

Ulusal, Bölgesel ve Uluslararası Perspektiften Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi¹

Derya Gültekin²

Pınar Özcanlı Baran³

Özet

Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, toplumun genel refahı ve sosyo-ekonomik sürdürülebilirliği için kritik bir öneme sahiptir. Bu makalede, TÜİK, Sağlık Bakanlığı ve OECD’den derlenen verilerle Türkiye’de 2005-2021 döneminde sağlık hizmetlerinin gelişimi ulusal, bölgesel ve uluslararası düzeyde betimsel olarak incelenmiştir. Ülkemizde sağlık hizmetleri kapasitesi sağlık personeli, kurum ve yatak sayıları açısından önemli bir gelişim göstermiştir. Sağlık personeli başına düşen kişi sayısı tüm kategorilerde azalmıştır. Ancak hekim başına kişi sayısı azalırken hekim başına hasta müracaat sayısı artmıştır. Özel hastane sayısının hızlı yükselişi sağlık sektöründe özel kesimin payını arttırmıştır. Özel hastaneler toplam yatak, yoğun bakım yatağı ve tıbbi cihaz kapasitesi içinde önemli bir paya ulaşmıştır. Özel sağlık sektöründeki büyümeye karşın, kamunun toplam sağlık harcamalarındaki payı özel harcamalardan çok daha yüksek olup, sağlık sistemi esasen kamu ağırlıklı olmaya devam etmektedir. Sağlık hizmetleri alanında, özellikle doğu bölgeleri aleyhine olan bölgesel eşitsizlikler ise halen giderilememiştir. Ülkenin batı bölgelerine kıyasla doğu bölgeleri sağlık hizmeti kullanımı açısından geride kalmakta, sağlık personeli ve hastane sayısı daha az olup hasta yoğunluğu ise artmaktadır. Türkiye, OECD ülkeleri içinde sağlık sektörü göstergelerinde zayıf bir performans sergilemektedir. 100.000 kişiye düşen hekim, hemşire ve ebe sayısında son sırada, 1.000 kişiye düşen yatak sayısında alt gruba yakın aralıktadır. OECD içinde cari sağlık harcamalarının milli gelire oranı açısından

- 1 Bu makale, 120K602 no.lu TUBİTAK “Toplumsal Cinsiyet Perspektifinden COVID-19 Salgını ve Bakım Hizmetleri Krizi: Bakım Hizmetlerine Kamu Yatırımlarının İstihdam Etkisi” projesi kapsamında üretilmiştir.
- 2 Doç. Dr. Derya Gültekin, İstanbul Teknik Üniversitesi, İşletme Mühendisliği Bölümü, dkaraka@itu.edu.tr, ORCID 0000-0003-1391-2431
- 3 Doktora öğrencisi, İstanbul Teknik Üniversitesi, Şehir ve Bölge Planlama Bölümü, ozcanli@itu.edu.tr, ORCID 0000-0002-7324-4204

da son sırada olup, kişi başı sağlık harcamasında alt bantta yer almaktadır. Türk sağlık sistemindeki altyapının ve personelin COVID-19 salgını sonrası olası yeni salgın ve bölgesel sıcak savaş riskleri karşısında güçlendirilmeye devam edilmesi, sağlık teknolojileri alanında yerli ve milli üretimle ülkenin kendi kendine yeterliliğinin artırılması yerinde olacaktır. Türkiye’de kamusal sağlık yatırımlarının, yaşlanan nüfusun ihtiyaçlarını karşılayacak ve bölgesel hizmet açıklarını da giderecek şekilde artırılması ile dezavantajlı grupların sağlık hizmetlerine erişimi artırılarak, yoksulluk ve gelir eşitsizliğinin olumsuz etkileri azaltılabilir.

1. Giriş

COVID-19 salgını dünya genelinde tüm sosyal bakım hizmetlerinde arz açığını arttırarak krize yol açmıştır. Ancak sağlık bakım hizmetleri salgının etkisiyle artan hasta ve vefat sayıları sebebiyle özel bir önem kazanmıştır. Öte yandan sağlık hizmetleri toplumsal hayatın idamesinde yeri enformel kanallarla doldurulamaz bir bakım alanı olarak da farklılaşmaktadır. Başol ve Işıl (2015)’in de belirttiği gibi, sağlık hizmetlerinin ikamesi olan bir mal ya da hizmet grubu mevcut değildir. Dolayısıyla, COVID-19 salgını döneminde hükümet politikalarının merkezine öncelikle sağlık sisteminin idaresi oturmuştur.

Toplumun sağlık düzeyinin yükselmesi, ekonomik ve sosyal kalkınmayı olumlu yönde etkilemektedir (Albayrak ve Öztürk, 2021). Dünya Sağlık Örgütü (WHO, n.d.) sağlığı; sadece sakatlık ya da hastalığın olmaması değil; bir bütün olarak fiziksel, zihinsel ve sosyal refah hali olarak tanımlamaktadır. Sağlık hizmetleri bireylerin yaşam süresinin ve kalitesinin arttırılmasına ve böylece sağlıklı nesillerin inşasına imkân vermektedir. Sağlık hizmetlerine erişimin artması gelir eşitsizliği ve yoksulluğun menfi etkilerinin azaltılarak sosyal adaletin tesis edilmesi açısından da önemlidir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde ülkemizin daha ileri bir seviyeye ulaşması, vatandaşların refah, mutluluk ve verimliliğinde sıçramaya imkân verecektir. Türkiye’de nüfusun yaşlanma eğilimi dolayısıyla sağlık harcamalarında ve hastane yatak doluluk oranlarında artış olacağı öngörülmektedir (Kalanlar, 2018). Bu durum büyüyen ihtiyacın karşılanması için gerekli yatırımların ve buna mukabil yetişmiş sağlık personeli arzının sürdürülmesi gereğine işaret etmektedir.

Bu makalede Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişimi ve bugün ulaştığı seviyenin tespit edilmesi amaçlanmaktadır. Bu amaçla, sağlık hizmetleri alanına ilişkin Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Sağlık Bakanlığı ve OECD’den derlenen 2005-2021 dönemine ilişkin verilerin betimsel analizi yapılmıştır. Bu kapsamda, ilk olarak sağlık hizmeti altyapısı, sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık harcamaları açısından ülkede sağlanan gelişme ve mevcut

durum değerlendirilmiştir. Ardından sağlık hizmetlerinde bölgesel eşitliğe ilişkin durum incelenmiş ve son olarak da Türkiye ile OECD ülkeleri arasında karşılaştırma yapılmıştır.

2. Sağlık Hizmetlerinin Türkiye Geneline Değerlendirilmesi

2.1. Sağlık Hizmetleri Altyapısının Gelişimi

Bu bölümde sağlık personeli, sağlık kurumları, hasta müracaat, yatak ve cihaz sayıları açısından ülkemizde sağlık altyapısının ve hizmetlerinin gelişimi incelenecektir.

Türkiye’de 31 Mayıs 2006 tarihli ve 5510 Sayılı Kanun ile sağlık hizmetlerinde basamak sistemine geçilmiştir (Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 2006). Buna göre Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmeti Sunucularını; Birinci Birinci, İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri olarak gruplandırmıştır. Bu sistemde hastanın acil durumlar dışında ilk olarak birinci basamağa başvurması eğer buradaki imkânlarla tedavi edilemiyorsa bir üst basamağa gitmesi hedeflenmiş, böylece sağlık harcamalarındaki artışı, zaman ve emek kaybını önlemek amaçlanmıştır (Öztürk ve Uçan, 2017).⁴

Mevcut basamak sistemi içerisinde öncelikle sağlık sistemi için önemli bir performans göstergesi olan sağlık personeli sayısının gelişimine bakılabilir. Sağlık Bakanlığı istatistiklerinde sağlık personeli verisi takip eden kategorilere göre yayınlanmaktadır: hekim (uzman ve pratisyen), diş hekimi, hemşire, diğer sağlık personeli, ebe, eczacı, diğer personel ve hizmet alımı. Türkiye’de sağlık personeli istihdamının gelişimi Tablo 1’den izlenebilir. 2021 yılında toplam sağlık personelinin (1.251.922) dağılımı şu şekildedir: %15 hekim, %3 diş hekimi, %19 hemşire, %5 ebe, %3 eczacı, %18 diğer sağlık personeli, %38 diğer personel ve hizmet alımı. 2005-2021 döneminde tüm kategorilerde sağlık personeli sayısının arttığı görülmektedir. Artış oranı hekimlerde %82; hemşirelerde %197 ve ebelerde %33’tür. Diğer personel ve hizmet alımına ait veri kaynağı değiştiği için, 2011 yılı öncesi dönemde bu kategorinin

4 *Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri:* yataksız sağlık kuruluşlarında ve koruyucu hizmetlerle bir arada verilmekte olup, (Öztürk ve Uçan, 2017) hastaların evde ve ayakta tedavilerini kapsamaktadır. Birinci basamakta kapsanan sağlık kuruluşları şunlardır: Sağlık ocağı, aile hekimliği birimi, aile sağlığı merkezi, toplum sağlığı merkezi, sağlık evi, ÇEKÜS birimi, Verem savaşı dispanseri, Kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezi, 112 acil yardım istasyonu, halk sağlığı laboratuvarları. *İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri:* Ayakta ve/veya yatarak teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin verildiği şu sağlık tesislerini kapsamaktadır: Genel (Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan) hastane, Dal hastanesi, Entegre ilçe hastanesi, Ağız ve diş sağlığı hastanesi, Ağız ve diş sağlığı merkezi, Tıp merkezi. *Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri:* Üçüncü basamak sağlık tesisleri, ilgili mevzuatında tanımlanan, ileri tetik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için yüksek teknoloji içeren ve/veya eğitim ve araştırma hizmetlerinin verilebileceği alt yapıya sahip olan Eğitim ve araştırma hastaneleri, Dal eğitim ve araştırma hastaneleri ile Üniversite hastanelerini içermektedir (Kamu Sağlık Tesisleri Ruhsatlandırma Yönetmeliği, 2019).

tanımına uygun sağlıklı verilere ulaşamamıştır. Bu nedenle toplam sağlık personeli sayısındaki değişim 2011-2021 dönemi için değerlendirildiğinde, %73 oranında bir artış kaydedilmektedir. Özellikle birçok personel çeşidini kapsayan bir kategori olarak “diğer sağlık personelinin” sayısı dönem boyunca %85 artmıştır. Sağlık personeli istihdamında özellikle COVID-19 salgını şartlarında 2020-21 dönemindeki sıçrama dikkat çekmektedir. 2021 yılı itibarıyla, sağlık hizmetlerinde çalışan toplam personelin %58’i Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde, %28’i özel sektörde ve %14’ü üniversite hastanelerinde çalışmaktadır (Tablo 2).

Tablo 1. Kategorilerine göre sağlık personeli sayısı, 2005-2021

Yıllar	Hekim	Diş hekim	Hemşire	Diğer sağlık personeli (1)	Ebe	Eczacı	Diğer personel ve hizmet alımı (2)	Toplam sağlık personeli sayısı
2005	100.853	18.149	78.182	62.035	43.541	22.756	-	325.516
2006	104.475	18.332	82.626	67.514	44.483	23.140	-	340.570
2007	108.402	19.278	94.661	79.441	47.175	23.977	-	372.934
2008	113.151	19.959	99.910	89.540	47.673	24.778	-	395.011
2009	118.641	20.589	105.176	93.550	49.357	25.201	-	412.514
2010	123.447	21.432	114.772	99.302	50.343	26.506	-	435.802
2011	126.029	21.099	124.982	110.862	51.905	26.089	260.693	721.659
2012	129.772	21.404	134.906	122.663	53.466	26.571	273.616	762.398
2013	133.775	22.295	139.544	131.652	53.427	27.012	290.363	798.068
2014	135.616	22.996	142.432	138.878	52.838	27.199	303.110	823.069
2015	141.259	24.834	152.803	145.943	53.086	27.530	311.337	856.792
2016	144.827	26.674	152.952	144.609	52.456	27.864	321.952	871.334
2017	149.997	27.889	166.142	155.417	53.741	28.512	339.241	920.939
2018	153.128	30.615	190.499	177.409	56.351	32.032	376.367	1.016.401
2019	160.810	32.925	198.103	182.456	55.972	33.841	369.660	1.033.767
2020	171.259	34.830	227.292	206.103	59.040	35.364	408.581	1.142.469
2021	183.569	39.851	232.442	219.630	57.908	37.211	481.311	1.251.922

Notlar: Devlet memuru ve serbest çalışan tüm sağlık personeli kapsamaktadır.

(1) “Diğer Sağlık Personeli” grubuna, aşağıdaki branşlarda çalışanlar dahil edilmiştir: Ameliyat Teknisyeni, Anestezi Teknisyeni, Biyolog, Çevre Sağlığı Teknisyeni, Çocuk Gelişimcisi, Diş Protez Teknisyeni, Diş Teknisyeni, Diyetisyen, Fizik Tedavi Teknisyeni, Fizikoterapist, Fizyoterapist, İlk ve Acil Yardım Teknisyeni, İlk ve Acil Yardım Teknikeri, Kalp Akciğer Pompa Çalışma Teknisyeni, Laboratuvar Teknikeri, Laboratuvar Teknisyeni, Odyolog, Odyometri Teknikeri, Odyometri Teknisyeni, Ortopedi Teknisyeni, Patolojik Anatomi Teknisyeni, Perfüzyonik Pompa Teknisyeni, Protez Teknisyeni, Psikolog, Röntgen Teknisyeni, Sağlık Fizikçisi, Sağlık Savaş Memuru, Sağlık Teknikeri, Sağlık Teknisyeni, Sitopatoloji, Sosyal Çalışmacı, Tıbbi Sekreter, Tıbbi Teknolog, Toplum Sağlığı Teknisyeni.

(2) Diğer personel ve hizmet alımına ait veri kaynağı değiştiğinden, 2011 yılı öncesi için tanıma uygun sağlıklı verilere ulaşamamıştır.

(3) 2018 yılında “Toplam Diş Hekimi” sayısına asistan diş hekimini, “Eczacı” sayısına serbest eczanelerde çalışan ikinci eczacı ve yardımcı eczacı dahil edilmiştir.

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı (2021)

Tablo 2. Sağlık personeli sayısının sektörlere ve unvanlara göre dağılımı, 2021

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
Uzman hekim	45.672	16.228	31.617	93.517
Pratisyen hekim	47.216	807	5.012	53.035
Asistan Hekim	14.360	22.657	-	37.017
Toplam Hekim	107.248	39.692	36.629	183.569
Toplam dış hekimi	11.635	5.038	23.178	39.851
Eczacı	4.033	728	32.450	37.211
Hemşire	155.588	37.021	39.833	232.442
Ebe	54.178	925	2.805	57.908
Diğer sağlık personeli	142.712	21.617	55.301	219.630
Diğer personel ve hizmet alımı	252.626	73.338	155.347	481.311
Toplam personel	728.020	178.359	345.543	1.251.922

Not: Sağlık Personeli Takip Sisteminden (SPTS) temin edilen personel verilerine Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatında çalışan personel dahil edilmemiştir. 2.012 yan dal asistan hekim, "Asistan Hekim" verisine dahil edilmiştir. Dış hekimi sayısına 2.298 asistan dış hekimi dahil edilmiştir Eczacı sayısına "Sahip Eczacı, Mesul Müdür Eczacı, İkinci Eczacı, Yardımcı Eczacı" sayıları dahil edilmiştir.

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı (2021)

Sağlık personeli başına düşen kişi sayısı 2005-2021 döneminde tüm kategorilerde genel olarak azalma eğilimi göstermiştir (Tablo 3). Bu durum sağlık hizmetlerinin kalitesinde bir iyileşmeye işaret etmektedir. 2005 yılında hekim başına 683 kişi düşerken bu sayı 2021 yılında 461 kişidir. Ancak hekim başına kişi sayısı azalırken hekim başına hasta müracaat sayısı artmıştır: 2009 yılında 4.447 hasta müracaat ederken, bu rakam 2018 yılında 5.110 olmuştur. 2021 yılında hekimlere yapılan toplam müracaatların %36'sı aile hekimliğinin de dâhil olduğu birinci basamaktaki kurumlara, %64'ü ikinci ve üçüncü basamaktaki sağlık kurumlarına yapılmıştır (TÜİK, 2021). Kişi başı hekime müracaat sayısı da aynı yılda birinci basamakta 2,9; ikinci ve üçüncü basamak toplamı için 5,1 olarak gerçekleşmiştir (Tablo 4).

Tablo 3. Sağlık personeli başına düşen kişi sayısı, 2005-2021

	Hekim	Diş Hekimi	Hemşire	Diğer sağlık personeli	Ebe	Eczacı
2005	683	3.794	881	1.110	1.582	3.026
2006	667	3.804	844	1.033	1.568	3.013
2007	651	3.661	746	889	1.496	2.944
2008	632	3.583	716	799	1.500	2.886
2009	612	3.524	690	776	1.470	2.879
2010	597	3.440	642	742	1.464	2.781
2011	593	3.542	598	674	1.440	2.864
2012	583	3.533	561	617	1.414	2.846
2013	573	3.439	549	582	1.435	2.838
2014	573	3.379	545	559	1.470	2.857
2015	557	3.171	515	540	1.483	2.860
2016	551	2.992	522	552	1.522	2.864
2017	539	2.898	486	520	1.504	2.834
2018	536	2.679	430	462	1.455	2.560
2019	517	2.526	420	456	1.486	2.457
2020	488	2.401	368	406	1.416	2.364
2021	461	2.125	364	386	1.462	2.276

(1) “Diğer Sağlık Personeli” grubuna, aşağıdaki branşlarda çalışanlar dâhil edilmiştir: Ameliyat Teknisyeni, Anestezi Teknisyeni, Biyolog, Çevre Sağlığı Teknisyeni, Çocuk Gelişimcisi, Diş Protez Teknisyeni, Diş Teknisyeni, Diyetisyen, Fizik Tedavi Teknisyeni, Fizikoterapist, Fizyoterapist, İlk ve Acil Yardım Teknisyeni, İlk ve Acil Yardım Teknikeri, Kalp Akciğer Pompa Çalışma Teknisyeni, Laboratuvar Teknikeri, Laboratuvar Teknisyeni, Odyolog, Odyometri Teknikeri, Odyometri Teknisyeni, Ortopedi Teknisyeni, Patolojik Anatomi Teknisyeni, Perfüzyonik Pompa Teknisyeni, Protez Teknisyeni, Psikolog, Röntgen Teknisyeni, Sağlık Fizikçisi, Sağlık Savaş Memuru, Sağlık Teknikeri, Sağlık Teknisyeni, Sitopatoloji, Sosyal Çalışmacı, Tıbbi Sekreter, Tıbbi Teknolog, Toplum Sağlığı Teknisyeni.

(2) 2018 yılında “Toplam Diş Hekimi” sayısına asistan diş hekimi, “Eczacı” sayısına serbest eczanelerde çalışan ikinci eczacı ve yardımcı eczacı dâhil edilmiştir.

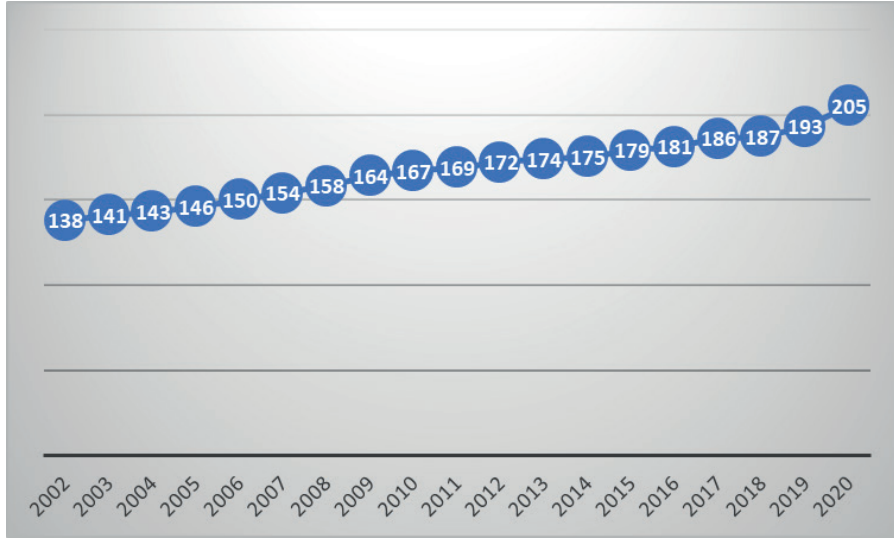
Kaynak: TÜİK Sağlık İstatistikleri (2021)

Tablo 4. Kurum türlerine göre hekime müracaat sayısı, 2021

	Toplam Müracaat Sayısı	Kişi Başı Müracaat Sayısı
Aile Hekimliği	239.053.780	2,8
Verem Savaş Dispanseri	788.679	0,08
ÇEKÜS	123.859	0,08
TSM'ler Tarafından Yapılan Diğer Muayeneler	1.826.891	0,08
Özel Poliklinikler	598.356	0,08
E2-E3 Entegre İlçe Devlet Hastaneleri	3.133.755	0,08
Birinci Basamak Toplamı	245.525.320	2,9
Özel Tıp Merkezleri	15.672.466	0,2
Hastaneler	414.454.404	4,9
Sağlık Bakanlığı	305.040.174	3,6
Üniversite	40.102.992	0,5
Özel	69.311.238	0,8
İkinci ve Üçüncü Basamak Toplamı	430.126.870	5,1
Genel Toplam	675.652.190	8,0

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı (2021)

Hekim sayısındaki yükselişe paralel olarak, kamu ve özel kesim dâhil olmak üzere 100.000 kişiye düşen hekim sayısı 2002-2020 döneminde 138'den 205'e yükselmiştir (Şekil 1). 11. Kalkınma Plânında 2023 yılı için 100.000 kişiye 230 hekimin düşmesi hedeflenmiştir (SBB, 2019:149).



Şekil 1. 100.000 kişiye düşen hekim sayısı, 2002-2020

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı (2020)

Sağlık personeli sayısının yanı sıra, sağlık kurumlarının kapasitesi de bu alandaki altyapıyı değerlendirmede önemlidir. Sağlık kurumları, yataklı (hastaneler) ve yataksız sağlık kurumları⁵ olarak ikiye ayrılmaktadır. Bu kurumların bir kısmı Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastaneler,⁶ bir kısmı üniversite hastaneleri, bir kısmı da özel hastanelerdir. Yataklı ve yataksız sağlık kurumlarının sayısı 2005-2020 döneminde sürekli artış göstermiştir: artış oranı hastanelerde %28, yataksız sağlık kurumlarında ise %338’dir (Tablo 5). 2010 yılında yataksız sağlık kurumlarının sayısındaki sıçrama dikkat çekicidir. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı istatistiklerinde daha önce “Diğer” grubunda içerilen Millî Savunma Bakanlığı (MSB) ve belediyeler bünyesinde yer alan hastaneler, 2016 yılı itibariyle Sağlık Bakanlığı’na bağlanarak bu kategori altında gösterilmeye başlanmıştır.

Özel hastane sayısının 2000’li yıllardaki hızlı yükselişi sağlık sektöründe özel kesimin payını arttırmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın temel ilkelerinden⁷ biri olarak kabul edilen “Hizmette rekabet” ilkesine göre; sağlık

5 Yataksız sağlık kurumları şunlardır: Sağlık Ocağı, Aile Hekimliği Birimi, Sağlık Evi, Verem Savaş Dispanseri, Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı (ÇEKÜS) Birimi (AÇSAP Merkezi), Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi, Özel Poliklinik, Özel Tıp Merkezleri.

6 2003 yılında uygulamaya koyulan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başta Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) hastaneleri olmak üzere diğer kamu kurumlarının hastaneleri Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir (Öztürk ve Uçan, 2017).

7 Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın ilkeleri ve getirdiği düzenlemeler için bkz. Başol ve Işıl (2015).

hizmeti sunumunun devletin tekelinden çıkarılıp, standartların belirlenmesi yoluyla farklı hizmet sunucularının bu alanda birbirleriyle rekabet içerisinde olmalarının sağlanması amaçlanmıştır (Başol ve Işıl, 2015). Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) 2007 yılında yayınladığı Sağlık Uygulama Tebliği ve 2008 yılında uygulamaya geçirilen Genel Sağlık Sigortası ile de tüm SGK kapsamındaki hastalara anlaşmalı özel sağlık kurumlarında sağlık hizmeti alma seçeneği sunulmuştur (Başol ve Işıl, 2015). Tablo 5'te görüleceği üzere; 2005 yılında özel hastanelerin toplam hastane sayısı içindeki oranı %24 iken, 2020 yılında %37'ye ulaşmıştır (Tablo 5). 2015 yılı verilerine göre, 562 özel hastanenin %13'ü büyük hastane zinciri şeklinde faaliyet göstermekte olup, bu tarz örgütlenen hastaneler diğer özel hastanelere kıyasla 2 kattan daha fazla bir ortalama yatak kapasitesi ile hizmet sunmaktadır. En büyük 5 özel hastane zinciri, toplam özel yatak sayısının %28'ine sahiptir (TOBB, 2017).

Tablo 5. Yataklı ve yataksız sağlık kurumlarının sayısı, 2005-2020

Yıllar	Genel Toplam	Yataklı sağlık kurumları					Yataksız sağlık kurumu ⁽²⁾
		Toplam	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Diğer ⁽¹⁾	
2005	8.772	1.196	793	53	293	57	7.576
2006	8.891	1.203	767	56	331	49	7.688
2007	11.839	1.317	848	56	365	48	10.522
2008	13.818	1.350	847	57	400	46	12.468
2009	15.205	1.389	834	59	450	46	13.816
2010	26.993	1.439	843	62	489	45	25.554
2011	27.997	1.453	840	65	503	45	26.544
2012	29.960	1.483	832	65	541	45	28.477
2013	30.116	1.517	854	69	550	44	28.599
2014	30.176	1.528	866	69	556	37	28.648
2015	30.449	1.533	865	70	562	36	28.916
2016	32.980	1.510	876	69	565	-	31.470
2017	33.587	1.518	879	68	571	-	32.069
2018	34.559	1.534	889	68	577	-	33.025
2019	34.672	1.538	895	68	575	-	33.134
2020	34.730	1.534	900	68	566	-	33.196

Kaynak: TÜİK Sağlık İstatistikleri (2020) ve T.C. Sağlık Bakanlığı (2020)

Ancak hastane sayılarındaki değişim kadar, hastanelerin yatak kapasiteleri de önemlidir. Toplam yatak sayısında 2005-2021 döneminde %41’lik artış olmasına rağmen (164.471’den 231.913’e), nüfustaki artış karşısında 1.000 kişiye düşen yatak sayısı 2002-2018 döneminde ancak 2,48’den 2,83’e yükselebilmiştir (TÜİK, 2020). Özellikle Kamu-özel ortaklığı modeli ile 2017 yılından itibaren faaliyete sokulan ve yüksek hasta kapasiteleriyle birçok ikinci basamak sağlık kurumundan daha büyük olan Şehir Hastaneleri bu bağlamda önem taşımaktadır. Halihazırda 22 şehir hastanesi faaliyette bulunmaktadır.

Kamu ve özel dâhil olmak üzere hastanelerin türlerine göre yatak sayılarının gelişimi Tablo 6’da verilmektedir. Toplam yatak sayısında 2005-2021 döneminde azalış görülen tek yıl 2011’dir. Bu durumun sebebi Millî Savunma Bakanlığı ve belediyelerin bünyesindeki hastanelerin yatak sayısının bu yılda azalmış olmasıdır. Dönem içinde özel kurumlardaki yatak sayısı 13.876’dan 53.805’e çıkmıştır. Öyle ki özel hastanelerin toplam yatak kapasitesi içindeki payı %8’den %21’e yükselmiştir. Yatak sayısındaki artış üniversitelere bağlı sağlık kurumlarında %48; Sağlık Bakanlığı’na bağlı kurumlarda ise %43’tür. 2021 yılında toplam yatakların %62’si Sağlık Bakanlığı’na bağlı kurumlarda, %21’i özel kurumlarda ve %17’si üniversite kurumlarında yer almaktadır. Ancak hastane yatağı kullanım oranları açısından üniversite hastaneleri ilk sırada olup, ardından Bakanlığa bağlı hastaneler gelmektedir. Özel hastaneler yatak doluluğunda en düşük orana sahiptir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021). Bununla birlikte yatak doluluk oranlarının üniversite hastanelerinde son yıllarda azalarak Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerdeki doluluk oranlarının seviyesine yaklaştığı, özel hastanelerdeki doluluk oranının ise artış eğilimini sürdürerek 2018’de %62’ye ulaştığı dikkat çekmektedir. Yatak doluluğunda ve yatarak tedavi gören hasta sayısında en yüksek oranda büyüme gösteren özel hastanelerdir (TOBB, 2017).

Tablo 6. Kamu ve özel hastanelerin yatak sayıları, 2005-2021

Yıllar	Toplam	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Diğer ⁽¹⁾
2005	170.972	110.109	29.014	13.876	17.973
2006	174.342	110.819	31.193	14.639	17.691
2007	178.000	112.037	30.978	17.397	17.588
2008	183.183	114.428	29.912	20.938	17.905
2009	188.638	115.443	30.112	25.178	17.905
2010	200.239	120.180	35.001	28.063	16.995
2011	194.504	121.297	34.802	31.648	6.757
2012	200.072	122.322	35.150	35.767	6.833
2013	202.031	121.269	36.056	37.983	6.723
2014	206.836	123.690	36.670	40.509	5.967
2015	209.648	122.331	38.361	43.645	5.311
2016	217.771	132.921	37.707	47.143	-
2017	225.863	135.339	41.324	49.200	-
2018	231.913	139.651	42.066	50.196	-
2019	237.504	143.412	42.925	51.167	-
2020	251.182	156.965	41.987	52.230	-
2021	254.497	157.714	42.978	53.805	-

Not: (1) 2002-2015 yılları arasında; Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel sektör dışında kalan Millî Savunma Bakanlığı ve belediyelere ait hastaneler "Diğer" olarak tanımlanmıştır. 2016 yılında MSB'ye bağlı hastaneler Sağlık Bakanlığına devredilmiş olup, 2016-2018 yılları arasında Sağlık Bakanlığı rakamlarına dahil edilmiştir. 2016-2018 yılları arasında "Diğer" grubu altında Belediyelere ait hastaneler kapsanmış olup "Özel" sektöre dahil edilmiştir.

Kaynak: TÜİK Sağlık İstatistikleri (2021)

Yoğun bakım yatak sayıları da yıllar itibariyle hem kamu hem de özel kesim hastanelerinde yükselmiştir (Sağlık İstatistikleri, 2021). 2021 yılında toplam yoğun bakım yatak sayısının %62'si Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde, %17'si üniversite hastanelerinde, %21'i özel hastanelerde (Tablo 7). Özel hastane kesimi, Türk sağlık sisteminde yoğun bakım yatak sayısı açısından da önemli bir paya ulaşmış vaziyettedir.

Tablo 7. Kamu ve özel sektör hastanelerinde türlerine göre yoğun bakım yatak sayıları, 2021

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
Erişkin	18.545	4.746	10.032	33.323
Çocuk	1.286	661	188	2.135
Yenidoğan	4.433	1.588	7.274	13.295
Toplam	26.264	6.995	17.494	48.753

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı (2021)

Özel hastane sektöründeki gelişim çeşitli türlerdeki tıbbi cihaz sayıları açısından da gözlemlenmektedir (Tablo 8). Tablo 5’te yataklı sağlık kurumlarının sayısı 2020 yılı için şu şekilde belirtilmişti: Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastaneler 900, Üniversite hastaneleri 68 ve özel hastaneler 566. Cihaz sayılarının dağılımı hastane sayılarının dağılımından farklılaşmaktadır. 2021 yılı itibarıyla ultrason ve BT ve Ultrason cihazlarının sayısı Sağlık Bakanlığı hastaneleri ve özel hastanelerde yakın değerlerdedir. MR ve mamografi cihazları ise özel sektörde Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelere göre daha fazladır. Öte yandan üniversite hastanelerinin sayısı çok daha az iken, cihaz sayıları nispeten yüksektir.

Tablo 8. Kamu ve özel hastanelerde türlerine göre cihaz sayıları, 2021

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
MR	375	111	474	960
BT	583	146	542	1.271
Ultrason	2.810	1.036	2.430	6.276
Doppler Ultrason	4.350	667	1.811	6.828
EKO	1.720	337	793	2.850
Mamografi	396	78	490	964

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı (2021)

Görüldüğü üzere ülkemizde sağlık hizmetleri kapasitesi sağlık personeli, yataklı ve yataksız sağlık kurumları ve yatak sayıları açısından 2000’li yıllardan günümüze önemli bir gelişim göstermiştir.

2.2 Sağlık Harcamaları

Toplam ve kişi başı sağlık harcamalarının dünyada ve Türkiye’de gözlemlenen artış eğiliminin birçok nedeni bulunmaktadır. Sağlık sektörünün emek yoğun bir sektör olması fakat aynı zamanda yüksek sermaye gerektiren ileri teknolojinin kullanılması, kronik hastalıkların ortalama ömrün uzamasıyla birlikte çoğalması ve gelirdeki artışla birlikte sağlık hizmetleri talebinin artması bu nedenler arasında sayılmaktadır (Öztürk ve Uçan, 2017).

2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın uygulamaya girmesi ile birlikte kamu sağlık yatırımları artmış ve Genel Sağlık Sigortası ile yurttaşların sağlık hizmetlerinden sigorta kapsamında yararlanması mümkün olmuştur.⁸ İlaveten, özel sağlık kurumları giderek daha fazla sektöre girmiştir. Bu gelişmelere paralel olarak, 2002-2021 döneminde sağlık harcamalarındaki artış eğilimi devam etmiştir (Tablo 9). Kamu sağlık harcamaları bu dönemde 21 kat artarken (13 milyar TL’den 280 milyar TL’ye), özel harcamalar 14 kat artmıştır (5,5 milyar TL’den 73,7 milyar TL’ye). Sağlık harcamalarının COVID-19 salgını sürecinde daha da hızlı arttığı dikkat çekmektedir. Salgın hastalıkların getirdiği tehditler karşısında mevcut sağlık kapasitesinin güçlendirilmesi tüm ülkeler için ulusal savunma sanayileri kadar stratejik öneme hâiz olmuştur.

Tablo 9’a göre 2002-2021 döneminde artış gösteren toplam sağlık harcamaları, 2008-2009 küresel krizinin olumsuz etkileri altında durağanlaşmış, 2010 yılından itibaren ise tekrar yükselişe geçmiştir. Buna karşın toplam sağlık harcamalarının GSYH’ye oranı bu yıldan itibaren azalma eğilimini sürdürmüştür. Bu azalışın, Başol ve Işıl (2015)’in saptamasına paralel şekilde, esasen özel sağlık harcamalarından kaynaklandığı görülmektedir. 2007 sonrası dönemde özel sağlık harcamalarının GSYH’ye oranının yarı yarıya düştüğü (%32’den 2021’de %21’e) kamu sağlık harcamalarının oranının ise nispeten daha istikrarlı seyrettiği görülmektedir (2021’de %79) (TÜİK Sağlık İstatistikleri, 2021). Diğer yandan, toplam sağlık harcamalarının GSYH’ye oranının azalmasında, ülke ekonomisinin büyümesi (GSYH artışı) da etkili olmuştur. 2021 yılında toplam sağlık harcamalarının GSYH’ye oranı %4,9 olarak gerçekleşmiştir.

8 Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı sosyal güvenlikle ilgili tek bir kurum olan Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında birleştirilmiştir (5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu). SGK’nin oluşturulmasının ardından 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” ile toplumun tamamının dahil edildiği Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamaya koyulmuştur.

Tablo 9. Toplam sağlık harcamaları (milyon TL) ve GSYH’ye oranı (%), 2002-2021

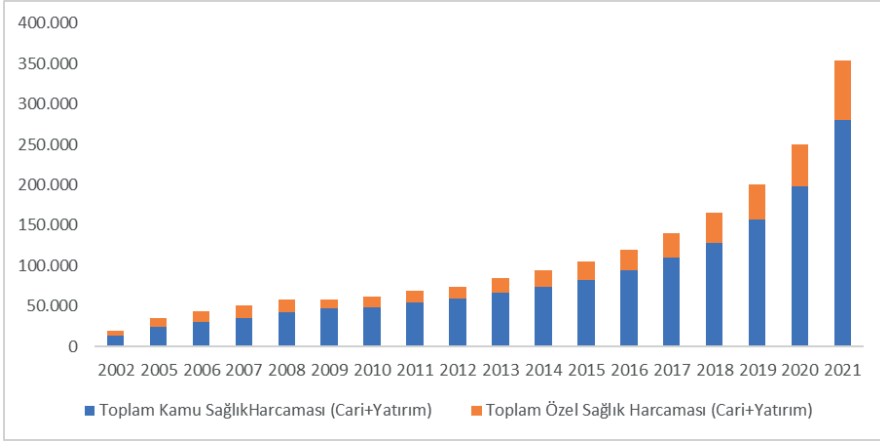
	Toplam sağlık harcaması (Milyon TL)	Toplam sağlık harcamasının GSYH’ye oranı(%)
2002	18.774	5,2
2003	24.279	5,2
2004	30.021	5,2
2005	35.359	5,2
2006	44.069	5,6
2007	50.904	5,8
2008	57.740	5,8
2009	57.911	5,8
2010	61.678	5,3
2011	68.607	4,9
2012	74.189	4,7
2013	84.390	4,7
2014	94.750	4,6
2015	104.568	4,5
2016	119.756	4,6
2017	140.647	4,5
2018	165.234	4,4
2019	201.031	4,7
2020	249.932	5,0
2021	353.941	4,9

Kaynak: TÜİK Sağlık İstatistikleri (2021)

Kamunun cari sağlık ve yatırım harcamaları dâhil olmak üzere toplam sağlık harcamalarındaki payı, özel harcamaların payından çok daha yüksektir (Şekil 2). 2002-2021 döneminde kamunun toplam sağlık harcamaları içindeki payı %71’den %79’a çıkmış, özel sektörün payı ise %29’dan %21’e düşmüştür. Özel sağlık harcamaları, hanehalklarının harcamaları ile diğer sağlık harcamalarından oluşmaktadır.⁹ Özel sektörün sağlık harcamaları genel bir artış eğiliminde olmakla birlikte, 2008 küresel finansal krizini takiben daralmış ve kriz önceki seviyesine tekrar ancak 2013 yılında ulaşabilmiştir. Kamunun cari ve yatırım sağlık harcamaları ekonomik kriz gibi olağanüstü

9 TÜİK Sağlık Harcamaları İstatistiklerinde “Diğer” sağlık harcamaları; özel sigorta şirketleri, hanehalklarına hizmet eden kâr amacı gütmeyen kuruluşlar ve diğer işletmelerin yaptığı sağlık harcamalarını kapsamaktadır.

dönemlerde bile devam ettirilebildiğinden, bir ülkede kamusal sağlık sisteminin ağırlıklı olması sosyal sürdürülebilirlik açısından önemlidir. Nitekim COVID-19 salgını sürecinde, kamunun yıllardır sürdürdüğü sağlık yatırımları ülkemizde bir sağlık krizi çıkmadan salgının yönetilebilmesine imkân vermiş durumdadır.



Şekil 2. Kamu ve özel sağlık harcamalarının gelişimi (Milyon TL), 2002-2021

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı (2022)

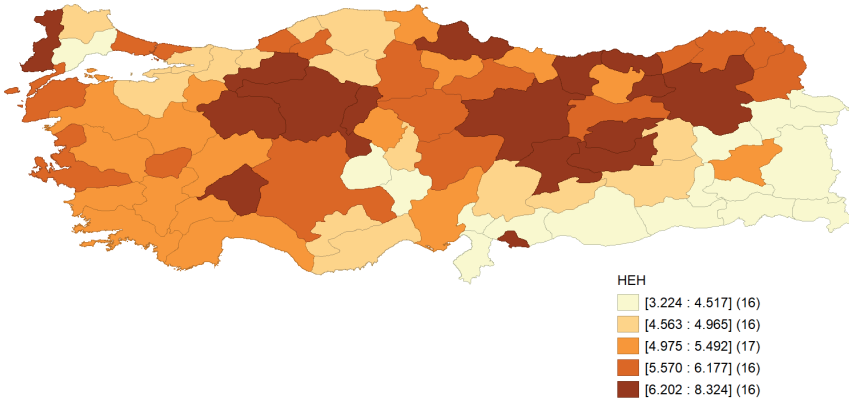
Yukarıda ele alınan tüm göstergeler açısından değerlendirildiğinde, özel sektörün sağlık sektöründeki payı artmış olmakla birlikte, ülkemizde sağlık sistemi esasen kamu ağırlıklı olmaya devam etmektedir.

3. Sağlık Hizmetlerinin Bölgesel Düzeyde Değerlendirilmesi

Sağlık hizmetlerinin ülke genelindeki gelişiminin ardından, bu bölümde bölgesel eşitliğe ilişkin durum incelenecektir.

İlk olarak toplam sağlık personeli açısından (TÜİK, 2020), ilk sıradaki bölge İstanbul'dur; ikinci sırada Ege Bölgesi yer almaktadır. Kuzeydoğu Anadolu ve Doğu Karadeniz sıralamada en sondadır. Sağlık personeli sayısının bölgesel sıralaması; toplam nüfus sıralamasıyla aynıdır. Sadece Güneydoğu Anadolu Bölgesi Doğu Marmara Bölgesi'nden daha fazla nüfusa sahip olmasına rağmen, daha az sayıda sağlık personeline sahiptir. Toplam hekim sayısı bakımından ilk sırada olan İstanbul bölgesi; Kuzeydoğu Anadolu'dan yaklaşık 10 kat daha fazla sayıda hekime sahiptir; İstanbul bölgesinin nüfusu ise Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi'nin nüfusunun 7 katıdır.

Bölgesel nüfus farklılığını dikkate alabilmek için, 2020 yılında 1.000 kişi başına düşen toplam hekim, ebe ve hemşire (HEH) sayısı incelenmiştir (Harita 1). Bu sayının en yüksek olduğu iller sırasıyla Isparta, Edirne, Ankara ve Erzurum’dur. 1000 kişi başına düşen toplam hekim, ebe ve hemşire sayısının en düşük olduğu iller ise Hakkâri, Mardin, Muş, Şanlıurfa, Ağrı ve Şırnak’tır. Bölgesel dengesizlik 100.000 kişiye düşen hekim sayısı açısından Üstün ve Gültekin-Karakaş (2021) tarafından da 2010-2019 dönemi için teyit edilmiştir. 1.000 kişi başına düşen HEH sıralamasında en son sıradaki bölge Güneydoğu Anadolu olup, bu bölgenin hemen üstünde Ortadoğu Anadolu, Kuzeydoğu Anadolu ve Doğu Marmara yer almaktadır. Kalabalık nüfusuyla İstanbul’da 1.000 kişi başına düşen HEH sayısı yalnızca 5.6’dır, İstanbul iller arasında 31. sırada yer almaktadır.



Harita 1. 1.000 kişi başına düşen toplam hekim, ebe, hemşire (HEH) sayısının bölgesel dağılımını (Düzey 3), 2020

Kaynak: TÜİK Sağlık İstatistikleri (2020)

Tablo 10, 12 bölge için 100.000 kişiye düşen uzman hekim, pratisyen hekim, diş hekimi, eczacı ile toplam hemşire ve ebe sayılarını göstermektedir. Diş hekimi açısından İstanbul ve Batı Anadolu Türkiye ortalamasının (64) çok üstünde değerlere sahipken, eczacı sayısında Batı Anadolu ve Doğu Karadeniz öne çıkmaktadır. Diş hekimi ve eczacı sayılarının en düşük olduğu bölgeler ise Güneydoğu Anadolu, Kuzeydoğu Anadolu ve Ortadoğu Anadolu’dur.

Tablo 10. Ünvan bazında 100.000 kişiye düşen sağlık personel sayısının bölgesel dağılımı (Düzey 1), 2021

İBBS-1	Uzman Hekim	Pratisyen Hekim	Toplam Hekim	Diş Hekimi	Eczacı	Hemşire ve Ebe
İstanbul	148	58	267	64	47	307
Batı Marmara	95	65	189	40	43	357
Ege	119	60	225	48	48	352
Doğu Marmara	99	57	191	46	40	328
Batı Anadolu	156	54	316	64	51	407
Akdeniz	101	62	195	46	48	328
Orta Anadolu	88	70	189	39	44	379
Batı Karadeniz	89	73	187	40	42	389
Doğu Karadeniz	96	79	204	39	44	404
Kuzeydoğu Anadolu	79	77	182	30	31	376
Ortadoğu Anadolu	80	73	177	32	32	370
Güneydoğu Anadolu	68	65	148	27	35	284
Türkiye	110	63	217	47	44	343

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı (2021)

Görüldüğü üzere sağlık personeli sayısına ilişkin göstergeler açısından, Batı Anadolu ilk sıralarda gelmek üzere genel olarak batı bölgeleri daha ileri bir düzeyde olup, doğu bölgeleri son sıralarda kalmaktadır (Tablo 10). Benzer bir bölgesel eşitsizlik aşağıda işaret edileceği gibi hastane sayıları için de geçerlidir.

Sağlık personeli sayısına ilişkin göstergelerin ardından hastane ve yatak sayıları açısından bölgesel dağılımın incelenmesi önem taşımaktadır. İlk olarak hastane sayısı ele alındığında (Tablo 11); 2021 yılı için kamu ve özel kesim dâhil olmak üzere toplam hastane sayısının 12 bölge bazında dağılımına göre İstanbul bölgesi 234 hastane ile ilk sıradadır. İstanbul'u Ege ve Akdeniz bölgeleri takip etmektedir. Toplam hastane sayısının en düşük olduğu bölge Kuzeydoğu Anadolu'dur. Türkiye'de 2021 yılı itibarıyla 571 adet özel hastane mevcuttur. İstanbul bölgesinde özel hastane sayısı 164 iken, Kuzeydoğu Anadolu'da 4, Doğu Karadeniz'de 12'dir. Sağlık sektöründeki özel yatırımların kâr saiki ile yapıldığı göz önüne alındığında, bazı bölgelerin özel hastane yatırımı için cazip görülmemesinin sebebi açıklık kazanmaktadır.

2021 yılı verilerine göre 12 bölge bazında 124 hastane ile en fazla sayıda Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastane bulunan Ege Bölgesi'ni, 97 hastane ile Batı

Karadeniz izlemektedir. İlginç bir durum olarak, en yüksek nüfusa sahip İstanbul Bölgesi’nde Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastane sayısı 54’tür. Diğer bölgelerde özel hastane sayısı azken ve Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastane sayısı yüksekken, İstanbul Bölgesi’nde özel hastanelerin sayısı Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerin üç katından fazladır.

Tablo 11. Sektörlere Göre Hastane Sayısının Bölgesel (Düzye 1) Dağılımı, 2021

İBBS-1	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
Kuzeydoğu Anadolu	50	2	4	56
Ortadoğu Anadolu	61	3	17	81
Güneydoğu Anadolu	83	3	48	134
İstanbul	54	16	164	234
Batı Marmara	55	4	21	80
Ege	124	7	72	203
Doğu Marmara	81	4	54	139
Batı Anadolu	71	13	51	135
Akdeniz	84	8	88	180
Orta Anadolu	78	4	22	104
Batı Karadeniz	97	3	18	118
Doğu Karadeniz	70	1	12	83

Kaynak: TÜİK Sağlık İstatistikleri (2021)

12 bölge bazında değerlendirildiğinde, en fazla üniversite hastanesi İstanbul Bölgesi’ndedir (16 adet). İkinci sırada 13 hastane ile Batı Anadolu, üçüncü sırada ise 8 hastane ile Akdeniz bölgeleri vardır. Üniversite hastanelerinin illere dağılımına göre, 38 ilde üniversite hastanesi bulunmaktadır. İstanbul’dan sonra en çok üniversite hastanesi Ankara’dadır (10 adet). Bu sayı Konya ve İzmir illerinde 3; Antalya ve Adana illerinde ise 2 hastanedir. Diğer 32 ilde ise 1’er adet üniversite hastanesi bulunmaktadır.

Hastane sayısının ardından yatak sayılarının bölgesel dağılımı incelenmiştir. Tablo 12’de 2021 yılı için 1. Düzey bölgelerde yatak sayıları yer almaktadır. İstanbul Bölgesi toplam yatak sayısında ilk sırada yer alırken; Ege ve Akdeniz bölgeleri İstanbul’u takip etmektedir. En düşük yatak sayısına sahip bölge Kuzeydoğu Anadolu’dur. 100.000 kişi başına düşen yatak sayısına bakıldığında Güneydoğu Anadolu ve ardından Doğu Marmara bölgelerinin en düşük seviyelerde; Batı Anadolu, Doğu Karadeniz ve Batı Karadeniz bölgelerinin de Türkiye ortalamasının çok üstünde olduğu

görülmektedir. İstanbul'da bu sayının ortalamasının altında kalması yüksek nüfus etkisiyledir.

Tablo 12. Toplam yatak sayısının bölgesel dağılımı (Düzey 1), 2021

İBBS-1	Toplam	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Yüz bin kişi başına düşen toplam yatak sayısı
Kuzeydoğu Anadolu	6.888	4.902	1.693	293	316
Ortadoğu Anadolu	12.581	8.079	3.071	1.431	319
Güneydoğu Anadolu	22.278	13.805	2.871	5.602	242
İstanbul	46.960	25.715	5.434	15.811	296
Batı Marmara	11.336	7.338	2.224	1.774	306
Ege	31.645	19.299	6.078	6.268	293
Doğu Marmara	22.962	15.201	3.029	4.732	274
Batı Anadolu	28.606	17.507	6.607	4.492	345
Akdeniz	32.107	18.202	5.781	8.124	295
Orta Anadolu	13.806	8.806	3.066	1.934	336
Batı Karadeniz	16.015	11.611	2.293	2.111	343
Doğu Karadeniz	9.313	7.249	831	1.233	346
Türkiye	254.497	157.714	42.978	53.805	301

Kaynak: TÜİK Sağlık İstatistikleri (2021)

Sağlık altyapısına ilişkin yukarıda yapılan incelemelerden sonra, 2022 yılı için bazı sağlık hizmeti kullanım göstergelerinin bölgelerdeki durumu ele alınmıştır (Tablo 13). “Kişi başı hekime müracaat” sayısında Türkiye ortalaması 10 iken, Ege, Batı Marmara, Akdeniz, Batı Karadeniz, Doğu Karadeniz, Batı Anadolu, Orta Anadolu ve Doğu Marmara bölgelerinde ortalamadan daha yüksek müracaat sayıları gözlenmektedir. İkinci bir gösterge olarak “yatak doluluk oranı” incelenmiştir. Yatak doluluk oranı hastanelerin performansını değerlendirmek açısından önem arz etmektedir. Yatak doluluk oranının yüksek olmasından dolayı hastaların tedaviye ulaşamadığı; düşük olduğunda ise faaliyet etkinliğinin tam sağlanamadığı sonucuna varılır (Yücel, 2019). Yatak doluluk oranında Türkiye ortalaması 58’dir. Akdeniz, Doğu Marmara, Ege, Batı Karadeniz ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri bu ortalamanın üstünde doluluk oranlarına sahiptir. Bir yatağın yılda kaç hasta tarafından kullanıldığını gösteren “yatak devir hızı”nda ise Türkiye ortalaması 51’dir. 100.000 kişiye 195 hekimin düştüğü Akdeniz Bölgesi’nde yüksek yatak devir hızına rağmen yatak doluluk oranının da yüksek olması bölgede

sağlık altyapısının güçlendirilmesi gerektiği şeklinde değerlendirilebilir. Nitekim, 30.523 yatak kapasitesi olan Akdeniz Bölgesi’nde bu yoğunluğu azaltmaya hizmet edecek şekilde Adana ve Mersin Şehir Hastanelerinin devreye girmesiyle yatak kapasitesi 2.844 adet artmıştır.

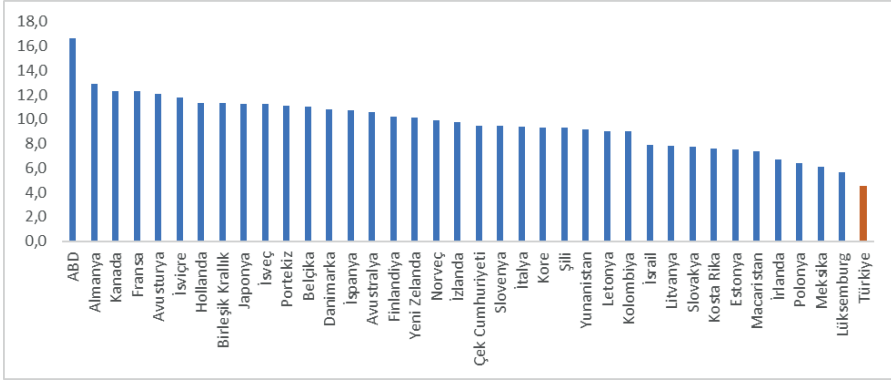
Tablo 13. Sağlık hizmeti kullanım göstergelerinin bölgesel dağılımı (Düzey 1), 2022

İBBS-1	Kişi başı hekime müracaat	Yatak doluluk Oranı (%)	Yatak devir hızı
İstanbul	9,2	56,8	46,9
Batı Marmara	10,9	55,4	51,1
Ege	10,6	58,9	50,8
Doğu Marmara	10,1	64,1	55,2
Batı Anadolu	10,3	53,8	40,6
Akdeniz	10,5	62,3	57,3
Orta Anadolu	10,7	54,7	48,8
Batı Karadeniz	11	58,8	47,3
Doğu Karadeniz	10,9	56	54,8
Kuzeydoğu Anadolu	8,8	54,5	45,5
Ortadoğu Anadolu	8,9	56,5	51
Güneydoğu Anadolu	9	59,7	61,8
Türkiye	10	58	51

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı (2022)

4. Sağlık Hizmetlerinde Türkiye ve OECD Karşılaştırması

OECD ülkelerinde cari sağlık harcamalarının GSYH’ye oranı incelendiğinde, Türkiye %4,6’lık pay ile son sıradadır; bu oran, OECD ortalamasının (%9,7) oldukça altındadır (Şekil 3). OECD ülkelerinde sağlık harcamalarına en fazla pay ayıran ülke olan ABD aynı zamanda en gelişmiş ekonomiye sahiptir. Bu durum, Öztürk ve Uçan (2017)’nin dinamik en küçük kareler yöntemi ile tespit ettiği gibi, sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki bağı işaret etmektedir.



Şekil 3. OECD ülkelerinde cari sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı (%), 2021

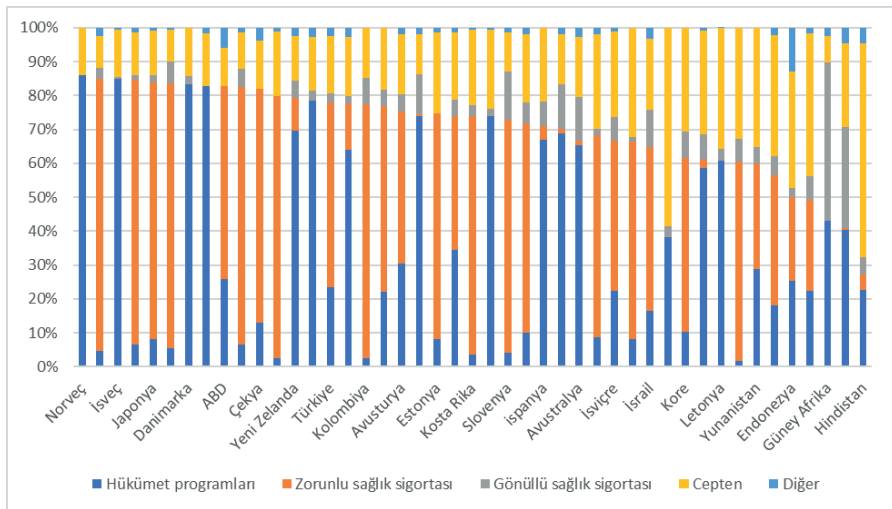
Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri

Finansman türüne göre sağlık harcamalarının dağılımı, bir ülkedeki sağlık sistemi modeline ışık tutar. Bir diğer ifade ile, hükümet/zorunlu ve gönüllü/cepten harcamaların payları, ülkelerde kamusal ve özel sağlık finansman modellerinin taşıdığı ağırlığa göre değişebilir. Hükümet/zorunlu harcamalar, devletin yaptığı sağlık ödemeleri ile sosyal sağlık sigortası ve zorunlu özel sigorta planları kapsamındaki ödemelere karşılık gelir. Gönüllü/cepten harcamalar ise gönüllü özel sağlık sigortaları ile bireylerin cepten yaptıkları harcamaları kapsamaktadır. Gönüllü/cepten harcamaların sağlık harcamalarında büyük bir paya sahip olması sağlık hizmetlerinin finansmanın daha çok bireylere yüklediğini gösterir. OECD ülkelerinde hükümet/zorunlu sağlık harcamaları ile gönüllü/cepten yapılan sağlık harcamalarının payları Şekil 4'de yer almaktadır.¹⁰ Türkiye'de 2019 yılı itibariyle toplam

10 Songur (2016), ülkeleri sağlık sistemlerinde ağırlıklı olarak kullanılan finansman yöntemine göre sınıflandırırken farklı finansman modelleri tespit etmektedir. İlk olarak, hastalık riski için kişilere herhangi bir finansal korumanın mevcut olmadığı durumu ifade eden cepten harcamalar, bireylerin sağlık hizmetleri kullanımı için yaptığı doğrudan ödeme, kullanıcı katkısı ve resmi olmayan ödemeleri kapsamaktadır. Özel sağlık sigortası ise, kişinin kendi isteği ile özel sigorta kuruluşlarından yararlandığı sigorta türü olup, yoksulları dışlayıcı bir özelliğe sahiptir. Bunun dışında hükümet/zorunlu harcamalara karşılık gelmek üzere; ülkede yaşayan tüm bireyler, tamamıyla parasız sağlık hizmetinden yararlanabilir ve yapılan tüm sağlık harcamaları genel bütçeden (toplanan vergilerden) finanse edilebilir. Buna ilaveten, zorunlu sağlık sigortası (Bismarck Modeli) genellikle herkesin katılımını zorunlu kılan sosyal primlere dayalı bir sistemdir. Bu model, Türkiye'deki Sosyal Güvenlik Kurumu gibi düzenleyici bir kurumun altında özerk yönetim ve denetime izin veren ve işveren ve işçi katkılarını öngören bir modeldir (Songur, 2016).

Türkiye'de sağlık sistemi karma bir finansman yapısına sahiptir. Bir taraftan Sosyal Sağlık Sigortasına dayanan Bismarck Modeli uygulanırken diğer taraftan ulusal sağlık hizmetinin vergilerle finanse edildiği Beveridge Modeli (Kamu Yardımı) uygulanmakta ve aynı zamanda sistemin finansmanında özel harcamalar da yer almaktadır. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanında bu karma yapı içinde en temel kurum Sosyal Güvenlik Kurumu'dur (Öztürk

sağlık harcamaları içinde zorunlu sağlık harcamalarının payı %54; hükümet programlarınca karşılanan %23; cepten harcanan %17 ve gönüllü sağlık sigortasınca karşılanan ise %3’tür. Türkiye’de OECD38 ortalamasına kıyasla hükümet programlarının ve cepten harcamaların payı daha düşükken, zorunlu sağlık sigortası payı daha yüksektir. Norveç, İsveç, Danimarka ve İzlanda’da ise hükümet programlarının sağlık harcamalarındaki payı %80’i aşmaktadır. Türkiye, hükümet ve zorunlu sağlık sigortası harcamalarının toplam sağlık harcamalarındaki payı (%78) açısından diğer gelişmiş ülkelerin gerisinde, 15’inci sırada yer almaktadır. Buna mukabil, gönüllü sağlık sigortası, cepten harcanan ve diğer harcamaların toplam sağlık harcamalarındaki payı (%22) Türkiye’de OECD38 grubundan daha düşüktür (Şekil 4).



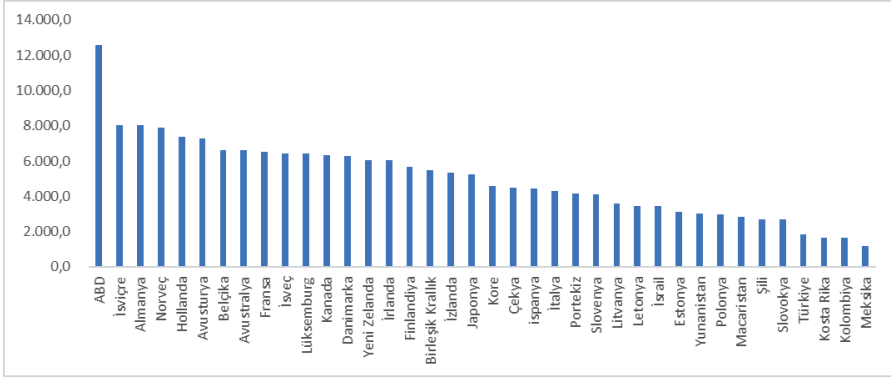
Şekil 4. OECD ülkelerinde finansman türüne göre sağlık harcamalarının dağılımı, 2019

Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri (2021)

Türkiye’de toplam ve kişi başı sağlık harcamaları artmakla birlikte, 2022 yılında 1.828 ABD Doları olan kişi başı sağlık harcaması, 5.000 ABD Doları olan OECD ortalamasının neredeyse üçte biri kadardır. Türkiye, kişi başı sağlık harcamasında OECD içinde alt bantta yer alıp, Türkiye’nin gerisinde sırasıyla Kosta Rika, Kolombiya ve Meksika bulunmaktadır. ABD, 12.553 Dolar ile en yüksek kişi başı sağlık harcaması olan ülkedir (Şekil 5). Ancak, yüksek kişi başı sağlık harcamaları, tüm sağlık göstergelerinde de bir ülkenin

ve Uçan, 2017). Yine bu yapı içerisinde, sağlık hizmetlerinin finansmanının kamusal mal ve hizmetlerdeki gibi vergilerle değil mümkün olduğu ölçüde sigorta primleri ve katkı payları üzerinden karşılanması hedeflenmiştir (Başol ve Işıl, 2015).

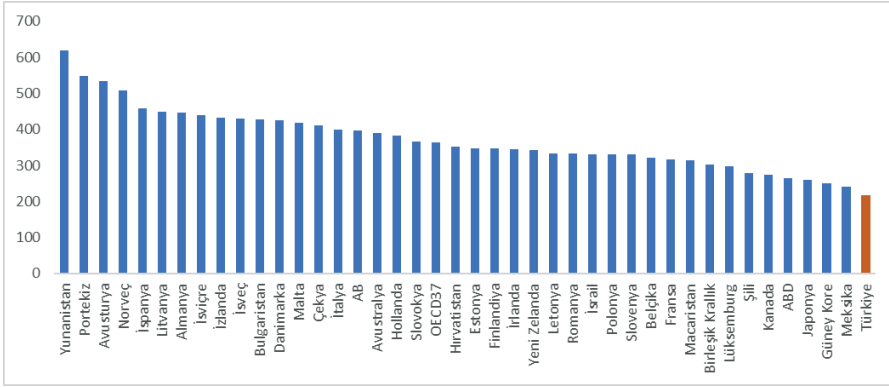
iyi olduğu anlamına gelmemektedir. Sayılı (2017), ABD'nin en yüksek kişi başı sağlık harcamasına rağmen sağlıklı yaşam yılı beklentisinde OECD ortalamasının altında kaldığını tespit etmiştir. Bununla birlikte ABD hariç tutulduğunda sağlık harcamalarıyla sağlıklı yaşam yılı beklentisi arasındaki pozitif korelasyon teyit edilmiştir. Benzer şekilde, OECD ülkelerinin sağlık göstergelerine göre kümelendiği bir çalışmada (Songur, 2016) tespit edildiği üzere, ABD en önemli sağlık göstergelerinden ikisi olan anne ölüm oranı ve bebek ölüm hızı bakımından, kişi başı sağlık harcaması daha düşük birçok OECD ülkesinin gerisindedir.



Şekil 5. OECD ülkelerinde kişi başı sağlık harcaması (ABD Doları, SAGP), 2022

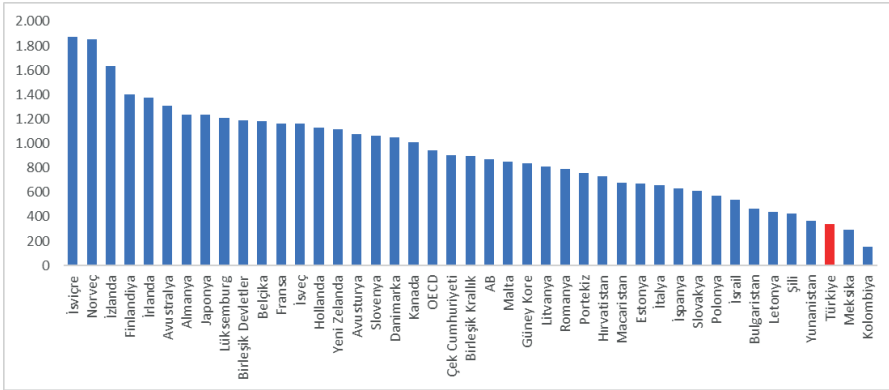
Kaynak: OECD Health at Glance (2022)

Nüfusa oranla hekim sayısı verisi sağlıkta hizmet kalitesine dair bir gösterge sunmaktadır. Türkiye'de hekim sayısı 2002 yılında 91.949 iken 2021 yılında 183.569'a çıkmıştır. Ancak 100.000 kişiye düşen hekim sayısı OECD ve OECD dışı ülkeler için incelendiğinde; hekim sayısındaki artışa rağmen Türkiye'nin 217 hekim ile sonuncu sırada yer aldığı dikkat çekmektedir (Şekil 6). OECD37 ortalaması 365 hekimdir ve Türkiye bu değer in epey altındadır. Benzer durum 100.000 kişiye düşen hemşire ve ebe sayıları için de söz konusudur: Türkiye, OECD ortalamasının yaklaşık üçte birine tekabül eden 343 hemşire ve ebe sayısı ile son sıralarda yer almaktadır (Şekil 7).



Şekil 6. 100.000 kişiye düşen bekim sayısı ülkeler arası karşılaştırması, 2020

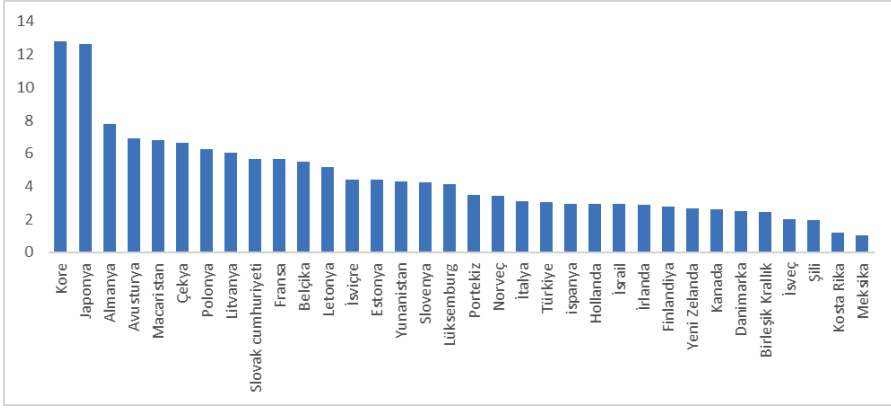
Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı (2020)



Şekil 7. 100.000 Kişiye düşen hemşire ve ebe Sayısı ülkeler arası karşılaştırması, 2020

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı (2020)

2.1 no.lu bölümde belirtildiği üzere, 2000’li yıllardan günümüze ülkemizde 1.000 kişiye düşen yatak sayısında artış sağlanmıştır. Ancak, OECD karşılaştırması bu alanda ilerleme sağlanması gerektiğine işaret etmektedir. OECD içinde 1.000 kişiye düşen yaklaşık 13 yatak sayısı ile Japonya ve Kore’nin ilk sıralarda geldiği, birçok ülkede bu rakamın 4-7 bandında değiştiği, Türkiye’nin (3,02) ise alt gruba yakın aralıkta yer aldığı görülmektedir (Şekil 8).



Şekil 8. Seçili OECD ülkelerinde 1.000 kişiye düşen yatak sayısı, 2021

Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri (2021)

5. Sonuç

Türkiye’de sağlık hizmetleri kamu ağırlıklı olup, özel sektörün payı ise artmaya devam etmektedir. Ülkemiz sağlık hizmetleri kapasitesi ve çeşitli sağlık göstergeleri açısından 2000’li yıllardan günümüze önemli bir mesafe kat etmiştir. Anne ölüm oranı ve bebek ölüm hızında sağlanan düşüşler bu duruma birer örnektir (Üstün ve Gültekin-Karakaş, 2021). Songür (2016)’da belirtildiği üzere, bu sonuçta hastaların kamu hastanelerinin yanında özel hastanelerden devlet katkısı ile sağlık hizmeti alabilmelerinin sağlanması, hiçbir sosyal güvencesi olmayanların sağlık harcamalarının genel sağlık sigortası aracılığıyla devlet tarafından karşılanması ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin koruyucu sağlık ve ana-çocuk sağlığı hizmetleri ve aile hekimliği uygulaması ile güçlendirilmesi etkili olmuştur. Hastaların ücretsiz ve herhangi bir evrak talep edilmeksizin ilk basamak sağlık hizmetlerinden faydalanmaları da olumlu adımlardandır (Başol ve Işıl, 2015).

Ülkemiz çeşitli sağlık hizmeti göstergeleri açısından OECD içinde alt sıralarda yer almaktadır. Bu durum Sayılı (2017) ve Üstün ve Gültekin-Karakaş (2021) tarafından da tespit edilmiştir. Türkiye, OECD içinde cari sağlık harcamalarının GSYH’deki payı en düşük ülke konumundadır. Ayrıca, ülkemizde sağlık personeli sayısındaki artışa karşın, özellikle belirli branşlarda yetişmiş eleman sıkıntısı olduğu sektör paydaşları tarafından dile getirilmektedir. Örneğin, sağlık hizmeti alan kişi sayısı, hastane yatak ve doluluk oranlarındaki artış karşısında, hemşire sayısının OECD ortalamalarının gerisinde kaldığı belirtilmektedir (Kalanlar, 2018). Nitekim bu çalışmada 100.000 kişiye düşen hekim, hemşire ve ebe sayısı bakımından

da Türkiye’nin son sırada olduğu tespit edilmiştir. Sayılı vd. (2017), Türkiye de tıp fakültesi ve öğrenci sayılarının artması ile hekim sayısının OECD ortalamasına hızla yaklaşacağını tahmin etmekle beraber, fakültelerin eğitim kalitesinin ve mezuniyet sonrası eğitimin geliştirilmesi amacıyla çalışmalar yapılmasını önermektedir. Gelecek projeksiyonları yapılırken hangi branşlarda hekim ihtiyacı olduğunun tespit edilerek, bu branşlarda bir açık yaşanmaması temin edilmeye çalışılmalıdır. Genel olarak da bütçeden sağlığa daha büyük bir pay ayrılmalı ve bu yapılırken hem uzman doktor, hemşire ve ebe başta olmak üzere sağlık profesyonellerinin sayısı arttırılmalı hem de daha dengeli bir bölgesel dağılım sağlanmalıdır.

Sağlık hizmetleri alanında, özellikle doğu bölgeleri aleyhine olan bölgesel eşitsizlikler halen giderilememiştir. Ülkenin doğu bölgeleri sağlık hizmeti kullanımı açısından geride kalmakta, buralarda personel ve hastane sayısı daha az iken, hasta yoğunluğu artmaktadır. Şantaş ve Şantaş (2018)’e göre, DPT tarafından 2003 yılında yapılan ve 2011 yılında tekrarlanan “İllerin ve Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması” araştırmasında (Devlet Planlama Teşkilatı, 2003; Kalkınma Bakanlığı, 2013), 2. sırada Batı Anadolu Bölgesi’nin son sırada ise Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nin yer alması, sağlık göstergelerinin eğitim, işsizlik, meslek vb. değişkenlerden etkilendiğine işaret etmektedir. Üstün ve Gültekin-Karakaş (2021) de, 2010-2019 dönemi için adölesan (10-19 yaş) doğumların toplam doğumlar içindeki oranı, bebek ölüm hızı, anne ölüm oranı ve 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı göstergelerinde Kuzeydoğu Anadolu, Ortadoğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinin Türkiye ortalamasının altında performans gösterdiğini bulmuştur. Yazarlar, kişi başı gelir düzeyi düşük bölgelerin, sağlık göstergelerinde de daha düşük bir performans sergilediği sonucuna ulaşmıştır. Diğer yandan İstanbul sağlık altyapısında nicelik olarak önde olmakla birlikte, yoğun bölge nüfusu göz önüne alındığında mevcut altyapının yeterli olmadığı görülmekte, bu nedenle İstanbul nüfusunun ihtiyaçlarını karşılamaya yetecek şekilde ek sağlık altyapısının hayata geçirilmesi gerekmektedir (Şantaş ve Şantaş, 2018). Sağlık hizmetlerine ilişkin bir diğer önemli konu özel sektörün azami kârlılık saiki ile hareket ediyor olmasının sonucu olarak, sağlık sektöründeki yatırımlarını belirli bölgelerde yoğunlaştırmasıdır (Kalanlar, 2018). Özel sağlık hizmet sunucuları, sağlık turizmi gibi niş piyasalara yönelebilmekte ve orta yüksek/yüksek gelir dilimlerindeki nüfusu hedefleyebilmektedir. Bu tür durumlar karşısında devlet bütçesinden sağlık harcamalarına daha büyük bir pay ayrılması kamu sağlığının korunmasının bir gereği olmaktadır. Nitekim sağlık hizmetleri talebinin, nüfusun yaşlanması ve buna bağlı olarak hastalık yükünün kronik hastalıklara kayması nedeniyle yükselmesi beklenmektedir (TOBB, 2017).

Bu sebeple, sağlık hizmetlerinin yaşlı nüfusun özel sağlık ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde geliştirilmesi önemlidir. Sağlık sistemi üzerindeki yükün COVID-19 salgınında olduğu gibi muhtemel yeni salgınlar sırasında da ağırlaşabileceği özellikle dikkate alınmalıdır. Üstelik salgınlar sırasında sağlık personelleri de hastalanmakta ve vefat edebilmektedir. Mevcut sağlık personeli kapasitesinde olduğu gibi, hastane-yatak kapasiteleri de salgın süresince dönem dönem hasta yükünü taşımakta zorlanmaktadır. Dolayısıyla kamusal sağlık yatırımlarının bölgesel hizmet açıklarını da giderecek şekilde artırılması sosyal devlet ilkesinin gereğidir. Böylece, ekonomik olarak dezavantajlı grupların sağlık hizmetlerine erişimi artırılarak, yoksulluk ve gelir eşitsizliğinin olumsuz etkileri de azaltılabilir.

Türk sağlık sistemindeki altyapının COVID-19 salgını süresince güçlendirilmiş ve krizin yönetilebilmiş olması önemlidir. Ancak, sistemin olası yeni salgın ve bölgesel sıcak savaş riskleri karşısında güçlendirilmeye devam edilmesi, ihtiyaç duyulan branşlarda daha fazla insan gücü yetiştirilmesi, sağlık teknolojileri alanında yerli ve milli üretimle ülkenin kendi kendine yeterliliğinin artırılması ve bölgesel eşitliğin kuvvetlendirilmesi yerinde olacaktır.

Kaynaklar

- Albayrak, S., & Öztürk, İ. (2021). Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerine etkisi: Türkiye üzerine araştırma. *Uluslararası Ekonomi ve Yenilik Dergisi*, 7(2), 233-257.
- Başol E. ve Işık A. (2015) “Türkiye’de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme ve Öneriler”, *IAAOJ Social Science*, 2(2), s.1-26.
- Devlet Planlama Teşkilatı, (2003). Kalkınma Bakanlığı, 2013 Sosyoekonomik Gelişme İndeksleri Çalışmaları
- Kalanlar, B. (2018). Türkiye’nin Yüzüncü Yılında Sağlık Sektörü, Mevcut Durum ve Öngörüler. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21,495-510.
- Kalkınma Bakanlığı, 2013. İllerin ve Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması (SEGE-2011), 87s. Ankara.
- Kamu Sağlık Tesisleri Ruhsatlandırma Yönetmeliği (2019). Resmî Gazete (20.09.2019 tarih ve 30894 sayılı) Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/09/20190920-2.htm>
- OECD Sağlık İstatistikleri (2021). <https://stats.oecd.org/>
- OECD Health at Glance (2022). <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe/>
- Öztürk, S. ve Uçan, O. (2017), “Türkiye’de Sağlık Harcamalarında Artış Nedenleri: Sağlık Harcamalarında Artış – Büyüme İlişkisi” *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Y.2017, C.22, S.1, s.139-152.
- Sayılı, U., Sayman, Ö. A., VEHİD, S., Köksal, S. S., & Erginöz, E. (2017). Türkiye ve OECD ülkelerinin sağlık göstergeleri ve sağlık harcamalarının karşılaştırılması. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 1-12.
- SBB (T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı) (2019). On Birinci Kalkınma Planı (2019–2023), Ankara. http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2019/11/ON_BIRINCI_KALKINMA-PLANI_2019-2023.pdf
- Songur, C. (2016). Sağlık göstergelerine göre ekonomik kalkınma ve işbirliği örgütü ülkelerinin kümeleme analizi. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 6(1), 197-224.
- Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (2006). Kanun No 5510, Resmi Gazete (16/6/2006 tarih ve 26200 sayılı) Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.5510.pdf>
- Şantaş, F ve Şantaş, G. (2018). “Türkiye’nin, Bölgelerin ve İllerin Sağlık Değişkenleri Açısından Mevcut Durumu ve Sıralanması” *Hittit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 11(3), 2419-2432.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2018). Sağlık İstatistikleri Yıllığı (<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0>)

- T.C. Sağlık Bakanlığı (2019). Sağlık İstatistikleri Yıllığı Haber Bülteni, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/39024,haber-bulteni-2019pdf.pdf?0>
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2020). Sağlık İstatistikleri Yıllığı <https://www.saglik.gov.tr/Eklenti/43399/0/siy2020-tur-26052022pdf.pdf>
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2021). Sağlık İstatistikleri Yıllığı Haber Bülteni <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/44131/0/saglik-istatistikleri-yilligi-2021-haber-bultenipdf.pdf>
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2022). Sağlık İstatistikleri Yıllığı Haber Bülteni <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/46511,haber-bulteni-2022-v7pdf.pdf?0>
- TOBB (2017). Türkiye Sağlık Sektörüne Genel Bakış, <https://www.tobb.org.tr/saglik/20171229-tss-genel-bakis-tr.pdf>
- TÜİK (2020). Sağlık İstatistikleri http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095
- TÜİK (2021). Sağlık İstatistikleri (http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095)
- Üstün, Ç. ve Gültekin-Karakaş, D. (2021). Türkiye'nin sağlık göstergelerinin bölgesel ve uluslararası karşılaştırma perspektifinden değerlendirilmesi. *Erzincan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 14(20. Bölge Bilimi ve Planlama Kongresi Özel Sayısı), 107-132.
- WHO (Dünya Sağlık Örgütü) (n.d). Constitution, <https://www.who.int/about/accountability/governance/constitution> (erişim tarihi: 18.10.2023)
- Yücel, E. (2019). Kamu Hastanelerinde Yatak Doluluk Oranını Etkileyen Faktörler. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 5(1), 1-11.

