

**İSTANBUL**

İSTANBUL  
POLİTİK ARAŞTIRMALAR  
ENSTİTÜSÜ

POLİTİKA RAPORU

# TÜRKİYE'DE SAĞLIK ALANINDA EŞİTSİZLİKLER

PROF. DR. KAYIHAN PALA

TEMMUZ 2021 - 006

**FRIEDRICH  
EBERT**  
STIFTUNG

# İSTANBUL

İNSANİ VE TOPLUMSAL KALKINMA PROGRAMI  
Toplumsal Adalet ve Eşitsizlikler

POLİTİKA RAPORU

## TÜRKİYE'DE SAĞLIK ALANINDA EŞİTSİZLİKLER

PROF. DR. KAYIHAN PALA

TEMMUZ 2021 - 006

## YAZARLAR

**Prof. Dr. Kayıhan PALA**  
Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp  
Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı  
Öğretim Üyesi



\*İstanPol, Friedrich-Ebert-  
Stiftung Derneği Türkiye  
Temsilciliği'ne bu çalışmanın  
hazırlanmasındaki katkılarından  
ötürü teşekkür eder.

---

## KAYIHAN PALA

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğretim üyesidir. İngiliz Ulusal Sağlık Sistemini gözlemlemek üzere 1999'da Londra'da, Küba sağlık sistemini gözlemlemek üzere 2006'da Havana'da bulunmuş; Dünya Sağlık Örgütü Sağlıklı Kentler Ağının "Sağlıkta Eşitsizlikler" ve "Sağlıklı Kent Planlama" alt gruplarında yer almıştır. Halk Sağlığı alanında temel olarak sağlık politikaları, sağlık yönetimi, çevre sağlığı ve çalışan sağlığı konularıyla ilgilenmektedir.

---

Tüm hakları saklıdır. İstanbul Politik Araştırmalar Enstitüsü'nün izni olmadan bu çalışmanın hiçbir kısmı elektronik ya da mekanik yollarla çoğaltılamaz.

Bu çalışmada belirtilen görüşler yazarlara ait olup, İstanPol ve Friedrich-Ebert-Stiftung Derneği Türkiye Temsilciliği'nin kurumsal görüşleriyle kısmen ya da tamamen örtüşmeyebilir.

# İÇİNDEKİLER

## Yönetici Özeti

- 5 -

## Giriş

- 6 -

## Sağlık, Eşitsizlik ve İnsan Hakları

- 7 -

## Türkiye’de Sağlıkta Eşitsizlikler

- 13 -

## Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Sistemi: Politika Önerileri

- 24 -



# YÖNETİCİ ÖZETİ

**Sağlıkta eşitsizlikler, insanların sağlıklarını olumsuz etkileyen ve erken ölümlere yol açan kaçınılmaz sağlık farklılıklarıdır. Sağlık doğuştan kazanılmış en temel insan haklarından biri olduğuna göre, bu farklılıkların giderilmesi gerekmektedir.**

Sağlıkta eşitsizlikler *sağlığın belirleyicileri* ve *sağlık sistemi* ile doğrudan ilişkilidir. Bireylerin sağlığın belirleyicilerinden birçoğunu, kendilerinin doğrudan kontrol etme olasılığı düşüktür. Sağlık sisteminin başta finansman ve örgütlenme özellikleri olmak üzere değişik bileşenleriyle yol açtığı eşitsizlikler de bireyler tarafından ortadan kaldırılamaz. Eşitsizliklerin azaltılabilmesi bireyin çabası dışında, devletin hem sağlığın belirleyicilerine yönelik hem de sağlık hizmetlerini daha ulaşılabilir ve kapsayıcı hale getirerek sağlık sistemine yönelik eşitlikçi uygulamaları hayata geçirmesiyle mümkündür.

Bu raporda, Türkiye’de, bazı göstergeler üzerinden (bebek ölüm hızı, beş yaş altı çocuk ölüm hızı, doğumda beklenen yaşam umidi, erken ölümler, sağlık hizmetlerine erişim, nüfusa göre hasta yatağı ve yoğun bakım yatağı sayıları, nüfusa göre toplam hekim ve toplam ebe/hemşire sayıları) sağlıkta eşitsizlikler gösterilecek ve eşitsizlikleri azaltmak için sağlık sistemine ilişkin politika önerileri tartışmaya açılacaktır.

# GİRİŞ

**Sağlıkta eşitsizlikler insanların sağlıklarını olumsuz etkileyen ve erken ölümlere yol açan kaçınılmaz sağlık farklılıklarıdır. Sağlık doğuştan kazanılmış en temel insan haklarından biri olduğuna göre, bu farklılıkların giderilmesi gerekmektedir.**

Bu raporda insan hakları bağlamında sağlık ve sağlıkta eşitsizlikler kavramları ele alınacak, sağlıkta eşitsizliklere yol açan etmenler incelenecek, elde edilebilen bazı göstergelere göre Türkiye’de sağlıkta eşitsizlikler gösterilecek ve eşitsizlikleri azaltmak için sağlık sistemine ilişkin politika önerileri sunulacaktır.

Sağlık, bilindiği gibi, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “yalnızca hastalık ya da sakatlığın yokluğu değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik durumu” olarak tanımlanmaktadır.

Tanımından da anlaşılacağı gibi, sağlık yalnızca “tıbbi bakım” ile ilişkili değildir; sosyal ve politik koşullar yaşamı, iyi olma halini ve sağlığı etkilemektedir. Bu nedenle, tüm politikaların sağlık ve sağlıkta eşitsizlik üzerine etkisinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Örneğin, işsiz kadın ve erkeklerde hastalık ve ölüm oranları çalışanlara göre daha yüksektir. Sağlık düzeyindeki farklılıklar eğitim, istihdam, gelir düzeyi, çalışma koşulları, toplumsal cinsiyet gibi değişkenlerde de karşımıza çıkmaktadır.<sup>1</sup>

# SAĞLIK, EŞİTSİZLİK VE İNSAN HAKLARI

**Sağlık, en temel insan haklarından biridir. Dünya Sağlık Örgütü, anayasasında, sağlığı ırk, din, dil, politik inanç, ekonomik ve sosyal durum ayrımı gözetilmeksizin doğuştan kazanılan temel bir hak olarak tanımlamakta ve hükümetleri, kendi halklarının sağlığından sorumlu tutmaktadır.**

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. maddesinde ise herkesin, kendisi ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı tanımlanmaktadır.

Buna göre; sağlık hizmetlerinden yararlanma sırasında ırk, renk, cinsiyet, dil, din, politik ya da diğer görüş, ulusal ya da sosyal köken, mal sahipliği, doğum ya da sakatlık, yaş, medeni durum, aile durumu, cinsel yönelim ve toplumsal cinsiyet kimliği, sağlık durumu, yaşanılan yer, ekonomik ve sosyal durum gibi hiçbir ayrımcılık olmamalıdır.

Sağlık hizmetleri herkes için elde edilebilir ve erişilebilir olmalıdır. Ancak yeterli sayıda ve işlevde sağlık bakımı ve halk sağlığı kuruluşu, donanımı, hizmetleri ve programlarının sağlanmasıyla sağlık hizmetleri elde edilebilmektedir. Sağlık hizmetlerine erişilebilirliğin sağlanması için ise ayrımcılık olmamasının yanı sıra, sağlık hizmeti sunan kuruluşların yaşanılan yerin yakınında bulunması,

hizmetten yararlanabilmeye gücün yetmesi ya da gücü yetmeyenler için hizmetin ücretsiz sunulması ve sağlık hizmetlerine erişilebilirliğe ilişkin toplumun yeterince bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Sağlık hizmetinin hizmetten yararlananlar tarafından kabul edilebilmesi için sunulan hizmetin tıbbi etik değerlere ve kültürel normlara uygun olması ve sunulan hizmetin hizmetten yararlananların beklentilerini karşılaması gerekmektedir. Evrensel nitelikte sağlık kalitesinin sağlanabilmesi için ise sağlık kuruluşlarının, donanımın ve sunulan tüm hizmetlerin bilimsel ve tıbbi açıdan uygun ve iyi kalitede olması zorunludur.

---

***Sağlık hizmetleri herkes için elde edilebilir ve erişilebilir olmalıdır.***

---

Dünya Sağlık Örgütü sağlık alanında kalite ile ilgili temel kavramları şöyle sıralamaktadır:<sup>2</sup>

- **Etkili:** Gereksinim bazında, bireyler ve topluluklar için gelişmiş sağlık çıktıları ile sonuçlanan ve kanıt dayalı olarak sunulan sağlık hizmeti;



- **Verimli:** Kaynak kullanımını en üste çıkartacak ve israftan kaçınacak biçimde sağlık hizmeti sunumu;
- **Erişilebilir:** Zamanında, coğrafi olarak makul bir yerde ve tıbbi gereksinimi karşılayacak uygun kaynakların ve yetkin insan gücünün bulunduğu bir ortamda sağlık hizmeti sunumu;
- **Kabul edilebilir/ hasta merkezli:** Bireysel hizmet kullanıcılarının tercihlerini, isteklerini ve hizmet sunulan toplulukların kültürel özelliklerini dikkate alarak sunulan sağlık hizmeti;
- **Adil:** Toplumsal cinsiyet, ırk, etnik köken, coğrafi bölge ya da sosyoekonomik durum gibi kişisel özellikler nedeniyle hiçbir değişiklik göstermeksizin her bireye aynı kalitede sağlık hizmeti sunumu;
- **Güvenli:** Sağlık hizmeti kullanıcılarına yönelik risk ve zararı en aza indirgeyecek biçimde sağlık hizmeti sunumu.

## SAĞLIKTA EŞİTSİZLİK KAVRAMI

Sağlıkta eşitsizlikler genel olarak gereksiz, kaçınılabilir, adil olmayan ve haksız sağlık farklılıkları olarak tanımlanmaktadır.<sup>3</sup>

Daha kapsamlı bir tanıma göre ise sağlıkta eşitsizlik, doğal değil, toplumsal nedenlerden kaynaklanan; doğal nedenlerin ise ancak toplumsal nedenler dolayısıyla etki gösterdikleri; önlenemez, önlenemez olduğu için de kabul edilemez nitelikte olan; bireysel değil toplumsal bir bağlam içinde saptanması, ele alınması, incelenmesi, savaşılmaya gereken; bu nedenle de tüm bu süreçte ekonomi, sosyoloji, politika gibi sağlık dışı disiplinlerin de etkinliğinin gerektiği; yalnızca sosyal, politik ve ekonomik değil, aynı zamanda ahlaki bir sorun olarak da kavranması gereken; toplumsal gruplar

arasındaki sağlıkla ilgili farklılıklar olarak tanımlanabilmektedir.<sup>4</sup>

Eşitsizlik kavramının ahlaki ve etik bir boyutu vardır. Eşitsizlik gereksiz ve önlenemez ve aynı zamanda, adil olmayan farklılıklar anlamına gelmektedir. Böylece belirli bir durumun eşitsizlik olarak tanımlanabilmesi için, toplumun geri kalan kısmındaki koşullar göz önüne alınarak nedenin incelenmesi ve haksız olarak tanımlanması gerekmektedir. Sağlık alanında kullanılan “eşitsizlik” terimi sadece önlenemez değildir, aynı zamanda haksız sağlık farklılıklarını da ifade etmektedir.<sup>5</sup>

Sağlıkta eşitlik ise ideal olarak, herkesin tam sağlık potansiyeline erişebilme şansına sahip olması ve bu potansiyele ulaşmak açısından kimsenin dezavantajlı olmamasıdır.<sup>6</sup> Bu tanım çerçevesinde eşitlik ve sağlık politikalarının amacı, herkesi aynı seviye ve kalitede sağlık düzeyine ulaştıracak şekilde sağlık farklılıklarını azaltmak değil, önlenemez ve haksız nedenlerden kaynaklanan eşitsizlikleri azaltmak veya ortadan kaldırmaktır. Sağlıkta eşitlik, sağlık için eşit fırsatlar yaratmak ve sağlık farklılıklarını mümkün olan en düşük seviyeye indirmektir.

Eşitsizlikler, insanı yoksulluk gibi doğal olmayan farklılıklar nedeniyle etkilediği için önem taşımaktadır. İnsanı önemseyen her kişi ve toplum için tam da bu nedenle eşitsizlikler önemlidir. Bugünün kapitalist üretim ilişkileri içinde eşitsizlik temel olarak sınıfsal bir sorundur. Dolayısıyla sınıflar ortadan kaldırılmadıkça, şiddeti azaltılabile de eşitsizlik yok edilemez. İşte tam bu noktada, eşitsizlikle savaşım konusunda sınıfsız/sömürsüz bir toplum arayışının ayrıntılı olarak ele alınması

ve tartışılması gerekmektedir.<sup>7</sup>

Eşitsizliklerle mücadelenin ilk adımlarından birisi eşitsizliklerin görünür kılınması ve toplumun geniş

*Sağlıkta eşitsizlikler  
genel olarak gereksiz,  
kaçınılabilir, adil  
olmayan ve haksız sağlık  
farklılıkları olarak  
tanımlanmaktadır.*

kesimlerinin eşitsizliklerle ilgili farkındalıklarının artırılmasıdır. Bir örnek olarak, 2011 Nüfus ve Konut Araştırması sonuçlarına göre, ülkemizde en az bir engeli olan (3 ve daha yukarı yaş) nüfusun oranı yüzde 6,9 (4 milyon 876 bin kişi) olduğu halde<sup>8</sup> sokaklarda, pazarda, kamuya açık alanlarda ve işyerlerinde engelli yurttaşlarımızın çok az görünmesi; sayılarının azlığı ile değil, ne yazık ki kendilerine yaşama yeterince katılma olanağı sağlamayan kamu yönetimi anlayışıyla ilgilidir.

Öte yandan, sağlıkta eşitsizlikler *sağlığın belirleyicileri* ve *sağlık sistemi* ile doğrudan ilişkilidir. Bireylerin sağlığın belirleyicilerinden birçoğunu, kendilerinin doğrudan kontrol etme olasılığı düşüktür. Sağlık sisteminin başta finansman ve örgütlenme özellikleri olmak üzere değişik bileşenleriyle yol açtığı eşitsizlikler de bireyler tarafından ortadan kaldırılamaz durumdadırlar. Eşitsizliklerin azaltılabilmesi bireyin çabası dışında, devletin hem sağlığın belirleyicilerine yönelik hem de sağlık hizmetlerini daha ulaşılabilir ve kapsayıcı hale getirerek sağlık sistemine yönelik eşitlikçi uygulamaları hayata geçirmesiyle mümkündür.<sup>9</sup>

## SAĞLIĞIN BELİRLEYİCİLERİ

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre "sağlığın belirleyicileri" şunları içermektedir:<sup>10</sup>

- **Gelir ve sosyal durum:** Yüksek gelir düzeyi ve sosyal durum sağlıklı olmakla bağlantılıdır. Güvencesizlik sağlıkta eşitsizlikleri artırmaktadır.
- **Eğitim:** Düşük eğitim düzeyi sağlıksız olmakla bağlantılıdır.
- **Fiziksel çevre:** Güvenli su ve temiz hava, sağlıklı işyerleri, güvenli ev ve çevre sağlıklı olmakla bağlantılıdır.

- **Sosyal destek ağları:** Aile, arkadaşlar ve toplumdaki destek görmek sağlıklı olmakla bağlantılıdır.
- **Genetik özellikler:** Kişinin genetik yapısı yaşam süresi, sağlık düzeyi ve hastalıkların gelişmesi üzerinde bir rol oynamaktadır.
- **Sağlık hizmetleri:** Sağlık hizmetlerine erişim ve hizmet kullanımı sağlığı etkilemektedir.
- **Toplumsal cinsiyet:** Erkekler ve kadınlar farklı yaşlarda farklı hastalıklar nedeniyle rahatsızlanmaktadırlar. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği sağlıkta eşitsizlikleri artırmaktadır.

## Güvencesizlik sağlıkta eşitsizlikleri artırmaktadır.

"Sağlığın sosyal belirleyicileri" ise Dünya Sağlık Örgütü tarafından, sağlık sonuçlarını etkileyen tıbbi olmayan etmenler olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlığın sosyal belirleyicileri; insanların doğduğu, büyüdüğü, çalıştığı, yaşadığı ve yaşlandığı koşullar

ile günlük yaşamın koşullarını biçimlendiren daha geniş güçler ve sistemler bütünüdür. Bu koşullar küresel, ulusal ve yerel düzeyde politika tercihlerinden etkilenmekte; paranın, iktidarın ve kaynakların dağıtımı ile biçimlenmekte ve genellikle hastalıkların (ve erken ölümlerin) doğrudan nedeni olmamaktadır, ancak hastalıklara yol açan "*nedenlerin nedeni*" olarak tanımlanmaktadır. Günlük yaşamın koşullarını biçimlendiren güçler ve sistemler ise ekonomik politikaları ve sistemleri, kalkınma gündemlerini, sosyal normları, sosyal politikaları ve politik sistemleri içermektedir.<sup>11</sup>

Ancak Dünya Sağlık Örgütü sağlıktaki eşitsizliklerin ve hakkaniyetsizliklerin temel/kök nedeni olan egemen üretim tarzını görmezden gelen bir yaklaşıma sahiptir ve sağlığın sosyal belirleyicilerinin içeriği olarak, gerçekte egemen üretim tarzının ortaya çıkardığı çok sayıda ara belirleyici ya da risk faktörleri temel neden olarak ifade edilmektedir. Oysa, sağlığın sosyal belirleyicileri, sağlıklı olma halini ve sağlıktaki eşitsizlikleri belirleyen değil, etkileyen faktörlerden oluşur.<sup>12</sup>

Sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilgili bütüncül bir değerlendirme yapılabilmesi, ancak sosyal belirleyiciler ile ilgili kapsamlı ve güvenilir verilerin sağlanmasıyla olanaklıdır. Örneğin sağlığın en önemli sosyal belirleyicisi “sosyal sınıf” olmasına karşın, ülkemizde sosyal sınıflara ilişkin sınıflandırma ve veriye erişim sınırlıdır. Benzer biçimde Türkiye’de yurttaşların vergi dilimlerine göre sınıflandırıldığı bir veri tabanının olmayışı, gelir durumuyla ilgili değerlendirmeyi de sıkıntıya sokmaktadır. Ekonomisinin önemli bir bölümünün kayıt-dışı olduğu ve neredeyse hiç kimsenin gelirinin tam olarak bilinemediği ülkemizde sağlığın sosyal belirleyicileriyle ilgili kapsamlı bir değerlendirme yapmak zordur.<sup>13</sup>

Bu durumda, eğer sağlıkta eşitsizlikler ülkeler içinde ve ülkeler arasında görülen sağlık durumundaki haksız ve önlenbilir farklılıklar olarak kısaca tanımlanırsa; sağlığın sosyal belirleyicilerinin sağlıkta eşitsizlikler üzerinde çok önemli bir etkisi olduğu görülecektir. Tüm gelir düzeylerinde, ülkelerde sağlık ve hastalık sosyal bir eğimi izler; sosyoekonomik durum ne kadar düşükse, sağlık o kadar kötüdür.<sup>14</sup>

## SAĞLIK SİSTEMİ

Sağlıkta eşitsizlikler sağlığın belirleyicileriyle birlikte, sağlık sistemi ile doğrudan ilişkilidir. Sağlık sisteminin kaynaklanan eşitsizlikler başta sistemin finansman kaynakları, örgütlenme ve sağlık hizmeti sunumu olmak üzere temel özellikleriyle ilgilidir. En temel insan haklarından biri olarak sağlık hakkının temel ilkeleri, her bir yurttaşın, ayrımcılık olmadan, evrensel nitelikte ve kabul edilebilir bir sağlık hizmetini elde edebilmesi ve buna erişebilmesidir.

Bir sağlık sisteminin yapı taşları;

- Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve yönetimi,
- Sağlık hizmetlerinin finansmanı,

- Sağlık emek gücü süreci,
- Bilimsel bilginin üretimi,
- Tıbbi ürünler/teknoloji ve
- Sağlık hizmeti sunumundan oluşmaktadır.

Sağlık hakkının sağlanmasından doğrudan hükümetler sorumludur.<sup>15</sup> Sağlık sisteminden kaynaklanan eşitsizlikler içerisinde sağlık hizmetlerine erişememek en önde gelen sorun alanıdır. Sağlık hizmetlerine erişimde sosyoekonomik eşitsizliklerin etkisi, sorunun yalnızca sağlık sistemi düzenlemeleri ile ortadan kaldırılamayacağını hem sağlık sistemi düzenlemeleri hem de sosyoekonomik eşitsizlikleri azaltmaya/ortadan kaldırmaya dönük politikaların birlikte ele alınmasının kaçınılmaz olduğunu ortaya koymaktadır.<sup>16</sup>

Sağlık hizmetlerinde eşitlik temel olarak; *eşit ihtiyaçlar için mevcut sağlık hizmetlerine eşit ulaşılabilirlik, eşit ihtiyaçlar için eşit kullanım ve herkes için eşit kalitede hizmet* olarak tanımlanmaktadır.<sup>17</sup>

Eşit ihtiyaçlar için mevcut sağlık hizmetlerine eşit ulaşılabilirlik, herkesin mevcut hizmetlerin kullanımında eşit haklara sahip olması demektir. Sağlık hizmeti ihtiyacına göre ülke genelinde eşit dağılım, her bölgede hizmetlere kolay ulaşılabilirlik ve ulaşılabilirliği engelleyen unsurların ortadan kaldırılması olarak tanımlanabilmektedir.

Hizmetlere ulaşılabilirlikte eşitsizlikler en çok, kaynaklar ve kuruluşlar ülke genelinde kentlerde ve refah düzeyi yüksek bölgelerde daha yoğun, kırsal bölgelerde ise daha az olmak üzere dengesiz dağıldığında ortaya çıkmaktadır. Yoksul topluluklar kötü sağlık şartlarından daha çok etkilendiklerinden dengesiz dağılım hizmete en fazla ihtiyaç duyulan bu bölgelerde sağlık hizmetlerinin en yetersiz olduğu anlamına gelmektedir ve bu da “*ters hizmet kuralı yasası*” olarak adlandırılmaktadır.

***Sosyoekonomik durum  
ne kadar düşükse, sağlık  
o kadar kötüdür.***

Herkese eşit kalite sağlık hizmeti, sağlık hizmeti sunulan tüm kuruluşlarda görev yapanların toplumun her kesimine hizmet sunarken aynı özeni göstermeye çabalaması ve böylece herkesin aynı yüksek standartta profesyonel hizmetlerden yararlanması anlamına da gelmektedir. Sağlık kuruluşlarının ve/veya sağlık çalışanlarının ayrımcı tutumları yüzünden bazı kimlikle/sınıflara hizmet sunumu sırasında yeterince zaman ayrılmaması ve/veya daha az özen gösterilmesi eşitsizliklere yol açabilmektedir.

Sağlık sisteminin sağlıkta eşitsizliklere yol açmayacak, sağlığın sosyal belirleyicileri nedeniyle ortaya çıkan eşitsizlikleri ise azaltabilecek bir yapıda olması; sağlık hizmetlerinin de (koruyucu, tedavi edici ve esenlendirici hizmetlerin tamamının) hiçbir engelleme takılmaksızın herkese, her yerde ve her zaman sunulabilir olması gerekmektedir.

## TEMEL BİR SAĞLIK SORUNU OLARAK YOKSULLUK

Toplumda sık görülen hastalıkların en önde gelen nedenlerinden biri yoksulluktur. Yoksulluk ile sağlık sorunları ve daha kısa yaşam beklentisi arasındaki bağ bilinmektedir. Yoksulluk başta beslenme yetersizliği ve uygun olmayan barınma koşulları olmak üzere pek çok yönüyle sağlığı olumsuz etkilemektedir.<sup>18</sup>

Kişinin gelir durumu sağlığını, başta yaşam biçimi olmak üzere (kötü beslenme, tütün/alkol kullanımı, aşırı kiloluluk, madde bağımlılığı, fiziksel inaktivite vb.), yaşadığı çevre (uygun olmayan barınma koşulları, kirli hava, yetersiz su, ulaşım sorunları vb.) ve sağlık hizmetlerine erişim açısından etkilemektedir. Yaşanılan çevre ve yaşam biçimi genel olarak iç içedir.

Yoksulluk, sağlık tanımı içerisinde yer alan tüm bileşenler (fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik

hali, hastalanma, sakatlanma ve erken ölüm) açısından risk etmenidir. Yoksullar kronik hastalıklara erken yakalanır, erken ölür ve kısa ömürlerinde sağlıklı geçiş süre uzundur.<sup>19</sup>

Ülkemizde yoksulluk ve yoksunluk giderek artma eğilimindedir ve nüfusun üçte birinden fazlasını etkilemektedir. 2019 yılı verilerine göre Türkiye’de yoksulluk veya sosyal dışlanma riski taşıyan insanların<sup>20</sup> oranı yüzde 39,8’dir.<sup>21</sup> Yoksulluk riski eşiği olarak ulusal medyan eşdeğer harcanabilir gelirin yüzde 60’ı alındığında, ülkemizde 2019 yılında yoksulluk oranı yüzde 21,3 ve yoksul sayısı 17 milyon 207 bin olarak tahmin edilmektedir.<sup>22</sup>

Yoksulluğun sağlığa etkisi, ekonomik krizlerde daha da belirginleşmektedir. Ekonomik kriz ve durgunluk, sağlık harcamalarında azaltmaya gidilmesi gibi yalnızca sağlık alanına özgü durumlar nedeniyle değil, buna ek olarak, işsizliğin artması gibi sağlığın sosyal belirleyicileriyle ilgili nedenler yüzünden de toplum sağlığını olumsuz etkilemektedir.

## SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLERİN GÖSTERİLMESİ

Sağlık eşitsizliğinin izlenmesi, aslında ulusal sağlık bilgi sistemlerinin merkezi bir bileşeni olmalıdır. Ancak birçok ülkede gözlemlendiği gibi, Türkiye’de de ulusal sağlık bilgi sistemi genel olarak ülkedeki sağlık eşitsizliklerini göstermeyi ve izlemeyi ihmal etmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü, Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri bağlamında sağlıkta eşitsizlikleri izlemenin önemine vurgu yapmaktadır.<sup>23</sup> Bilindiği gibi, Birleşmiş Milletler (BM) 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Gündemi, 17 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi (SKH) ile toplumda hiçbir bireyi geride bırakmamayı amaçladığını açıklamaktadır. Buna göre ülkeler içinde ve ülkeler arasındaki eşitsizliğin azaltılması SKH 10’da, yoksullu-

ğün sona erdirilmesi SKH 1'de, kapsayıcı ve eşit kalitede eğitim sağlanması SKH 4'te ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması SKH 5'te açıkça ifade edilmiştir. SKH 3 ise sağıktaki eşitsizliklerle mücadele anlamına gelen sağıklı yaşamları garanti altına almaya ve her yaşta herkes için refahı teşvik etmeye yönelik bir çağrıdır. Ancak sağıkta eşitsizliklerin sürdürülebilir kalkınma gibi, küresel kapitalizmin mevcut durumunu korumayı amaçlayan bir kavram yerine, sosyal sınıf üzerinden gösterilmesi ve izlenmesi, sağıkta eşitsizliklere karşı içtenlikle yürütülecek bir savaşım için zorunludur.

Bu nedenle sağıkta eşitsizliklerin servete dayalı eşitsizliklerle birlikte, eğitim, sosyal sınıf, cinsiyet, meslek, din, yaşanan il veya bölge, ikamet yeri (kırsal veya kentsel), ırk veya etnik köken ve nüfusun yapısını ayırt edebilecek diğer özellikleri de (dil, göçmenlik durumu vb.) kapsamaması gerekmektedir.<sup>24</sup>

Sağıkta eşitsizlik çalışmalarında standart bir değerlendirme yöntemi yoktur, pek çok bağımlı ve bağımsız değişken kullanılmaktadır. Çalışmalarda kullanılan

başlıca bağımlı değişkenler sağık durumuna (mortalite, morbidite, engellilik), sağığı etkileyen risk etmenlerine, sağık algısına, sağık hizmetlerinin erişilebilirliğine ve kullanımına ilişkindir. Bağımsız değişken olarak temelde öğrenim, gelir, meslek, sosyal sınıf değişkenleri kullanılmaktadır. Konut özellikleri, sosyal güvence durumu, etnik yapı, yaşamı kolaylaştırıcı araçlar/dayanıklı tüketim mallarına sahip olma, bazı bireysel ve bölgesel eşitsizlik indeksleri de bağımsız değişken olabilmektedir.<sup>25</sup>

Sağıkta eşitsizlikleri göstermek için bölgelerin/

ülkelerin sağık durumları ve eğilimleri hakkında bilgi sağlamak amacıyla hazırlanmış Küresel Referans Listesi kullanılabilir. Bu listede sağık durumu, risk etmenleri, hizmet kapsamı ve sağık sistemiyle ilgili belirlenmiş 100 temel sağık göstergesi bulunmaktadır.<sup>26</sup>

Sağıkta eşitsizlikleri göstermek için ölümler (bebek ölüm hızı, beş yaş altı çocuk ölüm hızı, doğumda beklenen yaşam ümidi, erken ölümler) ve sağık hizmetlerine erişimle ilgili göstergeler yol gösterici olabilmektedir.

---

***Sağık eşitsizliğinin izlenmesi, aslında ulusal sağık bilgi sistemlerinin merkezi bir bileşeni olmalıdır.***

---

# TÜRKİYE'DE SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLER

Türkiye'de sağıkta eşitsizlikler bebek ölüm hızı, beş yaş altı çocuk ölüm hızı, doğumda beklenen yaşam ümidi, erken ölümler, sağık hizmetlerine erişim, nüfusa göre hasta yatağı ve yoğun bakım yatağı sayıları ile nüfusa göre toplam hekim ve toplam ebe/hemşire sayıları üzerinden incelenecektir.

Türkiye'de sağıkla ilgili verilere ulaşmanın zorluğu yanında, erişilebilen verinin güvenilirliği de ayrı bir sorundur. Örneğin, Sağlık Bakanlığının bebek ölüm hızı bildirimleri gerek TÜİK tarafından açıklanan hızlardan gerekse de saha araştırmalarının sonuçlarından çok daha düşüktür.<sup>27</sup> Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanan bebek ölüm hızı değerlerinin gerçek değerlerden daha düşük olduğu; Bakanlığın gerçekleşen bebek ölümlerinin 2009'da yüzde 36'sını, 2011'de yüzde 50'sini, 2010 ve 2012 yıllarında yüzde 56'sını, 2013'te yüzde 38'ini, 2014'te yüzde 48'ini, 2015'te yüzde 35'ini ve 2016'da yüzde 36'sını gizlediği gösterilmiştir.<sup>28</sup> Bu bölümde sıralanan göstergelerin, bu sınırlılıkların ışığında değerlendirilmesi uygun olacaktır.

## BEBEK VE BEŞ YAŞ ALTI ÇOCUK ÖLÜM HIZI

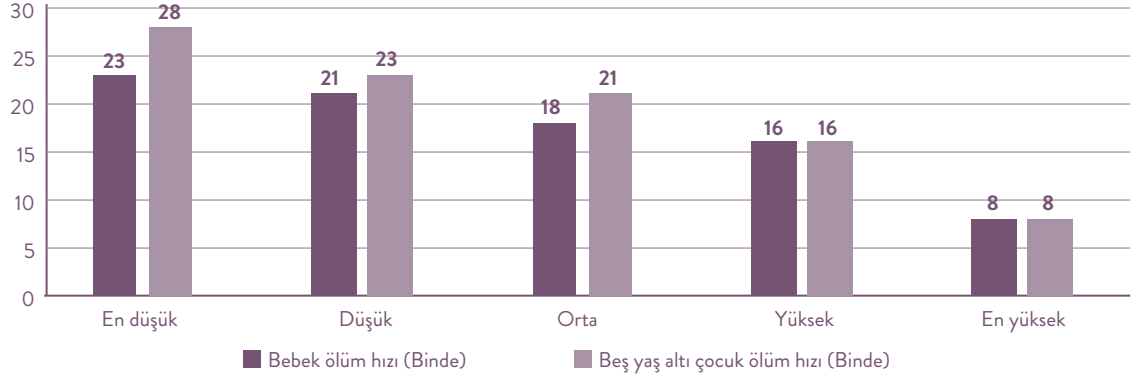
Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) bulgularına göre Türkiye'de 2013 yılında bebek ölüm hızı bin-

de 13'tür. TNSA 2013'ten önceki on yıllık dönemde bebek ölüm hızı binde 17, beş yaş altı çocuk ölüm hızı ise binde 20 olarak hesaplanmıştır ve ülkemizde aynı dönemde hane halkı refah düzeyi en yüksek ailelerde doğan her bin bebekten 8'i bir yaşını göremeden yaşamını yitirirken; hane halkı refah düzeyi en düşük ailelerde doğan 23 bebek yaşamını yitirmektedir (Şekil 1). Benzer biçimde 5 yaşın altındaki çocuk ölüm hızı da hane halkı refah düzeyi en yüksek ailelerde binde 8 iken, hane halkı refah düzeyi en düşük ailelerde binde 28 düzeyindedir.<sup>29</sup>

Her beş yılda bir yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 yılında ne yazık ki Türkiye için bebek ve çocuk ölüm hızlarını yayınlamamıştır. TNSA 2018 Suriyeli sığınmacılar örneklemini sonuçlarına göre ise araştırma öncesindeki son 5 yıllık dönem için (5 yıllık dönem için referans tarih Haziran 2016'dır) bebek ölüm hızı bin canlı doğumda 22 ve 5 yaş altı ölüm hızı bin canlı doğumda 27'dir. Bu sonuçlara göre Türkiye'deki her 37 Suriyeli çocuktan 1'i beşinci yaş gününe ulaşma-

*Türkiye'de 2013 yılında  
bebek ölüm hızı binde  
13'tür.*

### ŞEKİL 1: HANE HALKI REFAH DÜZEYİNE GÖRE TÜRKİYE'DE BEBEK VE BEŞ YAŞ ALTI ÇOCUK ÖLÜM HIZI



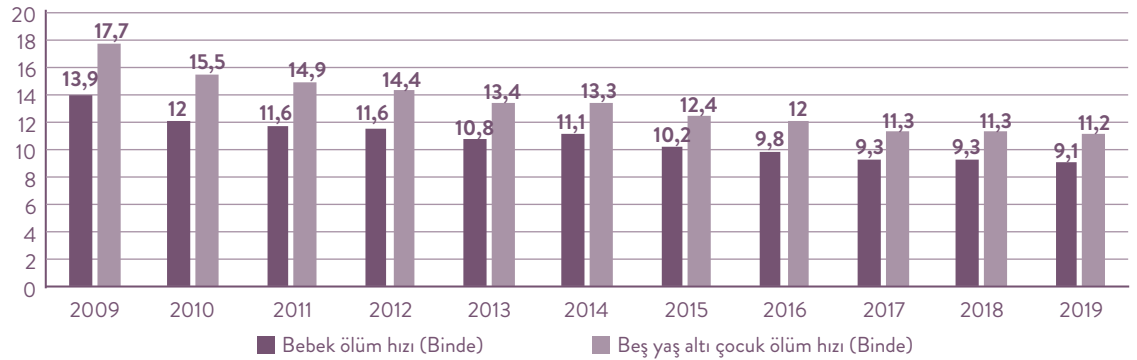
Kaynak: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), 2013

dan ölmektedir. Ölümlerin çoğu (yüzde 81) yaşamın ilk yılında, yaşamın ilk yılında meydana gelen ölümlerin yüzde 44'ü ise yaşamın ilk ayında gerçekleşmektedir.<sup>30</sup>

TÜİK verilerine göre ülkemizde son on yıl içerisinde bebek ölüm hızı binde 9,1'e<sup>31</sup> ve beş yaş altı çocuk ölüm hızı binde 11,2'ye gerilemiştir.<sup>32</sup> (Şekil 2) Ancak Türkiye'de 2018 yılında binde 9,3 olan bebek ölüm hızı, binde 3,4 olan Avrupa Birliği (27) ortalamasına göre halen çok yüksektir.<sup>33</sup> (Şekil 3)

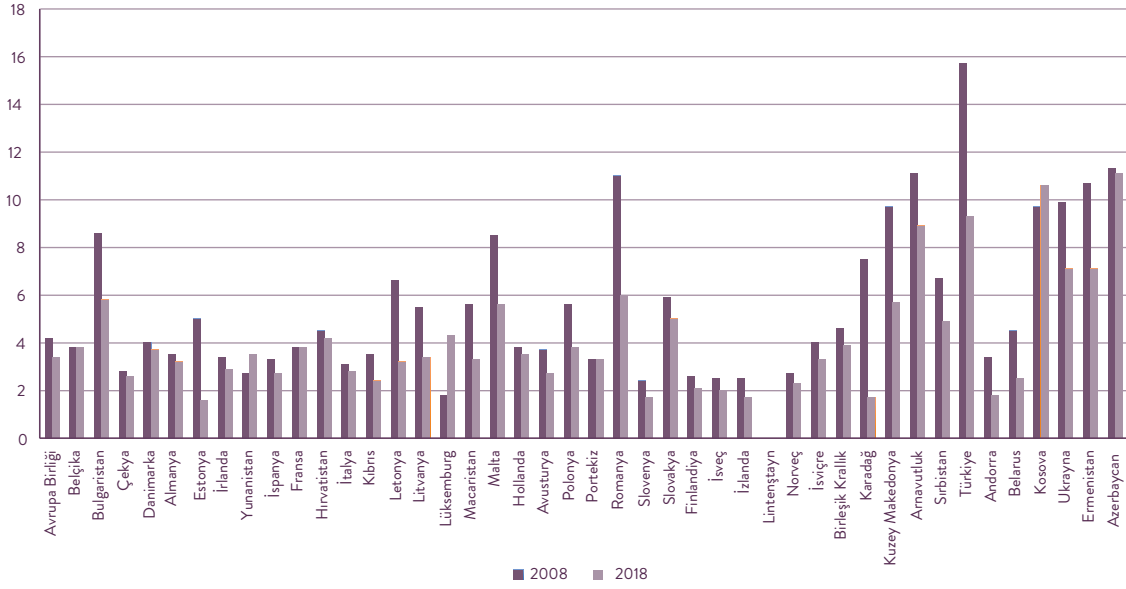
*Türkiye'deki her 37 Suriyeli çocuktan 1'i beşinci yaş gününe ulaşmadan ölmektedir.*

### ŞEKİL 2: TÜRKİYE'DE BEBEK ÖLÜM HIZI VE BEŞ YAŞ ALTI ÖLÜM HIZI



Kaynak: TÜİK 2019

### ŞEKİL 3: AVRUPA BİRLİĞİ VE BAZI ÜLKELERDE BEBEK ÖLÜM HIZI



Kaynak: EuroStat

Türkiye’de iller arasında bebek ölüm hızında önemli farklılıklar söz konusudur. 2019 yılında Karabük’te dünyaya gözlerini açan her bin bebekten yalnızca 3,0’ı bir yıl içerisinde yaşamını yitirmişken, Gaziantep’te her bin bebekten 16,2’si yaşamını yitirmiştir.<sup>34</sup> (Şekil 4)

Ülkemizdeki 2009-2016 yıllarını kapsayan bir çalışmada önlenebilir bebek ölümlerinin yanı sıra bölgeler arası eşitsizliklerin de arttığı gösterilmiştir.<sup>35</sup>

*Türkiye’de iller arasında bebek ölüm hızında önemli farklılıklar söz konusudur.*

### ŞEKİL 4: TÜRKİYE’DE İLLERE GÖRE BEBEK ÖLÜM HIZI



Kaynak: TÜİK



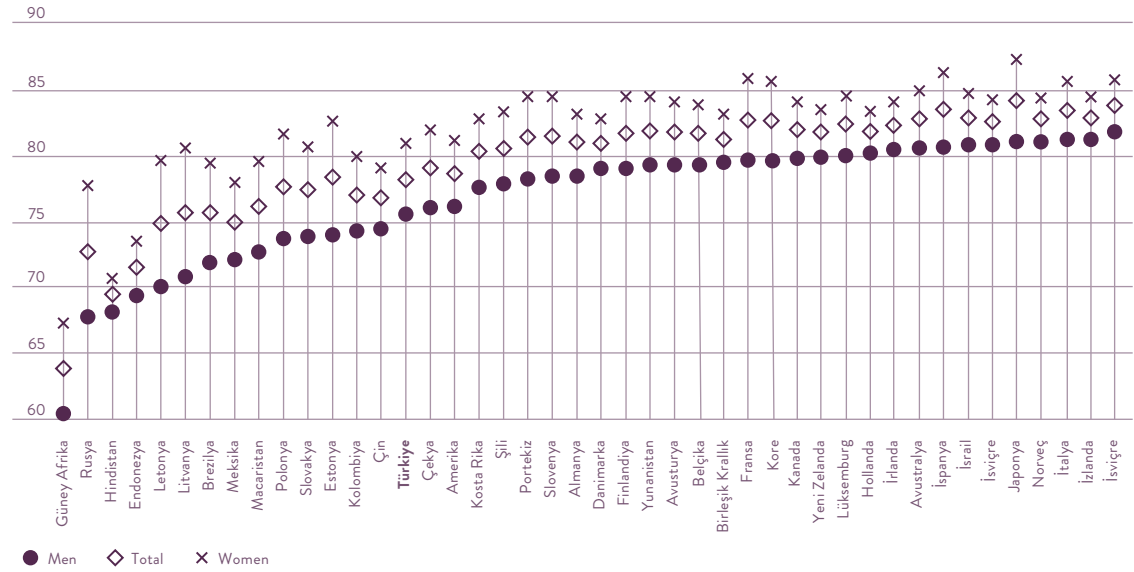
## DOĞUMDA BEKLENEN YAŞAM ÜMİDİ (DBYÜ)<sup>36</sup>

Türkiye'de doğumda beklenen yaşam ümidi TÜİK verilerine göre 2017-2019 döneminde toplam olarak 78,6 yıldır. Aynı dönemde DBYÜ erkeklerde 75,9 yıl, kadınlarda ise 81,3 yıldır.<sup>37</sup>

Türkiye OECD veri tabanına göre DBYÜ sıralamasında toplamda otuz, erkeklerde yirmi dokuz, kadınlarda ise otuz bir ülkenin gerisindedir.<sup>38</sup> (Şekil 5)

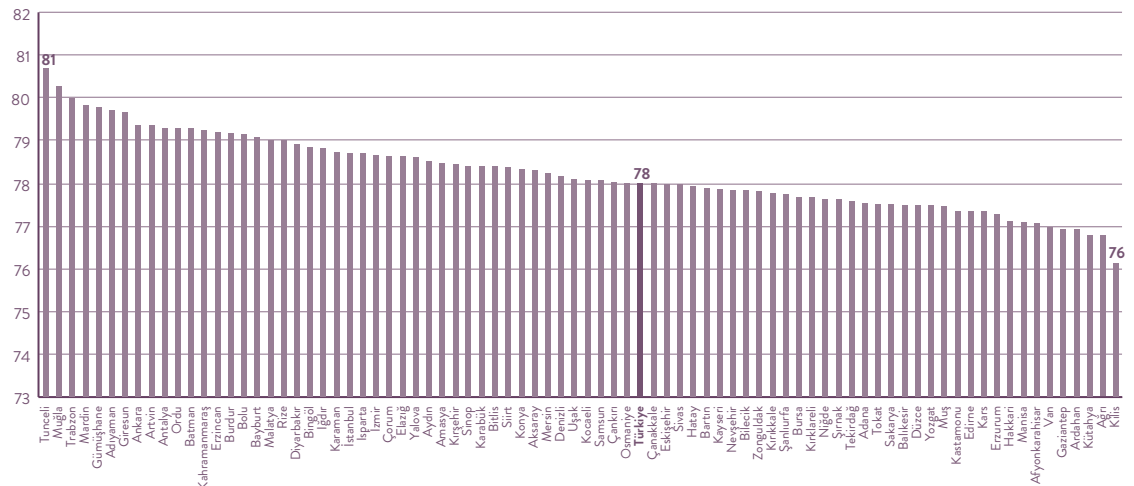
TÜİK tarafından illere göre en son 2015-2017 dönemine ait yayınlanan hayat tablolarına göre, iller arasında DBYÜ açısından büyük farklılıklar mevcut-

### ŞEKİL 5: OECD ÜLKELERİNDE DOĞUMDA BEKLENEN YAŞAM ÜMİDİ



Kaynak: OECD

### ŞEKİL 6: İLLERE GÖRE TOPLAM OLARAK DOĞUMDA BEKLENEN YAŞAM ÜMİDİ

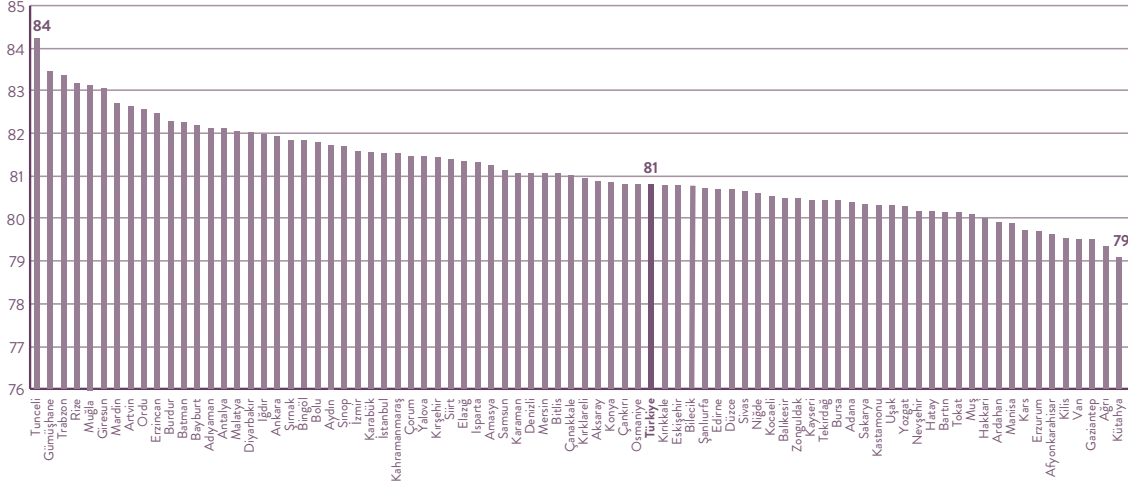


Kaynak: TÜİK, 2015-2017

tur; toplam olarak DBYÜ en yüksek 80,7 yıl ile Tunceli'deyken, en düşük 76,1 yıl ile Kiliş'tedir (Şekil 6). Bu dönemde dünyaya gözlerini Tunceli'de açan bir kız çocuğunun 84,2 yıl yaşaması beklenirken, Kütahya'da doğan bir kız çocuğunun 5,1 yıl daha az (79,1 yıl) ya-

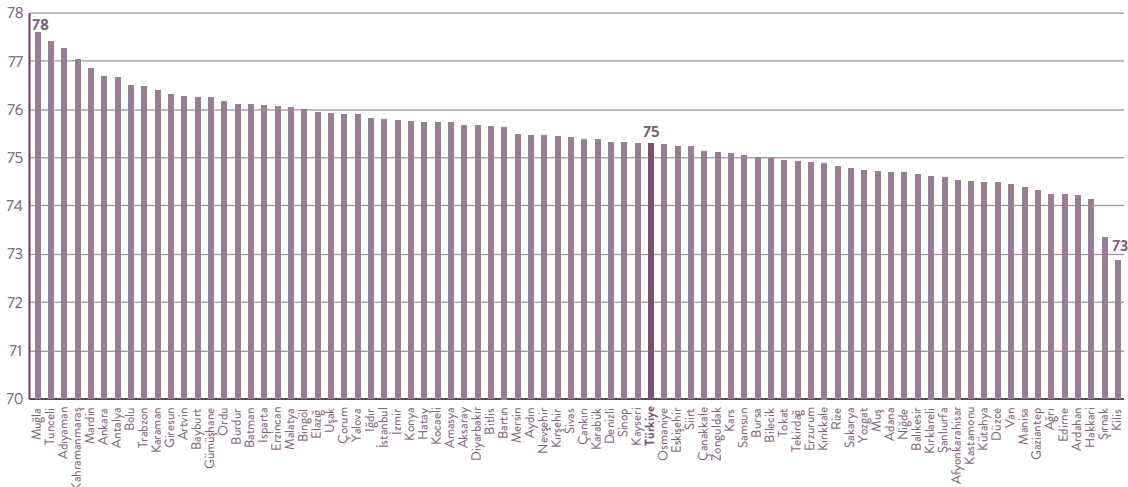
şamaması beklenmektedir (Şekil 7). Muğla'da doğan bir erkek çocuğunun 77,6 yıl yaşaması beklenirken, Kiliş'te doğan erkek çocuğu 4,7 yıl (72,9 yıl) daha az yaşamak beklentisi ile dünyaya gözlerini açmaktadır.<sup>39</sup> (Şekil 8)

### ŞEKİL 7: İLLERE GÖRE KADINLARDA DOĞUMDA BEKLENEN YAŞAM ÜMİDİ



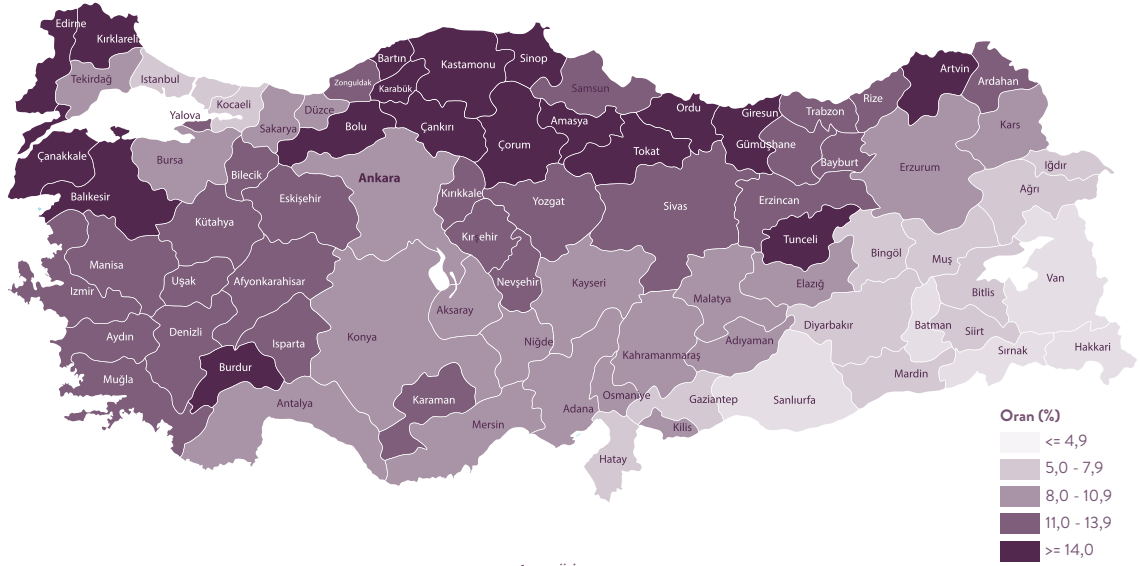
Kaynak: TÜİK, 2015-2017

### ŞEKİL 8: İLLERE GÖRE ERKEKLERDE DOĞUMDA BEKLENEN YAŞAM ÜMİDİ



Kaynak: TÜİK, 2015-2017

## ŞEKİL 9: İLLERE GÖRE 65 YAŞ VE ÜZERİ NÜFUSUN ORANI



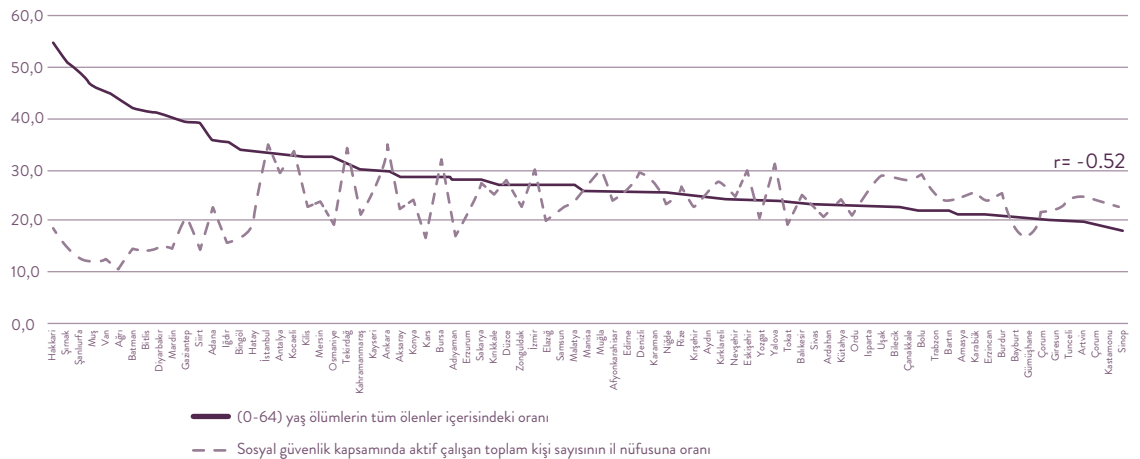
Kaynak: TÜİK, 2015-2017

ERKEN ÖLÜMLER<sup>40</sup>

Türkiye’de illere göre 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı arasında büyük farklılıklar söz konusudur. Bu oran; 2020’de Sinop’ta yüzde 19,8 iken Şırnak’ta yüzde 3,4’tür.<sup>41</sup> (Şekil 9) Bu büyük farklılığın nedenleri arasında, doğurganlık eğilimleri ve göçlerin yanı sıra erken ölümlerin görülme sıklığındaki farklılık da bulunmaktadır.

*Güvencesizlerde, erken ölüm oranları yüksektir.*

## ŞEKİL 10: SOSYAL GÜVENLİK KAPSAMINDA AKTİF ÇALIŞAN TOPLAM KİŞİ SAYISI İLE ERKEN ÖLÜMLERİN İLLERE GÖRE DAĞILIMI

Kaynak: Pala, K. *Yoksulluk ve Sağlık. Toraks Bülteni; 2019 (Aralık): 52-54*

Türkiye’de erken ölümlerle ilgili araştırmalar sınırlıdır. Tüm ölümler içerisinde 65 yaşın altında ölenlerin oranlarına bakıldığında (Şekil 10), bu oranlar ile sosyal güvenlik kapsamı altında aktif çalışan toplam kişi sayısının il nüfusuna oranı arasında, özellikle erken ölümlerin çok yüksek olduğu illerde negatif bir ilişki olduğu gözlenmektedir. Erken ölümler istihdamla ilişkilidir.<sup>42</sup> Güvencesizlerde, erken ölüm oranları yüksektir.

Erken ölümlerin oranının çok yüksek olduğu Hakkâri (yüzde 54,6), Şırnak (yüzde 51,1), Şanlıurfa (yüzde 49,2), Muş (yüzde 46,1) ve Van (yüzde 45,0) gibi illerde sosyal güvenlik kapsamı altında aktif çalışan toplam kişi sayısının il nüfusuna oranının çok düşük olması şartırtıcı değildir.

## SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİM

Ülkemizde sağlık hizmetine erişemeyen büyük bir nüfus söz konusudur. Sosyal Güvenlik Kurumu’nun resmi verilerine göre, 2019 yılında nüfusun yüzde 15’i sosyal güvenlik kapsamı içerisine alınamamıştır.<sup>43</sup> Sosyal güvenlik kapsamı içerisine alınamayanlardan gelir testi yaptırarak yoksul olduğunu kanıtlayanların bir bölümünün prim-

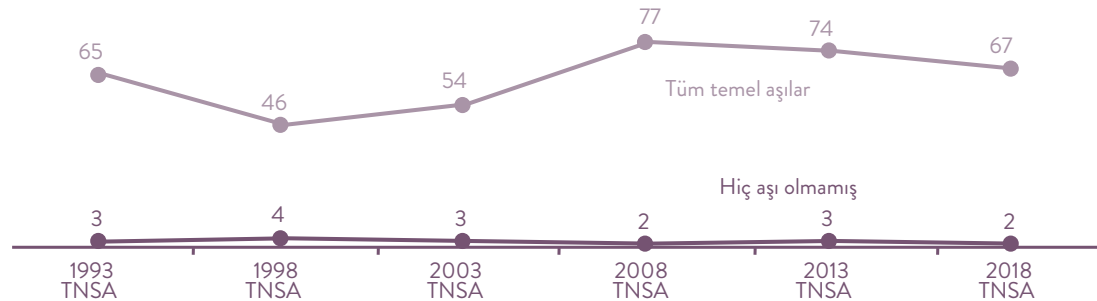
leri geçici olarak devlet tarafından ödendiği için Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamına alındığı bilinmekle birlikte; gelir testi yaptıramayan, yaptırdığı halde yeterince yoksul sayılmayan ve Genel Sağlık Sigortası kapsamında olduğu halde prim borcu olduğu için sağlık hizmetlerine erişemeyenlerin varlığı sağlıkta eşitsizlikler alanında önemli bir sorundur. Sayıştay’ın 2017 yılı SGK Denetim Raporuna göre, 7,2 milyon kişinin GSS prim borcu bulunmaktadır.<sup>44</sup> Buna göre Türkiye nüfusunun yüzde 10,2’si GSS kapsamı içerisine alınamamıştır.

Sağlıkla ilgili sosyal güvence kapsamı dışarısında kalan nüfusu bekleyen en

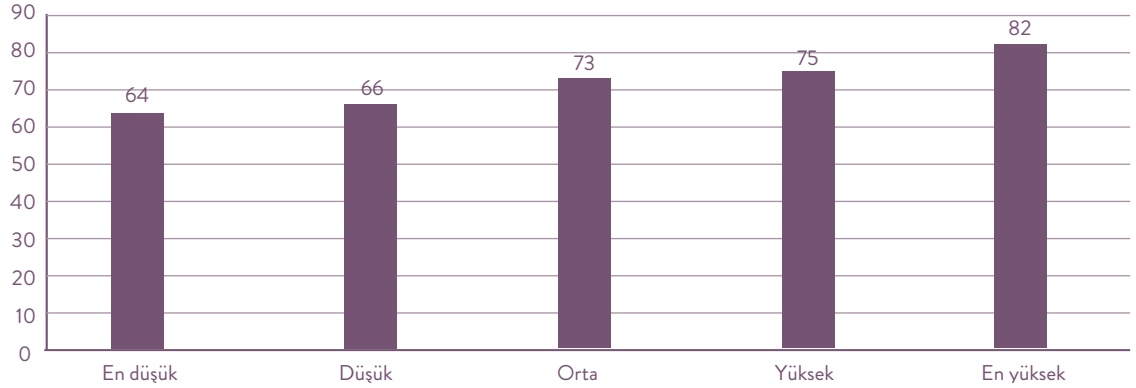
önemli sorun, sağlık hizmetlerine erişimin sağlanamamasıdır. Ülkemizde yoksulluk nedeniyle sağlık hizmetleriyle ilgili karşılanamayan gereksinim oranı yüzde 21,3 olarak tahmin edilmektedir.<sup>45</sup> Sağlık hizmetlerine erişim sorunu yaşayanlar arasında GSS kapsamı içerisinde yer alamayanlar ön sıradadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı bu konuda başarısız bir sınav vermiş ve ülkemizde rutin sağlık hizmetlerine erişim sorunu yaşayan hastalar nedeniyle acil servislere başvurunun büyük oranda artmasına yol açmıştır. GSS kapsamında olmayan yurttaşlar, tedavi edici sağlık hizmetleriyle ilgili gereksinimlerini karşılamak amacıyla ücretsiz başvuru

## Ülkemizde yoksulluk nedeniyle sağlık hizmetleriyle ilgili karşılanamayan gereksinim oranı yüzde 21,3 olarak tahmin edilmektedir.

ŞEKİL 11: TNSA ARAŞTIRMALARINA GÖRE TÜRKİYE’DE TAM AŞILI ÇOCUKLARIN ORANI



Kaynak: TNSA 2018

**ŞEKİL 12: HANE HALKI REFAH DÜZEYİNE GÖRE TAM AŞILI ÇOCUKLARIN ORANI**

*Araştırma tarihinden önceki herhangi bir zamanda aşılanmış olan 24-35 aylık çocukların yüzdesi, Kaynak: TNSA 2018*

***Acil servislere çok yüksek başvuru sayısı nedeniyle, Türkiye, tüm dünyada nüfusundan fazla acil servis başvurusu yapılan tek ülke konumundadır.***

yapılabildiği için kamu hastanelerinin acil servislerine başvurmak zorunda kalmış, bunun da etkisiyle ülkemizde acil servislere başvuru sayısı büyük bir artış göstermiştir. Sağlık Bakanlığı hastanelerine 2017 yılında 101 milyondan fazla acil hasta başvurusu gerçekleşmiş; acil muayenelerin toplam muayeneler içerisindeki oranı yüzde 28,4'e ulaşmıştır.<sup>46</sup> Acil servislere çok yüksek başvuru sayısı nedeniyle, Türkiye, tüm dünyada nüfusundan fazla acil servis başvurusu yapılan tek ülke konumundadır.<sup>47</sup>

Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişimle ilgili sorunlar tedavi edici hizmetlerle sınırlı değildir. Birinci basamakta sunulan koruyucu sağlık hizmetlerine erişimle ilgili de sorunlar mevcuttur. Örneğin tam aşıli çocukların oranında 2008 yılından sonra azalma gözlenmektedir (Şekil 11). Bunun yanı sıra hane halkı refah düzey-

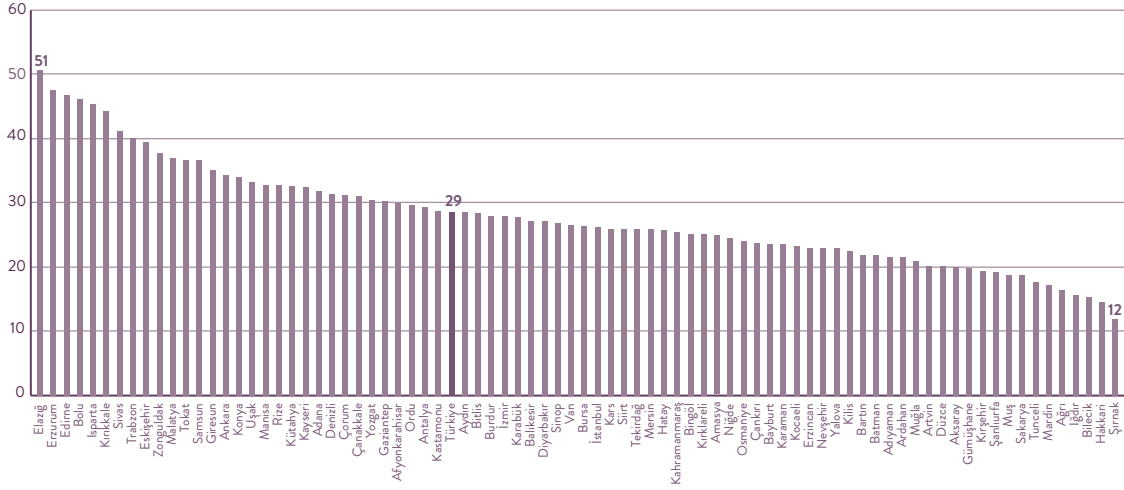
lerine göre tam aşıli çocukların oranları arasında büyük bir fark da söz konusudur.<sup>48</sup> (Şekil 12) Hane halkı refah düzeyi en yüksek yüzde 20'lik dilimde bulunan ailelerde tam aşıli çocukların oranı yüzde 82 iken bu oran hane halkı refah düzeyi en düşük yüzde 20'lik dilimde bulunan ailelerde yalnızca yüzde 64'tür.

#### **SAĞLIK HİZMETİ VERİLEN KURUMLAR**

Türkiye'de 2019 yılında 10 bin kişiye 28,6 hasta yatağı ve 4,8 yoğun bakım yatağı düşmektedir. Ancak iller arasında gerek hasta yatağı sayısı gerekse de yoğun bakım yatağı sayısı açısından büyük eşitsizlikler söz konusudur. Elazığ'da 10 bin kişiye 50,6 yatak düşerken, Şırnak'ta 10 bin kişiye düşen yatak sayısı yalnızca 11,9'dur (Şekil 13). Isparta'da 10 bin kişiye 9,7 yoğun bakım yatağı düşerken, Şırnak'ta 10 bin kişiye düşen yoğun bakım yatak sayısı yalnızca 1,3'tür.<sup>49</sup> (Şekil 14)

***Ancak iller arasında gerek hasta yatağı sayısı gerekse de yoğun bakım yatağı sayısı açısından büyük eşitsizlikler söz konusudur.***

### ŞEKİL 13: İLLERE GÖRE 10 BİN KİŞİYE DÜŞEN HASTA YATAĞI SAYISI



Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019

### ŞEKİL 14: İLLERE GÖRE 10 BİN KİŞİYE DÜŞEN YOĞUN BAKIM YATAĞI SAYISI (2019)



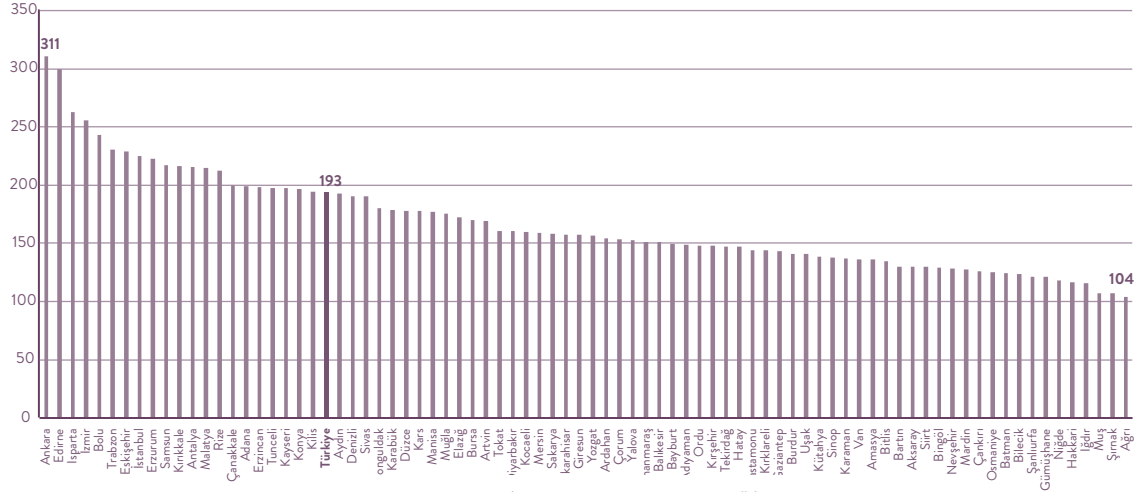
Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019

### SAĞLIK EMEK GÜCÜ

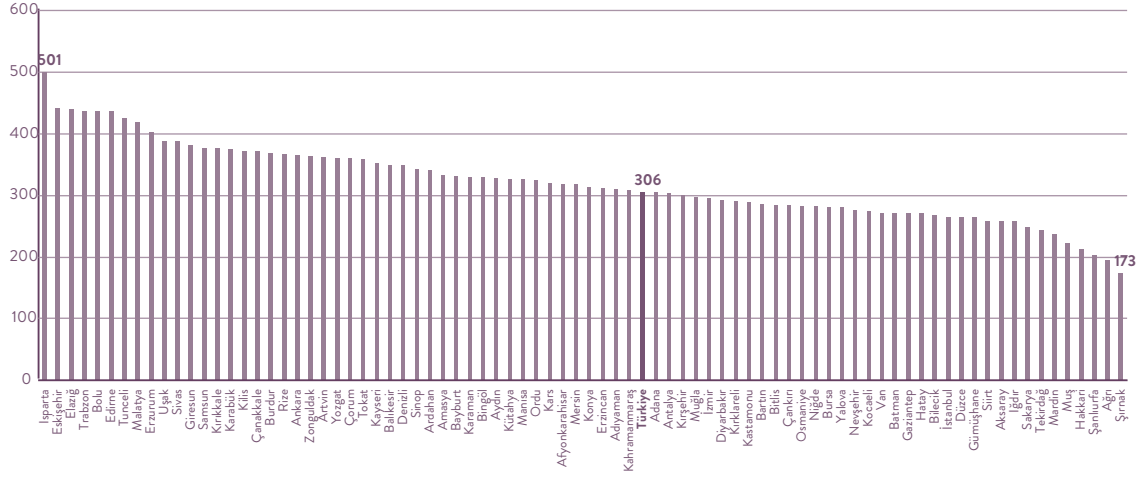
Türkiye’de sağlık çalışanlarının dağılımı açısından da büyük eşitsizlikler mevcuttur. Türkiye’de 100 bin kişiye düşen toplam hekim sayısı 193 iken, bu sayı Ankara’da 311, Ağrı’da ise 104’tür<sup>50,51</sup> (Şekil 15)

Türkiye’de 100 bin kişiye düşen toplam hemşire ve ebe sayısı 306’dır. Bu sayı Isparta’da 501 iken Şırnak’ta 173’tür<sup>52,53</sup> (Şekil 16)

*Türkiye’de sağlık çalışanlarının dağılımı açısından da büyük eşitsizlikler mevcuttur.*

**ŞEKİL 15: İLLERE GÖRE YÜZ BİN KİŞİYE DÜŞEN TOPLAM HEKİM SAYISI (2019)**

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019 ve TÜİK

**ŞEKİL 16: İLLERE GÖRE YÜZ BİN KİŞİYE DÜŞEN TOPLAM HEMŞİRE VE EBE SAYISI (2019)**

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019 ve TÜİK

## COVID-19 PANDEMİSİ SIRASINDA EŞİTSİZLİKLER

Bulaşıcı hastalıklar da diğer pek çok hastalıkta olduğu gibi, sınıf ayrımı gözetir. Bulaşıcı hastalıklardan yoksulların, yoksunların, göçmenlerin, sığınmacıların ve toplumun diğer dezavantajlı kesimlerinin daha fazla etkilenmesine yol açan temel etmen, kapitalist üretim ilişkileri içerisindeki sağlıkta eşitsizlikler ve emekçi sınıflar için sağlık hizmetlerinin yetersizliğidir.<sup>54</sup>

Sınıflar arasındaki eşitsizliğin sağlıksızlığı üretme yolları çok çeşitli ve oldukça karmaşıktır. Yoksul insanların daha fazla maruz kaldığı enfeksiyonlar, beslenme yetersizliği, kronik hastalıklar ve yaralanmalar gibi bedensel riskleri de doğrudan beraberinde getiren olumsuz maddi koşullar; gecikmiş veya bozuk kavramsal ya da sosyal gelişim gibi kişisel gelişim temelli sorunlar; toplumsallaşma, iş yaşamına hazırlanma ve aile yaşamı benzeri toplumsal sorunlar; ayrıca, bir araya gelerek bileşik bir etki yaratan tüm bu etmenler arasındaki etkileşim,

farklı yaşlarda çeşitli hastalıkların önünü açmaktadır. Hastalık nedenleri arasında, yaşamın herhangi bir bölümünde alınan tıbbi yardımın yetersiz kalması da bulunabilir ve tıbbi yardıma ulaşma konusunda en büyük güçlüğü yine en yoksul kesimler ya da cinsiyet, etnik köken, engellilik gibi başlıklarda ezilen tarafta yer alanlar hisseder.<sup>55</sup> Eşitsizlikler, emekçi sınıfların yaşam koşullarına bağlı olarak bulaşıcı hastalıkların salgına dönüşmesine yol açabildiği gibi, bundan bağımsız olarak COVID-19 pandemisi sırasında da gözleendiği üzere, salgınların ortaya çıkması durumunda sosyal sınıflar arasındaki etkilenim farklılıklarını da gözler önüne serer.

Yapısal ırkçılığın salgınlar sırasındaki korkunç etkileri, COVID-19 pandemisi sırasında da gözlenmiştir. Hem ABD’de hem de Birleşik Krallık’ta siyah ve Latin Amerikalılar ile Asyalı ve azınlık etnik gruplarda COVID-19 ölüm hızı beyazlarla karşılaştırıldığında daha yüksektir. Elde edilen bilgiler, diğer birçok hastalıkta olduğu gibi işçi sınıfının; yoksullar, yoksunlar, göçmenler ve sığınmacıların COVID-19 hastalığından da daha fazla etkilendiğini göstermektedir.<sup>56</sup>

COVID-19 pandemisinin ülkeler içindeki sonuçları sınıfsal farklılıklar göstermektedir. COVID-19 hastalığına yakalanma ve buna bağlı ölüm sıklıklarının dü-

şük gelirli sınıflarda yüksek gelirli sınıflara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.<sup>57</sup> Toplumsal eşitsizlik ile COVID-19 hastalığıyla ilişkili ölümler arasında güçlü pozitif bir ilişki görülmektedir. Hane halkı geliri yüksek olan bölgelere göre en fazla ırksal/etnik azınlık oranına sahip, en çok yoksulluk içinde yaşayan ve eğitim düzeyi en düşük olanların yaşadığı bölgelerde COVID-19 ile ilişkili hastaneye yatış ve ölüm oranları daha yüksektir.<sup>58</sup> Bu koşullarda toplumsal eşitsizliklerin zamanla artacağı da kesindir. Toplumsal ve örgütsel/üretimsel değişimlerin uygulanmaması halinde, eşitsizlikleri yaşamakta olanlar için çok daha kötü sonuçların ortaya çıkabileceği ihtimali beklenmelidir.<sup>59</sup>

Salgınların sonuçları, başta ölüm hızları olmak üzere bulaşıcı hastalık salgınları sırasındaki sağlık göstergelerinin farklılıklarına göre değerlendirildiğinde, biyomedikal risk etmenlerinin tek başına bu sonuçları açıklamakta yetersiz kaldığı açıktır. Salgınların yükü sosyal sınıflarla doğ-

rudan bağlantılıdır. Sağlıkta eşitsizlikler bulaşıcı hastalık salgınları sırasında daha da derinleşmekte, yoksullar ve yoksunlar salgınlardan daha olumsuz etkilenmekte, daha yüksek oranda hastalanmakta ve ölmektedir. Bu nedenle salgınlara karşı hazırlık planları, toplumsal eşitsizliklerin nasıl azaltılacağına ilişkin tartışmaları mutlaka içermelidir.

---

***COVID-19 hastalığına yakalanma ve buna bağlı ölüm sıklıklarının düşük gelirli sınıflarda yüksek gelirli sınıflara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.***

---



# TÜRKİYE İÇİN NASIL BİR SAĞLIK SİSTEMİ: POLİTİKA ÖNERİLERİ

Önceki bölümlerde sağlıkta eşitsizliklerin *sağlığın (sosyal) belirleyicileri ve sağlık sistemi ile doğrudan ilişkili olduğu* vurgulanmıştı. Bu durumda, sağlıkta eşitsizlikleri azaltmak için kişilerin doğduğu, büyüdüğü, çalıştığı, yaşadığı ve yaşlandığı koşulları iyileştirmek ve sağlık hizmetlerine erişimin önündeki bütün engelleri ortadan kaldıracak bir sağlık sistemini hayata geçirmek gerekmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü, Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu sağlık tanımına uygun bir hayatı yaşayabilmek için günlük yaşam koşullarını iyileştirmek (doğum, yetişme çağı, yaşam, iş ve yaş), bu koşulları iyileştirmek isteyenlerin savaşımına katkı vermek (güç, gelir ve kaynakların dağılımı), sorunu ölçmek, eylemi değerlendirmek ve ek araştırmalara yönelmek gerektiğini vurgulamaktadır.<sup>60</sup>

Sağlığın sosyal belirleyicileri esas olarak küresel kapitalizm ile ilgilidir, sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilgili politika önerileri kapitalizmin sorgulanmasını ve eşitlikçi yönetsel sistemlerin aranmasını gerektirir; bu nedenle değişik disiplinlerden birçok bilim insanının bir araya gelerek hazırlayabileceği başka bir çalışmanın konusudur ve bu metinde sağlık çalışanlarının rolü dışında değinilmeyecektir.

Sağlık sisteminin yapı taşlarının eşitsizlikleri ortadan kaldıracak biçimde düzenlenmesi gerekir.

Türkiye’de 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) adıyla yürürlüğe konulan neoliberal sağlık reformları, temel olarak, sağlık hizmetlerinin finansmanının genel sağlık sigortası ile sağlanması, kamusal birinci basamağın tasfiye edilerek sağlık ocaklarının kapatılması ve bunun yerine birinci basamağın özelleştirilmesi yaklaşımına uygun bir aile hekimliği modeline geçilmesi ve kamu hastanelerinin işletme haline dönüştürülerek piyasalaştırılması uygulamalarını içermektedir.<sup>61</sup>

Bu uygulamaları bir bütün olarak “sağlığın ticarileştirilmesi” biçiminde adlandırmak yanlış olmayacaktır.

SDP’nin 2003 yılında uygulamaya konulmasının ardından geçen süre içerisinde başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere, Dünya Bankası ve OECD gibi uluslararası kuruluşlar tarafından da dile getirilen Türkiye’de

toplum sağlığı göstergelerinde iyileşme olduğu iddiası, bilimsel kanıtların ışığında geçersizdir. Her ne kadar SDP'nin başarılı olduğunu gösterebilmek için sağlık istatistikleri çarpıtılmış olsa da elde edilebilen veriler SDP'nin, öncesindeki döneme göre kayda değer bir iyileştirme gerçekleştirmediğini ortaya koymaktadır. Türkiye bugün başta doğumda beklenen yaşam ümidi süresi olmak üzere, bebek ölüm hızı, sağlık hizmetlerine erişim, aşılama oranları, bulaşıcı hastalıklar, tarama programları ve sağlık hizmetine özgü kalite göstergelerinde gelişmiş ülkelerin epeyce gerisindedir.<sup>62</sup>

Türkiye'nin toplum sağlığı göstergelerinde iyileşme sağlanabilmesi için, SDP'den vazgeçilmesi ve Türkiye'de yaşayan her yurttaşın herhangi bir engele takılmaksızın gereksinimi olan sağlık hizmetlerine (sağlığı geliştirici, koruyucu, tedavi edici ve esenlendirici (rehabilitasyon) hizmetlerin tamamı) kolaylıkla erişiminin sağlanabileceği bir sağlık sisteminin ivedilikle hayata geçirilmesi gerekmektedir.

SDP'nin eşitlikçi olmayan ve hakkaniyete dayanmayan yapısı özellikle yoksul ve dar gelirli yurttaşlarımızı olumsuz etkilemektedir.

Sağlığın ticarileştirilmesine odaklanmış bu programın sağlık alanında yaşanan eşitsizlikleri azaltması beklenmemelidir.<sup>63</sup>

İnsanlığın, sağlığı gerçekten hak olarak benimseyecek ve sağlık hakkının tüm bileşenlerini herkese sağlayabilecek eşitlikçi küresel bir düzene ve temel sağlık hizmetleri eksenine oturtulmuş kamucu bir sağlık sistemine duyduğu gereksinim sürmektedir.<sup>64</sup>

Sağlık sisteminin her bir yapı taşının sağlıkta eşitsizlik oluşmasında ve/veya eşitsizliğin azaltılmasında bir ölçüde payı olabilir. Bu nedenle sağlık sisteminin yapı taşlarının eşitsizlikleri ortadan kaldıracak biçimde düzenlenmesi gerekir. Bu yazıda Türkiye'de sağlık sistemi

için politika önerileri sağlıkta eşitsizliklerin azaltılması bağlamında ele alınmış ve bu bağlamla ilgili olarak sınırlı tutulmuştur.

## **SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ VE YÖNETİMİ**

Türkiye'de sağlık hizmetleri güçlü bir birinci basamak odağında örgütlenmeli, sağlık hizmetleri toplumun gereksinimlerine uygun olarak bölgesel ve sınıfsal eşitsizliklere yol açmayacak biçimde sunulmalıdır. Bu bağlamda birinci basamağın yeniden yapılandırılması ve birinci basamak hekimlerinin (kısa erimde) en çok

2 bin kişiden sorumlu olacağı, birinci basamak hizmetlerin ise ekip olarak sunulacağı bölge tabanlı bir düzenleme yapılmalıdır.

Sağlık örgütünün nüfusu düşük olan kırsal alanda (bin kişiden az) en uçtaki birimi "Sağlık Evi" olmalıdır. Sağlık örgüt yapısının odağında ise hem kırsal alanda hem de kentsel alanda "Sağlık Ocağı" yer almalıdır. Sağlık evlerinde bir/iki ebe ya da hemşire görevlendirilmeli; sağlık ocaklarında ise (Her 10-

30 bin kişi için bir sağlık ocağı) hizmet edilecek nüfusun büyüklüğüne göre temel sağlık hizmeti sunacak bütün ekip üyeleri (hekim, diş hekimi, eczacı, hemşire, ebe, psikolog, diyetisyen, sağlık memuru, çevre sağlığı teknisyeni, sürücü, temizlik görevlisi vb.) yeter sayıda görevlendirilmelidir. Sağlık evlerinde temel olarak ev ziyaretleri ile risk altındaki nüfus (gebelere, bebeklere, çocuklar, 15-49 yaş kadınlar, sakatlar, yaşlılar vb.) izlenmeli ve gerektiğinde önlemler alınarak istenmeyen sağlık etkileri engellenmelidir. Sağlık ocaklarında ise birinci basamak sağlık hizmetlerine odaklanmış bir hizmet anlayışı benimsenmelidir.

224 Sayılı Yasa ile 1961'de kurulan ve AKP döneminde kapatılan sağlık ocakları, koruyucu ve birinci basamak

iyileştirici hizmetlerin bütünleşik (entegre) bir biçimde bir arada sunulduğu hizmet birimleriydi. Sıtma, frengi, lepra, trahom ve verem gibi farklı hastalıklarla mücadelenin yanı sıra ana sağlığı, çocuk sağlığı gibi farklı nüfus gruplarına götürülmekte olan her türlü sağlık hizmeti de dar bölgede çok yönlü hizmet sunumu anlayışı ile sağlık ocaklarında verilir. Sağlık ocağı iyi bir yatay örgütlenme modeliydi. Sağlık ocakları, belirli bir nüfusun yaşadığı coğrafi bölgedeki sağlık hizmetlerinin, halk sağlığı bilim ve sanatının ışığı altında yürütüldüğü tıbbi ve sosyal bir kurum olarak yeniden hayata geçirilmelidir.

Kentsel alanda ilk basamak sağlık ocakları olmalıdır. Kırsal alanda sağlık evleri ile yürütülen ev ziyaretleri, kentsel alanda da sürdürülmelidir. Bu amaçla, her 1500/2000 kişi için bir ebe ya da hemşire sağlık ocaklarında görevlendirilmelidir. Kentlerde kadınların da işgücüne yüksek oranda katılması nedeniyle ev ziyaretlerinin etkin biçimde gerçekleştirilemediği durumlarda, yurttaşları çalıştıkları işyerlerinde ve çocukları okullarda sağlık açısından izleyecek bir sistem kurulmalıdır. Bu amaçla sağlık ocaklarının okul sağlığı ve işçi sağlığı alanında da hizmet sunmak üzere görevlendirilmesi uygun olabilir.

Sağlık ocaklarında tedavi edilmesi olanaklı olmayan hastalar için ilçe “kamu sağlık merkezleri” kurulmalıdır. Bu merkezlerde ayakta tedavi edilmesi gereken hastalar için gereksinim duyulan tanı/tedavi donanımı sağlanmalı; uzman sağlık insan gücü de (çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, iç hastalıkları uzmanı, genel cerrahi uzmanı, kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, psikiyatri uzmanı vb.) görevlendirilmelidir. İlçe nüfuslarının fazla olması halinde, birden fazla merkez kurulabilir. Merkezlere ve gereksinim duyulduğunda hastanelere başvuru için sevk zorunluluğu getirilmelidir.<sup>65</sup>

Bugün Türkiye’de devlet hastanelerine başvuran hastaların yüzde 5’inden daha azı yataklı tedaviye gereksinim duyan hastalardan oluşmaktadır. İlçelerde (illerdeki merkez ilçeler de dahil olmak üzere) kurulacak sağlık merkezleri ve sevk zorunluluğu ile hastanelerdeki hasta yığılmasını önlemek olanaklıdır. Yatarak tedavi edilmesi gereken hastalar, sağlık ocaklarından doğrudan ilçe ya da il devlet hastanelerine sevk edilebilmelidir.

Kamu hastaneleri hem ikinci hem de üçüncü basamakta nüfusa göre hizmet sunacak biçimde örgütlenmelidir. Hastanelere başvuru sırasında acil olgular dışında sevk zorunluluğu aranmalıdır.

Örgütlenmede üzerinde durulması gereken en önemli konulardan birisi de sağlık hizmetlerinin iyi yönetimidir. Sağlık yönetimi sağlık hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, işletilmesi, eşgüdümü, denetlenmesi ve değerlendirilmesi işlerinin bütünüdür. Sağlık yönetiminin bütün işlevlerinin, örneğin sağlık hizmetleri planlanırken dezavantajlı grupların öncelikle ele alınması ve yaşam alanlarında belli aralıklarla ziyaret edilmesi gibi, sağlıkta eşitsizlikleri azaltacak biçimde düzenlenmesi gerekir.

## SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Sağlık hizmetlerinin finansmanında sigorta sisteminde vazgeçilmeli, harcamalar merkezi ve yerel kamu bütçesinden yapılmalıdır. Türkiye’de yaşayan her yurttaşın sağlık güvencesi kapsamı altına alınabilmesinin tek yolu budur.

*Sağlık Bakanlığı bütçesini  
giderek daha yüksek  
oranda rehin altına alan  
kamu-özel ortaklığı  
girişimleriyle yapılmış  
şehir hastaneleri ivedilikle  
kamulaştırılmalıdır.*

Sağlık hizmeti almak için yalnızca kimlik belgesini göstermek yeterli olmalı, başvuru sırasında yurttaşlardan hiçbir ücret (katkı payı, katılım ücreti vb.) istenmemelidir.

Türkiye’de SDP ile birlikte özel sağlık hizmet sunucularına yapılan yatırım, özel sağlık hizmet sunucularına olan talebi ve harcamayı da artırmıştır. 2002 yılında özel hastanelere yapılan kişi başı müracaat sayısı toplam müracaatların yüzde 5’i iken 2018 yılında 3 kat artarak müracaatların yüzde 15’ine, yüzde 12,2 olan özel sektör hastane harcaması payı ise yüzde 19’a ulaşmıştır. Ticari amaç güden özel sektörün daha pahalı hizmet sunması kaçınılmazdır. 2018 yılında özel sektör ikinci basamak sağlık tesislerine yapılan bir müracaatın Sosyal Güvenlik Kurumu’na maliyeti 115 TL iken, devlet ikinci basamak sağlık tesislerinin müracaat başına maliyeti yalnızca 52 TL’dir. 2018 yılında özel sektörden alınan hizmetlerin devlet hastanelerinden karşılanması durumunda Sosyal Güvenlik Kurumu’nun 5,1 milyar TL tasarruf etmesi söz konusu olabilirdi.<sup>66</sup>

Kamu (örgütlenme tercihinin göre Sağlık Bakanlığı ya da Sosyal Güvenlik Kurumu), özel sektörden hizmet satın almaya son vermeli; yurttaşların gereksinim duyduğu bütün hizmetler sağlık evi, sağlık ocağı, devlet hastaneleri ve kamu tip fakülteleri hastanelerinden sağlanmalıdır.

Sağlık Bakanlığı bütçesini giderek daha yüksek oranda rehlin altına alan kamu-özel ortaklığı girişimleriyle yapılmış şehir hastaneleri ivedilikle kamulaştırılmalıdır.

## SAĞLIK EMEK GÜCÜ SÜRECİ

Sağlık emek gücü kamucu bir sağlık sistemi ile toplum demografik özellikleri ve mevcut/gelecek gereksinimlerine göre yeniden planlanmalı, niteliği gözetilecek biçimde yetiştirilmeli ve istihdam edilmelidir. Bu amaçla atılacak ilk adım, konunun uzmanlarıyla birlikte Türkiye’nin sağlık insan gücü planlamasının yapılması olmalıdır. Planın yapılmasının ardından, bütün sağlık çalışanları için eğitim kurumlarının standardizasyonu sağlanmalıdır. Personelin yetiştirilmesi bugün olduğu gibi yalnızca mezuniyet öncesi eğitimle sınırlı olarak ele alınmamalı; mezuniyet sonrası sürekli eğitimde kurumsallaştırılması sağlanmalıdır.

Sağlık personelinin Türkiye’nin her yerinde istihdamının sağlanması açısından, özlük hakları ile ilgili düzenleyici önlemler alınmalı; sözleşmeli çalışma yerine iş güvencesi olan kadrolu çalışma biçimi benimsenmeli-

dir. Çalışanların sendikal örgütlenmelerinin önündeki engeller kaldırılmalı; kamudaki sağlık çalışanlarının tümünün tam gün çalışması sağlanmalıdır.

Dünya Tabipler Birliği hekimlik uygulamalarında sağlığın sosyal belirleyicilerinin önemini vurgulamakta ve sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasında hekimlerin kimi rolleri üslenebileceğini savunmaktadır.<sup>67</sup>

Hekimlerin yanı sıra hekim örgütleri de hükümetlerin sağlıkta eşitsizliği iyileştirmek konusunda bir politika geliştirmesi ve gerekli önlemler alması için teşvik edilmesi amacıyla uğraş verebilir ve bu konuda kamuoyu baskısı oluşturulmasını sağlayabilir.<sup>68</sup>

Sağlığın sosyal belirleyicileri hem yaşam kalitesine hem de sakatlık olmaksızın geçen yaşam süresine büyük ölçüde etki eder. Tarihsel olarak hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının rolü ağırlıklı olarak hastalıkların tedavi edilmesidir. Buna bağlı olarak, sağlık çalışanları, hastalık nedeni olarak bilinen sigara, alkol ve şişmanlık gibi bireysel maruziyetlerin önlenmesi için de çaba harcarlar. Ancak bu bireysel maruziyetlere yol açan hastalık nedenlerinin arka planında çoğu kez “nedenlerin nedeni” olarak bilinen sağlığın sosyal belirleyicileri yer alır.

Nedenlerin nedeni ile baş etmek için sağlık çalışanlarının bu alanda kendilerine bir rol biçmeleri önemlidir. Hekimler ve diğer sağlık çalışanları yalnızca sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilgili farkındalığı artırmak için değil, aynı zamanda sağlık alanındaki eşitsizliklerin azaltılması için mücadele etmek işlevi de üstlenebilirler.

## BİLİMSEL BİLGİNİN ÜRETİMİ

Sağlıkta eşitsizliklerin azaltılması bağlamında bilimsel bilgi üretiminin önemi yadsınmaz. Öncelikle sağlıkta eşitsizlikleri görünür kılacak araştırmaların sağlık sistemi tarafından hem güdülenmesi hem de desteklenmesi sağlanmalı, bilimsel bulgular ışığında ortaya çıkartılan durum saptama raporları, sağlık hizmetleri planlanırken yol gösterici olmalıdır.

Eşitsizliklerin azaltılmasına yönelik faaliyetler sorunun gerçek boyutuna dair bilginin toplanması için ak-

tif araştırmaların yapılmasını gerektirir. Uygun sağlık istatistikleri ve sosyal istatistiklerin toplanması ve kötü sağlık düzeyini yaratan sosyal olayların analizi ile toplumdaki dezavantajlı grupların sistematik olarak belirlenmesi gerekir. Sağlık hizmetlerinde eşitlik politikaları uygun araştırma, izleme ve değerlendirmeye dayandırılmalıdır.<sup>69</sup>

Ulusal sağlık bilgi sistemi sağlık eşitsizliklerini izleyecek biçimde düzenlenmeli, *sosyal sınıf* bağımsız bir değişken olarak bütün çalışmalarda ele alınmalıdır.

### TIBBİ ÜRÜNLER VE TIBBİ TEKNOLOJİNİN KULLANIMI

Devlete ait sağlık kuruluşlarının gereksinimleri olanaklar ölçüsünde devletin kendi kurumları tarafından karşılanmalıdır. Bu amaçla, Türkiye'de kamu sektörü ivedi olarak aşı üretmeye başlamalı, 2011 yılında AKP tarafından kapatılan Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü özerk bir yapı ile yeniden açılmalıdır. Sağlık Bakanlığı temel ilaçların ve sık tüketilen tıbbi malzemelerin üretilmesi amacıyla ilaç ve tıbbi malzeme üreten fabrikalar kurmalıdır.

Özel sektörden satın alınacak ilaç ve tıbbi malzemeler ise, bugün olduğu gibi tek tek hastaneler tarafından değil, Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulacak (Sağlık Malzeme Ofisi gibi) bir kurum tarafından kamuya açık saydam satın alma süreçleriyle sağlanmalı ve yurt çapında sağlık kuruluşlarına dağıtılmalıdır.

### SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU

Mevcut kanıtlar, sağlık hizmetlerinde özel sektörün önemli bir rolü olabileceğini desteklememektedir. Özel sağlık hizmeti sunucularının aleyhine olan kanıtlar göz önüne alındığında, piyasalaştırılmış bir sağlık hizmeti modelinin neden halen aşamalı olarak tanıtıldığı ve uygulamaya konulmaya çalışıldığı sorusu gündemdeki yerini korumaktadır. Söz konusu kanıtların anlaşılmasının eksikliği, kişisel çıkarlar ya da ideolojik inançlar bunda etkili olabilir. *Sağlık sistemleri kamu tarafından finanse edilmeli ve sağlık hizmeti sunumu kamu tarafından sağlanmalıdır.* Sağlık hizmetlerinin piyasaya bırakılması hem zengin hem de yoksullar için vasatın altında bir sağlık bakımı ile sağlık alanında eşitsizlik ve sömürü olasılığını artırmaktadır.<sup>70</sup>

Kamunun yurttaşların bütün sağlık gereksinimlerini karşılayabilecek ölçüde tüm basamaklarda sağlık hizmet sunumunu hayata geçirmesi esastır. Bu amaçla hem sağlık hizmeti sunan kuruluşların hem de sağlık emek gücünün yurt çapında nüfusa göre eşit dağılımını sağlayacak bir düzenleme yapılmalı, eşitsizlikler giderilmelidir.

Türkiye'de sağlık hizmetleri kamu sağlık kuruluşlarının yanı sıra özel sektör tarafından da sunulabilir. Ancak devlet özel sektörden hizmet satın almamalıdır.

***Sağlık Bakanlığı temel ilaçların ve sık tüketilen tıbbi malzemelerin üretilmesi amacıyla ilaç ve tıbbi malzeme üreten fabrikalar kurmalıdır.***

***Sağlık sistemleri kamu tarafından finanse edilmeli ve sağlık hizmeti sunumu kamu tarafından sağlanmalıdır.***

*Sağlık sistemi için politika önerileriyle ilgili özet olarak, SDP'den vazgeçilmeli; Türkiye'de her yurttaşın sağlık*

*hakkının sağlanması için kamucu, eşit, ücretsiz ve ulaşılabilir bir sağlık sistemi ivedilikle hayata geçirilmelidir.* Böyle bir sağlık sisteminin finansmanı ve her yurttaşın gereksinim duyduğu sağlık hizmeti sunumu tüm basamaklarda kamu tarafından sağlanmalıdır. Sağlık hizmetleri güçlü bir birinci basamak odağında belirli bir coğrafi alanda nüfusa göre örgütlenmeli, tedavi edici hizmetler için acil durumlar dışında sevk zorunlulu-

ğu getirilmelidir. Sağlık emek gücü kamucu bir sağlık sistemi ile toplumun demografik özelliklerine göre yeniden planlanmalı, niteliği gözetecek biçimde yetiştirilmeli ve lisans eğitimini başarıyla bitiren her sağlık çalışanı kendisine uygun sağlık kuruluşlarında istihdam edilmelidir. Türkiye kamu kaynaklarıyla ivedi olarak yeniden aşı ve temel ilaçları üretmeye başlamalıdır.<sup>71</sup>

# NOTLAR

- 1 Pala, 2015a
- 2 World Health Organization 2006
- 3 Whitehead, 2001
- 4 Nalçacı, Hamzaoğlu & Özalp, 2006
- 5 Whitehead, 2001
- 6 A.g.e
- 7 Pala 2012, 2015a
- 8 TÜİK, 2013
- 9 Şimşek & Kılıç, 2012
- 10 World Health Organization, 2017a
- 11 World Health Organization, 2008
- 12 Özkan, 2019
- 13 Pala, 2015a
- 14 World Health Organization, 2008
- 15 World Health Organization, 2017b
- 16 Yenimahalleli Yaşar, 2018
- 17 Whitehead, 2001
- 18 Bkz. M. Shaw, Dorling, D., & Smith, G. D. (2009). *Yoksulluk, toplumsal dışlanma ve azınlıklar*. In M. Marmot & R. G. Wilkinson (Eds.), *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*. İNSEV Yayınları; Kawachi, I., & Kennedy, B. P. (2006). *The Health of Nations: Why Inequality Is Harmful to Your Health*. The New Press.
- 19 Bkz. M. Marmot, Allen, J., Goldblatt, P., Boyce, T., McNeish, D., vd. (2010). *Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review: Strategic review of health inequalities in England post-2010*.
- 20 Sosyal dışlanma riski taşıyan insanlar sosyal transferlerden sonra yoksulluk riski altında bulunan, ciddi derecede mahrum bırakılmış veya çok düşük iş yoğunluğu olan hanelerde yaşayan kişiler olarak tanımlanmaktadır.
- 21 Eurostat, 2019
- 22 TÜİK, 2020a

- 23 World Health Organization, 2017c
- 24 World Health Organization, 2013
- 25 Şimşek & Kılıç, 2012
- 26 World Health Organization, 2015
- 27 Pala, Türkkkan ve Gerçek, 2010
- 28 Hamzaoglu, 2020
- 29 Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2014
- 30 Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2019b
- 31 TNSA'ya göre 2013 yılında binde 13 olan bebek ölüm hızının, TÜİK'e göre aynı yıl binde 10,8 olması dikkat çekicidir. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığında ise 2013 yılında bebek ölüm hızı binde 7,8 olarak yayınlanmıştır.
- 32 Türkiye İstatistik Kurumu, 2020
- 33 Eurostat, 2020
- 34 Türkiye İstatistik Kurumu, 2020
- 35 Hamzaoglu, 2020
- 36 Doğumda beklenen yaşam ümidi, ülkelerin sosyo-ekonomik koşullarının değerlendirilebilmesi açısından çok önemli bir göstergedir. Kişinin doğduktan sonra, eğer yaşadığı toplumdaki güncel ölüm eğilimi benzer bir biçimde sürerse, ortalama olarak kaç yıl yaşamasının beklendiğini gösteren önemli bir sağlık durumu göstergesidir. DBYÜ en çok erken ölümlerin önlenmesinden olumlu olarak etkilenir. Erken ölümlerin önlenmesi, ölümlerin yılına ve nedenine bağlı olarak uygulamaya konulacak çok sektörlü politikalarla ilişkilidir. Örneğin sağlık personeli eliyle gerçekleştirilen doğumların artması, doğuma bağlı erken ölümleri büyük ölçüde önleyebilirken; hava kirliliği nedeniyle akciğer kanserine yakalananların erken ölümlerinin önlenmesinde sağlık hizmetlerinin etkisi sınırlıdır.
- 37 TÜİK, 2020b
- 38 OECD, 2021
- 39 TÜİK, 2018
- 40 65 yaşını göremeden yaşamını yitirenler için kullanılmıştır, 65 yaşından önce kaybedilen potansiyel yaşam yıllarını ifade etmektedir. Yaşa göre standardize edilmiş ölüm hızı olarak hesaplanması daha uygundur.
- 41 TÜİK, 2021
- 42 Pala, 2019
- 43 SGK, 2020
- 44 T.C. Sayıştay Başkanlığı, 2018
- 45 Eurostat, 2021
- 46 T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018
- 47 Pala, 2014
- 48 Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2019a



- 49 T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021
- 50 Yüz bin kişiye düşen toplam hekim sayısı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019'da yer alan illere göre hekim sayıları ve Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sisteminde yer alan 2019 yılı il nüfusları kullanılarak yazar tarafından hesaplanmıştır.
- 51 T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021
- 52 Yüz bin kişiye düşen toplam hemşire ve ebe sayısı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019'da yer alan illere göre hemşire ve ebe sayıları toplanarak ve Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sisteminde yer alan 2019 yılı il nüfusları kullanılarak yazar tarafından hesaplanmıştır.
- 53 T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021
- 54 Pala, 2020
- 55 Leys, 2011
- 56 Pala, 2020
- 57 Bkz. A van Dorn, Cooney RE, Sabin ML. (2020). COVID-19 exacerbating inequalities in the US. Lancet. 395:1243-1244.
- 58 Bkz. RW Aldridge, Lewer D, Katikireddi SV, Mathur R, Pathak N, Burns R, vd. (2020). Black, Asian and Minority Ethnic groups in England are at increased risk of death from COVID-19: indirect standardisation of NHS mortality data. Wellcome Open Res; 5:1-20.
- 59 Çıtak, 2021
- 60 World Health Organization, 2008
- 61 Pala, 2015b
- 62 A.g.e.
- 63 Pala, 2017
- 64 Pala, 2021a
- 65 Pala, 2007
- 66 Yenimahalleli Yaşar & Pala, 2020
- 67 World Medical Association, 2020
- 68 Kocabaş, 2014
- 69 Whitehead, 2001
- 70 Modi, Clarke ve McKee, 2018
- 71 Pala, 2021b

# KAYNAKLAR

- Çıtak, Necati. (2021). "Toplumsal Eşitsizlikler ve COVID-19." *Toplum ve Hekim* 36(3):199–217.
- Eurostat. (2019). "People at Risk of Poverty or Social Exclusion." ([https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tepsr\\_lm410/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tepsr_lm410/default/table?lang=en)).
- Eurostat. (2020). "Mortality and Life Expectancy Statistics." ([https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Mortality\\_and\\_life\\_expectancy\\_statistics#Infant\\_mortality](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Mortality_and_life_expectancy_statistics#Infant_mortality)).
- Eurostat. (2021). "Self-Reported Unmet Needs for Health Care by Sex, Age, Specific Reasons and Educational Attainment Level." ([http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth\\_ehis\\_un1e&lang=en](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_un1e&lang=en)).
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2014). *2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2019a. (2018). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019b). *2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Suriyeli Göçmen Örnekleme*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK.
- Hamzaoglu, Onur. (2020). "Concealed Infant Deaths in Turkey and Regional Inequality." *International Journal of Health Services* 50(2):209–17.
- Kocabaş, Ali. (2014). "Küresel ve Ulusal Akciğer Sağlığına En Büyük Tehdit Sağlıkta Eşitsizlik." *Toraks Bülteni* (Haziran):9–14.
- Leys, Colin. (2011). "Sağlık ve Kapitalizm." (Ed.) *Kapitalizmde sağlık, sağlıksızlık semptomları*, edited by L. Panitch ve C. Leys. İstanbul: Yordam Kitap. sf. 15-42.
- Modi, N.; J; Clarke, and M. McKee. (2018). "Health Systems Should Be Publicly Funded and Publicly Provided." *BMJ* 362(k3580):1–4.
- Nalçacı, Erhan;, Onur; Hamzaoglu, ve Erkin Özalp. (2006). "Sağlıkta Eşitsizlikler." *Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü* 260.
- OECD. (2021). "Life Expectancy at Birth." (<https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm>).
- Özkan, Özlem. (2019). "Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Sağlıkta Eşitsizliklerin Temel Nedeni Olabilir mi?" *Toplum ve Hekim* 34(5):376–95.
- Pala, K., A. Türkkkan, and H. Gerçek. (2010). "How Correct Are the Infant Mortality Rate Calculations in the Provinces of Turkey? A Study from Bursa." *Türk Pediatri Arsivi* 45(3). doi: 10.4274/tpa.45.264.
- Pala, Kayıhan. (2014). "Correspondence: Health-Care Reform in Turkey: Far from Perfect." *Lancet* 383(28).
- Pala, Kayıhan. (2020). "Halk Sağlığı: Salgınlar ve Sosyal Sınıflar." (İçn.) *Pandemi ve COVID-19*, (Ed.) O. Ş. Yenen ve S. Badur. İstanbul: Ayrıntı yayınları.

- Pala, Kayıhan. (2007). "Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu? 2006 Örsan Öymen Anısına Yılın İnceleme Ödülü, Milliyet Gazetesi."
- Pala, Kayıhan. (2012). "Eşitsizlikler Neden Önemli?" (Ed.) *Eşitsizlikleri Haritalamak Mapping Inequalities*. Bursa: Nilüfer Belediyesi.
- Pala, Kayıhan. (2015a). "Sağlığın Sosyal Belirleyicileri." (Ed.) *Birinci Basamakta Kamu Sağlık Yönetimi El Kitabı*, edited by K. Pala. Ankara: Palme yayıncılık.
- Pala, Kayıhan. (2015b). "Sağlıkta Dönüşüm Programının Toplum Sağlığı Göstergeleri Açısından Performansı." *Toplum ve Hekim* 30(2):141-149.
- Pala, Kayıhan. (2017). "Türkiye'de Sağlık Reformu / Sağlıkta Dönüşüm Programı Süreci." (Ed.) *İnsana Karşı Piyasa Türkiye'de sağlık ve sosyal güvenlik*, edited by G. Y. Yaşar, A. Göksel, ve Ö. Birler. İstanbul: Notabene Yayınları.
- Pala, Kayıhan. (2019). "Yoksulluk ve Sağlık." *Toraks Bülteni* (Aralık):52-54.
- Pala, Kayıhan. (2021a). "Alma-Ata Bildirgesi ile Astana Bildirgesi'nin Benzerlikleri ve Farklılıkları." *Toplum ve Hekim* 36(2):92-96.
- Pala, Kayıhan. (2021b). "Dönüşen Sağlıkta Pandemi." (İçn.) *Pandeminin Düşürdüğü Maskeler COVID-19 Salgınının Muhasebesi*, edited by O. Elbek ve K. Pala. İletişim Yayınları.
- SGK. (2020). "Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllığı Sigortalı ve İş Yeri İstatistikleri." ([http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk\\_istatistik\\_yilliklari](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yilliklari)).
- Şimşek, Hatice;, ve Bülent Kılıç. (2012). "Sağlıkta Eşitsizliklerle İlgili Temel Kavramlar." *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 10(2):116-27.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2018). *Kamu Hastaneleri İstatistik Raporu 2017*. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. 2021. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019*. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü.
- T.C. Sayıştay Başkanlığı. (2018). Sosyal Güvenlik Kurumu 2017 Sayıştay Denetim Raporu.
- TÜİK. (2013). "Nüfus ve Konut Araştırması 2011." (<https://tuikweb.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15843>).
- TÜİK. (2018). "Hayat Tabloları, 2015-2017." (<https://tuikweb.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do;jsessionid=bvJWg2mWXQWDbn1Pp-T9QrRJMmJ8WnGRsHFFRPcxrpx2RFnTJPJz!455760208?id=27591>).
- TÜİK. (2020a). "Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması Bölgesel Sonuçları-2019." (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Gelir-ve-Yasam-Kosullari-Arastirmasi-Bolgesel-Sonuc-lari-2019-33821>).
- TÜİK. (2020b). "Hayat Tabloları, 2017-2019." (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hayat-Tabloları-2017-2019-33711>).
- TÜİK. (2021). "İstatistiklerle Yaşlılar, 2020." (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-lar-2020-37227#:~:text=Yaşlı nüfusun 2020 yılında D,%25%2C6 olacağı öngörüldü.>).
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2020). "Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2019." (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710#:~:text=Bebek ölüm sayısı%2C 2018 yılında,9%2C1 bebek ölümü gerçekleşti.>).
- Whitehead, Margaret. (2001). *Eşitlik ve Sağlık: Kavram ve Genel İlkeler*. Türk Tabipleri Birliği.
- World Health Organization. (2006). "Quality of Care : A Process for Making Strategic Choices in Health Systems."
- World Health Organization. (2008). *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva.
- World Health Organization. (2013). *Handbook on Health Inequality Monitoring: With a Special Focus on Low- and Middle-Income Countries*. Geneva.
- World Health Organization. (2015). "Global Reference List of 100 Core Health Indicators."

World Health Organization. (2017a). "Determinants of Health." (<https://www.who.int/news-room/q-a-detail/determinants-of-health>).

World Health Organization. (2017b). "Human Rights and Health." (<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>).

World Health Organization. (2017c). *National Health Inequality Monitoring: A Step-by-Step Manual*. Geneva.

World Medical Association. (2020). "WMA Declaration of Oslo on Social Determinants of He-

alth." April 16, 2021 (<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-oslo-on-social-determinants-of-health/>).

Yenimahalleli Yaşar, Gülbiye;, ve Kayıhan Pala. (2020). *Cumhuriyetin 100. Yılına Doğru Türkiye'nin Sağlık Politikası: Sorunlar ve Çıkış Yolları*. Mülkiye İktisadi ve Sosyal Araştırmalar Merkezi.

Yenimahalleli Yaşar, Gülbiye. (2018). "Sağlıktaki Eşitsizliklerde Hizmete Erişim Boyutu: OECD Ülkeleri İncelemesi." *Eğitim Bilim Toplum Dergisi* 16(61):65–96.



# İSTANPOL

İSTANBUL  
POLİTİK ARAŞTIRMALAR  
ENSTİTÜSÜ

[www.istanpol.org](http://www.istanpol.org)  [istanpolinst](https://twitter.com/istanpolinst)  [istanpolinstitute](https://facebook.com/istanpolinstitute)