

# OECD 2023 verileri penceresinden Türkiye'nin sağlık durumu

**Prof. Dr. Sabahattin Aydın**



1959 yılında Bolu-Göynük'te doğdu. İlk öğrenimini İstanbul'da Şair Nedim İlkokulunda, orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesinde tamamladı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesinden 1985 yılında mezun oldu. Üroloji uzmanlığını Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde tamamladı (1992). Sakarya-Geyve Devlet Hastanesinde uzman doktor olarak çalıştı. 1994 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalına yardımcı doçent olarak atandı. 1996 yılında doçent, 2003 yılında profesör oldu. 2003 yılında klinik mikrobiyoloji dalında bilim doktoru oldu. Yüzüncü Yıl Üniversitesinde çeşitli idari görevlerde bulundu. 2001-2002 yıllarında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü yapan Aydın, Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu Üyeliği ve Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevlerini üstlendi. 2010-2020 yılları arasında İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörlüğü yapan Dr. Aydın, son olarak 2020-2023 yılları arasında Sağlık Bakan Yardımcılığı görevini yürüttü.

**B**undan 10 yıl önce Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi'nin 30. sayısında, Kalkınma ve Ekonomik İş Birliği Teşkilatının (OECD) güncel sağlık istatistikleri ile ülkemizin durumunu kıyaslayan bir yazım yayınlanmıştı. O yazımdaki referansım OECD Sağlık İstatistikleri 2013'tü. Şimdilerde ise OECD Sağlık İstatistikleri 2023 yayımlandı. Aradan 10 yıl geçtikten sonra sağlıkta hem küresel değişimi hem de ulusal gelişmeleri tekrar ele alarak kıyaslamak istiyorum. Bu yazı bir anlamda "OECD 2013 verileri penceresinden Türkiye'nin Sağlık Durumu" başlıklı makalenin güncellenmiş hâlidir.

Konu ile ilgili olanların yakından bildiği gibi OECD veri tabanı tarım, ekonomi, eğitim, enerji, çevre, sağlık, endüstri, bilgi ve iletişim, uluslararası ticaret, iş gücü, nüfus, vergiler, kamu harcamaları ve AR-GE gibi farklı alanlardaki durumu gösteren 100'den fazla indikatörün yer aldığı önemli bir uluslararası kaynaktır. Sağlık istatistikleri, araştırmacı ve politika yapıcılara sağlık durumu ve sağlık sistemleri açısından ülkeler arasında karşılaştırma imkânı veren, bilinen en kapsamlı araçlardan biridir. Bu yazımda bir yandan bu veriler ışığında Türkiye sağlığını ele almaya çalışırken, diğer yandan on yıllık bir değişimi de gözden geçirmeyi amaçlıyorum.

Konunun uzmanları için gereksiz tekrar gibi görünebilirse de okuyucunun verileri sağlıklı değerlendirebilmesi açısından açıklamakta fayda var. Geniş kapsamlı istatistik verilerinin toplanması, doğrulanması, yayımlanması ve uluslararası kuruluşlar nezdinde kabul görüp veri tabanlarında yer alması uzunca bir sürecin eseridir. Veri toplama yöntemi, özellikle saha araştırmaları, anketler, kayıtların belli merkezlerde toplanarak konsolide edilmesi, analizi ve yorumlanması sürecin tabii olduğu zaman aralığını etkileyen önemli faktörlerdir. Bazı veriler saha araştırmaları yoluyla ve belli aralıklarla yapıldığından ancak birkaç yılda bir veri tabanlarında güncellenmektedir. Ayrıca farklı ülkelerin bu anlamda kapasite ve yetenekleri aynı olmadığı için ülkelerin karşılaştırmasında her zaman aynı zaman dilimindeki verilere ulaşmak mümkün olmamaktadır. Bu yüzden en güncel tablolarda bile "mümkün olan en son veri" olarak bazen yıllar öncesine ait veriler yer alabilmektedir. Bu duruma dayalı olarak bazı verilerin yanında elde edildiği yıl da verilmektedir. Karşılaştırmalarda bu hususun dikkate alınmasında yarar umuyorum.

Hayat şartlarının iyileşmesi, halk sağlığı hizmetlerinin gelişmesi ve sağlık hizmetlerindeki ilerlemelere paralel olarak OECD ülkelerinde doğumda bek-

lenen hayat süresinde önemli bir artış olduğundan söz etmiştik. Ancak son dönemde yaşadığımız COVID-19 pandemisi bu durumu biraz değiştirdi. Dünyada 1 ila 1,5 yıl arasında değişen düşüşler yaşandı. Türkiye 1960'tan sonra en fazla iyileşme gösteren ülkelerden biri olmasına rağmen OECD ortalamasını yakalayamamıştı. 2023 verilerine göre Türkiye son 10 yılda en hızlı artış gösteren ülkeler listesinin başında yer alıyor. Birinci sırada Türkiye 4,3 yıl, ikinci Kore 3,4 yıl ve Kolombiya 2,5 yıl (2021) artış göstermiş. OECD Ortalaması 80,3. Doğumda yaşam beklentisi 80'in üzerinde olan ülkeler Japonya, İsviçre ve Kore. Türkiye 78,6 ortalama ile ABD ile birlikte 75-80 bandında yer alıyor. Polonya 77,4, ABD 76,4, Macaristan 76,2, Meksika 75,4 yıl ile Türkiye'nin altında yer alırken, İngiltere 80,4, Almanya ve Yunanistan 80,7, Fransa 82,3, İtalya 83, İspanya 83,2 ile üstümüzde konuşlanmış. Doğumda beklenen yaşam süresi en yüksek olan ülkeler Kore 83,6 ve Japonya 84,5.

Bebek ölüm hızı (1.000 canlı doğumda bir yaşından önce ölen bebek sayısı) sağlık durumunun önemli göstergelerinden biridir. Bebek ölüm hızı Türkiye'de 60'lı yıllarda 1.000 canlı doğumda 190 idi. 2002'de 31,5 iken istikrarlı bir şekilde azalmaya devam ederek 2005'te 21,3 oldu. 2011 yılında 7,7 olarak bil-

dirilmişti. OECD 2023 veri tabanında 9,1 olarak görünüyor. Burada bir veri iletim sorunu mu var, yoksa son yıllarda milyonlarca ifade edilen göçmen misafirlerimizin doğumlarının etkisi mi oldu, araştırmaya değer bir husus olduğu anlaşılıyor. Bu arada OECD ortalaması 4,7'den (2011) 4'e (2021) düştü. Türkiye'nin üzerinde olan ülkelerden Kosta Rika 9,6, Meksika 12,7, Kolombiya 16,5, Şili (5,9) ve ABD (5,4) hemen altımızda yer alıyor. En iyi durumda olan ülkeler İsveç, Slovenya ve Finlandiya (1,8) Japonya (1,7).

Anne ölüm oranlarında durum pek iç açısı görünmüyor. 100.000 canlı doğumda anne ölüm oranı OECD ülkelerinde ortalama 10,9 (2020). Bu oran dahi Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinin gerisinde kalıyor. Türkiye anne ölüm oranının 13,1 bildirmesine rağmen OECD veri tabanında 2020 tahmini 17,3 olarak yer almış. Özellikle 2020 ve 2021 yılı verilerini değerlendirirken COVID'e bağlı ölümlerin tabloyu analiz etmekte güçleştirdiğini dikkate almak gerekir sanıyorum. Veri tabanında Polonya, İsrail, İzlanda ve Avustralya gibi ülkelerde bu oran 3'ün altında kalıyor. Diğer taraftan OECD ülkelerinden Meksika'da anne ölüm oranı 55, Kolombiya'da 72 civarında. Diğer ülkelere Peru'da bu oran 69'u, Endonezya'da 173'ü buluyor.

On yıl önce sağlık harcamasının GSYİH'ye oranı OECD ortalaması yüzde 9,5 (2011) iken, pandemi öncesinde yüzde 9,7'lere (2021) ulaşmış, şu anda 9,2'ye (2022) düşmüştür. Türkiye'de toplam sağlık harcamasının GSYİH'ye oranı 2008 yılında yüzde 6,1 iken son yıllarda yüzde 4-5 civarında seyretmiştir. Şu anda yüzde 4,3 olarak rapor edilmektedir; bu hâliyle OECD tablosunda ülkemiz tablonun en solunda yer almaktadır. Yüzde 6'nın altında olan ülkeler Türkiye, Meksika ve Lüksemburg'dur. Diğer taraftan İspanya'nın sağlık harcamasının GSYİH'ye oranı yüzde 10,4, İngiltere'nin 11,3, Fransa'nın 12,1, Almanya'nın yüzde 12,7, Amerika'nın ise 16,6'dır (2022). Bu ülkelerin millî gelirlerinin ülkemizden daha fazla olduğu da dikkate alınırsa sağlık harcamalarının ne denli yüksek olduğu daha kolay anlaşılır. Sağlıkta Dönüşüm Programıyla yıldızı parlayan Türkiye sağlık sisteminin son yıllarda gittikçe artan sorunlarla boğuşuyor olmasının temel nedenlerinden biri sanırım bu tablolardan anlaşılabilir.

On yıl önceki verilere göre sağlık harcamaları içinde kamunun payı OECD ortalamasında yüzde 72 idi (2011). Son raporda bu oran yüzde 76'ya (2021) çıkmış durumda. Türkiye'de 2000 yılında yüzde 63 olan kamu kaynaklı sağlık harcaması 2008 yılında yüzde 73'e ulaşarak OECD ortalamasının az da olsa üzerine çıkmıştı. Son yayınlanan veride yine OECD ortalamasının üzerindeki konumunu koruyarak bu oranın yüzde 79'u (2022) bulunduğu görülüyor.

Kamu cari sağlık harcaması açısından Türkiye'nin oranı yüzde 76,3. Bu arada cari kamu harcamasından kastedilenin, merkezi bütçe ve zorunlu sigorta kaynakları kullanılarak yapılan yatırım dışı harcamalar olduğunu belirtelim. Bu hususta lider konumunda olan ülke şimdilik Almanya (yüzde 86,5). OECD sağlık verilerine göre sırasıyla Japonya yüzde 85,5, Fransa 84,8, Amerika 84,8, İngiltere 81,5, Avusturya 77,8 kamu kaynaklı sağlık harcaması yapıyor. Türkiye'den daha düşük ülkeler arasında ise İspanya (yüzde 70,2), Şili (yüzde 62,2) ve Yunanistan (yüzde 59,2) gibi ülkeler yer alıyor. En düşük oranda kamu sağlık harcaması yapan ülke Meksika (yüzde 53). Ancak bu verilerin analizi yapıldığında yaşanan pratikle tam uyum gösterdiğini söylemek zor. Veri toplama yöntemi ve veri tanımları detaylı olarak incelenmeden bu rakamlara bakarak ülkelerin sağlık sistemleri konusunda bir yargıya varmak kolay değil. Mesele millî sağlık sistemine sahip (NHS) İngiltere'nin cari kamu harcaması yüzde 81,5 iken nüfusunun önemli bir kısmı çok yüksek bedeller ödeyerek sağlık hizmetlerine erişebilen Amerika'da bu oranın yüzde 84,8 olması bana çok makul gelmiyor. Önceki analizimizde Şili ve Meksika ile birlikte Amerika kamu harcaması bakımından en düşük ülkeler arasındaydı. Bu verinin detayına indiğimizde Amerika'da devlet katkısının yüzde 30, zorunlu sigortanın yüzde 53 civarında olduğu anlaşılıyor. 'Kamu cari sağlık harcaması' tanımına bir kez daha dikkatinizi çekmek istiyorum.

Cari sağlık harcamalarından kamu harcamalarını ve buna ilave olarak isteğe bağlı sigorta harcamalarını da çıkarırsak geriye vatandaşın üzerine yük olarak kalan cepten sağlık harcamaları kalmaktadır. Verilere göre cepten sağlık harcaması en düşük olan ülke Lüksemburg (yüzde 8,8) görünmektedir. Sırasıyla Fransa yüzde 8,9, Amerika

10,7, Almanya 11, Japonya 11,1, İngiltere 13,9, Finlandiya 16,1, İspanya 21, İtalya 21,4 ve en yüksek oranda Kore yüzde 28 cepten harcama yapmaktadır. Türkiye'nin oranı ise yüzde 16,3'tür. Bu oran dikkat çekicidir. Kamu sağlık sisteminin kapsayıcılığı geniş olmasına rağmen pratikte yeterince hedefine ulaşamadığı ve vatandaşların alternatif yolları denemek zorunda kaldığı anlaşılmaktadır.

Kişi başı yıllık sağlık harcamasında OECD ortalaması 2008 yılında satın alma paritesine göre 3 bin 268 dolar iken, 2022 yılında 4 bin 986 dolara çıkmıştır. Teknolojik gelişmeler ve beklenti artışına bağlı olarak her yıl bu harcamalarda artış beklenen bir durumdur. Türkiye ise 2008 yılında kişi başı 906 dolar harcarken 2022 yılı itibarıyla 1.827 dolar harcamaktadır.

Türkiye'den daha düşük kişi başı harcama yapan OECD ülkeleri Kosta Rika (1.657), Kolombiya (1.640) ve Meksika'dır (1.181). Ülkemiz en düşük harcama yapan ülke ünvanını devretmiş görünüyor. Diğer yandan 2023 raporuna göre Yunanistan 3.015 dolar, İtalya 4.291, İspanya 4.432, Kore 4.570, Japonya 5.251, İngiltere 5.493, Kanada 6.319, Fransa 6.630 dolar kişi başı harcama yapmaktadır. En yüksek harcama yapan ülkeler Almanya (8.011), İsviçre (8.049) ve Amerika'dır (12.555). Bu arada Amerika'nın on yıl önce 8.502 dolar olan kişi başı sağlık harcamasının 12.555 dolara (2022) ulaştığına dikkat çekmek isterim. Amerika Birleşik Devletleri en fazla sağlık harcaması yapan ülke konumunu korumaktadır.

Sağlık sektörü teknoloji ve bilgi yoğunluklu bir hizmet alanıdır. Yatırım kadar, hatta daha fazla iyi eğitilmiş insan kaynağına ihtiyaç duyar. Bu alanda da dikkat çekici bir durum söz konusudur. Türkiye'de son yıllarda doktor ve hemşire sayılarında önemli artışlar olmakla birlikte ülkemiz kişi başı doktor sıralamasında OECD ülkeleri arasında yine oldukça gerilerdedir. 2011'de 1.000 kişiye 1,7 doktor düşmekteydi. Aynı yıl OECD ortalaması 3,1 olduğuna göre, doktor yoğunluğu OECD'nin neredeyse yarısı düzeyindeydi. 2021 yılında OECD ortalaması 3,7'ye yükseldi; Türkiye'de ise bu oran 2,2 oldu. Görüleceği üzere bizim doktor sayısındaki artışımızın OECD rakamlarını yakalaması kolay görünmüyor. Son yıllarda çok sayıda

mezun veriyor olmamızın oluşturduğu tepkinin yersiz ve anlamsız olduğu anlaşılıyor. Tabii bu arada doktor sayısını artırma telaşıyla eğitim zaafı içinde gerekli yetkinlikten yoksun doktorlar yetiştirme riskini göz ardı etmemek lazımdır. Türkiye'ye en yakın değerleri olan Meksika'da 1.000 kişiye 2,5, Kore'de 2,6 doktor düşmektedir. Diğer taraftan İspanya ve Almanya'da bu oran 4,5, Norveç'te 5,2 Avusturya'da 5,5'tir.

Genel doktor sayısı içinde uzman doktor sayısı gittikçe artmaktadır. İrlanda, Norveç ve Portekiz dışında uzman hekim sayıları pratisyen hekim sayısından fazladır. Bu durum pratisyen hekime dayalı sağlık hizmet modellerinden uzaklaşmakta olduğunu göstermektedir. Klasik birinci basamak hekimliğinin yerini uzman hekime dayalı aile hekimliği almakta, ya da hekim temelli birinci basamak sağlıklı hizmeti diğer sağlık meslekleri yönünde farklılaşmaktadır.

Doktor kaynağının geleceğe yönelik yönetilebilmesi verilen eğitimin kapasitesine bağlıdır. Ülkeler tıp eğitiminde kapasite artırarak veya kapasiteyi sınırlayarak bu süreci yönetmeye çalışmaktadır. 2010 yılında 100.000 kişi başına en fazla doktor mezun veren ülkeler Avusturya (22), İrlanda (17), Danimarka (16), Yunanistan ve Çek Cumhuriyeti'ydi (14). İsrail (4), Şili (5), Japonya (6) ve Fransa (6) 100.000 nüfus başına en az mezun veren ülkelerdi. Aynı dönemde OECD ortalaması 100.000 kişi başına 10 mezundu. Türkiye ise bu dönemde (2011) yaklaşık 7 mezun veriyordu. Daha önceki analizimde yılda 7.500 mezun verdiğimizde OECD ortalamasını yakalayacağımızı varsaymıştım. Geldiğimiz noktada OECD ülkelerinde de artışın devam ettiği gerçeği karşısında doğru bir tahminde bulunamadığımı itiraf etmek durumundayım.

Son 10 yılda doktor mezunu sayısı bakımından OECD ortalamasında yüzde 50'ye yakın artış olmuştur. 2022 verilerine göre Türkiye 15 bin 730 doktoru mezun etmiştir. Aynı sürede İngiltere'nin 13 bin 520, İspanya'nın 14 bin 170, Almanya'nın 12 bin 400, Fransa'nın 11 bin 940 ve İtalya'nın 18 bin 140 mezun verdiği görülüyor. Letonya 27 bin 560, Romanya 26 bin 180 ve İrlanda 26 bin 30 mezunla en fazla doktor mezun eden ülkeler. 100.000 kişi başına mezun sayısında OECD ortalaması (2021)

14,2. Türkiye ise 15,7'ye ulaşmış durumda. Bu hızla OECD ortalamasını kısmen de olsa aşmış durumdayız. Danimarka, Romanya, İrlanda ve Letonya gibi ülkelerde bu rakam 20'nin üzerinde seyrediyor. Kanada, Kore, Japonya ve İsrail'de ise 7-7,5 civarında. Tabii mezun sayısı ve çalışan doktor sayısını göz ardı ederek sağlıklı bir karşılaştırma yapmamız mümkün değil. Mesela İsrail az sayıda mezun (100.000'de 6,8) vermekte ancak yüzde 60'ı yurt dışından gelen doktorlarla açığı kapatmaya çalışmaktadır. Birçok ülkenin mezunları arasında çok sayıda yabancı öğrenci bulunmaktadır.

Ülkenin yeni yetiştirdiği doktor sayısı, emekli olup sistem dışına çıkan doktorların yerine geçecek, mevcut veya gelecekteki eksiklikleri tamamlayacak yeni doktorların sayısını değerlendirmek için önemli bir göstergedir. Bu konudaki öngörü çok önemlidir. Zira, tıp fakültesi kontenjanları konusundaki kararların sonuç alması uzun yıllar almaktadır. Ayrıca öğrenci hareketliliği ve sağlık profesyonelliği hareketliliğinin çok fazla arttığı dünyamızda bu değerlendirmelerin yapılabilmesi için daha detaylı verilere ihtiyaç olduğu aşikâr.

2011'de OECD ülkelerinde 1.000 kişi başına ortalama 8,7 hemşire düşerken on yıl sonra (2021) 9,2 olmuştur. Letonya, Slovakya ve İsveç gibi birkaç ülke dışında OECD ülkelerinde hemşire yoğunluğunda artış olmuştur. Kolombiya'yı göz ardı edersek Türkiye 1.000 kişi başına 2,8 hemşireyle grafiğin en solunda yer almaya devam etmektedir. 2011'de ülkemizde 1.000 kişiye düşen hemşire sayısı 1,7 iken son tahlilde 2,8'e (2021) ulaşması sıralamadaki yerimizi değiştirmeye yeterli olmamıştır. Türkiye'yi her zaman olduğu gibi en yakından takip eden ülke Meksika'dır (2,9). Sağlık hizmetlerinde rakiplerimiz olan Almanya ve Japonya'da 1.000 kişi başına 12, İsviçre'de 18,4, Finlandiya ise 18,9 hemşire düşmektedir.

OECD ülkelerinde hemşirelik mezunlarının sayısının, 2000 yılında 350.000 civarında iken, 2010'da 520.000'e ve 2021'de 640.000'e yükseldiği görülmektedir. Yani istikrarlı bir mezun artışı vardır. Bununla birlikte, 2021'de Kolombiya, Lüksemburg, Meksika, İtalya ve Türkiye'de 100.000 nüfusa düşen mezun sayısının 20'nin altında kalmış-

tır. Avustralya, İsviçre ve Kore'de ise 100.000 nüfusa düşen mezun sayısı 100'ün üzerine çıkmıştır. OECD ülkelerinin ortalaması yılda 100.000 kişi başına 42,8 iken Türkiye 18,5 hemşire mezun vermektedir. Türkiye'de bu denli sınırlı mezun vermemize rağmen hâlâ iş arayan hemşirenin varlığı üzerinde düşünmemiz gerekir. Az mezuna karşılık daha da düşük istihdam olduğu anlaşılıyor. Sağlık sistemimizde hemşire rolünün gereği kadar etkili üstenilmediği ve hizmet açığını doktorla kapatma gibi hatalı bir yol izlediğimiz kanaatini taşıyorum. Mesleklerin görev tanımları ve yetki sınırlarını gözden geçirerek bu çelişkiye müdahale etmezsek sistemimiz tehdit altına girecek ve doktorlar çoğu gerçek yetkinlikleriyle uyumsuz ağır iş yükü altında kalmaya devam edecektir.

Gelişen sağlık teknolojileri, dijitalizasyon ve uzaktan hasta takibi gibi güncel durumlar karşısında gittikçe önemini kaybetmesine rağmen nüfus başına düşen yatak sayısı hâlen hastane hizmetlerinin kapasitesini gösteren bir ölçüt olarak kullanılmaya devam etmektedir. Türkiye'de 2011'de 1.000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı 2,5 idi. Son durumda (2022) bu oranın 3'e çıktığı görülüyor. Danimarka ve İsrail'de de bizim gibi aynı 1.000 kişiye 3 yatak düşüyor. Bu arada Amerika (2,8), Kanada (2,6), İngiltere (2,4) ve İsveç (2,0) gibi ülkelerde nüfusa göre yatak sayısının bizim altımızda kaldığını belirtelim. OECD ülkeleri içinde Meksika nüfusa göre en düşük atağa sahip olan ülke konumunda. Son 10 yılda yatak sayısını en fazla artıran ülkeler Kore +3,2 (yüzde 14), Türkiye +0,4 (yüzde 15) ve Kolombiya +0,2 (yüzde 16) olmuştur. Türkiye'deki artışta ardı sıra açılan şehir hastanelerinin önemli bir rolü olmuştur. Ülkemizde bu dönemde yapılan sağlık yatırımlarının yatak sayısı artışından ziyade nitelikli yataklara dönüşüme odaklandığını da belirtmekte yarar var.

2011 yılında 4,8 olan OECD ortalaması ise düşme eğilimine girerek 2021 yılında 4,3'e inmiştir. Ayaktan ve hastane dışında hasta takibi ve girişim imkânlarının gittikçe artması karşısında bu düşüş beklenen bir durumdur. Ancak İsviçre'de 1.000 kişiye 4,5, Fransa'da 5,7, Almanya'da 7,8, Japonya'da 12,6 ve Kore'de hâlen 12,8 yatak düşmekte olduğunun altını çizelim. Kısacası bu göstergelere bakarak

gidişat hakkında yorum yapmak kolay değil. Toplumun alışkanlıkları, beklentileri, coğrafik şartlar, teknolojik altyapı, ulaşım ve iletişim imkânları, yetişmiş insan kaynağı gibi birçok unsur sağlık sistemi içindeki hastane yatağı sayısını etkileyen faktörlerdir.

Bütün OECD ülkelerinde kronik hastalık risk faktörleri olarak tütün kullanımı ve şişmanlık iki önemli sorun olarak öne çıkmaktadır. Türkiye’de tütünle mücadele politikalarının etkisi görülmüş ve 15 yaşının üstündeki erişkinlerde günlük içicilerin oranı 1989’da yüzde 43,6 iken 2006’da yüzde 33,4’e, 2008’de yüzde 27,4’e 2010’da 25,4’e ve nihayet 2012’de 23,8’e gerilemişti. Birçok düzenleme hayata geçirilmiş olsa da bu husustaki istikrar korunamadı. Tütün kullanım yoğunluğu erişkin erkeklerden kadın ve gençlere doğru kayma gösterdi. 2021 yılı itibarıyla 15 yaş ve üzerinde her gün tütün kullananların OECD ortalaması yüzde 15,9’dur. Türkiye’de ise bu oran yüzde 28’e yükselmiş durumda (Kadın 14,9, Erkek 41,3). Maaşesef bu OECD ülkelerinde lider konumda olduğumuzu gösteriyor. On yıl önce bize en yakın olan İtalya, Kore ve İspanya gibi ülkelerin yerini Yunanistan ve Macaristan (24,9), Fransa (25,3) almıştır. Diğer yandan bu oranın düşük olduğu ülkelerden İngiltere’de yüzde 12,7, Meksika’da 8,6 ve İzlanda’da 6,2’dir.

On yıl önce OECD ülkelerinde nüfusun yarısından fazlasının (yüzde 53) fazla kilolu veya obez olduğu bildiriliyordu. Bu oran çok değişmemiş durumdadır. Bildirime dayalı grafiklere göre nüfusun yüzde 54’ü fazla kilolu, yüzde 18’i obez durumdadır (2021). Doğrudan ölçümle Türkiye’nin de dâhil olduğu 16 OECD ülkesinden elde edilen verilere göre bu oranlar sırasıyla 60 ve 26 çıkmıştır. On yıl önceki bildirimde dayalı raporda obez nüfusun OECD ortalaması yüzde 17,8 iken Türkiye’de obezite oranı yüzde 16,9 olarak bildirilmişti. Bu durumda Türkiye’nin kısmen avantajlı olduğunu düşünüyorduk. Ancak doğrudan ölçümlere dayalı güncel verilere göre (2021) Türkiye’de erişkinlerde obezite oranı yüzde 29 bulunmuştur. Bu durumda OECD ortalamasının üzerine çıkmış olduğumuz görünüyor. Gidişatın alarm zilleri çaldığını herhâlde söylememe gerek yoktur. Bu arada ölçüme dayalı verilerde yüzde 43 oranıyla Amerika’nın liderliğini korumaya devam ettiğini belirtirim. Obezite oranlarının artışı ve

bağlı olarak artan kronik hastalıklar ile sağlık harcamalarının artışı arasındaki ilişki açısından da gelecek projeksiyonu yapanları uyarmak isterim.

OECD ülkelerinde alkol tüketiminin verdiği hasarlar, sağlık harcamalarında ortalama yüzde 2,5 artışa sebep olmaktadır. Bazı ülkelerde bu artış yüzde 4,5’u bulmaktadır. 2011 yılında 15 yaş üstü kişi başına yıllık alkol tüketimi ortalama 9,5 litre iken bu 10 yıllık sürede 8,6’ya (2021) düşmüş durumdadır. Daha önce Avusturya, Kore ve Fransa yıllık 12 litrenin üzerinde tüketimle başı çekerken şimdi bu liderliği Litvanya (12,1 l.) ve Letonya’ya (12,2 l.) bırakmış görünuyorlar. Türkiye kişi başı 1,4 litre ile en az alkol tüketen OECD ülkesi olma özelliğini koruyor. Türkiye’nin ardından 3,1 litre ile İsrail gelmektedir. Dinî inancın bu tüketim miktarında oldukça etkili olduğu anlaşılmaktadır. Halk sağlığında bu faktörün önemli bir araç olduğunu unutmamak gerekir.

Alkol yanında, henüz umudumuzu koruduğumuz başka alanlar da var. Mesela kansere bağlı ölümlerde oldukça iyi durumda olduğumuz görünüyor. Kore’de 100.000 kişide 160, Japonya’da 175, İspanya’da 182, Almanya’da 216, İngiltere’de 222, Macaristan’da 286 kanser ölümü gerçekleşirken, Türkiye’de bu sayının 154 olduğu görünüyor. Yine son yıllarda sıkça gündeme gelen intihar vakaları da dikkat çekici. Türkiye’de 100.000 kişide 4,4 kişinin intihar ettiği bildirilmiş. Bu sayı Meksika’da 5,6, İspanya’da 7,6, Portekiz ve İngiltere’de 8,6, Almanya’da 9,7, Amerika’da 10,1, Japonya’da 15,4 ve Kore’de 24,1.

Özetlersek, Türkiye doğumda beklenen yaşam süresini son yıllarda en fazla artırmayı başaran OECD ülkesi olarak beklenen yaşam süresi, önlenebilir mortaliteyi azaltma ve sağlıklı şartlarda bulunmayan nüfus bakımından OECD ortalamalarına yakın durumdadır. Ne var ki, obezite yükü bakımından ise daha kötü durumdadır. Sosyal güvenlik kapsayıcılığında, hizmet alan memnuniyetinde, finansal korumada ve görülmeyen sağlık ihtiyaçlarında yine OECD ortalamalarına yakın durumdadır. Akıtmiyokard infarktüsü ve inme gibi durumlara müdahale ve kişi başı antibiyotik yazımında OECD ortalamalarını yakalamakla birlikte, önlenebilir yatışlarda ve mamografi gibi etkili önleyici tedbir-

lerde OECD’nin gerisinde kalmaktadır. Bununla birlikte sağlık sisteminin işlerliğinin işareti olarak; katarakt, diz protezi ve kalça protezi gibi belli başlı elektif cerrahi müdahalelerde bekleme listeleri grafiklerinde Türkiye’nin yer almaması memnuniyet vericidir.

Bu göstergeler toplumun sağlık düzeyini yansıtmakla birlikte bir sektör veya kurumun faaliyetlerinin sonucu ile sınırlı değildir. Tek başına sağlık hizmetlerinin ve belki daha geniş anlamda sağlık sektörünün ya da organize hâliyle sağlık sisteminin bir toplumun sağlık düzeyini değiştirebilme gücüne sahip olduğunu söylemek zordur. Sağlık politikası yöneticilerinin toplum liderliği bu açıdan önem kazanmaktadır. Topluma etkili bütün dinamiklerin sağlık için seferber olmasıyla sonuç alınabilir. Bu yüzdendir ki, Dünya Sağlık Örgütü’nün “herkes için sağlık” (health for all) sloganı, “sağlık için herkes” (all for health) ibaresiyle tamamlanmaktadır.

## Kaynaklar

- 1) Arias, E., Tejada-Vera, B., Kochanek, K.D., Ahmad, F.B. *Provisional Life Expectancy Estimates for 2021. NVSS Vital Statistics Rapid Release. Report No.23, 2022* <https://www.cdc.gov/nchs/data/vsrr/vsrr023.pdf> (Erişim Tarihi: 15.01.2024).
- 2) Aydın, S. *OECD 2013 verileri penceresinden Türkiye’nin sağlık durumu. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü SD 30. sf. 6-9, 2014.*
- 3) *OECD Better Life Index* [www.oecdbetterlifeindex.org/countries/turkey/](http://www.oecdbetterlifeindex.org/countries/turkey/) (Erişim Tarihi: 10.03.2014).
- 4) *OECD Health Data 2013* <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata.htm> (Erişim Tarihi: 10.03.2014).
- 5) *OECD Factbook 2013. Economic, Environmental and Social Statistics*, [www.oecd.org/turkey/](http://www.oecd.org/turkey/) (Erişim Tarihi: 10.03.2014).
- 6) *OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, 2023.
- 7) *OECD Health Statistics 2023* <https://www.oecd.org/health/health-data.htm> (Erişim Tarihi: 05.01.2024).
- 8) Schöley, J., Aburto, J.M., Kashnitsky, I. et al.: *Life expectancy changes since COVID-19. Nat Hum Behav 6, 1649–1659, 2022.*