

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



**SAĞLIK HİZMETLERİNDE BÖLGESEL  
EŞİTSİZLİKLERİN ANALİZİ VE TÜRKİYE  
ÖRNEĞİ**

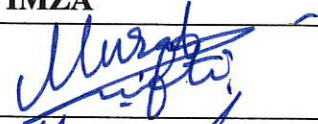
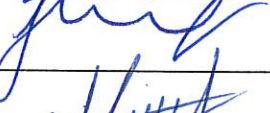

ŞEYHMUS DEMİR

TEZ DANIŞMANI  
DOÇ. DR. MURAT ÇİFTÇİ

EDİRNE  
2019

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

Şeyhmus DEMİR tarafından hazırlanan **Sağlık Hizmetlerinde Bölgesel Eşitsizliklerin Analizi ve Türkiye Örneği** Konulu **Yüksek Lisans** tezinin Sınavı, Trakya Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 19-20 maddeleri uyarınca **26.04.2019** günü saat **11:30** 'da yapılmış olup, yüksek lisans tezinin \* **Kabul Edilmesine**..... **OYBİRLİĞİ/OYÇOKLUĞU** ile karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ	KANAAT	İMZA
Doç.Dr. Murat ÇİFTÇİ	Kabul Edilmesine	
Prof. Dr. Fatma Lorcü	Kabul Edilmesine	
prof. Dr. Mustafa Tekin	Kabul Edilmesine	

\* Jüri üyelerinin, tezle ilgili kanaat açıklaması kısmında "Kabul Edilmesine/Reddine" seçeneklerinden birini tercih etmeleri gerekir.

T.C  
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU  
ULUSAL TEZ MERKEZİ

## TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

Referans No	10248531
Yazar Adı / Soyadı	ŞEYHMUS DEMİR
T.C.Kimlik No	42757789852
Telefon	5446909009
E-Posta	syhmsdmr3@gmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	Sağlık Hizmetlerinde Bölgesel Eşitsizliklerin Analizi ve Türkiye Örneği
Tezin Tercümesi	Analysis of Regional Disparities in Health Care and The Case of Turkey
Konu	Sağlık Kurumları Yönetimi = Health Care Management ; Şehircilik ve Bölge Planlama = Urban and Regional Planning ; Sağlık Kurumları Yönetimi = Health Care Management
Üniversite	Trakya Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sosyal Bilimler Enstitüsü
Anabilim Dalı	Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Bilim Dalı	
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2019
Sayfa	113
Tez Danışmanları	DOÇ. DR. MURAT ÇİFTÇİ
Dizin Terimleri	Sağlık yönetimi=Health management ; Bölgesel eşitsizlik=Regional disparity
Önerilen Dizin Terimleri	Bölge bilimi=regional science, Sosyal politika = Social policy

16.05.2019

İmza:.....

**Tezin Adı:** Sağlık Hizmetlerinde Bölgesel Eşitsizliklerin Analizi ve Türkiye Örneği

**Hazırlayan:** Şeyhmus DEMİR

## ÖZET

Sağlık hakkı, temel insan haklarından biridir. Sağlık hizmetlerine herkesin eşit erişim imkânının olması gerekir. Sağlık sistemlerine göre sağlık hizmetlerinden yararlanmada farklılaşma yaşanmaktadır. Ancak en azından aynı ülke içerisindeki coğrafi birimlere göre, sağlık hizmetlerine erişimde eşitliğin olması hedeflenmelidir. Türkiye’de sağlık hizmetleri incelendiğinde, sağlık hizmet unsurlarına göre bölgeler arası dağılımda ciddi farklılaşmaların olduğu görülmektedir. Bazı hizmet unsurlarında çok dengeli dağılım sağlanırken bazılarında ise birkaç bölgede yaşanan yığılma ile birlikte şiddetli bölgesel dengesizliklerin yaşanması söz konusudur. Çalışma kapsamında gerçekleştirilen istatistik uygulamada 2017 yılı için dört gösterge grubunda 103 göstergenin bölgelerarası dağılımı analiz edilmiştir. Sağlık hizmetlerinin bölgeler arası dağılımında en dengeli olan gösterge grubu tıbbi cihazlar gibi sağlık hizmet kaynaklarıdır. Sağlık işgücünün bölgeler arası dağılımı da dengeli bir yapıya sahiptir. Buna karşılık sağlık kurumları ve sağlık hizmet alımlarında bölgeler arası dengesizliğin yüksek olduğu görülmektedir. Gösterge grupları içerisindeki değişkenler açısından da ciddi farklılıklar yaşanabilmektedir. Örneğin; sağlık işgücü grubunda uzman hekimlik alt branşlarında bölgesel eşitsizlik şiddeti diğer personel dağılımına göre fazladır. Sağlık kurumları alt grubundaki yoğun bakım yataklarında diğer göstergelere göre dengesiz dağılım şiddeti fazladır. Sağlık hizmet alımı grubunda ise ameliyatlarda bölgesel dağılım dengesizliğinin şiddeti yüksektir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık yönetimi, sağlık hizmetleri, bölge bilimi, bölge planlama, bölgesel eşitsizlik.

**Title of The Thesis:** Analysis of Regional Disparities in Health Care and The Case of Turkey

**Prepared by:** Şeyhmus DEMİR

## **ABSTRACT**

The right to health is one of the fundamental human rights. Everyone should have equal access to health care. According to health systems, there is a differentiation in utilization of health services. However, at least according to geographical units within the same country, equality of access to health services should be targeted. When health services are examined in Turkey, it is observed that there are serious differentiations in the distribution between regions according to the health service elements. While some service elements provide a very balanced distribution, in some of them there are severe regional disparities with the accumulation in several regions. In the statistical implementation carried out within the scope of the study, interregional distribution of 103 indicators was analyzed in four indicator groups for 2017. The most balanced indicator group in the interregional distribution of health services is health care services such as medical devices. The interregional distribution of health workforce has a balanced structure. On the other hand, it is observed that there is high interregional imbalances in health institutions and health service purchases. Significant differences can also be experienced in terms of variables within the indicator groups. For example, the regional disparity in the specialist sub-branches of the health workforce group is higher than the other staff distribution. In the intensive care beds in the sub-group of health institutions, the distribution density is higher than the other indicators. In the health care services group, the regional dispersion imbalance severity is high.

**Key Words:** Health administration, health services, region science, region planning, regional inequality.

## ÖNSÖZ

Dünyadaki tüm birey ve toplumlar tarih boyunca temel ihtiyaçlarını karşılamak ve içinde buldukları şartları iyileştirmek için mücadele etmişlerdir. Bu ihtiyaçlardan biri de insanların beden ve ruh bütünlüğünü etkileyen sağlık ihtiyacıdır. Sağlık kavramının; dünyadaki teknolojik, ekonomik, kültürel vb. birçok faktörle birlikte sürekli tanımını güncellenmiş ve günümüzdeki küresel ortamda tüm bireylerin temel hakkı olan bir ihtiyaç olarak kabul görmüştür. Bu temel hakkın tüm bireyleri kapsamayı ve herkesin sağlık ihtiyacını karşılayabilmesi için ulusal ve uluslararası kamuoyunun da gündeminde olup çalışma konularından biri olmuştur.

Bireylerin temel haklarından biri olan sağlık, herkesin ihtiyacını karşılayabilmesi ve DSÖ'nün tanımında yer alan "beden ve ruh halinin bütünlüğünün sağlanması" için adil ve sürdürülebilir bir hizmet anlayışı ile mümkün olabilmektedir. Bu hizmetlerin yerine getirilmesini sağlayan sağlık hizmetlerinin temel unsuru dünyanın hangi bölgesinde olursa olsun tüm bireylerin adil bir şekilde erişmesini sağlamaktır. Sağlık hizmetlerine bireylerin adil erişimi de hizmetlerin ülke içindeki bölgesel dağılımına ve bu dağılımdaki dengesizliklerin adil erişimi etkileyen unsurlarının ortadan kaldırılmasına diğer bir ifade ile dengesiz dağılımın minimize edilmesine dayanmaktadır.

Bu çalışmada da dünyadaki sağlık hizmet göstergeleri küresel ölçekte bölgelere göre veriler ile aktarılarak Türkiye'de sağlık hizmetlerinin bölgesel dağılımındaki eşitsizlik durumu iller bazında incelenmek istenmiştir. Çalışmanın hazırlanma sürecindeki öneri, destek ve katkılarından dolayı tez danışmanım Doç. Dr. Murat ÇİFTÇİ'ye teşekkürü borç bilirim. Çalışma boyunca beni her açıdan destekleyen anneme, babama, kardeşlerime ve sürecin her aşamasında bana sabırla katlanan eşim Burcu Hanım'a da şükranlarımı sunuyorum. Son olarak, elbette ki çalışmanın her aşamasından kendimin sorumlu olduğumu da belirtmek isterim.

Şeyhmus DEMİR

Edirne, 2019

## İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
ABSTRACT.....	ii
ÖNSÖZ.....	iii
İÇİNDEKİLER .....	iv
TABLolar LİSTESİ.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	ix
KISALTMALAR .....	x
GİRİŞ .....	1

### BİRİNCİ BÖLÜM KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Sağlık Kavramsal Çerçevesi.....	3
1.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı.....	5
1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri .....	8
1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	8
1.2.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri .....	9
1.2.4. Sağlık Geliştirici Hizmetler .....	10
1.3. Sağlık Hizmet Sunucuları.....	10
1.4. Sağlık Politikası.....	13
1.4.1. Sağlık Politikasının Oluşturulma Süreci .....	15
1.4.2. Sağlık Politikasının Unsurları .....	16
1.5. Sağlık Sistemleri.....	17
1.6. Bölge ve Bölgesel Eşitsizlik.....	18
1.6.1. Bölge Kavramı .....	19
1.6.2. Bölgesel Eşitsizlik.....	21
1.7. Sağlık Hizmetlerinde Bölgesel Eşitsizlik .....	22

### İKİNCİ BÖLÜM

#### SAĞLIK SİSTEM MODELLERİNE GÖRE SAĞLIK HİZMETLERİ VE TÜRKİYE

2.1. Sağlık Sistem Modelleri Sınıflandırması .....	24
2.1.1. Sağlık Sistem Modelleme Çalışmalarının Geçirdiği Tarihsel Süreç....	25
2.1.2. Kapsayıcı Tip Sağlık Sistem Modellerinde Sağlık Hizmetleri .....	28

2.1.3.	Refah Yönelimli Sağlık Sistem Modellerinde Sağlık Hizmetleri.....	30
2.1.4.	Serbest Piyasa / Özel Teşebbüs Tipi Sağlık Sistem Modellerinde Sağlık Hizmetleri32	
2.1.5.	Sosyalist-Merkezi Planlama Tipi Sağlık Sistemi.....	34
2.2.	Türkiye’de Sağlık Hizmetleri .....	35
2.2.1.	Türkiye’de Sağlık Politikalarının Tarihsel Gelişimi .....	36
2.2.2.	Türk Sağlık Sistemi.....	39
2.2.3.	Türkiye’de Yıllara Göre Sağlık Harcamaları.....	40
2.3.	Türk Sağlık Sisteminin Sağlık Sistem Modellerine Göre Durumu .....	43
2.3.1.	Kapsayıcı Tip Sağlık Sistem Modeli ve Türkiye .....	44
2.3.2.	Refah Yönelimli Sağlık Sistem Modeli ve Türkiye.....	45
2.3.3.	Serbest Piyasa/ Özel Teşebbüs Tipi Sağlık Sistem Modeli ve Türkiye47	

### ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

#### SAĞLIK HİZMETLERİNDE KÜRESEL, ULUSAL VE BÖLGESEL ÖLÇEKTE EŞİTSİZLİKLER

3.1.	Sağlık Hizmetlerinde Küresel Ölçekte Eşitsizlikler .....	48
3.1.1.	Ekonomik Göstergeler Açısından Sağlık Hizmetlerinde Eşitsizlik .....	49
3.1.2.	Belirli Hastane Göstergeleri ve Sağlık İşgücü Açısından Eşitsizlik ....	52
3.2.	Sağlık Hizmetlerinde Ulusal Ölçekte Eşitsizlikler .....	54
3.2.1.	Planlı Kalkınma Öncesi Dönem (1923- 1963).....	55
3.2.2.	Planlı Kalkınma Dönemi (1963- 1980).....	59
3.2.3.	Planlı Kalkınma Sonrası Dönem (1980 ve sonrası) .....	62
3.3.	Sağlık Hizmetlerinde Bölgesel Ölçekte Eşitsizlikler .....	66
3.3.1.	İBBS- 1. Düzey Sağlık İşgücü Göstergeleri .....	68
3.3.2.	İBBS-1. Düzey Diğer Sağlık Göstergeleri .....	69

### DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

#### SAĞLIK HİZMETLERİNDE BÖLGESEL EŞİTSİZLİK UYGULAMASI

4.1.	Çalışmanın Metodolojisi .....	72
4.1.1.	Çalışmanın Amacı ve Önemi .....	72
4.1.2.	Veri Tasarımı ve Yöntem.....	73
4.1.3.	İlgili Literatür .....	77
4.2.	Bulgular .....	78



4.2.1.	Betimsel İstatistik Bulguları.....	79
4.2.2.	Sağlık İşgücünde Bölgesel Eşitsizlik Bulguları .....	79
4.2.3.	Sağlık Kurumlarında Bölgesel Eşitsizlik Bulguları .....	80
4.2.4.	Sağlık Hizmet Kaynaklarında Bölgesel Eşitsizlik Bulguları .....	81
4.2.5.	Sağlık Hizmet Alımlarında Bölgesel Eşitsizlik Bulguları .....	81
<b>SONUÇ.....</b>		<b>82</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>		<b>86</b>



## TABLOLAR LİSTESİ

<b>Tablo 1:</b> Sağlık Kavramlarının Açıklanmasına Yönelik Modeller .....	5
<b>Tablo 2:</b> Koruyucu Sağlık Hizmetleri ve Çalışma Kapsamları.....	8
<b>Tablo 3:</b> Türkiye'de Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar .....	13
<b>Tablo 4:</b> Türkiye'de Yıllara Göre Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması (Nominal, TL). .....	41
<b>Tablo 5:</b> Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları, 2017 (Milyon TL) .....	42
<b>Tablo 6:</b> Türkiye'de Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı, (%). .....	43
<b>Tablo 7:</b> Küresel Ölçekte Bölgesel Sağlık Harcamaları.....	50
<b>Tablo 8:</b> Küresel Ölçekte Yaşam Göstergeleri.....	51
<b>Tablo 9:</b> Küresel Ölçekte Sağlık İnsan Gücü Göstergeleri .....	53
<b>Tablo 10:</b> Küresel Ölçekte Belirli Sağlık Göstergeleri .....	54
<b>Tablo 11:</b> 1923 Yılı Türkiye'deki Yataklı Kurumlar ve Yatak Sayıları.....	56
<b>Tablo 12:</b> 1923 Yılı Sağlık Personel Sayısı ve Personel Başına Düşen Nüfus .....	56
<b>Tablo 13:</b> 1923-1960 Türkiye'de Nüfus ve Yataklı Tedavi Kurumlarının Sayısal Değişimi.....	57
<b>Tablo 14:</b> 1925-1960 Türkiye'de Hastane Hizmetlerinin Gelişimi .....	57
<b>Tablo 15:</b> 1930-1960 Türkiye'de Sağlık Personelinin Gelişimi .....	57
<b>Tablo 16:</b> 1923-1960 Sağlık Bakanlığı Bütçesi (Bin TL).....	58
<b>Tablo 17:</b> 1965-1980 Türkiye'de Sağlık Personelinin Gelişimi .....	60
<b>Tablo 18:</b> 1965-1980 Türkiye'de Hastane Hizmetlerinin Gelişimi .....	60
<b>Tablo 19:</b> 1965-1980 Türkiye'de Nüfus ve Yataklı Tedavi Kurumlarının Sayısal Değişimi.....	61
<b>Tablo 20:</b> Türkiye'de 1960-1980 Yıllarında Doğumdan Beklenen Yaşam Süresinin Cinsiyete Göre Dağılımı .....	61
<b>Tablo 21:</b> 1978 Yılı Bebek Ölüm Hızı (Binde).....	62
<b>Tablo 22:</b> 1980-2003 Türkiye'de Nüfus ve Yataklı Tedavi Kurumlarının Sayısal Değişimi.....	63
<b>Tablo 23:</b> 1980-2003 Türkiye'de Hastane Hizmetlerinin Gelişimi .....	63
<b>Tablo 24:</b> 1980-2002 Türkiye'de Sağlık Personelinin Gelişimi .....	64

<b>Tablo 25:</b> Türkiye’de 1980-2003 Yıllarında Doğumdan Beklenen Yaşam Süresinin Cinsiyete Göre Dağılımı .....	64
<b>Tablo 26:</b> 2005-2017 Türkiye’de Nüfus ve Yataklı Tedavi Kurumlarının Sayısal Değişimi .....	65
<b>Tablo 27:</b> 2005-2017 Türkiye’de Sağlık Personelinin Gelişimi .....	65
<b>Tablo 28:</b> İBBS-1. Düzeye Göre 100.000 Kişiye Düşen Kurum, Yatak ve Personel Oranı, 2017 .....	69
<b>Tablo 29:</b> İBBS-1. Düzeye Göre Acil Sağlık Hizmetleri Göstergeleri, 2017 .....	70
<b>Tablo 30:</b> Sektörlere Göre Yataklı Tedavi Kurumlarında 1.000.000 Kişiye Düşen MR Cihazı Sayısı, 2017 .....	71
<b>Tablo 31:</b> İBBS-1. Düzeye Göre 1.000 Canlı Doğumda Anne Ölüm Oranı ve Bebek Ölüm Hızı, 2017.....	71
<b>Tablo 32:</b> Ulusal Literatürde Kullanılan Sağlık Göstergeleri .....	74
<b>Tablo 33:</b> Sağlık İşgücü Göstergeleri.....	75
<b>Tablo 34:</b> Sağlık Kurumları Göstergeleri.....	76
<b>Tablo 35:</b> Sağlık Hizmet Alımı Göstergeleri .....	76
<b>Tablo 36:</b> Sağlık Hizmet Kaynakları Göstergeler Grubu.....	77
<b>Tablo 37:</b> Betimleyici İstatistikler.....	79
<b>Tablo 38:</b> Sağlık İşgücünden Kaynaklanan Bölgesel Eşitsizlik (Hesaplanan Varyasyon Katsayıları) .....	80
<b>Tablo 39:</b> Sağlık Kurumlarından Kaynaklanan Bölgesel Eşitsizlik (Hesaplanan Varyasyon Katsayıları) .....	80
<b>Tablo 40:</b> Sağlık Hizmet Kaynaklarında Bölgesel Eşitsizlik (Hesaplanan Varyasyon Katsayıları).....	81
<b>Tablo 41:</b> Sağlık Hizmet Alımlarında Bölgesel Eşitsizlikler (Hesaplanan Varyasyon Katsayıları).....	81

## ŞEKİLLER LİSTESİ

<b>Şekil 1:</b> İBBS-1'e Göre 10.000 Kişiyeye Düşen Hastane Yatağı Sayısı, Tüm Sektörler, (2002, 2017).....	65
<b>Şekil 2:</b> İBBS-1'e Göre, 100.000 Kişiyeye Düşen Toplam Hekim Sayısı, Tüm Sektörler, (2002, 2017).....	66
<b>Şekil 3:</b> İstatistiksel Bölge Birimleri Sınıflandırması .....	68



## KISALTMALAR

<b>AB</b>	Avrupa Birliği
<b>AÇSAP</b>	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi
<b>AET</b>	Avrupa Ekonomi Topluluğu
<b>BM</b>	Birleşmiş Milletler
<b>BT</b>	Bilgisayarlı Tomografi
<b>DB</b>	Dünya Bankası
<b>DPT</b>	Devlet Planlama Teşkilatı
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>EKO</b>	Ekokardiyografi
<b>GP</b>	General Practice (Genel Uygulama)
<b>GSS</b>	Genel Sağlık Sigortası
<b>GSYİH</b>	Gayri Safi Yurt İçi Hâsıla
<b>Hst.</b>	Hastane
<b>IMF</b>	International Monetary Fund (Uluslararası Para Fonu)
<b>İBBS</b>	İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması
<b>KETEM</b>	Kanser Erken Teşhis ve Tarama Eğitimi Merkezi
<b>MR</b>	Manyetik Rezonans Görüntüleme
<b>NHS</b>	National Health Service (Ulusal Sağlık Hizmeti)
<b>OECD</b>	Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)
<b>Pol.</b>	Poliklinik
<b>SB</b>	Sağlık Bakanlığı
<b>SDP</b>	Sağlıkta Dönüşüm Programı
<b>SGK</b>	Sosyal Güvenlik Kurumu
<b>SSK</b>	Sosyal Sigortalar Kurumu
<b>TBMM</b>	Türkiye Büyük Millet Meclisi
<b>TDK</b>	Türk Dil Kurumu
<b>TR</b>	Türkiye
<b>TÜİK</b>	Türkiye İstatistik Kurumu
<b>UNICEF</b>	United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)
<b>YÖK</b>	Yükseköğretim Kurum

## GİRİŞ

Sağlık hizmetleri dünya ülkelerinde ülkenin ekonomik yapısı, sağlık politikaları ve uygulanan sağlık sistemi gibi faktörlerden etkilenmekte ve bu unsurlara göre şekillenmektedir. Bu hizmetlerin yerine getirilme sürecinde aynı kıtada, aynı uluslararası örgütlere üye ve aynı ülke içinde bulunan bireyler arasında hizmete erişim hususunda farklılıklar oluşabilmektedir. Bu farklılıkların bireyler üzerindeki etkileri, uluslararası ölçüt olarak kabul edilen sağlık yaşam göstergeleri ile değerlendirilmektedir.

Sağlık göstergeleri üzerinde belirleyici olan sağlık hizmetleri, küresel veya ulusal bölgelerde sağlık kurumu, sağlık personeli, yatak kapasitesi gibi sağlık hizmet unsurlarının dağılımı ve bu unsurlara erişebilme durumu, bunların nüfus başına potansiyel kullanım oranları ile ölçülmekte ve erişim açısından bireyler arasındaki fırsat eşitliği ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinin erişimine yönelik bu eşitlik durumunu sağlık hizmet unsurlarının bölgesel olarak dengeli ve eşit dağılım düzeyi belirlemektedir. Küresel ölçekte ülkelerin gelişmişlik düzeyine veya sağlık sistemlerine bağlı olarak belirgin farklılıklar gösteren sağlık hizmetleri, aynı sistemin uygulandığı ulusal ölçekte de ekonomik, politik ve sistemsal nedenlerden dolayı dengesiz bir dağılım gösterebilmektedir.

Birçok dünya ülkesinde sağlık hizmetlerine yönelik dengeli ve eşit bir dağılımın sağlanması ve toplumun her kesiminin sağlık hizmetlerinden eşit düzeyde faydalanmasını sağlamak, devletin yükümlülüğü ve bireylerin hakkı olarak kabul edilmiştir. Türk Sağlık Sistemi'nde de sosyal devlet anlayışı ile sağlığın geliştirilmesi ve tüm bireylerin sağlık hizmetlerinden eşit düzeyde yararlanmasına yönelik tarih boyunca çalışmalar yapılmış ve bu konuda birçok kalkınma planı ve hukuki düzenlemeler ile sağlık sistemlerinin geliştirilmesine yönelik politikalar oluşturulmuştur. Geline noktada da her yeni planlama, geçmiş döneme yönelik sağlık göstergelerinin ulusal ve uluslararası kıyaslanması ile yeni politikaların oluşturulmasında belirleyici rol almıştır.

Bu çalışmada da Türkiye'de sağlık hizmetlerinin bölgesel dağılımındaki eşitsizliğin iller bazında analiz edilmesi amaçlanmıştır. Yapılan çalışma konu bütünlüğünün sağlanması açısından dört bölümden oluşturulmuştur.

Çalışmanın “Sağlık, Sağlık Hizmetleri ve Bölgesel Eşitsizliğe İlişkin Temel Kavramlar” başlıklı birinci bölümde ilk olarak sağlık kavramı ele alınmıştır. Daha sonra sağlık hizmetleri kavramı ve türlerinin aktarımı gerçekleştirilmiştir. Ardından sağlık hizmet sunucuları ve sağlık politikası konuları ele alınmıştır. Sağlık sistemlerinin, bölge ve bölgesel eşitsizlik kavramlarının aktarımı sonrasında bölüme, sağlık hizmetlerinde bölgesel eşitsizliğin irdelenmesiyle tamamlanmıştır.

“Sağlık Sistem Modellerine Göre Sağlık Hizmetleri ve Türkiye” başlıklı ikinci bölüm üç kısımdan oluşturulmuştur. İlk kısımda sağlık sistem modellerinin aktarımıyla bölüme başlanmıştır. İkinci kısımda Türkiye’deki sağlık politikalarının tarihsel gelişimi ana hatlarıyla incelenmiş, Türk Sağlık Sistemi’nin yapısı ve yıllara göre gerçekleşen sağlık harcamalarının gelişimi sunulmuştur. Üçüncü ve son kısımdaysa Türk Sağlık Sistemi’nin sağlık sistem modelleri içerisindeki konumu irdelenmiştir.

“Sağlık Hizmetlerinde Küresel, Ulusal ve Bölgesel Ölçekte Eşitsizlikler” başlıklı üçüncü bölümde ilk olarak sağlık hizmetlerinde küresel ölçekte yaşanan eşitsizlikler konusu ele alınmıştır. İkinci olarak sağlık hizmetlerinde ulusal ölçekteki sağlık hizmetlerinde yaşanan eşitsizlikler üç ana döneme göre detaylandırılarak incelenmiştir. Üçüncü olaraksa sağlık hizmetlerindeki bölgesel eşitsizliklerin birinci düzeydeki istatistikî bölge birimlerine göre ayrışması üzerine odaklanılmıştır.

“Sağlık Hizmetlerinde Bölgesel Eşitsizlik Uygulaması” başlıklı son ana bölümde Türkiye’de sağlık göstergelerine göre iller arasında yaşanan eşitsizliğin karşılaştırmalı olarak analizi gerçekleştirilmiştir. Üç ana sağlık hizmet göstergesini oluşturan 1) sağlık personeli, 2) sağlık kurumu, 3) sağlık hizmet alımı içerisindeki alt göstergelerin varyasyon katsayısı tekniğiyle bölgesel eşitsizlik düzeyleri tespit edilerek karşılaştırılmıştır.

## BİRİNCİ BÖLÜM

### 1. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Sağlık, dünyanın hangi bölgesinde olursa olsun tüm bireylerin temel haklarından biridir. Bu hakkın eşitlik çerçevesinde ve bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda karşılanması gerekmektedir. Sağlığın bireylere sunulması da bu konuda verilecek hizmetlerle mümkün olmaktadır. Bu hizmetleri oluşturan unsurlara erişimin herkes için adil olması ise sağlık hizmet unsurlarının dengeli dağılımını gerekli kılmaktadır. Bu bölümde; sağlık, sağlık hizmetleri ve bölgesel eşitsizliğe ilişkin kavramların anlaşılması açısından kavramlar tanımsal çerçevede ele alınarak incelenmiştir.

#### 1.1. Sağlığın Kavramsal Çerçevesi

Sağlık kavramının tanımlanması geçmiş dönemlerde tartışma konusu olmuştur. Tartışmalar kapsamında yapılan tanımlamalar da dönemin şartlarına göre farklılık göstererek görüş ayrılıkları ortaya çıkmıştır. Pek çok farklı tanımları olan sağlık kavramı, genel olarak resmi ve resmi olmayan tanımlar çerçevesinde açıklanmaya çalışılmıştır. Bu husustaki resmi tanımlama ile söz konusu olan, sağlık profesyonellerinin yapmış oldukları negatif veya pozitif yönlü tanımlamalardır. Resmi olmayan tanımlamalarla ifade edilmek istenen ise profesyonel olmayan kişilerin sağlık kavramından algıladıklarıdır. Resmi olmayan tanımlamalar, değişen koşullar doğrultusunda kişilerin beklentilerine göre şekillenerek yaşanan bölge, kültür, ekonomik durum vb. unsurlardan etkilenmektedir (Somunoğlu, 1999: 52).

Sağlık profesyonelleri tarafından bir canlının ait olduğu tür dâhilinde bütünlüğünün korunması ve işlevini yerine getirmesi ölçütüyle varlığı kabul edilen sağlık, ilk olarak hastalık ve ölümün olmaması gibi negatif göstergelere dayandırılmış ve hastalık ile ölüm haricindeki durumlar sağlık kavramı ile ilişkilendirilmemiştir. Sağlığın bozulduktan sonra tanımlanma imkânını oluşturan söz konusu yaklaşımda göz ardı edilense hastalıkların önlenmesinin hesaba katılmamasıdır. Hastalık ve ölümün ölçülmesinin kolay ve kesin verilerle elde edilmesi, negatif yaklaşımın temelini oluşturmaktadır. Ancak 20. yüzyılda pozitif göstergelerin tanımlanması ile



yaşam süresinin uzaması ve sosyo-ekonomik unsurların sağlığa etkisinin önemli boyutlara ulaşması, sağlığın tanımında bu göstergeleri içeren bir düzenlemeyi gerekli kılmıştır. Negatif öğeleri de göz önünde bulundurarak yapılan pozitif tanımlamalarda genel kabul gören ortak bir tanım bulunmamakta ve farklı konular üzerine odaklanılmaktadır (Hamzaoğlu, 2010: 407). Bu konuda yapılan tanımlamalar incelendiğinde Seedhouse (2001: 2), sağlığın belirli özelliklere göre sınıflandırılması gerektiğini savunmuştur. Bu sınıflandırma; sağlığın fiziksel ve ruhsal uyumu, sağlığın bir mal olarak ele alınması, sağlıklı olmanın bir yetenek olarak algılanması, sağlıklı olmanın ideal bir durum olması ve kişisel bir potansiyel olarak algılanmasından oluşmaktadır. Robinson ve Elkan (1996: 96) ise sağlığı “kişilerin hayatta kalabilme yeteneği”, Bowling (1992: 12), "karşılaşılan stresli durumların üstesinden gelebilme, sosyal anlamda kuvvetli bir destek sisteminin kurulması ve korunması, toplumdan kopmama, yüksek moral, hayatı sevmeye, önemseme ve tatmin olma ile psikolojinin düzgün olması ve fiziksel uyum” ve Slee vd. (1996: 20) ise “fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan esenlik” ve “yaşam kaynağı” şeklinde tanımlamaktadır.

Pozitif göstergeler çerçevesinde düzenlenen sağlık tanımı ayrıca aynı dönemde “hastalık” yerine “sağlığın korunması ve geliştirilmesi”, “birey” yerine de “toplum” özneleri kullanılarak düzenlenmiştir. Birey yerine toplum ele alınarak tanımlanan sağlık kavramı, toplumsal ilişkilerin de sağlığa etkisinin olduğunu ortaya koymuş ve Birleşmiş Milletler (BM)’in diğer toplumsal konulara (eğitim, çalışma vb.) olduğu gibi sağlığa da müdahalesini sağlamıştır (Hamzaoğlu, 2010: 407). BM’nin sağlığa müdahalesi ile BM’nin bir kuruluşu olan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı, “hastalık veya zayıflık durumunun olmaması ile birlikte fiziksel, zihinsel ve sosyal refahın eksiksiz olması” şeklinde tanımlamıştır (WHO, 2004: 28). Diğer tanımlardan daha geniş olan ve daha fazla kabul gören bu tanım, sağlığın çok boyutlu olduğunu ortaya koymaktadır. Bu çok boyutlu model sağlığın; genetik, yaşam tarzı ve çevresel faktörler, kültürel etkiler, sosyoekonomik koşullar, sağlık hizmetleri ve programlarının sağlanması, bunlara erişim ve bunlara ilişkin hizmetlerin kullanılması gibi faktörlerden bağımsız olarak tanımlanamayacağını vurgulamaktadır (AIHW, 2016: 1).

En çok kabul gören DSÖ’ nün tanımı da dâhil olmak üzere, sağlık ve sağlık kavramlarıyla ilgili tanımlamalar sürekli eleştirilmiştir. Eleştirilerin temel nedeni tanımlamalarda vurgulanan öğelere ulaşılabilecek ortak bir niteliğin bulunmamasıdır.

Pozitif ve negatif ögeler içeren bu tanımlamalarda esenlik, hasta olmama, yetersizlik ve hastalık gibi kavramların farklı olarak algılanması ve sağlığın başlangıç ile bitiş noktası hakkında herhangi bir bilginin olmaması (belirsiz olması) tanımlamanın eksik kalmasına yol açmaktadır. Örneğin, sağlıklı olma ile hasta olma durumunu birbirinden ayıran unsurların öznel olması ve herkes tarafından farklı şekilde yaklaşılarak değerlendirilmesi, bu tanımlamalardaki yetersizliğin nedenlerinden biri olarak gösterilmiş ve sağlık kavramının açıklanma gerekliliğine yönelik birçok yaklaşım modeli ortaya çıkmıştır (Somunoğlu, 1999: 54).

Larson (1991: 14) sağlık ve sağlık kavramlarının açıklanmasına yönelik olarak ortaya çıkan modellerin sayısı konusunda ortak bir görüşün olmadığını belirterek bu konuda en çok kullanılan modelleri Tablo 1'deki gibi sıralamıştır:

**Tablo 1:** Sağlık Kavramlarının Açıklanmasına Yönelik Modeller

1. Tıbbi Model (The Medical Model)	Hastalık ve vücut fonksiyonlarının işlevleriyle ilgili konulara odaklanmaktadır.
2. Bütüncül Model (The Holistic Model)	Sosyal, fiziksel ve ruhsal unsurların sağlık için bir bütün olarak ele alınması gerektiğini vurgulamaktadır.
3. Sağlıklı Yaşam Modeli (The Wellness Model)	Subjektif ağırlıklı olup en iyi durumun varlığı ile ilgilenmektedir.
4. Çevresel Model (The Environmental Model)	Kişinin çevresiyle ilgili uyumunun en iyi düzeyde olması ve bunun sağlığa etkisini incelemektedir.

**Kaynak:** James S. Larson, The Measurement of Health, Concepts and Indicators, Greenwood Press, New York 1991.

## 1.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı

Bireyin sağlığından yola çıkarak toplum sağlığını iyileştirmek ve bu konudaki sürekliliği sağlamak amacıyla üretilen sağlık hizmetleri, tüm dünya ülkelerinde en fazla önem verilen politikalar arasında gösterilmektedir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile paralellik gösteren sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde toplumsal yapıya bağlı olarak farklılıklar gözükse de, sağlık hizmetleri yapısında “batı tipi” olarak nitelendirilen tanı ve tıbbi tedavi süreçlerini kapsayan hizmetler anlayışı hâkimdir (Altay, 2007: 34).

Bu anlayışa bağlı olarak sağlık hizmetlerini kişilerce hastalık öncesinde ve hastalık durumunda sağlık kurumlarından alınan koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin tümü olarak tanımlanmak mümkündür. Sağlık hizmetlerinin amacı

bireyin sağlığını koruyup geliştirerek toplum sağlığını iyileştirmek ve sağlıklı toplum yapısını oluşturmaya çalışmaktır (Sargutan, 2005: 402-403). Sağlık hizmetlerine ilişkin diğer tanımlar incelendiğinde DSÖ (2004: 28) sağlık hizmetlerini “sağlığı teşvik, koruma, izleme veya iyileştirme amacıyla sağlık hizmeti sunucuları tarafından bireylere veya topluluklara sağlanan hizmetler” olarak tanımlarken, Kırılmaz vd. (2005: 20) ise sağlık hizmetlerini, kişi ve toplumların sağlıklarının korunarak hasta olanların tedavileri ile rehabilite edilmesi gereken bireylerin yaşam kalitesini arttıran ve bireyleri başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilecek standartlara ulaştırmayı hedefleyen hizmetler olarak tanımlamıştır.

Ayrıca DSÖ’nün (2004: 28) sağlığa ilişkin “hastalık veya zayıflık durumunun olmaması ile birlikte fiziksel, zihinsel ve sosyal refahın eksiksiz olması” tanımından yola çıkarak sağlık hizmetlerinin yalnızca tedavi sürecinde uygulanan hizmetlerle olmadığı görölmektedir. Bireyin iyilik halinin korunmasına yönelik verilen hizmetlerden hastalık durumundaki tedavi yöntemlerine, ruhsal ve bedensel hasarlara yönelik verilecek rehabilite edici hizmetlerden mevcut hizmetlerin geliştirilmesine yönelik yapılacak tüm çalışmalara kadar bir bütün olarak incelenmesi ihtiyacı vardır. Bu durum, bireyin temel ihtiyacı olan sağlığı, sağlıklı bireyi ve sağlıklı toplum yapısını oluşturmaya yönelik üretilen sağlık hizmetlerini yapı itibariyle diğer hizmetlerden ayırmaktadır. Ateş (2013: 3), sağlık hizmetlerinin özelliklerini aşağdaki gibi sıralamıştır:

1. Sağlık hizmetleri, yoğun emeğe dayalı soyut olarak sunulan hizmetlerdir.
2. Sağlık hizmetleri, ertelenmesi mümkün olmayan acil hizmetlerdir.
3. Sağlık hizmetleri, yüksek düzeyde uzmanlaşma gerektirmektedir
4. Sağlık hizmetleri, hizmet alıcılarının hizmeti verenlere bağımlı olduğu hizmetlerdir.
5. Sağlık hizmetlerinde çıktıların ölçülmesi mümkün değildir.

Sağlık hizmetlerinin sunumu ve sektörün yapısı incelendiğinde ise gelişen teknolojik ve bilimsel çalışmalara bağlı olarak hizmet anlayışının ve uygulanan sağlık politikalarının sürekli olarak değişim ve gelişim gösterdiği görölmektedir. Bilimsel birikim ve teknolojik düzey ile toplumsal ilişki ve toplumsal düzeyin belirleyici olduğu değişim ve gelişim süreci, sağlık hizmetlerinde hizmet kavramının önemini, hizmet sunumunu gerçekleştirecek olan personelleri, hizmetin sağlanacağı kurumları ve

kuruluşları, uygulanan sağlık sistem ve politikalarını, sağlık hizmetlerinin finansal yöntemlerini belirlemektedir (Akdur vd., 2011: 367).

Tüm dünya ülkelerinin ortak sorun olarak gördüğü sağlık hizmetleri, birçok ulusal ve uluslararası kuruluşlarca da çeşitli çalışmalarla iyileştirilmeye ve geliştirilmeye çalışılmaktadır. Bu konudaki ilk etkili girişimse 10-12 Eylül 1978 tarihinde sağlık konusunda 70 ülkenin katılım sağladığı Alma-Ata Konferansı'dır (Sağlık Bakanlığı, 2008: 31). Konferansta sağlık, bireyin doğuştan kazanmış olduğu bir hak olarak kabul edilmiştir (WHO, 1998: 3). Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 56. maddesinde de "*Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir*" şeklinde düzenleme yapılarak Alma Ata Konferansı'yla benzer bir bakış açısı ortaya konulmuştur. Ulusal ve uluslararası kuruluşlar ve yasal düzenlemeler ile sağlığın bireyin doğuştan kazandığı bir hak olarak kabul edilmesi ve bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı, bu hakkın ülke sınırları içerisinde yaşayan bireylerin sağlık hizmetlerinden eşit olarak yararlanmaları gerekliliğini de ortaya çıkarmış ve bu misyonu devletlere yüklemiştir (Çelebioğlu, 2010: 10).

Ulusal ve uluslararası mecrada önemli bir konu haline gelen sağlık hizmetleri, sağlığa ve kendisine yönelik yapılan tanımlamalardan da anlaşılacağı üzere çeşitli özellikler çerçevesinde ifade edilmekte ve bu özellikler sağlık hizmetlerinin yapı itibarıyla dört grup altında ele alınarak incelenmesine yol açmaktadır (Orhaner, 2006: 3):

1. Koruyucu sağlık hizmetleri,
2. Tedavi edici sağlık hizmetleri,
3. Rehabilit edici sağlık hizmetleri
4. Sağlığı geliştirici hizmetleridir.

### 1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetlerini, sağlıklı birey ve sağlıklı toplum yapısının korunması için olası riskleri göz önünde bulundurarak hastalıklar oluşmadan önce alınan önlemler olarak tanımlamak mümkündür. Koruyucu sağlık hizmetlerindeki temel amaç, toplum sağlığını korumak ve iyi halin devamlılığını sağlamaktır. Bu durumda toplumu oluşturan ve toplum sağlığını etkileyen bütün unsurlar koruyucu sağlık hizmetleri kapsamına girmektedir. Çünkü sağlıklı toplum yapısını oluşturmak için bireyin sağlığını korumak ve bireyin sağlığını etkileyen unsurların (çevre kirliliğini önleme, temiz içme suyu temini vb.) göz ardı edilmemesi gerekir. Birey ve bireylerin oluşturduğu toplum sağlığını etkileyen, bu konuda risk faktörü içinde bulunan faktörler ışığında koruyucu sağlık hizmetleri; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak iki grupta incelenmektedir (Çoban, 2009: 16). Hayran ve Sur (1998: 18), bu hizmetleri ve çalışma kapsamlarını Tablo 2’de olduğu gibi sıralamıştır.

**Tablo 2:** Koruyucu Sağlık Hizmetleri ve Çalışma Kapsamları

1-Kişiye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	2- Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri
<ul style="list-style-type: none"> <li>Bağışıklama</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Besin kontrolü ve güvenliği</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hastalıkların erken tanı ve tedavisi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Yeterli ve temiz su sağlanması</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>İlaçla koruma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hava kirliliğinin kontrolü</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Kişisel temizlik ve bakım</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atıkların kontrolü</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Yeterli ve dengeli beslenme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Konut sağlığı</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Aşırı doğurganlığın kontrolü</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>İş ortamında sağlığı tehdit edebilecek etkenlerin kontrolü</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sağlık eğitimi</li> </ul>	

**Kaynak:** Osman Hayran ve Haydar Sur, Sağlık Hizmetleri El Kitabı, Yüce Yayın, İstanbul 1998.

### 1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri; bireylerin hastalık, kaza ve yaralanma gibi sağlık statülerini bozan durumlar sonucunda sağlıklarını geri kazanmaları için uzman hekim kontrolünde ve uygun teknoloji kullanılarak, tanı-teşhis-tedavi süreçlerinden oluşan hizmetlerdir. Tedavi edici sağlık hizmetlerini koruyucu sağlık hizmetlerinden ayıran en önemli faktörler, daha maliyetli ve organizasyonel çalışma gerektirmeleridir. Uygulanacak olan tedaviye göre bu hizmetler; birinci basamak sağlık hizmetleri, ikinci

basamak sağlık hizmetleri ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri şeklinde sıralanmaktadır (Somunoğlu, 2012: 12).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinden faydalanan kişilerin ilk başvurdukları kurumlardır. Bu hizmeti veren kurumlar her ülkede farklılık gösterse de tedavi edici sağlık hizmetlerinin önemli bir parçasını oluşturmaktadırlar. Hastalıkların teşhis ve tedavisinde hazırlık niteliği taşıyan bu hizmetler, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kurumların yükünü hafifletme görevini de üstlenmektedirler. Türkiye’de bunlara örnek olarak “aile hekimliği” sistemi verilebilir (Yerebakan, 2000: 20). Ancak birinci basamak sağlık hizmetleri yapılacak olan bazı tetkik ve tedavilerde yetersiz kalabilmektedir. Bu durumda daha fazla uzmanlık ve teknolojik altyapı gerektiren, yataklı tedavi kurumlarında uygulanan hizmetler ikinci basamak sağlık hizmeti olarak tanımlanmaktadır. İkinci basamak sağlık hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetlerinden daha maliyetlidir ve birinci basamak sağlık hizmetlerince tedavisi mümkün olan hastaların ikinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumlara başvurmaları kaynakların boşa kullanımına neden olmaktadır. Bu kurumlara örnek olarak eğitim ve araştırma niteliği olmayan hastaneler verilebilir (Musgrove vd., 2002: 141). Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise teknoloji ve uzmanlığın diğer basamaklardan çok daha üst düzeyde kullanıldığı yataklı sağlık hizmeti veren kurumlardır. Eğitim ve araştırma hastaneleri ve özel dal hastaneleri bu kurumlara örnek olarak verilebilir. Sağlık hizmeti sunan bu kurumlarda basamaklar arasında sevk zinciri bulunmaktadır. Sevk zinciri ile birinci basamak sağlık hizmeti ile tedavi edilebilecek hastanın ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmetleri gereksiz yere kullanmasını engellemekte bu da verimlilik ve etkililiği maksimum düzeye çıkarmaktadır (Somunoğlu, 2012: 12).

### **1.2.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri**

Bazı hastalıklar, kazalar veya diğer sağlık problemleri, bireylerin sağlık statüsünde bedensel ve zihinsel hasar yaratmaktadır. Bu noktada koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri yetersiz kalmakta ve bireyin topluma kazandırılması için rehabilite edici (esenlendirici) sağlık hizmetleri devreye girmektedir. Bu hizmetler bireyi hem fiziksel hem de ruhsal anlamda ulaşılabilecek en iyi noktada sosyoekonomik yönden topluma kazandırmayı amaçlamaktadır. Tanımından da

anlaşılacağı üzere rehabilitasyon hizmetlerinin tıbbi ve sosyal boyutu, bu hizmetleri iki gruba ayırmaktadır (Loş, 2016: 46).

Tıbbi rehabilitasyon, bedensel olarak meydana gelen bozukluk ve sakatlıkların düzeltilerek yaşam kalitesinin artırılması için verilen hizmetlerdir. Bu hizmetlere postür bozuklukların düzeltilmesi, ekstremitelerde protezlerin kullanılması, işitme, görme vb. problemlerin en aza indirgenmesini destekleyen çalışmalar örnek verilebilir. Sosyal rehabilitasyon hizmetleri ise hastalık ve kazaların yarattığı hasar sonucunda kişilerin sosyal hayata katılmaları ve başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmeleri amacıyla verilen hizmetlerdir. Bu hizmetlere, kişilerin işlerine uyum sağlamaları ve onlara yeni iş bulma imkânları sunulması örnek olarak verilebilir (Hayran ve Sur, 1998: 19).

#### **1.2.4. Sağlığı Geliştirici Hizmetler**

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, bireylerin sağlık durumlarını sürekli olarak daha iyiye yükseltmeleri için yapılan çalışmaları ve verilen hizmetleri kapsamaktadır. Sağlığı geliştirici hizmetler sağlıklı bireylerin mevcut durumlarını göz önünde bulundurarak uygulanmakta ve temel sorumluluk bireylere yüklenmektedir. Bu hizmetler ile amaçlanan, bireyin bedensel ve zihinsel sağlık durumunu iyileştirerek yaşam kalitesini ve yaşam süresini arttırmaktır. Sorumluluğun bireye yüklenmesi de ortaya çıkan hastalıkların çoğunun bireylerin yaşam tarzı ve alışkanlarından kaynaklandığı düşüncesinden kaynaklanmaktadır. Bu hususta birey kendi yaşam biçimini geliştirerek sağlığını daha üst seviyeye çıkarabilmektedir. Örneğin; bireyin sigara ve alkol kullanmayı bırakması, spor faaliyetlerine yönelmesi, doğru ve dengeli beslenmesi gibi alışkanlıklar, sağlık seviyesinin yükselmesine katkı sağlayabilmektedir (Tengilimoğlu vd., 2015: 84).

#### **1.3. Sağlık Hizmet Sunucuları**

Sağlık hizmetleri, birey ve bireyin oluşturduğu toplumun sağlıklı olması ve bu sağlıklı olma durumunun süreklilik arz etmesi açısından üretilmesi zorunlu hizmetlerdir. Bu hizmetler üretilirken ülkelerin gelişmişlik düzeyi, toplumun sağlık ve hastalığa bakış açıları, kültürel algılamaları ve sosyal yaşamları da sağlık hizmetlerinin

kapsamını ve çeşitliliğini etkilemektedir (Altay, 2007: 34). Dünyada farklı şekillerde uygulanıp sunulan sağlık hizmet sektörleri üç farklı gruba ayrılmaktadır. Bunlar; folk sektör, popüler sektör ve profesyonel sektördür (Hayran ve Sur, 1998: 15).

Folk sektör, hastalık ve sağlık konusunda resmi bir eğitimi, diploması ve belgesi olmayan, ancak toplum tarafından bu konuda uzman olarak görülen ve sıkça kendisine başvurulmuş kişilerden oluşmaktadır. Kırıkçı-çıkıkçılar, üfürükçüler, dişçiler, ara ebeleri ve bel çekenler örnek gösterilebilir. Folk bilimsel tıp ve resmi sağlık örgütleri tarafından reddedilen bir sektördür. Ancak yapılan incelemeler, neredeyse tüm dünya toplumlarında bulunan bu sektörün bilimsel gelişmelere paralel olarak arttığını ortaya koymaktadır. Bilimsel tıbbın yetersiz kaldığı durumlarda bu sektörde çeşitli güçlere ve özelliklere sahip oldukları düşünülen kişilerin tercih edilme oranı artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü de resmi olmayan bu sektörü reddetmek yerine incelenmesi gerektiğini savunmaktadır. Bunun temel nedeni ise bilimsel tıba katkısı olabilecek uygulama kısımlarının kazanılabileceği yönündeki tutumdur (Hayran ve Sur, 1998: 15).

Diğer bir sektör olan popüler sektör, tıbbi konuda herhangi bir eğitimi veya uzmanlık becerisi olmayan, ancak tecrübelerine dayanarak sundukları bilgilerle bir tür danışmanlık hizmeti veren kişilerden oluşmaktadır. Kişilerin olası bir sağlık sorununda karşılaştıkları duruma karşı ilk yaptıkları, kendilerince bir çözüm bulmak veya görüşüne güvendikleri birinden yardım almaktır. Örneğin; öksüren biri ilk olarak bu konuda ne yapabileceğini bilmiyorsa görüşüne güvendiği birine danışarak onun önereceği yöntemi uygulamaya koyacaktır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre hemen herkesin hizmet aldığı popüler sektör, bütün sağlık hizmetlerinin %70-90'ını karşılamaktadır (Hayran ve Sur, 1998: 15).

Son olarak profesyonel sektör ise özel bir eğitim-öğretim sürecinden geçen, eğitim gördüğü alanda uzman olan ve uzmanlığı resmi kurumlarca kabul görmüş kişilerin oluşturduğu bir sektördür. Görev tanımları ve yetkileri belirli sınırlarda belirlenen bu sektörde; hekim, hemşire, eczacı, diş hekimi ve daha pek çok meslek grubu hizmet sunmaktadır (Hayran ve Sur, 1998: 15).

Günümüzde sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlar resmi kurum niteliği taşıdığından, hizmet sektörü olarak profesyonel sektör içerisinde yer almaktadırlar. Bu



sektör içerisinde sağlık hizmetlerinin sunumu, kamu kuruluşları ve özel sektör tarafından gerçekleştirilmektedir. Kamu kuruluşlarınca sunulan sağlık hizmetleri devlet tarafından veya devlete bağlı diğer kamu kuruluşlarınca gerçekleştirilmektedir. Özel sektör tarafından sunulan sağlık hizmetleri ise özel hastaneler, özel klinikler, özel hekimler tarafından sağlanmaktadır. Ancak özel sağlık hizmet sunucuları kapsamında genellikle örgütlü sağlık sistemi bulunmayan az gelişmiş ülkelerde profesyonel sektör kapsamı dışında olan geleneksel sağlık hizmetleri bulunmaktadır. Ülkeden ülkeye farklılık gösteren sağlık hizmetleri, kamu kurumlarında ve özel sağlık hizmet kurumlarında birinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumlar ile hastanelerde daha belirgin görülmektedir. Buna, çoğu ülkede birinci basamak sağlık hizmetlerinin özel ve bağımsız çalışan pratisyen hekimlerce verilmesi örnek verilebilir (Gezen, 2013: 51).

Her ülkede uygulanan ulusal sağlık sistem ve politikaları, ülkeler arasında farklılaşsa da, sunulan sağlık hizmetleri sağlık kurumlarınca gerçekleştirilmektedir. Kelime anlamı olarak sağlık kurumu, “sağlık hizmet türlerinin belirli bir kısmını doğrudan sunan örgütsel yapıya sahip varlıklar” şeklinde tanımlanmaktadır. Tanımda geçen ‘belirli bir kısmı’ ifadesinden de anlaşıldığı gibi bir sağlık kurumu içerisinde sağlık hizmetlerinin tamamını sunmak mümkün olamamaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 46). Sağlık hizmetlerinin gruplandırıldığı koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesine yönelik hizmetler doğrultusunda hizmet sunan sağlık kurumlarında verilen hizmetler, her kurum tarafından farklı düzeyde sunulmaktadır. Örneğin; aile sağlığı merkezinde bağışıklama gibi koruyucu sağlık hizmetleri dışında sunulan topluma sağlık eğitimi ile sağlığın geliştirilmesi doğrultusunda da hizmet sunumu gerçekleştirilmektedir (Kavuncubaşı ve Kısa, 2002: 26).

Dünyanın birçok ülkesinde olduğu gibi Türkiye’de de sağlık hizmeti sunan kurumların Tablo 3’te görüldüğü gibi koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve sağlığı geliştirici hizmetlere göre sıralanması söz konusudur. Bu sıralamaysa, kurumların kuruluş amaçlarının ve sundukları hizmet düzeylerinin ağırlıklı olduğu sağlık hizmetlerine göre yapılmaktadır (Kavuncubaşı ve Kısa, 2007: 26; Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 45-65).

**Tablo 3:** Türkiye'de Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar

<b>Koruyucu Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar</b>	<b>Tedavi Hizmeti Sunan Kurumlar</b>	<b>Rehabilitasyon Hizmetleri</b>	<b>Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik Hizmetler</b>
Sağlık evi	Hastaneler	Rehabilitasyon merkezleri	Spor merkezleri
Aile hekimliği ve aile sağlığı merkezleri	Özel muayenehaneler	Hemşirelik bakım merkezleri	Sağlık eğitim birimleri
Kamu sağlığı merkezleri	Günübirlik cerrahi merkezleri	Evde bakım	Fitness merkezleri
Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri	Dispanserler	Terminal dönem bakım merkezleri	
İş yeri revirleri	Hemşirelik bakım merkezleri		
Verem savaş dispanserleri	Evde bakım		
Sıtma savaş birimleri	Terminal dönem bakım merkezleri		
Deri ve tenasül hastalıkları dispanserleri	Acil sağlık istasyonları		
Kanser erken teşhis ve tarama eğitim merkezleri			
Okul sağlığı bölümleri-medikososyal			
Toplum sağlığı merkezi			
Halk sağlığı laboratuvarları			
Belediye çevre sağlığı bölümleri			
Toplum ruh sağlığı merkezleri			

**Kaynak:** Şahin Kavuncubaşı ve Selami Yıldırım, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, 3.Baskı, Ankara 2012, s. 45-65.

#### 1.4. Sağlık Politikası

Literatürde çeşitli tanımları bulunan politika kavramı genel olarak “toplum hayatının her alanını, seçilen veya benimsenen değer ve ilkeler doğrultusunda düzenlemek ve yapılandırmak” şeklinde tanımlanmaktadır (Akdur vd., 2011: 380). Sağlık politikası; kamu sektörü, özel sektör ve gönüllü kuruluşları kapsayan ve bu doğrultuda stratejiler geliştiren kararlar ağıdır (Atabey, 2012: 22). Bir başka tanımda sağlık politikası, mevcut sağlık sistemine bağlı kurum ve kuruluşları, verilen her türlü sağlık hizmetlerini ve sağlık finansmanını düzenlerken yapılan faaliyetler bütünü ifade etmektedir (Walt, 1994: 41). Sağlık politikasında sağlık hizmetleri sistemi dâhilinde kurumları, hizmetleri ve finansman düzenlemelerini etkileyen ve sağlık üzerinde etkisi olan sosyo-ekonomik ve çevreyle ilgili diğer faktörleri de hesaba katılmaktadır.

Sosyal devlet anlayışı kapsamında sağlık, sağlıklı toplum yapısına ulaşma hedefine dayanmakta ve hükümetleri kendi halklarının sağlığından sorumlu tutan sağlık politikaları oluşturmaya zorlamaktadır (Koçak ve Tiryaki, 2011: 57). Özellikle 1980’li yıllardan sonra, farklı birçok sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de politika oluşturmada reform ve iyileştirme çalışmalarında artış yaşandığı görülmektedir (Aktel vd., 2013: 34). Küreselleşmeyle birlikte ülkelerin sağlık konusundaki yaklaşım ve beklentileri de benzerlik gösterdiğinden, ideolojik yaklaşımların sağlık hizmetleri üzerindeki etkisi azalmış ve küresel sağlık gündemi ulusal sağlık politikaları oluşturmada belirleyici olmuştur (Koçak ve Tiryaki, 2011: 57; Mendez, 2014: 103).

Her ülkede farklılık gösteren sağlık sistemleri, ülkelerde nüfus, ekonomik durum vb. birçok faktöre göre şekillenmektedir. Ancak sağlık politikası oluşturmada beklenti ve isteklerin ortak noktada buluşması ile küreselleşme, ülkeleri kolektif çalışma yapmaya yönlendirmiştir. Örneğin, Avrupa Birliği (AB) üyesi ülkelerin ortak bir sağlık sistemi bulunmamaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinden beklentide ortak bir noktada buluşmaktadırlar ve sosyal devlet anlayışı kapsamında tüm vatandaşlara eşit, verimli ve sürekli olarak hizmet verilmesi gerekliliği, ulusal sağlık sistemlerinin temelini oluşturmaktadır. Böylece sağlık politikalarının belirlenmesinde her ülkenin uyması gereken belirli prensiplerden yola çıkılarak hareket edilmektedir (Öztürk ve Karakaş, 2015: 41). Bu duruma benzer şekilde Akdur vd. (2011: 380-381) de birçok ülkede farklılık gösteren sağlık sistemleri ve sağlık hizmetleri politikalarının temelde benzer ilke, değer ve kavramlar bütünlüğünden yola çıkılarak sağlık politikalarının oluşturulduğuna ve politikalar oluşturulurken iki ana felsefeye dayanıldığına dikkat çekmektedir. Bunlardan ilki, sağlığın “toplumsal bir olgu ve doğuştan kazanılmış temel bir insanlık hakkı” olduğu felsefesidir. Diğeri ise sağlığın “bireysel bir olgu” esasına dayandığıdır. Bu iki esas arasındaki fark ise “toplumsal bir olgu ve doğuştan kazanılmış temel bir insanlık hakkı” ilkesine göre sağlık temel hak olarak kabul edilerek bu hakkın yerine getirilmesinde görev ve sorumluluk devlete yüklenmiş ve herkese eşit sunulması gerektiği prensibi kabul edilmiştir. “Bireysel olgu” ilkesine göreyse sağlık hakkının toplumsal bir olgu dışında bireylere bağlı ve piyasanın arz/talep kuralları çerçevesinde gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

Sağlık politikası, herhangi bir ülkenin sağlık gelişim için rehber olma özelliğindedir. Özellikle kaynakların ve teknolojinin daha sınırlı olduğu bir ülkede bu durumun önemi daha da artmaktadır. Sağlık politikası, kamu sektöründe yer alan

reformların farklı boyutlarına değinen topluluk katılımı, iyileştirilmiş sağlık hizmetleri sunumu, erişim ve eşitlik konularında sağlık politikası prensiplerinin geliştirilmesi ve g¼c¼lendirilmesi sorumluluğunu kabul etmek zorundadır (Tanzania Ministry of Health, 2003: 1). Sağlık politikalarının bu sorumluluğuna rağmen politikanın tasarlanması, planlanması, araştırılması ve geliştirilmesi sorumluluğu da devletlere y¼klenmiřtir. Özellikle 1950'lerin başında Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma rg¼t¼ (OECD)'ne dahil olan devletlerin bu sorumluluğu üstlenmesi yaklaşımı benimsenmiş ve sağlık sektör¼n¼n reg¼lasyonundan da devlet sorumlu tutulmuştur. Bu sorumluluğun en önemli nedenleri:

- Sağlık hizmetlerinin üretilmesinde ve yönetilmesindeki karmaşık yapı,
- Sağlık hizmetlerinin bl¼nememesi ve devamlılık gerektirmesi,
- Verilen hizmetin veya alınacak önlemlerin ülke sınırlarının tamamını kapsama gerekliliği,
- Piyasa leği, sağlık hizmetindeki bl¼nemezlik ve dışsalılıkların sebep olduğu kr amaçlı kuruluşların kontrol¼ olarak gösterilmektedir (Atabey, 2012: 29).

#### **1.4.1. Sağlık Politikasının Oluşturulma S¼reci**

Sağlık politikaları oluşturulurken politika belirleyicilerin sorması gereken en temel soru, oluşturulacak sağlık politikasının amacının ne olduğudur. Bu soru ışığında verilmesi gereken cevap ise sağlık politikalarının sağlığın evrensel kabul edilen tanım ve unsurlarında da belirtilen "hastalık öncesi, hastalık sonrası, beden ve ruhen iyilik hali" gibi faktörleri göz n¼nde bulunduran, sağlık hizmetlerinin her aşamasını içeren (koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici) ve toplumun tamamını kapsayan bir sistemin kurulması gereğidir (İleri vd., 2016: 178). Bu hedefe yönelik amaçlar ulusal veya uluslararası boyutta farklılık kazansa da sağlık politikası belirleyicileri tarafından ele alınması gereken ve ortak gr¼ř belirten bazı kilit soruları g¼ndeme getirmiştir. Bu sorular şunlardır (Cichon vd., 1999: 211):

- 1- Sağlık gereksinimleri belirlendiğinde bunlardan en kritik olanları nelerdir?
- 2- Bir sağlık hizmetinin etkin ve verimli olması için neler yapılmalıdır?
- 3- Ülkelerin sağlık sistemlerini finanse etme yolları nelerdir?

- 4- Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı noktasında kamu ve özel sektör dengesinin en uygun hali nasıl olur?

Bu sorulara verilecek cevaplar, oluşturulan politikaların her ülkenin imkânları doğrultusunda ihtiyaçlarını en etkin biçimde karşılamasını sağlayacaktır. Ayrıca, uygulanabilir ve etkili sağlık politikalarının unsurlarından söz edebilmek için de sağlık politikasının oluşturulma süreci kritik bir önem taşımaktadır.

### **1.4.2. Sağlık Politikasının Unsurları**

Kişi ve toplum sağlığını etkileyerek sağlık göstergelerinde belirleyici olan en önemli unsurlardan birisi, o ülkede uygulanan resmi sağlık politikasıdır. Sağlık politikası, kişilerin sağlık davranışlarını etkilediği gibi aynı zamanda bu durumdan da etkilenmektedir. Çünkü belirlenen politikalar mevcut sağlık durumunu baz alarak oluşturulmakta ve hedefler ona göre belirlenmektedir. Sağlık politikalarını etkileyen diğer önemli faktörler de ülkenin ekonomik durumu ve gelir dağılımıdır. Bu faktörler uygulanan politikaların doğal olarak finansman kriterinden ve mevcut kaynaklardan etkilendiğini göstermektedir (Atabey, 2012: 30).

Belirli faktörlerden etkilenen sağlık politikalarını ihtiyaca göre birçok düzeyde oluşturmak mümkündür. Politikalar, makro ve mikro düzeyde belirlenebileceği gibi sistem düzeyi, program düzeyi, organizasyon düzeyi ve kurumsal düzeyde de belirlenebilir. Ancak sağlık politikalarının düzeylerine bakılmaksızın hepsinin taşınması gereken ön şartlar bulunmaktadır (Tatar, 2007: 401). Zwi vd. (2000: 264) uygulanabilir ve etkili sağlık politikasının beş ana unsurunun olduğuna işaret etmektedir:

- 1- Görünürlük: sağlık probleminin değerlendirilebilmesi, verilerin etkin analiz edilebilmesi ve politika oluşturucuların durumu açıklayabilmesi için problemin görünür olması gerekir.
- 2- Kapasite: Sağlık hizmet sunucularının analiz ve uygulamada yeterli beceriye sahip olmaları gerekir.
- 3- Sahiplik: Birçok grup sağlık problemlerinin farkında olmalıdır.
- 4- Sektörler arası işbirliği: Diğer sektörlerin sağlık problemlerinin çözümünde görev üstlenmeleri gerekir.

- 5- Etkin devlet: Sağlık politikalarının kanun kapsamına alınmasını ifade etmektedir.

Uygulanabilir ve etkili sağlık politikasının beş unsuru içinde en önemli olanı etkin devlettir. Çünkü devletin sağlık politikalarının uygulama sürecindeki kanun koyma ve finansal gücü, politikaların uygulanması ve sistemlerin belirlenmesinde öncü bir role sahiptir (Atabey, 2013: 25).

### 1.5. Sağlık Sistemleri

Kelime anlamı olarak sistem, parçaların düzenlenerek ortak bir amaç için bir araya getirilmesiyle oluşturulan bir bütündür (The World Bank, 2007: 173). Sağlık sistemleri ise sağlık konusunda ilerleme sağlamak amacıyla hizmet unsuru bünyesinde gerçekleşen “girdi, süreç, çıktı ve sonuçtan” oluşan bir bütündür (Atabey, 2012: 37). Daha kapsamlı bir tanıma göre sağlık sistemi; temel amacı birey ve toplum sağlığını geliştirmek olan ve sağlığı tehdit eden durumlara maruz kalmamaları için mali unsurları göz önünde bulundurarak kişilerin sağlık konusundaki meşru beklentilerine eşitlik çerçevesinde cevap vermeyi amaçlayan politikalar doğrultusunda oluşturulan sistemdir. Bu tanım doğrultusunda oluşturulan sağlık sisteminin yerine getirmesi gereken üç temel görevi vardır. Bunlar; sağlık hizmet sunumu, herkesin adil bir şekilde muamele görmesi ve toplumun sağlık dışı beklentilerinin karşılanmasıdır. Söz konusu işlevlerin amacıysa sağlık, cevap verme ve adil finansmandır. Bu kapsamda da sağlık sistemi genellikle, topluluk düzeyinde veya birinci basamak sağlık hizmetlerinden başlayarak (ilçe, bölgesel veya il) merkez seviyesine kadar çeşitli kademelerde düzenlenmektedir (WHO, 2004: 31).

Murray ve Frenk (2000: 719) de DSÖ tarafından belirlenen sağlık sisteminin bu hedeflerinin rutin olarak izlenerek sağlık sisteminin performansını değerlendirmek için temel ölçüt olması gerektiğini vurgulamıştır. Ayrıca hedefe ulaşma ölçütünün operasyonel hale gelme çalışmaları, bu üç hedefi ölçmenin yanı sıra kullanılan kaynakların ve performansın verimlilik üzerindeki etkilerinin dikkate alınarak değerlendirilmesi gerektiğini savunmuşlardır.

Roemer (1993: 336), sağlık sistemlerinin hedeflerine ulaşabilmeleri için beş temel bileşene göre analiz edilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Bu bileşenler;

kaynaklar, organizasyon, yönetim, ekonomik destek ve hizmet sunumudur. Bir sağlık sisteminin kaynakları, insan kaynakları (personel), tesisler (hastaneler, sağlık merkezleri vb.), materyal (ilaçlar, ekipmanlar, sarf malzemeleri, vb.) ve bilgidir oluşmaktadır. Sağlık sistemlerinin organizasyonu ise neredeyse tüm sağlık sistemlerinde görülen ve her ülkede farklı düzeyde uygulanan; hükümetin birincil otoritesi, sağlık fonksiyonlarına sahip diğer devlet kurumları, gönüllü sağlık kuruluşları, işletmeler ve özel sağlık kuruluşları tarafından sağlanmaktadır. Sağlık sistemlerinin yönetimi de sağlık planlaması, idare (gözetim, danışma, koordinasyon, vb.), yönetmelik ve mevzuat olmak üzere çeşitli süreçleri gerektirmekte ve her bir yönetim sürecinin yürütülme yöntemleri, esas olarak bir ülkenin egemen politik ideolojisine göre değişmektedir. Bir sağlık sisteminin çeşitli bölümlerinin ekonomik desteği genellikle bir veya daha fazla finansal mekanizmaya bağlıdır. Bu mekanizmanın unsurları; vergi gelirleri, sosyal sigorta, gönüllü sigorta, yardımlar ve katkı payları olabileceği gibi ekonomik açıdan az gelişmiş ülkelerde dış yardımlar da olabilmektedir. Son olarak sağlık hizmetlerinin sunumu ise ana ve alt bölümlere ayrılıp analiz edilebilen birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden oluşmaktadır.

## **1.6. Bölge ve Bölgesel Eşitsizlik**

Birçok araştırmada tartışma konusu olan ve farklı özellikleri üzerinde durulan bölge kavramı, genellikle fiziksel unsurlar, insan kaynakları, planlama, iktisadi kalkınma, nüfus ve sosyokültürel unsurlara göre ele alınarak incelenmektedir. Esas alınan bu unsurlar çerçevesinde söz konusu bölgenin aynı ülke içerisinde diğer bölgelerle veya diğer ülkeler ile karşılaştırılmasında görülen coğrafi, sosyo-kültürel ve iktisadi farklılıklar, bölgeler arasında denge ve dengesizlik kavramlarının ortaya çıkmasına neden olmuştur. Özellikle iktisadi olarak ele alındığında bölgeler arası dengesizlikler, kalkınmanın bölgelerin doğal zenginlikleri, coğrafi konumu, işgücü vb. durumlardan dolayı belirli bir noktadan başlaması ve bu durumun kontrolsüz olarak büyük farklar oluşturmasından kaynaklanmaktadır (Aydın, 2008: 306).

Bölgeler arasındaki sermaye ve emeğin belirli bölgelerde yoğunlaşması ile ortaya çıkan bölgesel dengesizlik durumu bölgeler arasındaki eşitsizliğin altyapısını oluşturmaktadır (Oral ve Uğur, 2013: 144). Bölgelerarası eşitsizlik, çeşitli bölgelerden

oluşan ülkelerin gelişmişlik düzeylerine bakılmaksızın hepsinde karşılaşılan ve dinamik yapıya sahip gelişme sürecini belirleyen ekonomik faktörlerin mekân üzerinde farklı yoğunluklardaki dağılımı sonucu gerçekleşen bir durumdur (Yılmaz, 2001: 1).

Bölgeler arasındaki dengesizlik ve zemin hazırladığı eşitsizlik kavramları ulusal kalkınmayı ve bunun için bölgesel politikalar üretmeyi zorunlu hale getirmiştir. Ulusal kalkınma politikaları ile hedeflenirse, bölge düzeyinde kamu, özel kesim ve sivil toplum kuruluşlarını karar alma sürecine dâhil edilerek eldeki kaynakların kalkınma yönünde etkin kullanılmasını ve bölgelerin rekabet gücünü arttırarak gelişmişlik farklarının en aza indirilmesi ve dengenin sağlanmasıdır (Kalkınma Bakanlığı, 2014: 7).

### **1.6.1. Bölge Kavramı**

Bölge kavramı literatürde çok yönlü ve sınırlarının belirlenmesinde zorluklarla karşılaşılan bir kavramdır. Bu nedenle birçok devleti ve bazı durumlarda kıtayı içine alan devletler topluluğu bölge olarak tanımlanırken ortak menfaatler doğrultusunda (coğrafi, siyasal ekonomik vb.), ülkelerin oluşturdukları birlikler ve aynı devlet bünyesinde coğrafi, ekonomik, yönetsel, etnik, kültürel ölçütlere göre tanımlanan birimler de bölge olarak adlandırılabilir (Mengi, 2009: 51).

Bölge tanımı yapılırken dikkat edilmesi gereken en önemli husus bölgeyi oluşturan unsurlar ile mekânsal boyutun mutlaka belirtilme gerekliliğidir. Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından, “Sınırları idari, ekonomik birliğe, toprak, iklim ve bitki özelliklerinin benzerliğine veya üzerinde yaşayan insanların aynı soydan gelmiş olmalarına göre belirlenen toprak parçası, mıntıka” şeklinde tanımlanan bölge kavramı, her disiplinde bazı özellikleri daha fazla ön plana çıkarılarak tanımlanmaktadır (Özçağlar, 2010: 23).

Özel (2003: 98), bölge kavramını, sosyal bilimler çerçevesinde ele alarak belirlenen özelliklere göre aynı kategoride yer alan ve bu konuda bütünlük oluşturan, bu kriterler sayesinde içinde bulunduğu çevrede ayırt edici bir özelliğe ulaşan somut bir olgu veya herhangi bir sorunla ilişkisi olan belirli özelliklerin belirlenerek bunları ayırt etmek için tanımlanan düşsel bir ürün şeklinde tanımlamıştır. Ekonomik



faaliyetler doğrultusunda ele alındığında ise bölge kavramı, ekonomik planlama çerçevesindeki faaliyetlerin yer alacağı mekan boyutu ile önem kazanmaya başlamış ve bölge kavramı tanımlanarak ekonomik planlama sürecinde bölgesel farklılıklara yönelik, söz konusu olan yapılanma içerisindeki bölgesel gelişmenin dengeli dağılımı hedeflenmiştir (Ergen vd., 2007: 34). Bu hedef dâhilinde bölgeler iktisadi gelişmeyi ifade eden gelişmiş, az gelişmiş, potansiyel az gelişmiş ve gelişme halindeki az gelişmiş bölgeler doğrultusunda bölge kavramı geliştirilerek iktisadi yapı özelliklerine göre türdeş (homojen) bölge, kutup (polarize) bölge ve plan bölge olarak üç kategoride sınıflandırılmıştır (Bayraktutan, 1994: 184).

- 1- Homojen Bölge:** Bir mekân içerisinde aynı karakteristik özelliklere sahip ünitelerin gruplandırılmasından oluşan bölgelerdir. Homojen bölge bir veya birden fazla kriter göz önüne alınarak bölge içindeki değişimi en aza indiren, bölgeler arası değişimi ise maksimum düzeye çıkararak oluşturulmaktadır. Bu bölgelerin belirlenmesinde “sabit endeks, değişken endeks ve kümeleme analizi” olmak üzere üç temel yöntem kullanılmaktadır (Öztürk, 2009: 6).
- 2- Polarize (Kutup) Bölge:** Fonksiyonel ilişki türlerine göre seçilen ve merkezin etkisi altında kalan sahaların karşılıklı ilişkileri sonucu çizilen mekânları ifade etmektedir. Polarize bölgeler tek özelliğe göre seçilebileceği gibi birden fazla özellik çerçevesinde de tanımlanabilirler. Polarize bölge organizasyonel bir bütünlük kavramı ifade ettiği için bölge planlaması kapsamında en uygun yaklaşım olarak kabul edilmektedir (Tekeli, 2008: 176).
- 3- Plan Bölge:** “Bölgesel politikayı uygulamakta görevli yönetimin yetki alanı içinde kalan saha, daha öz deyişle bölge planının uygulandığı alanlar bütünü” olarak tanımlanmıştır. Yapılmak istenen bölgesel planlama, bunu uygulayacak olan ülkenin bölgesel sorunlarının niteliği ve yoğunluğuna göre ülkenin tamamına veya belirli bir bölgeye yönelik olarak uygulanabilir. Ayrıca bölgesel politikayı yürütme sorumluluğunu üstlenen yönetimler planlama türüne göre bölge içinde veya bölge dışında (merkezde) yer alabilirler (Dinler, 2014: 99). Plan bölgenin önemi homojen bölge ve polarize bölgenin iktisadi kalkınma problemlerinin belirlenmesi ve giderilmesine yönelik çalışmalarda yol gösterici özelliğinden kaynaklanmaktadır. Bu hususta plan bölge diğer iki tip bölge çalışması yapıldıktan sonra amaçlar doğrultusunda idari bir sınırlama ile tespit edilmektedir (Aydın, 2008: 306).

### 1.6.2. Bölgesel Eşitsizlik

Ortaya çıkışı Sanayi İnkılabına dayanan, 1929 ekonomik krizi sonucu dünya gündeminde önemli bir konu haline gelen ve 1950'lerde kalkınma iktisadında tartışılan en önemli konulardan birisi dengeli ve dengesiz büyüme konusu olmuştur. Bu doğrultudaki ilk çalışmalar, yatırımların bölgeler arasında dengeli dağıtılarak dengeli büyümenin sağlanacağını savunurken bazı iktisatçılar ise kaynakların kısıtlı olduğunu ve büyümenin belirli bölge ve sektörlerde başlatılması gerektiğini savunmuşlardır. Bu iki görüşün senteziyle oluşturulan farklı çalışmalar ile birlikte ekonomik gelişmeler sonucunda en son çalışmalarda beşeri ve teknolojik sermaye faktörleri de göz önünde bulundurularak yatırımların geri kalmış bölgelere aktarılması yerine bu bölgelerin gelişme potansiyellerinin açığa çıkarılarak içsel büyümelerini sağlamanın gerektiği noktasına gelinmiştir (Öztürk, 2012: 488). Bu kuramlardan yola çıkarak bölgesel dengeyi, bölgeler arasında sosyal ve ekonomik farklılıkları ifade eden, bir bakıma ekonominin farklı mekânsal parçalarında görülen iktisadi gelişmelerin farklılıklarını ortaya koymak şeklinde tanımlamak mümkündür (Özel, 2003: 168).

Kalkınma ekonomisinin önemli bir diğer konusu olan bölgelerarası eşitsizlik ise insanlık tarihi boyunca süregelmiştir. Bölgelerarası dengenin bozulması sonucu ortaya çıkan bölgesel eşitsizlik Sanayi İnkılabı sonrasındaki ekonomik gelişme, diğer bir ifade ile kalkınma çabaları sonucu önem kazanarak ön plana çıkmıştır. Bölgelerarası eşitsizlik düzeyi bölgeden bölgeye farklılık gösterse de mutlak bir eşitlik durumu sağlanamayacağı için eşitsizlik durumu her zaman var olacaktır. Eşitsizliğin kaçınılmaz olduğu bu durumda üç kritik nokta üzerinde durulması gerektiği savunulmuştur. Bunlardan ilki bölgelerarasındaki eşitsizliğin şiddetini belirlemek, ikincisi bölgelerarasındaki eşitsizliğin zaman faktörü çerçevesinde ele alınarak gelişiminin izlenmesi ve son olarak da ilk iki durumun ele alınmasına kaynaklık eden bölgelerarası eşitsizliğin modern bir sorun olarak algılanma nedenini ortaya koymaktır. Bölgeler arasındaki eşitsizlik şiddeti, bölgelerin belirlenen husus ve geliştirilen kuramlar göz önüne alınarak karşılaştırılması gerektiğini, eşitsizliğin zaman faktörü çerçevesinde ele alınması ise zaman çizelgesi ile değişiminin izlenmesini ifade etmektedir (Çiftçi, 2011: 12). İnsanlığın toplumsal gelişiminin bir sonucu olan eşitsizlik kavramının modern bir sorun olarak algılanma nedeni ise liberal

kapitalizmin doğası ile küresel sistemin iki bölge arasındaki mesafeyi açmasının bir sonucu olarak görülmektedir (Özerkmen, 2004: 138).

Bölgeler arasında gelişme farklarının olması bütün bölgelerin aynı seviyede gelişme gösteremeyeceğinden normal kabul edilmekte ve bu durumun dengeli olarak seyretmesi gerekmektedir. Ancak iki bölge arasındaki mesafenin kontrolsüz olarak açılması ve dengenin daha da bozulması ile sosyo-ekonomik uçurumlar oluşmakta ve bölgeler arasında eşitsizlik söz konusu olmaktadır. Ekonomik ve sosyal fırsat eşitsizliği şeklinde dar bir anlama indirgenmesi mümkün olan bölgesel eşitsizliği üç gruba ayırarak incelemek mümkündür. Bunlar; fiziki şartlar ve doğal kaynakların doğrudan sonucu olan “tabii ve coğrafi eşitsizlik”, aynı üretimin her bölgede farklı bir kazanç getirdiği “ekonomik ve fonksiyonel eşitsizlik” ve bölgede yaşayan bireylerin sosyal hizmetlerden yararlanmaları arasındaki farkı tanımlayan “sosyal eşitsizlik” şeklinde ifade edilmektedir (Yılmaz, 2011: 2-3).

### **1.7. Sağlık Hizmetlerinde Bölgesel Eşitsizlik**

Dünyadaki bütün insanların temel haklarından birisi sağlık hizmetlerine adil olarak erişmek, kullanmak ve bu durumun güvence altına alınması ile sağlıklı bir hayatın güven içerisinde sürdürülmesidir. Ekonomik olarak kalkınma ve gelişmenin sağlanması koşulunu da etkileyen bu durum, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. maddesinde de “Herkesin kendisi ve ailesinin sağlık ve güvencesi için beslenme, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır.” ifadesiyle güvence altına alınmış ve birçok ülkenin yasal ve politik sürecinde de yer almıştır (İnandı, 1999: 357). Bu madde kapsamındaki tıbbi bakım hakkı, tıbbi hizmetlerin gerçekleştirilmesi için bu hizmetlerin kimler tarafından ne derecede ve hangi yollarla karşılanacağı konularını önemli kılmaktadır. Ayrıca bu hizmetlerin sunumu ve hizmetlerin toplumun hangi bölgesinde nasıl dağılım gösterdiği veya göstereceği, diğer bir ifade ile dağılımın eşitliğine dair konular da gündeme gelmiştir.

Sağlık hizmetlerinin sunumu, erişimi ve kullanılmasına ilişkin eşitsizlik kavramı, sağlıkta genel olarak eşitsizliğin belirleyici unsurları arasında gösterilmektedir (Şimşek ve Kılıç, 2012: 117). Sağlıkta eşitsizlik; “bireyler ve toplumun değişik kesimleri arasında ekonomik, siyasal, sınıfsal, mesleki, dinsel,

kültürel veya benzeri sosyal nedenlerle ve sağlık hizmetlerine ulaşımındaki yetersizlik nedeniyle sağlıkla ilgili önlenebilir ve kabul edilemez farklılıklar” şeklinde tanımlanmaktadır (Kocabaş, 2004: 10). Bu tanım, sağlıkta eşitsizliği oluşturan tüm unsurları barındıran geniş bir kavramı ifade etmektedir. Sağlık hizmetlerinde eşitsizlik kavramı ise hizmetlerin organizasyonu ve sağlık sistemlerinin yapısıyla ilişkili olup insan gücü, finansman, örgütlenme, yönetim ve politika gibi bileşenlerde herhangi bir eksiklik sonucunda kişilerin ihtiyaçlarının anında ihtiyaç duydukları düzeyde olacak şekilde sağlık hizmetini alamamalarını ifade etmektedir (Şimşek ve Kılıç, 2012: 117).

İnandı (1999: 358) da sağlık hizmetlerinde eşitsizliğin sağlıkta eşitsizlik kavramının bir bileşeni olduğunu belirtmiş ve sağlık hizmetlerinde eşitsizliğin altyapısını, sağlık hizmet kaynaklarının bölgesel olarak dengesiz dağılımının oluşturduğunu savunmuştur. Bu dengesiz dağılım; nüfus, sağlık gereksinimleri, ulaşım vb. faktörlerin de göz önünde bulundurulması ve sunulan hizmet kalitesi ile adil yaklaşımın da belirleyici olmasıyla sağlık hizmetlerine erişim noktasında birçok açıdan eşitsizlik kavramını ortaya çıkarmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde eşitsizlik kavramının ortaya çıkması hizmetlerin dağılım ve kullanımında kaynaklar, kurumlar ve hizmetlerin ele alınarak değerlendirilmesiyle belirlenmektedir. Verilen bu hizmetlerin yeterli olup olmadığı, sunulan hizmetin belirli kriterler çerçevesinde; koruyucu sağlık hizmeti, tedavi edici sağlık hizmeti, rehabilite edici sağlık hizmeti ve sağlığı geliştirici unsurlara göre ayrı ayrı ele alınıp incelenmekte ve eşitlik çerçevesinde değerlendirilmektedir. Ayrıca, sağlık harcamaları, sağlık kurumları, sağlık işgücü, hizmet alımları ve sağlık araç gereçlerinin dağılımı ve bunların erişilebilirliği de eşitsizlik açısından ele alınabilecek durumlardır. Erişilebilirlik, hizmeti kullanan ve kullanmayan kişilerin genel özelliklerine göre değerlendirilmekte ve ulaşılabilirliği etkileyen ekonomik ve sosyokültürel nedenler eşitsizlik kaynağı olarak gösterilmektedir. Eşitsizliğin değerlendirileceği diğer önemli bir konu da hizmetlerin niteliği, etkinliği ve verimliliğidir. Çünkü sağlık hizmetlerinin her aşamasında hizmete en fazla ihtiyaç duyanların en düşük standartlı hizmetten faydalanmaları, tanı ve tedavi yöntemlerinde kullanılan ölçütlerin bilimsel ve nesnel olması ile aynı şartlardaki başka bir bireye farklı metotların uygulanması sonucunda eşitsizlik durumu söz konusu olmaktadır (Erengin ve Dedeoğlu, 1998: 107).

## İKİNCİ BÖLÜM

### 2. SAĞLIK SİSTEM MODELLERİNE GÖRE SAĞLIK HİZMETLERİ VE TÜRKİYE

Bir ülkenin gelişmişlik düzeyini birçok faktör belirlemektedir. Bu faktörlerden biri de o ülkede yaşayan bireylerin sağlık göstergeleridir. Sağlık göstergeleri, o ülkede sunulan sağlık hizmetlerine, sağlık hizmetleri de uygulanan sağlık sistemine bağlı olarak şekillenmektedir. Bu nedenle ülkenin tüm koşulları göz önünde bulundurularak uygulanacak bir sağlık sistemi, ülkenin gelişimine önemli derecede katkı sağlayacaktır. Bu bölümde de sağlık sistem modellerinin sınıflandırılmasındaki tarihsel sürece değinilerek günümüzde en çok kabul gören sınıflandırmalar incelenmiştir. Ayrıca Türkiye'deki sağlık hizmetleri, Türk Sağlık Sistemi ve bu sistemin kabul gören genel sistemlerle yapısal olarak karşılaştırılması yapılmıştır.

#### 2.1. Sağlık Sistem Modelleri Sınıflandırması

Amaçlanan hedeflere ulaşma konusunda dünya ülkelerinin kullandığı sağlık sistemleri incelendiğinde, farklı politikaların uygulanması sebebiyle küresel ölçekli homojen bir sağlık sisteminden söz etmek oldukça güçleşmektedir. Ancak ülkelerin giderek daha da kompleks hale gelen ve küresel anlamda ortak özellik gösteren hukuksal, finansal ve politik yönetim sistemleri içinde en doğru şekilde sağlık hizmeti sunabilme ihtiyaçları, sağlık sistem modellerini geliştirme ve bu sistemlerin sınıflandırılmasına yönelik çalışmaları gerekli hale getirmiştir (Daştan ve Çetinkaya, 2015: 106).

Sağlık sistemleri sınıflandırılırken dikkate alınması gereken temel nokta, ülkelerin siyasi yapıları ve ideolojik yönelimleridir. Ayrıca ülkedeki sendikal anlayış, işçi hareketleri, demokrasi, dinsel yönelimler, barış anlayışı, insan haklarına verilen önem ve etnik yapılanma da sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasında önemli rol oynamaktadır. Bu bakış açısıyla değerlendirildiğinde sağlık sistemlerinin şekillenmesinin birçok faktörden etkilendiğini ve her ülkenin kendine özgü bir sağlık sisteminin olduğunu söylemek mümkündür (Kılıç ve Aksakoğlu, 1994: 5).

### 2.1.1. Sağlık Sistem Modelleme Çalışmalarının Geçirdiği Tarihsel Süreç

Tarihsel süreçte sağlık sistem modelleri incelendiğinde, ilk sınıflandırmaların ülkelerin gelişmişlik düzeyleri göz önünde bulundurularak ulusal sağlık sistemlerinin değerlendirilmesiyle oluşturulduğu görülmektedir. Bu sınıflandırmalar, ülkelerin gruplar halinde ele alınmadığı yapıda olup öncü çalışmayı 1931 yılında Arthur Newsholme ortaya koymuştur. Newsholme, halk sağlığı konularına ilişkin pürüzlerin giderilmesi ve bulaşıcı hastalıkları kontrol altına almak amacıyla ulusal sağlık sigortası gibi devlet müdahalesi gerektiren yöntemlerin gerekliliğini ve önemini savunmuştur (Derickson, 2002: 180-181).

Sağlık sistemlerinde gruplar halinde ilk sınıflandırma çalışmaları 2. Dünya Savaşı sonrasında uluslararası sağlık sistemlerinin kıyaslanması ile yaygınlaşmıştır. Karl Avang 1960 yılında yayınlanan “Health Services Society and Medicine” adlı kitabında yer alan çalışmasında sağlık sistemlerini dört grup altında toplamıştır. Buna göre sağlık sistem modelleri (Ateş, 2013: 63);

1. Batı Avrupa Tipi Sağlık Sistemleri,
2. Amerikan Tipi Sağlık Sistemleri,
3. Sovyet Rusya Tipi Sağlık Sistemleri,
4. Gelişmemiş Ülkeler Tipi Sağlık Sistemleri şeklindedir.

Bu konudaki başka bir çalışma ise 1979 yılında Fulcher tarafından ulusal sağlık sistemlerinin finansmanını göz önünde bulundurarak yapılmıştır. Fulcher’in yapmış olduğu sağlık sistemleri sınıflandırması ise üç ana gruptan oluşmaktadır (Sargutan, 2006: 16):

1. Ulusal Sağlık Hizmeti Olan Ülkeler,
2. Ulusal Sağlık Sigortası Olan Ülkeler,
3. Pazar Ekonomisi Ülkeleri.

Vincent Navarro da 1978 ve 1981 yıllarında yapmış olduğu çalışmasında, sağlık sistemlerini, sosyal ve tıbbi hukukun ana belirleyicisi, çalışan sınıf ve orta sınıf arasındaki ilişkiler ile orta sınıfın üst ve alt bölümlerinden kaynaklanan gelişmeler

çerçevesinde incelemiştir. Bu çalışmaya göre çalışanları temsil eden etkili bir politik partinin olması, toplumun ulusal bir sigorta programı kapsamında tıbbi hizmetlerden yararlanmasını sağlayabilecektir (Ateş, 2013: 64).

Sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına yönelik kuramsal bir yaklaşım da 1978 yılında Milton Terris tarafından geliştirilmiştir. Terris (1978: 1125-1126), sağlık sistemlerini üç kategoride değerlendirmiş ve bunların dönemin üç temel ekonomik sistemi (öncü-kapitalist, kapitalist, sosyalist) ile bağlantılı olduğunu vurgulamıştır. Ayrıca aynı sisteme sahip ülkeler arasında farklı varyasyonların olabileceği gibi tek bir ülkede birden fazla sistemin var olabileceğini de belirtmiştir. Terris sağlık sistem modelleri ise şu şekilde sınıflandırmıştır:

1. Kamu Yardımına Dayalı Sağlık Sistemi,
2. Sigortaya Dayalı Sağlık Sistemi,
3. Ulusal Sağlık Sistemi.

Terris'in bu kuramsal sınıflandırmasının basit ve birçok ülke sistemini sınıflandırmak adına yetersiz kalması sonucunda o dönemdeki uygulanan sağlık sistemlerine göre İngiltere ve İsveç gibi ülkeler sigorta ve ulusal sağlık sigortası arasında bir ara formda değerlendirilmiştir. Bununla birlikte 1980'li yıllarda, Mark Field'in "tipoloji" olarak adlandırdığı ve sağlık sistemlerini beş ayrı tipte incelediği kuramsal sınıflandırılması ortaya çıkmıştır. Field'in (1989: 7) sınıflandırması,

- Tip-1: Az Gelişmiş Ülkeler,
- Tip-2: Serbest Piyasa Tipi,
- Tip-3: Sigorta ve Sosyal Güvenlik,
- Tip-4: Ulusal Sağlık Hizmeti,
- Tip-5: Sosyalist Sistem şeklindedir.

Field'in diğer sınıflandırmalara göre daha kapsamlı görünen bu sınıflandırması da gelişmekte olan ve liberal kapitalizme yönelimli olan ülkeleri zorunlu olarak Tip-2'ye koymakta ve bu durumsa sınıflandırmada yetersiz kalınmasına yol açmaktadır (Kılıç ve Aksakoğlu, 1994: 7). Field'in bu sınıflandırmasını düzenleyerek daha kapsamlı ve daha ayrıntılı ele alan Kılıç ve Bumin (1993: 44) ise sağlık sistemlerini altı tipte ele alarak sınıflandırmışlardır. Bunlar;

- Tip-1: Özel Sigorta Ağırlıklı Sağlık Sistemi
- Tip-2: Sosyal Sigorta Ağırlıklı Sağlık Sistemi
- Tip-3: Ulusal Sağlık Sistemi
- Tip-4: Sosyalist Sağlık Sistemi
- Tip-5: Karmaşık Yapıda Sağlık Sistemi
- Tip-6: İlkel Yapıda Sağlık Sistemidir.

Sağlık sistemlerinin birçok çalışmada geliştirilen ve düzenlenen sınıflandırmaları içerisinde en çok kabul gören çalışmalardan birisi ise Milton I. Roemer'in ekonomik seviye ve sağlık sistem politikalarını gözetererek oluşturduğu ve bunları ulusal sağlık sistemleri başlığı altında topladığı sınıflandırmasıdır. Milton I. Roemer'in dört kategoriye ayırdığı sağlık sistemleri sınıflandırmasında ülke grupları şu şekilde sınıflandırılmaktadır (Roemer, 1991, 1993):

1. Girişimci Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemi Politikaları,
2. Refah Yönelimli Tip Sağlık Sistemi Politikaları,
3. Genel ve Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemi Politikaları,
4. Sosyalist ve Merkezden Planlanmış Tip Sağlık Sistemi Politikalarıdır.

Sargutan (2006: 54) da Roemer'in sınıflandırmasındaki bazı hususları gözetererek sağlık sistemi gruplarını geliştirip güncellemiştir. Sıralama yapılırken ölçüt olarak ülkelerdeki sağlık hizmeti arz ve talep dengesi ile kamunun ve özel teşebbüsün bu dengenin oluşumundaki baskınlığı, ülkelerin gelişmişlik düzeyi ve gelir düzeylerini esas almıştır. Buna göre de dört ana sağlık sistemi tipi oluşturulmuştur:

1. Özel teşebbüs/ serbest pazar tipi sağlık sistemleri,
2. Refah yönelimli tip sağlık sistemleri,
3. Kapsayıcı/ bütüncü/tekçil hizmet tipi sağlık sistemleri,
4. Sosyalist/merkezi planlama tipi sağlık sistemleridir.

Başka bir sınıflandırmada ise sağlık sistemleri; sağlık hizmetleri sağlayıcıları, sağlık hizmetlerinin ödenme şekli, sağlık sigortasını sağlayan ve bu sigortadan faydalananlar arasındaki finansal risklerin gösterdiği ayrıma göre düzenlenmiştir. Diğer gruplandırmalar ile de benzerlik gösteren ve yine sık kullanılan bu modelde ülke grupları dörde ayrılmaktadır (McCane, 2010: 2):



1. Beveridge modeli,
2. Bismark modeli,
3. Ulusal sağlık sigortası modeli,
4. Cepten ödeme modeli.

Sağlık sistemleri sınıflandırılma yöntemleri geçmiş sınıflandırmaların yetersiz kalması ve bazı sağlık sistemlerinin hiçbir kategoride yer alamaması ile sürekli olarak geliştirilip güncellenmiştir. Ancak sağlık sistemleri her ne şekilde belirli kategoriler altında sınıflandırılmaya çalışılsa da her ülkenin kendine özgü sisteme sahip olması ve sağlık sistemlerindeki değişim, bu kategorilerin sağlık sistemlerini tam olarak açıklamasını engellemektedir. Bu sınıflandırmalar içerisinde ülkeler, uyguladıkları sağlık sistem veya sistemlerin ağır basan modeline göre sınıflandırılmakta ve aynı kategoride yer almasına rağmen birden fazla sisteme ait özellikleri taşıyan karma sistemlerin varlığını da ortaya koymaktadırlar (Sargutan, 2005: 412).

### **2.1.2. Kapsayıcı Tip Sağlık Sistem Modellerinde Sağlık Hizmetleri**

Kapsayıcı tip sağlık sistemi modelinin oluşmasında en önemli girişim, 1941 yılında İngiltere milletvekili olan William Beveridge'in sosyal güvenlik sistemi çerçevesinde yapılan sosyal amaçlı pek çok harcamanın istenilen sonucu vermemesi ile bunun sebeplerini araştırmak ve temel ihtiyaçların giderilmesine yönelik sosyal politikaların ana esaslarını belirlemek için bir komisyonun başına getirilmesidir. Beveridge, yapmış olduğu çalışmalar sonucunda 1943 yılında, "Sosyal Sigorta ve İlgili Hizmetler" raporunu yayınlamış ve bu rapor ile yoksulluğun sebepleri ve buna karşı alınacak tedbirleri açıklamıştır. Yoksulluğun üç ana ve iki yan sebebi olduğunun vurgulandığı raporda ana sebepler; gelir yokluğu riski, gider arttırıcı riskler ve gelir azaltıcı riskler şeklinde sıralanmıştır. Yan sebeplerden ilki doğurganlığın azalması ve bunun sonucunda genç nüfusun azalmasıyla aktif nüfusun yaş ortalamasının giderek artması diğer bir ifade ile nüfusun yaşlanmasıdır. Buna çare olarak ana ve çocuk sağlığının önemine değinilen raporda ikinci yan sebep ise kamu sağlığının bozulması olarak gösterilmiştir. Bütün bu sebeplerden geçici olmayacak bir şekilde kurtulmanın tek yolu ise sosyal güvenlik sisteminin kurulması olarak belirtilmektedir. Böylece

kamu kesimi içerisinde mali kaynaklı olan bu sosyal politika ve sosyal güvenlik önerisi, İngiltere’de Ulusal Sağlık Hizmetinin (National Health Service: NHS) kurulmasını sağlamıştır (Sargutan, 2006: 61). “Beveridge Modeli” olarak da bilinen bu sistem; tüm halkı kapsamakta ve sağlık hizmetlerini sunma rolünü devlete yükleyerek sağlık hizmet finansmanının ise vergilerle karşılanmasını esas almaktadır (Daştan ve Çetinkaya, 2015: 106).

Beveridge Modeli’nde kişiler, sağlık hizmetlerinden faydalanmak için doğrudan veya yarı-doğrudan herhangi bir ödeme yapmamakta, sağlık hizmetlerinin finansmanı devlete dolaylı olarak ödenen vergilerden sağlanmaktadır. Kişilerin devlete ödedikleri vergi ile sağlık hizmetlerinden yararlanma oranı arasında herhangi bir ilişki bulunmamakla birlikte herkes sağlık hizmetlerinden ihtiyacı doğrultusunda yararlanmakta ve vergilerin belirsiz bir bölümüyle hizmetlerin finansmanı sağlanmaktadır. Sağlık hizmetleri arzında asıl görevi kamu üstlense de özel sektörün varlığı red edilmemektedir. Ancak özel sağlık hizmet sunucularının denetimi kamu tarafından yapılmaktadır. Özel sektör, kişilere ek imkânlar sunabilmekte ve bu imkânlar için yine kontrol altına alınan ücretlerle ek ödemeler talep edilebilmektedir. Bu sistemdeki temel amaç, kamu gücünün kullanılarak koruyucu, tedavi edici, esenlendirici ve sağlığı geliştirici hizmetlerden herkesin aynı şartlarda faydalanmasını mümkün kılmak ve böylece tam kapsamlı sağlık sosyal güvenliğini sağlamaktır (Sargutan, 2005: 420).

Kapsayıcı tip sağlık sistem modelinde, sağlık hizmeti sunan kurumların büyük bir çoğunluğu kamuya ait olduğu gibi sağlık profesyonellerinin (doktor, ebe, hemşire vb.) çoğu da kamudaki ücret sistemiyle çalışmaktadır. Bu sistemde finansmanın kamu ağırlıklı olması; katlanılan maliyetin telafisinin iş gücü kaybının önlenmesi ve sistem bozukluklarından kaynaklanabilecek giderlerin azaltılmasıyla mümkün olabilir. Ayrıca kapsayıcı tip sağlık sistemlerinde, sistemin sosyal güvenlik altyapısıyla oluşturulmasından ve kapsayıcı sistem görüşünden kaynaklanan koruyucu sağlık sistemlerine ayrılan payın yüksek olması da maliyeti yüksek olan tedavi edici sağlık hizmetlerine ayrılacak kaynak miktarında büyük oranda azaltma yaratmaktadır (Sargutan, 2005: 423).

Kapsayıcı sağlık sistem modelinde, özel sağlık hizmet sunucularından talep edilen ek hizmetler dışında herhangi bir ödeme zorunluluğu yoktur. Bu durum,

ülkedeki tüm vatandaşlarla birlikte ülkeyi ziyarete gelen ve geçici oturma izni alan kişileri de kapsamaktadır. Yani sistem, ülke sınırları içerisinde yasal olarak yer alan bütün insanların sağlık hizmetlerinden ihtiyaçları kadar faydalanmasına olanak tanıyacak genişlikte sağlık güvencesi sağlamaktadır (Koçak, 2011: 68). Çalışan ve çalışmayan herkesi kapsayan, bütün risklerin tek bir çatıda toplanarak idare edilmesini sağlayan ve gelir düzeyi gözetilmeksizin herkesin ihtiyacı kadar sağlık hizmetlerinden faydalanmasına olanak sağlayan bu sistemin ilkeleri; evrensellik, birlik ve eşitlik olarak sıralanmaktadır (Odier, 2010: 282). Finansmanın genel vergilerle sağlanması eşitlik ilkesinin en önemli göstergelerinden birisidir (Elola vd., 1995: 1397).

Sağlık hizmetleri, devletin karşılaması gereken temel bir ihtiyaç olarak görülmektedir. Devlet tarafından sunulan sağlık hizmetlerinde hizmetlere erişim eşitlik ilkesine daha yakındır. Bunun en önemli nedenlerinden biri de idari yetkinin devlet elinde olmasıyla sağlık hizmetlerinde denetim kolaylığının sağlanmasıdır. Devletin bu misyonu üstlenip başarılı olması da ekonomik gücüne bağlıdır. DSÖ'nün 2004 yılında 191 ülkeyi incelediği raporunda, gelir düzeyi yüksek ülkelerde sağlık harcamalarının üçte ikisinin, orta gelirli ülkelerde yaklaşık dörtte üçünün ve gelir düzeyi düşük ülkelerdeyse neredeyse tamamının genel vergilerden karşılandığını belirlemiştir (Gottret ve Schieber, 2006: 75). Kapsayıcı tip sağlık sisteminin, kamu ağırlıklı finanse edilmesi, gelir seviyesi yüksek ülkelerdeki uygulamalarda olumlu sonuç vermektedir. Ancak ulusal geliri düşük ve gelir dağılımı bozuk olan ülkelerin çok azında başarı sağlanabilmektedir (Ateş, 2013: 97).

### **2.1.3. Refah Yönelimli Sağlık Sistem Modellerinde Sağlık Hizmetleri**

Refah yönelimli sistem, sosyal sigortacılık anlayışına dayanmaktadır. Kuruluş amacıysa Almanya'da sosyalizmi hedefleyen işçi sınıfının siyasal kalkışmasını engellemektir. Bu amacın gerçekleştirilmesi amacıyla Otto Von Bismarck tarafından 1883 yılında zorunlu hastalık sigortası uygulanmaya başlanmıştır (Üçkuyu, 2006: 327). Refah yönelimli sağlık sisteminin kuruluş evrelerini, 1884 yılında iş kazası ve 1889 yılında sakatlık ve yaşlılık sigortasının da uygulanması oluşturmuştur. Sistemin işçi sınıfı ile ailelerinin beklentilerine cevap vermesi ile de hızla gelişip yaygınlık kazanmıştır (İstanbulluoğlu, 2010: 92). Bismarck modeli,

sosyal sigorta modeli, mesleki model, korporatist model, sosyal hastalık fonu veya sosyal güvenlik sistemi olarak da adlandırılmakta olup modelin kapsam konusu “vatandaş” olarak değil “çalışanlar” olarak ifade edilmektedir (Yıldırım vd., 2012: 13). Herkesin zorunlu olarak sigorta kapsamına alındığı bu model, prim gelirlerine dayalı olarak işlemektedir. Böylece aktif olmayan nüfus (emekli ve bağımlılar) da çalışanlar üzerinden kapsama dâhil edilmektedir (Roemer, 1993: 344). Bu sistemde özel sektör de yer almakla birlikte kamunun ağırlığı daha yüksektir. Özel sektöre tamamlayıcı rol üstlenmektedir (Çelebi ve Cura, 2013: 53).

Bu sistemin sosyal sağlık sigortası anlayışına göre temel özellikleri genel olarak beş başlıkta toplanabilir (İstanbuluoğlu, 2010: 92):

1. Sosyal sağlık sigortası kapsamında herkes üye olmak zorundadır.
2. İlk olarak fonlar işçi ve işveren katkıları ile elde edilmiş ancak daha sonra devlet de finansmana katılmıştır.
3. Devletin finansmanda yer almasıyla birlikte genel vergilerden de yararlanılmaktadır.
4. Prim ve katkı payları belirlenen oranlara göre işçi ve işverenler arasında paylaştırılmaktadır.
5. Sigorta kuruluşlarından kâr amacı güden kurumlar da bulunmakla birlikte bu durum ülkeden ülkeye farklılık göstermekte bazı ülkelerde sigorta kuruluşlarının tamamı kâr amacı taşımamaktadır.

Bu sistemin temel özelliği, finansman kaynağı olarak devlet her ne kadar önemli bir role sahip olsa da ana kaynak prim gelirleridir. Prim gelirlerinin finansmandaki yüksek ağırlığıysa kamu kaynaklarının daha az kullanılmasını sağlamaktadır (Cevahir, 2013: 34). Sistemin diğer bir özelliği ise kapsayıcı tip sağlık hizmetlerinden farklı olarak sadece tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamaktadır. Diğer sağlık hizmet türlerinin finansmanı ise kamu kaynakları veya özel kuruluşlarca sağlanmaktadır (Sargutan, 2005: 418).

Refah yönelimli tip sağlık sistemi tüm nüfus yerine çalışan nüfusu kapsadığından bu sistemin işsizlik oranının düşük olduğu ülkelerde kullanımı daha başarılı olmaktadır. Ülkedeki çalışan nüfusun fazla olması, sosyal sağlık sigortasının

zorunlu olması sonucunda fonların direk işçi ve işverenlerden elde edilmesini sağlayarak devletin mali yükünü azaltmaktadır.

#### **2.1.4. Serbest Piyasa / Özel Teşebbüs Tipi Sağlık Sistem Modellerinde Sağlık Hizmetleri**

Serbest piyasa / özel teşebbüs tipi sağlık sistemi, özel sektörün üstünlük sağladığı, devletin düzenleyici “regülatif” politikaları aracılığıyla rekabetçi ortamının yaratıldığı liberal bir sistemdir. Bu sistemde sağlık hizmetlerinin üretimi ve sunumundaki en büyük pay, piyasa koşullarına bırakılmıştır. Özel teşebbüsü ifade eden “girişimci sistem” olarak da bilinen bu sistemin finansman kaynağının büyük bir kısmı, kişilerin doğrudan (cepten) ödemelerinden veya isteğe bağlı özel sigortalardan elde edilmektedir. Bu sistemde dolaylı olarak rol alan ve düşük bir yüzdeye sahip kamu finansmanı da vergiler yoluyla elde edilmektedir. Sistemde zorunluluk kavramı yoktur. Bu durum, sigorta satın almayı zorunlu kılmadığı gibi yapılan başvuruların da kabul edilmesini zorunlu kılmamaktadır. Bunun temel nedeni ise isteğe bağlı sigorta yoluyla sistemde oluşabilecek riskleri en aza indirmektir. Sistemde sağlık hizmetleri, özel girişimin sermaye hareketliliğine dayalı bir endüstri olarak değerlendirilmektedir (Çelebi ve Cura, 2013: 52).

Sağlık sigortasının özel pazardan satın alındığı veya devlet tarafından bazı kesimlere sağlandığı bu sistemde, kâr amaçlı sigorta şirketleri ile birlikte sayısı oldukça az olan kâr amacı gütmeyen organizasyonlar da mevcuttur. Sağlık sigortalarının büyük bir çoğunluğu grup planlarıyla ilişkili maliyet tasarruflarına bağlı olarak işverenler tarafından satın alınmaktadır. İşverenler sağlık sigortası kapsamında anlaşmalı oldukları sigorta şirketleri ile maliyetleri korumak için anlaşmalarına bağlı olarak risklerin tamamını veya belirli bir kısmını üstlenebilmektedirler. Bu durum, özel sağlık sigortaları ve özel sağlık organizasyonlarının varlığı sonucunda hastaların istedikleri hekim ve hastaneyi seçebilme hakkı bulunmasına rağmen çalışanların istedikleri sağlık kurumunu seçme haklarını da kısıtlamaktadır (Ridic vd., 2012: 115). İstedikleri hastane ve hekimi seçme hakkını ise satın alma gücü olan kişiler elde etmektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin büyük bir oranda tüketimi de yine bu kişiler tarafından gerçekleştirilmektedir (Ateş, 2013: 67).

Özel teşebbüs tipi sağlık sistemlerinde finansman yöntemi, sağlık hizmetlerinin tüketiminde genellikle alım gücü yüksek bireylerin lehine gerçekleşmektedir. Kişilerin hizmet sırasında cepten yaptıkları ödemeler ve özel sağlık sigortacılığı aracılığıyla elde edilen fonlarla birlikte karma (bütünleştirilmiş) finansman modeli uygulanmaktadır. Bu finansman yöntemlerinden cepten ödemeler, sağlık hizmeti talebinde bulunan kişilerin almış oldukları hizmet karşılığında sağlık kuruluşu veya sağlık uzmanına kendilerinin herhangi bir üçüncü parti ödeyici (aracı) olmadan kendi bütçelerinden yapmış oldukları ödemeleri ifade etmektedir. Özel sigorta yöntemi ile finansman da bireylerin tamamen kâr amacıyla kurulmuş sigorta şirketi aracılığıyla yapılan anlaşmalar doğrultusunda, sağlık hizmetlerinin özel sağlık sigortası tarafından karşılanmasını ifade etmektedir. Ayrıca özel sağlık sigortaları zorunlu sağlık sigortalarından farklı olarak emeklilik ve sakatlığı kapsamamaktadır. Ayrıca özel sağlık sigortalarında primler risk unsurları gözetilerek havuzlarda toplanmamakta olup sigortalı bireyin hastalanma olasılığına göre belirlenmektedir. Ödenen primlerde kişinin yaş, cinsiyet, daha önceki hastalık hikayesi vb. durumların değerlendirilmesi ile belirlenmektedir. Sonuç olarak kişiler ve gruplara göre farklı ödeme seçenekleri ortaya çıkmaktadır. Karma finansman yöntemi olarak ise piyasa koşullarına göre oluşan finansman yöntemleri ve bireysel faydalanmadan öte sosyal refahı yükseltmeyi amaçlayan kamu kaynaklı finansman yöntemlerinin bir arada olduğu yöntemi ifade etmektedir (Atabey, 2013: 34).

Özel teşebbüs tipi sağlık sistemine sahip ülkelerde finansman yöntemi olarak belirtilen üç yöntemden birisi daha fazla kullanılıyor olsa da genel olarak karma finansman yöntemi kullanılmaktadır. Buna özel sağlık sigortası temelli Amerika Birleşik Devletleri örnek verilebilir. Özel teşebbüs tipi sağlık sisteminin dünyadaki en tipik örneklerinden olan ABD sağlık sistemi bünyesinde gazilerin, çocukların ve yaşlıların sağlık hizmetleriye kamu tarafından finanse edilmekte olup ayrıca çalışanlar da işverenler tarafından sigortalandırılmaktadır (Daştan ve Çetinkaya, 2015: 108).

Özel girişimin ve kişisel talebin sağlık hizmetleri arzında belirleyici unsur olduğu, diğer bir ifadeyle arz-talep dengesinin serbest piyasa koşullarında gerçekleştiği, kamu sektörünün ise yetersiz ve geri planda olduğu bir ortamı tanımlayan bu sistemde, arz ve talebin birbirini dengelemesinin aksine sistemin

uygulandığı ülke ve toplum yapısını göre olumsuz sonuçlarla da karşılaşmaktadır. Sistemin temel dezavantajı, sağlık hizmeti talep edenlerin alacakları hizmetle ilgili yetersiz bilgiye sahip olmaları ve kontrolün sağlık hizmet sunucularının elinde olmasıdır. Diğer bir dezavantaj ise sağlık hizmetlerinin sunumu, hizmetin miktarı veya süresi, ücretlerin belirlenmesi vb. durumlarda değerlendirme denetleme imkânlarının kısıtlı olması ve sistemin korumasızlığıdır. Sistem, kişisel sağlık hizmetleri arz ve talebinin en eski ve en yaygın olduğu sistem türüdür. Ulusal geliri yüksek, gelir dağılımı dengeli, yoksulluk düzeyinin düşük, sosyal yardım faaliyetlerinin etkili, toplum sağlığı hizmetlerinin yeterli, düzenleme ve denetimin güçlü olduğu ülkelerde uygulanabilir gözüke de toplum sağlığı, sağlığın geliştirilmesi ve temel sağlık hizmetleri gibi konularda kamu müdahalesine ihtiyaç duyulmakta ve bu konularda da yetersiz kalmaktadır (Sargutan, 2005: 417).

### **2.1.5. Sosyalist-Merkezi Planlama Tipi Sağlık Sistemi**

Özel sektörün tamamen etkisiz bırakıldığı ve merkeziyetçiliğin en yoğun olduğu bu sistem 1920’li yıllarda Rus devlet adamı Shemasko tarafından geliştirilmiştir (Çelebi ve Cura, 2013: 53). “Shemasko Sağlık Modeli” olarak da bilinen bu sistem, güçlü bir ağ ve çok katmanlı bir bakım sistemi üzerine inşa edilmiştir. Sağlık hizmetlerinin işleyişi koordineli bir sevk zinciriyle yürütülmektedir (Sheiman, 2013: 320). Kişilerin dolaylı ya da doğrudan herhangi bir ödeme yapmalarının söz konusu olmadığı bu sistemde, sağlık hizmetlerinin üretimi, sağlık kurumları ve ekipmanlarının mülkiyeti, dağıtım kanalları ve personel ücretlerinin ödenmesi tamamen kamuya aittir. Diğer bir ifade ile sağlık hizmetlerinin sunumu ilke olarak toplumsal tekel niteliği taşımaktadır (Ateş, 2013: 108).

Sosyalist sistemde sağlık hizmetlerinin temelini birinci basamak sağlık hizmetleri oluşturmakta olup koruyucu sağlık hizmetleri her düzeydeki sağlık hizmetleriyle entegre halindedir. Toplumun her kesiminin ihtiyacı kadar faydalanabildiği ve sağlık personeli arasında hiyerarşi ve statü farkının olmadığı bu sistemde her şey kamuya ait olup çalışanlar da kamu personelidir. Hizmetin denetimi, halk tarafından çeşitli yollarla yapılmaktadır. Bu durum kaliteyle birlikte eşitlik, adalet, ulaşılabilirlik ve kullanılabilirlik açısından büyük ölçüde avantaj sağlamaktadır

(Sargutan, 2005: 425). Bu sistemi günümüzde kullanan ülkelere örnek olarak Küba ve Kuzey Kore sağlık sistemleri gösterilebilir (Kılıç ve Bumin, 1993: 44).

## 2.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri

Diğer mal ve hizmetlere göre sahip olunan farklı özellikler (ikame edilememe, ertelenememe vb.), birçok ülkede tüm vatandaşların eşit bir şekilde sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri için devletlerin birtakım yükümlülükler üstlenmesini zorunlu kılmıştır. Bu durum, ulusal ve uluslararası platformlarda da geçmişten günümüze sürekli gündemde kalmıştır. Türkiye’de de Anayasanın 56. maddesinde vatandaşların sağlık hizmetlerinden eşit bir şekilde faydalanmaları herkesin temel hakkı ve bu hakkın gerçekleştirilmesinin de devletin görevleri arasında olduğu belirtilmiştir. Devletin bu sorumluluğunu yerine getirme görevi de 1983 yılında 181 sayılı ve 1989 yılında 386 sayılı “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ile devlet adına Sağlık Bakanlığı’na verilmiştir. Kararnamenin 4. Maddesinde, Sağlık Bakanlığı’nın görevleri belirtilmiş olup bu görevler; ulusal düzeyde sağlık politikalarının belirlenmesi, sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve ulusal düzeyde sağlık politikalarının yönetimi, genel koordinasyon ve regülasyon şeklindedir (Çoban, 2009: 132).

Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmet organizasyonu içerisinde bir kamu örgütlenmesidir. Ancak sağlık hizmet organizasyonu açısından yarı kamusal özelliğe sahip örgütlenmeler, özel kurum ve kuruluşlar ile gönüllü kuruluşlar da bulunmaktadır. Bu örgütlenmeler genellikle hastane hizmeti ürettiği ve belirli gruplara yönelik sınırlandırıldığı için hizmetlerin organizasyonunda temel çatıyı Sağlık Bakanlığı oluşturmaktadır (Akdur, 2006: 36). Sağlık Bakanlığı, Türkiye’de sağlık sistemi ve organizasyon yapısı içerisinde merkeziyetçi yapı gücünü sürekli elinde tutsa da yönetim ve organizasyon yapısı tarihsel süreç içerisinde farklı odaklanmalar ve reform çalışmalarıyla sürekli değişikliğe uğramıştır. Bu süreç içerisinde oluşturulan sağlık politikaları, sağlık hizmetlerinin unsurları (hizmetlerin örgütlenmesi, finansmanı ve sağlık insan gücü) üzerinde belirleyici olmuş ve günümüz sağlık sisteminin mevcut yapısı oluşmuştur (Çoban, 2009: 132).



### 2.2.1. Türkiye’de Sağlık Politikalarının Tarihsel Gelişimi

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin modernleştirilme çalışmaları cumhuriyetle birlikte ön plana çıkmıştır. Büyük Millet Meclisi açılışından sonra 3 Mayıs 1920’de, sağlık hizmetlerinde önceliklerin saptanması, sağlık kazanımlarını arttırmak ve belirlenen kriterler doğrultusunda kaynakların verimli dağılımını amaçlayan ilk bakanlık olma özelliği taşıyan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı kurulmuş, böylece sağlık hizmetlerinin genel çerçevesi belirlenmiştir (İleri vd., 2016: 179). Sağlık Bakanı’nın Dr. Adnan Adıvar olduğu bu dönemde, koruyucu sağlık hizmetlerinin yürütülmesi için hükümet tabipliği ve sağlık müdürlüğü kurulmuş, tedavi hizmetleri ise belediyeler ve özel idareler tarafından yerine getirilerek yoksul hastalar hükümet tabipleri ve diğer kuruluşlar tarafından ücretsiz olarak tedavi edilmiştir. Bu dönemde Kurtuluş Savaşı’nın etkilerinin azaltılması ve mevzuat alt yapısının geliştirilmesine odaklanıldığı için sağlık hizmetleri ile ilgili düzenli bir kayıt sistemi oluşmamıştır (Çavmak ve Çavmak, 2017: 49).

Cumhuriyetin ilanından sonra Sağlık Bakanı olan ve görevini 1937 yılına kadar devam ettiren Refik Saydam döneminde, sağlık hizmet ve örgütlerinde sağlık sisteminin temelleri atılmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetleri öncelik olarak belirlenmiş ve bu hizmetlerin gerçekleştirilmesi merkezi hükümetin görevi olarak belirlenmiştir. Hizmet maliyetlerininse genel bütçe olanaklarından karşılanması kabul edilmiştir. Tedavi hizmetlerinin gerçekleştirilmesi, merkezi hükümetin yol gösterici ve teşvik edici rolüyle yerel idarelere bırakılarak birçok ilde numune hastaneleri açılmıştır. Ayrıca günümüzde hâlâ yürürlükte olan ve sağlık hizmetlerinin anayasası niteliği taşıyan 1593 sayılı “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu” çıkarılmıştır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi, koruyucu hekimlik ile tedavi edici hekimliğin birbirinden ayrılması, tıp fakültelerinin kurulması ve sıtma, frengi, verem gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi ilkelerini içeren sağlık politikası belirlenmiştir (Akdur, 1999: 12).

Türkiye Cumhuriyeti’nin ikinci Sağlık Bakanı olan Dr. Behçet Uz döneminde ise 1946 yılında toplanan 9. Ulusal Tıp Kongresi’ne “Birinci On Yıllık Sağlık Planı” sunulmuş ve yürürlüğe geçmiştir. Bu plan, merkezi hükümetin görev ve sorumluluğu olarak tüm sağlık hizmetlerini entegre etmeyi ve bu hizmetleri ülkenin tamamına

yaymayı amaçlamaktadır. Ülkenin yedi sağlık bölgesine ayrılması ve her bölgenin ihtiyaçlarına cevap verecek düzeyde sağlık örgütlenmesine sahip olması tasarlanmıştır. Plan çerçevesinde, sağlık hizmet birimleri genel idareden ayrılarak nüfus esasına göre kurulmuştur. Yataklı tedavi hizmetlerini yürütme görevini yerel idarelerden direk merkezi yönetime aktaran plan, yeterince uygulanamamış ve giderek her ilçeye bir sağlık merkezi inşa etme biçimine dönüştürülmüştür (Akdur, 1999: 13). Daha sonra oluşturulan sağlık politikalarına yönelik çalışmalar içinde öne çıkan 1961 tarihli ve 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” olmuştur. Türkiye’de ulusal sağlık hizmetlerinin oluşturulmasına zemin hazırlayan bu kanun, 1961 Anayasasında “devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir” ifadesi ile vatandaşların sağlık hakkı tanımlanmış ve bu hakkın gerçekleştirilmesindeki sorumluluğunun devlete ait olduğu belirtilmiştir.

Sağlığın sosyalizasyonuna ilişkin çalışmalar 1980’li yıllarda da devam etmiş ve sağlık politikalarına yönelik yeni düşünceler oluşmaya başlamıştır. Bu düşüncelerin ışığında; sağlık hizmetlerinin ülkenin her kesiminde yaygınlaştırılmasına öncelik verilmiş, koruyucu sağlık hizmetleri ön planda tutulmuş, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması gibi konularda da çalışmalar yapılmıştır. Ayrıca nüfus planlamasına ilişkin sağlık politikaları, GSS (Genel Sağlık Sigortası) ait kanun çalışmaları, sağlık personelinin çalışma düzeni ile ilgili çeşitli sağlık politikaları çalışmaları, hizmet sunumunun uygulanmasına yönelik düzenlemeler de bu dönemde yürütülen sağlık hizmetlerine yönelik faaliyetler arasındadır. 1961 Anayasası ile yasallaşan ve 1981 Anayasasında da daha geniş kapsama ulaşan sosyal devlet anlayışı ile birlikte yeşil kart uygulaması ve sigorta kapsamı gibi finansal konularda da çalışmalar yapılmıştır. (İleri vd., 2016: 180).

1990-2000 yılları arasında, “2000 Yılında Herkese Sağlık Hedefleri”, “Türkiye Sağlık Reformu – Sağlıkta Mega Proje” gibi sağlık reformu çalışmaları, DB (Dünya Bankası) ile “yapısal uyum” politikaları çerçevesinde yapılan kredi anlaşmaları ve yapılan sağlık projeleri, Türkiye’nin sağlık politikası üzerinde etkili olmuştur. Ayrıca bu dönemde yapılan altıncı ve yedinci kalkınma planlarında da sağlık konusu oldukça geniş bir yer bulmuştur (Tatar, 2007: 428). 2000’li yılların başında ise 2003 yılında çok başlıktan (birçok kurumun varlığı) kaynaklanan ve iyi organize

edilmediği düşünölen sağlık hizmetlerindeki yapısal bozukluğu ortadan kaldırmak için uygulamaya koyulan “SDP (Sağlıkta Dönüşüm Programı)”dır. Daha önce uygulanması planlanıp başarıya ulaşılammayan projeleri içerdiği için reform özelliği taşımmayan bu programda; maddi gücü her ne olursa olsun herkesin ulaşım faydalanabileceği, sağlık düzeyini yükseltmeyi hedefleyen, verimlilik düzeyi yüksek bir sağlık hizmeti yapılanmasının oluşturulması temel amaç edinilmiştir. Temel ilkeleri; insan merkezlilik, sürdürülebilirlik, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllölük, güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet olan SDP, profesyonel sağlık sektörünün bütün boyutları ile kavranabilmesi için şekillendirilmiş ve birbirleri ile ilişkilendirilmiş sekiz bileşenden oluşturulmuştur (İleri vd., 2016: 183). Bu bileşenler şu şekilde sıralanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2008: 20).

- 1- Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı,
- 2- Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası,
- 3- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık sistemi,
  - Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,
  - Etkili kademeli sevk zinciri,
  - İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
- 4- Bilgi ve beceri ile donanmış yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
- 5- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
- 6- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
- 7- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
  - Ulusal ilaç kurumu,
  - Tıbbi cihaz kurumu,
- 8- Karar sürecinde etkili bilgiye erişimidir.

Bu bileşenlere yönelik SDP çalışmaları sürdürölürken 2007 ve sonrasında çalışma alanına:

- 1- Daha iyi bir gelecek için sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programları,
- 2- Tarafların harekete geçirilmesi ve sektörler arası iş birliği için çok yönlü sağlık sorumluluğu

- 3- Uluslararası alanda ülkenin gücünü artıracak sınır ötesi sağlık hizmetleri gibi yeni başlıklar da ilave edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2008: 21).

### **2.2.2. Türk Sağlık Sistemi**

Türkiye’de sağlık sistemini belirleyen unsurlar; sağlık hizmetlerine yönelik oluşturulan plan ve politikalar, sağlık hizmetlerinin yönetilmesi, hizmetlerin sunumu ve sağlık hizmetlerinin finansmanından oluşmaktadır. Bu unsurlar incelendiğinde; Türkiye’de sağlık hizmetlerine yönelik plan ve politika oluşturma yetkisi TBMM, SB, DPT (günümüzde Kalkınma Bakanlığı) ve YÖK tarafından gerçekleştirilmektedir. TBMM sağlıkla ilgili yasaların çıkarılması ve mevzuatın düzenlenmesinde etkilidir. SB politikaların belirlenmesi, ulusal sağlık stratejilerinin uygulanması ve hizmetlerin doğrudan uygulanmasında fonksiyon görmektedir. DPT, sağlık politikalarında etkin olmakla birlikte makro politikaların belirlenmesinde etkilidir. YÖK ise özellikle sağlık insan gücü politikalarının belirlenmesinde rol oynamaktadır. Sağlık hizmetlerinin yönetilmesi yetkisi SB ve il sağlık müdürlükleri tarafından gerçekleştirilmektedir. Birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden oluşan sağlık hizmetlerinin sunumu kamu kuruluşları ve özel sektör tarafından yapılmaktadır. Sağlık hizmeti sunan kamu kuruluşları SB, üniversiteler ve Milli Savunma Bakanlığı kurumlarıken özel sağlık kuruluşları bünyesinde özel hastaneler, vakıf hastaneleri, azınlık hastaneleri, özel muayenehaneler, özel tıp merkezleri, özel laboratuvarlar, özel görüntüleme merkezleri, eczaneler ve diğer hizmet sunucuları fonksiyon sahibidir. Sağlık sistemini belirleyen unsurlar arasında olan sağlık hizmetlerinin finansmanı ise SGK (primlerden elde edilen gelirler), Maliye Bakanlığı (genel bütçeden ayrılan pay), Sağlık Bakanlığı (döner sermaye ve genel bütçeden ayrılan pay), yerel yönetimlerden elde edilen gelirler, katkı payları (cepten ödemeler), özel sağlık sigortaları ve uluslararası örgütlerin (IMF ve DB) vermiş oldukları kredilerle sağlanmaktadır (Görmüş, 2011: 134).

Sağlık sistemlerini belirleyen unsurlar kapsamında, Türkiye’de tarih boyunca modernleşme çabalarıyla sağlık hizmet anlayışında değişimler yaşanmıştır. Ancak Türk Sağlık Sistemi’nin mevcut yapısının şekillenmesinde geçmişteki proje ve reform çalışmalarının değerlendirilip uygulanmasını da içeren 2003 yılında uygulanan SDP olmuştur (Çavmak ve Çavmak, 2017: 52). Türk Sağlık Sistemi’ni yeniden organize

eden ve bütün yurttaşlara eşit bir hizmet sunarak sosyal güvenlik harcamalarının kontrol altına alınmasını hedefleyen bu yapılanma, “Sosyal Güvenlik Reformu” ve “Genel Sağlık Sigortası” sistemini yürürlüğe koymuştur (Daştan ve Çetinkaya, 2015: 109; Balta, 2013: 154). Ayrıca bu kapsamda, sağlık hizmetlerinin sunumunda birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik birey odaklı ve rekabet ilkesine dayalı olan “Aile Hekimliği Modeli” uygulamasına geçilmiştir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine yönelik olarak da tüm resmi kurum sağlık tesislerinin SB’na devredildiği kendi kaynaklarını nasıl kullanması gerektiği hakkında kendi karar veren “Özerk Hastaneler Modeli” sağlık sisteminin diğer önemli özelliklerini oluşturmaktadır (Görmüş, 2011: 191-222).

SDP sürecinde yapılan bazı yenilik çalışmalarıyla sağlık hizmetleri finansmanında da değişimler yaşanmış ve herkese genel sağlık sigortası kapsamında gelir düzeyine göre prim ödeme zorunluluğu getirilmiştir. Sağlık hizmetleri finansmanı, sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasında temel ölçüt olarak ele alınmaktadır. Sağlık sisteminin belirleyicilerinden olan ve dünyada sağlık hizmet sunum ve finansmanında üç ana sistemin (ulusal sağlık hizmetleri sistemi, sosyal sağlık hizmetleri sistemi ve özel sağlık sigortası sistemi) bulunduğu düşünüldüğünde, Türkiye sağlık sisteminin belirli kesimler için sosyal sigorta modeli (Bismarc Modeli), kamu yardımı (Beveridge) ve özel sağlık sigortası (serbest piyasa) özelliklerini bir arada içermesi nedeniyle karma bir yapıya sahiptir (Ateş, 2013: 122).

### **2.2.3. Türkiye’de Yıllara Göre Sağlık Harcamaları**

Sağlık harcamaları, ülkelerin ekonomik gelişmişliği ve uygulanan sağlık politikalarına göre şekillenen ve sağlık hizmetlerinin sunumu dâhil olmak üzere sağlık arzındaki neredeyse tüm unsurların gerçekleşmesini sağlayan faktörlerden birisidir. Bu faktör, sağlık çıktıları üzerinde belirleyici olup, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilmesi için toplumun maksimum düzeyde fayda sağlayabileceği bir amaçla yönetilmelidir. Bu konuda DSÖ bireylerin sağlığından hükümetleri sorumlu tutarak temel sağlık hizmetlerinin tüm bireyler için ekonomik ve sosyal açıdan siyasal unsurlarla gerçekleştirilmesi gerektiğini vurgulamış ve oluşabilecek düzey farklılıklarının ülkeler için olumsuz sonuçlar doğurabileceğini bildirmiştir. Ancak temel sağlık hizmet talepleri toplumsal ve insani değerlere göre gerekli olmakla birlikte diğer sağlık

ihtiyaçları da ertelenemeyen talep özelliğindedir. Bu durum sağlık hizmetlerinin finansmanında kamu harcamalarının var olması ile birlikte aynı zamanda sağlığın bir piyasa ekonomisi aracı ve kâr sağlayıcı bir unsura dönüşmesi çakışmaktadır. Bu durum sağlık sisteminin özel kuruluş ve diğer sağlık finansman kaynaklarından da beslenmesini beraberinde getirmektedir (Erol ve Özdemir, 2014: 19).

Dünyada sağlık finansmanı benimsenen sağlık sistemlerine bağlı olarak genel vergiler, sosyal sigorta fonları ve cepten yapılan harcamalar ile sağlanmaktadır (Tatar, 2011: 104). Türkiye’de de sağlık finansman unsuru olarak Tablo 4’te görüldüğü üzere ağırlıklı olarak sosyal sigortaya dayalı kamusal harcamalar ağırlıklıdır. 2017 yılı itibariyle kişi başi kamu sağlık harcaması 1.366 iken TL, kişi başi özel sağlık harcaması ise 385 TL’dir.

**Tablo 4:** Türkiye’de Yıllara Göre Kişi Başi Kamu ve Özel Sağlık Harcaması (Nominal, TL).

YILLAR	KAMU	ÖZEL	TOPLAM
2002	201	83	284
2003	261	102	363
2004	316	128	444
2005	351	166	517
2006	435	201	636
2007	492	233	726
2008	593	219	813
2009	651	153	804
2010	663	180	843
2011	735	189	924
2012	782	205	987
2013	870	239	1.109
2014	951	277	1.228
2015	1.056	289	1.345
2016	1.186	325	1511
2017	1366	385	1751

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017, 2018.

Türkiye’deki sağlık harcamalarının TÜİK verilerine göre hizmet sunucularına göre dağılımları Tablo 5’te gösterilmiştir. Buna göre devlet harcamalarının toplam sağlık harcamaları, cari harcamalar ve sağlık yatırımlarında özel sektörden daha etkin olması, Türkiye’de kamu ağırlıklı sağlık sisteminin mevcudiyetini desteklemektedir. Ancak bu harcama ve yatırımların ne düzeyde yeterli olduğu, harcama ve sağlık göstergelerinin uluslararası boyutta karşılaştırılması ve ulusal genel sağlık göstergeleri ile daha açık bir şekilde ortaya çıkmaktadır. elik (2011: 70), kişi başına düşen sağlık harcamalarıyla ve sağlık statü göstergelerini bir arada değerlendirerek ele aldığı çalışmasında, Türkiye’nin Latin Amerika’da bulunan

ve gelişmekte olan orta üst gelirli ülke ortalaması ile eşdeğer bir düzeyde olduğunu ortaya koymuştur.

**Tablo 5:** Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları, 2017 (Milyon TL)

	Genel devlet					Özel sektör		
	Genel toplam	Toplam	Merkezi devlet	Yerel devlet	Sosyal güvenlik	Toplam	Hane halkları	Diğer
<b>1-Toplam sağlık harcaması</b>	<b>140.647</b>	<b>109.744</b>	35.316	1.303	73.125	<b>30.904</b>	24.004	6.900
<b>2-Cari sağlık harcaması</b>	<b>130.981</b>	<b>101.786</b>	27.694	1.216	72.876	<b>29.195</b>	22.770	6.425
<b>-Hastaneler</b>	<b>63.636</b>	<b>56.826</b>	15.016	77	41.733	<b>12.810</b>	9.252	3.558
<b>-Evde hemşirelik bakımı</b>	<b>1</b>	-	-	-	-	<b>1</b>	-	1
<b>-Ayakta bakım sunanlar</b>	<b>17.163</b>	<b>11.403</b>	6.378	602	4.423	<b>5.760</b>	4.547	1.213
<b>-Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar</b>	<b>33.908</b>	<b>25.553</b>	64	10	25.479	<b>8.355</b>	7.275	1.080
<b>-Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi</b>	<b>6.011</b>	<b>6.011</b>	5.802	209	-	-	-	-
<b>-Genel sağlık yönetimi ve sigorta</b>	<b>601</b>	<b>293</b>	-	-	293	<b>309</b>	-	309
<b>-Sınıflandırılmayan diğer kategori</b>	<b>3.660</b>	<b>1.700</b>	434	318	948	<b>1.960</b>	1.696	265
<b>3-Yatırım</b>	<b>9.666</b>	<b>7.958</b>	7.623	86	249	<b>1.709</b>	1.234	475

Kaynak: <http://www.tuik.gov.tr/Start.do>, 18.04.2019.

Kamu sağlık harcamalarının ağırlıkta olduğu Türkiye’de yıllara göre sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki oranı incelendiğinde 2002-2013 yılları arasında kamu sağlık harcamalarında oransal olarak önemli bir değişimin yaşanmadığı görülmektedir. 2002-2017 yılları arasında kamu sağlık harcamaları %3-5 aralığında değişirken özel sağlık harcamaları da %1-2 arasında değişmektedir. Belirli dönemlerde artış halinde olan özel sağlık harcamaları, 2011-2017 yılları arasında %1 ile en düşük seviyeye inmiştir. Toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranında ise 2002 yılında %5,2’den 2017 yılında %4,5’e düşüş görülmesi de özel sağlık harcamalarından kaynaklanmaktadır (Tablo 6).

**Tablo 6:** Türkiye’de Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı, (%).

YILLAR	KAMU	ÖZEL	TOPLAM
2002	3,7	1,5	5,2
2003	3,7	1,5	5,2
2004	3,7	1,5	5,2
2005	3,6	1,7	5,2
2006	3,8	1,8	5,6
2007	3,9	1,9	5,8
2008	4,2	1,6	5,8
2009	4,7	1,1	5,8
2010	4,2	1,1	5,3
2011	3,9	1,0	4,9
2012	3,7	1,0	4,7
2013	3,7	1,0	4,7
2014	3,6	1,0	4,6
2015	3,5	1,0	4,5
2016	3,6	1,0	4,6
2017	3,5	1,0	4,5

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017, 2018.

### 2.3. Türk Sağlık Sisteminin Sağlık Sistem Modellerine Göre Durumu

Bir ülkenin sağlık sistem modeli; ülkenin siyasi, ekonomik, kültürel, sosyal vb. birçok faktör nedeniyle kendine özgü özellikler taşımaktadır. Bu durum birçok ülkenin belirli bir sağlık sistem modeli kategorisine girmesi veya birkaç ülkenin aynı sistem modeli altında toplanmasını beraberinde getirmektedir (Kılıç ve Aksakoğlu, 1994: 5). Bu nedenle sağlık sistem modelleri sınıflandırılırken tarih boyunca birçok sınıflandırma, sağlık sistemlerinin hizmet arz-talebi ve mali yapılar gözetilerek çeşitli sağlık göstergelerine göre yapılmıştır. Ancak bu konudaki eleştiriler de oldukça fazla olup her ülkenin sağlık sisteminin kendine özgü olduğu ve kategorize edilmesinin oldukça zor olduğu savunulmaktadır (Sargutan, 2005: 86).

Türkiye’de de sağlık sistemi tarih boyunca uygulanan sağlık politikaları ve kalkınma planları kapsamında değişimlere uğramış olup en son gelinen noktada birçok sağlık sistem modelinin özelliklerini barındıran karma bir model halini almıştır. Türk Sağlık Sistemi’nin sağlık sistem modelleri sınıflandırılmalarında karma yapılar içerisinden yer almaması ise uyguladığı politikalardan bazılarının daha ağır basmasından kaynaklanmaktadır. Bu duruma örnek olarak zorunlu genel sağlık sigortası ve kamu sağlık harcamalarının bir arada olması gösterilebilir. Bu bölümde Türk Sağlık Sistemi’nin SDP sonrasındaki mevcut durumu Milton I. Roemer’in 1991



yılındaki sağlık sistem modelleri sınıflandırmasına göre karşılaştırılarak değerlendirilecektir.

Türk Sağlık Sistemi'nin kapsayıcı tip, refah yönelimli ve serbest piyasa tipi sağlık sistem modelleri içerisindeki yeri incelenirken sistemin öncü ülkeleri olan İngiltere, Almanya ve Amerika Birleşik Devletleri ile kıyaslama yapılmıştır. Bu karşılaştırma sistemleri uygulayan veya bu sistem başlığı altında yer alan diğer ülkeler ile yapıldığında, hizmet sunum yöntemleri veya sağlık sistem yapısı ile ilgili birçok farklılık olabilecektir. Bunun nedeni de aynı sistem modeli başlığı altında görünen ülkelerin genellikle sağlık finansman yöntemi ve bunun sağlık göstergelerine yansımalarına göre gruplandırılmasından kaynaklanmaktadır. Bu da aynı sistem modeli başlığı altında yer alan ülke kıyaslamalarındaki farklılıkların, uygulanan sistemlerin her ülkeye özgü olduğunu bir kez daha kanıtlar niteliktedir.

### **2.3.1. Kapsayıcı Tip Sağlık Sistem Modeli ve Türkiye**

Tüm vatandaşların sosyal güvenlik kapsamına alınması, ulusal sağlık ağı hizmetlerinin oluşturulması ve tam istihdamın sağlanması hedeflerine dayanan bu sistemde, vatandaşlardan herhangi bir prim toplanmadan sağlık hizmetlerine yönelik finansmanın tamamen devlet tarafından toplanan vergilerle karşılanması ve herkesin ihtiyacı doğrultusunda sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanması amaçlanmaktadır. (Sargutan, 2006: 529). İngiltere'de ulusal sağlık sistemi NHS finansmanı, yapısı ve işleyişi ile GSS'ye dayalı olan Türk Sağlık Sistemi'nden birçok konuda farklılık göstermektedir. Öncelikle nüfusun tamamını kapsama ve kişilerin sağlık sistemi içerisinde doğrudan hak sahibi olmaları ve her iki sistemde de ağırlıklı olarak kamu harcamalarının olması ortak özellikleri oluştursa da iki sistem arasındaki en belirgin fark Türk Sağlık Sistemi'nin sigortacılık anlayışı ve primle finansman dayanmasından kaynaklanmaktadır (Gülay, 2017: 27).

Kapsayıcı tip sağlık sistem modelinin öncüsü olan İngiltere'de, sağlık hizmet sunumu incelendiğinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin oldukça gelişmiş olduğu görülmektedir. Sistemde sağlık hizmetlerinden faydalanmak isteyen bireylerin general practice (GP) olarak adlandırılan ve Türk Sağlık Sistemi'nde pratisyen hekim veya aile hekimliğine benzer bir sisteme kayıtlı olma zorunluluğu vardır. Yüksek bir verimle işleyen bu sistemde kişiler belirli bir coğrafi sınır içerisinde istedikleri GP'ye kayıtlı

olabilir ve 24 saat hizmet alabilirler. Aile hekimleri tarafından sunulan bu hizmetlerde hekimler, İngiltere’de bağımsız veya kendi muayenehanelerinde ya da kendilerine tahsis edilen hizmetlerde çalışan ve 2500 kişiye bakmakla yükümlü kişilerdir. Bu sistem sayesinde bireylerin aile hekimlerinin uygun görmedikleri takdirde ikinci ve üçüncü sağlık hizmetlerine direk olarak başvurularını engellemekte, böylece de etkili ve verimli bir hizmet sunumu sağlanmaktadır (Öztürk ve Karakaş, 2015: 57).

Türkiye’de de aynı amaç doğrultusunda uygulanan aile hekimliği modeli bulunmaktadır. Ancak bu modelde aile hekimliği uzmanlık dalı olarak değerlendirilmemeli ve bir model olarak incelenmelidir. Türk Sağlık Sistemi’nde aile hekimliği modelinin işleyişi 28539 sayılı Resmi Gazete’de “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nin” 8. maddesinde açıklanmıştır. İngiltere sağlık sistemindeki aile hekimliğinin işleyişine benzer olarak Türkiye’deki aile hekimliği modelinde de aile hekimlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerinden sorumlu olacağı, sadece kendi listelerinde yer alan hastalardan sorumlu olacağı ve gerekli görülmeyip sevk verilmedikçe ikinci ve üçüncü basamak kamu sağlık hizmetlerine başvuruların sigorta tarafından karşılanmayacağı belirtilse de daha sonra bundan vazgeçilmiş ve tüm başvurular serbest bırakılmıştır (Öztek, 2006: 3). Bu uygulamadan da görüldüğü gibi aynı amaç ve işleyişle başlayan sağlık sisteminin bir parçası olan aile hekimliği modeli Türkiye’de İngiltere’den benzer yönleri olsa da farklı işlemektedir. Bu durum ülkelerin sağlık sistemlerinin ekonomik yapı, kültürel farklılıklar, nüfus yoğunluğu, hekime başvurma sayısı, toplumda görülen hastalık oranı, mortalite ve morbidite oranlarına göre işleyişte farklılıklar göstererek özgün bir hâl almaktadır.

### **2.3.2. Refah Yönelimli Sağlık Sistem Modeli ve Türkiye**

Bu sistemin öncüsü ve sosyal sigortacılığın öncülerinden olan Almanya olup Türkiye’de de SDP’nin önemli bir bileşeni olan GSS ile herkesin zorunlu olarak sigorta kapsamına alınması sağlanmış ve birçok çalışmada sağlık sistem modellerinde finansman yöntemi olarak refah yönelimli sağlık sistem modeli başlığı altında kategorize edilmiştir (Sargutan, 2005: 427). Bismarck modelinin öncüsü ve uygulamasının en önemli örneği olan Almanya sağlık sistemi ile Türk Sağlık Sistemi karşılaştırıldığında, göstergeler arasında belirgin farklılıkların olduğu görülmekte ve sağlık finansmanın benzerlik göstermesi sağlık göstergelerinde aynı sonucu

vermemektedir. Bunun nedeni ise sağlık sistemlerindeki hizmet sunumu ve devlet katkısının diğer etkileri ile ülkedeki istihdam durumu ve ekonomik güçtür. 2003 yılı sonrasında Türk Sağlık Sistemi'nde ülkenin ekonomik boyutuna göre sağlık harcamaları ve sağlık indikatörlerinde refah yönelimli sağlık sistem modelini uygulayan ülke sınıflandırmasına göre ortalamanın üzerine çıkmış olsa da kişi başına düşen sağlık harcamaları, doğumda yaşam beklentisi, anne ve bebek ölüm oranları gibi sağlık göstergelerinde ortalamanın altında yer almaktadır (Daştan ve Çetinkaya, 2015: 112).

Almanya'da sağlık hizmetlerinin birinci basamağını anlaşmalı ve bireylerin seçme hakkına sahip oldukları genel pratisyen hekimler oluşturmakta ve zorunlu sağlık sigortası kapsamındaki tüm bireyler bu hekimlerin %96'sına kolayca erişebilmektedir. Genel pratisyenlerin sadece %4'lük kesimi özel sağlık sigortaları ile anlaşmalı çalışmaktadır. Bu durum yine de Türk Sağlık Sistemi'nde olduğu gibi özel sigortacılığın az da olsa sağlık finansman modeli içerisinde pay sahibi olduğunu göstermektedir (Sargutan, 2006: 156). İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine bakıldığında, hizmeti sunan kurumlarda özel sağlık kurumlarının sayısı birinci basamak sağlık hizmet sunucularına oranla daha fazladır. Ancak bu oran da kamu kurumları ve kâr amacı gütmeyen sağlık kurum ve kuruluşları içerisinde oldukça düşüktür. Ayrıca bu kurumlarda da hastalar istedikleri hekim ve kurumu seçmekte serbest olmakla birlikte bu seçimleri yapabilmeleri için sağlık hizmetine ihtiyaçları oldukları doğrultusunda sevk edilme zorunluluğu vardır (Öztürk ve Karakaş, 2015: 50).

Türk Sağlık Sistemi ile Almanya sağlık sisteminin temel ortak noktası, zorunlu sağlık sigortası ile herkesin sağlık kapsamına alınması ve finansmanın bu şekilde sağlanmasıdır. Ancak bu durumun sağlık göstergelerine ve sağlık sistemine yansımaları aynı şekilde değildir. Bu durum iki ülke arasındaki ekonomik gelişmişlik farkı ve finansman kuruluşlarının gelir gider dengesi ile ilişkilidir. Türk Sağlık Sistemi'nde GSS'nin sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırması ile birlikte sağlık harcamalarının arttığı ve SGK'nın her yıl zarar ederek açığın hazineye karşılandığı, bu durumun da ekonomik olarak zorluklarla beraber ülkenin devlet sağlık harcamalarını arttırdığı görülmektedir (Gülay, 2017: 32).

### 2.3.3. Serbest Piyasa/ Özel Teşebbüs Tipi Sağlık Sistem Modeli ve Türkiye

ABD'nin temsilcisi olduğu bu sistemde; kâr amacı gütmeyen sağlık kurumları var olsa da etkileri oldukça düşüktür. Türk Sağlık Sistemi'nde de kamu ve özel kesim harcamalarının bir arada olduğu görülmektedir (Ateş, 2013: 127). Ancak özel sağlık sigortaları ve cepten yapılan sağlık harcamaları, Türkiye'de sürekli bir artış halinde olsa da kamu harcamalarının oranı daha fazla olup özel sağlık sigortası nüfusun sadece %3'ünü kapsamaktadır. ABD'de ise 65 yaş üzerindeki bireyler ve yoksul kesimin kısmi talebini karşılayan kamu harcamalarına karşılık 65 yaş altı nüfusun %65'i, özel sağlık sigortasından yararlanmaktadır (Koçyaka vd., 2016: 82).

ABD gibi sağlığın serbest piyasaya göre şekillendiği ve politikaların bu yönde olduğu ülkelerde bireyler, özel sağlık sigortalarına veya cepten ödemelere mecbur bırakılırken Türkiye'de böyle bir mecburiyet yoktur. Türkiye'de özel sağlık sigortası veya cepten ödemeler, bireylerin kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerini yetersiz bulması ve gelir düzeyi yüksek bireylerin bu hizmetlerden tatmin olmamasından kaynaklanmaktadır (Ateş, 2013: 127). Ancak Türkiye'de sağlık politikalarının özellikle temelleri ve girişimleri 1990'lı yıllara dayanan SDP sonrasında neo-liberal politikaların etkisinde kaldığını ve yapılan reformların özelleştirme altyapısını oluşturduğunu savunan çalışmalar da bulunmaktadır. Doğan (2017: 15), sağlıkta dönüşüm programı sonrasında kamu hastanelerindeki katkı payları ve özel sağlık kurumlarından alınan katkı paylarındaki değişiklik ile ilaç katkı payları ve devletin özel sektörü teşvik edip bu konuda erişim olanaklarından hizmet ve mal alımına kadar yapmış olduğu destekleri neticesinde sağlık hizmetlerinin devlet tarafından özel sermayeye açılarak kâr odaklı bir piyasalaşma sürecine girdiğini savunmaktadır.

Sağlık hizmet sunumu açısından değerlendirildiğinde, serbest piyasa/özel teşebbüs tipi sağlık sistemlerinde basamaklara ayrılmış bir sağlık sistemi ve sevk zinciri bulunmayıp çoğunlukla özel sağlık kurumlarında hizmet sunulurken Türk Sağlık Sistemi'nde ise basamaklandırılmış ve sevk zinciri bulunan kamu kurumları ağırlıktadır (Atabey, 2013: 95). Sonuç olarak Türk Sağlık Sistemi'nde serbest piyasa tipi sağlık sistemlerinin izleri veya bu politikalara benzer çalışmaların yapıldığı ile ilgili eleştiriler olsa da Türk Sağlık Sistemi'ni bu kategoride değerlendirmek güçtür.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### 3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KÜRESEL, ULUSAL VE BÖLGESEL ÖLÇEKTE EŞİTSİZLİKLER

Sağlık hizmet unsurları olan sağlık işgücü, sağlık kurumları, hizmet kaynakları ve araç gereçlerin bir bölgede dengeli dağılıp dağılmadığını anlamak için öncelikle o bölgenin belirlenmesi gerekmektedir. Bir bölge ulusal veya küresel ölçekte birçok faktöre göre belirlenebilmektedir. DB, ülkeleri coğrafi, ekonomik ve siyasi bölgelere ayırarak gelişmişlik düzeyini belirleyen birçok faktöre göre incelemektedir. Bu faktörlerden biri de sağlık hizmet göstergeleridir.

Küresel, ulusal ve bölgesel ölçekte sağlık hizmetlerindeki eşitsizliklerin genelden özele doğru ele alındığı bu bölümde, küresel ölçekte eşitsizlikler DB'nin yapmış olduğu bölgesel sınıflandırmalara göre sayısal olarak karşılaştırılmıştır. Ulusal ölçekte, Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluşundan günümüze kadar uygulanan politikalar doğrultusunda sağlık hizmet unsurlarındaki dağılıma, bölgesel ölçekte ise İBBS-1. Düzeye göre dengesiz dağılım ve oluşabilecek eşitsizliğe dair sağlık hizmet göstergelerine yer verilmiştir.

#### 3.1. Sağlık Hizmetlerinde Küresel Ölçekte Eşitsizlikler

Uluslararası sağlık kamuoyunda, topluluklara göre sağlık göstergelerindeki belirgin farklılıklar ve bu göstergelerin sosyoekonomik göstergelerin gerisinde kalışının fark edilmesi ile sağlıkta eşitsizlik konusu gündeme gelmiştir. Dolayısıyla da sağlıkta eşitsizlik konusunda çalışmaların yapılması zorunlu hale gelmiştir. DSÖ ve UNICEF işbirliği ile düzenlenen ve sağlıkta eşitsizliğin gündeme geldiği en önemli platform olan Alma-Ata Konferansı'ndan çıkan "Temel Sağlık Hizmetleri Bildirgesi", ulusal ve uluslararası ölçeklerde belirgin sağlık eşitsizliklerinin sosyal, politik ve ekonomik açıdan önlenmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Ayrıca mevcut durumun iyileştirilmesi ile birlikte eşitsizlik artışını önlemek için gerekli tedbirlerin alınarak bu konuda çalışmaların yürütülmesi ve konunun insani değerler açısından tüm toplumları ilgilendirdiği de bildirilmiştir. Bu konuda yapılacak olan çalışmaların sağlıkta eşitsizlik kavramının önemli bir bileşeni olan sağlık hizmetlerindeki eşitsizliklerin

hükümetler tarafından yapılacak kırsal, kentsel ve ulusal kalkınma planları ile azaltılması sürecinden geçtiği vurgulanmıştır (Türkkan, 2006: 27).

Ulusal kalkınma planları sağlıktaki eşitsizliklerin sağlığı etkileyen diğer faktörler ile birlikte ele alınması gerektiğine işaret etmektedir. Ülkelerin bölgesel ve ulusal ölçekte sağlık ve sağlık hizmet göstergeleri de yapılacak olan planlamalarda yönlendirici önemdedir. Özellikle bebek ölüm oranı ve doğuşta beklenen yaşam süresi gibi sağlık göstergeleri, sağlık personeli ve hastane yatak sayısı gibi hizmet unsurları ile sağlık harcamalarının ulusal ve uluslararası ölçekte karşılaştırması, sağlık hizmetlerinde eşitsizliğin araştırılma gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bu çıkarım, sağlıktaki eşitsizliğin belirlenmesi ve önlemlerin alınması amacıyla 1980 yılında İngiltere’de sunulan “Black Report (Kara Rapor)” kapsamındaki teoriler ile de desteklenmektedir (Tekingündüz vd., 2016: 36). Rapor, eşitsizliğin varlığı ve büyüklüğünün belirlenmesi için dört farklı teoriye dayandırılmıştır. Bunlardan ilki sosyal statü belirleyicileri (eğitim, gelir düzeyi, meslek gibi) ile sağlık sonuçları arasındaki ilişkiyi ortaya koyan “yapay teoridir”. İkinci teori, hastalık öncesi sosyal durum ile hastalık sonrasının mortalite ve morbidite ile ilişkisini ortaya koyan “seçim teorisi”dir. Üçüncü teori; sigara, alkol, uyuşturucu ve diyet gibi davranışların yaygınlığı veya gruplar arasındaki baskın kültürlerdeki farklılıklardan kaynaklanan “kültürel ve davranışsal teoridir”. Dördüncü ve son teori ise gelir düzeyi, sağlık harcamaları, sağlık hizmetlerine erişim, sağlık işgücü ve diğer kaynakların dağılımı gibi unsurlardan kaynaklanan eşitsizliği ortaya koyan “yapısal teoridir” (McCartney vd., 2013: 222-225). Bu bölümde de sağlıktaki eşitsizlik kavramını yapısal teoriye göre etkileyen sağlık hizmetlerindeki eşitsizlikler; küresel, ulusal ve bölgesel ölçekte değerlendirilmiştir.

### **3.1.1. Ekonomik Göstergeler Açısından Sağlık Hizmetlerinde Eşitsizlik**

Sağlık harcamaları, sağlık düzeyinin belirlenmesinde öncelikli koşul olup sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmakta ve ülke refahını önemli ölçüde etkilemektedir. Bu nedenle bir ülkede sağlığa ve dolayısıyla sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların sağlık çıktılarındaki etkilerini ele alan çalışmalar, GSYİH içindeki sağlık harcamalarının ve kişi başına düşen toplam sağlık harcamalarının; doğuşta

yaşam beklentisi, anne ve bebek ölüm oranları üzerinde etkili olduğunu ortaya koymaktadır (Çelebi ve Cura, 2013: 61). Sağlık harcamalarının ülkeden ülkeye farklı oluşu, sağlık hizmet sunumunda da fırsat eşitliğini zedeleyebilecektir. Bu durum; hastalık, ölüm ve yaşam süresi gibi önemli sağlık göstergeleri üzerindeki etkisi sebebiyle sağlık hizmetlerinde eşitsizliğe neden olmaktadır.

Tablo 7’de DB tarafından yapılmış olan bölgesel sınıflandırmaya göre sağlık harcamalarının belirli yıl aralığındaki verileri Tablo 8’de ise anne ve bebek ölüm oranları ile doğumdan beklenen yaşam süresi verileri aktarılmıştır. Bu verilerden de ülkelerin ekonomik düzeyi ve benimsenen sağlık politikaları sonucunda sağlık harcamalarındaki farklılıkların sağlık çıktılarındaki etkileri görülebilmektedir. BM sınıflandırmasına göre az gelişmiş ve ağır borçlu fakir ülkelerde 2015 yılında kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki ağırlığı, %19-29 arasında değişirken yüksek gelirli ülkelerde bu oran %61’in üzerindedir. Bu durum ülkelerin ekonomik düzeylerinin kamu harcamaları içindeki sağlık harcamaları farklılığını göstermektedir.

**Tablo 7:** Küresel Ölçekte Bölgesel Sağlık Harcamaları

	Cepten yapılan sağlık harcamaları (Toplam sağlık harcamaları içindeki %'si)			Yurtiçi kamu sağlık harcamaları (Toplam sağlık harcamaları içindeki %'si)			Kişi başına cari sağlık harcaması (ABD \$)		
	2000	2010	2015	2000	2010	2015	1990	2000	2011
<b>ULUSLARARASI ÖRG.</b>									
OECD	16,45	14,51	13,75	54,08	63,72	60,98	2210,6	4182,8	4527,3
Avrupa Birliği	14,60	14,64	15,30	57,55	80,18	79,02	1454,1	3252,5	3183,8
Euro Bölgesi	14,77	14,94	15,01	51,30	79,36	78,75	1740,1	3822,2	3487,1
<b>COĞRAFI</b>									
Latin Amerika ve Karayipler	42,07	33,95	31,27	42,02	48,60	51,68	257,8	609,8	636,5
Güney Asya	68,81	65,01	64,85	23,72	25,89	25,60	17,4	41,3	58,2
Avrupa ve Orta Asya	16,10	16,50	17,35	57,49	78,59	77,48	909,4	2138,2	2089,1
Sahra Altı Afrika	32,67	33,80	36,25	33,17	36,05	34,72	31,5	83,1	84,9
Orta Doğu ve K. Afrika	38,22	37,87	30,82	52,74	53,51	59,57	146,5	336,3	415,8
Doğu Asya ve Pasifik	23,47	24,69	26,11	70,42	68,88	57,75	239,2	489,4	626,1
Güney Afrika	15,12	8,51	7,70	36,79	52,78	53,55	221,8	539,6	470,8
Kuzey Amerika	15,52	12,39	11,26	45,47	50,11	51,53	4309,9	7656,5	9031,1
<b>GELİR DÜZEYİ</b>									
Yüksek Gelir	16,22	14,28	13,54	53,97	63,89	61,22	2362,0	4461,5	4874,9
Orta Gelir	46,57	38,79	36,47	37,37	48,29	52,61	59,6	194,5	256,7
Düşük Gelir	48,91	45,98	44,24	28,36	20,95	19,61	14,5	35,1	37,2
Az Gelişmiş Ülkeler (BM)	49,24	47,85	51,65	28,68	23,92	24,05	11,9	34,6	44,8
Ağır Borçlu Fakir Ülkeler	49,25	46,41	43,74	28,15	24,89	28,41	16,9	43,3	50,6
<b>DÜNYA</b>	19,21	18,33	18,14	52,47	61,29	59,25	472,9	907,3	10001,7

**Kaynak:** <http://datatopics.worldbank.org/health/available-indicators>, 07.12.2018

Ülkelerin ekonomik durumları sağlık göstergeleri açısından karşılaştırıldığında 100.000 canlı doğumda anne ölümleri düşük gelirli az gelişmiş fakir ülkelerde 436-482 kişi arasında değişirken yüksek gelirli ülkelerde bu sayı 13 kişi ile sınırlıdır. Doğuşta yaşam beklentisinde de ülkelerin ekonomik gelişmişlik düzeylerine göre 18 yaşam yılı gibi belirgin bir farklılık görülmektedir. Benzer olarak kişi başına cari sağlık harcaması açısından da ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre büyük farklılıklar mevcuttur. Cepten yapılan sağlık harcamalarının düşük gelirli ülkelerde gelişmiş ülkelere göre yüksek olmasında, sağlık finansmanındaki adaletsizlik etkilidir ve DB ile DSÖ'nün ülkelerin sağlık performanslarına ilişkin değerlendirmelerinde sağlık hizmetlerinin adaleti belirleyiciler unsurlardan arasında gösterilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 24). Cepten yapılan harcamaların fazla olması, gelir düzeyindeki büyük farklılıklar ve ülkenin yetersiz sağlık hizmet sunumunu açıkladığı gibi sağlık hizmetlerindeki adaletsizlik sonucunda oluşacak olan eşitsizliği de açıklamaktadır.

**Tablo 8:** Küresel Ölçekte Yaşam Göstergeleri

	Anne Ölüm Oranı (100.000 canlı doğumda)			Bebek Ölüm Oranı (1000 canlı doğumda)			Doğumdan Yaşam Beklentisi		
	2010	2013	2015	2010	2013	2017	2010	2013	2016
<b>ULUSLARARASI ÖRG.</b>									
OECD	17	15	14	7,14	6,52	5,70	79,36	79,90	80,12
Avrupa Birliği	8	8	8	4,07	3,74	3,45	79,72	80,53	80,62
Euro Bölgesi	7	7	6	3,48	3,27	3,13	80,75	81,51	81,56
<b>COĞRAFİ</b>									
L. Amerika ve Karayipler	81	72	67	18,40	16,20	14,90	74,22	74,91	75,54
Güney Asya	228	198	182	48,70	43,10	36,40	66,83	67,88	68,71
Avrupa ve Orta Asya	19	17	16	10,80	9,40	7,70	75,93	76,90	77,28
Sahra Altı Afrika	625	573	547	34,66	32,05	27,85	56,94	58,88	60,39
Orta Doğu ve Kuzey Afrika	89	84	81	22,90	21,10	19,30	72,27	72,88	73,49
Doğu Asya ve Pasifik	74	64	59	18,10	15,50	13,10	74,38	74,92	75,40
Güney Afrika	154	145	138	65,10	58,50	51,50	55,89	59,83	62,77
Kuzey Amerika	14	14	13	6,10	5,90	5,60	78,80	79,04	79,05
<b>GELİR DÜZEYİ</b>									
Yüksek Gelir	14	13	13	5,50	5,10	4,60	79,65	80,19	80,37
Orta Gelir	205	188	180	36,07	32,05	27,85	69,86	70,68	71,33
Düşük Gelir	570	512	479	61,10	54,80	48,60	60,05	61,63	62,94
Az Gelişmiş Ülkeler (BM)	519	468	436	59,54	53,24	46,96	61,78	63,28	64,45
Ağır Borçlu Fakir Ülkeler	574	517	482	62,83	56,26	49,54	59,00	60,71	62,08
<b>DÜNYA GENELİ TOPLAM</b>	-	-	-	37,20	33,30	29,40	70,68	71,46	72,04

**Kaynak:** <http://datatopics.worldbank.org/health/available-indicators>, 07.12.2018

Sağlık harcamalarına ayrılan payın sağlık göstergeleri üzerindeki etkisi, bu payın yüksek veya düşük olmasına göre göstergelerde yarattığı değişim sebebiyle “yaşam göstergelerinin sağlık harcamalarından etkilenmesi” teorisini



güçlendirmektedir. Sağlık harcamalarına ayrılan pay arttıkça sağlık göstergelerinde iyileşme yaşandığı birçok çalışmada belirtilmiştir. Bu durumun uygulanan sağlık sistem ve politikalarına göre istisnası olsa da Çelebi ve Cura (2013: 62), sağlık harcamaları ile sağlık göstergeleri arasında anlamlı bir ilişki olduğunu, sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı arttıkça anne ve bebek ölüm hızlarının düştüğünü, doğuşta beklenen yaşam süresinin ise arttığını ortaya koymuştur. Bu durumun istisnası olan, toplam sağlık harcamalarının diğer ülkelere göre yüksek olduğu ABD'de anne ve bebek ölüm hızlarının yüksek olmasının, uygulanan sağlık sisteminden ve sağlık politikalarından kaynaklandığı vurgulanmıştır. Çevik (2013: 119) ise sağlık harcamaları ve gelir düzeyi ile birlikte gelir dağılımı, toplumsal ve etnik yapı, iklim şartları gibi faktörlerin de sağlık harcamalarının yüksek olduğu ülkelerde sağlık göstergelerindeki değişimi etkileyebileceğini belirterek bu duruma 2010 yılında satın alma gücü paritesine göre kişi başına düşen 8.361 \$ sağlık harcamasına sahip ABD'nin 78,24 yıl olan doğuşta beklenen yaşam beklentisine karşılık, 431 \$'lık kişi başına düşen sağlık harcamasına sahip Küba'da doğuşta yaşam beklentisi 78,96 yıldır. Alpugan (1984: 139) da toplumların sağlık düzeylerini karşılaştırmak için sağlık harcamalarının etkili olduğunu belirtmekle birlikte özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarının belirli bir artıştan sonra sağlık göstergelerinde herhangi bir değişim yaratmadığını işaret etmektedir.

### **3.1.2. Belirli Hastane Göstergeleri ve Sağlık İşgücü Açısından Eşitsizlik**

Sağlık hizmetlerinin hem küresel hem de ulusal düzeyde dağılımı ve sağlığın hangi düzeyde adil ve erişilebilir olduğu; sağlık hizmet sunumunu gerçekleştiren sağlık personelinin dağılımları ve sağlık kurumlarının yatak sayıları, bağışıklama oranları gibi koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmet unsurları kapsamında incelenmelidir. Ülkelerin sağlık sistemleri, sağlık politikaları ve ülkelerin gelir düzeylerinden etkilenen bu unsurlar açısından dünya ülkelerinde belirgin farklılıklar görülmektedir. Acar (2012: 7), ülkeleri gelir düzeylerine göre sağlık personeli ve hastane yatakları açısından değerlendirdiği çalışmasında, dünyadaki doktorların sadece %4'üne yakınının düşük gelirli ülkelerde olduğunu, yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerin ise doktorların yaklaşık %67'sine sahip olduğunu belirtmektedir. Ayrıca, bu durum farmasötik personeli, diş hekimi, ebe ve hemşireler

açısından da yüksek oranda farklılık göstermektedir. Hastane yatağı açısından ise düşük gelirli ülkelerin yatak sayısı, gelişmiş ülkelerin yatak sayısının 1/4'ü kadar olup, bu ülkelerde sunulan yatak sayısı dünya ortalamasının da yarısı kadardır.

DB verilerine göre sağlıkta insan gücü dağılımında ve bazı sağlık göstergelerinde ülkelerin gelir düzeylerine, coğrafi konumuna ve yer aldığı uluslararası platform ve işbirliklerine göre belirgin farklılıklar olduğu görülmektedir. Tablo 9'da görüldüğü gibi yüksek gelirli ülkelerde, 1.000 kişi başına düşen hekim sayısı düşük gelirli ülkelerin yaklaşık 15 katı kadardır. Hemşire ve ebe sayılarında da 10 katlık fark olup 100.000 kişi başına düşen uzman cerrahi iş gücü açısından ise bu oran 41 kata kadar farka çıkmaktadır. OECD, AB ve Euro Bölgesi ülkelerinde sağlık insan gücü göstergeleri yüksek gelirli ülkelerin ortalaması üzerinde görülmektedir. Coğrafi bölge sınıflandırmasında ise en düşük dağılım Sahra Altı Afrika'da en yüksek dağılım ise Avrupa ve Orta Asya'dadır.

**Tablo 9:** Küresel Ölçekte Sağlık İnsan Gücü Göstergeleri

	Hekim sayısı (1000 kişi başına)			Hemşire ve Ebe sayısı (1000 kişi başına)			Uzman Cerrahi İşgücü (100.000 kişi başına)		
	1990	2000	2012	1990	2000	2012	1990	2000	2014
<b>ULUSLARARASI ÖRG.</b>									
OECD	1,99	2,53	2,81	-	6,95	7,90	-	-	68,21
Avrupa Birliği	2,66	3,17	3,52	-	-	8,77	-	-	92,34
Euro Bölgesi	3,03	3,68	3,83	-	-	9,27	-	-	96,61
<b>COĞRAFİ</b>									
Latin Amerika ve Karayipler	1,22	1,59	1,98	-	2,03	4,15	-	-	31,55
Güney Asya	1,00	0,49	0,69	0,38	1,07	1,73	-	-	6,09
Avrupa ve Orta Asya	3,01	3,20	3,22	-	-	8,22	-	-	84,62
Sahra Altı Afrika	0,13	0,12	0,30	-	-	1,12	-	-	1,80
Orta Doğu ve Kuzey Afrika	0,68	1,24	1,29	-	-	2,14	-	-	21,57
Doğu Asya ve Pasifik	0,94	1,07	1,64	1,28	1,82	2,84	-	-	36,50
Güney Afrika	0,61	0,73	0,76	-	3,82	5,84	-	-	11,53
Kuzey Amerika	1,83	2,51	2,55	-	9,49	-	-	-	52,76
<b>GELİR DÜZEYİ</b>									
Yüksek Gelir	2,12	2,63	2,93	-	-	8,68	-	-	66,88
Orta Gelir	1,13	1,08	1,32	0,66	1,33	2,50	-	-	2,78
Düşük Gelir	0,06	0,06	0,20	-	-	0,82	-	-	1,62
Az Gelişmiş Ülkeler (BM)	0,08	0,13	0,30	-	-	0,59	-	-	1,46
Ağır Borçlu Fakir Ülkeler	0,08	0,11	0,26	-	-	0,55	-	-	1,73
<b>DÜNYA GENELİ TOPLAM</b>	-	1,29	1,86	-	2,39	3,14	-	-	30,15

**Kaynak:** <http://datatopics.worldbank.org/health/available-indicators>, 07.12.2018

Tablo 10'da görüldüğü gibi; belirlenmiş hastane yatağı sayısı, eğitilmiş sağlık personeli tarafından gerçekleştirilen doğumlar ve bağışıklama yüzdeleri gibi bazı sağlık hizmet göstergelerinde düşük gelirli ülkelerle yüksek gelirli ülkeler arasında belirgin farklılık oluşu, sağlığın erişilebilirlik ve adil olma ilkesini zedelemektedir.

**Tablo 10:** Küresel Ölçekte Belirli Sağlık Göstergeleri

	Hastane Yatak Sayısı (1000 kişi başına)			Eğitimli Sağlık Personelince Gerçekleşen Doğumlar (%)			Bağımsızlama DPT (12-23 aylık çocukların %'si)		
	1990	2000	2012	1990	2000	2012	1990	2000	2011
<b>ULUSLARARASI ÖRG.</b>									
OECD	5,68	5,77	3,77	-	95,88	98,59	82,61	92,56	96,00
Avrupa Birliği	7,92	6,32	5,36	-	99,30	98,80	88,00	93,45	95,24
Euro Bölgesi	8,24	6,75	5,62	-	99,34	98,83	85,49	92,57	95,49
<b>COĞRAFI</b>									
Latin Amerika ve Karayipler	2,48	-	2,00	74,42	87,27	94,99	68,00	90,73	89,54
Güney Asya	0,72	0,68	0,69	-	36,42	72,18	67,06	60,70	85,79
Avrupa ve Orta Asya	8,52	7,03	5,02	-	95,41	99,00	84,83	92,88	92,61
Sahra Altı Afrika	1,21	-	-	-	41,24	55,42	56,69	51,45	73,57
Orta Doğu ve Kuzey Afrika	1,89	1,97	1,01	-	78,61	88,11	87,84	91,19	87,80
Doğu Asya ve Pasifik	2,34	3,61	3,54	84,99	85,24	94,43	90,45	83,41	93,89
Güney Afrika	-	2,80	-	82,00	91,20	96,70	72,00	73,00	66,00
Kuzey Amerika	5,01	3,49	2,90	99,19	99,39	98,62	89,82	93,59	94,64
<b>GELİR DÜZEYİ</b>									
Yüksek Gelir	6,22	6,38	4,23	-	98,96	98,95	88,30	92,22	95,39
Orta Gelir	3,13	1,57	2,18	-	63,10	81,09	77,96	73,70	86,62
Düşük Gelir	0,98	-	-	-	34,11	57,25	55,07	52,71	77,04
Az Gelişmiş Ülkeler (BM)	0,73	-	-	-	30,22	55,01	56,58	57,56	80,10
Ağır Borçlu Fakir Ülkeler	1,00	-	-	-	36,01	59,00	52,61	53,37	80,31
<b>DÜNYA GENELİ TOPLAM</b>	3,65	2,61	-	-	62,82	78,48	76,81	72,84	85,84

**Kaynak:** <http://datatopics.worldbank.org/health/available-indicators>, 07.12.2018

### 3.2. Sağlık Hizmetlerinde Ulusal Ölçekte Eşitsizlikler

Sağlıkta eşitsizliğin bir bileşeni olan sağlık hizmetlerinde eşitsizlik kavramının (Şimşek ve Kılıç, 2012: 117), küresel boyutunu belirlemek ve mücadele edebilmek için öncelikle ulusal düzeydeki boyutları incelenerek ulusal ölçekte eşitsizlik düzeylerinin belirlenmesi gerekmektedir. Ayrıca eşitsizlik düzeyinin mevcut durumu ve tarihsel süreçteki seyri de bu konudaki çalışmaların ve uygulanan politikaların etkinliğini gösterecektir. Türkiye'nin sağlık hizmet sunumunun bölgesel dağılımının incelenmesi ve sağlık hizmet sunum göstergelerinin eşitsizlik unsurları ile doğrudan ilişkisine yönelik yeterli çalışma olmasa da bazı göstergeler bu konuda bilgi sunmaktadır. Polat ve Çoban (2015: 181), Türkiye'de sağlığa erişimi etkileyen unsurları; gelir eşitsizliği, kayıt dışı istihdam, cinsiyet eşitsizliği, çocuk ve anne ölüm hızları, beslenme düzeyi, hastalıkların kırsal ve kentsel dağılımındaki eşitsizlikler olarak belirlemiştir. Sağlıkta eşitsizlikle mücadele konularını da gelir düzeyinin iyileştirilmeye çalışılması, yaşam ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve sağlık hizmetlerine ulaşım olanaklarının geliştirilmesi olarak ifade etmişlerdir.

Türkiye'de sağlık hizmet unsurlarının iyileştirilmesi ve bu unsurların artırılarak dengeli dağılımlarını sağlamaya yönelik birçok politika benimsenmiştir.

Bu politikalar ve yapılan diğer çalışmalar Türkiye’de belirli dönemlere göre incelenmiştir. Bunlardan ilki 1923-1963 yılları arasında Türkiye’de savaş izlerinin silinmeye çalışıldığı ve salgın hastalıklarla mücadele edilerek toplum sağlığının iyileştirilmesine ağırlık verilen planlı kalkınma öncesi dönemdir. İkincisi, DPT teşkilatının kurulması ile başlayan 1963-1980 yılları arasındaki planlı kalkınma dönemi, üçüncüsü ise yeni bir anlayışla işleyen ve 1980’den günümüze kadar devam eden planlı kalkınma sonrası dönemdir.

### **3.2.1. Planlı Kalkınma Öncesi Dönem (1923- 1963)**

Ulusal tarihte sağlık hizmetlerinin devletin asli görevleri arasında yer alması, Cumhuriyet’in ilanından önce 1920 yılında, ilk TBMM tarafından 3 sayılı yasa ile Sıhhiye ve Muavenatı İçtimaiye Vekâleti’nin kurulması ile başlamıştır. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi adına atılan bu adım ve kurulan bakanlığa ilk olarak Dr. Adnan Adıvar getirilmiştir (Akdur, 1999: 11). Bu dönemde yeni bir savaştan çıkmış olması ve sağlık hizmetlerine yönelik altyapı eksikliği nedeniyle salgınlar ile mücadele edilmiş ve ülkenin sağlık hizmet personeli sayısı, kurum ve yatak sayıları gibi kaynaklar hakkında bilgiler toplanarak bu unsurların iyileştirilmesi ve örgütlenmesi üzerinde çalışılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2004: 5).

TBMM dönemi sağlık bakanı Dr. Adıvar’dan sonra 1921-1937 yılları arasında sağlık bakanı olan Dr. Refik Saydam döneminde ise modernleşme çalışmaları başlamış ve cumhuriyet tarihinin ilk halk sağlığı okulu ile sağlık enstitüsü olan Hıfzıssıhha Okulu ile Hıfzıssıhha Enstitüsü kurulmuştur. Bulaşıcı hastalıklarla mücadele ve aşı üretimi gibi önemli birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli aşama kat edilmiştir (Kasapoğlu, 2016: 135). Bu dönemde yapılan çalışmalar ve uygulanan politikalar her ne kadar başarılı sonuçlar için atılan birer adım özelliğinde olsa da dönemin sağlık hizmet unsurlarının yeterli olduğu ve sağlık hizmetlerinin eşit dağıldığını söylemek mümkün değildir. Cumhuriyetin ilan edildiği 1923 yılında özellikle kentten kırsala doğru gidildikçe sağlık hizmetlerindeki yetersizliğin daha da belirginleştiği görülmektedir (Öztürk ve Günay, 1991: 10). Bu durum, hizmet unsurlarının belirli bölgelerde yığılmasından ziyade yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Tablo 11’de görüldüğü gibi 1923 yılında 3’ü devlet ve 6’sı

belediye olmak üzere toplamda 86 hastane ve 6437 yatak bulunmaktadır. Bu kurumların da çoğu özel idare ve özel teşebbüse bağlı kurumlardır.

**Tablo 11:** 1923 Yılı Türkiye'deki Yataklı Kurumlar ve Yatak Sayıları

KURUM CİNSİ	KURUM SAYISI	YATAK SAYISI
Devlet Hastanesi	3	950
Belediye Hastanesi	6	635
Özel İdare Hastanesi	45	4520
Özel Teşebbüs, Yabancı Sermaye ve Azınlık Hastaneleri	32	2402
<b>Toplam</b>	<b>86</b>	<b>6437</b>

**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı, 80. Yılda Tedavi Hizmetleri (1923-2003), Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara 2004.

Sağlık personeli açısından incelendiğinde 554 hekim bulunmakta ve hekim başına 21.600 kişi düştüğü görülmektedir (Tablo 12). Diğer sağlık personeli açısından da benzer yapı olduğu anlaşılmaktadır.

**Tablo 12:** 1923 Yılı Sağlık Personel Sayısı ve Personel Başına Düşen Nüfus

SAĞLIK PERSONELİ	PERSONEL SAYISI	BİR PERSONELE DÜŞEN NÜFUS
Hekim	554	21.660
Sağlık Memuru	560	21.424
Hemşire	4	3.000.000
Ebe	136	88.235
Eczacı	69	173.913

**Kaynak:** Yusuf Öztürk ve Osman Günay, *Atatürk Döneminin Sağlık Politikası*, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Yayını No:2, Kayseri 1991.

Cumhuriyet'in ilk yıllarında sağlık örgütünün geliştirilmesi, nitelikli sağlık personeli yetiştirilmesi, sağlık kurumları açma ve altyapı geliştirme çalışmaları gibi başarılı politikaların, sağlık hizmet unsurlarına personel, kurum ve yatak kapasitesinin artırılmasında olumlu yönde yansımıştır (Tablo 13, 14 ve 15). Bu dönemde sağlık hizmetlerinin ülke genelindeki yetersizliği, önceliği hizmetlerin eşit dağılımından öte hizmet kapasitesinin artırılmasına yönlendirmiştir. Ancak bu politikalarla beraber nüfusun da hızla artması, sürekli işgücü ve sağlık hizmet yatırımlarında yeni ihtiyaçların doğmasına ve yeni kaynakların ayrılması gerekliliğini de beraberinde getirmiştir.

Yataklı tedavi kurumlarında 1923 yılında 86 olan yatak sayısı ile bir kuruma 143.710 kişi düşerken 1960 yılında sağlık kurumu sayısı 566'ya yükselerek bir sağlık kurumuna 49.037 kişinin düştüğü görülmektedir. 10.000 kişiye düşen yatak sayısı da 1923'ten 1960'a kadar üç katına çıkmıştır (Tablo 13).

**Tablo 13:** 1923-1960 Türkiye'de Nüfus ve Yataklı Tedavi Kurumlarının Sayısal Değişimi

Yıllar	Kurum Sayısı	Yatak Sayısı	Nüfus	10.000 Nüfusa Düşen Yatak
1923	86	6.437	12.359.040	5,1
1925	167	9.561	13.002.960	7,3
1930	182	11.398	14.361.480	7,8
1935	176	13.038	16.158.018	7,0
1940	198	14.383	17.820.950	8,0
1945	197	16.133	18.790.174	8,5
1950	201	18.837	20.947.188	9,0
1955	426	34.526	24.064.763	14,4
1960	566	45.807	27.754.820	16,6

**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı, 80. Yılda Tedavi Hizmetleri (1923-2003), Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara 2004.

1923-1960 yılları arasında artan sağlık kurumu ve yatak kapasitesi ile birlikte poliklinik sayısında da ciddi bir artış olduğu görülmektedir. Ancak yatan hasta sayısının da 26.744 olduğu 1925 yılında nüfusun %0,21'i iken 1960 yılında 931.228 ile nüfusun %3,36'sını oluşturduğu görülmektedir (Tablo 14).

**Tablo 14:** 1925-1960 Türkiye'de Hastane Hizmetlerinin Gelişimi

Yıl	Kurum Sayısı	Yatak Sayısı	Poliklinik Sayısı	Yatan Hasta Sayısı
1925	167	9.561	54.843	26.744
1930	182	11.398	244.355	58.309
1940	198	14.383	1.161.495	176.833
1950	301	18.837	1.892.575	322.686
1960	566	45807	6.988.257	931.228

**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı, 80. Yılda Tedavi Hizmetleri (1923-2003), Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara 2004.

Sağlık işgücünde de sayısal olarak artışların yaşandığı 1923-1960 yılları arasında, hekim başına düşen nüfus 1930 yılında 12.150 kişi iken 1960 yılına gelindiğinde 6.638 kişiye düşmüştür. Aynı durum diğer sağlık personelleri için de geçerli olup nüfusa göre en az artış oranı sağlık memurunda görülmektedir. 1930 yılında bir sağlık memuruna 11.326 kişi düşerken 1960 yılında 7.818 kişi düştüğü görülmektedir (Tablo 15).

**Tablo 15:** 1930-1960 Türkiye'de Sağlık Personelinin Gelişimi

Yıl	Uzman Hekim	Pratisyen H.	Diş H.	Eczacı	Sağlık Memuru	Hemşire	Ebe
1930	1.182	-	-	127	1.268	202	400
1935	1.625	-	-	125	1.365	325	451
1940	2.387	-	-	129	1.493	405	616
1945	3.886	-	-	116	1.632	409	806
1950	3.647	3.248	910	130	4.018	721	1.285
1955	3.192	3.885	1.175	1.256	3.927	1.525	2.001
1960	4.181	4.033	1.395	1.390	3.550	1.658	3.219

**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı, 80. Yılda Tedavi Hizmetleri (1923-2003), Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara 2004.

Sağlık hizmet kapasitesini artırma ve planlanan sağlık politikalarının uygulanması için ekonomik kaynakların çoğunluğu, devlet bütçesi ile karşılanmış olup bakanlık bütçesinin devlet bütçesine oranı da Tablo 16’da görüldüğü üzere 1923-1960 yılları arasında sürekli artış göstererek iki katının üzerine çıkmıştır. Bu veriler, harcamaların ulusal düzeydeki dağılımının diğer sağlık hizmet unsurlarının dağılımına dayandırılarak açıklanması durumunda, büyük kentlere yığılan sağlık kurumu ve personel sayılarına göre harcamaların da kentsel alanda yoğunlaştığını göstermektedir.

**Tablo 16:** 1923-1960 Sağlık Bakanlığı Bütçesi (Bin TL)

Yıl	Bakanlık Bütçesi	Bakanlık Bütçesinin Devlet Bütçesine Oranı (%)
1923	3.038	2,21
1925	4.860	2,64
1930	4.502	2,02
1935	4.820	2,54
1940	8.185	3,05
1945	18.809	3,12
1950	60.615	4,08
1955	152.463	5,18
1960	382.762	5,27

**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı, 80. Yılda Tedavi Hizmetleri (1923-2003), Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara 2004.

1923-1962 tarihleri arasında, sağlık hizmetlerinde modernleşme çalışmaları ve özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinde uygulanan başarılı politikalar ile nüfus başına düşen sağlık personel hastane ve hastane yatağı sayılarında, sağlık bakanlığı bütçesinin genel devlet bütçesindeki oranında sürekli iyileşme olduğu görülmektedir. Ancak bu hizmetlerin ülke genelindeki dağılımına ilişkin çalışmalarda özellikle kıır/kent arasındaki sağlık hizmet dağılımına ilişkin politikalarda istenilen sonuçlar elde edilememiştir. 1946 yılında, “Birinci Sağlık Planı” kapsamında her 40 köy için 10 yataklı sağlık merkezi planlaması her ilçeye bir hastane anlayışına dönüşerek tam olarak gerçekleştirilememiş ve kent/kır arasındaki dengesiz dağılım, hedeflenen düzeyde giderilememiştir. 1950’li yıllarda da sürekli devam eden tedavi hizmetlerine ilişkin planlama ve hastane açma politikalarının İstanbul ve Ankara gibi büyük kentlerde hastane sayılarının artmasına ve sağlık hizmet unsurlarındaki eşitsizliklerin kırsal kesimlere ve diğer küçük illere göre giderek artması yol açmıştır. Dönemin hükümeti de bu dengesizliği gidermek için diğer il ve ilçelere hastane açma politikasına yönelmiştir. Bu politikalar çerçevesinde devletin sağlık hizmetlerine ayırdığı bütçedeki yetersizlik ve bakanlık bünyesindeki personel yetersizliği de özel teşebbüslerin desteklenmesi ve SSK hastanelerinin kurulmasına zemin hazırlamıştır (Kasapoğlu, 2016: 136).

### 3.2.2. Planlı Kalkınma Dönemi (1963- 1980)

Türk Sağlık Sistemi'ni etkileyen önemli gelişmelerden birisi 1960 yılındaki askeri müdahale sonrasında ülkenin eğitim, sağlık gibi konularda gelişmesini amaçlayan ve merkezi bir anlayışla işleyen Devlet Planlama Teşkilatı'nın (DPT) kurulmasıdır (Kasapoğlu, 2016: 138). DPT oluşturduğu beşer yıllık kalkınma planları ile faaliyete başlamış ve ilk kalkınma planı 1963-1967 yıllarını kapsamıştır. Bu planda sağlık hizmetleri, "Kamu Hizmetlerinin Bölümleri" başlığı altında yer almış ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için alınması gereken tedbirler belirlenmiştir (Özsarı, 2018: 25). Birinci beş yıllık kalkınma planında, sağlık hizmetlerine yönelik 15 yıl içerisinde sağlık personel sayısının mevcut duruma göre 2,5 katına, yardımcı personelin 6 katına ve sağlık harcamalarının da 2 katına yükseltilmesinin hedeflendiği belirtilmiştir (DPT, 1963: 39).

İkinci beş yıllık kalkınma planında ise sağlık hizmetlerine yönelik yapılan durum değerlendirmesinde planlı kalkınma öncesi döneme denk gelen 1955-1962 yıllarında; hekimlerde %27, diş hekimlerinde %62 eczacılarda %20, hasta bakıcılarında %132 ve sağlık teknisyenlerinde %41 artış gerçekleştiği belirtilmiştir. Birinci kalkınma planı ile birlikte 1963-1965 yıllarında hekimlerde %17, diş hekimlerinde %15, hemşire, ebe ve sağlık memurlarında %9'luk bir artış gerçekleşmiştir. Birinci beş yıllık kalkınma planının nüfus artışına bağlı olarak yetersiz kaldığı ve Türkiye'nin uluslararası karşılaştırmalarda da sağlık insan gücünde yetersiz olduğu vurgulanmıştır. (DPT, 1968: 146).

İkinci beş yıllık kalkınma planında sağlık personeline yönelik temel sorunların başında sağlık personelinin bölgesel olarak dağılımındaki dengesizliğin yer aldığı ve hekimlerin yaklaşık %40'ının toplam nüfusun %8,3'ünü oluşturan İstanbul'da yer aldığı belirtilmiştir. Bu husustaki en büyük tehlike de dengesizliğin giderilmediği sürece gelişmiş illerdeki yığılmaların artarak diğer illere göre daha büyük bir dengesizlik durumunun ortaya çıkacak olması ve bunun düzeltilmesinin daha güç hale gelecek olmasıdır (DPT, 1968: 216).

Birinci ve İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planları çerçevesinde belirlenen hedefler ve mevcut durumun karşılaştırılmasına yönelik olarak Sağlık Bakanlığı'na ait sağlık personelinin 1965-1980 yılları arasındaki gelişimini gösteren Tablo 17



incelendiğinde, sağlık personel sayısının 1968 yılındaki planlama ile hedeflenen sayıya yaklaşık olarak ulaştığı görülmektedir. Sağlık personel sayısının yetersizliğini gidermek amacıyla yapılan bu planlama sonucunda, hekim başına düşen nüfus 2.900 kişi, diş hekimi başına 15.000 kişi, eczacı başına 16.600 kişi, hemşire ve hemşire yardımcısı başına 8.400 kişi, sağlık memuru başına 6.200 kişi ve ebe başına 6.500 kişi olarak belirlenmiştir. 1980 yılında hekim sayısı beklenen hedefle 27.241 olarak hesaplanırken hekim başına düşen nüfus yaklaşık olarak 1.612 kişi olarak gerçekleşmiştir. Bu sonuç, sağlık hizmet unsurlarından işgücünde geçmiş döneme göre olumlu gelişmelerin yaşandığını ancak personel sayısının nüfus artış hızına göre hala yetersiz kaldığını göstermektedir. DPT (1973: 81), Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda da hekim ve hemşire yetersizliğine değinilerek diş hekimi ve eczacılarda ise arz fazlalığı olduğunu ve plansız bir gelişme ile istihdam problemlerinin ortaya çıktığını ifade etmiştir.

**Tablo 17:** 1965-1980 Türkiye'de Sağlık Personelinin Gelişimi

Yıl	U. Hekim	P. Hekim	Diş Hekimi	Eczacı	Sağlık M.	Hemşire	Ebe
1965	6.657	4.283	1.932	1.771	4.676	4.592	4.329
1970	8.818	5.025	3.245	3.011	9.954	8.796	11.321
1975	12.698	9.016	5.046	7.002	11.021	14.806	12.975
1980	16.699	10.542	7.077	11.578	11.664	26.880	15.880

**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı, 80. Yılda Tedavi Hizmetleri (1923-2003), Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara 2004.

Bu dönemde sağlık kurumlarına yönelik çalışmalar incelendiğinde ise 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” ile köylerden il merkezlerine doğru sağlık kurumlarının oluşturulması olmuştur (Tokaç, 2018: 16). Bu kanun kapsamında İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ile 9 milyon 500 bin kişiye hizmet götürecek sağlık kurumlarının oluşturulması hedeflenmiştir. Ancak Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda bu durumun, beklenen hedefe ulaşmadığı ve nedeninin de hekim ile hemşire istihdamındaki sorunlardan kaynaklandığı belirtilmiştir (DPT, 1973: 91). Tablo 18 ve Tablo 19'da da 1965-1980 yılları arasında sağlık kurumu, yatak sayısı ve poliklinik sayılarındaki artışın nüfus artış oranına göre yetersiz kaldığı ve düşük düzeyde artış gösterdiği görülmektedir.

**Tablo 18:** 1965-1980 Türkiye'de Hastane Hizmetlerinin Gelişimi

Yıl	Kurum Sayısı	Yatak Sayısı	Poliklinik Sayısı	Yatan Hasta Sayısı
1970	746	71.876	15.177.715	1.552.848
1980	827	99.117	25.648.756	1.905.763

**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı, 80. Yılda Tedavi Hizmetleri (1923-2003), Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara 2004.

Türkiye’de 1970 ile 1980 yılları arasında sağlık kurumları, poliklinik ve yatak sayılarındaki artış ile birlikte yatan hasta sayısında da ciddi oranda bir artış yaşanmıştır. 1970 yılında 10.000 kişiye 23.459 poliklinik düşerken, 1980 yılında bu oranın 17.442’ye gerilediği görülmektedir. Nüfusa göre yatak sayılarında da 1965-1970 yılları arasında artış oranı %17-22 arasında değişmekte olup önemli bir oranda artış gerçekleşmemiştir (Tablo 18, 19).

**Tablo 19:** 1965-1980 Türkiye’de Nüfus ve Yataklı Tedavi Kurumlarının Sayısal Değişimi

Yıllar	Kurum Sayısı	Yatak Sayısı	Nüfus	10.000 Nüfusa Düşen Yatak
1965	626	55.451	31.391.421	17,8
1970	746	71.876	35.605.176	20,3
1975	798	80.264	40.347.719	20,3
1980	827	99.117	44.736.957	22,2

**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı, 80. Yılda Tedavi Hizmetleri (1923-2003), Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara 2004.

Sağlık hizmet göstergelerindeki ulusal düzeyde yaşanan gelişmenin ve uygulanan kalkınma planları ile politikaların ne düzeyde başarı gösterdiklerini belirleyen bir diğer gösterge yaşam göstergeleridir. DPT (1973: 99), 1969 yılı ekonomik gelişmişlik göstergelerine göre Avrupa Ekonomi Topluluğu (AET) ülkeleri ile yapılan karşılaştırmada Türkiye’nin sağlık hizmetlerinde yeterince iyileşme sağlayamadığını ve yaşam düzeyinin bu ülkeler kadar yükseltilemediğini ifade etmektedir. Tablo 20’de da görüldüğü üzere 1975-1980 yıllarında erkekler için doğuştan yaşam beklentisi 54,78 yıl, kadınlar için ise 59,37 yıldır.

**Tablo 20:** Türkiye’de 1960-1980 Yıllarında Doğumdan Beklenen Yaşam Süresinin Cinsiyete Göre Dağılımı

Yıllar	Erkek	Kadın	Toplam
1960-1965	47,93	52,02	49,93
1965-1970	51,07	55,27	53,12
1970-1975	52,99	57,30	55,09
1975-1980	54,78	59,37	57,01

**Kaynak:** Türkiye Sağlık İstatistikleri 2006, TTB.

Tablo 21’de de diğer bir gelişmişlik göstergesi olan bebek ölüm hızınının 1978 yılı verileri incelendiğinde oldukça yüksek olduğu ve kırsal kesimde bu oranın kentsel kesimden daha yüksek olduğu görülmektedir. Demografik bölge sınıflandırmasına göre de belirgin farkların olduğu, bebek ölümlerinin orta ve doğu kesimlerde batı kesiminden daha yüksek olduğu görülerek bu durumun sağlık hizmet unsurlarındaki gelişmelerin yetersizliğini ve ulusal düzeyde sağlık hizmet unsurlarının dağılımındaki dengesizliğin sürdüğünü desteklemektedir

**Tablo 21:** 1978 Yılı Bebek Ölüm Hızı (Binde)

<b>YERLEŞİM YERİ</b>	
- Kent	119.0
- Kıır	146.0
<b>DEMOGRAFİK BÖLGE</b>	
- Batı	108.0
- Güney	109.0
- Orta	151.0
- Kuzey	141.0
- Doğu	147.0

**Kaynak:** Türkiye Sağlık İstatistikleri 2006, TTB.

Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki faaliyetlerin 1963-1980 yıllarındaki politikalar kapsamında gerçekleştirilen Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ve Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı’na göre sağlık hizmetlerinde hedeflenen düzeye ulaşılmadığı görülmektedir. Sağlık hizmet unsurlarından işgücü, sağlık kurumları ve yatak kapasiteleri genel olarak yetersiz ve mevcut hizmetler ulusal olarak dengesiz dağılıma sahiptir. Hizmetlerin çoğunlukla büyük şehirlerde yığılması ve kıır/kent arasındaki hizmet dağılım farkının yüksek olması hizmetlere erişim konusundaki eşitsizlik durumunu da ortaya koymaktadır.

### **3.2.3. Planlı Kalkınma Sonrası Dönem (1980 ve sonrası)**

Türk Sağlık Sistemi’nde sağlık hizmetlerinin nitelik ve nicelik bakımından artırılması, hizmetlerin dağılımı ve erişimine yönelik eşitliğin sağlanması açısından birçok politik çalışma yapılmıştır. Bunlar arasında beşer yıllık süreyle 7 kalkınma planı ve 2003 yılında uygulanan SDP bulunmaktadır (Özsarı, 2018: 25; Kasapoğlu, 2016: 145). Bunun dışında çalışma koşullarına yönelik 1978 yılında çıkarılan tam gün yasasının 1980 yılında kaldırılması, 1987 yılında çıkarılan “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” gibi çalışmalarla da sağlık hizmetlerinde düzenlemeler yapılmıştır (Tokaç, 2018: 16). Bu politikalardan en son uygulanan ve günümüzde de sürdürülen SDP, sağlık hizmetlerinde erişimin artırılması ve dolayısıyla sağlıkta eşitsizliğin azaltılması amacıyla tasarlanmıştır (Polat ve Çoban, 2015: 185). Tablo 22’de görüldüğü gibi 1980 yılından 2003 yılına kadar geçen 24 yıllık süreçte sağlık kurumu sayısında 345, yatak sayısında ise 81.680 kadar bir artış gerçekleşmiştir. Bu süreç içerisindeki nüfus artışı ise 26 milyondan fazladır.

**Tablo 22:** 1980-2003 Türkiye'de Nüfus ve Yataklı Tedavi Kurumlarının Sayısal Değişimi

Yıllar	Kurum Sayısı	Yatak Sayısı	Nüfus	10.000 Nüfusa Düşen Yatak
1980	827	99.117	44.736.957	22,2
1985	722	103.918	50.664.458	20,2
1990	899	136.638	56.473.035	24,0
1995	1051	151.972	61.644.000	24,6
2000	1226	172.449	67.853.000	25,8
2003	1172	180.797	70.877.000	25,5

**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı, 80. Yılda Tedavi Hizmetleri (1923-2003), Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara 2004.

Tablo 23'te, bu kurumlardaki poliklinik sayıları ve yatan hasta sayısı incelendiğinde, poliklinik sayılarındaki ciddi artışa karşılık yatan hasta sayısında da geçmişe göre iki katlık artış yaşanmıştır. Bu göstergeler; yatak sayılarındaki artışın yatan hasta sayısına göre yetersiz kaldığını, bu durumun da tüm bireylerin eşit bir düzeyde erişimini zorlaştıracak etki yarattığını göstermektedir.

**Tablo 23:** 1980-2003 Türkiye'de Hastane Hizmetlerinin Gelişimi

YIL	KURUM SAYISI	YATAK SAYISI	POLİKLİNİK SAYISI	YATAN HASTA SAYISI
1980	827	99.117	25.648.756	1.905.763
1990	857	120.738	55.540.245	3.186.336
1995	1.009	118.548	75.870.768	3.876.520
2000	1.184	140.710	105.794.119	5.075.170
2002	1.114	143.876	124.317.359	5.508.263
2003	1.172	180.797	129.733.118	5.736.517

**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı, 80. Yılda Tedavi Hizmetleri (1923-2003), Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara 2004.

Sağlık hizmet unsurlarından birisi olan sağlık iş gücü açısından 1980-2002 dönemi incelendiğinde, bazı yıllarda ciddi artışlar yaşanırken bazen bazı meslek gruplarında artış hızı yavaşlamıştır (Tablo 24). Ancak dönemin nüfusuna oranlayarak değerlendirme yapıldığında, 10 bin kişiye düşen uzman hekim sayısı 3,80'den 6,71'e yükselmiştir. Yaklaşık iki kat olarak hesaplanan bu oran, "Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda" da uluslararası ortalamanın altında kabul edilmiştir. Diş hekimi ve eczacılarda ise plansız istihdam gerçekleştirildiği ve bu meslek gruplarında arz fazlalığının olduğu görülmektedir (DPT, 1995: 14; DPT, 2000: 15).

**Tablo 24:** 1980-2002 Türkiye'de Sağlık Personelinin Gelişimi

Yıl	Uzman Hekim	Pratisyen Hekim	Diş Hekimi	Eczacı	Sağlık Memuru	Hemşire	Ebe
1980	16.699	10.542	7.077	11.578	11.664	26.880	15.880
1985	20.878	15.549	8.305	12.202	10.525	30.854	17.987
1990	24.900	25.739	10.514	15.792	21.547	44.984	30.415
1995	16.699	10.542	7.077	11.578	11.664	26.880	15.880
2000	38.064	47.053	16.002	23.266	46.528	71.600	41.590
2002	43.660	51.530	17.108	22.322	49.324	79.059	41.513

**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı, 80. Yılda Tedavi Hizmetleri (1923-2003), Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara 2004.

Geçmiş döneme ait kalkınma planı raporlarında 1980-2002 tarihleri arasındaki süreçte sağlık hizmetlerine yönelik kaynakların etkili ve verimli bir şekilde kullanılmadığı ve sağlık işgücü ile sağlık kurum sayılarının ulusal düzeyde dengesiz dağılımını sürdürdüğü bildirilmiştir. Sağlık düzeyinin küresel karşılaştırılmasında kullanılan ve sağlıkta eşitsizlik unsurları ile bağlantılı olan yaşam göstergelerinde de Tablo 25'te görüldüğü gibi 24 yıllık süreçte doğuştan beklenen yaşam süresinde ortalama 9 yıllık artış yaşanmışsa da bu göstergeler uluslararası karşılaştırmalarda yetersizliği desteklemektedir (DPT, 1995: 14; DPT, 2000: 15).

**Tablo 25:** Türkiye'de 1980-2003 Yıllarında Doğumdan Beklenen Yaşam Süresinin Cinsiyete Göre Dağılımı

Yıllar	Erkek	Kadın	Toplam
<b>1980-1985</b>	56,88	61,32	59,04
<b>1990</b>	64,20	68,70	66,40
<b>1995</b>	64,90	69,40	67,10
<b>2000</b>	65,80	70,40	68,00
<b>2003</b>	66,40	71,00	68,70

**Kaynak:** Türkiye Sağlık İstatistikleri 2006, TTB.

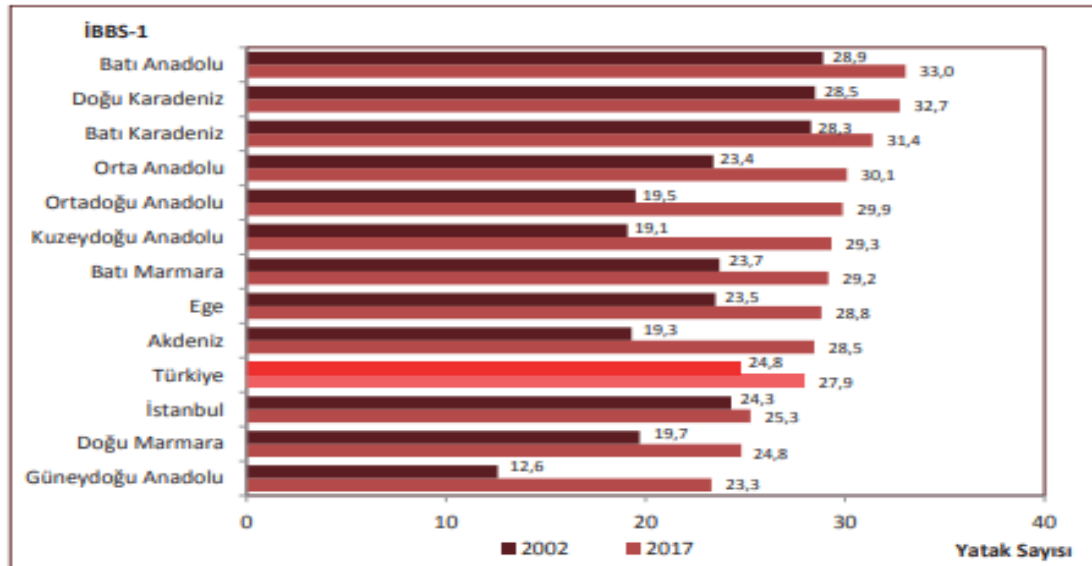
1980 sonrasındaki süreçte Türk Sağlık Sistemi'nde önemli adımlardan biri olan SDP'nin bileşenlerinin geçmiş dönemlerde denenmeye çalışılmış olması veya gündeme gelmesi söz konusuysa da tam olarak uygulanmaları 2002 yılı sonrasında başlamıştır (Aksakoğlu, 2006: 3). Bu süreçteki uygulamaların sağlık hizmetlerine yansımaları incelendiğinde Tablo 26'da görüldüğü gibi 2005 yılında sağlık kurumu sayısı 1.154 olarak belirlenmiştir. SDP öncesi 2002 yılında, 1.114 olan bu sayıda üç yılda 40 sağlık kurumu açılmışsa da nüfus bir milyondan fazla artış göstermiştir. 2017 yılına gelindiğinde ise 81 milyona yaklaşan Türkiye nüfusu için kurum sayısı 1.518'e çıkmış, nüfus artışına göre kurum sayısındaki artış yetersiz kalmıştır. Hastane yatağı sayıdaysa 2003 yılında 10 bin kişiye düşen yatak sayısı 25,5 iken 2005 yılında 22,52'ye, 2017 yılında ise 27,95'a yükselmiştir.

**Tablo 26:** 2005-2017 Türkiye'de Nüfus ve Yataklı Tedavi Kurumlarının Sayısal Değişimi

YILLAR	KURUM SAYISI	YATAK SAYISI	NÜFUS	10.000 NÜFUSA DÜŞEN YATAK
2005	1.154	155.072	68.860.539	22,52
2010	1.397	184.339	73.722.988	25,00
2015	1.533	209.648	78.741.053	26,62
2017	1.518	225.863	80.810.525	27,95

**Kaynak:** <http://www.tuik.gov.tr/Start.do>, 05.02.2019

2002 ve 2017 yılları karşılaştırıldığı, Şekil 1'deki İBBS-1 dağılımına göre 10 bin kişiye düşen yatak sayısının 2002 yılında ve 2017 yılında en az Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde, en çok ise her iki yılda da Batı Anadolu Bölgesi'nde olduğu görülmektedir. Bu durum da dengesiz dağılımın günümüzde de devam ettiğini desteklemektedir.

**Şekil 1:** İBBS-1'e Göre 10.000 Kişiye Düşen Hastane Yatağı Sayısı, Tüm Sektörler, (2002, 2017).

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017, Ankara 2018.

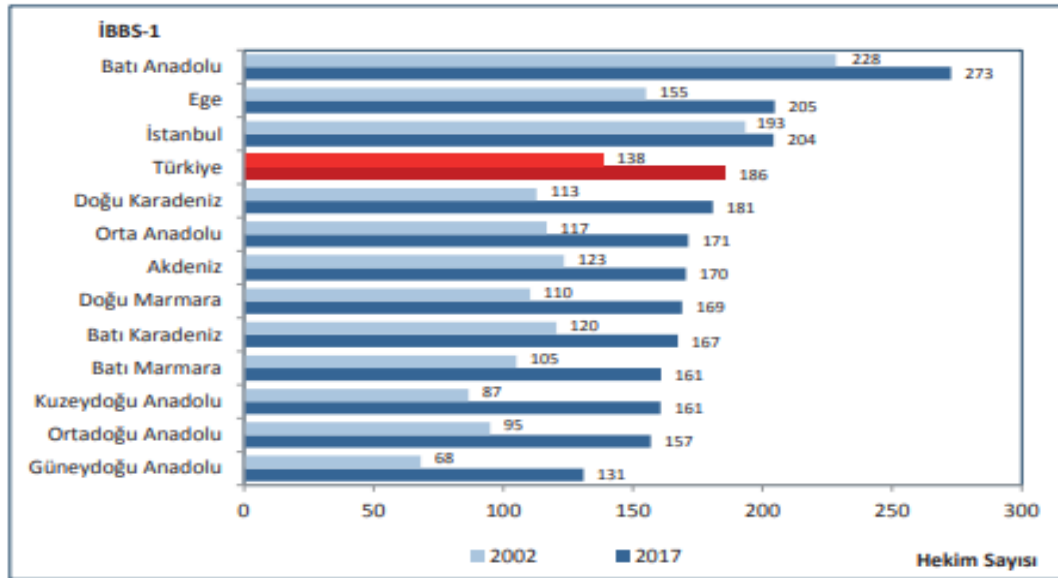
SDP sonrası sağlık personelinin sayısal değişimi incelendiğinde ise Tablo 27'de 2005 yılından itibaren uzman hekimde yıllık 15 binden fazla artış olduğu görülürken 2015-2017 yılları arasında yaklaşık 3 bin artış gerçekleşmiştir. Aynı durum hemşireler ve ebeler için de söz konusu olup 2015-2017 yılları arasında hemşire ve ebe arzında geçmiş döneme oranla azalma olduğu görülmektedir.

**Tablo 27:** 2005-2017 Türkiye'de Sağlık Personelinin Gelişimi

Yıl	Uzman Hekim	Pratisyen Hekim	Diş Hekimi	Eczacı	Sağlık Memuru	Hemşire	Ebe
2005	49.477	34.886	18.149	22.756	62.035	78.182	43.541
2010	63.563	38.818	21.432	26.506	99.302	114.772	50.343
2015	77.622	41.794	24.834	27.530	145.943	152.803	53.086
2017	80.951	44.649	27.889	28.512	155.417	166.142	53.741

**Kaynak:** <http://www.tuik.gov.tr/Start.do>, 05.02.2019

Hekim sayısının Şekil 2’de görüldüğü gibi İBBS-1’e göre dağılımı incelendiğinde, bölgeler arasındaki dağılımda ciddi bir yığılma olduğu, Batı Anadolu’da 2017 yılı itibariyle 100 bin kişiye 273 hekim düşerken, Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde 131 hekim düştüğü görülmektedir. Sağlık personelindeki bu dengesiz dağılım diğer meslek grupları için de aynı şekilde seyretmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2017).



Şekil 2: İBBS-1'e Göre, 100.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısı, Tüm Sektörler, (2002, 2017).  
Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017, Ankara 2018.

SDP öncesi dönemde 2002 yılındaki kurum sayısı, yatak sayısı ve sağlık personeli sayısında belirli bir oranda artış gerçekleşmiş ise de aynı dönemde Türkiye nüfusu da 2002-2017 yılları arasında yaklaşık 16 milyon artmıştır. Sağlık hizmet unsurlarına ait bu verilerdeki artışın yetersizliği uluslararası kıyaslamalarla da hem sağlık istatistik yıllıkları hem de kalkınma planlarında ifade edilmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın en son verilerine göre de kişi başına düşen hekim sayısında Türkiye'nin OECD ülkeleri içerisinde en son sırada yer aldığı görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2017: 219).

### 3.3. Sağlık Hizmetlerinde Bölgesel Ölçekte Eşitsizlikler

Ülkeler arasındaki etkileşim ve küreselleşme sonucunda hızla değişen, teknolojik gelişmelerle birlikte bireylerin beklentilerinde farklılıklar yaratan sağlık ve sağlık hizmetleri, siyasi ve ekonomik faktörlerin etkisiyle birlikte hızla değişerek

bölgeler arasında farklı sonuçlar doğurmuştur. Olumlu ve olumsuz etkiye sahip olan bu sonuçlar, küresel etkiyle birlikte ülkeler arasında olduğu gibi ulusal ölçekte yani yerelde de bölgesel etkiler yaratarak birçok sosyal ve ekonomik sonucu beraberinde getirmiştir. Siyasi, ekonomik, coğrafi ve stratejik faktörlerden kaynaklanan ulusal ölçekteki bu bölgesel farklılıklar da bölgesel kalkınma ve büyüme konularındaki çalışmaların önemini gündeme getirmektedir. Türkiye’de de ülkenin kurulduğu tarihten itibaren birçok kalkınma plan ve projesi hayata geçirilmiştir. Özellikle 1980 sonrası AB üyeliğine uyum süreci kapsamında “İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması (İBBS)” uygulamasıyla Türkiye’deki bölgesel birimler farklı düzeylerde bölgelere ayrılmış ve bölgeler arasındaki farklılıklar tespit edilerek kurulan kalkınma ajansları sayesinde bu farklılıkların giderilmesi veya en az seviyeye düşürülmesi amaçlanmıştır (Gökbunar ve Durmaz, 2015: 292).

İBBS Türkiye’de, ülkenin üç farklı düzeyde bölgelere ayrılması ile oluşturulmuştur. Bunlar; ülkenin coğrafi özellikleri göz önünde bulundurularak 12 istatistiki bölgeden oluşan 1. Düzey sınıflandırma, benzer potansiyele sahip illerin bir araya getirilmesi ile 26 istatistiki bölgeden oluşan 2. Düzey sınıflandırma ve iller bazında 81 istatistiki bölgeden oluşan 3. Düzey sınıflandırmadır. (Şengül vd., 2013: 77). Şekil 3’te 1. Düzey, 2. Düzey ve 3. Düzey İBBS kodları ile birlikte detaylı olarak sunulmuştur.



İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflaması (İBBS)								
1. Düzey		2. Düzey		3. Düzey				
TR	Türkiye							
TR1	İstanbul	TR10	İstanbul	TR100	İstanbul			
TR2	Batı Marmara	TR21	(Tekirdağ,	TR211	Tekirdağ			
			Edirne,	TR212	Edirne			
			Kırklareli )	TR213	Kırklareli			
TR3	Ege	TR22	( Balıkesir,	TR221	Balıkesir			
			Çanakkale )	TR222	Çanakkale			
			İzmir)	TR310	İzmir			
TR3	Ege	TR32	(Aydın,	TR321	Aydın			
			Denizli,	TR322	Denizli			
			Muğla)	TR323	Muğla			
TR3	Ege	TR33	(Manisa,	TR331	Manisa			
			Afyonkarahisar,	TR332	Afyonkarahisar			
			Kütahya,	TR333	Kütahya			
TR4	Doğu Marmara	TR41	Uşak)	TR334	Uşak			
			(Bursa,	TR411	Bursa			
			Eskişehir,	TR412	Eskişehir			
TR4	Doğu Marmara	TR42	Bilecik )	TR413	Bilecik			
			(Kocaeli,	TR421	Kocaeli			
			Sakarya,	TR422	Sakarya			
TR5	Anadolu	TR51	Düzce	TR423	Düzce			
			Bolu,	TR424	Bolu			
			Yalova )	TR425	Yalova			
TR6	Akdeniz	TR61	(Ankara)	TR510	Ankara			
			(Konya,	TR521	Konya			
			Karaman)	TR522	Karaman			
TR6	Akdeniz	TR62	(Antalya,	TR611	Antalya			
			Isparta,	TR612	Isparta			
			Burdur)	TR613	Burdur			
TR6	Akdeniz	TR63	(Adana,	TR621	Adana			
			Mersin)	TR622	Mersin			
			(Hatay,	TR631	Hatay			
TR7	Orta Anadolu	TR71	Kahramanmaraş	TR632	Kahramanmaraş			
			Osmaniye)	TR633	Osmaniye			
			(Kırkkale,	TR711	Kırkkale			
TR7	Orta Anadolu	TR72	Aksaray,	TR712	Aksaray			
			Niğde,	TR713	Niğde			
			Nevşehir,	TR714	Nevşehir			
TR7	Orta Anadolu	TR73	Kırşehir)	TR715	Kırşehir			
			(Kayseri,	TR721	Kayseri			
			Sivas,	TR722	Sivas			
TR8	Karadeniz	TR81	Yozgat)	TR723	Yozgat			
			(Zonguldak,	TR811	Zonguldak			
			Karabük,	TR812	Karabük			
TR8	Karadeniz	TR82	Bartın)	TR813	Bartın			
			(Kastamonu,	TR821	Kastamonu			
			Çankırı,	TR822	Çankırı			
TR8	Karadeniz	TR83	Sinop)	TR823	Sinop			
			(Samsun,	TR831	Samsun			
			Tokat,	TR832	Tokat			
TR9	Doğu Karadeniz	TR90	Çorum,	TR833	Çorum			
			Amasya)	TR834	Amasya			
			(Trabzon,	TR901	Trabzon			
TR9	Doğu Karadeniz	TR90	Ordu,	TR902	Ordu			
			Giresun,	TR903	Giresun			
			Rize,	TR904	Rize			
TR9	Doğu Karadeniz	TR90	Artvin,	TR905	Artvin			
			Gümüşhane)	TR906	Gümüşhane			
			(Erzurum,	TRA11	Erzurum			
TR9	Doğu Karadeniz	TR90	Erzincan,	TRA12	Erzincan			
			Bayburt )	TRA13	Bayburt			
			(Ağrı,	TRA21	Ağrı			
TR9	Doğu Karadeniz	TR90	Kars,	TRA22	Kars			
			Iğdır,	TRA23	Iğdır			
			Ardahan )	TRA24	Ardahan			
TR9	Doğu Karadeniz	TR90	(Malatya,	TRB11	Malatya			
			Elazığ,	TRB12	Elazığ			
			Bingöl,	TRB13	Bingöl			
TR9	Doğu Karadeniz	TR90	Tunceli )	TRB14	Tunceli			
			(Van,	TRB21	Van			
			Muş,	TRB22	Muş			
TR9	Doğu Karadeniz	TR90	Bitlis,	TRB23	Bitlis			
			Hakkâri )	TRB24	Hakkâri			
			(Gaziantep,	TRC11	Gaziantep			
TR9	Doğu Karadeniz	TR90	Adıyaman,	TRC12	Adıyaman			
			Kilis )	TRC13	Kilis			
			(Şanlıurfa,	TRC21	Şanlıurfa			
TR9	Doğu Karadeniz	TR90	Diyarbakır )	TRC22	Diyarbakır			
			(Mardin,	TRC31	Mardin			
			Batman,	TRC32	Batman			
TR9	Doğu Karadeniz	TR90	Şırnak,	TRC33	Şırnak			
			Siirt)	TRC34	Siirt			
						12	26	81

Şekil 3: İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması

Kaynak: <http://www.tuik.gov.tr/Start.do>, 05.02.2019

### 3.3.1. İBBS- 1. Düzey Sağlık İşgücü Göstergeleri

Sağlık sistemlerinin temel amacı olan “toplum sağlığını koruyup geliştirerek hastalıkların tedavi edilmesini sağlamak” ilkesinin gerçekleşmesi, bu hizmetleri sunan sağlık personellerinin niteliği ve yeterliliği açısından son derece önemlidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016: 2). Bu durum sağlık hizmetlerinde verimliliğin artması ve nitelikli hizmet sunumunun gerçekleşmesi için sağlık personellerinin mekânsal artış ve dağılımının bölgesel ve şehirsizlik ile dengesizlik kavramları kapsamında inceleme gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır (Genel ve Kaçmaz, 2016: 199).

Türkiye’de TÜİK ve Sağlık Bakanlığı kaynaklarına dayanan sağlık personellerinin İBBS-1. düzeye göre nüfusa oranlanmış dağılımları Tablo 28’de verilmiştir. Bu verilerde de görüldüğü gibi bir sağlık kurumuna, bir hastane yatağına

ve 1 sağlık personeline düşen nüfus sayısında bölgeler arasında ciddi sayısal farklılıklar bulunmaktadır.

**Tablo 28:** İBBS-1. Düzeye Göre 100.000 Kişiyeye Düşen Kurum, Yatak ve Personel Oranı, 2017

Bölge Kodları	Kurum Başına Düşen Nüfus	Yatak Başına Düşen Nüfus	Toplam Hekim Başına Düşen Nüfus	Hemşire + Ebe Başına Düşen Nüfus	Diğer Sağlık Personeli Başına Düşen Nüfus
TR1	1,58	252,53	204,24	182,45	40,00
TR2	2,25	291,53	160,86	197,11	89,79
TR3	1,87	288,07	204,70	209,98	79,99
TR4	1,73	247,99	168,99	199,75	64,34
TR5	1,75	330,28	272,74	243,17	61,78
TR6	1,72	284,50	170,50	198,32	76,46
TR7	2,49	300,95	171,42	218,71	80,73
TR8	2,60	313,78	167,33	241,44	82,40
TR9	3,00	327,45	180,91	267,94	90,00
TRA	2,70	293,12	160,72	208,43	71,61
TRB	1,89	298,74	156,89	211,24	77,15
TRC	1,48	232,98	130,95	176,58	53,22
TR	<b>2,09</b>	<b>288,49</b>	<b>179,19</b>	<b>212,93</b>	<b>72,29</b>

Kaynak: <http://www.tuik.gov.tr/Start.do>, 05.02.2019

Literatürde sağlık işgücü göstergelerine yönelik yapılan çalışmalar incelendiğinde; Genel ve Kaçmaz (2016: 204), sağlık personeline, sağlık kurumlarında ve hastane yatak sayısında yıllara göre artış yaşanmasına rağmen sağlık personel dağılımındaki en önemli ölçüt olan nüfus dağılımının dengesiz gerçekleştiği ve Türkiye'deki bölgeler arasında özellikle hekim dağılımında belirgin farklılıklar olduğunu ortaya koymuştur. Çiftçi (2010: 108) ise 1897 yılı ile 1995-2004 yılları arasındaki karşılaştırmaya dayanan çalışmasında Türkiye'de hekim arzının bölgesel dağılımındaki eşitsizliği Atkinson eşitsizlik endeksi ölçeğine göre inceleyerek hekim arzının bölgesel dağılımında yoğun bir eşitsizlik durumunun var olduğunu ve bu durumun sosyal refah kaybına neden olduğunu ortaya koymuştur.

### 3.3.2. İBBS-1. Düzey Diğer Sağlık Göstergeleri

Dünya nüfusunun hızla artması, sürekli gelişip değişen ekonomik ve teknolojik faktörler, birçok sosyal, ekonomik ve kültürel olgu gibi sağlığı ve sağlık hizmetlerini de önemli ölçüde etkilemekte, bunun sonucunda da sağlık hizmetlerini değişime uğratmaktadır. Birçok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de nüfusun sürekli artması sağlık hizmetlerinde teknik ve altyapı açısından gelişmelerin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Nüfus hızındaki bu artış sağlık hizmetlerindeki personel, teknolojik altyapı, kurum sayısı, hastane sayısı vb. unsurların da hizmet kalitesi ve

verimlilik açısından nüfusa paralel olarak artmasını gerektirmektedir (Tekin, 2015: 391).

Küresel anlamda ülkelerin sosyoekonomik gelişmişlik göstergelerinden birisi olan sağlık hizmet göstergelerinin Türkiye’de ulusal anlamda bölgeler arasında dengesiz bir dağılıma sahip olduğu Tablo 29 ve Tablo 30’da görülmektedir. 112 acil yardım istasyonu başına düşen nüfus 50.603 kişi ile en fazla TR1-İstanbul bölgesinde iken bir istasyon başına düşen en düşük nüfus 20.330 kişi ile TR8-Batı Karadeniz bölgesindedir. Bir 112 acil ambulansı başına düşen nüfus oranı da en fazla 35.280 kişi ile TR1-İstanbul bölgesinde en düşük nüfus ise 7.128 kişi ile TRA-Kuzeydoğu Anadolu bölgesindedir.

**Tablo 29:** İBBS-1. Düzeye Göre Acil Sağlık Hizmetleri Göstergeleri, 2017

Bölge Kodları	112 Acil Yardım İstasyonu Başına Düşen Nüfus	112 Acil Yardım Ambulansı Başına Düşen Nüfus
TR1	50.603	35.280
TR2	25.762	13.122
TR3	31.658	18.778
TR4	36.225	19.709
TR5	34.831	22.112
TR6	32.301	19.478
TR7	22.220	10.121
TR8	20.330	10.098
TR9	17.212	9.050
TRA	24.587	7.128
TRB	22.412	10.039
TRC	31.170	15.309
<b>Türkiye</b>	<b>30.867</b>	<b>16.418</b>

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017, Ankara 2018.

Yataklı tedavi kurumlarında 1000 kişi başına düşen MR cihazı sayısının sektörlere göre bölgesel dağılımı incelendiğinde ise en fazla toplam MR cihazının TR6-Akdeniz bölgesinde olduğu, en düşük MR cihaz sayısının ise TRB-Ortadoğu Anadolu bölgesinde olduğu görülmektedir. MR cihazının sektörlere göre dağılımında ise 1.000 kişiye düşen cihaz sayısı en çok %5,6 ile özel sektörde, en az ise %1,4 ile üniversitelerde görülmektedir. Sağlık eğitim ve araştırmalarının yapıldığı, ileri teknoloji kullanılan üniversite hastanelerinde diğer sektörlere göre oranın düşük olması, üniversite sayısının az olmasından kaynaklanmaktadır.

**Tablo 30:** Sektörlere Göre Yataklı Tedavi Kurumlarında 1.000.000 Kişiyeye Düşen MR Cihazı Sayısı, 2017

Bölge Kodları	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
TR1	3,3	1,5	7,7	12,5
TR2	3,4	1,4	6,0	10,8
TR3	4,5	1,0	5,5	11,0
TR4	3,8	1,0	4,6	9,4
TR5	5,2	2,8	5,0	13,0
TR6	3,5	1,5	7,7	12,7
TR7	3,0	1,5	4,8	9,3
TR8	4,4	1,3	3,3	9,0
TR9	6,1	0,8	3,8	10,7
TRA	5,9	2,7	2,7	11,3
TRB	3,6	1,6	3,4	8,6
TRC	3,0	0,7	5,0	8,7
TR	<b>3,9</b>	<b>1,4</b>	<b>5,6</b>	<b>10,9</b>

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017, Ankara 2018.

Toplum sağlığını farklı yönlerle değerlendiren sağlık statüsü; doğuştan beklenen yaşam süresi, anne ve bebek ölüm hızları, morbidite ve mortalite oranı gibi birçok sağlık sonucunu içermektedir. OECD ülkeleri arasında anne ve bebek ölüm hızı bakımından son sıralarda yer alan Türkiye'nin bu göstergelerde bölgesel dağılımında da büyük farklılıklar mevcuttur (Songur, 2016: 200). Tablo 31'de görüleceği gibi TR9-Doğu Karadeniz, TRA-Kuzeydoğu Anadolu ve TRC-Güneydoğu Anadolu bölgelerinde diğer bölgelere göre anne ölüm oranları oldukça yüksektir. Bebek ölüm hızında da TRC-Güneydoğu Anadolu, TRB-Ortadoğu Anadolu ve TRA-Kuzeydoğu Anadolu bölgeleri Türkiye ortalamasının üzerindedir.

**Tablo 31:** İBBS-1. Düzeye Göre 1.000 Canlı Doğumda Anne Ölüm Oranı ve Bebek Ölüm Hızı, 2017

Bölge Kodları	Anne Ölüm Oranı	Bebek Ölüm Hızı
TR1	10,8	7,4
TR2	7,4	7,6
TR3	12,9	7,6
TR4	10,6	7,1
TR5	7,0	7,7
TR6	13,3	8,8
TR7	13,7	8,3
TR8	15,2	7,3
TR9	25,6	9,0
TRA	24,5	11,6
TRB	19,9	11,9
TRC	22,1	12,9
TR	<b>14,6</b>	<b>9,1</b>

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017, Ankara 2018.

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### 4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE BÖLGESEL EŞİTSİZLİK UYGULAMASI

Bu bölümde, Türkiye’de sağlık hizmetlerinde iller arasında yaşanan eşitsizliğin belirlenmesinde tekli eşitsizlik katsayılarından olan varyasyon katsayısı tekniğinden yararlanılmıştır. Bu kapsamda ilk olarak çalışmanın amacı ve önemi açıklandıktan sonra veri tasarımının öncül çalışmalara ve veri edinim kanallarına dayanarak hazırlanma süreci aktarılmıştır. Çalışmada, ilgili literatürün sunumu ve yöntem hakkında bilgi verilmesi de bu bölümde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın ikinci kısımda ise betimsel istatistik bulgularının sunumu gerçekleştirilmiştir. Betimsel istatistik bulguları sonrasında da kesit düzeyde sağlık hizmet göstergelerindeki iller arası eşitsizlik düzeylerinin göstergeler arası karşılaştırılması ve dönemler arasında göstergelere göre eşitsizliklerdeki değişimin yönüne ilişkin bulguların sunumu gerçekleştirilmiştir.

#### 4.1. Çalışmanın Metodolojisi

İstatistik uygulamalar gerçekleştirilirken en az bir hipoteze dayanması gerekir. Uygulama hipotezleriyse çalışmanın gerçekleştirilmesi amacına bağlıdır. Amaca dayalı olarak uygulamaların gerçekleştirilebilmesi içinse çalışmanın literatüre kısmen de olsa katkısının olması gerekir. Bu katkı da çalışmanın önemini oluşturur. Önemi olan ve amaçları doğrultusunda gerçekleştirilecek uygulamada kullanılacak veri setinin oluşturulması ve uygulama yönteminin seçiliyse bulgular elde edilip raporlamaya gidilmeden önceki bir diğer gerekliliği oluşturur. Bu kısımda da bulgular öncesindeki uygulama öncesi aşamaların sunumu gerçekleştirilmiştir.

##### 4.1.1. Çalışmanın Amacı ve Önemi

Sağlık hizmetleri devlet tarafından sunulan, sunumu devlet kurumlarınca gerçekleştirilmese bile düzenlenip denetlenen “regülasyon” hizmetlerinden oluşmaktadır. Sağlık hakkı da temel insan hakkı olma özelliğinde olduğundan, bireysel ölçekte kişi, bölgesel birimler ölçeğinde de hiçbir bölgesel birimin bu hizmetlerden mahrum bırakılmaması gerekir. Sağlık hizmet sunumunun doğrudan veya dolaylı

olarak sunumu, devletin temel görevleri arasındadır. Bu kapsamda, uygulama çalışmasının iki amacı mevcuttur. Bunlardan ilki; sağlık hizmetleri unsurlarına göre iller arası eşitsizliğin belirlenerek uygulanan sağlık politikalarının, sağlık hizmet unsurları arasındaki başarı sıralamasını gerçekleştirmektir. İkinci amaç; dönemsel olarak iller arası eşitsizliğin, sağlık hizmetleri unsurlarına göre değişip-değişmediğinin, buna göre de uygulanan sağlık politikalarının dönemsel başarısının sorgulanmasıdır.

Sağlık hizmet sunumunda bölgeler arası eşitsizlik ne denli düşükse ülkede uygulanan sağlık politikalarının o denli başarılı olduğu sonucuna varılır. Dönemsel değişimler incelendiğinde de eşitsizlikteki azalış, sağlık politikalarında başarıyı gösteren bir diğer bulgu olarak yorumlanacaktır. Sağlık politikalarındaki başarı da temel insan haklarının sağlandığı gelişmiş ülke konumuna erişildiğine gösterge olacaktır. Bu çalışmanın çıkış noktasındaki önem de buradan ileri gelmektedir. Ayrıca sağlık hizmet sunumundaki bölgelerarası eşitsizlik konusu uluslararası literatürde yoğun olarak çalışılmaktaysa da ulusal literatürde ilgi sınırlıdır. Bu da çalışmanın özellikle ulusal literatüre katkı potansiyelinin yüksek oluşunu beraberinde getirmektedir.

#### **4.1.2. Veri Tasarımı ve Yöntem**

Sağlık göstergeleri, bölgesel kalkınma analizlerinde bileşen olarak yoğun şekilde kullanılmaktadır. Tablo 32’de literatür taramasında tespit edilen gösterge kullanımları, kullanıcı çalışmalarla eşleştirilerek sunulmuştur.

Tablo 32: Ulusal Literatürde Kullanılan Sağlık Göstergeleri																
Göstergeler	Albayrak vd (2003, 2004, 2005, 2015)	Lorcu (2008)	Çiftçi (2010a,b, 2011a,b, 2015, 2018a,b,c)	Baday Yıldız vd (2012)	Alptekin ve Yeşilaydın (2015)	Çelik 2013	Tekin (2015)	Çetin ve Seviçtekin (2016)	Gözlü ve Tatlıdil (2015)	Songür (2016)	Dedeoğlu Özkan ve Beyazlı (2018)	SEGE				
												Gençoğlu (2018)	2011	2004	2003	1996
Sağlık Hizmetleri	Kişi başına düşen sağlık harcaması															
	On bin kişiye düşen yatak / yatak başına düşen nüfus / yatak sayısı															
	Hastane "başına düşen nüfus" / "sayısı"															
	Uzman hekim "başına düşen nüfus" / "sayısı"															
	Pratisyen hekim "başına düşen nüfus" / "sayısı"															
	Aile hekimi başına düşen nüfus															
	Hekim başına düşen nüfus / Bin kişiye düşen hekim sayısı															
	Diş hekimi "başına düşen nüfus" / "sayısı"															
	Eczacı "başına düşen nüfus" / "sayısı"															
	Sağlık memuru "başına düşen nüfus" / "sayısı"															
	Hemşire başına düşen nüfus / hemşire sayısı															
	Ebe "başına düşen nüfus" / "sayısı"															
	Hekim başına başvuru sayısı															
	Diş hekimi başına düşen başvuru															
	Bin kişi başına düşen ameliyat															
	112 "istasyonu" / "ambulansı" başına düşen nüfus															
	Sağlık harcamaları/GSYİH (%)															
	Kamu sağlık harcamaları/ Toplam sağlık harcamaları (%)															
	Cepten ödemelerin özel sağlık harcamaları içerisindeki ağırlığı															
	DBT aşısı yapıma yüzdesi															
	Kişi başına düşen 1. basamak sağlık hizmet başvurusu sayısı															
	Kişi başına düşen 2. ve 3. basamak sağlık hizmet başvurusu sayısı															
	Kişi başına düşen diş hekimine yapılan başvuru sayısı															
	Yeşil kart sahipleri/II nüfusu															
	Yaşam-Sağlık Göstergeleri	"Doğumda" beklenen yaşam süresi														
		Anne ölüm hızı														
"Bebek"/"5 yaş altı" ölüm hızı																
Doğurganlık / Kaba doğum hızı																
Kaba ölüm hızı																
Kadın başına düşen doğurganlık																
Tüberküloz görülme sıklığı																
Kullanılan veriyi sembolize etmede																

Bu çalışmanın uygulama aşamasında yüz üç adet sağlık hizmetleri göstergesinden yararlanılmıştır. Bu göstergeler; sağlık işgücü göstergeleri, sağlık kurumları göstergeleri, sağlık hizmet alımı göstergeleri ve sağlık kaynakları göstergeleri olmak üzere dört farklı grupta incelenmiştir. Tablo 33'te sağlık işgücü

göstergeleri, kodları ve bileşen adlarıyla sunulmuştur. Bu göstergelerde, sağlık personelinin kamu ve kamu dışındaki sektörlere göre dağılımları üzerine odaklanılmıştır. Hekim, hemşire, ebe, diş hekimi ve eczacılara ait göstergeler ile birlikte bunların dışında kalan sağlık personelleri diğer personel kategorisi altında toplanmıştır. En fazla gösterge, uzmanlık ve branşlara göre gruplandırılan hekimlere aittir.

**Tablo 33:** Sağlık İşgücü Göstergeleri

<b>Kod</b>	<b>Değişken adı</b>	<b>Kod</b>	<b>Bileşen adı</b>
<b>H1</b>	Toplam Hekim	<b>DH1</b>	Toplam Diş Hekimi
<b>H2</b>	Toplam Uzman Hekim	<b>DH2</b>	Kamu Diş Hekimi (Uzman Dâhil)
<b>H3</b>	Toplam Asistan Hekim	<b>DH3</b>	Kamu Hariç Diş Hekimi (80 il)
<b>H4</b>	Toplam Pratisyen Hekim	<b>DH4</b>	Kamu Uzman Diş hekim
<b>H5</b>	Kamu Hastanelerinde Toplam Hekim	<b>DH5</b>	Kamu Uzman Olmayan Diş Hekimi
<b>H6</b>	Kamu Hastanelerinde Pratisyen Hekim	<b>DS1</b>	Toplam Eczacı
<b>H7</b>	Kamu Hastanelerinde Toplam Uzman Hekim	<b>DS2</b>	Toplam Hemşire
<b>H8</b>	Kamu Hastanelerinde Cerrahi Uzman Hekimler	<b>DS3</b>	Toplam Ebe
<b>H9</b>	Kamu Hastanelerinde Dâhili Uzman Hekimler	<b>DS4</b>	Toplam Hemşire ve Ebe
<b>H10</b>	Kamu Hastanelerinde Diğer Uzman Hekimler	<b>DS5</b>	Kamu Hastanelerinde Hemşire ve Ebe Sayısı
<b>H11</b>	Kamu Hastaneleri Hariç Toplam Hekim	<b>DS6</b>	Toplam Diğer Sağlık Personeli
<b>H12</b>	Kamu Hastaneleri Hariç Pratisyen Hekim	<b>DS7</b>	Kamu Hastaneleri Hariç Hemşire ve Ebe
<b>H13</b>	Kamu Hastaneleri Hariç Uzman Hekim (77 il)		

Sağlık kurumları ile ilgili göstergeler oluşturulurken, kamu sağlık kurumları, özel kurumlar ve üniversitelere bağlı kurumlar ile birlikte bu kurumlarda yer alan ve önemli bir sağlık göstergesi olan hastane yatağına ait verilere de yer verilmiştir. Hastane yataklarının sektörlere göre genel dağılımları ile birlikte nitelikli yatak sayıları, toplam yatak sayılarından bağımsız değerlendirilerek bunların da sektörel dağılımları ele alınmıştır. Sağlık kurumları; hastaneler, ağız ve diş sağlığı merkezleri ve aile sağlığı merkezlerinden oluşurken acil sağlık müdahalelerinin önemli bir bileşeni olan 112 istasyon sayısı da ayrı bir gösterge olarak seçilmiştir. Ayrıca diş polikliniği ve palyatif bakım merkezine sahip olan hastaneler de ayrı bir gösterge olarak verilmiştir. Sağlık kurumlarına ait göstergeler Tablo 34’te kodları ve bileşen adları ile verilmiştir.



**Tablo 34:** Sağlık Kurumları Göstergeleri

Kod	Değişken adı	Kod	Değişken adı
<b>K1</b>	Kamu Hastane Sayısı	<b>Y3</b>	Yoğun Bakım Yatak Sayısı
<b>K2</b>	Özel Hastane Toplam	<b>Y4</b>	Kamu Hastanelerinde Yatak Sayısı
<b>K3</b>	Üniversite Hastanesi Toplam	<b>Y5</b>	Özel Hastanelerde Yatak Sayısı
<b>K4</b>	Kamu ADS Merkezi ve Hastanesi	<b>Y6</b>	Üniversite Hastanelerinde Yatak Sayısı
<b>K5</b>	Kamu Dış Pol. Olan Hastane Sayısı	<b>Y7</b>	Kamu Hastanelerinde Toplam Erişkin Yoğun Bakım Yatağı
<b>K6</b>	112 İstasyon Sayısı Toplam	<b>Y8</b>	Kamu Hastanelerinde 3.Seviye Erişkin Yoğun Bakım Yatağı
<b>K7</b>	Kamu Dış Ünitesi Sayısı	<b>Y9</b>	Kamu Hastanelerinde Toplam Yenidoğan Yoğun Bakım Yatağı
<b>K8</b>	Aile Hekimliği Birimi Sayısı	<b>Y10</b>	Kamu Hastanelerinde 3.Seviye Yenidoğan Yoğun Bakım Yatağı
<b>Y1</b>	Toplam Yatak	<b>Y11</b>	Kamu Hastanelerinde Palyatif Bakım Merkezleri
<b>Y2</b>	Nitelikli Yatak Sayısı		

Bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeylerini gösteren sağlık hizmet alımı göstergeleri, Tablo 35’te kodları ve bileşen adlarıyla sunulmuştur. Bu göstergeler oluşturulurken kamu ve kamu dışındaki hizmet alımları olarak gruplandırılmıştır. Hizmet alımları; sağlık kurumlarına yapılan başvuruların sağlık hizmet basamaklarına göre dağılımları, yatan hasta sayısı, ameliyat sayıları ve türleri, doğumlar ve diş sağlığına yönelik yapılan operasyonlardan oluşmaktadır.

**Tablo 35:** Sağlık Hizmet Alımı Göstergeleri

Kod	Değişken adı	Kod	Değişken adı
<b>SH1</b>	Birinci Basamak Başvuru	<b>SH16</b>	Kamu Ağız ve Diş Pol. Sayısı
<b>SH2</b>	İkinci ve Üçüncü Basamak Başvuru	<b>SH17</b>	Kamu Dış Çekimi Sayısı
<b>SH3</b>	Kamu Hastanelerinde Toplam Başvuru Sayısı	<b>SH18</b>	Kamu Konservatif Tedavi
<b>SH4</b>	Kamu Hast. Acil Başvuru Sayısı	<b>SH19</b>	Kamu Endodontik Tedavi
<b>SH5</b>	Kamu Hast. Yatan Hasta Sayısı	<b>SH20</b>	Toplam Yatan Hasta
<b>SH6</b>	Kamu Hastanelerinde A Grubu Ameliyat Sayısı	<b>SH21</b>	Kamu Hastaneleri Hariç Yatan Hasta Sayısı (73 il)
<b>SH7</b>	Kamu Hast. B Grubu Ameliyat Sayısı	<b>SH22</b>	Toplam Ameliyat Sayısı
<b>SH8</b>	Kamu Hast. C Grubu Ameliyat Sayısı	<b>SH23</b>	Kamu Hariç Ameliyat Sayısı
<b>SH9</b>	Kamu Hastanelerinde Toplam Ameliyat Sayısı	<b>SH24</b>	Kamu Kanal Tedavisi
<b>SH10</b>	Kamu Hastanelerinde Normal Doğum	<b>SH25</b>	Kamu Dolgu Tedavisi
<b>SH11</b>	Kamu Hast. Müdahaleli Doğum	<b>SH26</b>	Kamu Dış Cerrahi Müdahale
<b>SH12</b>	Kamu Hastanelerinde Sezeryan Doğum	<b>SH27</b>	Kamu Sabit Protez Üye Sayısı
<b>SH13</b>	Kamu Hastanelerinde Primer Sezeryan Sayısı	<b>SH28</b>	Kamu Hareketli Protez Parça Sayısı
<b>SH14</b>	Kamu Hastanelerinde Toplam Doğum	<b>SH29</b>	Kamu Fissur Sealant Uygulanan Hasta Sayısı
<b>SH15</b>	Kamu Ağız ve Diş Hasta Sayısı	<b>SH30</b>	Kamu Yerel Flor Uyg. Yapılan Hasta Sayısı

Tablo 36’da kodları ve bileşen adları ile sunulan sağlık hizmet kaynakları göstergeleri ise sağlık kurumlarının teknolojik altyapısını da oluşturan göstergelerdir. Bunlar; MR, BT, ultrason, doppler ultrason, EKO, momografi, hemodiyaliz gibi göstergelerden oluşturulmuştur. Bunlara ek olarak önemli bir sağlık hizmet kaynağı olan 112 ambulans sayısı da bu gösterge grubu içerisinde verilmiştir.

**Tablo 36:** Sağlık Hizmet Kaynakları Göstergeler Grubu

Kod	Değişken adı	Kod	Değişken adı
C1	MR Cihazı Kamu	C16	Doppler Ultrason Cihazı Toplam
C2	MR Cihazı Üniversite	C17	EKO Cihazı Kamu
C3	MR Cihazı Özel	C18	EKO Cihazı Üniversite
C4	MR Cihazı Toplam	C19	EKO Cihazı Özel
C5	BT Cihazı Kamu	C20	EKO Cihazı Toplam
C6	BT Cihazı Üniversite	C21	Momografi Cihazı Kamu
C7	BT Cihazı Özel	C22	Momografi Cihazı Üniversite
C8	BT Cihazı Toplam	C23	Momografi Cihazı Özel
C9	Ultrason Cihazı Kamu	C24	Momografi Cihazı Toplam
C10	Ultrason Cihazı Üniversite	C25	Hemodiyaliz Cihazı Kamu
C11	Ultrason Cihazı Özel	C26	Hemodiyaliz Cihazı Üniversite
C12	Ultrason Cihazı Toplam	C27	Hemodiyaliz Cihazı Özel
C13	Doppler Ultrason Cihazı Kamu	C28	Hemodiyaliz Cihazı Toplam
C14	Doppler Ultrason Cihazı Üniversite	C29	112 Ambulans Sayısı
C15	Doppler Ultrason Cihazı Özel		

Dört farklı kategoride kodları ile birlikte verilen sağlık hizmetlerine yönelik göstergelerin, Türkiye’de illere göre dağılımına yönelik eşitsizlikleri saptamak amacıyla birçok eşitsizlik tespitinde kullanılan varyasyon katsayısından yararlanılmıştır. Varyasyon katsayısı, tüm gözlemler arasındaki standart sapmanın ortalamaya bölünmesiyle hesaplanmaktadır. Elde edilen değer sıfır ise tam eşit dağılımın olduğu durum tanımlanmakta olup, değer ne kadar yükselirse gözlemler arasındaki eşitsizliğin şiddetinin de o denli arttığı yorumu yapılmaktadır (Bkz. Hosaini ve Mohammadi, 2012; Chattopadhyay ve Kelley, 2016).

#### 4.1.3. İlgili Literatür

Başta gelir dağılımı eşitsizliğinin tespitinde olmak üzere çok sayıda farklı alanda tek bileşenli eşitsizlik ölçüsü olarak kullanılan varyasyon katsayısının sağlık alanında da uzun yıllardan bu yana yaygın kullanım alanı mevcuttur. Uluslararası literatürde sağlık alanındaki kullanım örnekleri de kısaca şu şekilde örneklenebilir:

Fuchs vd. (1972), varyasyon katsayısı tekniğini sağlık sektörü dâhil yirmi büyük sektörde elde edilen yıllık gelirlerdeki eşitsizliklerin karşılaştırmasında, Wennberg vd (1975) ise çalışmalarında, ABD hastane sisteminde hastane hizmetlerindeki ödemelerde yaşanan eşitsizliğin tespitinde varyasyon katsayısı tekniğinden yararlanmışlardır.

Daha güncel ve bölgesel birimler arasındaki eşitsizlik belirleme odaklı çalışmalar incelendiğinde, Sutcliffe (2004), 1950-2001 arasında küresel ölçekte ülkeler arasındaki doğu yaşam beklentisinde yaşanan eşitsizliğin gelişiminin tespitini yine varyasyon katsayısıyla analiz etmişlerdir. Kerem vd (2008) ise AB 8, AB 15 ve AB 23 ülkeleri arasında sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı ve kişi başına düşen sağlık harcamalarında; Leiter ve Theurl (2012), kamu sağlık harcamalarının kamu harcamaları içindeki payı ve kişi başına düşen kamu sağlık harcamalarında, OECD ve AB ülkeleri arasındaki eşitsizliğin ölçümünde varyasyon katsayısından yararlanmışlardır.

Folland (2005); Doğa Almanya, Çekoslovakya ve Polonya'daki bölgelerle ABD'ndeki bölgelerde ölüm oranlarında, yüz bin kişiye düşen doktor sayısında ve bin kişiye düşen yatak sayısında yaşanan eşitsizliğin ölçülerek karşılaştırılmasında kullanmıştır. Fang vd. (2010), doğu yaşam beklentisi, ana-çocuk ölümlerine ilişkin altı farklı yeni doğan göstergesinin Çin'in 31 vilayeti arasındaki eşitsizliğini tespitinde, Maynou vd. (2015) ise 27 AB ülkesindeki 271 bölge için doğu yaşam beklentisinde, akciğer kanserindeki ölüm oranında, iskemik kalp hastalığında ölüm oranlarında ve kanserde ölüm oranlarında yaşanan eşitsizliğin ölçümünde varyasyon katsayısı kullanmışlardır.

## 4.2. Bulgular

Çalışmada ilk olarak sağlık hizmetlerinde 103 bileşenli dört ana gruba ilişkin betimsel istatistiklerin toplu sunumu gerçekleştirilmiştir. Ardından sağlık işgücü kapsamındaki 25 bileşene ilişkin bölgesel eşitsizlik “varyasyon” katsayıları verilmiştir. Üçüncü olarak sağlık hizmet sunucusu 19 bileşenli sağlık kurumlarına dair bölgesel eşitsizlik “varyasyon” katsayıları sunulmuştur. Dördüncü olarak sağlık hizmet sunucusu 29 bileşenli sağlık hizmet kaynaklarına ilişkin dair bölgesel eşitsizlik

“varyasyon” katsayıları aktarılmıştır. Son olarak sağlık hizmet sunucusu 30 bileşenli sağlık hizmet alımlarına dair bölgesel eşitsizlik “varyasyon” katsayıları sunulmuştur.

#### 4.2.1. Betimsel İstatistik Bulguları

Sağlık hizmetlerine dair tespit edilen yüz üç bileşen, dört sağlık hizmetleri grubunda teorik olarak ayrıştırılmıştır. Sağlık hizmet gruplarındaki bileşen sayıları da 19 ile 30 arasında değişmektedir. Yüz üç bileşende bölgesel eşitsizlik katsayı değerleri 0,130 ile 2,770 arasında değişmekte olup ortalaması 0,363, standart sapma değeri 0,383’tür. Sağlık işgücü göstergeleri grubu ise 25 bileşenden oluşmakta olup en düşük varyasyon katsayı değeri 0,150, en yüksek değerse 1,302 olarak gerçekleşmiştir. Ortalaması 0,400 olan katsayı değerlerinin standart sapması da 0,294’tür. Sağlık kurumları göstergeler grubundaysa 19 bileşen mevcut olup, bileşenlerin aldığı varyasyon katsayısı değerleri 0,063 ile 1,395 arasında değişmektedir. Ortalama değerini 0,628 olarak gerçekleştirdiği bu gösterge grubunda bileşenlerin aldıkları katsayı değerlerindeki standart sapma ise 0,378 olarak gerçekleşmiştir. Yirmi dokuz bileşenli sağlık hizmet kaynakları göstergeler grubunda katsayı değerleri 0,125 ile 0,683 arasında değişmekte olup, ortalama 0,358 ve 0,163’lük standart sapma değerinin varlığı tespit edilmiştir. Sağlık hizmet alımları gösterge grubun ise 30 bileşenden oluşmakta olup katsayı değerleri 0,128 ile 2,770 arasında gerçekleşmiştir. Ortalaması 0,540 olup standart sapması ise 0,488’dir (Tablo 37).

**Tablo 37:** Betimleyici İstatistikler

	Bileşen Sayısı	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Sağlık İşgücü	25	0,400	0,294	0,150	1,302
Sağlık Kurumları	19	0,628	0,378	0,063	1,395
Sağlık Hizmet Kaynakları	29	0,358	0,163	0,125	0,683
Sağlık Hizmet Alımları	30	0,540	0,488	0,128	2,777
<b>Toplam</b>	<b>103</b>	0,471	0,363	0,130	2,777

#### 4.2.2. Sağlık İşgücünde Bölgesel Eşitsizlik Bulguları

Sağlık işgücü göstergeler grubunda yer alan yirmi beş bileşen, üç alt gösterge grubuna ayrılmaktadır. Hekimler, on üç bileşenle en ağırlıklı gösterge alt grubunu oluşturmuştur. Hekimleri yedi bileşenle diğer sağlık personelleri izlemiş olup, dış hekimlerindeki bileşen sayısıysa beş olarak gerçekleşmiştir. Bileşenlerin ve

göstergeler grubu ortalamasına ilişkin bölgesel eşitsizlik katsayısı değerleri “varyasyon katsayıları” aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

**Tablo 38:** Sağlık İşgücünden Kaynaklanan Bölgesel Eşitsizlik (Hesaplanan Varyasyon Katsayıları)

	Değişken	CV		Değişken	CV
	<b>Hekim</b>	H1		0,274	<b>Dış Hekimi</b>
H2		0,321	DH2	0,340	
H3		1,208	DH3	0,672	
H4		0,181	DH4	1,302	
H5		0,243	DH5	0,332	
H6		0,473	<b>Diğer Sağlık Personeli</b>	DS1	0,304
H7		0,247		DS2	0,201
H8		0,243		DS3	0,285
H9		0,236		DS4	0,198
H10		0,357		DS5	0,254
H11		0,457		DS6	0,264
H12		0,150		DS7	0,321
H13		0,764		<b>Ortalama</b>	<b>0,400</b>

#### 4.2.3. Sağlık Kurumlarında Bölgesel Eşitsizlik Bulguları

Sağlık kurumları göstergeler grubunda yer alan on dokuz bileşen, iki alt gösterge grubuna ayrılmaktadır. Kurumlar sekiz bileşenden oluşmaktadır. Bileşenlerin ve göstergeler grubu ortalamasına ilişkin bölgesel eşitsizlik katsayısı değerleri “varyasyon katsayıları” aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

**Tablo 39:** Sağlık Kurumlarından Kaynaklanan Bölgesel Eşitsizlik (Hesaplanan Varyasyon Katsayıları)

<b>Kurum</b>		<b>Yatak</b>	
Değişken Kodu	CV	Değişken Kodu	CV
K1	0,503	Y1	0,484
K2	0,737	Y2	0,312
K3	1,359	Y3	0,394
K4	0,728	Y4	0,282
K5	0,648	Y5	0,811
K6	0,462	Y6	1,395
K7	0,351	Y7	0,336
K8	0,063	Y8	0,733
<b>Ortalama</b>		Y9	0,426
		Y10	1,348
		Y11	0,566
		<b>Ortalama</b>	<b>0,628</b>

#### 4.2.4. Sağlık Hizmet Kaynaklarında Bölgesel Eşitsizlik Bulguları

Sağlık hizmet kaynakları göstergeler grubu yirmi dokuz bileşenden oluşmaktadır. Bileşenlerin ve gösterge grubu ortalamasına ilişkin bölgesel eşitsizlik katsayısı değerleri “varyasyon katsayıları” aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

**Tablo 40:** Sağlık Hizmet Kaynaklarında Bölgesel Eşitsizlik (Hesaplanan Varyasyon Katsayıları)

Değişken	CV	Değişken	CV	Değişken	CV
C1	0,260	C11	0,529	C21	0,292
C2	0,454	C12	0,152	C22	0,539
C3	0,323	C13	0,259	C23	0,392
C4	0,149	C14	0,639	C24	0,189
C5	0,214	C15	0,423	C25	0,463
C6	0,561	C16	0,207	C26	0,586
C7	0,351	C17	0,211	C27	0,436
C8	0,125	C18	0,503	C28	0,232
C9	0,188	C19	0,433	C29	0,683
C10	0,420	C20	0,156	<b>Ortalama</b>	<b>0,358</b>

#### 4.2.5. Sağlık Hizmet Alımlarında Bölgesel Eşitsizlik Bulguları

Sağlık hizmet alımları göstergeler grubu otuz bileşenden oluşmaktadır. Bileşenlerin ve gösterge grubu ortalamasına ilişkin bölgesel eşitsizlik katsayısı değerleri “varyasyon katsayıları” aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

**Tablo 41:** Sağlık Hizmet Alımlarında Bölgesel Eşitsizlikler (Hesaplanan Varyasyon Katsayıları)

Değişken	CV	Değişken	CV	Değişken	CV
SH1	0,258	SH11	2,777	SH21	0,638
SH2	0,128	SH12	0,368	SH22	0,352
SH3	0,157	SH13	0,413	SH23	0,831
SH4	0,225	SH14	0,552	SH24	0,631
SH5	0,219	SH15	0,199	SH25	0,603
SH6	0,601	SH16	0,229	SH26	1,187
SH7	0,351	SH17	0,265	SH27	0,449
SH8	0,299	SH18	0,603	SH28	0,459
SH9	0,302	SH19	0,631	SH29	0,677
SH10	0,691	SH20	0,260	SH30	0,855
				<b>Ortalama</b>	<b>0,540</b>

## SONUÇ

Sağlık hakkı temel insan haklarından olup toplumdaki hiçbir bireyin bu haktan yararlanmaktan dışlanmaması gerekir. Küresel ölçekte her toplum sağlık hizmetlerinden eşit düzeyde yararlanmamaktadır. Ülkenin ekonomik imkânlarında yaşanan eşitsizlikler, bu ayrışmanın temel belirleyicisini oluşturmaktadır. Söz konusu farklılaşmanın azalması ise ülkelerin kalkınmasıyla yakından ilişkilidir. Ancak bir toplum içerisinde sağlık hizmetlerinden faydalanmada bireyler, gruplar ve bölgeler arasında var olan veya sonradan oluşan eşitsizlikler sınırlandırılabilir. Çünkü siyasal erkin iktidar gücü ülke içerisinde hâkimdir. Yine de ulusal veya ulusal ölçekte kimi zaman bireyler veya gruplar arasında mevcut olan gelir farklılıkları kimi zamansa bölgesel birimler arasındaki farklılıklar, sağlık hizmetlerinden faydalanmada bireyler, gruplar, bölgeler arasında ayrışmaya yol açmaktadır. Ayrıca siyasal erkin sağlık hizmet sunumunda tercih ettiği sağlık sistem modelleri de eşitsizliğin oluşumuna yol açabilmekte veya mevcut eşitsizliklerin azalışına katkı sağlayabilmektedir.

Dengesiz dağılımları sonucunda eşitsizliğe neden olan sağlık hizmetleri üç ana grupta ele alınabilir: 1) Sağlık hizmetlerinin sunulduğu sağlık kurumları, 2) Sağlık hizmetini sunan personelden oluşan sağlık işgücü ve 3) Sağlık hizmet sunumundaki kaynakları oluşturan yatak sayısı, cihaz ve araçlardır. Eşitsizlikler bu üç unsurun tamamında olabileceği gibi bir bölümünde de olabilmektedir.

Türkiye, binlerce yıla dayanan köklü devlet geleneğine sahip bir ülkedir. Türk toplumu da kökenleri binlerce yıl öncesine dayanan organik millet özelliğinde bir medeniyeti oluşturmuştur. Dolayısıyla sağlık hizmetleri alanında diğer ülkelerdeki düzeylerle ayrışma yaşanması, kalkınmışlık düzeyiyle bağlantılı olduğu için anlayışla karşılanabilir. Ancak toplum bütünü içerisinde sağlık hizmetlerinden faydalanmada kimi birey, grup veya bölgelerin dışlanması kabul edilemez. Bu sebeple de çalışmanın odaklandığı ana konu, sağlık hizmet unsurları arasında iller arasında eşitsizliklerin tespiti olarak belirlenmiştir.

Sağlık hizmetlerinin sunumu ve bu hizmetlere toplum katmanlarının erişimi sağlık sistem modellerine göre farklılaşmaktadır. ABD öncülüğünde pek çok ülkede uygulanan piyasa tipi sağlık sistem modellerinde bu hizmetlerin hem sunumu hem de

finansmanı piyasaya bırakılmıştır. Devlet sadece regülatif fonksiyon görmektedir. Dolayısıyla da bireysel gelir, sağlık hizmetlerine erişimin başat aktörü olmaktadır.

İngiltere’de başlayıp dünyanın farklı pek çok bölgesinde uygulama imkânı bulan diğer bir sağlık sistem modelini oluşturan evrensel kapsayıcı modeldeyse sağlık hizmet sunucusu ve finansman sağlayıcısı devlet olmaktadır. Dolayısıyla teorik olarak bakıldığında piyasa tipi modeldeki gibi şahsi gelire dayalı bir farklılaşmanın olmaması beklenir. Ancak bu defa da devletin imkânlarında var olan sınırlar ve uygulanan basamak zincirinin yol açtığı uzun bekleme süreli, kapsayıcı model içerisinde piyasa modeli unsurlarının oluşumuna yol açarak tamamlayıcı nitelikte özel sağlık sigortalarının yaygınlaşmasına sebep olabilmektedir. Dolayısıyla da burada da sağlık hizmetlerine erişimde tam denge noktasına erişimin sağlanamadığı görülmektedir.

Refah yönelimli Alman modelindeyse özerk kamu kurumu olarak sosyal sigortaların finansman sağlayıcılığında sağlık hizmet sunumunun şekillendirildiği görülmektedir. Ancak bu modelde çalışan sigortalılar ve aileleri hizmet sunumundan yararlandıklarından, ağırlığı ülkelere göre değişmekle birlikte az veya çok da olsa toplumun çalışmayan sigortasız kesimleri dışlanabilmektedir. Gelir düzeyi yüksek olup sağlık hizmet kalitesinden memnuniyet duymayanlar da olabilmektedir. Bu durumda sistem dışına itilen sigortasızların sistem içine alınması, kapsayıcı tip modeldeki gibi vergiyle finansmana dayanacak şekilde bu model içerisinde uygulanmaya başlamaktadır. Diğer açıdan da sağlık hizmetlerinden tatmin olmayan yüksek gelirli kesim için de özel sağlık sigortaları gibi tamamlayıcı nitelikli eklemeleri de beraberinde getirebilmektedir. Dolayısıyla duru bir sağlık sistem modeli ayrışmasına imkân tanıyacak katı uygulamalar günümüzde mevcut değildir.

Türkiye incelendiğinde tarihsel süreç içerisinde birçok sağlık politikası denendiği görülmektedir. Zaman içerisinde yaşanan evrilmeye de günümüzdeki halini almıştır. Günümüzdeki Türk Sağlık Sistemi’nin sağlık sistem modellerine dayalı sınıflandırmadaki sistemler ile benzerlik ve farklılıkları mevcuttur. Ancak “refah yönelimli tip” sağlık sistemine daha yakındır. Yine de birçok dünya ülkesi gibi kendine özgü özellikleri mevcut olup diğer sistemler ile de bazı politikalar ve uygulanan yöntemler açısından benzerlik göstermektedir.



Sağlık hizmetlerindeki bölgesel eşitsizliklerin Türkiye’de iller bazında incelendiği bu çalışmanın sağlık hizmetlerinde eşitsizlik kavramının daha genel bir tanıma dayanan sağlıkta eşitsizliği etkilediği ve sağlık hizmetlerindeki eşitsizliklerin bölgesel olarak dengesiz dağılımdan kaynaklandığı görülmektedir. Dengesiz dağılımları sonucunda eşitsizliğe neden olan bu hizmetlerse üç ana grubu oluşturan hizmetlerin sunulduğu sağlık kurumları, hizmeti sunan personelden oluşan sağlık işgücü ve hizmet sunumundaki kaynakları oluşturan yatak sayısı, cihaz ve araçlar içerisinde farklılaşarak görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinin küresel, ulusal ve bölgesel ölçekte ele alındığı üçüncü bölümde de küresel anlamda DB tarafından ülkelerin siyasi, coğrafi, ekonomik ve ekonomik işbirliklerine göre gruplandırılarak bölgelere ayrıldıkları ve bu bölgelerin birbirlerine göre sağlık hizmetlerindeki dağılımlarda herhangi bir analiz yapılmadan sadece sağlık hizmet göstergelerine göre değerlendirildiğinde aralarında belirgin farklılıklar olduğu ve kaynaklardaki bu dengesiz dağılım sonucunda eşitsizliğin oluştuğu anlaşılmaktadır. Ekonomik göstergeler açısından yüksek gelirli ülkelerde yaşayan bireylerin düşük gelirli ülkelerde yaşayan bireylere göre kamu ve kişisel sağlık harcamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum yaşam göstergeleri ile karşılaştırıldığında da anne ve bebek ölüm hızının sağlık harcamalarının azalması ile arttığı, doğumdan beklenen yaşam süresinin de sağlık harcamalarının azalması ile azaldığı görülmektedir. Bunun dışında kişi başına düşen hekim, hemşire, ebe ve diğer sağlık personeli sayısı ile kişi başına düşen yatak sayısı, bağışıklama oranları gibi diğer sağlık hizmet göstergelerinde de küresel bölgeler arasında belirgin farklılıklar olduğu görülmektedir. Bu farklılıkların da yaşam göstergeleri üzerindeki etkisi DB tarafından sunulan verilerle açıkça anlaşılmaktadır.

Ulusal ölçekte sağlık hizmetlerindeki eşitsizliklerde Türk Sağlık Sistemi’nin tarihsel süreç içerisinde yapılan planlama ve politikalar ile sağlık hizmetlerinin belirli bölgelerde toplanarak dengesiz dağılımı önlenmeye çalışılmış olsa da, yayınlanan kalkınma planları ve sağlık istatistikleri ile dengesiz dağılımın geçmişten bugüne devam ettiği anlaşılmaktadır.

Yüz üç bileşenle gerçekleştirilen bölgesel eşitsizliğin tespitine yönelik istatistik uygulama çalışması sonucunda sağlık hizmet alımında bileşenlerin bölgesel eşitsizlik katsayıları ortalamasının 0,706 ile son derece dengesiz bir dağılımın

varlığına işaret ettiği görülmektedir. Sağlık hizmet alımına göre daha dengesiz bölgesel dağılımın olduğu gösterge grubu ise 0,759'luk ortalama katsayı değeri ile sağlık kurumları olduğu sonucuyla karşılaşılmaktadır. Buna karşılık 0,537'lik katsayılar ortalaması ile sağlık işgücünün bölgesel dağılımlarının nispeten dengeli gerçekleştiği tespit edilmiştir. En dengeli bölgesel dağılım ise 0,358'lik katsayılar ortalaması ile sağlık hizmeti kaynaklarında gerçekleşmiştir. Dolayısıyla işgücü ve hizmet varlıklarının dağılımlarında nispeten dengeli bir dağılım mevcutken, hizmet alımlarında bölgesel yığılmaların olduğu dikkat çekmektedir.



## KAYNAKÇA

- Acar İbrahim Atilla, “Sağlık Hizmetleri Açısından Öncü Göstergelerin Önemi”, *Maliye Dergisi*, Sayı 163, 2012, s. 1-14.
- Akdur Recep, Birgül Piyal, Deniz Çalışkan ve M. Esin Ocaktan, *Halk Sağlığı*, Ankara Üniversitesi Uzaktan Eğitim Yayınları, Yayın No: 92, Ankara 2011.
- Akdur Recep, *Sağlık Sektörü Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Uyumu*, Ankara Üniversitesi Basımevi ATAUM Araştırma Dizisi No:23, Ankara 2006, s. 36.
- Akdur Recep, *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması*, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara 1999, s. 12.
- Aksakoğlu Gazanfer, “Sağlıkta Dönüşüm ve Tıp Eğitimi”, *Tıp Eğitimi Dünyası*, 4. Ulusal Tıp Eğitimi Kongresi, Özel Sayı, 2006, s. 1-8.
- Aktel Mehmet, Yakup Altan, Uysal Kerman ve Erdal Eke, “Türkiye’de Sağlık Politikalarının Dönüşümü: Sağlık Bakanlığı’nın Taşra Örgütlenmesi Üzerinde Bir Analiz”, *Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt 15, Sayı 2, 2013, s. 33-62.
- Albayrak Ali Sait ve Filiz Savaş, “Türkiye’de Coğrafi Bölgelere Göre İllerin 2012 Yılı Sosyoekonomik Gelişmişlik Sıralaması”, *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt 15, Sayı 3, 2005, s. 1-40.
- Albayrak Ali Sait, “Türkiye’de İllerin Sosyoekonomik Gelişmişlik Düzeylerini Belirleyen Hipotetik Yapıların Faktör Analiziyle İncelenmesi”, *İşletme İktisadi Enstitüsü Yönetim Dergisi*, Sayı 48, 2004, s. 53-79.
- Albayrak Ali Sait, “Türkiye’de İllerin Sosyoekonomik Gelişmişlik Düzeylerinin Çok Değişkenli İstatistik Yöntemlerle İncelenmesi”, *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, Cilt 1, Sayı 1, 2005, s. 153-177.
- Albayrak Ali Sait, “Yöresel Gelişmişlik Farklılıklarının Saptanmasında Çok Değişkenli Bir Yaklaşım: Türkiye’de İllerin Sosyoekonomik Gelişmişlik

Endeksi”, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt 8, Sayı 2, 2003, s. 107-126.

Alptekin Nesrin ve Gözde Yeşilaydın, “OECD Ülkelerinin Sağlık Göstergelerine Göre Bulanık Kümeleme Analizi İle Sınıflandırılması”, *İşletme Araştırmaları Dergisi*, Cilt 7, Sayı 4, 2015, s. 137-155.

Alpugan Oktay, “Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Açından İncelenmesi”, *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası Ord. Prof. Şükrü Baban'a Armağan* Cilt 1, Sayı 4, 1984, s. 133-160.

Altay Asuman, “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar Ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi” *Sayıştay Dergisi*, Sayı 64, 2007, s. 33-58.

Atabey Selin Ertürk, *Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası*, Gazi Kitabevi, 1.Baskı, Ankara 2013, s. 34,95.

Atabey Selin Ertürk, *Ulusal Sağlık Sistemleri ve 1980 Sonrasında Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Politikalarının İncelenmesi ve Değerlendirilmesi*, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara 2012, s. 22-37.

Ateş Metin, *Sağlık Sistemleri*, Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., 2. Baskı, İstanbul 2013, s. 3-127.

Australian Institute of Health and Welfare, *Australia’s Health*, Australia’s Health Series No: 15. Cat. no. AUS 199, Canberra: AIHW 2016, pp. 1.

Aydın Abdürrouf, “İktisadi Açından Bölgesel Dengesizlik: Mardin İli Örneği”, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt 7, Sayı 24, 2008, s. 304-312.

Balta Ecehan, “Herkes İçin Sağlıktan Paran Kadar Sağlığa: Türkiye’de Sağlık Politikalarının Neoliberal Dönüşümü”, *PARAKSİS*, Sayı 30-31, 2013, s. 147-166.

Bayraktutan Yusuf, “Bölgesel Dengesizlik ve Bölgesel Kalkınma”, *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt 10, Sayı 3-4, 1994, s. 183-215.

Bowling Ann, *Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurement Scales*, Open University Press, Milton Keynes 1991, pp. 12.

Cevahir Egemen, *Türkiye'de Sağlık Sisteminin Dönüşümü: Toplumsal Yansıma Örnekleri*, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul 2013, s. 34.

Chattopadhyaya Bhargab and Ken Kelley, "Estimation of the Coefficient of Variation with Minimum Risk: A Sequential Method for Minimizing Sampling Error and Study Cost", *Multivariate Behavioral Research*, Vol. 51, No 5, 2016, pp. 627-648.

Cichon Michael, William Newbrander, Hiroshi Yamabana, Axel Weber, Charles Normond, David Dror and Aleksander Preker, *Modelling in Health Care Finance, A Compendium of Quantitative Techniques For Health Care Financing*, Quantitative Methods in Social Protection Series, ILO and ISSA, Geneva 1999, pp. 211.

Çavmak Şeyda ve Doğançan Çavmak, "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı", *Sağlık Yönetimi Dergisi*, Cilt 1, Sayı 1, 2017, s. 48-57.

Çelebi A. Kemal ve Serkan Cura, "Etkinlik Göstergeleri Açısından Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz", *Maliye Dergisi*, Sayı 164, 2013, s. 47-67.

Çelebioğlu Aysun, *Ödemiş İlçe Merkezinde Yaşlıların Sağlık Hizmeti Kullanım Düzeylerinin Andersen'in Sağlık Hizmet Kullanımı Davranış Modeli Çerçevesinde Değerlendirilmesi*, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir 2010, s. 10.

Çelik Şenol, "Kümeleme Analizi İle Sağlık Göstergelerine Göre Türkiye'deki İllerin Sınıflandırılması", *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, Cilt 14, Sayı 2, 2013, s. 175-194.

- Çelik Yusuf, “Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Cilt 1, Sayı 1, 2011, s. 62-81.
- Çetin Işın ve Mustafa Sevüktekin, “Türkiye’de Gelişmişlik Düzeyi Farklılıklarının Analizi”, *Uluslararası Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, Cilt 2, Sayı 2, 2016, s. 39-61.
- Çevik Savaş, “Kamu Sağlık Harcamalarının Sağlık Sonuçları Üzerindeki Etkisi: Ülkelerin Gelir Seviyelerine Göre Bir Karşılaştırma”, *İstanbul Üniversitesi Sayısal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, Sayı 48, 2013, s. 113-133.
- Çiftçi Murat ve Recep Seymen, “Türkiye’de 1995’ten 2004’e kamusal sağlık hizmetlerinde bölgelerarası uyumlaşma süreci”, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, Cilt 8, Sayı 2, 2011, s. 1073-1089.
- Çiftçi Murat, "İllerdeki Sağlık Personeli Dağılımıyla Dengesiz Sığınmacı Yerleşimi Temelinde Sağlık Sektöründe Yaşanan Bölünmüş İş Piyasası Sorunu", s. 493-496, *IX. International Balkan and Near Eastern Social Sciences Congress Series*, Edirne / Turkey 2018.
- Çiftçi Murat, “Türkiye’de 60 Yaş ve Üstü Nüfusun Sağlık Hizmetlerinin Bölgesel Dağılımından Sağladıkları Sosyal Fayda Düzeyleri”, *Turkish Journal of Geriatrics*, Cilt 13, Sayı 4, 2010, s. 252-260.
- Çiftçi Murat, “Türkiye’de Hekim Arzının Bölgesel Dağılım Eşitsizliği (1897–2004)”, *İşletme Ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, Cilt 1, Sayı 3, 2010, s. 101–115.
- Çiftçi Murat, 20. *Yüzyıla Girerken Osmanlı Sağlık Hizmetlerinde Bölgelerarası Dengesizlik*, s. 487–497, 21–23 Ekim 2015, Uluslararası Söz, Sanat, Sağlık Sempozyumu Bildiriler Kitabı, Edirne 2015, s. 82.
- Çiftçi Murat, *Bölgeler Arası Eşitsizlik Perspektifiyle İç Göç- Sosyoekonomik Gelişmişlik İlişkisi ve Türkiye Örneği*, Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Şehir ve Bölge Planlama Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul 2011, s. 12.

Çiftçi Murat, *Sosyal Politika Oluşturmada Referans Gösterge Olarak Bölgesel Gelişmişlik Endeksleri: Temsil Gücü Sorunları Ve Alternatif Endeks Önerileri*, İÜ SBE ÇEEİ Anabilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul 2011, s. 12.

Çiftçi Murat, *Sosyal Politika Perspektifiyle Geriatrik Nüfusun Aile Hekimlerinden Sağladığı Sosyal Fayda*, s. 58-61, 7. Uluslararası Trakya Aile Hekimliği Kongresi Bildiriler Kitabı, Edirne 2018, s. 82.

Çiftçi Murat, *Sosyal Politika Perspektifiyle Pediatrik Nüfusun Aile Hekimlerinden Sağladığı Sosyal Fayda*, s. 55-58, 7. Uluslararası Trakya Aile Hekimliği Kongresi Bildiriler Kitabı, Edirne 2018, s. 82.

Çoban Hilmi, *Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması*, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir 2009, s. 132.

Daştan İlker ve Volkan Çetinkaya, “OECD Ülkeleri ve Türkiye’nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması” *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Cilt 5, Sayı 1, 2015, s. 104-134.

Derickson Alan, “Health For Three-Thirds Of The Nation”, *American Journal of Public Health*, Vol. 92, No 2, 2002, pp. 180-191.

Devlet Planlama Teşkilatı, *Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*, T.C. Başbakanlık, Ankara 1963, s. 39-216.

Devlet Planlama Teşkilatı, *İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*, T.C. Başbakanlık, Ankara 1968, s. 146,216.

Devlet Planlama Teşkilatı, *Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*, T.C. Başbakanlık, Ankara 2000, s. 15.

Devlet Planlama Teşkilatı, *Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı*, T.C. Başbakanlık, Ankara 1973, s. 81-99.

Devlet Planlama Teşkilatı, *Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*, T.C. Başbakanlık, Ankara 1995, s. 14.

Dinçer Bülent ve Metin Özasan, *İlçelerin ve Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması (2004)*, DPT Bölgesel Gelişme ve Yapısal Uyum Genel Müdürlüğü, Ankara 2004.

Dinçer Bülent, Metin Özasan ve Taner Kvasoğlu, *İllerin ve Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması (2003)*, DPT Bölgesel Gelişme ve Yapısal Uyum Genel Müdürlüğü, Ankara 2003.

Dinçer Bülent, *İllerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması*, 1996, DPT, Ankara 1996.

Dinler Zeynel, *Bölgesel İktisat*, Ekin Kitabevi, 10.Baskı, Bursa 2014, s. 99.

Doğan Bilge Şentürk, *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi: Sağlıkta Dönüşüm Projesi*, V. Anadolu International Conference in Economics, Anadolu Üniversitesi Kütüphane ve Dokümantasyon Merkezi, Eskişehir 2017, s. 15.

Elola Javier, Antonio Daponte and Vicente Navarro, “Health Indicators and the Organization of Health Care Systems in Western Europe”, *American Journal of Public Health*, Vol. 85, No 10, 1995, pp. 1397-1401.

Erengin K. Hakan ve Necati Dedeoğlu, “Sağlıkta Eşitsizliğin Gösterilmesi”, *Toplum ve Hekim*, Cilt 13, Sayı 2, 1998, s. 105-109.

Ergen Yaşar Bahri, Okan Murat Dede, Asım Mustafa Ayten, Kadir Hakan Yazar ve Mustafa Ergen, *İstatistiki Bölge Birimi Kavramına Eleştirel Bir Yaklaşım: Kayseri- Sivas- Yozgat Örneği Üzerine Bir Değerlendirme*, 12. Ulusal Bölge Bilimi/ Bölge Planlama Kongresi, Bölge Biliminde Yeni Yaklaşımlar Bildiriler Kitabı, İstanbul 2007, s. 34.

Erol Hatice ve Abdullah Özdemir, “Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Cilt 4, Sayı 1, 2014, s. 9-34.



Fang Pengqian, Siping Dong, Jingjing Xiao, Chaojie Liu, Xianwei Feng and Yiping Wang, “Regional Inequality in Health and its Determinants: Evidence from China”, *Health Policy*, Vol. 94, No 1, 2010, pp. 14-25.

Field Mark G., *Success And Crisis In National Health Systems*, Routledge, New York 1989, pp. 7.

Folland Sherman, “Health Care in Small Areas of Three Command Economies: What Do the Data Tell Us?”, *Eastern European Economics*, Vol. 43, No 6, 2005, pp. 31-52.

Fuchs Victor R., Elizabeth Rand and Bonnie Garrett, *The Distribution of Earnings in Health and Other Industries*, pp. 119-131, *Essays in the Economics of Health and Medical Care*, Edt. Victor R. Fuchs, NBER, Cambridge 1972.

Gençoğlu Pelin, “Türkiye’de İllerin Gelişmişlik Düzeyi Dikkate Alınarak Sağlık Hizmetlerinin Kümeleme Analizi Aracılığıyla Değerlendirilmesi”, *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi Dergisi*, Sayı 52, 2018, s. 301-324.

Genel Gülbahar ve Muhammet Kaçmaz, “Türkiye’deki 2000-2013 Yılları Arasında Sağlık Personeli Sayısındaki Mekânsal Dağılış ve Değişim”, *Sosyal ve Kültürel Araştırmalar Dergisi*, Cilt 2, Sayı 4, 2016, s. 197-211.

Gezen Arzu Karasaç, *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılanması Perspektifinden Sağlıkta Dönüşüm Programının Gazetelerdeki Sunumu*, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara 2013, s. 51.

Goran Ridic, Suzanne Gleason, and Ognjen Ridic, “Comparisons of Health Care Systems in the United States, Germany and Canada”, *Mater Sociomedica*, Vol. 24, No 2, 2012, pp. 112-120.

Gottret Pablo and George Schieber, *Health Financing Revisited A Practioner’s Guide*, The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, Washington DC 2006, pp. 75.

Gökbunar Ali Rıza ve Selim Durmaz, “Bölgesel Gelişmişlik Farklılıklarının Bir Sosyo-Ekonomik Politika Göstergesi Olan Sağlık Verileri Kapsamında Değerlendirilmesi: TRB1 Bölgesi Örneği”, *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, Cilt 22, Sayı 2, 2015, s. 291-309.

Görmüş Ayhan, *Sağlık Sistemindeki Neoliberal Dönüşümün Sağlık İnsan Gücü Üzerindeki Etkileri*, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul 2011, s. 134-222.

Gözlü Mehmet ve Hüseyin Tatlıdil, “Türkiye’deki 81 İlin Kamu Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetlerine Erişim Durumları”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Cilt 5, Sayı 2, 2015, s. 145-165.

Gülay Abdülaziz, “Türkiye’de Sağlık Sisteminin Finansmanı ve İngiltere İle Karşılaştırması”, *Marmara Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Sayı 12, 2017, s. 17-37.

Hamzaoğlu Onur, “Sağlık Nedir?, Nasıl Tanımlanmalıdır?”, *Toplum ve Hekim*, Cilt 25, Sayı 6, 2010, s. 403- 410.

Hayran Osman ve Haydar Sur, *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*, Yüce Yayım, İstanbul 1998, s. 15-18.

Hoseini Jamal and Anwar Mohammadi, “Estimator and Tests for Coefficient of Variation in Uniform Distribution”, *J Biomet Biostat*, Vol. 3, No 5, 2012, pp.1-5.

İleri Hüseyin, Betül Seçer ve Handan Ertaş, “Sağlık Politikası Kavramı ve Türkiye’de Sağlık Politikalarının İncelenmesi”, *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, Sayı 12, 2016, s. 176-186.

İnandı Tacettin, “Sağlık Hakkı ve Eşitsizlikler”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, Cilt 14, Sayı 5, 1999, s. 357-361.

İstanbuluoğlu Hakan, Mahir Güleç ve Recai Oğur, “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri”, *Dirim Tıp Dergisi*, Cilt 85, Sayı 2, 2010, s. 86-99.

- Kasapoğlu Aytül, “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü”, *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, Cilt 19, Sayı 2, 2016, s. 131-174.
- Kavuncubaşı Şahin ve Adnan Kısa, *Sağlık Kurumları Yönetimi*, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir 2002, s. 26.
- Kavuncubaşı Şahin ve Selami Yıldırım, *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitabevi, 3.Baskı, Ankara 2012, s. 45-65.
- Kerem Kaie, Tiia Puss, Mare Viies and Reet Maldre, „Health and Convergence of Health Care Expenditure in EU”, *International Business and Economics Research Journal*, Vol. 7, No 3, 2008, pp. 29-44.
- Kılıç Bülent ve Çiğdem Bumin, “Sağlık Sistemleri”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, Cilt 8, Sayı 53, 1993, s. 41-47.
- Kılıç Bülent ve Gazanfer Aksakoğlu, “Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılmasına İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar”, *Toplum ve Hekim*, Cilt 9, Sayı 64-65, 1994, s. 4-13.
- Kırılmaz Utku, Deniz Çankaya, Özdemir Özdemir, Joida Madani, Gereltuya Choijljav, Serkan Akbulut ve Dilek Aslan, D, “Bir Meslek Eğitim Merkezi Üçüncü Sınıfında Okuyan Öğrencilerin Sağlık Hizmeti Kullanım Durumlarının Saptanması”, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, Cilt 12, Sayı 1, 2005, s. 19-24.
- Kocabaş Ali, “Küresel ve Ulusal Akciğer Sağlığına En Büyük Tehdit Sağlıkta Eşitsizlik”, *Toraks Bülteni*, Haziran sayısı, 2004, s. 9-14.
- Koçak Orhan ve Davut Tiryaki, “Sosyal Devlet Anlayışında Sağlık Politikalarının Önemi ve Sağlıkta Dönüşüm Programının Değerlendirilmesi: Yalova Örneği”, *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt 10, Sayı 19, 2011, s. 55-58.
- Koçak Orhan, “Refah Devleti Işığında Sağlık Hizmetleri ve Türkiye’de Sağlık Sektöründeki Gelişmeler”, *İş-Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, Cilt 13, Sayı 4, 2011, s. 61-82.

Koçyaka Güvenç, Kağan Atikeler ve Fatma Betül Yenilmez, “Türkiye Özel ve Kamu Sağlık Sigortacılığı Prim/Hasar Sağlık Harcaması Değerlendirmesi”, *Sosyal Güvençe Dergisi*, Cilt 5, Sayı 9, 2016, s. 82-101.

Larson James S., *The Measurement of Health*, Concepts and Indicators, Greenwood Press, New York 1991, pp. 14.

Leiter Andrea M. and Engelbert Theurl, “The Convergence of Health Care Financing Structures: Empirical Evidence from OECD-Countries”, *The European Journal of Health Economics*, Vol. 13, No 1, 2012, pp. 7-18.

Lorcu Fatma, *Veri Zarflama Analizi (DEA) İle Türkiye ve Avrupa Birliği Ülkelerinin Sağlık Alanındaki Etkinliklerinin Değerlendirilmesi*, İÜ SBE İşletme Anabilim Dalı Sayısal Yöntemler Bilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul 2008.

Loş Nilüfer, *Sağlık Ekonomisi Çerçevesinde Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırmalı Analizi: OECD Ülkeleri Ve Türkiye Örneği*, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul 2016, s. 46.

Maynou Laia, Marc Saez, Jordi Bacaria and Guillem Lopez-Casasnovas, “Health Inequalities in The European Union: An Empirical Analysis of the Dynamics of Regional Differences”, *The European Journal of Health Economics*, Vol. 16, No 5, 2015, pp. 543-559.

McCane Don, *Health Care Systems-Four Basic Models* Physicians for a National Health Program (PNHP), Chicago 2010, pp. 2.

McCartney Gerry, Chik Collins and Mhairi Mackenzie, “What (or Who) Causes Health Inequalities: Theories, Evidence and Implications?”, *Health Policy*, Vol. 113, No 3, 2013, pp. 221–227.

McKee Martin, Anthony Zwi, Ilona Koupilova, Soumyakant Sethi, and David Leon, “Health Policy – Marking in Central and Eastern Europe: Lessons From te Inaction on Injuries”, *Health Policy and Planning*, Vol. 15, No 3, 2000, pp. 263-269.

- Mendez Claudio A., “Global Health Politics: Neither Solidarity Nor Policy”, *International Journal of Health Policy and Management*, Vol. 3, No 2, 2014, pp. 103-105.
- Mengi Ayşegül, “Yerinden Yönetim: Avrupa Birliği’nde Bölgeler Ulus Devlete Karşı mı?”, *Mülkiye Dergisi*, Cilt 18, Sayı 45, 2009, s. 47-56.
- Murray Christopher J. L. and Julio Frenk, “A Framework for Assessing the Performance of Health Systems”, *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 78, No 6, 2000, pp. 717-731.
- Musgrove Philip, Riadh Zeramdini and Guy Carrin, “Basic Patterns in National Health Expenditure”, *Bulletin of the World Health Organization*, No 80, 2002, pp. 134-146.
- Odier Nicolas, “The US Health-Care System: A Proposal for Reform”, *Journal of Medical Marketing*, Vol. 10, No 4, 2010, pp. 279-304.
- Oral Burcu Gediz ve Alparslan Uğur, “Türkiye’de Bölgesel Eşitsizlikleri Gidermek İçin Devlet Yardımları (Teşvikler): 2012 Teşvik Sisteminin Bölgesel Teşvikler Açısından Getirdiği Yenilikler”, *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, Sayı 21, 2013, s. 140-168.
- Orhaner Emine, “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası Finansmanı”, *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, Sayı 1, 2006, s. 1-22.
- Özçağlar Ali, *Bölge Kavramı ve Sistematiği*, Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Yayınları, Ankara 2010, s. 23.
- Özel Mehmet, “Avrupa Birliği’nde Bölge, Bölgeselleşme, Bölge Yönetimleri Kavramları Üzerine”, *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, Cilt 58, Sayı 1, 2003, s. 97-117.
- Özerkmen Necmettin, “Uluslararası Eşitsizliği Derinleştiren Bir Süreç Olarak Ekonomik Küreselleşme”, *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi Dergisi*, Cilt 44, Sayı 1, 2004, s. 135-148.

- Özkan Sinem Dedeoğlu ve Dilek Beyazlı, “Bölgesel Gelişmişlik Düzeyinin Belirlenmesine İlişkin Veri Seti Sorunsalı: Eleştiri ve Öneriler”, *Planlama*, Cilt 28, Sayı 1, 2018, s. 22-39.
- Özsarı Haluk, “Birinciden On Birinciye Kalkınma Planlarında Sağlık”, *Sağlık Düşüncesi Ve Tıp Kültürü Dergisi*, Sayı 47, 2018, s. 24-27.
- Öztek Zafer, “Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği”, *Toplum Hekimliği Bülteni*, Cilt 5, Sayı 2, 2006, s. 1-6.
- Öztürk Ahmet, *Homojen ve Fonksiyonel Bölgelerin Tespiti ve Türkiye İçin İstatistikî Bölge Birimleri Önerisi*, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı Planlama Uzmanlığı Tezi, Ankara 2009, s. 6.
- Öztürk Lütfü, “Kamu Yatırımları ve Bölgesel Eşitsizlik: Bir Nedensellik Analizi, 1975-2001”, *Ege Akademik Bakış Dergisi*, Cilt 12, Sayı 4, 2012, s. 487-495.
- Öztürk Yusuf ve Osman Günay, *Atatürk Döneminin Sağlık Politikası*, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Yayını No:2, Kayseri 1991, s. 10.
- Öztürk Zekai ve Esmâ Tuğba Karakaş, “Avrupa Birliği’ne Üye Ülkelerde Sağlık Sistemleri Yönetim ve Organizasyon Yapısı: Almanya, Fransa, İrlanda ve İngiltere Örnekleri”, *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, Cilt 1, Sayı 2, 2015, s. 39-59.
- Polat Gonca ve Arzu İçağasıoğlu Çoban, “21.yy’da Sağlıkta Eşitsizlikler ve Eşitsizliğin Aşılmasında Sosyal Hizmetin Rolü”, *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, Cilt 26, Sayı 1, 2015, s. 177-189.
- Robinson Jane and Ruth Elkan, *Health Needs Assessment*, Pearson Professional Limited. New York 1996, pp. 96.
- Roemer Milton I., “National Health Systems Throughout the World”, *Annual Review of Public Health*, Vol. 14, No 1, 1993, pp. 335-353.
- Roemer Milton I., *National Health Systems of the World Volume I: The Countries*, Oxford University Press, New York 1991.

- Sargutan A. Erdal, “Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri Yaklaşımı”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt 8, Sayı 1, 2005, s. 81-111.
- Sargutan A. Erdal, “Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt 8, Sayı 3, 2005, s. 400-428.
- Sargutan A. Erdal, *Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri*, Hacettepe Üniversitesi Yayını, Ankara 2006, s. 16-66.
- Seedhouse David, *Health: The Foundations for Achievement*, John Wiley & Sons Inc. 2001, pp. 2.
- Sheiman Igor, “Rocky Road From The Semashko To A New Health Model”, *Bulletin of the World Health Organization*, No 91, 2013, pp. 320-321.
- Slee, Vergil N., Debora A. Slee and H. Joachim Schmidt, *Health Care Terms*, Tringa Press, Saint Paul, Minnesota 1996, p. 20.
- Somunoğlu Sinem, “Kavramsal Açıdan Sağlık”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt 4, No 1, 1999, s. 51-62.
- Somunoğlu Sinem, *Sağlık Kurumları Yönetimi-1*, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Yayınları No: 1599, Eskişehir 2012, s. 12.
- Songur Cuma, “Sağlık Göstergelerine Göre Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü Ülkelerinin Kümeleme Analizi”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Cilt 6, Sayı 1, 2016, s. 197-224.
- Sutcliffe Bob, “World inequality and globalization”, *Oxford Review of Economic Policy*, Vol. 20, No 1, 2004, pp. 15-37.
- Şengül Ümran, Seyedhadi Eslemian, ve Miraç Eren, “Türkiye’de İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflamasına Göre Düzey-2 Bölgelerinin Ekonomik Etkinliklerinin VZA Yöntemi ile Belirlenmesi ve Tobit Model Uygulaması”, *Yönetim Bilimleri Dergisi*, Cit 11, No 21, 2013, s. 75-99.
- Şimşek Hatice ve Bülent Kılıç, “Sağlıkta Eşitsizliklerle İlgili Temel Kavramlar”, *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, Cilt 10, No 2, 2012, s. 116-127.

- T.C. Kalkınma Bakanlığı, *İllerin ve Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması (2011)*, Bölgesel Gelişme ve Yapısal Uyum Genel Müdürlüğü Ankara 2013.
- T.C. Kalkınma Bakanlığı, *Bölgesel Gelişme Ulusal Stratejisi 2014-2023*, Bölgesel Gelişme ve Yapısal Uyum Genel Müdürlüğü, Ankara 2014, s. 7.
- T.C. Resmi Gazete, *Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği*, Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü, Sayı: 28539, Ankara 2013.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, *80. Yılda Tedavi Hizmetleri (1923-2003)*, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara 2004, s. 5.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık Çalışanlarının Uluslararası Göçü/İstihdamı*, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, E-Bülten Sayı 2, Ankara 2016.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016*, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Yayın No: 1083, Ankara 2017.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017*, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Yayın No: 1106, Ankara 2018.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesi*, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Yayın No: 887, Ankara 2012, s. 24.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu*, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 749, Ankara 2008, s. 31.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri*, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 770, Ankara 2008, s. 20-21.
- Tanzania Ministry Of Health, *National Health Policy*, Ministry of Health October, Tanzania 2003, pp. 1.
- Tatar Mehtap, "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi", *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Sayı 1, 2011, s. 103-133.



- Tatar Mehtap, *Sağlık Politikası ve Politika Belirleme Süreci: Teori ve Türk Sağlık Politikalarına Genel Bir Bakış*, Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi, (Editörler: Aktan, C. C. – Saran, U.), Aura Kitapları, İstanbul 2007, s. 401, 428.
- Tekeli İlhan, *Türkiye’de Bölgesel Eşitsizlik ve Bölge Planlama Yazıları*, Tarih Vakfı Yurt Yayınları, 1. Basım, İstanbul 2008, s. 176.
- Tekin Bilgehan, “Temel Sağlık Göstergeleri Açısından Türkiye’deki İllerin Gruplandırılması: Bir Kümeleme Analizi Uygulaması”, *Çankırı Karatekin Üniversitesi İİBF Dergisi*, Cilt 5, Sayı 2, 2015, s. 389-416.
- Tekingündüz Sabahattin, Aysu Kurtuldu ve Türkkın Işık Erer, “Sağlık Hizmetlerinde Eşitsizlik ve Etik”, *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt 8, Sayı 4, 2016, s. 32-43.
- Tengilimoğlu Dilaver, Mahmut Akbolat ve Oğuz Işık, *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara 2015, s. 84.
- Terris Milton, “The Three World Systems of Medical Care: Trends and Prospects”, *American Journal of Public Health*, Vol. 68, No 11, 1978, pp. 1125-1131.
- The World Bank, *Healthy Development: The World Bank Strategy For Health, Nutrition, & Population Results*, Washington DC 2007, pp. 173.
- Tokaç Mahmut, “Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları ve Sağlık Politikalarında İstikrar”, *Sağlık Düşüncesi Ve Tıp Kültürü Dergisi*, Sayı 47, 2018, s. 14-17.
- Türkkın Alparslan, *Kentlerde Sağlıkta Eşitsizlikler*, Kent ve Sağlık Sempozyumu Bildiri Özetleri Kitabı, Bursa 2006, s. 27.
- Üçkuyu Yavuz, “Toplumsal Yapı ve Sağlık Sistemleri”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, Cilt 21, Sayı 5-6, 2006, s. 325-329.
- Walt Gill, *Health Policy, An Introduction to Process and Power*, Zed Books Ltd., London 1994, pp. 41.

Wennberg John E., Alan Gittelsohn and Nancy Shapiro, "Health Care Delivery in Maine III Evaluating the Level of Hospital Performance", *Journal of Maine Medical Association*, Vol. 66, No 11, 1975, pp. 298-306.

World Health Organization, "A Glossary of Terms For Community Health Care and Services For Older Persons", *Ageing and Health Technical Report*, Vol. 5, 2004, pp. 1-99.

World Health Organization, *Health Promotion Glossary*, Division of Health Promotion, Education and Communications, Health Education and Health Promotion Unit, Geneva 1998, pp. 3.

Yerebakan Metin, *Özel Hastaneler Araştırması: Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri*, İstanbul Ticaret Odası Yayınları No: 2000-26, İstanbul 2000, s. 20.

Yıldırım Hasan Hüseyin, Türkan Yıldırım ve Yasemin Akbulut, *Sağlık Sigortacılığı*, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayın No: 1498, Eskişehir 2012, s. 45-65.

Yıldız Ezgi Baday, Uğur Sivri ve Metin Berber, "Türkiye'de İllerin Sosyoekonomik Gelişmişlik Sıralaması (2010)", *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Sayı 39, 2012, s. 147-167.

Yılmaz Ömer, "Bölgesel Eşitsizlik: Türkiye Örneği", *İktisadi İdari Bilimler Dergisi*, Cilt 15, Sayı 1-2, 2001, s. 1-19.

<http://datatopics.worldbank.org/health/available-indicators>, Erişim: 20.10.2018.

<http://www.tuik.gov.tr/Start.do>, Erişim: 07.12.2018.