

## Türkiye ve OECD Ülkelerinin Sağlık Göstergeleri ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması

Uğurcan SAYILI<sup>1</sup>, Özden AKSU SAYMAN<sup>1</sup>, Suphi VEHİD<sup>1</sup>, Serdar Selçuk KÖKSAL<sup>1</sup>, Ethem ERGİNÖZ<sup>1</sup>

### Öz

Amaç: Bu çalışmanın amacı Türkiye ve Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) üye ülkelerinin temel sağlık düzeyi göstergeleri ve sağlık harcamalarını karşılaştırmak ve Türkiye'nin OECD ülkeleri içerisindeki durumunu incelemek ve öneriler getirmektir. Çalışmamızda Türkiye dahil olmak üzere Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) üyesi 35 ülkenin sağlık göstergeleri ve ilgili ekonomik verileri kullanıldı. Veriler 2015 ve 2013 yılı OECD, Dünya Sağlık Örgütü(WHO), Türkiye İstatistik Kurumu(TÜİK) istatistiklerinden faydalanılarak elde edildi. Çalışmamızda Türkiye'nin OECD ülkeleri ortalamasına göre kadınlarda ve erkeklerde yaşam yılı beklentisinde, sağlıklı yaşam yılı beklentisinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu; neonatal ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı, anne ölüm hızında da anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca Türkiye, OECD ülkeleri için sağlık harcamalarının bütçedeki payı en düşük ülke konumundadır. Sağlık hizmet sunumuyla ilgili olarak da Türkiye, OECD ülke ortalamasına göre doktor sayısı, hemşire ve ebe sayısı, hastane sayısı ve hastane yatak sayısı bakımından anlamlı olarak düşük seviyededir. Türkiye'nin sağlık düzeyi göstergelerini geliştirebilmek için bütçeden sağlığa daha fazla pay ayırmalı, nitelikli doktor, hemşire ve ebe gibi sağlık profesyonelleri sayısını artırmalı, güçlü bir sağlık sistemi altyapısı oluşturulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık göstergeleri, sağlık belirleyicileri, Türkiye, OECD, sağlık harcamaları

### Yayın Bilgisi

Gönderi Tarihi:15.06.2017

Kabul Tarihi:15.08.2017

Online Yayın Tarihi: 30.09.2017

DOI: 10.26453/otjhs.321742

### Sorumlu Yazar

Uğurcan SAYILI

## Comparison of Health Indicators and Health Expenditures of Turkey and OECD Countries

Uğurcan SAYILI<sup>1</sup>, Özden AKSU SAYMAN<sup>1</sup>, Suphi VEHİD<sup>1</sup>, Serdar Selçuk KÖKSAL<sup>1</sup>, Ethem ERGİNÖZ<sup>1</sup>

### Abstract

The aim of this study is to compare basic health status indicators and health expenditures for Turkey and members of the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) countries and to examine the situation of Turkey in OECD countries and to make recommendations. In our study, the health indicators and relevant economic data of 35 member countries, including Turkey, of the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) were used. The data are obtained from the statistics of the TUIK, the OECD and the World Health Organization (WHO) in 2015 and 2013. In our study, Turkey is statistically significantly lower according to the OECD countries average in the life expectancy in women and men, healthy life expectancy; and statistically significantly higher in neonatal mortality rate, under-five mortality rate and maternal mortality rate. In addition, Turkey has the lowest health spending proportion in budget for OECD countries. Turkey is significantly lower number of doctors, number of nurses and midwives, number of hospitals and number of hospitals according to OECD countries average. To improve Turkey's health indicators, it should allocate more budget for health and establish a strong health system infrastructure and increase the number of health workers such as qualified doctors, nurses and midwives.

**Keywords:** Health indicators, health determinants, Turkey, OECD, health expenditures

### Article Info

Received:15.06.2017

Accepted:15.08.2017

Online Published: 30.09.2017

DOI: 10.26453/otjhs.321742

### Corresponding Author

Uğurcan SAYILI

<sup>1</sup> İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

## GİRİŞ

OECD (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)14 Aralık 1960 tarihinde imzalanan Paris Sözleşmesi'ne dayanılarak kurulmuş olan uluslararası ekonomik bir örgüttür.<sup>1</sup> OECD, hükümetlere politik deneyimlerini kıyaslayabileceği, yaygın problemlerin çözümünde kaynak arayabileceği, iyi uygulamaları tespit edebileceği, ulusal ve uluslararası politikaları koordine etmek üzere çalışabileceği bir ortam sağlamaktadır.<sup>2</sup> 20 kurucu üyesi bulunan OECD'ye bugün 35 üye ülke bulunmaktadır. Türkiye, OECD nin 20 kurucu üye ülkesinden biridir.<sup>1</sup>

Gelişmiş bir toplum, ancak sağlıklı bireylerle mümkündür. Dünyadaki bütün demokratik sistemler, sağlıklı bireylerden oluşan bir toplum oluşturabilmeyi ve bu toplumun devamlılığını hedef alır.<sup>2</sup>

Toplumun sağlık düzeyi ile ekonomik gelişmişlik arasında yakın ilişki bulunmaktadır. Ekonomik gelişimini belli bir seviyeye taşıyabilmiş toplumlarda sağlık için ayrılan bütçe arttığı gibi, bireylerin sağlık konusunda bilgi ve farkındalıkları da artmaktadır. Bununla birlikte, sağlık düzeyinin iyileşmesi de ekonomik gelişimi hızlandırmaktadır. Yapılan çalışmalarda, ekonomik göstergelerde meydana gelen gelişmenin, sağlık göstergelerini de iyi yönde etkilediği gözlenmiştir. Ülkelerin gelişmişlik seviyesi arttıkça sağlık hizmetlerine daha çok kaynak ayırmaktadır.<sup>3</sup>

Ülkelerin kalkınmışlık düzeyi, günümüzde yeni bir bakış açısıyla ele alınmakta ve özellikle sağlık konusu bu bakış açısında önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık sektörünün ülkelerin kalkınma düzeyi üzerindeki rolünü ön plana çıkaran bu yeni yaklaşım, sektörün önemini daha ön plana çıkarmakta ve ülkelerin gelişmişlik düzeyinin belirlenmesinde çeşitli sağlık göstergelerinin de değerlendirilmesine yol açmaktadır.<sup>4</sup>

Ülkelerin sağlık düzeylerini belirlemek, değerlendirmek ve ülkeler arası sağlık düzeyi karşılaştırmaları yapmak için, bazı epidemiyolojik sağlık düzeyi ölçütleri bulunmaktadır. Bu ölçütler arasında en sık kullanılanları ölüm, hastalık, doğurganlık oranları ve sosyo-ekonomik durumu ortaya koyan ölçütlerdir.<sup>5</sup>

Bu çalışmanın amacı Türkiye ve Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) üye ülkelerinin temel sağlık düzeyi göstergeleri ve sağlık harcamalarını karşılaştırmak ve Türkiye'nin OECD ülkeleri içerisindeki durumunu incelemek ve öneriler getirmektir.

## MATERYAL ve METOT

Çalışmamızda Türkiye dahil olmak üzere Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) üyesi 35 ülkenin sağlık göstergeleri ve ilgili ekonomik verileri kullanıldı. Veriler 2015 ve 2013 yılı OECD ve Dünya Sağlık Örgütü(WHO), Türkiye İstatistik Kurumu(TÜİK) istatistiklerinden faydalanılarak

elde edildi.<sup>6,7,8</sup> Kişi başına düşen gayri safi yurt içi hasıla (satın alma gücü paritesi-USD), kişi başı sağlık harcaması(USD) , sağlık harcamalarının bütçedeki payı, kadınlardaki yaşam yılı beklentisi, erkeklerdeki yaşam yılı beklentisi, total yaşam yılı beklentisi, sağlıklı yaşam yılı beklentisi, 15 yaş üzeri kişi başı alkol alımı (litre), neonatal mortalite hızı (1000 canlı doğumda), 5 yaş altı ölüm hızı (1000 canlı doğumda), anne ölüm hızı (100.000 canlı doğumda), 15 yaş üzeri sigara kullanma oranı için 2015 yılı verileri; 10.000 kişiye düşen hekim sayısı, 10.000 kişiye düşen hemşire ve ebe sayısı, 1000 kişiye düşen hastane yatak sayısı, 1 milyon kişiye düşen hastane sayısı için 2015 ve 2014 yılı verilerine ulaşılamadığı için 2013 yılı verileri kullanıldı.

## İstatistiksel Yöntem

İstatistiksel analizler IBM SPSS 21 paket programı ve Microsoft Excel 10 yardımıyla yapıldı. Tanımlayıcı analizler için kategorik veriler frekans (n) ve yüzde (%), sürekli veriler ise ortalama, standart sapma ile ifade edildi. Normal dağılım sınanması için değişim katsayısı ve Shapiro-Wilk Testi kullanıldı. Türkiye ile OECD ülkelerinin ortalamalarının karşılaştırılmasında Tek Örneklem T testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için  $p < 0,05$  değeri kabul edildi.

## BULGULAR

2015 yılında Türkiye'nin kişi başı GSYH(SAGP)'si 24309 \$ kişi başı sağlık

harcaması 1064\$ olup bu rakam OECD ülkelerinde kişi başı GSYH 41353±16029 \$ , kişi başı sağlık harcaması ise 3813±1955 \$ olarak görülmüş ve her iki veride de, Türkiye'nin OECD ülkelerinden istatistiksel olarak anlamlı düşük olduğu görülmektedir. ( $p < 0,001$ ).

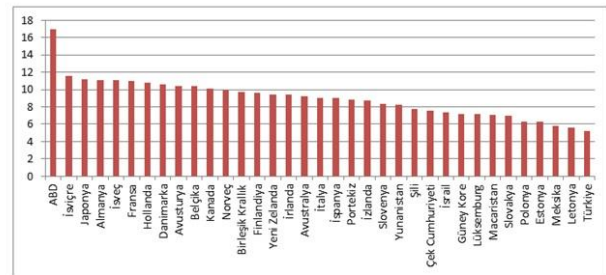
Genel bütçeden sağlığa ayrılan paya bakıldığında ise Türkiye, OECD ülkeleri arasında sağlığa en az pay ayıran ülke konumunda olmakla beraber OECD ülkelerinin ortalamasıyla kıyaslandığında da anlamlı olarak düşük seviyedeydi. ( $p < 0,001$ ). (Tablo 1)(Şekil 1)

Tablo 1: Türkiye ve OECD Ülkelerinde Temel Sağlık Göstergeleri ve Sağlık Harcamaları(2015)

Gösterge	Türkiye	OECD(ort±ss)	p değeri
Kişi Başı Gayri Safi Yurtiçi Hasıla(SAGP)(USD)*	24309	41353±16029	<0,001
Kişi Başı Sağlık Harcaması*	1064	3813±1955	<0,001
Sağlık Harcamalarının Bütçedeki Payı(%)*	5,23	8,99±2,24	<0,001
Kadınlarda Yaşam Yılı Beklentisi*	78,9	83,16±1,94	<0,001
Erkeklerde Yaşam Yılı Beklentisi*	72,6	78,02±3,10	<0,001
Yaşam Yılı Beklentisi(Total)*	75,8	80,53±2,42	<0,001
Sağlıklı Yaşam Yılı Beklentisi*	66,2	70,98±1,99	<0,001
15 yaş ve üzerinde Alkol tüketimi(litre)*	2,4	9,80±2,55	<0,001
Neonatal Mortalite Hızı(binde)*	7,1	2,66±1,49	<0,001
5 Yaş Altı Ölüm Hızı(binde)*	13,5	4,66±2,65	<0,001
Anne Ölüm Hızı(yüzbinde)*	16	8,80±6,88	<0,001
15 yaş üzeri popülasyonda Sigara kullanma(%)*	25,5	24,47±6,86	0,388
Doktor Sayısı(onbinde)**	17,1	29,77±7,65	<0,001
Hemşire ve ebe(onbinde)**	24	89,22±40,36	<0,001
Hastane yatak sayısı(binde)**	2,65	4,76±2,51	<0,001
Hastane sayısı(milyonda)**	19,92	29,80±15,19	0,001

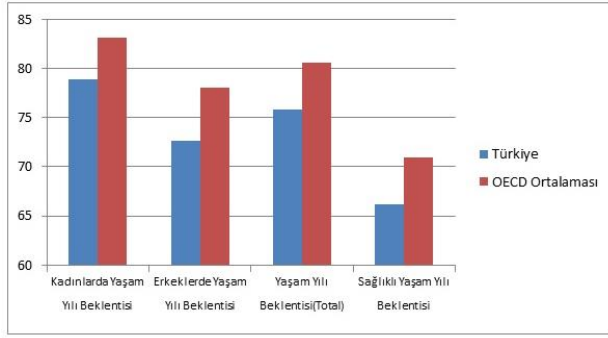
\*:2015 yılı verileri

\*\* :2013 yılı verileri



Şekil 1. Ülkelerin 2015 Yılında Bütçelerinde Sağlığa ayırdığı Pay Yüzdeleri

Yaşam yılı beklentilerine bakıldığında 2015 yılında Türkiye’de kadınlarda yaşam yılı beklentisi 78,9; erkeklerde 72,6; totalde 75,8; sağlıklı yaşam yılı beklentisi ise 66,2 yılı. OECD ülkelerinde ise bu veriler ortalama olarak kadınlarda yaşam yılı beklentisi 83,16±1,94; erkeklerde 78,02±3,10; totalde 80,53±2,42; sağlıklı yaşam yılı beklentisi ise 70,98±1,99 yılı. Bu dört değişken için de Türkiye’nin, OECD ülkelerinden anlamlı olarak daha düşük olduğu görüldü ( $p<0,001$ ). (Tablo 1) (Şekil 2)



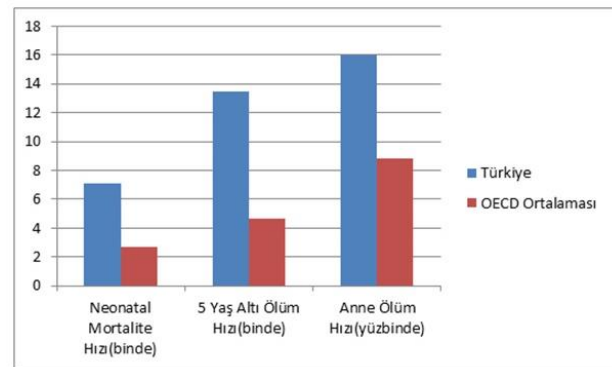
Şekil 2. Türkiye ve OECD Ülkelerinin Yaşam Yılı Beklentileri

Alkol tüketimi miktarlarına bakıldığında da Türkiye’de bir kişi yılda ortalama 2,4 litre alkol tüketirken OECD ülkeleri ortalama 9,8 litreydi. Türkiye’de alkol tüketimi OECD ülkelerine göre anlamlı olarak düşüktü. ( $p<0,001$ ) Sigara kullanım oranlarına bakıldığında ise fark yoktu; Türkiye’de sigara kullanımı OECD ülke ortalamasına benzerdi ( $p: 0,388$ ).

Temel Sağlık Göstergelerine bakıldığında Türkiye’de neonatal ölüm hızı binde 7,1; 5 yaş altı çocuk ölüm hızı binde 13,5 ; anne ölüm hızı ise yüzbinde 16 olarak görüldü. OECD ülkelerinin ortalamaları ise neonatal ölüm hızı

binde 2,66±1,49; 5 yaş altı çocuk ölüm hızı binde 4,66±2,65; anne ölüm hızı ise yüzbinde 8,80±6,88 olarak görüldü ve Türkiye’de bu temel sağlık göstergeleri OECD ülkelerine göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksekti ( $p<0,001$ ). (Tablo 1) (Şekil 3)

Sağlık Hizmet sunum göstergelerine bakıldığında da Türkiye’de onbin kişiye 17,1 doktor, 24 hemşire ve ebe düşmekteydi. Bu göstergeler OECD ülkelerinde ise ortalama onbin kişiye 29,77±7,65 doktor, 89,22±40,36 hemşire ve ebe düşmekteydi. Türkiye’de bin kişi için 2,65 hastane yatak sayısı, 1 milyon kişi için 19,92 hastane mevcut iken OECD ülkelerinde ortalama bin kişi için 4,76±2,51 hastane yatağı, 1 milyon kişi için 29,80±15,19 hastane mevcuttu. Türkiye’de, OECD ülkelerine göre istatistiksel olarak daha düşük sayıda hastane yatağı ve hastane mevcuttu. ( $p<0,001$ ;  $p: 0,001$ )



Şekil 3. Türkiye ve OECD Ülkelerinin Temel Sağlık Göstergeleri

## TARTIŞMA VE SONUÇ

Dünyanın hemen hemen tüm ülkelerinde, sağlık harcamaları son 18 yılda artan eğilim göstermektedir. Özellikle gelişmiş ülkelerdeki

sağlık harcamaları, kanser ve kalp rahatsızlıkları gibi kronik hastalıkları tedavi etmek için yeni tıbbi teknolojilerin benimsenmesinden etkilenirken, gelişmekte olan ülkelerde giderler akut ve bulaşıcı hastalıkları tedavi etmek için uygun maliyetli teknolojilere odaklanmaktadır.<sup>9</sup>

Sağlık harcamaları genellikle sağlığın korunması ve geliştirilmesi adına yapılan harcamaları kapsamaktadır. Genel bütçeden sağlığa ayrılan payın artması, bireylerin yaşam süresini ve kalitesini olumlu etkilemektedir. Erol ve ark. çalışmasında 2009 yılında Türkiye'nin genel bütçeden sağlığa ayrılan payının OECD ülkelerinden düşük seviyede, sıralamada ise son sırada yer aldığı ve 2009 yılında kişi başı sağlık harcamasının (SAGP)'e göre 957 \$ olduğu belirtilmektedir.<sup>10</sup> Bizim çalışmamızda da 2015 yılında Türkiye'deki kişi başı sağlık harcamasının 1064\$ e yükseldiği görülmekte ancak Türkiye, genel bütçeden sağlığa ayrılan payda % 5,2 ile OECD ülkeleri arasında son sıradaki yerini korumaktadır.

Daştan ve ark. çalışmalarında bütçeden sağlığa ayrılan payda OECD ülkeleri 1980-2012 yılları arasında %6,7'den % 9,3'e yükselme göstermiş Türkiye ise %2,4 seviyelerinden %5,4 seviyelerine çıkmıştır. Ülkelerin zenginlik seviyelerinin bir ifadesi olarak gösterilen kişi başı gelir seviyesiyle sağlık harcamaların korele olduğu görülmektedir. Araştırmacılar bu çalışmada sağlık sistemindeki finansman modeli gibi faktörlerin de bütçeden sağlığa ayrılan payı etkileyebileceğini söylemiş, bazı ülkelerin

benzer gelir seviyesinde olmasına rağmen bütçeden sağlığa ayrılan paylarının değişkenlik göstermesine dikkat çekmişlerdir.<sup>11</sup>

Sağlığa harcanan payın ve kişi başı sağlık harcamalarının artırılması için kişi başı gelirin artması gerekmektedir. Temel ihtiyaçların giderilmesi ancak belirli seviyede gelir elde edilmesiyle mümkün olabilir. Boachie ve ark.'ın Gana'da yaptıkları çalışmada okuryazarlık seviyesinin sağlık durumu başlıca yükselten faktör olduğunu belirtmiş ayrıca güçlü bir ilişki olmasa da kişi başı gelirdeki yüzde 10'luk bir artışın bebek ölümlerini yüzde 2,6 azalttığını gösteren bir çalışması mevcuttur.<sup>12</sup>

Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (United Nations Development Programme-UNDP) tarafından geliştirilen İnsani Kalkınma Endeksinde (Human Development Index-HDI) yaşam yılı beklentisi, insani kalkınmanın en önemli göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Mathers ve ark. 2001 yılında OECD ülkelerinin sağlık verilerini karşılaştırmışlardır. Bu çalışmada Türkiye'nin 2001 yılında kadın ve erkeklerde yaşam yılı beklentisi ve sağlıklı yaşam yılı beklentisi açısından Avrupa ülkeleri arasında son sıralarda yer aldığı görülmektedir. Ayrıca Türkiye, Polonya, Macaristan gibi yaşam yılı beklentisinin daha düşük olduğu ülkelerde kayıp yaşam yılının toplam yaşam yılı beklentisine oranının %14'e varan düzeyde olduğu görülmüştür. Çalışmada sağlık harcamalarıyla sağlıklı yaşam yılı beklentisi arasındaki ilişki de

gösterilmiştir. ABD en yüksek sağlık harcamasına rağmen sağlıklı yaşam yılı beklentisinde OECD ülkeleri ortalamasının altında kalmaktayken, Japonya'nın sağlıklı yaşam yılı beklentisi en yüksek olmasına rağmen sağlık harcamasının OECD ortalamasının altında olduğu görülmüştür. ABD dışarıda bırakılarak sağlık harcamalarıyla sağlıklı yaşam yılı beklentisi arasındaki pozitif korele bir ilişki saptanmıştır. Regresyon modeliyle sağlık harcamalarında her 100\$ artışın sağlıklı yaşam yılı beklentisine 0.42 yıl katkı yaptığı saptanmıştır.<sup>13</sup>

Köksal ve ark. yayınladıkları çalışmada 1960'lardan 2013 yılına kadar Türkiye'deki temel sağlık göstergelerinde değişimi ele almışlardır. Türkiye'de bebek ölüm hızı 1960'larda binde 162'den 2013 yılında binde 16 düzeyine kadar azalmış, beş yaş altı ölüm hızında ise bu rakam binde 218'den binde 19,2 seviyesine inmiştir. Ancak bu ciddi azalmaya rağmen Türkiye ile Avrupa Birliği ülkelerinin kıyaslandığı bu çalışmada, Türkiye'nin halen AB ülkelerinden daha fazla bebek ölüm hızı ve beş altı ölüm hızına sahip olduğu görülmüştür. 2013 yılında beş altı ölüm hızı Türkiye'de binde 19,2 seviyesinde iken AB ülkelerinde ise bu rakam binde 4,8 olarak belirtilmiştir.<sup>5</sup> Bizim çalışmamız 2015 OECD verilerine göre yapılmış olup Türkiye'nin beş yaş altı bebek ölüm hızı binde 13,5 iken AB ülkelerinin birçoğunu ayrıca diğer bazı gelişmiş ülkeleri içeren OECD ülkelerinin ortalaması ise binde

4,66 idi. Bebek ölümlerini engellemek için yenidoğan ve çocuklara verilen sağlık bakım hizmetleri geliştirilmelidir ve hizmetlerin ücretsiz verilmesi de bebek ölümlerini azaltabilir. Bu konuda Burkina Fasoda 33500 bebek ölüm riski incelenmiş, sosyoekonomik seviye, ailenin eğitim durumu gibi karıştırıcılar için düzeltme uygulandıktan sonra sadece sağlık sigortası varlığı riski %46 azalttığı öngörülmüştür.<sup>14</sup> Gelişmemiş bir ülkede sağlık sigortası önemli olsa da ülkemizde herkesin sağlık sigortası olduğu göz önünde bulundurulduğunda atabileceğimiz bir sonraki adım bebeklere ve çocuklara verilecek tüm hizmetlerin ücretsiz olmasıdır ve bu da bütçeden sağlığa daha fazla kaynak ayırarak mümkündür.

Robinson ve ark. çalışmalarında yüksek infant ve 5 yaş altı ölüm hızı olan ülkelerde doktor ve hemşire sayılarının azlığını göstermiştir. 5 yaş altı ölüm hızı ile 1000 kişiye düşen hekim sayısı ve ebe sayılarına bakıldığında hemşirelerde 0,72 negatif korelasyon, doktorlarda 0,81 negatif korelasyon gözlemlendiğini bildirmişlerdir. Uygulanan regresyon analizlerinde doktor sayısının 5 yaş altı ölüm hızında %66 açıklayıcılığını belirtmişler ve doktor sayısına ek olarak kişi başı gsyh eklendiğinde %79 açıklayıcılığa ulaşılmıştır.<sup>15</sup> Robinson ve ark. diğer bir çalışmalarında da 1000 kişiye düşen doktor ve hemşire sayıları yüksek olan ülkelerde anne ölüm hızının düştüğü ve aralarında güçlü bir ilişki saptandığı bildirmişlerdir.<sup>16</sup> Türkiye'de on bin kişiye düşen doktor, ebe ve hemşire,

hastane yatak sayısına bakıldığında OECD ye üye ülkelerin ortalamasının altında kaldığı görülmektedir. Türkiye de 2003 yılında 44 tıp fakültesi ile 4803 tıp fakültesi öğrencisi kontenjanı mevcut iken bu sayı 2015 yılında 83 tıp fakültesi ile 12449 öğrenci kontenjanına kadar yükselmiştir. Ülkemizdeki tıp fakültesi ve öğrenci kontenjanı sayısının artması ile, gelecek yıllarda hekim ihtiyacının azalacağı ve hekim sayısının OECD ortalamasına hızla yaklaşacağı tahmin edilmekle beraber, fakültelerin eğitim kalitesinin ve mezuniyet sonrası eğitimin geliştirilmesi amacıyla çalışmalar yapılması önerilmektedir. TÜİK verilerine göre 2003 yılında toplam sağlık kurumu sayısı 9183,bin kişi başına düşen yatak sayısı 2,46 iken 2013 yılında toplam sağlık kurumu sayısı 30449, bin kişi başına düşen yatak sayısı ise 2,66 ya kadar yükselmiştir

Tütün kullanımı önlenebilir bir hastalık ve ölüm nedenidir. Tütün ürünleri kullanım sıklığı bakımından ülkeler arasında önemli farklılıklar vardır. Gelişmiş olan ülkelerde tütün ürünü kullanımı çok düşük düzeydedir, buna karşılık gelişmekte olan ülkelerde genellikle yüksek değerler söz konusudur. Türkiye tütün üreten bir ülkedir ve dünya tütün üretiminin %1.7' sini karşılamaktadır.<sup>17</sup> Ülkemizde sigara kullanımı OECD üyesi ülkelerin ortalamasına benzerdir. 2008 yılında Dünya Sağlık Örgütü Küresel Tütün Salgını Raporu (WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008; The MPOWER Package) isimli bir rapor

yayınlanmıştır. Bu raporda 6 temel strateji önerilmiş, baş harflerinin kısaltmasıyla MPOWER olarak adlandırılmıştır. Bu altı stratejinin Türkçe karşılıkları tütün kullanımı ve tütün kontrolü konusundaki uygulamaların izlenmesi, pasif sigara dumanı etkileniminden korunulması, sigara içenlere bırakmaları konusunda destek sağlanması, tütün kullanımının tehlikeleri konusunda uyarı yapılması, tütün ürünlerinin reklam, tanıtım ve sponsorluğunun yasaklanması, tütün üzerindeki vergi yükünün artırılmasıdır. Türkiye, Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS)'ni 30 Kasım 2004'te onaylamıştır. 2008 yılında da değiştirilen "Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun" hükümleri ile MPOWER paketinde yer alan maddeleri karşılar hale gelmiştir. Bu kanuna göre kapalı alanlarda sigara içilmesine kısıtlamalar gelmiş, sigara içenlerin tedavisiyle ilgili düzenlemeler yapılmış, sigaranın zararlarının anlatılması için eğitim faaliyetleri planlanmış, reklam ve sponsorlukla ilgili engellemeler geliştirilmiş ve çocuklara sigara satışı da yasaklanmıştır. Türkiye bu şekilde tütün kontrolünde en ileri ülkeler konumunda yer almaktadır.<sup>18</sup>

Alkol tüketim miktarına bakacak olursak OECD üye ülkelerin ortalamasından anlamlı ölçüde düşüktür. ( $p<0,001$ ) DSÖ 2014 yılındaki raporuna göre kayıt dışı tüketim göz önünde bulundurulmaz ise 2010 yılında Dünya'da ortalama kişi başına tüketim 4,7 litre saf

alkoldür. Ülkemizdeki alkollü içki tüketimi dünya ortalamasının yaklaşık üçte biri kadardır.<sup>19</sup> Bu durumun kültürel ve dini etkenlere bağlı olabileceği düşünülebilir.

Ülkemiz ile OECD ülkelerinin sağlık göstergeleri arasında önemli farklılıklar vardır. Ülkemizin sağlık göstergelerini iyileştirebilmek ve var olan önemli farklılıkların azaltılması için sağlık hizmetlerimizin gelişmesi gerekmektedir. Bu nedenle bütçeden sağlığa ayrılan payın artırılması; hekim, hemşire gibi sağlık profesyonellerinin ve hastane ve hastane yatak sayılarının artırılması gereklidir. Bunlarla birlikte güçlü bir sağlık sistemi alt yapısı oluşturmak esas alınmalıdır. Kalitenin, etkinlik ve verimliliğinin artırılmasına yönelik eylemlerde bulunurken, Dünya Sağlık Örgütünün geliştirdiği normlara uygun hareket edilmelidir.

## KAYNAKLAR

1. OECD. <http://www.oecd.org/about/history/> Accessed May 10, 2017.
2. OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri. Türkiye; OECD VE IBRD/Dünya Bankası. 2008; 14: 15-43
3. Ersöz F. Türkiye ile OECD ülkelerinin sağlık düzeyleri ve sağlık harcamalarının analizi. İstatistikçiler Dergisi 2. 2008; 95-104.
4. Sığırlı D, Ediz B, Cangür Ş, Ercan İ, Kan İ. Türkiye Ve Avrupa Birliği'ne Üye Ülkelerin Sağlık Düzeyi Ölçütlerinin Çok Boyutlu Ölçekleme Analizi İle İncelenmesi+. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi. 2006; 13(2): 81-85
5. Köksal SS, Sipahioğlu NT, Yurtsever E, Vehid S. Temel Sağlık Düzeyi Göstergeleri Açısından Türkiye ve Avrupa Birliği Ülkeleri, TJFMPC, 2016;10(4): 205-212. DOI: 10.21763/tjfmpe.271087
6. World Health Organization. World Health Statistics 2016: Monitoring Health for the SDGs Sustainable Development Goals. World Health Organization, 2016.
7. OECD.Stat. <http://stats.oecd.org/> Accessed May 10, 2017.
8. [http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab\\_id=1613](http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1613) Accessed May 10, 2017.
9. Çelik Y, Khan M, Hikmet N. Achieving Value for Money in Health: a Comparative analysis of OECD countries and Regional Countries. The International Journal of Health Planning and Management. (2016) doi: 10.1002/hpm.2375
10. Erol H, Özdemir A. Türkiye'de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi. Sosyal Güvenlik Dergisi. 2014;4(1): 9-34.
11. Daştan İ, Çetinkaya V. OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması. Sosyal Güvenlik Dergisi, 2015;5(1): 104-134.
12. Boachie M.K., Ramu, K. Effect of public health expenditure on health status in Ghana.



- Int. J. Health. 2016; 4(1), 6–11.  
doi:10.14419/ijh.v4i1.5794
13. Mathers CD, Murray CJL, Salomon JA, et al. Healthy life expectancy: comparison of OECD countries in 2001. Australian and New Zealand Journal of Public Health. 2003; 27: 5-11.
14. Schoeps A, Lietz H, Sié A, et al. Health insurance and child mortality in rural Burkina Faso. Global health action, 2015; 8(1),  
<http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.27327>
15. Robinson J, Wharrad H. Invisible Nursing: Exploring Health Outcomes at Global Level. Relationships between Infant and Under-5 Mortality Rates and the Distribution of Health Professionals, GNP per capita, and Female Literacy. Journal of Advanced Nursing. 2000; 32: 28-40.  
doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01458.x.
16. Robinson J, Wharrad H. Relationships between Attendance at Birth and Maternal Mortality Rates: An exploration of United Nation's data sets including the Ratios of Physicians and Nurses to Population, GNP per capita and Female Literacy. Journal of Advanced Nursing. 2001; 34: 445-455.  
doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01773.x
17. Bilir N. Dünyada ve Türkiye’de Tütün Kullanımı Epidemiyolojisi. In: Aytemur ZA & Akçay Ş & Elbek O ed. Tütün ve Tütün Kontrolü Kitabı, Toraks Kitapları. 1th.ed. Ocak 2010: 21-35
18. Bilir N. Türkiye tütün kontrolünde dünyanın neresinde? Türk Toraks Dergisi. 2009; 10: 31-34.
19. Buzrul S. Türkiye’de Alkollü İçki Tüketimi. Journal of Food and Health Science. 2016; 2(3):112-122.  
doi:10.3153/JFHS16012

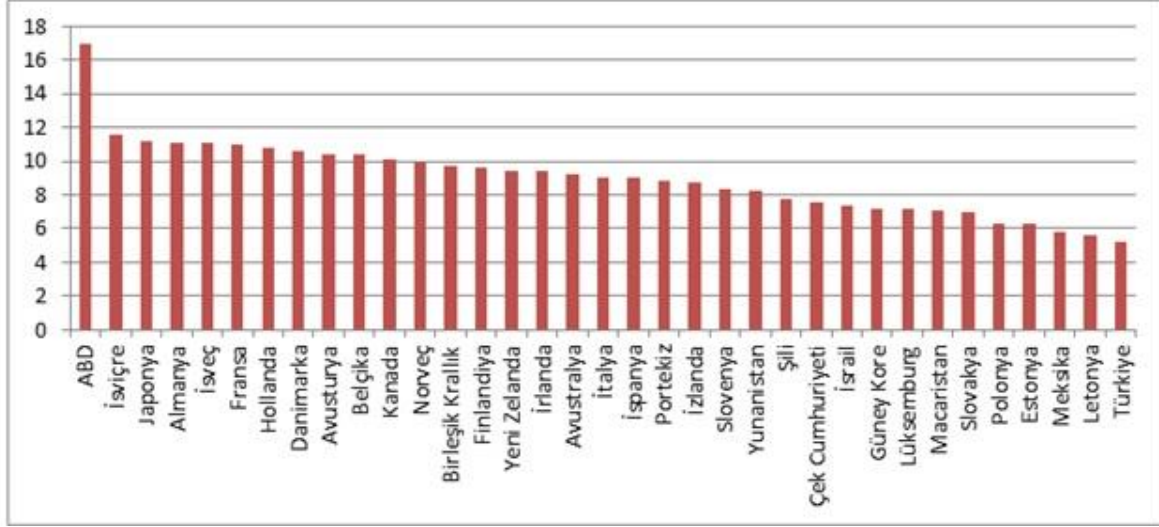
Tablo 1: Türkiye ve OECD Ülkelerinde Temel Sağlık Göstergeleri ve Sağlık Harcamaları(2015)

Gösterge	Türkiye	OECD(ort±ss)	p değeri
Kişi Başı Gayri Safi Yurtiçi Hasıla(SAGP)(USD)*	24309	41353±16029	<0,001
Kişi Başı Sağlık Harcaması*	1064	3813±1955	<0,001
Sağlık Harcamalarının Bütçedeki Payı(%)*	5,23	8,99±2,24	<0,001
Kadınlarda Yaşam Yılı Beklentisi*	78,9	83,16±1,94	<0,001
Erkeklerde Yaşam Yılı Beklentisi*	72,6	78,02±3,10	<0,001
Yaşam Yılı Beklentisi(Total)*	75,8	80,53±2,42	<0,001
Sağlıklı Yaşam Yılı Beklentisi*	66,2	70,98±1,99	<0,001
15 yaş ve üzerinde Alkol tüketimi(litre)*	2,4	9,80±2,55	<0,001
Neonatal Mortalite Hızı(binde)*	7,1	2,66±1,49	<0,001
5 Yaş Altı Ölüm Hızı(binde)*	13,5	4,66±2,65	<0,001
Anne Ölüm Hızı(yüzbinde)*	16	8,80±6,88	<0,001
15 yaş üzeri popülasyonda Sigara kullanma(%)*	25,5	24,47±6,86	0,388
Doktor Sayısı(onbinde)**	17,1	29,77±7,65	<0,001
Hemşire ve ebe(onbinde)**	24	89,22±40,36	<0,001
Hastane yatak sayısı(binde)**	2,65	4,76±2,51	<0,001
Hastane sayısı(milyonda)**	19,92	29,80±15,19	0,001

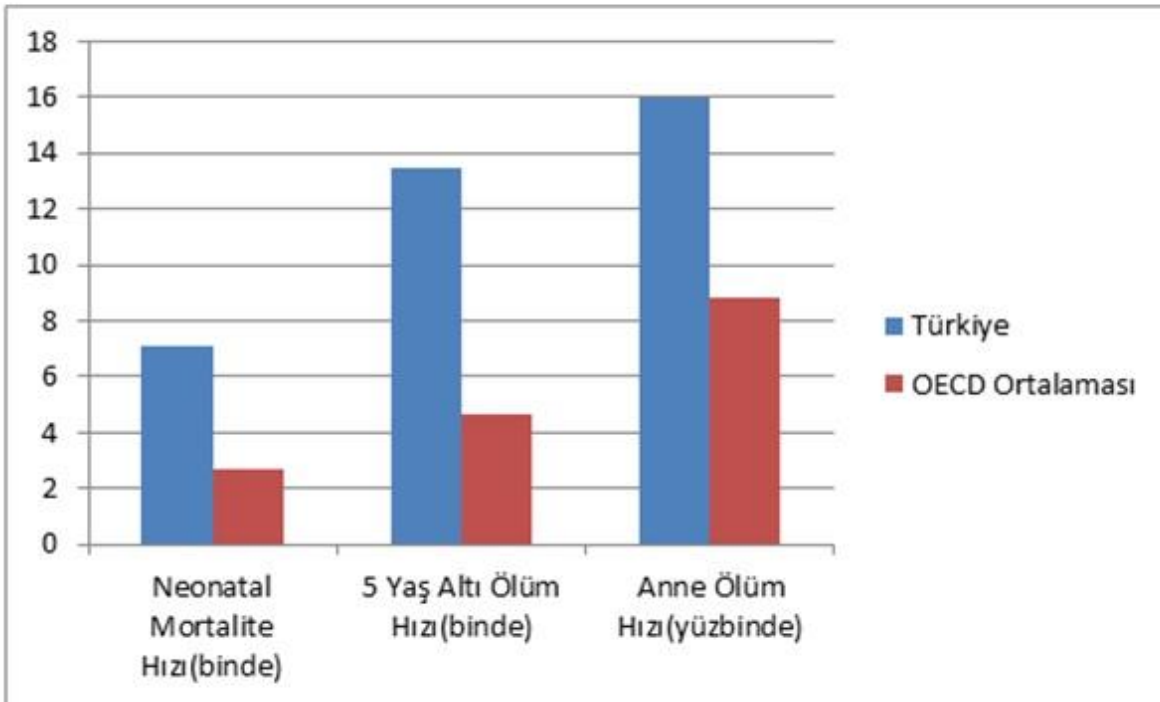
\*:2015 yılı verileri

\*\* :2013 yılı verileri

Şekil 1: Ülkelerin 2015 Yılında Bütçelerinden Sağlığa Ayırdığı Pay Yüzdeleri



Şekil 2: Türkiye ve OECD Ülkelerinin Temel Sağlık Göstergeleri



Şekil 3: Türkiye ve OECD Ülkelerinin Yaşam Yılı Beklentileri

