

Erzincan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi
Erzincan University Journal of Social Sciences Institute

2021-Özel Sayı (20. Bölge Bilimi ve Planlama Kongresi)- E-ISSN-2148-9289

**TÜRKİYE’NİN SAĞLIK GÖSTERGELERİNİN BÖLGESEL VE
ULUSLARARASI KARŞILAŞTIRMA PERSPEKTİFİNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ**

An Evaluation of Turkey's Health Indicators From A Regional And International
Comparative Perspective

ÇİĞDEM ÜSTÜN

Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Teknik Üniversitesi, Mimarlık Fakültesi, Şehir ve Bölge Planlaması Bölümü
Graduate Student, Istanbul Technical University, Faculty of Architecture, Department of City and Regional
Planning

ustuncig@itu.edu.tr

0000-0002-3781-4396

DERYA GÜLTEKİN-KARAKAŞ

Doç. Dr., İstanbul Teknik Üniversitesi, İşletme Fakültesi, İşletme Mühendisliği Bölümü
Assoc. Prof. Dr., Istanbul Technical University, Faculty of Management, Department of Management
Engineering

dkaraka@itu.edu.tr

0000-0003-1391-2431

Atıf/©: Üstün, Gültekin-Karakaş (2021). Türkiye'nin Sağlık Göstergelerinin Bölgesel ve Uluslararası
Karşılaştırma Perspektifinden Değerlendirilmesi, *Erzincan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Yıl
14, Özel Sayı, ss. 107-132

Citation/©: Üstün, Gültekin-Karakaş (2021). An Evaluation Of Turkey's Health Indicators From A Regional
And International Comparative Perspective, *Erzincan University Journal of Social Sciences Institute*, Year 14,
Special Issue, pp. 107-132

Makale Bilgisi / Article Information:

Makale Türü-Article Types : *Araştırma Makalesi*
Geliş Tarihi-Received Date : *2021-06-30*
Kabul Tarihi-Accepted Date : *2021-11-24*
Sayfa Numarası-Page Numbers: *107-132*
Doi : *10.46790/erzisosbil.960485*

Notlar/Notes

Yazar(lar), herhangi bir çıkar çatışması beyan etmemiştir.

Turnitin/Ithenticate/Intihal ile İntihal Kontrolünden Geçmiştir

Screened for Plagiarism by Turnitin/Ithenticate/Intihal

Licensed by CC-BY-NC ile lisanslıdır

TÜRKİYE’NİN SAĞLIK GÖSTERGELERİNİN BÖLGESEL VE ULUSLARARASI KARŞILAŞTIRMA PERSPEKTİFİNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ

An Evaluation Of Turkey's Health Indicators From A Regional And International Comparative Perspective

ÇİĞDEM ÜSTÜN - DERYA GÜLTEKİN-KARAKAŞ

Öz:

1970’lerden itibaren artan bölgesel dengesizlikler ve gelir eşitsizlikleri karşısında kalkınma, salt ekonomik büyümenin ötesinde, çok boyutlu ve merkezinde insanın yer aldığı bir kavram olarak tanımlanmaya başlanmıştır. Temel insan haklarından biri olan sağlık, sosyal ve iktisadi kalkınmanın da ön şartlarından. Çalışmada, 2010-2019 döneminde Türkiye’de İBBS 1 düzeyinde TÜİK ve Sağlık Bakanlığı’ndan derlenen kişi başı gelir ve temel sağlık göstergeleri verilerinin betimsel analizi yapılmıştır. Analizler, Türkiye’de bölgesel gelir düzeyi ile sağlık eşitsizlikleri arasında paralellikler olduğuna işaret etmektedir. Kişi başı gelir düzeyi düşük Kuzeydoğu, Ortadoğu ve Güneydoğu Anadolu bölgeleri çeşitli sağlık göstergelerinde de daha düşük performans göstermektedir. İlâveten, orta-üst ve üst gelir grubu ülkeler, OECD ve Avrupa Birliği ile yapılan karşılaştırmalar Türkiye’de bebek ölüm hızı, hastane yatağı ve hekim sayıları göstergelerinde gelişmeye ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Çalışmanın bulguları, karar alıcılara sağlık alanında bölgesel eşitsizliklerin giderilmesi ve Türkiye’nin diğer ülkelere göre durumunun iyileştirilmesi için hedeflerin belirlenmesi açısından ışık tutmaktadır.

Anahtar Kelimeler: İnsani Kalkınma, Sağlık, Bölgesel Eşitsizlik, Türkiye

Abstract:

With the increasing regional and income inequalities since the 1970s, development, beyond mere economic growth, has begun to be defined as a multidimensional concept that centres on human. Health is a precondition for social and economic development. The study analysed per capita income and basic health indicators at the NUTS 1 level in Turkey for the period of 2010-2019 descriptively. The data was compiled from Turkstat and the Ministry of Health. The analyzes point out there are parallels between regional income levels and health inequalities as such low-income regions also show lower health performance. Northeast, Middle East and Southeastern Anatolia regions with low per capita income also have lower performance in various health indicators. Moreover, international comparisons indicate that there is a need for improvement in the infant mortality rate as well as the numbers of hospital beds and physicians in Turkey. The findings give insight to decision makers for determination of targets to eliminate regional health inequalities and improve Turkey's health conditions.

Keywords: Human Development, Health, Regional Inequality, Turkey

1. GİRİŞ

Kalkınma kavramı 1970’li yıllara dek ekonomik büyüme ile eşleştirilmiş, bir diğer ifadeyle sadece iktisadi yönüyle algılanmıştır. Gayrisafı yurtiçi hasıla (GSYİH) da kalkınmanın ölçütü olarak belirlenmiştir. Kalkınmayı tek başına iktisadi büyüme olarak görmenin yanlışlığı; gelir dağılımında artan eşitsizlik, geniş kitlelerin yoksullaşması, bölgesel dengesizlikler ve eşitsizlikler, doğal çevrenin ve kaynakların tahribi gibi olumsuzluklarla beraber anlaşılmıştır (Çabuk, 2003). Böylece kalkınma kavramının anlamı zaman içerisinde değişime uğramıştır.

Günümüzde insani kalkınma yaklaşımı altında bireylere ve topluma daha iyi bir yaşam sağlanması, kalkınmanın esas amacını oluşturmaktadır. Kalkınmaya dair yeni bir bakış açısı getiren ‘İnsanı Gelişme Kavramı’, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) tarafından ‘İnsanı Gelişme Endeksi (İGE)’ ile somutlaştırılmaktadır. Bu endekse göre, bir ülkenin kalkınmışlık seviyesi o ülkede yaşayan insanların gelir, eğitim ve sağlık göstergeleri birlikte dikkate alınarak açıklanmaktadır. İGE’nin üç boyutundan biri olan sağlık, kalkınmada önemli bir yere sahiptir. Sağlık seviyesindeki iyileşme, yaşam kalitesini yükselterek bireysel ve toplumsal düzeylerde refah artışı sağlanması ve sosyal adaletin tesis edilmesi yanı sıra verimliliğin artırılmasına da hizmet etmektedir.

Çalışma, Türkiye’de bölgesel düzeyde (İBBS 1) kişi başı gelir seviyeleri ile seçilen temel sağlık göstergelerinin betimsel analiz yöntemi ile karşılaştırılmasını amaçlamaktadır. Buna göre, Türkiye’de bölgeler arasında kişi başı gelir düzeyleri ile temel sağlık göstergelerine ilişkin durum arasında bir paralellik olup olmadığı incelenecektir. İlaveten, Türkiye’nin 2018/2019 yılına dair sağlık göstergelerindeki durumu, orta-üst ve üst gelir grubu ülkeler, OECD ve Avrupa Birliği ile karşılaştırmalı değerlendirmeye tabi tutulacaktır.

Aşağıda ilk olarak kalkınma ve sağlık ilişkisi ele alınarak, Türkiye’nin İGE’ye ilişkin performansının gelişimi verilmektedir. Üçüncü bölümde, gelir ve sağlık göstergeleri ilişkisine dair literatür incelenmektedir. Dördüncü bölüm, kullanılan yöntem ve veriler ile analiz bulgularını kapsamaktadır. Sonuç bölümü, elde edilen bulgular ışığında politika tavsiyelerine yer vermektedir.

2. KALKINMA VE SAĞLIK

Kalkınma, üretim ve kişi başına ulusal gelirin artırılmasıyla birlikte, toplumun ekonomik ve sosyokültürel yapısının da değişmesi anlamına gelmektedir (Savaş, 1979). Niteliksel değişime işaret eden kalkınma kavramı, ülkenin yapısal niteliklerinin pozitif yönde değişimini ifade eder.

1970’li yıllardaki paradigma değişimiyle birlikte kalkınma, ülke genelinde siyasal, kültürel ve toplumsal kurumlardaki değişimi kapsayan çok boyutlu ve özünde insanın yer aldığı bir kavram olarak tanımlanmıştır. Günümüzde kalkınma iktisadi ile ilgili tartışmalar hâlâ devam ediyor olsa da, kalkınma kavramının artık sadece iktisadi büyüme olarak algılanmadığı açıktır. Kalkınma daha çok özel alanlarda tanımlanarak çeşitlendirilmiştir. İnsanın temel özgürlükleri, eğitim, ekonomik ve kültürel haklar ve sağlık odaklı tartışmalar bu bağlamda ön plana çıkmaktadır. Çalışmalarında kalkınmayı farklı bir yaklaşımla tanımlayan Amartya Sen (1999), bu kavramı daha çok hayat standardını ve özgürlükleri geliştirmek üzerinden ifade etmektedir. Sen’in kalkınmayı iyi bir hayata ve özgürlüklere dayalı olarak açıklaması, kalkınma iktisadında onun çalışmalarının öncü olduğu insani gelişme/kalkınma (human development) adı verilen bir teorinin şekillenmesine neden olmuştur (Tüylüoğlu & Tekin, 2009). İnsani gelişme, ülke ekonomisinin zenginleşmesinden ziyade insan hayatının zenginleşmesiyle ilgili bir kavramdır. Kişilerin diledikleri hayatı yaşamaları için insanlara daha fazla özgürlük ve imkân sağlamakla ilgilidir (İNGEV, 2020). İnsani Gelişme Kavramı, kalkınmanın değerlendirilmesi konusunda yeni bir bakış açısı getirmiştir. Aynı zamanda yeni kalkınma stratejilerinin geliştirilmesine yol açmıştır.

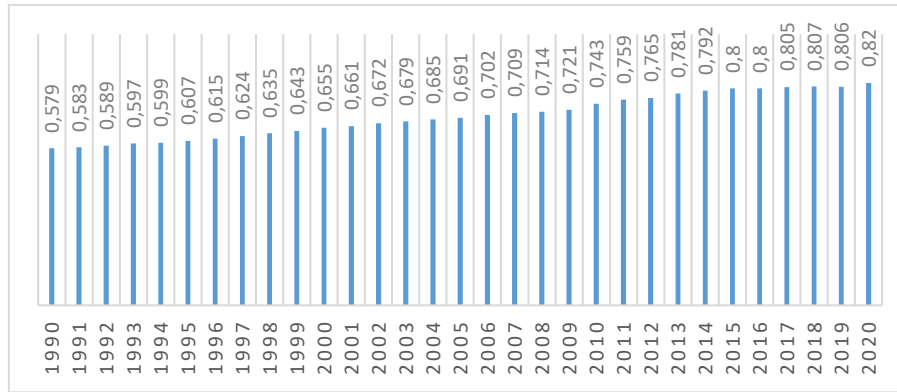
Değişen kalkınma kavramında hayat standartları oldukça önemli bir yere oturmaktadır. Burada hangi hayat standartlarının kast edildiği önemli bir konudur. Hayatın temel standartlarını eğitim ve sağlık belirlemektedir (Mushkin, 1962). İnsani Gelişme Kavramı ve kriterleri açısından 1990 yılından itibaren UNDP tarafından hazırlanan İnsani Gelişme Raporu çalışmaları temel rehber kaynak durumundadır. Bu bağlamda, refah seviyesini sadece ekonomik büyüme ve üretime dayalı göstergelerle ölçmek yerine,

temelini orada yaşayan insanların hayat standartlarının oluşturduğu ölçüm yöntemi uygun görülmüştür (Çabuk, 2003).

İnsani Gelişme Kavramını rakamsal olarak somutlaştıran ‘İnsani Gelişme Endeksi (Human Development Index HDI)’, ilki 1990 yılında Pakistanlı ekonomist Mahbub ul Haq tarafından hazırlanan UNDP’nin yıllık İnsani Gelişme Raporlarında açıklanmaktadır. Bu endeks, bir ülkenin kalkınmasının değerlendirilmesinde dikkate alınacak tek ölçütün geleneksel gelir düzeyi hesapları/ ekonomik büyüme olmadığını, esas ölçütün insanlara sağlanan fayda üzerinden olduğunu vurgulamak için geliştirilmiştir. İGE, bir ülkenin gelişmişlik düzeyini insani gelişmenin üç temel alanında ölçen özet bir karma endekstir.¹ Bu üç temel alan; sağlık, eğitim ve hayat standardıdır. Sağlık boyutu, doğumda beklenen yaşam süresi ile; eğitim boyutu, 25 yaş ve üzeri yetişkinler için okullaşma süresi ve okula başlama çağındaki çocuklar için beklenen eğitim süresi ile; hayat standardı boyutu ise, kişi başına gayrisafi milli gelirle ölçülür. İGE, söz konusu üç boyutun her biri için hesaplanan endekslerin geometrik ortalamasıdır.

1990 yılından günümüze İGE sonuçları değerlendirildiğinde, birçok ülkede insani gelişim düzeyi açısından önemli ilerlemeler kaydedildiği görülmektedir. 1990 yılında “orta gelişmişlik” düzeyinde olan Türkiye, performansını sürekli iyileştirerek önce “yüksek insani gelişmişlik”, sonrasında ise “çok yüksek insani gelişmişlik” düzeyine yükselmiştir. 2019 yılında 0.806’lık değerle ilk kez ‘çok yüksek insani gelişme’ kategorisinde yer almıştır. Türkiye son 29 yılda yüzde 40,7’lik artış göstermiştir (UNDP, 2020). Şekil 1’de de görüldüğü üzere, Türkiye 1990 yılından 2018 yılına kadar endeks değerinde 0.228’lik bir artış sağlamıştır.

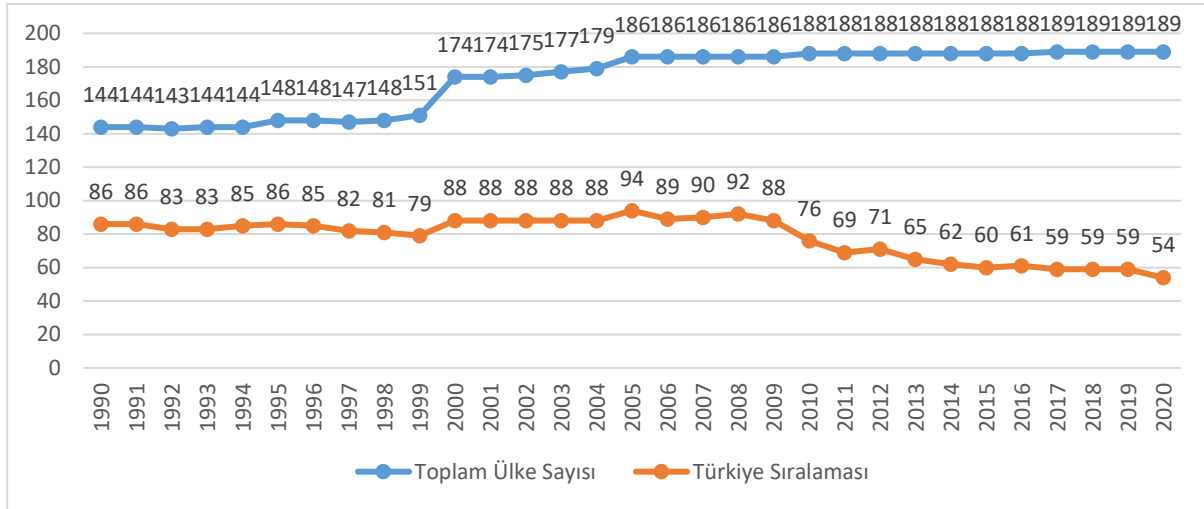
Şekil 1. Türkiye’nin İnsani Gelişme Endeksi Skoru, 1990-2020



Kaynak: UNDP, İnsani Gelişme Raporu 2020

İGE kapsamında endeks skorunun ölçüldüğü toplam ülke sayısı yıllar içerisinde artış göstermiştir. Türkiye’nin sıralamaya dâhil edilen ülkeler arasındaki yerine bakıldığında iyileşme dikkat çekmektedir. 1990 yılında 144 ülke arasında 86. sırada yer alan Türkiye, 2020 yılında 189 ülke arasında 54. sıraya yerleşerek ikinci kez “çok yüksek insani gelişme” kategorisinde yer almıştır. Şekil 2’de Türkiye’nin 1990-2020 döneminde ülke sıralamasının seyri gösterilmektedir.

Şekil 2. Türkiye’nin İnsani Gelişme Endeksi Sıralamasındaki Yeri, 1990-2000



Kaynak: UNDP, İnsan Gelişme Raporu 2020

İGE, uluslararası düzeyde hesaplanan ve yukarıdaki şekillerde de görüldüğü üzere hem ülkeler arasında hem de zaman içerisinde karşılaştırmaya imkân tanıyan bir endekstir. Türkiye'nin 81 ili arasında da gelişmişlik düzeylerinin farklı olduğu bilinmektedir. Bu farklılıkları ortaya koyabilmenin eşitsizliklerle mücadelede önem arz etmesi sebebiyle, Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı (TEPAV) 81 il için İGE sonuçlarını hesaplamıştır. Küresel sınıflamaya göre “çok yüksek insani gelişmişlik” grubunda yer alan Ankara'yı sırasıyla İstanbul, Kocaeli, İzmir, Antalya, Muğla, Tunceli, Eskişehir, Tekirdağ, Bursa, Yalova, Rize, Trabzon, Karaman, Kayseri, Bilecik, Artvin, Denizli, Bolu, Sakarya ve Mersin takip etmektedir. “Çok yüksek insani gelişmişlik” grubunda 21 il yer alırken, 59 il “yüksek insani gelişmişlik” grubunda yer almaktadır. 81 il arasında “düşük insani gelişmişlik” düzeyinde yer alan il bulunmazken, Ağrı “yüksek insani gelişmişlik” sınır değerine yakın bir performans gösterse de hâlen “orta insani gelişmişlik” düzeyinde yer alan tek il konumundadır (TEPAV, 2020). Türkiye İGE skoruyla çok gelişmişlik düzeyinde yer almasına rağmen, il bazında yapılan endeks değerlendirmesi iller arasında eşitsizlik olduğunu ortaya koymaktadır (Şekil 3).

Şekil 3. 81 İlde İnsani Gelişme Endeksi Değeri, 2017



Kaynak: TEPAV, 2020

İGE'nin üç boyutundan biri olan sağlık, bireysel ve toplumsal düzeylerde mutluluk ve refahın artırılması için büyük önem taşır. Sağlıklı insanlardan oluşan bir toplumda hem ekonomik hem de sosyal açıdan toplum üretkenliği artar. İnsanların sağlıklı bir yaşam sürmeleri için gerekli şartların mevcudiyeti sosyal adaletin temel bir ilkesidir. Kısa vadede halk sağlığının teminine yönelik bir politika, uzun vadede ekonomik gelişmeye katkı sağlayacaktır (Oral & Sayın, 2013). Birleşmiş Milletler'in Sürdürülebilir Kalkınma Amaçlarından 13.sü de sağlıklı ve kaliteli yaşamı her yaşta güvence altına almaktır.

Sağlık kavramına ilişkin birçok farklı tanım mevcuttur. 1900'lü yılların başından itibaren çeşitli bilimler, kendi bakış açılarıyla sağlık ve hastalık kavramlarını tanımlamaya çalışmışlardır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün kuruluş yasasında yer alan sağlık tanımı yaygın olarak kabul görmektedir. DSÖ'ye göre, 'sağlık, sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halidir'.ⁱⁱ Bu tanıma göre, bireylere sunulacak sağlık hizmetinin amacının sadece hastalıkları

tedavi etmek ve sakatlıkları önlemek olmadığı, her açıdan iyilik halini gerçekleştirmeyi hedeflediği ortadadır. Bu tanımla aynı zamanda sağlığın sosyal yönüne de vurgu yapılarak, toplumlar ve devletler açısından önemine dikkat çekilmektedir (Koca, 2005). Özetle bu tanıma göre, sağlık insanların bireysel sorumlulukları ile sınırlı olmayıp, devletlerin sosyal sorumluluklarının kapsamına da dâhildir.

Sağlık göstergeleri bir ülkenin kalkınma düzeyine işaret etmekte olup, sağlık hizmetlerinin yetersizliği kalkınmayı menfi yönde etkilemektedir (Oral & Sayın, 2013). Sağlık ile nüfus, eğitim ve kalkınma arasında güçlü bir ilişki vardır (Mazgit, 2002). Sağlık seviyesindeki iyileşme beraberinde toplum refahının da yükselmesini getirmektedir. Toplumdaki sağlık seviyesinin yükselmesi ile demografik göstergeler gelişmekte ve optimum nüfus düzeyi temin edilmektedir. Buna bağlı olarak, ekonomik ve sosyal kalkınmayı engelleyen nüfus baskısı ortadan kalmaktadır. Diğer yandan, sağlık düzeyinin yükselmesi daha başarılı bir eğitim için sağlıklı nüfusu temin etmekte ve böylece toplumun eğitim seviyesi artmaktadır. Eğitim seviyesinin artmasıyla kalkınma için önemli faktörlerden biri olan nitelikli insanlar toplumda yerini alabilmektedir.

Türkiye'de 2000'li yıllarda, sağlık alanında fiziki altyapı, hizmet kalitesi, hizmete erişim ve mali destekler bağlamında reform niteliğinde olan önemli değişiklikler yapılmıştır (Manavgat & Çelik, 2017). Süreç içerisinde ülkemizde sağlık göstergeleri açısından genel bir iyileşme sağlanmış olsa da, sağlık düzeyinin bölgeler arasında farklılıklar gösterdiği bilinmektedir. Aşağıda konuya dair literatür bulgularının değerlendirilmesinin ardından, Türkiye'de sağlık alanında yaşanan gelişmeler çeşitli göstergeler üzerinden ulusal ve bölgesel düzeyde incelenecek, ardından uluslararası standartlarla karşılaştırılacaktır.

3. LİTERATÜR İNCELEMESİ: GELİR VE SAĞLIK GÖSTERGELERİ İLİŞKİSİ

Pek çok ülke kalkınma hedefleri çerçevesinde sağlık alanındaki eşitsizliklerin analizine yönelik çabalarını arttırmıştır. Sağlık göstergeleri ile gelir düzeyi/dağılımı arasındaki ilişki birçok araştırmaya konu olmuştur. Özellikle 1970'lerden sonra gelişmiş ülkelerde gelir dağılımı eşitsizliğinin artması ile araştırmacılar dikkatini bu alana yöneltmiştir. Gelir ve sağlık arasında karşılıklı bir ilişkinin olduğu hem uygulamalı hem de teorik çalışmalar ile ortaya koyulmuştur (Strauss & Thomas, 1998). Ülkelerin toplumsal sağlık hizmetleri düzeyini belirleyen sağlık göstergeleri ölçümlenirken; doğumda beklenen yaşam süresi, doğum oranları, anne ölümleri ve bebek ölümleri gibi ölçütler yaygın olarak kullanılmaktadır (Joumard vd., 2008). Gelir düzeyi ve sağlık çıktıları arasındaki ilişkiye yönelik çalışmaların büyük bir bölümünde pozitif yönlü ilişki tespit edilmiştir (Şahin, 2020).

Sağlık göstergeleri ile gelir arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalardan Ram (2005), 108 ülke için gelir eşitsizliği ile toplum sağlığı arasında negatif bir ilişki bulmuş, Shibuya (2002) ise Japonya'da gelir ve sağlık düzeyleri arasında negatif ilişki tespit etmiştir. Chiang (1999) ise Tayvan'da gelir eşitsizliğinin mutlak gelir düzeyine göre sağlık çıktısı üzerinde daha fazla bir etki yarattığı sonucuna ulaşmıştır.

Gelir ve bebek ölüm oranı göstergesini kullanarak yapılan çalışmada ise Prichett ve Summers (1996), 1960-1985 döneminde gelişmekte olan ülkeler için ters yönlü ilişki tespit etmişlerdir. Buna göre, ülkelerin gelir düzeyi yükseldikçe bebek ölüm oranları düşmektedir.

Gelir düzeyi ve bebek ölümleri arasındaki ilişkiyi açıklamak üzere yapılan çalışmalardan Çukur ve Bekmez (2011), Türkiye için beş bölgeyi ele alarak, artan gelir düzeyinin bebek ve beş yaş altı çocuk ölüm hızını azalttığı sonucuna ulaşmıştır. Benzer şekilde, Euro Bölgesi ile Türkiye'nin karşılaştırıldığı çalışmada, Çoban (2008), gelirdeki artışın bebek ölüm oranını azaltıcı etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşmıştır. Taban ve Kar (2006), Türkiye'de 1969-2001 dönemi için sağlık sektörünün gelişmişlik göstergesi olarak yaşam beklentisi verisini kullanmışlar ve ekonomik büyümenin yaşam beklentisini arttırdığı sonucuna ulaşmışlardır.

Literatür değerlendirmesinin gösterdiği gibi sağlık ve gelir/gelir düzeyi ilişkisine dair çalışmalar bölgesel düzeyden ziyade ulusal düzeyde yapılmıştır. Uluslararası düzeyde yapılan çalışmalarda da Türkiye'nin durumunun kapsamlı bir karşılaştırılmalı değerlendirmesi bulunmamaktadır. Bu çalışma AB, OECD, orta-üst gelir grubu ülkeler ve üst gelir grubu ülkeleri dâhil ederek, Türkiye için daha kapsamlı bir uluslararası karşılaştırma sunmaktadır. Aynı zamanda temel toplum sağlığı göstergelerini ve kişi başı gelir düzeylerini bölgesel düzeyde inceleyerek, toplum sağlığı otoritelerine uygulayacakları

politikalar ve sağlık harcamalarının yönlendirileceği bölgelerin tespiti konusunda yol gösterici olmaktadır.

4. VERİLER & BULGULAR

4.1 Amaç – Kapsam – Yöntem

Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de bölgesel düzeyde kişi başı gelir seviyesi ile seçilen temel sağlık göstergelerinin karşılaştırılmasıdır. Çalışma, 2010-2019 dönemini ve Türkiye İstatistik Bölge Birimleri Sınıflaması Düzey 1’ini (İBBS 1) kapsamaktadır. İBBS; ekonomik, sosyal, kültürel ve coğrafi benzerlikler içeren illerin gruplandırılması ile oluşturulmuştur. 12 bölgeden oluşan İBBS Düzey-1 bölgeleri ve kapsanan iller (Düzey 3) Tablo 1’de yer almaktadır.

Tablo 1. Türkiye İstatistik Bölge Birimleri Sınıflaması (İBBS)

Kod	Düzey 1	Düzey 3
TR1	İstanbul	İstanbul
TR2	Batı Marmara	Tekirdağ, Edirne, Kırklareli, Balıkesir, Çanakkale
TR3	Ege	İzmir, Aydın, Denizli, Muğla, Manisa, Afyonkarahisar, Kütahya, Uşak
TR4	Doğu Marmara	Bursa, Eskişehir, Bilecik, Kocaeli, Sakarya, Düzce, Bolu, Yalova
TR5	Batı Anadolu	Ankara, Konya, Karaman
TR6	Akdeniz	Antalya, Isparta, Burdur, Adana, Mersin, Hatay, Kahramanmaraş, Osmaniye
TR7	Orta Anadolu	Kırıkkale, Aksaray, Niğde, Nevşehir, Kırşehir, Kayseri, Sivas, Yozgat
TR8	Batı Karadeniz	Zonguldak, Karabük, Bartın, Kastamonu, Çankırı, Sinop, Samsun, Tokat, Çorum, Amasya
TR9	Doğu Karadeniz	Trabzon, Ordu, Giresun, Rize, Artvin, Gümüşhane
TRA	Kuzeydoğu Anadolu	Erzurum, Erzincan, Bayburt, Ağrı, Kars, Iğdır, Ardahan
TRB	Ortadoğu Anadolu	Malatya, Elazığ, Bingöl, Tunceli, Van, Muş, Bitlis, Hakkari
TRC	Güneydoğu Anadolu	Gaziantep, Adıyaman, Kilis, Şanlıurfa, Diyarbakır, Mardin, Batman, Şırnak, Siirt

Çalışmada TÜİK ve Sağlık Bakanlığı’ndan derlenen ikincil verinin betimsel analizi yapılmıştır. Analiz kısmı iki ana aşamadan oluşmaktadır. İlk aşamada Türkiye’de İBBS Düzey 1’e göre kişi başına düşen gelirin zaman içerisindeki gelişimi verilmiştir. İkinci aşamada seçilen temel sağlık göstergelerine odaklanılmıştır. Sağlık göstergeleri Düzey 1 bölgeleri bazında 2010-2019 dönemi için ele alınmış, ardından Türkiye’nin 2017/2019 yılında her bir sağlık göstergesine dair sergilediği performans incelenmiştir. İlâveten sağlık göstergelerinin kişi başı gelirle ilişkisi bölgesel düzeyde

değerlendirilmiştir. İkinci aşamada son olarak ele alınan sağlık göstergelerinde Türkiye'nin ulaştığı düzeyi kavrayabilmek için uluslararası karşılaştırmaya yer verilmiştir. Uluslararası karşılaştırma orta-üst gelir grubu ülkeler, üst gelir grubu ülkeler, OECD ve AB ülkeleriyle yapılmıştır. Uluslararası karşılaştırma yapılan bölgeler ve içerdiği ülkelerin isimleri Tablo 2'de yer almaktadır.

Tablo 2. Uluslararası Karşılaştırma Yapılan Bölgeler ve Kapsanan Ülkelerin İsimleri

<p>Orta-Üst Gelir Grubu Ülkeler <i>(Kişi Başı Gayri Safi Milli Hasılası 4.046\$ ile 12.535\$ arasında olan ülkeler)</i></p>	<p>Amerikan Samoası, Arjantin, Arnavutluk, Azerbaycan, Belarus, Belize, Bosna Hersek, Botsvana, Brezilya, Bulgaristan, Çin, Dominik Cumhuriyeti, Dominika, Ekvador, Ekvator Ginesi, Endonezya, Ermenistan, Fiji, Gabon, Grenada, Guatemala, Guyana, Güney Afrika, Gürcistan, Irak, İran, Jamaika, Karadağ, Kazakistan, Kolombiya, Kosova, Kosta Rika, Küba, Libya, Lübnan, Makedonya, Maldivler, Malezya, Marshall Adaları, Meksika, Namibya, Paraguay, Peru, Rusya, Samoa, Sırbistan, St. Lucia, St. Vincent ve Grenadinler, Surinam, Tayland, Tonga, Tuvalu, Türkiye, Türkmenistan, Ürdün, Venezuela</p>
<p>Üst Gelir Grubu Ülkeler <i>(Kişi Başı Gayri Safi Milli Hasılası 12.535\$ ve üzeri olan ülkeler)</i></p>	<p>Almanya, Andorra, Antigua ve Barbuda, Aruba, Avustralya, Avusturya, Bahamalar, Bahreyn, Barbados, Belçika, Bermuda, Birleşik Arap Emirlikleri, Birleşik Devletler, Birleşik Krallık, Britanya Virjin Adaları, Brunei Sultanlığı, Cayman Adaları, Cebelitarık, Curaçao, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Estonya, Faroe Adaları, Finlandiya, Fransa, Fransız Polinezyası, Grönland, Guam, Güney Kıbrıs, Güney Kore, Hırvatistan, Hollanda, Hong Kong, İrlanda, İspanya, İsrail, İsveç, İsviçre, İtalya, İzlanda, Japonya, Kanada, Kanal Adaları, Katar, Kuveyt, Kuzey Mariana Adaları, Letonya, Lihtenştayn, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Makao, Malta, Man Adası, Mauritius, Monako, Nauru, Norveç, Palau, Panama, Polonya, Portekiz, Porto Riko, Romanya, San Marino, Seyşeller, Singapur, Sint Maarten (Hollanda), Slovakya, Slovenya, St. Kitts ve Nevis, Saint Martin (Fransa), Suudi Arabistan, Şili, Tayvan, Trinidad ve Tobago, Turks ve Caicos Adaları, Umman, Uruguay, Virgin Adaları (ABD), Yeni Kaledonya, Yeni Zelanda, Yunanistan</p>
<p>OECD Ülkeleri</p>	<p>Almanya, Avustralya, Avusturya, Belçika, Birleşik Devletler, Birleşik Krallık, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Estonya, Finlandiya, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İrlanda, İspanya, İsrail, İsveç, İsviçre, İtalya, İzlanda, Japonya, Kanada, Kolombiya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Meksika, Norveç, Polonya, Portekiz, Slovakya, Slovenya, Şili, Türkiye, Yeni Zelanda, Yunanistan</p>
<p>Avrupa Birliği (AB)</p>	<p>Almanya, Avusturya, Belçika, Birleşik Krallık, Bulgaristan, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Estonya, Finlandiya, Fransa, Güney Kıbrıs, Hollanda, Hırvatistan, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Malta, Polonya, Portekiz, Romanya, Slovakya, Slovenya, Yunanistan</p>

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistiği Yıllığı (2019)

4.2 Çalışmada Kullanılan Veriler ve Kaynakları

Çalışmada Türkiye’de bölgelerarası gelir düzeyi karşılaştırması için kişi başı GSYİH verisi kullanılmıştır. Analiz için seçilen temel sağlık göstergeleri ise şöyledir: adölesan doğumların toplam doğumlar içindeki oranı, anne ölüm oranı, bebek ölüm hızı, sağlık kuruluşlarında gerçekleşen doğum oranı, 10.000 kişiye düşen toplam hastane yatağı sayısı, 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı, 100.000 kişiye düşen hemşire ve ebe sayısı. Veriler Türkiye İstatistik Kurumu ve Sağlık Bakanlığı’ndan derlenmiştir. Çalışmada kullanılan veriler ve kaynakları Tablo 3’de gösterilmiştir.

Tablo 3. Çalışmada Kullanılan Veriler ve Kaynakları

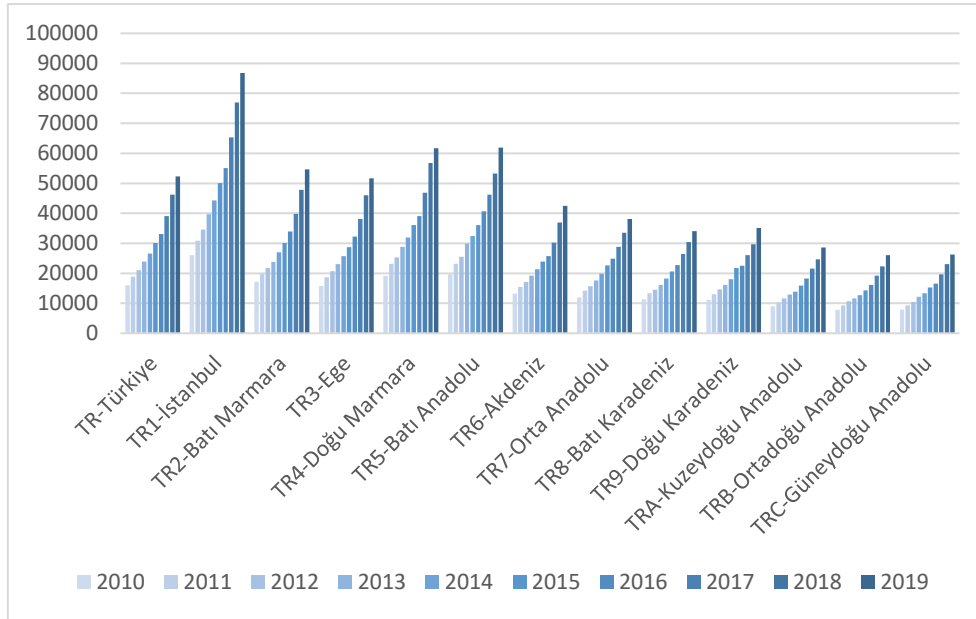
<i>Veri</i>	<i>Kaynak</i>
Kişi Başına GSYH (2009 Bazlı) (TL ve Cari Fiyatlarla)	TÜİK
Adölesan Doğumların Toplam Doğumlar İçindeki Oranı (%)	TÜİK
Anne Ölüm Oranı (100.000 Canlı Doğumda)	Sağlık Bakanlığı
Bebek Ölüm Hızı (1.000 Canlı Doğumda)	Sağlık Bakanlığı
Sağlık Kuruluşlarında Gerçekleşen Doğum Oranı (%)	Sağlık Bakanlığı
10.000 Kişiyeye Düşen Toplam Hastane Yatağı Sayısı	Sağlık Bakanlığı
100.000 Kişiyeye Düşen Toplam Hekim Sayısı	Sağlık Bakanlığı
100.000 Kişiyeye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısı	Sağlık Bakanlığı

4.3 Bulgular

4.3.1 Kişi Başına Gayri Safi Yurt İçi Hasıla

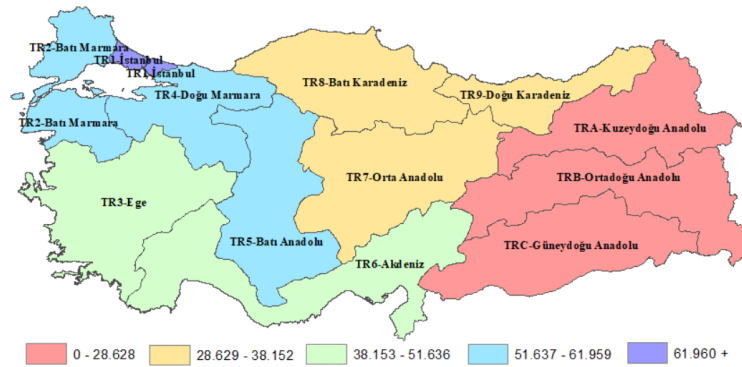
Çalışmada bölgeler arası gelir düzeyini göstermek için kişi başı GSYİH verisi kullanılmıştır. 2010-2019 döneminde Türkiye genelinde ve Düzey 1 bölgelerinde kişi başı GSYİH’nin gelişimi Şekil 5’de verilmektedir. Kişi başı gelir düzeyi en yüksek bölge İstanbul’dur. Ülkenin doğu bölgelerine doğru gidildikçe yıllar içinde kişi başı gelir düzeyi artsa dahi ülke ortalamasının altında kaldığı görülmektedir. Şekil 6’da ise 2019 yılı için Düzey 1 bölgeleri arasında kişi başı gelir düzeyinin dağılımı görülmektedir. İstanbul en yüksek kişi başı gelire sahipken, Kuzeydoğu, Ortadoğu ve Güneydoğu Anadolu bölgeleri son sıralarda yer almaktadır.

Şekil 1. Kişi Başına Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (2009 Bazlı, TL ve Cari Fiyatlarla), 2010-2019



Veri Kaynağı: TÜİK

Şekil 2. Kişi Başı Gayri Safi Yurtiçi Hasıla Bölgesel Dağılımı (Düzey 1), 2019



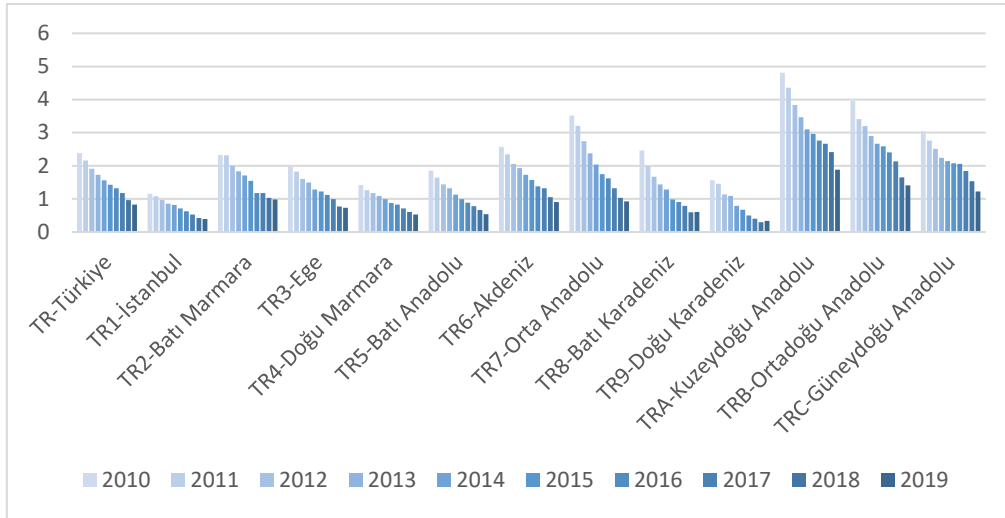
Veri Kaynağı: TÜİK

4.3.2. Seçilmiş Sağlık Göstergeleri

4.3.2.1. Adölesan Doğumların Toplam Doğumlar İçindeki Oranı

Adölesan terimi çocukluktan erişkinliğe geçişi tanımlamaktadır. DSÖ, adölesanlığın 10-19 yaşlar arasında olduğunu bildirmektedir. Adölesan dönemi bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerle çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olarak tanımlanmaktadır. Adölesan gebeliği de 10-19 yaş arasındaki kadınların gebeliği anlamında kullanılmaktadır. Bu gebelikler anne ve bebek sağlığı açısından birçok risk barındırması sebebiyle tüm dünyada önemli bir sorundur. Türkiye’de adölesan doğumların toplam doğumlar içindeki oranı yıllar içerisinde azalmıştır. Düzey 1 bölgelerine bakıldığında da yine azalma göze çarpmaktadır (Şekil 7). Özellikle Kuzeydoğu Anadolu, Ortadoğu Anadolu, Güneydoğu Anadolu ve Orta Anadolu bölgelerinde azalış olmasına rağmen bu doğumların payı hâlâ ülke ortalamasının üstünde seyretmektedir.

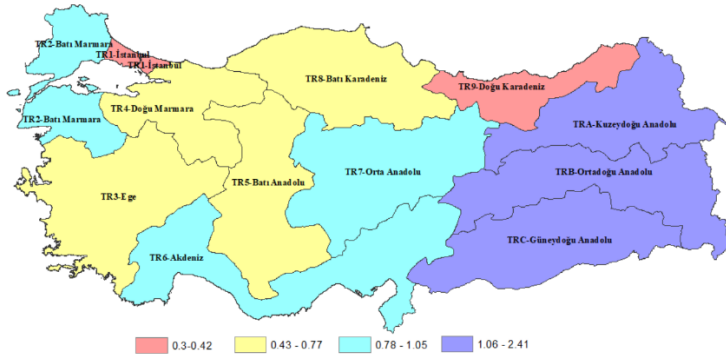
Şekil 7. Adölesan Doğumların Toplam Doğumlar İçindeki Oranı (%), 2010-2019



Veri Kaynağı: TÜİK

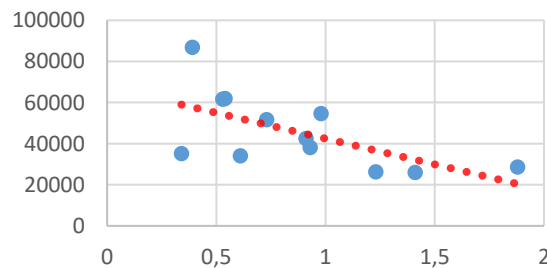
Şekil 8’de 2019 yılında Düzey 1 bölgelerinde adölesan doğumların toplam doğumlar içindeki payının (%) dağılımı görülmektedir. Kuzeydoğu Anadolu, Ortadoğu Anadolu, Güneydoğu Anadolu bölgeleri yüksek oranlarıyla dikkat çekmektedir. Bu bölgelerdeki yüksek oranlar ve İstanbul’un en düşük orana sahip olması kişi başı GSYİH verileriyle yapılan karşılaştırmaya benzerlik göstermektedir. Kişi başı GSYİH ile adölesan doğumların toplam doğumlar içindeki oranı ilişkisine Şekil 9’da yer verilmiştir.

Şekil 8. Adölesan Doğumların Toplam Doğumlar İçindeki Oranı Bölgesel Dağılımı (%), 2019



Veri Kaynağı: TÜİK

Şekil 9. Kişi başı GSYİH ile Adölesan Doğumların Toplam Doğumlar İçindeki Oranı İlişkisi, 2019

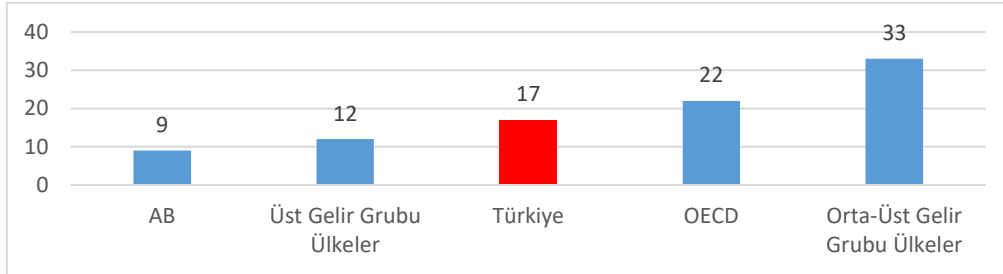


Veri Kaynağı: TÜİK

Şekil 9’dan görüldüğü gibi, adölesan doğumların oranı ve kişi başı GSYİH arasında ters yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Kişi başına düşen gelir arttıkça adölesan doğumların toplam doğumlar içindeki oranında düşüş görülmektedir. Adölesan doğumlar Türkiye’de azalma eğiliminde olmakla birlikte, ülkenin

durumunun daha iyi değerlendirilmesi için uluslararası verilerle karşılaştırılmasında fayda vardır. Şekil 10'da adölesan doğurganlık hızının uluslararası karşılaştırmasına yer verilmiştir. Adölesan doğurganlık hızı, 15-19 yaş grubunda 1.000 kadın başına düşen ortalama canlı doğan çocuk sayısını ifade eder. Uluslararası karşılaştırmaya bakıldığında Türkiye, bu sıralamada ortalarda yer almaktadır. OECD ve orta-üst gelir grubu ülkelere göre Türkiye'nin karnesinin daha iyi olduğu görülmektedir.

Şekil 10. Adölesan Doğurganlık Hızının Uluslararası Karşılaştırması, (%), 2018*



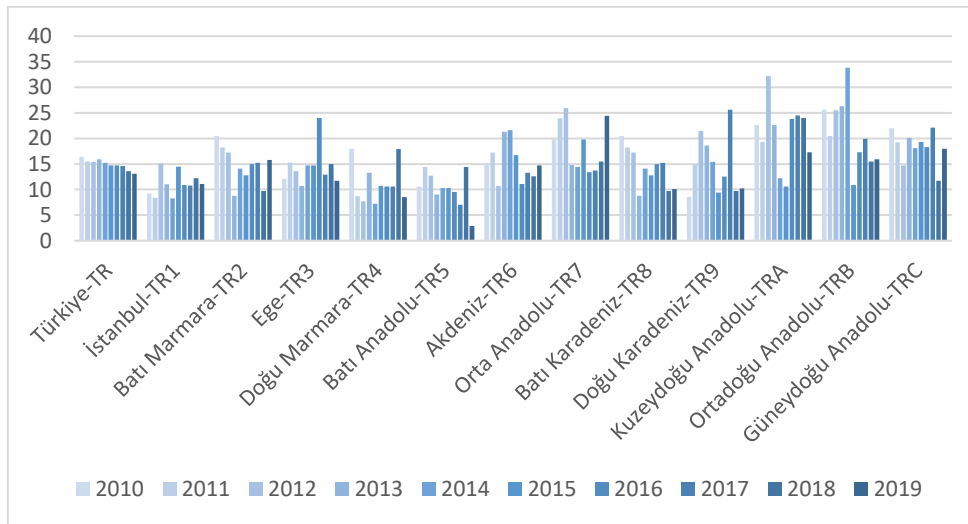
Veri Kaynağı: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistik Yıllığı, 2019

* Türkiye verisi 2019 yılına aittir.

4.3.2.2. Anne Ölüm Oranı

Anne ölüm oranı, bir toplumda bir yılda gebelik nedeniyle ölen anne sayısının aynı yıl içerisinde canlı doğan bebek sayısına oranının 100.000 ile çarpımı sonucu elde edilmektedir. Sağlık göstergelerinde "mortalite" başlığında incelenen bu oran Türkiye'de yıllar içinde azalma göstermektedir (Şekil 11). Ancak anne ölüm oranında ülke genelinde gözlemlenen azalma eğilimine karşın, Düzey 1 bölgeleri için dalgalı bir değişim dikkati çekmektedir. Yine kişi başı GSYİH ve diğer verilerle paralel olarak Kuzeydoğu Anadolu, Ortadoğu Anadolu, Güneydoğu Anadolu ve Orta Anadolu bölgelerindeki yüksek oran dikkat çekmektedir. Türkiye genelinin üstünde seyreden oranlarıyla bu bölgeler anne ölümlerinde daha kötü bir duruma sahiptir. Şekil 12'de 2017 verileriyle hazırlanan anne ölüm oranlarının Düzey 1 bölgeleri arasındaki dağılımına yer verilmiştir.

Şekil 11. Anne Ölüm Oranı (100.000 Canlı Doğumda), 2010-2019

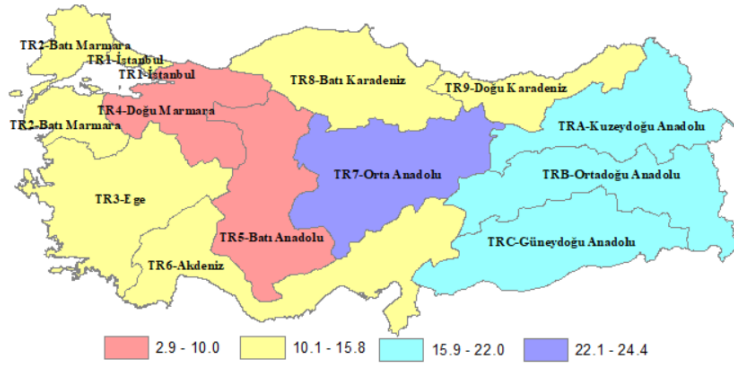


Veri Kaynağı: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllıkları

Şekil 11'de Düzey 1 bölgeleri yıllara göre incelendiğinde, kişi başı GSYİH ve diğer verilerle paralel olarak, Kuzeydoğu Anadolu, Ortadoğu Anadolu, Güneydoğu Anadolu ve Orta Anadolu bölgelerindeki yüksek oranlar dikkat çekmektedir. Bu bölgeler ülke ortalamasının üstündeki anne ölüm oranlarıyla

daha geri kalmış vaziyettedirler. Şekil 12’de 2019 yılı için Düzey 1 bölgelerindeki anne ölüm oranlarının dağılımı görülmektedir.

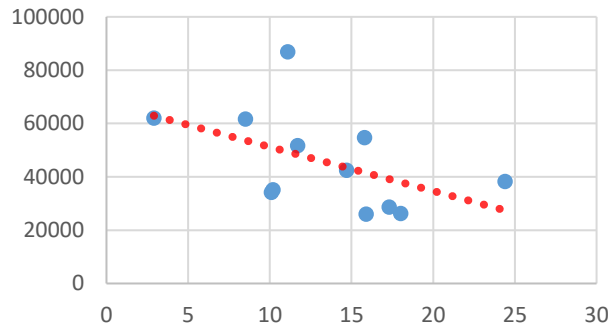
Şekil 12. Anne Ölüm Oranlarının (100.000 Canlı Doğumda) Bölgesel Dağılımı, 2019



Veri Kaynağı: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistik Yıllığı, 2019

Şekil 12’de de görüldüğü üzere, ülkenin doğusunda anne ölüm oranının yüksek olduğu görülmektedir. Kişi başı gelir düzeyi ile anne ölüm oranları arasında beklenildiği gibi negatif yönlü bir ilişki vardır (Şekil 13): Bölgelerde kişi başı gelir düzeyi yükseldikçe, anne ölüm oranları azalmaktadır.

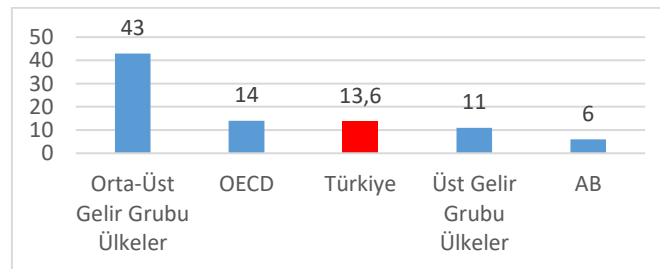
Şekil 13. Kişi başı GSYİH ile Anne Ölüm Oranı İlişkisi, 2019



Veri Kaynağı: TÜİK ve Sağlık Bakanlığı

Türkiye’de anne ölüm oranında ortalama olarak azalış sağlanmıştır. Nitekim Şekil 14’de de görüldüğü üzere, Türkiye’nin karnesi özellikle orta-üst gelir grubu ülkelere kıyasla oldukça iyidir. 38 OECD ülkesinin ortalamasına yakın bir düzeyde bulunan Türkiye, AB ülkeleriyle karşılaştırıldığında ise neredeyse iki katı kadar daha yüksek bir anne ölüm oranına sahiptir.ⁱⁱⁱ

Şekil 14. Anne Ölüm Oranının Uluslararası Karşılaştırması, (100.000 Canlı Doğumda), 2017*



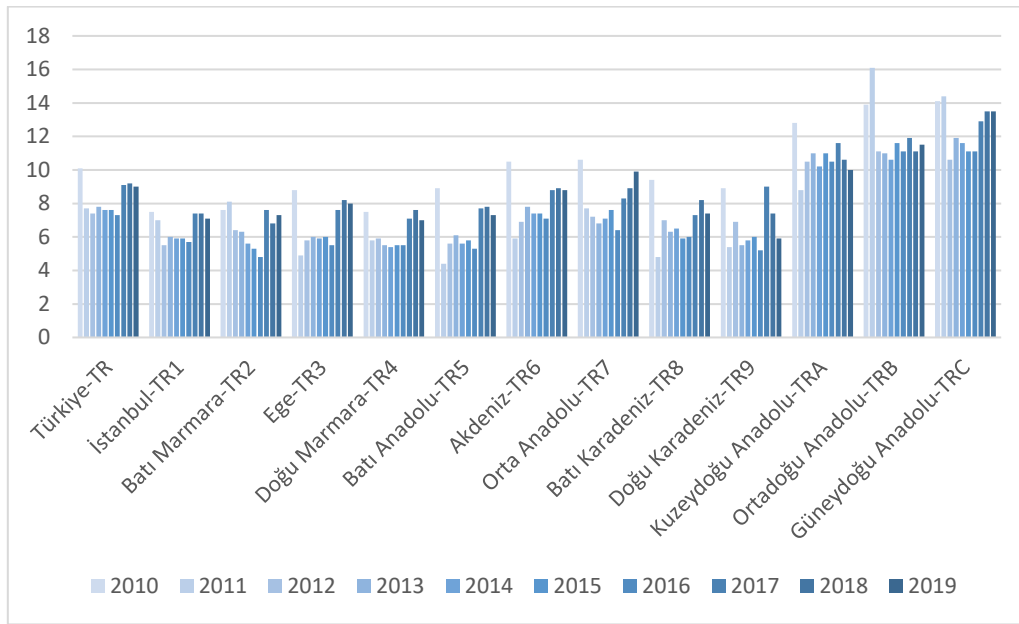
Veri Kaynağı: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistik Yıllığı, 2018

* Türkiye verisi 2018 yılına aittir.

4.3.2.3. Bebek Ölüm Hızı

Bebek ölümü, bir yaşın altındaki bir çocuğun ölümü olarak tanımlanmaktadır. Bebek ölüm hızı ise, bir toplumda bir yılda canlı doğup ve bir yaşını tamamlamadan ölen bebek sayısının aynı yıl içerisinde canlı doğan bebek sayısına oranının 1.000 ile çarpımı sonucu elde edilir. Bebek ölüm hızı bir bölgenin sağlık sisteminin seviyesini göstermenin yanı sıra ülkenin kalkınma seviyesinin de önemli bir göstergedir. Türkiye’de bebek ölüm hızı 2010-2017 döneminde azalış göstermesine rağmen, 2017 ve 2018 yıllarında tekrar yükselmiş ancak yine de 2010 yılındaki seviyesinin altında kalmıştır (Şekil 15). Bebek ölüm hızında 2017 yılına kadar azalış ve ardından yükselme eğilimi tüm Düzey 1 bölgeleri için gözlemlenmektedir. 2019 yılında ise Batı Marmara, Orta Anadolu ve Ortadoğu Anadolu Bölgeleri hariç, bebek ölüm hızı tekrar azalış göstermiştir.

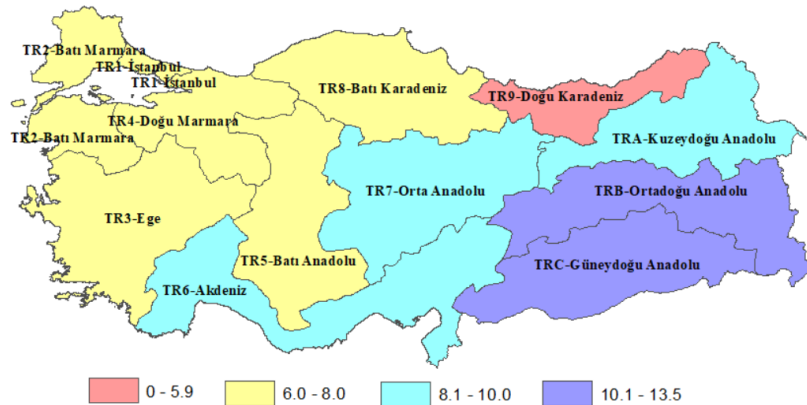
Şekil 15. Bebek Ölüm Hızı (1.000 Canlı Doğumda), 2010-2019



Veri Kaynağı: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllıkları

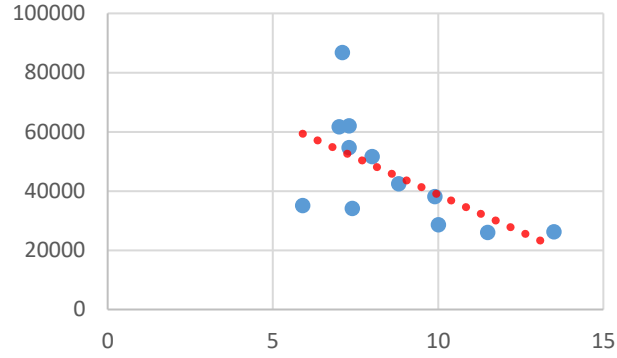
Şekil 16'daki 2019 yılı itibariyle bebek ölüm hızının bölgesel dağılımı, yukarıda ele alınan diğer sağlık göstergelerine paralel şekilde, ülkenin doğu bölgelerinde geri kalmışlığa işaret etmektedir. Nitekim, bölgesel düzeyde kişi başı gelir seviyesi ile bebek ölüm hızı arasında negatif yönlü bir ilişki vardır (Şekil 17). Gelir seviyesi yükseldikçe bebek ölüm hızı azalmaktadır.

Şekil 16. Bebek Ölüm Hızı (1.000 Canlı Doğumda) Bölgesel Dağılımı, 2019



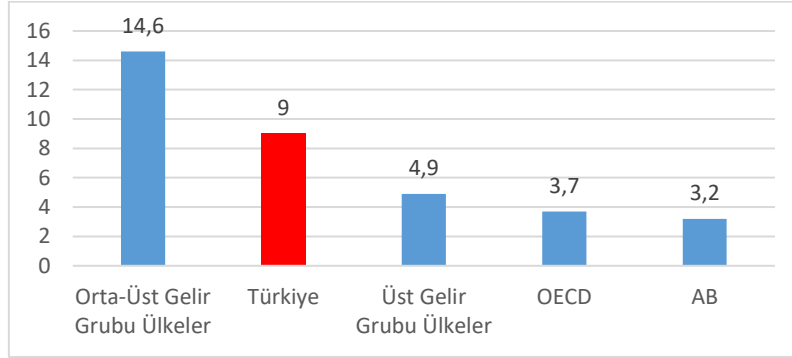
Veri Kaynağı: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistik Yıllığı, 2019

Şekil 17. Kişi başı GSYİH ile Bebek Ölüm Hızı İlişkisi, 2019



Veri Kaynağı: TÜİK ve Sağlık Bakanlığı

Şekil 18. Bebek Ölüm Hızının Uluslararası Karşılaştırması, (1.000 Canlı Doğumda), 2019



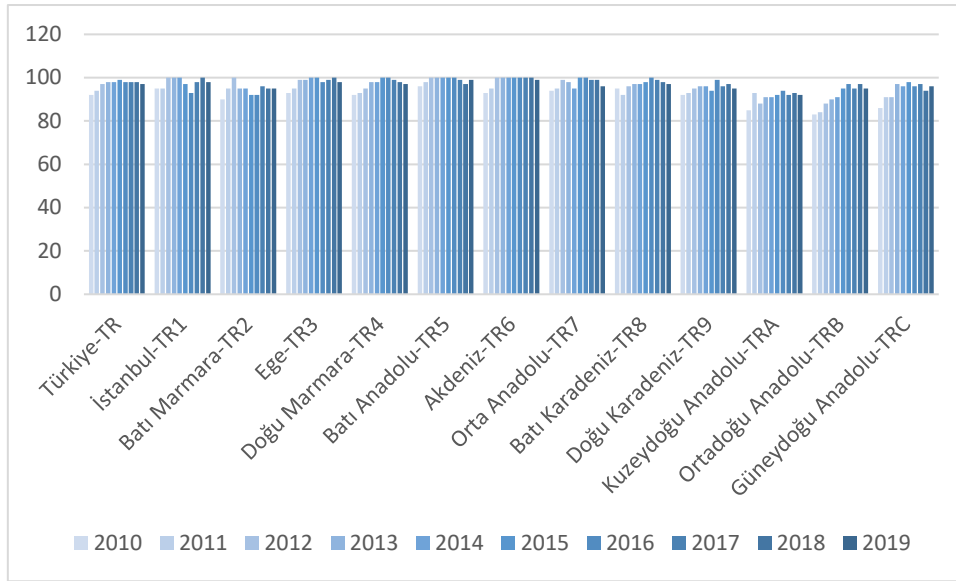
Veri Kaynağı: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistik Yıllığı, 2019

Ülke geneli açısından ele alındığında da, Türkiye bebek ölüm hızı bakımından üst gelir grubu ülkeler, OECD ve AB karşısında iyi bir performans sergileyememektedir (Şekil 18). Ülkemiz OECD ülkelerinin ortalama bebek ölüm hızının iki katından daha fazla bir orana sahiptir.

4.3.2.4. Sağlık Kuruluşlarında Gerçekleşen Doğum Oranı

Anne-çocuk sağlığını ilgilendiren bir diğer önemli gösterge sağlık kuruluşlarında gerçekleşen doğum oranıdır. Sağlık kuruluşlarında sağlık personeliyle gerçekleştirilen doğumlarda risk anne ve bebek açısından daha azdır. Bu oran aynı zamanda anne ve bebek ölümü oranını da etkilemektedir. Sağlık kuruluşlarında gerçekleşen doğum oranına dair Türkiye ortalaması ile tüm Düzey 1 bölgelerin değerleri birbirleriyle çok yakındır (Şekil 19). Genel olarak, sağlık kuruluşlarında gerçekleşen doğum oranları bir hayli yüksektir. Türkiye’de 2017 ve 2018 yıllarında sağlık kurumlarındaki doğum oranlarının düşmesi, bu yıllarda bebek ölüm hızının artmasını etkilemiş olabilir. 2019’da sağlık kuruluşlarında gerçekleşen doğum oranı tüm bölgelerde %92’nin üstündedir. Bu gösterge için Düzey 1 bölgeleri birbirine yakın performans gösterdiğinden kişi başı GSYİH ile ilgili herhangi bir ilişki kurulamamıştır. Verilerden Türkiye’nin performansının iyi olduğu görülmektedir.

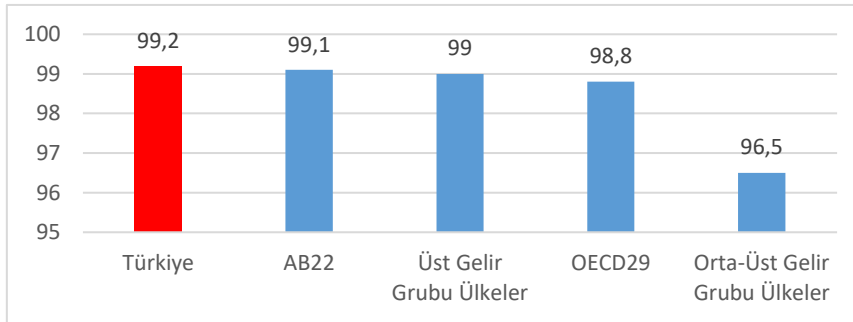
Şekil 19. Sağlık Kuruluşlarında Gerçekleşen Doğum Oranı (%), 2010-2019



Veri Kaynağı: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllıkları

Şekil 20'de ise uluslararası karşılaştırmaya yer verilmiştir. 2019 yılında nitelikli sağlık personeli ile gerçekleşen doğumlardaki %99.2'lik oran ile Türkiye, ele alınan ülkelerle yapılan karşılaştırmada başı çekmektedir.

Şekil 20. Nitelikli Sağlık Personeli ile Gerçekleşen Doğumların Uluslararası Karşılaştırması (%), 2018* **



Veri Kaynağı: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistik Yıllığı, 2019

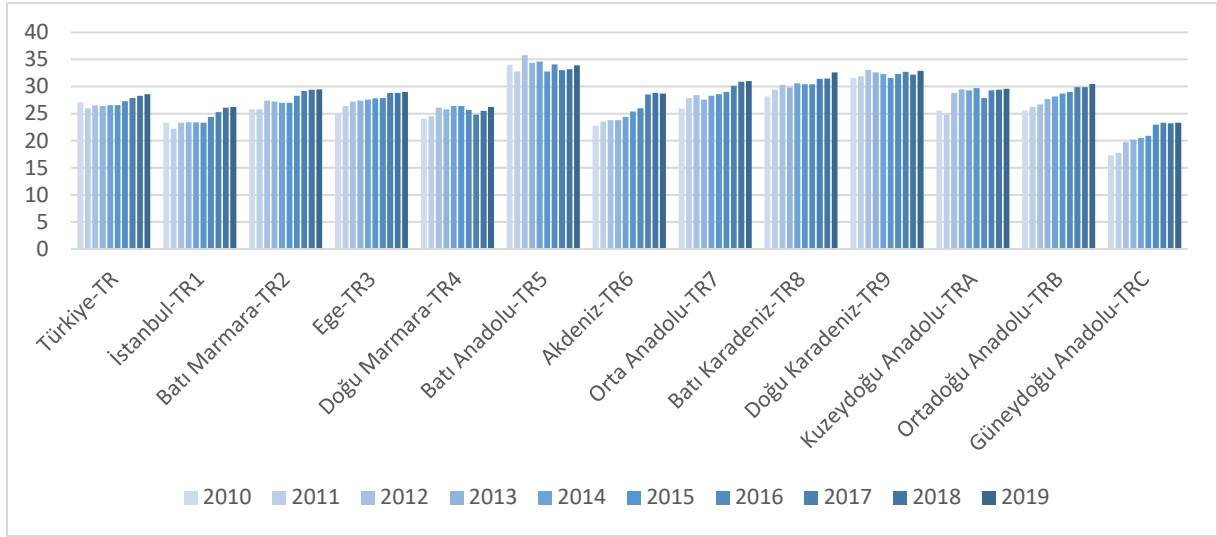
*Türkiye verisi Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verisidir. Diğer ülke verileri 2018 yılına veya en yakın yıla aittir.

**AB VE OECD'nin yanında yazan sayılar, kaç ülke üzerinden hesaplama yapıldığını ifade etmektedir.

4.3.2.5. 10.000 Kişiye Düşen Hastane Yatağı Sayısı

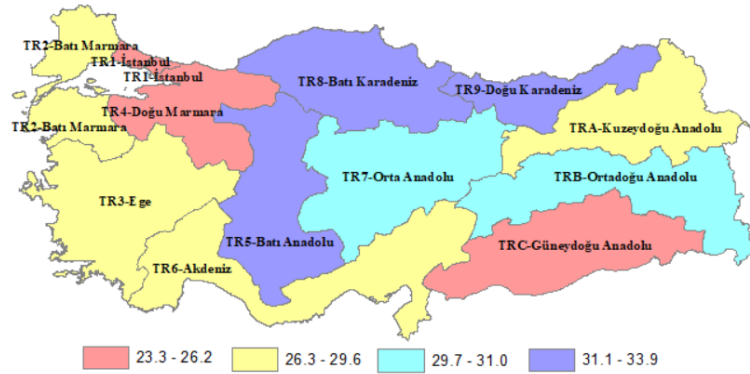
Sağlık altyapısının bölgesel düzeyde değerlendirilmesinde, hastane yatak sayısının nüfus da dikkate alınarak incelenmesi önemlidir. Şekil 21'de Türkiye ve Düzey 1 bölgelerinde 10.000 kişi başına toplam hastane yatak sayısının gelişimi görülmektedir. Ülke genelinde 2010 ve 2019 yılları arasında hastane yatak sayısında artış görülmektedir. Hastane yatak sayısı en az Kuzeydoğu Anadolu ve Ortadoğu Anadolu bölgelerinde olmasına rağmen yatak sayılarına bakıldığında Güneydoğu Anadolu bölgesindeki düşük değer dikkati çekmektedir.^{iv}

Şekil 21. 10.000 Kişi Başına Toplam Hastane Yatak Sayısı, 2010-2019



Veri Kaynağı: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllıkları

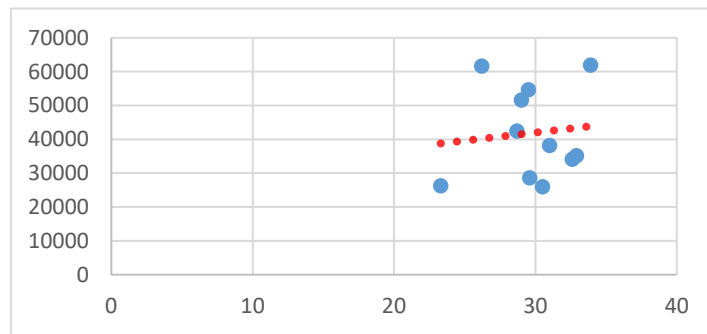
Şekil 22. 10.000 Kişi Başına Toplam Hastane Yatak Sayısının Bölgesel Dağılımı, 2019



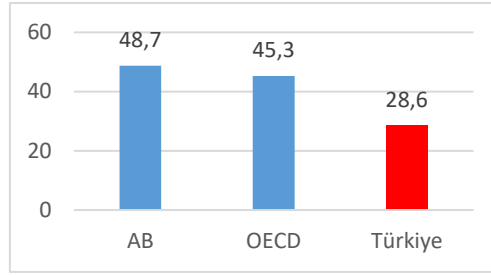
Veri Kaynağı: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistik Yıllığı, 2019

Şekil 22’de 2019 yılı için 10.000 kişi başına toplam hastane yatak sayısı verilerinin bölgesel dağılımına yer verilmiştir. Buna göre İstanbul, Doğu Marmara ve Güneydoğu Anadolu’nun en az yatak sayısına sahip bölgeler olduğu görülmektedir. İstanbul’da yatak sayısının az çıkması yüksek nüfus etkisiyledir. Bu sebeple Şekil 23’de İstanbul dahil edilmeden kişi başı GSYİH ile 10.000 kişi başına düşen toplam hastane yatak sayısının ilişkisi gösterilmiştir. Kişi başı gelir seviyesi ile 10.000 kişiye düşen hastane yatak sayısı arasında pozitif yönlü bir ilişki söz konusudur.

Şekil 23. Kişi başı GSYİH ile 10.000 Kişiye Düşen Hastane Yatağı Sayısının İlişkisi, 2019



Veri Kaynağı: TÜİK ve Sağlık Bakanlığı

Şekil 24. 10.000 Kişiyeye Düşen Hastane Yatağı Sayısının Uluslararası Karşılaştırması, 2018*

Veri Kaynağı: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistik Yıllığı, 2019

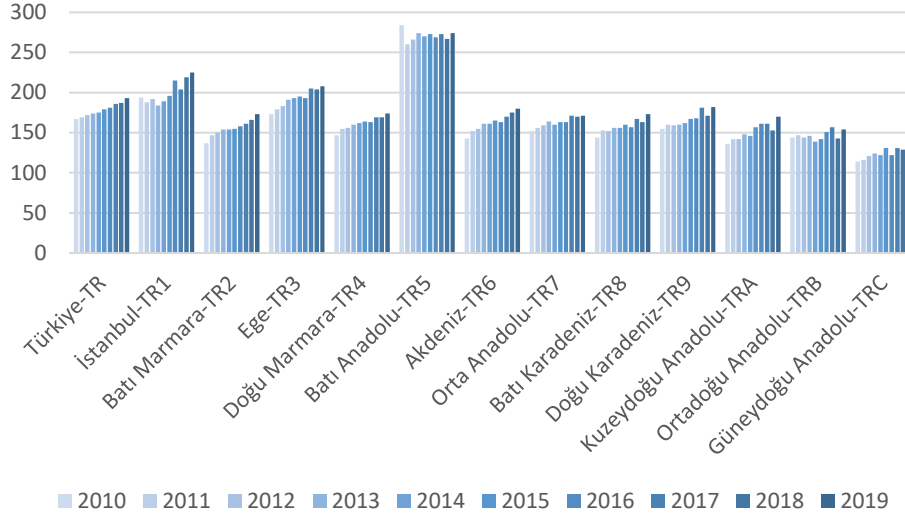
* Türkiye verisi 2019 yılına aittir. Ülke verileri 2018 yılına veya en yakın yıla aittir.

10.000 kişiye düşen hastane yatağı sayısının uluslararası karşılaştırması Şekil 24'de gösterilmiştir. Türkiye'de 10.000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı AB ve OECD ortalamalarıyla karşılaştırıldığında oldukça düşük kalmaktadır.

4.3.2.6. 100.000 Kişiyeye Düşen Toplam Hekim Sayısı

Temel sağlık göstergelerinden 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı, sağlık alanında insan kaynağının değerlendirilmesi açısından önemli bir veridir. Temel bir hak olan sağlık hizmetlerine ulaşmada, hekim ihtiyacının karşılanması kritiktir. Türkiye ve Düzey 1 bölgelerindeki 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısına şekil 25'de yer verilmiştir.

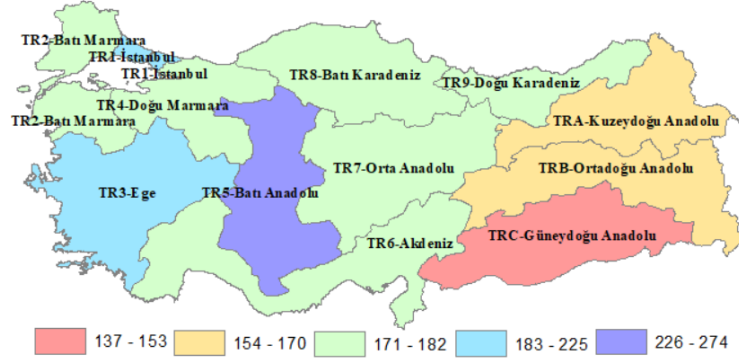
Şekil 25. 100.000 Kişiyeye Düşen Toplam Hekim Sayısı, 2010-2019



Veri Kaynağı: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllıkları

Türkiye ve Düzey 1 bölgelerinde 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı verileri incelendiğinde Batı Anadolu bölgesindeki yüksek değer göze çarpmaktadır (Şekil 25). Batı Anadolu bölgesi hastane yatak sayısında da Türkiye ortalamasının üzerinde bulunmaktadır. Öte yandan Güneydoğu Anadolu bölgesi ise düşük hekim sayısı oranı ile dikkat çekmektedir. 2019 yılına ilişkin durum incelendiğinde (Şekil 26), 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısının en düşük olduğu bölge Güneydoğu Anadolu bölgesidir. Güneydoğu Anadolu bölgesindeki kişi başı GSYİH ile 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı benzerlik göstermektedir.

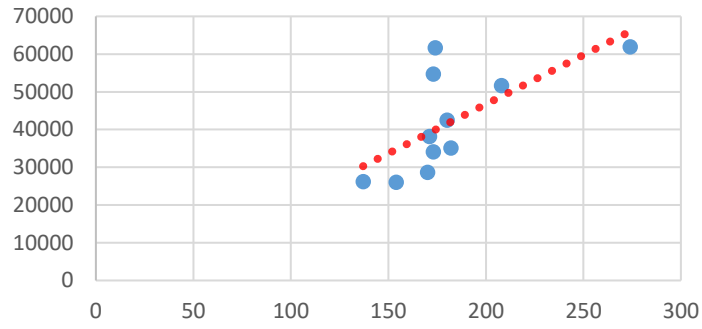
Şekil 26. 100.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısı Bölgesel Dağılımı, 2019



Veri Kaynağı: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistik Yıllığı, 2019

Beklenildiği gibi, kişi başı GSYİH ile 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır (Şekil 27).

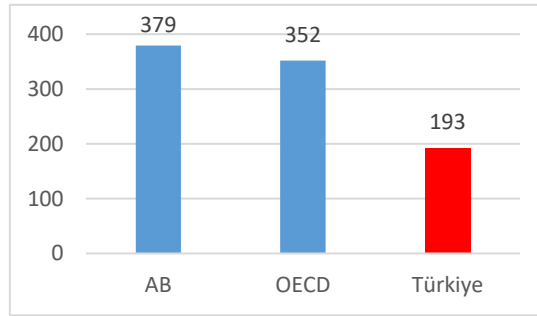
Şekil 27. Kişi başı GSYİH ile 100.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısının İlişkisi, 2019



Veri Kaynağı: TÜİK ve Sağlık Bakanlığı

Şekil 28'de ise Türkiye'nin hekim sayısı bakımından uluslararası karşılaştırmasına yer verilmiştir. Buna göre, Türkiye'nin AB ve OECD ülkelerinin gerisinde kaldığı görülmektedir. AB ülkelerinde 100.000 kişiye düşen hekim sayısı neredeyse Türkiye'dekinin iki katıdır.

Şekil 28. 100.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısının Uluslararası Karşılaştırması, 2018*



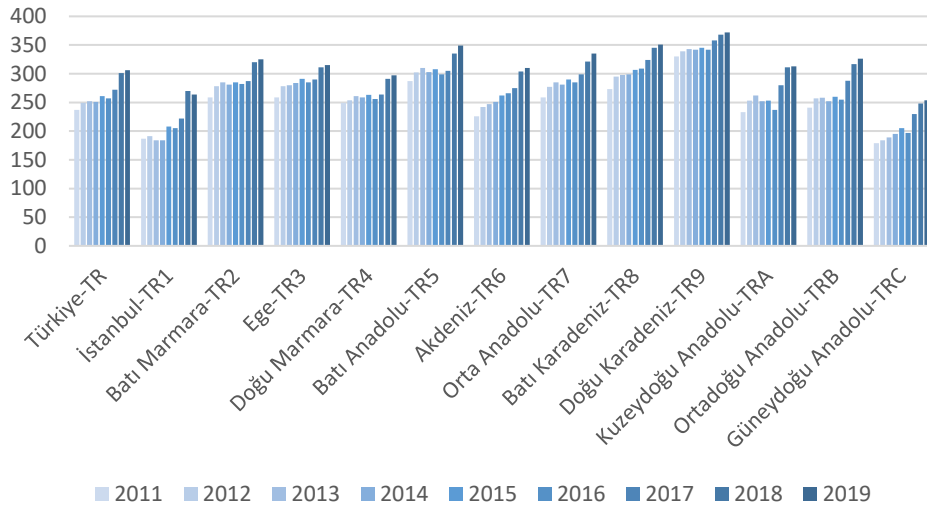
Veri Kaynağı: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistik Yıllığı, 2019

* Türkiye verisi 2019 yılına aittir. Diğer ülke verileri 2018 yılına veya en yakın yıla aittir.

4.3.2.7. 100.000 Kişiye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısı

Sağlık kapasitesinin değerlendirilmesinde bir diğer önemli veri hemşire ve ebe sayısıdır. Şekil 29'da 2011-2019 yılları arasındaki 100.000 kişiye düşen hemşire ve ebe sayısı verisine yer verilmiştir.

Şekil 29. 100.000 Kişiye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısı, 2011-2019*

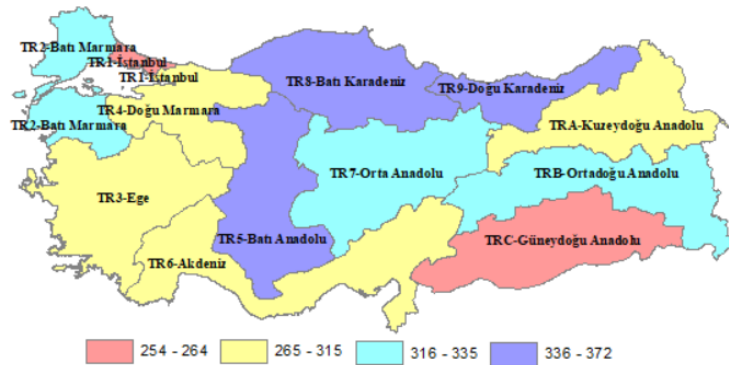


Veri Kaynağı: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllıkları

*Veri kısıtından ötürü çalışmanın yıl aralığında bulunan 2010 yılı dâhil edilememiştir.

Şekil 29'da yıllara ve bölgelere göre 100.000 kişiye düşen hekim ve ebe sayısı incelendiğinde, Türkiye'de yıldan yıla artış olduğu dikkat çekmektedir. Toplam hastane sayısı verisine bakıldığında önemli bir paya sahip olmayan Batı Anadolu bölgesinin hemşire ve ebe sayısında Türkiye ortalamasının üzerinde seyrettiği görülmektedir. Toplam hastane sayısında en büyük paya sahip olan İstanbul'un ise hemşire ve ebe sayısında Türkiye genelinin altında kaldığı görülmektedir. Bu durumun İstanbul'un kalabalık nüfusuyla ilgili olduğu düşünülmektedir. Güneydoğu Anadolu bölgesi ise diğer bölgelere göre yine en altta seyreden bölge olmuştur. Şekil 30'da 2019 yılı için duruma daha yakından bakıldığında, Batı Anadolu, Batı Karadeniz ve Doğu Karadeniz bölgelerinin en yüksek hemşire ve ebe sayısına sahip olduğu dikkat çekmektedir. Güneydoğu Anadolu bölgesi bu göstergede de geri planda kalmıştır. İstanbul'da yüksek toplam hastane sayısına karşılık 100.000 kişiye düşen hemşire ve ebe sayısındaki düşüklüğün sebebinin daha önce de bahsedildiği gibi nüfusla ilişkili olması muhtemeldir.

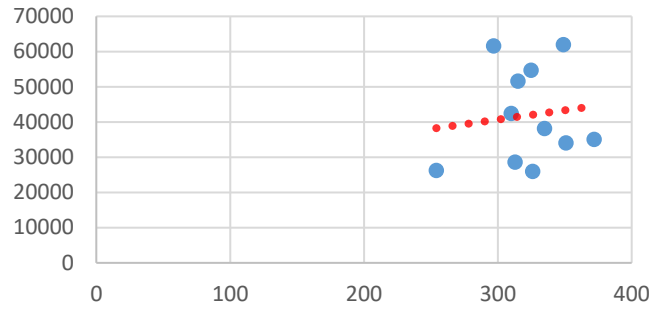
Şekil 30. 100.000 Kişiye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısı Bölgesel Dağılımı, 2019



Veri Kaynağı: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistik Yıllığı, 2019

Kişi başı GSYİH ile 100.000 kişiye düşen hemşire ve ebe sayısı arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir (Şekil 31).

Şekil 31. Kişi başı GSYİH ile 100.000 Kişiye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısının İlişkisi, 2019*

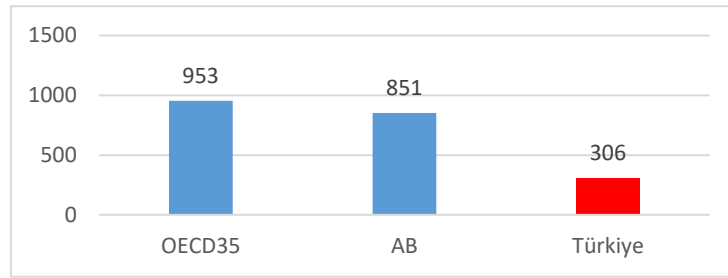


Veri Kaynağı: TÜİK ve Sağlık Bakanlığı

* Nüfus etkisi sebebiyle İstanbul dâhil edilmemiştir.

100.000 kişiye düşen hemşire ve ebe sayısına dair uluslararası karşılaştırmada, Türkiye'nin OECD ve AB ülkelerinden oldukça geride olduğu görülmektedir (Şekil 32). Türkiye 2011'den 2019 yılına kadar 100.000 kişiye düşen hemşire ve ebe sayısını arttırmayı başarmış olsa da hâlâ geridedir. OECD ülkelerinde kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı Türkiye'dekinin üç katından daha fazladır.

Şekil 32. 100.000 Kişiye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısının Uluslararası Karşılaştırması, 2018*



Veri Kaynağı: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistik Yıllığı, 2019

* Türkiye verisi 2019 yılına aittir. Ülke verileri 2018 yılına veya en yakın yıla aittir.

** OECD'nin yanında yazan sayı, kaç ülkenin dahil edildiğini ifade etmektedir.

5. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Kalkınma, salt iktisadi bir kavram olmanın ötesindedir. Kalkınma sürecinde odağa insanı almak ve kalkınmanın insanla olması önem arz etmektedir. İnsani gelişme kavramı aslında ülkeler gelişirken kişinin de temel hak ve özgürlüklere sahip olması, ülkeler zenginleşirken kişinin de maddi ve manevi boyutlarda zenginleşmesi anlamını taşımaktadır. Kalkınma kavramının salt ekonomik büyüme ve üretim odaklı olmadığını anlaşılması üzerine süreç içerisinde birçok sosyal kavram da kalkınmaya dâhil edilerek bu kavram genişletilmiştir. İnsani gelişme yaklaşımı perspektifinde, kalkınmanın sağlanması için sağlık hizmetlerinin nicelik ve nitelik olarak geliştirilmesi ve herkes tarafından erişilebilir olması elzemdir.

Her bireyin sağlığa, sağlık hizmetlerine erişebilmesi temel bir haktır. DSÖ'nün de tanımıyla genişleyen bu kavram, hastalık halinin tedavi edilmesinin çok daha ötesinde, tamamıyla bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Bireylerin tam bir iyilik haline sahip olmasının ön koşulu sağlık hizmetlerinin yeterli nitelik ve nicelikte mevcut olması ve kişilerin bu hizmetlere erişimine bağlıdır. Bireylere uzun ve sağlıklı bir yaşam sunmak, doğan her bebek için uygun yaşam şartlarını temin etmek bütün ülkelerin ana hedefleri arasında yer almak durumundadır.

Bu çalışmada, 2010-2019 döneminde Türkiye İBBS 1 düzeyindeki kişi başı gelir seviyesi ile temel sağlık göstergeleri verileri birlikte ele alınarak değerlendirilmiştir. Türkiye, kalkınmanın önemli bileşenlerinden biri olan sağlık alanında 2000’li yıllardan itibaren ilerleme kaydetmiştir. Fakat AB ve OECD ortalamaları ile kıyaslandığında Türkiye’nin bebek ölüm hızı, hastane yatağı ve hekim sayıları göstergelerinde kat etmesi gereken mesafe olduğu görülmektedir. Türkiye’de tüm Düzey 1 bölgelerinde 2017 ve 2018 yıllarında artış gösteren bebek ölüm hızı, 2019 yılında Batı Marmara, Orta Anadolu ve Ortadoğu Anadolu Bölgeleri’nde yükselmeye devam etmiştir.

Bölgesel düzeyde kişi başı GSYİH verileri temel sağlık göstergeleriyle paralellik göstermektedir. Gelir düzeyi arttıkça sağlık göstergelerinde de iyileşme görülmektedir. Adölesan doğumların toplam doğumlar içindeki oranı, bebek ölüm hızı, anne ölüm oranı ve 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı göstergelerinde Kuzeydoğu Anadolu, Ortadoğu Anadolu, Güneydoğu Anadolu bölgeleri Türkiye ortalamasının altında performans göstermektedir. Anne ölüm oranı göstergesinde yıllar içinde iyileşme görülse de, Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi’ndeki oranın, Türkiye’deki oranın yaklaşık iki katı olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak, Türkiye’nin çalışmada ele alınan göstergeler açısından sağlık hizmetleri alanında 2010-2019 döneminde belli bir ilerleme kaydettiği görülmektedir. Ancak, bazı sağlık göstergelerinde uluslararası ortalamalara kıyasla hâlâ geride kaldığı tespit edilmiştir. İlâveten, bölgelerarası kişi başı gelir düzeylerindeki eşitsizlik, sağlık göstergelerindeki bölgesel eşitsizliğe yansımaktadır. Kişi başı gelir düzeyi düşük bölgeler, sağlık göstergelerinde de daha düşük bir performans sergilemektedir. Sosyal ve iktisadi kalkınmanın sürdürülebilir ve kapsayıcı bir şekilde gerçekleştirilmesi, insani gelişmenin zaruri ön şartlarından birisi olan sağlık hizmetlerinde Türkiye’nin bölgesel eşitsizlikleri bertaraf edecek politikaları hayata geçirmesini gerektirmektedir.

REFERENCES/KAYNAKÇA

- CHIANG, T.L., (1999). Economic Transition and Changing Relation Between Income Inequality and Mortality in Taiwan: Regression Analysis. *BMJ*, 319 (7218), 1162-1165.
- ÇABUK, N., (2003). Güney Doğu Anadolu'da Yoksulluğun Sosyal Göstergeleri. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi Dergisi*, 43 (2), 41- 65.
- ÇELİK, Ş. (2013). Kümeleme Analizi ile Sağlık Göstergelerine Göre Türkiye'deki İllerin Sınıflandırılması. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 14 (2), 175-194.
- ÇELİK, Y. (2006). Sürdürülebilir Kalkınma Kavramı ve Sağlık. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 9 (1), 19-37.
- ÇOBAN, S. (2008). The Relationships among Mortality Rates, Income and Educational Inequality in Terms of Economic Growth: A Comparison between Turkey and the Euro Area. MPRA Paper 13296, University Library of Munich, Germany, 1-14.
- ÇUKUR, A., S. BEKMEZ (2011). Türkiye'de Gelir, Gelir Eşitsizliği ve Sağlık İlişkisi: Panel Veri Analizi Bulguları. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(1), 21-40.
- DEMİR, Ş. (2019). Sağlık Hizmetlerinde Bölgesel Eşitsizliklerin Analizi ve Türkiye Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi.
- ERGİN, I., HASOY, H. (2011). Bebek Ölümlülüğünde Eşitsizlikler: Dünya ve Türkiye'deki Duruma Dair Bir Değerlendirme. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi*, 1 (3), 98-104.
- GÖZLÜ, M. ve TATLIDİL, H. (2015). Türkiye'deki 81 İlin Kamu Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetlerine Erişim Durumları. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5 (2), 145-165.
- JOUMARD, I., C. ANDRÉ, C. NİCQ ve O. CHATAL (2008). Health Status Determinants Lifestyle, Environment, Health Care Resources and Efficiency, OECD Economics Department Working Papers, No. 627.
- KARABULUT, K. ve EMSEN, Ö.S. (2003). Doğu Anadolu Bölgesinde Sağlık Sektörü ve Bir Model Önerisi. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 4 (1), 19-30.
- KOCA, R.(2015). Türkiye'de Son Dönem Sağlık Harcamalarının Dağılımı ve Temel Sağlık Göstergeleriyle İlişkisi. (Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul). Erişim Adresi: <https://acikerisim.medipol.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12511/6777/Koca-Rumeysa-2015.pdf>
- MANAVGAT, G., ve ÇELİK, N., (2017). Sağlık Düzeyinin Belirleyicilerine Yönelik Mekânsal Bir Analiz: Türkiye İBBS-3 Örneği. *Sosyoekonomi Dergisi*, 25(34), 53-67.
- MAZGİT, İ., (2002). Bilgi Toplumu ve Sağlığın Artan Önemi. I. Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi, (Hereke-Kocaeli), Kongre kitapçığı, 405-415.
- MUSHKİN S. J., (1962). Health as an Investment, *Journal of Political Economy*, 70 (5), 129-157.
- ORAL, B. VE SAYIN, F. (2013). Bölgesel Eşitsizliklerin Sağlık Göstergeleri İle Analizi: Manisa İlinin Sağlık Statüsü. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(3), 395-411.

- PRITCHETT, L. ve LAWRENCE, H. S., (1996). Wealthier is Healthier. *The Journal of Human Resources*, 31 (4), 841-868.
- RATİ R., (2016). Further Examination of the Cross-Country Association between Income Inequality and Population Health. *Social Science & Medicine*, 62(3), 779-791.
- SAVAŞ, F.V., (1979). *Kalkınma Ekonomisi* (İkinci Baskı), İ. İ. T. İ. A. Nihad Sayar Yardım Vakfı Yayınları, İstanbul/Türkiye.
- SEN, A. (1999). *Development as Freedom*. Anchor Books, Random House: New York.
- SHİBUYA, K., HASHİMOTO, H., ve YANO, E., (2002). Individual Income, Income Distribution, and Self-Rated Health in Japan: Cross Sectional Analysis of Nationally Representative Sample. *BMJ: British Medical Journal*, 324 (7328), 9-16.
- STRAUSS, J.ve THOMAS, D (1998). Health, Nutrition, and Economic Development. *Journal of Economic Literature*, 36 (2), 766-817.
- ŞAHİN, Z. (2020). Gelir Dağılım Eşitsizliği ve Sağlık Göstergeleri İlişkisi Panel Veri Modeli Analizi. (Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul). Erişim Adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=7SA3J-kC-S822qweAH6iKg>
- TABAN, S. ve KAR, M., (2016). Beşeri Sermaye ve Ekonomik Büyüme: Nedensellik Analizi 1969-2001. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(1), 159-181.
- TEPAV (2020). *81 İilde İnsani Gelişme Endeksi ve Türkiye'nin 2020 Küresel Performansı*. Değerlendirme Notu N202045, Erişim adresi <https://www.tepav.org.tr/tr/yayin/s/1564>
- TÜRKİYE CUMHURİYETİ SAĞLIK BAKANLIĞI. Sağlık İstatistikleri Yıllıkları. Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,84930/saglik-istatistikleri-yilliklari.html>
- TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU. Bölgesel Hesaplar. Erişim Adresi: [:https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=116&locale=tr](https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=116&locale=tr)
- TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU. Çocuk İstatistikleri-Sağlık. Erişim Adresi: <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=116&locale=tr>
- TÜYLÜOĞLU, Ş. ve TEKİN, M. (2009). Gelir Düzeyi ve Sağlık Harcamalarının Beklenen Yaşam Süresi ve Bebek Ölüm Oranı Üzerindeki Etkiler. *Çukurova Üniversitesi İİBF Dergisi*, 13 (1), 1-31.
- UNDP-Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (2020). *Human Development Report 2020*, UNDP: New York. Erişim adresi: <http://hdr.undp.org/en/2020-report>

EXTENDED SUMMARY

With the increasing regional and income inequalities since the 1970s, development, beyond mere economic growth, has begun to be defined as a multidimensional concept that centres on human. Nowadays, the concept of development has been no longer perceived only as economic growth. The concept has been diversified by encompassing basic human freedoms, education, health and economic and cultural rights. The explanation of development Amartya Sen (1999), based on the achievement of good life standards and freedoms pioneered the theory of human development in development economics (Tüylüoğlu & Tekin, 2009). The concept of human development has brought a new perspective to the debates on development. This concept is related to the enrichment of human life rather than the enrichment of a country's economy. The 'Human Development Index- HDI', which embodies human development numerically, has been estimated by the UNDP in its annual Human Development Reports since 1990. This index has been developed to emphasize that the only criterion to be taken into account in the evaluation of a country's development is not the traditional indicator of income level / economic growth, but is the benefit provided to people. The HDI is a composite index that measures a country's level of development in three key areas of human development: health, education and standard of living (GDP per capita). Achievement of an healthy life is a precondition for social and economic development. Health indicators point to the level of development of a country, and the inadequacy of health services negatively affects development. In this context, this study aimed to compare per capita income levels and selected basic health indicators of Turkey's regions. The study descriptively analysed per capita income levels and basic health indicators at the NUTS 1 level (for 12 regions) in Turkey for the period of 2010-2019. The data was compiled from Turkstat and the Ministry of Health. In the study, per capita GDP data was used for interregional income level comparison. The main health indicators selected for the analysis are as follows: the ratio of adolescent births to total births, maternal mortality rate, infant mortality rate, birth rate in health institutions, total number of hospital beds per 10.000 people, total number of physicians per 100.000 people, nurses per 100.000 people and number of midwives. The analysis consists of two main stages. In the first stage, the trends in per capita income levels of the regions were examined. In the second stage, changes in the performance of the regions in terms of selected health indicators over the period were analysed. Besides, the performances of the regions for each health indicator were compared for the year of 2017/2019. Then, the relationship between health indicators and per capita income was evaluated at the regional level. Lastly, health conditions of Turkey were compared with the upper-middle-income, upper-income, OECD and EU countries. We found that there were parallels between regional income levels and health inequalities: as the regional income level increased, health indicators also improved. Northeast, Middle East and Southeastern Anatolia regions that had low per capita income also remained behind regarding the ratio of adolescent births to total births, infant mortality rate, maternal mortality rate and the total number of physicians per 100.000 people. Moreover, international comparisons indicate that there is a need for improvement in the infant mortality rate as well as the numbers of hospital beds and physicians in Turkey. It is seen that Turkey has made a certain progress in the field of health services in the 2010-2019 period. However, it is seen that some health indicators still lagged behind the international averages. In addition, the inequality in interregional per capita income levels reflected itself in the regional inequality in health indicators. Regions with lower per capita income also showed a lower health performance. A sustainable and inclusive development process requires Turkey to implement policies that will eliminate regional inequalities in health services as one of the essential prerequisites for human development. The findings give insight to decision makers for the determination of targets to eliminate regional health inequalities and improve Turkey's health conditions.

SONNOTLAR

ⁱ Bkz. UNDP, Human Development Index (HDI) <http://hdr.undp.org/en/content/human-development-index-hdi>

ⁱⁱ “What is the definition of health?”, <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>

ⁱⁱⁱ Sağlık Bakanlığı 2019 Sağlık İstatistikleri Yılığında anne ölüm oranına dair ayrıntılı uluslararası veri bulunmadığından, 2017 ve 2018 yıllarının verileri kullanılmıştır.

^{iv} Toplam hastane sayısı (2019) verileri şu şekildedir: İstanbul (TR1): 235, Batı Marmara (TR2): 79, Ege (TR3): 200, Doğu Marmara (TR4):138, Batı Anadolu (TR5): 135, Akdeniz (TR6): 183, Orta Anadolu (TR7): 76, Batı Karadeniz (TR8): 119, Doğu Karadeniz (TR9): 80, Kuzeydoğu Anadolu (TRA): 59, Ortadoğu Anadolu (TRB): 76, Güneydoğu Anadolu (TRC): 131 (Kaynak: TÜİK).