

# FÜSUN SAYEK TTB RAPORLARI 2008

Sağlık Emek-Gücü: Sayılar ve Gerçekler



**FÜSUN SAYEK TTB RAPORLARI - 2008**  
**SAĞLIK EMEK-GÜCÜ: SAYILAR VE GERÇEKLER**



Fusun Sayek TTB Raporları - 2008  
Sağlık Emek-Gücü: Sayılar ve Gerçekler



Birinci Baskı, Ekim 2008, Ankara  
Türk Tabipleri Birliği Yayınları

ISBN 978-605-5867-05-8



Kapak - Sayfa Düzeni  
Sinan Solmaz



TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ MERKEZ KONSEYİ  
GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalgil Sok.  
No:2 / 17-23, 06570 Maltepe / ANKARA  
Tel: (0 312) 231 31 79 ● Faks: (0 312) 231 19 52-53  
e-posta: [ttb@ttb.org.tr](mailto:ttb@ttb.org.tr) ● <http://www.ttb.org.tr>

<b>Önsöz</b> .....	5
<b>Giriş</b> .....	7
<b>Türkiye’de Ekonomi ve Siyaset</b> .....	9
<b>Türkiye’nin Sağlığı</b> .....	11
<b>Türkiye’de Sağlık Sektörünün Durumu</b> .....	14
<b>Kapitalizmde Sağlık ve Sağlık Emekçileri</b> .....	17
• Kapitalizm ve Sağlık .....	17
• Seksenli Yıllardan Günümüze Sağlık Sektörü ve Sağlık Emekçileri .....	18
<b>Türkiye’de de Dünyada da Sağlık Emek-Gücü/Hekim Sayısı Ülkenin Sağlık Düzeyinin Belirleyicisi Değildir</b> .....	20
<b>Türkiye’de Sağlık Emek-Gücü Sayısı ve Dağılımı</b> .....	22
• Sayı Hesaplamaları Nasıl Yapılıyor? .....	22
• Ülkelerin Hekim Sayılarını Belirleyen Faktörler ve Türkiye’de Hekim Sayısı .....	25
• Türkiye’de Hekimlerin ve Diğer Sağlık Emekçilerinin İstihdamında Yaşanan Eşitsizlikler .....	27
<b>Sayılarla Tıp Eğitimi: Türkiye’nin Dünyadaki Yeri</b> .....	44
<b>Türkiye’de Kamu Sağlık Hizmetlerinde Hekim İstihdamı İle İlgili Yasal Düzenlemeler</b> .....	48
<b>Ne Yapmalıyız?</b> .....	51
<b>Ek’ler</b>	
▪ Ek-1: Türkiye’nin Sağlığı Tablolar .....	53
▪ Ek-2: Türkiye’de Sağlık Sektörü Tablolar .....	59
▪ Ek-3: Sağlık Düzeyi Belirleyicileri Regresyon Analizleri .....	71
▪ Ek-3’de Sunulan Regresyon Modellerinde Kullanılan Bağımlı Değişken’in Veri Kaynakları .....	81
▪ Ek-3’de Sunulan Regresyon Modellerinde Kullanılan Bağımsız Değişkenler ve Veri Kaynakları .....	84
▪ Ek-4: Ülkelerdeki Hekim Sayılarını Belirleyen Faktörler .....	87
▪ Ek-5: Türkiye’de Sağlık Emekgücü İstihdamındaki Eşitsizlikler .....	98
▪ Ek-6: Kamu Sağlık Hizmetlerinde Hekim İstihdamı İle İlgili Yasal Düzenlemeler .....	116



Hekim sayısı mevcut hükümetin, özel olarak da Sağlık Bakanlığı'nın "ilgi" gösterdiği öncelikli başlıklar arasında yer alıyor. Bu ilginin nedenleri olarak birbiriyle ilişkilendirilen iki gereğe öne çıkıyor:

- Türkiye'de hekim sayısı çok azdır (öyle ki bugün gerekli olan sayı halen var olanın yaklaşık iki katıdır);
- Türkiye'de daha iyi bir sağlık hizmeti için en başta gelen engel sayının azlığıdır. Bir başka ifade ile sayı azlığı öyle bir boyuttaki, Türkiye daha iyi bir sağlık çıktısı için en kısa sürede bu engeli aşmak zorundadır.

Son 3-4 senedir Sağlık Bakanı'nın konuşmalarında bu konuya değinmediği yoktur denebilir; konuşmalar ya hekim sayısı ile başlıyor ya da hekim sayısı ile bitiyor. Bu değinmeler birden fazla iddiayı da içeriyor: Bu iddialar Türkiye'de hekim sayısının az olduğu gerçeğini cesaretle dile getiren ilk hükümetin kendileri olduğundan, "Türkiye'de hekim sayısı makuldür" diyenlerin matematik bilmediklerine, konuya bilimsel yaklaşmadıklarına ve yukarıda da ifade edildiği gibi Türkiye'nin daha iyi bir sağlık hizmeti için "yabancı" hekim de dahil tıp fakültesi sayısı ve kontenjanlarını arttırarak hızla hekim sayısını tamamlaması gerektiğine uzanan bir çeşitlilik gösteriyor.

Bize düşen görevlerden biri Türkiye'de hekim sayısının çok az olduğunu "cesaretle" dile getirenlere hatırlatmak: sayıları, gerçekleri, bilimsel yöntemi, Türkiye'nin sağlık durumunu, Türkiye'nin daha iyi bir sağlık çıktısı için gerçek gereksinimlerini...

İster istemez Türk Tabipleri Birliği'ne bir görev tanımlanmış oluyor: sayılar ve gerçekler, gerçeklerin bilimsel yöntemle ve Türkiye'de yaşayanların lehine bir taraflılıkla yorumlanması. Dünya Bankası görevlilerine ve verdikleri görevlere bağlılıkla değil de ayaklarını Türkiye'ye basarak ve Türkiye'de yaşayanlara karşı sorumluluk duyarak.

Yukarıda kısaca tanımlananlar bu alanda söyleyeceklerimizin bir kısmını oluşturuyor elbette. Genel olarak istihdam başlığında toparlanabilecek konunun diğer boyutları ve çözümün bugün, kısa, orta ve uzun vadeli dönemde yapılabileceklerine ilişkin hatırlatmalara, yeni öneriler için değerlendirmelere ve somutlamalara da gereksinim var. Ancak ilk görev "sayılar ve gerçekler" olarak saptandı ve elinizdeki bu çalışma her şeyden önce kendisini bununla sınırladı.

Ekim 2008 tarihinde kamuoyuna iletilen bir raporun önsözünde güncel olarak yaşanan krize değinmemek olanaksız. Çünkü konu istihdamsa, yani çalışanları doğrudan ilgilendiriyorsa, konu sağlıksa krize değinmemek eksik olur.

Günümüzün dünya ölçeğinde egemen sistemi kapitalizm bir krizedir ve kapitalizm krizlerle anılır. Kapitalizmin tam istihdam diye bir "konsepti" yoktur. Çünkü kapitalizm doğası gereği insanı değil karı, sermayeyi önceler. Kapitalizmde kriz dönemleri çalışanlar için -her zamankinden daha fazla- ciddi bir tehdittir: Olduğu kadarıyla iş güvencesi, olduğu kadarıyla sosyal güvenlik, olduğu kadarıyla gelir... hepsi ama hepsi tehlikededir. 2001'de Türkiye ölçekli yaşanan krizin özeldir çalışan hekimler için işsizlik, ücretlerin ödenmemesi vb. seyri hafızalardadır.

Kapitalizmde krize ilişkin çözümler içerisinde emperyal ülkelerce savaş da dahil her yol denenir. Ne yazık ki bunların hemen hepsi çalışanların, çoğunluğun, yani sermaye sahipleri dışında kalanların aleyhinedir. İşte Rapor böyle bir dönemde çıkıyor ve bu açıdan konusu gereği önsözde, bir tarihsel sorumluluk olarak şiddete, savaşa karşı olmanın, işsizlik, sosyal güvenlikte kısıtlama, sağlıkta katkı payı vb. her türlü uygulamaya karşı

tam istihdamın, kamudan yana bir yaklaşımın ve çalışanların haklarının güvence altına alınmasının talep olarak dile getirilmesi gerekiyor.

Rapor'un hazırlığında yapılan kimi metinler, derlemeler elinizdeki metinde yer almadı. Yayına hazırlama aşamasında böylesi bir bütünlük daha uygun görüldü. Süreç boyunca yer almaları ve katkılarıyla Özen Aşut, Aytuğ Balcıoğlu, Figen Şahpaz, Eriş Bilaloğlu, Cem Terzi, Orhan Odabaşı'nı, özel bölümlerin hazırlanmasında da sorumluluk alan Muzaffer Eskiocak, Feride Aksu, Haluk Başçıl, Ziyet Özçelik, Nural Kiper'i, gerek istatistik çalışmaları gerek yaklaşım ve sunu olarak çok önemli emeği için Uğur Okman'ı, tasarım için Harun Balcıoğlu'nu, yayına hazırlamada -her zamanki- gibi Sinan Solmaz'ı ve son olarak "toparlamayı" yapan Onur Hamzaoğlu'nu ismen saymak istiyoruz. Hepsine çabaları için teşekkür ediyoruz.

Rapor'un önümüzdeki günlerde herkese ulaşma açısından küçük metinler, özet/kolay okunabilir vurgular içeren notlara, broşürlere de dönüştürülmesi söz konusu. Amaç daha fazla paylaşmak. Aynı zamanda bu, raporun hazırlanması aşamasında örtüştüğü ismin "tarzına" da uygun: Füsün Sayek.

1996-2006 Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Başkanı Füsün Sayek ancak üretim ve paylaşma varsa bir anmanın konusu olabilir. Füsün Sayek üretimle anılabilir. Bu rapor aynı zamanda Füsün Sayek'i anma isteğimizin süreklilik kazanmasını dilediğimiz yöntem önerisidir. Her yıl, O'nu yitirdiğimiz 16 Ekim'e denk düşen tarihte kamuoyu ile paylaşılacak bir rapor Füsün Sayek'le birlikte yaşamın ve olmanın aracı olacaktır.

Saygı, sevgi ve özlemle anarken "Füsün Sayek TTB Rapor"larından ilkini "Sayılar- Gerçekler" i sizle paylaşmaktan mutluluk duyuyoruz.

**Türk Tabipleri Birliği  
Merkez Konseyi**

Türkiye’de bir süredir hekim sayısının azlığı, buna çözüm olarak da tıp fakültelerinin ve alınan öğrenci sayılarının artırılması konuları Sağlık Bakanlığı tarafından sıklıkla gündeme getiriliyor. Yetkililer hedeflerinin, tıp fakültesi ve öğrenci sayılarının artırılmasıyla hekim sayımızın, en kısa sürede, OECD ve AB ülkeleri düzeyine ulaşmasını sağlamak olduğunu fırsat buldukça kamuoyu ile paylaşıyorlar. Hükümet, her ile en az bir üniversite, bir tıp fakültesi kampanyası başlatıp Sağlık Bakanlığı’nın saptamalarına dayanarak 2008 yılında açılan yeni tıp fakülteleri ile fakülte sayısını 66’ya ulaştırdı. Yükseköğretim Kurulu (YÖK) da Sağlık Bakanlığı’nın belirlemeleri doğrultusunda, konuyu üniversitelerle bile müzakere etme gereği duymadan, tıp fakültesi kadrolarını artırdı, yeni tıp fakültelerine başka üniversitelerin fakültelerinde okutulmak üzere 2008-2009 eğitim-öğretim dönemi için öğrenci alımını gerçekleştirdi. Yürütülen faaliyet, AB standartlarını yakalamak için bir dönem başlatılan, sertifikalı kara ve deniz avcısı, ehliyetli sürücü, sertifikalı amatör gemici vb. sayılarını artırmak için yürütülen kampanyalara benzemeye başladı. Ortaya çıkan durum, alt yapısız ve ülke gerçeklerine ve gereksinimlerine uymayan koşullarda, eğitim yapılmış gibi yapıp sertifika dağıtılan programları çağrıştırmaktadır. Unutulmamalıdır ki insan sağlığı ve tıp bu ‘ciddiyeti’ kaldırmaz.

Türkiye’de altmışlı yıllardan itibaren Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından düzenli olarak hazırlanan Beş Yıllık Kalkınma Planları’nda, Türkiye’de hekim sayısı ile ilgili durum saptaması ve öneriler ülkenin bütün sektörleri ve toplumsal sağlık hedefleriyle bir bütünlük içinde ele alınmaktaydı. Özellikle 21-25 Mart 1992 tarihinde, Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen Ulusal Sağlık Kongresi ile başlayan süreçte ve sonrasında hazırlanan raporlarda, Türkiye’de

hekim sayısı ile ilgili değerlendirmeler, hem toplumsal yaşantımızın durumu ve toplumun sağlığını belirleyici rolleri bilinen diğer sektörlerden hem de sağlık sektörünün bütünlüğünden koparılarak, tek başına ele alınmaya başladı.

Türkiye’de son 15-20 yıl içerisinde, konunun sorumluları tarafından kamuoyu ile paylaşılan çalışmalar kronolojik olarak; Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanıp yayımlanan Mayıs 1992 tarihli “Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dokümanı”, Haziran 1997 tarihli “Sağlık İnsangücü Mevcut Durum Raporu” ve 2007 tarihli “Sağlıkta Mevcut İnsan Kaynakları Durum Analizi”, Tıp-Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi Başkanlığı tarafından hazırlanıp yayımlanan Şubat 2008 tarihli “Türkiye’de Tıp-Sağlık Bilimleri Alanında Eğitim ve İnsan Gücü Planlaması, Mevcut Durum ve 2013 Yılı Vizyonu” ile Sağlık Bakanlığı ve YÖK tarafından hazırlanıp yayımlanan Mart 2008 tarihli “Türkiye Sağlık İnsangücü Durum Raporu”dur. Çalışmaların ortak noktası; sağlık insangücü alanını sağlık sektörünün alt yapı, örgütlenme, finansman ve hizmet sunumu gibi bileşenlerinden bağımsız-ilişkisiz olarak ele almış olmalarıdır. Raporların hazırlayıcıları çalıştıkları alanı sağlık sektörünün diğer alanlarıyla ilişkilendirmedikleri için doğal olarak sağlıklı toplum için sağlık sektöründen de öncelikli olan toplumda hakim üretim ve bölüşüm ilişkilerinin de dışında tutmuşlardır. Sosyal bir alan olan sağlığı, teknik bir alanmış gibi birkaç formüle ve nedenselliğini sorgulamadıkları birkaç sayıya daraltmışlardır.

Böylesi yaklaşımlar, herhangi bir bilgi eksikliğinden değil, çalışma sahiplerinin tercihlerinin bir sonucudur. Tezlerini doğrulama aşamasında, var olanı görmezden gelerek, tarafsız olmamışlardır. Bu tutumun bilimsel yöntem ile bağdaşmayan yaklaşımın bir sonucu olduğunu saptamamız gerekir.



Oysa insanlığın günümüze kadar sağlamış olduğu bilimsel bilgi birikiminin bütünlük içerisinde kullanılmaması izlenen bu yolun, yaklaşımın doğru olmadığını ortaya koyuyor.

Şimdilik kısaca belirtelim, sağlık hizmeti tek başına hekimlik hizmeti değildir. Ekip hizmetidir. Sağlık hizmeti üretim sürecinde ekibin bütün üyelerinin varlığını göz önüne almadan değerlendirme yapmak doğru değildir. Sağlık hizmeti uygun teknoloji ve alt yapı olmadan, yalnızca sağlık emekçilerinin varlığı ile üretilemez. Eğer hedef toplumun üyelerinin sağlıklı olması ise bunu belirleyen sağlık sektörünün durumundan önce ülkenin ekonomik kalkınmışlığı ve ülke zenginliğinin sektörlere ve insanlara nasıl pay edildiğidir.

Sağlıklı olmak-olabilmek kişilerin kendi başlarına sağlayabilecekleri bir durum değildir. İnsanların içinde buldukları toplumsal yaşantının bir sonucudur. Çünkü sağlıklı olabilmek için sağlık hizmeti yetmemektedir. Yeterli ve dengeli beslenme, temiz ve yeterli içme ve kullanma suyu, sağlıklı barınma, temiz hava, eğitim, ulaşım, çevre, iş, spor, sosyokültürel etkinlik vb. gibi toplumsal yaşantının bütün alanları birbirleriyle bağlantılı olarak, kişinin ve toplumun sağlığı ile doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle sağlık; “soyut ve somut pek çok ürünün yaratıcısı olan insanın, toplumun üyeleriyle kolektif içinde ve her bir üyenin gereksinimini eşit olarak karşılayacak şekilde üretebilmesi, biyolojik ve zihinsel bütünlüğünün korunması ve toplumsal örgütlülük ve üretim süreciyle birlikte geliştirilmesi” olarak ifade edilmektedir ve belirleyicileriyle birlikte (ekonomi, siyaset, kültür vb.) toplumsal süreç içerisinde değerlendirilmesi gerekir.

Sağlık kavramının yukarıdaki içeriği, sağlığın üretici güçlerin ve üretim ilişkilerinin bir sonucu olarak ele alınmasını koşullar. Bunun için de sağlık kavramı, emeğin bütün sürecine müdahale eden ortamı, kısaca insan yaşamının bütün alanlarını kapsamaktadır. Birçok araştırmanın verileriyle de ortaya konduğu gibi, sağlık hizmet-

lerinin yanı sıra, yukarıda sıralanan, toplumun ürettiği tüm olanaklardan toplumun bütün üyelerinin eşit olarak -gereksinimine göre- yararlanabildiği ve bunu sağlayacak üretim ilişkilerine sahip bir toplumsal yaşantı içinde sağlıklı olunabilmektedir. Ülkelerin yalnızca zengin olması toplumun sağlıklı olmasını sağlamamaktadır. Sosyalist ülkelerin sağlık düzeyi kendilerinden birkaç kat zenginlikteki kapitalist ülkelerden çok daha iyi iken, kapitalist ülkeler içinde de sağlık düzeyinin, sosyal hizmetleri kamusal olarak sunanlarda diğerlerine göre daha iyi olduğu saptanmıştır. Çünkü temel belirleyici üretim ilişkileri iken ikincil grup belirleyicilerin ön sırasında da bölüşüm gelmektedir.

Bir başka belirleme de sağlık hizmetleri sunumunda önceliğin; hastalar ve hastaları iyileştirmek değil, sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesini sağlamak amacıyla sağlıklıların-hasta olmayanların öncelenmesidir. Ayrıca, çalışma ve yaşam koşulları sağlığı doğrudan etkilediğinden, sağlık hizmetleri, sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesinin çevreye ve kişiye yönelik olarak bütün hizmet başlıkları birbirinden koparılmadan, birlikte planlanmalı, yönetilmeli ve sunulmalıdır. Bu durum özellikle sağlık hizmetleri örgütlenirken kişiye ve çevreye yönelik hastalıkları önlemeye yönelik hizmetlerin bir arada olması gerekliliğinin gerekçesini oluşturmaktadır.

Özetlersek, Türkiye’de hekim sayısının yeterli olup olmadığı tartışması Türkiye’deki diğer sağlık çalışanlarının sayısından: Türkiye’de sağlık çalışanı sayısının yeterli olup olmadığı sağlık hizmetlerinin finansmanı, örgütlenmesi ile hizmet sunumundan kısaca sağlık sisteminden: Türkiye’nin sağlık sistemi toplumsal sağlık düzeyinden: Türkiye’nin toplumsal sağlık düzeyi Türkiye’nin ekonomik, siyasal ve toplumsal yapısından: Türkiye’nin ekonomik, siyasal ve toplumsal yaşantısı da uluslararası ilişkilerden yalıtılmış olarak değerlendirilememeli, tartışılmamalıdır.

## Türkiye’de Ekonomi ve Siyaset

(Makro Çerçeve Kısa Bir Not)

Türkiye’de egemen ekonomik model ile sağlık sisteminin ilişkisini daha iyi görebilmemizi sağlayan temel belgelerden birisi Mart 1992 tarihinde gerçekleştirilen Ulusal Sağlık Kongresi çalışmalarıyla hazırlandı. Bu kongre, pek çok ülkede gerçekleştirilmek istenen “sağlık reformu” faaliyetlerinin Türkiye hazırlığıydı. Söz konusu ülkelerin ortak özelliği ise, sağlık sektörü ile ilgili yapılmak istenenlerin öncesinde kimisinde seçimler, kimisinde asker ya da sivil darbeler aracılığı ile oluşturulan hükümetler eliyle ekonomik modellerinde sermaye sınıfının lehine düzenlemeler yapmış olmaları, Keynesyen ekonomik politikalara bile tahammüllerinin kalmamış olması, ‘yeni’ ekonomik politikalara uygun ‘yeni’ sağlık sektörünün düzenlenme çalışmalarının varlığıydı.

Söz konusu dalganın kapsamındaki çevre kapitalist ülkelerde yapılmak istenen ilk şey olarak, ekonomiyi piyasacı yönde düzenlemek. Bir başka ifadeyle, kaynaklar kimin lehine dağıtılıyorsa, bölüşümü belirleyen “kim” ise o tarafın talepleri doğrultusunda işleyen bir ekonomik modeli hayata geçirmek. İkinci olarak, bu ülkelerde ekonomik istikrar gerekçesi ile sermaye sınıfını emekçi sınıflara karşı güçlendirmek.

Dünya Bankası (DB) ile IMF’nin 1980’li yılların başında hazırladıkları Washington Uyumuna kapsamında aynı yıllardan itibaren yardım koşulu olarak ülkelere “yapısal uyum politikaları” dayatıldı. Ülkelerin pek çoğu gönüllü olmamalarına rağmen, uygulamak zorunda kaldıkları bu politikalarla yukarıda sıraladığımız iki genel hedefinin gerçekleştirilmesi için kamunun mal ve hizmet sunumuna son verilmesi ile kamunun düzenleyici müdahale olanaklarını daraltıp yerine ‘özerk’ üst kurulların kurulmasını sağladılar. Kamuya ait mülkiyetler ile hizmet alanlarını özelleştirerek, toplumsal yararları sermaye sınıfına,

sermaye sınıfının zararlarını da emekçi sınıflara aktardılar. Sendikasılaştırma, esnek üretim ve esnek ücretlendirme ile “yedek işgücü” (işsiz) sayısındaki artışlar üzerinden ücretlerin kaba olarak baskılanması ile emek-gücü fiyatının düşürülmesi sağlandı. Toplam kalite yönetimi, kalite çemberleri gibi stratejilerle emekçiyi işyerine ideolojik olarak bağladılar ve örgütsüzleştirdiler.

Türkiye’de 1960 sonrası egemen olan özel birikimin desteklendiği ancak ithal ikameci ve devlet denetimindeki iktisat politikaları, 1980’de yerini iç ve dış karşı piyasa ekonomisi ile dış açılmaya bıraktı. Bu değişiklik tabii ki ülkeyi yönetenlerin ve sermaye sınıfının özgün kararları değildi. Öncelikle devalüasyon, KİT zamları ve fiyat denetimlerinin kaldırılması gerçekleşti ki bunlar birkaç yıldan beri IMF tarafından hükümetlere dayatılan borç verme koşuluuydu. Bu kararlar, ülke ekonomisinde istikrar sağlama söylemleriyle önerilmiş de olsa, gerçekte ulusötesi sermayenin, Türkiye’nin de serbest pazar ekonomisine geçmesi için DB aracılığıyla dayattığı yapısal uyum programının kendisiydi.

Uygulanan program kısa sürede etkisini göstermeye başladı. Örneğin imalat sanayinde, 1961-1980 yılları arasında ortalama yıllık artış %3.7, istihdamda %4.7 iken, 1970-1990 dönemi ücret artışı %2’ye, istihdam artışı ise; %3.3’e geriledi. Günümüzde, çalışma yaşındakiler arasında iş bulurum umu-duyla iş arayanların (işsizlerin) oranı %12’ye ulaştı. İş aramaktan usanmaları da ekleyecek olursak, Türkiye’de işsizlik uzun zamandan beri %20’yi aşmıştır. Türkiye’de, 1980’de işgücüne dahil olan nüfus 18 milyon iken, günümüzde 29 milyona ulaştı. Buna karşın, 1980’de sendikali işçi sayısı 2-2.5 milyon iken, günümüzde 900bin bile değildir. Bugün, sigortalı 98 işçiden biri her yıl iş kazası geçirmekte, her 100 iş kazasından 2’si ölümlle sonuçlanmakta. Türkiye’de emek-gücünün

fiyatı ucuzladı, çalışma koşulları kötüleşti, emek-güç örgütsüzleşti. IMF'nin direktifleri doğrultusunda kamuda personel istihdamı azaltılıyor. Özellikle 2003 yılından itibaren özel sektörde tam zamanlı çalışma ile kamuda sözleşmeli istihdam sağlık emekçileri için de yaygınlık kazandı. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı verilerine göre, Temmuz 2007 tarihi itibarıyla yaklaşık 12.400 özel sağlık kuruluşunda, yaklaşık 81.000 sigortalı sağlık emekçisi çalışıyor. Bunların da yalnızca %14'ü sendika üyesi.

Yapısal uyum programı çerçevesinde ülkenin mali bilançosunda da keskin bir dönüşüm sürüyor. Seksenlerden beri IMF'li yaşam devam ediyor. Tabloda da görüldüğü gibi borçları, özellikle kamu borçları artan, sürekli faiz borcu ödeyen bir ülke haline getirildik. 1994 ve 2001 mali krizlerinde banka kurtarmaları (sermayenin zararının kamulaştırılması) kamu harcamalarının en büyük bölümünü oluşturduğu bilinmektedir.

Son olarak, IMF'nin 2001 tarihli Türkiye Raporu'nun gerekleri Hükümetlerin "denetiminde", 'bağımsız' Merkez Bankası tarafından yerine getiriliyor. ABD ve AB ülkelerinde yaklaşık %3-4 olmasına karşın, Türkiye'de IMF'nin söz konusu raporundaki "önerileri" doğrultusunda, %15 düzeyinde "net getiri" yaratan faiz oranı ile sıcak paraya dayalı sermaye girişiyle "spekülatif büyüme" sürdürülmeye çalışılıyor. Bir yandan yine aynı rapordan kaynaklı gerekliliklerde yer alan faiz dışı fazla, GSMH'nin %6'sından az olmayacak şekilde sürdürülüyor. Bir başka ifadeyle, Hükümetler toplumun

bütünü, daha çok da sermaye sınıfı dışındakileri ilgilendiren-sosyal alanlara yapması gereken harcamalardan "tasarruf" ediyor.

Beraberinde gelir dağılımı bozulmaya devam ediyor. Türkiye nüfusunun en zengin %1'i ile en fakir %1'inin aylık geliri arasındaki fark 230 katı aşmıştır. Ülke genelinde açlık ve açlar artarken, siyasette de model değişikliği yaşandı. Nüfusun büyük bir çoğunluğu, hükümet partisini desteklemek koşuluyla hastası için yeşil kart, ailesi için kömür, gıda, giyecek yardımı alıyor ve iş bulabiliyor.

### Kaynakça

- Bağımsız Sosyal Bilimciler. (2008) 2008 Kavşağında Türkiye Siyaset, İktisat ve Toplum, Yordam Kitap, İstanbul.
- Boratav K. (2003) Türkiye İktisat Tarihi, 1908-2002. İmge Kitabevi, 7. Baskı, Ankara.
- ÇSGB (2008) Çalışma Hayatı İstatistikleri 2007. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Çalışma Genel Müdürlüğü, Temmuz 2008, Ankara.
- Gürsel S, Ulusoy V. (1999) Türkiye'de İşsizlik ve İstihdam. Yapı Kredi Yayınları, İstanbul.
- Şiriner İ, Doğru Y. (2006) Türkiye'de Büyümenin Ekonomi Politikası. Dipnot Yayınları, Ankara.
- Petrol-İş Sendikası (2008) Sendikal Notlar. Sayı: 33, Ağustos.

### Tablo 1.

Kamu kesimi bazı mali göstergelerinin GSYİH içindeki payı (%)

	1980-1989	1990-1999	2000-2005
Bütçe Dengesi	-3.0	-6.1	-9.8
Kamu Gelirleri	14.4	19.2	27.4
Kamu Harcamaları	17.4	25.3	37.2
Kamu Borçları	30.3	38.7	76.4
Toplam Borçlar	43.8	42.7	61.5
Net Borçlar	39.2	35.0	47.8
Faiz Ödemeleri	3.1	2.6	3.1

Kaynak: EUI Country Data Sources

## Türkiye'nin Sağlığı

Metinle ilgili tablolar EK-1'de izlenebilir

Ülkelerin sağlık durumları toplumsal sağlık göstergelerinin yanı sıra, hizmetle ilgili göstergelerle de değerlendirilmektedir. Bebek ölüm hızı, beş yaş altındaki çocuklarda bodurluk toplumsal sağlık göstergeleri grubunda değerlendirilirken, sağlık kuruluşu dışında yapılan doğumlar, çocukların aşılanma durumları, sağlık ocağı başına düşen nüfus ve ebesiz köy sağlık evlerinin sıklığı hizmetle ilgili olan göstergelerdir. Bu bölümde sözü edilen göstergeler üzerinden Türkiye'nin sağlığını ve zaman içindeki değişimini ortaya koymaya çalışacağız.

Türkiye'de, 1978 yılında bin canlı doğumdan 134'ü birinci doğum gününü göremeden ölürken, 2003 yılında bu sayı 29'a düşmüştür. Ancak 1978 yılında kentteki bir bebek ölümüne karşılık kırdaki 1.2 bebek ölürken, 2003 yılında kentteki bir bebek ölümüne karşılık kırdaki 1.7 bebek birinci doğum gününden önce ölmüştür. Benzer şekilde 1978 yılında Batı'daki bir bebek ölümüne karşılık Doğu'da 1.4 bebek ölürken, 2003 yılında Batı'daki bir bebek ölümüne karşılık Doğu'da 1.9 bebek ölmüştür. Başka bir açıdan bakıldığında, 1978 yılında kırsal sosyoekonomik düzeyi kent düzeyine ulaştırılsa bebek ölümlerinin %11.2'si önlenbilir durumdayken, 2003 yılında aynı koşullar sağlandığında önlenbilir ölümlerin oranı %20.7'ye yükselmiştir. Benzer biçimde ülkenin bütününün sosyoekonomik düzeyi Batı bölgesi düzeyine ulaştırıldığında bebek ölümlerinin 1978 yılında %19.4'ü önlenirken, 2003 yılında bu oran %27.6'ya çıkmıştır (Tablo1).

1993 yılında eğitim düzeyi ilkokul ve üzerindeki annelerden doğan bebeklerden bir ölüme karşılık, eğitim düzeyi ilkokulun altındaki annelerden doğan bebeklerden 1.68'inin öldüğü görülmektedir. 1988 yılında da eğitim düzeyi ilkokul ve üzerindeki annelerden doğan bebeklerden bir ölüme karşılık, eğitim düzeyi ilkokulun

altındaki annelerden doğan bebeklerden 1.56'sı ölmüştür. 2003 yılında ise eğitim düzeyi ilköğretim ikinci kademe ve üzerindeki annelerden doğan bebeklerden bir ölüme karşılık, eğitim düzeyi ilkokulun altındaki annelerden doğan bebeklerden 2.83'ü ölmüştür. Başka bir açıdan bakıldığında; 1993 yılında ilkokul eğitim düzeyinin altında eğitimi olan annelerin eğitim düzeyi, ilkokul ve üzerine çıkarılabileseydi, bebek ölümlerinin %17.1'i önlenilenecekti. 2003 yılında ise ilkokul eğitim düzeyinin altında eğitimi olan annelerin eğitim düzeyi ilköğretim ikinci kademe ve üzerine çıkarılabileseydi, bebek ölümlerinin %37.9'u engellenebilecekti (Tablo1).

Bir diğer toplumsal sağlık düzeyi göstergesi, 0-5 yaş arası çocuklarda yaşa göre boy açısından beslenme bozukluğu-bodurluk-dur. 1993 yılında yüz çocukta 18.90'ında, 2003 yılında da 12.20'sinde beslenme bozukluğu olduğu, yani 10 yıllık süre içerisinde bir iyileşme saptanmıştır. Ancak, 1993 yılında kentteki beslenme bozukluğu olan bir çocuğa karşılık kırdaki 1.7 çocuk varken, 2003 yılında bu oran 2.0'ye yükselmiştir. Durum bölgelere göre değerlendirildiğinde, 1993 yılında Batı'daki her bir beslenme bozukluğu olan çocuğa karşılık, Doğu'da 3.3 çocuk varken, 2003 yılında bu oran 4.1'e yükselmiştir. Yine 1993 yılında, eğitim düzeyi ilkokul ve üzerindeki annelerin 0-5 yaşındaki çocuklarından bir bodur çocuğa karşılık, eğitim düzeyi ilkokulun altındaki annelerin 0-5 yaşındaki çocuklarından yaklaşık yedisi bodurdur. 2003 yılında da eğitim düzeyi lise ve üzerindeki annelerin 0-5 yaşındaki çocuklarından bir bodur çocuğa karşılık, eğitim düzeyi ilkokulun altındaki annelerin 0-5 yaşındaki çocuklarından yaklaşık dokuzu bodurdur. Bir başka ifadeyle, ülke genelinde 0-5 yaş çocuklarda bodurluk azalmakta ancak anne eğitim düzeyi düşük olan çocuklar

bu durumdan yararlanamadığı gibi, durumları yıllar içinde daha da kötüleşmektedir. 1993 yılında, kırsal sosyoekonomik düzeyi kentin durumuna yükseltile çocuklardaki beslenme bozukluğunun %21.7'si önlenebilirken, 2003 yılında aynı şartlar sağlandığında çocuklardaki önlenebilir beslenme bozukluğu %26.2'ye yükselmiştir. Benzer biçimde ülkenin bütününün sosyoekonomik düzeyi Batı bölgesi düzeyine ulaştırıldığında çocuklardaki beslenme bozukluğunun 1993 yılında %46.0'sı önlenebilirken, 2003 yılında bu oran %54.9'a çıkmıştır (Tablo2).

Türkiye'de sunulmakta olan sağlık hizmetlerinin durumunu değerlendirebilmek için yaralanabileceğimiz göstergelerden birisi de sağlık kuruluşu dışında doğuran kadınlardır. Bilindiği gibi sağlık personeli yardımı olmadan yapılan doğum, öncelikle doğumun sağlık kurumu dışında, asepsi, anti-sepsinin olması gereken şekilde sağlanamayacağı, hem anneye hem de bebeğe doğum sırasında ya da hemen sonrasında gerektiğinde tıbbi müdahalenin yapılamayacağı mekanlarda gerçekleşmekte olduğu ve doğum eylemi sırasında annelerin yanında deneyimli teyzelerin yanı sıra, bazen de hiç kimse olmadan, annelerin tek başlarına olabileceğidir. Bu ölçüte göre, Türkiye'de doğum yapan yüz kadından, 1983 yılında 58.0'i, 1988 yılında 39.1'i, 1993 yılında 40.4'ü, 1998 yılında 27.5'i ve 2003 yılında 22.7'si doğumlarını sağlık kuruluşu dışında gerçekleştirmiştir. Bu veriye göre, Türkiye'de yıllar içerisinde sorunun azaldığı tespiti yapılabilir. Ancak 1993 yılında eğitim düzeyi ilkökul ve üzerindeki annelerin sağlık kuruluşu dışında bir doğumuna karşılık, eğitim düzeyi ilkökulun altındaki annelerden 5.5'i sağlık kuruluşu dışında doğum yapmıştır. Ülke genelinde sağlık kuruluşu dışında doğuran kadınların yüzdesindeki azalmaya karşın, eğitim düzeyi ilkökul ve üzerindeki annelerin sağlık kuruluşu dışında bir doğumuna karşılık, eğitim düzeyi ilkökulun altındaki annelerden 1998 yılında 14.6'sının, 2003 yılında 16.2'sinin doğumlarını sağlık kuruluşu dışında yaptığı izlenmektedir. Kentte gerçek-

leşen sağlık kuruluşu dışındaki her bir doğuma karşılık kırdada, 1983 yılında 2.1 doğum, 2003 yılında da 2.5 doğum sağlık kuruluşu dışında gerçekleşmiştir. Aynı yıllarda Batı'daki her bir sağlık kuruluşu dışındaki doğuma karşılık Doğu'da 2.3 ve 5.4 doğum sağlık kuruluşu dışında gerçekleşmiştir. Annelerin eğitim düzeyi üzerinden değerlendirmek istediğimizde; 1993 yılında ilkökul eğitim düzeyinin altında eğitimi olan annelerin eğitim düzeyi, ilkökul ve üzerine çıkarılabileseydi, sağlık kuruluşu dışında gerçekleşen doğumların %70.3'ünün, 2003 yılında ise %85.9'unun engellenebileceğini görmekteyiz (Tablo 3).

Aynı gösterge üzerinden 2000 ve 2006 yıllarındaki durumu karşılaştırdığımızda bölgeler arası farkın benzer olduğunu görüyoruz. Buna karşın, Sağlık Bakanlığı'na göre, sağlık personeli yardımı olmadan gerçekleşen doğum sayıları, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması ile saptanan sağlık personeli yardımı olmadan gerçekleşen doğum sayılarının oldukça altında olmasına rağmen, bölgeler arası farklar benzerdir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı verilerine göre, 2000 yılında yüz doğumdan yaklaşık altısı sağlık personeli yardımı olmadan gerçekleşirken, altı yıl sonra bu orantı yaklaşık dörde düşmüştür. Marmara bölgesinde gerçekleşen doğumlarda da yaklaşık ikiden, yarıma düştüğünü görüyoruz. Beraberinde tüm bölgelerde de bir iyileşme olduğu belirtilebilir. Buna karşın, bu iyileşmeye biraz daha yakından bakıldığında, durumun farklı olduğunu görmekteyiz. Örneğin, 2000 yılında en iyi durumda olan Marmara bölgesinde sağlık personeli yardımı olmadan yapılan bir doğuma karşılık, en kötü durumda olan Doğu Anadolu bölgesinde 10 doğum sağlık personeli yardımı olmadan yapılmıştır. Aradan altı yıl geçtikten sonra Marmara'da sağlık personeli yardımı olmadan yapılan bir doğuma karşılık, Doğu Anadolu'da 29 doğum sağlık personeli yardımı olmadan yapılmıştır. Özetle, sağlık personeli yardımı olmadan yapılan doğum göstergesi üzerinden Marmara ile Doğu Anadolu bölgeleri arasındaki eşitsizlik son altı yılda yak-

laşık üç kat artmıştır. Konuyu topluma atfedilen risk hesaplamamız üzerinden de değerlendirebiliriz. Buna göre, Türkiye genelinin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyini Marmara bölgesi düzeyine çıkarabilse, başka bir ifadeyle Marmara bölgesiyle eşitlenebilse, sağlık personeli yardımı olmadan yapılan 100 doğumdan 2000 yılında yaklaşık 67'sinin, 2006 yılında ise 88'inin bu koşullarda gerçekleşmesine engel olunabileceği görülmektedir. Diğer bir ifadeyle, yıllar içerisinde, sağlık personeli yardımı olmadan yapılan doğumlar arasında engellenebilecekler artış göstermekte, özetle, bölgeler arasındaki eşitsizliklerin büyüdüğü görülmektedir (Tablo 4).

Bir başka sağlık hizmeti göstergesi, 12-23 aylık çocuklardan tam aşılanmamış çocukların oranıdır. 1998 yılında 12-23 aylık her yüz çocuktan 54.3'ü, 2003 yılında 45.8'i tam aşılanmıştır. Aynı yıllarda sırasıyla kentte tam aşılanmayan bir çocuğa karşılık kırdada 1.3 ve 1.7 çocuk, Batı'da tam aşılanmayan bir çocuğa karşılık, Doğu'da 1.6 ve 2.4 çocuk bulunmaktadır. Kırsal sosyoekonomik durumu kentle benzer hale getirildiğinde, 1998 yılında tam aşılanmayan her yüz çocuktan 11.2'sini, 2003 yılında ise 19.0'unu, eğer bütün ülke Batı'nın sosyoekonomik düzeyine getirilirse tam aşılanmayan yüz çocuktan 1998 yılında 24.3'ünü, 2003 yılında ise 41.0'ini önlemek mümkündür (Tablo 5).

Aşılanma hizmetinin sürekliliğini ve düzenliliğini izlemeye aşı devamsızlık hızları kullanılmaktadır. Aşı devamsızlık hızı, bir aşının birinci dozunun yapıldığı bebeklerin oranı ile son dozunun yapıldığı bebeklerin oranının farkıdır. Birinci doz aşısı yapılan bebekler, sağlık hizmetinin götürülebilirdiği ya da ailelerinin sağlık hizmetine ulaşabildiği bebeklerdir. Buna karşın, daha sonra bu bebeklere sağlık hizmeti götürülmediği ya da ailesinin hizmete ulaşamadığı için aşının son dozu yapılamamaktadır. Aşının birinci dozunun yapılmasına rağmen, son dozu yapılamayanların arasındaki fark, aşılanma hizmetlerinin ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin durumunun ortaya konması ve izlenmesinde yol

göstermektedir. Öyle ki, UNICEF, aşı devamsızlık hızları %10'u aşan ülkeleri sağlık sistemleri sorunlu ülkeler olarak kabul etmektedir. Türkiye'de 2002 yılı itibarıyla, DBT1-Kızamık devamsızlık hızı "sıfır" dır. Başka bir ifadeyle, birinci basamaktaki sağlık ekiplerimiz karma aşının birinci dozunu yaptığı sayıda bebeğimize kızamık aşısını da yapabilmişlerdir. Ancak Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerimizde DBT1-Kızamık devamsızlık hızı sırasıyla %12 ve %20'dir. 2006 yılına gelindiğinde devamsızlık hızı %11'e yükselmiştir. Doğu Anadolu bölgemizin durumu değişmemiş, Güneydoğu Anadolu bölgemiz daha da kötüleşmiştir. Ancak zaman içinde kötüye gidişin boyutunu değerlendirecek olursak, ön sıralarda Akdeniz ve Ege bölgemiz yer alırken, onları sırasıyla İç Anadolu, Marmara ve Karadeniz bölgelerimiz izlemektedir. DBT1-Kızamık devamsızlık hızı yönünden daha önce sorunu olmayan beş bölgemiz de diğer iki bölgemize katılmıştır (Tablo 6).

Sağlık hizmet sunumu ile ilgili bir diğer gösterge, ebesi olmayan köy sağlık evlerinin sıklığı ve dağılımıdır. Türkiye'de, 2000 yılında 100 köy sağlık evinden 66'sında, 2003 yılında da 79'unda ebe olmadığı görülmektedir. Bir başka ifadeyle, ülke genelinde sorun yıllar içinde artmıştır. Bu artış görece olarak %20 (1-1.2) iken, mutlak olarak her yüz köy sağlık evinde 13'dür. Her iki yılda da Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerimizin diğer bölgelerimize göre en kötü durumda oldukları görülmektedir. Ancak 2000-2003 yılları arasındaki eğilim değerlendirildiğinde, sorun Akdeniz Bölgesi'nde diğer bölgelere göre çok daha fazla artmış, bunu sırasıyla Karadeniz ve Marmara bölgelerimiz izlemiştir. Yıllar içerisinde ebesiz köy sağlık evlerimizdeki artış bu bölgelerimizde en fazladır. Bu artış, 2000-2003 yılları arasında mutlak olarak 100 köy sağlık evinde Akdeniz Bölgesi'nde 24, İç Anadolu Bölgesi'nde 15 ve

Marmara Bölgesi'nde 14'tür. Görece olarak Akdeniz Bölgesi'nde %55 (1-1.55), Ege Bölgesi'nde %28 (1-1.28) ve Marmara Bölgesi'nde de %26 (1-1.26)'dır. Hız oranı ve topluma atfedilen riskteki, 2000-2003 yılları arasındaki görece değişime baktığımızda, hız oranında %21 (1-.79), topluma atfedilen riskte ise %28 (1-.72)'lik bir azalma dikkati çekmektedir. Bu verilere göre ülke genelinde ve bölgelerimizin tümünde 2000-2003 yılları arasında ebesi olmayan köy sağlık evlerinde bir artış olmakla birlikte, bölgeler arasındaki farkın yıllar içerisinde kapanmakta olduğu izlenmektedir. Ebesi olmayan köy sağlık evleri açısından bölgelerimiz arasında sağlıkta eşitsizliklerin azaldığı görülmektedir. Ancak bu durumun ülkenin bütün bölgeleriyle kötüleştiği bir eğilim içindeyken yaşandığını da görmemiz gerekir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında, anne ve çocuklara yönelik sağlık hizmetlerini sunmakla görevli ebeler ve çalıştıkları birimler terk edilmişlikle karşıya karşıyadır (Tablo 7).

Yukarıdaki veriler bir arada değerlendirildiğinde, Türkiye'de son 20-25 yıldır sağlığın genel olarak 'iyiye' gittiği saptaması yapılabilir. Buna karşın, bölgeler ve kır-kent arasında yıllar içerisinde sağlıktaki eşitsizliklerin belirgin bir biçimde arttığı görülmektedir. Ülke genelinde ne yazık ki, sınıfların sağlık durumunu gösterecek veriler bulunmamaktadır. Ancak görece bir sınıfsal kategori olarak kabul edilen eğitim düzeyi kullanılarak, annelerin eğitim durumlarına göre gruplanmasıyla böyle bir veri tabanı oluşturmak mümkündür. Bu yol izlenerek yapılan değerlendirmelerde de Türkiye'de bölgeler ve kır-kent arasında zaman içinde artmakta olan sağlık düzeyindeki eşitsizlikler toplumsal sınıfların alt katmanları ile üst katmanları arasında da bulunmakta, sağlık düzeyindeki eşitsizlikler zaman içerisinde alt katmanların aleyhine artarak devam etmektedir.

## Türkiye’de Sağlık Sektörünün Durumu

Metinle ilgili tablolar EK-2’de izlenebilir

Türkiye’de ulusötesi sermayenin Dünya Bankası (DB) aracılığıyla çeşitli mekanizmaları-ilişkileri kullanarak kabul ettirdiği yapısal uyum politikalarının kapsamında ekonominin yanı sıra, eğitim, yerel yönetimler, üniversiteler, kamu yönetimi, sosyal güvenlik, hazine arazileri, istihdam, ormanlar vb. alanlarla birlikte sağlık sektöründe de serbest pazar uygulamalarına geçme çalışmaları kademeli olarak başlatılmıştır. Bu çalışmalar 30 yıla yakın bir sürenin sonunda, günümüz itibarıyla tamamlanmak üzeredir. Söz konusu süreç tamamlandığında sağlık hizmetlerinin sunumu da toplumsal bölüşümün yeniden düzenlendiği (mülkiyet ilişkileri ve gelir dağılımından kaynaklanan eşitsizliklerin eğitim, sağlık gibi alanlardaki hizmetlerin kamu eliyle, parasız ya da düşük ücretler karşılığında sunulması ‘hayatın yaşanabilir’ hale getirilmesi) alanlardan biri olmaktan çıkarılmış olacaktır. Son otuz yıldır sağlık alanında yapılanlara ana başlıklarıyla bakılacak olursa;

1) Öncelikle devletin sağlık alanındaki toplumsal sorumluluğu planlama ve standart belirlemeye indirgeniyor. Bir başka ifadeyle devletin, Sağlık Bakanlığı’nın sağlık alanındaki varlık gerekçesi emekçilere, köylülere, yoksullara sağlık hizmeti sunma ödevinden arındırıp, hizmet sunmak yerine “kural” koymak işiyle sınırlandırılıyor. Ancak bu konudaki uygulamalarda da sorun var. Hükümet özellikle 2003 tarihinden beri sağlık sektöründe hazırladığı mevzuat ile yapı boz oynuyor. Örneğin, Hükümet, Haziran 2003 tarihinde, hekimlere fakülteden mezuniyetten sonra 2 yıl ve ihtisastan sonra 2 yıl olmak üzere toplam 4 yıllık zorunlu hizmet uygulaması getiren, 25 Ağustos 1981 tarihinde asker hükümet tarafından uygulamaya konan, 2514 sayılı Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Yasa’yı, hem başarısız ve antidemokratik olduğu hem de IMF’ye verilen sözler arasındaki kamuda personel

istihdamını azaltmaya yönelik politikalarla çeliştiği gerekçesiyle kaldırdı. Beraberinde sağlık hizmetlerini piyasa koşullarına devretme sürecinde diğer çalışanlarla birlikte hekimleri de kamusal güvencelerin dışına çıkartıp, sözleşmeli çalışmayla piyasa koşullarına devredildi. Ancak hekimler sözleşmeli çalışmayı tercih etmeyince, aynı hükümet hekimlere yönelik zorunlu hizmet uygulamasını, eskisine benzer içerikte, Temmuz 2005 tarihinde yeniden uygulamaya koydu.

İkinci bir örnek olarak sevk zinciri uygulamasındaki durumdur. Bakanlığın sağlık sistemiyle ilgili bütün metinlerinde birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları arasında sevk sisteminin olmazsa olmazlığından bahsedilmektedir. Buna karşın, 25 Mayıs 2007 tarihli ve 26532 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği ile ülke genelinde sağlık hizmetlerinin kullanımında sevk sistemi kaldırılmıştır. 2002 yılında Türkiye genelinde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kurumların polikliniğine başvuran her yüz hastadan 4.2’si yatırılırken, 2007 yılında başvuran yüz hastadan yalnızca 3.5’i yatırılmıştır. Bu durum, 2007 yılında, ülke genelinde hastane polikliniklerine başvuran hastalarda yatış endikasyonu bulunanların oranının 2002 yılında başvuran hastalara göre azaldığını göstermektedir. Uygulama sonuçları, özel hastanelerdeki durumun ibret verici olduğunu gösteriyor. 2002 yılında özel hastane polikliniklerine başvuran yüz hastadan 12’si yatırılırken, 2007 yılında ancak 7.6’sı yatırılmıştır. İki yıl arasındaki mutlak değişim -4.4 olmuştur. Peki ne pahasına? Hastanelerde uzun kuyruklar, kuyruklar nedeniyle gerçekten ikinci ya da üçüncü basamak sağlık kurumlarında sunulan hizmete gereksinimi olanların-endikasyonu olanların mağduriyeti, gereksiz maliyet artışı-israf ve hizmet sunumunda verimsizlik pahasına (Tablo 1).



2) Sağlık hizmetlerinin finansmanında genel bütçenin kullanımını yasaklamasına dramatik bir azaltmayla, yerine sağlık primi, cepten ödeme, katkı payı biçiminde parası olana parası kadar sağlık uygulamasını dayatılıyor. Uygulamayla birlikte, ayda 222 YTL geliri olan bir kişi 25 YTL sağlık vergisi-primi ödemezse sağlık hizmeti alamayacaktır. SGK kapsamında çalışanlar da ayda 146 YTL'ye varan miktarlarda ödeme yapacaklar. Bu da yetmeyecek her başvuruda 2-10 YTL arasında değişen miktarlarda "katkı payı" adı altında cepten ödeme yapacaklar. Yapamayan muayene edilmeyecek.

3) Sağlık sektörü hizmeti üreten ve finanse eden birimler olarak bölünüp, bu iki yapının piyasa koşullarında ilişkide bulunması, böylece finansmandan "sorumlu" yapının hizmet üretici yapılar (sağlık işletmeleri) arasındaki rekabetten yararlanarak, ucuz olandan hizmet satın alması uygulaması getiriyor. Bu amaçla kamunun sosyal güvenlik kurumları SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında birleştirildi. Oysa bu uygulama sağlık hizmetlerinin maliyetini artıran bir uygulama olarak tarihsel yerini aldı. İngiltere sağlık sektöründe yalnızca bu uygulama sonucunda, sağlık hizmetlerinin pahalandığı saptandığı için vazgeçildi. Bir yandan kamuya bu uygulama zorunluluğu getirilirken, diğer yandan özel hastane zincirleri kendi sigorta şirketlerini kurmaya başladılar.

4) 2005 yılında Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplanan hastaneler ve üniversite hastaneleri döner sermaye işletmeleri aracılığıyla piyasacı yaklaşımla davranmaya zorlanıyorlar. Çünkü söz konusu birimler artık giderlerinin çok büyük kısmını (yaklaşık %70-80'ini) "kazandıklarından" karşılamak zorundalar. Döner sermaye uygulamasında hizmeti sunan kamu hastaneleri (üniversite ve Sağlık Bakanlığı hastaneleri), hizmeti kullanıcı adına satın alan SGK, özel sigorta şirketleri ve herhangi bir sosyal güvencesi olmayan kişilerle doğrudan parasal ilişkiye girmektedir. Hastane, sunduğu hizmetin karşılığını kendisi tahsil etmek zorundadır. Kamu hastaneleri, temizlik, yemek,

güvenlik hizmetleri vb. taşeron şirketlerden satın alınmak zorundadır. Başta hemşirelik hizmetleri olmak üzere birçok sağlık hizmetinin üretilebilmesi için ücretleri döner sermaye gelirlerinden karşılanan sözleşmeli personel çalıştırmak mecburiyetindedirler. Sağlık emekçilerini sisteme entegrasyona zorlamak amacıyla, zaman içerisinde reel olarak azalan gelirlerini, kalıcı ve emeklilikte de kullanılabilir bir özlük hakkına dönüştürmeden takviye etmek için döner sermaye gelirlerinden küçük bir kısmı üç ana başlık altında (döner sermaye primi, özel işlem katkı payı ve performans) çalışanlara dağıtılmaktadır. Hem sağlık meslek grupları arasında (hekim-hemşire vb.) hem de meslek gruplarının kendi içinde farklı oran uygulamalarıyla rekabet ortamı yaratılmış, dayanışma koşulları ortadan kaldırılmıştır. Sağlık emekçileri işletmenin kazanabilmesi için sıklıkla hastalarla karşı karşıya gelebilmekte, gereksiz işlemlere yönelebilmekte.

5) Hastalıkların önlenmesine ve birincilik yeterli ve kalıcı uygulamalardan vazgeçildi. Sağlık Bakanlığı'na genel bütçeden verilen pay, 2005 yılı uygulamalarında, 2001 yılı uygulamalarına göre %33 artırılırken, Bakanlık bütçesinden, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (TSHGM)'ne ayrılan pay %23 azaltılmıştır. Benzer şekilde, TSHGM bütçesinden yatırım için ayrılan pay %80 oranında azaltılmış, başka bir ifadeyle, birinci basamağa hemen hemen hiçbir yatırım yapılmamıştır. Buna karşılık, cari harcamaların payı ise %122 oranında artırılmıştır. 2005 yılında birinci basamak için kalıcı alt yapı ve yatırım faaliyetleri yerine, sarf harcamaları tercih edilmiştir (Tablo 2).

6) Türkiye'de 2000 yılından itibaren toplam sağlık harcamaları ve kamu sağlık harcamaları hızla artmaktadır. Toplam sağlık harcaması, 1999 yılında 4 milyon 985 bin YTL iken, 2006 yılında 8.7 kat artarak 43 milyon 197 bin YTL'ye, kamu sağlık harcamaları da aynı yıllar için 3 milyon 37 bin YTL'den, 10.3 kat artarak 31 milyon 284 bin YTL'ye ve kamu cari sağlık harcamaları yine aynı yıllar için, 2 milyon 871 bin YTL'den, 10.2 kat

artarak 29 milyon 150 bin YTL'ye çıkmıştır. Ülke genelinde sağlığa yapılan harcamaların 1999 yılında %61'i kamu tarafından yapılırken, 2006 yılında kamunun payı %72'ye yükselmiştir. Dönemler itibariyle bakarsak, 2003-2006 yılları arasında 1999-2002 yıllarına göre, toplam sağlık harcamalarında %299, kamu sağlık harcamalarında %319 ve kamu cari sağlık harcamalarında ise %318 artış olmuştur. Bununla birlikte önceki döneme göre, toplam sağlık harcamalarında kamu sağlık harcamalarının payı %7, kamu cari sağlık harcamalarında kamu ilaç harcamalarının payı %7 ve kamu sağlık harcamalarında kamu yatırım sağlık harcamalarının payı %4 artmıştır. Kamuda sağlığa yatırım harcamaları hemen hemen yerinde sayarken, cari harcamalardaki artış dikkat çekicidir. Kamu cari harcamalarının çok büyük kısmını, 2005 yılında en büyük sağlık hizmet satın alıcısına dönüştürülen (hastaneleri elinden alınan) SSK'nin de bulunduğu sosyal güvenlik kurumlarıdır. Sosyal güvenlik kurumlarının sağlık harcamaları 2002 yılında 7 milyon 629 bin YTL iken, 2006 yılında, %232 artışla 17 milyon 667 bin YTL'ye yükselmiştir. Bu artış sosyal güvenlik kurumlarının özel hastanelerden hizmet satın alma eğiliminde de önemli bir artışla birlikte seyretmektedir. Öyle ki, sosyal güvenlik kurumlarının 2007 yılında özel hastanelerden hizmet satın almak için yaptığı harcamanın payı 2003 yılına göre %82 artmıştır. Kamu cari sağlık harcamalarında ilaç harcamalarının payı 2003-2006 döneminde 1999-2002 dönemine göre önemli oranda artmıştır. Sağlık harcamalarında ilaç giderlerinin payı %35'i aşarak dünya rekoruna doğru ilerlemektedir. Söz konusu payın, ilaç harcamalarında KDV'nin %18'den %8'e çekilmesine rağmen gerçekleşmiş olduğu da dikkatlerden kaçırılmamalıdır (Tablo 3-5).

7) Sağlık hizmetlerinin finansmanında kamunun payı artarken, hizmet sunumunda özel sektör kamunun yerini alıyor. Ama nerede ve nasıl? Türkiye'de 2001 yılında toplam 251 özel hastanenin %98'i, 12449 özel hasta yatağının da %92'si 18 ilde



bulunmakta, 41 ilde ise hiçbir özel hastane ve özel hasta yatağı bulunmamaktadır. Hiçbir özel hastane bulunmayan 41 ilin GSYİH'den aldığı pay %14'iken, 18 ilin aldığı pay %70'den daha fazladır. Özetle, 2001 yılında, parası olmayanların yaşadığı illerde özel hastane açılmıyordu (Tablo 6, 7). Geçen zaman içinde durum değişti mi? 2008 yılının ilk beş ayında 384'ü bulan özel hastane sayısının, benzer eğilimle devam ettiğinde 2010 yılında özel hastane sayısının 600'ü geçeceği tahmin edilmektedir (Grafik 1). Türkiye'de 2006 yılı itibariyle 139'u İstanbul'da olmak üzere toplam 346 adet özel hastane bulunurken, 29 ilde hiçbir özel hastane bulunmamaktadır. Bu illerden biri dışında tümü DPT'nin sosyoekonomik gelişmişlik endeksine göre birinci ve ikinci %20'lik gruba giremeyen, 3-5. gruptaki illerden oluşmaktadır (Tablo 8). Sosyoekonomik gelişmişlik düzeyinde birinci %20'lik dilimdeki bütün illerde, ikinci %20'lik gruptaki illerden de Bilecik dışındaki illerin hepsinde, 2006 yılı itibariyle en az iki özel hastane bulunmaktadır. 2006 yılında, son %20'lik gruptaki illerden yalnızca üçünde özel hastane bulunmaktadır. Söz konusu yaygınlığa rağmen, 2006 yılı itibariyle özel hastanelerde istihdam edilen hekimler ülkedeki toplam hekimlerin ancak %4'ünü oluşturmaktadırlar (Tablo 9). OECD ülkelerinde 100 hastane yatağı başına ortalama 50 hekim düşerken, Türkiye'deki özel hastanelerin önemli bir kısmında bu oran aşılmıştır. Benzer şekilde, özel hastane bulunan illerin %60'a yakınında hastane yatağı başına 50'den fazla sayıda hekim düşmektedir. Bin kişi başına düşen hastane yatağı sayısı OECD ülkelerinde ortalama 6 iken Türkiye'de 2.6'dır. Özel hastane bulunan ve bulunmayan illerde söz konusu tablo değişmemektedir (Tablo 10). 2002-2006 yılları itibariyle illerde çalışmakta olan uzman hekimler içinde özel hastanelerde çalışanların oranı artmaktadır. Ancak bu durum uzman hekimlerin illere dağılımındaki bozukluğu giderici katkı sunmamaktadır (Tablo 11). Sağlıkta özel sektörün rolünü ve beklentilerini tıbbi teknoloji üzerinden de değerlendirmemiz mümkündür. 2006

yılı itibariyle Türkiye'de 148'i özel sektöre ait olmak üzere toplam 254 adet magnetik rezonans (MR) cihazı bulunmakta ve bir milyon kişiye 3.5 adet MR cihazı düşmektedir. Özel sektörün elindeki MR cihazlarının %45'i ülke nüfusunun %27'sinin yaşadığı Marmara Bölgesi'ndeki, %5'i de nüfusun %10'unun yaşadığı Doğu Anadolu Bölgesi'ndeki illerde bulunmaktadır (Tablo 12). Türkiye'de bir milyon kişiye 7.8 adet bilgisayarlı tomografi (BT) cihazı düşmektedir. Toplam 566 adet BT cihazının 308'i Devlet ve üniversite hastanelerinde, 258 tanesi de özel hastanelerde bulunmaktadır. Devlet ve üniversite hastanelerindeki BT cihazlarının yaklaşık %28'i Marmara, %17'si Ege, %21'i İç Anadolu, %7.8'i Doğu Anadolu Bölgeleri'ndedir. Buna karşılık, özel hastanelerdeki BT cihazlarının %86'sı Marmara Bölgesi'nde bulunurken, yalnızca binde dördü Doğu Anadolu Bölgesi'ndedir. Eğer söz konusu cihazlar nüfusa göre dağıtılmış olsaydı, Marmara Bölgesi'ndeki özel hastanelerde 222 yerine yalnızca 69 BT cihazının olması, Doğu Anadolu Bölgesi'ndeki özel hastanelerde de bir değil 25 adet BT cihazının olması gerekirdi (Tablo 13).

Özetlersek, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumu, toplumun sağlığının gözetilip insanların yaşadıkları yerlere göre dağılımı sağlanmamaktadır. Türkiye'de tıbbi teknolojinin bölgelere dağılımında da eşitsizlik yaşanmaktadır. Tıbbi teknolojiye özel sektör yatırımlarının dağılımındaki eşitsizlik hemen her zaman kamunun yaratığından daha büyük boyutlardadır. Özel sektör para/kar ile ilgili genel tutumunu sağlık sektöründe değiştirmemektedir. Doğası gereği değiştiremez. Böyle bir beklenti gerçek dışıdır. Özel sektör sağlık hizmetini satabileceği paralı illeri tercih etmektedir: ilgi göstermediği iller, sosyoekonomik gelişmişlik endeksi sıralamalarında en altlardadır. Bu bilgilerinde işaret ettiği şekilde, özel sektörün kamunun sağlık hizmeti sunumunu yaygınlaştırmasına katkı sunması beklenmemelidir. Aksi-ne sağlık hizmeti sunumunda dağılımın bozulmasına, eşitsizliklerde artışa neden olmaktadır.

## Kapitalizmde Sağlık ve Sağlık Emekçileri

Bu bölümde, içinde yaşamakta olduğumuz toplumsal üretim biçimi olan kapitalizmde ve kapitalizmin bugününde yani küreselleşen kapitalizmde sağlık, sağlık hizmetleri ve sağlık emekçilerinin yeri ve durumu değerlendirilecektir.

### Kapitalizm ve Sağlık

Sağlık ile herhangi bir toplumsal olgu arasındaki ilişkiyi incelerken, bu ilişkilerin arka planını anlamamızı sağlayacak olan yöntem, mevcut üretim biçimi ile sağlık sektörü arasındaki ilişkidir. Bir üretim biçimindeki iktisadi alt yapı ile üst yapı kurumları tek yönlü değil, karşılıklı bir dinamizm içinde ve çift yönlü ilişki içindedir. Bir üst yapı kurumu olan sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, finansmanı ve diğer özellikleri mevcut üretim biçimine göre belirlendiğinden, onun gereksinimine göre şekillenmektedir. Dolayısıyla, her üretim biçiminin gereksinimini karşılayacak kendisine özgü bir sağlık sisteminden bahsedebiliriz. Bu durum, alt yapı tarafından belirlenen bir üst yapı ilişkisini göstermektedir. İlişkinin diğer bir yönü, bir üst yapı kurumunun alt yapıyı etkilemesi ile ilgilidir. Sağlık hizmetleri üretimi doğrudan bir meta üretimi olmamasına karşın, metaları da üreten emek-gücünün sağlıklı olması için gerekli unsurlardan birisidir. Çünkü emekçilerin gelişkin üretim araçlarını kullanabilmesi için eğitilmiş, sağlıklı vb. özelliklere sahip olması gerekir. Bu noktada, sağlık hizmetleri beslenme gibi günlük olarak alınması zorunlu olmasa da gereksinim ortaya çıktığında karşılanmaması kişiyi olduğu kadar, üretim sürecini de derinlemesine etkilemektedir. Bu yüzden patronlar, emek-gücünün yeniden üretim sürecinde özellikle emek-gücünün niteliğinin artırılmasında sağlık hizmetlerini göz önüne almak zorundadır. Bu nedenle kapitalist üretim biçiminin belirli bir döneminden

sonra sağlık hizmetleri düzenli olarak topluma sunulmuştur. Ne var ki, kapitalist üretim sürecinde sağlık hizmetlerinin hedefi, bir işçinin sadece ertesi gün işine gelebileceği kadar 'sağlıklı' olmasını sağlamaktır; ancak, bu hizmet bile özünde patronlar için bir maliyettir. Bu nedenle patron, sağlık hizmetlerinin maliyetine sömürünün sürdürülmesine katkı sunduğu süreçte ve ölçüde katlanır.

Emek-gücünün yaşamaya devam etmesi ve yeniden üretilmesi, kapitalizmde sermayenin yeniden üretilmesi için zorunlu bir koşuldur. Kapitalist toplumsal yaşantıda sermaye nerede birikiyorsa, sağlık hizmetleri de yukarıda aktarılan gerekçeler nedeniyle orada sunulmaktadır. Kapitalist ülkelerde sağlık hizmetlerinin sunumundaki, sağlık emekçilerinin istihdamlarındaki ve toplumsal sağlık düzeylerindeki kıır/kent ve bölgesel farklılıkların temelinde de bu yatmaktadır. Örneğin, İkinci Paylaşım Savaşı'ndan sonra yürütülen sosyal devlet uygulamaları döneminde, yoğun sanayileşmenin gereksinim duyduğu nitelikli emek-gücünün patronların da "katkılarıyla" üretilmesi gerekiyordu. Bu nedenle sağlık hizmetleri doğrudan işçi sınıfının bir talebi olarak gündeme gelmesine karşın, işçileri üretimin sürekliliğinden koparmamak için patronların öncelikli gereksinimleri nedeniyle bu dönemden itibaren, kamusal olarak sunulmaya başlamıştır. Böylece, kapitalist ülkelerin sağlık hizmetleri büyük oranda kamusal olarak sunulmuş ve sağlık hizmetleri bir hak olarak tanımlanmıştır. Zaman içinde geniş toplum kesimleri sağlık hizmetlerini öğrenmiş ve günümüzde de olduğu gibi, hizmeti talep eder hale gelmiştir. Bunlara paralel olarak, kapitalist üretim sürecinin gerektirdiği emeğin niteliği bilim ve teknolojiye ilerlemeler sağlık sektörünün gelişmesini ve yaygınlaşmasını sağlamıştır.

Sağlık hizmetleri üretimini sanayi üre-

timinden farklı kılan önemli özellikler bulunmaktadır. Örneğin, teknolojik gelişmeler sanayi sektöründeki gibi emek-gücüne olan bağımlılığı azaltmamış, aksine nitelikli emek-gücüne olan gereksinim devam etmiştir. Bu nedenle, sağlık sektöründe yeni ve gelişmiş teknolojiler kullanılsa dahi, bu sektör halen emek yoğun bir sektördür. Sağlık sektöründeki emek-gücü, sanayi üretimindeki emek-gücü gibi birbirine benzer nitelikte değil, çok yönlü, çok farklı meslek grupları ya da aynı meslek grubundaki çok farklı uzmanlık alanlarına sahiptir. Bir emek etkinliği sırasında emek-gücünün sayısının ve çeşitliğinin fazla olması, belirli oranda emek-gücünü birbirine bağımlı kılabilmektedir. Bu durum ayrıca, sağlık hizmetlerinin üretiminde ekibin de temel gerekçelerinden bir tanesidir. Sağlık hizmetlerinin diğer bir ayırt edici özelliği de özellikle tedavi ve bakım hizmetlerindeki emek etkinliğinde sağlıkçıların hastalarla/kişilerle sürekli yüz yüze olmak durumunda kalmasıdır.

## Seksenli Yıllardan Günümüze Sağlık Sektörü ve Sağlık Emekçileri

Geniş toplum kesimleri tarafından kaybedildiğinde/hastalandığında gereksinim duyulan sağlık hizmetleri, yaklaşık otuz yıl öncesine kadar kapitalist ülkelerde büyük oranda kamusal olarak desteklenir ve yürütülürken, o tarihlerden günümüze halen devam eden kapitalizmin büyük depresyonuyla, sermayenin ihtiyaçları doğrultusunda piyasalaşmış ve ticarileşmiştir. Kapitalizm ile birlikte dolaylı olarak meta üretimine dahil olan sağlık hizmetleri, küreselleşen kapitalizm ile birlikte metalaşmış ve doğrudan sermaye denetimine tabi olmuştur. Ülkelerin kapitalist üretim sürecine eklenme biçimine göre 1970'li yılların sonlarından itibaren, piyasasının ön gördüğü finans (cepten ödeme ve özel sağlık sigortacılığı), örgütlenme (desantralize örgütlenme, birinci basamaklarının yok edilip hastanelere dayalı basamaksız sağlık hizmeti) ve

hizmet (koruyucu sağlık hizmetlerini yok sayan, tedaviye dayalı hizmet) modelleri oluşturulmaya başlanmıştır. Bugün, Türkiye de dahil bütün kapitalist ülkelerde egemen eğilim budur.

Bu eğilimle kamu hizmetleri özelleştirilmeye, kamu kaynakları özel sektöre transfer edilmeye, kar oranı görece daha yüksek alanlar uluslararası/ulusal sermayeye yeni yatırım alanı olarak sunulmaya başlamıştır. Sağlık hizmetlerinin metalaşması ya da doğrudan sermaye denetimine tabi olması, bu alanda önemli bir sermaye birikimine yol açmıştır. Sağlık sektörünün uluslararası ekonomiye giderek artan oranda eklenmesi, sağlık emek-gücünün de piyasaya entegrasyonunu hızlandırmış-kolaylaştırmıştır. Bugün, dünyada uluslararası ticaretin yaklaşık beşte birini hizmet sektörü oluşturmakta olup bunun içinde sağlık sektörü en hızlı büyüyen sektör olarak kabul edilmektedir. Örneğin, dünyada sağlık alanında son yirmi yılda doğrudan yabancı sermaye yatırımı 20 kat artarak, 27 trilyon dolara ulaşmıştır. OECD ülkelerinde sağlık sektöründen yılda dört trilyon dolar kar edildiği, Kanada sağlık sistemine ABD dışındaki ülkelere yılda 40 milyar dolar bir girdi sağlandığı görülmektedir. Güney Avrupa ülkelerinde ise mevcut özel yataklar kar getirici özel şirketlerin ortaya çıkmasıyla hastane gelirlerinin yaklaşık yarısını oluşturmaktadır. Böylesi bir ticarileşme; ileri tıbbi teknolojinin kullanılmasına ve geri teknolojilerin emperyalist ülkelere onlara kaynak aktaran ülkelere yoğun olarak transfer edilmesine ve sağlık hizmetlerinin bu teknolojiyi tüketecek şekilde yapılandırılmasına yol açmıştır. Bu gelişmelerle, uzmanlaşmış sağlık hizmetleri emperyalist ülkelere onlara bağımlı ülkelere ihraç edilmeye başlanmıştır. Çokuluslu, çok ortaklı şirketler öncelikle hastaneler olmak üzere, tıp merkezleri, evde bakım merkezleri, zincir eczaneler ve özel sağlık sigorta şirketleri kurmuşlardır. Sağlık emek-gücü daha çok kent merkezlerinde ve hastanelerde çalışmakta, özel hastanelerin büyük bir bölümü sermayenin yoğun olarak biriktiği büyük kentlerde kurulmaya devam etmektedir. Öte

yandan sağlık alanındaki ileri ve yoğun teknolojinin kullanımı ve bilimsel gelişmeler sağlık alanındaki ticarileşmeyle birlikte, bu piyasada rekabet edebilecek nitelikli sağlık emek-gücüne olan talebi artırmıştır. Bu nedenle, sağlıkçıların uzmanlık, hatta uzmanlık üstü (yan dal/ileri dal) eğitim almaları, mezuniyet sonrası sürekli sertifikasyon ve kurs programlarına sahip olmaları öncelenir olmuştur.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre dünyada yaklaşık 59 milyon sağlık emekçisi vardır. Bunların yaklaşık 19 milyonunu idari personel ve hizmetliler oluşturmaktadır. Sağlık meslek gruplarının bilgi ve becerileri ile iş tanımları dünya genelinde tek bir standarda sahip değildir. Ülkeler arasında farklılıklar gösterebilmektedir. Hekimlerin %70'i erkek, hemşirelerin %70'i kadındır. Sağlık emekçilerinin %37'si küresel hastalık yükünün %10'una ve dünya sağlık harcamalarının %50'sine sahip Kuzey Amerika Bölgesi'nde çalışırken, yalnızca %3'ü küresel hastalık yükünün %24'üne ve dünya sağlık harcamalarının %1'inden azına sahip olan Afrika Kıtası'nda çalışmaktadır. Afrika Bölgesi'nde bir hekime karşılık sekiz hemşire çalışırken, Batı Pasifik bölgesinde 1.5, Kanada ve ABD'de 4, Şili, Peru, El Salvador ve Meksika'da birden daha az hemşire çalışmaktadır.

Sağlık emekçilerinin yaklaşık %33'ü özel sektörde ve tedavi edici hizmetlerde çalışmaktadır. Hekimlik hizmetinin sunumunun hizmete olan talebin artışına neden olabileceği özelliği vardır. Bu özelliği özellikle sağlık harcamalarını etkiler. Bunun için hekimlerin ücretlendirilme biçimleri önemlidir ve çok çeşitli biçimlerde yapılmakla birlikte belli başlı üç tipi vardır: Hekimin ürettiği hizmet başına ücret alması hizmet karşılığı ödeme olarak adlandırılır. Hekime bağlı her bir birey başına sabit ücret alması kişi başına ödeme olarak adlandırılırken üçüncü olarak da maaşa dayalı ödeme biçiminden söz edilebilir. Ödemeyi hekimi istihdam eden kuruluş yapabileceği gibi, doğrudan hasta da yapabilir ya da sigorta kurumu hizmet sunumundan bir süre sonra ödeme yapabilmektedir. Bunların yanı sıra özellikle son yıllardaki reform

faaliyetleri kapsamında motivasyonu artırmaya yönelik, ödüllendirme hedefli ödemeler (performans ödemeleri) de yapılabilmektedir.

Çeyrek yüzyıldan beri sağlık alanındaki tüm bu köklü değişiklikler; bir yandan uluslararası sağlık piyasasında rekabet edebilmeyi sağlayacak nitelikli sağlık emek-gücüne olan gereksinimi ortaya çıkarırken, sağlık sektöründe yeni ve ileri teknolojilerin kullanımı, diğer yandan sektöre yatırım yapmış sermayenin kar oranını artırma hedefi sağlık hizmetlerini pahalılaştırmıştır. Sağlık sektörü dışındaki sermaye için de hizmetler sürekli artan bir maliyet unsuru haline gelmiştir. Diğer yandan kapitalizmin halen devam eden krizi, sağlık sektörüne yatırım yapmış olan sermaye sınıfının bir dizi stratejiyi uygulamasına yol açmıştır. Bunlardan birisi sağlık emekçilerinin emperyalist ülkelere göçüdür. Bu durum bir yandan sermayenin yoğunlaştığı ülkelere doğru emek-gücünün de hareketinden kaynaklanırken, diğer taraftan emperyalist ülkelerin nitelikli sağlık emek-gücünün yetiştirilmesini (özellikle hekimlerin mezuniyet öncesi eğitimi en pahalı kabul edilen gruptur) ayrı bir maliyet unsuru olarak değerlendirmesinden kaynaklanmaktadır. Göç alan-yabancı sağlık emekçisi istihdam eden ülkeler, hem sağlık emek-gücünün eğitim maliyetlerini düşürmekte, hem sağlık emek-gücü gereksinimini karşılamakta hem de istihdam fazlasının gelmesini de teşvik ederek göçmen ya da kendi yurttaşı tüm sağlık emekçilerini daha düşük ücretle, iş güvencesiz çalıştırabilmenin koşullarını yaratmaktadır. Böylece sağlık hizmeti üretiminde emek-gücü maliyeti azaltılmaya çalışılmaktadır. Mayıs 2006 tarihinde hekimlerin artmayan ücretler ve kötü çalışma koşullarını protesto etmek için grev yaptığı Almanya'da hekimlerin büyük çoğunluğunun haftada 80 saat çalışmak zorunda bırakılıyor ve saatlik ücretleri yaklaşık 3 Avro'ya denk geliyor.

Bunların yanı sıra, uluslararası sağlık emek-gücü göçünün özellikle yoksul ülkelerde sağlık hizmetlerini olumsuz olarak etkileyen önemli sorunlardan birisi olduğunu DSÖ tarafından da rapor edilmekte olduğunu paylaşalım.

Özetlersek, sağlık hizmeti hem emek hem de teknoloji yoğun bir hizmet alanıdır. Uzmanlaşmış emek-gücü ve ileri teknoloji kullanımı zaman içerisinde artmıştır. Bu durum sağlık hizmetlerinde hastaların, tedavi hizmetlerinin hedeflenmesini ve maliyet artışını da beraberinde getirmiştir. Hem hükümetler hem de sektöre yatırım yapmış olan patronlar emek-gücü maliyetini düşürebilmek için esnek üretim, esnek istihdam, talep fazlası arz(işsiz sağlıkçı ordusu) gibi stratejiler uygulamakta, sağlık emekçilerinin çok büyük kısmını güvencesiz ve düşük ücretle çalıştırmaktadırlar.

### Kaynakça

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

Bach S. (2006) International mobility of health professionals. Brain drain or brain exchange? United Nations University, Research Paper No. 2006/82. ISBN 92-9190-860-6.

Bach S. (2003) International migration of health workers: Labour and social issues. ILO working paper. Erişim adresi: [www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/wp209.pdf](http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/wp209.pdf)

Belek İ. (2001) Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlıkın Ekonomi Politikası. Sorun Yayınları, 2. Baskı, İstanbul.

Bundred PE, Levitt C. (2000) Medical migration: Who are the real losers? *Lancet*, 356: 245-46.

Chapman C. (2006) Health reforms further anger Germany's striking doctors. *Lancet*, 367: 1229-1230.

Connell J, Zurn P, Stilwell B,

Awases M, Braichet JM. (2007) Sub-Saharan Africa: Beyond the health worker migration crisis? *Social Science&Medicine*, 64:1876-1891.

Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü (2006), Ed. Nalçacı E, Hamzaoğlu O, Özalp E. Nazım Kitaplığı, İstanbul. (ISBN 975827187-3)

Hamzaoğlu O. (2006) Sağlık tek başına sınıf mücadelesinin bir aracı olabilir mi? Tarihsel süreci yeniden inceleme: Bismarck öncesinde sosyal güvenlik. *Toplum ve Hekim*, 21(5-6):330-334.

Hamzaoğlu O. (2002) Etik yaşama dair bir bakış (İçinde: Sağlık politikaları ve etik) Ankara Tabip Odası Yayınları. s. 49-62.

Holden C. (2005) Privatization and trade in health services: A review of the evidence. *International Journal of Health Services*, 35(4):675-689.

Navarro V. (1978) The crisis of the western system of medicine in contemporary capitalism. *International Journal of Health Services*, 8 (2):179-211.

Özkan Ö., Hamzaoğlu O. (2008) Uluslararası sağlık emek göçü: Ne, nasıl, neden? TUSAM 3. Sınıf Çalışmaları Sempozyumu, 2007, İstanbul. (Sözel Bildiri). Kongre Kitabı, 170-188..

Saravia NG, Miranda JF. (2004) Plumbing brain drain. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(8):608-15.

Smith R. (2004) Foreign direct investment and trade in health services: A review of the literature. *Social Science&Medicine*, 59(11):2313-23.

Sol Meclis Sağlık Komisyonu. (2002) Sosyalist Türkiye'de Sağlık. Nazım Kültürevi Kitaplığı, İstanbul. ISBN 975-8271-48-2.

WHO (2006) World Health Report 2006 working together for health, WHO Press, Geneva.

## Türkiye’de de Dünyada da Sağlık Emek-Gücü/Hekim Sayısı Ülkenin Sağlık Düzeyinin Belirleyicisi Değildir

Son bir yıl içinde konuyla ilgili olarak Sağlık Bakanlığı, YÖK ve Tıp-Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi Başkanlığı tarafından hazırlanıp yayımlanan çalışmaların temel ortaklığı konuyu Türkiye’nin ekonomik, siyasal ve toplumsal yapısını görmezden gelerek ele almış olmalarıdır. Bu temel ortaklık bile tek başına, çalışmaların sağlıklı toplum hedefiyle ilgili olmadığını önemli bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Özellikle Sağlık Bakanlığı, siyasi sorumlu olarak toplumun sağlık düzeyi ile ilgili hedeflerini, buna ulaşmak için Hükümetin sağlık sektörü dışındaki ekonomik ve sosyal alanlarda neleri yapmakta olduğunu, yapacağını ve sağlık sektöründeki genel durum ve yine toplumun bütün üyelerinin eşit sağlık düzeyi için neler yaptıklarını ve yapacaklarını hatta hangi kaynaklarla, nasıl yapacaklarını açıklamaları gerekirdi. Oysa yaptıkları OECD vb. ülke gruplarıyla Türkiye’deki sağlık emek-gücü sayılarını karşılaştırmak ve söz konusu ülke sayılarına ulaşmak için kaç okul açmak, öğrenci kontenjanını ne kadar artırmak gerektiğinden öteye geçmemektedir. Çalışmaları dikkatlice okuduğumuzda hiç de yabancısı olmadığımız bir durumu fark ediyoruz. Şöyle ki, özellikle 1980’den sonraki hükümetlerin, ‘ülkemizin, halkımızın gereksinimleri doğrultusunda, sorunlarımızı çözecek özgün uygulamaları hayata geçirme çabasındayız’ ifadesinin yer aldığı sağlık sektörü de dahil bütün sektörlerdeki uygulamalarda karşımıza çıkan DB’yi bu alanda da görüyoruz. DB, çok daha önceden saptamalarını yapmış ve önerilerini sıralamış durumda. DB’nin “Yoksulluk Atağı” konulu Dünya Gelişme Raporu 2000/2001’de ülkelere, özellikle emperyalist ülkelere hekim ve diğer sağlık emek-gücü göçü veren ülkelere sağlık meslek okullarının, tıp fakültelerinin sayılarını artırmaları öneriliyor. Ulusötesi sermayenin, ülkelere yaşanan açlığı, yoksulluğu görmezden gelip, tıp fakültesi açmak, hekim mezun

etmekle insanları sağlıklı yapacakları ön kabulünün kullanıcılarını yaygınlaştırma gayretlerinin Türkiye ayağında da ‘başarılı’ olduğunu söylemek mümkün.

Öncekilerde olduğu gibi son bir yılın raporlarında, daha sonra üzerinde ayrıntılarıyla duracağımız ‘sağlık emek-gücü-hekim sayısı toplumların sağlıklı olmasında belirleyici midir’ sorusu yerine, bilimsel bilgilerden kaynaklanmayan bir ön kabulle yalnızca sayıların artışıyla, en fazla da dağılımı uygun hale getirerek “sorunu” çözümlenebilecekleri ön kabulüyle hareket ediyorlar. Karşılaştırma yaptıkları ülkelerin ekonomik, siyasal ve toplumsal yapı, sağlık sistemleri, sosyal ve kültürel özellikler, sağlık davranışları, hizmet kullanım özellikleri, hizmete ulaşabilme özellikleri vb. yönünden benzer mi kabul ediyorlar? Anlaşılan o ki bu özelliklerin hiçbirisiyle ilgilenmemişler. Ülkelerin OECD ya da AB üyesi olmaları yeterli görülmüş.

Başka bir saptama, hesaplamaların tümünün sağlık hizmetlerini hastalara yönelik bir hizmet, yalnızca tedavi edici bir hizmet olarak kabulü üzerinden yapılmış olmasıdır. Beraberinde sağlık emek-gücünün istihdamı, istihdam biçimi ve ücretlendirilmeleriyle ilgili herhangi bir tartışma başlığı bulunmamaktadır. Örneğin, kamuda çalışmaları neredeyse yasak olan eczacıları, diş hekimlerini nerede istihdam edilecekler? Son yıllarda işsizliğin çığ gibi büyüdüğü hemşirelik alanında ne yapacaklar? Toplumsal gereksinimler için hiçbir zaman rasyonel olamamış özel hastanelerde, neredeyse asgari ücretle, haftada 72 saat çalışmaya mahkum etmeye devam mı edecekler? Hekimleri düşük maaşla çalıştırıp, hak ettiğimizi takatinize göre çalışıp kazanın demeye devam mı edecekler?

Bu soruları daha da artırabiliriz. Ancak hesaplamalarda sağlık emek-gücünün istihdam ve ücretlendirilmesiyle



**Tablo 1.**

Seçilmiş sekiz değişkenin spearman korelasyon matrisi

	İGE	SSGE6	DBY	OYB	GINI	KHÖ	EHE	H
İnsani Gelişim Endeksi	İGE	0.94	-0.60	0.00	0.45	0.42	0.37	0.83
Sosyal Sağlık Endeksi	SSGE6	0.94	-0.50	0.00	0.50	0.43	0.32	0.79
Dış Borç Yükü	DBY	-0.60	-0.50	0.30	0.00	-0.20	-0.24	-0.52
Ortalama Yıllık Büyüme	OYB	0.00	0.00	0.30	-0.10	0.00	0.00	-0.38
Gini	GINI	0.45	0.50	0.00	-0.10	0.20	0.20	0.48
Kamu Harcamaları Öncelikleri	KHÖ	0.42	0.43	-0.20	0.00	0.20	0.18	0.26
Ekonomik Hegemonya Endeksi	EHE	0.37	0.32	-0.24	0.00	0.20	0.18	0.28
100.000 Kişi Başına Hekim Sayısı	H	0.83	0.79	-0.52	-0.38	0.48	0.26	0.28

**Tablo 2.**

Yüzbin kişi başına hekim sayısı Türkiye'den daha az olan bazı ülkelerde toplumsal sağlık göstergelerinin durumu

	İGE sıra	Doğumda beklenen yaşam yılı	Bebek ölüm hızı	5 yaş altı bebek ölüm hızı	Doğumda beklenen 65 yaş üstü yaşam olasılığı %	100,000 kişi başına hekim sayısı
Şili	40	78	8	10	84	109
Libya	56	73	18	19	77	129
Umman	58	74	10	12	82	132
Malezya	63	73	10	12	78	70
Bosna-Hersek	66	74	13	15	80	134
Arnavutluk	68	76	16	18	85	131
Brezilya	70	71	31	33	71	115
Çin	81	72	23	27	77	106
Türkiye	84	71	26	29	77	135

İlgili herhangi bir durum saptaması dolayısıyla herhangi bir önerilerinin bulunmadığını yineleyelim. Görünen o ki, en önemsedikleri saptamaları sayıların az olduğu. Çözüm önerileri de kontenjan artırmak, okul açmak. Saptadıkları sorun(lar) da, sorunun nedenleri de, çözüm önerileri de bilimsel dayanaktan yoksun. Bütünüyle "siyasi ve ideolojik". Hedefleri, sermaye sınıfının gereksinimi çerçevesinde belirlenmiş olan DB'nin önerileri doğrultusunda, **sağlık emek-gücü arzını-ışsız sağlık emekçileri- artırmak**, sağlık hizmetleri maliyetinde emek-gücünün payını ne pahasına olursa olsun düşürmek. Bu hedeflerin yaşama geçirilmesiyle 1995 yılı itibarıyla Avrupa'da yaklaşık 100.000 hekim işsizdi. İtalya'da tıp fakültelerinin sayısını artıran politikalar sonucunda, 1995 yılında hekimlerin %18'inin işsiz oldukları bildirilirken, Almanya'da, 1999-2000 yıllarında uzman hekimler

arasında işsizlik %16, pratisyen hekimler arasında da %6 civarında seyretmiştir. Sözü edilen eğilimin sürmesi pahasına tıp fakültelerinin açılışı teşvik edilmekte, fakülte sayılarının %20 civarında artırılması hedeflenmektedir.

Yukarıdaki savımızı (emek-gücü arzını artırmak) nesnel kanıtlarıyla ortaya koyabilmek amacıyla bir dizi çalışma yürüttük. İlk aşamada ülkelerdeki hekim sayıları ile birlikte değişim gösteren sağlık ve sosyal göstergelerin neler olduğunu ortaya koymak istedik.

Aşağıdaki tabloda da gösterildiği gibi, ülkelerin sahip oldukları hekim sayıları ile bilinen ve tarafımızdan geliştirilen bileşik indekslerin birlikte değişimleri Spearman Korelasyon Matrisi ile incelenmiştir. Buna göre, ülkelerdeki 100.000 kişiye düşen hekim sayıları ile insani gelişim endeksi (İGE) arasında pozitif yönde korelasyon olduğu saptanmıştır. Bu durum İGE'si

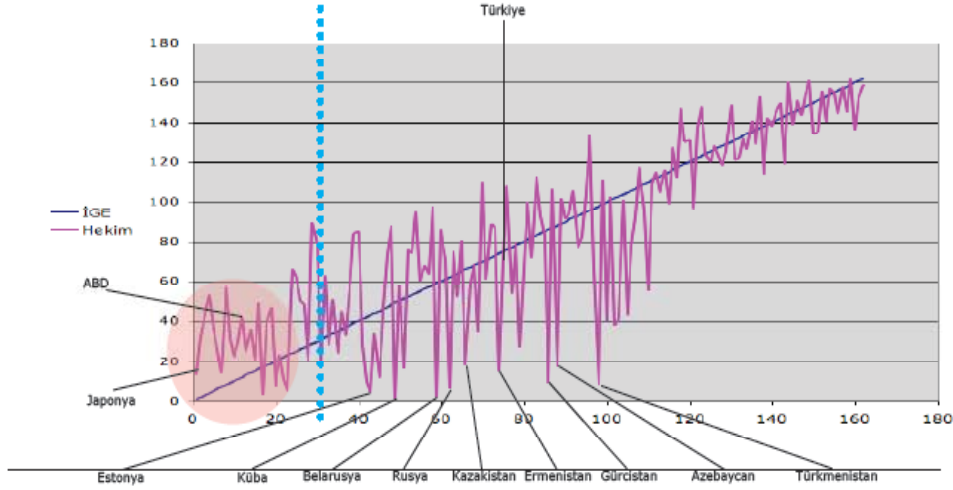
yüksek olan ülkelerde hekim sayısı da yüksek, İGE'si düşük olan ülkelerde hekim sayılarının da düşük olduğunu gösterir. Bununla birlikte, sözü edilen birlikte değişim İGE ile hekim sayısı arasında herhangi bir nedensel ilişkiyi göstermemektedir. Diğer bir deyişle, İGE yüksekliği hekim sayısı yüksekliğinin ya da hekim sayısı yüksekliği İGE yüksekliğinin nedeni değildir.

Bu verilerden hareketle korelasyona giren ülkeleri İGE ve 100.000 kişi başına hekim sayılarına göre hazırlanan grafikte izleyecek olursak daire içinde gösterilen ülkelerin büyük çoğunluğu, **ABD ve Japonya'nın yanı sıra, Batı Avrupa ülkeleridir ve İGE sıralamasında yüksek, fakat kişi başına hekim sıralamasında İGE'ye göre daha alt sıralarda olan ülkelerdir.**

100.000 kişiye düşen hekim sayısı Türkiye'den az olmasına karşın, top-

## Grafik 1.

İGE ve 100.000 kişi başına hekim sayısına göre ülkelerin durumu



lumsal sağlık göstergeleri daha kötü olmayan bazı ülkelerin durumu aşağıda sunulmuştur.

Özetle iddia edilenin tersine, Batı Avrupa'daki ülkeler dünya genelinde İGE düzeylerine göre sıralandıklarında üst sıralarda yer alırken, 100.000 kişiye düşen hekim sayılarına göre sıralandıklarında, genel olarak o sıralara ulaşmamaktadırlar. 100.000 kişiye düşen hekim sayısı Türkiye'den daha az olan örnek ülkelerin sağlık düzeyi Türkiye'den daha kötü değildir.

İkinci aşamada ise nedenselliği çözmek istedik. Ülkelerin sağlık düzeylerini belirleyen faktörlerin neler olduğunu ve bunların arasında hekim ve diğer sağlık emekçilerinin sayılarının olup olmadığını, eğer varsa hangi yönde ve büyüklükte olduğunu saptamak amacıyla, 169 ülkenin verilerine ulaşarak oluşturulan üç regresyon modeli üzerinden durum sinanmıştır (EK-3). Ortaya çıkan sonuçlar üzerinden;

1. Sağlıkta istihdam düzeyi (hem hekim yoğunluğu hem de toplam sağlık çalışanları yoğunluğu bakımından), ancak ülkelerin sosyal ve ekonomik yapıları arasında farklılık yokmuş gibi düşünülürse sağlık düzeyinin belirleyicisidir.
2. Ekonomik büyüklük (GS-

YİH), bütün modellerde sağlık düzeyinin belirleyicisi olarak bulunmuştur. Ülkelerin GSYİH'lerindeki oransal bir değişim, ülkelerin sağlık düzeyinde mutlak bir değer artışına karşılık gelmektedir.

3. Oluşturulan modellerde, kişi başına GSYİH'sı 10.000 US\$ altında olup da sağlık düzeyi pozitif olan bir tek ülke yoktur.
4. Eğer bir ülkedeki sağlık düzeyi negatif ise, ülkenin sağlık düzeyinde bir gelişmenin olabilmesi için, kişi başı GSYİH'deki artışın yanı sıra eğitim, gelir dağılımında eşitsizlik ve sosyal güvenlik gibi temel alanlarda da gelişme bir gerekliliktir.
5. Özellikle DB tarafından da desteklenen çalışmalarda ortaya konan ve genel olarak geçerli olduğu varsayılan "hekim sayısı-sağlık düzeyi" ilişkisinin geçerli olmadığı ortaya konmuştur. Ülkeler sağlık düzeyleri pozitif olanlar ve negatif olanlar olarak kümelendiğinde söz konusu saptama geçersizdir. Hekimler de dahil sağlık çalışanları yoğunluğunun-sayısının sağlık düzeyi üzerinde belirleyici bir

etkisi yoktur. Saptamalarını yapabiliriz.

Yukarıdaki genel saptamalara ek olarak, Türkiye'nin de içinde bulunduğu sağlık ve gelir düzeyleri benzer ülkeleri birlikte değerlendirdiğimizde de sonuç benzerdir. Türkiye'nin sağlık düzeyi -12'dir. Bu değerden eşit uzaklıkta (yani -6 ve -12 aralığında) yer alan ve kişi başına GSYİH'sı 6.000 US\$'dan fazla olan ülkelere oranla çok daha dar bir grup yaptığımızda; gelir dağılımındaki eşitsizliğin tek başına ve ÇOK YÜKSEK bir katsayı ile sağlık düzeyinin belirleyicisi olduğunu görmekteyiz.

Bir defa daha çağrı yapıyoruz Türkiye'de toplumun sağlığıyla ilgili olumlu bir şey yapmak isteyenler öncelikle gelir dağılımındaki eşitsizlikleri azaltmaya, nihayetinde ortadan kaldırmaya yönelik çalışmalar yapmalıdırlar. 'Verimli' olan da, öncelikli olan da, gerekli olan da bu'dur.

### Kaynakça

WB(2000), World Development Report 2000/2001, Attacking Poverty, World Bank.

Orellana, C. (2001) Is MD unemployment in Europe finally coming to an end? CMAJ, July 10. 165(1): 75.

## Sayı Hesaplamaları Nasıl Yapılıyor ?

Sağlık emek-gücü planlamasında amaç; doğru sayıda insanın, doğru yerde, doğru becerilerle, doğru zamanda, doğru tutumlar ve motivasyonla bulunmasını sağlamak olarak tanımlanmaktadır. Bununla birlikte bu tanım, sağlığın, pazar ekonomisine devrinden etkilenmiştir. İki binli yıllarda “çalışanlar ve müşteriler arasında sosyal rekabeti geliştirmek” kavramlarının da amaca eklendiği görülmektedir.

Sağlık emek-gücü planlamasında gerekli emek-gücü sayısının hesaplanmasında bilinen, farklı yaklaşımlar söz konusudur. Bunlar;

Gereksinime göre

Hizmet hedeflerine göre

Talebe göre ve

Emek-gücü-nüfus oranlarına göre olmak üzere belli başlı 4 başlık altında sıralanabilir.

**Gereksinime göre hesaplama;** sağlık hizmetlerinin iyi örgütlendiği ve güçlü devlet kontrolü olan ülkelerde kullanılan bir yaklaşım olarak bilinmektedir. Gereksinimler belirlenirken özel araştırma sonuçlarından, hastalık ve ölüm verilerinden yararlanılabilmektedir. Gereksinimlerin belirlenmesinde yürütülmekte olan hizmetlerin, var olan durumun gözlemlenmesi ve analizi veri elde etmek için kullanılan diğer bir yaklaşımdır. Bu kapsamda kullanılan teknikler; iş yükü analizi, sağlık çalışanlarının gözlemlenmesi, normların uygulanması ve sağlık çalışanlarına danışılmasıdır.

**Hizmet hedeflerine göre hesaplamada;** var olan demografik ve epidemiyolojik bilgileri kullanarak, plan döneminde hizmette ne tür gerçekleştirilebilir değişiklikler yapılmalı sorusuna yanıt aranır. Burada karar verilmesi gereken unsur hizmetlerin

var olan çerçevede mi? standartların yükseltilmesine göre mi? yeni hizmet başlıklarının eklenmesi üzerinden mi? hesaba katılması gerektiğini netleştirmektedir.

**Talebe göre hesaplama;** sağlık gereksinimlerinden yola çıktığı, ancak toplumun hizmet için ödeme yapma istek ve kapasitesini de hesaba kattığı bildirilmektedir. Bu yaklaşım sağlık hizmetlerinin kısmen ya da tamamen özelleştirildiği ülkelerde planlamanın temeli olarak kullanılmaktadır. O nedenle fiyat, ulaşılabilirlik ve kabul edilebilirliğe bağlı olarak toplum tarafından talep edilen sağlık hizmeti tipi, sayısı, niteliği hesaba katılmaktadır.

**Emek-gücü-nüfus oranlarına göre hesaplamada;** bu oranlara karar verebilmek için ülke için doğru orantı nedir? sorusuna yanıt vermek gerekir. Bu yaklaşımı kullanırken, kırsal ya da bölgelere göre bir farklılık olacak mı? olacaksa nasıl olmalı? vb. soruların da yanıtlanmış olmasına gerek duyulmaktadır.

Yukarıda aktarılan hesaplamalar yalnızca sayı belirlemek için kullanılabilir. Oysa, sağlık emek-gücü planlaması sağlıklı toplum hedefinin bir parçası olmalıdır. Öyle olunca ülkede egemen olan ekonomik, siyasal ve toplumsal durumun da beraberinde göz önüne alınması bir zorunluluktur. Çünkü bir ülkede sağlık politikalarının belirleyicisi bunlardır.

Sağlık politikaları da sağlık örgütlenmesinin, hizmetlerin sunum biçiminin ve sağlık emek-gücü planlamasının temelini oluşturacaktır. Oysa yukarıda kısaca bahsedilen hesaplamalarda bunlar yer alamamakta yer verilmemektedir. Bir ülkede sağlık emek-gücü sayısını belirlerken sözü edilen yaklaşımlarda yer almayan temel faktörleri de katarak hesaplama nasıl yapıla-



bilir? Bir sonraki bölümde bu soruya yanıt vereceğiz.

### **Kaynakça**

Changing patterns of human resource planning and management; P. Hornby,

Presentation to WHO Consultation, 1996

Dussault G, Dubois C-A. (2003) Human resources for health policies: a critical component in health policies. Human resources for health 1. Erişim adresi: <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/1>

Human resources for health; P. Hornby, WHO Eastern Mediterranean Regional Office, Inter Country Consultation, 1991

Human resources for health in Europe; edited by Carl-Ardy Dubois, Martin Mc Kee, Ellen Nolte, Open University Press, 2006

Health personnel projections: the methods and their uses; Peter Shipp, WHO, 1989

New approaches to the planning of human resources for health; P. Hornby, Presentation to WHO Consultation, 1992

Zurn P, Poz MRD, Stilwell B, Adams O. (2004) Imbalances in the health workforce, Human resources for health.2.13. Erişim adresi: <http://www.human-resources-health.com/content/2/1/13>

## Ülkelerin Hekim Sayılarını Belirleyen Faktörler ve Türkiye’de Hekim Sayısı

Metinle ilgili ayrıntılar EK-4’de izlenebilir

Sayı hesaplamaları nasıl yapılıyor? bölümünde bu alanda kullanılması önerilen belli başlı yaklaşımların içeriğini gördük. Bu yaklaşımlardan biri ya da birkaçına göre “ne kadar hekime gereksinimimiz var?” ya da “var olan sayı yeterli mi?” gibi sorulara yanıt arayabiliriz. Bunun yanı sıra, ülkelerde var olan hekim sayılarını ya da yüzbin kişiye düşen hekim sayılarını belirleyen faktörler var mı? Varsa neler? Sorularına yanıt aramak da mümkün. Çalışmamızın bu bölümünde ülkelerdeki hekim sayılarının belirleyicilerinin neler olduğunu, ülkelerde hangi özelliklerin varlığında-sonucunda yüzbin kişi başına düşen hekim sayısının ortaya çıktığını, ülkeler arasında bu sayılardaki farklılığın kaynağını araştıracacağız.

Söz konusu değerlendirmeyi yapabilmek için, DSÖ, Birleşmiş Milletler(BM), Gıda ve Tarım Örgütü (FAO), ABD Sayım Bürosu (USCS) ve DB’ye ait verilerden başlangıçta 198 ülkeye ait, 1998-2005 yıllarını kapsayan 256 değişkene ulaşıldı. Daha sonra hata olasılığını azaltmak için; nüfusu 2 milyondan az ve yüzölçümü 10 bin km<sup>2</sup> den küçük 48 ülke ile toplanan verilerde çok fazla eksiği bulunan 19 ülke ve verilerin toplandığı tarihler arasındaki sürenin uzun bir dönemini savaşlarla geçirmiş olduğu bilinen Sudan, Irak, Afganistan ve Somali’den oluşan 4 ülkeden oluşan 71 ülke çalışmaya dahil edilmedi. Ülkelerle ilgili bu hazırlığın ardından, başlangıçta her bir ülke için ulaşılmış olan 256 değişken korelasyon analizine tabi tutuldu. Bu aşamada da diğer değişkenlerle istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi bulunmayan ( $p > 0.05$ ) 36 değişken veri grubundan çıkartıldı. Bütün değerlendirmelerin sonunda, 127 ülkeye ait, 220 bağımsız değişken ve ülkelerdeki 100.000 kişiye düşen hekim sayısı da bağımlı değişken olarak çalışmaya alındı.

Hangi değişkenlerin hekim sayısını

daki değişimleri belirlediğini saptamak amacıyla uygulanan basamaklı regresyon analizinde, 220 bağımsız değişkenin tümü regresyon modeline alındığında, belirleyicilik katsayısı çok yüksek, hata payı az bir sonuç elde edildiği izlendi. Bununla birlikte, modele giren sağlık dışı değişkenlerin regresyon katsayılarının görece düşük olduğu görüldüğünden söz konusu değişkenler modelden çıkartılarak, yalnızca 148 sağlık değişkeninin bağımsız değişkenler olarak alındığı yeni bir regresyon modeli kuruldu.

Gerçekleştirilen doğrusal regresyon analizi sonucunda ortaya çıkan modelin matematik olarak ifadesi:

$$y = p (1.162 + 0.004v + 0.006w - 0.046z - 0.011x)^2/1000$$

olarak gösterilebilir.

Formülde:

y = Gözleme dayalı beklenen hekim sayısı

p = Toplam nüfus (sayı olarak)

v = Kentsel alanlardaki nüfus (yüzde olarak)

w = 10.000 kişi başına hastane yatak sayısı

z = Beş yaşın altındaki çocuklarda kızamığa bağlı ölümler (yüzde olarak)

x = Bulaşıcı hastalıklar nedeniyle kaybedilen yaşam yılı (yüzde olarak)’nı göstermektedir.

Elde edilen bu model üzerinden hekim sayısını bilmediğimiz bir ülkenin yalnızca yukarıda sıralanan dört değişken ile toplam nüfusunu formüldeki yerlerine koyarak, ülkelerin beklenen hekim sayılarını hesaplayabiliriz. Çıkacak sonuç, dünya genelinde, ülkelerin genel olarak hekim sayıları ve bu sayıların ortaya çıkışında belirleyici rolü olan faktörlere göre o ülkede beklenen hekim sayısı olacaktır.

Bu formülle Türkiye için beklenen hekim sayısını hesaplayabiliriz.

Buna göre:

$$y = 70586256 \times (1.162 + 0.004 \times 70.5 + 0.006 \times 26 - 0.046 \times 0.3 - 0.011 \times 31)^2 / 1000$$

$$y = 109446$$

Yukarıdaki hesaplama göre, Türkiye’de olması beklenen hekim sayısı 109.446’dır. Peki Türkiye’de çalışmakta olan kaç hekim var? Bu sayıyı doğru olarak bilebilirsek durumumuzu nesnel olarak değerlendirebiliriz. 12 Eylül asker darbesiyle birlikte ülkemizde örgütlenmeye karşı yapılan çok ciddi müdahalelerden TTB’de 4 yıla yakın kapalı kalarak ve yalnızca özel çalışan hekimlerin üye olma zorunluğunun getirilmesi ile kendi payına düşenleri almış oldu. Bu gelişmeler nedeni ile TTB öncelikle kendisine üye olan hekimlerin sayılarına sahip olduğundan elimizdeki sayılar karşılaştırılabilir değildir. TÜİK, Sağlık Bakanlığı’ndan edindiğini belirterek web sayfasında 57.882 uzman, 56.701 pratisyen hekim olmak üzere toplam 114.583 hekim, OECD ise 104.226 hekim bulunduğunu belirtmektedir. Bununla birlikte, YÖK ve Sağlık Bakanlığı tarafından ortak

olarak yayımlanan “Türkiye Sağlık İnsangücü Durum Raporu”nda, Türkiye’de, Mart 2008 itibariyle aktif olarak çalışan hekim sayısı 103.177 olarak belirtilmektedir.

Değerlendirmemizi-karşılaştırmamızı bu sayıya göre yaptığımız zaman, Türkiye’deki hekim sayısının beklenenden 6.269 hekim kadar daha az olduğu ortaya çıkmaktadır. Dünya ülkelerindeki genel durum ve ülkelerde bulunan hekim sayılarını etkileyen faktörleri dikkate aldığımızda günümüz verileriyle Türkiye’nin toplam hekim açığı, yinelemek pahasına da olsa yeniden yazı ile yazalım yedi binin altındadır.

Durum böyle ise; Türkiye’de hekim sayıları ile ilgili olarak esas sorun nedir? Bunun yanıtının aranması, bununla birlikte, ‘sorunun’ gerçek mecrasına taşınarak sorgulanması gerekmektedir. Akla gelen ilk sorun, oldukça seyrek olarak da olsa “yetkililer” tarafından da dile getirilen dağılım sorunun olup olmadığıdır. Bundan sonraki bölümde bu konuyu da araştıracağız.

## Türkiye’de Hekimlerin ve Diğer Sağlık Emekçilerinin İstihdamında Yaşanan Eşitsizlikler

Çalışmanın bu bölümünde Türkiye’de istihdam edilen dış hekimlerinin, ebelerin, eczacıların, pratisyen ve uzman hekimlerin, hemşirelerin, sağlık memurlarının ve sağlık emekçilerinin (sayılan bütün meslek grupları birarada) 1995- 2006 yıllarında, illere göre bin kişi başına düşen dağılımı incelenmiştir. Hesaplanan dağılımlar, illerin aynı tarihler içindeki DPT sosyoekonomik gelişmişlik endeksi ve İGE ile karşılaştırılmıştır.

### Çalışmada Kullanılan Verilerin Kaynağı, Veri Setinin Hazırlanması ve İzlenen Yol

Çalışmada esas olarak 3 temel veri kümesi kullanılmıştır;

İllere ve yıllara göre nüfus

İllere, yıllara ve mesleklere göre çalışan sağlık emekgücü sayısı

İllere göre sosyo-ekonomik ve insani gelişmişlik endeksi

İllere ve yıllara göre nüfus; Bu kümedeki veriler Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ve Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) kaynaklıdır. Her ilin her yıl için nüfusu, 1990 ve 2000 genel nüfus sayımı, 1997 nüfus tespit çalışması ve 2007 adrese dayalı nüfus sistemi sonuçları ile, TÜİK ve DPT’nin bu yıllar dışında Türkiye geneli için yıl ortası nüfus kestirimleri işleme sokularak hesaplanmıştır.

İllere, yıllara ve mesleklere göre çalışan sağlık emek-gücü sayısı; Bu kümedeki veriler TÜİK’ten alınmıştır. Bununla birlikte, verinin kaynağı Sağlık Bakanlığı’dır. 1995-2006 arasını kapsayan bu veri kümesinde hatalı olduğu çok belirgin olan veriler, başka kaynaklarla karşılaştırılarak düzeltilmiştir. Kuşku verilerine dokunulmamıştır. Metin içinde kullanılan renkli tablolarda herhangi bir ilde ya da yılda görülen normal dışı durumun kaynağı bu veri yapısıdır.

İllere göre sosyo-ekonomik ve insani gelişim endeksi; Bu kümedeki veriler-

den sosyo-ekonomik gelişmişlik endeksleri DPT, insani gelişim endeksleri Birleşmiş Milletler (UNDP) kaynaklıdır. Her iki veri grubu karşılaştırılabilir olması için dönüştürülerek kullanılmıştır.

Çalışmada İzlenen Yol; Her veri grubu için aşağıdaki işlemler standart olarak uygulanarak farklı tablolar elde edilmiştir:

a. Her il için o yıl içindeki oranı, gerçek yüzdeleri göstermektedir. Ancak, 81 ilin 11 yıllık dağılımlarını gösteren bu tablolar kolay anlaşılabilir değildir. Bu nedenle,

b. Sağlık emek-gücünün her meslek grubuna ilişkin veri kümesi uluslararası kurumların kullandığı biçime dönüştürülmüştür. Bu tablolar her yıl ve her il için 1.000 kişi başına düşen çalışan sağlık emek-gücü sayısını göstermektedir. Bu tablolar kullanılarak:

c. Her yıldaki dağılım %20’lik dilimlere bölünmüştür. Böylece her yıl için en küçük ve en büyük değer farkına dayanan ve birbirine eşit 5 dilimden oluşan bir ölçek elde edilmiştir. Bu ölçek:

1. En çok (görece en iyi)
2. Çok (görece iyi)
3. Orta (görece orta)
4. Az (görece kötü)
5. En az (görece en kötü)

biçiminde kodlanmış ve her ilin bulunduğu dilimi gösteren tablolar elde edilmiştir.

d. Karşılaştırma için, her ilin zaman içinde değişimini gösteren bu tabloların sonuna, ayrı kolonlar halinde, o ilin sosyo-ekonomik gelişmişlik endeksi (DPTSGE ve SGE) ve insani gelişim endeksine (İGE) göre bulunduğu dilimler eklenmiştir. Bu tablolar anlaşılmayı kolaylaştırmak için metin içinde yıllara ve dilim değerlerine göre sıralı biçimde renklendirilerek kullanılmıştır. Nüfus TÜİK tarafından geriye doğru güncellendiği halde, Sağlık Bakanlığı

benzer bir güncellemeyi yayınlamadığı için Bolu-Düzce (1995-1998) ve Adana-Osmaniye (1995) illerine dikkat etmek gerekir. Bu yıllarda Bolu ve Adana genellikle bir üst dilimde yer almasına karşın, Düzce ve Osmaniye dilimler dışı kalmıştır.

e. Toplamdaki değişimi görebilmek için her dileme düşen nüfusun oranı ayrıca tablolaştırılmıştır. Ortalamanın üstünde (dilim 1 ve dilim 2) ve altında (dilim 4 ve dilim 5) kalan nüfus oranı da bu tabloların altında ayrıca görülebilir.

f. İllere ve yıllara göre çalışan sağlık meslek gruplarının kendi içindeki dağılımını izleyebilmek için her yıl için her ildeki sağlık meslek grubunun çalışan toplam sağlık emek-gücüne oranını gösteren tablolar oluşturulmuştur.

g. Sağlık meslek grupları arasında her yıl için dağılım yukarıdaki uygulama ile %20'lik parçalara bölünerek her ilin bulunduğu dilimi gösteren tablolar elde edilmiştir.

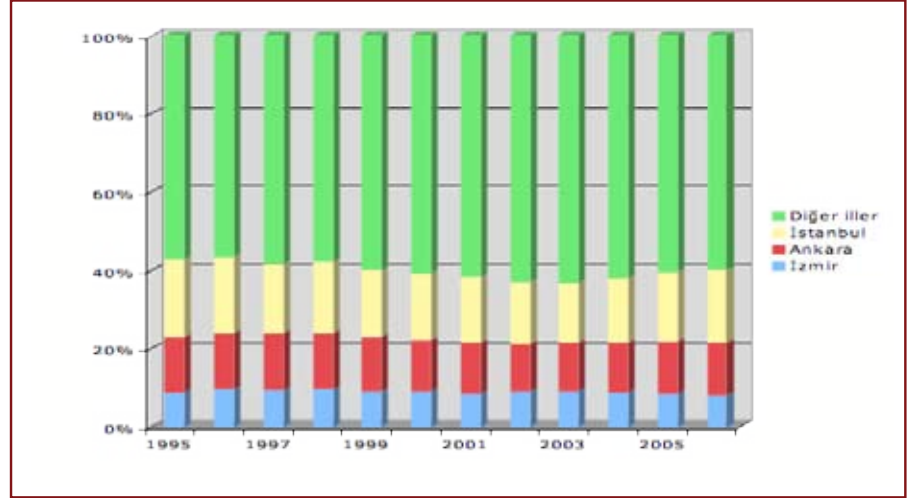
h. Ayrıca, OECD ülkelerinin ortalamalarını gösteren 4 ayrı tablo OECD1-4 olarak yeniden derlenmiştir. Yeniden derleme nedeni, farklı ülkelerin farklı yöntemlerle veri ilemesidir.

Yukarıda sayılan 9 meslek grubundan; hekimler, pratisyen hekimler, uzman hekimler ve sağlık emekçileri ile ilgili bulgular metin içinde paylaşılacaktır. Diğer sağlık meslek grupları ile ilgili bilgiler ve ayrıntılar EK-5'de sunulmuştur.

## Pratisyen Hekimler

### Grafik 1.

Pratisyen Hekimlerin İllere Dağılımı



Pratisyen hekimlerinin illere dağılımında İstanbul, Ankara ve İzmir'e yoğunlaşma dikkati çekmektedir. Adı geçen üç büyük ildeki yoğunlaşma 11 yıl boyunca yaklaşık %40'tır. Bin kişi başına pratisyen hekim sayısı bakımından son 11 yılda illerin durumu genel olarak aşırı derecede kötüye gitmektedir. Bu süre içerisinde, yalnızca Ankara, durumu daima iyi olan il konumundadır. İllerin %80'i orta dilimin altında kalmaktadır. Daima en kötü dilimde yer alan illerin tamamı, aynı zamanda gelişmişlik sıralamaları bakımından da son sıralardadır.

Onbir yıl boyunca 1.000 kişi başına pratisyen hekim sayısı bakımından eşitsizlik 1.40-1.20 aralığındadır. Özellikle 2001'den itibaren bu aralık 1.30-1.20 aralığında bir inen bir çıkan bir farka dönüşmüştür.

Pratisyen hekimlerin sağlık çalışanları içindeki dağılımı da, bu saptamayı doğrulamaktadır. **G27** tablosunda 11 yıl boyunca durumu değişmeyen yalnızca 2 il vardır: Giresun ve Balıkesir. Her iki il de, pratisyen hekimlerin sağlık emekçilerine oranı bakımından daima en kötü dilimde kalmaktadır. Diğer illerin tamamı yıldan yıla %20'lik dilimlerde bir aşağı iki yukarı gezer haldedir.

Tabloda dikkat çekici bir diğer nokta Van, Şırnak, Ağrı ve Hakkari'de 2006 yılındaki ani 'aşırı' artıştır. Bu iller birdenbire pratisyen hekimlerin sağlık emekçileri içindeki payı bakımından en iyi duruma gelmişlerdir.

OECD ülkeleriyle karşılaştırıldığında

ise, hekim istihdamındaki temel sorunun, neden "sayı" değil "dağılım" olduğu açıkça görülmektedir. Örneğin, 2006 yılında bu ülkelerde bin kişi başına pratisyen hekim sayısı ortalama 0.9, sağlık emekçileri içinde pratisyen hekimlerin payı ise %11'dir. Aynı yıl Türkiye'de ise bu sayılar 0.7 ve %23'tür. Nüfusun %22'si, kişi başına pratisyen hekim bakımından OECD ortalamasının üzerindedir. Pratisyen hekimlerin sağlık emekçileri içindeki payı ise, tüm nüfus için OECD ortalamasının üzerindedir. En küçük paya sahip il olan Muğla'da bile bu rakam %15'tir.

Eşitsizlikten olumsuz etkilenen nüfus ise giderek artmaktadır. 1995-2006 arasında bin kişi başına pratisyen hekim sayısı bakımından en kötü durumdaki nüfusun oranı %69'dan %78'e çıkmıştır. 2006'da nüfusun %17'si için bin kişi başına pratisyen hekim sayısı 1.35 iken, %80'e yakını için 0.6'dır. Orta dilim ise neredeyse erimiştir.

Bulguların ışığında görünen; pratisyen hekim dağılımının düzeyi itibariyle illerin yıllar itibariyle sürekli yer değiştirmesidir. Bu durumun bilinen nedeni de pratisyen hekim dağılımında bozukluğu gidermenin temel yolu olarak zorunlu hizmet uygulamasının kullanılmasıdır. Zorunlu hizmet atamalarıyla yapılmaya çalışılan iyileştirme kalıcı olamamakta, iki üç yıl içinde ilin yeniden bir alt dilime düşmesini engellememektedir.



**Tablo 1.**

1.000 Kişi Başına  
Pratisyen Hekim  
(%20'lik dilim)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	İGE	DPTSGE	SGE
Ankara	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2
Edirne	3	3	3	3	3	2	2	1	1	1	1	1	2	2	4
İsparta	3	3	3	3	3	3	2	1	1	1	1	1	3	3	4
Elazığ	3	3	3	3	3	3	2	1	1	1	1	1	3	3	4
Kırıkkale	5	5	5	5	5	4	3	1	1	1	1	2	3	3	4
İzmir	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2
Trabzon	3	3	3	4	4	4	3	3	2	2	2	2	3	3	4
Erzurum	4	4	4	4	4	3	3	3	3	2	2	2	4	4	5
Sivas	4	4	4	4	4	3	3	2	4	2	2	2	3	4	5
Eskişehir	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	2	2	3
Malatya	4	4	4	4	4	4	3	3	2	2	3	3	3	3	5
Samsun	4	4	4	4	4	3	3	3	3	2	3	3	2	3	4
Aydın	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	2	2	4
Bolu	3	3	3	3	4	4	4	4	4	3	3	3	1	3	4
Gümüşhane	4	4	4	4	3	4	4	3	3	2	3	4	4	5	5
Kayseri	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	4	2	2	4
Adana	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4	2	2	4
Antalya	4	4	3	3	4	4	3	3	3	3	3	4	2	2	4
Denizli	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	2	2	4
Çankırı	4	4	5	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	5
Zonguldak	5	4	5	5	5	4	4	3	3	3	3	4	2	3	4
Konya	4	4	5	4	4	4	4	4	4	3	3	4	3	3	4
Tunceli	4	3	3	3	2	3	3	1	2	3	4	4	3	4	5
Artvin	4	4	4	4	3	3	3	2	2	3	4	4	2	3	5
Karabük	5	4	5	4	4	4	3	3	3	4	4	4	3	3	4
Sinop	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	3	4	5
Erzincan	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	5
Manisa	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	2	3	4
Mersin	5	5	5	5	5	4	4	4	4	3	4	4	2	2	4
Bursa	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	1	1	3
Bayburt	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	3	5	5
Ardahan	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	5	5
İstanbul	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	1	1	1
Muğla	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	2	4
Diyarbakır	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5
Afyon	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	3	3	5
Yozgat	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	5
Tokat	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	5
Rize	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	3	3	4
Van	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5
Hakkari	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5
Düzce	-	-	-	-	5	5	3	3	3	3	2	5	3	3	5
Yalova	5	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	5	1	2	4
Nevşehir	4	4	5	4	4	4	3	3	3	3	4	5	3	3	4
Kırşehir	4	5	5	4	4	4	3	3	3	3	4	5	3	3	5
Burdur	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	5	2	3	4
Kilis	5	5	4	4	4	3	3	2	3	4	4	5	3	4	5
Karaman	4	4	5	4	4	4	3	3	3	4	4	5	3	3	4
Aksaray	4	4	5	4	4	4	3	3	3	4	4	5	4	4	5
Bartın	4	4	5	5	4	4	3	3	3	4	4	5	3	4	5
Niğde	4	4	4	4	5	4	3	3	3	4	4	5	3	3	5
Çanakkale	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	2	2	4
Uşak	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	2	3	4
Bilecik	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	2	2	4
Kastamonu	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	3	3	5
Balıkesir	5	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	5	2	2	4
Çorum	4	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	5	3	3	5
Amasya	4	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	5	3	3	4
Kocaeli	5	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	5	1	1	3
Osmaniye	-	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	5	3	4	5
Kahramanmaraş	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	5	4	4	5
Giresun	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	5	3	3	5
Kırklareli	4	4	4	5	4	4	4	4	5	4	4	5	2	2	4
Adıyaman	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	4	4	5
Kütahya	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5	5	3	3	5
Tekirdağ	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	5	5	2	2	4
Ordu	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	4	4	5
Gaziantep	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	3	3	4
Bingöl	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5
Sakarya	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	1	3	4
İğdir	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
Hatay	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	3	4
Ağrı	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Kars	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
Muş	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Bitlis	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Şanlıurfa	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5
Mardin	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
Batman	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
Şırnak	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Siirt	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5

**Tablo 2.**

Pratisyen  
Hekimlerin Sağlık  
Çalışanları İçindeki  
Oranı  
(%20'lik dilim)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	IGE	DPTSGE	SGE
Van	4	5	3	4	4	3	3	3	4	2	2	1	5	5	5
Şırnak	1	2	4	3	2	1	2	2	2	4	3	1	5	5	5
Ağrı	3	2	4	4	4	3	4	4	4	5	4	1	5	5	5
Hakkari	2	3	4	4	3	2	4	3	3	5	5	1	5	5	5
Elazığ	2	2	3	3	3	1	2	2	2	1	1	2	3	3	4
Erzurum	4	3	4	3	3	2	3	3	3	2	2	2	4	4	5
Edirne	3	2	4	4	4	3	3	3	3	2	2	2	2	2	4
Şanlıurfa	3	3	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	5	4	5
Bilis	2	2	4	4	3	3	4	3	3	4	2	2	5	5	5
Kayseri	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	4
Diyarbakır	4	3	4	4	4	3	3	3	3	3	3	2	4	4	5
Zonguldak	5	4	5	5	5	4	5	4	4	3	3	2	2	3	4
Muş	1	2	4	4	3	3	4	3	3	5	3	2	5	5	5
Ardahan	1	1	3	3	2	1	1	1	1	3	4	2	4	5	5
Bingöl	2	3	5	4	3	2	3	2	2	4	4	2	5	5	5
Kars	3	3	4	4	3	3	4	3	3	5	4	2	4	5	5
Kırıkkale	4	3	4	4	4	2	2	3	2	2	2	3	3	3	4
Sivas	2	2	3	3	2	1	3	3	3	2	2	3	3	4	5
Silivri	2	3	5	4	3	2	4	3	3	3	3	3	4	5	5
Mardin	3	3	4	4	3	3	4	4	3	3	3	3	4	5	5
Samsun	4	3	4	4	4	3	4	4	3	3	3	3	2	3	4
Isparta	4	3	4	4	4	3	3	4	4	3	3	3	3	3	4
Kahramanmaraş	4	4	5	4	4	3	4	4	4	3	3	3	4	4	5
Ankara	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	3	3	2	1	2
Batman	2	3	4	5	4	3	4	4	4	4	3	3	4	5	5
Gaziantep	4	4	5	5	5	3	4	4	4	4	3	3	3	3	4
Düzce	-	-	-	-	4	5	3	4	3	2	1	4	3	3	5
Kilis	2	4	4	3	2	1	1	1	1	1	2	4	3	4	5
Gümüşhane	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	3	4	4	5	5
Niğde	3	3	4	4	4	3	2	3	3	2	3	4	3	3	5
Osmaniye	-	4	4	4	4	2	3	3	3	2	3	4	3	4	5
Yozgat	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	5
Bilecik	3	3	4	3	3	1	3	4	3	3	3	4	2	2	4
Adıyaman	3	3	4	4	4	2	3	4	3	3	3	4	4	4	5
Konya	3	3	4	4	4	3	4	4	3	3	3	4	3	3	4
Manisa	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	2	3	4
Çankırı	1	2	4	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4	4	5
Afyon	3	3	4	4	3	3	4	4	4	4	3	4	3	3	5
Izmir	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	1	1	2
Bayburt	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	4	4	3	5	5
Tunceli	2	3	4	4	3	3	3	2	2	3	4	4	3	4	5
Aksaray	1	1	2	2	2	1	2	3	2	3	4	4	4	4	5
Nevşehir	3	3	4	4	4	2	3	3	3	3	4	4	3	3	4
Malatya	4	3	4	4	4	2	3	3	3	3	4	4	3	3	5
Adana	4	3	4	4	4	2	4	4	4	3	4	4	2	2	4
Trabzon	3	2	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3	3	4
Hatay	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	2	3	4
Aydın	4	4	5	5	5	4	4	4	4	3	4	4	2	2	4
Antalya	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	2	2	4
Tokat	4	4	4	5	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	5
Bursa	4	4	5	5	4	3	4	4	4	4	4	4	1	1	3
Çorum	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	3	5
Kocaeli	5	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	1	1	3
Eskişehir	5	4	5	5	4	4	5	4	4	4	4	4	2	2	3
Denizli	5	4	5	5	5	4	5	5	4	4	4	4	2	2	4
Mersin	5	4	5	5	5	4	5	5	4	4	4	4	2	2	4
İstanbul	4	4	5	5	5	4	5	5	5	5	4	4	1	1	1
İğdir	2	3	4	4	3	3	4	4	4	4	5	4	4	5	5
Sakarya	4	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	1	3	4
Bolu	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	1	3	4
Karaman	3	3	4	3	3	1	3	3	2	3	4	5	3	3	4
Kırşehir	4	3	4	4	3	3	3	3	2	3	4	5	3	3	5
Erzincan	2	1	4	3	3	2	3	3	3	4	4	5	4	4	5
Bartın	3	3	4	4	4	3	4	3	3	4	4	5	3	4	5
Yalova	5	4	4	4	4	2	3	4	4	4	4	5	1	2	4
Sinop	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	5	3	4	5
Karabük	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	5	3	3	4
Uşak	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	2	3	4
Rize	4	4	5	4	4	4	5	4	4	4	4	5	3	3	4
Artvin	4	4	4	4	3	3	4	3	3	4	5	5	2	3	5
Kastamonu	3	3	4	3	3	3	4	4	4	4	5	5	3	3	5
Burdur	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	2	3	4
Kütahya	4	3	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	3	3	5
Amasya	5	4	5	5	5	4	5	4	4	5	5	5	3	3	4
Tekirdağ	4	3	4	4	5	4	5	5	5	5	5	5	2	2	4
Kırklareli	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	2	2	4
Ordu	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	4	5
Çanakkale	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	2	4
Muğla	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	2	4
Balıkesir	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	2	4
Giresun	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	5

**Tablo 3.**

1.000 Kişi Başına Pratisyen Hekim Sayısında Eşitsizliğin Gelişimi (sayı)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
En az	0.21	0.15	0.22	0.20	0.25	0.19	0.18	0.20	0.19	0.17	0.21	0.38
En çok	1.53	1.54	1.57	1.59	1.57	1.51	1.49	1.41	1.50	1.37	1.51	1.58
Fark	1.32	1.39	1.35	1.39	1.32	1.32	1.31	1.21	1.31	1.21	1.30	1.20

**Tablo 4.**

Pratisyen Hekim Dağılımının %20'lik Dilimlerindeki Nüfus (%)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1+2	11	11	11	11	11	11	13	16	17	21	18	17
3	20	20	22	21	20	28	39	26	22	20	16	5
4+5	69	69	67	68	69	60	47	58	61	59	66	78

**Tablo 5.**

Pratisyen Hekim Dağılımının %20'lik Dilimlerinde 1.000 Kişi Başına Pratisyen Hekim (sayı)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1+2	1.33	1.36	1.39	1.42	1.39	1.34	1.31	1.10	1.21	1.19	1.21	1.35
3	0.85	0.82	0.85	0.87	0.90	0.82	0.78	0.79	0.81	0.73	0.84	0.96
4+5	0.47	0.42	0.48	0.47	0.51	0.47	0.44	0.46	0.46	0.42	0.48	0.61
Türkiye	0.53	0.50	0.53	0.53	0.58	0.58	0.61	0.67	0.68	0.65	0.66	0.70



## Uzman Hekimler

Uzman hekimlerin illere dağılımı genel olarak değerlendirildiğinde ortaya çıkan tablo dikkat çekicidir. Çalışmanın yürütüldüğü 11 yıl boyunca uzman hekimlerin yarısının Ankara, İzmir ve İstanbul'da, %70'den fazlasının 15 büyük ilde yığıldığı görülmektedir.

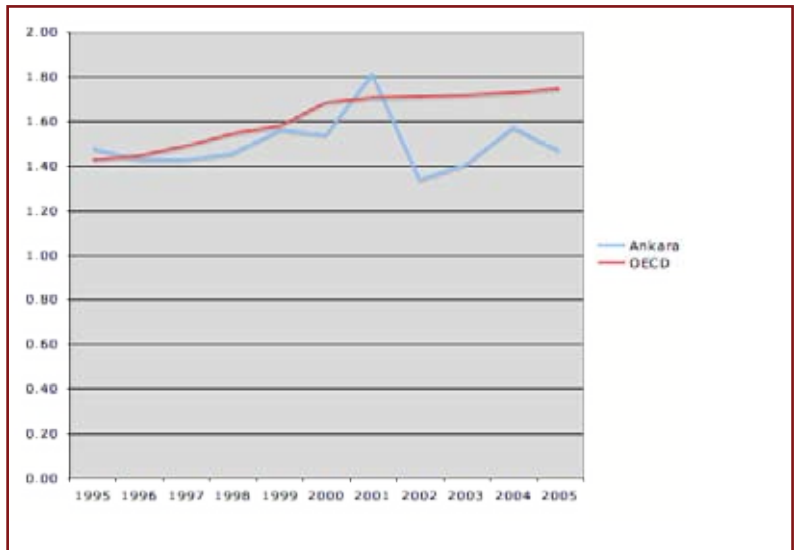
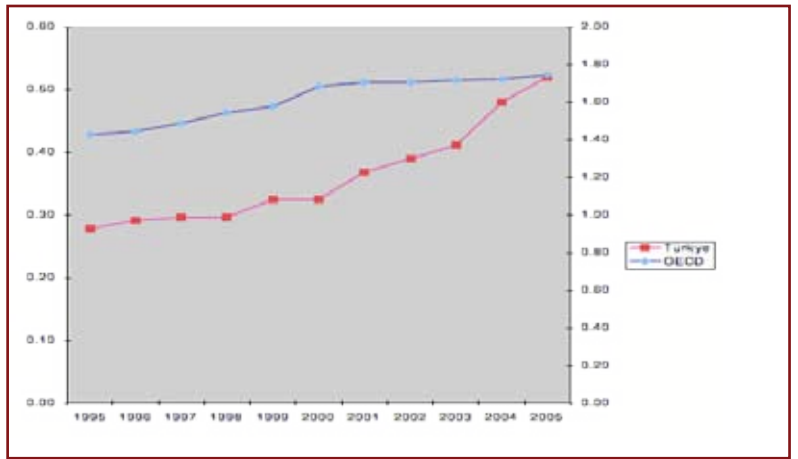
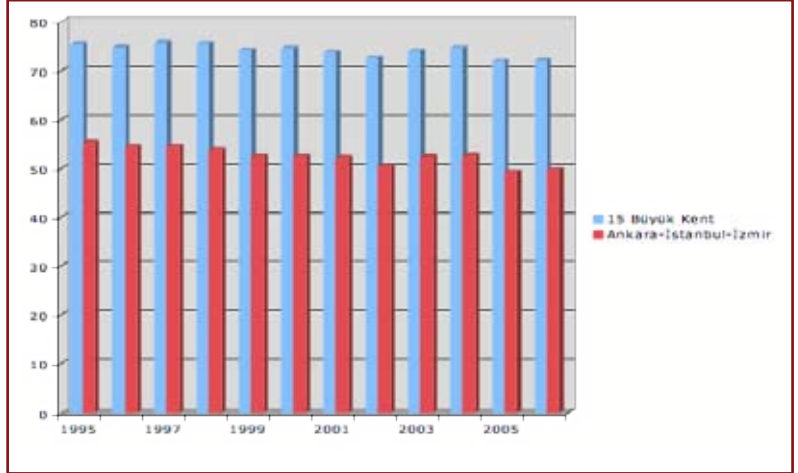
Aşağıda sunulan tablolar incelendiğinde, uzman hekim dağılımı bakımından, daima en iyi durumda olan tek il Ankara'dır. İllerin %80'den fazlası her zaman orta dilimin altında kalmaktadır. Onbir yıl boyunca en kötü dilimde yer alan illerin tamamı, aynı zamanda gelişmişlik bakımından da en son dilimde bulunan illerdir. Bununla birlikte, İstanbul, Ankara, İzmir ve Edirne dışında, gelişmişlik bakımından en iyi dilimde yer alan diğer illerin, bin kişi başına uzman hekim bakımından son dilimlerde yer alıyor olması dikkat çekicidir.

Uzman hekimlerin sağlık emekçileri içindeki payı 1995 yılında %12 iken, 2006 yılında %19'a çıkmıştır. Buna karşın, illere göre dağılımı yıllar içerisinde giderek kötüleşmiştir. Onbir yıl boyunca uzman hekimlerin sağlık emekçileri içindeki payı bakımından her zaman en iyi dilimde yer alan tek il İstanbul'dur. Antalya, Gaziantep, Sakarya ve Hatay sağlık emekçileri içinde uzman hekimlerin payı bakımından 1995 yılında 2. dilimdeyken, 2006 yılında 4. dilime düşmüşlerdir.

OECD ülkelerinde bin kişi başına uzman hekim sayısı giderek artmaktadır. OECD ortalaması 1995'te 1.4 iken, 2005 yılında 1.7'ye ulaşmıştır. Aynı yıllar için Türkiye'de bin kişi başına uzman hekim sayısı 0.3 ve 0.6'dır. Diğer yandan, uzman hekimlerin sağlık emekçileri içindeki payları karşılaştırıldığında, onbir yıl boyunca önemli bir değişiklik izlenmemektedir. Ankara, bin kişi başına uzman hekim sayısı bakımından OECD ortalamasına en yakın illerden biridir. Hatta kimi yıllarda bu ortalamanın da üzerindedir. Farkın oluşmaya başladığı yıllar 2000-2001 arasındadır ve farka neden olan OECD'deki artış değil, Ankara'daki azalıştır. Fark, sonraki yıllarda da tekrar kapanmamıştır. Aynı yıllarda benzer bir gelişme İzmir ve İstanbul'da da görülmektedir. Her iki il de bin kişi başına uzman hekim sayısı bakımından bir alt dilime düşmüştür.

Uzman hekimlerin %50'sinin bulunduğu Ankara, İstanbul ve İzmir'deki değişim, nüfus üzerindeki etkileri bakımından da belirleyici olmuştur: Orta dilimin kapsadığı nüfus %6'dan %30'a yaklaşmıştır. 2006'ya gelindiğinde, ortalamanın üzerindeki %15 nüfus için 1000 kişi başına uzman hekim sayısı 1.5'e yakınken, ortalamanın altındaki %60'a yakın nüfus için bu sayı 0.5'tir.

Uzman hekim sayısında 'uluslararası ortalamaları tutturmak' adına bir artış desteklendiğinde, Türkiye'de sağlık emekçileri içinde uzman hekimlerin payının büyük oranda artacağını ve bu 'anormal'liğin uluslararası ortalamaların çok üzerinde olacağını görmek gerekir. Benzer durum, pratisyen hekimler için de söz konusudur.



**Tablo 6.**

1.000 Kişi Başına  
Uzman Hekim  
(%20'lik dilim)

	_1995	_1996	_1997	_1998	_1999	_2000	_2001	_2002	_2003	_2004	_2005	_2006	:::IGE	:::DPTSGE	:::SGE
Ankara	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2
Izmir	3	2	2	2	2	2	3	1	1	1	1	2	1	1	2
Edirne	4	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2	2	2	4
Isparta	4	3	4	4	4	4	4	3	3	3	2	2	3	3	4
Kırıkkale	5	5	5	5	4	4	4	3	3	3	2	2	3	3	4
Eskişehir	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	2	2	2	3
Sivas	5	5	5	5	5	5	4	4	5	4	4	2	3	4	5
Istanbul	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	3	1	1	1
Bolu	3	3	3	3	4	4	4	4	4	2	2	3	1	3	4
Elazığ	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	4
Trabzon	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4
Erzurum	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	5
Malatya	5	5	5	5	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	5
Konya	5	4	4	4	5	5	5	4	4	3	4	3	3	3	4
Antalya	4	4	3	3	3	4	4	3	3	3	3	4	2	2	4
Aydın	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	2	2	4
Denizli	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	3	4	2	2	4
Adana	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	3	4	2	2	4
Samsun	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	3	4	2	3	4
Bursa	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	1	1	3
Zonguldak	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	2	3	4
Muğla	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	1	2	4
Manisa	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	2	3	4
Kocaeli	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	1	1	3
Kayseri	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4
Yalova	4	5	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	1	2	4
Karabük	5	4	5	4	5	5	4	4	4	4	4	4	3	3	4
Mersin	5	5	5	4	4	4	5	4	4	4	4	4	2	2	4
Sinop	5	4	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	3	4	5
Afyon	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	3	3	5
Amasya	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	3	3	4
Rize	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	3	3	4
Tokat	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	5
Karaman	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	3	3	4
Çankırı	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	5
Erzincan	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	5
Bayburt	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	3	5	5
Diyarbakır	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5
Tunceli	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	4	5
Tekirdağ	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	2	2	4
Balıkesir	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	2	2	4
Kırklareli	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	5	2	2	4
Gaziantep	5	5	5	5	4	4	5	4	4	4	4	5	3	3	4
Çanakkale	4	5	4	4	5	4	5	4	4	4	4	5	2	2	4
Uşak	5	5	5	4	4	5	5	4	4	4	4	5	2	3	4
Burdur	5	5	5	5	4	5	5	4	4	4	4	5	2	3	4
Sakarya	5	5	4	4	5	5	5	4	4	4	4	5	1	3	4
Kastamonu	4	4	4	5	5	5	5	4	4	4	4	5	3	3	5
Kırşehir	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5	3	3	5
Bartın	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5	3	4	5
Neşehir	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4	5	3	3	4
Kütahya	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	3	3	5
Ordu	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	4	4	5
Artvin	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	2	3	5
Giresun	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	3	3	5
Gümüşhane	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5
Düzce	-	-	-	-	5	5	4	3	4	5	5	5	3	3	5
Çorum	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	3	3	5
Osmaniye	-	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	4	5
Bilecik	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	2	4
Hatay	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	3	4
Kahramanmaraş	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5
Aksaray	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5
Niğde	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	5
Yozgat	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5
Ağrı	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Kars	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
Iğdır	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
Ardahan	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
Bingöl	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Van	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Muş	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Bitlis	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Hakkari	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Adıyaman	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5
Kilis	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	4	5
Şanlıurfa	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5
Mardin	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
Batman	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
Şırnak	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Siirt	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5

**Tablo 7.**

Uzman Hekimlerin  
Sağlık Çalışanları  
İçindeki Oranı  
(%20'lik dilim)

	_1995	_1996	_1997	_1998	_1999	_2000	_2001	_2002	_2003	_2004	_2005	_2006	::iGE	::DPTSGE	::SGE
Istanbul	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Ankara	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1
Izmir	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2
Kırıkkale	3	4	3	2	2	2	2	2	3	3	2	2	3	3	4
Konya	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	4
Kocaeli	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	1	1	3
Kayseri	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	2	2	2	4
Eskişehir	2	2	2	2	2	3	3	3	3	4	3	2	2	2	3
Sivas	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	2	3	4	5
Adana	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	3	2	2	4
Bursa	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	1	1	3
Edirne	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2	4
Manisa	2	3	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	3	4
Denizli	3	3	3	3	2	2	3	2	3	3	3	3	2	2	4
Tekirdağ	2	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	2	2	4
Erzurum	3	2	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	4	4	5
Elazığ	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4
Şanlıurfa	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	5	4	5
Zonguldak	2	3	3	3	3	2	3	3	3	4	4	3	2	3	4
Isparta	3	2	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	4
Batman	4	4	3	3	3	3	4	3	3	4	4	3	4	5	5
Diyarbakır	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	5
Bayburt	4	5	4	5	4	5	4	5	5	4	4	3	3	5	5
Kilis	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	3	3	4	5
Ağrı	4	4	5	5	4	5	4	4	4	5	4	3	5	5	5
Siirt	5	4	4	5	5	5	4	4	4	5	4	3	4	5	5
Bolu	3	3	3	3	3	2	4	4	4	3	2	4	1	3	4
Antalya	2	2	2	1	2	2	2	2	3	2	3	4	2	2	4
Gaziantep	2	3	3	2	2	2	2	2	3	2	3	4	3	3	4
Sakarya	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	4	1	3	4
Van	3	2	2	3	2	3	3	3	4	3	3	4	5	5	5
Afyon	3	4	4	3	3	3	3	3	3	4	3	4	3	3	5
Samsun	3	3	3	2	3	2	2	2	3	3	4	4	2	3	4
Hatay	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	4	4	2	3	4
Kırklareli	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	2	2	4
Balıkesir	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	2	2	4
Aydın	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	2	2	4
Malatya	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3	3	5
Muğla	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	1	2	4
Trabzon	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	4
Mersin	3	4	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	2	2	4
Kahramanmaraş	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	5
Yalova	3	3	3	2	2	4	3	3	4	4	4	4	1	2	4
Karabük	3	3	3	3	3	4	3	3	4	4	4	4	3	3	4
Kütahya	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4	4	4	3	3	5
Tokat	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	5
Rize	3	3	3	3	3	4	3	4	4	4	4	4	3	3	4
Karaman	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	3	3	4
Amasya	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4
Erzincan	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5
Mardin	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5
Kars	4	5	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	5	5
Osmaniye	-	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	3	4	5
Adıyaman	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	5
Bitlis	4	4	4	5	4	4	4	4	4	5	4	4	5	5	5
Muş	5	5	5	5	5	5	4	4	4	2	5	4	5	5	5
Düzce	-	-	-	-	2	3	2	2	3	5	5	4	3	3	5
Bingöl	4	4	4	5	4	5	4	4	4	5	5	4	5	5	5
Çankırı	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	5
Ardahan	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	5	5
Hakkari	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5
Tunceli	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	4	5
Şırnak	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5
Uşak	4	4	3	3	3	3	3	3	4	4	4	5	2	3	4
Çorum	3	3	3	3	3	4	4	3	4	4	4	5	3	3	5
Bartın	3	3	3	3	3	4	3	4	4	4	4	5	3	4	5
İğdir	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	5	4	5	5
Kırşehir	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	5	3	3	5
Ordu	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	5	4	4	5
Kastamonu	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	5	3	3	5
Aksaray	3	3	3	3	3	4	4	4	4	5	4	5	4	4	5
Sinop	3	3	4	4	4	4	4	4	4	5	4	5	3	4	5
Nevşehir	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	5	5	3	3	4
Burdur	4	4	4	4	3	4	4	4	4	5	5	5	2	3	4
Bilecik	3	3	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	2	2	4
Çanakkale	3	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	2	2	4
Niğde	3	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	3	3	5
Yozgat	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	4	4	5
Giresun	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	3	3	5
Artvin	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	2	3	5
Gümüşhane	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5

**Tablo 8.**

1.000 Kişi Başına Uzman Hekim Sayısında Eşitsizliğin Gelişimi (sayı)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
En az	0.01	0.03	0.03	0.02	0.04	0.05	0.04	0.05	0.07	0.06	0.12	0.20
En çok	1.48	1.42	1.42	1.45	1.56	1.54	1.81	1.34	1.41	1.57	1.46	1.68
Fark	1.47	1.40	1.40	1.43	1.51	1.49	1.78	1.29	1.34	1.50	1.35	1.47

**Tablo 9.**

Uzman Hekim Dağılımının %20'lik Dilimlerdeki Nüfus (%)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1+2	20	26	25	26	11	26	6	29	30	32	33	15
3	6	3	4	5	19	1	21	21	17	11	14	27
4+5	73	72	70	70	70	74	73	50	53	57	53	58

**Tablo 10.**

Uzman Hekim Dağılımının %20'lik Dilimlerinde 1.000 Kişi Başına Uzman Hekim (sayı)

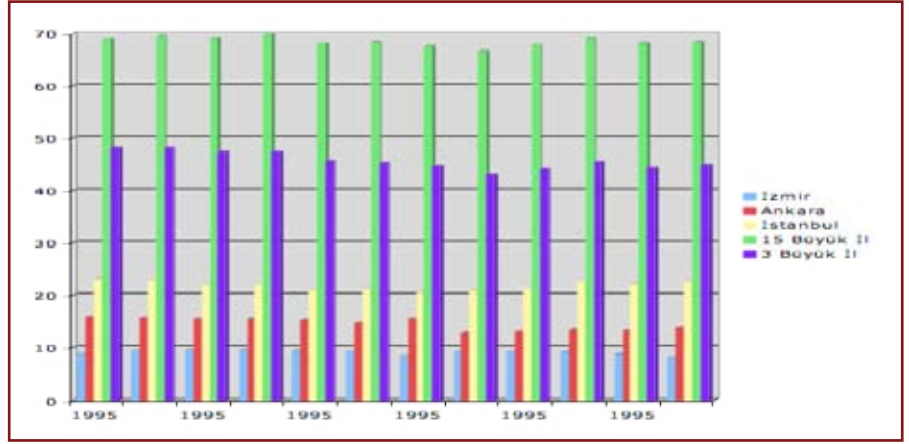
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1+2	1.19	1.17	1.20	1.21	1.30	1.27	1.81	1.08	1.13	1.22	1.18	1.43
3	0.72	0.65	0.68	0.72	0.80	0.82	0.94	0.65	0.68	0.81	0.78	0.90
4+5	0.28	0.28	0.29	0.28	0.32	0.34	0.38	0.30	0.34	0.37	0.39	0.50
Türkiye	0.28	0.29	0.30	0.30	0.32	0.33	0.37	0.39	0.41	0.48	0.52	0.58

## Hekimler

Bu bölümde pratisyen ve uzman hekimler bir arada değerlendirilecektir. İki grup halinde incelendiğinde de izlendiği gibi, hekimlerin illere dağılımında büyük kentlerdeki yığılma dikkat çekmektedir. Hekimlerin %70'i 15 büyük ilde bulunurken, %45'i İstanbul, Ankara ve İzmir'dedir. Bin kişi başına hekim sayısı bakımından, 11 yıl boyunca her zaman en iyi durumdaki tek il Ankara'dır. İllerin %80'inin orta dilimin altında kaldığı görülmektedir. Daima en kötü dilimde yer alan illerin hepsi, aynı zamanda gelişmişlik sıralamaları bakımından da son sıralarda bulunmaktadır. 1995-2006 yılları boyunca, 1000 kişi başına hekim sayısının en yüksek ve en düşük olduğu iller arasındaki fark 2.5-3 hekim aralığında seyretmiştir. Bununla birlikte 2000 yılından sonra, ani yükseliş ve düşüşün ardından oynak bir seyir izlediği görülmektedir. Hekimlerin sağlık emekçileri içindeki payı bakımından dağılımı iki özellik taşımaktadır. Bunlardan birincisi, hiç bir ilin, 11 yıl boyunca bulunduğu dilimde kalamamış olmasıdır. İkinci olarak da, son yıllarda az sayıda ilin bir üst dilime, ama çok sayıda ilin de bir alt dilime geçmesidir. Hekimlerin sağlık emekçileri içindeki payı itibarıyla çok sayıda ilin durumunun 2006 yılında kötüleştiği izlenmektedir. Gerek bin kişi başına hekim sayısı, gerekse sağlık emekçileri içindeki hekim payı itibarıyla 11 yıl süresince sık değişimler yaşanmasına karşın eşitsizlikler ve eşitsizliği yaşayanlar değişmemektedir. Türkiye genelinde 2006 yılında nüfusun %17'si için 1000 kişi başına hekim sayısı 2.69 iken, bu sayı nüfusun %56'sı için 1.12'dir. Diğer bir ifadeyle, ortalamanın üzerindeki dilimlerde bin kişi başına hekim sayısı, ortalamanın altındaki dilimlerde bin kişi başına hekim sayısının iki katından fazladır. Dikkat çekici bir durum da ortalamanın altındaki dilimlerde bin kişi başına hekim sayısının 1995-2005 yılları arasındaki ortalamasının 0.79'iken 2006 yılında belirgin bir sıçrama ile ilk kez 1'in üzerinde bir değere çıkmasıdır. Ortalamanın üzerindeki dilimlerde, 2005 yılında 1000 kişi başına hekim sayısı ise 2.64'tür ve bu sayı OECD ülkelerindeki ortalama-ya eşittir. Ülkelerin Hekim Sayılarını Belirleyen

### Grafik 1.

Hekimlerin İllere Dağılımı



Faktörler ve Türkiye'de Hekim Sayısı bölümünde de görüldüğü gibi dünya genelinde ülkelerin hekim sayılarının belirleyicisi olan önemli faktörlerden bir tanesi de kişi başına düşen hastane yatak sayısıdır. Bu değişken, beraberinde ülkelerin sağlık alt yapılarını da yansıtmaktadır. Türkiye'de 1995-2006 yılları arasında illerin 1000 kişi başına hastane yatağı sayısına göre %20'lik dilimlere dağılımı ile yüz hastane yatağı başına hekim sayısına göre %20'lik dilimlere dağılımları incelendiğinde illerin %85'inin orta dilimin altında kaldığı görülmektedir. Genel olarak illerin göreceli durumları değişmemekle birlikte, büyük kentlerin neredeyse tamamı ortalamanın altındaki dilimlerde yer almaktadırlar. Başka bir ifadeyle, gelişmişlik bakımından üst dilimlerde yer alan illerin tamamı, hastane yatakları sayısı bakımından alt dilimlerde bulunmaktadır. 1995-2005 yılları arasında Türkiye genelinde 1000 kişiye düşen hastane yatak sayısı ortalaması sabit olarak adlandırılabilir şekilde seyretmektedir.

100 hastane yatağı başına düşen hekim sayısı yönüyle değerlendirdiğimizde Türkiye ortalaması ile OECD ülkeleri ortalaması, 2003 yılına kadar birbirine benzer biçimde seyrederken, sonraki yıllarda Türkiye aleyhine gerileme izlenmektedir. OECD ülkelerinde 100 yatak başına ortalama hekim sayısı yaklaşık 55'tir. Bu açıdan bakıldığında Türkiye'de illerin yarıdan fazlası bu ortalamanın üzerindedir. Bununla birlikte, OECD ülkelerinde 1.000 kişiye ortalama 6 hastane ya-

tağı düşerken, Türkiye'de 2.7 hastane yatağı düşmektedir.

100 hastane yatağı başına hekim sayılarına göre illerin %20'lik dilimler biçimindeki dağılımı Türkiye'de hükümetlerin hekim istihdamı politikalarının fotoğrafı gibidir: Şırnak ve Hakkari, yüz hastane yatağı başına düşen hekim sayısı bakımından, birinci dilimde yer almaktadır. Yani, en iyi durumdaki iki il konumundadırlar. Şırnak'ta yüz hastane yatağı başına 121 hekim, Hakkari'de de yüz hastane yatağı başına 118 hekim düşmektedir. Yalnızca hekim sayısını artırarak sağlık hizmeti götürülemeyeceğini, sağlıkta eşitsizliklerin giderilemeyeceğini vurgulamamız gerekiyor. Bu illerde hekimlerin sayısal göstergeleri, hastane yatağı göstergelerinin çok üzerinde seyrediyor. Oysa, bu iller hastane yatağı bakımından Türkiye sıralamasının en altında bulunuyorlar. Şırnak'ta bin kişi başına 0.5, Hakkari'de 0.8 hastane yatağı bulunmaktadır.

Yetkililer, Türkiye'nin sayılarını OECD vb. ülkelerin ortalamalarıyla karşılaştırmak istiyorlarsa önlerine almaları gereken çok sayıda başlık bulunmaktadır. Bunlardan bir tanesi de hastane yatak sayılarıdır. Yalnızca, toplumların sağlık durumlarının oluşumunda etkisi oldukça geri sıralar olduğu kanıtlanmış olan, sağlık emek-gücü sayılarını, hekim sayılarını konuşmak dayanağı olmayan başlıklardır. Popülist politikalara ucuz malzeme arayışlarıdır.

**Tablo 11.**

1.000 Kişi Başına  
Hekim (%20'lik  
dilim)

	_1995	_1996	_1997	_1998	_1999	_2000	_2001	_2002	_2003	_2004	_2005	_2006	:::IGE	:::DPTSGE	:::SGE
Ankara	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2
Isparta	4	3	3	3	4	3	3	2	2	2	2	1	3	3	4
Izmir	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	2
Edirne	3	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	4
Elazığ	4	4	4	4	4	3	3	2	2	2	2	2	3	3	4
Kırıkkale	5	5	5	5	5	4	3	2	2	2	2	2	3	3	4
Eskişehir	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3
Trabzon	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	2	3	3	4
Sivas	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	3	2	3	4	5
Istanbul	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1
Samsun	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	2	3	4
Erzurum	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	4	5
Malatya	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	5
Bolu	3	3	3	3	4	4	4	4	4	3	3	3	1	3	4
Konya	4	4	4	4	5	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4
Adana	4	4	4	4	4	3	4	3	3	3	3	3	2	2	4
Antalya	4	4	3	3	4	4	4	3	3	3	3	4	2	2	4
Aydın	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	2	2	4
Denizli	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	2	2	4
Zonguldak	4	4	5	5	5	4	4	3	3	3	3	4	2	3	4
Gümüşhane	5	5	4	5	4	5	5	4	4	3	3	4	4	5	5
Kayseri	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	3	4	2	2	4
Çankırı	4	5	5	5	5	5	4	4	4	4	3	4	4	4	5
Bursa	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	1	1	3
Tunceli	5	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	3	4	5
Artvin	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	2	3	5
Karabük	5	4	5	4	5	4	4	4	3	4	4	4	3	3	4
Manisa	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	2	3	4
Muğla	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	2	4
Kocaeli	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	3
Yalova	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	2	4
Sinop	4	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	3	4	5
Mersin	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4
Bayburt	5	5	4	5	4	5	5	4	4	4	4	4	3	5	5
Erzincan	4	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	5
Afyon	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	3	3	5
Tokat	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	5
Rize	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	3	3	4
Diyarbakır	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	5
Düzce	-	-	-	-	5	5	4	3	3	4	3	5	3	3	5
Tekirdağ	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	2	2	4
Kırklareli	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	2	2	4
Balıkesir	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	2	2	4
Burdur	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	2	3	4
Kastamonu	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	3	3	5
Uşak	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	2	3	4
Kırşehir	5	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	5	3	3	5
Çanakkale	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	5	2	2	4
Nevşehir	5	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	5	3	3	4
Bartın	4	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	5	3	4	5
Karaman	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	5	3	3	4
Aksaray	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	5	4	4	5
Niğde	4	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	5	3	3	5
Osmaniye	-	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5	3	4	5
Amasya	4	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5	3	3	4
Çorum	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5	3	3	5
Giresun	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5	3	3	5
Gaziantep	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5	3	3	4
Kahramanmaraş	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	4	4	5
Bilecik	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	5	5	2	2	4
Kilis	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	5	5	3	4	5
Kütahya	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	3	3	5
Sakarya	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	1	3	4
Ordu	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	4	5
Yozgat	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	5
Ardahan	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5
Hatay	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	3	4
Ağrı	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Kars	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
Iğdır	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
Bingöl	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Van	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Muş	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Bitlis	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Hakkari	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Adıyaman	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5
Şanlıurfa	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5
Mardin	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
Batman	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
Şırnak	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Siirt	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5



**Tablo 12.**

Hekimlerin Sağlık  
Çalışanları İçindeki  
Oranı  
(%20'lik dilim)

	_1995	_1996	_1997	_1998	_1999	_2000	_2001	_2002	_2003	_2004	_2005	_2006	::IGE	::DPTSGE	::SGE
Elazığ	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	3	3	4
Kırıkkale	3	3	3	3	2	1	1	1	1	1	1	1	3	3	4
İstanbul	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1
Erzurum	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	4	4	5
Van	3	4	1	3	2	2	2	2	4	1	1	1	5	5	5
Ankara	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2	1	2
Kayseri	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	4
Şirnak	3	4	5	4	3	2	3	3	2	5	4	1	5	5	5
Ağrı	4	2	4	5	4	4	4	4	4	5	4	1	5	5	5
Hakkari	2	4	5	5	3	3	5	4	3	5	5	1	5	5	5
Edirne	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	4
Şanlıurfa	3	3	4	3	3	2	2	2	2	2	1	2	5	4	5
İzmir	2	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	2
Konya	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	3	4
Isparta	3	2	3	3	3	2	2	3	3	2	2	2	3	3	4
Sivas	2	1	2	1	1	2	2	3	4	2	2	2	3	4	5
Diyarbakır	3	3	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	4	4	5
Bitlis	3	2	4	4	3	4	4	4	4	4	2	2	5	5	5
Muş	2	2	4	5	3	4	4	3	3	2	3	2	5	5	5
Zonguldak	4	3	4	3	3	3	4	3	2	3	3	2	2	3	4
Batman	3	3	3	4	3	3	4	4	3	3	3	2	4	5	5
Kars	3	3	5	4	3	4	4	4	3	4	3	2	4	5	5
Siirt	3	4	5	5	4	4	4	4	3	4	3	2	4	5	5
Bingöl	3	3	5	5	4	3	3	3	3	4	4	2	5	5	5
Gaziantep	3	2	3	3	3	2	2	3	3	1	2	3	3	3	4
Kilis	3	4	3	3	2	2	1	1	1	2	2	3	3	4	5
Adana	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	3	2	2	4
Samsun	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2	3	4
Kocaeli	3	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	3	1	1	3
Manisa	3	2	3	2	3	2	2	3	2	2	2	3	2	3	4
Kahramanmaraş	4	4	4	4	4	3	3	4	3	3	2	3	4	4	5
Bursa	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	3	1	1	3
Antalya	2	1	2	1	2	2	3	3	3	2	3	3	2	2	4
Bayburt	1	1	1	1	1	2	2	3	3	3	3	3	3	5	5
Hatay	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	4
Denizli	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	4
Eskişehir	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3
Sakarya	3	2	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	1	3	4
Mardin	3	3	4	4	3	4	4	4	3	3	3	3	4	5	5
Adıyaman	3	3	4	4	4	3	3	4	4	3	3	3	4	4	5
Bolu	3	4	4	4	5	4	4	5	5	3	3	3	1	3	4
Çankırı	2	3	4	3	3	4	3	3	3	4	3	3	4	4	5
Ardahan	2	2	3	4	2	3	2	1	2	4	4	3	4	5	5
Düzce	-	-	-	-	2	4	1	2	2	3	2	4	3	3	5
Malatya	3	3	4	3	3	2	2	3	2	2	3	4	3	3	5
Karaman	3	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	4	3	3	4
Kırşehir	3	2	3	2	2	3	2	2	2	3	3	4	3	3	5
Niğde	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	4	3	3	5
Aydın	4	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	4	2	2	4
Gümüşhane	2	2	1	1	1	3	3	3	3	3	3	4	4	5	5
Afyon	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	4	3	3	5
Trabzon	2	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	4
Osmaniye	-	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4	3	4	5
Tekirdağ	2	2	3	2	3	3	4	4	4	3	3	4	2	2	4
Mersin	5	4	4	4	4	3	4	4	4	3	3	4	2	2	4
Rize	3	3	3	4	3	4	4	4	4	3	3	4	3	3	4
Erzincan	2	1	3	4	3	3	3	3	3	4	3	4	4	4	5
Tokat	4	4	4	5	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	5
Aksaray	1	1	1	1	1	2	2	2	3	2	3	4	4	4	5
Yalova	4	4	3	2	2	3	2	3	3	4	4	4	1	2	4
Yozgat	2	2	3	2	3	4	3	3	3	4	4	4	4	4	5
Kütahya	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	3	3	5
İğdir	3	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	5	5
Kırklareli	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	2	2	4
Çorum	2	2	3	3	2	4	4	4	4	4	4	4	3	3	5
Balıkesir	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4
Tunceli	3	3	5	5	4	5	5	4	4	4	4	4	3	4	5
Amasya	4	4	5	5	5	4	5	5	4	4	5	4	3	3	4
Ordu	5	4	5	5	4	4	4	5	5	4	5	4	4	4	5
Nevşehir	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	4	5	3	3	4
Uşak	4	4	4	3	3	3	4	4	4	3	4	5	2	3	4
Bartın	2	3	3	4	3	3	3	3	3	4	4	5	3	4	5
Bilecik	3	2	3	3	3	2	3	4	4	4	4	5	2	2	4
Karabük	4	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	5	3	3	4
Kastamonu	3	2	3	3	3	4	4	4	4	4	4	5	3	3	5
Sinop	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	3	4	5
Burdur	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	2	3	4
Artvin	4	4	4	5	4	4	4	4	4	5	5	5	2	3	5
Muğla	4	4	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	1	2	4
Çanakkale	4	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	2	2	4
Giresun	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	5

**Tablo 13.**

1.000 Kişi Başına Hekim Sayısında Eşitsizliğin Gelişimi (sayı)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
En az	0.22	0.21	0.25	0.24	0.33	0.24	0.25	0.28	0.28	0.23	0.36	0.60
En çok	3.01	2.96	3.00	3.04	3.13	3.05	3.30	2.75	2.80	2.94	2.97	3.26
Fark	2.79	2.76	2.75	2.80	2.80	2.81	3.05	2.47	2.52	2.71	2.62	2.65

**Tablo 14.**

Hekim Dağılımının %20'lik Dilimlerdeki Nüfus (%)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1+2	11	11	11	11	11	11	11	14	14	14	14	17
3	17	18	20	20	16	22	21	40	39	38	40	27
4+5	73	72	69	69	73	67	68	46	47	48	46	56

**Tablo 15.**

Hekim Dağılımının %20'lik Dilimlerinde 1.000 Kişi Başına Hekim (sayı)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1+2	2.50	2.54	2.60	2.65	2.71	2.58	2.73	2.26	2.37	2.45	2.64	2.69
3	1.59	1.53	1.54	1.59	1.75	1.49	1.68	1.42	1.45	1.59	1.60	1.79
4+5	0.74	0.73	0.77	0.78	0.87	0.79	0.85	0.77	0.78	0.78	0.87	1.12

Türkiye	0.81	0.79	0.83	0.83	0.90	0.90	0.98	1.06	1.10	1.13	1.18	1.28
---------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

**Tablo 16.**

1.000 Kişi Başına Hastane Yatağı (sayı)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Türkiye	2,5	2,5	2,5	2,5	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,7
OECD	6,2	6,3	6,1	6,0	6,0	5,9	5,8	5,8	5,8	5,7	6,1

**Tablo 17.**

100 Hastane Yatağı Başına Hekim (sayı)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Türkiye	48	46	47	47	51	49	52	55	55	50	49
OECD	46	46	48	50	51	51	53	53	54	56	54



**Tablo 18.**

1.000 Kişi Başına  
Hastane Yatağı  
(%20'lik dilim)

	_1995	_1996	_1997	_1998	_1999	_2000	_2001	_2002	_2003	_2004	_2005	_2006	:::IGE	:::DPTSGE	:::SGE
Isparta	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	4
Elazığ	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	4
Bolu	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	3	1	3	4
Sivas	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	4	5
Artvin	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	5
Erzurum	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	5
Trabzon	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4
Edirne	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	2	2	4
Kırıkkale	4	5	5	5	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	4
Afyon	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	5
Erzincan	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	5
Çankırı	4	4	5	5	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	5
Eskişehir	3	2	3	3	2	2	2	2	2	3	3	4	2	2	3
Ankara	2	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	4	2	1	2
Zonguldak	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	4	2	3	4
Karabük	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	4
Giresun	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3	4	3	3	5
Sinop	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	3	4	3	4	5
Rize	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	3	4
Kastamonu	2	2	2	3	2	2	2	2	3	3	4	4	3	3	5
Samsun	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	4	4	2	3	4
Çorum	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	4	4	3	3	5
Izmir	3	3	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	1	1	2
Burdur	3	3	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	2	3	4
Adana	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4
Kırklareli	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4
Balıkesir	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4
Çanakkale	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4
Aydın	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4
Manisa	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	4
Kütahya	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	5
Uşak	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	4
Bursa	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	3
Kırşehir	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	5
Kayseri	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4
Amasya	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4
Gümüşhane	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5
Mersin	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4
Tokat	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5
Niğde	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	5
Bartın	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	5
Ordu	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5
Malatya	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	5
Konya	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4
Karaman	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	3	3	4
Aksaray	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	5
Yozgat	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	5
Düzce	-	-	-	-	4	4	4	4	5	4	4	4	3	3	5
Bayburt	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	3	5	5
Antalya	5	5	5	5	4	4	4	4	4	5	5	4	2	2	4
Istanbul	3	3	3	3	2	2	3	3	4	4	4	5	1	1	1
Muğla	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	1	2	4
Diyarbakır	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	5
Bingöl	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5
Yalova	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	1	2	4
Tunceli	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	3	4	5
Bitlis	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5
Nevşehir	4	4	4	5	4	4	4	5	4	4	5	5	3	3	4
Sakarya	4	4	5	5	4	4	4	4	5	5	5	5	1	3	4
Denizli	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	2	2	4
Gaziantep	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	3	3	4
Kocaeli	5	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	1	1	3
Kilis	4	4	4	5	4	4	4	5	5	5	5	5	3	4	5
Tekirdağ	4	5	5	5	4	4	4	5	5	5	5	5	2	2	4
Bilecik	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	2	2	4
Van	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Osmaniye	-	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	4	5
Hatay	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	3	4
Kahramanmaraş	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5
Ağrı	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Kars	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
Iğdır	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
Ardahan	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
Muş	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Hakkari	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Adıyaman	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5
Şanlıurfa	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5
Mardin	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
Batman	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
Şırnak	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Siirt	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5

**Tablo 19.**

100 Hastane Yatağı  
Başına Hekim  
(%20'lik dilim)

	_1995	_1996	_1997	_1998	_1999	_2000	_2001	_2002	_2003	_2004	_2005	_2006	::iGE	::DPTSGE	::SGE
Şırnak	5	5	5	5	4	3	5	4	4	4	2	1	5	5	5
Hakkari	4	5	5	5	4	3	5	4	4	4	4	1	5	5	5
Ankara	3	3	4	4	3	2	4	4	4	1	1	2	2	1	2
Ağrı	4	4	4	5	4	4	5	5	5	4	4	2	5	5	5
Antalya	3	3	3	3	3	2	4	4	4	1	1	3	2	2	4
Izmir	4	3	4	4	3	2	4	4	4	1	1	3	1	1	2
Denizli	4	4	4	4	4	2	4	4	4	1	1	3	2	2	4
Batman	4	3	4	4	3	2	4	4	4	2	2	3	4	5	5
Aydın	4	4	4	4	4	2	4	4	4	2	2	3	2	2	4
Osmaniye	-	4	5	4	4	1	4	4	4	3	2	3	3	4	5
Istanbul	4	4	5	5	5	4	5	5	5	3	2	3	1	1	1
Kocaeli	4	4	5	5	4	3	4	4	4	2	3	3	1	1	3
Hatay	4	4	5	4	4	3	5	4	4	3	3	3	2	3	4
Mardin	5	5	5	5	4	3	5	5	5	3	3	3	4	5	5
Ardahan	4	4	5	5	4	4	5	4	5	4	3	3	4	5	5
Kars	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	3	4	5	5
Kayseri	4	4	4	4	4	3	5	4	5	3	2	4	2	2	4
Adana	5	5	5	5	5	3	5	4	5	3	2	4	2	2	4
Bayburt	1	1	1	1	3	2	4	4	4	2	3	4	3	5	5
Edirne	3	3	4	3	3	3	4	4	4	2	3	4	2	2	4
Malatya	4	4	5	5	4	3	4	4	4	2	3	4	3	3	5
Konya	4	4	4	4	4	3	5	4	5	2	3	4	3	3	4
Yalova	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	4	1	2	4
Tunceli	5	4	5	5	4	4	5	3	3	3	3	4	3	4	5
Kırıkkale	5	5	5	5	4	2	4	4	4	3	3	4	3	3	4
Bursa	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	3	4	1	1	3
Kilis	5	5	5	5	4	3	4	4	4	3	3	4	3	4	5
Kahramanmaraş	5	5	5	5	5	3	4	4	5	3	3	4	4	4	5
Tekirdağ	4	4	4	4	4	3	5	4	5	3	3	4	2	2	4
Muğla	4	4	4	4	4	3	5	4	5	3	3	4	1	2	4
Bilecik	4	4	4	4	4	3	5	4	5	3	3	4	2	2	4
Manisa	4	4	5	5	5	4	5	4	5	3	3	4	2	3	4
Nevşehir	5	4	5	5	5	4	5	4	5	3	3	4	3	3	4
Mersin	5	5	5	5	5	4	5	5	5	3	3	4	2	2	4
Gaziantep	5	5	5	5	5	4	5	5	5	3	3	4	3	3	4
Van	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	3	4	5	5	5
Adıyaman	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	3	4	4	4	5
Şanlıurfa	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	3	4	5	4	5
Diyarbakır	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	4	4	4	5
Iğdır	3	3	4	4	3	1	4	4	4	2	4	4	4	5	5
Samsun	4	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	4	2	3	4
Eskişehir	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	4	2	2	3
Sakarya	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	4	1	3	4
Trabzon	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	4	3	3	4
Erzurum	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	4	4	4	5
Siirt	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	4	4	5	5
Sivas	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	3	4	5
Zonguldak	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	2	3	4
Bingöl	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5
Muş	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5
Bitlis	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5
Düzce	-	-	-	-	5	4	4	4	4	4	3	5	3	3	5
Bartın	4	4	5	5	5	3	4	4	4	4	4	5	3	4	5
Karaman	3	3	4	3	2	2	5	4	4	4	4	5	3	3	4
Kırklareli	4	4	5	5	5	4	5	5	5	4	4	5	2	2	4
Niğde	4	4	5	5	5	4	5	5	5	4	4	5	3	3	5
Çanakkale	4	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	5	2	2	4
Kırşehir	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	5	3	3	5
Gümüşhane	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	5	4	5	5
Elazığ	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	3	3	4
Tokat	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4	5
Uşak	5	5	5	5	4	4	5	5	5	4	5	5	2	3	4
Balıkesir	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	2	2	4
Burdur	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	2	3	4
Amasya	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	3	3	4
Aksaray	3	3	4	5	4	3	4	4	5	5	5	5	4	4	5
Çankırı	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	4	5
Yozgat	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	4	5
Karabük	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	3	3	4
Erzincan	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5
Afyon	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	5
Kütahya	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	5
Bolu	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	3	4
Isparta	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	4
Kastamonu	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	5
Sinop	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	4	5
Çorum	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	5
Ordu	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5
Giresun	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	5
Rize	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	4
Artvin	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	3	5

## Sağlık Emekçileri

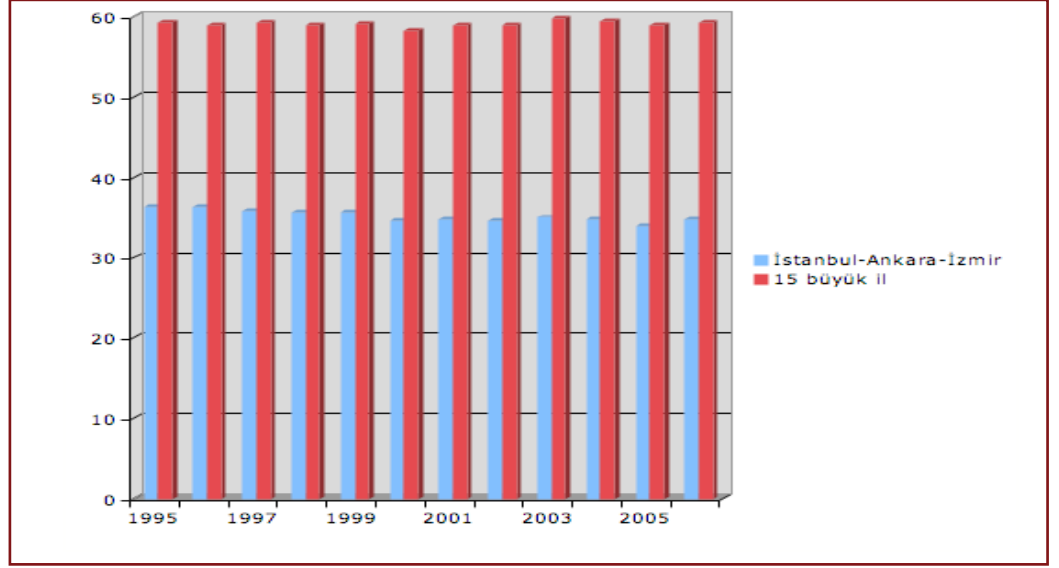
Sağlık emekçilerinin illere dağılımında büyük kentlerde yığılma dikkati çeken bir durumdur. Sağlık emekçilerinin %60'ı Türkiye'nin en büyük 15 ilinde bulunurken, bunların yarısı da İstanbul, Ankara ve İzmir'dedir.

Bin kişi başına düşen sağlık emek-gücü sayısı bakımından; hiçbir ilin 11 yıl boyunca daima en iyi durumda kalamadığı bununla birlikte, yarısına yakınının dilimin altında kaldığı izlenmektedir. Daima en kötü dilimde yer alan illerin büyük çoğunluğu, aynı zamanda gelişmişlik sıralamaları bakımından da son sıralardadırlar. 1000 kişi başına sağlık emek-gücü sayısının en yüksek ve en düşük olduğu iller arasındaki fark zaman içerisinde artmıştır. 1995 yılında 6.64 olan fark, 2006 yılında 7.5 sağlık emek-gücüne yükselmiştir. Bu duruma ivmede de artış eşlik etmektedir.

Sağlık emek-gücü açısından yaşanmakta olan eşitsizlikten etkilenen nüfus bakımından da durum giderek kötüleşmektedir. Ortalamanın altında kalan dilimlerin toplam nüfusta içindeki payı %48'den, %57'ye çıkmıştır. 2006 yılında nüfusun %15'i için bin kişi başına sağlık emek-gücü sayısı 7.90'iken, nüfusun %57'si için 3.43'tür.

### Grafik 1.

Sağlık Emekçilerinin İllere Dağılımı



### Tablo 20.

1.000 Kişi Başına Sağlık Çalışanı Sayısında Eşitsizliğin Gelişimi (sayı)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
En az	1.00	1.14	1.41	1.46	1.51	1.33	1.14	1.10	1.10	1.56	1.81	1.85
En çok	7.64	7.85	8.04	8.05	8.38	7.98	8.27	7.60	8.06	8.47	8.52	9.35
Fark	6.64	6.71	6.63	6.59	6.87	6.65	7.13	6.49	6.96	6.91	6.71	7.50

### Tablo 21.

Sağlık Çalışanı Dağılımının %20'lik Dilimlerindeki Nüfus (%)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1+2	14	14	14	14	14	15	14	25	24	21	21	15
3	38	33	29	30	27	38	44	47	29	24	27	28
4+5	48	53	57	55	58	47	42	28	47	55	52	57

### Tablo 22.

Sağlık Çalışanı Dağılımının %20'lik Dilimlerinde 1.000 Kişi Başına Sağlık Çalışanı (sayı)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1+2	6.52	6.61	6.53	6.73	7.26	6.93	7.14	6.10	6.88	7.05	7.09	7.90
3	4.19	4.30	4.50	4.54	4.73	4.48	4.63	4.29	4.51	4.91	5.11	5.61
4+5	2.36	2.51	2.70	2.72	2.81	2.62	2.64	2.42	2.51	2.99	3.16	3.43

Türkiye	3.43	3.47	3.57	3.62	3.63	3.77	3.83	4.02	4.19	4.54	4.75	5.07
---------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

**Tablo 23.**

1.000 Kişi Başına  
Sağlık Çalışanı  
(%20'lik dilim)

	_1995	_1996	_1997	_1998	_1999	_2000	_2001	_2002	_2003	_2004	_2005	_2006	::IGE	::DPTSGE	::SGE
Isparta	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	3	3	4
Kırıkkale	4	4	4	4	4	3	3	1	1	1	1	1	3	3	4
Trabzon	3	3	4	3	3	3	3	2	2	1	1	1	3	3	4
Ankara	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2
Çankırı	4	4	4	4	4	4	3	3	2	2	1	2	4	4	5
Tunceli	3	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	3	4	5
Edirne	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	4
Eskişehir	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
Burdur	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	4
Artvin	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	5
Muğla	3	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	1	2	4
Bolu	1	1	1	1	3	3	3	2	2	2	2	2	1	3	4
Giresun	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	5
Malatya	4	4	4	4	4	3	3	2	2	2	2	2	3	3	5
Sivas	4	4	4	4	4	3	3	3	2	2	2	2	3	4	5
Erzincan	4	4	4	4	4	4	4	3	3	2	2	2	4	4	5
Gümüşhane	4	4	4	5	4	4	4	3	3	2	2	2	4	5	5
Tokat	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	2	4	4	5
Izmir	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	3	1	1	2
Elazığ	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3	3	4
Aydın	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	2	2	4
Denizli	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	4
Kırşehir	3	4	4	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	5
Samsun	3	3	3	3	4	3	3	2	2	3	3	3	2	3	4
Balıkesir	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	4
Çanakkale	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	4
Uşak	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	4
Antalya	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	4
Sinop	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	5
Amasya	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4
Kayseri	3	3	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	2	2	4
Kastamonu	3	3	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	5
Nevşehir	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4
Karabük	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4
Afyon	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	5
Mersin	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	4
Erzurum	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	4	5
Ordu	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	5
Bayburt	4	4	5	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	5	5
Rize	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	3	3	3	4
Karaman	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3	3	3	4
Konya	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4
Yozgat	4	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	3	4	4	5
Adana	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4	2	2	4
Bartın	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4	3	4	5
Zonguldak	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	2	3	4
Yalova	4	4	4	4	4	3	4	3	3	3	3	4	1	2	4
Niğde	3	3	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	3	3	5
Bursa	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	1	1	3
Kırklareli	3	3	3	3	4	4	4	3	3	4	4	4	2	2	4
Manisa	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	2	3	4
Osmaniye		5	5	5	4	4	4	3	3	4	4	4	3	4	5
Düzce					5	4	4	3	3	4	4	4	3	3	5
Istanbul	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	1	1	1
Kocaeli	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	1	1	3
Çorum	4	4	5	5	5	4	4	3	4	4	4	4	3	3	5
Tekirdağ	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4
Kütahya	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	5
Bilecik	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4
Ardahan	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5
Bingöl	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5
Diyarbakır	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5
Sakarya	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	1	3	4
Aksaray	4	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5
Kahramanmaraş	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5
Iğdır	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	5	5
Adıyaman	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	5
Bitlis	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5
Kilis	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	3	4	5
Kars	4	5	4	4	5	4	5	4	4	4	5	5	4	5	5
Gaziantep	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	3	3	4
Hatay	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	3	4
Ağrı	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Van	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Muş	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Hakkari	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Şanlıurfa	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5
Mardin	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
Batman	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
Şırnak	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Siirt	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5

## Sayılarla Tıp Eğitimi; Türkiye'nin Dünyadaki Yeri

Tıp eğitiminin niteliksel özelliklerini göz ardı ederek niceliksel yanını da sadece tıp fakültesi sayısı, öğrenci ve öğretim üyesi sayısı ile tanımlamak akılcı bir yaklaşım olmayacaktır. Var olan ve öngörülen demografik göstergelerden yola çıkılarak gerçekçi bir değerlendirmeye ulaşmak olanaklıdır. Bu alanda DSÖ, Uluslararası Tıp Eğitim Enstitüsü (IIME: Institute for International Medical Education) ve Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu (WFME: World Federation for Medical Education) gibi uluslararası ve ulusal organizasyonlarla tabip birliklerince hazırlanan raporlar veri kaynaklarını oluşturmaktadır. Tıp eğitimi ile ilgili veriler arasında tıp fakültesi sayısı, öğrenci sayısı, yılda mezun olan doktor sayısı, nüfus başına düşen tıp fakültesi sayısı, öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısı gibi veriler coğrafi bölgelere, gelir düzeylerine ve yıllara göre değişim göstermektedir. Yapılan değerlendirmeler bir yandan dünya tıp eğitimindeki gelişmelerle ilgili durumu ortaya koyarken, diğer yandan da ülkelerin önümüzdeki 20-30 yıllık perspektiflerinin oluşturulmasında bilimsel nitelikteki kılavuzları oluşturmaktadır.

### Nüfus ve tıp fakültesi ilişkisi:

FAIMER Uluslararası Tıp Eğitimi Dizini'nde (IMED) yer alan 2006 verilerine göre dünyada toplam 1935 tıp

fakültesi bulunurken yüzden fazla tıp fakültesi olan 3 ülke bildirilmiştir: Hindistan (219), Çin (147) ve ABD (130). Dünyadaki 235 ülkeden 169'unda en az bir tıp fakültesi bulunmaktadır. Afrika kıtasında yer alan 54 ülkeden 16'sında tıp fakültesi bulunmamaktadır. Tüm tıp fakültelerinin üçte biri beş ülkede, yarısı ise on ülkede yer almaktadır.

IMED incelendiğinde tıp fakültelerinin sayısında yıllar içerisinde farklı artışlar gözlenmiştir. 19. yüzyıl öncesinde dünyada 202 tıp fakültesi bulunurken 1900-1949 yılları arasında 235 tıp fakültesi açılmıştır. 1950-1999 yılları arasında yeni tıp fakültelerinin açılmasında önemli bir ivmelenme gözlenmiş ve şu an var olan okulların üçte ikisi (1062) bu dönemde açılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü raporlarında da dünyadaki toplam tıp fakültesi sayılarında benzer dönemlerde hızlı artışların olduğu ortaya konmaktadır (Grafik 1).

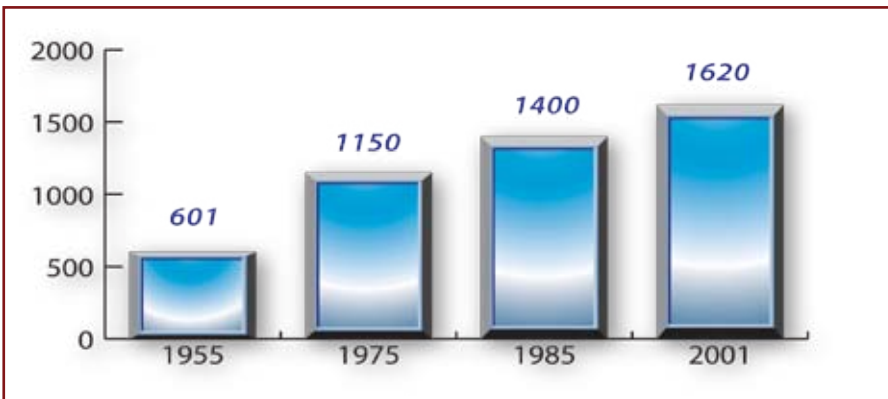
IMED verilerinde 1950-1999 yılları arasındaki hızlı artışta dikkat çeken bölgeler Güney Amerika ve Asya olmuştur. 2006 Nisan itibarıyla Brezilya'da yer alan okulların %83'ü, Asya'daki okulların %73'ü bu yıllarda çalışmalarına başlamıştır. Pulido ve arkadaşlarının Güney Amerika'daki tıp eğitimi üzerine 2006 yılında yaptıkları araştırmada da bu hızlı artışın 1992-2004 arasında yeni bir ivmelenme (tüm okulların %37-48 arası bu dönemde açılmış) ile sürdüğüne vurgu yapılmaktadır (Tablo 1).

Türkiye'de ise 1970 yılında 9 olan tıp fakültesi sayısı, 1990 yılında 25, 2006 yılında 54 olmuş ve 2008 yılında 66'ya yükselmiştir. Türkiye'deki tıp fakültelerinin %62'sinin son 20 yılda açılmış olması ve artış oranının Güney Amerika'daki artışın üzerinde oluşu dikkat çekicidir (Grafik 2).

Tıp fakültesi sayılarının o ülkenin nüfusu ile orantılanması genel değerlendirmelerde kabul gören bir yaklaşımdır. Tıp fakülteleri başına

### Grafik 1.

Dünyadaki tıp fakültesi sayılarının yıllara göre değişimi



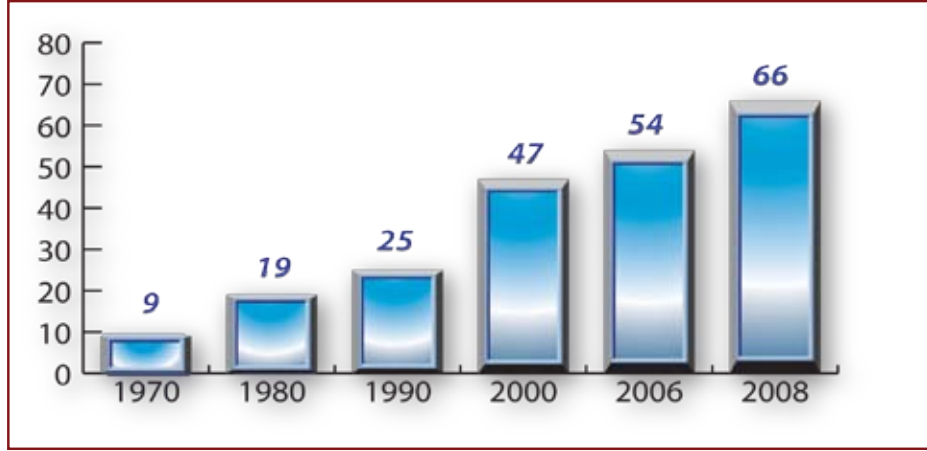
**Tablo 1.**

Güney Amerika ülkelerindeki tıp fakültesi sayılarının yıllara göre değişimi

	1969	1975	1988	1992	2004
Arjantin	9	9	9	13	24
Brezilya	30	75	78	80	112
Meksika	22	52	59	58	102
Peru	2	7	13	13	25
Küba				13	22

**Grafik 2.**

Türkiye'deki tıp fakültesi sayılarının yıllara göre değişimi

**Tablo 2.**

Bölgelere göre nüfus, faal tıp fakültesi sayısı ve nüfus başına düşen tıp fakültesi oranları

Bölge	Tıp Fakültesi sayısı	Nüfus (Milyon)	Bir Milyon Nüfusa Düşen Tıp Fakültesi
Afrika	127	873	0.15
Asya	860	3.868	0.22
Avrupa	394	729	0.54
Kuzey Amerika	313	508	0.62
Güney Amerika	218	366	0.60
Okyanus	23	32	0.72
Dünya Geneli	1935	6.376	0.30
TÜRKİYE	66	70.6	0.94

düşen nüfus incelendiğinde değişik rakamlar vardır. Milyon nüfus başına düşen tıp fakültesi sayılarına bakıldığında bölgeler arasında büyük farklılıklar göze çarpmaktadır (Tablo 2). Gelişmiş bölgelerde bu sayı 0.50'nin üzerinde yer alırken Asya'da 0.22'ye, Afrika'da 0.15'e kadar düşmektedir. Türkiye için bu sayı 0.94 olup içinde yer aldığı Avrupa'dan (0.54) ve Kuzey Amerika'dan (0.62) yüksektir.

TTB Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu 2008'in ortaya çıkardığı en çarpıcı sonuç tıp fakültesi sayısında son iki yıldaki önemli artıştır. Boulet ve arkadaşlarının 2007'de yayınladıkları bir makalede Türkiye tıp fakülteleri sayılarında Dünya'da 12. sırada yer almıştır. Bugünkü sayılarla sadece öğrenci alan fakülte sayısı ile değerlendirilince sıralamadaki yeri daha da yukarılara çıkmakta ve 9. sırada

yer almaktadır. Öğrenci alan tıp fakültesi sayısı 66'ya eriştiğinde daha da üst sıralara çıkacağı kesindir. Bugünkü sayılarla Avrupa ülkeleri arasında Türkiye birinci sırada yer almaktadır.

### Tıp eğitiminde öğrenci ve öğretim üyesi:

Tıp eğitimini değerlendiren raporların bir parametresi tıp fakültesi başına düşen mezun sayısıdır. 1996 verilerine göre dünyadaki 740 tıp fakültesinden 178.000 öğrenci mezun olduğu rapor edilmiştir. Avrupa'da 54.895 mezun, 206 tıp fakültesinden mezun olmuş olup, tıp fakültesi başına 266 mezun düşmektedir. Amerika'da 244 tıp fakültesinden 31.806 mezun olduğu bildirilmiş, tıp fakültesi başına 130 hekim mezun olmuştur. Çin'de 21.921 öğrencinin 47 tıp fakültesinden mezun olduğunu, tıp fakültesi başına 466 hekim, Hindistan'da ise 5.084 mezunun 41 tıp fakültesinden diploma aldığı, tıp fakültesi başına 108 mezun düştüğü rapor edilmiştir.

Türkiye'de 2006-2007 eğitim öğretim dönemi sonunda, devlet üniversitelerindeki 39 tıp fakültesinden, fakülte başına ortalama 123, toplam 4.782 öğrenci, vakıf üniversitelerindeki 3 tıp fakültesinden fakülte başına ortalama 42, toplam 125 öğrenci mezun olurken, Türkiye genelinde 42 tıp fakültesinden, fakülte başına ortalama 117 olmak üzere, toplam 4.907 öğrenci mezun olmuştur.

Dünya genelinde tıp eğitimine başlayan öğrencilerin çeşitli nedenlerle eğitimlerini tamamlamalarının yaygın olduğu bilinmektedir. Örneğin, Almanya'da tıp fakültesine başlayan 12bin öğrenciden 7.000 (%58)'i eğitimini tamamlarken Türkiye'de bu orantının yüzde yüze yakın olduğunu biliyoruz. 1999-2007 yılları incelendiğinde, tıp fakültesine başlayan öğrencilerin hemen hepsinin eğitimlerini tamamladıkları görülmektedir.

Tıp fakültelerinde okuyan öğrencile-



rin, tıp fakültelerinde görev yapan öğretim üyeleriyle orantılandıkları verilere göre dünyada öğretim üyesi başına ortalama 2.73 öğrenci düşmektedir. ABD’de bu oran 1.11, Afrika’da 5.42, Avrupa’da 3.31, Batı Pasifik’te 1.96, Ortadoğu ülkelerinde 4.18 olarak bildirilmiştir. Ülkemizde toplam tıp öğrencisi sayısı 1997’den 2008’e kadar 33.900 ile 31.500 arasında değişiklik göstermektedir.

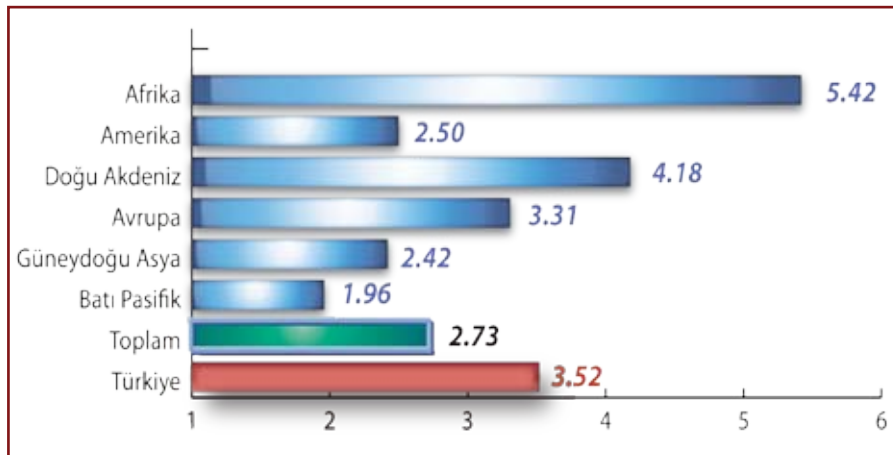
TTB 2008 Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu’na göre, ülkemizde 2007-2008 eğitim öğretim yılında, devlet üniversitelerindeki tıp fakültelerinde 32.848 öğrenci, 1.387 tanesi yarı zamanlı çalışan olmak üzere 9.139 öğretim üyesi bulunurken, vakıf üniversitelerinin tıp fakültelerinde 1.023 öğrenci, 34 tanesi yarı zamanlı çalışan olmak üzere 487 öğretim üyesi bulunmaktadır. Türkiye genelindeki tıp fakültelerinde toplam 33.871 öğrenci, 1.421 tanesi yarı zamanlı çalışan olmak üzere toplam 9.626 öğretim üyesi bulunmaktadır.

Türkiye genelindeki tıp fakültelerinde öğretim üyesi başına 3.52 (Grafik 3), tam zamanlı öğretim üyesi başına 4.13 öğrenci düşmektedir. Devlet üniversitelerindeki tıp fakültelerinde öğretim üyesi başına 3.59, tam zamanlı öğretim üyesi başına 4.24 öğrenci düşerken, vakıf üniversitelerinin tıp fakültelerinde öğretim üyesi başına 2.10, tam zamanlı öğretim üyesi başına 2.26 öğrenci düşmektedir.

Türkiye’de 1990’lardan itibaren hızla gelişen, eğitim ve sağlıktaki pazar eko-

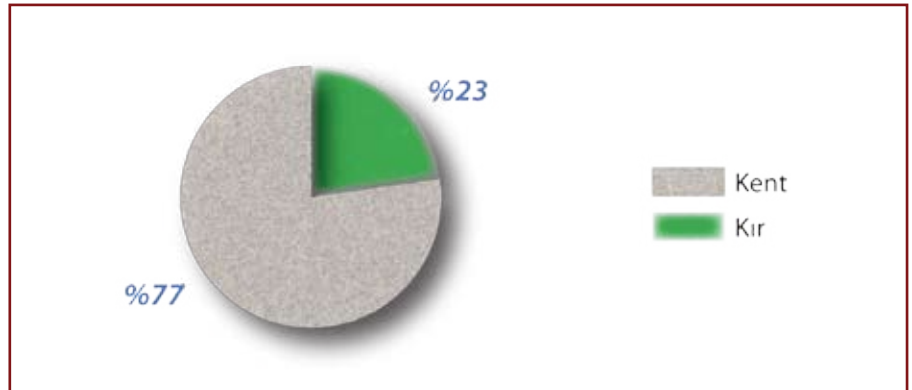
### Grafik 3.

Dünya bölgelerine göre ve Türkiye’de öğrenci/öğretim üyesi oranı



### Grafik 4.

Dünyada hekimlerin kır-kent dağılımı.



nomisi uygulamaları tıp fakültelerini ve tıp eğitimini de doğrudan etkilemektedir. Tıp eğitiminin yürütüldüğü hastaneler, üniversiteler bünyesindeki döner sermaye işletmeleri tarafından mali olarak yönetilmektedir. Para kaynaklarının %80-85’i döner sermaye gelirlerinden karşılanmaktadır. Hastanelerin yapı ve işlevi de hizmet sunumu ve para kazanabilmeye yönelik olarak düzenlenmekte, eğitim önceliğini yitirmektedir. Tıp fakültesi öğretim üyelerinden, mevzuata göre yarı zamanlı çalışma hakkı olanların (profesörler ve 5 yılını doldurmuş doçentler) %73’ü tam zamanlı olarak çalışmaktadır. Bununla birlikte, hem kişisel gelirleri hem de idarelerin taleplerinin karşılanması adına özel muayene ve tedavi yapmayan dahili ve cerrahi tıp bilimleri öğretim üyesi yok denecek kadar azdır. Durum böyle olunca, tam zamanlı çalışan öğretim üyelerinin mesailerinin büyük bölümü hizmet alanı için kullanılmakta, tıp

eğitimi için yeterli zamanı olabilecek öğretim üyesi sayısı hızla azalmaktadır.

### Hekim sayısı ve tıp eğitimi:

Farklı zamanlarda farklı nedenlerle alevlenen hekim sayısında bir yetersizlik olup olmadığı tartışmalarında yetersizlikle başa çıkmanın bir yolu olarak tıp fakültesi sayısı ya da öğrenci kontenjanlarında artırıma gitmek sıklıkla denenen bir uygulamadır.

Özellikle son 20 yılda başta Kanada, ABD, İsveç gibi ülkelere başlıyarak hekim açığı ya da yetersizliği gündeme gelmiştir. Yapılan çalışmalar hekimlerin sayısal azlığından önce dağılımla ilgili bir sorunun varlığını göstermiştir. Dünya Sağlık Örgütü’nün verilerinde de gösterildiği gibi hekimler arasında kır-kent dengesizliği önemli boyutlara ulaşmıştır (Grafik 4)

Hindistan örneği ise farklı bir noktayı işaret etmektedir. Hindistan’da 1960’lardan başlayarak tıp fakültesi sayısında hızlı bir artış gerçekleşmiş, son 25 yılda tıp fakültesi sayısı ikiye katlanarak 258’e ulaşmıştır. Yeni açılan tıp fakültelerinin yarısından fazlası 4 eyalette toplanmıştır. Yılda 27.676 mezun verilen Hindistan’da mezunların yaklaşık %33 değişik nedenlerle ülkeden ayrılmaktadırlar.

Arjantin’de 1990’larda yalnızca 7 tıp fakültesi varken bu sayı özel üniversitelerin de açılmasıyla 2000’li yıllarda 29’a çıkmıştır. Bu okulların 10’u Buenos Aires çevresinde, kalanların büyük çoğunluğu da iç bölgelerdeki büyük şehirlerde yer almaktadır. Tıp fakültesi sayısındaki bu patlamaya rağmen Arjantin’de hala kent ve kır arasında

hekim dağılımında büyük bir denge-sizlik sürmektedir.

Kanada ve ABD’de yapılan çalışmalarda hekim nüfusunun yaşlandığı, yeni yetişen hekimlerin çalışma saatlerinin azaldığı, kırdaki çalışma konusunda isteksizliğin arttığı saptamaları yapılmıştır. **Çözüm olarak daha fazla okul açmak ya da öğrenci sayılarını artırmak yerine tıp eğitimi içeriğinde değişikliğe gidilerek ve yeni ekonomik önlemler olarak yeni mezun olacak hekimlerde hem düşünce olarak değişiklik sağlanması hem de hekimlerin ekonomik olarak özendirilmesi gibi uygulamalarla dağılımdaki eşitsizliğin önüne geçilmesi hedeflenmiştir.**

Bu ülkelerin yanında Küba, sağlık verilerinde ulaştığı rakamlar ile örnek bir ülke olmuştur. 1960 ve 1970’li yıllarda tıp eğitiminde ve sağlık hizmet sunumunda yapılan düzenlemeler sonucunda kırsal bölgelere sağlık hizmeti yaygınlaştırılmıştır. 1998 yılı itibarıyla Küba’nın 23 ilinde birer tıp fakültesi bulunmaktadır. 2006 yılı itibarıyla de her 175 kişiye bir hekim düşmektedir. Bununla birlikte bu ülkede günlük hayatında da eşitlikçi bir toplumsal yaşantı içerisinde sürdürüldüğü ve eğitim, barınma vb. sosyal alanlarda sunulan hizmetler gibi sağlık hizmetlerinin de herkesin ulaşabileceği bir şekilde sunulduğu hatırlanmalıdır.

### Tıp fakülteleri ve göç

DSÖ’nün 40 ülkenin verilerine ulaşarak yaptığı bir çalışmada 1970’li yıllardan itibaren hekimler başta olmak üzere sağlık emekgücü göçünde belirgin bir artış olduğu ve göçün Afrika ve Güneydoğu Asya ülkeleri başta olmak üzere emperyalist ülkelere bağımlı ülkelere ABD, Kanada, İngiltere, Almanya ve Fransa gibi emperyalist ülkelere doğru gerçekleştiği ortaya konmuştur. Bu bulguya ek olarak özellikle göç veren ülkelere tıp fakültesi ve tıp öğrenci sayıları da için de olmak üzere genel olarak sağlık emekgücü yetiştiren okulların ve öğrencilerinin sayılarındaki artış da izlenmektedir. Tıp eğitimi başta olmak üzere sağlık okullarının eğitim müfre-

datlarında standardizasyon tartışma ve çabalarında, göçmen sağlıkçıların gittikleri ülkede sağlık hizmetlerine uyumunun da payı olabileceği göz ardı edilmemelidir.

Sayılar yukarıdaki kuşkuyla desteklenmektedir. 1980 yılında ABD’deki her on hekimden biri, bugün ise her dört hekimden biri (210.000 hekim) göçmendir. Bunların %60’ı yoksul ülkelerden göç etmiştir. Amerikan Tıp Birliği (2005), ABD’deki hekimlerin %38’inin başka bir ülkede tıp eğitimi aldıklarını bildirmektedir. Kanada’da 1990 yılında hekimlerin %1’i göçmenken, bu oran bugün %24’e yükselmiştir.

İngiltere’deki toplam 200.000 hekimin yarısından fazlası İngiltere ve AB bölgesi dışındaki bir ülkede doğmuştur. Almanya’daki hekimlerin %7’sinin göçmen olduğu (%60’ı Rusya, Polonya Ukrayna ve Türkiye’den) bildirilmesine karşın, OECD bu verinin eksik olduğunu, bu ülkede 1995-2003 yılları arasında hekim oranının %36 arttığını göçmen hekim oranının ise %27’i (%37’si AB ülkelerinden, %35.5’inin diğer Avrupa ülkelerinden) olduğunu belirtmektedir. Hekimlerin diğer ülkelere göç hızları (2001) Yeni Zelanda’da %34.5, Avustralya’da %20, Norveç’te %13, Belçika ve Danimarka’da %7.8, Fransa’da %3’tür.

Ara bir sonuç olarak Türkiye’nin tıp eğitimindeki göstergeleriyle dünya sıralamalarında önde gelen bir ülke olduğunu, tıp fakültesi sayısı ve öğrenci/öğretim üyesi oranlarıyla iyi bir noktada bulunduğunu söylemek mümkündür. Bununla birlikte, tıp eğitiminin de sağlık hizmetleri gibi ciddi alt yapı, yetişmiş öğretim üyesi gerektiren ve yetiştirilecek öğrencinin niteliğinin doğrudan insan yaşamı ile ilgili olduğu gözden kaçırılmamalıdır.

Ülkemizde, özellikle son yıllarda tıp fakültelerinin herhangi bir alt yapı ve öğretim üyesi hazırlığı gerçekleştirilmeden, adeta ‘ben açtım, hekim yetiştirin’ dercesine, yalnızca bürokratik bir sürecin tamamlanmasıyla açıldığını izlemekteyiz. Genelde, ilde bulunan herhangi bir devlet hastanesinin tabe-lası değiştirilmekte, yıllar geçmesine

karşın çoğunda birçok anabilim dalı açılmamakta, açılabilenlerin önemli bir bölümünde profesör ve/veya doçent düzeyinde herhangi bir öğretim üyesi bulunmamaktadır. Hem Sağlık Bakanlığı’nın hem de YÖK’ün bu alandaki hesapları da hedefleri de doğru değildir. Hesaplar ve hedefler doğru olsa bile, var olanlarda alt yapı ve eğitim olanakları itibarıyla tıp eğitimine uygunluklar tamamlanmadan yenilerini açmak en hafifinden toplumun sağlığı ve hayatı ile oynamaktır.

### Kaynakça

- Bach S. (2006) International mobility of health professionals. Brain drain or brain exchange? United Nations University, Research Paper No. 2006/82. ISBN 92-9190-860-6
- Buchan J, Sochalski J. (2004) The migration of nurses: Trends and policies. Bulletin of the World Health Organization, 82(8):587-593.
- Chapman C.(2006) Health reforms further anger Germany’s striking doctors. Lancet, 367: 1229-1230.
- Connell J, Zurn P, Stilwell B, Awases M, Braichet JM. (2007) Sub-Saharan Africa: Beyond the health worker migration crisis? Social Science & Medicine, 64:1876-1891.
- Forcier MB, Simoens S, Giuffrida A. (2004) Impact, regulation and health policy implications of physician migration in OECD countries. Human Resources for Health, 2(12):4478-4491.
- Pond B, Mcpake B. (2006). The health migration crisis: The role of four Organisation for Economic Cooperation and Development countries. The Lancet, 367(29):1448-1455.
- TTB (2008), Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu 2008, Ankara.
- Boelen C, Boyer H. A View of the World’s Medical Schools: Defining New Roles.
- Boulet J, Bede C, McKinley, Norcini J: An overview of the world’s medical schools. Medical Teacher 2007;29:20-26.

## Türkiye’de Kamu Sağlık Hizmetlerinde Hekim İstihdamı İle İlgili Yasal Düzenlemeler

Çalışmamızın bu bölümünde, kamu sağlık kuruluşlarında görev yapan hekimlerin; görevlendirme biçimi, hak ve yükümlülükleri, aylık, ödenek ve diğer özlük işlerine yönelik hükümler içeren yasal düzenlemeleri gözden geçirerek tarihsel süreç içerisinde nereden, nereye geldiğini ortaya koymaya çalışacağız. Bunu yaparken, yürürlükte olan düzenlemelerin yanı sıra yürürlükten kaldırılmış düzenlemeler ile ilgisi ölçüsünde henüz yasalaşmamış tasarılar da çalışmamızda yer vereceğiz.

Gözden geçirilen düzenlemeleri değerlendirirken; istihdam biçimi (memur, sözleşmeli personel vb.) ve iş güvenliği, tam süre çalışma ve özel çalışma, zorunlu çalışma ve ücretlendirme; konularına ilişkin hükümlere öncelik verdik. Böylece 1920’li yıllardan başlayarak günümüze kadar hekim istihdam politikalarının hukuksal düzenlemelere yansımaları, yukarıda sıraladığımız başlıklar üzerinden anlaşılır kılmaya çalıştık. Yapılan incelemeler sonucunda konuyla ilgili süreci aşağıdaki biçimde özetleyebiliriz. (Her bir Yasa ile ilgili değerlendirmeleri EK-6’da bulabilirsiniz).

**1.** 1920’li yıllardan itibaren hekimlerin, kamu sağlık hizmetlerinde esas olarak kadro karşılığı memur statüsünde istihdam edildiği görülmektedir. 1961 yılında, 224 sayılı Kanun ile sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde, belirli süreli hizmet sözleşmesi ile çalıştırma biçimi kabul edilmişse de esas istihdam biçiminin 60’li yıllar boyunca da devlet memurluğu olduğu görülmektedir. 1965 yılında, 209 sayılı Kanun ile tam süreli eğitim ve araştırma hastanelerinde özel uzmanlık isteyen işlerde ünlü ve otorite olan hekimlerin daha yüksek ücretlerle ve sözleşme ile çalıştırılması istisnai bir durum olarak benimsenmiştir. Bu uygulamanın kapsamında ne kadar hekim görevlendirildiği bilinmemekle birlikte sözleşme yapma yetkisi verilen

alanın darlığı dikkate alındığında hekim istihdamında dikkate alınabilecek bir etki alanı olmadığı düşünülebilir. Benzer bir düzenleme 1987 yılında kabul edilen 3359 sayılı Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu’nda da yapılmıştır. Ancak bu Kanun ile sağlık işletmesine dönüştürülecek hastanelerin personelinin sözleşmeli olarak çalıştırılmasına ilişkin hükümler Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edildiğinden, bu hükümlerin de hekim istihdamında etkili olması söz konusu olmamıştır.

1926 yılından 2003 yılına kadar, kamuda hekim istihdamı ile ilgili temel uygulamanın, kadro karşılığı memur statüsünde istihdam olarak varlığını sürdürdüğünü söyleyebiliriz. 2003 yılından itibaren ise bu uygulamadan uzaklaşıp farklı istihdam modellerine ilişkin düzenlemelerin ardı ardına yapıldığını görmekteyiz. Bunlardan ilki 10 Temmuz 2003 tarihinde kabul edilen 4924 sayılı Kanun’dur. Bu Kanun ile kamu sağlık hizmetlerinde, hekimlerin süreli iş sözleşmeleri ile istihdam edilmesi düzenlenmiştir. Yine aynı Kanun ile 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun 36. Maddesine yapılan bir ekle, lüzumu halinde kamu sağlık personelinin hizmetlerinin satın alma yolu ile gördürüleceği belirtilmiştir. Böylece hekimlerin taşeronun işçisi olarak çalıştırılmasına yönelik uygulamaların yolu açılmıştır.

24 Kasım 2004 tarihinde kabul edilen 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile aile hekimlerinin görevlendirilmesinde bir yıl süreli sözleşmeye dayalı hizmet akdi ile çalıştırma getirilmiştir.

Ekim 2005 tarihinde kabul edilen 5413 sayılı Kanun ile bu kez hekimlerin ve diğer sağlık personelinin kadrosuz bir biçimde, ücretleri döner sermayeden karşılanmak üzere, 657 sayılı Kanun’un 4. Maddesinin B fıkrasına göre sözleşmeli statüde çalıştırılmaları düzenlenmiştir. Bu statüde çalıştırılan

sağlık personelinin de iş güvencesi bulunmamaktadır.

6 Mart 2007 günü Türkiye Büyük Millet Meclisi Başkanlığı'na sunulan Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı ile de taşeron işçisi, döner sermayeden ücreti ödenen sözleşmeli, ancak döner sermayeden ek ödeme verilmeyen ve iş güvencesi içermeyen uygulamaların bir kısmının ya da tümünün birlikte kullanılabileceği bir istihdam biçimi getirilmek istenmektedir.

Kullanılan istihdam biçimlerinde iş güvencesi içermeyen, belirli süreli sözleşmelerini imzalayacak olan hekimlere, iş güvencesine sahip hekimlere göre daha yüksek ücretlerin verilmesi dikkati çekmektedir. Ancak aynı dönemde iş güvencesi içeren istihdam biçimine göre çalışan hekimlere ise benzer sosyal ve mali avantajların sağlanmadığı izlenmektedir. Benzetmek gerekirse, bu uygulamaları 'bol paralı' iş güvencesizliği ya da iş güvencesiz istihdama geçiş için 'özendirme' olarak da ifade edebiliriz.

**2.** Kamu sağlık kuruluşlarında görevli hekimlerin kamu görevi dışında serbest olarak hekimlik yapmasına ilişkin düzenlemelere baktığımızda da farklı dönemlerde benzer uygulamaların kullanıldığını görmekteyiz.

1961 yılında sosyalleştirilmiş bölgelerde, sözleşmeli olarak çalışan hekimlere diğerlerine göre daha yüksek ücret ödenmesi kararlaştırılırken, serbest çalışmalarını da yasaklanmıştır. 1978 yılında kabul edilen Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Yasa ile de kamu sağlık personeline tam süre ile çalışma ve ücret artışı getirilirken, beraberinde kamu kurumları dışında mesleklerini serbest olarak yapamayacakları yönünde düzenleme de yapılmıştır.

Aralık 1980'de kabul edilen 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Yasa'da ise, tazminat hakkından yararlanan personelin serbest olarak mesleklerini icra edemeyecekleri kabul edilmiştir.

1987'de kabul edilen 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile

sağlık işletmesine dönüştürülen sağlık kurumlarında görevli olan ve mesleklerini serbest icra etmeyen hekimlere, sağlık işletmesi yönetiminin uygun görmesi halinde mesai saatleri dışında, kuruluştaki özel teşhis ve tedavi yapabilmelerine olanak tanınmıştır.

2003 yılında kabul edilen 4924 sayılı Kanun ve 2004 yılında kabul edilen 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun kapsamında istihdam edilen sözleşmeli hekimlerin de kamu görevi dışında hekimlik yapmaları yasaklanmıştır.

657 Sayılı Kanun'un, 36. Maddesi'ne yapılan ek kapsamında, hizmetleri satın alınacak personele ilişkin serbest çalışma konusunda özel bir düzenlemeye gerek görülmemiştir. Zira taşeron işçisi olan hekimlerin özlük hakları konusunda hiçbir düzenlemeye yer verilmeyerek bu hekimlerin özlük hakları ile ilgili her türlü tasarruf yetkisi taşeronlara bırakılmıştır.

2368 sayılı Yasa'da, 21.06.2005 tarihli 5371 sayılı Yasa ile yapılan değişiklikle, il sağlık müdürü ve başhekim olanlara serbest çalışma yasağı getirilirken, 28.03.2007 tarih ve 5614 sayılı Kanun ile yapılan değişiklikle, askeri sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan başhekimlere ise serbest çalışma olanağı verilmiştir. Aynı dönemde yapılan bu düzenlemelerde ortaya çıkan karşıtlığın sağlık hizmetlerinin gereğinden kaynaklı olmadığı açıktır.

2008 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan, kamuda çalıştırılan hekimlerin tam gün çalıştırılmasına ilişkin tasarı taslağı ve özel sağlık kuruluşları ile ilgili 2008 yılında çıkarılan yönetmeliklerde de ister kamu isterse özel sağlık kuruluşlarında çalışsın, bütün hekimlerin aynı anda birden fazla işte çalışmasını ortadan kaldıran düzenlemelere yer verilmiştir. Ancak çarpıcı olan bir diğer durum ise; hekimlerin asıl görevleri dışında ikinci ve üçüncü işleri ücret almaksızın yapmasına yönelik düzenlemelerin de aynı dönemde yapılmasıdır. Yani hekimlerin daha az çalışarak görevlerini gerektiği gibi yapmalarını sağlayacak önlemler değil, daha çok çalıştırılacakları, ama karşılığında ücretlerinin

belirlenmesinde söz sahibi olamayacakları düzenlemeler yapılmaktadır. Örneğin, Temmuz 2006 tarihinde kabul edilen 5538 sayılı Kanun ile, kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan hekimlere asli görevlerine ek olarak ve herhangi bir ilave ücret ödenmeksizin kuruma ait işyerlerinde, işyeri hekimliği yapma zorunluluğu getirilmiş, aynı şekilde sözleşmeli olarak çalıştırılacak hekimlere asıl görevlerinin dışında, idare tarafından başka görevlerin de yaptırılabilmesine ilişkin hükümlere yer verilmiştir.

**3.** Hekim istihdamında zorunlu hizmetin, 1932 yılından 1981 yılına kadar kullanılmadığı görülmektedir. Yaklaşık 50 yıl sonra, 25 Ağustos 1981 tarihinde yürürlüğe konan 2514 Sayılı Yasa ile tekrar getirilen zorunlu hizmet, 1995 yılına kadar 14 yıl kesintisiz olarak uygulanmıştır. 1995 yılından itibaren ise fiili olarak uygulanmamıştır. Haziran 2003 tarihinde, Hükümet; uygulamayı hem başarısız ve antidemokratik olduğu hem de IMF'ye verdiği sözler arasındaki kamuda personel istihdamını azaltmaya yönelik politikalarla çeliştiği gerekçeyle 4924 sayılı Yasa ile kaldırılmıştır. Ancak iki yıl sonra, Temmuz 2005'te 5371 sayılı Yasa ile yeniden uygulamaya koymuştur. Zorunlu hizmetin istihdam biçimi olarak uygulanmadığı 2003-2005 tarihleri arasında ise devlet memuru statüsünde istihdam biçimi yerine, sözleşmeli hekimlik, taşeron işçiliği ve yine sözleşmeli aile hekimliği uygulamaları kullanılmıştır.

2006 ve sonrasında çok sayıda değişikliğe uğratılan Sağlık Bakanlığı Atama Nakil Yönetmeliği ile zorunlu hizmet kapsamındaki hekimler stratejik personel sayılmıştır. Bu personelin eş durumu atamalarından yararlanmasının önünde ciddi engeller konmuştur. Zorunlu hizmetin bitiminde de adil bir yer değiştirme sistemi ve eş durumu ataması güvenceye alınmamış, hekimler aile birliğinin parçalanması ile özeldede güvencesiz çalışma arasında seçim yapmaya zorlanmıştır.

**4.** Kamu sağlık kuruluşlarında görevlendirilen hekimlerde değişik dönemlerde farklı ücretlendirme biçimleri

kullanılmıştır. 2004 yılına kadar gerek sözleşmeli gerekse memur statüsünde çalıştırılın, aynı hizmet süresine, aynı eğitime sahip olan ve benzer bölgelerde görev yapan hekimlerin aynı ücreti aldığı görülmektedir. Ancak 2004 yılından itibaren ücretlendirme biçimlerinde ciddi değişiklikler yapılmıştır. Bunlardan ilki döner sermaye gelirlerinden performansa dayalı ek ödeme yapılması sistemidir. Bu sistemde ek ödeme için kabul edilen performans ölçütleri ile hekimlerin yaptıkları iş aynı olsa bile çalıştıkları kurumlara göre, aynı kurumda çalışan hekimler yönünden ise uzmanlık dallarına göre farklı ek ödeme miktarları ödenmeye başlanmıştır. Başından itibaren döner sermaye gelirlerinden yapılan ek ödemeler emekliliğe esas ücret içinde yer almamakla birlikte, ek ödeme oranlarının artırılması nedeniyle ücretlerdeki ve emekli aylıklarındaki düşüklük daha çarpıcı bir biçimde ortaya çıkmıştır. Öte yandan ek ödeme oranlarında yöneticilere verilen takdir yetkisi ve hastane alacaklarının

geri ödeme kurumlarından tahsili ile ilgili politik tasarruflar sonucu, ek ödemeye dayalı ücretlendirme biçimi mali haklar konusunda güvenliği ortadan kaldırmaktadır.

Bugüne kadar uygulana gelen ücret ödeme biçimlerinden ciddi bir şekilde ayrılan diğer düzenleme ise, Kasım 2004 tarihinde kabul edilen 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile getirilmiştir. Bu Kanun ile, aile hekimliği uzmanlık eğitimi almış olup olmadıkları, çalıştığı bölgenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi, aile sağlığı merkezi giderleri, tetkik ve sarf malzemesi giderleri, kayıtlı kişi sayısı ve bunların risk grupları, gezici sağlık hizmetleri ile aile hekimi tarafından karşılanmayan gider unsurları gibi kriterler esas alınarak belirlenecek ücretten, Sağlık Bakanlığı'nca belirlenen standartlara göre, koruyucu hekimlik hizmetlerinin eksik uygulaması veya hasta sevk oranlarının yüksek olması halinde brüt ücretin % 20'sine kadar indirim yapılması

düzenlenmiştir. Hekimlerin her dönem sahip oldukları ücretli yıllık izin, ücretli doğum izni vb. sosyal haklar da önemli ölçüde ortadan kaldırılmıştır. 2004 ve sonrasında yapılan düzenlemelerde, eşit işe eşit ücret ödenmesi ilkesini ihlal edecek belirlemelerin benimsendiği görülmektedir.

Son beş, onbeş yıla kadar, diğer devlet memurlarından hem özlük hakları hem de maaşlarıyla ayrı tutulan hekimler önce bu durumlarında bir duraklama ardından da bütün diğer çalışanlarla birlikte kayıplar yaşamaya başladılar. Artık kamuda istihdam daraldı, sözleşmeli ve taşeron çalışma dayatılırken özel sektörde işçi statüsünde çalışma öne çıkartılıyor. Çalışma süreleri uzarken, ücretler maaşlar olarak azalıyor. Sağlık hizmetlerinin maliyetinde önemli bir unsur olan maaş-ücretlerden tasarrufa gitmeyi kısaca hekimlere yönelik olarak da sömürü oranını artırıcı yasal düzenlemeler gerçekleştirildi. Yenileri de sırada bekliyor.



## Ne Yapmalıyız?

Öncelikle belirlememiz gereken Türkiye’de sağlık sektöründe büyük sorunlar yaşandığıdır. Bu sorunların temelinde ekonomi, siyaset ve toplumsal yapı, kısaca günümüz için kapitalist toplum biçimi bulunmaktadır. Küreselleşen kapitalizmle birlikte bu sorunlar daha da artmıştır. Bu nedenle yaşananlar Türkiye’ye özel değildir. Bu saptamalar önemlidir. Önemlidir çünkü, eğer sorunun kaynağını doğru saptayabilirsek, hem yaşananların değişmez olmadığını hem sorunla mücadelede başarısızlıkların nedenini hem de kısa vadede değişmeyebileceğini ve bu nedenle de umutsuzluk yaşamamamız gerektiğini görebiliriz.

Sevinerek paylaşabiliriz; Türkiye düzeyinde sorunu çözebilecek her türlü kaynağa sahibiz. Hem tarihsel deneyimler, hem parasal, hem bilgi ve birikimli nitelikli emek-gücü, kadrolar hem teknolojik donanım, araç ve gereç olarak zenginliklerimiz bu sorunu çözebilecek nitelik ve niceliksel özelliklere sahiptir.

Türkiye’de toplumun sağlığıyla ilgili olumlu bir girişim yapmak için öncelikle gelir dağılımındaki eşitsizlikleri azaltmaya, nihayetinde ortadan kaldırmaya yönelik bir siyasi irade gerekmektedir. Ulusötesi sermaye ve kurumları tarafından dayatılan ekonomik, sosyal ve siyasal reçeteleri reddetmeli, hem komşu ülkelerle hem de kapı komşularımızla barış ve kardeşlik içinde yaşama kararlılığında olmalıyız.

Sağlıkta eşitsizlikleri daha da artıran, sağlık reformu-sağlıkta dönüşüm programı durdurulmalıdır. Yerine, herkes için eşit, ulaşılabilir, parasız, birinci basamak hizmetlerin yaşam ve çalışma alanlarında kişi ve çevreye yönelik olarak sağlığı geliştirici ve hastalıkları önleyici hizmetlerle birlikte tedavi hizmetini de sunacak şekilde ekip hizmeti olarak yapılandığı, basamaklı, toplum katılımlı, kamusal olarak sunulan bir sağlık sistemini inşa çalışmaları baş-

latılmalıdır. Hedef toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi olmalı, bunun için de sağlıktaki eşitsizlikler nedenleriyle birlikte ortadan kaldırılmalıdır.

Sağlık hizmeti ekip hizmetidir. Ekibin bütün üyelerinin varlığını göz önüne almadan değerlendirme yapmak doğru değildir. Bununla birlikte, uygun teknoloji ve alt yapı olmadan, sadece sağlık emekçilerinin varlığı ile de sağlık hizmeti ne üretilebilir ne de sunulabilir.

Türkiye’de hekim sayısının yeterli olup olmadığı tartışması Türkiye’deki diğer sağlık emekçilerinin sayısından, Türkiye’de sağlık emekçisi sayısının yeterli olup olmadığı sağlık hizmetlerinin finansmanı, örgütlenmesi ile hizmet sunum biçiminden kısaca sağlık sisteminden yalıtılmış olarak değerlendirilemez. Veriler açıklıkla ortaya koymaktadır: Sağlık emekçilerinin, özelinde de hekimlerin sayılarının fazla olduğu ülkelerde toplumun sağlığı diğerlerine göre daha iyi değildir.

Bunların yanı sıra, 198 ülke, 256 bağımsız değişken göz önüne alınarak yapılan hesaplama göre bugün için Türkiye’de 109.446 hekim bulunması yeterli olacaktır. Sağlık Bakanlığı ve YÖK, Mart 2008 itibariyle Türkiye’de aktif olarak çalışan 103.177 hekim olduğunu belirtilmektedir. Buna göre, 7.000’den daha az sayıda hekim, Türkiye’deki açığı kapatabilecektir.

Türkiye’de sağlık emek-gücü yönü ile sorun sayı değil, istihdam ve dağılımdır. Özellikle hekim dışı sağlık-emekçilerinde işsizlik yıllar içinde artmaktadır. Hekimler ve diğer sağlık emekçileri açısından birlikte yaşanan toplumsal sorun, yıllar içerisinde giderek arttığı da saptanan, coğrafi ve demografik dağılımdaki eşitsizliklerdir. Sağlık emekçilerinin tümünün kamuda, tam zamanlı ve tek işte, insanca yaşanabilir bir ücret karşılığında, grevli, toplu sözleşmeli sendika hakkı ile çalışmasının koşulları sağlanmalıdır. Bunu



sağlamamak adına öne sürülen bütün ekonomik gerekçeler mesnetsizdir.

Olmayan bir sorunu varmış gibi göstererek başka hedeflerle tıp fakültesi sayılarını ve öğrenci kontenjanlarını patlama tarzında artıranlar toplumun yaşamını ve sağlığını tehdit etmektedirler. Tıp fakültelerinin öncelikli işinin eğitim ve araştırma olması için, başta finansmanla ilgili değişiklikler olmak üzere bütün düzenlemeler zaman geçirilmeden yapılmalıdır. Eğitim kad-

roları, kurumları borç batağına sürüklenmemesi için, yetmeyen maaşlarının yerine kazançlarını artırmak için zamanlarının çok büyük kısmını hizmet sunumuna ayırmak zorunluluğundan kurtarılmalıdır.

Yeni tıp fakültesi açılmamalıdır. Tıp fakültelerinin, özellikle son yıllarda açılanların önemli alt yapı sorunları bulunmaktadır. Tıp fakülteleri, TTB, YÖK ve Sağlık Bakanlığı'ndan üyelerle oluşturulacak bir heyet fa-

kültelerdeki koşulları sürekli olarak değerlendirmeli ve saptanan eksiklikler genel bütçe kaynakları kullanılarak hızla giderilmelidir. Bilinen uluslararası standartların bulunmadığı fakültelerde eğitim, araştırma ve hizmet faaliyetlerine durum düzeltilene kadar ara verilmesi göze alınmalıdır. Bu uygulamanın gecikmesi hem tıp fakültelerinin hem de mezun ettikleri hekimlerin niteliklerine göre gruplanmaları gibi toplumsal sağlığımızı büyük bir felakete sürüklemektedir.

## TÜRKİYE'NİN SAĞLIĞI TABLOLAR

**Tablo 1.**

Yıllara ve çeşitli sosyoekonomik özelliklere göre bebek ölüm hızı (binde) ve eşitsizlik göstergeleri

	1978	1983	1988	1993	1998	2003
<i>Yerleşim yeri</i>						
Kent	119	67.4	50.1	44.0	35.2	23.0
Kır	146	128.3	105.7	65.4	55.0	39.0
* Hız Oranı(HO)	1.23	1.90	2.11	1.49	1.56	1.70
** Topluma Atfedilen Risk(TAR)	11.2	33.7	35.5	16.4	17.6	20.7
<i>Bölge</i>						
Batı	108	82.5	44.5	42.7	32.8	22.0
Güney	109	-	96.3	55.4	32.7	29.0
Orta	151	97.6	90.0	57.9	41.3	21.0
Kuzey	141	112.5	-	44.2	42.0	34.0
Doğu	147	137.4	103.0	60.0	61.5	41.0
Doğu/Batı(HO)	1.36	1.67	2.32	1.41	1.88	1.86
TAR(%)	19.4	18.8	42.7	18.8	23.4	27.6
<i>Anne eğitimi</i>						
İlk ↓				68.0	60.5 İlk ↓	51.0
İlk ve ↑				43.6	36.1 İlk birinci kademe	25.0
					İlk ikinci kademe ve ↑	18.0
İlk ↓/İlk ve ↑(HO)				1.56	1.68 İlk ↓/ İlk ikinci kademe ve ↑	2,83
TAR	17.1	15.5		37.9		
<b>Toplam</b>	<b>134.0</b>	<b>101.6</b>	<b>77.7</b>	<b>52.6</b>	<b>42.7</b>	<b>29.0</b>

\*Hız oranı, en kötü ve en iyi durumdaki sosyoekonomik grupların karşılaştırmasını verir.

\*\*Topluma atfedilen risk, incelenen toplumun sosyoekonomik durumunun, sosyoekonomik durumu en iyi olan grubun düzeyine ulaştırılması durumunda sorunun ne kadarından korunulabileceğini gösterir. Kaynaklar eşit dağıtıldığında ulaşılabilecek sağlık düzeyini göstermesi açısından önemlidir.

**Tablo 2.**

Yıllara ve çeşitli sosyoekonomik özelliklere göre yaşa göre boy açısından beslenme bozukluğu olan (-2SD↓) 0-5 yaş grubu çocuklar

	1993 (%)	2003 (%)
<i>Yerleşim yeri</i>		
Kent	14.8	9.0
Kır	25.2	18.4
Kır/Kent(HO)	1.7	2.0
TAR(%)	21.7	26.2
<i>Demografik Bölge</i>		
Batı	10.2	5.5
Güney	14.8	10.4
Orta	18.8	9.5
Kuzey	12.9	13.0
Doğu	33.3	22.5
Doğu/Batı (HO)	3.3	4.1
TAR(%)	46.0	54.9
<i>Anne eğitimi</i>		
İlk↓	30.3 İlk↓	25.3
İlk	14.9 İlk birinci kademe	9.0
İlk↑	4.4 İlk ikinci kademe	5.6
	Lise ve↑	2.9
İlk↓/ İlk↑(HO)	6.89 İlk↓/ Lise ve↑	8.72
TAR	76.7	76.2
<b>Toplam</b>	<b>18.9</b>	<b>12.2</b>

**Tablo 3.**

Yıllara ve çeşitli sosyoekonomik özelliklere göre sağlık kuruluşu dışında doğuran kadınlar

	1983 (%)	1988 (%)	1993 (%)	1998 (%)	2003 (%)
<b>Yerleşim yeri</b>					
Kent	37	27.6	27.5	19.8	14.4
Kır	76	52.8	59.5	40.3	35.7
Kır/Kent(HO)	2.05	1.91	2.16	2.04	2.48
TAR	36.2	29.4	31.9	28.0	36.6
<b>Bölge</b>					
Batı	37	27.6	19.8	13.4	8.5
Güney	67	45.2	37.2	30.8	21.5
Orta	49	34.9	36.0	16.7	11.8
Kuzey	63	24.5	35.9	16.3	14.7
Doğu	84	63.1	69.8	55.6	45.6
Doğu/Batı(HO)	2.27	2.29	3.53	4.15	5.36
TAR	36.2	37.3	51.0	51.3	62.6
<b>Anne eğitimi</b>					
İlk↓			66.0	55.5 İlk↓	51.7
İlk			29.3	19.6 İlk birinci kademe	13.8
İlk↑			12.0	3.8 İlk ikinci kademe	6.7
				Lise ve↑	3.2
İlk↓/ İlk↑(HO)			5.5	14.6 İlk↓/ Lise ve↑	16.2
TAR			70.3	86.2	85.9
<b>Toplam</b>	<b>58.0</b>	<b>39.1</b>	<b>40.4</b>	<b>27.5</b>	<b>22.7</b>

**Tablo 4.**

Coğrafi bölgelere ve yıllara göre sağlık personeli yardımı olmadan yapılan doğumların dağılımı (%) ve bazı eşitsizlik göstergeleri

<b>Bölge/Yıl</b>	<b>2000</b>	<b>2006</b>
Marmara	1.9	0.5
Ege	3.0	1.0
Akdeniz	3.9	2.3
İç Anadolu	4.1	1.5
Karadeniz	4.3	1.7
Doğu Anadolu	19.8	14.7
Güneydoğu Anadolu	17.3	12.2
Doğu Anadolu/Marmara(HO)	10.4	29.4
TAR(%)	66.9	87.8
Türkiye	5.8	4.1

**Tablo 5.**

Yıllara ve çeşitli sosyoekonomik özelliklere göre tam aşılınmamış 12-23 aylık çocuklar

	1998 (%)	2003 (%)
<b>Yerleşim yeri</b>		
Kent	48.2	37.1
Kır	63.2	63.5
Kır/Kent(HO)	1.3	1.7
TAR(%)	11.2	19.0
<b>Demografik Bölge</b>		
Batı	49.8	27.0
Güney	42.7	39.8
Orta	48.2	39.0
Kuzey	41.1	39.9
Doğu	77.1	65.2
Doğu/Batı(HO)	1.6	2.4
TAR(%)	24.3	41.0
<b>Toplam</b>	<b>54.3</b>	<b>45.8</b>

**Tablo 6.**

Sıfır yaş grubunda DBT1-Kızamık devamsızlık hızlarının coğrafi bölgelere ve yıllara göre dağılımı(%)

Bölge/Yıl	2002	2006
Marmara	-5	4
Ege	-7	4
Akdeniz	-3	10
İç Anadolu	-5	5
Karadeniz	-3	5
Doğu Anadolu	12	12
Güneydoğu Anadolu	17	20
<b>Türkiye</b>	<b>0</b>	<b>11</b>

**Tablo 7.**

Türkiye’de yıllara ve coğrafi bölgelere göre ebesi olmayan köy sağlık evi\* oranları (%) ve eşitsizlik göstergeleri

Coğrafi Bölge	2000	2001	2002	2003	Hızlardaki Değişim	
					Görelî (2003/2000)	Mutlak (2003-2000)
Marmara	53	56	62	67	1.26	14
Ege(E)	47	51	55	60	1.28	13
Akdeniz(A)	44	60	70	68	1.55	24
İç Anadolu	73	73	80	88	1.21	15
Karadeniz	68	67	77	80	1.18	12
Doğu Anadolu(DA)	85	84	90	91	1.07	6
Güneydoğu Anadolu (GDA)	84	86	90	92	1.10	8
<b>Toplam</b>	<b>66</b>	<b>68</b>	<b>75</b>	<b>79</b>	<b>1,20</b>	<b>13</b>
Hız Oranı	DA/A 1.9	GDA/E 1.7	DA/E 1.6	GDA/E 1.5	0.79	
Topluma Atfedilen Risk(%)	33,3	25,0	26,7	24,1	0,72	

\*2003 yılında ebesi olmayan köy sağlık evi sayısı 9224 iken, ‘Sağlık Ocaklarına Bağlı Mahalle Sağlık Evlerinin “Sağlık Ocağı Ebe Bölgesi” Olarak Değerlendirilmesi ve Binası Olmayan Köy Sağlık Evlerinin İptal Edilmesi Hakkında Genelge’ ile 2004 yılında sayıları 5101’e düşürülmüş, 2005 yılında da bu verinin sunulmasından vazgeçilmiştir.

### Kaynakça

Hacettepe University Institute of Population Studies, Turkish Population and Health Survey 1978, Ankara.

Hacettepe University Institute of Population Studies (1987), Turkish Population and Health Survey 1983, Ankara.

Hacettepe University Institute of Population Studies, Demographic and Health Surveys Macro Int. Inc (1994), Turkish Population and Health Survey 1993, Ankara.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü (1999), Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, Ankara.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, (2004), Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, Ankara.

Kunt A E, Mackenbach J P, Measuring Socioeconomic Inequalities in Health, EUR/ICP/RPD 416, WHO, Copenhagen-28, (1994).

Sağlık Bakanlığı (2001), Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2000, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2002), Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2001, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2003), Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2002, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2004), Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2003, Ankara.

<http://www.saglik.gov.tr/TR/istatistik/2006/tablo15-16-17-18.htm>, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2006 (Ulaşım tarihi: 13 Aralık 2007).

UNICEF (2000), Ulusların Gelişimi 2000, (ISBN: 92-806-3617-0).





## TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜ TABLOLAR

**Tablo 1.**

Hastanelere başvuran hastaların kurumlara göre poliklinik ve yatan hasta oranı, 2002, 2007

Kuruluşlar	Poliklinik		Yatan Hasta	
	Sayı	Sayı	Orantı(%)	
<b>Sağlık Bakanlığı</b>				
2002	66.231.841	2.806.588	4,2	
2007	209.630.370	5.674.935	2,7	
Görelî Değişim				-1.56
Mutlak Değişim				-1.50
<b>Üniversite</b>				
2002	8.823.361	781.990	8,9	
2007	15.025.079	1.262.973	8,4	
Görelî Değişim				-1.06
Mutlak Değişim				-0.50
<b>Özel</b>				
2002	4.407.122	529.511	12,0	
2007	23.080.654	1.746.138	7,6	
Görelî Değişim				-1.58
Mutlak Değişim				-4.40
<b>Türkiye</b>				
2002	124.317.359	5.508.263	4,4	
2007	249.141.099	8.720.289	3,5	
Görelî Değişim				-1.26
Mutlak Değişim				-0.90

"Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yılığ 2007" verilerinden hesaplanmıştır.

**Tablo 2.**

2001-2005 Mali yıllarına göre Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bütçe oranları ve gider gruplarından bazılarının dağılımı(%)

YIL	SB/GB*	TSHGM/SB**	Yatırım***	Diğer Cari***
2001	2.66	37.16	3.9	7.2
2005	3.55	30.11	2.2	15.6
Görelî Değişim	1.33	-1.23	-1.8	2.2
Mutlak Değişim	0.89	-7.05	-1.7	8.4

\*Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Genel Bütçeye Oranı

\*\*Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bütçesinin Sağlık Bakanlığı Bütçesine Oranı

\*\*\*Gider Grubunun Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bütçesine Oranı

**Tablo 3.**

Türkiye’de yıllara göre toplam sağlık harcaması ve bazı bileşenleri

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<b>TSH</b> (milyonYTL)	4985	8248	13337	20524	27259	33237	37013	43197
<b>KSH</b> (milyonYTL)	3037	5190	9097	14445	19510	24019	26426	31284
<b>KCSH</b> (milyonYTL)	2871	4865	8584	13448	18322	22682	24395	29150
<b>KSH/TSH</b> (%)	60.92	62.92	68.21	70.38	71.57	72.27	71.40	72.42
<b>KYSH/KSH</b> (%)	5.8	6.3	5.6	6.9	6.1	5.6	7.7	6.8
<b>KİH/KCSH</b> (%)	33.10	35.54	35.73	38.91	37.12	34.21	35.99	34.38

“Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007” verilerinden hesaplanmıştır.

TSH: Toplam Sağlık Harcaması, KSH: Kamu Sağlık Harcaması, KCSH: Kamu Cari Sağlık Harcaması, KYSH: Kamu Yatırım Sağlık Harcaması, KİH: Kamu İlaç Harcaması

**Tablo 4.**

Türkiye’de 1999-2002 ve 2003-2006 dönemlerinde toplam sağlık harcaması ve bazı bileşenleri

	1999-2002	2003-2006	Dönem Oranı
<b>TSH</b> (milyonYTL)	47094	140706	2.99
<b>KSH</b> (milyonYTL)	31769	101239	3.19
<b>KCSH</b> (milyonYTL)	29768	94549	3.18
<b>KSH/TSH</b> (%)	67.46	71.95	1.07
<b>KYSH/KSH</b> (%)	6.33	6.61	1.04
<b>KİH/KCSH</b> (%)	33.10	35.54	1.07

“Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007” verilerinden hesaplanmıştır.

**Tablo 5. Sosyal Güvenlik Kurumu tedavi harcamalarının yıllara ve hastanelere göre dağılımı(%)**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Görelİ Değişim(2002-2007)
Devlet hastaneleri	64.1	68.7	69.1	62.6	64.1	62.3	0.97
Üniversite hastaneleri	21.9	19.0	18.3	19.2	15.6	14.8	0.67
Özel hastaneler	14.0	12.3	12.6	18.2	20.3	22.9	1.64

SGK Başkanlığı Aylık İstatistik Bülteni, Aralık 2007’den yararlanılarak hesaplanmıştır.

**Tablo 6 . Yüzden fazla özel yatağı olan illerin ulusal gelirden aldıkları pay (2001)**

İller	Özel Yataklı Tedavi Kurumu Sayısı	Özel Yatak Sayısı	Gelir(%)*
Adana	7	310	3.1
Ankara	17	982	7.6
Antalya	9	369	2.6
Aydın	5	105	1.6
Balıkesir	4	120	1.5
Bursa	4	176	4.1
Denizli	3	136	1.5
Gaziantep	5	302	1.4
İçel	4	202	2.6
İstanbul	136	7138	22.1
İzmir	15	759	7.7
Kayseri	5	120	1.1
Kocaeli	7	117	4.5
Konya	6	174	2.2
Manisa	3	108	2.7
Muğla	7	270	1.5
Sakarya	4	109	1.1
Tekirdağ	4	112	1.2
<b>Toplam(18 İl)</b>	<b>245(%98)</b>	<b>11508(%92)</b>	<b>70.1</b>
<b>Türkiye(80 İl)</b>	<b>251</b>	<b>12449</b>	<b>100.0</b>

\*1998 yılı gayri safi yurt içi hasılasından(GSYİH) illerin aldıkları pay(1987 fiyatlarıyla).

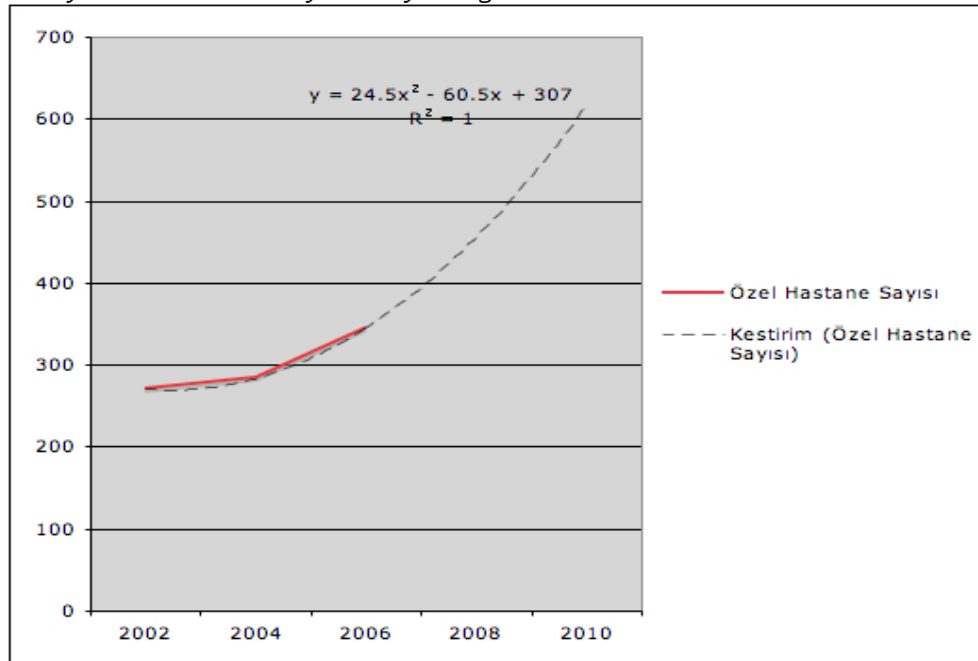
**Tablo 7. Özel yataklı tedavi kurumu olmayan illerin ulusal gelirden aldıkları pay(2001)**

BÖLGE/İL	GELİR(%)*	BÖLGE/İL	GELİR(%)*
<b>Marmara</b>		Ordu	0.7
Bilecik	0.5	Sinop	0.2
Yalova	0.5	Tokat	0.7
<b>Ege</b>		Zonguldak	0.8
Kütahya	0.8	Bayburt	0.0
<b>Akdeniz</b>		Bartın	0.1
Burdur	0.4	<b>Doğu Anadolu</b>	
Isparta	0.5	Ağrı	0.1
Kilis	0.2	Bingöl	0.1
Osmaniye	0.3	Bitlis	0.1
<b>İç Anadolu</b>		Erzincan	0.2
Çankırı	0.2	Hakkari	0.1
Kırşehir	0.2	Kars	0.2
Niğde	0.4	Muş	0.1
Sivas	0.6	Tunceli	0.1
Yozgat	0.4	Van	0.4
Karaman	0.4	Şırnak	0.1
Kırıkkale	0.5	Ardahan	0.1
<b>Karadeniz</b>		Iğdır	0.1
Amasya	0.4	<b>Güneydoğu Anadolu</b>	
Artvin	0.4	Adıyaman	0.5
Bolu	0.9	Mardin	0.5
Giresun	0.4	Siirt	0.2
Gümüşhane	0.1	Batman	0.4
		<b>Toplam (41 İl)</b>	<b>13.9</b>

\*1998 yılı gayri safi yurt içi hasılasından(GSYİH) illerin aldıkları pay(1987 fiyatlarıyla).

## Grafik 1.

Türkiye’de özel hastane sayılarının yıllara göre kestirimi



**Tablo 8.**

2006 yılındaki özel hastanelerin illere göre dağılımı ile illerin sosyoekonomik gelişmişlik indeksinin (SGE)\* %20'lik dilimlerine göre dağılımı

	Özel hastane sayısı	SGE
İstanbul	139	1
Ankara	26	1
İzmir	18	1
Antalya	18	2
Konya	11	3
Kocaeli	9	1
Kayseri	8	2
Bursa	8	1
Muğla	7	2
Adana	6	2
Gaziantep	6	3
Tekirdağ	5	2
Mersin	5	2
Sakarya	5	3
Hatay	5	3
Malatya	5	3
Diyarbakır	5	4
Manisa	4	3
Denizli	4	2
Aydın	3	2
Balıkesir	3	2
Eskişehir	3	2
Afyon	3	3
Batman	3	5
Kahramanmaraş	2	4
Samsun	2	3
Edirne	2	2
Osmaniye	2	4
Kastamonu	2	3
Erzurum	2	4
Elazığ	2	3
Çanakkale	2	2
Siirt	2	5
Kırklareli	1	2
Uşak	1	3
Nevşehir	1	3
Karabük	1	3
Çorum	1	3
Trabzon	1	3
Şanlıurfa	1	4
Çankırı	1	4

	Özel hastane sayısı	SGE
Düzce	1	3
Yalova	1	2
Isparta	1	3
Burdur	1	3
Aksaray	1	4
Niğde	1	3
Yozgat	1	4
Ordu	1	4
Ağrı	1	5
Iğdır	1	5
Van	1	5
Hakkari		5
Kırıkkale		3
Rize		3
Kars		5
Kütahya		3
Bilecik		2
Bolu		3
Karaman		3
Kırşehir		3
Sivas		4
Zonguldak		3
Bartın		4
Sinop		4
Tokat		4
Amasya		3
Giresun		3
Artvin		3
Gümüşhane		5
Erzincan		4
Bayburt		5
Ardahan		5
Bingöl		5
Tunceli		4
Muş		5
Bitlis		5
Adıyaman		4
Kilis		4
Mardin		5
Şırnak		5
<b>Toplam</b>	<b>346</b>	

\*SGE, DPT'nin 2003 yılı verilerinden hesaplanmıştır.



**Tablo 9.**

Özel hastanelerdeki hekimlerin o ildeki hekimlere oranı ile illerde bin kişi başına düşen hekim sayısının yıllara göre dağılımı ve illerin sosyoekonomik gelişmişlik indeksinin (SEG)\* %20'lik dilimlerine göre dağılımı

İLLER	ORAN			SAYI			SGE*
	2002	2004	2006	2002	2004	2006	
Batman	15	13	21	0.4	0.5	0.8	5
Tekirdağ	5	13	19	0.9	0.9	0.9	2
İstanbul	14	11	15	1.6	1.6	1.7	1
Muğla	12	13	14	1.2	1.2	1.3	2
Antalya	8	36	13	1.4	1.7	1.5	2
Kocaeli	3	4	13	1.2	1.1	1.2	1
Adana	11	12	13	1.3	1.4	1.3	2
Kastamonu	1	4	12	1.0	0.9	1.1	3
Gaziantep	7	9	11	0.8	0.9	0.8	3
Yalova	0	0	11	1.2	1.2	1.1	2
Sakarya	5	7	11	0.8	0.8	0.9	3
Çanakkale	2	0	11	0.9	0.9	1.0	2
Karabük	7	7	10	1.2	1.2	1.2	3
Osmaniye	0	0	10	0.9	0.9	0.9	4
Konya	1	7	8	1.0	1.4	1.7	3
Ankara	3	6	8	2.8	2.9	3.3	1
Kayseri	5	5	8	1.3	1.3	1.5	2
Malatya	0	2	7	1.4	1.7	1.8	3
Denizli	2	6	7	1.5	1.4	1.5	2
Kırklareli	6	5	6	0.9	0.9	1.0	2
İğdır	0	0	6	0.6	0.7	0.8	5
Diyarbakır	1	1	6	0.8	0.8	1.2	4
İzmir	3	4	6	2.4	2.4	2.3	1
Eskişehir	0	3	5	1.7	1.9	2.3	2
Bursa	1	2	5	1.4	1.2	1.3	1
Hatay	17	2	5	0.7	0.7	0.8	3
Mersin	4	3	5	1.0	1.2	1.3	2
Nevşehir	3	4	4	1.1	1.2	1.0	3
Aksaray	0	0	4	1.0	0.9	0.9	4
Uşak	2	4	4	0.9	1.0	1.0	3
Niğde	0	0	4	1.0	0.9	0.9	3
Manisa	2	3	4	1.3	1.3	1.3	3
Balıkesir	2	3	3	1.0	1.0	1.0	2
Ordu	0	0	3	0.7	0.8	1.1	4
Aydın	2	3	3	1.4	1.5	1.6	2
Çorum	3	2	3	0.9	0.9	1.0	3
Afyon	1	2	3	0.9	1.1	1.4	3
Kahramanmaraş	1	3	3	0.7	0.9	1.0	4
Edirne	0	3	2	2.2	2.3	2.6	2
Van	0	0	2	0.7	0.7	1.0	5

**Tablo 9.**

Devam

İLLER	ORAN			SAYI			SGE*
	2002	2004	2006	2002	2004	2006	
Erzurum	2	3	2	1.3	1.6	2.1	4
Isparta	0	0	2	1.9	2.3	2.8	3
Trabzon	1	2	2	1.4	1.8	2.2	3
Elazığ	1	1	2	1.8	2.1	2.2	3
Şanlıurfa	1	1	1	0.5	0.6	0.7	4
Samsun	1	1	1	1.7	1.6	1.8	3
Kars	3	0	0	0.5	0.5	0.9	5
Kırıkkale	3	0	0	1.9	2.3	2.5	3
Rize	2	0	0	0.9	1.0	1.2	3
Kütahya	0	0	0	0.8	0.8	1.0	3
Bilecik	0	0	0	0.8	0.8	0.8	2
Düzce	0	0	0	1.5	1.1	1.0	3
Bolu	0	0	0	1.1	1.7	1.8	3
Karaman	0	0	0	1.1	1.0	1.1	3
Burdur	0	0	0	1.1	1.1	1.1	3
Kırşehir	0	0	0	1.2	1.1	1.1	3
Sivas	0	0	0	1.3	1.7	2.2	4
Yozgat	0	0	0	0.8	0.7	1.0	4
Zonguldak	0	0	0	1.3	1.4	1.5	3
Bartın	0	0	0	1.2	1.0	0.9	4
Çankırı	0	0	0	1.1	1.2	1.5	4
Sinop	0	0	0	1.1	1.1	1.2	4
Tokat	0	0	0	0.8	1.0	1.3	4
Amasya	0	0	0	1.0	1.1	1.1	3
Giresun	0	0	0	0.8	0.9	1.0	3
Artvin	0	0	0	1.2	1.1	1.1	3
Gümüşhane	0	0	0	1.0	1.5	1.3	5
Erzincan	0	0	0	0.9	1.1	1.3	4
Bayburt	0	0	0	0.9	1.1	1.3	5
Ağrı	0	0	0	0.3	0.3	0.9	5
Ardahan	0	0	0	0.9	0.7	1.0	5
Bingöl	0	0	0	0.7	0.6	1.0	5
Tunceli	0	0	0	1.3	1.1	1.2	4
Muş	0	0	0	0.4	0.6	0.8	5
Bitlis	0	0	0	0.4	0.5	0.9	5
Hakkari	0	0	0	0.4	0.3	1.0	5
Adıyaman	0	0	0	0.6	0.7	0.9	4
Kilis	0	0	0	1.2	0.9	0.8	4
Mardin	0	0	0	0.4	0.4	0.6	5
Şırnak	0	0	0	0.3	0.2	0.6	5
Siirt	0	0	0	0.5	0.5	0.8	5

\*SGE, DPT'nin 2003 yılı verilerinden hesaplanmıştır.

**Tablo 10.**

Özel hastanelerdeki 100 yatak başına hekim oranı ile o ildeki 100 yatak başına hekim oranı ve o ilde 1000 kişi başına düşen ortalama hastane yatağı sayısının illere göre dağılımı

İller	Özel Yatak Hekim Oranı			Toplam Yatak Hekim Oranı			1000 Kişiye Yatak Sayısı		
	2002	2004	2006	2002	2004	2006	2002	2004	2006
Yalova			171	208	60	56	0.6	2.0	2.1
Kırklareli		73	100	41	43	41	2.1	2.2	2.4
Malatya	4	73	95	76	73	52	1.9	2.4	3.4
İğdır			90	77	69	51	0.8	1.0	1.5
Şanlıurfa	58	58	89	55	49	61	0.9	1.1	1.2
Kocaeli	48	62	82	75	70	69	1.6	1.6	1.8
Denizli	17	53	80	91	94	79	1.6	1.5	2.0
Isparta			77	31	32	31	6.4	7.1	8.9
Elazığ	38	55	74	42	46	34	4.3	4.5	6.7
Tekirdağ	23	53	74	62	56	50	1.5	1.7	1.8
Kayseri	58	56	73	57	58	61	2.3	2.2	2.4
Ankara	48	68	73	78	85	99	3.5	3.5	3.3
Uşak	35	60	70	39	43	35	2.4	2.4	2.8
Çanakkale	18		67	45	42	40	2.1	2.2	2.4
Van			67	51	47	58	1.3	1.4	1.7
Sakarya	43	34	64	47	49	60	1.7	1.6	1.5
Edirne		79	64	67	69	55	3.2	3.3	4.8
Aksaray			64	66	37	36	1.5	2.3	2.6
Eskişehir	38	103	63	41	44	60	4.2	4.2	3.9
Balıkesir	23	44	59	44	43	37	2.3	2.3	2.8
Aydın	45	43	57	76	77	69	1.8	1.9	2.3
Konya		64	56	58	70	62	1.7	2.0	2.8
Batman		70	55	64	83	74	0.6	0.6	1.1
Kahramanmaraş	5	51	52	64	60	61	1.2	1.4	1.6
Mersin	30	28	51	50	59	56	1.9	2.1	2.3
Manisa	30	45	51	58	56	51	2.2	2.3	2.6
Kastamonu		41	49	25	22	29	4.0	4.2	3.6
Gaziantep	28	48	47	50	68	54	1.6	1.4	1.5
Karabük		36	47	36	34	31	3.5	3.6	3.8
Diyarbakır	26	43	47	43	45	60	1.9	1.9	2.0
İstanbul	35	36	46	55	66	80	2.9	2.5	2.1
Samsun	41	51	46	51	48	52	3.2	3.3	3.4
Erzurum	104	120	46	36	38	50	3.6	4.3	4.1
Ordu			46	35	29	35	1.9	2.8	3.1
İzmir	29	41	45	86	85	82	2.7	2.8	2.8
Adana	55	56	44	57	57	51	2.3	2.4	2.5
Muğla	41	40	44	62	56	60	2.0	2.1	2.1
Nevşehir	14	48	44	66	59	49	1.6	1.9	2.0
Niğde			44	48	40	37	2.2	2.3	2.4
Antalya	39	66	43	82	99	68	1.7	1.7	2.2
Bursa	19	38	41	75	61	56	1.8	2.0	2.3
Trabzon	19	28	40	44	42	47	3.2	4.3	4.8

**Tablo 10.**

Devam

İller	Özel Yatak Hekim Oranı			Toplam Yatak Hekim Oranı			1000 Kişiye Yatak Sayısı		
	2002	2004	2006	2002	2004	2006	2002	2004	2006
Osmaniye		0	40	81	67	66	1.1	1.3	1.4
Afyon	16	26	35	31	33	35	2.8	3.3	3.9
Hatay	107	18	33	59	64	63	1.2	1.1	1.3
Çorum	35	23	31	31	28	29	2.8	3.1	3.4
Burdur			0	42	40	35	2.7	2.7	3.1
Rize	35			39	37	33	2.3	2.8	3.6
Kırıkkale	33			62	55	55	3.1	4.1	4.5
Kars	33			48	41	67	1.1	1.2	1.3
Kütahya				37	35	33	2.0	2.3	3.0
Bilecik				61	58	61	1.4	1.4	1.3
Düzce				88	40	36	1.7	2.9	2.7
Bolu				19	34	38	5.5	4.8	4.6
Karaman				62	42	42	1.8	2.4	2.6
Kırşehir				52	42	38	2.3	2.6	2.9
Sivas				40	38	45	3.4	4.4	5.0
Yozgat				48	32	35	1.6	2.3	2.9
Zonguldak				38	38	44	3.6	3.8	3.5
Bartın				69	44	33	1.7	2.3	2.8
Çankırı				42	30	32	2.6	4.0	4.5
Sinop				41	35	34	2.7	3.0	3.4
Tokat				35	35	40	2.3	2.9	3.3
Amasya				40	42	33	2.4	2.6	3.2
Giresun				31	26	27	2.6	3.4	3.9
Artvin				36	29	24	3.3	3.7	4.8
Gümüşhane				43	47	37	2.4	3.1	3.5
Erzincan				38	33	33	2.5	3.5	4.1
Bayburt				71	73	54	1.2	1.4	2.4
Ağrı				53	48	91	0.5	0.6	0.9
Ardahan				70	46	66	1.3	1.5	1.6
Bingöl				40	26	54	1.7	2.1	1.8
Tunceli				112	60	62	1.2	1.8	2.0
Muş				35	36	47	1.1	1.6	1.7
Bitlis				34	30	45	1.2	1.7	2.0
Hakkari				58	50	118	0.6	0.7	0.8
Adıyaman				44	49	56	1.3	1.4	1.6
Kilis				73	55	51	1.6	1.6	1.6
Mardin				55	56	77	0.7	0.8	0.8
Şırnak				65	45	121	0.5	0.5	0.5
Siirt				44	38	62	1.1	1.2	1.4

\*SGE, DPT'nin 2003 yılı verilerinden hesaplanmıştır.

**Tablo 11.**

Özel hastanelerdeki uzman hekimlerin o ildeki uzman hekimlere oranı ile illerde bin kişi başına düşen hekim sayısının yıllara göre dağılımı ve illerin sosyoekonomik gelişmişlik indeksinin(SGE)\* %20'lik dilimlerine göre dağılımı

İLLER	ORAN			SAYI			SGE*
	2002	2004	2006	2002	2004	2006	
Batman	38	27	39	0.2	0.2	0.4	5
Tekirdağ	9	21	28	0.4	0.5	0.5	2
Adana	19	22	25	0.6	0.6	0.6	2
Gaziantep	13	15	25	0.4	0.5	0.3	3
Kastamonu	4	6	23	0.3	0.4	0.5	3
İstanbul	22	17	23	1.0	1.1	1.0	1
Muğla	21	24	23	0.6	0.5	0.6	2
Yalova	0	0	22	0.4	0.5	0.5	2
Kocaeli	5	7	21	0.6	0.6	0.7	1
Antalya	12	39	21	0.7	0.9	0.7	2
Sakarya	10	14	21	0.4	0.4	0.4	3
Osmaniye	0	0	19	0.2	0.3	0.4	4
Çanakkale	3	0	19	0.4	0.4	0.4	2
Karabük	17	14	17	0.5	0.5	0.6	3
Kayseri	11	11	14	0.5	0.6	0.7	2
Konya	3	11	13	0.4	0.7	0.9	3
Malatya	0	4	13	0.5	0.7	0.8	3
Denizli	3	10	13	0.8	0.7	0.8	2
İğdır	0	0	13	0.2	0.3	0.3	5
Diyarbakır	3	3	12	0.2	0.3	0.5	4
Ankara	5	7	11	1.3	1.6	1.7	1
Kırklareli	10	8	10	0.4	0.5	0.5	2
İzmir	5	6	10	1.1	1.3	1.2	1
Hatay	35	5	9	0.3	0.3	0.4	3
Bursa	2	4	9	0.6	0.6	0.7	1
Aksaray	0	0	9	0.3	0.3	0.4	4
Niğde	0	0	8	0.3	0.3	0.3	3
Nevşehir	3	6	8	0.3	0.4	0.4	3
Uşak	3	6	8	0.4	0.4	0.4	3
Mersin	7	5	8	0.4	0.6	0.6	2
Eskişehir	1	4	8	0.7	0.9	1.2	2
Kahramanmaraş	2	6	7	0.3	0.3	0.4	4
Manisa	2	5	6	0.6	0.6	0.6	3
Ordu	0	0	6	0.3	0.4	0.5	4
Aydın	4	5	6	0.6	0.6	0.7	2
Afyon	3	4	6	0.3	0.5	0.6	3
Çorum	6	4	5	0.3	0.4	0.4	3
Balıkesir	4	5	5	0.5	0.5	0.5	2
Van	0	0	5	0.3	0.3	0.4	5
Edirne	0	6	4	0.9	1.0	1.1	2

**Tablo 11.**

Devam

İLLER	ORAN			SAYI			SGE*
	2002	2004	2006	2002	2004	2006	
Erzurum	5	6	4	0.5	0.7	0.9	4
Trabzon	3	4	4	0.5	0.7	0.9	3
Isparta	0	0	4	0.7	0.9	1.2	3
Şanlıurfa	3	3	3	0.2	0.2	0.3	4
Elazığ	1	2	3	0.6	0.8	0.9	3
Samsun	2	3	3	0.7	0.7	0.8	3
Kars	14	0	0	0.1	0.2	0.3	5
Kırıkkale	6	0	0	0.7	0.9	1.2	3
Rize	2	0	0	0.3	0.5	0.6	3
Kütahya	0	0	0	0.3	0.4	0.5	3
Bilecik	0	0	0	0.2	0.3	0.3	2
Düzce	0	0	0	0.6	0.4	0.4	3
Bolu	0	0	0	0.4	1.0	0.8	3
Karaman	0	0	0	0.3	0.4	0.5	3
Burdur	0	0	0	0.4	0.4	0.5	3
Kırşehir	0	0	0	0.3	0.4	0.5	3
Sivas	0	0	0	0.4	0.6	1.1	4
Yozgat	0	0	0	0.2	0.2	0.4	4
Zonguldak	0	0	0	0.6	0.6	0.7	3
Bartın	0	0	0	0.4	0.4	0.4	4
Çankırı	0	0	0	0.3	0.4	0.7	4
Sinop	0	0	0	0.3	0.4	0.5	4
Tokat	0	0	0	0.3	0.5	0.6	4
Amasya	0	0	0	0.3	0.5	0.5	3
Giresun	0	0	0	0.2	0.3	0.4	3
Artvin	0	0	0	0.3	0.4	0.5	3
Gümüşhane	0	0	0	0.2	0.4	0.5	5
Erzincan	0	0	0	0.3	0.5	0.7	4
Bayburt	0	0	0	0.2	0.4	0.6	5
Ağrı	0	0	0	0.1	0.1	0.3	5
Ardahan	0	0	0	0.2	0.2	0.4	5
Bingöl	0	0	0	0.1	0.2	0.3	5
Tunceli	0	0	0	0.1	0.3	0.5	4
Muş	0	0	0	0.1	0.3	0.3	5
Bitlis	0	0	0	0.1	0.2	0.3	5
Hakkari	0	0	0	0.1	0.1	0.3	5
Adıyaman	0	0	0	0.2	0.2	0.4	4
Kilis	0	0	0	0.2	0.2	0.4	4
Mardin	0	0	0	0.1	0.1	0.2	5
Şırnak	0	0	0	0.1	0.1	0.2	5
Siirt	0	0	0	0.1	0.1	0.4	5

\*SGE, DPT'nin 2003 yılı verilerinden hesaplanmıştır.



**Tablo 12.**

Manyetik rezonans (MR) cihazlarının bölgelere ve hastanelere göre dağılımı-2006(%)

<b>Bölge</b>	<b>Nüfus</b>	<b>Devlet-Üniversite Hastanelerinde MR</b>	<b>Özel Hastanelerde MR</b>
Marmara	26.8	23.6	44.6
Ege	13.0	16.0	12.2
Akdeniz	13.1	14.2	4.1
İç Anadolu	16.9	23.6	20.3
Karadeniz	11.3	10.4	7.4
Doğu Anadolu	9.8	8.5	5.4
Güneydoğu Anadolu	9.2	3.8	6.1
<b>Toplam(Sayı)</b>	<b>72.9 milyon</b>	<b>106</b>	<b>148</b>

**Tablo 13.**

Bilgisayarlı tomografi (BT) cihazlarının bölgelere ve hastanelere göre dağılımı-2006

<b>Bölge</b>	<b>Devlet-Üniversite Hastanelerinde BT</b>		<b>Özel Hastanelerde BT</b>	
	<b>%</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	<b>Sayı</b>
Marmara	27.6	85	86.0	222
Ege	16.9	52	3.1	8
Akdeniz	11.7	36	1.6	4
İç Anadolu	20.8	64	5.8	15
Karadeniz	11.7	36	1.9	5
Doğu Anadolu	7.8	24	0.4	1
Güneydoğu Anadolu	3.6	11	1.2	3
<b>TOPLAM</b>	<b>100.0</b>	<b>308</b>	<b>100.0</b>	<b>258</b>

**Kaynakça:**

DPT (2000), Türkiye İstatistik Yılı 1999, T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2002), Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yılı 2001, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2006), Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yılı 2005, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2008), Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yılı 2007, Ankara.

Sağlık Bakanlığı RSHMB Hızlısıhha Mektebi Müdürlüğü (2007), Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007, Ankara.

<http://www.sgk.gov.tr>. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Aylık İstatistik Bülteni, Aralık 2007 (Ulaşım tarihi: 30 Ocak 2008).

## SAĞLIK DÜZEYİ BELİRLEYİCİLERİ REGRESYON ANALİZLERİ

### ANALİZDE KULLANILAN DEĞİŞKENLER:

#### 1. Bağımlı Değişken: Sağlık Düzeyi

Bir coğrafi alandaki sağlık düzeyini tek bir sayısal değer biçiminde ifade edebilmek için aşağıdaki göstergeler kullanılmıştır (veriler ve referanslar için 'EK-3'de Sunulan Regresyon Modellerinde Kullanılan Bağımlı Değişken'in Veri Kaynakları'na bakınız):

<b>y01</b>	Doğumda yaşam beklentisi (yıllar)
<b>y02</b>	Doğumda sağlıklı yaşam beklentisi [HALE] (yıllar)
<b>y03</b>	1.000 kişide 15-60 yaş arası ölüm olasılığı [erişkin ölüm hızı]
<b>y04</b>	1.000 canlı doğumda 5 yaş altı ölüm olasılığı [5 yaş altı ölüm hızı]
<b>y05</b>	Bebek ölüm hızı (1.000 canlı doğumda)
<b>y06</b>	Neonatal ölüm hızı (1.000 canlı doğumda)
<b>y07</b>	Anne ölüm hızı (1.000 canlı doğumda)
<b>y08</b>	HIV negatif kişilerde tüberkülozdan ölüm oranı (ICD-10'a göre [A15-A19, B90], 100.000 kişide)
<b>y09a</b>	Yaşa standart ölüm oranı, bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle (100.000 kişide)
<b>y09b</b>	Yaşa standart ölüm oranı, kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle (100.000 kişide)
<b>y09c</b>	Yaşa standart ölüm oranı, kanser nedeniyle (100.000 kişide)
<b>y09d</b>	Yaşa standart ölüm oranı, yaralanmalar nedeniyle (100.000 kişide)
<b>y10a</b>	Yaşam yılları kaybı, bulaşıcı hastalıklar nedeniyle (%)
<b>y10b</b>	Yaşam yılları kaybı, bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle (%)
<b>y10c</b>	Yaşam yılları kaybı, yaralanmalar nedeniyle (%)
<b>y11a</b>	5 yaş altı çocuklarda neonatal nedenlerle ölüm oranı (‰)
<b>y11b</b>	5 yaş altı çocuklarda HIV/AIDS nedeniyle ölüm oranı (‰)
<b>y11c</b>	5 yaş altı çocuklarda ishalleri hastalıklar nedeniyle ölüm oranı (‰)
<b>y11d</b>	5 yaş altı çocuklarda kızamık nedeniyle ölüm oranı (‰)
<b>y11e</b>	5 yaş altı çocuklarda sıtma nedeniyle ölüm oranı (‰)
<b>y11f</b>	5 yaş altı çocuklarda zatürree nedeniyle ölüm oranı (‰)
<b>y11g</b>	5 yaş altı çocuklarda yaralanmalar nedeniyle ölüm oranı (‰)
<b>y11h</b>	5 yaş altı çocuklarda diğer nedenlerle ölüm oranı (‰)

1.1. 169 ülkeyi kapsayan bu verilerin ilk aşamada birbirleriyle ilintileri yönüyle sınanmış ve aşağıda da görüldüğü gibi ilintili bulunmuşlardır:

Correlation Matrix

	x01	x02	x03	x04	x05	x06	x07	x08	x09a	x09b	x09c	x09d	x10a	x10b	x10c	x11a	x11b	x11c	x11d	x11e	x11f	x11g	x11h
x01	1.000	.986	-.959	-.929	-.926	-.872	-.846	-.818	-.736	-.523	-.241	-.696	-.914	.893	.570	.812	-.511	-.692	-.670	-.630	-.748	-.543	.770
x02	.986	1.000	-.932	-.919	-.920	-.881	-.854	-.825	-.754	-.536	-.211	-.709	-.929	.916	.543	.815	-.486	-.727	-.663	-.611	-.775	-.557	.766
x03	-.959	-.932	1.000	.816	.805	.741	.760	.771	.597	.406	.254	.625	.846	-.822	-.543	-.738	.686	.525	.546	.549	.584	-.456	-.736
x04	-.929	-.919	.816	1.000	.988	.906	.906	.790	.699	.474	.251	.713	.863	-.838	-.562	-.796	.245	.733	.763	.677	.806	-.569	-.682
x05	-.926	-.920	.805	.988	1.000	.937	.879	.793	.739	.527	.214	.709	.871	-.848	-.554	-.788	.243	.769	.740	.636	.831	-.582	-.690
x06	-.872	-.881	.741	.906	.937	1.000	.790	.752	.749	.554	.154	.669	.865	-.851	-.519	-.698	.219	.804	.666	.591	.837	-.590	-.741
x07	-.846	-.854	.760	.906	.879	.790	1.000	.751	.587	.344	.276	.658	.806	-.784	-.519	-.747	.201	.674	.715	.624	.746	-.529	-.599
x08	-.818	-.825	.771	.790	.793	.752	.751	1.000	.591	.384	.214	.575	.792	-.770	-.510	-.729	.381	.624	.650	.501	.676	-.486	-.604
x09a	-.736	-.754	.597	.699	.739	.749	.587	.591	1.000	.910	.148	.625	.621	-.621	-.327	-.641	.120	.705	.525	.406	.756	-.387	-.534
x09b	-.523	-.536	.406	.474	.527	.554	.344	.384	.910	1.000	-.051	.467	.364	-.364	-.189	-.452	.042	.523	.308	.223	.586	-.215	-.357
x09c	-.241	-.211	.254	.251	.214	.154	.276	.214	.148	-.051	1.000	.306	.128	-.110	-.152	-.155	.085	.002	.226	.245	.121	-.012	-.176
x09d	-.696	-.709	.625	.713	.709	.669	.658	.575	.625	.467	.306	1.000	.579	-.646	-.020	-.568	.114	.529	.617	.494	.588	-.176	-.538
x10a	-.914	-.929	.846	.863	.871	.865	.806	.792	.621	.364	.128	.579	1.000	-.982	-.601	-.816	.463	.782	.688	.658	.774	-.663	-.781
x10b	.893	.916	-.822	-.838	-.848	-.851	-.784	-.770	-.621	-.364	-.110	-.646	-.982	1.000	.441	.803	-.432	-.787	-.679	-.647	-.764	.586	.783
x10c	.570	.543	-.543	-.562	-.554	-.519	-.519	-.510	-.327	-.189	-.152	-.020	-.601	.441	1.000	.479	-.376	-.386	-.396	-.396	-.446	.674	.414
x11a	.812	.815	-.738	-.756	-.788	-.698	-.747	-.729	-.641	-.452	-.155	-.568	-.816	.803	.479	1.000	-.303	-.711	-.648	-.620	-.780	.442	.474
x11b	-.511	-.486	.686	.245	.243	.219	.201	.381	.120	.042	.085	.114	.463	-.432	-.376	-.303	1.000	.005	.035	.096	-.009	-.198	-.457
x11c	-.692	-.727	.525	.733	.769	.804	.674	.624	.705	.523	.002	.529	.782	-.787	-.386	-.711	.005	1.000	.603	.479	.895	-.644	-.612
x11d	-.670	-.663	.546	.763	.740	.666	.715	.650	.525	.308	.226	.617	.688	-.679	-.396	-.648	.035	.603	1.000	.732	.645	-.471	-.607
x11e	-.630	-.611	.549	.677	.636	.591	.624	.501	.406	.223	.245	.494	.658	-.647	-.396	-.620	.096	.479	.732	1.000	.550	-.407	-.704
x11f	-.748	-.775	.584	.806	.831	.837	.746	.676	.756	.586	.121	.588	.774	-.764	-.446	-.780	-.009	.895	.645	.550	1.000	-.578	-.610
x11g	.543	.557	-.456	-.569	-.582	-.590	-.529	-.486	-.387	-.215	-.012	-.176	-.663	.586	.674	.442	-.198	-.644	.471	-.407	-.578	1.000	.465
x11h	.770	.766	-.736	-.682	-.690	-.741	-.599	-.604	-.534	-.357	-.176	-.538	-.781	.783	.414	.474	-.457	-.612	-.607	-.704	-.610	.465	1.000

## 1.2. Değişkenler birbirleriyle ilintili bulunduğu için, kavramsal olarak 11 kümeden oluşan 23 adet değişken, faktör analiziyle birbiriyle ilintisiz 4 ana çarpan haline getirilmiştir:

### Factor Analysis Summary

Number of Variables	23
Est. Number of Factors	11
Number of Factors	4
Number of Cases	169
Number Missing	0
Degrees of Freedom	275
Bartlett's Chi Square	9812.074
P-Value	<.0001

Factor Extraction Method: Principal Components

Extraction Rule: Method Default

Transformation Method: Orthotran/Varimax

### Eigenvectors

	Vector 1	Vector 2	Vector 3	Vector 4	Vector 5	Vector 6	Vector 7	Vector 8	Vector 9	Vector 10	Vector 11
x01	-.253	-.104	-.077	-.122	-.024	-.023	-.039	-.065	-.100	-.054	.001
x02	-.254	-.073	-.055	-.131	.007	-.055	.021	-.035	-.067	-.054	.030
x03	.228	.258	.140	.200	.005	.040	.056	.049	.082	.100	-.073
x04	.249	-.026	.045	-.090	.055	.114	.075	.250	.202	.011	.040
x05	.250	-.057	.009	-.037	.056	.099	.011	.242	.180	-.037	.076
x06	.242	-.090	-.055	.015	3.394E-4	-.040	-.188	.214	.190	-.216	-.080
x07	.230	.005	.064	-.171	.053	.262	.049	.234	.242	.030	-.104
x08	.220	.086	.036	.023	.046	.267	.056	.074	-.553	-.540	-.500
x09a	.201	-.309	.024	.305	.240	-.197	.051	-.070	-.119	.073	.025
x09b	.142	-.388	-.026	.467	.240	-.293	.217	.011	-.078	.065	-.085
x09c	.058	.122	.518	-.301	.612	-.114	-.333	-.295	-.050	.002	.037
x09d	.186	-.198	.432	.035	-.159	.104	-.153	.246	-.076	.339	-.055
x10a	.247	.132	-.101	-.012	-.148	.048	-.094	-.151	.010	.010	.118
x10b	-.242	-.081	.024	-.014	.273	-.075	.170	.198	.013	-.043	-.083
x10c	-.152	-.291	.380	.115	-.458	.108	-.270	-.119	-.121	.148	-.215
x11a	-.221	.021	.003	-.003	.005	-.334	-.363	.547	-.030	-.153	-.042
x11b	.092	.573	.070	.423	-.053	-.052	-.009	-.107	-.136	.123	.138
x11c	.212	-.243	-.248	-.041	-.098	.063	-.332	-.284	-.029	-.071	.130
x11d	.200	-.093	.083	-.344	-.122	-.101	.291	.163	-.564	.075	.543
x11e	.182	.023	.108	-.369	-.217	-.439	.402	-.198	.183	.086	-.439
x11f	.224	-.255	-.145	-.062	.046	.070	-.129	-.257	.122	-.197	.034
x11g	-.164	-.100	.490	.184	-.144	.104	.306	-.111	.271	-.550	.331
x11h	-.205	-.134	-.057	-.012	.265	.570	.234	-.020	-.030	.311	-.056

Orthogonal Solution

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
x01	-.967	.141	-.090	-.139
x02	-.971	.099	-.065	-.149
x03	.872	-.349	.165	.227
x04	.954	.035	.053	-.102
x05	.958	.076	.010	-.042
x06	.926	.122	-.065	.017
x07	.880	-.007	.075	-.195
x08	.841	-.117	.042	.026
x09a	.771	.418	.028	.346
x09b	.543	.525	-.030	.531
x09c	.223	-.164	.609	-.342
x09d	.711	.267	.507	.040
x10a	.945	-.179	-.119	-.014
x10b	-.925	.109	.028	-.015
x10c	-.580	.394	.446	.131
x11a	-.846	-.028	.004	-.003
x11b	.354	-.775	.083	.481
x11c	.811	.328	-.291	-.047
x11d	.766	.126	.097	-.391
x11e	.698	-.031	.127	-.419
x11f	.857	.344	-.170	-.070
x11g	-.627	.135	.576	.209
x11h	-.785	.181	-.067	-.013

Primary Intercorrelations

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
Factor 1	1.000	0.000	0.000	0.000
Factor 2	0.000	1.000	0.000	0.000
Factor 3	0.000	0.000	1.000	0.000
Factor 4	0.000	0.000	0.000	1.000

1.3. Yukarıda gösterilen çarpanlar, her bir değişkenin aşağıda da sunulan katsayılarıyla f1, f2, f3 ve f4 olarak adlandırılarak yeniden hesaplanmıştır:

Oblique Score Weights

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
x01	-.066	.077	-.066	-.107
x02	-.066	.054	-.047	-.116
x03	.060	-.191	.120	.176
x04	.065	.019	.038	-.079
x05	.065	.042	.007	-.032
x06	.063	.066	-.047	.013
x07	.060	-.004	.054	-.151
x08	.057	-.064	.030	.020
x09a	.053	.228	.021	.268
x09b	.037	.287	-.022	.411
x09c	.015	-.090	.441	-.265
x09d	.049	.146	.368	.031
x10a	.064	-.098	-.086	-.011
x10b	-.063	.060	.020	-.012
x10c	-.040	.215	.323	.101
x11a	-.058	-.015	.003	-.002
x11b	.024	-.423	.060	.372
x11c	.055	.179	-.211	-.036
x11d	.052	.069	.070	-.303
x11e	.048	-.017	.092	-.324
x11f	.058	.188	-.123	-.054
x11g	-.043	.074	.418	.162
x11h	-.054	.099	-.049	-.010

Sonuç olarak her faktör, *varyansa katkısı oranında* (aşağıdaki oblique-joint kolonundaki katsayılarla doğrusal olarak) bir **y değişkeni-bağımlı değişken** haline getirilmiştir:

Proportionate Variance Contributions

	Orthogonal - Direct	Oblique - Direct	Oblique - Joint	Oblique - Total
Factor 1	.765	1.090	-.461	.629
Factor 2	.096	.136	.012	.148
Factor 3	.072	.103	.024	.127
Factor 4	.067	.096	-4.976E-4	.096

1.4. Yukarıdaki aşamaların sonucunda elde edilen ve regresyon modellerimizde bağımlı değişken olarak kullanılacak olan ve artık soyut bir sayı biçiminde ifade edebileceğimiz 'ÜLKELERİN SAĞLIK DÜZEYİ', her bir ülke için aşağıdaki tabloda sunulmuştur:

ÜLKE ADI	y (SAĞLIK DÜZEYİ)	ÜLKE ADI	y (SAĞLIK DÜZEYİ)
İsviçre	22.75	Arjantin	11.06
İzlanda	22.74	Bahreyn	10.16
Avustralya	22.50	Macaristan	8.33
Japonya	22.20	Birleşik Arap Emirlikleri	6.92
İsveç	21.90	Slovakya	6.77
Kanada	21.74	Bosna-Hersek	6.54
İtalya	21.38	Litvanya	6.20
İspanya	21.32	Bahamalar	5.98
İsrail	21.28	Estonya	5.69
Fransa	21.17	Meksika	5.66
Avusturya	20.70	Mauritius	5.44
Norveç	20.34	Malezya	4.84
Holanda	20.27	Katar	4.71
Lüksemburg	20.09	Letonya	3.95
Belçika	19.98	Venezuela	3.51
Yeni Zelanda	19.70	Makedonya	2.46
Almanya	19.66	Lübnan	0.89
Finlandiya	18.92	Suudi Arabistan	0.42
Danimarka	18.91	Sırbistan ve Montenegro	-0.60
İngiltere	18.71	Panama	-0.66
İrlanda	18.20	Umman	-0.80
Amerika Birleşik Devletleri	18.16	Trinidad ve Tobago	-1.01
Yunanistan	18.07	Tunus	-2.15
Slovenya	17.71	Belize	-2.66
Portekiz	17.69	Kolombiya	-2.79
Singapur	16.73	Libya	-2.91
Kore Cumhuriyeti	16.47	Bulgaristan	-3.44
Brunei Darussalam	15.86	İran	-3.44
Küba	15.23	Jamaika	-4.51
Şili	14.68	Çin	-5.27
Çek Cumhuriyeti	13.89	Sri Lanka	-6.01
Kuveyt	13.45	Ürdün	-6.19
Kosta Rika	13.45	Belarusya	-6.20
Hırvatistan	13.32	Ekvador	-6.46
Kıbrıs	12.83	Paraguay	-6.98
Polonya	12.39	Arnavutluk	-7.31
Uruguay	11.59	Suriye	-7.41
Barbados	11.26		

ÜLKE ADI	y (SAĞLIK DÜZEYİ)
Ukrayna	-7.90
Tayland	-8.59
Gürcistan	-8.59
Viet Nam	-9.09
El Salvador	-9.09
Ermenistan	-9.14
Fiji	-9.48
Cezayir	-9.72
Romanya	-10.02
Solomon Adaları	-10.54
Moldova	-10.91
<b>Türkiye</b>	<b>-11.98</b>
Rusya	-12.38
Nikaragua	-13.85
Fas	-14.11
Peru	-14.31
Brezilya	-14.50
Filipinler	-14.62
Dominik Cumhuriyeti	-15.48
Guatemala	-15.73
Surinam	-15.77
Honduras	-16.31
Kore Demokratik Halk Cumhuriyeti	-17.30
Cape Verde	-18.04
Mısır	-18.06
Özbekistan	-21.23
Endonezya	-23.36
Maldivler	-23.95
Moğolistan	-24.22
Azerbaycan	-24.39
Kırgızistan	-25.47
Guyana	-26.92
Bolivya	-27.80
Kazakistan	-33.57
Tajikistan	-33.66
Türkmenistan	-33.82
Papua Yeni Gine	-34.55
Bengaldeş	-35.34
Irak	-35.53
Pakistan	-37.04
Butan	-37.17
Hindistan	-40.88
Comoros	-42.27
Myanmar	-42.76
Namibya	-42.91
Botswana	-44.80
Güney Afrika	-45.60
Kamboçya	-46.52
Nepal	-47.62

ÜLKE ADI	y (SAĞLIK DÜZEYİ)
Timor-Leste	-47.90
Lao Demokratik Halk Cumhuriyeti	-48.71
Yemen	-49.00
Gabon	-49.28
Eritre	-51.14
Haiti	-52.11
Gambiya	-53.40
Sudan	-55.42
Gana	-55.49
Madagaskar	-56.41
Kongo	-56.86
Cibuti	-58.94
Togo	-61.78
Lesoto	-62.67
Swaziland	-64.63
Moritanya	-65.81
Senegal	-66.11
Etyopya	-67.10
Gine	-68.26
Kamerun	-70.33
Benin	-71.72
Fildişi Sahili	-72.55
Kenya	-74.41
Uganda	-75.69
Nijerya	-77.31
Zambia	-77.81
Ekvatorial Gine	-78.69
Mozambik	-78.82
Burundi	-79.85
Burkina Faso	-80.75
Liberya	-83.03
Gine-Bissau	-83.82
Kongo Demokratik Cumhuriyeti	-84.29
Ruanda	-84.41
Zimbabve	-84.53
Çad	-86.17
Somali	-87.11
Mali	-87.69
Orta Afrika Cumhuriyeti	-88.59
Tanzanya	-92.45
Nijer	-101.41
Angola	-104.11
Malavi	-105.04
Afganistan	-112.15
Sierra Leone	-118.57

Yukarıda da görüldüğü gibi ülkelerin sağlık düzeyi negatif ve pozitif değerler alabilmekte ve (-118.57) ile (22.75) arasında değişmektedir.



## 2. Bağımsız Değişkenler:

Aşağıdaki 11 değişken sağlık düzeyinin sosyal ve ekonomik belirleyicileri olarak ele alınmıştır. Z değişkenleri ulusal sağlık hesaplarını göstermektedir (veriler ve referanslar için 'EK-3'de Sunulan Regresyon Modellerinde Kullanılan Bağımsız Değişkenler ve Veri Kaynakları'na bakınız):

<b>x01</b>	Hekim yoğunluğu (1.000 kişi başına)
<b>x02</b>	Toplam sağlık çalışanı yoğunluğu (1.000 kişi başına)
<b>x03</b>	Özel sağlık harcamaları (GSYİH yüzdesi)
<b>x04</b>	Kişi başına sağlık harcamaları (PPP US\$)
<b>x05</b>	Erişkinlerde okuryazarlık oranı (15 yaşından büyüklerde %)
<b>x06</b>	Kişi başına GSYİH (PPP \$)
<b>x07</b>	Doğrudan yabancı sermaye net yatırımları (GSYİH yüzdesi)
<b>x08</b>	Gelir ya da harcama dağılımında eşitsizlik (en yüksek %20 en düşük %20 oranı)
<b>x09</b>	Kamu harcamaları öncelikleri
<b>x10</b>	Ekonomik güç
<b>Z01</b>	Toplam sağlık harcamaları (GSYİH yüzdesi)
<b>Z02</b>	Kamu sağlık harcamaları (toplam sağlık harcamaları yüzdesi)
<b>Z03</b>	Özel sağlık harcamaları (toplam sağlık harcamaları yüzdesi)
<b>Z04</b>	Kamu sağlık harcamaları (toplam kamu harcamaları yüzdesi)
<b>Z05</b>	Sosyal güvenlik harcamaları (toplam kamu sağlık harcamaları yüzdesi)
<b>Z06</b>	Kişi başına kamu sağlık harcamaları (US\$)
<b>Z07</b>	Kişi başına kamu sağlık harcamaları (PPP US\$)

### 2.1. İlinti Matrisi

Aşağıdaki matris bağımlı ve bağımsız değişkenlerin tümünün birbiriyle ilintisini göstermektedir.

	y	x01	x02	x03	x04	x05	x06	x07	x08	x09	x10	Z01	Z02	Z03	Z04	Z05	Z06	Z12
y	1.00	0.71	0.53	-0.12	0.52	0.79	0.72	0.10	-0.34	-0.17	0.29	0.41	0.43	-0.43	0.31	0.51	0.56	0.62
x01	0.71	1.00	0.59	-0.13	0.77	0.72	0.64	0.16	-0.35	-0.22	0.23	0.49	0.48	-0.48	0.29	0.48	0.52	0.58
x02	0.53	0.59	1.00	0.02	0.49	0.51	0.73	-0.05	0.26	-0.23	0.52	0.54	0.44	-0.44	0.40	0.15	0.63	0.66
x03	-0.12	-0.13	0.02	1.00	-0.27	-0.10	-0.13	0.00	0.06	0.01	0.17	0.39	-0.58	0.58	0.07	-0.11	-0.10	-0.13
x04	0.52	0.77	0.49	-0.27	1.00	0.62	0.55	0.05	-0.41	-0.24	0.27	0.35	0.54	-0.54	0.26	0.44	0.45	0.50
x05	0.79	0.72	0.51	-0.10	0.62	1.00	0.57	0.11	-0.23	-0.22	0.23	0.42	0.39	-0.39	0.25	0.45	0.42	0.49
x06	0.72	0.64	0.73	-0.13	0.55	0.57	1.00	-0.08	-0.33	-0.32	0.49	0.62	0.58	-0.58	0.49	0.29	0.92	0.93
x07	0.10	0.16	-0.05	0.00	0.05	0.11	-0.08	1.00	-0.01	0.10	-0.05	-0.08	0.00	0.00	-0.19	0.19	-0.18	-0.16
x08	-0.34	-0.35	-0.26	0.06	-0.41	-0.23	-0.33	-0.01	1.00	-0.11	-0.14	-0.11	-0.15	0.15	0.03	-0.06	-0.30	-0.31
x09	-0.17	-0.22	-0.23	0.01	-0.24	-0.22	-0.32	0.10	-0.11	1.00	-0.09	-0.41	-0.41	0.41	-0.52	-0.20	-0.32	-0.35
x10	0.29	0.23	0.52	0.17	0.27	0.23	0.49	-0.05	-0.14	-0.09	1.00	0.41	0.15	-0.15	0.19	0.17	0.49	0.47
Z01	0.41	0.49	0.54	0.39	0.35	0.42	0.62	-0.08	-0.11	-0.41	0.41	1.00	0.37	-0.37	0.64	0.29	0.65	0.69
Z02	0.43	0.48	0.44	-0.58	0.54	0.39	0.58	0.00	-0.15	-0.41	0.15	0.37	1.00	-1.00	0.59	0.37	0.55	0.61
Z03	-0.43	-0.48	-0.44	0.58	-0.54	-0.39	-0.58	0.00	0.15	0.41	-0.15	-0.37	-1.00	1.00	-0.59	-0.37	-0.55	-0.61
Z04	0.31	0.29	0.40	0.07	0.26	0.25	0.49	-0.19	0.03	-0.52	0.19	0.64	0.59	-0.59	1.00	0.29	0.52	0.54
Z05	0.51	0.48	0.15	-0.11	0.44	0.45	0.29	0.19	-0.06	-0.20	0.17	0.29	0.37	-0.37	0.29	1.00	0.19	0.30
Z06	0.56	0.52	0.63	-0.10	0.45	0.42	0.92	-0.18	-0.30	-0.32	0.49	0.65	0.55	-0.55	0.52	0.19	1.00	0.95
Z12	0.62	0.58	0.66	-0.13	0.50	0.49	0.93	-0.16	-0.31	-0.35	0.47	0.69	0.61	-0.61	0.54	0.30	0.95	1.00

Değişik açılardan yorumlanabilecek bu matris için başlangıç olarak ve kaba şu sonuca varabiliriz:

**X03**: Özel sağlık harcamaları, **X07**: Doğrudan yabancı sermaye net yatırımları ve **X09**: Kamu harcamaları öncelikleri değişkenleri ülkelerin sağlık düzeyinin temel belirleyicileri olmaktan uzaktır.

### GENEL REGRESYON

Ülkeleri sağlık düzeylerine göre gruplamaksızın bir model oluşturmaya çalıştığımızda, aşağıdaki değişkenlerin, ÇOK YÜKSEK belirleyicilik katsayısıyla ( $R=0.9$ ,  $R^2=0.8$ ) sağlık düzeyinin belirleyicileri olduğunu görmekteyiz:

**x01**: Hekim yoğunluğu (1.000 kişi başına)

**x04**: Kişi başına sağlık harcamaları (PPP US\$)

**x05:** Erişkinlerde okuryazarlık oranı (15 yaşından büyüklerde %)

**x06:** Kişi başına GSYİH (PPP \$)

**x08:** Gelir ya da harcama dağılımında eşitsizlik (en yüksek %20 en düşük %20 oranı)

**z01:** Toplam sağlık harcamaları (GSYİH yüzdesi)

**z05:** Sosyal güvenlik harcamaları (toplam kamu sağlık harcamaları yüzdesi)

Aynı modelde; eğitim düzeyi ve kişi başına GSYİH YÜKSEK belirleyicilik katsayısı taşımaktadır (0.48 ve 0.45).

Gelir dağılımındaki eşitsizlik, beklenebileceği gibi, sağlık düzeyini olumsuz etkilemektedir (-0.11).

Regression Summary  
y vs. 17 Independents  
Step: 7

Count	98
Num. Missing	93
R	0.89758
R Squared	0.80565
Adjusted R Squared	0.79053
RMS Residual	15.99741

Variables In Model  
y vs. 17 Independents  
Step: 7

	Coefficient	Std. Error	Std. Coeff.	F-to-Remove
Intercept	-89.45489	10.21907	-89.45489	76.62767
x01	5.89084	2.23241	0.23567	6.96314
x04	-0.36490	0.09681	-0.29061	14.20795
x05	0.89637	0.12953	0.48753	47.88741
x06	0.00136	0.00021	0.45721	40.99711
x08	-0.46499	0.21028	-0.11638	4.88955
Z05	0.22226	0.05881	0.20796	14.28494
Z01	-2.67336	0.97168	-0.16889	7.56950

Variables Not In Model  
y vs. 17 Independents  
Step: 7

	Partial Cor.	F-to-Enter
x02	-0.04814	0.20671
x03	0.10397	0.97256
x07	0.01322	0.01556
x09	0.05402	0.26045
x10	-0.01875	0.03131
Z02	-0.04593	0.18816
Z04	0.05787	0.29911
Z06	-0.15597	2.21892
Z12	-0.10832	1.05672
Z03	0.04656	0.19335

ANOVA Table  
y vs. 16 Independents  
Step: 7

	DF	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-Value
Regression	7	95478.56060	13639.79437	53.29767	<0.0001
Residual	90	23032.55256	255.91725		
Total	97	118511.11316			

## AYRIŞIK REGRESYON

1. Sağlık düzeyinin pozitif olduğu ülkeleri ayırarak aynı değişkenlerle regresyona soktuğumuzda,

Regression Summary	
y vs. 17 Independents	
Step: 1	
Inclusion criteria: Pozitif from FullRegressFinal	
Count	38
Num. Missing	18
R	0.82111
R Squared	0.67421
Adjusted R Squared	0.66516
RMS Residual	3.55825

ANOVA Table					
y vs. 17 Independents					
Step: 1					
Inclusion criteria: Pozitif from FullRegressFinal					
	DF	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-Value
Regression	1	943.27693	943.27693	74.50188	<0.0001
Residual	36	455.80017	12.66112		
Total	37	1399.07711			

Variables In Model				
y vs. 17 Independents				
Step: 1				
Inclusion criteria: Pozitif from FullRegressFinal				
	Coefficient	Std. Error	Std. Coeff.	F-to-Remove
Intercept	3.56602	1.52165	3.56602	5.49207
x06	0.00050	0.00006	0.82111	74.50188

Variables Not In Model  
y vs. 17 Independents  
Step: 1  
Inclusion criteria: Pozitif from FullRegressFinal

	Partial Cor.	F-to-Enter
x01	-0.05174	0.09395
x02	-0.29902	3.43684
x03	-0.08413	0.24946
x04	-0.02018	0.01425
x05	0.03720	0.04851
x07	-0.11894	0.50228
x08	0.06450	0.14623
Z02	0.17028	1.04509
Z04	0.29228	3.26931
Z05	-0.01544	0.00835
Z06	0.08668	0.26495
Z12	0.27419	2.84516
Z03	-0.16816	1.01851
Z01	0.25841	2.50443
x09	-0.00366	0.00047
x10	-0.04840	0.08220

Yalnızca kişi başına GSYİH'nın ÇOK YÜKSEK katsayısıyla (0.83) tek başına belirleyici olduğunu görmekteyiz. Bu sonucu ilk aşamada; "bir ülkedeki sağlık düzeyi 'iyi' ise, o sağlık düzeyini belirleyen, doğrudan doğruya ekonomik büyüklüğün kendisidir" biçiminde değerlendirebiliriz.

2. Aynı işlemleri bu kez sağlık düzeyi negatif ülkeler için yaparsak, çok farklı bir sonuç elde etmekteyiz.

Regression Summary	
y vs. 17 Independents	
Step: 4	
Inclusion criteria: Negatif from FullRegressFinal	
Count	60
Num. Missing	53
R	0.82811
R Squared	0.68577
Adjusted R Squared	0.66292
RMS Residual	18.30035

## ANOVA Table

y vs. 17 Independents

Step: 4

Inclusion criteria: Negatif from FullRegressFinal

	DF	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-Value
Regression	4	40198.85087	10049.71272	30.00785	<0.0001
Residual	55	18419.65646	334.90284		
Total	59	58618.50733			

## Variables In Model

y vs. 17 Independents

Step: 4

Inclusion criteria: Negatif from FullRegressFinal

	Coefficient	Std. Error	Std. Coeff.	F-to-Remove
Intercept	-86.95944	10.62744	-86.95944	66.95396
x05	0.45454	0.15607	0.29309	8.48189
x06	0.00382	0.00099	0.37033	14.96082
x08	-0.67310	0.24136	-0.22032	7.77707
Z05	0.54269	0.13595	0.34873	15.93458

## Variables Not In Model

y vs. 17 Independents

Step: 4

Inclusion criteria: Negatif from FullRegressFinal

	Partial Cor.	F-to-Enter
x01	0.05451	0.16091
x02	-0.04864	0.12804
x03	0.09641	0.50663
x04	-0.18678	1.95206
x07	0.21372	2.58448
Z02	-0.22596	2.90546
Z04	-0.11940	0.78094
Z06	-0.12171	0.81190
Z07	-0.15448	1.32013
Z03	0.22596	2.90546
Z01	-0.18654	1.94671
x09	0.16041	1.42617
x10	-0.18632	1.94210

GSYİH'nın belirleyicilik katsayısı önemli ölçüde azalırken (0.37), **eğitim, gelir dağılımındaki eşitsizlik ve sosyal güvenlik harcamaları** denk ağırlıklarla belirleyici olmaktadır. Burada üzerinde durulması gereken, **gelir dağılımındaki eşitsizliğin** tek başına **negatif belirleyici** oluşudur.

3. Türkiye'nin sağlık düzeyi -12'dir. Bu değerden eşit uzaklıkta (yani -6 ve -12 aralığında) yer alan ve kişi başına GSYİH'sı 6.000 US\$'dan fazla olan ülkelerden oluşan çok daha dar bir grup yaptığımızda;

## Regression Summary

y vs. 9 Independents

Step: 1

Inclusion criteria: yTR from FullRegressFinal

Count	10
Num. Missing	2
R	0.83095
R Squared	0.69049
Adjusted R Squared	0.65180
RMS Residual	1.83812

## ANOVA Table

y vs. 9 Independents

Step: 1

Inclusion criteria: yTR from FullRegressFinal

	DF	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-Value
Regression	1	60.29940	60.29940	17.84693	0.0029
Residual	8	27.02960	3.37870		
Total	9	87.32900			

Variables In Model  
y vs. 9 Independents  
Step: 1

Inclusion criteria: yTR from FullRegressFinal

	Coefficient	Std. Error	Std. Coeff.	F-to-Remove
Intercept	-6.83249	1.16752	-6.83249	34.24785
x08	-0.44791	0.10602	-0.83095	17.84693

Variables Not In Model

y vs. 9 Independents

Step: 1

Inclusion criteria: yTR from FullRegressFinal

	Partial Cor.	F-to-Enter
x01	-0.01129	0.00089
x02	0.26671	0.53608
x03	-0.23796	0.42015
x04	0.21030	0.32389
x05	0.14745	0.15557
x06	-0.28066	0.59853
x07	-0.13966	0.13926
x09	-0.26857	0.54417

**Gelir dağılımındaki eşitsizliğin** tek başına ve ÇOK YÜKSEK bir katsayı ile sağlık düzeyinin belirleyicisi olduğunu görürüz.

Üç ayrı model olarak gerçekleştirilen regresyon analizlerinin sonucunda;

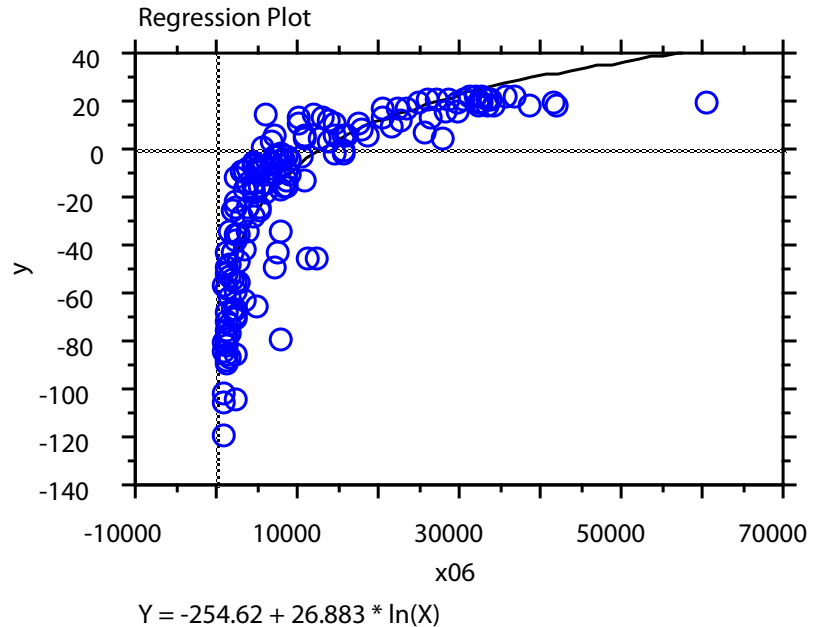
1. Sağlıktaki istihdam düzeyi (hem hekim yoğunluğu hem de toplam sağlık çalışanları yoğunluğu bakımından), ancak ülkelerin sosyal ve ekonomik yapıları arasında farklılık yokmuş gibi düşünülürse sağlık düzeyinin belirleyicisidir.
2. Ekonomik büyüklük (GSYİH), bütün modellerde sağlık düzeyinin belirleyicisi olarak bulunmuştur.

Yukarıdaki grafikte görülen ilişki logaritmiktir. GSYİH (x06)'daki **oransal** bir değişim, sağlık düzeyinde (y) **mutlak** bir değer artışına karşılık gelmektedir. Kişi başına GSYİH'sı 10.000 US\$ altında olup da sağlık düzeyi pozitif olan bir tek ülke yoktur.

Eğer bir ülkedeki sağlık düzeyi negatif ise, kişi başı GSYİH'deki artışın yanısıra **eğitim, gelir dağılımında eşitsizlik ve sosyal güvenlik** gibi temel alanlarda da gelişme, bir gerekliliktir.

3. Özellikle DB tarafından da desteklenen çalışmalarda ortaya konan ve genel olarak geçerli olduğu varsayılan "hekim sayısı-sağlık düzeyi" ilişkisinin geçerli olmadığı ortaya konmuştur. Özellikle, ülkeler sağlık düzeyleri pozitif olanlar ve negatif olanlar olarak kümelendiğinde söz konusu saptama geçersizdir. Hekimler de dahil sağlık çalışanları yoğunluğunun sağlık düzeyi üzerinde belirleyici bir etkisi yoktur.

Saptamalarını yapabiliriz.



## EK-3'de Sunulan Regresyon Modellerinde Kullanılan Bağımlı Değişken'in Veri Kaynakları

Bağımlı değişken olarak kullanılacak olan "SAĞLIK DÜZEYİ" değişkeninin üretilmesinde kullanılan sağlık durum göstergeleri ile bunların sağlandığı kaynaklar aşağıda sunulmuştur.

	<b>İngilizce</b>	<b>Türkçe</b>	<b>Yıl</b>	<b>Kaynak</b>
<b>y01</b>	Life expectancy at birth (years)	Doğumda yaşam beklentisi (yıllar)	2004	The World health report 2006: working together for health. Geneva, World Health Organization, 2006.
<b>y02</b>	Healthy life expectancy (HALE) at birth (years)	Doğumda sağlıklı yaşam beklentisi [HALE] (yıllar)	2002	The World health report 2004: changing history. Geneva, World Health Organization, 2004.
<b>y03</b>	Probability of dying per 1 000 population between 15 and 60 years (adult mortality rate)	1.000 kişide 15-60 yaş arası ölüm olasılığı [erişkin ölüm hızı]	2004	The World health report 2006: working together for health. Geneva, World Health Organization, 2006.
<b>y04</b>	Probability of dying per 1 000 live births under 5 years (under-5 mortality rate)	1.000 canlı doğumda 5 yaş altı ölüm olasılığı [5 yaş altı ölüm hızı]	2004	The World health report 2006: working together for health. Geneva, World Health Organization, 2006.
<b>y05</b>	Infant mortality rate (per 1 000 live births)	Bebek ölüm hızı (1.000 canlı doğumda)	2004	(i) WHO Mortality Database. World Health Organization.; (ii) United Nations Children's Fund. State of the World's Children 2006. New York: United Nations Children's Fund, 2005.
<b>y06</b>	Neonatal mortality rate (per 1 000 live births)	Neonatal ölüm hızı (1.000 canlı doğumda)	2000	The World health report 2005: make every mother and child count. Geneva, World Health Organization, 2005.
<b>y07</b>	Maternal mortality ratio (per 100 000 live births)	Anne ölüm hızı (1.000 canlı doğumda)	2000	The World health report 2005: make every mother and child count. Geneva, World Health Organization, 2005.
<b>y08</b>	TB mortality rate among HIV-negative people (Deaths from tuberculosis [A15-A19, B90] according to the ICD-10, per 100 000 population)	HIV negatif kişilerde tüberkülozdan ölüm oranı (ICD-10'a göre [A15-A19, B90], 100 000 kişide)	2004	Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report 2006. Geneva, World Health Organization (WHO/HTM/TB/2006.362).
<b>y09a</b>	Age-standardized mortality rate by non-communicable diseases (per 100 000 population)	Yaşa standart ölüm oranı, bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle (100.000 kişide)	2002	(i) Mortality and burden of disease estimates for WHO Member States in 2002. World Health Organization, December 2004, (ii)Ahmad OB, Boschi-Pinto C, Lopez AD, Murray CJL, Lozano R, Inoue M. Age standardization of rates: a new WHO standard. GPE Discussion Paper Series: No.31. EIP/GPE/EBD. World Health Organization. 2001.

	<b>İngilizce</b>	<b>Türkçe</b>	<b>Yıl</b>	<b>Kaynak</b>
<b>y09b</b>	Age-standardized mortality rate by cardio-vascular diseases (per 100 000 population)	Yaşa standart ölüm oranı, kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle (100.000 kişide)	2002	(i) Mortality and burden of disease estimates for WHO Member States in 2002. World Health Organization, December 2004, (ii)Ahmad OB, Boschi-Pinto C, Lopez AD, Murray CJL, Lozano R, Inoue M. Age standardization of rates: a new WHO standard. GPE Discussion Paper Series: No.31. EIP/GPE/EBD. World Health Organization. 2001.
<b>y09c</b>	Age-standardized mortality rate by cancer (per 100 000 population)	Yaşa standart ölüm oranı, kanser nedeniyle (100.000 kişide)	2002	(i) Mortality and burden of disease estimates for WHO Member States in 2002. World Health Organization, December 2004, (ii)Ahmad OB, Boschi-Pinto C, Lopez AD, Murray CJL, Lozano R, Inoue M. Age standardization of rates: a new WHO standard. GPE Discussion Paper Series: No.31. EIP/GPE/EBD. World Health Organization. 2001.
<b>y09d</b>	Age-standardized mortality rate by injuries (per 100 000 population)	Yaşa standart ölüm oranı, yaralanmalar nedeniyle (100.000 kişide)	2002	(i) Mortality and burden of disease estimates for WHO Member States in 2002. World Health Organization, December 2004
<b>y10a</b>	Years of life lost by communicable diseases (%)	Yaşam yılları kaybı, bulaşıcı hastalıklar nedeniyle (%)	2002	(i) Mortality and burden of disease estimates for WHO Member States in 2002. World Health Organization, December 2004
<b>y10b</b>	Years of life lost by non-communicable diseases (‰)	Yaşam yılları kaybı, bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle (%)	2002	(i) Mortality and burden of disease estimates for WHO Member States in 2002. World Health Organization, December 2004
<b>y10c</b>	Years of life lost by injuries (%)	Yaşam yılları kaybı, yaralanmalar nedeniyle (%)	2002	(i) Mortality and burden of disease estimates for WHO Member States in 2002. World Health Organization, December 2004
<b>y11a</b>	Death among children under 5 years of age by neonatal causes (‰)	5 yaş altı çocuklarda neonatal nedenlerle ölüm oranı (‰)	2000	(i) Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE; WHO Child Health Epidemiology Reference Group. WHO estimates of the causes of death in children. Lancet, 2005;365:1147-52; (ii) WHO mortality profiles.
<b>y11b</b>	Death among children under 5 years of age by HIV/AIDS (‰)	5 yaş altı çocuklarda HIV/AIDS nedeniyle ölüm oranı (‰)	2000	(i) Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE; WHO Child Health Epidemiology Reference Group. WHO estimates of the causes of death in children. Lancet, 2005;365:1147-52; (ii) WHO mortality profiles.
<b>y11c</b>	Death among children under 5 years of age by diarrhoeal diseases (‰)	5 yaş altı çocuklarda ishalli hastalıklar nedeniyle ölüm oranı (‰)	2000	(i) Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE; WHO Child Health Epidemiology Reference Group. WHO estimates of the causes of death in children. Lancet, 2005;365:1147-52; (ii) WHO mortality profiles.



	<b>İngilizce</b>	<b>Türkçe</b>	<b>Yıl</b>	<b>Kaynak</b>
<b>y11d</b>	Death among children under 5 years of age by measles (‰)	5 yaş altı çocuklarda kızamık nedeniyle ölüm oranı (‰)	2000	(i) Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE; WHO Child Health Epidemiology Reference Group. WHO estimates of the causes of death in children. Lancet, 2005;365:1147-52; (ii) WHO mortality profiles.
<b>y11e</b>	Death among children under 5 years of age by malaria (‰)	5 yaş altı çocuklarda sıtma nedeniyle ölüm oranı (‰)	2000	(i) Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE; WHO Child Health Epidemiology Reference Group. WHO estimates of the causes of death in children. Lancet, 2005;365:1147-52; (ii) WHO mortality profiles.
<b>y11f</b>	Death among children under 5 years of age by pneumonia (‰)	5 yaş altı çocuklarda zatürree nedeniyle ölüm oranı (‰)	2000	(i) Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE; WHO Child Health Epidemiology Reference Group. WHO estimates of the causes of death in children. Lancet, 2005;365:1147-52; (ii) WHO mortality profiles.
<b>y11g</b>	Death among children under 5 years of age by injuries (‰)	5 yaş altı çocuklarda yaralanmalar nedeniyle ölüm oranı (‰)	2000	(i) Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE; WHO Child Health Epidemiology Reference Group. WHO estimates of the causes of death in children. Lancet, 2005;365:1147-52; (ii) WHO mortality profiles.
<b>y11h</b>	Death among children under 5 years of age by other causes (‰)	5 yaş altı çocuklarda diğer nedenlerle ölüm oranı (‰)	2000	(i) Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE; WHO Child Health Epidemiology Reference Group. WHO estimates of the causes of death in children. Lancet, 2005;365:1147-52; (ii) WHO mortality profiles.

## EK-3'de Sunulan Regresyon Modellerinde Kullanılan Bağımsız Değişkenler ve Veri Kaynakları

	İngilizce	Türkçe	Yıl	Kaynak
<b>x01</b>	Physician density (per 1 000)	Hekim yoğunluğu (1.000 kişi başına)	Erişilebilir son veri yılı	The World Health Report 2006: working together for health. Geneva, World Health Organization, 2006.
<b>x02</b>	-	Toplam sağlık çalışanı yoğunluğu (1.000 kişi başına)	Erişilebilir son veri yılı	The World Health Report 2006: working together for health. Geneva, World Health Organization, 2006.
<b>x03</b>	Private expenditure on health (% of GDP)	Özel sağlık harcamaları (GSYİH yüzdesi)	2004	World Bank. 2007. World Development Indicators 2007. CD-ROM. Washington, D.C.
<b>x04</b>	Health expenditure Per capita (PPP US\$)	Kişi başına sağlık harcamaları (PPP US\$)	2004	World Bank. 2007. World Development Indicators 2007. CD-ROM. Washington, D.C.
<b>x05</b>	Adult literacy rate (% aged 15 and older)	Erişkinlerde okuryazarlık oranı (15 yaşından büyüklerde %)	1995-2005	UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) Institute for Statistics. 2007
<b>x06</b>	GDP per capita (PPP US\$)	Kişi başına GSYİH (PPP \$)	2005	World Bank. 2007b. World Development Indicators 2007. CD-ROM.
<b>x07</b>	Foreign direct investment, net inflows (% of GDP)	Doğrudan yabancı sermaye net yatırımları (GSYİH yüzdesi)	2005	calculated on the basis of data on foreign direct investment and GDP from World Bank. 2007b. World Development Indicators 2007. CD-ROM
<b>x08</b>	Inequality measures, ratio of richest 20% to poorest 20	Gelir ya da harcama dağılımında eşitsizlik (en yüksek %20 en düşük %20 oranı)		World Bank. 2007. World Development Indicators 2007. CD-ROM. Washington, D.C.
<b>x09</b>	-	Kamu harcamaları öncelikleri	2002-2005	(i)SIPRI (Stockholm International Peace Research Institute). 2007. (ii) World Bank. 2007. World Development Indicators 2007. CD-ROM. Washington, D.C.
<b>x10</b>	-	Ekonomik güç	1998-2003	Merkez bankaları istatistikleri
<b>Z01</b>	Total expenditure on health as % of Gross domestic product	Toplam sağlık harcamaları (GSYİH yüzdesi)	2001-2005	<a href="http://www.who.int/nha/country/en">http://www.who.int/nha/country/en</a> (erişim tarihi: Eylül 2008)

	<b>İngilizce</b>	<b>Türkçe</b>	<b>Yıl</b>	<b>Kaynak</b>
<b>Z02</b>	General government expenditure on health as % of total expenditure on health	Kamu sağlık harcamaları (toplam sağlık harcamaları yüzdesi)	2001-2005	<a href="http://www.who.int/nha/country/en">http://www.who.int/nha/country/en</a> (erişim tarihi: Eylül 2008)
<b>Z03</b>	Private expenditure on health as % of total expenditure on health	Özel sağlık harcamaları (toplam sağlık harcamaları yüzdesi)	2001-2005	<a href="http://www.who.int/nha/country/en">http://www.who.int/nha/country/en</a> (erişim tarihi: Eylül 2008)
<b>Z04</b>	General government expenditure on health as % of total government expenditure	Kamu sağlık harcamaları (toplam kamu harcamaları yüzdesi)	2001-2005	<a href="http://www.who.int/nha/country/en">http://www.who.int/nha/country/en</a> (erişim tarihi: Eylül 2008)
<b>Z05</b>	Social Security expenditure on health as % General government expenditure on health	Sosyal güvenlik harcamaları (toplam kamu sağlık harcamaları yüzdesi)	2001-2005	<a href="http://www.who.int/nha/country/en">http://www.who.int/nha/country/en</a> (erişim tarihi: Eylül 2008)
<b>Z06</b>	Per capita government expenditure on health at average exchange rate (US\$)	Kişi başına kamu sağlık harcamaları (US\$)	2001-2005	<a href="http://www.who.int/nha/country/en">http://www.who.int/nha/country/en</a> (erişim tarihi: Eylül 2008)
<b>Z07</b>	Per capita government expenditure on health (PPP int.\$)	Kişi başına kamu sağlık harcamaları (PPP US\$)	2001-2005	<a href="http://www.who.int/nha/country/en">http://www.who.int/nha/country/en</a> (erişim tarihi: Eylül 2008)



## ÜLKELERDEKİ HEKİM SAYILARINI BELİRLEYEN FAKTÖRLER

### Regresyon Analizine Alınan

#### 127 Ülke

- Almanya
- Amerika Birleşik Devletleri
- Angola
- Arjantin
- Arnavutluk
- Avustralya
- Avusturya
- Azerbaycan
- Bangladeş
- Belarus
- Belçika
- Benin
- Birleşik Arap Emirlikleri
- Bolivya
- Bosna-Hersek
- Brezilya
- Bulgaristan
- Burkina Faso
- Burundi
- Çad
- Çek Cumhuriyeti
- Cezayir
- Çin
- Danimarka
- Dominik Cumhuriyeti
- Ekvador
- El Salvador
- Endonezya
- Ermenistan
- Etyopya
- Fas
- Fildişi Sahili
- Filipinler
- Finlandiya
- Fransa
- Gana
- Gine
- Guatemala
- Güney Afrika
- Güney Afrika Cumhuriyeti
- Gürcistan
- Haiti
- Hindistan
- Hırvatistan
- Hollanda
- Honduras
- İngiltere
- İran
- İrlanda
- İspanya
- İsrail
- İsveç
- İsviçre
- İtalya
- Jamaika
- Japonya
- Kamboçya
- Kamerun
- Kanada
- Kazakistan
- Kenya
- Kırgızistan
- Kolombiya
- Kongo
- Kongo Demokratik Cumhuriyeti
- Kore Cumhuriyeti
- Kore Demokratik Halk Cumhuriyeti
- Kosta Rika
- Küba
- Kuveyt
- Lesoto
- Letonya
- Liberya
- Libya
- Litvanya
- Lübnan
- Macaristan
- Madagaskar
- Makedonya
- Malavi
- Malezya
- Meksika
- Mısır
- Moğolistan
- Moldova
- Mozambik
- Namibya
- Nepal
- Nijer
- Nijerya
- Nikaragua
- Norveç
- Özbekistan
- Pakistan
- Panama
- Paraguay
- Peru
- Polonya
- Portekiz
- Romanya
- Ruanda
- Rusya
- Senegal
- Sierra Leone
- Şili
- Slovakya
- Slovenya
- Sri Lanka
- Suriye
- Suudi Arabistan
- Tanzanya
- Tayland
- Togo
- Tunus
- Türkiye
- Türkmenistan
- Uganda
- Ukrayna
- Ürdün
- Uruguay
- Venezuela
- Viet Nam
- Yemen
- Yeni Zelanda
- Yunanistan
- Zambia
- Zimbabve

## Regresyon Analizine Alınan Bağımsız Değişkenler

w001	Ergenlik dönemindeki gençlerde doğurganlık hızı (%)
w002	Yetişkinlerde okuryazarlık oranı (%)
w003	Kişi başına gayrisafi milli gelir (uluslararası satınalma gücü paritesi \$)
w004	İlkokula kayıt net oranı kızlar (%)
w005	İlkokula kayıt net oranı erkekler (%)
w006	Nüfus (1.000 kişi) toplam
w007	Nüfusun yıllık büyüme hızı (%)
w008	Kentsel alanlardaki nüfus (%)
w009	Yoksulluk sınırının altında yaşayan nüfus (Günde 1 US\$'ın altında yaşayan nüfus yüzdesi)
w010	Toplam doğurganlık hızı (kadın başına)
w011	A vitamini desteği alan 6-59 aylık çocuklar (%)
w012	Sıtmaya karşı herhangi bir ilaçla tedavi edilen beş yaşından küçük ateşli çocuklar (%)
w013	Oral rehidrasyon tedavisi (ORT) alan beş yaşından küçük ishallerli çocuklar (%)
w014	Sağlık kurumunda tedaviye alınan beş yaşından küçük akut solunum sistemi enfeksiyonlu ve ateşli çocuklar (%)
w015	Tüberküloz-DOTS tedavi başarısı (%)
w016	Tüberküloz-DOTS olgu bulma oranı (%)
w017	PMTCT (anneden çocuğa geçişi önleme) için antiretroviral (ARV) kombinasyonu tedavisi alan HIV ile enfeksiyonlu gebe kadınlar (%)
w018	Antiretroviral (ARV) kombinasyonu tedavisi alan ilerlemiş HIV enfeksiyonlu kişiler (%)
w019	Böcek ilacı emdirilmiş cibinlik altında uyuyan beş yaşın altındaki çocuklar (%)
w020	Doğum kontrol prevalans hızı (%)
w021	Eğitilmiş sağlık personelinin bulunduğu doğumlar (%)
w022	Doğum öncesi bakım kapsamı-en az dört muayene (%)
w023	Doğum öncesi bakım kapsamı-en az bir muayene (%)
w024	Üç doz Hepatit B aşısı (HepB3) yapılan bir yaşındaki çocuklar (%)
w025	Üç doz difteri tetanoz ve boğmaca aşısı (DTP3) yapılan bir yaşındaki çocuklar (%)
w026	Bir doz kızamık aşısı yapılan bir yaşındaki çocuklar (%)
w027	Hastane yatakları (her 10.000 kişilik nüfus başına)
w028	Ölüm kayıtları kapsamı (%)
w029	Uluslararası dolar kuru cinsinden kişi başına toplam sağlık harcamaları
w030	Ortalama döviz kuru (US\$) cinsinden kişi başına kamu sağlık harcamaları
w031	Uluslararası US\$ kuru cinsinden kişi başına kamu sağlık harcamaları
w032	Ortalama döviz kuru (US\$) cinsinden kişi başına toplam sağlık harcamaları
w033	Özel sağlık harcamalarının yüzdesi olarak önödeme özel sağlık sigortaları
w034	Özel sağlık harcamalarının yüzdesi olarak cepten harcamalar
w035	Kamu toplam sağlık harcamalarının yüzdesi olarak sağlık için sosyal güvenlik harcamaları
w036	Toplam sağlık harcamalarının yüzdesi olarak sağlık için dış kaynaklar
w037	Toplam kamu harcamalarının yüzdesi olarak kamu sağlık harcamaları
w038	Toplam sağlık harcamalarının yüzdesi olarak özel sağlık harcamaları
w039	Toplam sağlık harcamalarının yüzdesi olarak kamu sağlık harcamaları
w040	Gayrisafi milli hasılanın yüzdesi olarak toplam sağlık harcamaları
w041	Sağlık yönetimi ve desteği çalışanları (Her 1.000 kişilik nüfus başına yoğunluk)
w042	Sağlık yönetimi ve desteği çalışanları (sayı)
w043	Diğer sağlık çalışanları (Her 1.000 kişilik nüfus başına yoğunluk)
w044	Diğer sağlık çalışanları (sayı)
w045	Laboratuvarında görevli sağlık çalışanları (Her 1.000 kişilik nüfus başına yoğunluk)
w046	Laboratuvarında görevli sağlık çalışanları (sayı)
w047	Toplum sağlığı çalışanları (Her 1.000 kişilik nüfus başına yoğunluk)

w048	Toplum sağlığı çalışanları (sayı)
w049	Halk ve evre sağlığı alışanları (Her 1.000 kişilik nüfus başına yoğunluk)
w050	Halk ve evre sağlığı çalışanları (sayı)
w051	Eczacılar (Her 1.000 kişilik nüfus başına yoğunluk)
w052	Eczacılar (sayı)
w053	Diş hekimleri (Her 1.000 kişilik nüfus başına yoğunluk)
w054	Diş hekimleri (sayı)
w055	Ebeler (Her 1.000 kişilik nüfus başına yoğunluk)
w056	Ebeler (sayı)
w057	Hemşireler (Her 1.000 kişilik nüfus başına yoğunluk)
w058	Hemşireler (sayı)
w059	Hekimler (Her 1.000 kişilik nüfus başına yoğunluk)
w060	Hekimler (sayı)
w061	Bir yaşındaki çocuklarda kızamık aşılması kapsamı en yüksek-en düşük anne eğitim düzeyi oranı
w062	Bir yaşındaki çocuklarda kızamık aşılması kapsamı (%) en yüksek anne eğitim düzeyi
w063	Bir yaşındaki çocuklarda kızamık aşılması kapsamı (%) en düşük anne eğitim düzeyi
w064	Bir yaşındaki çocuklarda kızamık aşılması kapsamı en yüksek-en düşük gelir dilimi oranı
w065	Bir yaşındaki çocuklarda kızamık aşılması kapsamı (%) en yüksek gelir dilimi
w066	Bir yaşındaki çocuklarda kızamık aşılması kapsamı (%) en düşük gelir dilimi
w067	Bir yaşındaki çocuklarda kızamık aşılması kapsamı kentsel-kırsal oranı
w068	Bir yaşındaki çocuklarda kızamık aşılması kapsamı (%) kentsel
w069	Bir yaşındaki çocuklarda kızamık aşılması kapsamı (%) kırsal
w070	Eğitimi sağlık personelinin bulunduğu doğumlar en yüksek-en düşük anne eğitim düzeyi oranı
w071	Eğitimi sağlık personelinin bulunduğu doğumlar (%) en yüksek anne eğitim düzeyi
w072	Eğitimi sağlık personelinin bulunduğu doğumlar (%) en düşük anne eğitim düzeyi
w073	Eğitimi sağlık personelinin bulunduğu doğumlar en yüksek-en düşük gelir dilimi oranı
w074	Eğitimi sağlık personelinin bulunduğu doğumlar (%) en yüksek gelir dilimi
w075	Eğitimi sağlık personelinin bulunduğu doğumlar (%) en düşük gelir dilimi
w076	Eğitimi sağlık personelinin bulunduğu doğumlar kentsel-kırsal oranı
w077	Eğitimi sağlık personelinin bulunduğu doğumlar (%) kentsel
w078	Eğitimi sağlık personelinin bulunduğu doğumlar (%) kırsal
w079	Yaşına göre gelişme geriliği bulunan beş yaşından küçük çocuklar en düşük-en yüksek anne eğitim düzeyi oranı
w080	Yaşına göre gelişme geriliği bulunan beş yaşından küçük çocuklar (%) en yüksek anne eğitim düzeyi
w081	Yaşına göre gelişme geriliği bulunan beş yaşından küçük çocuklar (%) en düşük anne eğitim düzeyi
w082	Yaşına göre gelişme geriliği bulunan beş yaşından küçük çocuklar en düşük-en yüksek gelir dilimi oranı
w083	Yaşına göre gelişme geriliği bulunan beş yaşından küçük çocuklar (%) en yüksek gelir dilimi
w084	Yaşına göre gelişme geriliği bulunan beş yaşından küçük çocuklar (%) en düşük gelir dilimi
w085	Yaşına göre gelişme geriliği bulunan beş yaşından küçük çocuklar kırsal-kentsel oranı
w086	Yaşına göre gelişme geriliği bulunan beş yaşından küçük çocuklar (%) kentsel
w087	Yaşına göre gelişme geriliği bulunan beş yaşından küçük çocuklar (%) kırsal
w088	Her 1.000 canlı doğum başına beş yaşından önce ölüm olasılığı (5 yaş altı mortalite oranı) en yüksek-en düşük anne eğitim düzeyi oranı
w089	Her 1.000 canlı doğum başına beş yaşından önce ölüm olasılığı (5 yaş altı mortalite oranı) en yüksek anne eğitim düzeyi
w090	Her 1.000 canlı doğum başına beş yaşından önce ölüm olasılığı (5 yaş altı mortalite oranı) en düşük anne eğitim düzeyi
w091	Her 1.000 canlı doğum başına beş yaşından önce ölüm olasılığı (5 yaş altı mortalite oranı) en düşük-en yüksek gelir dilimi oranı
w092	Her 1.000 canlı doğum başına beş yaşından önce ölüm olasılığı (5 yaş altı mortalite oranı) en yüksek gelir dilimi



w093	Her 1.000 canlı doğum başına beş yaşından önce ölüm olasılığı (5 yaş altı mortalite oranı) en düşük gelir dilimi
w094	Her 1.000 canlı doğum başına beş yaşından önce ölüm olasılığı (5 yaş altı mortalite oranı) kırsal-kentsel oranı
w095	Her 1.000 canlı doğum başına beş yaşından önce ölüm olasılığı (5 yaş altı mortalite oranı) kentsel
w096	Her 1.000 canlı doğum başına beş yaşından önce ölüm olasılığı (5 yaş altı mortalite oranı) kırsal
w097	Bilgi ve iletişim teknolojisi harcamaları (Gayrisafi milli hasıla içindeki yüzdesi)
w098	Her 100.000 kişilik nüfus başına internet sunucu
w099	Her 1.000 kişilik nüfus başına internet kullanıcısı
w100	Her 1.000 kişilik nüfus başına kişisel bilgisayar
w101	3 dakikalık mobil telefon görüşme ücreti (US\$)
w102	Her 100 kişilik nüfus başına mobil telefon abonesi
w103	3 dakikalık sabit hat telefon görüşme ücreti (US\$)
w104	Her 100 kişilik nüfus için ana telefon hattı
w105	Bilgi ve iletişim teknolojisi politikaları
w106	Bilgi ve iletişim teknolojilerine erişim
w107	Bilgi ve iletişim teknolojilerine bağlanabilirlik
w108	Bilgi ve iletişim teknolojisinin yayılımı
w109	Doğrulanmış çocuk felci olgularının sayısı
w110	Tüberküloz insidansı (her yıl için her 100.000 kişilik nüfus başına)
w111	Tüberküloz prevalansı (her 100.000 kişilik nüfus başına)
w112	15 yaşın üzerindeki yetişkinler arasında HIV prevalansı (her 100.000 kişilik nüfus başına)
w113	Beş yaşın altındaki çocuklarda diğer nedenlere bağlı ölümler (%)
w114	Beş yaşın altındaki çocuklarda yaralanmalara bağlı ölümler (%)
w115	Beş yaşın altındaki çocuklarda pnömoniye bağlı ölümler (%)
w116	Beş yaşın altındaki çocuklarda sıtmaya bağlı ölümler (%)
w117	Beş yaşın altındaki çocuklarda kızamığa bağlı ölümler (%)
w118	Beş yaşın altındaki çocuklarda ishale bağlı ölümler (%)
w119	Beş yaşın altındaki çocuklarda HIV-AIDS'e bağlı ölümler (%)
w120	Beş yaşın altındaki çocuklarda neonatal nedenlere bağlı ölümler (%)
w121	Yaralanmalar nedeniyle kaybedilen yaşam yılları (%)
w122	Bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle kaybedilen yaşam yılları (%)
w123	Bulaşıcı hastalıklar nedeniyle kaybedilen yaşam yılları (%)
w124	Yaralanmalar nedeniyle yaşa göre standart ölüm hızı (her 100.000 kişilik nüfus başına)
w125	Kanser nedeniyle yaşa göre standart ölüm hızı (her 100.000 kişilik nüfus başına)
w126	Kalp-damar hastalıkları nedeniyle yaşa göre standart ölüm hızı (her 100.000 kişilik nüfus başına)
w127	Bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle yaşa göre standart ölüm hızı (her 100.000 kişilik nüfus başına)
w128	HIV-pozitif kişiler arasında tüberküloza bağlı ölümler (her 100.000 kişilik nüfus başına)
w129	HIV-negatif kişiler arasında tüberküloza bağlı ölümler (her 100.000 kişilik nüfus başına)
w130	HIV-AIDS'e bağlı ölümler (her 100.000 kişilik nüfus başına)
w131	Anne ölüm oranı (her 100.000 canlı doğum başına)
w132	Yenidoğan ölüm oranı (her 1.000 canlı doğum başına)
w133	Bebek ölüm oranı (her 1.000 canlı doğum başına)
w134	Beş yaşın altında ölüm olasılığı (her 1.000 canlı doğum başına) (beş yaş altı ölüm hızı)
w135	15-60 yaş aralığında ölüm olasılığı (her 1.000 kişilik nüfus başına) (yetişkin ölüm hızı) kadınlar
w136	15-60 yaş aralığında ölüm olasılığı (her 1.000 kişilik nüfus başına) (yetişkin ölüm hızı) erkekler
w137	Doğum dönemindeki sağlıklı yaşam beklentisi (yıl) kadınlar
w138	Doğum dönemindeki sağlıklı yaşam beklentisi (yıl) erkekler
w139	Doğum dönemindeki yaşam beklentisi (yıl) kadınlar
w140	Doğum dönemindeki yaşam beklentisi (yıl) erkekler
w141	Gençlerin (15-24 yaş grubu) daha yüksek riskli cinsel ilişkide kondom kullanımı prevalansı (%) kadınlar
w142	Gençlerin (15-24 yaş grubu) daha yüksek riskli cinsel ilişkide kondom kullanımı prevalansı (%) erkekler

w143	Yetişkinler arasında (> = 15 yaş) kişi başına kayıtlı alkol tüketimi (litre olarak saf alkol)
w144	Yetişkinler arasında (15 yaş ve üzeri) tütün kullanımı prevalansı (%) kadınlar
w145	Yetişkinler arasında (15 yaş ve üzeri) tütün kullanımı prevalansı (%) erkekler
w146	Ergenlik çağındaki gençlerde (13-15 yaş aralığı) tütün kullanımı prevalansı (%)
w147	Katı yakıt kullanan nüfus (%) kırsal
w148	Katı yakıt kullanan nüfus (%) kentsel
w149	Gelişkin sağlık hizmetlerine sürekli erişimi bulunan nüfus (%) kırsal
w150	Gelişkin sağlık hizmetlerine sürekli erişimi bulunan nüfus (%) kentsel
w151	İyi kaliteli su kaynaklarına sürekli erişimi bulunan nüfus (%) kırsal
w152	İyi kaliteli su kaynaklarına sürekli erişimi bulunan nüfus (%) kentsel
w153	Obez olan yetişkinlerin (15 yaş ve üzeri) prevalansı (%) kadınlar
w154	Obez olan yetişkinlerin (15 yaş ve üzeri) prevalansı (%) erkekler
w155	Doğum ağırlığı düşük olan yenidoğanlar (%)
w156	Yaşına göre fazla kilolu olan beş yaşın altındaki çocuklar (%)
w157	Yaşına göre düşük kilolu olan beş yaşın altındaki çocuklar (%)
w158	Büyümesinde yaşına göre gecikme bulunan beş yaşın altındaki çocuklar (%)
u001	Kişi başına tarımsal üretim indeksi, 1999-2001=100 (FAO)
u002	Ekilebilir ve kalıcı hasat alanı, 1000 hektar (FAO)
u003	Yüzölçümü, 1000 hektar (FAO)
u004	Ödemeler Dengesi, ihracat, fob, US\$ (IMF)
u005	Ödemeler Dengesi, net cari işlemler US\$ (IMF)
u006	Ödemeler Dengesi, cari transfer kredileri US\$ (IMF)
u007	Ödemeler Dengesi, cari transfer giderleri US\$ (IMF)
u008	Ödemeler Dengesi, ithalat, fob, US\$ (IMF)
u009	Ödemeler Dengesi, yatırım giderleri US\$ (IMF)
u010	Ödemeler Dengesi, hizmet giderleri US\$ (IMF)
u011	Ödemeler Dengesi, ticaret dengesi, mallar US\$ (IMF)
u012	Karbondiyoksit (CO2) salımı, kişi başına metrik ton
u013	Cep telefonu aboneliği, 100 kişi başına
u014	Sivil havacılık, uçulan milyon km
u015	Sivil havacılık, taşınan bin yolcu
u016	Sivil havacılık, milyon ton-km
u017	Tüketici fiyatları endeksi, genel, 2000=100 (ILO)
u018	Dış borç stoğu, US\$ (Dünya Bankası)
u019	Kamu eğitim harcamaları, toplam, gayrisafi milli gelirin yüzdesi (UNESCO)
u020	Kamu eğitim harcamaları, toplam, toplam kamu harcamalarının yüzdesi (UNESCO)
u021	Enerji tüketimi, ticari, kişi başına, petrol karşılığı, bin kg
u022	Enerji tüketimi, elektrik, milyon kilowatsaat
u023	Enerji ihracatı, metrik ton petrol karşılığı, 1000
u024	Enerji ithalatı, metrik ton petrol karşılığı, 1000
u025	Eneji stok değişimi, metrik ton petrol karşılığı, 1000
u027	Enerji arzı (ölçülen tüketim; kg petrol karşılığı) her 1,000\$ için
u028	Enerji üretimi, elektrik, metrik ton petrol karşılığı, 1000
u029	Enerji üretimi, gaz, metrik ton petrol karşılığı, 1000
u030	Enerji üretimi, sıvı, metrik ton petrol karşılığı, 1000
u031	Enerji üretimi, katı, metrik ton petrol karşılığı, 1000
u033	Enerji üretimi, toplam, metrik ton petrol karşılığı, 1000
u034	Gübre kullanımı, bin metrik ton (FAO)
u035	Yiyecek üretimi, kişi başına endeks, 1999-2001=100
u036	Orman alanı, toplam alanın yüzdesi (FAO)
u037	GSMH yıllık artış oranı, 1990 fiyatları, US\$

u038	GSMH, piyasa fiyatlarıyla, 2000 fiyatları, US\$
u039	GSMH, kişi başına yıllık artış oranı, 2000 fiyatları, US\$
u040	GSMH, kişi başına cari fiyatlarla US\$
u041	Okuma yazma bilmeyenlerin oranı, 15 yaş üstü, yüzde
u042	IMF kredisi kullanımı US\$ (IMF)
u043	İthalat, ticari, cif, US\$ (IMF)
u044	İnternet kullanıcıları, 100 kişi başına
u045	Yurtdışına yapılan yatırımlar, doğrudan, US\$ (ödemeler dengesi) (IMF)
u046	Yurtdışından yapılan yatırımlar, doğrudan, nie, US\$ (IMF)
u047	Yabancı yatırımlar, doğrudan uzun dönemli net US\$ (Dünya Bankası)
u048	Toprak alanı, 1000 hektar (FAO)
u049	Göçmen stoğu sayısı 2005
u050	Göçmen stoğu, nüfusa oranı 2005
u051	Göç, her yıl için uluslararası net oran
u052	Motorlu taşıt kullanımı, binek, 1000
u053	Motorlu taşıt kullanımı, ticari, 1000
u054	Beslenme, yetersiz beslenenlerin toplam nüfusa oranı (FAO)
u055	Resmi Kalkınma Yardımı (ODA-RKY), kişi başına US\$
u056	Ozon tüketen kloroflorokarbon (CFC) tüketimi, metrik tonda ozon tüketim potansiyeli
u057	Kişisel bilgisayarlar, 100 kişi başına
u058	Nüfus, toplam kırsal, 1000
u059	Nüfus, toplam kentsel, 1000
u060	Koruma alanları, km2
u061	Satınalma gücü paritesi, tüketim için, ulusal kurdan her 1993 uluslararası dolar karşılığı (Dünya Bankası)
u062	Radyo sayısı, bin kişi başına
u063	Merkez Bankası rezervi, yabancı kur, US\$, dönem sonu (IMF)
u066	Televizyon sayısı, bin kişi başına
u067	Turizm harcamaları, uluslararası, milyon US\$
u068	Turizm gelirleri, uluslararası, milyon US\$
u069	İşsiz sayısı, 1000 (ILO)
u070	İşsizlik oranı, % (ILO)
c001	Doğum, 1000 kişide, 2007
c002	Ölüm, 1000 kişide, 2007
c003	Nüfus yoğunluğu, km2 başına kişi, 2007
c004	Ekonomik büyüme hızı, %, 2007
c005	Göçmen sayısı, net, 1000 kişi başına, 2007
c006	Nüfus artış hızı, %, 2007
f001	Sebze tüketimi (Kcal/kişi/gün)
f002	Baharat tüketimi (Kcal/kişi/gün)
f003	Baklagil tüketimi (Kcal/kişi/gün)
f004	Yiyecek tüketimi, toplam yiyecek (milyar Kcal)
f005	Alkollü içki tüketimi (Kcal/kişi/gün)
f006	Yumurta tüketimi (Kcal/kişi/gün)
f007	Yiyecek tüketimi, toplam yiyecek (Kcal/kişi/gün)
f008	Bal tüketimi (Kcal/kişi/gün)
f009	Süt tüketimi (Kcal/kişi/gün)
f010	Hayvani yağ tüketimi (Kcal/kişi/gün)
f011	Yağlıtohum tüketimi (Kcal/kişi/gün)
f012	Sakatat tüketimi (Kcal/kişi/gün)
f013	Et tüketimi (Kcal/kişi/gün)
f014	Kuru bakliyat tüketimi (Kcal/kişi/gün)

f015	Kuruyemiş tüketimi (Kcal/kişi/gün)
f016	Şeker tüketimi (Kcal/kişi/gün)
f017	Tahıl tüketimi (Kcal/kişi/gün)
f018	Yiyecek üretimi, toplam yiyecek (milyar Kcal)
f019	Balık tüketimi (Kcal/kişi/gün)
f020	Yiyecek için ekilen toplam alan (1000 hektar)
f021	Meyve tüketimi (Kcal/kişi/gün)
e001	Konvansiyonel silah transferi hacmi, alımlar, 1998-2002 toplam milyon US\$
e002	Konvansiyonel silah transferi hacmi, satışlar, 1998-2002 toplam milyon US\$
e003	En düşük gelir dilimindekilerin ulusal gelirden ya da tüketimden aldığı pay, %
e004	Cezaevlerindeki hükümlü oranı (100.000 nüfusta)

## REGRESYON ANALİZİ SONUÇLARI

### Stepwise Regression

Variables Entered/Removed(a)			
Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	w123	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
2	w027	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
3	w117	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
4	w008	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
5	w132	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
6	w134	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
7	w113	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
8	w001	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).

a. Dependent Variable: k059

### REGRESSION

/MISSING MEANSUB

/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA

/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)

/NOORIGIN/DEPENDENT k059

/METHOD=STEPWISE w001 w002 w003 w004 w005 w006 w007 w008 w009 w011 w012 w017 w 018 w020 w021 w022 w023 w024 w025 w026 w027w028 w029 w030 w031 w032 w035 w036 w037 w038 w039 w040 w060 w061 w063 w066 w06 7 w069 w070 w071 w072 w074 w075 w076 w077w078 w080 w081 w083 w084 w085 w086 w087 w088 w089 w090 w092 w093 w095 w096 w11 0 w111 w112 w113 w114 w115 w116 w117 w118w119 w120 w121 w122 w123 w124 w127 w128 w129 w130 w131 w132 w133 w134 w135 w13 6 w137 w138 w139 w142 w143 w144 w145 w146w147 w148 w149 w150 w151 w152 w153 w154 w155 w156 w157 w158

```

/SCATTERPLOT=(k059 ,*ZPRED )
(k059 ,*ZRESID ) (k059 ,*DRESID )
(k059 ,*ADJPRED )

```

```

/RESIDUALS HIST(ZRESID)
NORM(ZRESID) .

```

Hangi değişkenlerin hekim sayısındaki değişimleri belirlediğini saptamak amacıyla basamaklı regresyon (stepwise regression) analizi uygulandı. 220 değişkenin tümü regresyona girdiğinde belirleyicilik katsayısı çok yüksek, hata payı az bir sonuç elde edildi. Buna karşın, bu modelde, yalnızca ülke ölçeğinde hesaplanabilen ve regresyon katsayısı görece düşük sağlık dışı değişkenlerin de modele girdiği görüldüğünden, bu değişkenler modelden çıkartılarak, yalnızca 148 bağımsız sağlık değişkeniyle yeniden regresyon analizi yapıldı. Bu analizin sonuçları aşağıdadır:

REGRESSION

```

/MISSING MEANSUB

```

```

/STATISTICS COEFF OUTS R

```

ANOVA

```

/CRITERIA=PIN(.005) POUT(.01)

```

```

/NOORIGIN

```

```

/DEPENDENT k059

```

```

/METHOD=STEPWISE w001 w002

```

```

w003 w004 w005 w006 w007 w008

```

```

w009 w011 w012 w017 w018 w020

```

```

w021 w022 w023 w024 w025 w026

```

```

w027 w028 w029 w030 w031 w032

```

```

w035 w036 w037 w038 w039 w040

```

```

w060 w061 w063 w066 w067 w069

```

```

w070 w071 w072 w074 w075 w076

```

```

w077w078 w080 w081 w083 w084

```

```

w085 w086 w087 w088 w089 w090

```

```

w092 w093 w095 w096 w110 w111

```

```

w112 w113 w114 w115 w116 w117

```

```

w118 w119 w120 w121 w122 w123

```

```

w124 w127 w128 w129 w130 w131

```

```

w132 w133 w134 w135 w136 w137

```

```

w138 w139 w142 w143 w144 w145

```

```

w146w147 w148 w149 w150 w151

```

```

w152 w153 w154 w155 w156 w157

```

```

w158

```

```

/SCATTERPLOT=(k059 ,*ZPRED )

```

```

(k059 ,*SRESID )

```

```

/RESIDUALS HIST(ZRESID)

```

```

NORM(ZRESID) .

```

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	w123	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .005, Probability-of-F-to-remove >= .010).
2	w027	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .005, Probability-of-F-to-remove >= .010).
3	w117	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .005, Probability-of-F-to-remove >= .010).
4	w008	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .005, Probability-of-F-to-remove >= .010).

<sup>a</sup> Dependent Variable: k059

Model	R	RSquare	Adjusted RSquare	Std. Error of the Estimate
1	.888 <sup>a</sup>	.789	.788	.29167
2	.912 <sup>b</sup>	.831	.828	.26234
3	.918 <sup>c</sup>	.843	.839	.25362
4	.924 <sup>d</sup>	.854	.849	.24590

<sup>a</sup> Predictors: (Constant), w123  
<sup>b</sup> Predictors: (Constant), w123, w027  
<sup>c</sup> Predictors: (Constant), w123, w027, w117  
<sup>d</sup> Predictors: (Constant), w123, w027, w117, w008  
<sup>e</sup> Dependent Variable: k059

**ANOVA<sup>a</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	39.825	1	39.825	468.146	.000 <sup>a</sup>
	Residual	10.634	125	.085		
	Total	50.459	126			
2	Regression	41.925	2	20.963	304.589	.000 <sup>b</sup>
	Residual	8.534	124	.069		
	Total	50.459	126			
3	Regression	42.547	3	14.182	220.486	.000 <sup>c</sup>
	Residual	7.912	123	.064		
	Total	50.459	126			
4	Regression	43.082	4	10.771	178.124	.000 <sup>d</sup>
	Residual	7.377	122	.060		
	Total	50.459	126			

a Predictors: (Constant), w123  
b Predictors: (Constant), w123, w027  
c Predictors: (Constant), w123, w027, w117  
d Predictors: (Constant), w123, w027, w117, w008  
e Dependent Variable: k059

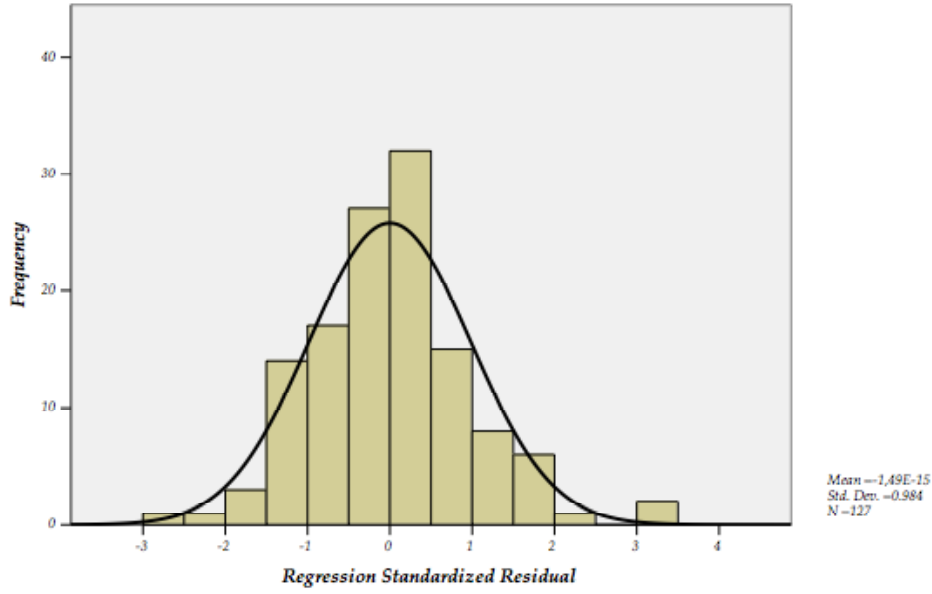
**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1.825	.041		44.244	.000
	w123	-.018	.001	-.888	-21.637	.000
2	(Constant)	1.533	.065		23.760	.000
	w123	-.016	.001	-.774	-18.257	.000
	w027	.006	.001	.234	5.524	.000
3	(Constant)	1.494	.064		23.478	.000
	w123	-.014	.001	-.660	-12.006	.000
	w027	.006	.001	.243	5.915	.000
	w117	-.048	.015	-.156	-3.110	.002
4	(Constant)	1.162	.128		9.098	.000
	w123	-.011	.001	-.555	-8.685	.000
	w027	.006	.001	.249	6.255	.000
	w117	-.046	.015	-.148	-3.039	.003
	w008	.004	.001	.149	2.974	.004

a Dependent Variable: k059

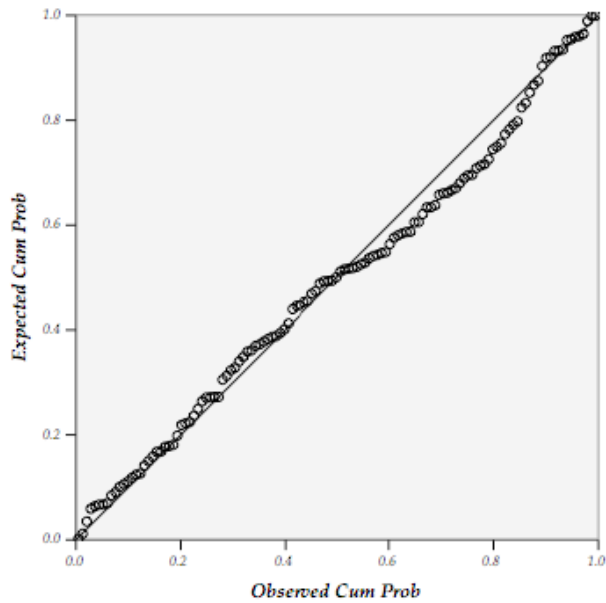
**Histogram**

**Dependent Variable: k059**

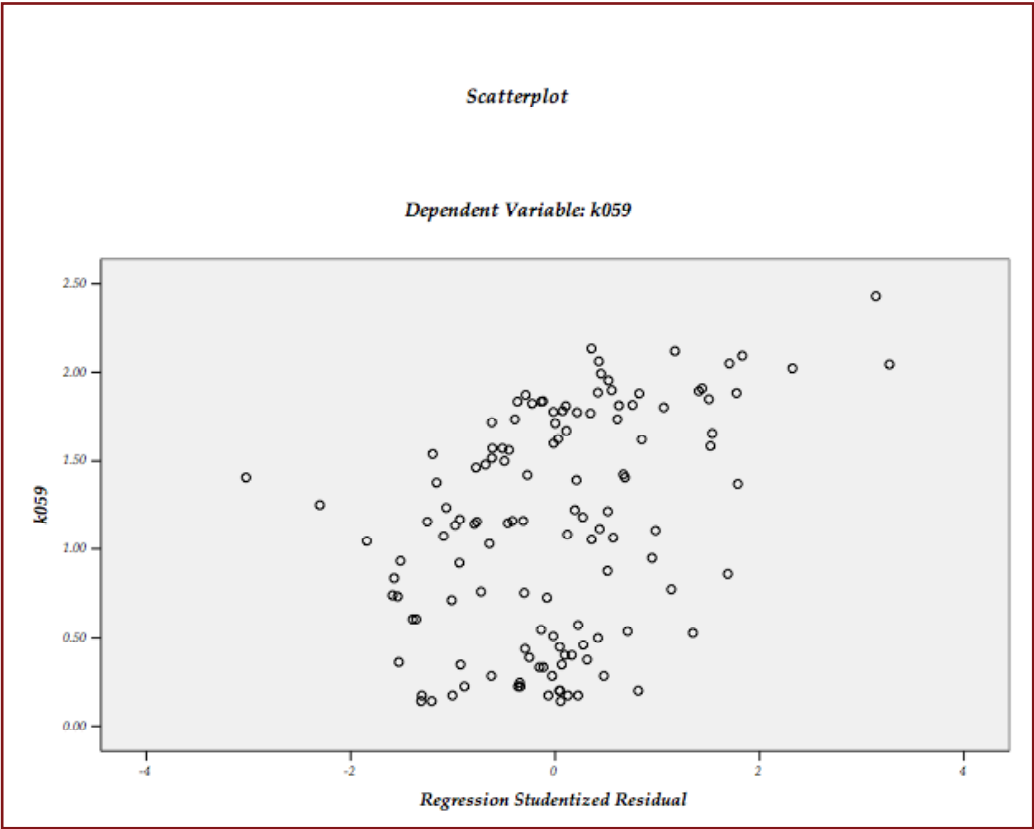
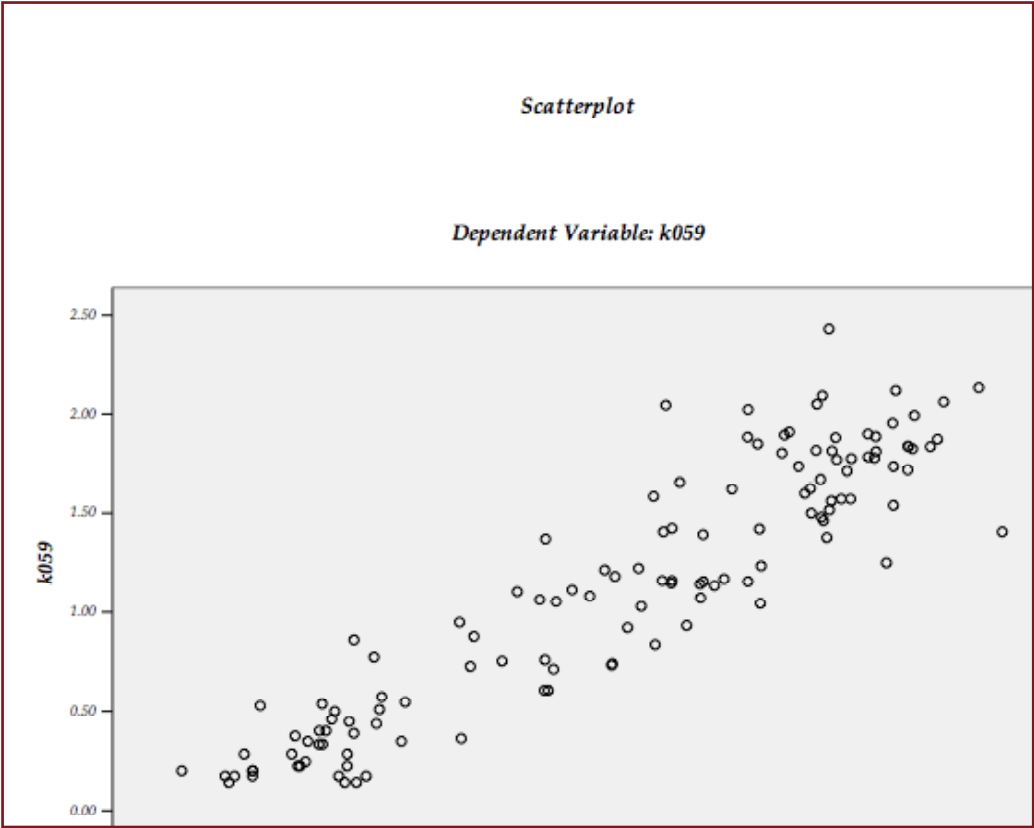


**Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual**

**Dependent Variable: k059**







**SAĞLIK İSTİHDAMINDA EŞİTSİZLİK VE DENGESİZLİK**  
**Türkiye 1995-2006**

# Sağlık Memurları

**Tablo 1.**

1.000 Kişi Başına  
Sağlık Memuru (%20  
'lik dilim)

	_1995	_1996	_1997	_1998	_1999	_2000	_2001	_2002	_2003	_2004	_2005	_2006	:::IGE	:::DPTSGE	:::SGE
Kırıkkale	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	4
Çankırı	2	2	3	3	2	2	1	2	2	1	1	1	4	4	5
Gümüşhane	4	3	4	4	4	3	4	4	4	2	2	2	4	5	5
Kırşehir	1	1	2	2	1	1	1	2	2	3	2	2	3	3	5
Erzincan	4	4	3	4	3	3	3	3	3	3	2	2	4	4	5
Giresun	2	2	2	3	2	2	2	3	3	3	3	2	3	3	5
Artvin	1	1	1	2	1	1	2	3	3	3	2	3	2	3	5
Trabzon	3	3	5	3	2	2	2	3	3	3	2	3	3	3	4
Nevşehir	1	1	1	2	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	4
Isparta	1	1	2	2	1	2	2	3	3	3	3	3	3	3	4
Burdur	1	1	2	2	1	2	2	3	3	3	3	3	2	3	4
Sinop	1	1	2	2	1	2	2	3	3	3	3	3	3	4	5
Amasya	2	2	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	4
Tunceli	2	1	1	1	1	1	2	3	4	3	3	3	3	4	5
Yozgat	3	3	4	4	3	3	3	4	4	3	3	3	4	4	5
Sivas	3	2	4	4	4	3	3	4	4	3	3	3	3	4	5
Kastamonu	2	1	3	3	2	2	2	3	4	4	3	3	3	3	5
Kayseri	2	3	3	3	2	3	2	4	4	4	3	3	2	2	4
Tokat	3	3	3	4	3	3	3	4	4	4	3	3	4	4	5
Malatya	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	3	3	3	3	5
Bolu	1	1	2	2	3	2	3	4	4	4	4	3	1	3	4
Bingöl	2	2	3	4	3	3	3	4	4	4	4	3	5	5	5
Muğla	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	1	2	4
Ordu	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	5
Eskişehir	1	2	2	3	2	2	2	3	4	3	3	4	2	2	3
Erzurum	3	4	3	4	3	3	3	4	4	3	3	4	4	4	5
Uşak	3	2	3	3	2	2	2	4	4	4	3	4	2	3	4
Çorum	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	3	4	3	3	5
Bayburt	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	5	5
Ankara	1	2	2	2	1	1	1	3	3	4	4	4	2	1	2
Osmaniye	-	5	4	4	3	3	3	3	3	4	4	4	3	4	5
Samsun	2	3	3	3	3	3	2	3	4	4	4	4	2	3	4
Niğde	3	3	3	4	3	2	3	3	4	4	4	4	3	3	5
Karabük	4	4	4	4	3	2	3	4	4	4	4	4	3	3	4
Aksaray	2	3	5	5	4	2	3	4	4	4	4	4	4	4	5
Denizli	3	3	3	4	3	3	3	4	4	4	4	4	2	2	4
Balıkesir	3	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	2	2	4
Elazığ	3	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	3	3	4
Kütahya	3	3	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	3	3	5
Afyon	3	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	3	3	5
Kahramanmaraş	4	5	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	5
Karaman	3	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	3	4
Bartın	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	5
Rize	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	3	4
Yalova	3	3	4	4	5	3	4	4	4	4	4	4	1	2	4
Konya	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4
Mersin	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	2	2	4
Adıyaman	4	5	5	5	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	5
Ardahan	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	5	5
Çanakkale	3	3	4	4	3	4	4	4	4	5	4	4	2	2	4
Antalya	4	5	5	5	4	4	4	4	4	5	4	4	2	2	4
Siirt	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	4	4	4	5	5
Bitlis	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5
Sakarya	5	4	4	5	4	3	4	4	5	5	5	4	1	3	4
Batman	4	4	5	5	4	4	4	5	5	5	5	4	4	5	5
Edirne	2	3	4	4	3	3	3	4	4	4	4	5	2	2	4
Adana	3	4	4	4	4	3	4	4	5	4	4	5	2	2	4
Izmir	2	3	4	4	3	3	4	4	4	5	4	5	1	1	2
Kırklareli	3	3	4	4	3	4	4	4	5	5	4	5	2	2	4
Hakkari	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5
Zonguldak	4	5	5	5	5	3	4	4	4	5	5	5	2	3	4
Aydın	4	4	4	4	3	4	4	4	4	5	5	5	2	2	4
Bursa	3	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	1	1	3
Bilecik	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	2	2	4
Tekirdağ	3	4	4	5	4	4	4	5	5	5	5	5	2	2	4
Kocaeli	4	5	4	5	4	4	4	5	5	5	5	5	1	1	3
Düzce	-	-	-	-	5	4	4	5	5	5	5	5	3	3	5
Manisa	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	2	3	4
Kilis	4	4	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	3	4	5
Diyarbakır	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5
Muş	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Istanbul	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	1
Hatay	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	3	4
Ağrı	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Kars	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
Iğdır	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
Van	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Gaziantep	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	4
Şanlıurfa	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5
Mardin	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
Şırnak	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

**Tablo 2.**

Sağlık Memurlarının  
Sağlık Çalışanları  
İçindeki Oranı  
(%20'lik dilim)

	_1995	_1996	_1997	_1998	_1999	_2000	_2001	_2002	_2003	_2004	_2005	_2006	:::IGE	:::DPTSGE	:::SGE
Kırıkkale	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	3	4
Çankırı	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	4	4	5
Bingöl	1	1	2	2	3	1	2	2	2	1	1	1	5	5	5
Erzincan	3	3	2	2	4	2	2	2	2	2	1	1	4	4	5
Kayseri	2	3	3	3	4	2	3	3	2	3	1	1	2	2	4
Kırşehir	2	2	2	2	3	1	1	1	1	1	1	2	3	3	5
Yozgat	2	1	2	2	3	1	2	2	1	1	1	2	4	4	5
Siirt	4	2	3	3	4	2	2	2	3	1	1	2	4	5	5
Nevşehir	1	1	1	1	3	1	1	1	1	2	1	2	3	3	4
Çorum	3	3	3	3	4	2	3	2	2	2	1	2	3	3	5
Ardahan	3	3	3	4	4	2	3	3	3	2	1	2	4	5	5
Şirnak	3	2	3	4	5	2	4	3	3	2	1	2	5	5	5
Gümüşhane	3	2	3	3	4	2	3	3	2	1	2	2	4	5	5
Batman	1	1	2	2	3	1	1	2	1	2	2	2	4	5	5
Tokat	3	3	3	2	4	2	2	2	2	2	2	2	4	4	5
Osmaniye	-	3	3	3	4	2	2	2	2	2	2	2	3	4	5
Giresun	2	3	3	3	4	2	2	2	2	2	2	2	3	3	5
Bitlis	2	3	3	4	4	3	3	3	2	2	2	2	5	5	5
Amasya	3	3	3	3	4	2	2	3	2	3	2	2	3	3	4
Bayburt	3	2	3	3	4	2	3	3	3	3	2	2	3	5	5
Hakkari	1	1	2	3	4	1	2	2	2	1	1	3	5	5	5
Ağrı	3	2	3	3	4	3	4	3	3	2	1	3	5	5	5
Muş	2	1	2	3	4	2	3	3	2	3	1	3	5	5	5
Aksaray	1	1	3	3	4	2	2	2	2	2	2	3	4	4	5
Niğde	3	3	3	3	4	2	2	2	2	2	2	3	3	3	5
Adıyaman	2	2	2	3	4	2	2	3	2	2	2	3	4	4	5
Erzurum	3	3	3	3	4	2	2	3	2	2	2	3	4	4	5
Sinop	2	2	2	2	3	2	2	3	3	2	2	3	3	4	5
Kastamonu	2	2	3	3	4	2	2	3	3	2	2	3	3	3	5
Kütahya	2	2	3	3	4	2	2	3	3	3	2	3	3	3	5
Uşak	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	2	3	2	3	4
Artvin	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	2	3	2	3	5
Mardin	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	2	3	4	5	5
Kahramanmaraş	3	3	3	3	4	2	2	2	2	3	3	3	4	4	5
Karaman	3	2	3	3	4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	4
Sakarya	4	4	4	4	4	2	3	3	3	3	3	3	1	3	4
Ordu	4	4	4	4	5	3	3	3	3	3	3	3	4	4	5
Konya	3	4	4	4	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	4
Tunceli	3	3	3	3	4	3	3	4	4	3	3	3	3	4	5
İğdir	5	4	4	5	5	4	5	5	5	3	3	3	4	5	5
Trabzon	3	4	5	3	4	2	2	2	3	3	3	4	3	3	4
Sivas	3	2	4	3	4	3	3	3	2	3	3	4	3	4	5
Afyon	3	3	3	3	4	2	2	3	3	3	3	4	3	3	5
Karabük	4	3	3	4	4	2	3	3	3	3	3	4	3	3	4
Burdur	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	4	2	3	4
Samsun	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	4	2	3	4
Rize	4	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	4	3	3	4
Şanlıurfa	3	3	3	4	4	3	4	3	3	3	3	4	5	4	5
Malatya	4	4	4	4	4	3	3	4	3	3	3	4	3	3	5
Bartın	4	3	3	4	4	2	4	4	3	3	3	4	3	4	5
Van	3	3	3	4	5	3	4	4	3	3	3	4	5	5	5
Diyarbakır	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	5
Kars	4	4	4	4	5	3	4	4	4	3	3	4	4	5	5
Yalova	2	3	4	4	5	3	4	4	3	4	3	4	1	2	4
Eskişehir	3	4	4	4	5	3	3	4	4	4	3	4	2	2	3
Bilecik	4	3	4	4	5	4	4	4	4	4	3	4	2	2	4
Kilis	4	4	4	5	5	3	4	5	5	4	3	4	3	4	5
Bolu	4	4	4	4	5	2	4	4	3	4	4	4	1	3	4
Isparta	3	3	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	3	3	4
Mersin	4	4	4	4	5	3	3	4	4	4	4	4	2	2	4
Düzce	-	-	-	-	5	3	4	4	4	4	4	4	3	3	5
Elazığ	4	4	4	4	5	3	4	4	4	4	4	4	3	3	4
Kırklareli	3	3	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4
Balıkesir	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4
Çanakkale	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4
Hatay	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	2	3	4
Muğla	4	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	1	2	4
Tekirdağ	4	4	4	4	5	4	4	5	4	4	4	4	2	2	4
Antalya	4	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	4	2	2	4
Adana	4	4	4	4	5	3	4	4	4	4	4	5	2	2	4
Kocaeli	4	5	4	4	5	3	4	4	4	4	4	5	1	1	3
Denizli	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	5	2	2	4
Bursa	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	5	1	1	3
Ankara	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	5	2	1	2
Manisa	4	4	5	5	5	4	4	5	4	4	4	5	2	3	4
Zonguldak	5	4	5	5	5	3	4	4	4	5	4	5	2	3	4
Gaziantep	4	4	4	4	5	4	4	4	4	5	4	5	3	3	4
Edirne	4	4	4	5	5	4	4	5	4	4	5	5	2	2	4
Aydın	4	4	4	4	5	4	4	4	4	5	5	5	2	2	4
Izmir	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	2
İstanbul	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	1

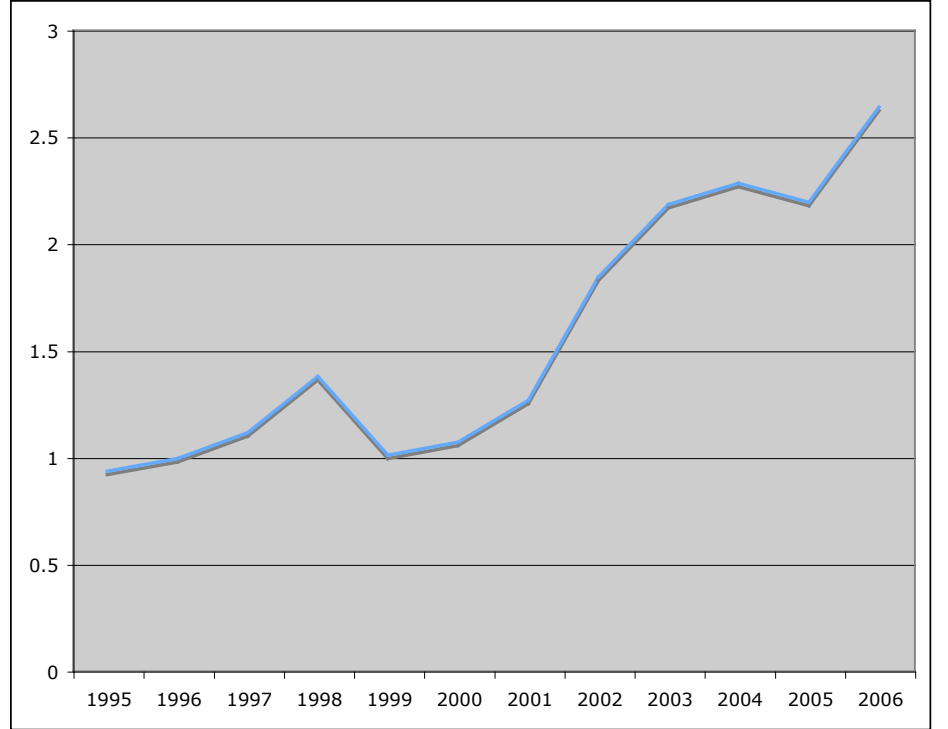
**Tablo 3.**

1.000 Kişi Başına Sağlık Memuru Sayısında Eşitsizliğin Gelişimi (sayı)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
En az	0.17	0.28	0.29	0.26	0.24	0.27	0.19	0.20	0.23	0.33	0.33	0.34
En çok	1.10	1.27	1.40	1.64	1.25	1.34	1.45	2.05	2.42	2.61	2.53	2.98
Fark	0.93	0.99	1.11	1.38	1.01	1.07	1.27	1.84	2.18	2.28	2.19	2.64

**Grafik 1.**

Kişi Başına Sağlık Memurunun En Az ve En Çok Olduğu İller Arasındaki Fark

**Tablo 4.**

Sağlık Memuru Dağılımının %20'lik Dilimlerinde Nüfus (%)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1+2	23	15	11	10	16	16	17	1	1	1	2	2
3	24	18	11	9	25	26	18	15	11	8	11	10
4+5	53	67	78	81	59	58	65	84	88	92	87	88

**Tablo 5.**

Sağlık Memuru Dağılımının %20'lik Dilimlerinde 1.000 Kişi Başına Sağlık Memuru (sayı)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1+2	0.91	1.08	1.17	1.40	1.07	1.14	1.19	1.74	2.03	2.11	2.11	2.48
3	0.63	0.78	0.83	0.96	0.72	0.78	0.78	1.11	1.25	1.44	1.40	1.62
4+5	0.37	0.49	0.52	0.54	0.45	0.49	0.45	0.57	0.65	0.80	0.79	0.91

<b>Türkiye</b>	0.59	0.69	0.67	0.68	0.66	0.74	0.70	0.75	0.80	0.98	1.04	1.19
----------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

# Ebeler

**Tablo 6.**

1.000 Kişi Başına  
Ebe (%20'lik dilim)

	_1995	_1996	_1997	_1998	_1999	_2000	_2001	_2002	_2003	_2004	_2005	_2006	:::IGE	:::DPTSGE	:::SGE
Tunceli	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	4	5
Burdur	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	4
Uşak	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	4
Isparta	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	4
Artvin	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	5
Edirne	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	4
Balkesir	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	4
Çanakkale	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	4
Denizli	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	4
Muğla	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	4
Kırşehir	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	5
Malatya	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	5
Giresun	3	3	3	3	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	5
Amasya	3	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	4
Niğde	3	3	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	5
Ordu	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	5
Çankırı	4	5	5	5	5	4	4	4	4	3	3	3	4	4	5
Trabzon	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4
Kırıkkale	5	5	5	5	5	4	4	4	4	3	4	3	3	3	4
Erzincan	5	5	5	5	5	4	4	4	4	3	3	4	4	4	5
Sinop	3	4	4	4	4	4	4	3	3	4	3	4	3	4	5
Gümüşhane	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	3	4	4	4	5
Osmaniye	-	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	3	4	5
Aydın	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	2	2	4
Eskişehir	3	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	2	2	3
Bolu	2	2	3	3	4	3	3	3	4	4	4	4	1	3	4
İğdir	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5
Kırklareli	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4
Ardahan	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5
Bilecik	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4
Izmir	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	2
Manisa	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	4
Afyon	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	5
Antalya	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4
Mersin	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4
Kahramanmaraş	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5
Nevşehir	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4
Karabük	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4
Bartın	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	5
Samsun	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	4
Kars	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5
Elazığ	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4
Sivas	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	5
Karaman	3	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4
Kastamonu	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	3	3	5
Rize	4	4	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4
Tokat	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	5
Kütahya	5	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	3	3	5
Bayburt	4	5	5	4	5	5	4	4	4	4	4	4	3	5	5
Çorum	5	5	5	5	5	4	5	4	4	4	4	4	3	3	5
Yozgat	4	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	5
Kilis	5	4	4	4	4	4	5	4	5	4	4	4	3	4	5
Bingöl	5	4	5	4	4	5	4	5	5	4	4	4	5	5	5
Aksaray	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5
Adıyaman	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5
Yalova	5	5	4	4	5	4	5	5	4	5	4	4	1	2	4
Konya	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	3	3	4
Adana	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	5	2	2	4
Zonguldak	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	5	2	3	4
Kayseri	4	4	4	4	5	5	4	4	4	5	4	5	2	2	4
Tekirdağ	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	2	2	4
Sakarya	4	4	4	4	5	4	4	4	4	5	5	5	1	3	4
Ankara	4	4	4	4	4	5	4	4	4	5	5	5	2	1	2
Bursa	4	4	4	5	5	5	5	4	4	5	5	5	1	1	3
Kocaeli	4	4	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	1	1	3
Düzce	-	-	-	-	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	5
İstanbul	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	1
Hatay	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	3	4
Erzurum	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5
Ağrı	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Van	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Muş	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Bitlis	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Hakkari	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Gaziantep	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	4
Şanlıurfa	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5
Diyarbakır	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5
Mardin	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
Batman	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
Şırnak	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Siirt	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5

**Tablo 7.**

Ebelerin Sağlık  
Çalışanları İçindeki  
Oranı  
(%20'lik dilim)

	_1995	_1996	_1997	_1998	_1999	_2000	_2001	_2002	_2003	_2004	_2005	_2006	::IGE	::DPTSGE	::SGE
Tunceli	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	4	5
Uşak	3	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	4
Kars	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	4	5
Burdur	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	3	4
Çanakkale	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4
Balıkesir	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	4
Iğdır	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	4	5	5
Osmaniye	-	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	3	4	5
Artvin	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	5
Ordu	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	4	4	5
Niğde	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2	3	3	3	5
Bingöl	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	5	5	5
Ardahan	1	1	2	2	2	2	2	3	2	2	3	3	4	5	5
Denizli	3	2	2	2	2	2	3	2	2	3	3	3	2	2	4
Kırklareli	3	3	2	2	2	2	3	2	2	3	3	3	2	2	4
Mersin	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	4
Kırşehir	3	2	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	5
Kahramanmaraş	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	4	4	5
Giresun	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	5
Malatya	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	5
Amasya	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4
Kilis	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	4	5
Afyon	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	5
Muğla	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	4
Isparta	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4
Manisa	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	4
Bilecik	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	4
Yozgat	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	5
Adıyaman	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	5
Kütahya	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	5
Nevşehir	4	4	4	3	3	4	3	4	4	4	3	3	3	3	4
Şirnak	3	3	3	3	3	3	3	4	3	2	3	4	5	5	5
Muş	3	3	4	3	2	2	2	3	3	3	3	4	5	5	5
Ağrı	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	4	5	5	5
Aydın	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	2	2	4
Hatay	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	2	3	4
Sinop	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	5
Rize	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	4
Bayburt	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	5	5
Mardin	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	4	4	5	5
Sakarya	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	4	1	3	4
Bitlis	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	4	5	5	5
Tokat	3	2	2	2	2	3	3	3	3	4	3	4	4	4	5
Tekirdağ	4	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	4	2	2	4
Bartın	3	4	3	3	3	4	4	4	4	4	3	4	3	4	5
Çankırı	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	5
Erzincan	4	4	4	4	3	3	3	3	4	3	4	4	4	4	5
Siirt	3	4	4	4	3	3	4	3	4	3	4	4	4	5	5
Karaman	2	3	3	3	3	3	4	4	4	3	4	4	3	3	4
Edirne	3	3	2	3	3	3	3	3	3	4	4	4	2	2	4
Sivas	4	4	4	4	3	3	4	4	3	4	4	4	3	4	5
Bolu	3	3	3	3	4	3	3	3	4	4	4	4	1	3	4
Antalya	4	3	3	3	3	3	4	3	4	4	4	4	2	2	4
Gümüşhane	3	3	3	2	3	3	3	4	4	4	4	4	4	5	5
Batman	3	3	3	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	5	5
Çorum	4	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	3	3	5
Elazığ	3	3	3	4	3	3	4	4	4	4	4	4	3	3	4
Kastamonu	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	3	5
Karabük	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4
Zonguldak	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	2	3	4
Aksaray	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5
Trabzon	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4
Adana	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4
Bursa	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	3
Eskişehir	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	3
Yalova	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	2	4
Konya	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4
Kayseri	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4
Samsun	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	4
Gaziantep	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4
Şanlıurfa	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	5
Diyarbakır	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5
Kocaeli	4	3	3	5	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	3
Kırkkale	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	3	3	4
Düzce	-	-	-	-	3	4	5	5	5	4	4	4	3	3	5
Hakkari	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5
Van	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5
Erzurum	4	4	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	4	4	5
İstanbul	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	1
İzmir	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	2
Ankara	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	1	2



**Tablo 8.**

1.000 Kişi Başına Ebe Sayısında Eşitsizliğin Gelişimi (sayı)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
En az	0.23	0.20	0.21	0.21	0.24	0.25	0.21	0.18	0.18	0.22	0.23	0.21
En çok	1.95	1.95	2.11	2.19	2.13	2.11	2.05	1.93	1.93	2.00	2.08	2.20
Fark	1.72	1.75	1.90	1.98	1.89	1.85	1.84	1.76	1.75	1.78	1.85	1.98

**Tablo 9.**

Ebe Dağılımının %20'lik Dilimlerinde Nüfus (%)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1+2	3	3	2	1	1	1	1	2	2	2	2	1
3	10	9	9	8	7	7	8	10	11	10	10	10
4+5	87	88	89	91	92	92	90	88	87	88	88	89

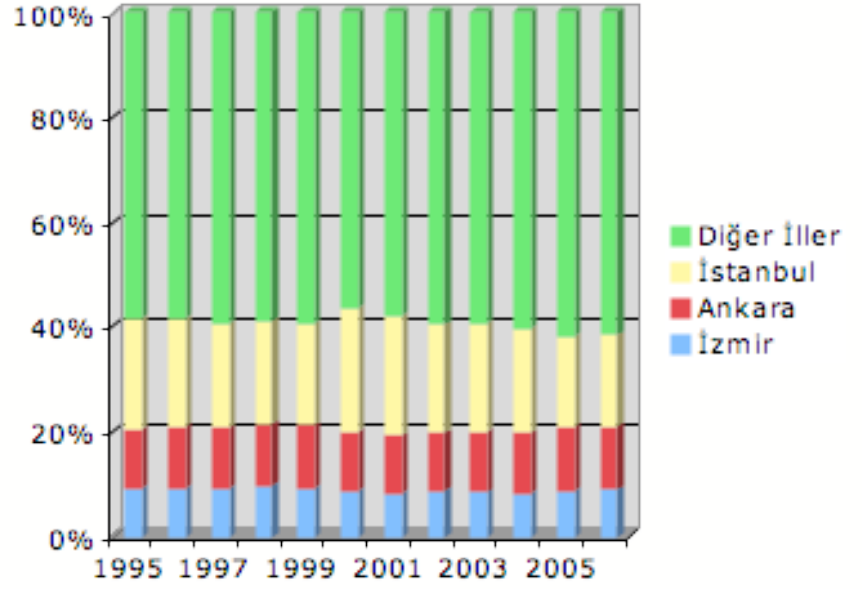
**Tablo 10.**

Ebe Dağılımının %20'lik Dilimlerinde 1.000 Kişi Başına Ebe (sayı)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1+2	1.65	1.59	1.82	1.91	1.88	1.79	1.75	1.69	1.71	1.76	1.80	1.90
3	1.03	1.04	1.14	1.21	1.19	1.13	1.08	1.02	1.04	1.06	1.08	1.14
4+5	0.58	0.55	0.57	0.58	0.62	0.60	0.56	0.52	0.52	0.60	0.60	0.61
<b>Türkiye</b>	0.76	0.72	0.74	0.75	0.73	0.72	0.71	0.70	0.71	0.77	0.80	0.80

# Eczacılar

**Grafik 2.**  
Eczacıların İllere Dağılımı



**Tablo 11.**1.000 Kişi Başına  
Eczacı (%20'lik dilim)

	_1995	_1996	_1997	_1998	_1999	_2000	_2001	_2002	_2003	_2004	_2005	_2006	:::IGE	:::DPTSGE	:::SGE
Izmir	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Ankara	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2
Muğla	2	3	3	3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	4
Eskişehir	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	2	2	3
Antalya	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	1	2	2	4
Isparta	3	4	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1	3	3	4
Denizli	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4
Aydın	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4
Kırklareli	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	4
Balıkesir	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	4
Burdur	4	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	4
Nevşehir	4	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
Edirne	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	4
Çanakkale	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	4
Bolu	1	1	1	1	1	4	3	3	3	3	2	2	1	3	4
Konya	3	4	4	4	3	4	3	3	3	3	2	2	3	3	4
Karaman	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	2	2	3	3	4
Sinop	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	2	2	3	4	5
Trabzon	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	2	2	3	3	4
Giresun	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	2	2	3	3	5
Yalova	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	2	4
Kırşehir	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	2	2	3	3	5
Karabük	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	3	2	3	3	4
Istanbul	2	2	2	2	2	1	2	2	3	3	3	3	1	1	1
Bursa	3	3	3	4	3	3	3	2	3	3	3	3	1	1	3
Manisa	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	4
Uşak	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	4
Adana	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	4
Tekirdağ	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	4
Samsun	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	4
Mersin	3	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	4
Kastamonu	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	5
Kilis	4	4	4	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	4	5
Aksaray	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	4	5
Afyon	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	5
Bartın	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	5
Kayseri	3	4	4	4	3	3	3	3	4	3	3	3	2	2	4
Ordu	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	5
Rize	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4
Malatya	4	5	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	5
Tokat	5	5	5	5	4	5	4	4	4	3	3	3	4	4	5
Hatay	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	3	3	2	3	4
Osmaniye	-	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	5
Kütahya	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	5
Niğde	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	5
Çorum	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	5
Artvin	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	2	3	5
Sivas	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	5
Düzce	-	-	-	-	5	4	4	4	4	4	3	3	3	3	5
Gümüşhane	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	3	3	4	5	5
Bilecik	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	2	4
Elazığ	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4
Yozgat	5	5	5	5	4	5	5	4	4	4	4	3	4	4	5
Erzincan	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	4	3	4	4	5
Gaziantep	3	4	3	3	3	3	4	4	4	4	3	4	3	3	4
Kocaeli	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	3	4	1	1	3
Sakarya	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	3	4
Şanlıurfa	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	5
Kahramanmaraş	5	5	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	5
Iğdır	5	5	5	5	4	5	5	4	4	4	4	4	4	5	5
Adıyaman	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	5
Tunceli	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	3	4	5
Bayburt	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	3	5	5
Siirt	4	5	4	4	4	5	4	4	5	5	4	4	4	5	5
Diyarbakır	4	5	4	4	4	4	4	5	5	5	4	4	4	4	5
Mardin	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5
Erzurum	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5
Ardahan	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5
Bingöl	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5
Batman	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5
Amasya	4	4	4	4	3	4	3	3	3	3	3	5	3	3	4
Çankırı	4	4	4	4	4	5	4	4	4	3	3	5	4	4	5
Zonguldak	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	5	2	3	4
Kırıkkale	4	5	5	5	4	5	4	4	3	3	5	5	3	3	4
Ağrı	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Kars	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
Van	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Muş	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Bitlis	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Hakkari	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Şırnak	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

**Tablo 12.**

Eczacıların Sağlık  
Çalışanları İçindeki  
Oranı  
(%20'lik dilim)

	_1995	_1996	_1997	_1998	_1999	_2000	_2001	_2002	_2003	_2004	_2005	_2006	:::IGE	:::DPTSGE	:::SGE
Hatay	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	4
Şanlıurfa	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	4	5
Kırklareli	3	3	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	4
Kilis	1	2	2	2	1	3	3	2	1	1	1	1	3	4	5
Nevşehir	2	2	1	2	1	2	3	2	2	1	1	1	3	3	4
Karaman	3	2	2	2	1	3	2	3	2	1	1	1	3	3	4
Aksaray	3	3	2	2	1	3	3	3	2	1	1	1	4	4	5
Gaziantep	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	3	3	4
Balikesir	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	1	1	2	2	4
Antalya	2	3	3	3	2	2	3	2	3	2	1	1	2	2	4
Kırşehir	3	2	2	2	2	3	3	3	3	2	1	1	3	3	5
Muğla	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	1	1	1	2	4
Konya	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	3	3	4
Tekirdağ	3	3	3	2	2	2	2	2	3	2	1	2	2	2	4
Osmaniye	-	1	1	1	1	2	3	3	3	2	1	2	3	4	5
Aydın	2	3	2	2	2	2	3	3	3	2	1	2	2	2	4
Çanakkale	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	1	2	2	2	4
Kastamonu	4	4	4	3	3	4	4	3	3	2	1	2	3	3	5
Mardin	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	5	5
Siirt	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	4	5	5
Batman	2	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	4	5	5
Sakarya	3	2	2	2	1	3	3	3	2	2	2	2	1	3	4
Afyon	2	2	1	2	1	2	2	3	3	2	2	2	3	3	5
Manisa	2	2	2	2	1	2	3	3	3	2	2	2	2	3	4
Kütahya	3	3	2	2	2	2	3	3	3	2	2	2	3	3	5
Denizli	2	2	2	3	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	4
Rize	3	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
Uşak	2	3	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	3	4
Eskişehir	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3
Ordu	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	2	4	4	5
Burdur	4	3	3	4	2	3	3	3	3	2	2	2	2	3	4
Çorum	3	2	2	1	1	3	4	3	3	2	2	2	3	3	5
Iğdır	4	4	4	5	3	4	4	3	3	2	2	2	4	5	5
Niğde	3	2	2	2	2	3	4	4	3	2	2	2	3	3	5
Yalova	1	2	2	2	1	3	2	2	3	3	2	2	1	2	4
Mersin	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	4
Adana	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	4
Izmir	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	1	1	2
Bilecik	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	4
Adıyaman	4	3	3	4	3	4	3	3	3	3	2	2	4	4	5
Yozgat	3	3	3	3	2	4	4	4	3	3	2	2	4	4	5
Sinop	4	4	4	3	2	4	4	4	3	3	2	2	3	4	5
Kahramanmaraş	3	3	3	3	3	4	4	4	3	3	2	2	4	4	5
Bursa	3	3	3	3	2	3	3	2	4	3	2	2	1	1	3
Ankara	4	4	4	3	3	3	4	3	4	3	2	2	2	1	2
Kayseri	3	4	3	3	2	3	4	4	4	3	2	2	2	2	4
Bartın	3	3	3	3	2	4	4	4	4	3	2	2	3	4	5
Tokat	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	2	2	4	4	5
Giresun	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	2	2	3	3	5
Karabük	3	4	3	3	3	4	4	4	4	4	2	2	3	3	4
Düzce	-	-	-	-	5	3	4	4	4	4	3	2	3	3	5
Şirnak	2	1	3	3	2	3	3	3	3	2	2	3	5	5	5
Istanbul	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	2	3	1	1	1
Kocaeli	3	3	3	4	2	3	4	4	4	4	2	3	1	1	3
Samsun	4	4	3	3	2	4	4	4	4	4	2	3	2	3	4
Bolu	3	3	3	3	1	4	4	4	4	4	3	3	1	3	4
Isparta	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4
Muş	4	4	4	5	3	4	4	4	4	4	3	3	5	5	5
Trabzon	4	4	4	4	3	5	4	4	4	4	3	3	3	3	4
Ardahan	5	5	5	5	4	5	4	4	4	4	3	3	4	5	5
Edirne	4	4	4	4	3	4	4	4	5	4	3	3	2	2	4
Gümüşhane	4	4	5	4	3	5	5	5	5	4	3	3	4	5	5
Erzincan	4	5	5	4	3	5	5	5	5	4	3	3	4	4	5
Bayburt	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	3	3	3	5	5
Sivas	5	5	5	4	4	5	5	5	5	4	3	3	3	4	5
Diyarbakır	3	4	3	3	3	4	4	4	5	5	3	3	4	4	5
Malatya	4	4	4	4	3	5	5	4	5	5	3	3	3	3	5
Artvin	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	3	3	2	3	5
Kars	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	5	3	4	5	5
Bingöl	4	4	5	5	3	4	4	4	4	4	3	4	5	5	5
Van	5	5	4	5	4	5	5	5	4	5	3	4	5	5	5
Hakkari	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	3	4	5	5	5
Elazığ	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	4	4	3	3	4
Tunceli	4	4	4	5	4	5	5	5	5	5	4	4	3	4	5
Erzurum	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5
Amasya	4	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	5	3	3	4
Çankırı	3	3	3	2	2	4	4	4	4	4	3	5	4	4	5
Zonguldak	4	4	4	4	1	4	4	5	5	5	3	5	2	3	4
Ağrı	3	2	2	2	1	3	2	1	2	2	5	5	5	5	5
Bitlis	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5
Kırkkale	3	3	3	4	3	5	5	5	5	4	5	5	3	3	4

**Tablo 13.**

1.000 Kişi Başına Eczacı Sayısında Eşitsizliğin Gelişimi (sayı)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
En az	0.06	0.07	0.07	0.06	0.01	0.05	0.06	0.06	0.07	0.08	0.00	0.01
En çok	0.59	0.63	0.65	0.67	0.69	0.65	0.61	0.57	0.62	0.60	0.62	0.63
Fark	0.53	0.56	0.58	0.60	0.68	0.60	0.54	0.51	0.54	0.51	0.62	0.61

**Tablo 14.**

Eczacı Dağılımının %20'lik Dilimlerinde Nüfus (%)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1+2	29	27	27	27	29	30	35	41	19	22	28	29
3	26	18	22	20	34	28	26	25	47	48	53	49
4+5	45	55	52	53	36	41	39	34	34	30	18	22

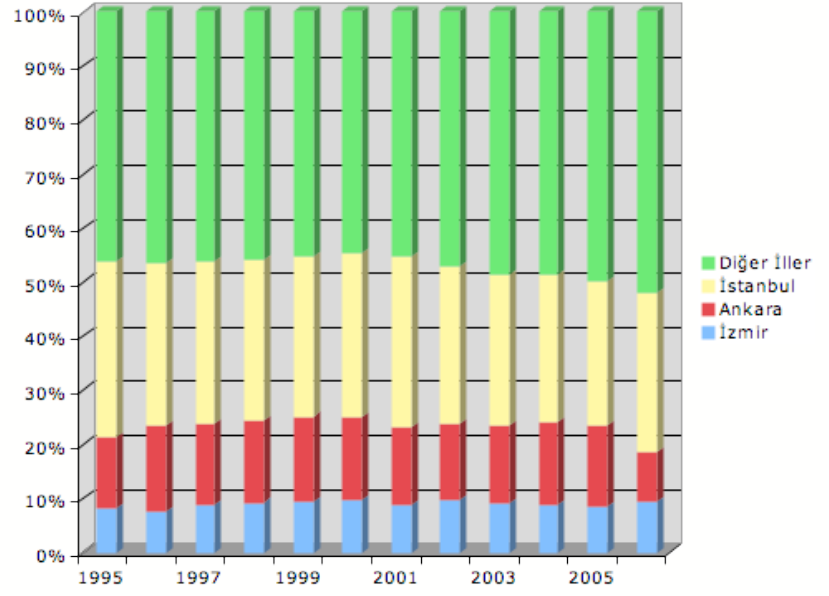
**Tablo 15.**

Eczacı Dağılımının %20'lik Dilimlerinde 1.000 Kişi Başına Eczacı (sayı)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1+2	0.50	0.51	0.53	0.54	0.55	0.51	0.49	0.47	0.50	0.49	0.49	0.48
3	0.32	0.35	0.35	0.35	0.33	0.33	0.32	0.30	0.34	0.34	0.31	0.32
4+5	0.17	0.19	0.19	0.19	0.16	0.18	0.17	0.17	0.18	0.19	0.13	0.14
Türkiye	0.24	0.24	0.25	0.25	0.26	0.25	0.25	0.26	0.28	0.30	0.29	0.30

# Diş Hekimleri

**Grafik 3.**  
Diş Hekimlerinin İllere Dağılımı



**Tablo 16.**

1.000 Kişi Başına  
Dış Hekimi (%20'lik  
dilim)

	_1995	_1996	_1997	_1998	_1999	_2000	_2001	_2002	_2003	_2004	_2005	_2006	:::IGE	:::DPTSGE	:::SGE
Izmir	2	3	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	2
Antalya	4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	3	1	2	2	4
Ankara	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2
İstanbul	1	2	2	2	2	2	1	2	2	3	3	2	1	1	1
Denizli	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	2	4
Yalova	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	2	4
Aydın	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	4
Isparta	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	2	3	3	4
Edirne	3	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	2	2	2	4
Samsun	4	4	4	4	4	5	4	4	3	3	3	2	2	3	4
Trabzon	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	2	3	3	4
Eskişehir	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	3	2	2	2	3
Muğla	3	4	4	4	3	4	3	3	3	3	3	3	1	2	4
Kırklareli	3	4	3	4	4	4	4	3	3	3	4	3	2	2	4
Bolu	2	3	3	2	4	4	4	3	3	4	4	3	1	3	4
Bursa	3	3	3	3	4	4	4	4	3	4	4	3	1	1	3
Kırıkkale	4	5	5	5	5	5	4	4	3	4	4	3	3	3	4
Balıkesir	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	2	4
Tekirdağ	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	2	4
Çanakkale	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	2	4
Kocaeli	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	1	1	3
Manisa	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	3	4
Uşak	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	3	4
Konya	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4
Burdur	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	3	4
Mersin	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	2	4
Hatay	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	3	4
Neveşehir	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4
Karabük	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4
Malatya	4	5	5	5	4	5	4	4	4	4	4	3	3	3	5
Rize	4	4	5	5	5	5	4	4	4	4	4	3	3	3	4
Artvin	4	4	5	5	5	5	5	4	4	4	4	3	2	3	5
Çankırı	4	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	3	4	4	5
Adana	4	4	4	4	5	5	4	5	4	4	4	3	2	2	4
Gümüşhane	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	3	4	5	5
Erzincan	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	3	4	4	5
Tunceli	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	4	3	3	4	5
Sakarya	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	1	3	4
Karaman	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4
Kırşehir	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	5
Düzce					5	5	4	4	4	4	4	4	3	3	5
Bilecik	4	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	2	2	4
Sinop	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	3	4	5
Bayburt	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	3	5	5
Çorum	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	3	3	5
Elazığ	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	4	4	3	3	4
Bartın	5	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	3	4	5
Erzurum	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4	4	4	5
Aksaray	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5
Kastamonu	4	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5	4	3	3	5
Afyon	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	3	3	5
Osmaniye		4	5	5	4	4	4	4	4	5	5	4	3	4	5
Giresun	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	4	3	3	5
Kütahya	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	3	5
Kahramanmaraş	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5
Niğde	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	3	5
Sivas	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	4	5
Yozgat	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5
Tokat	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5
Ordu	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5
Ardahan	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5
Zonguldak	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	2	3	4
Kayseri	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	5	2	2	4
Amasya	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	4	5	3	3	4
Diyarbakır	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	4	4	5
Gaziantep	4	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	4
Ağrı	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Kars	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
İğdir	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
Bingöl	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Van	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Muş	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Bitlis	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Hakkari	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Adıyaman	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5
Kilis	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	4	5
Şanlıurfa	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5
Mardin	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
Batman	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
Şırnak	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Siirt	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5



**Tablo 17.**

Diş Hekimlerinin Sağlık Çalışanları İçindeki Oranı (%20'lik dilim)

	_1995	_1996	_1997	_1998	_1999	_2000	_2001	_2002	_2003	_2004	_2005	_2006	::iGE	::DPTSGE	::SGE
Istanbul	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Hatay	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	3	4
Antalya	3	4	3	3	4	2	2	2	3	2	2	1	2	2	4
Sakarya	2	2	1	1	2	2	1	2	1	2	1	2	1	3	4
Kırklareli	3	3	2	2	3	3	3	1	1	1	2	2	2	2	4
Denizli	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	4
Yalova	3	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	4
Izmir	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2
Tekirdağ	3	3	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	4
Balıkesir	2	2	2	2	3	2	3	3	3	2	2	2	2	2	4
Aydın	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	2	2	2	4
Çanakkale	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2	2	4
Adana	3	3	4	4	4	4	4	5	3	3	3	2	2	2	4
Uşak	3	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	3	2	3	4
Bursa	2	2	2	2	3	3	3	3	3	2	2	3	1	1	3
Kocaeli	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	1	1	3
Bilecik	4	4	4	4	4	4	3	3	3	2	2	3	2	2	4
Neveşehir	2	3	2	3	3	3	3	3	4	4	2	3	3	3	4
Karaman	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	4
Muğla	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	1	2	4
Rize	3	3	4	4	4	4	4	3	3	2	3	3	3	3	4
Samsun	3	3	2	3	3	4	4	4	3	2	3	3	2	3	4
Konya	3	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	4
Mersin	2	2	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	4
Manisa	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	4
Isparta	4	3	4	4	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4
Burdur	4	3	3	3	4	4	4	3	3	3	3	3	2	3	4
Çorum	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	5
Karabük	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	3	3	3	3	4
Aksaray	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	5
Gümüşhane	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	3	3	4	5	5
Çankırı	4	4	3	4	4	4	5	3	3	3	4	3	4	4	5
Edirne	3	3	3	3	4	4	4	4	4	3	4	3	2	2	4
Erzincan	5	4	4	4	5	5	5	4	4	3	4	3	4	4	5
Kırıkkale	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4
Düzce					5	4	4	4	4	4	4	3	3	3	5
Tunceli	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	4	3	3	4	5
Ankara	3	2	2	2	3	2	2	2	2	1	2	4	2	1	2
Bayburt	4	5	5	4	5	5	5	3	3	3	4	3	5	5	5
Eskişehir	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	3	4	2	2	3
Bingöl	4	5	5	4	5	5	5	4	4	4	3	4	5	5	5
Ardahan	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	3	4	4	5	5
Iğdır	4	4	4	4	5	4	4	5	5	5	3	4	4	5	5
Diyarbakır	4	3	3	4	4	4	5	4	3	2	4	4	4	4	5
Bolu	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3	4	4	1	3	4
Kırşehir	3	3	3	3	3	4	4	3	4	3	4	4	3	3	5
Sinop	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	5
Trabzon	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3	4
Kütahya	4	4	4	4	4	4	5	3	5	3	4	4	3	3	5
Gaziantep	3	3	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	3	3	4
Bartın	4	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	3	4	5
Niğde	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	5
Batman	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5
Yozgat	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5
Tokat	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	5
Malatya	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	3	3	5
Kars	4	5	4	4	5	4	4	4	5	4	4	4	4	5	5
Artvin	4	4	5	4	5	5	5	4	5	4	4	4	2	3	5
Ordu	4	4	4	4	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	5
Elazığ	5	4	4	4	5	5	5	5	5	4	4	4	3	3	4
Osmaniye		1	3	4	2	2	3	3	4	5	4	4	3	4	5
Mardin	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	4	4	4	5	5
Kahramanmaraş	3	3	4	4	4	4	4	3	4	4	5	4	4	4	5
Kastamonu	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	3	3	5
Giresun	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	3	3	5
Bitlis	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	5	4	5	5	5
Sivas	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	3	4	5
Kilis	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	3	4	5
Adıyaman	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5
Şırnak	5	5	5	5	5	4	4	4	5	4	3	5	5	5	5
Zonguldak	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	4	5	2	3	4
Ağrı	4	5	5	5	5	4	5	3	3	3	4	5	5	5	5
Kayseri	3	3	4	4	4	4	4	4	3	3	4	5	2	2	4
Siirt	5	5	5	5	5	5	4	4	4	3	4	5	4	5	5
Afyon	4	4	3	4	4	4	5	3	4	4	4	5	3	3	5
Amasya	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	5	3	3	4
Erzurum	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4	5
Şanlıurfa	4	4	4	4	5	5	4	4	5	5	5	5	5	4	5
Van	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5
Muş	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5
Hakkari	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5

**Tablo 18.**

1.000 Kişi Başına Dış Hekimi Sayısında Eşitsizliğin Gelişimi (sayı)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
En az	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.02	0.01	0.03	0.02	0.03	0.04	0.03
En çok	0.42	0.52	0.51	0.52	0.57	0.61	0.54	0.55	0.57	0.59	0.60	0.46
Fark	0.42	0.51	0.50	0.50	0.56	0.58	0.52	0.52	0.55	0.55	0.56	0.43

**Tablo 19.**

•Dış Hekimi Dağılımının %20'lik Dilimlerinde Nüfus (%)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1+2	26	21	25	26	26	26	28	28	30	12	12	43
3	15	10	9	5	4	6	7	8	12	30	31	26
4+5	59	69	65	69	70	68	65	64	59	58	57	31

**Tablo 20.**

Dış Hekimi Dağılımının %20'lik Dilimlerinde 1.000 Kişi Başına Dış Hekimi (sayı)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1+2	0.36	0.46	0.44	0.45	0.49	0.54	0.44	0.45	0.49	0.50	0.50	0.38
3	0.20	0.27	0.25	0.26	0.28	0.29	0.26	0.28	0.28	0.30	0.31	0.23
4+5	0.09	0.11	0.11	0.12	0.12	0.13	0.11	0.13	0.13	0.14	0.15	0.11
<b>Türkiye</b>	0.11	0.12	0.12	0.13	0.13	0.14	0.14	0.16	0.17	0.17	0.19	0.19

# Hemşireler

**Tablo 21.**

1.000 Kişi Başına  
Hemşire (%20'lik  
dilim)

	_1995	_1996	_1997	_1998	_1999	_2000	_2001	_2002	_2003	_2004	_2005	_2006	:::IGE	:::DPTSGE	:::SGE
Isparta	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	3	3	4
Trabzon	3	3	3	3	3	2	2	2	1	1	1	1	3	3	4
Ankara	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2
Artvin	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	5
Muğla	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	4
Bolu	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	3	4
Giresun	3	3	3	3	3	2	2	1	1	1	1	2	3	3	5
Malatya	3	4	3	4	3	3	3	2	2	2	1	2	3	3	5
Eskişehir	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3
Edirne	2	3	3	3	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	4
Burdur	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	4
Amasya	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	4
Karabük	4	4	4	4	4	3	2	2	2	2	2	2	3	3	4
Kırıkkale	4	4	5	5	5	4	3	3	2	2	2	2	3	3	4
Sivas	3	4	4	4	4	3	2	2	3	2	2	2	3	4	5
Çankırı	4	4	5	5	4	3	3	3	3	2	2	2	4	4	5
Gümüşhane	4	4	5	5	5	4	3	3	3	3	2	2	4	5	5
Sinop	3	3	3	4	4	3	2	2	2	2	3	2	3	4	5
Kastamonu	3	3	4	4	4	2	2	2	2	3	2	3	3	3	5
Tokat	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	2	4	4	5
Tunceli	3	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	3	4	5
Izmir	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	1	1	2
Çanakkale	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	4
Erzincan	4	4	4	4	4	4	4	3	3	2	2	3	4	4	5
Zonguldak	3	4	4	4	4	3	2	2	3	2	3	3	2	3	4
Aydın	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	2	2	4
Elazığ	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	4
Samsun	3	3	3	4	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	4
Denizli	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	4
Erzurum	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	5
Bartın	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	5
Antalya	4	4	4	4	3	4	3	3	3	3	3	3	2	2	4
Mersin	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	2	2	4
Ordu	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	4	5
Yalova	4	3	4	4	5	3	4	4	3	3	3	3	1	2	4
Rize	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	4
Kırşehir	4	4	5	5	5	3	4	4	3	4	3	3	3	3	5
Karaman	4	4	5	5	5	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4
Nevşehir	4	4	5	5	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4
Kütahya	4	4	5	5	5	4	3	4	4	3	4	3	3	3	5
Afyon	4	5	5	5	5	5	4	4	4	3	4	3	3	3	5
Uşak	3	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	3	2	3	4
Yozgat	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	3	4	4	5
Balıkesir	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	4	2	2	4
Düzce					5	4	3	3	3	3	3	4	3	3	5
Bayburt	4	4	5	5	5	4	4	4	4	3	3	4	3	5	5
Adana	3	4	4	4	4	3	3	3	3	4	3	4	2	2	4
Kayseri	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	3	4	2	2	4
Bursa	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	1	1	3
Çorum	4	5	5	5	5	3	3	3	3	4	4	4	3	3	5
Tekirdağ	3	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	2	2	4
Manisa	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	2	3	4
Niğde	3	4	4	5	4	3	3	4	3	4	4	4	3	3	5
Kocaeli	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	1	1	3
Kırklareli	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4
Bilecik	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4
İğdir	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5
Diyarbakır	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5
Kahramanmaraş	4	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5
Aksaray	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5
Konya	4	4	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	3	3	4
Osmaniye		5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	3	4	5
Adıyaman	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	5
Ardahan	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	5	5
Bingöl	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	5	5	5
Bitlis	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5
İstanbul	3	3	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	1	1	1
Hakkari	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5
Kars	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	5	5
Sakarya	4	5	5	5	5	4	4	4	4	5	5	5	1	3	4
Gaziantep	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	3	3	4
Kilis	5	4	4	4	5	4	4	5	5	5	5	5	3	4	5
Van	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Siirt	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
Hatay	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	3	4
Ağrı	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Muş	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Şanlıurfa	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5
Mardin	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
Batman	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
Şırnak	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

**Tablo 22.**

Hemşirelerin Sağlık  
Çalışanları İçindeki  
Oranı  
(%20'lik dilim)

	_1995	_1996	_1997	_1998	_1999	_2000	_2001	_2002	_2003	_2004	_2005	_2006	:::IGE	:::DPTSGE	:::SGE
Giresun	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	5
Artvin	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	5
Amasya	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	3	3	4
Tunceli	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	3	4	5
Ordu	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	4	4	5
Muğla	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	4
Bitlis	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	5	5	5
Çanakkale	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4
Burdur	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	4
Erzincan	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4	5
Çankırı	4	3	3	3	3	2	3	3	2	2	2	2	4	4	5
Kastamonu	3	3	3	3	3	1	2	2	2	3	2	2	3	3	5
Kütahya	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	2	2	3	3	5
Bartın	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	2	3	4	5
Malatya	2	2	2	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	5
Yozgat	3	4	3	3	3	2	3	3	3	2	3	2	4	4	5
Tokat	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	4	4	5
Sinop	2	3	2	3	2	2	2	2	2	3	3	2	3	4	5
Gümüşhane	3	3	4	4	4	2	2	2	2	3	3	2	4	5	5
Karabük	2	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3	2	3	3	4
Bilecik	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	2	4
Uşak	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	4
Rize	3	3	3	3	3	2	2	3	3	4	3	2	3	3	4
Bingöl	2	2	1	1	1	1	3	3	3	2	2	3	5	5	5
Ardahan	3	2	2	2	2	2	3	4	3	2	2	3	4	5	5
Muş	3	2	1	1	2	1	2	2	2	3	2	3	5	5	5
İğdir	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	4	5	5
Adıyaman	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	4	4	5
Bolu	3	3	3	3	2	2	2	1	1	3	3	3	1	3	4
Çorum	4	4	4	4	4	2	2	2	2	3	3	3	3	3	5
Trabzon	3	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3	3	3	3	4
Balikesir	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	3	2	2	4
Bayburt	4	3	4	4	3	2	3	2	3	3	3	3	3	5	5
Zonguldak	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	4
Kahramanmaraş	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	4	4	5
Niğde	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	5
Mersin	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	4
Nevşehir	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4
Osmaniye		4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	5
Afyon	3	3	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	5
Yalova	4	3	5	5	5	4	5	4	3	3	3	3	1	2	4
Aksaray	5	5	5	5	5	3	4	4	4	4	3	3	4	4	5
Kırşehir	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	3	3	3	5
Karaman	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4
Düzce					1	2	4	3	3	3	4	3	3	3	5
Hakkari	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	4	5	5	5
Ağrı	2	3	2	2	2	2	3	3	3	2	1	4	5	5	5
Kars	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	4	4	5	5
Sivas	3	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3	4	3	4	5
Diyarbakır	3	3	2	3	2	2	3	2	3	3	3	4	4	4	5
Siirt	3	2	1	2	2	2	3	3	3	3	3	4	4	5	5
Mardin	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	4	4	5	5
Batman	4	4	3	3	2	3	3	3	3	3	3	4	4	5	5
Eskişehir	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	2	2	3
Kırıkkale	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	3	4	3	3	4
Van	2	1	4	2	3	2	3	3	2	3	4	4	5	5	5
Erzurum	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	4	4	4	4	5
Isparta	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	4
Tekirdağ	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	4	2	2	4
Samsun	3	3	4	4	3	3	3	3	3	4	4	4	2	3	4
Kırklareli	3	3	3	3	3	3	4	3	3	4	4	4	2	2	4
Aydın	3	3	3	3	3	4	4	3	3	4	4	4	2	2	4
Denizli	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	2	2	4
Antalya	4	4	5	5	4	4	4	4	3	4	4	4	2	2	4
Elazığ	3	4	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	4
Adana	4	5	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	2	2	4
Edirne	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	2	2	4
Sakarya	4	4	4	4	5	3	4	4	4	4	4	4	1	3	4
Kocaeli	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	1	1	3
Manisa	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	4
Bursa	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	3
Gaziantep	5	5	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	3	3	4
Kilis	4	2	3	3	4	3	4	5	5	4	4	4	3	4	5
Şirnak	3	3	1	2	3	3	3	3	3	2	3	5	5	5	5
Kayseri	4	4	5	4	4	3	4	3	3	4	4	5	2	2	4
Konya	4	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	5	3	3	4
Şanlıurfa	4	4	3	3	4	3	4	4	5	4	4	5	5	4	5
Hatay	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	2	3	4
Izmir	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	1	1	2
Ankara	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	2	1	2
Istanbul	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	1

**Tablo 23.**

1.000 Kişi Başına Hemşire Sayısında Eşitsizliğin Gelişimi (sayı)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
En az	0.25	0.29	0.40	0.45	0.40	0.38	0.32	0.30	0.27	0.40	0.45	0.35
En çok	2.09	2.16	2.16	2.34	2.16	1.94	1.97	2.03	2.16	2.17	2.29	2.61
Fark	1.84	1.87	1.76	1.89	1.75	1.57	1.65	1.73	1.89	1.77	1.84	2.27

**Tablo 24.**

Hemşire Dağılımının %20'lik Dilimlerinde Nüfus (%)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1+2	16	15	16	10	16	20	28	28	23	23	22	16
3	36	28	14	15	16	23	25	26	30	18	22	23
4+5	48	57	71	75	69	57	48	45	47	60	56	61

**Tablo 25.**

Hemşire Dağılımının %20'lik Dilimlerinde 1.000 Kişi Başına Hemşire (sayı)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1+2	1.70	1.75	1.78	1.96	1.79	1.61	1.60	1.65	1.78	1.79	1.87	2.17
3	1.13	1.20	1.24	1.35	1.24	1.13	1.10	1.13	1.20	1.28	1.34	1.47
4+5	0.62	0.66	0.76	0.80	0.76	0.70	0.66	0.66	0.66	0.77	0.84	0.83
<b>Türkiye</b>	0.92	0.91	0.96	0.98	0.96	1.01	1.05	1.09	1.13	1.18	1.25	1.31

## KAMU SAĞLIK HİZMETLERİNDE HEKİM İSTİHDAMI İLE İLGİLİ YASAL DÜZENLEMELER

### I- HEKİM İSTİHDAMI İLE İLGİLİ DÜZENLEMELER

Kamu sağlık kuruluşlarında hekim istihdamı ile ilgili düzenlemeleri, genel düzenlemeler ile sağlık alanına özgü hükümler içeren düzenlemeler biçiminde ikiye ayırmak olanaklıdır.<sup>1</sup>

Genel nitelikteki düzenlemeler içinde 31.03.1926 tarih ve 788 sayılı Sayılı Memurin Kanunu ile bu Kanunu yürürlükten kaldıran 14 Temmuz 1965 tarih ve 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu saymak olanaklıdır. Bu düzenlemelerde genel olarak kamu hizmetlerinin gördürüleceği kamu görevlilerinin atanmaları, hak ve sorumlulukları, ücretlendirilmeleri ve diğer özlük hakları ile ilgili hükümler yer almaktadır. Günümüzde kamu sağlık hizmetlerinde görev yapan hekimlerin pek çoğu halen 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu uyarınca memur olarak istihdam edilmektedir.

Sağlık alanına özgü düzenlemeler ise çok sayıdadır. Bu nedenle biz çalışmamızı yukarıda belirttiğimiz konuların bulunduğu düzenlemelerle sınırlandırdık. Her bir konuya ait bölüm içinde düzenlemelerin ilgili hükümlerini gözden geçirdik.

### A- İSTİHDAM BİÇİMİ VE İŞ GÜVENCESİNE İLİŞKİN HÜKÜMLER:

**1-** 09.06.1936 tarihli ve 3017 sayılı Sıhhi ve İçtimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanun'da Sağlık Bakanlığının merkez ve taşra teşkilatı düzenlendiği gibi buralarda görev yapacak personele ilişkin hükümler de

1 Öğretim elemanı olan hekimler dışında tıp fakültelerine ait hastanelerde çalışan hekimlerin istihdamı ile ilgili konular genel olarak değinilen hükümler kapsamında yer almaktadır. Öğretim elemanları ile ilgili ayrıntılı düzenlemelere ise bu yazı kapsamında ayrıca yer vermek olanaklı olmadığından Yüksek Öğretim mevzuatı inceleme dışı bırakılmıştır.

düzenlenmiştir<sup>2</sup>

Hekimlerin;

- Köy hekimleri (gerekli olan köyler ve köy gruplarında)<sup>3</sup>,
- Hükümet tabipleri (il, ilçe ve tam teşekküllü nahiyelerde)<sup>4</sup>,
- Mütehassıslar (hastaneler ve diğer sağlık kuruluşlarında)<sup>5</sup>

olarak devlet memuru statüsünde istihdam edilecekleri düzenlenmiştir.

**2.** 05.01.1961 tarih ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde çalışacak hekimlerin sözleşme imzalaması zorunluluğu getirilmiştir<sup>6</sup>. Sözleşmenin süresi bir yıldan az üç yıldan fazla olamayacaktır. Sözleşme süresinin bitiminden bir ay önce sona erdirileceği bildirilmediği takdirde bir yıllık süre ile uzatılmış sayılacaktır. Ayrıca iki ya da üç yıllık sözleşme imzalanması halinde ilk bir yıllık hizmetten sonra üç ay önceden bildirmek koşulu ile sözleşmenin her zaman için sebep gösterilmeksizin feshedilebileceği düzenlenmiştir.

**3-** 14 Temmuz 1965 tarih ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanun'un 4. maddesi ile hekimlerin, kamu sağlık kuruluşlarında devlet memuru olarak görevlendirilmesi esası benimsenmiştir.

**4.** 25.06.1965 tarihli, 641 sayılı 209 Sayılı Kanuna Bazı Maddeler Eklenmesine ve Bazı Maddelerin Değiştirilmesine Dair Yasa'nın 2. maddesiyle; Bakanlar Kurulu Kararıyla tam süreli eğitim ve öğretim hastanelerinde ve kurumlarında özel uzmanlık isteyen işlerde o

- 2 Madde 42 ve devamı.
- 3 Madde 26.
- 4 Madde 31.
- 5 Madde 52.
- 6 Madde 24

uzmanlık dalında ünlü ve otorite olan hekimlerin sözleşmeli olarak çalıştırılmasına, ücret ve çalışma koşullarının sözleşme hükümleri ile belirlenmesine, ücretlerin ise döner sermaye gelirlerinden ödenmesine ilişkin düzenleme yapılmıştır.

**5.** 07.05.1987 tarihli 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 5. maddesi ile Kanun kapsamına giren kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşlarının, kamu tüzelkişiliğini haiz sağlık işletmesine dönüştürülmesi yolu açılmış ve bu kuruluşlarda, özel bir meslek bilgisine ve ihtisasına ihtiyaç gösteren veya ülke düzeyinde mesleki gelişmeyi sağlayacak hekimlerin de kadro karşılığı aranmaksızın ve istekleri üzerine T.C. Emekli Sandığı ile ilgilendirilerek sözleşmeli olarak çalıştırılabilmelerine olanak tanınmıştır.

Ayrıca, sağlık işletmesi uygulamasına geçirilen kuruluşun sağlık ve yardımcı sağlık personeli ile diğer personelinin istekte bulunmaları halinde ve kuruluşun kabulü şartıyla yeni bir atamaya gerek kalmaksızın sözleşmeli olarak çalıştırılabileceklerine ilişkin düzenleme yapılmışsa da bu düzenleme Anayasa Mahkemesi'nin 19 Nisan 1988 tarih ve E.1987/16, K.1988/8 sayılı kararı ile iptal edilmiştir.

**6-** 10 Temmuz 2003 gün ve 4924 sayılı Kanun ile 657 Sayılı Devlet Memurları Kanununun 36. maddesine yapılan bir ek ile sağlık hizmetleri sınıfına dahil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetlerin, lüzumu halinde bedeli döner sermaye gelirlerinden ödenmek kaydıyla, Bakanlıkça tespit edilecek esas ve usullere göre hizmet satın alınması yoluyla gördürülebileceğine yönelik düzenleme yapılmıştır. Böylece

hekimlerin ve diğer sağlık personelinin kamu sağlık kuruluşlarında iş güvencesine sahip devlet memuru olarak değil taşeronun işçisi olarak çalıştırılmasına olanak sağlanmıştır. Bu şekilde satın alınan hizmetin bedelinin ise döner sermayeden ödenmesi öngörülmüştür. Bu düzenlemelerden sonra hekimlerin kamu sağlık kuruluşlarında verilen sağlık hizmetini kamu görevlisi olarak değil taşeron işçisi olarak sunmasına ilişkin ihaleler hızla yaygınlaşmıştır.

**7.** 10 Temmuz 2003 tarihinde kabul edilen 4924 sayılı Kanun ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşlarında hekimlerin, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu dışında sözleşmeli olarak çalıştırılması benimsenmiştir. Bu tarihten itibaren hekimler hizmet akdi ile sözleşmeli olarak istihdam edilmeye başlanmıştır. Sözleşme süresi bir yıl olup, sürenin bitime bir ay kala sözleşme feshedilmediği takdirde birer yıllık süreler ile uzamaktadır. 10 yıl kesintisiz bir biçimde sözleşmeli olarak çalışanlara emekli oluncaya kadar çalışabilme güvencesi verilmektedir. Ancak bu süreden önce iş güvencesi bulunmamaktadır.

**8.** 24 Kasım 2004 tarihinde kabul edilen 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile Aile Hekimleri, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu ile diğer kanunların sözleşmeli personel çalıştırılması hakkındaki hükümlerine bağlı olmaksızın, sözleşmeli olarak hizmet akdi ile çalıştırılmaya başlanmıştır. Burada da sözleşme süresi mali yıl ile sınırlı bulunmaktadır. İş güvencesi, çalışma süreleri ve diğer hakları bakımından aile hekimleri aleyhine ayrımcı düzenlemeler kabul edilmiştir.

**9.** 20 Ekim 2005 tarihinde 5413 sayılı Kanun ile 181 Sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnameye eklenen Ek madde 3 ile hekimlerin ve diğer sağlık personelinin kadrosuz bir biçimde ücretleri döner sermayeden karşılanmak üzere, sürekli olmayan işler için getirilen

istihdam yöntemi olan 657 sayılı Kanunun 4. Maddesinin B fıkrasına göre sözleşmeli çalıştırılabileceklerine ilişkin düzenleme yapılmıştır. Bu statüde çalıştırılan sağlık personelinin iş güvencesi bulunmamaktadır.

**10.** 1 Temmuz 2006 tarihinde kabul edilen 5538 sayılı Kanun ile İş Kanununun 81. maddesine eklenen hükümlerle kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan hekimlere asli görevlerine ek olarak ve herhangi bir ilave ücret almaksızın kuruma ait işyerlerinde işyeri hekimliği yapma zorunluluğu getirilmiştir.

**11.** 06 Mart 2007 günü Türkiye Büyük Millet Meclisi Başkanlığına sunulan Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı, 18 Aralık 2007 günü Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonundan geçmiş ve yasalaşmayı beklemektedir. Tasarı ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu sağlık kuruluşları yönetiminden işleyişine bir bütün olarak sağlık işletmesine dönüştürülmekte, Birlik Yönetim Kuruluna, hastanelerde verilen hizmeti bir bütün olarak ya da parça parça bölümleri işlettirerek, kiraya vererek, devrederek hatta satarak özelleştirme yetkisi verilmektedir. İşletmede taşeron aracılığı ile hizmeti satın alınacak hekim ve diğer personele ise döner sermayeden ek ödeme verilmemesi öngörülmektedir.

## **B. TAM SÜRE ÇALIŞMAYA İLİŞKİN HÜKÜMLER**

**1.** 05.01.1961 tarih ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde sözleşmeli olarak çalışan hekimlerin kamu görevi dışında hekimlik yapmaları yasaklanmıştır.<sup>7</sup> Sözleşme imzalamak isteyen hekimlerden serbest olarak çalışan hekimlerin isterlerse muayenelerinde bulunan aletlerin kamu kurumları tarafından belirli koşullar çerçevesinde satın alınmasına yönelik düzenlemeler yapılmıştır.

**2.** 29.06.1978 tarih ve 2162 sayılı Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma

Esaslarına Dair Yasa ile sözleşmeli olanlar dışındaki sağlık personeline de tam süre ile çalışma getirilmiş ve bu kanun kapsamında çalışanların kamu kurumları dışında mesleklerini serbest olarak yapamayacakları düzenlenmiştir. Sağlık personelinin haftalık çalışma süresi 45 saat olarak belirlenmiştir.

**3.** 31.12.1980 tarihinde kabul edilen 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Yasa ile 2162 sayılı Yasa yürürlükten kaldırılmıştır. 2368 sayılı Yasada, tazminat hakkından yararlanan personelin serbest olarak mesleklerini icra edemeyecekleri, ancak özel kanunlarına göre meslek ve sanatlarını serbest olarak icra etme hak ve yetkisine sahip olanların, istedikleri takdirde 1. maddede öngörülen tazminat hakkından yararlanmamak şartı ile serbest olarak çalışabilecekleri yönünde düzenleme yapılmıştır. Kamu görevinin yanında serbest olarak da mesleğini icra edenlerin çalışma süreleri ise haftalık 40 saat olarak düzenlenirken diğer personelin haftalık çalışma süresi 45 saat olarak belirlenmiştir.

**4.** 07.05.1987 tarihli 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 5. maddesine göre sağlık işletmesine dönüştürülen sağlık kurumlarında görevli olan ve mesleklerini serbest icra etmeyen hekimlere, sağlık işletmesi yönetiminin uygun görmesi halinde mesai saatleri dışında kuruluştaki özel teşhis ve tedavi yapabilmelerine olanak tanınmıştır.

**5.** 10 Temmuz 2003 tarihinde kabul edilen 4924 sayılı Kanun kapsamında Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşlarında sözleşmeli olarak çalıştırılan hekimlerin kamu görevi dışında mesleklerini hiçbir biçimde icra edemeyecekleri, çalışma sürelerinin yöneticiler tarafından hafta sonlarını da içerecek bir biçimde düzenlenebileceği, fazla çalışma yaptırılanlara fazla çalışma ücretinin verilmeyeceği, ancak fazla çalışma süreleri karşılığı izin kullanılacağı düzenlenmiştir.

**6.** 24 Kasım 2004 tarihinde kabul



edilen 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile Aile Hekimlerinin de bu görevleri dışında hekimlik mesleklerini icra edemeyecekleri düzenlenerek tam süre çalışma yükümlülüğü getirilmiştir. Aile hekimlerinin çalışma günlerinin haftanın yedi gününe yayılabileceği, fazla çalışma nedeniyle ayrıca bir ücret ödenmeyeceği belirtilmiştir.

**7.** 2368 sayılı Yasa'da 21.06.2005 tarihli 5371 sayılı Yasayla yapılan değişiklikle il sağlık müdürü ve başhekim olanlara serbest çalışma yasağı getirilirken, 28.03.2007 tarih ve 5614 sayılı Kanunla yapılan değişiklikle askerî sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan başhekimlere ise serbest çalışma olanağı verilmiştir.

### **C- ZORUNLU HİZMETE İLİŞKİN HÜKÜMLER**

**1.** 8 Teşrinsani 1339 tarih ve 369 sayılı Kanun ile tıp fakültesi mezunlarına iki yıl süreyle zorunlu hizmet uygulanmış ve 1219 sayılı Yasa uyarınca bu süre boyunca hekimlerin diplomaları alıkonularak zorunlu hizmeti tamamlamadan kamu dışında çalışmaya da izin verilmemiştir.

**2.** 04.06.1932 tarih ve 2000 sayılı 1932'den İtibaren Tıp Fakültesinden Neş'et Edecek Tabiplerin Mecburi Hizmetlerinin Lağvı ve Leyli Tıp Talebe Yurduna Alınan Tıp Talebesinin Tabi Olacakları Mecburiyetler adlı Kanun ile 1932 senesinden önce İstanbul Tıp Fakültesinden veya yabancı üniversitelerden mezun olan tabiplerin zorunlu hizmeti 1 seneye düşürülmüştür. Kanun'un kabulünden sonra mezun olacaklar yönünden ise zorunlu hizmet kaldırılmıştır.

Ancak 1928 tarih ve 1237 sayılı Meccani Leyli Talebenin Mecburi Hizmetlerine Dair Kanunun yüklediği zorunlu hizmetler istisna tutulmuştur. Bu kişiler bakımından zorunlu hizmetini yerine getirmeyenler için tazminat öngörülmüş, ödemeyenlerin resmi ya da özel hiçbir kuruluşta istihdam edilemeyecekleri, serbest hekimlik icrasından da yasaklı

oldukları düzenlenmiştir.

**3.** 21 Ağustos 1981 gün ve 2514 Sayılı Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Yasa ile Türk Silahlı Kuvvetleri ve Adli Tıp Kurumunda çalışan hekimler hariç olmak üzere, pratisyen ve uzman hekimlere devlet hizmeti yükümlülüğü bir kez daha getirilmiştir.

2514 Sayılı Yasa 1995 yılına kadar hekimlere uygulanmıştır. 548 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile eklenen geçici 4. madde ile zorunlu hizmet yükümlülüğünün pratisyen hekimler için beş yıl süreyle uygulanmayacağı, uzman tabiplerin ise gerekirse kapsam dışı tutulmasına Sağlık Bakanlığı'nın teklifi üzerine Bakanlar Kurulu'nun yetkili olduğu belirtilmiştir. Bu süre içinde uzman hekimler de devlet hizmeti yükümlülüğünün kapsamı dışında tutulmuşlardır.

7.6.2000 gün ve 4576 sayılı Yasa ile 2514 sayılı Yasaya eklenen geçici 3. madde ile devlet hizmeti yükümlülüğünün 27.03.2000 tarihinden itibaren iki yıl süre ile pratisyen ve uzman hekimlere uygulanmayacağı hüküm altına alınmıştır. Yine aynı geçici 3. maddenin 2. fıkrası ile 2514 sayılı kanun hükümlerinin (devlet hizmeti yükümlülüğünün uygulanmasının ertelenmesine dair hükümleri de dahil olmak üzere) uygulama süresinin uzatılmasına ya da iki yıllık süre içinde hekimlerin kapsam içine alınmasına Sağlık Bakanlığı'nın teklifi üzerine Bakanlar Kurulu yetkili kılınmıştır. Uygulanmasının ertelenmesine dair karar alınmadığı için 27.03.2002 tarihinden itibaren devlet hizmeti yükümlülüğü uygulaması tekrar yürürlüğe girmiştir. Ancak fiilen Yasa'ya dayalı zorunlu hizmet atamaları yapılmamıştır.

1981 yılında kabul edilen ve 1995 yılından itibaren fiili olarak uygulanmayan Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne ilişkin 2514 sayılı Yasa, 24.07.2003 tarih 4924 sayılı Yasa ile kaldırılmıştır.

**4.** 21.06.2005 tarih ve 5371 sayılı

Yasa ile 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na eklenen maddelerle zorunlu hizmet, iki yıl aradan sonra yeniden getirilmiştir. Hekimler tıp fakültesi, uzmanlık ve yan dal uzmanlık eğitimleri için ayrı ayrı 300 ile 600 gün arasında zorunlu hizmete tabi tutulmuştur. Zorunlu hizmetini, her bir eğitimi için yerine getirmeyen hekimlerin diplomaları alıkonularak, kamu ya da özel ayrımı olmaksızın hekimlik yapmaları yasaklanmıştır.

2006 ve sonrasında çok sayıda değişikliğe uğratılan Sağlık Bakanlığı Atama Nakil Yönetmeliği ile zorunlu hizmet kapsamındaki hekimler stratejik personel sayılmış, bu personelin eş durumu atamalarından yararlanması ortadan kaldırılmış, zorunlu hizmetin bitiminde de adil bir yer değiştirme sistemi ve eş durumu ataması güvenceye alınmamış, hekimler aile birliğinin parçalanması ile işsizlik arasında seçim yapmaya zorlanmıştır.

### **D- ÜCRET VE EK ÖDEMELERE İLİŞKİN HÜKÜMLER:**

Sağlık kurumlarında görevlendirilen hekim ve diğer personele esas ücretlendirme yöntemi olarak aylık maaş ödemesi kabul edilmiştir. Ancak çok sayıda düzenleme ile farklı ücretlendirme yöntemleri de uygulanmaya gelmiştir.

**1.** 05.01.1961 tarih ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde, kadrosu bulunan hizmetlerde sözleşme ile istihdam edilecek olan sağlık personeline, bu meslek mensuplarının genel olarak serbest kazanç seviyeleri, hizmet süreleri, ihtisasları, işgal ettikleri mevkiin önemi, görevin ağırlığı ve çalıştıkları bölgede maruz kaldıkları mahrumiyet şartları göz önüne alınarak Sağlık Bakanlığı'nın teklifi ve Devlet Personel Dairesinin tespit ettiği esaslara göre Bakanlar Kurulu'nca belirlenecek olan ücretin ödenmesi benimsenmiştir.

**2.** 04.01.1961 tarih ve 209 sayılı Sağ. ve Sos. Yardım Bakanlığına Bağlı

Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun ile döner sermaye işlerinde görevli olmayan kurum personelinin yatan hastalar için mesai saatleri dışında kalmak zorunda kalanlara, bu çalışmalarının mahiyeti ve süresi göz önünde tutularak bir saatlik mesaiye isabet eden miktarı personelin saat ücretinin bir mislini geçmemek üzere takdir edilecek bir ücretin (fazla mesai ücreti) verilmesi kararlaştırılmıştır.

**3.** 17.05.1963 tarihli ve 229 sayılı Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Öğretim ve Araştırma Hastanelerinde Çalışan Asistan ve Başasistan Doktorlara Tazminat Verilmesi Hakkında Kanun'un 1. maddesinde, Sağlık Bakanlığı ve Vakıflar Genel Müdürlüğüne bağlı öğretim ve araştırma hastanelerinde çalışan asistanlara her ay maaşlarından ayrı olarak 200 lira tazminat ödeneceği düzenlenmiştir. Buralarda görev yapan başasistanların ise 1. madde hükmünden faydalanmaları, muayenehane açmamları koşuluna bağlanmıştır.

**3.** 14.05.1964 tarihli 472 sayılı Sağlık Bakanlığı Teşkilatında Çalışmakta Olup Hususiyet Arz Eden Yer ve Hizmetlerde Görevlendirilen Sağlık Personeline Ek Ödenek Verilmesine Dair Kanun uyarınca; Sağlık Bakanlığı teşkilatında ve Hıfzısıhha Enstitüsünde çalışan hekimlerden coğrafi, iktisadi ve içtimai sebeplerle özel durumda olduğu Bakanlar Kurulu'nca kabul edilen yer veya hizmetlerde sürekli görevde bulunanlara, her ay maaşlarından ayrı olarak 1000 liraya kadar Bakanlar Kurulu'nca belirtilecek esaslar dairesinde ödenek verilmesi düzenlenmiştir.

**4.** 17.07.1964 tarihli ve 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu'nun 118. maddesini değiştiren 16.07.1965 tarih ve 672 sayılı Kanunla, yılda 7500 den fazla poliklinik muayenesi yapan Kurum hekimlerine, bu sayının üstünde yaptıkları her muayene için, tüzükle belli edilecek esas ve miktarlara göre prim verileceği, acil vakalar için mesai saati dışında

sağlık tesisine çağrılan hekimlerle, nöbet tutan poliklinik hekimleri ve hastane uzmanların yanı sıra yataklı tesislerde ve laboratuarlarda çalışan uzman hekimlere de esas ve miktarları tüzükle belli edilecek bir tazminat ödenmesi düzenlenmiştir.

**5.** 25.06.1965 tarihinde 209 Sayılı Kanuna Bazı Maddeler Eklenmesine ve Bazı Maddelerin Değiştirilmesine Dair 641 sayılı Yasa çıkarılmıştır. Burada Sağlık Bakanlığı'nca tayin edilecek döner sermayeli kurum ve hastanelerde görev yapan asistanlar hariç hekim ve diğer sağlık personeline, her ay maaşlarına ek olarak döner sermaye gelirlerinden bir tazminat verilmesi öngörüldükçe, bu şekilde tazminat alan personele 209 sayılı Kanuna göre fazla mesai ücreti ödemesi ortadan kaldırılmıştır. Diğer taraftan bu Yasayla tam süreli eğitim ve öğretim hastanelerinde ve kurumlarında Bakanlar Kurulu Kararıyla sözleşmeli olarak çalıştırılacak hekimin ücret ve çalışma şartlarının sözleşme hükümlerine bağlı olduğu düzenlenerek tam bir serbesti tanınmıştır.

**6.** 11.04.1968 tarihinde 1044 sayılı A.Ü. Tıp Fakültesinde Görevli Öğretim Üyeleri İle Yardımcılarına ve Tıp Personeline Döner Sermayeden Ödenek ve Prim Verilmesi Hakkında yasa adında daha özel bir düzenlemeyle; döner sermaye ile işletilen kürsü, enstitü ve laboratuvarlar ile sadece öğretim ve araştırma yapan kürsü ile laboratuarlarda görevli öğretim üyelerine ve öğretim yardımcılarına, serbest olarak çalışmamları kaydıyla aylık ve üniversite tazminatlarından ayrı olarak, emekliliğe esas olan aylık tutarlarını geçmemek üzere döner sermaye gelirlerinden ek ödenek verilmesi düzenlenmiştir.

Aynı Yasada, fakültenin döner sermaye ile işletilen kürsü, enstitü ve laboratuvarları ile sadece öğretim ve araştırma yapan kürsü, enstitü ve laboratuvarlarında normal mesai saatleri dışında çalışan öğretim üyeleri ile yardımcı tıp personeline prim verileceği de belirtilmiştir.

**5.** 29.06.1978 tarih ve 2162 sayılı Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun'da hekimlere ve diğer sağlık personeline, aylıklarına ek olarak Yasada belirtilmiş sınır içinde kalmak kaydıyla aylık tazminat verilmesi öngörülmüştür. Ayrıca sağlık hizmetlerinde çalışan personele aylıklarından ve meslek tazminatlarından ayrı olarak ve 657 sayılı Kanun'da belirtilen mahrumiyet yeri ödeneği almamak kaydıyla, hizmetin gereği ve mahrumiyet koşulları dikkate alınarak hak kazanabilecekleri meslek tazminatı tavanının üç katını geçmemek üzere "mahrumiyet yeri ve hizmet niteliği tazminatı" ödenebileceği de düzenlenmiştir. Bir başka maddede bu kanun kapsamında çalışan personelden acil vakalar için mesai saatleri dışında sağlık tesislerine çağrılanlara ve nöbet tutanlara ayrıca bir tazminat ödenmesinden söz edilmekle beraber, bunun usul ve esasları daha sonra hazırlanacak bir Yönetmeliğe bırakılmıştır.

2162 sayılı bu Yasa, döner sermayeye ilişkin 209 sayılı Kanunu değiştiren 641 sayılı Kanunu, 224 sayılı Yasanın personelle ilgili mali hükümlerini ve sosyal Sigortalar Kanunu'nun belirli sayının üzerinde poliklinik yapan hekimlere prim ödenmesini düzenleyen hükmünü yürürlükten kaldırmıştır.

**6.** 31.12.1980 tarihinde 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Yasanın 1. maddesinde, sağlık personeline hak edilen aylık, yakacak yardımı, iş riski, iş güclüğü teminindeki güçlük zammı ve mahrumiyet yeri ödeneği ödenmesi öngörülmüştür. Bu personelin Aralık 1980 tarihinde almakta oldukları aylık ve diğer ödemeler ile 2162 sayılı Kanun gereğince (nöbet ve acil vaka tazminatları hariç) aldıkları tazminatların net toplamı, yukarıdaki fıkra gereğince ele geçecek miktardan fazla olduğu takdirde aradaki farkın kendilerine tazminat olarak ödeneceği de aynı maddede belirtilmiştir.

**7.** 2004 yılından itibaren önce Yıllık Bütçe Kanunları ile 7 Mart 2006

tarihinde ise 5471 sayılı Kanunla 209 sayılı Kanunda yapılan değişikliklerle Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kuruluşlarında çalışanlar yönünden tedavi hizmetlerine yaptıkları katkı esas alınarak çalıştıkları kurumların döner sermayelerinden performans dayalı ek ödemelerin oranları artırılmıştır. Ek ödeme için kabul edilen performans ölçütleri ile hekimlerin yaptıkları iş aynı olsa bile çalıştıkları kurumlara göre, aynı kurumda çalışan hekimler yönünden ise uzmanlık dallarına göre ve hekimlerle diğer personel arasında ekip çalışmasını bozacak derecede farklı ek ödeme miktarları ödenmeye başlanmıştır. Bu ek ödemeler de zamana göre değişmekte olup, emekli ikramiyesi, maaş ve diğer özlük haklarına yansıtılmamaktadır.

**8.10** Temmuz 2003 tarihinde kabul edilen 4924 sayılı Kanun kapsamında Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşlarında sözleşmeli

olarak çalıştırılan hekimlere; 657 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin (B) bendine göre çalışanlar için uygulanmakta olan tavan ücretin 2,5 katını aşmamak üzere, ekli (2) sayılı cetvelde pozisyon unvanları itibarıyla belirlenmiş bulunan taban ve tavan ücret oranları arasındaki oranlar üzerinden hesaplanan miktarlarda aylık ücret ödenmesi kararlaştırılmıştır.

**9.** 24 Kasım 2004 tarihinde kabul edilen 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile Sözleşme yapılan aile hekimlerine 657 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin (B) bendine göre belirlenen en yüksek brüt sözleşme ücretinin aile hekimi için (6) katını aşmamak üzere tespit edilecek tutarın, çalışılan ay sonuçlarının ilgili sağlık idaresine bildiriminden itibaren onbeş gün içerisinde ödeneceği düzenlenmiştir.

Aile hekiminin mali hakları Kanunun 3. maddesinde şu biçimde

düzenlenmiştir; Aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının durumları ve aile hekimliği uzmanlık eğitimi almış olup olmadıkları da dikkate alınmak suretiyle yapılacak ödeme tutarlarının tespitinde; çalıştığı bölgenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi, aile sağlığı merkezi giderleri, tetkik ve sarf malzemesi giderleri, kayıtlı kişi sayısı ve bunların risk grupları, gezici sağlık hizmetleri ile aile hekimi tarafından karşılanmayan gider unsurları gibi kriterler esas alınır. Sağlık Bakanlığı'nca belirlenen standartlara göre, koruyucu hekimlik hizmetlerinin eksik uygulaması veya hasta sevk oranlarının yüksek olması halinde bu ödeme tutarından brüt ücretin % 20'sine kadar indirim yapılır. Sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi ücreti, aile sağlığı merkezi giderleri, tetkik ve sarf malzemesi giderleri ve gezici sağlık hizmetleri ödemelerinden Damga Vergisi hariç herhangi bir kesinti yapılmaz.