

SAYILARLA TÜRKİYE’NİN SAĞLIĞI

Onur HAMZAOĞLU*

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 aşılama durumları, sağlık ocağı başına düşen nüfus ve ebessiz köy sağlık evlerinin sıklığı hizmetle ilgili olan göstergelerdir. Şimdi sırasıyla bu göstergeler üzerinden Türkiye’nin sağlığını ve zaman içindeki değişimini izlemeye çalışarak tartışacağız.

Tablo 1. Yıllara ve Çeşitli Sosyoekonomik Özelliklere Göre Bebek Ölüm Hızı (Binde) ve Eşitsizlik Göstergeleri

	1978	1983	1988	1993	1998	2003	
Yerleşim yeri							
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	
Bölge							
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	
Anne eğitimi							
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
Toplam	134.0	101.6	77.7	52.6	42.7		29.0

* Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

*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.

Tablo1’de de görüldüğü gibi, 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 1 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 bütününe sosyoekonomik düzeyi Batı bölgesi düzeyine ulaştırıldığında bebek ölümlerinin 1978 yılında %19.4’ü önlenibilirken, 2003 yılında bu oran %27.6’ya çıkmıştır.

Yine aynı tabloda 1993 yılında eğitim düzeyi ilkököl ve üzerindeki annelerden doğan bebeklerden bir ölüme karşılık, eğitim düzeyi ilkökölün altındaki annelerden doğan bebeklerden 1.68’inin öldüğü görülmektedir. 1988 yılında da eğitim düzeyi ilkököl ve üzerindeki annelerden doğan bebeklerden bir ölüme karşılık, eğitim düzeyi ilkökölün 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 ilkökölün altındaki annelerden doğan bebeklerden 2.83’ü ölmüştür. Başka bir açıdan bakıldığında; 1993 yılında ilkököl eğitim düzeyinin altında eğitimi olan annelerin eğitim düzeyi, ilkököl ve üzerine çıkarılabilsen, bebek ölümlerinin %17.1’i önlenilenecekti. 2003 yılında ise, ilkököl eğitim düzeyinin altında eğitimi olan annelerin eğitim düzeyi ilköğretim ikinci kademe ve üzerine çıkarılabilsen, bebek ölümlerinin %37.9’u engellenilenecekti.

Bir diğer toplumsal sağlık düzeyi göstergesi, 0-5 yaş arası çocuklarda yaşa göre boy açısından beslenme bozukluğu-bodurluk-dur. 1993 yılında yüz çocuktan 18.90’ında, 2003 yılında da 12.20’sinde beslenme bozukluğu olduğu, yani 10 yıllık süre içerisinde bir iyileşme saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Yıllara ve Çeşitli Sosyoekonomik Özelliklere Göre Yaşa Göre Boy Açısından Beslenme Bozukluğu Olan (-2SD ∇) 0-5 Yaş Grubu Çocuklar

	1993		2003
	%		%
Yerleşim yeri			
Kent	14.8		9.0
Kır	25.2		18.4
Kır/Kent (HO)	1.7		2.0
TAR (%)	21.7		26.2
Demografik Bölge			
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
Anne eğitimi			
ilk ∇	30.3	ilk ∇	25.3
ilk	14.9	ilk birinci kademe	9.0
ilk \blacktriangle	4.4	ilk ikinci kademe	5.6
		Lise ve \blacktriangle	2.9
ilk ∇ / ilk \blacktriangle (HO)	6.89	ilk ∇ /Lise ve \blacktriangle	8.72
TAR	76.7		76.2
Toplam	18.9		12.2

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 de 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 ilkököl ve üzerindeki annelerin 0-5 yaşındaki çocuklarından bir bodur çocuğa karşılık, eğitim düzeyi ilkökölün 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 ilkökölün altındaki annelerin 0-5 yaşındaki çocuklarından yaklaşık dokuzu bodurdur. Yani 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. Tablodaki verilere başka bir açıdan bakıldığında da, 1993 yılında ilkököl eğitim düzeyinin altında eğitimi olan annelerin eğitim düzeyi, ilkököl ve üzerine çıkarılabil-

seydi, 0-5 yaş çocuklarda bodurluğun %76.7'sinin önlenilebileceği, 2003 yılında ise, ilkokul eğitim düzeyinin altında eğitimi olan annelerin eğitim düzeyi lise ve üzerine çıkarılabileseydi, 0-5 yaş çocuklarda bodurluğun %76.2'sinin engellenilebileceği görülmektedir. 1993 yılında, kırsal sosyoekonomik düzeyi kentin durumuna yükseltirse çocuklardaki beslenme bozukluğunun %21.7'si önlenilebilirken, 2003 yılında aynı şartlar sağlandığında çocuklardaki önlenilebilir beslenme bozukluğu %26.2'ye yükselmiştir. Benzer biçimde ülkenin bütününe sosyoekonomik düzeyi Batı bölgesi düzeyine ulaştırıldığında çocuklardaki beslenme bozukluğunun 1993 yılında %46.0'sı önlenilebilirken, 2003 yılında bu oran %54.9'a çıkmıştır. Ülkemizde sunulmakta olan sağlık hizmetlerinin durumunu değerlendirebilmek için yaralanabileceğimiz göstergelerden bir tanesi de sağlık kuruluşu dışında doğuran kadınlardır (Tablo 3).

Tablo 3. Yıllara ve Çeşitli Sosyoekonomik Özelliklere Göre Sağlık Kuruluşu Dışında Doğuran Kadınlar

	1983 %	1988 %	1993 %	1998 %	2003 %
Yerleşim yeri					
Kent	37	27.6	27.5	19.8	14.4
Kırsal	76	52.8	59.5	40.3	35.7
Kırsal/Kent(HO)	2.05	1.91	2.16	2.04	2.48
TAR	36.2	29.4	31.9	28.0	36.6
Bölge					
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
Anne eğitimi					
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
Toplam	58.0	39.1	40.4	27.5	22.7

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, Tür-

kiye’de yıllar içerisinde sorunun azaldığı söylenebilir. Ancak 1993 yılında eğitim düzeyi ilkokul ve üzerindeki annelerin sağlık kuruluşu dışında bir doğumuna karşılık, eğitim düzeyi ilkokulun altındaki annelerden 5.5’i sağlık kuruluşu dışında doğum yapmıştır. Ülke genelinde sağlık kuruluşu dışında doğuran kadınların yüzdesindeki azalmaya karşın, eğitim düzeyi ilkokul ve üzerindeki annelerin sağlık kuruluşu dışında bir doğumuna karşılık, eğitim düzeyi ilkokulun altındaki annelerden 1998 yılında 14.6’sının, 2003 yılında 16.2’sinin doğumlarını sağlık kuruluşu dışında yaptığı izlenmektedir. Kentte gerçekleşen sağlık kuruluşu dışındaki her bir doğuma karşılık kırdı, 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. Tablodaki verilere başka bir açıdan bakıldığında; 1993 yılında ilkokul eğitim düzeyinin altında eğitimi olan annelerin eğitim düzeyi, ilkokul ve üzerine çıkarılabileseydi, sağlık kuruluşu dışında gerçekleşen doğumların %70.3’ünün, 2003 yılında ise %85.9’unun engellenebileceği görülmektedir.

Bir başka sağlık hizmeti göstergesi, 12-23 aylık çocuklardan tam aşılınmışların oranıdır. 1998 yılında 12-23 aylık yüz çocuktan 54.3’ü, 2003 yılında 45.8’i tam aşıları değildir (Tablo 4). Aynı yıllarda sırasıyla kentte tam aşıları olmayan bir çocuğa karşılık kırdı 1.3 ve 1.7 çocuk, Batı’da tam aşıları olmayan bir çocuğa karşılık Doğu’da 1.6 ve 2.4 çocuk bulunmaktadır. Kırdın sosyoekonomik durumu kentle benzer hale getirildiğinde de 1998 yılında tam aşıları olmayan yüz çocuktan 11.2’sini, 2003 yılında ise 19.0’unu, eğer bütün ülke Batı’nın sosyoekonomik düzeyine getirilirse tam aşısız yüz çocuktan 1998 yılında 24.3’ünü, 2003 yılında ise 41.0’ini önlemek mümkündür.

Sağlık sistemimizi ve sağlık göstergelerimizi tarihsel bir süreç içerisinde değerlendirdiğimizde çoğunlukla gözden kaçan, ayrıntı gibi düşünülen durumlar da söz konusudur. Bu durumu, “bölgelere göre sağlık ocağı başına düşen ortalama nüfus”u incelediğimizde görebilmekteyiz. Ayrıca bu değerlendirme bize, ülkemizde seksenli yılların sonunda başlayıp, aşama aşama ilerleyen, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi faaliyetini ve hedefini de somutlaştıran veriler sunmaktadır.

Tablo 4. Yıllara ve Çeşitli Sosyoekonomik Özelliklere Göre Tam Aşılammış 12-23 Aylık Çocuklar

	1998 %	2003 %
Yerleşim yeri		
Kent	48.2	37.1
Kır	63.2	63.5
Kır/Kent (HO)	1.3	1.7
TAR (%)	11.2	19.0
Demografik Bölge		
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
Toplam	54.3	45.8

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda temel hizmet birimi sağlık ocaklarımızdır. Yürürlükteki mevzuata göre de her beşbin ile onbin kişi için bir sağlık ocağı açılması gerekir. Buna karşın ülkemizde genel ortalama bile bu aralıkta olamamış, bazı bölgeler ve illerimizdeki sayılar 20bin, 230bin düzeylerine çıkabilmiştir. Tablo 6’da, yaşamın hemen bütün alanlarında karşılıkların yaşanmakta olduğunu söyleyebileceğimiz Marmara ve Güneydoğu Anadolu bölgelerimizi sağlık ocağı başına düşen ortalama nüfus bakımından benzer durumda görüyoruz. Bu iki bölge diğer beş bölgemizden ayrılıyor. Ancak tabii ki gerekçeler aynı değil. Birinde özel sektöre alan açma ve kaynak aktarma söz konusuken diğerinde ‘gözden çıkarma’ söz konusudur.

Özelleştirmeler mülkiyet boyutu ile kamu kaynaklarını patronlara aktarırken, hizmet sunumu yönünden de hizmete ulaşımı kişilerin cepten ödemelerinin daha da ağırlık kazandığı bir modele geçme eğilimindedir. Bu nedenle, ülkemizin diğer bölgelerine göre, ulusal kaynağın en büyük bölümünün tüketildiği Marmara bölgesi diğerlerinden farklılık taşımaktadır. Bu bölgede yaşayanlar, diğer bölgelerde yaşayanlara göre sağlık hizmetlerine daha fazla para ‘ayırabilir durumda’dır. O nedenle de kamusal sağlık kurumları bu bölgeden ‘çekilmiş’, başta nüfus artışı olmak üzere, ortaya çıkan gereksinimlere paralel olarak uygun bir şekilde artırılması yoluna gidilmemiştir. Yaşanan hizmet açığı da birinci basamakta

özel polikliniklerle, yataklı tedavi hizmeti sunan özel hizmet birimleri ve görüntüleme merkezleri tarafından 'giderilmeye' çalışılmaktadır.

Tablo 5. Sağlık Ocağı Başına Düşen Ortalama Nüfusun Coğrafi Bölgelere ve Yıllara Göre Dağılımı

Coğrafi Bölgeler	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Marmara	11480	18933	18472	19810	19434	19344	20091	19878
Ege	9615	9213	8805	9273	8973	9071	9348	9445
Akdeniz	19803	11161	10741	11805	10678	10783	11051	11056
İç Anadolu	9020	10427	10117	10418	10165	10794	11077	11092
Karadeniz	10690	8324	8088	7971	7650	8250	8214	8180
Doğu Anadolu	10308	10394	10187	9658	10226	10900	11029	11097
Güneydoğu Anadolu	16457	15857	15420	16253	15893	15875	16305	16334
TOPLAM	12064	11734	11306	11805	11461	11752	12057	12091

Tablo 6. Sağlık Ocağı Başına Düşen Ortalama Nüfusun Coğrafi Bölgelere Göre Dağılımının Karşılaştırılması

Coğrafi Bölgeler	Marmara	Ege	Akdeniz	İç Anadolu	Karadeniz	Doğu Anadolu	Güneydoğu Anadolu
Marmara		*	*	*	*	*	
Ege	*		*				*
Akdeniz	*	*			*		*
İç Anadolu	*						*
Karadeniz	*		*				*
Doğu Anadolu	*						*
Güneydoğu Anadolu		*	*	*	*	*	

* İki yönlü varyans analizinde farklı olan coğrafi bölgeler(Tukey testi, $p < 0.05$)

Tablo 7 . Türkiye’de Yıllara ve Coğrafi Bölgelere Göre Ebesi Olmayan Köy Sağlık Evi* Orantıları(%) 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
Toplam	66	68	75	79	1.20	13
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.

Yukarıdaki tabloda ülke genelinde, 2000 yılında yüz köy sağlık evinden 66’sında, 2003 yılında da 79’unda ebe olmadığı görülmektedir. Bir başka ifadeyle, ülke genelinde sorun yıllar içinde artmıştır. Bu artış görelî olarak %20 (1-1.2) iken, mutlak olarak her yüz köy sağlık evinde 13’tür. 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 bölgesinde diğer bölgelere göre çok daha fazla artmış, bunu sırasıyla Karadeniz ve Marmara bölgelerimiz izlemiştir. Yani yıllar içerisinde ebesiz köy sağlık evlerimizdeki artış bu bölgelerimizde en fazladır. 2000-2003 yılları arasında bu artış, mutlak olarak yüz köy sağlık evinde Akdeniz bölgesinde 24, İç Anadolu bölgesinde 15 ve Marmara bölgesinde 14’tür. Görece olarak Akdeniz bölgesinde %55 (1-1.55), Ege bölgesinde %28 (1-1.28) ve Marmara bölgesinde de %26 (1-1.26) dir. Hız oranı ve topluma atfedilen riskteki, 2000-2003 yılları arasındaki görece değişime baktığımızda, hız oranında %21(1-.79), topluma atfedilen riskte de %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 azaldığını söylemek mümkündür. Ancak bu durumun ülkenin bütün bölgeleriyle kötüleştiği bir eğilim içindeyken olduğunu da görmemiz gerekir.

Sağlık Bakanlarımızın “sağlık hizmetlerinin tek başına hekimlik hizmeti olduğu ve hekim sayısındaki yetersizliklerin giderilmesiyle sağlık sorunlarının çözüleceği” yanlışlığı, özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında, anne ve çocuklara yönelik sağlık hizmetlerini sunmakla görevli ebelerin ve onların çalıştıkları birimlerin durumuna da terkedilmişlik olarak yansıtıldığı görülmektedir (Tablo 7).

Tablo 8 ve 9’da görüldüğü gibi ülkemizde özel yataklı tedavi kurumlarının neredeyse hemen hepsi gayri safi yurt içi hasılanın (GSYİH) %70.1’ini alan 18 ilimizde. Kırkbir ilimizde ise hiçbir özel yataklı tedavi kurumu yok. Bu illerimizin GSYİH’den aldıkları payın toplamı yalnızca %13.9. Türkiye’de de patronlar, satış yapabileceği, kâr elde edebileceği yerleri tercih ediyor. Toplumun sağlık gereksinimiyle ilgili hiçbir kaygıları yok. Çünkü biliyoruz ki düşük gelirli illerimizde yaşayanlarımızın daha fazla sağlık hizmetine gereksinimi var. Ancak daha fazla sağlık gereksinimi olan illerimizde özel yataklı tedavi kurumu bulunmuyor. Çünkü böyle bir sorun patronların gündeminde değil. Doğası gereği olamaz da. Bu nedenle ülkemizde özel yataklı tedavi kurumlarının patronları da nerede daha fazla kâr elde edebileceklerse orada olmak zorunda olduklarından, gelirden en fazla pay alan illerimizi tercih etmiş durumdadır.

Tablo 8. Yüzden Fazla Özel Yatağı Olan İllerin 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
Toplam (18 İl)	245 (%98)	11508 (%92)	70.1
TÜRKİYE (80 İl)	251	12449	100.0

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

Tablo 9. Özel Yataklı Tedavi Kurumu Olmayan İllerin Ulusal Gelirden Aldıkları Pay (2001)

BÖLGE/İL	GELİR (%)*	BÖLGE/İL	GELİR (%)*
MARMARA		Ordu	0.7
Bilecik	0.5	Sinop	0.2
Yalova	0.5	Tokat	0.7
EGE		Zonguldak	0.8
Kütahya	0.8	Bayburt	0.0
AKDENİZ		Bartın	0.1
Burdur	0.4	DOĞU ANADOLU	
Isparta	0.5	Ağrı	0.1
Kilis	0.2	Bingöl	0.1
Osmaniye	0.3	Bitlis	0.1
İÇ ANADOLU		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
KARADENİZ		Iğdır	0.1
Amasya	0.4	GÜNEYDOĞU ANADOLU	
Artvin	0.4	Adıyaman	0.5
Bolu	0.9	Mardin	0.5
Giresun	0.4	Siirt	0.2
Gümüşhane	0.1	Batman	0.4
		TOPLAM (41 İL)	13.9

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

Yukarıdaki veriler bir arada değerlendirildiğinde, Türkiye’de son 20-25 yıldır sağlığın genel olarak ‘iyiye’ gittiğini söylemek mümkündür. 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 annelerin eğitim durumlarına göre gruplanmasıyla elde edilebilen sağlık göstergelerine ulaşmak mümkün olmaktadır. Bu veriler incelendiğinde de diğer verilere benzer biçimde, annelerin eğitimindeki farklılıklarla tanımlanan sağlık farklılıklarında zaman içinde artış görülmektedir. Bu durum, Türkiye’de sağlık-toplumun sağlığı için yapılacaklarda önceliğin sağlıktaki eşitsizliklerin kaynağına yönelik olması gerektiğini gösteren bir

ipucu olarak deęerlendirilmelidir.

KAYNAKLAR:

Hamzaoğlu O: Türkiye'de Sağlığın Bugünü (Sağlıkta Dönüşüm)-Ne Yapmalı? 9. Ulusal Sosyal Bilimler Kongresi, Ankara, 7-9 Aralık 2005.

Hamzaoğlu O: Türkiye'nin Sağlığını Okumak, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 15 (4-7, 12): Nisan-Temmuz, Aralık 2006

Hamzaoğlu O: Türkiye'nin Sağlığını Okumak, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 16 (1,2): Ocak, Şubat 2007.