

Yoksulluğun Sağlık Statüsü ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı İle İlişkisi*

FATİH ŞANTAŞ**

Öz: Yoksulluk, siyasi ve sosyal katılım, eğitim, ekonomi, sağlık, insan hakları gibi insan hayatının tüm boyutlarını kapsayan bir olgudur. Yoksulluk geri kalmış, gelişmekte olan ya da gelişmiş tüm ülke ve bölgelerde değişen oran ve yapıda görülmektedir. Yoksulluk, kişilerin sağlık statüsünü olumsuz etkilemekte ve sağlık hizmeti kullanımını sınırlamaktadır. Yoksulluk; güvenli içme suyuna ulaşamama, güvenli ve temiz konutlarda yaşayamama, eğitimsizlik, yetersiz sanitasyon, sağlık hizmetleri ve ulaşım gibi kamu hizmetlerinden yararlanamama ve güvencesiz istihdama neden olarak sağlıksızlığı ortaya çıkarmaktadır. Daha öz bir ifadeyle, sosyo-ekonomik açıdan kötü durumda olma, sağlık açısından da kötü olmaya neden olmaktadır. Yoksulluk, sağlıksızlığa neden olmasının yanında bireylerin sağlık hizmetini nerden ve nasıl alacaklarını bilememelerine, sağlık kurumlarına uzak yerlerde ikamet etmelerine neden olarak sağlık hizmeti kullanımını da sınırlamaktadır. Bu çalışmada yoksulluğun sağlık ve sağlık statüsü ile ilişkisi incelenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yoksulluk, Sağlık Statüsü, Sağlık Hizmetleri Kullanımı

* Bu çalışma Fatih ŞANTAŞ, (2016), "Yoksulluk Olgusu ve Yoksulluğun ve Çeşitli Faktörlerin Sağlık Statüsü ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı Üzerine Etkisi", Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara, Doktora Tezinden üretilmiştir.

** Dr., Bozok Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, fatih.santas@bozok.edu.tr

Relationship of Poverty Between Health Status and Health Services Utilization

Abstract: Poverty is a phenomenon covering almost all aspects of human life such as political and social participation, education, economy, health and human rights. Poverty has been witnessed in underdeveloped, developing or developed countries at different rate and structure. Poverty affects health status of individual negatively and limits health services utilization. Poverty causes lower health status as a result of many factors such as inability to access healthy drinkable water, unable to live secure and clean households, uneducated, insufficient sanitary, unable to access public services like health and transportation, and unsecured employment. In short, having lower socioeconomic status causes bad health status. Besides, poverty limits the knowledge how and where health services are accessed, and it also limits health services utilization since those in poverty usually reside in places that are far from health care organizations. In this study, the relationship between poverty, health services utilization and health status has been investigated.

Key Words: Poverty, Health Status, Health Services Utilization

Giriş

Yoksulluk, gelir yoksunluğunun yanında insanların temel gereksinimlerini karşılayamama durumudur (TÜİK, 2008). Yıllar itibariyle azalış görülmekle birlikte, halen dünya genelinde milyonlarca insan yoksul bir şekilde yaşamını sürdürmektedir. 1,90\$ olan yoksulluk sınırına göre, 2015 yılı itibariyle 700 milyon insan yoksuldur (Dünya Bankası 2016). Türkiye’de yoksulluk oran ve sayısının yıllar itibariyle azaldığı söylenebilir. Türkiye’de gıda yoksulluğu (açlık) yaşanmamakta, 2,15\$ olan yoksulluk sınırında fert yoksulluk oranı % 0,02 ve 4,3 \$ sınırında ise % 0,64’tür (TÜİK, 2014).

Yoksullukla ulusal olarak devletler, uluslararası anlamda ise çeşitli örgütler mücadele etmektedirler. Uluslararası mücadelede Dünya Bankası, Birleşmiş Milletler, Avrupa Birliği, OECD ve Dünya Sağlık Örgütü ön plana çıkmaktadır. Türkiye’de ise; Kalkınma Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Vakıflar Genel Müdürlüğü ve Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu’nun yoksullukla mücadele kapsamında çeşitli işlevleri bulunmaktadır.

Yoksulluk, kişilerin sağlık durumunu bozmakta ve yoksullarda, ortalamanın üzerinde çocuk-anne ölümü ve hastalık görülmektedir. Dünya genelinde yüksek gelirli ülkelerde ortalama yaşam süresi, düşük gelirli ülkelerin ortalamasından 17 yıl daha fazladır. Doğumda beklenen sağlık yaşam süresi düşük gelirli ülkelerde 53 yıl iken, yüksek gelirli ülkelerde 70 yıldır. Beş yaş altı ölümü düşük gelirli ülkelerde binde 76 iken, yüksek gelirli ülkelerde binde 7’dir (DSÖ, 2015d; UNICEF, 2015).

Yoksulluğun bir diğer etkisi sağlık hizmeti kullanımı üzerinedir. Yoksullar, daha fazla ihtiyaçları olmasına rağmen, sağlık hizmetini daha az kullanmaktadır. Gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı, düşük gelirli ülkelerde % 41, yüksek gelirli ülkelerde ise % 69’dur. Doğum öncesi bakım alma oranı yüksek gelirli ülkelerde düşük gelirli ülkelere göre % 19, doğumu sağ-

lık kuruluşunda gerçekleştirme oranı ise iki kat daha fazladır (DSÖ, 2015d).

Yoksulluğun yanında sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen çeşitli faktörler bulunmaktadır. Sağlık statüsü kavramının çok boyutlu olması nedeniyle, çok sayıda faktör sağlık statüsünü etkilemektedir. Sağlık statüsünü etkileyen faktörler, Blum (1974) tarafından çevre, davranış, genetik ve sağlık hizmetleri olmak üzere dört başlık altında toplanmıştır. Sağlık hizmeti kullanımını etkileyen faktörleri açıklamaya yönelik olarak Andersen'in Davranışsal Modeli (Behavioral Model) 1960'lı yıllardan beri sıklıkla kullanılmaktadır. Davranışsal Modele göre sağlık hizmeti kullanımı; eğilimlerin (predisposing characteristics), kolaylaştırıcı faktörlerin (enabling factors) ve sağlık hizmeti ihtiyacının (need) bir fonksiyonudur (Andersen, 1995).

Bu çalışmada yoksulluğun sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımı ile ilişkisi incelenmektedir. Yoksulluğun sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri ile ilişkisinin incelenmesinde Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Bankası gibi kuruluşların yayınladığı verilerden ve gerçekleştirilen ulusal ve yabancı çalışmalardan yararlanılmıştır. Yoksulluğun sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımı arasındaki ilişkinin ve etkinin incelendiği bu çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Yoksulluk Kavramı

Yoksulluk, ekonomik yoksunluğun yanında, siyasi ve sosyal katılım, eğitim, sağlık, insan hakları gibi insan hayatının tüm boyutlarını kapsayan bir olgudur (Coşkun ve Tireli, 2008). Bir başka tanımda yoksulluk, "gelir dağılımı eşitsizliğinin bir sonucudur" şeklinde tanımlanarak yoksulluğun gelir dağılımı ile ilişkisine dikkat çekilmektedir (DPT, 2001).

Farklı yoksulluk tanımları bulunmakla birlikte, yoksullukla ilgili tanımlar üç ana vurguda birleşmektedir (Hagenaars ve de Vos, 1988):

- Yoksulluk, objektif olarak tanımlanmış minimum düzeyin altında olmaktır.
- Yoksulluk, toplumun genelinden daha azına sahiptir.
- Yoksulluk, bireyin kendi durumunu geçinmek için yetersiz görmesidir.

Yoksulluk yeni bir sorun değildir ve yoksulluğa karşı ilgi uzun yıllara dayanmaktadır. Sistematik bir şekilde 17. yüzyılda John Locke tarafından ele alınan yoksulluk, 18. ve 19. yüzyılda da düşünür ve kuramcılarının ilgisini çekmeye devam etmiştir (Şenses, 2013). Yoksulluk kavramı, ilk ortaya çıktığı zamana göre farklılaşmış ve bu nedenle günümüzde politik ve akademik çevrenin yoğun bir şekilde ilgilendiği konular arasında yerini almıştır. Yoksulluğa yüklenen anlam kişilerin bilgi düzeylerine, benimsedikleri ideoloji ve etnik kökenlerine göre farklılık gösterebilmekte, bu nedenle yoksulluğun tanımlanması, sınıflandırılması, nedenlerinin ve derecesinin belirlenmesi, mücadele şeklinin seçimi ile ilgili olarak farklı kuram ve görüşler bulunmaktadır (Wilson, 1996). Dönemler itibariyle, iktisadi akımların yoksulluğa bakış açıları şu şekildedir:

Merkantilizm, 1500-1800 yıllarını kapsayan dönemde devletlerin iktisat politikası ilkelerini belirlemiştir. Merkantilist düşünceye göre, sanayi ve ticaret dinamik alanlar iken, tarım sektörü statik alandır. Bu nedenle ekonomileri tarıma dayalı olan ve tarımı verimsiz bir şekilde yapan ülkelerde yoksulluk kaçınılmaz bir şekilde ortaya çıkmaktadır. *Liberalizm'*de (Klasik İktisadi Ekol) esas olan doğal gidişe uymak ve ona müdahale etmemektir. Liberalizme göre, azalan verimler kanunu nedeniyle, ekonomi belirli bir olgunluğa ulaştıktan sonra sermaye birikimi yavaşlamakta, kâr ve ücret hadleri düşmektedir. Bu durum ekonominin durgunlaşmasına, ücretlerin kişilerin yaşamlarını sürdürmesine yetmemesine ve yoksulluğa neden olmaktadır (Kazgan, 1984).

Malthus, yoksulluğun kaynağı olarak artan nüfusu sorumlu tutmaktadır. Nüfus geometrik bir hızla artış gösterirken, gıda

maddeleri ise aritmetik oranda artmaktadır. Bu durum ise yoksulluğa ve açlığa neden olmaktadır (Malthus, 1971). *Mark-sizm'*de yoksulluğun temel nedeni olarak işçilerin emeklerinin karşılığı olan değeri alamamaları gösterilmektedir. Bölüşümün sürekli işçi sınıfının aleyhine olması, bu sınıfın yoksulluk ve sefalet içine düşmesine neden olmaktadır (Marx, Engels, 1847; Marx, 1986). *Keynesyen Yaklaşım*da, yoksulluğun sebebi olarak talep yetersizliği gösterilmektedir. Bir ekonomide yeterli talebin olmaması işsizliğe, işsizlik de yoksulluğa neden olmaktadır (Parasız, 1996).

1. Dünyada Yoksulluk

Yoksulluk geri kalmış, gelişmekte olan ya da gelişmiş tüm ülke ve bölgelerde değişen oran ve yapıda görülen bir olgudur. Yoksulluk, özellikle kalkınmasını gerçekleştirememiş ülkelerde temel gıda ihtiyacının dahi karşılanamaması şeklinde ortaya çıkarken, gelişmiş ülkelerde daha çok göreceli yoksulluk halini almaktadır.

Tablo 1'de 2011 Satın Alma Gücü Paritesine göre 1,90 dolar yoksulluk sınırına göre bölgelerdeki ve dünyadaki yoksul sayısı ve oranı görülmektedir. 1990 yılında dünya genelinde 1,958 milyon kişi yoksul iken, 2015 yılında 702,1 milyon kişinin yoksulluk sınırının altında yaşadığı tahmin edilmektedir. Oransal açıdan bakıldığında, 1990 yılında dünya nüfusunun %37,1'i yoksul iken 2015 yılında bu oranın % 9,6'ya düşmesi beklenmektedir. 1990-2015 döneminde dünya genelinde ve bölgelerde yoksul sayısı ve oranında düşüş olduğu görülmekle birlikte, Sahra Altı Afrika'da nüfusun %35'i halen yoksuldur.

Tablo 1. Günde 1,90 \$'dan Daha Az Gelirle Yaşayan Nüfus Sayı ve Oranı

| Nüfus Sayısı (Milyon) | | | | | |
|------------------------------------|---------|---------|-------|-------|-------|
| Bölge | 1990 | 1999 | 2011 | 2012 | 2015 |
| <i>Doğu Asya ve Pasifik</i> | 995,5 | 689,4 | 173,1 | 147,2 | 82,6 |
| <i>Avrupa ve Merkezi Asya</i> | 8,8 | 36,8 | 11,4 | 10,1 | 4,4 |
| <i>Latin Amerika ve Karayipler</i> | 78,2 | 71,1 | 35,3 | 33,7 | 29,7 |
| <i>Güney Asya</i> | 574,6 | 568,0 | 361,7 | 309,2 | 231,3 |
| <i>Sahra Altı Afrika</i> | 287,6 | 374,6 | 393,6 | 388,8 | 347,1 |
| Toplam | 1,958,6 | 1,751,5 | 983,3 | 896,7 | 702,1 |
| Nüfus Oranı (%) | | | | | |
| <i>Doğu Asya ve Pasifik</i> | 60,6 | 37,5 | 8,5 | 7,2 | 4,1 |
| <i>Avrupa ve Merkezi Asya</i> | 1,9 | 7,8 | 2,4 | 2,1 | 1,7 |
| <i>Latin Amerika ve Karayipler</i> | 17,8 | 13,9 | 5,9 | 5,6 | 5,6 |
| <i>Güney Asya</i> | 50,6 | 41,8 | 22,2 | 18,8 | 13,5 |
| <i>Sahra Altı Afrika</i> | 56,8 | 58,0 | 44,4 | 42,7 | 35,2 |
| Toplam | 37,1 | 29,1 | 14,1 | 12,7 | 9,6 |

Kaynak: Dünya Bankası (2016). Global Monitoring Report.

Tablo 2'de 2014 yılında insani gelişim açısından her kategoride ilk beş sırada yer alan ülkelerin İnsani Gelişim Endeksi (İGE) değerleri ve endeksin 3 boyutu olan doğumda yaşam beklentisi, ortalama eğitim süresi, beklenen eğitim süresi ve kişi başına satın alma paritesine göre GSMH rakamları ve ülkelerdeki gelir dağılımını gösteren Gini Katsayısı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, 2014 yılında dünya İGE değerinin 0,711; doğumda yaşam beklentisinin 71,5; ortalama eğitim süresinin 12,2 ve kişi başına GSMH'nin 14.301 dolar olduğu görülmektedir. 0,944'lük İGE ile Norveç 2013 yılında 188 ülke arasından birinci sırada yer almaktadır. Norveç'i Avustralya ve İsviçre takip etmektedir. Çok yüksek İGE kategorisinde yer alan ülkelerde doğumda yaşam beklentisi 80 yıl ve üzerinde, ortalama eğitim süresi 12 yıl ve üzerinde, beklenen eğitim süresi 16 yıl ve

üzerinde ve kişi başına GSMH düzeyleri 44-64.000 dolar aralığındadır. Çok yüksek insani gelişme seviyesinde olan ülkelerde hem kişi başına düşen GSMH miktarı yüksek hem de gelir dağılımının diğer ülkelere göre daha adil olduğu söylenebilir. Türkiye'nin de yer aldığı yüksek insani gelişme değerine sahip ülkelerin çok yüksek insani gelişme değerine sahip ülkelere göre hem kişi başına GSMH düzeylerinin düşük hem de gelir dağılımının daha adaletsiz olduğu görülmektedir. İnsani gelişme seviyesi düştükçe gelir dağılımı daha adaletsiz hale gelmektedir.

Tablo 2. Ülkelerin İnsani Gelişme Endeksleri, Bileşenleri ve Gini Katsayısı

| İnsani Gelişme | Ülke | İGE | Doğumda Yaşam Beklentisi (Yıl) | Beklenen Eğitim Süresi (Yıl) | Ortalama Eğitim Süresi (Yıl) | Kişi Başı GSMH (2011 SGP, \$) | Gini Katsayısı |
|----------------|-------------------|-------|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|----------------|
| Çok Yüksek | 1. Norveç | 0,944 | 81,6 | 17,5 | 12,6 | 64,992 | 26,8 |
| | 2. Avustralya | 0,935 | 82,4 | 20,2 | 13,0 | 42,261 | 34,0 |
| | 3. İsviçre | 0,930 | 83,0 | 15,8 | 12,8 | 56,431 | 32,4 |
| | 4. Danimarka | 0,923 | 80,2 | 18,7 | 12,7 | 44,025 | 26,9 |
| | 5. Hollanda | 0,922 | 81,6 | 17,9 | 11,9 | 45,435 | 28,9 |
| Yüksek | 50. Belarus | 0,798 | 71,3 | 15,7 | 12,0 | 16,676 | 26,5 |
| | 50. Rusya | 0,798 | 70,1 | 14,7 | 12,0 | 22,352 | 39,7 |
| | 52. Umman | 0,793 | 76,8 | 13,6 | 8,0 | 34,858 | - |
| | 52. Romanya | 0,793 | 74,7 | 14,2 | 10,8 | 18,108 | 27,3 |
| | 52. Uruguay | 0,793 | 77,2 | 15,5 | 8,5 | 19,283 | 41,3 |
| 72. Türkiye | 0,761 | 75,3 | 14,5 | 7,6 | 18,677 | 40,0 | |
| Orta | 106. Botswana | 0,698 | 64,5 | 12,5 | 8,9 | 16,646 | 60,5 |
| | 107. Moldova | 0,693 | 71,6 | 11,9 | 11,2 | 5,223 | 30,6 |
| | 108. Mısır | 0,690 | 71,1 | 13,5 | 6,6 | 10,512 | 30,8 |
| | 109. Türkmenistan | 0,688 | 65,6 | 10,8 | 9,9 | 13,066 | - |
| | 110. Gabon | 0,684 | 64,4 | 12,5 | 7,8 | 16,367 | 42,2 |
| Düşük | 145. Kenya | 0,548 | 61,6 | 11,0 | 6,3 | 2,762 | 47,7 |
| | 145. Nepal | 0,548 | 69,6 | 12,4 | 3,3 | 2,311 | 32,8 |
| | 147. Pakistan | 0,538 | 66,2 | 7,8 | 4,7 | 4,866 | 29,6 |
| | 149. Angola | 0,532 | 52,3 | 11,4 | 4,7 | 6,822 | 42,7 |
| | Dünya | 0,711 | 71,5 | 12,2 | 7,9 | 14,301 | - |

Kaynak: UNDP (2015). İnsani Gelişme Raporu.

2. Türkiye’de Yoksulluk

Türkiye’de yoksullukla ilgili veriler TÜİK tarafından yayınlanmaktadır. TÜİK, 2010 yılından itibaren ülkenin sosyo-ekonomik yapısını ortaya koyacak ve uluslararası karşılaştırmaların yapılmasını sağlayacak veriler üretebilmek amacıyla yeni veri kaynakları ve hesaplama yöntemlerine geçmiştir (TÜİK, 2011). Bu nedenle 2010 yılı ve sonrasındaki yoksulluk verileri, satın alma gücü paritesine göre dolar cinsinden yoksulluk oranları şeklindedir.

Tablo 3 incelendiğinde, Türkiye’de gelire dayalı görel yoksulluk oranı, 2006 yılında % 18,6 iken 2013 ve 2014’te yıllarında % 15’e gerilemiş ve 12,5 milyon olan yoksul sayısı ise 11,3 milyona gerilemiştir. Yıllar itibariyle kent ve kırd yoksulluk oranının oransal olarak birbirine yakın seyrettiği ve 2008 yılı dışında kırsal kesimde yoksulluk oranı kentsel alana göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 3. Gelire Dayalı Görel Yoksulluk Sınırı, Yoksul Sayıları ve Yoksulluk Oranları

| Yıl | Yerleşim Yeri | Yoksulluk Sınırı (TL) | Yoksul Sayısı (Bin Kişi) | Yoksulluk Oranı (%) |
|------|---------------|-----------------------|--------------------------|---------------------|
| 2006 | Türkiye | 2,351 | 12,548 | 18,6 |
| | Kent | 2,718 | 8,018 | 17,0 |
| | Kır | 1,666 | 3,729 | 18,3 |
| 2007 | Türkiye | 3,041 | 11,163 | 16,3 |
| | Kent | 3,511 | 7,028 | 14,7 |
| | Kır | 2,163 | 3,123 | 15,1 |
| 2008 | Türkiye | 3,164 | 11,580 | 16,7 |
| | Kent | 3,623 | 7,096 | 15,2 |
| | Kır | 2,295 | 3,198 | 14,2 |
| 2009 | Türkiye | 3,522 | 12,097 | 17,1 |
| | Kent | 4,025 | 7,511 | 15,4 |
| | Kır | 2,508 | 3,488 | 16,1 |
| 2010 | Türkiye | 3,714 | 12,025 | 16,9 |
| | Kent | 4,225 | 7,034 | 14,3 |
| | Kır | 2,643 | 3,691 | 16,6 |

| | | | | |
|------|---------|-------|--------|------|
| 2011 | Türkiye | 4,069 | 11,670 | 16,1 |
| | Kent | 4,600 | 6,945 | 13,9 |
| | Kır | 3,023 | 3,533 | 15,7 |
| 2012 | Türkiye | 4,515 | 11,998 | 16,3 |
| | Kent | 5,138 | 6,972 | 13,8 |
| | Kır | 3,278 | 3,775 | 16,3 |
| 2013 | Türkiye | 5,007 | 11,137 | 15,0 |
| | Kent | 5,690 | 6,911 | 13,6 |
| | Kır | 3,724 | 3,371 | 14,3 |
| 2014 | Türkiye | 5,554 | 11,332 | 15,0 |

Kaynak: TÜİK (2006-2014). Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması.

Yoksullukla yakından ilişkili olması ve gelir dağılımında eşitsizliğin artmasının yoksulluğun da artışına yol açabilmesi nedeniyle ülkemizin gelir dağılımının seyri Tablo 4'te görülmektedir. Tablo incelendiğinde 1963 yılında en yoksul % 20'lik dilim gelirin % 4,5'ini alırken en zengin % 20'si % 57'sini almıştır. 1973 yılında en yoksul kesimin gelirden aldığı pay % 3,5'e ve 1983 yılında daha da kötüleşerek % 2,7'ye düşmüştür. 1994 ve sonrasında en yoksul kesimin gelirden aldığı payda çok az iyileşmeler olduğu görülmekte ve 2014 yılı itibarıyla ilk dilimde yer alanlar gelirin % 6,2'sini almıştır.

Türkiye'deki gelir dağılımı P80/P20 yöntemiyle incelendiğinde en zengin grup, 1963 yılında en yoksul kesimden 12,6 kat daha fazla gelir elde etmiştir. 1973 yılında 16,1 olan oran 1983 yılında 20,6 olarak gerçekleşmiş ve sonraki yıllar düşüş göstermekle birlikte 2014 yılı itibarıyla en zengin % 20 ile en yoksul % 20 arasındaki gelir farkı 7,4 kattır.

Gelir dağılımı incelemelerinde kullanılan bir diğer araç Gini katsayısıdır. Türkiye'de Gini katsayısı 1973 yılında 0,51 ve 1983 yılında 0,52'dir. 1994 yılından itibaren gelir eşitsizliğinde azalmalar görülmekle, Gini Katsayısı 2010 yılından itibaren 0,40 civarında seyretmektedir.

Tablo 4. Türkiye'nin Yıllara Göre Gelir Dağılımı

| Gruplar | 1973 | 1983 | 1994 | 2002 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| İlk %20 | 3,5 | 2,7 | 4,9 | 5,3 | 5,6 | 5,8 | 5,8 | 5,9 | 6,1 | 6,2 |
| İkinci %20 | 8,0 | 7,0 | 8,6 | 9,8 | 10,3 | 10,6 | 10,6 | 10,6 | 10,7 | 10,9 |
| Üçüncü %20 | 12,5 | 12,6 | 12,6 | 14,0 | 15,1 | 15,3 | 15,2 | 15,3 | 15,2 | 15,3 |
| Dördüncü %20 | 19,5 | 21,9 | 19,0 | 20,8 | 21,5 | 21,9 | 21,7 | 21,7 | 21,4 | 21,7 |
| Beşinci %20 | 56,5 | 55,8 | 54,9 | 50,1 | 47,6 | 46,4 | 46,7 | 46,6 | 46,6 | 45,9 |
| P80/P20 | 16,1 | 20,6 | 11,2 | 9,5 | 8,5 | 8,0 | 8,05 | 7,9 | 7,7 | 7,4 |
| Gini Katsayısı | 0,51 | 0,52 | 0,49 | 0,44 | 0,41 | 0,40 | 0,40 | 0,40 | 0,40 | 0,39 |

Kaynak: DPT (2001). Gelir Dağılımının İyileştirilmesi ve Yoksullukla Mücadele, Özel İhtisas Komisyonu Raporu; TÜİK (2006-2014) Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması.

Yoksullukla Mücadele

Yoksullukla mücadelede nihai amaç, toplumun bütün bireylerini yoksulluk sınırı üzerine çıkarmaktır (Canbay ve Selim, 2010). Yoksulluk, çok boyutlu bir olgu olması nedeniyle çok boyutlu yürütülmesi gereken bir mücadeleyi gerektirir (Metin, 2012).

Yoksullukla mücadelede mikro kredi, şartlı nakit transferleri, şartsız ve çok amaçlı gelir transferleri, istihdam politikaları, bireylerin mülk sahibi yapılması, etkili yönlendirme gibi araçlardan yararlanılmaktadır (Birleşmiş Milletler, 2009). Yoksullukla mücadelede kullanılan araçlar ülke ve bölgelere göre farklılık göstermekle birlikte yoksullukla mücadele stratejileri, ekonomik büyüme yoluyla yoksulluğu azaltmaya yönelik dolaylı yaklaşım ve sosyal politikalar niteliğindeki doğrudan yaklaşım olmak üzere iki grup altında toplanabilmektedir:

Dolaylı yaklaşım, ekonomik büyüme yoluyla yoksulluğun azaltılmasını amaçlamaktadır. Ekonomik büyümenin yoksulluğu azalttığı yönünde görüş birliği bulunmaktadır. Özellikle mutlak yoksulluk sürdürülebilir ekonomik büyüme ve gelir artışının yanında gelir dağılımında adaletin sağlanması durumunda önlenabilir. Ekonomik büyüme olmaksızın yoksulluğun azaltılması ve önlenmesi mümkün değildir. (Khan, 2000). *Doğrudan yaklaşımda* vergi, sosyal güvenlik, sosyal yardım, eğitim ve sağlık politikaları yoluyla yoksullukla mücadele edilmektedir. Yaklaşımda, devlete piyasaya müdahale etme hakkı tanımakta, diğer bir ifadeyle piyasanın başarısızlığı kabul edilmektedir (Şenses, 2013). Yoksullukla mücadelede hem dolaylı hem de doğrudan yaklaşımın önemli katkıları bulunmaktadır. Bu nedenle, yoksullukla mücadelede iki yaklaşımdan da yararlanılmalıdır.

1. Dünyada Yoksullukla Mücadele

Dünya genelinde zenginlik ve refah artışı olmakla birlikte, hem az gelişmiş ülkelerde hem de gelişmiş ülkelerin bazı bölgelerinde yaygın şekilde yoksulluk hüküm sürmektedir. Özellikle az gelişmiş ülkelerin ulusal hükümetleri ve sivil toplum kuruluşları ile yoksullukla etkin mücadele etmelerinin yetersizliği, yoksullukla mücadelede uluslararası kuruluşların rol almalarını gerekli kılmaktadır.

Dünyada yoksullukla mücadelede Dünya Bankası, Birleşmiş Milletler, Avrupa Birliği, OECD ve Dünya Sağlık Örgütü başta olmak üzere çeşitli organizasyonlar rol almaktadır.

1.1. Dünya Bankası

Dünya Bankası, 1945 yılında kurulmuş ve 1946 yılında işlerlik kazanmıştır. Dünya Bankası üyeliği IMF üyesi her ülkeye açıktır. Dünya Bankası'na üye ülke sayısı 187 olup, Türkiye 11 Mart 1947'de üye olmuştur. Dünya Bankasının üye ülkelere verdiği krediler proje, uyarlanma ve karma krediler olmak üzere-

re üç grupta toplanmaktadır (Kaya, 2002; Aydın ve Mollahali-
loğlu, 2013; Dünya Bankası, 2014b).

Başlangıçta savaş sonrası Avrupa'nın yeni yapılandırılması görevini üstlenen DB, bugün dünya genelinde yoksulluğu azaltma görevini üstlenmiş ve bu doğrultuda, gelişmekte olan ülkeler için hayati önem taşıyan mali ve teknik destek sağlamak ve ülkelere çeşitli konularda yol göstermek üzere 1978 yılından itibaren her yıl Dünya Kalkınma Raporları (World Development Report) yayınlamaktadır.

1.2. Birleşmiş Milletler

Birleşmiş Milletler, İkinci Dünya Savaşının ardından 51 ülkenin katılımıyla 1945 yılında kurulmuştur. 193 üyesi bulunan Birleşmiş Milletler (BM), barışı sağlama işlevinin yanında sürdürülebilir kalkınma, çatışmanın önlenmesi, gerekli durumlarda insani yardım, yoksullukla mücadele ve kalkınma, eğitim, kadın hakları, terörle mücadele gibi pek çok alanda faaliyette bulunmaktadır. Üye ülkelerle çalışmalar, BM'ye bağlı alt kuruluşlar eliyle yürütülmekte olup, Türkiye 1945 yılından itibaren BM üyesidir (Birleşmiş Milletler 2015).

Birleşmiş Milletler'in yoksulluk ve diğer alanlarda çok önemli hedefler belirlediği ve ülkeleri ortak hareket etmeye yönlendirdiği çalışması, 2000 yılı Eylül ayında 191 üye ülkenin katılımıyla gerçekleştirilen zirvede kabul edilen "Binyıl Kalkınma Hedefleri" dir. 2015 yılı itibariyle Binyıl Kalkınma Hedefleri için belirlenen sürenin dolması nedeniyle, 2015 yılı Eylül ayında 193 üye ülkenin katılımıyla gerçekleştirilen zirvede "Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri" kabul edilmiştir. 2015-2030 yılları için yoksulluk ve sağlık için belirlenen hedefler şunlardır (Birleşmiş Milletler 2015):

- Yoksulluğun tüm biçimlerinin her yerde ortadan kaldırılması
 - ✓ 2030'da 2,15 \$ olarak belirlenen aşırı yoksulluğun her yerde ortadan kaldırılması

- ✓ 2030'da ulusal olarak tanımlanan yoksulluk ölçütlerine göre erkek, kadın ve çocuk yoksul sayısının en az yarıya indirilmesi
- ✓ Ulusal sosyal koruma sisteminin uygulanması ve 2030 itibariyle yoksul ve savunmasız kişilerin kapsam içine alınması
- ✓ 2030 itibariyle, tüm kadın ve erkeklerin, yoksul ve yardıma muhtaçların ekonomik kaynaklar ve temel hizmetler, arazi ve diğer mülkiyet, doğal kaynaklar, teknoloji, finansal hizmetler ve mikro finansla ilgili olarak eşit hak ve kontrole sahip olması
- Sağlıklı yaşam sağlamak ve her yaşta herkes için iyilik halinin teşvik edilmesi
 - ✓ 2030 yılına kadar, dünya genelinde anne ölüm oranını yüz binde 70'in altına düşürülmesi
 - ✓ 2030 yılına kadar, yeni doğan ve beş yaş altı önlenebilir ölümleri sonlandırmak ve her yerde neonatal ölüm hızını binde 12'nin, beş yaş altı ölüm hızını ise binde 25'in altına düşürülmesi
 - ✓ 2030 yılına kadar, AIDS, tüberküloz, sıtma ve tropikal hastalıkların salgın yapmasının önlenmesi ve hepatit, su kaynaklı hastalıklar ve diğer bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi
 - ✓ 2030 yılına kadar, koruma ve tedavi ile bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan prematüre ölümleri üçte bir oranında azaltmak ve ruh sağlığı ve iyilik halini teşvik etmek
 - ✓ Uyuşturucu ilaçların ve alkolün zararlı kullanımı dâhil olmak üzere madde kullanımının önlenmesi ve tedavisinin güçlendirilmesi

1.3. Avrupa Birliği

Avrupa Birliği, İkinci Dünya Savaşının Avrupa'da yarattığı yıkımı gidermek, kalıcı ekonomik ve politik barış sağlamak amacıyla 1951 yılında 6 ülke (Almanya, Belçika, Fransa, Hollanda, İtalya ve Lüksemburg) tarafından imzalanan Paris Antlaşması ile kurulmuştur. Avrupa Birliği, yoksullukla mücadele-

de çeşitli programları uygulamış olmakla birlikte, öne çıkan programlar Lizbon Zirvesi, Nis Zirvesi, Laeken Zirvesi ve Yenilenen Lizbon Stratejisi ve Avrupa Birliği 2020 Stratejisi şeklinde sıralanabilir.

Lizbon Zirvesi, 2010 yılında ulaşılması hedeflenen sosyal ve ekonomik hedeflerin belirlenmesi amacıyla 2000 yılında gerçekleştirilmiştir. Zirvede küresel iklim değişikliği ve çevresel sorunlar, AB’de yaşanan işsizlik ve yaşlılık, sosyal güvenlik harcamalarının artışı, ekonomik büyüme, yoksulluk, teknoloji gibi konular ele alınmıştır. Lizbon zirvesinde, yoksullukla mücadelede üyelerin yasal ve yapısal farklılıklarının üstesinden gelebilmek için açık işbirliği yöntemi uygulanması benimsenmiştir. 2000 yılı Aralık ayında gerçekleştirilen Nis Zirvesi’nde, her iki yılda bir Ulusal Eylem Planları hazırlanması ve böylece Lizbon Zirvesinde belirlenen hedeflerin uygulamaya geçirilmesi amaçlanmıştır. Laeken Zirvesi, 2001 yılı Aralık ayında gerçekleştirilmiş ve üye ülkelerin hedeflere ulaşma durumlarının değerlendirilmesi için 18 temel istatistiksel gösterge belirlenmiştir. Bu göstergeler yoksulluk, sağlık, eğitim ve istihdam konularını kapsamaktadır. 2005 yılında gerçekleştirilen Avrupa Zirvesi’nde Lizbon Zirvesinde belirlenen hedeflerin çok kapsamlı ve ulaşılması güç olduğu düşünülerek hedefler gözden geçirilmiş ve Yenilenen Lizbon Stratejisinde istihdam ve büyüme konularına daha fazla ağırlık verilmiştir (Coşkun ve Tireli 2008; Yılmaz, 2010; Bildirici, 2011).

Lizbon Zirvesi’nde belirlenen hedeflerin gerçekleştirilmesi için tanınan sürenin 2010 yılı itibariyle dolması nedeniyle, 3 Mart 2010 tarihinde “Avrupa 2020 Stratejisi: Akıllı, Sürdürülebilir ve Kapsayıcı Büyüme İçin Avrupa Stratejisi” kabul edilmiştir. Strateji ile günün koşullarına uygun bir büyümenin gerçekleştirilmesi amaçlanmaktadır. Stratejide istihdam oranının artırılması, araştırma-geliştirme için daha fazla kaynak ayrılması, sera gazı salınımının azaltılması ve çevrenin korunması, ilköğretim ve yükseköğretime devam oranının artırılması ve 20 milyon insanın yoksulluktan kurtarılarak, ulusal yoksulluk

sınırı altında yaşayan AB vatandaşlarının oranının % 25 azaltılması gibi hedefler ön plana çıkmaktadır (AB, 2015b).

1.4. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (Organisation for Economic Co-operation and Development-OECD), İkinci Dünya Savaşı'nın ardından Avrupa'nın Marshall Planı çerçevesinde yeniden inşası amacıyla 1947 yılında kurulan Avrupa Ekonomik İşbirliği Örgütü'nün yerine Türkiye'nin de olduğu 20 kurucu üye ile birlikte 1961 yılında kurulmuştur. OECD, dünya genelinde ekonomik ve sosyal koşulları düzeltme misyonuna sahip bir örgüt olup, piyasaların ve ekonomik örgütlerin etkinliğinin artırılması, sürdürülebilir ekonomik büyüme için kamu finansmanının düzenlenmesi, çevreye zarar vermeden kalkınmanın sağlanması ve tüm yaş grubundaki insanların çalışma hayatında üretkenliğinin artırılması konularında ülkelere yol göstermektedir. OECD tavsiyelerinin üye ülkeler için bağlayıcılığı olmamakla birlikte, tavsiyeler üye ülkeler tarafından dikkate alınmaktadır. Bugün itibarıyla, 34 ülkenin üyesi olduğu OECD; yoksulluk, tarım, sağlık, ekonomi, güvenlik, enerji başta olmak üzere birçok konuda veri üretmekte ve yıllık 250 yeni başlıkta yayın çıkarmaktadır (OECD, 2015).

1.5. Dünya Sağlık Örgütü

Sağlık için daha fazla yatırım yapmak ve sağlıklı ülkelerin politik gündeminde birinci sıraya çıkarmak yoksullukla mücadeledir (Doğramacı 2004). Sağlığın ülkelerin gündemlerinde üst sıralarda yer almasını ve başta yoksullar olmak üzere bireylerin sağlıklı olmalarında yönlendirici rol oynayarak yoksullukla mücadeleye destek sağlayan uluslararası kuruluş, Dünya Sağlık Örgütü'dür. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), tüm milletlerin mümkün olan en yüksek sağlık düzeylerine ulaşmaları hedefiyle (DSÖ, 1946) 7 Nisan 1948 tarihinde kurulmuştur. DSÖ, sağlıkla ilgili işbirliği gerektiren konularda liderlik yapmakta, araştırma gündemi oluşturmakta, uygulamalar için norm ve standartlar oluşturmakta, etik ve kanıt dayalı politikalar belirle-

mekte, çeşitli konularda teknik destek sağlamakta ve sağlıklı ilgili gelişmeleri takip etmektedir (DSÖ, 2015a).

DSÖ'nün kuruluşundan itibaren sağlıklı ilgili problemlerin belirlenmesi ve çözümüne ilişkin çeşitli fikirler üretilmiş ve özellikle Dünya Sağlık Asamblelerinde tartışılmıştır. DSÖ'nün 1978 yılında gerçekleştirdiği Alma-Ata Konferansı'nda belirlenen "2000 yılında Herkese Sağlık" hedefleri ve 1998 yılında "21. Yüzyılda 21 Hedef" çalışmaları ön plana çıkmaktadır. DSÖ bu çalışmalarla, başta yoksul kişiler olmak üzere herkesin eşit, adil ve kaliteli sağlık hizmeti alması gereğini ortaya koymuştur. DSÖ ayrıca, sağlıklı ilgili çeşitli konularda araştırmalar yapmakta ve raporlar yayınlamaktadır (Sağlık Bakanlığı 2007; Sağlık Bakanlığı 2008). DSÖ tarafından 1995 yılında itibaren Dünya Sağlık Raporu ve Dünya Sağlık İstatistikleri yayınlanmaktadır. Dünya Sağlık Raporunda, her yıl sağlıklı ilgili yeni bir konu ele alınmakta ve dünya gündemine taşınmaktadır. Dünya Sağlık İstatistikleri, ülkelerin başta ölüm ve hastalık olmak üzere çeşitli sağlık konularına ilişkin istatistikleri içermektedir.

2. Türkiye'de Yoksullukla Mücadele

Türkiye Cumhuriyeti Devleti'nin sosyal devlet olduğuna ilişkin hüküm ilk kez 1961 Anayasasında yer almış, bu durum 1982 Anayasasında da korunmuştur. Türkiye'de 1980'li yılların öncesinde yoksulluğun ekonomik büyümeyle birlikte ortadan kalkacağı benimsenmiştir. Ancak artan yoksulluk ve gelir dağılımında adaletin bozulması, yoksullukla ilgili doğrudan mücadeleyi gerektirmiştir. Bu kapsamda yedi, sekiz, dokuz ve onuncu kalkınma planlarında yoksulluğun ve gelir dağılımında adaletsizliğin azaltılmasının temel amaç olduğu ifade edilmiş ve atılacak adımlar sıralanmıştır.

Türkiye'de yoksullukla mücadele kapsamında yapılan sosyal harcamaların miktarı ve GSYH içerisindeki oranı yıllar içerisinde artmıştır. 2002 yılında sosyal yardım harcaması 1 milyar TL olarak gerçekleşmiş ve GSYH içerisindeki oranı % 0,50 olmuştur. 2014 yılında ise GSYH içerisindeki oran % 1,38'e yük-

selmiştir (Kalkınma Bakanlığı 2013; Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 2015).

Türkiye’de yoksullukla mücadelenin ele alındığı bu kısımda Kalkınma Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ve Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu ve Vakıflar Genel Müdürlüğü’nün yoksulluğa ilişkin politika ve faaliyetleri incelenecektir.

2.1. Kalkınma Bakanlığı

Türkiye’de Kalkınma Planları yoluyla ekonomik ve sosyal kalkınmanın hızlandırılması amacıyla 30 Eylül 1960 tarihinde Başbakanlığa bağlı olarak Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) kurulmuştur. 2011 yılında “641 sayılı Kalkınma Bakanlığı’nun Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ile DPT kaldırılmış ve Kalkınma Bakanlığı kurulmuştur. DPT’nin kurulduğu tarihten bugüne 10 adet Kalkınma Planı uygulanmaya konulmuştur.

Türkiye’de Kalkınma Bakanlığı planlama, koordinasyon ve kontrol işlevlerini yerine getirmektedir. Uygulama ise devletin ve özel sektörün her kademesindeki birimlerce yapılmaktadır (Çelik 2013). 1963 yılından itibaren hazırlanan tüm Kalkınma Planlarında yoksulluk ve yoksullukla mücadeleye yer verilmektedir. Yoksullukla mücadelede kurum ve kuruluşlar arasında işbirliği ve koordinasyonun önemi ve yoksul kesimin desteklenmesinin gerekliliğinin her planda vurgulandığı görülmektedir.

2.2. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB), 08.06.2011 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanan “633 sayılı Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ile kurulmuştur. ASPB, diğer sorumluluklarının yanında sosyal hizmet ve yardımlara ilişkin ulusal düzeyde politikalar geliştirmek ve uygulamaktan sorumludur.

Bakanlık, sosyal yardım harcamalarını Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü, Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü hizmet birimleri vasıtasıyla yapmaktadır. 2015 yılında Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu kaynaklarından 4,8 Milyar TL, 2022 sayılı Kanun kapsamında yaşlılık ve engellilik maaşı için 4,1 Milyar TL ödenmiş ve 8,9 milyon kişinin GSS primleri karşılanmıştır (633 sayılı KHK; Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 2015).

2.3. Sağlık Bakanlığı

2 Mayıs 1920 tarihinde 3 sayılı Kanun ile kurulan Sağlık Bakanlığı'nun uyguladığı politikalar, yoksulların sağlığı üzerinde önemli etkiler yaratmakta ve yoksulların hastalıklardan korunmaları ve ihtiyaç duyduklarında tedavi olmalarını sağlayan sağlık politikaları yoksullukla mücadelede önemli işlev görmektedir.

Sağlık Bakanlığı, 1920'de Sağlık ve Sosyal yardım Bakanlığı adıyla kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı başlangıçta, savaş sonrası yeniden yapılanmaya ve mevzuat geliştirmeye odaklanmıştır. 1923-1946 döneminde, Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam tarafından oluşturulan sağlık politikalarının etkisi görülmektedir. Bu dönemde, halk sağlığı sisteminin temelleri atılmış, sağlık personelinin nitelik ve niceliğinin artırılması, sıtma, frengi, trahom gibi hastalıklarla mücadele edilmesi gibi konulara ağırlık verilmiştir. 1946-1960 döneminde, Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından Milli Sağlık Planı (1946) ve Milli Sağlık Programı (1954) hazırlanmıştır. Planda, ülke 7 bölgeye ayrılmış ve ülkenin her tarafına hızlı ve kaliteli sağlık hizmetlerinin götürülmesi amaçlanmıştır (Aydın 2002; OECD 2008; Tengilimoğlu ve diğerleri 2011; Tatar ve diğerleri 2011; Sağlık Bakanlığı 2012).

1960 yılından itibaren DPT tarafından Kalkınma Planları hazırlanmaya başlanmış ve Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sağlık hizmetlerinin ülkenin her yerine ulaşmasını sağlayacak sağlık örgütlenmesine ihtiyaç olduğunun ifade edilmesi üzerine, bu ihtiyacı gidermeye yönelik olarak 5 Ocak 1961 tarihinde

“224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” kabul edilmiştir. 1963 yılında başlatılan sosyalizasyon ile yaygın, sürekli, entegre, kademeli, il içinde bütünleşmiş bir anlayışla, sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir örgütlenmenin oluşturulması hedeflenmiştir (OECD, 2008; Sağlık Bakanlığı, 2012).

Sağlık hizmetlerine erişimin artırılması ve hizmet kullanımında hakkaniyetin sağlanması, sağlık sektörüne finansman sağlanması gibi amaçlarla 1987 yılında “3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” çıkarılmıştır. Ancak kanunun bazı maddelerinin Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmesi ve kanunun uygulanmasına yönelik düzenlemelerin yapılamaması nedeniyle istenilen başarı sağlanamamıştır (OECD, 2008; Yıldırım, 2013).

1990’lı yıllarda Sağlık Reformu için çalışmalar yapılmıştır. 1990 yılında DPT tarafından sağlık sektörü ile ilgili çeşitli konuların ele alındığı Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü yayınlamış, 1992’de Birinci ve 1993’te İkinci Ulusal Sağlık Kongresi yapılmıştır. 1992 yılında 3816 sayılı Kanun çıkarılmış ve ödeme gücü olmayan vatandaşlar için yeşil kart uygulaması başlatılmıştır. 1993 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından Ulusal Sağlık Politikası hazırlanmıştır. 1990’lı yıllarda teorik çalışmalar yapılmakla birlikte sağlık reformu uygulanamamıştır (OECD, 2008; Tatar ve diğerleri, 2011; Sağlık Bakanlığı, 2012).

Sağlık sisteminin yapılandırılması ile ilgili son çalışmalar, 2002 yılı genel seçimlerinden sonra kurulan hükümet tarafından gerçekleştirilmiş ve çalışmalara devam edilmektedir. Çeşitli alanlardaki reform çerçevesi “Acil Eylem Planı”nda, sağlığa ilişkin reform ise “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nda belirlenmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun olarak organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması amaçlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003).

SDP ile yıllar itibariyle çeşitli uygulamalar yapılmaktadır. 2003 yılında Acil Hizmetler ücretsiz hale getirilmiştir. 2004 yılında yeşil kart sahiplerinin ayakta tedavi giderleri de karşılanmaya başlanmış ve ilaçta KDV oranı % 8'e düşürülmüştür. 2005 yılında SSK sağlık kurumları ve bazı sağlık kurumları Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş, SSK üyeleri ilaçlarını serbest eczaneden alabilme hakkına kavuşmuştur. 2008 yılında Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulaması başlatılmış ve 18 yaşın altındaki tüm nüfus GSS kapsamına alınmıştır. Aynı yıl acil ve yoğun bakım tedavileri kamu ve özel tüm hastanelerde ücretsiz hale getirilmiştir. 2009 yılında ayakta bakım hizmetleri için katkı payı uygulaması başlatılmıştır. 2010 yılında Aile Hekimliği tüm yurttan yaygınlaştırılmış, aktif kamu çalışanları SGK'ya devredilmiş ve yeşil kartlı vatandaşlara özel hastanelerin acil servis ve yoğun bakım hizmetlerinden ücretsiz faydalanma hakkı sağlanmıştır. "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" çıkarılmış ve KHK doğrultusunda 2012 yılında Sağlık Bakanlığı yapılandırılarak Kamu Hastane Birlikleri oluşturulmuştur. 2012 yılında Yeşil kart programı GSS kapsamına alınmıştır (Tatar, 2011; Sağlık Bakanlığı, 2012; Atasever, 2015).

2.4. Milli Eğitim Bakanlığı ve Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu

Eğitimin birey ve toplumlara çeşitli yararlar sağlamanın yanında yoksulluğu engelleyici ya da azaltıcı etkisi de bulunmaktadır. Yoksulluğun eğitim seviyesi yeterli olmayan kişi ve ailelerde daha sık ortaya çıktığı gerçeği göz önüne alındığında, Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) ve Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu'nun (KYK) öğrencilerin eğitim masraflarını karşılayarak kişilerin eğitimlerine devam etmelerinde yardımcı olarak bir nevi yoksullukla mücadeleye de katkı sağlamaktadır.

MEB, şartları yerine getiren ilk ve ortaöğretim öğrencilerine parasız yatılı ve burslu okuma imkânı vermektedir. 2012 yılında 254.128, 2013 yılında 254.833, 2014 yılında 243.117 ve 2015 yılında 242.351 kişi MEB burslarından faydalanmıştır (Milli

Eğitim Bakanlığı, 2015-2016). 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu kapsamında, 7 - 18 yaş arasında ilköğretim ve ortaöğretime giden çocuğu olan annelere çocukların okula devam etmesi şartıyla verilen Şartlı Nakit Transferi de yoksullukla mücadele kapsamındaki yardımlar arasındadır. Çocuk başına, ilköğretime gitmesi şartıyla erkek öğrenci için aylık 30 TL, kız çocuk için aylık 35 TL; ortaöğretime gidiyorsa erkek öğrenci için aylık 45 TL, kız öğrenci için aylık 55 TL olarak ödenmektedir (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2016).

Gençlik ve Spor Bakanlığı'na bağlı olan KYK tarafından ön-lisans, lisans ve lisansüstü öğrencilerine karşılıksız burs ve karşılığı daha sonra yasal faizi ile birlikte alınmak üzere öğrenim kredisi verilmektedir. 2016 yılında lisans öğrencileri için ödenen aylık burs ve kredi miktarı 400 TL, yüksek lisans öğrencileri için 800 TL ve doktora öğrencileri için 1200 TL'dir (Kredi Yurtlar Kurumu, 2016; Milli Eğitim Bakanlığı, 2014-2015).

2.5. Vakıflar Genel Müdürlüğü

Vakıflar Genel Müdürlüğü (VGM), Başbakanlığa bağlı olarak faaliyetlerini sürdürmektedir. VGM, sosyal hizmetler kapsamında imaret hizmetleri, muhtaç aylığı bağlanması, muhtaç öğrencilere burs verilmesi hizmetlerini yerine getirmektedir. 2014 yılında ilkokul, ortaokul ve liselerde okuyan 15.000 öğrenciye 9 ay süre ile aylık 60 TL, 3776 yükseköğrenim öğrencisine 8 ay süreyle 150 TL burs verilmiştir. 2.195 yetim ve 1.403 engelli olmak üzere toplam 3.598 kişiye 12 ay boyunca 482,10 TL muhtaç aylığı ödenmiştir. 81 il merkezinde ihtiyaç sahibi ailelere kuru gıda dağıtımı yapılmaktadır (Vakıflar Genel Müdürlüğü, 2014).

Türkiye'de, Dost Eli Yardımlaşma ve Dayanışma Derneği, Yeryüzü Doktorları, Yarım Elma Yardımlaşma ve Dayanışma Derneği, Yardım Eli Yardımlaşma ve Dayanışma Derneği gibi çeşitli oluşumlar da yoksullukla mücadele etmektedirler. Yoksullara nakdi, giyim ve yakacak yardımı yapılmakta, eğitim için burs verilmektedir (Pire, 2011; Arpacıoğlu, 2012).

Sağlık Statüsü ve Sağlık Hizmeti Kullanımı

1. Sağlık Statüsü

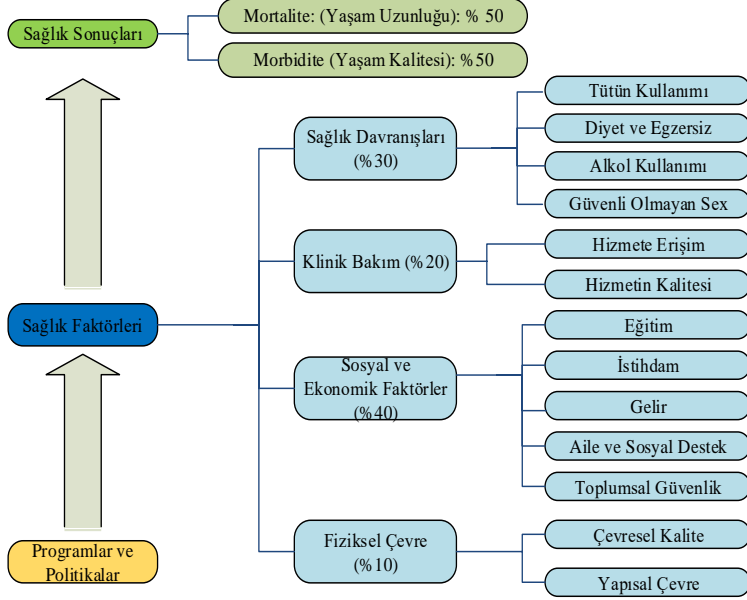
Sağlık statüsü, birey ve toplumun sağlık düzeyini tanımlamada ve karşılaştırmada kullanılan bir kavramdır. Sağlık statüsü, hem hekimlerin tıbbi imkânları kullanarak objektif olarak belirledikleri tıbbi olguları hem de kişilerin öznel olarak ifade ettikleri görüşleri içermektedir. Bireylerin sağlık statüsü, sorulan çeşitli sorular yardımıyla, ülkenin geneli ya da herhangi bir bölgenin sağlık statüsü ise hastalık ve ölüm istatistikleri kullanılarak ifade edilmektedir (Greenfield ve Nelson 1992; Feinstein, 1992; van Deer Steeg ve diğerleri, 2004; DSÖ, 2004).

Sağlık statüsü kavramının çok boyutlu olması nedeniyle, çok sayıda faktör sağlık statüsünü etkilemektedir. Sağlık statüsünü etkileyen faktörlerin diğer bir ifadeyle sağlık statüsünün belirleyicilerinin tespit edilmesi, bazı grupların neden daha sağlıklı ya da hasta olduklarının belirlenmesini ve hastalık ve sakatlıkların önlenmesini sağlamaktadır (Fleming ve Parker, 2009). Sağlık statüsünü etkileyen faktörler, Blum (1974) tarafından çevre, davranış, genetik ve sağlık hizmetleri olmak üzere dört başlık altında toplanmıştır. Çevre, organizmanın yaşamını etkileyen dış güçlerin tamamıdır ve dört faktör içinde sağlığı en fazla etkileyen faktördür. Davranış (yaşam tarzı), bireyin kişilik, değer ve tutumlarına bağlı olarak gelişmektedir. Genetik (kalıtım), çeşitli özelliklerin bir kuşaktan diğerine geçmesidir ve bireyin genetik özellikleri çeşitli hastalıklara yakalanma riskini artırmaktadır. Sağlık hizmetleri; sağlığın korunması, tedavisi, rehabilitasyonu ve geliştirilmesi amacıyla verilen hizmetlerdir (Blum, 1974; Schultz ve Johnson 2003; Kavuncubaşı ve Yıldırım 2010).

Şekil 1’de sağlık statüsünü etkileyen faktörlere yer verilmektedir. Şekil incelendiğinde, program ve politikaların hem sağlık faktörleri hem de sağlık sonuçları üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Şekilde ayrıca sağlık faktörlerinin sağlık sonuçları üzerindeki etkisine ilişkin yüzdeler de yer almaktadır. Yüzde

dağılım çeşitli araştırmalarda farklılaşabilmekle birlikte, sağlık statüsünü en fazla etkileyen faktörün çevre, en az etkileyen faktörün ise sağlık hizmetleri olduğu bilinmektedir.

Şekil 1. Sağlık Statüsünün Belirleyicileri



Kaynak: The Los Angeles County Department of Public Health, 2013: 4.

2. Sağlık Hizmeti Kullanımı

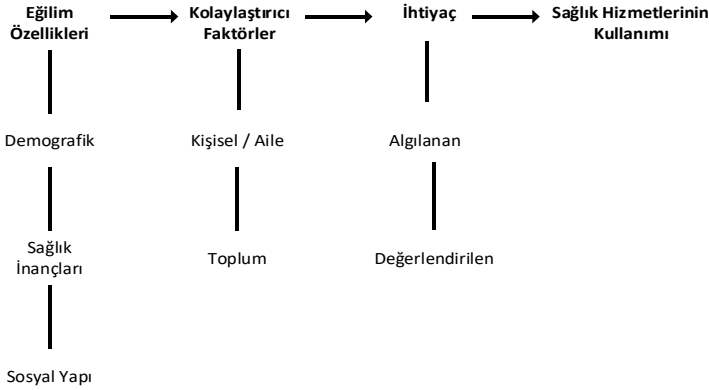
Sağlık hizmeti; sağlık statüsünü etkileyen çevre, davranış ve genetikle birlikte dört temel unsurdan birisidir. Sağlık hizmeti kullanımı, sağlık hizmetinin gereksinim duyan kişilerce kullanılması şeklinde tanımlanabilir (Erdem, Pirinççi, 2003). Sağlık hizmeti kullanımı, bireylerle sağlık sisteminin bağlantısıdır ve sağlık hizmetlerine erişimi gösterir. Sağlık hizmeti kullanımı; hizmetin kabul edilebilirliği, maliyeti ve faydasına ilişkin algılardan etkilenmektedir (Hong et al. 2003).

Sağlık hizmeti kullanımı çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. Genel olarak kullanımı etkileyen faktörler şu şekilde sıralanabilir (Berstein et al. 2003):

- Arzın artışı ya da azalışı şeklinde görülen arz taraflı değişimler
- Nüfusun sayı ve yapısındaki değişim
- Yeni işlem ve teknolojilerin ortaya çıkması
- Yeni hastalıkların ve hastalıklara karşı kullanılan ilaçların keşfi
- Sağlık güvencesinin kapsamı ve derinliği
- Tedavi şekillerinde ve hastaların tedavi tercihlerinde değişim

Sağlık hizmeti kullanımını etkileyen faktörleri açıklamaya yönelik Sağlık İnanç Modeli, Gerekçeli Eylem ve Planlı Davranış Teorisi gibi model ve teoriler bulunmakla birlikte Andersen'in Davranışsal Modeli (Behavioral Model) 1960'lı yıllardan beri, sağlık hizmeti kullanımıyla ilgili çalışmalarda sıklıkla kullanılmaktadır. Şekil 2 incelendiğinde, sağlık hizmeti kullanımı; eğilimlerin (predisposing characteristics), kolaylaştırıcı faktörlerin (enabling factors) ve sağlık hizmeti ihtiyacının (need) bir fonksiyonu olduğu görülmektedir (Andersen 1995).

Şekil 2. Davranışsal Model (Başlangıçtaki Hali)



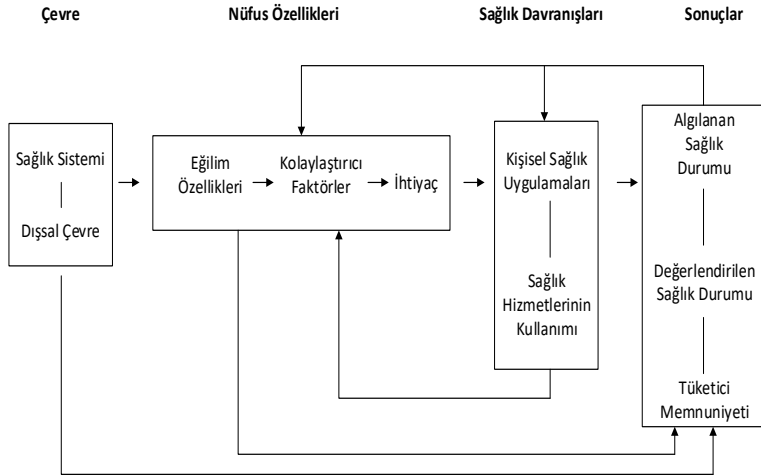
Kaynak: Andersen, 1968; Andersen, 1995: 8.

Eğilim faktörleri, sağlık hizmeti kullanımını dolaylı bir şekilde etkilemekte ve kişisel faktörleri içermektedir. Demografik yapı (yaş, cinsiyet, bireyin geçirdiği hastalıklar), sosyal yapı

(eğitim, etnik köken, mesleki statü, aile büyüklüğü, dinsel inanç) ve sağlık inançları (sağlık hizmetlerine ilişkin tutum, değer ve bilgisi) olmak üzere üç faktörden oluşmaktadır. Kolaylaştırıcı faktörler, bireylerin sağlık hizmeti kullanım yollarını açıklar ve aileye ilişkin kaynaklar (gelir, sağlık sigortası, düzenli ve yeterli gelir kaynağına sahip olma ve bu kaynağa erişim) ve kamusal kaynaklardan (sağlık kurumu ve sağlık çalışanlarının nüfusa oranı, sağlık hizmetlerinin fiyatı, bölgesel özellikler ve kıır/kent özellikleri) oluşur. Sağlık hizmeti kullanımının doğrudan sebebi olan ihtiyaç ise algılanan ihtiyaç (hastalık, belirti, genel sağlık durumu gibi faktörlerin bireysel olarak değerlendirilmesi) ve değerlendirilen ihtiyaç (sağlık profesyonelleri tarafından karar verilen) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (Andersen 1968; Andersen 1995; Andersen, Newman, 2005).

Andersen tarafından 1968 yılında geliştirilen Davranışsal Model, çeşitli görüş ve eleştiriler neticesinde zaman içinde değişime uğramış ve modele çeşitli değişkenler eklenmiştir. Şekil 3'te Davranışsal Modelin son hali görülmektedir.

Şekil 3. Davranışsal Model (Son Hali)



Kaynak: Andersen, 1995: 8.

Şekil incelendiğinde davranışsal model çevre, nüfus özellikleri, sağlık davranışları ve sonuçlar olmak üzere 4 boyuttan

oluşmaktadır. Eğilim, kolaylaştırıcı ve ihtiyaç faktörlerin yanında sağlık hizmetleri kullanımı sağlık sistemi (politika, kaynaklar ve örgütlenme) ve dış çevre (fiziksel, politik ve ekonomik) tarafından etkilenmektedir. Çevre ve nüfusun özellikleri bireyin davranışını (beslenme, egzersiz gibi) ve sağlık hizmeti kullanımını etkilemekte ve bu üç boyut, bireyin algılanan ve değerlendirilen sağlık durumunu ve memnuniyetini etkilemektedir. Şekilde ayrıca, faktörlerin karşılıklı olarak birbirini etkiledikleri diğer bir ifadeyle döngüsel bir ilişki olduğu görülmektedir (Aday, Andersen, 1974; Andersen, 1995; Andersen, Newman, 2005).

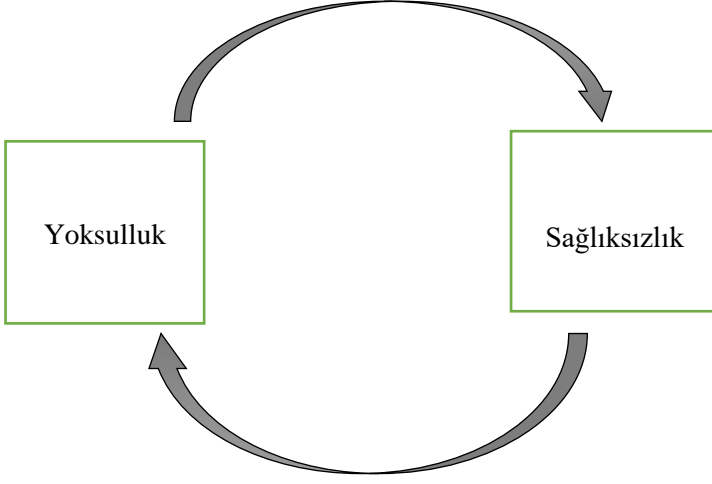
Yoksulluğun Sağlık Statüsü ve Sağlık Hizmeti Kullanımı İle İlişkisi

1. Yoksulluk ve Sağlık Statüsü

Yoksulluk, kişilerin yaşam süresini ve yaşam kalitesini azaltmakta ve kişilere yaşam boyunca zarar vermektedir (Kaplan 2009). Yoksullar daha fazla hastalanmakta ve ortalamaya göre daha erken yaşta ölmektedir. Yoksullarda, ortalamanın üzerinde çocuk ve anne ölümü ve hastalanma, sosyal korumadan yetersiz yararlanma görülmekte ve yoksul kadın ve kız çocukları cinsiyet eşitsizliğinin etkisinden daha fazla zarar görmektedir (DSÖ/OECD 2003). Yoksulluk ve sağlık statüsü ölçümünde farklı metotlar kullanılsa da ulaşılan sonuç, yoksulluğun sağlıksızlığa neden olduğudur (Phipps 2003).

Dünya genelinde, sağlıksızlık yoksulluğa neden olmaktadır. Hem makro seviyede (ülkeler arası ve ülke genelinde) hem de mikro seviyede (birey, hane, toplum) yapılan çalışmalar yoksulluk ve sağlıksızlık arasındaki iki yönlü ilişkiyi göstermektedir (Hulme ve Lawson 2006). Şekil 4’de yoksulluk ve sağlık arasındaki iki yönlü ilişki görülmektedir. Sağlıksızlık, yoksulluğa; yoksulluk ise sağlıksızlığa yol açmaktadır.

Şekil 4. Yoksulluk ve Sağlık Arasındaki İki Yönlü İlişki



Kaynak: Grant, 2005: 4

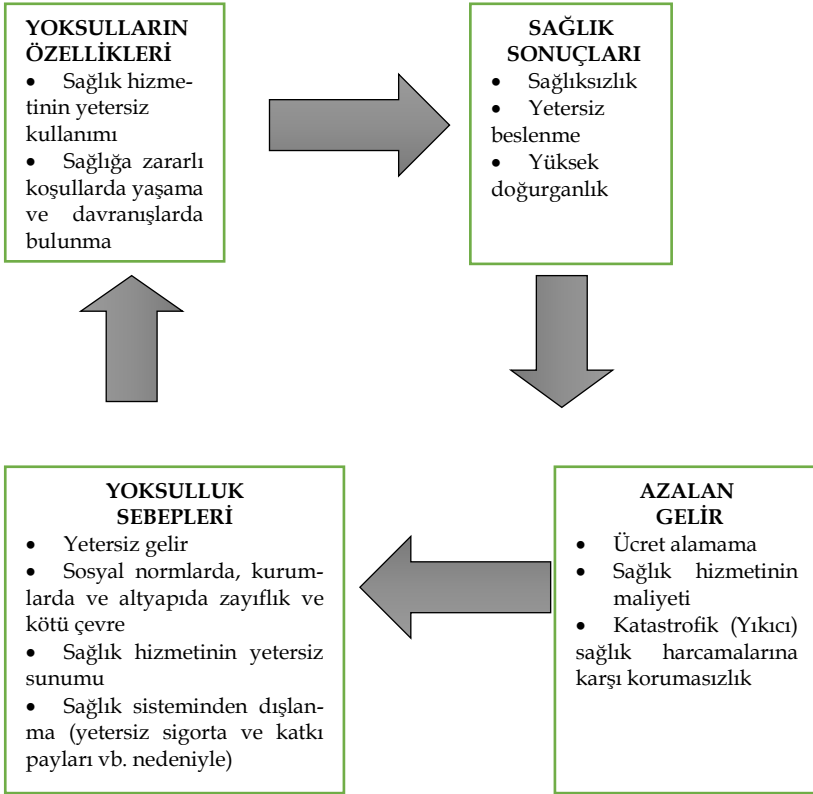
Sağlıksızlık yoksulları daha fazla etkilemesinin yanında yoksulluğun da bir nedenidir. Hastalığın tedavisi nedeniyle katlanılan maliyet ve hastalık nedeniyle çalışamama yoksulluğa neden olmakta ya da yoksulluğu derinleştirmekte ve bu durum yoksulluk tuzağı (poverty trap) olarak adlandırılmaktadır. Düşük gelir ve sağlıksızlığın bileşik etkisi yoksulluk tuzağını oluşturmaktadır (DSÖ 2002).

Yoksullar için sağlık ekonomik varlıktır. Geçimlerini sağlamları sağlıklarına bağlıdır. Yoksul bir kişi hastalandığında ya da kaza geçirdiğinde, tüm hanehalkı azalan gelir ve yüksek sağlık hizmeti maliyetiyle karşı karşıya kalmaktadır (DSÖ/OECD 2003). Yoksul haneler, gelirlerinin büyük kısmını beslenme için harcamak zorunda kaldıkları için gelirlerindeki küçük değişiklik bile beslenmelerini ve sağlıklarını etkilemektedir (Hupalo ve Herden 1999).

Şekil 5'te yoksulluk ve sağlık arasındaki ilişkiyi gösteren kapsamlı döngü yer almaktadır. Şekil incelendiğinde yetersiz gelir ve sosyal koruma mekanizması, sağlık hizmetleri sunumunda alınan katkı payları gibi faktörlerin yoksulluğa neden

olduğu görülmektedir. Yoksul kişiler, sağlık hizmetini yetersiz kullanmakta ve sağlığa zararlı yaşam sürmektedir. Bu özellikler başta sağlıksızlık olmak üzere çeşitli sağlık sonuçlarına yol açmaktadır. Sağlığın kaybedilmesi nedeniyle çalışamayan ve sağlık harcamalarını karşılamak zorunda kalan yoksulların gelirleri azalmakta ve bu durum yoksulluğu derinleştirmektedir. Bu döngü birbirini besler hale gelmekte ve yoksulluk-sağlıksızlık kısır döngüsü ortaya çıkmaktadır.

Şekil 5. Yoksulluk ve Sağlık Döngüsü

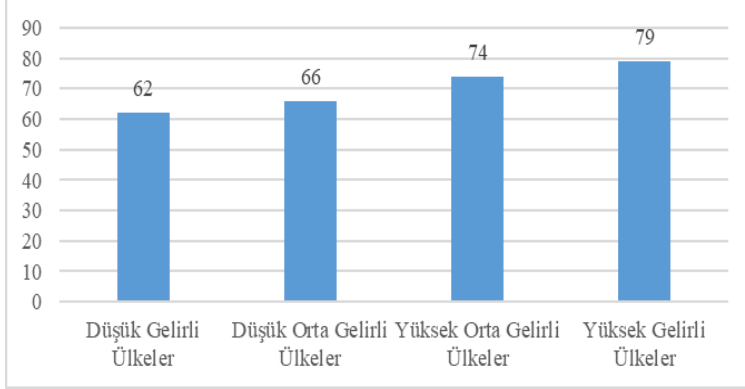


Kaynak: Wagstaff, 2002: 98.

Yoksulluğun ve gelirin sağlık statüsü üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla, gelir gruplarına göre sınıflandırılan ülkelerin sağlık statüsü göstergeleri birbirleriyle karşılaştırılmaktadır. Şekil 6'da gelir düzeyine göre doğumda beklenen yaşam süresi

verilmektedir. Doğumda beklenen yaşam süresi ile ülkelerin geliri pozitif ilişkilidir ve gelir arttıkça doğumda beklenen yaşam süresi de artmaktadır.

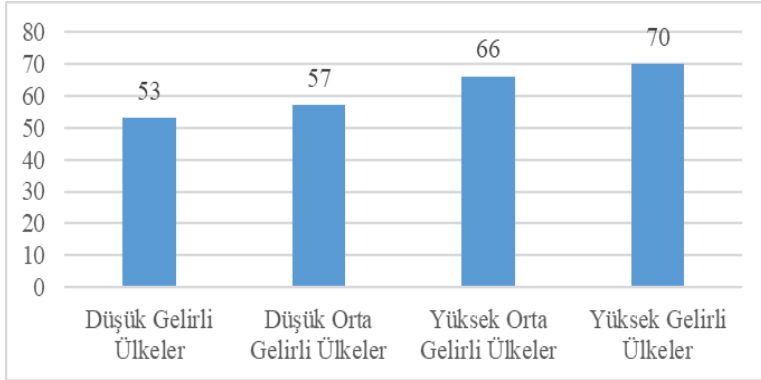
Şekil 6. Gelir Düzeyine Göre Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (2013, Yılı)



Kaynak: DSÖ (2015d).

Doğumda beklenen yaşam süresi gibi, doğumda beklenen sağlıklı yaşam süresi de gelirle ilişkili olup, 2013 yılı için düşük gelirli ülkelerde doğumda beklenen sağlıklı yaşam süresi 53 yıl iken, yüksek gelirli ülkelerde 70 yıldır (Şekil 7).

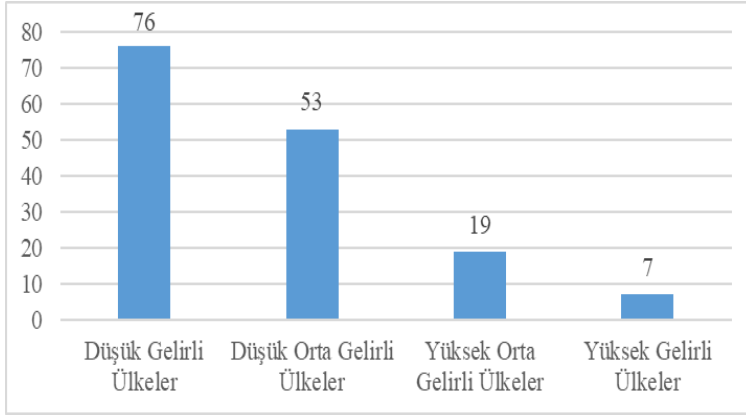
Şekil 7. Gelir Düzeyine Göre Doğumda Beklenen Sağlıklı Yaşam Süresi (2013, Yılı)



Kaynak: DSÖ (2015d).

Şekil 8 incelendiğinde beş yaş altı ölümü açısından düşük gelirli ülkeler ile yüksek gelirli ülkeler arasında fark olduğu, düşük gelirli ülkelerde beş yaş altı ölümünün yüksek gelirli ülkelere göre yaklaşık 7 kat daha fazla olduğu görülmektedir.

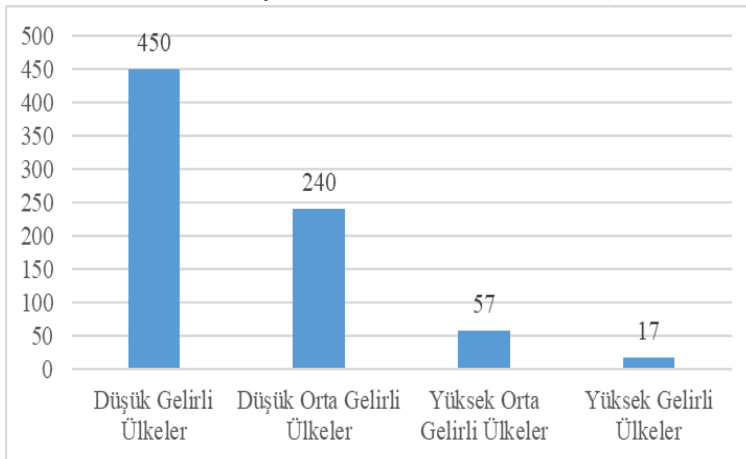
Şekil 8. Gelir Düzeyine Göre Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (2015, %0)



Kaynak: UNICEF (2015).

Gelir ile anne ölümü ilişkili olup, düşük gelirli ülkelerde yüz binde 450 olan anne ölüm oranı yüksek gelirli ülkelerde yüz binde 17'dir (Şekil 9).

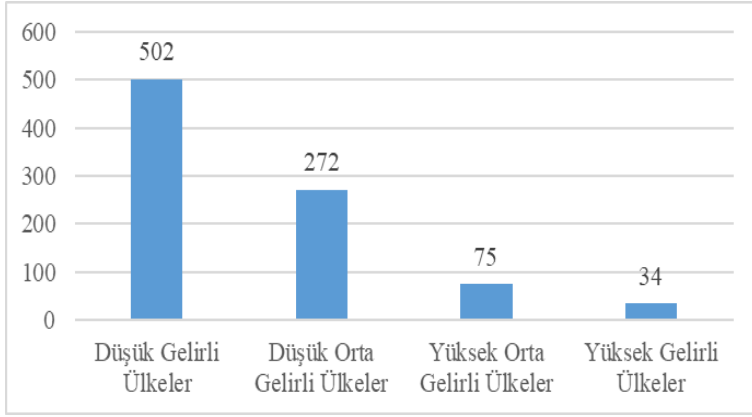
Şekil 9. Gelir Düzeyine Göre Anne Ölüm Oranı (2013, %000)



Kaynak: DSÖ (2015d).

Bulaşıcı hastalıklardan ölümün yüksekliği, ülkelerin gelişmişliğinin göstergelerindedir. Şekil 10'da ülkelerin gelir seviyeleri ile bulaşıcı hastalıklardan ölümlerin negatif ilişkili olduğu ve gelir seviyesi arttıkça bulaşıcı hastalıklardan ölümün azaldığı görülmektedir.

Şekil 10. Gelir Düzeyine Göre Bulaşıcı Hastalıklardan Ölüm (2012, %000)



Kaynak: DSÖ (2015d).

Ülke seviyesinde karşılaştırmaların yanında yoksulluğun sağlık üzerine etkisi çok sayıda araştırmada da incelenmektedir. Kanada'nın en büyük eyaleti Ontario'da yürütülen araştırmalarda, en düşük refah seviyesinde yer alan insanların, en yüksek refah seviyesinde yer alan insanlara göre sağlıklarını 3 kat daha kötü şekilde ifade ettikleri, yoksul erkeklerin 2 kat, kadınların ise 2,5 kat daha fazla diyabete yakalandıkları saptanmıştır. Ayrıca, yüksek maddi yoksunluk içerisindeki bölgelerde yaşayan ailelerin çocuklarında düşük doğum ağırlığı görülme oranı binde 60 iken; maddi yoksunluğun düşük olduğu bölgelerde yaşayanlarda ise binde 43'tür (Barnes et al. 2013).

Toronto'da yürütülen araştırmada, yoksul erkeklerin yarısının ortalama yaşam süresinden önce öldüğü, yoksul kadınların % 85'inde diyabet olduğu, 15-24 yaş grubundaki yoksul kadın-

larda cinsel yolla bulaşan hastalıkların 2 kat fazla görüldüğü ve en düşük refah seviyesinde yaşayanların çocuklarında düşük doğum ağırlığının % 40 daha fazla görüldüğü bulgularına ulaşılmıştır (Toronto Public Health 2015).

Yaşanılan ülkenin zengin ya da yoksul olması, yoksulların kötü sağlık statüsüne sahip oldukları gerçeğini değiştirmemektedir. Hollanda, Finlandiya ve Birleşik Krallık'ta yoksullar zenginlere göre 10 yıl daha az yaşamaktadır (Carr 2004).

Karataş (2008) tarafından 206 tüberküloz hastası üzerinde gerçekleştirilen araştırmada katılımcıların % 43'ü tüberküloza yakalanma nedenlerinin işsizlik ve bunun sonucunda yoksulluk olduğunu belirtmiştir. Ayrıca tüberküloza yakalanma nedenleri ile yoksulluk nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Özen (2008) tarafından kent yoksullarının sağlık ve hastalık deneyimlerinin incelendiği çalışmada, yoksulların akut ve kronik hastalıklara karşı savunmasız oldukları, sağlığı hastalığın olmaması şeklinde algıladıkları saptanmıştır.

Yoksul ve yoksul olmayan kadınlarda sağlık algısını etkileyen etmenlerin incelendiği çalışmada, yoksullarda sağlık durumunu kötü-orta şeklinde algılayanların oranı % 78,10 iken, yoksul olmayanlarda bu oran % 43,33 olarak bulunmuştur (Çapık 2006).

Kaynak (2006) tarafından "İnönü Emin Aytan Sağlık Ocağı Bölgesinde Yoksulluğun Sağlık Üzerine Etkisi" isimli çalışmada cinsiyet (kadın), düşük eğitim, yoksulluk, çalışma statüsü (mavi yakalı) gibi değişkenlerin sağlık üzerinde anlamlı etkisi olduğu saptanmıştır.

Yoksulluk etkisini çocuk sağlığı üzerinde de göstermektedir. Yoksul olan çocuklar yoksul olmayanlara göre daha fazla hastalanmakta ve ölüm yoksul çocuklarda daha yüksek oranda görülmektedir (Starfield 1992). Uzun süreli yoksulluk çeken ço-

çocuklar erişkinliklerinde fiziksel ve ruhsal hastalıklara daha yakın hale gelmektedir (Evans, Cassells 2014).

Bolivya’da en yoksul dilimde yer alan kesimde beş yaş altı ölüm hızı 5 kat daha fazladır (DSÖ 2002). Bir başka çalışmada, yoksul çocukların bir yaşını doldurmadan ölme olasılıklarının yaklaşık olarak 5 kat; beş yaşını doldurmadan ölme olasılıklarının yaklaşık olarak 4 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir (Eryurt, Koç 2009).

Gürarlan (2006), tarafından yoksulluğun 1-4 yaş grubu çocukların hastalanma sıklığı üzerine etkisinin incelendiği çalışmaya ilişkin bulgular Tablo 5’te verilmektedir. Tablo incelendiğinde, tüm sağlık statüsü göstergelerinde yoksul çocuklar daha kötü konumda olduğu görülmektedir.

Tablo 5. Yoksul ve Yoksul Olmayan Çocukların Sağlık Statülerinin Karşılaştırılması (%)

| | Düşük Doğum Ağırlığı | İlk Ay Sorun Görülme | İlk Yıl Sorun Görülme | Kronik Hastalık | Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu | İshal-Kusma | Ateşli Hastalık | İdrar Yolu Enfeksiyonu | Paraziter Hastalık | Yaşa Göre Boy Kısaldığı | Yaşa Göre Düşük Kilo |
|--------------|----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------|------------------------------|-------------|-----------------|------------------------|--------------------|-------------------------|----------------------|
| Yoksul | 26,4 | 51,1 | 82,2 | 57,5 | 100,0 | 98,9 | 99,4 | 44,3 | 24,1 | 40,2 | 43,1 |
| Yoksul Değil | 19,8 | 34,9 | 61,6 | 29,1 | 94,2 | 72,1 | 94,2 | 11,6 | 8,1 | 38,4 | 18,6 |

Kaynak: Gürarlan, 2006.

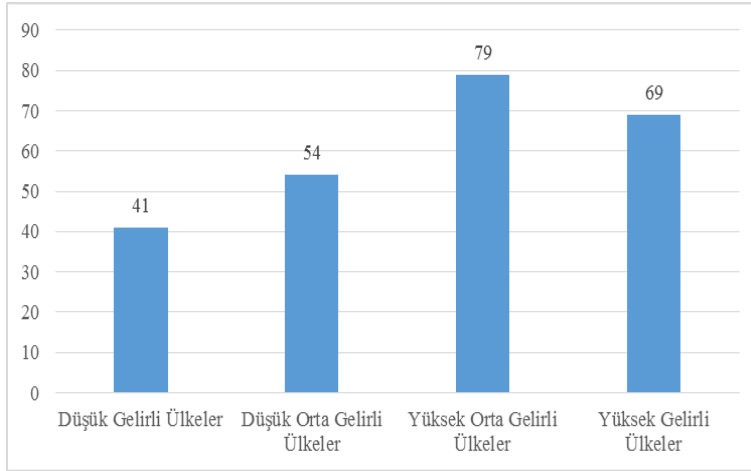
2. Yoksulluk ve Sağlık Hizmeti Kullanımı

Yoksulluk, sağlık statüsü üzerinde olumsuz etkisinin yanında sağlık hizmeti kullanımını da kısıtlamaktadır (OECD 2003). Yoksulların sağlık hizmetine daha fazla ihtiyaçları olmasına rağmen, sağlık hizmetini daha az kullanmaları “tersine hizmet yasası” olarak adlandırılmaktadır (Hart 1971; OECD 2008).

Yoksullar için sağlık hizmeti pahalı, düşük kalitede ve ulaşılamaz olabilmektedir (Carr 2004). Yoksulluk, ailelerin eğitimsizliği, tükenmişliği ve ilgisizliği nedeniyle çocuklardaki hastalık bulgularının önemsenmemesine ya da fark edilmemesine neden olmakta, böylece çocuklar sağlık kurumlarına geç götürülmekte ya da hiç götürülmemektedir (Hatun 2002).

Yoksulluk ve gelirin sağlık hizmeti kullanımına etkisinin incelenmesi amacıyla gelir düzeylerine göre gruplandırılmış ülkelerin sağlık hizmeti kullanım göstergeleri karşılaştırılmaktadır. Şekil 11'de gelir düzeylerine göre gruplandırılmış ülkelerde gebeliği önleyici yöntem kullanımı verilmektedir. Yöntem kullanımı gelire ilişkili olup, yöntem kullanımı en az düşük gelirli ülkelerde %41, orta gelirli ülkelerde %54, yüksek orta gelirli ülkelerde %79 ve yüksek gelirli ülkelerde %69'dur.

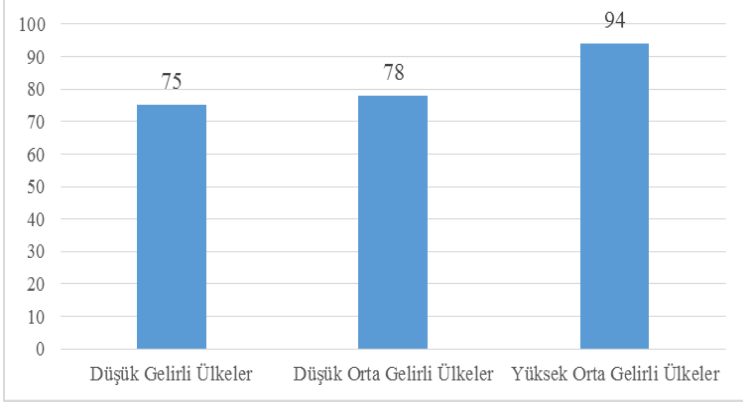
Şekil 11. Gelir Düzeyine Göre Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı (2013, %)



Kaynak: DSÖ (2015d).

Doğum öncesi bakım alma oranı ülkelerin gelirlerine göre değişmekte ve gelir düzeyi arttıkça doğum öncesi bakım alımı da artmaktadır. Doğum öncesi bakım düşük gelirli ülkelerde %75 iken yüksek orta gelirli ülkelerde %94'tür (Şekil 12).

Şekil 12. Gelir Düzeyine Göre Doğum Öncesi Bakım Alma (2014, %)

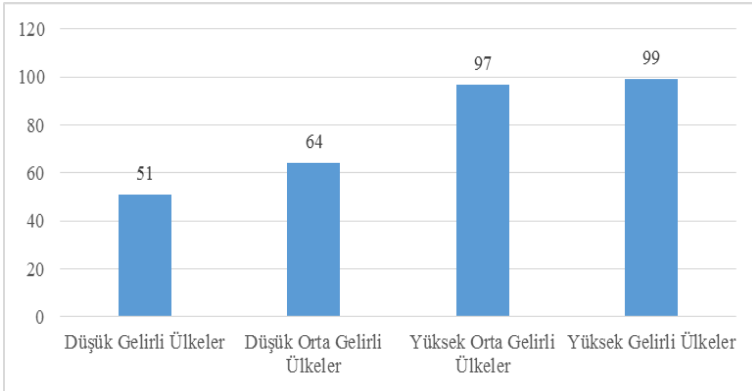


Kaynak: DSÖ (2015d).

Şekil 13 incelendiğinde, sağlık personeline gerçekleştirilen doğum oranının ülkelerin gelirlerinden etkilendiği ve doğumun sağlık personeline gerçekleştirilmesi oranının düşük gelirli ülkelerde % 51 ve yüksek gelirli ülkelerde % 99 olduğu görülmektedir.

Şekil 13. Gelir Düzeyine Göre Doğumun Sağlık Personeline

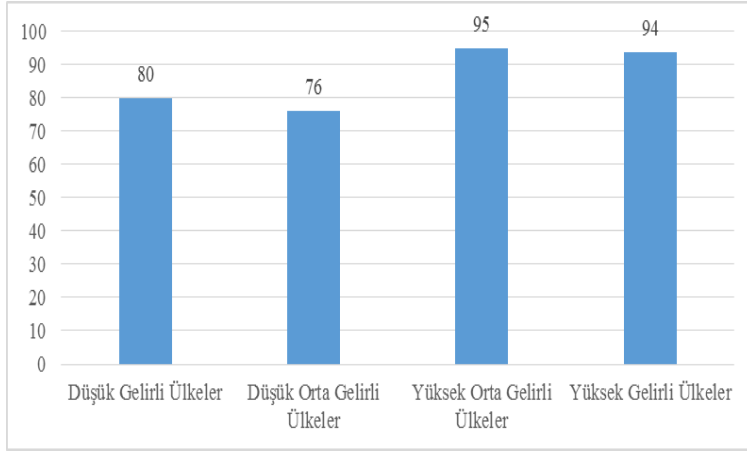
Gerçekleştirilmesi (2014, %)



Kaynak: DSÖ (2015d).

Binyıl Kalkınma Hedefleri ile çocukların kızamığa karşı korunması tüm ülkeler için ortak bir hedef olarak belirlenmiş olmakla birlikte, çocukların kızamık aşısı olma oranı farklıdır. Şekil 14 incelendiğinde, düşük gelirli ülkelerde yaşayan çocukların % 80'ine, yüksek orta ve yüksek gelirli ülkelerin ise % 90'ından fazlasına kızamık aşısı yapılmıştır.

Şekil 14. Gelir Düzeyine Göre Kızamık Aşısı Olma Oranı (2013, %)



Kaynak: DSÖ (2015d).

Yoksulluğun sağlık hizmeti kullanımına etkisini araştıran çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Arcury vd. (2005) tarafından ABD'nin Güney Karolina eyaletinde sağlık hizmeti kullanımının incelendiği araştırmada, düşük gelirlilere göre orta gelirli olanların 1,06 kat, yüksek gelirlilerin ise 1,24 kat daha fazla düzenli check-up yaptıkları, düşük gelirlilere göre orta gelirli olanların 1,60 kat, yüksek gelirlilerin ise 2,93 kat daha fazla kronik bakımdan yararlandıkları belirlenmiştir. ABD'de gelirin çocukların sağlığı ve sağlık hizmetleri kullanımı üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada, yoksul ailelerin çocuklarında karşılanmayan sağlık hizmeti ihtiyacının 3,96 kat, karşılanmayan diş sağlığı hizmeti ihtiyacının 2,51 kat ve reçete edilen ilaçların alınmamasının 4,67 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Larson, Halfon 2010). Güraslan (2006) tarafından Muş'ta yürütülen çalışmada, yoksul mahallede yaşayan çocukların % 65,5'inin, refah düzeyi yüksek

mahallede çocukların ise % 82,6'sının tam aşılı olduğu saptanmıştır.

Etiyopya'da karşılanmayan aile planlaması ihtiyacının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada yüksek refah düzeyindeki- lere göre, en düşük ve düşük refah düzeyinde yaşayanlarda karşılanmayan aile planlanması ihtiyacının 1,11 kat daha fazla olduğu (Ayele et al. 2013), Sudan'da yapılan çalışmada ise gebeliği önleyici yöntem kullanımının en düşük refah düzeyine göre, en yüksek refah düzeyinde 5,362 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır (Ahmed 2008).

Gana'da doğum öncesi bakım almayan kadın oranı, en düşük refah düzeyinde % 6,2 iken en yüksek refah düzeyinde % 0,4'tür (Arthur, 2012). Namibya'da doğum öncesi bakım alma oranının yoksullarda % 91,7 iken, zenginlerde % 97,7 ve doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesinin sırasıyla % 66,1 ve % 94,7 olduğu belirlenmiştir (Rashid, Antai 2014).

Sonuç

Bu çalışmada yoksulluk olgusu ve yoksulluğun sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımı ile ilişkisi incelenmektedir. Yoksulluğun sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri ile ilişkisinin incelenmesinde Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Bankası gibi kuruluşların yayınladığı verilerden ve gerçekleştirilen ulusal ve yabancı çalışmalardan yararlanılmıştır.

Bu çalışma, yoksulluğun azalmakla birlikte görülmeye devam ettiğini göstermektedir. 2011 Satın Alma Gücü Paritesine göre 1,90 dolar yoksulluk sınırına göre 1990 yılında dünya genelinde 1,958 milyon kişi yoksul iken, 2015 yılında 702,1 milyon kişinin yoksulluk sınırının altında yaşadığı tahmin edilmektedir. Oransal açıdan, 1990 yılında dünya nüfusunun % 37,1'i yoksul iken 2015 yılında bu oranın % 9,6'ya düşmesi beklenmektedir. 1990-2015 döneminde dünya genelinde ve bölgelerde yoksul sayısı ve oranında düşüş olduğu görülmekle birlikte, Sahra Altı Afrika'da nüfusun % 35'i halen yoksuldur.

Yoksulluğun ve kalkınmanın bir diğer göstergesi insani gelişme endeksidir. 2014 yılında dünya İGE değeri 0,711; doğumda yaşam beklentisi 71,5; ortalama eğitim süresi 12,2 ve kişi başına GSMH 14.301 dolardır. 0,944'lük İGE ile Norveç 188 ülke arasından birinci sırada yer almaktadır. Çok yüksek İGE kategorisinde yer alan ülkelerde doğumda yaşam beklentisi 80 yıl ve üzerinde, ortalama eğitim süresi 12 yıl ve üzerinde, beklenen eğitim süresi 16 yıl ve üzerinde ve kişi başına GSMH düzeyleri 44-64.000 dolar aralığındadır. Çok yüksek insani gelişme seviyesinde olan ülkelerde hem kişi başına düşen GSMH miktarı yüksek hem de gelir dağılımının diğer ülkelere göre daha adil olduğu söylenebilir. Türkiye'nin de yer aldığı yüksek insani gelişme değerine sahip ülkelerin çok yüksek insani gelişme değerine sahip ülkelere göre hem kişi başına GSMH düzeylerinin düşük hem de gelir dağılımının daha adaletsizdir.

Türkiye'de gelire dayalı görelî yoksulluk oranı, 2006 yılında % 18,6 iken 2013 ve 2014'te yıllarında % 15'e ve 12,5 milyon olan yoksul sayısı ise 11,3 milyona gerilemiştir. Yıllar itibarıyla kent ve kırsal yoksulluk oranının oransal olarak birbirine yakın seyretmekte ve 2008 yılı dışında kırsal kesimde yoksulluk oranı kentsel alana göre daha fazladır. Türkiye'de 1963 yılında 0,55 olarak tespit edilen Gini Katsayısı 1973 yılında 0,51 ve 1983 yılında 0,52'dir. 1994 yılından itibaren gelir eşitsizliğinde azalmalar görülmekle, Gini Katsayısı 2010 yılından itibaren 0,40 civarında seyretmektedir.

Çalışmayla ulaşılan bir diğer sonuç, yoksulluk sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımını etkilemektedir. Doğumda beklenen yaşam süresi ve doğumda beklenen sağlıklı yaşam süresi ile ülkelerin geliri pozitif ilişkilidir. Beş yaş altı ölümü açısından düşük gelirli ülkeler ile yüksek gelirli ülkeler arasında fark bulunmakta, düşük gelirli ülkelerde beş yaş altı ölümü yüksek gelirli ülkelere göre yaklaşık 7 kat daha fazladır. Gelir ile anne ölümü ilişkili olup, düşük gelirli ülkelerde yüz binde 450 olan anne ölüm oranı yüksek gelirli ülkelere yüz binde 17'dir. Ülkelerin gelir seviyeleri ile bulaşıcı hastalıklardan ölümler nega-

tif ilişkilidir ve gelir seviyesi arttıkça bulaşıcı hastalıklardan ölüm azalmaktadır.

Yoksullukla sağlık hizmeti kullanımı arasındaki ilişkiye baktığımızda gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı gelirle ilişkili olup, yöntem kullanımı en az düşük gelirli ülkelerdedir. Doğum öncesi bakım alma oranı ülkelerin gelirlerine göre değişmekte ve gelir düzeyi arttıkça doğum öncesi bakım alımı da artmaktadır. Doğum öncesi bakım düşük gelirli ülkelerde % 75 iken yüksek orta gelirli ülkelerde % 94'tür. Sağlık personeline gerçekleştirilen doğum oranı ülkelerin gelirlerinden etkilenmekte ve doğumun sağlık personeline gerçekleştirilmesi oranı düşük gelirli ülkelerde % 51 ve yüksek gelirli ülkelerde % 99'dur. Düşük gelirli ülkelerde yaşayan çocukların % 80'ine, yüksek orta ve yüksek gelirli ülkelerin ise % 90'ından fazlasına kızamık aşısı yapılmıştır.

Dünya Bankası, Dünya Sağlık Örgütü kuruluşların yayınladığı verilerden ve gerçekleştirilen ulusal ve yabancı çalışmalardan yararlanılarak oluşturulan bu çalışma yoksulluğun sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımını olumsuz etkilediğini göstermektedir. Bu nedenle yoksullukla mücadelede elde edilen başarı yoksul bireylerin sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımına olumlu olarak yansiyacaktır.

Kaynaklar

- Aday L. A. ve Andersen R. "A Framework for the Study of Access to Medical Care", *Health Services Research*, 9(3), 1974 s. 208-220.
- Ahmed HMM. "Barriers to Family Planning in Sudan: Results From a Survey in White Nile, Kassala and Al-Gadarif. African", *Development Review* 25(4), 2013, 499-512.
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. 2015 Yılı İdare Faaliyet Raporu, Ankara, 2015.
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Eğitim Yardımları, Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü, Ankara, Erişim: 07.05.2016, <http://sosyalyardimlar.aile.gov.tr/sosyal-yardim-programlarimiz/egitim-yardimlari>
- Andersen R. ve Newman JF. "Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States", *The Milbank Quarterly*, 83(4), 2005, s. 1-28.
- Andersen R. A Behavioral Model of Families' Use of Health Services, Research Series #25, The University of Chicago, Center for Health Administration Studies, Chicago, 1968.
- Andersen R.M. "Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter?", *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1995, s. 1-10.
- Arcury TA. Gesler WM. Preisser, JS. Sherman, J. Spencer, J. and Perin J. "The Effects of Geography and Spatial Behavior on Health Care Utilization Among the Residents of a Rural Region. *Health Services Research*", 40(1), 2005, s. 135-156.
- Arpacıoğlu Ö. Dünyada ve Türkiye'de Yoksulluk ve Yoksullukla Mücadele. Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2012.
- Arthur E. Wealth and Antenatal Care Use: Implications For Maternal Health Care Utilisation in Ghana. *Health Economics Review* 2(1), 2012, s. 1-8.
- Atasever M. Türkiye İlaç Sektörü Analizi. ABSAM Yayınları, Ankara, 2015.
- Avrupa Birliği (2015b) Avrupa 2020 Stratejisi: Akıllı, Sürdürülebilir ve Kapsayıcı Büyüme İçin Avrupa Stratejisi, <http://www.ab.gov.tr/index.php?p=45169vel=1> (Erişim: 21.02.2015).

- Aydın E. Türkiye’de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi. Naturel Kitap Yayıncılık, Ankara, 2002.
- Aydın S. ve Mollahaliloğlu S. ‘Uluslararası Sağlık Kruluşları ve Türkiye İlişkileri’, Hastane Yönetimi İçinde: Sur H. ve Palteki T. (Ed), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2013.
- Ayele W. Tesfaye H. Gebreyes, R. and Gebreselassie, T. Trends and Determinants of Unmet Need for Family Planning and Programme Options. Further Analysis of the EDHS, Ethiopia, 2000.
- Barnes S. Block, S. Gardner B. and Shapcott, M. Poverty is a Health Issue. Wellesley Institute Submission on the Ontario Poverty Reduction Strategy, Wellesley Institute, Toronto, 2013.
- Bildirici Z. Avrupa Birliği’nde Yoksullukla Mücadele Ve Türkiye’nin Uyum Sürecindeki Yeni Uygulamalar. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Avrupa Birliği ABD, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2011.
- Birleşmiş Milletler. Rethinking Poverty, Report on the World Social Situational 2010, United Nations Publications, New York, 2009.
- Birleşmiş Milletler (2015) UN at a Glance. <http://www.un.org/en/aboutun/index.shtml>
- Blum HL. Planning for Health: Development and Application of Social Change Theory. Human Sciences Press, New York, 1974.
- Canbay T. ve Selim S. Türkiye’de Hanehalkı Yoksulluğu. Ege Akademik Bakış 10 (2), 2010, s. 627-649.
- Carr D. Improving the Health of the Worlds Poorest People. Health Bulletin, (1), 2004, s. 1-34.
- Coşkun S. ve Tireli M. Avrupa Birliği’nde Yoksullukla Mücadele Stratejileri ve Türkiye. Nobel Yayın Dağıtım Ltd. Şti, Ankara, 2008.
- Çapık C. Yoksul ve Yoksul Olmayan Kadınlarda Sağlık Algısını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2006.
- Çelik Y. Sağlık Ekonomisi. 2. Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2013.
- Devlet Planlama Teşkilatı. Gelir Ankara. Dağılımının İyileştirilmesi Ve Yoksullukla Mücadele Özel İhtisas Komisyonu Raporu, 2001.

- Doğramacı İ. 4-9 Eylül 2004 Tarihlerinde Kopenhag'da Yapılan 54. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Komite Toplantısında Yaptığı Konuşma. SB Diyalog 1 (7), 2004, s. 54-57.
- DSÖ. (1946) Constitution of World Health Organization, http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf (Erişim: 23.08.2015).
- DSÖ. Health, Economic Growth and Poverty Reduction: The Report of Working Group I of the Commission on Macroeconomics and Health. World Health Organisation, Geneva, 2002.
- DSÖ A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons. Volume 5, Centre for Health Development Ageing and Health Technical Report World Health Organization, 2004.
- DSÖ (2015a) WHO History, <http://www.who.int/about/en/> (Erişim: 10.07.2015).
- DSÖ (2015d) World Health Statistics 2015, World Health Organization.
- DSÖ (2015d) World Health Statistics 2015, World Health Organization.
- DSÖ ve OECD (2003) DAC Guidelines and Reference Series Poverty and Health. OECD Publishing.
- Dünya Bankası (2014b) World Bank History, <http://www.worldbank.org/en/about/history> (Erişim: 10.01.2014).
- Dünya Bankası (2016) Development Goals in an Era of Demographic Change, Global Monitoring Report 2015-2016, The International Bank for Reconstruction and Development, Washington DC 20433, USA.
- Erdem R. ve Pirinççi E. Sağlık Hizmetlerinde Kullanım ve Kullanımı Etkileyen Faktörler. O.M.Ü. Tıp Dergisi 20 (1), 2003, s. 39-46.
- Eryurt MA. ve Koç İ. Yoksulluk ve Çocuk Ölümlülüğü: Hanehalkı Refah Düzeyinin Çocuk Ölümlülüğü Üzerindeki Etkisi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 52(3), 2009, s. 113-121.
- Evans GW. ve Cassells RC. Childhood Poverty, Cumulative Risk Exposure, and Mental Health in Emerging Adults. Clinical Psychological Science 2(3), 2014, s. 287-296.

- Feinstein AR. Benefits ve Obstacles for Development of Health Status Assessment Measures in Clinical Settings. *Medical Care* 30 (5), 1992, s. 50-56.
- Fleming M.L. ve Parker, E. Introduction to Public Health. Churchill Livingstone, Elsevier, Australia, 2009.
- Greenfield S. ve Nelson EC. Recent Developments and Future Issues in the Use of Health Status Assessment Measures in Clinical Setting, *Medical Care* 30 (5), 1992, s. 23-41
- Gürarlan N. Yoksulluğun 1-4 Yaş Grubu Çocuklarda Hastalanma Sıklığı Üzerine Etkileri. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Mersin, 2006.
- Hagenaars A. ve De Vos K. The Definition and Measurement of Poverty. *The Journal of Human Resources* 23(2), 1988, s. 211-221.
- Hart JT. The Inverse Care Law. *Lancet* 97(7696), 1971, s. 405-412.
- Hatun Ş. Yoksulluk ve Çocuklar Üzerine Etkileri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 46(4), 2002, s. 251-260.
- Hong TK. Dibley MJ. ve Tuan T. Factors Affecting Utilization of Health Care Services by Mothers of Children Ill With Diarrhea in Rural Vietnam. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health* 34 (1), 2003, s. 187-198.
- Hulme D. ve Lawson D. Health, Health Care, Poverty and Well Being: An Overview for a Developing Country Focus. *Development Economics and Public Policy Working Paper Series* 19, 2006, s. 1-28.
- Hupalo P. ve Herden K. Health Policy and Inequality, Commonwealth of Australia, 1999.
- Kalkınma Bakanlığı, 10. Kalkınma Planı, Ankara, 2013.
- Kaplan AG. Foundation, New Jersey, 2009.
- Karataş K. "Tüberküloz ve Yoksulluk: Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri, Yaşam Koşulları, Yoksulluk ve Tüberküloz Hastalığının Nedenlerine İlişki", *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 19(2), 2008, s. 7-20.
- Kavuncubaşı Ş. ve Yıldırım, S. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Siyasal Kitabevi, 2. Baskı, Ankara, 2010.
- Kaya S. Dünya Bankası ve Türkiye. *Sayıştay Dergisi* 46-47, 2002, s. 3-42.
- Kaynak C. İnönü Emin Aytan Sağlık Ocağı Bölgesinde Yoksulluğun Sağlık Üzerine Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fa-

- kültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, İzmir, 2006.
- Kazgan G. İktisadi Düşünce veya Politik İktisadın Evrimi. Remzi Kitabevi, İstanbul, 1984.
- Khan MH. Rural Poverty in Developing Countries: Issues and Policies, International Monetary Fund, WP/ 00/78, 2000.
- Kredi Yurtlar Kurumu (2016) Tarihçe, <http://yurtkur.gsb.gov.tr/Sayfalar/2397/2387/Tarihce> (Erişim: 15.03.2016).
- Larson K. and Halfon N. Family Income Gradients in the Health and Health Care Access of US Children. Maternal and Child Health Journal 14(3), 2010, s. 332-342.
- Malthus T. Nüfus Sorunu ve Malthus (Çeviren: O. Yaylalı). Sol Yayınları, İstanbul, 1971.
- Marx K. ve Engels F. Komünist Parti Manifestosu (Çeviren: Erkin Özalp). Yazılama Yayınevi, İstanbul, 1847.
- Marx K. Kapital (Çeviren: A. Bilgi). Sol Yayınları, İstanbul, 1986.
- Metin B. Yoksullukla Mücadelede Asgari Gelir Güvencesi: Türkiye’de Sosyal Yardım ve Hizmet Sisteminde Mevcut Durum ve Asgari Gelir Güvencesi İhtiyacı, Sosyal Güvenlik Dergisi 2(1), 2012, s. 117-151.
- Milli Eğitim Bakanlığı. Milli Eğitim İstatistikleri, T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, Ankara, 2016.
- OECD. DAC Guidelines and Reference Series Poverty and Health. OECD Publishing, ISBN 92-64-10018-0, 2003.
- OECD. OECD Sağlık Sistemleri İncelemeleri: Türkiye, OECD ve World Bank, Paris, 2008.
- OECD (2015) OECD History, <http://www.oecd.org/about/history/> (Erişim: 15.02.2015).
- Özen Y. Health and Illness Experiences among the Urban Poor: The Case of Altındağ, The Graduate School of Social Sciences of Middle East Technical University, Doctoral Dissertation, Ankara, 2008.
- Parasız İ. Makro Ekonomi Teori ve Politika. 6. Baskı, Ezgi Yayınevi, Bursa, 1996.
- Phipps S. A. The Impact of Poverty on Health: A Scan of Research Literature. Canadian Institute for Health Information, Ottawa, Canada, 2003.
- Pire Ö. (2011) Türkiye’de Yoksullukla Mücadelede Uygulanan Sosyal Politika Programları: Isparta İli Örneği, Süleyman

Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2011.

Rashid M. and Antai D. Socioeconomic Position as a Determinant of Maternal Healthcare Utilization: A Population-Based Study in Namibia. *Journal of Research in Health Sciences* 14(3), 2014, 187-192.

Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2003.

Sağlık Bakanlığı. 21 Hedefte Türkiye: Sağlıkta Gelecek. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2007.

Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri (Alma-Ata'nın 30. Yıl Anısına), Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2008.

Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2011, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2012.

Schultz R. ve Johnson AC. Management of Hospitals and Health Services, Beard Books, Washington, D.C., 2003.

Starfield B. Effects of Poverty on Health Status. *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 68 (1), 1992, s. 17-24.

Şenses F. Küreselleşmenin Öteki Yüzü: Yoksulluk. 6. Baskı, İletişim Yayınları, Ankara, 2013.

Tatar M. Mollahaliloğlu S. Şahin B. Aydın S. Maresso A. and Hernandez-Quevedo C. Turkey: Health System Review, *Health Systems in Transition* 13(6), 2011, s. 1-186.

Tengilimoğlu, D. Işık, O. ve Akbolat, M. Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Nobel Yayın Dağıtım, 3. Baskı, Ankara, 2011.

The Los Angeles County Department of Public Health . Social Determinant of Health: How Social and Economic Factors Affect Health, County of Los Angeles Public Health, California, 2013.

Toronto Public Health. The Unequal City 2015: Income and Health Inequities in Toronto, 2015.

Türkiye İstatistik Kurumu (2006-2014) Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırmaları, www.tuik.gov.tr

Türkiye İstatistik Kurumu (2008) Tüketim Harcamaları, Yoksulluk ve Gelir Dağılımı. Sorularla Resmi İstatistikler Dizisi-6, 2008.

Türkiye İstatistik Kurumu (2011) Yoksulluk Çalışması, Haber Bülteni, www.tuik.gov.tr (Erişim:10.08.2014).

- Türkiye İstatistik Kurumu (2014) Türkiye Sağlık Araştırması, Ankara.
- UNDP. Human Development Report 2015, Work for Human Development, New York, USA, 2015.
- UNICEF. Level and Trends in Child Mortality Report, United Nations Children's Fund, 2015.
- Vakıflar Genel Müdürlüğü, 2014 Faaliyet Raporu, Ankara, 2015.
- Van der Steeg AFW, De Vries, J. and Roukema, JA. Quality of Life and Health Status in Breast Carcinoma. *European Journal of Surgical Oncology*, 2004, s. 1051-1057.
- Wagstaff A. Poverty and Health Sector Inequalities. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(2), 2002, s. 97-105.
- Wilson G. Toward a Revised Framework for Examining Beliefs about the Causes of Poverty, *The Sociological Quarterly* 37(3), 1996, s. 413-428.
- Yıldırım HH. Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu. Sağlık-Sen Yayınları-21, Ankara, 2013.
- Yılmaz L. Avrupa Birliği'nin Sosyo-Ekonomik Geleceği: Lizbon Stratejisi ve Küreselleşme, Maliye Bakanlığı AB ve Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı Araştırma ve İnceleme Serisi: 4, Ankara, 2010.