

Türkiye'deki 81 İlin Kamu Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetlerine Erişim Durumları

Access Situation of the 81 Provinces in Turkey to Health Services Provided by Public

Mehmet GÖZLÜ

Arş. Gör. Hacettepe Üniversitesi,
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık İdaresi Bölümü

Hüseyin TATLIDİL

Prof. Dr. Hacettepe Üniversitesi, Fen Fakültesi, İstatistik Bölümü

Ekim 2015, Cilt 5, Sayı 2, Sayfa 145-165
October 2015, Volume 5, Number 2, Page 145-165

P-ISSN: 2146 - 4839

E-ISSN: 2148-483X

2015/2

www.sgd.sgk.gov.tr
e-posta: sgd@sgk.gov.tr

Yazılar yayınlanmak üzere kabul edildiği takdirde, SGD elektronik ortamda tam metin olarak yayımlamak da dahil olmak üzere, tüm yayın haklarına sahip olacaktır. Yayınlanan yazılardaki görüşlerin sorumluluğu yazarlarına aittir. Yazı ve tablolardan kaynak gösterilerek alıntı yapılabilir.

If the manuscripts are accepted to be published, the SGD has the possession of right of publication and the copyright of the manuscripts, included publishing the whole text in the digital area. Articles published in the journal represent solely the views of the authors.

Some parts of the articles and the tables can be cited by showing the source.

Cilt : 5 - Sayı : 2 - Yıl : 2015 / Volume : 5 - Number : 2 - Year : 2015

Sahibi / Owner of the Journal

Sosyal Güvenlik Kurumu Adına / On behalf of the Social Security Institution

Cevdet CEYLAN (Kurum Başkan Yardımcısı / Deputy President of the Institution)

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Responsible Publication Manager

Mehtap ALTINOK

Yayın Kurulu / Editorial Board

Cevdet CEYLAN

Harun HASBİ

Erdogan ÜVEDİ

Mürsel BAKİ

Ahmet Yalçın YALÇINKAYA

Editörler / Editors

Doç. Dr. Erdem CAM

Onur ÖZTÜRK

Selda DEMİR

Asuman KAÇAR

Yayın Türü: Uluslararası Süreli Yayın / Type of Publication: Periodical

Yayın Aralığı: 6 aylık / Frequency of Publication: Twice a Year

Dili: Türkçe ve İngilizce / Language: Turkish and English

Basım Tarihi: Press Date: 01.10.2015

Sosyal Güvenlik Dergisi (SGD),

TUBİTAK ULAKBİM - TR

ASOS INDEX - TR

DOAJ - SE

EBSCO HOST - US

INDEX COPERNICUS INTERNATIONAL - PL tarafından indekslenmektedir.

Journal of Social Security (SGD), has been indexed by

TUBİTAK ULAKBİM - TR

ASOS INDEX - TR

DOAJ - SE

EBSCO HOST - US

INDEX COPERNICUS INTERNATIONAL - PL

SGD Sosyal Güvenlik Dergisi

Tüm hakları saklıdır. Bu Dergi'nin tamamı ya da Dergi'de yer alan bilimsel çalışmaların bir kısmı ya da tamamı 5846 sayılı Yasa'nın hükümlerine göre Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığının yazılı izni olmaksızın elektronik, mekanik, fotokopi ya da herhangi bir kayıt sistemiyle çoğaltılamaz, yayımlanamaz.

Tasarım / Design: Pinhole Medya - Ankara - info@pinholemedya.com

Basım Yeri / Printed by: Dumat Ofset

İletişim Bilgileri / Contact Information

Ziyabey Caddesi No: 6 Balgat / Ankara / TURKEY

Tel / Phone: +90 312 207 88 91 – 207 87 70 • Faks / Fax: +90 207 78 19

Erişim: www.sgd.sgk.gov.tr • e-posta / e-mail: sgd@sgk.gov.tr

ULUSLARARASI DANIŐMA KURULU / INTERNATIONAL ADVISORY BOARD

Professor Yener ALTUNBAŐ
Bangor University – UK

Professor Jacqueline S. ISMAEL
University of Calgary – CA

Professor Őzay MEHMET
University of Carleton – CA

Professor Allan MOSCOVITCH
University of Carleton – CA

Professor Mark THOMPSON
University of British Columbia – CA

Asst. Prof. Sara HSU
State University of New York – USA

Asst. Prof. C. Rada Von ARNIM
University of Utah – USA

ULUSAL DANIŐMA KURULU / NATIONAL ADVISORY BOARD

Prof. Dr. Ahmet Cevat ACAR
Türkiye Bilimler Akademisi

Prof. Dr. Mustafa ACAR
Aksaray Üniversitesi Rektörü

Prof. Dr. Őrsan AKBULUT
TODAIE

Prof. Dr. Levent AKIN
Ankara Üniversitesi
Hukuk Fakóltesi

Prof. Dr. Yusuf ALPER
Uludağ Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Faruk ANDAÇ
Çağ Üniversitesi
Hukuk Fakóltesi

Prof. Dr. Kadir ARICI
Gazi Üniversitesi
Hukuk Fakóltesi

Prof. Dr. Onur Ender ASLAN
TODAIE

Prof. Dr. Berrin Ceylan ATAMAN
Ankara Üniversitesi
Siyasal Bilgiler Fakóltesi

Prof. Dr. Hayriye ATİK
Erciyes Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Zakir AVŐAR
Gazi Üniversitesi
İletişim Fakóltesi

Prof. Dr. Selda AYDIN
Gazi Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Ufuk AYDIN
Anadolu Üniversitesi
Hukuk Fakóltesi

Prof. Dr. Remzi AYGÜN
Gazi Üniversitesi
Tıp Fakóltesi

Prof. Dr. Abdurrahman AYHAN
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Mehmet BARCA
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
İşletme Fakóltesi

Prof. Dr. Vedat BİLGİN
Gazi Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Nürşen CANİKLİŐOĐLU
Marmara Üniversitesi
Hukuk Fakóltesi

Prof. Dr. Fevzi DEMİR
Yaşar Üniversitesi
Hukuk Fakóltesi

Prof. Dr. A. Murat DEMİRCİŐOĐLU
Yıldız Teknik Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Őstün DİKEÇ
Emekli Őğretim Üyesi

Prof. Dr. Őmer EKMEKÇİ
İstanbul Üniversitesi
Hukuk Fakóltesi

Prof. Dr. Şükran ERTÜRK
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hukuk Fakóltesi

Prof. Dr. Mehmet Vedat GÜRBÜZ
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
İnsan ve Toplum Bilimleri Fakóltesi

Prof. Dr. Ali GÜZEL
Kadir Has Üniversitesi
Hukuk Fakóltesi

Prof. Dr. Alpay HEKİMLER
Namık Kemal Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Oğuz KARADENİZ
Pamukkale Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Türksel KAYA BENGŞİR
TODAIE

Prof. Dr. Aşkın KESER
Uludağ Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Cem KILIÇ
Gazi Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Ali Rıza OKUR
Sebahattin Zaim Üniversitesi
Hukuk Fakóltesi

Prof. Dr. Serdar SAYAN
TOBB Ekonomi ve
Teknoloji Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Ali SEYYAR
Sakarya Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Ali Nazım SÖZER
Yaşar Üniversitesi
Hukuk Fakóltesi

Prof. Dr. Sarper SÜZEK
Atılım Üniversitesi
Hukuk Fakóltesi

Prof. Dr. Müjdat ŐAKAR
Marmara Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Erol ŐENER
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Tıp Fakóltesi

Prof. Dr. Zarife ŐENOCAK
Ankara Üniversitesi
Hukuk Fakóltesi

Prof. Dr. Savaş TAŐKENT
İstanbul Teknik Üniversitesi
İşletme Fakóltesi

Prof. Dr. Mehtap TATAR
Hacettepe Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Sabri TEKİR
İzmir Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Aziz Can TUNCAY
Bağçeşhir Üniversitesi
Hukuk Fakóltesi

Prof. Dr. M. Fatih UŐAN
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Hukuk Fakóltesi

Prof. Dr. Őzlem Őzdemir YILMAZ
Ortaođu Teknik Üniversitesi İİBF

Doç. Dr. Tamer AKŐOY
TOBB Ekonomi ve
Teknoloji Üniversitesi İİBF

Doç. Dr. Süleyman BAŐTERZİ
Ankara Üniversitesi
Hukuk Fakóltesi

Doç. Dr. Hediye ERGİN
Marmara Üniversitesi İİBF

Doç. Dr. Orhan FİLİZ
Polis Akademisi

Doç. Dr. Engin KÜÇÜKKAYA
Ortaođu Teknik Üniversitesi İİBF

Doç. Dr. Adil ORAN
Ortaođu Teknik Üniversitesi İİBF

Türkiye'deki 81 İlin Kamu Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetlerine Erişim Durumları

Access Situation of the 81 Provinces in Turkey to Health Services Provided by Public

Mehmet GÖZLÜ*

Hüseyin TATLİDİL**

ÖZ

Bu çalışmanın amacı, sağlık hizmetlerine erişim ile ilişkili değişkenler vasıtasıyla Türkiye'deki illerin sağlık hizmetlerine erişim düzeylerinin incelenmesi ve buna göre sıralanmasıdır. Bu çalışmada kullanılan veriler Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Sağlık Bakanlığı (SB), Kiralama Danışmanlık Merkezi (KDM) Kiralama ve Yönetim Danışmanlık Limited Şirketi ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) istatistiklerinden elde edilmiş ve bu verilere Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20,0 paket programı yardımıyla Temel Bileşen Analizi (TBA) uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre sağlık hizmetlerine erişimi en yüksek iller İstanbul, Gaziantep ve Kocaeli, en düşük iller ise Bayburt, Ardahan ve Tunceli olarak bulunmuştur. Vatandaşlar -sağlık sisteminin talep boyutu- ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini mümkün olan en kısa zamanda ve en yüksek kalitede, aynı zamanda maliyet etkili bir şekilde almak istemektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engelleri ve bunlardan hangilerinin daha önemli olduğunu bilmek sağlık politikalarının daha etkili üretilmesine ve kaynakların daha verimli kullanılmasına yardımcı olabilecektir. Bu çalışma kapsamında sağlık hizmetlerine erişimle ilgili bu engeller belirtilmiş ve veriler analiz edilerek iller sıralanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Sağlık, erişim, erişim seviyeleri, sağlık hizmetlerine erişim

ABSTRACT

The objective of this study is to investigate and rank the level of provinces in Turkey through variables related with health services access. The data used in this study were taken from Turkish Statistical Institute (TURKSTAT:TUIK), Ministry of Health (MoH:SB), Leasing Consultancy Center Company (KDM) Leasing and Management Consultancy Limited Company and Social Security Institution's (SSI:SGK) statistics and these data were applied Principal Component Analysis (PCA) via Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20,0. According to analysis results, the highest access to health services ranking belong to İstanbul, Gaziantep and Kocaeli, and the lowest belong to Bayburt, Ardahan and Tunceli. Citizen who is demand side of health system wants to take needed healthcare in shortest available time and highest quality and cost effectively ways. Therefore, knowing barriers to access to healthcare services and which of them are/is more important can help to produce more efficient health policy and use more effective resources. In this study, barriers to access to healthcare services were specified and provinces were ranked by analyzing the data.

Keywords: Health, access, access levels, access to health services

* *Arş. Gör. Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık İdaresi Bölümü*
mgozlu04@hacettepe.edu.tr

** *Prof. Dr. Hacettepe Üniversitesi, Fen Fakültesi, İstatistik Bölümü*
tatlidil@hacettepe.edu.tr

GİRİŞ

Toplumun genel refah seviyesinin artırılması için iyileştirilmesi gereken sektörlerden birisi de sağlıktır. Sağlık sektöründe dışsallıkların yüksek olduğu göz önüne alındığında bireylerin sağlıklı veya sağlıksız olması toplum sağlığını önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Sağlık sistemleri de sağlığı etkileyen bir faktör olduğundan, genel olarak kaliteli bir sağlık hizmetinin kolay erişilebilir olması, sağlık hizmetinin toplum sağlığına olan katkısının daha yüksek olacağını düşündürmektedir. Bu nedenledir ki uluslararası ve ulusal sağlık kuruluşları sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesine yönelik önemli hedefler belirlemişlerdir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından 1999 yılında benimsenen “21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık” politikasının 10 küresel hedefinden birisi “Genel kapsamlı, temel ve yüksek kaliteli sağlık hizmetlerine erişimin artırılmasıdır” (WHO, 1999:174). Sağlık hizmetlerine erişimin teşvik edilmesi Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ülkelerinde sağlık politikalarını üretenlerin temel amaçlarından birisidir (Docteur ve Oxley, 2003:10). 2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın (SDP) 8 ana temasından birisi de “Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmeti sistemi” unsurudur (Sağlık Bakanlığı, 2007:17). Devlet Planlama Teşkilatı tarafından yayınlanan 9. Kalkınma Planı’nda birinci basamak sağlık hizmetleri başta olmak üzere sağlık hizmetlerine erişim olanaklarının iyileştirilmesi temel önceliklerden birisi olarak belirtilmiştir (Resmi Gazete, 2006:87).

Bu çalışmada ilk olarak sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engeller kaynak taraması yardımıyla tespit edilecektir. Daha sonra bu engellere neden olan faktörler değişken olarak kullanılarak, iller sağlık hizmetlerine erişim durumlarına göre sıralanacaktır. Çalışmanın en önemli faydası sağlık hizmetlerinin planlanmasından ve sunumundan sorumlu olan kişi, kurum ve kuruluşlara sağlık hizmetlerine erişimle ilgili daha rasyonel karar almalarına yönelik bilgi sunacak olmasıdır. Çalışma ayrıca, kişilerin yaşam yeri seçiminde dikkate alabilecekleri sağlık hizmeti unsurunun daha objektif kriterlere göre değerlendirilmesine yardımcı olacaktır.

I- GENEL KAVRAMLAR

A- Sağlık Hizmetlerine Erişim

Sağlık hizmetlerine erişimle ilgili yoğun çalışmalar olmasına rağmen,

bu karmaşık kavramın en iyi nasıl tanımlanması gerektiği yönünde bir fikir birliğine henüz varılamamıştır (Russell vd., 2013). Temelde erişimle ilgili iki ana temanın bulunduğu söylenebilir. Birinci görüş erişime, nüfus özellikleri (gelir, sigorta kapsamı, sağlık hizmetleri kullanma davranışları gibi) ile sağlık hizmeti sunum sistemi özellikleri (kaynak dağıtımı, işgücünün organizasyonu ve olanaklar gibi) arasındaki uyum olarak bakmaktadır. Diğer görüşteki araştırmacılar ise erişimin, sağlık hizmeti kullanım oranı, memnuniyet durumu gibi bireylerin sağlık hizmetleri alması sonucunda elde ettiği sonuçların değerlendirilmesiyle en iyi şekilde açıklanabileceğini savunmaktadır (Aday ve Andersen, 1974:209).

Sağlık hizmetlerine erişim; toplumun ve bireylerin sağlık hallerinin devamı veya sağlık hallerinin sağlanması amacıyla ihtiyacı olduğu zaman veya talep edilmeden sağlık personeline sunulan temel sağlık hizmetlerinin eşit, nitelikli, ücretsiz bir şekilde hiçbir engelle karşılaşmadan sunulması şeklinde tanımlanabilir (Kurt, 2007:70).

Erişim, hizmeti sunanın konumuyla hizmet alıcısı konumunun birbirine uyma derecesidir (Çelik, 2011:334). Sağlık hizmetlerine erişim, klinisyenleri, bakıcıları, diğer sağlık çalışanlarını ve bilgisayar uygulamalarını da içine alan sağlık bakım sunucularıyla hizmeti alanların, sanal veya yüz yüze etkileşimde bulunma durumunun potansiyel kolaylığını göstermektedir (Fortney vd. 2011:641).

Sağlık hizmetlerine erişim çok boyutlu bir kavram (Russell vd. 2013:62) olsa da genel olarak sağlık hizmetlerine mevcut erişim ve algılanan erişim olmak üzere iki ana boyutta ele alınabilir. Sağlık hizmetlerine mevcut erişim, erişimin doğrudan gözlenebilen ve tarafsız bir şekilde ölçülebilen boyutlarını ifade etmekteyken sağlık hizmetlerine algılanan erişim ise erişimin bireysel olarak belirtilen sübjektif yönlerini ifade eder (Fortney vd. 2011:641).

Sağlık hizmetlerine erişim, hazır bulunma, coğrafik, masrafları karşılayabilirlik, yerleştirme, zamanlama, kabul edilebilirlik ve farkında olmak üzere toplam yedi boyut altında incelenebilir (Russell vd. 2013:64). Bilgi işlem teknolojilerinin sağlık sistemlerine girmesi ve e-sağlık uygulamalarının yaygınlaşması nedeniyle artık erişimin dijital bir boyutunun da olduğu ayrıca vurgulanmaktadır (Fortney vd. 2011:639).

Sağlık hizmetlerine erişimle ilgili Levesque ve arkadaşları (2013) tarafından

ilgili literatür taranarak elde edilen tanımlarla ve boyutlarla ilgili görüşler Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1. Sağlık Bakım Hizmetlerine Erişimin Tanımları ve Boyutları

Yazarlar	Tanımlar	Boyutlar
Bashshur vd. 1971	Erişilebilirlik, nüfus ile tıbbi olanaklar ve kaynaklar arasındaki fonksiyonel ilişkidir.	
Donabedian, 1973	Erişilebilirlik, kaynaklar ve nüfus arasındaki düzenlemelerin derecesini ifade eden kavramdır.	
Salkever, 1976	Erişilebilirlik, kaynak özellikleriyle nüfus özelliklerinin birleştirilmesidir.	Finansal Erişilebilirlik Fiziksel Erişilebilirlik
Aday & Andersen, 1974	Erişim, sağlık bakım sistemine giriştir.	Zemin Hazırlayan Faktörler Fırsat Veren Faktörler Sağlık Bakım İhtiyacı
Penchansky & Thomas, 1981		Masrafları Karşılabilirlik Ulaşılabilirlik Yerleştirme Hazır Bulunma Kabul Edilebilirlik
Dutton, 1986	Kullanım, hasta niteliklerinin çarpımı, sonucu ve sistem özelliklerinin toplamı olarak değerlendirilir.	Finansal Faktörler Zaman Faktörü Örgütsel Faktörler
Frenk, 1992	Erişim, bakımı arayan ve elde etmek isteyen nüfusun yeteneğidir. Erişilebilirlik ise sağlık bakım kaynaklarının nitelikleri ile sağlık bakımını arayan ve elde etmek isteyen nüfusun özellikleri arasındaki düzenlemelerin derecesidir.	
Margolis vd. 1995	En iyi olası sonucu elde etmek için kişisel sağlık hizmetlerinin zamanında kullanılmasıdır.	Finansal Kişisel Yapısal
Haddad & Mohindra, 2002	Sağlık hizmetlerini ve ürünlerini kullanma fırsatıdır.	Hazır Bulunma Masrafları Karşılabilirlik Kabul Edilebilirlik Yeterlilik
Shengelia vd. 2003	Kapsam: sağlık bakım ihtiyacı durumunda gerekli olan sağlık müdahalelerini alabilme olasılığıdır. Kullanım: kullanılan sağlık bakım hizmetlerinin ve işlemlerinin miktarıdır.	Fiziksel Erişim Kaynakların Hazır Bulunması Kültürel Kabul Edilebilirlik Masrafları Finansal Olarak Karşılabilirlik Bakımın Kalitesi
Peters vd. 2008	Erişim, sağlık hizmetlerinin fiili kullanımını kapsayacak şekilde ele alındığında, sağlık hizmetleriyle sağlık hizmetleri kullanıcıları arasındaki uyumun farkı şeklinde ifade edilebilir.	Kalite Coğrafi Erişilebilirlik Hazır Bulunma Finansal Erişilebilirlik Hizmetin Uygunluğu

Kaynak: Levesque, Harris ve Russell, 2013:3

Tablo 1'den de anlaşılacağı üzere birçok yazar tarafından sağlık hizmetlerine erişimle ilgili farklı tanımlamalar yapılmış ve erişimle ilgili değişkenler farklı boyutlar altında incelenmiştir. Bu çalışma kapsamında sağlık hizmetlerine erişim “bireylerin ihtiyaç duyabileceği sağlık hizmetlerine istediği zamanda, istediği yerde ve tatmin edici kalite düzeyinde mevcut sağlık hizmeti arz koşulları çerçevesinde ulaşılabilme olasılığı” olarak tanımlanmış ve sağlık hizmetleri erişimine etki ettiği düşünülen değişkenler “demografik özellikler, finansal engeller, sağlık hizmetleri altyapısı, ulaşım ve sağlık tesisi kullanımı ve memnuniyet oranı olmak üzere beş boyut altında incelenmiştir.

B- Sağlık Hizmetlerine Erişimi Etkileyen Faktörler

Sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen birçok sosyo-ekonomik ve fiziksel faktörler vardır (Çelik, 2011:334). Sağlık hizmetlerine erişim, genel olarak finansal, coğrafik, sosyo-kültürel, örgütsel ana başlıklarıyla incelense de (Eskiocak, 2007:15) daha geniş bir bakış açısıyla sağlık hizmetlerinden yararlanabilme, kullanabilme, kabul edilebilirlik gibi noktaları da göz önüne alıp değerlendirildiğinde sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen birçok faktör ortaya çıkmaktadır. Bu faktörler Tablo 2'de sunulmuştur (Kurt, 2007:71).

Tablo 2. Sağlık Hizmetlerine Erişimi Etkileyen Faktörler

A) Bireysel	B) Toplumsal
• Cinsiyet	• Sosyal sınıfların varlığı
• Yaş	• Politik gücün kimde olduğu
• Öğrenim düzeyi	• Siyasi iktidarın/SB'nin sosyo-politik tercihleri
• Etnik köken	• Mevzuatların yeterliliği
• Dil farklılığı	• ITB'nin çalışmaları, sağlık politikalarına müdahil olma düzeyi
• Din farklılığı	• Sağlık kurumunun varlığı
• Kültür farklılığı	• Sağlık insan gücünün varlığı ve/veya dağılımı
• Gelir düzeyi	• Hizmetin var olması
• Çalışıyorsa çalışma saatleri ve/veya günleri	• Hizmetin yeterli olması (niceliği), halkın taleplerine yanıt verme durumu
• Yerli veya göçmen olunması	• Hizmetin niteliği
• Sağlık güvencesi	• Hizmetin sürekliliği
• Hizmet hakkında bilgi sahibi olunması	• Hizmetin merkezîyetçi olma durumu
• Özel gruplar (Bebekler, çocuklar, gebeler, yaşlılar)	• Hizmetin ücretli olması
	• Basamaklı sevk sisteminin olup olmaması
	• Coğrafi uzaklık nedeniyle ulaşım giderleri
	• Coğrafi bölgesel farklılıklar
	• Sağlık dışı sektörlerdeki engellerin varlığı
	• Ülkenin başlıca sağlık sorunları

Sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen önemli bir değişken sağlık sigortasının kapsamıdır. Sağlık sigortasının olmaması sağlık hizmetlerine erişimin önündeki en büyük risk faktörüdür. Özellikle sağlık bakım hizmetlerini sunan ve finans eden kurumların birbirinden farklı olduğu ülkelerde, sağlık sigortasının kapsama durumunun yüksek olması sağlık hizmetlerine erişimi artırmaktadır (Docteur ve Oxley, 2003:11). Sosyal güvencesi olanlar için ise sağlığa erişimi etkileyen faktörler dört başlık altında değerlendirilebilir. Bu faktörler (Docteur ve Oxley, 2003:15):

- Sağlık sigortasının kapsamı/finansal bariyerler
- Hekimlerin yetersizliği/dengeli dağıtılmaması
- Hizmetin zamanında mümkün olup olmama durumu
- Sosyo-kültürel bariyerlerdir (dil, coğrafik ayırım, kültürel değerler, ekonomik durum veya bu faktörlerin kombinasyonu).

Sağlık hizmetlerine erişim konusunda Kaya (1992) tarafından yapılan bir çalışmada Ankara ilinde; **a)** sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliği, nüfusun demografik özelliklerine göre fark gösterip göstermediği, **b)** sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliği, nüfusun sosyo-ekonomik özelliklerine göre fark gösterip göstermediği incelenmiştir. Çalışmada demografik özellikler olarak yaş, cinsiyet ve medeni durum, aile reisine yakınlık, bulunulan ilçe, okuma-yazma durumu, bitirilen en son okul, çalışma durumu, çalışmama nedeni, çalışma şekli, meslek grupları, iktisadi faaliyet kolları, herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı olup olmama durumu, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumu ve hane halkı geliri kullanılarak, halkın sağlık hizmetlerine erişim düzeyi araştırılmıştır. Çalışma sonrasında hane halkı geliri, sigorta kapsamında bulunma durumu, yaş grupları, medeni durum, bulunulan ilçe, bitirilen en son okul ve genel sağlık durumu değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, cinsiyet, aile reisine yakınlık, çalışma durumu, çalışma nedeni ve bağlı olunan sosyal güvenlik kurumu değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Kaya, 1992).

Blazer, Landerman, Fillenbaum ve Horner (1995) tarafından Kuzey Carolina'daki yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine erişim düzeyi ve bu sağlık hizmetlerini kullanma durumu üzerine yapılan bir çalışmada cinsiyet, ırk, eğitim, gelir, medeni durum, iş statüsü, sigorta kapsamı durumu, sağlık kuruluşuna uzaklık veya ulaşım durumu ve sağlık hizmetlerinden

memnun kalma durumu incelenmiştir. Çalışma sonrasında gelir, sigortalı olma durumu ve bakımı elde etme maliyeti, erişimi etkileyen en önemli değişkenler olarak tespit edilmiştir.

Goins, Williams, Carter, Spencer ve Solovieva (2005:208-210) tarafından yapılan bir çalışmada ise sağlık hizmetine erişimin önündeki engeller; ulaşım zorlukları, sınırlı sağlık hizmeti arzı, kaliteli sağlık bakım hizmetlerinin yetersizliği, sosyal izolasyon ve finansal kısıtlılıklar olarak 5 grupta incelenmiştir.

Eskioçak (2007) tarafından yapılan çalışmada sağlık hizmetlerine erişim durumuna göre sosyalleşme yasası ve aile hekimliği karşılaştırılmış ve bu çalışma kapsamında, gelir durumu (yoksulluk), iş sahibi olma (çalışma durumu), sağlık güvence durumu, yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, din, dil, etnik köken, kültür farklılığı gibi özellikler, hizmetler hakkında bilgi sahibi olma durumu, sağlık hizmetinin var olması, sağlık kurumunun varlığı, coğrafi uzaklık ve ulaşım giderleri, sağlık insan gücü (hekim ve hekim dışı personel) varlığı gibi değişkenler kullanılmıştır. Çalışma sonucunda yerleşim yerinin sağlık ocağına uzak olmasının sağlık ocağından yararlanmayı azalttığı, kişinin bir sağlık güvencesine sahip olmasının, eğitim düzeyinin yüksek olmasının, ailenin gelir düzeyinin yüksek olmasının ve kadının evde söz sahibi olmasının sağlık hizmetlerine erişimi olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir.

Jones, Shi, Hayashi, Sharma, Daly ve Ngo-Metzger (2013:488) tarafından yapılan ağız sağlığı hizmetlerine erişim hakkındaki çalışmada, bu hizmetlere erişimin, gelir durumu, ırk ve etnik köken, dil, sigortalı olma durumu ve sigorta türü ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir. Bu faktörlerin de hizmeti maddi olarak karşılayamama durumu, hizmet sunumunun yeterli olmaması, ulaşım yetersizliği ve düşük sağlık okuryazarlık düzeyi gibi etmenlerle ilişkili olduğu belirtilmiştir.

Bu çalışma öncesinde sağlık hizmetlerine erişim durumlarına göre illerin sıralanmasına yönelik bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak Çelik (2013) tarafından yapılan bir çalışmada değişken olarak; bir hastaneye, hastane yatağına, uzman hekime, pratisyen hekime, hekime, diş hekimine, eczacıya, sağlık memuruna, hemşireye ve ebeye düşen kişi sayısı kullanılarak kümeleme analizi yapılmış ve iller 7'li, 10'lu ve 15'li kümelere ayrılarak yorumlanmıştır.

II- ARAŞTIRMA

A- Çalışmada Kullanılan Değişkenler

Kaynaklar incelendiğinde erişimle ilgili çalışmalarda genellikle, kır/kent dağılımı, yaş grupları, eğitim durumu, cinsiyet durumu, medeni durum, gelir düzeyi, sigortalı olma durumu, sağlık kuruluşuna ulaşım durumu, özellikle çok uluslu ülkelerde dil, ırk, sağlık kurumu hakkındaki olumlu veya olumsuz düşüncelerin değişken olarak kullanıldığı görülmektedir.

Bu çalışmada sağlık hizmetleri erişimine etki ettiği düşünülen değişkenler beş ana grup altında 26 alt değişken olarak ele alınmıştır. Araştırmada kullanılan veriler TÜİK, Sağlık Bakanlığı 2012 Sağlık İstatistikleri Yıllığı, SGK 2012 İstatistik Yıllığı'ndan elde edilmiştir. TÜİK, 2001 yılından itibaren illere göre kişi başına düşen milli geliri hesaplamadığından bu veri için KDM şirketinin yapmış olduğu araştırma sonucunda elde edilen veriler kullanılmıştır. Bütün verilerin en son yayınlandıkları ortak yıl 2012 yılı olduğundan, hemen hemen bütün değişkenlere ait 2012 yılı (kesit) verileri kullanılmıştır. Tablo 3'te söz konusu olan bu gruplar ve değişkenler verilerek, temin kaynağı, yılı ve birimi belirtilmiştir.

Tablo 3'te sıralanan değişkenlerin tümü açık olmakla birlikte memnuniyet oranı olarak belirtilen değişkeninin açıklanması yararlı olacaktır. Sağlık Bakanlığı (2014) tarafından Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet Düzeyinin Belirlenmesi için yapılan çalışmada Sağlık Tesisi ve Memnuniyet Oranı kısmında belirtilen memnuniyet oranı, European Patients Evaluate General/Family Practice (EUROPEP) ölçeği kullanılarak elde edilen memnuniyet puanlarından istifade edilerek hesaplanmıştır. EUROPEP ölçeği, Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) Avrupa örgütünün bir alt birimi olan European Working Party on Quality in Family Practice (EQUIP) tarafından 1999 yılında geliştirilmiş hasta memnuniyetini ölçmek için kullanılan bir ölçek olup 2002 yılında Türkçe'ye uyarlanarak Türkiye genelinde hasta memnuniyetini belirlemek için kullanılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2014:3).

Tablo 3. Sağlık Erişimi Etkileyen Değişkenler

S.No	Değişken İsimleri	Veri Kaynağı	Yıl	Birim
A)	Demografik Özellikler			
1	Cinsiyet Oranı	Sağlık Bakanlığı	2012	%
2	Eğitim Durumu*	Sağlık Bakanlığı	2012	%
3	Kır/Kent Oranı	Sağlık Bakanlığı	2012	%
4	Yaş Grupları**	Sağlık Bakanlığı	2012	Yaş Grubu
5	Ortanca Yaş	TÜİK	2012	Ortanca
6	Nüfus Artış Hızı	TÜİK	2012	%
B)	Finansal Engeller			
1	İllere Göre Kişi Başına Düşen Milli Gelir	KDM Danışmanlık	2012	TL
2	İllerin GSYİH'sından Sağlığa Ayrılan Pay	TÜİK	2012	%
3	Sigorta Kapsamı	SGK	2012	%
C)	Sağlık Hizmetleri Altyapısı			
1	Hekim/Nüfus	Sağlık Bakanlığı	2012	%
2	Hemşire/Nüfus	Sağlık Bakanlığı	2012	%
3	Diş Hekimi/Nüfus	Sağlık Bakanlığı	2012	%
4	Eczacı/Nüfus	Sağlık Bakanlığı	2012	%
5	Ebe/Nüfus	Sağlık Bakanlığı	2012	%
6	Diğer Sağlık Personeli/Nüfus	Sağlık Bakanlığı	2012	%
7	Hasta Yatağı Sayısı/Nüfus	Sağlık Bakanlığı	2012	%
8	Aile Hekimi/Nüfus	Sağlık Bakanlığı	2012	%
9	112 İstasyonu/Nüfus	Sağlık Bakanlığı	2012	Kişi başı
10	112 Ambulans/Nüfus	Sağlık Bakanlığı	2012	Kişi başı
D)	Sağlık Tesis Kullanımı ve Memnuniyet Oranı	Sağlık Bakanlığı	2012	
1	1. Basamakta Kişi başı Başvuru Sayısı	Sağlık Bakanlığı	2012	Kişi başı
2	2. ve 3. Basamakta Kişi başı Başvuru Sayısı	Sağlık Bakanlığı	2012	Kişi başı
3	Diş Hekimine Kişi başı Başvuru Sayısı	Sağlık Bakanlığı	2012	Kişi başı
4	Memnuniyet Oranı	Sağlık Bakanlığı	2012	%
E)	Ulaşım			
1	İl ve Devlet Yolu	TÜİK	2012	Km/Yüzölçümü
2	Köy Yolu	TÜİK	2012	Km/Yüzölçümü
3	Motorlu Taşıt Sayısı/Nüfus	TÜİK	2012	%

* Eğitim durumu ilköğretim okullaşma oranı, ortaöğretim okullaşma oranı ve ön lisans veya lisans mezunu oranı olmak üzere üç grup altında değerlendirilmiştir.

** Yaş Grupları 0-14 yaş arası, 15-64 yaş arası ve 65 yaş üstü olmak üzere üç grup altında analiz edilmiştir.

Memnuniyet puanları aşağıdaki yedi boyuttan elde edilen değerlerin ortalaması alınarak hesaplanmıştır:

1. Doktor – Hasta İlişkisi (1-6. Soru),
2. Sağlık Hizmeti (7-11. Soru),
3. Enformasyon ve Destek (12-15. Soru),
4. Sağlık Hizmetinin Organizasyonu (16-17. Soru),
5. Ulaşılabilirlik (18-23. Soru),
6. Genel Değerlendirme (24-26. Soru),
7. EUROPEP Soruları (1-23. Soru).

Bu analizde memnuniyet oranının hesaplanmasında anket sorularına verilen iyi ve çok iyi (4 ve 5) seçenekleri kullanılmıştır. Memnuniyetsizlik oranı ise anket sorularına verilen çok kötü ve kötü (1 ve 2) seçeneklerini kapsamaktadır. “Ne iyi ne kötü” seçeneği “Orta” olarak değerlendirilmiştir. “Ankette Fikrim yok / ilgisiz” seçeneğinin işaretlenmesi halinde bu soru değerlendirilmeye alınmamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2014:4).

B- Kullanılan Analiz: Temel Bileşen Analizi

Klasik çok değişkenli istatistiksel analizlerde “n” tane bireye ilişkin “p” tane değişken (özellik) incelenmektedir. Bu özelliklerin birçoğunun birbirleriyle ilişkili (bağımlı) ve “p” sayısının çok büyük olması analizde sorun yaratmaktadır. Zira çok sayıda değişkenle çalışmak, işlem yükünü artırmanın yanı sıra değişkenlerin (yaklaşık olsa da) bağımsızlığını zedelemekte ayrıca bu tür çalışmalarda elde edilen sonuçların yorumunda da bazı güçlükler olabilmektedir. Bilgisayar olanaklarının çok geliştiği günümüzde işlem yükü bir sorun olarak görünmese de çok sayıda değişkene ilişkin analiz sonuçlarının yorumlanması ve özetlenmesi gerçekten zor olabilmektedir. Böyle durumlarda başvurulan tekniklerin en önemlisi Temel Bileşen Analizidir (TBA-PCA: Principal Component Analysis) (Kalkınma Bakanlığı, 2013).

TBA, dik (ortogonal) dönüşüm kullanarak aralarında yüksek ilişki bulunan değişkenleri aralarında ilişki bulunmayan bir dizi doğrusal bileşenlere dönüştürerek bağımsızlaştıran ve boyutları indirgeyen bir yöntemdir. Bu yöntem veri matrisine ilişkin özdeğerler ve özvektörleri bularak veri kümesine ait değişkenlerin daha düşük boyutlarda temsil edildiği bir

koordinat düzlemine taşınmasını sağlar. Veri kümesine ait fazlalıkların en aza indirgenmesini ve aynı zamanda farklılıkların maksimum hale getirilmesini gerçekleştirir (Çatalbaş, 2014:14).

C- Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada dâhil edilen değişkenlerin (özellikle teknik araç ve gerecin) hepsinin aynı amaç için kullanılabilirdiği ve aynı özellikte olduğu varsayılmıştır. Daha somut ifade etmek gerekirse, kullanılan 112 ambulansları, kişi başına düşen motorlu taşıt sayısı ve yatak sayısı gibi değişkenlerin teknik özellik bakımından eşit olduğu ve aynı amaç için kullanılabilirdiği düşünülerek analize dâhil edilmiştir. Aynı şekilde hizmet veren sağlık personelinin de bütün illerde hasta bakım faaliyetlerinde aynı görevleri yaptığı, bireyler arası uygulamalarda bir farklılık bulunmadığı, dolayısıyla benzer miktarda ve benzer kalitede sağlık hizmeti ürettiği varsayılmıştır.

Bir diğer kısıtlılık, milli gelir, sağlığa ayrılan pay, sigortalılık kapsama durumu gibi özellikle finansal verilerde il içi dağılımın homojen olduğu varsayılmıştır.

Sağlık Bakanlığı tarafından sadece 1. basamak sağlık hizmetlerinde memnuniyet düzeyi araştırılması yapıldığından, çalışmada kullanılan memnuniyet oranı 1. basamak sağlık hizmetlerinde memnuniyet oranını ifade etmektedir. 2. ve 3. basamak sağlık hizmetleri memnuniyet oranına ait veri bulunamadığından çalışmaya dâhil edilememiştir.

Analiz kısmının daha kolay yorumlanması açısından sayısal verilerde yuvarlama işlemi yapılmıştır.

III- BULGULAR

Analiz kapsamında ilk olarak kullanılan değişkenler arasındaki ilişkilere (korelasyon) bakılmış olup; ortanca yaş ile 0-14 yaş oranı arasında %96'lık, 15-64 yaş oranı ve 0-14 yaş oranı arasında %93'lük, ortaöğretim okullaşma oranı ve 0-14 yaş oranı arasında %91'lik bir korelasyon bulunmuştur. Bu nedenle (tekrarın önlenmesi amacıyla) 0-14 yaş arası nüfus oranı değişkeni çalışma kapsamından çıkarılmıştır. Ayrıca Kadın% - Erkek% ve Kır% - Kent% birbirlerini yüzde yüze tamamladığından bu değişkenlerden sadece büyük olanlar değerlendirilmeye alınmıştır. TBA'nin uygunluğu için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett testi uygulanmış olup, bu veri setine %77,9 oranında TBA'nin uygulanabileceği sonucuna ulaşılmıştır (P=0,0001). İkinci olarak kullanılan değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistikler bulunarak Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4. Kullanılan Değişkenlere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

	Ortalama	S.Sapma	N
Erkek Nüfus Oranı (%)	50,44	1,28	81
Kentsel Nüfus Oranı (%)	54,95	18,16	81
65 Yaş ve Üzeri Nüfus Oranı (%)	8,80	3,11	81
15-64 Yaş Arası Nüfus Oranı (%)	66,26	4,32	81
Nüfus Artış Hızı (‰)	8,87	14,02	81
Ortanca Yaş	30,17	5,26	81
İlköğretim Okullaşma Oranı (%)	98,37	1,75	81
Ortaöğretim Okullaşma Oranı (%)	71,49	13,95	81
Ön lisans veya Lisans Mezunu Oranı (%)	9,04	2,17	81
Kişi Başına Düşen Gelir (TL)	13290,42	11500,07	81
Hane halkı Sağlık Harcamalarına Ayrılan Pay (%)	1,93	0,32	81
Sigorta Kapsamı (%)	95,43	2,47	81
Toplam Hekim (%)	0,15	0,04	81
Diş Hekimi (%)	0,02	0,01	81
Eczacı (%)	0,03	0,01	81
Hemşire (%)	0,18	0,04	81
Ebe (%)	0,08	0,02	81
Diğer Sağlık Personeli (%)	0,18	0,05	81
On Bin Kişiye Düşen Yatak Sayısı	26,04	8,93	81
Aile Hekimi Başına Düşen Nüfus	3523,50	242,82	81
112 İstasyon Başına Düşen Nüfus	34138,89	15075,51	81
112 Ambulans Başına Düşen Nüfus	18235,84	9833,68	81
1. Basamakta Kişi Başı Başvuru Sayısı	2,94	0,91	81
2. ve 3. Basamakta Kişi Başı Başvuru Sayısı	5,06	0,78	81
Kişi Başı Diş Hekimine Başvuru Sayısı	0,49	0,13	81
İl ve Devlet Yolu Uzunluğu (km) / Yüzölçüm	8,88	2,33	81
Köy Yolu Uzunluğu (km) / Yüzölçüm*	49,20	36,05	81
Bin Kişi Başına Düşen Motorlu Taşıt Sayısı (%)	91,52	43,98	81
Memnuniyet Oranı (%)	90,45	10,59	81

* TÜİK'ten alınan veri setinde İstanbul ve Kocaeli için köy yolu değerleri olmadığından, kayıp (eksik) bilgi sorununun giderilmesi amacıyla bu iller için en küçük değer olan 17,42 değerine yakın değerler (sırasıyla 17,35 ve 17,25 değerleri) atanmıştır.

Çalışmaya dâhil edilen 81 ildeki kadın (%49,56) ve erkek (%50,44) oranlarının birbirine çok yakın olduğu gözlenmektedir. Kent nüfus oranının (%54,95) kır nüfus oranından (%45,05) yaklaşık %10 fazla olduğu tespit edilmiştir. Ortanca yaşı 30 olan illerin en fazla nüfusun bulunduğu yaş grubu %66 ile 15-65 yaş grubudur. Bunu yaklaşık %25 ile 0-14 yaş grubu ve yaklaşık %9 ile 65 yaş ve

üzeri yaş grubu takip etmektedir. İllerin eğitim durumu göz önüne alındığında ortalama %98'lik bir ilköğretim okullaşma oranı, %71'lik bir ortaöğretim okullaşma oranı ve %9'luk bir ön lisans veya lisans mezunu oranı olduğu gözlenmiştir. İllerin ortalama kişi başı geliri 13.290 TL olduğu ve bu gelirin yaklaşık %2'lik kısmının sağlık harcamalarına ayrıldığı söylenebilir. Genel sağlık sigortasının ülke genelinde kapsama oranı ise %95 civarındadır.

Her on bin kişiye yaklaşık 26 yatak, 18 hemşire, 18 diğer sağlık personeli, 15 hekim (asistan, uzman ve aile hekimi), 9 ebe, 3 eczacı ve 2 diş hekimi düşmektedir. Her bir aile hekimine ortalama olarak 3.524 kişi, her bir 112 istasyonuna 34.139 kişi ve her bir 112 ambulansına 18.236 kişi düşmektedir.

Ortalama olarak bir kişi bir yılda yaklaşık 3 kez birinci basamak sağlık hizmetlerine, 5 kez ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine ve iki yılda 1 kez de diş hekimine müracaat etmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerine müracaat edenlerin yaklaşık %90'lık bir kesimi kurumdan memnun olarak ayrılmaktadır.

İller ortalama olarak yaklaşık 9 km il ve devlet yolu (km)/yüzölçümüne (km²), 49 km köy yolu (km)/yüzölçümüne (km²) sahiptir. Ayrıca ortalama olarak her bin kişiye 92 motorlu taşıt düşmektedir.

Yukarıda tablo biçiminde verilmiş olan değişkenlerin tümünün normal dağılımlı oldukları varsayımı altında, bu verilere Temel Bileşenler Analizi uygulanmış ve önemli bulunan yedi temel bileşene ilişkin aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Tablo 5. Temel Bileşenler Özdeğerleri ve Varyans Açıklama Oranları

Bileşen No	Özdeğer	Açıklanan Varyans %	Birikimli Açıklanan Varyans %
1	10,504	36,219	36,219
2	5,061	17,451	53,67
3	2,244	7,737	61,407
4	1,856	6,401	67,808
5	1,527	5,265	73,074
6	1,085	3,741	76,814
7	1,003	3,46	80,275

Önemli bulunan yedi temel bileşen tarafından orijinal değişkenlerin varyanslarının açıklanma oranları aşağıda verilmiştir.

Tablo 6. Orijinal Değişken Varyanslarının Yedi Temel Bileşen Tarafından Açıklanma Oranı

Değişkenler	Açıklanan Varyans	Değişkenler	Açıklanan Varyans
Erkek (%)	,889	Hemşire (%)	,916
Kentsel Nüfus Oranı (%)	,795	Ebe (%)	,760
65 Yaş ve Üzeri Nüfus Oranı (%)	,893	Diğer Sağlık Personeli (%)	,779
15-64 Yaş Arası Nüfus Oranı (%)	,914	10.000 Kişiye Düşen Yatak Sayısı	,830
Nüfus Artış Hızı (‰)	,700	Aile Hekimi Başına Düşen Nüfus	,714
Ortanca Yaş	,942	112 İstasyon Başına Düşen Nüfus	,819
İlköğretim okullaşma oranı	,342	112 Ambulans Başına Düşen Nüfus	,830
Ortaöğretim okullaşma oranı	,903	1. Basamakta Kişi Başı Başvuru Sayısı	,777
Ön lisans veya Lisans Mezunu Oranı	,870	2. ve 3. Basamakta Kişi Başı Başvuru Sayısı	,789
Kişi Başına Düşen Gelir (TL)	,737	Kişi Başı Dış Hekimine Başvuru	,609
Hane halkı Harcamasından Sağlığa Ayrılan Pay (%)	,710	İl ve devlet yolu (km)/Yüzölçü	,796
Sigorta kapsamı (%)	,827	Köy yolu (km)/yüzölçüsü	,836
Toplam Hekim (%)	,854	Kişi Başına Düşen Motorlu Taşıt Sayısı ‰	,915
Dış Hekimi (%)	,857	Mcmnuniyet Oranı (%)	,781
Eczacı (%)	,895		

Analizden elde edilen yeni değerlere göre bir değişken hariç diğer bütün değişkenlerin varyans açıklama oran değerleri 0,610 ile 0,942 arasındadır. Söz konusu değişkenlerin değeri 1'e yaklaştıkça değişkenlerin modeldeki ağırlığı ve buna bağlı olarak önemi artmaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2013:46).

Analiz sonucunda birinci temel bileşen üzerinde; Ortaöğretim Okullaşma Oranı, Ortanca Yaş, Eczacı/Nüfus, 15-64 Yaş Arası Nüfus Oranı, Kişi Başına Düşen Motorlu Taşıt Oranı, Dış Hekimi/Nüfus, Hemşire/Nüfus, Ön lisans ve Lisans Mezunu Oranı, 65 Yaş ve Üzeri Nüfus Oranı, Diğer Sağlık Personeli/Nüfus, 2. ve 3. Basamakta Kişi Başı Başvuru Sayısı, 1. Basamakta Kişi Başı Başvuru Sayısı, Kişi Başı Dış Hekimine Başvuru Sayısı, Toplam Hekim/Nüfus, On bin Kişiye Düşen Yatak Sayısı ve İlköğretim Okullaşma Oranı değişkenleri, ikinci temel bileşen üzerinde; 112 Ambulans Başına Düşen Nüfus, 112 İstasyonu Başına Düşen Nüfus, Sigorta Kapsamı, Kentsel Nüfus Oranı, Ebe/Nüfus, Aile Hekimi Başına Düşen Nüfus değişkenleri, üçüncü temel bileşen üzerinde; İl ve Devlet Yolu uzunluğu (km/yüzölçümü), Hane halkı Harcamasından Sağlığa Ayrılan Pay değişkenleri, dördüncü temel bileşen üzerinde Köy Yolu (km/yüzölçümü) değişkeni, beşinci temel bileşen

üzerinde; Erkek Nüfus Oranı değişkeni, altıncı temel bileşen üzerinde; Kişi Başına Düşen Gelir, Memnuniyet Oranı değişkenleri ve son olarak yedinci temel bileşen üzerinde ise sadece Nüfus Artış Hızı değişkeninin yer aldığı görülmüştür.

A- İllerin Sıralanması

Bu çalışma öncesinde illerin sağlık hizmetlerine erişim düzeylerinin belirlenmesine yönelik herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak belirli bir ilin ilçelerinin, çeşitli yaş gruplarının ve çeşitli hizmet dallarının (kanser, ağız bakım gibi) sağlık hizmetlerine erişimini etkileyen faktörler üzerine ve illerin kümelenmesine yönelik bazı çalışmalar bulunmaktadır. Kalkınma Bakanlığı tarafından illerin sosyo-ekonomik gelişmişlik durumlarına göre sıralaması yapıldığından, bu çalışmadan elde edilen il sıralamasıyla SEGE-2011 il sıralaması karşılaştırılarak Tablo 7'de sunulmuştur.

Tablo 7. İllerin SEGE-2011 ve Sağlık Hizmetlerine Erişim Düzeyleri Sıralanması

No	SEGE-2011*	Sağlık Hiz. Erişim	No	SEGE-2011*	Sağlık Hiz. Erişim	No	SEGE-2011*	Sağlık Hiz. Erişim
1	İstanbul	İstanbul	28	Karabük	Balıkesir	55	Aksaray	Hakkâri
2	Ankara	Gaziantep	29	Zonguldak	Zonguldak	56	Niğde	Amasya
3	İzmir	Kocaeli	30	Gaziantep	Manisa	57	Tokat	Uşak
4	Kocaeli	Ankara	31	Trabzon	Muğla	58	Tunceli	Ordu
5	Antalya	Antalya	32	Karaman	Düzce	59	Erzurum	Kırıkkale
6	Bursa	Bursa	33	Samsun	Adıyaman	60	K.Maraş	Niğde
7	Eskişehir	İzmir	34	Rize	Aksaray	61	Ordu	İğdir
8	Muğla	Şanlıurfa	35	Düzce	Kırklareli	62	Gümüşhane	Trabzon
9	Tekirdağ	Adana	36	Nevşehir	Van	63	Kilis	Erzurum
10	Denizli	Hatay	37	Amasya	Siirt	64	Bayburt	Bartın
11	Bolu	Tekirdağ	38	Kütahya	Çanakkale	65	Yozgat	Tokat
12	Edirne	Mersin	39	Elazığ	Muş	66	Adıyaman	Kırşehir
13	Yalova	Sakarya	40	Kırşehir	Kilis	67	Diyarbakır	Yozgat
14	Çanakkale	Konya	41	Kırıkkale	Edirne	68	Kars	Kastamonu
15	Kırklareli	Batman	42	Malatya	Karabük	69	İğdir	Burdur
16	Adana	Mardin	43	Afyon	Kütahya	70	Batman	Kars
17	Kayseri	Aydın	44	Artvin	Elazığ	71	Ardahan	İsparta
18	Sakarya	Kayseri	45	Erzincan	Bitlis	72	Bingöl	Giresun
19	Aydın	Diyarbakır	46	Hatay	Bolu	73	Şanlıurfa	Erzincan
20	Konya	Yalova	47	Kastamonu	Afyon	74	Mardin	Sinop
21	İsparta	Denizli	48	Bartın	Malatya	75	Van	Çankırı
22	Balıkesir	Şırnak	49	Sivas	Bilecik	76	Bitlis	Bingöl
23	Manisa	Eskişehir	50	Çorum	Sivas	77	Siirt	Gümüşhane
24	Mersin	Osmaniye	51	Sinop	Karaman	78	Şırnak	Artvin
25	Uşak	Ağrı	52	Giresun	Nevşehir	79	Ağrı	Bayburt
26	Burdur	K.Maraş	53	Osmaniye	Çorum	80	Hakkâri	Ardahan
27	Bilecik	Samsun	54	Çankırı	Rize	81	Muş	Tunceli

* Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, 2013:50.

SEGE-2011 çalışmasında 81 il sadece birinci temel bileşen skorlarına göre sıralanmış olmasına karşın (Kalkınma Bakanlığı, 2013:46) bu çalışmada yedi temel bileşen skorları dikkate alınarak sıralama yapılmıştır. İllerin tüm faktörlerde sahip olduğu sıralamalarla ilgili faktörlerin, açıklanan varyans yüzdeleriyle çarpılmasıyla toplam faktör değişkeni elde edilmiş ve iller bu toplam faktör değişkeninin değerine göre sıralanmıştır.

SEGE-2011 ile sağlık hizmetlerine erişim sıralamaları arasında ilişkinin tespit edilmesi amacıyla Spearman sıra korelasyon analizine başvurulmuş ve bu iki sıralama arasında orta derecede, pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,427$ ve $p=0,000$). Bu iki sıralama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunsa da ilişkinin düşük çıkmasının en önemli üç nedeni vardır. Bunlardan ilki, bu iki çalışmada kullanılan değişkenlerin birbirinden oldukça farklı olmasıdır. İkincisi ise SEGE-2011 çalışmasında bireye ilişkin (kişi başına, % gibi) karşılaştırılabilir değişkenlerin yanı sıra il veya şehir merkezine ilişkin (organize sanayi bölgesinde üretim yapılan parsellerin Türkiye içindeki payı, il ihracatının toplam ihracat içindeki payı, ildeki banka kredilerinin Türkiye içindeki payı, yeni kurulan şirketlerin toplam sermayesinin Türkiye içerisindeki payı, il vergi gelirlerinin Türkiye içindeki payı olmak üzere toplam yedi değişken) değişkenlerin kullanılmış olmasıdır (Kalkınma Bakanlığı, 2013). Son olarak, SEGE-2011 sıralamasında veri seti tarafından açıklanabilen bilginin %38’ni açıklayan birinci temel bileşene göre illerin sıralanmış olmasıdır.

SEGE-2011 sıralamasının en altında yer alan Şanlıurfa, Batman, Mardin, Diyarbakır, Şırnak, Ağrı, Adıyaman, Van, Siirt ve Muş illerinin sağlık hizmetlerine erişim sıralamasında daha üst sıralarda yer alması, bu illerde uygulanan devlet hizmet yükümlülüğü (mecburi hizmet) uygulamasıyla ve sağlık yatırımlarının yeterli miktarda yapılmasıyla açıklanabilir.

SONUÇ

İlgili literatürde sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engeller, genel olarak masrafları karşılayabilirlik (finansal erişilebilirlik), ulaşım (coğrafi erişilebilirlik), kabul edilebilirlik, hizmetin hazır bulunması, yeterlilik, zamanlama gibi çeşitli boyutlar altında incelendiği gözlenmiştir. Bu çalışma kapsamında, sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engeller, demografik özellikler, finansal engeller, sağlık hizmetleri altyapısı, sağlık tesisi kullanımı ve memnuniyet oranı ve ulaşım olmak üzere beş kategoride

incelenmiştir. Temel bileşen analizindeki varyansları açıklama oranları dikkate alındığında, bu çalışmada sağlık hizmetleri erişimine etki eden en önemli boyutlar; sağlık hizmetleri altyapısı, demografik özellikler ve ulaşım imkânları olarak tespit edilmiştir.

Sağlık hizmetlerine erişimin ilk şartı, sağlık hizmetlerinin elde edilebilir olmasıdır. Hizmetin elde edilmesi de teknoloji ve kaynak dağıtımı ile ilişkilidir. Teknoloji ve kaynak dağıtım kararlarının ise politik süreç ve baskı, ekonomik etkiler, örgütsel ve profesyonel düşünceler gibi faktörlerden etkilendiği ifade edilmektedir (Çelik, 2011:334). Düşük sağlık hizmeti erişim sıralamasına sahip iller bu kapsamda değerlendirildiğinde, öncelikle bu illerde hizmetin varlığının sağlanmasına yönelik kararların alınması gerekmektedir. Bunun için de karar verme yetkisine sahip kamu otoritesi, kaynak dağıtımı yaparken illerin ihtiyaçlarını ve beklentilerini karşılayacak şekilde kaynakların tahsis edilmesini garanti altına almalıdır. Etkin bir kaynak tahsisi sağlanması halinde, hizmetin olmaması veya yeterli kalitede sunulmaması gibi nedenlerle farklı illere sağlık hizmeti almak için gitmek zorunda olan bireyler, buldukları illerde sağlık hizmetlerine erişebilecektir. Bu durum hastaların daha kısa sürede sağlık hizmetlerine ulaşmalarına, hastanın kendisinin ve refakatçilerinin yaşadığı işgücü kayıplarının azalmasına ve sağlık yönünden bazı illerde yoğunlaşmanın önlenmesine katkıda bulunacaktır.

Bireyleri sağlık hizmeti almaya yönlendiren faktörlerin başında zemin hazırlayıcı faktörler, sağlık hizmeti ihtiyacı ve kolaylaştırıcı faktörler gelmektedir. Yaş, cinsiyet, ırk, etnik köken ve eğitim seviyesi gibi değişkenleri içeren zemin hazırlayıcı faktörler (Andersen vd. 1983:52) bireylerin hizmet kullanımını etkileyen faktörlerin başında gelmektedir (Çelik, 2011:334). Bu nedenle kamu yöneticileri sorumlu oldukları bölgede sağlık hizmetlerine erişimle ilgili politikaları geliştirirken demografik özellikleri göz önünde bulundurmalıdır. Yöneticiler yaş, cinsiyet, ırk gibi değişkenlere müdahale edemeseler de eğitim durumu gibi müdahale edilebilir değişkenlere odaklanmalıdır. Özellikle genel okuryazarlıkla ilgili olan sağlık okuryazarlık seviyesinin artırılmasına yönelik politikaların izlenmesi, %64,6'lık sorunlu ya da yetersiz sağlık okuryazarlık seviyesine sahip olan Türkiye'de (Durusu Tanrıöver vd. 2014) sağlık hizmetlerine erişim konusunda atılacak önemli bir adım olacaktır.

Coğrafi olarak sağlık hizmetlerine erişim (ulaşım) kavramı hizmetin

sunulduğu yer ile hizmeti alanların bulunduğu yer arasındaki mesafenin aşılabilme kolaylığını ve yeteneğini ifade etmektedir. Bu nedenle iki temel bileşeni vardır. Birincisi hizmet sağlayıcılarının hizmeti kullananlara coğrafi olarak uzaklığı, diğeri ise hizmeti alacakların mesafeleri aşabilme kabiliyetidir (Russell vd. 2013:63). Kamu yöneticileri sağlık kuruluşlarının yer seçimi kriterlerinde bu hususları mutlaka değerlendirmeli, toplumun en kolay şekilde ulaşmasını sağlayacak yerlerin seçilmesine azami önem göstermelidir. Ayrıca yolların ve toplu taşıma araçlarının toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sunulması sağlık hizmetlerine ulaşımı, dolayısı ile erişimi olumlu yönde etkileyecektir

Sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engeller ne olursa olsun kamu yöneticilerinin bireylerin sağlıklı olması yönünde sorumluluğu bulunmaktadır. Türkiye Cumhuriyeti 1982 Anayasası'nın 56. maddesinde “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” hükümleri bulunmaktadır (Resmi Gazete, 1982). Kamu tarafından sağlanan sağlık hizmetlerine erişimde hiçbir kesime ayrımcılık ve/veya ayrıcalık tanınmaması gerektiğinden, kamu yöneticileri, ülke genelinde, sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engelleri kaldırmakla, sağlık hizmetleriyle ilgili kaynakları dengeli bir şekilde dağıtmakla ve toplumdaki her kesimin sağlık hizmetlerinden eşit ve hakkaniyetli bir şekilde faydalanmasını sağlamakla yükümlüdür.

Sağlık hizmetlerine erişim önündeki engeller sadece sağlık sektöründen kaynaklanmaması nedeniyle yasada belirtilen bu yükümlülük sadece sağlık yöneticilerinin değil bütün kamu yöneticilerinin üzerindedir. Sağlık hizmetlerine erişimle ilgili engellerin neler olduğu ve hangi boyutlar altında incelenmesi gerektiği kamu yöneticilerinin öncelikle karşılaştığı sorunlar arasındadır. Üstelik bu engellerden bazılarının müdahale edilmesi mümkün iken bazılarının müdahale edilememesi yöneticilerin işlerini daha da zorlaştırmaktadır.

Sağlık hizmetlerine erişimle ilgili bariyerlerin kaldırılması her ne kadar zor bir süreç olsa da bazı uygulamalarla bu engellerin aşılmasına katkı sağlanabilir. Öncelikle hizmetin hazır bulunmasıyla ilgili olarak, kamu yöneticileri illerde sağlık altyapılarının geliştirilmesine odaklanmalıdır.

Bu altyapılardan en önemlisi olan sağlık insan gücünün geliştirilmesi için hâlihazırda istihdam edilmiş personelin yıpranmasını önleyici, iş verimliliğini arttırıcı ve personeli güçlendirici politikaların benimsenmesi gerekmektedir. Eğer mevcut insan gücü yeterli değil ise başka bölgelerden (ülkelerden) yetenekli sağlık personeli alınarak veya ülkedeki sağlık personelinin eğitim süreci hızlandırılarak sağlık işgücüne yeni girişlerin önü açılmalıdır. Coğrafi erişilebilirlik ve zamanlama sorunlarının üstesinden gelebilmek için, bireylerin kolay ulaşabileceği yerlere sağlık kuruluşlarının yapılması, bunun mümkün olmadığı durumlarda mobil hizmet veren sağlık ünitelerinin kurularak hizmet vermesi sağlanabilir. Ayrıca teletıp uygulamalarının sağlık sistemleriyle bütünleştirilmesi coğrafi erişilebilirliğin sağlanmasında önemli bir adım olacaktır. Hizmeti almak için kat edilmesi gereken mesafe bütün bireyler tarafından eşit şekilde algılanmadığı, mesafeler eşit olsa bile bireylerin bu mesafeleri “uzak” veya “yakın” olarak değerlendirebileceği bu boyut kapsamında dikkat edilmesi gereken bir husustur (Çelik, 2011:334). Bireylerin sağlık hizmeti almak için katlanmak zorunda olduğu doğrudan ve dolaylı giderlerin kamu tarafından karşılanması, masrafları karşılayabilirlik (finansal bariyerler) sorunu yaşayan bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştıracaktır. Kaynakların uygun şekilde yerleştirilmemesi nedeniyle sağlık hizmetlerine erişimde sorun yaşayan bireylerin sorunlarını çözmek için, sağlık hizmeti sunma amacıyla bir araya getirilen kaynakların yerleşim birimleri arasında ihtiyacı karşılayacak şekilde tahsisi sağlanmalıdır. Etnik, din, kültür gibi bireylerin sunulan sağlık hizmetlerini kabul edip etmeme davranışlarını etkileme potansiyeli olan faktörlerin sağlık hizmetlerinin organizasyonunda göz önünde bulundurulması ve hizmetlerin bu faktörlere göre planlanıp sunulması sağlık hizmetlerine erişimin kabul edilebilirlik boyutuna çözüm getirebilir. Son olarak, bireylerin kişisel sağlık sorunları hakkında bilgi sahibi olmalarına, sağlık sorunlarına yönelik sağlık kuruluşlarının hangi birimlerinden hizmet alacaklarını bilme ve hizmet sunucularıyla bu yönde iletişim kurabilme becerilerinin geliştirilmesine yönelik eğitim faaliyetlerinin geliştirilmesi, erişimin farkında olma boyutuna çare olabilir (Russell vd., 2013:62-69).

Genel olarak değişkenler arasındaki bağımlılık yapısının yok edilmesi ve/veya boyut indirgeme yani değişkenlerin daha az sayıda ve belirli temel bileşenlerde toplanması amacıyla kullanılan TBA, başlı başına

bir analiz olduğu gibi başka analizler için veri hazırlama tekniği olarak da kullanılmaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2013:3). Bu çalışmada iller erişim durumlarına göre sıralansa da buradaki en önemli sorun sağlık hizmetlerine erişim konusundaki en avantajlı ve en dezavantajlı gruplar arasındaki farklılıklardır. Bu çalışma kapsamında bu sorun analiz edilmese de bu yönde yapılacak çalışmalar sağlık hizmetlerine erişim hususunda önemli bir açığın kapatılmasına katkıda bulunacaktır.

Kaynakça

- Andersen, M. Ronald; McCutcheon, Allan, Lu Ann Aday, Y. Grace Chiu and Ralph Bell (1983), “Exploring Dimensions of Access to Medical Care”, *Health Services Research*, 18:11 p.49-74.
- Aday, Lu Ann and Ronald Andersen (1974), “A Framework for the Study of Access to Medical Care”, *Health Services Research*, 9(3) p.208-220.
- Blazer, G. Dan; Landerman, K. Lawrence, Gerda Fillenbaum, and Ronnie Horner (1995), *Health Services Access and Use Among Older Adults in North Carolina: Urban vs Rural Resident*, *American Journal of Public Health*, Vol. 85, No. 10 ss.1384-1390.
- Çatalbaş, Mehmet Cem (2014), *Temel Bileşenler Analizi ve Kanonik Korelasyon Analizi ile İmge Tanıma ve Sınıflandırma*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
- Çelik, Yusuf (2011), *Sağlık Ekonomisi*, (Ankara: Siyasal Kitabevi).
- Çelik, Şenol (2013), “Kümeleme Analizi ile Sağlık Göstergelerine Göre Türkiye’deki İllerin Sınıflandırılması”, *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, Sayı: 14 (2) ss. 175-194.
- Docteur, Elizabeth and Oxley, Howard (2003), *Health-Care Systems: Lessons From The Reform Experience*, OECD Health Working Papers. [https://www1.oecd.org/els/health-systems/22364122.pdf] (25.3.2014).
- Durusu Tanrıöver, Mine; Yıldırım, H. Hüseyin, Nihan Ready Demiray, Banu Çakır ve Erdal Akalın (2014), “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması”, Birinci Baskı, (Ankara: Sağlık-Sen Yayınları).
- Eskiocak, Muzaffer (2007), “Aile Hekimliği Ülkemiz için Uygun Bir Hizmet Sunumu Sistemi midir?” Muzaffer Eskiocak (Ed), “Kentsel Bölgede Sağlık Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım Aile Hekimliği Ülkemiz için Uygun Bir Model Midir?” İçinde (s. 12-22), (Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları).
- Fortney, C. John; Burgess, F. James, B. Hayden Bosworth, M. Brenda Booth and J. Peter Kaboli (2011), “A Re-conceptualization of Access for 21st Century Healthcare”, *Journal of General Internal Medicine*, 26 (suppl 2) p.639-647.

Goins, R. Turner; Williams, A. Kimberly, W. Mary Carter, Melinda Spencer and Tatiana Solovieva (2005), "Perceived Barriers to Healthcare Access Among Rural Older Adults: A Qualitative Study", *The Journal of Rural Health*, Vol. 21, No. 3 p. 206-213.

Jones, Emily; L.Hayashi, Shi, A. Seiji, Ravi Sharma, Charles Daly and Quyen Ngo-Metzger (2013), "Access to Oral HealthCare: The Role of Federally Qualified Health Centers in Addressing Disparities and Expanding Access", *American Journal of Public Health*, Vol.103 No: 3 p.488-493.

Kalkınma Bakanlığı (2013), İllerin ve Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması (SEGE-2011). [<http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Yaynlar/Attachments/548/SEGE-2011.pdf>] (23.03.2014).

Kaya, Sıdıka (1992), "Ankara Metropolitan Alanda Sağlık Hizmetlerinin Kullanılabilirliği", Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi.

Kurt, Öner (2007), "Ülkemizde Sağlık Hizmetlerine Erişim Sorunlu Mudur? Aile Hekimleri Bu Sorunu Çözebilir Mi?", Muzaffer Eskioçak (Ed), "Kentsel Bölgede Sağlık Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım Aile Hekimliği Ülkemiz İçin Uygun Bir Model Midir?" İçinde (s. 69-78), (Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları).

Levesque, Jean-Frederic; Harris, F. Mark and Grant Russell (2013), "Patient-Centred Access to Healthcare: Conceptualising Access at the Interface of Health Systems and Populations", *International Journal for Equity in Health*, p. 12-18.

Resmi Gazete (9 Kasım 1982, 1. Mükerrer), Türkiye Cumhuriyeti Anayasası.

Resmi Gazete (1 Temmuz 2006), Doku-zuncu Kalkınma Planı 2007-2013.

Russell, J. Deborah; Humphreys, S. John, Ward Bernadette, Marita Chisholm, Penny Buykx, Matthew McGrail and John Wakerman (2013), "Helping Policy-Makers Address Rural Health Access Problems", *The Australian Journal of Rural Health*, Vol.21, p.61-71.

Sağlık Bakanlığı (2007), Nereden Nereye Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, (Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları).

Sağlık Bakanlığı (2013), Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012, (Ankara: Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık).

Sağlık Bakanlığı (2014), Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti 2012, (Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları).

World Health Organization (WHO) (1999), Health 21 The Health For All Policy Framework For The Who European Region. [www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heng.pdf] (05.04.2014).

[www.tuik.gov.tr] (25.03.2014).

[<http://www.netyol.com/1011/turkiyenin-en-zengin-illeri.html>] (31.03.2014).

[www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler] (02.04.2014)