

SAĞLIK EKONOMİSİ DEĞERLENDİRMELERİ

Editör: Doç.Dr. Şahin KARABULUT

yaz
yayınları

Sağlık Ekonomisi Değerlendirmeleri

Editör

Doç.Dr. Şahin KARABULUT

yaz
yayınları

2025

Sağlık Ekonomisi Değerlendirmeleri

Editör: Doç.Dr. Şahin KARABULUT

© YAZ Yayınları

Bu kitabın her türlü yayın hakkı Yaz Yayınları'na aittir, tüm hakları saklıdır. Kitabın tamamı ya da bir kısmı 5846 sayılı Kanun'un hükümlerine göre, kitabı yayınlayan firmanın önceden izni alınmaksızın elektronik, mekanik, fotokopi ya da herhangi bir kayıt sistemiyle çoğaltılamaz, yayınlanamaz, depolanamaz.

E_ISBN 978-625-8508-11-6

Ekim 2025 – Afyonkarahisar

Dizgi/Mizanpaj: YAZ Yayınları

Kapak Tasarım: YAZ Yayınları

YAZ Yayınları. Yayıncı Sertifika No: 73086

M.İhtisas OSB Mah. 4A Cad. No:3/3
İscehisar/AFYONKARAHİSAR

www.yazyayinlari.com

yazyayinlari@gmail.com

info@yazyayinlari.com

İÇİNDEKİLER

Kadın Sağlığı ve Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği: Sağlığın Sessiz Belirleyicisi, Engeller ve Çözümler	1
<i>Şerife ZOBU, Nadide Sevil TÜLÜCE</i>	
Sağlık Ekonomisinde Sağlık Harcamalarının Yeri ve Önemi	26
<i>Feyza ÇETİNKAYA KUTUN, Burcu ÖZKAN</i>	

"Bu kitapta yer alan bölümlerde kullanılan kaynakların, görüşlerin, bulguların, sonuçların, tablo, şekil, resim ve her türlü içeriğin sorumluluğu yazar veya yazarlarına ait olup ulusal ve uluslararası telif haklarına konu olabilecek mali ve hukuki sorumluluk da yazarlara aittir."

KADIN SAĞLIĞI VE TOPLUMSAL CİNSİYET EŞİTSİZLİĞİ: SAĞLIĞIN SESSİZ BELİRLEYİCİSİ, ENGELLER VE ÇÖZÜMLERİ¹

Şerife ZOBU²

Nadide Sevil TÜLÜCE³

1. GİRİŞ

Kadın sağlığı, tarihsel olarak uzun süre boyunca yalnızca biyolojik işlevlerle ve üreme kapasitesiyle sınırlı bir çerçevede ele alınmış, bu durum kadın bedenine ilişkin anlayışları daraltarak sağlık politikalarının şekillenmesini de belirlemiştir. Ancak günümüzde sağlık kavramı, yalnızca hastalık ve fiziksel durumla sınırlı olmayan, psikolojik, sosyal, kültürel ve ekonomik boyutlarıyla bütüncül bir olgu olarak değerlendirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlığı fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlarken, bu tanımın kadınlar açısından ne ölçüde geçerli olduğu, önemli bir sorgulama alanı oluşturmaktadır. Zira kadınların sağlık deneyimleri, sadece biyolojik süreçlerle değil, toplumsal cinsiyet rolleri, ekonomik eşitsizlikler, kültürel normlar ve politik yapılar gibi çok katmanlı faktörler tarafından şekillenmektedir.

Toplumsal cinsiyet, sağlık üzerindeki etkisi en görünmez ancak en belirleyici olan toplumsal yapılar arasında yer

¹ Bu kitap bölümü, 10. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresinde yayınlanan “Kadın Sağlığı ve Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği: Sağlığın Sessiz Belirleyicisi, Engeller ve Çözümleri” adlı bildiri çalışmasından türetilmiştir.

² Kayseri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sağlık yönetimi Bölümü, serifezobu@yahoo.com, ORCID: 0000-0002-6315-2007.

³ Doç. Dr., Kayseri Üniversitesi, Develi Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, nadidehalici@gmail.com, ORCID: 0000-0003-2804-0728.

almaktadır. Kadınların sağlık hizmetlerine erişimi, bu hizmetlerden yararlanma düzeyleri ve tedavi süreçlerinde karşılaştıkları engeller çoğu zaman bireysel tercihlerden ziyade sistematik ayrımcılığın ve ataerkil toplum düzeninin sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Özellikle düşük ücretli ve güvencesiz işlerde çalışan, eğitim olanaklarına sınırlı erişimi olan ve bakım emeğinin büyük kısmını karşılıksız üstlenen kadınlar, bu yapısal eşitsizliklerin doğrudan etkisiyle daha kırılgan sağlık koşullarıyla karşı karşıya kalmaktadır. Bu bağlamda kadın sağlığı, yalnızca tıbbi bir konu olarak değil; aynı zamanda bir toplumsal adalet ve insan hakları meselesi olarak ele alınmalıdır. Sağlık hakkının kadınlar açısından tam anlamıyla hayata geçirilebilmesi, ancak cinsiyet temelli eşitsizlikleri tanıyan ve bunları dönüştürmeyi hedefleyen bütüncül sosyal politikalarla mümkündür. Literatürde son yıllarda artan şekilde toplumsal cinsiyet temelli sağlık eşitsizliklerine odaklanan çalışmalar, bu alanda yapısal dönüşüm ihtiyacını daha görünür kılmaktadır.

Bu kapsamda, bu çalışma, kadın sağlığını etkileyen biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel faktörleri toplumsal cinsiyet perspektifiyle incelemeyi amaçlamaktadır. Araştırma, şu temel sorular etrafında şekillenmektedir: Kadınlar sağlık hizmetlerine erişimde ne tür yapısal engellerle karşılaşmaktadır? Bu engellerin toplumsal cinsiyet rolleriyle ilişkisi nedir? Kadın sağlığında sürdürülebilir bir iyileşme için nasıl politikalar geliştirilebilir? Bu sorular çerçevesinde çalışma, sağlık sistemlerinin reformunun ötesine geçerek, kadınların yaşam pratiklerini şekillendiren sosyal eşitsizliklerin görünür kılınmasını hedeflemektedir. Böylece hem literatüre hem de politika yapıcılara yönelik önemli katkılar sunması amaçlanmaktadır.

2. KADIN SAĞLIĞININ ÇOK BOYUTLU BELİRLEYİCİLERİ

Kadın sağlığı, uzun yıllar boyunca yalnızca biyolojik özellikler ve üreme işlevi çerçevesinde değerlendirilmiş ve bu sınırlı bakış açısı, kadınların sağlık ihtiyaçlarının büyük bir bölümünü göz ardı etmiştir. Dolayısıyla kadın sağlığının sosyal, kültürel, ruhsal, duygusal ve fiziksel yönlerini içeren daha geniş kapsamlı bir tanımının olması ve başlıca düşük ekonomik seviye, eğitime ulaşmadaki engeller ve şiddetin kadınlar üzerindeki etkileri, kadın sağlığının çok faktörlü düşünülüp anlaşılmasını gerektirmektedir (Simkin, 1995). Günümüzde ise kadın sağlığı çok boyutlu bir kavram olarak ele alınmakta ve aynı zamanda yalnızca fizyolojik durumları değil, psikolojik, sosyal, kültürel ve ekonomik faktörleri de kapsamaktadır. Bu bağlamda, kadın sağlığını belirleyen faktörlerin, yalnızca bireysel düzeyde değil, aynı zamanda yapısal ve toplumsal düzeyde şekillendiği görülmektedir (Khakbazan et al., 2015).

Kadınların yaşam döngüsü boyunca karşılaştığı sağlık sorunları, toplumsal cinsiyet rolleri ile yakından ilişkili olmaktadır. Toplumsal normlar, ataerkil yapılar ve cinsiyete dayalı ayrımcılık, kadınların hem sağlık hizmetlerine erişimini hem de hizmetlerden yararlanma biçimini doğrudan etkilemektedir. Aynı zamanda kadın sağlığının, bireyin sosyal çevresinden kaynaklanan psiko-sosyal etkenler, toplumsal cinsiyet rolleri, doğurganlık davranışları, sağlık sisteminin yapısı, eğitimi ve ekonomik durumu gibi çok çeşitli faktörler tarafından şekillendiği ifade edilmektedir (Akyüz & Kök, 2019). Bu nedenle kadınlar, bu etkenlerin birleşimiyle yalnızca biyolojik olarak değil, aynı zamanda sosyal olarak da dezavantajlı konumda yer almakta ve sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamamaktadır. Kadın sağlığı, sağlık hizmetine erişim, gebelik öncesi ve sonrası bakım hizmetlerinden faydalanma, doğumu sağlık personeli eşliğinde gerçekleştirme gibi göstergelerle değerlendirilmektedir

(Karacan & Gökçe, 2020). Ancak bu göstergeler, eğitim düzeyi, ekonomik bağımsızlık ve sosyal destek gibi yapısal unsurlarla ve ayrıca iş hayatına katılım ve toplumsal fayda gibi değişkenlerle de doğrudan ilişkilidir. Örneğin, düşük eğitim düzeyine sahip kadınların gebelik takibi yaptırma oranlarının daha düşük olduğu, kırsal bölgelerde ise kadınların erkek sağlık çalışanlarına ulaşamama gibi engellerle karşılaştıkları literatürde sıklıkla vurgulanmaktadır (Hankiysky, 2012; Covan, 2017). Bu durumda, kadınların sağlık durumunun, sosyoekonomik çevre, psikolojik etkenler, kültürel değerler ve toplumsal cinsiyet kalıpları altında şekillendiğini göstermektedir.

Sağlık eğitiminin herkes için hayati öneme sahip olduğu bilinmektedir. Ancak kadınların içinde bulundukları sosyoekonomik koşullar dikkate alınmadan verilen eğitimler, beklenen davranış değişimlerini yaratmada yetersiz kalmaktadır (Covan, 2017). Bu durum, sağlık hizmetlerinin sunumu, erişilebilirliği ve kabul edilebilirliği açısından yeniden yapılandırılmasını gerekli kılmaktadır. Kadınların sağlık davranışlarını etkileyen faktörler arasında toplumsal roller, maruz kalınan şiddet, ekonomik bağımlılık ve bilgiye erişim gibi unsurlar öne çıkmaktadır (UNFPA, 2024).

Küresel düzeyde yapılan çalışmalar da bu yapısal eşitsizliklerin altını çizmektedir. UNFPA'nın 2024 Dünya Nüfus Raporu'na göre, son 30 yılda cinsel ve üreme sağlığı alanında önemli ilerlemeler kaydedilmiş olsa da bu gelişmelerden milyonlarca kadın faydalanamamaktadır. Irkçılık, cinsiyetçilik ve yapısal eşitsizlikler, özellikle göçmen ve kırsalda yaşayan kadınlar için ciddi birer engel oluşturmaktadır. Afrika'daki bir kadının gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle hayatını kaybetme ihtimali, Avrupa'daki bir kadına göre yaklaşık 130 kat daha fazladır (UNFPA, 2024). Benzer şekilde, Van/Bahçesaray'da yapılan saha araştırmalarında, kadınların büyük çoğunluğunun gebelik ve doğum süreci hakkında yeterli

bilgiye sahip olmadığı, çoğunun erkek doktorlara gitmeyi uygun görmediği ya da aile izni olmadan sağlık kuruluşlarına ulaşamadığı tespit edilmiştir (Boyacıoğlu & Türkmen, 2008).

Kadın sağlığının kapsamlı bir şekilde ele alınabilmesi için yalnızca sağlık sistemlerinin reforme edilmesi yeterli değildir. Aynı zamanda cinsiyet eşitliğini önceleyen sosyal politikaların geliştirilmesi, toplumsal normların dönüştürülmesi ve kadınların ekonomik ve eğitsel güçlenmesinin sağlanması da gereklidir. Kadınların sağlık hakkının tam anlamıyla hayata geçirilebilmesi, bireysel düzeyde davranış değişikliğini değil, sistematik bir dönüşümü hedefleyen bütüncül yaklaşımlarla mümkündür.

Dolayısıyla kadın sağlığı, hem bireysel hem de yapısal faktörlerin şekillendirdiği çok katmanlı bir alan olarak incelenmelidir. Eğitim, ekonomik bağımsızlık, toplumsal cinsiyet normları, sağlık sistemine erişim ve kültürel değerler gibi faktörler, kadınların sağlık durumunu doğrudan etkilemektedir. Bu nedenle kadın sağlığının geliştirilmesi, toplumsal cinsiyet eşitliğine dayalı politikalarla bütüncül olarak ele alınmalı, sağlık hakkı, bir insan hakkı olarak her kadın için güvence altına alınmalıdır.

3. TOPLUMSAL CİNSİYET TEMELLİ EŞİTSİZLİKLERİN KADIN SAĞLIĞINA ETKİSİ

Kadın sağlığı, toplumsal cinsiyet farklarının sağlık üzerindeki etkilerini anlamada kritik bir alan olarak ön plana çıkmaktadır. Kadınların sağlık deneyimleri, salt biyolojik süreçlerle açıklanamayacak kadar karmaşık olup, sosyal, kültürel ve davranışsal faktörlerin etkisiyle erkeklerden farklılık göstermektedir. Bu farklılaşma, sağlık hizmetlerine erişim ve bu hizmetlerden yararlanma süreçlerinde kadınların daha fazla dezavantajla karşılaşmasına yol açmaktadır (Houghton ve ark.,

2016). Ayrıca, kadın sağlığını etkileyen risk faktörleri, ataerkil toplum yapıları ve kültürel normlar tarafından yoğunlaşmaktadır (Borrel, 2014). Kadınların eğitim, istihdam ve ekonomik kaynaklara erişimde yaşadığı kısıtlamalar, sağlık hizmetlerine ulaşımı da olumsuz yönde etkilemekte ve böylece yapısal eşitsizlikler sağlık alanında doğrudan kendini göstermektedir. Buna örnek olarak, kırsal ve kentsel alanlarda yaşayan, aynı eğitim ve gelir düzeyine sahip kadın ve erkekleri karşılaştıran toplumsal cinsiyetin kadın sağlığı üzerindeki etkisini ölçmeyi amaçlayan bir çalışmada, kırsal kesimdeki kadınların sağlık hizmetlerine erişimi ve sağlık statüsü, kentsel bölgedeki kadınlara kıyasla daha olumsuz olduğu tespit edilmiştir (Şavran, 2014). Bu durum, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin eğitim, ekonomik düzey ve coğrafi faktörlerle kesişerek sağlık sonuçlarını ağırlaştırdığını ve toplumsal cinsiyetin kadın sağlığını belirleyen temel faktörlerden biri olduğunu göstermektedir. Cinsiyet eşitsizliğinin görüldüğü toplumlarda, kadınların serviks, yumurtalık, endometrium ve meme kanseri gibi kadın hastalıklarının görülme ve ölüm oranlarının daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (Singh & Singh, 2020; Torre, vd., 2017). Dolayısıyla, toplumsal cinsiyet eşitsizliği, kadın sağlığında yalnızca sosyolojik ve psikolojik sağlık olarak değil, biyolojik sağlık sonuçlarını da derinden etkileyen önemli bir konu olmaktadır. Bu nedenle sağlık politikalarında ulusal ve uluslararası eşitlik temelli yaklaşımların geliştirilmesi önem arz etmektedir. Langer ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada, kadınların annelik rollerine yönelik toplumsal beklentilerin yanı sıra cinsiyete duyarlı sağlık politikalarının eksikliği, kadınların iş ve sosyal hayatta potansiyellerini ortaya koymakta zorlandıkları vurgulanmaktadır. Sağlık hizmeti alımında karşılaşılan ayrımcılığın başlıca nedenleri cinsiyet, ırk, etnik köken, din, cinsel yönelim, hastalık tipi, engellilik durumu ve eğitim seviyesi gibi faktörlerle ilişkilendirilmektedir (Alkan vd., 2016). Bu ayrımcılığın temelinde ise bilgi eksikliği, toplumsal normlar ve kültürel

alışkanlıkların yattığı ifade edilebilmekte ve dolayısıyla, cinsiyet faktörünün sağlık hizmetlerinin kalitesini etkileyen belirleyici bir unsur olduğu söylenebilmektedir. Benzer şekilde toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin kadınların psikolojik sağlığına etkisini ölçmeyi amaçlayan, depresyon ve kaygı bozuklukları gibi psikolojik temelli hastalıkların kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülmesinin analizinin yapıldığı bir çalışmada, kız çocuklarının doğumdan itibaren maruz kaldıkları cinsel istismarın ve çocuk yaşta yapılan evliliklerin, psikolojik rahatsızlıklarının kaynağını oluşturduğu tespit edilmiştir (Akvardar, 2023). Bu durum aynı zamanda kadınların biyolojik olarak hassas olmaları düşüncesini tekrar gözden geçirmeye, eğitimsizlik, ekonomik bağımlılık, politik dışlanma ve ataerkil normların ruh sağlığı üzerindeki travmatik etkilerinin önemine dikkat çekmektedir. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin faktörleri arasında olan kadına yönelik şiddet konusun incelendiği başka bir çalışmada, Türkiye’de kadınların %39’unun fiziksel, %15’inin cinsel ve %44’ünün duygusal şiddet yaşadığı ifade edilmektedir (Başar & Demirci, 2016). Çalışmada ayrıca, bu tür şiddetin dünya genelinde yaygın olduğu ve kadınların sosyal gelişimini engellediği, ruhsal ve fiziksel sağlıklarını önemli derecede tehdit ettiği belirtilmektedir. Bu nedenle cinsiyete dayalı şiddet davranışlarının, kadınların sağlıklı olmasına ciddi bir engel teşkil ettiği ifade edilebilmektedir. Kadınların sınırlı sağlık hizmetine erişimi, ekonomik fırsat eksikliği, iş hayatında yaşanan eşitsizlikler ve düşük eğitim seviyesi gibi olumsuz durumlar, kadınların sağlık hizmetlerine erişimini en fazla engelleyen ve ayrıca kadınların genel, ruh ve üreme sağlığı üzerinde doğrudan ve dolaylı etkisi olan unsurlar olarak ifade edilmektedir (Baştarcan & Oskay, 2022). Tanzania’nın Simiyu bölgesinde bir halk sağlığı kuruluşunun toplumsal cinsiyetin karar alma süreçlerine etkisini incelediği bir çalışmada, aile içinde sadece erkelerin sözünün geçmesi ve sağlık hizmeti alma konusunda kadınların kendisinin karar verememeleri, sağlık hizmetine

erişimi geciktirdiği veya tamamen engellediği belirtilmektedir (BMC, 2023). Böyle bir durumda kadınların sağlık hizmetlerine erişimini zorlaştıran toplumsal ve ekonomik engelleri ortadan kaldırmak ve bu tür sorunlara çözüm bulmak sağlık davranışlarının iyileştirilebileceğini göstermektedir. Kadın sağlığına ilişkin sorunlar, ülkelerin sosyoekonomik gelişmişlik düzeylerine göre çeşitli biçimlerde ortaya çıkan ve kökeninde küresel bir nitelik taşıyan bir durumdur. Bu bağlamda, kadın sağlığını iyileştirmeye yönelik stratejiler ve politikalar yalnızca bireysel düzeyde değil, toplumsal ve yapısal boyutlarda da eşitlikçi yaklaşımlar içermesi gerekmektedir.

Literatürde kadınların sağlık alanında karşılaştıkları zorlukların sadece ekonomik göstergelerle açıklanamayacağı, aynı zamanda toplumun eğitim düzeyi, kültürel yapısı, geleneksel normları ve bireylerin yaşam tarzı alışkanlıkları gibi çok boyutlu faktörlerden kaynaklandığı ifade edilmektedir (Gölbaşı & Küçükkeleş, 2021). Gelişmiş ülkelerde kadın sağlığına yönelik farkındalık ve sağlık hizmetleri altyapısı görece daha ileride olmasına karşın, toplumsal cinsiyet rollerinin ve kültürel kalıpların kadınların sağlık hizmetlerinden tam anlamıyla faydalanmasını engelleyen önemli unsurlar olmaya devam ettiği görülmektedir (Bilgin & Özkan, 2019). Bununla birlikte, düşük ve orta gelirli ülkelerde ise kadınların sağlıkla ilgili temel ihtiyaçlarına erişim, yapısal ve kültürel engeller nedeniyle daha da sınırlı kalmaktadır. Bu durum, kadın sağlığının biyolojik boyutunun ötesinde çok katmanlı ve sosyal bir olgu olarak ele alınmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır. Kadınların sağlık durumları, ataerkil yapıların neden olduğu sosyoekonomik dezavantajlarla iç içe geçmekte ve bu dezavantajlar, sağlık hizmetlerine erişimde ciddi engeller oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kalitesi ve ulaşılabilirliği, toplumsal cinsiyet eşitsizliğiyle doğrudan ilişkilidir. Bu bağlamda, sağlık politikalarının medikal yaklaşımlarla sınırlı kalmayıp, toplumsal

yapıyı ve kültürel normları dönüştürmeyi hedeflemesi gerekmektedir.

Sonuç olarak, kadın sağlığını iyileştirmek için geliştirilecek politikaların, kadınların içinde bulundukları sosyal ve ekonomik koşulları dikkate alan, çok boyutlu ve kapsayıcı yaklaşımlar içermesi zorunludur. Toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin neden olduğu engelleri kaldırmaya yönelik sistematik müdahaleler, hem kadınların sağlık hizmetlerinden etkin faydalanmalarını sağlayacak hem de toplum sağlığının genel olarak iyileşmesine katkıda bulunacaktır.

4. TOPLUMSAL CİNSİYET EŞİTSİZLİKLERİ BAĞLAMINDA KADINLARIN SAĞLIK HAKLARI

Kadınların üreme sağlığına dair göstergeler, toplumsal yapı içinde yer alan eşitsizliklerden doğrudan etkilenmekte ve bu ilişkide eğitim düzeyi, coğrafi konum ve sosyoekonomik statü gibi değişkenler kritik rol oynamaktadır. Söz konusu toplumsal yapılar sağlık hizmetlerine erişim, hizmet kalitesi ve kullandırım süreçlerinde kadınların dezavantajlı bir konuma itilmesine yol açmaktadır. Bu eşitsizliklerin yalnızca bireysel davranışlara indirgenemeyeceği, yapısal ve politik müdahalelerin gerekliliği kadın ve üreme sağlığı konusunda elzemdir (Sezgin, 2015).

Kadın sağlığı literatüründe önceki çalışmalar genellikle biyolojik parametrelere yoğunlaşırken, son dönemde toplumsal cinsiyet temelli eşitsizliklerin çok katmanlı etkileri giderek daha fazla tanınmaya başlanmıştır (Aykut & Üner, 2018). Kadın kimliğinin yalnızca annelik rollerine indirgenemeyeceği, bunun üreme sağlığına bakışı da daraltan bir bakış açısı olduğu ifade edilmektedir (Carnes vd., 2008). Dolayısıyla, bir kadının yaşam sürecindeki sağlık ihtiyaçlarının, ergenlikten yaşlılığa kadar toplumsal, ekonomik ve bireysel faktörlerle birlikte

değerlendirilmesi gerekmektedir. Üreme sağlığının içerisinde yer alan modern doğum kontrol yöntemlerine erişim, bireysel tercih, sosyo-ekonomik durum, eğitim düzeyi ve yaşanılan bölge gibi yapısal unsurlardan ciddi şekilde etkilenmektedir. Buna örnek olarak, düşük gelirli ve eğitimsiz kadınların modern doğum kontrol yöntemlerine erişimini inceleyen bir çalışmada, kadınların bu yöntemlere ulaşmada engeller yaşadığı belirtilmektedir. Çalışmada eğitim seviyesi arttıkça doğum kontrol yöntemleri hakkında bilgi düzeyinin ve bahsedilen yöntemlere başvurma oranının arttığı gözlemlenmiştir (Makumbi et al., 2023). Sağlık sisteminin yetersizliği, hizmetlerin düzensizliği ve toplumsal cinsiyet rolleri gibi faktörler, kadınların kendi doğurganlıkları üzerinde karar alma kapasitelerini sınırlamaktadır. Bu durum ise üreme adaleti kavramına ters düşmekte ve kadın sağlığı haklarının özellikle sosyal adalet ve eşitlik temelinde ele alınması gerektiğini bir kez daha göstermektedir. Üreme çağındaki kadınlar sıklıkla istenmeyen gebelikler, güvensiz düşükler ve bulaşıcı hastalık riskleriyle karşı karşıya kalmaktadır. Bu durum, kadın sağlık hizmetlerinin tıbbi ve toplumsal duyarlılıkla tasarlanması gerektiğini ortaya koymaktadır (Toker & Çıtak, 2021). Kadın sağlığı bireysel bir konu olduğu kadar aile sağlığını ve toplumun genel sağlık düzeyini de doğrudan etkileyen temel bir bileşendir. Bu nedenle risklerin mümkün olduğunca azaltılmasına istinaden tamamen ortadan kaldırılması gerekmektedir.

Göçmen kadınların sağlığı üzerine yapılan araştırmalar da toplumsal eşitsizliklerin etkisini çarpıcı biçimde ortaya koymaktadır. Göç sürecinin, etnik kimlik, kültürel normlar ve cinsiyete dayalı ayrımcılık gibi katmanlı risklerle birleştiğinde, üreme sağlığı hizmetlerine erişimin önemli ölçüde kısıtlandığı ifade edilmektedir (Özlem & Gökler, 2021). Bu kısıtlılık, adolesan gebelikler, yetersiz aile planlaması, doğum öncesi ve sonrası bakım eksiklikleri ile cinsel yolla bulaşan hastalıkların

daha sık görülmesine neden olmaktadır. Buradan hareketle, hem yerli hem göçmen kadınların sağlık deneyimlerinde süreklilik arz eden erişim engelleri olduğu anlaşılmaktadır. Göçmen kadınların cinsel ve üreme sağlığı hizmetlerine erişiminde karşılaştığı engeller arasında, bilgi asimetrisi, dil problemi, kültürel ve sosyal farklılıklar, ekonomik nedenler, idari engeller ve ayrımcılık faktörleri yer almaktadır (Perez et al., 2024). Dolayısıyla bu engellerin kadınların doğum öncesi ve sonrası bakıma erişimini kısıtlayarak kadın sağlığının tehdit altında olduğu ifade edilebilmektedir. Bir başka çalışmada ise yine göçmen kadınların gebelikte doğuma ulaşmada ve üreme sağlığı hizmetlerinde yararlanmak için uzun süren yolculuklarla karşı karşıya kaldığı ifade edilmektedir (Tschirhart vd., 2023). Benzer şekilde göçmen kadın sağlığı üzerine yapılan bir araştırmada, yasal süreçlerin katı olması, sağlık personelinin kaba davranışı, sosyal damgalanma, kültürel yabancılaşma gibi faktörler sağlık hizmetlerine erişimde karşılaşılan engeller olarak belirlenirken, saygılı sağlık personeli, bilgi simetrisinin sağlanması, toplumsal destek uygulamaları kolaylaştırıcı faktörler olarak belirlenmektedir (Obach et al., 2024). Göçmen kadınların sağlık hizmetlerine erişimi, göç sürecinin beraberinde getirdiği belirsizlik, yasal güvencesizlik ve sosyo-kültürel engeller nedeniyle ciddi şekilde kısıtlanmaktadır. Yapılan bir meta-sentez çalışması, özellikle kaçak statüsünde bulunan göçmen kadınların, yasal sistemin dışında kalma korkusu nedeniyle sağlık hizmetlerine resmi kanallar yoluyla erişimden kaçındıklarını ve çoğunlukla tanıdık aracılığıyla sağlık sorunlarına çözüm bulduğunu ifade edilmektedir (Granero et al., 2023). Bu durum kadınların üreme ve genel sağlığına olumsuz etki edebilecek riskler taşıdığını göstermektedir. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerine erişim hakkı, kadın sağlığı hakları bağlamında toplumsal bir adalet meselesi olarak ele alınması gerektiği düşünülmektedir. Göçmen kadınların üreme sağlığı hizmetlerine erişimi, hukuki statüleri, dil engeli, kültürel farklılıklar ve sistemsizliklerle doğrudan ilişkilidir.

Göçmen kadınların sağlık hizmetlerine erişimini konu alan bir başka çalışmada kadınların doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası sağlık hizmetlerine erişiminde çok katmanlı engellerle karşılaştığı belirtilmektedir (Schmidt et al., 2018). Dolayısıyla göçmen kadınların sıklıkla karşılaştığı sağlık sistemine dair bilgi eksikliği, yeterli dil desteğinin sunulmaması ve hizmet sağlayıcılarla iletişim kurmada yaşanan güçlüklerin, kadınların temel sağlık haklarından yoksun olmaması için çözülmesi gerekmektedir.

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) ise cinsel ve üreme sağlığı alanında hak temelli ve toplumsal cinsiyet duyarlı bir yaklaşımla evrensel erişimin sağlanmasını hedeflemektedir. Bu yönde yapılan yatırımların hem bireysel yaşam kalitesini artıracığı hem de HIV/AIDS gibi salgın hastalıkların yayılmasını engelleyip toplumsal cinsiyet eşitliğine katkı sağlayacağı ifade edilmektedir (UNFPA, 2025). UNFPA'nın aile planlaması, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların önlenmesi, erkeklerin aktif katılımı ve kadınların güçlendirilmesi odaklı müdahaleleri, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve kapsamını ilerletmekle kalmayıp nüfus dinamikleri ve yoksullukla ilişkili sorunlara bütüncül çözümler sunmaktadır. Bu çerçevede, kadın sağlığını hedefleyen politikaların hem ulusal hem uluslararası bağlamda, hak temelli ve toplumsal cinsiyet eşitliğine duyarlı olması zaruridir.

5. KADIN SAĞLIĞI EŞİTSİZLİKLERİNE SUNULAN ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Toplumsal cinsiyet, bireylerin biyolojik cinsiyetlerinden ziyade toplumsal roller, beklentiler ve normlar doğrultusunda şekillenen bir kavramdır. Bu bağlamda toplumsal cinsiyet eşitsizliği, kadınların ekonomik, sosyal, kültürel ve siyasal yaşamın birçok alanında erkeklerle eşit fırsatlara erişimini engelleyen yapısal sorunları kapsamaktadır. Sağlık hakkı da bu

eşitsizliklerden doğrudan etkilenen temel insan haklarından biridir. Kadınların sağlık hizmetlerine erişimi; sosyoekonomik durum, eğitim düzeyi, geleneksel cinsiyet rolleri, aile içi dinamikler ve devlet politikaları gibi çok katmanlı faktörler tarafından şekillenmektedir. Bu etkenler, kadınların hem fiziksel hem de ruhsal sağlık hizmetlerinden yeterli ve nitelikli biçimde yararlanmasını sınırlandırmakta, sağlık hakkının etkin kullanımını engellemektedir.

Kadınların sağlık hakkına erişiminde yaşanan eşitsizlikler, yalnızca bireysel bir sorun değil, aynı zamanda yapısal ve toplumsal bir adaletsizlik biçimi olarak ele alınmalıdır. Özellikle üreme sağlığı, doğum kontrol hizmetleri, gebelik ve doğum süreçlerinde karşılaşılan ayrımcılıklar; kadınların bedensel özerkliğini ve yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir. Buna ek olarak, sağlık sistemlerinde kadınların ihtiyaçlarının yeterince gözetilmemesi, kadın sağlığını ikincil plana itmekte ve toplumsal cinsiyete duyarlı politikaların gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bu bölümde, toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin kadınların sağlık haklarına yansımaları çok boyutlu olarak ele alınacak; sağlık politikalarının, toplumsal normların ve kurumsal yapının bu eşitsizlikleri nasıl pekiştirdiği analiz edilecektir.

Kadın sağlığı, çoğunlukla doğurganlık ve maternal boyutlarla sınırlı bir çerçevede değerlendirildiğinde, bireyin genel sağlığını anlamada ve korumada yetersiz kalmaktadır (Clark et al., 2002). Ancak kadın, sosyal bir varlık olarak ele alındığında, fiziksel, psikolojik, ruhsal ve sosyoekonomik bağlamlarıyla birlikte değerlendirilmelidir. Bu anlayış kapsamlı şekilde uygulandığında, teşhis-tedavi süreçlerinin kalitesinin ve uygulanan sağlık politikalarının etkisinin artması beklenebilmektedir. Yapılan bir çalışmada, evrensel sağlık konusu, kadın sağlığında erişim eşitsizliklerini azaltmada güçlü ve etkili bir araç olarak belirtilmiştir (Quick et al., 2014). Çalışmada, finansal engellerin kaldırılması, hizmet paketlerinin

kadın odaklı tasarımı ve sağlık sistemi altyapısının güçlendirilmesi gibi çok yönlü adımların hayata geçirilmesi, düşük ve orta gelirli ülkelerde kadın sağlığı göstergelerini iyileştirdiği belirtilmektedir.

Sağlık hizmetlerine erişimi konu alan bir başka çalışmada ise düşük ve orta gelirli ülkelerde kadınların meme kanseri tarama ve tedavi hizmetlerine erişimde ciddi eşitsizliklerle karşılaştığı vurgulanmaktadır (Chanakira et al., 2024). Sağlığa erişimde temel problemler, bilgi eksikliği, maddi yetersizlik, kültürel engeller ve sağlık altyapısının zayıflığı gibi konular yer almaktadır. Yine çalışmada, toplum temelli eğitimler, sübvansiyonlar, hasta navigatörleri ve kültürel hassasiyet içeren hizmetlerin bu eşitsizlikleri azaltmada etkili olduğu belirtilmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerine erişimde çok bileşenli müdahalelerin sürdürülebilir kadın sağlığı politikaları için elzem olduğu söylenebilmektedir.

Kadınların sağlıkla ilgili davranışlarının yalnızca bilgi eksikliğine bağlanmamasının gerektiği, bu davranışların aynı zamanda sosyoekonomik çalkantılar ve psikolojik sıkışmalar gibi daha derin kaynaklara dayandığı belirtilmektedir (Covan, 2017). Bu nedenle, kadın sağlığına yönelik politikaların yalnızca bireysel düzeyde bilgi aktarımı veya biyomedikal müdahalelerle sınırlı kalmaması gerektiği ve aynı zamanda toplum genelindeki ekonomik ve psikososyal faktörleri de kapsaması gerektiği düşünülmektedir.

Sağlık politikalarının başarısızlığının nedenleri arasında ise finansman eksikliği, veri yetersizliği, bürokrasi ve kadınların karar alma süreçlerine katılımının azlığı gösterilmektedir (Crespi et al., 2021). Dolayısıyla, tasarı, plan ve uygulama aşamalarında kadın katılımının artırılması ve mali destek mekanizmalarının güçlendirilmesi ile sağlık politikalarının verimliliğinden bahsedilebilmektedir. Kadınların sağlık hizmetlerine olan

erişiminde ve eğitim bilgilerindeki eşitsizlikleri konu alan bir grup kadın ile yapılan bir çalışmada, kadınlara verilen katılımlı öğrenme dersleri ile müdahaleler yapılmış, maternal ve yenidoğan ölümlerinde %30'luk bir azalma olduğu saptanmıştır (Costello et al., 2004). Dolayısıyla imkanı olmayan kadınların da kadın sağlığı konusunda eğitim ile bilgilendirilmesi, birey ve toplum sağlığı açısından gelişmeler gösterebileceğini göstermektedir. Bu nedenle sağlık politikalarının erişim imkanı olmayan kadınlar boyutunda ayrıca değerlendirilmesi önerilebilmektedir.

Günümüzde kadın sağlığı, küresel sağlık öncelikleri arasında giderek daha fazla yer edinmektedir. Kadınların sağlık statüsü yalnızca bireyin refahını değil, toplumsal normları, ekonomik kalkınmayı ve kamu sağlığının bütününe doğrudan etkilediği ifade edilerek bu görüş desteklenmektedir (Lancet, 2023). Bu perspektiften bakıldığında, kadın sağlığı riskleri ve ihtiyaçlarının sıklıkla cinsiyete dayalı eşitsizliklerle bağlantılı olduğu literatürde sıkça dile getirilmektedir. Dolayısıyla kadın sağlığı, bireysel sağlık göstergelerinin ötesine geçerek toplumların sürdürülebilir kalkınma hedeflerinin belirleyici unsurlarından biri haline gelmektedir. Öte yandan üreme adaletine dayalı yaklaşım, sağlık hizmetlerine erişimde karşılaşılan çok katmanlı ve kesişimsel eşitsizlikleri görünür kılmaktadır. Cinsiyet, ırk, etnisite ve sınıf gibi toplumsal farklılıkların bir araya gelerek yarattığı yapısal engelleri dikkate alan bu perspektif, özellikle dezavantajlı grupların sağlık deneyimlerini anlamada elzemdir. Klinik uygulamalara üreme adaleti bakış açısının işlenmesi, sağlık hakkı ihlallerinin azaltılmasına ve marjinal toplulukların hizmetlere daha adil biçimde ulaşabilmesine katkı sağlayabilecek önemli bir uygulama olmaktadır (Ross & Solinger, 2017). Bu şekilde uygulanan küresel eğilim yaklaşımları, bireysel sağlık sonuçlarını

iyileştirmek ve sağlık hizmetlerinde kapsamlı ve adalet temelli bir dönüşüm gerçekleştirebileceği düşünülmektedir.

Türkiye özelinde yapılan çalışmalar da bu küresel eğilimleri yansıtmaktadır. Örneğin Davas ve arkadaşları (2024), Türkiye’de yapılan ulusal bir sağlık araştırmasında, kadınların mali nedenlerle sağlık hizmetlerine erişiminde erkeklere kıyasla daha fazla engel yaşadığını ortaya koymuş, kadınlarda bu oranın %16,8 iken erkeklerde %13,5 seviyesinde olduğu belirlenmiştir.

Bölgesel farklılıkları da ele alan bir başka çalışmada, sağlık hizmetlerine erişimin Marmara Bölgesi gibi gelişmiş yerlerde daha kolay olduğu, Doğu ve Güneydoğu Anadolu gibi bölgelerde ise kadınların erişim konusunda ciddi dezavantajlarla karşılaştığı ifade edilmektedir (Tekin, 2024). Buna ek olarak, Türkiye’de ev sahibi olmayan Suriyeli kadınlar gibi kırılgan grupların da dezavantajlı olduğu ifade edilebilmektedir. Yapılan bir çalışmada, Suriyeli mülteci kadınların sadece %4’ünün smear testi hakkında bilgi sahibi olduğu, HPV’nin kanserle ilişkisini yalnızca %8,6’sının bildiği ve dil ile kültürel yetersizliklerin farkındalık ve tarama katılımını ciddi şekilde düşürdüğü saptanmıştır (Kurtay & Taşın, 2024).

Tüm bu bilgiler doğrultusunda, kadınların sosyal, ekonomik ve kültürel bağlamlarını dikkate alan bütünsel sağlık politikalarının önemi gün geçtikçe arttığı söylenebilmektedir. Böyle bir yaklaşımın benimsenmesi ile hem hizmet erişimini artırabileceği hem de cinsiyete dayalı eşitsizliklerin önüne geçilmesinde, kadınların ekonomik ve sosyal açıdan güçlenmesinde katkı sağlayabileceği ifade edilebilmektedir. Bu çalışmadan yola çıkarak, kadın merkezli sağlık sistemleri, psikososyal destek hizmetleri, kadın dostu klinikler, dil ve kültür bariyerlerini aşan mekanizmalar, eğitim ve farkındalık çalışmaları, tarama programları vb. haklar konusunda bilinçlendirici yerel ve ulusal kampanyalar düzenlenmesi

önerilmektedir. Özetle, kadın sağlığının korunması ve teşhis-tedavi süreçlerinin etkili olması için sosyoekonomik, psikolojik ve kültürel boyutlarıyla birlikte ele alınması gerekmektedir. Bu yaklaşımın hem bireysel sağlık açısından hem de toplumsal refah, eşitlik ve kalkınmanın sürdürülebilirliği açısından stratejik bir öneme sahip olduğu ifade edilebilmektedir.

6. SONUÇ

Cinsiyete dayalı hak ihlalleri, kadınların sağlık alanındaki özgül gereksinimlerinin göz ardı edilmesine yol açmakta ve bu durum, sağlık hizmetlerine eşit biçimde erişimlerini önemli ölçüde kısıtlamaktadır. Özellikle üreme sağlığı, ruh sağlığı, cinsel sağlık ve kronik hastalıkların yönetimi gibi alanlarda, kadınlar ciddi sağlık sorunlarıyla karşı karşıya kalabilmektedir. Toplumsal cinsiyet rollerinin kadınlara yüklediği sorumluluklar, bireysel sağlıklarını geri planda bırakmalarına neden olmakta ve şiddet, ekonomik yoksunluk ve eğitime erişimde yaşanan güçlükler, sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeylerini olumsuz etkilemektedir. Bunun yanı sıra, kadınlara özgü sağlık problemlerinin tıbbi literatürde yeterince temsil edilmemesi, tanı ve tedavi süreçlerinde gecikmelere ya da hatalı uygulamalara neden olabilmektedir.

Kadın sağlığı, yalnızca bireysel bir konu değil aynı zamanda toplumun genel sağlık düzeyini ve sürdürülebilir kalkınmayı doğrudan etkileyen stratejik bir alandır. Bu nedenle, kadınların sağlık hizmetlerine erişimlerini artırmayı, güçlenmelerini desteklemeyi ve temel haklarını öncelemeyi amaçlayan, disiplinler arası iş birliğine dayalı ve bütüncül politika yaklaşımlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık hizmetlerine erişimi tam olan, toplumsal yaşamda aktif roller üstlenen, güçlendirilmiş ve değer gören kadınlar, toplumların sağlık göstergelerini ve genel refah düzeyini anlamlı biçimde yükseltmektedir.

Kadın sağlığını etkileyen eşitsizlikler ise biyolojik, sosyal, ekonomik ve politik temellere dayanmaktadır. Bu bağlamda, sağlık hizmetlerine erişimde toplumsal cinsiyet temelli engellerin ortadan kaldırılması, ancak cinsiyet eşitliğini temel alan politika ve uygulamaların benimsenmesiyle mümkün olmaktadır. Bu politikaların yalnızca kâğıt üzerinde kalmaması, somut uygulamalarla desteklenmesi kritik öneme sahiptir.

Yapay zekâ destekli sağlık hizmetleri sunumunun ve ayrıca yönlendirmeli çağrı müdahalelerinin, kadın sağlığı alanındaki eşitsizliklerin azaltılmasına yönelik önemli bir araç olabileceği görülmektedir. Yineleyici model temel alınarak geliştirilen bu yaklaşım, bilgiye erişimi artırmakta ve annelerin sağlık davranışlarında dikkate değer değişimleri meydana getirmektedir. Özellikle demir ve kalsiyum takviyelerinin düzenli kullanımında gözlenen artış ile temel gebelik ve bebeklik dönemi eğitimlerine yönelik katılımı sağlanan gelişmeler, bu tür müdahalelerin etkinliğini ortaya koymaktadır (Dasgupta et al., 2025). Dolayısıyla, teknoloji tabanlı bu yenilikçi uygulamalar, sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan dezavantajların giderilmesine katkı sağlayarak kadınların ve çocukların sağlığını güçlendirmede umut verici çözümler sunduğu ifade edilebilmektedir.

Tüm bu sorunların önüne geçebilmek için öncelikle toplumsal cinsiyet eşitliğini esas alan bütüncül sağlık politikalarının geliştirilmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini artırmak, kadınlara yönelik ücretsiz ve kapsamlı koruyucu sağlık programları oluşturmak ve özellikle kırsal bölgelerde cinsiyet duyarlı hizmet sunumunu yaygınlaştırmak temel adımlardandır. Aynı zamanda sağlık personelinin toplumsal cinsiyet eşitliği konusunda eğitilmesi, kadınların karşılaştığı ayrımcı tutumların azaltılmasına katkı sağlayacaktır. Bu çabaların, hukuksal düzenlemelerle desteklenmesi ve kadınların sağlık hizmetleriyle ilgili karar alma süreçlerine aktif

olarak dahil edilmesi, sağlık hakkının adil biçimde kullanılabilmesi için elzemdir.

Sonuç olarak, herkesin sağlık hizmetlerinden eşit ve adil biçimde yararlanması, evrensel bir insan hakkı olarak kabul edilmelidir. Ancak pratikte, özellikle dezavantajlı toplumsal gruplara yönelik ayrımcı tutum ve yapısal engeller, sağlık hizmetlerine erişimde ciddi eşitsizlikler yaratmaktadır. Bu eşitsizliklerin giderilmesi için, sağlık hizmeti sunucularının toplumsal duyarlılık ve insan hakları temelli yaklaşımlar konusunda farkındalıklarının artırılması, ilgili yasal düzenlemelerin etkin biçimde uygulanması ve hasta haklarını güvence altına alan politikaların kararlılıkla hayata geçirilmesi gerekmektedir.

KAYNAKÇA

- Akvardar, Y. (2023). Toplumsal cinsiyet eşitsizliği kadın ruh sağlığını etkiliyor mu?. *Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*, 16(2), 1-13.
- Akyüz, A., & Kök, G. (2019). Kadın sağlığının geliştirilmesi. *Türkiye Klinikleri Public Health Nursing-Special Topics*, 5(1), 40-43.
- Alkan, A., Erdem, R., & Çelik, R. (2016). Sağlık alanındaki ayrımcı tutum ve davranışlar: kavramsal bir inceleme. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(3).
- Aykut, N. B., & Üner, S. (2018). Dünyada ve Türkiye'de üreme sağlığı bağlamında kadın sağlığında eşitsizliklerin irdelenmesi. *Türkiye Klinikleri Public Health-Special Topic*, 4(3), 34-40.
- Başar, F., & Demirci, N. (2015). Toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve şiddet. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2(1), 41-52.
- Baştarcan, Ç., & Oskay, Ü. (2022). Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadın sağlığına etkisi: Sistematik inceleme. *Sağlık ve Toplum*, 32(3), 48-57.
- Bilgin, Z., & Özkan, H. A. (2019). Toplumsal ve kültürel değişimin kadın sağlığına etkileri. *Türkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics*, 5(2), 15-26.
- BMC Public Health. (2025). Effective interventions for disadvantaged pregnant women: An umbrella review. *BMC Public Health*, 25(1), 22283. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-22283-5>
- Borrell, C., Palència, L., Muntaner, C., Urquía, M., Malmusi, D., & O'campo, P. (2014). Influence of macrosocial policies

- on women's health and gender inequalities in health. *Epidemiologic reviews*, 36(1), 31-48.
- Boyacıoğlu, A. Ö. & Türkmen, A. (2008). Doğu Türkiye'de gebelik ve doğumun sosyal ve kültürel boyutları. *Kültür, Sağlık ve Cinsellik*, 10 (3), 277-285.
- Carnes, M., Morrissey, C., & Geller, S. E. (2008). Women's health and women's leadership in academic medicine: hitting the same glass ceiling?. *Journal of women's health*, 17(9), 1453-1462.
- Chanakira, E. Z., Thomas, C. V., Balen, J., & Mandrik, O. (2024). A systematic review of public health interventions to address breast cancer inequalities in low-and middle-income countries. *Systematic Reviews*, 13(1), 195.
- Clark, J. P., Feldberg, G. D., & Rochon, P. A. (2002). Representation of women's health in general medical versus women's health specialty journals: a content analysis. *BMC Women's Health*, 2, 1-6.
- Costello, A., Osrin, D., & Manandhar, D. (2004). Reducing maternal and neonatal mortality in the poorest communities. *Bmj*, 329(7475), 1166-1168.
- Covan, K. E. (2017). Sexuality, gender, and women's health. *Health Care for Women International*, 38(9), 905-906.
- Crespí-Lloréns, N., Hernández-Aguado, I., & Chilet-Rosell, E. (2021). Have policies tackled gender inequalities in health? A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 327.
- Dasgupta, S., Agarwal, R., & Natarajan, A. (2025). Learning interventions using restless bandits to improve maternal health outcomes. arXiv Preprint. <https://arxiv.org/abs/2507.20755>

- Davas, A., & Etiler, N. (2024). Gender differences in cost-related unmet healthcare needs: a national study in Türkiye. *BMC Public Health*, 24(1), 2413.
- Gölbaşı, Z., & Küçükkelepçe, D. Ş. (2021). Toplumsal cinsiyet ve kadın sağlığı. *Türkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics*, 7(2), 1-7.
- Granero-Molina, J., Gómez-Vinuesa, A. S., Granero-Heredia, G., Fernández-Férez, A., Ruiz-Fernández, M. D., Fernández-Medina, I. M., & Jiménez-Lasserrotte, M. D. M. (2023, June). Sexual and reproductive health care for irregular migrant women: a meta-synthesis of qualitative data. *In Healthcare* (Vol. 11, No. 11, p. 1659). MDPI.
- Hankivsky, O. (2012). Women's health, men's health, and gender and health: Implications of intersectionality. *Social Science & Medicine*, 74(11), 1712-1720.
- Houghton, L. A., Heitkemper, M., Crowell, M. D., Emmanuel, A., Halpert, A., Mcroberts, J. A., & Toner, B. (2016). Age, gender, and women's health and the patient. *Gastroenterology*, 150(6), 1332-1343.
- Karacan, E., & Gökçe, S. (2020). Toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve kadın sağlığı. *Sosyal Politika ve Sosyal Hizmet Çalışmaları Dergisi*, 1(1), 39-59.
- Khakbazan, Z., Roudsari, R. L., Taghipour, A., Mohammadi, E., & Pour, R. O. (2014). Appraisal of breast cancer symptoms by Iranian women: entangled cognitive, emotional and socio-cultural responses. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(19), 8135-8142.
- Kurtay, S., & Taşın, C. (2024). Healthcare access and cervical cancer awareness among Syrian refugee women in Türkiye: language, cultural, and economic challenges. *BMC Public Health*, 24(1), 3610.

- Lancet, T. (2023). A broader vision for women's health. *Lancet (London, England)*, 402(10399), 347.
- Makumbi, F. E., Nabukeera, S., Tumwesigye, N. M., Namanda, C., Atuyambe, L., Mukose, A., ... & Ddungu, P. (2023). Socio-economic and education related inequities in use of modern contraceptive in seven sub-regions in Uganda. *BMC Health Services Research*, 23(1), 201.
- Obach, A., Blukacz, A., Sadler, M., Carreño Calderón, A., Cabieses, B., & Díaz, C. (2024). Barriers and facilitators to access sexual and reproductive health services among young migrants in Tarapacá, Chile: a qualitative study. *BMC Public Health*, 24(1), 386.
- Özlem, A., & Gökler, M. E. (2021). Göçmen kadınlarda üreme sağlığı. *Medical Research Reports*, 4(3), 57-64.
- Pérez-Sánchez, M., Immordino, P., Romano, G., Giordano, A., García-Gil, C., & Morales, F. (2024). Access of migrant women to sexual and reproductive health services: A systematic review. *Midwifery*, 139, 104167.
- Quick, J., Jay, J., & Langer, A. (2014). Improving women's health through universal health coverage. *PLoS Medicine*, 11(1), e1001580.
- Ross, L., & Solinger, R. (2017). *Reproductive justice: An introduction* (Vol. 1). Univ of California Press.
- Schmidt, N. C., Fagnoli, V., Epiney, M., & Irion, O. (2018). Barriers to reproductive health care for migrant women in Geneva: a qualitative study. *Reproductive health*, 15(1), 43.
- Sezgin, D. (2015). Toplumsal cinsiyet perspektifinde sağlık ve tıbbileştirme. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 18(1), 153-186.

- Simkin, R. J. (1995). Women's health: time for a redefinition. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 152(4), 477.
- Singh, S. K., & Singh, R. (2020). Liver cancer incidence and mortality: Disparities based on age, ethnicity, health and nutrition, molecular factors, and geography. *Cancer health disparities*, 4, e1.
- Şavran, T. G. (2014). Sağlıkta toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri: Eskişehir'de kırsal ve kentsel alanlarda kadın sağlığı. *Fe Dergi*, 6(1), 96-115.
- Tanzania Simiyu Region study. (2023). The role of gender inequities in women's access to reproductive health services: A population-level study in Simiyu, Tanzania. *BMC Public Health*.
- Tekin, B. (2024). Kadınların sağlık hizmetlerine erişimi: etkileyici faktörler ve bölgesel farklılıklar. *Şura Akademi*, (7 Kadın ve Aile), 111-123
- Toker, S., & Çıtak, G. (2021). Türkiye’de üreme çağındaki kadınların güncel sağlık göstergeleri. *TOĞÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 72-84.
- Torre, L. A., Islami, F., Siegel, R. L., Ward, E. M., & Jemal, A. (2017). Global cancer in women: burden and trends. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 26(4), 444-457.
- Tschirhart, N., Jiraporncharoen, W., Angkurawaranon, C., Hashmi, A., Hla, S., Nosten, S., ... & Ottersen, T. (2023). Giving birth on the way to the clinic: undocumented migrant women’s perceptions and experiences of maternal healthcare accessibility along the Thailand–Myanmar border. *Reproductive Health*, 20(1), 178.

- UNFPA (2024). State of World Population Report. United Nations Population Fund.
<https://www.unfpa.org/publications/state-world-population-report-2024>
- UNFPA. (2025). The real fertility crisis: The pursuit of reproductive agency in a changing world. State of World Population 2025.
- Quick, J., Jay, J., & Langer, A. (2014). Improving women's health through universal health coverage. *PLoS medicine*, 11(1), e1001580.

SAĞLIK EKONOMİSİNDE SAĞLIK HARCAMALARININ YERİ VE ÖNEMİ¹

Feyza ÇETİNKAYA KUTUN²

Burcu ÖZKAN³

1. GİRİŞ

Ülkelerin kalkınmışlık düzeylerini gösteren en önemli gösterge sağlık hizmetleridir. Sağlık kavramı son yıllarda, hastalığın olmayışından çok bireyin esenlik düzeyine ulaşmasına odaklanmaktadır. Böylelikle bireylerin kendi hayatlarını en iyi şekilde yaşamalarına katkı sağlayacak yeteneklerini geliştirme ve kullanma konusu da önem kazanmaktadır (Çetin & Ecevit, 2010).

Sağlık hizmetlerinin toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde hizmet sunması, aynı zamanda da müşteri taleplerini gerçekleştirme beklenmektedir (Tutar & Kılınç, 2007). Teknolojinin gelişmesi, maliyetlerin artması, bireylerin taleplerinin değişmesiyle birlikte sağlık hizmetleri konusunda beklentiler artmıştır. Kaynaklar var olduğu sürece etkin üretim yapılabilmekte, ancak kimi zaman kaynaklar tüm ihtiyaçlar için yeterli olmamaktadır.

Ekonomi, kaynaklar yetersiz kaldığında ihtiyaçların nasıl karşılanacağı ile ilgilenen bilim dalıdır (Tıraş, 2013). Sağlık

¹ 7. Uluslararası 18. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 23-25 Eylül 2022, Konya, Türkiye. (Sözlü bildiri olarak sunulmuştur)

² Dr., Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, feyza.cetinkaya@gmail.com, 0000-0002-8184-7080.

³ Dr. Öğr. Üyesi, Fenerbahçe Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Ameliyathane Hizmetleri Programı, burcu.ozkan@fbu.edu.tr, 0000-0003-2310-717X.

ekonomisi ise, toplumun refah düzeyine ulaşması için sağlık hizmetlerinde yapılan ekonomik analiz ve tekniklerin bütünüdür (Çoban, 2009). İnsana yapılan her türlü hizmetin ekonomiye katkısı büyüktür. Örnek olarak, gelişmişlik düzeyi yüksek olan ülkelerde eğitim ve sağlık alanına yapılan yatırımlarla ekonomiye katkının büyük ölçüde önemli olduğu görülmektedir (Çetin & Ecevit, 2010).

Sağlık ekonomisi içerisinde sağlık harcamaları önemli etkiler yaratmaktadır. Sağlık harcamaları, devletin sağlık ekonomisi alanında etkinliğini arttıran en önemli etmenlerdendir. Dolayısıyla sağlık harcaması düzeyinin ne olduğu ya da sağlık harcaması düzeyine karar verme konusu birçok unsuru içerisinde bulundurmaktadır. Politik ekonomi yaklaşımı, üretim fonksiyonu yaklaşımı, bütçe yaklaşımı bunların arasında sayılabilir. Bu unsurların kullanımı ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir (Çelik, 2011). Dünya Bankası verilerine baktığımızda, OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development-Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Örgütü) ile sağlık alanında büyük gelişmeler gerçekleşse de hala standartların gerisinde olduğumuz belirlenmiştir (Dünya Bankası, 2025).

2. SAĞLIK EKONOMİSİ

Ekonomi, belirli bir bütçe ile bireylerin refah düzeyini en iyi hale getirmek için mal ve hizmetler arasında yapılan seçimleri inceler. Sağlık ise, verimliliği arttırarak ekonomiye katkı sağlar (Çetin & Ecevit, 2010). Sağlık ve toplumsal refah arasındaki etkileşim birçok unsura bağlı olarak değişmektedir. Toplumun sağlık düzeyi de toplumsal refah düzeyinden ve ekonomideki değişimlerden etkilenmektedir. Sağlık ve ekonomi pozitif etkileşim içerisinde. Her ikisinde de gerçekleşen büyüme ve ilerleme birbirini etkilemektedir.

Sağlığın üretim, tüketim ve toplumsal refah üzerindeki etkileri sağlık ekonomisinin temelini oluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri, bireylerin tüm boyutlarıyla (fiziksel, ruhsal, vs.) ele alınarak esenlik halini sürdürmesini öngörmektedir (Çoban, 2009). Sağlık ekonomisinin konularından birisi de sağlık hizmetlerinin ekonomik analizidir (Tıraş, 2013).

Sağlık hizmeti ile ilgili sonuçlar sadece bireylere değil topluma da fayda sağlamaktadır. Topluma sağlanan fayda herhangi bir şekilde pazarlanamazken, bireysel fayda pazarlanmaktadır. Bu durumda mal ve hizmet üreten üretici kar sağlamak amacıyla pazarlayabileceği alanları seçmek isteyecektir fakat sağlık sektörü bu durumda aynı duruşu sergilememektedir. Çünkü sağlık hizmetlerinin faydası toplumu etkilemektedir (Deniz & Sümer, 2016).

Sağlık hizmetlerinde esas amaç, ekonominin etkinliğinin sağlanması ve hizmetlerin adaletli paylaşımıdır (Tutar & Kılınç, 2007). Ancak maliyet etkinliğinin yetersizliği, kamu kaynaklarının yetersiz kullanımı ve alınan hizmetlerin faydalarının eşit dağılmaması sorun teşkil etmektedir. Sağlık ekonomisi, ekonomi bilimine ilişkin kuralları ve yöntemleri kullanarak bu sorunlara çözüm bulmaya çalışarak ekonominin bir parçası haline gelmiştir.

Sağlık hizmetlerinin sunulması için belirli girdilerin (üretim faktörleri) olması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin girdileri emek faktörü olarak; insan gücünü kapsayan beşerî sermaye ile hizmetin sunumu için gereken donanım, tıbbi malzeme ve fiziksel sermayedir (Tıraş, 2013; Ağırbaş, 2014).

Sağlık ekonomisinin en önemli hedeflerinden birisi, sağlık sektöründe etkinliği arttırmak için düşük maliyetlerle farklı seçenekler geliştirerek yüksek düzeyde yarar sağlamaktır. Bu amaçla kaynakların doğru kullanımı esas olup, uygulanan

tedavilerin fayda maliyet analizini yaparak, farklı seçeneklerin kullanımını sağlamaktadır (Çoban, 2009).

Toplum sağlık hizmetlerinin nüfus yapısı, eğitim düzeyi, ekonomik düzeyi ile ilgisi büyüktür. Bu nedenle yapılan yatırımların katkısı tüm toplumu etkileyecektir. Sağlık hizmetlerine yapılan yatırımlar toplumda sağlıklı bireylerin yer almasını sağlayacağından üretim ve verimlilik de artacaktır. Bununla birlikte sağlık hizmetlerine ulaşmak da kolaylaşacaktır. Bu durumların sağlık göstergelerine yansımaları ise nitelikli işgücü olarak kalkınmada yer alacaktır. Gelişmiş ülkeler sağlık hizmetleri sunumu için kaynaklarını en üst düzeyde kullanarak toplumun sağlık ve refah düzeyini yükselterek devamlılığı sağlamayı amaçlamışlardır (Deniz & Sümer, 2016).

3. SAĞLIK HARCAMALARI

Sağlık harcamalarında, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların etkin bir şekilde kullanılması çok önemlidir. Bireylerin, teknolojinin ilerlemesi ile bilgiye erişiminin kolaylığı talepleri arttırmış, özel sağlık kuruluşlarının sayılarının artması, kalite ve rekabet anlayışlarının değişmesi ile sunulan hizmetin kalitesinin artırılması da kaçınılmaz olmuştur (Bektemür ve ark., 2018). Sağlık hizmetlerinde kalite, sağlıklı yönetim şekilleriyle sağlanabilmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumu, ülkenin kalkınmışlık düzeyini göstermektedir (Arslanoğlu, 2018).

Sağlık hizmetleri amaçlarına göre ayrılmaktadır. Bu hizmetler sağlık harcamalarında;

- Koruyucu sağlık harcamaları,
- Teşhis ve tedavi edici sağlık harcamaları,
- Rehabilitasyon edici sağlık harcamaları olarak bilinmektedir.
- Uzun vadeli sağlık harcamalarına baktığımızda;

- Sağlık kuruluşlarının fiziksel yapısı ile ilgili harcamalar,
- İşgücü ve araç-gereçle ilgili harcamalar,
- Vatandaşın fiziksel ve ruhsal sağlığına katkı sağlayacak hizmet harcamaları,
- Çevre sağlığı ile ilgili harcamalar,
- Araştırma-geliştirme ve sağlık eğitime yönelik harcamalar,
- Cihaz temini ve takibi için gerekli harcamalar olarak bilinmektedir (Sayım, 2017).

Sağlık harcamalarıyla ilgili göstergeler ülkelerin kalkınmışlık düzeyini göstermekle birlikte Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH) içindeki paylarda yol gösterici olmaktadır (Tutar & Kılınç, 2007). Sağlık hizmetlerinin finansman alanında, demografik, politik, sosyal değerler, çevresel unsurlarda etkin olmakla birlikte ekonomik alanda da kapsamı önemlidir (Çoban, 2009). Aynı zamanda birçok fonksiyonda sağlık hizmetleri finansmanı içerisinde yer almaktadır. Sağlık hizmeti finansman fonksiyonları;

- Toplumun ihtiyacı olan Temel Sağlık Hizmetleri sağlanarak, devamlılığının sağlanmasına,
- Kaynakların doğru yerde kullanımının ve adaletli dağılımının sağlanmasına,
- Hizmet üretiminde donanımın yeterli olmasına,
- Sağlık hizmetlerinin kullanımına göre dağılım etkinliğine bağlı olarak değerlendirilip, yeni yollar sağlanacaktır (Çoban, 2009).

Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) yayınladığı veri ve bültenler incelendiğinde sağlık harcamaları, 2017 yılında %17,4 oranında artarak 140.647 milyon TL'ye ulaşmıştır. Cari sağlık

harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payı, 2016 yılında %94 olduğu gözlemlenirken, 2017 yılında %93,1 olduğu belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017; TÜİK, 2025).

TÜİK verilerine göre, genel devlet sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payı, 2016 yılında %78,5 iken, 2017 yılında %78 olarak gerçekleştiği gözlemlenmiştir. Kişi başı sağlık harcaması, 2016 yılında 1511 TL iken, 2017 yılında %15,9 artarak 1751 TL'ye yükselmiştir (Yumuşak & Yıldırım, 2009; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017; TÜİK, 2025). Sağlık harcamaları içerisinde hastaneler, ayaktan sağlık hizmetleri ve tıbbi malzemeler, cari sağlık harcamalarının çoğunluğunu oluşturmaktadır. Tıbbi malzemeler içerisinde ilaçlar da yer almaktadır. Son yıllarda sağlık harcamaları içerisinde ilaçlara yapılan harcamanın artış gösterdiği belirtilmiştir (Yumuşak & Yıldırım, 2009; Çelik, 2011). Sağlık Bakanlığı'nın son yıllarda ilaç kullanımı ile ilgili uyarılarını göz önünde bulundurulduğunda ve sağlık harcamaları incelendiğinde sağlık kaynaklarından ilaçların verimli bir şekilde kullanılmadığı belirtilmektedir. Bu kaynakların doğru kullanımı için hem üretici hem tüketici bilinçlendirilmeli ve eğitimler verilmelidir. (Çalışkan, 2008; Çelik, 2011). Bu eğitimle birlikte hem üreticiler hem de hizmet alanlar fayda sağlayacaklardır.

Aynı zamanda devletin sağlık harcamaları konusunda sorumluluklarını yerine getirme şekline baktığımızda sosyal devlet anlayışını da görmek mümkündür (Çelik, 2011). Bu sorumlulukları özel sektörle nasıl paylaşacağı da önemli bir konudur. Özel ve kamu sektörü birlikte hareket edebildiğinde kaynakları ve etkinliği arttırdıkları düşünülmektedir. (Çetin & Ecevit, 2010; Akar 2014). Sağlık harcamalarının etkinliğini ve düzeyini, hakkaniyet konusu ile ilişkisini bilmek sağlık politikaları ile ilgili görüş birliği sağlanmasında katkı sağlar.

Kişi başına düşen gelir ekonomik anlamda büyümeyi ya da küçülmeyi ifade etmektedir. Bu durum istatistiksel verilerle birlikte sosyal göstergeler de incelenerek değerlendirilmelidir. Beslenme, eğitim düzeyi, istihdam gibi gittikçe önem kazanan bu sosyal göstergeler ekonomik faktörler arasında da önemli bir yere sahiptir.

Sağlık göstergeleri, ekonomik kalkınmayla daha çok ilişkilendirildiği için daha fazla önem kazanmaya başlamıştır. Toplumun ekonomik durumunu ortaya koymak için Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH) olarak bilinen ülkenin milli geliri ve tüketim harcamaları kullanılmaktadır (Atasever ve ark., 2025). Gelişmekte olan ülkelerde ekonomik kaynakların yetersiz olması nedeniyle sağlık hizmetlerine ayrılan bütçenin daha etkin ve dikkatli kullanımını gerektirirken, yapılan harcamaların da daha dikkatli ele alınmasını gerektirir. Gelişmiş ülkelerin sağlık harcamalarıyla ilgili etkin dağılımı ile bu alanda gerçekleşen yenilik ve yöntemler gelişmekte olan ülkeler tarafından izlenerek model olarak alınırlar (Deniz & Sümer, 2016).

2002-2015 döneminde kişi başı sağlık harcamaları 0,45 kat artmıştır. Bu dönemde Türkiye'deki ekonomik gelişmelere paralel olarak ABD doları cinsinden kişi başı kamu sağlık harcamaları 1,6 kat, ABD doları cinsinden satın alma gücü ise 1,27 Kat artmıştır. Toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 2003 yılından (%5) bu yana sürekli arttığı belirtilmekte ve gelir düzeyi aynı olan ülkelerle benzerlik göstermektedir. TÜİK tarafından yayınlanan verilere göre ülkemiz sağlık harcamaları konusunda orta gelirli ülkelere yakın olduğu belirtilmiştir (TÜİK, 2025). Buna karşın hükümetin, tüm nüfusun sağlığa erişimini arttırmaya çalıştığı, etkin ve kaliteli hizmet sağlayarak verimliliği arttırdığı; bunula birlikte maliyetin denetimli bir şekilde kullanılmasını ve sağlık hizmetlerinde gerçekleşen arz ve talebin dengelenmesini sağlanmaya çalışılmaktadır (Bektemür ve ark., 2018).

4. SONUÇ

Sağlık ekonomisini değerlendirilirken; var olan durum tanımlanarak ihtiyaçlar belirlenmelidir. Ekonomi unsurları da göz önünde bulundurularak bireylerin ihtiyaçları sağlıkla ilgili değerlerine yönelik katkılar sağlamalıdır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumu diğer mal üretimindeki arz-talep sürecine göre farklılık göstermektedir. Dolayısıyla bu iki süreçte kullanılan yöntemler farklılık göstermektedir. Sağlık ekonomisi değerlendirilirken kısıtlılıklar göz önünde bulundurulmalı ve sağlık hizmetlerinin daha etkin olabilmesi için var olan sorunlara çözüm önerileri sunulmalıdır. Bu sorunlar incelendiğinde kaynakların kısıtlı miktarda olması, sağlık hizmetindeki arz-talep dengesizliği, hizmette önceliklerin yanlış belirlenmesi ve sağlık hizmetleriyle ilgili planların kısa süreli olmasından bahsetmek mümkündür.

Sağlık harcamalarının çoğunluğunu sosyal devlet anlayışı ile kamu sektörü karşılamaktadır. Sağlık hizmetlerinin etkinliği arttırıldığında, katkı sağlayacak yatırımlar yapılarak ekonominin büyümesi ve refah düzeyinin artması gibi sonuçlar elde edilecektir. Sonuç olarak, sağlık kuruluşları arasındaki iletişim ağı arttırılarak, sağlık harcamalarının azaltılması hedeflenerek sağlık ekonomisine katkılarının da aynı yönde arttırılması sağlanmalıdır.

KAYNAKÇA

- Ağırbaş, İ. (2014). Sağlık Kurumlarında Finansal Yönetim ve Maliyet Analizi (1. baskı). Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Akar, S. (2014). Türkiye’de sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının nisbi fiyatı ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 21(1), 311–322.
- Arslanoğlu, A. (2018). Kalite Yönetimi: Hastane Yönetiminde 4 Boyut. In N. Gemlik (Ed.), *Hastane yönetiminde 4 boyut* (1. basım). İstanbul: Nobel Yayıncılık.
- Atasever, M., Karaca, Z., & Örnek, M. (2017). Türkiye’de Sağlık Harcamaları Analizi. *Sasam Yayınları*, 3(10).
- Bektemür, G., Şafak Yılmaz, E., Arslanoğlu, A., Beylik, U., & Adaş, G. T. (2018). Out-of-pocket expenditure on medicines in Turkey. *JAREM*, 8(2), 101–108.
- Çalışkan, Z. (2008). Sağlık ekonomisi: Kavramsal bir yaklaşım. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 26(2), 29–50.
- Çelik, Y. (2011). Türkiye sağlık harcamalarının analizi ve sağlık harcama düzeyinin uygunluğunun değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1, 62–81.
- Çetin, M., & Ecevit, E. (2010). Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisi: OECD ülkeleri üzerine bir panel regresyon analizi. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 11(2), 166–182.
- Çoban, H. (2009). Sağlık ekonomisi ve Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması (Doktora tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı, İzmir.

- Deniz, M. H., & Sümer, K. K. (2016). Türkiye’de sağlık sektörü ve sağlık harcamalarının büyüme üzerindeki etkisinin 2000–2014 yılları için analizi. Uluslararası Avrasya Ekonomileri Konferansı, 29–31 Ağustos 2016, Macaristan, 115, 471–478.
- Dünya Bankası (2025). The World Bank, Turkey. Erişim tarihi: 05 Ağustos 2025, <http://www.worldbank.org/tr/country/turkey>
- Sayım, F. (2017). Türkiye’de sağlık ekonomisi istatistikleri ve sağlık harcamalarının gelişimi. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(15), 13–30.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2017). Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Erişim tarihi: 05 Ağustos 2025, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11588/istatistik-yilliklari.html>
- Tıraş, H. H. (2013). Sağlık ekonomisi: Teorik bir inceleme. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 3(2), 125–151.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2025). Türkiye İstatistik Kurumu Bülteni. Erişim tarihi: 05 Ağustos 2025, <http://www.tuik.gov.tr>
- Tutar, F., & Kılınç, T. (2007). Türkiye’nin sağlık sektöründeki ekonomik gelişmişlik potansiyeli ve farklı ülke örnekleriyle mukayesesi. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9(1), 31–54.
- Yumuşak, İ. G., & Yıldırım, D. Ç. (2009). Sağlık harcamaları–iktisadi büyüme ilişkisi üzerine bir ekonometrik inceleme. *Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi*, 4(1), 57–70.

SAĞLIK EKONOMİSİ DEĞERLENDİRMELERİ

yaz
yayınları

YAZ Yayınları
M.İhtisas OSB Mah. 4A Cad. No:3/3
İscehisar / AFYONKARAHİSAR
Tel : (0 531) 880 92 99
yazyayinlari@gmail.com • www.yazyayinlari.com