniş vd., 2020; Ceyhan ve Çelik, 2004; Akpınar ve Taş, 2013). Bunun yanı sıra, Türkiye'nin son dönemdeki ekonomik istikrarsızlığı sonucu maaşların göreceli olarak geriye gitmesi, malpraktis davaları, uzun çalışma saatleri, yetersiz ücretler, ağır iş koşulları hasta başına düşen hekim sayısı, hasta muayene

¹⁵ Beyaz kod; sağlık çalışanlarının sözel veya fiziksel şiddete maruz kaldığı durumlarda şiddeti önlemek için kullanılan acil durum yönetim aracıdır. Sağlık çalışanlarının, hasta veya hasta yakını tarafından şiddete, tehdide veya diğer suçlara maruz kaldıkları durumlarda olay yerine güvenlik görevlilerinin en hızlı şekilde intikal etmesi için verilen bir alarm sistemidir.

süreleri sağlık çalışanlarının iş memnuniyetsizliğini arttıran faktörler olarak ortaya çıkmaktadır.

Genel Sağlık-İş Sendikasının 2019-2023 döneminde gerçekleştirdiği alan araştırmasına göre sağlık çalışanlarının her geçen gün borçları artmakta ve daha çok yoksullaşmaktadırlar. 2019 yılında sağlık çalışanlarının yüzde 69,6 olan borçlanma oranları 2021’de yüzde 72,8; 2022’de yüzde 75,3; 2023’te ise yüzde 81,1’e yükselmiştir (Genel Sağlık-İş, 2023). Bu artışta sağlıkta dönüşüm, pandemi ve ekonomik krizin etkili olduğu ifade edilmiştir. Sağlık çalışanları ayrıca toplumdaki saygınlıklarının giderek azaldığını belirtmişlerdir. Bu konu hakkındaki olumsuz düşünceleri 2019 yılında yüzde 91 iken 2023’te yüzde 97,5’e ulaşmıştır. Araştırmadan elde edilen bir başka sonuç sağlık çalışanlarına göre en temel sorununun ekonomi ve geçim sıkıntısı olduğudur. 2020 yılında baş gösteren Covid-19 pandemisi hem Türkiye’de hem dünyada sağlık sektöründeki sorunları daha da arttırmış hatta açığa çıkarmıştır. Bu süreçte Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin artması, hastanelerde yeterli destek personelinin olmaması, farklı branşlarda yeterli hekim olmaması, hasta sayısında ciddi artış, ekstra görev süreleri, aşırı iş yükü ve TL’nin dolar karşısındaki değer kaybı ile tıbbi cihazlara erişimin zorlaşması sağlık çalışanlarının performansını ciddi anlamda düşürmüş ve motivasyon kaybına neden olmuştur (Türkiye Raporu, 2023: 58). Bu olumsuzluklara ek olarak, yapılan siyasi ve mesleğin değerini azaltan açıklamaların hekimlerin Türkiye’den göç etmesine kadar giden bir süreçte sebep olduğu düşünülmektedir (Türkiye Raporu, 2023).

Türkiye’deki sağlık sisteminde önemli olan konulardan bir diğeri Genel Sağlık Sigortasıdır (GSS). Genel Sağlık Sigortası Sistemi Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın önemli bir bileşenidir (Akkavak, 2018). GSS reformu üç aşamadan oluşmaktadır. Birinci aşaması Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve SSK kaldırılarak yerine bunların sunduğu hizmeti sağlayacak tek bir yapı kurulmuştur. Bu doğrultuda 20 Mayıs 2006 tarihli kanun ile Sosyal Güvenlik Kurumu oluşturulmuştur. Reformun ikinci aşamasında Sosyal Sigortalar Kanunu, Emekli Sandığı Kanunu gibi farklı kanunların ilgili hükümlerinin kaldırılıp Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu olarak tek bir düzenleme haline getirilmiştir (Pekten, 2006). Reformun üçüncü aşamasını ise “sosyal yardımlara ilişkin temel ilkeleri, yapılacak sosyal yardımları, primsiz ödemeleri, yardım ve ödemelerden yararlanacak kişileri, yararlanma koşullarını

belirlemek üzere Sosyal Yardımlar ve Primsiz Ödemeler Kanununun çıkarılması oluşturmaktadır (Pekten, 2006: 120). GSS'nin en önemli özelliği toplumun daha geniş bir kesimini kapsıyor olmasıdır. Amaç kimsenin sağlık sigortası sisteminin dışında kalmamasıdır. Eskiden sadece zorunlu sigortaya tabi kişiler ödedikleri hastalık sigortası primleri ile sağlık hizmetlerinden yararlanabiliyordu. Bu kişiler artık genel sağlık sigortası primi ile yararlanmaya devam etmektedir. Önceki sistemde “sadece zorunlu sigortaya tabi kişilerin sağlık sigortası sisteminden yararlanması sağlanmakta iken yeni sistem ile özel sağlık sigortası sisteminde olduğu gibi, işsiz biri de olsa zorunlu sigortaya tabi olmadan prim ödemek suretiyle sağlık sigortası kapsamına girmekte ve devlet tarafından güvence altına alınmaktadır” (Pekten, 2006: 120).

2.2.2.2. Hekimlik

Türkiye’de hekimlik mesleğiyle ilgili kısa bir bilgi vermek mesleği ayrıntılandırmak açısından önemlidir. Bu kapsamda en önemli hususlardan biri hekim olabilmek için hangi aşamalardan geçilmesi gerektiğidir. Türkiye’de tıp fakültesi eğitimi 6 yıldır. Hekim olmak için alınan eğitim sürecinde ilk 3 yıl temel tıp eğitimi verilir. Dördüncü ve beşinci sınıfta tüm tıp bölümlerinin stajları yapılır. İki yıl staja ayrılmıştır. Bu yıllarda tıp fakültesi öğrencilerine stajyer hekim ünvanı verilir. Tıp fakültesinin son yılı olan 6. yıl daha farklıdır ve son yılındaki öğrencilere intörn hekim ünvanı verilir. Bu süreçte pratik eğitim elde ederler ve bu son yılda tıp eğitimi tamamlanır. 6 yıllık eğitim tamamlandıktan sonra pratisyen hekim olunur. Pratisyen hekimler herhangi bir dalda uzmanlaşmamış hekimlerdir. Kısaca 6 yıllık tıp eğitim süreci içerisinde uzmanlaşma yoktur. Uzman hekim olmak tıp fakültesinin dışındaki bir süreçtir.

Belli bir branşta uzmanlaşmak isteyen hekimler Tıpta Uzmanlık Sınavına (TUS) girerler. Bu sınavda başarılı olan hekimler uzmanlık için tercih yaparlar. Yerleşilen bölümde 3-6 yıl uzmanlık eğitimi almak gerekmektedir. Uzmanlık eğitim süreleri bölümlere göre değişmektedir. Bu eğitimi başarılı bir şekilde tamamlayanlar uzman hekim olma hakkını elde etmektedirler. Örneğin temel branşlar ve dahili branşların eğitim süresi genellikle 4 yıl iken cerrahi bölümler çoğunlukla 5 yıldır. Nitekim bu süreler ortalama sürelerdir ve örneğin cerrahi bölüm için ortalama eğitim

süresi 5 yıl olarak belirtilse de beyin cerrahisi uzmanlığı 6 yıldır. Dolayısıyla bu süreler bölüm ve branşa göre değişmektedir.

Hekimler için ayrıca mecburi hizmet zorunluluğu bulunmaktadır. Tıp fakültesinden 05 Temmuz 2005 yılından sonra mezun olan yeni hekimlerin ve uzmanlığını ya da yan dal uzmanlığını tamamlayan hekimlerin Sağlık Bakanlığı tarafından atandıkları yere göre değişen 300 ila 600 gün süreyle görev yapması zorunluluğu mecburi hizmet¹⁶ olarak tanımlanmaktadır (TTB, 2010). Hekim tıp fakültesini bitirdikten sonra ilgili fakülte dekanlıkları diplomaları 15 gün içinde Sağlık Bakanlığı'na iletir. Sağlık Bakanlığı diplomayı tescilledikten sonra 2 ay içinde hekimin atamasını yapar. Mecburi hizmet yeni mezun tıp fakültesi öğrencilerine, uzman hekimlere ve yan dal uzmanı hekimlere getirilmiş bir yükümlülüktür. Her statü için ayrı ayrı mecburi hizmet getirilmiştir. Uzman hekimler 05.07.2005'ten sonra uzman olmuşlarsa mecburi hizmet yükümlüsüdürler (TTB, 2010). Mecburi hizmet zorunlu bir görev olmakla birlikte hekimin müracaatı olmasa bile ataması yapılmaktadır.

Yan dal uzmanlığı eğitim araştırma hastanelerinde, tıp fakültelerinde ve Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi (GATA)'nde daha ileri seviyede uzmanlık eğitimi almak isteyen hekimlerin yaptığı uzmanlıktır (Tıp Akademisi, 2022). Yan dal uzmanlık sınavı T.C. Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM) tarafından yılda bir ya da az da olsa iki kez yapılan bir sınavdır. Bu sınava girebilmek için hekimlerin eğitim almak istediği yan dalın bağlı olduğu uzmanlık alanından mezun olması gerekmektedir. Kısacası yan dal uzmanlık sınavına girebilmek için ilgili dalda uzmanlık eğitime sahip olmak ve memur olma yetkinliğine sahip olmak gerekmektedir. 50 ve üzeri puan alan adaylar ÖSYM tarafından tercih ve kontenjanlarına göre yerleştirilir. Yan dal eğitim süresi bölüme göre değişmekte olup 2 ya da 3 yıl sürmektedir.

Türkiye'de hekimlik sürecinden genel olarak bahsettikten sonra aşağıda bazı sayısal değerlere yer verilmiştir. Yükseköğretim Bilgi Yönetim Sistemi 2023-2024

¹⁶ Mecburi hizmet 05.07.2005'ten sonra mezun olan tıp fakültesi öğrencilerinin ve uzmanlığını ya da yan dal uzmanlığını tamamlamış hekimlerin Sağlık Bakanlığı tarafından atandıkları yerde görev zorunluluğunu ifade etmektedir. Görev süreleri atandıkları yere göre değişmekte olup 300 gün ila 600 gün süreyle görev yapmak zorundadırlar.

öğretim yılı eğitim ve öğretim alanları sınıflamasına göre lisans düzeyindeki tıp fakültesi ve sağlık alanındaki öğrenci sayıları istatistikleri verilmiştir:

Tablo 2.1. Türkiye’de Tıp Fakültesindeki Öğrenci Sayıları (2023-2024 öğretim yılı)

Türkiye’de Öğrenci Sayıları	Erkek	Kadın	Toplam
Tıp fakültesine yeni kayıt yaptıran lisans düzeyi öğrenci sayısı	10.250	12.374	22.624
Tıp fakültesinde okuyan lisans düzeyi öğrenci sayıları	58.838	63.849	122.687

Kaynak: Yükseköğretim Bilgi Yönetim Sistemi, 2024a.

Tablo 2.1.’de görüldüğü üzere tıp fakültesine yeni kayıt yaptıran öğrenci sayısının yüksekliği tıp eğitime olan ilgi ve tıp fakültelerinin kontenjanlarının artmaya devam ettiğinin göstergesi olabilir. Tıp fakültesinde okuyan lisans düzeyi öğrenci sayısı 2023-2024 öğretim yılında öğrenim gören öğrenci sayılarını göstermektedir. Burada dikkat çeken nokta lisans düzeyindeki toplam öğrenci sayısının tıp fakültesine yeni kayıt yaptıran toplam öğrenci sayısına göre daha yüksek olmasıdır. Bu, bir önceki yıl kayıt yaptıran öğrencilerin kaybedilmediği anlamına gelebilir. Bununla birlikte toplam öğrenci sayıları arasındaki fark tıp eğitiminin uzunluğu ve öğrenci sayısının zaman içinde arttığı gerçeğiyle de açıklanabilir. Öğrencilerin her yıl mezuniyetlerine doğru ilerlemeleri fakat her yıl yeni kayıtların eklenmesiyle sayının arttığını gösterebilir. Cinsiyet bazlı bir değerlendirme yapıldığında yeni kayıt yaptıran kadın öğrencilerin erkek öğrencilere göre daha fazla olduğu gözlemlenmektedir. Bu sayılar kadınların tıp eğitiminde ve tıp fakültelerinde fazlaca yer aldığını göstermektedir. Bu tablo aynı zamanda tıp fakültesinden fazla sayıda mezun olacağını göstermektedir. Bu da fazla sayıda kişinin hekim olarak çalışacağını göstermektedir.

Yukarıda verilen tıp fakültesindeki öğrenci sayılarına ilaveten mezun öğrenci sayılarının da verilmesinin bu çalışma açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Çünkü mezun sayıları sağlık sektöründeki iç dinamikleri ve arz talep dengesini anlamaya yardımcı olabilir. Tablo 2.2 eğitim ve öğretim alanları sınıflamasına göre

son veri yılı olan 2022-2023 yılında lisans, yüksek lisans ve doktora düzeyinde tıp fakültesi mezun sayılarını göstermektedir.

Tablo 2.2. Türkiye’deki Mezun Öğrenci Sayıları (2022-2023 öğretim yılı)

Türkiye’deki Mezun Öğrenci Sayıları (2022-2023 öğretim yılı)	Erkek	Kadın	Toplam
Lisans düzeyinde tıp fakültesi mezun sayıları	6542	7288	13.830
Tıp fakültesi yüksek lisans ve doktora derecesinden mezun öğrenci sayısı	311	783	1094

Kaynak: Yükseköğretim Bilgi Yönetim Sistemi, 2024b.

Lisans mezunları pratisyen hekim olarak hizmet vermekte, yüksek lisans ve doktora mezunları daha özel alanlarda uzmanlaşan veya araştırma yapan profesyoneller olarak hizmet sunmaktadırlar. Tablo 2.2’den daha az sayıda hekimin akademik olarak ilerlediğini söylemek mümkündür. Cinsiyet bazlı bakıldığında lisans düzeyinde erkek ve kadın öğrencilerin sayısı daha dengeli olsa da yüksek lisans ve doktora düzeyinde kadınların oranının daha fazla olması kadınların akademik alandaki artan etkinliğini ve katılımını yansıtıyor denebilir.

Son olarak aşağıda Tablo 2.3’te Türkiye’deki üniversite ve tıp fakültesi sayıları verilmiştir. Tıp fakültelerinin sayısının verilmesi gelecekteki hekim sayılarının seyri açısından önemli görülmektedir ve gelecekteki mezun öğrenci sayısını artıracak olması açısından önemlidir.

Tablo 2.3. Türkiye’de Üniversite ve Tıp Fakültesi Sayısı (2024)

Türkiye’de Üniversite ve Tıp Fakültesi Sayısı	Devlet	Vakıf	KKTC	Azerbaycan	Toplam
Türkiye’de tıp programı olan üniversite sayısı	117	109	9	1	236
Türkiye’de öğrenci alan tıp fakültelerinin sayısı (2024-25 eğitim öğretim yılı için)	87	29			116

Kaynak: YÖKAtlas, 2024

Bu tablodaki sayılar tıp eğitiminin Türkiye’deki üniversitelerde yaygın olduğuna işaret etmekte ve aynı zamanda devlet üniversitelerinin bu alandaki baskın rolünü göstermektedir. Sonuç olarak Tablo 2.1, 2.2. ve 2.3.’te gösterilen Türkiye’deki tıp fakültesi öğrenci sayıları, mezun öğrenci sayıları ve üniversite ve tıp fakültesi sayıları hekimlik mesleğine dair önemli bilgiler sunmakta ve aynı zamanda hekimlik mesleğini ve bu mesleği yapan kişi sayısını etkilemesi beklenmektedir.

Ankara Tabip Odası (ATO) Mart 2024’te TUS’ta en az ve en çok tercih edilen branşları sıralamıştır. Aşağıda tablolarda ayrıntılı olarak yer almaktadır (ATO, 2024). En az tercih edilen branşların cerrahi bölümler olduğu görülmektedir. Tablo 2.4.’e göre çocuk cerrahisi yüzde 60 boş kalmıştır. En fazla kontenjan pediatriye olmasına rağmen bu branşın yüzde 50’ye yakını boş kalmıştır. En az tercih edilen branşlarla ilgili dikkat çekici faktörlerden bir tanesi bu branşlarda çalışma koşullarının zor ve riskli olmasıdır. Tablo 2.5.’teki branşlar ise TUS’ta en çok tercih edilen branşlardır ve bu branşların daha rahat ve risk içermeyen branşlar olduğu görülmektedir (ATO, 2024). İlaveten bu branşlarda TUS’a girenlerin neredeyse tamamı bir üniversiteye yerleşmiştir. Tablo

2.4.'teki rakamlar nitelikli işgücünün neden Türkiye'den göç ettiğini açıklar niteliktedir. Hekimler bu branşlarda çalışmak ve risk almak istemedikleri için yerleşme yüzdesi düşük kalmış ve bu bölümleri tercih etmemişlerdir. Bu Türkiye'deki hekim göçünün bir sebebi olarak belirtilebilir. Hekimler mesleklerini daha iyi koşullarda yapabilecekleri ülkelere göç etmeyi bir seçenek olarak değerlendirmektedirler.

Tablo 2.4. TUS'ta En Az Tercih Edilen Branşlar

Bölüm	Toplam Kontenjan Sayısı	Yerleşme Yüzdesi
Çocuk Cerrahisi	79	% 43,0
Pediyatri	929	% 49,1
Genel Cerrahi	402	% 61,1
Göğüs Cerrahisi	113	% 61,9
Kalp ve Damar Cerrahisi	126	% 73,8
Beyin ve Sinir Cerrahisi	141	% 75,1
Kadın Hastalıkları ve Doğum	520	% 75,3
Acil Tıp	790	% 77,5
İç Hastalıkları	872	% 81,8

Kaynak: ATO, 2024

Tablo 2.5. TUS'ta En Çok Tercih Edilen Branşlar

Bölüm	Toplam Kontenjan Sayısı	Yerleşme Yüzdesi
Dermatoloji	257	% 100
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	255	% 100
Çocuk Psikiyatrisi	104	% 100
Nükleer Tıp	55	% 100
Sualtı Hekimliği	10	% 100
Fizyoloji	5	% 100
Radyoloji	447	% 99,3
Göz Hastalıkları	320	% 99,3
Kulak Burun Boğaz	315	% 99,3
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	258	% 99,2

Kaynak: ATO, 2024

Tablo 2.4 ve 2.5 göstermektedir ki TUS'ta cerrahi branşlar daha az tercih edilirken risk içermeyen branşlar daha çok tercih edilmektedir. Buna ilaveten belirtilmesi gereken bir diğer husus TUS ile ilgili bazı problemlerdir. Örneğin Kaya (2022) TUS'un belli bir uzmanlık alanına yönelik olmayıp genel bir sınav olduğunu ifade etmiştir. Bunun yanında TUS hekim adayları tarafından çok erken gündeme alınmakta ve TUS'un öncelenmesi sebebiyle dersler ihmal edilebilmektedir. Bu durum da hekim adaylarının eksik teorik bilgiye sahip olması ve genel olarak tıp bilgilerinin yetersiz kalmasına neden olmaktadır. Tıp eğitimi konusundaki bir diğer sıkıntı müfredat olduğu ifade edilmektedir. İyi bir hekim eğitim gördüğü dönemde edindiği bilgi kadar mesleğini icra ettiği dönemde de kendini güncelleme ve doğru bilgiye ulaşabilmelidir. Tıp eğitiminde en önemli hususlardan diğeri pratik ve gözlem yapmayı gerektirmesidir. Türkiye'deki tıp fakültelerinde çok sayıda öğrenci bulunması nedeniyle öğrenciler uygulama ve gözlem becerisi kazanma konusunda yetersiz kalmaktadırlar. Bunun yanında teknolojinin hızla ilerlemesi hekimlerin bu teknolojilere ayak uydurmalarını zorunlu kılmıştır.

Dolayısıyla hekimlik mesleği bir değişim içindedir. Toplum yapısındaki değişiklikler, toplumun sosyo-ekonomik yapısı, mesleğin uğradığı yapısal değişimler ve kurumsallaşma (profesyonelleşme) gibi argümanlar mesleğin toplum tarafından algılanışını şekillendirmekte ve itibar konusunda bazı değişimler ortaya çıkmaktadır (Kaya, 2022: 272). Bu değişim daha çok statü kaybı şeklinde kendini göstermektedir. Teknoloji kullanımının artması, hasta ile iletişimin azalması, yapısal değişimler, Türk Sağlık Sistemi'ndeki performans sistemi, GSS, hekimin hasta yükünün artması, muayene sürelerinin kısaltılması, günlük hasta bakımına yönelik bir üst limitin belirlenmemesi gibi nedenler sağlık sistemindeki olumsuz gidişatın göstergeleridir. Bunun yanında hasta haklarının artırılması, hasta şikayetlerine olması gerekenden fazla önem verilmesi hekimlerin toplum karşısında güçsüzleşmesine neden olmuştur. Bu olumsuzluklar mesleğin itibar kaybetmesine sebep olmuş ve toplumun mesleğe bakış açısını değiştirmiştir.

Özetle, sağlık alanındaki neoliberal politikalar, serbest piyasanın güçlenmesi, özelleştirmelerin artması Türkiye'de hekimlik mesleğinin yıpranmasına neden olmuştur. Ayrıca birçok hekimin Almanya'ya gitmesi, yurtdışına gidemeyenlerin ise kamudan özel sektöre geçmesi esasen kamudaki hekimlerin iş yükünü arttırmakta,

randevu sistemlerini kilitlemekte ve sağlık sistemindeki eşitsizliği artırmaktadır (Türkiye Raporu, 2022).

Yukarıda belirtilen sorunlara ek olarak Sayek (2017) tıp eğitimi ve mesleği ile ilgili sorunları 5 başlıkta ele almıştır. Bu sorunlar şu şekilde sıralamıştır: Tıp fakültelerinin sayısındaki plansız ve orantısız artış, tıp fakültelerinde öğrenci kontenjanlarının artışı, performansa dayalı ücretlendirmenin doğurduğu sonuçlar yani nitelikten çok niceliğin değerlendirildiği ücretlendirmeler, 2004 yılında uygulamaya konulan aile hekimliği sisteminin etkileri (SDP ile aile hekimliği sistemine geçilmesiyle toplumda eğitim olanaklarının sınırlı hale gelmesi yani uzmanlık gerektiren konular için yeterli eğitim verilmemesi, vatandaşların ilk başvurdukları kişiler olması nedeniyle hekim yetersizliği gibi) ve üniversite hastanelerinin ekonomik durumları ve bu hastanelerin hizmet hastanelerine dönüştürölmesi (Sayek, 2017: 433).

Tüm bu tartışmaların ve problemlerin bir yansıması olarak 2022 yılında hekimlerin ücretlerini düzenleyen tasarı TBMM Genel Kurulu'nda yasalaşmış ve Haziran 2022'de Resmî Gazetede Sağlıkla İlgili Bazı Kanunlarda ve 375 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun adı altında yayınlanmıştır. Kanun maddeleri özetle şu şekildedir:

1. Aile hekimliği yapan hekimlerin sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimi alma hakları 2029 yılına kadar uzatılmıştır.
2. Hekimlerin ve uzman hekimlerin emeklilik maaşları pirim kesintisinden bağımsız olarak artırılmıştır.
3. Sağlık çalışanlarının döner sermaye¹⁷ ek ödeme tavanları artırılmıştır. Döner sermaye ek ödeme tavanları; eğitim görevlisi ile profesör ve doçentlerde yüzde 800 oranından yüzde 950'ye, uzman hekim ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar ile uzman diş hekimlerinde yüzde 700'den 850'ye yükseltilmiştir¹⁸. Döner sermaye ek

¹⁷ Döner sermaye sağlık hizmetlerinin finansmanı için hastanelerde veya sağlık kuruluşlarında elde edilen gelirlerin bir kısmının sağlık çalışanlarına dağıtılmasıdır. Ek ödeme sağlık personelinin performansına, çalıştıkları birimin gelirine ve başka kriterlere bağlı olarak belli bir oranda yapılmaktadır. Tavan ifadesi çalışanların alabileceği maksimum limiti ifade eder. Tavan genellikle devlet tarafından belirlenir ve yıl içinde değişebilir.

¹⁸ Bu sayılar oranları göstermektedir.

ödeme tavanları pratisyen hekim ve diş hekimleri ile uzman eczacılarda yüzde 500'den 650'ye; hastane müdürü ve eczacılarda yüzde 250 oranı yüzde 305'e yükseltilmiştir.

4. Sabit ek ödeme değişikliğinden Bakanlık kadrosunda olan ve üniversitede uzmanlık eğitimi veya yan dal uzmanlığı eğitimi alan asistanlar da faydalanmaktadır.
5. Sağlık Bakanlığı hastanelerinden sağlık hizmeti almış fakat prim borcu nedeniyle hastane masrafı karşılanmayan kişilerin 10 bin lira altındaki borçları silinmiştir.
6. Doktor öğretim üyesi ve başasistanların tıpta uzmanlık eğitimi verebilmeleri için uzman oldukları alanda fiilen en az bir yıl çalışmış olmaları şarttır.
7. Sözleşmeli personel için sözleşmeli pozisyon sayısı artırılmıştır.

Bu Kanun ile hekimlerin hakları genişletilmiş ve gelirlerinde artışa gidilmiştir. Sağlık sistemindeki bu değişikliklerin, özellikle hekimlerin kariyer gelişimi ve finansal durumları üzerindeki etkisinin, onların göç fikirleri üzerinde etkili olabileceğinden bahsedilebilir. Bu sebeple bu Kanun maddeleri Türk hekimlerin göç kararlarını etkileyebilecek potansiyele sahip olduğu için bu çalışma kapsamında belirtilmesinin önemli olduğu görülmüştür.

2.3. ALMANYA'NIN SAĞLIK ALANINDAKİ VERİLERİ VE AB/TÜRKİYE İLE KARŞILAŞTIRMASI

Sağlık harcamalarında Avrupa ülkeleri arasında Almanya en yüksek orana sahip ülkelerden birisidir. Almanya'nın 2011 yılında sağlık harcamaları ve bu alandaki finansmanı gayri safi yurtiçi hasılası (GSYİH) içinde yüzde 10,8 iken 2023 yılında yüzde 11,8'dir (Statista, 2025) yani 2023'te Almanya GSYİH'sinin yüzde 11,8'ini sağlık harcamalarına ayırmıştır. Türkiye'nin 2011 yılında sağlık harcamaları ve bu alandaki finansmanı GSYİH içinde yüzde 4,7 olmuştur. Son veri yılı olan 2023'te ise yüzde 3,7 'de kalmıştır. 2022 yılında ise sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı Almanya'da yüzde 12,6 AB ülkelerinde yüzde 10,4'tür. Türkiye'nin oranı ise yüzde 3,7 civarındadır. 2022 yılında toplam hükümet harcamalarının bir payı olarak kamu kaynaklarından yapılan sağlık harcamalarının oranı Almanya'da yüzde 20, AB ülkelerinde yüzde 15, Türkiye'de ise yüzde 10'dur (OECD, 2024). Veriler göstermektedir ki Almanya'nın sağlık harcamaları AB ve Türkiye'den fazladır. 2022 yılında AB ülkeleri arasında, Almanya'da kişi başına düşen sağlık harcamaları 5317 euro, AB ortalaması ise 3533 euro'dur. Almanya'da sağlık harcamalarındaki oran AB

ortalamasının yüzde 50 üzerindedir. Aynı yıl Türkiye’de ise kişi başına düşen sağlık harcaması yaklaşık 1000 euro civarındadır ve bu rakam Almanya’ya göre 5 kat daha azdır (OECD, 2024). Sayılara genel olarak bakıldığında sağlık konusunda Almanya’nın genel itibariyle gelişmiş bir ülke olduğunu söylemek mümkündür. Sağlık harcamalarındaki oranın, kişi başına düşen sağlık harcamasının ve toplam hükümet harcamalarının AB ülkelerinden yüksek olması Almanya’nın sağlık alanında gelişmiş bir ülke olmasının kanıtı olarak gösterilebilir.

Sağlıklı yaşam beklentisi bir ülkenin sağlık göstergeleri açısından önemli bir faktördür. 2022 yılında Almanya’da doğumda sağlıklı yaşam yılı sayısı (engellilikten arınmış yaşam beklentisi) kadınlar için 61,2 yıl, erkekler için 60,9 yıldır. Aynı yıl AB’de doğumda sağlıklı yaşam yılı sayısı (engellilikten arınmış yaşam beklentisi) kadınlar için 62,8 yıl, erkekler için ise 62,4 yıl olarak belirlenmiştir (OECD, 2024). AB ülkeleri ile yakın değerlere sahip olan Almanya’nın doğumda sağlıklı yaşam beklentisinin ülkenin sağlık durumu hakkında bilgi verirken, sağlık politikalarının ve yaşam kalitesinin göstergesi olarak kullanılabileceğini göstermektedir.

Her 1000 kişiye düşen hekim sayısına bakıldığında 2022 yılında AB ülkelerinde her 1000 kişiye 4,2 hekim düşmektedir. Almanya’da ise her 1000 kişiye 4,5 hekim düşmektedir. Dolayısıyla Almanya AB ortalamasına göre biraz daha fazla sayıda hekimle hizmet vermektedir. 2023 yılında Türkiye’de ise her 1000 kişiye 2,3 hekim düşmektedir¹⁹. Cinsiyete göre hekim sayılarına baktığımızda son veri yılı olan 2022 yılında Almanya’daki kadın hekim sayısı 186.415, erkek hekim sayısı ise 194.834’tür (OECD Verisi, 2024). Aynı yıl Türkiye’de kadın hekim sayısı 82.758, erkek hekim sayısı ise 111.930’dur. Bu sayılara bakılarak Türkiye’deki hekim sayısının Almanya’nın gerisinde olduğu ve kişi başına düşen hekim sayısının Türkiye’de daha az olduğu söylenebilir. Çalışan hekim²⁰ sayılarına baktığımızda 2022

¹⁹ Türkiye için son veri yılı 2023 yılıdır. Almanya ve AB için 2022 yılıdır.

²⁰ Çalışan hekimlerin kapsadığı kişiler: Üniversite düzeyinde tıp eğitimi almış ve yeterli diploma ile pratik yapmaya yetkilendirilmiş pratisyen hekimler, Stajyerler ve uzmanlık eğitimi gören hekimler (yeterli diploma sahibi olup, bir sağlık kuruluşunda, diğer tıp doktorlarının gözetiminde hizmet verenler), maaşlı ve serbest çalışan hekimler, hizmet verilen yerden bağımsız olarak hizmet verenler, Ülkede pratik yapmaya yetkilendirilmiş ve aktif olarak çalışan yabancı hekimler, Radyoloji, patoloji, mikrobiyoloji, hematoloji, hijyen gibi alanlarda hastalar için hizmet veren tüm hekimler

yılında Almanya’da 381.249 hekim çalışmakta ve her 1000 kişiye düşen hekim sayısı 4,55’tir. Türkiye’de ise 2022 yılında tüm sektörlerdeki toplam hekim sayısı (uzman, pratisyen ve asistan hekim) 194.688’dir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2023). 2023 yılında Türkiye’deki toplam hekim sayısı 204.223’tür.

Pratisyen ve uzman hekim sayılarına bakıldığında 2022’de Almanya’da her 1000 kişide 0,73 kişi pratisyen hekim²¹ 3,5 kişi ise uzman hekimidir²². Türkiye’de 2022 yılında her 1000 kişide 0,73 kişi pratisyen hekim 1,56 kişi uzman hekimidir. Dolayısıyla Türkiye ve Almanya pratisyen hekim sayısında benzer bir orana sahipken Almanya’da uzman hekim sayısı Türkiye’ye kıyasla çok daha fazladır. Bu, Almanya’nın sağlık sisteminde daha fazla uzmanlaşmış bir yapı olduğunu göstermektedir. Mezun hekim sayılarına bakıldığında 2022 yılında Almanya’da her 100.000 kişide 12,38 hekim mezun olmuştur. Türkiye’de ise her 100.000 kişide 17,07 hekim mezun olmuştur. Türkiye’nin mezun verdiği hekim sayısı Almanya’ya göre daha fazladır. Fakat yukarıda belirtilen her iki ülkedeki hekim sayılarına bakıldığında Türkiye’deki hekim sayısının Almanya’dan daha az olduğu görülmektedir. Bu veriler Türkiye’deki hekimlerin başka ülkelere göç ettiklerinin ve Türkiye’den giden hekimlerin yerlerine yeni kişilerin gelmediğinin göstergesi olabilir.

İlaveten 2022 yılında Avrupa Birliği’nde kadınlar 65 yaşına geldiklerinde ortalama olarak 21,1 yıl daha yaşamayı bekleyebiliyordu, ancak bu yılların yarısından azı aktivite sınırlamalarından bağımsızdı. Erkekler için ise 65 yaşındaki kalan yaşam beklentisi kadınlardan yaklaşık 3,5 yıl daha kısaydı (17,7 yıl), ancak engellilikten bağımsız yaşanacak yıl sayısı neredeyse aynıydı. Almanya’da ise kadınlar 65 yaşına

Çalışan hekimlerin kapsamadığı kişiler: Henüz mezun olmamış öğrenciler, Diş hekimleri, stomatologlar, diş ve çene cerrahları, Yönetim, araştırma ve hastalarla doğrudan temas dışında görevlerde çalışan hekimler, İşsiz hekimler ve emekli hekimler, Yurt dışında çalışan hekimler

²¹ OECD verisinde Almanya için pratisyen hekim; bireylere, ailelere ve topluluklara sürekli ve kapsamlı tıbbi bakım sağlama sorumluluğunu üstlenen kişiler olarak tanımlanmıştır. Aile hekimleri, terapistler, genel pratikte uzmanlaşan tıp öğrencileri veya asistanları kapsamaktadır. Çocuk doktorlarını kapsamamaktadır.

²² OECD verisinde uzman hekim modern tıbbın ilkeleri ve prosedürleri çerçevesinde, özel testler, tanı, tıbbi, cerrahi, fiziksel ve psikiyatrik teknikler kullanarak insanlardaki hastalık, hastalık, yaralanma ve diğer fiziksel ve zihinsel bozuklukları teşhis eder, tedavi eder ve önler. Belirli hastalık kategorilerinde, hasta türlerinde veya tedavi yöntemlerinde uzmanlaşmışlar ve seçtikleri uzmanlık alanlarında tıbbi eğitim ve araştırma yapabilen hekimleri kapsar. Pediatristler, kadın doğum ve jinekologlar, psikiyatristler, tıbbi uzmanlar, cerrahi uzmanlar ve uzmanlık eğitimi gören tıp stajyerleri veya asistanları bu kapsamdadır. Aile hekimleri, diş hekimleri, diş cerrahları ve ağız ve çene cerrahlarını kapsamamaktadır.

geldiklerinde ortalama olarak 20,8 yıl daha yaşamayı bekleyebiliyordu ancak bu yılların 12 yılı aktivite sınırlamalarından bağımsızdı. Almanya’da erkekler için ise 65 yaşındaki kalan yaşam beklentisi yaklaşık 18 yıl idi ancak bunun 9,4 yılı aktivite sınırlamalarından bağımsızdı (OECD, 2024). Özetle bu veriler AB ve Almanya’daki 65 yaşındaki kişilerin yaşam beklentisini ve yaşam süresinin ne kadarının engellilik veya aktivite sınırlaması olmadan geçebileceğini göstermektedir. Bu veriler yaşlılıkta yaşam kalitesinin sadece yaşam süresiyle değil aynı zamanda sağlıklı bir şekilde aktivite sınırlaması olmadan geçirilip geçirilmediğinin ölçülmesinin önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Sayılar göstermektedir ki Avrupa’da ve Almanya’da kadınlar, erkeklerden daha uzun yaşam beklentisine sahip olsalar da bu uzun yaşam süresinin büyük bir kısmı fiziksel zorluklarla veya hastalıklarla geçirilmektedir. Bu durum, Almanya özelinde ülkenin yaşlanan nüfusuna yönelik sağlık hizmetleri ve yaşam kalitesini artırmaya yönelik daha kapsamlı politikalar geliştirmenin yararlı olabileceğini göstermektedir.

İstihdam oranlarına bakıldığında ise 2022’de AB’de sağlık ve sosyal bakım sektöründeki kişilerin toplam istihdam içerisindeki payı yüzde 11’dir, Almanya’da ise yüzde 13,7’dir. Almanya sağlık ve sosyal bakım sektöründe AB ortalamasından daha yüksek bir oranda çalışan kişi sayısına sahiptir. Sağlık ve sosyal bakım sektöründeki bu veriler geniş bir işgücüne gerek olduğunu ve bu iki sektörün ekonomiye etkisini yansıtmaktadır.

Almanya’nın sağlık alanındaki alt yapısına bakıldığında ortalama bir hastaneye yılda 68.000 kişi düşmektedir ki bu da yatan hasta bakımının rahatlıkla ulaşılabilir olduğunu göstermektedir (Blümel, 2023). Almanya hem hastanelerde hem de ayakta tedavide tanı odaklı ve tedavi edici pahalı tıbbi teknolojilerle donanımlıdır. Diğer AB ülkeleriyle karşılaştırıldığında Almanya 2018 yılında her 100.000 kişide en yüksek manyetik rezonans²³ görüntüleme yoğunluğuna sahipti. Almanya’nın dijitalleşmeye önem vermesiyle ulusal seviyede 1 Ocak 2015’ten itibaren elektronik sağlık kartı (eGK) resmi olarak kullanılmaya başlanmıştır. eGK Almanya’daki sağlık sigortası

²³ Canlıların iç yapısını görüntüleme amacıyla daha çok [tıpta](#) kullanılan bir yöntemdir. Yüksek düzeyde [manyetizmayla](#) canlı doku, yansıtma yöntemiyle görüntülenir.

sistemine dahil olan bireyler için kullanılmaktadır. Yani yasal sağlık sigortası olanlar eGK ile sağlık sigortasının hizmetlerinden yararlanabilmektedir. Bu bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştıran ve kişisel sağlık verilerinin dijital olarak saklandığı bir karttır (gesund.bund.de).

Almanya sağlık sistemini özetlemek gerekirse, Almanya’da sağlık sistemine eşit erişim hakkı, sağlık hizmetinin kalitesi, koordinasyonun güçlü olması, verilen eğitimin kalitesi ve sağlık çalışanları için istenen nitelikler Almanya’nın güçlü bir sağlık sistemine sahip olmasında etkindir. Evrensel kapsayıcı bir sağlık sisteminin olması, bireyler için masraf paylaşımının düşük olması gibi nedenler sağlık sistemine erişebilirlik anlamında önemlidir. Dahası şu anki reformlarla randevu hizmet merkezleri kurmak yoluyla mesai saatleri dışında bakım hizmetleri geliştirilmeye çalışılmaktadır (Blümel, 2023). Almanya sağlık sistemi küresel anlamda en iyi sağlık sistemlerinden birisine sahip olup vatandaşlarına evrensel ve kapsayıcı bir sigorta sunmaktadır. Masraf paylaşımında her bir vatandaşın düşük ve adil bir prim ödediği sağlık sigortasına sahiptir. Kuvvetli hastane ağı ile sağlam alt yapısı sayesinde vatandaşlarına istedikleri hekime tedavi olma hakkı tanımakta ve kısa bekleme süreleri ile hizmete kolay erişim sağlamaktadır. Bunların aksine sistemin bazı zayıf noktalarından da bahsedilmektedir. Groenewegen vd (2013) yatılı ve ayakta tedavi arasındaki fiyat ve kurumsal farklılıkların çok keskin olmasına değinmiş ve bu durumun kurumlar arasında koordinasyona ve hasta tedavisinin sürekliliğine engel olduğunu belirtmiştir. Ayrıca sağlık sigortalarının yasal ve özel sağlık sigortası olarak ayrılması dayanışma ilkesini zayıflatmaktadır. Son olarak, karmaşık yönetim yapısının sağlıkta reform yapılmasını zorlaştırdığı düşünülmektedir.

2.4. YÜKSEK NİTELİKLİ GÖÇ POLİTİKALARI

2.4.1. Almanya

Almanya yabancı işgücü almaya ilişkin düzenlemelere 25 Mart 1957 tarihinde Avrupa Ekonomik Topluluğu’nu kuran Roma Anlaşması ile başlamıştır (Gençler, 2003). Daha sonra “28 Şubat 1986 tarihli tek Avrupa Sözleşmesi, 14 Haziran 1985 tarihli Schengen, 1 ve 19 Haziran 1990 tarihli 2.Schengen, 7 Şubat 1992 Maastricht Anlaşması ve 2 Ekim 1997 Amsterdam Anlaşması ile Avrupa Birliği, vatandaşlığı tanımlamıştır” (Gençler, 2003: 4-5). Bu anlaşmalarla yapılan düzenlemelerden AB’ye

üye olan vatandaşlar yararlanabilmekte ve bu kişilere serbestçe çalışabilme, yerleşme ve oy kullanma hakkı tanınmıştır. Fakat bu düzenlemeler üçüncü ülke vatandaşlarını kapsamamaktadır. Daha sonraki dönemlerde işgücü piyasasındaki koşullar nedeniyle AB ülkelerinin emek gücü açısından yetersiz kalması üçüncü ülke vatandaşlarının emeğine ihtiyaç doğurmuştur. Bu doğrultuda Almanya'nın emek göçü ile ilgili ilk politikası 1950 ve 1960'larda uygulamaya başladığı misafir işçi politikası ile ilişkilidir. 1973 yılındaki petrol krizi ile göçmen alımında önemli kısıtlamalara gidilse de 2000'li yıllarda hız kazanan küreselleşme ile nitelikli göçmenlerin önemi giderek artmaya başlamıştır.

Artan rekabet ve teknolojik gelişmeler yüksek nitelikli insanlara duyulan ihtiyacı artırmıştır (Gençler, 2003). Bu kapsamda Eski Almanya Şansölyesi Gerhard Schröder Şubat 2000'de üçüncü ülkelerden bilişim alanındaki yabancı uzmanlara ve mesleklerinde uzman olan kişilere Yeşil Kart²⁴ benzeri bir uygulamayı duyurmuştur (Werner, 2002). Yeşil Kart olarak tanıtılan uygulamaya 1 Ağustos 2000'den itibaren başlanmıştır. İlk defa 2005 yılındaki Göç Yasası ve 2007 yılındaki Ulusal Entegrasyon Planı'nda yüksek nitelikli göçmenler göç politikasının hedefi olarak belirtilmiştir. (Peppler, 2018). Dahası AB'nin 2009 yılında AB Mavi Kart'ı uygulamaya koyması ve 2012 yılında bu kartın Alman yasalarında kabul edilmesi, AB üyesi olmayan göçmenlerin vasıflı işgücü göçünü kolaylaştırmıştır (Rietig ve Müller, 2016). Alman Ekonomi Enstitüsü'nün 2023 yılı Nisan ayında yayınladığı bir raporda Alman işgücü piyasasında geçen yıl yaklaşık 630 bin açık pozisyon olduğu ve bu pozisyonların doldurulamadığı belirtilmiştir. Çalışma Bakanı da önlem alınmazsa 2035 yılına kadar 7 milyon işçi açığı olabileceğini söylemiştir (euronews, 2023). Ek olarak Almanya Federal İstihdam Dairesi Başkanı Almanya'da işçi açığını kapatmak için her yıl yurtdışından 400 bin vasıflı işçiye ihtiyaç olacağını açıklamıştır (euronews, 2023).

Almanya'nın son yıllarda nitelikli işgücüne ihtiyaç duymasının sebebi ülkedeki farklı alanlardaki işgücü açığını kapatmaktır. Hekimlik mesleği Almanya'da

²⁴ 2000 yılında Almanya'da uygulanan Yeşil Kart, Bilgi ve İletişim Teknolojisi alanındaki uzmanları Almanya'ya çekmeyi amaçlamıştır. 2004 yılına kadar uygulama devam etmiştir. O zamanlar Yeşil Kartın başarısızlığı dile getirilmiş ve bunun nedeni olarak çok uluslu şirketlere az sayıda Yeşil Kart verilmesi olarak ifade edilmiştir, (https://vasistdas.de/almanyada-green-card-vasifli-isci-sikintisina-pansuman/#Green_Card_Almanyada_2000_yilinda_da_uygulanmisti, Erişim tarihi:24.02.2025)

işgücü açığının en fazla olduğu alanlardan biri olarak belirtilebilir. Uluslararası araştırmalarda sağlıkçıların göçü 2000’li yılların başından itibaren önem kazanmaya başlamış olsa da Almanya özelinde bu durum özellikle son birkaç yıldır daha da hızlı bir artış kaydetmiştir (Rutten, 2009). Bu nedenle sağlıkçıların göçü son yıllarda Almanya için önemli bir politika konusu olmuş ve Almanya nitelikli işgücü olan hekimleri ülkesine çekmek için kolaylaştırıcı politikalara ağırlık vermeye başlamıştır. Nitelikli işgücüne ihtiyaç duyulmasının birkaç önemli nedeni vardır (evrensel.net, 2023). Birincisi demografik durumun değişmesi nedeniyle- ülkedeki doğum oranlarının ve doğurgan kadın sayısının azalması- gelecekte çalışabilir nüfusun azalması, ikincisi ise yüksek ücretler üzerinde baskı kurmaya devam etmektir. Ayrıca yaşlı nüfusun artması ülkede açığı yaratmasının yanında emeklilik, bakım ve sağlık sigortaları için yatırılan işgücü primlerin azalmasına neden olmaktadır. Diğer bir deyişle sosyal güvenlik için ödeme yapacak çalışan sayısındaki yetersizlik nedeniyle Almanya yeni yasayla göçmen sayısını artırmayı hedeflemektedir.

Bu doğrultuda Almanya Federal Hükümeti 1 Mart 2020 yılından beri uyguladığı Nitelikli İşgücü Göçü Yasası ile farklı ülkelerden Almanya’ya gelen nitelikli göçmenlere iş fırsatları sunmaktadır (Almanya Federal Hükümeti, 2020). Bu yasaı geliştiren ve yenileyen Almanya Federal Hükümeti 2023 başında Alman Federal Meclisi’ne bir yasa tasarısı sunmuştur. Meclis, 2023 yılı haziran ayında nitelikli işgücü göç yasası reformunu oy çokluğuyla kabul etmiştir (deutschland.de, 2023). 388 milletvekilinin lehte oy kullandığı tasarıya 234 ret oyu verilmiş, 31 vekil çekimser kalmıştır (bbc, 2023). Yeni yasa birden fazla bölümden oluşmakta ve Kasım 2023’ten itibaren kademeli olarak yürürlüğe girmiştir (Federal Hükümet, 2023). 1 Haziran 2024 tarihinden itibaren ise *Nitelikli İş Gücü Göç Yasasının* tüm yeni kuralları geçerli olmuştur (deutschland.de, 2024). Bu yasa tasarısıyla birlikte nitelikli işgücü alımında göçmenlere esneklikler getirilmiştir. Federal İçişleri Bakanı Nancy Faeser bu yasa ile Almanya’nın dünyanın en modern göç yasasına sahip olacağını söylemiş ve sonraki adım olarak bürokrasiyi azaltmak gerektiğini belirtmiştir. Bu yeni yasa ile Almanya Avrupa ülkeleri dışından gelen vatandaşlarla işgücü açığını kapatmayı hedeflemektedir ve aynı zamanda ülkesine nitelikli göçmenleri çekmek istemektedir. Böyle bir yasanın yapılmasının temel nedeni ise ülkedeki nitelikli işgücü açığını kapatmaktır (euronews, 2023).

1 Haziran 2024 tarihinden itibaren yürürlüğe giren Nitelikli İşgücü Göç Yasasının getirdiği yenilikler şunlardır (Federal Hükümet, 2023):

AB Mavi Kartının getirdiği yenilikler: AB Mavi Kart Almanya'ya göç eden nitelikli kişilere verilen bir oturum ve çalışma iznidir, bir vize türüdür. AB Mavi Kart için Almanya'dan somut bir iş teklifi alma şartı bulunmaktadır. Ayrıca kişinin üniversite mezunu olması gerekmektedir. Belirli bir süre sonra daimî oturma iznine başvurma imkânı da sunmaktadır. Mavi Kartın en büyük avantajlarından biri AB ülkeleri arasında serbest dolaşım hakkı sağlamasıdır. Ayrıca Almanya'da AB Mavi Kartı alabilmek için kişilerin maaş şartını sağlamaları gerekmektedir. Belirlenen maaş eşiği 2023 itibarıyla önemli ölçüde düşürülmüştür. Daha önce yıllık brüt 58.400 euro olan sınır 2025 yılı itibarıyla 43.800 euro'ya indirilmiştir.

Mavi Kart sahibi olanlar için aile birleşimi kolaylaştırılmıştır. Nitelikli kişilerin eşleri veya 18 yaşından küçük çocukları aile birleşimi yoluyla Almanya'ya gidebilmektedir. Yeni düzenlemeyle AB Mavi Kartından yararlanan kişi grubu genişletilmiştir. Örneğin dar boğazın yaşandığı meslekler²⁵ genişletilmiştir. Dar boğaz yaşanan yani işgücünün eksik olduğu meslekler grubuna (matematik, bilişim, mühendislik, tıp, doğal bilimler) veteriner hekimler, diş hekimleri, eczacılar, bilişim teknolojileri uzmanları gibi meslekler de eklenmiştir. Bu mesleklerde çalışanlar da AB Mavi Kart alabilmektedir. Ayrıca üniversite mezunu olmayan ancak en az üç yıl mesleki deneyimi olan bilgi teknolojileri uzmanları da AB Mavi kartı alabilme hakkına sahip olmuşlardır. Bu da daha geniş bir işgücü grubunun Almanya'ya göç etmesini teşvik etmektedir.

Başka bir AB üyesi ülke tarafından verilmiş olan AB Mavi Kartı ile kişiler uzun ve kısa süreliğine Almanya'ya gidebilme imkânı elde etmişlerdir. Bu kişiler başka bir AB ülkesinden aldıkları Mavi Kart ile en fazla 90 günlüğüne Almanya'ya gidip çalıştıkları işle doğrudan bağlantılı olan bir ticari faaliyette bulunabilmektedirler.

²⁵ Veteriner hekimler, Diş hekimleri, Madencilik, inşaat ve lojistik alanlarda yönetici pozisyonunda olanlar, Çocuk bakımı ve sağlık gibi alanlarda yönetici pozisyonunda olanlar, Bilişim ve iletişim teknolojisi alanında hizmet sunan kurumlarda yönetici pozisyonunda olanlar, Eczacılar, Hasta bakımı veya ebelik alanlarında üniversite mezunu veya ona denk eğitim almış uzman personeller, Okullarda ve okul dışında öğretmenlik veya eğitmenlik hizmeti verebilecek personeller

Yerleşim izni (süresiz oturma izni) konusunda ise 1 Mart 2024'ten itibaren nitelikli göçmenler AB Mavi Kart ile 27 ay Almanya'da çalıştıktan sonra yerleşim izni alabilmektedirler. B1 düzeyinde Almanca biliyorlarsa bu süre 21 aya düşmektedir (Handbookgermany, 2025). Bunun dışında üniversite eğitimini Almanya'da tamamlamış kişilere yönelik çıkarılan yerleşim izni aynen kalmaktadır. Buna göre ikamet izni alan nitelikli kişiler iki yılı doldurduktan sonra yerleşim izni alabilmektedirler. Ayrıca sadece mezun olunan dalda tecrübe sebebiyle çalışma izni alınabilmesi şartı kaldırılmıştır.

Fırsat Kartı Uygulaması: Haziran 2024'ten itibaren geçerli olan fırsat kartı uygulaması nitelikli yabancı işgücünün Almanya'ya iş aramak amacıyla gelmesini sağlayacak bir puan sistemini içermektedir. Bu kartla somut bir iş teklifi olmadan Almanya'ya gelme ve burada çalışma fırsatı elde etme şansı sunulmaktadır. Böylece kişilerin geçimlerini sağlamaları koşuluyla bir yıl boyunca Almanya'da iş aramalarına izin verilmiştir. Fırsat kartı ile ülkeye girebilmek için göçmenlerin 10 üzerinden en az 6 puan almaları gerekmektedir. Almanca dil seviyesi için asgari gereksinim A2'den A1'e düşürülmüştür. Bir iş sözleşmesi kapsamında gelen kişilerin kartı Federal İş Kurumu'nun kabul etmesi durumunda iki yıla kadar uzatılabilmektedir.

Almanya genişletilmiş yeni yasasıyla bazı meslek gruplarındaki açığı kapatmayı hedeflemektedir. Bunun yanında refah düzeyini koruyabilmek ve sosyal güvenlik sistemini güçlü tutabilmek için yabancı nitelikli göçmenlere ihtiyaç duymaktadır. 2012 yılında kurulan "Make it in Germany" platformu Almanya'da çalışmak isteyenlere gerekli desteği sağlamaktadır. Almanya'da yaşamak ve çalışmak isteyen kişiler bu platform üzerinden hangi niteliklerin arandığını, ülkeye nasıl gireceklerini, nelere dikkat etmeleri gerektiğini öğrenebilmektedirler (deutschland.de, 2022). Almanya'nın büyük oranda nitelikli göçmen çekmesinde etkili olan faktörler; yüksek ücretler (özellikle hekimlik mesleğindeki yüksek maaşlar), çalışma koşullarının çekiciliği, çalışanları koruyan yasalar, düzenlenmiş çalışma saatleri, kısmi zamanlı çalışma fırsatı, ailenin korunmasına yönelik güvence altına alınmış olan yasalar ve iş yeri standartları olarak sayılabilir (deutschland.de, 2022).

2.4.2. Türkiye

Yüksek nitelikli göçmen politikaları birçok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkenin benimsediği bir politika yönelimi olmuştur (Czaika, 2018). Türkiye de tıpkı bu ülkeler gibi kalkınma için faydalı görülen yüksek nitelikli göçmenleri çekmek amacıyla çeşitli politika araçları uygulamıştır (Kılıç ve Biffl, 2022). Bu hedefi 10. Kalkınma Planında şu şekilde yer almaktadır.

“Nitelikli işgücüne olan talebin dünya çapında artması beklenmektedir. 21. yüzyıl, ülkelerin yalnızca kendi nitelikli işgücünü yetiştirmekle kalmayıp, aynı zamanda küresel ölçekte nitelikli insan kaynaklarını çekmek istedikleri bir yüzyıl olacaktır. Bu gücü doğru ve uygun bir şekilde kullanmak istiyoruz” (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2013).

9. Kalkınma Planında da yüksek nitelikli göçmenlere yönelik politikaların gerçekleştirileceğinden bahsedilmiş ve yurtdışından araştırmacıların Türkiye’de istihdam edileceğine dair ifadeler yer almıştır (Devlet Planlama Teşkilatı, 2006: 81). Hatta 9. Kalkınma Planının yüksek nitelikli işgücü istihdamı ile ilgili somut uygulamaları 2010 yılında başlatılan TÜBİTAK’ın burs ve hibe programlarıdır. Buradaki amaç verimliliği artırmak ve orta gelir tuzağından kaçınarak sanayi toplumundan bilgi toplumuna dönüşmektir.

2019 yılına kadar, TÜBİTAK, Türkiye’ye kalıcı veya geçici olarak yüksek nitelikli göçmen çekmek için üç farklı yol izledi. Bu yollardan biri Yurda Dönüş Araştırma Burs Programıydı. Bu programın amacı Doğa Bilimleri, Mühendislik, Teknoloji, Sosyal Bilimler, Tıbbi Bilimler alanlarında araştırma yapan T.C. uyruklu araştırmacıların yurtdışından Türkiye’ye dönmelerini teşvik etmek için destek vermektir. 2010-2018 yılları arasında geçerli olan bu program yalnızca yurtdışında yaşayan ve çalışan Türk kökenli araştırmacı ve bilim insanlarına açıktı. Bu program, 9. Ulusal Kalkınma Planı’nın politika önceliklerine dayanmaktadır (Kılıç ve Biffl, 2022: 2064). Program boyunca bursla 931 araştırmacı başvuruda bulunmuş, bunlardan 452’si Türkiye’ye geri dönmüştür. Türkiye’ye geri dönmüş olan bilim insanı sayısı az olmasa da bu kişiler ifade özgürlüğünün eksikliği, yükseköğretimin özerk olmaması, Türkiye’deki aşırı bürokrasi ve kayırmacılık nedeniyle Türkiye’yi terk edip tekrar yurtdışına gitmişlerdir.

TÜBİTAK'ın izlediği ikinci yol Uluslararası Araştırmacılar İçin Araştırma Burs Programıdır. Bu burs, araştırmalarının bir bölümünü Türkiye'de yapacak, doktorasını almış veya yurtdışında doktora programına kayıtlı yabancı ülke vatandaşı araştırmacılara Türkiye'deki üniversitelerde yapacakları araştırmalar için destek vermektedir (TÜBİTAK resmî web sitesi). TÜBİTAK, sanayileşmiş ülkelerin, özellikle ABD, Kanada ve Avustralya'nın nitelikli işgücü göçü politikalarını değerlendirmiş ve bunları Türkiye'nin ihtiyaçlarına uyarlamıştır. Başvuru yapabilecek olanlar, yalnızca Türkiye için stratejik değeri olan, önde gelen akademik, sanayi veya kamu kurumlarında uluslararası çalışma deneyimi ve lider bilimsel ve/veya teknolojik başarıları bulunan nitelikli araştırmacılardır.

Üçüncü yol Uluslararası Deneyimli Araştırmacı Dolaşımı Destek Programı ve Konuk veya Akademik İzinli (Sabbatical) Bilim İnsanı Destekleme Programıdır. Bu programlar Türkiye'de bir süre bulunmak isteyen her milletten akademisyene hitap etmektedir. Uluslararası Deneyimli Araştırmacı Dolaşımı Destek Programı Avrupa Komisyonu tarafından desteklenmiştir. Proje, deneyimli araştırmacıların Türkiye'nin önde gelen akademik ve sanayi kuruluşlarında araştırma projeleri gerçekleştirmelerini sağlamayı amaçlamaktadır. Konuk veya Akademik İzinli (Sabbatical) Bilim İnsanı Destekleme Programının amacı doktorasını tamamlamış ve yurt dışında doktora gerektiren bir pozisyonda çalışan, akademik izinli bilim insanları ile konuk araştırmacıların (başvuru tarihi itibarıyla en az dört yıl boyunca bir üniversite, araştırma merkezi veya özel sektörde görev yapıyor olmaları şartıyla) Türkiye'ye gelmelerini teşvik etmektir.

Yukarıda belirtilen TÜBİTAK burslarından başka yüksek nitelikli araştırmacılar için Türkiye'yi bir cazibe merkezi haline getirmeyi hedefleyen bir başka burs programı ise Marie Skłodowska Curie Uluslararası Burs ve Araştırma Destekleri (MSCA)'dır (Ufuk Avrupa). MSCA insan potansiyelini güçlendirmeyi, araştırmacıların kariyerlerini geliştirmeyi, uluslararası ve sektörler arası araştırmacı dolaşımını teşvik etmeyi amaçlamaktadır. MSCA Değişim Programı (Staff Exchange) kapsamında en az iki AB üyesi ülke ve AB üyesi olmayan ülkelere olmak üzere, Avrupa içi ve/veya dışındaki en az üç farklı kuruluşun bir araya gelerek oluşturacağı konsorsiyumlarla ortak bir araştırma projesi gerçekleştirilmesi ve sektörler arası ile uluslararası bilgi/teknoloji transferinin sağlanması amaçlanmaktadır. Bu destek

programında araştırmacının bilgi akışı ve transferi gerçekleştirmesi için geri dönüşünün sağlanması gerekmektedir. MSCA Burslara Katkı Fonu (COFUND) ağrısı, halihazırda araştırma projelerine yönelik burs ve destek programları bulunan ya da böyle bir program oluşturmayı planlayan kuruluşların, bölgesel, ulusal ve uluslararası düzeyde yeni burs programları geliştirmelerini veya mevcut programları güçlendirmelerini sağlamak amacıyla araştırma bursu sağlayan kuruluşlara ek finansman sunmayı amaçlamaktadır. Proje nerileri, doktora sonrası araştırmacıları veya doktora öğrencilerini destekleyen burs programlarına ilave olarak sunulabilir. Proje nerileri araştırmacıların dolaşımını iki şekilde desteklemektedir: Türkiye’den yurtdışına gidiş yönünde, yurtdışından Türkiye’ye geliş yönünde.

MSCA Doktora sonrası bursları ise sunulan başka bir burstur. Başvuru yapacak araştırmacıların Avrupa Paneli veya Global Panel doktora sonrası burslarından birini seçip proje nerisi hazırlamaları beklenmektedir. Avrupa Panelinde Türkiye’den AB ülkesine veya AB yesi olamayan bir ülkeye araştırma amacıyla gitmek isteyen ve Türkiye dışındaki herhangi bir ülkeden Türkiye’ye gelmek isteyen araştırmacılar bu panele başvurabilmektedirler. Global Panel kapsamında Türkiye’den başvuran bir araştırmacının 12 ay Türkiye’deki bir kuruluşa geri dönmesi veya 12 ay projesini Türkiye’de devam ettirmesi gerekmektedir.

Özetle TBTAK ve MSCA destekleri yüksek nitelikli araştırmacıların ve akademisyenlerin Türkiye’de araştırmalar yapmasını desteklemek veya gittikleri ülkelerden geri dönüp edindikleri bilgileri Türkiye’de uygulama fırsatı buldukları destek programlarıdır. Bu desteklerdeki Türkiye’ye dönme şartı veya araştırmanın bir bölümünü Türkiye’de yürütme şartı ile Türkiye’deki ekonomik ve sosyal çalışma alanlarına katkı sunulması amaçlanmıştır. Bu gelişmelerden başka Türkiye’de yasal değişikliklerle kolaylaştırılan göçmen politikalarına geçiş olmuştur ((Kılıç ve Biffl, 2022). Mavi Kart ve Turkuaz Kart bu mevzuat değişikliklerindendir.

Türkiye’de ilk kez 1995 yılında yürürlüğe giren Mavi Kart (Kanun no.4112), Türk İçişleri Bakanlığından Türk vatandaşlığından feragat ederek başka bir vatandaşlık edinme izni alan eski Türk vatandaşlarına verilmiştir. Bu kişiler Türk vatandaşlarıyla aynı haklara sahiptir (Dışışleri Bakanlığı). Mavi Kart düzenlemesinin temel nedeni Almanya ve diğer bazı Türk göçmenlerin kabul edildiği ev sahibi

Ülkelerin ift vatandaşlığı kabul etmemesidir (Pusch ve Splitt, 2013). nc dereceye kadar olan altsoyları belirtilen istisnalar dışında Türk vatandaşlarına tanınan haklardan aynen yararlanmaya devam ederler (T.C. İçişleri Bakanlığı). Bu kişilerin, seçme ve seçilme hakkı ile muafiyetli araç ya da ev eşyası ithalatı yapma hakkı bulunmamaktadır. Askerlik hizmeti yapma yükümlülükleri de yoktur. Sosyal güvenlik hakları korunmuş olup, bu hakların kullanımı, ilgili kanunlardaki düzenlemelere tabidir. Bu kişiler, kadro esasına dayalı ve kamu hukuku rejimi kapsamında asli ve sürekli kamu hizmeti görevlerinde çalışamazlar. Fakat, kamu kurum ve kuruluşlarında işçi, geçici personel ya da sözleşmeli çalışan olarak istihdam edilebilirler. Bu kart, Türk işgücü piyasasına ve yerleşime sınırsız erişim sağlar. Yüksek nitelikli Türk kökenli göçmenlerin bürokratik engeller olmadan işe alınmasında önemli bir araç haline gelmiştir (Kılıç ve Biffl, 2022).

Mavi Karttan başka diğer mevzuat değişikliği Turkuaz Kart ile ilgili olarak yapılmıştır. Turkuaz Kart ‘yabancılara Türkiye’de süresiz çalışma ve ikamet hakkı veren, yakınına ise ikamet hakkı veren belgedir (Resmî Gazete, 2017). Türkiye nitelikli işgücü ve nitelikli yatırımcıyı Türkiye’ye çekmek için Turkuaz Kart sistemini oluşturmuştur. Eğitim düzeyi, mesleki bilgisi, bilim ve teknolojiye katkısı itibariyle yüksek nitelikli işgücü olarak değerlendirilen, bilimsel ve teknolojik gelişmeye katkı sağlayan, kültürel sanatsal veya sportif faaliyetler açısından uluslararası düzeyde başarılı olan, Türkiye’nin milli menfaatlerine katkıda bulunan yabancılara Turkuaz Kart verilebilir (Uluslararası İşgücü Genel Müdürlüğü, b.t.). Turkuaz Kart için bir puanlama sistemi mevcuttur ve geçiş süreci üç yıldır. Turkuaz Kart sahibi yabancı süresiz çalışma izni sağlayan haklardan yararlanabilmektedir. Geçici koruma sağlanan yabancılara bu kart verilmemektedir.

2.5. TÜRKİYE’DEN ALMANYA’YA HEKİM G

2.5.1. Gn Nedenleri

Almanya’ya göç eden sağlık çalışanları veya hekimlerden bahsetmeden önce Almanya’dan ayrılan hekimlerin motivasyonu ile bu bölüme başlamak ülkeye gerçekleşen hekim göçünü anlamlandırmak açısından önemli görülmektedir. Bu nedenle burada öncelikle Almanya’dan ayrılan hekimlerin g nedenlerine

değiniilmektedir. Daha sonra Türkiye’den Almanya’ya göç eden hekimlerin göç nedenlerinden bahsedilmekte ve bazı sayısal veriler sunulmaktadır.

Birçok ülkenin hekimlerini ve sağlık çalışanlarını kaybetmesi ve bu konudaki şikayetleri neredeyse 20 yıl öncesine dayanmaktadır (Kopetsch, 2009). Göç veren bu ülkelerden biri de Almanya’dır. Almanya’da yaşlı hekim sayısının hızlı bir şekilde artmasına karşın genç hekimlerin sayısı giderek azalmaktadır. Almanya’ya dönen hekim sayısı bilinmemekle birlikte 2023 yılında 2200 hekim Almanya’dan başka ülkelere göç etmiştir. Bu bağlamda Almanya önemli sayıda hekimi başka ülkelere göçmen olarak vermektedir (Kopetsch, 2009).

Almanya’dan birçok hekimin göç etmesinin sebebi hekimlerin çalışma koşullarını tolere edilemez bulmalarıdır. Araştırmalar göstermektedir ki bu, üç sebebe dayanmaktadır. İlki performanslarına karşılık elde ettikleri kazancın yetersiz olduğunu düşünmeleridir. İkincisi mesleğin yoğun mesaisinden dolayı ailelerine ve kendilerine yeteri kadar zaman ayıramamalarıdır. Üçüncü motivasyonları ise bürokratik ve idari süreçlerin uzun sürmesidir (Kopetsch, 2009). Alman hekimlerin başka ülkelere göç etmesinden dolayı Almanya’da hekim açığı oluşmaya başlamış, var olan hekimlerin yaşlı ve emekliliğe yakın olmaları Almanya’nın hekimlere yönelik teşvik edici politikalar geliştirmesini gerekli hale getirmiştir (Kopetsch, 2009). Almanya’nın yaşlı nüfusunun sağlık ihtiyaçları da düşünüldüğünde ülke mümkün olduğunca çok hekimi ülkesine çekmeye çalışmaktadır.

Almanya’da hekimlerin ortalama yaşı oldukça yüksek olup artış eğilimindedir. 2023 yılı verilerine göre OECD ülkeleri arasında Almanya’da 55 yaş ve bu yaş üzerinde olan hekimlerin oranı yaklaşık yüzde 42 civarındadır. Bu yönüyle Almanya OECD ülkeleri arasında oransal olarak yaşlı hekimlerin fazla olduğu bir ülkedir. Halihazırda Almanya’da çalışan yaklaşık 97.000 hekim (yüzde 23’ü) 60 yaş ve üzerindedir (German Medical Association, 2023). Türkiye’de ise 60 yaş ve üzeri hekim yüzde 15 civarındadır (OECD, 2024: 105). Türkiye, yüzde 30 olan OECD ortalamasına göre daha genç hekimlerin bulunduğu bir ülkedir. 2023 yılında Türkiye, OECD ülkeleri arasında 55 yaş ve bu yaş üzerinde olan hekimler sıralaması içinde Birleşik Krallık’tan sonra en düşük orana sahip ikinci ülkedir. Bu anlamda OECD ülkeleri arasında en genç hekim nüfusuna sahip ilk iki ülke Türkiye ve Birleşik

Krallık'tır (OECD, 2024: 105). Türkiye'de genç hekimlerin ağırlıklı olması ve Almanya'nın çekici göç politikaları Türk hekimlerin Almanya'ya göç etme olasılığını artırmaktadır. Bu nedenle Almanya, Türkiye de dahil olmak üzere dışarıdan gelecek hekimlere önemli ölçüde ihtiyaç duymaktadır. Almanya sağlık sisteminde yaşanan işgücü profili yeni mezun sağlık çalışanlarının ülkeye göçünü kolaylaştıran göçmen politikalarının düzenlenmesinde etkili rol oynamaktadır. Keza genç nüfusa sahip ülkelerden biri olan Türkiye'de her yıl önemli sayıda genç hekimin mezun olması Türkiye'den Almanya'ya hekim göçünün artma ihtimalini ortaya çıkarmaktadır.

İkinci Dünya Savaşı'ndan sonraki 20 yılda doğanların emekli olmasıyla Almanya'da ciddi bir sağlık çalışanı işgücü açığı oluşmuştur. Emekli hekim sayısı 100.000'in üzerine çıkmaya devam etmektedir (make it in Germany, 2023). Almanya Sağlık Bakanı Karl Lauterbach ülkedeki hekim açığı ile ilgili olarak tıp eğitimi verecek yer sayısını 5 bine kadar artıramazlarsa yakında 1950-64 doğumlu jenerasyona yeterli tıbbi bakımı sağlayamayacaklarını söylemiştir. Bu kuşağa mensup hekimlerin emekliliğe yaklaşmasıyla ülkede hekim krizi ile karşı karşıya kalınacağını belirtmiştir (medimagazin, 2023).

Zira, Almanya'nın kendi hekimlerini kaybetmesine karşın fazla sayıda hekim de Almanya'ya göç etmektedir. Nitekim Türkiye Almanya'ya en çok hekim göçü veren ülkelerden biridir. 2022 yılının sonunda Almanya'daki yabancı hekim sayısı neredeyse 60.000'e ulaşmıştır (Güzel, 2024). 2022 yılında Almanya'daki yabancı hekim sayısı 59,883 iken 2023 yılında Almanya'da çalışan yabancı hekim sayısı 63,767'ye ulaşmıştır (Statista, 2025). 31 Aralık 2023 itibariyle ise Almanya'daki yabancı hekim sayısı neredeyse 64.000'e ulaşmıştır. 2013 yılına göre bu sayı iki katına çıkmıştır. Almanya'daki yabancı hekimlerin 32.000'den fazlası AB üyesi olmayan ülkelerden gelmişlerdir (make-it-in-Germany, 2023). Almanya'ya en çok Suriye'den (6.120), Romanya'dan (4.668), Avusturya'dan (2.993), Yunanistan'dan (2.943), Rusya'dan (2.941) ve Türkiye'den (2.628) hekim gitmektedir.

Almanya'ya göç eden hekim sayısındaki artışın bazı göstergeleri olduğundan bahsedilebilir. Örneğin, Almanya'da bir tıp derneğine ilk defa kaydolun göçmen hekim sayısı yüzde 14 üzerinde bir artış göstermiştir (German Medical Association, 2023). 2021 yılında 9636 göçmen hekim Almanya'dan denklik alabilmek için

başvuruda bulunmuştur (make-it-in-Germany, 2023). Bunda Almanya'nın hekimlere birçok kariyer fırsatı sunmasının etkisi vardır. Örneğin hekimler hastanelerde, kliniklerde, sağlık merkezlerinde, yaşlı bakım merkezlerinde, evde bakım hizmetlerinde çalışma imkanına sahiplerdir. Ayrıca hekimler kendi kliniklerinde bağımsız olarak çalışma imkanına da sahiplerdir. İlaveten tüm meslek alanları içerisinde Almanya'da en çok para kazandıran meslek tıp doktorluğudur (make-it-in-Germany, 2023). Dolayısıyla bu durumun Almanya'daki göçmen hekim sayısının artışında etkili olduğu belirtilebilir.

Türkiye'den Almanya'ya hekim göçünde birçok faktör etkili olmaktadır. Düşük ücretler, şiddet olaylarının artması, uzun saatler tutulan nöbetler, çalışma koşullarının zor olması sorunlarına ek olarak yüksek enflasyon, alım gücü ve yaşam standartlarının düşmesi hekimlerin eski jenerasyonlara göre çok daha zor koşullarda çalıştıklarını göstermektedir (Türkiye Raporu, 2022). Bu faktörler Türkiye'den Almanya'ya hekim göçünü ciddi oranda arttırmıştır. Türkiye'den Almanya'ya gerçekleşen hekim göçünün son yıllarda artış eğiliminde olmasının ardında Almanya göçmen politikasının göç alımını artıracak şekilde yeniden düzenlenmesi, Türkiye sağlık sisteminde yaşanan problemler, Almanya sağlık çalışanlarının profili (yaşlanan hekim nüfusu) ve küresel ağların hızlanması gibi faktörler etkili olmaktadır. Sağlık çalışanlarının göçünde sağlık çalışanlarının milliyeti, doğum yeri ve uzmanlık eğitimlerini hangi ülkede (kaynak/hedef) aldıkları gibi unsurlar önemli olabilmektedir (OECD, 2019).

Türkiye'nin hekimler gibi yüksek nitelikli kişileri başka ülkelere kaybetmesinin nedenlerinden bazıları da çalışanların haklarının, iş güvenliğinin ve çalışma koşullarının iyi olmamasıdır (Kılıç ve Biffl, 2022). Buna ek olarak Türkiye'deki siyasi gelişmeler de yüksek nitelikli göçmenlerin Avrupa ülkelerine ve ABD'ye göç etmelerine sebep olmaktadır.

Tablo 2.6.'da Almanya'daki Türk hekimlerin sayısı gösterilmektedir. Alman Tabipler Birliği (German Medical Association)'nin verilerine göre Almanya'daki Türk hekim sayısı 2023 yılında 2600'ü geçmiştir.

Tablo 2.6. Almanya'daki Türk hekim sayısı ve aktif olarak çalışan hekim sayısı, 2012-2023 yılları arası

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Almanya'daki Türk hekimler	922	924	954	995	1052	1148	1273	1434	1607	1802	2160	2628
Almanya'da aktif olarak çalışan Türk hekimler	734	731	749	789	826	921	1049	1214	1367	1538	1889	2344

Kaynak: Alman Tabipler Birliği (yıllık istatistiklere erişmek için web sitesi <https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/aerztestatistik/2023>)

Tabloya göre 2012-2023 yılları arasında Almanya'daki Türk hekim sayısı sürekli artış göstermiştir. Türkiye'den Almanya'ya hekim göçü her yıl düzenli olarak artmıştır. Hekimlerin göç sebebi ve göç miktarındaki artış yukarıdaki etkenlere bağlı olarak ve aynı zamanda kişilerin koşullarına göre değişiklik göstermektedir. Bu nedenle kişilerin göç tecrübelerini ayrı olarak değerlendirmek gerekmektedir.

Aşağıdaki 2.7 numaralı tablo ise Almanya'da çalışan toplam göçmen hekim sayısını göstermektedir (TÜBİTAK 1001/123K434 Ara Raporu, 2024).

Tablo 2.7. Almanya'da Çalışan Toplam Göçmen Hekim Sayısı, 2012-2023

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Toplam çalışan göçmen hekim	28310	31236	34706	37878	41657	45370	48672	52519	56107	57164	59881	63767

Kaynak: TÜBİTAK Araştırma Projesi Gelişme Raporu-Bilimsel Rapor, 2024

Tablodan görüleceği üzere Almanya'da çalışan göçmen sayısı her yıl artmaktadır. Bu artış, Almanya'nın sağladığı gelişmiş çalışma koşulları, göç politikalarındaki kolaylıklar, diploma denkliği işlemlerindeki basitlik ve dil eğitimi ile entegrasyon fırsatlarının etkisiyle açıklanabilir.

2.5.2. Göçün Biçimleri

Türkiye’den Almanya’ya 1960’lı yıllarda başlayan ve bu dönemde daha çok sanayi mesleklerine dayanan niteliksiz işgücü göçü zamanla biçim değiştirmiş ve yüksek nitelikli işgücü göçüne evrilmiştir. Türk hekimler de 1960’lardan bu yana tıbbi bilgi ve mesleki deneyim kazanmak amacıyla Almanya’ya göç etmişlerdir. Bu bağlamda Türk hekimlerin Almanya’daki kariyer yolculuğunu etkileyen mekanizmaları anlamak önemli olmuştur.

Peppler (2018) tezinde Almanya’ya göç eden hekimlerin üç jenerasyonundan bahsetmektedir. Bu üç jenerasyon hekim, Türkiye’de mülakat yapılan kişilerin sosyal geçmişine göre adlandırılmıştır. Birinci jenerasyon (1961-1974 yılları arası göç edenler) 1930’lar/1940’larda eski üst sınıflarda büyüdüğü için "göçmen eski elit" olarak adlandırılmaktadır. İkinci jenerasyon (1979-1990 yılları arasında göç edenler), 1950’ler/1960’larda, Türk toplumunda demografik değişimlerle birlikte yeni oluşan orta ve üst sınıflarda büyüdüğü için "göçmen yeni elit" olarak adlandırılmaktadır. Üçüncü jenerasyon (1999-2012 yılları arasında göç edenler), 1970’ler/1980’lerde, artan küreselleşme ile orta ve üst sınıflarda büyüdüğü için "göçmen global elit" olarak adlandırılmaktadır (Peppler, 2018: 492). Bu terimler hekimlerin Türkiye’deki geçmişine göre adlandırılmıştır.

Almanya’da hekimlik mesleğine giriş birinci jenerasyon için kolay olmuştur çünkü Almanya’nın o zamanlar tıbbi personele olan ihtiyacı mesleğe geçişi kolaylaştırmıştır. Bu ihtiyaç özellikle Almanların istisnai olarak kırsal alanlardaki sağlıkçı açısından kaynaklanmıştır (Güzel, 2024). Dolayısıyla birinci jenerasyon Türk hekimler Almanya’nın kırsal bölgelerindeki hekim açığını bir süreliğine kapatmışlardır. Fakat bu hekimlerin durumu belirsizdi çünkü özel olarak verilmiş olan çalışma izinleri geçiciydi ve ellerinden alınabilirdi (Euwals vd, 2010: 516). Nitekim bu durum 1970’lerin ortalarına kadar geçerli olmuş ve o dönemde göçmenlik politikalarındaki değişiklikler ve kısıtlamalar hekimlerin durumlarını büyük ölçüde değiştirmiştir. 1973 yılındaki ekonomik kriz nedeniyle Almanya yabancı işgücü alımını durdurmuştur. Aynı zamanda Alman Hükümeti’nin yaptığı yasa değişiklikleri sonucunda yabancı hekimlerin geçici çalışma izinlerinin süresi ve özel uygulamaların süresi dolduktan sonra yenilenmemiştir. 1974 yılında çıkarılan Yerli Vatandaşların

Üstünlüğü Yasası ile ülke vatandaşı olmayan kişilerin işgücü piyasasına girişleri zorlaştırılmıştır. Yetkililer sıkı bir denetimden sonra yeni çalışma izni vermişlerdir fakat oturma izinleri çalışma izinlerine bağlı olmuştur (Torlak vd, 2005). Dolayısıyla bu kısıtlayıcı politikalar nedeniyle yabancı hekimlerin Almanya’da hekimlik yapmaları zorlaşmıştır. Dolayısıyla Türk hekimler bu süreçte ya Türkiye’ye geri dönecekler ya da Alman vatandaşlığına geçeceklerdi. Sonuç olarak kısıtlayıcı göç politikaları nedeniyle göçmen eski elit sınıfı 1970’li yılların ortalarından başlayarak geri dönenler ve vatandaşlık alan hekimler olarak ikiye ayrılmışlardır (Peppler, 2018: 496).

1980’lerde Almanya; ekonomik büyümesinde yavaşlama, işgücü piyasasının daralması ve kısıtlayıcı göçmen politikaları ile karakterize olmuştur (Güzel, 2024). Ekonomik baskı sağlık sisteminde finansal bir reforma neden olmuştur. 1977 yılından başlayarak sağlık alanında büyük masraflar kanunla düşürülmüştür ve 1993 yılında Sağlık Yapısı Yasası yürürlüğe konmuştur (Thompson, 1993). İkinci jenerasyon - göçmen yeni elit-1970’lerin sonunda Türkiye’deki siyasi huzursuzluk nedeniyle Türkiye’den ayrılmak zorunda kalmış ve Almanya’ya göç etmiştir (Peppler, 2018). Bu jenerasyon ilk jenerasyona göre daha büyük zorluklarla karşılaşmıştır çünkü Türkiye’de bitirdikleri tıp fakültelerinin diplomalarını Almanya Hükümeti tanımamıştır. Türk hekimlerin Alman Üniversitelerinin hekimlik sınavlarını geçmeleri gerekiyordu. Neticede bu hekimler öğrenci statüsüne düşüyordu. Almanya’daki tıbbi üstlerinin yetkililere bu hekimlere ihtiyaç olduğu yönünde onay vermeleri gerekmektedir. Bu dönemde daha çok Türk hekimler Türk vatandaşlarına hizmet vermişlerdir (Iredale, 2001).

Üçüncü jenerasyon (1999-2012 yılları arasında göç edenler) göçmen global elit (Peppler, 2018) olarak adlandırılmıştır. Üçüncü jenerasyon bu göçmenler AB mevzuatının kısıtlayıcı politikalarına takılmışlardır. Özellikle Amsterdam Anlaşması yabancı hekimlerin Avrupa Birliği topraklarında hekimlik yapma olasılığını zorlaştırırken AB vatandaşlarına kolaylaştırmıştır (Iredale, 2001). Almanya Hükümeti üçüncü ülkelerden gelen hekimler için denklik şartı getirmiştir ve bu kapsamda hekimlik denkliği sınavını geçmeleri gerekmektedir.

Özetle birinci, ikinci ve üçüncü jenerasyon Türk hekimler Almanya’da mesleklerini yapabilmek için 1960’lardan itibaren birçok zorluk ve kısıtlamayla karşılaşmışlardır. Almanya’ya göç eden hekimlere işgücü ihtiyacı duyulduğu dönemlerde kucak açıldığı daha sonrasında ise Alman işgücü piyasasından dışlandıkları görülmektedir. AB içinde serbest dolaşımın gelişmesi Türk vatandaşların Almanya’ya erişimini kısıtlamış işgücü eksikliklerinin Türkiye yerine Doğu Avrupa’dan gelen hekimlerle karşılandığı görülmüştür. Bu bağlamda Almanya’da tıp mesleğini yapabilmeye yönelik göç politikasındaki dinamikler koşullara göre değişiklik göstermiştir.

2.5.3. Göçün Etkileri ve Önemi

Sağlık çalışanlarının küresel göçü, dünya çapında sağlık sektöründe öne çıkan sorunlardan biri olmuş (Bludau, 2021) ve önemli bir sosyo-ekonomik konu haline gelmiştir. Günümüzde nitelikli sağlık çalışanlarının göçü nedeniyle sağlık sistemi küresel anlamda birtakım sıkıntılar yaşamaktadır. Sağlık çalışanlarının göçü ile sağlıkçılar bir tarafta ihtiyacı olan kimselere acil sağlık hizmeti sunabiliyorken ve Evrensel Sağlık Güvencesi konusunda başarı ve ilerleme kaydediyorken diğer taraftan sağlık çalışanlarının göçü sağlık sistemini ve birçok ülkedeki Evrensel Sağlık Güvencesini tehdit etmektedir (WHO, b.t.). Ülkeler sağlık çalışanlarının göçünü kontrol altına almak ve onları desteklemek için *Dünya Sağlık Örgütü Uygulama İlkeleri ve Sağlık İşgücü 2030: sağlık için insan sermayesi üzerine bir küresel strateji* gibi araçları yasalaştırmışlardır (Uluslararası Göç Örgütü, 2023). *BM Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları* arasında (Amaç 3), çok sayıda hastalığın azaltılması, ölüm oranlarının düşürülmesi, herkesin sağlık hizmetlerine ve bakımına erişebilmesine dayalı çok sayıda hedef bulunmaktadır. Bu hedeflere ulaşabilmek için etkili, kapsamlı ve yaygın bir sağlık hizmeti sistemi gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerini sunan işgücünün mesleki niteliği, deneyimi ve bilgisi önem arz etmektedir. Bu kapsamda gelişmiş ülkeler sağlık çalışanlarının taleplerini karşılamaya, onların dışarıya göçünü önlemeye ve sağlık çalışanlarını ülkelerine çekmeye çalışmaktadırlar. Bir ülkenin iyi bir sağlık sistemine sahip olması nitelikli, güvenilir, tutarlı ve güçlü sağlık çalışanlarına bağlıdır (Yıldırım, 2009). Skeldon (2009) sağlık çalışanlarının bir ülkenin refah düzeyini belirlemede en önemli aktörler

olduğunu belirtmiştir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının başka ülkelere göçü iyi anlaşılmalı ve onlara iyi, müreffeh çalışma ve yaşam koşulları sağlamak için politikalar üretilmelidir. Türkiye'nin sağlık sistemi verilerine bakıldığında, konu üzerine doğru akademik bilgi üretimi ve verilere dayalı politika oluşturma gerekliliği daha net anlaşılmaktadır. Sağlık Bakanlığının yayınladığı veriler Türkiye'de sağlık personeli sayısının istikrarlı biçimde arttığını göstermektedir. Tablo 2.8 Türkiye'de yıllara göre toplam hekim sayısını göstermektedir.

Tablo 2.8. Yıllara Göre Türkiye'de Uzman Hekim, Pratisyen Hekim ve Asistan Hekim Sayıları, Tüm Sektörler

	2002	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Uzman Hekim	45.457	82.894	85.199	88.127	93.517	95.600	101.233
Pratisyen Hekim	30.900	44.053	46.843	49.760	53.035	53.697	54.899
Asistan Hekim	15.592	26.181	28.768	33.372	37.017	45.391	48.091
Toplam Hekim	91.949	153.128	160.810	171.259	183.569	194.688	204.223

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023

Tablo 2.8.'e göre uzman hekim, pratisyen hekim ve asistan hekim sayılarında genel olarak bir artıştan bahsedilebilir. Bu artış Türkiye'deki sağlık eğitiminin artan talebe yanıt verdiğini ve fazla sayıda hekim yetiştirildiğini gösterse de hekim göçü nedeniyle yeterli olmayabilir. Dolayısıyla bu sayıların artışı Türkiye'deki hekim göçü nedeniyle sağlık alanındaki potansiyel eksiklikleri telafi etmeye yetmeyebilir. Bu da göstermektedir ki tablo 2.8'deki hekim sayıları hekim göçünün Türkiye için önemini vurgulamakta aracı bir unsur olabilir.

Tablo 2.9. Sektörlere ve Ünvanlara Göre Türkiye’de Sağlık Personelinin Dağılımı, 2023

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
Uzman Hekim	57.286	12.574	31.373	101.233
Pratisyen Hekim	48.855	666	5.378	54.899
Asistan Hekim	24.232	20.926	-	45.158
Yan Dal Asistan Hekim	1.389	1.544	-	2.933
Toplam Hekim	131.762	35.710	36.751	204.223

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2024

Tablo 2.9. sektörlere ve ünvanlara göre 2023 yılında Türkiye’deki sağlık personelinin dağılımını göstermektedir. Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel sektördeki toplam hekim sayısı 204.223’tür. Uzman, pratisyen ve asistan hekimlerin çok büyük çoğunluğu Sağlık Bakanlığı kadrolarında çalışmaktadırlar. Yan dal asistan hekimlerle birlikte Sağlık Bakanlığı’nda 2023 yılındaki toplam hekim sayısı 131.762’dir. Dikkat çeken bir husus uzman hekim ve pratisyen hekimlerin üniversite hastanesinden ziyade daha çok özel sektörde çalışmalarıdır. Bu durum birkaç faktörün yansıması olabilir. Özel hastaneler hekimlere daha yüksek kazanç elde etme imkânı sunabilmektedir. Hastalara kolay erişme imkânı gelir artırıcı bir etken olabilmektedir. Özel hastanelerde hekimlerin çalışma koşulları daha iyi olabilir. Örneğin daha esnek çalışma saatleri ve daha az bürokratik engel gibi koşullar olabilir. Bunlara ilaveten özel sektörde hekimler hastalarına daha fazla kişisel hizmet verme gibi imkanlara sahip olabilirler. Ayrıca özel sektörde kendi muayenehanesini açma gibi fırsatlar söz konusu olabilmektedir. Üniversite hastanelerinde idari işler daha çok vakit alabilmektedir. Bu bürokratik engeller hekimlerin kendi mesleklerinden çok yönetsel ve idari işlere zaman ayırmak zorunda kalmalarına yol açabilir. Başka bir etken ise özel hastanelerde hekimler kendi uzmanlık alanlarını daha etkin şekilde kullanıp daha verimli bir şekilde çalışabilirler. Dolayısıyla bu etkenler hekimlerin iş tercihleri ve çalışma koşullarıyla ilgili önemli ipuçları verebilir. Bundan başka daha fazla sayıda hekimin Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde çalışmasının da birkaç sebebi olabilir. Örneğin hekimler Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde çalışarak kendilerini düzenli maaş,

sosyal güvence ve emeklilik imkanları açısından mali güvencede hissedebilirler. Ayrıca bu hastaneler hekimlere daha fazla eğitim ve yükselme imkânı tanıyabilir.

Tablo 2.10. Türkiye’de Hekim sayısı (uzman, pratisyen ve asistan hekim), Hekim Başına Düşen Kişi Sayısı ve Hekim Başına Düşen Toplam Müracaat Sayısı, 2009-2022

Yıllar	Hekim sayısı (uzman, pratisyen ve asistan hekim)	Hekim başına düşen kişi sayısı	Hekim başına düşen toplam müracaat sayısı
2009	118 641	612	4 447
2010	123 447	597	4 367
2011	126 029	593	4 850
2012	129 772	583	4 791
2013	133 775	573	4 712
2014	135 616	573	4 749
2015	141.259	557	4 673
2016	144 827	551	4 735
2017	149 997	539	4 793
2018	153 128	536	5 110
2019	160 810	517	5 055
2020	171 259	488	3 505
2021	183 569	461	3 681
2022	194 688	438	4 388

Kaynak: TÜİK, 2024b

Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel sektörde çalışan tüm hekimleri kapsar

Tablo 2.10.’daki hekim sayısına bakıldığında 2009-2022 yılları arasında hekim sayısının sürekli arttığı görülmektedir. Bu da tıp fakültesinden mezun olan kişilerin sayısında her geçen yıl artış olduğu anlamına gelmektedir. Yıllara göre hekim başına düşen kişi sayısına bakıldığında sayılar hekimlerin iş yoğunluğuna işaret etmektedir. 2022 yılında hekim başına düşen kişi sayısı diğer yıllara göre en az olmasına rağmen 438 hasta bir hekimin önemli ölçüde yoğun çalıştığını göstermektedir. Hekim başına düşen müracaat sayısı ise hekimlerden alınan randevuların yoğunluğunu göstermektedir.

Tablo 2.8, 2.9 ve 2.10'a bakıldığında Türkiye'de önemli sayıda hekim olduğu görülmektedir. Bu sayılar mezun sayısının da fazla olduğunu göstermektedir. Tüm sektörlerde çalışan hekim sayısı 200.000'in üzerindedir. Fakat hekim başına düşen kişi sayısının çok fazla olması hekim açığı olduğunu göstermektedir. Bu nedenle Türk hekimlerin başka ülkelere göç etmesi bu açığın daha da artmasına, Türkiye'nin sağlık sistemi üzerinde ciddi bir yük oluşturmaya ve insanların sağlık sistemine erişiminde ciddi sorunlar yaşamasına neden olabilir.

Türkiye, son on yılda her yıl kademeli olarak artan ve büyük miktarda gerçekleşen hekim göçünü kaynak ülke olarak deneyimlemektedir. Türkiye başta hekimler olmak üzere yetişmiş sağlık emekçilerini özellikle Almanya'ya kaybetmekte ve büyük bir nitelikli insan kaybıyla karşı karşıya bulunmaktadır. Türkiye'den Almanya'ya göç eden sağlık çalışanlarının göçüyle ilgili TTB'de net sayısal bir veri bulunmamasına rağmen TTB verilerine göre 2024 yılında toplam 2694 hekim Türkiye'den yurtdışına göç etmek üzere iyi hal belgesi almıştır (TTB, 2024). Sayılar sadece Almanya değil yurtdışına gitmek amacıyla belge alan hekimlerin sayısını göstermektedir. Bu sayılar yalnızca iyi hal belgesi alan hekim sayısını göstermekte olup, belgeyi alan hekimlerin kaçının yurtdışına gittiği bilinmemektedir. 2012 ve 2023 yılları arasında düzenli ve artan bir göç söz konusudur. Yalnızca Covid salgını sebebiyle 2020 yılında bu sayıda bir azalma olmuş ve iyi hal belgesi alan hekim sayısı 931'e düşmüştür. Aşağıda yurtdışına göç etmek amacıyla TTB'den iyi hal belgesi alan hekim sayısı kesin olmamakla birlikte yaklaşık olarak gösterilmiştir²⁶.

²⁶ Bu sayısal veriler 2024'te TTB'den mail ile istenmiştir. TTB'nin verdiği yaklaşık verilerdir. Bu sayılar sadece iyi hal belgesi alan hekim sayısını göstermekte olup kaçının yurtdışına gittiği hakkında bir bilgi vermemektedir.

Tablo 2.11. Türk Tabipleri Birliğinden İyi Hal Belgesi Alan Hekim Sayısı

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ocak	3	13	12	11	20	42	34	102	81	90	197	251	224
Şubat	3	8	12	6	10	34	47	92	77	76	157	214	229
Mart	4	6	12	11	20	35	61	81	63	87	213	235	228
Nisan	4	11	7	9	8	26	37	72	36	76	214	181	201
Mayıs	3	4	7	10	17	34	76	94	33	83	161	238	243
Haziran	3	3	6	15	28	34	46	53	65	121	229	242	133
Temmuz	4	7	6	17	18	38	74	81	65	94	231	288	322

Tablo 2.11. (Devam)

Ağustos	3	5	8	9	23	54	62	97	92	178	281	315	214
Eylül	9	9	12	19	25	62	85	81	113	162	255	321	215
Ekim	6	4	36	16	24	31	91	102	110	144	215	256	256
Kasım	10	11	-	13	30	50	115	89	100	135	264	244	209
Aralık	7	9	-	14	22	42	74	103	96	159	268	240	220
Toplam	59	90	118	150	245	482	802	1047	931	1405	2685	3025	2694

Kaynak: TTB, 2024

Söz konusu on yıllık süreçte Türkiye’den Avrupa’ya gitmek için iyi hal belgesi talebinde bulunan kişi sayısında ciddi bir artış (2020 COVID-19 dönemi hariç) söz konusu olmuştur. 2024 yılında 2694 hekim iyi hal belgesi almıştır. Bu sayı ciddi sayıda hekimin Türkiye’den gitmek istediğini ve yurtdışında hekimlik yapmak istediğinin bir kanıtı olarak görülebilir. Türk Tabipleri Birliği’nin bu verileri hekimlerin hangi ülke için belge istediklerini belirtmemektedir fakat hekimler daha çok Avrupa ülkeleri, Kanada, Avustralya, ABD, Birleşik Arap Emirlikleri, Katar için talepte bulunmaktadır (independent türkçe, 2023). Hekimler en çok bu ülkelere göç etmektedirler.

Türkiye’nin son yıllarda aldığı hekim göçü, Türkiye’den ayrılanların çok altında kalmaktadır. Bu da Türkiye’nin hekim açığı veren bir ülke olduğu gerçeğini göstermektedir. Gelecek yıllarda bu açığın daha kronik bir hal alacağına ilişkin en temel gelişmelerden biri ise, Türkiye’de yaşanan nüfustur. TÜİK’in 2024 yılında yayınladığı İstatistiklerle Yaşlılar araştırması sonuçlarına göre 65 yaş ve üzeri yaştaki nüfus 2018 yılında 7 milyon 186 bin 204 kişi iken son beş yılda yüzde 21,4 artarak 2023 yılında 8 milyon 722 bin 806 kişi olmuştur (TÜİK, 2024a). Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2018 yılında yüzde 8,8 iken, 2023 yılında yüzde 10,2’ye yükselmiştir. Yaşlı nüfus oranının 2030 yılında yüzde 12,9, 2040 yılında yüzde 16,3, 2060 yılında yüzde 22,6 ve 2080 yılında yüzde 25,6 olacağı öngörülmüştür (TÜİK, 2024a). Söz konusu artış sağlık hizmetlerine ve sağlık çalışanlarına yönelik artan ihtiyacı da beraberinde getirecektir. Bu açığa yönelik önlem alınması gerekliliği, 12. Kalkınma Planı’nın Nitelikli İnsan, Güçlü Toplum başlığı altında yer alan İstihdam ve Çalışma Hayatı alt başlığında belirtilmektedir. Bu başlıkta ülkemizden yurtdışına gerçekleşen nitelikli göçün nedenlerinin analiz edilmesinin önemi ve nitelikli işgücünün ülkemizde kalmasını sağlamaya yönelik çalışmalar yapılmasının (700.1) ve profesyonellerin göçünün engellenmesine yönelik öneriler sunan (700.1) çalışmaların önemi vurgulanmıştır (T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2023: 163).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE'DEN ALMANYA'YA HEKİM GÖÇÜ

ARAŞTIRMA BULGULARI

Bu bölümde Everett Lee'nin itme çekme teorisi kapsamında Türkiye'den Almanya'ya göç eden hekimlerin göç etme nedenleri ve entegrasyon süreçlerine ilişkin alan çalışmasının bulguları sunulmaktadır.

Bölümde hekimlerin demografik görünümü, eğitim geçmişi, Türkiye'deki meslek hayatı ve çalışma koşulları, göç süreçleri, göç nedenleri, Almanya'yı tercih etme sebepleri, göçmen ilişkiler ağı, Almanya'da iş bulma deneyimleri ve çalışma koşulları, entegrasyon deneyimleri açıklanmakta ve cinsiyet açısından gözlemleri aktarılmaktadır. Tezin en önemli ayağını oluşturan entegrasyon süreci de anlatılmakta ve hekimlerin entegrasyonu işgücü piyasasına katılım, haneîçi alan ve kamusal temsil açısından ayrıntılı olarak açıklanmaktadır. İşgücü piyasası, haneîçi alan ve kamusal temsil konularının hekimlerin Almanya'daki entegrasyon sürecini anlamak açısından önemli görülmesi nedeniyle bu konulara değinilmesi tezin amacını gerçekleştireceği için gerekli görülmüştür.

3.1. ALMANYA'YA GÖÇ EDEN HEKİMLER KİMLER?

Bu bölümde Almanya'ya göç eden hekimlerin genel profilini ortaya koymak üzere hekimlerin yaş, cinsiyet, medeni hali gibi demografik bilgileri, Türkiye'de aldıkları eğitim, sosyo-ekonomik durumları, Türkiye'deki meslek hayatı ve mesleki tecrübelerine yer verilmiştir.

3.1.1. Demografik Özellikler

Çalışma kapsamında toplam 30 hekim ile mülakatlar gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma tıp eğitimini Türkiye'de tamamlamış, sonrasında bir süre Türkiye'de hekimlik mesleği yapmış ve Türkiye'de çalıştıktan sonra Almanya'ya göç etmiş hekimleri kapsamaktadır. Hekimlerin doğum yeri Ankara'dan Hatay'a farklılık göstermekle birlikte yalnızca dört hekim yabancı bir ülkede Bulgaristan veya Almanya'da doğmuştur. Almanya'ya gitmeden önce yaşadıkları şehirler de çok farklılık göstermekte ve göç öncesi Türkiye'nin farklı yerlerinde hekimlik yapmakta olan hekimlerle mülakat yapma imkânı olmuştur. 21 erkek 9 kadın hekim ile mülakat

gerçekleştirilmiştir. Hekimlerin yaş ortalaması 40 olup büyük bir çoğunluğu evlidir. Katılımcıların dokuzu bekar, biri boşanmıştır. Evli olanlardan sadece bir kişinin çocuğu yoktur. Hekimler Almanya'ya eş ve çocuklarıyla birlikte göç etmişlerdir. Ailecek göç eden hekimler ortak bir karar sonucunda Almanya'ya göç etmişlerdir. Aşağıdaki tabloda mülakat gerçekleştirilen hekimlerin demografik bilgileri bulunmaktadır.



Tablo 3.1. Mülakat gerçekleştirilen hekimlerin demografik bilgileri

Katılımcı	Doğduğu Şehir	Cinsiyet	Yaş	Medeni durum	Çocuk sayısı	Mezun olduğu üniversite	Çalıştığı hastane
K1	Almanya Düsseldorf	Erkek	25	Bekar		Eskişehir Osmangazi Üniversitesi	Erzurum Devlet Hastanesi
K2	Lefkoşa	Kadın	44	Evli	2 çocuk	Ege Üniversitesi	Manisa Eğitim ve Araştırma Hastanesi
K3	Samsun	Erkek	35	Bekar		Kırıkkale Üniversitesi	Ankara 29 Mayıs Devlet Hastanesi
K4	Şırnak	Erkek	34	Bekar		Mersin Üniversitesi	Şırnak Devlet Hastanesi
K5	Konya	Kadın	38	Evli	2 çocuk	Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi	Özel hastane
K6	İstanbul	Erkek	29	Bekar		Edirne Üniversitesi	Edirne Eğitim ve Araştırma Hastanesi
K7	İzmir	Erkek	40	Bekar		Manisa Celal Bayar Üniversitesi	Bayındır Devlet Hastanesi
K8	Mardin	Erkek	37	Bekar		Bursa Uludağ Üniversitesi	Söylemek istemedi
K9	İstanbul	Erkek	31	Evli	Çocuksuz	Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi	Namık Kemal Üniversitesi Hastanesi
K10	Ankara	Kadın	39	Evli	2 çocuk	Ankara Gazi Üniversitesi	Kastamonu İlçe Hastanesi
K11	Erzincan	Kadın	45	Evli	2 çocuk	İstanbul Üniversitesi Çapa	Özel hastane
K12	Antalya	Erkek	55	Evli	1 çocuk	İstanbul Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	Özel hastane
K13	Ordu	Erkek	33	Evli	1 çocuk	İstanbul Üniversitesi	Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi
K14	Bulgaristan	Erkek	57	Boşanmış	1 çocuk	İstanbul Üniversitesi Çapa	İstanbul ama hastaneyi söylemek istemedi.
K15	Hatay	Erkek	47	Evli	2 çocuk	Samsun 19 Mayıs Üniversitesi	Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi
K16	Antalya	Erkek	35	Evli	1 çocuk	Ankara Gazi Üniversitesi	Tokat Devlet Hastanesi
K17	Balıkesir	Erkek	43	Evli	2 çocuk	Ankara Üniversitesi	Kars Devlet Hastanesi
K18	Kayseri	Erkek	54	Evli	3 çocuk	Kayseri Erciyes Üniversitesi	Kayseri Şehir Hastanesi

Tablo 3.1. (Devam)

Katılımcı	Doğduğu Şehir	Cinsiyet	Yaş	Medeni durum	Çocuk sayısı	Mezun olduğu üniversite	Çalıştığı hastane
K19	Ankara	Erkek	44	Evli	2 çocuk	Ankara Üniversitesi	Ankara Üniversitesi Hastanesi
K20	Antalya	Erkek	62	Evli	3 çocuk	Antalya Akdeniz Üniversitesi	Antalya özel muayenehanesinde
K21	İstanbul	Erkek	29	Bekar		İstanbul Marmara Üniversitesi	İstanbul ama hastaneyi söylemek istemedi.
K22	Balıkesir	Kadın	48	Evli	Çocuksuz	İstanbul Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	Özel hastane
K23	Hatay	Kadın	45	Evli	1 çocuk	Samsun 19 Mayıs Üniversitesi	Hatay İskenderun Devlet Hastanesi
K24	Ağrı	Kadın	34	Bekar		söylemek istemedi	söylemek istemedi
K25	Ankara	Kadın	25	Bekar		Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi	Süleyman Demirel Hastanesi
K26	Bulgaristan	Erkek	35	Evli	1 çocuk	Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi	Zonguldak Bülent Ecevit Hastanesi
K27	Edirne	Erkek	45	Evli	1 çocuk	söylemek istemedi	söylemek istemedi
K28	Bulgaristan	Kadın	45	Evli	1 çocuk	İzmir Ege Üniversitesi	İstanbul ama hastaneyi söylemek istemedi.
K29	Osmaniye	Erkek	41	Evli	1 çocuk	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi	Ağrı Devlet Hastanesi
K30	İzmir	Erkek	37	Evli	1 çocuk	Ankara Gülhane Askeri Tıp Akademisi	Muş Bulanık Devlet Hastanesi

Demografik bilgiler göstermektedir ki, göç eden hekimler genelde evli ve çocuklu hekimlerden oluşmakta. Bu ise göçün sadece hekimlik mesleğini başka bir ülkede yapma motivasyonu dışında ailenin yurtdışına göç etmesi ve çocuklarla ilgili motivasyonlar taşıdığını da göstermektedir.

Yaş, medeni durum, cinsiyet ve aldıkları eğitim gibi göçmenlerin demografik özellikleri kendine özgüdür (Simpson, 2022). Simpson (2022) işgücü göçünün daha çok çalışan erkek nüfustan oluştuğunu belirtmekle birlikte iş arayan kadın ve ailelerin de göçünün artış eğiliminde olduğunu vurgulamaktadır. Medeni halin öneminden bahsetmekte ve evli kişilerin tek başına göç etmelerinin daha düşük ihtimal olduğunu ifade etmektedir.

3.1.2. Eğitim Geçmişi

Yukarıda tabloda verildiği üzere hekimlerin mezun oldukları üniversiteler farklılaşmaktadır. Antalya Akdeniz Üniversitesi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, İzmir Ege Üniversitesi, Kırıkkale Üniversitesi, Mersin Üniversitesi, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Edirne Üniversitesi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Bursa Uludağ Üniversitesi, Ankara Gazi Üniversitesi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Samsun On Dokuz Mayıs Üniversitesi, Ankara Üniversitesi, Kayseri Erciyes Üniversitesi, İstanbul Marmara Üniversitesi, Kocaeli Üniversitesi, Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Ankara Gülhane Askeri Tıp Akademisi gibi farklı üniversitelerden mezun olmuşlardır. Hekimlerin uzmanlık alanları plastik cerrahi, iç hastalıkları, nükleer tıp, nöroloji, ortopedi, diyabet, kadın hastalıkları ve kadın doğum, dahiliye, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, psikiyatri, radyoloji, göz hastalıkları, kalp damar cerrahisi ve aile hekimliği olarak değişmektedir. Ayrıca bazı hekimler Türkiye’de yan dal uzmanlığını²⁷ tamamlamışlardır. Görüşme yapılan hekimlerden 16’sı uzman hekim, 14’ü ise asistan ya da pratisyen hekim olarak Türkiye’de çalışma

²⁷ Yan Dal Uzmanlığı tıpta yan dal uzmanlık eğitimidir. Daha ileri seviyede uzmanlık eğitimi görmek isteyen hekimler ÖSYM tarafından düzenlenen yan dal uzmanlık eğitimi giriş sınavına katılmaktadırlar. Bu sınava girebilmek için hekimlerin girmek istediği yan dalın bağlı olduğu uzmanlık alanından mezun olmuş olması gerekir (<https://www.tipakademisi.com/blog/yardus-nedir>, Erişim tarihi: 25.05.2024).

deneyimine sahiptir. Hekimlerin mezun oldukları üniversitelere bakıldığında birçok farklı üniversite olduğu görülmektedir. Dolayısıyla Türkiye’de tıp eğitiminde²⁸ çok iyi olan ve popüler olan üniversitelerden başka farklı üniversitelerden de mezun olmuşlardır. Sonuçlar, Almanya’ya hekim olarak gidebilmek için Türkiye’de hangi üniversiteden mezun olunduğunun önemli olmadığını, tıp denkliği almanın yeterli olduğunu göstermektedir. Üniversitelerin karma yapısı bu sonucu getirmektedir.

3.1.3. Türkiye’deki Meslek Hayatı ve Çalışma Koşulları

Katılımcıların tamamı Türkiye’de en az bir yıl çalışmış olup ortalama çalışma yılları yaklaşık 8 yıldır. Katılımcılar tıp fakültesini bitirip Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan atamalardan sonra en az bir yıl pratisyen hekim olarak Türkiye’de çalışmışlardır. Pratisyen veya asistan olarak çalışan hekimlerin sayısı 14, uzman olarak çalışanların sayısı 16’dır. Mülakata katılan hekimler bir tıp fakültesinden mezun olduktan sonra Sağlık Bakanlığı atamaları ile zorunlu hizmet görevlerini tamamlamışlardır. Mezun olur olmaz atamaları yapıldıktan sonra pratisyen hekim olarak çalışmaya başlamışlardır. Hekimlerden yalnızca dördü Türkiye’deki çalışma hayatının bir kısmını özel hastanede veya özel sektörde çalışarak geçirmiştir. Diğer hekimler ise bir Eğitim Araştırma Hastanesi veya bir üniversite hastanesinde çalışmıştır. Pratisyenlik ve asistanlık dönemlerinde acil servislerde, sağlık ocağında ve aile hekimliğinde çalışmışlardır. Türkiye’de çalıştıkları süre 1-33 yıl arasında değişmektedir.

Pratisyen hekim ve asistanların maaşları ile uzman hekim maaşları arasında ciddi farklar olduğu görülmektedir. Asistan olarak kamu hastanesinde çalışmış olan hekimlerden biri 2022 yılının sonlarına doğru eline geçen maaşın ortalama olarak net 9.000 TL civarında ham maaş olduğunu söylemiştir. TÜİK verileri²⁹ dikkate alındığında 2022 yılında Türkiye’de yıllık ortalama hane halkı kullanılabilir fert geliri 48.642 TL’dir (TÜİK, 2024c). Bu tutar aylık olarak yaklaşık 4.000 TL’dir. 2022

²⁸ Hekimler 6 yıllık eğitim sürecini tamamladıktan sonra pratisyen hekim olmaktadır. Belli bir branşta uzmanlaşmak isteyen hekimler ise TUS’a girip uzmanlık sınavını kazandıkları zaman yaptıkları tercih neticesinde bir hastanede uzmanlık eğitimi almaktadırlar. Bu eğitimi başarılı olarak tamamlayanlar uzman hekim olmaktadır. Yeni mezun olmuş hekimlere (pratisyen hekim), uzman hekimlere ve yan dal uzmanı hekimlere mecburi hizmet zorunluluğu getirilmiştir. Sağlık Bakanlığı atamaları ile bu hekimler mecburi hizmet görevini yerine getirmek durumundadırlar.

²⁹ <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Gelir-Dagilimi-Istatistikleri-2023-53840>

yılının son altı aylık döneminde net 5500 TL olan asgari ücret³⁰ ile karşılaştırıldığında asistan hekim maaşı asgari ücretin yaklaşık 1,5 katına, aylık ortalama hane halkı kullanılabilir fert gelirinin ise yaklaşık 2,5 katına denk gelmektedir. Türkiye’den ayrılırken uzman olarak çalışan hekimlerden biri ise 2022 yılında maaşının net eklentiler olmadan 18.000 TL civarında olduğunu söylemiştir. Bu tutar 2022 yılında net 5500 TL olan asgari ücretin yaklaşık 3,5 katı, aylık ortalama hane halkı kullanılabilir fert gelirinin ise yaklaşık 4,5 katına eşittir. Rakamlar göstermektedir ki 2022 yılında uzman hekim maaşları asistan hekim maaşlarının iki katıdır. Aynı yıl asistan hekim maaşları asgari ücretin yaklaşık 1,5 katına eşitken uzman hekim maaşı asgari ücretin yaklaşık 3,5 katına denk gelmektedir.

Türkiye’deki hekimlerin çalışma koşulları açısından en çok şikâyet ettikleri konuların başında iş yoğunluğu/hasta sayısı, nöbetler, şiddet/tartışma, kazanç/maaş ve mobbing gelmektedir.

İş yoğunluğu/hasta sayısı: 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun 99. Maddesi gereğince haftalık çalışma süresi 40 saattir (TTB, 2011). Fakat kamu görevlisi hekimlerin günlük çalışma süreleri ile ilgili bir üst sınır belirtilmemiştir. İlaveten fazla çalışma sürelerinin üst sınırını belirleyen bir düzenleme de mevcut değildir (TTB, 2011: 7). Avrupa Birliği Mahkemesi’nin kararlarında hekimlerin nöbetler dahil haftalık çalışma süresi en fazla 48 saattir (TTB, 2011: 8). Hekimlerin önemli bir hakkı hastalara yeterli tedavi süresi ayırabilmeleridir (Bilecik İl Sağlık Müdürlüğü, 2023). Bilecik İl Sağlık Müdürlüğü’nün yayınladığı hekim hakları başlığı altında aktarıldığına göre bir hekim günde 20 hastadan fazlasına bakmama hakkına sahiptir.

Mülakatlarda tüm hekimler istisnasız Türkiye’de iş yoğunluğunun çok fazla olduğunu söylemiştir. Devlet hastanesinde gün içinde çok fazla hasta yoğunluğu olduğunu özel hastanede yoğunluğun daha az olduğunu, bu anlamda özel hastanede çalışmanın devlet hastanesine göre daha rahat olduğunu söylemişlerdir. Hem devlet hastanesinde hem özel hastanelerde çalışan hekimlerin ifadeleri şu şekildedir.

“Özel hastanede çok rahattım. Hatta bu rahatlığı bırakıp Almanya’ya nasıl gideceğim diye düşündüm. Özel hastanede günde en fazla 20-25 hasta

³⁰ <https://www.csgeb.gov.tr/asgari-ucret/>

oluyordu. Devlet hastanesinde 50-60'ı geçiyordu. Nörolojide 50-60 hasta çok riskli hata yaparsan mesleki açıdan çok sıkıntılı duruma düşersin. Bir süre sonra dikkat dağınıyor. Çok zordu” (K5, Kadın, 38).

Acil serviste çalışan hekimler de özellikle hasta yoğunluğundan sıkça bahsetmişlerdir. Bir hekim çalıştığı acil servis biriminde günde 2000 hasta girişi olduğunu söylemiştir. Bir başka hekim ise şöyle demiştir:

“Türkiye’de 20 yıl çalıştım, Temmuz 2003’ten beri. Doğu görevimi tamamladım. Balıkesir, Erzurum, Alaşehir, Sarıgöl, İstanbul olmak üzere çalıştım. Her zaman aşırı yoğun çalıştım. Fakülteyi bitirir bitirmez Balıkesir’e pratisyen hekim olarak atandım. Sonrasında uzmanlığımı aldım. Hasta sayısı çok fazlaydı. Ben günde 180-185 poliklinik yapıyordum” (K28, Kadın, 45).

İş yoğunluğundan şikayetçi bir hekim özetle şu ifadeleri kullanmıştır:

“Türkiye’de bizim cep telefonumuz aynı zamanda iş telefonumuzdur. İşiniz her zaman çok yoğundur ve bu nedenle bazen yemek yemeye zaman olmaz” (K30, Erkek, 37).

Diğer bir hekim ise çalışma ortamındaki yoğunluğu ve düzensizliği şöyle ifade etmiştir:

“Türkiye’de seni bir yığının içine atıyorlar” (K25, Kadın, 25).

Başka bir hekim ise günde yüz elli civarı hasta baktığını belirtmiştir. Bunun da kendisinde bir tükenmişlik duygusu yarattığını söylemiştir.

“Hastalar kendilerine daha fazla vakit ayrılсын istiyorlardı. Her yüz elli hastaya üç dakika ayırsam dört yüz elli dakikayı buluyor ve bu süre de mesai süresini dolduruyordu” (K13, Erkek, 33).

Mülakatlar göstermektedir ki günde en fazla 20 olması gereken hasta sayısı günlük 180 hastaya kadar çıkabilmektedir. Dolayısıyla bu sayı olması gereken günlük hasta sayısının 9 katı anlamına gelmektedir ki bu da hekimlerin düzenlemelerin çok ötesinde bir performans göstermeleri gerektiğini ortaya koymaktadır.

Nöbetler: Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nin 42. maddesinde nöbetler; Acil, Branş, İcap ve Normal nöbet olmak üzere dört gruba ayrılmıştır. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin 42. Maddesine göre Türkiye’de hekimlerin nöbeti sabah 08:00’den ertesi gün 08:00’e kadar devam etmektedir (TTB, 2011: 11). Yönetmeliğe göre hekimler en fazla 24 saat nöbet tutmalıdırlar. Mülakatlarda tüm hekimler nöbet saatlerinin çok uzun olduğundan bahsetmişlerdir. Mülakata katılan

hekimler nöbetler konusunda zorlandıklarını ve uzun saatler nöbet tuttuklarını söylemişlerdir. Bir hekimin bu konuda söyledikleri şu şekildedir:

“Devlet hastanesinde icap nöbetleri oluyordu, zordu ve çok yorucuydu. Telefon açıp hastayla ilgili bilgi soruyorlardı. Hastayı görmeden bir şey diyemiyordum yönlendiremiyordum çıkıp hastaneye gidiyordum. Çocuğum da olunca o zamanlar zor oluyordu. Nöroloji uzmanı olarak mecburi hizmette pratiğimi çok geliştirdim, bu anlamda çok faydalı olduğumu düşünüyorum ama nöbetler uzundu ve yorucuydu. Ömür boyu o şekilde çalışmak imkânsız” (K5, Kadın, 38).

Beyin ve Sinir Cerrahisinde asistanlık yapmış olan bir hekim nöbetlerin çok yorucu ve sıkıntılı süreçler olduğundan bahsetmiştir. Asistanlık döneminde ayda dört yüz saate yakın bir mesaisi olduğunu söylemiştir. Başka bir hekim otuz altı saat nöbet tuttuklarını, asistanların ayda en az altı adet nöbet tuttuğunu söylemiştir. Kadın doğumda pratisyen hekim olarak çalışırken kendisinin ayda on nöbet tuttuğunu söylemiştir. Başka bir hekim çalıştığı kamu hastanesinde farklı uzmanlık alanlarına sahip hekimlerin tuttukları nöbetlerle ilgili şunları ifade etmiştir:

“24 saat nöbet yapıp ardından 8 saat çalışıp toplamda 32 saat çalışıyorduk. Acilde 24 saatlik nöbetler yapıyorduk. Ardından eve gidip evde 2 gün kaldıktan sonra tekrar geliyorduk. Acillerde asistanlar ayda 10-15 nöbet tutuyordu. Cerrahide çalışan arkadaşlarım 32 saat nöbet tutup, eve gidip tekrar otuz iki saat geliyorlardı. Dahiliyeciler ayda sekiz ila on nöbetle başlıyordu onlar da yirmi dört saat nöbet ve sonrasında sekiz saat çalışıp eve gidiyorlardı” (K21, Erkek, 29).

Bulgular hekimlerin tutması gereken 24 saatlik nöbetten çok daha fazlasını tuttuklarını göstermektedir. Hekimler 36 saate varan nöbetlerden bahsetmişlerdir. Dolayısıyla sonuçlar hekimlerin 12 saat fazladan nöbet tuttuklarını göstermekte ve bu onların yoğun bir çalışma temposu içerisinde olduğunu kanıtlamaktadır.

Maaş/kazanç: Mülakatların yapılmaya başlandığı yıl 2023 yılı olduğu için hekim maaşlarında bu yıl esas alınmıştır. Türkiye’de ortalama hekim maaşları ile ilgili TTB’nin verdiği bilgilere dayanarak Türkiye’de 2023 yılı temmuz ayı itibarıyla asistan hekim maaşları yaklaşık ortalama net aylık 24.000 TL³¹ (yaklaşık 750 euro), en üst düzey uzman hekim maaşı ortalama net aylık 80.000 TL (yaklaşık 2500 euro) olarak belirtilmiştir. TÜİK’in hane halkı fert gelir değeri de hekim maaşlarını daha net

³¹ Merkez Bankası verilerine göre 2023 yılında euro yaklaşık 32 TL idi. (https://www.tcmb.gov.tr/kurlar/202312/Dec_tr.html, Erişim tarihi 19.01.2025).

anlamak açısından önemli görülmektedir. TÜİK'in 2023 yılı verilerine göre yıllık ortalama eşdeğer hane halkı kullanılabilir fert geliri 90 bin 116 TL olmuştur. Bu rakam aylık 7500 TL civarındadır. (TÜİK, 2024c). Bu rakam da göstermektedir ki 2023 yılında bir asistan hekim maaşı TÜİK'in açıkladığı hane halkı kullanılabilir fert gelirinin yaklaşık 3 katı, uzman hekim maaşının ise yaklaşık 10 katıdır³². 2023 yılı Temmuz-Aralık dönemi net asgari ücret tutarı 11.402 TL'dir (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, b.t.). Asgari ücrete göre ise asistan hekim maaşı asgari ücretin yaklaşık 2 katı, uzman hekim maaşı ise asgari ücretin yaklaşık 7 katıdır. Mülakata katılan hekimlerden yalnızca ikisi maaşını yaklaşık olarak hatırlayabildiği kadarıyla söylemiştir diğer hekimler ise bir rakam belirtmemişlerdir. Fakat gelirlerini günlük hayattaki ihtiyaçlarını karşılaması doğrultusunda yorumlamışlardır. Uzman hekimler uzman maaşının günlük hayattaki ihtiyaçlarını karşıladığını kendileri için yeterli bir düzeyde olduğunu belirtmişlerdir. Türkiye'de uzman olarak çalışmış bir hekim Türkiye'de iyi kazandığını ve parasal sıkıntı çekmediğini söylemiştir.

Türkiye'de hayat pahalılığının giderek arttığını ve alım gücünün azaldığını söyleyen bir hekim, 2017-2018 yıllarında da Türkiye'de ekonomik sorunlar olduğunu fakat şu anki kadar kötü bir süreç olmadığını söylemiştir. Türkiye'deki maaşının İstanbul'da ortalama bir yaşama yettiğini ifade etmiştir. Gelirle ilgili olarak performansa dayalı ek ödeme sisteminin kazançları olumsuz etkilediğini belirten hekimler de olmuş ve bunun kendilerini maddi açıdan zora soktuğunu ifade etmişlerdir. Hekimler günlük muayene ettikleri hasta sayısı üzerinden bir performans ödemesine tabi tutuldukları için mümkün olduğunca fazla hasta tedavi etmeye çalışmaktadırlar. Hasta sayısının artması nedeniyle performansta meydana gelen düşüş kazançlarını da olumsuz etkilemektedir.

³² 2023 yılı temmuz ayında euronun yaklaşık 28 TL olduğu düşünüldüğünde Almanya'daki bir asistan hekimin maaşının Türkiye'deki bir asistan hekimin maaşının 3,5 katı olduğu görülmektedir. Almanya'daki uzman hekim maaşı ise Türkiye'deki uzman hekimin maaşının yaklaşık 1,75 katı olduğunu görmek mümkündür. Bu karşılaştırma TÜİK'in ortalama hane halkı kullanılabilir fert geliri göz önünde bulundurularak yapılmıştır. Hekimlerin anlatımları bu verileri destekler niteliktedir. Bir hekim kendisinden örnek vererek maaşıyla tek başına büyük bir evin kirasını karşılayabileceğini, ev alırsa taksitlerini ödeyebileceğini, araba alabileceğini ve tatile çıkabileceğini söylemiştir. Dört aylık maaşıyla Almanya'da 2017 model bir araba aldığını, bunun Türkiye'de imkânsız olduğunu söylemiştir.

Başka bir hekim 2010 yılında³³ asistan hekim olarak çalışırken aldığı maaşın ekonomik durumunu nasıl etkilediğini şöyle belirtmiştir:

“Devlet hastanesinde çalışıyordum ve o kadar çalışmama rağmen aldığım maaş azdı. Hatırladığım kadarıyla 2010’lu yıllarda 4000 TL civarı maaş alıyordum. Çok zor yetiyordu. Eşim de iyi bir yerde mühendis olarak çalışmasına rağmen ucu ucuna yetiyordu. Kredi kartlarını neredeyse ödeyemiyorduk” (K5, Kadın, 38).

Başka bir hekim ifadesinde şu cümlelere yer vermiştir:

“Şeffaf ücretlendirme yoktu ve ciromu göremiyordum. Ben neredeyse hep özelde çalıştım ve bu koşullarda çalıştım” (K22, Kadın, 48).

Başka bir hekim nöbetlerin gelir artışı üzerinde etkili olduğundan bahsedip şunu söylemiştir:

“Edirne’ye mecburi hizmetim çıktı bir sene orada çalıştım. Çalışma şartları fena değildi, maaşım fena değildi, nöbetler maaşımı artırıyordu fakat bana bu koşullar yeterli gelmedi. Daha iyi koşulları hak ettiğimi düşündüm” (K6, Erkek, 29).

Tuttuğu nöbetlerin maaşını olumlu etkilediğini belirten başka bir hekim şunları söylemiştir:

“Çok yoğun çalışıyordum ama hem pratisyenlik hem de asistanlığında ekonomik olarak memnundum. Asistanlıkta maaşlar pratisyenliğe göre daha fazlaydı çok çalışıyorduk. Beyin ve Sinir Cerrahisinde asistanlık döneminde ayda 400 saate yakın mesaim ve yoğun nöbetlerim vardı. 400 saat maaşıma yansıyor” (K9, Erkek, 31).

Hekimlerin Türkiye’de çalıştıkları illere göre maaşları değişmekte ve Doğu illerinde daha fazla kazanmaktadırlar³⁴. Mecburi hizmetini Kars’ta yapmış ve 2014 yılında Almanya’ya göç etmiş bir hekimin ifadeleri şöyledir:

³³ 2010 yılında TÜİK verilerine göre ortalama aylık hane halkı kullanılabilir geliri yaklaşık 1800 TL’dir (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Income-and-Living-Conditions-Survey-2010-8661#:~:text=Ortalama%20y%C4%B1ll%C4%B1k%20hanehalk%C4%B1%20kullan%C4%B1labilir%20geliri,ise%209%20735%20TL'dir>, Erişim tarihi 23.12.2023)

³⁴ Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı çalışan doktorlar aylık gelirlerini üç parça hâlinde alırlar. Birincisi maaş, ikincisi sabit ek ödenek, üçüncüsü de performansa dayalı ek ödenektir. Burada emeklilik üzerinde etkili olan sadece maaştır. Zira bu, düşük bir emeklilik maaşı anlamına gelmektedir. İyi bir aylık gelir elde edebilmesi için doktordan iyi bir “performans” sergilemesi beklenmekte. Performans göstergesi olarak da iyileşen hasta sayısı, hastanın başvuru sayısındaki azalma ya da hasta popülasyonunun ortalama yaşam süresindeki artış değil de doktorun günlük muayene ettiği hasta sayısı

“Mecburi hizmette Kars’ta uzman olarak çalışırken kazancım iyiydi. Euro olarak söylersem 4000 euro civarıydı. İstanbul’da asistan olduğum için çok fazla kazanmıyordum ama elimde bir tek o olduğu için memnundum diyelim. Şimdi o şartlarda çalışmam” (K17, Erkek, 43).

Aile birleşimi ile Almanya’ya giden bir hekim Türkiye’de çalıştığı 5 yıl boyunca çalışma hayatından memnun olduğunu ve kazancının iyi olduğunu söylemiştir. Akademik olarak üst düzey bir pozisyonda olan bir hekim maaşının diğer çalışanlara göre yüksek olduğunu söylemiş ve şöyle devam etmiştir:

“Ben 2023 yılında Türkiye’den ayrılırken kazancım kötü değildi, memurlar içerisinde en iyi kazananlardandım. Akademisyen olduğum için ve akademik olarak ilerlediğim için çok kötü maaşlarla çalışmadım. Ben biraz daha spesifik çalışıyordum. Kazanç olarak kötü olmamasına rağmen bence bu kazanç bir hekimin hakkı değil. Diğer mesleklere göre daha iyi görünebilir ama bu kadar uzun tahsil gerektiren bir meslek bu kadar yorucu ve riskli olan bir mesleğin kazancı bu değil bence. Bu dünyanın birçok yerinde böyle Türkiye’de de böyle. Ama Türkiye’de bizim sağlık politikalarımız iyi olmadığı için iyi değil” (K23, Kadın, 45).

Şiddet ve tartışma: Hekimlerin iş yaşamında mesleklerini yapmalarını zorlaştıran en büyük etkenlerden bir tanesi de hekime yönelik şiddet olaylarıdır. Bir kadın ve bir erkek hekim sözlü şiddete maruz kaldığını, bir erkek hekim ise birkaç kez fiziksel şiddete uğradığını ve bu nedenle göç ettiğini söylemiştir. Diğer hekimler ise şiddete maruz kalmadıklarını fakat hastanedeki şiddet olaylarına tanık olduklarını veya çevrelerinden duyduklarını belirtmişlerdir. Hastaların ve hasta yakınlarının hekimlerle, hastaların kendi aralarında tartıştığına tanıklık ettiklerini söylemişlerdir. Hastaların kaba ve şiddete meyilli olduklarını söylemiştir. 2018 yılında Almanya’ya göç eden bir hekim şiddet olaylarının o zamanlar çok daha az olduğunu ve kendisinin bu tür bir olayla karşılaşmadığını belirtmiştir. Bir kadın hekimin söyledikleri şöyledir:

“Fiziksel şiddet yaşamamış olmama rağmen bir keresinde sözlü şiddete maruz kaldım. Yapabileceğiniz hiçbir şey olmuyor. Bir şey olmamış gibi hasta bakmaya devam ediyorsun. Çok kötü bir durum. İnsanlar çalışmamak için bahanelerle gelip rapor istiyorlardı. Daha çok erkekler bu tür taleplerde bulunuyorlardı. Özellikle erkeklerin gelip rapor istemesi Türkiye’de çok şaşırdığım bir durumdu. Bu kişilere rapor vermediğim zaman bağıryorlardı” (K5, Kadın, 38).

baz alınıyor. Türkiye’de bir uzman doktorun aylık net 6.000 Euro civarında bir gelir elde edebilmesi için günlük 100 hasta muayene etmesi gerek. Doktor ihtiyacının fazla olduğu, ancak doktorların uzun süre çalışmak istemediği belirli bölgelerde doktor maaşları teşvik amacıyla ikiyle çarpılarak ödenmektedir (<https://perspektif.eu/2024/04/16/turkiyede-ve-avrupada-doktor-maaslari/>, Erişim tarihi: 01.01.2025).

Erkek hekimlerden biri şunları ifade etmiştir:

“1990’larda şiddet olayları yoktu. Hastalarla tartışmalar oluyordu. Seni buradan sürdüreceğim vs gibi tehdit edenler oluyordu ama hasta yakınlarından şiddet görmedik. Hasta yakınları arasında kavgalar oluyordu. Son yıllardaki öldürme, yaralama, bıçaklama bunlar hiç yoktu” (K20, Erkek, 62).

Kastamonu İlçe Hastanesi’nde çalışmış bir kadın hekim çalıştığı hastanede şiddetin olmadığını hatta o zamanlar (2012 yılında) halkın anlayışlı ve kibar olduğunu söylemiştir. Başka bir hekim meslek hayatı boyunca şiddet olayıyla karşılaşmadığını, Türkiye’de sekiz yıl çalışmış olmasına rağmen hiç şiddete maruz kalmadığını belirtmiştir. Fakat hastanede aynı katta ortopedi bölümü olduğunu, bu bölümün günlük 2000 civarında hastası olduğunu ve orada her gün muhakkak bir kavga çıktığını ifade etmiştir. Ayrıca sadece hekim-hasta değil hastaların ve hekimlerin de kendi aralarında kavga ettiklerini belirtmiştir. Görüşülen hekimlerden biri hastanede şiddet olaylarının bölümden bölüme değişebileceğini ve kendi çalıştığı bölümden dolayı şiddet olayına denk gelmediğini söylemiştir. Pratisyen hekimlik yapmış olan bir hekim hastanede sürekli bir kargaşa olduğunu ve hastaların kavga ettiklerini belirtmiştir. Almanya’da ise tam tersi bir durum olduğunu, hastaların muayene için sıralarını bekledikleri ve bir sakinlik olduğunu ifade etmiştir.

31 Ekim 2016’da yayınlanan ve Sağlık Bakanlığı’nın hastane yönetimlerine gönderdiği genelge Merkezi Hekim Randevu Sistemi³⁵ (MHRS) randevularını 5 dakika olacak şekilde düzenlemiştir. Bu düzenleme hekimlerin verimli bir şekilde çalışmalarını engelleyebilmektedir. Bu konuyla ilgili mülakata katılan hekimler doğru teşhis açısından muayene sürelerinin daha uzun olması gerektiğini belirtmektedirler. Bu durum hem hekimler hem de hastalar üzerinde baskı oluşturmaktadır. Hekimlerden biri muayene sürelerinin beş dakikaya indirilmesiyle hastaların sabır ve tahammül seviyelerinin çok azaldığını çünkü bu hastaların daha uzun süre muayene olmak istediklerini ifade etmektedir. Dolayısıyla MHRS’nin hastanelerdeki şiddet olaylarını

³⁵Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS), hekime gitme ihtiyacı olan-özellikle 65 yaş üstü, gebe ve engelli- vatandaşların, sağlık hizmeti alabilmelerini kolaylaştırmak, hastanelerde muayene öncesi bekleme süresini ortadan kaldırıp, hastane ve poliklinik önlerindeki kalabalıkları azaltarak herkes için daha sakin ve huzurlu bir ortam sağlamak amaçlarını hedefleyen bir sistem olarak öngörülmüştür ([https://noroloji.org.tr/TNDDData/Uploads/files/MHRS%20dilek%C3%A7e%2022%20Ekim%202021%20SBSH%20\(1\).pdf](https://noroloji.org.tr/TNDDData/Uploads/files/MHRS%20dilek%C3%A7e%2022%20Ekim%202021%20SBSH%20(1).pdf), Erişim tarihi: 23.11.2024)

artırdığı söylenebilir. 2018 yılında Türkiye’de kişi başı ortalama muayene süresi yaklaşık 23 dakika iken aynı yıl Almanya’da bu süre 45 dakikadır (Çıraklı, 2020).

Hastanelerde şiddetin ciddiyetini ve boyutunu açıklayan başka bir örnek ise bir hekimin kendisi gibi hekim olan kardeşinin cinsel saldırıya uğraması ve sürecin mahkeme aşamasında olduğunu söylemesidir. 20 yıl Türkiye’de hekimlik yapmış olan bu kişi kendisi ve eşinin de çalışırken yoğun şekilde sözlü saldırıya uğradığını ifade etmiştir. Fiziksel şiddete uğramama nedeni olarak ise kendisinin hastalara olan yaklaşımından kaynaklandığını söylemiştir.

“Kardeşim de doktor Türkiye’de. Orada mahkemesi var devam eden. Hakarete ve cinsel saldırıya uğradı. Ben de eşim de sözlü saldırı yaşadım” (K30, Erkek, 37).

Başka bir hekim ise Türkiye’de çalışırken şiddet nedeniyle duyduğu kaygıyı ifade etmiş ve hastanede üzerine yürüyenler olduğunu ve bu durumun kendisini çok kötü hissettirdiğini fakat Almanya’da bunu hiç hissetmediğini belirtmiştir. İfadeleri şu şekildedir:

“Türkiye’de bugün biriyle kavga edecek miyim? Biri bana sesini yükseltecek mi? Bunun stresi oluyordu çok kötü hissettiriyordu bu. Benim üzerime yürümeye çalışanlar oldu. Bunu Almanya’da hissetmiyorum” (K9, Erkek, 31).

Mobbing: İş yerinde mobbing yani psikolojik taciz çalışana diğer çalışanlar ve işveren tarafından uygulanan belli bir süre sistematik olarak devam eden, çalışanı aşağılayan ve yıldırma amacı taşıyan üstelik çalışanın kişilik haklarını ihlal eden söz ve davranışlardır (Albar ve Ofluoğlu, 2017: 538). Görüşmelerde hekimler mobbingin hastanelerde yoğun bir şekilde olduğundan bahsetmişlerdir. Özellikle baş hekimlerin ve baş hekim yardımcılarının mobbingine maruz kaldığını belirtmişlerdir. Yönetim tarafından değer görmediğini belirten hekim sayısı oldukça fazladır. Maruz kaldıkları mobbing nedeniyle huzurlu bir çalışma ortamını sağlamanın zor olduğunu söylemişlerdir. İlaveten haksızlığa uğradığını düşünen ve hakkını alamadığını düşünen hekimler de vardır. Bir hekim arkadaşının mobbinge maruz kalmamak için aile hekimliği yaptığını söylemiştir. Başka bir hekim ise Türkiye’de mobbingin ciddi boyutlarda olduğunu hatta öğrenciler arasında bile olduğunu söylemiştir. İlaveten stajyer (intörn) olan öğrencilerin bile asistan gibi çalıştırıldıklarını belirtmiştir. Bu gibi durumların gün içindeki performanslarını olumsuz etkilediğini söylemişlerdir. Bir katılımcı tanıdığı bir asistanın uğradığı mobbingi şöyle aktarmıştır:

“Türkiye’de asistanlıkta ikinci sınıfta tanıdığım biri var. Üstleri bu kişiye sabah geldiğimizde kahvaltımız hazır olsun diyorlar” (K24, Kadın, 34).

Bir hekim bürokratik açıdan bir mobbinge maruz kaldığını çünkü güvenlik soruşturmasının çok uzun sürdüğünü söylemiştir. Türkiye’de on ay güvenlik soruşturması beklediğini diğer arkadaşlarının ise en fazla üç ay beklediklerini söylemiştir. Bir kadın hekim uğradığı psikolojik şiddetle ilgili şunları söylemiştir:

“Ben hasta ya da hasta yakınından şiddete maruz kalmadım ama iş yerim beni psikolojik olarak maruz bıraktı. Kamuda çalışan arkadaşlarım daha çok hasta ve yakınları tarafından şiddete maruz kalıyorlardı. Sağlıkta şiddet tek yönlü değil ben işverenlerim tarafından psikolojik şiddete maruz kaldım” (K23, Kadın, 45).

Bir hekim çalışma hayatında karşılaştığı baskıyı şöyle belirtmiştir:

“Ben on dört yaşında askeri üniforma giydim. Askeri lise askeri tıp fakültesi okudum. Siyaset baskısını Türkiye’de çok yaşadım. Birisinin yakınıymış rapor verelim tarzı söylemler çok oluyordu. Ben Türkiye’de dezenformasyon dönemine denk geldim. Cadı avı gibi. Orduda siyasete tamamen karşıydım ve çok değişik olaylara tanık oluyordum. İşimizden çok bunları konuşuyorduk ve bu beni çok yıpratmıştı. Bizim ülkede niye bu kadar sert bir şeyler? Korku imparatorluğu var. Bu korkuyu sadece siyasi anlamda söylemiyorum. Amirinden korkarsın, ebeveyninden korkarsın vs. Ben on sene askeri okul okudum. Korkuyla büyütülüyorsunuz” (K30, Erkek, 37).

Hekimler asistanlık dönemi gibi mesleklerinin başlangıcında mobbinge daha çok maruz kaldıklarını söylemişlerdir. Bir hekim bununla ilgili şunları ifade etmiştir:

“Cerrahi kliniğin asistanı olarak Türkiye’de başladığın an iki seneyi hayatından silmen lazım. Uzmanlık zaten beş sene. İlk sene insan dışı yaşıyorsun. Tüm nöbetleri sen tutuyorsun, mobbinglere maruz kalıyorsun. Bence iki sene insan hayatında ciddi bir süre niye vereyim ki bu süreyi? Üç seneden sonra orta kıdemli olmuşsun deyip üzerine gelmiyorlar. Senin de karakterin bozursa sen de yeni gelenlere mobbing yapıyorsun. Askerlik gibi. İnsan hayatından bu kadar feragat ettiği bir bölümde bile bunun olması bana çok acı geliyor” (K26, Erkek, 35).

Genel olarak ifade etmek gerekirse hekimler Türkiye’de iş yerinde mobbingden, nöbet saatlerinin uzunluğundan, hasta yoğunluğundan ve şiddet olaylarından şikâyet etmektedirler. Gelir faktörü ise bu etkenlerden sonra gelmektedir. Dolayısıyla Lee’nin itme çekme faktörleri kapsamında yapılan bu çalışmanın bu bölümünde ayrıntılı olarak ele alınan hekimlerin Türkiye’deki meslek hayatları ve çalışma koşulları başlığı altında yer alan iş yoğunluğu, nöbetler, maaş, şiddet ve

mobbing itici faktörler olarak değerlendirilebilir. Aşağıdaki konulardan biri olan Türkiye’den göç etme sebepleri itici faktörler olarak belirtilmektedir.

3.2. GÖÇE KARAR VERME VE GÖÇ ETME SÜREÇLERİ

Sağlık sektöründe göç giderek artan bir süreç olarak ortaya çıkmaktadır. Göç yalnızca gelişmekte olan veya az gelişmiş ülkelerden gelişmiş ülkelere doğru olmamakta Avrupa ülkelerinin kendi arasında da göç hareketleri gerçekleşmektedir. Domagala vd (2022) Polonyalı sağlık profesyonellerinin göç deneyimlerini araştırmak için yaptığı nitel araştırmada düşük maaşların, uygun olmayan çalışma koşullarının ve profesyonel olarak ilerlemedeki zorluk ve yetersizliklerin Polonyalı sağlıkçıların göçündeki temel nedenler olduğunu açıklamıştır. 2020 yılında Romanyalı sağlıkçıların gerçekleştirdiği bir çalışmaya göre düşük maaşlar, kötü çalışma koşulları ve kısıtlı kariyer fırsatları hekimlerin Romanya’dan Batı Avrupa’ya göçündeki temel nedenlerdir (Botezat vd, 2020). Gouda vd (2015)’nin İrlanda’da yürüttükleri çalışmada ülkedeki ekonomik durgunluk, iş fırsatlarının az olması ve İrlanda sağlık sisteminin kalitesinin düşmesi İrlandalı tıp fakültesi öğrencilerinin göç etmesindeki asıl etkenler olarak ortaya çıkmıştır. Dört yıl sonra İrlanda’da tekrar yapılan başka bir hekim göçü araştırmasında ülkedeki iş kalitesinin bozulması göçün temel sebebi olarak açıklanmıştır. Kötü çalışma koşulları, düşük ücretler, uzun çalışma saatleri, kariyer ilerlemesindeki kısıtlılıklar İrlandalı hekimlerin iş kalitesindeki bozulmaları göstermektedir. Nijerya’daki sağlık çalışanları göçü ile ilgili araştırma sağlık çalışanları göçünü kötü çalışma koşulları, düşük maaşlar ve profesyonel gelişim fırsatlarındaki kısıtlı koşullara bağlamaktadır (Onah vd, 2022). Bununla birlikte siyasi istikrarsızlık, güvensizlik ve fakirlik hekim göçündeki itici faktörler olarak ortaya çıkmıştır.

Almanya ve Birleşik Krallık her yıl kendi sağlık sektörü ihtiyacını karşılayacak kadar hekimi mezun vermesine rağmen bu ülkelerden ABD, Avustralya ve Yeni Zelanda’ya göç hareketleri gerçekleşmektedir (Anastasiou vd. 2020). Pantenburg vd. (2018), Almanya’dan hekim göçünü ele aldığı çalışmasında anket uygulanan hekimlerin yüzde 30’unun iş yükü ve çalışma koşulları nedeniyle geçici süreyle İsviçre, İskandinavya, Yeni Zelanda ve Avustralya’ya göç etmeyi düşündüklerini açıklamıştır. İngiltere Avrupa kıtasının en çok hekim göçü veren ülkesi

konumunda olup, OECD verilerine göre hekimlerin tercihleri ABD, Avusturalya ve Yeni Zelanda olmaktadır. İngiltere’de 2024 yılında yapılan Groups of Migrating Doctors raporuna göre, ankete katılan hekimlerin yüzde 79’unun göç etmek istediği ve temel motivasyonlarının daha çok ücret kazanmak ve İngiltere’de mesleğin değersiz olarak görülmesi olarak tespit edilmiştir. Brugha vd. (2020)’nin araştırmasına göre ise Avrupa kıtasının en çok hekim göçü alan ülkesi olan İrlanda’da mesleğe yeni başlayan hekimlerin yüzde 35’i geçici süreyle, yüzde 17’si ise kalıcı süreyle başka ülkede hekimlik yapmak istemektedir. Bunun dışında, AB içinde, özellikle ortak dilleri konuşan İsviçre, Fransa, Belçika ve Hollanda arasında, geçici göçü içeren hekim hareketliliği oldukça yüksek olduğu farklı çalışmalarda belirtilmiştir (Becker ve Teney, 2020).

Göçe karar vermede kaynak ülke ve hedef ülkedeki faktörler etkili olmaktadır. Bu bölümde Türk hekimlerin göçe karar verme ve Türkiye’den göç etme nedenleri itici faktörler altında incelenmektedir. Hekimlerin göçe nasıl karar verdikleri, onları göçe sevk eden etkenler, neden Almanya’ya göç ettikleri, göç sürecindeki kişisel bağlantıları ve göç için hazırlanma süreçleri ele alınmaktadır.

3.2.1. Göçe Karar Verme ve Göç Etme Nedenleri

Mülakata katılan hekimlerin göç etme nedenleri olarak belirttiği hususlar şu başlıklar altında toplanabilir: Türkiye’de mesleğin saygınlığının/itibarının azalması, çalışma koşulları, akademik açıdan ilerleyememe, politik istikrar ve sosyal şartlar. Bu konular hekimlerin daha iyi yaşam ve çalışma koşulları arayışının hem kişisel memnuniyet hem de profesyonel gelişim açısından yetersiz kalan unsurlara duyduğu tepkinin bir göstergesidir. Hekimlerin göç etme kararları mesleki, sosyal, politik ve ekonomik faktörlere dayanmaktadır.

Mesleğin saygınlığının/itibarının azalması: Hekimlik mesleğinin Türkiye’de yaşadığı itibar kaybı görüşme yapılan hekimlerin en sıklıkla belirttiği göç nedenlerinden biri olarak öne çıkmaktadır. Çalışmanın birinci bölümünde Lütfi Sunar’ın 2019 yılında yaptığı bir araştırmada ele alındığı gibi en yüksek itibara sahip meslekler sıralamasında tıp doktorluğu yüzde 87 ile birinci sırada gelmektedir (Sunar, 2019). Nitekim bu çalışmadaki bulgular hekimlik mesleğinin itibarının azaldığını

göstermektedir. Bazı hekimler hekimlik mesleğinin itibarının ve saygınlığının azaldığını şöyle ifade etmişlerdir.

“Hekimlik mesleğine Türkiye’de devam etmeyi düşünüyordum. Almanya’ya gelme fikrim yoktu fakat mesleğin itibarının düşmesi ve hekimlere saygı duyulmaması Türkiye’de çalışmamı engelledi” (K1, Erkek, 25).

“Doktorluğun giderek düşen bir popülaritesi var ve saygınlığı giderek düşüyor” (K26, Erkek, 35).

“Burada doktorluk saygın bir meslek. TR’de bir kıymeti yok artık” (K14, Erkek, 57).

Hastalar ve hasta yakınları tarafından hekimlere yönelik şiddet eylemleri, hekimlere saygı gösterilmemesi, medyada hekimlerle ilgili olumsuz algı hekimlik mesleğinin itibar kaybetmesinin nedenleri olarak gösterilebilir. Hekimlerin bunların yanında üniversite giriş tercihlerinde tıp fakültelerinin puanlarının düştüğünü ifade etmeleri de mesleğin itibarında bir düşüş olduğunu göstermektedir. Özellikle cerrahi bölümlerin az tercih edilmesi bunun bir göstergesidir.

Çalışma koşulları: Çalışma koşulları dahilinde bahsedilebilecek konular; çalışma saatleri/iş yoğunluğu ve uzun nöbet saatleri, mobbing, şiddet ve kaos ortamı, ekonomik nedenler, malpraktis davaları ve akademik ilerlemedir.

Olumsuz çalışma koşulları hekimlerin en çok vurguladığı göçe iten nedenlerin başında gelmektedir. Hekimlerin en çok vurguladıkları nedenlerin başında iş yoğunluğu ve uzun nöbetler gelmektedir. Türkiye’deki çalışma koşulları bölümünde bahsedildiği üzere hekimler 32 saat bazı durumlarda 36 saatlere kadar varan nöbetler tutmaktadırlar. Bu uzun nöbetler dikkat dağınıklığına ve kötü performansa neden olabilmektedir. Özellikle nöroloji gibi hatanın olumsuz sonuçlar doğurabileceği alanlarda uzun çalışma saatleri daha riskli görülmektedir. Göç etme kararında iş yoğunluğunun etkisini bir hekim şu şekilde dile getirmiştir:

“Almanya’ya göç etmemde Türkiye’deki çalışma saatleri etkili oldu. İş yükü çok fazlaydı, otuz altı saat nöbet vardı (K10, Kadın, 39).

31 Ekim 2016’da yayınlanan ve Sağlık Bakanlığı’nın yürürlüğe koyduğu MHRS ile ilgili olan mevzuatın hekimleri çok zorladığını ve göç kararında etkili olduğunu bir hekim şu şekilde ifade etmiştir:

“Dört-beş dakikalık muayene sürelerinin olmadığı, günde toplamda beş-altı hastanın bakıldığı, kendi bilgi ve yeteneklerimi hastalar üzerinde

kullanabileceğim bir alan arıyordum açıkçası. Türkiye’de altı sene tıp eğitimi aldım, öncesinde beş sene eczacılık eğitimi aldım. Eczacılıkta çalıştığım zamanları sayarsak oradan da bir deneyimim var. İlaçlara hakimim, tıbbi bilgim var ama çalışmaya başladığımda bana dört dakika hastaya bakmak için muayene süresi verilecek. Benim hastaya deneyim ve tecrübemi aktarabilmem bu sürede mümkün değil. Üstüne üstlük şiddet göreceğim. Bunları yaşamak istemedim. Çok daha sağlıklı bir ortamda bilgi ve deneyimimi aktarabileceğim bir ülkeyi tercih ettim. O yüzden buraya geldim” (K26, Erkek, 35).

Çalışma saatlerinin çok yoğun olduğundan bahseden bir hekimin ifadeleri şu şekildedir:

“Çalışma saatlerinin uzun olması zorlayıcıydı, özel sektörde çok kötüye kullanılıyorsunuz. En son çalıştığım kurumda randevularımı kapatmayı geçtim, randevu sayımı bile belirleyemiyordum. Köle gibi çalıştırılıyordum. Fazla çalışma saatlerimin ücretini de alamıyordum” (K22, Kadın, 48).

20 yıl gibi çok uzun yıllar Türkiye’de çalışmış hekimler dahil en çok vurguladıkları konuların başında iş yoğunluğu ve çalışma saatlerinin uzun olması gelmektedir. Bu göstermektedir ki, uzun çalışma saatleri ve yoğun çalışma saatleri Türkiye’de hekimler için yıllardır varolan bir gerçekliktir. Bu nedenle uzun ve yoğun çalışmanın hekimleri göçe iten tek neden olduğunu düşünmemek gerekir, bu koşulların yanı sıra mobbing ve şiddet gibi olayların sağlık sektöründe yayılması yine itici diğer faktörlerdendir. Hekimlerin bahsettiği başka bir konu ise mobbingdir. Özellikle pratisyenlik ve asistanlık dönemlerinde yani mesleklerinin başlangıcında çoğu zaman maruz kaldıkları bir durum olarak bahsetmişlerdir. Örneğin özel hastanedeki çalışma koşullarından bahsederken bir hekim şu ifadeleri kullanmıştır:

“Özel hastanede çalışırken patronlar hep hakkımızı yiyordu. Kendi sigortamızı bizden kesiyorlardı. Bu yasal değil. Bu bende psikolojik bir baskı yaratıyordu. Üstelik yorucuydu, riskliydi, maddi manevi karşılığını alamıyordum. Türkiye’de çalışmak tatmin etmiyordu” (K11, Kadın, 45).

Devlet hastanesindeki baskı ortamıyla ilgili bir hekim şunları söylemiştir:

“Çok baskıcı bir tavır vardı. Ben devlette çalışmaya dayanamıyordum. Birkaç üniversiteye başvurduğum olmadı. Ya özele geçecektim ya da böyle bir maceraya atılacaktık. Eşime burada bir fırsat çıkınca geldik. O mobbing ve baskı ortamından kurtulduğum için mutluyum” (K2, Kadın, 44).

Hekimler devlet hastanesi ve özel hastanede çalışmanın zorluklarından bahsetmiş, bu hastanelerde şartların kötü olduğunu, yöneticilerin ve hastaların tüketici tavırlarının olduğunu ve hekimlere karşı saygısız davranmalarının Türkiye’den göç etme kararı vermelerinde etkili olduğunu söylemişlerdir.

Bir hekim göç kararı vermesinde etkili olan faktörü şu şekilde ifade etmiştir:

“Gülhane Askeri Tıp Akademisi’nden mezun oldum. Uzmanlığım Dahiliye Bölümü, yan dal ise Romatolojidir. 2007-2017 yılları arası Türkiye’de çalıştım. Bu süre içerisinde memnun olmadığım birçok olayla karşılaştım. 2016 yılına kadar Türk Silahlı Kuvvetlerinin kurumlarında çalıştım. Daha sonra ilerleyen zamanlarda Gülhane Askeri Tıp Akademisini Sağlık Bakanlığına devrettiler. Bizi de eşya gibi oraya geçirdiler. Gülhane Askeri Tıp Akademisinin kadro, maaş ve diğer haklarımızın hepsini Sağlık Bakanlığı vermeye başladı. Doğu hizmeti yaptığım için onu Sağlık Bakanlığının kıymetlendirmesi gerekiyordu ama yapmadı. Sağlık Bakanlığında bir personel doğu hizmetinin Bakanlıkta olmadığını söyledi ve yaptığımız görevin hiçbir anlamı olmadığını söyledi. Benim karar verdiğim nokta o noktadır” (K30, Erkek, 37).

İş yerinde şiddet hekimlerin çalışma ortamında karşılaştığı en büyük sorunlardan diğeridir. Mülakata katılan hekimler şiddetin caydırıcı bir sebep olduğunu ve kendilerini güvende hissetmediklerini söylemişlerdir. Mülakatlarda hasta-hekim tartışmalarına sıklıkla şahit olduğunu ve çalışma ortamında bu sebeple sürekli bir gerginlik yaşadığını belirten hekimler olmuştur. Hem şiddete direkt maruz kalmak hem de etrafındaki kişilerin şiddete uğradığını görmek hekimlerin göç etmesindeki en temel sebeplerden birisidir.

Bir hekim şunları ifade etmiştir:

“Hekim dövmeyi hekime klasik bir tepki olarak gören vatandaşların olması beni meslekten soğuttu. Hatta bunlar olmasın diye artık insanlar garanti meslekler seçiyorlar. Hasta ile muhabbetin olmadığı nükleer tıp, fizik tedavi ve rehabilitasyon gibi risksiz bölümleri seçiyorlar. Almanya’da hekime şiddet asla olmaz. Çok saygı duyuyorlar. Anestezi aldığı anda ölme riski oluşabilecek bir hastanın yakınlarına bu durumu söylediğimde hasta yakınları hiçbir tepki göstermedi, siz daha iyi bilirsiniz dediler. Benim önerimi sordular. Türkiye’de böyle anlayışlı bir hasta yakını kitlesiyle karşılaşmak çok zor” (K1, Erkek, 25).

Hastanede şahit olduğu ve çok yakınında olan şiddet olaylarından dolayı kendisini güvende hissetmeyen bir kadın hekim şunları söylemiştir:

“Sağlıkta şiddet çok ciddi bir sorun. Hasta elini kolunu sallayarak bıçakla silahla gelir. İstedğin ilacı yazmazsan çeker vurur. Benim başıma gelmedi ama gelen arkadaşlarımız oldu. Yıllarca İstanbul Okmeydanı Araştırma Hastanesinde çalıştım. Türkiye’nin en belalı hastanelerinden. Ben hiç birebir fiziksel şiddete maruz kalmadım ama sözlü şiddete maruz kaldım. Psikolojik şiddete de çok maruz kaldım. Ama şiddet bana çok yakındı etrafımdakiler, yanımdaki arkadaşlar hep dövüldü. O zaman da çok yalnız olduğumuzu hissederdim, uzmanlık yaparken. Bu bahsettiğim ben uzmanlık yaparken yani on beş yıl öncesi. Ben Türkiye’de yirmi bir yıl çalıştım ve yirmi bir yılda hiçbir

şey değişmedi. Geçen yıl Türkiye’de çalışırken de bir şey değişmemişti. Ben çok spesifik alanda çalıştığım için birebir bir şey yaşamadım ama etrafımdaki arkadaşlarım çok yaşadılar. Onları görmek bile yetiyor. Bu beni çok rahatsız ediyordu. İkincisi sürekli yalnız olduğumu hissediyorsun. Koruma yok. Hemşireye sekreterime hasta içeri girince sen de içeri gir diyordum. Türkiye’deki arkadaşlarım WhatsApp’ta hala böyle şeyler yazıyorlar. Şiddet en önemli faktör bizim için” (K23, Kadın, 45).

Çalışma koşulları kapsamında hekimlerin değindiği diğer göç sebepleri TUS³⁶ ve malpraktis davalarıdır. Türkiye’deki uzmanlık sınavının (TUS) zorluğu ve malpraktis davaları hekimlerin belirttiği diğer göç etme nedenleridir. Bir hekim TUS ile ilgili şunu söylemiştir:

“Türkiye’de pratisyen hekim olarak çalıştıktan sonra TUS’a hazırlandım. İstedğim bölüm olmayınca Almanya’ya geldim. Sınav zordu tekrar denemek istemedim” (K10, Kadın, 39).

Malpraktis davalarıyla ilgili olarak ise kadın doğum uzmanı olan bir hekim yaşadığı deneyimi şöyle ifade etmiştir:

“En mağdur olduğum konu malpraktis davalarıydı. Girmediğim doğumlardan bile bana dava açıldı. Mesleğimin uzun zamanını bu davalarla uğraşarak geçirdim. Bu da bende psikolojik yorgunluğa neden oldu, tükenmişlik hissettim” (K14, Erkek, 57).

Hekimler cerrahi bölümleri riskli olduğu için ve hastalarla yüz yüze gelmeyi gerektiren bölümler olduğu için çok fazla tercih etmemektedirler. Bu bölümleri hekimlerin az tercih etmesinin nedeni ise hekimlerin malpraktis davalarıyla uğraşmak istememeleridir. Nitekim Ankara Tabip Odası (2024)’nın açıkladığı TUS’ta en az tercih edilen branşlar sıralamasında cerrahi bölümler en başta gelmektedir. Çocuk cerrahisi, pediatri, genel cerrahi, göğüs cerrahisi, kalp ve damar cerrahisi ve kadın doğum gibi listenin ilk sıralarında yer alan branşlara bakıldığında bu bölümlerin risk içeren branşlar olduğu görülmektedir. Hatta hekimlerin belirttiğine göre bu bölümlerin puanları tercih olmaması sebebiyle çok düşüktür. Cerrahi bölümlerle ilgili olarak devlet riskli ameliyatların parasını tam olarak vermediği için ve gelir olarak katkısı çok az olduğu için hekimler cerrahi gibi riskli bölümleri tercih etmemektedirler (Ankara Tabip Odası, 2024).

³⁶ Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) tıp fakültesi mezunlarının uzmanlık eğitimi alabilmeleri için girdikleri bir branş seçme sınavıdır.

Çalışma koşulları kapsamında değerlendirilebilecek bir başka önemli konu ise akademik ilerlemedir. Hekimler Türkiye’de akademik alanda ilerleyemedikleri için bu alanda önlerinde bir engel oluşturmayacak bir ülkeyi tercih etmişlerdir. Bir hekim ifadesinde mesleki alanda bir tikanıklık yaşadığını ve çalıştığı üniversitede uzun süre kadro açılmadığı için göç kararı aldığını ifade etmiştir. İfadeleri şöyledir:

“Üniversitede kadro açılmasını bekledim açılmayınca geldim. Burada bilimsel açıdan destek çok fazla” (K2, Kadın, 44).

Doçent olan eşinin biyokimya uzmanı olduğunu ve Almanya’da araştırmacı olarak burs fırsatı çıkınca göç kararını daha kolay verdiğini söylemiştir. İlaveten kendisi de Almanya’da hekimlik yapmanın kariyeri açısından daha avantajlı olabileceğini düşünmüştür.

Ekonomik Nedenler: Göçün ana faktörü olarak ekonomik nedenler her zaman belirleyici olmamaktadır. Hekimlerin aşağıdaki ifadeleri göstermektedir ki göç kararını ekonomik faktörlerden çok kişisel, sosyal, siyasi sebepler şekillendirmektedir. Hekimlerin aşağıdaki ifadeleri ekonomik koşulların ikincil derecede etkili olduğunu göstermektedir.

Hekimler göç nedeni olarak ekonomik durumlarını/geliri birincil neden olarak göstermemişlerdir. Yalnızca iki hekim göç etmesini ekonomik nedenlere dayandırmıştır:

“Ekonominin kötüye gidişi Almanya’ya gelmemizde etkili oldu. Hekim, mühendis olduğumuz halde güzel bir tatil yapamıyorduk, güzel yerlere gidemiyorduk” (K5, Kadın, 38).

“Ben Türkiye’de ekonomik anlamda ciddi sorunlar yaşadım. Güvenlik soruşturması çok uzun sürdü. Bu süreçte bir yıldan fazla işsiz kaldım. En önemli neden buydu” (K4, Erkek, 34).

Bir hekim göç etmesinde ekonomik nedenlerin etkisinin olmadığından bahsetmiş ve şu ifadeleri kullanmıştır:

“Benim Almanya’ya gelmemde ekonomik faktör hiç yoktu. 2018’de ben buraya gelirken ekonomik etken yoktu benim için. Şimdi kötü ekonomik koşullar eklendi. Şu an gelmek isteyen birçok arkadaşım var ve bu arkadaşlarım ekonomik sebeplerden dolayı gelmek istiyorlar. Şu an Almanya’ya gelmeyi zorunda hissediyorlar” (K3, Erkek, 35).

Ekonomik faktörlerin göç etmesinde etkili olmadığını ifade eden başka bir hekim şu ifadeyi kullanmıştır:

“Ekonomik nedenlerle değildi. Çocuğumun geleceği, kendi akademik gelişimim, ülkenin durumu gibi sebeplerden buraya gelmeye karar verdim. Bu kadar dalgalı bir ülkede çocuk büyütmek istemediğime karar verdim. Ben kafamdaki planı kaybettim hayalimi kaybettim o nedenle geldim. Kendi istediğim şekilde yaşayabileyim diye buraya geldim aslında” (K30, Erkek, 37).

Hekimlerin göç sebepleri, ekonomik faktörlerin ötesinde, geniş bir yelpazede kişisel, mesleki ve toplumsal etkenlerle şekillenmektedir. Ekonomik nedenler, özellikle belirli bir dönemde zorlaşan yaşam koşullarının etkisiyle önemli bir faktör haline gelse de daha geniş bir perspektifte hekimlerin göç kararlarında önemli olan faktörler arasında eğitim fırsatları, kişisel gelişim, güvenlik, siyasi istikrar ve ailevi yaşam kalitesi gibi unsurlar yer almaktadır. Bu durum göçün, ekonomik sebeplerden çok daha boyutlu bir olgu olduğunu göstermektedir.

Politik İstikrar: Siyasi koşulların bir ülkenin vatandaşlarının iyi ve rahat bir yaşam sürmeleri için önemli olduğu düşünüldüğünde göç etme kararı vermede de önemli bir etken olacağı söylenebilir. Siyasi koşullar kişilerin değerlerine ve hayat anlayışına hitap etmediğinde kişiler kendilerine uygun olan bir seçenek arama yoluna gidebilmektedirler. Siyasetin hayatın her alanını etkilediği göz önünde bulundurulduğunda bireyler bu durumdan kaynaklı memnuniyetsizlikten dolayı göç etme kararı alabilirler. Mülakat gerçekleştirilen hekimlerin göç etmelerinde etkili olan sebeplerden bir tanesi ülkedeki siyasi sebeplerdir. Bir hekimin bu konudaki görüşleri bu düşünceyi teyit eder niteliktedir:

“Ülkenin 22 yıldır çok istikrarsız olması göç etmeme neden oldu. Politik açıdan, insan hakları açısından, eğitim, ekonomi, hukuk hatta tarım ve ziraat açısından istikrarsız olması ve ayrıca toplumsal şiddet ve kadın cinayetleri de Almanya’ya gelmemde etkili oldu. Ülkenin iyiye gittiği hiçbir durum göremediğim için göç ettim” (K20, Erkek, 62).

Siyaset ve sağlığın iç içe geçmesi ve sağlıkta özelleşme de hekimlerin önemli gördüğü diğer siyasi sıkıntılardır. Sağlık öncelikle devletin/kamunun yetki ve sorumluluğunda olmasına rağmen SDP kapsamında özel sektörün de yetkili olduğu bir alana dönüşmeye başlamıştır. Netice olarak sağlıkta özelleşme sağlık sektöründe sorunların oluşmasına neden olmuş örneğin tekelleşme ya da maddi durumu yetersiz

kişilerin sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamaması sonucunu doğurmuştur (Kutlu, 2021).

Türkiye'nin dışa kapalı olması, siyasi istikrarsızlık, insanların kutuplaştırılması, siyasi gidişattan duyulan memnuniyetsizlik hekimlerin siyasi anlamda belirttiği göç nedenleridir.

Sosyal Şartlar: Bir ülkede ekonomik şartların iyi olmasının yanında sosyal şartların her kişi için erişilebilir olması da o kadar önemlidir. Sosyal imkanlar bir ülkenin gelişmişliğinin göstergesi olarak belirtilebilir ve sağlık alanındaki gelişmişlik de bir ülkenin sosyal gelişim düzeyine dair bilgiler içerebilmektedir. Coşkun vd (2015)'nin belirttiği gibi sosyal gelişme endeksinin katmanlı yapısındaki refah tesisi sağlık ve sağlıklı yaşamdan geçmektedir. Dolayısıyla sosyal bir devletin amaçlarını gerçekleştirebilmesi için o ülkenin hekimlerinin önemi büyüktür. Hekimler sağlıklı bireylere, sağlıklı bireyler de sosyal açıdan gelişmiş bir devlete vesile olmaktadır. Depremzede bir hekim depremde Türkiye'nin sosyal açıdan çok geri kaldığını ve depremden sonra sağlık hizmetlerinin çok yetersiz olduğunu fark ettikten sonra göç etmeye karar verdiğini ifade etmiştir. Başka bir hekim Türkiye'deki trafiği dahi göç sebebi olarak belirtmiş ve trafiğin düzensiz olup insanların kurallara uymamasını da bir göç sebebi olarak belirtmiştir.

Yukarıda belirtilenler dışında ailevi sebepler de bazı hekimler tarafından göç nedeni olarak vurgulanmıştır.

“Benim tüm ailem Almanya'daydı. Annem babam 1970'lerde işçi olarak geldiler. Ben buraya evlilik yoluyla geldim. Ailem gibi işçi olarak göç eden bir ailenin kızıyla evlendim” (K12, Erkek, 55).

Bir hekim eşi nedeniyle Almanya'ya gittiğini şöyle ifade etmiştir:

“Askerlikten sonra Almanya'ya gelmiştim eşimle tanışmıştım. Sonrasında eşim sebebiyle geldim” (K15, Erkek, 47).

Bulgularda ortaya çıkan önemli konulardan bir diğeri ayrımcılıktır. Ayrımcılık toplumdaki eşitsizlikleri artırmakta ve bireylerin fırsatlara erişimini zorlaştırmaktadır. Bir hekim güvenlik soruşturmasının siyasi sebeplerden dolayı uzun sürdüğünü belirtmiştir. Bu durumun Almanya'ya gitmesinde en büyük etken olduğunu söylemiştir. Ayrımcılığın kendisi için Türkiye'de ciddi bir sorun olduğunu ve her alanda bunu yaşadığını belirtmiştir. Kendi ifadesi şöyledir:

“Ayrımcılık ırkçılık benim için Türkiye’de büyük bir problemdi. Ben bunu üniversitede okurken ve çalışırken hep yaşadım. Türkiye’deki siyasi sebepler Almanya’ya gelmemde çok büyük etken” (K4, Erkek, 34).

Başka bir hekim ise ayrımcılık nedeniyle karşılaştığı zorlukları şöyle ifade etmiştir:

“Anne tarafım Ermeni kökenli olduğu için Türkiye’de kendi kimliğimi tam anlamıyla yaşayamadım. Bu nedenle uluslararası bir ortamda daha rahat ve özgür olabileceğimi düşündüm. Almanya’da bu ortamı çok rahat bir şekilde bulabiliyorum. Hem Alman hem Arap arkadaşlarım var burada. Tam benim büyüdüğüm aileye uygun bir ortam var” (K6, Erkek, 29).

Özetlemek gerekirse hekimler; mesleğin saygınlığının ve itibarının azalması, çalışma koşulları, siyasi, sosyal, ekonomik ve ailevi nedenlerden dolayı göç etmişlerdir. Ek olarak hayat şartları, insan hakları, hukuk sistemi hatta trafik düzeni gibi etkenler de göç sebebi olarak belirtilmiştir. Dolayısıyla hekimlerin belirttiği bu sebepler onların Almanya’ya göçünde itici faktörler olarak belirtilebilir. Nitekim Schumann vd. (2019) ve Buchan (2008) siyasi, ekonomik istikrarsızlık, genel memnuniyetsizlik gibi sebepleri göçte itici faktörler olarak belirtirken, siyasi istikrar ve daha iyi yaşam olanakları gibi etkenleri çekici faktörler olarak belirtmişlerdir. Dolayısıyla hekimlerin mülakatta belirttiği göç etme nedenleri literatürde belirtilen hekim göçü nedenleriyle örtüşmekte ve hekim göçündeki itici faktörleri desteklediği görülmektedir.

3.2.2. Neden Almanya?

Bu bölümde hekimlerin göç etmek için neden Almanya’yı tercih ettikleri çekici faktörler kapsamında değerlendirilmiştir. Hekimler için Almanya’nın çekici bir ülke olmasının sebepleri şunlardır: 1. Denklik almanın kolay olması, 2. çocukları ve çocuklarının eğitimi, okulların ücretsiz olması, 3. sosyal güvence, müreffeh ve sosyal bir ülke olması ve gelecek kaygısının olmaması, 4. Almanya’da bazı mesleki branşların diğer ülkelere göre daha iyi olması, 5. mesleğini daha verimli ve sağlıklı yapabileceği düşüncesi, 6. öğrencilik zamanında gelip ülke ile ilgili fikir edinmek, 7. Alman/Avrupa vatandaşlığı, 8. ailevi sebepler, 9. Türkiye’ye yakın olması ve Türk nüfusun fazla olması,

Katılımcıların Almanya’ya göç etmelerine neden olan çekici faktörler çeşitlilik göstermektedir. Hekimler Almanya’da denklik almanın diğer ülkelere göre

daha kolay olmasını ve Almanya’da hekimlerin sınavsız denklik alma imkânı olmasının bu ülkeyi tercih etmelerinde etkili olduğunu ifade etmişlerdir. Bu nedenle Almanya ilk tercihleri olmuştur. ABD, Kanada ve İsviçre gibi ülkeleri de düşündüklerini fakat Almanya’nın bu ülkelere göre denklik ve prosedür açısından daha kolay olması nedeniyle Almanya’yı tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca Almanya’da hekimliği kabul ettirme şartlarının daha rahat olduğunu belirtmişlerdir.

“Almanya’da uzmanlık denkliği daha kolay diye Almanya istedim” (K11, Kadın, 45).

“Türkiye’deki çalışma koşullarından memnun olmayınca hekimlik yapabileceğim başka ülke arayışına girmiştım denklik alması en rahat Almanya diye öğrendim. Bu nedenle Almanya’ya gelmeye karar verdim” (K7, Erkek, 40).

Bir hekim Almanya’da prosedürün daha kolay olduğundan bahsedip şunları söylemiştir:

“Almanya’yı tercih etmemin sebebi; diğer yerlerde süreç çok zor, yaş itibarıyla yeni bir başlangıç zaten zor. İngiltere’de rakip çok. Hindistan ve Pakistanlıların ana dili İngilizce. Almanya’da yarışa herkes eşit başlıyor” (K28, Kadın, 45).

Evli ve çocuk sahibi olan aileler Almanya’ya gitmelerinin temel nedeni olarak çocuklarını söylemişlerdir. Çocuklarının daha iyi bir eğitim alması, Türkiye’de eğitim sisteminin zor olması ve çocuklarına daha iyi bir gelecek hazırlamak için Almanya’ya gittiklerini söylemişlerdir. Bir hekimin söyledikleri şu şekildedir:

“Çocuk özel okuldan gelip akşam 23:00’e kadar ödev yapıyor. 6’ya kadar okulda zaten çocuk gece 11’e kadar da ödev veriliyor bu özel okulda. Çocuğun okula başlaması milat karar. Esas nokta çocuktu.” (K28, Kadın, 45).

Türkiye’deki eğitim sisteminin yetersiz olması ve çocuklarının eğitimde zorlanmaları nedeniyle hekimler çocuklarının eğitimi için Almanya’ya göç ettiklerini belirtmişlerdir. Özellikle küçük yaşta çocuğu olan ebeveynler çocuklarına iyi bir gelecek hazırlamak için Almanya’ya göç ettiklerini söylemişlerdir. Hekimler Almanya’da eğitimin kaliteli olması, çocuklarının iyi bir eğitim alması ve çocuk yetiştirme imkanlarının iyi olması nedeniyle göçe karar verdiklerini ifade etmişlerdir. Eğitimle ilgili bir hekim şu ifadeleri kullanmıştır:

“İki kızım var. Kızlarımın Türkiye’de geleceklerini iyi görmüyordum. Hem ekonomik hem sosyal hem kültürel hem mesleki hem de eğitim açısından.

Alman eğitim sisteminde eğitim görmeleri ve onlara iyi bir gelecek hazırlamak için Almanya'ya geldim” (K20, Erkek, 62).

Bir başka hekim şunları söylemiştir:

“Çocuk okula başladığı zaman eğitim sisteminin kötü ve asla düzelemez bir halde olduğunu gördük ve Türkiye’de olmak istemedik” (K28, Kadın, 45).

Almanya’nın tercih sebebi olmasının başka bir nedeni de sosyal ve müreffeh bir ülke olmasıdır. Kanunların herkese eşit uygulandığı, hukuk ve adaletin olduğu bir ülke olması nedeniyle tercih sebebi olmuştur.

“Burası sosyal devlet olduğu için tercih ettik. Kanun hukuk herkese eşittir diye düşündük Almanya için” (K5, Kadın, 38).

Dünya Adalet Projesi (2024) web sitesinin 2024 verilerine göre Almanya’nın adalet konusunda 142 ülke arasında 5. sırada olması bu görüşü desteklemektedir. Hükümet güçleri, yolsuzluğun olmaması, açık hükümet, temel haklar, düzen ve güvenlik, yasal uygulamalar, sivil adalet ve cezai adaletten oluşan değerlerin tümünde en iyi beşinci ülkedir. İlk dörtte yer alan ülkeler ise Danimarka, Norveç, Finlandiya ve İsveç’tir (Dünya Adalet Projesi, 2024)³⁷.

Hekimler branşlarının Almanya’da daha iyi olması, mesleklerini daha iyi yapabilecekleri düşüncesi, önceden gidip ülke ile ilgili fikir edinmiş olmak gibi sebeplerle de Almanya’yı tercih etmişlerdir. Alanlarında kendilerini geliştirebilmek adına branşlarında daha iyi bir ülke olan Almanya’ya gitmişlerdir. Bazı hekimler Almanya’ya öğrencilik dönemlerinin bir döneminde staj yapmak için gitmişler ve çalışma koşullarının güzel olduğunu gördükten sonra ülke ile ilgili olumlu fikirler edinmişlerdir.

Nöroloji alanında Almanya’nın iyi bir ülke olduğunu belirten bir hekimin ifadesi şöyledir:

“Benim çalışmak istediğim alan nörolojiydi. Nörolojide Almanya çok iyi bir ülke. Bu nedenle Almanya olsun istedim” (K5, Kadın, 38).

Başka bir hekim mesleğini daha iyi ve rahat şekilde yapabileceği için Almanya’yı tercih etmiştir. Bunu şu şekilde açıklamıştır:

³⁷ Dünya Adalet Projesi, dünya çapında hukukun üstünlüğünü geliştirmek için çalışan bağımsız, çok disiplinli bir kuruluştur, (<https://worldjusticeproject.org/rule-of-law-index/global/2024/Germany/table>, erişim tarihi: 26.11.2024)

“Hastalara daha fazla süre ayırabileceğim için ve kendi deneyimimi daha iyi kullanabileceğim için tercih ettim. Asistanlık eğitiminin açıkçası Türkiye’de daha iyi olduğunu düşünüyorum buna rağmen Almanya’yı tercih ettim. Örneğin ben cerrahi bir branş istesem biliyorum ki Türkiye’de çok daha fazla vaka göreceğim. Çok iyi bir cerrah olarak çıkabilirim Türkiye’de. Almanya’da kendiniz çaba sarfetmeniz gerekiyor. Eğitimlere gitmeniz gerekiyor. Bir ameliyata bile girmek asistan olarak üçüncü seneleri bulabiliyor. Türkiye’de yoğunluk olması ve hocaların sorumluluğu mesleğe yeni başlamış hekimlere vermek istemeleri aslında sizin gelişiminizi sağlıyor. Türkiye’de bazı birimlerde daha iyi eğitiliyorsunuz. Fakat Almanya’da muayene sürelerinin uzun olması, insanların birbirine saygılı olması, çalışma koşullarının daha iyi olması mesleğimi burada daha iyi ve sağlıklı şekilde yapabileceğimi düşündürdü” (K26, Erkek, 35).

Önceden Almanya’ya gidip ülke ile ilgili fikir edinmiş olan bir hekim şunları ifade etmiştir:

“Ben intörlükte (stajda) gelmiştim buraya. Erasmus ile Berlin’e gelmiştim. Yaklaşık 5 ay intörlük yapmıştım. O dönem buraya gelinebilir diye düşünmüştüm” (K13, Erkek, 33).

İlaveten katılımcılardan Alman/Avrupa vatandaşlığı olan hekimin ilk tercihi Almanya olmuştur.

“Alman vatandaşı olduğum için burası daha kolay olur diye düşündüm. O yüzden Almanya’yı tercih ettim” (K1, Erkek, 25).

Alman/Avrupa vatandaşlığından başka ailevi sebeplerden dolayı da hekimlerin tercih sebebi olmuştur. Hekimler Alman vatandaşlığı olan eşleri nedeniyle ya da önceden Almanya’ya yerleşmiş olan yakınlarının ve akrabalarının orada olması sebebiyle Almanya’ya göç etmişlerdir.

“Ben aslında kendim gelmeyi çok da planlamamıştım. Tüm ailem burada olduğu için düşündüm. Hatta ben Türkiye’de kalmayı bile düşündüm. Eşim Türkiye’de yaşamak istemediği için buraya geldim” (K12, Erkek, 55).

Bir başka hekim Almanya’daki tanıdıkları nedeniyle tercih ettiğini şöyle belirtmiştir:

“Almanya’daki arkadaş, akraba ve hastalarımın dolaylı Almanya’yı tercih ettim. Almanya’da hem Türk hem Alman çok arkadaşım var. Bir de Almanya’ya gezmeye geliyordum kısa süreliğine. Türkiye’deki Alman hastalarımı ziyaret ediyordum. Alman kültürü bize yabancı değildi. Eşim de bir otelde yöneticilik yapıyordu. O da Almanya doğumlu. Almanya bizim Türkiye’den sonra kendimizi iyi hissettiğimiz ikinci ülkemiz gibiydi. Almanya’da abim var, 40 yıldır yaşıyor. Mesafeler uzak olsa da bu bile bir etken” (K20, Erkek, 62).

Ailevi sebepler ve tanıdıkları dışında hekimler Almanya’nın Türkiye’ye yakın olması ve Türk nüfusun fazla olmasını da çekici faktörler olarak belirtmişlerdir.

Bir hekim Almanya'yı tercih etmesinin sebebi olarak şunları belirtmiştir:

“İlk önce ABD’yi düşündüm ama daha sonra Almanya daha mantıklı geldi. Türk nüfus fazla olması ve Türkiye’ye yakın olması etkili” (K30, Erkek, 37).

“En iyi ülke Almanya idi bizim için. Burada Türk nüfus fazla” (K30, Erkek, 37).

Sonuç olarak; denklik almanın daha kolay olması, çocuklara daha iyi eğitim imkânı sunmak, gelişmiş, sosyal ve müreffeh bir ülke olması, Almanya’da bazı mesleki branşların daha ileri olması, vatandaşlık sahibi olma, ailevi sebepler ve Türk nüfusun fazla olması gibi çekici faktörler Türk hekimlerin Almanya’yı tercih etmelerindeki en temel sebeplerdir.

3.3. GÖÇÜ DÜZENLEYEN VE YÖNETEN KURUMSAL PRATİKLER

Göç etme sürecinde kişilerin resmî kurumlardan aldığı destekler göç sürecini hızlandırmaktadır. Bu kurumlar kaynak ve hedef ülkesindeki danışmanlık firmaları, danışmanlık hizmeti veren kişi ve şirketler olarak belirtilebilir. Bu destekler ile kişilerin yurtdışına çıkış ve orada yerleşme süreci hızlanabilir (Salt ve Stein, 1997). Benzer şekilde, hekimler göç etmeye karar verdikten sonra Almanya’ya göç etmeden önce hem Almanca dil kriterlerini karşılamak hem de göç için gerekli bürokratik süreçleri (diploma denklik, çalışma vizesi ve iş bulma gibi) yönetmek için bazen kurumsal yapılardan destek almaktadır. Bu kurumsal desteklerin yanı sıra göçmenlerin kişisel ağıları da göç süreçlerini yönetmede etkin olarak kullanılmaktadır. Bu kurumsal pratikleri ele almak amacı ile Ankara’daki on üç Almanca kursunun yetkilisiyle görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Buna ek olarak, göç sürecine aracılık eden firmaların, danışmanlık firmalarının hekimlerin göç hareketlerini nasıl yönettiklerini anlamak için yine Ankara’da on adet danışmanlık firmasıyla görüşülmüştür. Dil kursları ve danışmanlık firmaları yanı sıra Türk Tabipleri Birliği’nden bir yetkili ile de görüşme gerçekleştirilmiş ve kendisinden hekim göçüne ilişkin bilgi alınmıştır.

3.3.1. Dil Kursları ve Dil Yeterliliği

Bu kısımda hekimlerin Almancayı ne şekilde öğrendikleri, dil kurslarından ne kadar faydalandıkları, kursun gerekli olan puanı almalarına ne kadar katkı sağladığı ve bu puanları ne kadar sürede aldıklarından bahsedilmiş ve hekimler için gerekli olan Almanca dil seviyeleriyle ilgili genel bir bilgilendirme yapılmak istenmiştir.

Mülakata katılan hekimler Almanya'ya gitmek için yaptıkları ilk girişimin bir dil kursuna gitmek olduğunu söylemişlerdir. İlk aşamada gerekli olan minimum B2 genel Almanca dil sertifikasını almaları gerekmektedir. Bu dil sertifikası Almanya'ya hekim olarak gidebilmek için sağlanması gereken ilk şartlardan biridir çünkü denklik başvurusu esnasında sunulması gereken bir evraktır. Hekimler Türkiye veya Almanya'da bir kursa giderek ya da online kurslara katılarak Almanca dilini öğrenmişlerdir. Özel ders alarak öğrenen hekimler de vardır. Ayrıca dil eğitimine Türkiye'de bir kursta başlayıp Almanya'da kursa giderek devam eden hekimler de vardır. Görüşülen hekimler arasında kursa gitmeyip çalıştığı yer nedeniyle Almancayı kendisi öğrenen bir kişi bulunmaktadır. Kursa gidenler yaklaşık 8 ay ila 1,5 yıl arasında B2 genel Almanca dil seviyesini tamamlamışlardır. Hekimlerin B2 genel Almanca dil yeterlilik sertifikasını aldıktan sonra hekimlik mesleği için gerekli olan C1 seviye tıbbi Almanca belgesini almaları gerekmektedir. Katılımcıların beşi stajyer hekim olarak çalıştığı için henüz C1 seviye dil belgesini almamıştır. Aile birleşimi yoluyla giden hekimler için A1 dil seviyesi yeterli olmaktadır. Aile birleşimi ile Almanya'ya giden 3'ü erkek 1'i kadın toplam 4 hekim vardır.

Hekimler kursların kendileri için faydalı olduğunu ve Almancayı hiç bilmeyen birisinin kendi imkanlarıyla öğrenmesinin zor olabileceğini belirtmişlerdir. Bu nedenle mutlaka bir kurs yardımıyla destek alınması gerektiğini söylemişlerdir. Hekimlerin Almanya'da dil bilgilerini geliştirmek amacıyla bir girişimde bulunup bulunmadıklarını anlamak için Almanya'ya gittikten sonra ekstra dil eğitimi alıp almadıkları sorusu sorulmuştur. Bu soruya cevap olarak “almadım, Almanya'da hala kursa devam ediyorum, kendim çalışıyorum, uzun vadede C2 dil belgesini almayı planlıyorum, yakında almayı düşünüyorum, günlük hayat içerisinde pratik yaparak dilimi geliştirmeye çalışıyorum, dört ay hızlandırılmış kurs aldım” cevaplarını vermişlerdir. Hekimler dili geliştirmenin bir sınırının olmaması ve Almancanın zor bir dil olmasından dolayı Almanlarla sürekli diyalog halinde olarak dili ilerletmenin en iyi yol olduğunu düşünmektedirler.

Ankara'da toplam 13 Almanca dil kursu yetkilisiyle görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Kurs yetkililerine Almanca kursuna daha çok hangi meslek grubundan katılım olduğu, hekim olan kursiyer sayısı, hekimlerin kursa katılım yönündeki beklentileri, kursa katılan hekimlerin yaş aralığı, hekimlerin B2 dil

seviyesine ne kadar sürede ulaştıkları, aldıkları dil eğitiminin Almanya’da mesleklerini icra edebilmek için ve günlük hayata katılımları için yeterli olup olmadığı soruları sorulmuştur.

Kurs yetkilileri kurslara katılımın en çok sağlık ve mühendislik mesleklerinden olduğunu söylemişlerdir. Bu iki meslek dışında bilgi teknolojisi, öğretmen, hemşire, fizyoterapist, profesör, kuaför, aşçı, şoför, sivil havacılık, polis ve ek olarak öğrencilerin de kurslara katılım gösterdiğini belirtmişlerdir. Hekimlerle ilgili net sayı bilgisi olmayan yetkililer genel olarak kursa katılan sağlık personeli sayısından bahsetmişlerdir. Kurslardaki öğrenci sayıları değişiklik göstermekte olup bir kurs yılda 400-500 öğrencisi olduğunu ve bunun 200-250 kişisini hekimlerin oluşturduğunu, 500 öğrencisi olan bir kurs öğrencilerinin yüzde onunun hekim olduğunu belirtmiştir. Başka bir kurs yetkilisi öğrenci sayısının yüzde 20’sinin hekim olduğunu yüzde 60’ının ise hemşire olduğunu söylemiştir. Kursa katılanların çoğunlukla sağlık personeli olduğunu ifade eden bir kurs yetkilisi 25 kişilik bir grubun 12-13 kişinin sağlık personeli olduğunu söylemiştir. Yeni açılmış bir Almanca kursunda ise toplam 20-25 kursiyer olup bunların sadece 2’si hekimdir. Başka bir kurs yetkilisi bir ay içinde 4-5 adet sabah ve akşam grubu açtıklarını her birinde 14 kişi olduğunu, bir sınıfta ise sadece üç hekim olduğunu ve kursiyerlerin genellikle hemşire ve mühendislerden oluştuğunu ifade etmiştir. Özel ders şeklinde kurslar da olmasına rağmen özel ders ücreti yüksek olduğu için çok tercih edilmediğini belirtmiştir. Özel derslerin birebir olarak yapıldığını belirtmiştir.

Görüşülen on üç kurstan sadece iki tanesi kurslara katılan hekim sayısında artış olmadığını söylemiştir. Bunun sebebini bir yetkili önceki yıllarda çok fazla hekimin gitmesi, o nedenle kursiyer sayısında azalma olması olarak açıklarken diğeri hekimlerin özlük haklarındaki iyileşme nedeniyle hekim göçünde yüzde 60-70 oranında düşüş olduğunu söylemiştir. Örneğin eskiden beş sınıf olduğunu şimdi ise bir sınıf olduğunu belirtmiştir. Diğer kurs yetkilileri ise katılımda artış yönünde bir eğilim olduğunu ve katılımın giderek artacağını beklediklerini söylemişlerdir.

“Çok fazla artış var. Almanca dersleri İngilizceyi geçti. Bu yaklaşık 1-2 sene önce böyle değildi. Özellikle bizim kursumuz için çok arttı. Sağlık çalışanları Almanca dersi almak istiyor ve Almanya’ya gitmek istiyorlar. Almanca özel derslerimiz bile İngilizceyi geçti. Bunun nedeni bence Almanya’nın yeni göç yasası”.

Ekim 2023'te görüşme yapılan bir kurs yetkilisi son bir senedir hekim başvurularında artış olduğunu ve gelecekte artış beklentisinde olduğunu belirtmiştir. Bunun yanında bir kurs yetkilisi hekimlere yönelik ücretsiz eğitimler veren çok fazla kurum olduğundan bahsetmiş ve ileriki zamanlarda kurslardaki hekim sayısının artacağını öngördüğünü belirtmiştir. Ekim 2023'te yapılan bir mülakatta bir yetkili kurslara olan taleple ilgili şunları söylemiştir:

“Talepte artış var. Geçmiş yıllara nazaran daha fazla arayıp bizden Almanca için bilgi alıyorlar. Talebin arttığını görmüş oluyorum. Fakat ekonomik olarak değerlendirme yaptıklarında özel ders değil grupları daha çok tercih ediyorlar. Çok fazla artış olduğunu biliyorum”.

Kursa katılan hekimlerin yaşlarına bakıldığında hekimlerin genellikle genç yaştaki kişiler olduğu belirtilmiştir. Genellikle 25-45 yaş aralığında oldukları söylenmiştir. Bazı kurslar 50-60 yaş aralığında da kursiyerleri olduğunu söylemiştir. Henüz Türkiye’de mesleğe başlamamış olan yeni mezun hekimlerin de kursiyer olduğunu belirten kurslarla da görüşülmüştür.

Belirtildiği gibi hekimlerin sağlamaları gereken dil seviyesi en az B2’dir. Almanca dil seviyesi A1-A2-B1-B2-C1-C2 şeklinde ilerlemekte ve hekimlerin B2 seviyeye ulaşmaları gerekmektedir. Hekimlerin B2 dil seviyesine ne kadar sürede ulaştıkları da kurs yetkililerine sorulmuştur. Görüşmeler B2 seviye için kursların ortalama birbirine yakın ders saatleri verdiğini göstermektedir. Bu çerçevede kursları hafta içi kurslar, hafta sonu kursları ve özel dersler şeklinde ayırmak mümkündür. Hafta içi kurslarda her kur yaklaşık 2 ay sürmektedir ve toplamda 8 ay alınacak bir eğitimle B2 seviyeye ulaşılabilir. Tıbbi dil sertifikası olan C1 dil sertifikası için ise toplam 10 ay kursa gitmek gerekmektedir. Hafta sonu kurslarında hekimler haftada 8 ders alarak 8 ayda B2 seviyeye ulaşabilmektedirler. C1 seviyeye devam edildiği takdirde tüm süreç 10 ayda tamamlanabilmektedir. Özel derslerde ise öğrencinin öğrenme kapasitesine bağlı olarak ders saati değişebilmektedir. Bu nedenle özel dersler için belirli bir süreden bahsetmek mümkün olmayabilir. Fakat genellikle 5-12 ay arasında bir sürede B2 seviyeye ulaşılabilceği söylenebilir.

Kur süreleri ile ilgili olarak kursların çoğunlukla 2 aylık periyotlarla düzenlendiği görülmektedir. Diğer bir ifadeyle A1, A2, B1 ve B2 seviyenin her biri için 2 ay kurs alınmaktadır. B2 için toplamda 8 ay ders alınmış olmaktadır. C1 ile

devam edilmek istendiğinde ise bu süre en az 1 sene olmaktadır çünkü kursların bazıları C1 seviye için ek olarak 2 ay daha ders verebilmektedir. Kurs programı ise haftada 2-3 gün 40’ar dakikalık dersler şeklinde ve 3 aylık dönemler olarak devam etmektedir. Kurs süreleri ise B2 seviye için en az 8 ay en fazla 1,5 yılı öngören sürelerdir. Özetle bir hekimin B2 dil seviyesine ulaşmak için 8-12 ay arasında Almanca dersi alması gerekmektedir. Özel dersler ise kişilerin ilerlemesine bağlı olarak daha kısa veya daha uzun sürebilmektedir.

Kurs yetkilileri hekimlerin aldıkları dil eğitiminin Almanya’da mesleklerini icra edebilmeleri için yeterli olup olmadığı sorusuna farklı yanıtlar vermişlerdir. Kâğıt üzerinde B2’nin yeterli olduğunu söyleyen yetkililer aynı zamanda hekimlerin mesleklerini yaparken konuşmalarının dillerini çok ilerleteceğini belirtmişlerdir. Bir yetkilinin ifadeleri şu şekildedir:

“Alman hükümeti bunu kabul ediyorsa yeterli diye düşünüyorum. Fakat hekimlerin bazen anlamadıkları meslekte yanlış değerlendirme yaptıkları gibi durumlar da olmuş bunu duydum ama bu her dil için geçerli”.

Başka bir yetkili şu ifadeleri kullanmıştır:

“B1 B2 seviyesinde alırlarsa yeterli olur. Mesleki hayatta konuşmaları lazım. Bu kişiden kişiye değişebilir. Bazı öğrenciler dil öğrenimine yatkın oluyorlar. Dil seviyesinin içinde okuma yazma dinleme konuşma var. Yani öğrenci sadece bir alanda da çok iyi olabilir”.

B2 seviyenin yeterli olmadığını belirten bir yetkilinin söyledikleri ise şu şekildedir:

“Yeterli değil ama Almanya’ya gidince 3-6 ay arasında dil eğitimi alabiliyorlar. B2 ve C1 eğitimi veriliyor. Teknik işlerde B2 üzeri lazım. C1 yeterli oluyor. Ayrıca devlet kurumları için Almanya’daki sınavlar geçerli. TELC ve GOETHE dışında Türkiye’deki kursların sınavları dikkate alınmıyor”.

Kurs yetkililerine hekimlerin aldıkları dil eğitiminin meslekleri için yeterli olup olmadığından başka günlük hayata katılımları için yeterli olup olmadığı da sorulmuştur. Bu soruya ise yeterli yanıtını vermişlerdir. Bir kurs yetkilisi şunu söylemiştir:

“Sağlık çalışanları için çok yeterli. Gündelik hayat için A2 ya da evlendiklerinde aile birleşiminde A1 yeterli oluyor. Bence A2 bitiren bir öğrenci rahatlıkla sosyal hayatında okul hayatında çok rahatlıkla hayatını

idame ettirir. A2 bittiğinde gramerin hepsi bitmiş oluyor. Bundan sonra konuşma pratikleri vs”.

Başka bir kurs yetkilisi B2 dil seviyesinin günlük yaşam için yeterli olduğunu fakat aynı zamanda Almanya’da geçirilen sürenin de önemli olduğunu çünkü orada geçirilen süre arttıkça gündelik hayata katılımın kolaylaştığını ifade etmiştir.

Özetle, her kurstaki hekim sayısı değişmektedir. Kurs yetkililerinin ikisi hariç diğerleri Almanya’ya giden hekim sayısının artış eğiliminde olduğunu ve bu artışın süreceğini beklemektedirler. Hekimlerin yaş aralığı genellikle 25-45 yaş aralığında değişmektedir fakat sayıca daha az olmakla birlikte yaşı 60’ı bulan hekimler de vardır. B2 dil seviyesine 8-12 ay arasında ulaşabilmektedirler. Hekimlerin Almanya’da mesleklerini icra edebilmeleri için B2 seviyenin yeterli olabileceğini fakat iş yerindeki konuşmaların da hastaları anlama açısından önemli olduğunu belirtmişlerdir. B2 seviyenin hekimlerin iş yaşamı için yeterli olmadığını belirten yetkililer de vardır. Gündelik yaşam için B2 seviyenin yeterli olduğunu söylemişlerdir.

3.3.2. Danışmanlık Firmaları ve Hekim Göçü

Uluslararası göç birçok acente veya aracı kurum açısından karlı bir ticari işe dönüşmüştür (Tseng, 1997). Bu firmaların ayırt edici özelliği göç sürecini yönetmek için kurulmuş olmalarıdır. Smart (1994) çalışmasında aracı firmaların potansiyel göçmenlerin göç destinasyonu kararını sonuçlandırmalarında göçmenlere önemli ölçüde yardımcı olduklarını belirtmiştir. Danışmanlık firmaları yurtdışına göç etmek isteyen kişilere konaklama, eğitim, dil kursu ve istihdam sağlama konularında yardımcı olmaktadır. Göçmenler hedef ve kaynak ülkesindeki danışmanlık firmaları, danışmanlık hizmeti veren kişi ve şirketler yoluyla yurtdışına çıkış ve orada yerleşme sürecini hızlandırabilmektedirler (Salt ve Stein, 1997). Aracı firmalar veya danışmanlık firmaları göçmenleri istihdam fırsatları açısından bilinçlendirmekte, göçmenlere bilgi sağlamakta, kaynak ve hedef ülkesindeki bürokratik süreçleri yönetmekte, seyahatleri organize etmekte, finansman sağlamakta ve göçmenler gidecekleri ülkelere vardıktan sonra da onlara yardımcı olmaya devam etmektedir (Conrad ve Meyer-Ohle, 2017).

Bu çalışmada danışmanlık firmalarının hekim göçündeki işlevini anlamak amacıyla on adet firmayla görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda firmalara; hangi meslek grubundan kişilerin danışmanlık almak istediği, kişilerin neden

Almanya'ya gitmek istedikleri, başvuru süreçleri ve bu süreçte firmaların verdiği hizmetler ve başvuruların kabul oranı hakkında sorular sorulmuştur. Bu doğrultuda danışmanlık firmalarının hekim göçünü nasıl yönettiklerinin anlaşılması amaçlanmaktadır.

Genel olarak danışmanlık firmaları göçmenlere hukuki danışmanlık hizmetleri sunmaktadır. Firmaların başvuru sürecinde danışanlara rehberlik etmesi, gerekli belgeleri ve başvuru dosyalarını hazırlaması bu firmaların hukuki yapısını göstermektedir. Ayrıca idari personel ve destek ekibinin dosya takibi ve müşteri hizmetleri ile ilgili idari konularda destek vermesi idari yapıda olduklarının göstergesidir. Firmalar işgücü piyasasında iş arayanları ve iş verenleri bir araya getirir. Bununla birlikte çalışma izni ve oturma izni konusunda yardımcı olurlar. Mesleğini yapmak amacıyla göç edenlere verilen danışmanlık hizmetinden başka öğrencilere de eğitim amacıyla hizmet verilmektedir. Bazı danışmanlık firmaları göçmenlerin yeni yaşamlarına adapte olmaları için konaklama ve yerleşim hizmeti de sağlamaktadır. Hatta göçmenlerin yaşamlarını kolaylaştırmak için dil öğrenme desteği sağlamaları sebebiyle sosyal hizmet sağlayan yapılar olarak belirtilebilir. Bu kurumlar aynı zamanda kültürel adaptasyonu sağlayan kurumlardır. Lojistik yapısı kapsamında ise göçmenler için seyahat planlaması, uçak bileti rezervasyonu gibi hizmetler sunulmaktadır. Dolayısıyla danışmanlık firmaları çeşitli profesyonel uzmanlık alanlarını birleştirmektedir. Bu firmaların yapısı hizmet verdikleri kitlenin ihtiyaçlarına ve göç edilen ülkenin yasalarına göre şekillenmektedir.

Danışmanlık firmaları hekimlerin başvurularının daha az olduğunu belirtmekle birlikte hemşire, fizyoterapist gibi sağlık personelinin, mühendislerin, bilgi teknolojisinde çalışanlar ve vasıfsız eleman, aşçı, inşaat sektöründe çalışanlar ve kamyon şoförü gibi diğer meslek grubundan kişilerin başvurularının fazla olduğunu söylemişlerdir. Hekimlerin danışmanlık firmalarından daha az yararlanmasının sebebi işlemlerini daha çok kendileri yapmalarıdır. Hemşireler, fizyoterapistler gibi sağlık personelinin, mühendislerin ve diğer ara elemanların başvuru yoğunluğu bu meslek gruplarının danışmanlık firmalarından daha fazla danışmanlık hizmeti aldığını göstermektedir.

Yurtdışına gitmek isteyen kişiler neden göç etmek istekleri ile ilgili olarak çeşitli sebepler belirtmişlerdir. Belirttikleri sebepler arasında siyasi ve sosyal nedenler, maddi nedenler ve kültürel nedenler bulunmaktadır. Kişiler gelecek kaygısı, değersiz hissetme, çocuklarının eğitimi ve geleceği, iyi bir yaşam standardı ve iyi bir ortamda iyi koşullarda çalışmak için göç etmek istemektedirler. Kişiler için maddi kaygılar bu sebeplerden daha sonra gelmektedir. Hekimler Almanya'daki çalışma koşullarının iyi olması, Türkiye'deki gibi uzun ve yoğun çalışma saatlerinin olmaması ve sosyal şartların gelişmiş olması nedeniyle göç etmek istemektedirler. Ayrıca kültürel nedenler de başka bir göç sebebi olarak belirtilmiştir.

Danışmanlık firmaları hekimlerin başvuru süreçlerinin uzun sürdüğünü ve genellikle 8 ay ile 2 yıl arasında değiştiğini söylemişlerdir. İki yıla kadar uzamasının sebebi ise dil eğitiminin bu süreye dahil olmasıdır. Dil şartını tamamlamış hekimlerin süreçleri daha kısa sürmektedir. Danışmanlık firmaları hekimlere Almanca eğitim sağlamak konusunda destek olmaktadır. Hekimleri anlaşmalı oldukları kurslara yönlendirmekte ve Almanya'da dil şartını sağlamalarına yardımcı olmaktadır. Eğitim dışında konaklama hizmeti de vermektedirler. Bunların dışında denklik işlemleri, evrakların tercümesi, özgeçmiş hazırlama, rehberlik, oryantasyon, vize alınması ve iş bulma (hastanelerle yapılan anlaşmalar yoluyla) gibi bürokratik konularda da yardımcı olmaktadır.

Firma yetkilileri başvuru şartlarını sağlayan kişilerin neredeyse tamamının kabul aldığını söylemişlerdir. Sayıca az olmakla birlikte kabul almakta zorlanan kesimin yaşı büyük ve uzmanlaşmış kişiler olduğu belirtilmiştir. Almanya'dan kesin olarak kabul alan meslek grupları; hemşirelik, fizyoterapistlik, okul öncesi öğretmenlik, çocuk gelişimi öğretmenliği, mesleki eğitim ve radyoloji teknikerliği meslekleridir.

Özetle firmalar hekimlerin göç süreçlerini yönetmede onlara birçok konuda hizmet sunmaktadır. Böylece hekimlerin yurtdışına göç etme süreçleri kolaylaşmaktadır.

3.3.3. Türk Tabipleri Birliği (TTB) ve Hekim Göçü

TTB'nin hekim göçü ile direk bir ilgisi olmasa bile bir meslek örgütü olarak hekimlerin göç sürecinde iyi hal belgesi almak için başvurdukları bir kurumdur.

Görüşmede iyi hal belgesi almak için başvuran hekim sayısı, iyi hal belgesinin ne kadar sürede çıktığı, yurtdışına gitmek için ortalama kaç hekimin iyi hal belgesi istediği, hekimlerin Almanya dışında hangi ülkeleri göç için tercih ettikleri, Almanya'yı tercih etmelerinin sebebi ve Türkiye'deki sağlık sistemi konularında sorular sorulmuştur. İyi hal belgesi sadece Türkçe ve İngilizce dillerinde hazırlanmaktadır. Hekim TTB üyesiye bu bilgi belgede yazılmakta ve ayrıca hekimlik faaliyetlerinde bulunup bulunmadığı da yazılmaktadır. Üyelik serbest çalışan hekimler için zorunlu olup kamuda çalışan hekimler için zorunlu değildir. Yetkili kişi iyi hal belgesini hekimlerin en az 48 saatte en fazla 15 günde alabildiklerini belirtmiştir. İyi hal belgesi için hekimlerin ilk önce en yakın ildeki tabip odasına başvurduklarını (Türkiye'de 65 adet tabip odası bulunmaktadır)³⁸ ve daha sonrasında başvurunun Tabipler Birliği'ne ulaştığını ve kendilerinin de en az 48 saatte tamamlayıp hekimlere teslim ettiklerini söylemiştir. Fakat hekimin herhangi bir disiplin suçu varsa bu belgeyi alamadığını belirtmiştir. Aldıkları geri bildirimlere göre iyi hal belgesi alanların yüzde 70'i ilk bir yıl içinde yurtdışına çıkmaktadır. Gidenlerin ise yüzde 40-50'den fazlasının gittikleri ülkede kaldığı ve geri dönenlerin çok az olduğu belirtilmiştir.

Yetkili kişi net sayı olmamakla birlikte Almanya'nın en çok tercih edilen ülke olduğunu söylemiştir. Hekimlerin Almanya'dan sonra en çok tercih ettikleri ülkeler olarak ise Finlandiya, Norveç, İsveç, Fransa'nın ve daha sonra ise ABD ve Kanada'nın geldiğini ifade etmiştir. Bu ülkeler dışında az sayıda hekimin Dubai ve Güney Kore'ye de gittiğini belirtmiştir. Bu ülkeler arasında yüzde 60-70 oranında hekimin Almanya'yı tercih ettiğini söylemiştir. Hekimlerin Almanya'yı tercih etme sebebi ise Anadolu ve Fen Lisesi kökenli olmaları ve Almancayı önceden bilmelerinin B2 dil sertifikasını almalarını kolaylaştırmasıdır. Diğer nedenler ise Almanya'da Türk nüfusunun fazla olması, Türklerin çok hızlı iş bulmaları ve Almanya'nın göç politikasında esneklik

³⁸ Kamu kurumu niteliğinde olan TTB 6023 sayılı yasa ile kurulmuştur. Birliğin 110.000 civarında üyesi vardır. Gelir kaynağı üye aidatlarıdır ve hükümetten hiçbir yardım almaz. TTB Merkez Konseyi 1953 yılında İstanbul'da kurulmuştur, 1983 yılında Ankara'ya geçmiştir. 65 ilde yerel örgütlenmesi vardır. TTB'ye üye olmak bu odalardan birine başvurmak ile mümkündür. Bu odaların yönetim kurulları üyeler tarafından doğrudan seçilmektedir. Yönetim Kurulu yanı sıra disiplin konuları ile ilgili Onur Kurulları, özellikle mali denetimi yapan Denetim Kurulları ve merkez organları seçen "delegeler" yerel örgütlenmenin parçalarıdır. TTB'ye üyelik serbest çalışan hekimler için zorunludur, kamuda çalışanların üyeliği ise zorunlu değildir. (https://www.ttb.org.tr/menu_goster.php?Guid=706e317c-7698-11e7-9986-54b29146220c, Erişim tarihi:23.01.2025).

sağlamasıdır. Almanya'daki Robert Koch Enstitüsü'nün Türkiye'den çok fazla hekim tercih ettiğini çünkü Türkiye'deki tıp eğitiminin iyi olduğunu düşündükleri için bu enstitünün Türkleri tercih ettiğini ifade etmiştir.

Yetkili kişi sağlıkta şiddet verileri hakkında sorulan soru için bu verilerin daha çok beyaz kod ile anlaşılabilirliğini belirtmiştir fakat Sağlık Bakanlığı'nın bu verileri en son 2019 yılında yayınladığını ifade etmiştir. Bu nedenle elinde güncel bir sayının olmadığını fakat tahmini olarak günde 30 sözel, 70 fiziksel şiddet olduğunu söylemiştir. Ayrıca sağlıkta şiddet olaylarını özellikle genç hekimlerin yurtdışına gitmelerinde önemli bir neden olarak görmektedir.

2023 yılında hekimlerin aldıkları ham maaşları yaklaşık olarak şu şekilde belirtmiş fakat bu rakamların genel popülasyonu ifade etmediğini söylemiştir:

Aile hekimi: 50.000 TL

Akademisyen olan hekimler: 60.000 TL

Uzman hekim: 80.000 TL (ör. Anestezi uzmanı)

Asistan hekim: 24.000-25.000 TL

Acil hekimi: 60.000 TL

TTB'deki yetkili Türkiye'de sağlık sisteminde özellikle spesifikleşmiş yan dal alanlarda eksiklik olduğunu belirtmiştir. Örneğin genel cerrahide bir eksik olmamasına rağmen daha spesifik bölüm olan el cerrahisi, pediatri (bebek, çocuk hastalıklarıyla ilgilenen tıp dalı), ortopedi (kas ve iskelet sistemini ilgilendiren tıp dalı), nefroloji (böbrek sağlığı), onkoloji (kanserbilim), romatoloji (kas ve iskelet sistemiyle ilgilenen bilim dalıdır), endokrinoloji (hormonlarla ilgilenen tıp dalı) gibi bölümlerde hekim açığı olduğunu söylemiştir. Randevu bulunamamasından veya geç randevu verilmesinden hangi bölümde yetersizlik ve açık olduğunu anlayanın mümkün olduğunu ifade etmiştir. Özel hastaneye geçen hekimlerin sayısında artış olduğunu belirtmiştir. Bu ifadeler bizi sağlık sistemindeki veya bazı branşlardaki birtakım eksikliklerin göçmen hareketliliğine neden olduğu sonucuna götürebilir.

3.3.4. Göçmen Ağları

Plöger ve Becker (2015)'in aktardığı gibi göçmen ilişkiler ağı göç sürecindeki en faydalı iletişim araçlarından biri olarak ortaya çıkmakta ve kişilerin bu süreçte ağları yoluyla destek almalarına yardımcı olmaktadır. Mülakatlar da göç sürecinde aile üyeleri, arkadaşlar ve diğer hekimlerin desteğinin önemli bir yer tuttuğunu göstermektedir. Hekimlerin çevrelerinden aldıkları desteğin göç süreçlerini kolaylaştırdığı ve bilgiye daha kolay erişmelerini sağladığı görülmektedir.

Göç sürecinde hekimlerin yakın çevrelerinden aldıkları destek göç süreçlerini kolaylaştırmak açısından önemli bir faktör olmuştur. Aile ve yakın çevre açısından bakıldığında aile üyelerinin desteği göç sürecinin önemli bir parçası olarak dikkat çekmektedir. Almanya'da yaşayan akrabası olan hekimler bu süreçte akrabalarının etkisinin önemli olduğunu belirtmişlerdir. Yakın akrabası olan bir hekim akrabasının konaklama ve yerleşim konusunda kendisine yardımcı olduğunu hatta staj gibi önemli fırsatlar da sağladığından bahsetmiştir. Bir hekim Almanya'da mimar ve avukat olarak çalışan akrabaları olduğunu ve bu kişilerin Almanya'da iyi mesleklerde çalışmalarının kendi motivasyonunu artırdığını ifade etmiştir. Ayrıca hekimler aile üyeleriyle sosyal ortamda bir araya gelerek bilgi alışverişinde bulunmuşlardır. Örneğin bir hekim dayı ve teyzesinin Almanya'da olduğundan bahsetmiş ve onların desteğinin önemli olduğunu belirtmiştir. Bunun dışında yakınları ve akrabaları işçi olarak göç etmiş hekimlerle de görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Bu hekimlerin aile üyeleri Almanya'da olduğu için göç süreçlerinde daha fazla yardım alabildiklerini ve bu durumun kendilerine çok kolaylık sağladığını ifade etmişlerdir. Ayrıca görüşülen hekimler arasında aile birleşimi, evlilik yoluyla göç etmek durumunda kalan hekimler de vardır.

Göç sürecinde arkadaşlarının desteğini aldığını belirten bir hekimin ifadeleri şu şekildedir:

“Benim arkadaşlarımdan iki tanesi Almanya'dalar. Onların beni yönlendirmesi işimi çok kolaylaştırdı” (K9, Erkek, 31).

Önceden Almanya'ya gitmiş ve hekim olarak çalışan arkadaşlarından destek alan bir hekimin söyledikleri şöyledir:

“Benim bir arkadaşım Almanya'ya gelmişti. Onunla haberleşmiştim. Göç etme kararında bu arkadaşım etkili oldu diyebilirim” (K10, Kadın, 39).

Diğer bir hekimin ifadesi şu şekildedir:

“Benim giden arkadaşlarım vardı. Çalışıyorlardı. Almanca çalışıp dil öğrenip geldim” (K14, Erkek, 57).

Özel bir otelde çalışırken Alman hastaları olan bir hekimin söyledikleri şu şekildedir:

“Alman arkadaşlarım bana hep Almanya’ya gel artık diyorlardı. Ben kolay olmaz diyordum ama şartların kolaylaştığını görünce ve arkadaşlarımın da teşvikiyle buraya gelmeye karar verdim” (K20, Erkek, 62).

Almanya’daki hekim arkadaşlarının göç etmesinde etkisi olan bir hekim şunları söylemiştir:

“Almanya’daki doktor arkadaşlarım birlikte çalışmak istiyordu zaten. Ben de Almancam olmadığı için biraz kararsız kalıyordum. Sonrasında baktım Almanca da çok problem değil öğrendim ve geldim” (K23, Kadın, 45).

Göç süreci, yalnızca bireysel bir karar ve eylem değil, aynı zamanda çevresel faktörlerin ve ilişkiler ağının etkisiyle şekillenen bir olgudur. Aile ve arkadaş desteği, göç sürecini hem kolaylaştıran hem de hızlandıran bir faktör olarak ortaya çıkmaktadır. Özellikle daha önce göç etmiş akrabalar ve arkadaşlar, pratik bilgi ve duygusal destek sağlayarak, göçmenlerin yeni bir hayat kurma yolunda daha başarılı olmalarına yardımcı olmaktadır. Bu bulgular, ilişkiler ağının bireylerin yeni bir ülkeye adapte olmalarını kolaylaştıran, bilgiye erişim sağlayan ve motivasyonlarını artıran önemli araçlar olduğunu göstermektedir.

3.4. İŞGÜCÜ PİYASASINDA GÖÇ EDEN HEKİMLER VE ENTEGRASYON

Entegrasyon³⁹ göçmenin uyum sürecinde kültürel kimliğinin özel ve kamusal alanda tanınmasını ve bu farklılığa yer verilmesini kabul etmesidir.

³⁹ Almanya göçmenlerin entegrasyonunu kolaylaştırmak amacıyla çeşitli politikalar sunmaktadır. Bunlardan bir tanesi Ankommen uygulamasıdır. Bu uygulama Almanya’da günlük yaşam, iltica süreci ve iş piyasasına erişim konularında bilgiler içermektedir. Almanya’da yaşam kısmında Alman eğitim sistemi, hekim ziyaretleri ya da trafik gibi konular bulunmaktadır. Bunların dışında Almanya’daki siyasi ve hukuki sistem, din ve inanç özgürlüğü, kadın erkek eşitliği gibi konular da işlenir. Ayrıca göçmenler uygulamaya entegre edilmiş ücretsiz dil kursuyla Almanca öğrenilebilmektedir. Akıllı telefona indirilen ve internet erişimi olmadan kullanılabilen uygulama Arapça, İngilizce, Farsça, Fransızca ve Almanca olarak kullanıma sunulmaktadır. Bundan başka Almanya’da entegrasyon kursları verilmektedir. Entegrasyon kursları bir dil kursu ve bir oryantasyon kursundan oluşur. Genel uyum kursu 700 ders ünitesinden oluşmaktadır. Kişiye bağlı olarak uyum kursları yoğunlaştırılmış kurs olarak 430 ders saatinden oluşur. Entegrasyon kapsamında yabancı meslek diplomaları konusunda danışmanlık hizmeti veren firmalar bulunmaktadır. Almanya’da danışmanlar yetişkinlere dil kursu, iş bulma, konut, sağlık

Dolayısıyla belirleyici unsur göçmenlerin kültürel kimliklerine sahip çıkmalarını kabul etmektir (Dahm vd, 2011: 34). Göçmenlerin ülke değiştirdikleri zaman karşılaşabilecekleri en temel sorunlar; dil engeli, kendi ülkelerinden aldıkları kalifikasyonların ve niteliklerin göç ettikleri ülkede tanınması konusunda yaşadıkları zorluklar, kısıtlı sosyal ve mesleki ağların toplumda yer alma ya da istihdam konusunda yarattığı problemlerdir (Hooper, Desiderio ve Salant, 2017). Ayrıca göçmenlerin ülkenin iş piyasası ve iş yeri kuralları ile ilgili bilgi sahibi olmamaları, ülke vatandaşlarıyla işgücü piyasasında rekabet halinde olmaları veya işverenler tarafından ayrımcılığa uğramaları göçmenlerin entegrasyonunu zorlaştırmaktadır (Hooper, Desiderio ve Salant, 2017). Ager ve Strang (2008) sosyal etkileşimi, dil yeterliliğini, emek piyasasında bulunmayı, barınma yeterliliğini ve sağlık imkanlarına erişimi entegrasyon için önemli koşullar olarak belirtmiştir. Diğer önemli bir husus, entegrasyonun iki taraflı bir süreç olup hem yeni gelen kişi açısından hem de ev sahibi ülkenin toplumu tarafından bir adaptasyon sürecini gerektirmesidir (Castles vd, 2002). Dolayısıyla hem göç alan ülkenin göçmenleri içerici politikalar uygulamaya koymasıyla hem de göçmenlerin gittikleri ülkenin kültürüne, işgücü piyasasına, yaşam biçimine ayak uydurmasıyla entegrasyon süreci hızlanmaktadır.

Bu bölümde Almanya’da hekim olarak çalışan Türklerin dili kullanma becerilerinin, Almanya’da iş bulma deneyimlerinin, çalışma koşullarının, gelir ve sosyo-ekonomik durumlarının entegrasyona olan etkisinden bahsedilmektedir. Elde edilen bulgular göstermektedir ki hekimlerin Almanya’da işgücü piyasasına katılmaları hayatlarının diğer alanlarını da zincirleme olarak etkilemektedir. Almanya’da farklı alanlarda tecrübe ettikleri entegrasyon sürecinden aşağıda bahsedilmektedir.

3.4.1. Dil Becerilerinin Mesleki Entegrasyona Etkisi

Birçok hekim Almancayı öğrenmeye başladıkları ilk dönemlerde dil konusunda büyük zorluklar yaşadıklarını belirtmişlerdir. İlk birkaç ayın özellikle zor

sigortası, evlilik, aile ve eğitim konularında destek olmaktadır. Göçmenler vhs öğrenme portalında A1'den B2'ye kadar çeşitli seviyelerde çevrimiçi Almanca kursları bulabilmektedirler. Vhs öğrenme portalında kişiye çevrimiçi bir eğitmen eşlik eder. Menü ve kullanıcı ara yüzü 18 dile çevrilmiştir. (Bu bilgiler https://www.bamf.de/DE/Themen/Integration/integration_node.html web sitesinden özetlenmiştir).

olduğu, dilin anlaşılması ve iletişimde sorun yaşandığı ifade edilmiştir. Hekimler Almanca dilini Türkiye veya Almanya’da bir kurs yardımıyla öğrenmeye başlamışlar ve Almanya’ya gidip işe girdikten sonra dillerini ilerletmişlerdir. Mesleklerini yaparken dillerini geliştirmenin yanında sosyal çevrelerinde dili pratik ederek geliştirmişlerdir. Diğer yandan dil konusunda en çok sıkıntı yaşayan kesim ülkeye yeni gitmiş, Almanya’da çalışmaya yeni başlamış hekimlerdir.

“Almanca zor, farklı ve karmaşık bir dil. Denklik alma sürecinde üst düzey Almancanın konuşulduğu ve yazıldığı bir süreç var. Hala zorlanıyorum” (K22, Kadın, 48).

Bu kişiler dil engeli nedeniyle mesleklerinde ve sosyal uyum sürecinde sıkıntılar yaşadıklarını ve depresyona girdiklerini ifade etmişlerdir. Şahin ve Aytac (2021)’ın vurguladığı gibi başka bir ülkede dil konusunda yaşanan sıkıntılar kişilerin sosyalleşmelerini olumsuz etkilemektedir. Bu hekimlerin dil nedeniyle sosyalleşme ve entegrasyon açısından zorlandıkları görülmüştür. Bir hekimin ifadesi bu durumu desteklemektedir:

“Yeni geldiğimde dil kursuna başlamıştım kurs kapandı her yer kapandı. Kaldı ki burada kimseyle tanışmamıştım zor oldu. Devlet kurumlarında Almanca konuşmanız bekleniyor. Dil çok önemli ve dil engeli bende depresyona neden oldu” (K22, Kadın, 48).

Hekimlerin dil konusunda belirttikleri hususlardan en dikkat çekici olanı dilin zor olması ve aksan konusunda zorlanmış olmalarıdır. Bir hekimin söyledikleri şöyledir:

“İlk zamanlarda çok zorlandım. 4-5 ayı buldu anlamam. Almancayı ilk üniversitede öğrendim. Ama asıl kurs ile öğrendim” (K3, Erkek, 35).

Hekim bu ifadesinde Almancayı önceden bilmesine rağmen yine de dil konusunda zorlandığını söylemiştir. Bu da dilin meslekte kullanımının alınan eğitimden çok farklı bir süreç olduğunu göstermektedir.

Hekimlerden biri mesleğinde sekreteryaya işinin fazla olduğunu ve hasta vizitlerinde ses kaydı alınabildiğini ve hastanenin böyle bir uygulaması olmasının kendisi için dil anlamında kolaylık sağladığını belirtmiştir. Alınan kaydın sekreter tarafından sisteme yazılmasının kendisi gibi Almancayı iyi bilmeyenler için faydalı olduğunu ifade etmiştir.

İlk zamanlarda zorlandığını belirten hekim şöyle söylemiştir:

“Başlarda ciddi anlamda zorlandım şimdi hiç zorlanmıyorum” (K7, Erkek, 40).

Hekimler dil becerileri arttıkça kendilerini daha rahat hissettiklerini ve iletişimde ciddi engeller yaşamadıklarını ifade etmişlerdir. Dilin zamanla kendisi için kolay hale geldiğini belirten bir hekimin ifadesi şu şekildedir:

“Şu an kendimi çok rahat hissediyorum. Ara ara zorluk yaşıyorum ama işimi yapmama engel olacak zorluklar değil” (K16, Erkek, 35).

Yukarıda hekimlerin ifadelerinden görüleceği üzere hekimlere mesleki açıdan dil yetkinlikleri sorulduğunda Almanya’ya ilk gittikleri zamanlarda zorlandıklarını fakat zaman geçtikçe alıştıklarını ve dilin kolaylaştığını söylemişlerdir. Diğer bir ifadeyle mesleklerini icra ederken dil açısından başlarda zorlansalar da sonrasında pratikle bu zorluğu aştıklarını ifade etmişlerdir. Nitekim dil açısından en çok zorlanan kişilerin Almanya’ya yeni gitmiş kişiler olduğu söylenebilir. Dikkat çeken hususlardan biri C1 dil seviyesine ulaşan hekimlerin profesyonel hayatta dil becerileri konusunda kendilerini daha yeterli hissettikleridir.

Özetle, dil yatkınlığı ve dil becerisi kişiden kişiye değişmekle birlikte Almanya’da daha uzun süredir çalışmakta olan hekimler dilde daha az zorlanırken daha yakın zamanda göç etmiş olan kişiler daha çok zorlanmaktadırlar. Bundan başka dil kişinin kendisini açıklayabilme yeterliliğini kendinde görmesiyle ilgili bir süreç olarak düşünülebilir. Örneğin Türkiye’de bir otelde çalışırken oradaki Alman hastalarla sürekli iletişim halinde olan bir hekim dil açısından kendisini B2 seviyede gördüğünü belirtip şöyle devam etmiştir:

“Almanya’da en çok zorluk çektiğim konulardan biri bu. Konuşabilirim, hasta muayene edebilirim, derdimi anlatabilirim ama Almanca polisiye roman okuyamam. Haberleri dinlerken yüzde 100 anlayamam. Bence tıbbi olarak C1 olsa da B2 deyim şu an. Bunda Türk doktorun kliniğinde çalışmam da etkili oldu, Alman yanında çalışsam daha iyi dilim olurdu belki. Ben kendimi B2 görüyorum” (K20, Erkek, 62).

Genel olarak dil konusunda başlangıçta yaşanan zorluklar zamanla azalmış bazı hekimler hala yüzde 100 bir rahatlık hissetmediklerini ifade etmişlerdir. Hekimler dil becerilerinde belli bir seviyeye ulaştıktan sonra mesleklerinde önemli bir zorlukla karşılaşmadıklarını sadece aksan farklılıkları konusunda zorluk yaşayabildiklerini ifade etmişlerdir. Dili kullandıkça mesleklerini kolay yapabildiklerini ifade etmişler,

çoğu dil seviyesinin yeterli olduğunu ve mesleki yaşamlarında ciddi dil engeliyle karşılaşmadıklarını belirtmişlerdir.

Entegrasyon açısından bakıldığında yabancı bir ülkeye entegre olmanın en temel şartı şüphesiz o ülkenin dilini konuşabilmektir. Yeni bir ülkeye, yeni bir çevreye adapta olmayı kolaylaştıracak en temel unsur göç edilen ülkedeki resmi dili bilmektir. Dili bilmemek veya dile hâkim olmamak iletişim sıkıntısından başka kişinin mesleğinde yanlış anlamalara ve sonucunda doğabilecek sıkıntılara yol açabilir. Bu anlamda dil bilmek yüksek nitelikli göçmenlerin temel haklara erişimini kolaylaştıran ve entegrasyon sürecini olumlu etkileyen etkenlerden biridir (Çevik ve Kutlu, 2023).

Hekimler dilin ne kadar önemli olduğunu mülakatlarda verdikleri örneklerle vurgulamışlardır. Öyle ki Almanca bilmek hekimlik yapabilmenin ilk koşullarından biridir. Örneğin, Almanya’da psikiyatrist olan hekimlerden biri en yoğun hasta profilinin dil sorunu yaşayan Türkler olduğunu söylemiştir. Özellikle 1960’larda göç eden işçilerin bu sorunu çok ciddi boyutlarda yaşadıklarını söylemiştir. Yeni gelen nesilden ziyade bu kesimin dil konusunda daha çok zorlandığını belirtmiştir. Önceki bölümlerde belirtildiği üzere hekimlerin dil öğrenme sürecine bakıldığında en az 8 ayda Almanca dilini öğrendikleri görülmektedir. Hekimler dilin zor olması nedeniyle başlarda anlama ve konuşmada zorluk yaşadıklarından bahsetmişlerdir. Almanya’ya ilk gittikleri zaman dili konuşma konusunda zorlandıklarını, kolay anlayamadıklarını fakat konuştuğu dil seviyelerini geliştirdiklerini söylemişlerdir. Dili kullanabilme yetisinin önemli olduğunu çünkü anlama konusunda zorluk yaşayınca kişilerle iletişimin azaldığını söylemişlerdir. Dolayısıyla dile hâkim olmamanın entegrasyon sürecini de zorlaştırdığını belirtmişlerdir.

3.4.2. Almanya’da İş Bulma Deneyimleri

Bu çalışmanın ikinci bölümünde bahsedildiği üzere Almanya’da hekim olarak çalışabilmek için yerine getirilmesi gereken bazı şartlar bulunmaktadır. İlk önce Almanya’da hekimlik yapmak isteyen bir kişi asgari Almanca dil seviyesi olan B2 dil şartını yerine getirmek zorundadır. Buna ek olarak C1 seviye tıbbi Almanca bilgisine sahip olması gerekir. Türkiye’de TELC ya da Goethe’den alınan dil yeterlilik belgeleri

Almanya’da kabul görmektedir⁴⁰. Hekimlerin Almanya’da hekim olarak çalışabilmeleri için ‘Approbation’ adı verilen denklik belgesini almaları gerekmektedir. Denklik süreci iki şekilde gerçekleştirilebilir. Biri bilirkişi yoluyla denklik almak diğeri ise tıbbi bilgi sınavına (Kenntnisprüfung) girmektir. Almanya’da çalışmak isteyen hekimler mavi kart ya da standart çalışma vizesi ile çalışma izni alabilirler. Ayrıca meslek izni kapsamında geçici çalışma izni (Berufserlaubnis) bulunmaktadır ve hekimler tam denkliklerini alıncaya kadar bu izin ile bir iş yerinde çalışabilirler.

Hekimlerin mülakatlarda belirttiği ve en sık kullandıkları iş bulma yöntemi iş ilanlarının olduğu siteler üzerinden hastanelere başvuru yapmaktır. Hekimler referans yoluyla herhangi bir işe alımın söz konusu olmadığını ve kendi yaptıkları başvurular yoluyla işe girdiklerini söylemişlerdir.

“İş ilanı veren sitelerden başvuru yaptım. Birkaç site vardı orada psikiyatri doktoru arayan yerlere başvurdum. Dört yer çağırdı beni. Şu an çalıştığım yere geldim. Şefle görüştüm. O gün hastanede bulundum gözlem vs sonrasında hemen başladım” (K21, Erkek, 29).

Dil belgesini ve denkliği aldıktan sonra iş bulma konusunda herhangi bir zorluk olmadığını belirtmişlerdir fakat işe girene kadar sürenin uzayabildiğini söylemişlerdir. Genellikle hastanelerin hekimlere ihtiyaç duyması nedeniyle iş bulmanın kolay olduğunu fakat büyük şehirlerde küçük şehirlere göre iş bulmanın biraz daha zor olduğundan bahsetmişlerdir. Bunun sebebi büyük şehirlere olan talebin daha fazla olmasıdır. Örneğin bir hekim kendi alanı olan nöroloji alanında Almanya’da çok fazla hekim açığı olduğunu ve bu nedenle kendisinin birkaç hastaneden önceden söz aldığını belirtmiştir.

“Burada nöroloji alanında çok ihtiyaç olduğu için işe girmem çok rahat oldu” (K5, Kadın, 38).

⁴⁰ Hekimler çeviri ve onay işlemlerine yüksek ücretler ödemektedirler. Sadece belgelerin incelenmesi için 3000 euro, ders dökümü transkript inceleyen kurum ayrı bir kurum ve bu kurum 1800 euro, Tabipler Odası da belgelerin geçerliliğinin çalışılması için yaklaşık 1000 euro gibi bir ücret istemektedir. Ek olarak tüm belgeleri Almancaya çevirtmek gerekmekte ve bunun için 8000 euro ödenmektedir. (Bu ücret bilgilerini Almanya’ya 2023 yılında giden bir hekim vermiştir).

İş başvurusu yaparak iş bulmaktan başka, diğer bir iş bulma yöntemi ise gözlem stajının (Almanca: hospitasyon) sonrasında o hastanede çalışmaya devam etmektir. Dolayısıyla hekimlerin iş bulmalarındaki başka bir yol staj sırasında çalıştıkları hastanede kalmaktır.

“2020 başında burada staj ayarladım pandemi patladı. Burada mahsur kaldık. O sırada iyi ilişkiler kurduk insanlarla, güven verdik insanlara. Dosyalarımı bıraktım. Staj için tekrar geri geldim. Stajımın 3. haftası kliniğin direktörü beni toplantıya çağırdı. Orada çalışıp çalışmak istemeyeceğimi sordu. O şartlar oluştuktan sonra 1,5 sene çalıştım” (K30, Erkek, 37).

Bundan başka iş teklifi alarak çalışmaya başlayan ve Profesör olan bir hekim bu şekilde Almanya’da işe başladığını söylemiştir. İşe alımların hepsi hastane şefi ile yapılan sözlü mülakatın olumlu olması neticesinde olmaktadır. İşe başlamak için ayrıca bir yazılı sınav veya başka bir prosedür gerekmemektedir.

Özetle hekimler dil belgesi ve denklik şartını sağladıktan sonra hastanelere iş başvuruları yaparak, eğer staj yapıyorlarsa ve imkân olursa staj sonrası çalıştıkları yerde devam ederek veya iş teklifi alarak iş bulduklarını söylemişlerdir.

3.4.3. Vasıf Kazanma ya da Kaybetme Deneyimleri

Göç literatüründe vasıf kaybı göç sonrası yaşanan en önemli sorunlardan biri olarak öne çıkmaktadır. Yurtdışına özellikle gelişmiş ülkelere göçte kişilerin motivasyon kaynağı olan nitelikleri ve yeterlilikleri bazen beklentiyi karşılamamaktadır (Siar, 2013). Alan (2024) göçmenlerin göç ettikten sonraki en zor süreçlerinden birinin vasıfsızlaşma olduğunu belirtmektedir. Vasıfsızlaşma, eğitim ve mesleki geçmişleriyle ilgisi olmayan düşük nitelikli ve düşük maaşlı işlere yönelen yüksek nitelikli göçmenlerin mesleki alandaki değişimine odaklanmaktadır (Niraula ve Valentin, 2019). Bu çalışmada hekimler açısından düşünüldüğünde vasıfsızlaşma kavramı, hekimlerin mesleklerine göçten önceki pozisyonlarından daha alt bir pozisyonda başlamaları anlamında kullanılmaktadır. Nitekim hiçbir hekimlik mesleği dışında başka bir meslekte çalışmamaktadır. Almanya’da hekimlik mesleğini yapmaya devam etmektedirler.

Türkiye’de tıp alanında kariyer yapmamış, henüz pratisyen hekim olan, asistanlığı bitirmemiş olan hekimler Almanya’ya gittiklerinde herhangi bir statüsel kayıp yaşamamışlardır. Bu kişiler Almanya’da mesleklerine daha yüksek konumda

başlamışlardır. Özellikle Türkiye’de pratisyen hekim olarak çalışmış ve sonrasında Almanya’ya göç etmiş olan hekimler denkliği aldıktan sonra asistan olarak başladıkları için statü kaybına uğramamışlar, Türkiye’ye göre daha iyi bir konumda çalışmaya başlamışlardır. Aslında bu durum Almanya’da pratisyen hekimlik kavramının olmamasından kaynaklanmaktadır. Dolayısıyla Türkiye’ye göre bir üst seviyeden mesleklerini icra etmeye başlamaktadırlar. Görüşme yapılan toplam otuz hekimden on altısı Türkiye ile karşılaştırıldığında Almanya’da daha iyi bir pozisyonda çalışmaktadır. Bu sınıfa dahil olanlar genellikle Türkiye’de uzun yıllar iş deneyimi olmayan hekimlerdir. Genel olarak Türkiye’de pratisyen olarak çalıştıktan sonra Almanya’da asistan olarak işe başlamışlardır. Almanya’da prosedür olarak hekimler denklik aldıktan sonra göreve asistan hekim olarak başlamaktadırlar. Bir hekim kendi tecrübesiyle ilgili şunu ifade etmiştir:

“Almanya’da psikiyatride uzmanlıktan üst bir pozisyonda çalışıyorum. Oberas olarak çalışıyorum. Türkiye’deki baş asistan gibi. Türkiye’de pratisyendim burada bir alanda uzmanlaştım” (K19, Erkek, 44).

Bir hekimin ifadesi şöyledir:

“Almanya’da dahi iyi durumdayım mesleki olarak. Asistanım burada, Türkiye’de pratisyendim” (K25, Kadın, 25).

Başka bir hekim de meslek hayatıyla ilgili konumunun göç ile değişip daha iyileştiğini söylemiştir. Almanya’da asistanlık, uzmanlık ve yan dal yaptığını, değişik hastane ve kliniklerde çalıştığını ve tüm bunların kendisini geliştirdiğini ifade etmiştir.

Sonuç itibariyle, Türkiye’den Almanya’ya göç eden hekimlerin büyük bir kısmı Almanya’daki sağlık sisteminin yapısı nedeniyle statü kaybı yaşamamışlar, aksine mesleklerinde daha üst seviyelerde çalışmaya başlamışlardır. Almanya’da pratisyen hekimlik statüsü bulunmadığı için, Türkiye’deki pratisyen hekimlerin Almanya’ya göç ettiklerinde denklik aldıktan sonra asistan olarak başlamaları, aslında bir statü yükselmesi anlamına gelmektedir. Bu durum hem mesleki deneyim kazandırmakta hem de hekimlerin profesyonel gelişimlerine katkı sağlamaktadır.

Mülakat yapılan sekiz hekim ise Türkiye’de daha iyi bir konumda çalışırken Almanya’ya gittikten sonra meslek hayatlarına daha düşük bir konumda başlamak zorunda kalmıştır. Aslında birçoğu kariyerini, mesleki birikimlerini ve kazanımlarını geride bırakıp yeni bir hayata başlangıç yapmıştır. Örneğin Türkiye’de iç hastalıkları uzmanı olan ve alerji, immünoloji yan dalı olan bir hekim Almanya’da denkliğinin

çıkmasını beklemekte ve çalışma izni kapsamında hekimlik yapmaktadır. Dolayısıyla henüz asistan bile değildir. Türkiye’de nöroloji uzmanı olan bir hekim Almanya’da 2024 yılı başından beri asistan olarak çalışmaktadır. Bir hekimin kendi durumuyla ilgili söyledikleri şu şekildedir:

“Mesleki durumum çok değişti. Türkiye’de 19 yıl çalıştım ve bıraktığım noktada gerçekten çok iyi bir yerdeydim kariyerimde. İyi bir hasta portföyüm vardı tanınan bir ismim vardı. Burada sıfırdan başlıyorum ve hiç kimseyim” (K22, Kadın, 48).

Türkiye’de daha üst bir pozisyonda olan bir hekimin ifadeleri şu şekildedir:

“Türkiye’de uzmandım şu an asistan doktorum. Bilimsel açıdan daha aktiftim. 7-8 farklı TÜBİTAK projesi yaptım rehabilitasyon üzerine. Almanya’ya gelince o projelerden çıkmak zorunda kaldım. Bunu etkiledi buraya gelmem ama burada bu durumu inşa etmeye başlıyorum” (K13, Erkek, 33).

Başka bir kadın hekim Türkiye’de uzman iken Almanya’da henüz denkliğini alma aşamasında olduğunu söylemiştir. Türkiye’de çok uzun yıllar plastik cerrah uzmanı olarak çalışan bir hekim ise Almanya’da dermatoloji asistanı olduğunu belirtmiştir.

Yüksek vasıflı göçmenlerin eğitim ve becerileri iş piyasasına giriş sırasında tanınsa da çalışmaya başladıklarında vasıfsızlaşma yaşamak yani aldıkları eğitim ve deneyimlerden daha düşük seviyedeki pozisyonlarda çalışmaları olası bir durumdur (Siar, 2013). Bu konudaki bulgular daha deneyimli ve mesleklerinde ilerlemiş yaşça daha büyük hekimlerin Almanya’ya göç ettiklerinde mesleğe baştan başlamak durumunda kaldıklarını bu nedenle bir vasıfsızlaşma yaşadıklarını göstermektedir. Türkiye’deki bir tıp fakültesinden yeni mezun olmuş hekimler ise Almanya’ya gittiklerinde bir vasıfsızlaşma yaşamamışlardır çünkü mesleklerine orada başlamışlardır. Türkiye’de uzman gibi üst düzey pozisyonlardakiler vasıf kaybı yaşamaktadır.

Deneyimli hekimlerin yaşadığı vasıf kaybı sadece bireysel mesleki vasıf kaybını değil aynı zamanda bir ülkenin sağlık sistemindeki uzmanlık birikiminin kaybını da gözler önüne seriyor. Denklik, eğitim ve kariyerin yeniden inşa sürecinde yaşanan zorluklar hekimlerin sadece profesyonel kimliklerini değil aynı zamanda kişisel kimlik kaybı yaşamalarına yol açabilmektedir. Bu durum hem sağlık alanında uzmanlık birikiminin değer kaybettiğini hem de hekimlerin bu süreçte nasıl bir yeniden yapılanma sürecine girdiklerini göstermektedir.

Vasıfsızlaşmaya uğrayanlardan başka Türkiye ve Almanya’da aynı konumda çalışan hekimlerle de görüşmeler yapılmıştır ve hekimlerin altısı Türkiye’de ve Almanya’da aynı konumda çalışmaktadır. Türkiye’de nükleer tıp alanında asistanlık yapmış olan bir hekim Almanya’da 2019’dan beri aynı alanda asistan olarak çalışmaktadır.

Mülakat yapılan otuz hekimden on ikisi Almanya’da uzman hekim olarak çalışmaktadır. Hekimlerden sadece biri uzmanlığın bir üst pozisyonunda (Oberas-baş asistan) çalışmaktadır. Hekimlerin on ikisi asistan olarak çalışmaktadır. Denkliğini bekleyen ve bu sürede iki yıllık çalışma izni ile çalışan beş hekim vardır.

Vasıf ve mesleki pozisyonlar kişilerin entegrasyon sürecine katkı sağlamaktadır. Kişilerin mesleklerindeki vasıfları ve pozisyon/statüsü işgücü piyasası tarafından belirlenmektedir (Dahm vd, 2011). İşgücü piyasasında kişilerin statüleri ve ayrıca iş verenlerin tutumları kişilerin entegrasyon süreçlerini etkilemektedir. Mesleki anlamda herhangi bir kısıtlama ile karşılaşmayan kişilerin entegrasyon süreci daha kolay olabilmektedir. Hekimlerin vasıflarını artırmak amacıyla Almanya’da mesleki eğitimler aldıkları görülmüştür. Çalıştıkları hastanenin verdiği eğitimlere, kongrelere katıldıklarını ve ayrıca başka ülkelerdeki eğitimler için hastanelerinin fırsat sunduğundan bahsetmişlerdir. Bu tür mesleki eğitimlerin adaptasyon süreçlerini olumlu etkilediğini ve mesleklerindeki başarı oranlarını artırdığını belirtmişlerdir. Örneğin bir hekim beş gün eğitim izni olduğunu ve çalıştığı hastanenin senelik 1000 euroya kadar eğitim desteği verdiğini söylemiştir. Kendisinin uzmanlık alanı dışındaki bir eğitime de gidebileceğini ve hastanenin buna da müsaade ettiğini ifade etmiştir. Tüm bu eğitimlerin mesleki entegrasyonlarını artırdığı söylenebilir çünkü kişilerin kendilerini geliştirmeye yönelik aldıkları eğitimler sayesinde işe bağlılıklarının ve çalışma motivasyonlarının arttığı görülmektedir.

3.4.4. Çalışma Koşulları

Bu bölümde Almanya’da çalışan Türk hekimlerin çalışma süreleri/nöbet süreleri/iş yoğunluğu, sosyal haklar ve saygınlık başlıkları kapsamında göç ile değişen çalışma koşulları ele alınmaktadır. Böylece Almanya’daki çalışma hayatı ve çalışma hayatından memnuniyetlerinin itme-çekme faktörleri kapsamında ele alınması

amaçlanmıştır. Bulgular Almanya ve Türkiye’de çalışma koşullarının farklılaştığını göstermektedir.

Çalışma süreleri/nöbet süreleri/iş yoğunluğu: Almanya’da günlük çalışma süresi 8 saati, nöbet süresi ise 24 saati geçmemektedir. Hekimler 24 saat nöbet tuttuktan sonra hastaneye bir sonraki gidişleri en az 10 saat sonra olmaktadır. Hekimlerin çalıştıkları bölüme göre iş yoğunlukları değişmektedir. Örneğin dahiliyede gün içinde hasta yoğunluğu ve nöbet daha fazla olurken dermatolojide yoğunluk ve nöbet sayısı daha azdır. Nörolojide bir akut klinikte (acil klinik) asistan olarak çalışan bir hekim iş yoğunluğunun acilde çalıştığı için fazla olduğunu söylemiştir:

“Burada çalışma tempom Türkiye’dekinden daha yoğun. Ben şu an bir akut klinikte çalışıyorum ve akut klinikler yoğun. Almanya’da çalışma saati 8:00-17:00 arası ama bu çalıştığınız kliniğe göre değişiyor. Akut (acil) klinikte çalışıyorsanız acile hasta geldiyse kalıyorsunuz mecburen. Nöbet ve iş temposu daha yüksek bizde. Nöbetler 24 saat. Ayda ortalama 5-6 nöbet tutuyorum. Almanya ortalamasının üzerinde çalışan bir hekimim” (K4, Erkek, 34).

Almanya’da çalıştığı birimin yoğun olduğundan bahseden başka bir hekimin ifadeleri şu şekildedir:

“Şu an kendi muayenehanemde çalışıyorum. Hastanelerde çalışma koşulları çok zordu. Uzmanlık yaptığım zaman 24 saatlik nöbetler oluyordu. Acil, günlük gelen hastalar ve yoğun bakıma bakıyordum. Çalıştığınız yere bağlı. Dahiliye yoğundu” (K12, Erkek, 55).

İş yoğunluğundan bahseden başka bir hekim şu ifadeleri kullanmıştır:

“İş yoğunluğu çok. Sağlık sektöründe çok fazla personel açığı var. Çok talep var. Yillardır böyle azalacak gibi değil” (K15, Erkek, 47).

Bu ifadelerin aksine psikiyatride asistan olarak çalışan bir hekim iş yoğunluğunun fazla olmadığını, bir hastaya en az 30-40 dakika zaman ayırabildiğini, en geç 17:00’da mesaisinin bittiğini, kendi çalıştığı hastanede nöbet sayısının az ve ayda iki civarı nöbeti olduğunu söylemiştir. Başka bir hekim poliklinik süresinin on beş dakika olduğunu ifade etmiştir. 2023 yılında mülakata katılan bir hekim ilk muayene süresinin Almanya’da 30 dakika olduğunu söylemiştir.

Almanya’da çok fazla iş yoğunluğu olmadığını belirten bir hekim şu ifadeleri kullanmıştır:

“Almanya’da Türkiye’deki gibi çok yoğun bir çalışma temposu yok. O günün randevusu olanlar belli. En önemlisi burada fazla deneyimi olmayan asistanları sürece yavaş yavaş alıştırıyorlar. Hoca burada senden emin

olduktan sonra bir sonraki eğitim aşamasına geçebiliyorsun” (K25, Kadın, 25).

Almanya’da çalışma koşullarının Türkiye’ye göre daha rahat olduğunu belirten radyoloji uzmanı bir hekimin söyledikleri şöyledir:

“Türkiye’den çok daha iyi koşullar. Hasta sayısı çok az. 40 saat tam çalışmıyorum. 4 güne indirdim çalışma günümü” (K17, Erkek, 43).

Çalışma süresinin ve nöbetlerin az olmasından bahseden bir hekim şu ifadelere yer vermiştir:

“Türkiye ile kıyaslanmaz. 24 saatten fazla çalışılmıyor. Nöbet sayısı az. Sabah kalktın işe gitmek istemiyorsun veya yorgunsun, kendini iyi hissetmiyorsun arayıp bugün gelmiyorum hastayım diyebiliyorsunuz. Çalışana değer veriliyor. Çok nöbetim yok. Benim pozisyonumdan kaynaklı tabii” (K19, Erkek, 44).

Kısaca, çalışma süresi ve iş yoğunluğu Almanya ve Türkiye açısından karşılaştırıldığında Almanya’da muayene süresi ortalama 15 dakika ve ilk muayene 30 dakika iken Türkiye’de bu süre 5 dakikadır. Hekimlerin; doğru teşhis, bilgi birikimini verimli şekilde aktarma, analiz ve hasta durumunu tahlil edebilme, sağlıklı ve verimli bir şekilde muayene gerçekleştirebilmeleri açısından muayene süreleri önem taşımaktadır. Bu süreler Almanya’nın hasta muayene süresine verdiği önemi göstermektedir. Nöbetler açısından ise Almanya’daki hekimlerin nöbet süresi en fazla 24 saattir. Türkiye’de ise bu süre 36 saate kadar çıkabilmektedir. Bu süre Türkiye’deki hekimlerin çalışma verimini olumsuz etkileyebilecek uzunlukta bir süredir. Almanya’da Türkiye’deki gibi belirsiz mesai saatleri bulunmamaktadır. Dolayısıyla Almanya’daki uzun muayene süreleri, nöbet sürelerinin 24 saati geçmemesi, iş yoğunluğunun az olması, hasta sayısının az olması gibi faktörler Türk hekimler için çekici faktörler olabilmektedir.

Sosyal haklar: Hekimler Almanya’da çalışırken hiçbir zaman hak kaybı yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Çalıştıkları her saatin ücretini, tuttıkları nöbetlerin parasını, hak ettikleri izinleri veya katıldıkları bir eğitimini ödeneğini almak konusunda bir hak kaybına uğramadıklarını söylemişlerdir. Bir hekimin ifadesi şöyledir:

“Almanya’da işe yeni başlasan bile Türkiye’deki gibi asla mobbing yapıp bayram ve tatillerde sana nöbet tutturmazlar, nöbetler eşit dağıtılır. Bu bile çok önemli bir detay bence” (K26, Erkek, 35).

Ayrıca bazı hastaneler hekimlere tatil ücreti ödemektedir (Bahadır, 2022). Başka bir sosyal hak ise Covid-19 döneminde çalışan hekimlere ikramiye verilmesidir. Bu ikramiye ya bir maaş ödemesi şeklinde veya bir hediye şeklinde olabilmektedir. Bir hekim hastalanıp rapor aldığında da bazı hastaneler o hekime belli bir miktar ödeme yapmaktadır. Almanya’da doğum izni sekiz haftadır fakat erken doğumda süre on iki haftaya çıkmaktadır. Doğum izninde çalışmak yasaktır. Doğum izninden sonra anne ebeveynlik iznine ayrılabilir veya isterse çalışmaya başlayabilir. Hem anne hem baba her çocuk için ayrı olarak üç yıla kadar izin alabilir. Bu hakların dışında hekimler Almanya’da eğitimin kaliteli olması, çocuklarının iyi bir eğitim alması ve çocuk yetiştirme imkanlarının iyi olması gibi faktörleri çekici faktör olarak ifade etmişlerdir.

Almanya’daki tüm hekimlerin yıllık 30 iş günü ücretli izin hakları vardır. Almanya’da hekimlerin izinlerini bütün olarak değil parçalı olarak almaları istenmektedir. Türkiye’de 657 sayılı Kanunda yıllık izin yirmi gündür. Yirmi güne hafta sonları dahildir ve izinlerin blok olarak alınması beklenir.

Bununla birlikte çalışma sürelerinde verimlilik sağlamak ve teşhis kolaylığı açısından teknolojik olarak Almanya hekimlerine geniş tıbbi olanaklar sunmaktadır. Sağlık sistemi ileri bir teknolojiye ve altyapıya sahiptir. Hekimlerin hastalara doğru teşhisi koymaları ve doğru tedavi için hastaneler tıbbi teçhizat ile donatılmıştır. Dolayısıyla hekimler son teknolojik kaynaklara ve ekipmanlara rahatça erişme imkânı bulurlar (almanyadabirdoktor.com, 2024).

İlaveten çalışma ortamının ve koşullarının entegrasyonu hızlandırıcı etkisinden bahsetmek mümkündür. Çünkü kaynaklar işgücü piyasası üzerinden dağıtılmaktadır (Dahm vd, 2011). Aynı zamanda kişilerin iş ortamında verimli bir şekilde çalışıp çalışmadıkları iş ortamıyla yakından ilgilidir. Türk hekimler Alman hekimlerle eşit çalışma koşullarına sahiptirler. Hekimler meslektaşlarıyla iyi ilişkileri olduğunu, çalışma ortamında herkesin birbirine saygı duyduğunu ve yardımcı olduğunu belirtmişlerdir. Türkiye’dekinin aksine üst yönetimle sıkıntı yaşamadıklarını, amirleri ile ilişkilerinin iyi olduğunu, mobbing yaşamadıklarını ve çalışma ortamında herhangi bir baskıya maruz kalmadıklarını ifade etmişlerdir. Türkiye’de iş yerindeki bu tür durumların kaygı ve mutsuzluk seviyelerini artırdığını söylemişlerdir. Almanya’da iş ortamında bu deneyimleri yaşamamak çalışma

motivasyonlarını artırmış aynı zamanda onların entegrasyon süreçlerine de olumlu katkıda bulunmuştur. Mülakatlarda dikkat çekici olan bir husus hiçbir hekimin çalıştığı ortamla ilgili olumsuz bir şey söylememiş olması ve olumsuz davranışlara maruz kalmamış olmalarıdır. Dolayısıyla iş ortamından memnuniyet hekimlerin entegrasyon süreçlerini kolaylaştırmıştır.

Saygınlık: Hekimler hem meslektaşlarının hem hastaların kendilerine saygılı davranmasının çalışma motivasyonlarını artırdığını belirtmişlerdir. Almanya’da bir ast-üst ilişkisi olmadığını ve bu nedenle mesleklerini hem daha rahat ve huzurlu bir şekilde hem de baskı altında olmadan yapabildiklerini belirtmişlerdir. Bir hekimin ifadeleri şöyledir:

“Ne kadar iyi eğitim alsan da mobbing tarzı şeylere katlanmak zor. Bazı insanlar katlanıyor ben katlanamazdım diye düşündüm o yüzden Almanya’ya geldim. İlk etapta benim sağlıklı olmam lazım ki hastalara yardımcı olayım. Kendi gelişimimi kurslara, seminerlere katılarak tamamlayabilirim. Onlar ikinci planda geliyor” (K26, Erkek, 35).

Almanların Türk hekimlere çok saygı duyduklarını, hasta hekim ilişkisinin saygı çerçevesinde ilerlediğini ifade etmişlerdir. Ayrıca Almanya’da hekim açığı olduğu için ve Türk hekimlere ihtiyaçları olduğu için Almanların Türklere kibar davrandıklarını belirtmişlerdir. Almanya’da nüfusun genç olması, üniversite ve tıp fakültesi sayısının az olması ve tıp öğrencilerinin üniversiteyi zamanında bitirememelerinden dolayı Almanların Türk hekimlere ihtiyacı olduğunu ve bunun da onlarda Türklere karşı bir minnet ve saygı duygusunun oluşmasına yol açtığı belirtilmiştir.

Kısaca, Almanya’da hekimlerin kolay iş bulması, çalışma koşullarının iyi olması ve saygınlık gibi etkenler Türk hekimlerin işgücü piyasasındaki memnuniyetini olumlu etkileyip onlar için birer çekici faktör oluşturmaktadır. Hekimler genel olarak çalışma koşullarından, nöbetlerin Türkiye’ye göre daha az ve izin sürelerinin uzun olmasından, saygı ve değer görmelerinden duydukları memnuniyeti dile getirmişlerdir. Bu anlamda beklentilerinin karşılandığını belirtmişlerdir.

Bunun aksine bazı koşullar açısından memnuniyetsizliğini belirten hekimler de olmuştur. İşle ilgili beklentisinin karşılanmadığını söyleyen bir hekim devlet sigortasıyla ilgili memnuniyetsizliğini dile getirmiş, hekimlerin yapmak istedikleri teşhis ve tedavi konusunda özgür olmadıklarını ifade etmiştir. Sigortanın bazı

masrafları ödemediğini ve hekimlere belli kotalar konulduğunu belirtmiştir. Bu konuda Türkiye'deki gibi özgür olmadıklarını söylemiştir. Başka bir hekim ise sekreteryaya ve evrak işlerinin yoğunluğundan dolayı hastalarıyla çok ilgilenemediğini ifade etmiştir. Bir diğeri ise akademik gelişme anlamında ABD'de olduğu gibi çok imkân olmadığını, Almanya'daki tıp eğitiminin Türkiye'nin gerisinde olduğunu söylemiştir.

3.4.5. Gelir ve Sosyo-Ekonomik Durum

Hekimlerin gelir ve sosyo-ekonomik durumları hakkında bir değerlendirme yapabilmek için onların Türkiye'deki durumlarına bakmak gerekmektedir. Esasen hekimlerin Türkiye'deki gelir ve sosyo-ekonomik durumları onların göç süreçlerinin en başına dayanmaktadır. Dolayısıyla Türkiye'de nasıl bir yaşamı bırakıp gittikleriyle de yakından ilgilidir.

Türkiye'de kısa bir süre çalıştıktan sonra Almanya'ya göç eden hekimler mesleklerine aslında Almanya'da başlamışlardır. Mecburi hizmette pratisyen hekim olarak bir sene çalıştıktan sonra göç eden hekimlerin birçoğu mesleklerine en baştan Almanya'da başlamışlar ve bu nedenle Almanya'da daha düzenli bir ekonomik ve sosyal süreçten geçmişlerdir. Bu hekimlerin sosyo-ekonomik açıdan daha avantajlı oldukları gözlenmiştir. Bunun sebebi, Almanya'ya daha erken giden hekimler mesleki süreçlerine orada başlamışlar ve herhangi bir yıl kaybı yaşamamışlardır. Aksine Türkiye'de örneğin uzman iken Almanya'ya göç eden bir hekim orada asistanlık sürecine tekrar dönmesi gerektiği için zaman kaybına uğramış ve bu da sosyo-ekonomik yaşamında aksamalara neden olmuştur. Fakat her iki grup için de söylemek gerekirse hekimler Almanya'da denkliklerini ve dil seviyelerini tamamlayana kadar sosyal ve ekonomik açıdan zorluklar yaşamaktadırlar. Aslında bu iki koşulu sağladıktan sonra ve tam yetkili bir hekim olarak çalışmaya başladıktan sonra sosyal ve ekonomik yaşamlarında da bir iyileşme görülmektedir.

Almanya'da asistanlıkta altı seviye bulunmaktadır. İlk sene asistanına seviye 1, ikinci sene asistanına seviye 2 asistanı denmektedir (Bahadır, 2022). Tablo 3.2.'de 2024 yılında hastanelere göre asistan hekimlerin başlangıç brüt maaşları gösterilmiştir. Tablo 3.2.'de devlet hastanesi ve üniversite hastanesi dışındaki diğer hastaneler özel hastanelerdir ve Almanca isimleri aynen yazılmıştır. Ücretler ortalama ücretlerdir ve

asistan maaşları işverene, hekimin deneyimine ve nöbetlere göre değişmektedir. Bölgesel faktörler de asistan hekimlerin aylık maaşlarında etkili olmaktadır (Derdiedaswelt, 2024).

Tablo 3.2. Almanya’da asistan hekimlerin brüt maaşları, euro, 2024

	Seviye 1	Seviye 2	Seviye 3	Seviye 4	Seviye 5	Seviye 6
	1. yıl	2. yıl	3. yıl	4. yıl	5. yıl	6. yıl
Devlet Hastaneleri	5.288,70	5.588,51	5.802,61	6.173,73	6.616,25	6.798,27
Üniversite Hastaneleri	5.383,28	5.688,42	5.906,36	6.284,15	6.734,55	6.910,22
Özel Klinikler						
Asklepios	5.373,70	5.684,35	5.907,80	6.262,05	6.714,40	6.888,80
Helios	5.507,69	5.478,67	5.860,74	6.284,07	6.495,07	6.777,77
KMG	5.404,59	5.463,40	5.863,11	6.086,73	6.319,34	6.707,48
Rhön Kliniken	5.438,01	5.757,38	5.978,65	6.283,85	6.560,71	6.793,97
Sana Kliniken	5.409,67	5.715,96	5.936,14	6.314,37	6.765,63	6.888,80

Kaynak: consensuscareers, 2024

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere hekimlerin aylık brüt kazançları 5200 eur ile 6800 euro arasında değişmektedir. Üniversite hastaneleri devlet hastanelerine göre daha fazla maaş vermektedir. Asistanlığa yeni başlamış bir hekim altıncı seviyeye geldiğinde maaş farkının lehine olacak şekilde açıldığını görmek mümkündür. Birinci seviye ve altıncı seviye asistan arasındaki maaş farkı yaklaşık 1500 eurodur. Dolayısıyla asistan hekimlerin derecesi arttıkça maaşları da giderek artmaktadır. Bahadır (2022) Almanya’da bazı hekimlerin asistan olarak kalma eğiliminde olduğunu söylemektedir. Bunun sebebi olarak altıncı seviye olan bir asistan uzmanlık sınavını geçip uzman hekim olduktan sonra maaş artışının brüt 120-130 euro olduğunu belirtmiştir. Fakat uzmanlığını tamamlayan bir hekimin (diğer ifadeyle 6 seviye daha ilerleyen hekimler) maaşı 1500-1600 euro civarında arttığını söylemektedir. İlaveten hekimler uzman olunca yöneticilik gibi üst seviye pozisyonlara başvurabilmektedirler.

Almanya’da 2023 yılında asistan hekim maaşları yıllık brüt olarak yaklaşık 62.000 euro (aylık yaklaşık brüt 5.100 euro, net yaklaşık 3000 euro) uzman maaşları

ise yıllık brüt 93.800 euro'dur⁴¹ (aylık yaklaşık 7.800 euro, net yaklaşık 5000 euro). 2023 ve 2024 yılları arasında maaşlar arasında ciddi farklar olmadığı ve tutarların birbirine yakın olduğu görülmektedir. Nitekim maaşlarla ilgili mülakatlarda hekimlerin vurguladığı önemli noktalardan biri Almanya'nın gelir eşitsizliğini önlemek için gelir makasını çok açmadığıdır. Maaşlarda farklı maaş kalemleri olduğunu ve bir ana maaşları olduğunu ifade etmiştir. İfadesi şu şekildedir:

“Almanya’da gelir eşitsizliğini önlemek için makası çok açtırmıyorlar. Ben ekonomik olarak memnunum. Ekonomik olarak daha rahatız. Benim burada alım gücüm çok güçlü. Maaşlarda farklı maaş kalemleri var. Bizim ana maaşımız var. Sözleşmelerdeki ana maaş. Bunların belli standardizasyonları oluyor. Net 2800-3000 eur olan bir temel maaşımız var. Seviye 1 en düşük doktor. Ben seviye 4’üm ve nöbetler var. Ben beyin cerrahisi asistanı iken 8400 eur net maaş aldığım aylar da oldu. Ama bu zamanlarda aşırı nöbetim vardı hastanede kaldığım zamanlar neredeyse yaşamıyordum diyebilirim. Haftada 82 saat mesaim oluyordu. Şimdi dahiliyede gayet rahat bir ortamda nöbetle bu ay hesabıma 5400 euro yattı” (K9, Erkek, 31).

Maaşlarla ilgili hekimlerin vurguladığı diğer önemli nokta maaşların esasen çok yüksek olmadığı fakat ülkede alım gücü yüksek olduğu için rahat bir yaşam için yeterli olduğudur. Bir hekim bu konuda şunları söylemiştir:

“Maaşlar Almanya şartlarına göre çok yüksek değil. 4,5 yıldır burada çalışıyorum, kaçınıcı sınıftaysan ona göre maaş seviyesi de artıyor. Almanya’da bu maaşım ile burada ev alamam. Bekar olduğum için yüksek vergi veriyorum. Fakat bunlara rağmen alım gücü yüksek olduğu için yaşam standartım iyi” (K24, Kadın, 34).

Başka bir hekim şu ifadeleri kullanmıştır:

“Burada hiç kimse yüksek maaş almıyor. Yani Almanya’ya asla para artırmak için gelinmez. Alım gücü çok farklı. O para size çok rahat yetiyor. Bir de burada lüks yok” (K5, Kadın, 38).

Hekimlerden biri alım gücü ile ilgili şunları söylemiştir:

“Ben Almanya’da maaşın çok iyi olduğunu düşünmüyorum. Maaşlar çok yüksek değil ama Almanya ortalamasının çok üzerinde bir alım gücü oluyor. Mesela ben şu an tek başıma büyük bir evin kirasını karşılayabilirim, araba alabilirim, hatta ev alsam evin taksitlerini ödeyip bir de tatil yapabilirim. Ben burada 4 aylık maaşım ile 2017 model araba aldım. Türkiye’de bu mümkün değil. Ama Almanya’da doktor maaşları çok iyi değil hatta grevler yapıldı bununla ilgili. Hala da yapılıyor” (K4, Erkek, 34).

Başka bir kadın hekimin ifadesi şöyledir:

⁴¹ <https://www.youtube.com/watch?v=Ghj6urkYYuY>

“Maaş olarak burada çok yüksek değil. Türkiye’de daha fazla alırdım hakkım yenmesine rağmen” (K11, Kadın, 45).

Almanya’daki Türk hekimler kendi kazandıkları maaşları görüşme yapılan yıla göre net olarak ve yaklaşık olarak söylemişlerdir. Belirttikleri maaşlar yukarıda tablo 3.2’de gösterilen maaşlara yakındır. Almanya’daki maaşlar genellikle brüt maaşlardır çünkü bu maaşlardan vergi⁴² kesintisi olduğu için ve vergiler kişilere göre değişiklik gösterdiği için net maaş söylemek yanıltıcı olabilmektedir. Dolayısıyla kazanılan maaş Almanya’da çoğunlukla brüt olarak ifade edilmektedir. Almanya’da brüt maaşlara nöbet ücretleri dahil değildir.

Tablo 3.3.’te devlet hastanelerinde görev yapan hekimlerin seviyelerine göre toplu sözleşme (Tarifvertrag) kapsamında aldıkları maaşlar gösterilmiştir.

Tablo 3.3. Devlet hastanelerinde görev yapan hekimlerin seviyelerine göre toplu sözleşme (Tarifvertrag) kapsamında aldıkları maaşlar, euro, 2024

Maaş grubu	Seviye 1	Seviye 2	Seviye 3	Seviye 4	Seviye 5	Seviye 6
Grup I: Assistenzarzt (asistan hekim)	İlk Yıl 5.084,92	2. Yıl 5.373,18	3. Yıl 5.579,03	4. Yıl 5.935,85	5. Yıl 6.361,32	6. Yıl 6.536,32
Grup II: Facharzt (uzman)	İlk Yıl 6.711,29	4. Yıl 7.273,99	7. Yıl 7.768,09	9. Yıl 8.056,32	11. Yıl 8.337,64	13. Yıl 8.618,98
Grup III: Oberarzt (kıdemli hekim)	İlk Yıl 8.406,29	4. Yıl 8.900,36	7. Yıl 9.607,20			
Grup IV: Ltd. Oberarzt (Ltd. kıdemli hekim)	İlk Yıl 9.888,50	4. Yıl 10.595,38				

Kaynak: almanyadabirdoktor.com, 2024

⁴² Almanya’da gelire göre vergi dilimi değişmektedir ve altı farklı vergi sınıfı bulunmaktadır (Otto von Guericke University Magdeburg, 2017). Birinci vergi sınıfındakiler tek başına yaşayan kişileri yani bekar, dul ya da ayrılmış kişileri kapsamaktadır. Evli olup yalnız yaşayanlar ikinci vergi sınıfındadır. Evli olanlardan ailede tek kişi kazanıyorsa ya da gelir farkı çoksa üçüncü vergi dilimine dahil olmaktadır. Dördüncü vergi sınıfında ise çiftin kazancı eşit ise (ör. Karı koca hekim ve eşit kazanıyorsa) kişi bu vergi sınıfındadır. Beşinci vergi diliminde ise beş ve üçteki vergi her zaman beraber olmaktadır. Dolayısıyla kişi evli olup yüksek kazanç sahibi ise ve eşin ya az kazandığı ya da çalışmadığı durumlarda olmaktadır. İkinci istihdam sözleşmesi olanlar altıncı vergi sınıfına dahildir.

Almanya'daki iş sözleşmesinin adı olan Tarifvertrag işveren ve işçi sendikaları arasındaki toplu iş sözleşmesidir (almanyadabirdoktor.com, 2024). Bu sözleşme çalışma koşullarını, çalışma saatlerini ve maaşları düzenler. Bu iş sözleşmesi kişilerin tek başına hareket etmeleri yerine kollektif hareket etme gücü sağlar. İş sözleşmesi ücret standartlarını, çalışma koşullarını ve iş güvencesini belirlemektedir. Tarifvertrag sektör bazında ücret standartlarını belirlemektedir. Bu kişilerin daha adil ücretler almasına imkân sağlar. İş sözleşmesi çalışma koşullarını da düzenlemektedir. Çalışma saatleri, tatiller, fazla mesai ücretleri de Tarifvertrag ile düzenlenmektedir. Önemli olan bir diğer düzenleme çalışanların iş güvencesidir. İşten çıkarma ve işe alımlar bu sözleşmeye göre yapılmaktadır. İşçi haklarının tamamen korunması amaçlanmaktadır. Tarifvertrag iş sözleşmesiyle yapılan düzenlemeler hekimleri her alanda korumaya yönelik düzenlemelerdir. Örneğin adil ücret ve çalışma koşulları ile sektör standartlarına göre uygun ücretler ve çalışma koşulları elde etmektedirler. Bunun yanında sağlık sigortası, işsizlik sigortası ve emeklilik katkıları gibi sosyal güvenlik hakları kişileri güvence altına almaya yöneliktir. Tarifvertrag iş sözleşmesinin hekimlere sağladığı faydalardan bir diğeri de işçi ve işveren ilişkileri arasında bir denge oluşturmak ve her ikisinin iletişimini kolaylaştırmaktır (almanyadabirdoktor.com, 2024).

Ekonomik özgürlüğün kazanılması sosyal anlamda da özgürlüğü getirdiği için sosyal hayatta da daha rahat olabildiklerini ifade etmişlerdir. Almanya'da yaşam düzenini oturtuktan sonra sosyal anlamda da kendilerini geliştirme yoluna girdiklerini ifade etmişlerdir. Örneğin çocuk sahibi olanlar çocuklarını çok iyi okullara gönderebildiklerini, eğitim sisteminin eşit ve adil olduğunu, ekonomik anlamda çocuk okutma maliyetinin yüksek olmadığını söylemişlerdir. Almanya'da devlet okulları ücretsiz olduğu için ebeveynlerin bu konuda herhangi bir maddi kaygısı olmamaktadır. Okullarda çocuklar için yüzme, tenis, müzikle ilgilenmek gibi birçok sosyal imkân da bulunmakta ve hekimler çocuklarını çok rahat bir şekilde bu kurslara yazdırabilmektedirler. Bazı şehirler sahip olduğu ekonomik fırsatlar ve sosyal desteğin kapsamlı olması özellikleri açısından göçmenler için daha çekici bir etkiye sahiptir (Nicholls ve Uitermark, 2016). Bazı merkez şehirlerin iletişim kaynaklarının ve sosyal imkanlarının çeşitli olması göçmenlerin bu kaynaklara kolay erişebilmesine imkân sağlamaktadır.

Bunun yanında, Almanya’da haftalık (hafta içi) çalışma saati 40 saattir. Hafta içi günleri günlük sekiz saat çalışılmaktadır ve bu süreyi geçmemektedir (Yavuz, 2024). Bunun yanında önceki bölümlerde belirtildiği gibi Almanya’da her eyalette 30 iş günü ücretli yıllık izin hakkı bulunmaktadır, bu da yaklaşık altı haftaya denk gelmektedir. Bu süreye resmî tatiller dahil değildir. Almanya’da yılda ortalama 9-13 gün resmî tatil bulunmaktadır. Bu süreyi de hesaba katınca Almanya’da yılda 2-3 aylık bir izin hakkı olmaktadır. Bundan başka Almanya’da işsizlik döneminde (12 ay) hekimler maaşlarının bekar ise yüzde 60’ını evliyse yüzde 67’sini alabilmektedirler. Ülkenin sosyal açıdan gelişmiş bir ülke olduğunu, kendilerini güvende hissettiklerini, adalete güvendiklerini, ekonomik ve sosyal anlamda rahat bir yaşam olduğunu belirtmişlerdir.

Gelir ve sosyo-ekonomik durumun entegrasyona etkisinden bahsetmek gerekirse kişilerin yüksek gelirleri, gelişmiş sosyal ve ekonomik durumları entegrasyon sürecini olumlu etkilemektedir. Maddi olarak yetersiz bir durumda olan, sosyal çevresi olmayan, sosyal hakları kısıtlı olan göçmenlerin entegrasyon sürecinde zorluklar yaşadığını hekimlerle yapılan görüşmeler göstermiştir.

Özetle Almanya’da hekimlerin dil becerileri ve iş bulma süreçleri entegrasyon açısından zorlu bir yolculuktur. Dil bariyerinin aşılması ve denklik sürecinin tamamlanması hekimlerin profesyonel yaşamlarında başarılı olabilmeleri için kritik öneme sahiptir. Entegrasyon süreçlerinde yaşanan zorluklar zamanla çözüme kavuşturulabilmekte bu da hekimlerin hem mesleki hem de sosyal anlamda uyum sağlamalarına yardımcı olmaktadır. Almanya’da uzun süre kalan hekimlerin dilde daha az zorlandığı, kısa süreli gelen hekimlerin ise dil engeli nedeniyle daha fazla zorluk yaşadığı görülmektedir. Bu durum dil becerilerinin entegrasyon sürecindeki önemini vurgulamaktadır. Türk hekimlerin Almanya’daki çalışma deneyimleri hem vasıf kazanımı hem de vasıf kaybı olarak iki uçlu bir deneyim sunmaktadır. Göç eden hekimlerin çoğu Almanya’da daha iyi çalışma koşulları, düzenli çalışma saatleri, daha kısa nöbet süreleri ve sosyal haklar açısından memnuniyet duyduklarını ifade etmiştir. Ancak bazı hekimler Almanya’ya geldiklerinde kariyerlerinde yaşadıkları statü kaybından dolayı tatminsizlik yaşamaktadırlar. Yine de çalışma koşullarının iyileşmesi, mesleki gelişim için fırsatlar ve genel yaşam standartlarının artması, Türk hekimlerinin Almanya’da daha uzun vadeli bir kariyer inşa etmelerine olanak

sağlamaktadır. Türkiye’den Almanya’ya göç eden hekimler, genellikle Almanya’daki çalışma koşulları, maaşlar ve sosyal güvenlik avantajları sayesinde ekonomik ve sosyal anlamda rahat bir yaşam sürmektedirler. Ancak göç eden hekimlerin meslek hayatlarındaki aksaklıklar, başlangıçta dil ve denklik süreçlerinden kaynaklanan zorluklarla başa çıkmalarını gerektirebilmektedir. Sosyo-ekonomik açıdan avantajlı bir durumda olan hekimler ailelerini de bu fırsatlardan faydalandırabilmekte ve daha kaliteli bir yaşam sürmektedirler.

3.5. HEKİMLERİN GÖÇÜ, ÖZEL ALAN VE ENTEGRASYON ETKİLERİ

1980’lerin başlarında, göç kararı alma sürecinde ailenin rolü, göç davranışlarına yönelik alternatif bir yaklaşım olarak öne çıkarılmıştır (Wood, 1981). Kofman (2004), göç kararının genellikle bireysel bir seçimden ziyade, aile yaşam döngüsü ve birinci ile ikinci nesil göçmenlerin yaşamındaki önemli olaylarla yakından bağlantılı olduğunu vurgulamıştır. Bu süreçte, aile içindeki ilişkiler, sorumluluklar ve roller, göç kararını doğrudan etkileyen unsurlar arasında yer almaktadır.

Ailelerin göç kararı üzerinde, göç alınan ülkelerin işgücüne yönelik politikalarının da etkili olduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra, göç edilen ülkede mevcut göçmen ağı, ailelerin bu kararı alması için önemli bir motivasyon kaynağı oluşturmaktadır. Aile, arkadaş ve sosyal çevre, bireylerin göç sürecini kolaylaştırıcı bir rol üstlenebilmektedir (Mincer, 1978). Bonjour ve Kraler (2015) aile göçünün, göç edilen topluma uyum ve entegrasyon açısından destekleyici bir unsur olduğunu ifade etmiştir. Ancak, bu görüşe karşı çıkanlar da bulunmaktadır. Avrupa’da birçok hükümet, aile göçünün kimlik, toplumsal uyum ve sosyal bağlılık açısından endişeler yarattığını ve entegrasyon sürecini zorlaştırabileceğini savunmaktadır (Kofman vd., 2011).

Pusch (2011) eşlerin yalnızca göç kararı alma sürecinde değil, aynı zamanda emek piyasasına entegrasyon aşamasında da merkezi bir rol oynadığını belirtmiştir. Eşler, göç edilen ülkede finansal destek sağlama, sosyal bağlantılar kurma ve gerekli bilgilere erişme konusunda birbirlerine yardımcı olmaktadır. Ayrıca, hedef ülkede hukuki bir statüsü olan bir eşle evlenmek, göçmenlerin hem işgücü piyasasında hem

de diğ er alanlarda fırsatlarını genişleten yasal haklara erişimini kolaylaştırmaktadır (Pusch, 2011).

G   menler kendi k  lt  rlerine, k  klerine, geleneklerine ve hayat tarzlarına bağlı kalmakla birlikte yeni hayata entegre olmaya çalışmaktadırlar.   nk   yeni yaşama yeni bir   lkeye uyum sağlamamanın hem kendileri hem çocukları açısından ileride zorluk yaratacağını bilmektedirler (Bonjour ve Kraler, 2015). Örneğin ekonomik durumun değişmesi-mevcut durumdaki kayıp veya daha iyi ekonomik koşullar-aile içindeki ilişkileri etkileyebilir. Diğer taraftan başka bir   lkede aile düzeni kurma, muhtemel travma,   lkenin diline, k  lt  r  ne ve dinine uyum sağlama gibi sorunlar yaratabilir.

G    sonucunda ailenin yeni hayata uyumu şunları kapsamaktadır: Çalışma hayatı, kadının aile içindeki rol  , ailede karar alma süreçleri, hane içindeki sorumluluklar, kişisel haklar ve k  lt  rel kurallar (Babacan, 2006). Göçü ile meydana gelen k  lt  rel etkileşim de hane içi durumu etkilemektedir. Örneğin ebeveyn otoritesinin zayıflaması, ailedeki çocukların akranlarına uyma davranışları ve aile içi değerleri reddetme, dil de dahil olmak üzere etnik k  lt  rel mirasın yok olması veya zayıflaması, aile içi iletişimdeki zorluklar, algılanan roller ve davranışlar, eşler arasındaki bağ, hanede yaşlı olması durumunda özellikle onların bakımı ile ilgili sorumluluklar, başarı değerinin azalması, daha bireysel olma ve kolektif değerlerde azalma gibi etkenler de hane içini etkilemektedir (Harvey 2017; Booth vd 2012; Merali 2004; Hartley, 1995). Dahası   lkeye varıldığında eşlerden birinin işe başlamamış olması, diğerine eşlik eden konumda olması veya sosyal ya da profesyonel kaynakların veya fırsatların diğer eşe göre daha az olması, bu süreçte daha çok zorlanması eşler arasında anlaşmazlıklara, hayal kırıklıklarına veya beklentilerin gerçekleşmemesine neden olmaktadır (Bonjour ve Kraler,2015).

G   men ailelerde önemli olan bir diğer konu ebeveynler ve çocuklar arasındaki ilişkilere. Çocuklar yeni sosyal ve k  lt  rel bir alanda büyürken aynı zamanda kendilerini eski gelenekleri arasında sıkışmış hissedebilirler. Bu da ailede kuşaklararası ilişkileri etkileyebilir. Burada önemli olan husus k  lt  rel farklılıklara alışmak konusunda çocuğa fırsat tanımak ve çocuğun okul ve sosyal hayatındaki sosyalleşme sürecinde onu desteklemektir. Bu kapsamda gidilen   lkeye çocuğun en

hızlı şekilde uyum sağlaması ve yeni ortama alışmasında ona yardımcı olmak aileler ve çocuklar arasındaki ilişkinin sağlıklı bir şekilde devam etmesine destek olacaktır (Scocco, 2022). Aynı zamanda, ülkede kalma süresi, etnik yapı, ülkeye varış şekli, ebeveynlerin iş durumu, ailenin sosyal ve kültürel sermayesi doğrudan veya dolaylı şekilde çocukların kimliğinin oluşumunu ve sosyalleşme süreçlerini etkilemektedir (Impicciatore ve Pailhé, 2019; Nesteruk, 2022).

Literatür bilgileri ışığında bu bölümde göçün hekimlerin aile içi ilişkilerini- eş ve çocuklarıyla olan ilişkilerini-, aile ve akrabalarıyla olan ilişkilerini, hayat standardını ve Türkiye ile olan ilişkilerini nasıl etkilediği açıklanmaktadır. Mülakatlar sonucunda bir kısım hekimin aile içi ilişkilerinde olumlu yönde değişiklikler olduğu bir kısmında sorunlar olduğu görülmüş, aile ve akrabalık ilişkilerinin devam ettiği ve Türkiye ile bağlantılarını koparmadıkları gözlemlenmiştir.

3.5.1. Özel Alanda Ortaya Çıkan Değişim Deneyimleri

Bu bölümde göçmenlerin eş ve çocuklarıyla ilişkilerinin göçten nasıl etkilendiği ele alınmaktadır. Göçmenlerin entegrasyon süreciyle yakından ilgili olan aile içi ilişkiler ve aile bağları göç ile değişim göstermektedir. Bu ilişkilerin kimi göçten olumlu kimi olumsuz etkilenmiştir. Göçten olumlu etkilenen kişiler eşleriyle daha fazla zaman geçirme fırsatı bulduklarını dile getirmişlerdir. Bu anlamda eşler arasındaki ilişkiler kuvvetlenmiş eş ile birlikte çocuklarla olan bağları da güçlenmiştir. Bir hekimin ifadeleri şöyledir:

“Türkiye’deyken kocaman bir evde birbirimizi zor görüyorduk. Eşimde çok çalışıyordu. Burada şimdi eşim de işten eve erken geliyor ve eşim ve çocuğumdan başka kimse yok sadece ailemiz. Aile bağlarımız çok güçlendi. Bunu ciddi anlamda fark ettim. Almanya’ya göçte bana en iyi gelen şeyin bu olduğunu fark ettim” (K5, Kadın, 38).

Başka bir hekim de aile bağlarının kuvvetlendiğini ve eşiyle daha çok zaman geçirebildiğini, bunun da ilişkilerini pozitif yönde etkilediğini belirtmiştir. Almanya’ya göç etmek eşiyle aldığı ortak karar olduğu için ailevi ilişkilerinin olumlu etkilendiğini belirten bir hekim eşiyle olan iletişiminin arttığını söylemiştir.

Göçün aile içindeki ilişkileri olumsuz etkilediğini belirten hekimlerle de görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Göçün hekimler üzerindeki psikolojik etkileri aile içi ilişkileri etkileyen önemli bir konu olarak belirlemektedir. Göç sürecinde ve sonrasında yaşanan depresyon, adaptasyon sorunları ve kültür şoku dikkat çeken en önemli

konular olmuştur. Bu zorlukların hem kişinin kendisini hem de aile içi ilişkileri olumsuz etkilediği görülmüştür. Bir hekimin bu konudaki ifadesi şu şekildedir:

“Gerçek şu ki Türkiye’yi çok özliyoruz. Eşim ve bana çok ağır geldi Almanya’ya gelmek. Burada arkadaş yok tanıdık yok. Biz buraya entegre olamadık. Bu durum evde bazen eşimle huzursuzluk yaşamama neden oluyor” (K2, Kadın, 44).

Göçün kendisini psikolojik olarak yıprattığını ve bunun eşiyile durumunu etkilediğini belirten bir hekim şunları söylemiştir:

“Uyum süreci zor. Aile içindeki zorlanmalarım eşimi de zorluyor maalesef. Göç psikolojisi zor ağır” (K15, Erkek, 47).

Eşlerin çalışma durumunun aile içi dinamikleri nasıl etkilediği de bu çalışmada öne çıkan konulardan biridir. Eşinin yaşadığı mesleki zorlukların ailede stres yarattığını belirten bir hekimin söyledikleri şunlardır:

“Aile hayatı olarak şu an zorlanıyoruz. Eşimin denklik süreci devam ediyor. Bu psikolojik ve ekonomik olarak büyük bir zorluk. Biz geleli neredeyse 3 sene oldu ama oradaki düzenimizi birebir kopyalayamadık. Eşimin denkliği tamamlayıp işe başlaması gerekiyor (Eşi çocuk enfeksiyonu uzmanı)” (K30, Erkek, 37).

“Çocuğumuza eşimin bakması onun dil öğrenme ve işe başlama sürecini geciktiriyor” (K26, Erkek, 35).

Göçün eşiyile ilişkilerini olumsuz etkilediğini söyleyen bir hekim eşinin avukatlık mesleğini Almanya’da yapamamasından dolayı boşanmak zorunda kaldıklarını ifade etmiştir.

Özetle, eşlerin mesleklerinin farklı olması ya da birinin mesleğini yapamaması aile içi dinamikleri olumsuz etkilemektedir. Eşlerin iş hayatındaki zorluklar hem duygusal hem ekonomik açıdan büyük bir baskı yaratmaktadır. Eşlerden birinin mesleki tatmin sağlayamaması bireysel ve ortak hedefler arasında çatışmalara neden olabilmektedir. Bununla birlikte dil bariyerleri ve kültürel uyumsuzluk eşlerin kariyer hedeflerini zorlaştırabilmektedir. Bu durum bireylerin iş bulma sürecinde zorluklar yaşamasına sebep olabilmektedir. Bulgular göstermektedir ki eşlerin çalışma durumunun aile içi ilişkilerdeki etkileri önemli bir faktör olarak ortaya çıkmıştır. Mesleki faktörler ailenin stres seviyesini, iletişim biçimlerini ve genel olarak evliliklerin sağlığını önemli ölçüde etkilemektedir.

Göç sonucunda ortaya çıkan en önemli konulardan bir diğeri göçmenlerin çocuklarının yeni ülkeye uyum sürecidir. Göç çocukları da önemli ölçüde etkileyen bir etken olarak ortaya çıkmaktadır. Okula çabuk uyum sağlayıp göç sürecini çabuk benimseyen ve sürece kolay alışan çocuklarla birlikte göç sürecinin zorluklarına katlanmakta zorlanan çocuklar olduğu da gözlemlenmiştir. Bu kapsamda kızının memnuniyetini bir hekim şu sözlerle ifade etmiştir:

“Kızım burada çok iyi durumda, çok mutlu buradan olmaktan” (K30, Erkek, 37).

Çocuklarının Almanya’ya alıştığını belirten bir hekimin ifadeleri şöyledir:

“Çocuklarım buradaki yaşama alıştılar. Buradaki düzene alıştılar. Sokaklar güvenli. Çocuklarla ilgili olumlu değişiklikler olduğunu düşünüyorum”. (K20, Erkek, 62).

Çok küçük yaşta çocuğu olan bir hekim göçten sonra zorlandıklarını şu sözlerle ifade etmiştir:

“Biraz zor oluyor alışmak bizim için. Küçük bir çocuğumuz var ve eşim ailesinden uzak. Sürekli bizim bakmamız gerekiyor. Bizde baskı oluşturuyor” (K26, Erkek, 35).

Almanya’da çocuğuyla ilişkisinin düzeldiğini söyleyen bir hekim orada eğitim sisteminin daha iyi olmasının kızının psikolojik durumunu da pozitif yönde etkilediğini hatta kızının kaygı seviyesinin azaldığını söylemiştir. Bunun aile içinde kızı ve eşiyle olan ilişkilerini de düzelttiğini belirtmiştir. Bazı ailelerin çocukları uyum problemi yaşasa da diğer aileler çocuklarının Almanya’da eğitim almalarının çocukların gelişimine olumlu katkı sağladığını belirtmişlerdir. Bir hekim çocuklarından birinin uyum sağlayamadığını diğerinin ise kolayca adapte olduğunu belirtmiştir:

“Büyük oğlum uyum sağlayamadı, okula gitmek istemiyor. Kızım çabuk alıştı, anaokuluna gidiyor. Okulda da çok ilgililer. 4 yaşında çocuklara çatal bıçakla yemek yemeyi öğretiyorlar” (K11, Kadın, 45).

Mülakatlar çocukların ülkeye alışmış olması ve uyum sürecinde bir sorun yaşamamalarının eşler arasındaki ilişkiyi kuvvetlendirdiği göstermiştir.

Almanya ve Türkiye’deki kültürel yaşam farklılıkları ve sosyal sistem de göç sürecinde aile içi ilişkileri etkileyen bir diğer önemli konudur. Almanya’da sosyal

devletin sağladığı imkanlar, çocuklar için iyi eğitim fırsatı ve sosyal imkanlara erişilebilirlik aile içi ilişkileri kolaylaştırmıştır. Örneğin 3 yaşından büyük çocukların kreşe gitme zorunluluğu ve kreşin ücretsiz olması gibi imkanlar ailelere ekonomik ve sosyal açıdan kolaylık sağlamaktadır. Dolayısıyla ekonomik ve sosyal açıdan bir sıkıntı yaşamamak aile içi ilişkilerin de iyi olmasına yol açmaktadır. Bu fırsatların aksine hekimlerin denklik sürecinde yaşadığı sıkıntılar ve dil sorunu kişiler üzerinde baskı yaratmakta ve eşlerin stres düzeyini artırabilmektedir.

Sonuç olarak, göç kişilerin aile içi ilişkilerini ve dolayısıyla entegrasyonlarını etkilemektedir. Aileler bu süreçte olumlu ve olumsuz durumlarla karşılaşmıştır. Çocukların iyi eğitim alması, sosyal devletin sağladığı imkanlar ve kültürel adaptasyon göç sürecinde aile bağlarını güçlendirirken, kendileriyle ilgili bürokratik süreçlerin aksamaması, iş konusunda yaşadıkları sorunlar, çocukların uyum sorunları gibi nedenler aile içi ilişkilerde sıkıntılar yaratmaktadır.

3.5.2. Aile ve Akrabalarla İlişkiler

Bu kısımda göçün, hekimlerin aile ve akrabalarıyla olan ilişkilerine etkisinden bahsedilmiştir. Kimileri için göç süreci aile ve akraba ilişkilerini olumlu etkilemekteyken diğerleri için ilişkilerin kopmasına ve zayıflamasına neden olmuştur.

Aile ve akraba ilişkilerinin göçten olumlu etkilendiğini veya ilişkilerinde herhangi bir değişiklik olmadığı belirten hekimlerin ifadeleri aşağıdaki şekildedir. Bir hekim kendisi için tek değişikliğin yalnızlık hissiyle ilgili olduğunu belirtmiş ve şöyle demiştir:

“Burada yalnız yaşıyorum, ailem Türkiye’de. Çok bir değişiklik olduğunu düşünmüyorum. Almanya’dan Türkiye’ye gitmek 3 saat. Isparta’da yaşadığım zamanlar ailemi daha az görürdüm. Şu an yılda 3-4 kez gidiyorum yanlarına. Burada yalnızlık hissediyorum” (K25, Kadın, 25).

Bir hekim ailesiyle ilişkisinin olumlu olarak değiştiğini Türkiye’de maddi olarak ailesine yardım edemiyorken Almanya’da Türkiye’deki ailesine para gönderdiğini ve maddi yardımda bulunduğunu söylemiştir.

“Benim ailemle ilişkimin olumlu olarak değiştiğini düşünüyorum. Ben Türkiye’de mezun bir doktor olmama rağmen aileme hiçbir şekilde bir katkıda bulunamıyordum. Burada değişti yardım ediyorum onlara” (K4, Erkek, 34).

Başka bir hekim olumlu gelişen ilişkisini şöyle belirtmiştir:

“Türkiye’ye gidince ailemle ilişkimde iyi yönde değişim olduğunu fark ettim. Türkiye’ye gidince ailemle daha yakınlaştım” (K1, Erkek, 25).

Göçten sonra da ailesiyle görüşmeye devam eden bir hekimin söyledikleri şöyledir:

“Annem ben evlenmeden önce gitmemi kabullenemedi. Fakat sonra beni tasvip ettiler. Eş dost akraba Türkiye’ye geldiğimde sıkıştırılmış şekilde görüşebiliyoruz ama mesela Tekirdağ’da asistanken de halamı WhatsApp’tan arıyordum şimdi de öyle. Annemler de geliyor Almanya’ya” (K9, Erkek, 31).

Yukarıda hekimlerin görüşmelerde ifade ettiği gibi iyi ilişkilerin devam ettiğini belirtenlerin aksine ilişkilerinde kopma ve uzaklaşma meydana geldiğini belirten hekimlerin ifadeleri şu şekildedir:

“Tabi ki Türkiye’ye her zaman gidemediğim için daha az görüşülüyor yakınlarla. Fakat görüntülü görüşmeler ile bu özlem az da olsa giderilebiliyor” (K16, Erkek, 35).

Bir hekim akrabalarıyla olan ilişkilerinin bozulduğunu çünkü kendisinin yurtdışına gitmesini istemediklerini ifade etmiştir. Akrabalarından bu yönde negatif tutum olduğunu ve eleştirildiğini söylemiştir.

Almanya’ya göç etmenin psikolojik olarak kendisini çok kötü etkilediğini ve depresyona girdiğini söyleyen evli kadın bir hekim o zamanlar çok yalnızlık çektiğini, aile ve akrabalarına çok ihtiyaç duyduğunu fakat destek göremediğini ifade etmiştir:

“Pandemiye denk geldim. Her yer kapandı. Psikolojim bozuldu ve bu süreçte ailemden de destek göremedim, kırgınım” (K22, Kadın, 48).

Bu durum kişinin aile desteğinde eksiklik olduğunu, aile ile irtibatın azaldığını ve kişinin adaptasyon sürecinde yaşadığı zorlukların göstergesi olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sonuç itibarıyla hekimlerin göç deneyimleri, onların bireysel yaşamları, aile ve akraba ilişkileri üzerinde karmaşık bir etkiye sebep olmuştur. Göç bazılarının aile ve akrabalık ilişkilerinde olumlu gelişmelere sebep olmuş bazılarının ise ailevi bağlarının zayıflamasına ve akrabalarla ilişkilerinde kopmalara yol açmıştır. Aile bağlarının güçlenmesi ya da zayıflaması, bireysel deneyimlere ve göç sonrası adaptasyon süreçlerine bağlı olarak değişmiştir. Yalnızlık ve depresyon gibi olumsuz sonuçlar ise göçün psikolojik etkileri olarak ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla göç kişileri bireysel olarak etkilemekte aile ve akraba ilişkilerinde farklı deneyimlere sebep olmaktadır.

3.5.3. Hayat Standardı ve Sosyal Yaşam Değişim Deneyimleri

Bu bölüm hekimlerin Almanya'ya göç ettikten sonra hayat standartlarında ve sosyal hayatlarında ortaya çıkan değişimleri ve yaşadıkları deneyimleri anlatmaktadır. Bulgular hekimlerin Türkiye ve Almanya'daki sosyal hayatları ve yaşam kalitelerinde ciddi değişiklikler olduğunu göstermektedir. Olumlu veya olumsuz olarak ortaya çıkan bu değişimler aşağıda anlatılmaktadır.

Hekimlerin bir kısmı Almanya'da hayat standartlarının düştüğünü belirtmişlerdir. Özellikle Türkiye'deki yaşam koşulları ve maddi imkanlar açısından Türkiye'ye göre daha düşük bir standartta olduklarını söylemişlerdir. Bir hekim Türkiye'de daha lüks bir evde oturduğunu, daha geniş bir sosyal çevreleri olduğunu söylemiştir. Almanya'ya gidince bu standartlara ulaşamadıklarını ve en önemlisi Almanya'da yüksek ev kiralari ödeyip küçük eski dairelerde oturduklarını ifade etmiştir:

“Hayat standardımda değişiklik oldu. Türkiye’de evim kira değildi, üç dört tane özel işim vardı, eşim çalışıyordu özel ders veriyordu. Arabamız vardı. Burada eşim çalışmıyor. Evimiz kira ve arabamız da yok. Bu nedenlerle standardım düştü” (K19, Erkek, 44).

Başka bir hekim ise hayat standardının düştüğünü şu cümlelerle ifade etmiştir:

“Türkiye’de maddi durumum daha iyiydi. İstedğim yerlere gidiyordum, istediğimi alıyordum. Türkiye’deki seviyemi burada yeni yeni yakalıyorum hatta tam yakalayamadım diyebilirim” (K8, Erkek, 37).

Dile yeteri kadar hâkim olmayan hekimlerin de yaşam standartlarında düşme olduğu görülmüştür. Bir hekimin bu konudaki ifadeleri şöyledir:

“Hayat standardım Almanya’da çok düştü. Hatta Türkiye’de kalmak benim için daha iyi olabilirdi. Hem yaşam kalitemde hem de genel olarak tüm hayata bakış açımda çok ciddi bir düşme oldu maalesef. Dil konusunda ve adaptasyon konusunda yaşadığım zorlukların bunda etkisi olduğunu düşünüyorum” (K22, Kadın, 48).

Göçmenlerin gittikleri ülkede kabul edilmesi ve asimile olması onların o toplumla özdeşleşmelerine ve onlara kültürel ve ekonomik açıdan benzemelerine bağlıdır (Benhabib, 2004). Bir hekim Almanların Türklere karşı olumsuz duygu ve tavırlarının sosyal yaşamını olumsuz etkilediğini aşağıdaki gibi ifade etmiştir.

“Almanların Türklere bakışı sağlıklı değil. Bu bence kalıplaşmış Türk kültüründen kaynaklı. Kendi dünyasında yaşayan, diğer topluluklarla

kaynaşmayan, dini yükümlülükleri bulunan bir ekipten bahsediyorum. Bu kişilere karşı önyargılılar. Bunu biz de yaşıyoruz maalesef, hissettiriyorlar. Bunu deneyimlemek yaşam kalitesini düşüren bir duygu. Mesela ben Köln’de yeni eve çıktım. Çıkmadan önce 140 tane ev başvurusu yaptım. Bir Alman bu kadar başvuru yapmıyordur. Bu pasif bir ırkçılık aslında” (K6, Erkek, 29).

Hekimlerin maruz kaldığı pasif ırkçılık, kültürel anlamda yaşadığı uyumsuzluklar ve entegrasyon sorunları hayat kalitelerinde ve standardında düşmeye neden olmuştur. Bu kişilerin sosyal hayata katılmak konusunda yaşadıkları sıkıntılar ve Almanya’ya gittikleri zaman bir arkadaş grubuna dahil olamamak yaşam kalitelerinin düşmesine neden olmuştur. Hekimlerin Türkiye’deki maddi olanaklarını Almanya’da yakalayamamış olmaları, dil açısından yaşadıkları zorluklar, adaptasyon sorunları, sosyal çevrelerinin olmaması nedeniyle yaşam standartlarında ve sosyal yaşamlarında ve hayat standardında düşme olmuştur.

Diğer hekimler Almanya’da hayat standartlarının büyük ölçüde yükseldiğinden bahsetmişlerdir. Bir hekim hayat standardındaki iyileşme ile ilgili şu ifadeleri kullanmıştır:

“Maaşlar yüksek, çalışma şartları iyi. Gelecek kaygım azaldı, uyku kalitem arttı. Herhangi bir vize sıkıntım kalmadı. İstedğim ülkeye girebiliyorum” (K6, Erkek, 29).

Başka bir hekim maddi olarak standartlarının iyileştiğini şöyle ifade etmiştir:

“Türkiye’de böyle bir evi nerede ne şekilde alabilirdim bilmiyorum. Almanya’da henüz ev almadım ama alma niyetindeyim. Burada araba da almayı düşünüyorum. Ayrıca farklı ülkeleri gezebiliyorum maddi olarak elverişli. Türkiye’deyken bu da zor bir olasılıktı” (K9, Erkek, 31).

Başka bir hekimin söyledikleri şu şekildedir:

“Evet standardım yükseldi. Burada özgürlük var. Türkiye’de otosansür vardı düşüncemi söyleyemiyordum. Tabip odasında görevliyseniz ciddi anlamda risk altındaydınız. Ayrıca sosyal konularda, gıda alırken, alışveriş yaparken iki defa düşünmek zorunda kalmadım hiç. Kısmadan harcama yapabiliyorum burada” (K4, Erkek, 34).

Görüşülen bir hekim Almanya’daki güvenlik duygusunun hayat kalitesini artırdığını belirtmiştir. Hayat standardının en başta güvenliği açısından çok yükseldiğini, Türkiye’de trafikte giderken bir hasta yakınının aracının önünü kesip kendisine zarar vereceğinden korktuğunu, Almanya’da bu anlamda çok güvende

olduğunu belirtmiştir. Ayrıca trafikte insanların birbirlerine karşı çok saygılı ve duyarlı olduklarını belirtmiştir.

Kendine ayırdığı zaman arttıkça yaşam standardının arttığını söyleyen bir hekimin düşünceleri şu şekildedir:

“Doğada zaman geçiriyoruz, yürüyüşler yapıyoruz. Hafta sonları seyahat ediyoruz. Konser, festival gibi sosyal organizasyonlara katılıyoruz. Burada edindiğimiz arkadaşlarımızla buluşuyoruz. Bunlar hayat standardımıza çok olumlu katkı sağladı” (K5, Kadın, 38).

Hekimlerin kendilerine zaman ayırması ve sosyal aktivitelere katılmaları da yaşam standartları üzerinde önemli bir etken olarak ön plana çıkmaktadır. Örneğin farklı bir dil öğrenen, felsefe ve astroloji alanlarında eğitimler alan, dans kursuna katılmak gibi farklı sosyal etkinliklerde bulunan hekimler de hayat kalitesinin ve standardının arttığını ifade etmişlerdir.

Özet olarak; hekimlerin Almanya’daki hayat tecrübeleri sosyal hayatlarındaki standardı ve yaşam kalitesini belirlemede önemli rol oynamaktadır. Maddi özgürlük, seyahat özgürlüğü, ifade özgürlüğü, yüksek güvenlik, sosyal aktivite, kendine zaman ayırabilme ve kaygı düşüklüğü gibi etkenlerin kişilerin hayat standardı üzerinde önemli rol oynadığını göstermektedir.

3.5.4. Türkiye ile İlişkiler ve Geri Dönüş Dinamikleri

Almanya’ya göç eden hekimler Türkiye ile bağlarını hiçbir zaman koparmadıklarını söylemişlerdir. Almanya’yı ikinci vatanı olarak gördüğünü belirten kişiler dahi Türkiye’ye bağlılıklarını ve Türkiye ile olan yoğun ilişkilerini vurgulamışlardır. Dolayısıyla bu etkileşim duygusal bir aidiyet hissi oluşturmaktadır. Mülakatlarda dikkat çeken bir husus entegrasyon ve dil sorunu yaşayan göçmen hekimlerin Türkiye ile ilişkilerini sıkı bir şekilde devam ettirdikleridir. Ayrıca kültürel anlamda uyum sağlamak zorlanan kişiler de Türkiye’ye ciddi anlamda özlem duyduklarını ifade etmişlerdir. Hekimlerin Türkiye’ye düzenli ziyaretlerde bulunmaları ve oradaki yakınlarıyla ilişkilerini sürdürmeleri göç etseler dahi Türkiye’ye aidiyetlerinin ve duygusal bağlarının devam ettiğini göstermektedir. Hekimlerin kültürel bağları da devam etmektedir. Bunu özellikle Almanya’dan Türkiye’deki ailesine para gönderen hekimin açıklamaları net bir şekilde göstermektedir.

Hekimlerin Türkiye ile ilişkilerinin başka bir boyutu ise teknolojik imkanlar üzerinden sağlanmaktadır. Türkiye ile bağlantılı olarak yaptıkları online eğitim ve sunumlar Türkiye'deki meslektaşlarıyla iletişimde kalmalarını ve deneyimlerini paylaşmalarına imkân vermektedir. Bir hekimin verdiği eğitimlerle ilgili söyledikleri şu şekildedir:

“Türkiye bağlantılı işlerde eğitimler veriyorum online olarak ve buraya gelmek isteyenlere sunumlar yapıyorum, tecrübelerimi anlatıyorum. Türkiye'den davetler geliyor kongre, toplantılarda sunum konuşma vs için” (K7, Erkek, 40).

Dolayısıyla Türkiye'deki üniversitelerden yapılan davetler ve sunum talepleri hekimlerin mesleki olarak Türkiye ile bağlarının devam ettiğini göstermektedir.

Özetle, mülakatlardan çıkan sonuç Almanya'ya göç etmiş Türk hekimlerin Türkiye ile ilişkilerini ailevi ilişkilerden başka profesyonel olarak da devam ettirdikleri yönündedir. Nitekim Türkiye ile ilişkiler kişilerin aidiyet duygusunun devam ettiğini açık bir şekilde göstermektedir.

Mülakatta hekimlerin Türkiye'ye geri dönme ile ilgili düşünceleri de sorulmuştur. Hekimler Türkiye'ye geri dönme motivasyonu ile ilgili dört temel konuya değinmişlerdir. Bunlar ailevi sebepler, emeklilik dönemi, kariyerleriyle ilgili sebepler ve sosyal/siyasi sebeplerdir. Türkiye'ye geri dönebilirim diyen kişiler genellikle ailevi sebeplerden dolayı dönebileceklerini ve bu sebep dışında dönmeyi düşünmediklerini belirtmişlerdir. Bir hekimin ifadesi şöyledir:

“Şu an böyle bir düşüncem yok. Sırbistanlı bir kız arkadaşım var. Onun da Almanya'da yaşama planı var. O yüzden geri dönüş planı yok. Allah korusun aileme bir şey olursa dönerim. Türkiye'de maaşlar koşullar düzelse de ben buranın yaşam tarzını seviyorum. Özgürlük anlayışına Türkiye'nin durumu uymuyor. O nedenle dönmek istemiyorum. Tatil bile daha avantajlı burada” (K21, Erkek, 29).

Başka bir hekimin ifadeleri şu şekildedir:

“Önemli bir aile sorunu olması lazım dönmem için. Şu an değil ama emeklilikte dönmeyi düşünürüm” (K7, Erkek, 40).

Emeklilik dönemi hekimlerin Türkiye'ye geri dönüş için belirttikleri en temel motivasyon sebebidir. Halihazırda dönmeyi düşünmeyip emeklilikte dönmeyi düşündüğünü belirten hekim sayısı sekizdir.

“Emeklilikte dönerim. Şu an dönmeyi düşünmüyorum çünkü buraya yatırım yaptım” (K12, Erkek, 55).

“Emekli olunca dönerim ama kesin dönüş olmaz bu” (K15, Erkek, 47).

Kariyer ve Almanya’daki çalışma koşulları hekimlerin Türkiye’ye dönmesini etkileyen başka bir etkidir. Kariyerle ilgili hekimlerin ifadelerine bakıldığında birçoğunun kariyerini Almanya’da devam ettirmek istediği görülmektedir. Almanya’daki sağlık sistemi ve çalışma koşullarının Türkiye’ye göre daha iyi olduğunu söylemişlerdir. Fakat Türkiye’de mesleklerini rahat ve istedikleri şekilde yapabilme imkânı olursa dönmeyi düşünebileceklerini söylemişlerdir.

“Bir üniversiteye dönecek olursam ya da eşimin buradaki projesi bittikten sonra şirket kurup dönebilirim” (K2, Kadın, 44).

Başka bir hekim şunları söylemiştir:

“Türkiye’ye dönmek gibi bir niyetim hiç yok. Asistanlık sürecinin Türkiye’de çok zor geçeceğini biliyordum. Şu ana kadar en azından asistanlık sürecimi burada geçirip belki sonrasında Türkiye’ye dönerim. Buradan uzmanlığı alıp Türkiye’ye dönmeyi düşünüyorum eğer bu şekilde hayat sıkıcı geçerse burada. Özel hastane ya da muayenehanede çalışabilecek düzeyde olduğum zaman dönebilirim. Aslında en çok istediğim şey 6 ay burada 6 ay Türkiye’de veya 3 ay burada 9 ay Türkiye’de gibi” (K1, Erkek, 25).

“Yönetici olarak Türkiye’ye dönebilirim. İyi bir pozisyonda iyi bir iş teklifi gelirse dönebilirim. Psikiyatri tesisi kurulursa mesela olabilir” (K6, Erkek, 29).

Hekimlerin yukarıdaki ifadeleri Almanya’da çalışmaktan memnun olduklarını gösterse de Türkiye’de kariyer ve işle ilgili fırsatların oluşması bazı hekimlerin Türkiye’ye geri dönmesinde etkili olacağını göstermektedir. Dolayısıyla profesyonel fırsatlar hekimlerin geri dönüş kararını şekillendirmektedir.

Son olarak siyasi ve sosyal sebepler hekimlerin geri dönüş kararını etkilemektedir. Bir hekim bu konuda şu ifadeleri kullanmıştır:

“Hayır şu şartlar altında dönmeyi düşünmüyorum. İleride Türkiye’ye dönmemin tek şartı ülkenin siyasal ve sosyal anlamda bazı bariyerleri kırması. Türkiye’de demokrasi kültürü oturmadan hiçbir şeyin düzeleceğini sanmıyorum. Türkiye’deki ekonomik sorunlar, diğer sorunları oturmamış demokrasisiyle ilgili. Bu oturana ve değişene kadar geri dönmeyi düşünmüyorum. Türkiye’deki demokratik sorunlar çözülmeden ne ekonomi düzelir ne nitelikli göç engellenebilir” (K4, Erkek, 34).

Siyasi faktörleri sebep gösteren başka bir hekim şöyle demiştir:

“Hayır şu an için dönmem. Çünkü siyasi iklim uygun değil. Şu an ülke iki ayrı kutup şeklinde” (K30, Erkek, 37).

Hekimlerin bu ifadeleri Türkiye’de sosyal yaşam ve özgürlüklerin hekimler için tatmin edici olmadığını göstermektedir ve bu nedenle dönmeyi düşünmedikleri sonucunu çıkarmamıza neden olmaktadır.

Çocuğu olan hekimler çocuklarının eğitimini dönmeme sebebi olarak belirtmişlerdir. İlaveten üç hekim Almanya’daki siyasi koşulların dönmelerinde etkili olabileceğini belirtmiştir. Bu hekimler Almanya’da ırkçı problemler artarsa, ilerleyen süreçte Almanya’da yaşamaktan memnun olmazlarsa veya aşırı sağ bir iktidar gelirse Türkiye’ye geri dönebileceklerini söylemişlerdir.

Bulgular hekimlerin yakın zamanda Türkiye’ye geri dönmeyi düşünmediğini fakat ailevi nedenler, emeklilik, kariyer ve sosyal/siyasi faktörlerin dönmelerinde etkili olabileceğini göstermektedir. Türkiye’deki çalışma koşulları, siyasi ve sosyal koşullar Türkiye’ye dönmeme sebebi olarak belirtilmiştir. Genel olarak, göçmen hekimlerin entegrasyon sürecinin karmaşık ve çok boyutlu olduğu görülmektedir. Göç, bireylerin aile içi ilişkilerini, sosyal yaşamlarını ve kişisel deneyimlerini derinden etkileyen bir süreçtir. Bu süreç, göçmenlerin ekonomik ve sosyal imkanlara erişimleri, kültürel uyumları, aile bağları ve Türkiye ile olan ilişkileri gibi faktörlerden beslenmektedir. Entegrasyon süreci, her birey için farklı deneyimler ve sonuçlar doğurmakta, bu da göçmenlerin yaşam standartlarının yükselmesi veya düşmesi, sosyal bağlarının güçlenmesi veya zayıflaması gibi durumları etkileyebilmektedir.

3.6. ALMANYA’DA KAMUSAL ALAN, TEMSİL VE ENTEGRASYON

Göçün en önemli meselelerinden bir tanesi göçmenlerin kamuda seslerini duyurabilmeleridir. Göçmenlerin gittikleri ülkede seslerini duyurabilmeleri için kendi çabalarının yanında o ülkenin göçmenlere yönelik kapsayıcı politikalarının önemi de büyüktür (Landau vd, 2020). Kamusal alanda bulunan kişiler siyasi endişelerini ve ortak çıkarlarını tartışmak için bir araya gelmiş kişi topluluğudur (Fraser, 1990). Bu topluluklar Steven Vertovec’e göre “süper çeşitlilik” ile karakterize olmuştur (Vertovec, 2007). Bu çeşitlilik ulusal köken, ırk, etnik, cinsiyet, göçmen statüsü ve mesleki durumu kapsamaktadır. Bu çeşitliliğin en fazla olduğu yerler büyük şehirler olup, toplulukların kendilerini ifade edebilmeleri için de en uygun yerlerdir. Park ve Burgess (1921) şehirlerin marjinal grupların yerleşmesi ve büyümesi için en uygun

ortamlar olduğunu söylemektedir. Büyük şehirler çok sayıda göçmeni ağırladığında ekonomi gelişmekte ve bu da dini kurumlar, sivil dernekler, medya, sosyal ortamlar gibi grup odaklı kurumların sürdürülebilirliğini kolaylaştırmaktadır (Portes ve Sensenbrenner, 1993).

Avrupa ülkeleri uzunca bir süre göçmenlerin ülkenin siyasi ve toplumsal işlerine müdahale etmemesi gerektiğini düşünmekteydi (Martiniello, 2005). Bu devletlere göre göçmenlerin sadece ekonomik bir görevi bulunmaktadır: çalışmak ve üretmek. Tahmin edileceği üzere göçmenlere sıcak bakmayan ülkelerde göçmenlerin siyasi katılımı ve seferberliği düşük oranlarda seyrediyorken tarihinde göçü daha çok deneyimlemiş olan ülkeler göçmen azınlığın siyasi seferberlik, katılım ve temsili konusunda daha ön plandadırlar. Bu sayede bu ülkelerde göçmenlerin sesi daha çok duyulmakta ve siyasi platformlarda daha çok yer almaktadırlar.

Bu bağlamda Dünya Bankası'nın 2014 yılında ilan ettiği Göçmenlerin Sesi Projesinin temel hedefleri şu şekilde belirtilmiştir: Göçmenlere deneyimlerini ve önceliklerini paylaşabilecekleri, bu süreçteki gelişimleri ve gelecek beklentilerini söyleyebilecekleri fırsatlar sunmak ve ayrıca göçmen politikaları konusundaki önerilerini dinlemek, göç ile ilgili siyasi algıyı değiştirmek örneğin toplumda göçmenlerle ilgili oluşan yanlış düşünce ve gerçek olanı açığa kavuşturmak, sivil toplum örgütlerini ve göç konusunda çalışan kurumları ulusal ve uluslararası düzeyde bilgilendirmek projenin hedeflerinin en önemli maddeleridir (World Bank Blogs, 2014).

Bu bölüm Türkiye'den Almanya'ya göç etmiş hekimlerin kamusal alandaki varlıkları ve toplumda kendilerini ifade edebilme imkanları ile ilgilidir. Bu bölümün amacı toplumda kamusal alanda var olabilmenin hekimlerin yaşamlarını nasıl etkilediği ve entegrasyon süreçlerine nasıl katkıda bulunduğunu anlamaktır. Bu kapsamda hekimlerin kamusal alanda seslerini nasıl duyurdukları, göç sürecinde ve göç sonrasında kurdukları resmi ve enformel ilişkiler ele alınmaktadır. Son olarak toplumsal cinsiyet ilişkilerinin kamusal alanda nasıl şekillendiği üzerinde durulmuştur. Almanya'da kadın ve erkek hekim olmanın avantajlı ve dezavantajlı durumlarından ve ayrıca Türkiye ve Almanya'da hekim olmanın farklarından bahsedilmiştir.

3.6.1. Kamusal Alanla Kurulan Kurumsal İlişkiler

Hekimlerin Almanya’da kamusal alanlarda temsiliyetinin olması onların göç dinamiklerini anlama açısından önemli görülmektedir. Bu doğrultuda herhangi bir meslek örgütüne, sivil toplum kuruluşuna veya siyasi yapıya üyelikleri kamusal alandaki ilişkilerini ve entegrasyonlarını yansıtmaktadır. Hekimlerin kamusal alandaki üyelik veya temsiliyetlerini birkaç önemli başlık altında toplamak mümkündür.

Mesleki ve Akademik Derneklere Üyelik: Hekimler Almanya’da mesleki ve akademik derneklere üye olduğunu söylemişlerdir. Böylece meslektaşlarıyla iletişim halinde kalmak, akademik olarak profesyonel kimliklerini sağlamlaştırmak ve mesleki olarak kabul görme isteğinde oldukları görülebilir. Ayrıca Almanya’daki tüm hekimlerin Alman Tabipler Birliği’ne üye olması zorunludur. Bununla birlikte Türkiye’de bağlı bulundukları derneklerin üyeliklerine devam ettiklerini söylemişlerdir. Aynı zamanda kendi alanlarıyla ilgili olarak Almanya Psikiyatristler Derneği, İç Hastalıkları Derneği ve Alman Romatoloji Derneği gibi derneklere üye olduklarını ifade etmişlerdir. Bu, hekimlerin Alman toplumuna entegre olurken aynı zamanda Türk kültürüne bağlılıklarını devam ettirdiklerini göstermektedir. Bir hekimin Avrupa nezdinde olan Avrupa Fizik Tedavi Eğitimler Birliği’ne üye olması uluslararası alanda mesleki ağlarını genişletme amacı taşıdığını göstermektedir. Bir hekimin üyeliği ile ilgili ifadesi şöyledir:

“Akademik derneklere üyeyim. Almanya Psikiyatristler Derneği’ne üyeyim. Türkiye’den Almanya’ya gelen ve psikiyatri doktorların olduğu bir grup var. Bu grubun yöneticilerinden biriyim” (K6, Erkek, 29).

Sivil Toplum Kuruluşlarına Üyelik: Etzinger (1997) kamusal temsiliyette göçmen katılımının üç modelinden bahsetmiştir. Birinci model, bireysel haklar modelidir. Bu modelde göçmenler diğer ülke vatandaşları gibi devletle doğrudan etkileşim halindedirler. İkincisi ise çokkültürlü modeldir. Bu modelde bireysel haklar modelinin tersine göçün yeni topluluklar geliştirmesine neden olduğu kabul edilmektedir, devlet herkese eşit muamele gösterir. Üçüncüsü ise şirket modelidir. Bu model tüzel grupları içermektedir. Tüzel gruplar meslek, etnik, din, dil ve cinsiyet aidiyetleri gibi belirli bir kimlik çerçevesinde açıklanmaktadır. Bireyler bu tüzel kişiliklerin üyesidirler ve hatta bu grup içerisine doğmuşlardır ve bu gruplar aracılığıyla toplumun farklı alanlarında yer almaktadırlar. Şirket modelinde göçmenler

birey olarak değil bir grubun üyesi olarak tanımlanmaktadırlar. Sivil toplum kuruluşlarına üyelik Etzinger (1997)'in bu üç modeliyle bağlantılıdır. Çünkü kişiler hem devletle doğrudan iletişim halinde hem de yeni oluşan toplulukların üyesidirler.

Mülakata katılan hekimlerden sadece biri bir sivil toplum kuruluşu (STK) için gönüllü çalışmalar yaptığını fakat STK üyesi olmadığını söylemiştir. Ücretsiz yardım yapan bir kuruluşa gönüllü olarak sağlık taramaları yaptığını belirtmiştir.

“Burada göçmenlere destek veren bir kurum-STK için gönüllü çalışmalar yapıyorum ama derneğe üye değilim. Ücretsiz yardım yapan bir kuruluş bu. Ben de gönüllü sağlık taramaları yapıyorum” (K22, Kadın, 48).

Siyasi Üyelik ve Vatandaşlık: Nicholls ve Uitermark (2016) şehirlerin kendine mahsus kısıtlılıkları ve fırsatlarıyla nasıl eşsiz ve rakipsiz bir ortam olduğundan bahsetmiştir. Bu kapsamda göçmenlerin siyasi oluşumunu anlamak için şehirlere odaklanmışlardır. Bunu yaparken Nancy Fraser'ın “counterpublic” terimini kullanmışlar ve şehirlerin nasıl zamanla göçmenlerin oluşturduğu bir karşı ses olduğunu ve bu ses ile şehirlerin nasıl siyasallaştığından bahsetmişlerdir. Göçmenlerin kamusal temsil konusunda önlerindeki en büyük engellerden bir tanesi vatandaşlık meselesidir. Vatandaşlık hakkı bir kişinin bir ülkede tüm haklara sahip olmak için ve bu hakları kullanmak için ve aynı zamanda siyasi süreçlerde yer alabilmek için sahip olduğu en temel haktır (Barbalet 1988). Hem vatandaşlık ile ilgili kanunlar hem de AB ülkelerindeki politikalar göçmenlerin siyasi yaşama katılımını ciddi şekilde zorlaştırmaktadır.

Mülakata katılan hekimlerden yalnızca biri siyasi bir birliğe üye olduğunu belirtmiştir.

“Siyasi diyebileceğim bir birliğe üyeyim. Vatandaşlık almadım Türk vatandaşayım.” (K17, Erkek, 43).

Hekimlerden bir tanesinin Alman vatandaşlığı vardır, üç hekimin ise Bulgaristan vatandaşlığı bulunmaktadır. Fakat bu kişilerin hiçbirinin siyasi bir üyeliği bulunmamaktadır. Bir hekim ise uzman olduktan sonra Almanya'da siyasi çalışmalarda bulunmak istediğini söylemiştir.

“İleride uzman olduktan sonra Almanya'da politik çalışmalarda çalışmak istiyorum” (K6, Erkek, 29).

Bu kişiyle ilgili göze çarpan bir husus kişinin Almanya’da sosyal hayatta daha aktif olduğu, fazla kişi tanıdığı, kendini yalnız ve dışlanmış hissetmediğidir.

Martiniello (1997) göçmenleri politikayla ilgisi olmayan ve siyasete uzak kişiler olarak tasvir etmiştir. Mülakata katılan hekimlerin siyasi katılımının neredeyse hiç olmaması bu görüşü desteklemektedir. Göçmenlerin siyasette yer alıp almamalarının arkasında birçok neden vardır. Bunlar şu şekilde belirtilebilir: göçmenlerin kendi politik düşünceleri ve değerleri, önceden siyasette yer alıp almadıkları, göçmenin ait olduğu etnik topluluğun kurumsal bütünlüğü, ikamet ettiği ülkede geçici veya kalıcı olması, misafir ülkeye kendini ait hissedip hissetmediği, siyasi sistem ve kurumlar hakkında sahip olduğu bilgi, sosyal sermaye, göçmenin kurumsal iletişim ağının yoğunluğu, eğitim seviyesi, dil ile ilgili yetenekler, sosyo-ekonomik durum, cinsiyet, yaş (Martiniello, 2005).

Görüşmeler göstermektedir ki siyasi katılım veya dernek/STK üyeliği kişilerin topluma ne kadar entegre oldukları veya kendilerini topluma ne kadar ait hissettikleriyle ilgili olabilmektedir. Hekimlerin toplumsal, mesleki ve siyasi hayatlarındaki temsiliyetlerinin onların topluma entegrasyonunu ve toplumda yer alma isteklerini anlamak açısından önemli veriler sunmaktadır. Göçmen hekimlerin topluma adaptasyonu, toplumla olan bağları ve kültürel yakınlık kamusal alandaki temsiliyetlerini önemli ölçüde etkilemektedir.

3.6.2. Kamusal Alanla Kurulan Enformel İlişkiler

Bu bölümde hekimlerin Almanya’ya gitme süreçlerinde sosyal medyayı ve iletişim kanallarını ne kadar kullandıkları üzerinde durulmaktadır. Sosyal medya kişilerin birbirleriyle iletişime geçmesinin en rahat ve kolay yolu olarak görülmektedir. Diğer taraftan göçmenlerin gittikleri ülkelerde kısıtlama ve engellerle karşılaşmaları, onların kendi ağlarıyla iletişim kurmalarını, bilgi paylaşmalarını ve o ülkede yeni kimlikler oluşurmalarını sağlamaktadır (Brubaker, 2002). Sosyal medya ve dijital platformlar Almanya’ya göç etme sürecinde önemli bir bilgi kaynağı ve iletişim ağı olarak kullanılmıştır.

Facebook, Instagram, Telegram ve WhatsApp grupları bu süreçte hekimlerin bilgi edinmesi için önemli kaynak olmuştur. Hekimler bu gruplar aracılığıyla önceden giden veya süreci bilen meslektaşlarına sorular sormuş ve onların deneyimlerinden

faydalanmışlardır. Hekimler özellikle Türk hekimlerin olduğu gruplarda Almanya'ya gitmeden önce ve gittikten sonra dikkat edilmesi gereken şeyler hakkında ve Almanya'daki yaşam koşulları hakkında bilgi almışlardır. Bu gruplar aslında bir yardımlaşma aracına dönüşmüştür. Bu gruplar yakın zamanda giden kişilerin daha çok faydalanmasına imkân tanımıştır. Hekimlerin en fazla kullandığı platformlardan birisi de YouTube olmuştur. Buradaki popüler kişilerin videoları sayesinde göçle ilgili önemli bilgiler edinmişlerdir.

“Kimseyle iletişime geçmedim. Youtube dan buraya gelen birkaç doktor videosunu izledim. Burada hiç tanıdığım yoktu” (K2, Kadın, 44).

Görüşme gerçekleştirilen hekimler sosyal medya platformları ve diğer iletişim kanallarından çok fayda gördüklerini ve bu kanalların göç süreçlerini kolaylaştırdığını ifade etmişlerdir. Dolayısıyla WhatsApp, Telegram, Facebook, Instagram grupları ve Youtube videoları hekimler için bir rehber olma özelliği taşımıştır. Bir hekimin belirttikleri şöyledir:

“Burada tıp anlamında bir bağlantım yoktu. Youtube da birkaç video izlemiştim. Buradayken onların buluşmalarına katıldım. Orada en azından sözlü şekilde bazı bilgiler aldım” (K1, Erkek, 25).

Hekimler WhatsApp ve Telegram gibi gruplardaki kişi sayısının 1000'in üzerinde olduğundan bahsetmişlerdir. Bu da kişilerin bilgi almak için diğer meslektaşlarına rahat bir şekilde ulaşabildiğini göstermektedir. Dolayısıyla bu sayede kendi süreçlerini kolaylıkla yürütebilmektedirler. Gruplardaki hekim sayısının fazla olması Almanya'ya göçlerin veya göç etmeyi düşünenlerin fazla olduğunun göstergesidir. Bir hekimin söyledikleri şöyledir:

“Facebookta Türklerin olduğu bir grup var. Almanya'daki Türk doktorlar grubu var. İlk zamanlarda bu grubu aktif olarak kullanıyordum. Sonra biz kendi grubumuzu kurduk. Hakanlarla birlikte bir grup kurduk. Aktif üye sayısı 1500 civarı. O dönemler onlarla tanıştığım dönemler. O açıdan faydalı oldu” (K6, Erkek, 29).

Başka bir hekim şöyle söylemiştir:

“Herhangi bir bağlantım yoktu ama sosyal medyayı çok kullandım. Almanya'ya gelmiş hekimlerin gruplarına girdim. Telegram, whatsapp gruplarına girdim. Youtube da videolar izledim. Çok faydalandım” (K26, Erkek, 35).

Gruplardan yararlandığını belirten bir hekim şunları söylemiştir:

“doktorlar.de diye bir sitede birkaç kişiyle görüşmem oldu, onlar 1 yıl önce gitmişti, tecrübelerini paylaştılar (K29, Erkek, 41).

Bir diğer hekim göç sürecinde sosyal medya platformlarından hiç yararlanmadığını söyleyip şu şekilde devam etmiştir. Bu hekimle ilgili dikkat çekici durum ise Almanya’da psikolojik olarak çok zorlanmasıdır.

“Hayır yararlanmadım, sadece eşim vardı. Tamamen kişisel çabalarım oldu” (K22, Kadın, 48).

Kısaca, sosyal medya Almanya’ya göç etme, bu süreçte yardım alma, entegrasyon süreçlerinde bilgi edinmek ve kişilerin deneyimlerinden faydalanmak konusunda önemli bir araç olarak kullanılmıştır. Hekimlerin bilgi eksikliğini bu yolla doldurdukları görülmektedir. Bu tür platformların hekimlerin göç sürecinde nereden başlamaları gerektiği konusunda önemli bir yol gösterici olduğu belirtilebilir. Nitekim hekimler bu platformlardan faydalandıklarını ve deneyim sahibi kişilerle birebir iletişime geçerek Almanya’daki yaşam koşulları, çalışma hayatı ve göçün olumlu ve olumsuz durumları hakkında bilgi edinmişlerdir. Bu imkanlar ilişkiler ağının göç sürecindeki önemini göstermektedir.

3.7. TOPLUMSAL CİNSİYET VE ENTEGRASYON

Bu bölüm profesyonel kadınların göç sonrası entegrasyon süreçlerine bakmaktadır. Kadınların işgücü piyasasındaki durumları, haneîçi alan ve kamusal alandaki temsiliyetleri ve bu alanlardaki entegrasyon süreçlerine odaklanılacaktır.

3.7.1. Göç Sonrası İşgücü Piyasasında Nitelikli Kadınlar ve Entegrasyon

Van den Bergh ve Du Plessis (2011) kadınların göç öncesi ve sonrası kariyer başarılarında kimlik, sosyal destek ve yaşam evresinin önemli rol oynadığını belirtmektedirler. Iredale (2005) göç alan ülkelerin insan kaynakları departmanlarının ve politika yapıcılarının yüksek nitelikli kişilerden faydalanmayı önemsemediğini aktarmaktadır. Dolayısıyla bu kişiler ya kendi niteliklerine uyan işlerde çalışamamakta ya da iş bulamamaktadırlar. Riaño vd (2006)’nin nitelikli göçmen kadınlar üzerine yaptığı araştırmanın bulguları İsviçre’deki emek piyasasındaki nitelikli kadınların yüzde 55’inin niteliklerini kullanamadıklarını ortaya çıkarmıştır. Bunun sebebi olarak kadınların emek piyasasına entegre olamamaları veya niteliklerinin altındaki işlerde çalışmaları gösterilmiştir. Kadınlar niteliklerine uygun işlerde çalışsalar bile yarısı güvencesiz işlerde çalışmaktadır (Riaño vd, 2006). Riano vd (2006) nitelikli göçmen

kadınların yalnızca yüzde 21'inin kendi niteliklerine uyan işlerde çalıştıklarını aktarmıştır. Çalışmasında nitelikli kadınların işgücü piyasasına katılımıyla ilgili Latin Amerika, Orta Asya ve Kuzeydoğu Avrupa bölgelerinden de örnekler vermiş ve bu ülkelerin birbirinden önemli şekilde ayrıldığını ifade etmiştir. Kendi niteliklerine uyan ve garantili işlerde tam zamanlı çalışan Latin Amerikalı kadınların Orta ve Kuzeydoğu Avrupa ülkelerinde aynı tür işlerde çalışan nitelikli kadınlardan üç kat daha az olduklarını açıklamıştır. Becker (1985) birçok çalışmanın, göçmenlerin emek piyasasındaki dezavantajının beşerî sermaye teorisinden kaynaklandığını vurgulamaktadır. Beşerî sermaye teorisi iş piyasasındaki başarı için eğitim ve iş tecrübesi gibi kazanımların önemine vurgu yapmaktadır. Becker (1985) göçmenler için beşerî sermayenin önemine vurgu yapmakta ve beşerî sermayenin bir durumdan diğer duruma mükemmel olarak geçişinin zor olduğundan bahsetmektedir. Hekim göçünü anlatan bu araştırma beşerî sermaye teorisi açısından ele alındığında hekimler mesleklerini Almanya'da başarılı bir şekilde gerçekleştirdikleri de dil gibi bazı zorluklar beşerî sermayelerini tam tamına aktaramadıklarını göstermektedir. Bu çıkarımı hekimlerin bazılarının Almanca dilinde hala zorlandıklarını söylemelerinden çıkarmak mümkündür. Asimilasyon teorisi de dil vurgusu yapmakta göçmenlerin yüksek öğrenim sahibi olmaları ve mesleki tecrübeleri olmasına rağmen yerlilere göre dezavantajlı durumda olduklarını vurgulamaktadır (Chiswick 1978; Friedberg 2000). Bu yalnızca ev sahibi ülkeden diploma almakla veya iş tecrübesi sahibi olmakla ilgili olmayıp aynı zamanda ülkenin dilini bilmekle, yeni ilişkiler ağı ve sosyo-kültürel sermayeler kurmakla da çok yakından ilgilidir (Dustmann 1994; Chiswick ve Miller 2002, 2003). Kadınların işgücü piyasasında niteliklerine uygun şekilde istihdam edilmeleri, beşerî sermayelerini ve dili etkin şekilde kullanabilmeleri işgücü piyasasına entegrasyonlarına olumlu katkı sağlamaktadır. Kadınların işgücü piyasasında karşılaştıkları durumlarla ilgili bu araştırmanın bulguları aşağıda sunulmaktadır:

Çalışma koşulları, haklar, şiddet ve mobbing: Çalışma hayatı ve koşulları açısından kadınların avantaj ve dezavantaj yaşadığı durumlar bulunmaktadır. Örneğin Almanya'da kadın hekimlerin annelik izni ve yarı zamanlı çalışma imkânı olması çalışma hayatı açısından avantaj oluşturmaktadır. Almanya'da kadınların doğum izni 3 yıla kadar sürebilmektedir ve bazı hastanelerde kadınlara pozitif ayrımcılık

uygulanmaktadır. Ayrıca kadınlara bazı branşlarda pozitif ayrımcılık uygulanmaktadır. Bunun yanında gebelik durumu kadınların işe alım sürecini olumsuz etkileyebilmektedir. Kadın ve erkeğin eşit olduğunu söyleyen hekimler de olmuştur. İki erkek hekimin gözlemi şu şekildedir:

“Kadın doktor olmanın avantajları var. Bazı ilanlarda cerrahide özellikle kadınlara öncelik tanıyorlar. Bazı hastaneler kadınlara özel kontenjan açıyor ya da pozitif ayrımcılık yapılıyor” (K4, Erkek, 34).

“Kadın olmak daha avantajlı olabilir. Doğum izni var uzun bir süre. Kadının eşi çalışıyorsa kendisi yarı zamanlı çalışabilir. Daha az çalışıyor. Türkiye ile kıyaslayınca kadın olmak çok avantajlı. Anne olduktan sonra 1 yıl işe gitmiyorsunuz. Yani burada kadın olarak çalışmak daha avantajlı” (K19, Erkek, 44).

Çocuklu annelerin dezavantaj yaşadığını bir hekim şöyle ifade etmektedir:

“Farklılık var. Çocuk olması farklılık yaratıyor. Kadınlar erkeklere göre daha az tercih ediliyor. Önce bekar erkekler nöbete zorlanıyor” (K6, Erkek, 29).

Başka bir hekim kadınların izin süreleri açısından avantajlı, bazı çalışma alanlarında dezavantajlı olduğunu şöyle ifade etmiştir:

“Annelik izinleri çok uzun burada. 3 yıl izinleri var. Cinsiyetler arası ücret farkı Almanya’da da var. Kadınların daha az kazanması. Tıpta az aslında ama benim etrafımdaki kadınlar gerçekten işlerini yaparken minimal de olsa ayrımcılığa uğruyorlar. Bu mobbing olarak değil. Mobbing yok yaygın değil burada. Kadınların çok avantajı yok. Tabii her klinikte böyle değildir” (K21, Erkek, 29).

Erkek hekimler gebe kadınlar kadar uzun süre izne ayrılmadıkları için ve daha az izin kullandıkları için çalışma hayatında kadınlara göre biraz daha avantajlı durumda olabilmektedirler. Bununla birlikte erkek hekimler nöbetler açısından daha az sıkıntı yaşamaktadırlar. Bir hekimin ifadesi şöyledir:

“Erkeğin avantajlı olduğu durumlar şöyle: Erkekler kadınlara göre daha az sorun çıkarıyor. Gebe olan kadın işe gelemiyor mesela” (K16, Erkek, 35).

Almanya’da kadınlar iş ve aile yaşamı arasında daha kolay denge kurabilmektedirler. Bunun sebebi gebelik izni, ebeveyn izni gibi izin sürelerinin fazla olması ve aynı zamanda yarı zamanlı çalışma açısından avantajlı olmalarıdır. Türkiye’de ise bu koşulların aksine izin süreleri daha kısa, yarı zamanlı çalışma imkânı kısıtlıdır.

Mülakata katılan kadın hekimler Türkiye’de görev sırasında kendilerini güvende hissetmediklerini ifade etmişlerdir. Kendilerinin veya arkadaşlarının hastalar tarafından tehdit veya şiddete maruz kalabildiklerinden bahsetmişlerdir. Bulgular kadın hekimlerin Türkiye’de şiddete daha fazla maruz kaldığını göstermektedir. Bu durum onları biber gazı taşımak gibi kendi güvenlik önlemlerini almaya itmektedir. Erkek hekimler kadın hekimlere göre şiddete daha az maruz kaldıklarını fakat şiddet olaylarına çokça tanık olduklarını belirtmişlerdir. Hekimler Almanya’da hiçbir zaman şiddet olayıyla karşılaşmadıklarını ve daha güvenli bir çalışma ortamında çalıştıklarını belirtmişlerdir. Bir hekimin ifadesi şu şekildedir:

“Almanya’da daha rahat davranabiliyorsun. Türkiye’de kadınlar şiddet olaylarından çekiniyorlar. Benim de poliklinikte yanımda biber gazı olurdu mesela. Burada böyle bir şeye asla ihtiyaç hissetmiyorum” (K5, Kadın, 38).

Hekimler ayrıca Almanya’da yasal düzenleme ve çalışma koşullarının daha güvenli olduğunu belirtmişlerdir. Bunun yanında mobbing gibi duygusal şiddete veya fiziksel şiddete maruz kalmadıklarını ifade etmişlerdir.

Bunlardan başka Almanya’da bazı yönetici pozisyonlarda kadın hekimlerin zorlandığı belirtilmiştir. Fakat belirtmek gerekir ki bu hastaneye ve kliniğe göre değişmektedir. Hekimlerin belirttiğine göre yönetici pozisyonlarda erkekler daha fazla temsil edilebilmektedir. Bir hekimin bu konudaki ifadeleri şu şekildedir:

“Yönetici pozisyonunda kadın olmak zor. Kadın doğum burada kadınların fazla olduğu bir bölüm. Şefim kadındı emekli oldu ve diğer bölümden erkekler arkasından konuşabiliyordu. Üstelik kadın da Alman ve bence işinde çok iyiydi. Bu benim hastanem ve bölümümle ilgili de olabilir” (K18, Erkek, 54).

Cerrahi ve Dahiliye Bölümler: Görüşülen hekimler cerrahi bölümlerde uzun çalışma saatleri ve adanmışlık nedeniyle erkek hekimlerin sayıca daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Kadınların gebelik gibi durumlarından ötürü bu branşlarda daha fazla dezavantaj yaşama olasılıkları bulunmaktadır. Fakat dahiliye gibi alanlarda kadın ve erkekler arasında önemli bir fark olmadığı söylenmiştir.

Bir hekim cerrahi bölümlerle ilgili şunları söylemiştir:

“Almanya özelinde fark olduğunu düşünmüyorum. Bölüm özelinde olabilir. Cerrahi bölümlerin katılığı olabilir belki. Cerrahi kliniklerde daha adanmışlık gerekiyor. Tecrübem yok sadece mantık yürütüyorum. Kadınların hamile kalıp izin almaları bir cerrahi kliniği etkiler. Belki bu durum kadınları ikinci plana atabilir. Cerrahi klinikler yoğun oluyor” (K26, Erkek, 35).

Eşitlikçi bir yapı: Almanya’da kadın ve erkek hekimler arasında eşitlikçi bir ortam bulunduğundan bahsedilebilir. Bazı branşlarda kadın hekimler daha geri planda kalsa da cinsiyete dayalı bir ayrımcılıktan bahsetmek mümkün değildir. Hem kadın hem erkek hekimler kariyer yapma şansına eşit bir şekilde sahiptir.

Genel olarak Almanya’da erkek ve kadın hekimler arasında çalışma koşulları, şiddet, mobbing gibi durumlarda ciddi bir fark olmadığı görülmektedir. Yalnızca kadın doğum ve cerrahi gibi bazı branşlarda kadınların erkeklere göre dezavantajlı olduğundan bahsedilebilir. Yine de Dumont vd (2007)’nin belirttiği gibi Avrupa ülkelerinde yüksek nitelikli göçmenler arasında bir cinsiyet farkı bulunmamaktadır. Fakat kadınlar için annelik izni, yarı zamanlı çalışma gibi avantajların ön plana çıkması ve erkek hekimlerin daha az izin kullanmaları ve yönetsel pozisyonlarda daha fazla temsil edilmeleri küçük farklar yaratabilmektedir.

Türkiye ve Almanya’da hekim olmanın cinsiyet açısından farklarına bakıldığında hekimlerin cevapları doğrultusunda öne çıkan başlıklar şu şekildedir:

Kadın hekimlere saygı: Almanya’da kadın ve erkek hekimler arasında cinsiyet eşitliği bulunmakta ve kadın hekimlere saygı ön plana çıkmaktadır. Türkiye’de ise kadın hekimlere bazen daha az saygı duyulduğu belirtilmiş ve erkek hemşirelerin ‘doktor bey’ olarak hitap edildiği söylenmiştir. Bu söylem cinsiyetçi tavırların hekimlik mesleğinde de devam ettiğini göstermektedir. Mülakata katılan hekimler Almanya’da kadın ve erkeğe aynı derecede saygı duyulduğunu belirtirken Türkiye’de kadın hekimlerin erkeklere göre daha az saygı gördüklerini söylemişlerdir. Bir hekim ifadesinde Türkiye’de bir kadın hekim olarak erkek bir hekimle aynı ortamda olduğu zamanlarda hastaların kadınları dikkate almadıklarını ve önemsemediklerini söylemiştir. Almanya’da hekimlere duyulan saygıyı bir katılımcı şöyle ifade etmiştir:

“Almanya’da hasta-doktor ilişkisi çok saygı çerçevesinde. Zaten bizim gitmemizi hiç istemiyorlar” (K25, Kadın, 25).

Hasta-Hekim İlişkisi: Almanya’da hasta-hekim ilişkisi saygı çerçevesinde ilerlemektedir. Bunun yanında Türkiye’de hastaların hekimlerden beklentisi Almanlara göre büyük ölçüde değişmektedir. Görüşülen bir hekim Türkiye ve Almanya’da hastaların hekimlerden beklentilerini şu şekilde ifade etmiştir:

“Türkiye’de sorumluluk çok daha fazla. Almanya’da daha çok danışma gibi. Türkiye’de hasta kendini sana bırakırken burada danışmaya, fikir almaya

geliyor. Tedavi önerisi gibi mesela. Burada düşük bir beklenti var. Hasta şikayetini çok net şekilde anlatabiliyor. Türkiye'dekiler anlatamıyor. Almanya'da hastalar çok bilinçli” (K13, Erkek, 33).

Bunun dışında Türkiye’de kadın hekimler karşılaştıkları zorluklar olarak erkek hastaların kadınlara muayene olmak istememesini göstermektedirler.

Cinsiyet konusundaki toplumsal algı: 2024 Küresel Cinsiyet Farkı Raporu verilerine göre 146 ülke içerisinde Almanya cinsiyet eşitliğinde yüzde 81 ile 7. sırada yer almakta iken Türkiye 127. sırada yer almaktadır (Dünya Adalet Projesi, 2024). Hekimlerin Türkiye’de kadın hekimlere yönelik toplumsal algı sorunlarının Almanya’da yaygın bir durum olmadığını söylemeleri bu raporu destekler niteliktedir. Türk hekimler Almanya’da kendilerine karşı bir cinsiyetçi ayırım hissetmemişlerdir. Türk hekimler bunun ülke kültürüyle bağlantılı olduğunu düşünmektedirler. Kadın hekimler Türkiye’de en çok rahatsız oldukları konunun erkek hastaların tavırları olduğundan bahsetmişlerdir. Erkek hastaların kadın hekimlere ‘siz anlamazsınız’ tavrının rahatsız edici olduğunu ve böyle bir tavır ile Almanya’da hiç karşılaşmadıklarını söylemişlerdir. Annelik ve çocuk sahibi olma konusunda ise kadın hekimler çocuk sahibi olduktan sonra daha kolay işe dönebilmektedirler. Kadın hekimlerin ebeveynlik sürecinde daha esnek çalışabilmeleri onlar için bir avantaj oluşturmaktadır. Bir hekim şunu ifade etmektedir:

“Bence kadın erkek farkı yok. Burada kadın erkek eşitliği söz konusu. Türkiye’de böyle değil (K15, Erkek, 47).

Sonuç olarak Almanya’da kadın hekimler daha çok saygı görüp daha eşitlikçi bir ortamda çalışırken Türkiye’de hekimler çalışma koşulları açısından daha zor şartlarla karşılaşmaktadırlar. İki ülke arasındaki fark sosyal, kültürel ve ekonomik sebeplere dayanmaktadır ve ülkelerin sağlık sistemindeki farklılıklardan kaynaklanmaktadır.

3.7.2. Göç Sonrası Haneîçi Alan ve Yüksek Nitelikli Kadınların Entegrasyonu

Yüksek nitelikli göçmen kadınların hane içi alandaki rolleri ve entegrasyon süreçleri göç sonrası önemli dinamiklerden biri olarak ortaya çıkmaktadır. Kanada’da nitelikli göçmenler üzerine yapılan bir ankette sonuçlar geleneksel cinsiyetçi beklentilerin ve göçmen ilişkiler ağının zayıf olmasının profesyonel kadın eşlerin

entegrasyonuna zarar verdiğini ortaya çıkarmıştır. Göç sonrası çiftler emek piyasasındaki zorluklar ve haneîçi desteğin az olması gibi durumlardan etkilenen yeni aile içi sorumlulukları müzakere ederken cinsiyet rolleri beklentileri daha belirgin hale gelmektedir (Phan vd, 2015). İlâveten Phan vd (2015) küçük yaşta çocuğu olan ailelerin geleneksel cinsiyetçi rollerinin daha çok etkinleştüğünü vurgulamaktadır. Örneğin okul çağındaki çocuğa bakma sorumluluğunun daha çok kadının yükümlülüğü olduğu belirtilmiştir. Sosyal sermaye teorisine paralel olarak, aile içi destek dahil sosyal desteğin mevcudiyetinin, profesyonel kadınların yerleşim deneyimlerini erkeklerden daha fazla iyileştirmesi beklenmektedir (Hochschild ve Machung, 1990). Dolayısıyla hane içini idare etmek konusunda desteğin zayıf olması kadınların entegrasyon deneyimine erkeklere göre daha zararlı etkiler yapması beklenmektedir. Vance vd (2011) ev sahibi ülkede kadına eşlik eden bir partnerin varlığının kariyerinde ve aile içinde kadına istikrar ve destek sağlamak için önemli olduğunu vurgulamaktadır. Bu aynı zamanda nitelikli göçmen kadınların kültürel sermayelerini aktarmalarındaki başarılarını etkilemektedir. Riano vd (2006) nitelikli göçmen kadınların sadece kültürel sermayelerini aktaramama sorunu ile karşı karşıya kalmadıklarını aynı zamanda yetenek kaybı, özgüven kaybı ve özerklik kaybı gibi zorluklarla da karşılaştıklarını aktarmıştır. Bu zorluklar onların hane içinde eş ve çocuklarıyla olan ilişkilerini de olumsuz etkileyebilmektedir.

Bir hekimin ifadeleri şöyledir:

“Ben geldikten 6 ay sonra pandemi başladı. Depresyon tavandı. Depresyondan sonra buraya adaptasyon sürecim çok yavaş oldu. Şu an bile devam ediyor. Hatta bu durum eşimden uzaklaşmama neden oldu” (K22, Kadın, 48).

Eşiyle ilişkisinin göç sonrası daha iyi olduğunu ifade eden bir hekimin söyledikleri şunlardır:

“Burada küçük bir evde hafta sonları ailecek zaman geçiriyoruz. Eşim ve çocuğumla ilişkim güçlendi” (K5, Kadın, 38).

Almanya’ya gidince çocuğuyla ilişkisinin iyileştüğünü ifade eden bir kadın hekim şunları söylemiştir:

“8 yaşındaki kızımın aramdaki bağ bozuldu benim. Çocuğumla iletişimim bozuluyordu Türkiye’de sürekli ders ödev yüzünden. Burada çok iyiyiz” (K28, Kadın, 45).

3.7.3. Yüksek Nitelikli Kadınların Kamusal Temsili ve Entegrasyon

Toplumda müzakere bir ülkede demokrasi ve gelişmişliğin en önemli faktörlerinden biri olarak belirtilebilir (Mendelberg vd, 2013). Özellikle kadınlar gibi dezavantajlı grupların seslerini duyurabilmeleri temsiliyetleri ve toplumdaki sorunların açığa çıkması açısından önemli olabilmektedir. Göçmen kadınların ev sahibi ülkede seslerini duyurabilmeleri göçmen grupların sorunlarına odaklanmak için bir çare olmaktadır. Fox ve Lawless (2010) kadınların kamusal alanda aynı nitelik ve pozisyonundaki erkeklere göre daha az yer aldıklarını aktarmaktadır. Bu durum kadınların siyasi alan ve sivil toplum kuruluşu gibi yerlerde daha az temsil edildiklerini göstermektedir. İlaveten Fox ve Lawless (2010) yaptıkları bir araştırmada seçimle ilgili bir pozisyonunda erkeklerin kendilerini kadınlara göre yüzde 50 daha fazla ‘yüksek nitelikli’ gördüklerini ortaya çıkarmıştır. Dolayısıyla kadınlar erkeklere kıyasla seçim ortamına girmeye kendilerini daha az nitelikli görme eğilimindedir. Bununla birlikte nitelikli göçmen kadınların ev sahibi ülkede yaşadıkları zorluklar, özellikle dil ve kültür açısından yaşadıkları zorluklar kadınların kamusal alanda öne çıkmasını zorlaştırabilmektedir (Van Den Muijsenbergh vd, 2016). Özellikle göçmen kadınların niteliklerinden bağımsız olarak bu alanlarda öne çıkamaması bu çalışmanın bulgularında da açıkça görülmektedir. Kamuda yeterince temsil edilmemeleri veya kamusal alanda öne çıkamamaları entegrasyon süreçlerindeki aksamayı da beraberinde getirmektedir.

Alman hukuk çerçevesi 2006 tarihli ‘Ayrımcılıkla Mücadele Yasası’ etrafında şekillenmiştir. Bu yasanın amacı ırk, etnik köken, cinsiyet, din, inanç, engellilik, yaş ya da cinsel yönelim gibi nedenlerle ayrımcılığı önlemek veya durdurma⁴³ (Federal Ministry of Justice). Bu yasaya göre Almanya’da yaşayan herkes iş yerinde ve sosyal hayatta eşit muamele görmek zorundadır. Bu çalışmanın bulguları Almanya’da açık bir ayrımcılığın olmadığını gösterse de bazı durumlarda kadınların erkeklerin gerisinde kaldığını göstermektedir. Almanya’da kadın hekimler mobbing gibi olumsuz davranışlarla karşılaşmamakta fakat bazı durumlarda dezavantajlı olabilmektedirler. Bu duruma erkek hekimlerin daha fazla olduğu

⁴³ Federal Ministry of Justice, https://www.gesetze-im-internet.de/englisch_agg/englisch_agg.html, Erişim tarihi: 27.01.2025

branşlarda rastlandığı görülmektedir. Bir erkek hekim kadınlar üzerine hastane içi bir eğitim yapıldığından bahsetmiş ve şunları ifade etmiştir:

“Sistemde kadını korumak için programlar var. Örneğin bizim bölümde psikiyatride gerçekten ayrımcılık yapıyor muyuz veya Ortadoğu’dan gelen hastaya direk travma tanısı mı veriyoruz diye kadın üzerine hastane içi eğitim yapıldı. Tabi her klinikte böyle değildir” (K27, Erkek, 45).

Bu çalışmanın bulguları mecburi olan Alman Tabipleri Birliği üyeliği dışında kadınların Almanya’da bir derneğe, sivil toplum kuruluşuna veya siyasi partiye üye olmadığını ortaya çıkarmıştır. Sadece bir kadın hekim göçmenlere destek veren bir STK için gönüllü çalışmalar yaptığını ifade etmiştir. Derneğe üye olmadığını fakat gönüllü olarak sağlık taramaları yaptığını belirtmiştir. Dolayısıyla bu araştırmada kadın hekimlerin Almanya’da kamusal alanda siyasi temsiliyetlerinden bahsetmek mümkün değildir.

Özetle, Türk hekimlerinin Almanya’daki entegrasyonu, işgücü piyasasındaki ve hane içindeki durumları, kamusal alanda kendilerini ifade edebilmeleri ile şekillenmektedir. Bulgular hem kurumsal hem de enformel ilişkilerin, göçmenlerin toplumsal hayata entegrasyonunda belirleyici unsurlar olarak öne çıktığını göstermektedir. Bu süreçte karşılaşılan engeller, göçmenlerin sosyal, kültürel ve politik kimliklerini nasıl sürdürebildiklerini ve bu kimliklerin Almanya’daki yaşamla nasıl uyum sağladığını göstermektedir.

SONUÇ

Bu çalışmanın en temel soruları Türk hekimlerin Almanya'ya neden göç ettikleri, Türkiye'deki hangi durumların göç etmelerinde etkili olduğu ve göçten sonra Almanya'daki mesleki ve sosyal yaşamlarına entegre olma süreçleri üzerinedir. Bu çalışmayı hekimlerin göç öncesi ve göç sonrası yaşamları olarak ikiye ayırmak mümkündür. Çalışmanın dayandığı temel nokta Lee'nin itme çekme faktörleri çerçevesinde hekim göçünü açıklamaktır. Göç öncesi ile ilgili olarak Türkiye'deki çalışma koşulları, sosyal hayatları, göçe karar verme süreçleri, göç öncesi yaşadıkları deneyimler ele alınmış, göç sonrası süreçte ise Almanya'daki çalışma koşulları, mesleki ve sosyal yaşamları, işgücü piyasasındaki durumları, aile hayatlarındaki değişiklik ve gelişmeler ve kamu alanındaki temsiliyetleri aktarılmıştır. Çalışmada nitel araştırma yöntemi kullanılmış olup hekimlerin Almanya'ya göç etme süreçleri hakkında bilgi hekimlerle yapılan online mülakatlar yoluyla edinilmiştir. Hekimlerin göç sürecini ve entegrasyon deneyimlerini anlamak için 30 hekim ile mülakatlar gerçekleştirilmiştir ve kendilerine ucu açık sorular sorulmuştur. Ayrıca kartopu örnekleme tekniğinden yararlanılmıştır. Mülakat yoluyla bilgi edinilmesinin nedeni ise göç sürecinin çok farklı dinamiklerinin olması ve sürecin her boyutunu hekimlerden ayrıntılı şekilde öğrenme isteğidir. Hekimlerden başka dil kursu yetkilileri ve danışmanlık firmalarıyla da mülakatlar gerçekleştirilmiştir.

Çalışmanın ilk amacı son yıllarda çok sayıda hekimin Almanya'ya göç etme sebebini anlamaktır. Çalışmanın ikinci amacı Türk hekimlerin Almanya'ya gittikten sonraki yaşamlarında nasıl değişiklikler olduğunu ve göç sonrasındaki entegrasyon süreçlerini anlamaktır. Türkiye'deki çalışma koşulları ile ilgili hekimler birçok zorluktan bahsetmişlerdir. Karşılaştıkları bu zorlukların mesleklerini verimli şekilde gerçekleştirmelerini zorlaştırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada Türk hekimlerin göçünde itici faktörlerin daha belirleyici olduğu görülmektedir. Dolayısıyla Türk hekimler Almanya'daki çekici faktörlerden çok Türkiye'deki itici faktörler nedeniyle göç etmişlerdir. Mobbing, iş yoğunluğu, uzun nöbet saatleri, şiddet ve maaşların yetersizliği gibi sorunlar hekimlerin iş yaşamını olumsuz yönde etkilemekte ve sonuçlar hekimlerin verimli şekilde çalışabilmeleri için bu koşulların iyileştirilmesi gerektiğini göstermektedir. Bu etkenler göçte itici faktörler olarak ortaya çıkmıştır. İlaveten hekimlerin, Türkiye'deki hekimlik mesleğinin saygınlığının azaldığını

belirtmeleri hekimlerin göçünün diğer nedeni olarak belirtilebilir. Mesleğin saygınlığındaki düşüş, hekimlerin iş motivasyonlarını olumsuz etkilemiş ve yurt dışına göç etmeye karar vermelerinde önemli bir etken olmuştur. Ayrıca siyasi istikrarsızlık ve insan hakları ihlalleri gibi unsurların hekimlerin göç kararını etkileyen faktörler arasında yer aldığı sonucuna varılmıştır. Türkiye'deki siyasal ortamın bireylerin yaşam biçimlerine hitap etmemesi, özgürlük ve insan hakları gibi değerlere duyulan güvensizlik göç kararını hızlandırmıştır. Literatüre katkı olarak bu çalışmanın ortaya koyduğu en önemli husus hekim göçünün 2000'li yıllarda küreselleşme ile gerçekleşen nitelikli göçten farklılaşmasıdır. Bu çalışma hekim göçünün daha çok hukuki sistem, adalet, insan hakları, ülkedeki ekonomik ve siyasi istikrar, şiddetten kaçma gibi faktörlere dayandığını göstermektedir. Dolayısıyla bu anlamda literatürdeki boşluğu doldurmakta ve literatüre katkı sağlamaktadır.

Çalışmadan çıkan diğer bir sonuç ise bazı hekimlerin, Türkiye'deki akademik ilerleme imkanlarının kısıtlı olduğunu ve kendi kariyerlerini geliştiremeyeceklerini düşündükleri için yurt dışına göç etmeyi tercih etmeleridir. Almanya'da daha fazla akademik destek ve fırsatların olduğuna inandıkları için bu ülkede kariyerlerini sürdürebilme düşüncesi baskın olmuştur. Sonuçlar göstermektedir ki sosyal şartlar, özellikle eğitim, sağlık hizmetlerinin yetersizliği ve trafik gibi sorunlar da göç kararında rol oynamaktadır. Çalışmanın en önemli sonuçlarından biri ekonomik faktörler bazı hekimlerin göç kararını etkilemiş olsa da çalışma bu nedenin diğer faktörlere göre daha az etkili olduğunu göstermiştir. Asistan ve uzman hekimlerin birçoğu Türkiye'de aldıkları maaşın yüksek olduğunu fakat alım gücünün son yıllarda düşmesinden dolayı maaşların eskisi gibi rahat bir yaşam sürmeye yeterli olmadığını ifade etmişlerdir. Maaş ve gelir faktörü göçte ikinci planda kalmıştır ve hekimler için göçteki temel sebep değildir. Bu anlamda bu çalışma gelirin göçte temel sebep olarak belirtildiği çoğu literatürden farklılaşmaktadır. Hekimlerin Almanya'ya göç etmesinde çeşitli faktörler etkili olmuş genel olarak büyük çoğunluğun kararlarını etkileyen faktörler arasında çalışma koşulları, mesleğin saygınlığındaki azalma, şiddet ve siyasi istikrarsızlık ön plana çıkmaktadır. Dolayısıyla hekimlerin göç etme kararında yaşam kalitelerini artırma arzusu baskın olarak ortaya çıkmıştır.

Çocukların eğitime verilen önemin ailelerin Almanya'yı tercih etmelerinde belirleyici bir rol oynadığı görülmüştür. Ayrıca hekimlerin Almanya'yı tercih etme

sebepleri arasında kolay denklik alma, mesleki gelişim fırsatları, ailevi bağlantılar, Türk nüfusunun varlığı ve coğrafi yakınlık gibi faktörler öne çıkmıştır. İlaveten Almanya'nın sosyal devlet yapısı, eşit hukuk uygulamaları ve güçlü sosyal güvenlik sistemi hekimlerin Almanya'yı tercih etmesinde etkili olmuştur. Hekimler Almanya'nın kendileri ve çocukları için güvenli, siyasi ve ekonomik olarak istikrarlı olması ve hukuki sistemin sağlamlığı gibi nedenleri de mülakatlarda özellikle vurgulamışlardır. Bunlarla birlikte çocuklarının eğitimi de en önemli faktörlerden biri olarak ortaya çıkmaktadır. Belirtmek gerekmektedir ki hekimlerin hiçbirisi ekonomik durumunu iyileştirmek için Almanya'ya göç etmemektedir. Dolayısıyla gelir ve kazanç gibi sebepler çekici faktörler açısından da ikinci planda kalmaktadır ve çekici faktörlerdeki temel sebep değildir. Göçmen ilişkiler ağı da Almanya'nın göç için çekici olmasının sebeplerinden biri olarak ifade edilebilir. Hekimlerin, Almanya'ya önceden gitmiş hekimlerle iletişim halinde olmaları onların ülkedeki entegrasyon süreçlerinde de katkı sağladığını göstermiştir.

Çalışma, aile üyelerinin özellikle Almanya'da yaşayan akrabaların göçmenlerin yerleşim, konaklama ve mesleki fırsatlar gibi önemli alanlarda destek sağladığını göstermiştir. Bunun yanında göçmen ilişkiler ağının da göç sürecinde göçmenlere kolaylık sağladığı görülmüştür. Sosyal ağlarla olan bağlantılar hekimlerin entegrasyon sürecine olumlu katkı sağlamaktadır. Ayrıca ilişkiler ağının kişilere sosyal ve psikolojik anlamda destek sağladığı çalışmadan çıkan sonuçlardan biri olarak belirtilebilir. Hekimlerin, kendi meslektaşlarından aldıkları destek, özellikle Almanya gibi gelişmiş ülkelerde yeni bir meslek edinme ve kariyer yapma açısından önemli olmuştur. Diğer hekimlerin, göçmen hekimlere iş bulma, dil öğrenme ve yerleşim konusunda verdiği tavsiyeler, süreci kolaylaştıran etkenlerdir. Meslektaşların desteği, sadece bilgilendirme değil, aynı zamanda iş birliği yapma fırsatları da sunmuştur. Bu durum göç sürecinde aile üyeleri, arkadaşlar ve diğer hekimlerin desteklerinin ne kadar kritik olduğunu vurgulamaktadır. Göçmen ilişkiler ağıyla ilgili bu çalışmadan çıkarılabilecek sonuç hem akrabaların verdiği destek hem arkadaşlardan alınan rehberlik hem de meslektaşlarından elde edilen deneyim ve fırsatlar, göç sürecinin daha başarılı geçmesine ve daha kolay bir entegrasyon süreci gelişmesine yardımcı olmuştur.

Almanya'nın Türk hekimler için cazip bir çalışma ortamı sunduğu görüşmelerin bir sonucu olarak ifade edilebilir. Çalışma saatlerinin düzenli olması, nöbet sürelerinin kısa olması, yüksek maaşlar, sosyal haklar ve gelişmiş tıbbi altyapı, Türk hekimlerini Almanya'da çalışmaya teşvik eden çekici faktörler arasında yer almaktadır. Bununla birlikte, bazı hekimler, sigorta sistemindeki kısıtlamalar veya sekretery işlerinin fazla olması gibi memnuniyetsizliklerini de dile getirmiştir.

Almanya'ya göç eden Türk hekimlerinin entegrasyon süreci dil becerilerinden iş bulma deneyimlerine, mesleki vasıf kazanımı ya da kaybına kadar çeşitli faktörlerle şekillenmektedir. Genel olarak, hekimler zaman içinde daha rahat bir dil becerisi geliştirse de yeni gelenlerin başlangıçta zorluklarla karşılaştığı gözlemlenmiştir. İş bulma süreci ise büyük oranda dil yeterliliği ve denklik sürecine bağlıdır ve bu süreç tamamlandığında iş bulmak genellikle kolaylaşmaktadır. Ancak, pozisyon değişiklikleri ve vasıf kaybı gibi mesleki adaptasyon sorunları göçmen hekimlerin entegrasyon sürecinin önemli zorlukları arasında yer almaktadır.

Çalışma göçmenlerin entegrasyonunu çok boyutlu bir şekilde ele alarak, dil becerilerinden iş ortamına, sosyo-ekonomik durumdan iletişim ağlarına kadar bir dizi faktörün entegrasyon süreçlerini nasıl etkilediğini ortaya koymaktadır. Bu unsurların her biri, göçmenlerin ev sahibi toplumla uyum sağlamasında önemli rol oynamaktadır. Özellikle işgücü piyasası ve çalışma koşullarının olumlu etkisi entegrasyon sürecine de olumlu katkı sağlamaktadır. Aksine dili kullanmadaki yetersizlik, dil konusunda yaşanan zorluklar ve denklik almanın gecikmesi gibi sebeplerin hekimleri psikolojik olarak kötü etkilediği görülmüştür. Bu etkenlerden kaynaklanan zorlukların hekimlerin entegrasyon sürecini de yavaşlattığı görülmüştür.

Aile bağlarının göçten farklı şekillerde etkilendiği görülmektedir. Göç sürecinin aile bağlarını hem güçlendirdiği hem de çeşitli zorluklar ve adaptasyon sorunları nedeniyle sıkıntılara yol açtığı belirtilebilir. Denklik, dil ve mesleklerinde yaşadıkları sıkıntılar aile içindeki ilişkileri de olumsuz etkilemektedir. Hekimlerin Almanya'daki yaşamlarına dair deneyimleri hem olumlu hem de olumsuz yönleriyle, kişisel adaptasyon süreçlerine ve bulundukları çevreye bağlı olarak çeşitlenmektedir. Denklik ve dil öğrenme sürecinde yaşanan zorluklar eş ve çocukla olan ilişkileri de etkilemektedir. Örneğin hekimlerden birinin mesleğini yapamaması ve çocuğun

ülkeye, okula ve akranlarına uyum sağlayamaması ilişkileri zayıflatırken, eşlerin her ikisinin de mesleki olarak memnuniyet duyması ve çocuklarının da ülkeye alışması gibi olumlu durumlar eş ve çocukla olan ilişkileri olumlu etkilemektedir. Aynı zamanda akrabalarla ilişkiler de göçten hem olumlu hem olumsuz etkilenmiştir. Göç ettikten sonra aile üyeleri ve akrabalarıyla aynı sıklıkta görüşen ve ilişkileri kuvvetlenen hekimlerle birlikte ilişkilerinde kopma yaşayan hekimler de bulunmaktadır.

Bu çalışmadan çıkan bir başka sonuç göçmen hekimlerin kamusal alandaki temsiliyetleri ve entegrasyon süreçlerinin, onların sosyal ve profesyonel hayatlarını önemli ölçüde etkilemesidir. Hem kurumsal ilişkiler (meslek dernekleri, sivil toplum kuruluşları) hem de enformel ilişkiler (sosyal medya grupları) göçmenlerin bu süreçteki başarıları için kritik rol oynamaktadır. Hekimlerin yaşadıkları entegrasyon deneyimleri, onların toplumla ne kadar bağlantı kurabildiklerini ve yerel toplumu nasıl şekillendirdiklerini anlamamıza yardımcı olur. Sosyal medya ve diğer dijital platformlar, göçmenlerin kendi kimliklerini inşa etmelerine ve kamusal alanda kendilerini ifade etmelerine olanak sağlamaktadır. Hekimlerin kamusal alandaki temsiliyeti göçmen ilişkiler ağının önemini ortaya koymaktadır. Hekimlerin bazıları Almanya'daki meslek derneklerine üyedir ve Türkiye'deki dernek üyeliklerini de devam ettirmektedirler. Dolayısıyla Almanya ve Türkiye'de güçlü iletişim ağlarına sahip olduklarından bahsedilebilir. Bu iletişim ağlarının hekimlerin entegrasyonlarını artırdığı görülmüştür.

Kadın hekimler özelinde bakıldığında ise Almanya'nın sosyal, kültürel ve ekonomik yapısı, kadın hekimlerin çoğu zaman mesleki hayatlarını kolaylaştıran unsurları içermektedir. Türkiye'de ise cinsiyetçi tutumlar, daha zorlu çalışma koşulları ve güvenlik sorunları söz konusu olabilmektedir. Bu farklar, her iki ülkenin sağlık sistemindeki farklılıklardan ve toplumsal normlardan kaynaklanmaktadır.

KAYNAKÇA

- Abadan-Unat, N. (1995). Turkish migration to Europe. *The Cambridge survey of world migration*, 279-284.
- Adıgüzel, Y. (2020). *Göç Sosyolojisi*, (4.Baskı). Ankara: Atlas Akademik Basım Yayın Dağıtım.
- Ager, A. and Strang, A. (2008). Understanding integration: a conceptual framework. *Journal of Refugee Studies*, 21 (2), 166-191.
- Ak, S. (2021). Geçmişten Günümüze Türkiye'nin Sağlık Politikaları. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 20 (1), 28-36.
- Akbaş, F. (2020). *Coğrafya Perspektifinden Göçler ve Göç Kuramları*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Akça, N., Yılmaz, A. ve Oğuz, Ş. I. K. (2014). Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet: özel bir tıp merkezi örneği. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 13 (1), 1-12.
- Akkavak, T. (2018). *Türkiye'de Sağlık Sistemi'nin Gelişimi: Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2011)* (Yüksek Lisans Tezi). Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tekirdağ.
- Akl, E. A., Maroun, N., Major, S., Chahoud, B., and Schünemann, H. J. (2007). Graduates of Lebanese medical schools in the United States: an observational study of international migration of physicians. *BMC Health Services Research*, 7 (1), 1-7.
- Akpınar, A.T. ve Taş Y. (2013). Performansa dayalı ek ödeme sistemine ilişkin hekimlerin tutumları üzerine Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve uygulama Hastanesi'nde bir araştırma. *Çalışma ve Toplum*, 2 (37), 167-182.
- Akyıldız, İ. E. (2016). Göç teorilerinin karşılaştırmalı analizi. *Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 35 (2), 127-176.
- Alan, A. (2024). *Migration Of High-Qualified Turkish Women from Türkiye: Deskilling and New Opportunities* (Yüksek Lisans Tezi). Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Albar, B. Ö. ve Ofloğlu, G. (2017). Çalışma Hayatında Mobbing Ve Tükenmişlik İlişkisi. *Hak İş Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi*, 6 (16), 538-550.
- Almanyadabirdoktor.com (2024). *Almanya’da doktorların çalışma şartları nasıl?*. <https://almanyadabirdoktor.com/almanyada-doktorlarin-calisma-sartlari-nasil/>, Erişim tarihi: 21.10.2024.
- Almanya’da Tıp Eğitimi: Fırsatlar, Zorluklar ve Başvuru Rehberi (b.t.). *Abaegitim*. <https://abaegitim.com/almanyada-tip-egitimi-firsatlar-zorluklar-ve-basvuru-rehberi/>, Erişim tarihi: 03.03.2025
- Almanya Federal Hükümeti (2020). *The Skilled Immigration Act: opportunities for employers*. <https://www.make-it-in-germany.com/en/the-skilled-immigration-act-opportunities-for-employers>, Erişim tarihi: 21.01.2023.
- Altan, H. N., ve Budak, M. M. (2023). İkinci Dünya Savaşı Sonrasında Almanya Göç Politikalarının Dönüşümü. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 22 (4), 1409-1423.
- Anastasiou, E.; Anagnostou, G. Theodossiou, G. and Papamargaritis, V. (2020). Physicians' brain drain: Investigating the determinants to emigrate through empirical evidence, *International Journal of Business and Economic Sciences Applied Research (IJBESAR)*, 13 (2), 83-92.
- Ankara Tabip Odası (2024). *Mart 2024 Tıpta Uzmanlık Sınavı Yerleştirmeleri Bilgi Notu*. <https://ato.org.tr/haberler/2024-haberleri/2682-mart-2024-tipta-uzmanlik-sinavi-yerlestirmeleri-bilgi-notu.html>, Erişim tarihi: 13.11.2024.
- Annagür, B. (2010). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2 (2), 161-173.
- Apostu, S.A.; Vasile, V.; Marin, E. and Bunduchi, E. (2022). Factors Influencing Physicians Migration—A Case Study from Romania. *Mathematics*, 10 (505), 1-24.
- Arah, O. A., Ogbu, U. C. and Okeke, C. E. (2008). Too poor to leave, too rich to stay: developmental and global health correlates of physician migration to the

- United States, Canada, Australia, and the United Kingdom. *American Journal of Public Health*, 98 (1), 148-154.
- Arango, J. (2000). Explaining Migration: A Critical View. *International Social Science Journal*, 52 (165), 283–296.
- Astor, A., Akhtar, T., Matallana, M. A., Muthuswamy, V., Olowu, F. A., Tallo, V., and Lie, R. K. (2005). Physician migration: views from professionals in Colombia, Nigeria, India, Pakistan and the Philippines. *Social science & medicine*, 61 (12), 2492-2500.
- Artuç, E., Docquier, F., Özden, C. and Parsons, C. (2014). A global assessment of human capital mobility: The role of non-OECD destinations. *World Development*, 65, 6–26.
- Aslan, N., ve Terzi, N. (2006). Heckscher-Ohlin-Samuelson (HOS) teorisi ve teorisinin değerlendirilmesi. *Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 21 (1), 1-14.
- Auda, R., Amanda R. and David, V. (2005). The use of provisionally licensed international medical Graduates in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 173 (11), 1315-1316.
- Ay, A. (2015). *Avrupa Birliği'ne tam üyelik sürecinde göç: 1960'tan günümüze gelişim ve politikalar* (Yüksek lisans tezi). Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne.
- Aykaç, S. A.-Karakaş, M. (2022). Entegrasyon, asimilasyon ve uyum kavramları arasından Türkiye'nin seçimi. *İçtimaiyat Sosyal Bilimler Dergisi, Göç ve Mültecilik Özel Sayısı*, 419-429.
- Aytaç S. ve Kırca- Şahin A. (2021). Yüksek Nitelikli Ev Hanımı Annelerin Uluslararası Göçü ve Kariyer Kaygıları. *Uluslararası Göç Araştırmaları Kongresi*.
- Babataş, G. (2007). Beyin Göçü ve Türkiye'nin Sosyo-Ekonomik Yapısının Beyin Göçüne Etkisi. *Öneri*, 7 (28), 263-266.

- Babacan, H. (2006). *Family in the context of migration: Challenges of inclusion in Multicultura Australia*.
https://researchonline.jcu.edu.au/17900/1/17900_Babacan_2006_Chapter.pdf,
Erişim tarihi: 06.11.2023.
- Bahadır, H. (2022). Almanya'da Doktorluk- Doktor Maaşları (vergi sınıfları, nöbet ve tatil paraları) [Audio podcast].
https://www.youtube.com/watch?v=M34dD_2moZE
- Balseven, H. (2009). İngiltere’de Maliye Politikaları: Kriz Ortamında Dolaşan Keynesyen Ruh. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 14 (3), 175-195.
- Barbalet, J.M. (1988). *Citizenship*, Milton Keynes: Open University Press.
- Barnighausen, T. and David. E. B. (2009). Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review, *BMC Health Services Research*, 9 (86), 1-17.
- Basu, K., and Rajbhandary, S. (2006). Interprovincial migration of physicians in Canada: What are the determinants? *Health Policy*, 76 (2), 186-193.
- Becker, G. S. (1985). Human capital, effort, and the sexual division of labor. *Journal of labor economics*, 3 (1, Part 2), S33-S58.
- Becker, R., and Teney, C. (2020). Understanding high-skilled intra-European migration patterns: the case of European physicians in Germany, *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 46 (9), 1737-1755.
- Bezuidenhout, M., Joubert, G., Hiemstra, L., and Struwig, M. (2009). Reasons for doctor migration from South Africa. *South African Family Practice*, 51 (3), 211–215.
- Benamer, H. T., Bredan, A. and Bakoush, O. (2009). The Libyan doctors' brain drain: an exploratory study, *BMC research notes*, 2 (1), 1-6.
- Benhabib, S. (2004). *The Rights of Others: Aliens, Residents, and Citizens*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Berman, B. ve Tatar, M. (2004). *Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları: 1999-2000*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Bezuidenhout, M. M., Joubert, G., Hiemstra, L. A. and Struwig, M. C. (2009). Reasons for doctor migration from South Africa. *South African Family Practice*, 51 (3), 211-215.
- Bilecik İl Sağlık Müdürlüğü (2023). *Hasta Rehberi*. <https://osmanelidh.saglik.gov.tr/TR-121768/hekim-haklari.html#:~:text=Bunlar%C4%B1n%20hepsi%20zaman%20alan%20eylemlerdir,hastadan%20fazlas%C4%B1na%20bakmama%20hakk%C4%B1na%20sahiptir>, Erişim tarihi: 19.01.2025.
- Bludau, H. (2021). Global Healthcare Worker Migration. *Oxford Research Encyclopedia of Anthropology*, <https://oxfordre.com/anthropology/display/10.1093/acrefore/9780190854584.001.0001/acrefore-9780190854584-e-231?jsessionid=7D522B5AC2A93DB1F57364D9E85863BC>, Erişim tarihi: 15.01.2023.
- Blümel, M., Spranger, A., Achstetter, K., Maresso, A. and Busse, R. (2020). Germany Health System Review 2020. *World Health Organization*, 22 (6), 1-276.
- Blümel, M., Spranger, A., Achstetter, K., Maresso, A., Litinova, Y. and Busse, R. (2023). Germany: health system summary, 2022.
- Bonjour, S. and Kraler, A. (2015). Introduction: Family Migration as an Intergration Issue? Policy Perspectives and Academic Insights. *Journal of Family Issues*, 36 (11), 1407-1432.
- Booth, A., Crouter, A. C., Landale, N. and Landale, N. S. (2012). *Immigration and the family: Research and policy on US immigrants*. UK: Routledge.
- Borjas, G. (2003). The Labor Demand Curve is Downward Sloping: Reexamining the Impact of Immigration on the Labor Market. *Quarterly Journal of Economics*, 118 (4), 1335–1374.

- Bradby, H. (2014). International medical migration: A critical conceptual review of the global movements of doctors and nurses. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 18 (6), 580–596.
- Brandi, M. C. (2004). The historical evolution of highly qualified migrations. *Studi Emigrazione*, 41, 156.
- Brubaker, R. (2002). Ethnicity Without Groups. *European Journal of Sociology* 43 (2), 163–189.
- Brugha, R., Clarke, N., Hendrick, L., and Sweeney, J. (2020). Doctor retention: a cross-sectional study of how Ireland has been losing the battle. *International journal of health policy and management*, 10 (6), 299-309.
- Brücker, H., Docquier, F., and Rapoport, H. (2012). *Brain drain and brain gain: The global competition to attract high-skilled migrants*. UK: Oxford University Press.
- Buchan, J. (2008). *How can the migration of health service professionals be managed so as to reduce any negative effects on supply?* World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107974/Policy-brief-7-1997-8073-eng.pdf?sequence=15&isAllowed=y>, Erişim tarihi: 15.03.2023.
- Bulut, A. ve Şengül, H. (2020). Türkiye’de sağlık sisteminin sorunları ve çözüm önerileri. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9 (1), 45-54.
- Burmann, M., Perez, M. H., Hoffmann, V., Rhode, C., and Schworm, S. (2018). Highly Skilled Labour Migration in Europe. *ifo DICE Report*, 16 (1), 42-52.
- Burnham, G., Malik, S., Dhari Al-Shibli, A. S., Mahjoub, A. R., Baqer, A. Q., Baqer, Z. Q., Qaraghuli, F.A. and Doocy, S. (2011). Understanding the impact of conflict on health services in Iraq: information from 401 Iraqi refugee doctors in Jordan. *The International Journal of Health Planning and Management*, 27 (1), e51–e64.
- Buz, S. ve Çevik, H. (2020). *Göç ve entegrasyon uygulama alanları, politikalar ve paydaşlar*. Ankara: Nika Yayınevi.

- Card, D., and DiNardo, J. E. (2002). Skill-biased technological change and rising wage inequality: Some problems and puzzles. *Journal of labor economics*, 20 (4), 733-783.
- Castles, S., Korac, M., Vasta, E., Vertovec, S., Hansing, K., Moore, F., and Yu, S. (2002). Mapping the Field. *Report of a Project University of Oxford Centre for Migration and Policy Research and Refugee Studies Centre*.
- Castles, S. and Miller, M.J. (2008). *Göçler Çağı Modern Dünyada Uluslararası Göç Hareketleri*, İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Cervantes, M., and Guellec, D. (2002). The brain drain: Old myths, new realities. Organisation for Economic Cooperation and Development. *The OECD Observer*, (230), 40.
- Ceyhan, R. ve Çelik, Y. (2004). Sağlık çalışanlarının vardiyalı çalışma uygulaması hakkındaki görüşleri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7 (2), 163-199.
- Chiswick, B. R., and Miller, P. W. (2002). Immigrant earnings: Language skills, linguistic concentrations and the business cycle. *Journal of population economics*, 15, 31-57.
- Colic-Peisker, V. (2010). Free Floating in the Cosmopolis? Exploring the Identity-belonging of Transnational Knowledge Workers. *Global Networks*, 10 (4), 467-488.
- Conrad, H., and Meyer-Ohle, H. (2018). Brokers and the organization of recruitment of 'global talent' by Japanese firms—A migration perspective. *Social Science Japan Journal*, 21 (1), 67-88.
- Consensus Careers (2024). *Almanya'da Doktor Maaşları 2024 Yılında Ne Kadar?* <https://consensuscareers.com/blog/f/almanya%E2%80%99da-doktor-maa%C5%9Flar%C4%B1-2024-y%C4%B1l%C4%B1nda-ne-kadar>, Erişim tarihi 19.10.2024.
- Coşkun, S., Özgenç, U. N., ve Güneş, U. S. (2015). Sosyal Performansın Ölçümünde Yeni Yöntem: Sosyal Gelişme Endeksi Ve Türkiye'nin Görünümü. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, (34), 121-153.

- Czaika, M. (Ed.). (2018). *High-skilled migration: Drivers and policies*. UK: Oxford University Press.
- Çağlayan, S. (2006). Göç kuramları, göç ve göçmen ilişkisi. *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (17), 67-91.
- Çakır, S. (2011). Geleneksel Türk kültüründe göç ve toplumsal değişme. *Süleyman Demirel Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2011 (24), 129-142.
- Çalış, S. (2023). *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Göstergelerindeki Değişimin Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Ülkeleri ile Karşılaştırılması* (Doktora Tezi). Trakya Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü, Edirne.
- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (b.t.). *Asgari Ücretin Net Hesabi Ve İşverene Maliyeti (Yıllara Göre)*. <https://www.csgeb.gov.tr/poco-pages/asgari-ucret/>, Erişim tarihi: 23.11.2024.
- Çelik, R. ve Aslan, I. (2018). Göç ve İşsizlik Arasındaki İlişki: Ampirik Bir Uygulama. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, 74, 69.
- Çevik, D. D. ve Kutlu, A. G. (2023). *Göçün İmtiyazlıları: Yüksek Nitelikli Emek Göçü*. Cem Yayınevi: İzmir.
- Çıraklı, Ü. (2020). 18 OECD Ülkesinde 2002-2018 Yılları Arası Kişi Başı Ortalama Hasta Muayene Sürelerinin Karşılaştırılması. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 43-54.
- Dahm, J., Henkes, C. and Krell, C. (2011). Entegrasyon, göç ve Sosyal demokrasi. (Çev. Tamer İlbuğa). Friedrich Ebert Vakfı.
- Daniels, N. (2008). *Just health: meeting health needs fairly*. UK: Cambridge University Press.
- Daşlı, Y. ve Harmandaoğlu, N. (2024). İlk Çağdan Günümüze Göç ve Göçü Açıklamaya Yönelik Kuramlar. *International Social Mentality and Researcher Thinkers Journal*, 10 (3), 370- 381.

- Demir, M. (2013). *Hekimlerin Etik Sorumlulukları ve Hekim Hakları*. https://deontoloji.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/aset_13_bahar/hekimlerin_etik_sorumluluklari.pdf, Erişim tarihi: 03.03.2025.
- Demir, M. (2008). Hekimin sözleşmeden doğan sorumluluğu. *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 57 (3), 225-252.
- Demirel, B. (2005). Hekimin Yasal Sorumlulukları. *Gazi Tıp Dergisi*, 16 (3).
- Denton, F.T., Gafni, A. and Spencer, B.G. (2009). Users and Suppliers of Physician Services: A Tale of Two Populations. *International Journal of Health Services*, 39 (1), 189–218.
- Derhem, B. ve Ungan, M. (2019). *Hekimlerin Mevzuata Göre Sahip Oldukları Haklar ve Cezai Sorumlulukları Konusunda Bilgi Düzeyi ve Davranışları*. <https://ailehekimimedicine.ankara.edu.tr/wp-content/uploads/sites/581/2019/04/Hekimin-Hak-ve-Sorumluluklar%C4%B1.pdf>, Erişim tarihi: 03.03.2025.
- Almanya’da Doktorluk (Tüm Süreç)–2024. (2024). [Derdiedaswelt.com. https://derdiedaswelt.com/almanyada-doktorluk/#:~:text=Doktorlar%C4%B1n%20Almanya'da%20%C3%A7al%C4%B1%C5%9Fabilmeleri%20i%C3%A7in,Odas%C4%B1%20\(Arztekkammer\)%20taraf%C4%B1ndan%20verilir](https://derdiedaswelt.com/almanyada-doktorluk/#:~:text=Doktorlar%C4%B1n%20Almanya'da%20%C3%A7al%C4%B1%C5%9Fabilmeleri%20i%C3%A7in,Odas%C4%B1%20(Arztekkammer)%20taraf%C4%B1ndan%20verilir), Erişim tarihi: 12.10.2024
- Deutschland.de (2022). *Make it in Germany-Uzmanlar Portalı*. <https://www.deutschland.de/tr/topic/ekonomi/almanyada-calismak-make-it-in-germany-bu-konuda-yarimci-oluyor>, Erişim tarihi 21.01.2023.
- Deutschland.de (2023). *Nitelikli İş Gücü Göçü için Yeni Yasa*. <https://www.deutschland.de/tr/news/nitelikli-is-gucu-gocu-icin-yeni-yasa>, Erişim tarihi: 30.06.2023.
- Deutschland.de (2024, 4 Haziran). *Nitelikli İş Gücü Göçü Kolaylaştırıldı*. <https://www.deutschland.de/tr/topic/ekonomi/almanyada-nitelikli-is-gucu-yurt-disindan-goc-kolaylastirildi>, Erişim tarihi: 27.10.2024.
- Dışişleri Bakanlığı (b.t.). *Opportunities And Challenges Of International Migration For Sending And Receiving Countries*. <https://www.mfa.gov.tr/opportunities->

[and-challenges-of-international-migration-for-sending-and-receiving-countries.tr.mfa](https://countries.tr.mfa), Erişim tarihi: 19.11.2023.

- Docquier, F. (2006). Brain Drain and Inequality Across Nations. *IZA Discussion Paper* No. 2440, 1-38.
- Docquier, F., Marfouk, A. Salomone, S. and Sekkat, K. (2012). Are Skilled Women More Migratory than Skilled Men? *World Development*, 40 (2), 251–265.
- Docquier, F., and Rapoport, H. (2012). Globalization, brain drain, and development. *Journal of economic literature*, 50 (3), 681-730.
- Dovlo, D. (2007). Migration of nurses from Sub-Saharan Africa: a review of issues and challenges. *Health services research*, 42 (3 pt 2), 1373-1388.
- Döring, A. and Paul, F. (2010). The German healthcare system. *EPMA Journal* 1, 535-547.
- Dumont, J. C., Martin, J. P., and Spielvogel, G. (2007). Women on the move: the neglected gender dimension of the brain drain.
- Dura, C. (2000). Yeni Dış Ticaret Teorileri: Genel Bir Bakış. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (16), 1-16.
- Durkheim, E. (1957). *Professional Ethics and Civic Morals*. London: Routledge & Kegan Paul Ltd.
- Dustmann, C. (1994). Speaking fluency, writing fluency and earnings of migrants. *Journal of Population economics*, 7 (2), 133-156.
- Dünya Adalet Projesi (2024). Overall Index Score. <https://worldjusticeproject.org/rule-of-law-index/global/2024/Germany/table>, Erişim tarihi: 26.11.2024.
- Elliott, A., and Urry, J. (2010). *Mobile Lives*. London: Routledge.
- Elveren, A.Y. and Toksöz, G. (2019). Hidden Gender Dimensions of the Brain Drain: the case of Turkey. *New Perspectives on Turkey*, (60), 33-59.
- Erdoğan, M.M. ve Kaya, A. (2015). Türkiye'nin Son Elli Yıllık Emek Göçü: Yorum, Eleştiri, Öngörü. N. Abadan Unat (Der.), *Türkiye'nin Göç Tarihi 14 yüzyıldan*

21 yüzyıla Türkiye'ye Göçler içinde (ss. 259-276). İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları 507.

Eroğlu, E. (b.t.). Dişhekimlerinin yurtdışına göçü üzerine bir çalışma. *Türk Dişhekimleri Birliği Dergisi*, 38-46.

Euronews (2023). *Almanya'nın yeni kalifiye işçi göçmenlik yasası hakkında bilinmesi gereken 7 başlık*. <https://tr.euronews.com/2023/06/25/almanyenin-yeni-kalifiye-isci-gocmenlik-yasasi-hakkinda-bilinmesi-gereken-7-onemli-konu>, Erişim tarihi: 30.06.2023.

Eurostat (2023). *Which regions have the most highly-skilled employed people?* <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/DDN-20231004-1>, Erişim tarihi: 03.05.2024.

Euwals, R., Dagevos, J., Gijsberts, M., & Roodenburg, H. (2010). Citizenship and labor market position: Turkish immigrants in Germany and the Netherlands. *International Migration Review*, 44 (3), 513-538.

Evrensel.net (2023). *Almanya'da nitelikli göçmenlik yasası onaylandı: Yasada neler var?* <https://www.evrensel.net/haber/486197/almanyada-nitelikli-gocmenlik-yasasi-onaylandi-yasada-neler-var>, Erişim tarihi: 30.06.2023.

Faist, T. (2000). *The Volume and Dynamics of International Migration and Transnational Social Spaces*. Oxford: Oxford University Press.

Favell, A. (2001). Integration policy and integration research in Europe: A review and critique. In T. A. Aleinikoff & D. Klusmeyer (Eds.), *Citizenship today: Global perspectives and practices*. Brookings Institution/Carnegie Endowment for International Peace.

Favell, A. (2016). Just like the USA? Critical notes on Alba and Foner's cross-Atlantic research agenda. *Ethnic and Racial Studies*, 39 (13), 2352–2360.

Federal Hükümet (2023). *Bir bakışta yeni Nitelikli İş Gücü Göçü Yasası*, https://www.make-it-in-germany.info.tr/fileadmin/1_Rebrush_2022/c_Landingpages/PDF-Dateien/09_2023_FEG-Vorabinformation_TUR.pdf, Erişim tarihi: 27.10.2024.

- Federal Ministry of Justice. General Act on Equal Treatment, https://www.gesetze-im-internet.de/englisch_agg/englisch_agg.html, Erişim tarihi: 27.01.2025
- Fortney J. (1972). Immigrant Professionals: A brief Historical Survey. *International migration review*, 6 (50), 50-62.
- Foucault, M. (2002). *Kliniğin Doğuşu*, Çeviren İnci Uysal, Ankara: Epos Yayınları.
- Fox, R. L., and Lawless, J. L. (2010). Gendered Perceptions and Political Candidacies: A Central Barrier to Women's Equality in Electoral Politics. *American Journal of Political Science*, 55 (1), 59–73.
- Fraser, N. (1990). Rethinking the Public Sphere: A Contribution to the Critique of Actually Existing Democracy. *Social Text*, 25 (26), 56–80.
- Friesen, M. (2011). Immigrants' integration and career development in the professional engineering workplace in the context of social and cultural capital. *Engineering Studies*, 3 (2), 79–100.
- Freidson, E. (1970). *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. New York: Atherton Press.
- Freidson, E. (1996). *Mesleksel Kontrolün Değişen Doğası*. Çeviren Zafer Zirhinlioğlu: Meslekler ve Sosyoloji, Ankara: Gündoğan Yayınları.
- Friedberg, R. M. (2000). You can't take it with you? Immigrant assimilation and the portability of human capital. *Journal of labor economics*, 18 (2), 221-251.
- Gaillard, A. M., Gaillard, J., and Gaillard, J. (1998). *International migration of the highly qualified: A bibliographic and conceptual itinerary*. Nueva York: Center for Migration Studies.
- Gencer, T. E. ve Güzel B. (Ed.). (2021). *Göç, göçmenlerle çalışma ve sosyal hizmet*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Genç D. (2013). *Borders and Bordering Processes in the European Union: A Comparative Study of Spain and Turkey* (Doktora Tezi). Marmara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi, İstanbul.
- Gençler, A. (2003). Almanya'nın Göçmen Politikalarında Yeni Yönelişler. *Kamu-İş*, 7 (2), 1-6.

- Gençler, A. (2004). Avrupa Birliğinin Göç Politikası. *Journal of Social Policy Conferences*, 49, 174-197.
- Genel Sağlık-İş Sendikası (2023). *Sağlık Çalışanları 1 Mayıs'ı Daha Borçlu, Daha Yoksul Karşıyor*. <https://genelsaglikis.org.tr/saglik-calisanlari-1-mayisi-daha-borclu-daha-yoksul-karsiliyor/>, Erişim tarihi: 30.04.2023.
- Genel Sağlık-İş Sendikası (2024). *Doktorların yurtdışına göçü sürerken yabancı sağlıkçıların sayısı da her geçen gün artıyor*. <https://www.genelsaglikis.org.tr/doktorlarin-yurtdisina-gocu-surerken-yabanci-saglikcilarin-sayisi-da-her-gecen-gun-artiyor---cumhuriyet>, Erişim tarihi: 18.12.2024.
- Geniş, B., Coşar, B. ve Taner M. E. (2020). Orjinal Makale Sağlık çalışanlarında ruhsal durumu etkileyen faktörler ve vardiyalı çalışma sisteminin etkileri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 11 (4), 275-283.
- German Medical Association (Bundesärztekammer) (2023). *Results of the physician statistics as of December 31, 2023*. <https://www.bundesaeztekammer.de/baek/ueberuns/aerztestatistik/>, Erişim tarihi: 28.10.2024.
- Gesund.bund.de. Elektronik sağlık kartı (eGK). <https://gesund.bund.de/tr/elektronik-saglik-karti>, Erişim tarihi: 27.02.2025.
- Güngör, N.D. and Tansel, A. (2006). Brain Drain from Turkey: Return Intentions of Skilled Migrants. *International Migration*, 52 (5), 208-226.
- Giannoccolo, P. (2004). The Brain Drain. A Survey of the Literature, Università degli Studi di Milano-Bicocca, Dipartimento di Statistica, Working Papers 20060302.
- Gibson, J., and McKenzie, D. (2011). Eight Questions About Brain Drain, *Policy Research Working Paper 5668*, World Bank, New York.
- Gouda, P., Kitt, K., Evans, D.S., Goggin, D., McGrath, D., Last, J., Hennessy, M., Arnett, R., O'Flynn, S. and Dunne, F. (2015). Ireland's Medical Brain Drain: Migration Intentions of Irish Medical Students. *Human Resources for Health*, 13 (11), 1-9.

- Gökbayrak, Ş. (2006). *Gelişmekte Olan Ülkelerden Gelişmiş Ülkelere Nitelikli İşgücü Göçü ve Politikalar-Türk Mühendislerinin Beyin Göçü Üzerine Bir İnceleme*. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Grieco, M. (1987). Family Networks and the Closure of Employment. In *The Manufacture of Disadvantage*. Ed. Gloria Lee and Ray Loveridge. England: Open University.
- Grignon, M., Owusu, Y., and Sweetman, A. (2012). The international migration of health professionals. *International Handbook on the economics of migration*, 1, 75-97.
- Groenewegen, P. P., Dourgnon, P., Greß, S., Jurgutis, A., and Willems, S. (2013). Strengthening weak primary care systems: steps towards stronger primary care in selected Western and Eastern European countries. *Health Policy*, 113 (1-2), 170-179.
- Guarnizo, L. E., and M. P. Smith. (1998). The Locations of Transnationalism. In *Transnationalism from below*, edited by L. E. Guarnizo and M. P. Smith, 3–14. New Brunswick, NJ: Transaction.
- Günel, A.E. (2019). *Doktorların Kamu Hastanelerinde ve/veya Özel Hastanelerde Çalışma Halleri*. <https://www.epikpartnershukuk.com/article.php?aId=4>, Erişim tarihi: 03.03.2025.
- Güzel, H. (2024). *The Migration of Doctors from Turkey to Germany: What the Numbers Tell Us?* Sabancı University İstanbul Policy Center: İstanbul.
- Haberkern, K., Schmid, T., Neuberger, F., and Grignon, M. (2011). The role of the elderly as providers and recipients of care. The future of families to 2030, *OECD*, 189-257.
- Hagander, L. E., Hughes, C. D., Nash, K., Ganjawalla, K., Linden, A., Martins, Y., Casey, K.M. and Meara, J. G. (2013). Surgeon migration between developing countries and the United States: train, retain, and gain from brain drain. *World journal of surgery*, 37 (1), 14-23.
- Hagopian, A., Thompson, M. J., Fordyce, M., Johnson, K. E., & Hart, L. G. (2004). The migration of physicians from sub-Saharan Africa to the United States of

- America: measures of the African brain drain. *Human resources for health*, 2, 1-10.
- Handbookgermany (2024). *Sağlık Sigortası*. <https://handbookgermany.de/tr/health-insurance>, Erişim tarihi: 27.02.2025.
- Handbookgermany (2025). *AB Mavi Kart*. <https://handbookgermany.de/tr/eu-blue-card>, Erişim tarihi: 25.02.2025.
- Hannerz, U. (1996). *Transnational Connections: Culture, People, Places*. London: Routledge.
- Harman Yıldız, G. H. ve Özer, K. (2022). Neoliberal Sağlık Politikaları ve Hekim Göçü: Neoliberal Health Policies and Doctor Migration, *Scientific and Academic Research*, 1 (1), 1-13.
- Hartley, R. (1995). Families, values and change: setting the scene. *Families and cultural diversity in Australia*, 1-24.
- Harvey, C. D. (Ed.). (2017). *Maintaining our differences: minority families in multicultural societies*. UK: Taylor & Francis.
- Hooper, K., Desiderio, M. V., and Salant, B. (2017). *Improving the labour market integration of migrants and refugees. Empowering cities through better use of EU instruments*. Brussels: Migration Policy Institute Europe.
- Hochschild, A., and Machung, A. (1990). *The Second Shift: Working Families and the Revolution at Home*. New York: Avon Books.
- Hossain, N., Shah, N., Shah, T., and Lateef, S. B. (2016). Physicians' migration: perceptions of Pakistani medical students. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 26 (8), 696-701.
- Hugo, G. (2005). Migrants in society: diversity and cohesion. A paper prepared for the Policy Analysis and Research Programme of the Global Commission on International Migration.
- Hugo, G. J. (1981). Village-Community Ties, Village Norms and Ethnic and Social Networks: A Review of Evidence from the Third World. *Migration Decision-Making: Multidisciplinary Approaches to Microlevel Studies in Developed and*

Developing Countries içinde. Ed. Gordon F. De Jong and Robert Gardner. New York: Pergamon Policy Studies.

Hussey, P. (2007). International migration patterns of physicians to the United States: A cross-national panel analysis. *Health Policy*, 84, 298–307.

Ifanti, A. A., Argyriou, A. A., Kalofonou, F. H. and Kalofonos, H. P. (2014). Physicians' brain drain in Greece: a perspective on the reasons why and how to address it. *Health Policy*, 117 (2), 210-215.

Independent Türkçe (2023). *Sadece türk doktorlar gitmiyor. Birleşik Krallık'ta iki yılda 12 bin 526 doktor göç etti.* <https://www.indytrk.com/node/600186/sa%C4%9Flik/sadece-t%C3%BCrk-doktorlar-gitmiyor-birle%C5%9Fik-krall%C4%B1kta-iki-y%C4%B1lda-12-bin-526-doktor-g%C3%B6%C3%A7>, Erişim tarihi: 03.07.2023.

Iredale, R. (2005), Gender immigration policies and accreditation: valuing the skills of professional women migrants, *Geoforum*, 36 (2), 155-66.

Iredale, R. (2000). Migration Policies for the Highly Skilled in the Asia-Pacific Region. *International Migration Review*, 34 (3), 882–906.

Iredale, R. (2001). The migration of professionals: theories and typologies. *International migration*, 39 (5), 7-26.

IOM (2019). International Migration Law No.34-Glossary on Migration, Geneva.

İçduygu, A. (2005). Turkey: The Demographic and Economic Dimension of Migration. P.Fargues (der.) Mediterranean Migration 2005 Report. Cooperation Project on the social integration of immigrants, migration, and the movement of person, financed by the EC MEDA Programme, Florence: EUI-RSCAS, CARIM Consortium, 327- 338.

İçduygu, A., Erder, S., ve Gençkaya, Ö. F. (2014). Türkiye'nin uluslararası göç politikaları: 1923-2023. İstanbul: *TÜBİTAK&MİREKOÇ*.

İMDAT- Şiddeti Önleme ve Rehabilitasyon Derneği (2023). Sağlıkta Şiddet. https://www.imdat.org/media/raporlar/2023_SAGLIKTA_SIDDET_RAPOR_U.pdf, Erişim tarihi: 01.11.2024

- Impicciatore R. ve Pailhé A. (2019). Do the Descendants of Immigrants Become Adults Sooner or Later than Native-born? Evidence from the French Generations and Gender Survey. In T. Castro Martin, J. Koops and D. Vono de Vilhena (edited by), *Migrant Families in Europe: Evidence from the Generations & Gender Programme. Discussion Paper No. 11*, Berlin, Population Europe, pp. 4-9.
- İnce, C. (2019). Göç kuramları ve Suriye göçü üzerine bir değerlendirme. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 11 (18), 2579-2615.
- Joly, D. (2000). Some structural effects of migration on receiving and sending countries. *International Migration*, 38 (5), 25-40.
- Kahanec, M., and Zimmermann, K.F. (2008). Migration and globalization: Challenges and perspectives for the research infrastructure. *IZA Discussion Paper*, No. 3890.
- Kalleberg, A. L. (2012). Job Quality and Precarious Work. *Work and Occupations*, 39 (4), 427–448.
- Karagan, E. (2008). *Bazı Avrupa Birliği Ülke Sağlık Sistemleri ile Türk Sağlık Sisteminin Karşılaştırılması* (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Karaman, S. (2019). *Avrupa Birliği Üyesi Ülkelerin Sağlık Sistemi ile Türk Sağlık Sisteminin Karşılaştırılması: Türkiye-Almanya Örneği* (Yüksek Lisans Tezi). Namık Kemal Üniversitesi, Tekirdağ.
- Kasapoğlu, A. (2016). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü, *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 19 (2), 131-174.
- Kaya, E. (2022). *Türkiye’de Hekimlik Mesleği: Meslek Kültürü Açısından Bir Değerlendirme*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Kayıhan, P. (2023). AKP’li Yıllarda Sağlık Bakanlığı. *Toplum ve Hekim*, 38 (2), 126-132.

- Kılıç, H., and Biffl, G. (2022). Turkish migration policy from the 1960s until today: What national development plans tell us. *Journal of International Migration and Integration*, 23 (4), 2047-2073.
- Kırcı Çevik, N., ve Yüksel, O. (2019). Türkiye, Almanya ve Hindistan Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 8 (16), 209–218.
- Kısa, S., Kısa, A. and Younis, M. Z. (2009). A discussion of job dissatisfaction and burnout among public hospital physicians. *International Journal of Health Promotion and Education*, 47 (4), 104-111.
- Kim, C., and Çolak, E. (2024). The Practical Year in Germany-From Being a Student to Becoming a Doctor. *Igaku Kyoiku/Medical Education (Japan)*, 55 (3), 245-249.
- Kissick, K. (2012). *The “Brain Drain”: Migration of Healthcare Workers out of sub-Saharan Africa*. <http://med.stanford.edu/schoolhealtheval/files/KissickBrainDrainFactSheetFinal.Pdf>, Erişim tarihi: 04.03.2025.
- Kocaman Wilutzki, S. (2023). The First Generation of Turks in Germany in the 60 Years of Immigration, *Senectus*, 1 (1), 67-90.
- Kofman, E. (2004). Family-related migration: a critical review of European Studies. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 30 (2), 243–262.
- Kofman, E., Kraler, A., Kohli, M., & Schmoll, C. (2011). Introduction. Issues and debates on family related migration and the migrant family: A European perspective. In A. Kraler, E. Kofman, M. Kohli, & C. Schmoll (Eds.), *Gender, generations and the family in international migration* (pp. 13-54). Amsterdam, Netherlands: Amsterdam University Press.
- Kopetsch, T. (2009). The migration of doctors to and from Germany. *Public Health*, 17 (1), 33–39.
- Korku, Ö. Ü. C. (2022). Sağlık Çalışanlarının Uluslararası Göçü. *Sağlık Yönetimi Güncel Konular Üzerine Akademik Değerlendirmeler*, 35.

- Kovacev, M. (2011). Kanada İşgücü Piyasasında Kurumsallaşmış ve Bedenselleşmiş Kültürel Sermaye Hakkında Eksperlerin Görüşleri. A. Nohl vd, *Göç ve Kültürel Sermaye. Türkiye, Almanya, Kanada ve Büyük Britanya’da Yüksek Vasıflı Göçmenler* içinde (ss. 134-152). İstanbul: Kitap Yayınevi.
- Kuypsich, C. (2010). The internationalization of labour markets, ILO, Paris, Fransa 2010.
- Kutlu İ. (2021). *Türkiye’de Sağlıkta Özelleşmenin Sonuçları: Sağlık Hizmetlerinin Değişen Arz ve Talep Yapısı (Politika Notu: 2021/18)*. İstanbul: İLKE İlim Kültür Eğitim Vakfı.
- Labiris, G., Vamvakierou, V., Tsolakaki, O., Giarmoukakis, A., Sideroudi, H. and Kozobolis, V. (2014). Perceptions of Greek medical students regarding medical profession and the specialty selection process during the economic crisis years. *Health Policy*, 117 (2), 203-209.
- Lai, D. W. L., Shankar, J., and Khalema, E. (2017). Unspoken Skills and Tactics: Essentials for Immigrant Professionals in Integration to Workplace Culture. *Journal of International Migration and Integration*, 18 (3), 937–959.
- Landau, L. B., Dodson, B. M., and Uhlmann, J. (2020). Local inclusion of migrants and refugees: A gateway to existing ideas, resources, and capacities for cities across the world, *OECD Report*.
- Lawan Ngoma, A. and Wana Ismail, N. (2013). The determinants of brain drain in developing countries. *International Journal of Social Economics*, 40 (8), 744–754.
- Leapscholar (2025). *Top 20 Highest Paying Jobs in Germany in 2025 for Indian Students*, <https://leapscholar.com/blog/highest-paying-jobs-in-germany-for-indians/#:~:text=Ans.,highest%20salaries%20in%20the%20country>, Erişim tarihi: 03.03.2025.
- Lee, E. S. (1966). A Theory of Migration. *Demography*, 3 (1), 47-57.
- Libretexts (b.t.). *Durkheim and Social Integration*. [https://socialsci.libretexts.org/Bookshelves/Sociology/Introduction_to_Sociology/Sociology_\(Boundless\)/01%3A_Sociology/1.02%3A_The_History_of_S](https://socialsci.libretexts.org/Bookshelves/Sociology/Introduction_to_Sociology/Sociology_(Boundless)/01%3A_Sociology/1.02%3A_The_History_of_S)

- [ociology/1.2F%3A Durkheim and Social Integration](#), Erişim tarihi: 03.03.2025.
- Light, I., Bhachu, P., and Karageorgis, S. (1989). *Migration Networks and Immigrant Entrepreneurship*. <https://escholarship.org/uc/item/50g990sk>, Erişim tarihi: 03.12.2024
- Lowell, L. B. (2003). *Skilled Migration Abroad or Human Capital Flight?* Migration Policy Institute. <https://www.migrationpolicy.org/article/skilled-migration-abroad-or-human-capital-flight>, Erişim tarihi: 12.04. 2024.
- Make-it-in-Germany (2023). *Work as a medical doctor in Germany*. <https://www.make-it-in-germany.com/en/working-in-germany/professions-in-demand/physicians>, Erişim tarihi: 21.01.2023.
- Martiniello, M. (1997). *Hangi Siyasi Katum? Belçika ve Göçmenleri. Başarısız politikalar*. Brüksel: De Boeck Üniversitesi Yayınları.
- Martiniello, M. (2005). *Political participation, mobilisation and representation of immigrants and their offspring in Europe*. Sweden: Malmö University School of International Migration and Ethnic Relations.
- Massey, D. (1990). Social structure, household strategies, and the cumulative causation of migration. *Population Index*, 56, 3-26.
- Massey, D. (1988). Economic Development and International Migration in Comparative Perspective, *Population and Development Review*, 14 (3), 383-413.
- Massey DS., Arango J., Hugo G., Kouaouci A., Pellegrino A. and Taylor JE. (1993). Theories of international migration: a review and appraisal. *Population and development review*, 19 (3), 431-466.
- Massey, D. S., Arango, J., Hugo, G., Kouaouci, A., Pellegrino, A., and Taylor, J. E. (2014). Uluslararası göç kuramlarının bir değerlendirmesi. *Göç Dergisi*, 1 (1), 11-46.
- McKinsey&Company (2016). *People on the Move: Global Migration's Impact and Opportunity*.

<https://www.mckinsey.com/~media/mckinsey/industries/public%20and%20social%20sector/our%20insights/global%20migrations%20impact%20and%20opportunity/mgi-people-on-the-move-full-report.pdf>, Erişim tarihi:09.12.2024.

Medimagazin (2023). *Almanya’da doktor krizi*. <https://medimagazin.com.tr/yabanci-haberler/almanyada-doktor-krizi-103629>, Erişim tarihi: 24.09.2023.

Mejia, A. (1978). Migration of physicians and nurses: a world wide picture. *International journal of epidemiology*, 7 (3), 207-215.

Mendelberg, T., Karpowitz, C. F., and Goedert, N. (2013). Does Descriptive Representation Facilitate Women’s Distinctive Voice? How Gender Composition and Decision Rules Affect Deliberation. *American Journal of Political Science*, 58 (2), 291–306.

Merali, N. (2004). Family Experiences of Central American Refugees Who Overestimate Intergenerational Gaps. *Canadian Journal of Counselling*, 38 (2), 91-103.

Metintaş, M.Y. ve Elioğlu, . (2007). Cumhuriyetin İlk Onbeş Yılında Sağlık Hizmetleri (1923-1938). *Osmangazi Tıp Dergisi*, 29 (3), 162-170.

Mincer, J. (1978). Family Migration Decisions. *Journal of Political Economy*, 86 (5), 749–773.

Morawska, E. (1990). The Sociology and Historiography of Immigration. Immigration Reconsidered içinde. Ed. Virginia Yans-McLaughlin. New York: Oxford University Press.

Nar, M.ř. (2021). Kreselleşme Süreci Ve Sınır Aşan G Hareketleri: Türkiye rneği. *Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 214-225. dmannoi: 10.48145/gopsbad.1020128.

Nesteruk O. (2022). Family Dynamics at the Intersection of Languages, Cultures, and Aspirations: Reflections of Young Adults from Immigrant Families. *Journal of Family Issues*, 43 (4), 1015-1038.

- Nicholls, W. J., and Uitermark, J. (2016). Migrant cities: Place, power, and voice in the era of super diversity. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 42 (6), 877-892.
- Niraula, A. and Valentin, K. (2019). Mobile brains and the question of 'deskilling'. *Nordic Journal of Migration Research*, 9 (1), 19-35.
- Nohl, A. (2011). *Göç ve Kültürel Sermaye. Türkiye, Almanya, Kanada ve Büyük Britanya'da Yüksek Vasıflı Göçmenler*. İstanbul: Kitap Yayınevi.
- OECD (2019). *Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students*. <https://www.oecd.org/health/recent-trends-in-international-migration-of-doctors-nurses-and-medical-students-5571ef48-en.htm>, Erişim tarihi: 10.03.2023.
- OECD (1998). *SOPEMI 1997: Trends in international migration: Continuous annual report*. Paris: OECD.
- OECD (2024). *Health at a Glance 2024: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en.html
- OECD Verisi (2024). *Physicians by age and sex*, [https://data-explorer.oecd.org/vis?df\[ds\]=dsDisseminateFinalDMZ&df\[id\]=DSD_HEALTH_EMP_REAC%40DF_PHYS_AGE_SEX&df\[ag\]=OECD.ELS.HD&df\[vs\]=1.0&dq=..PS.T.M%2BF...&pd=2015%2C&to\[TIME_PERIOD\]=false&ly\[cl\]=TIME_PERIOD&ly\[rs\]=SEX&ly\[rw\]=REF_AREA&vw=tb](https://data-explorer.oecd.org/vis?df[ds]=dsDisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_HEALTH_EMP_REAC%40DF_PHYS_AGE_SEX&df[ag]=OECD.ELS.HD&df[vs]=1.0&dq=..PS.T.M%2BF...&pd=2015%2C&to[TIME_PERIOD]=false&ly[cl]=TIME_PERIOD&ly[rs]=SEX&ly[rw]=REF_AREA&vw=tb), Erişim tarihi: 06.02.2025.
- OECDSTAT (2023). *Health expenditure and financing*. https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC#, Erişim tarihi: 31.10.2024.
- Oliinyk, O., Bilan, Y., Mishchuk, H., Akimov, O., and Vasa, L. (2021). The impact of migration of highly skilled workers on the country's competitiveness and economic growth. *Montenegrin Journal of Economics*. 17 (3), 719.
- Onah, C.K., Azuogu, B.N.i, Ochie, C.N., Akpa, C.O., Okeke, K.C., Okpunwa, A.O., Bello, H.M. and Ugwu, G.O. (2022). Physician Emigration from Nigeria and

- the Associated Factors: The Implications to Safeguarding the Nigeria Health System. *Human Resources for Health*, 20 (85), 1-15.
- Ono T, Schoenstein M. and Buchan J. (2014). Geographic imbalances in doctor supply and policy responses. *OECD health working papers* no. 69
- Öğütçü, Y. (2020). Refah Devleti Modellerine Göre Göç ve Entegrasyon Politikaları, içinde Buz, S., Çevik, H. (2020). Göç ve entegrasyon uygulama alanları, politikalar ve paydaşlar. Ankara: Nika Yayınevi.
- Özmert Koçer, Ş. (2014). Almanya Federal Cumhuriyeti Sosyal Güvenlik Sistemi ve Sistem İçerisinde Sosyal Sigorta Uygulamaları. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Uzmanlık Tezi
- Öz Sağlık İş Sendikası (2020). *Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Araştırması Sonuç Raporu*. https://ozsaglikis.org/wp-content/uploads/2022/04/Siddet-arastirmasi-Sonuc-Raporu_12Ocak_baski-2.pdf, Erişim tarihi: 12.04.2023.
- Pantenburg, B., Kitze, K., Lupp, M., König, H. H., and Riedel-Heller, S. G. (2018). Physician emigration from Germany: insights from a survey in Saxony, Germany. *BMC health services research*, 18, 1-10.
- Park, R. E., ve Burgess, E. W. (2017). Asimilasyon ve Sosyal Kontrol: Sosyoloji Bilimine Giriş II (Pınar Sayar Kızılçalı, Trans.). İstanbul: Pinhan Yayıncılık.
- Park, R. and Burgess, E. (1921). *Introduction to the Science of Sociology*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Parrenas, R. S. (2000). Migrant Filipina Domestic Workers and the International Division of Reproductive Labor. *Gender & Society*, 14 (4), 560–580.
- Parsons, C. R., Rojon, S, Samannani, F. and Wertach, L. (2014). Conceptualising International High Skilled Migration, Paper 104. University of Oxford Department of International Development (QEH): International Migration Institute (IMI).
- Parsons, T. (1939). The professions and social structure. *Social forces*, 17 (4), 457-467.
- Pavalko, R. M. (1988). *Sociology of occupations and professions* (2. bs). USA: Peacock.

- Pekten, A. (2006). Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler, *Sayıştay Dergisi*, (61), 119-138.
- Peppler, L. (2018). Changes in Highly Skilled Migration Policies: Turkish-German Medical Migration since the 1960s. *Migration Letters* 15 (4), 491-502.
- Perruchoud, R. ve Redpath, J. Göç terimleri sözlüğü. *Uluslararası Göç Örgütü*, (31).
- Perspektif (2024). *Türkiye’de ve Avrupa’da Doktor Maaşları*.
<https://perspektif.eu/2024/04/16/turkiyede-ve-avrupada-doktor-maaslari/>, Erişim tarihi: 01.01.2025
- Petersen, W. (1958). A general typology of migration. *American sociological review*, 23 (3), 256-266.
- Phan, M. B., Banerjee, R., Deacon, L., and Taraky, H. (2015). Family Dynamics and the Integration of Professional Immigrants in Canada. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 41(13), 2061–2080.
- Pınar, T. ve Pınar, G. (2013). Sağlık çalışanları ve işyerinde şiddet, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12 (3), 315-326.
- Plöger, J. and Becker, A. (2015). Social Networks and Local Incorporation—Grounding High-skilled Migrants in Two German Cities. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 41 (10), 1517-1535, DOI: 10.1080/1369183X.2015.1015407.
- Porter, M. E. (2009). The competitive advantage of nations, states and regions. *Harvard Business School*.
- Portes, A. and Sensenbrenner, J. (1993). Embeddedness and Immigration: Notes on the Social Determination of Economic Action. *American Journal of Sociology*, 98, 1320–1350.
- Pusch, B. (2011). Yabancı ülkelerde edinilmiş bilgi ve becerilerin Türkiye işgücü piyasasında değerlendirilmesi. B. Pusch (Ed.), *Göç ve Kültürel Sermaye içinde*.

- Pusch, B., and Splitt, J. (2013). Binding the Almançı to the “Homeland”—Notes from Turkey, Barbara PUSCH and Julia SPLITT. *Perceptions: Journal of International Affairs*, 18(3), 129-166.
- Ravenstein, E.G. (1885). The Laws of Migration. *Journal of the Statistical Society of London*, 48 (2), 167–235.
- Resmî Gazete (2022). Sağlıkla İlgili Bazı Kanunlarda ve 375 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, Kanun no.7411, sayı:31875, kabul tarihi 16 Haziran 2022.
- Resmî Gazete (2017). Turkuaz Kart Yönetmeliği, sayı 30007, kabul tarihi 14 Mart 2017.
- Riaño, Y., Baghdadi, N., and Wastl-Walter, D. (2006). *Social integration and social exclusion of skilled immigrant women from countries outside the European Union*. Final research report. Bern, Universität Bern.
- Rietig, V. and, Müller, A. (2016). The New Reality: Germany Adapts to its Role as a Major Migrant Magnet, *Migration Policy Institute*, <https://www.migrationpolicy.org/article/new-reality-germany-adapts-its-role-major-migrant-magnet>, Erişim tarihi: 22.11.2024.
- Robinson, V. (1998). *Defining and Measuring Successful Refugee Integration*. Proceedings of ECRE International Conference on Integration of Refugees in Europe. Brussels: ECRE.
- Romer, P. M. (1990). Endogenous technological change. *Journal of political Economy*, 98 (5, Part 2), S71-S102.
- Ronaghy, H. A., Zeighami, E., Farahmand, N., and Zeighami, B. (1976). Causes of physician migration: responses of Iranian physicians in the United States. *Academic Medicine*, 51(4), 305-10.
- Rubin, J., Michael S. Rendall, L.R., Flavia T., Constantijn van OranjeNassau, and Barbara J. (2008). Migrant women in the European labour force: Current situation and future prospects. *RAND Technical Report*, RAND Corporation.
- Rubinov, I. (2016). The impact of migration and remittances on natural resources in Tajikistan. *CIFOR Occasional Paper*, 164 (29), 1-30.

- Rueschemeyer, D. (1964). Doctors and Lawyers: A Comment on the Theory of the Professions. *Canadian Review of Sociology and Anthropology*, 1 (1), 17-30.
- Rutten, M. (2009). The Economic Impact of Medical Migration: An Overview of the Literature. *The World Economy*, 32(2), 291-325.
- Saggar, S., Somerville, W., Ford, R. and Sobolewska, M. (2012). *The Impacts of Migration on Social Cohesion and Integration*, London: Migration Advisory Committee.
- Sağlık Bakanlığı (2024). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2024. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/48054/0/siy202205042024pdf.pdf>, Erişim tarihi: 28.10.2024.
- Sağlık Bakanlığı (2003). Sağlıkta Dönüşüm. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>, Erişim tarihi: 24 Şubat 2023.
- Sağlık Bakanlığı (2021). 2021 Faaliyet Raporu. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/42666/0/2021-faaliyet-raporupdf.pdf>. Erişim tarihi 05 Ağustos 2023.
- Salt J. (1992). Migration Processes among the Highly Skilled in Europe. *International Migration Review*, 26 (2), 484-505.
- Salt, J. (1997). International Movements of the Highly Skilled. *OECD Social, Employment and Migration Working Papers* No. 3, 1-44.
- Salt, J. and F. Stein (1997). Migration as business: the case of trafficking. *International Migration*, 35, 467–490.
- Sanchez-Montijano, E., Kaya, A., and Sökmen, M. J. (2018). Highly skilled migration between the EU and Turkey: Drivers and scenarios. *FEUTURE Online Paper*, 21.
- Sayek İ. (2017). Türkiye’de Tıp Eğitimi: Onbeş Yılda (2002-2017) Neler Değişti? *Toplum ve Hekim*, 32 (6), 432-435.

- Schalk-Soekar, S. R. G., Van de Vijver, F. J. R., and Hoogsteder, M. (2004). Attitudes toward multiculturalism of immigrants and majority members in the Netherlands. *International Journal of Intercultural Relations*, 28, 533–550.
- Schumann, M., Maaz, A. and Peters, H. (2019). Doctors on the move: a qualitative study on the driving factors in a group of Egyptian physicians migrating to Germany. *Globalization and health*, 15 (1), 1-9.
- Scocco, M. (2022). Migrant families and intergenerational relationships: cultural challenges, renegotiation practices and social change. *Educazione interculturale*, 20, 1-11.
- Seyhan, F. (2020). *Sağlık çalışanlarının yaşadığı örgütsel çatışma, örgütsel stres, iş yaşam kalitesi, iş tatmini ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişki* (Yüksek lisans tezi). Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ankara.
- Sheikh A, Naqvi SH, Sheikh K, Naqvi SH and Bandukda MY (2012). Physician migration at its roots: a study on the factors contributing towards a career choice abroad among students at a medical school in Pakistan. *Globalization and Health*, 8 (43), 1-11.
- Siar, Sheila V. (2013). From Highly Skilled to Low Skilled: Revisiting the Deskilling of Migrant Labor. PIDS Discussion Paper Series, No. 2013-30, Philippine Institute for Development Studies (PIDS), Makati City.
- Sidiropoulos, I., Paschos, K., Platis, C. G. and Kostagiolas, P. A. (2017). Medical Brain Drain in Debt-Stricken Greece: Is There a Way to Address It? Strategic Innovative Marketing. Editör: Kavoura, A., Sakas, D.P., Tomaras, P. Switzerland: Springer.
- Simpson, N. B. (2022). Demographic and economic determinants of migration. *IZA World of Labor*, 373 (2), 1-11.
- Skeldon, R. (2009). Of skilled migration, brain drains and policy responses. *International Migration*, 47 (4), 3-29.

- Sklair, L. (2005). The Transnational Capitalist Class and Contemporary Architecture in Globalizing Cities. *International Journal of Urban and Regional Research*, 29 (3), 485–500. doi:10.1111/ j.1468-2427.2005.00601.x.
- Solimano, A. (2008). *The international mobility of talent*. New York: Oxford University Press.
- Somuncu, B. (2006). *Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne Tam Üyelik Sürecinde Uluslararası Göç Politikası* (Yüksek lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Avrupa Birliği Anabilim Dalı, İzmir.
- Standing, G. (2011). *The precariat: The new dangerous class*. United Kingdom: Bloomsbury Academic.
- Stark, O. and Bloom, D. E. (1985). The New Economics Of Labor Migration. *The American Economic Review*, 75 (2), 173-178.
- Statista (2025). Total expenditure on health as a share of gross domestic product (GDP) in Germany from 1980 to 2023, <https://www.statista.com/statistics/429202/healthcare-expenditure-as-a-share-of-gdp-in-germany/#statisticContainer>, Erişim tarihi:07.02.2025.
- Stouffer, S.A. (1940). Intervening Opportunities: A Theory Relating Mobility and Distance. *American Sociological Review*, 5 (6), 845–867.
- Suciu, Ş. M., Popescu, C. A., Ciumageanu, M. D. and Buzoianu, A. D. (2017). Physician migration at its roots: a study on the emigration preferences and plans among medical students in Romania, *Human resources for health*, 15 (1), 1-9.
- Sunar, L. (2019). Türkiye’de Çalışma Hayatı ve Meslekler. *Toplumsal Yapı Araştırmaları Programı*, İstanbul.
- Sülkü, S. N. (2011). Performansa dayalı ek ödeme sisteminin kamu hastanelerinin verimliliği üzerine etkileri. *Maliye Dergisi*, 160, 242-268.
- Syed, N. A., Khimani, F., Andrades, M., Ali, S. K. and Paul, R. (2008). Reasons for migration among medical students from Karachi. *Medical education*, 42 (1), 61-68.

- Şahin, F. (2019). *Türkiye'den Avrupa Birliği'ne Yeni Göç Hareketi: Yüksek Nitelikli Göç* (Yüksek lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Şimşek, B. (2000). İşgücü Piyasalarının Küreselleşmesi ve Küresel İşgücü Piyasasında Ulusal İşgücü Piyasalarının Yeri. *İŞGÜÇ Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 2 (1).
- Tavakol, M. (2012). Brain drain: problems and solutions. *Islamic Perspective*, 1 (7), 161-171.
- T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı (2023). *On İkinci Kalkınma Planı (2024-2028)*. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2023/12/On-Ikinci-Kalkinma-Plani_2024-2028_11122023.pdf, Erişim tarihi 30.10.2024.
- Thompson, L. H. (1993). *German Health Reforms: New Cost Control Initiatives*. GAO/HRD-93-103. Washington, DC: US General Accounting Office.
- Tıp Akademisi (2022). *YDUS nedir?* <https://www.tipakademisi.com/blog/ydus-nedir>, Erişim tarihi: 25.05.2024.
- Tokatlı, S.G. (2024). Göç ve Entegrasyon İlişkisi: Göçün Sosyo - Kültürel Bağlamda Analizi. Soğuk Savaş Sonrası Uluslararası Göç Politikaları (1. Baskı) içinde (127-151). İstanbul: Tesam Yayınları.
- Toksöz (2006). *Uluslararası Emek Göçü*. Türkiye: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Torlak, E., Vitt, V., Curre, E., Prumm, K., Kreienbrink, A., Worbs, S., & Schimany, P. (2005). The impact of immigration on Germany's society: the German contribution to the pilot research study" The impact of immigration on Europe's societies" within the framework of the European Migration Network.
- Triandafyllidou, A. and Isaakyan, I. (2016). *Female high-skill migration in the 21st Century: the challenge of the recession* (eds). High skill migration and recession: gendered perspectives, Houndmills; New York: Palgrave Macmillan, Migration, Diasporas and Citizenship, pp. 3-21[Global

- Tseng, Y. (1997). Immigration Consulting Firms in Taiwanese Business Immigration. *Asian and Pacific Migration Journal*, 6 (3-4), 275-294.
- TTB (2011). Hekimlerin Çalışma Süresi, Nöbet, Fazla Çalışma Ücreti, Dinlenme ve İzin Hakları. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- TTB (2010). Mecburi Hizmet ile İlgili Sorular ve Yanıtları. https://www.ttb.org.tr/haberarsiv_goster.php?Guid=66ba0e1e-9232-11e7-b66d-1540034f819c, Erişim tarihi: 05.08.2023.
- TTB (2009). “Tam Gün” Yasa Tasarısı Hekimlere Ne Getiriyor? Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- TTB (2024). Yıllara göre Türkiye’den Doktor Göçü. TTB’den e-posta ile alınan sayısal verilerdir.
- TÜBİTAK-1001/123K434, Araştırma Projesi Gelişme Ara Raporu-Bilimsel Rapor, 1. Gelişme Raporu, Muğla, Türkiye 2024.
- TÜİK (2024a). *İstatistiklerle Yaşlılar, 2023*.
<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2023-53710>, Erişim tarihi: 08.02.2025.
- TÜİK (2024b). *Hekim sayısı, Hekim Başına Düşen Kişi Sayısı ve Hekim Başına Düşen Toplam Müracaat Sayısı*.
<https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=hekim> - İstatistiksel Tablolar, Erişim tarihi: 01.11.2024.
- TÜİK (2024c). *Gelir Dağılımı İstatistikleri, 2023*.
<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Gelir-Dagilimi-Istatistikleri-2023-53840>, Erişim tarihi: 23.11.2024.
- TÜİK (2025). *Tüketici Fiyat Endeksi, Aralık 2024*.
[https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Tuketici-Fiyat-Endeksi-Aralik-2024-53621#:~:text=T%C3%9CFE'deki%20\(2003%3D100,%58%2C51%20olarak%20ger%C3%A7ekle%C5%9Fti](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Tuketici-Fiyat-Endeksi-Aralik-2024-53621#:~:text=T%C3%9CFE'deki%20(2003%3D100,%58%2C51%20olarak%20ger%C3%A7ekle%C5%9Fti), Erişim tarihi: 07.01.2025.

Türkiye Raporu (2022). *Türkiye’de Doktorların Yaşam Kalitesi*.

<https://turkiyeraporu.com/wp-content/uploads/2022/05/Doktorlar-Raporu-Mayis-2022.pdf>, Erişim tarihi: 11 Mart 2023.

Türkiye Raporu (2023). *Bir Yılın Hikayesi:2022*.

<https://turkiyeraporu.com/arastirma/bir-yilin-hikayesi-2022-12894/>, Erişim tarihi: 14.08.2023.

Türk Toraks Derneği. *TTD Etik Kurulu Hekim Hakları*.

https://toraks.org.tr/site/sf/documents/pre_migration/62a4344e24cc977ce9992a5a2e4ece4865c9ab96a0a47fc375bfb6745839ce8c.pdf, Erişim tarihi: 03.03.2025.

Ufuk Avrupa. *Uluslararası Burs ve Araştırma Dolaşım Destekleri (Marie Skłodowska Curie)*. <https://ufukavrupa.org.tr/tr/h2020/marie-curie>, Erişim tarihi: 07.01.2025.

Uluslararası Göç Örgütü (2023). *Migration of Health Workers*. <https://www.iom.int/migration-health-workers>, Erişim tarihi: 15.01.2023.

Uluslararası İşgücü Genel Müdürlüğü (b.t.). *Turkuaz Kart*. <https://www.csgb.gov.tr/uigm/turkuaz-kart/>, Erişim tarihi: 09.03.2025.

Ünsal, Z. (2007). *Güvenlik Eksenli Bir Bakış Açısından Avrupa’da Değişen Göç Politikaları* (Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi Avrupa Birliği ve Uluslararası İlişkiler Enstitüsü, Ankara.

Van den Bergh, R., and Du Plessis, Y. (2012). Highly skilled migrant women: a career development framework. *Journal of Management Development*, 31 (2), 142–158.

Van Den Muijsenbergh, M., Teunissen, E., van Weel-Baumgarten, E., and Van Weel, C. (2016). Giving voice to the voiceless: how to involve vulnerable migrants in healthcare research. *British Journal of General Practice*, 66 (647), 284-285.

Van Naerssen, T., Spaan, E., and Zoomers, A. (Eds.) (2008). *Global Migration and Development*. London: Routledge

- Vance, C.M., Mc Nulty, Y. and Chauderlot, F. (2011). A comparison of female and male strategies for securing and enduring expatriate career development experiences, paper presented at the Annual Meeting of the European Academy of Management, Tallinn, 2 June, Estonia.
- Vasistdas (2022). *Almanya’da doktor maaşları*. <https://vasistdas.de/almanyada-doktor-maaslari/>, Erişim tarihi: 06.08.2023.
- Vertovec, V. (2007). Super-diversity and Its Implications. *Ethnic and Racial Studies*, 30 (6), 1024–1054.
- Walton-Roberts, M. (2015). International Migration of Health Professionals and the Marketization and Privatization of Health Education in India: From Push-Pull to Global Political Economy. *Social Science and Medicine*, 124, 374-382.
- Weber, M. (2011). *Toplumsal ve Ekonomik Örgütlenme Kuramı*, Çev. Prof. Dr. Özer Ozankaya, Cem Yayınevi: İstanbul.
- Weinar, A. and Klekowski von Koppenfels, A. (2020). Highly-skilled migration: between settlement and mobility. *IMISCOE short reader*. Springer Nature.
- Werner, H. (2002). *The Current "Green Card" Initiative For Foreign IT Specialist In Germany, International Mobility Of The Highly Skilled*, OECD Proceedings: Paris.
- Wieviorka, M. (2014). A critique of integration. *Identities*, 21 (6), 633-641.
- World Bank Blogs (2014). *Voices of Migrants: Request for Proposals for Literature Review*. <https://blogs.worldbank.org/peoplemove/voices-migrants-request-proposals-literature-review>, Erişim tarihi: 25.10.2023.
- World Bank Group (b.t.). *Social Inclusion*. <https://www.worldbank.org/en/topic/social-inclusion>, Erişim tarihi: 04.03.2025.
- World Health Organization (n.d.). Addressing the international migration of health workers. <https://www.who.int/activities/addressing-the-international-migration-of-health-workers>. Erişim tarihi: 15.01.2023.

- World Health Organization (2023). Migration. <https://www.who.int/teams/health-workforce/migration>, Erişim tarihi: 03.11.2023.
- World Health Organization (2010). WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, Sixty-Third World Health Assembly, WHA63.16
- Wright, D., Flis, N., and Gupta, M. (2008). The 'Brain Drain' of physicians: historical antecedents to an ethical debate, c. 1960–79. *Philosophy, ethics, and humanities in medicine*, 3, 1-8.
- Yağar, F., ve Dökme, S. (2018). Niteliksel araştırmaların planlanması: Araştırma soruları, örneklem seçimi, geçerlik ve güvenirlik. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3 (3), 1-9.
- Yalçın, C. (2004). *Göç Sosyolojisi*, Anı Yayıncılık: Ankara.
- Yavuz, O. (2024). *Almanya’da Doktor Maaşları ve Sosyal Haklar*. <https://www.youtube.com/watch?v=mhhq0d8D3Zo>, Erişim tarihi: 21.10.2024.
- Yeşiller, F.B. (2019). *Hekimlik Sözleşmesi ve Hekimin Sözleşmeden Doğan Sorumluluğu* (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Yıldırım, T. (2009). Sağlık Çalışanları ve Uluslararası Göç: Göç Nedenleri Üzerine Bir İnceleme. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 62 (3), 87-94.
- YÖK Atlas web sayfası. Tıp Programı Bulunan Tüm Üniversiteler. <https://yokatlas.yok.gov.tr/lisans-bolum.php?b=10206>, Erişim tarihi: 08.02.2025
- Yüksek Öğretim Bilgi Yönetim Sistemi (2024a). Eğitim ve Öğretim Alanları Sınıflamasına Göre Lisans Düzeyindeki Öğrenci Sayıları, 2023 – 2024. <https://istatistik.yok.gov.tr/>, Erişim tarihi: 08.02.2025.
- Yüksek Öğretim Bilgi Yönetim Sistemi (2024b). Eğitim ve Öğretim Alanları Sınıflamasına Göre Lisans Düzeyindeki Mezun Sayıları, 2022 – 2023. <https://istatistik.yok.gov.tr/>, Erişim tarihi: 08.02.2025.

Yüksel, E., ve Saridoğan, E. (2011). Uluslararası Ticaret Teorileri ve Paul R. Krugman'ın Katkıları. *Öneri Dergisi*, 9 (35), 199-206.



Ek-A Bilgilendirilmiş Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Merhaba, adım Güliz ÖZTÜRKMEN. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim dalında doktora öğrencisiyim. Doktora tez çalışmam kapsamında Türkiye’den Almanya’ya göç etmiş hekimlere yönelik bir araştırma yapıyorum. Bu çalışma kapsamında, göç süreci, Almanya’da işgücü piyasasına uyum süreci, sosyal hayata katılım ve özel hayat dönüşümleri gibi konularla ilgili görüşlerinizi almak istiyorum. Vereceğiniz cevaplar yalnızca bilimsel bir çalışmaya katkı sunacak olup doktora tezimde kullanılacaktır.

Görüşmeye katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Görüşmenin herhangi bir aşamasında sebep göstermeden görüşmeden ayrılma hakkınız bulunmaktadır. Görüşmelerin ortalama süresinin 30-60 dakika arasında olacağını tahmin ediyorum. Görüşmeye başlamadan önce bana sormak ya da söylemek istediğiniz herhangi bir şey varsa rahatlıkla söyleyebilirsiniz. Yine sonrasında da istediğiniz zaman aşağıda yer alan iletişim bilgilerim aracılığı ile bana ulaşabilirsiniz. Çalışmaya katılım sağladığınız ve değerli vaktinizi ayırdığınız için çok teşekkür ederim.

Sorumlu Araştırmacının

Unvanı, Adı Soyadı:

Telefon Numarası:

E-posta:

Tarih:

İmza:

Ek-B Mülakat Soru Formu

MÜLAKAT SORU FORMU

KİŞİSEL BİLGİLER:

1. Nerede doğdunuz?
2. Türkiye’de hangi şehirde yaşıyordunuz?
3. Kaç yaşındasınız?
4. Evli misiniz?
 - a. Çocuğunuz var mı?
 - b. Varsa kaç yaşındalar?
5. Hangi üniversiteden ne zaman mezun oldunuz?
6. Almanya’daki ve Türkiye’deki uzmanlık alanınız nedir? Aynı mı değişti mi?

TÜRKİYE’DEKİ MESLEK HAYATI:

7. Türkiye’deki meslek hayatınızla ilgili kısaca bilgi verebilir misiniz? Mezun olduktan sonraki sürecinizi kısaca anlatabilir misiniz?
8. Türkiye’deki çalışma koşulları nasıldı? Örneğin kazancınız vs.

GÖÇE İLİŞKİN KARAR VERME SÜRECİ:

9. Almanya’ya göç etme kararınız nasıl oluşmaya başladı? Neden Almanya?
10. Türkiye’deki hangi durumlar gitmenizde etkili oldu?
11. Almanya’ya ne zaman gittiniz?

GÖÇ ETMEYE İLİŞKİN HAZIRLANMA SÜRECİ:

12. Gitmek için yaptığınız ilk girişim neydi?
13. Aracı kurumlardan destek aldınız mı?
14. Sosyal medyayı (twitter, instagram, facebook) araç olarak kullandınız mı? Bu yolla birileriyle iletişime geçtiniz mi? Veya orada başka bir bağlantınız var mıydı?
15. İş bulma süreciniz nasıl gelişti? Orada nasıl iş buldunuz?

DİL SEVİYESİ:

16. Almanca dil seviyeniz nedir? Bu seviyeye ne kadar sürede ulaştınız?
17. Almancayı nasıl öğrendiniz?
18. Dil kursuna gittiniz mi?

- a. Evetse Türkiye’de mi Almanya’da mı gittiniz?
19. Mesleğinizi Almanya’da icra ederken dil açısından zorlanıyor musunuz?
20. Gittikten sonra Almanya’da ekstra dil eğitimi aldınız mı?

DENKLİK SÜRECİ VE ALMANYA’DAKİ MESLEK HAYATI:

21. Almanya’da denklik süreci nasıl işliyor? Hangi belgeler gerekiyor? Hatırladığınızı kadarıyla.
22. Hangi pozisyonda çalışıyorsunuz? Kaç yıldır çalışıyorsunuz?
23. Almanya’daki çalışma koşulları nasıl? İş yoğunluğu, maaş vs.
24. Meslek hayatındaki durumunuz göç ile değişti mi?

GÜÇLENME/ENTEGRASYON:

25. Almanya’ya gittikten sonra herhangi bir mesleki eğitim aldınız mı?
26. Göç ile hayat standardınızda değişim oldu mu?
27. Almanya’da doktorluk yapmak mesleki açıdan sizi tatmin ediyor mu? Beklentinizi karşıladı mı?
28. Aile içindeki yaşamınızda göç ile nasıl bir değişiklik olduğunu düşünüyorsunuz? Çocuk, eş, akraba ilişkileri bakımından.
29. Herhangi bir sivil toplum kuruluşuna (STK)/derneğe üye misiniz? Herhangi bir siyasi üyeliğiniz var mı?
30. Kendinizi toplumun dışında kalmış hissediyor musunuz?
31. Mesleğinizden arda kalan zamanda sosyal aktivite olarak neler yapıyorsunuz?

CİNSİYET

32. Almanya’da kadın/erkek doktor olmanın avantaj ve dezavantajları var mı?
33. Almanya ve Türkiye’de kadın/erkek doktor olmanın farkları sizce neler?

TÜRKİYE’YE DÖNÜŞ:

34. Türkiye’ye geri dönmeyi düşünüyor musunuz?
- a. Hangi durumda dönersiniz?

Ek-C Almanca Kursu Yetkilileri için Mülakat Soru Formu

1. Kurslara daha çok hangi meslek grubundan katılım var?
2. Toplam kaç kursiyer var? Kaçı hekim?

3. Kursa katılan hekimlerin sayısında son zamanlarda nasıl bir eğilim var? Gelecekte sayının artacağını bekliyor musunuz?
4. Hekimler genellikle hangi yaş aralığında?
5. Hiç Almanca bilmeyen bir hekim denklik işlemleri için gereken dil seviyesine (B2) ortalama kaç ayda ulaşabilir? Haftada kaç gün kaç saat?
6. Almış oldukları dil eğitimi Almanya’da mesleklerini icra edebilmeleri için yeterli mi?
7. Almış oldukları dil eğitimi Almanya’da gündelik hayata katılımları için yeterli mi?

Ek-D Danışmanlık Firmaları için Mülakat Soru Formu

1. Almanya’ya gitmek için hekimler size başvuruyor mu? Daha çok hangi meslek grubu başvuruyor?
2. Neden gitmek istiyorlar?
3. Hangi yaş aralığındaki hekimler Almanya’ya gitmek için size başvuruyor?
4. Günde/ayda ortalama kaç hekim yurtdışına gitmek için başvuruyor?
5. Başvurulardan ne kadarı kabul alıyor?
6. Başvuru süreci ne kadar sürüyor?
7. Siz hekimlere hangi konularda yardımcı oluyorsunuz?

Ek-E Etik Kurul Kararı

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU - 2 KARARI

Protokol No : 240115

Karar No : 108

Araştırma Yürütücüsü	Doktora Öğrencisi GÜLİZ ÖZTÜRKMEN
Kurumu / Birimi	MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ / ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ
Araştırmanın Başlığı	Yüksek Nitelikli Göç Kapsamında Türkiyeden Almanyaya Hekim Göçü ve Hekimlerin Göç Dinamikleri
Başvuru Formunun Etik Kurula Geldiği Tarih	22.10.2024
Başvuru Formunun Etik Kurulda İncelendiği Tarih	İlk İnceleme Tarihi : 27.10.2024 1. Düzeltme Tarihi : 27.10.2024
Karar Tarihi	18.11.2024

KARAR : UYGUNDUR

AÇIKLAMA :Beyan edilen veri formlarının dışına çıkmaması şartıyla araştırmanın uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.

Prof.Dr. Nilsun SARIYER
Başkan

Prof.Dr. Serkan ÇİÇEK
Üye

Doç.Dr. Perihan KORKUT
Üye

Doç.Dr. Raşit AVCI
Üye

Doç. NİLAY ÖZSAVAŞ ULUÇAY
Üye

Doç.Dr. Savaş ARTUĞER
Üye

Prof. Dr. Tonguç Osman MUTLU
Üye

Bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.
Doğrulama adresi <https://etikkurulbasvuru.mu.edu.tr/dogrulama/KPRW3533>

