T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ



İÇ GÖÇTE ÇEKİCİ FAKTÖR UNSURU OLARAK SAĞLIK HİZMETLERİ VE TÜRKİYE ANALİZİ

UMUT YILMAZ

DANIŞMAN

DOÇ. DR. MURAT ÇİFTÇİ

EDİRNE-2023

Tezin Adı: İç Göçte Çekici Faktör Unsuru Olarak Sağlık Hizmetleri ve Türkiye Analizi

Hazırlayan: Umut YILMAZ

ÖZET

Her yıl birçok birey ve topluluk çeşitli nedenlere bulundukları coğrafyayı terk etmek zorunda kalmaktadır. Göç nedenleri bazen savaş, siyasi baskı, tehdit gibi güvenlik gerekçesiyle olabildiği gibi bazen de daha iyi yaşam koşulları elde edebilmek için meydana gelmektedir. Bu göç eylemi kimi zaman vatandaşı olduğu ülke sınırları dâhilinde gerçekleşirken kimi zamanda uluslararası düzeyde gerçekleşmektedir. İç göç çoğunlukla sosyo-ekonomik anlamda az gelişmiş yerleşim yerlerinden daha çok gelişmiş yerleşim yerlerine doğru gerçekleşmektedir. İç göç eylemi sağlık açısından ele alındığında, sağlık hizmet sunumunun lokal olarak yaşam standartlarını olumlu yada olumsuz etkileme potansiyeline sahip olması ve tam donanımlı hastanelerin genellikle büyük şehirlerde yer alması nedeniyle itici ve çekici faktör olduğu görülmektedir.

Tez çalışması kapsamında düzey 3'e göre 81 il esas alınarak üç analiz grubu gerçekleştirilmiştir. İlk olarak gerçekleştirilen fark analizinde ham ve e tabanına göre logaritmik verilere dayalı olarak iki aşamada varyans homojenliği testinde geçip-geçmeme durumuna göre t veya Mann-Whitney U testi 39 sağlık hizmet sunum göstergesine göre yapılmıştır. İkinci analiz grubumuzu oluşturan korelasyon analizleri ise Pearson korelasyon analizinin gerçekleştirilmesi sonrasında Spearman ve Kendall sıra korelasyon analizlerinin tekrarlanmasıyla güçlendirilmiştir. Son analiz aşaması olarak sebep-sonuç ilişkisini ortaya koyan regresyon analizinin gerçekleştirilmesiyle iç göçte sağlık hizmet sunumunun etkisi sınanmıştır. Elde edilen bulgular, kısmende olsa sağlık hizmet sunumunun iç göç hareketlerini etkilediğini göstermiştir.

Anahtar kelimeler: İç Göç, Sağlık, Sağlık Hizmetleri

Title of the thesis: Health Services as Attractive Factor in Internal Migration and Turkey Analysis

Prepared by: Umut YILMAZ

ABSTRACT

Several number of people as personal and society needs to have to migrate from their home geography caused by several reasons. The reasons for migration can sometimes be related with security concerns like war, political pressure,threat and sometimes for having better life standart. The migration can be done inside the borders of the same country as well as totally changing the country. Internal migration is mostly done from low developed cities to better ones from a socio-economic perspective. When the internal migration is considered for health services, having the potential negative or positive effects on life standards with presence of health services and the existence of fully-equipped hospitals can make big cities repulsive and attractive.

The thesis covers 3 analysis groups based on 81 cities regarding Level 3. The first step in difference analysis, t or Mann-Whitney U tests are applied according to 39 health service delivery indicators depending on their results on 2 staged variance homogeneity regarding the logarithmic data based on raw and e-base. The correlation analysis, which is the second step of the analyses, is reinforced with repetition of Spearman and Kendall sequence correlation analysis after the application of Pearson correlation analysis. As a last analysis step, The effects of health services on internal migration is examined by application of regression analysis that reveals the cause-effect relation. The results show that the delivery of health services is partially affecting the intenal migration movements.

Keywords: Internal Migration, Health, Health Services

ÖNSÖZ

Göç dünyanın varoluşundan günümüze kadar devam eden bir olgudur. İnsanlar tarih boyunca çeşitli sebeplerle bir yerden başka bir yere göç etmişlerdir, bireyler her daim bir akış içinde açlık, iklim farklılıkları, işsizlik ve eğitim problemleri gibi birçok sorun nedeniyle göç etmişlerdir.

Toplumun ve bireylerin fiziki, sosyal ve psikolojik olarak iyilik halinin devamını sağlamak sağlık hizmetlerinin başlıca görevidir. İç göçte sağlık hizmetlerinin ne kadar önemli bir yere sahip olduğu konusunda yapılan çalışmaların yetersiz olması sebebi ile böyle bir çalışma ihtiyacı hasıl olmuştur.

Yüksek Lisans Eğitimine başlamama neden olan, bu zorlu süreçte ve tezimin her aşamasında, özellikle istatistiksel uygulama bölümünde bilgisini, tecrübesini emeğini, desteğini benden esirgemeyen çok değerli danışman ve yol gösterici hocam Doç. Dr. Murat ÇİFTÇİ' ye bana karşı göstermiş olduğu sabırlı, hoşgörülü ve anlayışlı davranışlarından dolayı sonsuz teşekkür ederim. Elbette tez çalışmamın tüm sorumluluğu bana aittir.

Yaşantımın her döneminde sevgi ve desteğini esirgemeyen canım annem Gönül BALCIOĞLU'na, abim Ufuk YILMAZ'a, bugüne kadar aldığım her kararda bana destek olan ve olmaya devam eden sabrı ve sevgisi sonsuz biricik eşim Neslihan YILMAZ'a sonsuz şükranlarımı sunarım. Çalışmamı yaşama sevincim olan kızım Doğa ve oğlum Deniz'e ithaf ediyorum.

Umut YILMAZ

Edirne -2023

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **i**
ABSTRACT ..... **ii**
ÖNSÖZ ..... **iii**
İÇİNDEKİLER ..... **iv**
TABLOLAR LİSTESİ ..... **vi**
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... **viii**
KISALTMALAR ..... **ix**
GİRİŞ **1**
I.BÖLÜM **3**
İÇ GÖÇ VE TÜRKİYE **3**
1.1.Göç Kavramı **3**
1.1.1. İç Göç Kavramı 4
1.1.2. Uluslararası Göç Kavramı 4
1.2.Göç Teorileri Değerlendirmesi **5**
1.3.Ekonomik Perspektifli Göç Teorileri **6**
1.3.1. Neoklasik Yaklaşımı 6
1.3.2. Yeni Ekonomi Yaklaşımı 8
1.3.3. İkiye Bölünmüş Emek Piyasası Yaklaşımı 8
1.4.Sosyo-Kültürel Perspektifli Göç Teorileri **9**
1.4.1. Denge Kuramı (Modernleşme Okulu) 9
1.4.2. Dünya Sistemi (Merkez-Çevre) Göç Kuramı (Bağımlılık Okulu) 10
1.4.3. Göçmen İlişkileri Ağı Kuramı (Network) 11
1.4.4. Göç Sistemleri Kuramı 12
1.5.Toplum Aşamalarına Göre Göç Hareketleri **12**
1.5.1. Tarım Toplumunda Göç 12
1.5.2. Sanayi Toplumunda Göç 13
1.5.3. Sanayi Ötesi Bilgi Toplumunda Göç 14
1.6.Türkiye'de İç Göç Hareketleri **15**
1.6.1. 1945 Öncesi Arızi Göç Hareketleri 16
1.6.2. 1950-80 Döneminde Göç Hareketleri 17
1.6.3. 1980 Sonrası Dönemde Göç Hareketleri 18
II. BÖLÜM **20**
SAĞLIK HİZMETLERİ VE TÜRKİYE **20**
2.1.Sağlık Hizmetleriyle İlişkili Kavramlar **20**
2.1.1. Sağlık Kavramı 20
2.1.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı 21
2.1.3. Kamu Sağlık Hizmetleri Kavramı 23
2.1.4. Koruyucu Sağlık Hizmetleri 24
2.1.5.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri 25
2.1.6. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri 26
2.2.Cumhuriyet Öncesi Dönemde Sağlık Hizmetleri **26**
2.2.1. Klasik Osmanlı Döneminde Sağlık Hizmetleri 27
2.2.2.Tanzimat Döneminde Sağlık Hizmetleri 29
2.3.1980 Öncesi Cumhuriyet Döneminde Sağlık Hizmetleri **30**
2.3.1. Atatürk Döneminde Sağlık Hizmetleri 30

2.3.2.Tek Parti Döneminde Sağlık Hizmetleri 33
2.3.3. Demokrat Parti Döneminde Sağlık Hizmetleri 34
2.3.4. Planlı Kalkınma Döneminde Sağlık Hizmetleri 35
2.4.1980 Sonrası Cumhuriyet Döneminde Sağlık Hizmetleri 37
2.4.1. 24 Ocak Kararları ve Sağlık Hizmetleri 37
2.4.2. Özal Dönemi ve Sağlık Hizmetleri 38
2.4.3.Koalisyonlar Dönemi ve Sağlık Hizmetleri 39
2.4.4. 2002'den Günümüze Sağlık Hizmetleri 41
III. BÖLÜM 44
GÖÇ-SAĞLIK HİZMETLERİ İLİŞKİSİNİN ANALİZİ 44
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI, ÖNEMİ, KISITLARI, MODELİ 44
3.1.1. Amaç ve Hipotezler 44
3.1.2. Önem 46
3.1.3. Kısıtlar 46
3.1.4. Yöntem 46
3.2. FARK TESTİ BULGULARI 48
3.3. KORELASYON ANALİZİ BULGULARI 53
3.4.REGRESYON ANALİZ BULGULARI 57
3.4.1. Göç Girişinde Sağlık Hizmet Sunumunun Etkisi 57
3.4.2. Göç Çıkışında Sağlık Hizmet Sunumunun Etkisi 60
SONUÇ 63
KAYNAKÇA 67
EKLER 79

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Türkiye'de 1923-1950 Arasında Yaşanan İç Göç Hareketleri 16
Tablo 2: Türkiye'de 1950-1980 Arasında Yaşanan İç Göç Hareketleri 18
Tablo 3:1980-2020 Yılları Arasında Türkiye'de Yaşanan İç Göç Hareketleri 19
Tablo 4: Sağlık Sistemlerinin Sınırlarına Yönelik Tanımlar 22
Tablo 5: Koruyucu Sağlık Hizmetleri 24
Tablo 6: 1928-1945 Döneminde Sağlık Personeli Sayıları 32
Tablo 7:1946-1949 yılları arasında Sağlık Personeli Sayıları 33
Tablo 8: 1950-1960 Yılları Arasında Sağlık Personeli Sayısı 35
Tablo 9:1961-1979 Yılları Arasında Sağlık Personeli Sayısı 36
Tablo 10: 1980-1983 yılları arasında Sağlık Personeli Sayısı 38
Tablo 11: 1984-1989 Yılları Arasında Sağlık Personeli Sayısı 39
Tablo 12: 1990-2000 Yılları arasında Sağlık Personeli Sayısı 40
Tablo 13: 2001-2020 Yılları Arasında Sağlık Personeli Sayısı 43
Tablo 14. Net Göç Hızına Göre Sağlık Hizmet Sunucusu Başına Düşen Nüfusun Fark Analizi Bulguları-2020 50
Tablo 15. Net Göç Hızına Göre Logaritmik Sağlık Hizmet Sunucusu Başına Düşen Nüfusun Fark Analizi Bulguları-2020 52
Tablo 16. İller İçin Göç Giriş ve Çıkış Oranlarıyla Sağlık Hizmet Sunucuları Başına Düşen Nüfus Arasındaki Korelasyonlar (Pearson, Spearman ve Kendall Korelasyon Analiz Bulguları-2020) 55
Tablo 17. İller İçin Göç Giriş ve Çıkış Oranlarıyla Logaritmik Sağlık Hizmet Sunucuları Başına Düşen Nüfus Arasındaki Korelasyonlar (Pearson, Spearman ve Kendall Korelasyon Analiz Bulguları-2020) 56
Tablo 18. İller İçin Göç Giriş Oranında Sağlık Hizmet Sunucuları Başına Düşen Nüfusun Etkisi (EKK Regresyon Analiz Bulguları-2020) 58
Tablo 19. İller İçin Göç Giriş Oranında Logaritmik Sağlık Hizmet Sunucuları Başına Düşen Nüfusun Etkisi (EKK Regresyon Analiz Bulguları-2020) 59
Tablo 20. İller İçin Göç Çıkış Oranında Sağlık Hizmet Sunucuları Başına Düşen Nüfusun Etkisi (EKK Regresyon Analiz Bulguları-2020) 60
Tablo 21. İller İçin Göç Çıkış Oranında Logaritmik Sağlık Hizmet Sunucuları Başına Düşen Nüfusun Etkisi (EKK Regresyon Analiz Bulguları-2020) 62
Ek Tablo 1. İller İçin Göç Giriş Oranı, Göç Çıkış Oranı ve Net Göç Oranı (%, 2020) 79
Ek Tablo 2. İllerde Uzman Hekim Başına Düşen Nüfus (Ham ve LN Cinsinden, 2020) 80
Ek Tablo 3. İllerde Pratisyen Hekim Başına Düşen Nüfus (Ham ve LN Cinsinden, 2020) 82
Ek Tablo 4. İllerde Asistan Hekim Başına Düşen Nüfus (Ham ve LN Cinsinden, 2020) 84
Ek Tablo 5. İllerde Hekim Bütünü Başına Düşen Nüfus (Ham ve LN Cinsinden, 2020) 86
Ek Tablo 6. İllerde Diş Hekimi Başına Düşen Nüfus (Ham ve LN Cinsinden, 2020) 88

Ek Tablo 7. İllerde Hemşire Başına Düşen Nüfus (Ham ve LN Cinsinden, 2020) .. 90
Ek Tablo 8. İllerde Ebe Başına Düşen Nüfus (Ham ve LN Cinsinden, 2020)..... 92
Ek Tablo 9. İllerde Diğer Sağlık Personeli Başına Düşen Nüfus (Ham ve LN Cinsinden, 2020) 94
Ek Tablo 10. İllerde Sağlık Personel Bütünü Başına Düşen Nüfus (Ham ve LN Cinsinden, 2020) 96
Ek Tablo 11. İllerde Hastane Yatağı Başına Düşen Nüfus (Ham ve LN Cinsinden, 2020) 98

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1 .Neoklasik Mekanizma 7

KISALTMALAR

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

AEP : Acil Eylem Planı

AK Parti : Adalet ve Kalkınma Partisi

BYKP : Beş Yıllık Kalkınma Planı

CHP : Cumhuriyet Halk Partisi

DB : Dünya Bankası

DP : Demokrat Parti

DPT : Devlet Planlama Teşkilatı

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

EKK : En Küçük Kareler Yöntemi

GSS : Genel Sağlık Sigortası

IMF : Uluslar Arası Para Fonu

KHK : Kanun Hükmünde Kararname

MHRS : Merkezi Hekim Randevu Sistemi

SDP : Sağlıkta Dönüşüm Programı

TBMM : Türkiye Büyük Millet Meclisi

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

UNISEF : Birleşmiş Milletler Uluslar Arası Çocuklara Acil Yardım Fonu

GİRİŞ

İnsanlar tarih boyunca birçok nedene bağlı olarak göç etmek durumunda kalmıştır. Göçler kimi zaman toprak verimsizliği, kıtlık, deprem, sel, salgın hastalıklar gibi yaşanılan coğrafyanın zorluklarından, kimi zamansa siyasi ve ekonomik değişimler, savaşlar, insan hakları ihlalleri, çalkantılar gibi nedenlerden kaynaklanmıştır. Bazen de daha iyi bir gelecek, daha kaliteli bir yaşam için gönüllü ya da zorunlu olarak çıkılan bir serüven haline dönüşmüştür. Şüphesiz göç etmeye karar verilirken gidilecek yer hakkında bir öngörüye sahip olunması, yeni coğrafyanın güvenlik, sağlık, eğitim, toplumsal kabul, barınma, çevresel koşulları, yasal prosedürleri gibi birçok etmeni değerlendirmesi ve karşılaşacağı sorunlara üretebileceği çözümleri planlaması gereklidir.

Göç kavramı birçok araştırmacının dikkatini çekmiş ve göçe ilişkin teoriler üretilerek bireyleri ya da kitleleri göçe iten ya da çeken nedenler üzerinde araştırmalar yapılmıştır. Kimi araştırmacı ekonomik perspektifinden bakarken kimi araştırmacı ise sosyo-kültürel açıdan bakarak konuyu açıklamaya çalışmıştır. İç göçte çekici faktör unsuru olarak sağlık; bireyin sağlıklı olma, sağlığa erişebilme ve daha iyi yaşam koşullarına sahip olmasına imkan tanımaktadır. Çoğu zaman tek başına bir faktör olmasa bile sağlık hizmetleri, doğal olarak göç kararında ve göçün yönünü belirlemede etkili olan faktörler arasında yer almaktadır.

Sağlıklı yaşam ve tıbbi bakım hakkı bireylerin doğumla birlikte kazandığı temel haklardandır. Bu temel hakkın gereğini, devletlerin layıkıyla yerine getirmesi beklenir. Çünkü sağlıksız toplumun gelişmesi, iktisadi olarak kalkınması, çağdaş uygarlık düzeyine ulaşması mümkün olamamaktadır. Bu nedenle Türkiye'de Cumhuriyet öncesi dönemde de Cumhuriyet döneminde de toplum sağlığını korumak için çeşitli politikalar üretilmiştir.

Bu çalışma üç ana bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde İç Göç ve Türkiye başlığı altında göç konusuna odaklanılmış, ikinci bölümde Sağlık Hizmetleri ve Türkiye başlığı altında da ülkemizdeki sağlık hizmet sunumu konusu incelenmiştir.

Uygulama başlığını taşıyan son bölümdeyse Türkiye'deki iç göç hareketinde sağlık hizmetlerinin çekici faktör özelliği konusu analiz edilmiştir.

"İç Göç ve Türkiye" başlığını taşıyan birinci bölüm, kendi içerisinde altı kısımdan oluşmaktadır. İlk kısımda göç kavramının aktarımı gerçekleştirilmiştir. Sonraki dört kısımdaysa ekonomik perspektifli, sosyo-kültürel perspektifli ve toplum aşamalarına göre göç teorileri aktarılmıştır. Son kısımdaysa Türkiye'de gerçekleşen iç göç hareketleri, 1945 öncesi dönem, 1945-80 arası dönem ve 1980 sonrası dönem olmak üzere üç ana döneme ayrılarak kronolojik şekilde aktarılmıştır.

"Sağlık Hizmetleri ve Türkiye" başlığını taşıyan ikinci bölüm; kendi içerisinde dört kısımdan oluşmaktadır. İlk kısımda sağlık hizmetleriyle ilişkili kavramların ve sınıflandırmaların özetlemesine gidilmiştir. İkinci kısımda Türkiye'deki cumhuriyet öncesi dönem sağlık hizmetleri, Selçuklu döneminden başlayarak cumhuriyetin ilanına kadar geçen dönemi kapsayacak şekilde aktarılmıştır. Üçüncü kısımda Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin 1980 öncesi dönemdeki gelişimi Atatürk dönemi, Tek Parti dönemi, DP dönemi ve Planlı Kalkınma dönemi olmak üzere dört başlık altında incelenerek aktarılmıştır. Dördüncü ve son kısımda ise Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin 1980 sonrası dönemdeki gelişimi 24 Ocak Kararları, Özal Dönemi, Koalisyonlar Dönemi, 2002'den Günümüze Sağlık Hizmetleri olmak üzere dört başlık altında toplanarak aktarılmıştır.

"Uygulama" başlığını taşıyan üçüncü ve son bölümse kendi içerisinde dört kısımdan oluşmaktadır. İlk kısımda çalışmanın amacı, oluşturulan hipotezler, çalışmanın önemi ve kısıtları ile analiz uygulama yöntemleri aktarılmıştır. İkinci kısımda fark testi gerçekleştirilerek bulgular raporlanmış ve sunumu gerçekleştirilmiştir. Üçüncü kısımda korelasyon analiz bulguları aktarılmıştır. Dördüncü ve son kısımdaysa regresyon analiz bulgularına yer verilmiştir.

I.BÖLÜM

İÇ GÖÇ VE TÜRKİYE

1.1. Göç Kavramı

Göç, insanın dünya üzerindeki nüfusunun artışıyla birlikte pek çok nedene bağlı olarak gerçekleştirmiş olduğu eylemlerdir. Göç nedenleri bazen savaş, siyasi baskı, tehdit gibi güvenlik gerekçesiyle olabildiği gibi bazen de daha iyi yaşam koşulları elde edebilmek için meydana gelmektedir (Barışık 2020, s. 1). İnsanoğlu tarih boyunca çeşitli sebeplerle göç etmiş veya göç etmeye zorlanmıştır. Göç, afet, salgın hastalıklar, kıtlık, siyasi ve ekonomik değişimler, çalkantılar, insan hakları ihlalleri, uluslararası çatışma, iç savaş gibi çeşitli nedenlerden kaynaklanabilmiştir. Göç gönüllü olarak gerçekleşebildiği gibi başkalarının baskı ve tehdidi nedeniyle insanların yaşadığı topraklardan ayrılmak, geçici ve/veya kalıcı bir çözüm olarak yaşamlarını devam ettirebilecekleri daha güvenli yerlere sığınmak durumunda kalmalarıyla da şekillenebilmiştir (T. Çağlar 2018, s. 30). Göç olgusu yalnızca insan topluluklarının coğrafi yer değiştirme hareketi olmayıp aynı zamanda birçok yönden toplumun yapısını değiştirebilen güçlü bir nüfus hareketi özelliği de göstermektedir. Göç hareketi süreklilik arz edebildiği gibi eğitim, iş gibi başka nedenlerle geçici de olabilmektedir (Z. Aslan 2020, s. 15). Bireylerin zorunlu nedenlerle yaşamlarının bir bölümünü ya da bütününü geçirmek üzere bulundukları yerden başka bir coğrafyaya geçmeleri ile birlikte başlayan göç, toplumların ve ülkelerin nüfus gelişimini (artış veya azalma) yönünden etkileyen önemli bir faktör olup nüfusun yaş ve cinsiyet yapısında da değişime neden olmaktadır (Akkayan 1979, s. 21). Yeni yerleşim yerlerine hareket etme eylemi iki başlık altında incelenmektedir. Bunlar iç göç ve uluslararası göçtür. Yaşadığı ülke sınırları içerisinde bir yıldan az kalmamak koşuluyla bireyin ya da toplulukların yaşadığı yeri değiştirmesine iç göç denilirken ülke sınırları dışında herhangi bir ülkeye giderek bu eylemi gerçekleştirmesine uluslararası göç denilmektedir (Pazarlıoğlu 2007, s. 121).

1.1.1. İç Göç Kavramı

Bireyin vatandaşı olduğu devletin sınırları içerisinde gerçekleştirdiği yer değiştirme eylemi iç göç olarak tanımlanmaktadır (Ulutaş ve Kamber 2017, s. 2). Bir başka tanımdaysa iç göç *"bir coğrafi birimden aynı ülke sınırları içerisinde ve önceden yaşadığı yerle rutin olarak günlük gidiş-geliş imkânının ortadan kalkmasına yol açacak mesafede, sürekli ya da uzun süreli yerleşim amacıyla tek başına birey veya bireyler topluluğunca yapılan yer değiştirme hareketi*" olarak ifade edilmektedir (Çiftçi 2011, s. 6). İç göçte kişiler kendi isteğiyle ya da zorunlu nedenlerle kırdan kente ya da kentten kıra doğru göç edebilmektedir (Ulutaş ve Kamber 2017, s. 2). İç göç hareketleri açısından bakıldığında 1950'li yıllardan itibaren Türkiye'de iç göçün yönünün daha çok kırdan kente olduğu görülmektedir.

İç göç yoğunlukla sosyo-ekonomik anlamda az gelişmiş yerleşim yerlerinden daha çok gelişmiş yerleşim yerlerine doğru gerçekleşmektedir. Bu göçler sonucunda göç edilen yerde bir takım siyasi, ekonomik, kültürel ve fiziki değişimlere neden olmaktadır. Bunun sonucunda gecekondulaşma, yoksulluk, kentlileşme veya kentlileşememe gibi olgular meydana gelebilmektedir (Taşkesen 2017, s. 23-24). Sanayileşmeyle birlikte artan işgücü hacminin karşılanmasına olanak sağlayan iç göçler üretim hacmini arttırarak bir yandan iktisadi büyümeyi sağlarken diğer yönden göç edilen bölgenin refahını arttırmaktadır. Ancak kırsal alandan göç ile beşeri sermayenin azalmasına, tarımsal üretimdeki insan gücünün azalasına bağlı olarak da üretimin azalmasına yol açan iç göçler kırsal bölgelerde kalkınma hızını yavaşlatabilmektedir. Göçlerden pozitif yönlü etkilenen sanayi sektörünün katma değerinin tarım sektöründen daha fazla olması nedeniyle iç göçlerin ülkelerin ekonomik büyümesinde olumlu katkıları olduğu düşünülmektedir (Bayraktar ve Özyılmaz 2019 , s. 103).

1.1.2. Uluslararası Göç Kavramı

Uluslararası göç birey ya da toplulukların yaşadığı ülkeyi çevresel, sosyal, kültürel, ekonomik ve ailevi nedenlerle terk ederek kendilerine yeni bir yaşam alanı yaratmak için başka bir ülkeye göç etmesi olarak tanımlanmaktadır. Uluslararası göç

hem iç toplumsal dinamiklerden hem de uluslararası siyasi ve ekonomik dalgalanmalardan etkilenen ve sonuçları bakımından iç göçten daha karmaşık sonuçları olan nüfus hareketleri olma özelliği göstermektedir (Köşk ve Özbek 2017, s. 248). Uluslararası göç, günümüz sosyal bilimler alanında üzerinde en çok durulan olgulardan biridir. Nüfus hareketliliğinin boyutları giderek çeşitlenmekte ve her yıl milyonlarca insan farklı nedenlerle uluslararası göç akımlarına katılmaktadır. Göçün nedenleri farklılık gösterse de, uluslararası nüfus hareketleri genellikle çevreden merkeze göreceli olarak gelişmiş ülkelere doğru gerçekleştiği görülmektedir. Ayrıca çoğunluğu sanayileşmiş ülkelerde toplanan göçmenlerin çoğu zaman olumsuz çağrışımlar taşıdıkları, uyum sorunları ile ön plana çıktığı, sığınma hareketleri ve istihdam kaygıları ile bir mağduriyet ekseninde görüldüğü bir gerçektir (Mutluer ve Südaş 2010, s. 32). Uluslararası göç hareketini gerçekleştirenler genel olarak altı gruba ayrılmakta olup şu şekilde sıralanmaktadır:

1) Sürekli yerleşenler,
2) Süreli sözleşmeye dayalı olarak çalışanlar,
3) Süreli olarak çalışan profesyoneller,
4) Gizli ya da illegal şekilde çalışanlar,
5) Sığınmacılar,
6) Mülteciler (Gençler 2005, s. 174).

1.2. Göç Teorileri Değerlendirmesi

Göç teorilerinde çoğunlukla göç edilecek yerin uzaklığı, göç edilecek yerde ne kadar süre kalınacağı, göç edilecek yerin ekonomik şartları, idari durumu, göç edilecek yerde akrabalık ilişkisinin olup olamadığı, sosyal ağlar, göç eden bireylerin bireysel özellikleri, etnik kökenleri cinsiyetleri gibi unsurlardan yola çıkılarak hipotezlerin oluşturulduğu, mikro ya da makro bir yaklaşımın benimsendiği görülmektedir (Özcan 2016, s. 184). Aslında göç olgusuna bakıldığında ortaya çıktığı dönemin ekonomik, kültürel ve siyasi belirleyiciler tarafından doğrudan şekillendiği görülmektedir. Göç akımlarına yönelik yapılan teorik açıklamaların tarihsel olaylardan etkilendiği görülmektedir.1960'lı yıllarda ortaya çıkan neo-klasik göç teorileri bireysel

faktörleri dayandıkları iktisat modeline entegre etmişlerdir. 1970'li yıllarda yaşanan ekonomik krizler ve işgücü sömürüsüne karşı oluşan negatif ortam, yapısal eşitsizliklerin sorgulanması gerekliliğini gündeme getirmiştir. Bu bağlamda uluslararası göçün merkez ülkelerin kendi çıkarları doğrultusunda yönlendirildiği yenidünya yaklaşımı ortaya çıkmıştır. Yine aynı dönemde merkez-çevre kavramını ikili iş gücü piyasası teorisi, iş piyasaları yapısına uyarlayarak gelişmiş ülkelerdeki vasıflı vasıfsız iş gücü ayrımına dayalı olarak ucuz ve güvencesiz işgücü için yüksek düzeyde göçmene ihtiyaç duyulduğu iddiasındadır. 1990'lı yıllarda ise ulaşım ve iletişim kaynaklarının artması, ekonominin globalleşmesi uluslararası göç alanında karmaşıklığa bunu yanında aileler, etnik gruplar, kültür ve ilişki ağlarının göç analizlerine katılımını sağlamıştır (Güllüpınar 2013, s. 57).

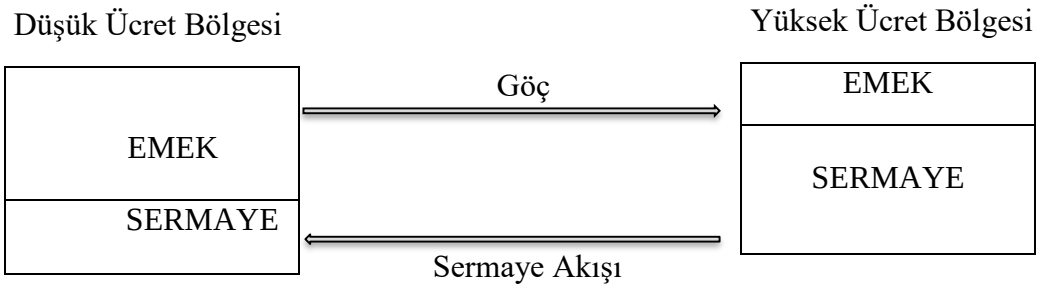
1.3. Ekonomik Perspektifli Göç Teorileri

Ekonomi perspektifli göç teorilerine bakıldığında genellikle kestirimci bir modelleme yapıldığı görülmektedir. Ekonomi perspektifli göç araştırmalarında ekonomik temelli faktörlerin merkeze alma ve "faydasını maksime etmeye çalışan rasyonel bireyler" varsayımına dayandırma eğilimdedir. Ekonomi ve ekonomik demografi disiplinleri araştırmacılarının göç etme eyleminin parasal ve beşeri sermaye açısından maliyet ve faydalarını hesaplama eğiliminde oldukları görülmektedir (Özcan 2016, s. 184). Ekonomik perspektifli göç yaklaşımlarını neoklasik, yeni ekonomi ve ikiye bölünmüş emek piyasası yaklaşımları olarak üç başlık altında inceleyebiliriz. Bu üç yaklaşım da ekonomiyi temel almış olsa da barındırdıkları iç dinamikler nedeniyle birbirinden farklı özellikler sergilemektedir. Göç eden birey, bireyin çevresi ve iş sektörleri açısından değişkenlik gösteren bu dinamikler göç sürecini anlamak ve açıklamakta farklı dengeleri barındırmaktadır (Görgün 2018, s. 1157).

1.3.1. Neoklasik Yaklaşımı

Neo klasikler göçü makro ve mikro düzeyde ele almaktadır. Makroekonomi kuramı emeğin ve sermayenin coğrafi olarak eşitsiz bir şekilde dağıldığına vurgu yaparken mikroekonomi kuramında ise göç sürecinde bireyin rasyonel düşünerek maliyet/kar hesabı yaparak daha fazla kar elde etmek için göç öncesinde planlamaya

gittiğini varsaymaktadır (Adıgüzel 2016, s. 28). İşçi göçünü açıklamak için geliştirilmiş en eski kuramlardan biri olan makroekonomik kurama göre uluslararası göç; emek arz-talep eden ülkeler arasında yaşanan coğrafi farklardan kaynaklamaktadır. Buna göre çıkış yapılan yerde sahip olunan sermayeye göre daha büyük bir emek gücü mevcuttur ve bu sebeple de varış yerlerindeki ücretler çıkış yerlerindeki ücretlere göre çok daha yüksektir. Ortaya çıkan ücret farkı nedeniyle işçiler düşük ücret veren yerden daha yüksek ücret veren yere doğru göç etmektedir. Bu hareketin sonucunda sermaye açısından zengin ancak emek arz eden yerlerde emek arzı artıp ücretler düşerken, emek arzı fazla sermaye açısından fakir olan yerde emek arzı düşer ve bunun sonucunda da ücretler yükselir (Massey, ve diğerleri 2014, s. 13). Makroekonomik yaklaşımı daha çok ücret farklılıkları üzerine yoğunlaşmaktadır (Özdil 2019, s. 266) .



Şekil 1 . Neoklasik Mekanizma

Kaynak: Özdil, Sevil. "ABD İşgücü Piyasasında Ücretler Ve Göç İlişkisi: Neoklasik Göç Teorisi" *Ekonomi, Politika & Finans Araştırmaları Dergisi* 4, no. 2 (2019): 264-276.

Mikro ekonomik düzey yaklaşımının temelinde insan sermayesi yer almaktadır. Bu yaklaşımda göçmenlerin bir yerden başka bir yere göç etmeyi düşündüklerinde göç sağlayacağı yararı ve oluşturacağı maliyeti hesaplayabildiği ileri sürülmektedir. Göçmenler hedeflerindeki yerde istihdam edilme olasılığını, kazancını, insan sermayesini araştırmakta ve hareket etme olasılığını buna göre şekillendirmektedir (Özdil 2019, s. 266). Bu yaklaşımda rasyonel aktör olan bireyin beşeri sermayesini arttırabileceği ve yatırım yapabileceği yerleri tercih etmektedir. Ancak göç etmeden önce beşeri sermayenin gideceği ülkedeki değeri ile yaşadığı yerdeki değeri arasındaki farkı çok iyi hesaplar. Bu bağlamda birey planlı karar alarak

göç etme sonucunda kar zarar maliyet hesabı yapar. Başka bir deyişle birey maksimum kar edeceği bölgelere göç etmeye karar verir ve önceden bunun ön hazırlığını yapar. Bu hazırlık, gideceği ülke için yolculuk ücretleri, uyum sürecini kolaylaştıracak etmenler ve dil öğrenme gibi süreçleri de kapsar. Eğer birey yasadışı yollar ile gidecekse bunun sonucunda sınır dışı edilme, hapis cezası ve ölüm tehlikesini öngörmek durumundadır (İnce, 2019, s. 2591).

1.3.2. Yeni Ekonomi Yaklaşımı

Neo-klasik ekonomi yaklaşımının her iki yaklaşımında da göç hareketi ve karar aşaması göçmen temelinde gerçekleşmektedir. 20. yüzyıla doğru göç hareketleri üzerine yapılan çalışmalarda göç kararında yalnızca bireylerin değil hane halkının da etkili olduğu tespit edilmiştir. Bu karar alma sürecinde aile üyeleri için de hedefteki yerin çalışma koşulları uygun bulunuyorsa göç üzerine alınacak kararlar daha güçlü temellere dayanmaktadır (Görgün 2018, s. 1158). İnsanların göç kararını almasındaki en önemli faktörlerden birisi, ailenin düzenli bir gelire sahip olma isteğidir. Aileler içlerinden birinin göç etmesi hakkında ortak karar alırken bireyin emek gücü değil ailenin emek gücü değerlendirilmektedir. Göç kararı alınırken emek gücünün hangi coğrafyaya uygun olduğu, göç ederken aile bireyleri için gelir ve güvenlik riskinin en aza indirilmesi gibi kararlarda aile üyeleri etkin rol oynamaktadır. Göçten sonraki süreçte aile gelir havuzu ve paylaşımı gerçekleştirmektedir. Gelir havuzu aile için koruyucu güvence niteliğindedir (Bozdağ ve Atan 2009, s. 165). Bu kurama göre göç nedenlerinde üç finansal faktörün etkili olduğu belirtilmektedir (Tamer 2020, s. 278).

1. Birey kendi menfaat ve çıkarlarını ailenin çıkar ve menfaatlerine göre geri planda tutar ve ailenin çıkarı yönünde göç kararı alır.
2. Gelirini arttırarak ailenin sosyal refahını hedefler.
3. Anavatanda varlık birikimi için birikim yapar.

1.3.3. İkiye Bölünmüş Emek Piyasası Yaklaşımı

İkiye bölünmüş emek piyasası yaklaşımına göre, gelişmiş ülkelerdeki emek göçü ekonominin talebine karşılık işverenler ya da hükümetler eliyle başlatılmaktadır.

Bu yaklaşıma göre ekonominin gereksinimlerinden doğan göçmen işçi talebi ücret farkları nedeniyle zorunluluk teşkil etmez. Göçmen işçi kabul eden ülkelerde göçmen işçi sayısı artsa bile ücretlerde herhangi bir artış sağlanmaz. Ücretlerin artışı sosyal ve kurumsal mekanizmalar tarafından engellenerek yerinde tutulur. Göçmen işçi sayısındaki artışa paralel olarak ücretler daha da düşebilir ancak kurumlar bu düşüşe engel olmak için müdahalede bulunmaz. Modern endüstri sonrası ekonomilerde göçmenler yapısal olarak fazlalaşmaktadır (Güllüpınar 2012, s. 64). Piore'ye göre işgücü piyasası modern toplumlarda ikiye ayrılmaktadır. Birincisi vasıflı işçilerin olduğu sermayesi yoğun, sendika, sigorta, sosyal güvencesi ve toplu sözleşme haklarına sahip yerli işçiler yer almaktadır. İkincisi ise vasıfsız, sosyal hakları ve güvencesi olmayan, yoğun, istikrarsız yerli işçilerin talep etmediği sektörün açığı göçmen işçiler eliyle yürütülmektedir. Bu ikili yapıda olan işgücü piyasası bölünmüş işgücü piyasasını oluşturmaktadır. Emek piyasasındaki bu ayrışmada toplumsal cinsiyet, rekabet ve etnik kökenin önemli rolü bulunmaktadır (Adıgüzel 2016, s. 29).

1.4. Sosyo-Kültürel Perspektifli Göç Teorileri

Sosyo-kültürel perspektifli göç teorilerini denge kuramı (modernleşme Okulu), dünya sistemi (merkez-çevre) göç kuramı (bağımlılık okulu), göçmen ilişkileri ağı (network) kuramı ve göç sistemleri kuramı olarak dört başlık altında inceleyebiliriz**.**

1.4.1. Denge Kuramı (Modernleşme Okulu)

Gelişmiş ülkeler ile az gelişmiş ülkeler arasındaki ilişkiyi pozitif yönlü bir bakış açısıyla ele alan bu kuramın en önemli temsilcileri T. Parsons, , W. Rostow, D. Lerner, M. W. A. Lewis ve P. Todaro'dur (Arslan ve Arslan 2019, s. 36). Bu kuramın temsilcilerine göre göç, gelişmiş ve az gelişmiş ülkeler arasında iş gücü, bölgeler ve mekânsal (kent-köy-kasaba) dengenin sağlanmasına yarayan pozitif yönlü bir nüfus hareketidir (Kalmış ve Kalaycı 2021, s. 37). Bu nüfus hareketi sanayileşmemiş bölgelerden sanayileşmiş kentlere göç eden nüfus hareketinin yaratacağı talep ve işgücü transferi sanayileşmemiş bölgelerde üretim artışına sebep olarak işgücü talebi doğuracak olup göç oranının düşmesine neden olacaktır. Bunun sonucu olarak da

tekrarlanacak olan göç süreci bölgeler arasındaki nüfus dengesini sağlamış olacaktır. Bu bakış açısıyla göç bölgeler arasındaki dengesizliği gidererek bütünleştirici, pozitif yönlü, kalkınma veya modernleşme süreci olarak değerlendirilmiştir (Çakır 2011, s. 136). Denge kuramcılarına göre göç, iyi bir iş ve yüksek statü arayan bireylerin gönüllü olarak başlattıkları bir yer değiştirme hareketidir. Aynı zamanda gelişmiş ülkelere göç eden göçmen işçilerin mesleki alanda kendilerini daha çok geliştirebilecekleri, modern değerler kazanacakları ve bunun sonucunda kendi ülke ekonomilerine katkı sağlayarak kültür elçisi olarak döneceklerini iddia etmektedirler. Dolayısıyla denge kuramına göre göç, yalnızca ekonomik anlamda uyumlanma süreci olmayıp aynı zamanda bir kültürlenme süreci olarak kabul edilmektedir (Arslan ve Arslan 2019, s. 36-37).

1.4.2. Dünya Sistemi (Merkez-Çevre) Göç Kuramı (Bağımlılık Okulu)

Wallerstein, Galtung, Amin, Kosack ve Castle tarafından 1970'li yıllarda ortaya atılan bu kuram, 1980'li yıllarda Portes, Sassen ve Castles tarafından geliştirilmiştir. Bu kuram "merkez-çevre" ya da "gelişmiş-az gelişmiş" ülkeler arasında çıkar ve sömürü ilişkisini niteleyen bir yaklaşımdır. Bu kurama göre göç gelişmeyi modernleşmeyi sağlayan bir mekanizmadan daha ziyade göçmen işçi gönderen gelişmemiş ülkelerin işgücünün gelişmiş ülkeler yaranına kullanılmasıdır. Bu durumda gelişmekte olan ülkelerin sosyo-ekonomik gelişimini negatif yönde etkilemektedir (Güllüpınar 2019, s. 113). Dünya sistemi kuramcıları dünyayı merkez ve çevre olarak kurgulamışlardır. Bu kurgularını göçe uyarladıklarında göçün, az gelişmiş ülkelerden (çevre) gelişmiş ülkelere (merkez) doğru hareket ettiğini belirtmişlerdir. Merkez çevre kuramının çevrenin merkeze bağımlı olduğunu nitelemesi bu kuramın negatif yönlerinden biridir. Gelişmiş ülkelerde hammadde ve ucuz iş gücü bakımından gelişmekte olan ülkelere bağımlılığı yadsınamayacak boyuttadır (Aydemir ve Şahin 2017, s. 366). Gelişmiş olan merkez ülkeler yoğun iş gücünün olduğu sektörlerde ucuz ve vasıfsız iş gücüne ihtiyaç duymaktadır. Erken dönemde bu ihtiyaç merkez ülkelerdeki fabrikalarda sağlanırken, geç dönemde çevre ülkelere yapılan iş yatırımlarıyla ucuz işgücü olarak değerlendirilmiştir. Gelişmiş

ülkelerin gelişmekte olan ülkelere kurmuş olduğu fabrikalar eliyle yaptığı ekonomik yaptırımlarla geleneksel üretim ilişkilerini zedeleyerek işsizliğin artmasına, küçük işletmelerin çökmesine ve buna bağlı olarak göçmen nüfusunun artmasına neden olmuştur (Cizreli 2015, s. 34).

1.4.3. Göçmen İlişkileri Ağı Kuramı (Network)

Göçmen ilişkileri ağı kuramını diğer kuramlardan ayıran özellik, diğer kuramların ekonomik karşılaştırmalar üzerine kurulmuş olmasına rağmen bu kuramın daha çok ilişkiler ağı üzerine kurulmuş olmasıdır. Göçmen ilişkiler ağı, kendi ülkeleri ile göç ettikleri ülkelerde "eski göçmenler", "yeni göçmenler" ve "göçmen olmayan" kişiler arasında yurttaşlık, soy bağı, etnik köken ve dostluk bağlarından oluşan ilişkiler bütünü üzerine inşa edilmiştir. Bu ilişkiler, göçmenlerin gerektiğinde yardım alabilecekleri bireylerin varlığı, iş ve kalacak güvenli yer bulma konusunda başvurabilecekleri bir çeşit toplumsal güç olması nedeniyle uluslararası göçü özendirici niteliktedir. Sosyal ağlar aile, arkadaş, dostlar gibi kişisel ilişkiler üzerinden olduğu gibi seyahat acenteleri, işverenler ve iş görenler dahil ortaklar, tacir ve kaçakçılarla da oluşabilmektedir (Arslan ve Arslan 2019, s. 39). Yabancı bir ülkeye illegal yollardan göç eden bireylerin yardım alabilecekleri bir ilişkiler ağı olmadığından yüksek tutardaki masrafları göze almak durumundadır. Ancak onun ardından gelen her yeni göçmen ilişkiler ağı esasına dayanarak göç masrafları azalacak ve böylece göç hareketi sınırsız bir şekilde sürüp gidecektir (Abadan-Unat 2002, s. 18). Göç eden bireyler göç ettikleri yerleri belirlerken öncelikle kendi soylarından, kültürlerinden olan insanların yaşadığı bölgeleri tercih ederler. Bu tercih hem iç göçte hem de uluslararası göçte etkili olmaktadır. Örneğin; İstanbul'a Anadolu'dan göçenlerin belli semtlerde toplanması ya da Amerika'da rastlanılan "Çin Mahallesi", "Kore Mahallesi" Almanya'da "Türk Mahallesi" gibi (Görgün 2018, s. 1325) , (Bayram 2019, s. 117). İlişkiler ağı kuramı ilk göç aşamasında göçmenlere fayda sağlamış olsa da bu durum onların göç ettikleri ülke içerisinde kendi aralarında bir alt toplum oluşturmasına neden olmuştur. Sıkıntı ve ihtiyaçlarını kendi aralarında çözümleme yoluna gittikleri için yerel halk ile kaynaşma ihtiyacı hissetmeyerek kendi içlerinde yaşamaları, onların yaşadıkları toplumdan soyutlanmalarına neden olmuştur

(Hatipler ve Daşkıran 2021, s. 719-720).

1.4.4. Göç Sistemleri Kuramı

Göç sistemleri kuramı, uluslararası göç olgusuna politik ve ekonomik temelli bir kavram çerçevesinde yaklaşmaktadır. Bu kurama göre iki veya daha fazla ülkenin karşılıklı olarak göçmen değişimi ile ilgili olarak bir göç sistemi ve ilişkiler zinciri oluşturmaktadır (Güllüpınar 2012, s. 76). Uluslararası göç anlayışının ön planda olduğu bu ilişkiler zinciri; kültürel, ticari, politik, ekonomik, askeri, hatta sömürge ve işgal biçiminde olabilen çok yönlü sosyal ilişkiler bütünüdür (Köşk ve Özbek 2017, s. 256). Bu göç ve ilişkiler zinciri mesafe olarak iki yakın ülke arasında gerçekleşebileceği gibi uzak mesafeler arasındaki ülkeler arasında da gerçekleşebilmektedir. Örnek olarak yakın mesafe göçe Amerika Birleşik Devletleri ile Meksika arasında görülen göç ve göçmen ilişkisi, uzak mesafe olarak Fransa ve Batı Afrika arasında görülen göç ve göçmen ilişkisi verilebilir (Güllüpınar 2012, s. 76). Bu sistem içerisinde yer alan ülkeler için coğrafi yakınlık ya da uzaklığın bir önemi yoktur. Merkez konumdaki az sayıdaki gelişmiş ülkeler ile bu ülkelere göç verecek olan çok sayıdaki ülkelerin arasında coğrafi yakınlıktan ziyade siyasi ve ekonomik ilişkiler göz önüne alınmaktadır. Dolayısıyla coğrafi yakınlık göç oluşumunu ya da göç etmeyi arttırmak için geçerli ve yeterli bir neden olmazken coğrafi uzaklık da göç oluşumuna engel olmamaktadır (Köşk ve Özbek 2017, s. 256).

1.5. Toplum Aşamalarına Göre Göç Hareketleri

Toplum aşamalarına göre göç hareketleri başlığı altında dünyanın tarihsel gelişim süreci içerisinde göç hareketleri özetlenmiştir. Buna göre ilk olarak tarım toplumunda göç, ardından sanayi toplumunda göç ve en son aşama olarak da bilgi çağında göç başlıkları altında konu incelenmiştir.

1.5.1. Tarım Toplumunda Göç

Kırsal ve kentsel yerleşim, konargöçer istisnalar dışında dünya üzerinde en yaygın yerleşim biçimini oluşturmakta olup bu tür yerleşimin temeliyse köylere

dayanmaktadır. Tek evden köye kadar uzanan toplumsal zincirde köy yaşamı ülkeden ülkeye bölgeden bölgeye farklılık göstermektedir. Köylerde temel ekonomik faaliyet tarım ve hayvancılık olup köyler aynı zamanda kentte yaşayanlar için de nefes alabilecekleri alternatif yaşam merkezleri olma özelliği göstermektedir. Ancak köylerin on sekizinci yüzyıldan kalma yerleşim ve arazi yapısı, köyde yaşayanlar için köyün alternatif bir yaşam alanı olmaktan çıkmasına yol açmakta ve göçü de hızlandırmaktadır (Kocaman ve Yanık 2012, s. 29-30). Sanayi inkılabı ile birlikte tarım sektörüne makinelerin girişi, geleneksel tarımdan uzaklaşılarak üretimdeki insan işgücü kullanımının azalmasına yol açmıştır. Köylerde yaşanan nüfus artışı, tarımda makinalaşma, mevcut toprakların miras veya başka sebeplerle parçalanması, köylülerin geçim sıkıntısı çekmesi ya da işsiz kalmasına sebep olmuştur (Bahar ve Bingöl 2010, s. 45). Tüm bu etmenler köylüleri yeni iş kaynakları bulmak için göç etmeye zorlamıştır. Buna ek olarak üreticinin örgütlenme yetersizliği nedeniyle piyasadaki fiyatlara etki edememesi, üretimden de çekilerek göç etmesine sebep olmaktadır (Yalçın ve Kara 2016, s. 155-156). Doğal koşullara bağlı üretimin hakim olduğu tarım sektöründe diğer sektörlere göre üretim daha riskli, sermaye devri ise daha yavaştır. Bu da tarımda az gelirli ve küçük işletmelerin üretimi bırakıp köyü terk ederek göç etmelerine yol açmaktadır. Ayrıca tarımda büyük ölçekli üretim yapan büyük toprak sahipleri de yatırımlarını tarım yerine sanayi sektörüne yoğunlaştırarak kente sermaye transferinde bulunmaktadır (Gürbüz ve Karabulut 2008, s. 41). Bütün bu etkenlerse beraberinde tarım arazilerinin işlenmemesine ve kent merkezlerinde nüfus baskısına yol açan kırsal göçü beraberinde getirmektedir (Kocaman ve Yanık 2012, s. 30).

1.5.2. Sanayi Toplumunda Göç

Sanayi inkılabı ilk olarak İngiltere'de 18' inci yüzyılın sonlarında başlayıp 19'uncu yüzyılın ortalarına kadar devam etmiştir. Buharlı makinaların icadı ve bu makinaların kullanımının yaygınlaşmasıyla birlikte büyük fabrikaların kurulmuş olması, bu dönemin ayırt edici özelliğidir. Sanayileşme süreciyse gelişmekte olan ülkelerin siyasi, sosyal ve ekonomik anlamda dönüşümünün temelini oluşturmaktadır. Sanayileşme toplumsal yapıda da değişim meydana getirirken bireylerin, tarımdan

sanayiye, kırdan kente, az gelişmiş bölgelerden gelişmiş bölgelere doğru göç etmesine neden olmuştur (Güreşçi 2010, s. 47). Bu nüfus hareketlerinin temelinde sanayileşmeyle birlikte yeni üretim alanlarının oluşması, buna bağlı olarak artan işgücü talebi mevcuttur. Ayrıca kentlerde sanayileşmeyle birlikte yeni iş kollarının oluşması da, köylüler için cezbedici etki göstermiştir (Candan, Oktay ve Sürmeli 2018, s. 869). Ancak köyden sanayi bölgelerine doğru gerçekleşen göç, kent nüfusunun büyük bir hızla artışına neden olmakla birlikte artan nüfus nedeniyle şehirlerde konut, barınma, alt yapı, ulaşım ve çevre sorunlarının yaşanmasını da beraberinde getirmiştir (Ersoy 2016, s. 24), (Bozkurt ve Ayfer 2018, s. 145)

1.5.3. Sanayi Ötesi Bilgi Toplumunda Göç

Sanayi ötesi bilgi toplumunda üç ana sektör içerisinde hizmetler sektörü baskın konumda olup, toplam milli gelirin üçte ikisini ve çoğu zaman daha da fazlasını içermektedir. Sanayi üretimiyse yüksek teknoloji kullanımının olduğu teknoloji üretimine dayanmaktadır. Tarımınsa payı çoğu zaman hem milli gelir hem de istihdam içinde %2-3 aralığındadır. Böyle bir yapı içerisinde nüfusun büyük bölümü kentlerde yaşamakta olup, göç olgusu da doğal olarak sanayi toplumunda olduğu gibi kırdan kente değil kentler arasında gerçekleşmektedir. Sanayi ötesi bilgi toplumu, uluslararası göç hareketlerinde ise bir çekim merkezi özelliği göstermektedir. Özellikle azgelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerden yoğun şekilde beyin göçü çekmektedir.

Beyin göçü kıt kaynakları ile yetiştirmiş olduğu beyinlerin gelişmiş ülkelere göç etmesiyle birlikte gelişmekte olan ülkelerin gelişme hızında yavaşlamaya yol açmaktadır. Ancak gelişmiş ülkeler bu göçmenlere kendilerini geliştirebilecekleri daha iyi olanaklar, yüksek ücret imkanı sağlayarak kişisel gelişim hızlarını arttırmaktadır. Böylece beyin göçü ülkelerin gelişmişlik düzeyleri arasındaki farkın daha da açılmasına neden olmaktadır (Kaya 2009, s. 14-15); (Akkaş ve Laleli 2019, s. 48). Beyin göçünde göçmen açısından bireyin eğitim aldığı alanda uzmanlaşıp daha iyi şartlarda yaşam ve çalışma koşulu elde etmesi, daha yüksek ücret kazanarak refah düzeyini arttırması amaçlanmaktadır (Günay, Atılgan ve Serin 2017, s. 44). Beyin göçü 1960'lı yıllardan sonra artarak devam etmiştir. Bilim adamları, doktorlar,

eczacılar, mühendisler, ekonomistler, sanatçılar gibi ülkenin iyi yetişmiş vatandaşları gittikleri ülkeleri iyi yönde farklılaştırırken bu gidiş gelişmemiş ülkeler için önemli bir kayıp haline dönüşmüştür. Beyin göçü hem iç göçte hem de uluslararası göçte görülebilse de iç göçte dengelerde herhangi bir değişikliğe neden olmazken dış göçte ülkeler için önemli kayıplara neden olmaktadır. Bu sebeple de daha çok uluslararası göç hareketleri içerisinde değerlendirilmektedir. Beyin göçünün oluşmasına sebep olan nedenler, işsizlik sorunları, bireyin eğitimine uygun iş imkânlarının bulunamaması, değer görememe, gelişmiş ülkelerin cazip görünen etkileri, kendini gerçekleştirme, alanında daha iyi eğitim alabilme olanaklarının olması, siyasi tercihler şeklinde sıralanabilir (Koçak ve Terzi 2012, s. 173-174).

1.6. Türkiye'de İç Göç Hareketleri

Göç hareketleri içinde en yüksek ağırlığa sahi oluşu sebebiyle iç göç, bir ülkenin iç dinamiklerini değiştirme gücüne sahip olan ve sosyo- ekonomik değişime yol açabilen nüfus hareketi olma özelliğine sahiptir. Türkiye açısından değerlendiğinde iç göçün mesleki ve coğrafi bir hareketlilik olduğu söylenebilir. Ayrıca Türkiye'de göç hareketlerine bakıldığında iç göç, uzun yıllar boyunca daha çok kırdan kente doğru gerçekleşmiştir (Taşkesen, 2017, s. 23). Cumhuriyetin kuruluşundan günümüze kadar olan dönemde Türkiye'de iç göç hareketlerine bakıldığında iç göçün çeşitli sebeplerden ve dönemin koşullarına bağlı olarak değişiklik gösterdiği görülmektedir. İç göç tarihi üç tarihsel dönem içinde incelenebilir. 1923-1950 yılları arasında sakin bir dönem geçiren iç göç 1950 yılından itibaren hareketlenmeye başlamıştır. 1960 yılından sonra hız kazanan iç göç 1980'li yıllarda giderek ivme kazanmıştır. Bu dönemde insanların iç göç hareketleri daha çok ekonomik ve siyasi temellere dayanmaktadır (Akyıldız, 2022, s. 7). Günümüzde iç göçün Türkiye'nin batısında yer alan İstanbul, İzmir, Bursa, Ankara, Adana, İzmit, gibi büyük kentlerde birçok probleme neden olduğu görülmektedir. Bu problemlerin önüne geçmek ya da çözüme kavuşturmaksa oldukça güçtür. Bu sorunların önüne geçebilmek için göç veren bölge ve kentlerde ekonomik açıdan bir gelişme sağlanması ihtiyacı mevcuttur. Göç veren yelerde sanayi kuruluşlarının kuruluşu ve yerel halka bu kuruluşlarda istihdam olanakların sağlanması, göçün önlenmesinde etkili olabilecektir

(Kocadaş, 2016, s. 14-15).

1.6.1. 1945 Öncesi Arızi Göç Hareketleri

Cumhuriyetin kurulduğu 1923 yılından 1950'lili yıllara kadar olan dönemde mevsimlik işçi ve tayin amacıyla yapılan göçler dışında iç göçte hareketliliğin yaşanmadığı durağan bir seyir mevcuttur. İlk nüfus sayımın yapıldığı 1927 yılında toplam nüfus 13.648.270 olup nüfusun sadece %24,22'si kentte ikamet ederken %75,88'sinin kırsal bölgede yaşamaktadır.1950 yılına gelindiğinde kentsel nüfus oranı %25,04 olarak gerçekleşirken kırsal nüfusun toplam nüfusa oranı %74,96 olmuştur. Aradan geçen 23 yıllık süreçte iç göç hareketinde anlamlı bir değişim görülmemiştir. Bu dönemde sanayileşmenin olmaması kırdan kente göçü tetikleyecek işgücü piyasasının oluşmamasına yol açmıştır. Bu dönemde ülkenin sanayileşme çabaları ve iş hacmi iç göçü tetikleyemeyecek ölçüde zayıf kalmıştır. Ayrıca araya giren engellerin yani ulaşım ve bilgi sağlamanın 1950 öncesi Türkiye'sinde son derece sınırlı oluşu da göçü engelleyen etkenler arasındadır (Çoban, 2013, s. 61).

Tablo 1: Türkiye'de 1923-1950 Arasında Yaşanan İç Göç Hareketleri

Yıllar	Toplam Nüfus	Kent Nüfusu	Kırsal Nüfusu	Kentsel Nüfus Oranı	Kırsal Nüfus Oranı
1927	13.648.270	3.305.879	10.342.391	24,22	75,78
1935	16.158.018	3.802.642	12.355.376	23,53	76,47
1940	17.820.950	4.346.249	13.474.701	24,39	75,61
1945	18.790.174	4.687.102	14.103.072	24,94	75,06
1950	20.947.188	5.244.337	15.702.851	25,04	74,96

Kaynak: TÜİK., İstatistik Göstergeler 1923-2011, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara Yayın No: 3890,2012, s.9. ((TÜİK) Türkiye İstatistik Kurumu 2012, s. 9)

Türkiye'de ekonomik kalkınma ve sermaye birikiminin yeterince gerçekleştirilememesi, 1923-1950 yılları arasındaki dönemde tarımsal alanda da modernizasyonun sağlanamamasına yol açmıştır. Çünkü bu dönüşümü sağlayacak artı bir değer elde edilememiştir. Ankara'da ve Kamu iktisadi teşebbüslerinin olduğu yerlerde bir göç hareketi yaşanırken devlet kurumlarının işçi ve memur ihtiyacına yönelik istihdam edilen personel hareketleri nedeniyle cılız bir göç hareketi gerçekleşmiştir. Gerçekte ekonomik yapıdaki bu devinimsizlik II. Dünya Savaşı'nın

getirdiği olumsuzluklar ve özel teşebbüs yatırımlarının bir türlü gerçekleşmemesinden kaynaklanmaktadır (Kaştan, 2016, s. 693).

1.6.2. 1950-80 Döneminde Göç Hareketleri

Türkiye'de iç göç tarihine bakıldığında 1950'li yıllardan sonra hızlanan bir ivmeyle karşılaşılmaktadır. İç göç gelişmiş ülkelerde sanayileşmeyle başlasa da Türkiye'de sanayileşme ile başlamamış hatta iç göç sanayileşmeye ivme kazandırmıştır (Öztürk, 2007, s. 255). II. Dünya Savaşından sonra 1948-1951 yılları arasında ABD'nin uygulamaya koyduğu Marshall yardımlarından Türkiye 137 milyon dolarlık bir pay almıştır. Tarım alanlarının daha iyi işlenebilmesi, tarımda makineleşmenin sağlanması için bu yardımlar kapsamında Türkiye'ye 40 binden fazla traktör hibe edilmiştir. Tarımdaki makineleşmenin sonucunda işgücü talebi azalmış ve köylerde işsizlik artmıştır (Çatalbaş ve Yarar 2015, s. 100). 1950-1960 yılları arasında kırsalın itici hayat şartları tarımda makineleşme, Marshall yardımları, toprağın verimsizliği ya da yetersizliği gibi nedenlere dayanırken, kentlerde gelişen sanayileşme ve hizmet sektöründe işgücüne duyulan ihtiyacın artışı, kırdan kente doğru göçü başlatmıştır (Öztürk, 2007, s. 255), (Çatalbaş ve Yarar 2015, s. 100). Yüzyıllar boyunca toprağa, tarıma bağlı bir yaşam süren Anadolu köylüsünün kırdan kente göçü, Türkiye'nin geleneksel toplum yapısını beklenmedik hızla değiştiren toplumsal bir olay niteliğine dönüşmüştür (Kocadaş, 2016, s. 15). Bu dönemde beş yıllık kalkınma planları ile ilk defa planlı ekonomi dönemine girilmiş, kent merkezlerinde yoğunlaşan sanayi kuruluşları ve büyük işyerleri kentlerin dışına taşınarak sanayi siteleri örgütlenmiştir. Sınırlı sayıda olsa da kentlerde sanayi sektöründe istihdam sağlanmış ancak başta İstanbul olmak üzere büyük kentlerin emme kapasitesi iç göçe kentte yoğunlaşan nüfusun hızına yetişememiştir. Bu hızlı kentleşme kentlerde barınma, konut, istihdam ve sosyal uyum gibi birçok sorunu beraberinde getirmiştir. Hızlı kentleşme sonucunda Türkiye çarpık kentleşme ve gecekondu sorunu ile karşı karşıya kalmıştır. Kente gelen göçmenler çoğunlukla barınma ihtiyaçlarını kamu arazileri üzerine gecekondu yaparak karşılamışlardır (Adıgüzel 2016, s. 42). 1960'lı ve 1970'li yıllar arasında köyden kente göç önemli yer tutarken 1970'li ve 1980'li yıllardaysa kentten-kente göç önemli bir yer tutmuştur. Bu

dönemde yine göç için cazip olan yerler metropol kentler olmuştur (Öztürk, 2007, s. 255), (Çatalbaş ve Yarar 2015, s. 100)

Tablo 2: Türkiye'de 1950-1980 Arasında Yaşanan İç Göç Hareketleri

Yıllar	Toplam Nüfus	Kent Nüfusu	Köy Nüfusu	Kentsel Nüfus Oranı	Kırsal Nüfus Oranı
1950	20.947.188	5.244.337	15.702.851	25,04	74,96
1955	24.064.763	6.927.343	17.137.420	28,79	71,21
1960	27.754.820	8.859.731	18.895.089	31,92	68,08
1965	31.391.421	10.805.817	20.585.604	34,42	65,58
1970	35.605.176	13.691.101	21.914.075	38,45	61,55
1975	40.347.719	16.869.068	23.478.651	41,81	58,19
1980	44.736.957	19.645.007	25.091.950	43,91	56,09

Kaynak: TÜİK, İstatistik Göstergeler 1923-2011,Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara Yayın No: 3890,2012, s.9. ((TÜİK) Türkiye İstatistik Kurumu 2012, 9)

Tablo ' de yer alan 1950-1980 yılları arasında Türkiye'deki iç göç 1950'li yıllardan itibaren ivme kazanan kırdan kente göçle kırsal nüfus ağırlığını azaltırken kentleşmeyi hızlandırmıştır. 1950 yılında kentleşme %25,04 iken 1980 yılında bu oran %43,91'e yükselmiş, kırsal nüfusa oranıysa 1950-80 arasında %74,96'dan %56,09'a gerilemiştir.

1.6.3. 1980 Sonrası Dönemde Göç Hareketleri

1980'li ve 1990'lı yıllara bakıldığında Türkiye; toplumsal oluşum, liberal piyasa ekonomisi, özelleştirmeler gibi hedeflerle yeniden örgütlenmeye tanık olmuştur. Bu dönemde modernleşmenin küreselleşme olarak algılanmasıysa göç olgusunun daha da belirginleşmesine neden olmuş, iletişim ve ulaşım olanaklarındaki gelişim, bireysel yaşamın toplumsal yaşam karşısında daha da öne çıkmasına, sivil toplumun önem kazanmasına yol açmış ve toplumsal hareketliliği daha da arttırmıştır (İçduygu ve Sirkeci 1999, 253). Bu dönemde Türkiye bir yandan özelleştirme ve modernleşme yolunda çaba gösterirken diğer taraftan siyasi belirsizliğin yükselişe geçişine şahit olmuştur (Şantaş 2019 , s. 901). Bu gelişmeler de iç göçün giderek artışına yol açmıştır. Aynı zamanda terörün başlamasıyla birlikte Doğu ve Güneydoğu Anadolu'da yaşayanların can ve mal güvenliklerinde yaşanan sorunlar, bölgeden geniş kitlelerin zorunlu göçüne sebep olmuştur. Bu göç çerçevesinde bölgede yaşayan çok sayıda insan can ve mal güvenliği açısından daha güvenli görünen Diyarbakır, Van gibi çevre illere, sonrasında da İstanbul, İzmir, Bursa, Adana, Mersin başta olmak

üzere Batı ve Orta Anadolu'ya göç etmiştir. Bu olağanüstü insan akını şehirlerde zaten var olan kentsel sorunların olağanüstü boyutlara taşınmasına neden olmuştur (İçduygu ve Sirkeci 1999, s. 253) .

Tablo 3:1980-2020 Yılları Arasında Türkiye'de Yaşanan İç Göç Hareketleri

Yıllar	Toplam Nüfus	Kent Nüfusu	Köy Nüfusu	Kentsel Nüfus Oranı	Kırsal Nüfus Oranı
1980	44.736.957	19.645.007	25.091.950	43,91	56,09
1985	50.664.458	26.865.757	23.798.701	53,03	46,97
1990	56.473.035	33.326.351	23.146.684	59,01	40,99
2000	67.803.927	44.006.274	23.797.653	64,90	35,10
2007	70.586.256	49.747.859	20.838.397	70,48	29,52
2008	71.517.100	53.611.723	17.905.377	74,96	25,04
2009	72.561.312	54.807.219	17.754.093	75,53	24,47
2010	73.722.988	56.222.356	17.500.632	76,26	23,74
2011	74.724.269	57.385.706	17.338.563	76,80	23,20
2012	75.627.384	58.448.431	17.178.953	77,28	22,72
2013	76.667.864	70.034.413	6.633.451	91,35	8,65
2014	77.695.904	71.286.182	6.409.722	91,75	8,25
2015	78.741.053	72.523.134	6.217.919	92,10	7,90
2016	79.814.871	73.671.748	6.143.123	92,30	7,70
2017	80.810.525	74.761.132	6.049.393	92,51	7,49
2018	82.003.882	75.666.497	6.337.385	92,27	7,73
2019	83.154.997	77.151.280	6.003.717	92,78	7,22
2020	83.614.362	77.736.041	5.878.321	92,97	7,03
2021	84.680.273	78.908.631	5.771.642	93,18	6,82

Kaynak: TÜİK,https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=nufus-ve-demografi-109&dil=1 Erişim Tarihi:16.10.2022Tablo'te de görüleceği gibi 1980 sonrasında iç göçün hızla arttığı, bu artış sonucunda 1985 yılında cumhuriyet döneminde ilk defa kent nüfusunun kır nüfusunu aştığı görülmektedir. 1985 yılında toplam nüfusun %53,03'ü kentte yaşarken %46,97'sinin kırda yaşadığı görülmektedir. 1985 yılından günümüze kent nüfusunun artışını sürdürürken kır nüfusunun azalmaya devam ettiği görülmektedir. Türkiye'nin 2021 nüfus verilerine göre 84.680.273 olan toplam nüfusunun 93,18'i kentlerde %6,82'sinin kırsal alanda yaşamaktadır.

II. BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE TÜRKİYE

2.1. Sağlık Hizmetleriyle İlişkili Kavramlar

Sağlık hizmetleri, içerisinde pek çok bileşeni barındıran hizmetler bütününü ifade etmektedir. Bu özelliğiyle de etimolojik olarak sağlık kavramının anlatısıyla başlanmış, sağlık hizmetleri ve kamu sağlık hizmetleri ayrı başlıklar halinde aktarılmış ve nihayetinde de sağlık hizmet türlerinin kısa sunumu gerçekleştirilmiştir.

2.1.1. Sağlık Kavramı

Sağlık kavramına yüklenen anlamda zamana dayalı değişim görülmekte olup, kavramın tarihsel kökenlerine bakıldığında Antik Yunan mitolojisinde yer bulan tanrı ve tanrıçalara kadar dayandırıldığı sonucuyla karşılaşılmaktadır. Buna göre tıbbın tanrısı Aesculap olarak belirlenmiş, sağlık da hastalıkları yenme sanatı olarak tanımlanmıştır. Aesculap'ın kızı Hygiea ise sağlığı koruma tanrıçası olarak kabul edilmiştir. Bu dönemde sağlık disiplinli ve sorumlu bir yaşam sürme açısından ele alınarak tanımlanmıştır. Hipokrat Hygiea'yı destekleyerek "iyi sağlığa götürendir" demiştir. Hipokratın bu sözüne karşılık sağlık, genelde medikal sınırlar içerisinde ele alınmış ve sağlık ya hastalık kavramı ile birlikte anılmış ya da hastalık karşıtı olarak değerlendirilmiştir (Piyal, 2011, s. 4) (Cömert ve Özel 2015, s. 311).

Yakın geçmişe kadar sağlık, bireyde hastalık hali olmayışı olarak tanımlanmıştır. Sağlık bu tanım ile çok dar bir çerçevede ele alınmış sosyal ve ruhsal iyilik hali ise göz ardı edilmiştir (Birol, Akdemir ve Bedük 1997, s. 1). Dünya Sağlık Örgütü 1946 yılında sağlığı daha geniş bir çerçevede ele alarak; "bireyde sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içerisinde olması" olarak kavramın kapsamını genişletmiştir. Geniş bir tanım olmasına rağmen son dönemlerde bu tanıma "sosyal ve ekonomik olarak üretici bir yaşam sürebilme" de eklenmiştir (Kesgin ve Topuzoğlu 2006, s. 47). İnsan hakları

evrensel bildirgesinin 25 maddesindeyse sağlık hakkı "*Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır"* şeklinde belirlenmiştir. 1982 yılında kabul edilen Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 56. maddesindeyse devletin herkesin beden ve ruh sağlığı içerisinde yaşamını sürdürmesini sağlamak için sağlığın vazgeçilmez bir hak olduğu ve bu hakkın devletin güvencesinde olduğu anayasal güvence altına alınmıştır (Alu, 2017, s. 33) (Atasever ve Bağcı 2020, s. 1).

2.1.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı

Sağlık hizmetleri kavramı bireylerin ve/veya toplumun hastalıklardan korunması, iyilik halinin devamı ve sağlığın geliştirilmesi için sunulan hizmetler bütününü içermektedir. Süreç içerisinde hastalık ve sağlık kavramlarının algılanmasındaki ve tanımlanmasındaki değişiklikler sağlık hizmetlerine bakış açısını da farklılaştırmıştır. Sağlık kapsamında yalnızca insan bedeninin işlevsel rahatsızlıklarına odaklandığında sağlık hizmetleri de yalnızca bedensel soruları iyileştirmeye yönelik hizmet olarak anlaşılmaktadır. Ancak sağlık bedensel, sosyal ve mental olarak ele alındığında sağlık hizmetlerine bakış açısı da doğal olarak daha da genişleyecektir. Buradan hareketle sağlık hizmetleri, bireylerin ve/veya toplumun bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde yaşamlarını sürdürebilmeleri için sunulan her türlü hizmet olarak tanımlanabilmektedir (Çoban H. , 2009, s. 11). Dünya üzerindeki tüm toplumların ortak hedeflerinden biri "*sağlıklı yaşayan bireyler ile sağlıklı nesiller yetiştirmek ve geleceğe sağlıklı nesillere bırakmaktır"*. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık hizmetlerindeki hedefleri yenilik ve gelişim iken az gelişmiş ülkelerde temel sağlık sorunlarının ağırlıklı oluşu sebebiyle bu amaçları içermede sıkıntılar yaşanabilmektedir.

Sağlık hizmetlerinde sağlığı talep edenlerin sağlıklı olmaya verdikleri önem derecesiyse sağlık hizmet sunucularını etkileyerek sağlık hizmet arzında kalitenin ortaya çıkmasına önemli ölçüde katkı sağlamaktadır (Atlı ve Yücel 2018, s. 47). Günümüzde sağlık hizmeti anlayışında da önemli gelişim sağlanmış olup çağdaş ilkeleri altıya ayırmak mümkündür (Akdur, 2011, s. 374):

- Kişinin yaşamı bir bütündür ve sağlıklı hastalıklı dönem diye ayırılamaz. Kişinin hastalığı sağlıklı olduğu dönemdeki birikimlerinin sonucudur.
- Sağlık hizmeti, hastalıktan sağlama götüren bir hizmettir koruma tedaviden daha önemlidir.
- Birey çevresi fiziki, biyolojik ve sosyal olarak bir bütündür ve birbirinden soyutlanması mümkün değildir. Bireyin sağlığı çevrenin özellikle de sosyal çevrenin bir fonksiyonudur.
- Bir toplumda en sık rastlanılan hastalık en önem verilmesi gereken hastalıktır.
- Hastalık yalnızca bireyi değil ailesinden başlayarak tüm toplumu etkilemektedir.
- Sağlık hizmeti birçok hizmetten etkilenen bir ekip hizmettir

Sağlık sistemlerinin sınırlarına yönelik 2000 yılı Dünya Sağlık Raporu'ndaysa sağlık sistemlerinin sınırlarına ilişkin tanımlara yer verilmiş olup bu tanımlar Tablo 4' te dört farklı açıdan gerçekleştirilerek sıralanmıştır (Uğurluoğlu ve Çelik 2005, s. 5).

Tablo 4: Sağlık Sistemlerinin Sınırlarına Yönelik Tanımlar

Sayı	Tanımın Kapsamı	Tanım
1	En dar tanımlı kapsamdır.	Sağlık sisteminin sınırlarını, sağlık bakanlığının direkt kontrolü altındaki aktiviteleri içerecek şekilde çizmektedir. Özellikle sağlığı iyileştirmeyi amaçlayan birçok aktivite (örneğin, tütün ve alkol ürünlerini kullanmayı azaltmayı amaçlayan vergiler) bu sınırların dışında kalmaktadır. Bazı ülkelerde bu sınır, diğer devlet departmanları, misyonerler, devlet kontrolü dışındaki dernek ve vakıflar ya da özel sektör tarafından sunulan çoğu kişisel sağlık hizmetlerini de dışarıda bırakmaktadır
2	Birinci tanımdan daha kapsamlıdır.	Bu tanımda sistem, kişisel tıbbi hizmetler ve kişisel olmayan sağlık hizmetlerini içerecek, fakat sağlığı arttırmayı amaçlayan sektörler arası aktiviteleri kapsamayacak bir biçimde tanımlanır. Sivrisineklerin ilaçlanması ya da sağlık bilgi aktarımı gibi geleneksel halk sağlığı müdahaleleri içerilirken, temiz su ve hıfzıssıhha programları gibi sektörler arası aktiviteler içerilmemektedir.
3	İkinci tanımdan daha kapsamlıdır.	Temel amacı sağlığı iyileştirmek olan her faaliyet sağlık sisteminin bir parçası olarak düşünülmektedir. Bu tanım tıbbi ve kişisel olmayan sağlık hizmetlerini içerdiği gibi, trafik kazalarından kaynaklanan ölümleri düşürmeye yönelik düzenlemeler gibi sektörler arası aktiviteleri de içermektedir.
4	En geniş çerçeveli tanımdır.	Son tanım, sağlığı iyileştirmeye katkı veren tüm aktiviteleri kapsamaktadır. İnsan aktivitelerinin neredeyse tüm alanları -eğitim, endüstriyel gelişme, çevre gibi- sağlığı etkiler. Bu tanımda eğitim ve sağlık sistemleri ya da sağlık ve tarım sistemleri arasında operasyonel bir ayrım yoktur

Kaynak: Uğurluoğlu, Özgür, ve Yusuf Çelik. "Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı" *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 8, no. 1 (2005) s.5

Sağlık hizmetlerinin birinci amacı bireyleri hastalıklardan korumaktır. Ancak bazen bu koruma yeterli olmayabilir ve bireyler hastalanabilir. Bu durumda ikincil koruma olan tedavi hizmetleri devreye girerek bireyin tedavisi gerçekleştirilir. Ancak bazen hastalanan bireyin tedavisi gerçekleştirilemez ve birey bu durumda ya ölür ya da sakat kalır. Böyle bir durumda sakat kalan bireyin başkalarına muhtaç olmadan yaşayabilmesini sağlamak için üçüncül koruma olan rehabilite hizmetleri devreye girmektedir (Öztek ve Eren 2006, s. 998-999).

2.1.3. Kamu Sağlık Hizmetleri Kavramı

Toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek için verilen hizmetin şeklini, kurallarını, standardını, hizmet çerçevesini belirlemek ve bu sistemi denetlemek Sağlık Bakanlığı'nın görevidir. Sağlık Bakanlığı dışındaki sağlık hizmeti veren kuruluşlar ağırlıklı olarak tıbbi tedavi hizmeti vermekte iken Sağlık Bakanlığı, koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini de bünyesinde barındırarak toplum sağlığını daha geniş bir çerçeveden ele almaktadır. Sağlık Bakanlığı toplumun bedenen ruhen ve sosyal yönden iyilik halinin sürdürebilmesi için tek elden planlama yapıp hizmetin verilmesini sağlamaktadır. Bu kamu görevini sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak ve bu kurumları denetleyerek yerine getirmektedir (Başol ve Işık 2014, s. 3-4).

Sosyal refah anlayışını benimseyen devletlerde sağlık hakkı, evrensel ve temel bir insan hakkı olarak kabul edilmektedir. Sağlık hakkı bireyin sağlığının korunmasını, ihtiyaç hissetmesi durumunda tedavi olabilmesini, iyileştirilmesini ve toplumun sunduğu imkânlardan yararlanabilmesini ve ayı zamanda da bütün bunları devletten isteyebilmesini ifade etmektedir. Devlet tüm vatandaşlarının bedenen ve mental yönden sağlıklı olma ve insan onuruna yakışacak şekilde yaşamını sürdürmesini temin etmek için sağlık hizmetlerini tüm vatandaşlarına etkin, yeterli ve verimli düzeyde sunmak ve bu hizmeti sunarken de sürdürülebilirliğini sağlamak için gerekli tedbirleri almak ve bu tedbirleri uygulamakla yükümlüdür (Kol, 2015, s. 135) (Çelikay ve Gümüş 2011, s. 56)

2.1.4. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, toplumun ve bireylerin hastalanmalarını önlemek için gerçekleştirilen sağlık hizmetleridir. Koruyucu sağlık hizmetleri devlet eliyle yürütülmekte olup bu hizmetler topluma ücretsiz olarak sunulmaktadır. Bu hizmetler kişiye ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmeti olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. (Aslan ve Fatih Sünbül 2018, s. 51):

- **Kişiye Yönelik Sağlık Hizmetleri:** Bireyleri dolayısıyla tüm toplumu hastalıklara karşı güçlü ve dirençli kılarak hastalanmalarını önlemenin amaçlandığı koruyucu sağlık hizmetlerini içermektedir. Şayet bireyin hastalanması önlenemiyorsa da bu defa hastalandıklarında erken teşhis ve tedavi ile hastalıklarından hasarsız ya da en az hasarla iyileşmelerini sağlamak diğer ana hedefi oluşturmaktadır (Akman ve Kopuz 2021, s. 5-6).
- **Çevreye Yönelik Sağlık Hizmetleri;** Çevrede var olan kimyasal, biyolojik, fiziksel ve sosyal etkenlerin bireyleri ya da toplumu etkilememesi için ortadan kaldırılmasına yönelik yapılan sağlık hizmetleridir (Akman ve Kopuz 2021, s. 5-6).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin, kişiye ve çevreye yönelik olmak üzere iki boyutunda başlıca neleri içerdiği, tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5: Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kişiye Yönelik Sağlık Hizmetleri	**Çevreye Yönelik Sağlık Hizmetleri**
Erken tanı ve uygun tedavi	Temiz su kaynaklarının sağlanması ve denetimi
Aşılama,	Katı atıkların denetimi,
İlaçla koruma (kemoprofilaksi)	Zararlı canlılarla mücadele,
Beslenmenin iyileştirilmesi	Besin sanitasyonu,
Sağlık eğitimi	Hava kirliliğinin denetimi
Aile planlaması	Gürültü kirliliğinin denetimi
Ana çocuk sağlığı	İş sağlığı
Kişisel hijyen	Konut sağlığı
	Endüstri sağlığı
	Radyasyonla mücadele

Kaynak: Akman, E. ve Kopuz, K. (2021). Katastrofik Sağlık Harcamalarında Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Rolü. Sağlık Yönetimi ve Liderlik Dergisi, (1), 1-14

2.1.5.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tüm koruyucu önlemlere rağmen sağlık durumları bozulan bireylerin tekrar sağlıklarına kavuşabilmeleri için hekim ve diğer sağlık personeli eliyle yürütülen sağlık hizmetlerini ifade etmektedir (İ. Bozkurt 2020, s. 93). Tedavi edici sağlık hizmetleri, sunum yapısı ve özelliklerine göre üç basamağa ayrılmakta olup her üç basamakta hizmet sunumunun gerçekleştirildiği sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlarda basamağa özgü gerçekleştirilen sağlık hizmetleri de şunlardan oluşmaktadır (Bayar, 2020, s. 179-180):

- **Birinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri:** Hastaların tedavilerinin ayaktan veya evde gerçekleştirildiği en temel tedavi edici sağlık hizmet basamağını oluşturmaktadır. Aile sağlığı merkezleri, verem savaş dispanserleri, toplum sağlığı ve tıp merkezleri, AÇS-AP (ana çocuk sağlığı ve aile planlaması) birinci basamak tedavi hizmetleri verilen sağlık kurumlarının başlıcalarını oluşturmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmet sunumunun tedavi etmede yetersiz kalması durumundaysa hastalar, ikinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlara sevk edilmektedir.
- **İkinci Basamak Tedavi Edici Hizmetleri:** Bu basamakta birinci basamak sağlık hizmetlerinden farklı olarak hastaların yatırılarak teşhis ve tedavi edilmesine gidilmektedir. İkinci basamak sağlık hizmet sunucusu kurumları ise hastaneler oluşturmaktadır. Bu hastaneler 3-4 hekimin bulunduğu nispeten küçük ölçekli hastaneler olabildiği gibi çok sayıda hekim ve diğer sağlık personelinin bulunduğu, tıbbi cihaz kalite ve çeşitliliğinin oldukça detaylı olduğu tam teşekkülü özellikte de olabilmektedir.
- **Üçüncü Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri:** Eğitim ve araştırma hastaneleri, özel dal hastaneleri, üniversite hastaneleri gibi ileri tetkik ve tedavi gerektiren hastaların tedavi edildiği sağlık kuruluşlarında sunulan tedavi edici sağlık hizmetlerini içermektedir. Kanser Hastaneleri, sanatoryumlar, ruh sağlığı hastaneleri, üçüncü basamak sağlık hizmet sunucusu kurumlardan diğer bazılarını oluşturmaktadır.

2.1.6. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalık veya yaralanma sonucunda bireylerin kaybetmiş oldukları zihinsel ya da bedensel yetilerinin tekrar kazandırılmasına yönelik yapılan tüm çalışmaları kapsayan sağlık hizmetlerini oluşturmaktadır. tıbbi ve sosyal (mesleki) rehabilitasyon olarak ikiye ayrılmaktadır (Sarp, 2017, s. 33):

- **Tıbbi Rehabilitasyon:** Bedensel sakatlıkların düzeltilebilmesi için işitme cihazı, ortopedik aparatlar ve protezlerin kullanılarak hastanın desteklenmesi ve bu cihazları kullanabilmesi için eğitim verilmesi süreçlerini kapsamaktadır.
- **Sosyal (Mesleki) Rehabilitasyon:** Bireyin sakatlığı nedeniyle yeni durumuna alışması ve topluma yeniden kazandırılması için toplumsal düzeyde işlev kazandırılması odaklı çalışmalar bütününü ifade etmektedir. Örnek olarak meslek öğrenmeyi teşvik etme, iş bulma, sosyal rehabilitasyon gibi hizmetleri kapsar.

2.2. Cumhuriyet Öncesi Dönemde Sağlık Hizmetleri

Cumhuriyet öncesi dönemde Osmanlı Devletinde sağlık hizmetleri daha çok Selçukluların devamı niteliğinde olmuştur. Darüşşifa, Tımarhane, Bimarhane gibi sağlık kurumları devlet eliyle kurulmamış daha çok vakıf sistemi içerisinde kurularak topluma hizmet vermiştir. Klasik ve doğulu Osmanlı tıbbının değişimi pek çok alanda olduğu gibi Tanzimat dönemi ile şekillenmeye başlamıştır. 19'uncu yüzyıla gelinceye kadar Osmanlı İmparatorluğu dâhil dünyada çoğu ülkede bilinçli ve planlı bir sağlık politikası olmadığı kabul edilmektedir. 19'uncu yüzyılda salgınlarla birlikte koruyucu sağlık hizmetlerinin öneminin anlaşılması, batılı devletlerin sağlık politikalarını oluşturmaya başlamasına yol açmıştır. Osmanlı İmparatorluğu da batıdaki bu gelişmelerden etkilenerek sağlık alanında yeni yapılanmaya gitmiştir. Sağlık alanındaki bu gelişmeler sonrasında sağlık tesisleri açılmış ve bu konuda yeni yasal düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. (Çavdar ve Karcı 2014, s. 255-286). Cumhuriyet

öncesi dönemdeki sağlık hizmetlerini Klasik Osmanlı dönemi ve Tanzimat dönemi olmak üzere iki başlık altında incelemek mümkündür.

2.2.1. Klasik Osmanlı Döneminde Sağlık HizmetleriHata! Yer işareti tanımlanmamış.

Selçukluların 1206 yılında Kayseri'de kurdukları Gevher Nesibe Sultan Hastanesi ve Tıp Medresesi Anadolu'da kurulan ilk sağlık tesisi olma özelliğindedir. 13'üncü yüzyılda Kayseri'den sonra, Erzurum, Amasya, Akşehir, Sivas- Divriği, Konya, Çankırı gibi illerde de hastaneler kurulmuştur. Bu hastanelerde halk tedavi edilmiş, hekimlerse usta çırak ilişkisi içinde eğitilmişlerdir. 13'üncü yüzyıl ve onu takip eden zamanlarda sultanlar, yöneticiler ve varlıklı aileler vakıf olarak, hastane, cüzzam yurdu, körler yurdu, nekahethaneler gibi birçok sağlık tesisi yaptırmışlardır. Hekimlerin yetişmesi için yabancı ülkelerden hekimler getirtilmiş, ayrıca hekim ve hastaneler de denetlemiştir (Fişek, 1983, s. 155).

III. Selim'in 1789 yılında tahta geçmesine kadar olan süreçte Osmanlı Devleti sağlık alanında Selçuklulardan kalma bir düzen içerisinde sağlık hizmet sunumunu gerçekleştirmiştir. Bimarhane, tımarhane, darüşşifa, maristan adlarıyla anılan sağlık kuruluşlarında hekim, cerrah, eczacı ve göz hekimi (kehhal) gibi sağlık çalışanları görev yapmıştır. Osmanlı Devletinde sağlık kuruluşları sosyal bir yardım kurumu olarak algılandığı için devletin eliyle değil Osmanlı haneden üyeleri ya da varlıklı bireylerin vakıflar yoluyla yaptırarak topluma kazandırdıkları hayır kurumları olarak inşa edilmişlerdir (Yavuz, 1988, s. 123). Günümüze kadar ulaşan Gureba, Haseki, Şişli Etfal hastaneleri geçmişin önemli vakıf hastaneleri arasında yer almaktadır (Gün, 2021, s. 579). Osmanlı devletinde sağlık alanındaki ilk çalışmalar padişah III. Selim zamanında olmuştur. Bu dönemde sağlık hizmetleri askeri alanda yapılan ıslahat hareketlerine paralel olarak gelişmiştir. Batı tarzında ordu olan Nizam-ı Cedit için levent çiftliği inşa edilmiş ve askerlerin sağlığı için levent çiftliği hastanesi kurulmuş, ancak 1808 yılında yeniçeriler tarafından bu hastane ortadan kaldırılmıştır. Yine III. Selim dönemindeki bir diğer düzenleme ise denizcilik alanındaki hekim varlığına yönelik gerçekleştirilmiştir. 1806 yılında Haliç Tersanesi'nde Deniz Tıp Okulu

açılarak doktorların yasal bir eğitim almadan gemilerde çalışmasının önüne geçilmek istenmiştir. Yine bu dönemde Avrupa'daki tıp kitapları Türkçeye çevrilmiş, tıp aletleri getirtilmiş, ayrıca zindanlarda ölenlerin cesetleri kadavra olarak kullanılmıştır. 19'uncu yüzyılda bulaşıcı hastalıkların varlığı sağlık teşkilatlanmasını da hızlandırmıştır. 1832 yılında görülen kolera salgını sonrasında Osmanlı devleti karantina uygulaması başlatmıştır (Çavdar ve Karcı 2014, s. 257-258). Sağlık alanındaki en önemli kurum "Hekim başılık"tır. Padişahın hekimi, saraydaki diğer hekimlerin başı ve saray erkânından olan hekim başı imparatorluktaki sağlık sisteminin de başıdır. Osmanlı Devletinde hekim başılık 380 yıl sürmüş ve bu sistemde 46 hekimbaşı görev yapmıştır (Umut Beylik, 2015, s. 184). Osmanlı'da 19. yüzyıla kadar olan süreçte hekim, eczacı cerrah gibi sağlık görevlilerinin görevlendirme yetkisini de elinde bulunduran hekimbaşılıktan başka yetkili bir kurum bulunmamaktadır. Bu dönemde de tıp eğitimi, Selçuklu dönemindeki gibi usta çırak ilişkisine dayandırılmıştır. Darüşşifaların külliyelere bağlı olarak hizmet verdiği ve vakıf sitemine dayalı bir sağlık yapılanmasının olduğu görülmüştür (Gün, 2021, s. 580).

Bu dönemde toplumun büyük kesimi, ücretinin bireysel olarak ödendiği serbest çalışan tabiplerden ve cerrahlardan hizmet almışlardır. Bunun yanında kimsesi olmayan ve fakirler içinse padişah ve yakınları tarafından yapılmış hastaneler, askeri tabipler, şifa evleri ve özel vakıf hastaneleri ile sağlık hizmeti verilmiş olsa da imparatorluk genelinde sağlık hizmeti şekli özel hizmet özelliğindedir. Padişah ve yakınları ile varlıklı kişilerin yaptırmış olduğu hastaneler genellikle Edirne, Bursa, İstanbul, Selanik, Kayseri gibi büyük kentlerle sınırlı kalmıştır. Bu dönemde içme suları, kanalizasyon, besin kontrolü, cenaze defni gibi hizmetlerde verilmiş olsa da bu hizmetlerde büyük kentlerle sınırlı kalmıştır. Özetlemek gerekirse 19'uncu yüzyılın sonlarına gelinceye dek sosyal ve sağlık hizmetleri devletin sorumluluğunda olmayıp özel hizmet alma şeklinde olmuştur. Bu nedenle halk her türlü bilim dışı kurum ve davranıştan şifa aramak durumunda kalmıştır. Bunun da sonucu olarak gerek sağlık hizmetleri gerekte toplumun sağlık düzeyi o dönemin gelişmiş toplumlarının oldukça gerisine düşmüştür (Akdur, 1998, s. 2-3).

2.2.2.Tanzimat Döneminde Sağlık Hizmetleri

Osmanlı İmparatorluğu 19'uncu yüzyılın ikinci yarısından sonra her alanda olduğu gibi sağlık alanında da yönünü batıya çevirmiştir. Böylece sağlık hizmetleri sadece saray halkına veya askerlere değil devlet eliyle kapsamı genişletilerek tüm topluma götürülmesi için ilk adımlar atılmıştır (Akdur, 1999, s. 11). Türkiye'de standart tıp eğitimi veren ilk kuruluş, ordunun hekim ihtiyacını karşılamak için 14 Mart 1827 yılında İstanbul'da açılan Tıphane-i Amire'dir. Tıphane-i Amire'nin kuruluşundan beş yıl sonra Cerrahhane kurulmuş, 1837 yılında öğretmen Bernard getirilerek bu iki kurum birleştirilmiş adı da Tıphane olmuştur (Dirican, 1970, s. 184). Osmanlı İmparatorluğu'nda ilk tıp okulunun açılması sonrasında 1839'da ilk Mektebi Tıbbiye Nezareti kurulmuş ve sağlık alanında farklı bir teşkilat yapısı içine girildiği görülmüştür (Gün, 2021, s. 580). 1838 yılından itibaren muayeneye gelen herkese çiçek aşısı yapılmış, gelmeyenlere de hekim gönderilerek aşı yapılmıştır. Bütün çabalara rağmen yeterince aşılama sağlanamadığı için her ilçeden 13-18 yaş arasındaki iki çocuğa eğitim verilerek aşı yapmaları sağlanmış ve bu da ilk hekim dışı sağlık personelinin temelini oluşturmuştur (Dirican, 1970, s. 184-185). 1849 yılında hekimbaşılık kurumu kaldırılarak hekimbaşılığın tüm yetkileri 1850 yılında kurulan Tıbbiye Nezaretine devrolunmuştur. 1862 yılında hekimlik ve uygulamaları için nizamname yayımlanarak hekimlik yapabilmek için İstanbul'daki ya da yabancı ülkelerdeki tıp okullarından mezun olma şartı getirilmiştir. Aynı nizamnamede ebelerin doğumda alet ve kanama için ergot derivesi kullanamayacakları belirtilmiştir. 1867 yılında İdare-i Umumiye-i Vilayet Nizamnamesinde sağlık örgütlenmesine de yer verilmiştir. 1870 yılında Nezareti Tıbbiye-i Mülkiye kurularak ilk sağlık hizmetleri merkezi birimi kurulmuştur. 1871 yılında ise Sıhhiye Müfettişlikleri ve Memleket Tabiplikleri kurularak yeni örgütlenmenin hukuki alt yapısı kurulmaya başlanmıştır (Fişek, 1983, s. 157-158). 1906 yılında Meclis-İ Maarifi Sıhhiye kurulmuş ve 1908 yılında Meclis-i Umuru Tıbbiye-i Umumiye adını alarak genel müdürlüğe eş değer bir statüye kavuşturulmuştur. Bu kurum 1914 yılında Dâhiliye Nezaretine bağlanmıştır. Toplumun geniş bir kısmına hizmet götürecek genel müdürlük İç İşleri Bakanlığı'na bağlı genel müdürlük statüsüne kavuşmuştur. Böylece sağlık hizmeti devlet eliyle yürütülmeye başlanmıştır (Akdur, 1999, s. 11).

2.3. 1980 Öncesi Cumhuriyet Döneminde Sağlık Hizmetleri

Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluşundan itibaren salgın hastalıklarla mücadele önemli bir yere sahip olmuştur. Milli mücadelenin ardından yeni kurulan ülkede yaşanan sosyo-ekonomik zorluklar, yetişmiş insan gücü yetersizlikleri ve tedavilerde yetersiz kalma birçok sağlık sorununu da beraberinde getirmiştir. Bu nedenler 1923-1945 yılları arasında sağlık alanında önemli adımların atılmasını gerekli kılmıştır. Bu dönemde sağlık bakanlığı tarafından sıtma, frengi, trahom, tifo, tifüs gibi toplumda sık görülen hastalıklardan korunma ve mücadele merkezleri kurulurken tüberküloz ile mücadele için sanatoryumlar kurulmuştur. Ayrıca Ankara'da Hıfzıssıhha Enstitüsü kurularak aşı ve serum üretilmeye başlanmıştır. Bu dönemde beş numune hastanesi kurulmuştur. 1946 yılından sonra bir sağlık planı hazırlanarak koruyucu sağlık hizmetleri için 20 köye sağlık ocağı kurulmuş, merkez ve ilçelere ise 10-25 yataklı tedavi kurumları yapılmıştır. 1950-1960 yılları arasında DSÖ ve UNICEF ile işbirliği yapılarak koruyucu hekimlik hizmetlerinin gelişimi sağlanarak dönemin bulaşıcı hastalıklarının önüne geçilmeye çalışılmıştır. Bu dönemde sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık çalışanlarının sayısı cumhuriyetin ilk yıllarındaki sayının yaklaşık 10 katı artış göstermiş, sağlık alanında yabancı uzmanlara raporlar hazırlatılarak birinci basamaktaki eksiklikler tespit edilmiştir. 5 Ocak 1961 de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun kabul edilerek herkese eşit sağlık hakkı güvence altına alınmıştır. 16 Ekim 1962 yılında kabul edilen Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında ebe, hemşire eğitimi ve sayılarının arttırılması hedeflenmiştir (Acımış ve Kılıç 2021, s. 31).

2.3.1. Atatürk Döneminde Sağlık HizmetleriHata! Yer işareti tanımlanmamış.

Mustafa Kemal Atatürk'ün insan sağlığına verdiği önem neticesinde 2 Mayıs 1920 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi Hükümeti'nin kuruluşundan bir gün önce 3 sayılı kanun ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı kurulmuştur. Kurtuluş Savaşı devam ederken Atatürk halkın sağlığının korunması ve sürdürülmesi yönünde bakanlık düzeyinde adım atmıştır. Sağlık hizmetlerinin bakanlık düzeyinde ele alan

Türkiye öncü ülkelerden olmuştur (Aydın, 2002, s. 184). Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın kurulmasından sonra Dr. Adnan Adıvar Türkiye Büyük Millet Meclisi Hükümeti'nin ilk Sağlık Bakanı olmuştur. Bakanın göreve başladığı dönemde sağlık alanında ne bir alt yapı, ne köklü bir örgüt ne de toplumun ihtiyacına cevap verecek yasal düzenlemeler mevcuttur. Yapılacak her şeyin baştan ve yoktan kurulması gerekmiştir. Atılacak bu adımlar günümüz Türkiye'sinin sağlık alanındaki temellerini oluşturmuştur (Akdur, 2006, s. 25). Bakanlığın kurulmasıyla benimsenen politika, sağlık hizmetlerinin devletin asli görevleri arasında olduğu ve koruyucu sağlık hizmetlerinin önceliğidir. Cumhuriyetin ilanından sonra Sağlık Bakanı olan Dr. Refik Saydam'ın desteği ile benimsenen politika uygulanmaya başlamıştır. Cumhuriyetin ilk yıllarında karşı karşıya kalınan en önemli sağlık sorunu toplumun büyük kesimini etkileyebilecek güce sahip olan bulaşıcı hastalıklardır. Savaşın sebep olduğu yıpranma, yoksulluk, sağlık insan gücü ve kaynak yetersizliği sağlık sorunlarının çözümünde o zamanın engelleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu dönemde Türkiye'de hekim sayısı 554, eczacı sayısı 69, hemşire sayısı 4, sağlık memuru sayısı 560 ve ebe sayısı ise 136 kişi ile sınırlıdır. Bunun yanında 86 yataklı tedavi kurumu ile 6437 hasta yatağı mevcut olup 4100 kişiye bir hastane yatağı düşmektedir (Ağırbaş, Akbulut ve Önder 2011, s. 740). Dr. Refik Saydam ve ekibi en yoğun mesaiyi sağlık personeli istihdamına ayırmıştır. Sağlık insan gücü yetiştirmek için çalışmalar yapılmıştır. Yalnızca hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, eczacı yetiştirilmesi değil sağlık mühendisleri, Sağlık fizikçileri, fizyoterapistler, sağlık istatistikçileri, tıbbi teknisyenler, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanları gibi birçok sağlık meslek mensubunun yetiştirilmesine önem verilmiştir. Yetiştirilen bu meslek gurupları, bakanlıklar, tıp fakülteleri, belediyeler sosyal sigortalar kurumu gibi kamu kurumlarında görev almışlardır. Tablo 6: 1928-1945 Döneminde Sağlık Personeli Sayıları verilmiştir. Ayrıca mesleklerini serbest olarak icra etmek isteyenler için her türlü işlemi yapmak üzere "*Zat İşleri ve Muamelat Müdürlüğü"* kurulmuştur. Tüm bu çalışmalar sonucunda sağlık personeli sayısında belirgin bir artış sağlamıştır. Dr. Refik Saydam ve ekibi yalnızca personel yetiştirilmesinde değil sağlık tesislerinin sayısını arttırmak içinde çalışmalar yapmıştır. 1923 yılında 86 olan yataklı tedavi kurumu sayısı 1930 yılında 182'ye, 1935 yılında ise 196'ya çıkarılmıştır. Yatak sayısı yıllar

içerisinde 6.437'den 1930'da 11.398'e ve 1935 yılında da 13.038'e yükselmiştir (Karabulut 2007, s. 153-154).

Kısa bir dönem haricinde 1921-1937 yılları arasında Sağlık Bakanlığı yapan Dr. Refik Saydam ilk halk sağlığı okulu ve Hıfzıssıhha Enstitüsü'nü kurmuş olup bu okullar bulaşıcı hastalıklar ile mücadelede yapılacak araştırma ve aşıların üretilmesinde önemli rol oynamıştır. Bu dönemdeki yerel sağlık teşkilatlanması illerde il sağlık müdürlükleri, ilçelerde hükümet tabiplikleri kuruluşuyla gerçekleştirilmiştir. Hastalıkları tedavi yaklaşımından çok hastalık oluşmadan koruyucu hekimlik uygulamalarının gerçekleştirilmesi anlayışının öne çıktığı düzenlemelerle bu dönemde yapılmıştır. Bu alanda çıkarılan "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu" sağlık politikalarını düzenleyen bir anayasa olarak kabul edilebilir. Bu dönemde koruyucu sağlıkta görev alan hekimleri teşvik etmek için ücret artışı yapılmıştır. Kısacası sağlık alanında en önemli atılımların yapıldığı ve sağlık alanındaki hedeflere ulaşıldığı bir dönem olmuştur. Çünkü bu dönemde sağlığın alt yapısı oluşturulmuş, bulaşıcı hastalıklar ile mücadele edilmiş, hastane, hekim ve sağlık çalışanlarının sayısı arttırılmış, sağlık ve sosyal örgütlenme köylere kadar götürülmüş, sağlık ve sosyal alandaki iyileştirmeler için yasalar yapılmış ve Merkez Hıfzıssıhha Mektebi açılmıştır (Kasapoğlu, 2016, s. 135-136).

Tablo 6: 1928-1945 Döneminde Sağlık Personeli Sayıları

Yıllar	Hekim	Hemşire	Diğer Sağlık Personeli	Ebe	Eczacı
1928	1078	130	1 059	377	108
1929	1090	164	1 189	397	110
1930	1182	202	1 268	400	114
1931	1 123	223	1 224	429	115
1932	1 188	216	1 246	402	116
1933	1211	257	1 306	413	121
1934	1217	262	1 303	421	124
1935	1243	325	1 365	451	125
1936	1287	357	1 405	471	135
1937	1391	356	1 417	486	137
1938	1379	408	1 445	529	143
1939	1514	409	1 450	559	143
1940	1500	405	1 462	616	129
1941	1585	410	1 493	655	138
1942	1759	419	1 501	667	139
1943	1742	411	1 564	687	131
1944	1693	401	1 615	786	128
1945	1945	409	1 632	806	116

Kaynak: TÜİK /İstatistik Veri Portalı /istatistiksel tablolar /sağlık personeli/Sağlık Personeli Sayısı https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=sa%C4%9Fl%C4%B1k Erişim tarihi:16.10.2022

2.3.2.Tek Parti Döneminde Sağlık Hizmetleri

Cumhuriyet döneminin yazılı ilk sağlık planı olan "Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı" 1946'da Yüksek Sağlık Şurasınca onaylansa da bu plan Dr. Behçet Uz'un Sağlık Bakanlığı görevinden ayrılmasıyla kanunlaşamamıştır. Bir buçuk yıllık bir çalışma sonrasında sağlık tasarısı haline getirilen Milli Sağlık Planı, Saka Hükümetinde Dr Behçet Uz'un Sağlık Bakanı olmasıyla birlikte TBMM'nin dört komisyonunda ve Bakanlar Kurulunda kabul edildiği halde kanunlaşamamıştır. Yeni hükümette Sağlık Bakanı olan Dr. Kemali Beyazit tarafındansa plan geri çekilmiştir. Milli Sağlık Planı ve Milli Sağlık Programı her ne kadar kanunlaşamamış olsa da içerdiği fikirler nedeniyle sağlık sistemini derinden etkilemiştir (Akdağ, 2012, s. 46-47). Hazırlanan plana göre sağlık hizmetlerinin entegrasyonu sağlanarak sağlık hizmetlerinin vatanın geneline yayılması hedeflenmiştir. Dr. Behçet Uz'un Sağlık Planına göre ülkede sağlık hizmetleri yedi bölgeye ayrılarak her bölgenin kendine yeter hale getirilmesi, her bölgede her 40 köy için yaklaşık 20.000 nüfusa bakacak 10 yataklı bir sağlık tesisi kurulması amaçlanmıştır (Fişek, 1983, s. 162). Bu sağlık tesisinde, koruyucu ve tedavi edici hizmetleri birlikte yürütebilecek iki hekim, bir hemşire, bir ebe, bir sağlık memuru ve ziyaretçi hemşirelerin görev yapması kararlaştırılmıştır. Her 10 köy içinde bir ebe, bir sağlık memuru öngörülmüştür (Dirican, 1970, s. 189). Bu plana göre tedavi ve koruyucu hizmetlerin tek elden yürütülmesi planlanırken şehirlerdeki hastanelerin kırsala yayılması öngörülmüştür. Dr. Behçet Uz'dan sonra uygulama alanı bulamayan uygulama yüksek maliyetli küçük hastanecikler olmaktan öteye gidememiştir (Çavmak ve Çavmak 2017, s. 50). Tablo 7:1946-1949 yılları arasında Sağlık Personeli Sayıları yer almaktadır. 1946'da 2181'i hekim olmak üzere toplam 6657 sağlık personeli varken 1949'da 2617'si hekim toplam 7639 sağlık personeli bulunmaktadır.

Tablo 7:1946-1949 yılları arasında Sağlık Personeli Sayıları

Yıllar	Hekim	Hemşire	Diğer Sağlık Personeli	Ebe	Eczacı
1946	2 181	473	2 756	1 110	137
1947	2 514	519	2 963	1 222	148
1948	2 617	643	2 938	1 326	115
1949	2 617	643	2 938	1 326	115

Kaynak: TÜİK /İstatistik Veri Portalı /istatistiksel tablolar /sağlık personeli/Sağlık Personeli Sayısı https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=sa%C4%9Fl%C4%B1k Erişim tarihi:16.10.2022

2.3.3. Demokrat Parti Döneminde Sağlık Hizmetleri

CHP'nin 27 yıllık iktidarı 14 Mayıs 1950'deki seçimle son bulmuş ve DP'nin iktidar dönemi başlamıştır. DP'nin iktisat politikasının amacı; iç ve dış ticarette serbest piyasanın hâkim olması, devletçilikten uzaklaşılarak özel girişimin her alanda desteklenip geliştirilmesi, sanayideki kamu yatırımlarını sınırlandırırarak, kamu yatırımlarını enerji ve karayolu alt yapısına yönlendirilme, tarımda modernleşme için makineleşme ve yabancı yatırımların özendirilmesi olarak özetlenebilir (Tokatlıoğlu ve Öztürk 2008, s. 156). DP'nin Sağlık Politikalarına yaklaşımı 1949'daki kongrede kabul edilen tüzük programının 87'nci maddesinde ele alınmaktadır. "*Nüfuzumuzun ve istihsal kudretimizin çoğalması davasında büyük bir amil olan umumî sağlık işlerimiz artan bir ' hızla ve plânla yürütülmek ihtiyacındadır. Bunun için, bütçeden, yeter tahsisat ayrılmasını, sıtma, başta olmak üzere millî bünyeyi kemiren bütün hastalıklarla esaslı surette mücadele imkân ve vasıtalarının sağlanmasını ve bu maksatla ilgili Bakanlıklarla da iş birliği yapılmasını, Partimiz, memleketin en büyük ihtiyaçlarından sayar."* (TBMM Kütüphanesi, 1949, s. 68) ifadelerine yer verilmiştir. Üçüncü Menderes Hükümeti'nin TBMM'nde 24 Mayıs 1954'te okunan programında; milli sağlık ve nüfus artırımının kıymet ve önemini göz önüne alarak vatandaşın sağlığını korumak ve bu alanda yapılacak çalışmaları köylere kadar götürmek hedefleri belirtilerek sağlığa verilen önem gösterilmiştir (Dağlı ve Aktürk 1988, s. 197). Bulaşıcı hastalıklarla mücadele, 1950-1960 arasındaki politikalarda da yer almıştır. Bu dönemde kolera, tifo, difteri boğmaca ve çiçek aşısı Türkiye'de üretilip uygulanmıştır. Frengi tedavi yönetmeliği 1957'de yayımlanmış aynı yıl Ankara'da Cüzzam Araştırma Derneği açılmıştır. Ana çocuk sağlığına önem verilerek 1954'te ana çocuk sağlığı merkezleri yapılandırılmış, Atatürk Orman Çiftliği pastörize süt fabrikası kurularak UNICEF ve DSÖ desteğiyle okullarda beslenme projesi uygulanıp süt tozu dağıtılmıştır. 1952'de Türk ilaç fabrikası Eczacıbaşı kurulmuş, 1954'te hemşirelik bürosu açılmış, 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu yayımlanıp Keçiören Çocuk Esirgeme Kurumu Özel Hemşire Koleji kurulup böylece eğitimde standardizasyon sağlanmıştır. 1952'de köy ebe okulları açılmış 1960'ta sayıları 14'e ulaşan bu okullarda iki binden fazla mezun verilmiştir (Nesipoğlu 2018, s. 173). Tablo 8'de görüleceği gibi 1950'de 3020 hekim, 721 hemşire, 1385 ebe, 130 eczacı ve 4018 diğer sağlık personeli olmak

üzere toplam 9274 sağlık personeli mevcutken 1960'ta 9826 hekim 1367 diş hekimi, 2420 hemşire, 3126 ebe, 1406 eczacı ve 5595 diğer sağlık personeli istihdam edilmiştir. Böylece 1950-1960 arasında personel sayısında %156'lık artış sağlanmıştır.

Tablo 8: 1950-1960 Yılları Arasında Sağlık Personeli Sayısı

Yıllar	Hekim	Diş Hekimi	Hemşire	Diğer Sağlık Personeli	Ebe	Eczacı
1950	3020	-	721	4018	1 385	130
1951	6570	953	787	4023	1 586	1 047
1952	6232	966	1 368	4448	1 734	1 089
1953	6679	971	1 496	4591	1 946	1 026
1954	6913	978	1 537	4735	1 987	1 231
1955	7077	998	1 525	4878	2 001	1 256
1956	7603	1 042	1 592	5021	2 015	1 311
1957	7696	1 071	1 608	5165	2 065	1 298
1958	7702	1 220	1 804	5308	2 102	1 394
1959	7879	1 287	1 889	5451	2 843	1 387
1960	9826	1 367	2 420	5595	3 126	1 406

Kaynak: TÜİK /İstatistik Veri Portalı /istatistiksel tablolar /sağlık personeli/Sağlık Personeli Sayısı https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=sa%C4%9Fl%C4%B1k Erişim tarihi:16.10.2022

2.3.4. Planlı Kalkınma Döneminde Sağlık Hizmetleri

Planlı kalkınma döneminde sağlık, sosyal refahı arttıran unsur olarak görülmüştür. Sağlık göstergelerinin ülkenin gelişmişlik düzeyiyle ilişkili olması nedeniyle sağlık alanı, bütçe ayrılabilecek alan olarak değerlendirilmiştir. Eşitlik ilkesine göre herkese hizmet sunumuna odaklanılmış, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde uygulama süresi 15 yıl olarak planlanmıştır (Fedai 2019, s. 2011). 1. BYKP'nda halkın sağlık seviyesinin yükseltilmesi için koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmiştir. Bu hizmetler, bulaşıcı hastalıkların bertarafı, halkın eğitilmesi, beslenme şartlarının iyileştirilmesi, nüfus planlaması gibi konulardır. Tedavi hizmetleriyse koruyucu hekimliği tamamlayan unsur olarak ele alınmıştır. Ayrıca Halk sağlığı hizmetlerinin bakanlıkça sağlanması, sınırlı sağlık çalışanlarının ülke geneline eşit dağıtılması, yerli ilaç sanayinin ve toplum sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi, sağlık sigortasının kurulması, özel hastanelerin teşvik edilmesi ve devlet hastanelerinde döner sermaye sisteminin kurulması hedeflenmiştir (DPT, 1963, s. 406-414). Bu dönemde Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Dr. Nusret Fişek önderliğinde hazırlanan "224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun" 1961'de hayata geçirilmiştir. Böylece sağlık hizmetlerinin "Sosyalleştirme Dönemi" ve bu dönemle birlikte artık sağlık hizmetleri ve kalkınma planları eşgüdümlü olarak

yürüyecek dönem başlamıştır (Altındağ ve Yıldız 2020, s. 165). Sosyalizasyon ile yaygın, sürekli, kademeli, entegre, il içinde bütünleşmiş bir yapı anlayışıyla sağlık ocakları, sağlık evleri, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir yapılanmaya gidilmiştir. Sağlıkta dikey örgütlenme kısmen azaltılarak sağlık ocağı bünyesinde entegre hale getirilmiştir (Akdağ, 2012, s. 49). Sağlık hizmetlerinde sosyalizasyon dönemi 1963'te Muş'ta başlamış, 1983'te tüm ülkeye yayılmıştır. "Geniş bölgede tek yönlü" sağlık hizmeti terk edilerek "dar bölgede çok yönlü" sağlık hizmeti anlayışı benimsenmiştir. 1965'te 554 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında kanunla nüfus arttırıcı politika yerine nüfus artış hızını engelleyici politikaya geçilmiştir. Sosyalleştirmenin bel kemiği olan sağlık ocakları hekimlerinin özel muayenehane açmasına izin verilmemiştir.. Sistemi desteklemek için 2. BYKP'nda yer almasına rağmen GSS yasallaşamamıştır. 1978'de kamudaki hekimlere özel muayenehane açma izni kalksa da 1980 darbesi sonrasında bu izin yeniden verilmiştir. Bütün bunlar sağlık politikalarındaki kesinti ve tutarsızlığı göstermektedir (Kasapoğlu, 2016, s. 140). 1961-1979 arasındaki sosyalizasyon döneminde köylere hizmet götürme projesinde önemli yeri olan sağlık personelinin 1961'de 23.614 olan sayısı dört katı aşarak 1979'da 97.153'e yükselmiştir.

Tablo 9:1961-1979 Yılları Arasında Sağlık Personeli Sayısı

Yıllar	Hekim	Diş Hekimi	Hemşire	Diğer Sağlık Personeli	Ebe	Eczacı
1961	8214	1395	3 658	5 738	3 219	1 390
1962	8998	1555	3 764	5 881	3 729	1 507
1963	9124	1769	4 184	5 738	4 080	1 761
1964	10051	1882	4 592	5 809	4 137	1 650
1965	10895	1932	4 736	5 879	4 339	1 771
1966	11335	2140	5 039	5 980	4 951	1 933
1967	11875	2246	6 161	5 997	5 621	2 203
1968	12389	2381	7 426	6 494	6 676	2 307
1969	15203	3025	8 110	9 461	10 251	2 546
1970	15856	3245	8 796	9 954	11 321	3 011
1971	16514	3517	9 436	10 285	12 176	3 477
1972	16290	3789	11 358	10 426	13 056	3 981
1973	18511	4279	13 401	11 025	13 567	4 781
1974	20868	4469	13 641	11 179	14 228	4 715
1975	21714	5046	14 806	11 421	14 975	7 002
1976	23388	5379	16 566	11 517	15 873	7 828
1977	23920	5954	19 859	11 683	16 204	10 572
1978	25230	6826	20 966	11 741	16 535	11 280
1979	26298	7021	23 797	11 806	16 866	11 365

Kaynak: TÜİK /İstatistik Veri Portalı /istatistiksel tablolar /sağlık personeli/Sağlık Personeli Sayısı https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=sa%C4%9Fl%C4%B1k Erişim tarihi:16.10.2022

2.4. 1980 Sonrası Cumhuriyet Döneminde Sağlık Hizmetleri

Sağlıklı olmak, daha iyi sağlık düzeyi, demografik değişim, teknolojik gelişim ve finansal baskı gibi faktörlerin etki ettiği sağlık reformları birçok ülkede gerçekleşirken Türkiye'de de bu gelişmelere paralel olarak reformlar ilerlemektedir. Ülkede 50 yılı aşkın süredir gündemde olan sağlık reformları son 20 yılda hızlanmıştır. 1960'lardaki sağlık reformlarında sosyalizasyon öne çıkarken, küreselleşme ve liberal politikalar 1990'larda öne çıkmıştır. Son 20 yıldır hükümet eliyle yürütülen sağlıkta dönüşüm programı 2003'ten bugüne sürmektedir (Yıldırım, 2013, s. 8).

2.4.1. 24 Ocak Kararları ve Sağlık Hizmetleri

1982 Anayasası'nın sosyal devlet anlayışına yaklaşımı 1961 Anayasası'ndan farklıdır. 1961 Anayasasındaki "insan haklarına dayalı devlet" 1982 Anayasasında "insan haklarına saygılı devlet" olarak değiştirilmiştir. Sağlık ve sosyal alanda devlete görev veren maddeler kaldırılarak devletin gözetici ve düzenleyici olduğu ifade edilmiştir. Devlet 1982 Anayasasındaki bu maddeler ile refah düzeyi kavramlarına ilişkin sorumlulukları ve sınırları açısından farklı bakış açısına sahip olmuştur (Sarı, 2016, s. 33). 1970'lerde ekonomik sistemin krize girmesiyle neo-liberal politikalar ve özelleştirme uygulamaları gündeme gelmiştir. Küreselleşmeyle birlikte kamu düzeninde de yeni yönetim anlayışı oluşmuştur. Bu süreçte devlete, düzenleyici rolünün atfedilmesiyle 1980'lerdeki reformlara zemin hazırlanmıştır. Bu dönemde Dünya Bankası (DB), Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gibi örgütlerin neo liberal politikaları desteklemesiyle Türkiye'de sağlık, eğitim, enerji, ulaşım, teknoloji gibi alanlardaki politikalarla dönüşüm sürecine girilmiştir (Ateş ve Işıkçı 2020, s. 140). Bu süreçteki politikalar, 24 Ocak Kararları ile resmi ve yazılı hükümet politikasına dönüşmüştür. Kararlar sonrasında sağlık ve sosyal hizmetlerde "özelleştirme dönemi "ne geçilmiştir (Akdur 1998, s. 6). 12 Eylül Askeri darbesiyle toplumu zor kullanarak şekillendirme isteği sağlıkta da etkisini göstererek sağlık politikaları ve personel rejiminde köklü değişikliğe yol açmıştır. Bu değişiklikler 3 başlık altında özetlenebilir (Altındağ ve Yıldız 2020, 167).

- Kamuda çalışmayı özendiren uygulamalardan uzaklaşılarak, sağlık

personeline ihtiyaç duyulan yerlerde zorunlu hizmet, rotasyon gibi personeli zorlayıcı uygulamalar ile istihdam etmeye yönelinmiştir.

- Bu dönemde personel nitelik açısından önemsenmeyerek nicelik açısından önemsenerek hızla personel sayısı arttırılmış, personelin ücretlerinde azaltılmaya gidilmiş, kamu ve kırsal alanda çalışmaya zorlanmıştır.
- Sağlık personelinin atamalarındaki hakkaniyet ve şeffaflık sağlayan tüm uygulamalar yürürlükten kaldırılmıştır.

Türkiye'de 1980-1983 arasındaki sağlık personeli sayısında Tablo 10'da da görüldüğü üzere 1980 ve 1983 yılları arasında çok büyük artışlar görülmemektedir.

Tablo 10: 1980-1983 yılları arasında Sağlık Personeli Sayısı

Yıllar	Hekim	Diş Hekimi	Hemşire	Diğer Sağlık Personeli	Ebe	Eczacı
1980	27 241	7 177	26 880	11 964	17 197	11 379
1981	28 411	7 590	29 243	12 226	17 528	11 390
1982	30 956	7 625	29 316	12 830	17 859	11 428
1983	32 263	7 763	29 459	13 704	18 190	11 527

Kaynak: TÜİK /İstatistik Veri Portalı /istatistiksel tablolar /sağlık personeli/Sağlık Personeli Sayısı https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=sa%C4%9Fl%C4%B1k Erişim tarihi:16.10.2022

2.4.2. Özal Dönemi ve Sağlık Hizmetleri

1961'de kabul edilen sosyalleştirme kanununda uygulamanın 15 yılda bitişi öngörülse de 15 yılda sadece 47 il sosyalleşebilmiştir. Sosyalleşmenin tamamlanması için 5 yıl daha ek süre kararı alınmış ve 1981'e kadar tamamlanması planlanmış ancak yine tamamlanamamıştır. 1987'deyse *"Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu*" yürürlükten kaldırılıp "*Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu"* kabul edilmiştir (Ak, 2021, s. 32). Kanunun 5'inci maddesinde kamu kurum ve kuruluşlarına bağlı sağlık tesislerinin sağlık işletmelerine dönüşebileceği ve bu işletmelerin kendilerini finanse edebilecek özerk kuruluşlar olacağı belirtilmiştir (Cansever, 2018, s. 113). Ayrıca kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan hekimlerin mesai saatleri dışında özel teşhis ve tedavi yaparak meslek icra etmeleri sağlanarak ferdi kazanç yolu açılmış, sağlık işletmesi uygulamasına geçen kuruluşlara da sözleşmeli sağlık personeli çalıştırma yetkisi tanınmıştır. Böylece kamu sağlık hizmetinin piyasaya açılarak ticarileştirilmesinin ve sözleşmeli personel çalıştırılarak güvencesiz çalıştırmanın önü açılmak istemiştir. Ancak Kanunun bazı maddelerinin Anayasa Mahkemesi'nce iptali

nedeniyle uygulanamamıştır (Yaşar, 2008, s. 160). 1980'lerin sonu 1990'ların başında DPT için Price Waterhouse firmasına "Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü" hazırlatılmıştır. Bu çalışmada Türk sağlık sektörü detaylandırılmış ve politika önerilerinde bulunulmuştur. Bu öneriler içinde sağlık hizmeti ve sağlık finansmanının birbirinden ayrılması, sağlığın yerelleşmesi ve genel sağlık sigortası politikası bulunmaktadır (Ak, 2021, s. 32), (Cansever, 2018, s. 114). Tablo 11'de 1984-1989 arasında personel istihdamıma bakıldığında %39'luk artış olduğu da görülmektedir.

Tablo 11: 1984-1989 Yılları Arasında Sağlık Personeli Sayısı

Yıllar	Hekim	Diş Hekimi	Hemşire	Diğer Sağlık Personeli	Ebe	Eczacı
1984	34 195	8 133	30 261	14 456	18 521	11 586
1985	36 427	8 305	30 854	15 525	18 852	11 602
1986	37 142	8 410	32 392	16 684	19 127	12 866
1987	38 829	8 589	34 855	17 352	21 982	13 668
1988	42 502	9 639	38 903	18 831	25 665	14 567
1989	46 708	10 132	43 374	19 869	27 805	15 201

Kaynak: TÜİK /İstatistik Veri Portalı /istatistiksel tablolar /sağlık personeli/Sağlık Personeli Sayısı https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=sa%C4%9Fl%C4%B1k Erişim tarihi:16.10.2022

2.4.3.Koalisyonlar Dönemi ve Sağlık Hizmetleri

Türkiye'de sağlık hizmetlerinde reformların başlangıcı 1990' larda sağlık sektörü üzerinde Dünya Bankasının yaptığı araştırma ile başlamıştır. Sağlık hizmetleri için bu dönemde çeşitli girişimlerde bulunulmuş ancak kısa dönemli yönetimler ve koalisyon hükümetlerince oluşan kriz ortamı sebebiyle sağlıklı politikalar oluşturulamamıştır (Ateş ve Işıkçı 2020, s. 140). Koalisyonlar dönemindeki sağlık politikalarına ilişkin ilk kısımda sosyalleştirme yasası ağırlıkta iken, finansman kısmında sağlık sigortası modeli, sosyal güvenlikte ise yeşil kart içerilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinde aile hekimliği gündeme getirilmiş, kamu hastanelerinin özelleştirilmesi ve işlettirilmesi, sağlık hizmetlerinde yerel yönetimlere geçilmesi, genel sağlık sigortasına geçiş, sağlık personelinin sözleşmeli statüye geçirilmesi, sağlık reformunda taviz verilmeyen hususlar olmuştur. 1991-1993 arasındaki reform taslağıysa 7 başlıkta toplanmıştır. Bunlar;

- Sağlık hizmet sunumunda reform,
- Sağlık mevzuatının çağdaş bir hale getirilmesi
- Sağlık hizmetlerinde insan kaynaklarında reform,

- Yönetim kademesinde reform,
- Ulusal sağlık akademisinin kurulması,
- Sağlık finansmanında reform,
- Sağlık enformasyon sisteminin kuruluşudur (Vural ve Taşpınar 2006, s. 311).

Bu dönemde sağlık alanındaki çalışmalar hız kazanmış, DPT ve Sağlık Bakanlığı öncülüğünde reformlar yürütülmüş, 1993'te Sağlık Bakanlığı'nca "Ulusal Sağlık Politikası" hazırlanmıştır. 1990'lardaki politikaların odak noktaları şunlardır.

- Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması ve genel sağlık sigortasının kurulması,
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
- Kamu Hastanelerinin özerk işletmeler haline getirilmesi,
- Sağlık Bakanlığının düzenleyici ve denetleyici bir yapıya dönüştürülerek koruyucu sağlık hizmetlerine öncülük verilmesi olarak belirlenmiştir. Ancak verilen bu kararlar yasallaşamamıştır (Memişoğlu, 2016, s. 65).

Koalisyonlar döneminde sağlık personeli sayısı Tablo 12'de görüleceği gibi 1990'da toplam 173.891 kişi iken 2000'de 286.106'ya çıkmıştır.

Tablo 12: 1990-2000 Yılları arasında Sağlık Personeli Sayısı

Yıllar	Hekim	Diş Hekimi	Hemşire	Diğer Sağlık Personeli	Ebe	Eczacı
1990	50 639	10 514	44 984	21 547	30 415	15 792
1991	53 264	10 623	47 540	23 813	33 724	16 002
1992	56 985	10 703	50 456	24 160	35 096	16 593
1993	61 050	11 069	54 268	28 776	36 263	17 696
1994	65 832	11 457	56 280	30 811	37 604	18 366
1995	69 349	11 717	64 243	34 342	39 551	19 090
1996	70 947	12 406	64 526	39 075	39 945	19 681
1997	73 659	12 737	67 265	39 658	40 230	20 557
1998	77 344	13 421	69 246	41 461	40 559	21 441
1999	81 988	14 226	69 270	43 032	40 771	21 665
2000	85 242	15 906	69 550	51 887	41 594	21 927

Kaynak: TÜİK /İstatistik Veri Portalı /istatistiksel tablolar /sağlık personeli/Sağlık Personeli Sayısı https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=sa%C4%9Fl%C4%B1k Erişim tarihi:16.10.2022

2.4.4. 2002'den Günümüze Sağlık Hizmetleri Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

Sağlık alanında öngörülen reformların hemen hiçbiri 2000'lerin başına kadar uygulanamamıştır. Reform girişimleri, koalisyonlardaki politik istikrarsızlık, ekonomik istikrarsızlık, demokratik kültür eksikliği, ülke içi çıkar gruplarının muhalefeti, entelektüel kapasitedeki eksikler veya toplumun desteklememesi gibi nedenlerle sekteye uğramıştır (Yıldırım, 2013, s. 12). AK parti hükümeti, genel anlamdaki reform hareketini Ocak 2003'te Acil Eylem Programında (AEP), sağlık hizmetlerine ilişkin reform hareketini ise "Herkese Sağlık" sloganıyla sağlıkta dönüşüm programı (SDP) ile ortaya koymuştur. Bu programlarda sağlık sektörü, hizmet sunumu, finansmanı, yönetim ve organizasyonu gibi tüm unsurları ile ele alınmıştır. Sağlık reformlarının yapılmasına gerekçe olarak, hizmet sunumunda maliyetlerin artışı, sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyetsizlik, nüfusun büyük bölümünün sağlık güvencesinden yoksun olması, toplumun sağlık hizmet sunumundan ve erişilebilirlik açısından memnun olmaması ve var olan kaynakların verimsiz kullanılması, IMF ve DB yönlendirmesi ve etkisiyle dünya genelinde yaşanan global reformların yansıması olarak gösterilebilir (Yıldırım, 2013, s. 12). SDP'nın amaçları; sağlık hizmetlerinin etkin, verimli ve üretken bir yolla, eşitlik ilkesine uygun şekilde düzenlemek ve finanse etmektir. Programın temel prensipleri ise, insanı merkeze alma, kalite gelişimi içinde paylaşımcı, sürdürülebilir, gönüllülük esasına dayanan, güçlerin eşit dağılımını sağlayan bir işleyiş yaratma, yerinde yönetim ve hizmette rekabet öğelerine yer vermektir (Çağlar, ve diğerleri 2007, s. 119). Sağlık Bakanlığının politika oluşturma, planlama ve denetleme yetilerini ele alması ve GSS'nin tek çatı altında toplayarak herkesi kapsaması öngörülmüştür. Ortaya konan hedeflere göre, tüm bölgelere yayılmış, erişimi kolay, güçlendirilmiş sağlık hizmeti, güler yüzlü sağlık hizmet sunucuları, etkin, kademeli sevk zinciri ve aile hekimliği, idari ve mali açıdan iyi yönetilen sağlık kurumları, bilgi ve beceri ile donatılmış yüksek motivasyonlu sağlık hizmet sunucuları, sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurulları, sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon, akılcı ilaç ve teknoloji kullanımı alanında kurumsal bir yapının oluşturulması ve sağlık bilgi sistemlerinin geliştirilmesini kapsamaktadır (Aslan ve Demirhan 2016, s. 158). Ak parti hükümeti SDP

programındaki hedeflerden etkin, kademeli sevk zinciri dışındaki alanlarda çalışmalara başlamış ve sonuçlar alınmıştır. Bu hedeflere ek olarak alkolle, obeziteyle, tütünle mücadele gibi halk sağlığını koruyucu programlara da başlanılmıştır. SDP uygulanmasında her bir adımın temel yapıyla bütünleşmesi önemlidir. Bu süreçte yer alan tüm aktörlerin bütünü görmeleri gerekmektedir. Bu aktörler;

(1) Siyasi ve ekonomik istikrar
(2) AB etkinliği
(3) Reformu etkisi
(4) Uluslararası kuruluşların etkisi
(5) Siyasi istek ve kararlılıktır (Aslan ve Demirhan 2016, s. 159).

Bu program bu bakış açısıyla dört aşamada gerçekleştirilecektir. Bunlar;

(1) Kavramlaştırma,
(2) Yasalaştırma,
(3) Kontrollü yerel uygulamalar,
(4) Sitemin tüm ülkeye yayılmasıdır (Çağlar, ve diğerleri 2007, s. 120).

SDP kapsamında Sağlık Bakanlığı politika yapma üst denetim ve planlama görevlerini kendi üzerinde toplayıp diğer fonksiyonlarını yerine getirmek üzere Koruyucu ve temel sağlık hizmetleri için, "Türkiye Halk Sağlığı Kurumu", Hastane ve tedavi Hizmetleri için "Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu", ilaç ve tıbbi ürünleri denetleme ve düzenleme için, "Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu" yetkilendirilmiştir. Bu çerçevede 663 sayılı KHK ile Kamu Hastane Birlikleri kurularak tüm devlet hastaneleri bu birliklere bağlanarak yeni bir yapılanmaya gidilmiştir. Ancak 694 sayılı KHK ile 2017'de üç başlı yapı tekrar eski sisteme dönülerek illerde en yetkili kişi İl Sağlık Müdürü olmuştur (Cansever, 2018, s. 117). Özel hastanelerde kapılarını sosyal güvence kapsamında vatandaşlara açarak hizmet alması sağlanmış, kamu ve özel hastaneler arasında rekabet artmıştır. Hasta haklarının korunması amacıyla sağlık kuruluşlarında hasta hakları birimleri kurulmuş, vatandaşlara hekim seçme hakkı verilmiştir. Ayrıca SDP kapsamında, çalışan güvenliği, acil servislerde seviyelendirme, hastane rollerinin belirlenmesi, tescil ve yanık üniteleri, hastane enfeksiyonlarının önlenmesi, merkezi hastane randevu sistemi

(MHRS) evde bakım hizmetleri, organ, doku nakli ve replasmanı gibi uygulamalar gerçekleştirilmiştir. Bu uygulamalardan en dikkat çekeni alternatif, tamamlayıcı, geleneksel tıp uygulamalarına yer verilmesidir (Seçtim, 2019, s. 121). SDP ile aile hekimliği sistemine geçilerek mahallede 2000-4000 arası nüfusa bir aile hekimi atanmıştır. Ancak iş yükü nedeniyle aile hekimleri hastalarla tam ilgilenememiştir. Ayrıca sağlık ve hekim seçme hakkı sağlığı piyasa mekanizmaları ile vatandaşı müşteri olarak gören kamu işletmeciliği haline dönüştürmüş, hekimlere performans sistemi üzerinden ödeme yapılmıştır. Sağlıkta sözleşmeli yöneticilik dönemi de başlamıştır (Avaner ve Fedai 2018, s. 549-550). Sağlıkta dönüşümün başlayıp uygulandığı 2001-2020 arasında sağlık personeli sayısı 2001'de 89.804 hekim 16.075 diş hekimi, 72.607 hemşire, 41.691 ebe, 22.119 eczacı ve 52.993 diğer sağlık personeli iken 2020'de 171.259 hekim 34.830 diş hekimi, 227.292 hemşire, 59.040 ebe, 35.364 eczacı ve 206.103 diğer sağlık personeline çıkmıştır. Ayrıca bu dönemde yeni bir istihdam şekli olarak 2011'den itibaren hizmet alım yöntemiyle personel alımı yapılmıştır. Hizmet alımıyla personel sayısı 2011'de 260.693 iken 2020'de 408.581'e ulaşmıştır. Son 20 yılda sağlık personel sayısı %149 artarken hizmet alım yöntemiyle alınan personeldeki artış sadece 10 yılda %57'dir.

Tablo 13: 2001-2020 Yılları Arasında Sağlık Personeli Sayısı

Yıllar	Hekim	Diş Hekimi	Hemşire	Diğer Sağlık Personeli	Ebe	Eczacı	Diğer Personel ve Hizmet Alımı
2001	89 804	16 075	72 607	52 993	41 691	22 119	-
2002	91 949	16 371	72 393	50 106	41 479	22 289	-
2003	94 466	17 744	74 483	57 416	41 662	22 371	-
2004	97 110	17 893	75 753	60 959	43 229	22 608	-
2005	100 853	18 149	78 182	62 035	43 541	22 756	-
2006	104 475	18 332	82 626	67 514	44 483	23 140	-
2007	108 402	19 278	94 661	79 441	47 175	23 977	-
2008	113 151	19 959	99 910	89 540	47 673	24 778	-
2009	118 641	20 589	105 176	93 550	49 357	25 201	-
2010	123 447	21 432	114 772	99 302	50 343	26 506	-
2011	126 029	21 099	124 982	110 862	51 905	26 089	260 693
2012	129 772	21 404	134 906	122 663	53 466	26 571	273 616
2013	133 775	22 295	139 544	131 652	53 427	27 012	290 363
2014	135 616	22 996	142 432	138 878	52 838	27 199	303 110
2015	141 259	24 834	152 803	145 943	53 086	27 530	311 337
2016	144 827	26 674	152 952	144 609	52 456	27 864	321 952
2017	149 997	27 889	166 142	155 417	53 741	28 512	339 241
2018	153 128	30 615	190 499	177 409	56 351	32 032	376 367
2019	160 810	32 925	198 103	182 456	55 972	33 841	369 660
2020	171 259	34 830	227 292	206 103	59 040	35 364	408 581

Kaynak: TÜİK /İstatistik Veri Portalı /istatistiksel tablolar /sağlık personeli/Sağlık Personeli Sayısı **https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=sa%C4%9Fl%C4%B1k** Erişim tarihi:16.10.2022

III. BÖLÜM

GÖÇ-SAĞLIK HİZMETLERİ İLİŞKİSİNİN ANALİZİ

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI, ÖNEMİ, KISITLARI, MODELİ

3.1.1. Amaç ve Hipotezler

Çalışmanın amacı iç göç hareketlerinde göç giriş ve çıkışlarıyla etkileşim halinde olan sağlık hizmet sunum göstergelerinin tespitidir. Bu amacın gerçekleştirilmesi doğrultusunda da çalışmanın ilk sorusu:

> **H_0:** Net göç giriş ve çıkışı olan iller arasında sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfusa göre farklılık vardır
> **H_1:** Net göç giriş ve çıkışı olan iller arasında sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfusa göre farklılık yoktur

şeklinde olup farklılığın tespiti durumunda da ikinci aşama olarak

> **H_0:** Net göç girişi olan illerdeki sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfus, net göç çıkışı olan illerdeki ortalamanın altındadır
> **H_1:** Net göç girişi olan illerdeki sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfus, net göç çıkışı olan illerdeki ortalamanın altında değildir

şeklindedir.

Çalışmanın ikinci sorusu bu defa net göç alan veya net göç veren illere göre değil, göç alış oranı ve göç veriş oranının sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfusla ilişkisini tespite yönelik olacak şekilde yeniden yapılandırılmıştır. Buna göre göç giriş oranına göre hipotez:

H_0: İç göç alış oranı ile sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfus arasında negatif yönlü (ters) ilişki mevcuttur
H_1: İç göç alış oranı ile sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfus arasında negatif yönlü (ters) ilişki mevcut değildir

şeklindedir. Çalışmanın göç ve sağlık hizmet sunumu ilişkisine dayanan ikinci hipotezi ise:

H_0: İç göç çıkış oranı (negatif yönlü) ile sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfus arasında negatif yönlü ilişki mevcuttur
H_1: İç göç çıkış oranı (negatif yönlü) ile sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfus arasında negatif yönlü ilişki mevcut değildir

şeklindedir. Göç çıkış hızının negatif yönlü oluşu, sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfusta yaşanacak artışla göç çıkış hızının orijinal negatif formunda azalışın yaşanmasına, mutlak değerinin ise artmasına yol açacaktır. Bu sebeple sınanan ilişki negatif değil gerçekte göç çıkışıyla sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfus açısından pozitif yönlüdür.

Çalışmanın üçüncü ve son sorusu ise göç alış oranı ve göç veriş oranı üzerinde sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfusun etkisinin bulunup bulunmadığıdır. Buna göre göç giriş oranına göre hipotez:

H_0: Sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfus, iç göç alış oranında negatif yönde etkilidir
H_1: Sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfus, iç göç alış oranında negatif yönde etkili değildir

şeklindedir. Çalışmanın bu aşamadaki ikinci hipotezindeyse:

H_0: Sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfus, iç göç çıkışında pozitif yönde etkilidir
H_1: Sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfus, iç göç çıkışında pozitif yönde etkilidir değildir

şeklindedir. Göç çıkış hızının negatif yönlü oluşu, bu hipotezin sınanmasında göç alış hızındaki gibi sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfusa göre negatif yönlü etki göstermesini gerektirmektedir. Böylece negatif göç çıkış oranı, örneğin sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfusta artış olduğunda oransal olarak mevcut negatif değeri daha da düşerken mutlak değer olarak oranın değeri yükselecektir.

3.1.2. Önem

Literatürde göç ve sağlık konusu, ağırlıklı olarak göçün yol açtığı sağlık sorunları ve göçmenlerin sağlığı gibi konularda gerçekleştirilmiştir. Halbuki sağlık hizmet sunumu, genel olarak yaşam standartlarını arttıran son derece önemli bir faktör özelliğindedir. Özellikle yaşlı nüfus açısından sağlık hizmet sunumunun önemi daha da artmaktadır. Bu noktada çalışmanın önem ve özgünlüğü, literatürde çok fazla dikkat çekilmeyen göç ve sağlık hizmet sunumu etkileşimini iç göç kesitiyle ülke içerisindeki durumuna göre analiz etmekten ileri gelmektedir. Uluslararası göç hareketlerinde işe karışan engellerin iç göç hareketine göre çok daha fazla oluşu, göçle sağlık hizmet sunumu arasındaki ilişkiyi anlama açısından çok daha temsili olma özelliğine sahiptir. Böylece literatüre özgün bir katkı sağlanmak amaçlanmaktadır.

3.1.3. Kısıtlar

Veriler Türkiye İstatistik Kurumu'ndan 2020 yılındaki en güncel veriler alınarak derlenmiştir. Sağlık hizmet sunucularından otuz dokuzu alınarak çalışma gerçekleştirilmiştir. Veri edinim imkânı, sağlık hizmet sunucuları açısından çalışmanın kısıdını oluşturmaktadır.

3.1.4. Yöntem

Çalışmada üç farklı grup istatistik yöntemden faydalanılmıştır. İlk olarak fark testi gerçekleştirilmiştir. Fark testinde net göç alış ve veriş durumuna göre iller iki gruba ayrılmış, ardından sağlık hizmet sunum göstergelerine göre iki durum arasında fark olup-olmadığı sınanmıştır. Sınamada grup içi varyans homojenliği varsayımının Levene testiyle analiz edilmesi sonrasında, homojenlik varsayımını sağlayan

göstergeler için t testi, sağlamayan göstergeler içinse non-parametrik testlerde Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Ardından toplu olarak elde edilen bulgular raporlanmıştır (Lorcu 2015, s. 116).

Çalışmada kullanılan ikinci grup istatistik yöntemi ise korelasyon analizidir. Korelasyon analizi sonucunda -1 ile +1 arasında değer alan bir katsayı elde edilmekte olup, 0 iki değişken arasında ilişkinin olmadığını, -1 mutlak negatif ilişkinin bulunduğunu, +1 ise mutlak pozitif ilişkiyi göstermektedir. Bu aşamada üç tür korelasyon analizi uygulanmıştır. İlk olarak Pearson korelasyon analizi gerçekleştirilmiş, ardından da Spearman ve Kendall sıra korelasyon analizleri ile sınama süreci tekrarlanmıştır (Genceli 1989).

Çalışmada kullanılan son istatistik yöntem ise En Küçük Kareler (EKK) yöntemine göre gerçekleştirilen regresyon analizidir. Regresyon analizi korelasyon analizinin aksine değişkenler arasındaki fonksiyonel yani sebep-sonuç / nedensellik ilişkisini ortaya koymaktadır. Regresyon analizinde kurulan modelin anlamlılığı, değişken bazında t testi model bütünündeyse F testiyle sınanmaktadır. Bunun dışında R^2 düzeyine bakılarak bağımsız değişkenin bağımlı değişkendeki değişkenliğin yüzde kaçını açıkladığı ifade edilmektedir. Ayrıca kesit yani sabit yıl için gözleme dayanan analizde varyans homojenliği varsayımının sağlanması, White testi gibi testlerle sınanmaktadır. Ramsey Reset testi ile de model dışında eksik kalan değişkenin olup-olmadığını ifade eden tanımlama hatasının olup-olmaması sınanarak bir diğer varsayım test edilmektedir. Tekli doğrusal regresyonda bağımsız değişken bir adet olduğu için çoklu doğrusal bağlantı (VIF) ve zaman serisi olmadığı için de otokorelasyon testlerinin yapılması gerekmemektedir (Güriş ve Çağlayan. 2000) (Genceli 1989).

Uygulamalar iki ayrı istatistik paket programında gerçekleştirilmiştir. Fark testleri ile korelasyon analizleri SPSS 25'te, regresyon analizleri ise Eviews 12.0'da yapılmıştır. Ardından da excelde oluşturulan özet tablolarda, analiz çıktıları özetlenerek toplu rapora dönüştürülmüştür.

3.2. FARK TESTİ BULGULARI

Net göç girişi ve net göç çıkışı olan iller arasında sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfusa göre gerçekleştirilen fark analizinde 39 değişkenden 25'ine göre net göç giriş ve çıkışı olan iller arasında farklılığın bulunduğu tespit edilmiştir. Olması beklenen net göç girişi olan illerdeki sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfusun, net göç çıkışı olan illerdeki sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfus ortalamasından daha düşük olmasıdır. Çünkü sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfusun azlığı, sunucu sayısında nüfusa göre yüksek miktarda varoluştan kaynaklanmakta ve bu da yerel nüfusun yaşam standartlarını arttırmaktadır. Sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfus ne kadar azsa, hizmet sunumu için daha fazla zamana sahip olunmakta, yatak arzı açısındansa daha fazla yatak arzı olduğundan hizmete erişim kolaylaşmaktadır. Net göç giriş ve çıkışına göre iki olasılıklı durum için il ortalamalarına bakıldığında iki durum arasında farkın istatistiksel olarak tespit edilebildiği 25 sağlık hizmet sunucusu içerisinde 11'inde olması beklendiği gibi net göç girişi olan illerdeki sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfus ortalamasının net göç çıkışı olan illerin ortalamasına göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bunlar:

- Özel sektördeki yatak başına düşen nüfus.
- Özel sektördeki uzman hekim başına düşen nüfus.
- Toplamda uzman hekim başına düşen nüfus.
- Özel sektördeki pratisyen hekim başına düşen nüfus.
- Özel sektördeki toplam hekim başına düşen nüfus.
- Özel sektördeki diş hekimi başına düşen nüfus.
- Özel sektördeki hemşire başına düşen nüfus.
- Özel sektördeki ebe başına düşen nüfus.
- Özel sektördeki diğer sağlık personeli başına düşen nüfus.
- Toplamdaki diğer sağlık personeli başına düşen nüfus.
- Özel sektördeki toplam sağlık personeli başına düşen nüfus.

şeklindedir (Tablo 14). Fark analizi sonuçları, özel sektör kanalıyla gerçekleştirilen sağlık hizmet sunumunda net göç alan illerde nüfusa göç daha yoğun sunucunun olduğunu, net göç verenlerdeyse daha sınırlı hizmet sunucusunun olduğunu teyit etmektedir. Hatta bazı sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfusta iki durum arasındaki ortalamalar arasında gerçekleşen farklılığın aşırı şiddetli olduğu da görülmektedir. Örneğin özel sektörde çalışan uzman hekim başına düşen nüfus net göç alan illerde ortalama 5464 kişi iken net göç veren illerde ortalama 39.721'e ulaşmaktadır. Aynı şiddetli ayrışma özel sektörde çalışan hekim toplamı başına düşen nüfus açısından da mevcut olup, net göç alan illerde ortalama hekim başına 4.469 kişi düşerken bu sayı net göç veren iller içinse ortalama 27.307'ye yükselmektedir. Özel sektörde çalışan hemşireler açısından da benzer durum mevcut olup buna göre net göç alan illerdeki özel sektörde çalışan hemşire başına düşen nüfus 4.678 kişi iken net göç veren illerdeyse bu sayı 35.812'ye yükselmektedir.

Özel sektörde çalışanlarda olduğu gibi toplam uzman hekim ve toplam diğer sağlık personeli başına düşen nüfusa göre net göç alan ve net göç veren illerin ortalamaları açısından net göç alan illerde net göç veren illere göre hizmet sunucusu başına düşen nüfus sayısı daha düşük gerçekleşmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı farkın tespit edildiği diğer 13 sağlık hizmet sunucusuysa kamu kesiminde yer alan sağlık hizmet sunucuları olup, net göç veren illerde net göç alan illere göre hizmet sunucusu başına düşen nüfus çok daha düşüktür. Bunlar:

- Üniversite hastanelerinde yatak başına düşen nüfus.
- Sağlık Bakanlığı kurumlarında çalışan pratisyen hekim başına düşen nüfus.
- Toplamdaki pratisyen hekim başına düşen nüfus.
- Toplamdaki toplam hekim başına düşen nüfus.
- Sağlık Bakanlığı kurumlarında çalışan diş hekimi başına düşen nüfus.
- Üniversiteye bağlı sağlık kurumlarında çalışan diş hekimi başına düşen nüfus.
- Sağlık Bakanlığı kurumlarında çalışan hemşire başına düşen nüfus.
- Toplamdaki hemşire başına düşen nüfus.
- Sağlık Bakanlığı kurumlarında çalışan ebe başına düşen nüfus.
- Toplamdaki ebe başına düşen nüfus.

- Sağlık Bakanlığı kurumlarında çalışan diğer sağlık personeli başına düşen nüfus.
- Sağlık Bakanlığı kurumlarında çalışan toplam sağlık personeli başına düşen nüfus.
- Toplamdaki toplam sağlık personeli başına düşen nüfus.

şeklindedir (Tablo 14).

Tablo 14. Net Göç Hızına Göre Sağlık Hizmet Sunucusu Başına Düşen Nüfusun Fark Analizi Bulguları-2020

		Net Göç Çıkışı		Net Göç Girişi		Levene Varyans Eşitliği Testi		t Testi		Mann-Whitney U Testi	
		N	Ort.	N	Ort.	F	Sig.	t	Sig.	Z	Asymp. Sig.
Yatak	**SB**	47	459	34	570	0,33	0,57	-3,95	**0,00**	…	…
	ÜNV	18	1.201	20	1.967	0,98	0,33	-2,74	**0,01**	…	…
	Özel	35	3.850	32	2.095	10,15	**0,00**	…	…	-3,67	**0,00**
	TPL	47	366	34	371	4,58	**0,04**	…	…	-0,60	0,55
Uzman Hekim	**SB**	47	1.914	34	2.004	1,39	0,24	-1,09	0,28	…	…
	ÜNV	30	9.762	26	6.846	2,51	0,12	0,62	0,54	…	…
	Özel	44	39.721	34	5.464	15,48	**0,00**	…	…	-5,00	**0,00**
	TPL	47	1.359	34	1.197	1,07	0,30	2,027	**0,05**	…	…
Pratisyen Hekim	**SB**	47	1.416	34	1.787	1,03	0,31	-5,39	**0,00**	…	…
	ÜNV	9	400.762	20	494.256	0,35	0,56	-0,48	0,64	…	…
	Özel	40	57.414	34	27.028	12,79	**0,00**	…	…	-4,99	**0,00**
	TPL	47	1.363	34	1.631	0,01	0,93	-4,89	**0,00**	…	…
Asistan Hekim	**SB**	46	121.547	33	144.791	0,40	0,53	-0,73	0,47	…	…
	ÜNV	26	7.664	26	6.660	0,90	0,35	0,34	0,73	…	…
	TPL	47	49.176	33	45.128	0,61	0,44	0,22	0,83	…	…
Toplam Hekim	**SB**	47	787	34	891	0,65	0,42	-3,60	**0,00**	…	…
	ÜNV	30	7.500	29	22.338	5,53	**0,02**	…	…	-1,38	0,17
	Özel	44	27.307	34	4.469	14,48	**0,00**	…	…	-5,14	**0,00**
	TPL	47	600	34	591	1,64	0,21	0,31	0,76	…	…
Diş Hekimi	**SB**	47	6.340	34	7.141	1,79	0,19	-2,33	**0,02**	…	…
	ÜNV	23	21.801	23	321.873	12,86	**0,00**	…	…	-3,68	**0,00**
	Özel	47	13.380	34	6.857	11,83	**0,00**	…	…	-4,72	**0,00**
	TPL	47	3.493	34	3.036	7,01	**0,01**	…	…	-1,15	0,25
Hemşire	**SB**	47	448	34	553	0,01	0,94	-4,62	**0,00**	…	…
	ÜNV	33	26.861	32	28.265	0,02	0,88	-0,11	0,92	…	…
	Özel	40	35.812	34	4.678	9,61	**0,00**	…	…	-4,50	**0,00**
	TPL	47	377	34	402	4,98	**0,03**	…	…	-2,29	**0,02**
Ebe	**SB**	47	1.171	34	1.354	0,04	0,84	-2,28	**0,03**	…	…
	ÜNV	23	112.205	21	152.466	0,61	0,44	-0,85	0,40	…	…
	Özel	34	120.565	34	55.714	9,69	**0,00**	…	…	-3,72	**0,00**
	TPL	47	1.133	34	1.284	0,36	0,55	-2,11	**0,04**	…	…
Diğer Personel	**SB**	47	18.386	34	23.537	2,52	0,12	-4,75	**0,00**	…	…
	ÜNV	22	137.527	22	281.868	1,19	0,28	-1,91	0,06	…	…
	Özel	47	3.780	34	2.795	20,88	**0,00**	…	…	-4,05	**0,00**
	TPL	47	2.994	34	2.451	12,80	**0,00**	…	…	-3,08	**0,00**
Toplam Personel	**SB**	47	431	34	565	0,02	0,88	-4,17	**0,00**	…	…
	ÜNV	33	32.846	32	76.581	4,98	0,03	…	…	-0,95	0,35
	Özel	45	18.036	34	2.928	36,95	**0,00**	…	…	-4,584	**0,00**
	TPL	47	364	34	409	3,81	**0,06**	-2,22	**0,03**	…	…

Net göç girişi ve net göç çıkışı olan iller ayrımına dayalı olarak gerçekleştirilen fark analizinde ikinci aşama olarak sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfus miktarlarının e tabanına göre logaritmaları alınarak analiz tekrarlanmıştır. Elde edilen bulgular, ham verilerle gerçekleştirilen uygulama bulgularıyla büyük ölçüde örtüşmektedir. Buna göre verilerin e tabanına göre logaritmik formlarıyla gerçekleştirilen analiz sonucunda da net göç girişi olan illerdeki sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfusun göç çıkışı olan illerdeki ortalamaya göre daha düşük değer alışı, yine ağırlıklı olarak özel sektördeki sağlık hizmet sunucuları için yaşanmaktadır. Sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfusa göre gerçekleştirilen fark analizinde 39 değişkenden 25'ine göre net göç girişi ve net göç çıkışı olan iller arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu tespit edilmiştir. Olması beklenen daha önce de ifade edildiği gibi net göç girişi olan illerdeki sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfusun, net göç çıkışı olan illerdeki ortalamadan düşük olmasıdır. Fark analizinde net göç giriş ve çıkışı olan il gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı ayrışmanın tespit edildiği değişken sayısı 39 değişkenden 25'idir. Söz konusu 25 değişken içerisinde de sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfusta net göç girişi olan illerdeki ortalamanın net göç çıkışı olan illerdeki ortalamaya göre düşük olduğu değişken sayısı 10 tane dir. Bunlar:

- Özel sektördeki yatak başına düşen nüfus
- Özel sektördeki uzman hekim başına düşen nüfus
- Özel sektördeki pratisyen hekim başına düşen nüfus
- Özel sektördeki toplam hekim başına düşen nüfus
- Özel sektördeki diş hekimi başına düşen nüfus
- Özel sektördeki hemşire başına düşen nüfus
- Özel sektördeki ebe başına düşen nüfus
- Özel sektördeki diğer sağlık personeli başına düşen nüfus
- Toplam diğer sağlık personeli başına düşen nüfus
- Özel sektördeki toplam sağlık personeli başına düşen nüfus

şeklindedir (Tablo 15).

Tablo 15. Net Göç Hızına Göre Logaritmik Sağlık Hizmet Sunucusu Başına Düşen Nüfusun Fark Analizi Bulguları-2020

		Net Göç Çıkışı		Net Göç Girişi		Levene Varyans Eşitliği Testi		t Testi		Mann-Whitney U Testi	
		N	Ort.	N	Ort.	F	Sig.	t	Sig.	Z	Asymp. Sig.
Yatak	**LN(SB)**	47	2,65	34	2,74	0,28	0,60	-3,92	**0,00**	…	…
	LN(ÜNV)	18	3,01	20	3,25	0,19	0,67	-3,32	**0,00**	…	…
	LN(Özel)	35	3,49	32	3,25	1,73	0,19	3,83	**0,00**	…	…
	LN(TPL)	47	2,54	34	2,56	6,40	**0,01**	-0,67	0,51	-0,58	0,56
Uzman Hekim	**LN(SB)**	47	3,27	34	3,30	1,44	0,23	-1,18	0,24	…	…
	LN(ÜNV)	30	3,72	26	3,80	1,97	0,17	-1,05	0,30	…	…
	LN(Özel)	44	4,18	34	3,66	11,99	**0,00**	…	…	-5,00	**0,00**
	LN(TPL)	47	3,12	34	3,06	0,37	0,55	1,923	0,06	…	…
Pratisyen Hekim	**LN(SB)**	47	3,14	34	3,25	0,44	0,51	-5,24	**0,00**	…	…
	LN(ÜNV)	9	5,28	20	5,55	0,38	0,54	-1,52	0,14	…	…
	LN(Özel)	40	4,69	34	4,38	1,19	0,28	5,83	**0,00**	…	…
	LN(TPL)	47	3,13	34	3,21	1,94	0,17	-4,68	**0,00**	…	…
Asistan Hekim	**LN(SB)**	46	4,86	33	4,84	4,72	**0,03**	…	…	-0,59	0,56
	LN(ÜNV)	26	3,63	26	3,67	1,66	0,20	-0,43	0,67	…	…
	LN(TPL)	47	4,15	33	3,94	0,93	0,34	1,28	0,21	…	…
Toplam Hekim	**LN(SB)**	47	2,89	34	2,95	1,89	0,17	-3,46	**0,00**	…	…
	LN(ÜNV)	30	3,42	29	3,59	0,45	0,51	-1,24	0,22	…	…
	LN(Özel)	44	4,08	34	3,58	11,34	**0,00**	…	…	-5,14	**0,00**
	LN(TPL)	47	2,76	34	2,76	1,47	0,23	0,13	0,90	…	…
Diş Hekimi	**LN(SB)**	47	3,79	34	3,85	4,27	**0,04**	…	…	-2,27	**0,02**
	LN(ÜNV)	23	4,05	23	4,77	11,69	**0,00**	…	…	-3,68	**0,00**
	LN(Özel)	47	4,06	34	3,79	0,61	0,44	5,43	**0,00**	…	…
	LN(TPL)	47	3,51	34	3,47	5,66	**0,02**	…	…	…	…
Hemşire	**LN(SB)**	47	2,64	34	2,74	0,63	0,43	-4,63	**0,00**	…	…
	LN(ÜNV)	33	3,75	32	3,84	1,00	0,32	-0,47	0,64	…	…
	LN(Özel)	40	3,99	34	3,51	9,55	**0,00**	…	…	-4,49	**0,00**
	LN(TPL)	47	2,56	34	2,60	6,96	**0,01**	…	…	-2,30	**0,02**
Ebe	**LN(SB)**	47	3,05	34	3,12	0,58	0,45	-2,76	**0,01**	…	…
	LN(ÜNV)	23	4,83	21	4,98	1,23	0,27	-1,13	0,27	…	…
	LN(Özel)	34	4,93	34	4,63	3,65	0,06	3,82	**0,00**	…	…
	LN(TPL)	47	3,04	34	3,10	1,17	0,28	-2,53	**0,01**	…	…
Diğer Personel	**LN(SB)**	47	4,25	34	4,36	0,33	0,57	-4,66	**0,00**	…	…
	LN(ÜNV)	22	4,85	22	5,27	0,18	0,68	-3,03	**0,00**	…	…
	LN(Özel)	47	3,55	34	3,44	13,95	**0,00**	…	…	-4,05	**0,00**
	LN(TPL)	47	3,46	34	3,38	8,84	**0,00**	3,28	…	-3,08	**0,00**
Toplam Personel	**LN(SB)**	47	2,61	34	2,74	1,23	0,27	-4,43	**0,00**	…	…
	LN(ÜNV)	33	3,99	32	4,16	0,48	0,49	-0,98	0,33	…	…
	LN(Özel)	45	3,86	34	3,38	18,61	**0,00**	…	…	-4,58	**0,00**
	LN(TPL)	47	2,55	34	2,61	5,98	**0,02**	…	…	-3,19	**0,00**

3.3. KORELASYON ANALİZİ BULGULARI

Korelasyon analizleri içinde ilk grubu oluşturan göç giriş oranı ile sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfus arasındaki ilişki, Pearson korelasyon analizine göre 39 sağlık hizmet sunucusundan 15'inde istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Söz konusu 15 değişkenden ise 13'ü ile göç giriş oranı arasında olması beklendiği gibi negatif korelasyon görülmüştür. Pearson korelasyon analizi sonrasında Spearman ve Kendall sıra korelasyon analizleri de gerçekleştirilmiş olup, istatistiksel olarak anlamlı ilişkinin bu defa 39 sağlık hizmet sunum göstergesinde 18'e yükseldiği ve negatif korelasyonun ise 12'ye düştüğü görülmüştür. Göç giriş oranıyla sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfus arasında negatif korelasyonun tespit edildiği göstergeler korelasyon şiddeti yüksekten düşüğe doğru olacak şekilde şunlardır:

- Sağlık Bakanlığı'nda çalışan diş hekimi başına düşen nüfus
- Sağlık Bakanlığı'nda çalışan sağlık personel bütünü başına düşen nüfus
- Toplam sağlık personel bütünü başına düşen nüfus
- Pratisyen hekim toplamı başına düşen nüfus
- Sağlık Bakanlığı'nda çalışan pratisyen hekim başına düşen nüfus
- Toplam ebe başına düşen nüfus
- Sağlık Bakanlığı'nda çalışan hekim bütünü başına düşen nüfus
- Sağlık Bakanlığı'nda çalışan ebe başına düşen nüfus
- Sağlık Bakanlığı'nda görev yapan diğer sağlık çalışanı başına düşen nüfus
- Üniversitede çalışan ebe başına düşen nüfus
- Sağlık Bakanlığı'nda çalışan uzman hekim başına düşen nüfus
- Sağlık Bakanlığı'ndaki yatak başına düşen nüfus

şeklindedir (Tablo 16). Göç çıkış oranı ile sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfus arasındaki korelasyon analizi bulguları, göç giriş oranıyla kurulan korelasyon analizlerinden çok daha fazla istatistiksel olarak anlamlı sonuca ulaşıldığını göstermektedir. Buna göre 39 farklı sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfus göstergesi ile göç çıkış oranı arasında 25 göstergede istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin mevcut olduğu tespit edilmiştir. Ancak istatistiksel olarak anlamlı 25

korelasyondan sadece 10'u negatif yönlüdür. Pearson korelasyon analizi sonrasında gerçekleştirilen Spearman ve Kendall sıra korelasyon analizlerinde de istatistiksel olarak anlamlı 31 korelasyondan sadece 12'sinde negatif yönlü korelasyon tespiti yapılabilmiştir. Göç çıkış oranının çıkış olması sebebiyle negatif değer alması, göç çıkışı artışının oranın negatif olması sebebiyle düşüş şeklinde gözükmesine yol açmaktadır. Bu da çıkışın sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfustaki artışla negatif yönlü ilişki içerisinde olması gerekliliğini beraberine getirmektedir. Ancak analiz bulguları, göç çıkışları açısından göç girişlerindeki gibi daha yaygın bir ilişkinin oluşmadığını desteklemektedir. Göç çıkış oranıyla sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfus arasında negatif korelasyonun tespit edildiği göstergeler mutlak değer olarak korelasyon şiddeti yüksekten düşüğe doğru olacak şekilde şunlardır:

- Özel sektörde çalışan sağlık personel bütünü başına düşen nüfus
- Özel sektörde çalışan pratisyen hekim başına düşen nüfus
- Özel sektör sağlık kuruluşlarındaki yatak başına düşen nüfus
- Özel sektörde çalışan diş hekimi başına düşen nüfus
- Özel sektörde çalışan diğer sağlık personeli başına düşen nüfus
- Özel sektörde çalışan hekim bütünü başına düşen nüfus
- Özel sektörde çalışan ebe başına düşen nüfus
- Toplam diğer sağlık personeli başına düşen nüfus
- Özel sektörde çalışan uzman hekim başına düşen nüfus
- Üniversite sağlık kuruluşlarında çalışan hemşire başına düşen nüfus

şeklindedir. Göç giriş oranına göre göç çıkış oranıyla sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfus arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyonun tespiti daha sınırlı kalmakla birlikte, göç giriş oranına göre yapılan analizlerin aksine özel sektörde çalışan personel başına düşen nüfusa göre oluşu oldukça önemlidir. Bu durum aynı zamanda kar amacı güden kurumlardaki sağlık hizmet sunum yetersizliğinin itici faktör özelliği gösterdiğini de desteklemektedir (Tablo 16).

Tablo 16. İller İçin Göç Giriş ve Çıkış Oranlarıyla Sağlık Hizmet Sunucuları Başına Düşen Nüfus Arasındaki Korelasyonlar (Pearson, Spearman ve Kendall Korelasyon Analiz Bulguları-2020)

			(%) Göç girişi / İl nüfusu			(%) Göç çıkışı / İl nüfusu		
		N	r	ρ (rho)	τ (tau)	r	ρ (rho)	τ (tau)
Yatak	SB	81	-0,245*	-0,326**	-0,236**	0,398**	0,533**	0,362**
	ÜNV	38	…	…	…	0,480**	0,649**	0,463**
	Özel	67	…	…	…	-0,397**	-0,469**	-0,328**
	TPL	81	…	…	…	…	…	…
Uzman Hekim	SB	81	-0,263*	…	…	0,274*	0,223*	0,155*
	ÜNV	56	…	…	…	…	0,405**	0,293**
	Özel	78	…	0,228*	0,167*	-0,294**	-0,652**	-0,464**
	TPL	81	…	…	…	…	-0,285**	-0,187*
Pratisyen Hekim	SB	81	-0,505**	-0,545**	-0,396**	0,606**	0,785**	0,599**
	ÜNV	29	…	…	…	0,414*	0,438*	0,315*
	Özel	74	…	…	…	-0,409**	-0,596**	-0,417**
	TPL	81	-0,554**	-0,564**	-0,409**	0,619**	0,772**	0,586**
Asistan Hekim	SB	79	…	…	…	…	…	…
	ÜNV	52	…	…	…	…	…	…
	TPL	80	…	0,310**	0,201**	…	-0,347**	-0,221**
Toplam Hekim	SB	81	-0,431**	-0,395**	-0,287**	0,512**	0,570**	0,423**
	ÜNV	59	…	…	…	…	…	…
	Özel	78	…	…	0,153*	-0,371**	-0,653**	-0,467**
	TPL	81	…	…	…	…	…	…
Diş Hekimi	SB	81	-0,630**	-0,630**	-0,449**	0,530**	0,594**	0,434**
	ÜNV	46	…	…	…	…	0,517**	0,390**
	Özel	81	…	…	…	-0,401**	-0,555**	-0,389**
	TPL	81	…	…	…	…	…	…
Hemşire	SB	81	-0,427**	-0,474**	-0,348**	0,506**	0,685**	0,489**
	ÜNV	65	0,252*	0,365**	0,218*	-0,269*	…	…
	Özel	74	…	0,290*	0,202*	…	-0,626**	-0,444**
	TPL	81	…	…	…	…	0,269*	0,171*
Ebe	SB	81	-0,458**	-0,508**	-0,377**	0,449**	0,655**	0,470**
	ÜNV	44	-0,321*	-0,402**	-0,282**	0,359*	0,491**	0,334**
	Özel	68	…	…	…	-0,369**	-0,593**	-0,415**
	TPL	81	-0,462**	-0,495**	-0,358**	0,438**	0,626**	0,449**
Diğer Personel	SB	81	-0,361**	-0,440**	-0,318**	0,458**	0,650**	0,460**
	ÜNV	44	…	…	…	…	0,359*	0,245*
	Özel	81	…	…	…	-0,377**	-0,482**	-0,331**
	TPL	81	…	…	…	-0,307**	-0,357**	-0,252**
Toplam Personel	SB	81	-0,600**	-0,644**	-0,493**	0,624**	0,819**	0,640**
	ÜNV	65	…	0,368**	0,235**	…	…	…
	Özel	79	0,422**	0,281*	0,212**	-0,553**	-0,612**	-0,448**
	TPL	81	-0,556**	-0,556**	-0,404**	0,512**	0,663**	0,495**

Korelasyon analizlerinde bir sonraki aşama olarak bu defa göç giriş ve çıkış oranları ile sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfusun e tabanına göre logaritmik değeri arasındaki ilişkinin tespitine odaklanılarak analizler tekrarlanmıştır. Elde edilen bulgular, e tabanına göre logaritmik değerlere göre 10 sağlık hizmet sunum göstergesi ile göç giriş oranı arasında negatif korelasyonun olduğunu, göç çıkış oranıyla ise 13 göstergede negatif korelasyonun istatistiksel olarak anlamlı şekilde tespit edilebildiği

sonucuna ulaşılmıştır. Sonuçlar, ham verilerle gerçekleştirilen uygulama bulgularıyla önemli ölçüde örtüşmektedir (Tablo 17).

Tablo 17. İller İçin Göç Giriş ve Çıkış Oranlarıyla Logaritmik Sağlık Hizmet Sunucuları Başına Düşen Nüfus Arasındaki Korelasyonlar (Pearson, Spearman ve Kendall Korelasyon Analiz Bulguları-2020)

			(%) Göç girişi / İl nüfusu			(%) Göç çıkışı / İl nüfusu		
		N	r	ρ (rho)	τ (tau)	r	ρ (rho)	τ (tau)
Yatak	LN(SB)	81	-0,255*	-0,326**	-0,236**	0,411**	0,533**	0,362**
	LN(ÜNV)	38	…	…	…	0,528**	0,649**	0,463**
	LN(Özel)	67	…	…	…	-0,429**	-0,469**	-0,328**
	LN(TPL)	81	…	…	…	…	…	…
Uzman Hekim	LN(SB)	81	…	…	…	0,282*	0,223*	0,155*
	LN(ÜNV)	56	…	…	…	…	0,405**	0,293**
	LN(Özel)	78	…	0,228*	0,167*	-0,512**	-0,652**	-0,464**
	LN(TPL)	81	…	…	…	-0,228*	-0,284*	-0,187*
Pratisyen Hekim	LN(SB)	81	-0,548**	-0,544**	-0,396**	0,632**	0,785**	0,598**
	LN(ÜNV)	29	…	…	…	0,551**	0,438*	0,315*
	LN(Özel)	74	…	…	…	-0,505**	-0,596**	-0,417**
	LN(TPL)	81	-0,579**	-0,565**	-0,409**	0,628**	0,772**	0,586**
Asistan Hekim	LN(SB)	79	…	…	…	…	…	…
	LN(ÜNV)	52	…	…	…	…	…	…
	LN(TPL)	80	0,318**	0,310**	0,201**	-0,290**	-0,347**	-0,221**
Toplam Hekim	LN(SB)	81	-0,450**	-0,392**	-0,284**	0,518**	0,568**	0,421**
	LN(ÜNV)	59	…	…	…	…	…	…
	LN(Özel)	78	…	…	0,153*	-0,540**	-0,653**	-0,467**
	LN(TPL)	81	…	…	…	…	…	…
Diş Hekimi	LN(SB)	81	-0,658**	-0,630**	-0,449**	0,570**	0,594**	0,434**
	LN(ÜNV)	46	…	…	…	0,372*	0,517**	0,390**
	LN(Özel)	81	…	…	…	-0,449**	-0,555**	-0,389**
	LN(TPL)	81	…	…	…	…	…	…
Hemşire	LN(SB)	81	-0,441**	-0,476**	-0,349**	0,522**	0,685**	0,488**
	LN(ÜNV)	65	0,395**	0,365**	0,219*	-0,261*	…	…
	LN(Özel)	74	…	0,290*	0,202*	-0,460**	-0,625**	-0,444**
	LN(TPL)	81	…	…	…	…	0,266*	0,169*
Ebe	LN(SB)	81	-0,488**	-0,508**	-0,377**	0,482**	0,654**	0,469**
	LN(ÜNV)	44	-0,331*	-0,402**	-0,282**	0,463**	0,491**	0,334**
	LN(Özel)	68	…	…	…	-0,512**	-0,593**	-0,415**
	LN(TPL)	81	-0,480**	-0,495**	-0,358**	0,460**	0,626**	0,449**
Diğer Personel	LN(SB)	81	-0,408**	-0,440**	-0,318**	0,493**	0,650**	0,460**
	LN(ÜNV)	44	…	…	…	0,321*	0,359*	0,245*
	LN(Özel)	81	…	…	…	-0,423**	-0,482**	-0,331**
	LN(TPL)	81	…	…	…	-0,341**	-0,357**	-0,252**
Toplam Personel	LN(SB)	81	-0,656**	-0,644**	-0,492**	0,683**	0,819**	0,638**
	LN(ÜNV)	65	0,338**	0,368**	0,235**	…	…	…
	LN(Özel)	79	0,369**	0,281*	0,212**	-0,569**	-0,612**	-0,448**
	LN(TPL)	81	-0,605**	-0,557**	-0,404**	0,576**	0,663**	0,495**

3.4.REGRESYON ANALİZ BULGULARI

3.4.1. Göç Girişinde Sağlık Hizmet Sunumunun Etkisi

Tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde bağımlı değişken olarak göç giriş oranı alındığında, göç girişinde sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfusa göre 39 sağlık hizmet sunum göstergesinden altısının istatistiksel olarak anlamlı ve regresyon temel varsayımlarını sağlayarak etkili olduğu sonucuyla karşılaşılmaktadır. İstatistiksel olarak anlamlı ve geçerli model sayısının altı ile sınırlı olması, t ve F testleri dışında modelde değişen varyans sorununun olup-olmadığının White testi ile tanımlama hatasının olup-olmadığının ise Ramsey Reset testiyle sınanması da etkilidir. Bütün testlerin hepsinden geçebilen ve bu sebeple istatistiksel olarak göç girişi üzerinde etkisinin olduğu savunulabilir olan sadece 6 model mevcut olup negatif etki gösteren model sayısı ise 5'tir. Ancak R^2 düzeyleri son derece düşük olup, göç girişlerindeki değişkenliğin çok sınırlı bir miktarını açıklayabilme kabiliyetine sahiptir. Buna göre;

- Sağlık Bakanlığı'ndaki yatak başına düşen nüfusun %6 oranında,
- Sağlık Bakanlığı'ndaki kuruluşlarda çalışan hemşire başına düşen nüfusun % 18,2 oranında,
- Sağlık Bakanlığı'ndaki kuruluşlarda çalışan ebe başına düşen nüfusun % 20,9 oranında,
- Üniversitelere bağlı kuruluşlarda çalışan ebe başına düşen nüfusun % 10 oranında,
- Toplam ebe başına düşen nüfusun % 21,4 oranında,
- Özel sağlık kuruluşlarında çalışan personel bütünü başına düşen nüfusunsa %18 oranında

göç girişini açıklama kabiliyeti mevcuttur. Söz konusu altı modelden ilk 5'inde ise sağlık sunucusu başına düşen nüfusun göç girişini düşürücü etki gösterdiği, sonuncusunun ise arttırıcı etkisinin olduğu sonucuyla karşılaşılmıştır (Tablo 18).

Tablo 18. İller İçin Göç Giriş Oranında Sağlık Hizmet Sunucuları Başına Düşen Nüfusun Etkisi (EKK Regresyon Analiz Bulguları-2020)

% Göç alış / Nüfus			Sabit		Bağımsız Değişken		R^2	F testi		White Testi		Ramsey-Reset Testi	
Bağımsız Değişken		N	Katsayı	Sig.	Katsayı	Sig.		F.istat.	Sig.	F.istat.	Sig.	F.istat.	Sig.
Yatak	SB	81	4,076	0,000	**-0,0000165**	0,027	0,060	5,070	0,027	0,787	0,459	0,445	0,721
	ÜNV	38	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	Özel	67	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	TPL	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Uzman Hekim	SB	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	ÜNV	56	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	Özel	78	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	TPL	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Pratisyen Hekim	SB	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	ÜNV	29	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	Özel	74	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	TPL	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Asistan Hekim	SB	79	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	ÜNV	52	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	TPL	80	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Toplam Hekim	SB	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	ÜNV	59	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	Özel	78	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	TPL	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Diş Hekimi	SB	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	ÜNV	46	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	Özel	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	TPL	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Hemşire	SB	81	4,925	0,000	**-0,0000342**	0,000	0,182	17,580	0,000	0,715	0,493	1,299	0,281
	ÜNV	65	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	Özel	74	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	TPL	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Ebe	SB	81	4,654	0,000	**-0,0011340**	0,000	0,209	20,930	0,000	1,998	0,143	1,660	0,184
	ÜNV	44	3,058	0,000	**-0,0000014**	0,034	0,1	4,822	0,03	0,220	0,803	0,252	0,860
	Özel	68	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	TPL	81	4,795	0,000	**-0,0013000**	0,000	0,214	21,480	0,000	2,545	0,007	1,397	0,250
Diğer Personel	SB	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	ÜNV	44	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	Özel	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	TPL	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Toplam Personel	SB	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	ÜNV	65	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	Özel	79	3,028	0,000	0,0000168	0,000	0,18	16,659	0,000	3,101	0,05	0,321	0,81
	TPL	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…

Bir sonraki aşamada regresyon analizleri bu defa sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfus verilerinin e tabanına göre logaritması alınarak tekrarlandı. Bağımlı değişkenleri oluşturan göç giriş oranıysa, yüzdelik oran olması sebebiyle orijinal haliyle bırakıldı. Bu defa göç giriş oranında etkili 6 yerine 8 değişken tespit edilse de negatif etkinin görüldüğü istatistiksel olarak anlamlı ve geçerli model sayısı 4'e düştü. Ancak kısmen R^2 oranlarında artış sağlanarak bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkeni açıklama gücü yükseltildi. Buna göre:

- Sağlık Bakanlığı'ndaki yatak başına düşen nüfusun %66,5 oranında,
- Sağlık Bakanlığı'ndaki kuruluşlarda çalışan hemşire başına düşen nüfusun % 19,5 oranında,
- Üniversite kuruluşlarda çalışan ebe başına düşen nüfusun % 11 oranında,
- Sağlık Bakanlığı'ndaki kuruluşlarda çalışan diğer sağlık personeli başına düşen nüfusun % 16,7 oranında

göç girişini açıklama kabiliyeti olduğu görülmüştür (Tablo 19).

Tablo 19. İller İçin Göç Giriş Oranında Logaritmik Sağlık Hizmet Sunucuları Başına Düşen Nüfusun Etkisi (EKK Regresyon Analiz Bulguları-2020)

% Göç giriş / Nüfus			**Sabit**		**Bağımsız Değişken**		**R^2**	**F testi**		**White Testi**		**Ramsey-Reset Testi**	
Bağımsız Değişken		**N**	**Katsayı**	**Sig.**	**Katsayı**	**Sig.**		**F.istat.**	**Sig.**	**F.istat.**	**Sig.**	**F.istat.**	**Sig.**
Yatak	**lnSB**	81	12,489	0,002	**-0,857**	0,002	0,665	5,481	0,022	0,515	0,599	0,063	0,979
	lnÜNV	38	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	lnÖzel	67	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	lnTPL	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Uzman Hekim	**lnSB**	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	lnÜNV	56	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	lnÖzel	78	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	lnTPL	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Pratisyen Hekim	**lnSB**	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	lnÜNV	29	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	lnÖzel	74	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	lnTPL	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Asistan Hekim	**lnSB**	79	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	lnÜNV	52	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	lnTPL	80	1,681	0,000	0,167	0,000	0,101	8,771	0,000	2,210	0,117	1,990	0,123
Toplam Hekim	**lnSB**	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	lnÜNV	59	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	lnÖzel	78	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	lnTPL	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Diş Hekimi	**lnSB**	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	lnÜNV	46	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	lnÖzel	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	lnTPL	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Hemşire	**lnSB**	81	21,904	0,000	**-1,732**	0,000	0,195	19,096	0,000	0,591	0,556	0,862	0,464
	lnÜNV	65	1,551	0,001	0,176	0,001	0,156	11,618	0,001	2,383	0,101	0,862	0,466
	lnÖzel	74	1,935	0,002	0,138	0,053	0,051	3,874	0,053	0,341	0,712	1,062	0,371
	lnTPL	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Ebe	**lnSB**	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	lnÜNV	44	5,345	0,000	**-0,219**	0,028	0,11	5,182	0,03	0,637	0,534	0,215	0,886
	lnÖzel	68	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	lnTPL	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Diğer Personel	**lnSB**	81	17,342	0,000	**-1,425**	0,000	0,167	15,793	0,000	2,562	0,084	2,495	0,066
	lnÜNV	44	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	lnÖzel	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	lnTPL	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Toplam Personel	**lnSB**	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	lnÜNV	65	1,563	0,006	0,163	0,006	0,115	8,152	0,006	2,660	0,079	0,905	0,444
	lnÖzel	79	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	lnTPL	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…

3.4.2. Göç Çıkışında Sağlık Hizmet Sunumunun Etkisi

Tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde bağımlı değişken olarak göç çıkış oranı alındığında, göç çıkışında sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfusa göre 39 sağlık hizmet sunum göstergesinden 14'ünün istatistiksel olarak anlamlı ve regresyon temel varsayımlarını sağlayarak etkili olduğu sonucuyla karşılaşılmaktadır. İstatistiksel olarak anlamlı ve geçerli 14 model içerisindeyse göç çıkışı üzerinde negatif etki göstererek savunulabilir olan model sayısı ise sadece 4'tür. Ayrıca R^2 düzeyleri de son derece düşük olup, göç çıkışındaki değişkenliği kısmen açıklayabilme kabiliyetine sahiptir. Buna göre;

- Özel sağlık kuruluşlarındaki yatak başına düşen nüfusun %15,8 oranında,
- Özel sağlık kuruluşlarında çalışan diş hekimi başına düşen nüfusun % 16,1 oranında,
- Üniversitelere bağlı kuruluşlarda çalışan hemşire başına düşen nüfusun %7,2 oranında,
- Toplam diğer sağlık personel bütünü başına düşen nüfusunsa %9,4 oranında

göç girişini açıklama kabiliyeti mevcuttur. Söz konusu dört modelde sağlık sunucusu başına düşen nüfusun göç çıkışını mutlak değer olarak arttırıcı etki gösterdiği sonucuyla karşılaşılmıştır (Tablo 20).

Tablo 20. İller İçin Göç Çıkış Oranında Sağlık Hizmet Sunucuları Başına Düşen Nüfusun Etkisi (EKK Regresyon Analiz Bulguları-2020)

% Göç çıkış / Nüfus			**Sabit**		**Bağımsız Değişken**		**R^2**	**F testi**		**White Testi**		**Ramsey-Reset Testi**	
Bağımsız Değişken		**N**	**Katsayı**	**Sig.**	**Katsayı**	**Sig.**		**F.istat.**	**Sig.**	**F.istat.**	**Sig.**	**F.istat.**	**Sig.**
Yatak	**SB**	81	-6,132	0,000	0,0000504	0,000	0,159	14,888	0,000	2,028	0,139	0,480	0,697
	ÜNV	38	-3,772	0,000	0,0005320	0,002	0,231	10,797	0,002	0,337	0,716	1,021	0,396
	Özel	67	-2,703	0,000	**-0,0001670**	0,001	0,158	12,182	0,001	0,352	0,705	0,872	0,461
	TPL	81	-6,065	0,000	0,0012720	0,014	0,075	6,388	0,014	1,166	0,317	0,742	0,531
Uzman Hekim	**SB**	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	ÜNV	56	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	Özel	78	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	TPL	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Pratisyen Hekim	**SB**	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	ÜNV	29	-2,967	0,000	0,0000006	0,025	0,172	5,600	0,025	2,332	0,117	1,207	0,329
	Özel	74	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	TPL	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Asistan Hekim	**SB**	79	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	ÜNV	52	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	TPL	80	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…

Toplam Hekim	**SB**	81	-9,783	0,000	0,0000757	0,000	0,263	25,309	0,000	2,389	0,099	1,952	0,129
	ÜNV	59	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	Özel	78	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	TPL	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Diş Hekimi	**SB**	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	ÜNV	46	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	Özel	81	-2,518	0,000	**-0,0001000**	0,000	0,161	15,117	0,000	2,523	0,087	2,423	0,072
	TPL	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Hemşire	**SB**	81	-7,344	0,000	0,0000764	0,000	0,256	27,246	0,000	1,512	0,227	1,119	0,347
	ÜNV	65	-3,098	0,000	**-0,0000062**	0,030	0,072	4,919	0,030	0,929	0,400	1,561	0,208
	Özel	74	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	TPL	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Ebe	**SB**	81	-6,192	0,000	0,0020920	0,000	0,202	19,939	0,000	0,655	0,522	1,453	0,234
	ÜNV	44	-3,338	0,000	0,0000023	0,017	0,129	6,212	0,017	1,032	0,365	2,679	0,060
	Özel	68	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	TPL	81	-6,352	0,000	0,0023150	0,000	0,192	18,738	0,000	0,460	0,633	0,919	0,436
Diğer Personel	**SB**	81	-6,542	0,000	0,0001440	0,000	0,210	20,987	0,000	2,441	0,093	2,391	0,075
	ÜNV	44	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	Özel	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	TPL	81	-1,767	0,009	**-0,0006560**	0,005	0,094	8,237	0,005	2,541	0,085	2,483	0,067
Toplam Personel	**SB**	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	ÜNV	65	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	Özel	79	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	TPL	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…

Bir sonraki aşamada regresyon analizleri bu defa sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfus verilerinin e tabanına göre logaritması alınarak tekrarlandı. Bağımlı değişkenleri oluşturan göç çıkış oranıysa, yüzdelik oran olması sebebiyle orijinal haliyle bırakıldı. Bu defa göç çıkış oranında etkili 14 yerine 16 değişken tespit edilse de negatif etkinin görüldüğü istatistiksel olarak anlamlı ve geçerli model sayısı 6 ile sınırlı kaldı. Ancak kısmen R^2 oranlarında artış sağlanarak bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkeni açıklama gücü kısmen yükseltildi. Buna göre:

- Özel sağlık sektörü kurumlarındaki yatak başına düşen nüfusun %18,4 oranında,
- Toplam uzman hekim başına düşen nüfusun % 5,2 oranında,
- Özel sağlık sektörü kurumlarındaki pratisyen hekim başına düşen nüfusun %25,5 oranında,
- Özel sağlık sektörü kurumlarındaki diş hekimi başına düşen nüfusun %20,1 oranında,
- Üniversite kuruluşlarda çalışan hemşire başına düşen nüfusun % 6,8 oranında,
- Toplam diğer sağlık personeli başına düşen nüfusun % 11,6 oranında

göç çıkışını açıklama kabiliyeti olduğu görülmüştür (Tablo 21).

Tablo 21. İller İçin Göç Çıkış Oranında Logaritmik Sağlık Hizmet Sunucuları Başına Düşen Nüfusun Etkisi (EKK Regresyon Analiz Bulguları-2020)

% Göç çıkış / Nüfus			**Sabit**		**Bağımsız Değişken**		**R^2**	**F testi**		**White Testi**		**Ramsey-Reset Testi**	
Bağımsız Değişken		**N**	**Katsayı**	**Sig.**	**Katsayı**	**Sig.**		**F.istat.**	**Sig.**	**F.istat.**	**Sig.**	**F.istat.**	**Sig.**
Yatak	**lnSB**	81	-31,630	0,000	2,598	0,000	0,169	16,021	0,000	2,370	0,101	0,623	0,602
	lnÜNV	38	-9,731	0,000	0,944	0,000	0,279	13,931	0,000	0,600	0,554	0,409	0,748
	lnÖzel	67	2,020	0,145	**-0,672**	0,000	0,184	14,646	0,000	0,684	0,508	0,103	0,958
	lnTPL	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Uzman Hekim	**lnSB**	81	-22,161	0,003	2,458	0,011	0,079	6,810	0,011	1,155	0,320	1,030	0,384
	lnÜNV	56	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	lnÖzel	78	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	lnTPL	81	6,067	0,195	**-1,355**	0,041	0,052	4,325	0,041	0,753	0,475	0,796	0,500
Pratisyen Hekim	**lnSB**	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	lnÜNV	29	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	lnÖzel	74	5,334	0,003	**-0,822**	0,000	0,255	24,681	0,000	1,153	0,322	2,232	0,092
	lnTPL	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Asistan Hekim	**lnSB**	79	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	lnÜNV	52	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	lnTPL	80	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Toplam Hekim	**lnSB**	81	-65,165	0,000	5,448	0,000	0,257	24,581	0,000	2,549	0,085	1,914	0,136
	lnÜNV	59	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	lnÖzel	78	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	lnTPL	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Diş Hekimi	**lnSB**	81	-37,043	0,000	3,812	0,000	0,325	37,991	0,000	1,798	0,172	1,704	0,173
	lnÜNV	46	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	lnÖzel	81	7,830	0,003	**-1,256**	0,000	0,201	19,899	0,000	1,964	0,147	0,802	0,497
	lnTPL	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Hemşire	**lnSB**	81	-45,113	0,000	3,853	0,000	0,272	29,588	0,000	1,460	0,239	0,601	0,616
	lnÜNV	65	-1,672	0,031	**-0,183**	0,036	0,068	4,617	0,036	0,551	0,579	2,561	0,063
	lnÖzel	74	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	lnTPL	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Ebe	**lnSB**	81	-24,414	0,000	2,938	0,000	0,232	23,916	0,000	0,533	0,589	0,516	0,673
	lnÜNV	44	-8,268	0,000	0,464	0,000	0,214	11,445	0,002	1,060	0,356	1,986	0,132
	lnÖzel	68	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	lnTPL	81	-24,648	0,000	2,987	0,000	0,212	21,245	0,000	0,491	0,614	0,465	0,708
Diğer Personel	**lnSB**	81	-35,626	0,000	3,238	0,000	0,243	25,386	0,000	2,842	0,644	1,202	0,315
	lnÜNV	44	-6,461	0,000	0,294	0,034	0,103	4,822	0,034	0,496	0,613	0,138	0,937
	lnÖzel	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	lnTPL	81	14,807	0,011	**-2,330**	0,002	0,116	10,362	0,002	2,298	0,107	1,775	0,159
Toplam Personel	**lnSB**	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	lnÜNV	65	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	lnÖzel	79	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
	lnTPL	81	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…

SONUÇ

Göç tarih boyunca var olsa da her geçen gün hızlanan bir süreçtir. Geleneksel tarım toplumlarında iklim koşullarında yaşanan bozulma ya da savaşlar gibi geçici nedenlerle gerçekleşen göç, Sanayi İnkılabıyla düzenli ve kitlesel düzeyde gerçekleşen kırdan kente göç olgusuna yol açmıştır. Bu açıdan da özellikle iç göç hareketlerinde sanayileşmeyle birlikte muazzam bir sıçrama yaşandığı açıkça görülmektedir. Sanayi ötesi topluma geçildikten sonra ise bu defa kırsal yerleşimin ağırlıklı yerleşim olma özelliğini kaybetmesi sebebiyle kentler arasında gerçekleşen yer değiştirmelere dönüşmüş, aynı zamanda da bilgi toplumuna geçişin doğal bir sonucu olarak da beyin göçünü hızlandırmıştır. Beyin göçü genelde uluslararası göç hareketleri kapsamında azgelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerden gelişmiş ülkelere doğru yüksek vasıflı işgücünde yaşanan yer değiştirme olarak kabul görse de, zamanla ulusal sınırlar içerisinde gerçekleşen eşitsizlikler ve şiddetli gelişmişlik farklılıkları da iç göç içerisinde beyin göçünün yaşanmasını olası hale getirmiştir.

Genel olarak iç göç hareketleri, varış yerini oluşturan giriş yerlerindeki çekici faktörlerle çıkış yerlerindeki itici faktörlerin kombinasyonuyla şekillenmektedir. Çekici ve itici faktörler genel olarak ekonomik gelişmişlik farklılıkları olarak ele alınmakla birlikte, lokal olarak yaşam standartlarında artış veya azalışa yol açacak diğer pek çok etken de az veya çok tesirli olmaktadır. Sağlık hizmet sunumu da lokal yaşam standartlarını olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilen faktörler arasında yer almaktadır. Sağlık hizmet sunumu aynı zamanda sosyoekonomik gelişmişlik göstergeleri arasında da yer almaktadır. Çünkü hizmet sunum maliyeti genel olarak oldukça yüksek olup, söz konusu yüksek maliyete katlanılması ancak gelişmiş sosyoekonomik imkânlarla mümkün olabilmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmet sunumu bir yönüyle lokal düzeyde yaşam standartlarını etkileyici özellik gösterirken diğer yönüyle de bir çeşit sosyoekonomik gelişmişlik göstergesi özelliğine bürünmektedir. Bu da sağlık hizmet sunumunun hem çekici hem de itici faktör özelliğine dönüşüm imkanına yol açmaktadır.

Sağlık hizmet sunumu sağlık hizmet sunucusu konumunda sağlık personeli eliyle gerçekleştirilirken aynı zamanda hasta yatak sayısı, tıbbi görüntüleme cihazları, cankurtaran gibi göstergelerde de sağlık hizmet sunucularının insan faktörü dışında kalan kısmını oluşturmaktadır. Tez çalışması kapsamında düzey 3'e göre 81 il esas alınarak üç analiz grubu gerçekleştirilmiştir. İlk olarak gerçekleştirilen fark analizinde ham ve e tabanına göre logaritmik verilere dayalı olarak iki aşamada varyans homojenliği testinde geçip-geçmeme durumuna göre t veya Mann-Whitney U testi 39 sağlık hizmet sunum göstergesine göre yapılmıştır. Elde edilen bulgular, net göç alan ve veren iller arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın oluştuğu sağlık himet sunum göstergeleri içerisinde ağırlıklı olarak özel sektörde faaliyet gösteren veya yer alan sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfusa göre gerçekleştiğini desteklemektedir. Ayrıca net göç alan illerde net göç veren illere göre istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunduğu sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfus sayısı ortalamasının net göç alan illerde net göç veren illere göre belirgin şekilde çok daha düşük olduğu görülmektedir. Dolayısıyla özel sektör eliyle sunulan sağlık hizmetinin nüfusa göre yaygınlaşması iç göçte çekici faktör özelliğine bürünürken sığlaşması ise itici faktör özelliğine dönüşmektedir.

İkinci analiz grubumuzu oluşturan korelasyon analizleri ise Pearson korelasyon analizinin gerçekleştirilmesi sonrasında Spearman ve Kendall sıra korelasyon analizlerinin tekrarlanmasıyla güçlendirilmiştir. Bu analizlerde sağlık hizmet sunum göstergeleri yine ham ve e tabanına göre logaritmik değerleriyle iki veri setine göre tekrarlanmıştır. Sağlık hizmet sunum göstergelerinin korelasyonu ise göç giriş oranı ve göç çıkış oranı esas alınarak iki ayrı aşamada gerçekleştirilmiştir. Göç hızları yüzdelik oran olduğu ve göç çıkış oranınınsa zaten hem yüzdelik hem de çıkış oluşundan dolayı negatif değer alması sebebiyle e tabanına göre logaritmik formu hiçbir korelasyon analizinde alınamamıştır. Elde edilen bulgular bu defa göç girişleri ile kamu kesimindeki sağlık hizmet sunumu arasında ilişkinin yoğunlaştığını, dolayısıyla da çekici faktör olarak kamu sağlık hizmetlerinin kabul edilebileceğini desteklemektedir. Buna karşılık göç çıkışlarıyla ise özel sektördeki sağlık hizmet sunumu arasında yoğunlaşan ilişkinin varlığıyla karşılaşılmaktadır. Buradan hareketle de özel kesim sağlık hizmet sunumunun daha çok itici faktör olarak işlev gördüğü,

çekici faktör özelliğini ise kamu sağlık hizmet sunumunun karşıladığı sonucuna ulaşılmaktadır. Diğer bir deyişle çıkış yapılan illerde özel sağlık hizmet sunumları giriş yapılan illere göre oldukça sığ iken, göç girişinin olduğu illerdeyse kamusal sağlık hizmet sunumunun yayılıp gelişmiş oluşu ile karşılaşılmaktadır.

Son analiz aşaması olarak sebep-sonuç ilişkisini ortaya koyan regresyon analizinin gerçekleştirilmesiyle iç göçte sağlık hizmet sunumunun etkisi sınanmıştır. Genel olarak e tabanına göre logaritmik verilerde R^2 ham verilerle gerçekleştirilen analizlerdekine göre daha yüksek olsa da oldukça düşüktür. Bu da aslında doğal bir durumdur. İl nüfusunun hem sağlık hizmet sunucusu sayısına bölünüşüyle hem de ile giriş yapan ya da ilden çıkış yapanların il nüfusu içindeki yüzdelik ağırlığı tespit edilerek veri seti nüfus etkisinden tamamen arındırılmıştır. Ayrıca bu çalışmanın iddiası zaten iç göçü etkileyen en önemli ya da başlıca etken olarak sağlık hizmet sunumu olduğu değildir. Sağlık hizmet sunumunun da başta ekonomik gelişmişlik farklılıkları olmak üzere diğer etkenler arasında yer aldığını ortaya koymaktır. Dolayısıyla genelde bağımsız değişken olarak sağlık hizmet sunucusu başına düşen nüfusun göç giriş veya çıkışlarındaki değişkenliği açıklama kabiliyeti %10 ile %20 aralığında gerçekleşmiştir. Elde edilen bulgularsa fark analizleri ve korelasyon analizlerinin aksine çok daha sınırlı sayıdaki sağlık hizmet sunucusunun göçü etkilediği yönündedir. Buna göre göç girişinde korelasyon analiz bulgularında olduğu gibi Sağlık Bakanlığı gibi kamu kesimindeki birkaç sağlık hizmet sunumunun etkileyici olduğu görülmüştür. Bu noktada hekim yerine yatak, hemşire, ebe başına düşen nüfustaki düşüşün göç girişini desteklemesi sonucuyla karşılaşılmaktadır. Söz konusu sonuç esasen bir yönüyle diğer sağlık sunucularına göre daha ikincil kalan kısım olmasından dolayı, normal şartlarda söz konusu elverişli hizmet sunumunun mevcut olduğu bir ortamda genel hizmet sunumunun çok daha yüksek düzeyde tatmin edici olacağını göstermektedir. Göç çıkışlarındaysa yine korelasyon analiz bulgularında tespit edildiği gibi daha çok özel sektördeki sağlık hizmet sunumundaki yetersizliğin göç çıkışını arttırıcı etkiye sahip olduğudur. Sonuçta devlet güçlüdür ve bölgeler arasındaki gelişmişlik farklarına bakmaksızın veya baksa bile çok sınırlı düzeyde etkilenerek sağlık hizmet sunumunu nüfusla dengeli olacak şekilde götürmektedir. Halbuki özel sektör kar maksimizasyonunu amaçlayarak faaliyetlerini

gerçekleştirdiğinden dolayı, azgelişmiş il ve bölgelerde yatırım yapmaktan kaçınmakta, bunun sonucu olarak da özel sektör eliyle sunulan sağlık hizmetleri de sınırlı olmaktadır. Özel sektörün sağlık hizmet sunumu, azgelişmiş bir il veya bölgede oluşun da göstergesi özelliğine dönüştüğünden doğal olarak göç çıkışının olduğu il veya bölgedeki piyasa sığlığını, istihdam güçlüğünü, gelir düşüklüğünü de temsil etmektedir. Bu da beraberinde neden göç çıkışlarını düşük yüzdeyle de olsa özel sektör sağlık hizmet sunumunun açıkladığını göstermektedir.

Elde edilen bulgular, kısmen de olsa sağlık hizmet sunumunun iç göç hareketlerini etkilediğini göstermektedir. Ancak bu etki göç alış ve göç verişe göre değişmektedir. Göç alışında kamu sağlık hizmet sunumu etkiliyken göç çıkışlarında özel sektör sağlık hizmet sunumu etkilidir. Dolayısıyla da göçe yön vermede oluşturulacak sağlık politikalarının iki farklı durumu yönelik müdahale farklılaşmasına göre şekillendirilmesi, etkili sonuç alınabilmesi açısından oldukça önemlidir. Somutlaştıracak olursak, göç çıkışını sınırlamak için kamu sağlık hizmet sunumunu arttırmak etkili olamayacak görünmektedir. Keza göç alışını sınırlandırmak için de özel sektör sağlık hizmet sunumunun sınırlandırılması gibi uygulamalar etki etmeyecektir. Bu sebeple ayrışan politika türetimi, etkili sonuç alabilmek açısından oldukça önemlidir.

KAYNAKÇA

Acımış, Nurhan Meydan, Bilge Betül Kılıç, "Cumhuriyet (1928-1973) Döneminde Sürdürülen Sağlığın Geliştirilmesi Mücadelesinde Halk Sağlığı Temaları", *Lokman Hekim Dergisi*, 2021.

Adıgüzel, Yusuf, *Göç Sosyolojisi,* Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara 2016.

Ağırbaş, İsmail, Yasemin Akbulut, Ömer Rıfkı Önder, "Atatürk Dönemi Sağlık Politikası", *Ankara Üniversitesi Türk inkılâp Tarihi Enstitüsü Atatürk Yolu Dergisi*, Sayı: 48, 2011.

Ak, Sebla, " Geçmişten Günümüze Türkiye'nin Sağlık Politikaları", *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Sayı:20, 2021.

Akdağ, Recep, *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011),* T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No:891, Ankara 2012.

Akdur, Recep, *Sağık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu,* Ankara Üniversitesi AvrupaToplulukları Arağtırma ve Uygulama Merkezi Arağtırma Dizisi No:25, Ankara 2006.

Akdur, Recep, "Türkiye'de Sağlık Politika ve Hizmetleri", *Yeni Türkiye,* Sayı: 4, 1998.

Akkaş, İbrahim, Oben Laleli, " Türkiye'deki Kırdan Kente Göçün Sosyal ve Ekonomik Nedenleri: Erzincan İli Merkez İlçesi Örneği", *Muhakeme Dergisi,* Sayı:2, 2019.

Akkayan, Taylan, *Göç ve Değişme,* İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları No:2573, İstanbul 1979.

Akman, Eren, Koray kopuz, " Katastrofik Sağlık Harcamalarında Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Rolü", *Sağlık Yönetimi ve Liderlik Dergis,* No: 1, 2021.

Akyıldız, İbrahim Ethem, "Dış ve İç Göçler Bağlamında Türkiye'nin Dinamik Göç Yapısının Değerlendirilmesi", *İçtimaiyat Sosyal Bilimler Dergisi*, No: 6, özel sayı, 2022.

Altındağ, Özgür, Ahmet Yıldız, " Türkiye'de Sağlık Politikalarının Dönüşümü", *Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi,* No:1, Sayı: 10, 2020.

Alu, Ali, "Sağlığın Temel Kavramları", *Sağlık Yönetimi Dergisi*, No:2, Sayı: 1, 2017.

Arslan, Ali, Gülten Arslan, *Dünden Bugüne Konya'da Göçün Sosyolojik Analizi cilt 1,* Konya Ticaret Odası Konya Kitabı XVII içinde, yazan Alaattin Aköz, Doğan Yörük ve Haşim Karpuz, Konya 2019.

Arslan, Seyfettin, Yılmaz Demirhan, *Türk Siyasal hayatında AK Parti Dönemi Kamu Yönetiminde Değişim, Kamu Politilkaları Kurumsal İlişkiler,* Ekin Basım Yayın Dağıtım, Bursa, 2016.

Aslan, Şebnem, Şerife Güzel, " Mültecilerin Kilis Sağlık Hizmetleri Üzerindeki Etkisi", *Sağlık Yönetimi ve Liderlik Dergisi*, no:1, 2018.

Aslan, Zehra, *Türkiye'de Göç ve Göçmenler (1914-1960) Karadeniz, Batum, Bulgaristan, Türkistan Türkleri ile Romanya Yahudileri,* Libra Kitapçılık ve Yayıncılık, 2020.

Atasever, Mehmet, Hasan Bağcı, *Türkiye Sağlık Sistemi,* Akademisyen Kitabevi A.Ş, Ankara 2020.

Ateş, Betül, Yasemin Mamur Işıkçı, "2000'li Yıllardan İtibaren Türkiye'de Sağlık Politikalarındaki Değişimin Çoklu Akış Modeli İle Analizi", *Giresun*

Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, No: 2, Sayı: 6, 2020.

Atlı, Yavuz, Nurcan Yücel, " Sağlık Kurumları, Sağlık Kurumlarında Marka ve Elazığ İli Sağlık Sektörü", *Fırat Üniversitesi Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi,* No: 2, Sayı:2, 2018.

Avaner, Tekin, Recep Fedai, " Türkiye'de Sağlık Politikalarında Dönüşüm", *Kamu Politikası Analizi Türkiye Uygulamaları* , yazan Cenay Babaoğlu ve Elvettin Akman, Gazi Kitapevi, Ankara 2018.

Aydemir, Salih, Mehmet Cem Şahin, " Tek Tanrılı Dinlerde Göç Olgusuna Sosyolojik Bir Yaklaşım:Göç Teorileri Açısından Bir Analiz", *Journal of Islamic Research,* No: 3, Sayı: 28 2017.

Aydın, Emre, " Türkiye Cumhuriyeti'nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri", *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi,* No: 3, Sayı: 31, 2002.

Bahar, Ozan, Fehime Korkmaz Bingöl, " Türkiye'de İç Göç Hareketlerinin İstihdam ve İşgücü Piyasalarina Etkileri", *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,* No: 2, Sayı: 15, 2010.

Barışık, Salih, " Göç Kavramı, Tanımı ve Türleri", *Küreselleşen Dünyada Fırsat Eşitliği Arayışında Uluslararası Göç ve Türkiye'nin Suriye Deneyimi* içinde, yazan Salih Barışık, Gazi Kitapevi, Ankara 2020.

Başol, Emel, Abdülkadir Işık, " Türkiye'de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme ve Öneriler", *International Anatolia Academic Online Journal Social Sciences Journal,* No: 2, Sayı: 2, 2014.

Bayar, Münevver, " Genel Sağlık Sigortasının Sürdürülebilirliği Kapsamında Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Uygulamalarının Önemi", *Sağlık Yönetiminde*

Güncel Konular içinde, yazan Şerife Alev Uysal ve Rukiye Çelik, İksad Yayınevi, Ankara 2022.

Bayraktar, Yüksel, ve Ayfer Özyılmaz, " Türkiye'de İç Göç ve Ekonomik Büyüme", *İş ve Hayat,* No:9, Ağustos 2019.

Bayram, Sibel, " Gurbet Kuşları" Adlı Eserde Göç Kuramlarının İzini Sürmek", *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi,* Nisan 2019.

Birol, Leman, Nuran Akdemir, ve Tülin Bedük, *İç Hastalıkları Hemşireliği,* Vehbi Koç Vakfı Yayınları No:6, Ankara 1997.

Bozdağ, Emre Güneşer, ve Murat Atan, " Avrupa Ülkelerine Göç Eden Türk İşçilerin İktisadi Etkinliğe Katkısı", *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 11, no. 1, 2009.

Bozkurt, İbrahim, " Hizmet, Sağlık Hizmeti Ve Hastane Kavramları", *Sağlık Yönetiminde Güncel Konular,* içinde, yazan Şerife Alev Uysal ve Rukiye Çelik, İksad Yayınevi, Ankara 2020.

Bozkurt, Yavuz, ve Resul Ayfer, " Göçün Kentleşme Üzerindeki Etkisi: Kütahya İl Örneği", *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, no. 57, Temmuz 2018.

Candan, Hakan, Ercan Oktay, ve İpek Sürmeli, " Sanayileşme ve Göç Olgusunun Kent Planları Üzerine Etkisi: Karaman Örneği", *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi* 11, no. 60, 2018.

Cansever, İbrahim Hüseyin, " Devlet Anlayışları Ekseninde Sağlık Politikalarının Değişimi Ve Analizi: Türkiye İncelemesi.", *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2, no. 31, 2018.

Cizreli, Bahattin, " Dünya Sistemleri Kuramı Bağlamında Batının Göç Haritası.",

Sosyoloji Divanı, no. 6, Temmuz-Aralık 2015.

Cömert, Menekşe, ve Kübra Özel, " Otel İşletmelerinde Hijyen Ve Sanitasyon Kurallarının Mutfak Personeli Tarafından Bilinirlik ve Uygulanma Düzeyi", *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi* 3, no. 16, 2015.

Çağlar, Keyder, Nazan Üstündağ, Tuba Agartan, ve Çağrı Yoltar, *Avrupa'da ve Türkiye'de sağlık Politikaları Reformlar,Sorunlar,Tartışmalar,* İletişim Yayınları, İstanbul 2007.

Çağlar, Türken, " Göç Çalışmaları İçin Kavramsal Bir Çerçeve", *Toros Üniversitesi İİBF Sosyal Bilimler Dergisi* 5, no. 8, Haziran 2018.

Çakır, Sabri, " Geleneksel Türk Kültüründe Göç ve Toplumsal Değişme", *SDÜ Fen Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, no. 24, Aralık 2011.

Çatalbaş, Gaye Karpat, ve Ömer Yarar, " Türkiye'deki Bölgeler Arası İç Göçü Etkileyen Faktörlerin Panel Veri Analizi İle Belirlenmesi", *alphanumeric journal* 3, no. 1, 2015.

Çavdar, Necati, ve Erol Karcı, " Xıx. Yüzyıl Osmanlı Sağlık Teşkilatlanması'na Dair Bibliyografik Bir Deneme", *Turkish Studies - International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic* 9, no. 4, 2014.

Çavmak, Şeyda, ve Doğancan Çavmak, " Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı", *Sağlık Yönetimi Dergisi* 1, no. 1, 2017.

Çelikay, Ferdi, ve Erdal Gümüş, " Sağlıkta Dönüşümün Ampirik Analizi", *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi* 66, no. 03,2011.

Çiftçi, Murat, " Bölgeler Arası Eşitsizlik Perspektifiyle İç Göç - Sosyoekonomik Gelişmişlik İlişkisi ve Türkiye Örneği", İstanbul 2011.

Çoban, Ceren, " Different Periods Of Internal Migration in Turkey From The Perspective Of Development.", *American International Journal of Contemporary Research* 3, no. 10, 2013.

Çoban, Hilmi, " Sağlık Ekonomisi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması.", *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Doktora Tezi,* 2009.

Dağlı, Nuran, ve Belma Aktürk, *Hükümetler ve Programları I (1920-1960),* Türkiye Büyük Millet Meclisi Yayını, Ankara 1988.

Dirican, M. Rahmi, " Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinin Kısa Tarihçesi", *Atatürk Ünüversitesi Tıp Fakültesi Tıp Bülteni* (Atatürk Ünüversitesi Tıp Fakültesi Tıp Bülteni) 2, no. 7, 1970.

DPT, Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967), http://www3.kalkinma.gov.tr/DocObjects/View/13736/plan1.pdf T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, Ankara, 1963.

Ersoy, Melih, *Kentsel Planlama Kuramları,* İmge Kitabevi, Ankara 2016.

Evsile, Mehmet, " Demokrat Parti Döneminde Sağlık Hizmetleri.", *History Studies* 13, no. 2, 2021.

Fedai, Recep, " Sağlıkta Dönüşüm Programının Öncesi: Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi: 1923-2003", *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi* 8, no. 2 2019.

Fişek, Nusret H., *Halk Sağlığına Giriş,* Hacettepe Üniversitesi- Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yayını No:2, Ankara 1983.

Gençler, Ayhan, " Avrupa Birliği'nin Göç Politikası", *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi* 49, no. Prof. Dr.Turan Yazgan'a Armağan Özel Sayısı, 2005.

Genceli, Mehmet. *Ekonometride İstatistik İlkeler*. İstanbul: Filiz Kitabevi, 1989.

Görgün, Melih, " Ekonomi Temelli Göç Yaklaşımlaırı Perspektifinde Göçmenlerin Karar Alma Süreçleri", *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 23, no. 3, 2018.

Güllüpınar, Fuat, " Göç Olgusu ve Uluslararası Göç Kuramları.", içinde, yazan Nadir Suğur, 100-126. Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2387, Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1384, 2019.

Güllüpınar, Fuat, " Göç Olgusunun Ekonomi Politiği ve Uluslararası Göç Kuramları Üzerine Bir Değerlendirme", *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, no. 4, 2012.

Güllüpınar, Fuat, " Göç Olgusunun Ekonomi-Politiği ve Uluslararası Göç Kuramları Üzerine Bir Değerlendirme", *Yalova Sosyalbilimler Dergisi*, no. 4, 2013.

Gün, Mahmut Fevzi, " Osmanlı İmparatorluğunda Sunulan Sağlık Hizmetlerinde Vakıfların Rolü", *Uluslararsası Sağlık Yönetimi ve Stratejisi Dergisi* 7, no. 3, 2021.

Günay, Enver, Dilek Atılgan, ve Emine Serin, " Dünya'da ve Türkiye'de Göç Yönetimi", *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 7, no. 2, Aralık 2017.

Gürbüz, Mehmet, ve Murat Karabulut, " Kırsal Göçler ve Sosyo-Ekonomik Özellikler Arasındaki İlişkilerin Analizi", *Türk Coğrafya Dergisi*, no. 50, 2008.

Güriş, Selahattin, ve Ebru Çağlayan. *Ekonometri – Temel Kavramlar*. İstanbul: Der Yayınevi, 2000.

Güreşçi, Ertuğrul, " Köyden Kente Göçün Köydeki Ve Kentteki Yansımaları: Akpınar Köyü Üzerine Bir Değerlendirme", *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi* 2, no. 2, 2010.

Hatipler, Mustafa, ve Sena Daşkıran, " Etkileri ve Sosyo-Psikolojik Boyutuyla Göç", *Social Sciences Research* 10, no. 3, 2021.

İçduygu, Ahmet, ve İbrahim Sirkeci, " Cumhuriyet Dönemi Türkiye'sinde Göç Hareketleri", *75 yılda köylerden şehirlere* içinde, yazan Oya Köymen ve Oya Baydar, 249-267, İstanbul 1999.

Kalmış, Gökhan, ve İsa Kalaycı, " Göç teorileri ışığında uluslararası göçmen olmayı anlamak", *Kökenler ve göçler* içinde, yazan Çağrı Güçlüten, Kutlu Yayınevi, 2021.

Karabulut, Umut, " Cumhuriyetin İlk Yıllarında Sağlık Hizmetlerine Toplu Bir Bakış, Dr.Refik Saydam'ın Sağlık Bakanlığı Ve Hizmetleri(1925-1937)." *Çağdaş Türkiye Tarihi Araştırmaları Dergisi* 6, no. 15, 2007.

Kasapoğlu, Aytül, " Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü" *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi* 19, no. 2, 2016.

Kaştan, Yüksel, " Türkiye'de Cumhuriyet Dönemi İç Göç Hareketleri", *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi* 9, no. 42, 2016.

Kaya, Muammer, " Beyin Göçü /Entellektüel Sermaye Erozyonu Bilgi Çağının Gönüllü Göçerleri: Beyin Gurbetçileri", *Eğitim Öğretim ve Bilim Araştırmaları Dergisi* 5, no. 13, 2009.

Kesgin, Coşkun, ve Ahmet Topuzoğlu, " Sağlığın Tanımı: Başaçıkma", *journal of İstanbul Kültür University* 4, no. 3, 2006.

Kocadaş, Bekir, " Cumhuriyet Döneminde Yapılan İç ve Dış Göçler'in Toplumsal Etkileri", *Sosyolojik Düşün* 1, no. 1, 2016.

Kocaman, Bahar, ve Recep Yanık, " Kırsal Yerleşimlerde Göç İsteğinin Belirlenmesine Yönelik Bir Çalışma.", *Alinteri Journal of Agriculture Science* 23, no. 2, 2012.

Koçak, Yüksel, ve Elvan Terzi, " Türkiye'de Göç Olgusu, Göç Edenlerin Kentlere Olan Etkileri ve Çözüm Önerileri", *Kafkas Üniversitesi, İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 3, no. 3, 2012.

Kol, Emre, " Türkiye'de Sağlık Reformlarının Sağlık Hakkı Açısından Değerlendirilmesi", *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi* 5, no. 1, 2015.

Köşk, Uğur Can, ve Çağlar Özbek, " Küreselleşme ve Uluslararası Göç İlişkisinde Değişen Göçmen Algısı", *Researcher* 5, no. 8, 2017.

Lorcu, Fatma, *Örneklerle Veri Analizi SPSS Uygulamalı*. İstanbul: Detay Yayıncılık, 2015.

Massey, Douglas S., Joaquin Arango, Graeme Hugo, Ali Kouaouci, Adela Pellegrino, ve J. Edward Taylor, *Uluslararası göç kuramlarının bir değerlendirmesi.* Çeviren Saniye Dedeoğlu, Burcu Oskay, Çağlar Özbek, İbrahim Sirkeci ve M. Murat Yüceşahin. Cilt 1. 1 cilt. Göç Dergisi, 2014.

Memişoğlu, Dilek, " Bir Kamu Politikası Analizi Örneği: Sağlıkta Dönüşüm Programı", *Yasama Dergisi*, no. 34, 2016.

Mutluer, Mustafa, ve İlkay Südaş, " Daha İyi Bir Hayata Doğru: "Yaşam Biçimi Göçü", *Ege Coğrafya Dergisi* 19, no. 1, 2010.

Nesipoğlu, Gamze, " Olgusal Bir Yapı Olarak Sağlık Politikaları: 1920-1960 Yılları Arası Cumhuriyet Döneminin Tarihsel İzleği", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 21, no. 1, 2018.

Özcan, E. Deniz Ela, " Çağdaş Göç Teorileri Üzerine Bir Değerlendirme", *İş ve Hayat* 2, no. 4, 2016.

Özdil, Sevil, " ABD İşgücü Piyasasında Ücretler Ve Göç İlişkisi: Neoklasik Göç Teorisi.", *Ekonomi, Politika & Finans Araştırmaları Dergisi* 4, no. 2, 2019.

Öztek, Zafer, ve Nevzat Eren, " Sağlık Yönetimi.", *Halk Sağlığı Temel Bilgileri* içinde, yazan Çağatay Güler ve Levent Akın, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara 2006.

Öztürk, Mustafa, " Türkiye'de İç Göçe Katılanların Kent Yaşamına ve Kentsel Emek Piyasalarına Etkileri.", *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi* , no. 52, 2007.

Pazarlıoğlu, M. Vedat, " İzmir Örneğinde İç Göçün Ekonometrik Analizi", *Yönetim ve Ekonomi Dergisi* 14, no. 1, 2007.

Piyal, Birgül, " Halk Sağlığına Giriş", *Halk Sağlığı* içinde, yazan Deniz Çalışkan, M. Esin Ocaktan editör Birgül Piyal yazarlarRecep Akdur, Ankara Üniversitesi Yayın No: 92, Ankara 2011.

Sağlam, Serdar, " Türkiye'de İç Göç Olgusu ve Kentleşme", *Hacettepe Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları (HÜTAD),* no. 5, Aralık 2006.

Sağlık Bakanlığı. https://www.saglik.gov.tr/TR,10369/tarihi13121983--sayisi181--rg-tarihi14121983--rg-sayisi18251-saglik-bakanliginin-teskilat-ve-gorevleri-hakkinda-kanun-hukmunde-kararname.html.

Sarı, Betül, " Türkiye Ekonomisinde Neoliberal Düşüncenin Doğuşu ve Değiştirdiği Devlet-Toplum İlişkileri Ekseninde Değerlendirilmesi", Düzenleyen Editör Şirin Atakan Duman, *Proceedings of International Turgut Ozal Symposium 3 Mart 2016.* Turgut Özal Üniversitesi, Ankara 2016.

Sarp, Nilgün, " Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Hizmet Kuruluşları", *Sağlık Kurumları Yönetimi* içinde, yazan Muzaffer Şeker ve Yasin Bulduklu, Anadolu Üniversitesi Yayını Yayın No:3511, 2017.

Seçtim, Hafize, " Sağlıkta Dönüşüm Programı Üzerine Bir Değerlendirme", *Management and Political Sciences Review* 1, no. 1, 2019.

Şantaş, Gülcan, " Türkiye'de İç Göçün Dağılımı", *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi,* no. 45, Ekim - Aralık 2019.

Tamer, Mehmet, " Uluslararası Göç ve Teorileri", *Premium e-Journal of Social Sciences (PEJOSS)* 4, no. 8, 2020.

Taşkesen, Mustafa Özcan, " Küreselleşme Sürecinde Türkiye'de İç Göç ve Çalışma Hayatı", *Bilge Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi* 1, no. 1, 2017.

TBMM Kütüphanesi. "Demokrat parti Tüzük ve Programı." 16 06 1949. https://acikerisim.tbmm.gov.tr/xmlui/handle/11543/487?show=full (2022 tarihinde erişilmiştir).

(TÜİK) Türkiye İstatistik Kurumu. *İstatistik GöstergelerStatistical Indicators 1923-2011.* Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, 2012.

Tokatlıoğlu, İbrahim, ve Fahriye Öztürk, "1950-1980 Yılları arasında Türkiye'de Uygulanan Para ve Maliye Politikalarının Etkinliği", *Ekonomik Yaklaşım Dergisi* 19, no. 66, 2008.

Uğurluoğlu, Özgür, ve Yusuf Çelik, " Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 8, no. 1, 2005.

Ulutaş, Çağla Ünlütürk, ve Asiye Kamber, " İç Göç ve Mekansal Dışlanma", *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 17, no. 4, 2017.

Umut Beylik, İbrahim Halil Kayral, Ümit Çıraklı, "3. Yüzyıldan 21. Yüzyıla Türk sağlık sisteminin gelişim süreci üzerine bir derleme", *Sağlık Akademisyenleri Dergisi* 2, no. 4, 2015.

Unat, Nermin Abadan, *Bitmeyen Göç- Konuk İşçilikten ulus- Ötesi Yurttaşlığa,* Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, İstanbul 2002.

Vural, Bilgin Kıray, ve Ayten Taşpınar, " Sağlık Politikaları", *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 22, no. 1, 2006.

Yalçın, Güneş Eren, ve Fatma Öcal Kara, " Kırsal Göç ve Tarımsal Üretime Etkileri", *Harran Tarım ve Gıda Bilimleri Dergisi* 20, no. 2, 2016.

Yaşar, Gülbiye Yenimahalleli, " Türkiye'de 1980 sonrası Sağlık Politikalarında Gözlenen Neoliberal Dönüşüm ve Sonuçları ÜzerineDeğerlendirmeler", *Mülkiye* 32, no. 260, 2008.

Yavuz, Yıldırım, " Batılılaşma Döneminde Osmanlı Sağlık Kuruluşları", *ODTÜ Mimarlık Fakültesi Dergis* 8, no. 2, 1988.

Yıldırım, Hasan Hüseyin, *Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu,* Sağlık-Sen Yayınları, Ankara 2013.

Yılmaz, Murat, "Türkiye'de Kırsal Nüfusun Değişimi Ve İllere Göre Dağılımı(1980-2012)", *Doğu Coğrafya Dergisi* 20, no. 33, 2015.

EKLER

Ek Tablo 22. İller İçin Göç Giriş Oranı, Göç Çıkış Oranı ve Net Göç Oranı (%, 2020)

İller	Net göç hızı		Göç giriş hızı, %	Göç çıkış hızı, %	İller	Net göç hızı		Göç giriş hızı, %	Göç çıkış hızı, %
	Grup	%				Grup	%		
Adana	1	0,56	2,08	-2,03	**K.maraş**	1	1,16	2,14	-2,03
Adıyaman	2	-1,22	2,56	-2,68	**Karabük**	2	-18,71	3,34	-5,23
Afyon	2	-1,35	2,50	-2,64	**Karaman**	2	-0,9	3,17	-3,26
Ağrı	2	-18	2,73	-4,55	**Kars**	2	-16,51	2,87	-4,53
Aksaray	2	-0,24	2,89	-2,91	**Kastamonu**	2	-3,05	3,77	-4,07
Amasya	1	2,67	3,65	-3,38	**Kayseri**	1	1,22	2,23	-2,11
Ankara	1	2,12	2,70	-2,49	**Kırıkkale**	2	-9,74	3,08	-4,67
Antalya	1	8,16	3,26	-2,45	**Kırklareli**	2	-15,75	3,83	-3,21
Ardahan	2	-11,68	4,25	-5,42	**Kırşehir**	1	6,26	4,10	-4,46
Artvin	2	-8,48	3,75	-4,60	**Kilis**	2	-3,59	3,53	-4,50
Aydın	1	3,99	3,17	-2,77	**Kocaeli**	1	11,35	3,76	-2,63
Balıkesir	1	7,41	3,28	-2,54	**Konya**	2	-2,22	1,95	-2,17
Bartın	1	0,72	3,81	-3,74	**Kütahya**	2	-5,78	2,66	-3,24
Batman	1	1,62	3,00	-2,84	**Malatya**	1	1,08	3,00	-2,89
Bayburt	2	-36,04	5,40	-9,07	**Manisa**	1	4,95	2,55	-2,06
Bilecik	2	-0,65	3,79	-3,86	**Mardin**	1	0,74	2,97	-2,89
Bingöl	2	-4,02	3,37	-3,77	**Mersin**	1	7,03	2,85	-2,15
Bitlis	2	-6,17	3,43	-4,05	**Muğla**	1	13,46	4,14	-2,81
Bolu	2	-3,6	3,63	-3,99	**Muş**	2	-11,68	2,85	-4,03
Burdur	2	-8,28	3,44	-4,28	**Nevşehir**	1	1,15	3,05	-2,94
Bursa	1	7,47	2,48	-1,74	**Niğde**	2	-6,16	3,13	-3,75
Çanakkale	1	3,76	3,89	-3,51	**Ordu**	1	7,24	3,53	-2,81
Çankırı	2	-13,72	5,17	-6,56	**Osmaniye**	1	5,08	3,23	-2,73
Çorum	1	1,17	2,96	-2,84	**Rize**	2	-0,43	3,82	-3,86
Denizli	1	1,12	2,16	-2,05	**Sakarya**	1	5,81	2,97	-2,39
Diyarbakır	2	-2,18	2,19	-2,41	**Samsun**	1	5,63	3,17	-2,61
Düzce	1	3,02	2,97	-2,67	**Siirt**	2	-4,47	2,73	-3,91
Edirne	2	-4,92	3,00	-3,50	**Sinop**	2	-11,75	4,75	-5,11
Elazığ	2	-9,54	2,64	-3,60	**Sivas**	2	-3,59	2,91	-3,76
Erzincan	2	-0,39	4,65	-4,69	**Şanlıurfa**	2	-1,02	1,78	-2,23
Erzurum	2	-12,86	2,69	-3,99	**Şırnak**	2	-8,45	2,69	-2,79
Eskişehir	2	-0,18	2,85	-2,87	**Tekirdağ**	1	20,84	4,70	-2,63
Gaziantep	1	0,41	2,00	-1,96	**Tokat**	2	-27,88	4,15	-6,98
Giresun	1	0,64	3,93	-3,87	**Trabzon**	2	-0,92	2,93	-3,02
Gümüşhane	2	-81,02	5,05	-13,49	**Tunceli**	2	-6,21	6,94	-7,56
Hakkâri	2	-4,25	2,58	-3,00	**Uşak**	2	-4,52	2,37	-2,82
Hatay	1	3,56	2,12	-1,76	**Van**	2	-9,95	2,32	-3,32
Iğdır	1	0,92	3,70	-3,61	**Yalova**	1	15,99	5,31	-3,72
Isparta	2	-11,35	2,93	-4,07	**Yozgat**	2	-8,3	3,37	-4,20
İstanbul	2	-3,42	2,13	-2,47	**Zonguldak**	2	-7,33	2,58	-3,31
İzmir	1	3,37	2,44	-2,10					

Ek Tablo 23. İllerde Uzman Hekim Başına Düşen Nüfus (Ham ve LN Cinsinden, 2020)

İller	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel		Toplam	
	Ham	LN	Ham	LN	Ham	LN	Ham	LN
Adana	1.803	7,50	4.455	8,40	3.241	8,08	919	6,82
Adıyaman	2.115	7,66	7.354	8,90	14.055	9,55	1.471	7,29
Afyon	2.424	7,79	4.309	8,37	6.887	8,84	1.266	7,14
Ağrı	2.479	7,82	133.859	11,80	17.272	9,76	2.133	7,67
Aksaray	2.765	7,92	7.981	8,98	4.500	8,41	1.410	7,25
Amasya	2.021	7,61	6.578	8,79	17.658	9,78	1.422	7,26
Ankara	1.111	7,01	2.616	7,87	2.224	7,71	577	6,36
Antalya	1.691	7,43	5.765	8,66	2.089	7,64	804	6,69
Ardahan	1.394	7,24					1.394	7,24
Artvin	1.436	7,27			169.501	12,04	1.424	7,26
Aydın	1.627	7,39	5.406	8,60	4.887	8,49	996	6,90
Balıkesir	1.701	7,44	9.396	9,15	5.963	8,69	1.160	7,06
Bartın	2.163	7,68			7.370	8,91	1.672	7,42
Batman	2.414	7,79			4.923	8,50	1.620	7,39
Bayburt	1.412	7,25					1.412	7,25
Bilecik	1.736	7,46			109.359	11,60	1.709	7,44
Bingöl	1.957	7,58			21.674	9,98	1.795	7,49
Bitlis	2.041	7,62			15.954	9,68	1.809	7,50
Bolu	1.528	7,33	2.332	7,75	11.243	9,33	853	6,75
Burdur	1.562	7,35			89.031	11,40	1.535	7,34
Bursa	2.014	7,61	11.198	9,32	2.885	7,97	1.073	6,98
Çanakkale	1.480	7,30	4.231	8,35	6.943	8,85	947	6,85
Çankırı	1.964	7,58			9.621	9,17	1.631	7,40
Çorum	2.227	7,71	5.001	8,52	8.032	8,99	1.293	7,16
Denizli	2.120	7,66	4.114	8,32	2.860	7,96	939	6,85
Diyarbakır	2.213	7,70	7.589	8,93	6.258	8,74	1.345	7,20
Düzce	2.223	7,71	3.664	8,21	7.609	8,94	1.171	7,07
Edirne	1.638	7,40	1.951	7,58	4.741	8,46	750	6,62
Elazığ	1.787	7,49	3.062	8,03	4.027	8,30	881	6,78
Erzincan	2.298	7,74	2.548	7,84	10.193	9,23	1.080	6,99
Erzurum	1.739	7,46	2.894	7,97	18.957	9,85	1.027	6,93
Eskişehir	1.489	7,31	4.022	8,30	3.003	8,01	798	6,68
Gaziantep	2.617	7,87	9.256	9,13	3.610	8,19	1.303	7,17
Giresun	2.087	7,64	5.342	8,58	6.232	8,74	1.209	7,10
Gümüşhane	1.629	7,40			141.702	11,86	1.610	7,38
Hakkâri	1.594	7,37			280.514	12,54	1.585	7,37
Hatay	2.169	7,68	13.066	9,48	4.838	8,48	1.344	7,20
Iğdır	2.142	7,67			18.301	9,81	1.917	7,56
Isparta	1.299	7,17	2.605	7,87	4.275	8,36	721	6,58
İstanbul	1.689	7,43	4.899	8,50	1.636	7,40	711	6,57
İzmir	1.487	7,30	3.963	8,28	1.926	7,56	692	6,54
K.maraş	2.350	7,76	7.840	8,97	7.893	8,97	1.471	7,29
Karabük	1.818	7,51	4.060	8,31	6.767	8,82	1.059	6,97
Karaman	1.888	7,54			6.708	8,81	1.474	7,30
Kars	1.887	7,54	5.088	8,53	47.487	10,77	1.338	7,20
Kastamonu	2.188	7,69	13.442	9,51	11.762	9,37	1.622	7,39
Kayseri	1.926	7,56	5.446	8,60	3.617	8,19	1.021	6,93
Kırıkkale	1.834	7,51	2.382	7,78	10.719	9,28	945	6,85
Kırklareli	1.836	7,52			3.445	8,14	1.198	7,09
Kırşehir	2.642	7,88	3.574	8,18	24.304	10,10	1.430	7,27
Kilis	1.253	7,13			23.799	10,08	1.190	7,08
Kocaeli	2.083	7,64	10.568	9,27	2.554	7,85	1.035	6,94
Konya	1.899	7,55	4.777	8,47	6.198	8,73	1.114	7,02
Kütahya	2.279	7,73	4.727	8,46	8.738	9,08	1.308	7,18
Malatya	1.824	7,51	3.359	8,12	4.799	8,48	948	6,85
Manisa	1.735	7,46	6.908	8,84	4.436	8,40	1.057	6,96
Mardin	2.291	7,74			12.757	9,45	1.943	7,57

Mersin	1.925	7,56	9.161	9,12	3.798	8,24	1.121	7,02
Muğla	2.038	7,62	6.950	8,85	2.417	7,79	954	6,86
Muş	2.271	7,73			29.366	10,29	2.108	7,65
Nevşehir	2.118	7,66			5.865	8,68	1.556	7,35
Niğde	2.292	7,74	9.052	9,11	10.972	9,30	1.567	7,36
Ordu	2.052	7,63	10.724	9,28	4.401	8,39	1.238	7,12
Osmaniye	2.575	7,85			4.898	8,50	1.688	7,43
Rize	1.872	7,53	2.918	7,98	7.826	8,97	995	6,90
Sakarya	2.150	7,67	8.546	9,05	4.381	8,39	1.234	7,12
Samsun	1.634	7,40	4.613	8,44	3.348	8,12	887	6,79
Siirt	2.365	7,77			13.243	9,49	2.006	7,60
Sinop	1.580	7,37			54.115	10,90	1.535	7,34
Sivas	1.957	7,58	3.179	8,06	11.562	9,36	1.096	7,00
Şanlıurfa	2.684	7,90	19.955	9,90	16.525	9,71	2.070	7,64
Şırnak	2.007	7,60			53.776	10,89	1.934	7,57
Tekirdağ	2.568	7,85	9.828	9,19	3.454	8,15	1.281	7,16
Tokat	2.158	7,68	4.941	8,51	12.720	9,45	1.344	7,20
Trabzon	1.487	7,30	3.776	8,24	4.639	8,44	867	6,77
Tunceli	1.209	7,10					1.209	7,10
Uşak	1.924	7,56	7.539	8,93	6.157	8,73	1.227	7,11
Van	2.435	7,80	8.329	9,03	11.268	9,33	1.614	7,39
Yalova	1.930	7,57			2.123	7,66	1.011	6,92
Yozgat	1.822	7,51	5.373	8,59	419.095	12,95	1.356	7,21
Zonguldak	2.018	7,61	4.347	8,38	5.577	8,63	1.105	7,01

Ek Tablo 24. İllerde Pratisyen Hekim Başına Düşen Nüfus (Ham ve LN Cinsinden, 2020)

İller	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel		Toplam	
	Ham	LN	Ham	LN	Ham	LN	Ham	LN
Adana	2.088	7,64	51.335	10,85	15.262	9,63	1.773	7,48
Adıyaman	1.396	7,24			70.273	11,16	1.369	7,22
Afyon	1.507	7,32			46.057	10,74	1.459	7,29
Ağrı	1.756	7,47			76.491	11,24	1.716	7,45
Aksaray	1.584	7,37	211.506	12,26	26.438	10,18	1.484	7,30
Amasya	1.428	7,26			55.916	10,93	1.392	7,24
Ankara	2.590	7,86	106.855	11,58	14.748	9,60	2.158	7,68
Antalya	2.298	7,74	231.664	12,35	9.544	9,16	1.837	7,52
Ardahan	1.105	7,01					1.105	7,01
Artvin	906	6,81					906	6,81
Aydın	1.785	7,49	186.514	12,14	16.703	9,72	1.599	7,38
Balıkesir	1.762	7,47	413.428	12,93	37.584	10,53	1.676	7,42
Bartın	1.421	7,26	198.979	12,20	16.582	9,72	1.301	7,17
Batman	1.555	7,35			31.014	10,34	1.480	7,30
Bayburt	1.024	6,93					1.024	6,93
Bilecik	1.264	7,14			109.359	11,60	1.250	7,13
Bingöl	1.220	7,11			56.354	10,94	1.194	7,09
Bitlis	1.206	7,10			70.199	11,16	1.186	7,08
Bolu	1.444	7,28			34.978	10,46	1.387	7,23
Burdur	1.220	7,11			133.546	11,80	1.209	7,10
Bursa	2.251	7,72	443.119	13,00	19.884	9,90	2.013	7,61
Çanakkale	1.656	7,41			41.658	10,64	1.593	7,37
Çankırı	1.210	7,10			38.486	10,56	1.173	7,07
Çorum	1.421	7,26			37.866	10,54	1.370	7,22
Denizli	1.971	7,59	520.458	13,16	17.064	9,74	1.761	7,47
Diyarbakır	1.726	7,45			41.475	10,63	1.657	7,41
Düzce	1.902	7,55	395.679	12,89	30.437	10,32	1.782	7,49
Edirne	1.574	7,36	407.763	12,92	29.126	10,28	1.488	7,31
Elazığ	1.400	7,24	293.980	12,59	27.998	10,24	1.327	7,19
Erzincan	1.149	7,05			33.490	10,42	1.111	7,01
Erzurum	1.287	7,16			84.253	11,34	1.268	7,15
Eskişehir	1.941	7,57	111.104	11,62	21.679	9,98	1.753	7,47
Gaziantep	2.164	7,68			21.224	9,96	1.964	7,58
Giresun	1.282	7,16			34.517	10,45	1.236	7,12
Gümüşhane	1.090	6,99					1.090	6,99
Hakkâri	1.446	7,28					1.446	7,28
Hatay	1.561	7,35	1.659.320	14,32	28.124	10,24	1.478	7,30
Iğdır	1.398	7,24			50.329	10,83	1.360	7,22
Isparta	1.578	7,36			22.015	10,00	1.473	7,29
İstanbul	2.258	7,72	217.781	12,29	12.500	9,43	1.896	7,55
İzmir	2.330	7,75	338.053	12,73	15.102	9,62	2.007	7,60
K.maraş	1.797	7,49			27.813	10,23	1.688	7,43
Karabük	1.269	7,15			40.602	10,61	1.230	7,12
Karaman	1.424	7,26			42.487	10,66	1.378	7,23
Kars	1.233	7,12					1.233	7,12
Kastamonu	1.206	7,10			37.638	10,54	1.169	7,06
Kayseri	1.983	7,59	710.728	13,47	21.537	9,98	1.811	7,50
Kırıkkale	1.531	7,33	18.580	9,83	55.741	10,93	1.380	7,23
Kırklareli	1.441	7,27			19.039	9,85	1.340	7,20
Kırşehir	1.180	7,07			48.608	10,79	1.152	7,05
Kilis	732	6,60			71.396	11,18	725	6,59
Kocaeli	2.036	7,62			20.174	9,91	1.849	7,52
Konya	1.740	7,46	132.354	11,79	24.725	10,12	1.606	7,38
Kütahya	1.696	7,44			48.057	10,78	1.638	7,40
Malatya	1.690	7,43	806.156	13,60	31.006	10,34	1.600	7,38
Manisa	1.683	7,43			28.443	10,26	1.589	7,37
Mardin	1.432	7,27			85.472	11,36	1.408	7,25

Mersin	1.971	7,59	622.919	13,34	23.071	10,05	1.811	7,50
Muğla	1.966	7,58	250.193	12,43	9.441	9,15	1.617	7,39
Muş	1.511	7,32			137.039	11,83	1.495	7,31
Nevşehir	1.548	7,34	304.962	12,63	30.496	10,33	1.466	7,29
Niğde	1.534	7,34			60.345	11,01	1.496	7,31
Ordu	1.392	7,24			23.073	10,05	1.313	7,18
Osmaniye	1.585	7,37			17.695	9,78	1.455	7,28
Rize	1.423	7,26			57.393	10,96	1.389	7,24
Sakarya	1.732	7,46	1.042.649	13,86	25.430	10,14	1.619	7,39
Samsun	1.676	7,42	452.026	13,02	17.843	9,79	1.527	7,33
Siirt	1.427	7,26			36.786	10,51	1.374	7,23
Sinop	1.397	7,24			108.230	11,59	1.379	7,23
Sivas	1.416	7,26			48.915	10,80	1.376	7,23
Şanlıurfa	1.730	7,46	2.115.256	14,56	62.213	11,04	1.681	7,43
Şırnak	1.469	7,29			179.254	12,10	1.457	7,28
Tekirdağ	2.071	7,64	1.081.065	13,89	25.141	10,13	1.910	7,55
Tokat	1.502	7,31			74.733	11,22	1.473	7,29
Trabzon	1.573	7,36			30.070	10,31	1.495	7,31
Tunceli	766	6,64					766	6,64
Uşak	1.657	7,41			36.943	10,52	1.586	7,37
Van	1.866	7,53			49.971	10,82	1.799	7,49
Yalova	1.878	7,54	69.013	11,14	19.718	9,89	1.673	7,42
Yozgat	1.244	7,13			83.819	11,34	1.225	7,11
Zonguldak	1.734	7,46	98.534	11,50	26.873	10,20	1.602	7,38

Ek Tablo 25. İllerde Asistan Hekim Başına Düşen Nüfus (Ham ve LN Cinsinden, 2020)

İller	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Toplam	
	Ham	LN	Ham	LN	Ham	LN
Adana	6.309	8,75	3.758	8,23	2.355	7,76
Adıyaman	316.230	12,66	6.262	8,74	6.140	8,72
Afyon	184.228	12,12	4.260	8,36	4.163	8,33
Ağrı	178.478	12,09			178.478	12,09
Aksaray	70.502	11,16			70.502	11,16
Amasya	111.831	11,62	41.937	10,64	30.499	10,33
Ankara	1.526	7,33	1.858	7,53	838	6,73
Antalya	7.607	8,94	3.731	8,22	2.503	7,83
Ardahan	24.040	10,09			24.040	10,09
Artvin	21.188	9,96			21.188	9,96
Aydın	279.771	12,54	2.930	7,98	2.899	7,97
Balıkesir	206.714	12,24	9.541	9,16	9.120	9,12
Bartın	49.745	10,81			49.745	10,81
Batman	310.139	12,64			310.139	12,64
Bayburt	27.303	10,21			27.303	10,21
Bilecik	43.743	10,69			43.743	10,69
Bingöl	281.768	12,55			281.768	12,55
Bitlis	87.749	11,38			87.749	11,38
Bolu	22.486	10,02	1.351	7,21	1.275	7,15
Burdur	133.546	11,80			133.546	11,80
Bursa	9.017	9,11	4.885	8,49	3.168	8,06
Çanakkale	108.310	11,59	2.579	7,86	2.519	7,83
Çankırı	32.071	10,38			32.071	10,38
Çorum	29.451	10,29	7.467	8,92	5.956	8,69
Denizli	173.486	12,06	2.940	7,99	2.891	7,97
Diyarbakır	27.022	10,20	3.739	8,23	3.284	8,10
Düzce	98.920	11,50	2.127	7,66	2.083	7,64
Edirne	203.882	12,23	918	6,82	914	6,82
Elazığ	587.960	13,28	58.796	10,98	53.451	10,89
Erzincan	29.304	10,29	3.663	8,21	3.256	8,09
Erzurum	23.696	10,07	2.124	7,66	1.949	7,58
Eskişehir	444.414	13,00	1.771	7,48	1.764	7,48
Gaziantep	300.165	12,61	4.909	8,50	4.830	8,48
Giresun	74.787	11,22	8.629	9,06	7.737	8,95
Gümüşhane	70.851	11,17			70.851	11,17
Hakkâri	56.103	10,93			56.103	10,93
Hatay	165.932	12,02	7.577	8,93	7.246	8,89
Iğdır	100.657	11,52			100.657	11,52
Isparta	440.304	13,00	1.303	7,17	1.299	7,17
İstanbul	3.051	8,02	4.844	8,49	1.872	7,53
İzmir	3.362	8,12	2.635	7,88	1.477	7,30
K.maraş	97.347	11,49	4.202	8,34	4.028	8,30
Karabük	24.361	10,10	6.960	8,85	5.414	8,60
Karaman	84.973	11,35			84.973	11,35
Kars	71.231	11,17	6.062	8,71	5.587	8,63
Kastamonu	31.365	10,35			31.365	10,35
Kayseri	7.810	8,96	2.393	7,78	1.832	7,51
Kırıkkale	92.901	11,44	1.620	7,39	1.593	7,37
Kırklareli	120.579	11,70			120.579	11,70
Kırşehir	48.608	10,79	13.502	9,51	10.567	9,27
Kilis	142.792	11,87			142.792	11,87
Kocaeli	19.204	9,86	5.174	8,55	4.076	8,31
Konya	10.417	9,25	2.419	7,79	1.963	7,58
Kütahya	33.923	10,43	5.492	8,61	4.727	8,46
Malatya	806.156	13,60	2.323	7,75	2.317	7,75
Manisa	145.062	11,88	4.369	8,38	4.242	8,35
Mardin	213.679	12,27			213.679	12,27

Mersin	266.965	12,49	5.914	8,69	5.786	8,66
Muğla	250.193	12,43	5.922	8,69	5.785	8,66
Muş	205.559	12,23			205.559	12,23
Nevşehir						
Niğde	51.724	10,85			51.724	10,85
Ordu	108.771	11,60	24.561	10,11	20.037	9,91
Osmaniye	274.278	12,52			274.278	12,52
Rize	86.090	11,36	1.968	7,58	1.924	7,56
Sakarya	31.595	10,36	4.010	8,30	3.559	8,18
Samsun	14.581	9,59	2.159	7,68	1.881	7,54
Siirt	331.070	12,71			331.070	12,71
Sinop	43.292	10,68			43.292	10,68
Sivas			3.456	8,15	3.456	8,15
Şanlıurfa	111.329	11,62	12.666	9,45	11.372	9,34
Şırnak	134.441	11,81			134.441	11,81
Tekirdağ	108.107	11,59	4.640	8,44	4.449	8,40
Tokat	199.287	12,20	4.123	8,32	4.040	8,30
Trabzon	11.767	9,37	1.716	7,45	1.498	7,31
Tunceli	83.443	11,33			83.443	11,33
Uşak	184.717	12,13	33.585	10,42	28.418	10,25
Van	143.668	11,88	4.421	8,39	4.289	8,36
Yalova	276.050	12,53			276.050	12,53
Yozgat	69.849	11,15	9.313	9,14	8.218	9,01
Zonguldak	84.458	11,34	2.941	7,99	2.842	7,95

Ek Tablo 26. İllerde Hekim Bütünü Başına Düşen Nüfus (Ham ve LN Cinsinden, 2020)

İller	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel		Toplam	
	Ham	LN	Ham	LN	Ham	LN	Ham	LN
Adana	839	6,73	1.961	7,58	2.673	7,89	482	6,18
Adıyaman	839	6,73	3.382	8,13	11.712	9,37	636	6,45
Afyon	925	6,83	2.142	7,67	5.991	8,70	583	6,37
Ağrı	1.022	6,93	133.859	11,80	14.090	9,55	946	6,85
Aksaray	993	6,90	7.691	8,95	3.846	8,25	716	6,57
Amasya	830	6,72	5.686	8,65	13.420	9,50	687	6,53
Ankara	515	6,24	1.075	6,98	1.933	7,57	295	5,69
Antalya	864	6,76	2.243	7,72	1.714	7,45	457	6,13
Ardahan	601	6,40					601	6,40
Artvin	542	6,29			169.501	12,04	540	6,29
Aydın	848	6,74	1.881	7,54	3.781	8,24	506	6,23
Balıkesir	862	6,76	4.680	8,45	5.146	8,55	638	6,46
Bartın	843	6,74	198.979	12,20	5.102	8,54	721	6,58
Batman	943	6,85			4.248	8,35	771	6,65
Bayburt	581	6,36					581	6,36
Bilecik	719	6,58			54.679	10,91	710	6,57
Bingöl	749	6,62			15.654	9,66	715	6,57
Bitlis	752	6,62			13.000	9,47	711	6,57
Bolu	719	6,58	855	6,75	8.508	9,05	373	5,92
Burdur	681	6,52			53.418	10,89	673	6,51
Bursa	951	6,86	3.375	8,12	2.520	7,83	573	6,35
Çanakkale	776	6,65	1.602	7,38	5.951	8,69	481	6,17
Çankırı	732	6,60			7.697	8,95	668	6,50
Çorum	843	6,74	2.995	8,00	6.627	8,80	598	6,39
Denizli	1.016	6,92	1.709	7,44	2.449	7,80	506	6,23
Diyarbakır	936	6,84	2.505	7,83	5.437	8,60	606	6,41
Düzce	1.015	6,92	1.341	7,20	6.087	8,71	528	6,27
Edirne	800	6,68	623	6,44	4.078	8,31	323	5,78
Elazığ	784	6,66	2.882	7,97	3.521	8,17	524	6,26
Erzincan	747	6,62	1.503	7,32	7.814	8,96	469	6,15
Erzurum	717	6,58	1.225	7,11	15.475	9,65	440	6,09
Eskişehir	841	6,73	1.216	7,10	2.637	7,88	418	6,04
Gaziantep	1.180	7,07	3.208	8,07	3.085	8,03	674	6,51
Giresun	786	6,67	3.299	8,10	5.279	8,57	567	6,34
Gümüşhane	647	6,47			141.702	11,86	644	6,47
Hakkâri	748	6,62			280.514	12,54	746	6,61
Hatay	903	6,81	4.782	8,47	4.128	8,33	641	6,46
Iğdır	839	6,73			13.421	9,50	789	6,67
Isparta	711	6,57	868	6,77	3.580	8,18	353	5,87
İstanbul	734	6,60	2.409	7,79	1.447	7,28	405	6,00
İzmir	715	6,57	1.575	7,36	1.708	7,44	382	5,94
K.maraş	1.008	6,92	2.736	7,91	6.148	8,72	658	6,49
Karabük	725	6,59	2.564	7,85	5.800	8,67	515	6,24
Karaman	804	6,69			5.794	8,66	706	6,56
Kars	738	6,60	2.766	7,93	47.487	10,77	576	6,36
Kastamonu	759	6,63	13.442	9,51	8.961	9,10	665	6,50
Kayseri	868	6,77	1.659	7,41	3.097	8,04	481	6,18
Kırıkkale	827	6,72	917	6,82	8.990	9,10	415	6,03
Kırklareli	802	6,69			2.917	7,98	629	6,44
Kırşehir	802	6,69	2.826	7,95	16.203	9,69	602	6,40
Kilis	461	6,13			17.849	9,79	449	6,11
Kocaeli	977	6,88	3.473	8,15	2.267	7,73	571	6,35
Konya	835	6,73	1.587	7,37	4.956	8,51	493	6,20
Kütahya	945	6,85	2.540	7,84	7.393	8,91	630	6,45
Malatya	876	6,78	1.371	7,22	4.155	8,33	474	6,16
Manisa	849	6,74	2.676	7,89	3.838	8,25	552	6,31
Mardin	878	6,78			11.100	9,31	813	6,70

Mersin	970	6,88	3.573	8,18	3.261	8,09	618	6,43
Muğla	997	6,90	3.157	8,06	1.925	7,56	544	6,30
Muş	904	6,81			24.183	10,09	871	6,77
Nevşehir	894	6,80	304.962	12,63	4.919	8,50	755	6,63
Niğde	903	6,81	9.052	9,11	9.284	9,14	754	6,63
Ordu	823	6,71	7.465	8,92	3.696	8,22	618	6,43
Osmaniye	978	6,89			3.836	8,25	779	6,66
Rize	801	6,69	1.175	7,07	6.887	8,84	445	6,10
Sakarya	931	6,84	2.722	7,91	3.737	8,23	585	6,37
Samsun	783	6,66	1.466	7,29	2.819	7,94	432	6,07
Siirt	888	6,79			9.737	9,18	813	6,70
Sinop	729	6,59			36.077	10,49	714	6,57
Sivas	822	6,71	1.656	7,41	9.351	9,14	519	6,25
Şanlıurfa	1.042	6,95	7.720	8,95	13.057	9,48	858	6,75
Şırnak	843	6,74			41.366	10,63	826	6,72
Tekirdağ	1.134	7,03	3.143	8,05	3.037	8,02	654	6,48
Tokat	882	6,78	2.248	7,72	10.870	9,29	598	6,39
Trabzon	718	6,58	1.180	7,07	4.019	8,30	402	6,00
Tunceli	466	6,14					466	6,14
Uşak	886	6,79	6.157	8,73	5.278	8,57	675	6,52
Van	1.049	6,96	2.888	7,97	9.195	9,13	710	6,57
Yalova	949	6,86	69.013	11,14	1.917	7,56	629	6,44
Yozgat	731	6,59	3.407	8,13	69.849	11,15	597	6,39
Zonguldak	922	6,83	1.724	7,45	4.619	8,44	532	6,28

Ek Tablo 27. İllerde Diş Hekimi Başına Düşen Nüfus (Ham ve LN Cinsinden, 2020)

İller	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel		Toplam	
	Ham	LN	Ham	LN	Ham	LN	Ham	LN
Adana	8.928	9,10	20.167	9,91	4.667	8,45	2.660	7,89
Adıyaman	6.081	8,71	13.749	9,53	15.426	9,64	3.311	8,11
Afyon	7.924	8,98	12.705	9,45	10.379	9,25	3.319	8,11
Ağrı	10.103	9,22			23.280	10,06	7.045	8,86
Aksaray	7.834	8,97			8.135	9,00	3.991	8,29
Amasya	4.862	8,49			8.183	9,01	3.050	8,02
Ankara	5.239	8,56	8.280	9,02	3.420	8,14	1.655	7,41
Antalya	8.168	9,01	16.547	9,71	2.388	7,78	1.662	7,42
Ardahan	3.846	8,25			32.054	10,38	3.434	8,14
Artvin	6.054	8,71			15.409	9,64	4.346	8,38
Aydın	7.411	8,91	17.486	9,77	4.644	8,44	2.454	7,81
Balıkesir	7.609	8,94	1.240.285	14,03	4.770	8,47	2.925	7,98
Bartın	6.030	8,70	198.979	12,20	8.651	9,07	3.491	8,16
Batman	7.753	8,96			15.129	9,62	5.126	8,54
Bayburt	6.301	8,75			20.478	9,93	4.818	8,48
Bilecik	3.586	8,18			12.866	9,46	2.804	7,94
Bingöl	5.995	8,70	28.177	10,25	23.481	10,06	4.084	8,31
Bitlis	6.623	8,80			20.647	9,94	5.014	8,52
Bolu	5.621	8,63	4.699	8,46	5.940	8,69	1.789	7,49
Burdur	6.677	8,81			7.219	8,88	3.469	8,15
Bursa	9.371	9,15	3.101.833	14,95	3.537	8,17	2.566	7,85
Çanakkale	6.297	8,75			5.362	8,59	2.896	7,97
Çankırı	3.563	8,18			13.745	9,53	2.830	7,95
Çorum	5.890	8,68			9.300	9,14	3.606	8,19
Denizli	6.986	8,85	23.657	10,07	4.197	8,34	2.360	7,77
Diyarbakır	7.962	8,98	11.890	9,38	14.267	9,57	3.574	8,18
Düzce	6.822	8,83			9.421	9,15	3.957	8,28
Edirne	5.510	8,61	6.371	8,76	6.178	8,73	1.999	7,60
Elazığ	6.606	8,80	10.888	9,30	6.125	8,72	2.460	7,81
Erzincan	4.341	8,38			7.562	8,93	2.758	7,92
Erzurum	5.833	8,67	5.745	8,66	20.494	9,93	2.536	7,84
Eskişehir	7.054	8,86	11.110	9,32	4.294	8,36	2.152	7,67
Gaziantep	8.979	9,10	21.012	9,95	6.844	8,83	3.278	8,09
Giresun	6.232	8,74	56.090	10,93	14.475	9,58	4.043	8,30
Gümüşhane	4.049	8,31			17.713	9,78	3.295	8,10
Hakkâri	8.015	8,99			21.578	9,98	5.844	8,67
Hatay	8.553	9,05	25.927	10,16	6.664	8,80	3.273	8,09
Iğdır	7.743	8,95			16.776	9,73	5.298	8,58
Isparta	5.120	8,54	3.829	8,25	6.671	8,81	1.649	7,41
İstanbul	8.922	9,10	16.520	9,71	2.568	7,85	1.779	7,48
İzmir	6.730	8,81	12.738	9,45	3.159	8,06	1.840	7,52
K.maraş	7.167	8,88	61.482	11,03	10.430	9,25	3.973	8,29
Karabük	3.531	8,17			7.382	8,91	2.388	7,78
Karaman	5.928	8,69			10.622	9,27	3.805	8,24
Kars	7.915	8,98			16.760	9,73	5.376	8,59
Kastamonu	6.489	8,78			9.409	9,15	3.841	8,25
Kayseri	8.264	9,02	10.529	9,26	5.059	8,53	2.417	7,79
Kırıkkale	5.161	8,55	3.029	8,02	12.668	9,45	1.659	7,41
Kırklareli	5.834	8,67			5.320	8,58	2.783	7,93
Kırşehir	5.652	8,64			12.152	9,41	3.858	8,26
Kilis	4.327	8,37			17.849	9,79	3.483	8,16
Kocaeli	8.357	9,03	42.495	10,66	4.277	8,36	2.652	7,88
Konya	6.737	8,82	9.615	9,17	7.098	8,87	2.542	7,84
Kütahya	5.767	8,66	14.787	9,60	8.872	9,09	2.827	7,95
Malatya	6.449	8,77	10.077	9,22	5.972	8,69	2.371	7,77
Manisa	6.810	8,83	725.308	13,49	8.899	9,09	3.838	8,25
Mardin	8.547	9,05			9.290	9,14	4.452	8,40

Mersin	9.534	9,16	934.379	13,75	4.045	8,31	2.831	7,95
Muğla	7.758	8,96	500.387	13,12	3.187	8,07	2.249	7,72
Muş	8.747	9,08			37.374	10,53	7.088	8,87
Nevşehir	6.630	8,80			7.438	8,91	3.505	8,16
Niğde	6.352	8,76	120.690	11,70	12.485	9,43	4.068	8,31
Ordu	6.922	8,84	8.367	9,03	10.877	9,29	2.810	7,94
Osmaniye	6.095	8,72			6.234	8,74	3.082	8,03
Rize	6.041	8,71	4.717	8,46	8.199	9,01	2.002	7,60
Sakarya	7.959	8,98	86.887	11,37	4.344	8,38	2.722	7,91
Samsun	5.722	8,65	9.898	9,20	6.680	8,81	2.350	7,76
Siirt	8.277	9,02			19.475	9,88	5.808	8,67
Sinop	5.280	8,57			8.658	9,07	3.280	8,10
Sivas	5.299	8,58	5.529	8,62	10.964	9,30	2.170	7,68
Şanlıurfa	8.263	9,02	162.712	12,00	26.775	10,20	6.078	8,71
Şırnak	7.794	8,96			13.789	9,53	4.979	8,51
Tekirdağ	5.405	8,60	270.266	12,51	5.544	8,62	2.709	7,90
Tokat	5.291	8,57	9.198	9,13	10.676	9,28	2.555	7,85
Trabzon	6.495	8,78	6.393	8,76	5.486	8,61	2.030	7,62
Tunceli	2.877	7,96			16.689	9,72	2.454	7,81
Uşak	7.539	8,93	6.970	8,85	5.354	8,59	2.160	7,68
Van	10.449	9,25	24.986	10,13	11.380	9,34	4.472	8,41
Yalova	5.751	8,66			3.944	8,28	2.339	7,76
Yozgat	6.350	8,76			13.519	9,51	4.321	8,37
Zonguldak	7.779	8,96	7.123	8,87	8.694	9,07	2.604	7,86

Ek Tablo 28. İllerde Hemşire Başına Düşen Nüfus (Ham ve LN Cinsinden, 2020)

İller	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel		Toplam	
	Ham	LN	Ham	LN	Ham	LN	Ham	LN
Adana	594	6,39	1.800	7,50	2.686	7,90	383	5,95
Adıyaman	486	6,19	5.967	8,69	9.440	9,15	429	6,06
Afyon	557	6,32	1.532	7,33	5.190	8,55	379	5,94
Ağrı	651	6,48	53.544	10,89	44.620	10,71	634	6,45
Aksaray	496	6,21	17.625	9,78	4.230	8,35	433	6,07
Amasya	404	6,00	111.831	11,62	37.277	10,53	398	5,99
Ankara	430	6,06	1.198	7,09	2.415	7,79	280	5,63
Antalya	735	6,60	2.538	7,84	1.524	7,33	415	6,03
Ardahan	385	5,95					385	5,95
Artvin	379	5,94	56.500	10,94			377	5,93
Aydın	558	6,32	1.814	7,50	4.549	8,42	390	5,97
Balıkesir	456	6,12	6.021	8,70	5.278	8,57	392	5,97
Bartın	444	6,10	8.291	9,02	9.045	9,11	403	6,00
Batman	543	6,30	103.380	11,55	1.535	7,34	399	5,99
Bayburt	302	5,71	81.910	11,31			301	5,71
Bilecik	378	5,93			54.679	10,91	375	5,93
Bingöl	427	6,06	93.923	11,45	23.481	10,06	417	6,03
Bitlis	372	5,92			21.937	10,00	366	5,90
Bolu	350	5,86	1.992	7,60	2.836	7,95	269	5,60
Burdur	375	5,93			267.092	12,50	374	5,92
Bursa	567	6,34	3.310	8,10	2.180	7,69	396	5,98
Çanakkale	464	6,14	1.955	7,58	9.179	9,12	360	5,89
Çankırı	487	6,19			6.635	8,80	454	6,12
Çorum	367	5,91	88.354	11,39	2.881	7,97	325	5,78
Denizli	641	6,46	1.839	7,52	2.178	7,69	390	5,97
Diyarbakır	600	6,40	1.708	7,44	3.778	8,24	398	5,99
Düzce	806	6,69	1.225	7,11	5.420	8,60	446	6,10
Edirne	519	6,25	528	6,27	4.634	8,44	248	5,51
Elazığ	442	6,09	734	6,60	2.697	7,90	250	5,52
Erzincan	366	5,90	117.216	11,67	6.698	8,81	346	5,85
Erzurum	326	5,79	957	6,86	10.247	9,23	238	5,47
Eskişehir	416	6,03	897	6,80	2.813	7,94	258	5,55
Gaziantep	637	6,46	5.544	8,62	1.581	7,37	420	6,04
Giresun	326	5,79	6.799	8,82	4.006	8,30	289	5,67
Gümüşhane	376	5,93					376	5,93
Hakkari	591	6,38					591	6,38
Hatay	653	6,48	4.687	8,45	2.433	7,80	464	6,14
Iğdır	552	6,31	25.164	10,13	18.301	9,81	524	6,26
Isparta	362	5,89	955	6,86	2.148	7,67	234	5,46
İstanbul	625	6,44	3.065	8,03	1.248	7,13	367	5,90
İzmir	615	6,42	1.905	7,55	2.021	7,61	378	5,93
K.maraş	600	6,40	2.346	7,76	2.729	7,91	407	6,01
Karabük	379	5,94	243.614	12,40	2.592	7,86	331	5,80
Karaman	428	6,06			7.283	8,89	404	6,00
Kars	527	6,27	1.737	7,46			404	6,00
Kastamonu	436	6,08	47.047	10,76	5.018	8,52	397	5,99
Kayseri	592	6,38	1.569	7,36	1.841	7,52	348	5,85
Kırıkkale	450	6,11	1.284	7,16	6.798	8,82	317	5,76
Kırklareli	515	6,24			2.495	7,82	427	6,06
Kırşehir	415	6,03	10.567	9,27	16.203	9,69	390	5,97
Kilis	269	5,60			71.396	11,18	268	5,59
Kocaeli	672	6,51	2.886	7,97	1.545	7,34	403	6,00
Konya	479	6,17	1.305	7,17	3.343	8,11	317	5,76
Kütahya	363	5,89	18.022	9,80	5.492	8,61	334	5,81
Malatya	540	6,29	749	6,62	4.454	8,40	293	5,68
Manisa	556	6,32	2.960	7,99	2.567	7,85	396	5,98
Mardin	646	6,47	284.905	12,56	5.149	8,55	573	6,35

Mersin	601	6,40	2.595	7,86	2.574	7,85	410	6,02
Muğla	559	6,33	50.039	10,82	2.372	7,77	449	6,11
Muş	574	6,35			25.695	10,15	562	6,33
Nevşehir	450	6,11	60.992	11,02	4.621	8,44	407	6,01
Niğde	481	6,18	72.414	11,19	12.931	9,47	461	6,13
Ordu	482	6,18	40.074	10,60	2.207	7,70	392	5,97
Osmaniye	621	6,43			2.267	7,73	488	6,19
Rize	353	5,87	7.486	8,92	9.062	9,11	325	5,78
Sakarya	516	6,25	26.735	10,19	3.321	8,11	439	6,09
Samsun	488	6,19	1.527	7,33	1.757	7,47	305	5,72
Siirt	498	6,21			8.489	9,05	470	6,15
Sinop	353	5,87			72.153	11,19	351	5,86
Sivas	418	6,04	858	6,75	5.047	8,53	266	5,58
Şanlıurfa	672	6,51	6.489	8,78	6.529	8,78	557	6,32
Şırnak	678	6,52			537.762	13,20	677	6,52
Tekirdağ	683	6,53	3.432	8,14	2.611	7,87	468	6,15
Tokat	433	6,07	1.253	7,13	7.764	8,96	309	5,73
Trabzon	391	5,97	1.240	7,12	2.611	7,87	267	5,59
Tunceli	373	5,92					373	5,92
Uşak	406	6,01	28.418	10,25	3.485	8,16	359	5,88
Van	553	6,32	2.548	7,84	5.108	8,54	417	6,03
Yalova	499	6,21	46.008	10,74	2.045	7,62	398	5,99
Yozgat	400	5,99	1.814	7,50	139.698	11,85	327	5,79
Zonguldak	474	6,16	1.274	7,15	3.605	8,19	315	5,75

Ek Tablo 29. İllerde Ebe Başına Düşen Nüfus (Ham ve LN Cinsinden, 2020)

İller	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel		Toplam	
	Ham	LN	Ham	LN	Ham	LN	Ham	LN
Adana	1.613	7,39	80.669	11,30	30.941	10,34	1.505	7,32
Adıyaman	1.110	7,01	158.115	11,97	126.492	11,75	1.092	7,00
Afyon	1.316	7,18	105.273	11,56	52.637	10,87	1.268	7,15
Ağrı	1.658	7,41			267.718	12,50	1.647	7,41
Aksaray	1.339	7,20			42.301	10,65	1.298	7,17
Amasya	978	6,89			335.494	12,72	975	6,88
Ankara	1.721	7,45	94.389	11,46	42.904	10,67	1.626	7,39
Antalya	1.572	7,36	196.024	12,19	15.927	9,68	1.420	7,26
Ardahan	734	6,60					734	6,60
Artvin	778	6,66					778	6,66
Aydın	1.157	7,05	28.694	10,26	53.290	10,88	1.090	6,99
Balıkesir	958	6,86	155.036	11,95	68.905	11,14	939	6,84
Bartın	1.137	7,04	99.490	11,51	99.490	11,51	1.112	7,01
Batman	1.453	7,28			34.460	10,45	1.394	7,24
Bayburt	862	6,76					862	6,76
Bilecik	1.099	7,00					1.099	7,00
Bingöl	862	6,76			93.923	11,45	854	6,75
Bitlis	1.155	7,05			175.497	12,08	1.147	7,04
Bolu	1.149	7,05	28.618	10,26	39.350	10,58	1.074	6,98
Burdur	807	6,69					807	6,69
Bursa	1.815	7,50	110.780	11,62	25.218	10,14	1.668	7,42
Çanakkale	895	6,80	45.129	10,72	77.364	11,26	868	6,77
Çankırı	1.166	7,06			192.428	12,17	1.159	7,06
Çorum	1.004	6,91			53.013	10,88	985	6,89
Denizli	1.116	7,02	34.697	10,45	40.035	10,60	1.052	6,96
Diyarbakır	1.689	7,43	222.929	12,31	57.530	10,96	1.629	7,40
Düzce	1.774	7,48	49.460	10,81	43.964	10,69	1.649	7,41
Edirne	1.168	7,06	10.455	9,25	31.366	10,35	1.017	6,92
Elazığ	1.037	6,94	18.374	9,82	65.329	11,09	967	6,87
Erzincan	878	6,78			58.608	10,98	865	6,76
Erzurum	1.086	6,99	44.605	10,71	189.570	12,15	1.055	6,96
Eskişehir	1.288	7,16	148.138	11,91	24.690	10,11	1.214	7,10
Gaziantep	1.827	7,51			26.597	10,19	1.710	7,44
Giresun	894	6,80	224.361	12,32	64.103	11,07	878	6,78
Gümüşhane	1.019	6,93					1.019	6,93
Hakkari	1.342	7,20					1.342	7,20
Hatay	1.632	7,40	829.660	13,63	34.569	10,45	1.555	7,35
Iğdır	1.258	7,14			201.314	12,21	1.250	7,13
Isparta	858	6,75	33.870	10,43	48.923	10,80	823	6,71
İstanbul	2.864	7,96	108.891	11,60	17.315	9,76	2.403	7,78
İzmir	1.771	7,48	146.490	11,89	22.422	10,02	1.623	7,39
K.maraş	1.464	7,29	233.633	12,36	36.505	10,51	1.399	7,24
Karabük	1.003	6,91			48.723	10,79	982	6,89
Karaman	1.004	6,91			84.973	11,35	992	6,90
Kars	744	6,61	71.231	11,17			736	6,60
Kastamonu	1.222	7,11			94.094	11,45	1.206	7,10
Kayseri	1.391	7,24	71.073	11,17	27.336	10,22	1.299	7,17
Kırıkkale	1.097	7,00	21.439	9,97	92.901	11,44	1.032	6,94
Kırklareli	1.127	7,03			20.097	9,91	1.067	6,97
Kırşehir	984	6,89	34.720	10,46			957	6,86
Kilis	740	6,61					740	6,61
Kocaeli	1.779	7,48	36.986	10,52	27.360	10,22	1.598	7,38
Konya	1.476	7,30	45.000	10,71	34.616	10,45	1.373	7,22
Kütahya	1.146	7,04	288.344	12,57	41.192	10,63	1.111	7,01
Malatya	947	6,85	15.503	9,65	44.786	10,71	875	6,77
Manisa	1.315	7,18	60.442	11,01	38.174	10,55	1.245	7,13
Mardin	1.454	7,28			94.968	11,46	1.432	7,27

Mersin	1.212	7,10	77.865	11,26	27.482	10,22	1.144	7,04
Muğla	1.150	7,05			27.048	10,21	1.103	7,01
Muş	1.463	7,29			411.117	12,93	1.458	7,28
Nevşehir	1.146	7,04			50.827	10,84	1.121	7,02
Niğde	1.114	7,02			362.071	12,80	1.111	7,01
Ordu	1.145	7,04			42.300	10,65	1.115	7,02
Osmaniye	1.270	7,15			34.285	10,44	1.224	7,11
Rize	1.217	7,10			68.872	11,14	1.196	7,09
Sakarya	1.421	7,26	521.325	13,16	65.166	11,08	1.387	7,23
Samsun	1.281	7,16			33.075	10,41	1.233	7,12
Siirt	1.403	7,25			66.214	11,10	1.374	7,23
Sinop	958	6,86					958	6,86
Sivas	938	6,84	31.794	10,37	127.178	11,75	905	6,81
Şanlıurfa	2.001	7,60	423.051	12,96	124.427	11,73	1.960	7,58
Şırnak	1.867	7,53			537.762	13,20	1.861	7,53
Tekirdağ	1.741	7,46	90.089	11,41	38.609	10,56	1.635	7,40
Tokat	1.066	6,97	27.176	10,21	199.287	12,20	1.020	6,93
Trabzon	1.194	7,09	90.211	11,41	57.993	10,97	1.155	7,05
Tunceli	588	6,38					588	6,38
Uşak	713	6,57	369.433	12,82	46.179	10,74	701	6,55
Van	1.570	7,36	229.868	12,35	164.192	12,01	1.545	7,34
Yalova	1.614	7,39			16.238	9,70	1.468	7,29
Yozgat	950	6,86	32.238	10,38			923	6,83
Zonguldak	1.299	7,17	36.950	10,52	53.746	10,89	1.227	7,11

Ek Tablo 30. İllerde Diğer Sağlık Personeli Başına Düşen Nüfus (Ham ve LN Cinsinden, 2020)

İller	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel		Toplam	
	Ham	LN	Ham	LN	Ham	LN	Ham	LN
Adana	25.097	10,13	77.887	11,26	2.544	7,84	2.243	7,72
Adıyaman	19.764	9,89	90.351	11,41	3.243	8,08	2.703	7,90
Afyon	23.771	10,08	368.456	12,82	2.845	7,95	2.524	7,83
Ağrı	26.772	10,20	26.772	10,20	6.084	8,71	4.183	8,34
Aksaray	20.143	9,91			2.858	7,96	2.503	7,83
Amasya	13.420	9,50			2.750	7,92	2.282	7,73
Ankara	19.329	9,87	21.534	9,98	2.350	7,76	1.909	7,55
Antalya	32.257	10,38	231.664	12,35	1.916	7,56	1.795	7,49
Ardahan	16.027	9,68			5.342	8,58	4.007	8,30
Artvin	14.125	9,56			3.767	8,23	2.974	8,00
Aydın	19.633	9,88	139.886	11,85	2.401	7,78	2.108	7,65
Balıkesir	19.081	9,86	310.071	12,64	2.595	7,86	2.267	7,73
Bartın	16.582	9,72			2.843	7,95	2.427	7,79
Batman	26.969	10,20			3.565	8,18	3.149	8,05
Bayburt	20.478	9,93			5.461	8,61	4.311	8,37
Bilecik	18.226	9,81			3.472	8,15	2.916	7,98
Bingöl	15.654	9,66			4.403	8,39	3.436	8,14
Bitlis	15.954	9,68			5.850	8,67	4.280	8,36
Bolu	11.243	9,33	314.802	12,66	2.862	7,96	2.265	7,73
Burdur	14.838	9,60			2.450	7,80	2.103	7,65
Bursa	24.815	10,12	238.603	12,38	2.812	7,94	2.499	7,82
Çanakkale	18.674	9,83	541.548	13,20	2.749	7,92	2.386	7,78
Çankırı	19.243	9,86			3.499	8,16	2.960	7,99
Çorum	15.146	9,63			3.100	8,04	2.573	7,85
Denizli	24.784	10,12	173.486	12,06	2.151	7,67	1.957	7,58
Diyarbakır	24.770	10,12	63.694	11,06	3.770	8,23	3.112	8,04
Düzce	26.379	10,18	197.840	12,20	3.441	8,14	2.998	8,01
Edirne	19.417	9,87	21.461	9,97	2.427	7,79	1.960	7,58
Elazığ	15.891	9,67	83.994	11,34	3.178	8,06	2.568	7,85
Erzincan	15.629	9,66	9.768	9,19	3.607	8,19	2.254	7,72
Erzurum	15.797	9,67	23.696	10,07	3.869	8,26	2.747	7,92
Eskişehir	21.163	9,96	16.460	9,71	2.273	7,73	1.825	7,51
Gaziantep	29.183	10,28	1.050.579	13,86	2.943	7,99	2.666	7,89
Giresun	12.821	9,46	448.721	13,01	2.655	7,88	2.189	7,69
Gümüşhane	12.882	9,46			4.886	8,49	3.543	8,17
Hakkari	23.376	10,06			8.015	8,99	5.968	8,69
Hatay	26.763	10,19	414.830	12,94	2.646	7,88	2.394	7,78
Iğdır	40.263	10,60			3.947	8,28	3.595	8,19
Isparta	15.183	9,63	88.061	11,39	2.474	7,81	2.077	7,64
İstanbul	27.223	10,21	86.382	11,37	2.500	7,82	2.231	7,71
İzmir	27.815	10,23	191.074	12,16	2.182	7,69	2.002	7,60
K.maraş	23.363	10,06	292.041	12,58	3.263	8,09	2.835	7,95
Karabük	17.401	9,76			2.900	7,97	2.486	7,82
Karaman	16.995	9,74			2.801	7,94	2.405	7,79
Kars	21.917	10,00	47.487	10,77	5.698	8,65	4.129	8,33
Kastamonu	17.108	9,75			3.391	8,13	2.830	7,95
Kayseri	24.938	10,12	33.057	10,41	2.455	7,81	2.093	7,65
Kırıkkale	15.484	9,65	92.901	11,44	3.097	8,04	2.511	7,83
Kırklareli	19.039	9,85			2.495	7,82	2.206	7,70
Kırşehir	15.190	9,63			3.001	8,01	2.506	7,83
Kilis	17.849	9,79			2.856	7,96	2.462	7,81
Kocaeli	30.727	10,33	124.829	11,73	3.618	8,19	3.155	8,06
Konya	22.500	10,02	97.827	11,49	2.563	7,85	2.248	7,72
Kütahya	14.417	9,58			3.204	8,07	2.621	7,87
Malatya	19.194	9,86	32.246	10,38	2.799	7,94	2.271	7,73
Manisa	19.087	9,86	181.327	12,11	2.637	7,88	2.288	7,74
Mardin	25.139	10,13			3.765	8,23	3.275	8,09

Mersin	26.697	10,19	169.887	12,04	2.418	7,79	2.188	7,69
Muğla	26.336	10,18	1.000.773	13,82	2.120	7,66	1.958	7,58
Muş	19.577	9,88			7.757	8,96	5.556	8,62
Nevşehir	27.724	10,23			2.699	7,90	2.459	7,81
Niğde	19.056	9,86			3.043	8,02	2.624	7,87
Ordu	19.523	9,88			2.759	7,92	2.417	7,79
Osmaniye	21.942	10,00			2.563	7,85	2.295	7,74
Rize	13.245	9,49			2.969	8,00	2.425	7,79
Sakarya	25.430	10,14			3.208	8,07	2.849	7,95
Samsun	21.872	9,99	113.007	11,64	2.623	7,87	2.295	7,74
Siirt	19.475	9,88			4.598	8,43	3.720	8,22
Sinop	14.431	9,58			3.006	8,01	2.488	7,82
Sivas	18.168	9,81	90.841	11,42	3.028	8,02	2.523	7,83
Şanlıurfa	26.114	10,17	1.057.628	13,87	3.390	8,13	2.992	8,00
Şırnak	26.888	10,20			5.721	8,65	4.717	8,46
Tekirdağ	25.141	10,13	216.213	12,28	3.326	8,11	2.898	7,97
Tokat	16.607	9,72	99.644	11,51	3.163	8,06	2.588	7,86
Trabzon	14.498	9,58	38.662	10,56	2.586	7,86	2.076	7,64
Tunceli	11.920	9,39			4.908	8,50	3.477	8,15
Uşak	17.592	9,78			2.778	7,93	2.399	7,78
Van	26.121	10,17	67.608	11,12	5.224	8,56	4.090	8,32
Yalova	25.095	10,13			2.680	7,89	2.421	7,79
Yozgat	15.522	9,65	209.548	12,25	3.881	8,26	3.059	8,03
Zonguldak	18.475	9,82	29.560	10,29	2.956	7,99	2.346	7,76

Ek Tablo 31. İllerde Sağlık Personel Bütünü Başına Düşen Nüfus (Ham ve LN Cinsinden, 2020)

İller	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel		Toplam	
	Ham	LN	Ham	LN	Ham	LN	Ham	LN
Adana	729	6,59	1.747	7,47	1.596	7,38	389	5,96
Adıyaman	460	6,13	14.708	9,60	5.967	8,69	415	6,03
Afyon	476	6,17	7.369	8,91	3.899	8,27	401	5,99
Ağrı	623	6,43	178.478	12,09	11.392	9,34	588	6,38
Aksaray	501	6,22	9.196	9,13	2.350	7,76	395	5,98
Amasya	318	5,76	335.494	12,72	15.976	9,68	311	5,74
Ankara	613	6,42	1.817	7,51	1.818	7,51	366	5,90
Antalya	761	6,63	3.920	8,27	1.047	6,95	396	5,98
Ardahan	259	5,56			96.161	11,47	258	5,55
Artvin	274	5,61	169.501	12,04	84.751	11,35	273	5,61
Aydın	546	6,30	6.395	8,76	2.833	7,95	427	6,06
Balıkesir	482	6,18	17.975	9,80	4.543	8,42	425	6,05
Bartın	435	6,08	24.872	10,12	5.236	8,56	396	5,98
Batman	520	6,25	620.278	13,34	2.674	7,89	435	6,08
Bayburt	242	5,49	40.955	10,62			240	5,48
Bilecik	305	5,72			31.245	10,35	302	5,71
Bingöl	368	5,91	70.442	11,16	9.089	9,11	352	5,86
Bitlis	471	6,16			4.500	8,41	426	6,06
Bolu	346	5,85	5.940	8,69	2.623	7,87	291	5,67
Burdur	306	5,72			89.031	11,40	305	5,72
Bursa	772	6,65	7.197	8,88	1.718	7,45	496	6,21
Çanakkale	417	6,03	3.077	8,03	5.526	8,62	344	5,84
Çankırı	293	5,68			1.734	7,46	251	5,52
Çorum	405	6,00	66.266	11,10	2.897	7,97	353	5,87
Denizli	647	6,47	2.137	7,67	1.498	7,31	373	5,92
Diyarbakır	649	6,48	4.913	8,50	3.321	8,11	489	6,19
Düzce	606	6,41	3.191	8,07	3.997	8,29	452	6,11
Edirne	520	6,25	1.382	7,23	1.879	7,54	315	5,75
Elazığ	450	6,11	2.911	7,98	2.430	7,80	336	5,82
Erzincan	315	5,75	234.431	12,36	5.210	8,56	296	5,69
Erzurum	406	6,01	2.757	7,92	5.701	8,65	333	5,81
Eskişehir	478	6,17	1.810	7,50	1.867	7,53	314	5,75
Gaziantep	822	6,71	20.011	9,90	1.581	7,37	527	6,27
Giresun	319	5,76	12.464	9,43	2.147	7,67	272	5,60
Gümüşhane	273	5,61			70.851	11,17	272	5,61
Hakkâri	449	6,11					449	6,11
Hatay	669	6,51	16.932	9,74	1.964	7,58	485	6,18
Iğdır	479	6,17	100.657	11,52	4.682	8,45	433	6,07
Isparta	372	5,92	3.079	8,03	2.148	7,67	288	5,66
İstanbul	933	6,84	4.027	8,30	948	6,85	421	6,04
İzmir	755	6,63	4.084	8,31	1.361	7,22	434	6,07
K.maraş	547	6,31	4.217	8,35	3.477	8,15	425	6,05
Karabük	346	5,85	121.807	11,71	2.215	7,70	299	5,70
Karaman	406	6,01			4.552	8,42	373	5,92
Kars	421	6,04	3.518	8,17	71.231	11,17	374	5,93
Kastamonu	372	5,92	31.365	10,35	3.690	8,21	334	5,81
Kayseri	614	6,42	2.278	7,73	1.772	7,48	380	5,94
Kırıkkale	255	5,54	2.873	7,96	4.424	8,39	222	5,40
Kırklareli	513	6,24			2.010	7,61	409	6,01
Kırşehir	314	5,75	8.680	9,07	9.348	9,14	293	5,68
Kilis	310	5,74			10.984	9,30	301	5,71

Kocaeli	748	6,62	5.723	8,65	1.345	7,20	443	6,09
Konya	536	6,28	2.863	7,96	2.972	8,00	392	5,97
Kütahya	421	6,04	16.961	9,74	3.950	8,28	372	5,92
Malatya	449	6,11	2.809	7,94	3.551	8,18	349	5,85
Manisa	615	6,42	8.289	9,02	2.118	7,66	451	6,11
Mardin	603	6,40	854.716	13,66	3.287	8,10	509	6,23
Mersin	640	6,46	5.732	8,65	2.121	7,66	453	6,12
Muğla	565	6,34	83.398	11,33	1.420	7,26	402	6,00
Muş	582	6,37			14.176	9,56	559	6,33
Nevşehir	374	5,92	101.654	11,53	3.351	8,12	335	5,82
Niğde	400	5,99	72.414	11,19	6.832	8,83	376	5,93
Ordu	457	6,12	40.074	10,60	2.626	7,87	386	5,95
Osmaniye	448	6,10			1.613	7,39	351	5,86
Rize	392	5,97	8.199	9,01	5.645	8,64	351	5,86
Sakarya	647	6,47	45.333	10,72	3.169	8,06	531	6,28
Samsun	493	6,20	3.041	8,02	1.654	7,41	338	5,82
Siirt	506	6,23			3.599	8,19	444	6,10
Sinop	292	5,68			54.115	10,90	290	5,67
Sivas	416	6,03	1.630	7,40	4.542	8,42	309	5,73
Şanlıurfa	814	6,70	18.555	9,83	7.952	8,98	710	6,57
Şırnak	657	6,49			33.610	10,42	644	6,47
Tekirdağ	720	6,58	10.296	9,24	1.897	7,55	497	6,21
Tokat	412	6,02	2.960	7,99	5.338	8,58	339	5,82
Trabzon	378	5,94	3.641	8,20	1.845	7,52	289	5,67
Tunceli	203	5,31			83.443	11,33	202	5,31
Uşak	451	6,11	26.388	10,18	3.185	8,07	389	5,96
Van	642	6,46	3.684	8,21	4.634	8,44	489	6,19
Yalova	475	6,16	34.506	10,45	1.046	6,95	324	5,78
Yozgat	381	5,94	3.917	8,27	29.935	10,31	344	5,84
Zonguldak	578	6,36	2.570	7,85	2.328	7,75	392	5,97

Ek Tablo 32. İllerde Hastane Yatağı Başına Düşen Nüfus (Ham ve LN Cinsinden, 2020)

İller	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel		Toplam	
	Ham	LN	Ham	LN	Ham	LN	Ham	LN
Adana	548	6,31	1.293	7,16	1.463	7,29	305	5,72
Adıyaman	524	6,26			3.210	8,07	450	6,11
Afyon	526	6,27	1.141	7,04	2.719	7,91	318	5,76
Ağrı	655	6,49			7.139	8,87	600	6,40
Aksaray	677	6,52			1.958	7,58	503	6,22
Amasya	402	6,00					402	6,00
Ankara	452	6,11	1.421	7,26	1.711	7,45	286	5,65
Antalya	687	6,53	1.979	7,59	1.024	6,93	341	5,83
Ardahan	447	6,10					447	6,10
Artvin	467	6,15					467	6,15
Aydın	522	6,26	1.496	7,31	3.443	8,14	348	5,85
Balıkesir	449	6,11	4.322	8,37	3.937	8,28	369	5,91
Bartın	461	6,13					461	6,13
Batman	476	6,17			969	6,88	319	5,77
Bayburt	410	6,02					410	6,02
Bilecik	375	5,93					375	5,93
Bingöl	389	5,96			9.089	9,11	373	5,92
Bitlis	384	5,95			4.680	8,45	355	5,87
Bolu	242	5,49			1.536	7,34	209	5,34
Burdur	347	5,85					347	5,85
Bursa	536	6,28	3.446	8,15	1.829	7,51	370	5,91
Çanakkale	501	6,22	1.062	6,97	4.750	8,47	318	5,76
Çankırı	520	6,25			2.026	7,61	414	6,03
Çorum	368	5,91			1.935	7,57	309	5,73
Denizli	629	6,44	1.215	7,10	1.434	7,27	322	5,77
Diyarbakır	681	6,52	1.455	7,28	1.871	7,53	372	5,92
Düzce	835	6,73	1.252	7,13	7.327	8,90	469	6,15
Edirne	491	6,20	433	6,07	2.486	7,82	211	5,35
Elazığ	350	5,86	560	6,33	1.364	7,22	186	5,23
Erzincan	372	5,92			2.930	7,98	330	5,80
Erzurum	360	5,89	535	6,28	7.583	8,93	209	5,34
Eskişehir	394	5,98	880	6,78	1.807	7,50	237	5,47
Gaziantep	711	6,57	2.122	7,66	845	6,74	327	5,79
Giresun	272	5,61			1.542	7,34	231	5,44
Gümüşhane	307	5,73					307	5,73
Hakkâri	669	6,51					669	6,51
Hatay	615	6,42	3.299	8,10	1.365	7,22	376	5,93
Iğdır	732	6,60			5.298	8,58	643	6,47
Isparta	381	5,94	740	6,61	1.322	7,19	211	5,35
İstanbul	603	6,40	2.846	7,95	1.010	6,92	333	5,81
İzmir	701	6,55	1.479	7,30	1.550	7,35	364	5,90
K.maraş	618	6,43	2.060	7,63	2.171	7,68	390	5,97
Karabük	392	5,97			1.888	7,54	324	5,78
Karaman	476	6,17			2.741	7,92	406	6,01
Kars	534	6,28	1.036	6,94			352	5,86
Kastamonu	346	5,85			2.413	7,79	302	5,71
Kayseri	604	6,40	1.136	7,04	1.205	7,09	297	5,69
Kırıkkale	390	5,97	601	6,40	3.716	8,22	222	5,40
Kırklareli	492	6,20			1.315	7,18	358	5,88
Kırşehir	564	6,33			7.148	8,87	523	6,26
Kilis	391	5,97					391	5,97
Kocaeli	811	6,70	2.487	7,82	1.284	7,16	414	6,03
Konya	441	6,09	894	6,80	2.399	7,78	263	5,57
Kütahya	335	5,81			3.412	8,14	305	5,72
Malatya	600	6,40	705	6,56	1.659	7,41	271	5,60
Manisa	441	6,09	2.355	7,76	1.643	7,40	303	5,71
Mardin	753	6,62			2.739	7,92	591	6,38

Mersin	601	6,40	2.505	7,83	1.672	7,42	376	5,93
Muğla	648	6,47			1.521	7,33	454	6,12
Muş	559	6,33			9.136	9,12	526	6,27
Nevşehir	513	6,24			2.226	7,71	417	6,03
Niğde	423	6,05			4.960	8,51	390	5,97
Ordu	433	6,07			1.505	7,32	336	5,82
Osmaniye	745	6,61			896	6,80	407	6,01
Rize	319	5,77			7.174	8,88	306	5,72
Sakarya	534	6,28			3.321	8,11	460	6,13
Samsun	450	6,11	1.193	7,08	1.264	7,14	260	5,56
Siirt	528	6,27			2.122	7,66	423	6,05
Sinop	328	5,79					328	5,79
Sivas	487	6,19	588	6,38	2.904	7,97	244	5,50
Şanlıurfa	726	6,59	3.138	8,05	4.352	8,38	519	6,25
Şırnak	703	6,56					703	6,56
Tekirdağ	605	6,41	2.514	7,83	1.341	7,20	358	5,88
Tokat	380	5,94	972	6,88	5.485	8,61	260	5,56
Trabzon	369	5,91	977	6,88	2.093	7,65	238	5,47
Tunceli	556	6,32					556	6,32
Uşak	387	5,96			1.319	7,18	299	5,70
Van	575	6,35	1.736	7,46	3.202	8,07	381	5,94
Yalova	625	6,44			852	6,75	360	5,89
Yozgat	411	6,02	1.996	7,60	13.519	9,51	332	5,81
Zonguldak	404	6,00	1.093	7,00	2.053	7,63	258	5,55