T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMET SUNUMUNDA SURİYELİ SIĞINMACILARIN YOL AÇTIĞI BÖLGELERARASI DENGESİZLİĞİN ANALİZİ

Fati ALAY

TEZ DANIŞMANI
DOÇ.DR. MURAT ÇİFTÇİ

EDİRNE 2022

Tezin Adı: Türkiye'de Sağlık Hizmet Sunumunda Suriyeli Sığınmacıların Yol Açtığı Bölgelerarası Dengesizliğin Analizi

Hazırlayan: Fati ALAY

ÖZET

Cumhuriyet tarihi boyunca Türkiye'ye yurt dışından gelen göçmen sayısının resmi rakamlara göre üç katından fazlası, çok kısa bir süre içerisinde Suriye'den gelmiştir. Sınırlı kaynakların gelen göç akımının ihtiyaçlarına cevap verebilmesi, her alanda oldukça güçtür. Ayrıca Suriyelilerin ülke içerisinde yerleşimleri, herhangi bir planlama ve kısıt oluşturmaya da dayanmamaktadır. Bu durum yeni yerleşimcilerin iller arasında dengesiz dağılımına yol açmıştır. Kilis gibi bazı illerde yerel halkın nüfusunu aşan yığılmalar dahi yaşanmıştır. Bu durum, sağlık hizmet sunumunda da bölgeler arasında orantısız ilave yük oluşumunu beraberinde getirmiştir. Bu çalışmada odaklanılan temek konu da, Suriye'den gelen kitlesel göç akımının sağlık hizmet sunumunda yol açtığı bölgeler arası dengesizliğin şiddetini ölçülmesidir. İstatistik uygulamalarda bölgeler arası eşitsizlik ölçümünde Atkinson eşitsizlik endeksi yöntemi kullanılmıştır. Veriler ise İBBS 3 düzeyinde (iller) TÜİK ve Göç İdaresi Başkanlığından derlenmiştir. Sağlık istatistiklerinde en güncel verilerin 2019 yılı için mevcut olması sebebiyle, uygulamalar 2019 yılı için gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bulgular, Suriye'den Türkiye'ye yönelik kitlesel göç akımının sağlık hizmet sunumunda bölgeler arası eşitsizliğin şiddetli şekilde arttırdığını göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: Sağlık yönetimi, sağlık hizmetleri planlaması, Suriyeli sığınmacılar, bölgesel eşitsizlikler, bölge planlama.

Title of the thesis: Analysis of derangement among regions caused Syrian refugee on delivery of health care in Turkey.

Prepared by: Fati ALAY

ABSTRACT

Throughout the history of the republic, according to the official figures, three times more number of immigrants came from Syria to Turkey in a short while than came from abroad. In all areas, it is quite hard for limited sources can yield to flow of migration's requirements. Besides, settlements of Syrian in country don't base on any limitation and planning. This situation caused that the new settlers scatter unbalanced among provinces. For instance, in some provinces as Kilis, conglomeration exceeded number of local community has been occurred. This circumstance, among regions, leads to out of proportion and additional burden on delivery of health care, too. Basis topic that this study focused is measurement severity of derangement among regions about delivery of health care happened by flow of mass migration from Syria. In statistic implementations, Atkinson inequality index method has been utilized for measurement of inequality among regions. Datas have been compiled from TUIK and Directorate of Migration Management at a level of IBBS 3. Because of the latest data about health statistics exist for year 2019, practices have been conducted for year 2019. The findings obtained shows that the flow of mass migration from Syria to Turkey enhance inequality among regions as to delivery of health care severely.

Keywords: Health management, healthcare planning, Syria, regional inequality, regional planning.

ÖN SÖZ

Birey ve toplumlar çeşitli ihtiyaçlarını gidermek, yaşamlarını idame etmek, içinde bulundukları mevcut durumu düzeltmek ya da daha iyi kılmak adına bir çok alanda emek ve çaba sarf etmektedir. Bu gereksinimlerin temelindeyse bedensel ve ruhsal bütünlüğün korunması anlamını taşıyan sağlık kavramı bulunmaktadır. Sağlık; ekonomik, kültürel, değişen toplum yapıları ve yaşanan teknolojik gelişmelerin etkisiyle hem uluslararası düzeyde hem de ulusal düzeyde temel insan hakları arasında yer almaktadır. Bu haktan tüm bireylerin adil ve eşit düzeyde yararlanmaları etkin ve sürdürülebilir sağlık hizmet sunumuyla mümkün olmaktadır. Sağlık hizmetlerinden faydalanmada toplumun hiçbir kesiminin dışlanmayıp herkesin kapsanması son derece önemli olmakla beraber başarılı sağlık hizmet sunumunun vazgeçilmezidir.

Sağlık hizmet sunumunu etkileyen ve bölgesel olarak eşit dağılımını engelleyen turizm ya da eğitim-öğretim faaliyetleri ya da mevsimsel iş nedeniyle yaz-kış aylarındaki nüfus farklılaşması veya düzensiz göç vb. gibi faktörler toplumun bütün olarak sağlık hizmetlerine erişimini ve erişim sonrasında da etkin hizmet alımını olumsuz yönde etkilemekte olup bölgesel birimlerdeki nüfus hacmiyle uyumlu bir sağlık hizmet sunumunu gerektirmektedir. Suriye iç savaşı nedeniyle Türkiye'ye doğru gerçekleşen düzensiz göç nedeniyle bölgesel birimler arasında dengesiz şekilde dağılan Suriyelilerin mutlak eşitliğin zaten sağlanamadığı bölgeler arasındaki dağılım dengesinden daha da sapılmasına yol açmaktadır.

Bu çalışmada Türkiye'de bölgesel birimler arasında dengesiz şekilde dağılan geçici koruma altına alınan Suriyelilerin sağlık hizmet sunumunun bölgeler arasındaki dağılımlarında yol açtıkları dengesizlik analiz edilmek istenmiştir. Böylece mevcut sorunun tespiti sonrasında, sorunun çözümüne yönelik çeşitli önlemlerin alınmasına ve bölgeler arası dengesiz dağılımın ortadan kaldırılmasına katkı sağlama imkânı oluşabilecektir. Çalışmanın tüm aşamalarında öneri, destek ve katkılarını esirgemeyen tez danışmanım saygıdeğer hocam Doç. Dr. Murat ÇİFTÇİ'ye şükranlarımı sunarım. Tez çalışmam esnasında önerileriyle bana yol gösteren, düzeltileriyle katkıda bulunan

değerli ağabeyim Doç. Dr. Okan ALAY'a, çalışma boyunca daima desteğini yanımda hissettiğim ömrümün azizi babam Mahmut ALAY'a ve azizesi annem Fatma ALAY'a ve *"yediveren gül kardeşi bir arzu"*yla karındaşları olmaktan onur duyduğum Alay kardeşlere şükranlarımı arz ederim. Son olarak bu zorlu süreçte her zaman bana güvenip yardımını esirgemeyen Ekrem GEÇER, Seda ÖZTÜRK, Hande DOĞRU ve Hazal EREL ARSLAN'a teşekkürlerimi sunarken, uzunca bir emek sonucu ortaya çıkan bu çalışmamı göçmen/sığınmacı çocuklar başta olmak üzere tüm dünya çocuklarına ithaf ediyorum.

Fati ALAY

Edirne-2022

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **i**
ABSTRACT ..... **ii**
ÖN SÖZ ..... **iii**
İÇİNDEKİLER ..... **v**
TABLOLAR LİSTESİ ..... **ix**
GRAFİKLER LİSTESİ ..... **xi**
KISALTMALAR ..... **xiii**
GİRİŞ **1**
BİRİNCİ BÖLÜM **4**
1. KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE **4**
1.1. SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HİZMET SUNUCULARI **4**
1.1.1. Sağlık Hizmetleri Kavramı 5
1.1.2. Sağlık Hizmet Sunucusu Personel 6
1.1.3. Sağlık Hizmet Sunucusu Kurumlar 8
1.2. Sağlık Hizmet Türleri **9**
1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri 9
1.2.2. Geliştirici Sağlık Hizmetleri 10
1.2.3. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri 10
1.2.4. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri 11
1.3. SAĞLIK SİSTEM MODELLERİNE GÖRE SAĞLIK HİZMETLERİ **12**
1.3.1. Piyasa Tipi Modelde Sağlık Hizmetleri 13
1.3.2. Refah Yönelimli Modelde Sağlık Hizmetleri 14
1.3.3. Evrensel Kapsayıcı Modelde Sağlık Hizmetleri 15
İKİNCİ BÖLÜM **17**
2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ **17**
2.1. Türk Sağlık Sisteminin Yakın Dönem Tarihsel Gelişiminin Ana Hatları **17**
2.1.1. Planlı Kalkınma Dönemi Öncesi Sağlık Hizmetlerine Genel Bakış (1923-1962) 18
2.1.2. Planlı Kalkınma Dönemi Sağlık Hizmetlerine Genel Bakış (1963-1980) 20
2.1.3. Neoliberal Dönemde Sağlık Hizmetlerine Genel Bakış (1980 Sonrası Dönem) 21

2.2. Türkiye'de Sağlık Hizmet Sunucusu Personel 23
2.2.1. Hekimler 24
2.2.2. Diş Hekimleri 25
2.2.3. Hemşire ve Ebeler 25
2.2.4. Sağlık Teknisyenleri ve Teknikerleri 26
2.2.5. Diğer Sağlık Personeli 27
2.3. Türkiye'de Sağlık Hizmet Sunucusu Kurumlar 28
2.3.1. Sağlık Bakanlığı 28
2.3.2. Aile Sağlığı Merkezleri 29
2.3.3. Kamu Hastaneler Birliği 30
2.3.4. Özel/Vakıf Sağlık Kurumları 31
2.3.5. Eğitim ve Araştırma Hastaneleri 32
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM 34
3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMET SUNUMUNUN BÖLGESEL DAĞILIMI 34
3.1. Sağlık Personellerinin Bölgesel Dağılımında Yaşanan Gelişim 34
3.1.1. Hekim ve Diş Hekimlerinin Bölgesel Dağılımında Yaşanan Gelişim 35
3.1.2. Hemşire ve Ebelerin Bölgesel Dağılımında Yaşanan Gelişim 37
3.1.3. Diğer Sağlık Personel Arzının Bölgesel Dağılımında Yaşanan Gelişim.. 38
3.2. Sağlık Hizmet Sunumunda Kullanılan Yatak/Ekipman Arzının Bölgesel Dağılımında Yaşanan Gelişim 40
3.2.1. Yatak Arzının Bölgesel Dağılımındaki Gelişim 40
3.2.2. Sağlık Ekipmanlarının Bölgesel Dağılımındaki Gelişim 42
3.3. Sağlık Hizmet Talebinin Bölgesel Dağılımında Yaşanan Gelişim 44
3.3.1. Basamaklara Göre Başvuru Sayılarında Yaşanan Gelişim 45
3.3.2. Acil Servis Başvurularında Yaşanan Gelişim 47
3.3.3. Ağız ve Diş Hastalıklarına Yönelik Yapılan Başvurulardaki Gelişim 48
3.4. Sağlık Hizmet Uygulamalarının Bölgesel Dağılımında Yaşanan Gelişim 49
3.4.1. Poliklinik Sayılarının Gelişimi 50
3.4.2. Ameliyat Sayılarının Gelişimi 51
3.4.3. Yatan Hasta Sayılarının Gelişimi 52
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM 55

4. SURİYELİ SIĞINMACILAR, SAĞLIK SORUNLARI VE SAĞLIK SİSTEMİNDE SIĞINMACILARA YÖNELİK DÜZENLEMELER 55

4.1. Suriyeli Sığınmacılar Sorunun Arka Planı 55

4.1.1. Suriye'de Yaşanan İç Savaş 56

4.1.2. İç Savaşın Sağlık Bilançosu 57

4.1.3. Türkiye'ye Yönelik Suriyeli Sığınmacı Akımı 59

4.2. Suriyeli Sığınmacılar, Sağlık Sorunları ve Sağlık Hizmet Sunumu 59

4.2.1. Kamplarda Yaşayan Suriyeliler, Sağlık Koşulları ve Sunulan Sağlık Hizmetleri 61

4.2.2. Kamp Dışında Yaşayan Suriyeli Sığınmacılar ve Sağlık Sorunları 62

4.2.3. Suriyeli Sığınmacılarla İlişkilendirilen Yeni Nesil Hastalıklar 64

BEŞİNCİ BÖLÜM 66

5. UYGULAMA 66

5.1. Çalışmanın Amacı, Önemi ve Sorusu 66

5.1.1. Çalışmanın Amacı 66

5.1.2. Çalışmanın Önemi 66

5.1.3. Çalışma Sorusu 67

5.2. Veriler, Yöntem, Kısıtlar ve Literatür 68

5.2.1. Veriler 68

5.2.2. Yöntem 68

5.2.3. Kısıtlar 69

5.2.4. Literatür 70

5.3. Bulgular 73

5.3.1. Hekim Varlığının Dengesiz Dağılımına İlişkin Bulgular 73

5.3.1.1. Sağlık Bakanlığına Bağlı Kamu Kurumlarında Çalışan Hekim Varlığının Dengesiz Dağılımına İlişkin Bulgular 73

5.3.1.2. Üniversitelerde ve Özel Sektör Kurumlarda Çalışan Hekim Varlığının Dengesiz Dağılımına İlişkin Bulgular 78

5.3.1.3. Kurum Ayrımı Olmaksızın Hekim Varlığının Dengesiz Dağılımına İlişkin Bulgular 81

5.3.2. Yardımcı Sağlık Personeli Varlığının Dengesiz Dağılımına İlişkin Bulgular 85

5.3.2.1. Sağlık Bakanlığına Bağlı Kamu Kurumlarında Çalışan Yardımcı Sağlık Personeli Varlığının Dengesiz Dağılımına İlişkin Bulgular 85

5.3.2.2. Üniversitelerde ve Özel Sektör Kurumlarda Çalışan Yardımcı Sağlık Personeli Varlığının Dengesiz Dağılımına İlişkin Bulgular 88

5.3.2.3. Kurum Ayrımı Olmaksızın Yardımcı Sağlık Personeli Varlığının Dengesiz Dağılımına İlişkin Bulgular 91

5.4. Tartışma 94

SONUÇ VE ÖNERİLER 100

KAYNAKLAR 103

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. ISCED Uluslararası Meslek Sınıflandırmasına Göre Sağlık Personelleri 7
Tablo 2. ISCO-08 Uluslararası Meslek Sınıflandırmasına Göre Sağlık Personelleri . 8
Tablo 3. Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayıları 35
Tablo 4. Sektörlere ve Unvanlara Göre Sağlık Personelinin Dağılımı, 2018 36
Tablo 5. Bölgelere Göre 100.000 Kşiye Düşen Hekim ve Diş Hekim Sayıları %.... 36
Tablo 6. Yıllara Göre Ebe ve Hemşire Sayıları Tüm Sektörler 37
Tablo 7. Yüzbin Kişiye Düşen Ebe ve Hemşire Sayısında İBBS 1'e Göre 2002 ve 2018 Karşılaştırması..... 38
Tablo 8. Yıllara ve Sektörlere Göre Diğer Sağlık Personeli Sayıları..... 39
Tablo 9. Türlerine ve Sektörlere Göre Toplam Yatak Sayıları, 2018 41
Tablo 10. İBBS-1'e Göre 10.000 Kişiye Düşen Hastane Yatak (Genel, Yoğunbakım, Nitelikli) Sayıları..... 41
Tablo 11. Yıllara Göre hastanelerde Cihaz Sayısı, 2002-2018 43
Tablo 12. İBBS-1'e Göre Göre Hastanelerde 1.000.000 Kişiye Düşen cihaz sayısı, 2018..... 44
Tablo 13. Yıllara ve Kurum Türlerine Göre Toplam Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler 46
Tablo 14. Kişi Başına Hekimlere Müracaat Sayısı, 2002 ve 2018..... 46
Tablo 15. Acil Servislere Başvurular, 2013-17 47
Tablo 16. İİBS-1'e Göre 112 Acil Yardım İstasyonlarına Yapılan Başvurular, 2013-17..... 48
Tablo 17. Diş Hekimine Yapılan Başvurular, 2002-18..... 48
Tablo 18. İİBS-1'e Göre Kişi Başına Düşen Diş Hekimine Yapılan Başvurular, 2018 49
Tablo 19. Özel Tıp Merkezi ve Özel Poliklinik Sayısı, 2018 50
Tablo 20. Sektörlere Göre Hastanelerde Ameliyathane Hizmetleri Altyapısı, 2018 51
Tablo 21. Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Ameliyat Sayıları, 2002-2018 51
Tablo 22. Sektörlere Göre 1.000 Kişiye Düşen Ameliyat Sayıları, 2018 52
Tablo 23. Yıllara ve Sektörlere Göre Yatan Hasta Sayısı, 2002-2018..... 53
Tablo 24. Sağlık Bakanlığı ve Diğer Hastanelere Yatan Hastaların Sayısı ve Toplam Yatan Hasta Sayısı 54
Tablo 25. Sağlık Bakanlığına Bağlı Kamu Kurumlarında Çalışan Hekimlerden Sağlanan Sosyal Fayda..... 74
Tablo 26. Sağlık Bakanlığına Bağlı Kamu Kurumlarında Çalışan Hekimlerden Sağlanan Sosyal Fayda..... 77
Tablo 27. Üniversite ve Özel Sektördeki Kurumlarında Çalışan Hekimlerden Sağlanan Sosyal Fayda..... 78
Tablo 28. Üniversite ve Özel Sektörde Çalışan Hekimlerden Sağlanan Sosyal Fayda 81

Tablo 29. Kurum Ayrımı Olmaksızın Çalışan Tüm Hekimlerden Sağlanan Sosyal Fayda 82
Tablo 30. Kurum Ayrımı Olmaksızın Çalışan Hekimlerden Sağlanan Sosyal Fayda 84
Tablo 31. Sağlık Bakanlığına Bağlı Kamu Kurumlarında Çalışan Yardımcı Sağlık Personelinden Sağlanan Sosyal Fayda 85
Tablo 32. Sağlık Bakanlığına Bağlı Kamu Kurumlarında Çalışan Hekimlerden Sağlanan Sosyal Fayda 88
Tablo 33. Üniversite ve Özel Sektördeki Kurumlarında Çalışan Yardımcı Sağlık Personelden Sağlanan Sosyal Fayda 88
Tablo 34. Üniversite ve Özel Sektörde Çalışan Hekimlerden Sağlanan Sosyal Fayda 90
Tablo 35. Kurum Ayrımı Olmaksızın Çalışan Tüm Yardımcı Personelden Sağlanan Sosyal Fayda 91
Tablo 36. Kurum Ayrımı Olmaksızın Çalışan Yardımcı Sağlık Personelinden Sağlanan Sosyal Fayda 93

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1. Sağlık Bakanlığı Kurumlarında Çalışan Hekimlerin Suriyeli Hariç ve Suriyelilerin Eklenmesine Göre İki Farklı Nüfus Düzeyine Göre İller Arası Dağılımı: Atkinson Endeks Değerlerinin Karşılaştırması 75
Grafik 2. Sağlık Bakanlığı Kurumlarında Çalışan Hekimlerin Suriyeli Hariç ve Suriyelilerin Eklenmesine Göre İki Farklı Nüfus Düzeyine Göre İller Arasında Eşitsiz Dağılımından Kaynaklanan Sosyal Fayda Kaybı Oranı (%) Karşılaştırması 76
Grafik 3. Sağlık Bakanlığı Kurumlarında Çalışan Hekimlerin Suriyeli Hariç ve Suriyelilerin Eklenmesine Göre İki Farklı Nüfus Düzeyine Göre İller Arası Dağılımına Göre Elde Edilen Sosyal Fayda Oranı (%) Karşılaştırması 76
Grafik 4. Üniversite ve Özel Sektörde Çalışan Hekimlerin Suriyeli Hariç ve Suriyelilerin Eklenmesine Göre İki Farklı Nüfus Düzeyine Göre İller Arası Dağılımı: Atkinson Endeks Değerlerinin Karşılaştırması 79
Grafik 5. Üniversite ve Özel Sektörde Çalışan Hekimlerin Suriyeli Hariç ve Suriyelilerin Eklenmesine Göre İki Farklı Nüfus Düzeyine Göre İller Arasında Eşitsiz Dağılımından Kaynaklanan Sosyal Fayda Kaybı Oranı (%) Karşılaştırması 80
Grafik 6. Üniversite ve Özel Sektörde Çalışan Hekimlerin Suriyeli Hariç ve Suriyelilerin Eklenmesine Göre İki Farklı Nüfus Düzeyine Göre İller Arası Dağılımına Göre Elde Edilen Sosyal Fayda Oranı (%) Karşılaştırması 80
Grafik 7. Kurum Ayrımı Olmaksızın Çalışan Bütün Hekimlerin Suriyeli Hariç ve Suriyelilerin Eklenmesine Göre İki Farklı Nüfus Düzeyine Göre İller Arası Dağılımı: Atkinson Endeks Değerlerinin Karşılaştırması 82
Grafik 8. Kurum Ayrımı Olmaksızın Çalışan Bütün Hekimlerin Suriyeli Hariç ve Suriyelilerin Eklenmesine Göre İki Farklı Nüfus Düzeyine Göre İller Arasında Eşitsiz Dağılımından Kaynaklanan Sosyal Fayda Kaybı Oranı (%) Karşılaştırması 83
Grafik 9. Kurum Farkı Olmaksızın Çalışan Bütün Hekimlerin Suriyeli Hariç ve Suriyelilerin Eklenmesine Göre İki Farklı Nüfus Düzeyine Göre İller Arası Dağılımına Göre Elde Edilen Sosyal Fayda Oranı (%) Karşılaştırması 84
Grafik 10. Sağlık Bakanlığı Kurumlarında Çalışan Hekimlerin Suriyeli Hariç ve Suriyelilerin Eklenmesine Göre İki Farklı Nüfus Düzeyine Göre İller Arası Dağılımı: Atkinson Endeks Değerlerinin Karşılaştırması 86
Grafik 11. Sağlık Bakanlığı Kurumlarında Çalışan Yardımcı Sağlık Personellerinin Suriyeli Hariç ve Suriyelilerin Eklenmesine Göre İki Farklı Nüfus Düzeyine Göre İller Arasında Eşitsiz Dağılımından Kaynaklanan Sosyal Fayda Kaybı Oranı (%) Karşılaştırması..... 87
Grafik 12. Sağlık Bakanlığı Kurumlarında Çalışan Yardımcı Sağlık Peronelinin Suriyeli Hariç ve Suriyelilerin Eklenmesine Göre İki Farklı Nüfus Düzeyine Göre İller Arası Dağılımına Göre Elde Edilen Sosyal Fayda Oranı (%) Karşılaştırması..... 87
Grafik 13. Üniversite ve Özel Sektörde Çalışan Yardımcı Sağlık Personelinin Suriyeli Hariç ve Suriyelilerin Eklenmesine Göre İki Farklı Nüfus Düzeyine Göre İller Arası Dağılımı: Atkinson Endeks Değerlerinin Karşılaştırması 89

Grafik 14. Üniversite ve Özel Sektörde Çalışan Yardımcı Sağlık Personelinin Suriyeli Hariç ve Suriyelilerin Eklenmesine Göre İki Farklı Nüfus Düzeyine Göre İller Arasında Eşitsiz Dağılımından Kaynaklanan Sosyal Fayda Kaybı Oranı (%) Karşılaştırması..... 89
Grafik 15. Üniversite ve Özel Sektörde Çalışan Yardımcı Sağlık Personellerinin Suriyeli Hariç ve Suriyelilerin Eklenmesine Göre İki Farklı Nüfus Düzeyine Göre İller Arası Dağılımına Göre Elde Edilen Sosyal Fayda Oranı (%) Karşılaştırması..... 90
Grafik 16. Kurum Ayrımı Olmaksızın Çalışan Bütün Hekimlerin Suriyeli Hariç ve Suriyelilerin Eklenmesine Göre İki Farklı Nüfus Düzeyine Göre İller Arası Dağılımı: Atkinson Endeks Değerlerinin Karşılaştırması..... 92
Grafik 17. Kurum Ayrımı Olmaksızın Çalışan Bütün Hekimlerin Suriyeli Hariç ve Suriyelilerin Eklenmesine Göre İki Farklı Nüfus Düzeyine Göre İller Arasında Eşitsiz Dağılımından Kaynaklanan Sosyal Fayda Kaybı Oranı (%) Karşılaştırması 92
Grafik 18. Kurum Farkı Olmaksızın Çalışan Bütün Hekimlerin Suriyeli Hariç ve Suriyelilerin Eklenmesine Göre İki Farklı Nüfus Düzeyine Göre İller Arası Dağılımına Göre Elde Edilen Sosyal Fayda Oranı (%) Karşılaştırması 93

KISALTMALAR

%	: Yüzde
AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AFAD	: Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı
Bağ-Kur	: Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
BM	: Birleşmiş Milletler
Dr.	: Doktor
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
HHS	: Sağlık ve İnsan Hizmetleri
IMF	: International Monetary Fund
ISCED	: International Standard Classification of Education
ISCO	: International Standard Classification of Occupations
İBBS	: İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması
İİBF	: İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
NHS	: National Health System
OECD	: The Organisation for Economic Co-operation and Development
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Projesi
ss.	: sayfa
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi

TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UNESCO	: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
vb.	: ve benzeri
vd	: ve diğerleri
YÖK	: Yüksek Öğretim Kurulu

GİRİŞ

Sağlık, hem uluslararası düzeyde hem de ulusal düzeyde temel insan hakları arasında yer almaktadır. Sağlığın korunup geliştirilmesi, gerektiğinde bireylerin topluma rehabilite edilebilmeleri ve hastalık oluşumunda tedavinin etkin şekilde uygulanıp bireyin yeniden sağlığına kavuşturulabilmesi için sağlık hizmet sunumunun son derece önemli etkisi mevcuttur. Sağlık hizmetlerinden faydalanmada toplumun hiçbir kesiminin dışlanmayıp herkesin kapsanmasıysa başarılı hizmet sunumunun vazgeçilmezidir. Bu noktada da gelir, servet, cinsiyet, köken, inanç ayrımı olmaksızın herkesin ve her kesimin kapsanması gerekir.

Bölgesel birimler arasında sağlık hizmet sunumunda eşitsizliğin varlığı ve şiddeti tıpkı gelire, servete, cinsiyete, kökene, inanca dayalı ayrışma ya da ayrıştırmada olduğu gibi toplumun bütün olarak sağlık hizmetlerine erişimini ve erişim sonrasında da etkin hizmet alımını olumsuz yönde etkileyen önemli bir faktör konumundadır. Bu sebeple bölgesel birimlerdeki nüfus hacmiyle uyumlu bir sağlık hizmet sunumunun sağlanması, büyük önem taşır. Turizm ya da eğitim-öğretim faaliyetleri gibi sebeplerle yaz-kış aylarındaki nüfus farklılaşması ya da düzensiz göç gibi etkenlerse, mutlak eşitliğin zaten sağlanamadığı bölgeler arasındaki dağılım dengesinden daha da sapılmasına yol açar. Bu çalışmanın amacı da Türkiye'de bölgesel birimler arasında dengesiz şekilde dağılan geçici koruma altına alınan Suriyelilerin sağlık hizmet sunumunun bölgeler arasındaki dağılımlarında yol açtıkları dengesizliğin analiz edilmesidir. Böylece mevcut sorunun tespiti sonrasında, sorunun çözümüne yönelik çeşitli önlemlerin alınmasına katkı sağlama imkanı oluşabilecektir.

Suriyeli sığınmacılara yönelik sağlık hizmet sunumu, ya da sağlık hizmet sunumlarında yaşanan aksaklıklar konusunda çeşitli çalışmalar mevcuttur. Genelde de düzenli veri yetersizliği sebebiyle hizmet sunucusu sağlık personeli ya da sığınmacılara yönelik anket ya da mülakat tekniğine dayalı araştırmaların yapıldığı dikkat çekmektedir. Ancak sınırlı ikincil verilere dayalı bölgesel denge analizlerini

içeren çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Çalışmanın önem ve özgünlüğü de bu nedenden kaynaklanmaktadır.

Bu çalışma, kendi içerisinde beş ana bölümden oluşmaktadır. "Kavramsal ve Kuramsal Çerçeve" başlıklı ilk bölümde sağlık hizmetlerine ilişkin temel kavramlar ve kuramsal olarak konunun irdelenmesine odaklanılmıştır. Bu kapsamda sağlık hizmetlerinin etimolojisi, sağlık hizmetleri sunucusu kurumlar ve personel, sağlık hizmet türleri, sağlık hizmet modelleri içerisinde sağlık hizmetlerinin durumu konuları incelenmiştir.

Çalışmanın ikinci bölümü "Türkiye'de sağlık hizmetleri" başlığıyla dört kısımdan oluşmaktadır. İlk kısımda Türk sağlık sisteminin cumhuriyetin kuruluşundan bu yana gelişimi, üç alt başlığa ayrılarak ana hatlarıyla incelenmiştir. İkinci kısımda Türkiye'de sağlık hizmet sunumunda görev alan sağlık personellerinin mevcut durumu, beş alt başlık altında ana hatlarıyla aktarılmıştır. Üçüncü kısımda Sağlık Bakanlığı'ndan başlamak üzere Türkiye'deki sağlık hizmet sunucusu kurumların aktarımında bulunulmuştur.

Çalışmanın üçüncü bölümü "Türkiye'de Sağlık Hizmet Sunumunun Bölgesel Dağılımı" başlığıyla kendi içerisinde dört kısımdan oluşmaktadır. İlk kısımda sağlık hizmet sunucusu personelin bölgesel birimler arasındaki dağılımlarının mevcut durumu ve yakın geçmişten bugüne gelişimi aktarılmıştır. İkinci kısımda bu defa sağlık hizmet sunumunda faydalanılan yatak ve ekipmanların bölgesel birimler arasındaki dağılımları incelenmiştir. Üçüncü ve dördüncü kısımdaysa sağlık hizmetlerine olan talep ile mevcut arzın bölgesel birimler arasındaki dağılımları üzerine odaklanılmıştır.

Çalışmanın dördüncü bölümü "Suriyeli Sığınmacılar Sorununun Arka Planı" ve "Sağlık Sorunları ve Sağlık Hizmet Sunumu" başlığıyla iki kısımdan oluşmaktadır. İlk kısımda Suriye'de yaşanan iç savaş ve Türkiye'ye sığınmacı akımı aktarılmıştır. İkinci kısımda Türkiye'de kamplarda ya da kamp dışında yaşayan sığınmacıların

yaşadıkları sağlık sorunları ve son olarak da sığınmacıların Türkiye'de yol açtıkları yeni nesil sağlık sorunları incelenmiştir. Üçüncü ve son kısımdaysa Suriyeli sığınmacılara yönelik sağlık hizmet sunumundaki formel ve enformel kanallar aktarılarak, aynı zamanda ilgili yasal düzenlemeler incelenerek sunulmuştur.

Çalışmanın beşinci bölümü "Uygulama" başlığıyla kendi içerisinde dört kısımdan oluşmaktadır. İlk kısımda çalışmanın sorusu sorularak uygulama yapılmasının gerekçesi oluşturulmuştur. Ardından uygulamada kullanılan veriler, uygulama yöntemi, daha önce yapılan benzer çalışmaları içeren literatür incelemesi gerçekleştirilmiştir. Üçüncü kısımda uygulama bulguları sunulmuş ve dördüncü kısımda da tartışma gerçekleştirilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM
1. KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE

"Kavramsal ve Kuramsal Çerçeve" başlığını taşıyan ilk bölüm kendi içerisinde üç ana kısma ayrılmıştır. Birinci kısımda öncelikle kavram olarak sağlık hizmetlerinin etimolojiden başlayarak aktarımı gerçekleştirilmiş olup ardından da sağlık hizmet sunumunun gerçekleştirilmesini sağlayan sağlık personelleri ile sağlık kurumlarının neler olduğunun genel çerçevesi çizilmiştir. İkinci kısımda dört sağlık hizmet türü olarak koruyucu sağlık hizmetlerinin, geliştirici sağlık hizmetlerinin, tedavi edici sağlık hizmetlerinin ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin kapsadığı hizmet alanlarını içerecek şekilde özetlenmesine gidilmiştir. Üçüncü ve son kısımdaysa Romer'in sağlık sistem modelleri sınıflandırmasına göre her modelde sağlık hizmet sunumunun özellikleri, yapısı, toplumu kapsama düzeyleri incelenerek aktarımı gerçekleştirilmiştir. Söz konusu kısımda Romer'in sınıflandırmasında yer almasına karşılık sağlık sistem modelleri içerisinde "Sosyalist Model", günümüzde Küba ve Kuzey Kore dışında hiçbir ülkede uygulanmadığı için bu çalışmanın kapsam sınırları dışında tutulmuştur.

1.1. SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HİZMET SUNUCULARI

Sağlık hizmetleri, sağlığın korunup geliştirilmesi ve kaybedilmesi durumunda da süratle iyi olma haline dönüşümü sağlamaya yönelik gerçekleştirilen son derece karmaşık ve birbiriyle de ilişki içerisinde olan hizmetler bütünüdür. Sağlık hizmetlerinin sunumundaysa sunumu gerçekleştiren personel ve sunumun sağlandığı kurumlar, hizmet kalitesinde temel belirleyici konumunda yer almaktadırlar. Dolayısıyla da ilk olarak sağlık hizmetlerinin ne olduğunun, ardından da sağlık hizmet sunucusu olan sağlık personelleri ile sağlık kurumlarının üç aşamada genel çerçevesinin aktarılması ihtiyacı mevcuttur.

1.1.1. Sağlık Hizmetleri Kavramı

Kelimelerin kökenlerine dayalı anlamlarını ifade eden etimoloji, çoğu kavramın neyi ifade ettiğini ortaya koymada işlevseldir. Dolayısıyla da ilk olarak sağlık hizmetleri kavramının etimolojisi incelenmiştir. Sağlık hizmetleri kavramı etimolojik açıdan incelendiğinde iki kelimeden oluştuğu görülmektedir. Bu kapsamda sağlık ve hizmet kavramlarının anlamlarından hareket etmek yerinde olacaktır.

Sıkça üzerinde durulan sağlık kavramı çözümlenme sürecinde oldukça zor ve karmaşık bir yapıdadır. Kavramın tanımı özellikle tartışıldığı dönem ve ait olduğu kültüre göre de değişiklik göstermektedir. Bireylerin hasta olup olmama hallerinden, yaşamlarını idame ettirebilme, günlük işlevlerini yerine getirme becerilerine ve kendilerini mutlu hissederek tam bir iyilik haline sahip olmalarına kadar farklı açılardan ele alınmıştır. En somut tanımlama ise Dünya Sağlık Örgütü tarafından gerçekleştirilerek "*sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak ifade edilmektedir."* (Somunoğlu, 1999: 52-53). DSÖ'nün yapmış olduğu bu tanımlama bireyin direkt olarak kendini nasıl hissettiğiyle ilgili olsa da, bütünsel açıdan bireysel içerik taşıdığından özellikle sağlığın ölçülmesi söz konusu olduğunda anlamsızlaşmaktadır. Bü yüzden literatürde sağlık kavramına ilişkin farklı tanımlamalarda mevcuttur. Söz konusu kavrama ilişkin Fuchs sağlığı; *"çok yönlü bir kavram olarak değerlendirmekte ve sağlığı yaşam beklentisi, çalışma kapasitesi, sağlık bakım gereksinimi ya da kişisel ve sosyal fonksiyonları yerine getirebilme yeteneği gibi ölçütler kullanarak tanımlamaktadır."* Baggott ise; *"biri kişinin sahip olduğu kapasiteyi ya da varlığını gözeten pozitif yaklaşım diğeri de belirli hastalıklar ya da sakatlıkların varlığı üzerinde duran negatif yaklaşım olmak üzere iki ayrı yolla tanımlamaktadır."* (Çalışkan, 2008: 35).

Sağlık kavramını tam olarak tanımlayabilmek adına ise kavramı subjektif ve objektif olarak değerlendirmek yerinde olacaktır. Subjektif açıdan sağlık kavramı; bireyin kendini fiziki, ruhsal ve sosyal açıdan mevcut durumunu anlayabilmesi halidir. Bu kavrama göre birey hasta olup olmadığını algılayabilme yetisine sahiptir. Objektif

açıdan sağlık kavramı ise; tıbbi açıdan yetkili kişilerce yapılan işlemler sonucu koyulan tanı sonrası hastalık halinin olmaması durumudur (Bolsoy ve Sevil, 2006: 79).

Hizmete ilişkin tanımlamalar ise oldukça karmaşık yapıdadır. Bunun temel sebebi hizmetin fiziksel mallardan farklılık göstermesidir. Birçok alanda kendini gösteren hizmet kavramı geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır. Kuriloff ve arkadaşları hizmeti; *"Tüketici ihtiyaçlarının tatmin edilmesi amacıyla meydana getirilen maddi niteliği olmayan bir ürün"* olarak tanımlarken (Cengiz, 2014: 2), Sayım ve Aydın (2015: 245) çalışmasında; *"Üretildiği yerde tüketilen bir iş veya eylem, bir performans, sosyal olay veya çaba"* şeklinde bir tanımlamaya giderken hizmeti, *"insan ve makineler tarafından insan gayretiyle üretilen ve tüketicilere doğrudan fayda sağlayan ve fiziksel olmayan ürünlerdir"* şeklinde ifade etmiştir. Bu bağlamda toplum ve fertlerin sağlığını koruma altına almak olası hastalık halinde tıbbi tedavilerini yerine getirerek tam manada iyileşme gösteremeyip başkalarının yardımına muhtaç hale gelen sakat durumunda ki fertlerinde yaşamsal faaliyetlerini yerine getirmelerini sağlamak ve toplumun bütüncül açıdan sağlık düzeyinde artış yaratmak ve buna dayalı yapılan bütün planlı faaliyetleri sağlık hizmeti olarak tanımlamak mümkündür (Oral ve Sayın, 2013: 400). İnsanların sağlığına yönelik her türlü ihtiyaçlarının karşılanmasına verilen hizmetler ise sağlık hizmetleri olarak ifade edilmektedir. Sağlık hizmetlerine yönelik tanımlama Nusret Fişek tarafından *"Genel olarak sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmalar*" olarak ifade edilmiştir (Cengiz, 2014: 3). Dünya Sağlık Örgütü sağlık hizmetlerini, "*Belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinden yararlanarak toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistem"* şeklinde tanımlamaktadır (Kubar, 2018: 36).

1.1.2. Sağlık Hizmet Sunucusu Personel

Sağlık hizmetleri sunumu, gerektirdiği komplike iş bölümü sebebiyle farklı sağlık mesleklerinde çalışanların bir arada faaliyette bulunmalarına ihtiyaç

göstermektedir. Meslekler arasındaki farklılığın büyüklüğü son derece fazla olup, hekimden sekretere kadar birbiriyle alakasız yetenek ve eğitim gereklerine sahip farklı meslekler, ortak amacı oluşturan sağlık hizmet sunumu için eşgüdümlü olarak çalışmaktadırlar. 1970 yılında UNESCO genel konferansı üye devletler tarafından kabul edilen ve uluslararası bir anlaşmanın türü olan ISCED 3 defa revize edilmiştir. ISCED-2013'te 26 eğitim alanı yer alıp 10 genel grupta ele alınmıştır (Yılmaz, 2016: 39-40). Oldukça geniş bir yelpazeye dayanmakta ve eğitim istatistiklerinin oluşturulması, derlenmesi ve analiz için kullanılmaktadır (Toprak, vd., 2019: 114). 091 kodlu temel alan kodunda gösterilen sağlık eğitim ve öğretim temel alanları içerisinde yedi öğretim alanı gösterilmektedir (Tablo 1).

Tablo 1. ISCED Uluslararası Meslek Sınıflandırmasına Göre Sağlık Personelleri

ISCED TEMEL ALAN KODU	EĞİTİM VE ÖĞRETİM TEMEL ALANLARI	EĞİTİM VE ÖĞRETİM ALANLARI
091	SAĞLIK	0911 Dişçilik Çalışmaları 0912 Tıp 0913 Hemşirelik ve Bakım 0914 Tıbbi Teşhis ve Tedavi Teknolojisi 0915 Terapi ve Rehabilitasyon 0916 Eczacılık 0917 Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp/Terapi

Kaynak: Yılmaz, 2016: 42.

ISCO-08 uluslararası meslek sınıflandırması içerisindeyse sağlık personelleri, üç ana kategoriye ayrılarak sınıflandırılmaktadır. İlk ana kategoriyi oluşturan 22 kodlu "Sağlık Profesyonelleri" içerisinde yeni sağlık profesyoneli olan meslek sıralanmakta olup bunlar: Hekimler, hemşire ve ebeler, geleneksel-tamamlayıcı tıp profesyonelleri, paramedikal uygulayıcılar (pratisyenler), veterinerler, diğer sağlık profesyonelleri ile tıbbi yardımcı uzmanlar olarak sıralanmaktadır. İkinci ana grubu oluşturan 32 kodlu "Sağlık ile İlgili Profesyoneller" başlığı altındaysa beş mesleğin sınıflandırıldığı görülmekte olup bunlar: Tıbbi ve farmasötük teknisyenler, hemşirelik ve ebelik ile ilgili profesyoneller, geleneksel ve tamamlayıcı tıp ile ilgili profesyoneller, veteriner teknisyenleri ve yardımcıları, diğer sağlık meslek grupları şeklindedir. Üçüncü ve son ana grubu oluşturan "Hizmet ve Satış Elemanları" ise kişisel bakım işçileri ve koruyucu hizmetlerde çalışanlar ve şeklinde ikiye ayrılmaktadır (Tablo 2).

Tablo 2. ISCO-08 Uluslararası Meslek Sınıflandırmasına Göre Sağlık Personelleri

ANA GRUP 2	**ANA GRUP 3**	**ANA GRUP 5**
22 SAĞLIK PROFESYONELLERİ	32 SAĞLIK İLE İLGİLİ PROFESYONELLER	HİZMET VE SATIŞ ELEMANLARI
221 Tıp Doktorları	321 Tıbbi ve Farmasötik Teknisyenleri	53 Kişisel Bakım İşçileri
222 Hemşirelik ve Ebelik Uzmanları	322 Hemşirelik ve Ebelik İle İlgili Profesyoneller	532 Sağlık Hizmt. Kişisel Bakım İşçileri
223 Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Profesyonelleri	323 Geleneksel, Tamamlayıcı Tıp ile İlgili Profesyoneller	54 Koruyucu Hizmt. Çalışanlar
224 Paramedikal Pratisyenler	324 Veteriner Teknisyenleri ve Yardımcıları	541 Koruyucu Hizmt. Çalışanlar
225 Veterinerler	325 Diğer Sağlık Meslek Grupları	
226 Diğer Sağlık Profesyonelleri		
227 Tıbbi Yardımcı Uzmanlar		

Kaynak: TÜİK, Uluslararası Standart Meslek Sınıflaması - ISCO 08 (ISCO-08), Erişim: https://biruni.tuik.gov.tr/DIESS/FileDownload/Yayinlar/Siniflamalar/ISCO-08.pdf

1.1.3. Sağlık Hizmet Sunucusu Kurumlar

Sağlık hizmet sunumunu gerçekleştiren kurumlar, sunulan sağlık hizmetinin yapısına göre farklılaşmaktadır. En üst kurum olarak bütün ülkelerde adında değişiklik olsa bile Sağlık Bakanlığı yer almaktadır. Bu üst kurum, yasal düzenlemeleri gerçekleştiren, hizmet sunucusu kurumlara faaliyet izinlerini verip denetleyen üst kurum özelliğindedir. Türkiye'de söz konusu sağlık hizmet sunucusu kurumları: kamu sağlık hizmet sunucuları, özel sağlık hizmet sunucuları ve eczane-optisyenler olarak yer akmaktadır (Güvercin, vd, 2016: 89). Sunulan hizmet türleri ise; tedavi edici, rehabilite edici ve koruyucu olarak ayrılmaktadır. Alma-Ata bildirgesinde yer alan ifadeler gereğince de toplumu oluşturan birey ve ailelerin çoğunluğunca kabul edilen ve devlet elinin yüksek katkılarıyla sunulacak hizmetlerde öncelik temel sağlık hizmetleri ile bu hizmetlere ulaşım ve erişiminin öncelikle sağlanması gerekliliğidir (Kurt, 2007: 70).

1.2. Sağlık Hizmet Türleri

Sağlık hizmetleri uzun yıllar boyunca üç türe ayrılmıştır Ancak son yıllarda dördüncü bir sağlık hizmet türü olarak "geliştirici sağlık hizmetleri" de koruyucu sağlık hizmetleri içerisinden ayrılarak müstakil bir sağlık hizmet türü olarak kabul edilmiştir. Buna göre sağlık hizmet türleri:

- Koruyucu sağlık hizmetleri,
- Geliştirici sağlık hizmetleri,
- Tedavi edici sağlık hizmetleri,
- Rehabilite edici sağlık hizmetleri

şeklinde dörde ayrılmaktadır. Koruyucu ve geliştirici türde ki sağlık hizmetleriyle hastalığın oluşumu öncesindeki iyilik halinin korunmasına odaklanmakta olup, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerindeyse hastalıkla mücadele ya da başka bir ifadeyle iyilik halinin sağlanmasına odaklanılmaktadır.

1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Günümüz sağlık sistemlerinde sağlık hizmet basamakları birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak olarak yürütülmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde merkezi konumlanma yer almaktadır. Çoğu ülkede olmazsa olmaz konumda yer alan birinci basamak sağlık hizmetleri tam olarak bireylerin çeşitli türdeki nedenlerle başvurduğu, sağlık sorunlarını ilettiği ve toplumun çoğunluğunun tedavi edildiği kurumlardır. Aynı zaman da birinci basamak sağlık kurumları aracılığıyla gereği görüldüğü takdirde ikinci ve üçüncü basamak kurumlara hastanın sevk edildiği koruyucu sağlık kurumlarıdır (Başer, vd., 2015: 27).

Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalığın oluşumu öncesinde hastalıkla mücadeleyi amaçlar. Kişiye ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak ikiye ayrılmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri erişimi kolay ve ucuzdur. Bu hizmetler, genel olarak merkezi bütçeyle finansmanı sağlanan ve doğrudan Sağlık

Bakanlığı'nın sorumluluğu altındaki sağlık hizmetlerini oluşturmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin içeriğinde halk sağlığı ve temel sağlık hizmetleri dahilinde sunulan hizmetler yer almaktadır (Ceyhan, 2007: 12-13).

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; insan çevresinde yer alan ve sağlığı olumsuz yönde etki altına alan biyolojik, fizik, kimyasal ve sosyal etkenlerin ortadan kaldırılmasını hedeflemektedir. İnsana yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise; bireyi dolayısıyla toplumu dış etkenlere karşı dirençli hale getirerek etkilenmesini önlemek, hastalanmaları halinde ise gerekli tanı ve tedavi ile en kısa sürede ve en az hasarla iyileşmesini sağlamayı amaçlamaktadır (Akdur, 2006: 12-13). Koruyucu sağlık kurumları Halk Sağlığı Laboratuvarları, Gezici Sağlık Ekipleri ve Çevre Sağlığı gibi faaliyetleri bünyesinde barındırmaktadır (Karasioğlu ve Çam, 2008: 16).

1.2.2. Geliştirici Sağlık Hizmetleri

Uzun yıllar boyunca sağlık hizmet türleri içerisinde geliştirici sağlık hizmetlerine yer verilmeyip koruyucu sağlık hizmetleri ile bütünleşik olarak ele alınmıştır. Geliştirici sağlık hizmetlerinde temel amaç, sağlık birimlerinin en üst düzeye çıkartılmasıdır. Hizmetlerini de bu nedene bağlı olarak geliştirmektedir. Buradaki temel sorumluluk ise bireylere yüklenmiştir. Bu hizmet ile bireylerde bedensel ve ruhsal sağlık hali, yaşam kalitesi ve yaşam sürelerinin uzatılması amaçlanmaktadır, çünkü birçok hastalığın oluşum sürecinde bireyin yaşamsal faaliyetleri ve edinmiş olduğu temel alışkanlıklar yatmaktadır (Yazgan, 2009: 38).

1.2.3. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalık oluşumunda, tam iyilik halinin yeniden sağlanmasına yönelik sunulan sağlık hizmetlerini oluşturmaktadır. Uygulama yapısı ve hizmet sunumundaki ayrışmalara göre tedavi edici sağlık hizmetleri üç basamakta gerçekleştirilmektedir. Buna göre:

- Birinci basamak sağlık hizmetleri,
- İkinci basamak sağlık hizmetleri,

- Üçüncü basamak sağlık hizmetleridir.

Söz konusu birinci basamak hizmetlerinde, hastaların ilk olarak başvurdukları hizmet alanıdır. Hastaların tedavi süreci için yatışın yapılmadığı ayaktan ya da evde bakım yoluyla tedavi hizmetinin uygulandığı hizmet türüdür. Temel odak noktası iyileştirici ve koruyucu olmasıdır. Ancak doktor hastanın durumuna göre ikinci basamak sağlık hizmetlerine sevk işlemi gerçekleşmektedir. İkinci basamak tedavi hizmetinde hastanın yatışı gerçekleştirilerek tedavi ve teşhis sürecine devam edilir. Üçüncü basamak ise üniversite hastaneleri ile belli bir uzmanlık gerektiren hastalığın tedavisine yönelik çalışmaların yapıldığı yüksek teknolojilerin uygulandığı sağlık merkezleridir (Başol, 2015: 130).

Tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin tersine hastalıklı insanlara yönelik hizmet veren bir aşamadır. Tedavi edici hizmetin önemi özellikle bireylerin gelir ve refah düzeyi ile etkileşim içerisindedir. Birinci basamakta yer alan ayakta ve evde bakım faaliyetlerinin söz konusu merkezler de yatarak tedavi sürecine imkan sağlayamamaktadır. İkinci basamaktaki hizmet kurumlarında ise az sayıda uzman ve kısmen yetersiz yatak sayısına sahip hizmet sunabileceği gibi çok sayı da uzman ve yatak kapasitesine de sahip olabilmektedir (Çoban, 2009: 17-18). Tedavi hizmetleri ayaktan tedavi hizmetleri; günübirlik ayaktan tedavi, acil servis hizmetleri, günü birlik cerrahi hizmetler, evde bakım ve diyaliz merkezleri şeklinde gerçekleşmektedir. Yataklı tedavi hizmetleri ise; hastane, hemşirelik bakım merkezleri ve terminal bakım merkezleri şeklindedir (Akbaba, 2018: 280).

1.2.4. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Tam iyilik halinin bozulması durumunda her zaman yeniden tam iyilik haline dönüş gerçekleşmeyebilir. Fiziksel veya ruhsal anlamda geri dönüşü mümkün olmayan araz oluşumundaysa bireyin, mevcut arızayla kalan hayatı boyunca yaşamayı ve topluma uyum göstermeyi öğrenmesi gerekir. Rehabilite edici sağlık hizmetleri de bireydeki bu arızaları giderici rol üstlenmektedir.

Rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmeti; bireyin yaşadığı hastalık ya da doğal afet sonrası beklenmedik anda ortaya çıkan ve bunun sonucunda bedensel veyahut ruhsal açıdan sakatlanması durumunu, bireyin bedensel ve sosyal açıdan hazır hale gelerek sosyoekonomik hayata kazanımları hedeflenmektedir. Bu açıklama doğrultusunda rehabilite edici sağlık hizmetini, Tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere iki alt bileşene ayırmak mümkündür. Tıbbi rehabilitasyon ile ruhsal ya da bedensel olarak zarara uğramış bireyin ortez, protez, işitsel cihaz, tekerlekli sandalye gibi araçlar temin ederek hayata tekrar kazandırma hedeflenmektedir. Sosyal rehabilitasyonda ise; sakat kalan bireyin sosyal hayattan kopmasını engellemek amaçlanarak, yeni iş becerisi edinimi sağlanmakta ve sosyal, kültürel, ekonomik katılım gerçekleştirilmektedir (Çelikay ve Gümüş, 2011: 186).

1.3. SAĞLIK SİSTEM MODELLERİNE GÖRE SAĞLIK HİZMETLERİ

Ülkelerde uygulanan sağlık sistemlerini modellere göre ayırmaya yönelik çeşitli çalışmalar mevcuttur. Ülkelerde uygulanan sağlık sistemlerini gruplamaya yönelik çalışmalar içerisinde ise Romer'in sağlık sistem modellerinin ayrıcalıklı yeri mevcuttur. Bu çalışmada da sağlık sistem modellerine göre sağlık hizmet sunumunda Romer'in modeli temel alınmıştır. Normalde Romer'in sınıflandırmasında dört sağlık sistem modeli mevcuttur. Buna göre:

- Piyasa tipi sağlık sistem modeli,
- Refah yönelimli sağlık sistem modeli,
- Evrensel kapsayıcı sağlık sistem modeli,
- Sosyalist sağlık sistem modeli,

olarak ayrıma gidilmiştir (Sargutan, 2005: 412). Ancak sosyalist sağlık sistem modelinin günümüzde Küba ve Kuzey Kore istisnaları dışında uygulanmıyor olması sebebiyle söz konusu sınıflandırmayı ilk üç modele dayalı olarak gerçekleştirmek mümkündür.

1.3.1. Piyasa Tipi Modelde Sağlık Hizmetleri

Söz konusu sağlık modeli özel sağlık sunucuları aracılığıyla hizmet sunumunu gerçekleştirmekte dolayısıyla devlet oldukça kısıtlı olarak rol üstlenmektedir. Finansmanı vergi ve primler aracılığı ile karşılanmaktadır. Amerika'da kullanılan sağlık sistemi bu modelin yapısında olup sunulan sağlık hizmetinin özel sunucular aracılığıyla karşılanması toplumun büyük kısmının sigortasız olması sorununu getirmektedir (Yılmaz, 2018: 193). Söz konusu sistem dört ana sağlık sisteminden belli başlı özellikleri taşımaktadır. Gazi ve çocuklara ilişkin sağlık hizmeti sunumu açısından Beveridge model, yaşlılara sunulan hizmet açısından ulusal sağlık sigortası modeline, çalışanlara sunulan sağlık hizmetleri açısından ise Bismark model ve nüfusun yüzde 15'lik payının sağlık sigortasından yoksun olmasından dolayı cepten ödeme modelinin özelliklerini yansıtmaktadır. Temelini özel sigortaların oluşturduğu sistem de doktor hastasını ve hasta doktorunu seçme hakkına sahiptir. Doktorların çoğu da özel muayenehanelerinde çalışmaktadır. Ödemeler ise sigortalar aracılığı ya da doğrudan hekime ödeme şeklinde yapılmaktadır. Tam birlikteliğin söz konusu olmadığı uygulama da eyaletler arası farklılıklarda yer almaktadır (Daştan ve Çetinkaya, 2015: 108).

Federal ve eyalet hükümetlerinin yasama, yargı ve yürütme faaliyetleri yer almakta ve federal hükümetin yürütme yetkisinin altında Sağlık ve İnsan Hizmetleri (HHS) birimi idari açıdan en üst rolü üstlenmektedir. Söz konusu birimin; vatandaşların sağlığını koruma, HHS'ye bağlı birimler ise; sağlık ve sosyal araştırmaları yürütüp, salgınları önleme, gıda ve ilaç temini ve tüm vatandaşlara sağlık sigortası sağlama amacıyla faaliyetlerini yürütmektedir. Aynı zaman da HHS özel duruma sahip vatandaşlara sağlık sigortası sağlayan Medicare ve Medicaid'in yanı sıra ulusal sağlık sigortası, gıda ve ilaç idaresi ve hastalık kontrolü ve önleme merkezini de denetlemek sorumluluğu taşımaktadır (Kırılmaz, vd, 2017: 86-87).

1.3.2. Refah Yönelimli Modelde Sağlık Hizmetleri

Refah yönelimli sağlık sisteminin öncülerinden biri olan Almanya, 1883 yılında Bismarck tarafından zorunlu sosyal sağlık sigortası ile gerçekleşmiştir. 1900'lü yıllardan bu yana hastalık sigortası kamu ve özel işbirliği ile finanse edilmektedir. Sağlık güvenlik sistemi ise zorunlu ve özel sağlık sigortası programları ile kuruludur. Nüfusun büyük bir kısmı (%90) zorunlu sağlık sigortası kapsamında yer almaktadır. Söz konusu sigorta kolunda finansman kaynağı işçi, işveren, devlet katkısı ve diğer kaynaklar aracılığı ile oluşturulmaktadır (Erbay, Karaman ve Özden, 2018: 565).

Almanya'da uygulamaya koyulan bu sistem üç basamak ve üç yasa ile meydana getirilmiştir. İlk olarak belirli bir gelirin altında yer alan sanayi işçilerini temel alan; 1883 yılında kabul edilen hastalık sigortası, iş kazaları sigortası (1884) ve 1889 yılında kabul edilen yaşlılık ve maluliyet sigortasıdır (Yenihan, 2017: 187). 1884 tarihli iş kazası sigortası ile bir nevi 1881'de alınan kararların hayata geçirilmesini sağlamıştır. bu yasa ile sınırlıda olsa kaza sonrası işverenin kusurunun olması halinde sandıklara aidat ödemeleri zorunlu hale getirilmiştir (Erdem, 2010: 25). Çalışanlar tarafından kurulan sosyal yardım sandıkları ileriki dönemler de hayata geçirilecek olan Sosyal Sigorta Fonlaması adına ilk olmuştur (Hüseyinov, 2008: 325).

Almanya'da sağlık hizmetleri sunumu 3 aşamada gerçekleştirilmekte olup bunlar; devlet hastaneleri, özel hastaneler ve kar amacı hedeflemeyen hastanelerdir. Organizasyon yapısında ise en üst mercii 1962 yılında kurulan Sağlık Bakanlığı olarak yer almaktadır. 1969 yılında Aile ve Gençlik Bakanlığı ile birleştirilerek, 1989'da Gençlik, Kadın Aile ve Sağlık Bakanlığı adı verilmiştir. 1991'de ise tekrar Sağlık Bakanlığı adı altında örgütlenmiştir. Aynı zamanda 16 eyalette Sağlık Bakanlığı ile birlikte karar alma süreci de bulunmaktadır. Söz konusu ülke de merkezi yönetimden çok çoğulcu ve özerk bir yönetim anlayışı mevcuttur. Bakanlığa bağlı birimler (Çevik ve Yüksel, 2018: 93-94);

- Hastalıkla mücadele ve önleme,
- Sağlık eğitim merkezi,

- Tıbbi dökümantasyon ve enstitüsü,
- Serum ve aşı enstitüsü,
- İlaç ve tıbbi ilaç enstitüsüdür.

1.3.3. Evrensel Kapsayıcı Modelde Sağlık Hizmetleri

2. Dünya savaşı sonrası dönemde, William Beveridge tarafından hayata geçirilen bir sağlık sistemi olup sağlık hizmetlerinin devlet eliyle gerçekleştirildiği ve vergiye dayandırıldığı bir modeldir. Ortaya koyduğu reformlar ile en sık başvurulan finansman yöntemidir (Daştan ve Çetinkaya, 2015: 106-107). Ülkenin sağlık sistemi 1946'da Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) ile belirlenmiştir. NHS'de temel amaç, geniş kapsama alanına sahip sağlık hizmetlerinin desteklenmesi, bireylerin fiziki ve ruhsal bütünlüğünün geliştirilmesine yönelik çabaların güvence altına alınması, koruma, teşhis ve tedavi hizmetlerinin eşgüdümlü olarak yürütülmesidir. Gönüllü kişi ve kurumlar tarafından desteklenen NHS sağlık hizmeti ücretsiz olarak sunulmaktadır. Sadece hastanın reçetesinden bir miktar katkı payı kesilmektedir. Nüfusun büyük bir çoğunluğu (%97) söz konusu hizmetten faydalanmaktadır. NHS'de 138 yönetim kurulu yer almakta olup bunlar birinci basamak sağlık hizmetlerinin işlerliğinden direkt olarak sorumludur (Pala, 2011: 43).

Üç basamaklı bir sistem olup etkin sevk zincirini yürütmeyi amaçlamaktadır. Aile hekimliği, kamu hastanesi ve sağlık ocakları aktif çalışır durumda olmakla birlikte aile hekimlikleri hastaların sevk işlemlerini gerçekleştirmektedir. Aynı zaman da sağlık ocaklarının koruyucu sağlık hizmeti sunumunu üstlenici rolü de bulunmaktadır (Eke ve Kişi, 2009: 2692).

Söz konusu Beveridge sisteminde hizmetlerin doğrudan salınımı Bismarck sigorta sistemine kıyasla daha eşitlikçi düzeydedir çünkü sosyal koruma faaliyeti bir vatandaşlık hakkı olarak görülmekte ve bireyler arasında faydalar ödeme gücü dikkate alınmaksızın eşitlikçi olarak dağıtılması esasına dayanmaktadır. Sistem de ilaç ya da doktor ücretleri ya da sağlık harcamaları vergi finansmanından sağlanarak tedavi anında ödeme talep edilmemektedir. Modelde sağlık sistemine dayalı karar aşamaları

ve uygulanması da bizzat hükümet elinde olup sağlık hizmeti sunumu da kamu tarafından yürütülmektedir (Gülşen ve Yaldıran, 2017: 162). Bu doğrultuda Beveridge sisteminin dört temel özelliği söz konusudur; ekonomik durumu ya da mesleği ne olursa olsun nüfusun tamamını kapsayıcı niteliktedir, sade ve birleşik bir yapıdadır, bireyin gelir düzeyi ne olursa olsun sağlanacak ödenek tek tiptir ve merkezi sistem yapısındadır. Sayılan bu sosyal güvenlik rejiminin özelliklerini gerçekleştirebilmek amacıyla da 3 aşamalı devlet politikası uygulanmaktadır. Bu aşamalar; aile ödenekleri, ulusal sağlık merkezi oluşturularak kamu sağlığının iyileştirilme ve istihdama yönelik düzenlemelerdir (Durdu, 2009: 46-47).

İKİNCİ BÖLÜM
2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ

"Türkiye'de Sağlık Hizmetleri" başlığını taşıyan ikinci bölüm kendi içerisinde üç ana kısma ayrılmıştır. Birinci kısımda cumhuriyetin ilanından itibaren Türkiye'de sağlık hizmet sunumunun genel çerçevesi çizilmiştir. Bu kapsamda yaklaşık yüz yıllık dönem, üç alt döneme ayrılarak incelenmiştir. İlk olarak 1963'te geçilen planlı kalkınma dönemine kadarki evrenin aktarımı gerçekleştirilmiştir. Ardından 1963-1980 arası planlı kalkınma dönemindeki gelişmeler özetlenmiştir. Üçüncü olaraksa 1980'den itibaren başlayıp günümüze kadar süren neoliberal dönemde sağlık hizmet sunumunda yaşanan dönüşüm irdelenmiştir. İkinci kısımda sağlık hizmet sunucusu personelin Türkiye'deki gelişimi ve mevcut durumu özetlenmiştir. Üçüncü ve son kısımdaysa Türkiye'deki sağlık hizmet sunucusu kurumların aktarımında bulunulmuştur.

2.1. Türk Sağlık Sisteminin Yakın Dönem Tarihsel Gelişiminin Ana Hatları

Türk milleti binlerce yıllık devlet geleneğine sahip bir millettir. Bu sebeple de toplumun iyilik halini koruyup geliştirmeye, iyilik halinin bozulması durumundaysa iyilik halinin sağlanıp gerektiğinde rehabilitasyonun sağlanabilmesine yönelik uygulamaları binlerce yıldır gerçekleştirmektedir. Ancak bu ve benzeri hizmetlerin sunumu doğrudan devletin faaliyet alanı içerisinde tanımlanmak yerine, vakıflar kanalıyla sağlanmıştır. Tanzimat sonrasındaysa iyilik halinin sağlanmasına yönelik çalışmalar, devlet görevi olarak kabul edilerek günümüzdeki modern sağlık hizmetlerinin temelleri atılmıştır. Cumhuriyetin ilanından sonraysa dönemin iktisat politikalarının da etkisiyle devletin sağlık hizmet sunumunda oynadığı rolde değişikliklerle karşılaşılmıştır. Bu kapsamda cumhuriyetin ilanından günümüze kadar geçen yaklaşık bir asırlık süreyi en az üç alt döneme ayırarak konuyu inceleme ihtiyacı mevcuttur. Dönemlendirmeyi:

- Planlı kalkınma dönemi öncesi (1923-1962),
- Planlı kalkınma dönemi (1963-1980),
- Neoliberal dönem (1980-2020), şeklinde yapmak mümkündür.

2.1.1. Planlı Kalkınma Dönemi Öncesi Sağlık Hizmetlerine Genel Bakış (1923-1962)

Osmanlı imparatorluğunda sağlık hizmetlerine yönelik uygulamalar saray çevresi ile sınırlandırılarak ancak ilerleyen dönemlerde batı tarzında sağlık hizmetlerine adım atılmıştır. Sağlığa yönelik herhangi bir örgütlenme bulunmayıp sosyal hizmetlere yönelik faaliyetler vakıf ve hayır kurumları aracılığıyla yapılmıştır. Ancak sağlık hizmetlerine yönelik bu uygulamalar kentlerde sınırlı olarak kalmış bu nedenle de söz konusu hizmetler vakıflar aracılığı ile yürütülmüştür. 1850'li yıllarda ise bu hizmetler Tıbbiye Nezareti aracılığıyla yürütülmüştür. 1870'li yıllarda İdare-i Umumiye-i Tıbbiye Nizamnamesi ile hükümet, sağlık hizmetlerini yürütmede başrol oynamıştır (Fedai: 2019: 2012).

20. yüzyılın ilk çeyreğine gelindiğinde Türkiye Cumhuriyeti, vermiş olduğu milli mücadele ile Kurtuluş Savaşı sonrası Osmanlı İmparatorluğu'nun geride bıraktığı miras üzerine kurulmuştur. Yıllarca süren savaş sonrası yetersiz sanayi ve daha çok tarım ekonomisiyle faaliyetlerini sürdürmekte ve dünyada benimsenen sigorta sistemlerini yürütebilme ve uygulama gücüne sahip değildi (Akalın, 2011: 22).

Ülkenin bu durumdan kurtulabilmesi ve sağlık hizmetlerine yönelik bir dizi önlemler alınması amacıyla 1920 yılında 3 sayılı kanun ile Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekaleti kurulmuştur. Daha sonraları ise merkez ve taşra örgütleri yapılandırılarak bakanlık düzeyinde sağlık uygulaması devam ettirilmiştir. Kamu kurumlarına dayandırılarak yeni devlet olma anlayışına gidilmiş sağlık alanında taşra yapılandırılmasına da önem verilmiştir. 1923-1937 yılları arasında günümüze değin sürecek olan sağlık hizmet ve örgütünün temellerinin atıldığı dönem olmuştur (Fedai, 2019: 2012). Sağlık bakanı olan Dr. Refik Saydam 1937 yılına kadar ülkenin sağlık hizmetlerine önemli katkılar sağlamıştır. Bu dönemde sağlık hizmetleri; hükümet kurumları, belediye, karantina tabiplikleri ve küçük sıhhiye memurlukları şeklinde

örgütlenmiş durumdaydı ve yeterli sayıda sağlık çalışanı (doktor, hemşire, ebe ve sağlık memuru) yoktu. Ancak bu dönemde yine önemli kanunlar çıkarılmıştı söz konusu bu kanunlar; 1927 yılında 992 sayılı Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu, 1928 yılında 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 1928 yılında 1262 sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu, 1930 yılında 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ve 1937 yılında 3153 sayılı Radyoloji Radyum ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanundur. Söz konusu bu kanunlar hala yürürlükte olan kanunlardır. Refik Saydam dönemindeki sağlık politikalarına yönelik olarak da 4 ilke benimsenmiştir. Bu politikalar (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011: 46-48);

- Sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi,
- Koruyucu hekimliğin merkezi yönetim ve tedavi edici hekimliğin yerel yönetim olarak ayrıştırılması,
- Tıp fakültelerinin cazibe merkezi haline gelmesi ve yatılı yurtların kurularak mezun olanlara mecburi görev yapmaları,
- Bulaşıcı hastalıklarla (sıtma, frengi, trahom, verem, cüzzam vb.) mücadelenin başlatılması.

Dr. Refik Saydam ülkenin sağlığa yönelik amaçlarını da belirlemiş olup söz konusu bu sağlık politikaları şu şekilde belirlemiştir (Beylik, vd, 2015a: 187);

- Sağlığa yönelik örgüt politikasını güçlendirmek,
- Numune hastaneleri kurmak,
- Hekim sayısını arttırmak,
- Ebe ve sağlık memuru yetiştirmek,
- Doğum ve çocuk bakım evleri kurmak,
- Sağlık hizmetlerini köylere kadar götürmek,
- Sağlık sosyal alanlarla ilgili yasalar yapmak.

1946 yılında yüksek sağlık şurasınca kabul edilen "*Birinci 10 Yıllık Milli Sağlık Planı"* Sağlık Bakanı Behçet Uz tarafından açıklanarak (Aslan ve Erdem,

2017: 12), 1946 yılında işçi sigortaları idaresi kurularak 1952 yılından itibaren sigortalı çalışan işçiler için sağlık kurumları ve hastaneler faaliyete geçirildi. Emekli sandığının kurulumuna yönelik önemli adımlarda bu dönemde atılarak sosyal güvenliğin alanı genişletildi (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011: 48). 1953 yılında kurulan emekli sandıklarıyla işçi ve memur kesimi devlet güvencesi altına alınarak sağlık hizmeti almaya tabii tutulmuştur. SSK'nın işlerlik kazanması ve İş Güvenliği Yasasının kabul edilmesiyle de emekçiler yasal güvence kapsamına alınmıştır. 1954 yılında yerel yönetim ve belediyelere bağlı hastaneler sağlık bakanlığı bünyesine bağlanarak devletin sağlık hizmetleri alanında da ki denetleme yetkisi genişletilmiştir (Kasapoğlu, 2016: 137).

2.1.2. Planlı Kalkınma Dönemi Sağlık Hizmetlerine Genel Bakış (1963-1980)

1960 yılı askeri darbenin ortaya çıktığı dönemde 12 Ocak 1961'de 224 sayılı yasa kabul edilerek yürürlüğe girmiştir. Yasanın taslağı döneminde sağlık bakanı olan Nusret Fişek tarafından hazırlanmıştır. Yasanın ilk taslağında yer alan bazı ifadeler değiştirilerek sosyalizasyon olarak ifade edilen yasa sosyalleştirme, sağlık ünitesi olarak adlandırılan birinci basamak sağlık kurumlarının adı sağlık ocağı olarak değiştirilmiştir. Kabul edilen bu yasa ile sosyalleştirilmeye yönelik harcamalar 1962 yılı kapsamına girmiştir. Sağlık hizmetlerinde köklü değişim yaratan bu kanun da yer alan başlıca ilkeler belirlenmiştir bu ilkelerin içeriği; eşitlik, süreklilik, entegre ve kademeli hizmet, öncelikli hizmet, katılımlı hizmet, ekip hizmeti, denetlenen ve uygun hizmet ile nüfusa göre hizmet olarak belirlenmiştir. Bu doğrultuda 1963 yılında başlatılan sosyalleştirme uygulaması 1983 yılı bitiminde tüm ülkede yaygın hale getirilmiştir (Kalaça, 2011: 66).

1961 yılında kabul edilen Anayasa ile devletin vatandaşlarına karşı sorumluluğu olduğuna ve Türkiye Cumhuriyetinin sosyal bir devlet olduğuna vurgu yapılarak sağlık halk için bir hak ve sağlık hizmetleri de devlet için ödev olarak kabul edilmiştir. Sosyal devlet ilkesinin önemsendiği bu dönemde sağlık hizmetlerine yönelik köklü değişikliler de kaçınılmaz olmuştur. Bu da nihayetinde sağlığa "Sağlık

Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi" şeklinde yansıtılmıştır. 1960 yılına değin planlı olarak ele alınmayan sağlık hizmetleri bu dönemden sonra planlı döneme geçişin gerçekleştiği ve belirli bir çerçevede ele alındığı görülmüştür. Yine 1960 sonrası dönemde devletçilik kavramı ön plana alınarak bütüncül toplum kalkınması programına geçilmiştir (Kurt ve Şaşmaz, 2012: 23).

1961 Anayasasıyla getirilen "Sosyal Güvenlik ve Sağlık Hakkı" ile ilgili maddeler ve 224 sayılı kanunun anlam ve kapsamı genişletilmiştir. Aynı yıl kabul edilen 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" ülkede yaşayan herkesin sağlık sunumlarından eşit olarak faydalanmasını garanti altına almıştır (Akın, 2011: 96). 224 sayılı kanunda; sağlık hizmetlerine yönelik devamlı, yaygın ve entegre olarak geliştirilmesi hedeflenmiştir. Bu hedefler doğrultusunda; sağlık evleri, sağlık ocakları ve il ve ilçe hastaneleri kurularak sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde kademeli ve bütünleşmiş bir yapılanma gerçekleştirilmiştir (Çavmak ve Çavmak, 2017: 50).

1963'te ilk kez beş yıllık kalkınma planına sağlıkta dahil edilmiştir. Bu doğrultuda; koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, sağlık bakanlığı aracılığıyla halk sağlığı hizmetleri sunulması, sağlık personelinin ülke içerisinde eşit olarak dağıtılması, toplum sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi, ulusal düzeyde ilaç sanayisinin teşvik edilmesi, özel hastanelerin kurulmasına yönelik destek, genel sağlık sigortasının kurulması belirlenmiştir (Kıvanç, 2015: 164).

2.1.3. Neoliberal Dönemde Sağlık Hizmetlerine Genel Bakış (1980 Sonrası Dönem)

Tüm dünyada etkisini gösteren Neoliberal politikalar hızla Türkiye'yi de etkisi altına almıştır. Sosyalleştirilmenin öngördüğü "Sağlık Herkesin Hakkı" düşüncesinin tersine sağlığı satılan ve alınan bir hak olarak görmüştür. Söz konusu politika sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine yönelik olan uygulamaları ortadan kaldırmayı hedeflemiştir. Bu dönemde Birleşmiş Milletler, IMF ve Dünya Bankası gibi kuruluşlar da kamu malı özelliğine sahip olan sağlık ve sağlık hizmetlerini odak

noktası haline getirmiştir. Nitekim Dünya Bankası 1980 sonrasında Türkiye de etkilerini arttırarak sağlığın özelleştirilmesine yönelik uygulamalar koymuştur. Politikalarda yaşanan bu değişim oluşturulan 1982 Anayasasına da yansımıştır. Sağlık hizmetleri 1961 Anayasasında ele alınan "sağlık devlet tarafından sağlanan sosyal ve ekonomik bir haktır" olmaktan devletin planlayıp denetlemesini gerçekleştirdiği bir hizmete dönüştürülmüştür (Kurt ve Şaşmaz, 2012: 26).

2003 yılına gelinde Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) uygulanmaya başlanmıştır. Sağlıkta dönüşüm programında temel hedefler; sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve eşit şekilde organize edilmesi, finansmanı ve sunulması olarak belirlenmiştir. Temel ilkeleri ise insan odaklı, sürdürülebilir olması, kaliteli, katılımcı, uzlaşmacı, gönüllülük esasına dayalı, güçler ayrılığı ve desentralizasyon ve rekabetçi olarak belirlenmiştir. Finansmana yönelik temel taşlar ise; sigorta sisteminin tek çatı altında toplanması, 2006'dan itibaren performansa dayalı sistem ve ilaç sektörünü düzenleyici önlemler şeklinde belirlenmiştir (Yılmaz, Ataer ve Efe, 2018: 349-350).

16 Kasım 2002'de açıklanan Acil Eylem Planı ile Herkese Sağlık planıyla belirlenen temel hedefler şu şekilde sıralanmıştır (Çavmak ve Çavmak, 2017: 51-52);

- Sağlık bakanlığı yeniden yapılandırılacak,
- Tüm vatandaşlar *Genel Sağlık Sigortasına* dahil edilecek,
- Sağlıkla ilgili kurumlar tek çatı altına toplanacak,
- Ana çocuk sağlığı geliştirilecek
- Hastaneler mali ve idari fonksiyonlar açısından özerk hale getirilecek,
- Aile hekimliği uygulamasına başlanacak, koruyucu hekimlik yaygın hale getirilecek
- Öncelikli bölgelerde sağlık personeli arttırılacak.

Söz konusu döneme ilişkin olarak 1946 yılından itibaren çıkarılmaya çalışılan Genel *Sağlık Sigortası (GSS)* kanunu, 5510 sayılı *5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası* 2008 yılında kabul edilmiştir. 5510 sayılı kanunun kabulüyle mevcut SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı sigortalıları 15.01.2010 itibariyle kamuda

çalışanları kapsamına dahil etmiştir. 1992 yılından itibaren mevcut olan Yeşil Kart uygulamasına 2012 yılında son verilmiştir. Yeşil kart uygulamasının son bulmasıyla bu sistem içerisinde yer alan bireyler Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamına dahil edilmiştir. 2004 yılında *5238 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun* ile Aile Hekimliği sistemi, hayata geçirilmiştir. Aynı zamanda 2011 yılında 663 sayılı "*SB ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname"* ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları Kamu Hastane Birliklerine bağlanarak yeniden yapılandırılmıştır. Ancak Kamu Hastane Birlikleri kurulumundan 6 yıl sonra verim düşüklüğü ve çok başlılık sorunlarını getirmesi nedeniyle kaldırılarak *Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Genel Müdürlüğe dönüştürülmüştür* (Emini, 2018: 14-15).

2.2. Türkiye'de Sağlık Hizmet Sunucusu Personel

Sağlık hizmetlerinde yüksek teknoloji kullanımının ağırlıklı olmasına karşılık hizmet sunumu emek-yoğun özelliğe sahiptir. Hizmet sunumunu gerçekleştirecek personel olmaksızın hizmet sunumunun sağlanması da olanaksızdır. Bu noktada sağlık hizmet sunucusu personel içerisinde baş aktörün hekim ve diş hekimleri olduğu görülmektedir. Hekim ve diş hekimleri dışındaki sağlık personelinin konumu ise yardımcı sağlık personelidir. Ancak yardımcı sağlık personelinin tek başlık altında toplanması imkanı da bulunmamaktadır. Bu sebeple her geçen gün çeşitliliği artan sağlık personellerinin beş temel başlıkta toplanması mümkündür. Buna göre:

- Hekimler,
- Diş hekimleri,
- Hemşire ve ebeler,
- Sağlık teknisyenleri ve teknikerleri,
- Diğer sağlık personeli.

2.2.1. Hekimler

Hekim, *"insan sağlığı ile uğraşan, tıp mesleğini yaparak tıbbi müdahale de bulunabilme yetkisi devlet tarafından verilmiş ve hastalıkları öğrenip hasta kişileri iyileştirmeyi kendine meslek edinen pratisyen veya uzman kişidir."* Türkiye'de hekimlik mesleğini icra edebilmek için Türk vatandaşı olmak, Tıp Fakültesi mezunu olmak, tabipler odasına kayıtlı olmak, mesleği yapmaya olumsuz etki eden geçici veyahut sürekli bir engelinin olmaması şartları aranmaktadır. Hekimlerin görevlerini icra etme çeşitleri bakımından seçenekleri de bulunmaktadır. Serbest olarak kendi açtıkları muayenelerde çalışabilecekleri gibi, sözleşmeli olarak özel hastane sağlık kurumlarında ya da kamuya bağlı olarak devlet kurumlarında çalışabilirler. Hekimlik yetkisini kullanabilmek için gerekli olan koşullar 14.04.1928 tarih ve 1219 sayılı *Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun* ve 31.01.1953 tarih ve 6023 sayılı *Türk Tabipler Birliği kanununda gösterilmiştir* (Erdoğmuş, 2007: 78).

Türkiye'de hizmet sunumu ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanmakta, hekimlerin yarıdan fazlası da sağlık bakanlığına bağlı olarak görev almaktadır. Uzman hekimler pratisyen hekim sayısına oranla fazla yer almakta olup, birinci basamakta yer alacak olan pratisyen hekimlerin sayısını arttırmaya yönelik 2005 yılı itibari ile Aile Hekimliği çalışmaları yapılmaya başlanmıştır (Özkan ve Uydacı, 2015: 223).

Türkiye sağlık yıllığı istatistikleri 2018 verilerine göre; ülkemizde toplam hekim sayısı 153.128 iken bunların; 82.894'ü uzman hekim, 44.053'ü pratisyen hekim 26.181 asistan hekim olarak çalışmaktadır. Uzman hekimlerin 43.347'si sağlık bakanlığı, 14.438'i üniversite, 25.109'u ise özel kurumlara bağlı olarak çalışmaktadır. Pratisyen hekimlerin çalışma durumları ise; 39.442'si sağlık bakanlığı, 291'i üniversite, 4.320'si ise özel kurumlardadır. Asistan hekimlikte ise; 8.770'i sağlık bakanlığı, 17.411'i üniversitelerde yer alırken özel kurumlarda görev alan asistan hekim yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019).

2.2.2. Diş Hekimleri

Kanunda diş hekimi; "*insan sağlığına ilişkin olarak, dişlerin, diş etlerinin ve bunlarla doğrudan bağlantılı olan ağız ve çene dokularının sağlığının korunması, hastalıklarının ve düzensizliklerinin teşhisi ve tedavisi ve rehabilite edilmesi ile ilgili her türlü mesleki faaliyeti icra etmeye yetkilidir*" şeklinde tanımlanmıştır (11/4/1928 tarih ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 29. madde). Ayrıca kanunun 30. maddesinde diş hekimlerinin Türk vatandaşı olup Türkiye'deki bir diş hekimliği fakültesinden mezun olmaları, 31.m şayet yurt dışından diploma aldılarsa da Türkiye'de komisyon önünde yeterliliklerini kanıtlayacakları bir sınava tabi tutulmaları şartları da hüküm altına alınmıştır.

Türkiye'de toplam diş hekimi sayısı 30.615 olarak görülürken çalışma yerleri ve statülerine göre bu rakamlar değişmektedir. Uzman diş hekimi 4.890 olarak belirtilirken bunların 902'si sağlık bakanlığında, 1.959'u üniversite ve 2.029'u özel kurumlarda görev almaktadır. Diş hekimi sayısı ise 23.669'dur. Sağlık bakanlığına bağlı olarak 9.844, üniversitelerde 277 ve 13.548'i özel kurumlarda görev almaktadır. Asistan diş hekim sayısı 2.056'dır. Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlarda 68 kişi görev alırken, üniversitelerde 1.988 özel kurumlarda ise görev alan asistan diş hekimi bulunmamaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019).

2.2.3. Hemşire ve Ebeler

Kanunda hemşirelik mesleği; "*tabip tarafından acil haller dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personelidir. Ayrıca aile hekimliği uygulamasına ilişkin kanun hükümleri ile bu Kanuna dayanılarak yürürlüğe konulan mevzuattaki görevleri de yaparlar"* şeklinde tanımlanmıştır (25/04/2007 tarih ve 5634 sayılı Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, 39. madde).

Hemşirelik ve Ebelik mesleki bakımdan farklı eğitim, uygulama ve yasal düzenlemeler doğrultusunda uluslararası geçerliliği olan meslek gruplarıdır. Söz konusu mesleklere ilişkin olarak 2008'de kabul edilen yönetmelik ile standardizasyonları, 2010 ve 2014 yıllarında ki yönetmelikler ile görev, yetki ve sorumlukları belirlenmiştir. Aynı zaman da 2010 ve 2011 yıllarında yapılan yasal düzenlemeler ile Kadın Sağlığı ve Hastalıkları ve çeşitli uzmanlıklarda görev alan hemşirelerin bazı görev, yetki ve sorumlulukları da tanımlanmıştır (Karaçam ve Eroğlu, 2019: 2012).

Hemşirelerin görev tanımlarına ilişkin 4 ayrı mevzuat yer almaktadır. Bu mevzuatlar; *"Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Hemşirelik Kanunu ve Hemşirelik Yönetmeliği'dir"*. 4 mevzuatta yer alan içerikler birbirinden farklı olmakla beraber, görev tanımına ilişkin en geniş tanımlamayı Hemşirelik Yönetmeliği gerçekleştirmektedir. Ebelere yönelik görev tanımlaması ise hemşirelerden farklı olarak gerçekleştirilerek 3 mevzuatta toplanmıştır. Bu mevzuatlar; *"Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik' tir"* (Bıçakçıgil, 2018:17-23).

Türkiye'de görev alan hemşire sayısı 190.499'dur. Ebe olarak görev alan sayısı ise 56.351 olarak görülmektedir. Kurumlara dağılımı bakımından Hemşirelerde; Sağlık Bakanlığında görev alan 126.891 iken, Ebelerde bu sayı, 52.495'tir. Üniversitelerde görev alma açısından ise; Hemşirelerde 29.263, Ebeler ise 789'dur. Özel kurumlarda çalışan Hemşire sayısı 34.345 Ebe ise 3.067 olarak görülmektedir. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019).

2.2.4. Sağlık Teknisyenleri ve Teknikerleri

Sağlık teknisyen ya da teknikerleri ilgili branşlarda eğitim görmüş bilgi becerileri edinmiş yardımcı sağlık personelleri olarak tanımlanmaktadır (Demir, vd.,

2010: 145). Sağlık teknisyenleri/teknikerleri uygulamaları insana dayalı olan ve sağlık kurumlarında hekim ya da ilgili kişilerin direktifleri doğrultusunda teknik bakımdan destekleyici mesleğe sahiptir. Sağlıkla ilgili meslekler 1219 sayılı *Tababet Ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun* ile tanımlanmıştır. Bu meslekler; acil tıp teknikeri, diş protez teknisyeni, psikolog, fizyoterapist, odyolog, diyetisyen, dil ve konuşma terapisti, podolog, sağlık fizikçisi, anestezi teknisyeni/teknikeri, tıbbi laboratuvar ve patoloji teknikeri/ teknisyeni, tıbbi görüntüleme teknisyeni/teknikeri, ağız ve diş sağlığı teknikeri, diş protez teknikeri, tıbbi protez ve ortez teknisyeni/teknikeri, ameliyathane teknikeri, adli tıp teknikeri, odyometri teknikeri, diyaliz teknikeri, fizyoterapi teknikeri, perfüzyonist, radyoterapi teknikeri, eczane teknikeri, iş ve uğraşı terapisti/teknikeri, mamografi teknikeri, sağlık bakım teknisyeni olarak sayılmıştır. Söz konusu bu meslekler hastalığın tedavi teşhisine yönelik müdahalede bulunamaz ve tedavi planı uygulayamazlar (Özkaya ve Elbuken, 2018: 112).

Türkiye'de 2008 yılı istatistiklerine göre; 177.409 sağlık teknisyeni/teknikeri görev almaktadır. Bunlardan 121.206'sı Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluşlarda, 16.493'ü üniversitelerde, 39.710'u ise özel kurumlarda görev almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019).

2.2.5. Diğer Sağlık Personeli

Sağlık bakanlığı 2018 istatistiklerine göre sağlık kurumlarında yer alan ve diğer sağlık personeli sayısı 177.409 iken diğer personel ve hizmet alımı sayısı 376.367'dir. Söz konusu istatistik çalışmasında meslekler gruplandırılmayarak toplam sayılar verilmiştir. Çalışma yerleri bakımından genel yoğunluk Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlar da görülmektedir. Bunu takip eden ise özel kurumlardır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019).

2.3. Türkiye'de Sağlık Hizmet Sunucusu Kurumlar

Sağlık hizmetleri tek bir sağlık kurumunca verilebilecek basitlikte değildir. Sağlık sorunlarıyla mücadelede çeşitlemeye gidilmesi zorunluluğu karşısında, sağlık kurumlarının da çeşitlendirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Tüm kurumların bağlı olacağı bir üst kurumun yanı sıra, sağlık hizmet türlerine ya da kamu-özel ayrımına dayalı çeşitlemelerin de yapılması da gerekir. Buna göre Türkiye'deki sağlık hizmet sunucusu kurumları en az beş başlık altında sınıflandırmak mümkündür:

- T.C. Sağlık Bakanlığı,
- Aile Sağlığı Merkezleri,
- Kamu Hastaneler Birliği "bünyesindeki kamu hastaneleri",
- Özel/Vakıf Sağlık Kurumları,
- Eğitim ve Araştırma Hastaneleri.

2.3.1. Sağlık Bakanlığı

Türkiye Cumhuriyeti'nin ilanı sonrası günümüz Sağlık Bakanlığının temeli 3 Mayıs 1920'de "*Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti"* adıyla kurulmuş olup ilk sağlık bakanı da Adnan Adıvar olmuştur (Yeginboy ve Sayın, 2008: 3). Bakanlığın merkez örgüt yapısı da 15 beş kişilik bir ekiple oluşturulan şubelere bölünerek oluşturulmuştur (Karaman, 1998: 3-4). Bakanlığın esas yapılandırılmasının temelleriyse 1925'te ikinci defa göreve getirilen Refik Saydam tarafından gerçekleştirilmiştir. 1925-37 arasında görev yapan Saydam, sağlık alanın örgütlenmesinde büyük çalışmalara imza atmıştır (Karabulut, 2007: 152). Saydam döneminde ebelik, dişçilik gibi alanlarda da hizmet verilecek bir yapının oluşturulması amaçlanmış, 1930'a gelindiğindeyse "*Umumi Hıfzısıhha Kanunu"* çıkartılarak sağlık hizmetlerinin bir devletin görevi olduğu kabul edilmiştir. Kanunla birlikte askeri sağlık hizmetleri dışındaki her türlü sağlık hizmeti, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın denetimine tabi tutulmuştur. Daha sonraki yıllarda 1945 yılında işçi sigortaları kurumu oluşturularak 1946 yılında sağlık alanında ilk 10 yıllık milli sağlık planı belirlenmiş,

fakat bakanın görevden ayrılmasıyla bu planın uygulanmaya başlanması mümkün olamamıştır (Yıldız ve Aydın, 2019: 381-383).

Planlı kalkınma dönemine girişle birlikte 1963 yılında sağlıkta sosyalizasyon dönemi başlamış, 1967 yılındaysa bir Genel Sağlık Sigortası sistemi oluşturulması amacıyla yasa taslağı oluşturulmuş, fakat söz konusu yasa taslağı bakanlar kuruluna gönderilememiştir. 1990 yılına gelindiğinde bu defa Devlet Planlama Teşkilatı aracılığıyla sağlık alanında bir temel plan oluşturularak "Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması" gerçekleştirilmiştir. Master planla birlikte sağlık reformlarının oluşturulmasına dair yeni bir sürece girilmiş, iki yıl sonraysa 3816 sayılı kanunla getirilen yeşil kart uygulamasıyla da dar gelirli vatandaşlar, sosyal güvenlik sistemi içerisine alınmıştır (Korkusuz ve Doğan, 2011: 71-73). 2002'de yapılan seçimler sonrasında Acil Eylem Planı hayata geçirtilerek Herkese Sağlık sloganıyla sağlık alanının geliştirilmesine yönelik hedefler belirlenmiştir. Bu hedeflerden sonra 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı hazırlanarak 8 temel hedef belirlenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019).

2.3.2. Aile Sağlığı Merkezleri

Türkiye'de sağlık kurumları birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak üçe ayrılmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetleri toplumun geniş kesimlerine ulaşma, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin yükünü hafifletmek açısından son derece önemlidir (Atadağ vd., 2016: 142). Aile Sağlığı Merkezleri de birinci basamak sağlık kuruluşları içerisinde ağırlıklı olan kısmı oluşturmaktadır. Bu merkezler, 25.01.2013 tarih ve 28539 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan *Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'ne* göre, "*Bir veya birden fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşu"* şeklinde ifade bulmuştur (Savaş ve Kesmez, 2014: 2).

Türkiye'de birinci basamak sağlık örgütlenmesinin kökenleri incelendiğinde, 1913 yılından itibaren illerde Sağlık Müdürlüğü, ilçelerde ise Hükümet Tabipliği vasıtasıyla gerçekleştirildiği görülmektedir. 1924 yılına gelindiğindeyse taşrada

Muayene ve Tedavi Evi adı altında sağlık hizmetleri birimleri oluşturulmaya başlanmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerindeki belki de en önemli adım, 1961 yılında yürürlüğe giren *224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi*'ne ilişkin çıkartılan yasayla gerçekleşmiştir (Çağlayaner ve Saatçi, 2008: 100). Aile hekimliği tartışmalarıysa 1970'li yılların ortalarından itibaren dünya genelinde olduğu gibi Türkiye'de de tartışılmaya başlanmış ve Aile Hekimliği genel olarak *Sağlık Ocağı* hekiminin fonksiyonlarından biri olarak kabul edilmiştir. Bu dönemde aile hekimliğinin ayrı bir ihtisas alanı olması gerektirdiği konusundaki görüşten de uzak durulmuştur (Bankur, 2017: 69). 1983 yılına gelindiğinde aile hekimliği konusunda yeni düzenlemeler yapılmaya başlanmış, Aile Hekimliği Uzmanlık tüzüğü oluşturulmuştur. İlk aile hekimliği uzmanlık programı ise 1984'te Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde başlatılmış, ardından 1985 yılından itibaren üç metropoldeki kamu hastanelerinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi verilmeye başlanmıştır. Uzunca bir süre sonra 1993'te bu defa YÖK tarafından alınan 12547 sayılı karar ile Tıp Fakülteleri bünyesinde Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulmasına karar verilmiştir. Oluşturulan uzmanlı eğitimiyse *"Aile Hekimliği Anabilim Dalı Eğitim Etkinlikleri, Hastane Klinik Rotasyonları, Birinci Basamak Aile Hekimliği Uygulaması"* şeklinde şekillendirilmiştir (Şensoy vd., 2009: 50).

2.3.3. Kamu Hastaneler Birliği

Türkiye'de 2003 yılı sonrasında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Projesi (SDP) ile sağlık sisteminde önemli adımlar atılmıştır. SDP ile belirlenen; hizmetlerde etkililik, verimlilik, hakkaniyete uygun şekilde organizasyon ve finansman sağlanmasıyla hizmet sunumuna öncelik verilmiştir. Reform sürecinin bir adımı olarak da 2012 yılında kamu hastane yönetiminde değişikliğe gidilmiştir. 6223 sayılı Kanuna dayanarak Bakanlar Kurulu tarafından 11.10.2011'de Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşların yeniden yapılandırılması kararlaştırılmıştır (Bostan ve Ağaç, 2019: 154-155). 2007 yılında kanun tasarısı olarak sunulan Kamu Hastaneler Birliği tasarısı da 21 Kasım 2012 yılından itibaren bütün illerde faaliyete geçirilmiştir. Kuruluşu 663 sayılı KHK'de yer alan 30 maddeye dayandırılan Kamu Hastane Birlikleri'nin; *"kaynakların etkili ve verimli kullanılması amacıyla kuruma bağlı ikinci ve üçüncü*

basamak sağlık kurumları ile il düzeyinde kamu hastane birlikleri kurularak" işletilmesi hüküm altına alınmıştır. Kamu hastaneleri bütün illerde mevcut olup kuruluş amacı da; insan odaklı ve hasta-çalışan memnuniyeti prensibine dayandırılarak profesyonel bir bakış açısıyla yönetilme prensibine göre inşa edilmiştir (Beylik, vd, 2015b: 207-208). Böylelikle de sadece hizmet sunan bir kurum özelliğindeki Sağlık Bakanlığı'nı, bu defa denetleyici ve koordine edici bir yapıya dönüştürmek amaçlanmış, Milli Savunma Bakanlığı ve Üniversite Hastaneleri dışında kalan bütün kamuya ait hastaneler Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. 15 Temmuz 2016 tarihinden sonra Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı olan hastaneler de Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir (Yavuz ve Döven, 2019: 69-70).

2.3.4. Özel/Vakıf Sağlık Kurumları

Özel hastaneler, ilgili yönetmelikte; "*gerçek kişiler ile özel hukuk tüzel kişilerine ait olup ayakta ve yatarak muayene, tahlil, tetkik, tıbbî müdahale, ameliyat, tıbbî bakım ve diğer tedavi hizmetleri verilen ve en az on yatak kapasitesi olan tedavi kuruluşlarıdır*" şeklinde tanımlanmıştır (Özgülbaş, vd., :121). Bu kurumların kuruluşlarıysa 2219 sayılı *"Hususi Hastaneler Kanunu"*, 1219 Sayılı "*Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun,* "*Özel Hastaneler Tüzüğü"* ve 27.03.2002'de çıkarılan ve daha sonra değişikliğe uğrayan *"Özel Hastaneler Yönetmeliği"* hükümlerine göre gerçekleştirilerek faaliyetlerini yürütmektedirler. Türkiye'deki sağlık sektörü de, hem kamu hem de özel sektör aracılığıyla çok geniş bir kesime sağlık hizmeti sunmaktadır (Dömbekçi, vd., 2018: 676). Türkiye'de özel hastanelere ilişkin ilk yasal düzenleme 1933 tarih ve 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu ile hususi hastane kavramı ortaya konularak ve sonrasında da bu kanuna dayanılarak çıkartılan Tüzük ve Yönetmeliklerle gerçekleştirilmiştir. Yaklaşık yarım asır sonrasında da 10.11.1983 tarih ve 17924 sayılı *"Özel Hastaneler Tüzüğü özel hastanelerin faaliyet alanları ve işleyişleri"* ile ilgili kanunun kabulüyle de özel hastanelere dair yeni düzenlemeler eklenmiştir. Özel hastanelerin karşılaştıkları çeşitli sorunlar ve sektörel büyüme, beraberinde Tüzük değişikliklerini getirmiştir. Bu arada 1985-1992 ve 1994 sonrası dönemlerde özel sağlık kuruluşlarına kamu tarafından yatırım teşvikleri de sağlamıştır (Yener ve Öksüz, 2017: 226). Özel sağlık

kuruluşlarının 1980'li yıllardaki ilk kuruluşları, poliklinik ve dispanser türünde il ve ilçelerde hizmet sunumuyla başlamıştır. 1985-1990 arasındaysa özel hastane sayısında ciddi artış yaşanmış; faaliyetlerine, hizmet türlerine, yatarak tedavi hizmet sunum kapasitesine, teknik donanımına ve uzmanlık dallarına göre kümelenmeye başlamıştır (Büyüksavaş, 2010: 5-6).

Diğer bir kurum türü olarak vakıf hastanelerinin kökenleri Osmanlı dönemine kadar gitmekte olup söz konusu ilk günümüzün sosyal devlet anlayışının bir yansıması şeklindedir. Osmanlı döneminde sağlık faaliyetleri vakıflar aracılığıyla gerçekleştirilmiş olup ülkenin pek çok yerinde bu hastanelerin gelir ve giderlerinin vakıflarla karşılanması baskın olmuştur (Göçer, 2014: 123). Özel ve kamu kuruluşları dışında üçüncü sektör olarak da isimlendirilen vakıfların hizmet sunumuysa, eğitim ve kültür hizmeti sunan vakıflar ve sağlık hizmeti sunan vakıflar olarak ikiye ayrılmaktadır. Sağlık hizmeti sunan vakıflarsa; vakıf hastaneleri, darülacezeler, darüşşifalar olarak adlandırılmakta ve günümüzde dahi faaliyetlerine devam etmektedirler (Gün, 2018: 3095). Günümüzde faaliyetlerini sürdüren özel ve vakıf hastanesi sayısı da 623'e ulaşmaktadır (Aslan ve Erdem, 2017: 16-17).

2.3.5. Eğitim ve Araştırma Hastaneleri

Üçüncü basamak tedavi hizmetlerinin sunumu, yüksek teknolojiye ve özel ihtisas alanlarına sahip Eğitim ve Araştırma Hastaneleri'nde verilmektedir. Üçüncü basamak hastanelerinin bu özelliklerinden faydalanabilmek için birinci basamaktan başlayarak sevk zinciri kurallarına uyulmasına ihtiyaç duyulmaktadır (Demirbilek ve çolak, 2008: 95). Üçüncü basamak sağlık kurumları kapsamındaki Eğitim ve Araştırma Hastaneleri; birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarının yeterli olmadığı, yoğun bilgi ve teknolojik imkan gerektiren karmaşık ve ağır vakaların çözümüne odaklanıldığı sağlık hizmetlerini sunmaktadır (Yaradılmış, 2009: 9). Sağlık Uygulama Tebliğince üçüncü basamakta yer alan sağlık kuruluşları; Sağlık Bakanlığına bağlı *"Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ve Özel Dal Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ile Bu Hastanelere Bağlı Semt Poliklinikleri, Üniversite Hastaneleri ile Bu Hastanelere Bağlı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezleri, Enstitüler ve Semt Poliklinikleri,*

Üniversitelerin Diş Hekimliği Fakülteleri, Bezm-i *Alem Valide Sultan Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi"* olarak belirlenmiştir (Aktürk, 2018: 26-26).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMET SUNUMUNUN BÖLGESEL DAĞILIMI

"Türkiye'de Sağlık Hizmet Sunumunun Bölgesel Dağılımı" başlığını taşıyan üçüncü bölüm kendi içerisinde dört ana kısma ayrılmıştır. Birinci kısımda sağlık personelinin bölgesel birimler arasındaki dağılımları tespit edilerek aktarılmıştır. İkinci kısımda sağlık hizmet sunumunda kullanılan yatak ve diğer ekipmanların bölgesel birimler arasındaki dağılımları sunulmuştur. Üçüncü kısımda sağlık hizmet talebi göstergelerini oluşturan basamaklara göre başvuru sayıları, acil servislere yapılan başvurular ile ağız ve diş hastalıklarına yönelik yapılan başvuruların, bölgesel birimler arasındaki dağılımları incelenmiştir. Son kısımda ise sağlık hizmet arzını gösteren poliklinik, ameliyat ve yatan hasta sayılarına ilişkin veriler derlenerek bölgesel birimler arasındaki dağılım özetlenmiştir.

3.1. Sağlık Personellerinin Bölgesel Dağılımında Yaşanan Gelişim

Sağlık personelinin bölgesel birimler arasındaki dağılımı, çoğunlukla bölgesel birimdeki nüfusla tam dengeli olamamaktadır. Amaçlanansa olabildiğince nüfusla dengeli bir dağılımın yaşanmasıdır. Buna ek olarak her personel türünde de nüfusla oluşan dengesizliğin şiddeti eşit veya birbirine yakın olamamaktadır. Çünkü sağlık personellerinin gördükleri işlevler de sağlık hizmet türlerine göre değişebilmektedir. Örneğin korucu ve birinci basamak tedavi edici sağlık hizmet sunucusu aile hekimleri, genel olarak bölgesel birim nüfuslarıyla dengeli dağıtılmaktadır. Çünkü koruyucu ve birinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleri temel sağlık hizmetlerini oluşturmaktadır. Buna karşılık tıbbi görüntüleme teknikerleri, ikinci veya üçüncü basamak tedavi edici sağlık hizmetlerinde sunum gerçekleştirdiklerinden, bölgesel birimlerdeki nüfusla dengeli dağıtım yerine bölge merkezlerinde toplulaştırılmak zorundadır. Aksi durumda kaynakların etkin kullanımı gerçekleşememektedir. Bu kısımda söz konusu sağlık personel arzının bölgesel birim nüfuslarına göre dağılımları, karşılaştırmalı olarak incelenmiştir.

3.1.1. Hekim ve Diş Hekimlerinin Bölgesel Dağılımında Yaşanan Gelişim

Türkiye'de mevcut doktor sayısının ne olması gerektiği ya da mevcut hekim miktarının yeterli düzeyde olup olmadığına ilişkin hükümet ve meslek kuruluşları arasında tam bir uzlaşı yoktur. Sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin olarak dört temel unsurdan bahsedilmekte olup bunlar; (1) insan gücü, (2) yardımcı unsurlar, (3) oluşumlar ve (4) yönetim yapılarıdır. Ancak bu unsurlar arasında en önemlisi sağlıkta insan gücü olarak görülen hekimlerdir. Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği hedef ve tavsiyelerinin yerine getirilebilmesi, sağlıkta belirlenen hedeflerin gerçekleştirilebilmesi de ancak yeterli sayıda hekim varlığına ulaşılmasıyla mümkündür (Sezer ve Yıldız, 2009: 49). Ancak Türkiyeli hekim sayısında, 2009 yılı için OECD 'in ortalamasının altındadır. Son yıllarda hekim sayısında artış yaşansa da Türkiye, tüm OECD ülkeleri arasında kişi başına en düşük hekim varlığı olan ülke olmaya devam etmektedir (Taşlıyan ve Arı, 2012: 415).

Sağlık Bakanlığı İstatistikleri 2018 verilerine göre 2002 -2018 arasında hekim ve diş hekim sayısındaki gelişim aşağıdaki tabloda verilmektedir. Verilere 2002 yılının dahil edilmesinin nedeni ise Sağlık Bakanlığının 2003'te başlattığı Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın sonuçlarını görmektir.

Tablo 3. Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayıları

	2002	2014	2015	2016	2017	2018
Uzman Hekim	45.457	75.251	77.622	78.620	80.951	82.894
Pratisyen Hekim	30.900	39.045	41.794	43.058	44.649	44.053
Asistan Hekim	15.592	21.320	21.843	23.149	24.397	26.181
Toplam Hekim	91.949	135.616	141.259	144.827	149.997	153.128
Diş Hekimi	16.371	22.996	24.834	26.674	27.889	30.615

Kaynak: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, *Sağlık İstatistikleri Yılığı 2018*, Ankara, 2019, ss. 225.

Hizmet sunumu açısından hekim sayısı 2002 - 2018 arasında sürekli artış göstermiştir. Özellikle uzman hekim sayısında ciddi bir artış mevcuttur. Ancak pratisyen hekim ile asistan hekim sayılarındaki artışın ivmesi daha yavaş gerçekleşmiştir.

Tablo 4. Sektörlere ve Ünvanlara Göre Sağlık Personelinin Dağılımı, 2018

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
Uzman Hekim	43.347	14.438	25.109	82.894
Pratisyen Hekim	39.442	291	4.320	44.053
Asistan Hekim	8.770	17.411	-	26.181
Toplam Hekim	91.559	32.140	29.429	153.128
Uzman Diş Hekimi	902	1.959	2.029	4.890
Diş Hekimi	9.844	277	13.548	23.669
Asistan Diş Hekimi	68	1.988	-	2.056
Toplam Diş Hekimi	10.814	4.224	15.577	30.615

Kaynak: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, *Sağlık İstatistikleri Yılığı 2018*, Ankara, 2019, ss. 225.

Sağlık personelinin bölgelere göre dağılımında mevcut dengesizliğin çözümüne ilişkin olarak 2003 yılında günümüze değin sürdürülen Sağlıkta Dönüşüm Programı ile personel sorununa çözüm getirmek amacıyla yeni tıp fakültelerinin sayısı arttırılmış aynı süre de mezun sayısında da artış görülmüştür. Personel sayısının yetersiz olduğu bölgelerde istihdamın oluşabilmesi amacıyla sözleşmeli personel alımı modeli *"10.7.2003 tarihli ve 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun"* getirilerek hekimleri kapsayan mecburi hizmet uygulaması, ek ödeme ve nakillerde adil yaklaşım politikaları uygulanmıştır (Yıldırım ve Konca, 2018: 43).

Tablo 5. Bölgelere Göre 100.000 Kişiye Düşen Hekim ve Diş Hekim Sayıları %

Bölgeler	100.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısı	İBBS-1'e Göre Uzman Hekim, Pratisyen Hekim ve Asistan **Hekim** Dağılımı, Tüm Sektörler, (%), 2018			100 bin Kişiye Düşen Toplam Diş Hek.	İBBS-1'e Göre Diş Hekimi, Uzman Diş Hekimi ve Asistan **Diş Hekimi** Dağılımı, Tüm Sektörler, (%), 2018		
		Uzman	Pratisyen	Asistan		Uzman	Pratisyen	Asistan
	267	53,8	18,3	27,9	51	65,3	26,6	8,2
İstanbul	219	61,1	20,4	18,5	50	79,0	18,5	2,5
Ege	204	55,0	27,7	17,2	41	78,2	14,6	7,2
Türkiye	187	54,1	28,8	17,1	31	77,3	16,0	6,7
Akdeniz	175	53,9	32,1	27,9	36	80,1	13,5	6,4
Doğu Karadeniz	171	48,9	37,6	13,5	33	67,8	14,9	17,3
Orta Anadolu	170	47,2	35,4	17,3	32	69,1	12,7	18,3
Doğu Marmara	169	54,5	29,9	15,6	35	82,8	12,3	4,9
Batı Marmara	166	53,3	33,7	12,9	33	89,6	8,4	2,0
Batı Karadeniz	163	49,6	37,5	12,8	31	67,8	14,9	17,3
Kuzeydoğu Anadolu	153	45,3	41,0	13,6	24	72,0	11,9	16,0
Ortadoğu Anadolu	143	48,0	40,8	11,2	24	82,5	14,5	3,1
Güneydoğu Anadolu	129	48,1	42,3	9,6	21	83,5	8,9	7,6

Kaynak: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, *Sağlık İstatistikleri Yılığı 2018*, Ankara, 2019, ss. 227, 233, 234.

Tabloda yer alan bölgelere göre 100.000 kişiye düşen hekim ile diş hekimi sayısına sahip en yüksek bölge 267 hekim ve 51 diş hekimi ile Batı Anadolu'dur. Buna istinaden bölgeler arasında Güneydoğu Anadolu, Batı Anadolu'nun neredeyse yarısı kadar hekim ve diş hekimi sayısı ile tablonun en altında yer almaktadır. Bu açıdan değerlendirildiğinde bölgeler arası 100.000 kişiye düşen hekim ve diş hekimi sayılarında eşitsizlik olduğunu söylemek mümkündür.

3.1.2. Hemşire ve Ebelerin Bölgesel Dağılımında Yaşanan Gelişim

Sağlık hizmetleri sunumunda sağlık insan gücünün en önemli meslek gruplarından olan hemşirelerin görevlerini kaliteli, güvenli, kesintisiz şekilde sürdürebilmesi ve iş verimliliklerin de artışın sağlanması için hemşire işgücünün planlanması ve yönetilmesi oldukça önemlidir. Özellikle istihdamın yetersiz olduğu kurumlarda bu plansızlık hemşirelerin mesleki sorumluluğun yerine getirememesi, tükenmişlik, gibi sonuçlara neden olmaktadır. Hemşirelerin işgücüne yönelik yapılan doğru stratejik planlama ile sağlık sistemine iyileştirici bir etkisi olacağı verimliliği artıracağı da bilinmektedir (Özkan ve Uydacı, 2020: 341).

Türkiye'de hemşire ve ebelerin mevcut sayıları ile sektörlere göre görev alma sayıları 2018 yılı sağlık istatistikleri yıllığından derlenerek aşağıda yer alan tablo da belirtilmiştir.

Tablo 6. Yıllara Göre Ebe ve Hemşire Sayıları Tüm Sektörler

	2002	2014	2015	2016	2017	2018
Hemşire	72.393	142.432	152.803	152.952	166.142	190.499
Ebe	41.479	52.838	53.086	52.456	53.741	56.531
Hemşire ve Ebelerin Sektörlere ve Ünvanlara Göre Dağılımı, 2018						
	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam		
Hemşire	126.891	29.263	34.345	190.499		
Ebe	52.495	789	3.037	56.351		

Kaynak: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, *Sağlık İstatistikleri Yılığı 2018*, Ankara, 2019, ss. 225.

Sağlık sektöründe hizmet sunucularının önemli görevlilerinden olan hemşire ve ebelerin sayılarında 2002 yılından bu yana istikrarlı bir şekilde artış söz konusu olsa da hemşire sayıları 16 yıllık sürede yaklaşık olarak 2,5 kat artarken ebelerde bu artış oranı daha düşük olmuştur. Görevlendirme yerleri olarak her iki meslek grubu da

Sağlık Bakanlığına bağlı kamu kurumlarında daha fazla yer bulmaktadır. Özel kurumlarda da ikinci sırada yer alan hemşire ve ebeler, üniversiteye bağlı kurumlarda en az sayıda görev almaktadır.

Tablo 7. Yüzbin Kişiye Düşen Ebe ve Hemşire Sayısında İBBS 1'e Göre 2002 ve 2018 Karşılaştırması

BÖLGELER	2002	2018
Doğu Karadeniz	241	368
Batı Karadeniz	203	345
Batı Anadolu	207	335
Orta Anadolu	176	321
Batı Marmara	226	320
Ortadoğu Anadolu	147	317
Ege	220	311
Kuzeydoğu Anadolu	136	311
Akdeniz	193	304
Türkiye	171	301
Doğu Marmara	173	291
İstanbul	110	270
Güneydoğu Anadolu	102	248

Kaynak: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, *Sağlık İstatistikleri Yılığı 2018*, Ankara, 2019, ss. 239.

Bölgelere göre 100.000 kişiye düşen hemşire ve ebe sayısında tablonun genelinde geçmişten günümüze artış yaşanmıştır. Bölgelerde en yüksek sayı Doğu Karadeniz bölgesindedir. 2002 yılında bölgede 100.000 bin kişiye düşen hemşire ve ebe sayısı 2018 yılında 127 kişilik artış göstermiş durumdadır. Tablonun en altında yer alan ve en düşük sayıya sahip olan Güneydoğu Anadolu'da 2018 yılına gelindiğinde 2002 yılına istinaden 2 katından fazla artış görülse de bölgelere göre hemşire ve ebe dağılımında en alt sırada yerini almıştır. Bu açıdan değerlendirildiğinde ebe ve hemşirelerin dağılımı ile bölgeler arası eşitsizliğin varlığından söz etmek yerinde olacaktır.

3.1.3. Diğer Sağlık Personel Arzının Bölgesel Dağılımında Yaşanan Gelişim

Sağlıkta hizmet sunumunu gerçekleştiren personeller genel olarak; başhekim, hastane müdürü, başhemşire, hemşire, tıbbi sekreter, ebe, diğer personel, doktorlar, diş tabibi, baş eczacı, diyetisyen, sosyal hizmet şefi, laboratuvar teknisyeni, radyoterapi teknisyeni, fizik tedavi teknisyeni, diş protez teknisyeni, ruh sağlığı teknisyeni ve

patoloji teknisyenlerinden oluşmaktadır (Işıklı ve Suysal, 2019: 42). Sağlık insan gücünü 29 başlık altında toplayan Dünya Sağlık Örgütü aynı zaman da sağlık insan gücünü çalışma alanları ve eğitim düzeylerine göre de sınıflandırmaktadır. Söz konusu sınıflandırma ; Kişiye yönelik hizmet yapanlar, çevreye yönelik hizmet yapanlar, laboratuvar personeli, sağlık alanında uzmanlaşmış destek personeli, genel hizmetler olarak belirtilmiştir (Şantaş, vd., 2012: 46-47).

Sağlık kurumlarında görev alan doktor, hemşire ve ebe gibi sağlığı iyileştirici yönde meslek gruplarının yanı sıra bu kurumlarda yer alan idari, teknisyenlik vb. birçok benzeri meslek grubu da yer almaktadır. Sağlık bakanlığı 2018 yılı istatistiklerin de diğer sağlık personeli ile diğer personel ve hizmet alımı başlığı altın da toplanan bu meslek gruplarının sayılarına ve sektörlere göre dağılımına ilişkin aşağıdaki tablo oluşturulmuştur.

Tablo 8. Yıllara ve Sektörlere Göre Diğer Sağlık Personeli Sayıları

Yıllara Göre Diğer Sağlık Personeli Sayıları, Tüm Sektörler						
	2002	2014	2015	2016	2017	2018
Diğer Sağlık Per.	50.106	138.878	145.943	144.609	155.417	177.409
Diğer per. & hizmet alımı	83.964	303.110	311.337	321.952	339.241	376.367
Sektörlere ve Ünvanlara Göre Sağlık Personelinin Dağılımı, 2018						
		Sağlık Bak.	Özel	Üniversite	Toplam	
Diğer Sağlık Personeli		121.206	39.710	16.493	177.409	
Diğer Personel ve Hizmet Alımı		236.155	91.835	48.377	376.367	

Kaynak: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, *Sağlık İstatistikleri Yılığı 2018*, Ankara, 2019, ss. 248.

Mevcut tablo incelendiğinde diğer sağlık personeli başlığın da yer alan personele ilişkin olarak 2002 yılından 2018 yılına kadar ciddi bir artışın olduğu görülmektedir. Öyle ki 2002 yılında 50.106 olan bu sayı 2018 yılında 3 katını aşmış durumdadır. Bu başlıkta yer alan meslek gruplarının sektörlere göre dağılımında ise yoğunluğun Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlarda olduğu görülmüş, en az görev alım yerleri ise üniversitelere bağlı kurumlarda gerçekleşmiştir. Diğer personel ve hizmet alımı başlığı içerisinde nitelendirilen görevlilerin sayılarına ilişkin olarak da 2002 yılından bu yana 4,5 katı aşkın bir artış yaşanarak 2018 yılında 376.367'e ulaştığı görülmektedir. Yine sektörlere göre dağılımında en fazla Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlarda en az ise üniversitelere bağlı kurumlarda görevlendirilmektedir.

3.2. Sağlık Hizmet Sunumunda Kullanılan Yatak/Ekipman Arzının Bölgesel Dağılımında Yaşanan Gelişim

Sağlık hizmet sunumunda yatak arzı, ikinci ve üçüncü basamak tedavi edici sağlık hizmet sunucusu kurumlarda oluşturulmaktadır. Keza MR, röntgen, BT gibi ekipmanlarda ikinci ve üçüncü basamak tedavi edici sağlık kuruluşlarında yer almaktadır. Günümüzde teknolojinin hızlı gelişimi ve yaygınlaştırılması, geçmişte üçüncü basamakta yığılan yatak ve cihaz arzının ikinci basamakta da yoğunlaştırılmasını beraberinde getirmiştir. Bu durum ise bölgesel birimlerdeki nüfusla dengeli dağılımın, geçmiş yıllara göre daha eşitlikçi bir yapıya bürünmesine yol açmıştır. Bu kısımda da söz konusu yatak ve ekipman arzının bölgesel birim nüfuslarına göre dağılımları, karşılaştırmalı olarak incelenmiştir.

3.2.1. Yatak Arzının Bölgesel Dağılımındaki Gelişim

Sağlık hizmetlerinin temel unsurları arasında yer alan tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri olup bu kapsam da sunulan yataklı tedavi kurumları da önem arz etmektedir. Sunulan hizmetin kalitesi, beklentileri karşılaması, modern tıp ve teknoloji ile donatılmış olması en doğru tedavi ve teşhis ile tedavi hizmetlerinden faydalanılması temel hedefler arasındadır. Bu sebeple de sunulan bu hizmetlerde artan nüfusa paralel olarak hastane sayıları ile hastanelerde yer alan mevcut yatak sayılarının da arttırılması en önemli konular arasındadır (Sağlık Bakanlığı, 2004: 13-14).

Türkiye'de bulunan sağlık kurumları üç farklı sektörde toplanarak hizmet sunumunu gerçekleştirmektedir. Hastaneler de yer alan yatak türleri ve sayılarına ilişkin oluşturulan mevcut tablo aşağıdaki şekildedir.

Tablo 9. Türlerine ve Sektörlere Göre Toplam Yatak Sayıları, 2018

	Sağlık Bakanlığı	Özel	Üniversite	Toplam
Hastane Yatağı Sayısı	139.651	50.196	42.066	231.913
Nitelikli Yatak Sayısı	83.277	33.014	23.112	139.403
Yoğun Bakım yatak sayısı	16.086	15.973	6.039	38.098
Erişkin Yoğun Bakım	11.171	8.851	4.049	24.071
Çocuk Yoğun Bakım	941	142	542	1.625
Yenidoğan Yoğun Bakım	3.974	6.980	1.448	12.402

Kaynak: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, *Sağlık İstatistikleri Yılığı 2018*, Ankara, 2019, ss. 126.

Sağlık Bakanlığı'nın 2018 yılı sağlık istatistikleri yıllığında sektörler açısından değerlendirilen mevcut yatak sayıları 5 farklı özellikte değerlendirilmektedir. Sağlık Bakanlığına bağlı kamu hastanelerin de yatak türleri bakımından ilk sırada yer aldığı ve diğer tüm yatak türleri açısından üniversite ve özel hastanelerde ki yatak kapasitesinden yüksek olduğu görülmektedir. Kamu hastanelerinden sonra ki yatak kapasite sayısı ise özel hastaneler de yükseliş eğilimi göstermiş durumdadır.

Bölgelere göre tüm sektörlerde ki tüm yatakların dahil edilerek 10.000 kişiye düşen yatak sayısı ile yine bölgelere düşen yatak çeşitliliğine ilişkin oluşturulan tablo ise aşağıda ki şekildedir.

Tablo 10. İBBS-1'e Göre 10.000 Kişiye Düşen Hastane Yatak (Genel, Yoğun bakım, Nitelikli) Sayıları

BÖLGELER	Hastane yatak sayısı	Yoğun bakım yatak sayısı	Nitelikli yatak sayısı
Batı Anadolu	33,2	4,8	61,1
Doğu Karadeniz	32,2	3,9	71,7
Batı Karadeniz	31,5	4,3	73,0
Orta Anadolu	30,9	4,6	74,3
Ortadoğu Anadolu	29,9	4,8	78,1
Batı Marmara	29,4	4,2	77,0
Kuzeydoğu Anadolu	29,4	3,3	76,7
Akdeniz	28,8	5,6	79,5
Ege	28,8	4,0	68,6
Türkiye	28,3	4,6	71,9
İstanbul	26,1	4,8	69,5
Doğu Marmara	25,5	4,1	78,7
Güneydoğu Anadolu	23,2	5,1	68,2

Kaynak: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, *Sağlık İstatistikleri Yılığı 2018*, Ankara, 2019, ss. 121, 123, 127.

Bölgelere göre 10.000 kişiye düşen yatak sayısı en fazla 33,2 ile Batı Anadolu bölgesi yer almakta olup yoğun bakım yatak sayısı açısından 4,8 ile Batı Anadolu, Ortadoğu Anadolu ve İstanbul eşit durumdadır. Nitelikli yatak sayısı ise 79,5 ile Akdeniz bölgesi tüm yataklar içerisinde en fazla nitelikli yatak sayısına sahiptir. Tablonun en alt sütunun da görülen Güneydoğu Anadolu tüm yatak türleri ile 10.000 kişiye düşen yatak sayısı bakımından en düşük orana sahip bölgedir.

3.2.2. Sağlık Ekipmanlarının Bölgesel Dağılımındaki Gelişim

Sağlık sektöründe teknolojik gelişmelerin takibi sağlık sorunlarının çözümünü kolaylaştırma ve yaşam kalitesini arttırmada önemlidir. Sağlık teknolojisi değerlendirmeleri içerisinde ilaçlar, tıbbi cihazlar, tıbbi ve cerrahi girişimler ve tıbbi bakım sağlaması için destek sistemler yer almaktadır. Günümüz de tıbbi cihazların aracılığıyla hastalığın erken teşhisi ve tedavi yöntemlerinin uygulanması günümüz tıbbının bir parçası halindedir (Bozer ve Ağırbaş, 2016: 194).

Aynı zamanda tıbbi cihazların sağlık hizmetleri sunumunda tedavi ve teşhis yöntemlerini hızlandırması, söz konusu alanda tıbbi cihaz sektörünün ciddi oranda büyüme göstermesi ve hastanelerin teknoloji yoğun işletmelere dönüşümünü sağlamış durumdadır. Türkiye'de tıbbi cihazların yeterliliği açısından çeşitli tartışmalar söz konusu olmakla birlikte bölgeler arası dağılımına ilişkin de eşitliğin sağlanabildiğini söylemek pek mümkün değildir. Cihazların teminine ilişkin ithalatçı konumda olan Türkiye birçok cihazı ya da parçaları ithal etmektedir (Mertler, vd., 2015: 52-53). Özellikle Türkiye'de tıbbi cihaz sayısının yetersiz olduğu bölgelerde kamu ve özel sektöre dayalı yatırımlar yapılarak bölgesel dağılımda ki eşitsizliğin giderilmesi gerekmektedir (Mollahaliloğlu, vd., 2009: 71-73).

Türkiye'de sağlık kurumlarında bulunan cihazlarının bir kısmının yıllara göre mevcut sayısı aşağıda oluşturulan tabloda belirtilmiştir.

Tablo 11. Yıllara Göre hastanelerde Cihaz Sayısı, 2002-2018

	2002	2014	2015	2016	2017	2018
MR	58	757	794	836	884	915
BT	323	1.071	1.119	1.152	1.186	1.211
ULTRASON	1.005	5.286	5.518	5.470	5.635	5.846
DOPLER U.	681	3.151	4.015	4.679	4.892	5.557
EKO	259	1.793	1.897	2.121	2.269	2.520
MAMOGRAFİ	647*	903	896	931	947	966
HEMODİYALİZ	4.891	16.064	16.373	16.675	19.963	17.328
Sektörlere Göre Hastanelerde Cihaz Sayıları, 2018						
	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam		
MR	336	120	459	915		
BT	539	143	529	1.211		
ULTRASON	2.716	755	2.375	5.846		
DOPLER U.	3.733	491	1.333	5.557		
EKO	1.526	267	727	2.520		
MAMOGRAFİ	393	73	500	966		
HEMODİYALİZ	5.961	1.160	10.207	17.328		

*mamografi kayıt cihazı sayısı 2008 yılına aittir.

Kaynak: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, *Sağlık İstatistikleri Yılığı 2018*, Ankara, 2019, ss. 135

Yukarıdaki tabloda yer alan hastanelerde kullanılan cihazlara ilişkin olarak 2002 yılından günümüze değin sayılarda artış olduğu görülmüştür. Kullanılan cihazların sektörlere göre dağılımında ise MR cihaz sayısı özel hastanelerde daha fazla bulunurken üniversiteye bağlı hastanelerde bu sayı en az durumdadır. BT, ULTRASON, DOPLER U., EKO cihazı ise en fazla sağlık bakanlığına bağlı kurumlarda en az üniversite hastanelerindedir. MAMOGRAFİ ve HEMODİYALİZ cihazı ise sayı olarak en fazla özel hastanelerde en az ise üniversite hastanelerindedir.

Tablo 12. İBBS-1'e Göre Göre Hastanelerde 1.000.000 Kişiye Düşen cihaz sayısı, 2018

BÖLGELER	MR	BT	ULTRA-SON	DOPPLER UL.	EKO	MAMO-GRAFİ	HEMODİYALİZ CİHAZI
Akdeniz	13,5	17,3	67,7	67,1	30,8	13,4	223,2
Batı Anadolu	13,4	17,2	69,1	98,9	32,4	13,3	225,2
İstanbul	12,5	16,0	93,3	80,9	35,8	13,9	179,4
Türkiye	11,2	14,8	71,3	67,8	30,7	11,8	211,3
Ege	11,1	13,9	75,2	59,9	30,1	12,3	256,0
Kuzeydoğu Anadolu	10,9	17,2	67,4	62,0	30,3	8,6	171,9
Doğu Karadeniz	10,7	14,7	66,6	71,0	32,4	13,2	258,2
Batı Marmara	10,6	16,0	69,2	55,2	28,0	13,2	225,2
Doğu Marmara	10,3	12,3	60,2	59,9	30,7	10,2	219,8
Orta Anadolu	9,3	12,3	67,2	75,8	32,0	10,3	262,7
Ortadoğu Anadolu	9,2	12,5	58,3	58,0	28,2	8,1	159,3
Güneydoğu Anadolu	8,7	12,4	64,1	44,8	23,1	8,4	125,5
Batı Karadeniz	8,1	13,7	56,5	61,9	29,9	10,7	290,7

Kaynak: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, *Sağlık İstatistikleri Yılığı 2018*, Ankara, 2019, ss.133, 136, 138, 140, 141.

Hastanelerde kullanılan cihazların bölgeler arası dağılımında 1.000.000 kişiye düşen cihaz sayısında MR ve BT cihaz sayısı en fazla Akdeniz bölgesinde bulunmaktadır. MR cihazı sayısı 8,1 ile en düşük olarak Batı Karadeniz bölgesinde, BT cihazı ise Doğu Marmara ve Orta Anadolu da 12,3 ile en az sayıdadır.

Söz konusu cihaz dağılımında Ultrason cihazı İstanbul'da 93,3 ile en fazla, Batı Karadeniz bölgesinde 56,5 ile en az düzeydedir. Doppler Ultrason cihazında 98,9 ile Batı Anadolu en yüksek cihaz sayısına sahip olup, 44,8 ile Doppler Ultrason cihazı en az Güneydoğu Anadolu da bulunmaktadır. Eko cihazı en fazla 35,8 ile İstanbul en az 23,1 ile Güneydoğu Anadolu'dadır. Mamografi cihazı 13,9 ile en fazla İstanbul da, 8,1 ile Ortadoğu Anadolu bölgesinde en azdır. Son olarak Hemodiyaliz ise en fazla 290,7 ile Batı Karadeniz de en az 159,3 ile Ortadoğu Anadolu'dur.

Hizmet sunumuna ilişkin kullanılan cihazların tüm sektörler dahilinde bölgeler arası 1.000.000 kişiye düşen oranlara bakıldığında cihaz sayısında yıllara göre artış görülse de dağılımında bölgeler arası dengesizlik görülmektedir.

3.3. Sağlık Hizmet Talebinin Bölgesel Dağılımında Yaşanan Gelişim

Sağlık hizmetlerinin bölgesel dağılımında bölgesel birim nüfusları önemli bir belirleyicidir. Ancak her zaman sağlık hizmetlerine yönelik talep, bölgesel birim

nüfuslarıyla örtüşememektedir. Bunda bölgesel birimler arasındaki eğitim, yaş, kır-kent farklılaşmaları etkili olabilmektedir. Dolayısıyla da bu kısımda sağlık hizmet talebini oluşturan başvuru sayılarının bölgesel birim nüfuslarına göre durumu incelenmiştir.

3.3.1. Basamaklara Göre Başvuru Sayılarında Yaşanan Gelişim

Türkiye'de sağlık hizmetleri sunumu ve örgüt yapısı Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nca yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığı, sağlığa ilişkin karar aşamaları ile uygulanacak politikaların belirlenmesi ve yürütülmesi ile ilgili kuruluştur. Sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu kuruluşlar ise; Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler, Özel sağlık kurum ve kuruluşları, Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumlarıdır. 2003 yılında Sağlık Bakanlığı'nın "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adıyla görev ve yetkilerinin yeniden düzenlenmesi, kamu hastanelerinin iyileştirilmesine ilişkin yapılan çalışmalar ile sağlık hizmeti sunumu yenilenmiştir. Sağlık hizmetlerinin etkili, kaliteli, verimli ve eşit bir biçimde ulaşımını hedefleyen bu dönüşüm ile kamu hastanelerinin yeniden işlerlik kazanması amaçlanmıştır (Beylik, vd, 2015b: 204-207).

Türkiye'de sağlık hizmeti 3 basamak halinde sunulmakta kişilerin tedavi ve şikayetlerinin iyileştirilmesine yönelik hizmet sunumu sevk zinciri şeklinde verilmektedir. Yıllara göre basamaklara başvuru sayıları aşağıda ki tabloda derlenerek sunulmaktadır.

Tablo 13. Yıllara ve Kurum Türlerine Göre Toplam Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler

YILLAR	2002	2014	2015	2016	2017	2018
Birinci Basamak Hekime Başvuru %	1,1	2,8	2,7	2,7	2,9	3,2
Sağlık Ocağı	69.103.517	-	-	-	-	-
Aile Hekimliği	-	214.120.750	208.538.951	205.549.931	228.098.527	258.436.607
Verem Savaş Dispanseri	2.012.458	1.643.937	1.495.558	1.374.153	1.391.817	1.332.580
Çeküs Birimi	2.980.481	660.056	548.433	525.011	646.856	366.095
TSM'lerce Yapılan Diğer Muayeneler	-	2.234.348	3.457.520	8.080.631	4.496.425	4.821.348
Özel Poliklinikler	731.132	546.514	523.694	461.013	501.993	539.593
TOPLAM	74.827.588	219.205.605	214.564.156	215.990.739	235.135.618	265.496.223
YILLAR	2002	2014	2015	2016	2017	2018
2-3. basamak Hekime başvuru %	2,0	5,5	5,7	5,9	6,0	6,3
Özel Tıp Merkezleri	9.824.802	28.208.781	26.953.360	22.069.610	18.912.829	19.055.722
Sağlık Bakanlığı	109.793.128	292.100.331	306.825.524	340.080.539	353.703.814	380.623.055
Üniversite	8.823.361	32.143.930	34.539.363	36.420.413	38.963.933	42.665.139
Özel	5.697.170	72.333.383	77.217.044	71.147.878	72.208.615	74.675.065
2-3.Basamak Toplam	134.138.461	424.786.425	445.535.291	469.718.440	483.789.191	517.018.981
GENEL TOPLAM	208.966.049	643.992.030	660.099.447	685.709.179	718.924.809	782.515.204

Kaynak: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, *Sağlık İstatistikleri Yılığı 2018*, Ankara, 2019, ss. 161.

2002 yılına değin Sağlık Ocağı kurumlarında gerçekleştirilen hizmet sunumu 2003 yılı itibarıyla Aile Hekimliği sistemine geçilerek daha verimli ve etkin bir sistem haline dönüştürülmüştür. Nitekim 2018 yılında 258.436.607 (diğer kurumlara göre 3,2) başvuru gerçekleştirilerek birinci basamak sağlık kurumları arasında en yüksek rakama ulaşılmıştır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastane başvuruları ise ikinci ve üçüncü basamak hastaneler içerisinde 380.623.055 (6,3) başvuru ile en yüksek paya sahiptir. Üniversiteye bağlı hastaneler ise 42.665.139 başvuru gerçekleşmiştir.

Tablo 14. Kişi Başına Hekimlere Müracaat Sayısı, 2002 ve 2018

	Birinci Basamak		İkinci ve Üçüncü Basamak	
BÖLGELER	2002	2018	2002	2018
Ortadoğu Anadolu	0,9	2,2	1,6	5,7
Kuzeydoğu Anadolu	0,9	2,3	1,4	5,9
Güneydoğu Anadolu	0,8	2,7	1,5	5,9
Orta Anadolu	1,3	3,4	2,0	5,9
İstanbul	0,6	2,8	1,7	6,3
Doğu Marmara	1,3	3,6	1,9	6,3
Türkiye	1,1	3,2	2,0	6,3
Akdeniz	1,3	3,8	2,1	6,4
Batı Marmara	1,6	3,9	2,4	6,4
Doğu karadeniz	1,5	3,4	2,5	6,6
Ege	1,5	3,8	2,4	6,6
Batı Karadeniz	1,3	3,4	2,6	6,6
Batı Anadolu	1,1	3,1	2,4	6,7

Kaynak: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, *Sağlık İstatistikleri Yılığı 2018*, Ankara, 2019, ss. 165, 166.

Bölgelere göre 2018 yılı birinci, ikinci ve üçüncü basamak kurumlarda başvuru durumuna bakıldığında tüm basamaklarda Ortadoğu Anadolu bölgesinin en az başvuruyu gerçekleştirdiği görülmektedir. İkinci ve üçüncü basamaklarda en fazla başvuruyu gerçekleştiren bölge ise Batı Anadolu, birinci basamak başvurusunda en fazla başvuruyu ise Batı Marmara yapmıştır.

3.3.2. Acil Servis Başvurularında Yaşanan Gelişim

Acil tıp; "*temel misyonu beklenmeyen bir hastalık ve yaralanma durumunun değerlendirilmesi, tedavi edilmesi ve önlenmesini prensip edinen bir uzmanlık alanıdır"*(Çelikten, 2016: 3). Sağlık hizmetleri içerisinde önemli bir role sahip olan acil sağlık hizmetleri 24 saat aralıksız hizmet veren birimlerdir. Direkt müdahale gerektiren, riskin en yoğun olduğu bu servisler sağlık hizmetleri sunumunun da en kısa sürede ve kaliteli bir şekilde sunulması gerekmektedir (Söyük ve Kurtuluş, 2017: 44). Türkiye'de acil servislere yapılan başvuru oranı Avrupa ile karşılaştırıldığın da ön sıralar da yer almaktadır (Payza, vd, 2020: 252).

Türkiye'de acil servise başvuru sayısının yıllara göre dağılımına ilişkin olarak Kamu Hastaneleri İstatistik Raporu 2017'de yayınlanan istatistiki verilere göre mevcut durum aşağıdaki tabloda yer almıştır.

Tablo 15. Acil Servislere Başvurular, 2013-17

	2013 Artış/azalış oranı	2014 Artış/azalış oranı	2015 Artış/azalış oranı	2016 Artış/azalış oranı	2017 Artış/azalış oranı
Acil Başvuru Sayısı	82.308.086	84.870.255 %3	89.457.862 %5	96.687.745 %8	101.445.329 %5
Acil Başvuru Oranı	%31	%31	%30	%29	%28,4

Kaynak: Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, *Kamu Hastaneleri İstatistik Raporu 2017*, Ankara, 2018, s. 19.

Aşağıdaki mevcut tabloda bölgelere göre 112 acil serviste istasyon başına düşen vaka sayısı ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda 112 acil yardım istasyonu başına düşen nüfus incelenmiştir. 112 acil yardım istasyon başına düşen vaka sayısı en yoğun bölge 2.390 ile Doğu Marmara'dır. En düşük vaka sayısı ise 1.555 ile Ortadoğu Anadolu olarak görülmüştür. Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda 112 acil yardım

istasyonu başına düşen nüfus yoğunluğu ise en fazla 50.226 kişi ile İstanbul olmuştur. Doğu Karadeniz bölgesi ise 17.543 ile en az başvurunun gerçekleştiği bölgedir.

Tablo 16. İİBS-1'e Göre 112 Acil Yardım İstasyonlarına Yapılan Başvurular, 2013-17

BÖLGELER	112 Acil Yardım İstasyon Başına Düşen Vaka Sayısı, 2018	BÖLGELER	112 Acil Yardım İstasyonu Başına Düşen Nüfus, Sağlık Bakanlığı, 2018
Doğu Marmara	2.390	İstanbul	50.226
Batı Anadolu	2.317	Doğu Marmara	34.795
Akdeniz	2.253	Batı Anadolu	34.635
İstanbul	2.163	Güneydoğu Anadolu	31.046
Ege	2.055	Akdeniz	30.951
Batı Marmara	2.022	Ege	30.565
Türkiye	1.998	Türkiye	29.983
Orta Anadolu	1.842	Batı Marmara	25.497
Güneydoğu Anadolu	1.826	Ortadoğu Anadolu	21.954
Batı Karadeniz	1.675	Kuzeydoğu Anadolu	21.467
Doğu Karadeniz	1.669	Orta Anadolu	20.530
Kuzeydoğu Anadolu	1.654	Batı Karadeniz	20.036
Ortadoğu Anadolu	1.555	Doğu Karadeniz	17.543

Kaynak: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, *Sağlık İstatistikleri Yılığı 2018*, Ankara, 2019, ss. 148, 193.

3.3.3. Ağız ve Diş Hastalıklarına Yönelik Yapılan Başvurulardaki Gelişim

Diş sağlığına yönelik tedavilerin gerçekleştiği, muayenehaneler, klinikler ve hastaneler, tedavi amacıyla başvuru da bulunan hasta sayısı, çalışma ortamı ve kişiye uygulanacak tedavi açısından farklılık taşımaktadır. Çok gelişmiş ülkelerde diş hekimlerinin öncelikli hedefiyse kaliteli hizmet, az maliyetli tedaviyle hastalıkların en aza indirgenmesiyle ağız sağlığı daha yüksek nüfusa hizmet vermektir (Derviş, 2019: 97). Türkiye'de ağız sağlığı ve tedavilerine yönelik yapılan başvuru sayılarına ilişkin sağlık istatistikleri yıllığına bakıldığında yıllara göre başvuru sayılarının gelişimi aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

Tablo 17. Diş Hekimine Yapılan Başvurular, 2002-18

Yıllara Göre Diş Hekimine Yapılan Müracaat Sayıları, Tüm Sektörler						
Yıllar	2002	2014	2015	2016	2017	2018
Toplam	5.462.923	37.925.956	39.698.142	44.155.365	49.637.355	53.115.784

Kaynak: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, *Sağlık İstatistikleri Yılığı 2018*, Ankara, 2019, ss. 168.

Tabloda yer alan yıllara göre diş hekimine yapılan başvuru sayılarının yıllara göre dağılımında 2002 yılından 2018 yılına kadar olan süreçte gözle görülür bir artış yaşanmıştır. 2002 yılında 5.462.923 olan başvuru sayısı 2018 yılında yaklaşık olarak 10 kat artarak 53.115.784'e ulaşmıştır.

Tablo 18. İİBS-1'e Göre Kişi Başına Düşen Diş Hekimine Yapılan Başvurular, 2018

Batı Karadeniz	0,81
Batı Anadolu	0,77
Kuzeydoğu Anadolu	0,76
Orta Anadolu	0,76
Doğu Marmara	0,70
Doğu Karadeniz	0,68
Ege	0,68
Batı Marmara	0,67
Türkiye	0,65
Ortadoğu Anadolu	0,60
Güneydoğu Anadolu	0,57
İstanbul	0,55
Akdeniz	0,55

Kaynak: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, *Sağlık İstatistikleri Yılığı 2018*, Ankara, 2019, ss. 169.

Bölgelere göre kişi başı diş hekimi başvuru sayısında 0,81'lik oranla Batı Karadeniz en fazla başvuruyu gerçekleştirirken Akdeniz bölgesi ve İstanbul'da bu oran 0,55 olup başvuru sayısının en az olduğu görülmektedir.

3.4. Sağlık Hizmet Uygulamalarının Bölgesel Dağılımında Yaşanan Gelişim

Sağlık hizmet sunumunda personel, kurum, yatak ve ekipman varlığı, mevcut arzı ifade eder. Ancak arzın sunumunda topluma erişim her zaman bölgesel birimler arasında örtüşecek şekilde dengeli olamayabilir. Bu noktada poliklinik, ameliyat ve yatan hasta sayıları, arzın reel olarak ne ölçüde sunumunun gerçekleşebildiğini göstermektedir. Bu kısımda da sağlık hizmet arzı sunumunun bölgesel birimler arasındaki dağılımının bölgesel birim nüfuslarına göre denge/sizliğinin sunumuna odaklanılmıştır.

3.4.1. Poliklinik Sayılarının Gelişimi

Özel poliklinik ve tıp merkezleri *"15.02.2008 tarih ve 26788 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik"* gereğince kurulup işletilen kurumlardır. Poliklinik hizmetleri; "*tıpta uzmanlık alanlarına bakılmaksızın, temel olarak muayenehane ve diğer gerekli destek hizmetleri ile bir veya birden çok tıpta uzmanlık dalı ve/veya genel pratisyenlik olarak en az iki hekimin hizmet verdiği, ayrıca istenirse ilave olarak diş hekimliği hizmetinin bir araya gelmesi ile kurulan özel sağlık kuruluşlarıdır"*. Tıp merkezi ise; "*en az bünyesinde iç hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları ve genel cerrahi tıp dallarında birer uzman hekim olmak üzere asgari dört uzmanlık dalında faaliyet gösteren özel sağlık kuruluşlarıdır*" (Yıldırım ve Konca, 2018: 5).

2018 Sağlık Bakanlığı İstatistiklerine göre Türkiye'de 664 özel tıp merkezi ile 330 özel poliklinik yer almaktadır. En yüksek rakamın İstanbul'da yer aldığı bu merkezleri ikinci sırada Ege bölgesi takip etmektedir. Kuzeydoğu Anadolu bölgesinde 4 özel tıp merkezi olup özel poliklinik hiç bulunmamaktadır. Özel polikliniklere ilişkin olarak Türkiye geneline bakıldığında yetersiz sayıda olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 19. Özel Tıp Merkezi ve Özel Poliklinik Sayısı, 2018

BÖLGELER	Özel Tıp Merkezi	Özel Poliklinik
İstanbul	247	145
Ege	110	58
Batı Anadolu	82	45
Akdeniz	66	38
Doğu Marmara	61	19
Güneydoğu Anadolu	35	3
Batı Karadeniz	20	7
Batı Marmara	12	4
Ortadoğu Anadolu	11	1
Doğu Karadeniz	9	5
Orta Anadolu	7	5
Kuzeydoğu Anadolu	4	0
Türkiye	664	330

Kaynak: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, *Sağlık İstatistikleri Yılığı 2018*, Ankara, 2019, ss. 142.

3.4.2. Ameliyat Sayılarının Gelişimi

Sağlık Bakanlığı İstatistikleri 2018 yıllığı verilerine göre Türkiye'de yapılan ameliyatlar 3 farklı grupta toplanmaktadır. Söz konusu ameliyat grupları A, B ve C grupları dağılımıyla belirtilmekte olup çalışmamızda ameliyatlar gruplandırılma yöntemiyle değil sektörlere göre 2018 yılın da yapılan toplam ameliyat sayılarıyla açıklanmaya çalışılmıştır.

Türkiye'de bulunan ameliyathaneler 1.960 adet olup bunların 953 tanesi Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerdedir. Ameliyathane odası ile ameliyat masası yine Sağlık Bakanlığında en fazla en az ise üniversiteye bağlı kurumlardadır.

Tablo 20. Sektörlere Göre Hastanelerde Ameliyathane Hizmetleri Altyapısı, 2018

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
Ameliyathane	953	164	843	1.960
Ameliyathane Odası	3.490	1.036	2.132	6.658
Ameliyathane Masası	3.533	1.048	2.140	6.721

Kaynak: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, *Sağlık İstatistikleri Yılığı 2018*, Ankara, 2019, ss. 132.

Yıllara ve sektörlere göre ameliyat sayılarının incelenmesi amacıyla oluşturulan mevcut tabloda 2002'den 2018 yılına değin en fazla ameliyatın Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde yapıldığı 2002 yılında 1.072.417 olan ameliyat sayısının 2018'e gelindiğinde 2 katını aşkın sayıya ulaştığı görülmektedir. En az ameliyatın ise üniversiteye bağlı sağlık kurumlarında yapılarak Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde yapılan ameliyatların 3/1 oranında kaldığı görülmektedir.

Tablo 21. Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Ameliyat Sayıları, 2002-2018

	2002	2014	2015	2016	2017	2018
Sağlık Bakanlığı	1.072.417	2.445.424	2.364.595	2.473.267	2.590.538	2.766.914
Özel	218.837	1.587.973	1.604.126	1.499.829	1.525.685	1.531.822
Üniversite	307.108	765.549	801.424	799.133	815.076	903.002
Toplam	1.598.362	4.798.946	4.770.145	4.772.229	4.931.299	5.201.738

Kaynak: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, *Sağlık İstatistikleri Yılığı 2018*, Ankara, 2019, ss. 171.

Aşağıdaki tablo incelendiğinde ise bölgelere göre 1000 kişiye düşen ameliyat sayılarında Ortadoğu Anadolu Bölgesi 48,9 ile en düşük durumdadır. Bu oran

içerisinde en yüksek paya 25,3 ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumları yer almakta olup 9,1 ile en düşük pay özel kurumlarda yapılan ameliyatlardır. Bölgeler içerisinde en yüksek pay ise 80,1 ile Batı Anadolu olarak görülmektedir. Bu ameliyatların 39,6'sı Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda gerçekleşip 19,7'si ile en düşük paya özel hastaneler olarak görülmektedir.

Tablo 22. Sektörlere Göre 1.000 Kişiye Düşen Ameliyat Sayıları, 2018

BÖLGELER	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
Batı Anadolu	39,6	20,9	19,7	80,1
Akdeniz	37,8	13,4	21,1	72,3
Ege	34,3	12,8	19,0	66,1
İstanbul	31,1	6,6	26,9	64,6
Türkiye	33,7	11,0	18,7	63,4
Doğu Karadeniz	40,2	10,6	11,9	62,7
Doğu Marmara	32,4	9,0	20,9	62,4
Batı Karadeniz	38,4	8,8	12,2	59,4
Batı Marmara	36,8	8,7	12,2	57,7
Orta Anadolu	26,1	12,1	15,8	54,0
Kuzeydoğu Anadolu	35,6	14,9	3,0	53,5
Güneydoğu Anadolu	29,9	5,8	16,1	51,8
Ortadoğu Anadolu	25,3	14,5	9,1	48,9

Kaynak: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, *Sağlık İstatistikleri Yılığı 2018*, Ankara, 2019, ss. 172.

Sektörlere göre 1000 kişiye düşen ameliyat sayısının bölgesel dağılımı incelendiğinde ise; Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlar 40,2 ile Doğu Karadeniz bölgesi en yüksek paya, 25,3 ile Ortadoğu Anadolu en düşük paya sahiptir. Üniversitelere bağlı kurumlarda 20,9 ile Batı Anadolu bölgesinde en fazla ameliyatın gerçekleştiği, 5,8 ile Güneydoğu Anadolu da üniversitelerde 1000 kişiye düşen en az ameliyat yapılmaktadır. Özel kurumlarda ise 26,9 ile en yüksek oran İstanbul da, 3,0 pay ile en düşük oran Kuzeydoğu Anadolu bölgesindedir.

3.4.3. Yatan Hasta Sayılarının Gelişimi

Sağlık kurumlarında teşhis sonrası tedavinin gereği olarak hastaların yatarak müdahalenin gerçekleştiği birimlere servis ya da klinik denmektedir. Yatarak tedavi hizmeti kısmi olarak günübirlik yatış ile yatan hasta tedavisi olarak ayrılmaktadır. Günübirlik yatış hizmeti 24 saatlik sürede tamamlanan işlemler olarak

gerçekleştirilirken yatan hasta tedavisi 24 saati aşkın sürede tedavi uygulanan ve sonrasında taburculukla sona eren işlemleri kapsamaktadır (Çıraklı, 2019: 39).

Aşağıda oluşturulan tablo ile Türkiye'de yıllara ve sektörlerine göre 2002-2018 yılları arasında sağlık kurumlarında yapılan yatış sayılarını göstermektedir.

Tablo 23. Yıllara ve Sektörlere Göre Yatan Hasta Sayısı, 2002-2018

	2002	2014	2015	2016	2017	2018
Sağlık Bakanlığı	4.169.779	7.396.239	7.404.570	7.561.989	7.606.159	7.675.972
Özel	556.494	3.900.407	4.237.453	4.048.696	4.120.734	4.019.422
Üniversite	781.990	1.737.627	1.891.094	1.842.001	1.982.410	1.955.983
Toplam	5.508.263	13.034.273	13.533.117	13.452.686	13.709.303	13.651.377

Kaynak: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, *Sağlık İstatistikleri Yılığı 2018*, Ankara, 2019, ss. 169.

Mevcut tabloda yatan hasta sayısı incelendiğinde yıllık bazda en fazla hasta yatışının yapıldığı hastanelerin 7.675.972 hasta yatışı ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda gerçekleştiği görülmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın ardından ise özel kurumlarda yapılan hasta yatışı 4.019.422 ile ikinci sırada yer almaktadır. Tablodan da anlaşılacağı üzere üniversitelere bağlı kurumlarda gerçekleştirilen hasta yatışı Sağlık Bakanlığı ve özel kurumların çok altında yer almaktadır.

Tüm sektörler bazında 2018 yılında Türkiye'de yatan hasta sayısı 13.651.371'e ulaşmış olup yatan hastaların yarısının tedavi yükü Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda karşılanmıştır. Bölgeler arası hasta yatış yoğunluğuna ilişkin oluşturulan aşağıda ki tabloda ise 2.083.714 ile en fazla hasta yatışının İstanbul'da yapıldığı görülmektedir. Hasta yatışının en az olduğu bölge ise Kuzeydoğu Anadolu'da yapılarak İstanbul'da yapılan yatışların neredeyse 6/1 oranındadır. Sektörlere göre yapılan yatış sayısına baktığımızda Kuzeydoğu Anadolu bölgesinde mevcut yatış toplamının yarısından fazlasının Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda gerçekleştiği görülmektedir. Ancak buna istinaden mevcut tabloda bu bölgemiz gerek sağlık bakanlığı gerekse diğer kurumlarda yapılan yatış sayısının en az olduğu görülmektedir. Yine Akdeniz bölgesinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde

yapılan yatış 1.070.053'e ulaşmıştır. Bu rakam İstanbul'da Sağlık Bakanlığı'na bağlı yapılan hasta yatışlarından yüksek durumdadır.

Tablo 24. Sağlık Bakanlığı ve Diğer Hastanelere Yatan Hastaların Sayısı ve Toplam Yatan Hasta Sayısı

BÖLGELER	Sağlık Bakanlığı	Diğer	Toplam
Türkiye	7.675.972	5.975.405	13.651.377
İstanbul	953.031	1.130.683	2.083.714
Akdeniz	1.070.053	936.665	2.006.718
Ege	986.387	738.717	1.725.104
Güneydoğu Anadolu	927.117	544.120	1.471.237
Batı Anadolu	756.761	617.147	1.373.908
Doğu Marmara	794.011	470.870	1.264.881
Batı Karadeniz	518.492	286.670	805.162
Orta Anadolu	384.515	345.557	730.072
Ortadoğu Anadolu	411.877	292.167	704.044
Batı Marmara	357.147	233.327	590.474
Doğu Karadeniz	349.649	194.779	544.428
Kuzeydoğu Anadolu	226.932	124.703	351.635

Kaynak: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, *Sağlık İstatistikleri Yılığı 2018*, Ankara, 2019, ss. 171.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
4. SURİYELİ SIĞINMACILAR, SAĞLIK SORUNLARI VE SAĞLIK SİSTEMİNDE SIĞINMACILARA YÖNELİK DÜZENLEMELER

"Suriyeli Sığınmacılar, Sağlık Sorunları ve Sağlık Sisteminde Sığınmacılara Yönelik Düzenlemeler" başlığını taşıyan dördüncü bölüm kendi içerisinde üç ana kısma ayrılmıştır. Birinci kısımda Suriye'de yaşanan iç savaş, iç savaşın yol açtığı sağlık sorunları ve Türkiye'ye düzensiz göç akımı aktarılmıştır. İkinci kısımda Türkiye'de ikamet eden Suriyeli sığınmacıların sağlık sorunları; kamplarda–kamp dışında yaşayanlar ayrımıyla incelenmiştir. Buna ek olarak Suriyeli sığınmacıların çalışma hayatında karşılaştıkları sağlık sorunları irdelenmiş, son olarak da Suriyeli sığınmacıların göçü sebebiyle oluştuğu tahmin edilen yeni nesil hastalıkları konusunda bilgi sunulmuştur. Üçüncü ve son kısımdaysa Suriyeli sığınmacıların sağlık hizmet alımıyla ilgili yasal düzenlemeler aktarılmış, aynı zamanda da sığınmacıların yararlandığı formel ve enformel sağlık hizmetleri konuları irdelenmiştir.

4.1. Suriyeli Sığınmacılar Sorunun Arka Planı

Türkiye'nin en uzun sınırının bulunduğu Suriye'de 2011'den itibaren başlayan iç savaş, beraberinde bu coğrafyadan milyonlarca insanın düzensiz göçüne yol açmıştır. İlk başlarda geçici sığınmacı olarak görülen ve ülkelerinin istikrara kavuşmaları sonrasında geri dönecekleri beklenen bu geniş kitle, Suriye'deki iç savaşın kronik hale gelerek uzun yıllardır çözüme kavuşamamasının da etkisiyle Türkiye'nin gerçeği haline dönüşmüşlerdir. Resmi kayıtlara göre ülke nüfusunun %5'ini aşan bu geniş kitlenin coğrafi dağılımıysa, sanayi ve hizmet sektörlerinde merkez konumundaki iller ile Suriye'ye sınır olan illerde yığılmış durumdadırlar. Söz konusu yığılma ise, sağlık hizmetlerinin bölgesel planlamasında aksaklıkları beraberinde getirmektedir. Çünkü planlama safhasında çok hızlı bir şekilde gelişip yığılmaların oluşmasına yol açan Suriyeli sığınmacıların dikkate alınması, doğal olarak söz konusu değildir. Bu kısımda Suriye'deki iç savaşın başlangıcı, savaşın yol

açtığı sağlık sorunları ve Türkiye'de ikamet eden sığınmacıların bölgesel yığılma süreçleri ana hatlarıyla aktarılmıştır.

4.1.1. Suriye'de Yaşanan İç Savaş

Suriye'de Mart 2011'de rejim karşıtı yazıların duvarlara asılması sonrasında birkaç gencin tutuklanması sonrasında alevlenen sosyal olaylar, çok kısa bir süre içerisinde iç savaşa yol açmıştır. 15 Mart'taki gösterilerle başlayan süreç, 18 Mart'taki Cuma namazıyla birlikte ülke içerisinde kitlesel protestolara dönüşmüş, ardından da polisin çok sert müdahalesiyle kitlesel katliamlara dönüşmüştür. 25 Mart'a gelindiğinde ülke dışından cumhurbaşkanının görevi bırakması, ordunun müdahalede bulunmayı sonlandırması çağrısında bulunulmaya başlanmıştır. Ertesi günse resmi olarak AB ülkelerinden diyalog süreçlerinin başlatılıp halkın reform taleplerinin yerine getirilmesine dönük açıklamalar yapılmıştır. Daha sonrasındaysa ABD tarafından BM gündemine Suriye'deki olaylarda yaşanan artış konusu getirilmiş ve Türkiye ile yakın temaslar başlatılmıştır. İstanbul'da 16 Temmuz'da muhaliflerin Esat yönetimine karşı birlik olma çağrısı yapılmış ve 25 üyeli bir konsey kurulmuştur. Bu arada Esat yönetimi ağır silahlarla katliamlarını sürdürmüş, 30 Temmuz'daysa Hama'ya girerek geniş çaplı bir katliam gerçekleştirmiştir. Arap Birliği' de 14 Ağustos'ta Esat yönetimini kınama kararı almış, 18 Ağustos'ta da ABD, Fransa, İngiltere, Almanya ve Kanada yönetimleri Hama'dan Esat yönetiminden çekilmesi çağrısında bulunmuşlardır. 20 Ağustos'taysa muhalifler İstanbul'da Ulusal Konsey kurma planlarını açıklamıştır. Suriye'ye yönelik baskılar Eylül'de daha da artmış, 2012 ve 2013 yıllarındaysa muhaliflerin avantajlı hale gelişi söz konusu olmuş, 2014'ten itibaren de İŞİD'in kontrolünü genişleterek Sünni ve Şiilerin yanlarında ayrı ayrı yabancı savaşçıların da dahil oldukları bir çok uluslu savaş alanı haline dönüşüm gerçekleşmiştir, Suriye'de vesayet savaşları adı verilen bir süreç 2012 yılından itibaren başlatılmış olup Batılı güçler doğrudan askeri müdahale yerine silahlandırdıkları muhalifler vasıtasıyla savaşta yer almışlardır (Gökçe, 2021: 37-44).

Suriye'de yaşanan iç savaş, beraberinde çok yoğun düzeyde ülke dışına göçe yol açmıştır. Ülkelerini terk eden Suriyeliler çoğunlukla komşu ülkeleri oluşturan

Türkiye, Lübnan, Ürdün, Irak gibi ülkelere göç etmişlerdir. Yapılan tahminlere göre 2019 yılı itibarıyla Türkiye'ye göç eden Suriyeli sığınmacıların sayısı 3,7 milyona yaklaştığı halde Avrupa bütünü için bu sayı 800 binin altında kalmıştır. Suriye'den göç eden mültecilerin %47'sinin çocuk olduğu, yarıdan fazlasının da erkeklerden oluştuğu tahmin edilmektedir (Yuncel ve Ekici, 2019: 54).

Suriye'den göç edenlerin sayısının 2021 itibarıyla 6,7 milyona ulaştığı tahmin edilmekte olup ülke dışına göç eden Suriyelilerin üç te ikisinden fazlası Türkiye'de yaşamlarını sürdürmektedir. Türkiye'den sonra en yoğun Suriyeli nüfusunun yaşadığı ülke yaklaşık 852 binle Lübnan olup ülke dışına çıkan Suriyelilerin %15,1'ine denk gelmektedir. Lübnan'ı ise yaklaşık 671 bin kişiyle ve %11,9'luk payla Ürdün ve yaklaşık 247 bin kişiyle %4,4'lük payla Irak izlemektedir (Kenar ve Abdullahoğlu, 2021: 298). Elbette bu rakamlar resmi rakamlar olup resmi olarak kayda geçmeyen çok daha fazla Suriyelinin ülkesi dışında yaşamını sürdürmekte olması son derece güçlü bir olasılıktır. Ülke içinde de yerinden edilenler dahil edildiğinde 18,5 milyonluk nüfusu olan Suriyelilerin 13 milyonunun evlerinden oldukları sonucuyla karşılaşılmaktadır (Tanrıverdi ve Ulu, 2020: 174).

Savaştan muhtemelen en şiddetli etkilenen kesimler arasında öne çıkan çocuklardan 5,3 milyonunun göç etmek zorunda bırakıldığı, bir şekilde savaşın olumsuz etkilerine maruz kalan çocuk sayısının da 7 milyona ulaştığı ifade edilmektedir (Derince, 2019: 58). Bu rakamın anlamıysa kabaca her dört Suriyeli çocuktan üçünün savaşın tahripkar etkilerine maruz kaldığı, her üç çocuktan neredeyse ikisinin de göç etmek zorunda bırakıldığıdır.

4.1.2. İç Savaşın Sağlık Bilançosu

Suriye'de milyonlarca insanın ülkesini terk ederek ağırlıklı olarak komşu ülkelere sığınmasına yol açan iç savaşta 200 bini aşkın insanın hayatını kaybettiği tahmin edilmektedir (Öztürk ve Çoltu, 2018: 189). Hatta ölü sayısının 400 bini aştığına dair veriler de mevcut olup iç savaş öncesinde 18,4 milyon insanın yaşadığı bir ülkede ki şu an ülkede kalan Suriyeli sayısı 13 milyon civarındadır – söz konusu ölü sayısının

oransal ağırlığının ne denli şiddetli olduğu daha net şekilde anlaşılacaktır (Pirinççi, 2018: 43). Raporlanan sivil ölüm miktarı incelendiğinde, Mart 2011 – Eylül 2020 arasındaki dokuz buçuk yılık dönemde %93'ü silahlı gruplar, yönetim ve terör örgütlerinin işkencelerine maruz kalarak olmak üzere 227,430 kişi olarak ifade edilmektedir. Sivil ölümlerin gözaltına alınıp bir daha haber alınamayanların da yaklaşık 150 bin kişi olduğu ve böylece de sivil ölümün 377 bini aştığı tahmin edilmektedir (Harunoğulları, 2021: 55).

Yaşanan ölüm ve yaralanmalarla birlikte yaşam beklentisinin 70'ten 55 yaşa indiği Suriye'de ölü sayısının yanı sıra yaralanma sayısı da son derece ciddi boyutlara ulaşmış durumdadır. Yapılan tahminlere göre Suriye'deki iç savaşta 2 milyonu bulan sayıda Suriyeli yaralanmıştır (İnandı vd, 2018: 91). Savaştan önce binde 14 düzeyinde olan bebek ölüm hızı, Lübnan'da yaşayan Suriyeliler için binde 290 ile neredeyse üç canlı doğumdan birisinin ölümle sonuçlanmasına dönüştüğü sonucuyla karşılaşılmaktadır (İnandı, 2018: 92).

Ürdün ve Lübnan'daki engelli Suriyeliler üzerinde yapılan bir araştırmaya göre, söz konusu iki ülkedeki Suriyelilerin %22'sinin engelli olduğu, ağır engelli oranınınsa %6'ya ulaştığı tespit edilmiştir. Engelli Suriyelilerin de %44,2'sinin fiziksel engelli olduğu, %42,5'inin duyusal ve %13,4'ünün ise zihinsel engelli kategorisinde yer aldığı sonucuna ulaşılmıştır. Birden çok engeli bulunanlarsa engellilerin beşte birine ulaşmakta olup Lübnan'daki Suriyelilerin %5,7'sinde ise ciddi ölçülere ulaşan yaralanmaların mevcut olduğu, bu yaralanmaların da beşte dördünün doğrudan iç savaştan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buna ek olarak yaralananların yarıdan fazlasının ise başkasının bakımına muhtaç konumda oldukları görülmüştür (Alsancak ve Kutlu, 2020: 591).

Lancet araştırmasına göre savaş bölgelerindeki kadınların %30'unu aşan kısmının cinsel şiddet mağduru olduğu raporlanırken, Suriye'de de en az 6 bin kadının tecavüze uğradığı, pek çok kadını ise birden fazla şiddet türüne maruz bırakıldığı tahmin edilmektedir (Aksu ve Vefikuluçay, 2020: 120).

4.1.3. Türkiye'ye Yönelik Suriyeli Sığınmacı Akımı

Türkiye'ye Suriye'den gelen göç akımı, iç karışıklıkların başladığı Mart 2011'den sadece bir ay kadar bir süre geçtikten sonra 29 Nisan 2011'de Yayladağ Civelekgözü sınır kapısından giriş yapan 252 Suriyeliyle başlamıştır. Açık politikası uygulanması sonucunda da 2011 yılı sonuna kadar Türkiye'ye giriş yapan Suriyeli sayısı 14 bini aşmış, 2012 sonunda bu sayı 225 bine dayanmış, 2013 sonunda 1,5 milyonu, 2014 sonunda 2,5 milyonu, 2015 sonunda 2,8 milyonu, 2016 sonunda 3,4 milyonu ve 2017 sonundaysa 3,5 milyonu aşmıştır (Tunca ve Karadağ, 2018: 49).

Türkiye'deki Suriyelilerin yaklaşık %94'ünün kamplar dışında yaşadığı tahmin edilmektedir (Şimşek, 2018: 379). Halbuki yapılan çalışmalar, kampta ikamet eden Suriyelilerin, kamp dışında yaşamlarını sürdürmeyi tercih eden çoğunluğa göre yaşam standartları çok daha iyi olup hem yaşanan fiziki ortamda hem de beslenmede çok daha iyi konumda olmaktadırlar (Derince, 2019: 60). Yine de Suriyelilerin çoğunluğunun kamplarda yaşamayı sağlıksız kalabalık ortamlarda yaşamayı tercih etmeleri oldukça dikkat çekicidir.

4.2. Suriyeli Sığınmacılar, Sağlık Sorunları ve Sağlık Hizmet Sunumu

Suriyeli sığınmacılar, ülkeye ilk girişlerinde oluşturulan kamplarda geçici koruma altına alınmıştır. Ancak zamanla kamplarda yaşayan sığınmacılar, ülke içerisine dağılan sığınmacı varlığı içerisinde küçük bir azınlık konumuna düşmüşlerdir. Aynı zamanda özellikle enformel "kayıt dışı" sektörlerde yoğun olarak istihdam edilen sığınmacılar, artık çalışma hayatının da bir parçası konumundadırlar. Kısacası toplumun her yerinde her aşamasında yer alan çok geniş bir kitle haline dönüşmüşlerdir. Bu kısımda da geçici barınma merkezlerinde yaşayanlardaki sağlık sorunları, barınma merkezi dışında kalan çoğunluğun sağlık sorunları ve Suriyelilerle ilişkilendirilen ve hatta özdeşleştirilen hastalık konularının ele alındığı üç başlıkta konu aktarımında bulunulmuştur.

On yılı aşkın bir süreden bu yana ülke gündeminde olan ve milyonlarcasının Türkiye'ye düzensiz göçle akın akın gelişini izlediğimiz Suriyeli sığınmacılar, çok yoğun nüfus hacimleriyle birlikte ülke nüfusunda ciddi bir artışa yol açmışlardır. Yaşanan bu ani ve kitlesel nüfus artışı ise eğitim ve barınma gibi kamu hizmetlerine duyulan ihtiyaçta artışa yol açtığı gibi sağlık hizmetlerinde de kamuya duyulan ihtiyacı süratle arttırmıştır. Bu durum aynı zamanda sağlık hizmetlerinin Suriyeliler açısından da en önemli sorun haline dönüşmesine yol açmıştır (Kördeve, 2017: 2).

Suriyelilerin sağlık hizmet sunumundan yararlanmaları, barınma merkezlerinde, barınma merkezleri dışında ve Suriye sınırındaki tampon bölgelerde olmak üzere üç ayrı mekânsal alanda gerçekleştirilmektedir (Cenkci ve Nazik, 2018: 296). Suriyelilere yapılan sağlık hizmetlerinden sorumlu olan kurumun Sağlık Bakanlığı olmasına karşılık, AFAD da koordinatör olarak görev ifa etmektedir (Yavuz, 2015: 275).

Gültaç ve Yalçın Balçık (2018: 195) Suriyelilere dönük sağlık politikalarının yasal dayanaklarını da şu şekilde sıralamıştır:

- AFAD Yönetmeliği (19.02.2011)
- Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu (04.04.2013) •
- Geçici Koruma Yönetmeliği (22.10.2014)
- Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar (25.03.2015)
- AFAD ve Sağlık Bakanlığı Protokolü 2015 (01.07.2015)
- AFAD- Suriyeli Misafirlerin Sağlık ve Diğer Hizmetleri Hakkında Genelge (12.10.2015)
- Göçmen Sağlığı Merkezleri/Birimlerine Dair Yönerge (03.09.2015)
- Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetine Dair Esaslarda Değişiklik Yapılmasına İlişkin Esaslar (04.11.2015)
- AFAD ve Sağlık Bakanlığı Protokolü 2016 (01.01.2016)

4.2.1. Kamplarda Yaşayan Suriyeliler, Sağlık Koşulları ve Sunulan Sağlık Hizmetleri

Suriyeli sığınmacıların Nisan 2011'den itibaren başlayan ve çok süratli şekilde artarak devam eden göç akımlarına karşı oluşan yetersizliklerle mücadele amacıyla, AFAD'ın sorumluluğunda olmak üzere geçici barınma merkezleri oluşturulmuştur. İlk yıl 8 geçici barınma merkezi oluşturulmuşken bu sayı on farklı ile yayılan 26 geçici barınma merkezine genişletilmesine yol açmıştır. Kamplara yerleştirilen sığınmacıların sayısındaki artışsa, zamanla kampların yetersiz duruma düşmesine sebep olmuş, 25 bin kişilik hazırlanan bir kampta 35 bin kişinin ikamet ettiği bir sağlıksız ortama yol açmıştır. Hem kamplardaki kalabalıklaşma hem de Suriyelilerin giderek kalıcı hale gelmeleri beraberinde geçici barınma merkezlerinde kalan nüfusun giderek azalmasına ve 26'ya kadar çıkan merkez sayısının da 13'e inmesine sebep olmuştur (Önder, 2019: 124).

Suriyelilerin savaşın yol açtığı olumsuz etkileri yoğun olarak hissettikleri ve bu etkilerin en fazla görüldüğü kesimin de çocuklar olduğu sonucuyla karşılaşılmaktadır. Temel gıda maddelerine erişimde yaşanan zorluklar beraberinde çocuklarda kötü beslenmeye dayalı hastalıkları arttırmaktadır. Suriye'de nüfusun beşte dördü yoksulluk sınırının altında yaşamlarını sürdürmekte olup ülke dışına göç sonrasında da mevcut durumlarında ciddi bir değişiklik gerçekleşmemekte, yoksulluk ve sağlıklı, yeterli gıdaya erişimde güçlük çekmeye devam etmektedirler. Çadırkentlerde yaşayan Suriyeli çocukları konu alan bir çalışmada, akut ve kronik beslenme bozukluğuna dayalı tıbbi hastalıkların "malnütrisyon" 6-10 yaş arasındaki çocuklarda yol açtığı etkiler analiz edildiğinde, erkek çocuklarda yaşına göre %7,9'unun zayıf, %5,3'ününse çok zayıf olduğu; bu oranların kız çocuklarında sırasıyla %21,9 ve %2,3 olarak gerçekleştiği sonucuna ulaşılmıştır. Aynı çalışmada yaşa göre boy kısalığındaysa bu oranlar erkek çocuklarında %10,6'sında kısalık, %2,2'sinde çok kısa olma ve kız çocuklarda %20'sine kısalık ve %2,4'ündeyse çok kısa olma şeklindedir (Pepe ve Yiğit, 2021: 122).

Barınma merkezlerinde sunulan sağlık hizmetleri, hem toplum sağlığı merkezlerinde hem de hastanelerde gerçekleştirilmektedir. AFAD'ın verilerine göre 2014 yılında yaklaşık 260 bin Suriyelinin yaşadığı barınma merkezlerinde 62 bini aşkın ameliyat, 4.8 milyonu aşkın poliklinik ve 19 bine yakın doğum gerçekleştirilmiştir (Cenkci ve Nazik, 2018: 296).

Geçici barınma merkezlerinde Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık hizmet sunumu gerçekleştirilmektedir. Oluşturulan sahra hastanelerinde bir bölümü Arap asıllı olan hekim ve diğer sağlık personeli ile ambulanslardan kurulu olan sağlık hizmet sunucularıyla bu hizmetlerin sunulması söz konusudur. Yine söz konusu geçici barınma merkezlerinde ameliyatlar ve doğum yaptırılmakta olup milyonlarla ifade bulan poliklinik hizmeti de sunulmuştur (Yavuz, 215: 276).

4.2.2. Kamp Dışında Yaşayan Suriyeli Sığınmacılar ve Sağlık Sorunları

Suriyelilerin çoğunluğu geçici sığınmacılıktan fiilen kalıcı yerleşime geçtiklerinden, her geçen gün geçici barınma merkezlerinde yaşayan bölümün azalarak ülke içerisinde kendi tercih ettikleri illerde Türk vatandaşlarıyla bir arada yaşamaya döndükleri görülmektedir. Dolayısıyla da Suriyelilerin giderek çok daha büyük ağırlıktaki kesimi, geçici barınma merkezleri dışında yaşamlarını sürdürmektedir. Bu durumsa sağlığın planlanmasında belirli bir mekânsal alan içerisinde toplu olarak bulunmalarına göre çok daha zorlu bir süreç yaşanmasına doğal olarak yol açmaktadır.

Resmi raporlara göre Suriyelilere 2017 yılı itibarıyla yapılan harcamaların 30 milyar dolar seviyesinde olduğu ifade edilmekte olup o dönem için ortalama 3.5 milyonluk bir kitleye yapılan harcama olarak son derece yüksek bir maliyetin yaşandığı anlamını taşımaktadır. Bu maliyetin bir bölümü muhasebeleştirilebilirken, önemli bir bölümüyse muhasebeleştirilemeyen hizmetler şeklinde gerçekleşmiştir. Halbuki Suriyeliler için kullanılması amacıyla BM'den gelen yardım 600 milyon dolarla, AB'den gelen yardımsa 850 milyon Euro ile sınırlı kalmıştır. Yani yapılan

uluslararası yardımların Suriyelilerin yol açtığı maliyeti karşılama oranı yirmide bire dahi ulaşamamaktadır (Şahinli, 2021: 41).

Sağlık hizmet sunumu açısından bakıldığında, yoğun Suriyeli nüfus baskısının sağlık sistemi üzerinde de devasa bir yük oluşturduğu sonucuna varılmaktadır. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü ile Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı sağlık kurumlarında 2018 yılı Ağustos ayına kadar Suriyelilere yapılan sağlık hizmet sunumu uygulamalarında; yaklaşık 1.5 milyon ameliyatın yapıldığı, 44 milyona yakın poliklinik hizmeti verildiği, 376 bin doğum gerçekleştirildiği, 26 milyon ayaktan hastaya ve 1,7 milyon da yatan hastaya hizmet verildiği bir hizmet sunumu gerçekleştirilmiştir. Özellikle Suriye ile sınır komşusu olan illerde sunulan sağlık hizmetlerinin beşte ikisinin Suriyeli sığınmacılara sunulduğunun da altının çizilmesi gerekir (Kantaş Yılmaz ve Ergül, 221: 124).

Suriyelilerin geçici barınma merkezleri dışında yaşamlarını sürdürenlerinin sağlık hizmet sunumundan faydalanmaları, kayıt yaptırdıkları illerde gerçekleştirilmektedir. Sağlık hizmet sunumunun gerçekleştirilebilmesi için de basamak zincirine uyularak ilk olarak birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuruda bulunmaları gerekmektedir. Suriyeliler kanalıyla oluşan hastanelerdeki yoğunluk artışı mevcuttur. 2015 yılında 16 ilde 85 adet güçlendirilmiş birinci basamak aile sağlığı merkezlerine benzeyen Göçmen Sağlığı Merkezi kurulmuştur. Bu merkezlerde yönetmelik kapsamında tanımlanan koruyucu sağlık hizmetlerinin yanı sıra teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini de içeren uygulamalar gerçekleştirilmektedir. Sevk işlemi de yine bu merkezlerden ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına yapılmaktadır (Cenkci ve Nazik, 2018: 296).

Başlangıçta geçici barınma merkezlerinde kalan Suriyeliler için sağlık hizmet sunumunun bedelsiz sağlanması, 18 Ocak 2013'te AFAD tarafından yayınlanan bir genelgeyle geçici barınma merkezi dışında kalanlar için de hastane ve sağlık merkezlerinden sağlanması imkanı oluşturulmuştur. İlk olarak 10 ilde geçici barınma merkezleri dışında kalan Suriyeliler için çıkartılan bu genelge, Suriyelilerin ülkenin hemen her yerine çok kısa bir zaman içerisinde yayılmış olmaları nedeniyle sadece

yedi ay sonra 9 Eylül 2013'te 81 ilin tamamını kapsayacak şekilde genişletilmek zorunda kalınmıştır. Gelinen noktada ülke bütününde geçici barınma merkezleri dışında yaşayan milyonlarca Suriyeli, yaşadıkları ildeki sağlık kurumlarından herhangi bir bedel ödemeksizin yararlanabilmekte olup oluşan bu maliyetlerse Suriyelilerin bulundukları ilin valiliklerine faturalandırılmaktadır (Yavuz, 2015: 276).

4.2.3. Suriyeli Sığınmacılarla İlişkilendirilen Yeni Nesil Hastalıklar

Suriye'den Türkiye'ye yönelik gerçekleşen kitlesel göçün pek çok yansımasından birisi de uzun yıllarda görülmeyen veya çok istisnai düzeyde sınırlı olarak mevcut olan hastalıkların yeniden ülke sağlık gündemi içerisine girmesi söz konusu olmuştur. Örneğin uzun yıllardır Türkiye'de görülmeyen şark çıbanı, polio gibi bazı bulaşıcı hastalıklar yeniden ortaya çıkmış durumdadır. Şark çıbanı geçici barınma merkezlerinin mevcut olduğu Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde yeniden görülmeye başlanmış olup vakaların %95'i Suriyeliler menşeilidir. Yaşanan hızlı artışla da 2014 yılında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi tarafından şark çıbanı polikliniği kurulmak zorunda kalınmıştır. Yine şark çıbanı vakasının %95'inin Suriyelilerde görülmesi sebebiyle de haftada en az bir defa olmak üzere geçici barınma merkezlerinde erken tanı maksadıyla şark çıbanı taraması yapılmaktadır. Yine Türkiye'de görülen kızamık vakaları, kitlesel Suriyeli akımından önceki miktarın yirmi katına ulaşmış durumdadır. On dokuz yıldır görülmediği kaydedilen çocuk felci vakalarının, Suriyeli çocuklardaki düşük aşılama oranları sebebiyle bir risk olarak yakın gelecekte görülme tehlikesinden bahsedilmektedir (Pepe ve Yiğit, 2021: 122).

Suriye'de yaşayanların üçte ikisinin güvenli temiz suya erişim imkanlarının olmayışı, kanalizasyon alt yapılarının son derece yetersiz oluşu, toplu alanlarda bir arada yaşamaları ve hijiyen yetersizliği gibi etkenler, beraberinde Suriyelilerde bulaşıcı hastalıkların oluşumuna ve yayılımına da doğal olarak yol açmaktadır. Göç sürecindeki olumsuz şartlar da bulaşıcı hastalıkların oluşum ve yayılımıyla dolaylı olarak da olsa yine ilişkilendirilmektedir. Bugün için Suriye'de sıtma, ishal, zatürre ve tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıklar, ülkedeki ölüm nedenleri içerisinde yer almaktadır. Keza şark çıbanı, tifo ve hepatit A ise bir endemiye yani lokasyona özgü olağan bir

salgın olma özelliğine bürünmüş durumdadır (Sezen vd, 218: 121). Türkiye'ye geldiklerinde de sığınmacılar beraberlerinde bulaşıcı hastalıklarını da ülkeye doğal olarak taşımaktadırlar.

BEŞİNCİ BÖLÜM

5. UYGULAMA

"Uygulama" başlığını taşıyan beşinci ve son bölüm kendi içerisinde dört ana kısma ayrılmıştır. Birinci kısımda uygulama yapılmasının gerekçesinin açıklamasına gidilerek çalışmanın amacı, önemi aktarılarak çalışma sorusu oluşturulmuştur. İkinci kısımda uygulamanın gerçekleştirilmesinde kullanılan veriler ve veri ediniminin sağlanma şekli aktarılmış, ardından da uygulamaya esas oluşturan yöntem hakkında bilgi verilerek geçmişte hazırlanan çeşitli çalışmaların literatür başlığı altında özetlemesine gidilmiştir. Üçüncü kısımda uygulama bulgularının raporlaması gerçekleştirilmiş olup dördüncü ve son kısımdaysa elde edilen bulgulara dayanarak tartışma oluşturulmuştur.

5.1. Çalışmanın Amacı, Önemi ve Sorusu

5.1.1. Çalışmanın Amacı

Suriye'de yaşanan iç savaşla birlikte, Türkiye'ye 2011 yılından itibaren yoğun olarak sığınmacı göçü yaşanmıştır. Başlarda sığınmacılar için kurulan kamplarda ikamet ederlerken, zamanla ülkenin her köşesine giderek dağınık ve istikrarsız bir yerleşim sergilemişlerdir. Sığınmacıların illere yönelik göç hareketi ise, il nüfuslarıyla dengeli olmamıştır. İl nüfuslarına göre dengesiz bir yığılma sergileyiş ise, her alanda il nüfuslarını gözeterek oluşturulan kamu hizmet sunumunda doğal olarak aksaklıklara yol açmıştır. Bu çalışmanın amacı da Suriyelilerin 81 ile göre dağılımlarındaki dengesizliğin sağlık hizmet sunucusu personelden topumun sağlamakta olduğu sosyal faydada yol açtığı değişimi tespit etmektir.

5.1.2. Çalışmanın Önemi

Sağlık personeli açısından Suriyelilere sunulan sağlık hizmetlerinde yaşanan güçlüklere ya da sağlık personelinin sığınmacılara dönük görüşlerine ilişkin çeşitli çalışmalar mevcuttur. Ancak bu çalışmalar ya kurum düzeyinde ya da il düzeyinde

gerçekleştirilen alan çalışmalarına dayanmaktadır. Bu çalışmadaysa Türkiye bütününde sağlık hizmetlerinden toplumun sağlamakta olduğu sosyal faydada Suriyelilerin yol açtıkları değişimin tespiti yapılarak özgün bir eser oluşturarak ulusal literatüre katkı sağlanması potansiyeli oluşmaktadır. Çalışmanın önemi de genel literatürden ayrışan, ortaya konan özgünlükten ileri gelmektedir.

5.1.3. Çalışma Sorusu

Birbiriyle bağlantılı üç hipoteze dayanarak çalışma soru(ları) oluşturulmuştur. Buna göre ilk olarak Atkinson endeks değerlerine dayanarak sağlık personelinin il nüfuslarına göre dağılımlarında, il nüfuslarına Suriyelilerin dahil edilmesiyle birlikte;

H_0: bozulma yoktur.

H_1: bozulma vardır.

İkinci olarak Atkinson endeks değerlerine dayanarak hesaplanan sağlık personelinden toplumun sağladığı sosyal faydadaki kayıpta, il nüfuslarına Suriyelilerin dahil edilmesiyle birlikte;

H_0: artış olmamıştır.

H_1: artış olmuştur.

Üçüncü ve son olarak da yine Atkinson endeks değerlerine dayanarak hesaplanan sağlık personelinden toplumun sağladığı sosyal faydadaysa, il nüfuslarına Suriyelilerin dahil edilmesiyle birlikte;

H_0: düşüş yoktur.

H_1: düşüş vardır.

5.2. Veriler, Yöntem, Kısıtlar ve Literatür

5.2.1. Veriler

Uygulamaya temel oluşturan üç ana grup veri mevcut olup bunlar il nüfusları, illerde görev yapan sağlık personelleri ve illere göre Suriyeli geçici sığınmacı sayılarıdır. Üç veri grubu da 2019 yılındaki durumu göstermekte olup sağlık personeli için il düzeyinde en güncel verilerin 2019 yılı için mevcut bulunmasından dolayı daha güncel nüfus ve Suriyeli verileri alınarak analiz gerçekleştirilmemiştir. Verilerin derlendiği kaynaklar ise illerdeki nüfus hacmi için (TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, https://biruni.tuik.gov.tr/medas/, Erişim: 11.02.2022); illerde görev yapan sağlık personeli için de (TÜİK, Sağlık İstatistikleri, https://biruni.tuik.gov.tr/medas/, Erişim: 11.02.2022) olup Suriyelilerin illerdeki sayısal hacimleri göç idaresinden alınmamıştır. Bunun sebebi ise göç idaresinin illere göre yıllık sayısal hacimleri yayınlamayıp en güncel sayıyı teşkil eden 31 Aralık 2021 tarihli Suriyeli sayılarını yayınlamakta olmasındandır. Bu sebeple de Erdoğan (2020)'ın hazırladığı ve yayınladığı dönemde göç idaresinin en güncel verisini teşkil eden 2019 yılı verilerini içeren çalışmasındaki tıpkı rakamsal grafik sunumu temel alınmıştır.

5.2.2. Yöntem

Bu çalışmada gerçekleştirilen uygulama için kullanılan istatistik yöntem Atkinson bölgelerarası eşitsizlik endeksi yöntemidir. Pek çok alanda eşitsizlik ölçümünü tespitte kullanılan endeks, Çiftçi (2010a,b) tarafından hekim arzının il nüfuslarına göre iller arasındaki bölgesel dağılımının ölçümü için Türkiye ölçeğinde ve İBBS-2 yani il düzeyinde iki öncül çalışmada gerçekleştirilmiştir. Atkinson bölgelerarası eşitsizlik endeksinin hesaplanmasında kullanılan formülasyon ise 1 numaralı denklemde sunulmuştur. Buna göre;

$$A_{(\Omega)} = 1 - \left[\frac{N_i}{N} \times \sum_{i=1}^{n} \frac{{SP_i}/{N_i}}{\overline{SP}/\overline{N}} \right]^{\frac{1}{1-\Omega}} \quad eğer\ \Omega \neq 1 \qquad (1)$$

ile formüle edilmektedir. $A_{(\Omega)}$, Türkiye'deki sağlık personel varlığına sahip iller için Atkinson bölgelerarası eşitsizlik endeks değerini; Ω genelde hesaplanması kolay olduğu için 2 değeri verilen katsayı değerini; SP_i, i ilindeki sağlık personeli miktarını; N_i, i ilindeki nüfus miktarını göstermektedir. Ayrıca $\overline{SP}$, sağlık personel varlığına sahip illerin bütününü içerecek şekilde Türkiye bütünündeki sağlık personel miktarının sağlık personelin mevcut olduğu il sayısına oranını ifade eden ağırlıksız ortalamayı; $\overline{N}$ ise sağlık personel varlığı bulunan illeri kapsayacak şekilde Türkiye bütünündeki nüfusunun analize konu olan il sayısına oranını ifade eden ağırlıksız ortalamayı göstermektedir.

Atkinson endeksine dayanarak toplumun sağlık personellerinden elde ettiği sosyal faydadaki kayıp oranı da 2 numaralı denklemde sunulan formülasyona göre hesaplanabilmektedir:

$$Sosyal\ Faydadaki\ Kayıp\ Oranı_{SP} = \%\left({}^{A_{(\Omega)}}/_{100}\right) \tag{2}$$

Atkinson endeksine dayanarak toplumun sağlık personellerinden elde ettiği sosyal faydanın tespiti ise 3 numaralı denklemde sunulan formülasyona göre hesaplanabilmektedir:

$$Sosyal\ Fayda\ Oranı_{SP} = \%\left({}^{(1-A_{(\Omega)})}/_{100}\right) \tag{3}$$

5.2.3. Kısıtlar

Dil farklılığı, tedaviye mukavemet, kurallara uymama, kompleks hastalıklar gibi sebeplerle bir Suriye'ye harcanan zaman ve mali harcama çoğu zaman Türk hastalara göre çok daha fazladır. Ancak konuyla ilgili olarak ortalama bir Suriyeli hastaya harcanan emek ve maliyetin kaç Türk vatandaşı hastaya harcanan kadar olduğuna ilişkin herhangi bir hesaplamaya gidilip araştırma gerçekleştirilmediğinden, Suriyeliler Türklerle eşit maliyetli olarak kabul edilerek analizler gerçekleştirilmiştir.

Bu sebeple analizlerde Suriyelilerin yol açtığı sosyal kayıpta yaşanan artış, sosyal faydada yaşanan azalış, realiteden sapma gösterebilir.

5.2.4. Literatür

Suriyeli sığınmacıların Türkiye'ye yönelik kitlesel düzensiz göç akımının beraberinde getirdiği ani şok etkisi, diğer alanlarda olduğu gibi sağlık hizmet sunumunda da kaotik sorunları beraberinde getirmiştir. Suriyelilerin sağlık sisteminde yol açtığı sorunlara dair ulusla literatürde hatırı sayılır hacimde araştırma çalışması mevcut olmakla birlikte, bölgelerarası eşitsizlikte yol açtığı bozucu yansımalara dair bir çalışmaya rastlanmamıştır. Araştırma çalışmaları daha çok alan çalışmalarına dayanılarak gerçekleştirilmiştir.

Buna göre hemşirelerin sağlık hizmet sunumlarında Suriyelilere verdikleri hizmet sebebiyle karşılaştıkları güçlüklere yönelik çalışmalardan öne çıkanlar şu şekilde sıralanabilir:

- Eriş vd (2019) Şanlıurfa'da Suriyelilerin kamplarının yer aldığı ilçelerdeki kamu hastanelerinde görev yapan hemşireleri temel alarak gerçekleştirdikleri çalışmalarında, hemşirelerin karşı karşıya kaldıkları tükenmişlik sendromuna odaklanmışlardır.
- Gökderen Çakmak vd (2020) Ankara'daki üçüncü basamakta yer alan bir eğitim araştırma hastanesinde gerçekleştirdikleri çalışmalarında, hemşirelerin Suriyelilere bakım hizmeti verirken farklı bir his yaşayıp yaşamadıklarına dair kültürlerarası duyarlılık ölçeğine dayanarak çalışma yapmışlardır.
- Zengin vd (2021) çalışmalarını, Doğu Anadolu'daki iki kentin çocuk servislerinde görev yapan 125 hemşire ile Suriyeli çocuklara sunulan sağlık hizmetlerinde yaşadıkları sorunlara dönük gerçekleştirmişlerdir.
- Çal vd (2022) Samsun'daki üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir eğitim araştırma hastanesinde görev yapan hemşireleri esas alarak gerçekleştirdikleri çalışmalarında sığınmacılara sundukları bakım hizmetlerinde yaşadıkları zorlukların tespitine odaklanılmıştır.

Hekimlerin sağlık hizmet sunumlarında Suriyelilere verdikleri hizmet sebebiyle karşılaştıkları güçlüklere yönelik çalışmalardan öne çıkanlarsa şu şekilde sıralanabilir:

- Aygün vd (2016: 9-10) İzmir Karabağlar toplum merkezinde çalışan hekimlerle gerçekleştirilen çalışmada, hekimlerin sığınmacılara verdikleri sağlık hizmetinde yaşadıkları sorunlar hakkındaki görüşlerine odaklanmışlardır.
- Eriş (2019) Şanlıurfa'da görev yapan hekimlere dayanarak gerçekleştirdiği çalışmasında, hekimlerin çalışma koşulları, hasta ve yakınlarından gördükleri sözlü taciz ve fiziki şiddet konularını araştırmıştır.

Hekim ve diğer sağlık personelinin görüş, tutum ve düşüncelerini bir arada içeren çalışmalarda yaşanan sorunlara dair gerçekleştirilen çalışmaların bazıları ise şunlardır:

- Akkoç vd (2017) Amasya ili sağlık kurumlarında görev yapan hekim ve yardımcı sağlık personellerine dayanarak gerçekleştirdikleri çalışmalarında, sağlık personellerinin Suriyelilere sağlık hizmeti sunumları esnasında yaşadıkları zorluklar hakkındaki görüşleri araştırılmıştır.
- Küçükkendirci ve Batı (2020) Konya ilinin merkez ilçelerindeki birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hekim ve diğer sağlık çalışanlarına dayanarak gerçekleştirdikleri çalışmalarında 1254 sağlık çalışanının Suriyelilere dönük bakış açılarının analiz edilmesine odaklanmışlardır.
- Aslan vd (2018)'nin Kilis'teki sağlık hizmet sunucularında gerçekleştirdikleri çalışmalarında, sağlık personelinin Suriyelilerin sağlık hizmetlerinde yol açtıkları sorunların tespitine odaklanmışlardır.
- Yurtsever vd (2015) Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ndeki Çocuk Acil Servisi'ndeki Türk ve Suriyeli başvurularında yoğun bakıma yatış açısından karşılaştırmasını gerçekleştirmişlerdir.

- Duran ve Albayrak (2020) Yozgat'taki kent hastanesi ile 8 aile sağlığı merkezinde görev yapan sağlık personeline dayanarak gerçekleştirdikleri çalışmalarında, Suriyelilere sunulan sağlık hizmetlerinde yaşanan zorlukları araştırmışlardır.

Suriyeli sığınmacıların yoğun olarak ikamet ettiği sınır kentlerindeki sağlık kuruluşlarında, sığınmacıların oluşturduğu sorun ve yükle ilişkili sağlık personelinin görüş, tutum ve düşüncelerine dair çalışmalardan bazılarıysa şunlardır:

- Soysal ve Erkek (2019) Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi'nde görev yapan sağlık çalışanlarının Suriyeli sığınmacılara sundukları sağlık hizmetlerinde karşılaştıkları sorunlar araştırılmıştır.
- Eriş ve Havlioğlu (2019) Şanlıurfa'da sığınmacı kamplarının da yer aldığı ilçelerdeki beş devlet hastanesinde görev yapan sağlık personelini esas alarak bu ilçelerde görev yapan sağlık personelinin durumunu aşırı iş stresi açısından araştırmışlardır.

Suriyeliler kaynaklı yaşanan sorunlarla birlikte henüz sağlık sektöründeki mesleklerine başlamayan ve sadece staj deneyimleriyle sorunları gözlemleyen öğrencilerin konuyla ilgili görüş, tutum ve değerlendirmelerini içeren bazı çalışmalarsa şunlardır:

- Yıldırım (2019) İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Hemşirelik bölümünde öğrenim görüp stajını gerçekleştiren öğrencilerin Suriyelilerle ilgili görüşlerine yönelik çalışma gerçekleştirmişlerdir.
- Konal Korkmaz vd (2021) Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde öğrenim gören birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerine yönelik olarak, sığınmacılara karşı bakış açılarını tespit etmek amacıyla çalışma gerçekleştirmişlerdir.
- Hadımlı vd (2022) Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik bölümü öğrencilerini temel aldıkları çalışmalarında, Suriyelilere verilen sağlık hizmetlerinde karşılaşılan sorunlara yönelik görüşlerine odaklanmışlardır.

5.3. Bulgular

5.3.1. Hekim Varlığının Dengesiz Dağılımına İlişkin Bulgular

Bu kısımda il düzeyinde hekim varlığının nüfusa göre dağılımındaki dengede Suriyeli varlığının eklenmesinin yol açtığı değişimin tespitine odaklanılmıştır. Hekim varlığı uzman hekimler, pratisyen hekimler, asistan hekimler ve diş hekimleri ile diş hekimleri hariç hekim toplamları ve diş hekimleri de dahil (dört hekim türü bir arada) toplam hekim varlığına göre altı türe göre analiz edilmiştir. Görev yapılan kurumlar itibarıyla da Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu kurumlarında çalışanlar, üniversite ve özel sektör sağlık kurumlarında çalışanlar ve kurum ayrımı olmaksızın il içerisinde görev yapanlar bütününe göre üç aşamada gerçekleştirilmiştir.

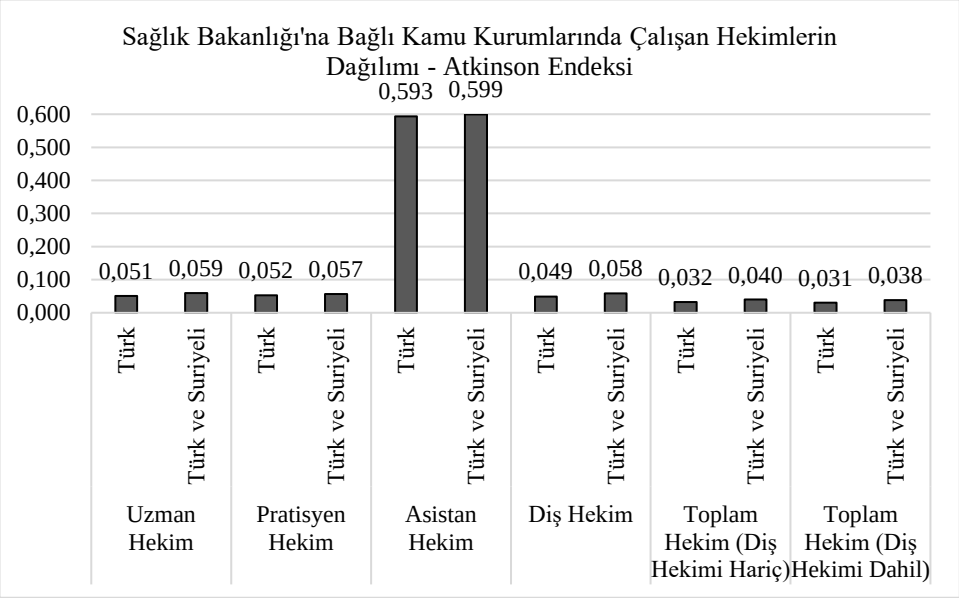
5.3.1.1. Sağlık Bakanlığına Bağlı Kamu Kurumlarında Çalışan Hekim Varlığının Dengesiz Dağılımına İlişkin Bulgular

Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu kurumlarında çalışan hekimlerin Suriyelilerin dahil edilmediği ve dahil edildiği iki çeşit il nüfusuna göre dağılımları, altı farklı hekim arzına göre hesaplanarak analiz edilmiştir. Altı farklı hekim varlığı ise; uzman hekim, pratisyen hekim, asistan hekim, diş hekimi, diş hekimi hariç toplam hekim ve toplam hekim arz varlıklarından oluşmaktadır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu kurumlarında görev alan hekimlerden sadece asistan hekim varlığı, 81 il içerisinde 71 ilde mevcut olup 10 ilde bulunmamaktadır. Diğer beş farklı hekim varlığı 81 ilin tamamı için mevcuttur. Atkinson endeksi hesaplaması da bu sebeple asistan hekimler için 71, diğer beş farklı hekim varlığına göre ise 81 ilin tamamına dayanarak hesaplanmıştır. Ardından Atkinson endeksine dayanarak sosyal fayda ve sosyal fayda kaybı oranları ikinci ve üçüncü aşama olarak hesaplanarak elde edilen bulgular tablo 25'de toplu olarak sunulmuştur.

Tablo 25. Sağlık Bakanlığına Bağlı Kamu Kurumlarında Çalışan Hekimlerden Sağlanan Sosyal Fayda

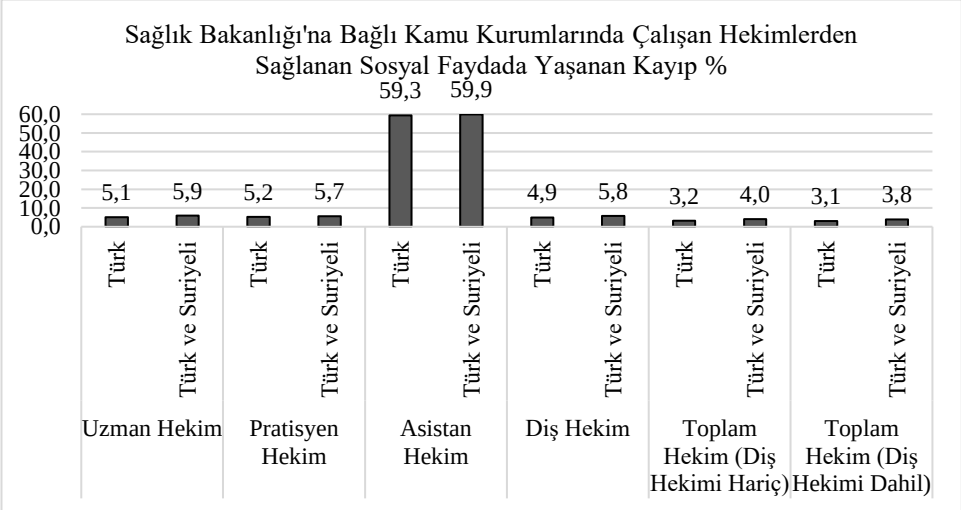
	Uzman Hekim		Pratisyen Hekim		Asistan Hekim		Diş Hekim		Toplam Hekim (Diş Hekimi Hariç)		Toplam Hekim (Diş Hekimi Dahil)	
	Türk	Türk ve Suriyeli	Türk	Türk ve Suriyeli	Türk	Türk ve Suriyeli	Türk	Türk ve Suriyeli	Türk	Türk ve Suriyeli	Türk	Türk ve Suriyeli
Atkinson endeksi	0,051	0,059	0,052	0,057	0,593	0,599	0,049	0,058	0,032	0,040	0,031	0,038
Sosyal fayda kaybı %	5,1	5,9	5,2	5,7	59,3	59,9	4,9	5,8	3,2	4,0	3,1	3,8
Sosyal fayda %	94,9	94,1	94,8	94,3	40,7	40,1	95,1	94,2	96,8	96,0	96,9	96,2
Gözlem sayısı (n)	81	81	81	81	71	71	81	81	81	81	81	81

Atkinson endeks değeri uzman hekimler için bakıldığında Suriyeliler dahil edilmediğinde sadece Türk nüfusuna göre 0,051 iken, Suriyeli nüfusu da dahil edildiğinde 0,008'lik artışla 0,059'a yükselmiştir. Pratisyen hekimler için endeks değeri 0,052'den 0,057'ye, asistan hekimlerde 0,593'ten 0 0,599'a, diş hekimlerinde 0,049'dan 0,058'e, diş hekimleri hariç hekimler toplamına göre 0,032'den 0,040'a ve dört hekim arzının tamamına göreyse 0,031'den 0,038'e yükselmiştir. Atkinson endeks sonuçları, Grafik 1'de de görüleceği gibi altı farklı hekim arzı türünün istisnasız tamamında Suriyelilerin il nüfuslarına eklenmesiyle daha da dengesizleşmiştir.



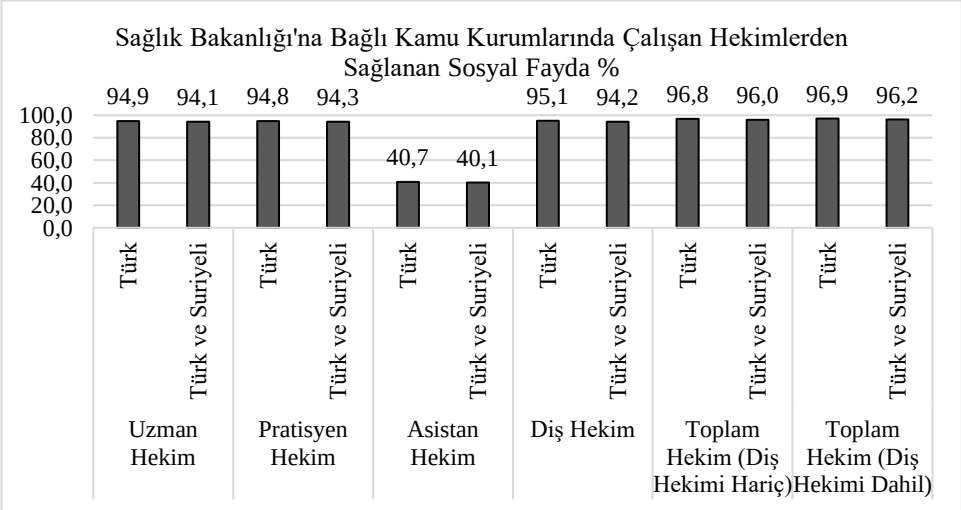
Grafik 1. Sağlık Bakanlığı Kurumlarında Çalışan Hekimlerin Suriyeli Hariç ve Suriyelilerin Eklenmesine Göre İki Farklı Nüfus Düzeyine Göre İller Arası Dağılımı: Atkinson Endeks Değerlerinin Karşılaştırması

Atkinson endeksine dayanarak hesaplanan sosyal fayda kaybı oranları açısından konu ele alındığında, altı farklı hekim varlığının istisnasız tümünde nüfusa göre iller arası dengesiz dağılımı sebebiyle oluşan sosyal fayda kaybında belirgin artışın yaşandığı sonucuyla karşılaşılmıştır. Uzman hekimlerin il nüfusuna göre iller arası dengesiz dağılımından kaynaklanan sosyal fayda kaybı oranı Suriyeliler dahil edilmeden önce %5,1 olarak gerçekleşirken, Suriyelilerin dahil edilmesiyle kayıp oranı %0,8'lik artışla %5,9'a çıkmıştır. Benzer şekilde pratisyen hekimlerde %5,2'den %5,7'ye, asistan hekimler için %59,3'ten %59,9'a, diş hekimlerinde %4,9'dan %5,8'e, diş hekimleri dışında kalan üç hekim türü toplamı için %3,2'den %4'e, dört hekim türünün tamamı için %3,1'den %3,8'e yükselmiştir (Grafik 2).



Grafik 2. Sağlık Bakanlığı Kurumlarında Çalışan Hekimlerin Suriyeli Hariç ve Suriyelilerin Eklenmesine Göre İki Farklı Nüfus Düzeyine Göre İller Arasında Eşitsiz Dağılımından Kaynaklanan Sosyal Fayda Kaybı Oranı (%) Karşılaştırması

Atkinson endeksine dayanarak hesaplanan sosyal fayda oranlarıysa, altı farklı hekim varlığının il nüfuslarına göre dağılımından sağlanan sosyal fayda istisnasız her hekim türü için belirgin şekilde düşmüştür. Toplumun uzman hekimlerden elde ettiği sosyal fayda Suriyeliler dahil edilmeden önce %94,9 iken, Suriyelilerin dahil edilince %0,8'lik düşüşle %94,1'e gerilemiştir. Bu oran pratisyen hekim için %94,8'den %94,3'e, asistan hekim için %40,7'den %40,1'e, diş hekimi için %95,1'den %94,2'ye, diş hekimleri dışında kalan üç hekim türü toplamı için %96,8'den %96'ya, dört hekim türü toplamı için %96,9'dan %96,2'ye inmiştir (Grafik 3).



Grafik 3. Sağlık Bakanlığı Kurumlarında Çalışan Hekimlerin Suriyeli Hariç ve Suriyelilerin Eklenmesine Göre İki Farklı Nüfus Düzeyine Göre İller Arası Dağılımına Göre Elde Edilen Sosyal Fayda Oranı (%) Karşılaştırması

Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu kurumlarında çalışan hekimlerden toplumun sağladığı sosyal faydada Suriyelilerin il nüfuslarına eklenmesiyle birlikte ciddi düşüşlerin olduğu görülmektedir. Ham bozulmaysa Suriyelilerin eklenmesi öncesi ve sonrasına göre hesaplanan endeks, sosyal fayda kaybı oranı ve sosyal fayda oranı farkı olarak hesaplanıp sunulmuş ve yorumlanmıştır. Ancak hem ham bozulma endeks ve oranlardaki farklara göre birimsel olarak değiştiğinden, hem de hekim türlerine göre endeks, sosyal fayda kaybı ve sosyal fayda oranlarının değer olarak birbirinden farklı olmasından dolayı hassas bozulma karşılaştırmasında zorluğa yol açabilmektedir. Örneğin asistan hekim varlığı 81 il içerisinde 10 ilde mevcut olmayıp genel olarak diğer hekim türlerine göre orantısız şekilde il nüfuslarıyla dengesiz dağılmaktadır. Suriyelilerin eklenmediği ilk dağılım eşitsizliği ile Suriyelilerin eklendiği ikinci dağılım eşitsizliği arasındaki bozulma, ham olarak diğer hekim türlerindekine yakın düzeyde görülse bile, aslında zaten bozulmanın şiddetli oluşu sebebiyle çok daha düşük şiddette kötüleşmeye işaret etmektedir. Bu sebeple ham bozulmanın yanı sıra iki durum arasındaki yüzdelik değişimler hesaplanarak nispi oransal bozulmalar hesaplanarak toplu şekilde karşılaştırılmıştır. Elde edilen bulgularsa en şiddetli bozulmanın %25,1 ile dört hekim türünün tamamını içeren toplam hekim varlığına göre yaşandığını, diş hekimlerinin dışarıda bırakıldığı toplam hekim varlığı açısındansa bu oranın %23,1 ile ikinci en şiddetli bozulmayı oluşturduğu, diş hekimi varlığına göre %19,3'lük bozulmayla üçüncü yüksek şiddetin yaşandığını, uzman hekim varlığına göre bozulmanın dördüncü en şiddetli şekilde %16,1 ile gerçekleştiğini, pratisyen hekimlerdeyse %8 olarak gerçekleştiğini ve en düşük bozulma şiddetinin ise %1 ile asistan hekim varlığına dayalı olarak yaşandığını göstermektedir (Tablo 26).

Tablo 26. Sağlık Bakanlığına Bağlı Kamu Kurumlarında Çalışan Hekimlerden Sağlanan Sosyal Fayda

		Uzman Hekim	Pratisyen Hekim	Asistan Hekim	Diş Hekimi	Toplam Hekim (Diş Hekimi Hariç)	Toplam Hekim (Diş Hekimi Dahil)
Nisbi Oransal bozulma %		**16,1**	**8,0**	**1,0**	**19,3**	**23,1**	**25,1**
Ham	Atkinson Endeksi	0,008	0,004	0,006	0,009	0,007	0,008
	Sosyal Fayda Kaybı %	0,8	0,4	0,6	0,9	0,7	0,8
	Sosyal Fayda %	-0,8	-0,4	-0,6	-0,9	-0,7	-0,8

5.3.1.2. Üniversitelerde ve Özel Sektör Kurumlarda Çalışan Hekim Varlığının Dengesiz Dağılımına İlişkin Bulgular

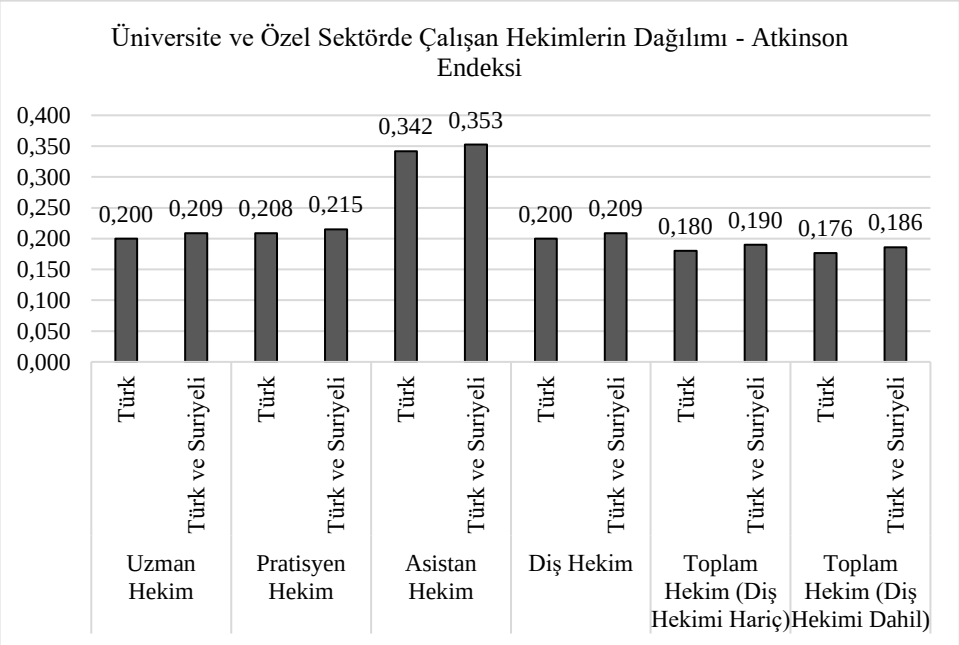
Üniversite ve özel sektöre bağlı kurumlarda çalışan hekimlerin Suriyelilerin dahil edilmediği ve dahil edildiği il nüfuslarına göre dağılımları, diş hekimi varlığı ve dört hekim türünün tamamından oluşan toplam hekim varlığı için 81 ilin tamamında mevcuttur. Uzman hekim ve diş hekimi hariç üç hekim toplam varlığı olan il sayısı 78 olup, pratisyen hekim varlığı olan il sayısı 74 iken asistan hekim varlığı ise 52 ile sınırlıdır. Atkinson endeksi hesaplaması da bu sebeple diş hekimi ve toplam hekim varlığı için 81, uzman hekimler için 78, pratisyen hekimler için 74, asistan hekimler içinse 54 ile dayanarak hesaplanmıştır. Elde edilen bulgular tablo 27'de toplu olarak sunulmuştur.

Tablo 27. Üniversite ve Özel Sektördeki Kurumlarında Çalışan Hekimlerden Sağlanan Sosyal Fayda

	Uzman Hekim		Pratisyen Hekim		Asistan Hekim		Diş Hekim		Toplam Hekim (Diş Hekimi Hariç)		Toplam Hekim (Diş Hekimi Dahil)	
	Türk	Türk ve Suriyeli	Türk	Türk ve Suriyeli	Türk	Türk ve Suriyeli	Türk	Türk ve Suriyeli	Türk	Türk ve Suriyeli	Türk	Türk ve Suriyeli
Atkinson endeksi	0,200	0,209	0,208	0,215	0,342	0,353	0,200	0,209	0,180	0,190	0,176	0,186
Sosyal fayda kaybı %	20,0	20,9	20,8	21,5	34,2	35,3	20,0	20,9	18,0	19,0	17,6	18,6
Sosyal fayda %	80,0	79,1	79,2	78,5	65,8	64,7	80,0	79,1	82,0	81,0	82,4	81,4
Gözlem sayısı (n)	78	78	74	74	52	52	81	81	78	78	81	81

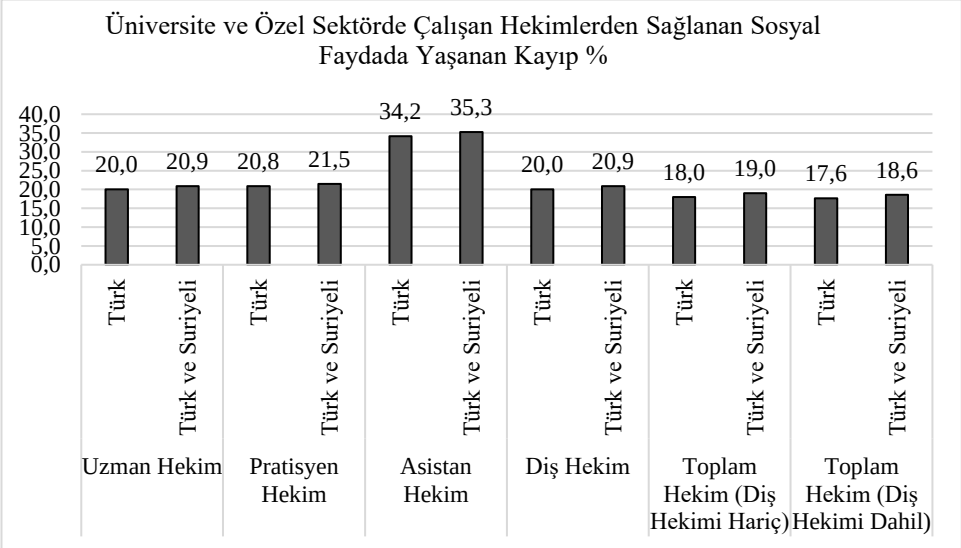
Atkinson endeks değerleri üniversite ve özel sektörde çalışan hekimlerde, kamu kurumlarında görev yapanlara göre oldukça dengesiz gerçekleştiğini göstermektedir. Buna göre endeks değerleri uzman hekimler için Suriyeliler dahil edilmediğinde sadece Türk nüfusuna göre 0,200 iken, Suriyeli nüfusu da dahil edildiğinde 0,009'luk artışla 0,209'a yükselmiştir. Pratisyen hekimler için endeks değeri 0,208'den 0,215'e, asistan hekimlerde endeks değeri 0,342'den 0,353'e, diş hekimlerinde ise endeks değeri 0,200'den 0,209'a çıkmıştır. Diş hekimleri hariç uzman, pratisyen ve asistan hekimler toplamına göre 0,180 olarak hesaplanan endeks

değerinin Suriyelilerin eklenmesiyle 0,190'a çıktığı sonucuyla karşılaşılmıştır. Dört hekim arzının tamamına göre analiz tekrarlandığındaysa, endeks değeri 0,176'dan 0,186'ya yükselmiştir. Atkinson endeks sonuçları, Grafik 4'te de görüleceği gibi altı farklı hekim arzının tamamında il nüfuslarına Suriyelilerin eklenmesiyle daha da dengesizleşmiştir.



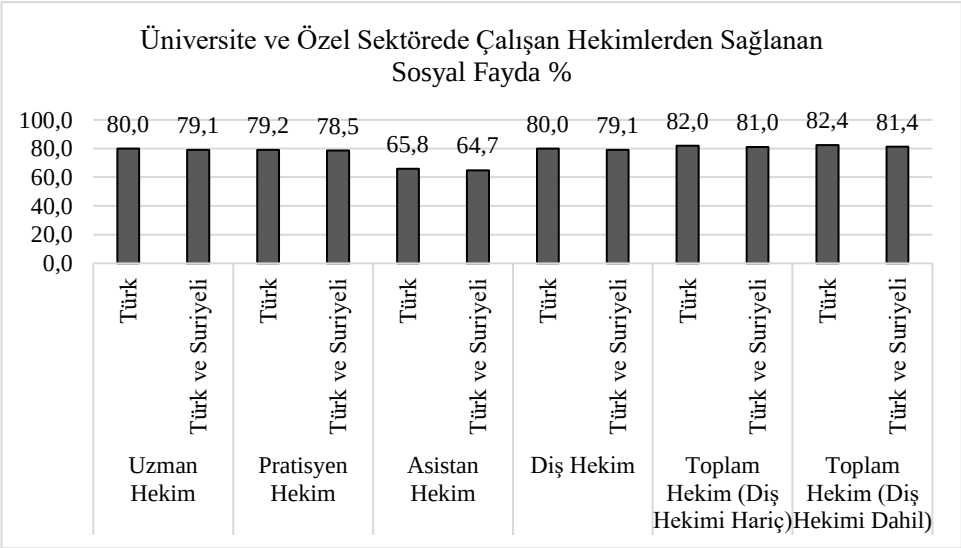
Grafik 4. Üniversite ve Özel Sektörde Çalışan Hekimlerin Suriyeli Hariç ve Suriyelilerin Eklenmesine Göre İki Farklı Nüfus Düzeyine Göre İller Arası Dağılımı: Atkinson Endeks Değerlerinin Karşılaştırması

Sosyal fayda kaybı oranları hesaplandığında, uzman hekimlerden toplumun elde ettiği sosyal faydadaki kayıp %20'den %20,9'a çıkmıştır. Bu oran pratisyen hekimler için %20,8'den %21,5'e, asistan hekimler için %34,2'den %35,3'e, diş hekimleri için %20'den %20,9'a, diş hekimleri hariç tutulduğunda kalan üç hekim türü toplamı için %18'den, %19'a, dört hekim türünün bütünü içinse %17,6'dan %18,6'ya çıkmıştır (Grafik 5).



Grafik 5. Üniversite ve Özel Sektörde Çalışan Hekimlerin Suriyeli Hariç ve Suriyelilerin Eklenmesine Göre İki Farklı Nüfus Düzeyine Göre İller Arasında Eşitsiz Dağılımından Kaynaklanan Sosyal Fayda Kaybı Oranı (%) Karşılaştırması

Sosyal fayda oranları hesaplandığında, toplumun uzman hekimlerden elde ettiği sosyal fayda Suriyeliler dahil edilmeden %80'ken Suriyeliler dahil edilince %0,9'luk düşüşle %79,1'e inmiştir. Bu oran pratisyen hekimler için %79,2'den %78,5'e, asistan hekimler için %65,8'den %64,7'ye, diş hekimleri için %80'den %79,1'e, diş hekimleri dışındaki üç hekim türü toplamı için %82 den %81'e, toplumun dört hekim türü toplamı için %82,4'den %81,4'e inmiştir (Grafik 6).



Grafik 6. Üniversite ve Özel Sektörde Çalışan Hekimlerin Suriyeli Hariç ve Suriyelilerin Eklenmesine Göre İki Farklı Nüfus Düzeyine Göre İller Arası Dağılımına Göre Elde Edilen Sosyal Fayda Oranı (%) Karşılaştırması

Suriyelilerin il nüfuslarına eklenmesiyle yaşanan ham bozulma, nispi oransal bozulmada da görülmektedir. Nispi bozulma %3 ile %5,4 arasındaki dar makasta gerçekleşmektedir. En şiddetli bozulma toplam hekimlerden sağlanan sosyal faydada yaşanırken, en düşük bozulma pratisyen hekimlerden sağlanan sosyal faydada görülmektedir (Tablo 28).

Tablo 28. Üniversite ve Özel Sektörde Çalışan Hekimlerden Sağlanan Sosyal Fayda

		Uzman Hekim	Pratisyen Hekim	Asistan Hekim	Diş Hekimi	Toplam Hekim (Diş Hekimi Hariç)	Toplam Hekim (Diş Hekimi Dahil)
Nispi Oransal bozulma %		**4,3**	**3,0**	**3,2**	**4,4**	**5,4**	**5,4**
Ham	Atkinson Endeksi	0,009	0,006	0,011	0,009	0,010	0,010
	Sosyal Fayda Kaybı %	0,9	0,6	1,1	0,9	1,0	1,0
	Sosyal Fayda %	-0,9	-0,6	-1,1	-0,9	-1,0	-1,0

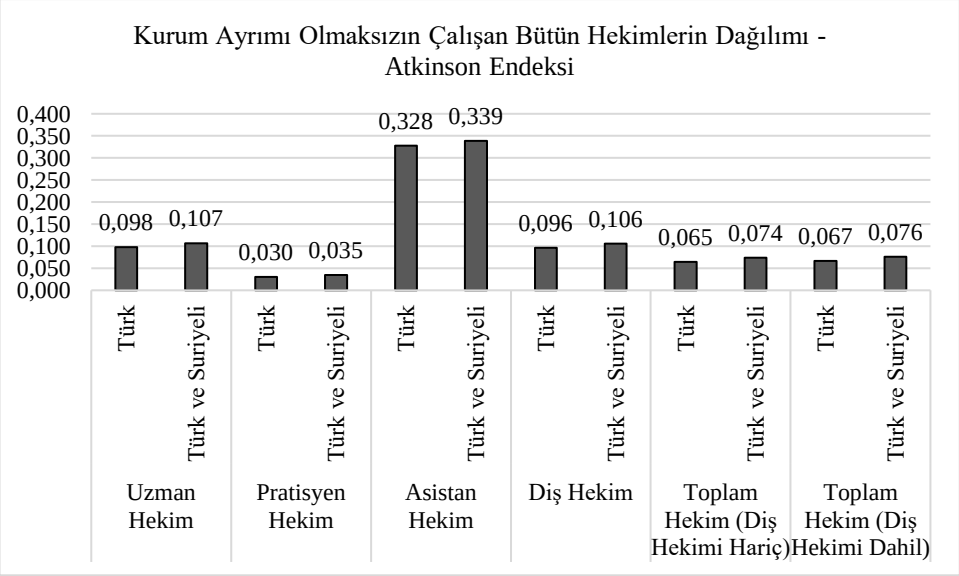
5.3.1.3. Kurum Ayrımı Olmaksızın Hekim Varlığının Dengesiz Dağılımına İlişkin Bulgular

Kurum ayrımı yapılmaksızın herhangi bir yerde çalışan hekimlerin Suriyelilerin dahil edilmediği ve dahil edildiği il nüfuslarına göre dağılımları analiz edilmiştir. Hekimlerden sadece asistan hekim varlığı 81 il içerisinde 78 ilde mevcut olup 3 ilde bulunmamaktadır. Diğer beş farklı hekim varlığı ise 81 ilin tamamında mevcuttur. Atkinson endeksi hesaplaması da asistan hekimler için 78, diğer beş farklı hekim varlığına göre ise 81 ilin tamamına dayanarak tespit edilmiştir Elde edilen bulgular tablo 29'da toplu olarak sunulmuştur.

Tablo 29. Kurum Ayrımı Olmaksızın Çalışan Tüm Hekimlerden Sağlanan Sosyal Fayda

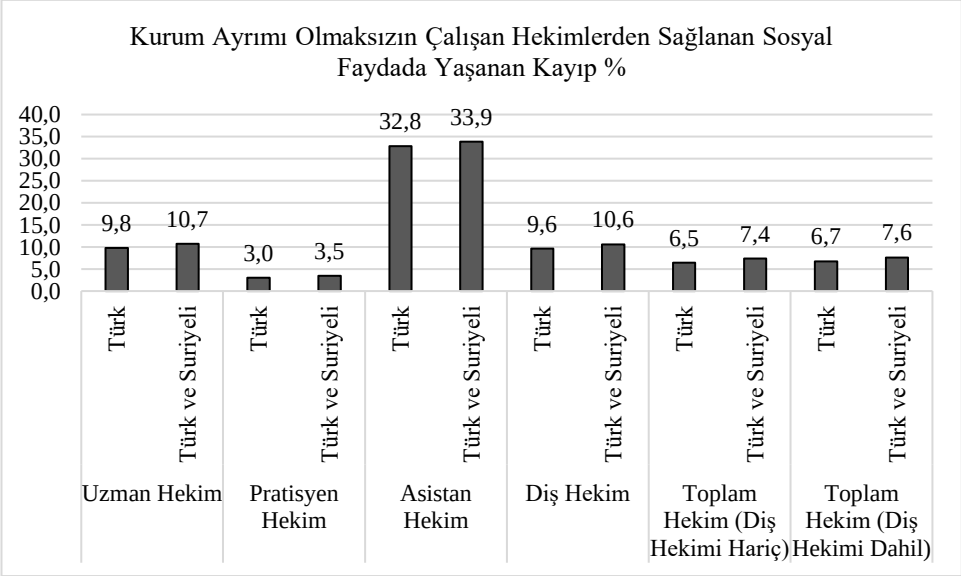
	Uzman Hekim		Pratisyen Hekim		Asistan Hekim		Diş Hekim		Toplam Hekim (Diş Hekimi Hariç)		Toplam Hekim (Diş Hekimi Dahil)	
Atkinson endeksi	0,098	0,107	0,030	0,035	0,328	0,339	0,096	0,106	0,065	0,074	0,067	0,076
Sosyal fayda kaybı %	9,8	10,7	3,0	3,5	32,8	33,9	9,6	10,6	6,5	7,4	6,7	7,6
Sosyal fayda %	90,2	89,3	97,0	96,5	67,2	66,1	90,4	89,4	93,5	92,6	93,3	92,4
Gözlem sayısı (n)	81	81	81	81	78	78	81	81	81	81	81	81

Atkinson endeks değeri uzman hekimlerde sadece Türk nüfusuna göre 0,098 iken, Suriyeli nüfusu da dahil edildiğinde 0,009'luk artışla 0,107'ye yükselmiştir. Pratisyen hekimler için endeks değeri 0,030'dan 0,035'e, asistan hekimlerde 0,328'den 0,339'a, diş hekimlerindeyse 0,096'dan 0,106'ya, diş hekimleri hariç hekimler toplamına göre 0,065'tan 0,074'e ve bütün hekim arzının tamamı içinse 0,067'den 0,076'ya yükselmiştir. Sonuçlarsa Grafik 7'de de görüleceği gibi altı farklı hekim arzının tamamında il nüfuslarına Suriyelilerin eklenmesiyle daha da dengesizleşmiştir.



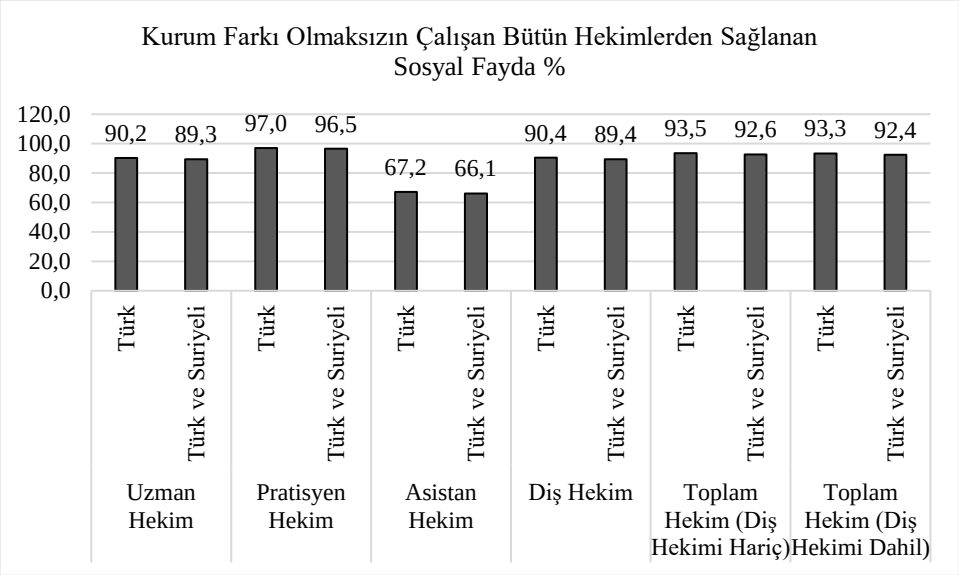
Grafik 7. Kurum Ayrımı Olmaksızın Çalışan Bütün Hekimlerin Suriyeli Hariç ve Suriyelilerin Eklenmesine Göre İki Farklı Nüfus Düzeyine Göre İller Arası Dağılımı: Atkinson Endeks Değerlerinin Karşılaştırması

Sosyal fayda kaybı oranları analiz edildiğinde, uzman hekimlerde %9,8 olan sosyal fayda kaybı Suriyelilerin dahil edilmesiyle %10,7'ye çıkmıştır. Bu oran pratisyen hekimler için %3'ten %3,5'e, asistan hekimler için %32,8'den %33,9'a, diş hekimleri için %9,6'dan %10,6'ya, diş hekimleri dışındaki üç hekim türü toplamı için %6,5'ten %7,4'e, dört hekim türünün bütünü içinse %6,7'den %7,6'ya yükselmiştir (Grafik 8).



Grafik 8. Kurum Ayrımı Olmaksızın Çalışan Bütün Hekimlerin Suriyeli Hariç ve Suriyelilerin Eklenmesine Göre İki Farklı Nüfus Düzeyine Göre İller Arasında Eşitsiz Dağılımından Kaynaklanan Sosyal Fayda Kaybı Oranı (%) Karşılaştırması

Sosyal fayda oranlarında da Suriyelilerin il nüfuslarına eklenmesiyle birlikte belirgin düşüş yaşanmış olup, uzman hekimlerden elde edilen sosyal fayda %90,2'ten %89,3'e gerilemiştir. Bu oran pratisyen hekimler için %97'den %96,5'e, asistan hekimler için %67,2'den %66,1'e, diş hekimleri için %90,4'ten %89,4'e, diş hekimleri dışında kalan üç hekim türü toplamı için %93,5'ten %92,6'ya, dört hekim türünün tamamı içinse %93,3'ten %92,4'e düşmüştür (Grafik 9).



Grafik 9. Kurum Farkı Olmaksızın Çalışan Bütün Hekimlerin Suriyeli Hariç ve Suriyelilerin Eklenmesine Göre İki Farklı Nüfus Düzeyine Göre İller Arası Dağılımına Göre Elde Edilen Sosyal Fayda Oranı (%) Karşılaştırması

Suriyelilerin dahil edilmediği ve ardından da dahil edildiği iki durum arasındaki yüzdelik değişimi ifade eden nispi oransal bozulma, %3,2 ile %14,3 arasında değişmiştir. En şiddetli bozulma pratisyen hekimlerden sağlanan sosyal faydada yaşanırken, en düşük bozulma ise asistan hekimlerden sağlanan sosyal faydada görülmektedir (Tablo 30).

Tablo 30. Kurum Ayrımı Olmaksızın Çalışan Hekimlerden Sağlanan Sosyal Fayda

		Uzman Hekim	Pratisyen Hekim	Asistan Hekim	Diş Hekimi	Toplam Hekim (Diş Hekimi Hariç)	Toplam Hekim (Diş Hekimi Dahil)
Nispi Oransal bozulma %		**9,2**	**14,3**	**3,2**	**10,0**	**14,0**	**13,7**
Hamilton	Atkinson Endeksi	0,009	0,004	0,011	0,010	0,009	0,009
	Sosyal Fayda Kaybı %	0,9	0,4	1,1	1,0	0,9	0,9
	Sosyal Fayda %	-0,9	-0,4	-1,1	-1,0	-0,9	-0,9

5.3.2. Yardımcı Sağlık Personeli Varlığının Dengesiz Dağılımına İlişkin Bulgular

Bu kısımda il düzeyinde yardımcı sağlık personel varlığının nüfusa göre dağılımındaki dengede Suriyeli varlığının eklenmesinin yol açtığı değişimin tespitine odaklanılmıştır. Yardımcı sağlık personel varlığı eczacılar, hemşireler, ebeler ve diğer yardımcı sağlık personeli ile toplam yardımcı sağlık personeli varlığına göre beş türe göre analiz edilmiştir. Görev yapılan kurumlar itibarıyla da Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu kurumlarında çalışanlar, üniversite ve özel sektör sağlık kurumlarında çalışanlar ve kurum ayrımı olmaksızın il içerisinde görev yapanlar bütününe göre üç aşamada gerçekleştirilmiştir.

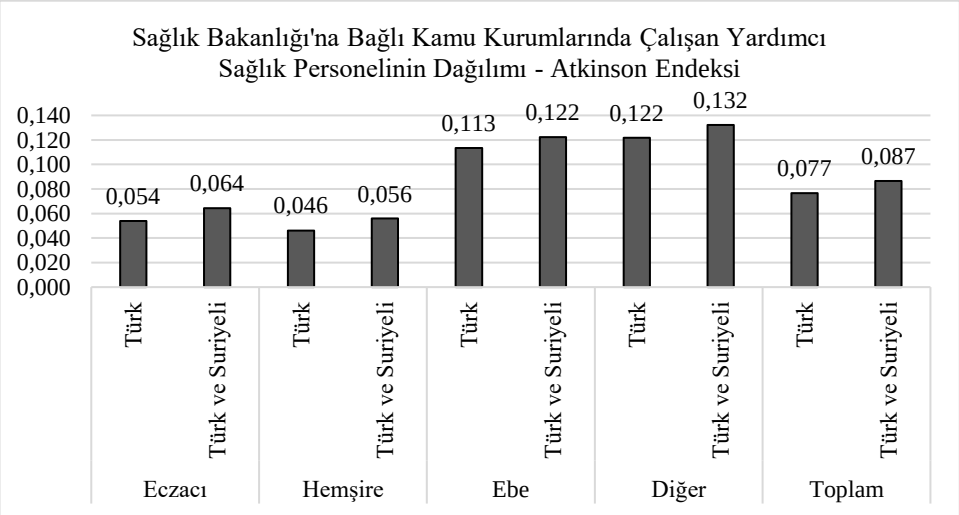
5.3.2.1. Sağlık Bakanlığına Bağlı Kamu Kurumlarında Çalışan Yardımcı Sağlık Personeli Varlığının Dengesiz Dağılımına İlişkin Bulgular

Sağlık Bakanlığına bağlı kamu kurumlarında çalışan yardımcı sağlık personelinin Suriyelilerin dahil edilmediği ve dahil edildiği il nüfuslarına göre dağılımları, beş farklı yardımcı sağlık personel varlığına göre hesaplanmıştır. Analizi gerçekleştirilen yardımcı sağlık personel türleri; eczacı, hemşire, ebe, diğer sağlık personeli ve toplam diğer sağlık personeli varlıklarından oluşmaktadır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu kurumlarında görev alan yardımcı sağlık personel varlığı tüm meslek türleri için 81 ilin tamamında istihdam edilmektedir. Dolayısıyla Atkinson endeksi hesaplamasında 81 gözleme dayalı hesaplamaya gidilmiştir. Elde edilen bulgular tablo 31'de toplu olarak sunulmuştur.

Tablo 31. Sağlık Bakanlığına Bağlı Kamu Kurumlarında Çalışan Yardımcı Sağlık Personelinden Sağlanan Sosyal Fayda

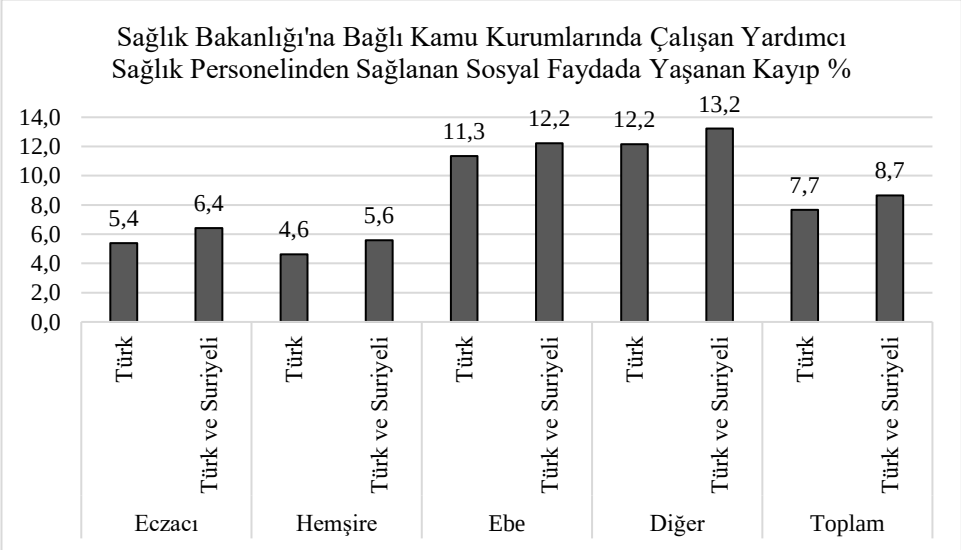
	Eczacı		Hemşire		Ebe		Diğer		Toplam	
	Türk	Türk ve Suriyeli	Türk	Türk ve Suriyeli	Türk	Türk ve Suriyeli	Türk	Türk ve Suriyeli	Türk	Türk ve Suriyeli
Atkinson endeksi	0,054	0,064	0,046	0,056	0,113	0,122	0,122	0,132	0,077	0,087
Sosyal fayda kaybı %	5,4	6,4	4,6	5,6	11,3	12,2	12,2	13,2	7,7	8,7
Sosyal fayda %	94,6	93,6	95,4	94,4	88,7	87,8	87,8	86,8	92,3	91,3
Gözlem sayısı (n)	81	81	81	81	81	81	81	81	81	81

Atkinson endeks değeri eczacılar için sadece Türk nüfusuna göre 0,054 iken, Suriyeli nüfusu da dahil edildiğinde 0,01'lik artışla 0,064'e yükselmiştir. Hemşireler için endeks değeri 0,046'dan 0,056'ya, ebelerde 0,113'ten 0,122'ye, diğer yardımcı sağlık personelindeyse 0,122'den 0,132'ye yükselmiştir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu kurumlarında çalışan yardımcı sağlık personel bütününe göre analiz tekrarlandığındaysa, sadece Türk nüfusuna göre hesaplanan endeks değeri 0,077 olarak gerçekleşirken, Suriyelilerin dahil edilmesiyle endeks değeri 0,087'ye yükselmiştir. Atkinson endeks sonuçları, Grafik 10'da da görüleceği gibi beş farklı yardımcı sağlık personel arzının tamamında il nüfuslarına Suriyelilerin eklenmesi, personel arzındaki bölgelerarası dağılım dengesizliğini şiddetlendirmiştir.



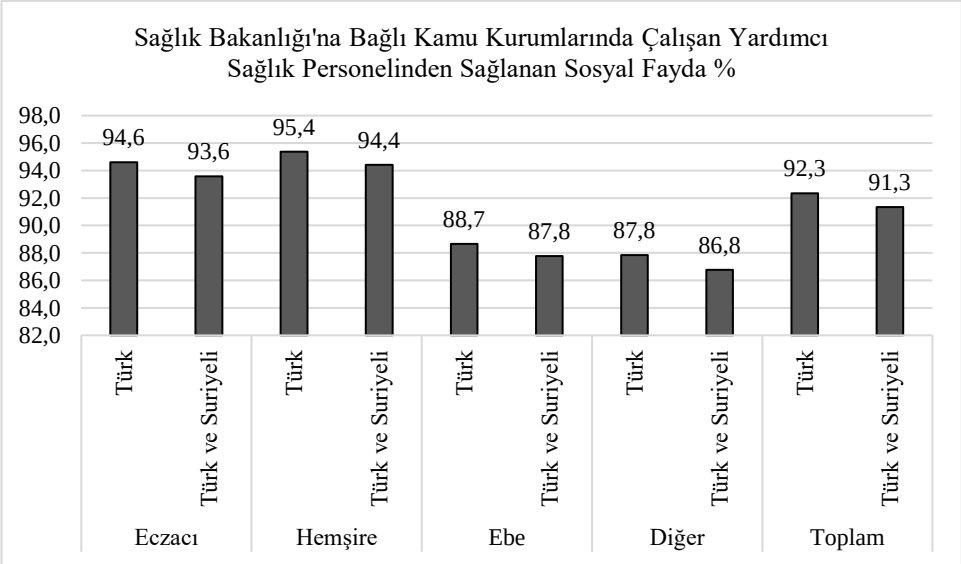
Grafik 10. Sağlık Bakanlığı Kurumlarında Çalışan Hekimlerin Suriyeli Hariç ve Suriyelilerin Eklenmesine Göre İki Farklı Nüfus Düzeyine Göre İller Arası Dağılımı: Atkinson Endeks Değerlerinin Karşılaştırması

Sosyal fayda kaybı oranları açısından konu ele alındığında, beş farklı yardımcı sağlık personel varlığının tamamı için sosyal fayda kaybında belirgin yükseliş yaşandığı hekim varlığında olduğu gibi görülmektedir. Eczacılardan sağlanan sosyal faydada yaşanan kayıp %5,4'ten %6,4''e; hemşirelerden sağlanan sosyal faydadaki kayıp %4,6'dan %5,6'ya; ebelerden sağlanan sosyal faydadaki kayıp %11,3'ten %12,2'ye; diğer yardımcı sağlık personellerinden sağlanan sosyal faydadaki kayıp %12,2'den %13,2'ye ve yardımcı sağlık personel bütününden sağlanan sosyal faydadaki kayıpsa %7,7'den %8,7'ye yükselmiştir (Grafik 11).



Grafik 11. Sağlık Bakanlığı Kurumlarında Çalışan Yardımcı Sağlık Personellerinin Suriyeli Hariç ve Suriyelilerin Eklenmesine Göre İki Farklı Nüfus Düzeyine Göre İller Arasında Eşitsiz Dağılımından Kaynaklanan Sosyal Fayda Kaybı Oranı (%) Karşılaştırması

Yardımcı sağlık personel varlığından sağlanan sosyal faydada Suriyelilerin il nüfuslarına eklenince yaşanan değişim eczacılar için %94,6'dan %93,6'ya; hemşireler için %95,4'ten %94,4'e; ebeler için %88,7'den %87,8'e; diğer yardımcı sağlık personeller için yada %87,8'den %86,8'e ve yardımcı sağlık personel bütünü için %92,3'ten %91,3'e indiği görülmektedir (Grafik 12).



Grafik 12. Sağlık Bakanlığı Kurumlarında Çalışan Yardımcı Sağlık Personelinin Suriyeli Hariç ve Suriyelilerin Eklenmesine Göre İki Farklı Nüfus Düzeyine Göre İller Arası Dağılımına Göre Elde Edilen Sosyal Fayda Oranı (%) Karşılaştırması

Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu kurumlarında çalışan yardımcı sağlık personelinden sağlanan sosyal faydada Suriyelilerin il nüfuslarına eklenmesiyle birlikte oluşan ham bozulma nispi olarak da aynı şekilde görülmektedir. Nispi oransal bozulmalara göre en şiddetli bozulma % 21 ile hemşirelerde yaşanırken bu bozulma eczacılarda %19,1; toplam yardımcı sağlık personelinde %13,1; diğer yardımcı sağlık personelinde %8,7 ve ebelerdeyse %7,8 olarak gerçekleşmiştir (Tablo 32).

Tablo 32. Sağlık Bakanlığına Bağlı Kamu Kurumlarında Çalışan Hekimlerden Sağlanan Sosyal Fayda

		Eczacı	Hemşire	Ebe	Diğer	Toplam
Nispi Oransal bozulma %		**19,1**	**21,0**	**7,8**	**8,7**	**13,1**
Ham	Atkinson Endeksi	0,010	0,010	0,009	0,011	0,010
	Sosyal Fayda Kaybı %	1,0	1,0	0,9	1,1	1,0
	Sosyal Fayda %	-1,0	-1,0	-0,9	-1,1	-1,0

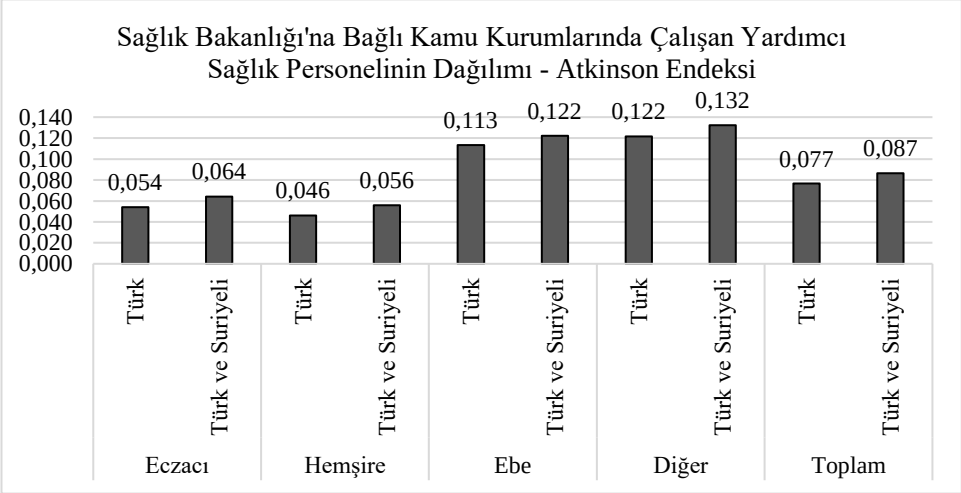
5.3.2.2. Üniversitelerde ve Özel Sektör Kurumlarda Çalışan Yardımcı Sağlık Personeli Varlığının Dengesiz Dağılımına İlişkin Bulgular

Üniversite ve özel sektöre bağlı kurumlarda çalışan yardımcı sağlık personel varlığının nüfusa göre iller arasındaki dağılım eşitsizlikleri ölçümünde gözlem yapılabilen il sayısı, eczacı ile toplam yardımcı sağlık personel varlığı açısından 81 iken hemşire ve diğer yardımcı sağlık personelinde 77, ebedeyse 70 olarak gerçekleşmiştir. Hesaplanan Atkinson endeks değerleri, sosyal fayda ve sosyal fayda kaybı oranları tablo 33'te toplu olarak sunulmuştur.

Tablo 33. Üniversite ve Özel Sektördeki Kurumlarında Çalışan Yardımcı Sağlık Personelden Sağlanan Sosyal Fayda

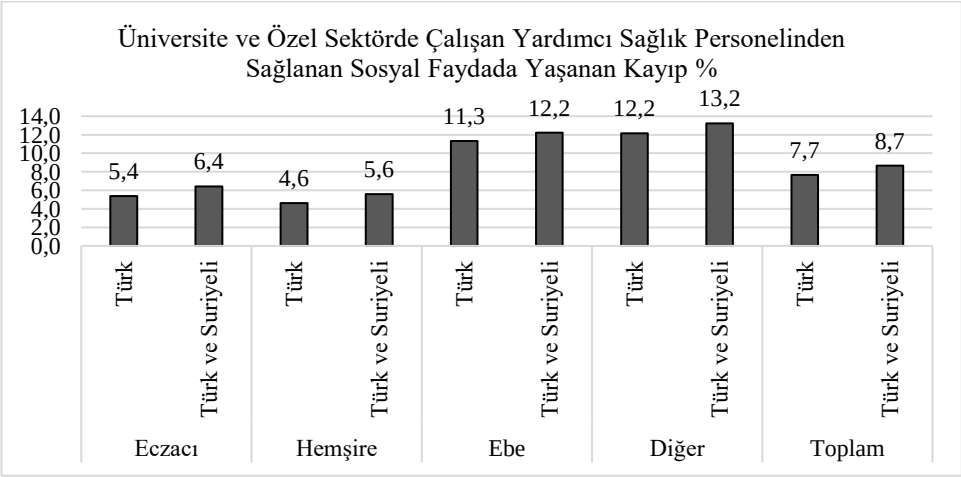
	Eczacı		Hemşire		Ebe		Diğer		Toplam	
	Türk	Türk ve Suriyeli	Türk	Türk ve Suriyeli	Türk	Türk ve Suriyeli	Türk	Türk ve Suriyeli	Türk	Türk ve Suriyeli
Atkinson endeksi	0,043	0,048	0,160	0,166	0,185	0,190	0,913	0,916	0,567	0,578
Sosyal fayda kaybı %	4,3	4,8	16,0	16,6	18,5	19,0	91,3	91,6	56,7	57,8
Sosyal fayda %	95,7	95,2	84,0	83,4	81,5	81,0	8,7	8,4	43,3	42,2
Gözlem sayısı (n)	81	81	77	77	70	70	77	77	81	81

Atkinson endeks değeri eczacılar için 0,043'den 0,048'e; hemşireler için 0,160'dan 0,166'ya; ebeler için 0,185'ten 0,190'a; diğer yardımcı sağlık personeli için 0,913'ten 0,916'ya ve üniversiteler ile özel sektörde faaliyet gösteren bütün yardımcı sağlık personel bütünü içinse 0,567'den 0,78'e yükselmiştir (Grafik 13).



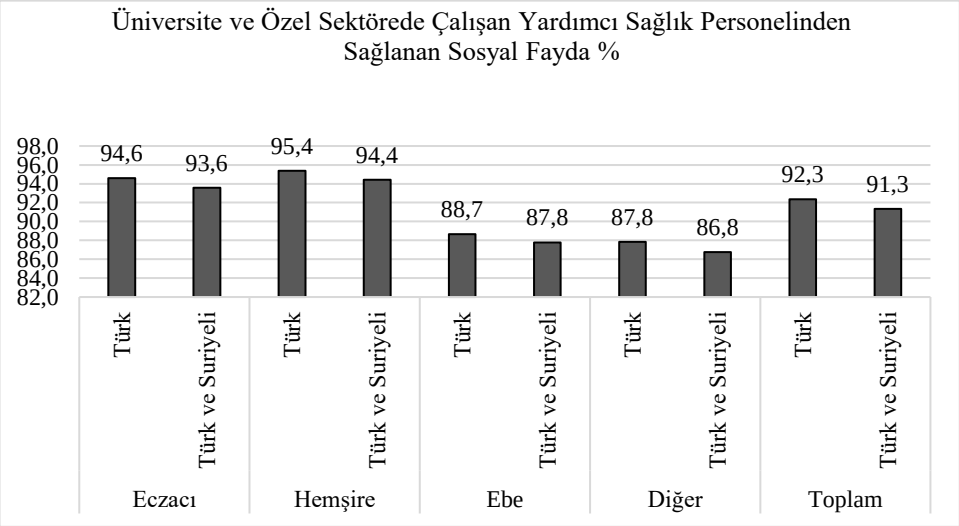
Grafik 13. Üniversite ve Özel Sektörde Çalışan Yardımcı Sağlık Personelinin Suriyeli Hariç ve Suriyelilerin Eklenmesine Göre İki Farklı Nüfus Düzeyine Göre İller Arası Dağılımı: Atkinson Endeks Değerlerinin Karşılaştırması

Sosyal fayda kaybı oranlarıysa eczacılar için %5,4'ten %6,4'e; hemşireler için %4,6'dan %5,6'ya; ebeler için %11,3'ten %12,2'ye; diğer yardımcı sağlık personeli için %12,2'den %13,2'ye ve yardımcı sağlık personel bütünü içinse %7,7'den %8,7'ye çıkmıştır (Grafik 14).



Grafik 14. Üniversite ve Özel Sektörde Çalışan Yardımcı Sağlık Personelinin Suriyeli Hariç ve Suriyelilerin Eklenmesine Göre İki Farklı Nüfus Düzeyine Göre İller Arasında Eşitsiz Dağılımından Kaynaklanan Sosyal Fayda Kaybı Oranı (%) Karşılaştırması

Üniversiteler ile özel sektörde faaliyet gösteren yardımcı sağlık personelinden toplumun sağladığı sosyal faydaysa eczacılar için %94,6'dan %93,6'ya; hemşireler için fayda %95,4'ten %93,4'e; ebeler için %88,7'den %87,8'e; diğer yardımcı sağlık personeli için %87,8'den %86,8'e ve yardımcı sağlık personel toplamı için de %92,3'ten %91,3'e inmiştir (Grafik 15).



Grafik 15. Üniversite ve Özel Sektörde Çalışan Yardımcı Sağlık Personellerinin Suriyeli Hariç ve Suriyelilerin Eklenmesine Göre İki Farklı Nüfus Düzeyine Göre İller Arası Dağılımına Göre Elde Edilen Sosyal Fayda Oranı (%) Karşılaştırması

Üniversiteler ve özel sektörde çalışan yardımcı sağlık personel varlığından toplumun sağladığı sosyal fayda oranlarında Suriyelilerin il nüfuslarına eklenmesiyle yaşanan ham bozulma gibi nispi oransal bozulma da oldukça yüksek olup nispi bozulmalar %0,3 ile %11,6 arasında değişmektedir. En şiddetli bozulma eczacılardan sağlanan sosyal faydada yaşanırken, en düşük bozulma ise diğer yardımcı sağlık personelinden sağlanan sosyal faydada görülmektedir (Tablo 34).

Tablo 34. Üniversite ve Özel Sektörde Çalışan Hekimlerden Sağlanan Sosyal Fayda

		Eczacı	Hemşire	Ebe	Diğer	Toplam
Nispi Oransal bozulma %		**11,6**	**4,0**	**2,7**	**0,3**	**1,9**
Ham	Atkinson Endeksi	0,005	0,006	0,005	0,003	0,011
	Sosyal Fayda Kaybı %	0,5	0,6	0,5	0,3	1,1
	Sosyal Fayda %	-0,5	-0,6	-0,5	-0,3	-1,1

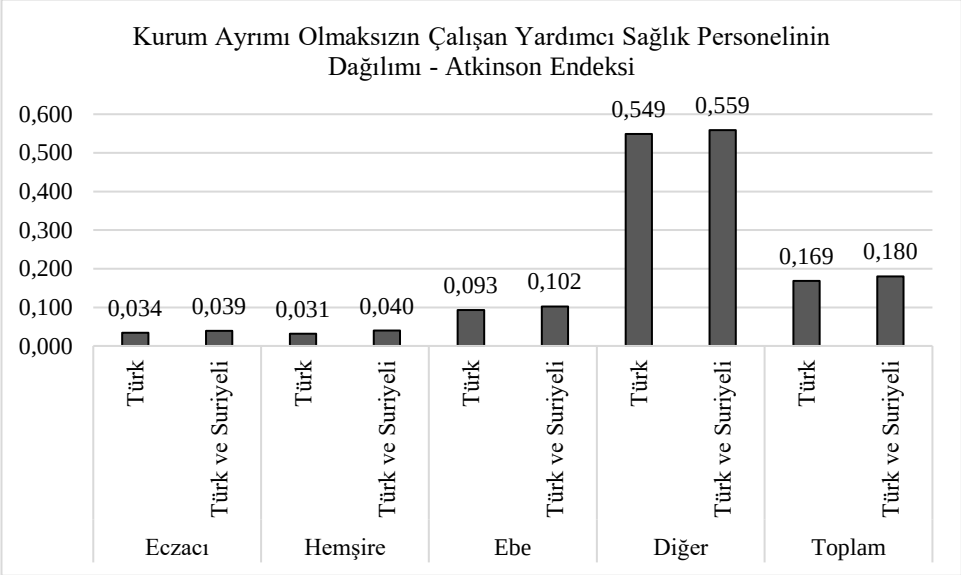
5.3.2.3. Kurum Ayrımı Olmaksızın Yardımcı Sağlık Personeli Varlığının Dengesiz Dağılımına İlişkin Bulgular

Kurum ayrımı yapılmaksızın herhangi bir yerde çalışan yardımcı sağlık personelinin Suriyelilerin dahil edilmediği ve dahil edildiği il nüfuslarına göre dağılımları, beş farklı personel arzına göre hesaplanmıştır. Atkinson endeks değerleri, sosyal fayda ve sosyal fayda kaybı oranları, beş personel türünün tamamında 81 il bütününe dayanılarak gerçekleştirilmiş olup tablo 35'te de elde edilen bulgular toplu olarak sunulmuştur.

Tablo 35. Kurum Ayrımı Olmaksızın Çalışan Tüm Yardımcı Personelden Sağlanan Sosyal Fayda

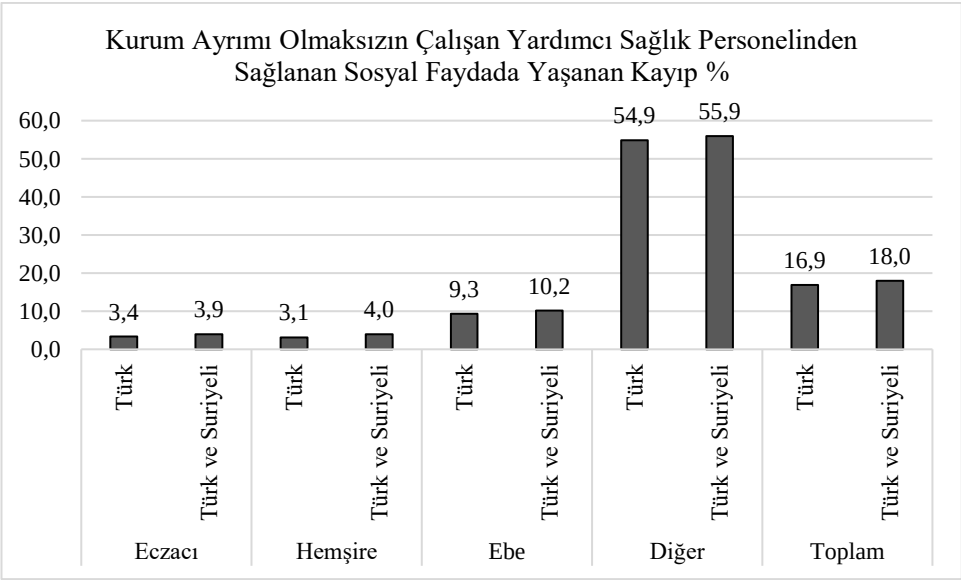
	Eczacı		Hemşire		Ebe		Diğer		Toplam	
	Türk	Türk ve Suriyeli	Türk	Türk ve Suriyeli	Türk	Türk ve Suriyeli	Türk	Türk ve Suriyeli	Türk	Türk ve Suriyeli
Atkinson endeksi	0,034	0,039	0,031	0,040	0,093	0,102	0,549	0,559	0,169	0,180
Sosyal fayda kaybı %	3,4	3,9	3,1	4,0	9,3	10,2	54,9	55,9	16,9	18,0
Sosyal fayda %	96,6	96,1	96,9	96,0	90,7	89,8	45,1	44,1	83,1	82,0
Gözlem sayısı (n)	81	81	81	81	81	81	81	81	81	81

Kurum ayrımı olmaksızın yardımcı sağlık personelinin il nüfuslarına Suriyelilerin dahil edilip edilmemesine göre dağılım eşitsizliğini tespit için hesaplanan Atkinson endeks değerlerindeki değişim incelendiğinde; eczacılar için 0,034'ten 0,039'a; hemşireler için 0,031'den 0,040'a; ebeler için 0,093'ten 0,102'ye; diğer yardımcı sağlık personeli için 0,549'dan 0,559'a ve yardımcı sağlık personel bütünü için de 0,169'dan 0,180'e yükseliş yaşandığı sonucuyla karşılaşılmaktadır. Sonuçlarsa Grafik 16'da da görüleceği gibi Suriyelilerin il nüfuslarına eklenmeleriyle birlikte beş farklı yardımcı sağlık personel arzının tamamında il nüfuslarına göre yaşanan dengesizliği daha da arttığını desteklemektedir.



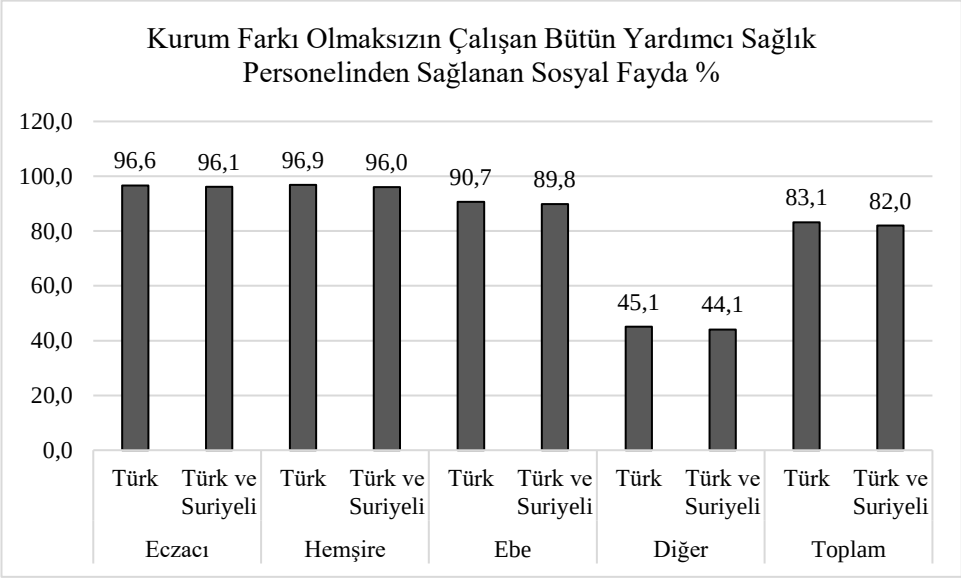
Grafik 16. Kurum Ayrımı Olmaksızın Çalışan Bütün Hekimlerin Suriyeli Hariç ve Suriyelilerin Eklenmesine Göre İki Farklı Nüfus Düzeyine Göre İller Arası Dağılımı: Atkinson Endeks Değerlerinin Karşılaştırması

Kurum ayrımı olmaksızın yardımcı sağlık personelinden sağlanan sosyal fayda kaybı analiz edildiğinde, eczacılar için %3,4'ten %3,9'a; hemşireler için %3,1'den %4,0'e; ebeler için %9,3'ten %10,2'ye; diğer yardımcı sağlık personeli için %54,9'dan %55,9'a ve yardımcı sağlık personel bütünü için de %16,9'dan %18'e yükselişin gerçekleştiği sonucuyla karşılaşılmaktadır (Grafik 17).



Grafik 17. Kurum Ayrımı Olmaksızın Çalışan Bütün Hekimlerin Suriyeli Hariç ve Suriyelilerin Eklenmesine Göre İki Farklı Nüfus Düzeyine Göre İller Arasında Eşitsiz Dağılımından Kaynaklanan Sosyal Fayda Kaybı Oranı (%) Karşılaştırması

Kurum ayrımı olmaksızın yardımcı sağlık personelinden sağlanan sosyal faydaysa eczacılar için %96,6'dan %96,1'e; hemşireler için %96,9'dan %96'ya; ebeler için %90,7'den %89,8'e; diğer yardımcı sağlık personeli için %45,1'den %44,1'e ve yardımcı sağlık personel bütünü için de %83,1'den %82'ye düşüş yaşanmıştır (Grafik 18).



Grafik 18. Kurum Farkı Olmaksızın Çalışan Bütün Hekimlerin Suriyeli Hariç ve Suriyelilerin Eklenmesine Göre İki Farklı Nüfus Düzeyine Göre İller Arası Dağılımına Göre Elde Edilen Sosyal Fayda Oranı (%) Karşılaştırması

Kurum farkı olmaksızın herhangi bir yerde çalışan yardımcı sağlık personel varlığından toplumun sağladığı sosyal fayda oranlarında Suriyelilerin il nüfuslarına eklenmesiyle yaşanan bozulmaların şiddeti ölçüldüğünde, nispi oransal bozulmanın %1,9 ile %27,1 arasında değiştiği görülmektedir. En şiddetli bozulma bu defa hemşirelerden sağlanan sosyal fayda da yaşanırken, en düşük bozulma ise diğer yardımcı sağlık personelinden sağlanan sosyal faydada yaşanmıştır (Tablo 36).

Tablo 36. Kurum Ayrımı Olmaksızın Çalışan Yardımcı Sağlık Personelinden Sağlanan Sosyal Fayda

		Eczacı	Hemşire	Ebe	Diğer	Toplam
Nispi Oransal bozulma %		**16,0**	**27,1**	**9,3**	**1,9**	**6,8**
Ham	Atkinson Endeksi	0,005	0,008	0,009	0,010	0,012
	Sosyal Fayda Kaybı %	0,5	0,8	0,9	1,0	1,2

5.4. Tartışma

Suriye'den kısa süre içerisinde gelen kitlesel ölçekli düzensiz göç, beraberinde Türkiye'deki sağlık sistemi üzerine son derece yoğun ilave yük oluşumuna yol açmıştır. Bu duruma Suriyelilerin ülke içerisinde herhangi bir sınırlamaya tutulmaksızın istedikleri illerde ikamet etme olanağına sahip olmaları da eklendiğinde, sağlık personelinin zaten dengesiz olan bölgesel dağılımında çok daha fazla bozulmanın yaşanmasına yol açmıştır. Çalışma kapsamında hekimlerin temel alınmasıyla gerçekleştirilen ilk uygulama sonuçlarında, her sağlık kurumu türünde görev yapan her hekim türünde il nüfuslarına göre yaşanan bölgelerarası dağılımdaki dengesizliğin, Suriyelilerin il nüfuslarına eklenmesiyle birlikte daha da bozulduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç aynı zamanda toplumun hekimlerden sağladığı sosyal fayda kaybında ciddi oransal düşüşlerin yaşandığını ve oluşan sosyal fayda kaybında ise artışa sebep olduğunu göstermektedir. Yapılan öncül çalışmalarda da Suriyelilerin nüfusa eklenmesiyle birlikte hekimlerin çalışma şartlarını zorlaştırıcı etkiye sahip oldukları sonucuna varılmaktadır.

Örneğin Aygün vd (2016: 9-10) İzmir Karabağlar toplum merkezinde çalışan hekimlerle gerçekleştirilen çalışmada, sağlık hizmet sunumunda bulunan hekimlerin sığınmacılara verdikleri hizmeti yeterli görmediklerini, kültürel ve dil açısından büyük iletişim problemleri yaşadıklarını, sığınmacıların kendilerine özgü bilinmedik hastalıklarının bulunduğunu, hekim için güvenlik sağlanması gerektiğini ifade etmişlerdir. Dolayısıyla hekimlerin Türk hastalara göre Suriyelilere hizmet sunumlarının çok daha güç olduğu sonucuyla karşılaşılmaktadır.

Benzer bir sonuç Eriş (2019: 403, 405)'in Şanlıurfa'da görev yapan hekimlere dayanarak gerçekleştirdiği çalışmasında da görülmekte olup ayrıca çalışma hekimlerin ciddi can güvenliği sorunu yaşadıklarını da ortaya koymuştur. Buna göre hekimlerin yaklaşık dörtte üçünün hasta ve yakınlarından sözlü taciz gördüklerini ve %29'unun da fiziki şiddete maruz kaldıklarını tespit etmişlerdir. Ayrıca hekimler, yarım milyona ulaşan Suriyeli sığınmacının yaşadığı kentte sığınmacıların iş yüklerini arttırdığını, sığınmacılar sebebiyle enfeksiyon hastalıklarına maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir.

Hemşireler açısından da durum hekimlerde olduğu gibi son derece olumsuz sonuçlara yol açmakta olup, yoğun Suriyeli hasta baskısının yol açtığı ilave maliyetlerle başa çıkılmada güçlük yaşandığını ortaya koymaktadır.

Örneğin Zengin vd (2021: 257-258) Doğu Anadolu'daki iki ildeki çocuk servislerinde görev yapan 125 hemşireye dayanarak gerçekleştirdikleri çalışmalarında, Suriyelilerle iletişimi genelde jest ve mimiklerle sağlarken sözlü iletişiminse tercüman bulunana kadar kısıtlı olduğunu, yapılan tedavi içeriğini hasta ebeveynlerine tam olarak açıklayamadıklarını, anlaşmada zorluk yaşanınca da tedavinin red edildiğini aktarmışlardır. Hemşirelerin bir kısmıysa Suriyelilerin kalabalık gelişleri, ziyaret saatlerine uymama ve odaları temiz tutmama gibi hastane kurallarına uymamaları sebebiyle yaşadıkları sorunlara işaret etmişlerdir. Bu çalışma sonucunda da görüleceği gibi Suriyeli hastaların ve hasta yakınlarının sağlık hizmet sunumuna getirdiği yük sadece sayısal yoğunlukla sınırlı kalmayıp, aynı zamanda hizmet sunumunun işleyişinde aksaklığa da yol açmalarıyla derinleşmektedir.

Yine Çal vd (2022: 200-201) Samsun'daki üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir eğitim araştırma hastanesinde görev yapan hemşireleri esas alarak gerçekleştirdikleri çalışmalarında, hemşirelerin yaklaşık onda dokuzunun sığınmacılara bakım hizmeti verirken zorluk çektiklerini ifade ettikleri sonucuyla karşılaşılmıştır. Yine katılımcı hemşireler sundukları bakım hizmetinde kendilerini orta düzeyde yeterli görmüşlerdir. Ancak katılımcı hemşirelerin neredeyse tamamı sığınmacılara sundukları sağlık hizmetinde dil sorunu yaşadıklarını, yaklaşık yarısı sığınmacılarda hijyen eksikliğinin olduğunu, üçte birinden fazlasıysa sağlık eğitimi vermekte zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Hemşirelerin hizmet sunumundaki gayretlerine karşı oluşan ilave yükle başa çıkmada yaşadıkları ilave zorluklar da bu çalışma bulgularında açıkça görülmektedir.

Eriş vd (2019) ise Suriyeli nüfusunun son derece yüksek olduğu sınır kentlerimizden Şanlıurfa'da Suriyelilerin kamplarının yer aldığı ilçelerdeki kamu hastanelerinde görev yapan hemşireleri temel alarak hemşirelerin karşı karşıya kaldıkları tükenmişlik sendromuna odaklandıkları çalışmalarında, hemşirelerin en

şiddetli şekilde duygusal tükenmişliği yaşadıklarını, yaşa göre de genç hemşirelerin yaşı daha ileri olanlara göre daha yoğun duyarsızlaşma yaşadıklarını tespit etmişlerdir. Bu durum da mesleki verimlilikte zayıflama, tükenmişliğe varan sorunlara yol açmada Suriyelilerin olumsuz etkilerinin ne denli derinleştiğini göstermektedir.

Yine de Gökderen Çakmak vd (2020: 887) Ankara'daki üçüncü basamakta yer alan bir eğitim araştırma hastanesinde görev yapan hemşirelere yönelik gerçekleştirdikleri çalışmalarında, hemşirelerin Suriyelilere bakım hizmeti verirken yaklaşık %70'inin farklı bir his yaşamadığı, diğer bir deyişle tüm bakım hizmeti sağlama sürecindeki tüm ekstra güçlüklere karşılık objektif davranabildiklerini tespit etmişlerdir.

Genel olarak Suriyeli kaynaklı sağlık personelinin yaşadığı sorunlara dair yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Örneğin Yurtsever vd (2015: 134-135) Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Servisi'ne yapılan başvurular açısından Türk ve Suriyeli karşılaştırması gerçekleştirilmiş olup Suriyeli başvurularının Türk başvurularına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yoğun bakıma yatış açısından farklılaştığı görülmektedir. Bu farklılaşma ise Suriyelilerin Türk hastalara göre çok daha fazla yoğun bakıma yatırılması yönünde gerçekleşmiş olup araştırmacılar bu durumu Suriyelilerin hastaneye başvurularının Türklere göre çok daha ciddi hastalık durumunda gerçekleşiyor olmasına bağlamışlardır.

Aslan vd (2018: 53-55)'nin Kilis'teki sağlık hizmet sunucularında gerçekleştirdikleri çalışmalarındaysa, sağlık personelinin Suriyelilerin sağlık hizmetlerinde yol açtıkları sorunların tespitine odaklandıkları çalışmalarında; dil sorununun yaşandığını, hizmet talebindeki yoğunluğun arttığını, Türklerin ağır yaralanmalar gibi sebepler dışında hastanelere olan taleplerinde düşüş yaşandığını, personel yetersizliğinin baş gösterdiğini, hastanelerin ihtiyacı karşılamakta zorlandığını, yetersizliklerin hem bina, hem tıbbi malzeme hem de vasıflı sağlık personelinde de yaşandığını, enfeksiyon, kronik hastalıklar ve akut hastalıklarda yaşanan artışla hizmet yoğunluğunun şiddetlendiğini, sağlık hizmet kalitesinin düştüğünü, sığınmacıların sağlıklı ve güvenilir bilgi vermediklerini, tanınmayan çeşitli

yeni hastalıklarla karşılaşıldığını, sağlık personelinde tükenmişliğin artıp motivasyonun düştüğünü, hatta Türklerin ikinci sınıf insan statüsüne düştüğünü ifade etmişlerdir.

Soysal ve Erkek (2019) Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi'nde görev yapan sağlık çalışanlarının Suriyeli sığınmacılara sundukları sağlık hizmetlerinde karşılaştıkları sorunlar araştırdıkları çalışmada sorunların önem derecesine göre sıralaması şu şekilde tespit edilmiştir: Sığınmacılara yaşanan iletişim problemleri, hizmet alımında sığınmacıların cinsiyet ayrımına dayalı tutumları, sağlık hizmet alımı için randevu sistemini kullanmama eğilimi ve resmi evraklarını yanlarında bulundurmamaları olarak sıralanmıştır.

Duran ve Albayrak (2020) Yozgat'taki kent hastanesi ile 8 aile sağlığı merkezinde görev yapan sağlık personeline dayanarak gerçekleştirdikleri çalışmalarında, sağlık personelinin üçte ikisini aşkın kısmının çevirmen olmaksızın sığınmacılara hizmet sunduğunu, yarıdan fazlası sundukları sağlık hizmetine karşı sığınmacıların olumsuz tutum içerisinde olduklarını ve yarıya yakınıysa sığınmacıların hizmet sunumunu zorlaştırdıklarını ifade etmişlerdir.

Küçükkendirci ve Batı (2020: 31-32) Konya merkez ilçedeki 1254 sağlık çalışanının Suriyelilere dönük bakış açılarını analiz ettikleri çalışmalarında çalışmaya dahil edilen sağlık personelinin üçte birinden fazlası Suriyelilerin sağlık sorunları olduğundan nereye başvuracaklarını bilmediğini, yaklaşık beşte üçü sığınmacıların Türklerin sağlığını bozucu etkilerinin olduğunu, beşte ikisinden fazlası sığınmacıların sevk zincirinde aksaklıklarla karşılaşıldığını, yaklaşık yarısı sığınmacıların sağlık kurumlarını gereksiz yere işgal ettiğini, ve üçte ikisinden fazlası da sığınmacılara sağlanan sağlık hizmetinin hem kendi iş yüklerini arttırdığını hem de sunulan bu hizmetlerin sağlık hizmet politikasını olumsuz yönde etkilediğini savunmuşlardır.

Eriş ve Havlioğlu (2019: 439) Şanlıurfa'da sığınmacı kamplarının da yer aldığı ilçelerdeki beş devlet hastanesinde görev yapan sağlık personelini esas alarak

çalışmalarını gerçekleştirmiş olup, elde edilen bulgulara göre bu ilçelerde görev yapan sağlık personelinin de aşırı iş stresi içerisinde olduğunu tespit etmişlerdir.

Akkoç vd (2017) Amasya ili sağlık kurumlarında görev yapan hekim ve yardımcı sağlık personellerine dayanarak gerçekleştirdikleri çalışmalarında, sağlık personellerinin Suriyelilere sağlık hizmeti sunumları esnasında dil farklılığı nedeniyle sorun yaşadıklarını, hizmet sunumunda sığınmacılar tarafından cinsiyet ayrımcılığıyla karşı karşıya kaldıklarını, kendilerine yönelik şiddete maruz kaldıklarını, sağlık kuruluşlarının kurallarına uyum göstermediklerini ifade etmişlerdir.

Henüz mezun olmayan sağlık personel adayı öğrencileri dahi Suriyelilerin yol açtığı ilave iş yükü, kural tanımama gibi sorunlar karşısında yaşanan ilave olumsuzluklara karşı belirli bir fikre sahip olmuştur. Buna göre Yıldırım (2019: 267-268) İzmir Katip Çelebi Üniversitesi stajını gerçekleştirmiş olan hemşirelik bölümü öğrencilerinin Suriyelilerle ilgili olarak dil sorunu yaşadıklarını, öfkeli davranmalarına karşılık empati kurarak insancıl davranmaya çabaladıklarını, tıbbi hizmet alımında sığınmacıların cinsiyetçi tutum sergilediklerini, hastalıklarının çok farklı ve çeşitli olduğunu, çok fazla kronik hastalıklarının olmasına karşılık bu hastalıklarla ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıklarını ve bu sebeple de kronik hastalıklarının alevlenmesine yol açtıklarını ifade etmişlerdir.

Hadımlı vd (2022: 4-5) ise Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik bölümü öğrencilerini temel aldıkları çalışmalarında, katılımcıların yaklaşık onda dokuzu Suriyelilere verilen sağlık hizmetlerinde dil sorunu yaşandığını ifade etmişlerdir. Sundukları hizmetiyse katılımcıların çoğunluğu görev olarak görmekte olup sundukları hizmetten memnun olup-olmama durumu oldukça sınırlı kalmıştır. Yine katılımcı ebelik bölümü öğrencilerinin sığınmacıların ulusal sağlık sistemi üzerindeki etkilerine dair görüşleri ise sığınmacıların iş yükünü arttırmaları sebebiyle sağlık hizmet kalitesini düşürdükleri ve eşit sağlık hizmeti verilememesine sebep oldukları yönündedir.

Konal Korkmaz vd (2021: 153-154) Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde gerçekleştirdikleri çalışmalarında, net şekilde fikir beyan etmekten çekindikleri açık şekilde görülen kararsızlar çıkartıldığında sığınmacılara bakış açılarının birinci sınıflar için olumlu olanların on kat fazla (%9,1 olumlu, %90,9 olumsuz) oranda olumsuz olduğu, dördüncü sınıf öğrencilerindeyse 6,7 kat (%13 olumlu %87 olumsuz) olarak gerçekleştiği sonucuna ulaşmışlardır. Bu sonuçlar mevcut personelin aksine personel adaylarında yavaş yavaş Suriyelilere sağlık hizmeti sunma konusunda isteksizliğin belirmeye başladığını göstermesi açısından meslek oldukça tehlikeli gelişimin varlığına işaret etmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Suriye'de on bir yıl önce başlayan iç savaşın olumsuz yansımaları, muhtemelen Suriye'den sonra en fazla Türkiye'ye olmuştur. İç savaşın başlamasıyla birlikte yoğun bir düzensiz ve kitlesel ölçekli göç akımına uğrayan Türkiye'ye bu yoğun akımın ekonomik, sosyal ve siyasal anlamda kaldırılması oldukça güç maliyetleri oluşmuştur. İmza atılan uluslararası antlaşmalardaki taahhütlerin yanı sıra toplum nezdinde geçici sığınmacılara kapısını sonuna kadar açarak açık kapı politikası yürüten Türkiye'nin, misafir olarak kabul edilen fakat zamanla misafirliği daimi ikamete dönüştüren milyonlarca Suriyeliye düzenli olarak yoğun kaynak aktarımı ve hizmet sunumunda bulunması gerekmiştir. Gelinen noktada milyarlarca dolarlık maliyete ek olarak ülkenin dört bit yanında gettolaşarak kendi kültürlerini ve kapalı ekonomilerini yaşayan ve gayri resmi olarak özerkleşmiş yerleşimcilerle karşılaşılmaktadır. Oluşan devasa yükün sağlık hizmet sunumunda da çok ciddi izdüşümüyle karşılaşılmaktadır.

İlave nüfus baskısının yol açtığı iş yükü ve maddi maliyet artışının yanı sıra sağlık hizmet sunumunda oluşturulmuş kurallara önemli ölçüde uymayı reddeden, cinsiyet ayrımcılığında bulunan, daha da ileri giderek sağlık hizmet sunucusu hekim ve yardımcı sağlık personeline şiddet uygulayan bu kitle, sağlık çalışanları nezdinde de işini ifa etmede önemli bir engel konumuna gelmelerine yol açmıştır. Dil, kültür farklılıkları, hijiyen sorunları, endemik salgın taşıyıcısı olma özellikleri, şiddete yatkınlıkları gibi tüm olumsuz özelliklerine karşılık, sağlık personelinin olanca gücüyle kaliteli hizmet sunma çabasının sürdüğü görülmektedir. Ancak bu noktada tehlikeli olan, sağlık personeli üzerinde yol açmaya başladıkları tükenmişlik sendromu ile henüz mesleğe adımını atmamış sağlık personeli olma yolunda ilerleyen öğrencilerin meslekten soğumalarına etkide bulunmaları olarak görülebilir. Bütün bu olumsuz etkilerinin yanı sıra, ülke içerisinde hiçbir kısıtlamaya uğramadan denetime tabi tutulmadan istedikleri yere yerleşme hakkı verilmesiyle birlikte il ve ilçelerde yol açtıkları ilave nüfus baskısı, genel olarak planlanabilir bir hizmet sunumunu her alan için olanaksızlaştırmaya başlamıştır. Bu dengesiz ve yüksek ivmeli nüfus

hareketliliğinin en şiddetli etkilerinin yaşandığı hizmet sunum alanlarından birisi de sağlık hizmetleridir.

Sağlık hizmet sunumunda pek çok bileşenin bir arada olması gerekliliğine karşılık, en önemli kısım sağlık personeli olarak kabul edilebilir. Çünkü vasıflı bir sağlık personelinin her aşama için temini, oldukça uzun zaman almaktadır. Hekimlik mesleği açısından konu ele alındığında bir pratisyen hekimin yetişmesi en az 6 yıl zaman alırken bir uzman hekimin yetişmesi ise uzmanlık branşına göre 9-12 yıl arasında zaman almaktadır. Uzmanlık üzerine ihtisasa dayalı branşlar içinse bu süre 15 yıla kadar çıkabilmektedir. Diş hekimleri ve eczacılarda lisans düzeyinde 5 sene olan eğitim süresi, hemşire ve ebeler için 4 yıla ulaşmaktadır. Yardımcı sağlık personeli içerisindeki teknisyen vb. pozisyonlar için dahi ağırlıklı olarak uygulama içerikli yapılandırılmış 2 yıllık ön lisans eğitimi gerekmektedir. Üstelik bu eğitimlerin hiç birisi açık veya uzaktan eğitim gibi uygulamalarla gerçekleştirilemeyen pratik bilgi ve yeterlilik kazandırılmasına odaklanılan yapıdadır.

Nüfus hareketlerinde yaşanan ani değişimler, özellikle sağlık personeli üzerinde bölgesel birimler arasında hizmet sunulacakların yoğunluğunda ciddi istikrarsızlıklara yol açmaktadır. Bu istikrarsızlıklar beraberinde sağlık personelinin hizmet sunum kalitesini de doğal olarak olumsuz yönde etkilemektedir. Aynı zamanda oluşan aşırı nüfus baskısı; iş yükü, stres, tükenmişlik, duyarsızlaşma gibi olumsuz etkilere de sebebiyet vermektedir. Bu çalışmada da Suriyelilerin iller arasındaki dengesiz dağılımlarının sağlık personeli üzerinde yol açtığı ekstra yük sonucunda oluşan ve toplumun sağlık personelinden elde etmekte olduğu sosyal faydada yaşanan kaybın tespitine odaklanılmıştır. Uygulama yöntemi olarak Atkinson bölgelerarası eşitsizlik endeksinin kullanıldığı analiz bulgularında istisnasız her meslek türünden sağlık çalışanından elde edilen sosyal faydada Suriyeli nüfusun dengesiz dağılımıyla birlikte ciddi ölçüde azalma yaşandığı, sosyal fayda kaybındaysa yükselişle karşılaşıldığı sonucuna ulaşılmıştır.

Suriyelilerin bölgesel yığılmayla birlikte yol açtıkları sağlık personel varlığıyla dengesizliğin iyice artışıyla Türk sağlık sisteminde yol açtıkları ilave yükün

öncelikle detaylı tespitine yönelik ileri düzeyde çalışmalara ihtiyaç mevcuttur. Çünkü bir Suriyeli ile bir Türk'e sunulan sağlık hizmetinde sağlık personelinin iş yükü üzerindeki etkilerde orantısız farklılaşma söz konusudur. Yapılan çalışmaların da gösterdiği gibi dilden anlayışa kadar çok geniş yelpazede Türk hizmet alıcısına göre Suriyeliler hizmet sunumunda çok fazla zorluk çıkartmaktadırlar. Buna göre eşdeğer iş yüküne sabitlenecek bir katsayının öncelikle tespiti gerekmektedir. Diğer bir deyişle ortalama bir sığınmacıya harcanan emeğin kaç Türk'e harcanan emeğe denk geldiğinin tespiti gerekmektedir. Ardından da bu çalışmanın yöntemsel ve uygulama içeriğine göre güncellenmesiyle, sığınmacıların bölgesel dağılımlarındaki dengesizliğin yol açtığı ilave yükün daha somut şekilde tespit edilmesi söz konusu olacaktır. Elde edilecek sonuçlara dayanarak da hekim ve yardımcı personel dağılımının yeniden dağıtımı ve mevcut imkanlar dahilinde eksik personel ihtiyacının olduğu bölgelere yeni personel alımlarıyla takviye yapılması gereklidir. Şayet ekonomik veya personel kaynağı anlamında imkanlar yetersizse de sığınmacıların yol açtıkları ilave iş yükü ve stresi azaltıcı önlemlere süratle yönelme ihtiyacı mevcuttur. Sevk zincirini takip etmeyen, tıbbi müdahale talebinde bulunduğu halde tıbbi müdahaleleri reddeden, sağlık kurumlarındaki kurallara uymayan bir kesimin hizmet alımında da bazı sınırlamaların, alternatif hizmet sunumu sağlanarak getirilmesi bir zorunluluktur. Örneğin Arapça bilen personelden kurulu olan ve sadece sığınmacılara hizmet sağlayacak gezici veya yerleşik birimlerin oluşturulması ve bu birimlerin onayıyla sevk zinciri içerisinde konvansiyonel sağlık hizmetlerine erişimlerinin sağlanması, hem kendilerinin hem de genel olarak toplum bütününün çok daha verimli sağlık hizmet alımına yol açabilecektir.

KAYNAKLAR

Akalın, Akif, "*Sosyalleştirmenin İdeolojisi*", Füsun Sayek Ttb Raporları / Kitapları - 2011 Türkiye'de Sosyalleştirmenin 50 Yılı "Sosyalleştirmenin İdeolojisi", Birinci Baskı, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ekim 2012, ss. 9-288.

Akbaba, Buyruk, Nur, Ayşe, Teoride ve Uygulamada Sağlık Ekonomisi ve Politikaları Güncel Sorunlar ve Araştırmalar, "Sağlık Hizmet Maliyetleri ve Muhasebeleştirilmesi", Basım, Uzun Dijital Matbaa, Ekim 2018, ss. 1-595.

Akdur, Recep, *Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğine Uyumu,* 3. Baskı, Ataum Yayınları, Ankara 2006, ss. 1-343.

Akın, Ayşe, "*Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Uygulamalarından Örnekler, İzlenimler",* Füsun Sayek Ttb Raporları / Kitapları - 2011 Türkiye'de Sosyalleştirmenin 50 Yılı, Birinci Baskı, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ekim 2012, ss. 9-288.

Aksu, A. ve Vefikuluçay, Yılmaz, D., "Suriyeli Göçmen Kadınların Üreme Sağlığı Sorunları ve Çözüm Önerileri", *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, Sayı: 36, Cilt: 2, 2020, ss. 117-125.

Aktürk, Büşra, *Sağlık Hizmetlerinin İşlem Maliyeti Yaklaşımı Çerçevesinde İncelenmesi: Aile Sağlığı Merkezleri ile Hastanelerin Karşılaştırılması,* (İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi), İzmir 2018.

Alsancak, F. ve Kutlu, İ. 'Çifte Mağduriyetin Özneleri Olarak Engelli Mültecilere İlişkin Bir İnceleme', *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, Sayı: *15*(2), 2020, ss. 590-598.

Aslan, Sevil ve Erdem, Ramazan, "Hastanelerin Tarihsel Gelişimi", *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı: 27, 2017/2, ss. 7-21.

Akkoç, S., Tok, M. ve Hasıripi, A. "Mülteci ve Sığınmacı Hastalara Sağlık Hizmeti Sunulurken Sağlık Çalışanlarının Yaşadığı Sorunlar", *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, Sayı: 4, cilt (1), 2017, ss. 23-27.

Aslan, Ş., Sünbül, F., ve Güzel, Ş., "Mültecilerin Kilis Sağlık Hizmetleri Üzerindeki Etkisi", *Sağlık Yönetimi ve Liderlik Dergisi*, Sayı: 1, 2018, ss. 48-58.

Atadağ, Yıldız, vd., "Aile Hekimliği Uygulamasıyla Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuru Sebeplerinde Olan Değişiklikler", *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, Cilt: 20, Sayı: 4, 2016, ss. 141-151.

Aygün, O., Gökdemir, Ö., Bulut, Ü., Yaprak, S., ve Güldal, D., "Bir Toplum Sağlığı Merkezi Örneğinde Sığınmacı ve Mültecilere Verilen Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi", *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, Sayı: 10 Cilt: 1, 2016.

Bankur, Mutlu, "Aile Hekimliğinde Zorunlu Sevk Zincirinin Uygulanmamasının Sağlık Harcamalarına Etkisi: Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları Üzerine Bir Uygulama", *Sosyal Güvence Dergisi,* Sayı: 12, 2016, ss. 60-88.

Başer, Ayhan, Duygu, vd., "Etkin Sağlık Sistemleri için Güçlü Birinci Basamak", Ankara Med J , Cilt: 15, Sayı: 1, 2015, ss. 26-31.

Başol, Emel, "Gelişmekte Olan Ülkelerde Strateji: Sağlık Sisteminde Sevk Zinciri", *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt: 4, Sayı: 8, 2015, ss. 129-140.

Beylik, Umut, Kayral Halil, İbrahim ve Çıraklı, Ümit "13. Yüzyıldan 21. Yüzyıla Türk Sağlık Sisteminin Gelişim Süreci Üzerine Bir Derleme", *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, Cilt: 2, Sayı: 4, 2015a, ss. 183-189.

Beylik, Umut, Kayral Halil, İbrahim ve Naldöken, Ümit, "Sağlık Hizmet Etkinliği Açısından Kamu Hastane Birlikleri Performans Analizi", *CÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt: 39, Sayı: 2, Aralık 2015b, ss. 204-224.

Bıçakçıgil, Rahime, *Kamu ve Özel Hastane Sağlık Çalışanlarının Meslekleri ile İlgili Mevzuat Bilgisi Farkındalıklarının Ölçümü: Sivas Merkez İlçe Örneği,* (Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi), Sivas Ağustos 2018.

Bolsoy, Nursen ve Sevil, Ümran, "Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi", *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Cilt: 9, Sayı: 3, 2006, ss. 78-87.

Bostan, Sedat ve Ağaç, Gökhan, "Kamu Hastaneleri Birliği Yapılanmasının Sağlık Hizmeti Sunum Süreçlerine Etkisinin Yönetici ve Çalışan Açısından Değerlendirilmesi", *İşletme Bilimi Dergisi*, Cilt:7, Sayı:1, 2019, ss. 151-174.

Bozer, Aslı ve Ağırbaş, İsmail, "Tıbbi Görüntüleme Cihazlarının Sayısal Durumu ve Kullanımlarının Değerlendirilmesi", *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, Sayı: 69, Cilt: 3, 2016, ss. 194-201.

Büyüksavaş, Aslıhan, *Kamu Hizmeti Sunan Özel Hastanelerin Sorunları ve Çözüm Önerileri: Isparta ve Antalya Örneği*, (Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi), Isparta 2012.

Cengiz, Ebru, "Sağlık Pazarlaması", *Uluslararası Hakemli Pazarlama ve Pazar Araştırmaları Dergisi,* Cilt: 1, Sayı: 3, Eylül, Ekim, Kasım, Aralık, 2014, ss. 1-100.

Cenkci, Z., ve Nazik, E. (2018). Sığınmacı ve mülteci kadınların yaşadığı sorunlar ve sunulan sağlık hizmetleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, Sayı: 21, Cilt: 4, 2018, ss. 293-299.

Ceyhan, Ali, *Sağlık Kurumlarında İmaj Yönetimi Açısından Web Sayfası Tasarımlarının Kategorik Analizi ve Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Uygulaması,* (Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi), Konya 2007.

Çağlayaner, Haluk ve Saatçi, Esra, "Bir Mesleğin Gelişimi: Genel Tababet- Uzmanlık-Aile Hekimliği", *Türk Aile Hek Dergisi*, Cilt: 12, Sayı: 2, 2008. ss. 95-103.

Çal, A., Çavuşoğlu, F., ve Avcı, İ. A. "Hemşirelerin Göçmen Bireylere Bakım Verirken Yaşadıkları Sorunlar ve Çözüme Yönelik Öneriler". *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi,* Sayı: 15, Cilt: 2, 2022, ss. 197-206.

Çalışkan, Zafer, "Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım", H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt: 26, Sayı: 2, 2008, ss. 29-50.

Çavmak, Şeyda ve Çavmak, Doğancan, "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı", *Dergipark* 2017, ss. 48-57.

Çelikay, Ferdi ve Gümüş, Erdal, "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı", *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi,* Cilt: 11, Sayı: 1, 2011, ss. 177-208.

Çelikten, Onur Salih, *Bir Üçüncü Basamak Hastane Acil Servisine Başvuran Hastaların Demografik Özellikleri ve Acil Servis Klinik Hizmetlerinin Değerlendirilmesi: Beş Yıllık Analiz,* (Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi), Konya 2016.

Çıraklı, Ümit, "Türkiye'de Yataklı Sağlık Kurumlarında Poliklinik ve Klinik Hizmetlerinin 2008-2017 Yılları Arası Gelişimi ve Mevcut Durumu" *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi,* 2019, ss. 37-46.

Çiftçi, Murat, "Türkiye'de 60 Yaş ve Üstü Nüfusun Sağlık Hizmetlerinin Bölgesel Dağılımından Sağladıkları Sosyal Fayda Düzeyleri," *Turkish Journal of Geriatrics*, Sayı: 13, Cilt: 4, 2010, ss. 252-260.

Çiftçi, Murat, "Türkiye'de Hekim Arzının Bölgesel Dağılım Eşitsizliği (1897–2004)", *İşletme ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, Sayı: 1, Cilt: 3, 2010, ss. 101–115.

Çoban, Hilmi, *Sağlık Ekonomisi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması*, (Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi), İzmir 2009.

Daştan, İlker ve Çetinkaya, Volkan, "OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması", *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Cilt: 5 Sayı: 1, 2015, ss. 104- 134.

Demirbilek, Sevda ve Çolak, Murat, "Sağlık Hizmetlerinde Kalite: Manisa İli Örneği", *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı: 2, Sonbahar 2008, ss. 91-111.

Derince, D. "Suriyeli Mülteci Çocuklar Özelinde: Savaş Mağduru Çocuklar ve Çocuk Sağlığı Sorunları", *Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, Sayı: 1, Cilt: 1, 2019, ss. 57-70.

Derviş, Emel, Nuriye, "Türkiye ve Dünyada Diş Hekimliği Yardımcılığı'nın Tarihsel Süreci", *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi,* Cilt: 7, Sayı: 1, 2019, ss. 96-107.

Dömbekçi, Akman, Hilal, vd., "Özel Hastane İşletmeciliğinin Mevcut Durumu ve Geleceği: Konya Örneği", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt: 21, Sayı: 4, 2018, ss. 675-697.

Duran, S., ve Albayrak, S., "Sağlık Çalışanlarının İletişim Becerileri ve Göçmenlerle Yaşadıkları İletişim Zorlukları", *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri,* Sayı: 12, Cilt: 3, 2020, ss. 355-365.

Durdu, Zafer, "Modern Devletin Dönüşümünde Bir Ara Dönem: Sosyal Refah Devleti", *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (İlke),* Sayı: 22, Bahar 2009, ss. 37-50.

Eke, Erdal ve Kişi, Merve, "Geçmişten Günümüze İngiltere Sağlık Politikaları: Ulusal Sağlık Sistemi Odaklı Güncel Bir Perspektif", *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi,* Cilt: 11, Sayı: 18, Haziran 2019, ss. 2689-2707.

Emini Tufan, Filiz, Teoride ve Uygulamada Sağlık Ekonomisi ve Politikaları Güncel Sorunlar ve Araştırmalar, "Tarihsel Perspektiften Türkiye'de İzlenen Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Reform", Rating Academy yayınları, 2018, Ankara.

Erbay, Ertuğrul, Recep, vd., International Balkan And Near Eastern Social Sciences Congress Series X. Ibaness Congress Series-Ohrid / Macedonıa "Avrupa Birliği Üyesi Ülkelerin Sağlık Sistemi ile Türk Sağlık Sisteminin Karşılaştırılması: Türkiye – Almanya Örneği", 27-28 Ekim 2018, ss. 1-638.

Erdem, Karadağ, Bilge, *Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sistemi ve Yapısal Düzenlemelerin Etkinliği,* (İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi), İstanbul 2010.

Erdoğan, Murat, Suriyeliler Barometresi 2019 - Suriyelilerle Uyum İçinde Yaşamın Çerçevesi, UNHCR, Orion Kitabevi, Ankara,2020, ss.28.

Erdoğmuş, Ersoy, *Hekim Hakları,* (İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi), İstanbul 2007.

Eriş, H., "Hekimlerin Şanlıurfa'daki Çalışma ve Yaşam Koşulları Hakkındaki Görüşleri", *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, Sayı: 16, Cilt: 2, 2019, ss. 399-409.

Eriş, H., ve Havlioğlu, S., "Suriyeli Sığınmacı Kamplarının Bulunduğu İlçelerde Çalışan Sağlık Personelinin İş Stres Seviyesi: Şanlıurfa Örneği", *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, Sayı: 16, Cilt: 3, 2019, ss. 435-442.

Eriş, H., Havlioğlu, S., Küçüközkan, Y., ve Özmen, S., "Suriyeli Mülteci Kamplarının Bulunduğu İlçelerde Çalışan Hemşire ve Ebelerin Tükenmişlik Seviyesi: Şanlıurfa örneği", *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, Sayı:3, Cilt: 3, 2017, ss. 326-339.

Göçer, Kenan, "Bezmiâlem Valide Sultan ve Gureba Hastanesi Vakfiyesi", *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,* Cilt: 4, Sayı: 1, 2014, ss. 123-150.

Gökçe, Ö. T., "Arap Baharı'nın Bir Varyantı Olarak Suriye İç Savaşı ve Esad Rejiminin Ayakta Kalma Nedenleri (2011-2014)", *Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı: 8, Cilt: 2, ss. 24-51.

Gönderen Çakmak, H. S., Özer Küçük, E, Ağadayı, E., ve Kahveci, R., " Bir Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Kültürlerarası Duyarlılıkları ve Göçmen Hastalar İle İlgili Görüşleri", *Ankara Medical Journal*, Sayı: *20,* Cilt: 4, 2020, ss. 882-894.

Gülşen, Mustafa, Alpin ve Yıldıran, Mustafa, "Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrasında Uygulanan Sağlık Regülasyonlarının Üniversite Hastanelerinin Mali Yapılarına Etkisi", *Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,* Cilt: 10, Sayı: 4, Ekim 2017, ss: 159-172.

Gültaç, A., ve Yalçın Balçık, P., "Suriyeli sığınmacılara yönelik sağlık politikaları.", *Sakarya Tıp Dergisi*, Sayı:8, Cilt: 2, 2018, ss. 193-204.

Gün, Mukadder, "Tıp Eğitiminde Öncü Kuruluşlar: Türkiye Trafik Kazaları Yardım Vakfı'nın Tarihsel Gelişimi", *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi",* Cilt: 7, Sayı: 4, Ekim-Kasım-Aralık 2018, ss. 3088-3102.

Güvercin, Ali, vd., "Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)", *Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, Cilt: 7, Sayı: 13, 2016, ss. 80-94.

Hadımlı, A., Koçak, Y. Ç., Şener, A. G., ve Üredi, N., " Ebelik Öğrencilerinin Klinik Uygulamaları Sırasında Mülteci/Sığınmacı Kadınlarla İletişimde Yaşadıkları Güçlükler", *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, Sayı:6, Cilt: 1, 2019, ss. 1-9.

Harunoğulları, M., "ABD ve Rusya'nın Suriye İç Savaşına Müdahalelerinin Jeopolitik Yaklaşımları", *Ortadoğu ve Göç*, Sayı: 11, Cilt: 1, 2021, ss. 43-84.

Hüseyinov, Namig, "Sosyal Güvenlik Sisteminin Tarihi Gelişimi ve Örnek Modeller", *Azerbaycan Respublikasında Devlət ve Hüquq Quruculuğunun Aktual Problemləri Elmi Məqalələr Mecmuası, 22 Buraxılış, 2008,* ss. 323-331.

Işıklı, İştar, Emel ve Suysal, Muhammet, "Tıbbi Sekreterlerin Yaşadığı Sorunların İncelenmesi: Düzce İlinde Bir Alan Araştırması", *Asya'dan Avrupa'ya Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi,* 2019, Sayı: 8, ss. 41-52.

İnandı, T., Bilgin, M. K., ve Eltaş, M. C., "Suriye Savaşı ve Halk Sağlığına Etkileri", *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, Sayı: 9, Cilt: 34, 2018, ss. 90-98.

Kalaça, Sibel, *"Sağlık Hizmetlerinin 65 Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ve Beş Yıllık Kalkınma Planları",* Füsun Sayek Ttb Raporları / Kitapları - 2011 Türkiye'de Sosyalleştirmenin 50 Yılı, Birinci Baskı, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ekim 2012, ss. 9-288.

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, *Kamu Hastaneleri İstatistik Raporu 2017*, Ankara, 2018.

Kantaş Yılmaz, F., ve Ergül, S., "Sağlık Politikası Analizi: Göçmen Sağlığı Kapsamında Suriyeli Sığınmacılar", *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, Sayı:*3,* Cilt: 2, 2021, ss. 119-128.

Karabulut, Umut, "Cumhuriyetin İlk Yıllarında Sağlık Hizmetlerine Toplu Bir Bakış: Dr. Refik Saydam'ın Sağlık Bakanlığı ve Hizmetleri (1925-1937)", *Çağdaş Türkiye Tarihi Araştırmaları Dergisi,* Sayı: 15, 2007, ss. 151-160.

Karaçam, Zekiye ve Eroğlu, Kafiye, "Hemşirelik ve Ebelik: Görev, Yetki ve Sorumluluklardaki Benzerlik ve Farklılıklar", *Lokman Hekim Dergisi,* Cilt: 9*,* Sayı: 2, 2019, ss. 211-227.

Karaman, İsmail, "Türkiye'nin Cumhuriyet Dönemindeki Ekonomik ve Sosyal Değişiklikler", *Türkiye Dergisi*, Eylül-Aralık 1998.

Karasioğlu, Fehmi ve Çam, Alper, Veli, "Sağlık İşletmelerinde Maliyet Analizi: Karaman Devlet Hastanesinde Birim Muayene Maliyetlerinin Hesaplanması", *Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi,* Cilt: 1, Sayı: 1, Haziran 2008, ss. 15-24.

Kasapoğlu, Aytül, "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü", *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi,* Cilt: 19, Sayı: 2, Ekim 2016, ss. 131-174.

Kenar, N., ve Abdullahoğlu, Z., "Ürdün'ün Suriyeli Mülteci Politikası", *Sakarya İktisat Dergisi,* Sayı: 10, Cilt: 3, ss. 296-320.

Kırılmaz, Harun, Amarat, Mustafa ve Ünal, Özgün, "Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Analizi", *Strategic Public Management Journal*, Cilt: 3, Sayı: 6, 2017, ss. 79- 104.

Kıvanç, Madenoğlu, Meral, "Evrensel Sağlık Bildirgeleri ve Türkiye'de Sağlık Reformları", *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi,* Cilt: 2, Sayı: 3, 2015, ss. 162-166.

Konal Korkmaz, E., Ateş, E., ve Ardahan, M., "Hemşirelik Öğrencilerinin Savaş Mağduru Bireylere Bakış Açısının Belirlenmesi", *Sağlık ve Toplum,* Sayı: 31, Cilt: 2, 2021, ss. 151-158.

Korkusuz, Refik ve Doğan, Burtan, Bahar, "Sağlık Hakkının Sosyal Güvenlik Sistemindeki Yeri ve Önemi ile Gelişim Sürecindeki Eğilimler", *Dicle Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,* Cilt:1 Sayı:1, Kış 2011, ss. 65-83.

Kördeve, M. K., "Suriyeli Mültecilerin Sağlık Hizmetlerine Erişimi: Bir Alan Araştırması", *Sağlık Yönetimi Dergisi*, Sayı: 1, Cilt: 2, 2017, ss. 1-12.

Kubar, Yeşim, Teoride ve Uygulamada Sağlık Ekonomisi ve Politikaları Güncel Sorunlar ve Araştırmlar, "Teorik Açıdan Sağlık Ekonomisi Analizi", Basım, Uzun Dijital Matbaa, Ekim 2018, ss. 1-595.

Kurt, Öner ve Şaşmaz, Tayyar, "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi: 1961-2003", *Lokman Hekim Journal,* Cilt: 2, Sayı: 1, 2012, ss. 7-159.

Kurt, Öner, Kentsel Bölgede Sağlık Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım Aile Hekimliği Ülkemiz İçin Uygun Bir Model Midir, "Ülkemizde Sağlık Hizmetlerine Erişim Sorunlu Mudur? AH Bu Sorunu Çözebilir mi?" Türk Tabipler Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Ekim 2007, Ankara, ss. 69-83.

Küçükkendirci, H., ve Batı, S., "Konya'da Sağlık Çalışanlarının Mülteci ve Sığınmacılara Bakış Açısının Değerlendirilmesi", *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, Sayı: 2, Cilt: 2, 2020, ss. 28-39.

Mertler, Atilla, Asuman, Karadoğan, Nursen ve Tatarhan Güler, "Türkiye'de Tıbbi Cihazların Sayısal Durumu ve OECD Ülkeleri ile Karşılaştırmaları", *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi,* Cilt: 1, Sayı: 1, 2015, ss. 52-70.

Mollahaliloğlu, Salih, vd., "Türk Sağlık Sektöründe Tıbbi Cihazların Sayısal Durumu, Bölgesel Dağılımı ve OECD Ülkeleri İle Karşılaştırmalar", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt: 12, Sayı: 1, 2009, ss. 70-85.

Oral, Gediz, Burcu ve Sayın, Ferhan, "Bölgesel Eşitsizliklerin Sağlık Göstergeleri İle Analizi: Manisa İlinin Sağlık Statüsü", *CBÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt: 11, Sayı: 3, Aralık 2013, ss. 395-410.

Önder, N., "Türkiye'de geçici koruma altındaki Suriyelilere yönelik sağlık politikalarının analizi", *Göç Araştırmaları Dergisi*, Sayı: 5, Cilt: 1, 2019, ss. 110-165.

Özgülbaş, Nermin, vd., "Özel Hastane Sektörünün Finansal Değerlendirmesi", ss. 120-131.

Özkan, Şirin ve Uydacı, Mert, "Kamu Hastanelerinde İş Yüküne Dayalı Hemşire İşgücü Gereksiniminin Belirlenmesi", *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi,* Cilt: 3, Sayı: 7, 2020, ss. 339-350.

Özkan, Şirin ve Uydacı, Mert, "Türkiye'de Sağlık Sektöründe İnsan Kaynakları Sisteminin İncelemesi", *Marmara Üniversitesi Öneri Dergisi*, Cilt: 11, Sayı: 44, Temmuz 2015, ss. 221-238.

Özkaya, Nesrin, ve Elbuken, Burcu "Sağlık Profesyonellerinin Hatalı Tıbbi Uygulamalarından Doğan Yasal Sorumlulukları: Hekim Haricindeki Sağlık Meslekleri Özelinde", *Sağlık ve Sosyal Politikalara Bakış Dergisi,* Cilt: 2, Sayı: 2, Güz 2018, ss. 109-128.

Öztürk, S., ve Çoltu, S., "Suriyeli Mültecilerin Türkiye Ekonomisine Etkileri", *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, Sayı: 7, Cilt: 13, 2018, ss. 188-198.

Pala, Kayıhan," S*osyalleştirme Sürecine Koşut 37 Dünyada Sağlık Sistemleri: Ülke Örnekleri",* Füsun Sayek Ttb Raporları / Kitapları - 2011 Türkiye'de

Sosyalleştirmenin 50 Yılı, Birinci Baskı, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ekim 2012, ss. 9-288.

Payza, Umut, Karakaya, Zeynep ve Topal, Fatih, Esad, "Çözümlenemeyen Bir Halk Sağlığı Sorunu; Acil Servislerin Uygunsuz Kullanımı ve Hastaların Bakış Açıları", *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi,* Cilt: 7, Sayı: 3, 2020, ss. 251-256.

Pepe, M., ve Yiğit, R., "Çocuk Sağlığı Bağlamında Savaş, Göç ve Pediatri Hemşireliği", *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, Sayı: 6, Cilt: 2, ss. 121-126.

Pirinççi, F., "Suriye'ye Komşu Ülkelerin Suriyeli Mültecilere Yönelik Politikaları", *Tesam Akademi,* Sayı:5, Cilt: 2, 2018, ss. 39-60.

Recep, Fedai, "Sağlıkta Dönüşüm Programının Öncesi: Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi: 1923-2003", *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi,* Cilt: 8, Sayı: 2, 2019, ss. 2011-2032.

Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, *80. Yılda Tedavi Hizmetleri (1923-2003),* Ankara, 2004.

Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, *Sağlık İstatistikleri Yılığı 2018,* Ankara, 2019.

Sargutan, Erdal, "Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı ", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi,* Cilt: 8, Sayı: 3, 2005, ss. 401-428.

Savaş, Halil ve Kesmez, Gülderen, Ayşe, "Hizmet Kalitesinin Servqual Modeli ile Ölçülmesi: Aile Sağlığı Merkezleri Üzerine Bir Araştırma", *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* Sayı: 17, 2014, ss. 1-13.

Sayım, Ferhat ve Aydın Volkan "Hizmet Sektörü Özellikleri ve Sistematik Olmayan Risklerin Sektör Menkul Kıymetleri İle Etkileşimine Dair Teorik Bir Çalışma", *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Sayı: 29, ss. 245-262.

Sezen, İ., Turan, M., ve Kaya, A. A., "Türkiye'deki Suriyeli Misafirler ve İlişkilendirilen Bulaşıcı Hastalıklar", *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, Sayı: 7, Cilt: 4, 2018, ss. 119-127.

Sezer, Mustafa Serdar ve Yıldız, Mete, "Türkiye'de Bir Kamu Politikası Sorunu Olarak Yabancı Doktor İstihdamı: Avustralya, Birleşik Krallık ve Kanada Örnekleri", *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,* Cilt: 11, Sayı: 3, 2009, ss. 43-78.

Somunoğlu, Sinem, "Kavramsal Açıdan Sağlık", *Hacettepe Sağlık Hizmetleri Dergisi,* Cilt: 4, Sayı: 1, Sonbahar 1999, ss. 52-62.

Soysal, A., ve Erkek, S., Sağlık Hizmetleri Sunumunda Suriyeli Hastalarla Karşılaşılan Sorunlar: Gaziantep İlinde Bir Araştırma., *II. Uluslararası Kahramanmaraş Yönetim, Ekonomi ve Siyaset Kongresi 11- 12 Nisan 2019 Kahramanmaraş Tam Metin Bildiriler Kitabı*, ss. 13-25.

Söyük, Selma ve Kurtuluş, Arslan, Sümeyye, "Acil Servislerde Yaşanan Sorunların Çalışanlar Gözünden Değerlendirilmesi", *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,* Cilt: 6, Sayı: 4, 2017, ss. 44-56.

Şahinli, S., "Suriyeli Mülteci Krizine Yönelik Türkiye'nin Sağlık Politikaları", *Sosyal Çalışmalar Üzerine Akademik Perspektif Dergisi*, Sayı: 1, 2021, ss. 32-44.

Şantaş, Fatih, Özer, Özlem ve Çıraklı, Ümit, "Türk Kalkınma Planlarında Sağlık İnsan Gücü Planlaması", *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,* Cilt: 2, Sayı: 2, 2012, ss. 45-59.

Şensoy, Nazlı, vd., "Umurlu Aile Hekimliği Merkezi'nde Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Profili: Aile Hekimliği Alan Eğitimi Gereksinimini Ne Ölçüde Karşılıyor?", *Kocatepe Tıp Dergisi*, Cilt: 10, Ocak-Mayıs-Eylül 2009, ss. 49-56.

Şimşek, D., "Mülteci Entegrasyonu, Göç Politikaları ve Sosyal Sınıf: Türkiye'deki Suriyeli Mülteciler Örneği", *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 2018, ss. 367-392.

T.C Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018*, Ankara, 2019.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2011), Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011), Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.

Tanrıverdi, A., ve Ulu, M., "Geçici Koruma Altına Alınan Suriyelilerde Göç, Kültürleşme/Kültürel Uyum ve Din İlişkisi: Kayseri Örneği", *Bilimname, Sayı:* 43, 2020, ss. 169-212.

Taşlıyan, Mustafa ve Arı, Ülkü, Nazmiye, "Bölgesel Kalkınma Potansiyelinin Harekete Geçirilmesinde Sağlık Sektörünün Yeri Üzerine Bir Araştırma", *II. Bölgesel Sorunlar ve Türkiye Sempozyumu 1-2 Ekim 2012,* ss. 412-418.

Toprak, Metin, vd., "Türk Yükseköğreniminin Görünümü: Betimsel Bir Analiz", *Üniversite Araştırmaları Dergisi,* Cilt: 2, Sayı: 2, Nisan 2019, ss. 113-130.

Tunca, H. Ö., ve Karadağ, A., "Suriye'den Türkiye'ye Göç: Tehditler ve Fırsatlar", *Kara Harp Okulu Bilim Dergisi*, Sayı:28, Cilt: 2, 2018, ss. 47-68.

Tuncel, G., ve Ekici, S., "Göçün siyasal etkisi: Suriyeli göçmenlerin Türkiye siyasetine etkisi", *Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi*, Sayı:9, Cilt: 2, 2019, ss. 48-72.

TÜİK, *Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları*, https://biruni.tuik.gov.tr/medas/, Erişim: 11.02.2022

TÜİK, *Sağlık İstatistikleri*, https://biruni.tuik.gov.tr/medas/, Erişim: 11.02.2022.

Yaradılmış, Emine*, "Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniğine Başvuran Hastaların Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşunu Tercih Nedenlerinin İncelenmesi",* (Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi), Ağustos 2019.

Yavuz, Mehtap ve Döven, Musa, Sait, "Misyon ve Vizyon İfadeleri Kurumu İfade Etmekte midir: Kamu Hastane Birlikleri Örneği", *Stratejik Yönetim Araştırmaları Dergisi,* Cilt: 1, Sayı: 1, 2018, ss. 1-141.

Yavuz, Ö., "Türkiye'deki Suriyeli Mültecilere Yapılan Sağlık Yardımların Yasal ve Etik Temelleri", *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı: 12, Cilt: 30, 2015, ss. 265-280.

Yazgan, Murat, *Sağlık İşletmelerinde, Hizmet Kalitesinin Sağlık Hizmeti Sunan ve Sağlık Hizmeti Alan Taraflarca Değerlendirilmesi,* (Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi), İzmir 2009.

Yeginboy, Yasemin ve Sayın, Şefket, K., "Cumhuriyet Döneminden Bugüne Sağlık Politikaları ve Sorunları", *2. Ulusal İktisat Kongresi, İzmir, 20-22 Şubat 2008.*

Yener, Erol, ve Öksüz, Sezer, "Özel Hastanelerin Karşılaştığı Finansal Sorunların Tespiti ve Çözüm Önerileri", *Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt: 10, Sayı: 2, Nisan 2017, ss. 222-246.

Yenihan, Bora, "Bir Sosyal Politika Aracı Olarak Sosyal Güvenlik: Dünya'da ve Türkiye'de Gelişimi Üzerine Bir İnceleme", *Yönetim Bilimleri Dergisi,* Cilt: 15, Sayı: 30, 2017, ss. 177-196.

Yıldırım, Hasan Hüseyin ve Konca Murat, Türkiye'de Özel Sağlık Kurumları Sektörü: Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri, Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü, TÜSPE Analiz 2018/5.

Yıldırım, J. G., "Suriyeli Mültecilere bakım veren hemşire öğrencilerin deneyimleri: Olgubilim Çalışması", *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, Sayı: 28, Cilt: 4, 2019, ss. 263-271.

Yıldız, Hakan ve Aydın, Recai, "Cumhuriyet'ten Günümüze Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi", International Mediterranean Social Sciences Congress (Mecas), Cilt: 3, Sayı: 4, 2019, ss. 11-389.

Yılmaz, Akgül, Gülay, vd., "Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Hizmeti Memnuniyeti: İstanbul Örneği", *Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, Cilt: 40, Sayı: 2, Aralık 2018, ss. 347-369.

Yılmaz, Gözde, "Türkiye Sağlık Sisteminde Reformlar ve Politika Transferi", *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi",* Sayı: 41, Temmuz-Aralık 2018, ss. 179-206.

Yılmaz, Olcay, *Üniversite Öğrencilerinin Kariyer Yönelimlerinin "Kariyer Dünyası Haritası" Üzerinde Karma Desenle İncelenmesi: Psikolojik Danışma ve Rehberlik Örneği,* (Hacettepe Üniversitesi, Eğitim Bilimleri, Doktora Tezi), Ankara 2016.

Yurtseven, A., Özcan, G., ve Saz, E. U., "Çocuk Acil Servise Başvuran Suriyeli Hastalarla Türk Hastaların Karşılaştırılması: Ege Üniversitesi Deneyimi", *Turk J Pediatr Emerg Intensive Care Med (CAYD),* Sayı:2, Cilt: 3, 2015, ss. 133-136.

Zengin, M., Düken, M. E., Yayan, E. H., ve Yeliz, S. U. N. A., "Hemşirelerin Suriyeli Çocuklara Bakım Verirken Yaşadığı Güçlükler", *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, Sayı: 9, Cilt: 1, 2021, ss. 252-263.

Çevik, Kırcı, Nükhet ve Yüksel, Onur, "Türkiye, Almanya ve Hindistan Sağlık Sistemi Göstergeleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz", Uluslararası Yönetim, Ekonomi ve Politika Kongresi 2018 Güz İstanbul/Türkiye 1-2 Aralık, 2018, ss. 1-1283.

1219 Sayılı ve 11.04.1928 Tarihli Tababet ve Şubuatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun

1750 Sayılı Resmi Gazete ve 20.06.1973 Tarihli Üniversiteler Kanunu.

5634 Sayılı ve 25.04.2007 Tarihli Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun.