KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi (KMUSEKAD)
KMU Journal of Social and Economic Research
Yıl/Year: 2025, 27(50): 1648-1664

Geliş/Received: 26.11.2024
Kabul/Accepted: 10.12.2025
Doi: 10.18493/kmusekad.1591854

SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİM VE EŞİTLİKTE KAMU POLİTİKALARININ ÖNEMİ*

Mehmet YILDIZ[1], Erhan GÜMÜŞ[2], Ahmet TUNÇ[3]

Öz

Sağlıkta eşitsizlik, ekonomik, sosyal, kültürel, politik, sınıfsal ve benzeri nedenlerle, toplumun farklı katmanlarında önlenebilir ve kabul edilemez sağlık farklılıklarının yaratılmasıdır. Bu eşitsizlikler bireysel değil, toplumsal farklılıklardan kaynaklanmaktadır. Literatürde, sağlıkta eşitsizlikleri açıklayan araştırmaların çoğunlukla sosyolojik ya da sağlık ekonomisi ekseninde yoğunlaştığı ve kamu politikası perspektifiyle bütüncül bir değerlendirme sunmadıkları tespit edilmiş olup, bu çalışmada toplumdaki tüm bireylerin sağlık hizmetlerine erişimde eşit ve kolay ulaşabilir olmalarında kamu politikalarının önemi ve etkisinin tartışılması amaçlanmıştır. Amaç doğrultusunda derleme metodunda inceleme yapılarak literatürdeki boşluğun giderilmesi sağlanmıştır. Çalışmada elde edilen bilgilere göre dünya genelinde eşitsizliğin artması, özellikle neoliberalizmin yaygınlaşmasının ardından günümüzün en önemli sorunlarından biridir. Sağlık eşitliği, herkes için sağlık hizmetlerine eşit erişim sağlanmasıdır ve mevcut kaynakların dezavantajlı gruplara adil bir şekilde dağıtılması ve gelirden daha fazla vergi anlayışıyla bir vergi sisteminin oluşturulması önemlidir. Fiziksel ve çevresel özelliklerin iyileştirilmesi sağlığa eşit erişimde önemlidir. Toplumsal eşitsizlik konusunda toplumsal farkındalığın artırılmasına ve halkın politikalar konusunda bilgilendirilmesine ihtiyaç vardır. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumunda yaşanan büyük değişiklikler, devletin sağlık hizmetlerinden çekilmesi ve özel sektörün önceliğini alması üzerinde etkili olmuştur. Piyasa felsefesinin yaygınlaşması, farklılıkların derinleşmesinde önemli bir faktördür. Sağlıkta eşitsizliklerin azaltılması için kamu ve özel sektörler arasında iş birliği şarttır. Eşitlik temelinde toplumsal yaşam geliştirilmeli ve politikalar bu çerçevede şekillendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kamu Politikaları, Sağlık Hizmetlerinde Eşitlik, Sağlık Hizmetlerine Erişim
JEL Sınıflandırması: I10, I18, I19

THE IMPORTANCE OF PUBLIC POLICIES IN EQUALITY AND ACCESS TO HEALTH SERVICES

Abstract

Health inequality is the creation of preventable and unacceptable health disparities across different segments of society due to economic, social, cultural, political, class, and similar reasons. These inequalities stem not from individual but from societal differences. It has been determined that studies explaining health inequalities in the literature are largely focused on sociological or health economics and do not offer a holistic assessment from a public policy perspective. This study aims to discuss the importance and impact of public policies in ensuring equal and easy access to health services for all individuals in society. A review using a compilation method was employed to address this gap in the literature. According to the information obtained in the study, the rise in inequality worldwide is one of the most significant problems of our time, especially following the spread of neoliberalism. Health equity means ensuring equal access to health services for all, and it is crucial to distribute existing resources fairly among disadvantaged groups and to establish a tax system that prioritizes taxes over income. Improving physical and environmental conditions is crucial for equal access to health. There is a need to raise public awareness of social inequality and inform the public about policies. Major changes in the delivery of healthcare in Türkiye have led to the state withdrawing from healthcare services and prioritizing the private sector. The spread of the market philosophy is a significant factor in widening disparities. Collaboration between the public and private sectors is essential to reduce health inequalities. Social life must be developed on the basis of equality, and policies should be shaped within this framework.

Keywords: Public Policies, Equality in Health Services, Access to Health Services.
JEL Classification: I10,I18,I19

* Bu makale 12-15 Eylül 2024 tarihleri arasında Kuzey Makedonya Üsküp'te düzenlenen 25. Uluslararası Kamu Yönetimi Forumu'nda (KAYFOR25) aynı başlıkla sunulan ve özeti KAYFOR 25 bildiri özet kitabında yer alan bildirinin tam metin hâlidir

[1] Bilim Uzm., Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi, e-posta: yldzml@gmail.com, ORCID iD: https://orcid.org/my-orcid?orcid=0000-0003-4472-7220
[2] Prof. Dr., Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Siyasal Bilgiler Fakültesi, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi, e-posta: erhang@comu.edu.tr, ORCID iD: https://orcid.org/my-orcid?orcid=0000-0002-5113-1006
[3] Prof. Dr., Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Siyasal Bilgiler Fakültesi, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi, e-posta: ahmet.tunç@kmu.edu.tr, ORCID iD: https://orcid.org/my-orcid?orcid=0000-0003-0106-2599

1.GİRİŞ

Sağlık hizmetleri temel amaç olarak bireyin ve toplumun bedensel, ruhsal aynı zamanda sosyal sağlığını korumak, geliştirmek ve muhafaza etmektir. Sağlık hizmetlerine erişim bir insan hakkı olarak kabul edilmekte ve herkesin bu hizmetlere eşit şekilde erişmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerine adil erişim, dezavantajlı grupların bu hizmetlere kolaylıkla ulaşabilmesini içermektedir. Sağlık hizmetlerini erişilebilirlik ve eşitliğin göstergesi olarak kabul etmek, erişim eşitsizliklerini ortaya çıkarmaktadır. Bireylerin ve toplumların sağlıklı yaşam sürdürebilmeleri için sağlık hizmetlerine erişim hayati önem taşımaktadır.

Kamu politikaları, sağlık hizmetlerine erişim ve eşitlik konusunda önemli bir rol oynamaktadır. Sağlık hizmetlerine erişimin sağlanması, maliyetlerin uygun olması, kültürel kabul edilebilirliği ve coğrafi erişimi de kapsamaktadır. Kamu politikaları, ekonomik engelleri ortadan kaldırarak sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırabilir ve dezavantajlı gruplara destek olabilir. Sağlık politikalarının uygulanması, toplumsal eşitliği sağlamada ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasında önemlidir. Sağlık hizmetlerine erişimde eşitlik ve kalite standartlarının belirlenmesi, sağlık alanında önemli adımların atılmasını sağlar.

Bu çalışmada kullanılan kamu politikası perspektifi, devletin sağlık hizmetlerini düzenleme, finanse etme, sunma ve denetleme süreçlerini bütüncül bir çerçevede ele alan analitik bir yaklaşıma karşılık gelmektedir. Bu perspektif, sağlık hizmetlerine erişimi sadece bireysel veya sosyoekonomik faktörlerin sonucu olarak değil, aynı zamanda politika tasarımı, kaynak tahsisi, uygulama araçları, kurumlar arası koordinasyon ve hukuki düzenlemeler gibi kamu müdahalelerinin niteliğiyle şekillenen bir süreç olarak değerlendirmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerine erişimde ortaya çıkan eşitsizlikler, kamu politikalarının etkinliği, kapsayıcılığı ve dağıtım adaleti açısından incelenmekte; erişimdeki farklılıklar, devletin tercih ettiği politika modellerinin sonuçları üzerinden analiz edilmektedir. Bu yönüyle kamu politikası yaklaşımı, sağlık hizmetlerine erişimi sadece bir sosyal sorun olarak değil, aynı zamanda devletin karar alma mekanizmalarının ürettiği sonuçlarla birlikte okumayı mümkün kılmaktadır. Gelecekte, politika yapıcıların kanıta dayalı politika oluşturma ve paydaşlarla iş birliği yaparak sağlık hizmetlerine erişim ve eşitlik konularına önem vermeye devam etmeleri gerekmektedir. Hükümetler, sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak için sosyal belirleyicileri ele almalı, sağlık hizmetleri altyapısına yatırım yapmalı ve sağlık personelinin eğitimine destek sağlamalıdır. Kamu politikaları, sağlık hizmetlerine erişimde eşitliği sağlamak ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak için hayati öneme sahiptir. Kamu politikası literatürü sağlık hizmetlerine erişimi, devletin politika tasarımı, araç seçimi, uygulama kapasitesi ve dağıtım sonuçları üzerinden analiz etmektedir. Bu bağlamda sağlık politikaları; finansman araçları, hizmet sunum modelleri, düzenleyici araçlar ve kalite standartları, dijital kamu hizmetleri gibi farklı politika araçlarıyla şekillenmektedir. Kamu politikası teorisine göre bir müdahalenin eşitlik yaratma kapasitesi, seçilen araçların hedef grubun özelliklerine uygunluğu, devletin uygulama gücü, kurumsal yapı ve sosyal bağlam tarafından belirlenmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerine erişimdeki farklılıklar, yalnızca sağlık sektörünün teknik dinamiklerinden değil, aynı zamanda kamu politikasının tasarım ve uygulama mantığından kaynaklanmaktadır. Bu çalışmada da toplumdaki tüm bireylerin sağlık hizmetlerine erişimde eşit ve kolay ulaşabilir olmalarında kamu politikalarının önemi ve etkisinin tartışılması amaçlanmıştır. Literatürde, sağlıkta eşitsizlikleri açıklayan araştırmalar çoğunlukla sosyolojik ya da sağlık ekonomisi ekseninde yoğunlaşmakta, kamu politikası perspektifiyle bütüncül bir değerlendirme sınırlı kalmaktadır. Bu bağlamda, çalışmamızın temel araştırma sorusu *"Türkiye'nin son yirmi yılda uyguladığı sağlık politikaları, hizmetlere eşit erişim üzerinde nasıl bir etki yaratmıştır?"* olarak belirlenmiştir ve derleme yöntemiyle ulusal ve uluslararası literatürdeki bulgular karşılaştırmalı olarak sentezlenerek mevcut yaklaşımların politika yapıcılar açısından eksik kalan yönlerinin tartışılması sağlanmıştır. Çalışmada

belirli bir kamu politikası türünün savunulmasından ziyade, sağlık hizmetlerine erişim ve eşitlik sorununu kamu politikası perspektifinden kavramsal olarak incelenmesi ve bunların Türkiye bağlamında uygulanabilirliğini değerlendirilmiştir. Çalışma nitel araştırma yöntemlerinden doküman analizi ve kavramsal derleme niteliğindedir. Bu doğrultuda Türkiye'de sağlık politikalarının sağlık hizmetlerine erişim ve eşitlik üzerindeki etkilerini kamu politikası literatürü çerçevesinde değerlendirilmesini sağlayan kavramsal bir analiz yaklaşımı benimsemiştir.

2. SAĞLIK HİZMETLERİ VE ÖZELLİKLERİ

Sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis ve tedavisinin yanı sıra bireyin ve toplumun sağlığının korunması yoluyla sağlığın sağlanması sürecidir. Bu süreçlerde uygulanan tedaviler, bakım hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık kavramının bir bütün olarak ele aldığı bir alanı oluşturmaktadır (Karabulut ve Yapraklı, 2001). Koruyucu sağlık hizmetlerinin bireysel sağlık üzerindeki en önemli etkisi, bu sağlık hizmetinin kullanılması ya da tam tersi kullanılmamasıdır (Yazgan,2009). Bireylerin hastalıklarının tedavisine ilişkin tıbbi ihtiyaçlarının karşılanması, psikolojik durumları, daha önce tedavi gördükleri diğer sağlık kuruluşlarında edindikleri bilgi ve deneyimler, toplumdaki statüleri ve kaliteyi algılama biçimleri de bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerinden bekledikleri hizmeti etkileyen faktörlerdir. Sağlık hizmetleri, kişisel sağlığın korunmasını, sağlığa zararlı faktörlerin ortadan kaldırılmasını, hayatını kaybedenlere yardım sağlanmasını, fiziksel ve zihinsel yeteneklerini kaybedenlerin ise rehabilitasyonu süreçlerini sağlamaktadır (Altay, 2007).

Sağlık hizmetlerinin amacı bireysel sağlığın sağlanması ve sürdürülmesidir. Ayrıca etkili hastalık önleme tedbirlerine rağmen kişinin sağlığı bozulabilir. Sağlığını kaybetmiş kişiler ilaç sayesinde hastalıklarından kurtulabilir ve sağlıklarına kavuşabilirler. Dünya üzerinde fiziksel ya da zihinsel bozukluk nedeniyle sağlığına kavuşamayan kişilerin normal insanlar gibi işlev görmelerini sağlayacak rehabilitasyon yöntemlerinin kullanılması sağlık hizmetlerinin amaçlarından biridir. Sağlık hizmetlerinde farklı özellikler yer almaktadır. (Öztekin, 2015). Öncelikle sağlık sisteminde arz ve talep arasında bir denge vardır. Nitekim sağlık sektöründe tüketiciler satın aldıkları mal ve hizmetlerin miktar ve kalitesini belirleyememektedirler. Diğer pazarlardaki mal ve hizmetlerin aksine sağlık standartlaştırılmamıştır. Müşterilerin satın aldıkları hizmetin kalitesi hakkında söyleyecek çok şeyi vardır. Hastanın hastalık riskine göre katlandığı maliyetlerin kesinliği ve şeffaflığı olmadığından sağlık hizmetlerinin tüketimi öngörülemez. Bu durum sağlık hizmetlerine olan talepte dengesizlik yaratmaktadır. İnsanlar hizmetlerin kalitesini farklı değerlendirebilmektedir ve bu hizmetlerin tutarlılığını sağlamak da zordur ancak bu hizmetler devredilemez ve ertelenemez özelliklerdedir. Sağlık sisteminde maliyet ve fayda arasında zayıf bir bağlantı vardır (Akdur, 1998; Sayım, 2015).

2.1. Bireylerin Sağlık Hizmeti Alma Hakkı

Sağlık hizmeti alıcılarının bu özelliklerden memnun kalması ve hasta haklarına saygı gösterilmesi için uygulama kolaylığı, kalite, süreklilik ve verimlilik gibi özelliklerin karşılanması gerekmektedir. Bireyin bu özelliklerini değerlendirebilmesi için sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerin ve genel olarak toplumun, sunulan hizmetleri etik, hasta hakları ve kalitesi açısından değerlendirmesi ve gerekiyorsa personel ve yönetim eksikliklerini değerlendirmesi gerekmektedir. Bireyler memnuniyetsizlikleri konusunda bilgilendirilmeleri ve bu konuda eğitim almaları teşvik edilmelidir (Emre ve Sert, 2014). Hasta hakları çerçevesinde sağlık hizmetlerinin bu özelliklere sahip olması gerekmektedir (Zengin, 2010; Kol, 2015; Avşar, 2019):

- Kullanımı ve Bulunması Kolay: Bireylerin hizmete ihtiyaç duydukları yer ve zamanda ulaşma ve ihtiyaç duydukları hizmetleri yeterli düzeyde kullanma hakkıdır. Hizmet sunucuları açısından ise hizmeti verenlerin ihtiyaç duyduğu ilaç, ekipman ve diğer hizmetlere kolay erişim ve kullanım gerektirir.

- Kalite: Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı, hizmetlerin sunulma biçiminin bireylerin beklentilerine, değerlere ve bilimsel normlara uygunluğudur. Ayrıca bu kalitenin karşılanması, hizmetlerin mesleki kuruluşlar ve kalite kuruluşları tarafından belirlenen standartlara uygun olmasını gerektirir.
- Süreklilik: Sağlık hizmetlerinin sürekliliği esastır. Sürekli sağlık bakımına ihtiyaç duyan bir hastaya bu hizmetlerin sağlanması, İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nde kutsal bir haktır. Sağlık hizmetlerinin ve bakım birimlerinin devamlılığının ve kişiler arası koordinasyonun sağlanması için sağlık hizmetlerinin sürekliliği esastır. Koordinasyon birimleri halkın ihtiyaç duyduğu tüm hizmetleri doğrudan sağlamasa da koordinasyonla hasta memnuniyetini sağlar.
- Gerekçe: Verimlilik, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların verimli kullanılmasıdır. Etkili bir şekilde sağlık hizmetlerinin maliyetlerini azaltmak, gerekli hizmetlere kaynak oluşturmak ve insanların bu hizmetlerden yararlanma fırsatlarını artırmak mümkündür. Sağlık çalışanlarının hizmet türüne, eğitim durumuna ve deneyimlerine göre ücret alması önemlidir. Aksi takdirde hasta hakları ihlal edilir ve kaliteli hizmet verilemeyebilir.

Etkin yönetimle kaynakların etkin ve verimli kullanılması, sağlık hizmetlerinin kalitesinin güvence altına alınmasını sağlar. Yöneticilerin bunda önemli bir rolü var. Bu tür etkin bir yönetim, hastaların haklarını ve hasta memnuniyetini daha iyi koruyacaktır çünkü sağlık hizmetlerinin kalitesi iyi olacağı düşünülmektedir (Bayram, 2021).

2.2. Sağlık Hizmetleri Türleri

Sağlık hizmetleri, genellikle üç ana kategoriye ayrılır: koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon odaklı sağlık hizmetleri. Koruyucu sağlık hizmetleri, bireylerin ve toplumun kısa ve uzun vadede karşılaşabilecekleri çeşitli hastalık risklerini en aza indirmeyi ve böylece sağlıklı yaşam potansiyelini koruyarak yaşam standardını iyileştirmeyi amaçlayan hizmetlerdir (Yıldız, 2008). Yayılma olasılığı yüksek olan hastalıkların önlenmesi, bireylerin bağışıklık sistemlerinin bu hastalıklara karşı dirençli hale getirilmesiyle mümkün olabileceğinden, bireylere yönelik yapılacak koruyucu sağlık hizmetleri esas itibarıyla toplumu salgın hastalıklardan korur (Akgün, 2017).Ülkelerin salgınlarla karşılaşma ihtimaline karşı, sağlık hizmetlerinin yeterliliği ve planlı öngörüler, salgın sürecinin yönetiminde etkili stratejilerin uygulanmasını destekleyen önemli bir faktör olarak değerlendirilmektedir. (Tunç ve Atıcı, 2020). Toplum sağlığını tehdit eden çevresel etmenlerin ortadan kaldırılması, orta ve uzun vadede oluşabilecek sosyal riskleri ve maliyetleri en aza indirmeye yardımcı olmaktadır. Toplumun birlikte yaşamını sürdürdüğü bir ortamda, bulaşıcı hastalıkların riskinin azaltılması, bireylerin birbirleriyle rekabet etmeden, ortak bir toplumsal fayda alanı oluşturmasına katkı sağlayacaktır. (Kılıç ve Çalışkan, 2013).

Tıbbi tedavi hizmetleri, kişinin hastalığı sonrasında yapılan bir dizi test, muayene ve tedavi işlemlerini içeren hizmetler bütünü olarak tanımlanmaktadır. Rehabilite edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha pahalı olup, özel tesis, personel ve donanım gerektirmektedir. Ayrıca sağlık hizmetleri açısından toplumsal fayda doğsa da burada bireysel fayda daha önemlidir. Çünkü insanlar sağlıklarının kötü olması, birçok sosyal ve ekonomik aktiviteyi gerçekleştirememeleri nedeniyle bir an önce eski alışkanlıklarına dönmek istiyorlar. Bu arzu kişinin mutluluğunu artıran, sağlığına kavuşturan unsurdur (Akdur, 2000; Saltık, 2019). Deprem, yangın, trafik kazası veya beklenmeyen olaylar gibi ağır bir hastalık veya doğal afet sonucu bedensel veya ruhsal yönden engelli hale gelen bireylerin, fiziksel ve sosyal yönden sosyoekonomik hayata dönmelerini ve bu sayede moral ve sağlıklarını yeniden kazanmalarını, topluma kazandırılmalarını amaçlayan hizmet türü rehabilitasyon sağlık hizmetleridir. Rehabilitasyon sağlık hizmetleri, tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere iki alt bileşenden oluşmaktadır. Tıbbi rehabilitasyon, zihinsel veya fiziksel olarak çalışma

yeteneklerini tamamen veya kısmen kaybetmiş olan bireylere ortez, protez, işitme cihazı ve tekerlekli sandalye gibi araçlarla bu yeteneklerini mümkün olduğunca geri kazandırmayı amaçlar. Sosyal rehabilitasyon, engelli bireyin yakın çevresiyle ve toplumla bütünleşmesini, yeni işler öğrenme yeteneği kazanmasını, sosyal, kültürel ve ekonomik hayata katılımını sağlamayı ve bu süreci hızlandırmak üzerine yoğunlaşmaktadır (Erdemir ve Seyran, 2023).

3. SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİM

Sağlık hizmetlerine erişimin tanımı ve sınıflandırılmasına yönelik araştırmalar 1960'lı yıllardan itibaren artış göstermiştir. Bu dönemde yayınlanan çalışmalarda erişim farklı yönleriyle ele alınmıştır. Erişimdeki ilk önemli faktör finansman olup, finansmanın iyi koşullarla sağlanamaması erişimdeki en büyük engel olarak kabul edilmektedir (Yetim ve Çelik, 2020). Dolayısıyla erişimi açıklamak için kullanılan tanımlar sosyo-ekonomiktir. Aynı zamanda sağlık durumu ve sağlık bakımı için ödeme gücü gibi ekonomik faktörleri de içerir. Vatandaşların sağlık hizmetlerine uygun erişimi için sağlık sisteminin, kişinin ve yaşadığı çevrenin özellikleri önemli olmaktadır. Literatürde bazı araştırmacılar tarafından kişinin ve sistemin özelliklerine ilişkin bir model ortaya konularak açıklanan bütünleşme, bazı araştırmacılar tarafından ise sistemler arasındaki etkileşimde ortaya çıkan bir uyum noktası olarak kabul edilmiştir (Tekingündüz ve ark., 2016). Bu durum bazen kapsayıcılık kavramının araştırmacılar tarafından karmaşık bir kavram olarak ele alındığı anlamına gelmektedir. Ancak erişimin toplumlara göre farklılık göstermesi, sistem ve toplumsal koşullar tarafından oluşturulan bir kavramdır ve sonuçta bu koşulların etkisiyle farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Erişim tanımı ve ek tanımın yer aldığı sınıflandırmalarda farklı erişim tanımları sunulmaktadır (Paköz, 2014).

Kavramsal bütünleşmeyi sağlamaya yönelik ilk yaklaşımlardan biri, Aday ve Andersen (1974) tarafından geliştirilmiştir. Bu yaklaşıma göre erişim, sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştıran ya da engelleyen faktörlerin (hizmet sunum sisteminin özellikleri, bireysel durumlar, politik etkiler) etkileşimi sonucunda ortaya çıkan sonuçlar (hizmet kullanımı, memnuniyet) olarak tanımlanabilir. Sistemin Özellikleri kapsamında hizmetin yapısı, kaynakların erişilebilirliği, dağılımı ve sunum şekli gibi unsurlar incelenir. Sağlık sisteminin altyapısı, bireylerin hizmetlere ulaşım kolaylığını etkiler ve hizmet sunumunda yaşanan eksiklikler ya da fazlalıklar, insanların sağlık hizmetlerini kullanım düzeyini doğrudan etkileyebilmekte iken; bireysel koşullar, hizmete erişimde önemli rol oynayan bireysel özelliklerdir. Bireylerin sosyoekonomik durumları, sağlıkla ilgili inançları, demografik özellikleri (yaş, cinsiyet) ve sağlık ihtiyaçları gibi faktörler bu başlık altında toplanmaktadır. Ayrıca politik faktörler ise sağlık politikaları, yasal düzenlemeler ve toplumdaki genel sağlık politikalarıyla ilgili uygulamaları içerir. Politik faktörler, hizmetlerin nasıl finanse edildiğini, dağıtıldığını ve kimlerin bu hizmetlerden yararlanabileceğini etkiler. Kamu veya özel sektörün sağlık sistemindeki rolü, hizmetlerin kapsamı ve maliyetleri gibi unsurlar, bireylerin hizmetleri kullanma düzeyini belirlemektedir (Gözlü ve Tatlıdil, 2015). Modele göre, erişim, belirli aşamalar ve bu aşamalardan elde edilen sonuçlarla ilişkilidir. Bu aşamalar, sağlık politikalarını, hizmet sunum sistemini ve bireylerin özelliklerini kapsar. Model, bu aşamaların doğrudan etkisiyle sağlık davranışları, hizmet kullanımı ve memnuniyet gibi sonuçların şekillendiğini belirtmektedir. (Richardson ve Norris, 2010).

3.1. Potansiyel Erişim

Erişimin belirli önlemleri ve bu önlemlere dayalı olarak elde edilen sonuçları içermesi anlamında, katılım ve gerçek katılım arasında ayrım yapılarak sağlık hizmetlerine erişim sağlanmaktadır. Potansiyel erişim olarak da bilinen erişim süreci, hizmet sunum sistemini ve kişinin sağlık sistemine erişip erişemeyeceğini ve ilgililerin memnuniyetini belirleyen bireysel faktörleri içermektedir. Yani erişilebilirlik en basit anlamıyla kolay erişilebilir kaynakların varlığı olarak tanımlanmaktadır. Daha fazla kaynak, hizmeti kullanmak için daha fazla yol sağlar ve kullanımı kolaylaştırır. Bu kaynaklar sağlık sisteminde (hastaneler, sağlık çalışanları, eşyalar vb.) veya bireysel

durumlarda (para, sağlık sigortası vb.) bulunabilmektedir (Kılıç ve Çalışkan, 2013). Çünkü bireyin sağlık sistemine erişimi hem hizmet sunum sistemine hem de hizmet sunum sistemine bağlıdır. Hem yapısal özelliklere hem de bireyin arzularına, kaynaklarına ve ihtiyaçlarına bağlıdır. Öte yandan potansiyel erişim, hizmet sağlayıcıya coğrafi uzaklık cinsinden potansiyel erişilebilirlik olarak da ifade edilmektedir. Coğrafi erişim, bireyin hizmet almak için kat etmesi gereken mesafe ve süreye veya nüfusun mekânsal dağılımı ile sağlık tesislerinin arzı arasındaki ilişkiye göre belirlenmektedir (Kıran, 2023). Özellikle düşük ve orta gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerine erişim düzeyini belirlemek, kırsal ve kentsel erişim arasındaki farklılıkları belirlemek veya belirli bir bölgedeki sağlık hizmetlerine erişim sorununu değerlendirmek için kullanılan bir göstergedir. Potansiyel erişime ilişkin göstergeler, sağlık politikalarının nasıl ve neden oluşturulması gerektiğine dair önemli bilgiler sunmaktadır (Güleç ve ark., 2023).

3.2. Fiili Erişim

Sağlıkta hizmetlerin kullanımını (doktor ziyareti sayısı ve hastaneye kabul sayısı gibi) ve memnuniyet düzeyini (hasta memnuniyeti) gösteren fiili erişim; sağlık hizmetlerinin sunumunun sonu olan gerçek erişimi göstermektedir. Etkili erişim, memnuniyet düzeyini, sağlık hizmetlerinin kullanımının önemli bir sonucunu ve hizmetin kalitesiyle ilgili diğer sonuçları (bakım, yanıt verebilirlik, esneklik ve hizmet sunumunun diğer yönleri gibi) içeren çok yönlü bir kavram olarak düşünülebilmektedir. Sağlık politikalarının etkinliğini değerlendirmede önemli bir araç olan gerçek erişim, sağlık hizmetlerinin kullanımında da aynı şekilde kullanılabilir. Sonuç olarak süreç göstergeleri sağlık hizmetlerine potansiyel erişimi gösterirken, çıktı göstergeleri fiili erişimin göstergeleri olarak kabul edilmektedir (Şengün, 2016; Kıran, 2023).

3.3. Sağlık Hizmetlerine Erişimin Kabul Edilebilirliği

Kabul edilebilirlik, sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde kullanılmasını sağlayan ve bireylerin beklentileri arasındaki dengedir. Bu görüşe göre kişinin hizmet sağlayıcının yaş, cinsiyet, etnik köken gibi özelliklerine ilişkin beklentileri kabulü etkilemektedir. Buna karşılık, hizmet sağlayıcıların müşterilerin mali kaynaklarına ilişkin beklentileri (örneğin, yüksek gelirli hastalara hizmet etme istekliliği) de kabulü etkiler. Ancak kabul, sağlık sistemi ile tüketiciler arasındaki boşluk ve sosyal ve kültürel uyum düzeyi olarak tanımlanmaktadır. Kötü hizmet sunucuları ve hastaların hastalığın erken döneminde ölmesi gibi kötü etkileşimler, hizmeti kabul edilemez hale getirebilir. Başka bir tanıma göre kabul, kişinin bakıma hazır olma durumunu etkileyen faktörleri değerlendirmektedir (Tonbak ve Tüfekci, 2023).

Kişilerin tedavi sırasında saygısızlığa uğraması, eleştirilmesi, mahremiyetlerinin ihlal edilmesi, doktorla özel olarak konuşamamak onların bakım alma isteklerini etkileyebilmektedir. Kabul, hasta, sağlayıcı ve toplum arasındaki etkileşimlere dayanarak değerlendirilir. Bu şekilde onam, hasta hizmet sağlayıcı etkileşimi, hasta-yönetim etkileşimi ve hasta-toplum etkileşiminin özellikleriyle açıklanmaktadır. İlk tanıma benzer şekilde hasta-sağlayıcı etkileşimi, tarafların birbirlerine olan inançları ve beklentileri üzerine kurulan ilişkiler de mevcuttur (Demir, 2016). Hasta ile kuruluş arasındaki etkileşim, hastanın sağlık hizmeti ararken yaşadığı deneyimler ve bekleme süresi, çevre temizliği ve çalışma saatleri de dahil olmak üzere kuruluş ve hizmet sunumuna ilişkin algılarıyla şekillenmektedir. Hasta-sosyal etkileşim yaklaşımı, hastanın yalnız yaşamadığını, aile içinde, akraba ve arkadaşlarıyla birlikte yaşadığını kabul eder. Buna göre hizmet kabul algıları toplumsal algıdan etkilenmektedir (Akın ve Türkçelik, 2018).

4. SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİMİN BELİRLEYİCİLERİ

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) öncesinde Türk sağlık sisteminin temel sorunlarından biri olarak sağlık hizmetlerine erişim tartışılmıştır. Türkiye'de 2003 yılında uygulamaya konulan SDP, sağlık sisteminde daha erişilebilir, kaliteli, verimli ve sürdürülebilir bir yapı kurmayı amaçlayan kapsamlı bir reform sürecidir. Sağlıkta Dönüşüm Programı, temel olarak sağlık hizmetlerine erişimi artırmak, hizmet kalitesini yükseltmek, sağlık harcamalarının etkinliğini sağlamak ve sağlık çalışanlarının çalışma koşullarını iyileştirmek gibi hedefler doğrultusunda yapılandırılmıştır. Program, Türkiye'nin sağlık sistemini güçlendirmesi ve toplumsal refahı artırması açısından önemli bir kilometre taşıdır (Seçtim, 2019).

SDP'den önce toplumun büyük bir kesimi sağlık sigortasından yoksundu ve iş gücü ve teknik donanım açısından bölgeler arasında eşitsiz bir dağılım vardır. Ayrıca ülke genelinde kapsam kapsamı ve derinliği farklılık gösteren farklı sağlık sigortası türleri mevcut olduğundan, sağlık sigortası olanların sağlık hizmetlerine erişimleri de büyük farklılıklar göstermektedir (Kiraz, 2019). Ancak 2003 yılında başlatılan ve sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumunda büyük reformlar gerektiren SDP çerçevesinde, Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişimin artırılmasına yönelik bazı çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmaların en önemlisi Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamasıdır. Bu süreç sayesinde farklı sektörlerde faaliyet gösteren sağlık sigorta şirketleri tek çatı altında birleştirilmiş, sağlık sigortalarının kapsam ve derinliği genişletilmiş, üyeler arasında risklerin adil paylaşımı sağlanmıştır. Çeşitli kurumların hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devredilerek merkezde hizmet verildi ve yönetilmiştir (Aydınlı, 2022). Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında, aile hekimliği uygulaması hayata geçirilmiş ve ülke genelinde koruyucu sağlık hizmetlerinin hem nicelik hem de niteliği artırılmıştır. Bu tür önlemler, sağlık hizmetlerine erişimle ilgili yaşanan birçok sorunun önlenmesine yardımcı olmuştur.

4.1. Politikalar

Sağlık hizmetlerini dağıtma yöntem, strateji veya yollarının ifadesi olan sağlık politikasının temel amaçlarından biri adil erişimin sağlanmasıdır. Yeterli erişim, sağlık hizmetine ihtiyaç duyanların sisteme erişip erişemediklerini ifade etmektedir. Öte yandan çoğu sağlık politikasının amacı "iyileştirme" ilkesidir. Finans, eğitim, personel ve hizmet reformuyla ilgili çeşitli programların uygulanması bu hedefe ulaşmanın temel yollarından biridir. Örneğin, Amerika Birleşik Devletler''nde doktor temininde yaşanan sorunların, Uygun Fiyatlı Bakım Yasası uygulanmadığı takdirde birçok Amerikalının sağlık hizmetlerine erişememesine yol açacağı bildirilmiştir (Karatana, 2022). Sağlık çalışanları ile sağlık hizmetlerine erişim arasındaki ilişkiye odaklanan çeşitli çalışmalarda, çalışan arzındaki artışın hizmetlere erişimle ilişkilendirildiği görülmektedir. Ancak sağlık harcaması politikalarının sağlığa küresel katılım ve sürdürülebilir sosyal kalkınma açısından hayati önem taşıdığı ileri sürülmektedir (Sipahi, 2023). Bu bağlamda araştırmacılar, halk sağlığına erişim için kamu mali politikalarının artırılmasının önemini vurgulamaktadır. Sağlık politikasının içermesi gereken işlevlerinden biri de sağlık eğitimidir. (Özçelik, 2022). Sağlık eğitimi bireylerde ve toplumda sağlık kapasitesi düzeyinin artırılmasında önemli bir araçtır. Daha az sağlık eğitimi olan kişilerin, daha fazla sağlık eğitimi olanlara göre hizmet alımını geciktirme, durdurma veya hizmet sağlayıcı bulmakta zorluk yaşama olasılıkları daha yüksektir; bu da onların sağlık politikasına katılımın bir yönü olan yönetimdir. Organizasyon yapısı sağlık sisteminin fonksiyonlarını ve kaynaklarını tanımlar. Bu yapı, sağlık çalışanlarının ve sağlık merkezlerinin hizmetlerin sunumu sırasında örgütlenmesi ve yönetilmesiyle ilgilidir. Sağlayıcı ağları, altyapı ve yönetim sınırlamaları, sürekli bakıma erişimi olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Çelik ve Erhalim Gümüş, 2022).

4.2. Toplum Özellikleri

Bireysel özellikler, yönetenler, kaynak arayanlar ve ihtiyaçlar gibi sağlık kullanımının bireysel göstergeleridir. Önceden var olan koşullar hastalık sürecinden önce gelir. İnsanların hastalığa karşı tutum ve değerlerini etkileyen yaş, cinsiyet, ırk, din, sağlık algısı gibi değişkenleri ifade eder. Coğrafi özellikler hizmet kullanım davranışının önemli belirleyicileridir ve düşük sosyo-ekonomik kökene sahip kişilere yönelik sağlık hizmetleri uygun kullanımla tutarsız olan değerleri, tutumları ve inançları benimseme olasılığı daha yüksek görünmektedir (Yetim ve Çelik, 2020). Yönetim kaynakları, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini mümkün kılan araçlar olarak tanımlanır. Bu kaynaklar, bireye ve ailesine ait olan gelir, sağlık sigortası gibi unsurları, ayrıca bireyin yaşadığı toplumun sahip olduğu kaynakları (örneğin, kır-kent altyapısı, bölgesel ulaşım olanakları) kapsar. Daha fazla mali kaynak (özel sağlık sigortası gibi), sağlık hizmetlerinin kullanımını artıran kolaylaştırıcı bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Hastalık düzeyine bağlı ihtiyaç, sağlık hizmetlerinden yararlanmanın temel nedenidir. Bu, bireyi etkileyen bir ihtiyaç veya hizmet sağlayıcı tarafından değerlendirilen bir ihtiyaçtır. İhtiyaç katsayısı yüksek değerlendirildiğinde yani hastalığın şiddeti dikkate alındığında sağlık hizmetlerinden yararlanma olasılığı iki katına çıkmaktadır (Aydın, 2021; Karatana, 2022).

Doğal yaşam alanları arasında kırsal alanlar en zor yaşam alanlarıdır. Beslenme, barınma, sağlık gibi ihtiyaçlar burada karşılanamamaktadır. Bu sorunlardan kaynaklanan sorunlar insanların yaşamlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Köylerde insanların yaşamını etkileyen bir diğer faktör ise dindir. Dinin insanlar üzerinde köylerden daha fazla etkisi vardır (Akbulut, 2019). Kırsal ve kentsel alanlarda insanların barınma ihtiyacını karşılayan tesisler de farklılık göstermektedir. İnsanlar genellikle evde veya eve yakın yerlerde kalmaktadırlar. Barınakların koşullarına göre kişinin durumu iyi ya da kötüdür. Kemik hastalıkları en çok gün içerisinde verimli olmayan evlerde görülür. Binalarda yaşayan çok sayıda insana kısa sürede virüs bulaşabilmektedir. Gençlik ve yaş arasında bir denge vardır. Bir ev insanlar için çok önemli ve önemlidir. Binaların konumu, çevresindeki sosyal kurumlara yakınlığı ve uzaklığı, binaların kalitesi ve binaların etrafındaki yeşil alan miktarı gibi faktörler konut sakinlerinin yaşam kalitesini artırmaktadır (Kılıç ve Çalışkan, 2013). Kurumların var olduğu ve birbirini etkilediği sistemlere toplum denir. Bu kurumlar toplumda birçok rol üstlenmekte ve yaptıkları çalışmalar sayesinde toplumsal yaşamın devamlılığı garanti altına alınmaktadır. Hastaneler sosyal boyutu olan kurumlardır. Toplumun sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasına katkıda bulunmaktadırlar. Çalışmaları çerçevesinde hastanelerin yanı sıra diğer kurumların ihtiyaçlarının karşılanmasına da yardımcı olmaktadır (Aydınlı, 2022).

4.3. Hizmet Sunum Sistemi

Sağlık hizmetlerinin performansı kaynaklar ve yönetim olmak üzere iki ana başlıkta incelenmiştir. Bir bölgede sağlık hizmetlerinin sunulması için gerekli olan uzman birlik, tesis ve teçhizatın miktarı ve dağılımı kaynakların bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Yönetim, kaynakların yönetimini açıklar ve koordinasyonu sağlamaktadır. Hizmet sunumu sağlık hizmetlerine erişimi iki şekilde etkilemektedir. Bunlardan ilki, insanların kaynaklara erişmek ve bu kaynakların faydalı olmasını beklemek için harcadıkları süre olan "giriş" ile ilgilidir. İkincisi ise insanların sisteme girdiği andan itibaren karşılarına çıkan bir hizmet sunum sisteminin oluşturulmasıdır. Bu yapı, hizmet merkezi türünü (kamu ve özel), hizmet sağlayıcı türünü (doktor, uzman, yardımcı sağlık çalışanı vb.), muayene yönetimini (hasta kabul sayısı ve türü ve kabul formları, ilk belirlenen hizmet sağlayıcı türü) içermekte olup, hizmet sağlayıcının çalışma saatleri gibi faaliyetler de dahil olmak üzere çalışma ortamını da barındırmaktadır (Günaydın, 2011; Alacadağlı, 2019). Hizmet sunum sistemi, ayrıca sağlık hizmetlerinin kalitesini ve sürekliliğini koruyarak bireylerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini almasını kolaylaştırır. Sağlık çalışanlarının yeterliliği, mesleki eğitimlerin sürekliliği ve hizmet sunumundaki etik değerler, bireylerin aldıkları hizmetin kalitesini doğrudan etkiler. Bununla birlikte, hizmet sunum

sisteminin bilgi yönetimi ve dijital altyapılarla desteklenmesi, hizmetlerin daha hızlı ve etkin bir şekilde sunulmasını sağlar. Dijital sağlık uygulamaları ve tele-tıp gibi teknolojik yenilikler, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırarak sistemin verimliliğini artırmaktadır (Alacadağlı, 2019) Elektronik uygulamalar, yüz yüze etkileşime gerek duyulmadığı için, bireylerin statüsünden bağımsız olarak hizmetlere eşit şekilde erişim imkânı sunmaktadır. Başka bir deyişle, bu uygulamalar kamusal eşitliğin sağlanmasına katkı sağlamaktadır. (Yıldız ve Gümüş, 2023).

5. SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİM VE EŞİTLİKTE KAMU POLİTİKALARI

Sağlıkta eşitsizlik, ekonomik, sosyal, kültürel, politik, sınıfsal ve benzeri nedenlerle toplumun farklı katmanlarında önlenebilir ve kabul edilemez sağlık farklılıklarının yaratılmasıdır. Sağlıkta eşitsizlikler bireysel farklılıklardan değil, toplumsal farklılıklardan kaynaklanmaktadır. Dünya genelinde eşitsizliğin artması, özellikle neoliberalizmin yaygınlaşmasının ardından günümüzün en önemli sorunlarından biri. Sosyal adalet ve sağlık hizmetlerine eşit erişim ilkelerinin sağlanamaması ahlaki bir sorundur. Sağlıkta eşitsizlik konusu antik çağlardan günümüze kadar tüm dünyada tartışılmaktadır. Alma-Ata toplantısında sağlığın ülkeler arasında eşit olmadığı ve birinci basamak bakımın "herkes için sağlık"a giden en iyi yol olduğu açıklanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) "21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık" hedefi, insanlar ve yoksul topluluklar arasındaki eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasıdır (Gözlü ve Tatlıdil, 2015).

Sağlığı belirleyen sosyal faktörlere dayalı sağlıkta eşitlik konusunda ülke içi ve ülkeler arası eşitsizliklerin, sanıldığı gibi son yıllarda arttığı vurgulanmaktadır. Dünyadaki ve Türkiye'deki bazı veriler incelendiğinde, sosyal adalet ve sağlık eşitliğinin sağlanmasında yaşanan sorunların sosyal faktörlerden bazıları olduğu görülmektedir. Sağlıkta eşitsizliklerin önlenmesi için sadece sağlık hizmetlerinden yararlanmak değil, sağlığı belirleyen ekonomik ve sosyal faktörlerin de dikkate alınması gerekmektedir. Mevcut kaynakların dezavantajlı gruplara adil bir şekilde dağıtılması ve gelirden daha fazla vergi anlayışıyla bir vergi sisteminin oluşturulması önemlidir (Herdman ve Korkmaz, 2011). Fiziksel ve çevresel özelliklerin de iyileştirilmesi sağlığa eşit erişimde önemlidir. Yaşam ortamının, eğitim hakkının, sağlık hizmetlerinin ve sosyal hizmetlerin herkes için eşit ve adil olması gerekmektedir çünkü insanlar çoğu zaman sağlık hizmetlerine nasıl ulaşacaklarını bilmemektedirler. Bu nedenle toplumsal eşitsizlik konusunda toplumsal farkındalığın artırılmasına ve halkın politikalar konusunda bilgilendirilmesine ihtiyaç vardır. Sağlıkta eşitsizlikleri azaltmak için eşitsizliklerin ekonomik, politik ve sosyal nedenlerini anlamak önemlidir (Alkan, 2016). Sağlık hizmetlerine erişimi olan bireylere ve ailelere yardım etmesi gereken biz hemşireler, sağlık eşitsizliklerini giderme konusunda her zaman çağın gerisinde kalınmaktadır. Eşitlik, insanlar arasında sahip oldukları haklar bakımından ayrımcılık yapılmaması olarak tanımlanmaktadır. Sağlıkta eşitliğin en iyi tanımı, tüm insanların en sağlıklı yaşamlarına ulaşma fırsatıdır. Eşitliğin gücü ya da eşitliğin sosyal adaletin temel taşı olmasına rağmen eşitlik, adalet ilkeleriyle çatışır. Klasik teorisyenler eşitlik kavramının uzlaşmaz olduğunu savunmaktadırlar (Whitehead, 2001). Çünkü bir ekonominin toplam gelirine çok farklı düzeylerde katkı sağlayan kişilere aynı gelirin ödenmesi gerektiğini söylenmektedir. Bu şekilde yapılan ödemelerin işinde yoğun çalışan insanlar için sorun teşkil ettiğine dikkat çekilmektedir. Farklılıkların toplumsal ilişkileri etkilediği ve sorunlara yol açtığı açıktır. "Özgürlük, Eşitlik, Rekabet" sloganıyla gelen 1789 Fransız Devrimi eşitlik çalışmalarının başlangıç tarihi olarak kabul edilmektedir. Fransız Devrimini başlatan burjuvazi iktidara gelince sloganın tüm işaretlerini unutup köleleri iktidarda bırakmıştır (Çakır ve Ekizer, 2024). Gelir eşitsizliği ve sosyal sınıflar ile bireyler arasındaki eşitsizlik tüm nesilleri etkilerken, oraya çıkan yoksulluk sorunları sanayi ve finans piyasası için daha da ciddi hale gelmiştir. 19. yüzyılın sonlarındaki sanayi devrimi sağlık dahil pek çok alanı siyasallaştırmış ve savaş alanlarına dönüştürmüştür. Bu dönemde yoksulların sağlığına vurgu yapan ve devletin sağlıkla ilgilenmesi gerektiğine inanan bir ideoloji popülerleşmiştir. 1940'lı yıllarda kapitalist sistemden kaynaklanan

savaşlar ve ekonomik sorunlar nedeniyle yoksul dünyada insan hakları ve eşitlik arayışı güçlenmiştir. Bu dönemde İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi (İHEB 1a, 21b, 25c) ve Dünya Sağlık Örgütü (1948) yayımlandı. DSÖ Tüzüğü'nde "Sağlık, siyasi, sosyal ve ekonomik statüye bakılmaksızın doğumdan itibaren kazanılan temel bir haktır ve hükümetler halkının sağlığından sorumludur." ifadesi yer almaktadır. Sağlık sisteminde adalet arayışı 1950'li yıllara kadar devam etmiştir. Buna paralel olarak ülkemizde 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi" kanunu da uygulamaya konulmuştur. Bu kanunun amacı herkesin eşit, kaliteli ve ücretsiz sağlık hizmeti alma olanağına sahip olmasını sağlamaktır. 1970'lerde dünyayı vuran ekonomik krizi aşma çabası içinde, serbest piyasayı, uluslararası piyasayı, tüm kamu hizmetlerinin özelleştirilmesini ve basit bir hale getirilmesini çözüm olarak kabul edilmesidir (Demirel ve Akın, 2014). Bu ekonomi politikası, sağlığın kamu hizmetlerinden çıkarılmasına ve rekabet avantajı aracına dönüştürülmesine yol açmıştır. 21. yüzyılda evrensel sağlık hedefleri çerçevesinde sosyal ve ekonomik faktörlerden kaynaklanan eşitsizliklerin azaltılmasına önem verilmektedir (Aydemir, 2017).

1980 askeri darbesinden sonra Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumunda yaşanan en büyük değişiklik, devletin sağlık hizmetlerinden çekilmesi ve özel sektörün önceliği olmuştur. 1970'li yıllarda küresel sermayenin gücüyle başlayan sağlık reformunun temelleri ülkemizde 1982 sermaye anayasası ve ekonomik ve siyasi kanunlarla atılmıştır (Kıvanç, 2015). Özellikle 1990'lı yılların başından itibaren piyasa felsefesinin yaygınlaşması, farklılıkların derinleşmesinin en önemli nedeni olarak değerlendirilmektedir. Bu durum DSÖ tarafından da rapor edilmektedir. DSÖ, 1997 tarihli raporunda sağlık hizmetlerine yönelik en büyük tehdidin, sağlığın bir süredir piyasa kurallarına bırakılması olduğunu vurguluyor. Eşitsizlik sadece günümüz toplumuna özgü olmayıp tarih boyunca eğitim, hukuk ve sağlık alanlarında da ortaya çıkmıştır. Eşitsizlik; haksız, kaçınılabilir ve gerekçelendirilmemiş farklılıklar anlamına gelir. Başka bir tanıma göre sağlık bir değişkendir; bireysel veya toplum sağlığındaki bozulma, sağlıkla ilgili sosyal faktörlerden ve sağlık sistemindeki eksikliklerden kaynaklanmaktadır (Aydın, 2022). Yukarıdaki tanımdan da anlaşılacağı üzere sağlıktaki farklılıklar dikkate alınmalıdır. Bu alandaki zayıflığın tek nedeninin sağlık sistemi olmadığını, sosyal konuların ve toplumsal yapının da dikkate alınması gerekmektedir. Sağlık hizmetleri bir ülkenin sağlığını farklı kılan pek çok faktörden sadece bir tanesidir. Sağlıkta eşitsizlikler birçok sosyal, ekonomik ve politik faktörün sonucudur (Whitehead, 2001). 2003 yılında Türkiye'de başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlıklı bir toplum yaratmak amacıyla, etkili, kaliteli, verimli ve erişilebilir sağlık hizmetlerinin sunulmasına yönelik önemli adımlar atmayı hedeflemiştir. Program, sağlık hizmetlerinin eşitlikçi ve verimli bir şekilde sağlanması gerektiğini vurgulamaktadır ve bu iki ilkenin korunmasına büyük önem verilmiştir. Türkiye'deki sağlık hizmetleri, genellikle koruyucu sağlık hizmetleri ve tedavi edici sağlık hizmetleri olarak iki ana kategoride sınıflandırılmaktadır. Sağlık hizmeti sağlayıcıları ise sağlık ocakları, hastaneler, yataklı rehabilitasyon merkezleri, aile hekimliği merkezleri ve dispanserler gibi farklı kuruluşlar olarak sıralanabilir. Hastaneler, işlevlerine fonksiyon ve kapasitelerine göre kendi içlerinde alt kategorilere ayrılabilmektedirler (Paköz, 2014). Ayrıca ülkemizde ilk projeleri Ankara, Elâzığ ve Kayseri'de hayata geçirilen, 2012 yılından itibaren yatırım programına alınan "Şehir Hastaneleri" projesi bir "Kamu-Özel İş birliği Yatırımı" projesi olup yine sağlıkta erişim imkanlarının artırılması amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu hastaneler, modele dayalı olarak altyapı ve hizmetlerin sunulması için kamu ve özel sektörün ortak yatırım konseptine dayanmaktadır. Şehir Hastanesi, sağlık hizmetlerinin ülke genelinde eşit dağılımını amaçlayan ve bu dağıtımın belirli bölgesel merkezlere odaklanarak maliyet etkin bir şekilde yapılmasını sağlayan bir programdır. Bu projenin amacı kamu sektöründe eşitlik/verimlilik ilkesinin, özel sektörde ise etkinlik/verimlilik ilkesinin optimize edilmesidir (Fedai, 2019). Sağlıkta eşitliğin sağlanabilmesine büyük katkı veren Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), 1946 yılında kurulmuş, çeşitli kamu politikalarının oluşturulmasında önemli rol oynamıştır. Türkiye'de genel sağlık sigortası, 2006 yılında yürürlüğe giren "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" ile

sağlanmıştır. Bu sistem kapsamında tüm vatandaşlar, prim ödeme zorunluluğu ile sosyal güvence altına alınmakta, düşük gelirli gruplar için ise devlet katkıları sağlanmaktadır ve 1992'den bu yana uygulanan yeşil kart uygulaması bunlardan biridir. Ayrıca Türkiye'nin dijital sağlık altyapısını güçlendirmek için oluşturulmuş olan E-Nabız sistemi, vatandaşların sağlık bilgilerine çevrimiçi olarak erişmesini ve yönetmesini sağlar. Dijital sağlık politikaları kapsamında uygulanmaktadır. Tüm bu politikalar 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu çerçevesinde düzenlenmektedir (Kıvanç, 2015).

Sağlık sistemindeki değişkenler ve sosyal değişkenler, farklılıklar oluştuğunda birbirini etkileyen karmaşık bir yapı oluşturmaktadır. Hâkim üretim ilişkilerine dayanan bu karşılıklı etkileşim sonucunda toplumsal yapı ve sağlık sistemi, üretim ilişkilerine dayalı eşitsizlik şeklinde etkilenecektir. Sağlık hizmetlerinin başarısı için sektörler arası iş birliği şarttır. Sağlıkta eşitsizliklerin ortadan kaldırılması için özel ve kamu kurumlarının sağlık sektöründeki sağlık çalışanları ile birlikte çalışması gerekmektedir. Sağlıktaki eşitsizlikleri ortadan kaldırmanın en etkili yolu toplumsal zararın önlenmesidir. Bu nedenle her ülkenin sağlıkla ilgili olsun ya da olmasın eşitsizliğe yönelik tüm politikalarını gözden geçirmesi gereklidir ve toplumsal yaşamın eşitlik temelinde gelişmesi toplumsal sorunların çözümüne yardımcı olur. Bu nedenle hükümetlerin nüfusun belirli kesimlerini dışlamayan benzer politikalar izlemesi sağlanmalıdır (Aydemir, 2017; Ak, 2021). Bu çerçevede, Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişim ve eşitlik üzerinde etkili olan başlıca politika ve reformların içeriklerini, erişim boyutlarını ve eşitlik üzerindeki muhtemel etkilerini aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.

Tablo 1. Türkiye'de Sağlık Politikaları ve Sağlık Hizmetlerine Erişim/Eşitlik Üzerindeki Muhtemel Etkileri

Reform / Politika Aracı	**Temel İçerik ve Düzenleme Alanı**	**Sağlık Hizmetlerine Erişim Boyutu**	**Eşitlik Üzerindeki Muhtemel Etki**	**Literatür**
Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003)	Hizmet sunumunda yeniden yapılanma, aile hekimliği, finansman reformu	Fiziksel erişim ve hizmet kapsamı artışı	Bölgesel farklılıkların kısmen azalması, ancak nitelik farklarının devamı	Akdağ ve Koç (2012), Atun ve ark. (2013)
Genel Sağlık Sigortası (2008)	Tek çatı altında zorunlu sigorta ve risk havuzu	Finansal erişim (koruyucu etki)	Gelir grupları arası koruma artışı, katkı payları nedeniyle kısmi eşitsizlik	OECD (2021)
Aile Hekimliği Sistemi (2005)	Birinci basamak güçlendirilmesi ve ücretsiz kayıt sistemi	Coğrafi erişim ve ilk temas kolaylığı	Kırsal/şehir farkını azaltma potansiyeli, iş yükü dengesizliği sorunu	İlgün ve Şahin (2016)
Dijital Sağlık ve e-Nabız (2015)	Kişisel sağlık verisine erişim ve bütünleşik sistem	Bilgiye erişim, hizmet sürekliliği	Dijital uçurum nedeniyle dezavantajlı gruplar risk altında	Oktaysoy ve Samsa (2024), TC Sağlık Bakanlığı (2023)
Şehir Hastaneleri – KÖO (2017)	Kamu-özel ortaklığı ile yüksek kapasiteli tesisler	Bölgesel ileri hizmet erişimi	Kaynak dağılımında verimlilik tartışmalı, eşitlik etkisi belirsiz	Cihangiroğlu (2019), Yeşiltaş (2020)

Tablo 1'de yer alan sağlık politikası araçları, kamu politikası literatüründeki politika oluşturma ve politika araçları yaklaşımıyla ilişkilidir. Bu yaklaşıma göre her politika aracı farklı bir mekanizma üzerinden erişim ve eşitlik üretmektedir. Örnek olarak GSS finansal koruma aracı olarak yeniden dağıtım etkisi yaratırken, Aile Hekimliği kurumsal tasarım yoluyla fiziksel erişimi artırmakta, Dijital Sağlık Hizmetleri ise bilişsel ve bilgiye erişim boyutunu etkilemektedir. Bu nedenle Tablo 1'de yapılan

değerlendirmeler, politika araçlarının eşitlik üzerindeki etkilerinin yalnızca uygulamadan değil, seçilen araçların doğasından kaynaklandığını göstermektedir. Ayrıca araştırma sorusu açısından tabloda yer alan politika araçları değerlendirildiğinde, erişim boyutunda artış sağlarken eşitlik üzerinde heterojen etkiler yaratmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı fiziksel erişimi genişletmiş ve bölgesel farklılıkları kısmen azaltmış olsa da nitelik farklarının devam etmesi eşitliği sınırlayan bir unsur olarak ortaya çıkmaktadır. Genel Sağlık Sigortası finansal koruma sağlayarak gelir temelli eşitsizliği azaltmış, ancak katkı payları düşük gelir gruplarında yeni engeller yaratabilmiştir. Aile Hekimliği coğrafi erişimi artırmasına rağmen iş yükü dengesizlikleri hizmet kalitesinde farklılıklara neden olmuştur. Dijital sağlık uygulamaları bilgiye erişimi güçlendirmiş; buna karşın dijital uçurum dezavantajlı gruplar için erişim sorunlarını devam ettirmiştir. Şehir hastaneleri bölgesel ileri düzey sağlık hizmetlerine erişimi artırmakla birlikte kamu-özel ortaklığı modelinin maliyet ve verimlilik tartışmaları eşitlik üzerinde belirsiz bir etki yaratmaktadır. Bu değerlendirmeler bir arada ele alındığında ise Türkiye'de uygulanan sağlık politikalarının erişimi genel olarak artırdığı ancak eşitlik üzerinde farklı, zaman zaman çelişkili etkiler yarattığı görülmektedir. Dolayısıyla tabloda elde edilen bulgular, araştırma sorusunun yanıtının tek bir politika aracında değil, politika tasarımının bütüncül yapısında aranması gerektiğini göstermektedir.

6. SONUÇ

Türkiye'de sağlık politikalarının erişim ve eşitlik boyutunda yarattığı dönüşümü kavramsal olarak tartışan ve literatür bulgularını politika yapıcılar için sistematik bir çerçeveye oturtan bu çalışmada elde edilen bulgular, tek bir kamu politikası türünün değil, adil finansman, birinci basamak güçlendirme ve dijital erişilebilirlik gibi birden fazla politika aracının eş zamanlı uygulanmasının eşitliği artırabileceğini göstermektedir. Sağlık hizmetlerinde temel amaç birey ve toplumun bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik hallerini korumak, geliştirmek ve sürdürmektir. Bu bakımdan her ülkede sunulan sağlık hizmetleri önemlidir. Ancak sağlık hizmetlerinde bu önceliğin sağlanmasında hizmetlerin bulunabilirliği ve tutarlılığı ile sağlık hizmetlerinin miktar ve kalitesi de önemlidir. Aslında sağlık hizmetlerine erişim ilk kez 1948 yılında İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde bir insan hakkı olarak tanınmıştır. Politika yapıcıların inanç temelli savunuculuk ve politika yoluyla sağlık hizmetlerine ve adalete katkıyı sürdürmelerinin önemli olduğuna inanılmaktadır. Hükümetler, sağlık hizmetlerinin sosyal belirleyicilerini ele alarak, sağlık hizmetleri altyapısına yatırım yaparak ve sağlık hizmetleri işgücü gelişimini teşvik ederek tüm bireylerin sağlık hizmetlerine eşit erişime sahip olmasını sağlamak için çalışmalıdır. Kamu politikalarının sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık hizmetlerindeki eşitlik üzerinde önemli bir etkisi vardır. Hükümetler sağlık hizmetlerini temel bir insan hakkı olarak önceliklendirdiğinde ve sağlık hizmetlerine eşit erişimi garantileyen politikalar uyguladığında, bireyler ve toplumlar daha iyi sağlık sonuçlarından ve refahtan faydalanmaktadır. Kamu politikaları sağlık eşitsizliklerini azaltmaya, yaşam kalitesini iyileştirmeye ve genel toplumsal refahı desteklemeye yardımcı olabilir. Ancak, dünyada sosyal, kültürel veya ekonomik nedenlerle ihtiyaç duyduklarında bile sağlık hizmetlerine erişmekte zorluk çeken hala çok sayıda insan olduğuna inanılmaktadır. Çünkü; Ulusal sağlık sistemlerinde hastaların ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğinin ölçülmesi, mevcut sorunların bulunmasına ve çözülmesine yönelik politikalarda önemlidir.

Çalışmada elde edilen bulgular kamu politikası teorisinin eşitlik ve erişim ilişkisine dair temel varsayımlarını doğrulamaktadır. Teoriye göre sağlık hizmetlerine erişimde ortaya çıkan eşitsizlikler, bireysel davranışlardan ziyade devletin tercih ettiği politika araçlarının niteliği, kapsamı ve hedefleme kapasitesi tarafından şekillenmektedir. Türkiye örneğinde finansman, hizmet sunumu ve dijitalleşme gibi araçların her birinin eşitlik üretme potansiyeli farklı düzeydedir. Bu nedenle eşit erişim yalnızca sağlık sektörünün teknik düzenlemeleriyle değil, politika tasarımının bütüncül olarak ele alınmasıyla mümkün olabilmektedir. Dolayısıyla çalışma, sağlıkta eşitlik tartışmasının kamu politikası literatürüyle ilişkilendirildiğinde daha güçlü bir analitik çerçeve kazandığını ortaya koymaktadır. Literatürde

etkinliği kanıtlanmış araçların Türkiye sağlık sistemi açısından nasıl uyarlanabileceğinin tartışıldığı bu çalışma, sağlıkta eşit erişim için tekil bir kamu politikası aracı önermemekte; normatif bir öneriden ziyade kavramsal bir değerlendirme sunmaktadır.

Etik Beyan

"Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Eşitlikte Kamu Politikalarının Önemi" başlıklı çalışmanın yazılması ve yayınlanması süreçlerinde Araştırma ve Yayın Etiği kurallarına riayet edilmiş ve çalışma için elde edilen verilerde herhangi bir tahrifat yapılmamıştır. Çalışma için etik kurul izni gerekmemektedir.

Katkı Oranı Beyanı

Çalışmadaki yazarların tümü çalışmanın yazılmasından taslağın oluşturulmasına kadar tüm süreçlere katkı yapmış ve nihai halini okuyarak onaylamıştır.

Çatışma Beyanı

Yapılan bu çalışma gerek bireysel gerekse kurumsal/örgütsel herhangi bir çıkar çatışmasına yol açmamıştır.

KAYNAKÇA

Aday, L. A., ve Andersen, R. (1974). A Framework for The Study of Access to Medical Care. *Health Services Research*, *9*(3), 208.

Ak, S. (2021). Geçmişten Günümüze Türkiye'nin Sağlık Politikaları. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, *20*(1), 28-36.

Akbulut, Y. (2019). Ülkelerin Sağlık Politikası Performanslarının Değerlendirilmesi. *Turkiye Klinikleri Public Health-Special Topic*, *5*(2), 29-36.

Akdağ, R., ve Koç, Y. (Eds.). (2012). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011): Herkes İçin Sağlık*. T.C. Sağlık Bakanlığı.

Akdur, R. (1998). Türkiye'de Sağlık Politika ve Hizmetleri. *Yeni Türkiye*, *4*(23-24), 1984-1995.

Akdur, R. (2000). Sağlık Hizmetleri ve Sınırlı Kaynakların Dağıtımı (Tartışılması Gereken Sorular). *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, *8*(1), 38-45.

Akgün, S. (2017). Hata Türleri ve Etkileri Analizi Metodu ve Sağlık Hizmeti Uygulamaları. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, *4*(1), 1-8.

Akın, A., & Türkçelik, E. (2018). *Sağlık Hizmetlerine Erişimde Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Haritalama ve İzleme Çalışması*. Ankara: Ceid Yayınları.

Alacadağlı, E. (2019). Bilgi Yönetimi, Dijitalleşme ve Türk Sağlık Sistemi. *Electronic Turkish Studies*, *14*(2).

Alkan, A., Erdem, R., ve Çelik, R. (2016). Sağlık Alanındaki Ayrımcı Tutum ve Davranışlar: Kavramsal Bir İnceleme. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, *19*(3).

Altay, A. (2007). Sağlik Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, (64), 33-58.

Atun, R., Aydın, S., Chakraborty, S., Sümer, S., Aran, M., Gürol, I., ... ve Akdağ, R. (2013). Universal Health Coverage in Turkey: Enhancement Of Equity. *The Lancet*, *382*(9886), 65-99.

Avşar, E. (2019). *Sağlık Hizmetlerine Erişimde Toplumsal Cinsiyetin Etkisi.* Yüksek Lisans Tezi, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi.

Aydemir, İ. (2017). Sağlık Sistemi Finansman Hedefleri ve Politika Enstrümanları. *Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi*, (62), 410-428.

Aydın, J. C. (2021). *Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri: OECD Ülkelerine Yönelik Kümeleme ve Panel Veri Analizi.* Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi.

Aydın, J. C. (2022). Tüm Politikalarda Sağlık: Kuram ve Uygulama. *Kamu Yönetimi ve Politikaları Dergisi*, *3*(3), 119-136.

Aydınlı, B. (2022). *Sağlıkta Dönüşüm Programının Sağlık Hizmetleri Açısından Değerlendirilmesi.* Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi.

Bayram, S. D. (2021). Sağlık Kamu Hizmetinin Dayanağı Olan ve Sağlık Hakkını Güvence Altına Alan Düzenlemeler ile İlkeler. *Yıldırım Beyazıt Hukuk Dergisi*, (2), 175-240.

Boyacı, İ. (2020). Türkiye Sağlık Sisteminin Dönüşümü (2003-13): Covid-19 Pandemisi ile Mücadele Sürecinde Sağlık Reformlarına Yeniden Bakış. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, *19*(37), 59-80.

Cihangiroğlu, M. (2019). *Tamamlayıcı Sağlık Sigortalarının Sağlık Sigortacılığına ve Sağlık Sistemine Etkileri: Türkiye Örneği.* Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi.

Çakır, K., ve Ekizer, A. (2024). Sağlık Sosyolojisi ve Sosyal Politika Ekseninde Genel Sağlık Sigortası Sistemi. *Scıentıfic And Academıc Research (ISSN: 2980-308X)*, *3*(1).

Çelik, F., ve Erhalim Gümüş, B. (2022). Türkiye'de Son Dönem Sağlık Politikaları ve Dezavantajlı Gruplar: İzmir'de Roman Kadınların Sağlık Hizmetlerine Erişimi ve Kullanımı Üzerine Bir Analiz. *Paradoks: The Journal of Economics, Sociology & Politics*, *18*(1).

Demir, H. (2016). *Mobil Sağlık Uygulamalarının Sağlık Hizmetlerine İşlem Maliyeti Yaklaşımı Bağlamında Etkisi: Hastane Yöneticileri Üzerine Bir Araştırma.* Yüksek Lisans Tezi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi.

Demirel, T., ve Akın, B. (2014). Sağlıkla İlişkili Olarak Sosyal Adalet, Eşitlik ve Hemşirelik. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, *7*(3), 238-245.

Emre, Ö., & Sert, G. (2014). Avrupa Hasta Hakları Şartı. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, *1*(4).

Erdemir, A., ve Seyran, F. (2023). Üniversite Hastanelerinde Tıbbi Sosyal Hizmet Yönetiminin Etkinleştirilmesi: Tıbbi Sosyal Çalışmacılara Yönelik Nitel Bir Çalışma ve Örgütsel Bir Model Önerisi. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, *27*(2), 359-376.

Fedai, R. (2019). *Sağlıkta Dönüşüm Programının Öncesi: Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi: 1923-2003* (Doctoral dissertation, Kyrgyz-Turkish Manas University).

Gözlü, M., ve Tatlıdil, H. (2015). Türkiye'deki 81 İlin Kamu Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetlerine Erişim Durumları. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, *5*(2), 145-165.

Güleç, E., Baktır, Y., ve Dalay, İ. (2023). Sağlık Hizmetlerine Erişimde Tüketici Tutum ve Taleplerinin Etkisinin İncelenmesi: Pareto Analizi Uygulaması. *İstanbul Esenyurt Üniversitesi İşletme ve Yönetim Bilimleri Fakültesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, *2*(2), 1-15.

Günaydın, D. (2011). Sağlık Hizmetlerinde Küresel Reform Yaklaşımları. In *Journal of Social Policy Conferences* (No. 60, pp. 323-365). Istanbul University.

Herdman, E. A., ve Korkmaz, O. Y. (2011). Access And Equity İn Health Care/Saglik Hizmetlerine Erisim ve Esitlik. *Journal of Education and Research in Nursing*, *8*(1), 3-7.

İlgün, G., ve Şahin, B. (2016). Aile Hekimliği Çalışanlarının Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, *19*(2).

Karabulut, K., ve Yapraklı, Ş. (2001). Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalite Düzeyinin Belirlenmesi-Erzurum'da Bir Uygulama. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, *15*(1-2).

Karatana, Ö. (2022). Sağlığın Sosyal Belirleyicileri ve Halk Sağlığı Hemşireliği. *Sağlık & Bilim: Hemşirelik-III*, 7.

Kılıç, D., ve Çalışkan, Z. (2013). Sağlık Hizmetleri Kullanımı ve Davranışsal Model. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi*, *2*(2), 192-206.

Kıran, Ş. (2023). *Sağlık Hizmetlerine Erişim: Kadınların Meme ve Rahim Kanseri Tarama Hizmetlerine Erişimine Yönelik Bir Nitel Çalışma*. Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi.

Kıvanç, M. M. (2015). Evrensel Sağlık Bildirgeleri ve Türkiye'de Sağlık Reformları. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, *2*(3), 162-166.

Kiraz, E. D. (2019). Sağlığın sosyal belirleyicileri. *SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi*, *52*, 10-13.

Kol, E. (2015). Türkiye'de sağlık reformlarının sağlık hakkı açısından değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, *5*(1), 135-164.

OECD, (2021). *Health at a Glance: OECD Indicators 2021 – Turkey*. Erişim Tarihi: 25.09.2025 URL: https://www.oecd.org/en/countries/turkiye.html

Oktaysoy, O., ve Samsa, Ç. (2024). Sağlık Sektöründe D&M Bilgi Sistem Başarısı Modelinin Uygulanması: E-Nabız Sistemi Örneği. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, *28*(3), 867-881.

Özçelik, M. (2022). A Conceptual Review On The Social Determinants Of Maternal Health. *Journal Of Health And Life Science*, *4*(3), 305-316.

Öztekin, A. (2015). Devletin Asli ve Sürekli Görevleri (Temel Kamu Hizmetleri) Ve Özellikleri. *Akdeniz İİBF Dergisi*, *15*(30), 10-19.

Paköz, M. Z. (2014). *Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Hastane Yer Seçimi: İstanbul Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi.

Richardson, L. D., ve Norris, M. (2010). Access To Health And Health Care: How Race And Ethnicity Matter. *Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine*, *77*(2), 166-177.

Saltık, S. (2019). *Yatarak ve Ayakta Tedavi Gören Hastaların Kalite Algılarının Hastane Türleri Üzerine Araştırılması.* Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi.

Sayım, F. (2015). Sağlik Hizmetinin Özellikleri. *Akademik Arge Dergisi-Sosyal Bilimler, Sayi*, 15-1.

Seçtim, H. (2019). Sağlikta Dönüşüm Programi Üzerine Bir Değerlendirme. *Management and Political Sciences Review*, *1*(1), 117-133.

Sipahi, B. B. (2023). Katastrofik Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri: Türkiye Örneği. *Alanya Akademik Bakış*, *7*(2), 629-648.

Şengün, H. (2016). Sağlık Hizmetlerinde İletişim Yönetimi. *Journal of Istanbul Faculty of Medicine/İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, *79*(1).

Tekingündüz, S., Kurtuldu, A., & Işık Erer, T. (2016). Sağlık Hizmetlerinde Eşitsizlik ve Etik. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 8*(4), 32-43.

Tonbak, H., ve Tüfekci, N. (2023). Health Insurance System in Turkey: A Conceptual Evaluation. *Journal of Current Researches on Health Sector*, *13*(1), 73-84.

Tunç, A., & Atıcı, F. Z. (2020). Dünyada ve Türkiye'de Pandemilerle Mücadele: Risk ve Kriz Yönetimi Bağlamında Bir Değerlendirme. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi, 5(2), 329-362. https://doi.org/10.31454/usb.808685

Whitehead, M. (2001). Eşitlik ve Sağlık: Kavram ve İlkeler. *Türk Tabipleri Birliği Yayını, http://www. ttb. org. tr/kutuphane/esiktlik_saglik. pdf (30.09. 2024)*.

Yazgan, M. (2009). *Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Sağlık Hizmeti Sunan ve Sağlık Hizmeti Alan Taraflarca Değerlendirilmesi* (Master's thesis, Dokuz Eylul Universitesi (Turkey)).

Yeşiltaş, A. (2020). Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı: Şehir Hastaneleri Üzerine Bir Değerlendirme. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, *6*(1), 15-28.

Yetim, B., ve Çelik, Y. (2020). Sağlık Hizmetlerine Erişim: Karşılanmamış İhtiyaçlar Sorunu. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, *31*(2), 423-440.

Yıldız, M., ve Gümüş, E. (2023). Yerel Yönetimlerde Dijital Dönüşüm E-Belediye Uygulamaları. Ekonomi İşletme Siyaset ve Uluslararası İlişkiler Dergisi, 9(2-1), 201-221.

Yıldız, Y. (2008). *Yataklı Sağlık Kuruluşlarında Yönetsel Sorunların İncelenmesi Edirne İlinde Örnek Bir Uygulama.* Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi.

Zengin, N. (2010). "Sağlık Hakkı" ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, *1*(1), 44-52.

Extended Abstract

Article Title the Importance of Public Policies in Equality and Access to Health Services

Individuals and communities require access to health care in order to maintain good health and well-being. Public policies play an important role in ensuring that everyone has equal access to healthcare, regardless of socioeconomic status, location, or other factors. In fact, accessibility and equality in health care are only now being recognized as key indicators. Historically, many individuals and communities have had limited access to health care, particularly those who are marginalized or disadvantaged. Historically, disadvantaged groups have struggled to gain access to health care. Historically, health care was primarily available to those who could afford it, leaving many people without access to the medical care they required. Inequalities in health outcomes have been observed between groups of people as a result of factors such as gender, ethnicity, cultural differences, and socioeconomic differences, with those who were unable to access health care having higher rates of morbidity and mortality.

Health services must be affordable due to public policies because access is intended for disadvantaged people, such as those who face physical and geographical access challenges due to distance to health care. Furthermore, cultural acceptability of health services encompasses cultural access issues concerning the type of medicine and the activities of health service providers. Access is measured to determine the absolute level of access by taking into account the cost of services and their distance from the population, as well as the level of access for various groups, which is typically expressed by class, gender, and income level. Equality refers to the fair treatment of individuals in their social situations. This issue is addressed in terms of equal access to health services for people with similar health needs, equal utilization of health services for people with similar needs, and equal health outcomes. To achieve the first situation, people with similar needs must have equal access to health care. Even if equality of opportunity is provided, those with needs and opportunities may be unable to evaluate the opportunity under equal circumstances or may lack the necessary knowledge to fully benefit from health services. Second, making different choices may result in different uses of the service. The third situation imposes significant lifestyle restrictions. It is argued that equal access for those with equal needs is the most appropriate equality principle for health policy because it is a health-related principle with acceptable justifications for use by people with similar needs. Although the use of health services is regarded as proof of access to health services, access can also be defined as the availability of necessary health services in health-care systems rather than their use. On the other hand, equality is defined as patients being able to receive the health care they require at the level they require, regardless of their socioeconomic status. As a result, if one or more social, cultural, or economic factors prevent access to health services, the health system can be said to be inefficient in terms of access and equality. Political and economic factors can have an impact on the implementation of health policies, leading to disparities in access to health services. Furthermore, insufficient funding and resources undermine the effectiveness of public policies aimed at increasing access to health care and equality. However, adequate health budgets and their effective use have a direct impact on the quality and accessibility of health services. Public policies can improve access to health services by removing economic barriers, expanding health insurance systems, and making them more inclusive. Social aid and support programs designed to increase access to health care, particularly for underserved groups, are critical steps toward achieving social equality. Furthermore, public policies should include investments in health infrastructure development and health-care personnel training. Factors that facilitate access include the availability of sufficient and qualified health personnel, the quality and effectiveness of health services, the expansion of health facilities in rural and poor areas, contributing to the resolution of geographical access problems, incorporating technological developments into health services, and expanding digital health services. Another important aspect of public policy is the establishment of health-care quality standards and audit mechanisms. Increasing service quality, ensuring patient safety, and adopting a human dignity-based approach to service delivery boost trust and satisfaction with health care. In addition to quality standards, regular and transparent reporting on health services is critical for assessing the effectiveness of policies and ensuring ongoing improvement.