

2022 TÜRKİYE SAĞLIK ARAŞTIRMASINDAN ERİŞİM SORUNLARI: SAĞLIK EŞİTSİZLİKLERİ Mİ? TIBBİ ÇÖLLER Mİ? *

Sıddıka ÇAM **
Erdal EKE ***

ÖZ

Sağlık sistemleri, birey ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmeyi ve bu yönde politikalar ve uygulamalar geliştirmeyi en birincil amaç olarak benimsemektedir. Bu noktada sağlık sistemleri için en önemli konulardan birisi, sağlık hizmetlerine erişimdir. Toplumun bütün kesimlerinin sağlık hizmetlerine erişebilmesi, o toplumun sağlık statüsünün pozitif anlamda gelişimi için aciliyet arz eden bir öneme sahiptir. Ancak günümüzde küresel sağlık sistemleri içerisinde hizmete erişim sorunlarının ortaya çıktığı görülmektedir. Bu erişim sorunlarının neden kaynaklandığı konunun uzmanları ve politika geliştiriciler tarafından tartışılmaktadır. Bu bilgilerden hareketle araştırma, Türkiye Sağlık Araştırmasında (TSA) yer alan bireylerin karşılanamayan sağlık ihtiyaçları ve temel nedenleri ile genel sağlık statüsü düzeyini belirlemeyi amaçlamaktadır. Araştırma kesitsel bir tasarıma sahip olup, Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yayınlanan TSA 2022 verileri kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Tıbbi çöl konusu ilk defa ele alınmış ve sağlığa erişimde hem sağlık eşitsizlikleri hem de tıbbi çöllün etkilerinin olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Eşitsizlikleri, Tıbbi Çöl, Sağlık İhtiyaçları, Sağlık Sistemleri, Türkiye Sağlık Araştırması

MAKALE HAKKINDA

*Bu araştırma, Sıddıka Çam'ın Doç. Dr. Erdal Eke danışmanlığında yürütülen doktora tezinin kavramsal çerçevesine dayanmaktadır.

** Öğr. Gör., Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu, Yönetim ve Organizasyon Bölümü, scam@mehmetakif.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-0200-3526>

*** Doç. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, erdaleke@sdu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-9529-5889>

Gönderim Tarihi: 14.03.2025

Kabul Tarihi: 01.09.2025

Atıfta Bulunmak İçin:

Çam, S. & Eke, E. (2025). 2022 Türkiye Sağlık Araştırmasından Erişim Sorunları: Sağlık Eşitsizlikleri mi? Tıbbi Çöller mi?. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 28(3), 445-454. Doi: 10.61859/hacettepesid.1657878.

ACCESS PROBLEMS FROM THE 2022 TURKEY HEALTH SURVEY: HEALTH INEQUALITIES? MEDICAL DESERTS? *

Sıddıka ÇAM **

Erdal EKE ***

ABSTRACT

Health systems adopt as their primary goal the improvement of individual and public health and the development of policies and practices in this direction. At this point, one of the most important issues for health systems is access to healthcare services. Ensuring that all segments of society can access healthcare services is of urgent importance for the positive development of society's health status. However, today, within global health systems, problems in accessing services are observed. The reasons for these access issues are debated by experts and policymakers. Based on this information, the present study aims to determine individuals' unmet healthcare needs and their primary causes, as well as the overall level of health status, using data from the Turkey Health Survey (TSA). The study has a cross-sectional design and was conducted using the TSA 2022 data published by the Turkish Statistical Institute. The concept of medical deserts is addressed for the first time, and it was determined that both health inequalities and medical deserts affect access to healthcare.

Keywords: Health Inequalities, Medical Desert, Health Needs, Health Systems, Turkey Health Survey

ARTICLE INFO

* This research is based on the conceptual framework of the doctoral dissertation carried out by Sıddıka Çam under the supervision of Assoc. Prof. Erdal Eke.

** Lecturer, Burdur Mehmet Akif Ersoy University, Vocational School of Social Sciences, Department of Management and Organisation, scam@mehmetakif.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-0200-3526>

*** Assoc. Prof., Süleyman Demirel University, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Department of Health Management, erdaleke@sdu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-9529-5889>

Received: 14.03.2025

Accepted: 01.09.2025

Cite This Paper:

Çam, S. & Eke, E. (2025). Access Problems from the 2022 Turkey Health Survey: Health Inequalities? Medical Deserts?. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 28(3), 445-454. Doi: 10.61859/hacettepesid.1657878.

I. GİRİŞ

Sağlık eşitsizlikleri bir neden değil, bir sonuçtur ve önlenabilir bir sosyal durum olarak ele alınmalıdır (Woodward ve Kawachi, 2000). Bu sebeple sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak karar vericilerin üzerinde tartıştığı ve politikalar geliştirdiği bir gündem maddesidir. Fakat sağlık hizmetlerine erişim sorunu sadece bireysel özelliklerden değil, aynı zamanda sağlık sisteminin yapısından da kaynaklanmaktadır. Dolayısıyla sağlığa erişim konusu hem sağlık eşitsizlikleri hem de tıbbi çöl (medical desert) perspektifinden ele alınmalıdır.

Sağlık eşitsizlikleri, bireysel ve demografik özelliklerin yanı sıra sosyo-ekonomik durumların farklılıklarından dolayı ortaya çıkmaktadır (World Health Organization [WHO], 2025). Kısaca sağlık eşitsizlikleri; bireyin yaşam tarzı faktörleri, sosyal ve toplumsal ağlar, sosyo-ekonomik, kültürel ve çevresel koşullar ile var olan sağlık kaynaklarına olan erişim dengesizliğidir (Dahlgren ve Whitehead, 1991).

Sağlığa erişimin diğer bir boyutu olan tıbbi çöller “*yerleşik nüfusun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için yeterli sağlık uzmanının olmadığı alanlar*” (Guillaume, 2024) şeklinde ifade edilebilmektedir. Diğer bir tanımda tıbbi çöller, “*yeterli tıbbi personel ve sağlık hizmetleri kaynağından yoksun uzak kırsal bölgeler ve yoksun kentsel alanlar*” (ROUTE-HWF, 2024) olarak ele alınmaktadır. Yani tıbbi çöl, bireyin yaşadığı bölgede (kırsalda veya kentte) sağlık kaynaklarına (hastane, sağlık insan kaynakları, kaliteli sağlık hizmeti vb.) ulaşımının sınırlı ya da hiç bulunmamasıdır. Tıbbi çölleri ortaya çıkartan çeşitli etmenler bulunmaktadır. Bunlardan birisi sağlık işgücü sayısının yetersiz olmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü de ülkelerin, 2030 yılına kadar tahminen 11 milyon sağlık işgücü açığıyla karşı karşıya olacağını belirtmektedir (WHO, 2024). Diğer etmenler ise sağlık çalışanının görev yaptığı yerdeki yaşam şartlarının zorluğu (yüksek kira, ulaşım olanaklarının azlığı, sınırlı kariyer fırsatları vb.), iş-yaşam dengesizliği, hekimlerin idari görev yükü, sağlıkta şiddet, sağlık işgücünün dengesiz dağılımı veya göç hareketliliği şeklinde sıralanabilir (Zerbib, 2021).

Sağlık eşitsizlikleri ve tıbbi çöller sonucunda insanlar, sağlık hizmeti almayı ya ertelemekte ya da uzun bekleme listelerinde yer almaktadır. Dahası toplumun sağlık düzeyi düşmekte, hastalık yükü artmakta, sağlık harcamaları yükselmekte ve bu nedenle sağlık göstergelerinin iyileşme süreci durağanlaşmakta veya gerileyebilmektedir. Bu durum sağlık sistemleri için en önemli nihai hedef olan sağlıklı toplum idealine ulaşma noktasında olumsuz bir etki değişkeni olarak değerlendirilmektedir.

Bu çalışma, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yayımlanan TSA 2022 mikro verileri kullanılarak gerçekleştirilmiş; karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının (KSİH) temel nedenlerini ve bireylerin genel sağlık statüsünü demografik faktörler bağlamında incelemeyi amaçlamıştır. Giriş bölümünde sağlık eşitsizlikleri ve tıbbi çöl kavramlarına kuramsal bir çerçeve sunulmuş; ardından çalışmanın amacı, kapsamı ve özgün yönleri açıklanmıştır. İkinci bölümde araştırmanın kesitsel tasarımı, veri kaynağı, örneklem bilgileri ve kullanılan istatistiksel analiz yöntemlerine yer verilmiştir. Üçüncü bölümde, TSA 2022 verileri üzerinden elde edilen bulgular sunulmuş; KSİH ve sağlık statüsü ile demografik değişkenler arasındaki ilişkilere dair istatistiksel sonuçlar paylaşılmıştır. Dördüncü ve son bölümde ise bulgular, mevcut literatürle karşılaştırılarak yorumlanmış; sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan sorunların çözümüne yönelik politika önerileri geliştirilmiştir. Türkiye’de tıbbi çöl kavramını bu kapsamda ilk kez ele alan bu çalışma, sağlık eşitsizlikleri ile tıbbi çöl olgularının birlikte değerlendirilmesi açısından literatüre yeni ve önemli bir katkı sunmaktadır.

II. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Verileri

Araştırma kesitsel bir tasarıma sahip olup, TÜİK tarafından yayınlanan TSA 2022 verileri kullanılarak gerçekleştirilmiştir. TÜİK, TSA’yı belirli aralıklarla yürütmektedir ve şu ana kadar 2008, 2010, 2012, 2014, 2016, 2019 ve 2022 yıllarına ait veriler mevcuttur. TSA kapsamında, örnekleme

dahil edilen hanehalkı adreslerinde yaşayan bireylerden bilgisayar destekli yüz yüze görüşme yöntemiyle veri toplanmaktadır (TÜİK, 2022).

Araştırmanın yürütülebilmesi için TÜİK’e 05.09.2024 tarih ve 400692 başvuru numarası ile mikro veri talebinde bulunulmuş ve gerekli izin ve yazışmalar sonucunda TSA 2022 veri seti temin edilmiştir. Çalışmada ikincil veriler kullanıldığı için etik kurul izni alınmamıştır.

2.2. Evren ve Örneklem

TSA 2022’ye toplam 20626 birey katılmıştır. Hasta olduğunu ifade eden birey sayısı ise 5459’dur. Bu katılımcılara ilişkin demografik bilgiler Tablo 1’de verilmiştir:

Tablo 1. Katılımcılara İlişkin Demografik Bilgiler

Değişkenler	n	%
Cinsiyet		
Erkek	1989	36,4
Kadın	3470	63,6
Toplam	5459	100,0
Yaş		
15-34	1332	24,4
35-54	2134	39,1
55 ve üstü	1993	36,5
Toplam	5459	100,0
Eğitim Düzeyi		
Eğitim görmeyen	1667	30,5
İlköğretim/ortaokul	2869	52,6
Lise ve dengi okullar	603	11,0
Yüksekokul ve üstü	320	5,9
Toplam	5459	100,0
Medeni Durum		
Bekar	599	11,0
Evli	4174	76,5
Eşi vefat eden/boşanan	686	12,6
Toplam	5459	100,0
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	1521	27,9
Çalışmıyor	3938	72,1
Toplam	5459	100,0
Gelir (TL)		
0-1300	4059	74,4
1301-2300	1117	20,5
2301 ve üstü	283	5,2
Toplam	5459	100,0
Sosyal Güvence		
Var	4839	88,6
Yok	620	11,4
Toplam	5459	100,0
Yerleşim Yeri		
Kent	3506	64,2
Kır	1953	35,8
Toplam	5459	100,0

Araştırmanın %63,6’sı kadın ve %39,1’i ise 35-54 yaş aralığındadır. Katılımcıların %83,1’i ilköğretim mezunu, %76,5’i evli ve %72,1’i ise çalışmamaktadır. Geliri 1300 TL ve altında olanların oranı %74,4 ile oldukça yüksektir. Ancak sosyal güvencesi olanların oranı %88,6’dır. Yerleşim yeri açısından katılımcıların %64,2’si kentte, %35,8’i ise kırsalda yaşamaktadır.

2.3. Araştırmanın Hipotezi

TSA 2022 veri setindeki demografik faktörlerin KSİH ve genel sağlık statüsü üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla oluşturulan araştırmanın hipotezi şu şekildedir:

H1: Türkiye’de yaşayan 15 yaş ve üzeri KSİH olan bireylerin genel sağlık statüsünün, bireysel ve demografik faktörlere (cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, gelir, sosyal güvence, yerleşim yeri) göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Araştırmanın analizlerinde Jamovi 2.3.28 istatistik programı kullanılmıştır (Jamovi, 2024). Demografik faktörlerin karşılanamayan sağlık ihtiyaçları ve genel sağlık statüsü üzerindeki farklarını belirlemek için frekans analizleri, bu farklar arasındaki etkiyi incelemek için ise regresyon analizi uygulanmıştır. Bu araştırma, TSA veri setindeki varsayımlar ve sınırlılıklar çerçevesinde yalnızca genel sağlık statüsü ile karşılanamayan sağlık ihtiyaçları bağlamında ele alınmıştır.

III. BULGULAR

3.1. Frekans Analizleri

KSİH, TSA’daki “son 12 ay içerisinde uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı hissettiğiniz halde bu hizmetten yararlanmadığınız oldu mu?” sorusuna yanıt verenlerin Tablo 2’deki gibidir:

Tablo 2. KSİH’nin Düzeyi

Karşılanamayan Sağlık İhtiyaçları	n	%
Var	1656	30,3
Yok	3803	65,2

Tablo 2’ye göre bireylerin büyük bir kısmının (%65,2) sağlık hizmetlerine erişim konusunda herhangi bir sorun yaşamamıştır. Fakat her üç kişiden birinin (%30,3) sağlık hizmetlerine ulaşmakta zorluk yaşadığı ya da sağlık ihtiyaçları tam olarak karşılanamamıştır. Dahası, KSİH’nin temel nedenleri ise Tablo 3’te verilmiştir:

Tablo 3. KSİH’nin Temel Nedenleri

Temel Nedenler	n	%
1. Ödeme gücü (çok pahalı olması ya da sigorta fonu tarafından karşılanmaması)	792	14,5
2. İş, çocuk ya da bakmakla yükümlü olduğu diğer kişilerden dolayı zaman bulamama	206	3,8
3. Diğer nedenler	196	3,6
4. Poliklinikte muayene olma gücü, sağlık kuruluşundan kaynaklanan diğer nedenler	127	2,3
5. Sağlık kuruluşunun uzak olması / Ulaşım imkanının olmaması	100	1,8
6. Ameliyat / Tedavi korkusu	80	1,5
7. Randevu süresinin çok geç tarihte verilmesi	57	1,0
8. Kendisini hastaneye götürecek kimsenin olmaması	66	1,2
9. Ailesinin veya yakınlarının gerek görmemesi/izin vermemesi	15	0,3
10. Bilmiyorum	11	0,2
11. Cevap vermek istemiyorum	6	0,1

TÜİK, TSA’da KSİH’yi başlangıçta dört tema üzerinden değerlendirmiştir: “ödeme gücü nedeniyle tıbbi bakım hizmetlerini alamama”, “randevularda gecikme yaşama”, “ulaşım nedeniyle sağlık hizmeti almada gecikme yaşama” ve “ödeme gücü nedeniyle ilaç alamama”. Ancak TSA 2022’de bu değerlendirme kriterleri genişletilmiş ve KSİH’nin temel nedenleri dokuz temaya ayrılmıştır.

KSİH'nin en yaygın nedeni, 792 bireyin (%14,5) bildirdiği gibi, ödeme gücü sebebiyle sağlık hizmetlerinden faydalanamamaktır. İkinci sırada, bireylerin iş veya bakmakla yükümlü oldukları kişiler nedeniyle sağlık hizmetine zaman ayıramamaları yer almaktadır (%3,8). Üçüncü sırada ise diğer nedenler (%3,6) bulunmaktadır; fakat TÜİK, bu nedenler hakkında detaylı bir açıklama yapmamıştır. Dördüncü sırada, sağlık kuruluşundan kaynaklanan sebeplerle hizmet alınamaması (%2,3) gelirken, beşinci sırada sağlık kuruluşuna uzaklık (%1,8) KSİH arasında yer almaktadır. Diğer temel nedenler ise ameliyat veya tedavi korkusu (%1,5), randevu tarihinin çok ileri bir tarihe verilmesi (%1,0), sağlık hizmeti alınması için refakatçi bulunamaması (%1,2) ve sağlık hizmetine gerek duyulmaması ya da izin verilmemesidir (%0,3).

TSA'da genel sağlık statüsü "çok iyi" 1, "iyi" 2, "orta" 3, "kötü" 4 ve "çok kötü" ise 5 olarak sınıflandırılmıştır. Analizi kolaylaştırmak ve yorumlamak adına "iyi" 1, "orta" 2, "kötü" 3 olarak yeniden kodlanmıştır. Bireylerin "genel olarak sağlık durumunuz nasıldır?" sorusuna verdikleri cevapları üzerinden yapılan frekans analizinin bulguları şu şekildedir:

Tablo 4. Genel Sağlık Statüsüne İlişkin Frekanslar

Genel Sağlık Statüsü	n	%
İyi	1510	27,7
Orta	2528	46,3
Kötü	1420	26,0

Bu tabloya göre katılımcıların en büyük kısmı sağlık durumlarını orta olarak değerlendirmiştir (%46,3). İyi (%27,7) ve kötü (%26) sağlık statüsüne sahip olan bireylerin oranları birbirine oldukça yakındır. Bu dağılım, genel sağlık durumunun büyük ölçüde orta seviyede algılandığını ve bireylerin önemli bir kısmının sağlıklarını mükemmel ya da kötü olarak değerlendirmedikleri ortaya koymaktadır.

3.2. Fark Analizleri

KSİH'si olan bireylerin demografik faktörlerinin genel sağlık statüsü üzerindeki farkları belirlemek için fark testleri yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 5'te verilmiştir:

Tablo 5. KSİH Olan Bireylerin Genel Sağlık Statüsü ile Demografik Faktörlerine Dair Fark Testi Bulguları

Değişkenler		Genel Sağlık Statüsü		
		Ort.	Tukey*	p
Cinsiyet	Erkek	2,06	-	<0,001
	Kadın	2,19		
Yaş	15-34 (1)	1,88	1<2,3 2<3	<0,001
	35-54 (2)	2,14		
	55 ve üstü (3)	2,38		
Eğitim Durumu	Eğitim görmeyen (1)	2,38	1>2,3,4 2>3,4	<0,001
	İlköğretim/ortaokul (2)	2,09		
	Lise ve dengi okullar (3)	1,80		
	Yüksekokul ve üstü (4)	1,58		
Medeni Durum	Bekar (1)	1,88	1<2,3 2<3	<0,001
	Evli (2)	2,13		
	Eşi vefat eden/boşanan (3)	2,43		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	2,02	-	<0,001
	Çalışmıyor	2,20		
Gelir	0-1300 (1)	2,20	1>2,3	<0,001
	1301-2300 (2)	1,93		
	2301 ve üstü (3)	1,77		
Sosyal Güvence	Var	2,14	-	0,330
	Yok	2,18		
Yerleşim Yeri	Kent	2,06	-	<0,001
	Kır	2,25		

*Sadece farklılık gösteren gruplar yazılmıştır.

KSİH cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, çalışma durumu, gelir ve yerleşim yerine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<.001$). Fakat sosyal güvence ile KSİH arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0.330$). Kadınlar sağlıklarını erkeklere kıyasla daha kötü algılamaktadır. Yaş ilerledikçe, eğitim ve gelir seviyesi arttıkça sağlık algısı iyileşmektedir. Boşanmış veya eşi vefat etmiş, çalışmayan ve düşük gelirli bireyler sağlıklarını daha kötü değerlendirmektedir. Kentte yaşayanlara kıyasla kırsal kesimde yaşayanlar da sağlıklarını daha kötü algılamaktadır.

3.3. Regresyon Analizi

KSİH olan bireylerin genel sağlık statüsüne ilişkin regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Fark testinde sosyal güvence değişkeni anlamlı bir farklılık göstermemesinden dolayı analiz dışında bırakılmıştır. Analize dair bulgular Tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 6. KSİH Olan Bireylerin Genel Sağlık Statüsü İlişkin Regresyon Bulguları

Değişkenler		Genel Sağlık Statüsü		
		Std. Est.	t	p
Cinsiyet	Erkek	Ref		
	Kadın	0,078	1,402	0,161
Yaş	15-34	Ref		
	35-54	0,323	5,216	<,001
	55 ve üstü	0,504	6,707	<,001
Eğitim Durumu	Eğitim görmeyen	Ref		
	İlköğretim/ortaokul	-0,207	-3,638	<,001
	Lise ve dengi okullar	-0,451	-4,652	<,001
	Yüksekokul ve üstü	-0,640	-4,300	<,001
Medeni Durum	Bekar	Ref		
	Evli	6,46e-4	0,007	0,994
	Eşi vefat eden/boşanan	0,136	1,183	0,237
Çalışma Durumu	Çalışıyor	Ref		
	Çalışmıyor	0,084	1,465	0,143
Gelir	0-1300	Ref		
	1301-2300	-0,206	-2,897	0,004
	2301 ve üstü	-0,288	-2,010	0,045
Yerleşim Yeri	Kent	Ref		
	Kır	0,064	1,262	0,207
Genel Sağlık Statüsü Modeli		R: 0.361, R ² : 0,130, Adjusted R ² : 0,124, DW: 1,90, F: 20,5, $p<.001$		

Yaş, eğitim ve gelirin genel sağlık statüsü üzerinde anlamlı bir etkisi vardır ($p<.001$). Bununla birlikte cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu ile yerleşim yerinin genel sağlık statüsü üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır ($p>0,05$). Model, genel sağlık statüsündeki varyansın %13'ünü açıklamaktadır. Aynı zamanda, söz konusu modelde otokorelasyon sorunu da yoktur ($DW=1.90$). Yaş ilerledikçe bireyler sağlık durumlarını daha kötü algılamaktadır. Özellikle 55 yaş ve üzerindeki kişilerde bu durum daha belirgindir. Eğitim seviyesi yükseldikçe sağlık algısı iyileşmektedir. En düşük sağlık algısı eğitim görmemiş bireylerde, en yüksek ise üniversite mezunlarında gözlenmektedir. Gelir arttıkça sağlık algısı da iyileşmektedir. Düşük gelirli bireyler sağlıklarını daha kötü değerlendirirken, yüksek gelir gruplarında bu algı daha olumludur.

IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

Araştırmadaki katılımcıların %30,3'lük bölümünün sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşadığı veya sağlık ihtiyaçlarının tam olarak karşılanamadığı görülmüştür. Sağlığa erişim problemlerinin temel nedenleri arasında randevunun geç bir tarihe verilmesi ile uzaklık unsurları tıbbi çöllerle ilişkilidir.

Çalışmada randevulardaki gecikmeler %1’lik bir paya sahiptir. Yetim ve Uğurluoğlu’nun (2024) araştırmasında dolaşım sistemi hastalıklarına sahip bireylerin %27’lik bir kısmı randevuda gecikmeler yaşadığını ifade etmişlerdir. Sağlık arz ve talebinin dengesiz olması bu gecikmelerin ana nedeni olduğu söylenebilir. Türkiye bağlamında uzaklık sorunu açısından kamu-özel ortaklığı modeliyle hizmet sunulan şehir hastaneleri örnek gösterilebilir. “Şehir hastanelerinin hizmete sokulduğu illerdeki bütün Bakanlık hastaneleri kapatılarak şehir hastanesine taşınıyor. Bu nokta birkaç sorun yaratıyor: A) Halkın hizmete ulaşımı zorlaşıyor. B) Ciddi trafik sorunu ortaya çıkıyor” (Gökkaya ve Erdem, 2021). Örneğin Mersin Şehir Hastanesi’nden hizmet alan hastalar hastanenin uzak olması (%49), ulaşım süresinin uzunluğu (%42,5) ile ulaşım seçeneklerinin az olması (%38,1) en çok problem yaşadıkları konular olmuştur (Uğurhan, 2018). Tıbbi çöller belirlenirken hastanın seyahat süresi kritik bir unsurdur. Örneğin ABD’li bir hasta, acil sağlık hizmeti için 30 ya da 60 dakikadan daha uzun bir süre seyahat ediyorsa ikamet ettiği yerin tıbbi bir çöl olduğu ortaya konulabilmektedir (Nguyen vd., 2021; Braverman, 2019). Bu sürenin hesaplaması ülkenin tıbbi demografisine göre farklılık gösterebilmektedir. Ödeme gücü, bakmakla yükümlü olduğu diğer kişilerden dolayı zaman bulamama ile aile veya yakınlarının gerek görmemesi nedenleri ise sağlık eşitsizlikleri perspektifinden erişim sorunları kapsamına girmektedir. TSA 2016’da %13,2’lik bölümünün ödeme gücü nedeniyle KSİH tespit edilmiştir (Yetim ve Çelik, 2020). Ancak Türkiye’de zorunlu genel sağlık sigortası bulunmasına rağmen TSA 2022’de ödeme gücü nedeniyle KSİH bulunan bireylerin oranı %14,5’e yükselmiştir.

Sağlık hizmetlerinin ertelenemez bir özelliğe sahip olmasına karşın bakmakla yükümlü kişilerden dolayı bireyler sağlık hizmetlerine ulaşamamıştır. Son olarak toplumun sağlık ve hastalık algısı ve ihtiyacın şiddeti sağlık hizmeti talebini etkileyen faktörlerdendir (Akar ve Arıkan, 2023). Bu çalışmada da bireyin yakınlarının gerek görmemesi sebebiyle KSİH ortaya çıkmıştır. Araştırma kapsamında bireylerin genel sağlık statüsü orta seviyededir. Fakat KSİH olan bireylerin genel sağlık statüsünün demografik faktörlere göre değişkenlik göstermektedir. Genel olarak dezavantajlı grupların (yaşlı, kadın, düşük gelirli, sosyal güvencesi olmayan, kırsalda ikamet etme vb.) genel sağlık statüsü daha düşüktür. Bu durumun iyileştirilememesi sonucunda bireyin sahip olduğu sosyo-ekonomik koşullarla sağlık düzeyinin doğru olmasını açıklayan sosyal gradyan olgusunu daha da belirgin hale getirebilmektedir (Donkin, 2014).

Sonuç olarak, dünya nüfusu gün geçtikçe yaşlanmakta ve sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın gittikçe artması beklenmektedir. Bu durumun sağlık hizmetlerine talebin artırmasının yanı sıra sağlık eşitsizliklerini ve tıbbi çölleri derinleştirebileceği düşünülebilir. Bu araştırmanın sonuçlarına göre şu öneriler sunulabilir:

- Ödeme gücü sebebiyle KSİH olan dezavantajlı grupta yer alan bireylere katılım payı muafiyeti getirilebilir.
- Randevu gecikmelerinin önüne geçmek adına hastalar aile hekimliğine teşvik edilebilir.
- Yerel yönetimlerce sağlık kurum ve kuruluşlarına giden ulaşım seçenek ve seferleri artırılabilir.
- Sağlık hizmetlerine zaman bulamayan kişiler için uzaktan sağlık hizmetlerinin kullanımı yaygınlaştırılabilir.
- Türkiye’de 65 yaş ve üzeri kişilerin sayısı artışı da göz önünde bulundurularak sağlık hizmet sürecini tek başına yöneten bireyler için gönüllü refakatçi ekipleri oluşturulabilir.
- Türkiye’de yaşayan 10 bireyden 7’sinin sağlık okuryazarlık düzeyi sınırlıdır (Sağlık Bakanlığı, 2018). Bu durum bireylerin yanlış sağlık kurumları tercih etmesine veya sağlık hizmetine başvurmaya gerek duymamasına neden olabilir. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı seviyesinin yükseltilmesi önerilmektedir.

Bu çalışma, Türkçe literatürde tıbbi çöl kavramını ilk kez ele almakta; sağlığa erişimde hem sağlık eşitsizliklerinin hem de tıbbi çöl olgusunun etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, sağlık politika ve planlarının, özellikle dezavantajlı grupların erişim engellerini azaltacak şekilde yeniden yapılandırılması gerekmektedir.

Araştırmanın Etik Yönü: Araştırmada ikincil veriler kullanıldığı için etik kurul izni gerektirmemektedir. Bu çalışmada araştırma ve yayın etiğine aykırı herhangi bir durum bulunmamaktadır.

KAYNAKLAR

- Akar, Y. & Arıkan, C. (2023). Sağlık hizmetlerinde talebi etkileyen faktörler. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 21(1), 1-21.
- Braverman, A. (2019). An oasis in the hospital desert – general aviation meets medicine. *International Journal of Aviation, Aeronautics, and Aerospace*, 6(4).
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health: Background document to WHO – Strategy paper for Europe*. Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier.
- Donkin, A.J.M. (2014). Social gradient. *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society*, 2172-2178. <https://doi.org/10.1002/9781118410868.wbehibs530>
- Gökkaya, D. & Erdem, R. (2021). Türkiye’de kamu özel ortaklığı bağlamında şehir hastanelerinin değerlendirilmesi: Nitel bir araştırma. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, (31), 73-96. <https://doi.org/10.18092/ulikidince.771797>
- Guillaume, R. (2024). The French telemedicine system: Challenges, procedures and difficulties. legal issues in the Digital Age, (2), 80-96.
- Jamovi. (2025, Ocak 18). *jamovi - open statistical software for the desktop and cloud*. <https://www.jamovi.org/download.html>
- Nguyen, A., van Meijgaard, J., Kim, S., & Marsh, T. (2021). *Mapping healthcare deserts: 80% of the country lacks adequate access to healthcare*. GoodRX Health. https://assets.ctfassets.net/4f3rgqwdzj/1XSl43l40KXMQiJUtl0iIq/ad0070ad4534f9b5776bc2c41091c321/GoodRx_Healthcare_Deserts_White_Paper.pdf
- ROUTE-HWF. (2024). *About*. <https://route-hwf.eu/about/>
- Sağlık Bakanlığı. (2018). *Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörleri araştırması*. <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SOYA%20RAPOR.pdf>
- Türkiye İstatistik Kurumu (2022). *Türkiye Sağlık Araştırması 2022*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Türkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747>
- Uğurhan, F. (2018). Orda bir hastane var uzakta: Mersin şehir hastanesi. Kayıhan Pala (Ed.), *Türkiye’de sağlıkta kamu-özel ortaklığı şehir hastaneleri içinde* (ss. 261-276). İletişim Yayınları.
- Woodward, A. & Kawachi, I. (2000). Why reduce health inequalities?. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 54(12), 923–929. <https://doi.org/10.1136/jech.54.12.923>
- World Health Organization. (2024). *National health workforce accounts data portal*. tarihinde <https://apps.who.int/nhwaportal/>
- World Health Organization. (2025). *Health inequities and their causes*. <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes>

- Yetim, B. ve Uğurluoğlu, Ö. (2024). Dolaşım sistemi hastalarında algılanan sağlık statüsü ve belirleyicileri. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(1), 192-201. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.1139258>
- Yetim, B., & Çelik, Y. (2020). Sağlık hizmetlerine erişim: Karşılanmamış ihtiyaçlar sorunu. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(2), 423-440. <https://doi.org/10.33417/tsh.630479>
- Zerbib, J.-P. (2021). *Medical deserts – A growing problem across Europe*. <https://epha.org/medical-deserts-a-growing-problem-across-europe/>