

T.C.
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

**TÜRKİYE'DE ALGILANAN SAĞLIK DURUMUNUN OECD ÜLKELERİ
İLE KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ VE SAĞLIK YÖNETİMİ AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS

ÜLKÜ YILMAZ

HAZİRAN-2026
GÜMÜŞHANE



T.C.

**GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**TÜRKİYE'DE ALGILANAN SAĞLIK DURUMUNUN OECD ÜLKELERİ
İLE KARŞILASTIRMALI ANALİZİ VE SAĞLIK YÖNETİMİ AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**COMPARATIVE ANALYSIS OF PERCEIVED HEALTH STATUS IN
TURKEY WITH OECD COUNTRIES AND EVALUATION FROM THE
PERSPECTIVE OF HEALTH MANAGEMENT**

YÜKSEK LİSANS

ÜLKÜ YILMAZ

Haziran-2026

GÜMÜŞHANE



LEE

**GÜMÜŞHANE
ÜNİVERSİTESİ**

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

T.C.

**GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**TÜRKİYE'DE ALGILANAN SAĞLIK DURUMUNUN OECD ÜLKELERİ
İLE KARŞILASTIRMALI ANALİZİ VE SAĞLIK YÖNETİMİ AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**COMPARATIVE ANALYSIS OF PERCEIVED HEALTH STATUS IN
TURKEY WITH OECD COUNTRIES AND EVALUATION FROM THE
PERSPECTIVE OF HEALTH MANAGEMENT**

YÜKSEK LİSANS

ÜLKÜ YILMAZ

DANIŞMAN: DR. ÖĞR. ÜYESİ ÖZCAN KOÇ

Haziran-2026

GÜMÜŞHANE

KABUL VE ONAY

Dr. Öğr. Üyesi Özcan KOÇ danışmanlığında, **Ülkü YILMAZ** tarafından hazırlanan “**Türkiye' de Algılanan Sağlık Durumunun OECD Ülkeleri ile Karşılaştırmalı Analizi ve Sağlık Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi**” isimli bu çalışma, 25/06/2026 tarihinde yapılan lisansüstü tez savunma sınavı sonucunda **Oy Birliği** ile başarılı bulunarak jürimiz tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

.....
Doç. Dr. Altuğ ÇAĞATAY (Başkan)

.....
Dr. Öğr. Üyesi Özcan KOÇ (Danışman)

.....
Dr. Öğr. Üyesi Merve TEKİNARSLAN (Üye)

Lisansüstü tez savunma sınavında başarılı bulunarak kabul edilen bu tezin ciltlenmiş hali, /..... /..... tarihli ve / sayılı Enstitü Yönetim Kurulu toplantısında görüşülmüş ve tez yazım kılavuzuna uygun bulunarak onaylanmıştır.

Prof. Dr. Duygu ÖZDEŞ

Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlamış olduğum “**Türkiye' de Algılanan Sağlık Durumunun OECD Ülkeleri ile Karşılaştırmalı Analizi ve Sağlık Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi**” isimli bu tezimin, tamamen kendi çalışmam olduğunu, danışmanımın sorumluluğunda hazırladığımı, her alıntıya kaynak gösterdiğimi, alıntı yaptığım tüm çalışmaları kaynakçada belirttiğimi ve Gümüşhane Üniversitesi'nin lisanslı kullanıcısı olduğum intihal yazılım programı ile Lisansüstü Eğitim Enstitüsü'nün belirlediği kıstaslara uygun olarak raporladığımı taahhüt ederim. Tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının Gümüşhane Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü arşivinde saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

25/06/2026

Ülkü YILMAZ

TEŞEKKÜR

Bu süreçte bana yol gösteren, değerli görüşleriyle, destekleriyle çalışmama katkı sağlayan tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Özcan KOÇ'a; araştırma süresince desteğini esirgemeyen aileme, nişanlıma ve her zaman yanımda olan yakın çevreme teşekkürü bir borç bilirim.

Ülkü YILMAZ
GÜMÜŞHANE – 2026

ÖZET

Algılanan sağlık durumu, bireylerin kendi sağlıklarını öznel olarak değerlendirmelerine dayanan ve toplumların genel sağlık düzeyini yansıtan önemli bir sağlık göstergesidir. Bu gösterge; sağlık çıktıları, yaşam kalitesi ve sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Algılanan sağlık düzeyi; sosyoekonomik koşullar, sağlık hizmetlerine erişim, yaşam standartları ve sağlık sistemi özelliklerinden etkilenmektedir.

Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de algılanan sağlık durumunun 2010–2024 dönemindeki değişimini OECD ülkeleri ile karşılaştırmalı olarak incelemek ve sonuçları sağlık yönetimi perspektifinden değerlendirmektir. Araştırma, OECD Sağlık İstatistikleri verileri kullanılarak gerçekleştirilen nicel, betimleyici ve karşılaştırmalı bir ikincil veri analizidir. Çalışmada Türkiye’nin zaman içindeki eğilimi, OECD ortalaması ve medyanı karşısındaki konumu, sıralama performansı, yakınsama-uzaklaşma durumu, ülkeler arası istikrar düzeyi ve sağlık sistemi göstergelerine dayalı SWOT analizi değerlendirilmiştir.

Bulgular, Türkiye’nin algılanan sağlık durumu göstergesinin dönem boyunca genel olarak istikrarlı ancak hafif azalış eğiliminde olduğunu göstermektedir. Türkiye’nin ortalama algılanan sağlık düzeyi %67,33 olup, 2010 yılında %66,0 olan değer 2024 yılında %64,4’e gerilemiştir. Türkiye bazı yıllarda OECD ortalamasına yaklaşmasına rağmen tüm dönem boyunca OECD medyanının altında kalmış, özellikle 2022–2024 döneminde görece konumu zayıflamıştır. İstikrar analizinde Türkiye’nin düşük düzeyde ancak istikrarlı bir profile sahip olduğu görülmüştür. SWOT analizi sonuçları; sağlık altyapısı ve insan gücündeki gelişmeleri güçlü yönler, algılanan sağlık düzeyindeki düşüş ve memnuniyet azalmasını ise zayıf yönler olarak ortaya koymuştur.

Sonuç olarak Türkiye’nin algılanan sağlık durumu açısından OECD ülkeleri içinde orta-alt düzeyde konumlandığı görülmektedir. Bulgular, sağlık politikalarında hizmet kalitesi, hasta deneyimi, sağlık sistemine güven ve sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasına yönelik bütüncül yaklaşımların önemini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Algılanan sağlık durumu, OECD, Sağlık göstergeleri, Sağlık yönetimi, Türkiye

ABSTRACT

Perceived health status is an important health indicator based on individuals' subjective evaluations of their own health and reflecting the overall health level of societies. This indicator is widely used in the assessment of health outcomes, quality of life, and health services. Perceived health status is influenced by socioeconomic conditions, access to healthcare services, living standards, and characteristics of health systems.

The aim of this study is to comparatively examine the changes in perceived health status in Turkey during the 2010–2024 period with OECD countries and to evaluate the findings from a health management perspective. The study is a quantitative, descriptive, and comparative secondary data analysis conducted using OECD Health Statistics data. The study evaluates Turkey's trend over time, its position relative to the OECD average and median, ranking performance, convergence-divergence status, inter-country stability level, and a SWOT analysis based on health system indicators.

The findings indicate that Turkey's perceived health status indicator remained generally stable throughout the period but showed a slight declining trend. The average perceived health status level of Turkey was 67.33%, decreasing from 66.0% in 2010 to 64.4% in 2024. Although Turkey approached the OECD average in some years, it remained below the OECD median throughout the entire period, and its relative position weakened particularly during the 2022–2024 period. The stability analysis showed that Turkey had a low but stable profile. The SWOT analysis revealed improvements in health infrastructure and human resources as strengths, while the decline in perceived health status and decreasing satisfaction levels were identified as weaknesses.

In conclusion, Turkey is positioned at a middle-lower level among OECD countries in terms of perceived health status. The findings highlight the importance of comprehensive approaches focusing on service quality, patient experience, trust in the healthcare system, and reducing health inequalities in health policies.

Keywords: Perceived health status, OECD, Health indicators, Health management, Turkey

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	III
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI.....	IV
TEŞEKKÜR.....	V
ÖZET.....	VI
ABSTRACT	VII
İÇİNDEKİLER	VIII
TABLolar DİZİNİ	XII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	XIII
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	XIV
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Durumu.....	1
1.2. Araştırmanın Önemi.....	3
1.3. Araştırmanın Amacı	4
1.4. Araştırmanın Kapsamı	6
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	7
1.6. Tanımlar	8
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE	10
2.1. Sağlık Kavramı ve Sağlığın Ölçülmesi	10
2.1.1. Sağlık Tanımları ve Bileşenleri.....	10
2.1.2. Sağlık Düzeyi Göstergeleri	14
2.1.3. Özel ve Nesnel Sağlık Ölçümleri.....	17

2.2. Algılanan Sağlık Durumu	19
2.2.1. Algılanan Sağlık Durumunun Tanımı ve Önemi	19
2.2.2. Algılanan Sağlık Durumunun Ölçülmesi	22
2.2.3. Mortalite ve Morbidite ile İlişkisi	24
2.2.4. Algılanan Sağlık Durumunun Geçerliliği ve Güvenilirliği	26
2.3. Algılanan Sağlık Durumunu Etkileyen Faktörler	28
2.3.1. Demografik Faktörler	29
2.3.2. Sosyoekonomik Faktörler	31
2.3.3. Sosyal ve Kültürel Faktörler	33
2.3.4. Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Kullanım	34
2.4. Sağlık Sistemleri Performansı ve Uluslararası Karşılaştırmalar	36
2.4.1. Sağlık Sistemlerinde Performans Değerlendirme	36
2.4.2. OECD Sağlık Veri Tabanı ve Gösterge Setleri	38
2.4.3. OECD Ülkelerinde Sağlık Politikaları ve Eğilimler	40
2.5. Sağlık Yönetimi Açısından Algılanan Sağlık Durumu	42
2.5.1. Sağlık Planlamasında Kullanımı	42
2.5.2. Sağlık Politikalarının İzlenmesi ve Değerlendirilmesi	44
2.5.3. Kaynak Dağılımı Kararlarında Rolü	47
3. YÖNTEM	50
3.1. Araştırma tasarımı	50
3.2. Veri kaynağı ve analiz kapsamı	50
3.3. Değişken yapısı	51
3.4. Veri hazırlama süreci	52
3.5. Eksik veri analizi	52
3.6. Türkiye eğilim analizi	53
3.7. OECD ortalama ve medyan karşılaştırması	53
3.8. Sıralama ve yüzdelik konum analizi	54

3.9. Yakınsama ve uzaklaşma analizi	54
3.10. Dönemsel analiz	55
3.11. Ülkeler arası istikrar ve dalgalanma analizi	55
3.12. Dengeli panel duyarlılık analizi	55
3.13. Bulguların raporlanma ilkesi.....	56
4. BULGULAR	57
4.1. OECD Ülkelerinde Algılanan Sağlık Durumunun Yıllara Göre Dağılımı	57
4.2. Veri Kapsamı ve Eksik Veri Görünümü	59
4.3. Türkiye’de Algılanan Sağlık Durumunun Zaman Serisi Bulguları	60
4.4. Eğilim Modeli ve Otokorelasyon Bulguları.....	61
4.5. Türkiye’nin OECD Ortalaması, Medyanı, Sırası ve Yüzdelik Konumu	62
4.6. Yakınsama, Uzaklaşma ve Dönemsel Bulgular	64
4.7. Ülkeler Arası İstikrar ve Dalgalanma Bulguları	64
4.8. Dengeli Panel Duyarlılık Bulguları.....	65
4.9. Grafik Bulgularının Tablo Sonuçlarıyla Uyumu	65
4.10. Algılanan Sağlık Bulgularının Genel Sentezi	65
4.11. Türkiye’nin Temel Sağlık Sistemi Göstergelerindeki Eğilimler	66
4.12. Türkiye’nin OECD Referansına Göre Sağlık Sistemi Göstergeleri.....	67
4.13. İç Faktör Kanıt Matrisi.....	69
4.14. Sağlık Sistemine Yönelik Fırsatlar ve Tehditler	70
4.15. Türkiye Sağlık Sistemi SWOT Matrisi	71
4.16. SO, ST, WO ve WT Stratejileri	71
4.17. Algılanan Sağlık Durumu ile Temel Sağlık Göstergeleri Arasındaki İlişki Analizinin Veri Yeterliliği.....	71
4.18. Zaman Serisi ve SWOT Bulgularının Bütünleştirilmesi.....	72
5. TARTIŞMA	73
5.1. Türkiye’nin Algılanan Sağlık Durumu ve OECD İçindeki Görelî Konumu	73

5.2. Sağlık Finansmanı, Fiziksel Kapasite ve Hizmet Kullanımı	75
5.3. Sağlık İnsan Gücü ve İnsan Kaynakları Yönetimi.....	76
5.4. Koruyucu Sağlık Hizmetleri, Erişim ve Sağlık Sonuçları	77
5.5. Bölgesel Eşitsizlikler ve Gereksinim Temelli Kaynak Tahsisi.....	79
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	80
6.1. Sonuç.....	80
6.2. Sağlık Yönetimine Yönelik Öneriler	81
6.3. Gelecek Araştırmalara Yönelik Öneriler	82
KAYNAKÇA.....	83
ÖZGEÇMİŞ	91

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Analizde Kullanılan Temel Değişkenler.....	51
Tablo 2. OECD Ülkelerinde Algılanan Sağlık Durumu Oranları (%) (2010- 2024).....	57
Tablo 3. Veri Kapsamı ve Eksik Veri Göstergeleri.....	59
Tablo 4. Türkiye’de Algılanan Sağlık Durumu Serisinin Betimsel Özeti.....	60
Tablo 5. Doğrusal ve Kuadratik Eğilim Modelleri.....	61
Tablo 6. Algılanan Sağlık Serisinin ACF ve PACF Değerleri.....	61
Tablo 7. Türkiye’nin OECD ile Yıllık Karşılaştırması.....	62
Tablo 8. Dönemsel Karşılaştırma ve Yakınsama Göstergeleri.....	63
Tablo 9. Ülkeler Arası İstikrar Analizinde Türkiye’nin Konumu.....	64
Tablo 10. Tüm Gözlemler ve Dengeli Panel Karşılaştırması.....	64
Tablo 11. Seçilmiş Sağlık Sistemi Göstergelerinin Eğilim Özeti.....	65
Tablo 12. Türkiye’nin OECD Referansına Göre Sağlık Sistemi Göstergeleri....	66
Tablo 13. İç Faktör Kanıt Matrisi.....	68
Tablo 14. Dış Faktör Kanıt Matrisi.....	69
Tablo 15. Türkiye Sağlık Sistemi SWOT Matrisi.....	70
Tablo 16. SWOT Temelli Strateji Matrisi.....	70
Tablo 17. İlişki Analizi İçin Veri Yeterliliği.....	71
Tablo 18. Öznel ve Nesnel Göstergelerin Bütünleştirilmesi.....	71

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Türkiye ve OECD’de Algılanan Sağlık Durumunun Yıllara Göre Değişimi	60
Şekil 2. Türkiye’nin OECD Ortalamasından Yıllık Farkı	63
Şekil 3. Türkiye’nin OECD Dağılımındaki Yüzdelik Konumu.....	63
Şekil 4. Türkiye ve OECD’de Cari Sağlık Harcamasının GSYH İçindeki Payı.....	67
Şekil 5. Türkiye’nin OECD Referansına Göre Yön Düzeltilmiş Performans Endeksi ..	68
Şekil 6. Türkiye’de Algılanan Sağlık Durumu ile Cari Sağlık Harcamasının GSYH İçindeki Payının Yıllara Göre Görünümü.....	73

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BİS:	Biyo-Psiko-Sosyal (Model)
BKİ:	Beden Kitle İndeksi
COVID-19:	Koronavirüs Hastalığı-2019
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
GSYH:	Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
OECD:	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (Organisation for Economic Co- operation and Development)
SGK:	Sosyal Güvenlik Kurumu
TÜİK:	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO:	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
Delta:	Değişim miktarı (Yıllık fark)
t:	Zaman indeksi (Yıl)

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Durumu

Modern sağlık sistemleri, yirmi birinci yuzyılın getirdiği demografik dnuşuym, kronik hastalıkların artışı ve teknolojik maliyetlerin yükselmesiyle birlikte ciddi bir sürdürülebilirlik kriziyle karşı karşıyadır. Bu süreçte sağlık sistemlerinin başarısı, geleneksel olarak mortalite ve morbidite gibi nesnel verilerle ölçülse de, bu verilerin toplumun refah düzeyini ve sistemden aldığı tatmini tam olarak yansıtmadığı görülmektedir. Temel problem, tıbbi göstergelerdeki (doğuştta beklenen yaşam süresi gibi) iyileşmenin, bireylerin kendi sağlıklarına dair öznel algılarına (algılanan sağlık durumu) her zaman aynı oranda yansımamasıdır. Türkiye özelinde bakıldığında, son yirmi yılda Sağlıkta Dnuşuym Programı ile fiziksel altyapı ve hizmete erişimde devrim niteliğinde adımlar atılmasına rağmen, OECD verilerine göre Türk toplumunun sağlık algısının diğer üye ülkelere kıyasla halen istenilen düzeyde olmaması, üzerinde durulması gereken temel bir yönetimsel sorundur. Sağlık hizmetlerinin niceliksel artışı ile niteliksel algısı arasındaki bu kopukluk, sağlık yönetimi stratejilerinin sadece biyomedikal çıktılarına değil, bireyin sübjektif deneyimine odaklanması gerektiğini ortaya koymaktadır (OECD, 2023: 56).

Dünya genelinde yaşanan nüfus, sağlık sistemleri üzerinde sadece finansal bir yük değil, aynı zamanda bir "fonksiyonellik" sorunu yaratmaktadır. Bireylerin daha uzun yaşaması, bu yaşam süresinin ne kadarının "sağlıklı" hissedilerek geçirildiği sorusunu gündeme getirmektedir. OECD ülkeleri arasında yapılan karşılaştırmalar, benzer ekonomik düzeye ve sağlık harcamasına sahip ülkeler arasında toplumun sağlık algısı açısından derin uçurumlar olduğunu göstermektedir. Bu durum, sağlık algısının sadece bir "sağlık sonucu" değil, aynı zamanda sosyoekonomik eşitsizliklerin, kültürel yapının ve sağlık sistemine duyulan güvenin bir bileşkesi olduğunu kanıtlamaktadır. Türkiye’de algılanan sağlık durumunun düşük seyretmesi, bireylerin sağlık sistemini daha sık ve bazen gereksiz yere kullanmalarına neden olarak, sistemin toplam maliyet etkinliğini bozmaktadır. Sağlık yöneticileri için temel sorun, toplumun neden kendisini "sağlıksız" hissettiğini rasyonel nedenlerle açıklamak ve bu algıyı iyileştirecek makro politikalar üretmektir (Gün, 2023: 1058).

Sağlık yönetiminde karar verme mekanizmaları, genellikle hastane yatak doluluk oranları veya ameliyat sayıları gibi somut veriler üzerinden yürütülmektedir. Ancak algılanan sağlık durumu, bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal bütünlüğünün bir özeti olduğu için, bu verinin göz ardı edilmesi planlama süreçlerinde "insani faktörün" eksik kalmasına yol açmaktadır. Problemin bir diğer boyutu da, Türkiye'nin OECD ortalamalarına kıyasla sağlık harcamalarından aldığı payın düşüklüğü ile buna karşılık sunulan hizmetin yoğunluğu arasındaki dengesizliktir. Hizmet sunumundaki bu yoğunluk, hasta başına düşen muayene süresinin kısalmasına ve dolayısıyla hekim-hasta iletişiminin zayıflamasına neden olmaktadır. İletişimsel kopukluk, bireyin tedavi alsa bile kendisini "iyileşmiş" veya "sağlıklı" hissetmemesine yol açan temel bir yönetsel sorundur. Bu nedenle, algılanan sağlık durumunun bir performans göstergesi olarak sistemin merkezine alınmaması, kaynak dağılımında ve hizmet önceliklendirmesinde stratejik hatalara zemin hazırlamaktadır (Uğurluoğlu ve Çelik, 2005: 15).

Metodolojik açıdan ise, algılanan sağlık durumunun ölçülmesinde kullanılan yöntemlerin Türkiye'nin kültürel kodlarıyla ne kadar örtüştüğü ve bu verilerin uluslararası karşılaştırmalarda ne kadar "gerçekçi" bir tablo sunduğu tartışma konusudur. Farklı kültürlerde sağlık şikayeti bildirme eğilimleri sonuçları manipüle edebilmektedir. Türkiye'de sağlık algısının düşük çıkması, gerçekten bir sağlık krizine mi işaret etmektedir, yoksa toplumsal beklentilerin karşılanmamasından kaynaklanan bir hoşnutsuzluk göstergesi midir? Bu ayrımın netleştirilememesi, sağlık politikası yapıcılarının hedef kitleye yönelik doğru müdahaleler geliştirmesini engellemektedir. Problemin çözümü için, Türkiye'deki algılanan sağlık durumunun demografik, sosyoekonomik ve sistemsel değişkenlerle olan ilişkisinin OECD perspektifinden boylamsal olarak analiz edilmesi ve bu analizlerin sağlık yönetimi kararlarına entegre edilmesi zorunluluk arz etmektedir (Sayılı vd., 2017: 4).

Son olarak, sağlık yönetiminde "hakkaniyet" sorunu, algılanan sağlık durumu verilerinde kendisini en net şekilde göstermektedir. Gelir grupları ve bölgeler arasındaki sağlık algısı farkı, sağlık sisteminin kapsayıcılığını sorgulatan bir problem alanıdır. Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişimin genel olarak kolaylaşmış olması, en alt sosyoekonomik dilimdeki bireyin kendisini "iyi" hissetmesini sağlamaya yetmiyorsa, burada sistemin sadece tıbbi değil, sosyal determinanlar (konut, eğitim, çevre) bazında da başarısız olduğu söylenebilir (Özçelik, 2022: 205). Bu tez çalışması, Türkiye ile OECD ülkeleri arasındaki algılanan sağlık durumu farklılıklarını ortaya koyarak, elde edilen bulguların sağlık yönetimi açısından değerlendirilmesi ve geliştirilmesi gereken alanların belirlenmesi üzerine yapılandırılmıştır.

1.2. Araştırmanın Önemi

Sağlık yönetiminin modern vizyonu, sistem başarısını sadece tedavi edilen hasta sayısı veya hastane yatak kapasitesi gibi arz yönlü göstergelerle değil, bu hizmetlerin toplumun öznel refahı üzerindeki etkisiyle ölçmeyi gerektirmektedir. Bu noktada "algılanan sağlık durumu", bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal iyi oluş halinin bütünsel bir yansıması olarak, sağlık sistemlerinin performansını değerlendirmede en rafine ve düşük maliyetli gösterge niteliği taşımaktadır. Bu araştırmanın temel önemi, Türkiye'nin son yıllarda sağlık altyapısında yaşanan gelişmeleri, toplumun sağlık algısı üzerinden değerlendirmesidir. OECD ülkeleriyle yapılacak karşılaştırmalı analiz sayesinde, Türkiye'nin algılanan sağlık durumu açısından uluslararası konumu ve sağlık yönetimi açısından değerlendirilebilecek alanlar ortaya konulacaktır. Algılanan sağlık durumu, bireylerin sağlık algısını yansıtan önemli bir gösterge olması nedeniyle, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde tamamlayıcı bir bilgi kaynağı olarak kullanılmaktadır (Uzden ve Kurutkan, 2022: 168).

Araştırmanın sağlık yönetimi disiplini açısından taşıdığı önem, kaynakların rasyonel dağılımı ve talep yönetimi süreçlerine getireceği katkıda gizlidir. Türkiye gibi sağlık hizmeti talebinin yüksek olduğu ülkelerde, sağlığını "kötü" olarak algılayan bireylerin sağlık kurumlarını daha sık ziyaret etmesi, sistem üzerinde ciddi bir iş yükü ve maliyet baskısı yaratmaktadır. Bu çalışma, bireylerin kendilerini neden sağlıksız hissettiklerine dair demografik ve sosyoekonomik belirleyicileri saptayarak, yöneticilere gereksiz hizmet kullanımını azaltacak ve hedeflenmiş koruyucu müdahaleler geliştirecek veriye dayalı bir yol haritası sunacaktır. Sadece mortalite oranlarına bakarak yapılan bir planlama, toplumun yaşam kalitesindeki erozyonu gözden kaçırabilirken; algılanan sağlık durumunun merkeze alındığı bir analiz, sistemin "insani çıktı" kalitesini iyileştirmek için gerekli olan yapısal reformlara ışık tutacaktır (Şantaş vd., 2023: 785).

Uluslararası kıyaslamalar bağlamında bu tezin önemi, Türkiye'nin OECD içerisindeki "sağlık algısı açığını" tanımlayacak olmasıdır. Diğer OECD ülkelerinde sağlık algısını yukarı çeken faktörlerin (sağlık okuryazarlığı, sosyal destek ağları, çevre kalitesi vb.) Türkiye'deki karşılıklarının analizi, "benchmarking" (kıyaslama) yöntemiyle başarılı modellerin Türkiye'ye adaptasyonu için bilimsel bir zemin hazırlayacaktır. Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişimin (finansal ve fiziksel) birçok OECD ülkesinden daha kolay olmasına rağmen algılanan sağlığın neden düşük kaldığına dair verilecek yanıt, sağlık yönetimi literatüründeki önemli bir boşluğu dolduracaktır. Bu çalışma,

sağlık politikasının sadece tıbbi bir müdahale değil, aynı zamanda toplumsal bir "esneklik inşaa süreci" olduğunu kanıtlayarak, disiplinlerarası bir yaklaşım sunacaktır.

Akademik literatür açısından incelendiğinde, Türkiye'de algılanan sağlık durumu üzerine yapılan çalışmaların genellikle yerel örneklerle veya sınırlı değişkenlerle yapıldığı görülmektedir. Bu tezin, OECD veri tabanı gibi geniş ölçekli ve standardize edilmiş bir veri setini kullanması, sonuçların genellenebilirliğini ve bilimsel güvenilirliğini en üst düzeye çıkarmaktadır. Boylamsal bir perspektifle Türkiye'nin sağlık algısındaki değişim seyrinin, OECD ülkelerinin tarihsel eğilimleriyle kıyaslanması, sağlık yönetimi alanında yapılacak gelecekteki ampirik araştırmalar için bir referans noktası oluşturacaktır. Ayrıca, çalışmanın sonuçları, sağlık yöneticileri ve politika yapımcılar açısından toplumun sağlık algısının değerlendirilmesinde algılanan sağlık göstergesinin önemine ilişkin katkı sağlayacaktır.

Son olarak bu araştırma, birey merkezli sağlık yönetimi anlayışının Türkiye'de kurumsallaşmasına hizmet edecektir. Sağlık sistemlerinin nihai çıktısı olan "mutlu ve sağlıklı birey" hedefi, bireyin kendi sesine kulak verilmeden gerçekleştirilemez. Algılanan sağlık durumunun bir yönetim aracı olarak analizi, hastanın sadece bir "tanı kodu" veya "vaka" değil, kendi sağlığı üzerinde uzmanlığı olan bir "paydaş" olarak görülmesini sağlayacaktır. Bu perspektif değişikliği, sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılması, hasta memnuniyetinin sürdürülebilir kılınması ve toplumsal refahın yükseltilmesi adına hayati bir öneme sahiptir. Dolayısıyla bu tez, hem kuramsal derinliği hem de uygulama alanındaki potansiyel çıktıları ile sağlık yönetimi alanında özgün bir katkı sunmayı amaçlamaktadır.

1.3. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın temel amacı, Türkiye'de bireylerin kendi sağlıklarına yönelik öznel değerlendirmelerini temsil eden "algılanan sağlık durumu"nu, OECD ülkeleriyle karşılaştırmalı bir perspektifte inceleyerek, bu algının belirleyicilerini sağlık yönetimi stratejileri ışığında analiz etmektir. Sağlık sistemlerinin sadece biyomedikal çıktılarla değil, bireyin refah hissiyle de değerlendirilmesi gerektiği ilkesinden hareketle bu çalışma; Türkiye'nin sağlık sistemindeki dönüşümün toplumsal algıdaki izdüşümünü küresel standartlarla kıyaslayarak somutlaştırmayı hedeflemektedir. Araştırma, Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişimin artmasına rağmen algılanan sağlık düzeyinin neden belirli bir eşikte kaldığını veya OECD ortalamalarından saptığını, veri temelli analizlerle açıklamaya çalışacaktır. Bu doğrultuda çalışma, sağlık yöneticileri ve politika

yapıcılar için, toplumun sağlık beklentilerini daha iyi yönetebilecekleri ve öznel iyilik halini yükseltebilecekleri kanıta dayalı bir zemin oluşturmayı amaçlamaktadır.

Araştırmanın odağında yer alan karşılaştırmalı analiz yaklaşımı, Türkiye'nin sağlık performansını benzer ekonomik ve sosyal yapıya sahip OECD ülkeleriyle yan yana getirerek, mevcut durumun bir "başarı mı" yoksa "gelişime açık bir alan mı" olduğunu saptamayı hedeflemektedir. Bu kapsamda araştırmanın özel amaçlarından ilki, algılanan sağlık durumu ile sağlık harcamaları, yatak kapasitesi, hekim sayısı gibi yapısal göstergeler arasındaki korelasyonu ülkeler bazında ortaya koymaktır. Amacımız, kaynak kullanımındaki verimliliğin toplumun sağlık algısına ne ölçüde tahvil edilebildiğini belirlemektir. Eğer bir ülke, Türkiye'den daha az harcama yaparak daha yüksek bir sağlık algısı elde ediyorsa, o sistemin yönetsel kodlarını (birinci basamak etkinliği, sağlık okuryazarlığı programları vb.) deşifre etmek bu tezin ana gayelerinden biridir

Sağlık yönetimi perspektifinden bakıldığında araştırmanın amacı, algılanan sağlık durumunu bir "stratejik yönetim aracı" olarak tanımlamak ve sistem performansının izlenmesinde nasıl kullanılabileceğini modellemektir. Çalışma, öznel sağlık beyanlarının gelecekteki sağlık hizmeti kullanımı ve mortalite üzerindeki yordayıcı gücünü vurgulayarak, yöneticilere "reaktif" bir yönetim anlayışından "proaktif" bir anlayışa geçiş için veri sunmayı hedeflemektedir. Toplumun sağlık algısını iyileştirmenin, uzun vadede gereksiz tetkik ve başvuru maliyetlerini azaltarak sistemin finansal sürdürülebilirliğine nasıl katkı sağlayacağı bu tezin kanıtlamaya çalıştığı temel hipotezler arasındadır. Nihayetinde bu araştırma, Türkiye'nin sağlık vizyonuna "insan odaklı performans" kriterini entegre etmeyi amaçlayan bilimsel bir girişimdir

Son olarak araştırma, Türkiye'deki sağlık yönetimi literatürüne uluslararası karşılaştırmalı ve boylamsal bir çalışma kazandırarak akademik bir derinlik sağlamayı amaçlamaktadır. Türkiye'nin sağlıkta katettiği mesafeyi OECD aynasında yansıtarak, hem yerel hem de küresel ölçekte referans alınabilecek bir analiz ortaya koymak araştırmanın nihai hedefidir. Bu hedeflere ulaşılması, Türkiye'de sağlık politikalarının sadece "yaşatmak" üzerine değil, bireylere "kendini sağlıklı hissettirmek" üzerine kurgulanmasına yönelik kuramsal bir destek sunacaktır

1.4. Araştırmanın Kapsamı

Bu araştırma, Türkiye'deki bireylerin algılanan sağlık durumlarını, küresel bir referans noktası olan OECD (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü) ülkeleri ile mukayeseli bir düzlemde ele almaktadır. Çalışmanın kapsamı, hem zamansal hem de mekânsal boyutta geniş bir veri setini içine alacak şekilde tasarlanmıştır. Mekânsal kapsam olarak; Türkiye başta olmak üzere, verisine erişilebilen ve sağlık sistemleri açısından farklı modelleri temsil eden OECD üye ülkeleri temel analiz birimleridir. Bu kapsam, sadece gelişmiş ekonomileri değil, Türkiye gibi gelişmekte olan ve sağlıkta dönüşüm süreçlerini deneyimleyen ülkeleri de içermesi bakımından, algılanan sağlık durumunun evrensel belirleyicilerini saptama imkânı tanımaktadır. Araştırma, ülkelerin genel sağlık göstergeleri ile bireylerin algılanan sağlık değerlendirmeleri arasındaki farklılıkları karşılaştırmalı olarak incelemektedir.

Zamansal kapsam açısından araştırma, Türkiye'nin sağlık sistemindeki yapısal değişimlerin etkilerini görebilmek adına boylamsal bir perspektif benimsemektedir. Bu doğrultuda, OECD Sağlık Veri Tabanı'nda yer alan ve son 10-15 yıllık dönemi kapsayan yıllık veriler analiz sürecine dâhil edilmiştir. Bu geniş zaman aralığı, sağlık politikalarındaki değişimlerin, ekonomik dalgalanmaların ve küresel sağlık krizlerinin (örneğin COVID-19 pandemisi) toplumun sağlık algısı üzerindeki kümülatif etkisini gözlemlemeye olanak tanımaktadır. Araştırma, durağan bir "anlık fotoğraf" çekmekten ziyade, Türkiye'nin sağlık algısındaki değişim seyrini OECD ortalamaları ve benzer ülkelerin trendleri ile kıyaslayarak dinamik bir süreç analizi sunmaktadır. Bu sayede, sağlığın sosyal belirleyicilerindeki iyileşmenin algıya yansımaya hızı ve gecikme payları da kapsam dâhilinde değerlendirilebilmektedir.

Değişken kapsamı bakımından çalışma, algılanan sağlık durumunu sadece tek bir soruya verilen yanıt olarak değil, çok boyutlu bir çıktı olarak ele almaktadır. Kapsam dâhilinde; sosyoekonomik göstergeler ve sağlık sistemine özgü göstergeler (sağlık harcamaları, yatak sayısı, karşılanamayan tıbbi ihtiyaçlar, birinci basamak kullanımı) analiz edilmektedir. Ayrıca, ülkelerin refah düzeylerini temsil eden GSYH verileri ve yaşam kalitesi endeksleri de sağlık algısını çevreleyen yapısal faktörler olarak kapsamda yer almaktadır. Araştırma, bu değişkenlerin her birinin Türkiye ve OECD ülkeleri arasındaki "sağlık algısı farkı"nı ne ölçüde açıkladığını saptamaya odaklanarak, sağlık yönetiminin müdahale edebileceği değişken alanlarını belirlemeye çalışmaktadır.

Teorik ve yönetimsel kapsam açısından araştırma, algılanan saēlık durumunun saēlık yönetimi açısından deēerlendirilmesine odaklanmaktadır. Çalışmada yalnızca algılanan saēlık durumu verileri deēil, aynı zamanda saēlık sistemi göstergeleri de dikkate alınarak Türkiye'nin mevcut durumu incelenmiştir. Bu kapsamda saēlık göstergelerine dayalı olarak gerçekleştirilen SWOT analizi ile Türkiye'nin saēlık sistemi açısından güçlü ve zayıf yönleri ile geliştirilmesi gereken alanlar deēerlendirilmiřtir. Elde edilen bulgular, saēlık yönetimi açısından algılanan saēlık durumunun ve saēlık sistemi göstergelerinin birlikte ele alınmasının önemini ortaya koymaktadır.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Her bilimsel araştırmada olduēu gibi, bu çalışma da belirli yöntemsel ve yapısal sınırlılıklar çerçevesinde yürütülmektedir. Araştırmanın en temel sınırlılıēı, ikincil veri analizi yöntemine dayanması ve bu verilerin OECD Saēlık Veri Tabanı gibi uluslararası platformlardan derlenmiş olmasıdır. İkincil veri kullanımı, araştırmacıya geniş bir örneklem üzerinde çalışma imkânı sunsa da, verilerin toplanma sürecindeki anket tasarımlarına, örnekleme yöntemlerine ve veri temizleme prosedürlerine doērudan müdahale etme şansını ortadan kaldırmaktadır. Bu durum, analize dâhil edilen her bir OECD ülkesinin veri kalitesi ve raporlama standartları arasındaki olası heterojenliēin bir sınırlılık olarak kabul edilmesini gerektirmektedir. Özellikle bazı ülkelerin verilerinde görülen eksik gözlemler veya belirli yıllara ait veri kesintileri, boylamsal analizin kesintisizliēini etkileyebilecek bir faktördür.

Metodolojik bir sınırlılık olarak "algılanan saēlık durumu" göstergesinin subjektif doēası ön plana çıkmaktadır. Bireylerin kendi saēlıklarını puanlarken kullandıkları referans noktaları; kültürel normlar, toplumsal beklentiler ve dlsel farklılıklar nedeniyle ülkeler arasında farklılık gösterebilmektedir. "Raporlama heterojenliēi" olarak adlandırılan bu olgu, aynı objektif saēlık statüsüne sahip iki farklı ülke vatandaşının, kendi saēlıklarını farklı kategorilerde (rneēin biri "iyi", diēeri "orta") tanımlamasına yol açabilmektedir. Araştırma, bu sübjektif yanlılıkları minimize etmek adına uluslararası standartları baz alsa da, kültürel algı farklarının sonuçlar üzerindeki etkisini tamamen izole etmek mümkün olmamaktadır. Bu durum, karşılaştırmalı analizlerin yorumlanmasında ihtiyatlı bir yaklaşım benimsenmesini zorunlu kılmaktadır (Schnittker vd., 2014).

Ayrıca, araştırmanın değişken kapsamı, OECD veri tabanında yer alan standart göstergelerle sınırlıdır. Sağlık algısını etkileyebilecek olan genetik yatkınlıklar, mikro-çevresel faktörler veya bireysel psikolojik dayanıklılık (resilience) seviyeleri gibi daha spesifik verilerin ulusal ölçekli veri tabanlarında yer almaması, analizin bu boyutları kapsayamamasına neden olmaktadır. Benzer şekilde, Türkiye özelinde yapılan analizlerde, verilerin bölge veya il bazında değil, ulusal düzeyde toplu olarak sunulması, ülke içindeki coğrafi ve sosyoekonomik farklılıkların detaylı bir şekilde ayrıştırılmasını engellemektedir. Bu sınırlılıklar, çalışmanın sonuçlarının "makro düzeyde eğilimler" olarak değerlendirilmesi gerektiğini ve bireysel bazdaki tüm nedensellik ilişkilerini açıklama iddiasında olmadığını ortaya koymaktadır.

1.6. Tanımlar

Bu araştırma kapsamında kullanılan ve kavramsal bütünlüğü sağlayan temel terimlerin tanımları aşağıda sunulmuştur:

- Algılanan Sağlık Durumu (Self-Rated Health): Bireyin kendi sağlık statüsüne ilişkin fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutları içeren öznel değerlendirmesidir. Genellikle "Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?" sorusuna verilen "Çok iyi", "İyi", "Orta", "Kötü" ve "Çok kötü" yanıtları üzerinden ölçülmektedir (Marmot vd., 2020).
- OECD (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü): Küresel ekonomik ve sosyal refahı artırmak amacıyla 38 üye ülkenin bir araya gelerek oluşturduğu uluslararası bir kuruluştur. Sağlık verilerinin standardizasyonu ve politika kıyaslamaları için temel referans otoritesidir (OECD, 2023).
- Mortalite (Ölüm Hızı): Belirli bir nüfusta, belirli bir zaman dilimi içerisinde meydana gelen ölümlerin oranıdır. Sağlık sistemlerinin nesnel performansını ölçen geleneksel bir göstergedir (WHO, 2020).
- Morbidite (Hastalık Durumu): Bir popülasyondaki hastalık, yaralanma veya sakatlıkların görülme sıklığı ve yaygınlığıdır (prevalans ve insidans).
- Sağlık Yönetimi: Sağlık hizmetlerinin etkin, verimli ve kaliteli bir şekilde sunulması için gerekli olan insan, finans, teknoloji ve bilgi kaynaklarının planlanması, örgütlenmesi, yürütülmesi ve denetlenmesi sürecidir (Larson, 2018).
- Sağlıkta Hakkaniyet (Health Equity): Tüm bireylerin tam sağlık potansiyellerine ulaşmaları için adil bir fırsata sahip olması ve önlenemez sağlık farklılıklarının ortadan kaldırılması durumudur.

- Cevap Verebilirlik (Responsiveness): Sağlık sisteminin, hastaların tıbbi olmayan beklentilerine (saygınlık, gizlilik, özerklik ve hasta hakları gibi) ne ölçüde yanıt verdiğinin bir ölçüsüdür (OECD, 2019).
- Değer Bazlı Sağlık Hizmeti: Sağlık hizmeti sunumunda başarının, yapılan işlem sayısına göre değil, elde edilen sağlık sonuçlarına ve hastanın yaşam kalitesindeki iyileşmeye göre ölçüldüğü yönetim modelidir (Papanicolas vd., 2017).

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Sağlık Kavramı ve Sağlığın Ölçülmesi

2.1.1. Sağlık Tanımları ve Bileşenleri

Sağlık kavramı, günümüz literatüründe sadece biyolojik bir işleyişin devamlılığı olarak değil, bireyin yaşam kalitesini ve toplumsal katılımını doğrudan etkileyen çok katmanlı bir olgu olarak ele alınmaktadır. Yirmi birinci yüzyılın değişen demografik yapısı, artan kronik hastalık yükü ve yaşlanan nüfus, sağlığın statik bir durumdan daha çok dinamik bir süreç olarak tanımlanmasını zorunlu kılmıştır. Modern sağlık yaklaşımları, bireyi çevresiyle sürekli etkileşim halinde olan karmaşık bir sistem olarak görmekte ve sağlığı, değişen çevresel koşullara, fiziksel zorluklara ve duygusal stres faktörlerine karşı gösterilen başarılı bir uyum süreci olarak değerlendirmektedir. Bu anlamda sağlık, ulaşılması gereken nihai bir hedef olmaktan öte, bireyin günlük yaşamını sürdürebilmesi, üretken olabilmesi ve potansiyelini gerçekleştirebilmesi için sahip olduğu bir kaynak olarak değerlendirilmektedir (Uzden ve Kurutkan, 2022: 170).

Sadece biyolojik süreçlere indirgenerek ele alınan sağlığın, bu biyomedikal modelin, tartışmalarda yer alan bir sınırlılığdır. Buna göre sağlığı biyo-medikal şartlardan (örneğin doğrudan riskler) başka herhangi bir şeyden etkilenmiyormuş gibi kabul eden bu görüş, hastalıkların gelişimine neden olan genel yaşam koşullarının etkisini açıklamada yetersiz kalmaktadır. Güncel çalışmalarda ise sağlığın toplum içinde şekillenen ve çocukluk ile yetişkinlik boyunca devam eden sosyal ve biyolojik süreçlerin bütünlük bir etkileşimi ile oluştuğunu ifade eden “yaşam seyri yaklaşımı” öne çıkmaktadır. Öte yandan biyo-psiko-sosyal model doğrultusunda; gelir düşüklüğü, eğitim seviyesi, kötü çalışma koşulları ve sosyal dışlanma gibi "dolaylı risklerin" sağlığın korunmasında hayati önem taşıdığı ve bütünsel bir yaklaşımın gereği olduğu işaret edilmektedir. Sağlık artık sadece klinik referans aralıkları ile değil, bireyin kendisinin kendi sağlığını ‘mükemmel, çok iyi, iyi’ olarak değerlendirdiği ‘algılanan sağlık durumu’yla ve bu iyilik halinin yaşam boyunca devam ettirilebilmesi ile ilişkilendiriliyor (Palaz, 2023: 73).

DSÖ’nün, sağlığı “bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlayan klasik yaklaşımı, sağlık politikalarının şekillendirilmesinde uzun yıllardır temel referans noktası olmayı sürdürmektedir. Ancak son dönem akademik literatür, bu

tanıma dahil olan "tam iyilik" teriminin günümüz sağlık bakış açısında ne kadar sürdürülebilir ve kapsayıcı olabileceği yönünde oldukça çok sayıda tartışmaya yol açmaktadır. Özellikle 2010 sonrasında tartışılan biraz daha ağırlık kazanmış olan görüşler sağlıklı-hasta ayrımının oldukça ayrıştığına işaret etmektedir. Bu bağlamda, kronik bir hastalığı olan insanların bile sağlıklarını "iyi" olarak, yaşam kalitelerini ise "yüksek" olarak algılayabildikleri belirtilmektedir. Sağlık ise bu çerçevede fiziksel, duygusal ve sosyal engeller karşısında uyum sağlama ve kendi kendini yönetebilme becerisi olarak yeniden tanımlandı. Bu değişim, sağlık ve hastalık gibi kategorik temellere dayanmaktan ziyade, bireyi pasif bir bakım alıcısı konumundan kendi sağlık süreçlerinin yönetiminde aktif sorumluluk üstlenen, öznel iyi olma hali içinde anlam bulan ve kendi yaşam seyri içinde benlik güçlendirmesine izin veren bir birey haline getirmektedir (Göktaş vd., 2021: 115).

Sağlık, psikolojik sağlık ve sosyal destek unsurlarının birbirine karıştığı geliştirici bir süreçtir ve sadece bedenin fiziksel sistemlerinin dengesi değildir. Bu anlamda ruh sağlığı, bireyin yaşamı boyunca stres yaratan koşullara karşı dayanma gücü ve toplumsal yaşamda aktif rol alma kapasitesi ile ilişkilendirilir. Mevcut literatür ve araştırmalar, bu yapıya merkezi bir unsur olarak "sosyal destek" ilavesinde bulunmaktadır. Sosyal destek sosyolojik açıdan bireyin toplumsal aidiyetini ve destek ağlarını temsil eden bir destek mekanizmasıdır ve aileniz, dostlarınız ve hatta bir odak alanında küçük topluluklar ile şekillenir. Araştırmalar sosyal desteğin eksikliğinin ve kötü yaşam koşullarının (yoksulluk gibi) birçok kişi kadar sigara kullanımı kadar ruh sağlığı bozuklukları için önemli bir risk faktörü olduğunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle sağlığın özellikleri bireyin içinde bulunduğu sosyoekonomik dinamikler, bireyin algıladığı sosyal destekten farklı alanlarda var olan ve kendisini diğer alanlar ile etkileyen oldukça katmanlı ve birbirinden etkilenebilir bir yapıdır. Sağlık durumu sadece klinik ölçümlere göre değil, aynı zamanda bireyin sosyoekonomik statüsü, eğitim seviyesi ve sosyal çevre ile etkileşiminden kaynaklanan bir durum olarak da değerlendirilmektedir. (Selçuk Tosun ve Akça, 2014: 210).

Sağlığın toplumsal belirleyicileri yaklaşımı, sağlık kavramının yalnızca bireysel özellikler üzerinden değerlendirilmesinin yetersiz olduğunu ortaya koymuş ve konuyu toplumsal bir çerçeveye taşımıştır. Bu bakış açısına göre bireyin sağlık durumu; genetik özellikleri ve kişisel yaşam tercihleri kadar, doğduğu, büyüdüğü, eğitim aldığı, çalıştığı ve yaşlandığı sosyal çevrenin koşullarından da etkilenmektedir. Eğitim düzeyi, gelir durumu, istihdam olanakları, barınma koşulları ve sağlık hizmetlerine erişim gibi

sosyoekonomik faktörler, bireyler ve toplumlar arasındaki sağlık farklılıklarının önemli belirleyicileri arasında yer almaktadır.

Bu nedenle günümüzde sağlık, yalnızca hastalıkların teşhis ve tedavisiyle sınırlı bir konu olarak görülmemekte; sosyal adalet, eşitlik ve insan hakları perspektifleriyle birlikte ele alınmaktadır. Sağlık politikalarının oluşturulması ve sağlık sistemlerinin değerlendirilmesi süreçlerinde de bu geniş yaklaşım giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Nitekim sağlık hizmetlerinde performans ve kalite değerlendirmeleri, sadece tedavi edilen hasta sayısına odaklanmak yerine toplumun genel sağlık düzeyi, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ve önlenabilir hastalıkların azaltılması gibi göstergeleri de kapsamaktadır. Bu durum, sağlık sistemlerinin başarısının toplumsal refah ve yaşam kalitesi üzerindeki etkileriyle birlikte değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir (Özçelik, 2022: 202-207).

Araştırmalar, sağlıklı yaşam biçiminin yalnızca tek bir davranıştan ibaret olmadığını; dengeli beslenme, düzenli fiziksel aktivite, etkili stres yönetimi ve bireyin kendi sağlığına yönelik sorumluluk alması gibi birçok unsurun bir araya gelmesiyle oluşan bütüncül bir yapı olduğunu göstermektedir. Örneğin yapılan bir araştırmada, Multipar kadınların bu davranışları benimseme ve sürdürme düzeyleri ise eğitim durumu, çalışma yaşamına katılım, sahip oldukları çocuk sayısı, beden kitle indeksi (BKİ) ve sigara kullanımı gibi çeşitli bireysel ve sosyoekonomik faktörlerden etkilenmektedir. Bununla birlikte gebelik dönemi, kadınların hem kendi sağlıklarını koruma hem de sağlıklı yaşam alışkanlıklarını geliştirme konusunda daha bilinçli kararlar vermelerini gerektiren özel bir yaşam evresi olarak değerlendirilmektedir. Bu süreçte öz-yeterlilik düzeyi, sağlıklı davranışların kazanılması ve sürdürülmesinde önemli bir belirleyici rol oynamaktadır.

Sonuç olarak, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının desteklenmesi yalnızca gebelik sürecindeki rutin sağlık izlemlerinin bir parçası olarak görülmemelidir. Aynı zamanda kadınların yaşamlarının farklı dönemlerinde sağlıklarını koruyabilmeleri, geliştirebilmeleri ve sağlıkla ilgili kararlarını bilinçli bir şekilde yönetebilmeleri açısından da büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde multipar kadınlara yönelik planlanan uygulama ve müdahalelerin, bireylerin sosyodemografik özellikleri ile mevcut risk faktörleri dikkate alınarak koruyucu ve geliştirici bir anlayışla yapılandırılması gerekmektedir. Böyle bir yaklaşım, hem anne sağlığının güçlendirilmesine hem de toplum düzeyinde önlenabilir sağlık sorunlarının azaltılmasına önemli katkılar sağlayacaktır (Kerkez ve Kaplan, 2025: 118).

Sağlık kavramının geleneksel tıp paradigmalarının dışına çıkarak genişlemesinin bir sonucu olarak literatürde, bireyin yaşam biçimini ve öznel durumunu ifade eden dinamik esenlik (wellness) ve algılanan sağlık durumu (subjective/self-rated health) kavramları günümüz sağlık analizlerinin vazgeçilmez öğeleri hale gelmiştir. Bu açıdan bakılırsa, esenlik; hastalık ve engel yokluğu gibi statik veya biyomedikal bir kavramdan farklı olarak, bireyin gündelik yaşamda potansiyelini gerçekleştirmesi yönünde kasti, çok boyutlu ve bilinçli bir hareket sürecidir. Güncel araştırmalarda, esenlik ve öznel sağlık durumu, bireyin doğrudan sağlık ile ilgili davranışları olan fiziksel aktivite sıklığı, beslenme durumu, uyku düzeni, tütün/alkol kullanım alışkanlıkları ve bu davranış süreçlerini yönetme kabiliyeti olarak tanımlanan sağlık okuryazarlığı düzeyine ilişkin genel bilgiler olarak değerlendirilmektedir. Bu boyutların her birisi birbirini etkilemekte ve sürekli bir ilişki içerisinde bulunmaktadır. Mesela yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olamayan ya da akademik/iş ortamında yoğun stres altında olan kişinin; koruyucu sağlık davranışlardan uzaklaşması son derece normaldir, beslenme ve uyku kalitesinin düşmesi ve bunun sonucu olarak hem psikososyal rahatlığın bozulması hem de somatik fiziksel semptomlar/kronik riskler geliştirmesi geri dönülmez bir hale gelmektedir. Bu nedenle çağdaş halk sağlığı bakış açısı ve mevcut literatür bireyi biyolojik bir organizasyonda klinik göstergelerle sınırlı olarak değil; yüksek öz farkındalığa sahip yaşam tarzı seçimleriyle kendi iyilik halini şekillendiren ve yaşamının her alanında denge arayan bütüncül bir varlık olarak görülmektedir. Özellikle geleceğin toplum sağlığını şekillendirecek sağlık profesyonellerinin kendi öznel sağlık beyanları ve davranış kalıplarının doğrudan bu yapısal/bilişsel etmenlerle ilişkili olduğu çalışmalar ile doğrulanmaktadır (Jürgensen vd., 2024: 4).

Sonuç olarak sağlık, yirmi birinci yüzyılda insan hakları temelinde ele alınan, çok boyutlu ve çok katmanlı bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Biyolojik determinizmin ötesine geçen bu yeni anlayış, sağlığı bireysel bir özellik olmaktan çıkarıp, toplumsal, ekonomik ve çevresel faktörlerin bir ürünü olarak konumlandırmaktadır. Sağlık sistemlerinin başarısı da artık sadece klinik çıktılarla değil, bireylerin ve toplumların genel iyilik halini ne kadar destekleyebildikleri ile ölçülmektedir. Bu kapsamlı tanım, tezin ilerleyen bölümlerinde ele alınacak olan sağlık göstergeleri, algılanan sağlık durumu ve sağlık politikaları analizleri için teorik bir zemin oluşturmaktadır. Sağlığın bu bütüncül yapısının anlaşılması, sağlık düzeyinin doğru ölçülmesi ve yorumlanması için bir ön koşul niteliğindedir (Köse, 2022: 33).

2.1.2. Sağlık Düzeyi Göstergeleri

Sağlık hizmetlerinin sunumu, toplumun sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında ve sağlık düzeyinin geliştirilmesinde önemli bir role sahiptir. Bu çerçevede, sağlık hizmetlerinin etkinliğinin değerlendirilmesi, sistemin performansının izlenmesi ve kaynakların (insani ve fiziksel sermaye) bölgesel olarak rasyonel dağılımına yönelik kararların alınması için somut verilerin kullanılması elzemdir. Sağlık doğrudan ölçülmesi zor ve çok boyutlu bir kavram olduğundan, sistem kapasitesi ve hizmet sunum düzeyinin bir göstergesi olarak çeşitli göstergeler kullanılmaktadır.

Günümüzde sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi; hekim sayısı, hastane yatağı kapasitesi, ebe sayısı ve tıbbi cihaz envanteri gibi temel sağlık göstergelerinin analizi ile mümkün olmaktadır. Bu göstergeler, sağlık düzeyini sayısal değerlere dönüştürerek bölgeler arası karşılaştırmaların yapılmasına, öncelikli ihtiyaçların tespit edilmesine ve kaynak verimliliğinin ölçülmesine olanak tanımaktadır. Özellikle çok kriterli karar verme yöntemlerinin (ARAS yöntemi gibi) analitik süreçlere dahil edilmesiyle birlikte, bu veriler sadece basit istatistikler olmaktan çıkmış; sağlık hizmetlerinin kalitesini, erişilebilirliğini ve toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılama becerisini yansıtan stratejik ölçüm araçları haline gelmiştir (Çam vd., 2025: 15; OECD, 2019: 45).

Mortalite (ölüm) temelli istatistikler geleneksel halk sağlığı yaklaşımı içerisinde en çok sorgulanan ve veri elde edilmesi en kolay olan göstergelerdir. Kaba ölüm hızı, bebek ölüm hızı, anne ölüm hızı gibi rakamlar toplumun genel sağlık düzeyi ile sosyal ve ekonomik yapı hakkında özet bilgiler vermektedir. Bebek ölüm hızı başta olmak üzere bu göstergeler, yalnızca sağlık hizmetlerinin etkinliğinin değil; aynı zamanda beslenme, barınma, hijyen, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik koşullar gibi toplum sağlığını etkileyen birçok faktörün de bir yansımasıdır. Bunlar günümüzde bulaşıcı hastalıkların baskı altına alınması, yaşam süresinin uzaması ile birlikte mortalite verileri toplum sağlığını tek başına açıklamakta yetersiz bulunmaktadır. İnsanların daha uzun yaşaması onların sağlıklı yaşadığı anlamına gelmediğinden ölüm verileri buzdağının sadece görünen bölümünü temsil etmekte ve hayatta kalanların sağlık durumlarını gözardı etmektedir (Şimşek ve Mete, 2023: 140).

Mortalite verilerinin sınırlılıklarını aşmak amacıyla morbidite (hastalık) göstergeleri sağlık ölçümlerinde giderek daha fazla önem kazanmaktadır. İnsidans (belirli bir sürede yeni ortaya çıkan vaka sayısı) ve prevalans (belirli bir anda toplumdaki toplam vaka sayısı) hızları, hastalıkların toplumdaki yaygınlığını ve risk düzeyini ortaya koymaktadır. Örneğin yapılan bir araştırmada Kronik böbrek hastalığı (KBH) gibi klinik süreçlerde, genel popülasyonla kıyaslandığında morbidite (hastalık yükü) ve mortalite

(ölüm) oranlarının belirgin düzeyde yüksek olduğu görülmektedir. Özellikle kardiyovasküler hastalıklar, bu hasta grubunda hem yaşam kalitesini kısıtlayan en önemli morbidite nedeni hem de mortalitenin birincil sorumlusudur. Bu bağlamda sağlık göstergeleri, sadece "ölüm" istatistikleriyle sınırlandığında, hastaların yaşadığı işlev kayıpları ve hastalık yükü (örneğin; sıvı-elektrolit dengesizliğine bağlı komplikasyonlar) göz ardı edilmektedir. Örneğin, hemodiyaliz hastalarında "interdiyalitik kilo alımı" gibi izlenebilir parametreler, kardiyovasküler morbiditeyi tetikleyen ve yönetilebilir risk faktörleri olarak kritik bir rol oynamaktadır. Bu nedenle sağlık yöneticileri, toplumun sağlık ihtiyaçlarını belirlerken hastalıkların görülme sıklığını ve süresini dikkate alan morbidite temelli analizlere yönelmektedir (Şahin vd., 2022: 106).

Sağlık statüsü; bir ülkenin sağlık sistemi ve birey bazında sağlık düzeyini ortaya koyan, ülkelerin gelişim seviyelerini karşılaştırmak ve değerlendirmek amacıyla kullanılan temel bir ölçüttür. Bu kapsamda en sık başvurulanan parametrelerden biri olan "doğumda yaşam beklentisi" ve "ortalama yaşam süresi", bir yenidoğanın mevcut riskler altında yaşaması öngörülen ortalama yıl sayısını temsil eder. Ancak bu göstergeler sağlık sistemlerinin bir çıktısı olsa da tek başlarına yaşamın niteliğine dair tam bir veri sunmamaktadır. Bu kısıtlılığını aşmak için geliştirilen "Sağlıklı Yaşam Beklentisi" (HALE) kavramı, hastalık veya sakatlık nedeniyle yaşam kalitesinin azaldığı yılları toplam süreden arındırarak "tam sağlık" içinde geçen süreyi hesaplar. Bu yaklaşım, sadece "yaşama yıllar katmak" yerine "yıllara yaşam katmayı" ilke edinen modern politikalarda, kanıta dayalı karar vermeye rehberlik eden ve sistem performansını daha gerçekçi yansıtan bir sağlık göstergesi olarak kabul edilmektedir (Şimşek ve Mete, 2023: 140).

Toplum sağlığının ekonomik ve sosyal maliyetini ölçmek için geliştirilen bir diğer kapsamlı gösterge ise "Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı"dır (DALY - Disability Adjusted Life Years). DALY, erken ölümler nedeniyle kaybedilen yıllar (YLL) ile sakatlık veya hastalık nedeniyle kaybedilen yılların (YLD) toplamından oluşmaktadır. Bir DALY, sağlıklı yaşamdan kaybedilen bir yılı temsil etmektedir. Bu gösterge, farklı hastalıkların ve risk faktörlerinin toplum üzerindeki yükünü tek bir birimle karşılaştırma imkanı sunmaktadır. Örneğin, kanser gibi yüksek ölüm oranına sahip bir hastalık ile bel ağrısı gibi yüksek sakatlık oranına sahip bir durumun toplumsal yükü DALY üzerinden kıyaslanabilmektedir. DALY, Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Bankası gibi uluslararası kuruluşlar tarafından küresel hastalık yükünü analiz etmek ve kaynak dağılımı önceliklerini belirlemek için yaygın olarak kullanılmaktadır (Arslan, 2024: 481-498).

Sağlık ekonomisi ve teknoloji değerlendirme süreçlerinde merkezi bir konuma sahip olan "Kaliteye Ayarlanmış Yaşam Yılı" (QALY) göstergesi, sağlık müdahalelerinin

hem klinik hem de ekonomik etkinliğini ölçmeyi hedefleyen temel bir göstergedir. Sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği ve kaynakların verimli dağılımı açısından kritik olan bu gösterge, yaşam süresindeki artış (miktar) ile bu sürenin niteliğini (kalite) tek bir endekste birleştirerek sunar. Bu yaklaşımın temel özellikleri ve önemi şu şekilde ifade edilebilir:

- **Bütünleşik Ölçüm:** QALY, bireyin sağlık durumunu "tam sağlık" (1) ile "ölüm" (0) arasındaki bir skalada değerlendirerek, tıbbi müdahalelerin hastaya sağladığı net faydayı matematiksel bir çerçeveye oturtur.
- **Sağlık Sermayesi ve Yatırım:** Sağlık, Grossman modelinde de belirtildiği üzere, bireyin üretkenliğini ve yaşam kalitesini artıran bir yatırım aracı olarak görülür; bu nedenle QALY kazanımları, toplumun beşeri sermayesinin korunması anlamına gelir.
- **Politika ve Geri Ödeme Kararları:** Özellikle yeni tedavi yöntemlerinin ve ilaçların maliyet-etkililik analizlerinde belirleyici bir rol oynayan QALY, karar vericilere sınırlı kaynakların en yüksek faydayı sağlayacak alanlara yönlendirilmesinde rehberlik eder.
- **Kompozit Göstergeler:** QALY ve Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı (DALY) gibi kompozit göstergeler, hastalık yükünü ve yaşam kalitesindeki kayıpları somut verilere dönüştürerek kanıta dayalı sağlık politikalarının oluşturulmasına olanak tanır (Yılmaz vd., 2025: 525).

Sonuç olarak, sağlık düzeyi göstergeleri statik veri setleri değil, toplumun değişen sağlık ihtiyaçlarına göre evrilen dinamik araçlardır. Yirminci yüzyılda enfeksiyon hastalıklarıyla mücadelede mortalite hızları yeterli bir rehberken, günümüzde yaşlanan nüfus ve kronik hastalıklar gerçeği, fonksiyonel kapasiteyi ve yaşam kalitesini merkeze alan HALE, DALY ve QALY gibi gelişmiş göstergelerin kullanımını zorunlu kılmaktadır. Bu göstergeler, tezin ilerleyen bölümlerinde ele alınacak olan "algılanan sağlık durumu" kavramının nesnel karşılıklarını oluşturmakta ve öznel beyanlarla klinik gerçeklikler arasındaki ilişkinin anlaşılmasına zemin hazırlamaktadır. Sağlık yönetiminde başarının anahtarı, bu nesnel göstergeler ile bireylerin kendi sağlıklarına dair algılarını bütüncül bir gözle yorumlayabilmekten geçmektedir (Maniscalco vd., 2020: 2415).

2.1.3. Öznel ve Nesnel Sağlık Ölçümleri

Sağlık durumunun ve yaşlanma süreçlerinin değerlendirilmesinde genel olarak iki temel yaklaşım kullanılmaktadır: nesnel (objektif) ve öznel (algılanan) sağlık değerlendirmeleri. Geleneksel tıp anlayışı ve klinik araştırmalar uzun yıllar boyunca ölçülebilen, doğrulanabilen ve standart yöntemlerle değerlendirilebilen nesnel sağlık göstergelerini temel almıştır. Bu kapsamda laboratuvar sonuçları, radyolojik görüntülemeler, hekim tarafından konulan tanılar, kronik hastalıkların varlığı ve çeşitli biyobelirteçler gibi klinik veriler nesnel sağlık ölçütleri olarak kabul edilmektedir. Bu ölçütler, bireyin kişisel görüşlerinden bağımsız olarak vücuttaki hastalıkları veya fonksiyon kayıplarını belirlemeye yardımcı olmakta ve tanı ile tedavi süreçlerinde önemli bir yer tutmaktadır (Yalçın Balçık ve Konca, 2019: 670).

Bununla birlikte, nesnel sağlık göstergeleri her zaman bireyin sağlık durumunu tam olarak yansıtmayabilmektedir. Klinik veriler hastalığın varlığını ve şiddetini ortaya koysa da bireyin bu durumu günlük yaşamında nasıl deneyimlediği, hissettiği ağrı düzeyi, hareket kabiliyetindeki veya bilişsel işlevlerindeki kısıtlılıklar ile yaşam kalitesine olan etkileri hakkında sınırlı bilgi sağlamaktadır. Başka bir ifadeyle, biyomedikal göstergeler ile bireyin kendi sağlığına ilişkin algısı arasında önemli farklılıklar bulunabilmektedir. Bu durum, yalnızca nesnel verilerin bireyin sağlık durumunu ve genel refahını açıklamak için yeterli olmadığını göstermektedir (Palaz, 2023: 75).

Bu nedenle günümüzde modern epidemiyolojik yaklaşımlar, klinik tanı ve biyolojik göstergelerin yanı sıra bireyin kendi sağlık durumunu nasıl değerlendirdiğini de dikkate almaktadır. Öznel sağlık göstergeleri ve yaşam kalitesi ölçekleri, nesnel sağlık ölçütleri ile birlikte değerlendirilerek bireyin sağlık durumunun daha kapsamlı ve bütüncül bir şekilde anlaşılmasına katkı sağlamaktadır (Maniscalco vd., 2020: 2416).

Öznel sağlık ölçümleri, bireyin kendi sağlık durumunu nasıl algıladığına ve değerlendirdiğine odaklanan bir yaklaşımı ifade etmektedir. Bu ölçümler genellikle "Genel olarak sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?" gibi sorular aracılığıyla elde edilmekte ve bireylerin sağlık durumlarını "çok iyi" ile "çok kötü" arasında değerlendirmelerine dayanmaktadır. Böylece sağlığın birey tarafından algılanan ve deneyimlenen yönü ortaya konulmaktadır. Öznel sağlık değerlendirmeleri, tıbbi testlerle henüz belirlenemeyen erken belirtileri, bireyin ruhsal durumunu ve fiziksel sağlığına ilişkin algılarını da içeren daha bütüncül bir bakış açısı sunmaktadır. Yapılan çalışmalar, bireylerin kendi sağlık durumlarına yönelik değerlendirmelerinin; yaşadıkları çevrenin sağlık koşulları, fiziksel sağlık algıları ve ruhsal iyilik halleri ile yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Özellikle fiziksel sağlık algısındaki değişimlerin, öznel sağlık

değerlendirmesini etkileyen en önemli faktörlerden biri olduğu ve sağlık hizmetlerinden yararlanma sıklığını doğrudan etkilediği belirlenmiştir (Palaz, 2023: 75).

Son yıllarda gerçekleştirilen araştırmalar, öznel sağlık algısının yalnızca bireysel bir değerlendirme olmadığını, aynı zamanda gelecekte ortaya çıkabilecek sağlık sorunları, kronik hastalıkların ilerleyişi ve hatta ölüm riski konusunda önemli bir gösterge olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum, bireylerin kendi bedenlerinden ve yaşam çevrelerinden aldıkları bilgileri yorumlama becerilerinin, sağlık durumunun anlaşılmasında klinik bulguları tamamlayan önemli bir kaynak olduğunu göstermektedir (Uzden ve Kurutkan, 2022: 171).

Nesnel ve öznel ölçümler arasındaki ilişki incelendiğinde, bu iki veri setinin her zaman birbiriyle örtüşmediği görülmektedir. Literatürde bu durum, klinik verilerin iyi olmasına rağmen bireyin kendini kötü hissetmesi veya tam tersi ciddi bir patolojiye rağmen bireyin kendini sağlıklı algılaması şeklinde zıt sonuçlar ortaya çıkarabilmektedir. Örneğin, yaşlı bireylerde objektif sağlık sorunlarının artmasına rağmen, beklentilerini düşürmeleri veya durumu yaşlılığın doğal bir sonucu olarak kabullenmeleri nedeniyle öznel sağlık algılarının yüksek seyredebileceği gözlemlenmektedir. "İyilik hali paradoksu" olarak adlandırılan bu durum, sağlığın sadece biyolojik bir gerçeklik değil, aynı zamanda bilişsel ve duygusal süreçlerle şekillenen bir kurgu olduğunu kanıtlamaktadır. Bu uyumsuzluk, sağlık profesyonellerinin sadece laboratuvar sonuçlarına odaklanmayıp, hastanın sesine de kulak vermesi gerektiğini göstermektedir (Göktaş vd., 2021: 118).

Günümüzde sağlık sistemlerinde hizmet kalitesinin ve tedavi başarısının değerlendirilmesi yalnızca klinik sonuçlara dayandırılmamaktadır. Hastaların sağlık hizmetlerinden elde ettikleri fayda ve memnuniyet düzeyi de bu değerlendirmelerde önemli bir yer tutmaktadır. Bu nedenle "algılanan sağlık hizmeti kalitesi" ve "hasta tatmini" kavramları sağlık hizmetlerinin temel bileşenleri arasında kabul edilmektedir. Artık sağlık hizmetlerinin başarısı sadece teknik yeterlilik ya da nesnel iyileşme göstergeleriyle değil, hastaların bakım sürecini nasıl değerlendirdiği, hizmetten ne ölçüde yarar gördüğü ve hizmet sonrasında geliştirdiği davranışsal eğilimlerle de ilişkilendirilmektedir (Yalçın Balçık ve Konca, 2019: 670).

Özellikle hastaların aldıkları sağlık hizmetini bütüncül bir şekilde değerlendirmeleri, tedavi süreçlerinin ve hizmet sunumunun hasta geri bildirimleri doğrultusunda gözden geçirilmesini gerekli kılmaktadır. Bu yaklaşım, sağlık hizmetlerini yalnızca teknik ve yönetsel bir süreç olarak görmekten uzaklaştırmakta; hasta odaklı, algılanan kalite ve değer ön planda olduğu bir hizmet anlayışını öne çıkarmaktadır. Böylece bireyin sağlık hizmetlerinden duyduğu memnuniyetin, gelecekteki sağlık

davranışlarını ve sağlık hizmetlerinden yararlanma eğilimini etkileyen önemli bir unsur olduğu kabul edilmektedir (Dursun ve Çerçi, 2004: 12).

Sağlık durumunun tam ve doğru bir resmini elde edebilmek için ne tek başına klinik veriler ne de sadece hasta beyanları yeterli olmaktadır. Nesnel ölçümler hastalığın "ne olduğunu" tanımlarken, öznel ölçümler hastalığın "nasıl yaşandığını" ortaya koymaktadır. İdeal bir sağlık değerlendirmesi, bu iki boyutun birbirini tamamladığı karma modelleri gerektirmektedir (Palaz, 2023: 77). Tezin bu bölümünde ele alınan sağlık kavramı, bileşenleri ve ölçüm yöntemleri, bir sonraki ana başlık olan "Algılanan Sağlık Durumu"nun teorik altyapısını oluşturmaktadır. Algılanan sağlık, öznel ölçümlerin en rafine hali olarak, bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal gerçekliğinin bir sentezi olarak karşımıza çıkmaktadır.

2.2. Algılanan Sağlık Durumu

2.2.1. Algılanan Sağlık Durumunun Tanımı ve Önemi

Algılanan sağlık durumu, bireyin kendi sağlık durumunu nasıl değerlendirdiğini ifade eden öznel bir kavram olup yaşam seyri epidemiyolojisi çalışmalarında önemli bir gösterge olarak kabul edilmektedir. Literatürde "Öz-Bildirimli Sağlık" (Self-Rated Health) olarak da adlandırılan bu kavram, yalnızca bireyin mevcut biyolojik durumunu değil, aynı zamanda bu durumu sosyal ve psikolojik açıdan nasıl algıladığını ve anlamlandırdığını da yansıtmaktadır. Genellikle "Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?" şeklindeki tek bir soru ile ölçülen algılanan sağlık durumu, bireyin yaşamı boyunca maruz kaldığı sosyal ve biyolojik etkenlerin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (Palaz, 2023: 75).

Bu değerlendirme yapılırken birey sadece mevcut fiziksel sağlık durumunu değil, çocukluk döneminden itibaren yaşadığı sağlık deneyimlerini, eğitim ve gelir düzeyi gibi sosyoekonomik koşulları, çalışma yaşamını ve karşılaştığı biyolojik riskleri de bilinçli ya da bilinçsiz olarak göz önünde bulundurmaktadır. Bu nedenle algılanan sağlık durumu, bireyin doğumdan başlayarak çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde edindiği deneyimlerin bir araya geldiği bütüncül bir sağlık göstergesi olarak değerlendirilmektedir (Dincă vd., 2023: 302).

Yapılan araştırmalar, bireylerin kendi sağlık durumlarına ilişkin bu öznel değerlendirmelerinin, gelecekte ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarını ve yaşam beklentisini öngörmede önemli bir gösterge olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca

algılanan sağlık durumunun, klinik ölçümlerden bağımsız olarak sağlık sonuçlarını tahmin etmede güçlü bir anlamlandırıcı olduğu belirtilmektedir (Palaz, 2023: 74).

Algılanan sağlık durumunun teorik temelleri incelendiğinde, bu kavramın yalnızca bireyde bulunan hastalıkların bir göstergesi olmadığı görülmektedir. Aynı zamanda bireyin içinde yaşadığı sosyal ve kültürel çevreden de önemli ölçüde etkilendiğı bilinmektedir. Bireyler sağlık durumlarını değerlendirirken çoğu zaman kendilerini çevrelerindeki kişilerle veya yaşlılarıyla karşılaştırmaktadır. Bu durum, sosyal karşılaştırma teorisi ile açıklanmaktadır. Örneğin, kronik hastalıklara sahip ileri yaşta bir birey, kendi yaş grubundaki diğerk kişilere göre daha aktif ve bağımsız olduğunu düşünüyorsa sağlık durumunu "iyi" ya da "çok iyi" olarak değerlendirebilmektedir. Bu durum, algılanan sağlık kavramının yalnızca tıbbi göstergelere bağılı olmadığını, aynı zamanda bireyin yaşam koşullarına uyum sağlama becerisini ve dayanıklılığını da yansıttığını göstermektedir. Dolayısıyla algılanan sağlık durumu, bireyin sağlıkla ilgili deneyimlerini ve yaşakam kalitesini daha kapsamlı bir şekilde değerlendirmeye olanak sağlamaktadır (Palaz, 2023: 75).

Bu yönüyle algılanan sağlık, biyomedikal yaklaşımın her zaman tam olarak ortaya koyamadığı iyi olma (well-being) halinin anlaşılmasında önemli bir araç olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle bireylerin sağlık durumlarını nasıl algıladıkları, sağlık araştırmalarında ve sağlık politikalarının geliştirilmesinde dikkate alınması gereken önemli bir unsur olarak değerlendirilmektedir (Uzden ve Kurutkan, 2022: 172).

Algılanan sağlık durumu, bireyin kendi sağlık durumuna ilişkin yaptığı öznel değerlendirmeyi ifade etmektedir. Ancak günümüzde bu kavram yalnızca bireyin sağlığını nasıl algıladığını gösteren bir ölçüt olarak değil, aynı zamanda gelecekte ortaya çıkabilecek sağlık sonuçlarını öngörmeye önemli bir gösterge olarak da kabul edilmektedir. Yapılan çalışmalar, bireylerin sağlık durumlarını olumsuz olarak değerlendirmelerinin; kronik hastalıkların görülme sıklığı, günlük yaşam aktivitelerinde yaşanan fonksiyonel kayıplar, yaşam kalitesindeki düşüş ve ölüm riski gibi çeşitli sağlık sonuçlarıyla yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Özellikle ileri yaş grubunda yapılan araştırmalarda, sağlık durumunu kötü olarak algılayan bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan daha fazla sağlık sorunu yaşadıkları bildirilmektedir. Algılanan sağlık durumunun klinik bulgularla her zaman tam olarak açıklanamaması, bireylerin henüz tanı konulmamış fizyolojik değişiklikleri, enerji düzeylerindeki azalmayı veya genel iyilik hallerindeki bozulmayı fark ederek değerlendirme yapabildiklerini düşündürmektedir. Bu nedenle algılanan sağlık durumu, yalnızca mevcut sağlık durumunu yansıtan bir ölçüt olmanın ötesinde, bireyin gelecekte karşılaşabileceğı

sağlık sorunlarına ilişkin erken uyarı niteliği taşıyan önemli bir gösterge olarak değerlendirilmektedir (Gün, 2023: 1060).

Bununla birlikte, algılanan sağlık durumunu etkileyen çeşitli faktörler bulunmaktadır. Araştırmalarda depresif belirtiler, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyinin artması, düşük gelir seviyesi, fiziksel hareketsizlik ve hipertansiyon gibi değişkenlerin algılanan sağlık durumunu olumsuz yönde etkileyen başlıca faktörler arasında yer aldığı belirtilmektedir (Sahril vd., 2023: 43).

Sağlık hizmetlerinin planlanması ve yönetimi açısından algılanan sağlık durumu önemli bir gösterge olarak değerlendirilmektedir. Bireylerin sağlık hizmetlerini kullanma sıklığı, hastaneye yatış oranları ve ilaç tüketimleri çoğu zaman yalnızca hekimlerin belirlediği klinik ihtiyaçlara bağlı olmaktan ziyade, bireylerin kendi sağlık durumlarını nasıl algıladıkları ile yakından ilişkilidir. Sağlığını kötü olarak algılayan bireylerin, objektif olarak belirgin bir sağlık sorunu olmasa bile sağlık sistemini daha sık kullandıkları; buna karşılık sağlığını iyi olarak değerlendiren bireylerin ise koruyucu sağlık davranışlarına daha yatkın oldukları gözlemlenmektedir (Dursun ve Çerçi, 2004: 10).

Bu çerçevede toplumun algılanan sağlık düzeyinin izlenmesi, gelecekteki sağlık hizmeti kullanımının ve sağlık harcamalarının öngörülmesi açısından politika yapıcılara önemli veriler sunmaktadır. Ayrıca riskli grupların erken dönemde tespit edilerek uygun müdahale programlarının geliştirilmesine de katkı sağlamaktadır. Özellikle yaşlanan nüfusla birlikte artan sağlık maliyetleri göz önünde bulundurulduğunda, kolay uygulanabilir ve düşük maliyetli bir gösterge olan algılanan sağlık durumunun önemi daha da artmaktadır (OECD, 2019: 62).

Ayrıca algılanan sağlık durumu, sosyal eşitsizliklerin sağlık üzerindeki etkisini izlemek için de etkili bir belirteçdir. Eğitim düzeyi, gelir durumu ve mesleki statü gibi sosyoekonomik belirleyicilerin sağlık üzerindeki kümülatif etkisi, en net şekilde bireylerin sağlık algılarında vücut bulmaktadır. Dezavantajlı grupların, benzer tıbbi koşullara sahip olsalar bile, yaşam koşullarının getirdiği stres ve gelecek kaygısı nedeniyle sağlıklarını daha olumsuz algıladıkları bilinmektedir. Bu nedenle algılanan sağlık, sadece tıbbi bir gösterge değil, aynı zamanda toplumsal refahın ve sosyal adaletin bir aynası olarak kabul edilmektedir. Halk sağlığı uzmanları, toplumun genel sağlık seviyesini yükseltmek için sadece hastalıkları tedavi etmenin yeterli olmadığını, bireylerin kendilerini sağlıklı hissetmelerini sağlayacak çevresel ve sosyal koşulların da iyileştirilmesi gerektiğini bu gösterge üzerinden savunmaktadırlar (Prieto, 2024: 185).

Sonuç olarak algılanan sağlık durumu, bireyin yalnızca fiziksel sağlık düzeyine ilişkin öznel bir değerlendirmesini yansıtan bir gösterge olmanın ötesinde, sağlık sistemlerinin çıktılarının değerlendirilmesinde kullanılan temel sağlık statüsü göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Sağlık göstergeleri; bireyin genel sağlık düzeyi, sağlık hizmetlerine erişimi, yaşam süresi, hastalık yükü ve genel iyilik hâli gibi çok boyutlu unsurlar hakkında önemli bilgiler sunmakta ve bu yönüyle hem bireysel hem de toplumsal düzeyde yapılan sağlık değerlendirmelerinde stratejik bir önem taşımaktadır.

Sağlık statüsüne ilişkin verilerin; sağlık harcamaları, sağlık kurumlarının kapasitesi ve sağlık insan gücü gibi diğer sağlık göstergeleri ile birlikte ele alınması, sağlık sisteminin daha bütüncül bir şekilde değerlendirilmesine katkı sağlamaktadır. Bu nedenle bireyin kendi sağlık durumuna ilişkin algısı, yalnızca klinik ölçümlerle açıklanamayan sosyal, ekonomik ve çevresel faktörleri de yansıtan önemli bir değerlendirme ölçütü olarak öne çıkmaktadır (Köse, 2022: 35).

2.2.2. Algılanan Sağlık Durumunun Ölçülmesi

Algılanan sağlık durumunun (SRH) ölçümünde, akademik literatürde ve uluslararası sağlık araştırmalarında en yaygın kullanılan yöntem “Tek Maddeli Genel Sağlık Sorusu” (Single-Item Self-Rated Health) yaklaşımıdır. Bu yöntem, katılımcılara yöneltilen “Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?” şeklindeki basit ve doğrudan bir soruya dayanmaktadır. Ölçümün temel amacı, bireyin kendi sağlık durumu, fiziksel hali ve genel iyilik durumuna ilişkin karmaşık bilgiyi tek bir genel değerlendirme içinde ifade edebilme kapasitesine dayanmaktadır (Boz vd., 2022: 339).

Bireyler sağlıklarını değerlendirirken farklı referans noktaları ve kişisel kriterler kullanabilmelerine rağmen, bu tek maddeli ölçüm genel sağlık durumunun izlenmesinde önemli ve değerli bir veri kaynağı olarak kabul edilmektedir. Yapılan birçok çalışma, bu basit değerlendirmelerin yalnızca genel bir sağlık göstergesi olmadığını; aynı zamanda morbidite, mortalite (ölüm oranları) ve sağlık hizmeti kullanımını öngörmede güçlü bir belirleyici olduğunu ortaya koymaktadır (Alexopoulos ve Geitona, 2009: 2458).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) gibi uluslararası kuruluşlar da ulusal sağlık araştırmalarında ve sosyodemografik analizlerde bu standart soruyu veya benzer ölçekleri kullanarak ülkeler arası karşılaştırılabilir veri setleri oluşturmaktadır. Yöntemin geçerliliği ve güvenilirliği, farklı kültür ve dil gruplarında yapılan epidemiyolojik çalışmalarla test edilmiş ve genel sağlık

durumunu değerlendirmede etkili bir araç olduğu ortaya konmuştur (Alexopoulos ve Geitona, 2009: 2458).

Algılanan genel sağlık durumunun (SRH) lm skalaları incelendiğinde, uluslararası literatürde genellikle 5’li derecelendirme leklerinin kullanıldığı görülmektedir. Epidemiyolojik araştırmalarda bireylerden, genel sağlık durumlarını “ok iyi”den başlayarak “ok kötü”ye kadar uzanan sıralı bir kategori içinde değerlendirmeleri istenmektedir. Bu 5’li lek (5-point scale), bireylerin kendi sağlıklarını öznel olarak değerlendirmelerine imkn tanımaktadır (Alexopoulos ve Geitona, 2009: 2458).

Bununla birlikte, uluslararası çalışmalarda kullanılan soru ifadeleri ve cevap seçenekleri arasında kültürel ve metodolojik bazı farklılıklar bulunmaktadır. Örneğin Dünya Sağlık rgt (WHO) standartlarında ve Avrupa merkezli araştırmalarda genellikle “ok iyi, iyi, orta, kötü ve çok kötü” seçeneklerinden oluşan 5’li skala tercih edilmekte ve bu lek farklı kültürlere uyarlanarak kullanılmaktadır. Bu farklılıklar metodolojik açıdan veri dağılımını bir miktar etkileyebilse de, algılanan sağlık lmnn genel bir gösterge olarak kullanılması, bireylerin farklı referans noktalarına sahip olmalarına rağmen karşılaştırılabilir ve güvenilir veri elde edilmesini sağlamaktadır (Alexopoulos ve Geitona, 2009: 2458).

İstatistiksel analizlerde ve çok değişkenli regresyon modellerinde (multivariate analysis) ise bu 5 kategorili değişken çoğu zaman daha anlamlı sonuçlar elde edebilmek için iki gruba indirgenmektedir. Bu kapsamda “ok iyi” ve “iyi” yanıtları “iyi SRH” grubunda birleştirilirken, “orta”, “kötü” ve “ok kötü” yanıtları “kötü/yetersiz SRH” kategorisi altında toplanmaktadır. Bu sınıflandırma yaklaşımı, leğin ayrıntılarını bir miktar sadeleştirmesine rağmen, bireyin genel sağlık durumunu, kronik hastalık yükünü ve sağlık hizmeti ihtiyaını öngörmede oldukça güçlü ve tutarlı bir yapı sunmaktadır (Prieto, 2024: 186).

Sağlık durumunu lmek için sadece 'Genel olarak kendinizi nasıl hissediyorsunuz?' gibi tek soruluk basit bir şey kullanmak yerine, bazen çok daha detaylı ölççekler de kullanıyoruz. Mesela SF-36, NHP ve EQ-5D gibi yöntemler; sağlığı sadece genel bir his olarak değil; ağrı, fiziksel hareketlilik, sosyal hayatımız ve ruh halimiz gibi birçok farklı parçaya ayırarak incelememizi sağlıyor (Maniscalco vd., 2020: 2418).

Bu detaylı ölççekler, bir insanın sağlığının hangi noktasında sorun olduğunu anlamak için harika ama ne yazık ki çok uzun oldukları için geniş çaplı araştırmalarda ya da nüfus taramalarında hem zaman alıyorlar hem de maliyetli oluyorlar. Aslında en şaşırtıcı kısım şu: Tek bir soruya verdiğimiz cevap, bu çok uzun ve detaylı leklerin sonuçlarıyla neredeyse aynı çıkıyor. Yani biz o tek soruyu yanıtlarken, aslında

zihnimizden sağlıkla ilgili tüm o detayları hızlıca geçirip bir özet çıkarıyoruz ve genel bir sonuca varıyoruz (Maniscalco vd., 2020: 2418).

Algılanan sağlık durumunu ölçerken karşılaştığımız en büyük sorunlardan biri 'raporlama heterojenliği' denilen durumdur. Yani insanlar aynı sağlık sorunlarına sahip olsalar bile, kültürel geçmişlerine, gelir düzeylerine veya yaşlarına göre bu durumu çok farklı yorumlayabiliyorlar. Örneğin, bazı kültürlerde sağlığından yakınmak bir zayıflık gibi görülürken, başka bir yerde bu çok doğal karşılanabiliyor. Buna benzer şekilde, yaşlılar sağlıkla ilgili beklentilerini gençlere göre daha aşağı çektiği için, aynı fiziksel kısıtlılığı yaşayan bir genç kendini 'sağlıksız' olarak tanımlarken, bir yaşlı 'bu yaşta normal' diyerek kendini daha sağlıklı puanlayabiliyor. Araştırmacılar, insanların bu öznel bakış açılarından kaynaklanan hataları en aza indirmek için 'Çapa Hikayeleri' (Anchoring Vignettes) denilen yöntemlere başvuruyorlar. Bu sayede, kişisel yorumlardan kaynaklanan farkları temizleyip verileri daha tarafsız ve karşılaştırılabilir bir zemine oturtmaya çalışıyorlar (Park ve Ahn, 2026: 145).

Sonuç olarak, algılanan sağlık durumunu (SRH) ölçerken, soruyu ne zaman ve neyle kıyaslayarak sorduğumuz çok önemlidir. Literatürde sıkça kullanılan 'Şu anki sağlığınız nasıl?' gibi anlık sorular, 'Geçen yıla göre nasılsınız?' gibi geçmişle kıyaslama isteyen sorulara göre, kişinin o anki biyolojik gerçekliğini ve sağlık durumunu çok daha net bir şekilde yansıtıyor. Tabii ki katılımcının o günkü keyfi, hava durumu, sosyo-demografik özellikleri ya da anketörün tarzı gibi dış etkenler cevaplarda küçük değişikliklere neden olabilir. Ancak algılanan sağlık ölçümleri o kadar güvenilir ve tutarlı ki, bu tür küçük metodolojik sorunları kendi içinde aşabiliyor. Hatta güncel araştırmalar, bu öznel değerlendirmenin hastaların tıbbi kayıtlarıyla; yani diyabet gibi kronik hastalıklarıyla, yaşam tarzlarıyla (obezite veya hareketlilik durumu gibi) ve hatta depresyon/anksiyete gibi psikolojik halleriyle ne kadar örtüştüğünü kanıtlıyor. Özellikle kronik rahatsızlığı olan hastalarda; kişinin hem biyolojik hem klinik hem de ruhsal durumunu tek seferde, bütüncül bir şekilde özetleyen bu yöntem, hem ucuz olması hem de bilimsel geçerliliği sayesinde tıp ve halk sağlığı çalışmalarının vazgeçilmez bir parçası olmaya devam ediyor (Vich-Pérez vd., 2025: 6772).

2.2.3. Mortalite ve Morbidite ile İlişkisi

Algılanan sağlık durumu ile ölüm (mortalite) ve hastalık (morbidite) arasındaki bağ, epidemiyolojinin en temel konularından biridir. Yıllar süren takip çalışmaları, insanların kendi sağlıkları hakkında 'kötü' demesinin, aslında hiçbir tıbbi risk faktörü olmasa bile ölüm riskini tahmin etmede çok güçlü bir yol gösterici olduğunu kanıtlıyor. Hatta bu

durum, tahlillerde henüz ortaya çıkmayan fizyolojik yorgunluğun insanın içine doğması, yani sezgisel bir dışavurumu gibi belirtilebilir (Maniscalco vd., 2020).

Hastalık boyutuna baktığımızda ise durum sadece tahlil sonuçlarından ibaret değildir. Diyabet veya böbrek yetmezliği gibi kronik hastalıklarda; hastanın hissettiği ağrının şiddeti, diğer hastalıklarının yükü ve günlük yaşamının ne kadar kısıtlandığı, o kişinin kendini nasıl hissettiğini doğrudan belirliyor. Zaten hastaların yaşam kalitesi testlerinden düşük puan alması ve hastanede daha uzun süre kalmaları da bu durumun en somut kanıtlarıdır. İşin biyolojik tarafı da bulunmaktadır; vücut aslında bu stresi bize anlatıyor. Kronik hastalıklarda kanda CRP veya interlökin-6 gibi iltihap göstergelerinin artması, vücudun aslında doku düzeyinde ciddi bir stres altında olduğunu gösteriyor. Yani hastanın 'kendimi kötü hissediyorum' demesi, sadece psikolojik bir kötümserlik ya da boş bir kaygı değil; aslında vücudun dengeyi korumak için verdiği o zorlu mücadelenin biyolojik bir yansımasıdır (Maniscalco vd., 2020).

Sonuç olarak; yaş, şeker hastalığı veya kalbin pompalama gücü gibi klasik tıbbi faktörlerin yanında, hastanın kendi sağlık durumuna dair bütüncül algısını da dikkate almalıyız. Biyolojik değerlerle hastanın kendi öznel algısını birleştirmek, kronik hastalıklarda riskleri öngörmek, hastayı daha iyi takip etmek ve doğru tedaviyi planlamak için kritik bir öneme sahiptir (Şahin vd., 2022: 108).

Davranışsal mekanizmalar açısından "kendini gerçekleştiren kehanet" teorisi bu ilişkiyi derinleştirmektedir; sağlığını kötü algılayan bireylerin umutsuzluğa kapılarak fiziksel aktivite ve ilaç uyumundan uzaklaşması, ölüm riskini artıran bir kısır döngü yaratmaktadır (Wärnberg vd., 2021: 1505). Bu nedenle, yaşlı popülasyonda ve çoklu eşlik eden hastalık hastanın öznel beyanı, yaklaşan krizin gelecekteki sağlık sonuçlarını öngören bir verisi olarak ele alınmalıdır. Kavramın geçerliliği, klinik tanımlar ve fiziksel işlevsellik ölçekleriyle (ADL/IADL) ilişkisini inceleyen çalışmalarla desteklenmiştir. (Alexopoulos ve Geitona, 2009: 2460).

Sağlık algımızı şekillendiren en temel faktörlerin başında yaş, cinsiyet gibi demografik özelliklerimiz geliyor. Mesela yaşlılar, aslında sağlık durumları kötüye gitse bile beklentilerini biraz düşürdükleri için kendilerini hâlâ 'iyi' hissedebiliyorlar; buna 'yaşlanma paradoksu' deniyor. Kadınlar ise erkeklerden daha uzun yaşamalarına rağmen sağlıklarını daha kötü olarak değerlendiriyorlar; bu da onların vücutlarındaki değişimlere karşı daha duyarlı olmalarından ve toplumsal cinsiyet rollerinden kaynaklanıyor (Prieto, 2024: 185). Bu temel özelliklerimizin üzerine bir de sosyoekonomik durumumuz eklenince sağlıkta eşitsizlikler daha da belirginleşiyor. Eğitim düzeyimiz yükseldikçe sağlık okuryazarlığımız artıyor ve sağlığımızı daha iyi koruyabiliyoruz. Ancak düşük

gelir ve iş güvencesizliği gibi durumlar, sadece fiziksel imkânlarımızı kısıtlamakla kalmıyor; aynı zamanda sürekli bir 'yoksunluk' hissi ve stres yaratarak, kendimizi daha sağlıklı hissetmemize yol açıyor (Södel vd., 2026: 12).

Sosyoekonomik durumumuz tek başına değil, çevremizdeki kültürel ve sosyal imkânlarla birleşince sağlık algımıza asıl şeklini vermektedir. Mesela, güçlü aile bağlarına sahip olmak veya sosyal destek ağları içinde bulunmak, hastalandığımızda bize bir 'tampon' görevi görüyor; yani psikolojik olarak daha güçlü durmamızı sağlamaktadır. Tam tersi durumda, yani sosyal olarak yalnızlaştığımızda, vücudumuzdaki stres hormonları tetikleniyor ve bu da kendimizi daha kırılğan hissetmemize neden olmaktadır (Assari, 2025: 194). Bir de işin kültürel tarafı var; içinde bulunduğumuz toplumun normları, hangi belirtinin 'önemsenmesi gereken bir sorun' olup olmadığına karar vermemizi sağlıyor. Bu yüzden, sağlığımız hakkında verdiğimiz cevaplar aslında büyük oranda yetiştiğimiz kültürün bizi nasıl yönlendirdiğine göre değişmektedir (Xu vd., 2022: 14502).

Sağlığımızı iyileştirmek için yapabileceğimiz en somut ve ölçülebilir şey, sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak. Yani bu çok katmanlı yapının merkezinde aslında sağlık hizmeti bulunmaktadır. Bir sağlık sisteminin ne kadar dayanıklı (HSR) olduğunu sadece kriz zamanlarındaki refleksine bakarak değil; herkese ulaşan bir sağlık sigortası (UHC), paranın adil dağıtılması ve teknolojinin kesintisiz çalışması gibi temel şeylere bakarak anlayabiliyoruz. İşin aslı şu: İnsanların, 'ihtiyacım olduğunda kaliteli ve kesintisiz sağlık hizmeti alabilirim' diye hissetmesi, hem bireysel sağlık algısını hem de toplumsal huzuru destekleyen bir nevi 'psikolojik ve yapısal zırh' görevi görmektedir. Sağlık yönetiminde gerçekten başarılı olmak istiyorsak, sadece hastaların klinik sonuçlarını iyileştirmek yetmez; onları kısıtlayan ekonomik ve sistemsel engelleri de kaldırmamız gerekmektedir. Bunun için de hükümetlerin daha iyi yönetim mekanizmaları kurması, kaynakları hakça paylaşması ve sağlık çalışanlarına sahip çıkması zorunludur. Kısacası; bireyin kendi sağlık süreci üzerindeki kontrol hissini güçlendirmek istiyorsak, şoklara karşı kendini yenileyebilen, esnek ve gelişmeye açık, yani tam anlamıyla 'dayanıklı' bir sağlık sistemi kurmaktan başka çaremiz bulunmamaktadır (Chuang ve Hu, 2025: 665).

2.2.4. Algılanan Sağlık Durumunun Geçerliliği ve Güvenilirliği

Sağlık sistemlerinin asıl amacı toplumun sağlığını yükseltmek, hizmette herkese eşitliği sağlamak ve insanları büyük masraflardan korumaktır. Bu hedeflere ne kadar ulaştığımızı anlamak için hem genel (makro) hem de daha özel (mikro) seviyelerde

sistemli bir performans değerlendirmesi yapmamız şart olmaktadır. Literatürde bu değerlendirme; sisteme harcanan parayı ve insan gücünü (girdi), yapılan tıbbi işlemleri (süreç) ve sonunda elde edilen sonucu (çıkıtı) önceden belirlediğimiz stratejik hedeflere göre incelemek olarak tanımlanıyor. Tabii ki eskiden performans denince akla sadece hastane yatak sayısı, klinik veriler veya maliyet hesabı geliyordu. Ancak günümüzdeki modern yaklaşımlar artık bununla yetinmiyor. Artık bir sağlık sisteminin başarısını ölçerken, insanların beklentilerine ne kadar hızlı cevap verildiği ve hastanın ne kadar memnun kaldığı gibi çok daha geniş, bütüncül bir bakış açısı gerekiyor. Yani sistemin etkililiği, finansal durumu, doktor ve personel kapasitesi ile erişilebilirlik arasında ince bir denge kurmak, modern sağlık yönetiminin ana konusu haline n (Uğurluoğlu ve Çelik, 2005: 15).

Dünya Sağlık Örgütü ve OECD gibi kuruluşlar, bu performans ölçümlerini 'Anahtar Performans Göstergeleri' (KPI) üzerinden belirli standartlara oturtuyor. Bu sayede ülkeler, kendi sistemlerindeki eksikleri dünya standartlarına göre görebiliyorlar. Özellikle Hellwig yöntemi gibi matematiksel sıralama modelleri sayesinde, sistemi zayıf olan ülkeler, daha başarılı olan ülkelerin finansman modellerini veya personel politikalarını inceleyip kendi sistemlerine nasıl transfer edebileceklerini öğrenebiliyorlar. Kısacası bu analizler, daha dirençli ve başarılı sağlık sistemleri kurmak için bize bilimsel bir yol haritası sunuyor (Smarżewska vd., 2022: 16736).

Sağlık sistemlerini uluslararası düzeyde standart bir şekilde değerlendirmek, ülkelerin kendi durumlarını küresel normlara göre görmelerini ve başarılı ülkelere iyi örnekleri kendi sistemlerine aktarmalarını sağlıyor. Bu standardizasyon sürecinde OECD'nin (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü) sağlık veri tabanı, dünyanın en güvenilir ve en geniş kapsamlı referans kaynağı olarak kabul ediliyor. OECD, üye ülkelere aldıkları verileri 'Health at a Glance' (Bir Bakışta Sağlık) gibi düzenli raporlarla paylaşıyor. Bu raporlarda; genel sağlık durumu, risk faktörleri, hizmetlere erişim, kalite ve kaynak kullanımı gibi ana başlıklar altında yüzlerce farklı gösterge karşılaştırmalı olarak yer alıyor. Özellikle bu veri setleri içindeki 'algılanan sağlık durumu' verileri, sadece hastanedeki tıbbi sonuçları değil; vatandaşların hayatından ne kadar memnun olduğunu ve sağlık sistemini nasıl değerlendirdiğini anlamak için harika bir stratejik araçtır. Yani OECD'nin sunduğu bu veriler sayesinde, bir ülkenin sağlık harcamalarının artırımının toplumun yaşam kalitesinde veya beklenen yaşam süresinde gerçekten bir iyileşme yapıp yapmadığını somut bir şekilde test edebiliyoruz (OECD, 2021: 42).

Ülkeler bazında karşılaştırmalı araştırmalara baktığımızda; gelişmiş ülkelerin sağlık politikalarında aslında benzer hedeflere sahip olduğunu görüyoruz. Yani herkes

benzer şeyleri amaçlıyor ama iş uygulamaya gelince; her ülkenin kendi kurumsal yapısı, finansman sistemi ve yönetim modeli farklı olduğu için sonuçlar da çeşitleniyor. Dünya genelindeki güncel eğilimlere baktığımızda ise ilginç bir kayma var. Eskiden odak noktası hastanelerde yapılan 'akut tedavi' iken, artık ülkeler birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmeye, toplum içinde koruyucu önlemler almaya ve kronik hastalıkları 'değer odaklı' bir şekilde yönetmeye yöneliyor. Bu dönüşümün arkasındaki ana itici güçler ise; sağlıkla sosyal hizmetlerin birleştirilmesi, dijitalleşme, teletıp uygulamaları ve tabii ki her şeyi bireyin çevresine kuran 'hasta odaklı bakım' modelleridir. Bugün pek çok modern sağlık sisteminin ortak ajandası da bunu göstermektedir (Sungur, 2024).

Peki, neden böyle bir reform ihtiyacı var? Çünkü nüfus hızla yaşlanıyor, kronik hastalıklar artıyor ama bütçemiz ve kaynaklarımız sınırlıdır. Yani artan bu sağlık taleplerini daha akıllıca yönetmemiz gerekiyor. Bu stratejilerin tam merkezinde, sistemin parasal olarak sürdürülebilirliğini sağlamak varken, aynı zamanda toplumdaki adalet (hakkaniyet) ve kapsayıcılık dengesini korumak var. Özellikle dezavantajlı veya kendini daha sağlıklı hissedenden gruplara yönelik özel müdahaleler geliştirmek, sağlık eşitsizliklerini azaltmak ve genel refahı artırmak için anahtar rol oynuyor (Matos vd., 2025: 29).

Sağlık sistemlerinin performansını dünya çapında kıyaslamak, aslında sistemin beklenmedik şoklara, yani krizlere karşı ne kadar dayanıklı (resilient) olduğunu ölçmek için de harika bir fırsat olmaktadır. Son dönemde yaşadığımız büyük sağlık krizleri bize şunu gösterdi: Sadece çok zengin olan ülkeler değil, esnek ve veriye dayalı yönetim modelleri kuran ülkeler, sağlık algılarını ve halk sağlığını çok daha iyi koruyabildiler. Aslında ülkeler arası karşılaştırmalı analizler çok önemli bir gerçeği kanıtlıyor: Sağlık için harcanan paranın miktarından çok, bu paranın hangi stratejik alanlara ayrıldığı, sağlık sonuçlarını daha fazla belirliyor. Yani mesele sadece bütçe değil, bütçeyi yönetme biçimi. Bu yüzden uluslararası göstergeleri takip etmek ve kararları veriye dayalı almak, sağlık yönetimi alanı için hayati bir önem taşıyor. Kısacası bu karşılaştırmalar, ülkelerin birbiri ile yarıştığı bir sıralama listesinden ziyade; sistemdeki aksaklıkları bulmamızı sağlayan ve uzun vadeli sağlık stratejilerimizi doğru şekilde ayarlamamıza (kalibre etmemize) yardımcı olan temel bir 'geri bildirim' sistemi gibi çalışmaktadır (Chuang ve Hu, 2025: 665).

2.3. Algılanan Sağlık Durumunu Etkileyen Faktörler

2.3.1. Demografik Faktörler

Sağlık algımızın neden kişiden kişiye veya toplumdan topluma değiştiğini anlamak istiyorsak, işe demografik özelliklerimize (yaş, cinsiyet vb.) bakarak başlamamız şart olmaktadır. Mesela yaş faktörü; biyolojik olarak yaşlandıkça kronik hastalıklarımız artıyor, fiziksel olarak kısıtlanıyoruz ve bu da genelde sağlık algımızı düşüren bir etki yaratıyor. Ancak 21. yüzyılda yapılan çalışmalar, yaş ile sağlık algısı arasındaki bu ilişkinin dümdüz bir çizgi gibi (yani 'yaş ilerledikçe sağlık algısı kesin düşer' şeklinde) olmadığını göstermektedir. İşin ilginç tarafı burada başlıyor: İnsanlar belirli bir yaş grubuna geldiklerinde 'sağlık' kavramına yükledikleri anlamı değiştiriyorlar. İleri yaşlardaki bireyler, sağlık sorunları artsa bile bu durumu 'yaşlılığın doğal bir parçası' olarak kabulleniyorlar veya kendilerini çevresindeki daha kötü durumdaki yaşlılarıyla kıyaslayıp 'aslında durumum o kadar da kötü değil' diye düşünüyorlar. Buna da 'yaşlılıkta sağlık paradoksu' diyoruz. Bu durum bize şunu kanıtıyor: Sağlık algısı sadece biyolojik olarak ne kadar yıprandığımızla ilgili değil; aynı zamanda zihinsel olarak durumu nasıl yeniden değerlendirdiğimizle ve o yaşa ne kadar uyum sağladığımızla ilgili bir süreç olarak karşımıza çıkmaktadır (Prieto, 2024: 185).

Algılanan sağlık durumu (ASD) üzerine yapılan son araştırmalarda sıkça karşımıza çıkan 'kadın-erkek paradoksu' aslında oldukça ilginç bir durum ifade etmektedir. İşin özü şu: Kadınlar, erkeklere göre biyolojik olarak daha uzun yaşıyorlar (yani bir 'mortalite avantajı'na sahipler), ancak sağlıklarını puanlarken erkeklere göre kendilerini daha sağlıklı buluyorlar (yani bir 'morbidity dezavantajı' yaşıyorlar). Peki, bu çelişki neden kaynaklanıyor? Burada biyolojik ve sosyal faktörler iç içe geçmiş durumdadır. En çok kabul gören görüşlerden biri; kadınların vücutlarından gelen sinyalleri daha iyi takip ettikleri ve sağlık sorunlarını dile getirme konusunda erkeklere kıyasla daha açık olduklarıdır. Erkekler ise biraz daha çekingen kalabiliyorlar. Bir de işin toplumsal cinsiyet rolleri boyutu var: Kadınların ev içinde üstlendiği emek ve bakım sorumlulukları, üzerlerinde biriken bir stres kaynağına dönüşüyor. Bu durum, fiziksel bir rahatsızlıktan öte, genel bir 'kendini sağlıklı hissetme' hali yaratıyor. Erkeklerde ise durum tam tersi; toplumsal olarak beklenen 'erkeklik' (maskülenlik) imajı, belirtileri bastırmalarına veya sağlığı sadece fiziksel güçle ölçmelerine neden oluyor. Bu da erkeklerin sağlık algısında aslında gerçekte olduklarından daha iyi hissettikleri 'yanıltıcı bir iyimserlik' yaratabiliyor. Sonuç olarak; sağlık sistemlerinde veya klinik değerlendirmelerde sadece biyolojik verilere bakmak yetmiyor. Hem kadınların hem de erkeklerin sağlık algısındaki bu farklılıkları anlamak, çok daha etkili ve 'cinsiyete duyarlı' sağlık politikaları geliştirmemiz için şart olmuş durumdadır (Vich-Pérez vd., 2025: 6771).

Medeni durum aslında sadece bir 'nüfus cüzdanı bilgisi' değil; sağlığını doğrudan etkileyen çok önemli bir koruma veya bazen de risk faktörüdür. Güncel araştırmalar, evli bireylerin; bekar, boşanmış veya eşini kaybetmiş kişilere göre kendi sağlıklarını çok daha olumlu değerlendirdiğini gösteriyor. Peki, evlilik neden bu kadar fark ediyor? Çünkü evlilik; duygusal destek, ekonomik dayanışma ve daha düzenli bir hayat sürme gibi avantajlar sağlıyor. Örneğin, evli birinin düzenli beslenmeye veya sağlıklı alışkanlıklardan kaçınmaya daha çok dikkat etmesi gibi mekanizmalar, kişinin genel sağlık durumunu daha iyi bir noktaya taşımaktadır. Diğer taraftan, eş kaybı gibi insanın hayatını kökünden sarsan değişimlerin, bağışıklık sistemi üzerinde ciddi negatif etkileri olduğu biliniyor. Özellikle bu durum, kişinin kendini yalnız hissetmesine (sosyal izolasyon) ve sağlık algısının bir anda dibe vurmasına neden olabiliyor. Kısacası; medeni durum, sadece kağıt üstünde yasal bir statüden ibaret değil. Bireyin sağlık kapasitesini ya destekleyen ya da zayıflatan, hayat boyu devam eden çok kritik bir 'sosyal belirleyici' olarak bakmamız gereken bir konu olmaktadır (Wärnberg vd., 2021: 1503).

Aile yapısı ve çocuk sayısı, toplumun genel sağlık algısını ve sağlık hizmetlerine olan ihtiyacını aslında sandığımızdan çok daha fazla etkiliyor. Mesela kalabalık ailelerde veya çocuklu hanelerde, aile içindeki dayanışma aslında kişinin kendini daha iyi hissetmesini sağlayan psikolojik bir destek mekanizması gibi çalışıyor. Ama bir de olayın diğer yüzü var: Çocuklara bakmanın getirdiği maddi yük ve fiziksel yorgunluk, kişinin kendini 'sağlıksız' hissetmesine yol açabiliyor. Özellikle düşük gelirli ailelerde çocuk sayısı arttıkça, hane bütçesi daha çok bölünüyor. Bu yüzden ebeveynler çoğu zaman kendi sağlık sorunlarını ya da kontrollerini ertelemek zorunda kalıyor, bu da onların sağlık beyanlarına olumsuz yansıyor. Yani; bir bölgenin sağlık yönetimi stratejisini belirlerken, o bölgedeki aile yapısını ve bağımlı nüfus oranını mutlaka hesaba katmalıyız. İşin bir de coğrafi boyutu var: Şehirde hastane, yatak ve doktor gibi imkanlar çok daha fazla, bu da erişimi kolaylaştırıp sağlık sonuçlarını iyileştirebiliyor. Ancak şehir hayatındaki hava kirliliği ve yoğun stres gibi faktörler, bu avantajı bir nevi dengeliyor. Kırsal bölgelere baktığımızda ise tam tersi bir durum var; tıbbi imkanlar veya ambulans gibi altyapılar belki daha kısıtlı ama orada da komşuluk ilişkileri ve daha doğal bir yaşam tarzı sayesinde insanlar kendilerini daha sağlıklı hissedebiliyorlar (Palaz, 2023: 73).

Özetle; sağlık sistemlerinin başarısını ölçerken (örneğin CRITIC veya WASPAS gibi çok kriterli karar verme yöntemleri kullanırken), sadece 'bu ilde kaç tane hastane var' gibi rakamlara bakmak yetmez. İlin şehirleşme yapısını, nüfusun yaş dinamiklerini ve halkın sağlık hizmetlerini kullanma alışkanlıklarını bir bütün olarak değerlendirmek çok daha sağlıklı bir analiz sunacaktır (Keleş, 2023: 122).

Demografik özelliklerimiz, aslında sağlığını nasıl tanımladığımızı ve kendimizi nasıl hissettiğimizi belirleyen ana etkenlerdir. Yani yaşıımız, cinsiyetimiz, medeni durumumuz veya nerede yaşadığımız gibi şeyler birbirinden bağımsız değil; hepsi bir araya gelip bizim kişisel 'sağlık gerçekliğimizi' oluşturmaktadır. Şöyle düşünebiliriz: Yaşlı bir kadın ile genç bir erkeğin sağlık algısı arasındaki fark sadece vücutlarının biyolojik durumundan kaynaklanmıyor. Bu durum, onların hayat boyunca edindikleri sosyal deneyimlerin ve demografik geçmişlerinin de bir sonucudur. İşte bu yüzden, sağlık yönetiminde sadece sayısal verilere bakmak yetmez. Toplumun hangi kesiminin sağlık algısı açısından daha 'kırılgan' olduğunu anlamak zorundayız. Ancak bu demografik analizi doğru yaparsak, gerçekten ihtiyaç sahiplerine yönelik, nokta atışı sağlık politikaları geliştirebiliriz (Maniscalco vd., 2020: 2415).

2.3.2. Sosyoekonomik Faktörler

Toplumdaki sağlık eşitsizliklerine baktığımızda, aslında bu durumun kişilerin ekonomik ve sosyal koşullarının bir sonucu olduğunu görüyoruz. Literatürde buna 'sağlığın sosyal gradyanı' diyorlar; yani sosyoekonomik durumunuz iyileştikçe, kendinizi daha sağlıklı hissetme ihtimaliniz de sistemli bir şekilde artıyor. Burada eğitim düzeyi en önemli etkenlerden biridir. Çünkü eğitilmiş bireyler, 'sağlık okuryazarlığı' sayesinde doktorlardan aldıkları karmaşık bilgileri çok daha kolay anlayıp günlük hayatlarına uygulayabiliyorlar. Türkiye'de yapılan araştırmalar da sağlık okuryazarlığının aslında toplumsal refahımız için ne kadar kritik olduğunu kanıtlıyor. Yüksek bir sağlık okuryazarlığına sahip olmak, bireye büyük bir bilişsel avantaj sağlıyor; kişi hem riskli davranışlardan nasıl kaçınacağını biliyor hem de koruyucu sağlık hizmetlerini daha verimli kullanıyor. Bu sadece zihinsel bir süreç değil; kişinin 'ben kendi sağlığımı kontrol edebilirim' (yani öz-yeterlilik) duygusunu pekiştirip hastalıklara karşı daha dirençli olmasını da sağlıyor. Kısacası, sağlık okuryazarlığı düşük olduğunda genel sağlık durumumuz kötüleşiyor. Ama özellikle pandemi gibi kriz dönemlerinde devletin veya kurumların yaptığı doğru bilgilendirme çalışmaları, hem bizim kendimizi nasıl hissettiğimizi (sübjektif algımızı) hem de sağlık sonuçlarımızı (nesnel çıktıları) ciddi oranda iyileştirebiliyor (Özdemir ve Akça, 2021: 535).

Gelir düzeyi ve maddi refahın sağlığımız üzerindeki etkisi sandığımızdan çok daha derin. Bu durumu iki açıdan düşünebiliriz: Birincisi mutlak gelir; yani sağlıklı beslenmeye, barınmaya ve doktora erişebilmek için cebinizde para olması durumudur. Bu, doğrudan biyolojik sağlığımızı koruyor. Bir de göreceli gelir meselesi var; yani 'başkalarıyla kıyaslandığında benim durumum ne?' sorusu. Eğer toplumun geri kalanına

göre ekonomik olarak geride olduğunuzu hissederseniz, bu durum ciddi bir psikolojik stres kaynağına dönüşüyor. Özellikle pandemi veya ekonomik kriz gibi belirsizlik dönemlerinde, maddi güvencesizlik sadece cüzdanımızı değil, zihnimizi de etkiliyor. Araştırmalarda gördüğümüz o 'kötü sağlık' beyanlarının altında sadece hastalıklar yatmıyor; aslında işin içinde yoğun bir anksiyete, korku ve 'gelecekte ne yapacağım?' stresi var. Bu kronik kaygı, psikolojimizi o kadar yıpratıyor ki, bu durum zamanla fiziksel belirtilere (somatik semptomlara) dönüşüyor. Yani, gelecekte ekonomik olarak ayakta kalamama korkusu, bireyi mevcut fiziksel sağlığından bağımsız olarak kendisini daha savunmasız, stresli ve sağlıksız hissetmeye itiyor (Koca ve Yalman, 2025: 490).

İş hayatı ve çalışma durumumuz, sağlığımızı nasıl algıladığımızın en önemli parçalarından biridir. Bir işe sahip olmak, sadece maaş almak demek değildir; bize bir sosyal kimlik ve hayata tutunacak bir amaç duygusu verir. Bu yüzden çalışanlar kendilerini işsizlere göre genellikle daha sağlıklı hissederler. Ama burada çok kritik bir ayrım var: O da işin kalitesi'dir. Eğer çok ağır şartlarda, kendi kararlarımızı veremediğimiz, sürekli stres altında ve güvencesiz bir iş yapıyorsak, fiziksel olarak hasta olmasak bile kendimizi 'sağlıksız' hissetmeye başlarız. İş hiyerarşisinde üst sıralara çıktıkça, kişi kendi hayatı ve işi üzerinde daha fazla kontrol sahibi olduğunu hisseder; bu da psikolojik ve fiziksel dengesini (biyopsikososyal bütünlüğünü) olumlu yönde etkiler. Yani kısacası, yaptığımız işin koşulları, sadece kariyerimizi değil, kendimizi ne kadar sağlıklı hissettiğimizi de doğrudan belirlemektedir (Sungur, 2024).

Sosyoekonomik durumun sağlığımızı nasıl etkilediğine baktığımızda, aslında çocukluktan itibaren başlayan bir 'dezavantajlar zinciri' ile karşılaşıyoruz. Yılmaztürk'ün (2023) çalışmasında da vurguladığı gibi; erken yaşlarda imkansızlıklar, yetersiz altyapı veya hizmete ulaşamama gibi sorunlara maruz kalmak, insanın tüm yaşamı boyunca sağlık potansiyelini sınırılıyor ve yetişkinlikte kendimizi daha sağlıksız hissetmemize yol açıyor. Özellikle sosyal hareketliliğin az olduğu ve bölgeler arası farkların çok açık olduğu yerlerde, bir kişinin sağlığını 'kötü' olarak tanımlamasının ana sebebi genetikten ziyade, karşılaştığı sistemsel engeller oluyor. Cumhuriyet tarihimize baktığımızda ise şunu net bir şekilde görüyoruz: Toplum sağlığını sadece hastanelerle veya tıbbi müdahalelerle düzeltmemiz mümkün değildir. Yılmaztürk'ün (2023) belirttiği üzere; kalıcı bir iyileşme için sadece tedaviye değil; gelir adaletine, eğitime, kırsal-kent farkını gözetken sosyal politikalara ve mevzuat düzenlemelerine ihtiyacımız vardır. Cumhuriyetin ilk yıllarındaki o dikey örgütlenme modellerinden, bugün uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programı'na (SDP) kadar uzanan tüm süreç bize şunu kanıtlıyor: Devletin yaptığı

planlamalar ve bizim sosyoekonomik statümüz, aslında toplum olarak sağlığımızı nasıl algıladığımızın en büyük belirleyicisidir (Yılmaztürk, 2023: 445).

2.3.3. Sosyal ve Kültürel Faktörler

Sağlığımızı nasıl gördüğümüz, sadece biyolojik verilerden ibaret değil; içinde yaşadığımız toplum ve kültür, bu verileri nasıl yorumlayacağımızı belirliyor. Açıkgoz'un (2022) de vurguladığı gibi, 'sosyal sermaye' dediğimiz; yani birbirimize güvenmemiz, yardımlaşmamız ve güçlü sosyal bağlarımızın olması, sağlığımız için adeta bir kalkan görevi görmektedir. Etrafında destekleyici insanlar olan biri, hasta olduğunda veya zorlandığında bu yükü çok daha kolay taşıyor; çünkü bu güçlü bağlar, stresin vücudumuzdaki o yıpratıcı (nöral ve hormonal) etkilerini büyük ölçüde azaltıyor. Güncel araştırmalar şunu net bir şekilde göstermektedir: Yalnızlık veya toplumdan kopukluk hissi, vücudumuzda kronik bir gerginlik (inflamasyon) yaratmaktadır. Bu da insanı, hiçbir doktor teşhisi olmasa bile 'ben kendimi hiç iyi hissetmiyorum' düşüncesine itebilmektedir. Kısacası, sosyal destek ağlarımızın zayıflaması, sağlığımızı psikolojik açıdan ciddi oranda riske atan en önemli faktörlerden biri olmaktadır (Açıkgoz, 2024).

Kültürel etmenler, sağlığı veya hastalığı nasıl tanımlayacağımızı; hatta hangi ağrıyı 'önemli' görüp doktora gideceğimizi belirleyen ana unsurlardır. Yani her toplumun kendi 'sağlık kültürü' vardır. Örneğin, sağlığı sadece fiziksel güç ve iş yapabilme kapasitesi olarak gören bir toplumda, kişi ağrıları olsa bile kendini 'sağlıklı' sayabilir. Ama bireysel sağlığa odaklanan toplumlarda, en ufak bir aksaklık bile kişinin kendini 'sağlıksız' hissetmesine yetmektedir. Bir de damgalanma meselesi var; ruhsal sıkıntıların toplumda hoş karşılanmadığı yerlerde, insanlar bu sorunlarını doğrudan söylemek yerine fiziksel ağrı olarak (somatizasyon) ifade etmektedirler. Bu yüzden 'sağlıklıyım' demek, aslında sadece biyolojik bir durum değil, kültürel bir anlamlandırma sürecidir (Efteli ve Khorshid, 2016: 5).

Dini inançlar ve maneviyat, aslında sağlığımızı algılayış biçimimizi kökten değiştiren çok güçlü etkenlerdir. Dalcı'nın (2020) çalışmasında da belirttiği gibi, özellikle üniversiteye geçiş gibi hayatımızın kontrol edemediğimiz stresli dönemlerinde maneviyat, bize bir 'anlam zemini' sunmaktadır. Umut, huzur ve esenlik gibi kavramlara tutunmak, stresle başa çıkma kapasitemizi artırıyor ve kendimizi daha 'sağlıklı' hissetmemizi sağlamaktadır. Öte yandan, sadece maneviyat değil, kültürel uyum süreçleri de çok önemlidir. Farklı bir kültüre alışmaya çalışırken yaşanan dil engelleri veya kimlik çatışmaları, aslında fiziksel olarak hiçbir sorunumuz olmasa bile kendimizi 'sağlıksız' hissetmemize neden olabilmektedir. Yani sağlığımız; sadece biyolojik değil, manevi ve

kültürel dünyamızın bir sentezidir. Bu yüzden sağlık çalışanlarının, hastaların sadece fiziksel değil, bu manevi dinamiklerini de anlaması gerekiyor (Köktürk Dalcalı, 2020: 593).

Sağlık konusu aslında sadece hastanelerde ölçülen klinik değerlerden ibaret değil; sağlığımız aynı zamanda toplum tarafından inşa edilen sosyal bir olgudur. Birey 'kendimi sağlıklı hissediyorum' dediğinde, aslında sadece vücudunu değil; ailesinden öğrendiği normları, kültürel beklentileri ve sosyal çevresinin değerlerini de yansıtmaktadır. Aytaç ve Kurtdaş'ın (2015) vurguladığı gibi, sağlık ve hastalık toplumsal yapıdan ayrı düşünülemez. Bu yüzden sağlık politikaları oluşturulurken insanların bu kültürel kodları görmezden gelinirse, hizmetler halk tarafından benimsenmez. Gerçek bir sağlık iyileşmesi istiyorsak, sunulan hizmetlerin hastanın kültürel yapısına uygun (kültürel yetkinlik) olması ve toplumsal dayanışma ağlarını merkeze alması gerekmektedir (Aytaç ve Kurtdaş, 2015).

2.3.4. Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Kullanım

Sağlığımızı nasıl algıladığımız, aslında sağlık hizmetlerine ne kadar kolay ulaşım ulaşamadığımızla doğrudan ilgilidir. 'Sağlık hizmetine erişim' dediğimizde sadece hastaneye olan uzaklığımızı kastetmiyoruz; işin içine ödeme gücümüz, yasal süreçler, hizmetin hızı ve hatta konuştuğumuz dilin oradaki hizmetle uyumu da girmektedir. Yani erişim, aslında çok katmanlı bir meseledir. İnsanlar, ihtiyaç duydukları an nitelikli ve eşit bir sağlık hizmeti alabileceklerini bildiklerinde kendilerini daha güvende hissediyorlar; bu da genel sağlık algımızı olumlu yönde etkilemektedir. Ancak Uslu vd., (2025) makalesinde dikkat çektiği gibi, sistemdeki yapısal engeller (yüksek maliyetler, uzun randevu süreleri veya dil bariyerleri) bu güveni yıkıyor ve bunlar kendimizi çok daha kötü hissetmemize yol açmaktadır. Yüksek masraflar, sigorta kapsamındaki sınırlamalar veya ulaşım problemleri gibi finansal ve altyapısal engeller, insanları tedaviden uzaklaştırmaktadır. Buna bir de randevu sürelerinin uzunluğu, hastanedeki dil bariyerleri veya bilgi eksikliği gibi idari sorunlar eklendiğinde, birey sistemin dışına itilmiş, savunmasız ve dezavantajlı hissetmeye başlamaktadır. Bu durum sadece kişinin kendi sağlık algısını değil, toplumun genel sağlık güvenliğini de zayıflatan ciddi bir sorun haline gelmektedir (Uslu vd., 2025: 395).

Erişim engelleri, özellikle kronik hastalığı olan bireylerde hastalık yönetimini zorlaştırarak, hem nesnel sağlık tablosunun kötüleşmesine hem de subjektif sağlık beyanlarının olumsuzlaşmasına neden olmaktadır (Şimşek ve Mete, 2023: 140).

Sağlık hizmetlerini kullanma biçimimiz ile kendimizi nasıl hissettiğimiz (sağlık algımız) arasında tam bir 'ihtiyaç-talep' dengesi vardır. Literatürde sıkça görüyoruz ki; kişi nesnel olarak sağlıklı olsa bile kendini 'kötü' hissediyorsa, doktora daha sık gidiyor, daha çok ilaç kullanıyor ve daha çok tetkik istiyor. Bu durum, sağlık algısının aslında hastanelerin iş yükünü ve maliyetleri doğrudan yöneten bir faktör olduğunu kanıtlamaktadır. İşte burada birinci basamak sağlık hizmetleri (aile hekimliği) hayati önem taşımaktadır. Sorunlar henüz büyümeden (akutlaşmadan) aile hekimliğinde müdahale edildiğinde, hem sistemin yükü azalıyor hem de birey kendi sağlığını daha iyi yönetmeyi öğrenerek kendini daha sağlıklı hissetmeye devam etmektedir (Gökkaya & Erdem, 2017).

Buna ek olarak, sağlık hizmeti alım sürecindeki deneyim kalitesi ve hasta memnuniyeti, algılanan sağlık durumunun dinamik bir bileşeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık hizmeti alırken yaşadığımız deneyim ve memnuniyetimiz, aslında kendimizi ne kadar 'sağlıklı' hissettiğimiz önemli bir parçasıdır. Doktorla aramızdaki iletişimin kalitesi, tedaviye dahil edilmemiz ve bize verilen bilgilerin açıklığı, iyileşme motivasyonumuzu ve sağlığa bakışımızı doğrudan etkilemektedir. Günümüzde 'değer temelli' sağlık hizmetlerinde 'hasta odaklı bakım' modelleriyle, hastanın kendi deneyimine (yani hastanın ne hissettiğine) en az tıbbi veriler kadar değer verilmektedir. Çünkü hasta sonuçları, sadece operasyonun başarılı geçip geçmediğini değil, hastanın kendini ne kadar iyi hissettiğini de göstermektedir. Gelişmiş sistemlerde hizmet kalitesini ölçmek için kullanılan 'Hasta Tarafından Bildirilen Deneyim Ölçümleri' (PREMs) de bu durumu doğrulamaktadır: Sağlık sistemi hastaların beklentilerine ne kadar iyi cevap verebilirse, toplumun genel sağlık algısı da o kadar iyileşmektedir (Seyfioğlu ve Başdaş, 2021).

Sağlık hizmetlerine ulaşabilmek ve bu hizmetleri kullanabilmek, aslında biyolojik olarak iyileşmemizden çok daha derin bir anlama sahip; çünkü bu, en temel insan hakkımız olan 'sağlıklı yaşama hakkı' ile ilgilidir. Devletler de uluslararası sözleşmelerle bu hakkı korumakla yükümlüdür. Yani sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan yasal, coğrafi ya da ekonomik engelleri kaldırmak, sadece hastalık ve ölüm oranlarımızı düşürmekle kalmıyor; aynı zamanda sistemin adil olduğuna dair inancımızı artırıp genel refah algımızı da yukarı çekmektedir.

Bu yüzden, sağlık sistemlerini değerlendirirken veya politika analizleri yaparken sadece hastane sayılarına veya tıbbi yatırımlara bakmak yetmez. İleri ve arkadaşlarının (2016) belirttiği gibi, sağlık ikamesi olmayan, ertelenemez bir ihtiyaçtır. Dolayısıyla yapılan yasal düzenlemelerin veya idari müdahalelerin, bireyin 'ben sağlıklıyım'

demmesine yani kendi sağlığını nasıl değerlendirdiğine olan etkisini de mutlaka merkeze almalıyız. Hizmetin ne kadar etkili olduğu kadar, bu hizmetin toplumda yarattığı algısal çıktıları da bir o kadar önemlidir. Bu konu; ilerleyen bölümlerde göreceğimiz uluslararası karşılaştırmalar, tarihimizdeki dönüşümler ve sürdürülebilir sağlık yönetim modelleri için aslında oldukça sağlam bir zemin oluşturmaktadır (İleri vd., 2016: 182).

2.4. Sağlık Sistemleri Performansı ve Uluslararası Karşılaştırmalar

2.4.1. Sağlık Sistemlerinde Performans Değerlendirme

Sağlık sistemleri giderek daha karmaşık hale gelirken; nüfusun yaşılanması ve artan maliyetler gibi baskılar, sistemin ne kadar başarılı olduğunu ölçmek için kullandığımız yöntemlerin de değişmesini zorunlu kılmaktadır. Literatürde 'performans değerlendirme' dediğimiz şey aslında tam olarak budur: Bir sağlık sisteminin hedeflerine ne kadar ulaştığını, kaynaklarını (parayı ve insan gücünü) ne kadar verimli yönettiğini inceleyen sistematik bir denetim sürecidir. Günümüzde sağlık yönetimi uzmanları sistem performansını beş temel boyutta ele alıyor: Etkililik, verimlilik, hakkaniyet, klinik kalite ve sistemin beklentilere cevap verebilirliği. Etkililik, sunulan hizmetlerin (tedavi ve koruyucu sağlık gibi) toplumun yaşam kalitesini ne kadar yükselttiğine bakarken; Verimlilik, aynı hizmeti en az girdiyle veya en uygun maliyetle sunup sunamadığımızı sorgulamaktadır (Uğurluoğlu ve Çelik, 2005: 18).

Özellikle son dönemdeki çalışmalarda, sadece teknik veya finansal verimlilik yeterli görülmemektedir. İşin içine 'hakkaniyet' kavramı giriyor; yani sağlık hizmetlerinin toplumun geneline ne kadar adil dağıldığı en kritik konu haline gelmektedir. Özetle, modern bir sağlık sisteminin başarısını artık sadece sahip olduğu teknolojiyle veya yatak sayısıyla ölçmüyoruz. Sistemin gerçek kalitesini; en dezavantajlı veya kırılgan grupların bile sisteme eşit erişimini sağlayarak, onların genel esenlik düzeyini ve kendi sağlıklarına dair olumlu algılarını ne kadar iyileştirebildiği belirlemektedir (Konca ve Top, 2021; Seyfioğlu ve Başdaş, 2021).

Performans değerlendirme süreçlerinde kullanılan modellerden biri olan "Sağlık Sistemi Performans Değerlendirme" (HSPA) çerçevesi, sistemin girdilerini (iş gücü, finansman), süreçlerini (hizmet sunumu) ve çıktılarını (sağlık statüsü, finansal koruma) bütüncül bir perspektifle analiz etmektedir. Sağlık sistemlerini değerlendirmek için kullanılan 'Sağlık Sistemi Performans Değerlendirme' (HSPA) modeli, sistemi sadece hastane sayıları gibi girdilerle değil, hizmet sunumu ve elde edilen sağlık sonuçlarıyla birlikte bir bütün olarak inceliyor. DSÖ'nün yaklaşımına göre, sistemin nihai amacı

sadece ömür uzatmak değil; aynı zamanda bireylerin hizmet alırken gördüğü saygı ve duyduğu memnuniyet gibi öznel süreçleri de yönetebilmektir. Örneğin, bir ülke sağlık harcamalarına büyük bütçeler ayırmasına rağmen halkın genel sağlık algısı düşük kalıyorsa, bu durum kaynakların yanlış yere aktarıldığının ya da hizmet kalitesinde bir kopukluk olduğunun en büyük kanıtıdır (Uğurluoğlu ve Çelik, 2005: 18).

Sağlık hizmetlerinde kaliteyi değerlendirirken genelde iki farklı boyuta bakıyoruz: İşin tıbbi ve bilimsel tarafı olan 'teknik kalite' ve hastanın hizmeti alırken yaşadığı 'algılanan (fonksiyonel) kalite'. Donabedian gibi uzmanların modellerine göre; teknik kalite, hastaya ne sunulduyuyla (tıbbi başarı, cihazlar, tedavi) ilgilenirken; algılanan kalite, hizmetin nasıl sunulduyuyla (personelin ilgisi, süreçteki nezaket, ortamın rahatlığı) ilgilenmektedir. Peki, bu neden önemli? Dursun ve Çerçi'nin (2004) çalışmasında da vurgulandığı gibi; hastalar genellikle tıbbi müdahalenin teknik detaylarını tam olarak bilemedikleri için, hastanenin kalitesini aslında kendi yaşadıkları deneyimle ölçmektedir. Yani teknik açıdan çok başarılı bir hastanede bile; eğer iletişimde kopukluk varsa, empati eksikliği yaşıyorsa veya bürokrasi insanları yoruyorsa, hastanın memnuniyeti ve genel sağlık algısı maalesef olumsuz etkilenmesi kaçınılmaz olmaktadır.

Bu yüzden artık modern hastaneler sadece 'ameliyat başarılı geçti mi?' sorusuna değil, hastanın kendisini nasıl hissettiğine de odaklanmaktadır. Bunun için PROMs (hastanın bildirdiği sonuçlar) ve PREMs (hastanın yaşadığı deneyim) gibi yöntemler kullanılıyor. Sonuç olarak, hastanın zihnindeki o 'algılanan kalite' ne kadar yüksekse; hasta hem iyileşme sürecini o kadar hızlı atlatıyor hem de o hastaneyi tekrar tercih etme veya başkalarına tavsiye etme niyeti o kadar güçlenmektedir (Dursun ve Çerçi, 2004: 12).

Ülkelerin sağlık sistemlerini uluslararası düzeyde kıyaslarken en büyük zorluğumuz, her ülkenin ekonomik ve sosyal yapısının birbirinden çok farklı olmasıdır. Bu karmaşıklığı çözmek için 'sınır analizi' (frontier analysis) ve 'veri zarfı analizi' (DEA) gibi gelişmiş matematiksel yöntemlere başvuruyuz. Bu yöntemler aslında şunu yapıyor: Benzer imkanlara (kaynaklara) sahip ülkeleri bir araya getiriyor ve bunlar arasından en iyi sonucu alanları bir 'başarı sınırı' (etkinlik sınırı) olarak belirlemektedir. Diğer ülkelerin bu sınıra ne kadar yakın veya uzak olduğunu da net bir şekilde hesaplıyor. Böylece sağlık yöneticileri; sadece kendi sistemlerine bakıp kalmıyor, benzer ekonomik koşullardaki diğer başarılı örnekleri de kendine referans alabilmektedir. Özetle performans değerlendirme, öyle sadece kenarda duran durağan bir raporlama işi değil; sürekli gelişmeyi ve daha iyiye ulaşmayı hedefleyen oldukça dinamik bir yönetim stratejisidir (OECD, 2019: 64).

Sağlık sistemleri giderek daha karmaşık hale gelirken; nüfusun yaşlanması ve artan maliyetler gibi baskılar, sistemin ne kadar başarılı olduğunu ölçmek için kullandığımız yöntemlerin de evrilmesini zorunlu kılmaktadır. Literatürde 'performans değerlendirme' dediğimiz süreç, aslında sistemin hedeflerine ne kadar ulaştığını, kaynaklarını (finansal ve beşeri) ne kadar verimli yönettiğini inceleyen sistematik bir denetimdir. Modern sağlık yönetiminde sistem başarısı artık beş temel boyutta ele alınıyor: Etkililik, verimlilik, hakkaniyet, klinik kalite ve sistemin beklentilere cevap verebilirliği. Sadece teknik verimliliğe veya yüksek tıbbi teknoloji yatırımlarına bakmak artık yetersiz kalıyor. Smarżewska vd. (2022) Hellwig yöntemi gibi çok kriterli analizlerle vurguladığı üzere; modern ve sürdürülebilir bir sağlık sistemi, kronik hastaların yaşam kalitesini koruması, hastaları finansal yıkımdan (katastrofik harcamalardan) koruması ve kaynak dağılımında tam bir hakkaniyet sağlaması ile ölçülmektedir. Özetle; sistemin en dezavantajlı grupların dahi sağlığa erişimini kolaylaştırarak genel esenlik düzeyini iyileştirebilmesi, günümüzdeki en nesnel başarı kriteri olarak kabul edilmektedir (Smarżewska vd., 2022: 16738).

2.4.2. OECD Sağlık Veri Tabanı ve Gösterge Setleri

OECD tarafından oluşturulan Sağlık Veri Tabanı, dünya genelindeki sağlık sistemlerini kıyaslayabilmemiz için kullandığımız en kapsamlı ve tutarlı kaynak diyebilmekteyiz. Bu sistem sayesinde üye ülkelerin sağlık harcamalarından doktor/hemşire sayılarına, teknolojik imkanlardan toplumun genel sağlık durumuna kadar birçok veriyi standardize edilmiş bir şekilde görebilmekteyiz. OECD'nin buradaki temel amacı; ülkelerin kendi performanslarını benzer ekonomik ve sosyal yapıdaki diğer ülkelerle kıyaslamalarını sağlamak ve 'kanıta dayalı' sağlık politikaları üretmelerine yardımcı olmaktır. Özellikle 'Sağlık Hesapları Sistemi' (SHA) sayesinde, sağlık bütçesinin nereden gelip hangi hizmetlere harcandığını şeffaf bir şekilde izleyebiliyoruz; bu da bize sağlık finansmanının nasıl daha verimli yönetilebileceğine dair çok net bir analiz zemini sunmaktadır (OECD, 2021: 45).

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) gösterge setleri içerisinde, ülkelerin genel sağlık durumunu ve sağlık sistemlerinin etkililiğini bütüncül olarak yansıtan parametreler arasında "Algılanan Sağlık Durumu" (Self-Rated Health / SRH) son derece stratejik bir öneme sahiptir. OECD'nin 'Bir Bakışta Sağlık' (Health at a Glance) raporlarında yer alan veriler arasında en kritik olanlardan biri 'Algılanan Sağlık Durumu'dur. OECD; bu veriyi Eurostat, WHO ve TÜİK gibi ulusal kurumlarla iş birliği yaparak topluyor ve bizimle paylaşıyor. Bu raporlarda insanların kendi sağlıklarını 'iyi'

veya 'çok iyi' olarak tanımlama oranları; yaş, cinsiyet ve özellikle gelir seviyesine göre ayrıştırılmaktadır. Bu analizler bize sadece genel bir ülke ortalaması vermiyor; aynı zamanda toplumdaki eşitsizliklerin hangi kesimlerde daha derin olduğunu da gösteriyor. Sayılı vd. (2017) Türkiye'nin sağlık göstergelerini OECD ülkeleriyle kıyasladıkları çalışmada da vurguladıkları gibi; sadece ölüm oranlarına veya hastane istatistiklerine bakmak yetmemektedir. En zengin ile en yoksul kesim arasındaki 'sağlık algısı farkı'na baktığımızda, o ülkenin sağlık sistemindeki adaleti (hakkaniyet) ve finansal koruma gücünü çok daha net görebilmekteyiz. Yani bir ülkenin sağlık sisteminin başarısını anlamak için, sadece teknik rakamlara değil, halkın kendi sağlığını nasıl tanımladığına ve bu durumun toplumun farklı tabakalarında nasıl dağıldığına odaklanmamız gerekmektedir (Sayılı vd., 2017: 6).

OECD'nin veri tabanındaki göstergeler aslında beş ana başlıkta toplanıyor: Sağlık durumu, risk faktörleri, erişilebilirlik, kalite ve kaynak kullanımı. Özellikle sağlık durumu başlığındaki 'beklenen yaşam süresi', 'bebek ölüm hızları' veya 'önlenebilir ölüm oranları' gibi verileri, halkın kendi sağlığını nasıl tanımladığıyla (Algılanan Sağlık Durumu) birlikte okuduğumuzda, sistemin sadece biyolojik başarısını değil, toplumun bu başarıyı nasıl hissettiğini de görebiliyoruz. Risk faktörleri kısmında ise obezite, alkol ve tütün kullanımı gibi veriler, aslında gelecekte sağlığımızı nelerin tehdit edebileceğini önceden görmemizi sağlamaktadır. Bir de işin 'Sağlık Bakım Kalitesi' boyutu var; burada hastaneye tekrar yatış oranları, kanser taramaları veya diyabet yönetimi gibi klinik sonuçlara odaklanıyoruz. Ancak asıl kritik olan nokta şu: Bu klinik verileri hastaların kendi sağlık beyanlarıyla kıyasladığımızda, tıbbi başarının hastanın günlük hayatındaki iyilik haline ne kadar dönüştüğünü gerçekten anlamış olmaktadır (OECD, 2019: 112).

OECD veri setleri ve bu veriler üzerinden gerçekleştirilen karşılaştırmalı sistem analizleri; sağlık hizmetlerine erişimin finansal, yasal ve fiziksel boyutlarını doğrudan ölçen temel makro göstergeleri merkeze almaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansman modeline göre farklılaşan 'cepten yapılan sağlık harcamaları'nın toplam sağlık harcamaları içindeki payı, 'karşılanamayan tıbbi ihtiyaçlar' ve sağlık hizmetlerine ulaşım süreçlerindeki bekleme süreleri; sistemin toplumsal beklentilere cevap verebilirlik kapasitesini ve hakkaniyet düzeyini yansıtan en kritik parametrelerdir.

Literatürde, algılanan sağlık durumu düşük olan veya sosyo-ekonomik açıdan dezavantajlı grupların 'karşılanamayan ihtiyaç' bildirme oranlarının yüksekliği; sistemdeki finansal bariyerlerin ve yapısal engellerin bireyin sağlık algısını ve esenlik hissini nasıl zedelediğini ampirik olarak kanıtlamaktadır. Ayrıca OECD veri tabanı; sistemlerin fiziksel ve beşeri altyapısını yansıtan hekim/hemşire sayıları ve hasta yatağı

kapasitesi gibi temel verilerin yanı sıra, Bilgisayarlı Tomografi (BT) ve Manyetik Rezonans (MR) cihazı yoğunluğu gibi ileri teknolojik kapasite göstergelerini de detaylı bir şekilde içermektedir. Bu sayede ülkelerin sağlık sistemlerine ayırdıkları beşeri ve teknolojik sermaye yatırımları ile toplumun genel sağlık memnuniyeti, tedaviye adil erişimi ve sübjektif sağlık çıktıları arasındaki ilişki, bilimsel ve karşılaştırılabilir bir zemine oturtulmaktadır (Kırcı Çevik ve Yüksel, 2019: 212).

Uluslararası sağlık karşılaştırmalarında OECD veri tabanını kullanmamızın en büyük avantajı, ülkeler arasında 'ortak bir dil' oluşturarak politika öğrenimini mümkün kılmasıdır. Bu standart göstergeler sayesinde ülkeler, sağlık harcamaları veya belirli hastalıkların yönetiminde geride kaldıkları alanları net bir şekilde tespit edebiliyor ve başarılı örnekleri kendilerine model alabilmektedir. Tabii ki bu verileri yorumlarken 'raporlama heterojenliği' veya kültürel farklılıkların sağlık algısını etkilemesi gibi bazı metodolojik riskler her zaman vardır. Ancak OECD, anket sorularını standardize ederek ve veri toplama protokollerini sürekli güncelleyerek bu engelleri aşmaya çalışmaktadır (Yalçın Balçık ve Konca, 2019: 668). Bu titiz veri altyapısı, benim de tezimde temel aldığım 'algılanan sağlık durumu' konusunu OECD ülkeleri genelinde incelemek için en güvenilir bilimsel platformu oluşturmaktadır.

2.4.3. OECD Ülkelerinde Sağlık Politikaları ve Eğilimler

OECD ülkelerindeki sağlık politikaları, günümüzün değişen nüfus yapısı ve karmaşık sağlık sorunları karşısında artık radikal bir dönüşümden geçmektedir. Sistemlerin gündemindeki en kritik konu; nüfusun hızla yaşlanması ve buna bağlı olarak artan kronik veya çoklu hastalık yüküdür. Geleneksel sağlık modelleri eskiden daha çok 'hastane merkezli' ve sadece acil durumlara odaklı, parçalı bir yapıdaydı. Ancak günümüzde bu yerini hastayı odağa alan, daha bütüncül bir 'hastalık yönetimi' ve sosyal destek içeren entegre sistemlere bırakmaktadır. Bu küresel dönüşümün temelinde hem sistemin finansal sürdürülebilirliğini sağlamak hem de toplumun yaşam kalitesini artırmak yatmaktadır. Bu hedefe ulaşmak için birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve sağlık hizmetleri ile sosyal bakımın tek bir çatı altında birleştirilmesi artık bir zorunluluk haline gelmektedir. İngiltere, Portekiz ve Yeni Zelanda gibi ülkelerin reform süreçlerinde de görüldüğü üzere; aile hekimliği gibi toplum temelli hizmetlerin kapsamı genişletiliyor. Böylece hastalar, hastaneye yatmak zorunda kalmadan kendi yaşam alanlarında, multidisipliner ekipler tarafından takip edilebiliyor. Matos vd. (2025) dikkat çektiği gibi, sağlık ve sosyal bakım sistemleri arasındaki bu entegrasyon; taburculuk sonrası yaşanan aksaklıkları gidererek hem sisteme duyulan güveni artırıyor

hem de özellikle kırılgan grupların yaşam kalitesi ve iyi oluş düzeyleri üzerinde kalıcı bir iyileşme sağlamaktadır (Matos vd., 2025: 28).

OECD ülkelerinde sağlık hizmetlerini dönüştüren en baskın eğilimlerden biri, kuşkusuz dijitalleşme ve sağlık teknolojilerinin sisteme entegre edilmesidir. Bugün 'Dijital Sağlık' stratejileri kapsamında yaygınlaşan elektronik sağlık kayıtları (EHR), teletıp uygulamaları ve giyilebilir teknolojiler, artık tamamen veri odaklı bir yönetim anlayışını beraberinde getirmektedir. Bu teknolojiler sayesinde, özellikle kırsal bölgelerde yaşayan veya hareket kısıtlılığı olan bireylerin hizmete erişimindeki engeller azalıyor, bu da doğrudan sağlık algılarını olumlu yönde etkilemektedir. Bunun yanı sıra, büyük veri (big data) analitiği sayesinde risk altındaki grupları hastalık semptomları henüz başlamadan tespit edebiliyor ve 'kişiselleştirilmiş tıp' uygulamalarıyla tedavi süreçlerini çok daha verimli hale getirebiliyoruz. OECD'nin 2019 raporlarında da sıkça vurguladığı 'Dijitalleşmede Güven' ilkesi burada kilit rol oynuyor; çünkü hastaların veri gizliliğini korumak, sistemin şeffaflığını ve hesap verebilirliğini artırarak insanların sisteme olan güvenini ve genel performans algısını güçlendirmektedir (OECD, 2019: 154).

Sağlık harcamalarının finansmanında artık "değer bazlı sağlık hizmeti" (Value-Based Healthcare) yaklaşımı, birçok OECD ülkesinde standart bir politika haline geldi. Bu modelin temel mantığı oldukça net: Hastaneye "kaç işlem yaptın?" diye sormak yerine, "hastanın sağlığına ne kadar değer kattın?" diye sormaktır. Yani başarının ölçütü artık sadece iyileşen hasta sayısı değil; hastanın yaşam kalitesindeki artış ve kendi sağlığını nasıl hissettiği gibi çok daha anlamlı kriterler. İsveç, Hollanda ve Birleşik Krallık gibi ülkeler, geri ödeme sistemlerine PROMs (hasta tarafından bildirilen sonuçlar) verilerini dahil ederek, sağlık kurumlarını "işlem odaklı" değil, "sonuç odaklı" hizmet vermeye yönlendiriyor. Dincă vd. (2023) çalışmasında da vurgulandığı üzere, bu yeni yaklaşım sistemin maliyet etkinliğini artırırken, hastaların tedavi sürecinde daha aktif bir rol almasını sağlayarak sağlık sistemini çok daha demokratik ve şeffaf bir yapıya kavuşturmaktadır (Dincă vd., 2023: 300).

OECD ülkelerinde sağlık eşitsizliklerini azaltmak ve halk sağlığını korumak, sosyal politikaların her zaman en üst sırasında yer almaktadır. Artık modern kamu yönetimi literatüründe, sosyo-ekonomik farkların bireyler üzerindeki olumsuz etkisini azaltmak için 'Tüm Politikalarda Sağlık' yaklaşımı benimsenmektedir. Bu yaklaşım, sağlık hizmetlerini sadece hastane ve doktorla sınırlı görmüyor; eğitimden konuta, temiz suya erişimden istihdama kadar her alanda 'sağlığı' odağa alan, çok sektörlü bir çalışma gerektirmektedir. Özellikle düşük gelirli grupların cepten yaptığı yüksek sağlık

harcamalarını düşürmek ve sağlık okuryazarlığını artırmak, toplumdaki sağlık algısı farkını kapatmak için kullanılan en temel stratejilerdir. Diğer taraftan, COVID-19 pandemisi gibi küresel krizlerden sonra literatürde 'sağlık sistemlerinin dayanıklılığı' (HSR) kavramı ve bunun nasıl ölçüleceği çok daha kritik hale gelmiştir. Chuang ve Hu'nun (2025) vurguladığı üzere, bir sistemin dayanıklılığı demek; epidemiyolojik, ekonomik veya çevresel şoklar karşısında o sistemin finansmanını ve yetişmiş insan gücünü koruyarak hizmet sunumuna kesintisiz devam edebilmesi demektir. Kısacası, bir sağlık sisteminin başarısı artık sadece normal zamanlardaki işleyişiyle değil, ani kriz anlarında en kırılgan grupları bile koruyucu ve tedavi edici bakımdan mahrum bırakmadan hizmeti sürdürebilme kapasitesiyle ölçülmektedir (Chuang ve Hu, 2025: 663).

OECD ülkelerindeki sağlık politikaları, günümüzde teknoloji odaklı, hasta merkezli ve finansal açıdan sürdürülebilir bir yapıya doğru radikal bir dönüşüm yaşamaktadır. Artık sağlık sistemleri ve buna ayrılan bütçeler, sadece kontrol edilmesi gereken birer 'maliyet yükü' olarak görülüyor. Aksine sağlık sektörü, iş gücü verimliliğini artıran ve beşeri sermayeyi koruyan, dolayısıyla ekonomik büyümenin (GSYİH) ana motoru sayılan stratejik bir yatırım alanı olarak değerlendirilmektedir. Bu çerçevede, nüfusun yaşlanmasıyla artan kronik ve nörolojik hastalıkların bütçe üzerindeki baskısı ve üretkenlik üzerindeki etkileri, modern ekonometrik modellerle yakından takip edilmektedir. Yılmaz vd. (2025) çalışmalarında da vurguladıkları gibi; bu süreçte toplumun 'Algılanan Sağlık Durumu' (Self-Rated Health) göstergeleri, uygulanan politikaların başarısını ve hakkaniyetini ölçmek için elimizdeki en kritik veridir. Politika yapıcılar artık sadece hastane merkezli teknik sonuçlara değil, hastaların sağlık sistemini bizzat nasıl deneyimlediklerine odaklanmaktadır. Biyomedikal başarıyı toplumsal refaha dönüştürmeyi hedefleyen bu yaklaşım; finansal sürdürülebilirlik rasyoları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi anlamak adına, modern sağlık yönetimi stratejilerinin teorik ve pratik temelini oluşturmaktadır (Yılmaz vd., 2025: 523).

2.5. Sağlık Yönetimi Açısından Algılanan Sağlık Durumu

2.5.1. Sağlık Planlamasında Kullanımı

Sağlık planlaması; toplumun ihtiyaçlarını bilimsel yöntemlerle saptayıp mevcut insan gücü, teknoloji ve finansal kaynakları bu ihtiyaçlara göre organize etme süreci olarak tanımlanmaktadır. Uzun yıllar boyunca geleneksel planlama modelleri daha çok mortalite veya morbidite gibi 'negatif' sağlık göstergelerine odaklansa da, günümüzde

artık çok daha bütüncül ve sürdürülebilir bir bakış açısı benimsenmektedir. Özellikle dijital sağlık araçları, yapay zekâ destekli analizler ve veri temelli mekanizmalar sayesinde, bireylerin kendi sağlıklarını nasıl algıladıkları da planlama süreçlerinde çok önemli bir gösterge haline gelmektedir (Oral Kara ve Şahin, 2022).

Bu teknolojik dönüşüm, sağlık hizmetlerini sadece 'hastalık tedavisi' sarmalından çıkarıp erken tanı, önleyici hizmetler ve yaşam kalitesini artırmaya odaklanan proaktif bir yapıya taşımaktadır. Literatürde de sıkça vurgulandığı üzere, yapay zekâ destekli sistemler; hastalık tahmini, kaynak yönetimi, hasta takibi ve tanı süreçlerinde verimliliği ciddi oranda artmaktadır. Maswadi ve Alhazmi'nin (2026) çalışmalarında da işaret ettiği gibi; makine öğrenmesi, büyük veri analitiği ve öngörüselle modeller sayesinde sağlık yöneticileri, gelecekte oluşabilecek talepleri çok daha doğru tahmin edip kaynakları daha verimli kullanabilmektedir (Maswadi ve Alhazmi, 2026: 14).

Stratejik sağlık planlamasında 'algılanan sağlık durumu' (Self-Rated Health), artık ihtiyaç analizi sürecinin en kritik parçalarından biridir. Literatürde de sıkça vurgulandığı gibi, bireyin kendi sağlığı hakkında yaptığı öznel değerlendirme; sadece fiziksel durumunu değil, aynı zamanda içinde bulunduğu psikolojik, sosyal ve çevresel koşulları da yansıtan bir ayna görevi görmektedir. Bu yüzden, klinik göstergeler veya sadece biyomedikal veriler toplumun gerçek sağlık ihtiyaçlarını anlamakta bazen yetersiz kalabilmektedir. Özellikle yaşlı ve engelli bireylerde sağlık algısı; fonksiyonel kayıpların ve yaşam kalitesinin en güçlü belirleyicisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Araştırmalar, sosyoekonomik düzeyi düşük bireylerin sağlık algısının daha zayıf olduğunu ve bunun aslında psikososyal stres, sosyal destek eksikliği veya sınırlı kaynaklar gibi daha derin sorunlara işaret ettiğini göstermektedir. Yani sağlık algısındaki düşüklük, sadece bir hastalık belirtisi değil; sosyal dışlanma, sağlık okuryazarlığı eksikliği veya yetersiz bakım mekanizmaları gibi 'görünmeyen' kırılganlıkların bir sonucudur (Uzden ve Kurutkan, 2022: 168).

Park ve Ahn'ın (2026) çalışmasında da vurgulandığı üzere, özellikle dezavantajlı gruplarda 'kişilerarası kaynaklar' ve psikolojik dayanıklılık, algılanan sağlık üzerinde çok güçlü bir koruyucu etkiye sahiptir. Sosyal destek ağlarının yaşlı bireylerin sağlık değerlendirmelerini doğrudan olumlu etkilediği görülmektedir. Bu nedenle modern sağlık planlaması artık sadece mortalite oranlarına bakarak kaynak dağıtmıyor; yaşlı bakım veya evde bakım gibi hizmetleri planlarken bireyin kendi öznel sağlık beyanını, sosyal ilişkilerini ve öz yeterlilik gibi psikolojik kaynaklarını da dikkate almaktadır. Kısacası, tıbbi raporlar kadar bireyin kendi sağlık deneyimi de hizmet kapasitesinin

belirlenmesinde vazgeçilmez bir planlama bileşeni haline gelmiş durumdadır (Park ve Ahn, 2026: 146).

Hizmet sunum kapasitesini planlarken "algılanan sağlık durumu" verilerini kullanmak, talep tahminleri (projeksiyonları) yapmak için aslında çok kritik bir noktadır. Literatürde de sıkça karşımıza çıktığı üzere; nesnel olarak bir sağlık sorunu olsa bile kendini "iyi" hisseden bir bireyden ziyade, sağlığını "kötü" olarak tanımlayan bireyler birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerini çok daha sık kullanmaktadır. Bu durum, sağlık yöneticilerinin planlama yaparken sadece tıbbi raporlara değil, toplumun subjektif sağlık algısına da bakmalarını zorunlu kılmaktadır. Eğer poliklinik yüklerini, acil servis kapasitelerini veya insan kaynağını sadece tanı kodlarına göre planlarsak, "tıbbi olarak henüz tanımlanmamış ama bireyin hissettiği" o gizli talep karşısında sistem kaçınılmaz olarak darboğazlar yaşamaktadır. Algılanan sağlık durumu verileri, bu gizli talebi görünür kılarak yöneticilere çok daha esnek ve ihtiyaca anında yanıt verebilen bir hizmet altyapısı kurma şansı veriyor. Sonuç olarak, kaynaklar boşa harcanmamış oluyor ve bekleme süreleri gibi hizmet performansı açısından kritik olan kriterleri çok daha verimli bir şekilde optimize edebiliyoruz (Şantaş vd., 2023: 785).

Bölgesel sağlık planlamasında "algılanan sağlık" verileri, bölgeler arasındaki eşitsizlikleri tespit etmek için elimizdeki en güçlü araçlardan biridir. Çünkü coğrafi faktörler, iklim, yerel beslenme düzeni veya bölgedeki sanayi kolları gibi unsurların birey üzerindeki kümülatif etkisi sadece bu öznel verilerle tam anlamıyla kavranabilmektedir. OECD'nin (2019) verileriyle de desteklenen bu yaklaşımda, somut bir örnek üzerinden gidersek; bir sanayi bölgesindeki insanlar henüz klinik bir solunum yolu hastalığı tanısı almadan, "sağlığımı orta veya kötü hissediyorum" demeye başlıyorsa, bu durum planlamacılar için bir erken uyarı mekanizması görevi görüyor. Bu sayede, krizler daha da derinleşmeden bölgedeki çevresel denetimlerin artırılması veya koruyucu tarama programlarının başlatılması için elimizde güçlü bir ampirik dayanak oluşturmaktadır. Kısacası, algılanan sağlık durumunun planlama süreçlerine dahil edilmesi; sağlık yönetimini statik, bürokratik bir işleyişten çıkarıp toplumun nabzını tutan ve hızlı aksiyon alan dinamik bir liderlik sürecine dönüştürmektedir (OECD, 2019: 140).

2.5.2. Sağlık Politikalarının İzlenmesi ve Değerlendirilmesi

Sağlık politikalarının başarısını sadece mortalite, morbidite veya hizmet kullanım oranları gibi nicel verilerle ölçmek artık yeterli değildir. Bugün literatürde, bireyin kendi sağlığını nasıl tanımladığı anlamına gelen 'öznel sağlık değerlendirmesi' (Self-Rated Health - SRH); fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik halini bir bütün olarak yansıtan en

önemli göstergelerden biri kabul edilmektedir. SRH sadece biyomedikal bir durumun özeti değil; kişinin sosyal hayata katılımını, psikolojik dayanıklılığını ve aldığı hizmetten duyduğu memnuniyeti de içinde barındırmaktadır.

Park ve Ahn'ın (2026) araştırmasında da vurguladığı üzere, sosyoekonomik durumun sağlık algımız üzerindeki etkisi aslında doğrudan değil; psikolojik, kişilerarası ve maddi kaynaklar aracılığıyla dolaylı yoldan gerçekleşmektedir. Özellikle 'kişilerarası destek mekanizmaları', yani çevremizle kurduğumuz bağlar, sağlık algımızı şekillendirmede en güçlü aracılık etkisine sahiptir. Bu bulgu, sağlık politikalarını değerlendirirken sadece finansal verimlilik veya teknik kapasite gibi 'teknik çıktılara' odaklanmanın neden yetersiz olduğunu açıkça göstermektedir. Eğer bir sağlık reformu kâğıt üzerinde mali göstergeleri iyileştirirken, insanların kendi sağlıklarını daha kötü tanımlamalarına yol açıyorsa, o reform toplumsal ihtiyaçları, kültürel beklentileri veya psikososyal gereksinimleri karşılamıyor demektir. Kısacası, sadece maddi destek veya kurumsal hizmet sunmak tek başına yeterli değil; sağlık sisteminin sürdürülebilirliği için sosyal bağları güçlendiren, psikolojik dayanıklılığı destekleyen ve bireyin kendini 'iyi' hissetmesini sağlayan bütüncül politikalar geliştirmek zorundayız. Özellikle yaşlı ve engelli bireylerde sağlık algısını güçlendirmek, sistemin başarısını ölçmek için ana kriterlerden biri haline gelmelidir (Park ve Ahn, 2026).

Politika izleme sürecinde "algılanan sağlık durumu" verilerini yıllık olarak takip etmek, aslında sistemin performansını gösteren bir trend analizi sunmaktadır. OECD'nin (2021) çalışmalarında da belirttiği gibi; sağlıkta dönüşüm gibi büyük çaplı reformların toplumun farklı katmanlarında nasıl bir karşılık bulduğunu anlamak için bu veriler kritik bir öneme sahiptir. Özellikle dezavantajlı gruplarda sağlık algısının yükselmesi, izlediğimiz politikanın "hakkaniyet" hedefine ulaşmış olmasının en somut kanıtı olarak kabul edilmektedir. Bu veriler, sağlık yöneticilerine politikaları revize etme veya yeni müdahale alanları belirleme konusunda tamamen kanıta dayalı bir zemin hazırlamaktadır. Basit bir örnekle açıklamak gerekirse: Bir reformdan sonra hastaneye erişim artsa bile, düşük gelirli grupların sağlık algısında bir iyileşme görülüyorsa, sorun sadece "erişim" değildir. Bu durum politika yapıcılarının "ya hizmetin niteliği sorunlu ya da bireylerin genel yaşam koşulları iyileşmiyor" diyerek stratejilerini yeniden kalibre etmelerini sağlamaktadır. Özetle, sistemin sadece rakamsal çıktılarına değil, toplumun bu hizmetten ne kadar memnun kaldığına odaklanmak, sağlık yönetimini çok daha isabetli hale getirmektedir (OECD, 2021: 88).

Sağlık politikalarının başarısını değerlendirirken teknik verilerin ötesine geçip hastaların beklentilerini ne ölçüde karşıladığımıza bakmak artık bir zorunluluktur.

Literatürde de sıkça vurgulandığı gibi, hastalar tıbbi süreçleri teknik açıdan değerlendirmekte zorlandıkları için hizmet kalitesini daha çok hasta-doktor iletişimi, empati, ulaşılabilirlik ve hastane ortamı gibi 'hizmet deneyimi' üzerinden puanlıyorlar. Kısacası sağlık sisteminin başarısı artık sadece klinik sonuçlarla değil, hastanın sistemi nasıl yaşadığıyla ölçülmektedir. Dursun ve Çerçi'nin (2004) çalışması da bu durumu çok net ortaya koyuyor: Sağlık hizmetinin kalitesi; fiziki unsurlar, güvenilirlik, duyarlılık ve empati gibi faktörlerin toplamıdır. Bu kriterler, aslında Dünya Sağlık Örgütü'nün 'cevap verebilirlik' olarak tanımladığı bireye saygı, mahremiyet ve bilgilendirme süreçleriyle de doğrudan örtüşmektedir. Yani algılanan hizmet kalitesi, sistemin insani ve etik yönünün en iyi yansımasıdır.

Araştırmanın en dikkat çekici bulgularından biri, algılanan hizmet kalitesi ile hasta tatmini arasındaki güçlü pozitif ilişkidir. Kaliteli hizmet aldığını düşünen hastaların tatmin düzeyi yükselmekle kalmıyor; bu hastalar kurumu yeniden tercih etme ve başkalarına tavsiye etme konusunda da çok daha istekli oluyorlar. Bu da bize gösteriyor ki; sadece modern bir tıbbi altyapı yeterli değildir. Eğer bir kurum rekabet avantajı elde etmek ve güven inşa etmek istiyorsa, iletişim süreçlerini, çalışanların nezaketini ve hasta deneyimini sistemin merkezine koymak zorundadır. Sonuç olarak, 'algılanan kalite' verileri sadece bir memnuniyet ölçümü değil; sağlık sisteminin insani, etik ve iletişimsel boyutunu denetlemek için elimizdeki en önemli politika araçlarından biridir (Dursun ve Çerçi, 2004: 11).

Uluslararası düzeyde sağlık politikalarını karşılaştırırken "algılanan sağlık durumu" artık standart bir başarı ölçütü haline gelmiştir. Ülkeler, kendi sistemlerinin ne kadar etkili olduğunu anlamak için benzer sağlık harcamaları yapan diğer ülkelerdeki toplumların sağlık algılarıyla kendilerini kıyaslamaktadır. Bu "kıyaslama" (benchmarking) süreci, dünyadaki iyi uygulama örneklerini transfer etmeyi kolaylaştırıyor ve küresel sağlık yönetimi standartlarının yükselmesine yardımcı olmaktadır. Son yıllarda sağlık politikalarının başarısını sadece GSYH içindeki payla değil, "Sağlıklı Yaşam Yılı" gibi insanların kendi beyanlarına dayanan kompozit endekslerle ölçmek, değerlendirme sürecini çok daha kapsamlı hale getirmiştir. Özetle, sağlık politikalarını izlerken algılanan sağlık durumunu bir veri kaynağı olarak kullanmak, yöneticilere hem teknik hem de toplumsal bir ayna tutmaktadır. Bu sayede sistemin hem ne kadar meşru olduğunu hem de ne kadar etkili çalıştığını görmek çok daha mümkün hale gelmektedir (Smarżewska vd., 2022: 16740).

2.5.3. Kaynak Dağılımı Kararlarında Rolü

Sağlık sistemlerinde kaynakların etkin ve adil bir şekilde dağıtılması, sağlık yönetiminin temel taşıdır. Literatürde de sıkça belirtildiği gibi, bir sağlık sisteminin başarısı sadece sunulan hizmet miktarıyla değil, mevcut kaynakların ne kadar verimli kullanıldığıyla ölçülmektedir. Bu noktada sağlık harcamaları, hekim sayısı ve yatak kapasitesi gibi girdilerin; bebek ölüm hızı gibi çıktılarla kıyaslandığı teknik etkinlik analizleri büyük önem taşımaktadır. Özellikle Veri Zarflama Analizi (VZA) gibi yöntemler, sağlık sistemlerinin elindeki sınırlı kaynaklarla ne kadar etkili sonuçlar üretebildiğini anlamamıza yardımcı olmaktadır. Konca ve Top'un (2021) OECD ülkeleri üzerine yaptığı çalışma, bu rasyonel kaynak kullanımının ne kadar kritik olduğunu çarpıcı bir şekilde ortaya koymaktadır. Araştırma bulgularına göre; etkinlik sınırı altında kalan ülkeler, mevcut sağlık çıktılarını hiç bozmadan sağlık harcamalarında %24,48, hekim sayısında %18,50 ve yatak kapasitesinde %18,38 oranında bir tasarruf potansiyeline sahip. Yani sorun sadece kaynak azlığı değil, kaynakların kullanım biçimidir.

Çalışma ayrıca teknik etkinliğin sadece idari bir karar olmadığını, ekonomik faktörlerden de doğrudan etkilendiğini göstermektedir. Kişi başına düşen gelir arttıkça teknik etkinlik yükselirken; işsizlik ve gelir adaletsizliği gibi sorunlar performansı aşağı çekiyor. Düşük gelir gruplarının sağlık hizmetine erişememesi, ölüm oranlarını artırıyor ve sistemin genel performansını olumsuz etkilemektedir. Bu yüzden kaynak dağıtımında sadece 'ekonomik verimlilik' değil, 'sosyal adalet' ve 'erişilebilirlik' de mutlaka dikkate alınmalıdır. Özetle, modern sağlık yönetimi artık sadece 'yaşamı sürdürmeye' değil, bireyin yaşam kalitesini artırmaya odaklanan daha bütüncül bir anlayışa evrilmektedir. Sağlık sistemlerinin sadece ekonomik açıdan değil, toplumsal refah açısından da sürdürülebilir olması için performans değerlendirmelerinde teknik etkinliğin yanına mutlaka kalite, hasta memnuniyeti ve etkililik göstergelerini eklememiz gerekmektedir (Konca ve Top, 2021: 27).

Sağlıkta hakkaniyet ilkesini hayata geçirmek, sadece klinik verileri değil, toplumun sağlık algısını da analiz etmeyi gerektirmektedir. Sağlık yöneticileri bütçe planlaması yaparken, sosyoekonomik veya coğrafi gruplar arasındaki 'algı uçurumlarını' göz ardı edemezler. Eğer bir kesim nesnel verilerden bağımsız olarak sistemli bir şekilde daha düşük sağlık algısı bildiriyorsa, bu durum acil bir sosyal adaletsizlik göstergesidir. Stefko vd. (2020) çalışmasında vurguladıkları sağlık göstergelerinin ekonomik refah üzerindeki etkisi düşünüldüğünde; kaynakların bu dezavantajlı bölgelere 'pozitif ayrımcılık' ile aktarılması, sadece tıbbi bir zorunluluk değil, aynı zamanda ekonomik verimliliği de doğrudan etkileyen stratejik bir hamledir. Kısacası, kaynak dağılımında öznel verileri

kullanmak, sağlık harcamalarını bir maliyet kaleminden çıkarıp toplumsal eşitsizlikleri azaltan bir 'kaldıraç' haline getirmektedir (Stefko vd., 2020: 3559).

Ekonomik açıdan bakıldığında, "algılanan sağlık durumunu" iyileştirmek, aslında uzun vadede sağlık sistemi üzerindeki maliyet baskısını azaltan çok stratejik bir yatırımdır. Literatürde de sıkça vurgulandığı üzere, sağlığını "kötü" hisseden bireyler sağlık sistemini çok daha sık kullanıyor ve genellikle daha maliyetli olan ikincil veya üçüncül basamak sağlık hizmetlerine yöneliyorlar. Bu durum da sağlık bütçeleri üzerinde ciddi bir yük oluşturmaktadır. OECD'nin (2019) raporlarına dayanarak ifade etmek gerekirse; günümüz sağlık yöneticileri bu verileri kullanarak kaynaklarını sadece tedaviye değil, "sağlığı geliştirme" (health promotion) ve "psikososyal destek" programlarına kaydırmaktadır. Amaç burada bireylerin kendi sağlıklarına dair algılarını yukarı çekerek, sistemdeki gereksiz hizmet kullanımını en baştan önlemektir. Bu noktada kaynak dağılımı kararları artık sadece tıbbi müdahaleleri değil; toplumun sağlık okuryazarlığını artıracak veya bireylerin kendi sağlıklarını yönetme becerilerini geliştirecek sosyal projeleri de kapsamaktadır. Özetle, bu strateji sayesinde harcanan her bir kuruşun sadece tıbbi bir işlem olarak kalmayıp, toplumun genel esenliğine dönüşme oranını maksimize ediyoruz; bu da sistemin toplam verimliliğini artıran temel bir adımdır (OECD, 2019: 76).

Sağlık sistemlerinde kaynakları etkin, adil ve sürdürülebilir bir şekilde dağıtmak, kanıta dayalı sağlık politikalarının en temel amacıdır. Literatürde sağlık politikası kararlarının aslında sağlık hizmetlerinin finansmanından organizasyonuna kadar geniş bir alanı kapsadığı belirtilmektedir. Özellikle kısıtlı sağlık bütçeleri, politika yapıcılarını kaynak tahsisi konusunda çok daha rasyonel ve dikkatli kararlar almaya zorlamaktadır. Bu noktada kanıtların şeffaf kullanılması, sistemin demokratik hesap verebilirliği açısından oldukça kritiktir. Kanıta dayalı politikaların asıl işlevi, toplumun sağlık ihtiyaçlarını doğru tespit etmek ve kararları güvenilir verilerle desteklemektir. Araştırmalar, bu kanıtların; sağlık sorunlarını tanımlamaktan uygulama süreçlerini izlemeye kadar politika döngüsünün her aşamasında kullanıldığını göstermektedir. Burada toplumun sağlık hizmetlerine dair deneyimleri, beklentileri ve yaşam kalitesi değerlendirmeleri karar vericiler için paha biçilmez bir veri kaynağı sunmaktadır. Örneğin, hizmetin hangi alanında eksiklik hissedildiğini bilmek, kaynakları doğru önceliklere yönlendirmeyi çok kolaylaştırmaktadır.

Sağlık yöneticileri; politika oluşturmada satın almaya kadar çok zorlu kararlar almak durumundalar. Finansman sınırlı olunca, önceliklendirme yaparken tamamen kanıtlara yaslanmaktadırlar. Bu durum, sağlık politikalarının sadece ekonomik maliyetler

üzerinden değil; toplumun gerçek ihtiyaçları ve sağlık çıktıları dikkate alınarak şekillenmesi gerektiğini kanıtlamaktadır. Kanıta dayalı yaklaşım sayesinde politika yapıcılar, sadece tek bir hastalığa değil, nüfusun genel sağlık gereksinimlerine odaklanmaktadır. Ayrıca bu süreç, kararların gerekçelendirilebilir olmasını sağlayarak sağlık sisteminin toplumsal kabulünü ve etik meşruiyetini güçlendirmektedir. Artık "örtük" karar verme yöntemlerinden, daha şeffaf ve açık süreçlere geçilmektedir. Özellikle sağlık teknolojisi değerlendirmesi gibi araçlar, araştırmalarla uygulama arasındaki boşluğu kapatıyor; teknolojinin tıbbi, sosyal ve ekonomik sonuçlarını sistematik bir şekilde incelememize olanak tanımaktadır (Oral Kara ve Şahin, 2022).

Sonuç olarak, modern sağlık yönetiminde başarı artık sadece ekonomik verimlilikle ölçülüyor. Başarı; toplumsal yarar, yaşam kalitesi ve hasta memnuniyeti gibi insani boyutları da kapsayan bütüncül bir yaklaşımla mümkündür. Sağlık sistemini güçlendirmek; bilgi üretimine, veri paylaşımına ve toplumun sağlık algısı ile hizmet deneyimlerini dikkate alan kanıta dayalı bir yönetim anlayışına sahip olmaktan geçmektedir (Oral Kara ve Şahin, 2022).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırma tasarımı

Bu çalışma, Türkiye’de algılanan sağlık durumunun OECD ülkeleri içindeki göreceli konumunu 2010–2024 dönemi üzerinden inceleyen betimleyici, karşılaştırmalı ve boylamsal bir ikincil veri analizidir. Araştırma, ülke-yıl düzeyinde yapılandırılmış tek göstergeli bir panel veri mantığına dayanmaktadır. Analizin temel amacı, Türkiye’nin zaman içindeki değişimini ortaya koymak, Türkiye’nin OECD ülkeleriyle karşılaştırmalı konumunu değerlendirmek ve bu konunun yıllar içinde yakınsama ya da uzaklaşma yönünde nasıl değiştiğini incelemektir.

Çalışmada nedensel bir model kurulmamıştır. Araştırmada yalnızca algılanan sağlık durumu göstergesi değerlendirilmemiştir; OECD ve Türkiye’ye ilişkin seçilmiş sağlık göstergeleri ve sağlık verileri de karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Bu kapsamda yaşam beklentisi, bebek ölüm hızı, sağlık harcamaları ve benzeri temel sağlık göstergeleri değerlendirilerek Türkiye’nin sağlık performansı bütüncül bir bakış açısıyla ele alınmıştır. Ayrıca elde edilen bulgular doğrultusunda Türkiye’nin sağlık sistemi, sağlık yönetimi perspektifinden SWOT (Güçlü Yönler, Zayıf Yönler, Fırsatlar ve Tehditler) analizi ile değerlendirilmiştir. SWOT analizi, nicel bulguların stratejik bir çerçevede yorumlanmasını ve sağlık sisteminin geliştirilmesine yönelik politika önerilerinin oluşturulmasını desteklemek amacıyla kullanılmıştır. Bu nedenle analiz, yalnızca Türkiye’nin OECD ülkeleri karşısındaki düzeyini, farkını, sıralamasını ve dönemsel değişimini göstermekle sınırlı kalmamış; sağlık göstergeleri ve SWOT analizi birlikte değerlendirilerek sağlık yönetimi açısından kapsamlı bir yorum sunulmuştur.

Araştırma tasarımının temel birimi ülke-yıl gözlemidir. Her satır bir ülkenin belirli bir yıldaki algılanan sağlık durumu değerini temsil etmektedir. Analiz dönemi 2010–2024 yıllarıyla sınırlandırılmıştır. Bu sınırlandırma, Türkiye için kesintisiz bir zaman serisi oluşturması ve OECD ülkeleri arasında karşılaştırmalı bir dönemsel analiz yapılmasına olanak sağlaması nedeniyle tercih edilmiştir.

3.2. Veri kaynağı ve analiz kapsamı

Analizde kullanılan veri seti, OECD kaynaklı algılanan sağlık durumu verilerini içeren OECD_veri.xlsx dosyasından elde edilmiştir. Dosyada yer alan ana gösterge, 15

yaş ve üzeri nüfus içinde sağlık durumunu iyi veya çok iyi olarak değerlendiren nüfusun yüzdesini ifade etmektedir. Gösterge yüzde birimiyle ölçülmektedir ve 0–100 aralığında değer almaktadır.

Veri seti ilk biçiminde geniş tablo yapısına sahiptir. Ülkeler satırlarda, yıllar sütunlarda yer almaktadır. Python ile yürütülen veri hazırlama sürecinde bu yapı önce ülke-yıl formatına dönüştürülmüş, ardından analiz için geniş panel biçiminde yeniden düzenlenmiştir. Bu işlem, hem yıllık karşılaştırmaların hem de ülke bazlı istikrar analizlerinin aynı veri tabanı üzerinden yürütülmesini sağlamıştır.

Analiz kapsamına 32 ülke ve 15 yıl dahil edilmiştir. Toplam olası ülke-yıl hücresi 480'dir. Bu hücrelerin 443'ünde geçerli sayısal değer bulunmaktadır. Eksik gözlem sayısı 37'dir. Toplam eksik oranı %7,71 olarak hesaplanmıştır. Türkiye'nin 2010–2024 dönemindeki 15 gözleminin tamamı mevcuttur. Bu durum, Türkiye için kesintisiz eğilim analizi yapılmasına olanak sağlamıştır.

3.3. Değişken yapısı

Çalışmada kullanılan ana değişken algılanan sağlık durumu göstergesidir. Bu değişken, her ülke ve yıl için yüzde değer olarak ölçülmüştür. Analizde bağımlı ve bağımsız değişken ayırımına dayalı bir regresyon modeli kurulmamıştır. Gösterge, karşılaştırmalı düzey analizi için ana sonuç değişkeni olarak ele alınmıştır.

Analizde kullanılan temel değişkenler Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Analizde kullanılan temel değişkenler

Değişken	Tanım	Analizdeki işlev	Ölçüm düzeyi
Ülke	OECD veri setinde yer alan ülke adı	Kimlik değişkeni	Nominal
Yıl	Gözlemin ait olduğu yıl	Zaman değişkeni	Zaman
Algılanan sağlık durumu	Sağlığını iyi veya çok iyi olarak değerlendiren nüfus oranı	Ana gösterge	Sürekli yüzde
Türkiye-OECD farkı	Türkiye değeri ile OECD karşılaştırma ölçütü arasındaki fark	Türetilmiş karşılaştırma göstergesi	Sürekli
Yüzdelik konum	Türkiye'nin OECD dağılımındaki göreceli konumu	Türetilmiş sıralama göstergesi	Sürekli
Mutlak fark	Türkiye ile OECD ortalaması arasındaki farkın mutlak değeri	Yakınsama göstergesi	Sürekli

3.4. Veri hazırlama süreci

Veri hazırlama süreci beş adımda yürütülmüştür. İlk adımda Excel dosyasındaki sayfalar okunmuş ve veri yapısı kontrol edilmiştir. İkinci adımda yıl sütunları algılanmış ve ülke adlarının bulunduğu sütun ile eşleştirilmiştir. Üçüncü adımda veri geniş biçimden uzun biçime dönüştürülmüştür. Böylece her satırda ülke, yıl ve gösterge değeri yer alacak şekilde standart bir analiz veri seti elde edilmiştir. Dördüncü adımda gösterge değerleri sayısal biçime dönüştürülmüş, sayısallaştırılamayan hücreler eksik değer olarak işaretlenmiştir. Beşinci adımda 0–100 aralığı dışında kalan değerler kontrol edilmiştir.

Veri hazırlama aşamasında ham veri korunmuş, temizlenmiş değerler ayrı bir değişken olarak üretilmiştir. Bu tercih, analiz sürecinin izlenebilirliğini artırmak amacıyla yapılmıştır. Ham değer, temiz değer ve temizlik notu aynı veri tablosunda tutulmuştur. Bu yapı, olası veri dönüştürme kararlarının sonradan denetlenebilmesine olanak sağlamaktadır.

Veri hazırlama sonucunda iki temel analiz tablosu oluşturulmuştur. Birinci tablo, ülke-yıl düzeyindeki uzun veri tablosudur. Bu tablo yıllık karşılaştırmalar, sıralama ve yakınsama analizlerinde kullanılmıştır. İkinci tablo, ülkelerin satırda ve yılların sütunda yer aldığı geniş panel tablosudur. Bu tablo eksik veri, ülke istikrarı ve dengeli panel duyarlılık analizlerinde kullanılmıştır.

3.5. Eksik veri analizi

Eksik veri analizi ülke bazında ve yıl bazında yürütülmüştür. Ülke bazlı analizde her ülkenin 2010–2024 döneminde kaç yıl veri sunduğu, kaç yıl eksik kaldığı ve eksik oranı hesaplanmıştır. Yıl bazlı analizde ise her yıl karşılaştırmaya kaç ülkenin dahil olduğu ve kaç ülkenin eksik kaldığı belirlenmiştir.

Eksik veri analizi, çalışmanın karşılaştırmalı yapısı açısından önemlidir. Çünkü OECD ortalaması, OECD medyanı, sıralama ve yüzdelik konum değerleri her yıl mevcut veri sunan ülkelere göre hesaplanmaktadır. Karşılaştırmaya giren ülke sayısının yıldan yıla değişmesi, Türkiye'nin göreceli konumunun yorumlanmasında dikkate alınması gereken bir veri yapısı özelliğidir.

Bu nedenle analizde iki farklı karşılaştırma yaklaşımı kullanılmıştır. Ana analizde tüm mevcut ülke-yıl gözlemleri kullanılmıştır. Duyarlılık analizinde yalnızca 2010–2024 döneminin tamamında verisi bulunan ülkelerden oluşan dengeli panel kullanılmıştır.

Böylece eksik veri yapısının Türkiye-OECD karşılaştırmasını ne ölçüde etkilediği ayrıca değerlendirilmiştir.

3.6. Türkiye eğilim analizi

Türkiye'nin zaman içindeki değişimini incelemek için 2010–2024 yılları arasındaki yıllık değerler sıralanmış ve betimsel istatistikler hesaplanmıştır. Bu kapsamda Türkiye'nin ilk yıl değeri, son yıl değeri, başlangıç-bitiş farkı, dönem ortalaması, medyanı, standart sapması, minimum ve maksimum değeri belirlenmiştir. Ayrıca yıllık değişim değerleri hesaplanmış ve dönem boyunca ortalama yıllık değişim bulunmuştur.

Türkiye için doğrusal eğilim katsayısı da hesaplanmıştır. Bu katsayı, yıl değişkeni ile Türkiye'nin algılanan sağlık durumu değeri arasındaki doğrusal yönü göstermektedir. Katsayının negatif olması dönem genelinde azalış yönünü, pozitif olması artış yönünü ifade etmektedir. Eğilim katsayısı nedensel bir etki katsayısı olarak yorumlanmamıştır. Bu katsayı yalnızca zaman içindeki genel yönü özetleyen betimsel bir göstergedir.

Türkiye'nin yıllık değişimi şu formülle hesaplanmıştır.

$$\Delta\text{Türkiye}_t = \text{Türkiye}_t - \text{Türkiye}_{t-1}$$

Başlangıç-bitiş farkı ise şu şekilde hesaplanmıştır.

$$\text{Fark} = \text{Türkiye}_{2024} - \text{Türkiye}_{2010}$$

3.7. OECD ortalama ve medyan karşılaştırması

Türkiye'nin OECD ülkeleri karşısındaki konumunu değerlendirmek için her yıl OECD ortalaması ve OECD medyanı hesaplanmıştır. Ortalama, ilgili yılda geçerli veri sunan ülkelerin aritmetik ortalamasını göstermektedir. Medyan, OECD dağılımındaki orta değeri yansıtmaktadır. Ortalama uç değerlere duyarlı olduğu için medyan tamamlayıcı bir karşılaştırma ölçütü olarak kullanılmıştır.

Türkiye'nin OECD ortalamasından farkı şu formülle hesaplanmıştır.

$$\text{Fark}_t = \text{Türkiye}_t - \text{OECDOrtalaması}_t$$

Türkiye'nin OECD medyanından farkı şu formülle hesaplanmıştır.

$$\text{MedyanFark}_t = \text{Türkiye}_t - \text{OECDMedyanı}_t$$

Karşılaştırmalarda iki farklı ortalama kullanılmıştır. Birinci ölçüt, Türkiye dahil tüm mevcut ülkelerle hesaplanan OECD ortalamasıdır. İkinci ölçüt, Türkiye hariç OECD ortalamasıdır. Ana yorumlarda Türkiye hariç OECD ortalaması tercih edilmiştir. Bu tercih, Türkiye'nin kendisiyle karşılaştırma ölçütünü kısmen etkilemesini önlemek

amacıyla yapılmıştır. Türkiye dahil OECD ortalaması ise analiz defterinde tamamlayıcı gösterge olarak korunmuştur.

3.8. Sıralama ve yüzelik konum analizi

Türkiye'nin OECD ülkeleri içindeki görelî sırası her yıl için hesaplanmıştır. Ülkeler ilgili yıldaki gösterge değerine göre yüksekten düşüğe sıralanmıştır. En yüksek değere sahip ülke birinci sırada yer almıştır. Türkiye'nin sırası, bu dağılım içindeki yerini göstermektedir.

Yıllara göre karşılaştırmaya giren ülke sayısı değiştiği için yalnızca sıra değerini kullanmak sınırlı bir bilgi sunmaktadır. Örneğin 20. sıra, 26 ülkelik bir yılda farklı, 31 ülkelik bir yılda farklı konuma karşılık gelir. Bu nedenle sıra değeri yüzelik konuma dönüştürülmüştür. Yüzelik konum şu formülle hesaplanmıştır.

$$\text{Yüzelik Konum}_t = (\text{Ülke Sayısı}_t - \text{Sıra}_t) / (\text{Ülke Sayısı}_t - 1)$$

Bu değer 0 ile 1 arasında değişmektedir. Yüksek değer Türkiye'nin dağılımda daha üst konumda olduğunu göstermektedir. Raporlamada bu değer 0–100 ölçeğine dönüştürülmüştür. Ayrıca Türkiye'nin konumu alt çeyrek, orta-alt bant, orta-üst bant ve üst çeyrek olarak sınıflandırılmıştır.

3.9. Yakınsama ve uzaklaşma analizi

Türkiye'nin OECD ortalamasına yaklaşıp yaklaşmadığını değerlendirmek için mutlak fark göstergesi hesaplanmıştır. Mutlak fark, Türkiye ile OECD ortalaması arasındaki farkın yönünü değil büyüklüğünü göstermektedir. Bu değer azaldığında Türkiye'nin OECD ortalamasına yaklaştığı, arttığında OECD ortalamasından uzaklaştığı kabul edilmiştir.

Mutlak fark şu formülle hesaplanmıştır.

$$\text{Mutlak Fark}_t = |\text{Türkiye}_t - \text{OECD Ortalaması}_t|$$

Mutlak farkın yıllık değişimi de ayrıca hesaplanmıştır.

$$\text{Mutlak Fark Değişimi}_t = \text{Mutlak Fark}_t - \text{Mutlak Fark}_{t-1}$$

Bu değişim negatif olduğunda yakınsama, pozitif olduğunda uzaklaşma olarak sınıflandırılmıştır. Bu sınıflandırma, yalnızca ilgili gösterge üzerinden yapılan görelî bir değerlendirmedir. Sağlık düzeyi, sağlık sistemi performansı veya politika etkisi hakkında nedensel sonuç üretmez.

3.10. Dönemsel analiz

Yıllık değişimlerin daha düzenli yorumlanabilmesi için 2010–2024 dönemi dört alt döneme ayrılmıştır. Bu dönemler 2010–2014, 2015–2019, 2020–2021 ve 2022–2024 olarak tanımlanmıştır. Her dönem için Türkiye ortalaması, OECD ortalaması, OECD medyanı, Türkiye-OECD farkı, mutlak fark, ortalama sıra ve ortalama yüzdelik konum hesaplanmıştır.

Bu dönemlendirme, yıllık dalgalanmaların ötesinde daha geniş zaman blokları üzerinden karşılaştırma yapmayı amaçlamaktadır. 2020–2021 dönemi ayrı ele alınmıştır. Bu ayrım, dönemsel görünümü izlemek için yapılmıştır. Bu döneme ilişkin sonuçlar nedensel biçimde yorumlanmamıştır.

3.11. Ülkeler arası istikrar ve dalgalanma analizi

Ülkeler arası istikrar analizi, her ülkenin 2010–2024 dönemindeki ortalamasını ve yıllar arası oynaklığını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Bu analizde her ülke için gözlem sayısı, ilk ve son gözlem yılı, dönem ortalaması, medyan, standart sapma, minimum, maksimum, aralık, ortalama yıllık değişim, ortalama mutlak yıllık değişim ve doğrusal eğilim katsayısı hesaplanmıştır.

Ülkeler ayrıca iki boyutta sınıflandırılmıştır. İlk boyut, dönem ortalamasına göre düzey profilidir. İkinci boyut, standart sapmaya göre istikrar profilidir. Dönem ortalaması dağılım medyanının üzerinde olan ülkeler görece yüksek düzeyli, altında olan ülkeler görece düşük düzeyli olarak sınıflandırılmıştır. Standart sapması dağılım medyanının altında olan ülkeler görece istikrarlı, üstünde olan ülkeler görece dalgalı olarak sınıflandırılmıştır.

Bu analiz, Türkiye'nin yalnızca yıllık sıralamadaki yerini değil, dönem boyunca nasıl bir düzey ve oynaklık profili sergilediğini değerlendirmek için kullanılmıştır.

3.12. Dengeli panel duyarlılık analizi

Dengeli panel duyarlılık analizi, eksik veri yapısının ana bulguları ne ölçüde etkilediğini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Dengeli panel, 2010–2024 döneminin tamamında verisi bulunan ülkelerden oluşmaktadır. Bu panelde 23 ülke yer almaktadır.

Duyarlılık analizinde her yıl için iki farklı OECD ortalaması hesaplanmıştır. Birincisi tüm mevcut gözlemlerle hesaplanan ortalamadır. İkincisi yalnızca dengeli panel ülkeleriyle hesaplanan ortalamadır. Türkiye'nin bu iki ortalamadan farkı ayrı ayrı

raporlanmıştır. Böylece yıllara göre değişen ülke kapsamının Türkiye-OECD farkını ne ölçüde etkilediği incelenmiştir.

Duyarlılık analizinin amacı ana bulguyu değiştirmek değildir. Bu analiz, bulgunun eksik veri yapısına karşı ne ölçüde sağlam kaldığını değerlendirmek için kullanılmıştır.

3.13. Bulguların raporlanma ilkesi

Bulgular bölümünde analizler yöntem kısmındaki sıra izlenerek raporlanmıştır. Önce veri kapsamı ve eksik veri görünümü sunulmuştur. Ardından Türkiye'nin zaman içi eğilimi, OECD karşılaştırması, sıralama ve yüzdelik konum bulguları verilmiştir. Daha sonra yakınsama, dönemsel analiz, ülkeler arası istikrar ve duyarlılık sonuçları raporlanmıştır.

Tablolar, metindeki bütün sayıları tekrarlamak için değil, temel karşılaştırmaları düzenli biçimde göstermek için kullanılmıştır. Metinde ise tabloların taşıdığı ana örüntüler yorumlanmıştır. Sağlık yönetimi açısından çıkarımlar bu bölümde genişletilmemiştir. Bu yorumlar tartışma bölümüne bırakılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde önce OECD ülkelerinin 2010-2024 dönemine ait algılanan sağlık durumu değerleri sunulmuş, ardından veri kapsamı, Türkiye zaman serisi, eğilim ve otokorelasyon bulguları, OECD karşılaştırmaları, ülkeler arası istikrar, duyarlılık analizi ve sağlık sistemi göstergelerine dayalı SWOT bulguları raporlanmıştır. Bulgular bölümünde literatür karşılaştırması veya nedensel açıklama yapılmamış, sayısal sonuçların temel örüntüleri açıklanmıştır.

4.1. OECD Ülkelerinde Algılanan Sağlık Durumunun Yıllara Göre Dağılımı

Tablo 2. OECD Ülkelerinde Algılanan Sağlık Durumu Oranları (%) (2010-2024)

Ülke	2010	2011	2012	2013	2014
Avustralya	—	85,4	—	—	85,2
Avusturya	69,5	68,7	70,0	68,6	69,5
Belçika	73,0	73,5	74,5	74,3	75,0
Kanada	88,1	88,2	88,8	88,7	88,1
Çek Cumhuriyeti	62,2	59,4	60,4	59,6	60,6
Danimarka	71,0	71,7	71,0	72,5	72,4
Estonya	52,7	51,8	52,4	53,4	51,8
Finlandiya	68,3	68,8	67,1	64,6	69,2
Fransa	67,3	67,6	68,1	67,1	68,2
Almanya	65,2	64,8	65,4	64,9	65,2
Yunanistan	75,5	76,4	74,9	73,9	73,5
Macaristan	55,0	55,6	57,0	56,1	56,9
İzlanda	77,8	77,6	76,8	76,6	76,1
İrlanda	82,8	83,3	82,8	82,0	82,7
İsrail	81,1	81,5	83,5	80,0	84,3
İtalya	66,4	64,5	68,0	66,2	67,9
Japonya	30,0	—	—	35,4	—
Kore	46,8	—	44,3	—	47,7
Letonya	47,8	46,0	46,7	45,2	45,8
Litvanya	50,2	43,9	44,3	46,1	44,9
Lüksemburg	75,3	72,5	73,8	71,9	72,8
Hollanda	78,0	76,3	75,6	75,6	77,3
Yeni Zelanda	—	—	89,2	89,5	91,4
Norveç	76,7	73,2	78,7	76,0	78,5
Polonya	57,8	57,6	57,7	58,3	58,1
Portekiz	49,2	49,7	48,0	46,1	45,9
Slovakya	63,5	63,2	65,7	65,9	64,7
Slovenya	59,6	60,4	63,1	64,8	64,8
İspanya	71,8	75,3	74,3	71,6	72,6
İsveç	78,4	78,5	79,6	79,8	78,6
İsviçre	81,5	81,2	81,9	80,7	78,5
Türkiye	66,0	67,2	68,6	67,8	68,1

Kaynak: OECD Health Statistics 2025 veri tabanındaki good/very good self-rated health göstergesinden hazırlanmıştır. <https://stats.oecd.org/>

Tablo 2. (Devamı: 2015-2019)

Ülke	2015	2016	2017	2018	2019
Avustralya	—	—	85,2	—	—
Avusturya	69,8	70,2	70,3	71,7	71,2
Belçika	74,6	73,9	74,5	74,9	74,0
Kanada	89,0	88,4	88,5	88,6	88,8
Çek Cumhuriyeti	61,2	60,3	61,8	62,0	61,9
Danimarka	71,6	71,3	71,2	71,1	69,6
Estonya	51,4	52,8	52,5	51,6	56,5
Finlandiya	69,8	70,2	70,1	68,8	68,4
Fransa	67,8	66,3	67,4	67,5	66,6
Almanya	64,5	65,2	65,4	65,5	65,5
Yunanistan	74,4	73,9	74,0	76,2	79,1
Macaristan	56,3	59,5	59,1	60,6	58,2
İzlanda	76,3	76,1	77,3	76,6	75,0
İrlanda	82,6	82,9	83,2	84,1	84,2
İsrail	83,9	83,6	74,1	73,9	73,8
İtalya	65,6	70,9	77,0	73,3	72,8
Japonya	—	35,5	—	—	36,6
Kore	—	46,3	—	48,1	—
Letonya	46,2	47,2	44,2	46,9	47,1
Litvanya	42,6	43,2	43,7	44,0	46,1
Lüksemburg	70,4	69,1	71,0	68,6	71,7
Hollanda	76,2	75,9	76,1	75,6	74,8
Yeni Zelanda	88,9	87,7	88,2	87,4	86,1
Norveç	78,3	77,1	77,4	76,6	72,7
Polonya	57,8	58,4	58,8	59,1	59,8
Portekiz	46,4	47,6	48,8	49,3	50,0
Slovakya	65,9	66,3	67,0	66,6	65,1
Slovenya	64,8	64,4	65,3	65,4	66,6
İspanya	72,4	72,4	74,2	73,6	75,2
İsveç	77,7	75,0	76,5	76,1	76,0
İsviçre	79,7	77,6	80,2	80,7	81,2
Türkiye	66,4	69,4	68,8	67,6	66,9

Kaynak: OECD Health Statistics 2025 veri tabanındaki good/very good self-rated health göstergesinden hazırlanmıştır. <https://stats.oecd.org/>

Tablo 2. (Devamı: 2020-2024)

Ülke	2020	2021	2022	2023	2024
Avustralya	—	—	85,0	—	—
Avusturya	74,0	72,2	70,1	69,2	67,7
Belçika	75,4	76,3	75,3	75,4	74,6
Kanada	89,0	88,3	85,8	85,6	—
Çek Cumhuriyeti	63,4	67,7	67,9	66,4	66,3
Danimarka	71,2	68,6	64,8	64,4	68,1
Estonya	58,4	58,2	57,7	56,2	57,7
Finlandiya	69,9	70,1	64,3	66,1	66,5
Fransa	68,3	67,8	65,1	64,8	66,2
Almanya	63,8	63,0	64,1	65,5	64,6
Yunanistan	78,4	78,2	77,1	78,2	78,2
Macaristan	62,0	64,7	63,0	65,2	64,6
İzlanda	74,7	72,0	—	—	—
İrlanda	84,5	81,6	80,8	79,5	79,9

Ülke	2020	2021	2022	2023	2024
İsrail	75,7	73,8	73,4	75,8	—
İtalya	—	73,5	72,9	73,8	75,4
Japonya	—	—	37,1	—	—
Kore	49,6	—	52,4	—	53,1
Letonya	49,7	49,8	50,2	47,6	49,0
Litvanya	44,3	47,8	48,1	47,6	48,9
Lüksemburg	73,5	76,4	74,4	74,1	73,0
Hollanda	78,0	73,1	71,3	69,6	69,9
Yeni Zelanda	87,0	88,0	88,0	86,2	85,4
Norveç	74,5	74,6	73,9	73,9	74,2
Polonya	61,6	64,4	62,2	62,7	64,2
Portekiz	51,2	50,1	49,4	51,0	53,6
Slovakya	65,1	65,1	66,1	67,8	66,7
Slovenya	67,1	69,1	67,7	65,6	66,3
İspanya	73,0	71,1	70,1	70,1	70,1
İsveç	76,5	72,3	66,8	67,1	66,5
İsviçre	83,3	81,9	80,2	79,3	—
Türkiye	69,4	67,8	66,7	64,9	64,4

Kaynak: OECD Health Statistics 2025 veri tabanındaki good/very good self-rated health göstergesinden hazırlanmıştır. <https://stats.oecd.org/>

Tablo 2 incelendiğinde, OECD ülkelerinde algılanan sağlık durumu düzeylerinin hem ülkeler arasında hem de yıllar içinde farklılaştığını göstermektedir. Türkiye serisi bütün yıllarda mevcut olmakla birlikte bazı ülkelerde dönemsel veri kesintileri bulunmaktadır. Bu nedenle yıllık OECD karşılaştırmaları o yıl geçerli veri sunan ülkeler üzerinden yapılmıştır.

4.2. Veri Kapsamı ve Eksik Veri Görünümü

Tablo 3. Veri Kapsamı ve Eksik Veri Göstergeleri

Gösterge	Değer
Analiz dönemi	2010-2024
Ülke sayısı	32
Yıl sayısı	15
Toplam olası ülke-yıl hücresi	480
Geçerli ülke-yıl gözlemi	443
Eksik ülke-yıl gözlemi	37
Eksik oranı	7,71%
Tüm yıllarda verisi bulunan ülke sayısı	23
Eksik gözleme sahip ülke sayısı	9
Yıllık karşılaştırmaya giren ülke sayısı aralığı	26-31
En düşük yıllık ülke kapsamı	2024, s. 26 ülke
En yüksek yıllık ülke kapsamı	2014, s. 31 ülke
Türkiye gözlemleri	15/15; eksiksiz

Kaynak: OECD algılanan sağlık durumu veri setinden hesaplanmıştır.

Tablo 3 incelendiğinde 480 olası ülke-yıl hücresinin 443'ünde geçerli değer bulunduğu, eksik oranının %7,71 olduğu görülmektedir. Türkiye serisinin eksiksiz olması ulusal

zaman eğiliminin kesintisiz izlenmesine olanak sağlamıştır. Yıllık ülke sayısının 26 ile 31 arasında değişmesi nedeniyle Türkiye'nin göreceli konumu ham sıra yanında yüzdelik konumla da değerlendirilmiştir.

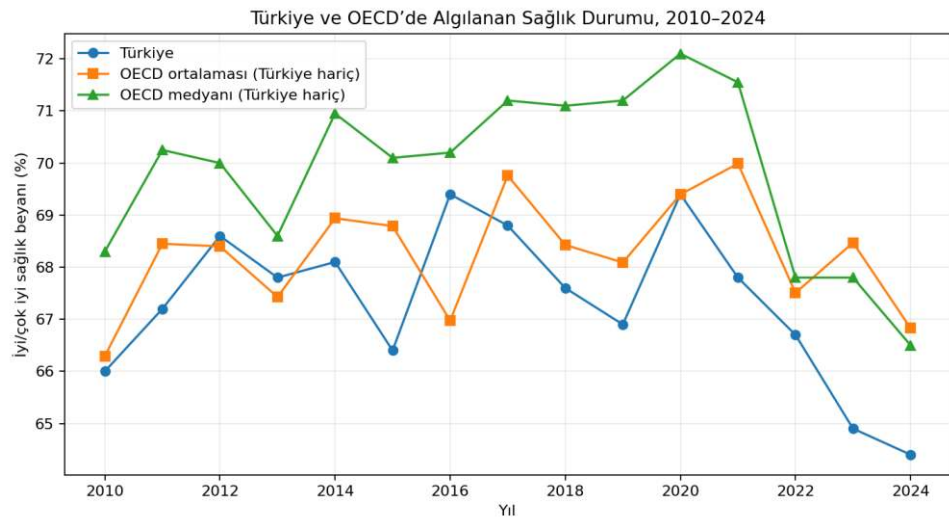
4.3. Türkiye’de Algılanan Sağlık Durumunun Zaman Serisi Bulguları

Tablo 4. Türkiye Algılanan Sağlık Durumu Serisinin Betimsel Özeti

Ölçüt	Değer
Gözlem sayısı	15
İlk değer (2010)	66,00%
Son değer (2024)	64,40%
Başlangıç-bitiş farkı	-1,60 puan
Oransal değişim	-2,42%
Ortalama	67,33%
Medyan	67,60%
Standart sapma	1,49
Minimum	64,40% (2024)
Maksimum	69,40% (2016 ve 2020)
Ortalama yıllık değişim	-0,11 puan
Ortalama mutlak yıllık değişim	1,31 puan

Kaynak: OECD Health Statistics verilerinden hesaplanmıştır.

Türkiye’de algılanan sağlık durumu 2010 yılında %66,00 iken 2024 yılında %64,40’a gerilemiş ve dönem sonunda 1,60 puanlık, göreceli olarak %2,42’lik azalış oluşmuştur. Standart sapmanın 1,49 olması yıllık değişkenliğin sınırlı olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte 2021’den sonra seri art arda düşmüş ve 2024 yılında dönem minimumuna ulaşmıştır.



Şekil 1. Türkiye ve OECD’de Algılanan Sağlık Durumunun Yıllara Göre Değişimi

Kaynak: OECD Health Statistics verilerinden hazırlanmıştır.

Şekil 1’de Türkiye serisinin bazı yıllarda OECD ortalamasına yaklaşmasına rağmen OECD medyanına kalıcı biçimde ulaşamadığı görülmektedir. Türkiye’nin 2021 sonrasında aşağı yönlü hareketi 2024 yılında dönem minimumuyla sonuçlanmıştır.

4.4. Eğilim Modeli ve Otokorelasyon Bulguları

Doğrusal eğilim modelindeki yıl katsayısı, her bir takvim yılı ilerlediğinde algılanan sağlık durumunda beklenen ortalama puan değişimini göstermektedir. Kuadratik modelde yılın karesi terimi serinin yön değiştiren, eğrisel bir örüntü gösterip göstermediğini sınıamaktadır. SH standart hatayı, %95 GA güven aralığını, p istatistiksel anlamlılık düzeyini ve R^2 modelin açıklama oranını ifade etmektedir.

Tablo 5. Doğrusal ve Kuadratik Eğilim Modelleri

Model	Katsayı ve güven aralığı	İstatistiksel sonuç
Doğrusal	Yıl $b=-0,112$; SH=0,087; %95 GA [-0,300, 0,076]	$p=0,221$; $R^2=0,113$
Kuadratik (keşfedici)	Yıl $b=0,731$; SH=0,233; %95 GA [0,224, 1,237]	$p=0,009$; $R^2=0,593$; kare terimi=-0,060

Kaynak: Türkiye algılanan sağlık durumu serisinden SPSS uyumlu regresyon hesaplarıyla elde edilmiştir.

Doğrusal modelde yıl katsayısı -0,112 olup bu değer, model varsayımları altında her yıl yaklaşık 0,11 puanlık azalış yönünü göstermektedir. Bununla birlikte %95 güven aralığının sıfırı içermesi ve p değerinin 0,221 olması, dönem genelinde istatistiksel olarak anlamlı ve tek yönlü bir doğrusal azalışın gösterilemediğini ortaya koymaktadır. $R^2=0,113$ değeri doğrusal modelin yıllık değişimin yaklaşık %11,3’ünü açıkladığını göstermektedir. Kuadratik modelin pozitif yıl katsayısı ve negatif kare terimi, serinin önce yükselip daha sonra düşen bir eğriyle özetlenebileceğini göstermektedir; ancak kısa seri nedeniyle bu model geleceğe yönelik tahmin amacıyla kullanılmamıştır.

ACF, serinin bir, iki veya daha fazla yıl önceki değerleriyle toplam ilişkisini; PACF ise önceki gecikmelerin etkisini ayırdıktan sonra belirli gecikmenin özgün ilişkisini göstermektedir. Gecikme 1, ardışık iki yılın; gecikme 2, aralarında iki yıl bulunan değerlerin karşılaştırılması anlamına gelmektedir.

Tablo 6. Algılanan Sağlık Serisinin ACF ve PACF Değerleri

Gecikme	ACF	PACF
0	1,000	1,000
1	0,323	0,323
2	-0,042	-0,164
3	-0,126	-0,066
4	0,090	0,174

Kaynak: Türkiye algılanan sağlık durumu serisinden hesaplanmıştır.

Birinci gecikmede ACF ve PACF değerleri 0,323'tür. Sonraki gecikmelerde katsayıların sıfıra yakın ve düzensiz olması, seride güçlü ve kalıcı bir gecikmeli bağımlılık örüntüsünün belirgin olmadığını göstermektedir. Bu bulgu, 15 yıllık kısa seriyle birlikte değerlendirildiğinde ileri ARIMA modellemesi için yeterli kanıt sağlamamaktadır.

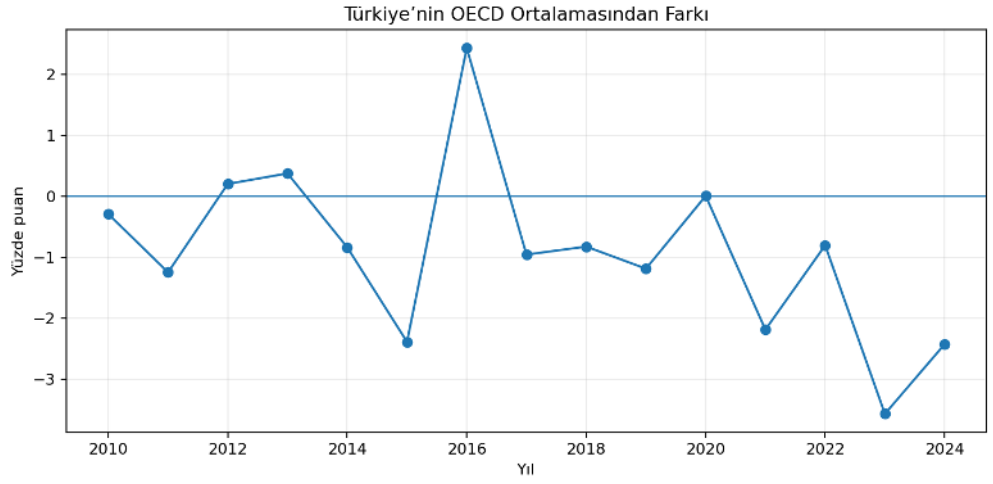
4.5. Türkiye'nin OECD Ortalaması, Medyanı, Sırası ve Yüzdelik Konumu

Tablo 7. Türkiye'nin OECD ile Yıllık Karşılaştırması

Yıl	Türkiye (%)	OECD ort. / medyan (%)	Ort. farkı (puan)	Sıra / ülke - yüzdelik
2010	66,0	66,29 / 68,30	-0,29	18 / 30 - %41,38
2011	67,2	68,45 / 70,25	-1,25	18 / 29 - %39,29
2012	68,6	68,40 / 70,00	0,20	16 / 30 - %48,28
2013	67,8	67,43 / 68,60	0,37	16 / 30 - %48,28
2014	68,1	68,94 / 70,95	-0,84	19 / 31 - %40,00
2015	66,4	68,79 / 70,10	-2,39	18 / 29 - %39,29
2016	69,4	66,97 / 70,20	2,43	17 / 31 - %46,67
2017	68,8	69,76 / 71,20	-0,96	19 / 30 - %37,93
2018	67,6	68,43 / 71,10	-0,83	18 / 30 - %41,38
2019	66,9	68,09 / 71,20	-1,19	18 / 30 - %41,38
2020	69,4	69,40 / 72,10	0,00	17 / 29 - %42,86
2021	67,8	69,99 / 71,55	-2,19	19,5 / 29 - %33,93
2022	66,7	67,51 / 67,80	-0,81	18 / 31 - %43,33
2023	64,9	68,47 / 67,80	-3,57	21 / 28 - %25,93
2024	64,4	66,83 / 66,50	-2,43	20 / 26 - %24,00

Kaynak: OECD Health Statistics verilerinden hesaplanmıştır. OECD ortalama ve medyanına Türkiye dahil edilmemiştir.

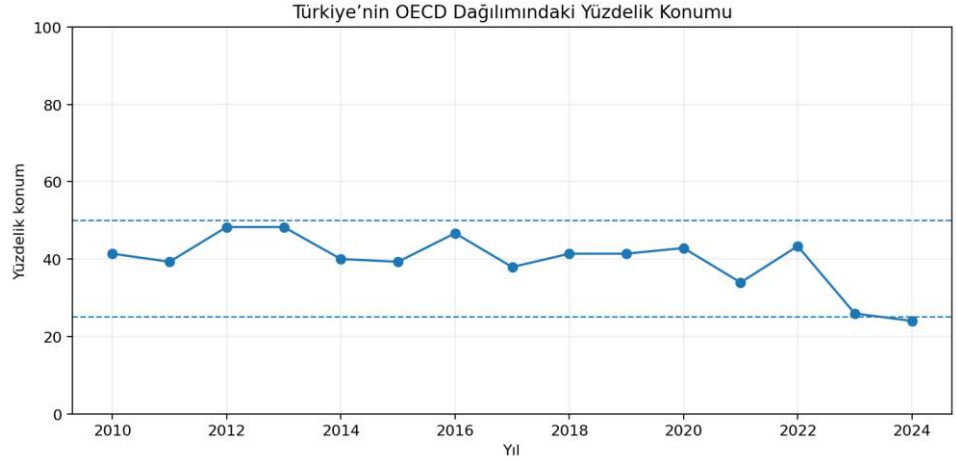
Türkiye 2012, 2013, 2016 ve 2020 yıllarında OECD ortalamasına eşit veya ortalamanın üzerinde yer almıştır. Buna karşılık bütün yıllarda OECD medyanının altında kalmıştır. En olumlu fark 2016 yılında 2,43 puan, en olumsuz fark 2023 yılında -3,57 puan olmuştur. Türkiye'nin yüzdelik konumu 2023'te %25,93'e, 2024'te %24,00'e gerilemiş ve 2024 yılında 26 ülke içinde 20. sırada yer almıştır.



Şekil 2. Türkiye'nin OECD Ortalamasından Yıllık Farkı

Kaynak: OECD Health Statistics verilerinden hazırlanmıştır.

Şekil 2'de Türkiye-OECD farkının sıfır çizgisi çevresinde dalgalandığı, ancak 2023 ve 2024 yıllarında negatif bölgede belirginleştiği görülmektedir. 2024 yılında fark 2023'e göre daralmış olmakla birlikte Türkiye OECD ortalamasının altında kalmıştır.



Şekil 3. Türkiye'nin OECD Dağılımındaki Yüzdelik Konumu

Kaynak: OECD Health Statistics verilerinden hazırlanmıştır.

Şekil 3, Türkiye'nin en iyi görel konumuna 2012 ve 2013 yıllarında ulaştığını, son iki yılda ise dağılımın alt bölümüne gerilediğini göstermektedir. Yüzdelik konum, yıllara göre karşılaştırmaya giren ülke sayısının değişmesinden kaynaklanan yanıltıcı etkiyi azaltmaktadır.

4.6. Yakınsama, Uzaklaşma ve Dönemsel Bulgular

Türkiye-OECD farkı, Türkiye değerinin OECD ortalamasından kaç puan yukarıda veya aşağıda olduğunu göstermektedir. Mutlak fark, işareti dikkate almadan Türkiye ile OECD arasındaki uzaklığın büyüklüğünü ifade etmektedir. Mutlak farkın azalması yakınsama, artması uzaklaşma olarak yorumlanmıştır. Yüzdelik konum ise Türkiye'nin OECD dağılımında kaçınıcı görelî düzeyde yer aldığını 0-100 ölçeğinde göstermektedir; yüksek değer daha üst konuma karşılık gelmektedir.

Tablo 8. Dönemsel Karşılaştırma ve Yakınsama Göstergeleri

Dönem (n)	Türkiye ort.	OECD ort. / medyan	Fark / mutlak fark	Ort. sıra / yüzdelik
2010-2014 (5)	67,54	67,90 / 69,62	-0,36 / 0,59	17,40 / %43,44
2015-2019 (5)	67,82	68,41 / 70,76	-0,59 / 1,56	18,00 / %41,33
2020-2021 (2)	68,60	69,69 / 71,82	-1,09 / 1,10	18,25 / %38,39
2022-2024 (3)	65,33	67,60 / 67,37	-2,27 / 2,27	19,67 / %31,09

Kaynak: OECD Health Statistics verilerinden hesaplanmıştır.

Türkiye ile OECD ortalaması arasındaki dönem farkı 2010-2014'te -0,36 puan iken 2022-2024'te -2,27 puana yükselmiştir. Aynı dönemlerde ortalama mutlak fark 0,59'dan 2,27'ye yükselmiş ve yüzdelik konum %43,44'ten %31,09'a gerilemiştir. Bu görünüm, son dönemde Türkiye'nin OECD ortalamasından uzaklığının arttığını ve görelî sıralamasının zayıfladığını göstermektedir.

4.7. Ülkeler Arası İstikrar ve Dalgalanma Bulguları

Türkiye'nin dönem ortalaması %67,33, standart sapması 1,49, minimum değeri %64,40, maksimum değeri %69,40 ve aralığı 5,00 puandır. Türkiye dönem ortalamasına göre 32 ülke içinde 19. sırada, düşükten yükseğe oynaklık sıralamasında 9. sırada yer almıştır. Ortalama mutlak yıllık değişim 1,31 puandır.

Tablo 9. Ülkeler Arası İstikrar Analizinde Türkiye'nin Konumu

Ülke	Ortalama / SS	Aralık / eğilim	Düzy / oynaklık sırası	Profil
Kanada	88,14 / 1,08	3,40 / -0,13	1 / 5	Görece yüksek düzey ve görece istikrarlı
Yeni Zelanda	87,92 / 1,61	6,00 / -0,32	2 / 12	Görece yüksek düzey ve görece istikrarlı
Avustralya	85,20 / 0,16	0,40 / -0,03	3 / 1	Görece yüksek düzey ve görece istikrarlı
İsveç	75,03 / 4,66	13,30 / -0,91	10 / 32	Görece yüksek düzey ve görece dalgalı
Türkiye	67,33 / 1,49	5,00 / -0,11	19 / 9	Görece düşük düzey ve görece istikrarlı
Japonya	34,92 / 2,84	7,10 / 0,51	32 / 26	Görece düşük düzey ve görece dalgalı

Kaynak: OECD Health Statistics ülke serilerinden hesaplanmıştır.

Türkiye'nin görece düşük düzey ve görece istikrarlı profile yer alması, temel sorunun yüksek yıllık oynaklıktan çok dönem boyunca ortalama düzeyin OECD dağılımının üst bölümüne çıkamaması olduğunu göstermektedir. Türkiye serisindeki değişimler sınırlı olmakla birlikte bu istikrar yüksek bir sağlık algısı düzeyinde gerçekleşmemiştir.

4.8. Dengeli Panel Duyarlılık Bulguları

Tablo 10. Tüm Gözlemler ve Dengeli Panel Karşılaştırması

Gösterge	Tüm gözlemler	Dengeli panel
Karşılaştırma ülke sayısı	25-30	22
Ortalama OECD değeri	68,25	66,07
Türkiye'nin dönem ortalama farkı	-0,92	1,26
Pozitif fark yılı	4	13
Negatif fark yılı	11	2
2023 farkı	-3,57	-0,92
2024 farkı	-2,43	-1,82

Kaynak: OECD Health Statistics verilerinden hesaplanmıştır.

Dengeli panelde karşılaştırma ortalamasının daha düşük olması Türkiye'nin dönem ortalama farkını pozitif göstermektedir. Bu sonuç ülke bileşiminin karşılaştırma sonucunu etkileyebildiğini ortaya koymaktadır. Bununla birlikte 2023 ve 2024 yıllarında Türkiye hem tüm gözlemler ortalamasının hem de dengeli panel ortalamasının altında kalmıştır. Son dönem görece gerilemesinin yönü karşılaştırma grubu sabitlendiğinde de korunmuştur.

4.9. Grafik Bulgularının Tablo Sonuçlarıyla Uyumu

Şekil 1'de Türkiye'nin 2016 ve 2020 yıllarındaki kısa süreli yükselişleri ile 2021 sonrasındaki gerileme, Tablo 3'teki minimum-maksimum ve yıllık değişim bulgularıyla uyumludur. Şekil 2'de 2023 yılında gözlenen en geniş negatif fark, Tablo 6'deki -3,57 puanlık sonuçla örtüşmektedir. Şekil 3 ise Türkiye'nin 2024 yılında %24,00 yüzdelik konumla alt çeyreğe geçmesini görsel olarak desteklemektedir.

4.10. Algılanan Sağlık Bulgularının Genel Sentezi

Algılanan sağlık durumu bulguları Türkiye'nin 2010-2024 döneminde çoğunlukla OECD dağılımının orta-alt bölümünde yer aldığını göstermektedir. Türkiye bazı yıllarda OECD ortalamasına yaklaşmış veya ortalamayı aşmış, ancak bütün yıllarda OECD

medyanının altında kalmıştır. Son dönemde hem Türkiye'nin kendi düzeyi hem de OECD içindeki yüzdelik konumu zayıflamıştır. Dengeli panel sonuçları büyüklük bakımından farklılık yaratmakla birlikte 2023-2024 dönemindeki olumsuz yönü değiştirmemiştir.

4.11. Türkiye'nin Temel Sağlık Sistemi Göstergelerindeki Eğilimler

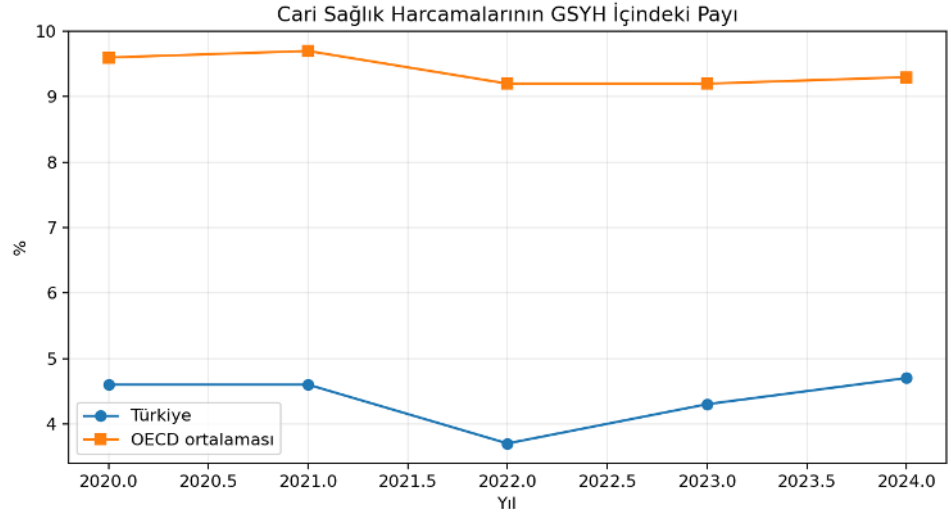
Aşağıdaki tabloda birden fazla yıl değeri bulunan göstergelerde karşılaştırılan dönem açıkça belirtilmiştir. Mutlak/oransal değişim, son değer ile ilk değer arasındaki farkı ve bu farkın ilk değere oranını göstermektedir. Yalnızca tek yıl verisi bulunan göstergelerde eğilim hesaplanmamış, tek yıllık kesit olarak belirtilmiştir. Bir göstergenin artması veya azalmasının olumlu olup olmadığı göstergeye özgü olarak yorumlanmıştır.

Tablo 11. Seçilmiş Sağlık Sistemi Göstergelerinin Eğilim Özeti

Gösterge	Karşılaştırılan dönem	Son gözlem	Mutlak/oransal değişim
Toplam hastane sayısı	2023-2024	1.562,00 adet (2024)	-4,00 adet; %-0,3
Toplam hastane yatağı sayısı	2023-2024	268.359,00 adet (2024)	1.765,00 adet; %0,7
Toplam hekim sayısı	2023-2024	221.133,00 kişi (2024)	16.910,00 kişi; %8,3
Kişi başına hekime müracaat	2024 tek yıllık kesit	12,20 başvuru/kişi (2024)	Zaman içindeki değişim hesaplanamamıştır
Kişi başına birinci basamak hekim müracaatı	2024 tek yıllık kesit	5,30 başvuru/kişi (2024)	Zaman içindeki değişim hesaplanamamıştır
Anne ölüm oranı	2023-2024	11,50 100.000 canlı doğumda (2024)	-1,90 100.000 canlı doğumda; %-14,2
Bebek ölüm hızı	2023-2024	8,90 1.000 canlı doğumda (2024)	-0,90 1.000 canlı doğumda; %-9,2
Cari sağlık harcamasının GSYH içindeki payı	2020-2024	4,70 % (2024)	0,10 yüzde puanı; %2,2
Sağlık hizmetlerinden genel memnuniyet	2021-2024	63,20 % (2024)	-4,90 yüzde puanı; %-7,2
Bireylerde internet kullanım oranı	2021-2024	88,80 % (2024)	6,20 yüzde puanı; %7,5

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2024; TÜİK, Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2024 ve Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması 2024; OECD, Health at a Glance 2025: Türkiye ülke notu.

Toplam hekim sayısı 2023-2024 döneminde %8,3, toplam hastane yatağı %0,7 artarken hastane sayısı %0,3 azalmıştır. Anne ölüm oranı ve bebek ölüm hızı kısa dönemde sırasıyla %14,2 ve %9,2 azalmış; bu bulgular olumlu eğilim olarak değerlendirilmiştir. Cari sağlık harcamasının GSYH içindeki payı 2020'de %4,6 iken 2024'te %4,7'ye yükselmiş, ancak 2022'de %3,7'ye gerilediği için dönem içinde dalgalı seyretmiştir. Sağlık hizmetlerinden genel memnuniyet 2021-2024 arasında %7,2 azalırken internet kullanımı %7,5 artmıştır.



Şekil 4. Türkiye ve OECD’de Cari Sağlık Harcamasının GSYH İçindeki Payı

Kaynak: OECD, Health at a Glance 2025: Türkiye ülke notu ve OECD Health Statistics 2025.

Şekil 4, Türkiye’nin cari sağlık harcamasının GSYH içindeki payının 2020-2024 döneminde dalgalandığını ve bütün yıllarda OECD ortalamasının belirgin biçimde altında kaldığını göstermektedir. 2024’teki artış karşılaştırmalı finansman açığını kapatmamıştır.

4.12. Türkiye’nin OECD Referansına Göre Sağlık Sistemi Göstergeleri

Bu bölümde OECD ortalaması/referans değeri, Türkiye’nin karşılaştırıldığı OECD ülke ortalamasını ifade etmektedir. Satın alma gücü paritesi (SGP), ülkeler arasındaki fiyat düzeyi farklarını azaltarak parasal büyüklükleri daha karşılaştırılabilir hale getirmektedir. Yön düzeltilmiş endekste OECD=100’dür; 100’ün altı Türkiye’nin referansın gerisinde, 100’ün üzeri daha avantajlı olduğunu göstermektedir. Karşılaştırma değeri bulunmayan göstergelerde endeks hesaplanmamıştır.

Tablo 12. Türkiye’nin OECD Referansına Göre Sağlık Sistemi Göstergeleri

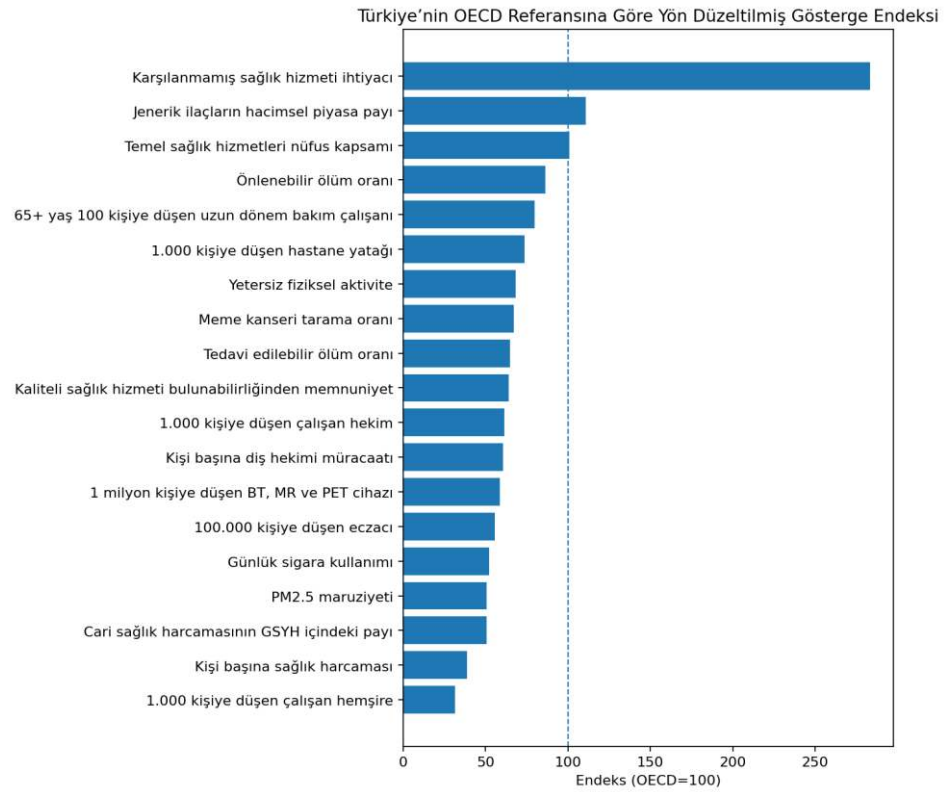
Gösterge	Türkiye değeri	OECD ortalaması / referans	Endeks ve sınıflandırma
Kişi başına sağlık harcaması	2.309,0 ABD doları SGP	5.967,0 ABD doları SGP	38,7; Zayıf yön
Cari sağlık harcamasının GSYH içindeki payı	4,7 %	9,3 %	50,5; Zayıf yön
1.000 kişiye düşen çalışan hekim	2,4 kişi	3,9 kişi	61,5; Zayıf yön
1.000 kişiye düşen çalışan hemşire	2,9 kişi	9,2 kişi	31,5; Zayıf yön
65+ yaş 100 kişiye düşen uzun dönem bakım çalışanı	4,0 kişi	5,0 kişi	80,0; Zayıf yön
100.000 kişiye düşen eczacı	48,0 kişi	86,0 kişi	55,8; Zayıf yön
1.000 kişiye düşen hastane yatağı	3,1 yatak	4,2 yatak	73,8; Zayıf yön
1 milyon kişiye düşen BT, MR ve PET cihazı	30,0 cihaz	51,0 cihaz	58,8; Zayıf yön
Jenerik ilaçların hacimsel piyasa payı	62,0 %	56,0 %	110,7; Güçlü yön

Gösterge	Türkiye değeri	OECD ortalaması / referans	Endeks ve sınıflandırma
Kaliteli sağlık hizmeti bulunabilirliğinden memnuniyet	41,0 %	64,0 %	64,1; Zayıf yön
Temel sağlık hizmetleri nüfus kapsamı	99,0 %	98,0 %	101,0; Güçlü yön
Karşılanmamış sağlık hizmeti ihtiyacı	1,2 %	3,4 %	283,3; Güçlü yön
Uygun çocuklarda DTP aşılama oranı	96,0 %	OECD ortalamasının üzerinde (sayısal ortalama ülke notunda verilmemiştir)	Hesaplanmadı; Güçlü yön
Meme kanseri tarama oranı	37,0 %	55,0 %	67,3; Zayıf yön
Ölnebilir ölüm oranı	168,0 100.000 kişiye	145,0 100.000 kişiye	86,3; Zayıf yön
Tedavi edilebilir ölüm oranı	119,0 100.000 kişiye	77,0 100.000 kişiye	64,7; Zayıf yön

Kaynak: OECD. (2025b). Health at a Glance 2025: Türkiye; OECD. (2025c). OECD Health Statistics 2025.

https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_15a55280-en/turkiye_87675f02-en.html

Kişi başına sağlık harcaması endeksinin 38,7 olması Türkiye'nin SGP ile düzeltilmiş kişi başı sağlık harcamasının OECD ortalamasının yaklaşık %38,7'sine karşılık geldiğini göstermektedir. Hemşire yoğunluğu, hekim yoğunluğu, eczacı sayısı, yatak ve tıbbi cihaz kapasitesi de referansın altında kalmıştır. Jenerik ilaçların hacimsel payı, temel hizmet kapsamı ve karşılanmamış sağlık hizmeti ihtiyacının düşük olması Türkiye'nin avantajlı alanlarıdır. DTP aşılama oranı %96 olup OECD ülke notunda ortalamanın üzerinde bildirildiği için güçlü yön olarak değerlendirilmiştir.



Şekil 5. Türkiye'nin OECD Referansına Göre Yön Düzeltilmiş Performans Endeksi

Kaynak: OECD (2025b), Health at a Glance 2025: Türkiye ülke notu; OECD (2025c), OECD Health Statistics 2025.

Şekil 5'te 100 çizgisi OECD referansına eşitliği göstermektedir. Karşılanmamış ihtiyaç, temel hizmet kapsamı ve jenerik ilaç payı 100'e eşit veya üzerinde yer alırken sağlık harcaması, hemşire, hekim ve cihaz göstergeleri referansın altında kalmıştır.

4.13. İç Faktör Kanıt Matrisi

İç faktör tablosundaki referans, mümkün olduğu durumlarda OECD ortalamasıdır. Endeks, olumlu yön dikkate alınarak OECD=100 biçiminde hesaplanmıştır. Tek yıllık kesit ifadesi yalnızca bir yıla ait veri bulunduğunu ve zaman eğiliminin hesaplanamadığını göstermektedir. Toplam sayılardaki kısa dönem değişim, nüfusa oranlı uluslararası yeterlilikten ayrı değerlendirilmiştir.

Tablo 13. İç Faktör Kanıt Matrisi

İç faktör	Nicel kanıt, dönem ve kaynak	Sınıflandırma
Anne ölüm oranı	TR 11,50 100.000 canlı doğumda; sayısal referans yok; endeks hesaplanmadı; 2023-2024; Azalış; kaynak: SB 2025	Olumlu eğilim / gelişme potansiyeli
Bebek ölüm hızı	TR 8,90 1.000 canlı doğumda; sayısal referans yok; endeks hesaplanmadı; 2023-2024; Azalış; kaynak: SB 2025	Olumlu eğilim / gelişme potansiyeli
Kişi başına birinci basamak hekim müracaatı	TR 5,30 başvuru/kişi; sayısal referans yok; endeks hesaplanmadı; 2024 tek yıllık kesit; zaman eğilimi hesaplanmadı; kaynak: SB 2025	İzleme göstergesi
Cari sağlık harcamasının GSYH içindeki payı	TR 4,70 %; OECD/ref. 9,3; endeks 50,5; 2020-2024; 2020-2024 arasında net artış; dönem içinde dalgalı seyir; kaynak: OECD 2025	Zayıf yön
1 milyon kişiye düşen BT, MR ve PET cihazı	TR 30,00 cihaz; OECD/ref. 51,0; endeks 58,8; 2024 tek yıllık kesit; zaman eğilimi hesaplanmadı; kaynak: OECD 2025	Zayıf yön
Kişi başına diş hekimi müracaatı	TR 0,73 başvuru/kişi; OECD/ref. 1,2; endeks 60,8; 2024 tek yıllık kesit; zaman eğilimi hesaplanmadı; kaynak: SB 2025	Zayıf yön
Uygun çocuklarda DTP aşılama oranı	TR 96,00 %; sayısal referans yok; endeks hesaplanmadı; 2024 tek yıllık kesit; zaman eğilimi hesaplanmadı; kaynak: OECD 2025	Güçlü yön
100.000 kişiye düşen eczacı	TR 48,00 kişi; OECD/ref. 86,0; endeks 55,8; 2024 tek yıllık kesit; zaman eğilimi hesaplanmadı; kaynak: OECD 2025	Zayıf yön
Kişi başına sağlık harcaması	TR 2.309,00 ABD doları SGP; OECD/ref. 5.967,0; endeks 38,7; 2024 tek yıllık kesit; zaman eğilimi hesaplanmadı; kaynak: OECD 2025	Zayıf yön
Toplam hastane sayısı	TR 1.562,00 adet; sayısal referans yok; endeks hesaplanmadı; 2023-2024; Azalış; kaynak: SB 2025	İzleme göstergesi
1.000 kişiye düşen çalışan hekim	TR 2,40 kişi; OECD/ref. 3,9; endeks 61,5; 2024 tek yıllık kesit; zaman eğilimi hesaplanmadı; kaynak: OECD 2025	Zayıf yön
Toplam hekim sayısı	TR 221.133,00 kişi; sayısal referans yok; endeks hesaplanmadı; 2023-2024; Artış; kaynak: SB 2025	Gelişme potansiyeli
1.000 kişiye düşen çalışan hemşire	TR 2,90 kişi; OECD/ref. 9,2; endeks 31,5; 2024 tek yıllık kesit; zaman eğilimi hesaplanmadı; kaynak: OECD 2025	Zayıf yön
Jenerik ilaçların hacimsel piyasa payı	TR 62,00 %; OECD/ref. 56,0; endeks 110,7; 2024 tek yıllık kesit; zaman eğilimi hesaplanmadı; kaynak: OECD 2025	Güçlü yön
Kaliteli sağlık hizmeti bulunabilirliğinden memnuniyet	TR 41,00 %; OECD/ref. 64,0; endeks 64,1; 2024 tek yıllık kesit; zaman eğilimi hesaplanmadı; kaynak: OECD 2025	Zayıf yön
Temel sağlık hizmetleri nüfus kapsamı	TR 99,00 %; OECD/ref. 98,0; endeks 101,0; 2024 tek yıllık kesit; zaman eğilimi hesaplanmadı; kaynak: OECD 2025	Güçlü yön
Karşılanmamış sağlık hizmeti ihtiyacı	TR 1,20 %; OECD/ref. 3,4; endeks 283,3; 2024 tek yıllık kesit; zaman eğilimi hesaplanmadı; kaynak: OECD 2025	Güçlü yön
Meme kanseri tarama oranı	TR 37,00 %; OECD/ref. 55,0; endeks 67,3; 2024 tek yıllık kesit; zaman eğilimi hesaplanmadı; kaynak: OECD 2025	Zayıf yön
Ölünebilir ölüm oranı	TR 168,00 100.000 kişide; OECD/ref. 145,0; endeks 86,3; 2024 tek yıllık kesit; zaman eğilimi hesaplanmadı; kaynak: OECD 2025	Zayıf yön
Tedavi edilebilir ölüm oranı	TR 119,00 100.000 kişide; OECD/ref. 77,0; endeks 64,7; 2024 tek yıllık kesit; zaman eğilimi hesaplanmadı; kaynak: OECD 2025	Zayıf yön
65+ yaş 100 kişiye düşen uzun dönem bakım çalışanı	TR 4,00 kişi; OECD/ref. 5,0; endeks 80,0; 2024 tek yıllık kesit; zaman eğilimi hesaplanmadı; kaynak: OECD 2025	Zayıf yön
Sağlık hizmetlerinden genel memnuniyet	TR 63,20 %; sayısal referans yok; endeks hesaplanmadı; 2021-2024; Azalış; kaynak: TÜİK 2025	İzleme göstergesi
1.000 kişiye düşen hastane yatağı	TR 3,10 yatak; OECD/ref. 4,2; endeks 73,8; 2024 tek yıllık kesit; zaman eğilimi hesaplanmadı; kaynak: OECD 2025	Zayıf yön
Toplam hastane yatağı sayısı	TR 268.359,00 adet; sayısal referans yok; endeks hesaplanmadı; 2023-2024; Artış; kaynak: SB 2025	Gelişme potansiyeli

Kaynak: SB 2025 = T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2024; OECD 2025b-2025c = Health at a Glance 2025;

Türkiye ve OECD Health Statistics 2025; TÜİK 2024-2025 = ilgili 2024 resmi araştırmaları. Bağlantılar kaynakçada verilmiştir.

İç faktör kanıt matrisi Türkiye'nin güçlü yönlerinin temel hizmet kapsamı, DTP aşısı kapsamı, jenerik ilaç kullanımı ve düşük karşılanmamış ihtiyaçta yoğunlaştığını göstermektedir. Finansman, hekim ve hemşire yoğunluğu, eczacı ve uzun dönem bakım personeli, yatak, cihaz, meme kanseri taraması ile önlenabilir ve tedavi edilebilir ölüm göstergeleri zayıf alanlardır. Toplam hekim ve yatak sayısındaki artış, nüfusa oranlı açıklar sürdüğü için gelişme potansiyeli olarak değerlendirilmiştir.

4.14. Sağlık Sistemine Yönelik Fırsatlar ve Tehditler

Dış faktör tablosunda referans, varsa OECD ortalamasını; endeks, olumsuz göstergelerde OECD/Türkiye $\times 100$ biçimindeki yön düzeltilmiş karşılaştırmayı; eğilim ise birden fazla yıl verisi bulunması halinde zaman yönünü göstermektedir. Yalnızca tek yıl verisi bulunan faktörlerde eğilim hesaplanmamıştır. PM2.5, çapı 2,5 mikrometre veya daha küçük olan ince partikül maddeleri ifade etmekte ve $\mu\text{g}/\text{m}^3$ birimiyle ölçülmektedir. Yüksek uzun süreli maruziyet, solunum ve dolaşım sistemi riskleri bakımından olumsuz çevresel bir göstergedir.

Tablo 14. Dış Faktör Kanıt Matrisi

Dış faktör	Nicel kanıt, dönem ve kaynak	Sınıflandırma
e-Devlet hizmetlerini kullanma oranı	TR 73,70 %; sayısal referans yok; endeks hesaplanmadı; 2021-2024; Artış; kaynak: TÜİK 2025	Fırsat
Yetersiz fiziksel aktivite	TR 44,00 %; OECD/ref. 30,0; endeks 68,2; 2024 tek yıllık kesit; zaman eğilimi hesaplanmadı; kaynak: OECD 2025	Tehdit
Bireylerde internet kullanım oranı	TR 88,80 %; sayısal referans yok; endeks hesaplanmadı; 2021-2024; Artış; kaynak: TÜİK 2025	Fırsat
En az bir kronik hastalığı bulunan nüfus	TR 33,30 yaklaşık %; sayısal referans yok; endeks hesaplanmadı; 2024 tek yıllık kesit; zaman eğilimi hesaplanmadı; kaynak: SB-HSA 2023	Tehdit
Kişi başına hekime müracaat	TR 12,20 başvuru/kişi; OECD/ref. 6,5; endeks hesaplanmadı; 2024 tek yıllık kesit; zaman eğilimi hesaplanmadı; kaynak: SB 2025	Tehdit
PM2.5 maruziyeti	TR 22,10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$; OECD/ref. 11,2; endeks 50,7; 2024 tek yıllık kesit; zaman eğilimi hesaplanmadı; kaynak: OECD 2025	Tehdit
Günlük sigara kullanımı	TR 28,30 %; OECD/ref. 14,8; endeks 52,3; 2024 tek yıllık kesit; zaman eğilimi hesaplanmadı; kaynak: OECD 2025	Tehdit
65 yaş ve üzeri nüfus oranı	TR 10,60 %; sayısal referans yok; endeks hesaplanmadı; 2024 tek yıllık kesit; zaman eğilimi hesaplanmadı; kaynak: TÜİK 2025	Tehdit

Kaynak: OECD. (2025b). Health at a Glance 2025: Türkiye; TÜİK. (2024). Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması 2024; TÜİK. (2025a). İstatistiklerle Yaşlılar 2024; T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması 2023 ve Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2024.

İnternet ve e-Devlet kullanımının yaygınlaşması, uzaktan izlem, dijital hatırlatma ve sağlık okuryazarlığı programları için erişim zemini oluşturmaktadır. Buna karşılık yaşlı nüfus oranının artması uzun dönem bakım talebini, kronik hastalık yükü sürekli izlem gereksinimini, yüksek hekim müracaatı iş yükünü, tütün kullanımı ve fiziksel hareketsizlik önlenabilir hastalık riskini, PM2.5 maruziyeti ise çevresel sağlık baskısını artıran tehditlerdir.

4.15. Türkiye Sağlık Sistemi SWOT Matrisi

Tablo 15. Türkiye Sağlık Sistemi SWOT Matrisi

Olumlu faktörler	Olumsuz faktörler
GÜÇLÜ YÖNLER • Temel sağlık hizmetleri nüfus kapsamının yüksekliği • DTP aşı kapsamının OECD ortalamasının üzerinde bildirilmesi • Karşılanmamış sağlık hizmeti ihtiyacının görece düşüklüğü • Jenerik ilaçların hacimsel payının OECD ortalamasının üzerinde olması	ZAYIF YÖNLER • Sağlık finansmanı ve kişi başına harcamanın OECD düzeyinin altında kalması • Hekim, hemşire, eczacı ve uzun dönem bakım çalışanı yoğunluğunun düşüklüğü • Yatak ve tıbbi cihaz kapasitesi açığı • Meme kanseri taraması ile önlenebilir ve tedavi edilebilir ölüm göstergelerindeki açık
FIRSATLAR • İnternet ve e-Devlet kullanımının yaygınlaşması • Dijital sağlık, uzaktan izlem ve hatırlatma sistemlerinin genişletilebilmesi • Dijital sağlık okuryazarlığı programları için geniş erişim zemini	TEHDİTLER • Nüfusun yaşlanması ve uzun dönem bakım talebinin artması • Kronik hastalık yükü ve yüksek hizmet talebi • Sigara kullanımı ve yetersiz fiziksel aktivite • PM2.5 maruziyetinin OECD ortalamasının üzerinde olması

Kaynak: Tablo 12 ve Tablo 13'te sunulan resmi nicel kanıtların bütünleştirilmesiyle oluşturulmuştur.

SWOT matrisi, erişim ve temel kapsama ilişkin güçlü yönlerle karşılık finansman ve sağlık insan gücü açıklarının belirgin olduğunu göstermektedir. Dijitalleşme sağlık sisteminin dönüşümü için fırsat sağlarken demografik yaşlanma, kronik hastalıklar, davranışsal riskler ve çevresel maruziyetler kaynak ihtiyacını artırmaktadır.

4.16. SO, ST, WO ve WT Stratejileri

Tablo 16. SWOT Temelli Strateji Matrisi

Büyüme/iyileştirme stratejileri	Koruma/savunma stratejileri
SO - Güçlü yön + fırsat Temel hizmet kapsamı ve yaygın dijital erişim, kronik hastalıkların risk temelli uzaktan izlemi ile aşı ve tarama hatırlatmalarında birlikte kullanımlıdır. Jenerik ilaçların güçlü hacimsel payı, dijital reçete ve akıllı ilaç izleme sistemleriyle maliyet-etkililik programlarına dönüştürülmelidir.	ST - Güçlü yön + tehdit Temel hizmet kapsamı, yaşlanma ve kronik hastalık baskısını birinci basamakta yönetecek bakım koordinasyonu ve risk sınıflandırma sistemlerine dönüştürülmelidir. DTP kapsamı ve koruyucu hizmet ağı, salgın ve aşı tereddütü risklerine karşı korunmalıdır.
WO - Zayıf yön + fırsat Hekim, hemşire ve uzun dönem bakım çalışanı açığı bulunan bölgelerde tele-sağlık yüz yüze bakımın tamamlayıcısı olarak kullanılmalı, personel planlamasının yerine geçmemelidir. Meme kanseri taramasındaki açık dijital davet, randevu, hatırlatma ve sonuç izleme sistemleriyle azaltılmalıdır.	WT - Zayıf yön + tehdit Düşük finansman ve insan gücü yoğunluğu ile yüksek hizmet talebinin birlikte bulunduğu alanlarda sevk zinciri, ekip temelli bakım ve talep yönetimi güçlendirilmelidir. Önenebilir ve tedavi edilebilir ölümleri azaltmak için kaynak tahsis koruyucu hizmet, erken tanı, bakım sürekliliği ve kronik hastalık sonuç göstergelerine bağlanmalıdır.

Kaynak: Nicel SWOT faktörleri ile sağlık yönetimi ilkelerinin birlikte değerlendirilmesiyle geliştirilmiştir.

4.17. Algılanan Sağlık Durumu ile Temel Sağlık Göstergeleri Arasındaki İlişki Analizinin Veri Yeterliliği

Korelasyon katsayısının güvenilir biçimde yorumlanabilmesi için yeterli ortak yıl sayısı ve değişkenlik gerekmektedir. Üç ile beş ortak gözlemde tek bir yılın değeri katsayıyı büyük ölçüde değiştirebilir. Ayrıca iki serinin zaman içinde aynı yönde hareket

etmesi, aralarında doğrudan ilişki bulunmadığı halde sahte korelasyon oluşturabilir. Bu nedenle aşağıdaki göstergeler için çıkarımsal Pearson veya Spearman korelasyonu raporlanmamıştır.

Tablo 17. İlişki Analizi İçin Veri Yeterliliği

Gösterge	Ortak yıl	Değerlendirme
Cari sağlık harcaması/GSYH	5	Ortak yıl sayısı güvenilir korelasyon çıkarımı için yetersizdir.
Sağlık hizmetlerinden genel memnuniyet	4	Ortak yıl sayısı güvenilir korelasyon çıkarımı için yetersizdir.
İnternet kullanımı	4	Ortak yıl sayısı güvenilir korelasyon çıkarımı için yetersizdir.
e-Devlet kullanımı	4	Ortak yıl sayısı güvenilir korelasyon çıkarımı için yetersizdir.

Kaynak: OECD, Sağlık Bakanlığı ve TÜİK serilerinin ortak yılları eşleştirilerek hesaplanmıştır.

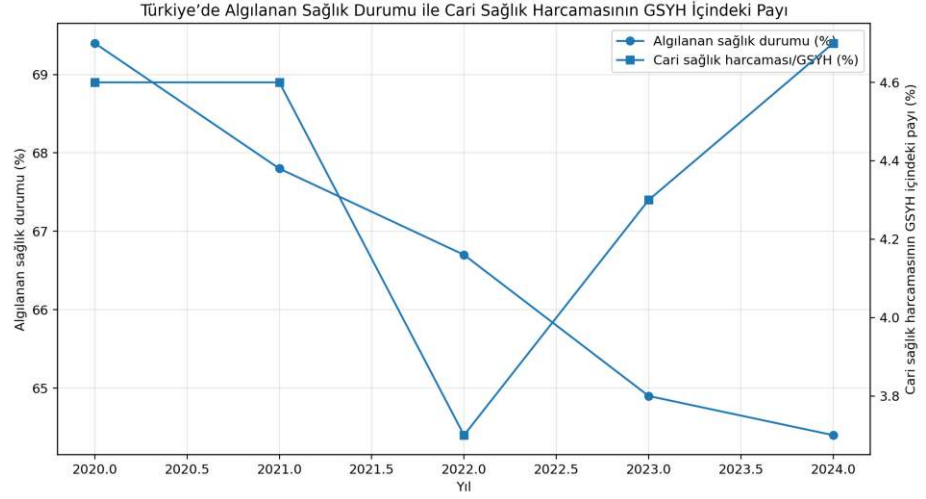
4.18. Zaman Serisi ve SWOT Bulgularının Bütünleştirilmesi

Tablo 18. Öznel ve Nesnel Göstergelerin Bütünleştirilmesi

Örüntü	Türkiye görünümü	Yönetimsel yorum
Kapasite ve algı birlikte iyileşiyor	Sınırlı	Bazı kısa dönem sağlık sonuçları iyileşmiş, ancak algılanan sağlıkta kalıcı yükseliş oluşmamıştır.
Kısa dönem kapasite artışı, uzun dönem algı gerilemesi	Sınırlı kanıt	Toplam yatak ve hekim sayısı 2023-2024'te artarken algılanan sağlık 2021 sonrasında gerilemiştir.
Kapasite ve algı birlikte zayıf	Belirgin uyum	Finansman, hemşirelik, memnuniyet ve önlenebilir ölüm açıkları son dönem sağlık algısı zayıflığıyla aynı yöndedir.
Kapasite zayıf, algı görece yüksek	Dönemsel	2016 ve 2020'de algılanan sağlık OECD ortalamasına yaklaştı, ancak kalıcı olmamıştır.

Kaynak: Çalışmanın zaman serisi, sağlık göstergeleri ve SWOT bulgularının birlikte değerlendirilmesiyle oluşturulmuştur.

Bulgular, öznel sağlık algısı ile nesnel sağlık sistemi göstergeleri arasında tam bir paralellik bulunmadığını göstermektedir. Dönüşüm açığı, bu olası uyumsuzluğu sağlık yönetimi açısından açıklamak için kullanılan bir yorumlama çerçevesidir; kapasite göstergelerinin sağlık algısına doğrudan neden olduğu veya olmadığı yönünde istatistiksel kanıt değildir.



Şekil 6. Türkiye’de Algılanan Sağlık Durumu ile Cari Sağlık Harcamasının GSYH İçindeki Payının Yıllara Göre Görünümü

Kaynak: OECD Health Statistics ve OECD Health at a Glance 2025 Türkiye ülke notundaki 2020-2024 verilerinden hazırlanmıştır.

Şekil 6 yalnızca algılanan sağlık durumu ile cari sağlık harcamasının GSYH içindeki payını göstermektedir. Algılanan sağlık 2020’den 2024’e gerilerken harcama payı 2022’de düşmüş, ardından yükselmiştir. İki farklı ölçeğin aynı görselde bulunması yalnızca betimsel karşılaştırma amacı taşımakta; korelasyon veya nedensellik sonucu göstermemektedir.

5. TARTIŞMA

5.1. Türkiye'nin Algılanan Sağlık Durumu ve OECD İçindeki Görelî Konumu

Genel olarak bu çalışmanın temel bulgusu, Türkiye'de algılanan sağlık durumunun 2010-2024 döneminde güçlü ve sürekli bir yükseliş göstermemesi, 2021 sonrasında art arda gerilemesi ve 2024 yılında %64,40 ile dönem minimumuna ulaşmasıdır. Türkiye'nin dönem sonu değeri 2010 yılına göre 1,60 puan daha düşük gerçekleşmiş, ülke 2023 ve 2024 yıllarında OECD dağılımının alt bölümüne gerilemiştir. Bununla birlikte doğrusal eğilim katsayısının istatistiksel olarak anlamlı bulunmaması, bütün dönem için kesintisiz ve tek yönlü bir gerileme bulunduğu biçiminde yorum yapılmasını engellemektedir. Bulgular, önce yükselen ve son yıllarda düşen eğrisel bir görünümün daha uygun olduğunu göstermektedir. Algılanan sağlık durumu bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığını, işlevselliğini, yaşam koşullarını ve sağlık hizmeti deneyimini birlikte yansıtan bütüncül bir göstergedir. Bu göstergenin gelecek dönemdeki sağlık hizmeti gereksinimi ve ölüm riski bakımından anlamlı bir öngörü değeri taşıdığı, ancak sosyokültürel farklılıklardan, yaş yapısından ve kullanılan yanıt kategorilerinden etkilenebildiği belirtilmektedir (OECD, 2025a). Maniscalco vd., (2020) öznel sağlık, nesnel sağlık ve yaşam kalitesi göstergelerinin birbiriyle ilişkili olmakla birlikte aynı yapıyı ölçmediğini ortaya koymuştur. Bu çalışmada Türkiye'nin bütün yıllarda OECD medyanının altında kalması, yalnızca klinik sağlık sonuçlarıyla açıklanamayacak ve ekonomik, toplumsal ve hizmet deneyimine ilişkin bileşenlerle birlikte değerlendirilmesi gereken bir görünüm ortaya koymaktadır. Alexopoulos ve Geitona (2009), öznel sağlık değerlendirmesinin yaş, cinsiyet, sigorta kapsamı ve kronik hastalıklar gibi bireysel ve sosyoekonomik değişkenlerle anlamlı biçimde ilişkili olduğunu belirlemiştir.

Karacalı ve Şenol (2021), 30 OECD ülkesinin 2005-2018 verilerini panel veri yöntemiyle incelemiş ve algılanan sağlık düzeyi ile kişi başına gelir, GSYH ve kamu harcamaları gibi ekonomik göstergeler arasında pozitif ilişki belirlemiştir. Mevcut çalışmada Türkiye'nin algılanan sağlık düzeyinin OECD medyanının altında kalması ile kişi başına sağlık harcaması ve sağlık harcamalarının GSYH içindeki payının OECD referansının gerisinde bulunması, söz konusu araştırmanın ortaya koyduğu genel örüntüyle uyumludur. Bununla birlikte mevcut çalışmada algılanan sağlık ile ekonomik

göstergeler arasında çıkarımsal bir ilişki analizi yapılmamıştır. Bu nedenle finansman yetersizliği, gelir düzeyi veya ekonomik belirsizlik algılanan sağlıktaki değişimin kanıtlanmış nedeni olarak değerlendirilmemektedir.

Palaz (2023) iyi sağlık algısının yaşam seyri boyunca sosyoekonomik koşullar, eğitim, çalışma durumu ve sağlıkla ilişkili deneyimlerle biçimlendiğini göstermiştir. OECD verileri de düşük gelir grubundaki bireylerin yüksek gelir grubundakilere göre sağlıklarını daha olumsuz değerlendirdiğini ortaya koymaktadır (OECD, 2025a). Bu sonuçlar, Türkiye’deki 2021 sonrası gerilemenin yalnızca sağlık kurumlarının fiziksel kapasitesi üzerinden yorumlanmaması gerektiğini desteklemektedir. Ekonomik güvence, kronik hastalık yükü, ruh sağlığı, sosyal destek, bakım sürekliliği ve hizmete ilişkin beklentiler algılanan sağlık durumuyla birlikte izlenmesi gereken bağlamsal alanlardır. Türkiye’nin OECD içindeki göreceli konumu, sağlık sistemi performansını çok boyutlu göstergelerle değerlendiren çalışmalarla da benzerlik göstermektedir. Filiz (2023), sağlık hizmetleri arz ve talep göstergelerine göre Türkiye’nin Orta ve Doğu Avrupa ülkeleriyle aynı kümede yer aldığını, bulunduğu kümede iki değişkende en düşük değerlere sahip olduğunu ve hiçbir değişkende en yüksek değere ulaşmadığını belirlemiştir. Günaltay vd., (2023) ise sağlık harcamaları, sağlık arzı ve sağlık talebi bakımından Türkiye’nin OECD ülkeleri arasında ayrıştırıcı bir konumda bulunduğunu göstermiştir. Daha güncel bir çok kriterli değerlendirmede Yetim (2026), algılanan sağlık, hizmet memnuniyeti, karşılanmamış ihtiyaç ve ölüm göstergelerini birlikte ele almış ve Türkiye’yi OECD ülkeleri içinde alt grupta konumlandırmıştır. Bu araştırmaların sonuçları, mevcut çalışmada Türkiye’nin dönem ortalamasında 32 ülke içinde 19. sırada bulunması ve son iki yılda alt çeyreğe gerilemesiyle örtüşmektedir. Buna karşılık Boz vd., (2022), gelişmekte olan ülkeleri sağlık sistemi göstergeleri bakımından karşılaştırmış ve Türkiye’yi söz konusu ülke grubu içinde görece olumlu bir konumda değerlendirmiştir. Bu farklılık, araştırma sonuçlarının seçilen karşılaştırma grubuna duyarlı olduğunu göstermektedir. Türkiye’nin gelişmekte olan ülkeler arasındaki konumu ile yüksek gelirli OECD ülkeleri arasındaki konumu aynı olmayabilmektedir. Mevcut çalışmadaki dengeli panel analizi de ülke bileşimi değiştiğinde Türkiye ile karşılaştırma ortalaması arasındaki farkın büyüklüğünün ve yönünün değişebildiğini göstermiştir. Bununla birlikte Türkiye’nin 2023 ve 2024 yıllarında hem yıllara göre değişen ülke grubunun hem de sabit dengeli panel ortalamasının altında kalması, son dönemdeki göreceli zayıflamanın yalnızca ülke bileşimiyle açıklanamayacağını ortaya koymaktadır.

Algılanan sağlık durumundaki 2021 sonrası gerileme COVID-19 pandemisi sonrasında ertelenmiş bakım, ruh sağlığı yükü, ekonomik belirsizlik, kronik hastalık izlemlerindeki kesintiler ve sağlık beklentilerindeki değişimle birlikte değerlendirilebilir. OECD (2021), pandemi döneminde sağlık sistemlerinin erişim, bakım sürekliliği ve ruh sağlığı açısından önemli baskılar yaşadığını bildirmiştir. Ancak mevcut araştırmanın toplulaştırılmış ve gözlemsel verileri pandeminin Türkiye’deki gerilemeye neden olduğunu göstermemektedir. Pandemi dönemi yalnızca zaman serisindeki yön değişimini açıklayabilecek olası bağlamsal koşullardan biri olarak ele alınmaktadır.

5.2. Sağlık Finansmanı, Fiziksel Kapasite ve Hizmet Kullanımı

Türkiye’de toplam hekim sayısının 2023-2024 döneminde %8,3 ve toplam hastane yatağı sayısının %0,7 artması, kısa dönemde fiziksel ve beşerî kapasitenin genişlediğini göstermektedir. Buna karşılık nüfusa oranlı hekim, hemşire, hastane yatağı, eczacı ve tıbbi cihaz değerlerinin OECD ortalamasının altında kalması, toplam sayı artışının nüfus başına yeterliliğe otomatik olarak dönüşmediğini ortaya koymaktadır. Sağlık yönetimi bakımından toplam kapasite, nüfus artışı, yaşı yapısı, bölgesel dağılım, hizmet talebi ve çalışan başına iş yüküyle birlikte değerlendirilmelidir. Sayılı vd., (2017), Türkiye’nin OECD ortalamasına göre sağlık harcamalarının bütçedeki payı ile hekim, hemşire, ebe, hastane ve yatak göstergelerinde daha düşük düzeyde bulunduğunu belirlemiştir. Mevcut araştırmada cari sağlık harcamasının GSYH içindeki payının %4,7’ye karşı %9,3, kişi başına sağlık harcamasının ise 2.309 ABD doları SGP’ye karşı 5.967 ABD doları SGP olması, önceki çalışmada belirlenen finansman açığının güncel verilerde de sürdüğünü göstermektedir. Gün (2023) de OECD ülkelerinde sağlık harcamaları, insan kaynakları ve sağlık statüsü göstergeleri arasında belirgin eşitsizlikler bulunduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışmanın bulguları söz konusu araştırmaları desteklemekte ve Türkiye’nin finansman ile insan gücü girdilerinde OECD referansına yakınsamasının sınırlı kaldığını göstermektedir.

Sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı 2020-2024 döneminde net olarak yalnızca 0,10 yüzde puanı artmış ve dönem içinde dalgalı bir seyir göstermiştir. Bu görünüm, sağlık bütçesinin mali sürdürülebilirlik korunarak orta vadeli bir program çerçevesinde kademeli biçimde güçlendirilmesini gerekli kılmaktadır. Bununla birlikte sağlık yönetiminde temel sorun yalnızca bütçenin büyüklüğü değildir. Kaynakların birinci basamak, koruyucu hizmetler, hemşirelik bakımı, toplum temelli ruh sağlığı, rehabilitasyon, evde bakım ve uzun dönem bakım gibi alanlara hangi ölçüde

yönlendirildiği de önem taşımaktadır. Yalçın Balçık ve Konca (2019), OECD sağlık sistemlerinin 2000-2015 dönemindeki verimlilik performansını Malmquist indeksle değerlendirmiş ve verimliliğin sağlık sistemi performansının tek belirleyicisi olmadığını vurgulamıştır. Bu bulgu, kaynak miktarının yanında performansın farklı boyutlarının ve kaynakların sağlık sonuçlarına dönüşümünün birlikte izlenmesi gerektiğini desteklemektedir. Bu nedenle ilave finansmanın sonuç odaklı bütçeleme, gereksinim temelli tahsis ve düzenli performans değerlendirmesiyle desteklenmesi gerekmektedir.

Türkiye’de kişi başına hekime müracaatın yüksek olması, hizmete temasın yaygınlığına işaret etmekle birlikte tek başına olumlu sistem performansı göstergesi olarak değerlendirilememektedir. Yüksek başvuru düzeyi hastalık yükü, tekrar başvurular, reçete yenileme gereksinimi, sevk zincirinin zayıflığı, bakım sürekliliğinin yetersizliği veya hastaların farklı kurumlar arasında dolaşmasıyla ilişkili olabilir. Filiz’in (2023) sağlık arzı ve talebini birlikte değerlendiren sonuçları, yüksek talebin yeterli ve dengeli arzla birlikte incelenmesi gerektiğini göstermektedir. Sağlık yöneticilerinin başvuru sayısını üretim başarısı olarak değerlendirmesi yerine ilk başvuruda çözüm oranı, uygun sevk, yeniden başvuru, kronik hastalık kontrolü, bekleme süresi ve bakım sürekliliği gibi göstergeleri izlemesi gerekmektedir.

Finansman ve kapasite göstergelerinin hizmet memnuniyetine dönüşümü de ayrıca değerlendirilmelidir. Çalışmada TÜİK tarafından ölçülen sağlık hizmetlerinden genel memnuniyetin 2021-2024 döneminde %7,2 azalarak %63,20’ye gerilediği, OECD ülke notunda kullanılan kaliteli sağlık hizmetinin bulunabilirliğinden memnuniyet göstergesinin ise Türkiye’de %41 ve OECD ortalamasında %64 olduğu görülmüştür. Bu iki gösterge farklı soru ve ölçüm çerçevelerine dayandığından doğrudan eşdeğer kabul edilmemelidir. Bununla birlikte her iki gösterge de hizmet hacmi artışının hasta deneyimi ve algılanan kaliteyle aynı yönde ilerlemediğine işaret etmektedir. Dursun ve Çerçi (2004), algılanan hizmet kalitesi, algılanan değer ve hasta tatmini arasında güçlü ilişkiler bulunduğunu göstermiştir. Mevcut bulgu bu araştırmanın sonuçlarıyla uyumlu biçimde, kapasite planlamasının iletişim kalitesi, görüşme süresi, bilgilendirme, ortak karar verme ve bakım sonrası izlemle desteklenmesi gerektiğini göstermektedir.

5.3. Sağlık İnsan Gücü ve İnsan Kaynakları Yönetimi

Türkiye’de 1.000 kişiye düşen çalışan hekim sayısının 2,4, çalışan hemşire sayısının 2,9 olması ve OECD ortalamalarının sırasıyla 3,9 ve 9,2 düzeyinde bulunması,

sağlık insan gücü açığının özellikle hemşirelik alanında belirgin olduğunu göstermektedir. Eczacı ve uzun dönem bakım çalışanı yoğunluklarının da OECD referansının altında kalması, sağlık insan gücü politikasının yalnızca hekim sayısına odaklanamayacağını ortaya koymaktadır. Kronik hastalıkların yönetimi, taburculuk sonrası izlem, evde bakım, rehabilitasyon, palyatif bakım ve yaşlı bakımı farklı meslek gruplarının birlikte çalışmasını gerektirmektedir. Çınaroğlu (2021), Türkiye’de hekim ve hemşire sayısının gelişmiş ülkelerin gerisinde kaldığını ve sağlık personelinin iller arasındaki dağılımında belirgin dengesizlikler bulunduğunu belirlemiştir. Araştırmada insan gücü planlamasının nüfus ve coğrafi özelliklerle sınırlı tutulmaması, hizmetin arz ve talep dinamikleri, personelin beklentileri, yükseköğretim planlaması ve özel sektörün rolüyle birlikte ele alınması gerektiği vurgulanmıştır. Mevcut araştırmada toplam hekim sayısı artarken nüfusa oranlı hekim ve hemşire göstergelerinin OECD ortalamasının altında kalması, bu çalışmanın insan gücü planlamasına ilişkin sonucunu desteklemektedir.

Sağlık insan gücü açığının çözümü yalnızca eğitim kontenjanlarının artırılmasına indirgenmemelidir. Eğitim programlarının öğretim elemanı, klinik uygulama alanı ve eğitim kalitesiyle birlikte planlanması gerekmektedir. Aynı zamanda mezunların istihdamı, meslekte tutulması, görev dağılımı ve bölgesel yerleşimi bütüncül bir insan kaynakları stratejisi içinde ele alınmalıdır. OECD (2024), ağır iş yükü, çalışma koşulları ve mesleki memnuniyetsizliğin hemşirelik mesleğine yönelimi ve çalışanların meslekte kalma eğilimini olumsuz etkileyebildiğini bildirmiştir. Bu nedenle vardiya düzeni, çalışan başına hasta sayısı, tükenmişlik, iş doyumu ve yönetici desteği sağlık insan kaynakları performans göstergelerine dahil edilmelidir. Dezavantajlı bölgelerde personel sayısının artırılması için tek bir politika aracına dayalı yaklaşım yeterli olmayabilir. Dünya Sağlık Örgütü, kırsal ve uzak bölgelerde sağlık çalışanlarının geliştirilmesi, çekilmesi, işe alınması ve tutulması amacıyla eğitim, düzenleme, mali teşvik ve kişisel-mesleki destek müdahalelerinin birlikte uygulanmasını önermektedir (WHO, 2021).

5.4. Koruyucu Sağlık Hizmetleri, Erişim ve Sağlık Sonuçları

Temel sağlık hizmetleri nüfus kapsamının %99 olması, karşılanmamış sağlık hizmeti ihtiyacının %1,2 düzeyinde kalması, uygun çocuklarda DTP aşılama oranının %96’ya ulaşması ve jenerik ilaçların hacimsel piyasa payının OECD ortalamasının üzerinde bulunması Türkiye’nin güçlü yönlerini oluşturmaktadır. Bu bulgular temel hizmetlere erişim, aşılama programı ve ilaç politikası bakımından önemli bir kurumsal

kapasite bulunduğunu göstermektedir. Bununla birlikte karşılanmamış ihtiyaç göstergesinin düşük olması, bekleme süresi, hizmet kalitesi, coğrafi erişim, cepten ödeme yükü veya hasta deneyimi bakımından bütün sorunların ortadan kalktığı anlamına gelmemektedir.

Anne ölüm oranının ve bebek ölüm hızının 2023-2024 döneminde azalması olumlu bir kısa dönem eğilimdir. Ancak bu göstergeler için çalışmada karşılaştırılabilir OECD referansı bulunmadığından güçlü yön sınıflandırması yapılmamıştır. Sayılı vd., (2017), daha eski dönem verilerinde Türkiye'nin anne, neonatal ve beş yaş altı ölüm göstergelerinde OECD ortalamasından daha olumsuz durumda bulunduğunu belirlemiştir. Mevcut çalışmada kısa dönemli düşüş görülmesi, geçmişte belirlenen açığın kapanıp kapanmadığını göstermek için yeterli değildir. Sağlık yönetimi açısından bu göstergeler bölgesel, sosyoekonomik ve hizmet basamağına göre ayrıştırılarak uzun dönemli biçimde izlenmelidir.

Meme kanseri tarama oranının %37 ile OECD ortalaması olan %55'in altında kalması, önlenebilir ölüm oranının 168'e karşı 145 ve tedavi edilebilir ölüm oranının 119'a karşı 77 olması, hizmet kapsamının erken tanı ve etkili tedavi sonuçlarına aynı ölçüde dönüşmediği alanların bulunduğunu göstermektedir. Bu çalışmanın bulgusu, koruyucu sağlık hizmetlerinin yalnızca programın varlığı ve nüfus kapsamı üzerinden değerlendirilmemesi gerektiğine işaret etmektedir. Tarama için davet edilen nüfus, randevuya katılım, sonuçların zamanında bildirilmesi, şüpheli bulguların ileri incelemeye yönlendirilmesi ve tedaviye başlama süresi aynı performans zincirinin parçalarıdır. Kanıta dayalı sağlık politikalarının hizmet girdileriyle birlikte süreç ve sonuç göstergelerine dayanması gerekmektedir (Oral ve Şahin, 2022). Dijital erişimin yüksek olması, koruyucu hizmetlerin yönetimi için önemli bir fırsat sunmaktadır. Dijital davet ve hatırlatma sistemleri, tarama randevuları, kronik hastalık izlemi, ilaç uyumu ve sonuç bildiriminde kullanılabilir. Sancar (2023), e-sağlık okuryazarlığı ile egzersize ilişkin sağlık inançları arasında pozitif bir ilişki bulunduğunu göstermiştir. Xu vd., (2022) de e-sağlık okuryazarlığının sağlık öz-yönetim kapasitesiyle ilişkili olduğunu bildirmiştir. Bununla birlikte dijital uygulamalar yüz yüze hizmetlerin ve yeterli personelin yerine geçirilmemelidir.

Günlük sigara kullanımının %28,3, yetersiz fiziksel aktivitenin %44 ve PM2.5 maruziyetinin 22,1 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ olması, sağlık sistemi dışındaki davranışsal ve çevresel risklerin önemini göstermektedir. Bu riskler kronik hastalık yükünü, hizmet kullanımını ve bireylerin sağlıklarını değerlendirme biçimini etkileyebilir. Sağlık okuryazarlığının

geliştirilmesi bireylerin güvenilir bilgiye erişmesini ve uygun sağlık davranışları geliştirmesini destekleyebilir (Akbal ve Gökler, 2020). Şantaş vd., (2023), sağlık okuryazarlığı ile sağlık arama davranışı arasında pozitif ancak zayıf bir ilişki bulunduğunu bildirmiştir. Tütün kontrolü, aktif yaşamı destekleyen yerel çevre, hava kalitesi, sağlıklı beslenmeye erişim ve iş sağlığı politikaları sağlık yönetiminin kurumlar arası koordinasyon boyutunu oluşturmaktadır.

5.5. Bölgesel Eşitsizlikler ve Gereksinim Temelli Kaynak Tahsisi

Ulusal ortalamalar sağlık sisteminin genel düzeyini göstermekte, ancak iller ve bölgeler arasındaki farklılıkları görünmez hale getirebilmektedir. Işıkçelik ve Günaltay (2024), Türkiye’deki illeri hekim, hemşire, ebe, eczacı, hastane, başvuru ve ölüm göstergeleri bakımından değerlendirmiş ve iller arasında belirgin farklılaşmalar bulunduğunu göstermiştir. Çam vd., (2025) ise Türkiye’nin 12 istatistikî bölgesini 15 sağlık göstergesi üzerinden ARAS yöntemiyle karşılaştırmış ve bölgesel performansın aynı düzeyde olmadığını belirlemiştir. Bu çalışmalar, mevcut araştırmada ulusal düzeyde belirlenen insan gücü ve kapasite açıklarının ülke içinde eşit dağılmayabileceğini göstermektedir. Şenel (2025), Türkiye’de iller arasındaki hekim dağılımı eşitsizliğinin 2002-2019 döneminde azaldığını, ancak 2019 sonrasında iller arasındaki dağılım farklılığını ölçen Gini ve Theil eşitsizlik göstergelerinde yeniden artış görüldüğünü belirlemiştir. Bu sonuç, geçmişte elde edilen iyileşmenin kalıcı kabul edilmemesi gerektiğini ve bölgesel eşitliğin düzenli olarak izlenmesi gerektirdiğini göstermektedir. Mevcut çalışmada Türkiye’nin OECD ortalamasının altında kalan hekim ve hemşire yoğunluğu, bölgesel dağılım sorunu ile birleştiğinde bazı bölgelerde ulusal ortalamadan daha ağır bir kapasite baskısı oluşturabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Sonuç olarak bu çalışmada Türkiye'nin 2010-2024 dönemindeki algılanan sağlık durumu OECD ülkeleriyle karşılaştırmalı olarak incelenmiş, zaman serisi örüntüsü değerlendirilmiş ve resmî sağlık sistemi göstergelerine dayalı nicel SWOT analizi gerçekleştirilmiştir. Türkiye'nin algılanan sağlık durumu dönem boyunca dalgalı bir görünüm sergilemiş, 2021 sonrasında art arda gerileyerek 2024 yılında %64,40 ile dönem minimumuna ulaşmıştır. Türkiye bütün yıllarda OECD medyanının altında kalmış ve 2024 yılında 26 ülke içinde 20. sırada, %24,00 yüzdelik konumda yer alarak dağılımın alt çeyreğine geçmiştir. Doğrusal eğilim istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığından dönem genelinde kesintisiz bir azalıştan söz edilememekte, ancak son yıllardaki göreceli zayıflama hem değişken ülke grubu hem de dengeli panel karşılaştırmasında korunmaktadır. Sağlık sistemi göstergeleri Türkiye'nin temel sağlık hizmetleri kapsamı, düşük karşılanmamış ihtiyaç, DTP aşılama oranı, jenerik ilaçların hacimsel payı ve anne-bebek ölümlerindeki kısa dönemli iyileşme bakımından önemli güçlü yönlerle sahip olduğunu göstermektedir. Buna karşılık kişi başına sağlık harcaması ve sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı OECD ortalamasının belirgin biçimde altında kalmaktadır. Özellikle hemşire yoğunluğundaki fark, insan gücü planlamasında en öncelikli sorun alanlarından birini oluşturmaktadır.

Toplam hekim ve yatak sayısındaki artış, nüfusa oranlı yeterlilik ve dengeli bölgesel dağılım sağlanmadığında tek başına yeterli bir performans göstergesi değildir. Benzer biçimde yüksek başvuru sayısı, sağlık sorunlarının etkili biçimde çözüldüğünü veya bireylerin sağlıklarını daha iyi algıladığını doğrudan göstermemektedir. Kaliteli sağlık hizmetinin bulunabilirliğinden memnuniyet, meme kanseri taraması, önlenabilir ölüm ve tedavi edilebilir ölüm göstergelerindeki zayıflıklar, erişim ve hizmet hacminin etkili bakım sonuçlarına aynı ölçüde dönüşmediğini ortaya koymaktadır. Çalışmada tanımlanan nicel kapasite ile öznel sağlık çıktısı arasındaki olası dönüşüm açığı, mevcut kaynakların hasta deneyimine, işlevselliğe, yaşam kalitesine ve algılanan sağlık durumuna nasıl dönüştüğünün ayrıca yönetilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Finansman, insan gücü, hizmet kalitesi, koruyucu sağlık, hasta deneyimi, bakım sürekliliği ve sağlık sonuçları aynı performans sistemi içinde ele alınmalıdır. Sağlık harcamalarının GSYH içindeki payının mali sürdürülebilirlik gözetilerek kademeli biçimde artırılması gerekmekte fakat kaynak artışının etkili olabilmesi için ilave bütçenin

birinci basamak sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık, hemşirelik, ruh sağlığı, kanser taramaları, rehabilitasyon, evde bakım, uzun dönem bakım, sağlık okuryazarlığı ve bölgesel insan gücü açıklarına öncelikli olarak yönlendirilmesi gerekmektedir.

6.2. Sağlık Yönetimine Yönelik Öneriler

1. Algılanan sağlık durumu, sağlık hizmetlerinden memnuniyet, hasta deneyimi, bakım sürekliliği, önlenebilir ölüm ve tedavi edilebilir ölüm göstergeleri ulusal sağlık sistemi performans paneline dahil edilmelidir. Göstergeler yaş, cinsiyet, gelir, eğitim, kronik hastalık durumu, il ve bölge düzeyinde düzenli olarak raporlanmalıdır.

2. Sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı mali sürdürülebilirliği koruyan orta vadeli bir finansman programıyla kademeli biçimde artırılmalıdır. İlave kaynağın hangi hizmet alanına ayrıldığı ve hangi sağlık sonucunu iyileştirdiği program bütçeleme ve sonuç odaklı performans göstergeleriyle izlenmelidir.

3. Sağlık bütçesinde birinci basamak, koruyucu sağlık hizmetleri, hemşirelik bakımı, toplum temelli ruh sağlığı, kanser taramaları, rehabilitasyon, evde sağlık, evde bakım ve uzun dönem bakıma ayrılan pay güçlendirilmelidir. Kaynak tahsisinde yalnızca mevcut hizmet hacmi değil, nüfusun gereksinimi ve önlenebilir sağlık sonuçları esas alınmalıdır.

4. Hekim, hemşire, eczacı, ebe ve uzun dönem bakım çalışanlarına yönelik insan gücü planlaması yapılmalıdır. Bu planlamalarda nüfus değişimi, yaşlanma, kronik hastalıkların artışı, sağlık hizmeti kullanımındaki değişimler, bölgesel ihtiyaçlar ve sağlık çalışanlarının emeklilik veya meslekten ayrılma durumları dikkate alınmalıdır.

5. Hemşirelik insan gücü açığı öncelikli sağlık politikası alanı olarak ele alınmalıdır. Eğitim kontenjanları öğretim elemanı, klinik uygulama alanı ve eğitim kalitesiyle birlikte planlanmalı, mezun istihdamı ile sağlık kuruluşlarının gerçek personel gereksinimi arasında düzenli eşleştirme yapılmalıdır.

6. Algılanan sağlık durumu göstergesi, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde düzenli olarak izlenen temel göstergelerden biri haline getirilmelidir. Türkiye'nin OECD ülkeleri içindeki konumunu takip etmek amacıyla algılanan sağlık verileri yıllara, bölgelere ve sosyoekonomik gruplara göre analiz edilmelidir.

7. Algılanan sağlık durumundaki düşüşün nedenlerini belirlemek amacıyla sağlık hizmetlerinden memnuniyet, hasta deneyimi, sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık

okuryazarlığı gibi faktörleri içeren düzenli değerlendirmeler yapılmalıdır. Böylece sağlık sistemindeki sorunların yalnızca klinik göstergelerle değil, toplumun sağlık algısıyla birlikte değerlendirilmesi sağlanmalıdır.

8. Algılanan sağlık durumu düşük olan bölgelerde sosyal belirleyicilere yönelik politikalar güçlendirilmelidir. Gelir düzeyi, eğitim, yaşam koşulları ve sağlık hizmetlerine erişim gibi faktörlerin sağlık algısı üzerindeki etkisi dikkate alınarak bölgesel ihtiyaçlara yönelik uygulamalar geliştirilmelidir.

6.3. Gelecek Araştırmalara Yönelik Öneriler

Gelecek araştırmalarda algılanan sağlık durumu ile kişi başına gelir, kişi başına GSYH, gelir eşitsizliği, işsizlik, yoksulluk ve ekonomik güvence değişkenleri arasındaki ilişkilerin daha uzun dönemli ülke ve birey verileriyle incelenmesi önerilmektedir. Algılanan sağlık ile kişi başına sağlık harcaması, sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı, hekim ve hemşire yoğunluğu, birinci basamak kapasitesi ve koruyucu hizmet göstergeleri arasındaki ilişkiler yeterli ortak gözlem sağlayan panel veri setleri üzerinden değerlendirilmelidir. Araştırmaların yaş, cinsiyet, eğitim, gelir, bölge ve kronik hastalık durumuna göre alt grup analizleri içermesi, ulusal ortalamaların gizleyebildiği sağlık eşitsizliklerini ortaya koyacaktır. İl ve bölge düzeyinde mekansal analiz, çok düzeyli modelleme ve panel veri yöntemleri kullanılarak sağlık insan gücü dağılımı, hizmet kullanımı, hasta deneyimi ve sağlık sonuçları arasındaki ilişkiler incelenmelidir. Pandemi öncesi, pandemi dönemi ve pandemi sonrası dönemlerin yapısal kırılma ve kesintili zaman serisi yöntemleriyle karşılaştırılması, 2021 sonrasındaki gerilemenin bağlamsal özelliklerini daha iyi açıklayabilir. Nedensel ilişkilerin değerlendirilmesi amacıyla sabit etkiler, gecikmeli değişkenler, dinamik panel modelleri ve uygun doğal deney tasarımları kullanılabilir. Bunun yanında nicel bulguların hasta, sağlık çalışanı ve sağlık yöneticilerinin görüşlerini içeren nitel araştırmalarla desteklenmesi gerekmektedir. Özellikle kaynak artışının hasta deneyimine ve algılanan sağlık durumuna hangi yönetsel süreçler aracılığıyla dönüştüğü, karma yöntemli çalışmalarla incelenebilir.

KAYNAKÇA

- Açıkgöz, R. (2024). Hastalık, sağlık ve toplum: Bir sağlık sosyolojisi incelemesi. *Dün Bugün Yarın Yayınları*. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/insanvetoplum/article/1131902>
- Akbal, E ve Gökler, M. E. (2020). COVID-19 salgını sürecinde eksikliği ortaya çıkan bir gerçek: Sağlık okuryazarlığı. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 5(COVID-19 Özel Sayısı), 148-155. <https://doi.org/10.35232/estudamhsd.763717>
- Alexopoulos, E ve C., Geitona, M. (2009). Self-rated health: Inequalities and potential determinants. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6(9), 2456-2469. <https://doi.org/10.3390/ijerph6092456>
- Arslan, D. T. (2024). Engelliliğe ayarlanmış yaşam yılları (DALY) ile kişi başı cari sağlık harcaması ilişkisinin ülke gelir gruplarına göre incelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 27(3), 481-498. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1441815>
- Assari, S. (2025). Weaker association between financial security and health in the Global South. *Societies*, 15(7), Article 192. <https://doi.org/10.3390/soc15070192>
- Aytaç, Ö ve Kurttaş, M. Ç. (2015). Sağlık-hastalığın toplumsal kökenleri ve sağlık sosyolojisi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 25(1), 231-250. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/firatsbed/article/177700>
- Boz, C., Yılmaz, S ve Özşarı, S. H. (2022). Gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemi göstergelerinin karşılaştırmalı analizi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 9(4), 336-343. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sagakaderg/article/1180248>
- Çam, D., Koca, G ve Eğilmez, Ö. (2025). Türkiye’de bölgesel sağlık hizmetlerinin bazı sağlık göstergeleri çerçevesinde ARAS yöntemi ile değerlendirilmesi. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 7(1), 12-27. <https://doi.org/10.55050/sarad.1452325>
- Chuang, Y.-H ve Hu, J.-L. (2025). Comparative assessment of health systems resilience: A cross-country analysis using key performance indicators. *Systems*, 13(8), Article 663. <https://doi.org/10.3390/systems13080663>
- Çınaroğlu, S. (2021). Türkiye’de iller düzeyinde sağlık personeli dağılımı ve daha etkin politika ihtiyacı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(2), 235-254. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hacettepesid/article/956673>
- Dincă, M. S., Antohi, V. M., Andronic, M. L., Răileanu Szeles, M ve Baba, C. M. (2023). Modelling health financing performance in Europe in the context of macroeconomic uncertainties. *Economies*, 11(12), Article 299. <https://doi.org/10.3390/economies11120299>

- Dursun, Y ve Çerçi, M. (2004). Algılanan sağlık hizmeti kalitesi, algılanan değer, hasta tatmini ve davranışsal niyet ilişkileri üzerine bir araştırma. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (23), 1-16.
- Efteli, E ve Khorshid, L. (2016). İki farklı bölüm öğrencilerinin sağlık algılarının karşılaştırılması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 32(2), 1-10. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/egehemsire/article/630112>
- Filiz, M. (2023). OECD ülkelerinde sağlık hizmetleri arz ve talebi üzerinde bir değerlendirme. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (43), 635-659. <https://doi.org/10.14520/adyusbd.1170913>
- Gökkaya, D ve Erdem, R. (2017). Sağlık hizmetleri kullanımına etki eden faktörlerin hastalık şiddeti algısıyla değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (26), 149-184. <https://dergipark.org.tr/en/pub/sbe/article/450399>
- Göktaş, H., Özkan, E ve Okumuş, A. (2021). 45 yaş ve üzeri kişilerin yaşlılık tutumlarının ve yaşam kalitesi algılarının sosyodemografik özelliklere göre incelenmesi. *Trakya Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi e-Dergi*, 10(2), 112-129. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/trakyaiibf/article/981933>
- Gün, İ. (2023). Sağlık statüsü, sağlık harcamaları ve insan kaynakları açısından sağlıkta eşitsizlikler: OECD ülkeleri kıyaslaması. *Sosyal Güvence*, (23), 1052-1074. <https://doi.org/10.21441/sosyalguvence.1350720>
- Günaltay, M. M., Işıkcılık, F ve Ağırbaş, İ. (2023). OECD ülkelerinin sağlık harcamaları, sağlık arzı ve talebinin çok boyutlu ölçekleme analiziyle değerlendirilmesi. *Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 13(3), 2515-2532. <https://doi.org/10.48146/odusobiad.1167575>
- Işıkcılık, F ve Günaltay, M. M. (2024). Türkiye'deki illerin sağlık göstergelerinin çok boyutlu ölçekleme analiziyle değerlendirilmesi. *Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 25(3), 334-346. <https://doi.org/10.53443/anadoluibfd.1416128>
- İleri, H., Seçer, B ve Ertaş, H. (2016). Sağlık politikası kavramı ve Türkiye'de sağlık politikalarının incelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, (12), 176-186. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sosyoteknik/article/1370355>
- Jürgensen, I.-N., Koch, P., Otto, R., Nock, A. M ve Petersen-Ewert, C. (2024). Subjective health status, health-related behavior, and health literacy of health professional students: Results from a cross-sectional study. *Healthcare*, 12(2), Article 277. <https://doi.org/10.3390/healthcare12020277>

- Karacalı, Y ve Şenol, O. (2021). OECD ülkelerinde algılanan sağlık hizmetlerinin panel veri analizi ile modellenmesi. *SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi*, 3(1), 18-33. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sdusyd/article/935404>
- Keleş, N. (2023). Türkiye'nin 81 ilinin sağlık performansının güncel karar verme yöntemleriyle değerlendirilmesi. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (75), 120-141. <https://doi.org/10.51290/dpusbe.1134082>
- Kerkez, M ve Kaplan, M. (2025). Multipar kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *sted*, 34(2), 116-125. <https://doi.org/10.17942/sted.1577942>
- Kırcı Çevik, N ve Yüksel, O. (2019). Türkiye, Almanya ve Hindistan sağlık sistemleri: Karşılaştırmalı bir analiz. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(16), 209-218. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/bsbd/article/586506>
- Koca, S ve Yalman, F. (2025). Pandemi sürecinde üniversite öğrencilerinin anksiyete ve korku düzeylerinin, gelecekteki kariyer endişesi üzerine etkisinde COVID-19 bilgi düzeyinin aracılık rolü. *Uluslararası Yönetim Akademisi Dergisi*, 8(2), 485-502. <https://doi.org/10.33712/mana.1587431>
- Köktürk Dalcı, B. (2020). Üniversite öğrencilerinin manevi yönelimleri ve sağlık algıları. *Journal of Contemporary Medicine*, 10(4), 591-595. <https://doi.org/10.16899/jcm.630184>
- Konca, M ve Top, M. (2021). Ekonomik faktörler ve ulusal sağlık sistemlerinde teknik etkinlik: Panel veriye dayalı bir uygulama. *Verimlilik Dergisi*, (3), 21-33. <https://doi.org/10.51551/verimlilik.760156>
- Köse, A. (2022). Sağlık göstergelerinin birliktelik kuralları ile analizi. *ESTÜDAM Bilişim Dergisi*, 3(2), 31-37. <https://doi.org/10.53608/estudambilisim.1072090>
- Maniscalco, L., Miceli, S., Bono, F ve Matranga, D. (2020). Self-perceived health, objective health, and quality of life among people aged 50 and over: Interrelationship among health indicators in Italy, Spain, and Greece. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), Article 2414. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072414>
- Marmot, M., Allen, J., Boyce, T., Goldblatt, P., Morrison, J. (2020). *Health equity in England: The Marmot review 10 years on*. Institute of Health Equity. <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/marmot-review-10-years-on>
- Maswadi, K ve Alhazmi, A. (2026). Towards sustainable health management in the Kingdom of Saudi Arabia: The role of artificial intelligence—A systematic review, challenges, and future directions. *Sustainability*, 18(2), Article 905. <https://doi.org/10.3390/su18020905>
- Matos, R. C. d., Nascimento, G. d., Campos Fernandes, A ve Matos, C. (2025). Health and social care integration: Insights from international implementation cases. *Journal of Market Access ve Health Policy*, 13(2), Article 28. <https://doi.org/10.3390/jmahp13020028>

- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2021). *Health at a Glance 2021: OECD indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2024). *Fewer young people want to become nurses in half of OECD countries*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/e6612040-en>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2025a). *Health at a Glance 2025: OECD indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2025b). *Health at a Glance 2025: Türkiye*. https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_15a55280-en/turkiye_87675f02-en.html
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2025c). *OECD Health Statistics 2025*. <https://www.oecd.org/en/data/datasets/oecd-health-statistics.html>
- Oral Kara, N ve Şahin, D. (2022). Kanıta dayalı sağlık politikaları. *Kamu Yönetimi ve Politikaları Dergisi*, 3(3), 93-118. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kaypod/article/1142723>
- Özçelik, M. (2022). Sağlıkta hakkaniyet. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 5(3), 202-210. <https://doi.org/10.54189/hbd.1094643>
- Özdemir, S., ve Akça, H. (2021). Türkiye’de sağlık okuryazarlığı. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 28(3), 535-536. <https://doi.org/10.17343/sdutfd.791741>
- Palaz, F. S. (2023). İyi sağlık algısına etki eden faktörlerin yaşam seyri yaklaşımı ile incelenmesi. *Turkish Journal of Public Health*, 21(1), 71-86. <https://doi.org/10.20518/tjph.1106798>
- Park, S ve Ahn, J. (2026). Socioeconomic status and self-rated health in older adults with disabilities: A mediation analysis of reserve capacity using the Korea Welfare Panel Study. *Social Sciences*, 15(2), Article 144. <https://doi.org/10.3390/socsci15020144>
- Prieto, L. (2024). Exploring the influence of social class and sex on self-reported health: Insights from a representative population-based study. *Life*, 14(2), Article 184. <https://doi.org/10.3390/life14020184>
- Sahril, N., Chan, Y. M., Chan, Y. Y., Ahmad, N. A., Kassim, M. S. A., Shahein, N. A., Rezali, M. S., Abd Razak, M. A., Tahir, F. A., Ab Wahab, N., Shamsuddin, N., Adnan, M. A. A., Khalil, M. K. N ve Liew, S. H. (2023). Poor self-rated health and associated factors among older persons in Malaysia: A population-based study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), Article 4342. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054342>

- Sancar, T. (2023). E-sağlık okuryazarlığı ile egzersiz sağlık inanç modeli arasındaki ilişki. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 9(3), 295-306. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/usaysad/article/1299673>
- Sayılı, U., Aksu Sayman, Ö., Vehid, S., Köksal, S. S ve Erginöz, E. (2017). Türkiye ve OECD ülkelerinin sağlık göstergeleri ve sağlık harcamalarının karşılaştırılması. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 1-12. <https://doi.org/10.26453/otjhs.321742>
- Selçuk Tosun, A ve Akça, G. (2014). Konya kent merkezinde sosyoekonomik özellikleri farklı olan bölgelerde yaşayan bireylerin sosyal destek ve ruhsal sağlık durumlarını etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(4), 207-215. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ataunihem/article/34777>
- Seyfioğlu, E. F ve Başdaş, N. Ü. (2021). Değer temelli sağlık hizmetlerinde bir değer bileşeni olan hasta sonuçlarının ölçümü ve önemi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(2), 399-414. <https://dergipark.org.tr/en/pub/hacettepesid/article/956688>
- Şahin, M., Altunören, O., ve Sayarlıoğlu, H. (2022). İnterdiyalitik kilo alımının kardiyovasküler mortalite ve morbidite üzerine etkisi. *KSU Medical Journal*, 17(2), 104-111. <https://doi.org/10.17517/ksutfd.978596>
- Şantaş, G., Şantaş, F ve Kaya, S. (2023). Sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık arama davranışı arasındaki ilişki: Bir alan araştırması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(3), 781-796.
- Şenel, İ. K. (2025). Health personnel inequality trends in Turkey: Theil index and Gini analysis. *International Journal of Health Management and Tourism*, 10(3), 321-345. <https://doi.org/10.31201/ijhmt.1731530>
- Şimşek, B ve Mete, M. (2023). Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişimin sağlık coğrafyasına dayalı mortaliteye etkisi. *Akşehir Meslek Yüksekokulu Sosyal Bilimler Dergisi*, (15), 133-154. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/akmyosb/article/1300925>
- Smarżewska, D., Wereda, W. S ve Jończyk, J. A. (2022). Assessment of the health care system in Poland and other OECD countries using the Hellwig method. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), Article 16733. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416733>
- Södel, C. A., Motzkau, M., Wilfert, M., Herr, R. M ve Diehl, K. (2026). Health inequalities in German higher education: A cross-sectional study reveals poorer health in first-generation university students and university students with lower subjective social status. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 16(1), Article 11. <https://doi.org/10.3390/ejihpe16010011>
- Stefko, R., Gavurova, B., Ivankova, V ve Rigelsky, M. (2020). Gender inequalities in health and their effect on the economic prosperity represented by the GDP of selected developed

- countries empirical study. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(10), Article 3555. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103555>
- Sungur, C. (2021). Sağlık sistemlerinin sınıflandırılması ve performans analizi üzerine kavramsal bir inceleme. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 18(3), 2174-2201. <https://doi.org/10.33437/ksusbd.956240>
- Sungur, C. (2024). Sosyoekonomik Faktörlerin Sağlık Statüsü Üzerindeki Rolü. Türk Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi, 5(2), 127-136. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tumaed/issue/90823/1587431>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2025). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2024*. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. <https://www.saglik.gov.tr/TR-114952/saglik-istatistikleri-yilligi-2024.html>
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2023). *Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması 2023*. T.C. Sağlık Bakanlığı. <https://hsgm.saglik.gov.tr/media/attachments/2025/05/12/turkiye-hanehalki-saglik-arastirmasi-2023.pdf>
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2024). *Hanehalkı bilişim teknolojileri kullanım araştırması, 2024*. <https://veriportali.tuik.gov.tr/Bulten/Index?dil=1&p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-%28BT%29-Kullanim-Arastirmasi-2024-53492>
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2025a). *İstatistiklerle yaşlılar, 2024*. <https://veriportali.tuik.gov.tr/Bulten/Index?dil=1&p=Istatistiklerle-Yaslilar-2024-54079>
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2025b). *Ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri, 2024*. <https://veriportali.tuik.gov.tr/Bulten/Index?dil=1&p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2024-54195>
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2025c). *Yaşam memnuniyeti araştırması, 2024*. <https://veriportali.tuik.gov.tr/tr/press/53785>
- Uğurluoğlu, Ö ve Çelik, Y. (2005). Sağlık sistemleri performans ölçümü, önemi ve Dünya Sağlık Örgütü yaklaşımı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(1), 3-29. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hacettepesid/article/99335>
- Uslu, Y., Aygün, S., Onaran, S., ve Koç, S. (2025). Türkiye'deki göçmenlerin sağlık hizmetine erişim ve kullanım sürecini etkileyen sorunların belirlenmesi ve AHP analizi ile önceliklendirilmesi. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 27(48), 390-404. <https://doi.org/10.18493/kmusekad.1506089>
- Uzden, M. S ve Kurutkan, M. N. (2022). Öznel sağlık durumunun belirleyicileri: Muhit sağlığı, fiziksel sağlık algısı ve ruhsal iyilik hali. *Uluslararası İşletme Bilimi ve Uygulamaları Dergisi*, 2(2), 165-185. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ulisbud/article/1200506>

- Vich-Pérez, P., Taulero-Escalera, B., Regueiro-Toribio, P., Prieto-Checa, I., García-Espinosa, V., Villanova-Cuadra, L., Sevilla-Machuca, I., Timoner-García, J., Martínez-Grandmontagne, M., Abós-Pueyo, T., Álvarez-Hernández-Cañizares, C., Reviriego-Jaén, G., Serrano-López-Hazas, A., Gala-Molina, I., Sanz-Pascual, M., Guereña-Tomás, M. J., González-González, A. I., Salinero-Fort, M. A ve LADA-PC Consortium. (2025). Self-perceived health status of patients with newly diagnosed diabetes in Spain: Associated factors and sex differences. *Journal of Clinical Medicine*, 14(19), Article 6770. <https://doi.org/10.3390/jcm14196770>
- Wärnberg, J., Pérez-Farinós, N., Ajejas-Bazán, M. J., Pérez-López, J., Benavente-Marín, J. C., Crespo-Oliva, E., Castillo-Antúnez, V., Fernández-Barceló, O., Valenzuela-Guerrero, S., Silva-Soto, M. Á ve Barón-López, F. J. (2021). Lack of social support and its role on self-perceived health in a representative sample of Spanish adults: Another aspect of gender inequality. *Journal of Clinical Medicine*, 10(7), Article 1502. <https://doi.org/10.3390/jcm10071502>
- World Health Organization. (2021). *WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240024229>
- Xu, G., Xu, Y., Tu, X., Hao, S ve Liu, T. (2022). The association between self-rated health and health self-management ability of healthcare undergraduates: The chain mediating roles of eHealth literacy and resistance to peer influence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21), Article 14501. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114501>
- Yalçın Balçık, P ve Konca, M. (2019). Malmquist indeks ile OECD ülkelerinin sağlık sistemleri performansının değerlendirilmesi. *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21(3), 666-682. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ahbvuibfd/article/568511>
- Yılmaz, S., Boz, C., Özşarı, S. H., Yılmaz, F., Fidan Türkön, B ve Mete, A. H. (2025). Effects of neurological disorders on health expenditure and economic output: Dynamic panel analysis for OECD countries. *Systems*, 13(7), Article 521. <https://doi.org/10.3390/systems13070521>
- Yılmaztürk, A. (2023). Cumhuriyetten günümüze Türkiye'nin 100 yıllık sağlık politikaları ve dönüşüm süreci. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 26(49-1), 437-458. <https://doi.org/10.31795/baunsobed.1352498>

Yetim, B. (2026). OECD ÷lkelerinde sağlık sistem performansı: T÷rkiye'nin konumu ÷zerine
Çok kriterli bir inceleme. *İşletme Bilimi Dergisi*, 14(2), 297-307.
<https://doi.org/10.22139/jobs.1730881>

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı :Ülkü YILMAZ

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi :Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi/
Sağlık Yönetimi

Yüksek Lisans Öğrenimi :Gümüşhane Üniversitesi/ Sağlık Yönetimi

Bildiği Yabancı Diller :İngilizce

Bilimsel Faaliyetler ve
Yayınlar¹ :-

İş Deneyimi

Stajlar :Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri
Üniversitesi/SKS Birimi-Mali işler

Projeler :

Çalıştığı Kurumlar :

Tarih :17.08.2026