



Social Utility by Syrian Temporary Refugees from Family Physicians

Murat ÇİFTÇİ*

*Sorumlu Yazar: Doç. Dr., Trakya Üniversitesi İ.İ.B.F. ÇEEİ Bölümü, muratciftci@trakya.edu.tr

Received Date:19.09.2022

Accepted Date:03.10.2022

Copyright © 2022 Murat ÇİFTÇİ. This is an open access article distributed under the Eurasian Academy of Sciences License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT

Turkey is a country that has been exposed to an intense Syrian influx since 2011. Today, according to official figures, approximately four million Syrians live in Turkey. Syrians who are accepted as temporary refugees can live wherever they want in Turkey. This situation allowed them not to be evenly distributed with the population and resources in 81 provinces, but to accumulate in a small number of provinces. Syrian caused serious problems in metropolitan areas and border cities where they are concentrated. Chief among these problems is the insufficiency of the resources created for the urban population due to the additional pressure caused by the Syrian population. For example, the number of Syrians living in Kilis today is more than the number of Turks. Since the distribution of resources is made according to the Turkish population, additional Syrian population's pressure naturally leads to the need for additional resources. Primary healthcare service is the first step and the most widespread service provider in public health service delivery. Primary healthcare service is based on family medicine. The distribution of family physicians, on the other hand, constitutes the most evenly distributed public health personnel according to the population numbers of provinces, districts, and neighborhoods. However, the uneven distribution of the additional population coming from Syria between the provinces led to a sharp deterioration in the distribution of family physicians among the provinces. In this study, using the Atkinson inequality index, the social benefit provided by the family physicians of the two population segments according to the Turkish and Syrian populations in the provinces was calculated and compared. The same application procedure was performed for the other physician entity for comparison. The findings revealed that the social benefit provided by family physicians remained disproportionately low for Syrians.

Keywords: Migration, disadvantaged people, social policy, health policy, social service.

JEL Classifications: O15, I14, I32

Suriyeli Geçici Sığınmacıların Aile Hekimlerinden Sağladığı Sosyal Fayda ¹

ÖZET

Türkiye, 2011'den itibaren yoğun Suriyeli akımına uğrayan bir ülkedir. Günümüzde resmi rakamlara göre dört milyonu zorlayan Suriyeli Türkiye'de yaşamaktadır. Geçici sığınmacı olarak kabul edilen Suriyeliler, Türkiye içerisinde istedikleri yerde yaşayabilmektedir. Bu durum 81 ildeki nüfus va kaynaklarla dengeli dağılmayıp az sayıda ilde yığılmalarına olanak tanıdı. Suriyelilerin yığıldığı metropoller ve sınır kentlerde çok ciddi sorunlara yol açtılar. Bu sorunların başında kent nüfusu için oluşturulan kaynakların, ilave Suriyeli nüfus baskısıyla yetersiz kalmasıdır. Örneğin Kilis'te bugün Suriyeli sayısı Türk sayısından fazladır. Kaynak dağıtımı ise Türk nüfusa göre yapıldığından, ilave Suriyeli nüfus baskısı doğal olarak ilave kaynağa ihtiyaç duyulmasına yol açmaktadır. Primary healthcare service kamu sağlık hizmet sunumunda ilk basamak ve en yaygın hizmet sunucusu olan aşamadır. Primary healthcare service aile hekimliğine dayanmaktadır. Aile hekimi dağılımı ise il, ilçe, mahalle nüfus sayılarına göre en dengeli dağıtılan kamu sağlık personelinin oluşturur. Ancak Suriye'den gelen ilave nüfusun iller

¹ Bu çalışma, "Sosyal Politika Perspektifiyle Suriyeli Sığınmacıların Aile Hekimlerinden Sağladığı Sosyal Fayda" başlığıyla 21-25 Mart 2018 tarihinde gerçekleştirilen 7. Uluslararası Trakya Aile Hekimliği Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulup bildiriler kitabında yayımlanan çalışmanın geliştirilmiş ve genişletilmiş versiyonudur.



arasındaki dengesiz dağılımı, beraberinde aile hekim arzının da iller arasındaki dağılımında keskin bozulmasına yol açtı. Bu çalışmada Atkinson eşitsizlik endeksi kullanılarak illerdeki Türk ve Suriyeli nüfusuna göre iki nüfus kesiminin aile hekimlerinden sağladığı sosyal fayda hesaplanarak karşılaştırıldı. Diğer hekim varlığı için de karşılaştırma için aynı uygulama prosedürü gerçekleştirildi. Elde edilen bulgular aile hekimlerinden sağlanan sosyal faydanın Suriyeliler için orantısız düşük kaldığı görüldü.

Anahtar Kelimeler: Göç, dezavantajlılar, sosyal politika, sağlık politikası, sosyal hizmet.

1.GİRİŞ

Suriye’de yaşanan iç savaş, 2011 yılından itibaren Türkiye’ye yoğun bir düzensiz göç akımını beraberinde getirmiştir. İlk zamanlar geçici koruma merkezlerinde misafir edilen Suriyeli geçici sığınmacılar, daha sonra ülke içerisine yayılmıştır. Resmi olarak mülteci statüsü verilmeyen ve bu sebeple de Türk vatandaşlarıyla ortak çalışma izinleri bulunmayan Suriyeli geçici sığınmacıların ülke içerisindeki dağılımı da son derece dengesiz olmuştur. Bu dengesiz dağılım ise beraberinde Suriyeli geçici sığınmacılar kaynaklı ilave nüfus baskısını dikkate alamadan sadece Türk nüfusunu dikkate alarak oluşturulmuş il içi kamu hizmet sunumlarında ciddi bozulmaları beraberinde getirmiştir. Suriyelilerin dengesiz dağılımlarını örnekleme adına en düşük ve en yüksek sayıda Suriyelinin yaşadığı illerdeki 2016 yılı itibarıyla sayısal dağılımları incelendiğinde, en az Suriyeli geçici sığınmacının bulunduğu üç ilden Bartın’da 31 kişi, Bayburt’ta 39 kişi, Artvin’deyse 40 kişi ikamet etmektedir. Suriyeli geçici sığınmacıların en yoğun ikamet ettiği ilk üç ildeki sayıları ise 2016 yılı için 439 bin kişi ile İstanbul, 406 bin kişi ile Şanlıurfa ve 379 bin kişi ile Hatay’dır. Buradan da açıkça anlaşılacağı üzere iller arasında Suriyeli geçici sığınmacı sayısındaki katsal dengesizlik on-on beş bin kata ulaşabilmektedir. Böylesi keskin eşitsizliklerdeyse il olanaklarından sağlanan sosyal faydada da belirgin düşüşün yaşanması kaçınılmazdır.

Sağlanan temel kamu hizmetlerinin başında eğitim ve sağlık hizmetleri yer almaktadır. Eğitimde temel eğitim, sağlıktaysa birinci basamak sağlık hizmeti en temel kamu hizmet sunumunu oluşturmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetlerindeki basamak zincirinin başında olan ve çoğu koruyucu sağlık hizmet sunumunu da bizzat gerçekleştiren birinci basamak sağlık hizmetlerinin coğrafi birimler arasındaki dağılımı ise nüfusa endeksenerek gerçekleştirilmektedir. Ancak söz konusu nüfus Türk nüfusu olduğundan Suriyeli geçici sığınmacı akınında yaşandığı gibi ani ve düzensiz bir göç dalgası yaşandığında veya turistlik bölgeler için yaz nüfusu kayıtlı nüfusun katlarca fazlasına çıktığında, hizmet sunucularına erişim zorlaşmakta ve hizmet kalitesi de düşmektedir. İşte bu çalışmanın oluşturulmasındaki ana çıkış noktası da Suriyeli geçici sığınmacıların Türkiye’nin dört bir yanına dengesiz şekilde yayılımlarının yol açtığı dengesiz nüfus değişiminin, en temel sağlık hizmet sunucularını oluşturan birinci basamak sağlık hizmet sunucusu hekimleri ifade eden aile hekimlerinden toplumun sağladığı sosyal faydayı ve bu sosyal faydaya dayalı olarak da hesaplanabilir diğer gösterge değerlerini tespit etmektir. Böylece Suriye kaynaklı düzensiz göç hareketinin sağlık hizmet kalitesinde yol açtığı tahribatı da bir ölçüde tespit etmek mümkün olabilecektir.

Çalışmada tekli bölgesel eşitsizlik endekslerinden Atkinson endeksi istatistik uygulama yöntemi olarak alınmıştır. Uygulamada kullanılan veriler TÜİK, Göç İdaresi Genel Müdürlüğü ve Sağlık Bakanlığı’ndan temin edilmiştir. Yöntem hakkında bilgi sunumu sonrasında veri edinim kaynaklarının detaylandırılması ile literatürün sunumu gerçekleştirilmiş, ardından da çalışma kapsamında gerçekleştirilen istatistik uygulama bulgularının raporlanmasına gidilmiştir. Son olarak da elde edilen bulguların değerlendirilerek yorumlanması tartışma ve sonuç bölümünde gerçekleştirilmiştir.



2.YÖNTEM, VERİLER VE LİTERATÜR

Bölgesel eşitsizliklerin tespitinde çeşitli istatistik analiz yöntemleri kullanılmaktadır. Gelişmişlik grupları oluşturarak bölgesel birimleri gruplayan kümeleme analizleri ve bölgesel birimlerin gelişmişlik sıralama çalışmaları genellikle çok değişkenin bileşkesi alınarak gerçekleştirilmektedir. Bu tür çok değişkenli uygulamalarda tek bir katsayı değeri elde ederek eşitsizliğin genel şiddetini tespit etmekse olanaksızdır. Bir sıralama veya kümeleme sağlanabilmektedir.

Tekli eşitsizlik endekslerinde ise tek bir katsayı değeri ile varlığın gözlemler arasındaki dağılımının eşitsizliğinin şiddeti ölçülmektedir. Tekli eşitsizlik endeksleri içerisinde bilinen en eski ve yaygın endeks Gini katsayısıdır. Gini katsayısı 1912’de Corrado Gini tarafından türetilmiştir (Ceriani ve Verme, 20112). Bu katsayı 0 ile 1 arasında değer almakta olup, 0 değeri aldığı kaynağın tüm paydaşlar arasına eşit dağıtıldığını, 1 olması durumunda ise tüm kaynağın tek paydaş elinde toplanıp diğer paydaşların tamamen kaynaktan mahrum bırakıldığını göstermektedir. Gini katsayısından türetilen bir diğer tekli eşitsizlik katsayısı da Atkinson endeksidir. Bu endeks Antony B. Atkinson tarafından türetilmiştir. Orijinal eşitsizlik endeksi hesaplaması denklem 1’de sunulmuştur (Atkinson, 1970):

$$I_{\epsilon} = 1 - \left[\sum_i \left(\frac{y_i}{\mu} \right)^{1-\epsilon} f(y_i) \right]^{\frac{1}{1-\epsilon}} \quad [1]$$

şeklinde dir. Bu katsayının bölgesel eşitsizliğe dayalı ölçümde kullanılmasındaysa denklem 2’deki formülasyona dönüşüm sağlanmaktadır (Çiftçi, 2010).

$$A_{\epsilon} = 1 - \left[\frac{P_i}{P} \times \sum_{i=1}^n \frac{DR_i/P_i}{\bar{dr}/\bar{P}} \right]^{\frac{1}{1-\epsilon}} \quad [2]$$

Denklemdaki A_{ϵ} Atkinson endeksini, P_i i ilindeki nüfusu, i ili, P nüfus toplamını, \bar{P} nüfusun 80 ildeki aritmetik ortalamasını, DR_i i ilindeki aile hekimi sayısını, \bar{dr} aile hekiminin 80 ildeki aritmetik ortalamasını sembolize etmektedir. İl sayısının 80 olarak alınmasının sebebi ise Düzce’nin çalışma evreni dışında kalmasıdır. Duyarlılık parametresini oluşturan ϵ değeri ise hesaplama kolaylığı sebebiyle 2 olarak alınmıştır. Atkinson eşitsizlik endeksini diğer tekli eşitsizlik endekslerinden ayıran ve kısmen üstün kılsa, endeks değerine dayanarak sosyal fayda hesaplamalarının yapılabilmesidir. Örneğin endeks değeri 0,40 ise, dağılımındaki eşitsizliğin incelendiği varlığın tüm paydaşlara eşit miktarda dağıtımının yapılması durumunda sağlanacak sosyal faydanın, mevcut dengesiz dağıtım sebebiyle %60’ı düzeyinde mevcut varlık toplamından sağlandığı sonucuna varılmaktadır. Denklem 3’te Atkinson endeks değerine göre hesaplama yöntemi sunulmuştur.

$$\text{Sosyal Fayda Oranı} = 100 \times (1 - A_{\epsilon}) \quad [3]$$

Sosyal fayda oranı, Atkinson endeksinin birden çıkartılıp yüz ile çarpımıyla bulunan bir yüzdeler orandır. Sosyal fayda oranının yanı sıra yine Atkinson endeksine dayanarak sosyal fayda kaybı oranı da hesaplanabilmektedir. Denklem 4’te sosyal fayda kaybı oranının hesaplanma yöntemi sunulmuştur.

$$\text{Sosyal Fayda Kaybı Oranı} = 100 \times A_{\epsilon} \quad [4]$$

Sosyal fayda ve sosyal fayda kaybı oranlarına dayanarak hissedilen veya hissedilemeyen varlık miktarlarının hesaplanması da mümkün olmaktadır. Çünkü sosyal fayda oranı eşitsizlik sebebiyle dağıtım yapılan varlığın hissedilebilme oranını verirken sosyal fayda kaybı oranı ise dağıtım yapılan varlığın hissedilemeyen kısmının yüzdelik kısmını ifade etmektedir. Denklem



5'te dağıtımı yapılan varlığın hissedilen miktarının hesaplama yöntemi sunulmuştur. Bu çalışmada dağıtımı yapılan hekim arzı olduğundan, toplum tarafından hissedilen hekim sayısının hesaplanması şeklinde formülasyon şekillendirilmiştir.

$$Hekim_{Hissedilen} = Hekim\ Arzı \times (1 - A_{\epsilon}) \quad [5]$$

Denklem 6'da bu defa hekim arzının nüfusla tam dengeli dağıtılamaması sebebiyle oluşan sosyal fayda kaybı sonucunda toplumun hekim varlığından hissedemediği kısmının sayısal miktarının nasıl hesaplanacağı sunulmuştur.

$$Hekim_{Hissedilmeyen} = Hekim\ Arzı \times A_{\epsilon} \quad [6]$$

Hissedilen ve hissedilemeyen varlık miktarlarının hesaplanması, beraberinde kişi başına düşen cari, hissedilen ve hissedilemeyen varlık miktarlarının ya da cari, hissedilen ve hissedilemeyen varlık başına düşen nüfus miktarlarının hesaplanmasını da mümkün kılmaktadır. Denklem 7'de hissedilen hekim başına düşen nüfus miktarının hesaplama yöntemi sunulmuştur.

$$P/H_{Hissedilen} = \frac{\sum P}{Hekim_{hissedilen}} \quad [7]$$

Hissedilemeyen hekim başına düşen nüfus sayısı ise toplam nüfus sayısının hissedilemeyen hekim sayısına bölünmesiyle tespit edilmektedir. Denklem 8'de hesaplama yöntemi sunulmuştur.

$$P/H_{Hissedilmeyen} = \frac{\sum P}{Hekim_{hissedilmeyen}} \quad [8]$$

Yapılan tüm hesaplamalar ve uygulama bulgularının dayandığı veri seti üç farklı kaynaktan derlenmiştir. Toplam hekim ve aile hekimi sayıları T.C. Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı'ndan, il nüfus verileri TÜİK Biruni Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sonuçları veri seti portalından, illerdeki Suriyeli sayıları ise T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi 2016 Türkiye Göç Raporu'ndan derlenmiştir.

Hekim varlığı başta olmak üzere sağlık personelinin bölgesel dağılım eşitsizliğinin tespitinde Atkinson endeksinin kullanıldığı çeşitli öncül çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmaların bazıları şunlardır: Theodorakis vd (2006) Arnavutluk'taki pratisyen hekim dağılımını tespitinde Atkinson eşitsizlik endeksini kullanılmıştır. Gravelle ve Sutton (2001) ve Hann ve Gravelle (2004) ise İngiltere ve Galler'de genel pratisyen hekim dağılımlarının uzun dönemde gelişimini analiz etmede Atkinson endeksinden yararlanmışlardır. Ono vd (2010) küresel ölçüde göz hastalıklarının dağılımının tespitinde bu endeksi kullanmıştır. Toyabe (2009) Japonya'da genel hastanelerde, üniversite hastanelerinde, kliniklerde ve her üçünden birinde çalışan hekimlerin nüfusa göre dağılımlarındaki eşitsizliğin tespitinde Atkinson endeksinden yararlanmışlardır.

3.BULGULAR

Türkiye'de 2016 yılında mevcut olan toplam hekim sayısı 144.827 kişi olup, bu hacmin 24.427 kişisi aile hekimlerinden oluşmaktadır. Aile hekimleri dışında kalan diğer hekimlerinse toplam sayısı 120.400 kişi olmuştur. Hekimlerin Düzcce hariç 80 ildeki Türk nüfusuna göre dağılımlarına bakıldığında Atkinson endeks değerinin 0.0802 olduğu, aile hekimleri dışında kalan diğer hekimlerin dağılımında bu değer 0.1195 olarak gerçekleştiği, aile hekimlerinin dağılımındaysa neredeyse tam eşit dağılıma ulaşacak şekilde dengeli dağılım olarak 0,0027 olduğu sonucuyla karşılaşılmıştır. Endeks değerlerine göre hekimlerde sağlanan sosyal fayda oranlarına göre ise toplam hekim varlığından %92; aile hekimleri dışında kalan diğer hekim varlığından %88,1 ve aile hekimlerinde ise %99,7 oranında sosyal fayda sağlanmıştır. Sosyal fayda kaybı oranları ise tüm hekimlerin dağılım dengesizliğinde %8; aile hekimleri dışında kalan diğer hekim varlığında %11,9 ve aile hekimlerinde ise %0,3 olarak gerçekleşmiştir.



Mevcut hekim arzının sosyal fayda oranındaki kısmı, toplumun hissettiği hekim arzını tanımladığından, hesaplama yapılarak Türk toplumunun 2016 yılında 144.827 hekimi 133.214 kişi olarak, 120.400 kişilik aile hekimi dışında kalan hekimi 106.016 kişi olarak ve 24.427 aile hekimini de 24.361 kişi olarak hissettiği tespit edilmiştir. İl nüfuslarıyla dengesiz dağılım sebebiyle oluşan sosyal fayda kaybı kadar hekimse hissedilemeyen hekim varlığını oluşturmaktadır. Buna göre Türk toplumunca hissedilemeyen toplam hekim sayısı 11.613 kişi olup, aile hekimi dışındaki hekimler için bu sayı 14.384 kişi olarak gerçekleşmiş, aile hekimlerindeyse 24.427 hekimden sadece 66 kişi hissedilememiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Türk Toplumunun Aile Hekimlerinin İller arası Dağılımından Sağladığı Sosyal Fayda, 2016

Türkiye Nüfusunun Dağılımına Göre	Tüm Hekimler	Aile hekimleri dışındaki hekimler	Aile Hekimleri
Endeks Katsayısı	0,0802	0,1195	0,0027
Sosyal Fayda (%)	8,0	11,9	0,3
Sosyal Fayda Kaybı (%)	92	88,1	99,7
Hissedilen Personel	11.613	14.384	66
Hissedilmeyen Personel	133.214	106.016	24.361
Mevcut Personel	144.827	120.400	24.427

Suriyelilerin mevcut Türk toplumuna eklenmesiyle elde edilen illerdeki cari nüfusun 2016'daki dağılımlarına göre hekimlerin dağılımlarındaki dengesizlik belirgin şekilde artış göstermiştir. İllerarası dengesizlikte yaşanan artışla birlikte endeks katsayı değerleri hekim bütünü için 0,0926'ya; aile hekimi dışındaki diğer hekim toplamı için 0,1331'e ve aile hekimleri içinse 0,0068'e yükselmiştir. Türk ve Suriyeli bileşkesi olarak cari nüfusun hekimlerden sağladığı sosyal faydaysa toplam hekim varlığından %90.7 oranında, aile hekimleri dışındaki hekim varlığından %86.7 oranında ve aile hekim varlığından ise %99.3 oranında sağlanmıştır. Yeni bileşke toplum yapısında toplumun sosyal fayda kaybı oranları ise toplam hekim varlığından sağlanamayan sosyal fayda kaybında %9.3 oranında, aile hekimi dışındaki hekim varlığından sağlanamayan sosyal fayda kaybında %13.3 oranında ve aile hekimlerinden sağlanamayan sosyal fayda kaybı oranındaysa %0.7 oranında gerçekleşmiştir. Sosyal fayda oranlarına göre Türk ve Suriyeli nüfus bileşkesinin 144.827 kişilik toplam hekim varlığından hissettiği kısım 131.421 kişi iken hissedemedikleri toplam hekim sayısı ise 13.406 kişiye ulaşmıştır. Aile hekimleri dışındaki toplam hekim varlığından hissedilen kısım 104.375 kişi iken hissedilemeyen kısım ise 16.025 kişidir. Türk ve Suriyeli nüfus bileşkesinin ülkedeki 24.427 kişilik aile hekimi varlığından hissettikleri kısım 24.427 kişi iken hissedemedikleri kısım ise 165 kişi olarak gerçekleşmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Türk Toplumunu ve Suriyeliler Toplamının Aile Hekimlerinin İller arası Dağılımından Sağladığı Sosyal Fayda, 2016

Türkiye Nüfusunun Dağılımına Göre	Tüm Hekimler	Aile hekimleri dışındaki hekimler	Aile Hekimleri
Endeks Katsayısı	0,0926	0,1331	0,0068
Sosyal Fayda (%)	90,7	86,7	99,3
Sosyal Fayda Kaybı (%)	9,3	13,3	0,7
Hissedilen Personel	131.421	104.375	24.262
Hissedilmeyen Personel	13.406	16.025	165
Mevcut Personel	144.827	120.400	24.427



Türk nüfusuna Suriyelilerin eklenmesiyle oluşan yeni nüfus bileşkesine göre hekim varlığının dağılımında yaşanan eşitsizlikte yaşanan artış, nüfusun hekim varlığından elde ettiği sosyal fayda oranlarını düşürürken sosyal fayda kaybı oranlarını ise arttırmıştır. Böylece de yeni bileşke toplum tarafından hissedilen hekim varlığı sayısı düşerken hissedilmeyen hekim varlığı sayısı ise yükseliş göstermiştir. Tablo 1’deki değerlerden tablo 3’teki değerlerin çıkartılmasıyla elde edilen fark değerlerine göre Suriyeli nüfus ilavesinin ülkede yaşayanlar bütününde yol açtığı etki şu şekilde gerçekleşmiştir: Üç farklı hekim varlığının dağılımını gösteren Atkinson endeks katsayı değerlerinde yaşanan değişim, toplam hekimlerin dağılımında 0,0124’lük; aile hekimleri dışındaki toplam hekim varlığının dağılımında 0,0136’lık ve aile hekimlerinin dağılımındaysa 0,0041’lik artışa yol açmıştır. Sosyal fayda oranlarındaki değişim ise toplam hekim varlığından sağlanan sosyal fayda oranında %1,2’lik, aile hekimleri dışındaki hekim toplamından sağlanan sosyal fayda oranında %1,4’lük ve aile hekimlerinden sağlanan sosyal fayda oranında ise %0,4’lük düşüş yaşandığını göstermektedir. Yeni bileşke toplum tarafından hissedilen hekim sayısında toplam hekim varlığı için 1.793 kişilik, aile hekimleri dışındaki hekim varlığı için 1,641 kişilik ve aile hekim varlığı için ise 99 kişilik düşüş gerçekleşmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Türk Toplumunu ve Suriyeliler Toplamının Aile Hekimlerinin İller arası Dağılımından Sağladığı Sosyal Fayda, 2016

Türkiye Nüfusunun Dağılımına Göre	Tüm Hekimler	Aile hekimleri dışındaki hekimler	Aile Hekimleri
Endeks Katsayısı	0,0124	0,0136	0,0041
Sosyal Fayda (%)	-1,2	-1,4	-0,4
Sosyal Fayda Kaybı (%)	1,2	1,4	0,4
Hissedilen Personel	-1.793	-1.641	-99
Hissedilmeyen Personel	1.793	1.641	99

Suriyelilerin il nüfuslarına dahil olmalarıyla birlikte hekim başına düşen nüfus sayısı da artmıştır. Buna göre 2016 yılında genel olarak hekim başına düşen nüfus 551 kişi iken bu sayı Suriyeli’lerin dahil olmasıyla 571 kişiye çıkmıştır. Aile hekimleri dışındaki hekim başına düşen nüfus ise 663 kişiden 24 kişilik artışla 686 kişiye ve aile hekimi başına düşen nüfus ise 3.267 kişiden 116 kişilik artışla 3.383 kişiye yükselmiştir. Hissedilen hekim başına düşen nüfusa göre bakıldığında, genel olarak hekim başına düşen nüfus sayısının 599 kişiden 30 kişilik artışla 629 kişiye yükseldiği, aile hekimleri dışındaki hekim başına düşen nüfusun 753 kişiden 39 kişilik artışla 792 kişiye ve aile hekimi başına düşen nüfusun da 3.276 kişiden 130 kişilik artışla 3.407 kişiye yükseldiği görülmektedir. Dikkat edilecek olursa Suriyelilerin il nüfuslarına eklenmesiyle yaşanan artış hissedilen hekim sayısı başına düşen nüfusta, cari hekim başına düşen nüfustaki artışa göre daha fazla arttığı görülmektedir. Bu durumun sebebiyse Suriyelilerin il nüfuslarıyla da olan dengesiz dağılımının yol açtığı iller arası bölgesel eşitsizliğin şiddetlenişidir (Tablo 4).

Tablo 4. Cari ve Hissedilen Hekim Başına Düşen Nüfus Değişimi, 2016

	Tüm Hekimler	Aile hekimleri hariç tüm hekimler	Aile Hekimleri
Türk nüfus / hekim	Cari	551	663
	Hissedilen	599	753
Türk ve Suriyeli nüfus / hekim	Cari	571	686
	Hissedilen	629	792
Fark (Nüfus / hekim)	Cari	20	24



Hissedilen 30 39 130

Suriyelilerin il nüfuslarıyla orantılı şekilde dağılmayarak bazı illerde yoğunlaşmaları, beraberinde hekim varlığından sağlanan sosyal faydada ve hissedilen hekim sayısında da belirgin düşüşe yol açmıştır. Aile hekimlerinin toplumca hissedilmeyen kısmı 66 kişi ile sınırlıyken, Suriyelilerin dengesiz dağılımıyla bu kısım, 99 kişilik artışla 165 kişiye yükselmiştir. Yeni nüfus dağılımında yaşanan değişim, hekimlerden sağlanan faydayı düşürürken aslında bu düşüşten en fazla etkilenen kesim Suriyelilerdir.

Suriyelilerin 2016'da illerdeki nüfus dağılımlarına göre, ikamet ettikleri illerdeki hekim arzında yaşanan dengesizlik ve oluşan sosyal fayda kayıpları, elde edilen sosyal fayda düzeyleri, hissedilen ve hissedilemeyen hekim arzı sırasıyla şu şekilde gerçekleşmiştir. Atkinson endeks değeri Suriyeliler için 0.8143 olup, Suriyelilerin ülkedeki toplam hekim varlığından sağladığı sosyal fayda oranı %18,6 ile sınırlıdır. Sağlanan sosyal fayda oranları, aile hekimi dışındaki diğer hekim varlığından %17,2 ve aile hekimlerindense %24,5 oranında gerçekleşmiştir. Sosyal fayda kayıpları ise toplam hekim varlığı için %81,4; aile hekimi dışındaki hekimler için %82,8 ve aile hekimleri içinse %75,5 oranındadır. Buna göre Suriyelilerin hissettiği toplam hekim sayısı 26.895 kişi iken 117.932 hekimin varlığını hissedememişlerdir. Aile hekimi dışındaki toplam diğer hekim varlığını ise 20.678 kişi olarak hissedilen Suriyeliler, 99.721 hekimin varlığını hissedememiştir. Yine Suriyeliler bu defa aile hekimlerinin 5.985'ini hissederken 18.443'nü ise hissedememişlerdir (Tablo 5).

Tablo 5. Suriyelilerin Aile Hekimlerinin İller arası Dağılımından Sağladığı Sosyal Fayda, 2016

Türkiye Nüfusunun Dağılımına Göre	Tüm Hekimler	Aile hekimleri dışındaki hekimler	Aile Hekimleri
Endeks Katsayısı	0,8143	0,8283	0,7550
Sosyal Fayda (%)	18,6	17,2	24,5
Sosyal Fayda Kaybı (%)	81,4	82,8	75,5
Hissedilen Personel	26.895	20.678	5.985
Hissedilmeyen Personel	117.932	99.721	18.443
Mevcut Personel	144.827	120.400	24.427

4. TARTIŞMA VE SONUÇ

Aile hekimliği, Türkiye'de nüfusa göre en dengeli dağılımının gerçekleştirildiği, hatta neredeyse tam eşitlik durumuna yakın bir bölgesel dağılımın sağlandığı hekimlik türüdür. Diğer hiçbir tür hekim veya yardımcı sağlık personelinde, aile hekimlerinde olduğu kadar bölgesel nüfuslar gözetilerek dengeli dağılım gerçekleştirilememektedir. Suriye'den Türkiye'ye dönük düzensiz göç akımıyla 2016 yılında resmi rakamlarla 2,8 milyon civarında Suriyeli, Türkiye sınırları içerisinde yaşamını sürdürmektedir. Başlangıçta kamplarda misafir edilen Suriyeliler, sonraki yıllarda kamplardan çıkarak ülkenin dört bir yanına dengesiz şekilde dağılmıştır. Bu dengesiz dağılım, kamu sağlık hizmetlerinde en dengeli dağılımın başarıldığı aile hekimliğinde dahi çok şiddetli eşitsizliğe yol açmıştır. Böylece hekimlerden sağlanan sosyal fayda düzeyinde de belirgin düşüş yaşanmış, hekim varlığının bir bölümü ise toplumca hissedilemez hale düşmüştür. Dengesiz dağılımın ana kaynağı Suriyeliler olduğundan, özellikle Suriyelilerin başta aile hekimleri olmak üzere ülke içerisindeki hekim varlığından %20-25 bandında sosyal fayda sağlayabilecek düzeyde dengesizlik yaşamaktadır. Üstelik Suriyelilerin önemli bölümü Arapça dışında dil bilmediğinden, bu dengesiz dağılımın da yanı sıra mevcut hekim varlığından da aktif şekilde faydalanamamasına sebep olmaktadır.



Suriyelilerin iller arası dağılımlarındaki yığılmalar ve genel olarak dengesiz dağılım gösterecek düzensiz göç akımına yol açmaları, hem Türk toplumunun aile hekimlerinden, diğer hekimlerden ve hekim toplamından sağladıkları sosyal faydada belirgin düşüş yaşanmasına hem de hissedilen hekim başına düşen nüfusta ciddi artış yaşanmasına sebep olmuştur. Suriyelilerin dengesizleşen dağılımdan en olumsuz etkilenen kesimi oluşturmasıysa, aynı zamanda dernek şeklinde kurulup faaliyetlerini yürüten Suriyeli hekimlere yönelmelerine yol açmaktadır. Bu da özellikle aile hekimliğinde enformel yani yasal dayanağa sahip olmaksızın faaliyet gösteren gölge işgücü piyasası oluşmasına yol açabilecektir. Zamanla söz konusu hekimlere Türk nüfustan da kayış olabileceği düşünüldüğünde, Suriyelilerin dengesiz dağılımlarının çok yönlü olumsuz etkileri açıkça gözlemlenebilmektedir. Dolayısıyla sadece Suriyelilere hizmet verecek sağlık birimlerinin en azından birinci basamak tedavi edici sağlık hizmet sunucusu birimlerin oluşturulması, olası sorunların çözümüne kalıcı katkı sağlama potansiyelindedir.

REFERENCES

- Atkinson, A. B. (1970). On the measurement of inequality. *Journal of Economic Theory*, 2(3), 244-263.
- Ceriani, L., & Verme, P. (2012). The origins of the Gini index: extracts from *Variabilità e Mutabilità* (1912) by Corrado Gini. *The Journal of Economic Inequality*, 10(3), 421-443.
- Çiftçi, M. (2010). Türkiye’de 60 yaş ve üstü nüfusun sağlık hizmetlerinin bölgesel dağılımından sağladıkları sosyal fayda düzeyleri. *Turkish Journal of Geriatrics*, 13(4): 252-260.
- Gravelle, H., & Sutton, M. (2001). Inequality in the geographical distribution of general practitioners in England and Wales 1974-1995. *Journal of Health Services Research & Policy*, 6(1), 6-13.
- Hann, M., & Gravelle, H. (2004). The maldistribution of general practitioners in England and Wales: 1974–2003. *British Journal of General Practice*, 54(509), 894-898.
- Ono, K., Hiratsuka, Y., & Murakami, A. (2010). Global inequality in eye health: country-level analysis from the Global Burden of Disease Study. *American Journal of Public Health*, 100(9), 1784-1788.
- T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü (2017). *2016 Türkiye Göç Raporu*, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2017). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016*, Ankara.
- Theodorakis, P. N., Mantzavinis, G. D., Rrumbullaku, L., Lionis, C., & Trelle, E. (2006). Measuring health inequalities in Albania: a focus on the distribution of general practitioners. *Human Resources for Health*, 4(1), 1-9.
- Toyabe, S. I. (2009). Trend in geographic distribution of physicians in Japan. *International Journal for Equity in Health*, 8(1), 1-8.
- TÜİK, *Adrese Dayalı Nüfus Kayıt İstatistik Sonuçları*, <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/>