

12 EYLÜL/ARAŞTIRMA**SON YİRMİ YILDA SAĞLIKTAKİ DEĞİŞİM
12 Eylül Rejiminin Yarattığı Olumsuzluklar***İlker BELEK*, Onur HAMZAOĞLU*****ÖZET**

Bu çalışmanın amacı Türkiye’de sağlıktaki son 20 yıllık değişimi incelemek ve “12 Eylül Rejimi”nin sağlık alanındaki etkilerini saptamaktır. Bunun için 1978’den beri yapılmış çeşitli epidemiyolojik araştırmaların verilerinden ve Sağlık Bakanlığı istatistiklerinden yararlanılmıştır. Türkiye’nin sağlık durumu bölgeler, yerleşim yeri ve eğitim gruplarına göre değerlendirilmiştir. Sağlık durumu ve sağlıktaki eşitsizlikler, bu sosyoekonomik grupların her birisi için 11 sağlık göstergesi üzerinden hesaplanmıştır. Sağlık durumunda bir düzelme olsa bile, sağlıktaki eşitsizliklerin yıllar içinde arttığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Türkiye, 12 Eylül Rejimi, Eşitsizlikler

ABSTRACT

The aim of this study is to investigate the changes of the health status in Turkey in the last 20 years and to determine the health effects of “12 September Regime”. For this aim, the data of the various epidemiological studies which has been maid since 1978 and the statistics of the Ministry of Health were used. The health status of Turkey was determined according to the regions, living areas and education. Health status and health inequalities were calculated for 11 health related indicators for each of these socioeconomic groups. It has been found that, health inequalities among the socioeconomic groups has increased, although the health status has changed positively for 20 years.

Key Words: Health, Turkey, 12 September Regime, Inequality

GİRİŞ VE AMAÇ

12 Eylül, Türkiye için bir askeri darbe olmanın ötesinde, yeni bir iktisadi modelin yürürlüğe konduğu tarihi ifade eder. İhracata yönelik kalkınma denilen bu model, aslında 24 Ocak 1980 tarihinde uygulanmaya başlanmış; ancak mevcut siyasal dengeler çerçevesinde geliştirilemeyeceği, hedeflenen sonuçlarına ulaşamayacağı kısa süre içinde açığa çıkmıştır. 12 Eylül darbesi, 24 Ocak iktisadi modelinin gerektirdiği siyasal “istikrar” ortamını oluşturmak hedefiyle gerçekleştirilmiş ve bunda başarılı olmuştur.

İhracata yönelik kalkınma stratejisi 1960’larda Uzak Doğu ve Latin Amerika ülkelerinden başlayarak kapitalist sistemin periferinde yer alan bir dizi ülkede yaşama geçirilmiştir. İhracata yönelik strateji, temelde serbest ticarete dönülmesini simgeleyen bir yaklaşımdır. Bunu sağlamak için ekonomiyi uluslararası ticaretten koparmayacak bir ticaret rejimi izlenmesi ve ulusal kaynak tahsisinin, ithal ikamesi yaklaşımında olduğu gibi salt iç talep tarafından değil, uluslararası talep tarafından belirlenmesine izin verilmesinin zorunlu olduğu ileri sürülmektedir. Kuramsal açıdan, bu tercihin ülkeye uluslararası düzeyde rekabet üstünlüğü sağlayacağı belirtilmektedir. İthal ikamesi stratejisinde tüm çaba ve önlemler ithalatın sınırlandırılmasına, iç pazarın korunmasına yönelikken, ihracata yönelik stratejide düzenlemelerin tümü ihracatın özendirilmesini hedefler. Ücretler, çalışma koşulları, maliyet ve kredi politikaları, uluslararası dolaysız sermaye akımını düzenleyen politikalar aynı amacı destekleyecek bir yaklaşım içinde oluşturulmaktadır. (Berksoy, T.; 1985: 218-223)

* Yrd. Doç., Dr. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.

** Doç. Dr., Halk Sağlığı Uzmanı

İhracata yönelik stratejinin temelini oluşturan ticarete serbestleşme, genel olarak devletin küçültülmesi ve bütün ekonominin "serbestleştirilmesi" politikası çerçevesinde gündeme getirildi. Böylece, ithal ikamesinin terk edildiği dönem, aynı zamanda az gelişmiş ülkelerdeki sosyal devletin de tamamıyla tasfiye edildiği bir sürece denk geldi. İhracata yönelik strateji, esas olarak dünya kapitalist hiyerarşisindeki ekonomik ve siyasal ilişkilerin de yeniden tanımlandığı ve kapitalizmin dünya ölçeğinde yaşadığı bunalıma çözüm olarak üretildiği bir dönem oldu. Bu dönemde bütün teknolojik gelişmelere rağmen daha emek yoğun nitelikli olan metaların üretimi, emek gücünün zaten ucuz olduğu az gelişmiş ülkelere kaydırıldı. Bir yandan da, bu ülkelerde emek gücünün fiyatını ucuzlatacak düzenlemelerin gerçekleştirilmesi olanaklıydı. Böylece, merkez kapitalist ülkeler tarafından periferdeki ülkelerin sanayisi ihracata yönelik olarak yeniden düzenlenirken, hedeflenen esas olarak, merkez kapitalist ülkelerdeki piyasa gereksinimleri ile bu üretimi örgütleyen uluslararası tekelin çıkarlarıydı. (Başkaya, F.; 1992: 132-137, 154-158)

İhracata yönelik strateji aynı zamanda bütün üretim ve bölüşüm ilişkilerinin yeniden tanımlanmasını ifade eder. Bu modelde ekonomik kararların en belirgin özelliği ekonominin liberelleştirilmesidir. Amaçlanan şey ihracatın artırılmasıdır. İhracatın artırılabilmesinin en önemli araçları ise ihracatçı sektörler için yeni krediler sunulması, üretim girdilerinin ucuzlatılmasıdır. Üretim girdilerinin ucuzlatılması ise ücretlerin sınırlanması, hatta düşürülmesi, tarım ürünü fiyatlarının ve sanayi üretiminde kullanılan hammadde ve ara ürün fiyatlarının ucuzlatılmasıdır. Görüldüğü gibi bu yeniden yapılanma işçi, emekçi ve köylülerin gelir bölüşüm dengesi içindeki pozisyonlarının gerilemesi, KİT'lerin zarar etmesi gibi etkiler göstermeye adaydır (Sönmez, M.; 1985: 54-56).

Nitekim, yukarıda sıralanan hedeflere ulaşılabilmesi için 1980 darbesi ile birlikte sendikal yaşam önce tamamen durdurulmuş, sonra da önemli kısıtlamalarla yeniden düzenlenmiştir. Sonuçta yıllık gerçek net ücretler (1981'de %8.6, 1982'de 10.3, 1983'te 5.3, 1984'te 10.8 olmak üzere) düzenli biçimde azaltılmıştır (Törüner, M.; 1987: 209)

24 Ocak Kararlarıyla 1980 sonrası dönemde vergi politikaları da bütçe ve para politikalarıyla eşgüdümlü olarak ele alınmıştır. Bu dönemdeki vergi politikalarının ilki "Gönüllü Tasarruf Politikası"dır. Buna göre yüksek gelirli kesimin vergisel yükleri azaltılarak özel sektör yatırıma özendirilerek zorunlu tasarruflar yerine gönüllü tasarruflar tercih edilmiştir. Beraberinde yine bu kesime döviz kazandırıcı işlemlerde dolaysız vergilerdeki yükümlülüklerinde büyük vergi kolaylıkları sağlanmıştır. Bu yaklaşıma bağlı olarak vergi yükü (dolaysız mali yüklerini artırarak ve dolaylı vergilerin ağırlığını büyütürken) kentsel ve kırsal alanın küçük sermaye/küçük girişimci kesimlerine kaydırılmıştır. Özellikle 1985'den itibaren hem

dolaylı vergilerle hem de fon sistemi aracılığıyla mali yük, ücretlilere ve kentsel/kırsal küçük girişimcilere yönlendirilmiştir. Beraberinde enflasyon vergisi de en fazla bu kesimleri etkilemiştir. Yine bu dönemde kaynaklar üretken sektörler (sanayi, madencilik, tarım) yerine dış ticaret, ulaştırma/iletişim sektörlerine kaydırılmıştır. Böylelikle kamu kesiminin sanayiden çekilmesi sağlanmış, bunun sonucunda kamu aracılığıyla özel sektörün imalat sektöründeki gereksinimi olan ara ürün üretimi kamuda engellenip yerine bu malların ithalatında büyük gümrük muafiyetleri getirilmiştir. Yine bu dönemde kara servetlerin aklanması, birikmiş vergi uyuşmazlıklarının çözümü için sık sık vergi afları yapılmış, bu durum beraberinde sermayenin vergi kaçakçılığını da yaygınlaştırmıştır. Gerçek usulden, götürü usul vergilendirilmeye kayılarak vergilendirmede kaynak kaybı yaratılmıştır. 1980 sonrası vergi politikalarının en trajik komiği ise; sermayeden alınması gereken vergileri kurumlar ve gelir vergilerinde çok sayıda istisna ve muafiyet uygulayarak düşürüp, bunun yerine hazinenin bu kesimden yüksek faizle borçlanmasının tercih edilmiş olmasıdır. Beraberinde kar, rant ve faiz gelirleri üzerinden ödenen vergi yükü de büyük ölçüde azaltılmıştır. Bütün bu tercihler sonucu düşük gelirli ve özellikle ücretlilerin vergi yükü artmış, toplam vergi geliri azalmış, bütçe açıkları büyümüş, kamu iç borç stoğu artmış, transfer ödemelerinin kamu harcamaları içindeki payı yükselmiş ve kamu hizmetleri arzı azalarak niteliğinin düşmesine neden olmuştur (Yüce, M.; 1994:23-41). (Tablo 1 ve 2)

24 Ocak-12 Eylül dönemi ihracata yönelik yapılanma rejimi Türkiye ekonomisinde önemli olumsuzluklar yaratmıştır. Örneğin, dış borç miktarı 1979'da 5 milyar dolar kadarken, bugün 100 milyar doları geçmiştir. Enflasyon yıllar içinde yerleşik bir sorun boyutuna ulaşmıştır. Gelir bölüşümü tablosu tamamen bozulmuştur. 1978-1979 yıllarında tarım sektörünün ulusal gelir içindeki payı %25.5, ücret-maaşları %34, rant, faiz, karın payı %40.5 iken, bu oranların 1984-1987'de %19.8, 18.3 ve 61.9 şeklinde değiştiği ve sonraki dönemde de hemen hemen aynı düzeylerde kaldığı görülmektedir (Kazgan, G.; 1994: 283-288).

12 Eylül, yarattığı ekonomik politikalar ve genel siyasal düzenlemeler itibarıyla belirleyiciliği halen devam eden tarihsel bir dönemeçtir. Bu yeniden yapılandırıcı müdahalenin ortaya çıkardığı gelir dağılımı eşitsizliği, emeğiyle geçinenlerin gerçek gelirlerindeki düşme gibi ara sonuçların, halk sağlığı üzerinde olumsuz etkilerinin bulunacağını beklemek gerekir. Öte yandan, yukarıda da belirtildiği gibi 12 Eylül Rejimi devleti küçültme, her alanda "serbestleşme", bu anlamda da o güne dek doğrudan doğruya devletin etkinlik alanı içinde görülen sağlık, eğitim gibi sektörlerin özelleştirilmesi sürecidir. Nitekim ilk kez 1982 Anayasası'nda sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektöre yer verildiği görülmektedir. Bu nedenle ekonomik anlamda neoliberal bir yeniden yapılanmayı işaret eden 12 Eylül Rejimi'nin, bir de sağlık

sektörü ve sağlık hizmetlerinin sunumu üzerinde (özelleştirme çerçevesinde) olumsuz etkilerinin ortaya çıkmış olması beklenmelidir. Kısacası, 12 Eylül rejiminin halk sağlığındaki olumsuz etkileri hem genel ekonomik yönelimler, hem de sağlık sisteminin özelleştirilmesi ile birlikte gerçekleşmiş olmalıdır. Çünkü, yüksek düzey demokrasinin, güçlü sol rejimlerin, sosyal sektörlere yapılan harcamalardaki artışın toplumsal sağlık düzeyi üzerinde olumlu etkilerde bulunduğunu ve bunun tersinin de doğru olduğunu gösteren araştırmalar vardır (Lena, H.F., London, B.; 1993: 597, Gough, I., Thomas, T.; 1994: 737).

Bugün 12 Eylül Rejimi'nin halen devam edip etmediği konusu tartışılabilir. Ancak temel kurum ve tercihleri itibarıyla bu dönemin henüz kapanmamış olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Örneğin, Anayasa, iş yaşamını düzenleyen yasaların önemli bölümü, hatta TTB yasası bile 12 Eylül düzenlemeleridir. YÖK, RTÜK gibi kurumlar 12 Eylül'de oluşturulmuş, Milli Güvenlik Kurulu yürütmenin üzerinde etkin hale getirilmiştir vb. Bütün bunların ötesinde liberalleşme, devletin küçültülmesi, serbestleşme, sağlık, eğitim, sosyal güvenlik sistemlerindeki özelleştirmeler gibi temel ekonomik tercihlere yapılan vurgu yine aynı dönemde bu denli belirginleşmiş ve sonrasında bu denli kalıcı uygulamalar durumuna getirilmişlerdir. O halde, Türkiye'de son 20 yıl içinde ortaya çıkan toplumsal, ekonomik, politik ve sağlıkla ilgili değişiklikleri 12 Eylülcü paradigmayla ilişkilendirmek olanaklı ve gereklidir.

Bu çalışmada Türkiye'nin 20 yıllık sağlık verileri toparlanmıştır. Böylece bu döneme damgasını vuran 12 Eylül ekonomik, politik müdahalesinin sağlık sektörü ve toplumsal sağlık düzeyi üzerindeki etkisi belirlenmeye çalışılmıştır. Şüphesiz bu verilerle, istatistiksel olarak 12 Eylül'ün, verilerin işaret ettiği gelişmelerin doğrudan nedeni olduğunu ileri sürmek olanaklı değildir. Ancak, Türkiye'de 24 Ocak kararları ile 12 Eylül darbesi, dünyanın içinde bulunduğu ve kapitalizmin bunalımı olarak bilinen bir konjonktür içinde meydana gelmiştir. Her iki olay da Türkiye açısından kimileri Cumhuriyet'in başından, kimileri de II. Dünya Savaşı sonrasında beri geçerli olan temel ekonomik, mali ve politik tercihlerin değiştirilmesi, deyim yerindeyse yeni bir paradigma tanımlanması, inşası işlevi görmüşlerdir. Böylece, politik boyutuyla 12 Eylül Rejimi diye tanımlanabilecek bu paradigma, sonuç olarak sağlığı da içine alan, bu alandaki temel tercihleri ve değişiklikleri şekillendiren bir ortam oluşturmuştur. Bu nedenle, son 20 yıl içinde sağlık sistemimizde ve toplumsal sağlık düzeyinde ortaya çıkan ne varsa, bütün bunların 12 Eylül Türkiye'si'ni yaratan makro belirlenimlerle ilişkili olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Özellikle 1980 öncesi dönem ile sonrasında ortaya çıkan, ya da son 20 yıl içinde giderek belirginleşen değişiklikler, 12 Eylül Rejimi'nin sağlıktaki etkilerini gösteren bulgular olarak yorumlanabilirler. Bu nedenle, veriler tarihsel olarak olabildiğince geriye götürülmeye çalışılmış ve istatistiksel

analizler de yapılmıştır. Çalışmada, hem sağlık göstergelerindeki değişim, hem de sosyoekonomik gruplar arasındaki eşitsizlikler değerlendirilmiştir.

YÖNTEM

Araştırmanın veri kaynakları

Bu araştırmada veriler temel olarak iki tür kaynaktan elde edilmiştir. Bunlardan birincisi ilki 1968 yılında, sonuncusu ise 1998 yılında gerçekleştirilmiş olan ve her beş yılda bir yinelenen Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları'dır. İkinci kaynak ise Sağlık Bakanlığı tarafından 1970'lerin başlarından beri yayınlanmakta olan ve iller bazında sağlık kurum ve insan gücüne ilişkin verileri içeren Türkiye Sağlık İstatistikleri'dir.

Bulgularda sunulan tablolardan da görüleceği gibi veri kaynaklarında kimi verileri ham olarak bulabilmek olanaklı olamamış, bu nedenle de kimi zaman hızlar hesaplanamamış ya da istatistiki analiz yapılamamıştır.

Hekim ve ebe başına düşen nüfuslar hesaplanırken, DİE tarafından yapılan nüfus sayımı ve projeksiyonlarının sonuçları kullanılmıştır.

Sağlık emekçilerinin maaşları 2000 yılına göre hesaplanırken, geçmişteki 1 TL'nin bugünkü satın alma gücünü gösteren verilerden yararlanılmıştır.

Araştırmanın değişkenleri

Zaman içinde değişimleri izlenen değişkenler üç ana grupta toplanabilir:

- 1- Toplumsal sağlık düzeyiyle ilgili göstergeler,
- 2- Sağlık hizmetleriyle ilgili göstergeler,
- 3- Sağlık emekçilerinin ücretleri.

Toplumsal sağlık düzeyiyle ilgili göstergeler;

- a) Bebek Ölüm Hızı (BÖH),
- b) Postneonatal Bebek Ölüm Hızı (PNBÖH),
- c) 0-5 yaş grubu çocuklarda son iki hafta içinde ishal geçirenlerin oranı ve
- d) boy kısalığı sıklığı (boyu -2 standart sapmanın altında olan çocuklar) dir.

Sağlık hizmetleriyle ilgili göstergeler;

- a- Son beş yıllık dönemde sağlık kuruluşunda doğuramamış olan kadınların oranı,
- b- Son beş yıllık dönemde doğurmuş olan kadınlardan doğum öncesi bakım almayanların oranı,

c- Araştırmanın yapıldığı anda herhangi bir gebeliği engelleyici yöntem kullanmayan evli ya da gebe kalma riski bulunan kadınların oranı,

d- 12-23 aylık çocuklarda tam olarak aşılammış olanların oranı,

e- Hekim ve

f- Ebe başına düşen nüfustur.

Görüldüğü gibi sağlık kuruluşundaki doğumlar ile doğum öncesi bakıma ait bilgiler geçen beş yıllık döneme aittir. Bu nedenle bu iki gösterge için yapılacak karşılaştırmalar, geçmiş beş yıllık dönemlerin değerlendirilmesine olanak verebilecektir. Gebeliği engelleyici yöntem kullanma sıklığını belirleyen veriler 1978, 1983 ve 1988 araştırmalarında son iki araştırmadan daha farklı bir şekilde toplanmıştır. Gebeliği engelleyici yöntem kullanma sıklıkları, ilk üç araştırmada evli ve doğurgan durumda olan kadınlar üzerinden hesaplanırken, son ikisinde bütün evli kadınlar dikkate alınmıştır. Bu nedenle bu gösterge için bu iki dönemin ayrı ayrı değerlendirilmesi gerekecektir.

Sağlık emekçilerinin ücretleri Ankara'da çalışmakta olan uzman ve pratisyen hekim ile ebe, hemşireler için elde edilmiştir.

Analizler

Yukarıda sıralanan göstergelerdeki değişim; yıllar içinde ve kır-kent, bölgeler ve eğitim grupları çerçevesinde değerlendirilmeye çalışılmıştır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarından elde edilen verilerde her üç sosyoekonomik değişken için de (en azından bazı yıllar için) eşitsizlik değerlendirmesi yapma olanağı olabilmektedir. Hekim ve ebe başına düşen nüfuslarda ise, yalnızca bölgeler arasındaki eşitsizlikler değerlendirilebilmiştir. Yüzdeler bakımından gruplar arasında karşılaştırma yapılırken iki yüzde arasındaki farkın önemlilik testi, ortalamalarda gruplar arası karşılaştırma yapılırken de tek yönlü varyans analizi ile farklılığın nereden kaynaklandığını saptarken Tukey testi kullanılmıştır.

Bu analizlerin dışında, hız hesaplaması yapılan göstergelerde eşitsizliklerin boyutunun ortaya çıkarılmasında iki eşitsizlik göstergesi yıllara göre hesaplanmıştır. Bunlar Hız Oranı (Rate Ratio) ile Nüfusa Atfedilen Risk (NAR) (Population Attributable Risk) tir. Her iki eşitsizlik göstergesinin tanımları şöyledir (Kunst, A.E., Mackenbach, J.P.; 1995):

Hız Oranı = Sosyoekonomik durumu en kötü grubun hızı / Sosyoekonomik durumu en iyi grubun hızı

Nüfusa Atfedilen Risk = (Toplumun ortalama hızı – Sosyoekonomik durumu en iyi grubun hızı) / Toplumun ortalama hızı

Hız oranı, en kötü ve en iyi durumdaki sosyoekonomik grupların karşılaştırmasını verir. NAR ise, 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.

BULGULAR

Türkiye'nin sağlık durumunun, seçilen bazı göstergeler açısından kötüleştiği görülmektedir. Araştırma tarihine göre son iki hafta içinde ishal olan çocukların oranı, tam aşılammış çocukların oranı 1990'lı yıllar boyunca artmıştır. Veri olmadığından, bu göstergelerin 1980'li yıllar içindeki seyri hakkında bir şey söyleyebilmek olanağı yoktur. Hemen bütün göstergeler için Doğu ve/veya Güney Doğu'nun durumu diğer bölgelerden, Kır'ın durumu Kent'ten ve düşük eğitimli grupların durumu eğitimli gruplardan belirgin biçimde daha kötüdür. Sağlık emekçilerinin maaşlarında da genel bir düşmenin olduğu söylenebilir.

Bebek Ölüm Hızı bütün gruplarda düşmüştür. Bunun tek istisnası Doğu bölgesidir. Doğu bölgesinde 1998 yılı BÖH değeri 1993 değerinden daha yüksektir. Kır/Kent ve bölgeler arasında ciddi eşitsizlik vardır. Eşitsizliğin hem 1980'ler, hem de 1990'lar içinde, dönemlerin başındaki değerlere göre artış gösterdiği görülmektedir. (Tablo 3)

Postneonatal Bebek Ölüm Hızındaki eşitsizlikler BÖH için gözlenenlerden daha belirgindir. Bu gösterge için dikkati çeken bir diğer nokta Kır/Kent eşitsizliklerinin azalmasına karşın, bölgeler arasındaki eşitsizliklerin 1988 araştırmasından beri artıyor oluşudur. Türkiye'nin genelinin sosyoekonomik koşullarının Batı bölgeleri düzeyinde olması durumunda postneonatal bebek ölümlerinin %55.6'sının engellenebileceği anlaşılmaktadır. (Tablo 4)

1988'den beri ishal geçiren çocukların oranında artış görülmektedir. Artış özellikle 1993-1998 döneminde belirgindir. Eşitsizlikte de, ishal sıklığındakine benzer biçimde artış vardır. İshal geçiren çocuk oranlarındaki eşitsizlik eğitim grupları arasında daha belirgindir. Bütün annelerin ilkökul üzerinde eğitime kavuşturulmaları durumunda ishallerin %45.8'inin engellenebileceği anlaşılmaktadır. İshal sıklığı, grup ayrımı gözetmeksizin, bütün yerleşim birimlerinde, bölgelerde ve eğitim gruplarında artmıştır. (Tablo 5)

Yaşa göre boyun ifade ettiği kronik beslenme bozukluğu yıllar içinde bütün gruplar için azalmıştır. Eşitsizlik durumunun ise değişmeden sürdüğü söylenebilir. Doğu/Batı farkı üç kat kadardır. Eğitim gruplarında ise eşitsizlik boyutu sekiz kata yaklaşmaktadır. (Tablo 6)

Sağlık kuruluşu dışında doğuran kadın oranı (1988-1993 arasında genelde ve kırdan, Orta, Kuzey ve Doğu bölgelerinde hafif artmış olsa da) son 20 yıl içinde

azalmıştır. Kır/Kent oranı iki , Doğu/Batı oranı dört, eğitim grupları oranı ise 15 kat kadardır. Bölgeler ve eğitim grupları arasındaki eşitsizlikte belirgin artış vardır(Tablo7).

Doğum öncesi dönemde bakım almayan gebelerde genelde ve gruplarda azalma vardır. Buna karşılık eşitsizlikteki gelişme tam ters yöndedir. Bütün gruplarda 1988-1998 döneminde eşitsizlik belirgin biçimde artmıştır. Kadın sağlığına yönelik olan bu son iki göstergenin esas olarak 1983-1998 arasındaki dönemi gösterdiği unutulmamalıdır. (Tablo 8)

Gebeliği engelleyici yöntem kullanmayan kadınların oranı hemen bütün gruplarda ve genelde azalmıştır. Batı, Güney ve Doğu bölgelerinde durumun olumsuzlaştığı görülmektedir. Eşitsizlik durumunda da düzenli bir azalma olduğu söylenebilir. Eğitim gruplarındaki eşitsizlik artmıştır. Doğu bölgesinde yöntem kullanmayanların oranı, Batı bölgesindeki oranın yaklaşık iki katıdır. (Tablo 9)

Tam aşılammamış çocukların oranında 1990'lar boyunca belirgin artış vardır. 1998 araştırmasına göre, Türkiye genelinde 12-23 aylık çocukların %54.3'ü tam olarak aşılammamıştır. Buna karşılık gruplar arasındaki eşitsizlikte azalma görülmektedir. Bunun nedeni sosyoekonomik bakımdan daha iyi durumdaki grupların durumunun daha kötüleşmiş olmasıdır. (Tablo 10)

1976 sonrası dönem incelendiğinde, hekim başına düşen nüfusta dört, ebe başına düşen nüfusta ise bir buçuk katlık bir azalma olduğu anlaşılmaktadır. Doğu ve Güney Doğu hemen bütün yıllar için en kötü durumdaki bölgelerdir. Hekim başına düşen nüfus açısından Doğu ve Güney Doğu'ya göre durumu daha iyi olan bölge sayısının 1990'dan itibaren arttığı görülmektedir. Diğer bir deyişle bu iki bölge giderek daha fazla sayıdaki bölge ile farklılaşmıştır. Aynı şey ebe başına düşen nüfus için de geçerlidir. Bu son gösterge açısından özellikle Güney Doğu'nun durumu olumsuzdur ve yıllar içinde Güney Doğu diğer bölgelerin tümünden farklılaşmıştır. Bugün artık, sağlık insangücü dağılımı açısından Türkiye, Doğu ve Güney Doğu ile diğer bölgeler şeklinde kutuplaşmış bir görüntü vermektedir. Son yıllarda ebe dağılımında Doğu Anadolu'nun diğer bölgelere göre anlamlı bir dezavantajı yokken, hekim dağılımında Doğu Anadolu'daki durumun da daha kötü olduğu görülmektedir. (Tablo 11 ve 12)

Tablo 13'de sağlık emekçilerinin maaşları hem o yılın değeriyle, hem de 2000 yılı değeriyle verilmiştir. 2000 yılı değerleriyle bakıldığında, 1979'dan 1980'e geçilirken sağlık emekçilerinin ücretlerindeki erime %26.2 (uzman), %31.2 (pratisyen) ve %48.4 (ebe, hemşire) düzeyindedir. Ücretlerdeki bu azalmanın 1989 yılına kadar sürdüğü, 1989'da 1979 düzeyini yeniden yakaladığı görülmektedir. 1989 sonrasında ise yeni bir erime sürecine girildiği söylenebilir. Son birkaç yıldır sağlık emekçilerinin ücretleri yeniden 1980 düzeyine yaklaşmıştır.

Sonuç olarak, BÖH, PNBÖH, ishal, sağlık kuruluşunda doğum, doğum öncesi bakım açısından var olan eşitsizlikler daha da artmıştır. Sağlık insangücü/nüfus ilişkisi açısından Doğu ve Güney Doğu bölgeleri ile diğer bölgelerin hemen tamamı arasında farklılık girmiş, sağlık emekçilerinin ücretleri 1980-89 arasında ve 1991 sonrasında düzenli gerileme göstermiştir. İshal geçiren çocuk oranı ve tam aşılammayan çocuk oranında artış vardır. 1993-1998 arasında Doğu bölgesinde BÖH ve yöntem kullanmayan kadın oranı yükselmiştir. Eşitsizliklerin azaldığı göstergeler ise yalnızca yöntem kullanmayan kadınların oranı ile tam aşılammayan çocukların oranıdır.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Türkiye temel sağlık göstergeleri açısından Avrupa bölgesinin en kötü durumdaki ülkesidir. Bunun yanı sıra bölgeler, yerleşim yerleri ve eğitim grupları arasında da önemli eşitsizlikler vardır. İncelenen göstergelerin çoğu için yıllar içinde bir düzelmeye söz konusu olsa da, gruplar arasındaki eşitsizlikler genellikle artarak sürmektedir. İshal geçiren çocuklar ile tam aşılammayan çocukların oranları ise artmaktadır. Ancak, bu son iki gösterge için incelemelerin yalnızca 1993 ve 1998 dönemlerine ilişkin olarak yapılabildiğini göz önünde bulundurmak gerekir.

Eşitsizliklerin artışı Türkiye'nin 2000 Yılında Herkes İçin Sağlık hedeflerinin ilkini gerçekleştiremediğini göstermektedir. Bilindiği gibi Avrupa Bölgesi Herkes İçin Sağlık hedeflerinin ilki ulusal sınırlar içindeki eşitsizliklerin %25 oranında azaltılmasıydı. (WHO; 1993: 21) Herkes İçin Sağlık hedeflerinin bir diğeri de, BÖH binde 20'nin üzerinde olan ülkelerde, BÖH'nin binde 15'in altına düşürülmesiydi. Türkiye'nin bu hedefi gerçekleştirmek konusunda da başarılı olamadığı anlaşılmaktadır.

Türkiye'de insanların daha fazla ölmesi, sağlıksız olması rastlantısal değil, tercihtir. Öyleki bölgeler arasındaki sosyoekonomik eşitsizlikler giderildiğinde, bir başka deyişle paylaşımdaki eşitsizlikler biraz olsun azaltılabildiğinde; bebek ölümlerinin %23'ünün, postneonatal bebek ölümlerinin %56'sının, çocuk ishallerinin %27'sinin, beslenme bozukluklarının %38'inin, sağlık kuruluşu dışında yapılan doğumların %51'inin, doğum öncesi bakım alamamanın %56'sının, gebeliğe karşı yöntem kullanmamanın %51'inin ve tam aşılammamanın %8'inin engellenebileceği ortadadır. Engellenmesi "yeni" tercihleri beklemektedir.

Tablolardan izlendiği gibi eşitsizlik düzeylerinin hesaplanabildiği göstergelerin çoğunda Doğu/Batı bölgeleri arasındaki eşitsizlikler, Kır/Kent yerleşim yerleri arasındaki eşitsizliklerden daha büyüktür. Bu bulgu, Batı bölgesinin, içindeki kırsal kesimle birlikte, Türkiye'nin kentlerinden de Kentli ve Doğu bölgesinin de içindeki kentlerle birlikte, Türkiye'nin kırsalından da daha kırsal olduğunu göstermektedir.

Sağlık insangücü dağılımı bakımından Doğu ve Güney Doğu Anadolu bölgelerinin özellikle 1990'lı yıllarda diğer bölgelerden belirgin biçimde farklılaştığı görülmektedir. Adı geçen bölgelere sağlık emekçisi göndermeyi zorunlu kılan çeşitli insangücü politikalarına rağmen bu gerçek değişmemiştir. Bu gelişmede, bölgede 1990'lı yıllar boyunca yaşanan savaş koşullarının da etkili olduğu söylenebilir.

Sağlık emekçilerinin ücretlerinde 1980'e geçilirken keskin bir erime olduğu saptanmaktadır. Bu gelişme 1989'a kadar sürmüştür. 1989'da başlayan ve 1994'e kadar süren reel ücret artışında hem 1988-89'a denk gelen işçi sınıfı eylemliliğindeki yükselişin (hekimler için Beyaz Eylemler'in), hem de aynı dönemdeki genel seçim atmosferinin etkili olduğu söylenebilir. Ücretler hekimler için 1989'da ebe ve hemşireler için 1992'de 1979'daki düzeylerini geride bırakmıştır. 1992-93'ten sonra ise yeni bir gerileme belirmiştir. 2000 yılı ücretlerinden görüldüğü gibi, ücretlerdeki durum yeniden 1980 düzeyine inme eğilimindedir.

Çeşitli sosyoekonomik faktörler hem bireysel, hem de toplumsal sağlık düzeyi ve sağlıktaki eşitsizliklerle ilişkilidir. (Kunst, A.E., Mackenbach, J.P.; 1995: 35-46) Toplumsal düzeyde ölçülen sosyoekonomik değişkenlerle toplumsal sağlık göstergeleri arasında ilişki vardır. Örneğin, bir toplumda (belli bir gelir düzeyinin altında yaşayanların oranıyla ölçülen) yoksulluğun ve (%20'lik nüfus dilimlerinin gelirden aldıkları payla ölçülen) gelir dağılımı eşitsizliğinin artmasının, hem Bebek Ölüm Hızı gibi temel toplumsal sağlık göstergelerinin kötüleşmesi (Carrin, G., Politi, C.; 1995: 16, Ram, R.; 1985: 592, Kennedy, B.P., Kawachi, I., Stith, D.P.; 1996), hem de depresyon, algılanan sağlık gibi bireysel düzeyde ölçülen sağlık göstergeleri ile (Yen, I.H., Kaplan, A.; 1999: 90) ileri derecede ilişkili olduğu bilinmektedir.

Bu nedenle, Türkiye'de sağlıktaki eşitsizliklerin artışı, sosyoekonomik eşitsizliklerle sağlık arasındaki ilişkileri 12 Eylül Rejimi örneğinde somutlayan bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Gerçekten de Türkiye'de son 20 yıl içinde benzer yöntemle ve DİE tarafından gerçekleştirilmiş iki gelir dağılımı araştırması, gelirin nüfusun %20'lik dilimleri arasındaki dağılımının daha da eşitsizleştiğini göstermektedir. Birinci %20'lik dilimin payı 1987'de %5.24 iken, 1994 yılında %4.9'a gerilemiş, beşinci %20'lik dilimin payları ise %49.94'ten %54.9'a yükselmiştir. (Capital Nisan 2000 Infocard) Yine 1994 gelir dağılımı araştırmasının sonuçlarına göre Doğu Anadolu bölgesinin toplam gelirden aldığı pay %3.8 ve Güney Doğu Anadolu'nun payı %5.4 iken, Marmara bölgesi için bu

oran %35.6'dır. (DİE; 1996) Oysa aynı yıl için toplam nüfus içinde Marmara bölgesinin payı %24.8, Doğu Anadolu'nun payı %9.0 ve Güney Doğu Anadolu'nun payı da %9.5'tir. 1997 yılı için bile kamu yatırımlarının illere göre dağılımında dezavantajlı iller aleyhine farklılık vardır. Örneğin, kalkınmada öncelikli illerde kişi başı kamu yatırımı miktarı 12 milyon TL iken (Adıyaman'da 4.0 milyon, Ağrı'da 4.7 milyon, Bitlis'te 1.3 milyon, Siirt'te 860 bin TL gibi), Türkiye ortalaması 20.4 milyon TL'dir. (die.gov.tr)

12 Eylül Rejimi'nde ücretlilerin ulusal gelirden aldıkları pay azalırken, rant-faiz-kar geliri elde edenlerin payı büyümüştür. 12 Eylül Rejimi toplam vergi gelirleri içinde dolaylı vergilerin payını artıran, kısacası vergi yükünü dar gelirliğin üzerine kaydıran bir mali politika geliştirmiştir. 12 Eylül Türkiye'sinde gelir dağılımı daha da bozulmuştur. 12 Eylül Türkiye'sinde sağlık emekçilerinin gelirleri gerçek anlamda erimiştir. Sağlıktaki bölgeler, yerleşim yerleri, eğitim grupları arasındaki eşitsizlikler daha da artmıştır. 12 Eylül Rejimi, sağlıktaki eşitsizlikleri artıracak bir sosyoekonomik ortam yaratmıştır.

Bütün bu verilerin iki önemli gerçeğe işaret ettiği söylenebilir:

1- Sağlıktaki olumsuz gidışin geriye döndürülebilmesi için bölgeler, yerleşim yerleri, toplumsal gruplar arasındaki eşitsizliklerin azaltılması gerekir. Bölgesel, vb. sosyoekonomik farklılıkları azaltmak ise planlı, kamusal bir müdahaleyi gerektirir. 12 Eylül deneyimi özellikle, serbestleşmenin, liberalleşmenin, özelleştirmenin, devleti küçültmenin dezavantajlı bölge ve grupların durumunun daha da kötüleşmesinden başka bir sonuca yol açmadığını açık biçimde göstermiştir. 1990 sonrasında sağlık insangücü dağılımında ortaya çıkan ve Doğu ile Güney Doğu'nun "mağduriyeti" olarak beliren tablo, son 20 yılın çözümlemesinde savaşın etkilerinin de dikkate alınmasını gerektirmektedir. Ancak eşitsizliklerin 1990 öncesinde de var oluşu, söz konusu "mağduriyet" in, esas olarak savaş dışı, daha eski-yapısal iktisadi, siyasal faktörlere bağlı olduğunu düşündürmektedir.

2- Sağlık emekçilerinin ücretlerindeki dalgalanma iktisadi-siyasal baskı, mücadele, sosyal değişim dinamiklerinin etkileşmesini sergileyen öğretici bir tablo gibidir. Emekçilerin ortak mücadelesi ücretlerde bir yükselme sağlasa da, mücadele süreklilik kazanamazsa ya da yapısal kalıcı kazanımlar biçimine dönüştürülemezse, ücret kazanımları geçici olmaktadır. Bütün veriler bugünkü ücret gerilemelerinin 1979 sonrası dönemde yaşanan en ciddi gerileme olacağını göstermektedir.

Tablo 1: Genel Bütçe Vergi Gelirleri Tahsilatının Vergi Tipine Göre Dağılımı

Yıllar	Dolaysız Vergiler(*)	Yüzde (%)	Dolaylı Vergiler(**)	Yüzde (%)
1980	470.770.957	63	279.078.474	37
1981	708.894.229	60	481.309.573	40
1982***	777.105.470	60	527.760.286	40
1983	1.107.961.517	57	826.530.355	43
1984	1.356.231.375	57	1.015.979.697	43
1985	1.795.733.830	47	2.033.383.128	53
1986	3.106.014.912	52	2.866.019.018	48
1987	4.492.169.973	50	4.558.833.152	50
1988	7.065.885.861	50	7.165.875.362	50
1989	13.644.960.836	53	11.905.359.021	47
1990	23.656.790.314	52	21.742.743.984	48
1991	41.093.677.371	52	37.549.092.883	48
1992	71.392.139.056	50	70.209.954.794	50
1993	128.733.274.009	49	135.948.756.585	51
1994	283.733.274.009	48	304.026.973.706	52
1995	441.787.096.000	41	642.563.408.039	59
1996	884.067.428.115	39	1.360.026.401.805	61
1997	1.931.968.730.255	41	2.813.515.290.695	59
1998	4.302.829.162.253	47	4.925.767.025.017	53
1999	6.712.882.000.000	45	8.094.385.000.000	55

30 Nolu kaynaktan alınmıştır.

*Dolaysız Vergiler, Gelirden Alınan Vergiler ve Servetten Alınan Vergiler Gruplarını Kapsamaktadır.

**Dolaylı Vergiler; Mallardan ve Hizmetlerden Alınan Vergiler, Dış Ticarettten Alınan Vergiler Grupları ile Kaldırılan Vergiler Artıklarını Kapsamaktadır.

***10 Aylık (Mali Yıl 1 Ocak-31 Aralık Olarak Uygulanmaya Başladığımdan)

Tablo 2: Servetten Alınan Vergilerin GSYİH'ye Oranı

Ülkeler	1980	1985	1990	1994	1995	1996	1997
Türkiye	1.0	0.7	0.5	1.8	0.7	0.5	0.8
OECD Ülkeleri Ortalaması	1.6	1.7	1.9	1.9	1.8	1.8	1.9

30 Nolu kaynaktan alınmıştır.

Tablo 3: Yıllara ve Çeşitli Sosyoekonomik Özelliklere Göre Bebek Ölüm Hızı (Binde) ve Eşitsizlik Göstergeleri

	1978	1983	1988	1993	1998
Yerleşim yeri					
Kent	119	67.4	50.1	44.0	35.2
Kır	146	128.3	105.7	65.4	55.0
Kır/Kent	1.23	1.90	2.11	1.49	1.56
NAR(%)	11.2	33.7	35.5	16.4	17.6
Bölge					
Batı	108	82.5	44.5	42.7	32.8
Güney	109	-	96.3	55.4	32.7
Orta	151	97.6	90.0	57.9	41.3
Kuzey	141	112.5	-	44.2	42.0
Doğu	147	137.4	103.0	60.0	61.5
Doğu/Batı	1.36	1.67	2.32	1.41	1.88
NAR(%)	19.4	18.8	42.7	18.8	23.2
Anne eğitimi					
İlk ↓				68.0	60.5
İlk ve ↑				43.6	36.1
İlk ↓/İlk ve ↑				1.56	1.68
NAR				17.1	15.5
Toplam	134.0	101.6	77.7	52.6	42.7

Tablo 8, 9, 10, 11 ve 25 Nolu kaynaklardan yararlanılarak hazırlanmıştır.

Tablo 4: Yıllara ve Çeşitli Sosyoekonomik Özelliklere Göre Postneonatal Bebek Ölüm Hızı (Binde)

	1978	1983	1988	1993	1998
Yerleşim yeri					
Kent	61	31.9	22.1	14.1	11.7
Kır	84	70.7	62.5	37.4	25.4
Kır/Kent	1.38	2.22	2.83	2.65	2.17
NAR(%)	17.6	40.6	47.6	39.7	30.8
Bölge					
Batı	51	30.8	26.7	13.0	7.5
Güney	44	-	57.4	20.8	15.9
Orta	87	47.6	36.7	28.5	14.5
Kuzey	89	60.3	-	28.0	22.4
Doğu	87	90.8	66.7	30.1	28.9
Doğu/Batı	2.12	2.95	2.50	2.32	3.85
NAR	31.1	42.6	36.7	44.4	55.6
Anne eğitimi					
İlk↓				36.5	25.5
İlk ve ↑				15.7	13.6
İlk ↓/İlk ve ↑				2.33	1.88
NAR(%)				32.9	19.5
Toplam	74.0	53.7	42.2	23.4	16.9

Tablo 8, 9, 10, 11 ve 25 nolu kaynaklardan yararlanılarak hazırlanmıştır.

Tablo 5: Yıllara ve Çeşitli Sosyoekonomik Özelliklere Göre Son İki Hafta İçinde İshal Olan 0-5 Yaş Grubu Çocuklar

	1988	1993 ¹		1998	
	%	%	n	%	n
Yerleşim yeri					
Kent	23.3	22.7*	1629	26.1*	1538
Kır	25.3	28.0	1000	35.7	782
Kır/Kent	1.09	1.24		1.37	
NAR	3.7	8.5		12.1	
Bölge					
Batı	22.7	19.9	753	21.8	778
Güney	25.7	21.7	431	28.7*	336
Orta	28.2	24.0	590	31.0*	526
Kuzey	14.6	22.5	265	26.4	191
Doğu	25.4	33.3*	593	39.7*	488
Doğu/Batı	1.12	1.67		1.82	
NAR	6.2	19.8		26.6	
Anne eğitimi					
İlk↓		28.2*	883	36.1*	559
İlk		24.3*	1327	29.6*	1426
İlk↑		17.7	402	16.1	334
İlk↓/İlk↑		1.59		2.24	
NAR		28.6		45.8	
Toplam	24.2	24.8	3497	29.7	3299

Tablo 10, 11 ve 25 nolu kaynaklardan yararlanılarak hazırlanmıştır.

* p<0.001.

¹İki yüzde arasındaki farkın önemlilik testi sonucuna göre 1993 yılında ishal geçiren çocukların oranı 1998 yılından daha düşüktür (p<0.01).

Tablo 6: Yıllara ve Çeşitli Sosyoekonomik Özelliklere Göre Yaşa Göre Boy Açısından Beslenme Bozukluğu Olan (-2SD) 0-5 Yaş Grubu Çocuklar

	1993 ¹		1998	
	%	n	%	n
Yerleşim yeri				
Kent	14.8*	1892	12.6*	1696
Kır	25.2	1242	22.0	981
Kır/Kent	1.70		1.75	
NAR	21.7		21.3	
Bölge				
Batı	10.2*	852	9.9*	763
Güney	14.8	486	13.5	407
Orta	18.8**	703	11.6	643
Kuzey	12.9	303	12.8	211
Doğu	33.3*	790	30.0*	652
Doğu/Batı	3.27		3.03	
NAR	46.0		38.1	
Anne eğitimi				
İlk↓	30.3*	1115	31.0*	710
İlk	14.9*	1583	11.8*	1652
İlk↑	4.4	436	4.0	315
İlk↓/ İlk↑	6.89		7.75	
NAR	76.7		75.0	
Toplam (% , N)	18.9	3134	16.0	2677

Tablo 11 ve 25 nolu kaynaklardan yararlanılarak hazırlanmıştır.

*p<0.001, **p<0.01.

¹İki yüzde arasındaki farkın önemlilik testi sonucuna göre 1993 yılında kısa olan çocukların oranı 1998 yılından daha fazladır (p<0.01).

Tablo 7: Yıllara ve Çeşitli Sosyoekonomik Özelliklere Göre Sağlık Kuruluşu Dışında Doğuran Kadınlar

	1983	1988	1993 ¹		1998	
	%	%	%	n	%	n
Yerleşim yeri						
Kent	37	27.6	27.5*	2211	19.8*	2162
Kır	76	52.8	59.5	1489	40.3	1297
Kır/Kent	2.05	1.91	2.16		2.04	
NAR	36.2	29.4	31.9		28.0	
Bölge						
Batı	37	27.6	19.8*	985	13.4*	1031
Güney	67	45.2	37.2	584	30.8*	490
Orta	49	34.9	36.0	825	16.7	795
Kuzey	63	24.5	35.9	357	16.3	271
Doğu	84	63.1	69.8*	949	55.6*	871
Doğu/Batı	2.27	2.29	3.53		4.15	
NAR	36.2	29.4	51.0		51.3	
Anne eğitimi						
İlk↓			66.0*	1351	55.5*	936
İlk			29.3*	1852	19.6*	2118
İlk↑			12.0	497	3.8	405
İlk↓/ İlk↑			5.5		14.6	
NAR			70.3		86.2	
Toplam (% , N)	58.0	39.1	40.4	3700	27.5	3549

Tablo 9, 10, 11 ve 25 nolu kaynaklardan yararlanılarak hazırlanmıştır. *p<0.001.

¹İki yüzde arasındaki farkın önemlilik testi sonucuna göre 1993 yılının sağlık kuruluşu dışında doğurma sıklığı 1998 yılından daha fazladır (p<0.001).

Tablo 8: Yıllara ve Çeşitli Sosyoekonomik Özelliklere Göre Doğum Öncesi Dönemde Bakım Almayan Gebeler

	1988	1993 ¹		1998	
	%	%	n	%	n
Yerleşim yeri					
Kent	44.3	26.5*	2211	21.7*	2162
Kır	73.1	52.6	1489	47.9	1297
Kır/Kent	1.65	1.99		2.21	
NAR(%)	22.8	28.4		31.1	
Bölge					
Bati	38.2	13.7*	985	13.9*	1031
Güney	63.5	25.2*	584	25.4	490
Orta	57.6	40.3	825	25.8	795
Kuzey	62.6	36.8	357	32.6	271
Doğu	77.6	65.8*	949	60.6*	871
Doğu/Batı	2.03	4.08		4.36	
NAR(%)	33.5	63.0		55.9	
Anne eğitimi					
İlk↓		62.1*	1351	61.4*	936
İlk		26.7*	1852	23.6*	2118
İlk↑		7.4	497	3.9	405
İlk↓/İlk↑		8.39		15.7	
NAR(%)		80.0		87.6	
Toplam (% , N)	57.4	37.0	3700	31.5	3459

Tablo 10, 11 ve 25 nolu kaynaklardan yararlanılarak hazırlanmıştır.

*p<0.001.

¹İki yüzde arasındaki farkın önemlilik testi sonucuna göre 1993 yılında doğum öncesi bakım alan gebe yüzdesi 1998 yılına göre daha düşüktür (p<0.001).

Tablo 9: Yıllara ve Çeşitli Sosyoekonomik Özelliklere Göre Yöntem Kullanmayan Kadınlar

	1978	1983	1988	1993 ¹		1998		
	%	%	%	%	n	%	n	
Yerleşim yeri								
Kent	33	29	17.6	33.8*	4405	33.7*	3978	
Kır	59	49	30.3	43.9	2265	41.9	1943	
Kır/Kent	1.79	1.69	1.72		1.30		1.24	
NAR	25.0	25.6	23.5	9.6		6.7		
Bölge								
Bati	29	23	16.4	28.5*	2207	29.5*	2261	
Güney	50	42	33.0	37.2	964	39.7	851	
Orta	44	39	19.1	37.3	1472	31.7	1426	
Kuzey	45	34	20.0	35.8	589	33.0	474	
Doğu	70	69	37.2	57.3*	1039	58.0*	909	
Doğu/Batı	2.41	3.0	2.27	2.01		1.97		
NAR	34.1	66.7	55.9	50.3		50.9		
Anne eğitimi								
Cahil	63	54	34.9	İlk↓	49.6*	2102	49.6*	1546
Okur yazar	38	40	24.7	İlk	32.5*	3227	32.9*	3570
İlk	32	28	20.1	İlk↑	27.0	942	24.7	804
İlk↑	13	18	11.3					
Cahil/İlk↑	4.85	3.00	3.09	1.84		2.01		
NAR	70.5	53.9	50.9	27.8		31.6		
Toplam	44.0	39.0	23.0	37.4	6271	36.1	5921	

Tablo 8, 9, 10, 11 ve 25 nolu kaynaklardan yararlanılarak hazırlanmıştır.

*p<0.001.

¹İki yüzde arasındaki farkın önemlilik testi sonucuna göre 1993 yılında yöntem kullanmayan kadınların yüzdesi 1998 yılından daha fazladır (p<0.01).

Tablo 10: Yıllara ve Çeşitli Sosyoekonomik Özelliklere Göre Tam Aşılınmamış 12-23 Aylık Çocuklar

	1993 ¹		1998	
	%	n	%	n
Yerleşim yeri				
Kent	25.7*	421	48.2*	424
Kır	49.1	295	63.2	265
Kır/Kent	1.91		1.31	
NAR	27.2		11.2	
Bölge				
Batı	24.0***	191	49.8	221
Güney	18.9*	110	42.7	95
Orta	34.1	176	48.2	157
Kuzey	36.8	70	41.1	52
Doğu	59.4*	169	77.1*	165
Doğu/Batı		2.48	1.55	
NAR	32.0		8.3	
Anne eğitimi				
İlk↓	52.0*	248	71.5*	160
İlk	29.1*	370	52.0*	434
İlk↑	16.4	98	36.0	95
İlk↓/ İlk↑		3.17	1.99	
NAR	53.5		33.7	
Toplam(% , N)	35.3	716	54.3	689

Tablo 11 ve 25 nolu kaynaklardan yararlanılarak hazırlanmıştır.

*p<0.001, ***p<0.05.

¹İki yüzde arasındaki farkın önemlilik testi sonucuna göre 1993 yılında tam aşılınmamış 12 -23 ay çocukların yüzdesi 1998 yılından daha azdır (p<0.01).

Tablo 11: Yıllara ve Bölgelere Göre Hekim Başına Düşen Nüfus

	1976 ¹	1978 ²	1980 ³	1982 ⁴	1985 ⁵	1987 ⁶	1990 ⁷	1992 ⁸	1994 ⁹	1996 ¹⁰	1998 ¹¹
Marmara	3620	2793	3177	2434	1866	2079	1426	1175	1057	1081	1028
Ege	4371	3852	3831	3054	2321	2311	1657	1363	1218	1192	1059
Akdeniz	4696	5276	4019	3214	2487	2558	2003	1607	1478	1465	1320
İç Anadolu	6759	5753	4210	2927	2441	2603	1607	1458	1235	1313	1320
Karadeniz	7378	6611	5904	3668	2989	3002	2034	1611	1439	1454	1556
Doğu	10566	7833	6123	4613	4116	4219	2652	2163	2084	2052	2074
Güney Doğu	9015	7020	7136	4975	4356	3554	2401	2848	2591	2709	2699
TOPLAM	6803	5678	4949	3539	2932	2943	1960	1732	1574	1585	1573

Tablo 17, 18, 19, 20, 23 ve 24 nolu kaynaklardan yararlanılarak hazırlanmıştır.

Her bir yıl için ayrı ayrı yapılan varyans analizi ve Tukey testi sonuçlarına göre, p<0.05 olmak üzere;

¹Doğu Anadolu bölgesi, Marmara, Ege, Akdeniz bölgelerinden farklıdır.

²Doğu Anadolu bölgesi Marmara bölgesinden farklıdır.

³Marmara bölgesi Karadeniz, Doğu ve Güney Doğu Anadolu bölgelerinden farklıdır.

⁴Marmara bölgesi Doğu ve Güney Doğu Anadolu bölgelerinden farklıdır. Nüfus verileri 1980, hekim verileri 1982'ye aittir.

⁵Doğu Anadolu bölgesi Marmara, Ege, Akdeniz, İç Anadolu, Karadeniz'den; Güney Doğu Anadolu bölgesi de Marmara, Ege, Akdeniz, İç Anadolu bölgelerinden farklıdır.

⁶Doğu Anadolu bölgesi Marmara, Ege, Akdeniz ve İç Anadolu bölgelerinden farklıdır. Nüfus verileri 1985, hekim verileri 1987'ye aittir.

⁷Doğu Anadolu bölgesi Marmara, Ege, İç Anadolu bölgelerinden farklıdır.

⁸Doğu Anadolu bölgesi Marmara, Ege, İç Anadolu, Karadeniz, Güney Doğu Anadolu bölgesi de diğer bütün bölgelerden farklıdır.

⁹Doğu Anadolu bölgesi Marmara, Ege, İç Anadolu, Karadeniz, Güney Doğu Anadolu bölgesi de Marmara, Ege, İç Anadolu, Karadeniz, Akdeniz bölgelerinden farklıdır.

¹⁰Doğu Anadolu bölgesi Marmara bölgesinden, Güney Doğu Anadolu bölgesi Marmara, Ege, Akdeniz, İç ve Karadeniz bölgelerinden farklıdır.

¹¹Doğu Anadolu bölgesi Marmara ve Ege bölgelerinden, Güney Doğu Anadolu bölgesi de Marmara, Ege, Akdeniz, İç Anadolu ve Karadeniz bölgelerinden farklıdır. Bu sütun hesaplanırken nüfus olarak 1997 yılı nüfus tespiti sonuçları kullanılmıştır.

Tablo 12: Yıllara ve Bölgelere Göre Ebe Başına Düşen Nüfus

	1976	1978	1980 ¹	1982 ²	1985 ³	1987 ⁴	1990	1992 ⁵	1994 ⁶	1996 ⁷	1998 ⁸
Marmara	2843	2450	2492	2704	2693	2100	1745	1571	1499	1606	1389
Ege	2702	2341	2348	2686	2326	2169	1737	1428	1346	1282	1134
Akdeniz	2945	3050	2443	2910	2377	2301	1634	1465	1388	1469	1197
İç Anadolu	3155	3021	3193	3958	2926	2410	2079	1629	1805	1757	1578
Karadeniz	2619	2463	2522	3107	2362	1875	1569	1489	1577	1591	1576
Doğu	2629	2620	3055	4245	2584	2051	1746	1687	2225	2104	1929
Güney Doğu	3448	3375	4011	5662	3695	2566	2325	2299	3580	3119	2909
Toplam	852	2714	2817	3536	2652	2161	1806	1637	1894	1817	1659

Tablo 17, 18, 19, 20, 23 ve 24 nolu kaynaklardan yararlanılarak hazırlanmıştır.

Her yıl için ayrı ayrı yapılan varyans analizi ve Tukey testi sonuçlarına göre, $p < 0.05$ olmak üzere;

¹Güney Doğu Anadolu bölgesi Ege, Akdeniz, İç Anadolu, Karadeniz bölgelerinden farklıdır.

²Doğu Anadolu bölgesi Marmara bölgesinden, Güney Doğu Anadolu bölgesi de Marmara, Ege, Akdeniz, İç Anadolu ve Karadeniz bölgelerinden farklıdır. Nüfus verileri 1980, ebe verileri 1982 yılına aittir.

³Güney Doğu Anadolu bölgesi Ege, Karadeniz, İç Anadolu, Doğu Anadolu bölgelerinden farklıdır.

⁴Nüfus verileri 1985, ebe verileri ise 1987 yılına aittir. Bölgeler arasında fark yoktur.

^{5,6,7,8}Güney Doğu Anadolu bölgesi diğer bütün bölgelerden farklıdır. 1998 yılı hesaplamaları için nüfus olarak 1997 yılı nüfus tespiti sonuçları kullanılmıştır.

Tablo 13: Bazı Sağlık Personelinin Yıllara Göre Çıplak ve 2000 Mart Ayı Değerlerine Göre Düzeltilmiş Maaşları (Milyon TL) (Ankara İçin)

Yıl	Uzman(1/4) Çıplak 2000'e göre		Pratisyen(8/3) Çıplak 2000'e göre Çıplak		Ebe-Hemşire(12/3) 2000'e göre	
	1979	0.023	676	0.012	353	0.010
1980	0.038	499	0.019	243	0.011	144
1981	0.046	390	0.026	219	0.013	109
1982	0.520	373	0.033	237	0.018	130
1983	0.069	357	0.043	223	0.025	130
1984	0.100	383	0.065	249	0.036	137
1985	0.148	370	0.092	231	0.052	130
1986	0.228	412	0.128	231	0.071	128
1987	0.306	420	0.196	269	0.110	154
1988	0.478	408	0.315	269	0.177	151
1989	1.327	690	0.862	448	0.454	236
1990	1.949	637	1.342	439	0.709	234
1991	3.445	689	2.414	483	1.303	260
1992	5.955	673	4.183	473	2.522	284
1993	8.908	634	7.121	506	4.162	296
1994	13.287	545	10.513	431	6.317	260
1995	29.589	533	25.679	460	16.473	295
1996	44.553	446	38.659	383	24.384	242
1997	102.558	573	80.124	449	48.960	274
1998	178.193	501	139.345	392	85.384	240
1999	259.437	444	220.317	377	136.152	233
2000		360		260		160

Tablo 3, 21, 22, 23 ve 24 nolu kaynaklardan yararlanılarak hazırlanmıştır.

2000 yılı ücretleri sağlık müdürlüğünden elde edilmiştir.

KAYNAKLAR

- Başkaya, F.** (1992), "Kalkınma İktisadının Yükselişi ve Düşüşü", 1. Baskı, Ankara, İmge Kitabevi.
- Berksoy, T.** (1985), "Az Gelişmiş Ülkelerde İhracata Yönelik Sanayileşme", 1. Basım, İstanbul, Belge Yayınları.
- Capital** (Nisan 2000), Infocard.
- Carrin, G., Politi, C.** (1996), "Exploring the Health Impact of Economic Growth, Poverty Reduction and Public Health Expenditure", WHO, Geneva.
- DİE**, 8.4.1996 Tarihli Haber Bülteni.
- Gough, I., Thomas, T.** (1994), "Why Do Levels of Human Welfare Vary Among Nations?", *International Journal of Health Services*, 24(4): 715-748.
- Güçlü, S., Bilen, M.** (1995), "1980 Sonrası Dönemde Gelir Dağılımında Meydana Gelen Değişmeler", *Yeni Türkiye Dergisi*, Yıl 1, Sayı 6: 160-171.
- 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 (1989), *Turkish Population and Health Survey 1988*, Ankara.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, *Demographic and Health Surveys Macro Int. Inc. (1999), Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998*, Ankara.
- Kazgan, G.** (1994), "Yeni Ekonomik Düzende Türkiye'nin Yeri", 1. Baskı, Altın Kitaplar, İstanbul.
- Kennedy, B.P., Kawachi, I., Stith, D.P.** (1996), "Income Distribution and Mortality: Cross Sectional Ecological Study of the Robin Hood Index in the United States", *British Medical Journal*, 312: 1004-1007.
- Kunst, A.E., Mackenbach, J.P.** (1995), "Measuring Socioeconomic Inequalities in Health, WHO, Copenhagen.
- Lena, H.F., London, B.** (1993), "The Political and Economic Determinants of Health Outcomes: A Cross National Analysis", *International Journal of Health Services*, 23(3): 585-602.
- Ram, R.** (1985), "The Role of Real Income Level and Income Distribution in Fulfilment of Basic Needs", *World Development*, 13(5): 589-594.
- Sağlık Bakanlığı** (1980), *Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1975-78*, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı** (1983), *Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1979-81*, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1982-86**, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı** (1997), *Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1987-94*, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı** (1989), *Özet Sağlık İstatistikleri 1989*, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı** (1992), *Sağlık İstatistikleri 1992*, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı** (1997), *Sağlık İstatistikleri 1996*, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı** (1999), *Sağlık İstatistikleri 1998*, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Demographic and Health Surveys Macro Int. Inc. (1994), Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993, Ankara.**
- Sönmez, M.** (1985), "Türkiye Ekonomisinde Bunalım", 3. Baskı, İstanbul, Belge Yayınları.
- Törüner, M.** (1987), "Ücretler ve Maaşlar: 1980-1984), *Bırakınız Yapsınlar, Bırakınız Geçsinler* içinde, 3. Basım, İstanbul, Bilgi Yayınevi.
- WHO** (1993), "Health for All Targets", Finland.
- Yen, I.H., Kaplan, A.** (1999), "Poverty Area Residence and Changes in Depression and Perceived Health Status: Evidence From the Alameda County Study", *International Journal of Epidemiology*, 28: 90-94.
- Yüce, M.** (1993), "1980 Sonrası Türk Vergi Politikasında Ana Yönelişler", *Uludağ Üniversitesi İİBF Dergisi*, XV(1):23-41.
- [//www.gelirler.gov.tr/gelirl.../05/08/2000](http://www.gelirler.gov.tr/gelirl.../05/08/2000).
- [//www.die.gov.tr.05/08/2000](http://www.die.gov.tr.05/08/2000).