

BÖLGESEL EŞİTSİZLİKLERİN SAĞLIK GÖSTERGELERİ İLE ANALİZİ: MANİSA İLİNİN SAĞLIK STATÜSÜ*

Yrd. Doç. Dr. Burcu GEDİZ ORAL

Celal Bayar Üniversitesi, Uygulamalı Bilimler Yüksekokulu

Yrd. Doç. Dr. Ferhan SAYIN

Celal Bayar Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi,
İktisat Bölümü

ÖZ

Türkiye'nin en temel sorunlarından birisi bölgelerarası eşitsizliklerdir. Bireylerin yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmeleri için, sağlık hizmetleri arzı ve bu hizmetlerden yararlanma potansiyeli, bölgenin sosyal gelişme düzeyini yansıtan unsurlar arasındadır. Ayrıca sağlık personelinin gelişmiş bölgeler doğrultusundaki tercihi, illerin sosyo-ekonomik gelişme düzeyi ile de doğrudan ilişkilidir. Sağlık göstergeleri kalkınma düzeyini belirleyen temel faktörlerden biri olduğundan, sağlık hizmetlerinin yetersizliği, kalkınmayı negatif yönde etkilemektedir. Bu çalışmanın amacı, sağlık göstergeleri ile Manisa ilinin sağlık statüsünün tespit edilmesidir.

Anahtar Kelimeler: Bölgesel kalkınma, bölgesel eşitsizlik, sağlık

THE ANALYSIS OF REGIONAL INEQUALITIES WITH HEALTH INDICATORS: HEALTH STATUS OF MANISA

ABSTRACT

One of the most main problems is regional inequalities in Turkey. In order to sustain the lives of individuals in a healthy way, the supply of health services, and the potential of utilization from these services are among the factors that reflects the level of social development of the region. Furthermore, the choice in the direction of developed regions of healthcare personnel is also directly related with the level of socio-economic development of provinces. Due to the fact that health indicators are one of the main factors that determine the level of development, the lack of health services affects development negatively. The purpose of this study is to determine of health status of Manisa with health indicators.

Keywords: Regional development, regional inequality, health

* Bu çalışma, 9-11 Mayıs 2013 tarihlerinde Celal Bayar Üniversitesi tarafından düzenlenen V. Yerel Ekonomiler Kongresi'nde sunulan bildirinin yeniden düzenlenmiş şeklidir.

Giriş

Sağlık temel insan haklarından biridir. Sosyal adaletin temel ilkesi, insanların sağlıklı ve doyurucu bir yaşam için gerekli şeylere erişiminin olmasını sağlamaktır. Bu aynı zamanda, hem ekonomik hem de sosyal açıdan genel toplum üretkenliğini artırır. Kısa vadede sağlıklı halk politikası, uzun vadede ekonomik fayda sağlayacaktır.

Sağlık sektörü tüm dünya ülkelerinde, özellikle 1960'lı yıllardan sonra üzerinde yoğun çalışmalar yapılan önemli bir konudur. Çeşitli ülkelerde yeni uygulamalar ve sistem değişiklikleri yapılmaktadır. Ancak, Türkiye bu gelişmeleri sistemli bir şekilde takip edememekte ve bu tür çalışmalar bireysel çabalar olarak kalmaktadır. Hatta Türkiye'deki iktisatçıların konuya ancak 1980'li yıllardan sonra ilgi duydukları görülmektedir. Artık ülkelerin sağlık göstergeleri, eğitim göstergeleri ile birlikte kalkınma düzeyini belirleyen temel faktörler olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin hem ulusal hem de bölgesel bazda geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması gerekmektedir (Karabulut-Emsen, 2003: 20).

Sağlık göstergeleri kalkınma düzeyini belirleyen temel faktörlerden biri olduğundan, sağlık hizmetlerinin yetersizliği, kalkınmayı negatif yönde etkilemektedir. Bu çalışmanın amacı, sağlık göstergeleri ile Manisa ilinin sağlık statüsünün tespit edilmesidir. Çalışmada öncelikle kavramsal açıklamalar çerçevesinde; bölgesel eşitsizlik, bölgesel eşitsizliklerin nedenleri ve etkilerinden bahsedilecek, sağlık kavramı, sağlık hizmetlerinin tanımı ve sınıflandırması yapılarak, ardından Türkiye ve TR33¹ içinde Manisa ilinin sağlık göstergeleriyle analizine geçilerek Manisa'nın sağlık statüsü tespit edilmeye çalışılacaktır.

1. Kavramsal Açıklamalar

Türkiye ekonomisinin yaşadığı en temel sorunların başında bölgelerarası gelişmişlik farkları gelmektedir. Ülkemizde bölgelerarasında kalkınma farklılıklarını doğuran belli başlı faktörler olarak; bölgelerin içerisinde yer aldığı coğrafi koşullar, beşeri sermaye uygulanan kalkınma modelleri, alt yapı kapasitesi, pazara ve girdi piyasalarına yakınlık gibi birçok parametrenin etkisi sıralanabilir. Bölgelerarası gelişmişlik farklılıkları sonucunda, görece az gelişmiş bölgeler ülkenin diğer bölgeleri ile entegre olamamakta, bunun sonucunda iç pazarın derinleşmesi ve entegrasyonu gerçekleşmemektedir.

Ülkemizde geçmiş yıllarda bölgesel kalkınma farklılıklarını gidermeye yönelik uygulamalar başarılı olamamış, bölgelerarasında var olan kalkınma farklılıkları artarak devam etmiştir. Özel kesim kaynak tahsis tercihini başta Marmara bölgesi olmak üzere, ülkemizin gelişmiş Batı bölgeleri lehine kullanmıştır. Böylelikle ülkenin az gelişmiş bölgeleri yatırım tercihlerinin

¹ Türkiye İstatistik Bölge Birimleri Sınıflandırması'na göre Düzey 2 TR33 bölgesinde, Manisa, Afyonkarahisar, Kütahya ve Uşak illeri yer almaktadır.

dışında kalmış, bölgelerarasında var olan kalkınma farklılıkları daha da artarak, birçok sosyo-ekonomik soruna kaynaklık etmiştir (Eşiyok-Sekmen, 2012: 1).

2. Bölgelerarası Eşitsizliklerin Nedenleri

Bölgelerarasındaki eşitsizlik ve gelişmişlik farkı; tarihi olarak sermayenin ve emeğin dengesiz olarak belli bölgelerde yoğunlaşmasının sonucudur. Bölgenin özellikleri ve toplumsal yansımaları bu tür bir dengesiz birikime ve eşitsiz dağılıma neden olsa da, 18. yüzyılda sanayi devriminin yarattığı sermaye birikimi ve kalkınma biçimleri ile birlikte tarihsel olarak günümüzün bölgesel eşitsizlikleri oluşmuştur. Bu tür eşitsizlikler ve gelişme farkları yalnız ülkeler arasında değil bir ülkenin farklı bölgeleri arasında da görülebilir (TMMOB, 2004: 1).

Bölgelerarası gelir eşitsizliğinin oluşumunda küreselleşmenin etkili olduğunu savunan görüşler vardır. Cornia ve Kiiski yaptıkları çalışmada son 20 yılda çok sayıda ülkede farklı seviyelerde gelir eşitsizliğinin arttığını gözlemlemişlerdir. 73 ülke² için yapılan analizlerde son 20 yılda 48 ülkede ülke içi eşitsizlik artmıştır. Aynı dönemde 16 ülkede eşitsizlik aynı düzeyde kalmış, 9 ülkede ise azalma görülmüştür. Afrika ülkelerinde, Latin Amerika'da, Doğu Avrupa ve geçiş ekonomilerinde ülke içi eşitsizlik artmıştır (Cornia-Kiiski, 2001: 17-20). Lundber ve Squire ise yaptıkları çalışmada, ülkelerin liberal politikalar uygulamaya başlamasıyla elde edilen gelirlerden yoksulların yararlanamadığını ve bu şekilde gelir dağılımındaki bozukluğun arttığını ortaya koymuşlardır. Buna göre ticaret haddindeki iyileştirmeler, sosyal sınıflar arasındaki farklılığı açmaktadır. Onlara göre serbestleşme, ülke içindeki yoksulluğu ve gelir eşitsizliğini artırmaktadır (Lundberg-Squire, 2001: 16).

Bölgelerarası eşitsizliklerin başkaca sebepleri de söz konusudur. Eşitsizliğin en önemli sebeplerinden biri doğal ya da coğrafi nedenlerdir. Coğrafi nedenler denildiğinde öncelikle iklim, yer altı ve yer üstü zenginlikleri, doğal koşullar, ulaşım ve haberleşme imkanları gibi çeşitli unsurlar gelmektedir. Türkiye, yedi coğrafi bölgeye ayrılmıştır. Bu bölgelerin her birinde farklı coğrafi özellikler görmek mümkündür. Farklı coğrafi özelliklerden tarım sektörü oldukça etkilenmektedir. Tarım sektörü, ülke kalkınmasında olduğu gibi bölge kalkınmasında da ekonominin lokomotif vazifesi görmektedir. Bu tür dengesizlikler doğal kaynakların bazı bölgelerin lehine bazılarının ise aleyhine sonuçlar doğuracak biçimde ortaya çıktığı bölgesel dengesizliklerdir (Gündüz, 2006: 100-101).

Eşitsizliğin oluşmasının en önemli sebeplerinden bir diğeri de ülkede ayrımcılığın ve dışlamanın bulunmasıdır. Farklı kültürel grupların siyasal, ekonomik ve sosyal kaynaklara ulaşamaması, kaybeden grupta bireysel refahı azaltmaktadır. Ülkede yatay eşitsizliklerin oluşması çatışmalara, isyanlara, sivil

² Bu ülkelerden 73'ü gelişmekte olan ülke, 18'i OECD ülkesi, ve 22'si geçiş ekonomisidir ve bu ülkelerin toplam nüfusu dünya nüfusunun %80'i, toplam GSYİH'leri ise dünya GSYİH'sinin %91'idir.

savaşlara davetiye çıkarabilir. Örneğin, eğitim hizmetinden tüm vatandaşların faydalanamaması durumunda, bu gruptaki çocuklar okuyanlara göre daha iyi bir iş imkanına kavuşamayacak ve daha düşük gelire sahip olacaklardır. Ülkede farklı gruplar arasında geçiş mobilitesinin olmaması da eşitsizliği derinleştirecektir (Stewart, 2004: 3-5).

Eşitsizliğin bir diğer nedeni iktisadi ve fonksiyonel nedenlerdir. Bu anlamda eşitsizlikler bulunan ülkelerde aynı üretim faktörleri, pazar farkından dolayı farklı bölgelerde değişik kazançlar elde etmektedir. Diğer yandan işgücünün tarım sektöründen, sanayi sektörüne aktarılması halinde de kazançlarda farklılıklar ortaya çıkabilmektedir (Gündüz, 2006: 15). Yapılan yardımlar yaşam standartlarının düşük olduğu, ciddi işsizliğin görüldüğü bölgelerde iş imkanları ve istihdam sağlamak amacıyla yapılmaktadır. Yardımlar az gelişmiş bölgelerde büyüme imkanlarını artırmakta, ekonomik faaliyetleri farklılaştırıp firmaları yeni yatırımlara teşvik etmektedir (Buiren-Brouwer, 2010: 7).

Sosyal ve kültürel nedenler de eşitsizliğe sebep olabilmektedir. İnsanların davranışları ve değer yargıları arasındaki farklılıkları da kapsayan bu tür dengesizlik, eğitim düzeyine bağlı olarak meydana gelmektedir. Kültürlü kimselerin sosyal mevkileri, değer yargıları, davranış ve giyinişleri diğerlerinden ayrılmaktadır. Bu tür dengesizliklere örnek olarak, metropoliten şehirlerdeki gecekondu bölgeleri ve kenar semtleri ile bunların dışında kalan varlıklı semtler gösterilebilir (Gündüz, 2006: 15-16).

3. Bölgelerarası Eşitsizliklerin Etkileri

Ekonomik büyüme ve kalkınma, tüm ülkelerin en belirgin temel amaçlarından biridir. Bu amaca ulaşmadaki temel ilke ise, ülkenin mevcut kaynak ve imkanlarını en rasyonel ve verimli şekilde kullanmaktır. Hemen her ülkede doğal bir merkez etrafında yoğunlaşan ekonomik ve sosyal faaliyetler, bölgelerarası gelişme farklılıklarını ortaya çıkarmış ve büyük dengesizlikler yaşanmasına neden olmuştur. Bu süreç, bölgelerin ekonomik etkinliklerini, nüfus dağılımını, kentlerin, çevrenin ve doğal dokunun bütünlüğünü bozmuş, kalkınmanın ekonomik ve sosyal maliyetlerini yükseltmiş ve daha ileri gelişmeye imkan vermeyen tıkanıklıklara yol açmıştır (Arslan, 2005: 276).

Bir ülkede gelir eşitsizliğinin olması, insanların geçim sıkıntısı çekmelerine ve mutsuz olmalarına neden olmaktadır. Bir toplumda mutsuz insanların sayısının artması; sosyal huzursuzlukları artırarak siyasi istikrarı olumsuz etkilemektedir. Geçim sıkıntısı çekenlerin marjinal partilere yönelmesi siyasi istikrarı daha da bozmaktadır. Gelir dağılımında adaletin sağlanması, demokratik yönetimin devamının temel taşlarından birisidir. Gelir eşitsizliğinin aşırı bozuk olduğu ülkelerin siyasi yapıları genellikle totaliter ve anti-demokratiktir (Çalışkan, 2010: 103).

Bölgelerarası gelir farkları sadece bir üretim sorunu olmanın ötesinde kentleşme ve nüfus dağılımının çarpıklaşmasına neden olmakta, eğitim ve

sağlık hizmetleri dahil bir çok insani gelişme aracını da olumsuz etkilemektedir (Pinar-Arıkan, 2003: 103).

Gelişmemiş bölgelerde sosyal altyapı yetersizliğinden dolayı bir yoksulluk kısır döngüsü oluşturmakta, yoksulluk kuşaktan kuşağa aktarılır hale gelmektedir. Bunun ötesinde yoksulluk, bu bölgelerde harcama ve tüketim yapılmasını engellemekte, sermayenin de kısıtlı olması sebebiyle özel sektörün canlanmasına engel olmaktadır. Öte yandan, bu bölgelerdeki yoksulluk ve güvensizlik ile kurumsal tecrübe, beceri ve bilgi eksikliği, burada yaşayanların risk almaktan ve girişimcilikten kaçınmalarına sebep olmaktadır. Birçok alanda kurumsal devamlılık sağlanamadığı ve devlet hizmetleri yetersiz kaldığı için, insanlar geleceğine güven duymamaktadırlar. Söz konusu bölgeler için genel olarak “yaşanılmaz” algısı oluşmakta ve yaygınlaşmaktadır (Keyder-Üstündağ, 2006: 22).

Bölgesel gelişmişlik farklılıklarından kaynaklanan yoğun göçler büyük bir nüfus baskısı oluşturarak ülke genelinde tüm mekansal birimleri etkileyen yerleşme/kentleşme sorunlarına neden olmaktadır. Ülke ölçeğinde yaygınlaşan yerleşme sorunları ise zamanla nitelik değiştirerek iktisadi, toplumsal ve siyasal yapılara da nüfuz etmekte ve derinleşmektedir. Göç dalgalarıyla büyüyen kentlerde beliren; eğitim ve sağlık hizmetleri yetersizlikleri ile arsa ve konut ihtiyacı, su, enerji, altyapı ve genel olarak belediye hizmetlerinin yetersizliği, trafik sıkışıklığı, kalabalık, gürültü ve çevre kirliliği gibi büyük kent sorunları, kamu yatırım ihtiyacını da artırarak, kamu maliyesine ek bir yük getirmektedir.

Böylece; bölgelerarası sosyo-ekonomik gelişmişlik farklılıkları, sadece geri kalmış yöreler açısından değil, gelişmiş bölgeler açısından da düzeltilmesi gereken bir sorun olmaktadır (Dinçer vd., 2003: 9).

4. Sağlık Kavramı

Sağlık insanlık tarihinin gelişimi ile beraber kapsamı değişen, gelişen ve bireyden bireye, toplumdaki topluma farklı şekillerde algılanmış bir kavramdır. Önceleri “hasta olmama” durumuyla ilişkilendirilerek sadece bireyin fizyolojik yapısındaki göstergelerle tanımlanmaya çalışılan, sosyal ve psikolojik yönden ele alınmayan sağlık, zaman içerisinde çevresel, sosyal ve psikolojik etkenlerin de üzerinde belirleyici olduğu kabul edilen bir olgu olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. Günümüzde bireyin sağlığı hem fizyolojik hem de ruhsal yönden inceleme konusu olmuştur.

Sağlık bir canlının kendi hücresel çekirdeğinde şifreli bütünlüğünü ve kararlılığını korumak yolunda oluşmuş maddesel örgütlenişinin bir bozukluk olmaksızın çalışması ve aynı canlının daha üst düzeyde bir örgütlenişini başarabilmesi sürecidir (Belek vd., 1998: 25).

Sağlık kavramı hakkında, farklı zamanlarda değişik koşullara göre dar ve geniş kapsamlı tanımlamaların yapıldığı söylenebilir. Dar anlamda sağlık, bireyin herhangi bir zihinsel, ruhsal ya da fiziki rahatsızlığı olmaksızın hayatını idame ettirebilmesi iken, geniş anlamda ise bireyin hastalık ya da sakatlık

durumunun olmaması yanında, ruhen bedenlen ve sosyal y6nden tam bir huzur içinde bulunması olarak tanımlanabilir (Kesgin-Topuzoğlu, 2006: 47).

4.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmemiş sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık d6zeylerini y6kseltmek için yapılan planlı çalışmaların t6m6ne sağlık hizmetleri denir (6ztek-Saat, 1987: 7).

Sağlık hizmetleri kavramı, 1961 tarih ve 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un 2. maddesinde ř6yle tanımlanmıştır: "Sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli fakt6rlerin yok edilmesi ve toplumun bu fakt6rlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, beden ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetlerdir" (224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun).

Sağlık hizmetlerine ilişkin bir başka tanım da ř6yledir: "Kişilerin ve toplumların sağlığını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık d6zeyini y6kseltmek için yapılan planlı çalışmaların t6m6d6r"(Oral, 2002: 37).

4.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri birbirini tamamlayan nitelikte olmalarına rağmen anlaşılabilirliğini kolaylaştırmak, hizmet sunumunda etkinlik sağlamak, maliyet-fayda analizi yapabilmek vb. gibi amaçlarla sınırlandırılma gereği doğmuştur. Bununla ilgili olarak birçok değişik ayırıma gidilmiştir. Çalışmada kullanılan sınıflandırma D6nya Sağlık 6rg6t6 tarafından yapılmış ve 6lkemizde Sağlık Bakanlığı'nca da kabul edilmiş sınıflandırmadır (Yeğinboy, 1993: 22).

Sosyal devlet olma ilkesinin bir gereği olarak, devletin temel g6revlerinden birisi de vatandaşlarına koruyucu, tedavi edici, 6nleyici, rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmak ve bu yolla insanların sağlıklı geçirecekleri s6reyi uzatmaktır.

Sağlık hizmetleri temel olarak 6 sınıfta incelenebilmektedir. Bunlar; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleridir. Genellikle bu ana sınıflandırma içinde de alt sınıflandırmaya gidilmektedir.

4.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmeti, tehlikenin kendisine karşı bir m6dahale şeklidir. Sağlıklı insanlara onların hastalanmalarını 6nlemek ve sağlığı geliştirmek için sunulan hizmetlerdir (Kurtulmuş, 1998: 85). Koruyucu sağlık hizmetleri çok geniş kapsamlı bir hizmet t6r6d6r. Toplumun hastalık ihtimali azalttırılırsa, b6t6n toplum 6yeleri bundan birbirine rakip olmaksızın yararlanır. Koruma hizmetini, bu niteliği sebebiyle, tedavi hizmetlerine kıyasla, daha çok kamu ekonomisi 6stlenir (Bulutoğlu, 2008: 270). Koruyucu sağlık hizmetleri

bireye ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere iki ana gruba ayrılmaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetlerine önem ve öncelik verilmesi, hem toplumun sağlık güvenliğine katkı hem de tedavisi daha masraflı olan hastalıkların engellenmesinde rol oynayarak sağlık harcamalarından tasarruf sağlar. Çünkü koruyucu sağlık hizmetlerinin maliyetleri, hastalıkların ortaya çıkmasından sonra katlanılan maliyetlerden düşük kalmakta, sağladığı toplumsal fayda ise daha yüksek olmaktadır.

Bu tür hizmetler çeşitli mesleklerin işbirliğini gerektirmektedir. Sağlık Bakanlığı, çevreye yönelik hizmetlerde genellikle danışmanlık, eğitim ve denetim işlevlerini üstlenmektedir (Oral, 2002: 38-39).

4.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalık riskinin ortaya çıkması durumunda verilen sağlık hizmetlerine tedavi edici sağlık hizmetleri denir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, tehlikenin zararından kurtarıcı bir etkidir. Çünkü tehlikenin birçoğu ferdin çalışma gücünü geçici veya sürekli olarak ortadan kaldırmaktadır. Aslında kazancın kesilmesi toplumun büyük kesimi için bu sebeple ortaya çıkmaktadır. Başka bir ifade ile kazancın eksilmesi veya kesilmesi, işsizlik ve aile geliri hariç, bütün tehlikelerin çalışma gücünün ortadan kaldırılmasının bir sonucudur (Yazgan, 1992: 203). Koruyucu sağlık hizmetlerine göre, tedavi edici sağlık hizmetlerinde kişisel fayda daha ön plandadır (Yıldırım, 1994: 13). Fakat bireyin tedavi görmesi sonucunda tüm toplumun fayda görmesi de kaçınılmazdır. Bireyin, örneğin bulaşıcı bir hastalığı nedeniyle gördüğü tedavi edici sağlık hizmetleri, hasta bireyin yanı sıra yarattığı pozitif dışsallık sayesinde diğer bireyler için de fayda oluşturmaktadır.

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin serbest piyasa şartları bakımından cazip oluşu nedeniyle, özel sektör tarafından üretilmesi tercih edilen sağlık hizmeti türü olduğu da belirtilmelidir. Çünkü hasta olan bir kişinin sağlığına kavuşmak için harcama yapmaktan kaçınmayacağı bilinir. Oysa koruyucu sağlık hizmetleri için bireylerin tek tek harcama yapmak istemeyeceği açıktır. Ayrıca tedavi amaçlı kullanılan ilaç ve tıbbi araçların da sermayeye kâr sağlayıcı birer sektör olarak görüldüğü göz önünde bulundurulduğunda, tedavi edici sağlık hizmetlerinin niçin özel kesim için cazip olduğu anlaşılacaktır.

4.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin verilmesine karşın, sakatlanan ve çalışma gücünü yitiren kişilere verilen sağlık hizmetleri türü olan rehabilitasyon hizmetleri, tedavi hizmetlerinin son basamağını oluşturup, sakatlanan ve çalışma gücünü yitirenleri tüketici durumundan üretici durumuna getirmeyi hedeflemektedir (Turan, 2004: 14).

Rehabilitasyon bedenen ya da ruhen sakat kalmış olanların başkalarına bağımlı olmaksızın yaşayabilmelerini sağlamak için yapılan bütün çalışmaları kapsamaktadır. İki türlü rehabilitasyon vardır. Birincisi, bedensel sakatlıkların protezler, işitme cihazları vs. ile mümkün olduğu kadar düzeltilmesini içeren

tbbi rehabilitasyon; ikincisi de sakatlıkları nedeniyle eski işlerini yapamayanlara ya da belirli bir işte çalışmayanlara iş öğretme, iş bulma ve iş uyum sağlamalarına yönelik her türlü hizmeti kapsayan *sosyal (mesleki) rehabilitasyon*dur (Metin, 2002).

5. TR33 İçinde Manisa İlinin Sağlık Göstergeleri

Türkiye'nin doğusundan batısına doğru gidildikçe, sağlık hizmetlerinin etkinliği artmaktadır. Çünkü kaynak dağılımı batı bölgeleri lehine gelişmiştir. Böylece, ülkenin doğusunda yer alan illerde sağlık göstergeleri düşük ve sağlığa ayrılan kaynaklar yetersiz kalmaktadır. Diğer taraftan, ülkemizde sağlık hizmetlerini yerine getirecek yetişmiş insan gücü de yetersizdir. Bu durumu; bir hekime düşen nüfus, bir diş hekimine düşen nüfus, bir hemşireye düşen nüfus vb. verilerle belirlemek mümkündür. Türkiye için söz konusu olan problemler bölgesel düzeyde daha da derinleşmektedir. (Karabulut-Emsen, 2003: 20)

Sağlık göstergeleri, illerde, hekim, diş hekimi, eczane ve hastane yatak sayısı ile bebek ölüm oranı değişkenlerinden oluşmaktadır. Bireylerin yaşamlarını sağlıklı sürdürebilmeleri bakımından, sağlık hizmetleri arzı ve bu hizmetlerden yararlanma potansiyeli, sosyal gelişme düzeyini yansıtan unsurlar arasında bulunmaktadır. Ayrıca, eğitilmiş işgücü olarak da nitelendirilebilecek sağlık personelinin gelişmiş yöreler doğrultusundaki tercihi, illerin sosyo-ekonomik gelişme düzeyiyle doğrudan ilişkilidir. Bu nedenlerle hekim, diş hekimi ve hastane yatağı değişkenleri, araştırma kapsamında sağlık göstergeleri olarak kullanılmıştır. Bebek ölüm oranı ise, illerdeki sağlık hizmetlerinin yaygınlığı, eğitim ve kültür düzeyinin yüksekliği, ekonomik olanakların artması gibi çeşitli sosyo-ekonomik unsurlarla yakından ilgilidir. Bebek ölüm oranı değişkeni, sosyo-ekonomik gelişmeyle birlikte düştüğü için, gelişmeyle zıt yönde bir bağlantı yapısına sahiptir. (Dinçer vd., 2003: 25-26).

Bu çerçevede, illerin sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralamasını ve endeks değerlerini belirleyen temel faktörler; illerin sahip oldukları nüfus büyüklüğü, yüzölçümü ya da şehirleşme oranı gibi birtakım yüzeysel büyüklükler değildir. Sıralamayı belirleyen başlıca faktörler; illerdeki demografik yapının, işgücü talebinin, istihdamın sektörel dağılımının, eğitim ve sağlık hizmetlerinin, fiziki ve sosyal altyapı olanaklarının, üretim seviyesinin ve gelir düzeyinin il nüfusunun ihtiyaçlarını karşılamada sağladıkları başarı olmaktadır. Başka bir anlatımla, illerin sahip olduğu nüfus büyüklüğü, iktisadi ve sosyal faaliyetlerin dinamizmi ile birebir orantılı değildir. Nitekim, ilk bakışta sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralamasında üst sıralarda yer alan illerin, sıralamadaki yeri ile nüfusu arasında doğru orantı gözlenirse de, bu durumun genelleştirilmesi mümkün değildir. Buradan bir sonuç çıkarılması gerekirse, denilebilir ki, nüfusu büyük olduğu halde alt sıralarda yer alan illerde, iktisadi yaşama katılım düzeyi düşüktür (Dinçer vd., 2003: 47).

Türkiye'deki sağlık göstergeleri (ortalama ömür ve bebek ölüm hızı gibi) ve sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklar (GSMH'den sağlığa ayrılan pay vb.) gelişmiş ülkelerin çok gerisindedir. Gelişmiş ülkeler GSMH'lerinin %5 ilâ

%15 arasında değişen bir bölümünü sağlık sektörüne ayırmaktadırlar. Halbuki Türkiye’de bu oran %5’e hiçbir zaman çıkamamış, %3-4 civarında seyretmiştir. Diğer taraftan bu olumsuzluk, ülke içindeki bölgelerarası karşılaştırmalarda da kendini (Karabulut-Emsen, 2003: 19) göstermektedir.

Tablo 1: Türkiye, Bölge ve Manisa İlinde Bulunan Hasta Yatağı Sayısı

Yıllar	Afyonkarahisar	Kütahya	Manisa	Uşak	Tr33 Bölgesi	Türkiye	Tr 33 Bölgesi /Türkiye %
2000	1565	1337	2648	724	6274	134.950	4,65
2008	1771	1564	3236	1055	7626	167.283	4,56
2009	1824	1613	3257	1076	7770	172.738	4,50
2010	1734	1670	3479	973	7857	184.339	4,26
2011	1917	1697	3770	978	8362	188.047	4,45

Kaynak: TÜİK, Bölgesel İstatistikler, Sağlık,

<http://tuikapp.tuik.gov.tr/Bolgesel/tabloyilSutunGetir.do?durum=acKapa&menuNo=120&altMenuGoster=1>

Hasta yatağı sayıları 2011 yılı itibarıyla Manisa 3.770 yatak sayısıyla Bölge’de en fazla hasta yatağına sahip il olarak göze çarpmaktadır. Uşak ise 978 yatak kapasitesiyle en düşük hasta yatağına sahip il konumundadır.

Tablo 2: 2009 Yılı İtibarıyla Türkiye ve TR33 Bölgesi’nde 112 Acil Yardım İstasyonu Başına Düşen Nüfus

AFYONKARAHİSAR	KÜTAHYA	MANİSA	UŞAK	TR33 BÖLGESİ	TÜRKİYE
29.222	33.636	83.247	41.983	45.245	54.677

Kaynak: ZEKA-DPT, Mevcut Durum Raporu 2010, TR33 Bölgesi,

<http://ebookbrowse.com/zeka-tr33-mevcut-durum-raporu-pdf-d327900856>

TR33 Bölgesi’nde acil yardım istasyonu başına düşen nüfus verilerine bakıldığında 83.247 kişiyle Manisa’nın çok iyi durumda olmadığı görülmektedir. Manisa aynı zamanda 54.677 kişilik Türkiye ortalamasının da bir hayli üzerinde bulunmaktadır. Bölge’de en iyi durumda olan il 29.222 kişiyle Afyonkarahisar olup bu ili sırasıyla Kütahya ve Uşak illeri izlemektedir. Aynı zamanda Afyonkarahisar, Kütahya ve Uşak illeri Türkiye ve Bölge ortalamasının altındadır.

Tablo 3: 2009 Yılı TR33 Bölgesi’ndeki 112 Acil Yardım İstasyonu Sayıları

112 Acil Yardım İstasyonu Sayısı	
Afyonkarahisar	24
Kütahya	17
Manisa	16
Uşak	8
TR33 BÖLGESİ	65

Kaynak: ZEKA-DPT, Mevcut Durum Raporu 2010, TR33 Bölgesi, <http://ebookbrowse.com/zeka-tr33-mevcut-durum-raporu-pdf-d327900856>

Manisa ili Merkez ilçede 4, Akhisar, Salihli ve Turgutlu'da 2, Ahmetli, Alaşehir, Demirci, Kula, Saruhanlı ve Soma'da birer tane olmak üzere toplam 16 tane istasyon vardır. Bunun yanında Gölarmara, Gördes, Kırkağaç, Köprübaşı, Sarıgöl ve Selendi'de acil yardım istasyonu bulunmamaktadır.

Tablo 4: Türkiye, Bölge ve Manisa İlinde Bulunan Sağlık Personeli Sayısı

Yıllar	Göstergeler	Türkiye	Tr33 Bölgesi	Afyonkarahisar	Kütahya	Manisa	Uşak
2000	Toplam Hekim	85.242	2491	503	378	1314	296
	Diş Hekimi	15.906	413	62	60	229	62
	Sağlık Memuru	51.887	2106	645	445	674	342
	Hemşire	69.550	2689	583	489	1264	353
	Ebe	41.594	2316	536	362	956	462
2008	Toplam Hekim	113.151	3441	862	567	1647	365
	Diş Hekimi	19.959	537	87	73	294	83
	Sağlık Memuru	89.540	3620	989	779	1310	542
	Hemşire	99.910	4041	947	807	1675	612
	Ebe	47.673	2540	579	440	1014	507
2009	Toplam Hekim	118.641	3542	903	602	1669	368
	Diş Hekimi	20.589	581	102	84	314	81
	Sağlık Memuru	93.550	3931	1040	922	1400	569
	Hemşire	105.176	4053	968	844	1643	598
	Ebe	49.357	2544	585	451	1005	503
2010	Toplam Hekim	123.447	3837	967	641	1829	400
	Diş Hekimi	21.432	584	103	98	303	80
	Sağlık Memuru	99.302	4136	1120	838	1510	668
	Hemşire	114.772	4261	991	848	1795	627
	Ebe	50.343	2556	588	458	1014	496
2011	Toplam Hekim	126.029	4111	997	678	2023	413
	Diş Hekimi	21.099	616	109	97	319	91
	Sağlık Memuru	110.862	4792	1251	981	1883	677
	Hemşire	124.982	4778	1063	977	2075	663
	Ebe	51.905	2653	583	470	1076	524

Kaynak: TÜİK, Bölgesel İstatistikler, Sağlık, <http://tuikapp.tuik.gov.tr/Bolgesel/tabloyilSutunGetir.do?durum=acKapa&menuNo=120&altMenuGoster=1>

Personel sayısı bakımından Manisa'nın yıllar itibarıyla bölgede en çok sağlık personelinin istihdam edildiği il olduğu görülmektedir. Personelin bu seçimini ilin sosyo-ekonomik gelişme düzeyi ve coğrafi olarak batıda yer almasıyla ilişkilendirebiliriz.

Tablo 5: 2009 Yılı İtibarıyla Türkiye ve TR33 Bölgesi'nde Uzman ve Pratisyen Hekim Başına Düşen Nüfus

	Afyonkarahisar	Kütahya	Manisa	Uşak	TR33 Bölgesi	Türkiye
Uzman	2845	1899	2628	2695	2517	1255
Pratisyen	2031	1848	2008	1969	1964	2000

Kaynak: ZEKA-DPT, Mevcut Durum Raporu 2010, TR33 Bölgesi, <http://ebookbrowse.com/zeka-tr33-mevcut-durum-raporu-pdf-d327900856>

Uzman hekim başına düşen nüfus ve pratisyen hekim başına düşen nüfus açısından değerlendirildiğinde Bölge'de en iyi durumda olan ilin uzman hekim başına 1.899 kişi ve pratisyen hekim başına 1.848 kişi ile Kütahya olduğu görülmektedir. Bunun yanında Afyonkarahisar uzman hekim ve pratisyen hekim başına en fazla nüfusun düştüğü ildir.

2008 yılında Türkiye'de uzman hekim ve pratisyen hekim başına düşen nüfus ile karşılaştırıldığında ise uzman hekim başına düşen nüfus açısından TR33 Bölgesi'nin geride kaldığı, pratisyen hekim başına düşen nüfus açısından ise Türkiye ortalamasıyla benzerlik gösterdiği görülmektedir. Gelişmiş ülkelerden Almanya'da 2007 yılında hekim başına 287 kişi düşerken, Fransa'da 267 kişi düşmektedir (ZEKA, 2010).

Tablo 6: 2009 Yılı İtibarıyla Türkiye ve TR33 Bölgesi'nde Hemşire, Ebe ve Sağlık Memuru Başına Düşen Nüfus

	Afyonkarahisar	Kütahya	Manisa	Uşak	Türkiye
Hemşire	882	799	853	667	716
Ebe	1166	1333	1310	682	1500
Sağlık Memuru	2400	937	797	2315	851

Kaynak: ZEKA-DPT, Mevcut Durum Raporu 2010, TR33 Bölgesi, <http://ebookbrowse.com/zeka-tr33-mevcut-durum-raporu-pdf-d327900856>

TR33 Bölgesi illeri için hemşire başına düşen nüfusa bakıldığında sadece Uşak'ın Türkiye ortalamasından iyi durumda olduğu görülmektedir. Bunun yanında Afyonkarahisar, Kütahya ve Manisa illeri hemşire başına nüfus açısından Türkiye ortalamasının altında kalmaktadır. Ebe başına düşen nüfus açısından değerlendirildiğinde ise Uşak ilinin yine Bölge'nin en iyi durumda olan ili olduğu, bunun yanında Bölge'nin tüm illerinin ebe başına düşen nüfus açısından Türkiye ortalamasından daha iyi durumda oldukları görülmektedir.

Sağlık memuru başına düşen nüfus açısından ise Manisa ve Kütahya Bölge'nin en iyi durumda olan illeri konumundayken, Afyonkarahisar ve Uşak illeri sağlık memuru başına düşen nüfus açısından Bölge'nin en kötü illeridir. Ayrıca Manisa hariç diğer TR33 Bölgesi illerinde sağlık memuru başına düşen nüfus Türkiye ortalamasından daha yüksektir.

Türkiye'de sağlık alanında yaşanan gelişmelerden bir tanesi de yataklı tedavi kurumlarında nitelikli oda uygulaması çalışmalarıdır. Bölge illerinden derlenen verilere göre, Sandıklı'da 47, Bolvadin'de 46, Merkez ilçede 27,

Sinanpaşa'da 10, Emirdağ'da 8, Dinar'da 4, Başmakçı'da 2 ve Bayat'ta 1 adet olmak üzere 2009 yılı itibarıyla Afyonkarahisar ili genelinde toplam 145 nitelikli oda bulunmaktadır. Kütahya Merkez ilçede 245, Simav'da 14, Gediz'de 7, Tavşanlı'da 5, Emet'te 4 ve Çavdarhisar'da 2 adet olmak üzere il genelinde toplam 277 nitelikli oda bulunmaktadır. Salihli'de 132, Merkez ilçede 90, Akhisar'da 41, Sarıgöl'de 24, Turgutlu'da 19, Kula'da 15, Alaşehir ve Demirci'de 2'şer adet olmak üzere Manisa genelinde toplam 329 nitelikli oda mevcuttur. Uşak ili ile ilgili nitelikli oda verileri temin edilememiştir.

Tablo 7: Manisa İlinde Bulunan Hastanelerin Yatak Doluluk Oranları

İLÇE	HASTANE	YATAK DOLULUK ORANI %
Merkez	Devlet Hastanesi	76,5
Merkez	Merkez Efendi Devlet Hastanesi	68,8
Merkez	Doğum Ve Çocuk Bakım Evi	55,6
Merkez	M. Şinasi Çocuk Hastanesi	67,6
Merkez	Ruh Sağlığı Hastanesi	93,7
Merkez	Cbü Hastanesi	93,6
Merkez	Özel Üiversal Hospital	33,9
Merkez	Özel 8 Eylül Hastanesi	77,1
Akhisar	Devlet Hastanesi	53,3
Akhisar	Özel Doğuş Hastanesi	46,4
Alaşehir	Devlet Hastanesi	70,1
Demirci	Devlet Hastanesi	31,4
Gölmarmara	Devlet Hastanesi	0,00
Gördes	Devlet Hastanesi	6,7
Kırkağaç	Devlet Hastanesi	18,4
Köprübaşı	Devlet Hastanesi	0,00
Kula	Devlet Hastanesi	25,1
Salihli	Devlet Hastanesi	54,1
Salihli	Özel Salihli Hastanesi	61,6
Salihli	Can Hastanesi	69,9
Sarıgöl	Devlet Hastanesi	5,2
Saruhanlı	Devlet Hastanesi	27,6
Selendi	Devlet Hastanesi	2,3
Soma	Devlet Hastanesi	61,1
Turgutlu	Devlet Hastanesi	62,7

Kaynak: ZEKA-DPT, Mevcut Durum Raporu 2010, TR33 Bölgesi, <http://ebookbrowse.com/zeka-tr33-mevcut-durum-raporu-pdf-d327900856>

Manisa'daki hastanelerin yatak doluluk oranlarına bakıldığında Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi ile Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi'nin %90'ların üzerinde doluluk oranlarına sahip olduğu görülür. Çevre ilçelere bakıldığında hasta yatağı doluluk oranlarının düştüğü görülebilir.

Tablo 8: Türkiye, Bölge ve Manisa İlinde Doğurganlık Oranı

	Afyonkarahisar	Kütahya	Manisa	Uşak	TR33 Bölgesi	Türkiye
15 Yaş Altı	0.04	0.06	0.02	0	0.03	0.02
15-19 Yaş	13.7	9.23	9.47	10.53	10.46	8.53
20-24 Yaş	37.80	36.89	33.36	36.23	35.42	29.11
25-29 Yaş	29.14	32.19	32.58	31.82	31.56	32.31
30-34 Yaş	14.07	16.11	16.92	15.49	15.90	19.21
35-39 Yaş	4.86	4.80	6.22	4.90	5.48	8.10
40-44 Yaş	0.80	0.65	1.05	0.89	0.90	2.02
45-49 Yaş	0.06	0.01	0.11	0.08	0.08	0.31
50 +	0.01	0	0.03	0	0.01	0.06

Kaynak: ZEKA-DPT, Mevcut Durum Raporu 2010, TR33 Bölgesi, <http://ebookbrowse.com/zeka-tr33-mevcut-durum-raporu-pdf-d327900856>

TR33 Bölgesi illeri 15 yaş altı kadınlarda doğurganlık oranı açısından değerlendirildiğinde en yüksek orana sahip ilin on binde 6 oranıyla Kütahya olduğu görülmektedir. Kütahya'yı sırasıyla Afyonkarahisar, Manisa ve Uşak illeri izlemektedir.

Uşak'ta 2009 yılında 15 yaş altı kadınlarda doğuma rastlanmamıştır. Bunun yanında Bölge ortalaması %0.02'lik Türkiye ortalamasının üzerinde gerçekleşmiştir. 15-19 yaş arası kadınlarda TR33 Bölgesi, Türkiye ortalamasının üzerinde bir doğurganlık oranına sahiptir. Özellikle Afyonkarahisar'da 15-19 yaş arası doğurganlık oranı Bölge'nin diğer illerine kıyasla bir hayli yüksektir. 20-24 yaş arası doğurganlıkta da TR33 Bölgesi Türkiye ortalamasının üzerinde bir orana sahiptir 25-44 yaş arası kadınlarda doğurganlık oranlarına bakıldığında Bölge ortalamasının Türkiye ortalamasının altında kaldığı görülebilir. Bölge içinde ise Afyonkarahisar, bu yaş aralığında en düşük doğurganlık oranına sahip il olarak göze çarpmaktadır. 45-49 yaş arası kadınlarda ve 50 yaş üstü kadınlarda doğurganlık oranı açısından Bölge illeri Türkiye ortalamasının altında kalmaktadır. Kütahya ve Uşak'ta 2009 yılında 50 yaş üstü kadınlarda doğurganlık oranı sıfır olarak gerçekleşmişken, bu yaş aralıklarında Bölge içinde en yüksek değere sahip olan il Manisa'dır.

Tablo 9: 2009 Yılı Türkiye ve TR33 Bölgesi'nde Bebek Ölüm Hızı (Binde)

<i>Bebek Ölüm Hızı (Binde)</i>	
Afyonkarahisar	13.23
Kütahya	13.08
Manisa	10.79
Uşak	13.1
Tr33 Bölgesi	12.55
Türkiye	17

Kaynak: ZEKA-DPT, Mevcut Durum Raporu 2010, TR33 Bölgesi, <http://ebookbrowse.com/zeka-tr33-mevcut-durum-raporu-pdf-d327900856>

2009 yılında TR33 Bölgesi'nde bebek ölüm hızı ortalama %1.25 civarında gerçekleşmiştir. Bunun yanında Bölge içinde en düşük bebek ölüm hızı %1.07 ile Manisa'da iken en yüksek %1.32 ile Afyonkarahisar'dadır. Türkiye ortalaması ile karşılaştırıldığında ise Bölge'nin iyi bir konumda olduğu söylenebilir. Türkiye'de 2008 yılında bebek ölüm hızı %1.7 civarında gerçekleşmiştir. Gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında ise durumun iç açıcı olmadığı ifade edilebilir. Fransa'da bebek ölüm hızı 2008 yılı için %0.33, Almanya'da %0.37, İngiltere'de %0.47'dir (ZEKA, 2010).

Sonuç

Bireylerin sağlıklı yaşayabilmelerinin ön koşulu sağlık hizmetlerinin yeterli oranda bulunmasına bağlıdır. Özellikle az gelişmiş bölgelerin sorunlarından biri olan sağlık hizmetlerinin yetersizliği, kalkınmayı negatif yönde etkilemektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetleriyle gelişmişlik düzeyi arasında göreceli olarak doğru bir orantı vardır. Özellikle, eğitilmiş işgücü olarak nitelendirilen sağlık personelinin görev yeri olarak bölge illerinin tercihi, sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyiyle doğrudan ilişkilidir.

Ülkemiz sağlık sektöründe özellikle son dönemlerde teknolojik yenilikler ve teknikler bakımından önemli ilerleme kat etmiştir. Ancak sağlıktaki gelişmenin tüm bölgelere eşit dağıldığını söylemek pek olanaklı görünmemektedir. Nitekim Türkiye'de hastanelerin, doğal olarak nüfusun yoğunlaştığı şehirlerde kümelenildiği söylenebilir.

Türkiye ve Bölge hastanelerindeki yatak sayılarına bakıldığında, Bölge'de Manisa en fazla hasta yatağına sahip il olarak göze çarpmaktadır. Personel sayısı bakımından, Manisa'nın yıllar itibarıyla bölgede en çok sağlık personelinin istihdam edildiği il olduğu görülmektedir. Uzman hekim başına düşen nüfus ve pratisyen hekim başına düşen nüfus açısından değerlendirildiğinde, Manisa hem Bölge hem de Türkiye ortalamasının üzerindedir. Bölge'de yer alan illerde, düşük bebek ölümleri gerçekleştiği söylenebilir.

Tüm bunlara ek olarak, Manisa nüfusunun önemli bir kısmının ilçelerde ikamet ettiği göz önünde bulundurulduğunda, erişebilirlik açısından sağlık altyapısının merkez ilçelerle paralel niteliklerde olması gereklidir. Dolayısıyla

kısa vadede mevcut sağlık sektörünü ihtiyacı olan alanlarda iyileştirmeye yönelik projelerin, uzun vadede Bölge illeri genelinde sağlık hizmetlerinin homojenleştirilmesine yönelik olması bölgedeki sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi açısından faydalı olacaktır.

Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve sağlığın geliştirilmesi, insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmaları ve sağlıklarını geliştirmeleri olarak algılanmalı, bu amaçla verilen sağlık eğitiminin, organizasyonel, ekonomik ve çevresel tabanlı tüm desteklerin geniş halk kitlelerine ulaşması hedeflenmelidir. Halkın bilinç düzeyinin artırılmasıyla sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik davranış değişikliği oluşturulması, hastalıkları oluşturan risk faktörleriyle mücadele amacıyla oluşabilecek risklerin belirlenerek hastalıklar oluşmadan gerekli önlemlerin alınmasını ve böylece hastalıklara bağlı kalıcı sakatlıkların, iş gücü kayıplarının ve sağlık harcamalarının azaltılmasını da sağlayabilecektir.

KAYNAKLAR

ARSLAN K. (2005), “Bölgesel Kalkınma Farklılıklarının Giderilmesinde Etkin Bir Araç: Bölgesel Planlama ve Kalkınma Ajansları”, *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Yıl: 4, Sayı:7, Bahar, 2005/1, ss. 275-294.

BELEK, İ. - NALÇACI E. vd. (1998), *Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi*, Sorun Yayınları, 2. Baskı, İstanbul.

BUIREN, K and BROUWER, E. (2010), *Determinants of State Aid*, Tilburg University TILEC Discussion Paper, DP 2010-005, http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1547802, Erişim Tarihi: 21/07/2012.

BULUTOĞLU, K. (2008), *Kamu Ekonomisine Giriş, Demokraside Devletin Ekonomik Bir Kuramı*, Maliye ve Hukuk Yayınları, 7. Baskı, Ocak, Ankara.

ÇALIŞKAN, Ş. (2010), “Türkiye’de Gelir Eşitsizliği ve Yoksulluk”, *Sosyal Siyaset Konferansları*, Sayı: 59, 2010/2, ss. 89-132.

CORNIA , G. A. And KIISKI, S. (2001), *Trends in Income Distribution in the Post-World War II Period Evidence and Interpretation*, Discussion Paper No. 2001/89, World Institute for Development Economics Research, United Nations University (UNU/WIDER), Helsinki.

DİNÇER, B., ÖZARSLAN, M., TAVASOĞLU, T. (2003), *İllerin ve Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması*, DPT, Bölgesel Gelişme ve Yapısal Uyum Genel Müdürlüğü, Yayın No: 2671, ISBN: 975-19-3354-4.

DPT (2010), *Binyıl Kalkınma Hedefi Raporu Türkiye 2010*, http://planipolis.iiep.unesco.org/upload/Turkey/Turkey_MDG_2010_turkish.pdf, Erişim: 02.01.2013.

EŞİYOK, B. A., SEKMEN, F. (2012), *Türkiye Ekonomisinde Bölgesel Gelişmişlik Farklılıkları, Doğu Anadolu'nun Bölgesel Gelişmedeki Yeri ve Çözüm Önerileri*, Türkiye Kalkınma Bankası, http://www.kalkinma.com.tr/data/file/raporlar/ESA/ga/2012-GA/Dogu_Anadolunun_Bolgesel_Gelismedeki_Yeri_B.pdf, Erişim: 02.01.2013.

GÜNDÜZ, A. Y. 2006, *Bölgesel Kalkınma Politikası*, Ekin Kitabevi, Bursa.

KARABULUT, K.- EMSEN, Ö. S. 2003, *Doğu Anadolu Bölgesinde Sağlık Sektörü ve Bir Model Önerisi*, C. Ü. İİBF Dergisi, Cilt: 4, Sayı: 1, ss. 19-30.

KESGİN, C.- TOPUZOĞLU, A. 2006, *Sağlığın Tanımı; Başaçıkma*, Journal of Istanbul Kültür University, Cilt: 4, No: 3, Ekim, ss. 47-49.

KEYDER, Ç. – ÜSTÜNDAĞ, N. 2006, *Doğu ve Güneydoğu Anadolu'nun Kalkınmasında Sosyal Politikalar, Doğu ve Güneydoğu Anadolu'da Sosyal ve Ekonomik Öncelikler Raporu, Bölüm IV*, TESEV, İstanbul, www.spf.boun.edu.tr/docs/TESEV-GDDA-Bolum4.pdf, Erişim Tarihi: 24/06/2012.

KURTULMUŞ, S. (1998), *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*, Değişim Dinamikleri Yayınları, Temmuz, İstanbul.

LUNDBERG, M. And SQUIRE, L. (2001), “The Simultaneous Evolution Of Growth And Inequality”, *Economic Journal*, 2003, Vol. 113, Issue 487.

METİN, B. (2002), *Türkiye'nin Sağlık Sorunları-Cumhuriyet Döneminde Sağlık Reformları*, Erişim: 21.12.12, <http://www.un.org.tr/who/bulten/turk/bul7turksorunlar.htm>

ORAL, A. İ. (2002), *Dünyada ve Türkiye'de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları*, T.C. Anadolu Üniversitesi Yay. No: 1331, İ.İ.B.F. Yay. No: 174, Eskişehir.

ÖZTEK, Z.- SAAT, Z. (1987), *Sağlık Hizmetlerinde Denetim*, Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitim Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara.

PINAR, A.- ARIKAN, S. İ. (2003), “Avrupa Birliği ve Türkiye'de Bölgesel Kalkınma Bağlamında Devlet Yardımları”, *Ankara Avrupa Çalışmaları Dergisi*, Cilt:3, No: 1, Güz, ss. 93-111.

STEWART, F. (2004), *Horizontal Inequalities: a Neglected Dimension of Development*, Working Paper No.1, Centre for Research on Inequality, Human Security and Ethnicity, University of Oxford, pp. 1-40.

TMMOB, (2004), *Türkiye'de Bölgesel Eşitsizlikler Konulu Komisyon Çalışması*, http://www.spo.org.tr/genel/bizden_detay.php?kod=86&tipi=15&sube=0, Erişim Tarihi: 20/07/2012.

TURAN, N. (2004), *Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve*

Olanakları, T.C. Anadolu Üniversitesi Yay. No: 1555, İ.İ.B.F. Yay. No: 182, Eskişehir

TÜİK, Bölgesel İstatistikler, Sağlık,
<http://tuikapp.tuik.gov.tr/Bolgesel/tabloyilSutunGetir.do?durum=acKapa&menuNo=120&altMenuGoster=1>, Erişim Tarihi: 05.01.2013

YAZGAN, T. (1992), *İktisatçılar İçin Sosyal Güvenlik Ders Notları*, Türk Dünyası Araştırmaları Vakfı Yayınları, İstanbul.

YEĞİNBOY, Y. (1993), *Ulusal Düzeyde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi*, Doğruluk Matbaacılık, İzmir.

YILDIRIM, S. (1994=), *Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi*, DPT Uzmanlık Tezi, Yayın No: 2350.

ZEKA- DPT (2010), *Mevcut Durum Raporu 2010, TR33 Bölgesi*,
<http://ebookbrowse.com/zeka-tr33-mevcut-durum-raporu-pdf-d327900856>,
Erişim Tarihi: 02.01.2013