

OECD 2013 verileri penceresinden Türkiye'nin sağlık durumu

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



1959 yılında Bolu-Göynük'te doğdu. İlköğrenimini İstanbul'da Şair Nedim İlkokulu'nda, ortaöğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesi'nde tamamladı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Üroloji uzmanlığını Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tamamladı (1992). 1992-1994 yıllarında Sakarya'da Geyve Devlet Hastanesi'nde uzman doktor olarak çalıştı. 1994 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalına Yardımcı Doçent olarak atandı. 1996 yılında doçent, 2003 yılında profesör oldu. 2003 yılında klinik mikrobiyoloji dalında bilim doktoru oldu. Yüzüncü Yıl Üniversitesi'nde çeşitli idari görevlerde bulundu. 2001-2002 yıllarında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü görevinde bulundu. 2006-2009 yıllarında Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi olan Aydın, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevinde bulundu. Dr. Aydın, halen İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörüdür.

Kapsamlı bir istatistik yıllığı olan OECD Sağlık İstatistikleri 2013 (eski adıyla OECD Sağlık Verileri 2013) yayımlandı. Bilişildiği 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 yazının amacı, sözünü ettiğim kaynaktan hareketle yayımlanan son uluslararası veriler penceresinden Türkiye sağlığına bakmaya çalışmaktır. Özgün bir çalışma olmayıp bir anlamda mevcut verileri anlamaya çalışmaktan ibaret bir çabanın sonucudur. Dünya Bankası, Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye'nin kendi yayımladıkları veriler bu çalışmanın konusu dışındadır.

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 aralık-

larla yapıldığından ancak birkaç yılda bir veri tabanlarında güncellenebilmektedir. 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 son veri" olarak bazen yıllar öncesine ait veriler yer alabilmektedir. Bu duruma dayalı olarak bazı verilerin yanında elde edildiği yıl da verilmiştir. Karşılaştırmalarda bu hususun dikkate alınması gerektiğine işaret etmek isterim.

Son yıllarda, hayat şartlarının iyileşmesi, halk sağlığı hizmetlerinin gelişmesi ve sağlık hizmetlerindeki ilerlemelere paralel olarak OECD ülkelerinde doğumda beklenen hayat süresinde önemli bir artış gözlenmektedir. Bu ülkeler arasında Türkiye 1960'dan sonra en fazla iyileşme gösteren ülkelerden biri olmuş ve beklenen hayat düzeyinde 25 yıla varan artış gerçekleştirmiştir. Ne var ki, bu artış dahi henüz bizi arzu edilen düzeye çıkaramamıştır. Türkiye'de 2012 yılında doğumda beklenen hayat süresi 74,6 yıldır. 80 olan OECD ortalamasının altında olup hala bu ülkeler arasında en düşüklerden biridir. 1960'ta ortalamasının 20 yıl altında iken bugün 5 yıl altında kalmıştır. Beklenen hayat süresi kadınlarda 77,2, erkeklerde ise 72 yıldır. OECD ortalama süreleri ise kadınlarda 83, erkeklerde 77 yıldır.

Her zaman tam bir paralellik arz etmese

de, beklenen hayat süresinin uzunluğu, kişi başı sağlık harcamalarının artışı ile de ilişkilidir. Yani sağlık harcamalarımızın artışını ve özellikle önümüzdeki yıllarda beklenen artışları bu açıdan da değerlendirmekte yarar var.

Sağlık durumunun önemli göstergelerinden biri olan yenidoğan ölüm oranları Türkiye'de 60'lı yıllarda 1.000 canlı doğumda 190 idi. 2002'de 31,5 iken istikrarlı bir şekilde azalmaya devam ederek 2005'de 21,3 ve 2011 yılında 7,7 oldu. Buna rağmen 4,1 olan OECD ortalamasının hala üzerinde olduğunu unutmamak gerekir. Meksika'dan (13,6) sonra en yüksek yenidoğan ölüm oranına sahip ülke Türkiye'dir. Amerika 1.000 canlı doğumda 6,2 ölüm oranıyla Türkiye'ye en yakın değere sahip ülkedir.

Türkiye'de toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı % 6,1'dir (2008). Ülkemizde sağlık harcaması % 9,5 (2011) olan OECD ortalamasının ve % 9,0 olan Avrupa Birliği (EU 27) ortalamasının bir hayli altında gerçekleşmiştir. Hesaplama yöntem farklılığından dolayı Meksika'yı istisna kabul edersek Türkiye, Estonya ile birlikte sağlığa en düşük oranda harcama yapan OECD ülkesidir. Verilere göre, OECD dışı ülkelerden mesela Rusya Federasyonu (% 5,1), Çin (% 5,1), Hindistan (% 4,1), ve Endonezya (% 2,6) gibi ülkeler GSYİH'ya oranla Türkiye'den daha düşük oranda harcama yapmaktadır.

Kişi başı yıllık sağlık harcamasında OECD ortalaması satın alma paritesine göre 3.268 (2008) dolar iken, Türkiye kişi başı 906 dolar (2008) harcama ile en az harcama yapan ülke durumundadır. Aynı yıl bir tek Meksika 892 dolar harcamayla Türkiye'nin altında görülmekte ise de, hesaplama metodolojisi farklılığına dikkat çekilmiştir. Henüz Türkiye verileri yayımlanmamış olsa da, yayımlanan veriler arasında 2010 sonrası en düşük kişi başı sağlık harcaması 1.302 dolarla Estonya'da gerçekleşmiştir.

Sağlık harcamalarının ülkenin gelirin paralel olarak arttığı bilinmektedir. Türkiye OECD ülkeleri arasında en düşük GYİH'ya sahip ülke olduğuna göre (Türkiye 13.563 dolar / OECD ortalaması 31.553 dolar) kişi başı sağlık harcamasının da 3.339 dolar (2011) olan OECD ortalamasının yanında 906 dolar gibi düşük olması şaşırtıcı değildir.

Bu arada Amerika'nın kişi başı sağlık harcamasının 8.502 dolara (2011) ulaştığını hatırlatalım. Diğer bir deyişle Amerika'da yılda bir kişiye harcanan para ile Türkiye'de 8 kişi sağlık hizmeti almaktadır. Amerika Birleşik Devletleri ekonomisine oranla en fazla sağlık harcaması yapan ülke konumundadır. Toplam sağlık harcaması GSYİH'nın % 17,7'sini (2011) bulmaktadır. Amerika'yı % 11,9 ile Hollanda takip etmektedir.

Sağlığa ayrılan paranın kaynağı açısından bakıldığında, OECD ülkelerinde Şili, Meksika ve Amerika dışında kamu sağlık harcamaları ön planda gelmektedir. Sağlık harcamaları içinde kamunun payı OECD ortalamasında % 72'dir (2011). Türkiye'de 2000 yılında % 63 olan kamu kaynaklı sağlık harcaması % 73 (2008) olmuş ve OECD ortalamasının az da olsa üzerine çıkmıştır. Kamu sağlık harcamasının yüksekliği ülkenin uyguladığı sosyal sağlık politikası ile yakından ilişkilidir. İskandinav ülkeleri, Avusturya, Almanya, Fransa, İngiltere, İtalya, Çek Cumhuriyeti ve İzlanda gibi ülkelerde kamu sağlık harcamasının oranı Türkiye'den daha yüksektir. Diğer taraftan Şili (% 46,9), Meksika (% 47,3) ve Amerika (% 47,8) kamu sağlık harcaması oranı en düşük olan ülkelerdir.

Sağlık sektörü teknoloji ve bilgi yoğunluklu bir hizmet alanıdır. Yatırım kadar, hatta daha fazla iyi eğitilmiş insan kaynağına ihtiyaç duyar. Sağlık insan kaynağı açısından 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 sondan ikincidir. 2011'de 1.000 kişiye 1,7 doktor düşmektedir. Aynı yıl OECD ortalaması 3,1 olduğuna göre, doktor yoğunluğunun neredeyse yarısı düzeyinde olduğu görülmektedir. Genel doktor sayısı



içinde uzman doktor sayısının 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 sağlık hizmeti diğer sağlık meslekleri yönünde farklılaşmaktadır.

Doktor kaynağının geleceğe yönelik yönetilebilmesi verilen eğitim 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 Cumhuriyetidir (14). Bu arada İrlanda ve Çek Cumhuriyeti gibi ülkelerde bu öğrencilerin önemli bir kısmının yabancı öğrenci olduğunu ve mezun olunca ülkelerine döndüğünü hatırlamak yarar var. İsrail (4), Şili (5), Japonya (6) ve Fransa (6) 100.000 nüfus başına en az mezun veren ülkelerdir. 2010 yılı OECD ortalaması 100.000 kişi başına 10 mezundur. Türkiye ise yaklaşık 7 mezun vermektedir. Yılda 7.500 mezun verdiğimizde OECD ortalaması

Türkiye 1960'dan sonra en fazla iyileşme gösteren ülkelerden biri olmuş ve beklenen hayat düzeyinde 25 yıla varan artış gerçekleştirmiştir. Ne var ki, bu artış dahi henüz bizi arzu edilen düzeye çıkaramamıştır. Türkiye'de 2012 yılında doğumda beklenen hayat süresi 74,6 yıldır. 80 olan OECD ortalamasının altında olup hala bu ülkeler arasında en düşüklerden biridir. Beklenen hayat süresi kadınlarda 77,2, erkeklerde ise 72 yıldır. OECD ortalama süreleri ise kadınlarda 83, erkeklerde 77 yıldır.

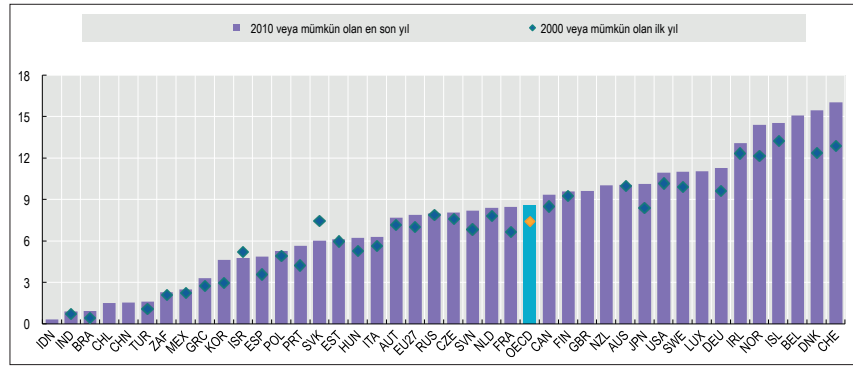
değeri ifade etmektedir. Türkiye'ye en yakın ülkeler İtalya (% 22), Kore (% 23,2) ve İspanya'dır (% 23,9). İsveç, İzlanda ve Amerika % 15 in altında erişkin günlük içici oranıyla tütün kullanımı en az olan ülkelerdir.

Diğer taraftan OECD ülkelerinde nüfusun yarısından fazlasının (% 53) fazla kilolu veya obez olduğu bilinmektedir. Türkiye'de erişkinlerde obezite oranı % 16,9 olarak bildirilmiştir. OECD ortalaması ise % 17,8'dir. Bu durumda Türkiye kısmen avantajlı görünmektedir. Türkiye ile birlikte Şili ve Meksika'da kadınlarda obezite oranının erkeklere göre daha fazla oluşu oldukça dikkat çekici bir durumdur. Obez nüfus oranı bakımından Amerika % 35,9 oranıyla başı çekmektedir. Obezite oranlarının artışı ve bağlı olarak artan kronik hastalıklar ile sağlık harcamalarının artışı arasında da bir ilişki bulunduğunu hatırlatmak isterim.

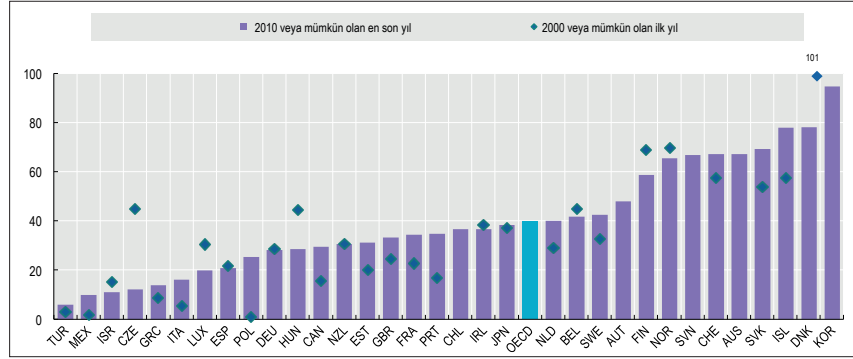
OECD ülkelerinde erişkin nüfus başına yıllık alkol tüketimi ortalama 9,5 litredir. Avusturya, Kore ve Fransa yıllık 12 litrenin üzerinde tüketimle başı çekmektedir. İki litrenin altında tüketimle Türkiye en az alkol tüketen OECD ülkesidir. Türkiye'nin ardından İsrail gelmektedir. Dini inancın bu tüketim miktarına oldukça etkili olduğu anlaşılmaktadır. Halk sağlığında bu faktörün önemli bir araç olduğunu unutmamak gerekir.

Gerekli ya da gereksiz olduğu tartışması bir yana, sağlık hizmetlerinde teknoloji ağırlıklı tanı araçları kullanımına bir örnek olması açısından MRI tetkik sayıları Türkiye açısından dikkat çekici bir sonuç vermektedir. 1.000 kişi başına yılda 102,7 tetkikle Amerika en fazla MRI tetkiki yapılan ülkedir. Hemen ardından 1.000 kişi başına 97,4 tetkik sayısıyla Türkiye gelmektedir. Avusturya, İsveç, İsviçre ve İngiltere gibi ülkelerden bu konuda veri alınamamış olması karşılaştırmalı yorumun tam sağlıklı olamayacağına işaret etmektedir. Ancak İsrail ve Polonya gibi ülkelerde yıllık tetkik sayısının 20'nin altında olması bu husus üzerinde önemle durulması gerektiğine işaret etmektedir.

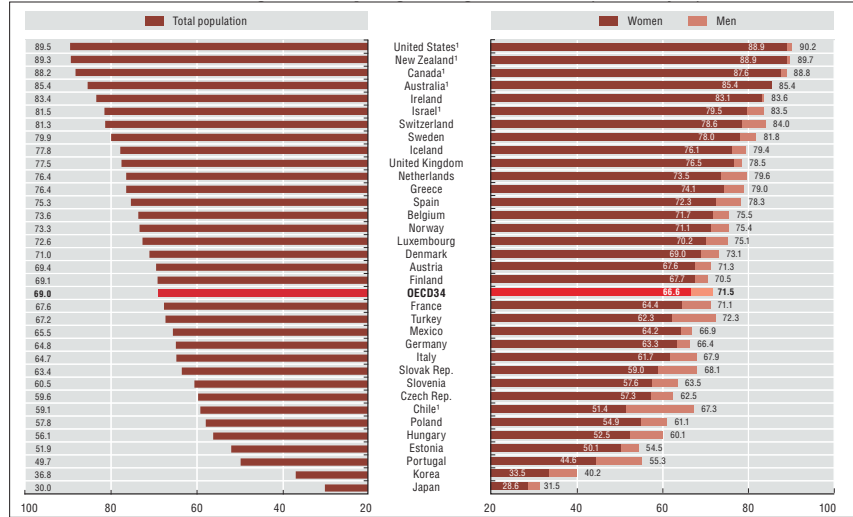
Sağlık durumu sorulduğunda Türkiye'de insanların % 67'si iyi durumda olduklarını beyan etmişlerdir. Halkın sağlık konusundaki olumlu algı düzeyi, % 69 olan OECD ortalamasına bir hayli yaklaşmış durumdadır. Bu soruya verilen cevap oldukça subjektif bir sonuç ifade etse de, insanların sağlık hizmetini talep etme göstergesi olması bakımından önemli bir ölçüt olarak kabul edilmektedir. Bu hususta cinsiyete bağlı algı farklılığı oldukça belirgindir. OECD ülkelerinde sağlık durumunun iyi olduğunu ifade eden erkek oranı % 71, kadın oranı % 66'dır. Türkiye'de ise memnuniyet erkeklerde %72, kadınlarda % 62 tespit



Grafik 5: 1000 kişiye düşen hemşire sayısı



Grafik 6: 100 bin kişi başına düşen hemşire mezunu sayısı



Grafik 7: Sağlıklı olduğunu beyan eden erişkinlerin yüzdesi, 2011 veya en yakın yıl

edilmiştir. Yani cinsiyet farkı kadınlar aleyhine OECD ortalamasından çok daha belirgin durumdadır. Sağlık durumunun iyi olduğu beyanının en yüksek olduğu ülkeler Amerika (% 89,5), Yeni Zelanda (% 89,3), Kanada (%88,2) ve Avusturya'dır (% 85,4). Olumu alginin en düşük olduğu ülkeler ise Japonya (% 30), Kore (% 36,8) ve Portekiz (% 48,7). Oldukça subjektif olan bu gösterge muhtemelen eğitimden ekonomiye, iklimden kültüre, coğrafyadan demografiye ve sosyal olaylara kadar birçok sağlık dışı faktörün etkisi altındadır.

Aslında sağlık göstergelerini değerlendirirken bu tür çoklu etkenlerin dikkate alınması gereklidir. Tek başına sağlık hizmetlerinin ve belki daha geniş anlamda sağlık sektörünün, ya da organize halıyla sağlık sisteminin bir toplumun sağlık düzeyini değiştirebilme gücüne sahip

olduğunu söylemek zordur. Sağlık politika 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

OECD Better Life Index www.oecdbetterlifeindex.org/countries/turkey/ (Erişim tarihi: 10.03.2014)

OECD Health Data 2013 <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata.htm> (Erişim tarihi: 10.03.2014)

OECD Factbook 2013, Economic, Environmental and Social Statistics DOI: 10.1787/factbook-2013-en www.oecd.org/turkey/ (Erişim tarihi: 10.03.2014)