

TÜRKİYE'DE YOKSULLUK VE BÖLGELER ARASI GELİŞMİŞLİK FARKLARI AÇISINDAN: SAĞLIKTA ADALET

*Rabihan YÜKSEL ARABACI**

Özet

Bir toplumda, sistematik, sosyal olarak üretilmiş ve haksız sağlık farklılıklarının olması halinde sağlıkta adaletsizlikten bahsedilmektedir. Sağlık hakkından herkesin yararlanması gerektiği kabul edilmesine rağmen günümüzde başta yoksullar olmak üzere birçok insan sağlık hizmetlerine erişememektedir. Bu çalışmanın amacı, Türkiye'de sağlıkta adaletsizliğin boyutunu ortaya koymaktır. Türkiye'de özellikle yoksullar sağlık hizmetlerinden ihtiyaç duydukları kadar yararlanamamaktadırlar. Bölgeler bazında ele alındığında en büyük sorun yoksulluğun yaygın olduğu doğu bölgesinde olmasına rağmen, yoksulluğun şiddetli olduğu batı bölgesinde de sağlıkta adaletsizliklerin olduğu söylenebilir. Her iki bölge de nüfuslarına oranla sağlık harcamalarından yeterli payı alamamaktadırlar. Bunun dışında, kırsal alanlarda ve özellikle doğu bölgesinde coğrafi ve kültürel erişim engellerinin de sözkonusu olması nedeniyle sağlık göstergeleri Türkiye ortalamasının gerisinde kalmaktadır.

***Anahtar Kelimeler:** Sağlıkta adalet, yoksulluk, sağlık harcamaları, sağlık göstergeleri, bölgelerarası eşitsizlik.*

Abstract

In a society, if there are systematically, socially produced and unfair differences exist in health, one can mention about health inequity. Although, it is assumed that everyone has rights of a healthy life, many people, particularly poor people can't access to health services. The purpose of this work is to show the dimensions of health inequities in Turkey. Especially poor people can't use health services as much as they need to be a healthy life in Turkey. Important issues are in regional differences. Health inequities not only exist in east region where poverty is

* Öğr. Gör. Dr., Uludağ Üniversitesi, İİBF, Çal.Eko. ve End. İliş. Bölümü.

common, but also in west region where poverty is deep. Both regions takes less of values of health expenditure shares according to there populations shares. Also, the health indicators are worse because of geographical and cultural access barriers in rural areas and especially in east region.

Key Words: Health equity, poverty, health expenditures, health indicators, inter-regional inequalities.

1. GİRİŞ

Sağlık sistemlerindeki adaletsizlikler nedeniyle dünyada çok sayıda insan yeterli düzeyde sağlık hizmeti alamamakta ve bu durum “sağlıkta adalet” (health equity) kavramını tartışılır hale getirmektedir. Sağlıkta adaletin sağlanmasının gerekliliği üzerinde fikir birliği olmasına rağmen, bunun gerçekleşmesi önündeki engeller henüz aşılmış değildir. Bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kısıtlayan nedenlerin başında ekonomik engeller gelmektedir. Ekonomik engeller, alt gelir grupları için ciddi bir sorun oluşturmakta ve bir yandan ödeme gücüne sahip olmayan yoksulların sağlıklarını kaybederek yaşamlarını devam ettirmelerini daha da zorlaştırmakta; diğer yandan yoksulluk çizgisinin hemen üstünde yer alan grupların hastalığın maliyetini karşılayamamalarına yol açarak yoksulluğa düşmelerine neden olmaktadır. Oysa, Dünya Sağlık Örgütü (WHO), yayımladığı Dünya Sağlık Raporu 2000’de ulusal sağlık sistemlerinin üç temel fonksiyonu olduğunu belirtmektedir. Bunlar; hizmet ettikleri toplumun sağlığını daha iyi hale getirmek, bireylerin beklentilerine cevap vermek ve hastalığın maliyetine karşı finansal koruma sağlamaktır (WHO, 2000: 8). WHO’nun belirttiği bu fonksiyonlardan, “finansal koruma” konusunda başta gelişmekte olan ülkeler (GOÜ) olmak üzere birçok ülkede sorunlar ortaya çıkmakta ve alt gelir grupları yeterli sağlık hizmetine erişememektedir.

Sağlıkta adalet tanımlanırken, bireylerin sahip oldukları sosyal dezavantajlardan bağımsız olarak sağlıklarını koruyabilmeleri üzerinde durulmaktadır. Braveman ve Guskin (2003), sosyal avantaj veya dezavantajların, refah, güç ve saygınlıkla ilişkili olduğunu ve bireylerin sosyal hiyerarşide hangi seviyede bulunacağını belirlediğini ifade ederek, dezavantajın “yoksunluk” olarak da düşünülebileceğini belirtmektedir (Braveman ve Guskin, 2003: 254). Bu açıdan, toplumdaki dezavantajlı kesimler, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) tarafından geliştirilen “insani yoksulluk” (human poverty) kavramı ile örtüşmektedir. Nitekim insani yoksulluk kavramı, yoksulluğu çok boyutlu olarak ele almakta ve eğitim, sağlık, uzun bir yaşamdan yoksunluk gibi farklı birçok yoksunluğu göz önünde tutmaktadır.

Bu çalışmanın amacı sağlıkta adalet kavramını irdelemek ve Türkiye’de sağlıkta adaletin ne derece sağlandığını tartışmaktır. Bu nedenle

çalışmanın ikinci bölümünde sağlıkta adalet kavramı farklı yönlerden ele alınmaktadır. Üçüncü bölümde yoksulların sağlık hakkını korumanın önemi üzerinde durulmakta ve dördüncü bölümde ise, Türkiye’de bölgelere göre sağlık farklarının dağılımı ile yoksulluğun dağılımı arasındaki ilişki ortaya konulmaktadır. Bu amaçla, bölgelere göre kaynak tahsisi (sağlık harcaması, sağlık personeli vs.) ve sağlık göstergeleri, yoksulluğun dağılımı ile karşılaştırılmaktadır. Bölgelerin kendi içindeki eşitsizlikleri ise yüzde 20’lik gelir gruplarına göre sağlık harcamaları verileri yorumlanarak değerlendirilmektedir. Son bölümde ise genel bir değerlendirme yapılmaktadır.

2. SAĞLIKTA ADALET

Bütün dünya tarafından kabul edilen sağlık tanımı Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılmıştır. WHO kuruluş yasasında sağlık; “*yalnızca hasta veya sakat olmamak değil, beden, ruhen ve sosyal yönlerden tam bir iyilik halidir*” biçiminde tanımlanmaktadır. Bu tanım, bireylerin sağlıklı olduğunun kabul edilebilmesi için yalnızca hastalık ve sakatlıklardan uzak olmasının yeterli olmadığını bunun ötesinde ruhsal ve sosyal yönden de tam bir iyilik hali içinde olmaları gerektiğini vurgulamaktadır. Diğer yandan etik bir bağlama sahip olan adalet kavramı, sosyal adalet veya hakkaniyet anlamlarına gelmekte ve dağıtım adaleti (distributive justice) prensiplerine dayanmaktadır. Bundan yola çıkarak, sağlıkta adalet, sağlıkta haksız farklılıkların mevcut olmaması olarak tanımlanmaktadır. Daha açık bir ifade ile, bir toplumda farklı seviyelerde sosyal avantaj ve/veya dezavantaja sahip sosyal gruplar arasında sağlık ya da sağlığın temel göstergeleri bakımından sistematik farkların olmaması durumudur (Braveman and Gruskin, 2003: 254). Bir başka tanım, herkesin sağlık potansiyelini tam olarak korumasını ve toplumdaki sosyal konumu veya başka bir toplumsal nedenden dolayı bu potansiyele ulaşmada dezavantajlı durumda olmamasını sağlıkta adalet olarak ifade etmektedir. Ancak burada önemli olan sadece belli bir dezavantajlı grubun değil, herkesin sağlığını koruyabilmesidir. Bu nedenle sağlıkta adaletin amacı, bir bütün olarak topluma sağlık imkânları yaratmayı ve sağlık hizmetlerine erişimi engelleyen faktörleri ortadan kaldırmayı gerektirir (Whitehead and Dahlgren, 2007: 5).

Sağlıkta adalet kavramını daha iyi açıklayabilmek için, öncelikle sağlıkta adaletsizliğin ne olduğunun anlaşılması gereklidir. Whitehead ve Dahlgren (2007) sağlıktaki eşitsizliklerin (1) *sistematik*, (2) *sosyal olarak üretilmiş* ve (3) *haksız* olması halinde, sağlıkta adaletsizlikten bahsedileceğini ifade etmektedir. Buna göre, yaş veya cinsiyet gibi doğal özelliklerden kaynaklanan sağlık farklarının mevcut olması, sağlıkta adaletsizliğin bir göstergesi olarak kabul edilemez. Nitekim sağlıkta

adaletsizliğin *sistemik* olması, bireylerin sosyo-ekonomik durumu ile sağlık durumu arasında aynı yönlü bir ilişkinin varlığına işaret etmektedir. Ölüm ve hasta olma oranı toplumsal hiyerarşide alt sınıflara doğru indikçe artmaktadır. Tüm ülkelerde görülen bu özellik evrenseldir ancak ölüm ve hastalanma oranlarının sosyo-ekonomik yapı farklarına göre ne kadar farklılık göstereceği değişebilir (Whitehead and Dahlgren, 2007: 2).

Sağlıkta adaletsizliğin ikinci göstergesi olan farklılıkların *sosyal olarak üretilmiş olması*, sağlık farklarının biyolojik olarak belirlenmiş olmaktan ziyade sosyal süreçlerin ürettiği farklılıklardan kaynaklanmasıdır (Whitehead and Dahlgren, 2007: 2). Örneğin, bebek ölüm oranları alt gelir gruplarında üst gelir gruplarına göre çok daha yüksektir. Bunun sebebi oluşturulan sosyal yapının alt gelir gruplarını dezavantajlı duruma getirmesidir. Bu kesimler beslenme, barınma ve sağlık hizmetlerinden yararlanma bakımından toplumdaki ortalama imkânlardan yoksundur ve bunun bir sonucu olarak diğer sağlık eşitsizlikleri ile beraber bebek ölüm oranları da bu gruplar için diğerlerine göre daha yüksektir.

Son olarak da sağlıkta adaletsizlik sözkonusu ise, sosyo-ekonomik gruplar arasında sağlıkla ilgili kaynak ve imkânlarla erişim farklılıkları *hakkaniyetten uzaktır*. Bu durum, bir insan hakkı olarak tanımlanan sağlıklı bir yaşam sürdürebilme hakkı ile de örtüşmemektedir (Whitehead and Dahlgren, 2007: 3). Sağlık için ayrılan kaynaklar çeşitli nedenlerden dolayı bir ülkede yerleşim birimine veya coğrafi mekânlara göre değişkenlik gösterebilir. Aynı zamanda bireylerin ekonomik imkânları, cinsiyetleri, ırk veya dil farklılıkları vs. unsurlar sağlık hizmetlerine erişimde sınırlamalar getirebilir. Tüm bunlar sağlıkta adaletsizlik yaratan unsurlardır.

Sağlıkta adalet kavramı iki farklı yönden ele alınmaktadır. Bunlardan ilki sağlık maliyetlerinin ve sağlıktan elde edilecek faydanın benzer sosyo-ekonomik gruplar ya da sağlık yapısına sahip olan birey/hanehalkları arasında dağıtılması olarak tanımlanan *yatay adalet*, ikincisi ise, fayda ve maliyetin farklı sosyo-ekonomik gruplar veya sağlık durumuna sahip olanlar arasında dağıtılması olan *dikey adalettir* (Lundberg and Wang, 2006: 49). Yatay ve dikey adalet eşit ya da eşitsiz dağılımdan hangisinin daha uygun olacağı kararına bağlıdır. Çünkü adaletin sağlanması aynı durumda olanlara aynı muamele ve farklı durumda olanlara da farklı muameleyi gerekli kılmaktadır (Bambas and Casas, 2001: 14). Daha adil bir sağlık sistemi oluşturulması için, sağlıkta yatay ve dikey adaletin sağlanması önemlidir. Bu iki yaklaşım "*eşitsiz sağlık göstergelerinin adaletsiz olduğu ve sağlık hizmetlerinin toplumsal olarak finanse edilmesinin gerektiği*" varsayımına dayanmaktadır. Bu nedenle, özellikle sağlık hizmetlerinin paylaşımı, sağlık ve refah durumuna göre olmalıdır. Çünkü daha fazla sağlık hizmetlerinden yararlananların sağlık durumlarının daha kötü olduğu kabul edilmektedir (Lundberg and Wang, 2006: 49).

Tablo 1. Sağlık Politikasında Adalet Tanımı

	Yatay Adalet	Dikey Adalet
Erişim	Aynı ihtiyaca sahip olanlar aynı hizmete erişir.	İhtiyacı daha fazla olanlar daha fazla ya da yoğun hizmete erişir
Finans	Aynı sosyo-ekonomik yapıya sahip olanlar hizmet için aynı bedeli öder.	Varlıklı hanehalkları yoksul olanlara göre daha fazlasını öder.
Harcama	Aynı sosyo-ekonomik grupta yer alanlar veya sağlık durumları aynı olanlar kamu tarafından finanse edilen hizmetlerden aynı miktarda pay alır.	Yoksul ve/veya hasta hanehalkları varlıklı ve/veya sağlıklı hanehalklarına göre daha fazla pay alır.
Sağlık Göstergeleri	Sosyo-ekonomik yapıdan bağımsız olarak bütün hanehalkları benzer sağlık göstergelerine sahiptirler.	

Kaynak: Lundberg, M. and Wang, L. (2006); “Health Sector Reforms”, Analyzing the Distributional Impact of Reforms, Vol. 2: A Practitioners’s Guide to Pension, Health, Labor Markets, Public Sector Downsizing, Taxation, Decentralization and Macroeconomic Modeling, Ed. A. Coudouel and S. Paternostro, World Bank, Washington D.C, s. 49.

Toplumdaki farklı sosyo-ekonomik gruplar arasında var olan sağlık eşitsizliklerinin giderilmesi (1) erişim, (2) finansman, (3) harcama ve (4) sağlık göstergeleri olmak üzere dört alanda adaletin sağlanmasına bağlıdır. Tablo 1’de özet olarak gösterildiği gibi, sağlık hizmetlerine erişim, sağlık hizmetlerinde finansman ve harcamada hem yatay hem de dikey adaletin sağlanması sağlıkta adalet için gerekli iken, sağlık göstergelerinin tüm toplum için benzer hale getirilmesi sağlıkta adaletin varlığının göstergesi olmaktadır.

2.1. Sağlık Hizmetlerine Erişimde Adalet

Sağlık hizmetlerine erişimde adalet, her bireyin potansiyel olarak aynı seviyede sağlık hizmeti kullanabilmesidir. Bu, bireyler açısından son derece önemlidir ve sağlanabilmesi her bireyin sağlık hizmetlerine erişimde eşit maliyete katlanması ile mümkündür. Bu nedenle, yoksullar varlıklılara göre daha fazla sübvansede edilmelidir. (Belli, 2005: 123-124). Çünkü yoksulların sahip oldukları gelir düzeyleri sağlık için ayırabilecekleri kaynakları sınırlandırır. Bundan dolayı, yoksul kesimler sağlık hizmetlerine ihtiyaç duysalar bile, bunu ertelemekte veya farklı çözüm yolları aramakta ve ihtiyaç duydukları kadar sağlık hizmetinden yararlanamamaktadır.

Sağlık hizmetlerine erişim hakkı, aynı zamanda insan hakları bağlamında da ele alınmaktadır. Buna göre sağlık hizmetlerine erişim hakkı; birey hastalandığı zaman öncelikle onun acısını dindirmek, daha sonra tekrar eski sağlığına kavuşturmak ve son olarak da sağlıklı bir yaşam sürdürmesini sağlamaktan oluşan temel bir haktır. Hasta bir bireyin sağlık hizmetlerine

erişim hakkının sağlayacağı faydalar olmadan, insanların diğer tüm imkânları ve hakları sınırlandırılmış olacaktır. Ancak dünyada hatta Avrupa'da bile birçok insan sağlık hizmetlerine erişim hakkından mahrumdur (Whitehead and Dahlgren, 2007: 9).

Sağlık hizmetlerinden yararlanmayı kısıtlayan coğrafi, ekonomik ve kültürel erişim engelleri mevcuttur. *Coğrafi erişim engelleri* belli bölgelerde sağlık kurumlarının mevcut olmaması ve bu nedenle sözkonusu bölgede bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşamamasıdır. Özellikle kırsal alanlarda ve gelişmemiş bölgelerde coğrafi erişim engelleri bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanmasını kısıtlayan en önemli sorundur. Ancak sadece kırsal alanlarda değil, aynı zamanda kentlerde yaşayan birçok birey de sağlık hizmetlerine ulaşamamaktadır. Kentlerde sağlık kurumları mevcut olmakla beraber, alt gelir gruplarının sağlık hizmetlerinden bedelsiz yararlanması sağlanmadığında, *ekonomik erişim engelleri* ortaya çıkmakta ve kentlerde yaşayan birçok insan sağlık hizmetlerine ödeme yapamayacak olmaktan dolayı ulaşamamaktadır. Yoksul kesimler bu durumda borçlanarak sağlık ihtiyacını karşılamaya çalışacaklardır, ancak bu onların daha da yoksullaşmasına neden olmaktadır. Sağlık harcamalarını karşılamak için bireyin yaptığı ödemeler nedeniyle yoksullaşması *tıbbi yoksulluk tuzağı* (*medical poverty trap*) olarak adlandırılmaktadır (Whitehead and Dahlgren, 2007: 10). Hindistan'da yapılan bir çalışmaya göre 1999-2000 yılları için toplam nüfusun yüzde 3,25'i (yaklaşık olarak 32,5 milyon insan) sağlık hizmeti ödemeleri nedeni ile yoksulluğa düşmüştür. Bu rakam zaten yoksul olan ve yoksulluğu derinleşenleri kapsamamaktadır (Garg and Karan, 2005: 16). Tıbbi yoksulluk tuzağı genellikle gelişmekte olan ülkelerde görülmekle beraber ABD ve bazı doğu Avrupa ülkelerinde de mevcuttur. Bunun yanında evsizler veya yoksullar için *kültürel erişim engelleri* sözkonusu olabilir. Bu engeller, toplumda saygı duyulmayan ve onaylanmayan gruplara karşı sağlık çalışanları tarafından oluşturulan engellerdir. Diğer yandan, azınlıklar ve göçmenler gibi grupların yaşadığı dil engelleri de bu kapsamda değerlendirilmektedir. Dil engelleri, aynı zamanda sağlık çalışanları ve eğitimsiz bireylerin birbirlerini anlayamamalarına da yol açtığından dolayı sorunlar ortaya çıkarmakta (Whitehead and Dahlgren, 2007: 10) ve sağlık hizmetlerine erişimi engelleyen önemli bir unsur haline gelmektedir. Kültürel erişim engelleri, "sosyal dışlanma" kavramı ile örtüşmektedir. Sosyal olarak dışlanmış kişiler, toplumdan sosyal olarak yalıtılmış ve toplumla ilişkileri kırılanlaşmış olanlar (Sapançalı, 2005: 27) biçiminde tanımlanmaktadır. Buna göre sosyal dışlanma ve kültürel erişim engelleri birbiri ile ilişkili kavramlar olarak karşımıza çıkmaktadır.

Öte yandan birçok GOÜ'de sağlık hizmetlerine erişim mümkün olsa bile bu hizmetlerin kalitesinin düşük olması, hizmetten sağlanacak yararı düşüren ve sağlık hizmetleri talebini azaltan başka bir sorun yaratmaktadır.

Hizmet kalitesinin düşük olması az sayıda kişinin bundan yararlanmasına neden olur ve ihtiyacı olan bireyler yeterince fayda sağlayamazlar (Belli, 2005: 144). Sağlık hizmetlerine ulaşmayı güçleştiren engelleri ortadan kaldırmak kadar, bu hizmetlerin kalitesini artırmak ve böylece bunları kullananların gerçekten yararlanmasını sağlamak da önemlidir. Kalitenin artırılması öncelikle sağlık personeli sayısının artırılmasına ve sağlık kurumlarının gerekli araç/gereç ve teknoloji ile donatılmasına bağlıdır.

2.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Adalet

Sağlık hizmetlerinin finansmanı dar anlamı ile sadece sağlık hizmetlerinin karşılanması için gerekli kaynağın temin edilmesi; geniş anlamı ile kaynak temini yanında, bunun bölgelere, nüfus gruplarına ve özel biçimlerdeki sağlık hizmetlerine göre tahsis edilmesini ve gerekli kaynağın teminini sağlayan mekanizmaları da içeren bir kavramdır (Hsiao and Liu, 2001: 261).

Sağlık hizmetlerinin finansman biçimi, hastalığın ortaya çıkardığı maliyet karşısında hanehalkının finansal olarak ne derece korunacağını belirlemektedir. Birçok finansman yönteminin amacı sağlık hizmetlerine eşit erişim sağlamak ve hastalıktan kaynaklanan maliyetler nedeniyle ailelerin yoksulluğa düşmesini önlemektir (Hsiao and Liu, 2001: 262). Dünyada sağlık hizmetlerinin finansmanı için (1) genel vergiler, (2) sosyal sigorta katkıları, (3) özel sigorta primleri, (4) toplumsal finansman (community financing) ve (5) doğrudan cepten ödemeler (kullanıcı katkıları ve özel sunuculara hastaların yaptığı doğrudan ödemeler) olmak üzere beş farklı yöntemden biri veya birkaç birlikte kullanılabilir (Hsiao and Liu, 2001: 262; Bennet and Gilson, 2001: 5). Bu finansman yöntemlerinden hangisinin daha adil olduğunun cevabı, hangi yöntemin bireylerin “ödeme gücüne göre” belirlenmiş olduğuna bağlı olarak verilebilir. Diğer bir ifadeyle, ödeme gücü düşük olan hanehalkları düşük, ödeme gücü yüksek olan hanehalkları ise yüksek (dikey adalet) ve ödeme gücü aynı olan hanehalkları da aynı düzeyde (yatay adalet) finansmana katılıyorsa daha adil bir sağlık sistemi ortaya çıkacaktır. Sağlık finansman sisteminde, yüksek gelirli hanehalkları düşük gelirli hanehalklarına göre gelirlerinin daha büyük bir oranını sağlık hizmetlerine ödüyorlarsa o sistem artan oranlı (progresif veya dikey yeniden dağıtıcı), tam tersi bir durumda ise azalan oranlı (regresif veya tersine dikey yeniden dağıtıcı) olarak adlandırılır. Eğer her gelir diliminde sağlık hizmetlerine yapılan katkı oranı aynı ise sabit oranlı bir sistem olarak değerlendirilir. Sağlık sisteminin vergilerle finansmanı artan oranlı bir yapının oluşmasını sağlarken, sosyal sigorta sabit oranlı, özel sigortalar ve cepten ödemeler ise azalan oranlı bir yapıya yol açar. Toplumsal finansman ile ilgili çalışmalar mevcut olmamakla birlikte, bu

yöntemin özel sigorta ve cepten ödemelere göre artan oranlı olma özelliğinin daha ağır bastığı ileri sürülmektedir (Hsiao and Liu, 2001: 266-267).

Ödeme gücüne göre bir değerlendirme yapıldığı zaman özel sigorta ve cepten ödemelerin yoksullar için ekonomik erişim engelleri yaratacağı görülmektedir. Özel sigortalar yapısı gereği yüksek gelir gruplarına yöneliktir. Nitekim, gelir grupları arasında önemli farkların bulunduğu Kuzey Afrika ve Zimbabwe’de üst gelir gruplarının özel sigorta sistemini tercih ettiği saptanmıştır. Düşük gelir gruplarının özel sigortalar kapsamına girebilmesi için devletin sübvansiyon uygulaması halinde ise bundan daha çok üst gelir gruplarının yararlanması sözkonusu olmaktadır (Bennet and Gilson, 2001: 9). Cepten ödemelerin yaygınlığı ise yoksulluğu artıran veya sağlık göstergelerine olumsuz yansıyan sonuçlar ortaya çıkarmaktadır. Duggal (2007)’nin Hindistan için yaptığı çalışmada, cepten ödemelerin yüksek olduğu eyaletlerde yoksulluğun ve sağlık göstergelerinden biri olan bebek ölüm oranlarının daha yüksek olduğu sonucuna varmıştır (Duggal, 2007: 316). Bu nedenle özel sigorta veya cepten ödemelere dayanan bir finansman yapısı yoksulları korumayacaktır. Ancak dünya gelenline bakıldığında cepten ödemelerin düşük gelirli ülkelerde daha yaygın olduğu görülmektedir. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), Kamboçya, Hindistan ve Pakistan gibi düşük gelirli ülkelerde yaşayanların, yüksek ve yüksek-orta gelirli ülkelerde yaşayanlarla karşılaştırıldığında sağlık harcamalarında yüzde 50 daha fazla cepten ödeme yapmak zorunda kaldığını belirtmektedir (ILO, 2008: 9).

Öte yandan sağlık finansman sistemlerini tek başına “ödeme gücüne göre değerlendirmek yeterli değildir. Çünkü teorik olarak yoksulları koruyan bir sistem uygulamada tersi sonuçlara yol açabilmektedir (Bennet and Gilson, 2001: 6). Artan oranlı olma özelliğinden dolayı vergilerle finansman daha adil bir sağlık sistemi olarak düşünülmeyle birlikte, vergilerle finanse edilen ve cepten ödemelerin olmadığı bir sistem başka erişim engelleri de oluşturabilmektedir. En çok ortaya çıkabilecek erişim engelleri, vergilerle finanse edilen sağlık hizmetlerinin kalitesinin çok düşük olması halinde yoksulların cepten ödeme yaparak özel sağlık hizmetlerine başvurmak zorunda kalması; sistemin formel ödemeleri ortadan kaldırmış olsa bile tedavi için hala informal ödemelerin devam edebilmesi ve sağlık sunucularının yaygın olmaması halinde ulaşımın parasal ve zaman maliyetinin yüksek olması nedeniyle yoksulların erişememesidir (Bennet and Gilson, 2001: 2). Özellikle sağlık sunucularının yüksek gelirli kesimlerin ağırlıklı olarak yaşadığı büyük yerleşim merkezlerinde (kentlerde) yer alması sağlık hizmetlerinden refahı yüksek olanların faydalanması ile sonuçlanmaktadır. (Hsiao and Liu, 2001: 289). Bunların dışında GOÜ’de vergi yapısındaki sorunlar, vergilerle finansmanın sağlayacağı yeniden dağılımı ortadan kaldırmaktadır. Bu ülkelerde vergi tabanının dar olması ve

devletin vergi toplama kapasitesinin düşüklüğü genel vergi gelirlerinin düşmesine sebep olmakta ve finansman yapısının progresif olma özelliğini sınırlandırmaktadır (Hsiao and Liu, 2001: 271).

2.3. Sağlık Harcamalarında Adalet

Sağlık harcamalarında adaletin sağlanması, sağlık hizmetlerinin “ihtiyaca” göre dağıtılması demektir. Özellikle GOÜ’de sağlıkta adalet basitçe “sağlık hizmetlerinin bireyler tarafından eşit kullanımı” olarak tanımlamakta ve farklı gelir, bölge veya cinsiyete göre aşılama oranları, doktor kontrolleri ve hastanede yatılan gün sayıları karşılaştırılmaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinde adaleti sadece bu şekilde ölçmek sınırlı bir yaklaşımı ifade etmektedir (Hsiao and Liu, 2001: 270). Sağlık harcamaları yönünden ele alındığında sağlıkta adaletin gerçekleşmesi için “ihtiyaç” kavramı ön plana çıkmaktadır. Buna göre eşit ihtiyaca eşit bakım (tedavi) verilmesi gerekmektedir. Öyle ki, daha fazla ihtiyacı olan bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanmada öncelik hakkına sahip olması savunulmaktadır (Belli, 2005: 124). Diğer bir ifade ile, yatay ve dikey adaletin sağlanması gereklidir. Whitehead and Dahlgren (2007)’nin belirttiği gibi farklı sosyo-ekonomik grupların sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarının eşit olması mutlaka adaletli bir durumu göstermemektedir. Çünkü alt gelir gruplarının sağlık ihtiyacı üst gelir gruplarına göre daha fazladır ve bu nedenle sosyo-ekonomik sıralamada alt gruplara doğru gidildikçe sağlık hizmetlerinden yararlanma oranının yükselmesi sağlıkta adaletli bir yapıya işaret etmektedir (Whitehead and Dahlgren, 2007: 11).

3. YOKSULLAR İÇİN SAĞLIĞIN ANLAMI

Genellikle yoksulluk kavramının tanımı yapılırken, mutlak, görece ve sübjektif yoksulluk kavramları açıklanmaktadır. Bu üç kavram Hagenars ve Vos (1988)’a göre sırasıyla; Objektif olarak tanımlanmış mutlak bir asgariden daha azına sahip olmak (mutlak yoksulluk); toplumdaki diğer bireylerden daha azına sahip olmak (görelî/nisbi yoksulluk) ve geçinmek için yeterince kaynağa sahip olmadığını hissetmek (sübjektif yoksulluk) olarak tanımlanabilir (Hagenars ve Vos, 1988: 212). Daha açık olarak ifade etmek gerekirse *mutlak yoksulluk*, gıda, temiz içme suyu, hijyen imkanları, sağlık, barınma, eğitim ve bilgiyi içeren çok sayıda temel insan ihtiyacını içeren ve sadece gelire bağlı olmayan aynı zamanda hizmetlere erişimle de ilişkili olan bir kavramdır (Gordon, 2005: 3). Sadece gıda ihtiyacının asgari düzeyde karşılanamaması dar anlamda; gıda ile birlikte diğer temel ihtiyaçların (giyinme, barınma, eğitim vs.) karşılanamamasını ise geniş anlamda mutlak yoksulluk olarak kabul edilmektedir. *Görelî yoksulluk* ise, temel ihtiyaçların

mutlak olarak karşılanmasına rağmen, kişisel kaynakların yetersizliği nedeniyle toplumun genel refah düzeyinin altında kalınması ve topluma sosyal açıdan katılımın engellenmiş olması durumunu tanımlamaktadır (Şenses, 2002: 91). Göreli yoksulluk yaklaşımı yoksulluğu, karşılaştırmaya dayalı olarak tanımlamaktadır. Genellikle toplumdaki medyan veya ortalama gelirin belli bir oranına (%40-%60) sahip olamayanlar yoksul olarak kabul edilmektedir. Öte yandan, *sübjektif yoksulluk*, yoksulların sesine kulak veren, yoksulların kendi algılamalarını ön plana çıkaran bir yaklaşımdır. Refahın/yoksulluğun temel unsur ve kaynakları yoksullarla karşılıklı görüşmeler yoluyla kendileri tarafından belirlenir. Böylece, toplumca kabul edilebilir bir yaşam düzeyinin ne olduğu, uzmanlar tarafından değil, bu durumu en iyi bilmesi gereken insanlarca belirlenmektedir (Şenses, 2002: 93). Nesnel ölçülere dayanmaması ve ölçümünün çok zor olması nedeniyle çok yaygın kullanılan bir tanım ve ölçüm yöntemi değildir.

Yoksulluk çok boyutlu bir kavramdır, bu nedenle tüm yönlerini içeren bir tanımını vermek güçtür. Birleşmiş Milletler genel anlamda yoksulluğu tanımlamak yerine farklı boyutlarına vurgu yaparak yoksulluğun, “sürdürülebilir bir yaşam için gerekli gelire veya kaynaklara sahip olamama; açlık ve yetersiz beslenme; sağlığın kötü olması; eğitim ve diğer temel hizmetlere sınırlı erişim ya da hiç erişememe; tedavi görememeden dolayı yüksek hastalanma ve ölüm oranları; evsizlik ve uygun olmayan barınma imkânları; güvenli olmayan çevre koşulları ve sosyal ayrımcılık ve dışlanma ile birlikte sivil, sosyal ve kültürel yaşama ve karar alma süreçlerine katılmama biçiminde ortaya çıktığını belirtmektedir (Gordon, 2005: 3). Yoksulluğun insani bir yaşam sürdürmeyi imkânsız kılan ve bireyleri birçok yönden sınırlandıran bir sorun olduğu; hatta en temel insan hakkı olan yaşam hakkını dahi tehdit ettiği görülmektedir. Nitekim bir yandan yoksulluğun, açlık, yetersiz beslenme, kötü barınma ve çevre koşulları gibi unsurları bireylerin sağlığını tehdit eden faktörler olarak öne çıkarken diğer yandan sağlığın bozulması halinde tedavi hizmetlerinden yararlanamamanın en önemli nedeni yoksulluk olmaktadır. Diğer bir ifade ile, yoksulluk hem sağlığın bozulmasında önemli bir rol oynarken, hem de gerekli bakım hizmetlerine ulaşmamasının bir nedeni olarak sağlığın daha da kötüleşmesine neden olmaktadır.

Refahın bir boyutu olarak sağlık, toplumdaki tüm bireyler için önemlidir. Ancak özellikle “dezavantajlı gruplar”^{*} için önemi çok daha fazladır. Çünkü sosyal olarak dezavantajlı gruplar, sağlıkla ilgili olumsuzluklar yaşamaları durumunda diğer toplumsal gruplara göre bundan daha fazla etkilenmektedir. Bu nedenle sağlık, refah seviyesini

* Yaşlılar, özürlüler, kadınlar, çocuklar, azınlıklar, göçmenler gibi gruplar diğer dezavantajlı gruplardır.

yükseltilebilmek ve başka dezavantajlarla başa çıkabilmek için bir ön şart niteliğindedir (Braveman and Gruskin, 2003: 254). Toplumdaki en önemli dezavantajlı grupların başında gelen yoksullar açısından “sağlıklı olmak” ya da “sağlıklı kalabilmek”, içinde buldukları zorlukların üstesinden gelebilmek ve toplumdaki asgari yaşam standardına ulaşabilmek için en önemli koşuldur.

Sağlığın kötü olması, bireyin doğrudan kazanma gücünü, eğitimdeki başarısını ve çocuklarına bakabilme kapasitesini kısıtlayacağından dolayı kendine yetmesini zorlaştırır. Bu nedenle sağlıkta adaletsizlikler, refahın diğer boyutlarında eşitsizliklere dönüşür ve zaman içinde yeniden üretilirler (World Bank, 2006: 29). Amartya Sen, sağlığın insan yaşamında eğitim, istihdam gibi başka amaçlara ulaşabilmek için kullanılacak yegâne kaynak ve bu nedenle bireyin ya da toplumun özgürlüğünü sağlayabilmenin tek yolu olduğunu belirtmektedir (Whitehead and Dahlgren, 2007: 3). Diğer bir ifadeyle, sağlıklı olmayan bireyler toplumdaki diğer bireylerle aynı imkânlarla sahip olamadıklarından eşitsiz bir duruma itilirler ve bu eşitsizlik sonraki kuşakların da kısıtlı imkânlar içinde yetiştirilmesi nedeniyle nesilden nesle aktarılır. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinden herkesin yararlanması yoksulluk sorunun çözümü açısından önemlidir. Özellikle yoksulluğun nesilden nesle aktarılmasının önüne geçmek ve bu kesimin diğer toplumsal kesimlerle aynı fırsatlara sahip olmasını sağlayabilmek için yoksulların sağlık hizmetlerine erişimi sağlanmalıdır.

Günümüzde yoksulların sağlık hizmetlerinden yararlanabilmelerinin önemi anlaşılmış ve bu konuda hem uluslararası hem de ulusal düzeylerde çalışmalar yapılıyor olmasına rağmen yoksulların sağlık hizmetlerinden hala ihtiyaç duydukları düzeyde yararlanamadığı görülmektedir. Uluslararası düzeyde ele alındığında görülen tablo şudur ki, 1978 Alma Ata Bildirgesinin yayınlanmasından bu yana geçen zaman içinde bildirgenin temel hedeflerine ulaşamamıştır (Lundberg and Wang, 2006: 51). Bugün hala dünya çapında 1,3 milyar insan temel sağlık hizmetlerine erişmekte zorluklar çekmekte ve her yıl 100 milyon insan sağlık hizmetlerine ödeme yapmak zorunda olduğu için yoksulluğa düşmektedir (Berkhout and Oostingh, 2008: 4). Bu durum, sağlık için ayrılan kaynakların yetersizliğinden değil, bu kaynakların eşitsiz dağılımından kaynaklanmaktadır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler ayrımında sağlıkta çok büyük eşitsizlikler görülmektedir. WHO (2007)’nin verilerine göre, dünyada kişi başına yıllık sağlık harcaması ortalama 639 ABD Doları olduğu halde, bu rakam ABD’de kişi başına yıllık 6103 ABD Doları, Burundi’de ise 2,90 ABD Dolarıdır. İki ülkenin kişi başına sağlık harcamaları arasında yaklaşık 2105 kat fark bulunmaktadır. Diğer yandan, OECD ülkelerinde yaşayan bireylerin dünya nüfusunun yüzde 18’ini oluşturmasına rağmen, dünyada sağlık için ayrılan kaynakların yüzde 80’ine sahip olduğu hesaplanmaktadır (WHO, 2007).

Sadece gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler ayrımında değil, aynı zamanda ülkelerin kendi içinde de sağlık göstergeleri eşitsizdir. Özellikle GOÜ’de sosyo-ekonomik gruplar arasında daha belirgindir. Gwatkin vd. (2000)’in 56 GOÜ’yi kapsayan ve sağlık, beslenme ve nüfustaki eşitsizlikleri ortaya koyan verilerine göre yoksulların ölüm ve hastalanma oranları çok daha yüksek olmasına rağmen varlıklı kesimlere göre sağlık hizmetlerinden daha az faydalanmaktadırlar. Söz konusu çalışmada; bebek ve beş yaş altı çocuk ölümleri ile çocuklarda yetersiz beslenmenin en yoksul yüzde 20’lik kesimde en varlıklı yüzde 20’lik kesime göre neredeyse iki kat fazla olduğu tespit edilirken; en varlıklı yüzde 20’lik kesimin en yoksullara göre gebelik döneminde sağlık kontrollerinden 1,5 ve aşılamalardan ise yaklaşık 1,6 kat daha fazla yararlandığını ortaya koymaktadır. (Gwatkin vd., 2000: 6-7). Bu da GOÜ’de devletin sağlıktaki adaletsizlikleri giderebilmek için yaptığı harcamalardan doğan faydanın dağılımının eşitsiz ve varlıklı kesimler lehine olduğu görülmektedir.

4. TÜRKİYE’DE YOKSULLUK VE BÖLGELER ARASI GELİŞMİŞLİK FARKLARI

Türkiye’de yoksulluk çalışmaları 2002 yılından bu yana Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından her yıl yayınlanmaktadır. 2006 yılı sonuçlarına göre gıda ve gıda dışı ihtiyaçlar dikkate alınarak hesaplanan yoksulluk oranı yüzde 17,81’dir (TÜİK, 2007c). Toplumdaki yoksulluk oranı 2002 yılından beri düşme eğilimi göstermiş olsa da halen yüksek seviyelerdedir. TÜSİAD’ın 1994 yılı gelir dağılımı verilerine dayanarak yaptığı hesaplamada, Güneydoğu Anadolu yüzde 34,5 ile yoksulluğun en yoğun olduğu bölge olurken, bunu yüzde 16,2 ile Akdeniz, yüzde 14,4 ile Karadeniz, yüzde 13,0 ile Doğu Anadolu ve yüzde 11,0 ile İç Anadolu bölgeleri izlemektedir. Marmara ve Ege, sırası ile yüzde 7,5 ve yüzde 8,1’lik paylar ile yoksulluk oranının düşük olduğu bölgeleri oluşturmaktadır (TÜSİAD, 2000: 108). Bu veriler, diğer bölgelere göre Güneydoğu Anadolu bölgesinde “yoksulluğun daha yaygın” (frequent of poverty) olduğunu göstermektedir. Ancak, Marmara bölgesi Türkiye’de gelir eşitsizliklerinin en yüksek olduğu bölgedir. Bu sebeple, Marmara bölgesinde, “yoksullar arasında gelir veya tüketim eşitsizliklerinin yüksek olmasını” (Asian Development Bank, 2006: 102) ifade eden “yoksulluğun şiddeti” (severity of poverty) daha fazladır.

Tablo 2. Bölgelere Göre GSYİH ve Kişi Başına GSYİH (US\$) (2001)

	Batı	Güney	Orta	Kuzey	Doğu	Toplam
Kişi Başına GSYİH	2.927	2.071	2.040	1.675	1.116	2.172
Nüfus Payı*	38,8%	12,8%	18,0%	11,6%	18,8%	100,0%
GSYİH Payı	52,3%	12,2%	16,9%	8,9%	9,7%	100,0%

Kaynak: TÜİK, Bölgesel İstatistikler, www.tuik.gov.tr verilerinden hesaplanmıştır (Erişim Tarihi: 30.01.2008).

*2000 yılı Nüfus verilerine göre hesaplanmıştır.

Tablo 2’de bölgelere göre GSYİH ve kişi başına GSYİH’lar verilmiştir[†]. Yoksulluk oranının düşük olduğu Marmara ve Ege bölgelerini kapsayan Batı bölgesi 2.927 US\$ ile kişi başına GSYİH’sı en yüksek bölgeyi oluşturmaktadır. Bu bölgede yoksulluk oranı düşük fakat daha önce belirtildiği gibi gelir eşitsizliklerinden dolayı yoksulluğun şiddeti yüksektir. Batı bölgesini 2.071 US\$ ile Güney (Akdeniz) ve 2.040 US\$ ile Orta (İç Anadolu) bölgeleri takip etmektedir. Kuzey ve Doğu bölgeleri ise sırası ile 1.675 ve 1.116 US\$ kişi başına GSYİH ile son sıralarda yer almaktadır. Doğu bölgesi, yoksulluğun en yoğun olduğu Güneydoğu Anadolu bölgesini de kapsamaktadır.

Yoksulluğun Doğu bölgesinde yoğunlaştığını gösteren bir başka veri ise, Yeşil Kartların dağılımıdır. Yoksul vatandaşların sağlık hizmetlerinden bedelsiz olarak yararlandırılması amacını taşıyan Yeşil Kartlar aynı zamanda yoksulluğun dağılımı ile ilgili de ipuçları vermektedir. Doğu bölgesinde yaşayan vatandaşların yüzde 36’sı (4.611.085 kişi) Yeşil Karta sahiptir[‡].

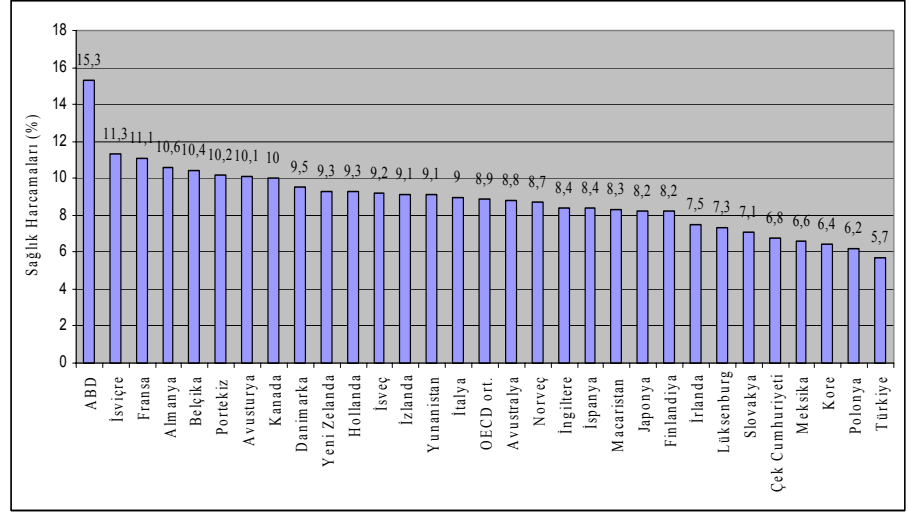
[†] Bu çalışmada Sağlık Bakanlığı tarafından kullanılan bölge ayrımı esas alınmıştır. Buna göre bölgeler ve kapsadıkları iller şu şekildedir: **Batı Bölgesi**; İstanbul, Tekirdağ, Edirne, Kırklareli, Balıkesir, Çanakkale, İzmir, Aydın, Denizli, Muğla, Manisa, Afyon, Kütahya, Uşak, Bursa, Bilecik, Kocaeli, Sakarya ve Yalova. **Güney Bölgesi**; Antalya, Isparta, Burdur, Adana, Mersin, Hatay, Kahramanmaraş ve Osmaniye. **Orta Bölge**; Kırıkkale, Aksaray, Niğde, Nevşehir, Kırşehir, Kayseri, Sivas, Yozgat, Eskişehir, Ankara, Konya, Karaman, Çankırı ve Çorum. **Kuzey Bölgesi**; Düzce, Bolu, Zonguldak, Karabük, Bartın, Kastamonu, Sinop, Samsun, Tokat, Amasya, Trabzon, Ordu, Giresun, Rize, Artvin, Gümüşhane ve Bayburt. **Doğu Bölgesi**; Erzurum, Erzincan, Ağrı, Kars, Iğdır, Ardahan, Malatya, Elazığ, Bingöl, Tunceli, Van, Muş, Bitlis, Hakkari, Gaziantep, Adıyaman, Kilis, Şanlıurfa, Diyarbakır, Mardin, Batman, Şırnak ve Siirt.

[‡] Sağlık Bakanlığı Yeşil Kart Bilgi Sistemi Kasım 2008 verilerinden hesaplanmıştır <http://sbu.saglik.gov.tr/yesil/> (Erişim Tarihi: 05.12.2008).

5. TÜRKİYE’NİN SAĞLIK HİZMETLERİ AÇISINDAN DÜNYADAKİ YERİ VE BÖLGELER ARASI SAĞLIK HİZMETLERİNİN DAĞILIMI

5.1. Kaynak Tahsisi Açısından

Türkiye, birçok gelişmekte olan ülke gibi sağlık için yeterli kaynak ayıramamaktadır. OECD ülkeleri ile kıyaslandığında Türkiye’nin GSMH’den sağlığa ayırdığı pay oldukça düşüktür. Grafik 1’de OECD ülkelerinin GSMH’den sağlık için ayırdığı paylar görülmektedir. Türkiye yüzde 5,7’lik pay ile sağlık için en düşük kaynak tahsis eden ülke konumundadır.



Not: Avustralya, Slovakya ve Türkiye verileri 2005 yılına aittir.

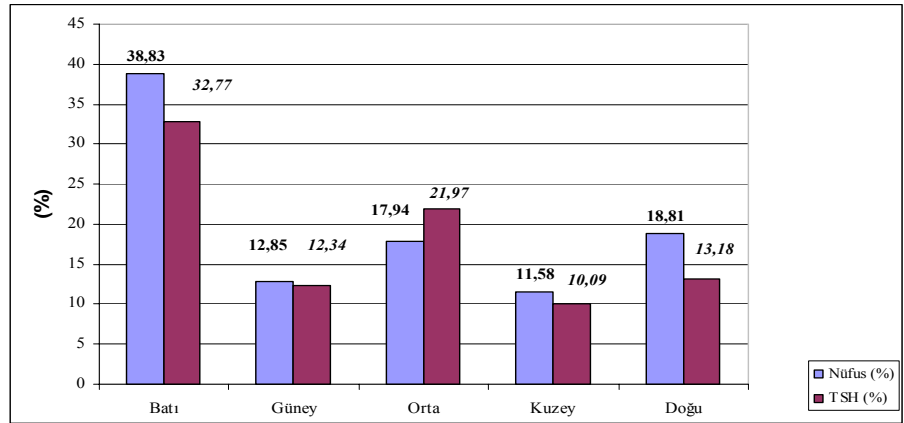
Kaynak: OECD, **OECD Health Data 2008**,
<http://www.oecd.org/dataoecd/46/5/38980477.pdf> (Erişim Tarihi:
 13.11.2008).

Grafik 1.
 GSMH’nin Oranı Olarak Sağlık Harcamaları (2006)

Türkiye’nin OECD ülkeleri arasında en düşük GSMH’ya sahip olmasından dolayı sağlık harcamalarına diğer ülkelere göre daha az pay ayırması şaşırtıcı değildir, çünkü GSMH’nın büyüklüğü ile sağlık harcamalarına ayrılan pay arasında aynı yönlü bir ilişki söz konusudur. Türkiye’nin sağlık harcamalarının yıllık artış oranı OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında daha yüksektir. 2000-2005 yılları arasında Türkiye’nin

sağlık harcamalarının yılda ortalama yüzde 7,6 arttığı, OECD ülkeler ortalamasının ise aynı dönemde yüzde 5 arttığı hesaplanmaktadır. Bu olumlu gelişmelere rağmen kişi başına sağlık harcaması halen düşük seviyelerdedir. 2005 yılı itibariyle Türkiye’de kişi başına sağlık harcaması 591 ABD\$ iken, OECD ortalaması 2824 ABD\$’dir (OECD, 2008: 2).

Türkiye’nin sağlık hizmetleri için ayırdığı kaynağın yetersizliği yanında bu kaynakların ülke içindeki dağılımı da eşitsizdir. Grafik 2’de bölgelere göre nüfus ve toplam sağlık harcamaları payları verilmektedir. Grafikten görüldüğü gibi, Orta bölgenin toplam sağlık harcamaları payı (yüzde 21,97) nüfus payının (yüzde 17,94) üzerinde, Güney bölgesinde birbirine yakın düzeylerdeyken (sırası ile yüzde 12,85 ve yüzde 12,34), Batı, Kuzey ve Doğu bölgelerinde toplam sağlık harcamalarının payı nüfus payından daha azdır. Toplam sağlık harcamalarının dağılımı ile nüfusun dağılımı birlikte değerlendirildiğinde, özellikle Batı ve Doğu bölgelerinin nüfuslarına kıyasla düşük oranda pay aldığı ve bunun hem bölgeler arasında hem de bölge içinde eşitsizliklere yol açtığı görülmektedir.



Kaynak: SB, RSHM Hıfzısıhha Mektep Müdürlüğü (2006); **Türkiye Ulusal Sağlık Hesaplamaları Hane Halkı Sağlık Harcamaları 2002-2003**, Bakanlık Yay. No: 691, SB-HM-2005/09, Ankara, s.6.

Grafik 2.

Bölgelere Göre Nüfus ve Toplam Sağlık Harcamaları Payı (2000)

Toplam sağlık harcamalarındaki eşitsizliklerin kamu harcamaları ile dengelenmesi mümkündür. Devlet, kamu sağlık harcamalarını ihtiyaç duyan bölgelere yönlendirerek dengeleyici bir görev yapabilir. Ulusal Sağlık Hesaplamalarına göre Türkiye’de toplam sağlık harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının payı yüzde 64,34 dür (SB, RSHM, 2006: 7). Batı

bölgesinde kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı, yüzde 72,44 ile en yüksek, Doğu Bölgesinde ise yüzde 56,19 ile en düşük düzeydedir. Daha açık ifade etmek gerekirse, kamu harcamalarında nüfus ya da ihtiyaç temel alınarak kaynak tahsisi yapılmamaktadır. Nitekim Orta bölgede kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı yüzde 66,23 ile ikinci en yüksek oranı oluşturması da bunu doğrulamakta ve devletin kamu sağlık harcamalarını kullanarak sağlık için tahsis edilen kaynaklarda bir dengeleme yapmadığı görülmektedir.

Tablo 3. Bölgelere Göre Yüzbin Nüfusa Düşen Sağlık Personeli (2006)

	Uzman hekim	Pratisyen hekim	Hekim Toplamı	Diş hekim	Eczacı	Sağlık memuru	Hemşire	Ebe
Batı	95	79	174	34	38	76	125	57
Güney	57	68	125	27	36	89	115	76
Orta	111	110	221	24	46	130	148	68
Kuzey	56	72	128	18	29	127	155	79
Doğu	43	62	104	9	18	77	83	47
Toplam	80	79	159	25	35	92	123	61

Kaynak: TÜİK (2007a), Bölgesel İstatistikler www.tuik.gov.tr verileri kullanılarak hesaplanmıştır (Erişim Tarihi: 10.11.2008).

Sağlık harcamaları payı yanında temel sağlık göstergelerinin bölgelere göre dağılımı da adaletsiz bir yapıdadır. Tablo 3, bölgelere göre yüzbin nüfusa düşen sağlık personelinin göstermektedir. Tabloya göre bölgeler arasında büyük farklar mevcuttur. Özellikle Doğu bölgesi Türkiye ortalamasının çok gerisinde, Orta bölge ise Türkiye ortalamasının üstündedir. Bu iki bölgenin yüzbin nüfusa düşen hekim sayıları karşılaştırıldığı zaman iki kat fark olduğu görülmektedir (yüzbin kişiye orta bölgede 221, doğu bölgesinde 104 hekim düşmektedir).

Tablo 4. Bölgelere Göre Sağlık Kurumlarının Yatak Sayıları Dağılımı ile Yüzbin Nüfusa Düşen Yatak Sayıları (2006)

	Nüfus 2007	Hastane Yatak Sayısı	Yüzbin Nüfusa Düşen Yatak Sayısı
Batı	30.024.272	76.281	254
Güney	8.906.427	20.688	232
Orta	11.877.503	36.840	310
Kuzey	6.912.623	22.352	323
Doğu	12.865.431	24.606	191
Toplam	70.586.256	180.767	256

Kaynak: TÜİK, Bölgesel İstatistikler, www.tuik.gov.tr verilerinden hesaplanmıştır (Erişim Tarihi: 10.11.2008).

Sağlık kurumlarının kapasitesinde de aynı durum sözkonusudur. Yüzbin nüfusa düşen yatak sayısının bölgelere göre dağılımı Tablo 4’de verilmektedir. Türkiye ortalaması yüzbin nüfus için 256 yataktır. Ancak bölgeler bazında değerlendirildiğinde Doğu bölgesi 191 ile en düşük yatak sayısına sahiptir. Güney ve Batı bölgeleri de Türkiye ortalamasının gerisinde kalmaktadır. En yüksek kapasite ise 323 yatak ile Kuzey ve 310 yatak ile Orta bölgelerde görülmektedir.

Nüfus başına düşen sağlık personeli ve hastane yatak sayıları birlikte değerlendirildiğinde, mevcut eşitsiz dağılımın bir yandan erişim engelleri oluşturduğu, diğer yandan da sunulan hizmet kalitesi arasında önemli farklara yol açtığını söylemek doğru olacaktır.

Farklı gelir gruplarının sağlık için yaptığı harcamalar, sağlık ihtiyacı daha yüksek olan yoksulların bu hizmetlerden yeterince yararlanmadığının bir başka göstergesidir. TÜİK’in 2007 Hanehalkı Tüketim Harcamaları Anketi sonuçlarına göre, farklı gelir grupları itibarıyla toplam harcamaların içinde sağlık harcamalarının payı yüzde 2,2 ile yüzde 2,5 arasında değişmektedir. Bu oranlar, ailelerin sağlık harcamalarının gelirleri ile orantılı olduğunu, yani gelir düzeyinin ancak belli bir bölümünün sağlık için ayrılabilmesini göstermektedir. Diğer yandan, toplam sağlık harcamalarının gelir gruplarına göre dağılımında en alt gelir grubunun (birinci yüzde yirmilik dilimin) yüzde 9,6 lik harcama payı ile en düşük, en üst gelir grubunun ise yüzde 36,5’lik harcama payı ile en yüksek harcama paylarına sahip olduğu görülmektedir (TÜİK, 2007b). Diğer bir deyişle, sağlık için ayrılan kaynak gelirin belli bir oranını oluşturmakta ve alt gelir gruplarının gelirleri düşük seviyelerde olduğundan dolayı sağlık hizmetlerine üst gelir gruplarına göre daha az kaynak ayırmaktadırlar.

Tablo 5. Bölgelere ve Gelir Gruplarına Göre Sağlık Harcamaları Payı (2005-2007)

Bölge	TÜİK Sınıflaması	1. %20	2. %20	3. %20	4. %20	5. %20	Oran*
Batı	İstanbul	11,6	10,7	15,8	22,5	39,4	3,4
	Doğu Marmara	12,1	13,9	14,9	28,1	31,1	2,6
	Batı Marmara	13,2	11,4	21,4	18,3	35,7	2,7
	Ege	13,6	14,3	18,0	20,8	33,3	2,4
Güney	Akdeniz	11,1	15,3	23,7	22,4	27,5	2,5
Orta	Batı Anadolu	10,7	15,0	11,8	13,8	48,7	4,6
	Orta Anadolu	9,8	13,2	21,6	19,5	35,9	3,7
Kuzey	Batı Karadeniz	12,9	10,8	16,7	23,3	36,3	2,8
	Doğu Karadeniz	9,2	16,5	15,1	25,4	33,7	3,7
Doğu	Kuzeydoğu Anadolu	10,0	14,5	22,4	21,9	31,1	3,1
	Orta Doğu Anadolu	11,9	13,1	16,0	23,1	36,0	3,0
	Güneydoğu Anadolu	9,3	10,3	17,9	24,2	38,3	4,1

* Beşinci %20'lik dilimin birinci %20'lik dilime oranı

Kaynak: TÜİK (2007a), **2005-2006-2007 Hanehalkı Tüketim Harcamaları Anketi Bölgesel Sonuçlar**, www.tuik.gov.tr (Erişim Tarihi: 05.01.2009)

Bölgelere ve gelir dilimlerine göre sağlık harcamaları payları ise Tablo 5'te verilmektedir. Veriler, TÜİK'den alındığından dolayı, bu çalışmada kullanılan bölgelerden farklı bir sınıflamaya sahiptir. Tabloda da görüldüğü gibi İstanbul, Doğu Marmara (Düzce, Bolu ve Eskişehir hariç), Batı Marmara ve Ege bu çalışmada kullanılan Batı bölgesini ifade etmektedir. İstanbul, birinci yüzde yirmilik dilimde en düşük, beşinci yüzde yirmilik dilimde en yüksek sağlık harcamaları payına sahiptir. Tablonun son sütununda yer alan beşinci yüzde yirmilik dilimin sağlık harcamalarının, birinci yüzde yirmilik dilimin sağlık harcamalarına oranını gösteren veriler incelendiğinde, İstanbul'da en yüksek gelir diliminin sağlık harcamalarının en düşük gelir diliminin sağlık harcamalarından 3,4 kat daha fazla olduğu görülmektedir. Buna göre İstanbul sağlık eşitsizliklerin en fazla olduğu yerleşim yerini oluştururken, Ege en düşük en yüksek gelir grubunun sağlık harcamaları karşılaştırmasında 2,4 ile en eşitlikçi bölgedir.

TÜİK'in sınıflamasında Batı Anadolu ve Orta Anadolu bu çalışmada Orta Bölge olarak tanımlanmıştır. Sağlık harcamalarının gelir gruplarına göre dağılımı bakımından bu bölgede eşitsizlikler yüksek seviyededir. Nitekim en yüksek gelir grubunun en düşük gelir grubundan Batı

Anadolu’da 4,6 kat, Orta Anadolu’da ise 3,7 kat daha fazla sağlık harcaması yaptığı görülmektedir. En yüksek yüzde yirmilik gelir grubunun sağlık harcamaları payı da yüzde 48,7 ile Batı Anadolu bölgesinde gerçekleşmektedir. Batı Anadolu bölgesi Ankara ilini kapsamaktadır ve İstanbul’da olduğu gibi sağlık harcamalarındaki eşitsizlik büyük kentlerin hızla göç alması, kentteki yaşam ve iş imkânlarının aynı hızda geliştirilememesi sonucu kayıtdışı çalışmanın yoğunlaşması ve kentlere uyum sağlayamamış geniş kitlelerin varlığı ile açıklanabilir.

Doğu bölgesi ise, Kuzeydoğu Anadolu (Bayburt hariç), Ortadoğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinden oluşmaktadır. Yoksulluğun en yaygın olduğu bölgelerin başında gelen Güneydoğu Anadolu’da da sağlık harcamaları eşitsiz olarak dağılmaktadır. Bu bölgede en yüksek gelire sahip yüzde 20’lik gelir dilimi en düşük gelire sahip yüzde 20’lik gelir diliminden 4,1 kat daha fazla sağlık harcaması gerçekleştirmektedir. Batı Anadolu bölgesinden sonra en düşük/en yüksek gelir grupları karşılaştırmasında en büyük fark bu bölgeye aittir.

Bölgelere ve gelir gruplarına göre sağlık harcamaları karşılaştırıldığı zaman, Batı bölgesindeki eşitsizliklerin İstanbul’dan kaynaklandığını söylemek doğru olacaktır. İstanbul, gelir eşitsizliklerinin de en yüksek olduğu yerleşim yeridir ve gelirdeki eşitsizlikler diğer alanlardaki eşitsizliklere dönüşmektedir. Sağlık harcamalarının bölgelere göre dağılımından en adaletsiz pay alan Batı bölgesi kendi içindeki eşitsizliklerle birlikte değerlendirildiğinde, burada yaşayan yoksulların sağlık hizmetlerinden ne oranda yararlandığı kuşkuludur. Orta bölge değerlendirildiğinde, sağlık alanındaki adaletsizliklerde Ankara’nın önemli bir payı olduğu görülmektedir. Ancak, Orta bölgenin gerek toplam sağlık harcamalarından aldığı pay, gerekse bu bölgeye yapılan sağlık yatırımlarının Türkiye ortalamasının üstünde olması diğer bölgelerde yaşayan yoksullarla kıyaslandığında bu bölgede yaşayan yoksullar açısından sağlık hizmetlerinden nispetten daha fazla yararlanmayı mümkün kıldığı düşünülebilir. Doğu bölgesi içinde yer alan Güneydoğu Anadolu da sağlık harcamalarında eşitsizliklerin çok yüksek olduğu yerlerden biridir. Yine Güneydoğu Anadolu bölgesinde özellikle Diyarbakır’ın yer alması, büyük kentlerde artan eşitsizliklerden kaynaklanan bir durum olarak değerlendirilebilir. Doğu bölgesinde sağlık harcamalarının nüfusa oranla düşük seviyelerde kalması ve sağlık tesisi ve sağlık personelinin görece azlığı bu bölgede yoksulların sağlık hizmetlerine ulaşımını engelleyen unsurlardır.

Daha önce de belirtildiği gibi sağlıkta adaletsizliği artıran önemli bir faktör “*cepten ödemelerdir*”. Sağlık hizmetlerinden yararlanmak için cepten ödeme yapma zorunluluğu birçok kişinin sağlık hizmetlerine olan talebini azaltmaktadır. 2002-2003 Ulusal sağlık hesaplamalarına göre, sağlık sorunu

yaşanması durumunda nüfusun yüzde 15,5'i hiçbir şey yapmamaktadır. Bu cevabı verenlerin yüzde 60'ı sağlık hizmeti satın alacak mali gücünün olmadığını belirterek, cepten ödeme yapamayacak durumda olduğunu ifade etmektedir. Bu cevabı daha çok Doğu bölgesinde ve/veya kırsal alanlarda yaşayanlar ile 15-44 yaş grubundakiler, kadınlar, hiç okula gitmeyenler, sağlık güvencesi olmayanlar ve ayrı yaşayan kişilerin verdiği belirlenmiştir (SB RSHM, 2006: 60). Ulusal sağlık hesaplamaları sağlık ihtiyacının temel bir ihtiyaç olduğu halde başta yoksulluk olmak üzere çeşitli nedenlerden dolayı bu ihtiyacın karşılanmadığını ve bireylerin sağlık taleplerini kısmak mecburiyetinde kaldıklarını göstermektedir.

Bölgeler arası gelişmişlik farkları dikkate alınarak cepten ödemeler değerlendirildiğinde, sağlık sorunu yaşanması durumunda Doğu bölgesindeki bireylerin yaptığı ortalama cepten ödemelerin Orta bölgede yaşayan bireylerin yaptığı ödemelerden çok daha fazla olduğu sonucuna varılmaktadır (SB RSHM, 2006: 25). Hastaneye yatma durumunda yapılan cepten ödemeler Orta bölgede en düşük iken, doğu bölgesinde en yüksektir. Kır ve kent ayrımında bu durum ele alındığında ise, kırsal alanda yaşayanların kentlerde yaşayanlara göre üç kat daha fazla cepten ödeme yapmak durumunda kaldığı tespit edilmiştir (SB RSHM, 2006: 45). Bu tespit, kırsal alanlarda yaşayanların sosyal güvenceden yoksun olmaları ve bu nedenle sağlık sigortalarının da olmaması ile açıklanabilir. Doğu bölgesinde ve kırsal alanlarda yaşayanların yaptığı cepten ödemelerin görece yüksek olması aynı zamanda bu kesimlerde yaşayan bireylerin sağlık hizmetleri taleplerini azaltmaktadır. Bu veriler, bölgeler arasında kaynak tahsisinde görülen farklılıklara ek olarak cepten ödemelerde de bölgelere göre farklar olduğuna işaret etmektedir.

5.2. Sağlık Göstergeleri Açısından

Sağlıkta adaletsiz sonuçların elde edilmesi sadece sağlık hizmetlerinin sunumundaki eşitsizliklerden kaynaklanmamaktadır. Bunun ötesinde bireyler arasında sağlık eşitsizliklerinin birbiriyle etkileşim içinde olan çok birçok nedeni bulunmaktadır. Bu nedenler Crombie ve diğerleri tarafından şu şekilde sıralanabilir (Crombie et al, 2005: 13-14): (1) *Toplumdaki genel sosyo-ekonomik, kültürel ve çevresel koşullar*: İstihdam oranını, ücretlerin düzeyini ve sosyal refah programlarını belirleyen başat faktörler bu grup altında toplanabilir. (2) *Yaşama ve çalışma koşulları*: Bireyin toplumdaki pozisyonu bu grup faktörler tarafından belirlenir. Bireyin mesleği, gelir ve eğitim durumunun önemli rolü vardır. Sağlıktaki eşitsizliklerin en önemli nedeni yoksulluktur. Gelir, çalışmaya bağlıdır ve bu da eğitim düzeyi ile ilişkilidir. Aynı zamanda bu kategoriye konut kalitesi, çalışma koşulları ve sağlık yardımlarına ulaşabilme de dahildir. (3) *Bireyin*

ulaşabileceği sosyal ve toplumsal ağlar: Güvenlikten yoksun hissetmek ve sosyal dışlanma sağlık üzerinde belirleyici etkilere sahiptir. (4) *Yaşam biçimi:* sigara içmek vs. kötü alışkanlıklar, fiziksel aktivite eksikliği ve kötü beslenme gibi faktörler sağlığı olumsuz olarak etkiler. Birey tarafından değiştirilebilen sağlıkla ilgili bu davranışlar sosyo-ekonomik durum ve sosyal çevre tarafından büyük ölçüde etkilenmektedir. (5) *Bireysel düzeyde değiştirilemeyen faktörler:* Yaş, cinsiyet ve kalımsal miras.

Türkiye’nin sağlık göstergeleri bakımından dünyanın neresinde olduğunu tespit edebilmek için doğumdan itibaren ortalama yaşam beklentisi ve sağlıklı yaşam beklentisi verilerini karşılaştırmak mümkündür. Türkiye’de doğumdan itibaren ortalama yaşam beklentisi 73 yıl, sağlıklı yaşam beklentisi ise 62 yıldır (kadın ve erkek ortalaması). Japonya, hem ortalama yaşam beklentisi (83 yıl) hem de sağlıklı yaşam beklentisi (75 yıl) bakımından birinci sırada yer alırken, Kore, ortalama yaşam beklentisinde 66 yıl ve sağlıklı yaşam beklentisinde 59 yıl ile Türkiye’den sonra sonuncu sırada yer almaktadır. OECD ortalaması ise ortalama yaşam beklentisinde 79 yıl, sağlıklı yaşam beklentisinde 70 yıl olarak hesaplanmaktadır (WHO, 2008: 36-44).

Tablo 6. Yerleşim Yeri ve Demografik Bölgelere Göre Bazı Sağlık Göstergeleri (2003)

Yerleşim Yeri	Bebek Ölüm Hızı (Binde)	Tam aşlanmamış 12-23 aylık çocukların oranı	Sağlık kuruluşu dışında doğum yapan kadınların oranı
Kent	23	37,1	14,4
Kır	39	63,5	35,7
Demografik Bölge			
Batı	22	27	8,5
Güney	29	39,8	21,5
Orta	21	39	11,8
Kuzey	34	39,9	14,7
Doğu	41	65,2	45,6
Toplam	29	45,8	22,7

Kaynak: Onur Hamzaoğlu (2005), Türkiye’de Sağlıkın Bugünü (Sağlıkta Dönüşüm)-Ne Yapmalı?, **9. Ulusal Sosyal Bilimler Kongresi**, 7-9 Aralık, Ankara’dan akt. TTB (2005), **Türkiye Sağlık İstatistikleri 2006**, TTB Yayınları, Ankara, s. 127,129-130.

Türkiye’de farklı gelir grubu, yerleşim yeri vb. ayrımında doğumdan itibaren ortalama yaşam beklentisi ve/veya sağlıklı yaşam beklentisi istatistikleri mevcut olmadığından dolayı bu kıstasa göre bir değerlendirme yapmak mümkün değildir. Bu nedenle farklı göstergelere bakmak gereklidir. Tablo 6’da bebek ölüm hızları, aşılammış 12-23 aylık çocukların oranı ve sağlık kuruluşu dışında doğum yapan kadınların oranları verilmektedir. Tüm göstergelerde kırsal- kent arasında ve özellikle doğu ile batı arasında ciddi farklılıklar mevcuttur. Bebek ölüm hızında Türkiye ortalaması bin canlı doğumda 29 olmasına rağmen, yerleşim yeri bakımından kırsal alanlar, bölge bakımından da kuzey ve doğu bölgeler ortalamasının oldukça üzerindedir. Tam aşılammış çocukların oranı ve sağlık kuruluşu dışında doğum yapan kadınların oranı bakımından da benzer bir durum söz konusudur. Kırsal ve kent arasındaki fark iki kat civarındadır. Ancak özellikle batı ve doğu bölgeleri arasındaki fark dikkat çekicidir. Bebek ölüm hızı doğu bölgesi batı bölgesinin yaklaşık iki katıdır. Tam aşılammış çocuklarda yaklaşık 2,5 kat ve sağlık kuruluşu dışında doğum yapan kadınların oranında ise 5,3 kat fark görülmektedir. Sağlık göstergeleri arasındaki farklılığın önemli nedenlerinden biri kaynak tahsisindeki adaletsizlikler olmakla birlikte bunun dışında eğitim düzeyindeki farklılıklar ve özellikle doğu bölgesinde kırsal alanlardaki erişim engelleri gibi nedenler de sağlık kuruluşlarına başvurma oranını düşürmekte ve sağlık göstergelerini olumsuz olarak etkilemektedir. Nitekim Ulusal Sağlık hesaplamalarına göre herhangi bir sağlık sorunu yaşanması durumunda ulaşım zorlukları nedeniyle hiçbir şey yapmayanların önemli kısmı doğu bölgesindedir. Bu da Türkiye’nin doğu bölgelerinde coğrafi erişim engellerinin sağlık hizmetlerinden yararlanmayı güçleştirdiğini göstermektedir.

Türkiye’de bölgeler bazında farklı sağlık göstergelerinin hesaplanmaması mevcut sorunu tüm yönleri ile ortaya koymayı güçleştirir de batı-doğu arasında ve kırsal-kent arasında ciddi sağlık farklarının olduğunu yine de görmek mümkündür.

6. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Türkiye’de sağlık ve yoksulluk ilişkisini ortaya koyabilecek verilerin kısıtlı olması sebebi ile bu çalışmada yoksulluğun ülke içindeki dağılımı dikkate alınarak bölgeler bazında bir değerlendirme yapılmıştır. Yoksulluğun en yaygın olduğu bölge doğu bölgesi iken, en şiddetli olduğu bölgenin batı bölgesi olduğu görülmektedir. Her iki bölgenin de sağlık harcamalarından aldığı pay bölgelerin nüfus paylarına göre düşük düzeylerde kalmaktadır. Özellikle Doğu bölgesinin kamu sağlık harcamalarından en düşük payı alması ve aynı zamanda sağlık personeli ve yatak kapasitesi bakımından da Türkiye’nin çok gerisinde rakamlara sahip

olması, bu bölgenin diğerlerine göre çok daha dezavantajlı bir duruma itilmesine sebep olmaktadır. Diğer bir ifadeyle, Doğu bölgesinde sağlık hizmetlerinin bireylere ulaştırılması ile ilgili ciddi sorunlar vardır. Batı bölgesi ise, Orta bölgeden sonra sağlık personeli ve fiziki imkânlar bakımından diğer bölgelere göre daha avantajlı görülmektedir. Ancak bu bölgede toplam sağlık harcamaları payının nüfus payının altında kalması yine de sorunlara yol açmaktadır. Batı bölgesinin kapsadığı İstanbul ve Marmara bölgesi gelir eşitsizliklerinin en yüksek olduğu yerlerdir. Bu bölge için kişi başına GSYİH yüksek olmakla birlikte gelir eşitsizliklerinin de yüksek oluşu, geçim şartlarının zorluğu gibi nedenlerden dolayı yoksulluğun şiddeti çok daha fazladır. Kısacası bu bölgede (özellikle İstanbul’da) yaşayan yoksulların sağlık hizmetlerinden ihtiyaçları oranında yararlanamaması sözkonusudur. Özetle, Türkiye’de genel olarak sağlık için ayrılan kaynaklar ve hem bölgeler arasında hem de aynı bölgede yaşayan farklı gelir grupları arasında eşitsiz dağılmaktadır. Tüm bunlar birçok bireyin/ailenin sağlık hizmetlerine erişimini engellemektedir.

Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişimi engelleyen en önemli nedenlerin başında ekonomik faktörler gelmektedir. Ekonomik imkânları kısıtlı olan ve sağlık sigortasına da sahip olmayan kişiler için sağlık sunucularına başvurma ihtiyacı, mümkün olduğu kadar ertelenmesi gereken bir maliyet unsuru olarak algılanmaktadır. Sağlık sigortası olan bireyler için dahi yapılması gereken cepten ödemeler, sağlık hizmetlerinden faydalanmayı engellemektedir. Bunun dışında coğrafi engeller, alışkanlık ve gelenekler gibi başka faktörler de erişim engelleri oluşturmaktadır. Özellikle doğu bölgesinde iklim koşulları sebebi ile sağlık sunucularına ulaşım sadece acil hallerde ve güçlükle sağlanabilmektedir. Yine, gelişmemiş bölgelerde ve özellikle kırsal alanlarda geleneksel tıbbi yöntemlerin kullanılması önemli bir sorun oluşturmakta ve tüm bunlar sağlık göstergelerine yansımaktadır. Daha önce de belirtildiği gibi bebek ölüm hızı, aşılama oranları veya sağlık kuruluşunda doğum yapanların oranlarına bakıldığında kırsal yerleşim yerleri ile doğu bölgesi için ortaya çıkan sonuçlar kentlere ve diğer bölgelere daha kötüdür.

Sağlıkta adaletsizliklerin giderilmesi için geniş ölçekli politikaların geliştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Türkiye’deki gelir eşitsizlikleri, işsizlik ve eğitim sorunlarının çözümüne yönelik çabaların sağlık göstergelerini de olumlu etkileyeceği açıktır. Ancak bu sorunların çözümü çok kolay değildir. Bu nedenle mevcut durumda yapılabilecekler gözden geçirilerek toplumdaki alt gelir gruplarının sağlık hizmetlerinden yararlanmasını engelleyen faktörler ortadan kaldırılmalıdır. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve alt gelir gruplarının bu hizmetlerden bedelsiz olarak yararlanabilmesi önemlidir. Daha önce de belirtildiği gibi yoksullar daha çok birinci basamak sağlık hizmetlerinden

yararlandığından dolayı bu tip hizmetlerin dikey yeniden dağıtıcı yönünün daha fazladır. Ayrıca kırsal alanlarda yaşayanların sağlık sigortası kapsamına alınması ve sağlık hizmetlerine erişimi kısıtlayan coğrafi engellerin ortadan kaldırılması da çok sayıda yoksulun sağlık ihtiyacını karşılamasını sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

- Asian Development Bank (2006); *Poverty Handbook*, ADP, Philippines.
- Bambas, A. and Casas J.A. (2001); "Assessing Equity in Health: Conceptual Criteria", *Equity and Health*, Pan America Health Organization, Washington D.C.
- Berkhout, E. And Oostingh H.(2008); "Health Insurance in Low Income Countries", *Joint NGO Briefing Paper*.
- Belli, P.C. (2005); "The Equity Dimension of Purchasing", (Chapter 7), *Spending Wisely: Buying Health Services for Poor*, Ed. A.S. Preker and J.C. Langenbrunner, World Bank, Washington D.C.
- Bennett, S. and Gilson, L. (2001); Health financing: Designing and Implementing Pro-Poor Policies, *DFID Health Systems Resource Center*, London.
- Braveman, P. and Gruskin, S. (2003); "Defining Equity in Health", *J. Epidemiol Community Health*, 57, pp.254-258.
- Crombie, I.K. et al (2005); Closing the Health Inequalities Gap: An International Perspective, *WHO Regional Office for Europe*, Copenhagen.
- Duggal, R. (2007); "Poverty & Health: Criticality of Public Financing", *Indian J. Med Res*, 126, pp.309-317.
- Garg, C.C and Karan, A.K (2005); "Health and Millennium Development Goal 1: Reducing Out-of-Pocket Expenditures to Reduce Income Poverty - Evidence from India", *WHO Equitap Project*, Working Paper #15.
- Gordon, D. (2005); "Indicators of Poverty & Hunger", *Expert Group Meeting on Youth Development Indicators United Nations Headquarters*, New York, 12-14 December.
http://un.org/esa/socdev/unyin/documents/ydiDavidGordon_poverty.pdf
(Erişim Tarihi: 20.08.2010).
- Hagenaars, A. and Vos K. (1988); "The Definition and Measurement of Poverty", *The Journal of Human Resources*, 23 (2), pp. 211-221.
- Hsiao, W.C. and Liu, Y. (2001); "Health Care Financing: Assessing Its Relationship to Health Equity", in *Challengin Inequalities In Health: From Ethics to Action*, Ed. T. Evans, Oxford University Press.
- ILO (2008); Social Health Protection. An ILO Strategy Towards Universal Access to Health Care, *Social Security Policy Briefings, Paper 1*, Geneva.
- Lundberg, M. and Wang, L. (2006); "Health Sector Reforms", Analyzing the Distributional Impact of Reforms, *Vol. 2: A Practitioners's Guide to*

- Pension, Health, Labor Markets, Public Sector Downsizing, Taxation, Decentralization and Macroeconomic Modeling***, Ed. A. Coudouel and S. Paternostro, The World Bank, Washington D.C.
- OECD (2008), OECD Health Data 2008, <http://www.oecd.org/dataoecd/46/5/38980477.pdf> (Erişim Tarihi: 13.11.2008).
- SB, RSHM Hıfzısıhha Mektep Müdürlüğü (2006); ***Türkiye Ulusal Sağlık Hesaplamaları Hane Halkı Sağlık Harcamaları 2002-2003***, Bakanlık Yay. No: 691, SB-HM-2005/09, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı, Yeşil Kart Bilgi Sistemleri, <http://sbu.saglik.gov.tr/yesil/> (Erişim Tarihi: 05.12.2008).
- Sapançalı, F. (2005); ***Sosyal Dışlanma***, Dokuz Eylül Yayınları, İzmir.
- Şenses, F. (2002); ***Küreselleşmenin Öteki Yüzü: Yoksulluk***, 2. Baskı, İletişim Yayınları, İstanbul.
- TTB (2005), ***Türkiye Sağlık İstatistikleri 2006***, TTB Yayınları, Ankara, 2005.
- TÜİK, ***Bölgesel İstatistikler***, www.tuik.gov.tr (Erişim Tarihi: 10.11.2008)
- TÜİK (2007a), ***2005-2006-2007 Hanehalkı Tüketim Harcamaları Bölgesel Sonuçlar***, www.tuik.gov.tr (Erişim Tarihi: 05.01.2009)
- TÜİK (2007b), ***2007 Hanehalkı Tüketim Harcamaları Anketi***, <http://www.tuik.gov.tr> (Erim Tarihi:12.11.2008)
- TÜİK (2007c), ***2006 Yoksulluk Çalışması Sonuçları***, www.tuik.gov.tr (Erişim Tarihi: 30.12.2008)
- TÜSİAD (2000); ***Türkiye’de ve Bireysel Gelir Dağılımı ve Yoksulluk: Avrupa Birliği ile Karşılaştırma***, Yayın No: TÜSİAD-T/2000-12/295, İstanbul.
- Whitehead, M. and Dahlgren, G. (2007); Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health: Levelling up Part 1, ***WHO Regional Office for Europe***, Copenhagen.
- WHO (2000); World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performans, www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf, (Erişim Tarihi: 05.12.2008).
- WHO (2007); “Spending on Health: A Global Overview”, ***Health Financing Fact Sheet No. 319***, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs319.pdf> (Erişim Tarihi: 17.08.2010)
- WHO (2008), World Health Statistics 2008, www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_Full.pdf, (Erişim Tarihi: 02.02.2009)
- World Bank (2006); ***World Development Report 2006: Equity and Development***, World Bank and Oxford University Press NY.