

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**TÜRKİYE’DE HASTANELERİN
ZAMANSAL VE MEKÂNSAL DAĞILIŞI VE ANALİZİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
Gülbahar GENEL**

Enstitü Anabilim Dalı: Coğrafya

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Cercis İKİEL

TEMMUZ – 2017

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

TÜRKİYE'DE HASTANELERİN
ZAMANSAL VE MEKÂNSAL DAĞILIŞI VE ANALİZİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Gülbahar GENEL

Enstitü Anabilim Dalı: Coğrafya

“Bu tez 04.07/2013 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ	İMZA
Yrd. Doç. Dr. Cengiz İKİEL	BASARILU	
Prof. Dr. Ayşe Nur TİMUR	BASARILI	
Yrd. Doç. Dr. Muhammet KAGMAZ	BAJARILI	



SAKARYA
ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS/DOKTORA İNTİHAL YAZILIM RAPORU BEYAN BELGESİ

Tez Başlığı:

TÜRKİYE’DE HASTANELERİN ZAMANSAL VE MEKÂNSAL DAĞILIŞI VE ANALİZİ

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışmamın toplam 105 sayfalık kısmına ilişkin *Sakarya Üniversitesi Lisansüstü Yönetmeliği Madde 28* uyarınca aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan ve 08/06/2017 tarihinde Sosyal Bilimler Enstitüsü tarafından şahsıma iletilen *Turnitin* intihal tespit programı raporuna göre tezimin benzerlik oranı % 21 ‘dir.

Uygulanan filtrelemeler:

- 1) Kaynakça hariç
- 2) Alıntılar dahil
- 3) 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Bu bilgiler doğrultusunda tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Öğrenci

(Adı – Soyadı, İmzası, Tarih)

Gülbahar GENEL

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı – Soyadı	: Gülbahar GENEL
Öğrenci Numarası	: 1360Y27009
Ana Bilim Dalı	: Coğrafya
Programı	: Coğrafya
Statüsü	: Y. Lisans

Danışman

(Adı - Soyadı, İmzası, Tarih)

Yrd. Doç. Dr. Cercis İKİEL

ÖNSÖZ

Devletlerin sunması gereken temel kamu hizmetlerinden birisi olan sağlık hizmeti; artan nüfus, kentleşme ve diğer sosyo-ekonomik gelişmelere bağlı olarak daha çok talep edilir hale gelmiştir. Bu talebe bağlı olarak tıbbi araştırmalar ivme kazanmış, sağlık kuruluşları nitelik ve nicelik olarak gelişme göstermiş ve sağlık sektörünün ekonomik büyüklüğü giderek artan bütçelerle karşılanmaya çalışılmaktadır. Sağlık hizmetleri geçmiş yıllara göre daha erişilebilir hale gelse de devlet tarafından verilen sağlık hizmetleri talebi karşılamadığından yapılan yasal düzenlemeler ile bu alana özel sektöründe yatırım yapması sağlanmıştır.

Bu nedenle yaptığımız çalışmada; sağlık hizmetleri veren kamu hastanelerinin yanı sıra özel sektörün sağlık hizmeti sunduğu hastaneler de araştırma kapsamı içerisine alınmıştır. İncelenen 1960-2015 dönemi içerisinde kamu ve özel hastanelerin illere ve bölgelere göre zamansal ve mekânsal dağılışı analiz edilmiştir. Ayrıca sağlık hizmetleri alanında uygulanan politikalar, teşkilatlanma ve ilgili kavramlarda değişimler görüldüğünden bu konularda da bilgi verilmeye çalışılmıştır.

Yapmış olduğumuz bu çalışma sağlık coğrafyası ve sağlık hizmetleri konusuna ilgi duyanlara yararlı olabilecektir.

Bu tez çalışması yapılırken, her aşamada titizlikle takip eden danışmanım Yrd. Doç. Dr. Cercis İKİEL her anlamda yanımda olmuş, desteğini ve katkılarını esirgememiştir, ilgi ve katkısı için teşekkür ederim. Bu incelemeyi yaparken literatür ve metodoloji konusunda ilgisin esirgemeyen Prof. Dr. Ayşe Nur TİMOR'a teşekkür ederim. Bu vesileyle tüm hocalarıma ve tezimin son okumasında yardımlarını esirgemeyen, Yrd. Doç. Dr. Muhammet KAÇMAZ, Yrd. Doç. Dr. Ayşe ATALAY DUTUCU'ya ve Dr. Derya Evrim KOÇ'a teşekkürlerimi borç bilirim. Ayrıca çalışmamın her aşamasında manevi desteklerini esirgemeyen sevgili arkadaşlarım Dr. Serra DOĞAN ve Ayşegül KULAKSIZ ÖZTEKİN'e teşekkür ederim. Ayrıca bu günlere ulaşmamda emeklerini hiçbir zaman ödeyemeyeceğim annem Yasemin GENEL, babam Üsküdar GENEL, ağabeyim İhsan GENEL ve ablam Ahsen GENEL'e şükranlarımı sunarım.

Gülbahar GENEL

05.06.2017

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	iii
TABLO LİSTESİ	iv
ŞEKİL LİSTESİ	v
GRAFİK LİSTESİ	vii
ÖZET.....	viii
SUMMARY	ix

GİRİŞ	1
-------------	---

BÖLÜM 1: SAĞLIK HİZMETLERİ VE İLGİLİ KAVRAMLAR.....	12
---	----

1.1 Sağlık Kavramı	12
1.2 Sağlık Hizmetleri Kavramı	14
1.3 Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	16
1.3.1 Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	16
1.3.2 Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	18
1.3.3 Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri.....	19

BÖLÜM 2: TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ.....	21
--	----

2.1 Türkiye’deki Sağlık Hizmeti Veren Kurumlar	21
2.2 Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi ve Sağlık Politikaları	25
2.2.1 1920-1923 Yılları Arası Sağlık Politikaları.....	25
2.2.2 1924-1946 Yılları Arası Sağlık Politikaları.....	26
2.2.3 1947-1960 Yılları Arası Sağlık Politikaları.....	28
2.2.4 1961-1980 Yılları Arası Sağlık Politikaları.....	32
2.2.5 1980-2002 Yılları Arası Sağlık Politikaları.....	33
2.2.6 2003 Yılı Sonrası Sağlık Politikaları: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı.....	35
2.2.7 Sağlıkta 2023 Vizyonu	39

BÖLÜM 3: TÜRKİYE’DE HASTANELERİN ZAMANSAL VE MEKÂNSAL DEĞİŞİMİ İLE DAĞILIŞI	42
---	----

3.1 1960-1980 Dönemi	42
3.2 1981-2000 Dönemi	53
3.3 2001 - 2015 Dönemi	65

SONUÇ.....	74
KAYNAKÇA	79
EKLER.....	88
ÖZGEÇMİŞ.....	93



KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ArcGIS	: Program of Geographic Information Systems
BAĞ-KUR	: Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
BCG AŞISI	: Verem Aşısı
DİE	: Devlet İstatistik Enstitüsü
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
KÖİ	: Kamu Özel İşbirliği
SB	: Sağlık Bakanlığı
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SSCB	: Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği
SSGSS KANUNU	: Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SSYB	: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
OECD	: Organization for Economic Cooperation and Development
UNICEF	: United Nations Children's Fund
WHO	: World Health Organization

TABLO LİSTESİ

Tablo 1	: 1923 Yılı Sağlık Hizmetleri Sayıları.....	27
Tablo 2	: Sağlık Hizmetleri Sayılarındaki Değişim (1950-1960)	31
Tablo 3	: Toplam Hastane Sayılarının Coğrafi Bölgelere Dağılışı (1960-1980).....	45
Tablo 4	: Türkiye’deki Toplam Hastanelerin Bağlı Olduğu Kurumlara Göre Dağılışı (1981-1982)	54
Tablo 5	: Toplam Hastane Sayılarının Coğrafi Bölgelere Dağılışı (1981-2000).....	55
Tablo 6	: Toplam Hastane Sayılarının Coğrafi Bölgelere Dağılışı (2001-2015).....	67

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1	: John Snow'un Londra'da Kolera Dağılım Haritası.....	2
Şekil 2	: Birinci, İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri...	21
Şekil 3	: 1960 Yılında Türkiye'nin İllere Göre Toplam Hastane Sayıları Dağılımı.....	50
Şekil 4	: 1960 Yılında Coğrafi Bölgelere Göre Türkiye'deki Toplam Hastane Sayıları Dağılımı.....	50
Şekil 5	: 1975 Yılında Türkiye'nin İllere Göre Toplam Hastane Sayıları Dağılımı.....	51
Şekil 6	: 1975 Yılında Coğrafi Bölgelere Göre Türkiye'deki Toplam Hastane Sayıları Dağılımı.....	51
Şekil 7	: 1980 Yılında Türkiye'nin İllere Göre Toplam Hastane Sayıları Dağılımı	52
Şekil 8	: 1980 Yılında Coğrafi Bölgelere Göre Türkiye'deki Toplam Hastane Sayıları Dağılımı.....	52
Şekil 9	: 1981 Yılında Türkiye'nin İllere Göre Toplam Hastane Sayıları Dağılımı.....	61
Şekil 10	: 1981 Yılında Coğrafi Bölgelere Göre Türkiye'deki Toplam Hastane Sayıları Dağılımı.....	61
Şekil 11	: 1987 Yılında Türkiye'nin İllere Göre Toplam Hastane Sayıları Dağılımı.....	62
Şekil 12	: 1987 Yılında Coğrafi Bölgelere Göre Türkiye'deki Toplam Hastane Sayıları Dağılımı.....	62
Şekil 13	: 1995 Yılında Türkiye'nin İllere Göre Toplam Hastane Sayıları Dağılımı.....	63

Şekil 14	: 1995 Yılında Coğrafi Bölgelere Göre Türkiye’deki Toplam Hastane Sayıları Dağılımı.....	63
Şekil 15	: 2000 Yılında Türkiye’nin İllere Göre Toplam Hastane Sayıları Dağılımı.....	64
Şekil 16	: 1960 Yılında Coğrafi Bölgelere Göre Türkiye’deki Toplam Hastane Sayıları Dağılımı.....	64
Şekil 17	: 2005 Yılında Türkiye’nin İllere Göre Toplam Hastane Sayıları Dağılımı.....	71
Şekil 18	: 2005 Yılında Coğrafi Bölgelere Göre Türkiye’deki Toplam Hastane Sayıları Dağılımı.....	71
Şekil 19	: 2010 Yılında Türkiye’nin İllere Göre Toplam Hastane Sayıları Dağılımı.....	72
Şekil 20	: 2010 Yılında Coğrafi Bölgelere Göre Türkiye’deki Toplam Hastane Sayıları Dağılımı	72
Şekil 21	: 2015 Yılında Türkiye’nin İllere Göre Toplam Hastane Sayıları Dağılımı.....	73
Şekil 22	: 2015 Yılında Coğrafi Bölgelere Göre Türkiye’deki Toplam Hastane Sayıları Dağılımı.....	73

GRAFİK LİSTESİ

Grafik 1	: Türkiye’de Toplam Hastane Sayılarının Yıllara Göre Gidişi (1960-1980).....	45
Grafik 2	: Türkiye’de Toplam Hastane Sayılarının Yıllara Göre Gidişi (1981-2000).....	54
Grafik 3	: Türkiye’de Toplam Hastane Sayılarının Yıllara Göre Gidişi (2001-2015).....	66



Tezin Başlığı: Türkiye’deki Hastanelerin Zamansal ve Mekânsal Dağılışı ve Analizi**Tezin Yazarı:** Gülbahar GENEL**Danışman:** Yrd. Doç. Dr. Cercis İKİEL**Kabul Tarihi:** 04 Temmuz 2017**Sayfa Sayısı:** ix (ön kısım) + 84 (tez) + 8 (ek)**Anabilim dalı:** Coğrafya

İnsanlığın yaşamı boyunca sahip olabileceği en değerli şeylerinden biri sağlığıdır ve insanlar için sağlıklı olma durumunu korumak ve sürdürmek en önemli hedeflerinden birisidir. Bu sebepten dolayıdır ki ülkeler için de toplumsal sağlığı korumak önem arz etmektedir.

Ülkemizde de benzer durum görülmekte olup, sağlık hizmeti anayasada yer alan temel bir haktır. Cumhuriyet Döneminde vatandaşlarımızın yeterli sağlık hizmeti alabilmesi için geliştirilen ve uygulanan politikaların oluşturduğu altı dönem bulunmaktadır. Bu dönemler; Osmanlı İmparatorluğu’nun merkezden taşraya doğru bir sağlık hizmeti vermeyi hedefleyen sağlık teşkilatı kurma çabalarını içeren “1920-1923 Dönemi”. Cumhuriyetin ilanından sonra Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam’ın bakanlığı süresince önceki dönemin örgütlenmesini esas alarak sağlık hizmetlerinin tüm ülke geneline yayılması ve salgın hastalıkların önlenmesi için geliştirilen politika ve uygulamaları içeren “1923-1946 Dönemi”. Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanan “Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı” ile sağlık hizmetleri merkezi hükümetin görev ve sorumluluğı haline getirilen “1947-1960 Dönemi”. Sağlık hizmetini devletin sunması gereken bir kamu hizmeti olduğunun anayasada yer aldığı bu dönemde; birinci basamak sağlık hizmetlerinin köylere kadar yayılıp halkın ücretsiz yararlanması ile tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin bir arada yürütülmesini kapsayan yasal düzenleme ve uygulamaların yapıldığı “1961-1980 Dönemi”. Sağlık hizmetlerinin devletin vermesi gereken bir kamu hizmeti olduğunu içeren anayasal hak buna herkesin sosyal güvenlik hakkı olduğunu da eklenen “1980-2002 Dönemi”, Ülkemizde bireylerin daha yeterli ve nitelikli sağlık hizmeti almasını sağlamak için 2003 yılı sonrasında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” uygulanmaya başlanmıştır. Tüm vatandaşların sağlık sigortası kapsamına alınması, aile hekimliğinin uygulanması, hastanelerin yönetim ve mali bakımdan özerk bir yapıya kavuşturulduğu ve e-devlet sisteminin sağlık hizmetine entegre edildiğı “2003 ve Sonrası Sağlık Politikaları Dönemi”dir. Bu politika ve uygulamalar ile sağlık hizmeti devletin yerine getirmesi gereken bir anayasal görev haline gelmiş olup bu durum sosyal güvenlik hakkını da içermektedir.

Çalışmada, sağlık hizmetlerinin temel bileşenlerinden olan hastanelerin zamansal değişimi ve mekânsal dağılışı analiz edilmiştir. 1960-2015 döneminde ülkemizdeki mevcut durumun gelişimini gösteren çalışma, tıbbi coğrafya alanındaki mevcut çalışmaların ışığında araştırmacılara sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Coğrafya, Sağlık Coğrafyası, Sağlık İşletmeleri, Hastane

Title of the Thesis: Temporal and Spatial Distribution and Analysis of Hospitals in Turkey	
Author: Gülbahar GENEL Supervisor: Assist. Prof. Cercis İKİEL	
Date: 04 July 2017	Nu. of pages: ix (pre text) + 84 (main body) + 8
Department: Geography	
One of the most valuable things a human being can have in his/her lifetime is health and for people preserving and maintaining their status of being healthy is one of the most important goals of their lives. Thus it is also essential for countries to keep the public healthy. A similar situation is also present in our country where healthcare service is a basic constitutional right. Throughout Republic period, there are six periods represented by policies developed and enforced in order to allow our citizens get sufficient healthcare service. These periods are; “1920 – 1923” period which includes Ottoman Empire’s efforts to form a healthcare organization intended to provide healthcare services from urban towards rural areas; “1923 – 1946” period which includes policies and practices developed to expand healthcare services on country-wide scale and to prevent epidemics, based on previous period’s existing organization during term of Dr. Refik Saydam, MD, Minister of Health after Proclamation of the Republic; “1947 – 1960” period when healthcare services were become a duty and responsibility of central government thanks to “First Decade’s National Health Plan” prepared by Dr. Behçet Uz, MD, Minister of Health; “1961 – 1980” period in this period it is written on the Constitution that healthcare services are a public service required to be provided by government includes curative and preventive healthcare services and it includes legislative regulations and practices covering expansion of primary healthcare services up to villages and utilization of these services by public free of charge as well as execution of curative and preventive healthcare services simultaneously; “1980 – 2002” period during which it is added that it is also a social security right of everyone to the constitutional right which defines that healthcare service is a public service required to be provided by government; after 2003 “Health Transformation Program” has been started in order to allow individuals get more sufficient and quality healthcare service in our country; it is “2003 and after Health Policies” period during which all citizens are taken in the scope of health insurance, family practice is started, hospitals are made autonomous from both administrative and financial aspects and e-government (e-devlet) system is integrated with healthcare system. With these policies and practices healthcare services became a constitutional obligation required to be fulfilled by government and this also includes social security right. In this study temporal change and spatial distribution of hospitals which are one of the basic components of healthcare services are analyzed. Indicating development of current status in our country between 1960 and 2015, the study is presented to researchers in the light of existing studies in the field of medical geography.	
Keywords: Geography, Health Geography, Healthcare Institutions, Hospital	

GİRİŞ

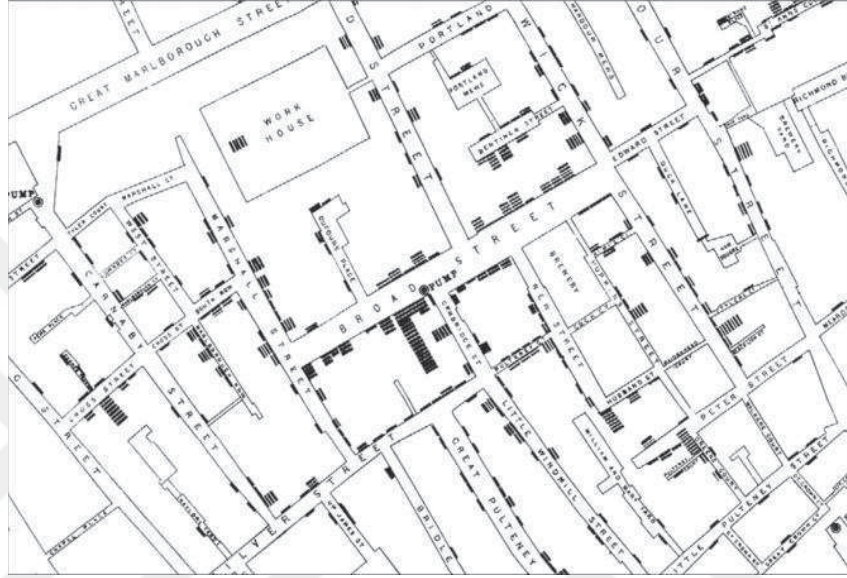
Son yıllarda giderek uzmanlaşma dönemine girildiği, olay – mekân ilişkisini ortaya koyan bir görüş açısı sunan coğrafya biliminde hızlı gelişim gösteren bir araştırma konusu olarak “Tıbbi Coğrafya” karşımıza çıkmaktadır. Böylelikle sağlık alanında verilen hizmetlerle, ortaya çıkan sağlık sorunları incelenerek çeşitli öneriler getirilmekte, sağlık ile coğrafya arasındaki bağ genel anlamıyla ortaya çıkarılmaktadır (Timor, 1993-1996).

İnsanoğlu çevresinde olan bitenle sürekli bir etkileşim halinde olan dinamik bir varlık durumundadır. Yaşamını sürdürdüğü mekânlarla yaşamındaki kalite arasında pozitif bir ilişki söz konusudur. Hipokrat’tan günümüze kadar insanoğlunun geçirdiği hastalıklarla yaşadığı çevresi arasında da böyle bir ilişkinin olduğunu bilmekteyiz. Çevre ve hastalıklar arasında süregelen bu anlamlı bağlantının dikkate alınmayışı birtakım sağlık problemlerinin günümüze dek gelmesine yol açmıştır. “Hipokrat’ın M.Ö. 400 yılında yazdığı “Hava, Su ve Yer” adlı eseri Tıbbi Coğrafya alanında ki ilk temel eserdir. Bu çalışmada dış etkenler ile insanların fizyolojik görünümü ve çeşitli ırkların etnik özellikleri üzerinde durulmuştur” (Yiğit, 2011, s. 31).

Hipokrat’a göre; Tıbbi doğru olarak anlamak isteyen herkes “Hava, Su ve Yer” eserinde yazılanları doğru olarak anlamalıdır. Mevsimlerin insan vücuduna olan etkileri, mevsimlerin arasındaki değişiklikleri, ülke ve bölgelerin tek tek iklim özelliklerini farkına varılmalıdır. Ayrıca suların değişik özelliklerinin, vücut üzerindeki etkilerini bilmeleri gerekmektedir. Aynı zamanda insanların nasıl yaşadıkları, nasıl beslendikleri, sosyo-kültürel ve fiziksel özellikleri de gözlemlenmelidir. Hipokrat’ın öne sürdüğü görüşe göre; hastaların şikâyetlerinin anlaşılması ve uygun reçetelerin yazılabilmesi için doktorların tüm bunları bilmesi gerekmektedir (Mondadori, 1998).

Tıp ve coğrafya arasındaki ilişki Hipokrat’tan günümüze kadar çalışılmaya devam edilmiş bir alandır. Tıbbi Coğrafya çalışmaları olarak ele alınan bu çalışmalar; 18. yy’ın sonlarından başlayarak özellikle salgın niteliğindeki hastalıklardaki dağılışı ve görülme nedenlerinin tespiti amacıyla çeşitli haritalar yapılmıştır. Bu çalışmalar bilhassa son 50-60 yılda artış göstermiştir. Bu durum Tıbbi Coğrafyayı inceleyen pek çok araştırmanın yapıldığını ortaya koymaktadır. 1788 yılında “sarihumma” hastalığının bölgesel

dağılışı sergileyen harita, John Snow tarafından 1844-1854 yılları arasında Londra'daki Soho semtinde ortaya çıkan kolera salgınına yönelik yapılan araştırma bunlardan biridir. Snow kolera hastalığı görülen noktaları işaretleyerek hastalığın nerelerde yoğunlaştığını ortaya çıkarmıştır (Şekil 1). Su pompalarını kullananlarla ölümler arasında bulunan ilişkiye dayanarak su yolu ile insandan insana geçen bir hastalık olduğunu tespit etmiş ve bunu haritada göstermiştir (Yiğit, 2011, s. 33).



Şekil 1: John Snow'un Londra'da Kolera Dağılım Haritası

Kaynak : (Timor, 1993-1996) A. TİMOR, “ Tıbbi Coğrafya : Kapsamı ve Amacı”, Coğrafya Bölümü Dergisi, 1993.

Snow; Broad Street’de yer alan su pompalarının etrafında ölüm vakalarının yoğunlaştığını tespit etmiştir. Pompaların değiştirilmesi üzerine kolera salgınının önüne geçilmiştir (Yiğit, 2011, s. 34). Bu çalışma ile Snow coğrafi epidemiyoloji konusunda ilk önemli çalışmayı gerçekleştirmiştir. Kolera dağılım haritası sayesinde kolera salgınının su ile bulaştığı bilgisine ulaşılmıştır (Ölgen, 2010, s. 144).

18. ve 19. yüzyıl başlarında hastalıkların dağılımı gösteren birçok çalışma yapılmıştır. Bu dönem tıbbi coğrafyanın ‘Altın Çağı’ olarak adlandırılmaktadır. İkinci Dünya Savaşı’ndan sonrası ise, Tıbbi Coğrafyanın Rönesans’ı olarak kabul görmektedir. Hastalık atlaslarının hazırlandığı bu dönemde en önemli atlaslar, Amerikan Coğrafya Derneğinin 1952-1961 yılları arasını kapsayan The World Atlas Of Disease,

Rodenwaldt ve Juszatz'ın hazırladığı Alman Welt-Seuchen Atlas ve ilk ulusal sağlık atlası olarak “*National Atlas of Disease Mortality in the United Kingdom*” sayılabilir (Ölgen, 2010, s. 145)

Tıbbi Coğrafya ile ilgili kurulan bir çok organizasyonda mevcuttur. 1929 yılında bir araya gelen bir grup doktor tarafından alanın ilk organizasyonu olan Uluslararası “*Patoloji Cemiyeti*” kurulmuştur. Daha sonra “*Tıbbi Coğrafya Komisyonu*” 1952, 1940’larda “*Amerikan Coğrafya Topluluğu*” kurulmuş ve tıbbi coğrafya alanında gerçekleştirilen çalışmalara öncülük etmiştir. 1950’li yıllarda İngiltere Kraliyet Coğrafya Topluluğu’nda “*Tıbbî Coğrafya Komitesi*” kurulmuştur. 1954’te SSCB’de bir Tıbbî Coğrafya Komisyonu oluşturulmuş, bu komisyonun düzenlediği konferans çalışması ile hastalıkların haritalanması ve bir atlas yapımı için planlar hazırlanmıştır. “*Hollanda Tıbbî Coğrafya ve Coğrafya Patoloji Cemiyeti*” ise 1955 yılında kurulmuştur (Mullins, 1966, s. 232). Ayrıca askeri kuruluşlarda tıbbi coğrafya ile yakından ilgilenmişlerdir. Bunun en bilinen örneği ise; ABD Silahlı Kuvvetleri bünyesinde “*Coğrafi Patoloji Bölümü*” kurulmasıdır (Hapçioğlu, 1987).

Araştırma ve fikir açısından gelişmiş olan bir çalışma alanını oluşturan tıbbi coğrafya, en basit şekilde, “coğrafi metot ve teknikleri tıbbi sorunlara uygulamak” olarak tanımlanabilir. Tıbbi Coğrafya; çevre-sağlık ve hastalık ilişkisini ele alır. Bu çalışma alanı, “mekânsal sebepli sağlıkla ilgili bütün olayları toplum, yer ve zaman boyutlarında inceleyen ve bu olayların sebeplerini araştıran, böylece sağlık problemlerinin önlenmesi için en uygun çözüm yollarını belirten bir yöntem” olarak da tanımlanabilmektedir (Timor, 1993-1996, s. 3003-319).

Coğrafyanın bir alt dalı olan tıbbi coğrafya sağlık ve bileşenlerine coğrafi açıdan irdeleyen bir bilim dalıdır (Ölgen, 2010, s. 146). Araştırmalar tıbbi coğrafyanın iki ana başlık altında birleştiğini göstermektedir. Bunlardan ilki “*coğrafi epidemiyoloji*”, “*coğrafi patoloji*” ya da “*hastalık ekolojisi*” adlarını alır. İkincisi ise, sağlık planlanmasında ve sağlık hizmetlerinin ayrılmasında mekânsal bakış açıları ile ilgilidir (Çelebi, 1987). Kearns ve Moon’a göre; sağlığın korunması coğrafyası ve sağlık hizmetlerinin sunumu coğrafyası olarak da kabul edilen ikinci yaklaşımdan, sağlığın coğrafyası ya da sağlık coğrafyası olarak da bahsedilmektedir (Kearns & Moon, 2002). Karakuzulu ise; sağlık coğrafyasını, doğal ortam-insan arasındaki etkileşim nedeniyle

oluşan hastalıkların dağılımlarını, ortaya çıkış sebeplerini, etkiledikleri nüfus miktarı ile yürütülen sağlık hizmetlerini bir bütün olarak ele alan, Beşeri Coğrafyanın inceleme alanlarından birisi olarak tanımlamaktadır (Karakuzulu, 2002, s. 796).

“Türkiye’nin Sağlık İşletmelerinin Zamansal ve Mekânsal Dağılışı ve Değişimi” adını taşıyan bu çalışmada, tıbbi coğrafya alanında yapılan çalışmaların ışığında sağlık kurumlarının zamansal ve mekânsal dağılışı ve değişimi göz önünde bulunarak harita ve grafikler yardımı ile ilişkileri yorumlanarak geçmişten günümüze sağlık kurumlarının durumu ifade edilmiştir.

Amacı ve Kapsamı

Ülkeler sağlıklı insanlardan oluşan toplumlara sahip olmayı hedefler. Çünkü daha gelişmiş ve toplumsal olarak daha güvenli, başarılı, mutlu ve huzurlu toplumların temelinde öncelikle ruh ve beden sağlığı yatmaktadır. (Ersöz, 2008, s. 95).

Toplumların varlığını sürdürebilmesi için sağlıklı bir nesle sahip olması gerekir. Toplumun kalkınması için sağlıklı bir nesil en önemli faktördür. T.C. Sağlık Bakanlığı’na göre; toplumun sağlığı her zaman ulusal bir önceliktir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012). Bu konuda devletin sorumluluğu sürekli ve kalıcı olmalıdır. Birçok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de insan sağlığını koruyacak ve geliştirecek çabaları, devlet göstermektedir (Orhaner, 2006, s. 2). Anayasamızın 56. Maddesinde yer alan sağlık ile ilgili hükümler şunlardır:

Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. (TBMM, 2016).

Bu araştırmanın amacı, Türkiye’deki hastanelerin zamansal ve mekânsal dağılımını değerlendirecek, hastanelerin geçmişten günümüze değişimini ortaya koymaktır.

Üç bölümden oluşan çalışmanın; giriş bölümünde, çalışmanın amacı ve kapsamı, önemi, kullanılan materyal ve yöntemlerle literatür özeti yer almaktadır. Birinci bölümde ise, konuyla ilgili tanımlar ve bunları açıklayıcı bilgiler yer almaktadır. Genel kavramların yanında sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması üstünde durulmuştur. İkinci bölümde, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi, Türkiye’deki sağlık politikalarına ve sağlık kurumlarının türlerine değinilmiştir. Üçüncü bölümde ise, 1960-2015 döneminde Türkiye’deki hastanelerin zamansal ve mekânsal dağılışı ve değişimi açıklanmıştır. İlgili dönemin mevcut durumunu açıklamak için harita ve grafikler kullanılmıştır. Sonuç olarak ise, Türkiye’deki hastanelerin zamansal ve mekânsal dağılışı ile Türkiye’de sağlık hizmetlerinin ne aşamada olduğuna değinilmiştir.

Önemi

Bireylerin ve toplumların refahını, gücünü ve mutluluğunu sürdürebilmesi insan sağlığı ile doğrudan ilgilidir. Hâlbuki diğer birçok doğal ve beşeri kaynak gibi sağlık hizmetlerinin de yerel, bölgesel ve küresel dağılışı eşit değildir.

Bireylerin modern devlet yapılarında anayasal bir hak olarak sağlık hizmetlerinden yararlanması gerekmektedir. Bu nedenle bir kamu hizmeti olarak sağlık hizmeti ile ilgili politikalar devletler tarafından belirlenmekte ve bu politikalara uygun olarak sağlık hizmeti planlamaları ve yatırımları gerçekleştirilmektedir.

Osmanlı Devleti’nde II. Meşrutiyet Döneminde merkezden taşraya doğru bir sağlık hizmeti vermeyi hedefleyen sağlık teşkilatı kurma çalışmaları ile başlatılabileceğimiz sağlık hizmetini örgütlü bir şekilde yaygınlaştırma çalışmaları Cumhuriyet Döneminde de devam etmiştir. Uygulanan çeşitli politikalar ile sağlık hizmeti zaman içerisinde devletin bireye karşı anayasal bir görevi haline gelmiştir. Bu nedenle sağlık hizmetini en küçük yerleşim birimlerine kadar yaygınlaştırma çalışmaları yapılmış ve büyük ilerlemeler kaydedilmiştir. Ancak hızlı nüfus artışı, göç, hızlı kentleşme, kalifiye sağlık işgücü yetersizliği ve sağlık eğitimi sorunları bu hizmetin arzu edilen seviyeye ulaşmasında olumsuz etkiler yapmıştır.

Sağlık hizmetleri bütün vatandaşların yararlanması gereken bir hak olduğundan yerel ve bölgesel dağılışı önem taşımaktadır. Bu çalışmada sağlık hizmeti veren kurumlarda

ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti olan hastanelerin zamansal değişimi ve illere göre mekânsal dağılışı analiz edilerek ortaya konulmaya çalışılmıştır. Sağlık hizmetinin, il ve bölge ölçeğinde zamansal değişimi ve mekânsal dağılışının analiz edilmesi ve ortaya konulması yapılacak planlamalarda önemli yararlar sağlayacaktır.

Materyal ve Yöntem

Tıbbi coğrafya kapsamında yapılan bu çalışmada öncelikle literatür taraması yapılarak konu ile ilgili çalışmalar gözden geçirilmiştir. Yapılan literatür çalışması sonucunda aslında bir kamu hizmeti olan sağlık hizmetleri, 20 yy. sonralarına doğru değişen ekonomik yapı ve politikaların etkisiyle özel teşebbüsün de bu alanda aktif olarak yer aldığını göstermektedir. Bu nedenle yaptığımız çalışmada; sağlık hizmetleri veren kamu hastanelerinin yanı sıra özel sektörün sağlık hizmeti sunduğu hastaneler de araştırma kapsamı içerisine alınmıştır.

Literatür taramasıyla yapılan çalışmaların ışığında Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin dağılışı ve değişimi için Cumhuriyet dönemini kapsayan il bazında sayısal veriler temin edilmeye çalışılmıştır. İlgili kurumlara başvurulmuş, 1923-1960 dönemine ait veriler Devlet İstatistik Enstitüsü, Devlet Planlama Teşkilatı, Kalkınma Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığında (SB) bulunmasına rağmen farklı format ve sınıflandırmaya sahip olmasının yanı sıra bu kurumların teşkilat yapısındaki değişimler nedeniyle yeterli veriye ulaşılamamıştır.

İlgili veriler TÜİK, Kamu Hastaneleri Kurumu ve Sağlık Bakanlığı'ndan temin edilmiştir. 1960-2015 yıllarını kapsayan veriler *.pdf dosyası olarak temin edilmiş ve excel *.xls dosyasına dönüştürülerek çalışmada kullanılabilecek elektronik tablolara dönüştürülmüştür. Temin edilen bu veriler standart *.pdf dosyaları halinde olmadığı için el ile (manuel) giriş yapılarak elektronik tablolara dönüştürülmüştür.

ArcGIS 10.01 programına aktarılan tablo veriler; Türkiye iller haritası ile ilişkilendirilerek il bazında mekânsal dağılım haritaları elde edilmiştir. Yine ilgili verilerden Türkiye'nin coğrafi bölgelerine göre haritalar elde edilerek bölgesel dağılım gözler önüne serilmiştir. Bu verilerden tablo ve grafikler elde edilerek zamansal dağılışı ve eğilim yönü belirlenmiştir.

1960 yılından 2015 yılına kadar incelenen her dönem için grafik, harita ve tablolar yardımı ile hastanelerin gelişimi gözler önüne serilmeye çalışılmıştır. İlgili döneme ait verilerde farklılıklar gözetlenmiş zamansal ve mekânsal değişim incelenirken farklılık gösteren verilerin üzerinde durulmuştur.

Çalışmada, sağlık kurumları TÜİK ve Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık İstatistik Yıllıklarında ele aldığı gibi sınıflandırılmıştır. Bu bağlamda incelen dönem, Sağlık Bakanlığı hastaneleri, devlet hastaneleri, özel hastaneler, üniversite hastaneleri ve diğer olarak adlandırılan belediyelere bağlı sağlık kurumları ve sosyal sigorta kurumu hastaneleri ayrı ayrı ele alınmıştır ve incelemede kullanılan toplam hastane sayılarına söz konusu sağlık kurumlarının sayılarının toplamlarından ulaşılmıştır.

Yapılan tüm araştırmalarda, Sağlık Bakanlığı ve TÜİK ile yapılan yazışmalara rağmen çalışma dönemini kapsayan istatistiklerin tamamına eksiksiz ve aynı sınıflandırma ile ulaşmak mümkün olmamıştır. Bu sebepten dolayı tüm sağlık kurumlarının zamansal ve mekânsal dağılışı ve değişimini 1960-2015 yılları arasında eksiksiz olarak ele alınamamıştır.

Verilerin analizi sonucunda elde edilen harita, tablo, grafiklerden yararlanarak inceleme dönemini (1960-2015) ve alanını kapsayan araştırma raporu ilgili literatürden yararlanarak yazılmıştır.

Çalışmada, sağlık kurumlarının zamansal ve mekânsal dağılışı aynı dönemler ile incelemek mümkün olamamıştır. Çalışma dönemini kapsayan her yıl için aynı sınıflandırma ile veriye ulaşılamamıştır. Verilerin temin edildiği kurumların farklı sınıflandırma ve farklı dönemler ile istatistik tutmasından dolayı, çalışmada elde edilen harita, tablo ve grafikler eşit zaman dilimleri ile hazırlanamamıştır. Zamansal ve mekânsal değişim ile gelişmeyi gözler önüne serebilmek için, veriler olabildiğince analiz edilerek harita, tablo ve grafiklere dönüştürülmüştür.

Araştırmada materyal olarak çeşitli dergi ve makaleler ile yayınlamış raporlardan yararlanılmıştır. Ayrıca çeşitli kitap, yüksek lisans tezleri ve doktora tezleriyle içerik desteklenmeye çalışılmıştır. Gelişim dönemlerinde uygulanan politikaların açıklanması

için T.C. Sağlık Bakanlığı'nın yayınları, çeşitli web siteleri ve gazetelerden yararlanılmıştır.

Kaynak İncelemesi

Yeryüzünde insan ve insan topluluklarını etkileyen hastalıkların ortaya çıkış nedenleri ile mücadele yollarını ele alan, insan ve mekân ilişkisi çerçevesinde insan sağlığını etkileyen koşullar ve ortaya çıkan hastalıklar arasındaki ilişki ve etkileşimi araştıran ve ortaya koymaya çalışan Tıbbi Coğrafya alanında birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalar ile bölgesel modeller oluşturulmasının yanı sıra çeşitli önerilerde yapılmıştır. Bu incelemede yararlandığımız başlıca çalışmalar ise aşağıda özetlenmiştir.

Doğan (1977), “İzmir-Tire Bölgesinde Endemik Guatr Epidemiyolojisi ve Etiyolojik Faktör Araştırması” adıyla yazmış olduğu yayınlanmamış doktora tezinde, endemik guatr hastalığının Tire ve çevresinde gösterdiği dağılım ve etkisini belirleyen epidemiyolojik ve etiyolojik faaliyetler üzerinde durmuştur. Gıdalar yoluyla geçen guatrojenlerin, insanın yaşadığı çevredeki iyot miktarının, yine bulunulan alandaki coğrafi yükseltinin, birtakım jeolojik oluşumların ve suda yer alan guatrojenlerin aralarında bulunan ilişkilerini belirlemiştir. Belirlediği bu unsurlardan çevredeki iyot miktarı ile suda bulunan guatrojenlerin diğerlerine göre en etkili faktörlerden olduğu sonucuna ulaşmıştır (Doğan, 1977).

Bilge Hapçioğlu, “Ülkelerin Sağlık Planlamasında Tıbbî Coğrafyanın Yeri” adını verdiği doktora tezi çalışmasında önemli oranda Tıbbi Coğrafyanın sağlık planlamalarındaki yerini ve önemini vurgulamaya çalışmıştır. Hapçioğlu (1987) ; doktora tezinde çevrenin insan sağlığı ile ilişkisinin çeşitli faktörlerin belirli bir korelasyon içinde ve birlikte etkisine bağlı olduğunu ileri sürmektedir. Bir hastalıkta hastalığa yol açan etkenin belirlenmesiyle, hastalığın spesifik şeklini oluşturan sebep de açıklığa kavuşmuş olmakla birlikte aynı hastalığın bazı bölgelerde veya bazı şartlarda çok daha büyük kitlelere yayılan bir hastalık şeklinde ortaya çıkması ve bazı yerlerde ise sporadik vakalar halinde çok daha küçük çaplı olarak görülmesinde dış faktörlerin etkisinin tam anlamıyla saptanmadığını dile getirmektedir. Yeryüzündeki yayılış gösteren çeşitli hastalıkların insan-çevre ilişkilerinin bir ürünü olarak ortaya çıktığı düşüncesinden hareketle Türkiye’de 1977–1982 yılları arasında gerçekleşen ölüm

vakalarını Türkiye Genel Ölüm Hızına göre standardize ederek bir birinden farklı 50 hastalık nedenini temel alarak bunların coğrafi dağılımlarını saptamaya çalışmıştır (Hapçioğlu, 1987).

Güler ve Çobanoğlu (1994), “Çevresel Etkenlere Bağlı Olarak Ortaya Çıkan Hastalıklar” isimli çalışmasında çevresel pek çok etkene dayalı olarak ortaya çıkan birtakım hastalıkları hekim gözüyle değerlendiren iki araştırmacı olarak karşımıza çıkmaktadır (Güler & Çobanoğlu, 1994).

Hamulu ve arkadaşları (1998), “Goiter Incidence in the Aegean Region and Role of Drinking Water and Hereditary Factors in Goiter Development” isimli çalışmasında İzmir ve Aydın illeri çevresinde guatr insidansını belirlemeye çalışan bir araştırma yapmışlardır. Kentsel ve kırsal yerleşim alanlarında yaşayan tüm yaş gruplarında tesadüfi olarak seçtikleri 1080 olgusal durumda % 49 oranında guatr tespit etmişler, su kaynakları ve kalıtım faktörlerini bir arada inceleyerek bölgenin tam anlamıyla bir endemik guatr alanı olduğunu belirlemişlerdir (Hamulu, et al., 1998).

Ünsal ve Metintaş (2002), “Kırka (Eskişehir)’da Bor’a Maruz Kalan Halkın Sağlık Birilerine Başvurularının Değerlendirilmesi” adlı çalışmalarında Kırka (Eskişehir)’da bor minerallerine maruz kalan halkın, çevredeki sağlık birimlerine yapmış oldukları bireysel başvuruları değerlendirme yoluna gitmişlerdir. Bor düzeyinin 0,6 mg<l ve bunun üzerinde saptandığı 6 civarındaki yerleşim yerinde, çok miktarda amfizem, astım ve bronşit nedeniyle vuku bulan başvurular, bor düzeyinin 0,6 mg/l’nin altında tespit edildiği diğer yerleşim birimlerinde yaşayanlara göre belirgin derecede fazla olduğu belirlenmiştir. (Ünsal & Metintaş, 2002).

Tıbbi Coğrafya ise Beşeri Coğrafyanın bir alt dalıdır. İlgili literatür incelendiğinde coğrafyacılar tarafından yapılmış çok sayıda çalışmanın bulunduğu görülür. Ayrıca bu alana yönelik bir çok sempozyum yapılmıştır. Bu çerçevede Türkiye’deki Tıbbi Coğrafya çalışmalarının ise daha sınırlı boyutta kaldığı söylenebilir.

Coğrafyacılar tarafından yapılmış Tıbbi Coğrafya çalışmalarına bakacak olursak;

Mullins (1966), “Sources of Information on Medical Geography” adlı çalışmasında tıbbi coğrafyanın diğer bilim dalları ile olan ilişkisini ortaya koymuştur. Coğrafi patoloji,

antropoloji ve klimatoloji gibi birçok bilim dalının tıbbi coğrafyaya kaynak oluşturan bir bilim dalları olduğunu ele almıştır (Mullins, 1966).

Ayşe Nur Çelebi (1987), “İstanbul’da Sağlık Hizmetlerine Coğrafi Bir Yaklaşım” adını verdiği yüksek lisans tezinde tıbbi coğrafyanın kapsamı ve amacına değinmiş ve sağlık hizmetlerinin İstanbul’daki dağılışı haritalarını çıkarmıştır. Çelebi (1987), İstanbul’daki mevcut sağlık hizmetlerinin yapısını, sağlık personeli ve sağlık kurumlarının dağılışı ortaya koymaya çalışmıştır (Çelebi, 1987).

Başlı (1991), “Ankara’da Sağlık Hizmetlerine Coğrafi Bir Yaklaşım” adını verdiği yüksek lisans tezinde coğrafi bir bakış açısından Ankara’daki sağlık hizmetlerini ele almıştır (Başlı, 1991).

Ayşenur Timor “Tıbbi Coğrafya: Kapsamı ve Amacı” adlı eserinde uzmanlaşma devresinde bulunmakta olan ve olayları mekâna bağlayan bir bakış açısına sahip olan coğrafyada özellikle son yıllarda hızla gelişen yeni bir inceleme konusu olan tıbbi coğrafyayı incelemektedir. Tıbbi coğrafya çalışmaları ile sağlık hizmetleri ve sorunları bulundukları mekânda incelenmekte, ilişkiler ve gerekli öneriler belirlenmekte, genel olarak da sağlık ve coğrafyayla ilişki ortaya çıkarılmaktadır (Timor, 1993-1996).

Cevat Korkut, “Tıbbi Coğrafya ’ya Giriş” isimli eserinde coğrafi elemanlarla insan arasındaki bağlantılara sağlık yönünden değinmektedir. Adı geçen eserinde Korkut, tıp ve coğrafya arasındaki ilişkiye değinerek, hastalıkların harita üzerindeki dağılışına diğer coğrafi elemanlar için yapılan haritalar ile karşılaştırılmasının gerekliliğinin üzerinde durmuştur. Ayrıca ülkelerin sağlık planlaması için tıbbi coğrafya çalışmalarının önemini ele almıştır (Korkut, 1998).

Kearns, R. & Moon, G. (2002); “From Medical to Health Geography: Novelty, Place and Teory After a Decade of Change” isimli çalışmasında tıbbi coğrafya ve sağlık coğrafyası farklılıklarına değinmiştir (Kearns & Moon, 2002).

Zerrin Karakuzulu; “Gümüşhane İlinin Sağlık Coğrafyası” konulu çalışmasında, bu ilde yaygın olarak görülen hastalık türleri, bunların coğrafi çevre ile olan ilişkisi üzerinde durmuş. Gümüşhane’nin çevresine vermiş olduğu sağlık hizmetleri ve çevre illerden

aldığı sağık hizmetleri ile ildeki sağık kuruluşları ve personelin sayısı, durumu, sağık sorunları ve bunlara yönelik çözüm önerilerini ele almıştır. (Karakuzulu, 2002)

M. Kirami Ölgen’ nin; Dr.Eren Akçiçek'e Armağan isimli eserde ele aldığı “Tıbbi Coğrafya: Tanımı, İçeriğı ve coğrafi Teknolojilerle İlişkisi” başlıklı bölümü coğrafya alanında tıbbi coğrafyanın gelişimine değinmiştir. Ayrıca tıbbi coğrafyanın tarihsel gelişimine, tanımı ve çalışma alanlarına ve coğrafi bilgi sistemlerinin tıbbi coğrafya alanındaki analizlerde kullanılmasına değinmiştir (Ölgen, 2010).

Editörlüğünü Tim Brown, Sara McLafferty ve Graham Moon’un yaptığı “A Companion to Health and Medical Geography” kitabı dünyadaki birçok üniversitedeki sağık, coğrafya, tıbbi coğrafya bilim dallarında çalışma yapmakta olan akademisyenler tarafından yazılmış bir eserdir. Sağık coğrafyası ve tıbbi coğrafya alanları ile ilgili birçok farklı görüş ve tartışmayı ele alan eser çok geniş bir çerçevede konuyu ele almıştır (Brown, McLafferty, & Moon, 2010).

En son çalışmalardan birisi olan Ramazan Özey’in “Sağık Coğrafyası” adını verdiği kitabında, beşeri coğrafyanın içinde bir bilim dalı olan sağık coğrafyası detaylı olarak ele almıştır. Özey (2015); insanın sağığı ile yakından ilgili olan sağık coğrafyasını tıbbi coğrafya ve medikal coğrafya ile olan farklılıklarına değinmiştir. Eserde genellikle hastalıklar ve dağılışındaki coğrafi etkiler ele alınmıştır. Sağık coğrafyası alanında yazılan nitelikli eserler arasında yer alan eser tezin her aşamasında ışık tutmuştur (Özey, 2015).

Yapılan tüm çalışmalar ışığında günümüzde hastalıkların ortaya çıkışında; çeşitli çevre koşullarının rol oynadığı bilinmektedir. Coğrafi çevre koşullarının insan sağığı üzerindeki olumlu ve olumsuz etkilerini ve bu coğrafi koşulların etkisi ile meydana gelen hastalıkları ve dünya üzerindeki dağılımlarını inceleyen Tıbbî Coğrafya, sosyal bilimlerin tıp bilimine katkısı sonucu ortaya çıkan yeni bilim dallarından biri olarak karşımıza çıkmaktadır.

BÖLÜM 1: SAĞLIK HİZMETLERİ VE İLGİLİ KAVRAMLAR

1.1 Sağlık Kavramı

Sağlık, bir toplumda yaşamını sürdüren tüm bireylerin tamamını yakından ilgilendiren, hayati öneme sahip ve çok yönlü bir politika alanı ve en temel insan haklarından birisi olmasına rağmen ortak kabul görmüş bir tanıma sahip değildir (Yenimahalleli Yaşar, Göksel , & Birler, 2015). Kişiden kişiye değişiklik gösterebildiği gibi toplumsal, bölgesel olarak da farklılık göstermektedir. Birçok tanımı olan sağlık kavramının ilk tanımlarından birisi “hasta olmayan insan sağlıktır” şeklinde kapsamı dar bir tanım olduğunu görmekteyiz (Tekin, 2007, s. 22). Bu tanımdan yola çıkarak sağlık kavramı, hastalığın olmayışı şeklinde tanımlanmıştır. Fakat sağlığı; hastalığın olmayışı şeklinde tanımlamak yeterli olmamaktadır (Aktur, 2006, s. 17).

1900’lü yılların başından itibaren birçok farklı bilim dalı sağlık ve hastalık kavramlarının tanımları üstünde çalışmalar yapmıştır. Bu çalışmalardaki tanımların bazılarında fiziksel ve biyolojik açıdan bakılırken, bazılarında da psikolojik veya sosyal açıdan bakış açıları olduğu görülmektedir (Tekin, 2007, s. 22). Bugün Dünya Sağlık Örgütü’nün yapmış olduğu tanım en kapsamlı ve en çok kabul gören sağlık tanımıdır. (Tengilimoğlu, Işık, & Akbolat, 2014, s. 69). DSÖ sağlık kavramını, “yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlar. Ayrıca; sağlık birçok boyuta sahip olduğunu (anatomik, fizyolojik ve zihinsel) ve büyük ölçüde kültürel olarak tanımlanabileceğini vurgulamıştır” (World Health Organization, 2004, s. 28).

Uz 2001; DSÖ’nün tanımı da birçok yönden eleştirmektedir. Uz’a göre; insanların sağlıklı olması için hangi ölçütlere sahip olması gerektiği ve tam bir iyilik halinde olmalarının koşullarının neler olduğu tartışmaya açık söylemlerdir. DSÖ’nün tanımına göre; insanların sağlıklı olma durumu bu şekilde belirlemek mümkün olmayacaktır (Uz, 2001). Ayrıca bu tanımın kapsamına bakıldığında hem ruhsal, hem fiziksel hem de sosyal yönden tam bir iyilik haline sahip olan bireylerin sağlıklı olabileceği sonucu çıkılıyor.

Dunn, sağlık ve iyilik halinin aynı olmadığını belirtir. Sağlıklı olma insanın çevresine uyumunun pasif bir durumu iken, iyi olam hali bireyin sahip olduğu potansiyeli tam olarak kullanmasına yönelik dinamik bir gelişimi ifade eder. Bireyin doğası ve çevresi değiştikçe iyilik hali de sürekli değişen bir durum özelliği gösterir (Dunn, 1959, s. 787).

Besson'a göre ise sağlık, bireyin sadece kendisi ile değil çevresi ile de etkileşimini kapsamaktadır. İç dengenin korunması, bireyin sağlığını tehlike altına sokan çevresel etkenlerin engellenmesi, savunma mekanizmalarının güçlendirilmesi ile korunabilir (Ay-Akça, 2008, s. 39).

Rene Dubos sağlığı 'işlevsel olma yeteneği' olarak tanımlamaktadır. Bireyin yeterli düzeyde işlevsel olabilecek kadar sağlıklı olduğu düşüncesinden yola çıkılmaktadır. Eğer bireyin sağlığı yerindeyse pek çok etkinliğe katılabilir. Fakat hasta, sakat vb. bir sıkıntıda ise bireyin günlük yaşantısının bile normal döngüsü kısıtlanabilir ve sağlıklı olabilmek için çaba harcamak zorunda kaldığından diğer işlevsellik alanları ikincil derece önemlilik durumuna düşebilir (Saltık, 2012).

Çeşitli bakış açılarına göre sağlık kavramı aşağıdaki şekilde de ifade edilebilir;

- Sübjektif açıdan sağlığı, belli bir zamanda kişinin kendini enerjik, canlı ve sağlıklı hissetmesi;
- Objektif açıdan sağlığı, fiziki muayene ve laboratuvar sonuçları doğrultusunda bir bozukluk, yetersizlik ve hastalığının olmaması;
- Fonksiyonel açıdan sağlığı, kişinin toplumsal yaşam içerisindeki rol ve sorumluluklarını bağımsız bir şekilde yerine getirebilmesi;
- Ruhsal açıdan sağlığı, kişinin iç ve dış çevresini gerçekçi biçimde algılaması ve değerlendirmesi ve duygu, düşünce ve davranışlarını kontrol edebilmesi;
- Sosyal yönden sağlığı, kişinin aile, meslek, gelir, statü, sosyal destek, yaşadığı sosyal ve kültürel çevre ve yaşam tarzının sağlıklı bir yaşam için gereken nitelikte olması;
- Psikolojik yönden sağlığı, kişinin sosyal şartlara ilişkin olumlu algılara sahip olması, en iyi sağlık düzeyini sürdürmesi için gerekli sağlığı koruyucu ve geliştirici alışkanlıklar kazanarak iyilik halini artırma yöneliminde olmasıdır (Bolsoy & Sevil, 2006, s. 79-81).

1.2 Sağlık Hizmetleri Kavramı

Bir ülkenin gelişmişlik düzeyinin en belirgin özelliklerinden birisi de sağlık hizmetlerinin yeterliliğidir. DSÖ sağlık hizmetlerini; sağlığı geliştirme, koruma, izleme veya iyileştirme amacıyla sağlık hizmeti sunucuları tarafından bireylere veya toplumlara verilen hizmetlerin bütünü olarak tanımlamaktadır (World Health Organization, 2004, s. 28). Ayrıca Ateş (2013); sağlık hizmetlerinin toplumda yaşayan tüm bireyler tarafından ulaşılabilir, ihtiyaç olunan yerde ve ölçüde ve sağlanabilen en üst düzeyde ve en nitelikli hizmetin görülebilir olmasını hedeflemesi gerekmekte olduğunu vurgulamıştır (Ateş, 2013, s. 47).

Sağlık hizmetleri kavramı birçok şekilde tanımlanmış olsa da yapılan tanımlar sağlık hizmetlerinin halkın tümüne veya hastalar, yaşlılar, çocuklar, özürlüler gibi çeşitli toplum kesimlerine yönelik hizmetler olduğunu vurgular (Görmüş, 2013, s. 25).

Sağlık hizmetleri; insan ve toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi için sağlık personeli tarafından verilen koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmetler olarak tanımlanmaktadır (<http://www.sabem.saglik.gov.tr>, 2016).

Pala (2008)'nın sağlık hizmetleri tanımı ise “sağlığı korumak ve geliştirmek; hastalıkların oluşumunu önlemenin yanı sıra olanakların elverdiği en erken dönemde hastalıklara tanı koyarak tedavi etmektir. Sağlık hizmetleri; sakatlıkları önlemek, sakatlanan kişilere tıbbi ve sosyal esenlendirici hizmetleri verebilmenin yanı sıra insanın ve toplumun nitelikli, mutlu ve uzun bir yaşam sürmesi için sunulan hizmetlerdir” (Pala K. , 2008, s. 118).

Bir başka tanımda ise, sağlık hizmetleri; bireylerin sağlığının korunması, tanı konulması, tedavi ve bakım için kişisel ve kurumsal olarak kamu veya özel şahısların vermiş olduğu hizmetlerdir (Odabaşı, 2001, s. 25). Bu tanımdan yola çıkarak sağlık hizmetlerinin faaliyetlerinin iki ana başlıkta toplanmakta olduğunu söyleyebiliriz. Birincisi kişilerin sağlığının korunması, ikincisi ise teşhis, tedavi ve bakımındır.

Ayrıca yine Odabaşı'nın (2001) tanımında değindiği gibi, sağlık hizmetleri kamu ya da özel sektörün sunmuş olduğu hizmetlerdendir. Değişim sürecinin kar amacı gütmemesi

veya gütmemesi belirleyici değildir. Asıl önemli olan, hizmet aracılığıyla doyuma ulaşılmalıdır ki bu da sağlık hizmetlerinin ana amaçlarından birisidir (Tengilimoğlu, Işık, & Akbolat, 2014, s. 73). Fakat sağlık hizmetlerinin, devlet tarafından değil de özel şahıslarca yürütülmesi halkın büyük bir kesiminin sağlık hizmetlerine erişimini sınırlandırmaktadır. Kar amacı güderek sağlık hizmeti sunanlar, halkın temel sağlık ihtiyaçlarını değil küresel sağlık gereksinimlerini gerçekleştirmektedirler (Yıldız, 2008, s. 32).

Sağlık hizmetlerinin kendine özgü özellikleri vardır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda bu özellikler göz önünde bulundurulmalıdır. Diğer hizmet türlerine göre farklılık gösteren yönleri mevcuttur. Sağlık hizmetlerinin tüketimi rastlantısalıdır (Tengilimoğlu, Işık, & Akbolat, 2014, s. 75). Yani hangi kişinin, hangi hastalığa ne zaman yakalanacağı önceden bilinemez. Ayrıca sağlık hizmetlerinin yerine başka bir hizmet konulamaz, yani ikamesi yoktur. Kendisine önerilen tedavi hizmetini hasta almak zorundadır. Bir diğer özelliği ise sağlık hizmeti ertelenemez. Parasal alanı daha az olan bir hizmet alanı ile değiştirilemez (Ayaz, 2010, s. 11).

Sağlık hizmetlerinin toplumsal alanda etkili olabilmesi, bir diğer ifadeyle bireyin sağlığında istenilen değişiklikleri oluşturabilmesi için bir takım özelliklere sahip olması gerekir. Bu özellikler ise kolay kullanılabilirlik, süreklilik, kalite ve verimlilik (Ersoy & Kavuncubaşı, 2000, s. 63).

Sağlık hizmetlerinin diğer bir özelliği de hata kabul edememesi ve belirsizliklere izin vermemesidir. Bu hizmetlerde yapılacak herhangi bir hata direkt hastanın hayatını kaybetmesine sebep olabilir. Sağlık hizmeti sunumunda garanti söz konusu değildir. Olabilecek en küçük bir uygulama hatası dahi hastada hayati tehlikeye sebep olabilir (Tengilimoğlu, Işık, & Akbolat, 2014, s. 78).

Belek (2009) ise; sağlık hizmetlerini bazı temel özellikleri ile diğer sektörlerden ayrı tutmaktadır. Sağlık hizmetlerinin özelliklerini farklı bir bakış açısı ile değerlendiren Belek; sağlık hizmetlerinde ürünün hizmet olduğunu konusunda vurgu yapmaktadır (Belek, 2009, s. 74).

Sağlık hizmetlerinin bir hizmet üretimi olması ve ihtiyaç duyulan ancak üretilip tüketilen bir faaliyet olması onu diğer üretim ve hizmet sektörlerinden ayıran temel özelliklerindendir (Ayaz, 2010, s. 10).

1.3 Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri kavramı toplumsal bir algı ile ilk olarak tedavi edici hizmetler olarak düşünülmektedir. Fakat daha önce de değinildiği gibi sağlık hizmetleri sadece tedavi etmek amacı ile değil, sağlığı korumayı, rehabilite etmeyi ve geliştirmeyi de kapsamaktadır. Sağlık hizmetlerinin bu amacı kapsamında farklı sınıflara ayrıldığını görmekteyiz. Çalışmada sağlık hizmeti veren kurum ve işletmelerin değişim ve dağılışına değineceğimizden dolayı, sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması önem arz etmektedir.

DSÖ Dünya Sağlık Raporuna göre; sağlık sisteminin temel amacı insanların ve toplumun sağlıklı olmasını sağlamaktır (Görmüş, 2013, s. 22). Sağlık sisteminin fonksiyonlarından birisi olan sağlık hizmeti toplumun değişen sağlık ihtiyaçlarını karşılamalı ve sağlığı bozacak faktörleri engellemelidir (World Health Organization, 2000, s. 7).

Sağlık hizmetleri sunumu, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri olarak üçe ayrılır (Tengilimoğlu, Işık, & Akbolat, 2014, s. 79).

1.3.1 Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalık veya sakatlık meydana gelmeden, bu olasılıklar göz önünde bulundurularak sunulan sağlık hizmetidir. Bu sebepten dolayı koruyucu sağlık hizmetleri devlet tarafından verilmektedir.

2005 yılında yayınlanan “Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge” de değinildiği gibi; koruyucu sağlık hizmetleri, bireyleri hastalanmaktan, yaralanmaktan, sakat kalmaktan ve erken ölümden koruma amacı ile verilen hizmetlerdir (Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, 2005).

Sağlık hizmetleri kapsamında sözü edilen çevre doğal ve sosyal çevrenin bir arada ele alınmasını olup sadece fiziki çevreyi ifade etmez. Doğal çevreye önemli olsa da bu önem sosyo-ekolojik bütünlüğün kapsamındadır. Çevre kirliliği ve sorunlarının bir sosyal çevre ürünü olduğu bilinmekte ve kabul edilmektedir (Aktan & Işık, 2007).

Koruyucu sağlık hizmetleri birincil basamak olarak da bilinen sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. “Sağlık hizmetlerinin ilk basamağı olan koruyucu sağlık hizmetleri, kişiyi çevresi ile uyumlu hale getirmek için verilen *çevreye yönelik sağlık hizmetleri* ve bireyin sağlığını korumak ve geliştirmek için doğrudan bireye yönelik yapılan *kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri* olarak ikiye ayrılır” (Ateş, Sağlık Hizmetleri Yönetimi , 2011, s. 1).

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; ekonomik, sosyolojik, biyolojik ve fiziksel çevre koşullarının insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması için gerçekleştirilen tüm çalışmaları kapsamaktadır. Çevre sağlığı hizmetleri; su kaynaklarının temini ve denetimi, katı atıkların denetimi, zararlı canlılar ile mücadele, hava kirliliği denetimi, gürültü kirliliği denetimi, radyolojik zararlıların denetimi ve iş sağlığı şeklinde sıralanabilir (Kavuncubaşı & Yıldırım, 2012, s. 36). Hizmet alanından da anlaşılabacağı gibi çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık sektörü çalışanlarından daha çok, bu konularda eğitim almış olan mühendisi kimyager, veteriner, teknisyen ve benzeri meslek gruplarını ilgilendirmektedir (Tengilimoğlu, Işık, & Akbolat, 2014, s. 81)

Koruyucu sağlık hizmetlerinden ikincisi olan kişiyeye yönelik sağlık hizmetleri ise, hekim, hemşire gibi sağlık meslek gruplarının ve sağlık sektörünün yürüttüğü hizmetlerdir (Kavuncubaşı & Yıldırım, 2012, s. 37). Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; “bireyleri, dolayısıyla toplumu hastalık oluşturan faktörlere karşı dirençli ve güçlü kılmayı, hastalandıklarında ise en erken dönemde hastalığa tanı koyularak, yıkımsız veya en az yıkımla tedavi etmeyi amaçlayan hizmetlerdir. (Tengilimoğlu, Işık, & Akbolat, 2014, s. 81). Bu hizmetler; erken tanı ve uygun tedavi, aşı uygulaması, ilaçla koruma, beslenmenin koşullarının iyileştirilmesi, sağlık eğitimi, ana-çocuk sağlığı

ve aile planlaması, bireysel hijyen gibi kişileri ve dolayısıyla toplumu etkileyen hizmetlerdir.

Koruyucu sağlık hizmeti sunan kuruluşların zamansal ve mekânsal dağılışına ve değişimine yönelik verilerin detaylı analizi ilerleyen bölümlerde incelenmiştir. “Türkiye’de koruyucu sağlık hizmeti sunan bazı kurumların örnek olarak; sağlık ocağı, sağlık evi, işyeri reviri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, dispanser, laboratuvarlar, çevre sağlığı birimleri ve bağımsız kuruluşlar verilebilir” (Kavuncubaşı & Yıldırım, 2012, s. 38).

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında; koruyucu sağlık hizmeti kurumları 2006 yılından itibaren Aile Hekimliği bünyesinde toplanmıştır (Ateş, Sağlık Hizmetleri Yönetimi , 2011, s. 9).

1.3.2 Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

En genel tanımıyla tedavi edici sağlık hizmetleri, “hasta kişilerin, tekrar sağlıklarının düzelmesi amacıyla verilen sağlık hizmetidir” (Kavuncubaşı & Yıldırım, 2012, s. 38).

Bir diğer tanım ise; “hastalık, kaza ve yaralanmaya maruz kalan bireylerin tanısı, tedavisi, vücut arazlarının azaltılması ve ölümünün önlenmesi için, hekimlik yöntemleri ve uygun teknolojiler kullanılarak yapılan sağlık hizmetleri tedavi edici sağlık hizmetleridir” (Ateş, 2012, s. 12).

“Tedavi hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmetlerinden temel farkı tamamen bireye yönelik olarak sunulmasıdır. Koruyucu sağlık hizmetleri olarak bakıldığı zaman yalnızca sağlık kuruluşuna yatırılarak tedavisinin yapılması toplumun diğer üyelerine bulaşıcı hastalıkların bulaşmasına engel olabilmektedir” (Tengilimoğlu, Işık, & Akbolat, 2014, s. 82). Görüldüğü üzere tedavi edici sağlık hizmetleri hem koruyucu sağlık hizmetlerini destekleyen hem de koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersizliğinden kaynaklanan sağlık hizmetlerini sunmak için düzenlenmiş hizmetlerdir (Hayran & Sur, 1998, s. 19).

Tedavi edici sağlık hizmetleri kendi içinde üç gruba ayrılır. (Tengilimoğlu, Işık, & Akbolat, 2014).

- Birinci basamak tedavi hizmetleri
- İkinci basamak tedavi hizmetleri
- Üçüncü basamak tedavi hizmetleri

Ayrıca bu üç başlığı günü birlik tedavi hizmetleri ve yataklı tedavi hizmetleri olmak üzere iki başlık altında toplamak da mümkün (Kavuncubaşı & Yıldırım, 2012).

Birinci basamak tedavi hizmetleri, Bu hizmetler ilk başvuru ve ayakta tedavi hizmetini kapsar. Hastaların evde veya ayakta tanı ve tedavisinin düzenlendiği hizmetlerdir (Tengilimoğlu, Işık, & Akbolat, 2014). Bu aşamadaki hizmetler esas olarak yataksız sağlık kurulumlarında ve koruyucu sağlık hizmetleriyle bir arada verilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2005).

İkinci basamak tedavi hizmetleri, yataklı tedavi hizmetidir. Hastaların yataklı bir sağlık kuruluşunda yatırılarak teşhisi ve tedavisinin yapıldığı hizmetlerdir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2005). Yoğun tıbbi bilgi ve teknoloji gerektirmeyen hastalıkları kapsayan ikinci basamak tedavi hizmetlerini Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler ve yataklı sağlık merkezleri karşılamaktadır (Tengilimoğlu, Işık, & Akbolat, 2014).

Tedavi edici hizmetlerinden sonuncusu ve kapsamlısı olan üçüncü basamak tedavi hizmetleri, üst düzeyde uzmanlaşma ve ileri teknoloji kullanılan merkezleri kapsamaktadır. Bir başka deyişle, üniversite hastaneleri ve eğitim hastaneleri tarafından verilen, ileri tetkik ve özel tedaviye ihtiyaç duyulan hastalıklar için düzenlenmiş olan, yüksek bilgi ve teknolojik donanıma sahip olan sağlık hizmetleridir (Kısa, 2002, s. 33).

1.3.3 Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilite edici sağlık hizmetlerini; bireyin hastalık ve kaza sonrasında kaybettiği bedensel ve zihinsel becerilerini tedavi ederek tekrar sağlığına kavuşmasını sağlayan hizmetlerdir (Kavuncubaşı & Yıldırım, 2012, s. 39). Rehabilitasyon hizmetleri koordinasyonlu ve bütüncül bir yaklaşımla tıbbi, sosyal eğitsel ve mesleki faaliyetler vasıtasıyla kaza ve hastalıktan dolayı sakatlanan bireylerin olabildiğince hızlı bir şekilde işlevsel becerilerini yeniden kazandırmayı amaçlamaktadır (Tengilimoğlu, Işık, & Akbolat, 2014).

Hastanın geçirmiş olduğu hastalık veya kazalara bağlı olarak işgücünü kısmen veya tamamen kaybetmesine göre iki farklı Rehabilite edici sağlık hizmeti verilmektedir. Tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olarak ikiye ayrılan rehabilite edici sağlık hizmetleri, hem yataklık rehabilitasyon merkezleri tarafından, hem de hemşirelik bakım merkezleri ve evde bakım merkezleri tarafından hizmet vermektedir (Ateş, 2012).

Tıbbi rehabilitasyon, bedensel kalıcı bozukluk veya sakatlıkların tedavi edilmesi ile yaşam kalitesini artırma amacıyla verilen hizmetlerdir” (Tengilimoğlu, Işık, & Akbolat, 2014, s. 83). Protez, gözlük, işitme cihazları, koltuk değneği vb. hataların en aza indirilmesi bazı hizmetlerine örnekti (Kavuncubaşı & Yıldırım, 2012). “Tıbbi rehabilitasyon kuruluşlarına örnek olarak; ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri ile fizik tedavi hastaneleri gösterilebilir (Ateş, 2012, s. 12).

Hayran (1997); sakatlığı ve özürlü olan bireylerin günlük yaşamlarını aktif olarak yürütebilmesi başkalarına mecbur kalmadan hayatını sürdürmesi amacı ile yapılan, işe uyum sağlama, yeni iş bulma ya da öğretme çalışmalarını kapsayan hizmetlerin tümünü sosyal rehabilitasyon hizmetlerinin kapsadığını belirtmiştir (Hayran O. , 1997). Bir başka deyişle sosyal rehabilitasyon, eski işinde çalışamayacak sakatlık ve özürlü olan bireylerin yeni iş öğrenme ve beceriler kazanmasına olanak sağlamaktadır (Ateş, 2013, s. 12).

BÖLÜM 2: TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ

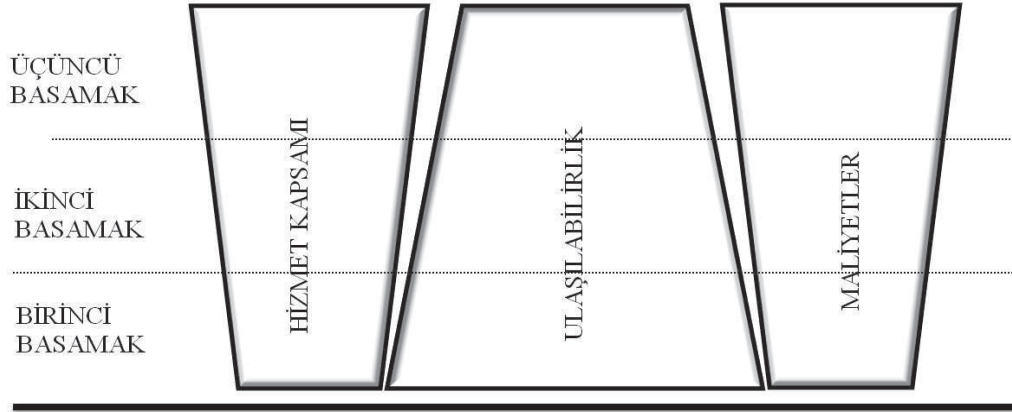
2.1 Türkiye’deki Sağlık Hizmeti Veren Kurumlar

Sağlık hizmetleri temel amaçları ve kapsamları bakımından farklılık göstermektedir. Verilen hizmet çeşitliliği ve kullanılan bilgi ve teknolojiye göre sağlık hizmetleri, hizmet kapsamı bakımından üç düzeye ayrılır (Şekil 2). Bunlar;

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Tedavi hizmetlerinden daha çok koruyucu sağlık hizmetlerini içermektedir.

İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Uzman hekim ve sağlık personeli (hemşire, eczacı, psikolog vb.) bulunan hastaneler tarafından verilen tedavi amaçlı hizmetleri içermektedir.

Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri Eğitim ve Araştırma hastaneleri veya Bölge hastaneleri tarafından verilen hizmetleri kapsar (Kavuncubaşı & Yıldırım, 2012, s. 46-47).



Şekil 2: Birinci, İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Kaynak: Prof. Dr. Şahin Kavunbaşı ve Doç. Dr. Selami Yıldırım, “Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi”, Siyasal Kitapevi, Ankara, 2015.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hizmet kapsamı dar, ulaşılabilirlik seviyesi yüksek ve maliyetler düşüktür. Bu bağlamda birinci basamak sağlık hizmetleri, halkın sağlık hizmeti almak için başvurduğu ilk kurumlardır (Şekil 2). Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlar; sağlık evleri, sağlık ocakları, anne çocuk sağlığı ve aile

planlaması merkezi (AÇSAP), verem savaş dispanserleri ve toplum sağığı merkezleridir. Ayrıca 2010 yılından sonra aile hekimliğı ve aile sağığı merkezleri de birinci basamak sağığı hizmetleri kapsamına girmiştir (Kavuncubaşı & Yıldırım, 2012, s. 41). Birinci basamak sağığı hizmetleri, hasta bireylerin evde ve ayakta tedavileridir. Bu hizmetler esas olarak yataksız sağığı kuruluşlarında ve koruyucu hizmetler ile bir arada verilir (T.C. Sağığı Bakanlığı, 2010).

❖ **AÇSAP:** Anne ve Çocuk Sağığı Planlama Merkezleri; sağığı hizmetlerine olan ihtiyaç bakımından toplumun öncelikli kesimi olarak kabul edilen kadın, anne ve çocukların sağığı düzeyini yükseltmeyi amaçlar. Bu amacını gerçekleştirmek için, diğere sağığı kuruluşlarıyla işbirliğı yapar. Üreme sağığı hizmetleri içinde koruyucu sağığı hizmetleri, aile planlaması hizmetleri, anne ve çocuk sağığı hizmetleri ilkelerine uygun olarak hizmet verir. (T.C. Sağığı Bakanlığı, 2010).

❖ **Sağığı Ocağı:** Yaşayan kişilerin bulunduğu bir coğrafi birimde sağığı hizmetlerinin verildiğı tıbbi ve sosyal bir kamu kurumudur. İdeal olarak, 5-10.000 nüfusa bir sağığı ocağı kurulması gerekirken; köy, ilçe, il ve büyükşehirler gibi farklı ölçeklerdeki yerleşim birimlerinde kurulan sağığı ocaklarının hizmet götüreceğı nüfus miktarı, hizmeti sunmanın güçlüğü veya kolaylığı dikkate alınarak farklılık göstermektedir. (T.C. Sağığı Bakanlığı, 2010).

❖ **Sağığı Evi:** Sağığı Bakanlığı'nın planlama kıstaslarına göre kırsal bölgelerde coğrafi ve ulaşım özellikleri göz önüne alınarak her 1.500 nüfus için bir sağığı evi yapılması gerekmektedir. Sağığı evleri, sağığı ocağına bağılı olarak çalışan sağığı hizmeti veren kuruluşlardır. Ayrıca sağığı ocağı ve diğere kamu ve özel kuruluşlar ile işbirliğı yaparak halka sosyal yardım yapılmasına öncülük ederler ve toplumsal problemlerin çözülmesine yardımcı olurlar (Kavuncubaşı & Yıldırım, 2012, s. 47).

❖ **Verem Savaş Dispanserleri:** Tüberküloz hastalığının teşhisi, tedavisi ve takibinin yanı sıra aşı uygulaması hizmetlerini ücretsiz olarak sunan sağığı kuruluşlarıdır (T.C. Sağığı Bakanlığı, 2010).

❖ **Toplum Sağlığı Merkezi:** Belirlenmiş bölgelerinde yaşayan insanların sağlığını geliştirmeyi ve korumayı ön plana alır. Sağlık riskleri ve sorunlarını belirleyen, bu sorunları gidermek için planlama yapan ve bu planları uygulayan, uygulatan sağlık merkezleridir. Birinci basamak koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerini il sağlık müdürlüğünün sevk idaresinde organize eder. Bu hizmetlerin verimli şekilde sunulmasını için bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlar. (Tengilimoğlu, Işık, & Akbolat, 2014, s. 165).

❖ **Aile Hekimliği ve Aile Sağlığı Merkezleri:** Sağlık Bakanlığı 31 Aralık 2010 tarihinden itibaren tüm Türkiye’de aile hekimliği uygulamasına geçmiştir. Bu tarihten itibaren aile hekimliği yerine görev veren sağlık ocaklarının faaliyetleri sonlandırılmıştır (Tengilimoğlu, Işık, & Akbolat, 2014, s. 162). Aile Sağlığı Merkezi, aile hekimi ile aile sağlığı personeli tarafından aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşudur (Kavuncubaşı & Yıldırım, 2012, s. 54). Aile hekimi, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın kişilere, ailelere ve bir sağlık birimine bağlı nüfusa, kişisel ve sürekli birinci basamak sağlık bakımı sunan özgün uzmanlık eğitimi almış tıp doktorudur (Dikici, et al., 2007, s. 412). Aile hekimleri, İngiliz sağlık sisteminde hizmet veren genel pratisyen hekimlere benzer hizmet tanımına göre görev yapacak hekimler olarak hem koruyucu hekimlik hizmetini sürdüreceklere hem de sevk zinciri içinde vatandaşların ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine yönlendirilmesini ve takibini yapacaklardır (Tatar, Sağlık Politikası, 2003, s. 258).

İkinci basamak sağlık hizmetleri ise, birinci basamak sağlık hizmetlerine göre hizmet kapsamı daha geniş, ulaşılabilirlik seviyesi daha düşük ve maliyetleri daha yüksektir (Şekil 2). Birinci basamak sağlık hizmetleri tarafından tedavi edilemeyen hastalıkların tedavisi, ikinci basamak sağlık kurumlarında gerçekleştirilmektedir. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde hastaların bir yataklı sağlık kuruluşunda yatırılarak sağlık hizmetinden faydalanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010). Türkiye’de ikinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlar; devlet hastaneleri, SSK hastaneleri, diğer resmi kurum hastaneleri, özel hastaneler, özel dal merkezleri, özel tıp merkezleridir (Tengilimoğlu, Işık, & Akbolat, 2014, s. 169).

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri; tedavi amacı ön plandadır. Bu sağlık hizmetlerinde; hizmet kapsamı geniş, ulaşılabilirliği az ve maliyetleri çok yüksektir (Şekil 2). Üçüncü basamak sağlık hizmeti veren sağlık kurumları, diğer sağlık hizmetleri basamaklarında verilemeyecek, daha kapsamlı ve donanımlı teknolojik olanaklar gerektiren hizmetleri sunar. Belirli bir yaş grubuna, cinsiyete veya belli bir hastalığa yakalanan kişilere, o konuda en geniş imkânlara sahip yataklı sağlık kurumlarında verilen sağlık hizmetidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010). Türkiye’de üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kurumlar; özel dal hastaneleri, eğitim araştırma hastaneleri ve üniversite hastaneleridir (Kavuncubaşı & Yıldırım, 2012, s. 41).

❖ **Hastane:** DSÖ, hastaneleri, “gözlem, teşhis, tedavi ve iyileştirici sağlık hizmeti veren, hastaların uzun veya kısa bir süre tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar” olarak tanımlar (World Health Organization, 2000). Hastanelerde en az 50 yataklı bulunur. Sahip olduğu işlevlere göre üç gruba ayrılırlar:

- Genel Hastaneler: Yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin her türlü acil vakanın ve bulunan uzmanlık dalları ile ilgili hastaların kabul edildiği, muayene ve tedavilerinin yapıldığı yataklı kurumlardır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010). Devlet hastaneleri, özel hastaneler, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) hastaneleri, Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (Bağ-Kur) hastaneleri örnek olarak verilebilir (Tengilimoğlu, Işık, & Akbolat, 2014).
- Özel Dal Hastaneleri: Belirli bir yaş ve cinsiyet grubu hastalar ile belirli bir hastalığa tutulanların yahut bir organ veya organ grubu hastalarının gözlem, muayene, tanı ve tedavi edildikleri yataklı kurumlardır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010). Başlıca özel dal hastaneleri ise çocuk hastalıkları hastanesi, doğum ve çocuk bakım evi, göğüs hastalıkları hastanesi, göğüs kalp ve damar cerrahi merkezi, ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi, kemik hastalıkları hastanesi, fizik tedavi ve rehabilitasyon hastanesi, onkoloji hastanesi, zührevi hastalıklar hastanesi, lepra (cüzam) hastanesi, acil yardım ve travmatoloji hastanesi ve diş hastaneleridir.

- Eğitim ve Araştırma Hastaneleri: Araştırmanın yanı sıra eğitim ve öğretim yapılan hastanelerdir. Bu hastanelerde uzman ve ileri dal uzmanları yetiştirilen genel ve özel dal yataklı tedavi kurumları ile rehabilitasyon merkezleridir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010). Sağlık araştırma ve uygulama merkezi, üniversite araştırma ve uygulama hastanesi örnek olarak verilebilir (Kapıcıoğlu, 2011).

2.2 Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi ve Sağlık Politikaları

Türkiye’de sağlık politikaları alanında yapılan araştırmalar sağlık politikalarını birbirinden farklı bölümlere ayırarak incelemeye çalışmışlardır. Bunlardan bazıları siyasi dönemlere göre bazıları gelişmişlik kriterine göre bazıları da çok daha farklı dayanak noktalarına göre sağlık politikalarını ortaya koymuştur. Biz çalışmamızda Sağlık Bakanlığı’nın dönemselliğini temel alarak ülkemizdeki sağlık politikalarını aktarmaya çalışacağız.

2.2.1 1920-1923 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Osmanlı İmparatorluğu’nda sağlık teşkilatı kurma çabaları 19. Yüzyılın ikinci yarısında başlamıştır. Bu dönemde merkezden taşraya doğru bir sağlık hizmeti sunmak hedeflenmiştir. Sağlık personeli yetersizliği bu konuda olumlu bir ilerleyiş sergilenememesine sebep olmuştur. Bu sebeple, 1871 tarihinde “*İdare-i Umumiyyet Tıbbiye Nizamnamesini*” yayımlamış ve halka hizmet amacı güden bazı örgütlerin kurulmasını sağlanmıştır. “*Memleket Tabipleri*” adlı bir örgüt kuran ve ülkenin ihtiyacı olan kesimlerine hekim gönderme hakkına sahip olan devlet, bunun yanı sıra “*Tabip Muavini*” makamını da oluşturarak memleket tabiplerinin yanına birer yardımcı almalarını sağlamıştır. Bu düzenleme 1912 tarihine kadar devam etmiş olup “*Vilayet-i İdare-i Sıhhiye Nizamnamesinin*” yayımlanması ile değişmiştir. Yeni nizamnameye göre memleket tabibi makamı kaldırılmış yerine “Hükümet Tabibi” adıyla yeni bir birim oluşturulmuştur (T.C.Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1973, s. 54-57).

Osmanlı döneminde sağlık hizmetlerinin teşkilatlanması yönünde atılan adımlardan bir diğeri olan Sivil Tıp Okulunun kurulması, sağlık personeli sıkıntısını çözmek amaçlıdır. Yine de bu dönemde yeterli ilerlemeler kaydedilememiş ve Cumhuriyet dönemine kadar istenilen ölçüde gelişmemiştir (Aydın, 2004).

“Türkiye Büyük Millet Meclisinin açılışını müteakiben 2 Mayıs 1920 tarihinde 3 sayılı kanun ile kurulan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (*Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti*), toplumun sağlık durumunu iyileştirme sorumluluğunu üstlenen, sağlık hizmeti sunan ve politika üretmekten sorumlu kurumdur” (Tengilimoğlu, Işık, & Akbolat, 2014, s. 129). “Cumhuriyet’in kuruluşundan önce kurulan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Mustafa Kemal Atatürk’ün insan sağlığına vermiş olduğu önemi göstermektedir” (Aydın, 2002, s. 184).

TBMM’nin İlk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar’dır. Bu dönemde sağlıkla ilgili düzenli bir veri kayıt imkânı olmamış daha çok savaşların yarattığı tahribatın giderilmesine ve mevzuat geliştirmeye odaklanılmıştır (T.C.Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1973). “Sağlık Bakanlığı, ilk görev olarak; sağlık hizmetlerinde öncelik saptamak, sağlık kazanımlarını arttırmak ve kaynakların dağılımını seçilen ölçütlere göre gerçekleştirmek amaçlanarak hizmetler belirlenmiştir” (Devlet Planlama Teşkilatı, 2001, s. 13).

2.2.2 1923-1946 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Cumhuriyetin ilanı sonrası ilk Sağlık Bakanı olan Dr. Refik Saydam 14 yıl süren bakanlığı süresince, ilk sağlık politikalarını şekillendirmeye çalışmıştır. Türkiye’nin sağlık hizmetlerinin kuruluşunda ve gelişmesinde önemli katkılar sağlamıştır. Bu dönemde 2. Meşrutiyet Dönemi’nde benimsenen sağlık müdürlüğü-hükümet tabipliği örgütlenmesi temel kabul edilmiş, sağlık hizmetlerinin tüm ülkeye yayılması için çalışmalar yapılmıştır. Bu dönme toplumda yaygınlık gösteren *sıtma*, *frengi*, *trahom* vb. hastalıklarla savaş için gerekli olan kanunlar çıkartılmış ve her biri için özel sağlık teşkilatları kurulmuştur. Koruyucu hekimlik uygulamalarına öncelik tanıyan Saydam aslında hasta tedavi hizmetlerini geniş ölçüde bir hükümet görevi olarak görmemiş ve bu hizmetleri büyük ölçüde yerel yönetimlere bırakmıştır (Karabulut, 2007, s. 158).

Bu dönemde hekimlerle ilgili yasal düzenlemelerin yer aldığı, “1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun” (1928), “1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu” (1930) gibi kanunlar çıkarılmıştır” (Akdağ, 2009). Ayrıca tıp eğitimi gören öğrenciler için yatılı yurt yapılıp temel masrafları devlet tarafından karşılanmıştır. 1923’te tıp fakültesi mezunlarına mecburi hizmet uygulaması getirilmiştir. “Hekim dışı sağlık personeli yetiştirmeye yönelik olarak 1924’te İstanbul

ve Sivas'ta ilk sağlık memuru okulları ile İstanbul'da ebe okulu, 1925 yılında ise Kızılay tarafından hemşirelik okulu açılmıştır" (Öztürk, 1999, s. 38).

Tablo 1'de de görüldüğü gibi; 1923 yılında sağlık hizmeti sunan 86 yataklı tedavi kurumu 1323 sağlık hizmetleri personeli ve 6.437 hasta yatağı ile hizmet vermekte idi. Sağlık hizmetleri personeli; 554 hekim, 4 hemşire, 560 sağlık memuru ve 136 ebe 69 eczacıdan müteşekkildi (Yeginboy & Sayın, 2008). Sağlık Bakanlığı istatistiki yıllıkları incelendiğinde sağlık memuru statüsünde görev yapan personelin hemşirelik de yaptığı anlaşılmaktadır. 1923 yılında 4 adet görülen hemşire sayısı, eğitim vererek hemşire yetiştirme yetkisi olan hemşireleri kapsamaktadır.

Tablo 1
1923 Yılı Sağlık Hizmetleri Sayıları

Birim	1923
Yataklı Tedavi Kurumu	86
Hasta Yatağı	6.437
Hekim	554
Eczacı	69
Hemşire	4
Sağlık Memuru	560
Ebe	136

Refik Saydam döneminde yürütölen sağlık politikalarını dört başlık altında toplamak mümkün:

- 1- Sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanması ile yönetiminin tek elden yürütölmesi,
- 2- Koruyucu hekimliğin merkezi yönetime, tedavi edici hekimliğin ise yerel yönetimlere bırakılması,
- 3- Sağlık hizmetlerinde insan gücü ihtiyacını karşılamak için tıp faköltelerinin cazibesinin artırılması tıp faköltesi, mezunlarına mecburi hizmet uygulanması,
- 4- Bulaşıcı hastalıklar (Sıtma, frengi, trahom, verem, cüzzam) ile mücadele programlarının başlatılması (Sarı & Atılğan, 2012, s. 28).

Bu ilkeler ışığında; sağlık hizmetleri, “geniş bölgede tek amaçlı hizmet”/ “dikey örgütlenme” modeline göre yürütülmüştür. Yasal düzenlemelerle, koruyucu hekimlik kavramı geliştirilmiştir. Her ilçede en az bir hükümet tabibi olması hedeflenerek yerel yönetimler hastane açmaya teşvik edilmiştir. Nüfus miktarına göre 1924’te 150 ilçe merkezinde muayene ve tedavi evleri açılmış, 1936’da buna 20 ilçe merkezi daha eklenmiştir. Bu dönemde sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin maaşları artırılarak yeniden düzenlenirken serbest çalışmaları ise yasaklanmıştır. (Akdağ, 2009).

Örnek teşkil etmesi de amaçlanarak 1924’te Ankara, Diyarbakır, Erzurum, Sivas illerinde Numune Hastaneleri kurulmuş, 1936’da Haydarpaşa Numune Hastanesi açılmıştır. sonraki yıllarda Trabzon ve Adana Numune Hastaneleri faaliyete başlamış ve Numune Hastanesi sayısı 7’ ye çıkmıştır (Akdağ, 2009).

Ücret politikasının yanında özel idare ve belediyelerde çalışanlar dâhil tüm sağlık personelinin atama ve yükselmelerinin bakanlıkça yapılması ve bütçelerinin bakanlıkça hazırlanan yönetmeliğe göre düzenlenmesi için yasal düzenleme yapılmıştır ve böylelikle kamu sektöründe çalışan tüm sağlık personelinin yönetiminin tek elde toplanması sağlanmıştır.

Türkiye’de sıtma hastalığının zaman zaman büyük salgınlara dönüşmesi nedeniyle 1945 yılında "Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu" yürürlüğe girmiştir. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ise 1945 yılında kurulmuş ve zaman içerisinde bu kuruma bağlı hastaneler faaliyete geçmiştir (Sur, 1998, s. 229-270).

Ayrıca bu dönemi diğer dönemlerden ayıran en temel özellik yürürlüğe konulan sağlık yasaları olmuştur. Bu yasalar sayesinde devletin sağlık alanında ki sorumluluklarının çerçevesi belirlenmiştir (Karabulut, 2007, s. 154).

2.2.3 1947-1960 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Cumhuriyet döneminin ilk yazılı sağlık planı olan “*Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı*” 1946 tarihindeki Yüksek Sağlık Şûrasınca onaylanmıştır. Onaylanan bu plan Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından 12 Aralık 1946’da açıklanmıştır. Tüm sağlık hizmetlerini birbirine bağdaştırmayı ve yurt dışına açılmayı amaçlayan bu planla, sağlık hizmetlerinin tamamı merkezi hükümetin görev ve sorumluluğu haline getirilmiştir.

Yoğun bir çalışma sonucunda hazırlansa da bu plan kanunlaşmadan, Dr. Behçet Uz, Sağlık Bakanlığından ayrılmıştır (T.C.Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1973).

Bir yıldan fazla bir süre üzerinde çalışılan Milli Sağlık Planı kanun tasarısı haline getirilmiştir. Dr. Behçet Uz, Hasan Saka hükümetinde de (10.8.1947/10.6.1948) Sağlık Bakanı olunca tekrar gündeme getirilerek Bakanlar Kurulu ve TBMM'nin ilgili komisyonlarında görüşülüp kabul edilmiştir. Ancak meydana gelen hükümet değişikliği kanunlaşmasını engellemiştir. Milli Sağlık Planı ve Milli Sağlık Programı kanun haline getirilip tümüyle uygulanmasa da, Bu kanun tasarısının içerdiği fikirler sağlık yapılanmasını önemli derecede etkilemiştir. Bu nedenle esasında yerel yönetimlerin kontrolünde olan yataklı tedavi kurumları merkezi idare tarafından yönetilmeye başlanmıştır. Milli Sağlık Planı'nın köy ve köy ahalisini sağlık kuruluşlarına kavuşturma ilkesi gereğince, her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezi kurularak tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetleri bir arada verilmeye çalışılmıştır. Bu merkezlere planlanan miktarda sağlık hizmetleri personeli tayin edilmeye çalışılmıştır. Sağlık Merkezi sayısı 1945 yılında toplam 8 adet iken yeni açılanlar ile 1950 yılında 22'ye, 1955'de 181'e, 1960 yılında 283'e ulaşmıştır (T.C.Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1973).

Dr. Behçet Uz'un hazırlattığı ve açıkladığı “Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planının devamı özelliği gösteren “*Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler*” (8 Aralık 1954) ülkemizin sağlık planlamasının ve organizasyonun temel yapı taşı olmuştur” (T.C.Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1973, s. 5).

Türkiye Milli Sağlık Planında yedi sağlık bölgesine ayrılmış ve her bir sağlık bölgesinde bir tıp fakültesi kurulması hedeflenmiştir. Böylece hekim ve diğer sağlık personeli sayısının artırılması amaçlanıyordu (Ankara, Balıkesir, Erzurum, Diyarbakır, İzmir, Samsun, Seyhan). Daha sora hazırlanan Milli Sağlık Programı ise 16 sağlık bölgesi yapılanması öngörüyordu (Ankara, Antalya, Bursa, Diyarbakır, Elazığ, Erzurum, Eskişehir, İstanbul, İzmir, Konya, Sakarya, Samsun, Seyhan, Sivas, Trabzon, Van) (Sarı & Atılgan, 2012).

Ülkemizde 1952 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde Ana Çocuk Sağlığı Şube Müdürlüğü kurulmuştur. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gibi uluslararası kurumlardan yardım alınarak, Ankara’ da 1953’ te bir *Ana ve Çocuk Sağlığı Tekâmül Merkezi* hizmete açılmıştır. Ülkemizde çocuk ölümleri ve enfeksiyonlara bağlı ölümlerin yoğunluğu nedeniyle, nüfusu artırmayı hedefleyen politikalar uygulanmıştır. Bu çerçevede sağlık merkezleri, doğumevleri ve enfeksiyon hastalıklarına yönelik sağlık kurumları artırılmış ve sağlık hizmetleri veren insan kaynaklarını geliştirmeyi konu edinen çalışmalar yapılmıştır (www.saglik.gov.tr).

Sağlık hizmetlerinde insan kaynakları problemini çözebilmek için tıp fakülteleri kurularak öğrenci alınmaya başlanmıştır. Bu amaçla İstanbul ve Ankara Üniversitelerinde kurulan tıp fakültelerini Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi izlemiştir. 1950 - 1960 yılları arasını kapsayan 10 yıllık dönemde hekim sayısı 3.020’den 8.214’e, hemşire sayısı 721’den 1658’e, ebe sayısı da 1.285’ten 3.219’a yükseltilmiştir. Böylece sağlık hizmeti personeli sayısında 10 yıl içinde % 100 geçen bir artış sağlanmıştır (T.C.Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1973). Aynı yılları kapsayan TÜİK verileri ise farklı değer vermekte olup hekim sayısının 1960 yılında 9.828 olduğu görülür.

Bu dönemde sağlık kuruluşları ve hasta yatak sayılarında önemli artışlar sağlanmıştır. Çocuk hastaneleri, doğumevleri ve verem hastaneleri gibi özellikli sağlık hizmeti veren kuruluşlarda sayısal artış gerçekleşmiştir (T.C.Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1973).

Tablo 2’de görüldüğü gibi 1950-1960 yılları arasında sağlık hizmetleri sayılarındaki değişim görülmektedir. 1950 yılında Sağlık Bakanlığı’na bağlı 118 kurumda 14.581 yatak var iken, 1960 yılında 442 kurumda 32.398 yatak sayısına ulaşılmıştır. Yüz bin kişiye düşen yatak sayısı 1950 yılında 9 iken 1960 yılında 16,6’ya çıkmıştır. Sağlık hizmeti veren kurumlar ve yatak sayılarında ki bu artışın yanı sıra, sağlık göstergelerimizde de pozitif yönde iyileşmeler olmuştur. Verem hastalığından ölümlerde önemli sayıda azalmalar gerçekleşmiştir. Nitekim bu dönemde Türkiye’de tüberküloza bağlı ölümler 1946 yılında yüz binde 150 iken, 1960 yılında yüz binde 52’ye inmiştir. Bebek ölüm hızı ise 1950 yılında binde 233’ten, 1960 yılında binde 176’ya düşmüştür. (T.C.Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1973).

Tablo 2
Sağlık Hizmetleri Sayılarındaki Değişim (1950-1960)

Birim	1950	1960
Yataklı Tedavi Kurumu	118	442
Hasta Yatağı	14.581	32398
Hekim	3020	8214
Hasta Başına Düşen Yatak Sayısı	100 bin kişiye 9	100 bin kişiye 16,6
Hemşire	721	1658
Ebe	1285	3219

Milli Sağlık Planı ve Milli Sağlık Programında, vatandaşları sigortalamak, sigortası olmayan ve tedavi giderlerini ödeyemeyenlerin giderlerini özel idare bütçesinden sağlamak. Ayrıca bir sağlık bankası kurularak sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlama hedefinin yanı sıra ilaç, serum ve aşı üretimini denetim altına almak, süt ve mama vb çocuk gıdalarını için sanayii kuruluşları oluşturmak gibi hedefler var idi.

Bu çerçevede Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığına bağlı olarak 1947 yılında Biyolojik Kontrol Laboratuvarı ile bir aşı istasyonu hizmete açılmıştır. 1947 yılından itibaren BCG aşısı üretimi başlamıştır. Boğmaca aşısı da 1948 yılında üretilmeye başlanmıştır. Yine bu çerçevede 1946 yılında İşçi Sigortaları İdaresi (Sosyal Sigortalar Kurumu) kurulmuştur. 1952 yılından itibaren sigortalı işçiler için sağlık kuruluşları ve hastaneler açılmaya başlanmıştır (T.C.Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1973).

Bu dönemde sağlık hizmetleriyle ilgili sivil toplum örgütlerinin ve tıp mesleğinin hukuki altyapılarını günümüze taşıyan mevzuat da oluşturulmuştur.

- Türk Tabipleri Birliği Kanunu (1953/6023)
- Eczacılar ve Eczaneler Kanunu (1953/6197)
- Hemşirelik Kanunu (1954/6283)
- Türk Eczacıları Birliği Kanunu (1956/6643) (Akdağ, 2009, s. 17).

2.2.4 1961-1980 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Türkiye’de sağlık hizmetleri 1961 senesine kadar yasalarla yürütülen siyasi parti değişimlerinde ayrıntıları değişip ana maddelerinde değişiklik yapmadan yürütülmüştür. 1961 anayasasında ise devletin sunması gereken bir kamu hizmeti olması kararlaştırılmıştır. Buna göre; tüm basamak sağlık hizmetlerinin devletin görevi olduğu, birinci basamak tedavi hizmetlerinin köylere kadar yayılıp halkın ücretsiz olarak yararlanması, tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin bir arada yürütülmesi gibi maddeleri barındıran “224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” kabul edilmiştir. 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun 1961-1982 yılları arasında çok kez eleştirilmiş ve yetersiz olduğu düşünülerek çöktürmeye çalışılmıştır (Pala K. , 2007).

Sağlık hizmetlerinin toplumun tüm katmanlarına yaygınlaştırılmasına 1963 yılında başlanmış ve 1983’te ülkenin her yerine yayılmıştır. Yaygın, sürekli, bütünleşmiş, kademeli bir yapı anlayışıyla sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir teşkilatlanmaya gidilmiştir (Akdağ, 2009, s. 18).

1965 yılında -554 sayılı *Nüfus Planlaması Hakkında Kanun* çıkarılmış ve bu kanun ile “pro-natalist” (nüfusu artırıcı) politika bırakılmış “anti-natalist” (nüfus artış hızını sınırlayıcı) politikaya geçilmiştir. Bu nedenle “Geniş bölgede tek yönlü hizmet” ilkesinin yerini “dar bölgede çok yönlü hizmet” anlayışı almıştır (T.C.Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1973).

1967 yılında Genel Sağlık Sigortası için bir kanun taslağı hazırlanmış fakat Bakanlar Kuruluna sevk edilememiştir. 1969 yılında 2. Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda Genel Sağlık Sigortasının kurulması tekrar gündeme gelmiştir. 1971’de Genel Sağlık Sigortası Kanun Taslağı, Türkiye Büyük Millet Meclisi’ne gönderilmiş fakat kanunlaşmamıştır. 1974 yılında tekrar Meclis’e sunulsa da görüşülememiştir (T.C.Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1973).

Sağlık hizmetleri açısından önemli bir kanun olan “*Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun*” 1978 yılında çıkarılmıştır. Böylelikle kamu hastanelerinde hizmet veren doktorların özel muayenehane açması kısıtlanmıştır. Fakat bu kanun sadece 2 sene uygulanabilmiş; 1980 yılında yürürlüğe giren Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma

Esaslarına Dair Kanun ile tekrar yürürlükten kaldırılmıştır. Böylece hekimlerin özel muayenehane serbestliği tekrar getirilmiştir (Akdağ, 2009, s. 18).

2.2.5 1980-2002 Yılları Arası Sağlık Politikaları

1980 sonrası dönem olarak da adlandırabileceğimiz dönemlerden ilki olan 1981-2000 döneminin 24 Ocak 1980 kararlarının etkileri ile başladığı söylenebilir. 24 Ocak kararları ile birlikte Türkiye’de uygulanacak olan “Yapısal Uyum Programları” tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de yeniliklerin başlamasına sebep olmuştur (Tatar, 2003, s. 255)

1982 Anayasası; halkın sosyal güvenliğinin devlet tarafından sunulacağına yönelik hükümlere sahiptir. Anayasanın 60. maddesine göre tüm vatandaşlar sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır, teşkilatı kurar demektedir. Ayrıca Anayasanın 56. Maddesinde ise “Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir” ifadesi bulunur. 56. maddede yine “Genel Sağlık Sigortası kurulabileceği” belirtilir (Ayhan , et al., 2002) (TBMM, 2016).

Anayasamızda, Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevleri içeren üçüncü bölümde, Ailenin Korunması başlığı altında, 41. maddede; “Aile, Türk toplumunun temelidir. Devlet, ailenin huzur ve refahı ile özellikle ananın ve çocukların korunması ve aile planlaması öğretimi ile uygulamasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır, teşkilatı kurar” hükmü yer almaktadır (TBMM, 2016).

1983 yılında çıkartılarak uygulamaya konulan -2827 sayılı *aile planlaması hizmetlerine ilişkin ikinci kanunda* Anayasaya uygun olarak, aile planlaması hizmetlerinin kapsam ve sınırlarını genişletmiştir. -2827 sayılı kanunda ise aile planlaması “fertlerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman çocuk sahibi olmaları” olarak tanımlanır” (www.saglik.gov.tr, 2016).

Kanunun üçüncü maddesi özetle, “...*Bu maksatla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, özel teşkilat kurmaya, gebeliği önleyici ilaç ve araçları temin veya imal etmeye veya*

ettirmeye, muhtaç olanlara bu ilaç ve araçları parasız veya maliyetinden ucuz fiyatla vermeye veya verdirmeye veya sattırmak için tedbir almaya yetkilidir” der. Ayrıca kanunun 4. ve 5. maddelerinde kadında ve erkekte gönüllü cerrahi sterilizasyon ve isteğe bağlı 10 haftaya kadar gebeliklerin sonlandırılması uygulamalarına da izin verilmiştir (www.saglik.gov.tr).

1987 yılında “*Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu*” çıkarılmış. Ama bu kanunu uygulanmak için gerekli düzenlemelerin yapılmaması ve Anayasa Mahkemesi tarafından bazı maddelerinin iptal edilmesi nedeniyle tümüyle uygulama imkânı bulunamamıştır (Akdağ, 2009).

1990 yılında DPT tarafından sağlık sektörüne bir temel plan hazırlanmış. Bu plan “*Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması*”nın ve sağlık reformlarının ele alındığı bir sürecin başlangıcını olmuştur (Tatar, Sağlık Politikası, 2003, s. 255).

1992 ve 1993 yıllarında yapılan Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri ile sağlık reformunun teorik çalışmaları önem kazanmıştır. 3816 sayılı kanun 1992 yılında yürürlüğe girmiş böylece sosyal güvenlik dışında kalan düşük gelirli yurttaşlar için yeşil kart uygulamasına başlanmıştır. Bu uygulama ile ekonomik gücü zayıf insanlarda kısmen sağlık sigortacılığı kapsamına alınmıştır. (Akdağ, 2009, s. 18-19).

Sağlık Bakanlığı tarafından 1993 yılında hazırlanan “Ulusal Sağlık Politikası” beş ana bölümden oluşmakta idi. Bu bölümler destek, çevre sağlığı, yaşam biçimi, sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlıklı Türkiye hedefleri adını taşıyordu (Akdağ, 2009, s. 18-19).

1998 yılında Genel Sağlık Sigortası, “Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı” Bakanlar Kurulu tarafından TBMM’ye sunulmuş ancak kanunlaşamamıştır. 2000 yılında ise Genel Sağlık Sigortası ile ilgili olarak, “Sağlık Sandığı” adı altında tanımlanan bir kanun tasarısı taslağı bakanlıkların görüşüne gönderilmiş olsa da sonuç alınamamıştır.

1990’ lı yıllarda yapılan sağlık reformu çalışmalarının başlıca unsurları şunlardır;

1- Sosyal güvenlik kurumlarının birleştirilmesi sonucu Genel Sağlık Sigortasının kurulması,

- 2- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği uygulamasına dönüştürülmesine yönelik planlamaların yapılması,
- 3- Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi,
- 4- Sağlık Bakanlığının koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulmasıydı.

Görüldüğü 1980-2002 dönemi, sağlık hizmetleri alanında teorik olarak birçok çalışmanın gerçekleştiği fakat faaliyetlerinin gerçekleştirilemediği bir dönemdir. (Akdağ, 2009, s. 21).

Bunun sebebi ise sık değişen hükümetler ve bununla birlikte değişen sağlık bakanları ve sağlık bakanlığı bürokratlarının yasal düzenleme sürecini devamlı değiştirerek yavaşlatmasıdır (Tatar, Sağlık Politikası, 2003, s. 263).

1990'lerden sonra yapılmak istenen sağlık reformu çalışmaları, Dünya Bankası'nın önerileri dikkate alınarak oluşturulmaya çalışılmıştır. Bu çalışmalar için pek çok altyapı çalışması ve taahhütte rağmen ilk somut adımlar ancak 2002 yılında atılabilmiş ve bu çerçevede "*Sağlıkta dönüşüm Programı*" oluşturma çalışmaları başlatılmıştır (Günaydın, 2011/1).

2.2.6 2003 Yılı Sonrası Sağlık Politikaları: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı

"1990'ların başlarından itibaren yapılmaya çalışılan sağlık reformu çalışmalarına ilk somut adımlar 2002 yılında atılabılmıştır. Uzun süren koalisyon hükümetleri döneminden sonra, sağlık hizmetlerinde yoğun reform çalışmaları planlayan tek parti hükümeti iktidara gelmiş, bu çerçevede, "*Sağlıkta Dönüşüm Programı*" adı verilen bir reform gündeme getirilmiştir" (Kavanos & Tatar, 2007, s. 21). 16 Kasım 2002 tarihli 58. Hükümetin Acil Eylem Planı "*Herkesin Sağlık*" başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefleri belirtmiştir.

Bu temel hedefler ise Sağlık Bakanlığı'nın yönetim ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması, tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamına alınması, sağlık kuruluşlarının birleştirilmesi, hastanelerin idari ve mali bakımdan özerk bir yapıya geçmesi, aile hekimliği uygulamasına geçilmesi, anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi, koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması olarak sayılabilir. Bu maddelerin yanı sıra özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi, tüm kamu

kuruluşlarında alt kademelere yetki devri, kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi, sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesidir (www.saglik.gov.tr).

2008 yılında, Sağlıkta Dönüşüm Projesine üç hedef daha eklenmiştir, bu hedefler

- Daha iyi bir gelecek için Sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programları,
- Tarafların harekete geçirilmesi, sektörler arası işbirliği ve çok yönlü sağlık sorumluluğu,
- Uluslararası alanda ülkenin gücünü arttıracak sınır ötesi sağlık hizmetleri (Akdağ, 2008, s. 21).

“Acil Eylem Planı’nın belirlenerek 2003 yılı başlarında Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlıkta Dönüşüm Programı kamuoyuna duyurulmuştur. Bu program sağlık sisteminde hizmetin sunumu, finansmanı ve örgütlenmesini kapsamakta olup sağlık hizmetlerinin radikal bir değişimini hedefleyen geniş kapsamlı bir program olarak tasarlanmıştır” (Yenimahalleli Yaşar, Göksel , & Birler, 2015).

Sağlık Bakanlığı sağlıkta dönüşüm programı adı altında:

- Devlet hastanelerinin büyük bölümü tek çatı altında toplandı (SSK hastanelerine kapatıldı).
- Tüm vatandaşların bütün kamu sağlık kurumlarına gidebileceği bir sistem kuruldu. SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı birleştirilerek Sosyal Güvenlik Kurumu kuruldu.
- Hiçbir sağlık güvencesi olmayanların sağlık güvencesi kapsamına alınması sağlandı.
- Teminat paketleri arasındaki farklılık azaltılmaya çalışıldı.
- Farklı sosyal güvencesi olanların haklarının uyumlaştırılması konusunda adım atıldı.
- Sağlık hizmetlerinin satın alıcısı ve sağlık hizmetlerinin sunucusu birbirinden ayrılmış oldu.
- Hizmet sunucularına ödeme mekanizmaları değiştirildi.
- SSGSS kanunu çıkarıldı; ülke çapında kamu hastaları için tek bir ödeyici sistem oluşturulmuş oldu.
- 81 ilin 33’ünde aile hekimliği modeline geçildi.

- Devlet hastanelerine kaynak tahsisi konusunda daha fazla özerklik tanındı.
- “Çakılı kadro” yasası ile “mahrumiyet” bölgelerinde çalışan sağlık personeline daha yüksek maaş vermeye başlandı.
- Doktorlar için daha önce kaldırılan zorunlu hizmet şartı yeniden getirildi. Bu sayede tüm yerleşim yerlerinde sağlık hizmeti daha erişilebilir oldu. (www.saglik.gov.tr).

2009 yılında yayımlanan OECD-DB raporuna göre sağlıkta dönüşüm programı incelenmiş ve eleştirel bir bakış açısıyla değerlendirilmiştir. Buna göre sağlıkta dönüşüm programı ile gündeme getirilen sağlık finansman sistemi, yani Genel Sağlık Sigortası (GSS), başka deyişle *Sosyal Güvenlik Kurumu* (SGK)’nun sağlık hizmeti satın almada tek belirleyici olduğu sistem devamlılığı olabilecek gibi görünmemektedir (Soyer, 2009).

OECD-DB raporuna göre; prime dayalı sistemlerde, sigorta primlerin toplanabilmesinin düzenli ve sürekli istihdam olanakları ile mümkün olduğu bilinmektedir. Kriz ve işten çıkarmalarla derinleşen işsizlik sorunu, daha önce de var olan prim gelirleri sorununu da derinleştirmiştir. Hizmet kapsamının, yani temel teminat paketinin, gelir gider dengesine göre ayarlanması sağlanmaya çalışılmaktadır bu durum çoğunlukla da, hizmet kapsamının daralması anlamına gelmektedir (Yıldırım, 2013).

OECD-DB raporunun sözünü ettiği denetim, kamu ve özel hastaneler için geçerlidir. Global bütçe uygulanmasının devlet hastanelerini kapsamı ve üniversite ve özel hastanelere dayatılmasının anlamı buradadır. Önerilerin tümü, sağlıkta dönüşümün olası maliyetinin, kamu üzerinden alınması, dahası topluma yüklenilmesi anlamına gelmektedir. Şöyle ki, başlangıçta bir istisna gibi gösterilen “katkı payı”, bir finansman biçimi haline gelmektedir. Doktor sayısı ile ilgili saptama ise, oluşan sağlık piyasasını ucuz emek kaynağı olacak hekimlerle doldurmak, sonra da denetimli bir piyasanın gerekleri doğrultusunda hekim arzını düzenleme olarak yapılmıştır. Aynı zamanda sağlık harcamalarının, birinci basamak ve koruyucu hizmetlerden çok hastanelere ve tedavi hizmetlerine gitmesi, ülkemizde öteden beri önemli bir sorun oluşturuyor. Bu duruma tahsisat verimsizliği denilmektedir (Tatar, 2011).

Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların daha verimli kullanılabilmesi için birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetlerinin değişim ve gelişimi ile mümkün olabilir.

OECD-DB raporları çözümü aile hekimliğinin yaygınlaştırılmasında görmektedir. *Oysa ülkemizde uygulanan aile hekimliği modeli, koruyucu hizmetleri temel alan bir uygulama değildir.* Hatta değil koruyucu hekimlik, iş yükü fazlalığı nedeniyle, tedavi hizmetlerini bile layıkıyla yerine getirmek zor olmaktadır. Bu nedenle vatandaşlarımızın yataklı tedavi kurumlarını sağlık sorunları için ilk seçenek olarak görme alışkanlığı devam etmektedir (Soyer, 2009, s. 179-182).

Yapılan eleştirilere rağmen sağlıkta dönüşüm programı ile hizmet kalitesi ve insanların sağlık hizmetine erişiminde önemli ilerlemeler gerçekleşmiştir. Bu program kapsamında; ülkemizde topluma ve bireye sunulan sağlık hizmetlerinin her alanında önemli ilerlemeler gelişmeler sağlanmıştır (Akdağ, 2008).

Temel sağlık göstergelerinde kaydedilen önemli iyileşmelerden biride bebek ve anne ölüm oranlarında görülen hızlı düşüştür Kişi başı hekim müracaat sayısı 2002 yılında 3,2 iken 2011 yılında 8,2'ye, sağlık personeli sayısı 378 binden 670 bin kişiye, aşılama oranı ise yüzde 77'den yüzde 97'ye ulaşmıştır. Tüm bu iyileşmeler toplumun sağlık hizmetlerinden olan memnuniyet oranına yansımıştır. Sağlık hizmetlerini nitelik ve niceliksel olarak artırmak için kamu özel işbirliği (KÖİ) yöntemiyle geliştirilmiş ve yapılan yasal düzenleme ile öncelikle büyük şehirlerde olmak üzere 2013 yılı Mayıs ayı itibarıyla yaklaşık 30 bin yatak kapasitesi daha içerecek hastane yapımı için süreç başlamıştır (Akdağ, 2012).

Genel bir bakış açısıyla sağlıkta dönüşüm programı hakkında bir analiz yapacak olursak:

- Daha kaliteli ve maliyet etkin bir sağlık hizmet sunumu amacıyla koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinde, performansa dayalı ek ödeme sisteminde, sevk zincirinde, sağlık hizmetleri insan gücünde iyileştirme ihtiyacı devam etmektedir.
- Fiziksel aktivite yetersizliği, obezite ve sigara alışkanlığı ile mücadele gibi sağlıklı hayata yönelik program ve eylem planları uygulanmaya başlanmakla birlikte, bu programların geliştirilmesi ve uygulamada etkinliğin artırılması gerekmektedir.
- 2002 yılında yüzde 3,8 olan kamu sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı 2012 yılında yüzde 4,2 seviyesine yükselmiştir. Yaşlanan nüfus, sağlık teknolojilerindeki gelişmeler ve daha kaliteli sağlık hizmeti talebi gibi sebeplerle kamu sağlık

harcamalarının daha da artabileceği öngörülmektedir” (Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018, 2013, s. 33) .

2.2.7 Sağlıkta 2023 Vizyonu

Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018 yılları arasını kapsar. Bu dönemde ülkemizi 2023 hedefleri doğrultusunda, yüksek refah seviyesine ulaştırma yolunda önemli bir kilometre taşı olarak değerlendirilmektedir. 2023 vizyonuna ulaşabilmek için belirlenen politika ve hedeflere aşağıda değinilmiştir:

Halkın yaşam kalitesi ve süresinin yükseltilmesi ile ekonomik, sosyal ve kültürel hayata bilinçli, aktif ve sağlıklı bir şekilde katılımlarının sağlanması temel amaçtır. Bu amaç doğrultusunda veriye ve kanıta dayalı politikalarla desteklenen, erişilebilir, nitelikli, maliyet etkin ve sürdürülebilir bir sağlık hizmet sunumu esastır. Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini destekleyecek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetlerinin etkinliğini artıracak bir hasta sevk zinciri uygulaması geliştirilecektir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

Akılcı ilaç kullanımı için sağlık personelinin ve halkın bilinçlendirilmesi sağlanacak, ilaç ve tıbbi cihazların kalitesi, kullanımı ve bunlara yönelik harcamaların etkinliği kontrol edilecektir. Sağlıkta insan gücü, demografik gelişmeler ile uzun vadede ihtiyaç duyulacak yeni meslekler de dikkate alınarak nicelik ve nitelik olarak geliştirilecektir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

Üniversite hastanelerinin eğitim ve araştırma faaliyetleri ile sağlık hizmet sunumundaki rolleri net bir şekilde tanımlanarak hem hastanelerin mali sürdürülebilirliğini temin edecek hem de nitelikli tıp eğitimi ve yenilikçi araştırmaların yapılmasını sağlayacak yapısal reformlar hayata geçirilecektir (Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018, 2013, s. 35).

“Tamamlayıcı tıp kapsamındaki ürün ve hizmet sunucuları ile ilgili güvenlik ve kalite standartları belirlenecek ve denetim altına alınacaktır. Tamamlayıcı tıbbın, tıp eğitimine ve sağlık uygulamalarına entegrasyonu sağlanacak, bu alanda yapılacak bilimsel araştırmalar desteklenecektir” (Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018, 2013, s. 35).

“Hayvansal ürünler ve su ürünlerinin tüketimi yaygınlaştırılacak, tüketiciler yeterli ve dengeli beslenme konusunda bilinçlendirilecek, Veri ve kanıta dayalı sağlık politikalarını geliştirmek amacıyla uluslararası karşılaştırmalara imkân verecek standart ve kalitede verilerin üretilmesi sağlanacaktır” (Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018, 2013, s. 35)

Sağlıkta insan kaynakları alanında 2023 yılı için hedef belirleme çalışmaları, Sağlık Bakanlığı’nın koordinasyonunda 2007 yılından beri yürütülmektedir. Sağlık sektöründeki tüm paydaşlarının katılımıyla yapılan geniş kapsamlı çalıştaylarla ve uzman görüşüne dayanan yöntemlerle arz ve ihtiyaç projeksiyonları yapılarak devam ettirilmiştir. Hedef belirlemede DSÖ tarafından geliştirilen bir yöntem ve model olan makroekonomik arz ve ihtiyaç projeksiyonları yöntemi kullanılmış ve netleştirilen çalışmalar “Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu” adı altında bir yayın haline getirilmiştir (www.saglik.gov.tr).

Ülkemizin 100. yılı olan 2023 yılında gelişmiş ülkelere göre çok daha iyi bir sağlık hizmetini halkına verebilmesi için atılması gereken noktaların tartışıldığı 2023 Vizyonunun amacı, aşağıdaki üç hususu kapsamaktadır:

İnsan kaynaklarının hangi yönde büyüme ve gelişme göstereceğini belirlemek,

Kısa vadeli plan geliştirilmesi için çerçeve sağlayacak orta vadeye dönük genel hedeflerini belirlemek

Orta vadede sağlık sektörünün gelişimini sağlamak için Sağlık Bakanlığı’nın ihtiyaç duyacağı kısa vadeli eylemleri ve özellikle de politika eylemlerini belirlemek (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

Bu türdeki çalışmalar, geçmiş ve mevcut bilgilerin karışımından, gelecekteki sağlık ve sağlık hizmetlerine olacak ihtiyaç projeksiyonlarından, sunulacak hizmet tiplerinden ve bunların sunuluş biçimlerinden yola çıkarak inşa edilir. Bununla birlikte, sağlık sisteminin çeşitli unsurlarının geleceği ile ilgili bir dizi değerlendirmede bulunulur ve bunlar sonucunda ortaya Sağlık Bakanlığı’nın hangi istikamete yönelmesi gerektiği konusunda çeşitli fikirler çıkar. Bir çalışmanın Sağlık Bakanlığı’nın karar vericileri ve planlamacıları arasındaki tartışmalar neticesinde son hâlini alabilmesi için bu

görüşlerde fikir birliğine varılması gereklidir. Açıkçası, bu boyutta bir çalışmada çeşitli belirsizliklerin olması doğaldır. Sonuçta, ülkemizde zaman içinde değişen durumlara göre ve belirsizlikler netlik kazandıkça, bu çalışmanın düzenli olarak yeniden değerlendirilmesi ve tadil edilmesi, hem arzu edilen hem de ihtiyaç duyulan bir durumdur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011) .

Sağlıkta insan kaynakları 2023 vizyonu oluşturulurken hem ilgili uzman görüşleri hem de resmi kurumların projeksiyonlarına dayanan bazı temel varsayımlar kullanılmıştır. Bu varsayımlara örnek vermek gerekirse;

- 2023 yılı nüfusu 84 milyon civarında olacaktır,
- Kaba doğum hızında az da olsa kademeli bir azalma olacaktır,
- Nüfus artış hızı, yaklaşık % 1,2 civarında kalacaktır,
- Mevcut hastalık paternleri devam etmekle birlikte, yaşlı nüfusun ve doğumda beklenen yaşam süresinin artmasıyla paralel olarak kronik hastalıklar ve geriatrik hastalıklar artacaktır,
- Gayri safi yurt içi hasıladaki büyüme yıllık % 4 civarında olacaktır,
- 2023 yılında, mevcut hastane sayısında büyük bir değişme olmamakla birlikte 10.000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı 29-31 civarında olacaktır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

BÖLÜM 3: TÜRKİYE’DE HASTANELERİN ZAMANSAL VE MEKÂNSAL DEĞİŞİMİ İLE DAĞILIŞI

3.1 1960-1980 Dönemi

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, fert olarak her vatandaşın sağlık hizmetlerinden faydalandırmak amacı ile 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi” hakkında kanunu Büyük Millet Meclisinden çıkarmıştır. Bu kanun, 19 Ocak 1961 tarih ve 10705. sayılı Resmi Gazetede yayınlanış ve o tarihten beri yürürlüğe girmiştir.

1961 yılında yayınlanan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Çalışmaları ve Tıbbi İstatistik Yıllığı (1960-1963) verilerine göre illere göre toplam hastanelerin dağılımı EK-1’de görülmektedir. 1960 yılında sağlık merkezi, doğum evi, hususi hastane, devlet hastanesi, resmi verem hastanesi ve genel hastane toplam hastane başlığı altında toplamıştır.

Türkiye’nin 1960 yılında içinde bulunduğu siyasi konjonktürü de göz önünde bulundurularak olursak, sağlık alanında yapılan çalışmalar daha çok hastalıkları iyileştirmek ve bulaşıcı hastalıkların yayılmasını engellemek üzere yoğunlaşmış durumdadır. Bu sebepten dolayı, 1960’lı yıllar sağlık kurumlarını arttırmak yönünde planların yapıldığı fakat sağlık kurumu yapımı ile ilgili yatırımların yapılmadığı bir dönem olarak görülmektedir. İlgili yıllıktan elde edilen verilere göre 4 sağlık merkezi devlet hastanesine dönüştürülmüştür. Mevcut sağlık kurumlarının yatak sayısı ve üniteleri arttırılmış, sağlık merkezleri devlet hastanelerine dönüştürebilecek hizmet seviyesine getirilmiştir (T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1965).

Yukarıda belirttiğimiz gibi sağlık kurumları arttırma planları 1960 yılında yapılmaya başlanmıştır. Bunun sebebi ise; 1960 yılında muayenelerin kapatılması ve hekimlere döner sermaye ödemesi yapılacağı kararı çıkmasıdır. Bu bağlamda, Milli Savunma Bakanlığı’na bağlı sağlık kurumları dışında, kamu sektöründeki bütün hastanelerin tek çatı altında toplanması planlanmış ve çalışmalar başlamıştır (T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1965).

1960-1963 Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Çalışmaları ve Tıbbi İstatistik Yıllığı verilerine göre, bulaşıcı hastalıklarla mücadele en önemli sağlık hizmetleri arasındadır.

Tüberküloz ve veremden sonra en çok dikkat çeken trahom hastalığı görülmektedir. 1963 yılında trahom (körlük) hastalığı ile mücadele için 1 enstitü, 6 hastane, 52 dispanser, 305 tedavi evi açılmıştır. Trahom hastalığı için açılan sağlık kurumlarında 32 doktor, 165 sağlık memuru ve 406 hemşire görevlendirilmiştir (T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1965).

1960 yılında Türkiye genelinde 566 tane hastane hizmet verirken, 1963 yılı sonunda 632 hastane ülke genelinde hizmet vermeye başlamıştır. %11,6 oranındaki artışın sebebinin büyük bir kısmı bulaşıcı hastalıklar ile savaş için açılan hastanelerdir. Ayrıca 1963 yılında, 575 yatak kapasiteli 6 adet göğüs hastalıkları hastane ve pavyonu, 370 yatak kapasiteli 5 doğumevi, 1430 yatak kapasiteli 14 devlet hastanesi, 92 yatak kapasiteli 8 sağlık merkez yeniden hizmete açılmıştır. Diğer taraftan 7 kurumda yapılan bazı tadilatlarla mevcut yataklara 284 adet yatak ilave edilmiş ve 4 Sağlık Merkezi de Devlet Hastanesi haline getirilmiştir. Konya'da inşa olunan 350 yataklı Göğüs Hastalıkları Hastanesi ile Antalya'da yapılmakta olan 125 yataklı Göğüs Hastalıkları Hastanesi de 1964 yılında faaliyete geçmiştir (T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1965).

1964-1967 Türkiye Sağlık İstatistiği Yıllığı verilerine göre, 1964 yılında toplam hastane sayısı 638 iken 1965 yılında 626 ya düştüğü görülmektedir. Bu düşüşün sebebi irdelendiğinde, genel sağlık merkezlerinde 22 sağlık kurumunun eksildiği, göğüs hastanelerinde 3, doğum evlerinde 2 düşüş olduğu gözlemlenmektedir. Bu kurumların bir kısmının bulaşıcı hastalıklar ile mücadele için verem hastanelerine dönüştürüldüğü bilgisine yıllıklarda ulaşılabilmektedir. Bir kısmının da 1964 yılı sonunda yeniden hizmete girdiği bilinmektedir. 1964-1967 Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Çalışmaları ve Tıbbi İstatistik Yıllığı verilerine göre, ülkemizde hala bulaşıcı hastalıklar ile mücadele devam etmektedir. Bu sebepten dolayı, hastane hizmetleri halk sağlığını korumak ve bulaşıcı hastalıkların yayılmasını engellemek üzerine yoğunlaşmaya devam etmektedir. 1964 yılında toplam hastane sayısı 638 iken, 1967 sonu yılı itibariyle bu sayı 664'e ulaşmıştır. 664 hastanenin %44,7'si genel hastane, %40,4'ü göğüs hastalıkları hastanesi, %7,4'ü sağlık merkezi, %4,7'si doğumevi, %2,8'i akıl hastanesidir. (T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1968).

1968 yılına geldiğimizde Türkiye genelinde toplam hastane sayısı 681'e yükselmiştir. 1972 yılı sonu itibariyle ise yurdumuzda Milli Savunma Bakanlığına bağlı tedavi kurumları haricinde 778 hastane sayısına ulaşılmıştır (T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1973). 1968-1972 yılları arasında hastane sayılarının kurum türlerine göre ayrımı verilmediğinden dolayı %14,2 oranındaki artışın hangi hastane türüne bağlı olarak oluştuğu bilinmemektedir.

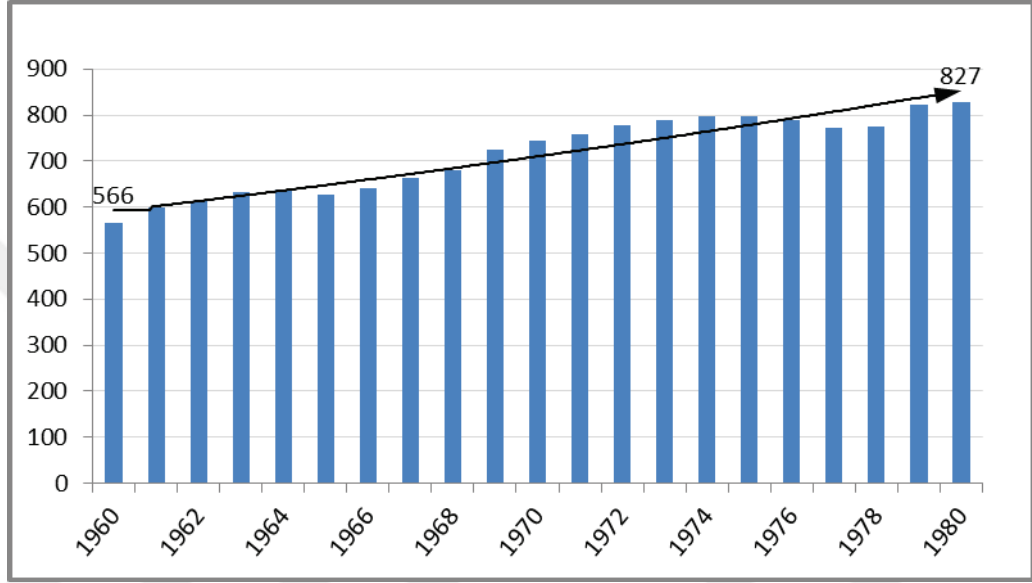
1972 yılındaki duruma benzer bir durum ile 1973-1974 yıllarında karşılaşılmaktadır. 1973 yılında 790 olan hastane sayısı, 1974 yılında 796'ya yükselmiştir (T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1977). Bir sene içinde 6 hastane Türkiye genelinde hizmete girmiştir fakat bu hastanelerin hangi ilde ve hangi kurum türünde olduğu bilinmemektedir.

1961 yılından 1975 yılına kadar hastanelerin illere göre dağılımı bilinmemektedir. İllere göre toplam hastanelerin değişimine ilgili yıllıklarda değinilmediğinden dolayı, toplam hastane sayılarındaki değişime ulaşılamamıştır. Bu sebepten dolayı EK-1'de 1960 yılının illere göre dağılımı verildikten sonra 1975 yılına kadar illere göre dağılım verilememiştir. EK-1'de de görüldüğü gibi toplam hastane sayısı 566'dan 798'e yükselmiştir. 15 yıllık dönemde Türkiye genelinde %41'e yakın bir artış gerçekleşmiştir.

1975-1978 senelerine ait Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı verilerinde toplam hastane sayısında seneden seneye düşüş olduğu dikkat çekmektedir. 1975 yılında 798 olan hastane sayısı bir sonraki yıl 790'a düşmektedir. 1978 yılında ise 776'a kadar düşüş görülmektedir. İlgili yıllık verilerine göre, salgın hastalıklar ile mücadele etmek için açılan hastanelerin bir kısmının kapandığı görülmektedir. Hastalık oranlarının %10 ile %15 oranında düşüş olduğu gözlemlendiği için belirli illerde salgın hastalıklar için açılan hastaneler, genel hastaneler ile birleştirilmiştir (T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1980).

Grafik 1.'de görüldüğü gibi 1980 yılında toplam hastane sayısı 827'ye ulaşmıştır. 1960'dan 1980'a kadar %46 oranında hastane sayısında artış olduğu görülmektedir. Gerçekleşen bu artışı coğrafi bölgelere göre ele alacak olursak (Tablo 3), Akdeniz Bölgesinde toplam hastane sayısı 1960 yılında 55 iken 1980 yılında 85 olmuştur.

Tablo 3’de görüldüğü gibi en yüksek artış Güney Doğu Anadolu Bölgesinde %62 oranında gerçekleşmiştir. Ege Bölgesinde ve İç Anadolu Bölgesinde 1960-1980 yılları arasında Türkiye geneli ile aynı artış oranı gerçekleşmiştir. Akdeniz Bölgesi ise %54’lük artış ile Türkiye geneli artış oranının çok üstündedir. Bölgelere göre toplam hastane sayılarına bakıldığında, Marmara Bölgesinde %35, Karadeniz Bölgesinde %29 ve Doğu Anadolu Bölgesinde %43’lük artış olduğu görülmektedir.



Grafik 1: Türkiye’de Toplam Hastane Sayılarının Yıllara Göre Gidişi (1960-1980)

Tablo 3

Toplam Hastane Sayılarının Coğrafi Bölgelere Dağılışı (1960-1980)

Coğrafi Bölgeler	1960	1975	1980	%değişim
Akdeniz Bölgesi	55	62	85	54,5
Ege Bölgesi	84	119	123	46,4
Marmara Bölgesi	134	187	181	35,1
Karadeniz Bölgesi	99	134	137	38,4
İç Anadolu Bölgesi	120	170	175	45,8
Doğu Anadolu Bölgesi	58	71	83	43,1
G.Doğu Anadolu Bölgesi	34	51	55	61,8

1960-1980 dönemi; sağlık hizmetleri açısından daha çok sağlığı koruma ve salgın hastalıklar ile mücadele dönemi olarak görülmektedir. Dönemi kapsayan ilgili sağlık istatistiği yıllıklarını incelediğimizde de salgın hastalıklar ile mücadeleye verilen önem

görülmektedir. Bu sebepten dolayı da, yapılan yatırımların büyük bölümü salgın hastalıklar ile mücadele etmek için kurulan sağlık kurumlarına aittir.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Çalışmaları ve Tıbbi İstatistik Yıllığı (1960-1963) verilerine göre 1960 yılında Türkiye'deki toplam sağlık kurumları için mevcut durum Şekil 3'de gösterilmiştir.

1960 yılında Türkiye'de 67 il bulunmaktadır. 67 ilde toplam 566 hastane bulunurken bunların çoğunluğu büyük şehirlerde toplanmıştır. Şekil 3'de de görüldüğü gibi Ankara, Konya, İzmir illeri 21 ile 30 hastane aralığında değişmektedir. İstanbul ilinde ise 76 hastane hizmet vermektedir. En fazla hastane sayısına sahip olan İstanbul ili nüfus bakımından da Türkiye'nin en fazla nüfuslu ilidir. Türkiye genelindeki mevcut hastanelerin 154 tanesi dört büyük şehirde bulunurken, 54 ilimizde 1 ile 10 arasında hastane sağlık hizmeti sunmaktadır. Özellikle Ankara'nın doğusundaki tüm illerde toplam hastane sayısı 1 ile 10 hastane arasındadır.

Karadeniz Bölgesinde; Zonguldak, Trabzon illeri 11 ile 20 arasında hastaneye sahipken; Ege Bölgesinde de Manisa ve Aydın'da da toplam hastane sayıları aynı sayı aralığında görülmektedir. Doğu Anadolu Bölgesinde sadece Kars, Akdeniz Bölgesinde ise Isparta ve Adana illerindeki hastane sayısı 11 ile 20 arasındadır.

1960 yılında ülkemizdeki hastanelerin illere göre dağılışına baktığımızda; Kırklareli, Edirne, Tekirdağ, Kocaeli, Sakarya, Bolu, Kastamonu, Sinop, Samsun, Ordu, Giresun, Rize, Artvin, Ağrı, Van, Hakkâri, Erzurum, Gümüşhane, Muş, Bitlis, Siirt, Mardin, Diyarbakır, Elazığ, Şanlıurfa, Gaziantep, Kahramanmaraş, Malatya, Tunceli, Sivas, Tokat, Yozgat, Kırşehir, Nevşehir, Kayseri, Niğde, Mersin, Antalya, Burdur, Denizli, Muğla, Uşak, Kütahya ve Bilecik illerinde 1 ile 10 arasında hastanenin hizmet verdiği görülmektedir. (Şekil 3) Mevcut verilerde görüldüğü üzere nüfusu bir milyonu aşmayan illerde hastane sayıları 1 ile 10 adet arasında değişim gösterirken, Ankara, İzmir, İstanbul gibi büyük şehirlerde daha fazla hastane sayısına sahip olunmasının sebebi nüfus artış hızının yüksek olmasıdır. Ayrıca Erzurum, Ankara, Konya, İstanbul, İzmir, Sivas illeri çevredeki illere de sağlık hizmeti verebilecek sayıda hastaneye sahip oldukları için bu illerde bulunan hastaneler bölge hastanesi olma niteliği taşımaktadırlar (Aliagaoglu & Uğur, 2010).

Şekil 4’de 1960 yılı toplam hastane sayılarının coğrafi bölgelere göre dağılımı görülmektedir. İstanbul’da toplam hastane sayısının maksimum sayıda olmasından dolayı, 134 hastane ile en çok hastane Marmara Bölgesindedir. İç Anadolu Bölgesindeki 120 hastanenin büyük bölümünü Konya ve Ankara’da bulunmaktadır. Karadeniz Bölgesinde 99, Ege Bölgesinde ise 84 hastane bulunmaktadır. İlgili dönemin verilerine göre; Akdeniz Bölgesinde 55, Doğu Anadolu Bölgesinde 58 ve Güney Doğu Anadolu Bölgesinde 34 Hastane bulunmaktadır. Coğrafi bölgelere göre hastane sayısında da şehirleşmenin fazla olduğu illere sahip olan bölgelerde sağlık kurumlarının da daha fazla olduğu görülmektedir.

1960’lı yıllarda sağlık hizmetleri daha çok salgın hastalıklarla mücadele etmek üzerine planlanmaktadır. Fakat 1960-1963 yıllarını kapsayan Tıbbi İstatistik yıllıklarını incelediğimizde; Devlet planındaki ilkelere sadık kalınmak şartı ile -224 sayılı kanun hükümleri de göz önünde bulundurularak yurdun çeşitli bölgelerinde yaptırılacak yataklı tedavi kurumları bir plana bağlanmış ve bu konuda 15 yıllık bir program hazırlanmış olduğunu görmekteyiz. Bu programa göre hastaneler 50, 100, 200, 400 ve daha fazla yatak kapasiteli olarak düşünülmüş ve bunlar için özel tip projeler hazırlanmıştır. Programa göre her il merkezinde prensip olarak ana-çocuk sağlığı hizmetlerini de kapsayan bir doğumevi kurulması ve verem hastanelerinin bölge merkezlerinde tesisi, ayrıca, göğüs cerrahi merkezlerinin de sınırlı sayıda büyük kültür merkezlerinde kurulması öngörülmüştür (T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı).

1960 yılından 1975 yılına kadar hastanelerin illere göre dağılımı gösteren bir veriye ulaşamadığından dolayı 15 yıllık süreç içindeki değişimi gözlemleyememekteyiz. 1975 yılı toplam hastane haritasında, 1960 yılında planlanan 15 yıllık program kapsamındaki gelişmeler nedeniyle hastane sayısı artmıştır. Bu durum Şekil 5’de çok net şekilde görülmektedir. Büyük kültür merkezlerine kurulması hedeflenen hastaneler toplam hastane sayılarının artışını olumlu yönde etkilemiştir. İzmir, Balıkesir, Ankara ve İstanbul’da gözle görülür oranda artış gerçekleşmiştir.

Sadece büyük şehirlerde değil ülke genelinde değişim göze değmektedir. 1960 yılında 1 ile 10 arasında hastane bulunan; Bolu, Kastamonu, Afyonkarahisar, Antalya, Mersin, Denizli, Gaziantep, Kayseri, Sivas, Çorum, Erzurum ve Diyarbakır illeri 1975 yılında 11 ile 20 arasında hastane sayısına ulaşmıştır. 1975 yılında sadece Kars ilinde gerileme

olduğu görülmektedir. 1960 yılında 11-20 hastane mevcutken, 1975 yılında 1 ile 10 arasına gerileme olduğu Şekil 5’de görülmektedir. Ayrıca Konya ili 15 yıllık süre içinde hala 21 ile 30 hastane sayısındadır.

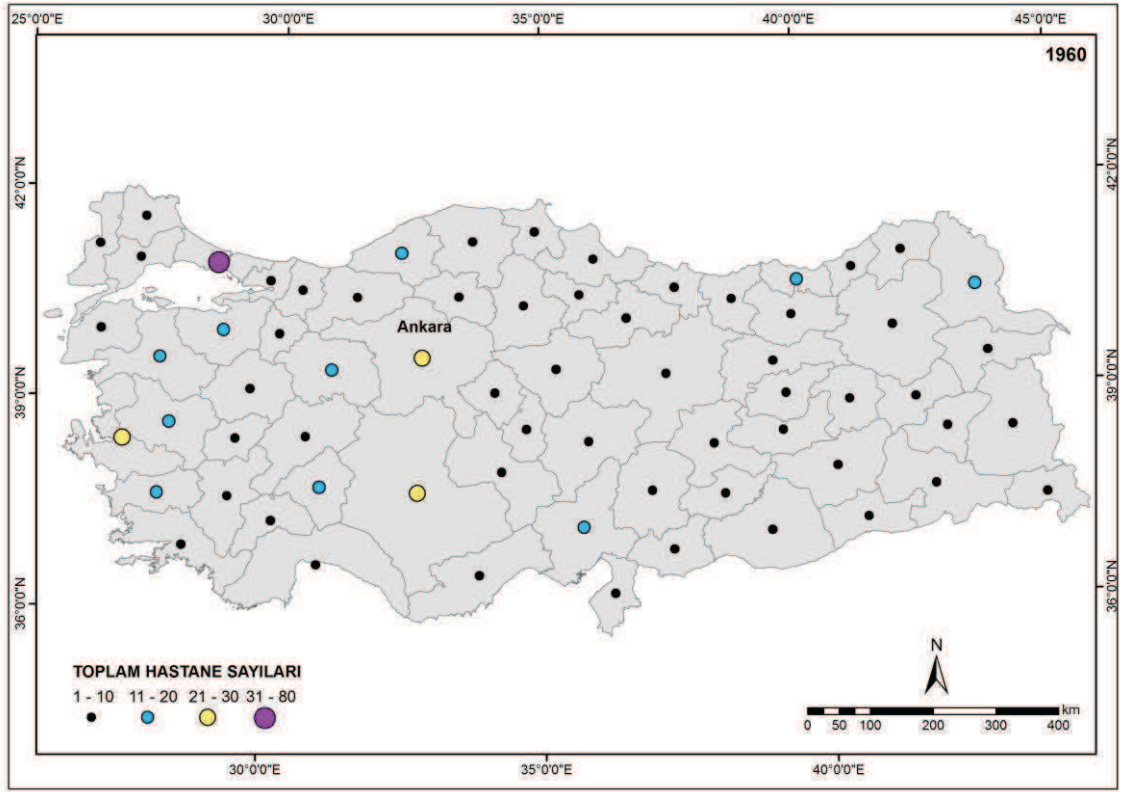
1975 yılını coğrafi bölgelere göre incelediğimizde; ülke gelindeki artışın tüm bölgeleri etkilediğini görmekteyiz. Marmara Bölgesi 134 hastane sayısı ile en fazla hizmet veren hastaneye sahiptir (Şekil 6). İç Anadolu Bölgesinde 50 hastanelik bir artış olduğu ve bu artışın sadece Ankara’da değil bölge genelinde gerçekleştiği Şekil 5’de dikkat çekmektedir. EK-1’de verilen bilgilere göre Ankara, Sivas, Kayseri’de hastane sayısında diğer illere göre daha çok artış görülmektedir. Karadeniz Bölgesinde gerçekleşen artışında homojen olduğu görülmektedir. Bolu, Kastamonu, Samsun, Çankırı illerindeki artış haritadan anlaşılmaktadır. EK-1’e bakıldığında ise Tokat, Ordu, Giresun, Trabzon, Gümüşhane ve Zonguldak’ta da hastane sayılarında olumlu yönde değişim olduğu görülmektedir. 1975 yılında, Güney Doğu Anadolu Bölgesinde toplam hastane sayısının 51 olduğu fakat hala bölge genelinde Gaziantep ve Diyarbakır haricindeki illerde 1 ile 10 arasında hastanenin olduğu dikkat çekmektedir. Benzer durum Doğu Anadolu Bölgesi içinde geçerlidir. Doğu Anadolu Bölgesinde 71’e yükselen hastane sayısını irdelediğimizde sadece Erzurum’daki değişim Şekil 6 üzerinde değişim göstermektedir. Fakat Malatya, Elazığ, Tunceli, Erzincan, Bingöl, Van, Hakkâri illerinde de artış gerçekleşmiştir. Ege Bölgesinde ise 84’den 119’a yükselen hastane sayısı %42 oranında artış olduğunu göstermektedir. Ankara’nın batısındaki illerde daha fazla değişim gerçekleşmesi Ege Bölgesinde artışa sebep olmuştur. Akdeniz Bölgesine bakıldığında en az gelişen bölgelerden olduğu görülmektedir. 1960 yılından 1975 yılına sadece 7 hastane artışı gerçekleşmiştir. EK-1’de verilen il verilerine göre; artış Mersin, Antalya ve Adana’da gerçekleşmiştir.

Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı (1975-1978) verilerine göre; salgın hastalıkların oranlarında Türkiye genelinde azalmalar görülmeye başlanmıştır. Bu sebepten dolayı; salgın hastalıklar için özel olarak açılan hastaneler gerekli bakım, onarım ve revizyonlar yapıldıktan sonra mevcut devlet hastaneleri birleştirilmeye başlanmıştır. Ayrıca 1980’li yıllar ile birlikte salgın hastalıklar ile mücadele azalmaya başladığı için sağlık yatırımlarında artış olması planlanmaya başlamıştır.

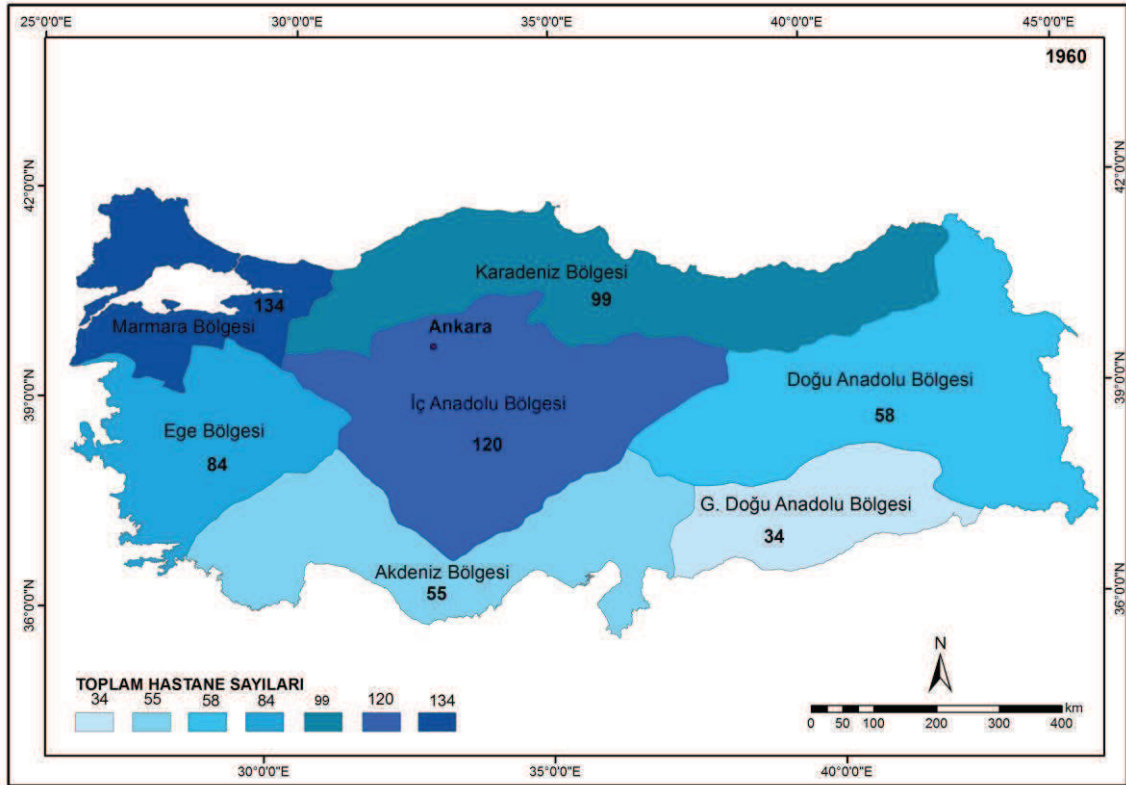
Yukarıda değinilen sebeplerden dolayı, Şekil 7’de daha önceki yıllarda olduğu gibi artışın çok belirgin olmadığı görülmektedir. İzmir ve Ankara illeri 3 ile 80, İstanbul ise 81 ile 110 hastane sayı arasıdır. 1975 yılına göre sayı aralıklarında değışim yokmuş gibi görünse de EK-1’e bakıldığında Ankara’da 1, İzmir’de 2, İstanbul’da ise 12 adet hastane sayısı düşüşü görülmektedir. Kütahya, Elazığ, Çanakkale illerinde hastane sayısı 11 ile 20, Adana’da ise 21 ile 30 aralığına yükselmiştir. Diğer taraftan Çorum ilindeki hastane sayısındaki azalma Şekil 7’de görülmektedir. Bu azalışın sebebinin salgın hastalıklarla mücadele için açılan hastanenin devlet hastanesi ile birleşmesi olduğu düşünülmektedir.

Şekil 8, 1980 yılında Türkiye’deki toplam hastane sayılarının coğrafi bölgelere göre dağılışını göstermektedir. Marmara Bölgesinde azalma olduğu görülmektedir. Marmara Bölgesindeki azalmanın sebebi İstanbul ilinde gerçekleşmiş olan düşüştür. Balıkesir, Çanakkale ve Bursa illerinde artış gerçekleştiği için hastane sayısındaki azalma sadece 6 adet görülmektedir. İç Anadolu, Ege, Akdeniz, Karadeniz, Doğu Anadolu ve Güney Doğu Anadolu Bölgelerinde ise artış olduğu dikkat çekmektedir. Belirli illerde hastanelerin bileşmesinden dolayı düşüş gerçekleşmiş olsa da, ülke genelinde toplam hastane sayısında 1980 yılında artış olduğu Şekil 8’de görülmektedir.

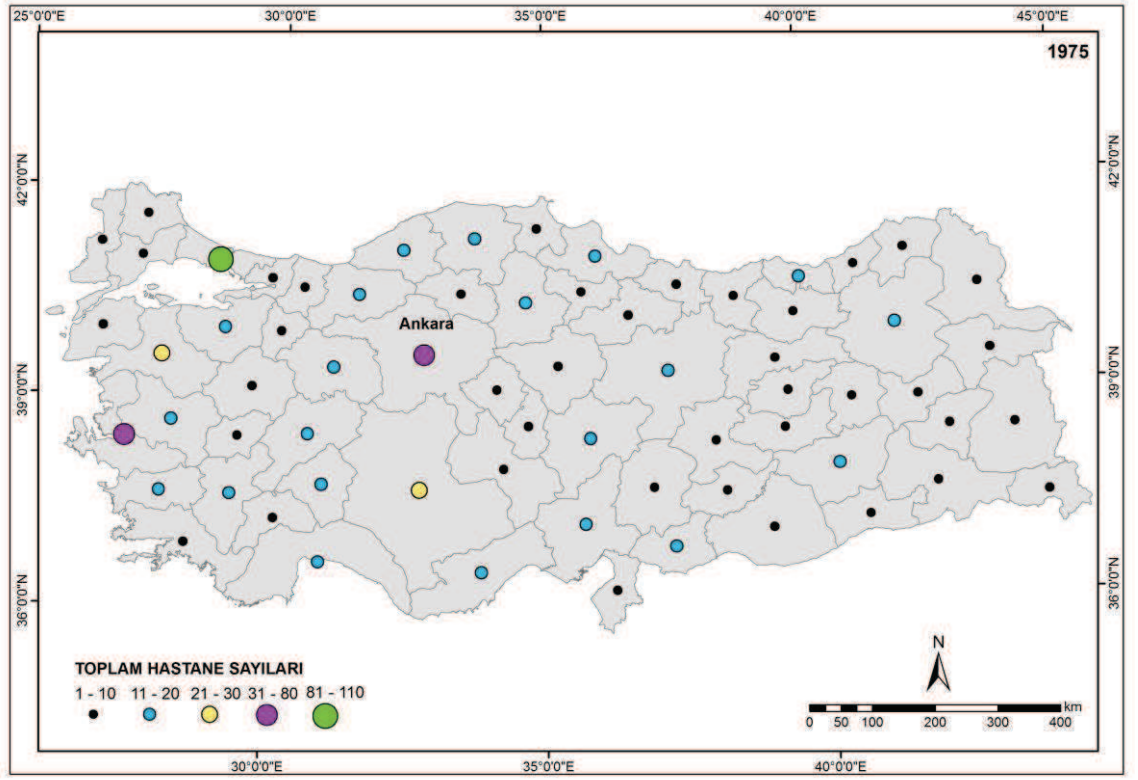
1960-1980 döneminde Türkiye’de illere göre toplam hastane sayısında ağırlıklı olarak büyük şehirlerde artış görülmektedir. Nüfusun yoğun olduğu bölgelerde sağlık yatırımları daha çok gerçekleşmiştir. Ayrıca nüfusu bir milyondan az olan illerin kendilerine en yakın olan büyük şehirlerin sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadırlar. EK-1’de verilen verilerin ışığında, 1960-1980 yılları arasında Türkiye’de toplam hastane sayısında %46 oranında artış gerçekleşmiştir.



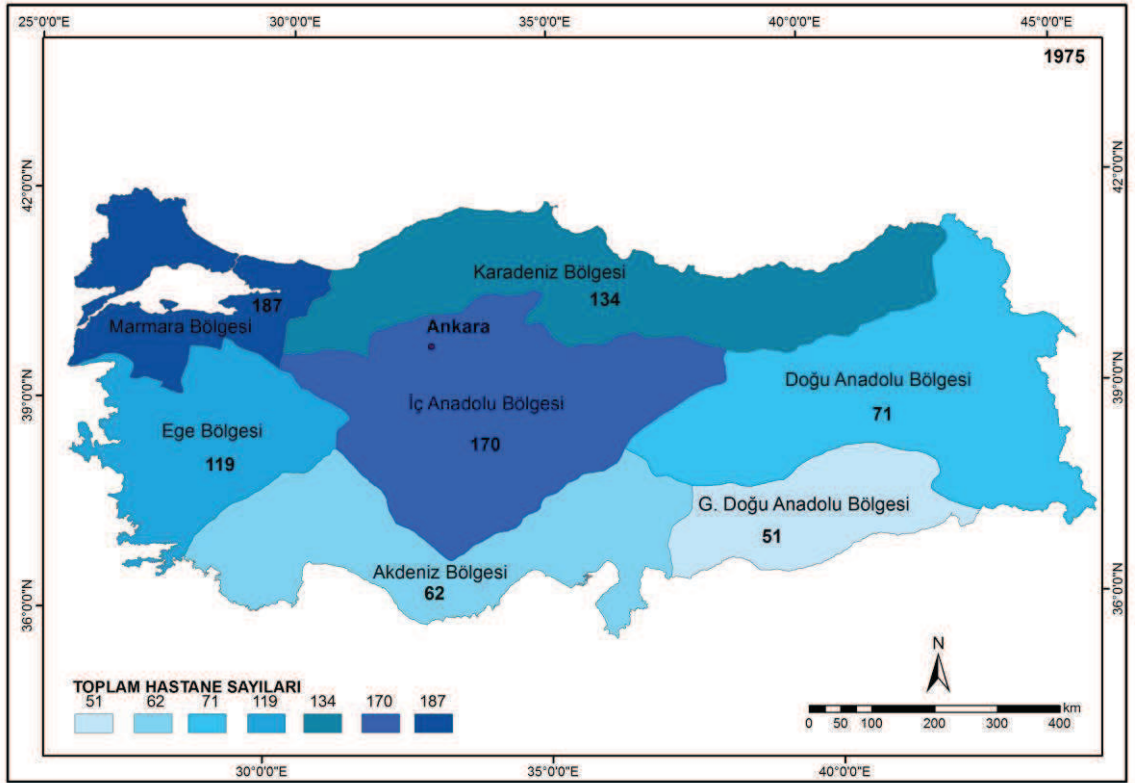
Şekil 3: 1960 Yılında Türkiye'nin İllere Göre Toplam Hastane Sayıları Dağılımı



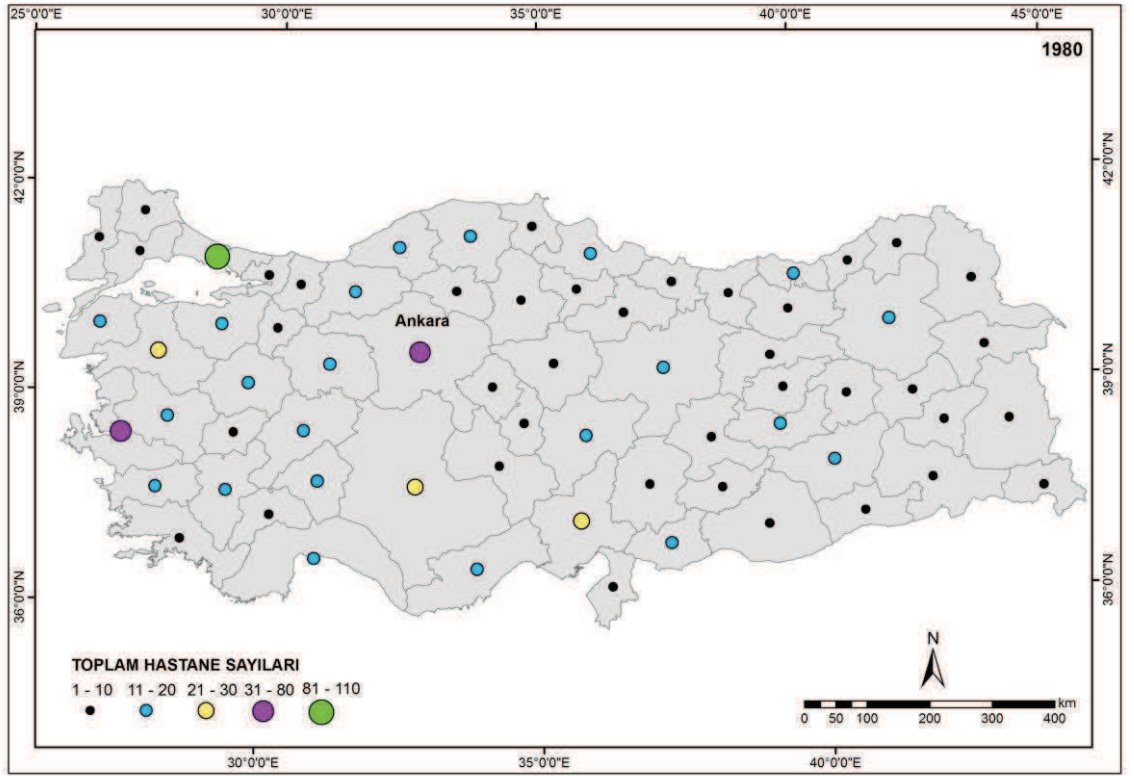
Şekil 4: 1960 Yılında Coğrafi Bölgelere Göre Türkiye'deki Toplam Hastane Sayıları Dağılımı



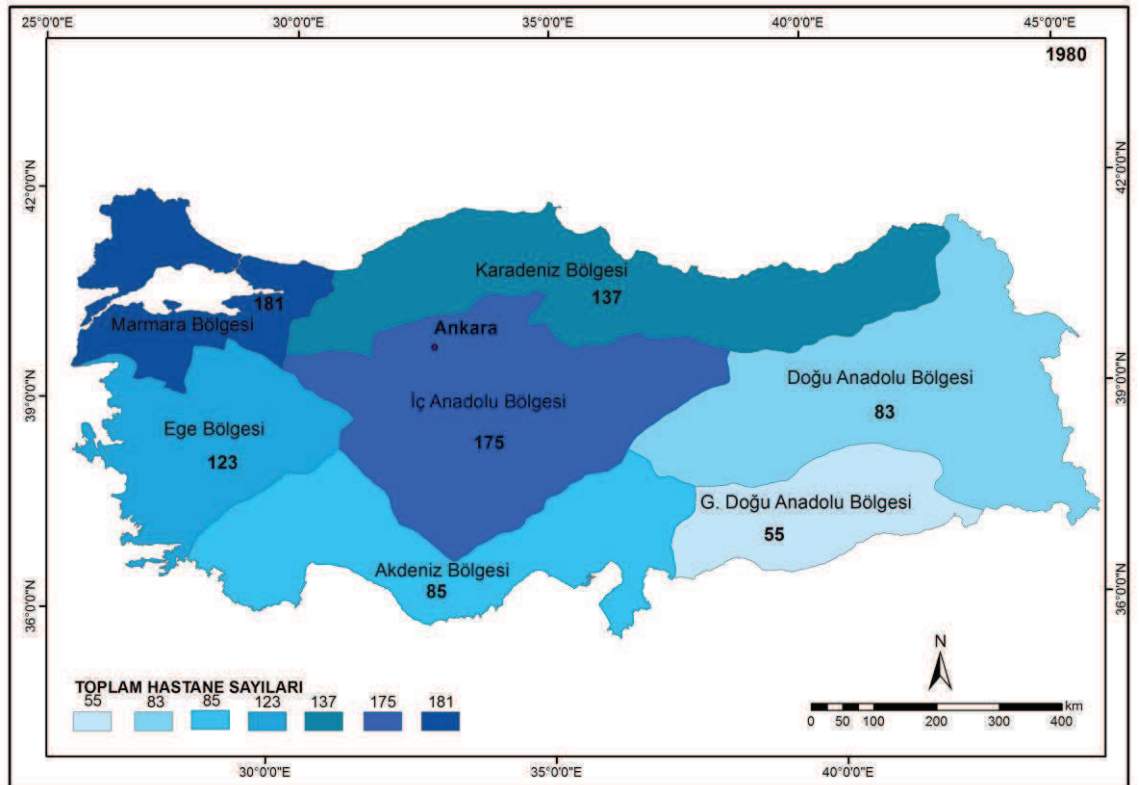
Şekil 5: 1975 Yılında Türkiye'nin İllere Göre Toplam Hastane Sayıları Dağılımı



Şekil 6: 1975 Yılında Coğrafi Bölgelere Göre Türkiye'deki Toplam Hastane Sayıları Dağılımı



Şekil 7: 1980 Yılında Türkiye'nin İllere Göre Toplam Hastane Sayıları Dağılımı



Şekil 8: 1980 Yılında Coğrafi Bölgelere Göre Türkiye'deki Toplam Hastane Sayıları Dağılımı

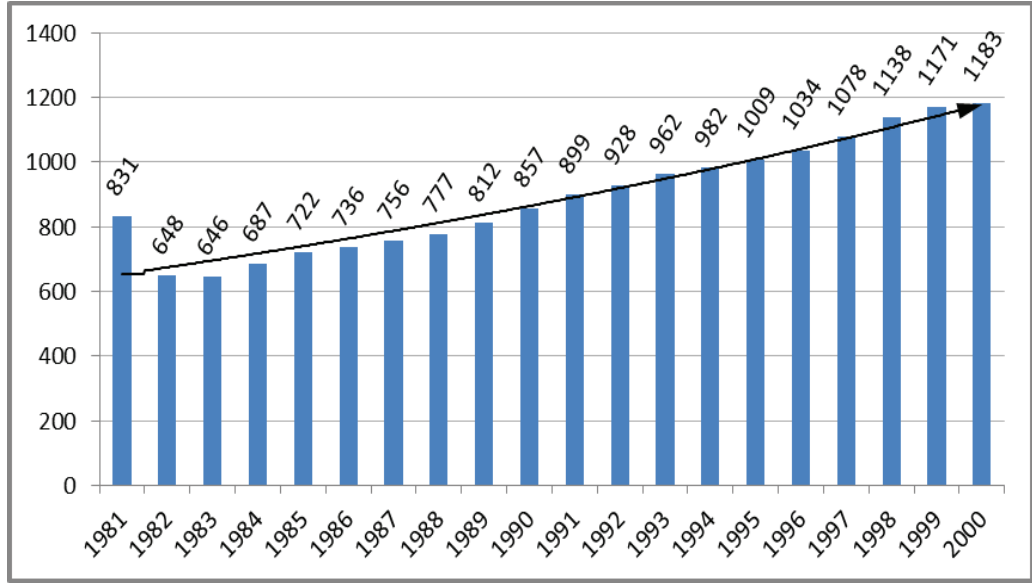
3.2 1981-2000 Dönemi

1980 sonrası Türkiye için reformların başladığı bir dönem olarak adlandırılmaktadır. Türkiye’de yaşanan siyasi dalgalanmalar tüm kamu hizmetlerini etkilemiş, her sektörde yeni uygulama ve planlamaların başlamasına sebep olmuştur. Bu planlamalar kapsamında sağlık sektöründe de değişimler gerçekleşmiştir. Gerçekleşen bu değişim ve politikalara daha önce değinilmiştir. Bu çerçevede 1981-2000 dönemini verileri irdelenmiştir.

1979-1981 Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı verilerine göre; Türkiye genelindeki toplam hastane sayısı EK-2’de 831 olarak görülmektedir. 831 sağlık kurumunda toplam 97.765 yatak sayısı bulunmaktadır (EK-4). 1981 ve 1982 yıllarında toplam yatak sayısını 1980 yılı verileri ile karşılaştırdığımızda; düşüş gözlemlenmektedir. İlgili yıllıklardaki veriler incelendiğinde yatak sayısındaki azalmanın sebebi, Türkiye genelinde kadın doğum hastanelerinin ve çocuk hastanelerinin yatak sayılarında bir düşüş görülmektedir. Bu hastanelerdeki yatak sayısı azalmasının sebebi ise hiçbir kaynakta açıklanmamıştır.

1981 verilerine göre; Türkiye gelinde 26.129 hekim sağlık hizmeti sunmaktadır. Mevcut hekimlerin %40’ı serbest olarak çalışmaktadır (T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1983). 1980 sonrası hekimlerin hem kurumlarda hem de muayenehanelerde hizmet vermesi tekrar serbest bırakıldığı için serbest çalışan hekim sayısında artış gerçekleşmiştir.

Grafik 2’de 1982 senesinde SSYB’ ye bağlı hastanelerin ülke genelinde 190 tanesinde birleştirme yapılmıştır. Bu sebepten dolayı 1981 yılında 831 olan hastane sayısı 1982 yılında 648 olarak görülmektedir. Hastane sayısında azalma gözlense de yatak sayısında çok yüksek oranda bir düşüş gerçekleşmemiştir. Bu yıllarda gerçekleşen değişim Tablo 4’de görüldüğü gibi detaylı şekilde incelenmiştir. Yatak sayısındaki azalmanın sebebi belediyelere bağlı hastanelerin 1982 yılında toplam hastane sayısına dahil edilmemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.



Grafik 2: Türkiye’de Toplam Hastane Sayılarının Yıllara Göre Gidişi (1981-2000)

Tablo 4

Türkiye’deki Toplam Hastanelerin Bağlı Olduğu Kurumlara Göre Dağılışı
(1981-1982)

Bağlı olduğu kurum	1981	1982
SSYB	601	411
SGB	76	78
Diğer Bakanlık	31	38
Üniversite	17	20
Belediye	10	-
Dernek ve Özel Şahıs	85	90
Yabancı ve Azınlık	11	11

1982 yılından sonra ülke genelindeki toplam hastane sayısında yıldan yıla istikrarlı bir şekilde artış devam etmiştir. Grafik 2’de görüldüğü gibi; 1981 yılında 831 hastane hizmet verirken, 2000 yılında toplam hastane sayısı 1183 adet olmuştur. 1981-2000 döneminde ülke genelinde toplam hastane sayısında %42 oranında artış olduğu görülmektedir.

Gerçekleşen bu artışı coğrafi bölgelere göre ele alacak olursak (Tablo 5), Akdeniz Bölgesinde toplam hastane sayısı 1981 yılında 82 iken 2000 yılında 119’a yükselerek

%45 oranında bir artış gerçekleşmiştir. Tablo 5’de görüldüğü gibi en yüksek artış; Marmara Bölgesinde %74 oranında gerçekleşmiştir. Karadeniz Bölgesi ise; Türkiye geneli artış oranı ile aynı oranda artışı göstermiştir. 1981-2000 döneminde; Ege ve İç Anadolu Bölgeleri Türkiye geneli artış oranının çok altında kalarak %30 oranında artış olduğu görülmektedir. Doğu Anadolu Bölgesinde toplam hastane sayısındaki değişim 23 adettir ve 1981-2000 döneminde %23 artış ile en düşük artış oranına sahiptir. Güney Doğu Anadolu Bölgesi ise; yine Türkiye geneli artış oranın çok altında kalarak %36’lık bir değişim görülmektedir.

Tablo 5
Toplam Hastane Sayılarının Coğrafi Bölgelere Dağılışı (1981-2000)

Coğrafi Bölgeler	1981	1987	1994	1995	2000	%değişim
Akdeniz Bölgesi	82	78	107	111	119	45
Ege Bölgesi	127	107	142	145	166	31
Marmara Bölgesi	186	181	239	250	323	74
Karadeniz Bölgesi	135	128	178	181	192	42
İç Anadolu Bölgesi	175	147	183	186	228	30
Doğu Anadolu Bölgesi	85	79	99	93	108	27
G.Doğu Anadolu Bölgesi	55	47	60	63	75	36

1980-2000 dönemi, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi açısından birçok planlamanın yapıldığı fakat uygulamalarının yeterince gerçekleştirilemediği bir dönem olmuştur. Bu sebepten dolayı, sağlık alanında yapılan yatırımlarda daha az oranda artış olduğu görülmektedir. Sağlık alanında yapılmak istenen reformların adımları 1990’lardan sonra atılmaya başlamış fakat uygulamalar 2000 yılı sonrasında başlamıştır.

Ayrıca sık değişen hükümetler ve bürokratik yapıdan dolayı Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistiği Yıllıklarında 2000 yılına kadar sürekli olarak değişik sınıflandırmalar kullanılmıştır. Bu da verilerin analizi ve ayıklanmasında sıkıntılar yaratmıştır. Ülke genelinde hastanelerin türlere göre dağılımı, artış gerçekleşen hastanelerin türleri ve hangi illerde artışın gerçekleştiği bilgilerine 1981-2000 dönemindeki her yıl için ulaşılamamıştır. EK-2’de de görüldüğü gibi 1981 yılından sonra 1987 yılına kadar illere göre değişime ulaşılamamıştır. İlgili dönemde sadece 1981, 1987, 1994, 1995 ve 2000

yıllarına ait toplam hastane sayılarına ulaşılabilmiştir. İlgili yılların sağlık istatistiği yıllıklarında da yeterli göstergelere ve açıklamalara ulaşılammıştır.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın yayınlamış olduğu "Türkiye Sağlık İstatistiği Yıllığı 1979-1981" verilerine göre; 1981 yılında Türkiye'deki toplam hastane sayılarının illere göre ve coğrafi bölgelere göre dağılışı Şekil 9 ve Şekil 10'da görülmektedir. Sağlık Bakanlığı, "Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1987-1994" verilerine göre; 1987 yılındaki Türkiye'deki toplam hastane sayısındaki dağılışı hem illere göre hem de coğrafi bölgelere Şekil 11 ve Şekil 12'de görülmektedir. Şekil 13 ve Şekil 14'de 1995 yılında Türkiye'deki toplam hastane sayısının illere ve coğrafi bölgelere göre dağılışına değinmiştir ve veriler Sağlık Bakanlığının 1996 yılında yayınlamış olduğu "Sağlık İstatistikleri 1995" çalışmasından temin edilmiştir. 2000 yılının Türkiye'deki illere ve coğrafi bölgelere göre dağılışı gösteren Şekil 15 ve Şekil 16 verileri, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın "Sağlık İstatistikleri 2000" başlıklı yayınlamış olduğu çalışmadan temin edilmiştir.

1981-2000 döneminin verileri analiz edilirken 1981 yılından sonra 1987 yılına kadar illere göre hastane sayılarının dağılımı bulunamamıştır. Aynı durum 1987 yılından 1994 yılına kadar devam etmiştir. İlgili yılların dönemselliğini analiz ederken 5'er yıllık dönemlerde çalışmak mümkün olmadığından dolayı temin edilen verilere göre haritalar oluşturulmuştur. Bu sebepten dolayı 1981 yılından sonra, 1987,1995 ve 2000 yılları verilerine göre haritalar hazırlanmıştır.

1981-2000 dönemi haritaları hazırlanırken, dönem içindeki il sayısındaki değişikliklere dikkat edilmiş ve yıldan yıla haritalar değişen idari sınırlara göre hazırlanmıştır. 1989 yılına kadar Türkiye'de toplam 67 il bulunmaktadır. 1989 yılında Aksaray Niğde'den, Bayburt Gümüşhane'den, Kırıkkale Ankara'dan ve Karaman Konya'dan ayrılarak il olmuştur. Siirt'in 3 ilçesi ve Mardin'in 2 ilçesi ayrılarak 1990 yılında Batman il olmuştur. Yine Şırnak 1990 yılında Siirt'ten ayrılarak il olmuştur. Bartın Zonguldak'tan ayrılarak 1991, Ardahan ve Iğdır Kars'tan ayrılarak 1992, Yalova 1 ilçesi Bursa, 1 ilçesi Kocaeli'nden ayrılarak 1995, Karabük 2 ilçe Çankırı, 3 ilçe Zonguldak'tan ayrılarak ve Kilis Gaziantep'ten ayrılarak 1995, Osmaniye Adana'dan ayrılarak 1996 ve son olarak Düzce Bolu'dan ayrılarak 1999 yıllarında il olmuşlardır.

1981 yılında Türkiye’deki 67 ilde toplam 833 hastane bulunmaktadır (EK-2). Şekil 9’da görüldüğü gibi, en fazla nüfusa sahip olan İstanbul ilinde 81-110 sayısı aralığında hastane hizmet vermektedir. Ankara ve İzmir illeri 31 ile 80 adet arasında hastane bulurken, Konya ve Balıkesir illerinde 21-30 sayısı aralığında hastane bulunmaktadır. Nüfusu 1 milyondan fazla olan illerde hastane sayısının daha yüksek olduğu görülmektedir. İstanbul, Ankara, Konya, İzmir ve Balıkesir illerinde toplam 218 hastane bulunmaktadır (EK-2). Türkiye’deki toplam hastane sayısının %26’dan fazlası söz konusu illerde toplanmıştır.

1981 yılında 36 ilde hastane sayısı 1 ile 10 arasında değişmektedir. Bu illerin büyük çoğunluğu Ankara’nın doğusundaki ve Doğu Karadeniz Bölgesindeki illerdir. Akdeniz Bölgesinde; Antalya, Mersin, Adana, Isparta illeri 11 ile 20 adet hastaneye sahipken; Karadeniz Bölgesinde de Samsun, Kastamonu, Zonguldak, Bolu, Trabzon illerinde hastane dağılımı benzer şekilde görülmektedir. Ege Bölgesinde Aydın, Afyon, Kütahya, Denizli, Manisa, İç Anadolu Bölgesinde Eskişehir, Kayseri, Sivas, Marmara Bölgesinde Bursa ve Çanakkale, Güneydoğu Anadolu Bölgesinde Gaziantep, Diyarbakır ve Doğu Anadolu Bölgesinde Erzurum, Elazığ illerinde toplam hastane sayıları 11-20 aralığındadır. Türkiye genelinde sadece Konya ve Balıkesir illeri 21 ile 30 adet hastane sayısına sahiptir. Her iki ilde de tarımsal faaliyetlerin artış gösterdiği ve nüfusunun arttığı göz önünde bulundurulursa, söz konusu illerde sağlık hizmeti sunan kurumlarda artış gerçekleşmesi ve devletin sağlık yatırımları gerçekleşmesi gerekmektedir.

Şekil 10’da 1981 yılında toplam hastane sayılarının coğrafi bölgelere göre dağılımı görülmektedir. İllere göre dağılımdan da görüldüğü gibi; Marmara Bölgesi 186 adet hastane ile en fazla sayıya sahiptir. İç Anadolu Bölgesindeki 175 hastanenin %41’i Ankara ve Konya illerindedir. Ege Bölgesindeki 127 adet hastane ise, bölgedeki İzmir dışındaki illerde nerdeyse homojen dağılmıştır. 1981 yılında Akdeniz Bölgesinde 82, Doğu Anadolu bölgesinde ise 85 adet hastane hizmet vermektedir. Bu durum Doğu Anadolu Bölgesine sağlık alanında devlet tarafından yatırımlarda artış olduğunun bir göstergesi olarak görülmektedir. Doğu Anadolu Bölgesinde, 1980’den 1981 yılına herhangi bir hastane artışı görülmemektedir. İlgili yılın verilerine göre; Karadeniz

Bölgesinde ise, 135 adet hastane hizmet vermektedir. Batı Karadeniz Bölgesinde hastane sayısının daha yüksek olduğu Şekil 9’da görülmektedir.

1981-2000 döneminin zamansal dağılışı ve değişimi başlığında değindiğimiz gibi; 1981 yılından sonra SSYB’ye bağlı hastanelerde Türkiye genelinde birleşme gerçekleşmiştir ve bu sebepten dolayı toplam hastane sayısında bir düşüş gerçekleştiği görülmektedir. 1987 yılının verilerine göre Türkiye’deki toplam hastane sayısının illere göre dağılışı gösteren Şekil 11’de de bu birleşmeden kaynaklı olarak değişimde negatif yönde bir seyir olduğu görülmektedir. Fiilen hizmet veren hastane sayısında düşüş görülse de, toplam yatak sayısında aynı oranda düşüş gerçekleşmediği için sağlık hizmeti sunumuna etki edecek bir değişim gerçekleşmemiştir.

Bu bilgilerin ışığında Şekil 11’de; 1987 yılında değişimin en belirgin illerden birisi İzmir’dir. Şekil 9’da 31-80 aralığında iken; Şekil 11’de 21-30 adet hastane sayısı aralığına düştüğü görülmektedir. Eskişehir, Kütahya, Afyon, Çanakkale ve Elazığ illerinde de toplam hastane sayısında negatif yönde bir değişim olduğu görülmektedir. Diğer taraftan 1987 yılı verilerine göre; Muğla ve Hatay illerinde artış gerçekleşmiştir. 1987 yılında Türkiye genelinde 39 ilde toplam hastane sayısı 1 ile 10 arasında değişmektedir.

1987 yılında Türkiye genelinde toplam hastane sayısı 756’dır. Toplam hastane sayısının coğrafi bölgelere göre dağılışı incelediğimizde (Şekil 12); SSYB’ye bağlı hastanelerin birleşmesinden dolayı gerçekleşen düşüşün tüm bölgeleri etkilediği görülmektedir. Fakat yine de en yüksek hastane sayısı İstanbul ilinde olduğundan dolayı Marmara Bölgesi 181 adet hastane ile Türkiye’deki toplam hastanelerin %24’üne sahip olan bölgedir. İç Anadolu Bölgesi 147 adet hastane ile Türkiye’deki hastanelerin %15’ini kapsamaktadır. Şekil 12’de görüldüğü gibi; Karadeniz Bölgesi’nde 128, Ege Bölgesinde 107 adet hastane mevcut iken; Doğu Anadolu Bölgesi’nde 79 ve Akdeniz Bölgesi’nde 78 hastane hizmet vermektedir. Türkiye’deki toplam hastanelerin sadece %6’sı ise Güney Doğu Anadolu Bölgesi’ndedir.

1990’lı yıllarda yürütülen Sağlık reformu çalışmalarının ana hedeflerinden birisi de hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi sağlamaktı. Bu hedefler doğrultusunda 1990’lı yılların ikinci yarısından itibaren özel hastanelere yapılan

yatırımlar çoğalmıştır. Bu sebepten dolayı 1987 yılında 756 olan toplam hastane sayısında %34'e yakın bir artış gerçekleşmiş ve toplam hastane sayısı 1009'a yükselmiştir (EK-2).

Şekil 13 1995 yılındaki Türkiye'deki toplam hastane sayılarının illere göre dağılımını göstermektedir. 1995 yılında Türkiye'de 76 il bulunmaktadır. 1987-1995 yılları arasında; Aksaray, Bayburt, Karaman, Kırıkkale, Batman, Şırnak, Bartın, Ardahan, Iğdır ve Yalova il statüsüne yükselmiştir.

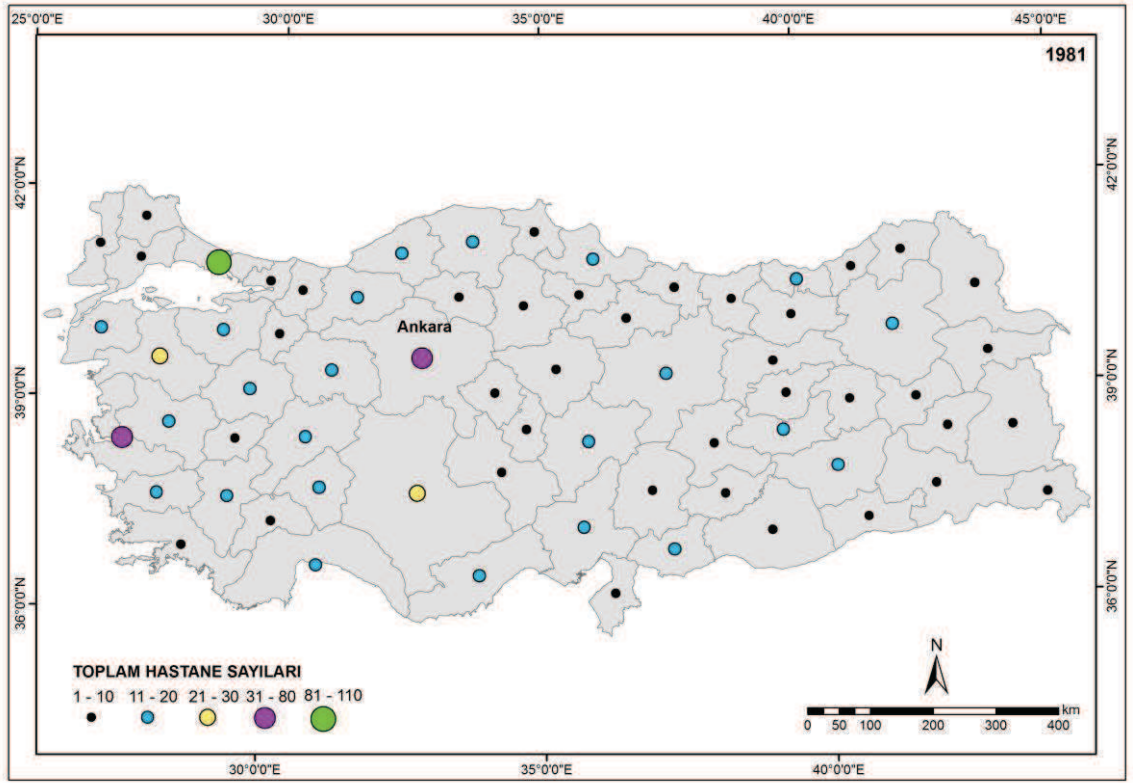
1995 yılındaki toplam hastane sayısındaki değişimi incelediğimizde; en yüksek sayıya yine İstanbul ilinin sahip olduğu görülmektedir. Ankara ve İzmir illeri 31-80 aralığında hastane ile hizmet vermektedir. İzmir ilinde 1987 yılına göre artış gerçekleşmiştir. Karadeniz Bölgesinde Kastamonu, Marmara Bölgesi'nde Bursa ve Manisa, Akdeniz Bölgesi'nde Antalya ve Adana, Doğu Anadolu Bölgesi'nde Erzurum illerinde de artış gerçekleşmiş ve 21-30 adet hastane sayısına ulaşmışlardır. Edirne, Tekirdağ, Çanakkale, Sakarya, Eskişehir, Afyon, Isparta, Urfa, Çorum, Giresun ve Ordu illerinde de artış görülmektedir. Kilis, Gaziantep'ten ayrılıp il olmasına rağmen Gaziantep ilinde değişim görülmemektedir. Bartın ve Karabük il statüsüne yükselmesinden dolayı da Zonguldak ilinin toplam hastane sayısında düşüş gerçekleşmiş ve 1 ile 10 adet hastane aralığına gerilemiştir (Şekil 13).

Şekil 14'de 1995 yılındaki toplam hastanelerin coğrafi bölgelere göre değişimi görülmektedir. Şekil 12 ile Şekil 14 karşılaştırıldığında; Türkiye genelindeki artışın coğrafi bölgelere neredeyse homojen şekilde dağıldığı görülmektedir. Marmara Bölgesi'nde hizmet veren 239 hastanenin 126'sı İstanbul ilinde bulunmaktadır (EK-2). İç Anadolu Bölgesi'nde ise %24'ün üzerinde bir artış gerçekleştirmiş ve toplam hastane sayısı 183'e ulaşmıştır. 1987'den 1995 yılına en fazla artış %39 oranı ile Karadeniz Bölgesi'nde gerçekleşmiş ve toplam hastane sayısı 178 adet olmuştur. Akdeniz Bölgesi'nde de %37 oranında artış gerçekleşmiştir. Ege Bölgesi'nde daha çok İzmir ve Manisa illerindeki değişiminden dolayı artış gerçekleşmiştir. Şekil 14'de de görüldüğü gibi Doğu Anadolu Bölgesinde 99, Güney Doğu Anadolu Bölgesi'nde 60 hastane bulunmaktadır. 1987'den 1995 yılına kadar en az artış olan bölge %25 oranı ile Doğu Anadolu Bölgesi'dir.

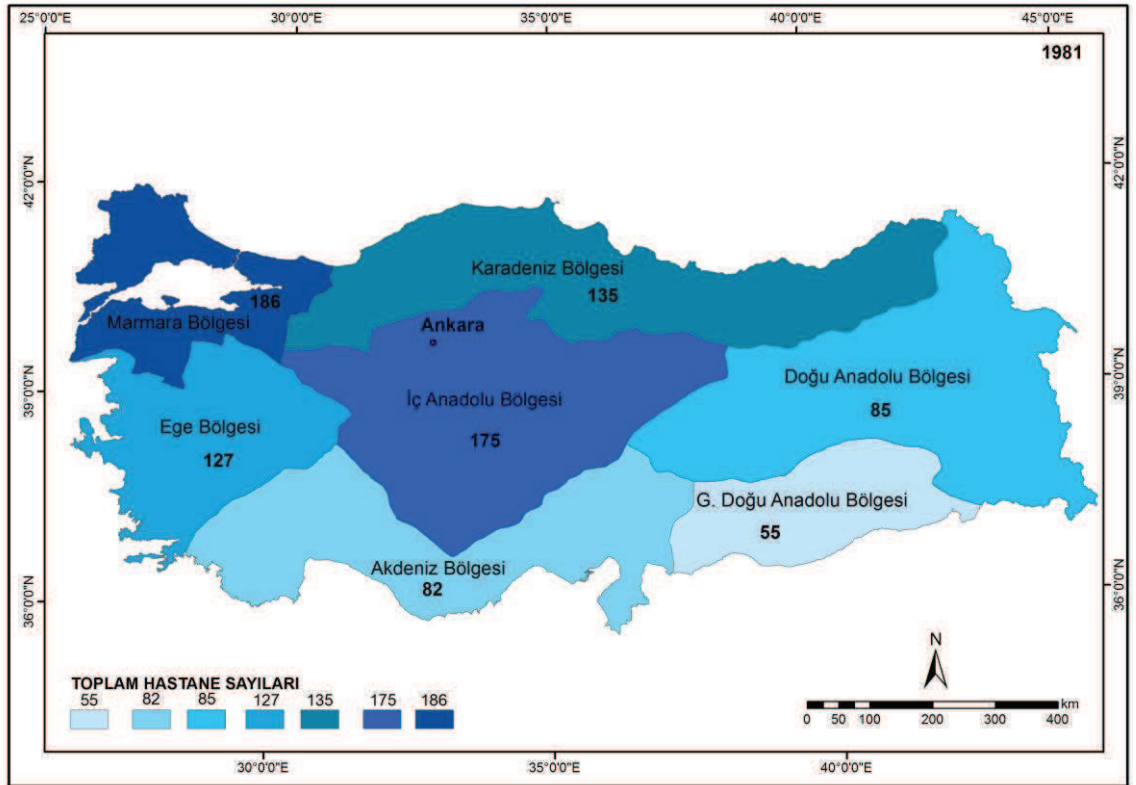
2000 yılı verilerine göre hazırlanan Şekil 15’de Türkiye’de 81 il bulunmaktadır. 1996 yılında Osmaniye, 17 Ağustos depreminden sonra da 1999 yılında Düzce il statüsüne yükselmiştir. Türkiye genelinde toplam hastane sayısı 1183 adettir (EK-2).

2000 yılı verilerine göre hazırlanan Şekil 15’de görüldüğü gibi İstanbul ili en yüksek hastane sayısına sahiptir. Ankara, İzmir ve Konya illeri 31 ile 80 adet arasında hastane ile hizmet vermektedirler. 2000 yılında; İç Anadolu Bölgesi’ndeki bazı illerdeki değişim Şekil 15’de görülmektedir. Aksaray, Nevşehir ve Niğde illerindeki toplam hastane sayısı 11 ile 20 aralığına yükselmiştir. Marmara Bölgesi’nde Kırklareli, Doğu Anadolu Bölgesi’nde Elazığ illeri de 11-20 adet hastane sayısı aralığında toplam hastane ile hizmet vermektedirler. Ayrıca, sadece Kahramanmaraş ilinde negatif yönde bir düşüş olduğu görülmektedir.

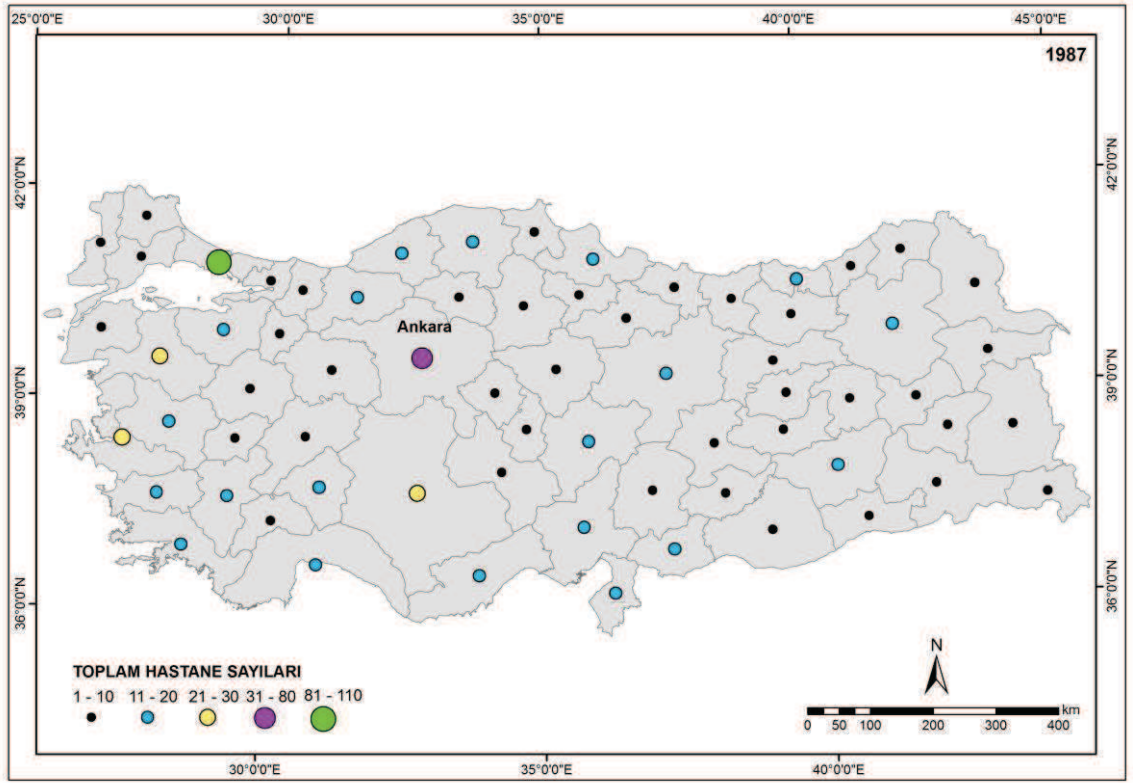
2000 yılındaki toplam hastane sayısının coğrafi bölgelere göre dağılımı Şekil-16’de görülmektedir. Marmara Bölgesi 323 adet hastane ile %35 oranında artış göstererek tüm yıllarda olduğu gibi 2000 yılında da en yüksek artışa sahiptir. Güney Doğu Anadolu Bölgesi’ndeki toplam hastane sayısı 1995’den 2000 yılına 15 adet artmıştır. Bölgede %25 oranında artış görülmektedir. Aynı durum İç Anadolu Bölgesi için de geçerlidir. %25 oranında artış gösteren İç Anadolu Bölgesi’ndeki toplam hastane sayısı 228’e ulaşmıştır. Akdeniz Bölgesi’nde 12, Doğu Anadolu Bölgesinde ise sadece 9 adet hastane sayısı değişimi gerçekleşmiştir. Karadeniz Bölgesi ile 2000 yılında %8’lik bir artış göstererek en düşük orana sahip olan bölge olarak 192 adet hastane ile hizmet vermektedir (Şekil 16).



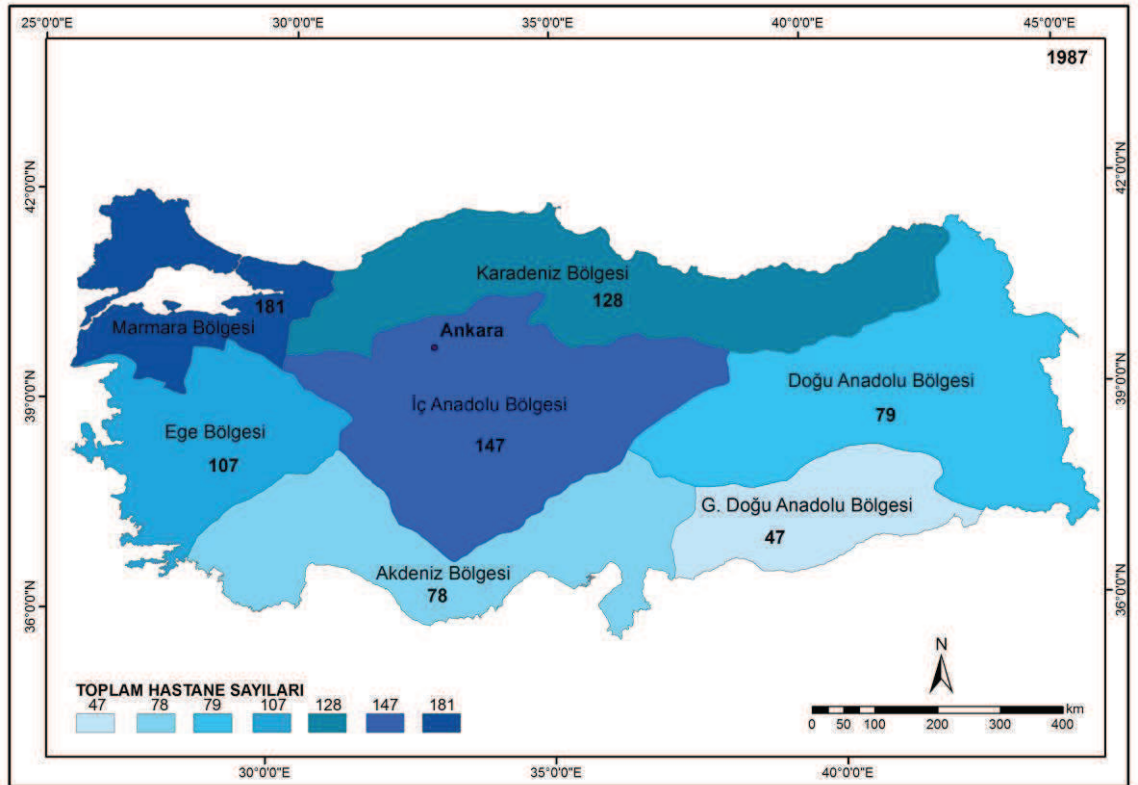
Şekil 9: 1980 Yılında Türkiye'nin İllere Göre Toplam Hastane Sayıları Dağılımı



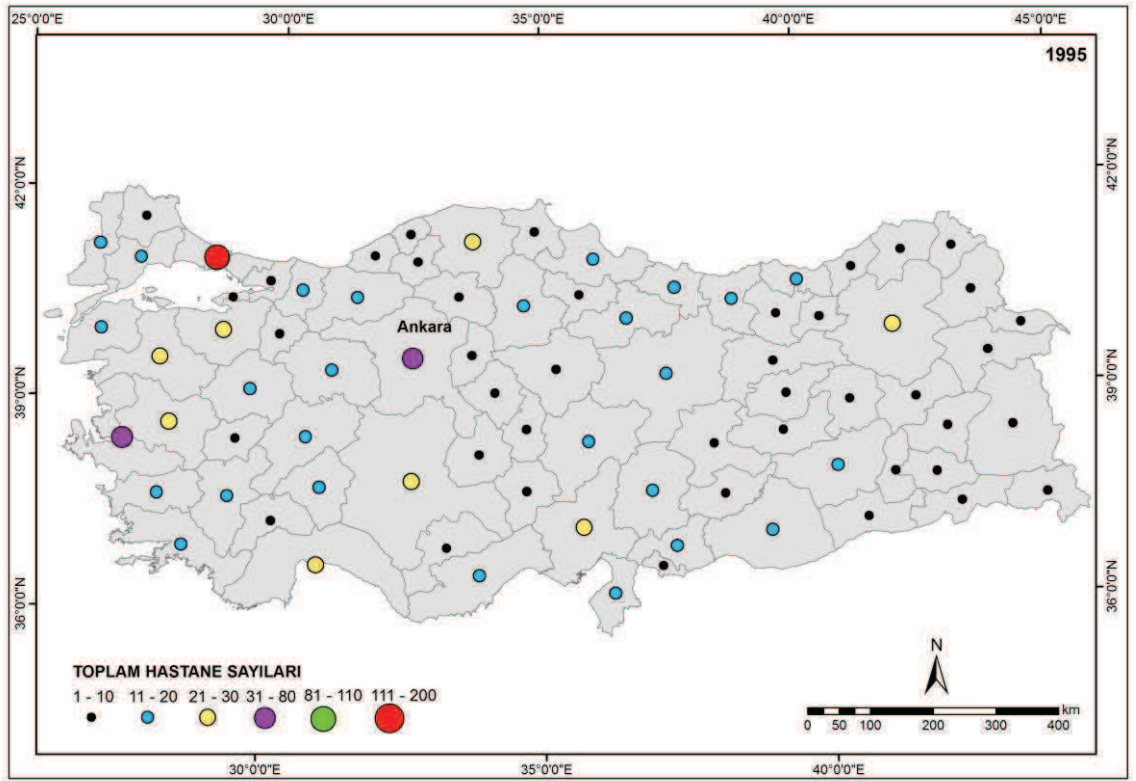
Şekil 10: 1981 Yılında Coğrafi Bölgelere Göre Türkiye'deki Toplam Hastane Sayıları Dağılımı



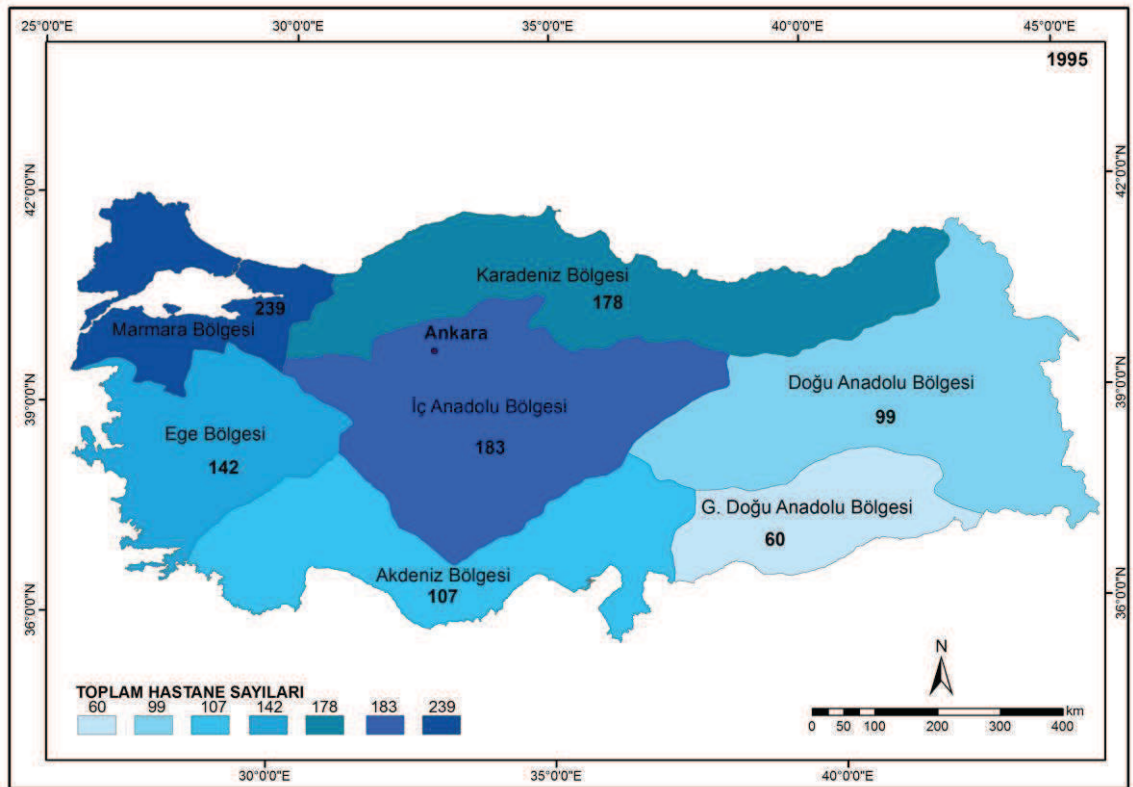
Şekil 11: 1987 Yılında Türkiye'nin İllere Göre Toplam Hastane Sayıları Dağılımı



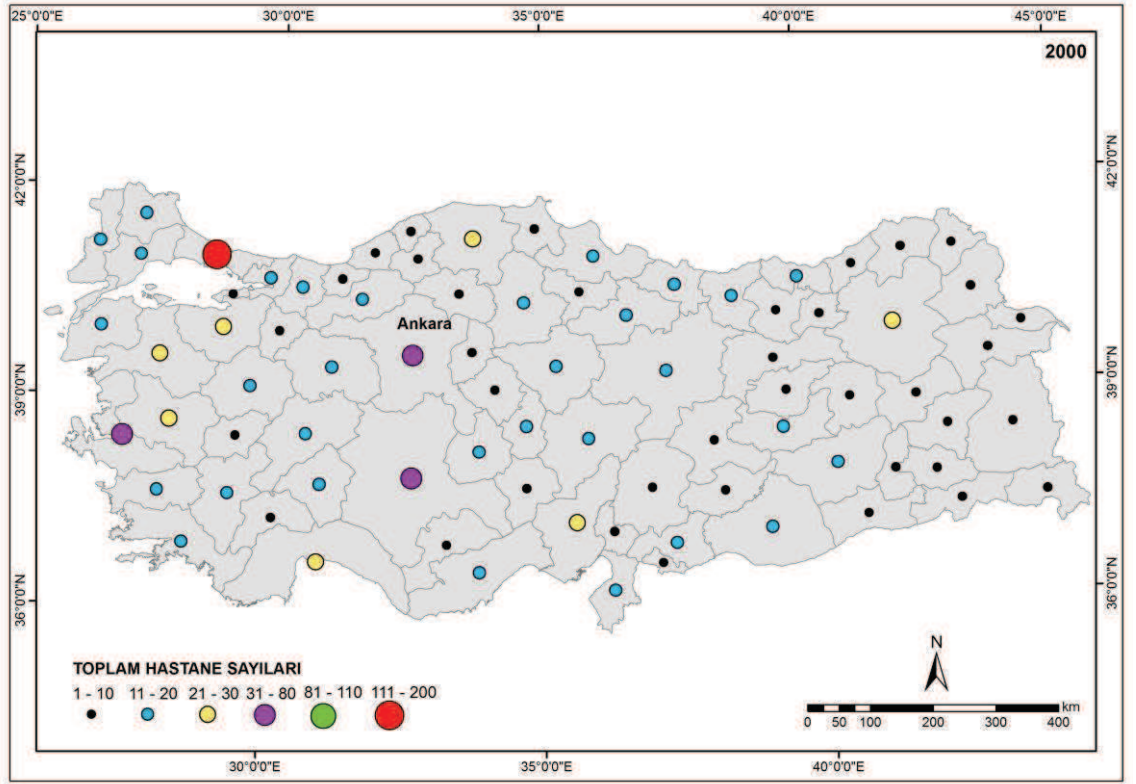
Şekil 12: 1987 Yılında Coğrafi Bölgelere Göre Türkiye'deki Toplam Hastane Sayıları Dağılımı



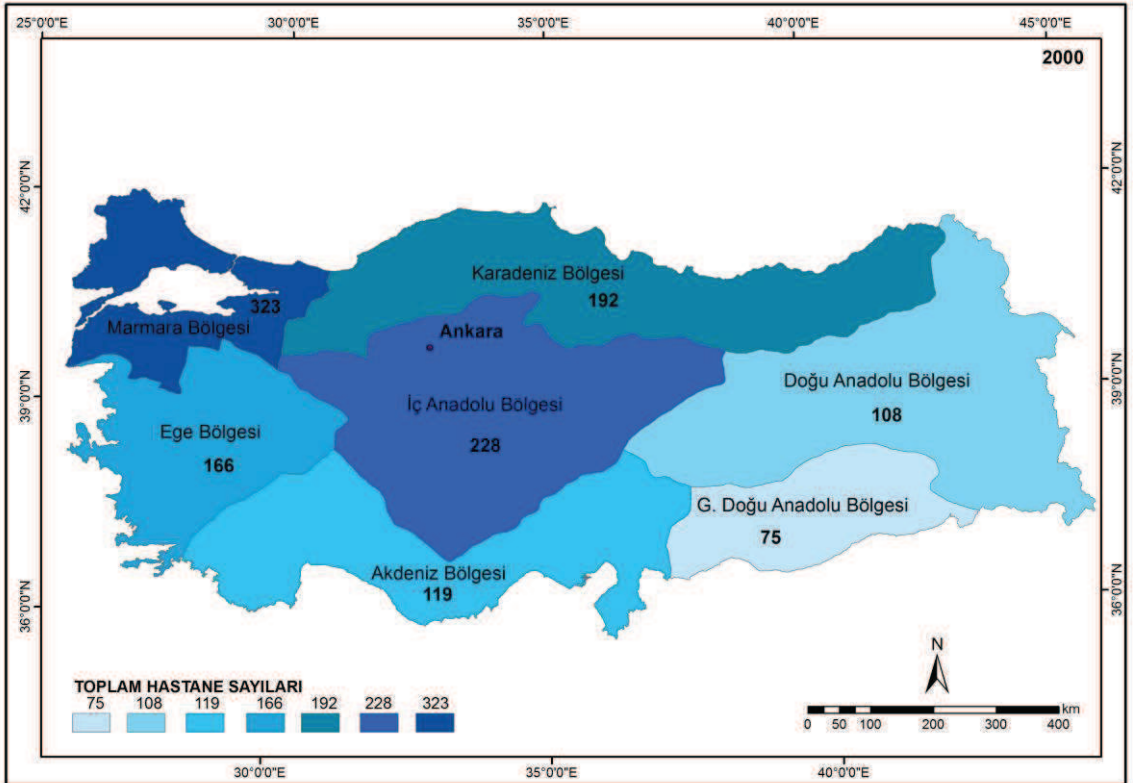
Şekil 13: 1995 Yılında Türkiye'nin İllere Göre Toplam Hastane Sayıları Dağılımı



Şekil 14: 1995 Yılında Coğrafi Bölgelere Göre Türkiye'deki Toplam Hastane Sayıları Dağılımı



Şekil 15: 2000 Yılında Türkiye'nin İllere Göre Toplam Hastane Sayıları Dağılımı



Şekil 16: 2000 Yılında Coğrafi Bölgelere Göre Türkiye'deki Toplam Hastane Sayıları Dağılımı

3.3 2001 - 2015 Dönemi

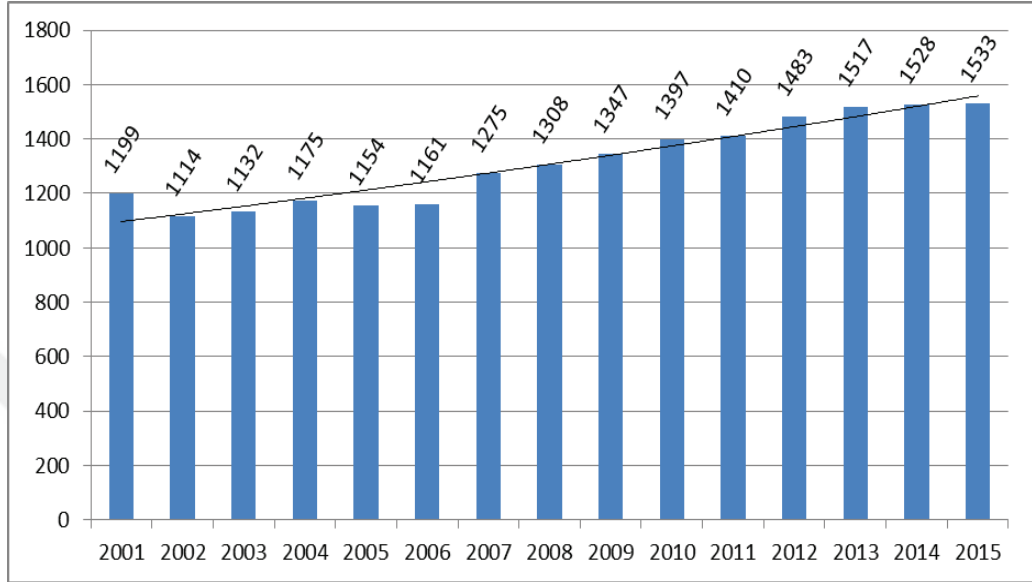
1990'lı yıllarda gerçekleştirilmek istenen sağlık reformu çalışmalarına daha önceki bölümlerde değinmiştik. Bu çalışmaların gerçekleştirilmesi için ilk somut adımlar; 2002 yılında yapılan seçimlerden sonra iktidara gelen Adalet ve Kalkınma Partisi hükümetinin 16 Kasım 2002 tarihinde açıklamış olduğu eylem planında “Herkesi Sağlık” başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefleri belirlenerek atılmıştır (Yanmaz, 2010, s. 105). Acil Eylem Planının belirlenmesinden hemen sonra 2003 yılı başında Sağlıkta Dönüşüm Programı hazırlanmıştır. 2001-2015 dönemi, SDP kapsamında geliştirilen politikalar sonucu elde edilen değişimi göstermektedir. SDP programı insanı temel alan bir politikayı benimsemektedir. Bu yüzden; herkes için ulaşılabilir, nitelikli ve sürdürülebilir sağlık hizmeti hedeflemektedir (İkiel & Genel, 2014, s. 117).

TÜİK'den elde edilen verilere göre; 2001 yılında Türkiye'de toplam 1199 adet hastane ve toplam 140.710 adet yatak bulunmaktadır (EK-4). Ayrıca 2001 yılında Türkiye'de toplam 89.804 hekim hizmet vermektedir. Grafik-3'de, 2002 yılında ki toplam hastane sayısında 85 adet düşüş görülmektedir. Gerçekleşen bu azalmanın birinci sebebi Sağlık Bakanlığı'na bağlı 43 yataklı sağlık kurumunun diğer kurumlar ile birleştirilmesidir. Diğer sebebi ise; geriye kalan 42 hastanenin Milli Savunma Bakanlığına ait hastaneleri kapsamaktadır. 2002 yılından itibaren Milli Savunma Bakanlığına bağlı hastaneler toplam hastane sayısına dâhil edilmemiştir. Ayrıca toplam hekim ve yatak sayıları hesaplanırken de söz konusu değişim göz önünde bulundurulmuştur.

Grafik 3'de görüldüğü gibi 2004 ve 2005 yılları arasında da negatif yönde bir değişim vardır. 2004 yılı verileri detaylı olarak incelendiğinde; Milli Savunma Bakanlığı'na ait 42 hastanenin tekrar dahil edilmesidir (T.C Sağlık Bakanlığı, 2005). 2005-2015 yılları arasında, toplam hastane sayısı verilerine Milli Savunma Bakanlığına ait kurumlar dahil edilmemiştir.

2001-2015 döneminde; toplam hastane sayısı 1199'dan 1533'e yükselerek Türkiye genelinde %28 oranında artış göstermiştir (Grafik 3). Söz konusu dönemde; hastane sayısı ile doğru orantılı olarak hekim sayısında 51.455, yatak sayısında ise 68.938 artış gerçekleşmiştir (EK-4). Ayrıca 2006 yılında sadece 7 adet hastane artışı olduğu görülmektedir. Diğer dönemlere göre daha az artış olmasının sebebi, sosyal güvenlik

kurumlarının tek çatı altında toplayan 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu 20.05.2006 tarihli Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu kanun ile 2006 yılında; SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı kurumlarına bağlı sağlık hizmeti veren hastaneler tek çatı altında toplanmıştır.



Grafik 3: Türkiye’de Toplam Hastane Sayılarının Yıllara Göre Gidişi (2001-2015)

EK-3’de Türkiye’deki toplam hastane sayısının illere göre değişimi görülmektedir. Düzce, Karabük, Kilis, Bayburt, Uşak, Rize, Isparta, Burdur gibi küçük şehirlerde hastane sayısında 2001-2015 döneminde artış gerçekleşmemiştir. Amasya, Artvin, Bolu, Edirne, Elazığ, Kastamonu, Kırklareli, Kırşehir, Kütahya, Niğde, Nevşehir, Sinop, Tunceli, Aksaray, Bartın, Ardahan illerinin toplam hastane sayılarında düşüş görülmektedir (EK-3). EK-3’e göre; Gaziantep, Kahramanmaraş, Mardin, Siirt, Batman, Iğdır, Yalova, Osmaniye illerindeki artış oranları %100’ün üzerindedir. Geri kalan illerde ise Türkiye genel ortalaması civarında seyir eden bir artış görülmektedir.

Toplam hastane sayılarının 2001-2015 yılları arasında Türkiye’deki coğrafi bölgelere göre dağılışı Tablo 6’da gösterilmektedir. 2005 yılında Ege, Karadeniz ve Doğu Anadolu Bölgelerinde 2000 yılına göre düşüş olduğu görülmektedir. Bunun sebebi yukarıda da değinildiği gibi Milli Savunma Bakanlığına bağlı sağlık kurumlarının 2000 yılında dahil edilerek toplam hastane sayılarının hesaplanmış olmasıdır. Coğrafi bölgelerin 2001-2015 yılları arasındaki toplam hastane sayılarına baktığımızda Ege, Karadeniz ve Marmara Bölgelerinde Türkiye geneli artış oranının çok altında artış

gerçekleştirdiği görülmektedir. Güney Doğu Anadolu Bölgesinde %71 ve Akdeniz Bölgesinde %50 oranlarında artış gerçekleşmiştir. Marmara ve Doğu Anadolu Bölgelerinde ise Türkiye geneli artışı ile doğru orantılı bir değişim görülmektedir.

Tablo 6:
Toplam Hastane Sayılarının Coğrafi Bölgelere Dağılışı (2001-2015)

Coğrafi Bölgeler	2001	2005	2010	2015	%değişim
Akdeniz Bölgesi	117	120	161	176	50
Ege Bölgesi	170	153	177	195	15
Marmara Bölgesi	332	324	376	420	27
Karadeniz Bölgesi	193	169	199	212	10
İç Anadolu Bölgesi	229	242	276	292	28
Doğu Anadolu Bölgesi	111	103	135	141	27
G.Doğu Anadolu Bölgesi	75	75	105	128	71

2001-2015 döneminde Türkiye genelindeki istikrarlı artış olduğu görülmektedir. Gerek siyasi olarak ülke yönetiminde köklü değişikliklerin olmadığı, gerekse ekonomik dalgalanmaların nispeten daha önceki dönemlere göre daha az yaşandığı bir dönem olmasından kaynaklı olarak, 2001-2015 dönemindeki sağlık planlanmalarının hayata geçirilmesi daha kolay olmuştur.

2001-2005 döneminin verileri analiz edilirken daha önceki dönemlerde olduğu gibi verilerin sınıflandırılmasında farklılıklar ile karşılaşılmamıştır. 2000 yılından sonra tüm sağlık kurumlarının istatistiki verisine ulaşılabildiği için, bu dönemde eşit yıl aralığı ile haritalar oluşturulabilmiştir. Bu sebepten dolayı 2001-2015 döneminde; 2005, 2010 ve 2015 yılları verilerine göre haritalar oluşturulmuştur. Şekil 17 ve Şekil 18 2005 yılında Türkiye'deki illere göre ve coğrafi bölgelere göre dağılışı göstermektedir. TÜİK'ten alınan verilere göre; 2010 ve 2015 yıllarının da illere göre ve coğrafi bölgelere göre dağılımını ve değişimi gösteren haritalar oluşturulmuştur.

2001-2015 döneminde Türkiye'deki toplam il sayısı 81'dir. 2001 yılında toplam hastane sayısı 1199 iken, 2005 yılında 1154'e yükselmiştir (EK-3). Şekil 17'de 2005 yılında Türkiye'deki toplam hastane sayılarının illere göre dağılımı görülmektedir. İstanbul ili 111 ile 200 aralığındadır ve Türkiye genelinde en yüksek hastane sayısına sahiptir. Ankara, İzmir, Konya illeri ise 31-80 sayıları aralığında hastane bulunmaktadır.

Kayseri, Adana, Antalya, Manisa, Balıkesir ve Bursa illerinde 21 ile 30 arasında hastane hizmet vermektedir. Bir önceki döneme göre; Kayseri ilindeki toplam hastane sayısında artış gerçekleşmiştir. Ayrıca daha önceki bölümlerde değinilen sağlık kurumlarında gerçekleştirilen birleşmeden kaynaklı olarak 2005 yılında birçok ilde toplam hastane sayısında düşüş olduğu görülmektedir. Kırklareli, Edirne, Çanakkale, Kütahya, Bolu, Kastamonu, Nevşehir, Erzurum illerinde Şekil 15'e göre toplam hastane sayılarında azalma vardır. Kahramanmaraş, Kayseri ve Van illerinde ise artış olduğu görülmektedir. 2005 yılında Türkiye genelinde 1-10 hastane aralığında toplam 40 adet hastane bulunmaktadır. Bu illerin büyük bölümü Doğu Karadeniz, Doğu Anadolu ve Güney Doğu Anadolu Bölgeleri'nde bulunmaktadır (Şekil 17).

Şekil 18'de 2005 yılında toplam hastane sayılarının coğrafi bölgelere göre dağılımı görülmektedir. Marmara Bölgesi'ndeki 324 hastanenin 195 adeti İstanbul ilinde hizmet vermektedir. Sağlık kurumlarının birleşmelerinden kaynaklı olarak 2000 yılı verilerine göre 2005 yılında Karadeniz, Ege ve Doğu Anadolu Bölgeleri'nde toplam hastane sayılarında azalma olduğu görülmektedir. Güney Doğu Anadolu Bölgesi'nde değişim gerçekleşmemişken, Akdeniz Bölgesinde sadece 1 hastane artmıştır. İç Anadolu Bölgesi'nde ise 242 adet hastane hizmet vermektedir.

2001-2015 dönemi; Türkiye'de hızla sağlık yatırımlarının yapıldığı bir dönemdir. Gerçekleşen yatırımlar dönemin verilerini analiz ettiğimizde görülmektedir. Nitekim 2005 yılında 1154 olan toplam hastane sayısı, 2010 yılında 1397'e ulaşmıştır (EK-3). Şekil 19'da 2010 yılında Türkiye'deki hastanelerin illere göre dağılımı görülmektedir. Marmara Bölgesi'nde; başta İstanbul olmak üzere, Bursa, Çanakkale, Kocaeli, Edirne illerindeki toplam hastane sayılarında artış görülmektedir. Ege Bölgesi'nde; Denizli ve Muğla illerinde toplam hastane sayıları 21-30 aralığına yükselirken, Kütahya'da da 11-20 aralığına artış gerçekleşmiştir. Akdeniz Bölgesi'nde Antalya ilinde 31 ile 80 adet arasında hastane hizmet vermektedir. Ayrıca Mersin ve Hatay illerinde de 2005 yılına göre artış gerçekleşmiştir. Batı Karadeniz Bölgesi'nde Bolu ve Zonguldak illeri 11 ile 20 hastane sayısı aralığına yükselmiştir. Ayrıca Karadeniz Bölgesi'nde Trabzon ve Samsun; Doğu Anadolu Bölgesi'nde Erzurum ve Güney Doğu Anadolu Bölgesi'nde Diyarbakır illerinde 21-30 aralığında toplam hastane hizmet vermektedir. İç Anadolu

Bölgesi'nde ise Şekil 19'da belirgin şekilde göze degecek bir değişim gerçekleşmemiştir.

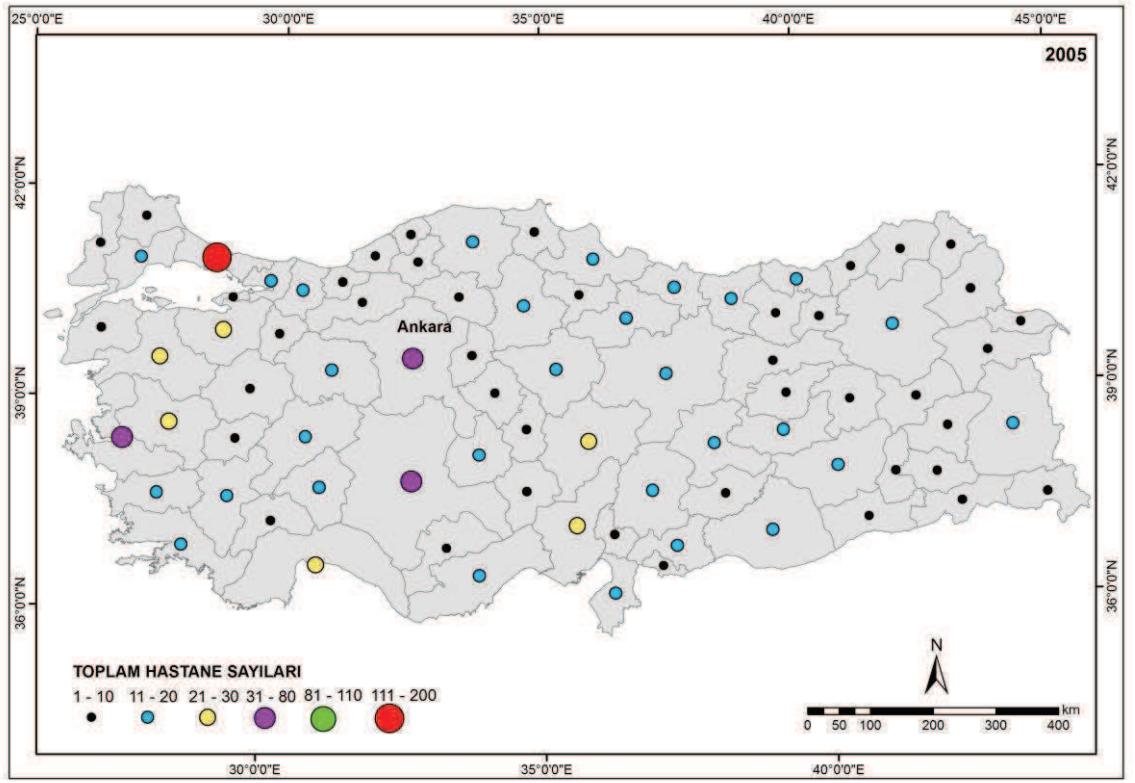
2010 yılında coğrafi bölgelere göre toplam hastane dağılışına baktığımızda (Şekil 20); illere göre dağılımda değişimlerin belli olmadığı İç Anadolu Bölgesinde toplam hastane sayısında %14 oranında artış olduğu görülmektedir. En düşük artış İç Anadolu Bölgesinde gerçekleşmiştir. Marmara ve Ege Bölgeleri'nde %16 oranında artış gerçekleşirken, Karadeniz Bölgesi'nde toplam hastane sayısında %18 oranında artış gerçekleşmiştir. Güney Doğu Anadolu Bölgesi 2010 yılında en yüksek artış oranına sahip olan bölgedir. Toplam hastane sayı 2005 yılında 75 iken, 2010 yılında 105'e yükselerek %40 oranında artış gerçekleşmiştir. 2010 yılında; Akdeniz Bölgesi'nde 41, Doğu Anadolu Bölgesi'nde ise 32 adet hastane daha sağlık hizmeti vermeye başlamıştır.

Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllığı (2015) verilerine göre hazırlanan Şekil 21; 2015 yılındaki toplam hastane sayılarının Türkiye'de illere göre dağılışı göstermektedir. 2015 yılında Türkiye'de toplam 1533 adet hastane bulunmaktadır (EK-3). Tüm yıllarda olduğu gibi, İstanbul ili en yüksek hastane sayısına sahiptir. Başkent Ankara ise, 81-110 sayıları aralığında toplam hastane ile hizmet vermektedir. Konya, İzmir, Bursa ve Antalya illerinde 31 ile 80 adet arasında hastane bulunmaktadır. Aydın, Afyon, Urfa, Adıyaman ve Ağrı illeri de 2010'dan 2015 yılına pozitif yönde değişim gösteren iller arasındadır. Diğer taraftan 2015 yılında; Aksaray ve Edirne illerinde toplam hastane sayılarında düşüş gerçekleşmiştir.

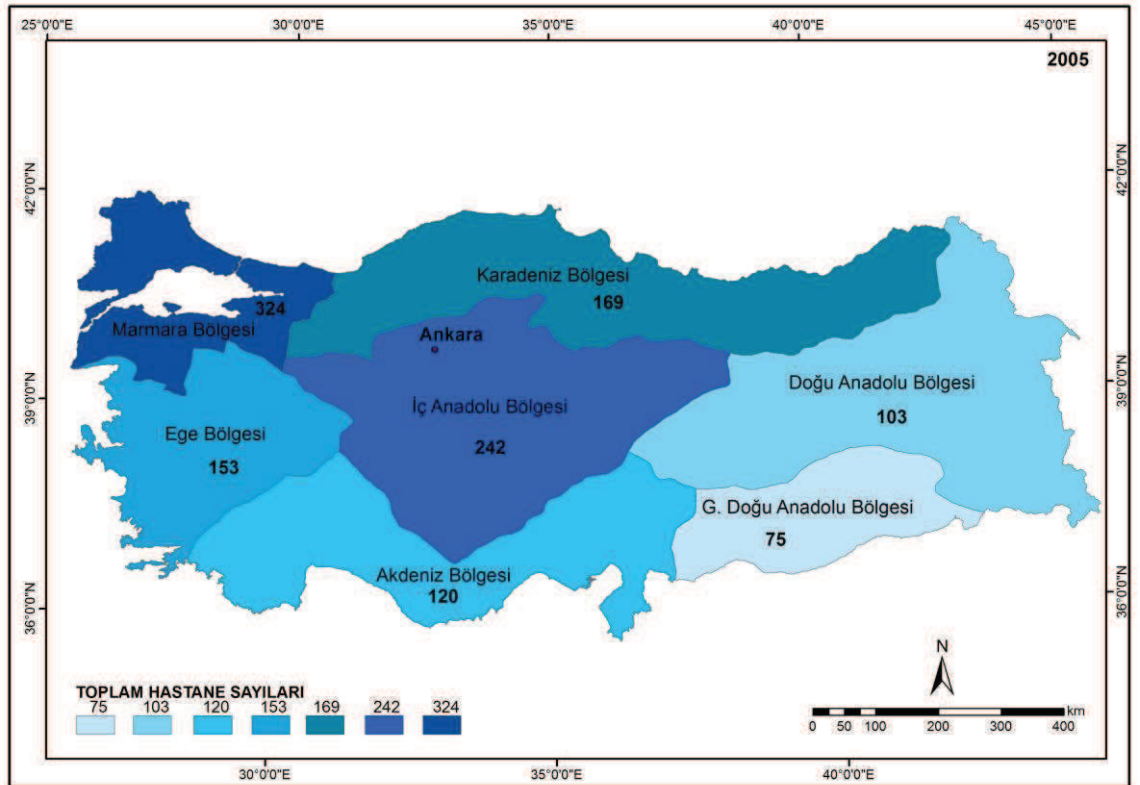
2015 verilerine göre hazırlanan; Türkiye'deki toplam hastane sayısının coğrafi bölgelere göre dağılışı Şekil 22'de görülmektedir. Marmara Bölgesi, İstanbul ilinden dolayı bütün yıllarda en fazla hastane sayısı ile sağlık hizmeti sunmaktadır. Ege Bölgesi'nde 195 adet hastane mevcuttur. 2010-2015 döneminde bölgede %10 oranında artış gerçekleşmiştir. Şekil 22'de görüldüğü gibi Akdeniz Bölgesi'nde 176, Karadeniz Bölgesi'nde 212, İç Anadolu Bölgesi'nde 293 adet hastane bulunmaktadır. Akdeniz Bölgesi'nde %9 oranında gerçekleşen artışın büyük kısmı Antalya ve Mersin illerinde görülmektedir (EK-3). Karadeniz Bölgesi'nde ise %7 oranında gerçekleşen artış homojen şekilde dağılım göstermektedir. İç Anadolu Bölgesi verilerini incelediğimizde; 2010 yılından 2015 yılına toplam hastane sayısında 17 adet değişim görülmektedir. Doğu Anadolu Bölgesi'nde diğer dönemlere kıyasla çok düşük bir artış gerçekleşmiştir. %4 oranında

gerçekleşen artış; 2015 yılı verilerine göre Türkiye genelindeki en düşük artış oranıdır. Diğer taraftan Güney Doğu Anadolu Bölgesi'nde ise tam tersi bir durum görülmektedir. 2010-2015 periyodunda %22 oranında bir artış görülmektedir. 2015 yılında en yüksek artış oranı Güney Doğu Anadolu Bölgesi'nde görülmektedir. Hastane sayısındaki bu artışın sebebi nüfusun yoğunluğu değil, Devlet'in bölgeye daha fazla yatırım yapılması için teşvik etmesidir.

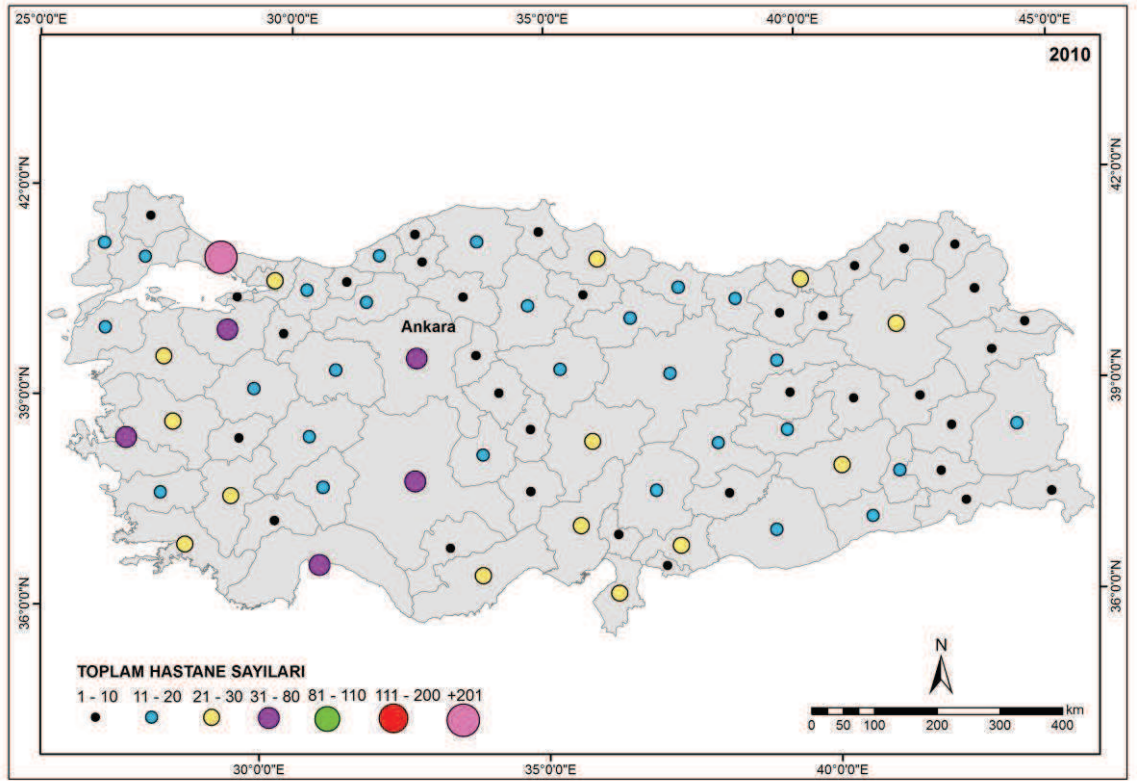
2001-2015 döneminde; Türkiye'de toplam hastane sayısında istikrarlı bir artış görülmektedir. Toplam hastane sayısındaki artış ile doğru orantılı olarak toplam yatak, hekim ve sağlık personeli sayılarında da artış olduğu gözlemlenmektedir. Nitekim sadece sağlık kurumu sayısında artış gerçekleşmiş olması tek başına yeterli bir iyileşme olarak kabul edilemez bir kriter olurdu.



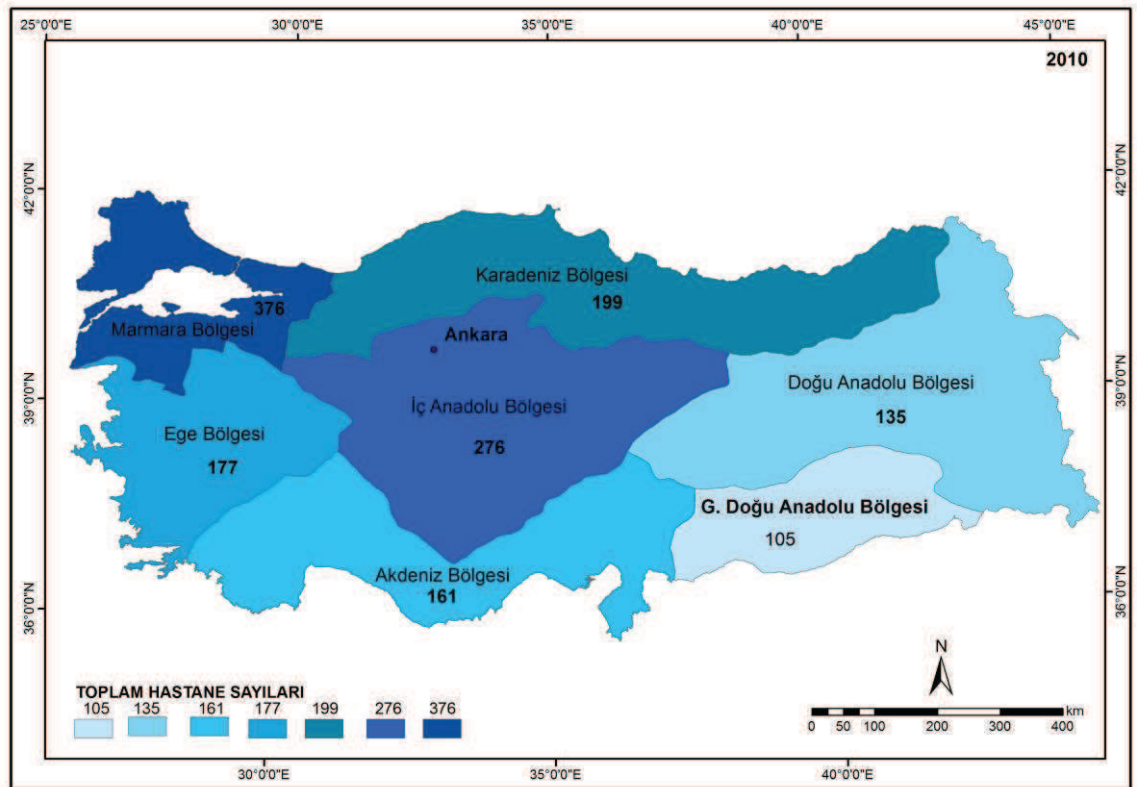
Şekil 17: 2005 Yılında Türkiye'nin İllere Göre Toplam Hastane Sayıları Dağılımı



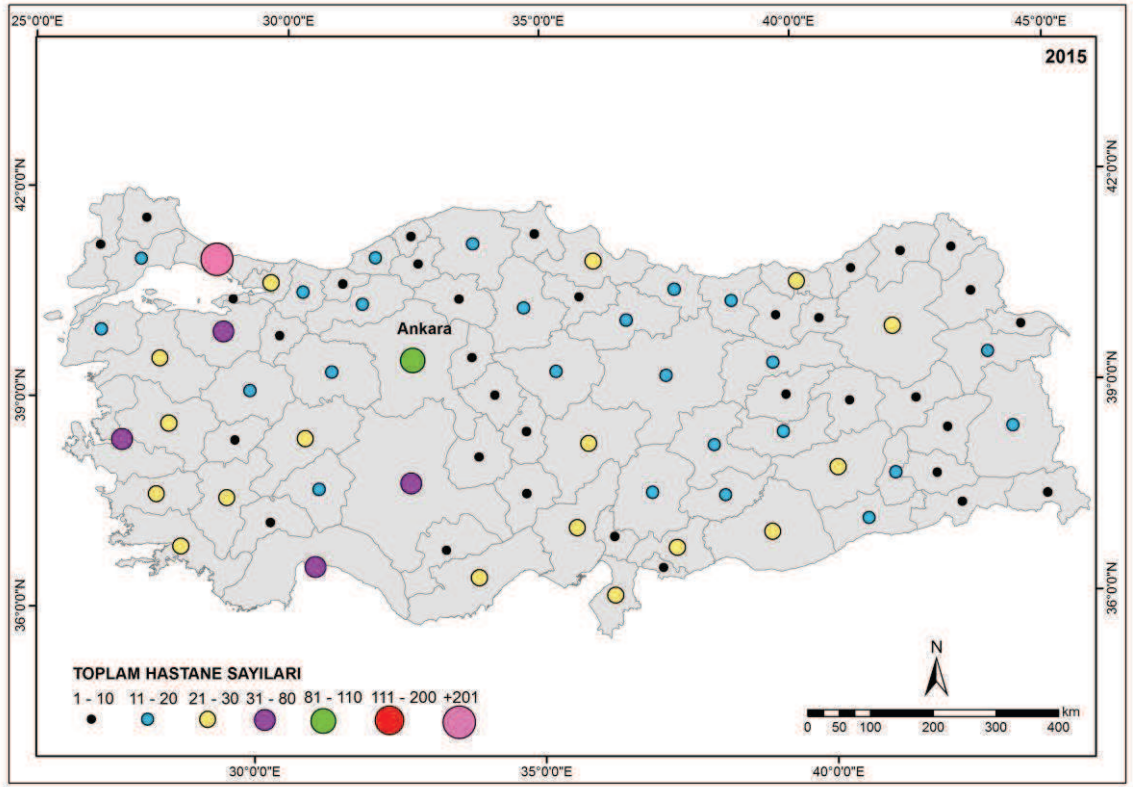
Şekil 18: 2005 Yılında Coğrafi Bölgelere Göre Türkiye'deki Toplam Hastane Sayıları Dağılımı



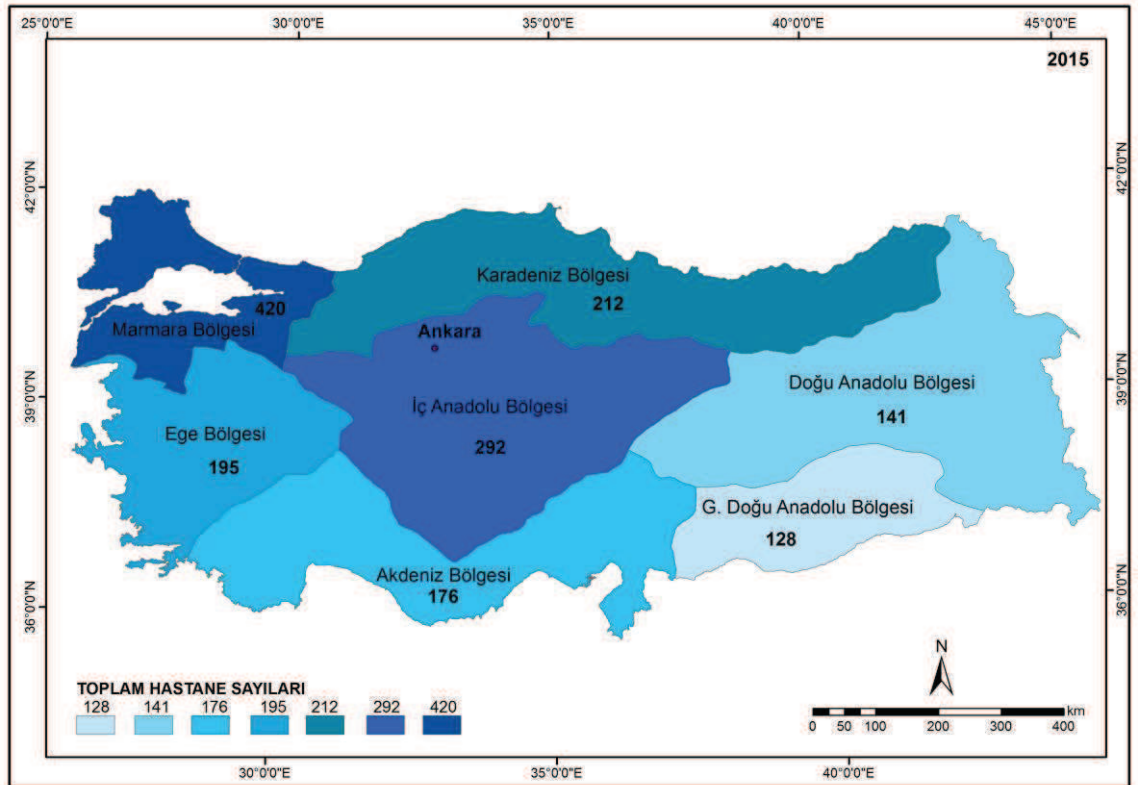
Şekil 19: 2010 Yılında Türkiye'nin İllere Göre Toplam Hastane Sayıları Dağılımı



Şekil 20: 2010 Yılında Coğrafi Bölgelere Göre Türkiye'deki Toplam Hastane Sayıları Dağılımı



Şekil 21: 2015 Yılında Türkiye'nin İllere Göre Toplam Hastane Sayıları Dağılımı



Şekil 22: 2015 Yılında Coğrafi Bölgelere Göre Türkiye'deki Toplam Hastane Sayıları Dağılımı

SONUÇ

İnsanların sağlıklı olması daha kaliteli bir hayat sürdürebilmeleri için en önemli faktörlerden birisidir. Bu sebepten dolayı sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği ve yeterliliği çok önemlidir. Sağlık hizmetlerinin varlığı ve yeterliliği bir ülkede halk sağlığı ve demografik yapı üzerinde etkisinin yanı sıra gelişmişliğini de göstermektedir (Genel & Kaçmaz, 2016).

Türkiye’de sağlık hizmeti veren kurumlar birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak 3’e ayrılmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetleri dönemler içinde değişiklik göstermekle birlikte; AÇSAP, sağlık ocağı, sağlık evi, verem savaş dispanserleri, toplum sağlığı merkezi, aile hekimliği ve aile sağlığı merkezleridir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise hizmet kapsamları daha geniş olan genel hastaneler, özel dal hastaneleri ve eğitim araştırma hastaneleridir.

Bu çalışmada birinci basamak sağlık hizmetlerine düzenli veri temin edilemediği için değinilmemiş ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları (hastane) ile ilgili nispeten düzenli verilerin elde edilebildiği 1960-2015 yılları arasında ki zamansal ve mekânsal dağılışı ve değişimi üzerinde durulmuştur.

Bu araştırma yapılırken T.C. Sağlık Bakanlığı’nın Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişimi ve sağlık politikaları için kabul ettiği gelişim dönemleri esas alınmıştır. Bu dönemler 1960-1980, 1981-200 ve 2001 yılı sonrasını kapsamaktadır. Elde edilen sonuçlara göre;

1960 – 1980 yılları arasında Türkiye genelinde hastane sayısında toplam 261 adet artış olmuştur. 1960 yılında 566 olan hastane sayısı 1980 de 827’ye yükselmiştir. Bu dönemin ilk yıllarında faaliyete geçen hastanelerin çoğunluğu tüberküloz, verem ve trahom hastalığı ile mücadele içindir.

1975 yılında toplam hastane sayısı 798’den, 1978 yılında 776’a düşmüştür. Bunun sebebi 1970’li yılların ortasından itibaren salgın hastalıklar azalmaya başlaması nedeniyle salgın hastalıklar için açılan hastanelerin diğer devlet hastaneleri ile birleştirilmesidir.

İllere göre hastane dağılışına baktığımızda İstanbul, Ankara, İzmir ve Konya illerinde hastane sayılarının diğer illerden daha fazla olduğu görülmektedir. Bu dönemde Kars ili hariç diğer illerde hastane sayısı artmıştır.

Bölgesel dağılışıta, en çok hastane sayısı Marmara Bölgesi'nde en az Güney Doğu Anadolu Bölgesinde bulunur. Güney Doğu Anadolu ve Akdeniz Bölgeleri'nin diğer bölgelere göre hastane artış hızı yüksek olsa bile hastane sayıları azdır.

1981 – 2000 yılları arasında önceki döneme göre nispeten hastane sayısında istikrarlı olarak artış görülmektedir.

Sık değişen hükümetler ve bürokratik yapı nedeniyle istatistiki çalışmalar her yıl yapılamamış kesintiye uğramıştır. Yapılan değerlendirmeler 1981, 1987, 1994,1995 ve 2000 yıllarının verilerine göredir.

1981 yılında Türkiye'de toplam 833 hastane vardır. 2000 yılında 1183 hastaneye ulaşarak %42 oranında artış gerçekleşmiştir.

1981 yılında 67 olan il sayısı idari düzenlemeler sonucunda 2000 yılında 81'e yükselmiştir. Bu durum bazı illerin hastane sayılarında azalmaya yol açmıştır.

1981 yılında toplam hastane sayısının 833 iken 1982 yılında 648'e düşmesi SSBY'ye bağlı hastanelerin 190 tanesinde yapılan birleştirmeye ilgilidir. Ayrıca 1982 yılında belediyelere bağlı hastaneler toplama dahil edilmemiştir. Bu sebepten dolayı bu yıllarda yatak sayılarında da düşüş görülmektedir.

En fazla hastane İstanbul'da, en az hastane ise Bayburt, Karaman, Iğdır Yalova ve Kilis illerindedir.

Kars, Elazığ, Eskişehir, Gümüşhane, Siirt ve Zonguldak illerinde hastane sayılarında azalma gerçekleşmiştir.

En fazla artış sırasıyla; Adıyaman (%150), İstanbul (%111), Giresun (%100), Kocaeli (%100), Kahramanmaraş (%100), Muğla (%90) ve Bursa (%86) illerindedir.

Ekonomik olarak güçlü olan ve gelişimi ilerleyen illerde yine daha fazla hastane hizmet vermektedir. İstanbul, Ankara, Bursa, İzmir, Konya, Adana, Antalya gibi büyük şehirlerde hastane sayısı küçük kentlere göre çok daha fazladır.

Sanayileşmenin arttığı illerde göç etkisi ile daha fazla hastane artışı olduğu görülmektedir.

En fazla artış %74 oranıyla Marmara bölgesinde gerçekleşmiştir.

Akdeniz ve Ege bölgelerinde de turizm yatırımlarındaki artış ile hastane sayısında da artış görülmektedir.

Bu dönemdeki hastane sayısındaki artışın bir diğer sebebi ise özel hastanelerin sayılarının çoğalmasından kaynaklanmaktadır. Özellikle İstanbul'da yüksek oranda gerçekleşen artışın sebebi özel hastanelerdir.

Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için yapılan planların birçoğu 2000 yılı sonrasında uygulamaya geçtiğinden dolayı, bu dönemde başlayan yatırımların büyük bölümü 2001 - 2015 döneminde son bulmuştur.

2001-2015 yılları arası 1990'larda planlanan sağlık reformlarının hayata geçirildiği ve "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adı verilen bir dönem olarak anılmaktadır.

İlgili dönemin verileri analiz edilirken daha önceki dönemlerde olduğu gibi veriler arasında sınıflandırma farkı sorunu yaşanmamıştır. Bu sebepten dolayı analizlerin daha sağlıklı sonuçları gösterdiği düşünülmektedir.

2001 yılında Türkiye'de toplam 1199 hastane vardır. 2015 yılında ise hastane sayısında %27,9 artış gerçekleşerek 1533'e yükselmiştir. Bu hastanelerin 865'i Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerdir. 70 tanesi Üniversite hastanesi, 562 tanesi özel hastanedir. 36 adet hastane ise diğer sağlık kurumlarına bağlı hastanelerdir.

İncelenen tüm dönemlerde olduğu gibi bu dönemde de İstanbul, İzmir, Ankara ve Konya illerinde hastane sayılarının fazla olduğu görülmektedir.

İstanbul ili 2001 yılında 192, 2015 yılında 236 adet hastane ile Türkiye'de en fazla hastaneye sahiptir.

SDP kapsamında Türkiye'nin tüm illerine yatırımlar hızla arttırılmıştır. Fakat yine de ekonomik yönden güçlü olan ve nüfusu fazla olan illerde artışın daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Amasya, Artvin, Bolu, Elazığ, Erzincan, Kastamonu, Kırşehir, Kütahya, Niğde, Sinop, Tunceli ve Trakya'da Edirne ile Kırklareli'nde hastane sayılarında azalış görülmektedir.

2001 yılında Türkiye genelinde 1 tane hastaneye sahip iller Iğdır, Yalova, Kilis ve Bayburt iken; 2015 yılında sadece Kilis ve Bayburt'tur.

Rize, Uşak, Karabük ve Düzce'de hastane sayılarında değişiklik gerçekleşmemiştir.

Doğu Anadolu ve Güney Doğu Anadolu bölgelerinde nüfus artışından bağımsız olarak hastane sayısında artış gerçekleşmiştir. Bunun sebebi ise; bölgenin hem sağlık hizmeti ihtiyacını karşılamak hem de devletin bu bölgelere daha özel önem vermesinden kaynaklanmaktadır.

Genel olarak tüm dönemleri değerlendirecek olursak; 1960-2015 yılları arasında Türkiye'de sağlık hizmetleri alanında yatırımlar sürekli olarak artış göstermektedir. Zaman içerisinde niceliksel ve niteliksel değişim görüldüğü gibi mekânsal değişimde görülmüştür. 1960 yılında 566 hastane hizmet verirken, 2015 yılında hastane sayısı 1533'e yükselmiştir. Yatırımların büyük çoğunluğu büyük şehirlerde görülmektedir. Şehirlerin nüfusu arttıkça, sağlık kurumlarının da bu nüfusa yetecek kapasite olması gerekmektedir. Bu sebepten dolayı ülkemizde sağlık hizmetleri büyük kentlerde daha fazla ve donanımlıdır. Bu durum küçük kentlerde sağlık hizmeti verilmediği anlamına gelmemektedir. Küçük kentlerde de daha az yatak kapasiteli ve donanımlı hastaneler sağlık hizmeti sunmaktadır. Gerek bölgesel gerekse Türkiye illerini gösteren haritalarla büyük şehirlerin dışındaki yerleşmelerde de hastane sayılarındaki artış görülmektedir.

Türkiye'de toplam hastane sayılarını coğrafi bölgelere göre dağılışını ele aldığımızda eşit sayıda dağılış olmadığı görülmektedir. Marmara ve İç Anadolu Bölgeleri her zaman en fazla hastane sayısına sahip olan bölgelerdir. Buna rağmen 1960 yılından 2015 yılına kadar olan artış oranlarında en gelişmiş bölgeler değillerdir. Devlet politikaları ile Güney Doğu Anadolu Bölgesi için özel yatırımlar gerçekleştiriliyor olması bölgenin sağlık hizmetleri konusunda da hızla yükselen hastane sayısına ulaşmasına sebep

olmuştur. Güney Doğu Anadolu Bölgesi incelen dönemde en fazla artış gösteren bölgedir. Ayrıca turizmin gelişmesi ile Akdeniz Bölgesinde 1990'lı yıllardan sonra hızlanan bir ivmeyle artış olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Cumhuriyet Dönemi'nde sağlık hizmetlerinde özellikle hastane sayılarında nitelik ve nicelik olarak önemli gelişmeler sağlamıştır. Ancak DSÖ ve OECD'nin sağlık raporlarına göre yeterli seviyede değildir. Türkiye'de 100.000 kişiye düşen yatak sayısı 26,6 iken, Almanya'da bu sayı 82,3'dür. 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısında birinci sırada 506 hekim ile Norveç bulunurken Türkiye 179 hekim sayısı ile bugün dünyada birçok ülkenin gerisinde kalıyor (T.C. Sağlık Bakanlığı , 2016). DSÖ ve OECD standartlarına ulaşılabilmesi için yatırımların devam etmesi gerekmektedir.

Ayrıca birinci basamak sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasında ve hizmet akışında da sorunlar görülmektedir. Avrupa sağlık sistemine uyarlanarak örnek alınan aile hekimi uygulaması DSÖ standartlarında hizmet sağlayamamaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı , 2016). Aktif çalışan aile hekimi başına 3.629 kişi düşmektedir. Bu kadar fazla sayıda kişiye nitelikli hizmet verilebilmesi mümkün değildir. Bu alanda yeni planlamalar yapılması gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerine olan talebi karşılamak için kentlerdeki nüfus artışına bağlı olarak hastane sayısı da artmaktadır. Sağlık hizmeti veren kurumların planlanmasında dikkate alınması gereken en önemli faktörlerden birisi de nüfus yoğunluğudur. Türkiye'de hala tek hastane olan iller mevcuttur. Bu illerde daha donanımlı ve nitelikli hastaneler yapılması ve çevre illere sağlık hizmeti için gitmemeleri sağlanmalıdır.

“Türkiye'deki Sağlık İşletmelerinin Zamansal ve Mekânsal Dağılışı ve Analizi” adlı tez çalışması sonucu; her şart ve koşulda bütün dönemlerde sağlık yatırımlarına önem verilmiştir. Bu yatırımların doğru planlanması veya yeterli ve nitelikli olması daha farklı bir çalışma gerektirmektedir. Bu noktada sağlık coğrafyasının önemi ortaya çıkmaktadır.

KAYNAKÇA

Kitaplar

- Akdağ, R. (2008). *Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Akdağ, R. (2009). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002-2008*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Akdağ, R. (2012). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2010)*. Ankara : Sağlık Bakanlığı.
- Aktan, C. C., & Işık, A. K. (2007). Sağlık Hizmetlerinin sunumu ve alternatif yöntemler. *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*, 10-21.
- Aktur, R. (2006). *Sağlık Sektörü Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Uyumu*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Aliağaoğlu, A., & Uğur, A. (2010). *Şehir Coğrafyası* . Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Ateş, M. (2011). *Sağlık Hizmetleri Yönetimi* . İstanbul: Beta Basım.
- Ateş, M. (2012). *Sağlık İşletmeciliği*. İstanbul: Beta Basım.
- Ateş, M. (2013). *Sağlık Sistemleri*. İstanbul : Beta Basım .
- Ay-Akça, F. (2008). *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler ve Uygulamalar*. İstanbul: Medikal Yayıncılık.
- Ayhan , A., Esenler, B., Nalçatı, E., Belek , İ., Hamzaoğlu, O., & Özkan, Ö. (2002). *Sosyalist Türkiye'de Sağlık (Cilt 3)*. İstanbul: Nazım Kültür Evi Kitaplığı.
- Belek, İ. (2009). *Sağlığın Politik Ekonomisi* . İstanbul: Yazılama Yayınevi.
- Brown, T., McLafferty, S., & Moon, G. (Dü). (2010). *A Companion to Health and Medical Geography*. Wiley Blackwell.
- Devlet Planlama Teşkilatı. (2001). *Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu*. Ankara: DPT Yayın No : 2561.

- Ersoy, K., & Kavuncubaşı, Ş. (2000). *Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi*. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı.
- Görmüş, A. (2013). *Sağlık Sisteminde Dönüşüm ve Sağlık İnsan Gücü Üzerindeki Etkileri*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Güler, Ç., & Çobanoğlu, C. (1994). Çevresel Etkenlere Bağlı Olarak Ortaya Çıkan Hastalıklar. (6). Ankara: Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü
- Hayran , O., & Sur, H. (1998). *Sağlık Hizmetlerinin Özel ve Kamusal Yönü Hastane Yöneticiliği*. İstanbul: Nobel Kitabevi.
- Hayran, O. (1997). Sağlık Hizmetleri. O. Hayran, & H. Sur içinde, *Hastane Yöneticiliği* (s. 15-27). İstanbul: Nobel Kitabevi.
- Kavuncubaşı, Ş., & Yıldırım, S. (2012). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* . Ankara: Siyasal Kitabevi .
- Kısa, A. (2002). *Sağlık Kurumları Yönetimi* . Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Korkut, C. (1998). *Tıbbi Coğrafya'ya Giriş*. İzmir: Hürefe Matbaası.
- Mondadori, A. (1998). *Tıp Tarihi*. (N. Güdücü, Çev.) Milliyet Yayınları.
- Odabaşı, Y. (2001). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması* . Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Ölgen, M. K. (2010). Tıbbi Coğrafya : Tanımı, İçeriği ve coğrafi Teknolojilerle İlişkisi. G. Gökçay içinde, *Dr.Eren Akçiçek'e Armağan* (s. 143-163). İzmir: Egetan Bas. Yay. Tan.
- Özcan, A. Y. (2013). *Sağlık Kurumları Yönetiminde Sayısal Yöntemler Teknikler ve Uygulamaları*. (Ş. Kavuncubaşı, & S. Yıldırım, Çev.) Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Özey, R. (2015). *Sağlık Coğrafyası*. İstanbul: Aktif Yayıncılık.
- Sarı, Ö., & Atılğan, K. G. (2012). *Sağlık Sosyolojisi Hastalık ve Sağlığa İlişkin Kavramsal Tartışmalar* . Konya: Karatay Akademi .

Sur, H. (1998). H. Sur, & O. Hayran içinde, *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*. İstanbul: Yüce Yayın .

Tatar, M. (2003). Sağlık Politikası. T. Göksu, H. H. Çevik, A. Baharçipek, & A. Şen (Dü) içinde, *1980-2003 Türkiye'nin Dış, Ekonomik, Sosyal ve İdari Politikaları* (s. 243-267). Ankara: Siyasal Kitapevi.

Tengilimoğlu, D., Işık, O., & Akbolat, M. (2014). *Sağlık İşletmelerinin Yönetimi*. Ankara: Nobel Yayınları.

Yenimahalleli Yaşar, G., Göksel , A., & Birler, Ö. (2015). Türkiye'de Sağlık Siyaset Politika. G. *Türkiye'de Sağlık Siyaset Politika* (s. 9-15). Ankara: Notabene Yayınları.

Süreli Yayınlar

Aydın, E. (2004). 19. Yüzyılda Osmanlı Sağlık Teşkilatlanması. *Osmanlı Tarihi Araştırma ve Uygulama Merkezi Dergisi OTAM*, 15(15), 185-207.

Aydın, E. (2002). Türkiye Cumhuriyeti'nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri. *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 183-192.

Bolsoy, N., & Sevil, Ü. (2006). Sağlık-Hastalık ve Kültürel Etkileşimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 78-87.

Dikici, M. F., Kartal, M., Alptekin, S., Çubukçu, M., Ayanoğlu, A. S., & Yarış, F. (2007). Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 412-418.

Dunn, H. L. (1959, Haziran). High-Level Wellness for Man and Society. *American Journal of Puclic Health*, 786-792.

Durduran, S. (2009). Coğrafi Bilgi Sistemi Yardımıyla Kalp Solunum Yolu Hastalarının Mekansal Dağılımının Belirlenmesi: Konya Örneği. Konya: S.U. Journal of Engineering & Architecture Faculty.

- Ersöz, F. (2008). Türkiye ile OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamalarının Analizi . *İstatistikçiler Dergisi*, 95-104.
- Evliyaoğlu, N., Altıntaş, D. U., Atıcı, A., Yüksel, B., Yılmaz, L., & Evrûke, C. (1996). Anne Sütü, İnek Sütü Ve Formül Mama İle Beslenen Çocuklarda Dokuzuncu Ayda Demir Durumu. *Türkiye Klinikleri Journal Of Pediatrics*, 5(1), 20-23.
- Genel, G., & Kaçmaz, M. (2016). Türkiye'deki 2000-2013 Yılları Arasında Sağlık Personeli Sayısındaki Mekansal Dağılışı ve Değişim. *Sosyal ve Kültürel Araştırma Dergisi*, II(4), 197-211.
- Hamulu, F., Özgen, G. A., Saydam, G., Yılmaz, C., Tüzün, M., & Kabalak, T. (1998). Goiter Incidence in the Aegean Region and Role of Drinking Water and Hereditary Factors in Goiter Development. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*, 2.
- Kantürk Yiğit, G. (2011). Türkiye'de Sağlık Coğrafyası Çalışmaları Üzerine Bir Değerlendirme . *e-journal of New World Sciences Academy*.
- Kapıcıoğlu, M. İ. (2011). Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin Bugünü ve Geleceği. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 20-23.
- Karabulut, U. (2007). Cumhuriyet'in İlk Yıllarında Sağlık Hizmetlerine Toplu Bir Bakış: Dr. Refik Saydam'ın Sağlık Bakanlığı ve Hizmetleri (1925-1937). *ÇTTAD*, VI/15, 151-160
- Kavanos, P., & Tatar, M. (2007). Avrupa Birliği Ülkelerinde Sağlık Teknolojisi Değerlendirmesinin Rolü : Kaynak Tahsisinde Verimlilik Arayışı. *Makro Bakış*(5), 21-30.
- Kearns, R., & Moon, G. (2002). From Medical To Health Geography: Novelty, Place And Theory After A Decade Of Change. *Progress In Human Geography*, 26(5), 605-625.
- Kesgin, C., & Topuzoğlu, A. (2006). Sağlığın Tanımı; Başağıkma. *Journal of İstanbul Kültür University*, 47-49.

- Marşap, A., Akalp, G., & Yeniman, E. (2010). Sağlık İşletmelerinde İnsan Kaynağının Kurumsal Bilgi Güvenliği Kültürü Gelişimi. *Bilişim Teknolojileri Dergisi*, 31-40.
- Mullins, L. S. (1966). Sources Of Information On Medical Geography. *Bulletin Of The Medical Library Association*, 54(3), 230-242.
- Orhaner, E. (2006). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası . *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1-22.
- Özer, İ. (2003). Mütareke Ve İşgal Yıllarında Osmanlı Devletinde Görülen Sosyal Çöküntü Ve Toplumsal Yaşam. *Ankara Üniversitesi, Osmanlı Tarihi Araştırmaları ve Uygulama Merkezi (OTAM)*, (14), 247-271.
- Öztürk, M. (1999). Cumhuriyet Dönemi'nde Sağlık Hizmetleri. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, s. 37-41.
- Pabuçcu, M. (2014). *Osmanlı Devleti'nde Askeri Hastaneler (1876-1908)*.
HYPERLINK "<http://cahij.com/SonSayi.aspx>" Cappadocia Journal Of History And Social Science, vol:3, 85-100
- Pala, K. (2008). Tam Süre Çalışma Düzeninin Kamusal Önemi. *Toplum ve Hekim, Mart-Nisan*, 23(2).
- Soyer, A. (2009). Sağlıkta Dönüşüm' ün Neresindeyiz? Bundan Sonra, Bizi Neler Bekliyor . *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 179-182.
- Tatar, M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 103-133.
- Timor, A. N. (1996). Tıbbî Coğrafya: Kapsamı Ve Amacı. *Coğrafya Dergisi*, (4). 303-319.
- Uz, M. H. (2001). Sağlığı Tanımlamak, Dünya Sağlık Örgütü'nün Tanımı Üzerine Düşünceler. *Yeni Türkiye*, Sayı 39: 321-325.

- Ünsal, A., & Metintaş, S. (2002). Kırka (Eskişehir)'da Bor'a Maruz Kalan Halkın Sağlık Birilerine Başvurularının Değerlendirilmesi. *Ekoloji Dergisi*, 11(44), 7-10.
- Yiğit, G. K. (2011). Türkiye'de Sağlık Coğrafyası Çalışmaları Üzerine Bir Değerlendirme. *e-Journal of New World Sciences Academy*, 30-41.
- Yıldız, Ö. (2008). Küreselleşme, Sağlık ve Toplum. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 14(1), 30-34.

İnternet

- Sabem. (2009). <http://www.sabem.saglik.gov.tr> adresinden alınmıştır.
- TBMM. (2016). <https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa82.htm> adresinden alınmıştır
- TÜİK. (2016, May). www.tuik.gov.tr adresinden alınmıştır.
- World Health Organization. (2000). *World Health Report*.
<http://www.who.int/whr/2000/en/>
- World Health Organization. (2004). *A Glossary Of Terms For Community Health Care And Services For Older Persons*.
http://www.who.int/kobe_centre/ageing/ahp_vol5_glossary.pdf
- www.saglik.gov.tr.

Diğer Yayınlar

- Ayaz, Ö. (2010). Hekim, Hemşire ve Sağlık Yöneticilerinin Meslekleşme Düzeylerinin Değerlendirilmesi. İstanbul : Beykent Üniversitesi, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
- Başlı, İ. A. (1991). Ankara'da Sağlık Hizmetlerine Coğrafi Bir Yaklaşım. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Çelebi, A. N. (1987). İstanbul'da Sağlık Hizmetlerine Coğrafi Bir Yaklaşım. *İstanbul'da Sağlık Hizmetlerine Coğrafi Bir Yaklaşım*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Beşeri ve İktisadi Coğrafya Ana Bilim Dalı.
- Doğan, F. (1977). İzmir-Tire Bölgesinde Endemik Guatr Epidemiyolojisi ve Etyolojik Faktör Araştırması. (Doktora Tez) İzmir: Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Koruyucu Hekimlik ve Halk Sağlığı Kürsüsü.
- Erdem, Ş. (2007). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması: Hastaların Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Üzerine Bir Uygulama. Edirne: Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Günaydın, D. (2011). Sağlık Hizmetlerinde Küresel Reform Yaklaşımları. *İktisat ve İctimaiyat Enstitüsü. Sosyal Siyaset Konferansları*, (60), 323.
- Hapçıoğlu, B. (1987). Ülkelerin Sağlık Planlamasında Tıbbî Coğrafyanın Yeri. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
- İkiel, C., & Genel, G. (2014). Türkiye'de Hastane ve Yatak Sayılarının Mekansal Dağılışı ve Değişimi (2000-2012). *Coğrafyacılar Derneği Uluslararası Kongresi Bildiriler Kitabı ISBN: 978-605-86453-3-2* (s. 117-123). Balıkesir: Coğrafyacılar Derneği Yayınları.
- Karakuzulu, Z. (2002). Gümüşhane İlinin Sağlık Coğrafyası. P. D. Durmuş (Dü.), *Gümüşhane ve Yöresinin Kalkınması Sempozyumu Bildiriler Kitabı Cilt II* içinde, (s. 796-807). Gümüşhane.
- Pala, K. (2007). Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu? Bursa: Bursa Nilüfer Belediyesi.
- Saltık, A. (2012). Sağlık Sosyolojisi Ders Notları. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
- T.C Sağlık Bakanlığı. (2005). *Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, 2004*. Ankara.
- T.C. Kalkınma Bakanlığı. (2013). *Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018*. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı . (2016). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015*.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2005). Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2005). *Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge*. Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2010). *Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge*. Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). *Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu*. Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2012). *Türkiye Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesi 2011*. Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2014). *2023 Yılı Sağlık İş Gücü Hedefleri Ve Sağlık Eğitimi*. Ankara.

T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. (1965). Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Çalışmaları ve Tıbbi İstatistik Yıllığı 1960-1963. Ankara: Balkanoğlu Matbaacılık Ltd. Şti.

T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. (1968). Türkiye Sağlık İstatistiği Yıllığı 1964-1967. Ankara: Güneş Matbaacılık.

T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. (1973). Türkiye Sağlık İstatistiği Yıllığı 1968-1972. Ankara: Güneş Matbaacılık.

T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. (1977). Türkiye Sağlık İstatistiği Yıllığı 1973-1974. Ankara: Başbakanlık Basımevi.

T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. (1980). Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1975-1978. Ankara: Başbakanlık Basımevi.

T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. (1983). Türkiye İstatistik Yıllığı 1979-1981. Ankara: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları.

T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. (1973). *Sağlık Hizmetlerinde 50. Yıl*. Ankara: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları.

Tekin, A. (2007). *Sağlık- Hastalık Olgusu ve Toplumsal Kökenleri (Burdur Örneği)*.
İsparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji
Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.

Yanmaz, M. (2010). Küreselleşme Sürecinde Türkiye'de Son Dönem Sağlık Politikaları.
İstanbul: Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

Yeginboy, E. Y., & Sayın, K. Ş. (Dü). (2008). Cumhuriyet Döneminden Günümüze
Sağlık Politikaları ve Sorunları. 2. *Ulusal İktisat Kongresi*. İzmir : Dokuz Eylül
Üniversitesi .

Yıldırım, H. H. (2013). *Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı*
Değerlendirme Raporu . Ankara : Sağlık-Sen Yayınları-21.

EKLER

EK-1: Türkiye’de İllere Göre Toplam Hastane Sayıları (1960-1980)

İL	AD	1960	1975	1976	1977	1978	1979	1980	%değişim
01	ADANA	13	16	20	19	18	21	22	69,2
02	ADIYAMAN	3	4	4	4	5	5	5	66,7
03	AFYON	6	11	11	11	10	12	12	100,0
04	AGRI	4	4	4	4	4	5	5	25,0
05	AMASYA	4	6	6	6	6	6	6	50,0
06	ANKARA	27	46	43	42	44	46	45	66,7
07	ANTALYA	6	12	14	14	14	15	15	150,0
08	ARTVIN	7	7	8	8	8	8	8	14,3
09	AYDIN	11	13	13	12	13	13	13	18,2
10	BALIKESİR	12	23	23	23	23	23	23	91,7
11	BILECİK	5	6	6	6	6	6	6	20,0
12	BİNGÖL	3	4	4	4	4	4	4	33,3
13	BITLİS	2	4	4	4	4	4	4	100,0
14	BOLU	7	12	12	12	12	13	13	85,7
15	BURDUR	5	7	7	7	7	7	7	40,0
16	BURSA	12	12	11	10	11	12	13	8,3
17	CANAKKALE	7	10	10	11	11	11	11	57,1
18	CANKIRI	6	8	8	9	8	9	10	66,7
19	CORUM	9	11	11	11	10	10	10	11,1
20	DENİZLİ	10	15	15	15	15	16	17	70,0
21	DIYARBAKIR	8	14	14	16	16	16	15	87,5
22	EDİRNE	3	8	8	8	8	8	8	166,7
23	ELAZIG	6	10	10	10	9	13	13	116,7
24	ERZİNCAN	3	8	7	8	7	6	6	100,0
25	ERZURUM	9	12	13	13	13	13	13	44,4
26	ESKİŞEHİR	12	17	17	14	14	17	17	41,7
27	GAZİANTEP	9	12	12	12	13	13	13	44,4
28	GİRESUN	4	7	7	7	6	7	7	75,0
29	GÜMÜŞHANE	4	5	5	5	4	5	5	25,0
30	HAKKARİ	2	2	2	2	2	2	2	0,0
31	HATAY	8	9	9	9	10	10	10	25,0
32	ISPARTA	11	13	13	12	13	14	14	27,3
33	MERSİN	9	12	11	10	12	14	12	33,3
34	İSTANBUL	76	101	86	80	84	84	89	17,1
35	İZMİR	30	36	35	33	33	35	34	13,3
36	KARS	12	6	10	10	10	10	10	-16,7
37	KASTAMONU	9	13	14	15	15	15	16	77,8
38	KAYSERİ	9	15	16	16	17	17	17	88,9
39	KIRKLARELİ	3	5	6	6	6	6	6	100,0
40	KİRSEHİR	3	4	4	4	4	4	4	33,3
41	KOCAELİ	4	5	5	5	5	6	7	75,0

EK-1'in Devamı

IL	AD	1960	1975	1976	1977	1978	1979	1980	%değişim
42	KONYA	21	26	25	25	27	26	26	23,8
43	KUTAHYA	5	10	12	10	10	12	12	140,0
44	MALATYA	6	8	9	9	9	9	9	50,0
45	MANISA	13	17	18	18	19	19	18	38,5
46	K.MARAS	3	5	5	4	6	4	5	66,7
47	MARDIN	5	5	5	5	5	5	5	0,0
48	MUGLA	6	10	10	10	10	10	10	66,7
49	MUS	4	3	3	3	3	4	4	0,0
50	NEVSEHIR	6	7	7	7	9	8	7	16,7
51	NIGDE	4	6	6	6	6	6	6	50,0
52	ORDU	5	7	9	9	9	10	10	100,0
53	RIZE	5	9	9	9	9	9	9	80,0
54	SAKARYA	6	9	9	10	10	10	10	66,7
55	SAMSUN	9	15	15	15	16	16	16	77,8
56	SIIRT	5	7	7	7	7	7	7	40,0
57	SINOP	4	5	5	5	5	5	5	25,0
58	SIVAS	10	14	15	15	15	16	16	60,0
59	TEKIRDAG	6	8	8	8	8	8	8	33,3
60	TOKAT	6	10	11	10	11	11	10	66,7
61	TRABZON	12	11	12	11	11	12	13	8,3
62	TUNCELI	4	6	7	7	7	7	7	75,0
63	SANLIURFA	4	9	9	8	9	9	10	150,0
64	USAK	3	7	7	6	8	7	7	133,3
65	VAN	3	4	5	5	5	6	6	100,0
66	YOZGAT	4	5	7	7	7	7	7	75,0
67	ZONGULDAK	14	16	16	17	15	17	17	21,4
	TOPLAM	566	784	789	773	790	821	827	46,1

EK-2: Türkiye’de İllere Göre Toplam Hastane Sayıları (1981-2000)

İL	AD	1981	1987	1995	2000	%değişim
01	ADANA	19	18	26	23	21,1
02	ADIYAMAN	4	4	8	10	150,0
03	AFYON	12	9	13	18	50,0
04	AGRI	5	4	6	7	40,0
05	AMASYA	5	5	8	8	60,0
06	ANKARA	46	43	47	57	23,9
07	ANTALYA	15	14	23	25	66,7
08	ARTVİN	8	9	9	10	25,0
09	AYDIN	13	12	15	15	15,4
10	BALIKESİR	23	21	26	26	13,0
11	BİLECİK	6	2	6	6	0,0
12	BİNGÖL	4	4	6	6	50,0
13	BITLİS	4	4	5	7	75,0
14	BOLU	13	12	18	13	0,0
15	BURDUR	7	4	8	8	14,3
16	BURSA	15	15	25	28	86,7
17	CANAKKALE	11	9	13	13	18,2
18	CANKIRI	10	4	8	8	-20,0
19	CORUM	10	8	13	14	40,0
20	DENİZLİ	17	11	16	18	5,9
21	DIYARBAKIR	16	13	15	17	6,3
22	EDİRNE	9	9	11	11	22,2
23	ELAZIG	13	10	10	11	-15,4
24	ERZİNCAN	7	9	9	9	28,6
25	ERZURUM	14	13	21	21	50,0
26	ESKİŞEHİR	16	9	12	12	-25,0
27	GAZİANTEP	13	11	11	14	7,7
28	GİRESUN	8	9	16	16	100,0
29	GÜMÜŞHANE	5	5	4	4	-20,0
30	HAKKARİ	2	2	4	4	100,0
31	HATAY	10	12	15	16	60,0
32	ISPARTA	14	11	13	17	21,4
33	MERSİN	12	12	15	16	33,3
34	İSTANBUL	88	92	126	186	111,4
35	İZMİR	35	30	44	48	37,1
36	KARS	10	10	5	6	-40,0
37	KASTAMONU	16	13	22	22	37,5
38	KAYSERİ	17	13	16	19	11,8
39	KIRKLARELİ	7	7	9	11	57,1
40	KİRSEHİR	4	4	5	7	75,0
41	KOCAELİ	7	8	10	14	100,0

EK-2'nin Devamı

İL	AD	1981	1987	1995	2000	%değişim
42	KONYA	26	25	24	31	19,2
43	KUTAHYA	13	10	14	14	7,7
44	MALATYA	9	7	8	10	11,1
45	MANISA	19	19	22	26	36,8
46	K.MARAS	5	7	11	10	100,0
47	MARDIN	5	5	5	5	0,0
48	MUGLA	10	11	13	19	90,0
49	MUS	4	4	5	5	25,0
50	NEVSEHIR	7	5	7	11	57,1
51	NIGDE	6	6	5	8	33,3
52	ORDU	9	10	11	15	66,7
53	RIZE	9	9	9	9	0,0
54	SAKARYA	10	9	12	15	50,0
55	SAMSUN	16	15	18	19	18,8
56	SIIRT	7	6	3	4	-42,9
57	SINOP	5	3	7	7	40,0
58	SIVAS	16	15	16	18	12,5
59	TEKIRDAG	10	9	11	12	20,0
60	TOKAT	10	8	12	12	20,0
61	TRABZON	13	12	13	14	7,7
62	TUNCELI	7	5	6	7	0,0
63	SANLIURFA	10	8	12	14	40,0
64	USAK	8	5	8	8	0,0
65	VAN	6	7	9	10	66,7
66	YOZGAT	7	7	10	11	57,1
67	ZONGULDAK	16	15	8	9	-43,8
68	AKSARAY			4	11	
69	BAYBURT			1	1	
70	KARAMAN			2	2	
71	KIRIKKALE			4	5	
72	BATMAN			3	4	
73	SIRNAK			5	6	
74	BARTIN			4	5	
75	ARDAHAN			4	4	
76	IGDIR			1	1	
77	YALOVA			1	1	
78	KARABUK			8	7	
79	KILIS			1	1	
80	OSMANIYE				4	
81	DUZCE				7	
	TOPLAM	833	756	1009	1183	42,0

EK-3: : Türkiye’de İllere Göre Toplam Hastane Sayıları (2001-2015)

İL	AD	2001	2005	2010	2015	%değişim
01	ADANA	20	22	25	29	45,0
02	ADIYAMAN	10	7	8	12	20,0
03	AFYON	18	18	20	22	22,2
04	AGRI	7	8	9	11	57,1
05	AMASYA	8	6	6	7	-12,5
06	ANKARA	57	66	72	88	54,4
07	ANTALYA	26	29	40	43	65,4
08	ARTVIN	10	8	8	8	-20,0
09	AYDIN	16	14	16	23	43,8
10	BALIKESIR	26	23	26	29	11,5
11	BILECIK	7	4	6	8	14,3
12	BINGOL	6	6	7	8	33,3
13	BITLIS	7	8	8	8	14,3
14	BOLU	12	8	12	11	-8,3
15	BURDUR	8	5	7	8	0,0
16	BURSA	27	26	33	39	44,4
17	CANAKKALE	13	10	13	16	23,1
18	CANKIRI	8	8	9	9	12,5
19	CORUM	14	16	16	16	14,3
20	DENIZLI	20	17	22	21	5,0
21	DIYARBAKIR	17	13	21	24	41,2
22	EDIRNE	11	10	11	10	-9,1
23	ELAZIG	12	11	11	11	-8,3
24	ERZINCAN	9	10	11	11	22,2
25	ERZURUM	21	15	23	24	14,3
26	ESKISEHIR	11	12	17	16	45,5
27	GAZIANTEP	12	12	21	28	133,3
28	GIRESUN	17	12	14	18	5,9
29	GUMUSHANE	5	5	6	6	20,0
30	HAKKARI	4	4	3	5	25,0
31	HATAY	16	16	21	24	50,0
32	ISPARTA	17	13	17	17	0,0
33	MERSIN	16	16	23	26	62,5
34	ISTANBUL	192	195	217	236	22,9
35	IZMIR	49	47	52	57	16,3
36	KARS	6	4	6	9	50,0
37	KASTAMONU	22	16	18	17	-22,7
38	KAYSERI	19	22	29	29	52,6
39	KIRKLARELI	11	7	8	9	-18,2
40	KIRSEHIR	7	6	6	6	-14,3
41	KOCAELI	16	19	22	29	81,3

EK-3'ün Devamı

IL	AD	2001	2005	2010	2015	%değişim
42	KONYA	32	33	37	42	31,3
43	KUTAHYA	14	9	12	12	-14,3
44	MALATYA	12	12	19	19	58,3
45	MANISA	26	24	26	28	7,7
46	K.MARAS	10	12	19	20	100,0
47	MARDIN	5	9	12	12	140,0
48	MUGLA	19	17	21	24	26,3
49	MUS	5	5	8	7	40,0
50	NEVSEHIR	10	6	6	6	-40,0
51	NIGDE	9	7	8	8	-11,1
52	ORDU	13	13	18	17	30,8
53	RIZE	10	6	7	10	0,0
54	SAKARYA	15	14	19	18	20,0
55	SAMSUN	19	19	26	28	47,4
56	SIIRT	4	7	9	9	125,0
57	SINOP	8	6	6	7	-12,5
58	SIVAS	18	16	20	19	5,6
59	TEKIRDAG	13	14	17	20	53,8
60	TOKAT	12	13	16	15	25,0
61	TRABZON	14	16	21	22	57,1
62	TUNCELI	7	1	5	5	-28,6
63	SANLIURFA	15	14	17	22	46,7
64	USAK	8	7	8	8	0,0
65	VAN	10	12	18	16	60,0
66	YOZGAT	11	11	16	16	45,5
67	ZONGULDAK	9	9	11	12	33,3
68	AKSARAY	11	11	12	9	-18,2
69	BAYBURT	1	1	1	1	0,0
70	KARAMAN	3	4	5	5	66,7
71	KIRIKKALE	5	8	7	7	40,0
72	BATMAN	5	7	11	11	120,0
73	SIRNAK	6	5	5	9	50,0
74	BARTIN	5	4	3	3	-40,0
75	ARDAHAN	4	3	3	3	-25,0
76	IGDIR	1	4	4	4	300,0
77	YALOVA	1	2	4	6	500,0
78	KARABUK	6	7	6	6	0,0
79	KILIS	1	1	1	1	0,0
80	OSMANIYE	4	7	9	9	125,0
81	DUZCE	8	4	4	8	0,0
	TOPLAM	1199	1154	1397	1533	27,9

EK-4: Türkiye'nin Yıllara Göre Nüfus, Toplam Hastane, Toplam Doktor, Toplam Yatak, Toplam Sağlık Personeli Sayıları (1960-2015)

Yıl	Nüfus	Hastane	Yatak Sayısı	Doktor	Sağlık Personeli
1960	27.754.820	566	45.807	9.828	21.875
1961		600	47.537	8.214	19.399
1962		613	50.135	9.000	20.896
1963		632	53.243	11.074	29.119
1964		638	55.126	10.052	27.171
1965	31.391.421	626	55.461	10.895	28.205
1966		640	57.833	11.335	30.568
1967		664	59.173	11.875	34.005
1968		681	64.966	12.337	37.621
1969		725	69.224	15.148	49.040
1970	35.605.176	743	71.486	15.852	52.189
1971		759	74.556	16.514	55.005
1972		778	77.372	16.279	59.094
1973		790	81.075	18.511	65.480
1974		796	83.458	20.838	63.408
1975	40.347.719	798	81.264	21.714	71.569
1976		790	82.945	24.217	79.390
1977		772	83.036	23.920	88.176
1978		776	86.526	25.224	91.631
1979		822	96.752	23.222	92.374
1980	44.736.957	827	99.717	24.959	97.499
1981		831	97.765	26.129	99.089
1982		648	96.138	30.956	104.636
1983		646	99.396	32.262	106.142
1984		687	100.496	33.744	109.711
1985	50.664.458	722	103.918	36.427	115.700
1986		736	107.152	47.142	131.663
1987		756	111.135	38.829	130.275
1988		777	112.248	39.436	143.863
1989		812	116.061	45.147	157.346
1990	56.473.035	857	120.738	49.204	169.646
1991		899	123.706	51.829	180.721
1992		928	126.611	56.985	193.993
1993		962	131.874	61.050	209.122
1994		982	134.665	65.832	218.350
1995	61.644.678	1.009	136.072	35.154	140.624
1996		1.034	139.919	35.881	144.065
1997		1.078	144.984	37.261	148.311
1998		1.138	148.867	39.269	151.351
1999		1.171	153.465	63.176	175.525
2000	67.803.927	1.183	134.950	85.242	286.106

EK-4'ün Devamı

Yıl	Nüfus	Hastane	Yatak Sayısı	Doktor	Sağlık Personeli
2001	68.529.000	1.199	140.710	89.804	294.046
2002	69.626.000	1.114	164.471	91.949	294.626
2003	70.708.000	1.132	165.465	93.656	307.502
2004	71.154.000	1.175	166.707	97.110	317.649
2005	72.065.000	1.154	170.972	100.653	325.212
2006	72.971.000	1.161	174.342	106.375	342.170
2007	70.586.256	1.275	178.000	106.802	370.368
2008	71.517.100	1.308	183.183	112.151	392.009
2009	72.561.312	1.347	188.638	118.664	411.966
2010	73.722.988	1.397	200.239	123.047	433.480
2011	74.724.269	1.410	194.504	126.035	459.726
2012	75.627.384	1.483	200.072	129.472	489.031
2013	76.667.864	1.517	202.031	133.775	510.540
2014	77.695.904	1.528	206.836	135.616	530.697
2015	78.741.053	1.533	209.648	141.259	551.559

ÖZGEÇMİŞ

04.10.1984 yılında Ankara’da doğdu. İlk ve Orta eğitimini Özel Yükseliş Koleji’nde, lise eğitimini Kolej Ayşe Ablâ’da tamamladı. 2006 senesinde Atılım Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme Bölümünü kazandı. 2009 yılında lisans eğitimini tamamladıktan sonra Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi ve Siyaset Bilimi programında yüksek lisansa başladı. 2011 yılında Kamu Yönetimi ve Siyaset Bilimi yüksek lisansından mezun oldu. 2013 yılında Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Coğrafya Anabilim Dalı’nda yüksek lisansa başladı. Şubat 2005’de aynı bölümde araştırma görevlisi olarak işe başladı. Halen bu görevi sürdürmektedir.

