

Sağlık Düzenimiz ve Politikasındaki Kargaşa

Uz. Dr. Recep AKDUR*

GİRİŞ

Dilimizde kargaşa deyiminin kullanılmasının daha eskilere dayanmasına karşılık, anarşi deyimini 1960'lardan sonra özellikle 1970 sonrası kullanılmaya başlayan bir deyimdir. Son zamanlarda bu iki deyim eş anlamlı olarak kullanılma alışkanlığı yaygınlaşmaya başlamıştır. Oysa bu deyimler bizce tamamen ayrı anlamlardadır. Gerçekte kelimeler insanlar arasında bir iletişim aracıdır ve toplum tarafından nasıl algılanırlar ise o anlama gelirler. Fakat bu iki deyim T.D.K.'nca da zaman zaman eş anlamlı kullanılmakla beraber, tam tanımlarında farklı anlamlarda kullanılmıştır. Örneğin; T.D.K'nun 435 nolu Resimli Türkçe Sözlük adlı yayınında (1), Anarşi: Kişinin her türlü yönetsel bağdan kurtulmasını kabul eden politik ve sosyal yönem, başsızlık, Kargaşa: Herhangi bir konuda düşünce uyuşmazlığından ve kurallara saygısızlıktan doğan karışıklık diye tanımlanırken, 403 nolu Türkçe Sözlük'te eş anlamlı olarak kullanılmıştır. Bizce birinci tanımlama daha uygundur ve bu metinde, kargaşa deyimini yukarıda verilen tanımdaki anlamı ile kullanılmıştır. Toplumumuzdaki hizmet sektörlerinde görülen duruma uyan kelime de budur.

Toplumumuzda birçok alanda, yıllardan beri süregelen bir kargaşa vardır ve sağlık hizmetleri alanındaki kargaşa ise bunlardan biridir. Günümüzdeki sağlık politikası ve idaresindeki duruma girmeden önce, bugünkü durumu yaratmada neden ve katkıları olan, geçmişteki duruma şöyle bir göz atmada yarar vardır.

TARİHÇE

Osmanlı Dönemi : Osmanlı döneminde, genel idarî örgütlenmenin askersel olmasına paralel olarak, daha çok orduya yönelik olan tıp hizmetleri ve eğitiminin devlet eliyle yürütülmesi dışında, sağlık hizmetleri padişah, sultan ve hayırsever kişilerin kurdukları hastane, şifa evleri ve birtakım özel niteliklerle idaresini sürdüren kurumlarca verilmiştir. Ancak; devletin sağlık işlerini düzenleyen, tabib, cer-

(*) A.Ü.T.F. Toplum Hekimliği Kürsüsü Uzmanı

rah ve diğer sağlık personelinin atama görev ve yetkisini elinde bulunduran Reisül Etıbbalık (Hekim Başı) kurumundan başka resmî bir örgüt yoktur. Buna ek olarak, sosyal yardım kuruluşları, içme suları, besin maddelerinin kontrolü, kanalizasyon, ölü gömülmesi gibi sağlık konuları ile de ilgilenilmiştir.

Tüm konularda olduğu gibi, sağlık konularında da 19. Yüzyılın ortalarına doğru batıya yönelinmiş ve özellikle Fransız ekolünün etkisinde kalınmıştır. Böylece, Osmanlı İmparatorluğu zamanında, örgüt olarak ilk sağlık idaresi 1839'da «Beynelmilel Sıhhiye Meclisi» ve 1878'de «Cemiyeti Tıbbiyye-i Mülkiye» kurulmuştur (2). Bu örgüt 1906'da «Meclisi Maarifi Tıp» adını almıştır. Meşrutiyet'in ilânını takip eden yıllarda «Meclisi Umumu Tıbbiye-i Mülkiye ve Sıhhiye-i Umumiye» olarak adı değiştirilen bu örgütün görev ve yetkileri biraz daha genişletilmiştir.

Aynı yıllarda bu meclis lağvedilerek, özel bir kanunla, Dahiliye Nezareti'ne bağlı olmak üzere ve İtalya'daki sağlık örgütü örnek alınarak «Sıhhiye Müdüriyeti Umumuyesi» kurulmuştur. Daha sonra 1914 yılında Dahiliye Nezareti'nin adı «Dahiliye ve Sıhhiye Nezareti» adını alarak İmparatorluğun son zamanlarında, sağlık hizmetleri, Dahiliye Nezareti'ne bağlı ikinci derecede bir devlet örgütü olarak yönetilir hale gelmiştir.

Kurtuluş Savaşı Yılları: Kurtuluş Savaşı yıllarında TBMM hükümeti, daha birçok ülkede ayrı bir bakanlık kurulmamış iken, hemen ayrı bir sağlık bakanlığı kurmuştur. Ancak, yeni bakan göreve başladığı zaman, elde sağlıkla ilgili herhangi bir bilgi ve kayıt yoktur. Ayrıca 1920 yılından evvelki Dusturlarda Osmanlı Mevzuatı incelendiğinde, halen yürürlükte bulunan, sağlıkla ilgili herhangi bir hükümde saptanamamıştır (3).

Sağlık hizmetlerinin çağdaş anlamda bir devlet görevi olarak ele alınmasının temeli, TBMM hükümetinin kurulması ile atılmıştır. Öyle ki; daha cumhuriyet kurulmadan, 2 Mayıs 1920'de 3 sayılı yasa ile «Sıhhiye ve Muavenatı İçtimaiye Vekaleti» kurulmuştur. O tarihte, dünyada sağlık hizmetlerinin yalnızca birkaç ülkede ayrı bir bakanlıkça yürütülmesi zamanın hükümetinin konuya verdiği önemin ve ileri görüşlülüğünün bir örneği idi.

Bu dönemde de sağlık örgütü idarî örgüte uydurulmuş ve illerde hizmeti yürütmekle vali sorumlu kılınmıştır. Sağlık müdürlükleri yalnızca valinin danışmanıdır. İlçelerde ise sorumlu ve yetkili kaymakamdır, hükümet tabibi ise onun danışmanıdır.

CUMHURİYET DÖNEMİ

1921-1946 : Cumhuriyet ilân edildikten sonra, ilk Sağlık Bakanı olarak, Dr. Refik Saydam görevlendirilmiştir. Dr. Saydam Türkiye’de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve koruyucu sağlık hizmeti esaslarının yerleşmesinde büyük emek harcamış, bu nedenle de sağlık hizmetleri tarihimizde önemli bir yer edinmiştir. Kısa süreli aralıklar dışında 1921-1937 yılları arasında 16 yıl gibi uzun bir süre Sağlık Bakanlığı yapmıştır. Bu nedenle Refik Saydam dönemi diyebileceğimiz bu dönemde, koruyucu sağlık hizmetlerine büyük önem verilmiş, hatta tedavi edici sağlık hizmetleri bir devlet görevi olarak ele alınmamıştır (4). Bu konuda daha çok mahallî idarelere yol gösterici olmak yeğlenmiştir. Bu erekle Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır’da SSYB’na bağlı «Numune Hastaneleri» kurmakla yetinilmiş, belediye ve özel idareler hastane açmak için teşvik edilmiştir (5).

Bu dönemde, sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde, insan gücü politikasına önemli bir yer verilerek bu erekle, 1924 yılında tıp fakülteleri mezunlarının tümünü kapsayan Mecburî Hizmet Kanunu yanı sıra yatılı tıp talebe yurtlarının açılması sağlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesi için gerekli olan yeterli sayı ve nitelikte personel yetiştirme yolunda ilk adımlar atılmıştır. Kamu sektöründe çalışan personelin idaresi tek elde toplanarak SSYB’na verilmiştir. Özel idare ve belediyeler yapı ve hizmetleri salt finanse eden kurumlar haline getirilmiştir. Ayrıca hastanede çalışan hekim ve personele daha düşük ücret uygulanarak, personel yönünden, koruyucu hizmetler ve hükümet tabiplikleri daha çekici hale getirilmeye çalışılmıştır.

Sağlık hizmetleri örgütlenmesinin genel idareye bağlı olması yanında, o dönemlerde koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin birlikte yürütülmesi henüz hiçbir ülkede uygulanmaması nedeniyle, koruyucu hizmetlere gereken önemi veren Dr. Refik Saydam bu iki hizmetin birleştirilmesi yönünde bir girişimde bulunmamıştır. Tüm olumlu yönlerine karşın, bu iki olumsuzluk o dönemin belirgin özelliği olmuştur. Ancak; 1929 yılında Etimesgut’ta «İçtimai Hızısıha Dispanseri» kurularak, küçük bir bölgede koruyucu ve tedavi edici hizmetlerle görevlendirilmiştir. O tarihlerde Fransa’dan sonra ülkemizle birlikte Yugoslavya ve Rusya’da aynı türden uygulamalar ele alınmıştır. Sonradan adı «Etimesgut Numune Sağlık Merkezine» çevrilen bu kuruluş, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bir arada yürütülmesinin tüm ülkeye yayılması için örnek olarak düşünülmüştür (5).

1946-1950 Behçet Uz Dönemi : Dr. Saydam dönemi 1946 yılına dek sürmüştür. Bu tarihte toplanan 9. Millî Tıp Kongresi’nde bir konuşma yapan, zamanın Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz, «Birinci On Yıl-

lık Sağlık Planı» veya «Behçet Uz Planı» diye anılan planı açıklıyor ve diğer bir dönemi başlatıyordu.

Konuşmasına «... Köylerimizin çoğu... sağlık yönünden hiç de istediğimiz seviyeye çıkarılamamıştır... Bunun için ülkemizi ortalama 40 köylük gruplara ayırarak, her grup için bir sağlık merkezi kurmayı uzun vadeli bir iş olarak düşünüyoruz» (6) diyerek başlamış ve hazırlanan planı sunmuştu.

Ereği koruyucu sağlık hizmetlerini yaymak ve personelin ülke yüzeyinde dağılımını sağlamak olan bu plan gereğince; ülke 7 sağlık bölgesine ayrılacak ve her bölgenin örgütlenmesi kendi kendine yeterli olacaktı. Bölgelerde 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezi kurulacak ve her sağlık merkezinde 2 hekim, 1 ebe, 1 sağlık memuru ve 1 ziyaretçi hemşire bulunacaktı. Buna ek olarak her 10 köy için 1 ebe ve 1 sağlık memuru öngörülmüştü. Bu merkezler koruyucu ve tedavi edici hizmetleri birlikte yürütecek ve bu bölgeler kurulunca her bölgede bir tıp fakültesi açılacaktı (7). Böylece personel yetiştirilmesi de hızlandırılacaktı.

Bu planda çağdaş sağlık idaresinin temel ilkelerinden olan koruyucu ve iyileştirici hizmetlerin integre edilmesi ve hizmet ünitelerinin nüfus esasına göre kurulmasının kabul edilmiş olduğunu görüyoruz. Ayrıca sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, genel idarî örgütlenmeden ayrı olarak ele alınmıştı. Böylece koruyucu ve tedavi edici hizmetler bütünleştirilerek, yalnızca bazı kentlerin yararlandığı hizmetlerden kırsal bölgelerin de yararlanması düşünülmüştü.

Dr. Behçet Uz'dan sonra bu plan uygulanmamış ve giderekten her ilçeye bir sağlık merkezi kurmak şekline dönüştürülmüştür. Bugün ise bu kuruluşlar maliyeti çok yüksek küçük birer hastane olmaksızın öteye gidememiştir (5). Geçimini muayenehanesindeki çalışmasıyla sağlamak zorunda kalan sağlık merkezi hekimleri ise, koruyucu sağlık hizmetleri ile hiç ilgilenmedikleri gibi, ücretsiz poliklinik ve tedavi bile yapmaz duruma gelmişlerdir.

1950-1960 Dönemi : 1950 yılında Sağlık Bakanı olan Dr. Ekrem Hayri Üstündağ, bu planı tekrar ele almış ve daha da geliştirerek Bakanlar Kurulu'na sunmak üzere iken kabine dışı bırakılmıştır. 1954 yılında tekrar Sağlık Bakanı olan Dr. Behçet Uz'un bu plandan hiç söz etmemesi ise aynı oranda düşündürücüdür (5).

1953 yılında özel idare hastanelerinin devletleştirilmesi ve hastane hizmetlerinin de bir devlet görevi olarak kabul edilmesi ileri atılımı dışında, 1950-1960 döneminde hastaneciliğe büyük önem verilmesi koruyucu hizmetlerin ihmal edilmesi sonucunu doğurmuştur. Ne var ki; tedavi hizmetlerinde başarıyı sağlayacak yeter sayı ve nitelikte personel, tam gün çalışmayı sağlayacak bir ücret politikası

gibi faktörlere önem verilmediğinden tedavi edici hizmetlerin niteliğinde de göze batır derecede bir iyileşme sağlanamadığı gibi, devlet girişimlerinin tamamen hastaneciliğe yönelmesi nedeniyle, koruyucu dolayısı ile de halk sağlığı hizmetlerinin ihmal edilmesi sonucu ortaya çıkmıştır.

1960-1978 Dönemi : 1960'lara gelindiğinde, kırsal bölgenin her gün artan sağlık istemini, geçici önlemlerle karşılamak olanaksız hale gelmişti. Bu nedenle yönetimi ele alan 1960 devrim hükümeti sağlık hizmetlerine önemli bir yer vermiştir. Aynı şekilde 1961 Anayasası da 48 ve 49. maddeleri ile sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini bir devlet görevi olarak kabul etmiştir.

Hazırlanan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sağlık hizmetlerine önemli bir yer verilmiştir. Planda sağlık idaresinin temel ilkesinin halkın sağlık düzeyini yükseltmek olduğu ve bunun için de, halk sağlığı hizmetlerine öncelik verilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bu ereğe ulaşmak için, tedavi edici hizmetler koruyucu hizmetleri tamamlayan bir öge olarak ele alınmıştır. Az sayıda nüfusun yararlandığı ve pahalı bir hizmet olan hastanecilik yerine, evde ve ayakta tedaviyi sağlayan, küçük topluluklara kadar yayılan bir sağlık örgütünün kurulması öngörülmüştür. Planda halk sağlığı hizmetleri şöyle özetleniyordu; sağlık idaresi, çevre sağlığı koşullarının düzeltilmesi, halkın sağlık konusunda eğitilmesi, bulaşıcı hastalıkların yok edilmesi, ana-çocuk sağlığı vb.

Anayasa'nın 48. 49. maddeleri ve hazırlanan plan hedefleri yönünde, sağlık hizmetlerinin yeniden örgütlenmesi gereği ortaya çıkmıştır. Bu erkle 5 Ocak 1961 tarihinde, 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu kabul edilmiştir. Böylece 1963 yılından bu yana sosyalleştirme programı uygulanmakta ve yeni bir dönem başlamış bulunmaktadır.

Programın tüm Türkiye'de yaygınlaştırılması gerçekleştiğinde, sağlık hizmetlerinin belli bir sistemden yoksun olarak, değişik kurullarla yürütülmesinin doğurduğu sakıncaların giderilmesi amaçlanmıştır. Böylece hizmetin verimliliği sağlanacak ve mevcut kaynakların tam değerlendirilmesi gerçekleşecek idi. Bu erkle 1963'de Muş'dan başlayan sosyalleştirmenin 1977'de tüm ülkeye yayılması, 1982'de ise 5000 kişiye bir sağlık ocağı örgütlenmesinin tamamlanması planlanmıştır.

İşte, sağlık hizmetleri tarihimizde, iyi niyet ve erklelerle hazırlanmış üç sağlık plan ve politikası. Günümüzde bu planlardan her üçü de gerek mevzuat, gerekse uygulama olarak yürürlükte. Ama, hiç birinin de başarıya ulaştığı söylenemez. Başarıya ulaşamazlardı da çünkü; bu planlar üst düzeyde iyi niyetli ve bilimsel düşünen kişiler-

ce hazırlanmıştı. Oysa her üç plan da ülkedeki üretim ilişkileri ile gelişmekteydi. Ülkede pazar ekonomisi hâkim ve her şey kâr için yapılırken, yalnızca bir hizmet sektöründe, salt yararı amaçlayan girişimlerin, tüm sosyo-ekonomik yapıya karşın, başarıya ulaşması mümkün değildir.

1978'lere geldik ve Kasım 1976'da 4. Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Sektörü Özel İhtisas Komisyonu Raporu yayınlandı. Bu raporda özet olarak «amaçlanan hedeflerden hiç birinde yeterli bir gelişme sağlanamamıştır» denilmektedir. Buna karşılık sağlık hizmetlerindeki kargaşa her geçen gün biraz daha artarak ve derinleşerek devam etmektedir. Dr. Refik Saydam'ın hükümet tabiplikleri, Dr. Behçet Uz'un sağlık merkezleri ve sosyalleştirmenin sağlık ocakları yanında, 49 ayrı elden yürütülmeye çalışılan tedavi hizmetleri ile sağlık hizmeti kargaşası içinden çıkılmaz bir hal almıştır.

Yukarda tarihî gelişimini sergilemeye çalıştığımız bu üç ayrı sistemden bugün hangisi uygulanmaktadır ve sağlık politikası nedir? Henüz bu konuda bir seçim yapılmış olduğunu söylemek oldukça güç. Ayrıca buna 49 ayrı kuruluş tarafından sunulmaya çalışılan tedavi hizmetlerini de ekleyince, kargaşanın tam anlamı bu olsa gerek. Konuyu tarihî gelişim, politika ve sağlık sistemi yönünden kısaca bu şekilde irdeledikten sonra bir de, diğer yönlerden bugünkü durumu irdelemeye çalışalım.

MEVZUAT

Türkiye'de 1920'den 1969'a kadar, sağlıkla ilgili olarak, 210 kanun çıkarılmış ve bunlardan 104'ü yürürlükte (3). Bu kanunlar 1284 madde içermekte, ayrıca bu maddelere yapılan atıf ve değişiklik maddeleri ile konu daha da bir karışıklık kazanmaktadır. SSYB ile ilgili 45 nizanname, 106 talimatname ve yüzlerce tamim vardır. Bunlara her gün yenileri eklenmektedir. Bu alanda çıkarılan her yeni kanun eskilerini gözönüne almaksızın, hatta birbir ile çelişen maddeler içerir bir biçimde çıkarılmış ve konu adeta çok yamalı bir bohça halini almıştır. Konuyu baştan başa düzenleyecek bir yasa veya yasalar zinciri çıkarılması ise şimdilik olanaksız gibi görünmektedir. Konular birbirine öyle girmiştir ki, içinden çıkmak oldukça zordur. Örneğin; sağlık müdürlerinin vazife talimatnamesi 94 maddeden, hükümet tabiplerinin ise 104 maddeden oluşmaktadır. Bu görevlilerin bunlardan hangi birini yapacağı ve nerede yapacağı bir yana, anlaşılır olmaktan uzaktır.

Her üç dönemde çıkarılan yasaların hepsi de yürürlükte. Bunların birçoğunda birbiri ile çelişen maddeler vardır. Ayrıca Belediye-

ler Yasası ve benzeri birçok yasada bu konuda maddeler içermekte ve devreye girmektedir. Bir sağlık personelinin bunlardan hangisini, nerede ve ne zaman uygulayacağını anlaması adeta olanak dışıdır. Sağlık mevzuatını bir araya toplamak ve personele yol göstermek ereğiyle 1969 ve 1970'de iki özel kitap yayınlanmıştır. Bunlardan biri 1000 kûsur, diğeri ise 550 kûsur sayfadır. Personel karşı karşıya kaldığı durumu çözmek için bunlardan yararlanmaya çalışmaktadır. Fakat içinden çıkmak oldukça güç çünkü, aynı konudaki çelişik yaklaşımlar bir yana konuyu arayıp bulmak bile bir sorundur. Sağlık politika ve örgütlenmesini düzenleyen mevzuatın durumu da kargaşa içindedir.

ÖRGÜTLENME

SSYB'nın saha örgütlenmesindeki üç başlılık (hükümet tabipliği, sağlık merkezleri, sağlık ocakları) ve her resmî kurumun kendi sağlık sorunlarını kendisi çözmeye çalışması bir yana, Bakanlığın iç örgütlenmesindeki karışıklık izah edilebilir gibi değildir. 1973 yılında Bakanlık bünyesinde 20 genel müdürlük ve müdürlük vardır. Ayrıca bir o kadar da çeşitli kuruluşlar vardır. Bu örgütlenme biçiminde bir hizmet türü veya politikası benimsenmemiştir. Her yeni ek ve kanunla birlikte yeni bir şube veya başkanlık açılmıştır. Adeta yamalı bohça örneği. Bunun sonucunda, herkes tarafından genel politika olmasına inanılan ve ifade edilen sosyalleştirme ile ilgili bölüm halen bir daire başkanlığı şeklindedir. Oysa, mademki sosyalleştirme sağlık örgütlenme ve politikası olarak seçilmiştir, tüm Bakanlık örgütlenmesi buna göre düzenlenmeli ve diğer uygulamalar tasfiye edilmelidir.

Bu müdürlüklerden hangisinin ne yapacağını ve nasıl yapacağını söylemek oldukça güçtür. Örneğin; ana-çocuk sağlığı hizmetleri sosyalleştirmede sağlık ocaklarınca diğer yerlerde ise AÇS merkezlerince yürütülmektedir. Aynı şekilde ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin bir bölümü olan aile planlaması çalışmaları üç ayrı örgütçe (AÇS Genel Müdürlüğü, Aile Planlaması G.M., Sosyalleştirme Daire Başkanlığı) ayrı ellerden yürütülmekte ve bu üç bölüm, bu hizmetleri, birbirinden habersiz ve koordinasyonsuz bir şekilde yürütmektedir.

Aynı şekilde il örgütlenmelerinde, sosyalleştirilmiş ve sosyalleştirilmemiş olarak birbirinden değişik iki tür örgütlenme mevcuttur. Buna karşılık aynı ilçede hem sağlık merkezi, hem sağlık ocağı, hem de hükümet tabipliği bir arada olabilmektedir. Bir de bunlara ilâveten savaş başkanlıkları vardır (sıtma savaş, verem savaş vb.). Yani aynı ilçede, aynı Bakanlığa bağlı bu kadar çok sayıda örgütün bulunduğu, Sağlık Bakanlığı hariç, başka bir bakanlık örneği yoktur. Ayrıca aynı ilçede bir hekim hem ocak, hem de sağlık merkezi tabipliğini yürüt-

mek durumunda kalabilmekte ve bir de bunun üzerine hükümet tabipliği görevleri ilave olmaktadır.

HİZMET VE PERSONEL DURUMU

1972 yılı istatistiklerine göre, ülkemizde mevcut yatakların % 64.6'sı SSYB'na bağlıdır ve bu yıl içinde yatarak tedavi gören hastalardan % 64.9'u SSYB'na bağlı kurumlardan hizmet almıştır. Buna karşılık aynı yıl tüm hekimlerden ancak % 24.1'i, dış hekimlerinin % 5.9'u, hemşirelerin ise % 61.7'si SSYB kurumlarında çalışmaktadır. **Oysa yatakların % 16.5'ine sahip ve yatarak tedavi görenlerin % 18.6-sına cevap veren SSK'da hekimlerin % 10'u çalışmaktadır. Diğer resmî kurum ve bakanlıklar mevcut yatakların % 3.9'una sahip ve yatan hastaların % 2.9'una cevap verirken hekimlerin % 16.1'i bu kurumlarda çalışmaktadır (8). (Bak. Tablo 1, 2).**

Diğer bir anlatımla 1972 yılında SSYB kurumlarında, yatarak tedavi gören yaklaşık 265 kişiye 1 hekim düşerken, SSK'da yaklaşık 180 kişiye 1 hekim, diğer bakanlık ve resmî kurumlarda ise 20 kişiye 1 hekim düşmektedir. SSYB ile aradaki fark; SSK'da yaklaşık 1.5 misli, diğer bakanlık ve resmî kurumlarda ise yaklaşık 13 mislidir. Kurumlar arası personel ve hizmet dağılımında büyük oransızlık vardır. Hizmetlerin büyük ağırlığını çeken SSYB personelin çok az bir kısmını istihdam edebilmektedir. Bir de SSYB'nın ülkedeki tüm koruyucu hizmetleri yürütmekle görevli olduğu düşünülürse aradaki fark daha da belirginleşir.

Ülkemizde sağlık personelinin kurumlar arası dağılımındaki oransızlığa ilâveten bölgeler arasında da oransızlık ve dengesizlik mevcuttur. Hekim ve sağlık personeli kırsal bölgelere gitmeyerek, büyük kentlerde toplanmaktadır. Nüfusu 100.000'in üzerinde olan yerleşim yerlerinde 600 kişiye 1 hekim düşerken, 10.000'in altında olan yerlerde 23.000 kişiye 1 hekim düşmektedir. Buna karşılık hekimlerin % 70'i üç büyük kentte toplanmıştır. (Bak. Tablo 3). Diğer sağlık personelinde de durum pek farklı değildir ve % 27.5 gibi büyük bir kısım üç büyük kentte toplanmıştır. Ayrıca 20.868 hekime karşılık 33.348 yardımcı sağlık personeli vardır. Bu hekim başına 1.57 yardımcı personel demektir. Sağlık personelinin dağılımı dengeli olmadığı gibi sayısal yönden de yeterli değildir.

Aynı şekilde mevcut hekimlerden yararlanmayı güçleştiren ve onların kırsal bölgelere gitmemesine neden olan diğer bir faktörde, aşırı uzmanlaşma eğilimidir. Pratisyen hekimliği çekici kılan önlemlerin olmaması nedeni ile bu eğilim gittikçe artmaktadır. 1975 yılında 20.868 hekimden 12.394'ü uzman, 8.474'ü ise pratisyendir. Ayrıca pra-

tisyenlerin büyük bir kısmını ihtisas yapmakta olan asistanlar oluşturmakta ve pratisyenlerin % 70'9'u üç büyük kentte toplanmış bulunmaktadır. Buna karşılık doğu illerimizden 19'unda yalnızca 808 hekim bulunmaktadır.

Ülkemizde, sağlık hizmetlerinin gelişmesinde ve başarısında kırsal alanlar ve özellikle de geri kalmış bölgelere personel sağlanması en önemli sorunlardan biridir. Sağlık hizmetlerinin tek elden idare edilmemesi, etkin bir istihdam ve ücret politikası uygulanmaması ve de sağlık eğitimi ile istihdam arasındaki çelişki, bu başarısızlığın başlıca nedenleridir. Köysel bölgeler halkı tarih boyunca, diğer konularda olduğu gibi, sağlık alanında da yeterli bir alâkadan, yardımdan mahrum olagelmıştır. Toplumun çoğunluğunu teşkil eden ve sağlık tesisleri yönünden ihtiyaç içinde bulunan bu bölgeler halkına gerekli dikkati göstermekte fazla gecikilmemelidir (9). Ancak, sağlık alanında bugüne dek olduğu gibi, salt kırsal alana personel göndermeye yönelik girişimlerde bulunmak sorunu çözmeyecektir. Kırsal alanlara personel göndermek, her şeyden önce belli bir sağlık sistemi ve politikasına yönelmekle mümkündür. Kaldı ki, kırsal alana personel gitmeyişi salt istihdam ve ücret politikası ile izah edilemez. Esas faktör bu bölgelerin sosyo-ekonomik yönden geri kalmışlığıdır. Ancak uygun bir sağlık sistemi ve ücret politikası ile bu dengesizlik kısmen giderilebilir.

Ülkemizde koruyucu hizmetlerle tedavi hizmetlerinin ayrı ayrı ele alınması giderekten, koruyucu hizmetler aleyhine, tedavi kuruluşlarına daha çok ağırlık verilmesi sonucunu doğurmuştur. Bunun doğal bir sonucu olarak sürekli yataklı tedavi kurumları açılmış, hatta bu konuda plan hedefleri bile aşılmıştır. Bu, olumlu bir gelişme gibi görülmektedir. Oysa, bu durum iller arasındaki dengesizliğin giderekten daha da artarak devam etmesine yol açmış ve belirli nüfus gruplarına Türkiye ortalamasının üstünde bir standartta hizmet verilmesi sonucunu doğurmuştur.

Mevcut yatakların iller arasındaki dağılımına bakıldığında, bu durum belirkin bir şekilde görülür. Örneğin; üç büyük kent ortalamasına göre 177 kişiye 1 yatak düşerken, seçilmiş 9 doğu ilinde ortalama 1244 kişiye 1 yatak düşmektedir. (Bak Tablo 4). Ülkemizde 400 kişiye 1 yatak hedeflenmiştir. Buna göre, İstanbul'da hedeflenenden kişi başına 2.8 kez daha fazla yatak varken, Gümüşhane'de 4.2 kez daha az yatak düşmektedir. Diğer bir anlatımla, İstanbul ile Gümüşhane arasında, yatak başına düşen kişi sayısı yönünden, yaklaşık 10 misli bir fark vardır. Üç büyük kentte ise, 9 doğu iline göre yaklaşık 8 kez daha fazla yatak vardır.

Ülkemizde yatak sayısı yönünden herhangi bir sorun yoktur. Var olan yatakların bölgeler arası dağılımındaki dengesizlik ile yatakların bölgelerinde yeterince kullanılmaması asıl sorundur. Örneğin; yatak kullanma oranı % 58 gibi düşük bir sayıdır. Kırsal alanlarda personel yokluğu ve yataklı tedavi kurumlarının tek elden idare edilmeyişi, kurumlar arası işbirliğinin olmayışı gibi nedenlerle mevcut yataklardan tam olarak yararlanılamamaktadır. Finansman, malzeme ve yapı standardizasyonunun olmaması, modern işletmecilik anlayışı ile yönetilmeme, mevcut kapasiteden yeterince yararlanamamanın diğer nedenleridir.

Hekim ve yardımcı sağlık personelinin gelişmiş kentlerde toplanması, buralarda hastane kadrolarının kolayca doldurulabilmesine yol açmaktadır. Yörelere yeterince hizmet bulamayan diğer illerdeki hastalar gelişmiş kentlere akmaktadır. Bu durum büyük kentlerdeki talebi arttırmakta ve böylece hastane yatırımları buralarda yoğunlaşmaktadır. Üniversite ve SSK hastanelerinin de bu illerde yapılması ile mevcut dengesizlik daha da artmaktadır.

Personel ve sağlık kurumlarının üç büyük kentte toplanmasına karşılık, acaba bu kentlerde sağlık hizmetleri yeterli midir? sorusu sorulabilir. Bu konuda Mart 1974'de Ankara'da yapılmış bir araştırma vardır (10). Bu araştırmaya göre; Ankara'da yaşayan halkın her yıl 828,000'i hastalanmaktadır. Bu hastalardan 248.000'i hastalanmasına rağmen herhangi bir tıbbî bakımdan yararlanamamaktadır. Hekime götürülmeyen bu hastalardan 50.000'i paraları olmadığı için tıbbî bakımdan yararlanamamaktadır. Buna karşılık gelişmiş ülkelerde bile hekim başına 600-700 kişi düşerken, bu sayı Ankara'da 666'dır (10). Oysa yukardaki verilerden de görüleceği üzere Ankara'da birçok hasta tıbbî bakımdan yararlanamamakta ve ölçülebilen hizmetlerde % 94'e varan bir hizmet açığı vardır (10).

Tüm bunlar göstermektedir ki, **personel ve kurumlardaki yığılmaya rağmen üç büyük kentte de yeterince bir sağlık hizmeti sunulduğu söylenemez.** Bunun belli başlıca nedenleri; 1 — Örgütlenme bozukluğu, 2 — Kişi sağlığının pazar ekonomisine terkedilmiş olması, 3 — Sağlık harcamalarının halkın karşılayabileceğinin çok üzerinde olmasıdır. Böylece hizmeti satın alma gücü olanlar hizmetten yararlanmakta, gücü olmayan geniş kesimler ise hizmetlerden, büyük güçlükler içinde, çok sınırlı olarak yararlanmakta ya da tümüyle yoksun kalmaktadır. Oysa halka etkili bir sağlık hizmeti verebilmek, insan gücü ve kaynakların yeterliliği kadar belki onlardan da çok, seçilmiş

bir sağlık politikası ve buna uygun iyi işleyen bir sağlık örgütü kurmaya bağlıdır.

SAĞLIK HİZMETLERİ VE EKONOMİ

Halk sağlığı ile ulusal ekonomi arasındaki sıkı ilişki ve karşılıklı olarak birbirini etkileme durumu bilinen bir gerçektir. Bunu gözönüne alan birçok ülkede sağlık hizmetlerinin en yararlı ve de ekonomik yürütülmesini sağlamak amacı ile araştırmalar, çalışmalar yapılmaktadır. Kuruluşların fonksiyonları ile sağlık planlaması bu araştırma ve çalışmaların sonuçlarına göre tesbit edilmektedir (11). Nüfusun hızla artması, toplum ve kişi ihtiyaçlarının her geçen gün biraz daha çoğalması buna karşılık ulusal kaynakların sınırlı kalması ya da ihtiyaca cevap verecek duruma gelmemeleri, gelişmekte olan ülkelerde, imkânların azamî verimlilik ilkesine uygun olarak kullanılmasını zorunlu kılmaktadır. Bu verimlilik üretim ve yatırım konularında olduğu gibi hizmetlerin yürütülmesinde de dikkate alınması gereken bir husustur (11).

Çağdaş ekonomistler sağlık harcamalarının tüketim değil, önemli bir yatırım olduğunu kabul etmektedirler. Örneğin; 1954 yılında bir sağlık ekonomisinin ABD'nin de yaptığı bir çalışmaya göre, bir kişiye hayat boyu yapılan 92.270 dolarlık harcamaya karşılık, kişinin ortalama yaptığı üretim 110.000 dolardır. Yani 100 dolarlık bir yatırıma karşılık elde edilen artık değer yalnızca 19 dolardır. Öyleyse kişinin ölmesi ya da üretimden uzaklaşması önemli bir sermaye kaybıdır. Bu nedenle kişilerin sağlık düzeyleri yükseltilerek, bu kayıp en aza indirilmelidir (12). Aynı şekilde Ankara'da yapılan araştırmaya göre, hastalanmalardan dolayı yıllık işgünü kaybı 1.448.000 işgünü bulmaktadır. Bu ise, günlük üretimi 100 TL. varsayarak, yılda en az 150 milyon TL. bir üretim kaybı demektir (10).

Ülkemizde bugüne dek, sağlık hizmetlerine yapılan yatırımlar nüfussal yatırımlar veya sosyal refah yatırımları ve üretime katkısı olmayan yatırımlar olarak değerlendirilmiş, konuya böyle yaklaşılmıştır. Oysa, sağlık hizmetleri insan gücünü ve buna bağlı üretimi artırarak, ulusal kalkınmaya büyük ölçüde katkıda bulunur. Bu nedenle sağlık hizmetlerine ayrılan ödenekler, salt tüketim harcaması olarak kabul edilmemelidir. Bizde konuya tüketim harcaması gözüyle bakıldığı için genel bütçeden ayrılan paylar hep en az düzeyde olagelmıştır. Örneğin; **seçilmiş bazı ülkeler ve Türkiye'de genel bütçeden sağlık giderlerine ayrılan pay şöyledir :**

Ülke	Genel Bütçeden Sağlığa	
	Ayrılan Pay	
İSVEÇ	% 24.4	
SURİYE	% 17	
SEYLAN	% 15.5	
İSRAIL	% 7	
CEZAYİR	% 9	
TÜRKİYE	% 4	(1978'de bu oran % 2.8)

Aynı şekilde çeşitli ülkelerde ve Türkiye'de kişi başına millî gelir ve kişi başına sağlık harcaması şöyledir :

ÜLKE	Kişi Başına Sağlık Harcaması (TL)	Kişi Başına Millî Gelir (TL)
ABD	348	21.285
İSVEÇ	661	13.680
ÇEKOVLOVAKYA	601	8.280
FİLDİŞİ SAHİLİ	225	1.386
SENEGAL	342	1.377
TÜRKİYE (1969)	31	2.764

Kaynak : Fişek N., Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansman Sorunları, H.Ü.T.F. Toplum Hekimliği Enstitüsü Ders Teksiri.

Tüm bu verilerden görülmektedir ki, sağlık yatırımlarına henüz tüketim gözü ile bakılmaktadır. Yatırımlar en alt düzeyde tutulmaya çalışılarak, diğer konularda olduğu gibi, finansman yönünden de gerekli özen gösterilmemektedir. Ayrıca, zaten yeterli olmayan, bu harcamalar yeterince verimli de kullanılmamaktadır. Örneğin; sağlık merkezi ve diğer 400 yataktan daha küçük birçok hastane son derece verimsiz yatırımlardır. Bu durum, toplum sağlığı açısından olduğu kadar, ulusal ekonomi açısından da büyük kayıplara neden olan faktörlerden birini oluşturmaktadır.

Özellikle, vatandaşların ödedikleri çeşitli vergilerden oluşan kamu kaynaklarından yararlanarak hizmet sunan kamu kuruluşlarının maliyet / fayda / etki konularında, fayda ve etki lehine azamî titizlik göstermeleri; gerek kaynakların yerinde kullanılmasıyla kalkınmaya ve halkın yaşam düzeyinin yükselmesine gerekse, vergi mükelleflerine ödedikleri vergilerin yararlı bir şekilde kullanıldığı inancının sağlanmasına olanak sağlayacaktır (11).

SONUÇ

Bir ülkede sağlık hizmetlerinin gelişmemesi nedenleri incelendiğinde, üç temel faktör olduğu görülür (13) :

- 1 — Yeter sayı ve nitelikte personel olmayışı,
- 2 — Örgütlenme hataları,
- 3 — Malî güç yetersizliği, tesis, araç, gereç noksanlığı.

Bu faktörler açısından ülkemizdeki durum irdelendiğinde, gelişmiş ülkelere göre, genellikle sağlık personelinin yetersizliği söz konusudur. Fakat ülkemiz açısından, personel konusundaki, asıl tayin edici faktör, sayısal yetersizlikten ziyade, personelin bölgeler ve kurumlar arasında dengesiz dağılmış olmasıdır. Örneğin; bugün Türkiye'de 2.000 kişiye bir hekim düşmektedir. Buna karşılık dağılım dengeli değildir. Hekimlerin % 70'i üç büyük kentte toplanmış ve daha az hizmet üreten, daha sınırlı topluluklara hitap eden bazı kurumlar daha fazla personel istihdam ederken, kırsal alanlarda ve tüm ülkeye hizmet üreten SSBY'nda hekim bulmak adeta olanaksız hale gelmiştir.

Normal bir toplumda her 100 kişiden biri, (bir günde) doktora başvurmaktadır. Buna göre, ilk basamak hizmetleri için günde ortalama 40 poliklinik esas alınır ise, 4.000 kişiye 1 pratisyen gerekir ve tüm ülkede 10.000 pratisyene gereksinim vardır. Sosyalleştirilmiş eğitim bölgeleri (Abidinpaşa, Etimesgut) verilerine göre, ilk basamak hekimine başvuran hastaların en çok % 5'inin hastaneye veya uzmana sevki gerekmektedir. Buna göre ülkemizde hastaneye gitme gereksinimi duyan günlük hasta sayısı 20.000 civarındadır. Bu ise, günde 5 hasta görmek kaydı ile 4.000 uzman hekim gerektirmektedir. Toplam 14.000 hekim, oysa ülkemizde 1975 yılında 20.868 hekim vardır. Sonuç olarak, ülkemizde personel sayısı genelde az olmasına karşılık, asıl sorun sağlık politikası ve örgütlenme sorunudur. Dengeli dağılımı ve uzmanlaşmayı azaltmayı sağlayacak olan da budur. Ülkemizde personel yetersizdir diyerek konuyu bağlamak biraz kolaycılığa kaçmak olacaktır.

Bu konudaki diğer olumsuz bir faktör de, hekimlerin yanlış eğitimi ve uzmanlaşma eğilimidir. Hekimlerin büyük çoğunluğu uzmanlardan oluşurken, uzmanlık dalları arasındaki dağılımda da büyük bir dengesizlik hakimdir.

Genelde finansman yetersizliği belirgin olmakla birlikte, bu kaynakların masraf / fayda / etki kriterleri yönünden iyi kullanılmaması diğer olumsuz bir faktörü oluşturmaktadır. Aynı şekilde araç gereç noksanlığından ziyade, bunların ekonomik kullanımının olmayışı önemli bir faktör olarak yer almaktadır. Örneğin; her 400 kişiye bir

hasta yatağı düşmektedir ancak, bu yatakların kullanımı % 58 gibi düşük bir orandır. Çağdaş hastanecilik ilkelerine göre, verimli bir hastanenin en az 400 yataklı olması gerekmektedir. Oysa bugün ülkemizde, birkaç hastane dışında, birçok yataklı tedavi kurumu bu sayının çok altında yatağa sahiptir. Ayrıca bu araç gereçlerin bölgeler ve kurumlar arası dağılımındaki dengesizlik diğer önemli bir olumsuzluğu oluşturmaktadır.

Örgütlenme açısından konuya bakıldığında, bu konuda ülkemizde büyük açıklar vardır. Bugün SSBY'nın örgütlenme modelinin ne olduğunu söylemek pek kolay olmamaktadır. SSBY'nda durum bu iken, ayrıca her kurum ve kuruluşun kendi sağlık hizmetini üretmeye çalışması örgütlenmenin en büyük zaafını oluşturmaktadır. Sağlık sektöründeki bu politika ve örgütlenme kargaşasına bir de genel yönetimdeki olumsuz faktörlerin, ki bunlar; 1 — merkezîyetçilik, 2 — mevzuatçılık, 3 — genellilik, 4 — kırtasiyecilik, 5 — geleneklere bağlılık, 6 — rütbecilik diye özetlenebilir, eklenmesi ile durum daha da bir kargaşa kazanmaktadır.

Özet olarak, bugün ülkede seçilmiş ve kesinleşmiş bir sağlık politikası ve örgütlenme biçimi yoktur. Sağlık hizmetlerinin 49 ayrı elden yürütülmesi bir yana, ülkenin sağlığından sorumlu olan SSBY mevzuat, örgütlenme ve hizmetler açısından büyük bir kargaşa içindedir. Bunun doğal bir neticesi olarak da, hizmet vermede nerde yangın varsa oraya yönelmek şeklindedir. Oysa, gerçekten, sağlık sorunlarına çözüm yolu bulabilmek için doğru yol, onları birbirinden ayrı hastalık ve örgüt sorunları olarak ele alarak çözümlene değil, sağlık hizmetlerini bir bütün olarak geliştirme ve sorun olarak çözümlenmelidir. Ülkede şimdiye dek yapılan ve yapılmakta olan uygulama; sıtmayı, veremi, ana-çocuk sağlığını, kanseri tek ve ayrı bir sorun olarak ele alıp çözümlenmeye çalışmak olmuştur. Ayrıca her resmî kurum ve kuruluşlar ayrı ayrı sağlık kurumlarını kurmuş ve sorunlarına çözüm aramaya çalışmıştır.

ÖNERİLER

1 — Tüm sağlık hizmetleri (koruyucu, tedavi edici, sosyal tıp hizmetleri) bir bütün olarak ele alınmalı, topluma birlikte ve tek elden götürülmelidir.

2 — Sağlık hizmetlerinin sağlama götürülen bir hizmet olduğu ilkesinden hareketle, kişiler önce korunmalı, sonra gereken hallerde, tedavi ve sosyal tıp hizmetleri her türlü sınırlayıcı etkenlerden arındırılarak sunulmalıdır.

3 — Mevcut sağlık politika ve örgütlenmelerinden biri zaman geçirmeksizin tercih edilerek, mevzuat ve hizmet yönünden tüm uygulamalar bu yönde olmalı, diğerleri tasfiye edilmelidir. Bizce bu seçim sosyalleştirme yönünde olmalıdır.

4 — Örgütlenme, sağlık hizmetlerini en uç yerleşim birimlerine kadar herkese eşit, ücretsiz ve etkili bir şekilde götürecektir belirli bir nüfusa hizmet eden, tüm kademeleri eğitim ve denetim zinciri ile birbirine bağlı bir şekilde olmalıdır. Buna en uygun modelde sosyalleştirmedir.

5 — Bakanlık bünyesi ve sahadaki örgütlenmesi seçilecek yola göre kısa sürede düzenlenmeli ve sadeleştirilmelidir. Bu düzenlemeler gerçekleştirilinceye kadar, tüm gerekli uzmanların katılacağı, planlama ve koordinasyon kurulu teşkil edilmeli ve hizmeti planlamalıdır.

6 — Mevzuatta sadeleşme yapılmalı, en kısa zamanda seçilecek sisteme uygun tek ve etkili bir sağlık mevzuatı düzenlenmelidir. Mevzuatta hedefler ve görevler somut olmalıdır.

7 — Personel ve hizmet kurumlarının ülke düzeyinde eşit ve dengeli dağılımını sağlamak için gerekli önlemler alınmalı. Bu dizden olmak üzere personelin ücret, atama, terfi ve istihdamı belli esaslara bağlanmalı, bu konuda personelin yönetim ve denetime katılımı sağlanmalıdır.

8 — Eğitim kurumları genel sağlık örgütlenmesinin bir halkası olarak ele alınmalı ve personel yetiştirmede hizmete uygunluk esas alınmalıdır. Bu dizden olmak üzere uzmanlaşmayı önleyici ve pratisyenliği çekici hale getirici önlemler geliştirilmelidir.

9 — Sağlık harcamalarının ekonomik bir yatırım olduğu düşünülerek, genel bütçeden gerekli olan pay ayrılmalıdır. Ayrılan kaynak ise masraf / fayda / etki açısından ekonomik bir biçimde kullanılmalı, rantabl olmayan, salt tedavi edici hizmet biçimi ve küçük hastaneçilik terkedilmelidir.

10 — Büyük sağlık sorunları yaratabilme durumunda olan bozuk ve elverişsiz çevre sağlığı koşullarının düzeltilmesi ve beslenme düzeyinin yükseltilmesi ile sorumlu kuruluşların görev ve görevlerini yerine getirmeleri konusunda SSB ile etkili bir işbirliği içinde olmaları sağlanmalıdır.

11 — Sağlık hizmetlerindeki olumsuzluğu tayin eden ana faktör, onun pazar ekonomisi kurallarına bağlı olmasıdır. Sağlık sektöründe bu ilişkinin kırılması çok olumlu sonuçlar verecektir, ancak son çözümü genel sosyo-ekonomik ilişkiler tayin edecektir.

LİTERATÜR

- 1 — T.D.K., Resimli Türkçe Sözlük, Yayın no 435, Ankara, 1977.
- 2 — SSYB Sağlık Propogandası ve Tıbbi İstatistik Gn. Md. Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, Yayın no 422, Ankara, 1973.
- 3 — Işık D., Çubukçu S., Kavram İndeksli Sağlık Kanunları, Ankara, 1970.
- 4 — Dilavergun H., Sağlık Memurları İçin Halk Sağlığı Bilgisi, SSYB Yayın no 122, İstanbul, 1946.
- 5 — Dirican M. R., Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinin Kısa Tarihçesi, Atatürk Ü. Tıp Bülteni, Cilt 2, Sayı 7, Erzurum, 1970.
- 6 — Dokuzuncu Milli Türk Tıp Kongresi, SSY Bakanı Dr. Behçet Uz'un Konuşması, Kader Matbaası, Ankara, 1948.
- 7 — SSYB, Türkiye'nin On Yıllık Sağlık Planı, Sağlık Dergisi XXI: 134, Ankara, 1947.
- 8 — SSYB, Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1968-1972, Yayın no 444, Ankara, 1975.
- 9 — Bilgin Y., Kırsal Alanın Sağlık Sorunları, Yayınlanmamış ders notları.
- 10 — Eren N., Kentlerde Sağlık Sorunları, Ankara ve İzmir Tabip Odaları Bülteni (TOB), Sayı 19, Ankara, 1977.
- 11 — Bilgin Y., Sağlık Planlaması ve Ekonomi, Yayınlanmamış ders notları.
- 12 — Fişek N., Hekimlikte Çağdaş Görüşler Açısından Sağlık Politikası, TOB, Sayı 17, Ankara, 1977.
- 13 — Fişek N., Türkiye'nin Sağlık Sorunları ve Çözüm Yolları, TOB, Sayı 11-12, Ankara, 1976.

TABLOLAR

Tablo 1 : Hastane, Yatak, Ayakta ve Yatarak Tedavilerin Kurumlara Göre Dağılımı (1972)

Kurum		Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Yatak	Ayakta
				Hasta Sayısı	Tedavi Sayısı
S.S.Y.B.	A	592	49.931	1.103.578	7.523.490
	%	76	64.6	64.9	45.2
S.S.K.	A	60	12.744	313.827	6.625.750
	%	8	16.5	18.6	39.8
Diğer Kurumlar	A	26	3.020	46.013	844.441
	%	3.8	3.9	2.9	5.1
ÜNİVERSİTE	A	4	4.643	81.536	715.568
	%	0,5	6.0	4.7	4.3
ÖZEL	A	73	2.882	56.927	110.345
	%	9.3	3.7	3.3	0.7
Yabancı ve Azınlık	A	15	1.712	23.488	140.832
	%	2	2.2	1.4	0.8
TOPLAM	A	778	77.312	1.700.422	16.659.661
	%	100	100	100	100

Kaynak : 1968-1972 Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı, S.S.Y.B. Yayınları Yayın No : 444.

Tablo 2 : Kurumlararası Personel Dağılımı (1972)

Sağlık Personeli		Diğer Bakanlık ve Resmî Özel**				Toplam
		S.S.Y.B.	S.S.K.	Kur* ve Belediye	Özel**	
HEKİM	A	4175	1738	2804	8647	17365
	%	24.1	10.0	16.1	49.7	100
DİŞ HEKİMİ	A	225	90	250	3224	3789
	%	5.9	2.4	6.6	81.1	100
HEMŞİRE	A	7009	1338	1108	1903	11358
	%	61.7	11.8	9.7	16.8	100

* Üniversiteler diğer resmî kurumlara ilâve edilmiştir.

** Serbest çalışan ve belediyede çalışanlar toplamı.

Kaynak : 1968-1972 Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı, S.S.Y.B. Yayınları
Yayın No : 444.

Tablo 3: Üç büyük kentte ve Türkiye'de sağlık personeli dağılımı (1974).

	A	4825	7530	2293	14648	20868
HEKİM	%	23.1	36.0	10.9	70.2	100
	A	2138	1428	831	4397	12641
HEMŞİRE	%	16.9	11.3	6.5	34.8	100
	A	1326	982	461	2769	8479
S. MEMURU	%	15.7	11.6	5.4	32.6	100
	A	799	653	553	2005	12228
EBE	%	6.5	5.3	4.5	16.4	100

Kaynak : 1975 Türkiye İstatistik Yıllığı.

Tablo 4 : Hastane, Yatak, Nüfus ve Yatak Başına Düşen Kişi Sayısının Seçilmiş Bazı İllerde Dağılımı (1974).

İL	HASTANE*	YATAK	NÜFUS**	YATAK BAŞINA KİŞİ
ANKARA	49	9719	2.041.658	210
İSTANBUL	93	21654	3.019.032	139
İZMİR	36	5325	1.427.173	268
ÜÇ KENT				
TOPLAMI	178	36698	6.487.863	177
BİNGÖL	4	120	177.951	1483
BİTLİS	4	145	185.473	1279
GÜMÜŞHANE	5	165	282.238	1710
SİİRT	6	310	320.684	1034
DOKUZ KENT				
HAKKARİ	2	60	102.312	1705
KARS	10	500	660.018	1320
MUŞ	3	210	234.250	1115
TUNCELİ	7	175	157.293	899
VAN	5	280	325.763	1163
TOPLAM	41	1965	2.445.982	1244

* Özel ve Kamu Hastanelerin Toplamı

** 1970 İli Nüfusu

Kaynak : 1975 Türkiye İstatistik Yıllığı.