

Kadın doğum uzmanlık dalında insan kaynakları

Prof. Dr. Mehmet Zeki Taner



Midyat Lisesinde orta öğrenimini, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde lisans eğitimini tamamladı (1986). Sağlık Bakanlığı, Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Hastanesinde Kadın Hastalıkları ve Doğum ihtisasını yaptı (1992). 1994 yılından itibaren Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında akademik faaliyetlerini sürdürmektedir. Bu süre içinde Gazi Hastanesi Başhekim Yardımcılığı (1999-2000), Avrupa Birliği projeleri Değerlendirme Komisyonu Üyeliği (2007-2008), Tüp Bebek Bilim Komisyonu Üyeliği (2004-2010), Özel Hastaneler Teknik Komisyonu Üyeliği (2004-2010), Sağlık Bakanlığı Etik Kurul Üyeliği (2004-2010), YÖK Tıp Sağlık Komisyonu Üyeliği (2008-2012), Tıpta Uzmanlık Kurulu Üyeliği (2011-2013) ve Başkanvekilliği (2011) görevlerinde bulunmuştur.

İnsan gücü planlaması her sektörde olduğu gibi sağlık hizmeti sunumunda da oldukça önemlidir. Konu, Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye'de 1950'li yıllardan itibaren politika yapıcıların hep gündeminde olmuştur. Nüfus başına düşen hekim sayısı, planlamaların ana belirleyicilerinden biridir. Son yıllarda yapılan ülkelerin sağlık sistemleri kalitesi derecelendirmeleri ise sayısal oran ve dağılımın yanında uygulanan sağlık hizmeti sisteminin ve hizmetin kalitesinin de ana belirleyici olduğunu ortaya koymaktadır. Sağlık hizmeti sunumunda günümüzün yükselen trendi "yüksek kalitede sağlık hizmeti" sunumudur. Bu makalede dünyada ülkemizde kadın hastalıkları ve doğum (KHD) uzman hekim dağılımı kısaca irdelenecek ve Türkiye için önerilerde bulunulacaktır.

Sağlık insan gücü planlaması: Toplumla bugün sunulan ve gelecekte sunulacak sağlık hizmetlerini gerçekleştirmek üzere herkese ve ihtiyaç duyduğu anda, sağlık çalışanlarının yeterli nicelikte, yüksek nitelikte, düzgün bir dağılımla, yerinde ve zamanında ve doğru bir şekilde istihdam edilmesinin planlamasıdır.

Sağlık insan gücü: Kamu ya da özel tüm sağlık kesiminde toplumun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini üreten personelin tamamına verilen bir addır.

Terminolojik değişim: Sağlık insan gücü/insan kaynakları terminolojisinden önce çok kısıtlı amaç ve hedef ifade eden personel yönetimi terminolojisi kullanılırdı.

Günümüzde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yeni bir kavram geliştirdi: Sağlık İnsan Gücü Geliştirme. DSÖ bu kavramını şöyle tanımlamaktadır: Sağlık insan gücü geliştirme, insan gücünün planlanması, üretimi (eğitimi) ve yönetimi, başka bir deyişle ihtiyaçların tespiti ve sağlık çalışanlarının gerektiği gibi eğitilmesi, istihdam edilmeleri, yeterli ücret almaları ve sağlık sisteminde kalmaları için kariyer gelişimi olanaklarını sağlayacak adımların atılmasıdır. Bu şekilde yine milenyum hedefleri yerine önerilen Sürdürülebilir Kalkınma Hedefine ulaşabilmek için daha kapsamlı bir tanım yapılmış oldu. Burada vurgulandığı gibi sağlık insan gücünü eğitimi ve maddi ve manevi tatmin için, yani çalışan memnuniyeti için kariyer geliştirme ve yeterli ücretlendirmeyi de bu modern planlama kavramının bir parçası olarak saymıştır.

Planlama süresi: Özellikle hekimlik gibi yetişmesi zor ve zaman isteyen alanda yapılacak planların uzun vadeli, en az 15-20 yıl ileriye yönelik yapılması gerekmektedir.

Sağlık insan gücü planlamasının zorluğu: Birbirine ilişkili, bağımlı ve birbirini tamamlayan, biri olmadığında diğerinin de fonksiyonunu icra edememesi gibi bir durumla karşı karşıya kalınan tanımlanmış 29 meslek grubu ve yüze yakın hekim ana ve yan dallarını bütüncül bakışla beraber planlamak, hizmet sektörleri arasında insan kaynaklarının en zor planlanabileceği bir alandır. Veri toplama, planlama süreci ve en önemlisi

de uygulama aşamasında birçok kurum ile iş birliği şarttır. Planlamanın işleyebilmesi ve başarılı olabilmesi için kararlı ve tutarlı politikalara ve politik-bürokratik güçlere ihtiyaç vardır. Siyasi iradenin istekli ve kararlı oluşu oldukça önemlidir. Uzun vadeli planlamaların başarısında planlamanın kendisinden daha çok siyasi istikrarın önemi vardır.

İnsan gücü planlamasından önce bazı cevaplanması gereken sorular:

Planlamanın hangi ülkede, ülkenin hangi bölgesinde, hangi hedefe yönelik olarak, hangi yöntemle, nasıl yapılacağı (finans kaynağı, fiziki altyapı, bilgi, zaman, insan gücü), ne kadar süre de gerçekleştirileceği, gerekçesi, iş takvimi ve kim tarafından uygulanacağı sorularına cevap bulunmalıdır. Bu soruları dikkate alan bir planlama daha gerçekçi ve başarılı olacaktır.

Sağlık insan gücü planlamasında uygulanan yöntemler şu ana başlıklar altında toplanabilirler:

- 1) İnsan gücü nüfus oranı
- 2) Hedef
- 3) İhtiyaç
- 4) Talep Başvuru

Bu klasik yöntemler dışında DSÖ, belli bölgeler için özel planlama programları da uygulamaktadır. Bütün kalkınma planlarında vurgulanan ortak noktalar hekim sayısı, dengeli dağıtım, adil-eşit hizmet ve sağlığın finansmanıdır. Bu konularda arzu edilen hedefe tam ulaşılmasa da

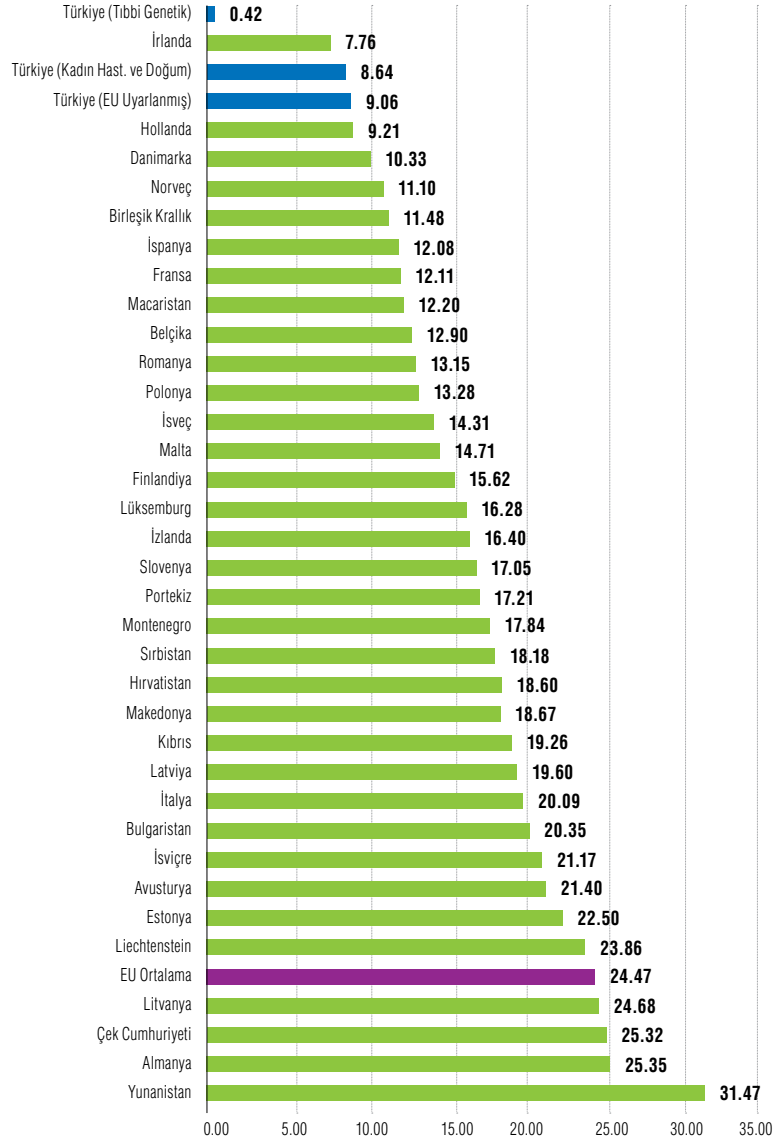
büyük mesafe katıldığı inkâr edilemez bir gerçektir. Geçmişte sağlık hizmetine erişim temel hedef olarak kabul edilirken, günümüzdeyse hedef yüksek kalitede sağlık hizmetidir. Yapılan planlamanın sonuçlarını, başarısını, başarısızlığını ve sapmalarını görmek için sürekli izlem ve güncel istatistikî bilgiler, yani çok parametrelî sağlık verileri analizi ve bu analizler sonucu verilerden bilgi ve politika üretilmesi ve karşılaştırılan politikaların kontrolünün sağlanması şarttır. MENRİS ve e-devlet uygulamaları ile Sosyal Güvenlik Kurumu kayıtları bunu başarmak için önemli ve büyük bir avantajdır.

Planlamaya geçmeden önce birçok ölçüte ihtiyaç vardır. Bir anlamda toplumun beden ölçülerine ihtiyaç duyulmaktadır. Bunlar şu şekilde sıralanabilir: 1) Sağlık insan gücü verileri 2) Nüfusun sağlık hizmetlerini kullanım durumu 3) Sağlık düzeyi göstergeleri 4) Demografik veriler 5) Ekonomik veriler 6) Gelecekte beklenen iş yükü değişiklikleridir. Bu ölçütler güncel ve sağlıklı olarak elde olmadan yapılacak planlama afaki olmaya mahkumdur.

Türkiye’de sağlık insan gücü planlamasının büyüklüğü: Bunu anlamak için aşağıdaki bilgilerin yeteri kadar aydınlatıcı olacağı kanaatindeyim. Kamu sağlık çalışanlarının sayısı tüm kamu personeli arasında eğitim öğretim hizmetleri ve genel idari hizmetler sınıfından sonra 407.598 (kamu personelinin %16,77’si) sayısı ile üçüncü sırada yer almaktadır. Bu büyük sağlık ordusu 29 ayrı meslek grubu, sayısız alt iş alanları ve yüze yakın hekimlik dalları ile farklı özelliklere sahip ve farklı bölgelere dağılmış 81 milyon kişiye hizmet götürmek, sağlık kurumları arasında amaca uygun dağıtmak, sağlık turizmi etkisini göze almak, eğitim ve gelişmeyi hedeflemek, coğrafyamızın, tarihimizin ve kültürel birikimlerimizle Türkiye’nin üstlendiği bölgesel aktör misyonuna hizmet etmek, gerektiğinde dünyanın uzak bölgelerine sağlık hizmeti götürürebilmek için bütün değişkenleri ve sürekli değişimleri hesaba katarak planlama yapmak gerekmektedir.

Kadın Hastalıkları Ve Doğum Uzmanlık Dalında İnsan Kaynakları

(KHD) hekimliği hizmeti toplumun her kesimini ve bütün hekimlik alanlarını ilgilendirmektedir. Fetal hayattan yaşamın

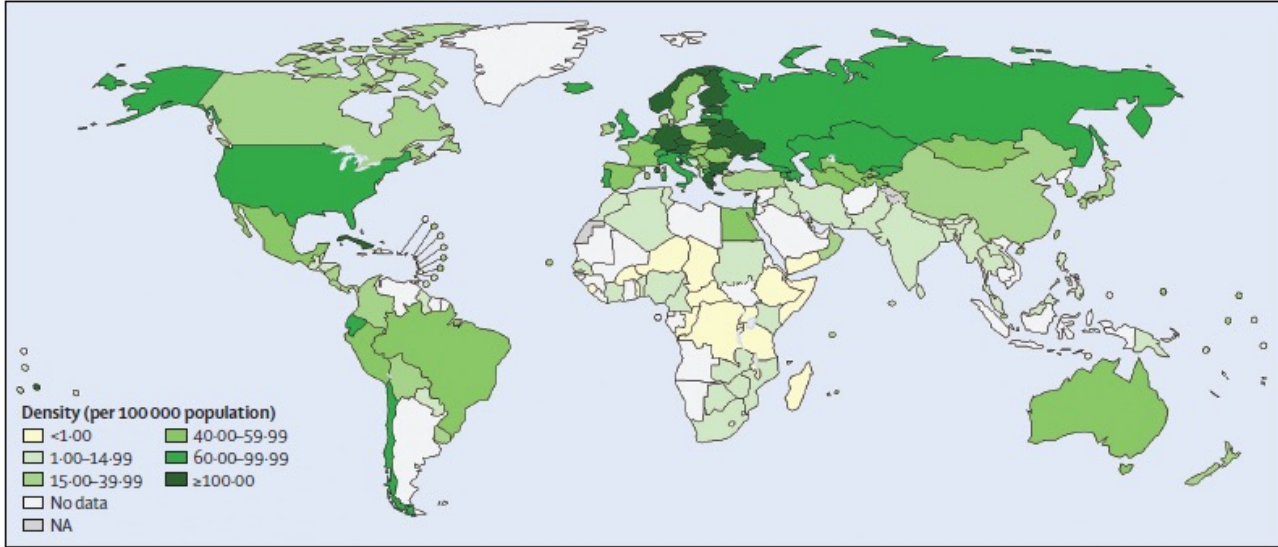


Grafik 1: 100 Bin Kişiye Düşen Kadın-Doğum Uzmanı Sayısı

sonuna kadar her yaş grubunun kadın doğumu ilgilendiren sağlığı koruyucu sağlık hizmeti ve hastalık durumu vardır. Acil ve acil olmayan hizmet alanları vardır. Hizmet verilen hasta grubunun beklenmedik acil durumları, ani sağlık durumu değişiklikleri olduğu için riskli, yorucu ve yıpratıcı bir hekimlik alanıdır. Mesai kavramı pek olmamaktadır. Özel günler, özel planlar, tatiller, hafta sonları, geceler aktif çalışan bir (KHD) uzmanı için her zaman bölünmeye adaydır. Bu nedenlerle son zamanlarda hekimler tarafından tercih sıralamasında ilk üç sıradan en altlara gerileyerek en düşük puanlarla kazanılan bir branş hâline geldi. Bu durum mesleğin, dolayısıyla kadın doğum hizmetlerinin geleceği konusunda kaygı verici bir durumdur.

Yukarıdaki grafikte Türkiye’nin 100 bin kişiye düşen kadın doğum uzmanı sayısı bakımından en sonuncu İrlanda’dan bir önceki sırada yer aldığı görülmektedir.

Öte yandan Yunanistan en yüksek hekim sayısına sahiptir. Aynı oranda sağlık hizmeti kalitesi sağlayıp sağlamadığı ayrı bir inceleme konusudur. Mesela, İspanya daha az uzman hekime sahip iken Almanya ve İngiltere’den daha başarılı sağlık hizmeti sunmaktadır. Grafik 1 ve Şekil 1’de dünyada kadın doğum uzmanlarının dağılımına dikkat edilirse Avrupa Birliği ve Amerika Birleşik Devletleri’nden daha az hekime sahip olduğumuz görülebilir. Ancak Kanada ile aynı kadın doğum uzmanı yoğunluğuna sahibiz. Fakat Kanada sağlık sistemi kalitesinin Türkiye’den daha iyi olduğu aşikardır. Öte yandan Orta Asya ülkelerinde 100.000 nüfusa düşen kadın doğum uzmanı sayısı bizden 8-10 kat daha fazladır. Ama aynı ölçüde sağlık hizmeti kalitesinden bahsetmek mümkün değildir. Bu bilgi yukarıdaki sayısal planlamanın gerekli ama tek başına kaliteli hizmet üretimi için tek belirleyici olmayacağı tezimizi desteklemektedir.



Şekil 1: 100.000 Kişiye Düşen Cerrah, Kadın Doğum Uzmanı ve Anesteziyolojist Dağılımı (2)
* WHO üyesi olmayan ülkeler verisi haritada gösterilmemiştir.

Bölge	Hekim	Hekim/100.000
New Foundland/ Labrador	43	8,1
Prens Edward Adası	8	5,2
Nova Scotia	68	7,1
New Brunswick	43	5,7
Quebec	528	6,3
Ontario	847	5,9
Manitoba	82	6,1
Saskatchewan	72	6,2
Alberta	239	5,5
British Columbia	277	5,7
Bölgeler	6	4,9
Kanada	2213	6

Tablo 1: Kanada'da İller Bazında 100 Bin Kişiye Düşen Kadın Doğum Uzmanı Sayısı (4).

Son olarak mevcut kadın doğum uzmanı Türkiye dağılımına Tablo 2'de göz attığımızda dağılım dengesizliği hemen dikkati çekmektedir. Üç büyük şehirde en fazla hekim varken en fazla ihtiyacın olduğu ve maternal morbidite ve mortalitenin fazla olduğu illerde daha az sayıda hekim olduğu görülmektedir. Bu beklenen bir sonuçtur ve uzun zaman dengelenemeyecek görünmektedir. Çünkü ekonomik ve sosyal ortam, ulaşım ve ekonomik kazanç düzeyi gibi birçok faktör vardır. Buna rağmen Doğuda, Güneydoğuda, Karadenizde en ücra yerlere uzman hekim istihdam edilebilmesi insan kaynaklarını dağılımı açısından başarı kabul edilmelidir. Uzman başına düşen kadın nüfus oranı, 2017 nüfus sayımına

göre toplam ve ildeki kadın sayısından ve Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü İnsan Gücü Daire Başkanlığından alınan 1.11.2018 tarihli güncel uzman dağılım rakamlarından hesaplanmıştır. Bir yıl fark olmakla beraber fikir vermesi bakımından kullanılmıştır. Bu verilere göre 2017'de toplam kadın nüfus sayısı 40.808.147, toplam kadın hastalıkları ve doğum uzmanı sayısı ise 5.608'dir. KHD uzmanı başına düşen ortalama kadın nüfus sayısı ülke genelinde 7.276 olarak hesaplanmıştır. Tablo 2'de illere göre kadın nüfus/KHD uzmanı oranları verilmiştir.

Nüfus başına düşen kadın doğum uzmanı sayısı bakımından Avrupa Birliği ülkelerinin gerisindeyiz. Ancak yukarıda sağlık insan gücü planlamasında yaygın kullanılan yöntemler ve planlama için gerekli ölçütler yer almaktadır. Hangi yöntem tercih edilirse edilsin bu ölçütlere ihtiyaç vardır. Bu ölçütler elde olmadan planlama yapmak, ölçüsü alınmamış bedene takım elbise dikmeye benzerdir. Ya dar ya kısa ya bol ya da uzun gelecektir. Muhtemel modeli bedene uygun olmayacaktır. Bu nedenle bu yazıda rakamsal önerilerde bulunmak yerine bazı prensipler önermenin daha doğru olacağı kanaatindeyim. Bu prensipler şunlardır:

1) Birçok branşta olduğu gibi kadın hastalıkları ve doğum alanında da diğer meslek grupları ve hekimlik dallarına az ya da çok bağımlılık vardır. Biri olmadan diğeri işlevini göremez veya sınırlı fonksiyona sahip olur, kapasitenin atıl kalmasına sebep olabilir.

2) Tıbbi sekreterden başlayarak yardımcı sağlık personeli hekimin daha etkin ve verimli çalışmasını sağlayacaktır.

3) Ebelik sisteminin güçlendirilmesi ve ebelerin hekim nezaretinde yetkin kılınmaları hekim ihtiyacını azaltacağı gibi sezaryen oranlarında da önemli oranda düşmeye sebep olacaktır.

4) En başta gelen ultrasonografi, endoskopi seti ve kolposkopi olmak üzere gerekli tıbbi cihaz olmadan günümüzde kadın doğum hizmeti verilemez.

5) Kadın doğum, özellikle doğum hizmetinin verildiği yerde kan bankacılığının mutlaka kurulması gerekir.

6) Kadın doğum cerrahi bir branş olduğu için anesteziist olmayan kuruma kadın doğum uzmanı göndermek işlevsel değildir.

7) Kadın doğumun yan dalları diğer branşlara bağımlıdır. Yukarıda ifade edildiği gibi anesteziist vazgeçilmez çalışma arkadaşidir.

8) Erişkin yoğun bakım hem obstetrik-perinatoloji hem de jinekolojik onkoloji için gereklidir.

9) Jinekolojik onkolog medikal onkoloji dalına ve radyoterapiye ihtiyaç duyar.

10) Perinatoloji yan dal uzmanı, yeni doğan uzmanı, yeni doğan yoğun bakım ünitesi ve genetik uzmanı ve laboratuvarı olmadan verilecek hizmet sınırlı kalır.

11) Kadın doğum ve yan dalları cerrahi uzmanlık alanları olduğu için hastanelerde istihdam edilmektedir. İşlevsel planlama için, kurumların profesyonel yönetimi, güncel veriler ile iş gücü verimi ve çıktıların analizi sağlanmalıdır.

12) Yukarıda değinildiği gibi koruyucu sağlık hizmeti ve aile hekimliği hizmeti önce planlanmalıdır. Etkin çalışması du-

rumunda özellikle sevk zincirinin hayata geçirilmesi ile birçok alanda olduğu gibi kadın hastalıkları ve doğum alanında uzman hekim ihtiyacı azalacaktır.

13) Yakın çalışma gerekliliği ve zorunluğu olan branşların grup yapılarak planlamalarının ve atamalarının beraber yapılması gerekir.

14) Rekabet ortamı yaratmasıyla hizmette kalite yarışını ateşlemesi beklenen özel sektör gittikçe büyüyerek kamu sektörünün alanını daraltıyor. Kasım 2018 verilerine göre sağlık bakanlığına bağlı hastanelerde çalışan kadın hastalıkları doğum sayısı 2166, üniversitelerde çalışan sayısı 504 iken özel sektörde çalışan sayısı ikisinin toplamından da fazla olarak 2938'dir. (Kamuda çalışan 2670, özel sektörde çalışan 2938 uzman). Kamu sektörünün özel sektörle kalitede yarışmaya, rekabet etmeye hiç niyeti yok gibidir, çünkü çalışanları böyle bir yarışa motive edecek sebep yoktur.

Özet olarak, sağlık insan gücü planlamasında makro ve mikro analizler yaparak ülke, bölge ve kurum bazında verilerin analizi sonucu kendimize özgü tanımlanan dört planlama yöntemlerinin entegre kullanımıyla geliştirilecek sürekli izlenen, yeniden değerlendirilen, gerektiğinde değişiklikler yapılan Yüksek Kaliteli Sağlık Hizmetini hedefleyen bir planlamaya ihtiyacımız vardır. (KHD) alanında mevcut dağılım bugüne kadar yapılan en başarılı dağılımdır. İşlevsel bir planlama, yukarıda sayılan prensipler doğrultusunda paydaşlar ile beraber yapılması gerekmektedir.

Kaynaklar

1) AB Ülkeleri ve Türkiye'de Branş Bazında 100 Bin Kişiye Düşen Hekim Durumu ve Minimum Eğitim Kontenjanları, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, e-bülten, Kasım 2018, sayı 3.

2) Holmer H., Lantz A., Kunjumen T., vd., *Global Distribution of Surgeons, Anaesthesiologists and Obstetricians*, *Lancet Global Health*, 2015 Nisan 27; 3 syf. 9-11.

3) *High-Quality Health Systems in the Sustainable Development Goals Era: Time For A Revolution*. The Lancet Global Health Commission, www.thelancet.com/lancetgh 5 Eylül, 2018, [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3) (Erişim Tarihi: 16.11.2018).

4) <https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/en/advocacy/profiles/obgyn-e.pdf> (Erişim Tarihi: 16.11.2018).

5) <http://www.dpb.gov.tr/tr-istatistikler/kamu-personeli-istatistikleri> (Erişim Tarihi: 15.12.2018).

6) Hogarth, J., "Glossary of Health Care Terminology", WHO, Kopenhag, 1975.

7) Kavuncubaşı, Ş., Yıldırım, S., *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, 2. Baskı, Ankara, 2010.*

	Uzman Sayısı	Toplam Nüfus (2017)	Kadın Nüfusu (2017)	KHD Uzmanı Başına Düşen Kişi Sayısı
Adana	149	2.216.475	1.107.536	7.433
Aksaray	21	402.404	202.171	9.627
Ankara	620	5.445.026	2.742.534	4.423
Antalya	207	2.364.396	1.171.814	5.660
Aydın	74	1.080.839	541.113	7.312
Balıkesir	68	1.204.824	602.549	8.861
Batman	32	585.252	291.409	9.120
Bingöl	10	273.354	134.172	13.417
Bursa	240	2.936.803	1.466.462	6.110
Diyarbakır	91	1.699.901	842.831	9.261
Edirne	29	406.855	200.513	6.914
Elâzığ	31	583.671	292.979	9.450
Erzurum	27	760.476	381.249	14.120
Eskişehir	66	860.620	431.542	6.538
Gaziantep	118	2.005.515	992.523	8.411
Hakkâri	10	275.761	127.271	12.727
İstanbul	1414	15.029.231	7.499.740	5.303
İzmir	432	4.279.677	2.146.129	4.967
Kayseri	87	1.376.722	687.127	7.898
Manisa	77	1.413.041	702.663	9.125
Mardin	38	809.719	403.399	10.615
Rize	18	331.041	166.063	9.225
Samsun	85	1.312.990	663.466	7.805
Siirt	14	324.394	157.992	11.285
Sinop	6	207.427	104.356	17.392
Şanlıurfa	86	1.985.753	986.454	11.470
Şırnak	18	503.236	239.405	13.300
Tekirdağ	63	1.005.463	488.967	4.802
Trabzon	39	786.326	397.613	10.195
Van	42	1.106.891	543.067	12.930
Yalova	13	251.203	125.634	9.664
Zonguldak	38	596.892	302.398	7.957

Tablo 2: Türkiye'nin Farklı Bölgeleri ve Farklı Gelişmişlik Düzeyine Sahip Örnek Illerde Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Başına Düşen Kadın Nüfus

8) *Measuring Performance on the Health Care Access and Quality Index for 195 Countries and Territories and Selected Subnational Locations: A Systematic Analysis from the Global Burden of Disease Study, GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators*. *Lancet* 2018; 391: 2236–71.

9) *Models and Tools for Health Workforce Planning And Projections Human Resources for Health Observer*, Sayı 3, *Dünya Sağlık Örgütü*, 2010, http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44263/9789241599016_eng.pdf?sequence=1 (Erişim Tarihi: 16.11.2018).

10) Frank, W. J., Anderson, Lina R., Chiara Benedetto, vd. *Obstetrics and Gynecology in Global Health: Lessons Learned for Advancing Public Health to Achieve Universal Health Care*, *Mays* 2018, *Bulletin of the American College of Surgeons* 103 (5).

11) *Physician-Nurse Migration to the United States: Regional and Health Status Origins in Relation to Legislation and Policy*. *Rockett IR, Putnam SL*. *Int. Migr.* 1989, 27 (3): 389-409

12) *Sağlıkta İnsan Kaynakları, 2023 Vizyonu, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam*

Hifzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hifzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2011.

13) Samuel R. G. Finlayson, Craig D. McClain, John G. Meara, Lars Hagander, *Shortage of Doctors, Shortage of Data: A Review of the Global Surgery, Obstetrics, and Anesthesia Workforce Literature*. *MargueriteHoyler, World J Surg.* 2014, 38: 269–280.

14) Holmer H., Oyerinde, K., Meara, JG., Gillies, R., Liljestrand, J., Hagander, L., *The Global Met Need for Emergency Obstetric Care: A Systematic Review*, 2015, *Ocak*; 122 (2): 183-9.

15) *Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2013-2017 Stratejik Plan*, 2012, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-82966/h/stratejikplan20132017>(Erişim Tarihi: 29.04.2014).

16) *Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu (Kurumların Öğrenci ve Akademik Personel, Fiziki Mekân ve Kapasite, Cihaz ve Donanım Durumu)*, Şubat 2014, Eskişehir.

17) *Yabancı ülke verileri EUROSTAT Sağlık Veri Tabanı*, http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=h1th_rs_spec&lang=en (Erişim Tarihi: 07.09.2018).