

**T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**OECD ÜLKELERİ VE TÜRKİYE’NİN SAĞLIK
HARCAMALARININ BEBEK ÖLÜMLERİ İLE
İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Cem IŞIK

**Enstitü Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi
Enstitü Bilim Dalı : Sağlık Yönetimi**

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Bülent DEMİR

İSTANBUL- 2022

T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**OECD ÜLKELERİ VE TÜRKİYE’NİN SAĞLIK
HARCAMALARININ BEBEK ÖLÜMLERİ İLE
İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Cem IŞIK

Enstitü Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi
Enstitü Bilim Dal : Sağlık Yönetimi

“Bu tez 22/02/2022 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ	İMZA

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Cem IŞIK

22/02/2022



ÖNSÖZ

Tezimin yazılmasında, çalışmamı özenle takip edip desteklerini sunan ve danışmanlığımı yapan hocam Doç. Dr. Bülent DEMİR’e çok değerli katkı ve sarf ettiği emek için teşekkür eder saygılarımı sunarım. Ayrıca her daim yanımda olan, bana hem tez konusunda hem de yaşamımın her anında kardeşlik, dostluk ve yol arkadaşlığı yapan Ali KAYA’ya ve bana hayatla mücadele etmeyi öğreten, henüz yeni kaybettiğim babam Hasan IŞIK’a sonsuza kadar minnettarım.

Cem IŞIK

22/02/2022

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	i
TABLO LİSTESİ	ii
ŞEKİL LİSTESİ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
GİRİŞ	1
 BÖLÜM 1: OECD ÜLKELERİ VE BEBEK ÖLÜMÜ TANIMLARI	2
1.1. OECD'nin Tanımı ve Üye Ülkeler	2
1.2. Bebek Tanımı	3
1.2.1. Bebeklik Dönemi ve Tanımları	4
1.2.1.1. Yeni Doğan Dönem	4
1.2.1.2. Erken Doğan	4
1.2.1.3. Postneonatal Dönem	5
1.3. Bebek Ölümü Tanımı	5
1.3.1. Mortalite Tanımı ve Ölçütleri	7
1.3.2. Mortaliteyi Etkileyen Faktörler	8
1.3.3. Neonatal Ölümler	8
1.3.4. Perinatal Ölümler	9
1.3.5. Postneonatal Ölümler	9
1.4. Bebek Ölümü İzlemi Sistemi Genelgesi	10
1.4.1 Bildirim Kriterleri	11
1.4.2. Bildirim Şekli	11
1.4.3. İnceleme	11
1.5. Bebek Ölümü Bilgi Formu	11
1.6. Bebek Ölümü Oranları (Yıllara Göre)	12
1.7. Bebek Ölümlülüğünü Etkileyen Faktörler	15
1.7.1. Gelir Düzeyi	15
1.7.2. Sağlık Harcaması	17
1.7.3. Yoksulluk	18
1.7.4. Eğitim	19
1.7.5. Yerleşim Yeri	21

1.7.6. Aile Planlaması ve Doğum Kontrol Yöntemleri.....	21
1.7.7. Yüksek Riskli Doğurganlık Davranışı	23
1.8. Doğum ve Gelirde Yaşam Süresi İlişkisi	25
1.9. Bebek- Çocuk Ölümü ve Gelir Oranı İlişkisi.....	26

BÖLÜM 2: TÜRKİYE’ DE VE OECD ÜLKELERİNDE SAĞLIK

HARCAMALARI	28
2.1. Sağlık Harcamaları Tanımı	28
2.2. Sağlık Harcamaları.....	29
2.2.1. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler.....	33
2.2.1.1. Yükselen Kişi Başına Gelir	33
2.2.1.2. Eğitim Seviyesi ve Sağlık Bilincinin Gelişmesi	34
2.2.1.3. Değişen Sosyal Değer Yargıları.....	35
2.2.1.4. Teknolojik Gelişmeler.....	36
2.2.1.5. Şehirleşme	37
2.2.1.6. Yaşam Süresinin Uzaması	37
2.2.1.7. Toplumsal Düzendeki Değişimler	39
2.2.1.8. Devlet Bütçeleri Üzerindeki Sağlık Harcamalarının Yüğü.....	39
2.3. Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Sağlık Sistemi	40
2.3.1. Türkiye’nin Yıllara Göre Sağlık Harcamaları.....	42
2.4. Türkiye’de Sağlık Sektörünün Mevcut Durumu.....	43
2.5. Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi ve Yönetimi.....	44
2.5.1. Sağlık Sisteminin Planlanması, Düzenlenmesi ve Yönetimi	45
2.5.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	45
2.5.2.1 Sağlık Bakanlığı	45
2.5.2.2. Milli Savunma Bakanlığı	46
2.5.2.3. Üniversiteler	46
2.5.2.4. SSK	46
2.6. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.....	47
2.6.1. Devlet Bütçesi	48
2.6.2. Sosyal Güvenlik Katkıları	48
2.6.3. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK).....	49
2.6.4. Özel Finansman.....	50

2.6.5. Özel Sigorta.....	50
2.6.6. Cepten Ödemeler ve Katkı Payı.....	52
2.7. Türkiye’de Sağlık Harcamaları	53
2.7.1. Kamu Sektörü Sağlık Harcamaları	54
2.7.2. Sağlık Bakanlığı Harcamaları	55
2.7.3. Sosyal Güvenlik Fonları Sağlık Harcamaları.....	57
2.7.4. Bağ-Kur Sağlık Harcamaları.....	57
2.7.5. Emekli Sandığı Sağlık Harcamaları	58
2.7.6. Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Fonları Dışında Kalan Birimlerin Sağlık Harcamaları.....	59
2.7.7. Özel Sektör Sağlık Harcamaları.....	59
2.8. TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları) Analizleri Ölüm Hızları.....	61
BÖLÜM 3: GEREÇ VE YÖNTEM	62
3.1. Araştırmanın Tasarımı	62
3.2. Araştırma Sorusu.....	62
3.2.1. Alt Problemler.....	62
3.2.2. Varsayımlar	62
3.3. Veri Toplama Araçları	62
3.4. Verilerin Toplanması	63
3.5. Verilerin Analizi.....	63
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	63
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	64
BÖLÜM 4: BULGULAR.....	65
4.1. Türkiye ve OECD Ülkelerinde Kişi Başına Düşen Gayri Safi Yurt İçi Hasıla ...	65
4.2. OECD Ülkelerinde Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması.....	66
4.3. OECD Ülkelerinde Bebek Ölüm Hızı (1000 Canlı Doğum Bebek Ölüm Hızı) ..	67
4.4. Kadınlarda Kaybedilen Yaşam Yılı (PYLL).....	68
4.5. Kadınlarda Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	69
4.6. Toplam Sağlık Harcaması İçerisindeki Kamu Harcamasının Oranı (PPP).....	70
4.7. 65 Yaşında Kadınlarda Doğumda Yaşam Beklentisi.....	71
4.8. Kaba Ölüm Hızı	72

BÖLÜM 5: TARTIŞMA.....	74
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	78
KAYNAKÇA	82
EKLER.....	96
ÖZGEÇMİŞ.....	97



KISALTMALAR

AÇSAP	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
BÖH	: Bebek Ölüm Hızı
Dr.S	: Doktor Sayısı
DYB	: Doğumda Yaşam Beklentisi
EDBYS	: Erkeklerde Doğumda Beklenen Yaşam Süresi
GSYH	: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
HS	: Hemşire Sayısı
KDBYS	: Kadınlarda Doğumda Beklenen Yaşam Süresi
KDYS	: Kişi Başı Düşen Yatak Sayısı
KÖH	: Kaba Ölüm Hızı
NVİGM	: Nüfus Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü
ÖBS	: Ölüm Bildirim Sistemi
PPP	: Toplam Sağlık Harcaması İçindeki Kamu Kamu Harcama Oranı
PYLL	: Kaybedilen Yaşam Yılı
THSK	: Türk Halk Sağlığı Kurum
TSİHO	: Toplam Sağlık Harcama İçindeki İlaç Harcama Oranı
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Kurucu ve Sonradan Katılan OECD Ülkeleri.....	2
Tablo 2: Bebek Ölüm Hızı Hesaplaması Formülü.....	12
Tablo 3: 1960 ile 2016 Yılları Arasında Cinsiyete Bağlı Olarak Bebek Ölüm Oranları	13
Tablo 4: 2018 Yılına Ait Bölgelere Göre Kadınların Eğitim Bilgileri.	20
Tablo 5: Temel Özelliklerine Göre Canlı Doğum Yapmış Veya İlk Çocuğuna Gebe Olan 15-19 Yaş Aralığındaki Kadınların Yüzdesiyle Çocuk Doğurmaya Başlayan Kadınların Yüzdesi	24
Tablo 6: Seçilmiş OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranı	31
Tablo 7: 2010 ile 2020 Yılları Arasındaki OCED Ülkelerindeki Top 65 Yaş Üzerindeki Kişilerin Toplam Nüfus İçindeki Oranları.....	38
Tablo 8: Türkiye'deki 2000 ile 2019 Yılları Arasındaki Yataklı ve Yataksız Sağlık Kurumu Sayısı	41
Tablo 9: 2002 ile 2019 Yılları Arasında Sağlık Bakanlığı Bünyesinde Faaliyet Gösteren Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	43
Tablo 10: 2002 ile 2019 Yılları Arasında Tüm Sektörlerdeki Sağlık Personeli Sayısı..	44
Tablo 11: Türkiye'de Kamu Hizmetleri Kapsamında Harcama Yapan Kuruluşlar.....	47
Tablo 12: Türkiye'de Sosyal Güvenlik Kapsamında Aktif Çalışan, Aylık Alan, Yararlanıcıların 2018 Yılı Sayıları	49
Tablo 13: Türkiye'de 2018- 2019 Yılları Arasında Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının Payları	55
Tablo 14: Emekli Sandığı Sağlık Harcamaları ve Dağılımı (2018 Yılı).....	58
Tablo 15: Sağlık Harcamalarına İlişkin Temel Göstergeler, 2019-2020	60
Tablo 16: 2017- 2020 Yılları Arasında OECD Ülkeleri Bebek Ölümleri (1000 Canlı Doğumda Ölüm)	67

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Bebek Ölüm Hızı (1000 Canlı Doğumda Bebek Ölüm Hızı)	14
Şekil 2: 2009-2019 Yılları Arasında Bebek ve Beş Yaş Altı Ölüm Hızı	17
Şekil 3: 2018 Yılı Aile Planlamasına Olan Talep.....	22
Şekil 4: Gelir Seviyesinin Bebek Ölümleri Üzerine Etkisi	26
Şekil 5: 2019 Yılı OECD Ülkelerinde Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması.....	32
Şekil 6: 2010 ile 2019 Yılları Arasında Türkiye’de Gerçekleşen Sağlık Harcamaları...42	
Şekil 7: Türkiye’deki Sağlık Hizmetlerinden Yararlanan SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı Yüzdelik Oranları	50
Şekil 8: 2002 ile 2019 Yılları Arasında Cepten Gerçekleşen Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcaması İçindeki Payı	52
Şekil 9: 2011-2020 Yılları Arasında Kişi Başına Yapılan Sağlık Harcamaları.....	56
Şekil 10: 2002 ile 2020 Yılları Arasında Sağlığa Ayrılan Bütçe Verileri	56
Şekil 11: 2009 ile 2019 Yılları Arasında Bebek ve Beş Yaş Altı Ölüm Hızları	61
Şekil 12: Kişi Başına Düşen Gayri Safi Yurt İçi Hasıla.....	65
Şekil 13: Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması	66
Şekil 14: OECD Ülkelerinde Kadınlarda Kaybedilen Yaşam Yılı (PYLL).....	68
Şekil 15: OECD Ülkelerinde Kadınlarda Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	69
Şekil 16: OECD Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcaması İçerisindeki Kamu Harcamasının Oranı (PPP)	70
Şekil 17: OECD Ülkelerinde 65 Yaşında Kadınlarda Doğumda Yaşam Beklentisi	71
Şekil 18: OECD Ülkelerinde Kaba Ölüm Hızı (Her 1000 kişide).....	72

ÖZET

İstanbul Kent Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü- Yüksek Lisans Tez Özeti

Tezin Başlığı: OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Harcamalarının Bebek Ölümleri ile İlişkisinin Değerlendirilmesi

Tezin Yazarı: Cem IŞIK

Danışman: Doç. Dr. Bülent DEMİR

Kabul Tarihi: 22.02.2022

Sayfa Sayısı: v (ön kısım) + 95 (tez) + 1(ek)

Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi

Bilim Dalı: Sağlık Yönetimi

Toplumların gelişmişlik seviyeleri yalnız ekonomileri veya kişi başına düşen gelir oranlarıyla değil eğitim ve sağlık düzeylerini göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir. Sağlık hizmetlerini sunan ve bu hizmetlerden doğrudan ve dolaylı olarak faydalananlar bulunmaktadır. Ülkelerin öncelikli olarak sağlık düzeylerinin saptanması, sağlık hizmetlerinin planlanması ve bu planlamada önceliklerin tam olarak saptanması ağırlıklı olarak doğurganlık, hastalık ve ölümlülük göstergeleri kullanılmaktadır. Özellikle bebek ölümleri, ülkelerin sağlık hizmeti düzeylerinin belirlenmesinde kullanılan önemli bir ölçüttür. Gerçekte sağlık hizmetleri bireysel yarar sağlasa da toplumsal yararı oldukça önemlidir. Bu açıdan ülkelerin sağlık hizmetlerinin verimliliğini ve işleyişini o ülkede yeni doğan bebeklerin korunması ve mücadele edilmesi kapsamında büyük önem taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinin ilk basamağı teşhis ve sonrasında tedaviye yönelik çalışmalar üzerinde durulması bu çalışmaların harcama boyutunun olacağını göstermektedir. Sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesi için gerçekleştirilen harcamaların finansmanı konusunda özel, kamu ve karma finansman yöntemlerinden faydalanılmaktadır. Çalışmamızda OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Harcamalarının Bebek Ölümleri ile İlişkisinin Değerlendirilmesi konularına değinilmiştir. Sağlık harcamalarının iki farklı ayırımına gidilerek kamu ve özel kesim farklı şekillerde ele alındığı gibi toplam sağlık harcamalarına da yer verilmiştir. Söz konusu verilere yıllar itibarıyla değişimleri şekiller ve tablo yardımıyla analizleri yapılmış ve değerlendirilmiştir. Bununla beraber GSYH kavramı ile bebek ölümleri ve sağlık harcamaları ele alınmış, OECD ülkeleri ve Türkiye gibi ülkelerin bebek ölümleri ve sağlık harcamalarının GSYH içerisindeki payına değinilmiştir.

Anahtar Kelimeler: OECD ve Türkiye'de Sağlık Harcaması, Bebek Ölümleri, Sağlık Harcamalarının Analizi

ABSTRACT

Istanbul Kent University Institute of Graduate Education- Abstract of Master's Thesis

Title of the Thesis: Evaluation Of The Relationship Between Healty Expenditures and Infant Mortality in OECD Countries and Turkey	
Author of Thesis: Cem IŞIK	Supervisor: Assoc. Prof. Bülent DEMİR
Acceptance Date: 22.02.2022	Nu. of pages: v(pre text)+95 (main body)+1(app)
Department: Health Management	Subfield: Health Management
The development levels of societies should be evaluated not only by their economy or per capita income, but also by considering their education and health levels. There are those who provide health services and benefit directly or indirectly from these services. Predominantly, fertility, disease and mortality indicators are used to determine the health levels of countries, to plan health services and to determine the priorities in this planning. In particular, infant mortality is an important criterion used in determining the health service levels of countries. In fact, although health services provide individual benefits, the social benefit is very important. In this respect, the efficiency and functioning of the health services of the countries is of great importance within the scope of the protection and struggle of newborn babies in that country. Focusing on the first step of the health services diagnosis and then the studies on treatment shows that these studies will have an expenditure dimension. Private, public and mixed financing methods are used to finance the expenditures made for the provision of health services. In our study, the evaluation of the Relationship between Health Expenditures and Infant Mortality in OECD Countries and Turkey has been discussed. By making two different distinctions of health expenditures, public and private sectors are handled in different ways, as well as total health expenditures. The changes in the mentioned data over the years were analyzed and evaluated with the help of figures and tables. In addition, the concept of GDP and infant mortality and health expenditures were discussed, and the share of infant mortality and health expenditures in GDP of countries such as OECD countries and Turkey was mentioned.	
Keywords: Health expenditure in OECD and Turkey, Infant Mortality, Analysis of Health Expenditures	

GİRİŞ

21. yüzyılda insani kalkınmayı gerçekleştirebilmek için bireylere ve toplumlara daha iyi bir yaşama imkânı sunabilme, kalkınmanın temelini oluşturmaktadır. Bu hedefe ulaşabilmek için ülkeler her geçen gün politikalar gerçekleştirmeye çalışmakta ve bireylerin daha iyi yaşam koşullarına sahip olabilmeleri adına çalışmalarda bulunmaktadır. Sağlığın hem sosyal hem de ekonomik boyutu bilimsel açıdan daha çok halk sağlığı araştırmacıları tarafından ilgi gösterildiğini; bu konuda sosyal bilimciler ve iktisatçılara nezdinde ağırlıklı olarak Türkiye’de pek fazla araştırma yapılmadığını ifade edebiliriz. Fakat iktisat ve sağlık arasında çok karmaşık ve yönlü bir ilişki olduğunu ve bu ilişkinin daha çok anlaşılabilmesi için üzerinde durulmasına gereksinim vardır.

Perinatal dönemi ölümler 28. Gebelik haftasının üzerinde özellikle geç fetal dönem olarak ifade edilen, bu dönemin ve doğum sonrası ilk hafta içinde meydana gelen ölümlerin tamamını kapsamaktadır. Bununla beraber hayata devam ettirilebilirlik sınırı olarak öngörülen 20. ile 24. hafta veya doğum ağırlığı 400- 500 gr arasında gerçekleşen fetüslerin ölümü de dahil olmak üzere bu kapsama girer. Doğumdan sonra 28 gün içinde gerçekleşen ölümler, neonatal dönem olarak kabul edilmektedir. Bu dönemin ilk haftası erken neonatal, geç neonatal ölümler ise 2 ile 4 haftaları olarak değerlendirilmektedir. Ülkelerarası sağlık düzeylerinin değerlendirilmesinde perinatal ve neonatal ölüm oranları önemli bir yer tutmaktadır. İlgili oranlar herhangi bir ülkenin halk sağlığı, eğitimi ve sosyoekonomik gelişmişliğini bir ölçüsü olarak kabul edilmektedir. Ya da tam tersi olarak ülkelerin sağlık harcamalarının bebek ölümleri ile doğrudan ilişkilendirilebilir.

Bu çalışmanın amacı OECD ülkeleri ve Türkiye’nin sağlık harcamalarının bebek ölümleri ile ilişkisinin değerlendirilmesi hedeflenmektedir. Bu kapsamda gelir düzeyini ve sağlığa yapılan harcamaları, makro bir çıktı olarak değerlendirip, doğumda beklenen yaşam süresi ve bebek ölüm oranlarının üzerinde nasıl bir etkide bulunduğunu ve aralarında bulunan ilişkileri ortaya koymaya çalışılmaktadır. İlgili çalışmada ilk olarak Türkiye ve OECD ülkelerinin sağlık harcamaları ve bebek ölüm oranı arasındaki ilişkiyi tam olarak açıklayan literatür incelemekte ve problem teorik olarak tartışılmaktadır.

BÖLÜM 1: OECD ÜLKELERİ VE BEBEK ÖLÜMÜ TANIMLARI

1.1. OECD'nin Tanımı ve Üye Ülkeler

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü olarak bilinen OECD, 14 Aralık 1960 tarihinde Paris Sözleşmesi kapsamında kurulan uluslararası ekonomik bir örgüt olarak tanımlanmaktadır (OECD, 2017: 1–2). OECD, dünya genelinde yaygın olan sorunların çözümünde kaynak arayabileceği, hükümetlere politik tecrübelerini kıyaslayabileceği, pozitif çalışmaları ortaya çıkarabileceği, hem ulusal hem de uluslararası ölçekte politikaları koordine etmek adına faaliyet gösterebileceği bir alan sağlamaktadır (OECD, 2008: 15–43). Bu gün itibarıyla 20 kurucu üyesi toplamda 38 üye ülkeden meydana gelmektedir (Wikipedia, 2021a: 1). 20 kurucu üye ülke arasında Türkiye'de bulunmaktadır (1). Avrupa Komisyonu da katılım göstermektedir. OECD örgüt faaliyetlerine Yugoslavya özel bir statü şeklinde katılım sağlarken 1992 yılında dağılması ile beraber örgüt ile olan ilişkisi sona ermiştir (Archive, 2021: 1–2).

Tablo 1: Kurucu ve Sonradan Katılan OECD Ülkeleri

Kurucu üyeler (1961):

- | | |
|---|---|
| •  ABD* | •  İsveç* |
| •  Almanya* | •  İsviçre* |
| •  Avusturya* | •  İtalya* |
| •  Belçika* | •  İzlanda* |
| •  Birleşik Krallık* | •  Kanada* |
| •  Danimarka* | •  Lüksemburg* |
| •  Fransa* | •  Norveç* |
| •  Hollanda* | •  Portekiz* |
| •  İrlanda* | •  Türkiye* |
| •  İspanya* | •  Yunanistan |

Sonradan katılanlar:

- | | |
|---|---|
| •  Japonya* (1964) | •  Slovakya* (2000) |
| •  Finlandiya* (1969) | •  Şili* (2010) |
| •  Avustralya* (1971) | •  Estonya* (2010) |
| •  Yeni Zelanda* (1973) | •  Slovenya* (2010) |
| •  Meksika* (1994) | •  İsrail* (2010) |
| •  Çek Cumhuriyeti* (1995) | •  Letonya* (2016) |
| •  Macaristan* (1996) | •  Litvanya (2018) |
| •  Polonya* (1996) | •  Kolombiya (2020) |
| •  Güney Kore* (1996) | •  Kosta Rika (2021) |

Kaynak: (Wikipedia, 2021b:.1) <https://tr.wikipedia.org/wiki/OECD> (Erişim tarihi 08.08.2021).

Bir toplumun gelişmesindeki en önemli etken sağlıktır. Dünya genelindeki demokratik sistemlerin tamamında, sağlıklı bireylerden meydana gelen bir toplum oluşturabilmeyi, aynı zamanda bu toplumun sürdürülebilirliğini amaçlar (OECD, 2008,: 15–45). Bireylerin sağlık düzeyleri ekonomik gelişmişlik arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır. Ekonomik durumunu belirli bir seviyeye taşıyabilmiş ülkelerde sağlık için ayrılan fon artışı gibi, kişilerin sağlık konusundaki bilgi ve farklılıklarını da yükseltmektedir. Bu ek olarak, sağlık seviyesinin pozitif seviyeye gelmesi de ülkenin ekonomik gelişimini de hızlandırmaktadır.

Gerçekleştirilen faaliyetlerde, ekonomik alanda ortaya çıkan gelişmelerin, sağlık alanında da olumlu katkılarının olduğu görülmüştür. Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri yükseldikçe sağlık sektörüne sağlanan kaynaklarda yükselmiştir (Ersöz, 2008: 95–104). Ülkelerin gelişmişlik seviyeleri, 21. Yüzyılın ilk çeyreğinde farklı bir bakış açısıyla değerlendirilmekte ve genellikle sağlık konusu bu açıdan önemli bir yer tutmaktadır. Bu yeni yaklaşım olarak tarif edilen sağlık sektörünün, ülkelerin kalkınmışlık düzeyleri üzerindeki etkisini daha da önemli noktaya çıkarmakta ve ülkelerin gelişmişlik seviyesinin belirlenmesinde bir gösterge olarak kullanılmaktadır (Sığırlı, Ediz, Cangür ve Ercan İ, 2006: 81–85). Ülkelerin mevcut sağlık düzeylerinin belirlenmesi, değerlendirilmesi ve ülkelerarası sağlık düzeylerinin karşılaştırılması adına, birtakım epidemiyolojik sağlık kriterleri bulunmaktadır. İlgili kriterlerde en çok değerlendirilen, doğurganlık, hastalık, ölüm oranları ve sosyo-ekonomik seviyesini ortaya koyan kriterler olarak açıklanabilir (Köksal, Sipahioğlu, Yurtsever ve Vehid S., 2016: 205–212). İlgili çalışmamızın hedefi OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Harcamalarının Bebek Ölümleri ile İlişkisinin Değerlendirilmesi, incelenmesi ve öneriler getirmektir.

1.2. Bebek Tanımı

Doğumdan hemen sonraki 0-12 ay veya 0-364 gün aralığındaki dönem olarak tanımlanmaktadır. Bu dönemin taşıdığı riskler ve yaşanan sorunlar açısından farklılıklar göstermesi sebebiyle iki dönem şeklinde incelenmektedir. Doğum sonrası ilk 28 gün yenidoğan dönemi (neonatal dönem), yaşamın ilk 28-365 günü arasındaki zaman dilimine ise yenidoğan sonrası (Postneonatal), doğum sonrası 0-6 gün arasında kalan döneme erken doğan dönemi olarak açıklanırken, 7-27 günlük döneme ise yenidoğan

dönemi olarak ifade edilmektedir. Bebek canlı doğduktan hemen sonra, 48 haftalık zaman dilimi içinde meydana gelen ölümler bebek ölümü olarak açıklanmaktadır. Diğer bir ifadeyle bir yaşına gelmesiyle beraber meydana gelen ölümler olarak açıklanmaktadır (Stroobant, 1994: 297–340).

1.2.1. Bebeklik Dönemi ve Tanımları

Doğumdan sonraki ilk bir yılı kapsayan dönem olarak tanımlanmaktadır. Bebeklik döneminin ilk 28 günü yenidoğan dönemi olarak ifade edilmekte ve doğumdan hemen sonraki ilk bir haftalık dönem ise erken yeni doğan dönemi ki bu dönem 0-6 gün olarak açıklanmaktadır. 7 ile 28 günlük dönem ise geç yenidoğan dönemi 29 ile 364 günlük dönem ise yeni doğan sonrası yani postneonatal dönem olarak isimlendirilmektedir (Güler ve Akın, 2012: 67–84).

1.2.1.1. Yeni Doğan Dönem

Doğum sonrası yeni dünyaya gelen bebeğin yeni koşullara uyum sağladığı ilk dört haftayı kapsayan dönem olarak açıklanabilir. Türkiye’de hemen hemen yılda bir buçuk milyon bebek doğmaktadır. Doğan bebeklerin yaklaşık 50 bine yakını ise yenidoğan dönemi olarak kayıtlara geçmektedir. Bu dönemdeki ölümlerin büyük bir kısmı erken doğum ve uygun olmayan şartlarda gerçekleşen doğumlar sonucu olmaktadır. Meydana gelen kayıpların neredeyse %50 sinin ise önlenabilir sebeplere bağlı olduğu ortaya çıkmıştır. Bu dönemde yaşanan ölümlerin önlenabilir olması ve çok fazla can kayıplarının yaşanması, yenidoğan dönemin önemini ortaya koymaktadır (Medipol Sağlık Grubu, 2022: 1).

1.2.1.2. Erken Doğan

Tam olarak 37. Gebelik haftasını bitirmeden dünyaya gelen yenidoğanlar olarak açıklanabilir. Diğer bir adı preterm doğum olarak da tarif edilmektedir.

Preterm dönemi doğum üçe ayrılmaktadır. Bunlar sırasıyla;

- **Geç Preterm Doğum:** Annenin 34 ile 36 hafta arasında devam eden gebelikten sonra gerçekleşen doğumdur. Bu haftalarda erken olarak dünyaya gelen yenidoğanlara sınırda prematüre bebek olarak isimlendirilir.

- **Orta Preterm Doğum:** Orta Paterm Doğumlarda 32 ile 34. haftada doğum gerçekleşir. Bu zaman diliminde doğan bebekler orta seviye prematüre bebek olarak ifade edilir.
- **Erken Preterm Doğum:** Doğumun 32 haftadan daha kısa bir zamanda gerçekleşmesiyle olan doğumdur. 24 ile 31. Gebelik haftalarında doğan prematüre bebekler ileri seviyede prematüre bebek olarak isimlendirilir. Bu bebeklerde sağlık sorunları görülme oranı oldukça yüksektir (Park, 2022: 1).

1.2.1.3. Postneonatal Dönem

Yenidoğan sonrası dönem olarak da bilinmektedir. Yaşamın 29 ile 365 günü arasındaki dönemdir. Sağlık hizmetlerinin niteliği, çevre koşulları, beslenme düzeyi ve sosyoekonomik sebepler bu dönemin en önemli belirleyicileridir (Atasoylu, 2007: 20).

1.3. Bebek Ölümü Tanımı

Bebek ölümü olarak kabul edilebilmesi için dünyaya gelen ve 12 ay içerisinde meydana gelen ölümler bebek ölümü olarak değerlendirilmektedir. Diğer bir ifadeyle 12 aylık zaman zarfında gerçekleşen ölümler olarak açıklanabilir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2015: 1–6).

Doğumun meydana gelmesinden sonra yenidoğanlarda mortalite ve fetüs riski oldukça yüksektir. Perinatal dönem zaman aralığı gestasyonun 28. haftasından doğum gerçekleştikten sonraki 7. güne kadar olan dönem olarak tanımlanabilir. Doğumdan itibaren 0-28. gün arasında olan dönem ise neonatal dönem olarak gösterilmektedir. Çok erken denilebilecek doğumdan itibaren ilk 24 saat, erken denilebilecek doğumdan sonra ilk 6 gün ve geç bilinen 7 ile 28 gün neonatal dönem olarak sınıflandırılmaktadır. Doğum sonrası ilk bir yıllık zaman ise süt çocukluğu olarak değerlendirilmektedir (Behrman, Kliegman, Jemson ve (Çev. Ed. Akçay T.), 2015: 1–13). Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Sağlık Bakanlığı bünyesinde faaliyet göstermektedir. AÇSAP Genel Müdürlüğü tarafından 6 Mayıs 2005 tarihinde yayınladığı 78 sayılı genelge kapsamında Türkiye’de bebek ölümlerini kayıt altına almak için, “Bebek Ölümü Kayıt Bildirim Formu” düzenlemiş ve illere dağıtımı gerçekleştirerek, her ay belirlenen bebek ölümlerinin ilk basamak sağlık kurumları ve hastanelerden (özel, kamu ve üniversite)

iletmesini, ölüm tam saptanmamış ise de özellikle “0 “vaka bildirimi yapılması tavsiye edilmiştir. Söz konusu genelgede bebek ölümü; “ doğumdan itibaren 365 gün boyunca bütün sebeplerle meydana gelen ölümler ” olarak açıklanmaktadır (Müdürlüğü, 2005, ss. 1–2). AÇSAP Genel Müdürlüğü tarafından 04 Mayıs 2009 tarihinden itibaren yürürlüğe giren 31 Sayılı Yönetmelikte bu husus “ Tek tek bebek ölümünü izleyerek bütün sebeplerini ortaya koyarak ve sonrasında ise benzer sebeplerle meydana gelebilecek bebek ölümlerini önlemek gerektiği, bunu gerçekleştirmek için de çok iyi işleyen kayıt ve bildirim sistemi ile gerçekleştirmenin mümkün olabileceği ve halihazırdaki uygulamalarda; ölümlü olaylara ulaşmada ve aynı zamanda veri toplama sisteminde birtakım aksamaların olabileceği dikkate alındığından 0-365 gün içerisinde meydana gelen bütün bebek ölüm vakalarını ve bu ölümleri meydana getiren nedenlerini tespit ederek gerek duyulan tedbirleri almak için yeni bir bebek ölüm kayıt sistemi geliştirildiği” açıklanmaktadır. Genelgenin ilgili eklerinde bulunan “Perinatal ve Bebek Ölümleri Bilgi Formu–2009 Doldurma Kılavuzu’nda; “bebek ölümü” doğum sonrası 365 gün içinde bütün nedenlerle meydana ölümler” olarak açıklanmaktadır. Bununla beraber 500 gram ya da 22 hafta da doğan bebekler ve ölü doğumların da ilgili form ile bildirileceği, her bir bebek için ayrı birer form doldurulacağına ilişkin bilgilere de yer vermektedir. Ayrıca söz konusu genelge kapsamında, bebek ölümlerini tespit edenlerle, defin ruhsatı sağlayıcıları (üniversite, kamu, özel sağlık kurumlarında çalışanlar, muhtar ve kolluk kuvvetleri) bebek ölümlerini haber vermekle sorumlu oldukları açıklanmaktadır (Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, 2009: 1–4).

04 Mart 2014 tarihinde Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından çıkarılan 2014/6 Bebek Ölümleri İzleme Sistemi ilgili genelgesinde ise Bebek Ölümü; “doğumdan sonraki 365 gün içinde tüm sebeplerle meydana gelen ölümler”, perinatal ölümler ise “ölü doğumlarda dahil olmak üzere ilk 7 gün içerisinde gerçekleşen ölümler” olarak tarif edilmektedir. 500 gram veya 22 haftalık doğan bebekler, ölüm doğumlar da genelgede ifade edilen form ile bildirimi gerçekleştirecek ve her bir bebek için ayrı ayrı form doldurulması beklenmektedir. 2014/6 sayılı ilgili genelgede; 22 hafta ve üzeri ya da 500 gramın üzerinde olan fakat 1 yaşını tamamlamamış bebek ölümlerinin, il seviyesinde Halk Sağlığı Müdürlüklerince oluşturulan Bebek Ölümleri İnceleme Komisyonları nezdinde ölüm sebepleri, bu sebeplere neden olan etkenler bakımından aylık izlenmesi ve gerek duyulması halinde önleyici denilebilecek müdahaleler yapılması yer almaktadır.

Komisyonca, her bir bebeğin ölümünün önlenemez ve önlenabilir şeklinde iki başlık halinde değerlendirilmesi, bebek ölümünün gerçekleşmesinde sağlık personelinin, ailenin veya sağlık kurumunun kusurlu olup olmadığının saptanması yer almaktadır. Bununla beraber bütün bu ölümlerin “ Ölüm Bildirim Sistemi ” olarak bilinen, Sağlık Bakanlığına Bağlı Halk Sağlığı Kurumunun Ulusal web sistemine kaydının yapılarak ülke düzeyinde takibinin gerçekleşmesi gerektiği belirtmektedir (Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı, 2014: 1–13).

1.3.1. Mortalite Tanımı ve Ölçütleri

Mortalite'nin tanımı, herhangi bir nüfusta ortaya çıkan sakatlıkların ve hastalıkların çeşidini ve düzeylerini ifade etmektedir. Diğer anlamda, ölüm ve ölümlülük, kaba ölüm hızı olarak da açıklanabilmektedir. Mortalite hızı, hastalık sebebiyle ölümle sonuçlanması halinde nüfusa bölünmesiyle hesaplanır.

Mortalite ağırlıklı olarak yıllık hesaplanırken, bu oran 1000 kişide ölüm sayısının hesaplanmasıdır. Bu hesaplanmanın yapılmasının en önemli amacı ölüm oranı ve mevcut durumu hakkında bilgi alınmak istemesidir (Çetinkaya, Uraş ve Dilmen, 2013: 1–5) (Hürriyet, 2022: 1).

Genel olarak en temel şu ölçütler yer almaktadır;

- Bebek ölüm hızı
- Kaba ölüm hızı
- 0-28 günlük ölümler olarak kabul edilen yenidoğan-neonatal ölümler. Neonatal ölümler olan 0-6 gün, 7-28 gün gün geç neonatal olarak isimlendirilir. Özetle Yenidoğan- neonatal ölüm hızı.
- 29-364 gün olarak kabul edilen postneonatal ölüm hızı.
- Perinatal ölüm hızı, gebeliğin ilk 28 haftası ile beraber doğum sonrasındaki 7 gün olarak dikkate alınmaktadır.
- Gebeliğin ilk 28 haftası olarak değerlendirilen ölüm doğum hızı
- Yetişkin ve çocukta yaşa, cinsiyete, nedene özel ölüm hızları şeklinde değerlendirilmektedir (Güler ve Akın, 2012b: 253–265).

1.3.2. Mortaliteyi Etkileyen Faktörler

Ülkelerdeki temel ölüm nedenlerinin arasında yaşam koşullarında meydana gelen değişimler olarak da x açıklanmaktadır. Fiziki imkanlar, ilaçlar, sağlık bakımı ve bunu gerçekleştiren sağlık insan gücü hastalık ve ölümlerin oluşumunu doğrudan etkilemektedir. Bununla beraber kişilerin demografik özellikleri de bir başka neden olarak açıklanabilmektedir. Bunları üç gruba ayırmak mümkündür.

1. Doğum sonrası dönem olarak karşımıza çıkan faktörler: bebeğin emzirilmesi ve emzirilme süresi, gebelikler arasındaki sürenin uzaması, bulaşıcı hastalıklardan korunma, içme kullanma suyunun temizliği, steril anne sütü.
2. Doğumda biyo diyebileceğimiz demografik faktörler: annenin yaşı, bebeğin cinsiyeti, düşük doğum ağırlığı, gebelikler arasındaki süre.
3. Direkt veya dolaylı ailesel faktörler: anne ve babanın mesleki ücreti, mesleği ve eğitim durumu, doğumun gerçekleştiği yer ve iklim koşulları şeklinde açıklanabilir (Güler ve Akın, 2012c: 389–390).

1.3.3. Neonatal Ölümler

Doğumdan sonraki 1 ay içinde gerçekleşen ölümler yenidoğan veya neonatal ölümlerdir(TNSA, HNEE, 2014: 129–140). Çocuklarda ise 5 yaşın altındaki ölümlerin neredeyse %45’ini oluşturmaktadır. Bütün yenidoğan ölümlerinin büyük bir kısmı olan %75 oranı yaşamın ilk haftasında oluşur. Geriye kalan %25 oranı ise 24 saat içinde meydana gelir. Yenidoğanlar da meydana gelen ölümlerin başlıca nedenleri düşük doğum ağırlığı ve prematüre, asfiksi, enfeksiyonlar ve doğum travmasıdır. Bu sebeple ilgili yaş grubundaki ölümlerin büyük bir kısmı olan % 80’ini oluşturmaktadır(Newborns, 2017: 2–5).

Neonatal ölümlerin yaşanmasındaki en güçlü göstergeler; gestasyon ve doğum ağırlığıdır. Gestasyonun 22. haftasında yaşama ihtimali nerdeyse %0’dır. Gestasyon’un 23. haftasında %15, hemen akabinde gelen 24. haftada %56 ve 25. haftada yaşama ihtimali % 79’olarak belirlenmiştir(Behrman ve diğerleri, 2015: 532–535) Bunun dışında neonatal dönemde yüksek riskli bebeklerin erken belirlenmesi morbiditeyi ve neonatal mortaliteyi azaltmakta önemli olduğu görülmüştür. Ağırlıklı olarak 1000 gramın altında dünyaya gelen ve 30. Gestasyon haftasında küçük bebeklerde neonatal mortalite oranları

en yüksek olduğu bilinmekle beraber, 38-42. haftalarında doğan ve doğum ağırlığı 3000-4000 gram olan bebeklerde ise bu riskin en düşük olduğunu belirtebiliriz. Gestasyon haftası 25. Haftadan itibaren 37. Haftaya kadar olan zaman diliminde her bir haftalık yükselişte mortalite oranları yarı oranında azalmaktadır. 500 gramdan 3000 grama doğru yükseldikçe mortalite oranı da azaldığını belirtebiliriz (Behrman ve diğerleri, 2015: 540–541).

1.3.4. Perinatal Ölüm

Ülkelerin sağlık düzeylerinin belirlemede Perinatal ölüm oranları önemli bir gösterge olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle bu göstergelerle beraber herhangi bir ülkenin eğitim, sosyoekonomik gelişmişliğinin göstergesi olarak kabul etmektedir (Pakış ve Koç, 2009: 60).

Bu ölümler ölü doğumlarla beraber ilk 7 gün içerisinde meydana gelen ölümler olarak tarif edilebilir (AÇSAP Genel Müdürlüğü, 2009). Perinatal ölümler kapsamında fetal ölümlerin neonatal ölümlerden daha çok görülmektedir. Perinatal mortalite ve morbiditenin, doğum uzmanları tarafından azaltılması mümkün görünmektedir. İlgili azalma; doğumda fetal görüntülemenin yapılması, riskli gebeliklerin önceden tanımlanması ve sonrasında takibi, fetal distres, obstetrik komplikasyonlar benzeri durumlarda doğumun sezeryanla yaptırılması pediatriğin ve uzmanın iletişim halinde olması ile sağlanabilir (Behrman ve diğerleri, 2015: 552–564).

1.3.5. Postneonatal Ölüm

Postneonatal ölümler bir yıldan önce ise bir aydan sonra meydana gelen ölümlerdir (TNSA, HNEE, 2014: 129–140). Bebelerin neonatal dönem bakımlarındaki gelişmelerle, bu dönem içinde ölümler en aza indirgenmekte ve sekeller olarak kalmaktadır. İlgili sekeller de postneonatal dönemdeki ölümlerin sebeplerini oluşturmaktadır. Bu konuda verilebilecek örnek; kojenital enfeksiyonu olan bir bebek neonatal dönemde içinde iyi bir bakımla yaşatılabilmekte fakat ortaya çıkan ensefalopati sekeliyle postneonatal dönemde kaybedilebilmektedir. Bununla beraber bu konudaki örnekleri artırmak mümkündür. Ani bebek ölümü sendromu, enterik ve solunum

enfeksiyonları ve travmalar benzeri neonatal ölüm sebeplerinden farklı diyebileceğimiz sebeplerden bebekler kaybedilebilmektedir (Behrman ve diğerleri, 2015: 552–567).

1.4. Bebek Ölümü İzlemi Sistemi Genelgesi

Bebek ölümü izlemi Sisteminin en temel amacı, perinatal dönem ve 5 yaş altı ölüm hızlarını ve sebeplerine yönelik bilgi sağlanması, her bir bebek ölümünün tam olarak izlenerek sebeplerinin ortaya koyulması ve bir daha benzer sebeplerle meydana gelebilecek bebek ölümlerinin önlenmesi hedeflenmiştir.

2005 yılında çocuk sağlığı alanında yürütülen faaliyetlere kaynak oluşturması ve halihazırda gerçekleştirilen standart çalışmaların ve özel programların takibi nedeniyle Bebek Ölümü Kayıt- Bildirim Formu yapılmış ve yasal bir çerçevede 78 sayılı Genelge ile ülke genelinde uygulamaya koyulmuştur. Daha sonra 2006 yılında Bebek Ölümü Bildirim Formu revizesi sağlanmıştır. Bildirimi yapılan ölümlerin 2007 yılından itibaren istatistiği yapılarak, bazı analizler yapılmıştır. 31 sayılı Genelge ile 04 Mayıs 2009 tarihinde yeni bir genelge sistemi yapılarak “Bebek Ölümleri İzlemi Sistemi” yürürlüğe koyulmuştur.

Gerçekleşen bebek ölümleri 2010 yılına kadar illere göre bebek ölüm hızları hesaplanmış, 2010 yılı sonrası ikamete göre de hesaplamaları yapılmıştır. 2013 yılında TUIK, NVİGM ve THSK tarafından Ölüm Bildirim Sistemi (ÖBS) çalışması hayata geçirilmiştir. Ülkemizde meydana gelen bütün ölümlerin bu sistem tarafından alınması gerçekleştirilmiştir. Bebek Ölümleri İzleme Sistemi 01 Ocak 2014 tarihinden itibaren ÖBS’ne entegre edilmiş olup, iller nezdinde kontrol ve inceleme sonuçlarının sisteme girişi sağlanmaktadır.

İl inceleme kurulları tarafından sistem kapsamına dahil olan ölü doğum ve bebek ölümleri detaylı incelenmektedir. 2018/7 sayılı genelge kapsamında halen yürütülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2021).

Bebek ölümlerinin tespit ve incelemeleri bildirim kriterleri, bildirim şekli, inceleme gibi başlıklarda değerlendirilmektedir. Buna göre;

1.4.1 Bildirim Kriterleri

- 22. hafta dahil olmak üzere ve sonraki haftalar ya da 500 gram ve üzeri sonrası “ölü doğumlar”
- Doğum ağırlığından ve gebelik süresinden bağımsız olarak canlı dünyaya gelen 0-364 günde de dahil olmak üzere bu zaman zarfında ölen bebekler,
- Kurul kararı kapsamında yapılan tahlillerin ve araştırmaların hem b hem de c bendlerinde açıklanan kriterlerde olan vakalar, bildirim ÖBS mevzuatı tarafından yapılması beklenmekte, fakat incelenmeyecek vakalar
- 1 ile 4 yaş çocuk ölümleri yani 365-1825 gün arası olarak kriterlere dikkat edilmektedir.

1.4.2. Bildirim Şekli

Bildirimler doğrudan ölümün meydana geldiği il tarafından yapılması beklenmektedir. Bu doğrultuda bildirimler Ölüm Bildirim Sistemleri (ÖBS) yönetmeliği kapsamında ölümün gerçekleştiği 3 (üç) iş günü içinde ilgili sağlık kuruluşunca ÖBS’ ye girişi yapılarak aynı süre kapsamında Ek-1’deki Perinatal ve Bebek Ölümleri Bildirimleri Formu ile de İl Sağlık Müdürlüğüne (İSM) gönderilmesi gerekmektedir.

1.4.3. İnceleme

Başta perinatal olmak üzere ve bebek ölümlerinin incelenmesi ilgili il tarafından yapılması beklenmektedir. Fakat başka bir ile tedavisi için sevk edilen ve yolda hayatını kaybeden, gönderimi yapılan kuruma gelen ölü doğum ve bebek ölümlerinde inceleme ve bildirimleri ikame edilen il tarafından yapılması gerekmektedir (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018).

1.5. Bebek Ölümü Bilgi Formu

Bebek ölüm istatistiğinin temel amacı yerel, bölgesel ve ulusal düzeyde ölüm nedenleri ve vaktinde öğrenilmesi olan önemli sağlık verilerinden birisidir. İlgili istatistikler bebeklerin sağlık durumu hakkında bilgi veren, temel amacı sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde planlanması ve düzenlenmesidir (Alvarez, Harlow, Denman ve Hofmeister, 2009: 120–127). Bebek ölüm hızı (BÖH) dünyaya gelen

her bin canlı doğum için meydana gelen bir bebek ölümü olarak açıklanmaktadır. Bebek ölüm verileri toplumun genel sağlık durumu hakkında bilgi veren, anne ve bebek sağlığı ile ilgili doğrudan veya dolaylı olarak birçok hizmetin sağlanmasında yol gösterici olan önemli bir göstergedir(Dolar, Gökçay, Bulut ve Neyzi, 2005: 35–48).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1991 yılından itibaren Uluslararası Hastalık Sınıflaması 10 (ICD 10) kodlarına göre sınıflandırılmaktadır. Buna benzer veriler ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından “ölüm belgesi” ne bağlı olarak değerlendirilmekte ve yayınlanmaktadır. 2009 yılına kadar “ ölüm belgelerine ” kısıtlı ve yalnız bir ölüm sebebi yazılmasına imkan tanırken; Bu tarihten itibaren uluslararası standartlara uygun “ ölüm belgesi” kullanımına başlanmıştır (Özdemir ve Öcek, 2015: 1–16).

Ülkemizde bebek ölüm nedenlerine yönelik kayıtlar TÜİK’le beraber Sağlık Bakanlığı tarafından da kayıt altına alınmaktadır. Tutulan kayıtlar 2009 yılına kadar “ Perinatal ve Bebek Ölümleri Bilgi Formu” ile toplanırken, 2009 yılından sonra bu forma “İl Bebek Ölümelerini İnceleme Kurulu Çalışma Formu” da eklenmiştir (Sümbüloğlu, Gören ve Sümbüloğlu, 1996: 1–2).

1.6. Bebek Ölümü Oranları (Yıllara Göre)

Bebek ölüm oranları, bebek ölüm hızıyla açıklanabilir. Bu durumda bebek ölüm hızı, bir toplumda bir yıl içinde canlı dünyaya gelen 1000 bebekten bir bebeğin aynı yıl içinde (12 ayını tamamlamadan) ölmesi demektir. İlgili oran, herhangi bir toplumda aynı yıl içinde canlı doğan fakat bir yaşını bitirmeden hayatını kaybeden bebek sayısının, yine aynı toplumda aynı süredeki canlı doğum sayısına bölümünün tam olarak 1000 ile çarpımı neticesinde elde edilmektedir.

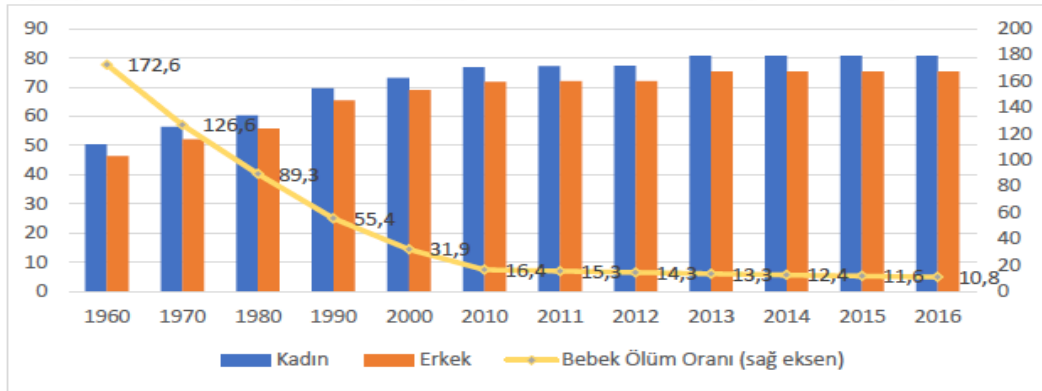
Tablo 2: Bebek Ölüm Hızı Hesaplaması Formülü

Bir toplumda canlı doğup bir yaşını tamamlamadan ölen bebek sayısı	
Bebek Ölüm Hızı =	----- x k (1000)
	Aynı toplumda aynı süredeki canlı doğum sayısı

Kaynak: Docplayer 2022, Sağlık Düzeyi Göstergeleri: 8 <https://docplayer.biz.tr/2029135-Saglik-duzeyi-gostergeleri.html> (Erişim Tarihi 24.03.2022).

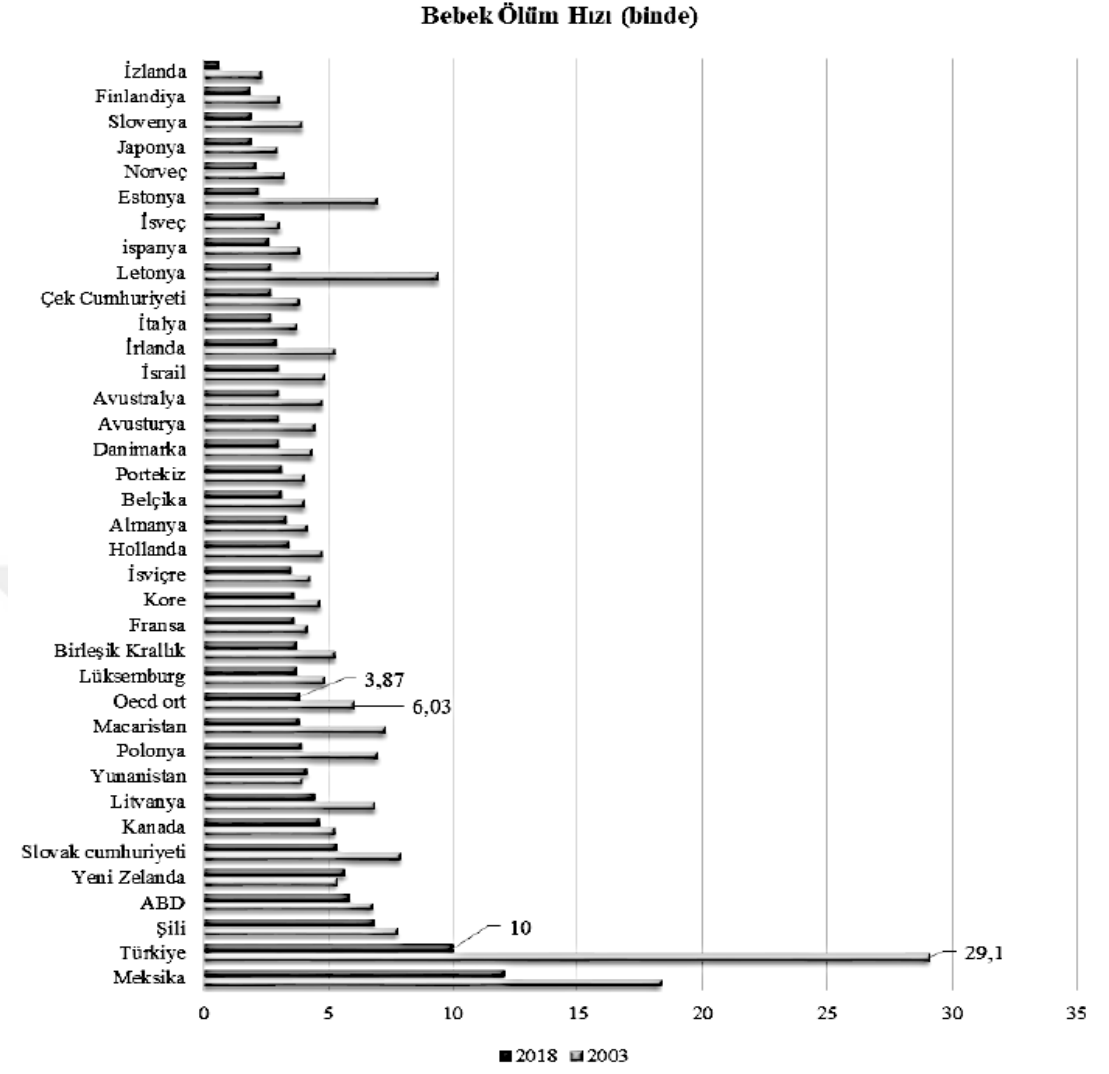
Ülkelerin ekonomik gücü ve refah düzeyi ülke nüfusunun doğrudan kalitesiyle ilişkili bir konudur. Bu husus 21. yüzyılda sağlık standartlarının olabildiğince yüksek olduğu bir toplumu da işaret etmektedir. Ülkelerin devamlılığını sağlayabilmeleri adına sağlıklı çocukların, bunun sonucunda da sağlıklı toplumların meydana gelmesi önemli bir konudur. Bu bakımdan gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemlerinin en önemli parametre göstergeleri ise bebek ölüm hızı olarak değerlendirilmektedir. Bebek ölüm hızı bir bölgede veya bir ülkede sağlık durumu hakkında bilgi sağlayan en önemli göstergeler arasında yer almaktadır (Özbaş, Tezel, Aydın, Bolat ve Köse, 2012, ss. 71–76). Bebek ölüm hızlarının tüm boyutlarıyla değerlendirilmesi ve minimum değerlere indirgenmesi toplumlar açısından temel hedefler arasında yer almaktadır. Ülkemizdeki Nüfus ve Sağlık Araştırmaları verilerine göre son on yılda Bebek Ölüm Hızındaki (BÖH) azalmanın bir ivme kazandığı görülmektedir (TNSA, 2019, ss. 1–3).

Tablo 3: 1960 ile 2016 Yılları Arasında Cinsiyete Bağlı Olarak Bebek Ölüm Oranları



Kaynak: OECD, (2018: 1–2) Sağlık İstatistiği Verileri Dikkate alınarak hazırlanmıştır (Erişim Tarihi 21.03.2022).

Yukarıda yer alan tablo incelendiğinde, 1960 yılında her 1000 canlı dünyaya gelen bebekten 172’sinin hayatını kaybettiği, 2016 yılında bu oranın ise 10,8’e kadar gerilediği görülmüştür. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre bu oran ise 7,5 civarındadır. İlgili verileri dikkate aldığımızda bebek ölüm oranları yıllara göre hızla azaldığı, doğuşta beklenen yaşamın hem erkeklerde hem de kadınlarda önemli bir artış gösterdiği görülmektedir. Doğuştan beklenen yaşam süresi ile bebek ölüm hızı arasındaki ilişkinin ters yönde hareket ettiği ve literatüre uygun olduğu görülmektedir (Rabbi, 2013: 479–488).



Şekil 1: Bebek Ölüm Hızı (1000 Canlı Doğumda Bebek Ölüm Hızı)

Kaynak: OECD (2020: 1–3). <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm> (Erişim Tarihi: 05.09.2021).

2003 ile 2018 yılları için 36 OECD ülkesi arasında gerçekleşen 1000 Canlı Doğumda Bebek ölüm hızı gösterilmiştir. Bütün oranlar bin üzerinden değerlendirilmiştir. Buna göre 2003 yılında Türkiye’de BÖH bin üzerinden 29,1’dir. Aynı yılda 36 ülkenin toplam ortalaması BÖH yaklaşık 6,03 olarak ortaya çıkmıştır. Bu verilere göre 36 OECD ülkesi arasında Türkiye’nin 34. sırada yer aldığını ifade edebiliriz. OECD ülkeleri arasında en az BÖH’na sahip olan ülkeler sırasıyla, İzlanda 2,4 Japonya 3 İsveç ve Finlandiya ise binde 3,1’dir. Yüksek olan ülkeler ise sırasıyla, Meksika 18,3 Letonya 9,4 Slovak Cumhuriyeti 7,9 sonrasında ise 7,8 ile Şili olmuştur. Bu oranların tamamı bin üzerinden değerlendirilmiştir.

2018 yılına ait verilerde ise; OECD ülkelerinin BÖH'nin toplam ortalaması binde 3.87 iken Türkiye'de ise binde 10 seviyesindedir. Bu verilere göre OECD ülkeleri arasında Türkiye, yüksek ülkeler kategorisinde bulunmaktadır. BÖH yüksek orana sahip olan diğer ülkeler sırasıyla, Meksika bin üzerinden 12,1, Şili bin üzerinden 7,8, ABD bin üzerinden 5,9, Yeni Zelanda bin üzerinden 5,7 olmuştur. BÖH hızı düşük olan ülkelere ise, İzlanda bin üzerinden 0,7, Finlandiya bin üzerinden 1,9, Slovenya ve Japonya bin üzerinden 2 ve Norveç bin üzerinden 2,2 oranında olmuştur. 2003 ile 2018 BÖH verilerine bakıldığında Türkiye'nin binde 29,1'den binde 10'a düştüğünü ve bunun önemli bir mesafe olduğunu belirtebiliriz.

1.7. Bebek Ölümlülüğünü Etkileyen Faktörler

1.7.1. Gelir Düzeyi

Sağlık açısından gelir düzeyinin etkin bir göstergesi olarak değerlendirilen bebek ölüm oranı arasındaki ilişki, kalkınma konusunda ayrı bir öneme sahiptir. Bebek ölüm oranları makro bakımından tüm ülkelerde önemli sağlık göstergeleri arasında dikkate alınmakta, aynı zamanda kalkınmanın en iyi göstergeleri arasındadır (Devlet Planlama Teşkilatı, 2006a: 195–202). Dünyada olduğu gibi Türkiye'de de yoksulluk ve gelir eşitsizliği çözüme kavuşturulması gereken önemli sorunlar arasında yer almaktadır (Çelik, 2004: 51–93). Bununla beraber bebek ölüm seviyeleri, genel toplum düzeyi ile birlikte 0-1 yaş grubu sağlık düzeyini ölçmek ve bu açıdan verilen hizmetlerin kalitesinin tespit edilmesi için dikkate alınan kriterlerden biri olarak değerlendirilmektedir (UNICEF, 1991: 110–115).

Çocuk daha dünyaya gelmeden önce çocuk sağlığı ile hane halkı arasındaki ilişki başlamaktadır. Anne adayının sosyal koşulları ve beslenme durumu cenin sağlığı üzerinde doğrudan önemli bir etkiye sahiptir. Anne, hamileliğinin hemen başlangıcından bebeğin doğumundan sonraki ilk altı ay bitene kadar çocuğun hemen hemen bütün çevresini tek başına oluşturmaktadır. Bu açıdan çocuğun yaşaması ve hayatının devamlılığı açısından annenin beslenme durumuyla yakın ilişki içerisinde. Çevresi ve özellikle gelir düzeyi düşük seviyede ve tam olarak temel sağlık hizmetlerinden faydalanamaması beraberinde tehlikeli durumları getirecektir (UNICEF, 1989: 60–63).

Ülkelerin ekonomilerinde meydana gelen krizler ve sonrasındaki dalgalanmalar da sağlık çıktıları üzerinde olumsuz etkilere neden olabilmektedir. Bebekler küçük ve daha çok korumaya ihtiyacı olmalarından dolayı bu olumsuz etkilere daha fazla maruz kalabilmektedirler. Peru’da 1988-1992 yılları arasında yaşanan ekonomik krizin çocuk sağlığı ve bebek ölüm oranı üzerindeki etkilerini araştıran bilimsel bir çalışmada, bebek ölümlerini beliren ekonomik krizin olduğu zaman diliminde, kriz gerçekleşmeden ve gerçekleşikten sonraki yıllara oranla %50 oranında daha çok yaşandığı tespit edilmiştir. Böyle bir durumda yaşanan ekonomik krizler iki farklı şekilde kendilerini hissettirmektedir. Bunlardan ilki olan hijyen, anne eğitimi, beslenme, eğitim gibi yaşam şartlarının giderek kötüleşmesiyle beraber hane halkı gelirlerinde meydana gelen azalmalar, diğeri ise halk sağlığı harcamalarının düşmesidir (Paxson ve Schady, 2004: 10–15).

Ailelerin sahip olduğu gelirlerden en fazla çocukları etkilemektedir. Bu etkiler genellikle makro ölçekte olan göstergelerdir. Bu konuyu ölüm ve hastalık oranları ile görmek mümkündür. Gelir düzeyi yüksek olan hane halklarında çocukların kötü beslenme oranı gelir düzeyi düşük olan hane halklarındaki çocuklara göre daha düşük olduğu bilinmektedir. Bununla beraber sıtma, tüberküloz gibi hastalıklardan daha basit hastalıklara yakalanabilmektedirler. Bu hastalık türleri ise tedavileri diğerlerine göre daha basit, solunum yolu enfeksiyonu ve ölüm oranı düşük olan ishal vb. hastalıklardır (Paxson ve Schady, 2004: 1–5). Bu bilgiler ışığında sosyoekonomik göstergeler dikkate alındığında, bebek ölümlerinin varlıklı ailede daha az olduğu yoksul ailelerde ise daha fazla olduğu görülmektedir (Kahveci, 2004: 280–284).

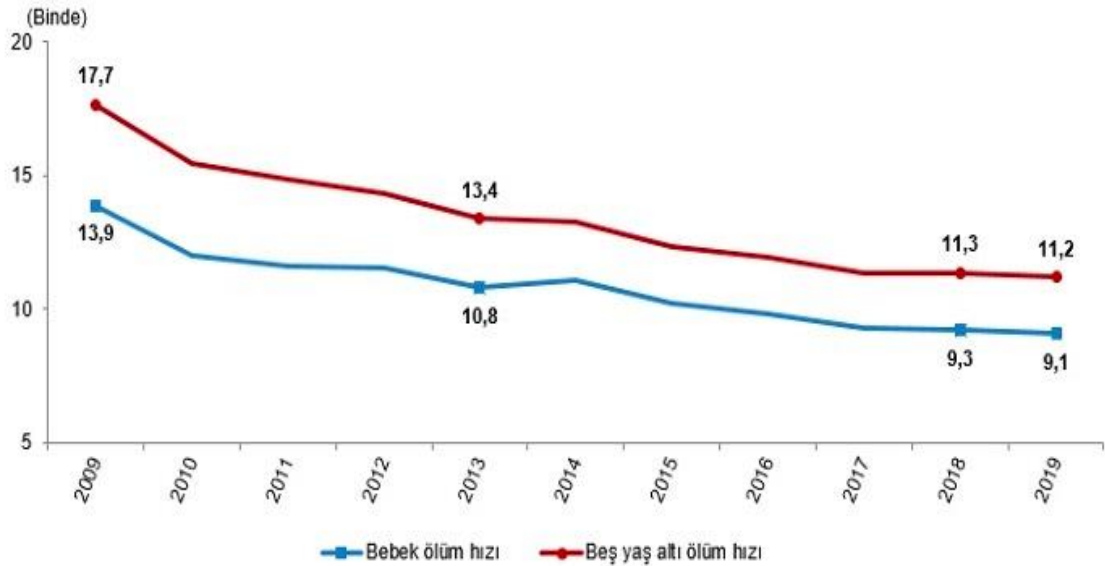
Tam olarak iyi eğitilmiş bir işgücünden söz edilebilmesi için çocukların yaşamış oldukları gelişim süreçlerine bakılmalıdır. Çocukluk döneminde yeterli ve dengeli beslenme, yetişkinlik çağına sağlık ve beraberinde getirmiş olduğu verimliliği doğrudan etkilemektedir. Ancak böyle bir beslenme şekli ailelerin ekonomik durumlarıyla bağlantılıdır. Çocukların beslenmeleriyle bilişsel durumları arasında çok kuvvetli bir bağlantının olduğunu belirtebiliriz. Demir ve protein besin maddelerinin hayvansal gıdalarda daha fazla olması ve fiyatlarının yüksek olmasından dolayı yoksul ailelerin alım gücünün düşük olması nedeniyle bütçelerinin zorlanmasına sebep olabilmektedir. Hayati önem taşıyan besin kaynaklarının az tüketilmesi neticesinde hastalıkların ortaya

çıkmasına zemin hazırlar. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yapılan birçok araştırmada, yetersiz beslenmeden dolayı verimliliğin azaldığı göstermektedir. Bu kapsamda gelir düzeyi bebek ölümlerini etkileyen en önemli konudur (Bhargava, 2001a: 175–179).

1.7.2. Sağlık Harcaması

21. yüzyılda bebek ve çocuk sağlığına dikkat etmek, sonraki neslin zihinsel ve bedensel kapasitesine, aynı zamanda toplumun sosyoekonomik anlamda gelişmesi ve iyileşmesi açısından gerçekleştirilecek en iyi yatırım sağlık olmuştur. Ağırlıklı olarak sağlık ve eğitim alanlarına yapılan harcamaların yalnızca zenginlik dönemlerinde yapılacağı fikri oldukça yaygındır. Burada insan unsurunun asıl zenginlik kaynağı olarak değerlendirilmeli, fakat bu kaynak kimi zaman göz ardı edilerek varlık dönemlerini beklemek zaman kaybına neden olmaktadır. Ekonomik kalkınmayı devam ettirebilmek için sağlık üzerine gerçekleştirilen harcamaların önemli bir gösterge olduğu bilinmektedir (UNICEF, 1989: 8–12).

Türkiye’de 2009 ile 2019 yılları arasında gerçekleşen beş yaş altı ölüm oranlarında önemli ölçüde azalmaların olduğu görülmüştür.



Şekil 2: 2009-2019 Yılları Arasında Bebek ve Beş Yaş Altı Ölüm Hızı

Kaynak: TÜİK, (2020) Ölüm İstatistikleri, 2009-2019

<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Cocuk-2020-37228> (Erişim tarihi: 21.09.2021).

Bebek ölümlerinin yıllar içerisinde beş yaş altı ölümler arasındaki payının azaldığı görülmektedir. Bu veriler ışığında 2009 yılında gerçekleşen bebek ölüm hızının binde 13,9 olduğu, bu oranın aynı tarihte beş yaş altı ölümlerde ise binde 17,7 seviyesinde olduğu izlenmektedir. Yıllara göre bu oranların giderek azaldığı görülmektedir. 2019 yılında bebek ölüm hızı binde 9,1 iken bu oran beş yaş altı ölüm hızında ise binde 11,2 civarındadır. Yenidoğan sonrası bebek ölümleri, çevresel faktörlerin, sosyoekonomik şartların iyileştirilmesi ve bununla beraber sağlık yatırımlarıyla minimum seviyeye düşürmektedir. Sağlık altyapısının geliştirilmesi ve iyileştirilmesi yüksek maliyetli sağlık yatırımları ile mümkündür (İ. Koç ve Eryurt, 2011: 40–44).

Sağlık harcamalarının giderek düşük seviyelere inmesi ve gelecek gösterimlerinin kötümserliği, birçok gelişmekte olan ülkelerde genel olarak topluma temel sağlık hizmetlerinin sunulmasında ciddi problemlere neden olmaktadır. Beş yaş altı ölüm oranı, gelişmiş olan ülkelere göre daha düşüktür. Diğer bir ifadeyle gelişmekte olan ülkelere beş yaş altı ölüm oranı yüksektir (Schieber ve Maeda, 1999: 194–206).

Sağlık kalitesini geliştirme ve iyileştirmede kamu harcamaları sonucunda ortaya çıkan verimlilik açısından önemli bir farklılık bulunmaktadır. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin maliyet etkinliğini ortaya koyan araştırmalar bebek ölümlerinin önemli seviyedeki kısmının çok az miktarda kamu harcamaları ile sağlanabilecek durumda olmasına rağmen, ülkeler nezdinde bu konu incelendiğinde yalnız kamu harcamalarının sağlık kalitesini doğrudan etkileyen bir husus olmadığı görülmektedir. Gelir seviyesi, yaşam şartları, annenin eğitimi ve gelir dağılımı gibi etkenler de kamu adına yapılan harcamalar kadar sağlık düzeyi üzerinde etkili olduğu görülmüştür (Filmer ve Pritchett, 1997: 2–32). Görüldüğü gibi herhangi bir ülkede yaşanan bebek ölümlerinin şüphesiz birçok faktörü etkilediği ortaya çıkmıştır. Sağlık giderleri de söz konusu etkenler sosyoekonomik kategoride değerlendirilebilir (Tüylüoğlu ve Tekin, 2009: 9–16).

1.7.3. Yoksulluk

Toplumlarda yoksulluktan en çok etkilenen kesimin çocuklar olduğu bilinmektedir (Ş. Hatun, Etiler ve Gönüllü, 2003: 249–261). Önemli bir fon olan Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu’nun (UNICEF) “Dünya’nın Çocukları 2021” isimli raporunda gelişim sürecinde olan ülkelere dünyaya gelen her yüz çocuktan yirmisinin

aşırı yoksulluk içerisinde dünyaya geldiği ortaya çıkmıştır. Bu konu yoksulluğun ülkeler kapsamında çocuklar konusunda ne kadar önemli bir sorun oluşturduğunu göstermektedir (Kurnaz, 2009: 31–34). Yoksulluğun en kötü neticesi, bebek ölümlerinin artması olarak görülmektedir. Bir ülkenin bebek ölümleri, sosyal farklılıkları ve insani gelişimi gösteren en önemli göstergelerden biri olarak kabul edilmektedir. Bu kapsamda yoksulluk nedeniyle bebek ölüm hızının neredeyse 4 kata kadar çıktığı bilinmektedir. Bebek ve çocuk ölümlerini, yoksulluk doğrudan etkilemektedir. Özellikle yetersiz beslenme, enfeksiyon hastalıklarının yaygınlığı, kalabalık aile yaşamı ve sigara içimi, kişisel hijyen sorunları gibi olumsuz davranışlar dolaylı yoldan da etkileri olmaktadır (Ş. Hatun, 2002: 19–22).

Yoksulluğun bebek ölümlerini daha çok etkilemesinin bir diğer önemli nedeni ise güvenli olmayan ortamlarda fazla vakit geçirmeleri ve beraberinde yaşanan kazalar sonucunda ölümle sonuçlanmasıdır. Yoksulluğa bağlı olarak evlerin düzensiz ve küçük olması sebebiyle ilaç zehirlenmelerinin yaşanmasıdır.

1.7.4. Eğitim

Türkiye’de Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 verilerine göre kırsal yerleşim yerinde yaşayan kadınların kentsel yerleşim yerinde yaşayan kadınlara göre daha az eğitilmiş olduğu ortaya çıkmıştır. Bölgelere göre bakıldığında ise lise ve sonrası eğitimlerini tamamlayan kadınların %45 Kuzey, %47 Batı, %44 Orta bölgelerinde yüksek iken, doğu bölgelerinde hayatını devam eden kadınların eğitim oranlarının düşük olduğu görülmektedir. En az refah düzeyindeki ailelerde yaşayan kadınlarda %26 herhangi bir eğitimi olmayan ya da ilkokul eğitimini bitirmiş kadınlar olduğu, yüksek refah düzeyindeki ailelerde bu oran %1 seviyelerindedir. Yüksek refah düzeyi ailelerde yüksek refah seviyesindeki kadınlarda bitirilen ortalama eğitim zamanı 11,4 yıl seviyesinde iken bu oran düşük refah düzeyine sahip olan ailelerde ise 4,7 yıl seviyelerindedir (TNSA, 2018: 29–45).

Aşağıda yer alan tabloda 2018 yılına ait 49 yaş kategorisinde yer alan kadınların temel özellikleri kapsamında tamamladıkları veya sürdürdükleri en yüksek eğitim seviyesinin yüzdelik oranları ve ortalama eğitim süresine ait bilgiler verilmiştir.

Tablo 4: 2018 Yılına Ait Bölgelere Göre Kadınların Eğitim Bilgileri.

Temel Özellikler	Eğitim						
	Eğitimi yok/ İlkokulu bitirmemiş	İlkokul ¹	Ortaokul ²	Lise ve üzeri ³	Toplam	Ortanca eğitim süresi	Kadın Sayısı
Kent	7.9	26.6	19.6	45.9	100.0	8.9	5,744
Kır	13.9	38.0	23.2	24.9	100.0	5.1	1,602
Bölge							
Batı	6.2	28.3	18.4	47.0	100.0	9.1	3,203
Güney	8.2	34.4	22.5	34.9	100.0	7.6	914
Orta	3.6	29.8	22.6	44.0	100.0	8.5	1,524
Kuzey	4.1	31.2	19.8	44.8	100.0	8.5	401
Doğu	25.4	26.0	21.0	27.6	100.0	6.1	1,305
NUTS 1 Bölgeleri							
İstanbul	7.3	27.3	17.9	47.6	100.0	9.4	1,549
Batı Marmara	6.3	30.8	20.8	42.1	100.0	7.9	299
Ege	4.6	29.1	17.8	48.6	100.0	9.3	884
Doğu Marmara	4.5	32.1	20.5	42.8	100.0	8.2	718
Batı Anadolu	3.1	23.6	21.6	51.7	100.0	10.1	777
Akdeniz	8.2	34.4	22.5	34.9	100.0	7.6	914
Orta Anadolu	5.1	31.9	26.1	36.8	100.0	7.7	347
Batı Karadeniz	5.0	38.0	20.7	36.2	100.0	7.6	384
Doğu Karadeniz	3.6	25.6	19.9	50.9	100.0	10.1	168
Kuzeydoğu Anadolu	21.1	28.9	25.0	24.9	100.0	6.6	172
Ortadoğu Anadolu	28.3	28.3	18.2	25.3	100.0	4.8	355
Güneydoğu Anadolu	25.0	24.2	21.5	29.2	100.0	7.0	778
Hanehalkı refah düzeyi							
En düşük	26.2	37.2	23.5	13.2	100.0	4.7	1,154
Düşük	14.3	37.7	23.6	24.4	100.0	5.4	1,395
Orta	7.5	33.0	24.0	35.5	100.0	7.6	1,527
Yüksek	2.9	28.5	19.8	48.8	100.0	9.7	1,650
En yüksek	0.8	12.9	12.6	73.7	100.0	11.4	1,619
Toplam	9.2	29.1	20.4	41.3	100.0	8.0	7,346
¹ İlkokulda 4 veya 5 yıl eğitim almış							
² Ortaokulda kendisi için geçerli olan eğitim süresi kadar eğitim almış							
³ En az 3 sene lise eğitimi almış							

Kaynak: SCK (2020). http://www.sck.gov.tr/wpcontent/uploads/2020/08/TNSA2018_ana_Rapor.pdf (Erişim Tarihi: 18.10.2021).

Yukarıda yer alan bilgilere göre ilkokul eğitimini bitirmemiş ya da eğitimi olmayan kadınların kırsal bölgedeki oranı %13,9 iken kentlerde bu oranın ise %7,9 olduğu görülmüştür. Lise eğitimini tamamlayanların oranı kentlerde %45 iken kırsal bölgede bu oran ise %24,9 seviyelerinde görülmüştür. Tablo 4'te genel olarak kırsal bölgelerde eğitim seviyesinin düşük olduğu, kentsel bölgelerde ise bu oranın çok daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Batı bölgelerinde ise eğitim seviyesinin daha yüksek olduğu görülmektedir.

1.7.5. Yerleşim Yeri

Ülkemizde farklı bölgeler içinde ekonomik, toplumsal, kültürel, coğrafi ve iklimsel değişikliklerden dolayı birçok farklı bölgeye ayırarak inceleme imkânı sağlamaktadır. Türkiye, bütün yönleriyle birbirinden ayrı demografik ve sosyoekonomik gelişmişlik özelliklerini barındıran Doğu, Kuzey, Orta, Güney ve Batı olmak üzere beş bölgeye ayrılmaktadır. İlgili bölgesel farklılaşma analiz yapma ve örnekleme amacıyla sosyal bilimsel araştırmalarda sık sık kullanılmaktadır. Bununla beraber Avrupa Birliği uyum kapsamında 2002 yılı sonrası yeni bölge sistemine geçilmiştir. Buna göre 12 bölge (NUT1), 26 bölge (NUT 2) ve son olarak 81 il (NUTS 3) olarak ortaya koyulmuştur (TNSA, 2013: 5–9).

Türkiye’de çocuk ve bebek ölümlerine bakıldığında eğitim grupları ve bölgeler arasındaki farkın, zamanla derinleşerek devam ettiği ancak kent, kır yerleşim yerlerinin farkının tam olarak değişmediği ortaya çıkmıştır.

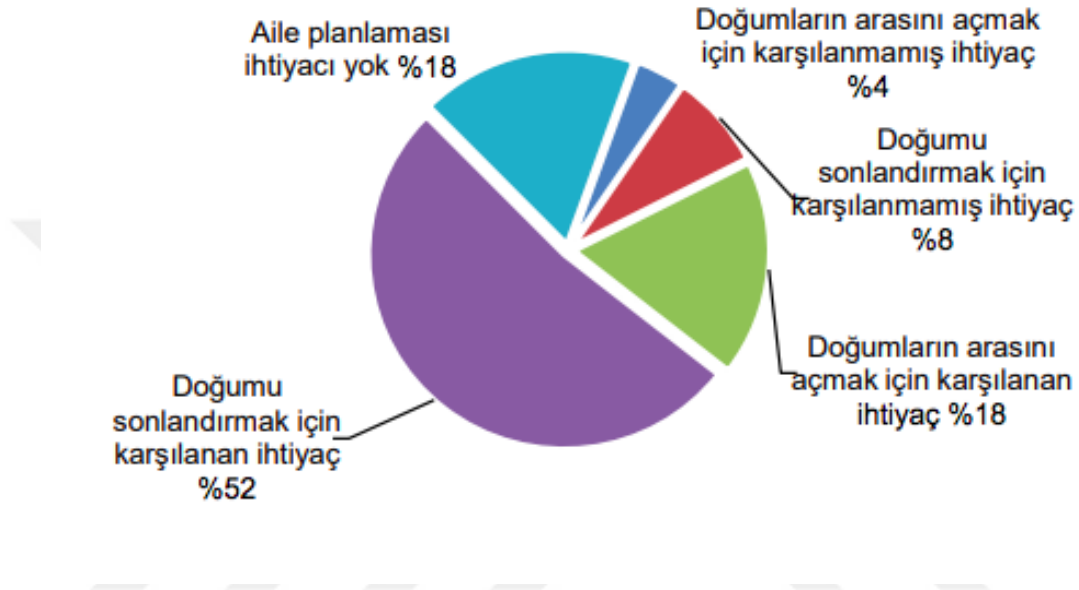
Türkiye Nüfus Sağlığı Araştırmaları (TNSA) 2018 raporuna bakıldığında;

- Kentsel yerleşim yerlerinde gerçekleşen doğumlar 2013 yılında 47,9 ay iken 2018 yılında 47 aya gerilediği görülmüştür. Bu durum kırsal bölgelerde daha farklı oranlarla karşımıza çıkmaktadır. 2013 yılında 35,5 ay, 2018 yılında ise 38 ay aralıkla gerçekleştiği tespit edilmiştir.
- Hemen hemen her yaş kesiminde kırsal yerleşim yerlerindeki kadınların kentsel yerleşim yerindeki kadınlara göre daha fazla çocuk doğurdukları saptanmıştır (Ergin ve Hassoy, 2011: 96–98).

1.7.6. Aile Planlaması ve Doğum Kontrol Yöntemleri

Bireylerin arzu ettikleri zaman ve istedikleri kadar çocuk sahibi olmaları için ailelere sunulan hizmetler aile planlaması olarak tarif edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından, aile planlaması, ailelerin refahını ve sağlığını yükselterek ülkenin sosyoekonomiğine pozitif katkı sağlamak adına bireyler tarafından özümşenen düşünce ve yaşam biçimi olarak tanımlanabilmektedir (AÇSAP, 2009: 8–49).

Aile planlamasındaki hedef, anne ve çocuk sağılığı başta olmak üzere anne adayının çocuk sahibi olmak istediğı durumda gebeliğın oluşması olarak açıklanabilir. İki yıldan daha az aralıklarla olan doğumlarda, anne sağılığı önemli ölçüde bozulabilmektedir. Böyle bir durumda gebelik anında riskleri yükselmekte, hatta arka arkaya gerçekleşen doğumlar annenin yaşamının sonlanmasına dahi sebep olabilmektedir (Taşkın, 2003: 428–450).



Şekil 3: 2018 Yılı Aile Planlamasına Olan Talep

Kaynak: SCK (2020). http://www.sck.gov.tr/wpcontent/uploads/2020/08/TNSA2018_ana_Rapor.pdf (Erişim Tarihi: 23.09.2021).

Yaş aralığı 15-49 arasında olan evli kadınlarda toplam aile planlama talebi %81 seviyelerinde olduğu ortaya çıkmıştır. Kadınların %60'ı doğumları sonlandırmak %22 si ise doğumların arasını açmayı istemektedir. Yukarıda yer alan şekil 3'te aile planlamasına gereksinim duymayanların oranı %18 iken doğumu sonlandırmak için karşılanan ihtiyacın %52 seviyesinde olduğu görülmektedir (TNSA, 2018: 89).

Karşılanmamış aile planlaması gereksinimi ise ağırlıklı olarak son yıllarda sözü edilen bir kavram haline gelmiştir. Karşılanmamış gereksinim, üreyebilme yeteneğı olan ve üreme çağına gelen ancak tekrardan çocuk sahibi olmak istemeyen veya ilerleyen dönemde çocuk sahibi olmayı planlayan ve buna yönelik herhangi bir aile planlaması yönteminden faydalanmayan kadınların mevcut durumunu açıklamaktadır (Casterline ve Sinding, 2000: 690–726).

1.7.7. Yüksek Riskli Doğurganlık Davranışı

Bebek ölümlülüğü üzerinde doğurganlık davranışının etkisinin olduğu bilinmektedir. Ülkeden ülkeye değişiklik göstererek ilgili risk etkenleri kimi durumlarda yüksek bebek ölümlülüğü oranlarıyla ilişkilendirilmektedir. Söz konusu risklerin sadece ölümlülük oranlarını etkilemediği hallerde, fazla faktörün bir araya gelmesi durumunda artması söz konusu olabilmektedir. 15-19 yaş aralığındaki kadınlarda gebe durumlarına bağlı olarak yüzdelik oranları verilmiştir. 15-17 yaş aralığında 697 kadında canlı doğum yapma oranı %1,1 seviyelerinde olduğu, ilk çocuğuna gebe olanların oranı %0,3 olduğu, çocuk doğurmaya başlayan kadınların oranı ise %1,3 seviyelerindedir.

Eğitimli annelerde ise canlı doğum yapma oranı oldukça yüksektir. Hane halkı refah düzeyinin de yüksek olması canlı doğum oranını da yükseltmektedir.

Tablo 5: Temel Özelliklerine Göre Canlı Doğum Yapmış veya İlk Çocuğuna Gebe Olan 15-19 Yaş Aralığındaki Kadınların Yüzdesiyle Çocuk Doğurmaya Başlayan Kadınların Yüzdesi

Temel özellikler	15-19 yaş grubundaki kadınların yüzdesi:		Çocuk doğurmaya başlayanların yüzdesi	Kadın sayısı
	Canlı doğum yapmış	İlk çocuğuna gebe		
Yaş				
15-17	1,1	0,3	1,3	697
15	0,6	0,0	0,6	202
16	0,4	0,8	1,2	226
17	2,0	0,0	2,0	270
18	3,8	0,5	4,3	247
19	7,4	2,3	9,7	220
Yerleşim yeri				
Kent	2,8	0,7	3,5	881
Kır	2,9	0,6	3,6	283
Bölge				
Batı	2,3	0,1	2,4	457
Güney	6,6	0,0	6,6	143
Orta	2,5	1,0	3,5	248
Kuzey	0,6	2,0	2,6	56
Doğu	2,5	1,5	4,0	260
İBBS 1 Bölgeleri				
İstanbul	2,9	0,0	2,9	245
Batı Marmara	2,1	1,1	3,2	43
Ege	1,4	0,0	1,4	112
Doğu Marmara	3,5	0,0	3,5	90
Batı Anadolu	0,0	1,0	1,0	132
Akdeniz	6,6	0,0	6,6	143
Orta Anadolu	4,6	2,2	6,8	55
Batı Karadeniz	3,1	1,0	4,1	53
Doğu Karadeniz	1,1	2,1	3,3	29
Kuzeydoğu Anadolu	3,6	0,9	4,5	36
Ortadoğu Anadolu	1,5	0,0	1,5	65
Güneydoğu Anadolu	2,6	2,3	4,9	159
Eğitim				
Eğitimi yok/ilkokulu bitirmemiş	*	*	*	15
İlkokul	18,3	1,6	19,9	55
Ortaokul	2,9	0,9	3,7	541
Lise ve üzeri	0,8	0,3	1,1	552
Hanehalkı refahı				
En düşük	7,0	1,5	8,5	242
Düşük	3,8	0,2	4,0	245
Orta	1,6	1,6	3,1	230
Yüksek	0,4	0,0	0,4	239
En yüksek	1,1	0,2	1,3	207
Toplam	2,8	0,7	3,5	1.163

Kaynak: TNSA (2018). (s.35–70)

http://www.sck.gov.tr/wpcontent/uploads/2020/08/TNSA2018_ana_Rapor.pdf (Erişim Tarihi 10.11.2021).

Bölgeler açısında değerlendirildiğinde ise 15-19 yaş aralığındaki kadınlarda Doğu Karadeniz bölgesinde canlı doğum yapma oranı %1,1 ilk çocuğuna gebe olma oranı %2,1

çocuk doğurmaya başlayanların yüzdesi ise %3,3 seviyesinde olduğu tespit edilmiştir. Akdeniz bölgesindeki oranların ise canlı doğum yapma oranı %6,6 ilk çocuğuna gebe olma oranı %0,0 çocuk doğurmaya başlayanların yüzdesi ise %6,6 seviyesinde olduğu görülmektedir.

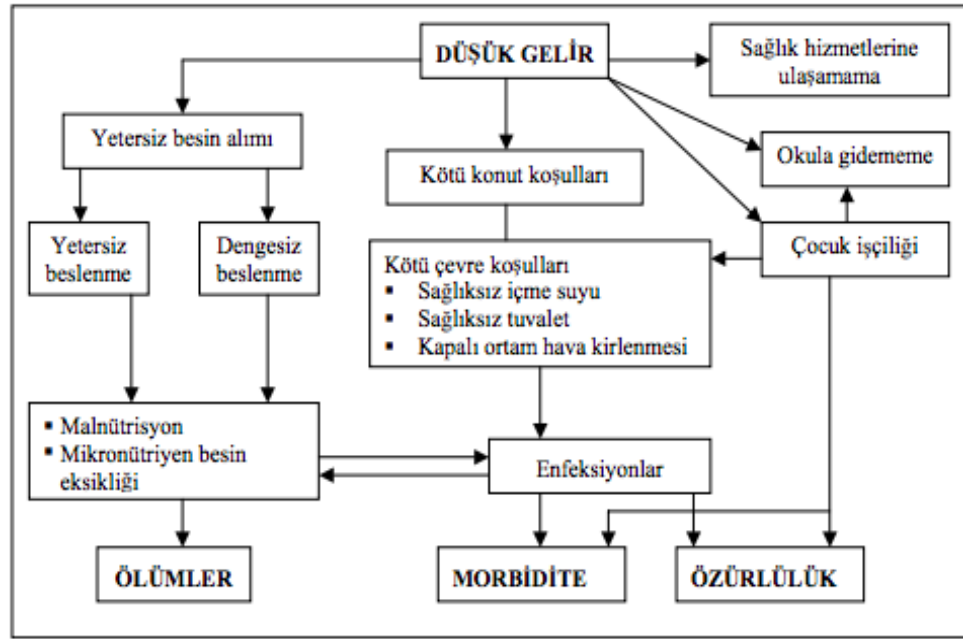
1.8. Doğum ve Gelirde Yaşam Süresi İlişkisi

Bir ülkedeki doğumda yaşam beklentisi, ilgili ülkedeki sağlık hizmetlerinin adaletli dağılımı ve niteliği hakkında önemli bilgiler sağlamakla birlikte ülkelerin sağlık, kalkınma ve sosyal göstergeleri açısından dikkat çekilen verilerdir (DPT, 2006: 200–202). Bu göstergeler, gelir ve eğitimle beraber kişisel kalkınmanın üç önemli kaleminden biri olarak değerlendirilmektedir. Ülkedeki yaşam beklentileri uzun ve sağlıklı yaşayan insan sayısı konusunda bilgiler sağlamaktadır. Doğumda yaşam beklentisi benzer şekilde GSYİH veya kişi başına sağlık harcaması gibi ortalama bir ölçümü noktasında olup toplumun tamamı için ortalama bir veri sağlamaktadır. Toplum nezdinde her ne kadar uzun bir ömür, sağlıklı olmak anlamına geliyor olsa da gerçekleştirilen çalışmalarda iyi bir doğumda yaşam beklentilerine sahip olan ülkelerin diğer sağlık göstergeleri açısından da daha iyi göstergelere sahip olduğu görülmektedir (Yılmaz, 2002: 89–96). Ülkelerin doğumda yaşam beklentileri hesaplamaları, pek çok ülke için önemli bir veri olmakla beraber tam olarak ülkelerin sağlık üretim fonksiyonlarının bir verisi olarak değerlendirilmektedir. Bu veriler benzer zaman dilimlerinde sosyal güvenlik sistemlerinin emeklilik yaşının hesaplanmasında kullanılan göstergelerinden yalnız birini oluşturmaktadır (Nordhaus, 2005: 367–393).

Gelişmiş olan ülkelerde gelir artışı ve sağlıktaki önemli gelişmeler ve iyileşmeler, doğumda beklenen yaşam süresinde yıllara göre değişkenlik gösterdiğini ortaya çıkarmıştır. OECD ülkelerinde 1994 ile 2005 yılları arasında Kişi Başına Düşen Gayri Safi Milli Hasıla ortalama %45 seviyesinde artmış, ilgili yıllarda doğumdan yaşam beklentisi oranında %2,9 artış olduğu gözlemlenmiştir (OECD, 2005a: 1). Ülkelerin sağlık göstergelerinde yaşanan değişimler ve iyileşmeler doğumda yaşam beklentisi süresinin yükselmesine, bununla beraber üretimde eğitilmiş insanların daha fazla yer alması sonucunda, gerçekleşen eğitim yatırımlarının zamanla iyi geri dönüşlerinin sağlanması gerçekleşir (Muskin, 1962: 131).

1.9. Bebek- Çocuk Ölümü ve Gelir Oranı İlişkisi

Ülkelerin sağlık göstergeleri belirlenirken kullanılan en önemli verilerden biri de bebek ölüm oranları olmuştur (DPT, 2006: 201). Buna ek olarak bebek ölüm hızı göstergeleri insani gelişimin bir değeri olarak da ifade edilmektedir. Uluslararası örgütler olan OECD, WHO, UNDP, UNICEF'nin yapmış olduğu araştırmalarda diğer göstergelerle beraber bebek ölüm oranı göstergeleri de kullanılmıştır (The Task Force Report, 2005: 56).



Şekil 4: Gelir Seviyesinin Bebek Ölümleri Üzerine Etkisi

Kaynak: CSH (2003). https://www.cshd.org.tr/uploads/pdf_CSH_61.pdf (Erişim Tarihi: 28.10.2021).

Şekil 4'deki bilgilere göre gelir seviyesinin bebek ölümleri üzerine etkisini bebeğin, annenin yeterince beslenememesi, hijyen şartlarının eksik olması ve bunlara bağlı olarak enfeksiyon hastalıklarının fazla olması, fiziksel ortamın ve sosyal şartların yetersizliği ile kendini göstermektedir (Şükrü Hatun, Etiler ve Gönüllü, 2003: 252).

Bebek ölümlerine neden olan birçok sebep bulunmaktadır. Sosyal etkenlerle beraber annenin yaşı, genetik durumu, beslenme, iki doğum arasındaki sürenin az olması, düşük doğum ağırlığı, kürtaj, annenin alkol, sigara ve uyuşturucu madde kullanımı gibi nedenler de bebek ölümlerini tetiklemektedir. Anne eğitiminde yaşanan pozitif iyileştirmeler ile bebek ölüm oranları arasında negatif yönlü bir korelasyonun olduğu

saptanmıştır. Hamilelik süreci boyunca annenin beslenmesi ve eğitimi bu faktörlerin başında gelmektedir. Bunun dışında kalkınma düzeyi yüksek olan ülkelerde bebek ölüm oranları dünya ortalamasının çok altında olabilmektedir (Hope Corman ve Grossman, 1985: 213–236).



BÖLÜM 2: TÜRKİYE’ DE VE OECD ÜLKELERİNDE SAĞLIK HARCAMALARI

2.1. Sağlık Harcamaları Tanımı

Sağlıklı olmak bütün bireylerin en temel hakkıdır. 1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil bedenlen ruhen ve sosyal açıdan tam bir iyilik halidir” olarak ifade edilmiştir. Sağlıklı olmak, mutluluk kaynaklarından biri olarak kabul edilirken, ülke ekonomisinin büyüme ve gelişme hedeflerini sağlayabilmeleri için de temel koşullardan biri olarak kabul edilmektedir (A. Koç, 2013: 241–258).

21. yüzyılda ekonomi ile ilgili kalkınma tartışmaları halen devam ederken, kalkınmanın çok farklı açılardan tanımlanarak devam ettiği görülmektedir. Bu kapsamda, temel özgürlükler, ekonomi ve kültürel haklar ve sağlık merkezci tartışmalar ön plana çıkmaktadır (Tüylüoğlu ve Tekin, 2009: 2).

Sağlık hizmetleri, işgücü verimliliğın artırılması için, kalkınma ve ekonomik büyüme için, toplumun refahı ve huzuru adına oldukça önemlidir. Sağlık hizmetleri ülke ekonomilerinin en önemli parçası, büyük bir hizmet sektörü olarak kabul edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin, hizmeti alan birey ve bireyin çevresiyle beraber bütün topluma pozitif anlamda yansması sağlık hizmetlerinin en önemli ekonomik özelliklerinden yalnız birisini oluşturmaktadır (Tıraş ve Ağır, 2017: 196). Bireyler hayatlarını devam ettirebilmek ve ekonomik etkinliklerde bulunabilmek için sağlığını korumak ve devamlılığını sağlaması gerekmektedir. Fakat, bunların sağlanması için bazı harcamaların yapılması gerekir. Sağlık harcamaları olarak ifade edilen bütün bu harcamaların öncelikler birey ve toplumun sağlık seviyesini yükselterek ekonomik gelişmeye ve büyümeye pozitif katkılar sağladığı bilinmektedir. Bazı toplumlarda ekonomik gelişmişlik seviyesini belirli bir noktaya getirilmiş olması, sağlık için ayrılan kaynakların arttığı gibi, ilgili toplumda yaşayan bireylerin sağlık bilincinin de yükseldiğı görülmektedir.

Ekonomik kalkınmanın tam olarak sağlanması için önemli rolü olan sağlık harcamaları, ülkelerin gelişmişlik seviyelerine göre bazı farklılıklar göstermektedir. Gelişmekte olan toplumlarda sağlık harcamalarına ayrılan pay, gelişmiş olan ülkelere

göre daha düşüktür. Kişilerin asgari ölçülerde sağlık hizmetlerinden faydalanabilmeleri için, ülkelerin kişi başına belirli miktarda sağlık alanında yapmış oldukları harcamalar sağlık harcamaları olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz ve Yentürk, 2015: 1–17).

2.2. Sağlık Harcamaları

Herhangi bir ülkenin ekonomisinin iyi olması, ekonomik refahın sürdürülebilirliği açısından sağlıklı bir toplumun varlığına sahip olunması gerekir. Sağlıklı bir toplumdan bahsedebilmek için toplumun gereksinimlerini karşılayacak sağlık hizmetlerinin sağlanması gerekmektedir. Sunulan bütün hizmetler ve yapılan sağlık harcamalarının tamamı sağlık harcamaları çatısı altına değerlendirilmektedir. Yalnız sağlığın yitirilmesi durumunda tekrar sağlığın kazanılması için yapılan harcamalarla beraber cinsel hastalıklarla mücadele, hastalıklara karşı aşılama önlemleri bütün koruma giderleri ile birlikte beslenme, ülke tarafından yapılan sağlık yatırımları benzeri geliştirme amaçlı harcamalar da “sağlık harcaması” olarak da değerlendirilmektedir. (USH, 2000: 12–19)

Sağlık ekonomistlerin yapmış oldukları çalışmalarda karşılaştıkları en önemli sorunlardan biri hangi harcamaların sağlık harcaması olarak değerlendirileceği şeklindedir. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri ile beraber son yıllarda hızla yükselen kozmetik ve tıbbi bakım amaçlı gerçekleştirilen harcamaların, sağlık harcamaları olarak değerlendirilip değerlendirilemeyeceği tartışma konusu olmuştur. Yağ aldırma, saç ektirme benzeri kozmetik amaçla gerçekleştirilen harcamalarla beraber kilo vermek için uygulanan kürlerin, hatta rekreasyon aktiviteleri sağlık harcamaları konusunda ne kadar dikkate alınacağını ortaya koyabilecek bir indeks değeri oluşturmak oldukça güçtür (Tokalaş, 2006: 25).

Temelde ülkelerin yapmış oldukları sağlık harcamaları ulusal ölçekte karşılaştırılırken globalleşen dünyada kabul görülen bazı standart tanımlamalar yapılmıştır. İlgili normların en kapsamlıları, kişi başına düşen sağlık ve ilaç harcamaları, sağlık alanında yapılan harcamalarının GSYİH’ya oranları ve aynı zamanda sağlık harcamaları içindeki ilaç harcamalarının payı şeklinde açıklanabilir. Bu sebeple bazı zamanlarda sağlık harcamalarda görülen değişkenler ve aynı zamanda eğilimler ülkelerin değerleriyle dikkate alınmalıdır (Smith, 2006: 77).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından herhangi bir ülkede sağlık harcamalarına ayrılan payın yine aynı ülkenin yıllık ölçekte GSMH'nın en düşük %5'i seviyesinde olması gerektiğini ortaya koyarak, bu değerlendirmeyi az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerin ulaşmaları gereken bir hedef olarak ortaya koymuştur (Sağlık Bakanlığı, 1992: 14–17).

Dünyadaki birçok ülkenin yakın geçmişte yaşadığı ve halen yaşamaya devam etmiş olduğu önemli sorunlar arasında sağlık harcamalarında meydana gelen artışlar gösterilmektedir. Ağırlıklı olarak kaynakların yatırım alanlarından sağlık sektörüne yönlendirildiği ortadadır.

Sağlık sektöründe verimliliği ikinci planda değerlendirilmesi, tıbbi bakım hizmetlerinin maliyetli olması, bebek ölümleri sağlık harcamalarını artıran sorunlar arasında gösterilebilir. Bunlarla beraber sağlık harcamalarındaki artışın pek çok sebebi bulunmaktadır.

Bunlardan bazılarını şöyle sıralamak mümkündür:

- Emeğin yoğun olarak yapıldığı bir sektör olması
- Sağlık bilincinin giderek artması
- Sağlık hizmetlerine bağlı ileri ve yüksek maliyetli teknolojinin kullanımı
- Ortalama yaşam ömrünün yüksek olması ve bunlara bağlı olarak fiziksel, ruhsal ve duygusal yetersizliklerin, kronik hastalıkların artması
- Toplumlarda gelir artışının yükselmesi ve buna bağlı olarak sağlık harcamalarının yükselmesi (örneğin farklı periyotlarda diş temizliğinin yapılması gibi)
- Asimetrik bilgiye bağlı olarak sorunların (ahlaki tehlike, ters seçim) sebep olduğu maliyetler şeklindedir (Kamacı ve Yazıcı, 2017: 57).

Aşağıda yer alan tabloda seçilmiş bazı OECD ülkelerinin toplam sağlık harcamalarının GSYİH içinde yer alan paylarına yer verilmiştir.

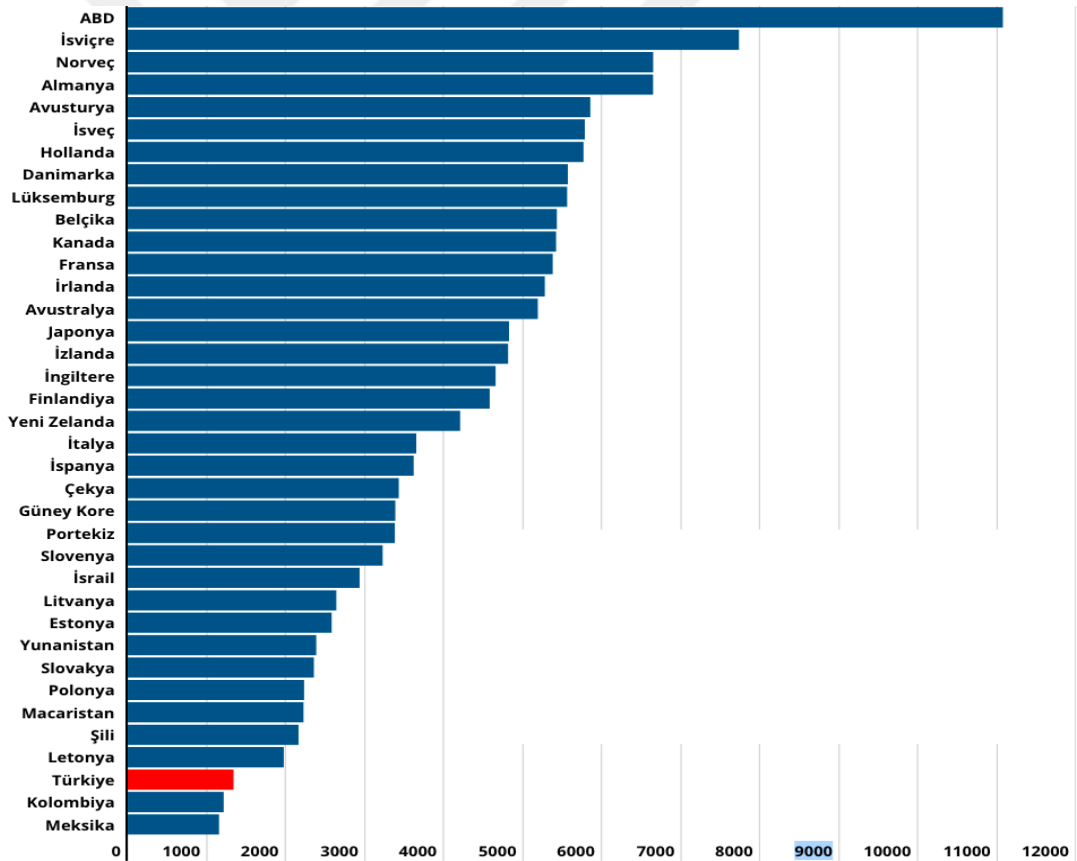
Tablo 6: Seçilmiş OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranı

ÜLKE	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Avusturya	5,77	5,93	6,19	6,13	6,32	6,29	6,27	6,32
Avustralya	7,78	8,00	8,47	8,40	8,21	8,42	8,37	8,73
Belçika	6,95	7,40	8,04	7,90	8,01	8,19	8,23	8,25
Kanada	6,89	7,06	7,91	7,88	7,68	7,65	7,58	7,41
Şili	2,66	2,94	3,47	3,29	3,33	3,48	3,63	3,85
Çek Cum.	5,56	5,63	6,57	6,22	6,31	6,34	6,31	6,26
Danimarka	8,43	8,62	9,76	9,43	9,27	9,42	9,59	9,16
Estonya	3,90	4,71	5,22	4,93	4,63	5,12	5,14	5,03
Finlandiya	6,03	6,25	6,90	6,74	6,75	7,04	7,20	7,29
Fransa	8,12	8,17	8,75	8,68	8,73	8,83	8,91	9,02
Almanya	7,73	7,90	8,71	8,58	8,31	8,36	8,57	8,70
Yunanistan	5,68	5,85	6,78	6,22	6,68	6,27	6,07	4,99
Macaristan	5,05	4,91	4,96	5,12	5,03	4,91	4,91	4,88
İzlanda	7,23	7,27	7,48	7,12	6,97	6,99	7,07	7,18
İrlanda	5,73	6,51	6,92	6,10	5,53	5,62	5,33	5,14
İsrail	4,56	4,47	4,56	4,61	4,62	4,87	4,86	4,75
İtalya	6,49	6,84	7,25	7,26	6,97	6,99	6,97	6,99
Japonya	6,72	7,00	7,75	7,86	8,32	8,41	8,53	8,55
Güney Kore	3,28	3,36	3,76	3,86	3,82	3,85	3,91	3,99
Letonya	4,26	4,12	4,07	3,94	3,87	3,58	3,54	3,72
Lüksemburg	5,82	6,49	7,03	6,59	6,26	5,99	5,94	5,82
Meksika	2,64	2,76	3,10	3,10	3,07	3,16	3,26	3,26
Hollanda	7,98	8,21	8,90	9,08	9,09	9,53	9,62	9,48
Yeni Zelanda	6,88	8,91	9,32	9,31	9,34	9,55	9,23	9,08
Norveç	7,22	7,09	8,02	7,84	7,72	7,77	8,01	8,31
Polonya	4,42	4,94	5,10	4,90	4,71	4,58	4,53	4,51
Portekiz	6,51	6,67	7,16	7,17	6,70	6,24	6,23	6,16
Slovakya	5,18	5,44	6,01	5,80	5,64	5,68	5,79	5,84
Slovenya	5,77	6,29	6,92	6,73	6,67	6,80	6,67	6,62
İspanya	6,10	6,51	7,21	7,17	7,00	6,73	6,50	6,40
İsveç	7,25	7,52	8,10	7,72	9,91	9,96	10,05	10,02
İsviçre	6,03	6,70	7,21	7,10	7,20	7,50	7,73	7,70
Türkiye	4,10	4,44	4,92	4,41	4,21	4,15	4,23	4,19
İngiltere	6,79	7,22	8,16	7,94	7,77	7,80	7,78	7,58
ABD	7,02	7,37	8,01	8,08	8,07	8,04	8,05	8,28

Kaynak: Kamacı, A. ve Yazıcı, H. U. (2017). *OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisinin Ekonometrik Analizi. Sakarya İktisat Dergisi*, 6(2), 52-69. (Erişim Tarihi 17.08.2021).

Tablo 6’da ifade edildiği üzere, Türkiye diğer ülkelere göre sağlık harcamaları konusunda oldukça geride kalmaktadır. 2007-2014 yılları arasındaki verilere göre ABD, Japonya ve gelişmiş diğer Avrupa ülkelerinde sağlık harcamalarına ayrılan değer GSYİH’nin %8’inden yüksek olduğu görülecektir. Türkiye’de son yıllardaki sağlık harcamaları Letonya, Güney Kore, Meksika ve Şili’den yüksektir. Buna rağmen 2014 yılındaki değeri %4,19 seviyelerindedir(Yardımcıoğlu, 2012: 27–47).

Çalışmada adı geçen ülkelerin GSYİH’sı Türkiye ile kıyasladığımızda daha yüksek olduğunu ve buna bağlı olarak farkın daha da yüksek olduğunu belirtebiliriz. Parite bazında satın alma gücüne göre kişi başına düşen sağlık harcamaları değerlendirildiğinde Türkiye’nin sıralamada daha da yüksek olduğunu açıklayabiliriz. Aşağıda yer alan bir başka veri değerinde bazı OECD ülkelerine ait 2019 yılı itibariyle kişi başına düşen sağlık harcamalarına yer verilmiştir.



Şekil 5: 2019 Yılı OECD Ülkelerinde Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması

Kaynak: Euronews, (2019). OECD Ülkelerinde Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması.

<https://tr.euronews.com/2020/11/19/sagl-k-icin-harcanan-butcede-turkiye-oecd-ulkeleri-aras-nda-son-s-rada> (Erişim Tarihi 16.08.1021).

Şekil 5’te yer alan bilgiler üzerine, seçilmiş bazı OECD ülkelerinde kişi başına düşen sağlık harcamalarının en düşük olduğu ülkeler 1090 \$ Meksika, 1120 \$ Türkiye olduğu en yüksek ise 11.071 \$ ile ABD olduğu görülmektedir (Kamacı ve Yazıcı, 2017: 59). OECD ortalaması 4.222 bin dolar seviyesinde iken, bu rakamın Türkiye’de kişi başına en az 3 katı olduğu görülmektedir. Pandemi sürecinde ortaya çıkan sağlık sorunları nedeniyle bu harcamaların ciddi şekilde artması beklenmektedir (OECD, 2019: 1).

2.2.1. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler

Ülkelerin gelişim seviyeleri yükseldikçe GSYİH’den sağlık harcamalarına yönelik daha fazla miktarlarda pay ayrıldığını belirtebiliriz. 2010 yılından beri OECD ülkelerinin genelinde sağlık harcamalarına yönelik artışların %4,4 oranlarında artış olduğunu belirtebiliriz. Zamanla ülkelerin gelirlerinde meydana gelen artışlar göz önünde bulundurulduğunda sağlık harcamalarına yönelik ayrılan bütçelerin rakamsal olarak yüksek değerlerde olduğu ortaya çıkmıştır (OECD, 2006a).

21. yüzyılın ilk çeyreğinde her ülkenin kendi kalkınma planlarında sınırlı kaynakların etkin kullanabilmesi için gerçekleştirilen bütün harcamaları ekonomik boyutları ile değerlendirmekte ve gerçekleştirilen harcamaların hedefine ulaşması sorgulanmaktadır. Dünya genelinde sağlık harcamaları giderek yükselmektedir. Bu açıdan ülkelerin yaptıkları sağlık harcamaları, kamu harcamalarının büyük bir payını oluşturmakta ve bu konunun altında yatan nedenlerin belirlenmesi oldukça önemlidir. Son yıllarda yapılan araştırmaların sonucunda, gelişmiş veya gelişmekte olan ülkeler sağlık harcamalarındaki artış sebeplerinin ağırlıklı olarak ortak olduğu görülmüştür. Sağlık harcamalarında yaşanan temel artışları sosyal, kültürel, teknolojik, ekonomik etkenler olarak sıralamak mümkündür (Hansen ve King, 1996: 127–138). Bir başka ifadeye göre sağlık harcamalarının yükselmesinin nedenleri ihtiyaçların artması, gelirlerin yükselmesi ve maliyetlerin artması gibi bazı ana başlıklar şeklinde değerlendirilebilir.

2.2.1.1. Yükselen Kişi Başına Gelir

Ülkelerin zaman içinde üretimlerinde geliştirdikleri tekniklerinde kat etmiş oldukları mesafelerde, üretimlerinde ve hatta gelirlerinde yükselen artışlar, hayatlarına

devam eden kişilerin rahat yaşamalarını sağlayacak hizmetlerin taleplerini yükselmesini beraberinde getirmektedir. En az gereksinimlerin olduğu ülke veya kurumlar tarafından garantör olunması, bireylerin temel ihtiyaçları dışında yer alan mal ve hizmetlere olan talepleri yükseltmektedir (Musgrave, 1969: 12).

Yükselen gelirlerle beraber sağlık harcamalarının yükselmesinin sebeplerinden bir diğeri ise kamuya ait sağlık hizmetleri dışında yer alan özel sağlık hizmetlerine yönelik kullanımın artması şeklindedir. Sağlık harcamalarının bebek ölümleri ile ilişkilendirilmesinin bir başka başlık şeklinde karşımıza çıktığı görülmüştür. Sağlık kapsamında yapılacak harcamaların bir çıktı olarak kişinin sonraki yaşamı boyunca kullanılacak olmasından dolayı, yapılacak harcamalarda herhangi bir kısıtlama yapılamamaktadır. Yaşanılan kapitalist sistemlerde özel sektörün enerji olarak kabul edilmesinden dolayı, makul seviyede geliri olan bireylerin daha kolay bir şekilde sağlık hizmetini özel sağlık tesislerinde elde edebileceği ve aynı zamanda özel sektörün de bu hususu gerçekleştirebileceği şeklinde açıklanabilir (Görgün, 1993: 74).

Bireylerin sağlık koşullarında meydana gelen birtakım bozulmalarda alınan hizmetlerle beraber kozmetik etkenine bağlı olarak yapılan sağlık harcamaları da genel olarak sağlık hizmetlerinin hızını etkilemektedir. Kozmetik kapsamında alınan sağlık hizmetlerinin diğer sağlık hizmetlerine göre daha yüksek rakamlarla karşılığı alınabilmektedir.

Netice itibariyle kişisel gelirlerin yükselmesi, yaşam standartlarının artması, bebek ölümleri, sosyal ve kültürel etkenler gibi faktörler sağlık harcamalarını yükseltmektedir (Işık, 1998a: 77).

2.2.1.2. Eğitim Seviyesi ve Sağlık Bilincinin Gelişmesi

Yapılan bilimsel çalışmalarda toplumdaki bireylerin eğitim seviyelerinin yükselmesi ve sağlık bilgisinin gelişmesine paralel olarak sağlık harcamalarının üzerinde artırıcı yani doğru orantılı bir etkisinin olduğu ortaya çıkmıştır. Kişilerin eğitim seviyelerinin yükselmesiyle beraber entelektüel çizgilerinin de yükselmeye ve bunun sonucunda da sağlık sektöründe yaşanan gelişmelerden de haberdar oldukları anlaşılmaktadır. Tıbbi alanda gerçekleşen gelişmeler, hastalıklar konusundaki

m¼cadelede farklı yöntemlerin sayısının artması beraberinde farkındalığı, neticesinde de sağlık hizmetlerine olan talebi artırdığı bilinen bir gerçektir (Newhouse, 1978: 83). Elde edilen eğitimle birlikte sağlık bilinirliğinin de artması 21. Y¼zyılın ilk çeyreğinde sağlık endüstrisini en fazla kazançlı alanlardan birisi konumuna getirmekte, g¼nden g¼ne gelişimi sağlanan özel finansman ve satış tekniklerinde müşteriler daha rahat bir şekilde edilebilmektedir (Alper, 1998: 76–77). Her bir ¼lkenin eğitim ve ekonomik seviyelerine bağlı kalınarak, kişilerin hayat standartlarının artması, toplumsal haberleşme araçlarının çoğalmasıyla, toplumdaki bireylerin sağlık hususlarında daha dikkatli hale geldikleri söylenebilir (Kurtulmuş, 1998: 64) .

¼lkelerin sağlık harcamaları ile eğitim beklenti göstergelerindeki artışın karşılaştırılması sonucundaki bilgiler oldukça önemlidir. 2005 yılına ait verilerde Macaristan, Çek Cumhuriyeti, İzlanda, Yunanistan, Kore, Polonya, İsveç, İrlanda ve son olarak Türkiye’de eğitimden beklentisinin 1995 ile 2004 yıllarında neredeyse %15 seviyesinden fazla olduğu sonucunu ortaya çıkarmıştır (Glance, 2005: 21). Bu yıllar içinde ilgili ¼lkelerin yapmış oldukları sağlık harcamalarının yıl sonu ortalamalarına bakıldığında yükseldiğı, Türkiye’nin %10,6 ile ilk sırada, ikinci sıradaki Kore’nin %7 İrlanda’nın ise %6,9 üçüncü sırada yer aldığı gör¼lmektedir. Bu veriler ışığında eğitim seviyesi yüksek olan toplumlarda sağlık harcamalarının yüksek olduğu, eğitim seviyesi düşük olan ¼lkelerde ise harcamaların daha az olduğu bilgisine ulaşılmıştır.

2.2.1.3. Değışen Sosyal Değeri Yargıları

T¼ketimin yaşandığı günümüzde neredeyse her şey kısa bir zaman zarfında tüketilmekte ve bunun yerini yeni oluşumlar devralmaktadır. Bu tüketim döneminde sosyal anlamdaki değeri yargılar olası payına düşeni almaktadır. Çok önceleri doğruluğı konusunda teyit edilmeyen kimi görüş ve değeri yerini yeni görüşlere bırakmıştır. Yani sağlık harcamalarında çok önceleri kabul edilen düşüncelerin değışime uğradığını belirtebiliriz. Daha önceki tüketim toplumlarında bir araba nasıl l¼ks gör¼l¼yorken 21. yüzyılın ilk çeyreğinde vazgeçilemeyecek bir ihtiyaç olarak değeriendiriliyorsa, daha önce l¼ks olarak değeriendirilen ağırlıklı olarak teşhis yöntemleri vazgeçilmez bir nitelik olarak değeriendirilmiştir (Işık, 1998a: 79). Çok basit bir sağlık sorununun sebebini incelerken bile insan sağlığının bahsi mevzu olması nedeniyle en pahalı teşhis yöntemleri

ülke sağlık sistemleri tarafından kullanılabilir. İlgili sağlık harcamalarının ardındaki sebeplerden bir diğeri ise toplumun sağlık konusunda yaşamış olduğı kaygı olarak belirtebiliriz. Eğitim seviyesinin giderek yükselmesi, kişilerin sağlık konusundaki bilincini arttırarak her konuda bilgi sahibi olmanın olumlu tarafı olduğı gibi, olumsuz sonuçları olan hayat kaygısını da ortaya çıkarmıştır (Aktan ve Işık, 2006: 5).

Değişik yaşam tarzlarının sonucu ortaya çıkan sağlık problemleri sağlık harcamalarındaki artışın bir önemli sebebi olarak değerlendirilebilir. Özellikle kimi genç gruplar arasında alkol ve uyuşturucu madde kullanımının yükselmesi sağlık harcamalarında önemli giderleri beraberinde getirmiştir. Örneğin İngiltere ve ABD’de uyuşturucu kullanımı sonrasında ortaya çıkan maliyetler sebebi ile gerçekleşen harcamalar çok farklı boyutlara ulaştığını belirtebiliriz (Edgman, Ronald L. Moomaw ve Kent W. Olson, 1996: 166).

2.2.1.4. Teknolojik Gelişmeler

Teknoloji alanında meydana gelen ilerlemelerin ve değişimlerin diğeri bütün yaşam alanlarında olduğı gibi, sağlık sektörü tarafından da dikkatle takip edildiğı, yoğun ve ileri teknolojinin tabii kaynaklarda da daha verimli ve etkili bir şekilde kullanılmasına imkân tanımaktadır. Fakat sağlık konusunda hizmet sağlanırken ihtiyaç duyulan alet ve ekipmanın teknolojik alt yapısının sağlanması çok fazla yüksek maliyetleri ortaya çıkarmaktadır (Tokalaş, 2006: 26). Bununla beraber sağlık sorunlarının çözümü amacıyla ihtiyaç duyulan teknolojik çalışmaların uzun dönemlerde süren araştırma ve çalışmalara neden olması maliyetleri, bunun sonucu olarak da sağlık harcamalarını yükselten bir etken olarak ortaya çıkmaktadır. Her iki faktörün beraber değerlendirilmesi halinde teknoloji bilimindeki gelişmelerin sağlık sektöründe yüksek derecede önem taşıdığını, harcamaların da yükselmesine sebep olduğunu belirtmek gerekir. Teknolojik imkanların ve gelişmelerin sonucunda elde edilen makine ve ürünlerin kullanılması, bunları kullanabilecek profesyonellerin yetiştirilmesi, bakım maliyetlerini de göz önünde bulundurulması halinde teknolojik gelişmelerin sebep olduğı örnekler şeklinde ifade edilebilir (Mutlu ve Işık, 2002: 149).

2.2.1.5. Şehirleşme

Artan sanayileşmenin beraberinde getirmiş olduğu ekonomik gelişme ve bunun sonucunda da şehirleşmenin beraberinde getirilmesidir. Ekonomik gelişmenin varlığı sonucunda üretim konusunda insanların daha verimli rol almaları, zaman içinde birlikte yaşam gerekliliğini doğurmuştur. İnsanoğlunun bu gerekçeyle bir araya gelmesi sonucunda kişi sayılarının giderek çoğaldığını ve toplumları meydana getirdiğini, bunun sonucunda ise sağlık hizmetlerinin zorunlu artışı gereklidir. Şehirleşmenin yaşandığı bölgelerdeki sağlık kuruluşlarının yeterli ve etkin olması, gerekli ilacın, teknolojinin ve uzman personelin bulunmasına, aynı zamanda altyapı faaliyetlerinin mutlak suretle gerçekleşmesine gerek duymaktadır. Bunun olmaması durumunda ise meydana gelebilecek herhangi bir hastalık halinde ise fazla sayıda insan sağlık anlamında etkilenebilir. Böylece çok büyük oranlarda yaşamsal kayıplar gerçekleşebilir. Bu durumun yaşanması hali, özellikle de sağlık harcamalarının çok fazla artmasına neden olabilmektedir.

2.2.1.6. Yaşam Süresinin Uzaması

Sağlık harcamalarında yaşanan artışın bir başka nedeni ise nüfus içinde zamanla artan yaşlı nüfus oranı olarak açıklanabilmektedir (OECD, 2005b: 90). OECD ülkelerinde toplumdaki bireylerin gelirlerinde meydana gelen artışlar beraberinde yaşam kalitesini yükseltmiş, yeni ilaçlar ve teknoloji alanındaki değişimler ışığında insanoğlunun yaşam ömrünü gözle görülebilir şekilde uzatmıştır. 1970 yılından itibaren OECD ülkelerinde toplam nüfus içinde yer alan 65 yaş ve üzeri insan sayısında artışların ortaya çıktığını görmek mümkündür (OECD, 2006b). Konuya ilişkin ilgili artışın ilerleyen yıllarda da devam etmesi öngörülmektedir. Yaşlı bireylere sağlanan sağlık hizmetlerinin uzun dönem bakım hizmetleri olduğu dikkate alındığında, verilen sağlık hizmetlerinin de devamlılık teşkil etmektedir. Değişen dünya genelinde nüfusa bakıldığında, gelişmiş olan ülkelerin nüfuslarında gözle görülebilir bir yaşlanmanın olduğu ve bu durumun devam edebileceği görülmektedir (Warnes, 1995: 157). Yaşam tarzlarında ve standartlarında meydana gelen değişimler, eğitim benzeri etkenler ortalama insan yaşamını pozitif yönlü etkilemiştir.

Tablo 7: 2010 ile 2020 Yılları Arasındaki OCED Ülkelerindeki Toplam 65 Yaş Üzerindeki Kişilerin Toplam Nüfus İçindeki Oranları

Ülkeler	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Australia	13,6	13,8	14,1	14,4	14,7	14,9	15,2	15,4	15,7	15,9	16,3
Austria	17,6	17,6	17,8	18	18,2	18,3	18,4	18,5	18,6	18,8	19
Belgium	17,1	17,1	17,3	17,6	17,8	18	18,2	18,4	18,6	18,8	19,1
Canada	14,1	14,4	14,8	15,3	15,6	16	16,4	16,8	17,1	17,5	18
Chile	9,4	9,6	9,8	10,1	10,3	10,6	10,9	11,2	11,5	11,8	12,1
Colombia	6,7	6,9	7	7,2	7,3	7,5	7,7	7,9	8,1	8,3	8,5
Costa Rica	6,5	6,6	6,8	7	7,1	7,4	7,6	7,9	8,2	8,5	8,9
Czech Republic	15,3	15,6	16,2	16,8	17,3	17,8	18,3	18,8	19,2	19,6	19,9
Denmark	16,3	16,8	17,3	17,8	18,2	18,5	18,8	19	19,3	19,5	19,9
Estonia	17,5	17,5	17,7	18,1	18,4	18,8	19	19,3	19,5	19,7	20
Finland	17	17,5	18,1	18,7	19,3	19,9	20,4	20,9	21,4	21,8	22,3
France	17,1	17,2	17,6	17,5	17,9	18,4	18,8	19,3	19,6	20	20,4
Germany	20,7	20,6	20,6	20,7	20,8	20,9	21	21,2	21,4	21,5	21,8
Greece	19	19,3	19,7	20,1	20,6	21	21,3	21,6	21,8	22	22,3
Hungary	16,6	16,8	16,9	17,2	17,6	17,9	18,3	18,7	18,9	19,3	19,9
Iceland	12	12,3	12,6	12,9	13,1	13,5	13,7	13,8	13,9	14,1	14,4
Ireland	11,2	11,5	11,9	12,2	12,5	12,9	13,1	13,4	13,7	14	14,4
Israel	9,9	10,1	10,3	10,6	10,7	11	11,2	11,5	11,7	11,9	12
Italy	20,4	20,5	20,8	21	21,4	21,8	22,1	22,3	22,6	22,9	23,2
Japan	23	23,3	24,1	25,1	26	26,6	27,3	27,7	28,1	28,4	28,9
Korea	10,8	11	11,5	11,9	12,4	12,8	13,2	13,8	14,3	14,9	15,6
Latvia	18,3	18,5	18,7	18,9	19,1	19,5	19,7	20	20,2	20,3	20,5
Lithuania	17,6	18	18,2	18,3	18,5	18,8	19,1	19,5	19,7	19,8	19,9
Luxembourg	13,8	13,7	13,8	13,8	13,9	14	14	14,1	14,2	14,2	14,4
Mexico	6,1	6,2	6,4	6,5	6,6	6,8	6,9	7,1	7,2	7,4	7,6
Netherlands	15,3	15,5	16,2	16,8	17,3	17,8	18,1	18,4	18,8	19,1	19,5
New Zealand	13	13,2	13,7	14,1	14,4	14,5	14,7	14,8	15	15,3	15,6
Norway	14,8	15	15,3	15,6	15,8	16,1	16,3	16,6	16,9	17,2	17,5
Poland	13,6	13,6	14	14,4	14,9	15,4	16	16,5	17,1	17,7	18,2
Portugal	18,3	18,7	19,1	19,4	19,9	20,3	20,7	21,1	21,5	21,8	22,1
Slovak Republic	12,4	12,6	12,8	13,1	13,5	14	14,4	15	15,5	16	16,6
Slovenia	16,5	16,5	16,8	17,1	17,5	17,9	18,4	18,9	19,3	19,8	20,2
Spain	16,8	17,1	17,4	17,7	18,2	18,5	18,7	18,9	19,1	19,3	19,6
Sweden	18	18,4	18,7	19	19,3	19,5	19,6	19,7	19,7	19,8	20
Switzerland	16,7	16,8	17,1	17,3	17,5	17,7	17,9	18	18,2	18,4	18,7
Turkey	7	7,2	7,3	7,5	7,6	7,9	8,2	8,3	8,5	8,7	9,1

Kaynak: OECD (2021). 65 Yaşında Yaşam Beklentisi <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-65.htm#indicator-chart> (Erişim Tarihi 26.10.2021).

2010 ile 2020 yılları arasında geçen 10 yıllık bir süreçte yukarıda yer alan bazı OECD ülkelerindeki yaşlı oranının toplam nüfus içindeki yüzdeliği verilmiştir. Bu veriler ışında genel görünüm olarak toplam nüfus içinde 65 yaş üzeri nüfusun giderek arttığı görülmektedir. Buna göre OECD ülkelerinde 2025 yılında 65 yaş ve üzerinde yer alan kişilerin toplam nüfus içerisindeki oranının % 25.3 seviyesinde olması düşünülmektedir (OECD, 2021a: 1). Yaşlı kategorisinde yer alan kişilerin beklenen süreden daha fazla sağlık kurumlarında kalmaları sağlık harcamalarını yükselten bir başka sebep olarak açıklanabilir. Bu kapsamdaki sağlık harcamaların azaltılabilmesi için ülkeler farklı önlemler alma yoluna gitmektedirler (Fujino, 1987: 90–91).

2.2.1.7. Toplumsal Düzendeki Değişimler

Ülkelerin temelindeki demokratik sistemlerinde meydana gelen ilerlemeler ve bilişim dünyasında yaşanan değişimler nedeniyle globalleşme süreçleri başlamış, gelişmiş olan ülkelerde bireylerin özgürlüklerinin ülke özgürlüklerine göre daha fazla ön plana çıktıkları görülmektedir. İsteklerini ve taleplerini açıklama olanağına sahip olan kesimler bu dayanak kapsamında siyasal organları etkileme fırsatını bulmuştur. Bu durumun sonucunda kişisel haklar ve özgürlükler artmış sonrasında ise devletten daha çok şey bekleyen topluluklar oluşmaya başlamıştır (Işık, 1998b: 90). 1945 yılında yaşanan II. Dünya savaşı sonrasında refah yönelimli devlet merkezci devlet örgütlenmesi teriminin ağırlık kazanması ve ilgili süreçte sendika gibi sivil toplum örgütlenmelerinin meydana gelmesi de sağlık giderlerini artıran bir önemli etken olarak kayıtlara geçmiştir (Hamlin, Alan, 1993: 80).

2.2.1.8. Devlet Bütçeleri Üzerindeki Sağlık Harcamalarının Yüğü

Birçok ülkede sağlık sigortalarının ve sağlık hizmetlerinin direkt kamu kesimince karşılanması neticesinde, sağlık giderlerinin finansman yapısında büyük etkenin kamu sektörüne ait olduğu söylenebilir. Gerçekleşen toplam sağlık harcamalarında finansmanı sosyal güvenlik kurumları tarafından harcanan parasal değerin ilgili ülke tarafından finansmanının sağlandığı dikkate alındığında, dünya genelinde gerçekleşen toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %59'unun ilgili ülke tarafından finanse edildiğini belirtebiliriz (OECD, 2005c: 22).

2.3. Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Sağlık Sistemi

Sağlık sistemi Türkiye’de karmaşık bir yapıya sahiptir. Bir yönden kamu yardımı modeli uygulanırken diğer bir yönden ise belirli bir grup için gerekli sigorta modeli şeklinde uygulanmaktadır. Türkiye vatandaşlığına sahip olan bireyler kamu sağlık hizmetlerinden faydalandıkları gibi serbest piyasada faaliyet gösteren ve kar elde etmek isteyen özel sağlık tesislerinden de faydalanabilirler. Türkiye’de hem sağlık talebi hem de sağlık hizmeti arzı açısından önemli çeşitlilik bulunmaktadır. Diğer bir ifadeyle sağlık hizmeti kamu ve özel sektöründe farklı kurumlar tarafından sağlanırken, hizmetin alımında ise sağlık sigorta güvencesi kapsamında olan ve aynı zamanda olmayan şeklinde iki kategoride değerlendirilmektedir.

Ülkemizde sağlık sektörünün hali hazırdaki mevcut durumuna bakıldığında çok fazla karmaşık bir yapıya sahip olduğunu söyleyebiliriz. Söz konusu var olan yapının merkezinde yer aldığı ve temel yapısı olan Sağlık Bakanlığı ile beraber Üniversiteler, Milli Savunma Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı ve diğer devlet kurumları ile özel sağlık kuruluşları da ilgili yapının bir başka birimini meydana getirmektedir (Tatar, Şahin ve Büyükkayıkçı, 2003: 27).

Türkiye’deki sağlık hizmetleri sağlayıcı veren kurumları, birinci basamaktaki verem savaş dispanseri, sağlık ocakları, AÇSAP merkezleri, kamu hastanelerindeki poliklinikler, işyeri hekimleri, belediyeler, özel muayenahaneler, farklı büyüklükte yer alan vakıf poliklinikleri ve kamu dispanserleridir. Sağlık Bakanlığı tarafından koruyucu sağlık hizmetleri ile evde ve ayakta tedavi hizmetleri olarak 6203 Sağlık Ocağı, 234 Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi, 11.740 Sağlık Evi, 259 Verem Savaş Dispanseri ile ülke genelinde sağlık hizmeti vermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2005a: 1–3). Ülkemizdeki ikinci ve üçüncü basamakta yer alan yataklı tedavi kurumlarına gelince toplamda 1198 kurumun %24,2’si özel sektöre, %66,4’ü Sağlık Bakanlığına, %4,4’ü üniversitelere, %3,5’i Milli Savunma Bakanlığına, son olarak %1,5’i ise diğer kamu kesimine bağlı olduğu 2005 yılına ait Sağlık Bakanlığı verilerinde görmek mümkündür.

Tablo 8: Türkiye’deki 2000 ile 2019 Yılları Arasındaki Yataklı ve Yataksız Sağlık Kurumu Sayısı

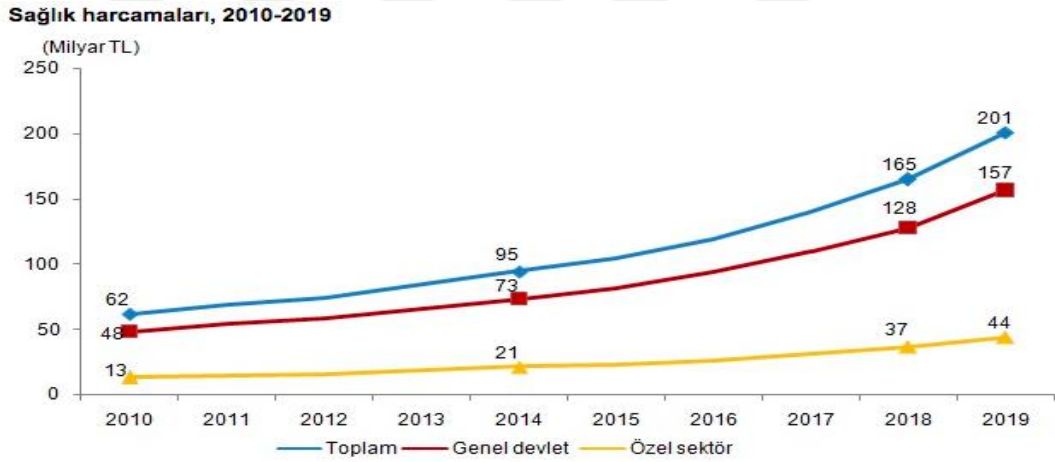
Sağlık kurumu sayısı, toplam yatak sayısı ve 1000 kişi başına düşen yatak sayısı, 2000-2019					
Yıllar	Toplam sağlık	Yataklı sağlık kurumu sayısı	Yataksız sağlık kurumu sayısı ⁽¹⁾	Toplam yatak sayısı	1000 kişi başına düşen yatak sayısı
2000	10 747	1 183	9 564	134 950	2,08
2001	10 581	1 199	9 382	140 710	2,14
2002	9 685	1 156	8 529	164 471	2,48
2003	9 183	1 174	8 009	165 465	2,46
2004	9 038	1 217	7 821	166 707	2,45
2005	8 772	1 196	7 576	170 972	2,48
2006	8 891	1 203	7 688	174 342	2,50
2007 ^(r)	11 837	1 317	10 520	178 000	2,52
2008	13 818	1 350	12 468	183 183	2,56
2009	15 205	1 389	13 816	188 638	2,60
2010	26 993	1 439	25 554	200 239	2,72
2011	27 997	1 453	26 544	194 504	2,60
2012	29 960	1 483	28 477	200 072	2,65
2013	30 116	1 517	28 599	202 031	2,64
2014	30 176	1 528	28 648	206 836	2,66
2015	30 449	1 533	28 916	209 648	2,66
2016 ^(r)	32 981	1 510	31 471	217 771	2,73
2017	33 587	1 518	32 069	225 863	2,79
2018	34 559	1 534	33 025	231 913	2,83
2019	34 595	1 538	33 057	237 504	2,86
Kaynak: Sağlık Bakanlığı					
(1) Sağlık Ocağı, Aile Hekimliği Birimi, Sağlık Evi, Verem Savaş Dispanseri, Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı (ÇEKÜS) Birimi (AÇSAP Merkezi), Kansere Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi, Özel Poliklinik, Özel Tıp Merkezleri sayıları toplama dahil edilmiştir. 2000 yılı öncesi için, tanıma uygun sağlıklı verilere ulaşılamamıştır.					
25/05/2018 tarihinde yayımlanan “Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği” ile Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Merkezinin ismi Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı (ÇEKÜS) Birimi olarak değiştirilmiştir.					
(r) Yataksız sağlık kurumu sayısı ve toplam sağlık kurumu sayısı revize edilmiştir.					

Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2021). *İstatistik*. <https://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/> (Erişim Tarihi 23.09.2021).

Türkiye İstatistik Kurumunun 2000 ile 2020 yılları arasında ilgili verilerine göre (TÜİK, 2021a: 1) yataksız sağlık kurumları arasında yer alan Sağlık Ocağı, Aile Hekimliği Birimi, Sağlık Evi, Verem Savaş Dispanseri, Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı (ÇEKÜS) Birimi (AÇSAP Merkezi), Kansere Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi, Özel Poliklinik, Özel Tıp Merkezleri gibi kurumların sayısı 9564 den 33057'e kadar yükselmiştir. Yataklı tedavi kurumları da dahil olmak üzere sağlık tesislerinde genel olarak bir artışın olduğu görülmektedir.

2.3.1. Türkiye'nin Yıllara Göre Sağlık Harcamaları

Türkiye'de Toplam Sağlık Harcamaları, OECD Sağlık Hesapları Sistemine göre sağlık için gerçekleştirilen yatırım ve cari harcamasının toplamından meydana gelmektedir. Aşağıda yer alan tabloda Türkiye'de yıllara göre sağlık harcamaları verilmiştir (Arı, 2018a: 6–7). 2010 yılında sağlık harcaması 62 Milyar TL iken 2019 yılında ise bu rakam 201 Milyar TL seviyesine kadar çıkmıştır.



Şekil 6: 2010 ile 2019 Yılları Arasında Türkiye’de Gerçekleşen Sağlık Harcamaları

Kaynak: TÜİK (2020). Sağlık Harcamaları İstatistikleri, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2019-33659> (Erişim Tarihi: 03.10.2021).

Özel sektör ve genel devlet sağlık harcamalarına ilişkin veriler incelendiğinde devamlı bir artışın olduğunu görmekteyiz. 2014 yılında özel sektör sağlık harcamalarının 21 Milyar TL seviyesinde olduğu görülürken Genel Devlet sağlık harcamalarının ise 73 Milyar TL civarında olduğu ortaya çıkmıştır (TÜİK, 2020:1–2).

2.4. Türkiye’de Sağlık Sektörünün Mevcut Durumu

Türkiye’de sağlık sektörünün hali hazırdaki durumuna bakıldığında karmaşık bir yapıya sahip olduğunu belirtebiliriz. İlgili yapının merkezinde en başta Sağlık Bakanlığı bulunmaktadır. Daha sonra ise Üniversiteler, Milli Savunma Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı gibi hem devlet kurumları hem de özel sağlık tesisleri ve kurumları bu yapının diğer kısımlarını oluşturmaktadır (Tatar ve diğerleri, 2003: 25–28).

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmeti sunan birimler verem savaş dispanseri, aile sağlığı merkezleri, belediyeler, kamu hastanesi poliklinikleri, özel teşhis ve tedavi poliklinikleri, işyeri hekimleri ve vakıf poliklinikleri şeklindedir. 2002 ile 2019 yılları Koruyucu sağlık hizmetleri sayıları Tablo 9’da gösterilmektedir.

Tablo 9: 2002 ile 2019 Yılları Arasında Sağlık Bakanlığı Bünyesinde Faaliyet Gösteren Koruyucu Sağlık Hizmetleri

	2002	2015	2016	2017	2018	2019
Sağlık Ocağı	5.055	-	-	-	-	-
Aile Hekimliği Birimi	-	21.696	24.428	25.198	26.252	26.476
Aile Sağlığı Merkezi	-	6.902	7.636	7.774	7.979	7.997
Toplum Sağlığı Merkezi*	-	970	970	972	776	778
Sağlık Evi	2.899	5.544	5.419	5.320	5.259	5.078
ÇEKÜS Birimi	298	182	181	177	172	167
Verem Savaş Dispanseri	277	181	181	177	173	174
Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)	84	156	159	166	175	178
E2-E3 Entegre İlçe Devlet Hastaneleri**	-	173	181	189	196	200
Halk Sağlığı Laboratuvarları	-	83	83	83	83	83

Kaynak : Sağlık Bakanlığı (2019a, s. 140) <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf> (Erişim Tarihi: 07.10.2021).

Tabloda Toplum Sağlığı Merkezi sayısına, nüfusu 30.000 ve üzeri olan ilgili ilçelerde benzer hizmeti veren 425 İlçe Sağlık Müdürlüğü de eklenmiştir. Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 2019 tarihinde yayına alınan “Sağlık Hizmetleri Sunucularının Kategorileştirilmesi” ilgili genelgesinde E2- E3 Entegreli olan İlçe Devlet Hastaneleri ise ikinci basamak sağlık tesisi olarak gösterilmektedir. Sağlık Evi sayısı 2899’dan 5078’e kadar çıkmıştır. Verem Savaş Dispanser birimi sayıları 277’den 174’e kadar düşmüştür. Aile Sağlığı Merkezleri ise 2015 yılında 6902 iken 2019 yılında ise 7997’e kadar çıkmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2019b: 140).

Tablo 10: 2002 ile 2019 Yılları Arasında Tüm Sektörlerdeki Sağlık Personeli Sayısı

	2002	2015	2016	2017	2018	2019
Uzman Hekim	45.457	77.622	78.620	80.951	82.894	85.199
Pratisyen Hekim	30.900	41.794	43.058	44.649	44.053	46.843
Asistan Hekim	15.592	21.843	23.149	24.397	26.181	28.768
Toplam Hekim	91.949	141.259	144.827	149.997	153.128	160.810
Toplam Diş Hekimi	16.371	24.834	26.674	27.889	30.615	32.925
Eczacı	22.289	27.530	27.864	28.512	32.032	33.841
Hemşire	72.393	152.803	152.952	166.142	190.499	198.103
Ebe	41.479	53.086	52.456	53.741	56.351	55.972
Diğer Sağlık Personeli	50.106	145.943	144.609	155.417	177.409	182.456
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	83.964	311.337	321.952	339.241	376.367	369.660
Toplam Personel	378.551	856.792	871.334	920.939	1.016.401	1.033.767

Kaynak : Sağlık Bakanlığı, (2019a, s. 211) <https://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/> (Erişim Tarihi: 07.10.2021).

2002 ve 2019 yılları arasında tüm sağlık sektörlerindeki sağlık personeli sayısını göstermektedir. Buna göre 2002 yılındaki uzman hekim sayısı 45.457 iken 2019 yılında bu sayı 85.199'a kadar çıkmıştır. Pratisyen hekim sayısı ilgili tarih aralığında 30.900 iken 46.843 sayısına ulaşmıştır. Asistan hekim sayısı 15.592'den 28.768'a kadar yükselmiştir. Genel toplamda hekim sayısı 91.949'den 160.810'e kadar çıkmıştır. Diş hekimi sayıları 16.371'den 32.925 kadar yükselmiştir. Diğer sağlık personeli sayılarında da bir artış olduğu görülmektedir. İlgili veriler ışığında ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığı tarafında sağlık hizmetleri sunuluyor olsa da sayısal rakamların artması aynı doğrultuda sağlık hizmetlerinin kalitesini tartışmaya yol açmıştır.

2.5. Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi ve Yönetimi

Ülkemizde sağlık politikasının belirlenmesi, düzenlenmesi, planlanması ve yönetimi ayrı ayrı bir yapıya sahip olmakla beraber ilgili görev dağılımları farklı paydaşlar tarafından paylaşılmaktadır. Sağlık tesislerinin etkili ve kaliteli sağlanması için koordine edilmesi, planlanması, mali açıdan desteklenmesi ve ayrıca geliştirilmesi kapsamındaki bütün konular başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere Üniversiteler, Milli Savunma Bakanlığı ve diğer devlet kurumları arasında paylaşılmaktadır. Ulusal stratejilerin belirlenmesi, politikaların oluşturulması ve sağlık hizmetlerinin sunulmasından sorumlu en temel devlet kurumu Sağlık Bakanlığı'dır (Tübitak, 2003: 4–15).

2.5.1. Sağlık Sisteminin Planlanması, Düzenlenmesi ve Yönetimi

Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinin sunumunun planlanmasında veya sağlık sektörünün politika hedeflerinin belirlenmesinde, 21. yüzyılda esas yönüyle kendi kapsamı etrafında verilen sağlık hizmetlerinin yönetilmesiyle ilgilenmektedir. Üniversite hastanelerinin üçüncü basamak sağlık hizmetleri kapsamında yer almasından dolayı farklıdır. Yatırımlar hariç birer bağımsız kurum olmakla beraber herhangi bir merkezi planlama makamının yasal hükümlerine veya yönetimine bağlı değildir. Sağlık Bakanlığı tarafından verilen sağlık hizmetleri, il seviyesinde valiler ve il sağlık müdürlükleri tarafından yürütülmektedir. Devlet Planlama Teşkilatının iki farklı planlama rolü bulunmaktadır. Bunlardan birincisi, 5 yıllık kalkınma planlamasının hazırlanması diğeri ise yatırım onayı ve planlamasının yapılmasıdır. Sağlık hizmetleri alanında gerçekleştirilmesi planlanan her yeni yatırım için DPT teşkilatında onay alınması gerekmektedir (Liu, Çelik ve Şahin, 2005a: 14).

2.5.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Sağlık hizmetlerinin sağlanmasındaki en büyük faktör kamuya düşmektedir. Türkiye’de verilen sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı kamu hizmetleri kapsamında verilmektedir. Kamu genelinde sağlık harcaması yapan kuruluşlar Sağlık Sigortalar Kurumu, Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler, Milli Savunma Bakanlığı, Diğer Bakanlıklar, KİT’ler, Emekli Sandığı, Fonlar ve Belediyeler şeklindedir. Kamu sektörü dışında özel sektörde ise Özel ve Yabancı Azınlık Hastaneleri, Özel Muayene Poliklinik, Eczaneler, Hane Halkı harcamaları olarak bilinmektedir. Birinci ve ikinci sağlık hizmetleri özel sağlık tesisleri tarafından da verilmektedir. 2005 yılına kadar Sosyal Sigortalar Kurumu hastaneleri ikinci en büyük sağlık hizmeti sunucu durumunda iken bu tarihten sonra ise bütün kurumlarını Sağlık Bakanlığına devretmiştir (Yurdadoğ, 2006: 125).

2.5.2.1 Sağlık Bakanlığı

Birinci basamak sağlık hizmetleri, ana ve çocuk sağlığı hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetlerinin en temel sunucusu Sağlık Bakanlığı olarak karşımıza çıkmaktadır. İlgili hizmetlerin tamamı 1961 yılında çıkarılan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanuni dayanak gösterilerek Türkiye genelinde açılmış olan sağlık evleri ve daha sonra 2010 yılında Aile Sağlığı Merkezlerine çevrilen Sağlık

Ocakları tarafından verilmektedir. Sağlık Bakanlığına bağlı aile sağlığı merkezlerinde ve sağlık evlerinde yatay bir büyümenin olduğu yakın tarihimize kadar gerçekleşmektedir. Bu büyüme ana ve çocuk sağlığı aile planlama merkezi şeklinde devam ederken aynı büyümenin verem savaş dispanser birimleri tarafından söylemek mümkün değildir. Sağlık Bakanlığı yataklı tedavi kurumlarının yaklaşık %67'sini işlettiğini belirtebiliriz (Sağlık Bakanlığı, 2005b: 2–30).

2.5.2.2. Milli Savunma Bakanlığı

Temel olarak Milli Savunma Bakanlığı askeri personele ve bakmakla sorumlu olduğu kişilere hizmet vermektedir. 2005 yılına ait Sağlık Bakanlığı istatistiklerine göre 42 hastane ile 15.900 yatak kapasiteli sağlık hizmeti bulunurken bu sayılara 2016 tarihine kadar sürekli yükselmiş 15 Temmuz 2016 tarihinden sonra getirilen Kanun Hükmündeki Kararlarla bazı hastaneler sağlık bakanlığına devredilmiştir. Lisans ve Yüksek Lisans derecesinde eğitim veren Milli Savunma Bakanlığı hastaneleri de bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2005b: 23–76).

2.5.2.3. Üniversiteler

Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2018 yılına ait verilerine göre üçüncü basamak sağlık hizmeti kapsamında yer alan üniversite hastanelerinin yatak kapasite oranı 42.062 seviyesinde olmuştur. Sevk sistemi istenilen düzeyde olmamasında dolayı üniversite hastanelerinin bazıları birinci basamak sağlık hizmetlerine devredilmiştir. Böyle bir devir işleminin yapılması kaynakların verimsiz olarak kullanılmasına yol açmıştır (Eurnews, 2021: 1).

2.5.2.4. SSK

Daha önce de ifade edildiği üzere 2005 yılına ait SSK'ya bağlı toplamda 136 hastane bulunmaktaydı. O dönemki sağlık hizmetlerinin içindeki payı ise %16,1 seviyelerindeydi. 179 sağlık dispanser birimleri ile Sağlık Bakanlığına bağlı Aile Sağlığı Merkezleri seviyesinde eşdeğer olduğunu, 209 sağlık istasyonu bulunmaktaydı. Bütün bunlar genel sağlık sigortası kapsamında Sağlık Bakanlığına devredilmiştir.

2.6. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı çok farklı bir yelpaze seçeneği ile karşımıza çıkmaktadır. Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, Üniversite Hastaneleri diğer kamu kurumları temelde vergi gelirleri ile finanse edilmektedir. Genel sağlık sigortası kapsamında toplanan Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve SSK kurumları aylık gelirlerin yapılan kesintiler aracılığı ile kesilen sosyal güvenlik katkıları şeklindedir. Özel muayenelerde ve özel sağlık kurumlarında hizmet veren doktorlara direkt cepten yapılan ödemeler, özel sağlık sigortası primleri ile finanse edilmektedir (Liu ve diğerleri, 2005a: 19)

Tablo 11: Türkiye’de Kamu Hizmetleri Kapsamında Harcama Yapan Kuruluşlar



Kaynak: Dergipark (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Hastanelere Ödeme Modelleri, <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/282892> (Erişim Tarihi 12.10.2021).

Yukarıdaki Tablo 11'e göre sağlık harcamalarının finansmanını sağlayan kamu kurumları SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler, Sosyal Güvenlik Kurumu, Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları şeklinde açıklanabilir (Hacı Muhammet Kekeç, Zehra ve Polat, 2018: 553–559).

2.6.1. Devlet Bütçesi

Genel bütçe vergi gelirleri tarafından finansi sağlanan, yasal mevzuatın ülke vatandaşlarına sağlamış olduğu temel sağlık hizmetlerini finansman kaynağı durumundadır. Türkiye'de sağlık politikalarının nasıl olması gerektiği üzerinde en büyük söz hakkı konumu durumunda olan Sağlık Bakanlığıdır. Bakanlıkça gerçekleşen harcamaların çok büyük bir kısmını genel devlet bütçesi tarafından finanse edilmektedir. Genel bütçeden Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneleri bütçelerinin neredeyse %35 gibi bir kısmını karşılamakta ve geriye kalan diğer kısmını ise döner sermaye yoluyla finansi yapılmaktadır (Kartal, Ozbay ve Eristi, 2004: 12–45). Sağlık Bakanlığına ilave gelir kaynağı, 1988 yılından itibaren yakıt, sigara, alkol, yeni araç ve lüks tüketim malları satışlarından vergi kesilmeleri yoluyla parasal kaynak sağlanmıştır. Sağlık Bakanlığına sağlanan bir önemli üçüncü kaynak ise döner sermayeler olup sigortalılar ve kişiler bu fona doğrudan ödeme yapmaktadırlar (Liu ve diğerleri, 2005a: 22).

2.6.2. Sosyal Güvenlik Katkıları

Sosyal güvenlik kapsamında yer alan kişilerin devlet, sosyal güvenlik çatısı altında hayatlarını devam eden vatandaşların maaş ödemelerinde yapılan sosyal güvenlik kesintilerinde sağlık finansmanı için kaynak meydana getirmektedir. İlgili Kesintiler yalnız işverenlerden ve çalışan kişilerin sigortalarından yapılmakta olup bakımından sorumlu olduğu kişilerden herhangi bir kesinti yapılmadığını belirtebiliriz. Sonuç olarak sosyal güvenlik kapsamında yer alan kişiler, fazlalığına bağlı olarak yüksek ölçeklerde katkı alındığı anlamlarını taşımamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2019c: 21–123).

Tablo 12: Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kapsamında Aktif Çalışan, Aylık Alan, Yararlanıcıların 2018 Yılı Sayıları

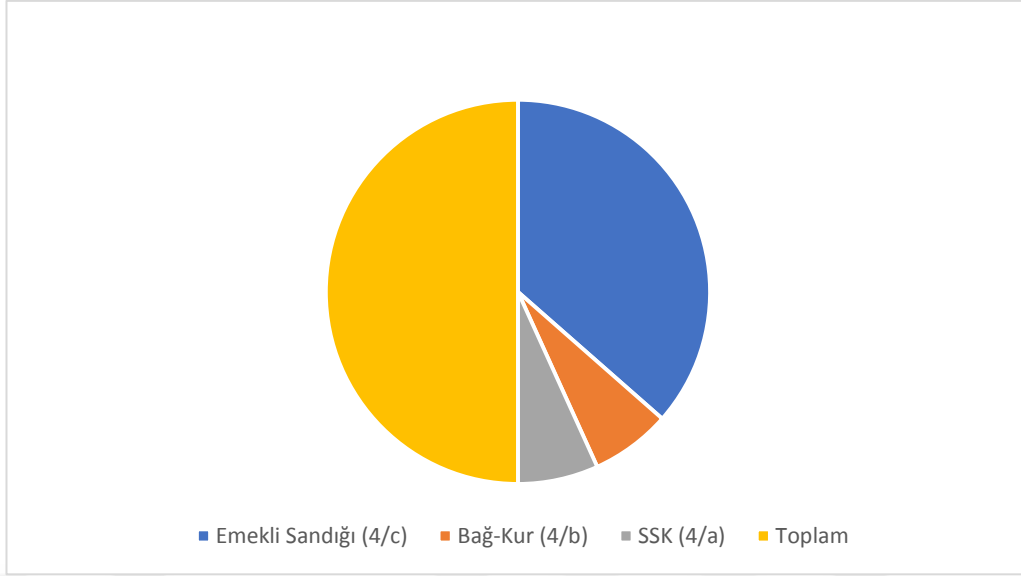
Sosyal Güvenlik Kapsamında Aktif Çalışan Kişi Sayısı		Sosyal Güvenlik Kapsamında Aylık Alan Kişi Sayısı	Sosyal Güvenlik Kapsamında Bakmakla Yükümlü Tutulanların (Yararlanıcıların) Sayısı
Emekli Sandığı (4/c)	16.225.581	2.203.867	6.663.527
Bağ-Kur (4/b)	3.004.053	2.599.585	9.599.703
SSK (4/a)	3.012.437	7.614.008	18.854.414
Toplam	22.242.071	12.417.460	35.117.644

Kaynak: GMKA, (2021). Sosyal Güvenlik Kapsamında Çalışan Sayıları. <https://www.gmka.gov.tr> (Erişim Tarihi 22.11.2021).

Yukarıda yer alan tablo kapsamında 2018 yılına ait aktif çalışan kişi sayısı, sosyal güvenlik kapsamında aylık ve yine bu kapsamda bakmakla yükümlü tutulan kişilerin rakamsal verileri verilmiştir (<https://www.gmka.gov.tr>, 2021: 1).

2.6.3. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)

Kamu sektörü, SSK özel sektör çalışanlarına ve tarım sektörü alanında çalışan işçilerin bütün grubun bakmakla sorumlu olduğu kişilere sağlık bakanlığı ve emeklilik aracılığıyla sağlık hizmetleri verilmektedir. SSK, emeklilik ve sağlık hizmetleri olarak ilgili mensuplarına iki farklı hizmet sağlamaktadır. 2018 yılında aktif çalışan kişi sayısı, aylık alanlar ve bakmakla yükümlü tutulanların toplam sayısı 69 milyon seviyelerinde olduğu görülmektedir (<https://www.gmka.gov.tr>, 2021: 1). Fakat Sosyal Sigortalar Kurumu kapsamında yer alan kişilerin tamamının sağlık harcamaları karşılanamamaktadır. Yalnız genel sağlık sigortası kapsamında olan bireylerin sağlık harcamaları karşılanmaktadır.



Şekil 7: Türkiye’deki Sağlık Hizmetlerinden Yararlanan SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı Yüzdelik Oranları

Kaynak: SGK, (2021). Kurumsal İstatistik. <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik> (Erişim Tarihi 13.10.2021).

Sosyal Sigortalar Kurumu sağlık hizmetleri temelde işverenler ve çalışanlar tarafından verilen primlerle doğrudan finanse edilmektedir. Kronik hastalıkları olan kişiler bu kapsam dışında tutulmaktadır.

2.6.4. Özel Finansman

Özel finansman, sağlık hizmetleri finansmanında önemli bir yere sahip olduğunu belirtebiliriz. Bu kapsamda yapılan harcamalar cepten ödemeler ve özel sigorta şeklinde karşımıza çıkmaktadır.

2.6.5. Özel Sigorta

Başta Amerika olmak üzere, İsviçre ve Avustralya gibi ülkeler özel sağlık sigortacılığına daha çok ağırlık vermektedirler (Thorpe, Florence, Howard ve Joski, 2005: 317–325). Türkiye’de özel sağlık sigortası uygulamasına 1990’lı yılında geçiş yapılmıştır. Özel sağlık sigorta şirketleri için önemli bir pazar olmakla birlikte mevcut durumda şu an nüfusun yalnız %1’inin özel sağlık sigortası kapsamında olduğunu belirtebiliriz.

Özel sağlık sigortaları temelde, primlerin hesaplanmalarına, işlevlerine, yardımların tespit edilmesine ve ilgili sigorta şirketlerinin statüsüne göre değişmektedir. Gerçekleştirilen işlevleri açısından zorunlu sağlık sigortası ile beraber uygulanan “tamamlayıcı özel sağlık sigortası” ve “ikame edici özel sağlık sigortası” olarak ikiye ayrılmaktadır. Primlerin hesaplanması açısından değerlendirildiğinde; grupsal, bireysel ve toplumsal risklere göre belirlenen özel sağlık sigortaları bulunmaktadır. Statüleri gereği sigorta şirketleri, kâr amaçlı olan ve olmayan olarak ikiye ayrılmaktadır. Özel sağlık sigortacılığında en fazla kullanılan prim hesaplamaları, bireysel risklerin varlığıdır. Primlerin işverenler tarafından ödendiği sistemlerde prim hesaplamaları ağırlıklı olarak ilgili işyerinde çalışan grubun ortalama risk faktörüne göre tespit edilmesidir (Mossialos ve Dixon, 2002: 1–31).

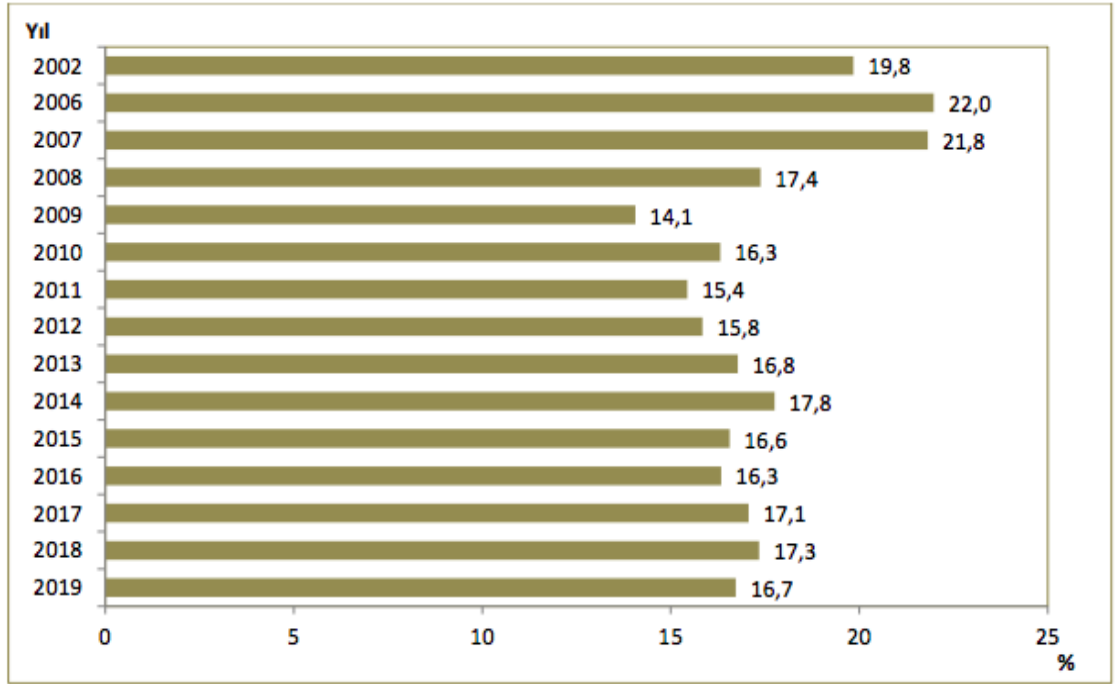
Teorik açıdan özel sağlık sigortalarının en büyük avantajı; sınırlı olan kamu kaynaklarının dezavantajlı, düşük gelirli ve özel sigortaya ulaşamayan kesimler için harcanmasına olanak verilmesidir. Bu durumu, gelir düzeyi göreceli olarak daha yüksek olan kişilerin özel sağlık sigortası tercih etmelerine sağlamaları hedeflenmektedir. Bununla beraber özel sağlık sigortalarını kar amacıyla beraber verimliliği ve yenilikleri desteklemesi, tüketicilerin tercih seçeneklerinin yükseltilmesi düşünülmektedir. Söz konusu potansiyel avantajların gerçekleşmesi özel sağlık sigortalarının denetimi ve işleyişleri ile yakından ilişkili olduğu ifade edilmektedir. Düzenlemenin yetersizliği ya da yokluğu durumunda bazı sorunların ortaya çıkmasına sebep olabilir. Bunlar;

1. Kişilerin hastalıklarını sigorta şirketinden gizlemeye çalışmak istemeleri,
2. Primlerin tam olarak doğru bir şekilde belirlenememesi
3. Sigorta şirketlerinin yüksek sağlık riski kapsamında yer alan kişilerin sigortalatmak istememeleri
4. Kişilerin, sağlık sigortalarını yaptıktan sonra, riskli denilebilecek davranışlarda bulunabilmeleri,
5. Piyasada, sigorta tekellerinin meydana gelmeleri,
6. Dayanışma ve adalet kavramlarının zedelenmesi (İstanbuluoğlu, Güleç ve Oğur, 2010: 89–92)

2.6.6. Cepten Ödemeler ve Katkı Payı

Bireylerin kendi parasal kaynaklarından yapmış oldukları sağlık harcamaları cepten ödemeler olarak ifade edilmektedir. Hastalık ihtimaline karşın herhangi bir finansal anlamda koruma sağlamamaktadır. Cepten yapılan ödemeler; direkt ödeme, resmi olmayan ve kullanıcı katkısı olarak üçe ayrılmaktadır.

1970’li yıllardan itibaren sağlık harcamalarının giderek yükselmesi, dünya genelinde yaşanan makroekonomik daralmalar ek kaynak oluşturma gereksinimini gündeme getirmiştir. Bu gereksinimler, kullanıcı katkısı gibi yeni cepten ödeme modellerinin ortaya çıkmasına neden olmuştur (Mossialos ve Dixon, 2002: 2–32). Direkt ödemeler: Sosyal güvence kapsamı dışındaki hizmetler için ya da uzun bekleme süreleri sebebi ile hizmete ulaşımında aksamaların meydana geldiği durumlarda yapılan ödemeler olarak ifade edilmektedir.



Şekil 8: 2002 ile 2019 Yılları Arasında Cepten Gerçekleşen Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcaması İçindeki Payı

Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2021). Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Sağlık Harcamaları İstatistikleri (Sağlık Bakanlığı, 2019a: 249).

Türkiye’de sağlık sisteminde gerçekleşen reform sonrasında 2008 yılında cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı %17,4 iken bu oran

2009 yılında %14,1 seviyelerine kadar düşmüştür. Bu oran 2002-2019 yılları arasında cepten yapılan sağlık harcamalarının en düşük olduğu seviyedir (H. Muhammet Kekeç, Yıldırım ve Polat, 2018: 555).

Cepten gerçekleştirilen ödemeler, kurumlara yapılan dolaylı olmayan ödemeler başta özel hekim ve gönüllü sağlık sigortalarına ödenen primler, ilaç ve gerçekleştirilen sağlık hizmetlerine yapılan katkı payları olarak bilinmektedir. Ülkemizde ödemelerin düzeyi ile ilgili gerçekçi tahminlerde bulunmak oldukça zordur. Bunun en büyük sebebi sağlık hizmetlerine yönelik özel harcamaların tam olarak kayıt altına alınamaması olarak açıklanabilir (Serhat Akın, 2007: 47–48).

Özetle Türkiye’de gerçekleştirilen bütün sağlık sigortaları programları maliyet paylaşımı ve katılım payı sistemi içermektedir. Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı ülkede bulunan bütün sağlık kurumlarının ücret seviyelerini tespit ederken Türk Tabipler Birliği ise özel kurumlarının en düşük ücret seviyelerini belirlemeye çalışmaktadır (Liu, Çelik ve Şahin, 2005b: 21–23).

2.7. Türkiye’de Sağlık Harcamaları

Yakın geçmişte, birçok ülke sağlık hizmeti harcamalarının (ağırlıklı olarak GSYH ile belirtilen) genel zenginlik seviyesinden çok daha fazla büyümesi konusuyla mücadele etmiş ve etmektedir. Genel olarak, sağlık harcamalarındaki bu büyük artışın en temel nedeni; pahalı olan teknolojilerin piyasaya sürülmesi, yaşlanan nüfus ve daha iyi sağlık hizmetleriyle bağlantı olarak toplumun beklentilerindeki artış olarak gösterebilir (Annemans, 2009: 14–63).

Sağlık hizmetleri sistemleri organizasyonu için gerçekleştirilen öneriler, yalnız sağlık harcamalarının düzeyleriyle ilgili faaliyetlere dayandırılmamalıdır. Bununla beraber sağlık harcamalarının değişim hızları da bir önemli konu olarak bilinmesi gerekmektedir (Barros, 1998: 533–544). Hemen hemen her ülkede sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi birinci öncelikler arasında yer almaktadır. Fakat sağlık hizmetlerinin finansmanı ağırlıklı olarak sosyal sigorta, vergiler ya da her ikisinin bileşimi sonucu kamudan gelen parasal kaynaklarla sağlanmaktadır.

Türkiye’de sistematik bilimsel sağlık harcamalarına yönelik çalışmalar tam olarak 1990 yılından itibaren başlamıştır. Sağlık Bakanlığı nezdinde Sağlık Projesi Genel Koordinatörlü tarafından 1992 ile 1996 yılları ve 1997, 1998 yıllarında Sağlık Harcamaları kitaplarını, toplamış olduğu veriler ışığında hazırlamıştır. Bu konuda yapılan diğer çalışmalar ise Dünya Bankası’nın 2003 yılındaki raporlardır. İlgili raporlar ağırlıklı olarak kamuda yer alan genel bütçe kalemlerinin projeksiyon ve analizlerini içermesine rağmen sağlık fonksiyonunu ve hizmet sunucusunu alt detaylarını kapsamamaktadır. Bu sebeple Türkiye’deki mevcut durumu ortaya koyacak detaylı ve uluslararası kabul gören yöntemlerce sağlık sisteminin finansal analizinin tam olarak yapılması öncelikli gereksinim olarak ortaya koyulmuştur. Bu kapsamda ülke genelinde Ulusal Sağlık Hesaplamaları çalışmaları başlatılmıştır. Türkiye’deki Ulusal Sağlık Hesaplamalarını şöyle sıralamak mümkündür (Sağlık Bakanlığı, 2004: 3–42); Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı gibi genel bütçeli kurumlar;

- Kamu Sektörü, Bakanlıklar ve Diğer İdari Birimler
- Özel Bütçeli Kurumlar (Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, Üniversiteler, Sosyal Yardımlaşma Fonu
- Sosyal Güvenlik Kurumu
- Sosyal Güvenlik Fonları
- Kamu Sektörü ve Diğer Devlet Birimleri
- İl Özel İdareleri ve Belediyeler
- Özel Sektör İşletmeler ve Firmalar şeklinde sıralanabilir (Arı, 2018b: 2–7).

2.7.1. Kamu Sektörü Sağlık Harcamaları

Türkiye’de daha önce de ifade edildiği gibi sağlık harcamalarını gerçekleştiren kamu kurumları başta Sağlık Bakanlığı, Bağ-Kur, SSK, Emekli Sandığı, Bakanlıklar, Üniversiteler, KİT’ler, Belediyeler ve çeşitli fon kuruluşları şeklindedir. Ülkemizde kamu kurumlarının yapmış oldukları sağlık harcamaları toplam sağlık harcamaları içerisinde önemli bir yere sahiptir.

Tablo 13: Türkiye’de 2018- 2019 Yılları Arasında Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının Payları

(Milyon TL)				
	2018	Pay (%)	2019	Pay (%)
Toplam sağlık harcaması	165 234	100,0	201 031	100,0
Genel devlet	128 021	77,5	156 819	78,0
Merkezi devlet	40 461	24,5	51 492	25,6
Mahalli idareler	1 439	0,9	1 373	0,7
Sosyal Güvenlik Kurumu	86 121	52,1	103 954	51,7
Özel sektör	37 213	22,5	44 212	22,0
Hanehalkları	28 655	17,3	33 626	16,7
Sigorta şirketleri	4 625	2,8	5 801	2,9
Diğer ⁽¹⁾	3 933	2,4	4 785	2,4

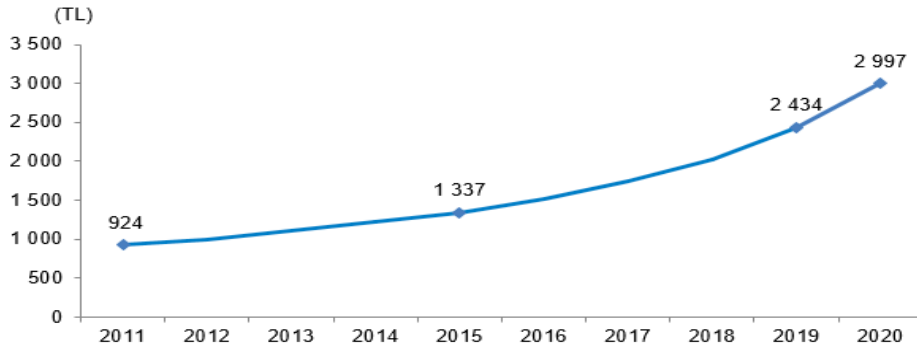
Kaynak: TÜİK (2019). Sağlık Harcamaları İstatistikleri. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Sağlık-Harcamaları-Istatistikleri-2019-33659> (Erişim Tarihi: 27.11.2021).

Türkiye’de hem kamu hem de özel sağlık harcamalarının 2018-2019 yılları arasındaki yüzdelik payları verilmiştir. 2018 yılında Genel Devlet harcamalarının içinde yer alan merkezi devlet payı %24,5 iken 2019 yılında ise bu pay %25,6 çıkmıştır. Mahalli idareler payı %0,9 iken 2019 yılında ise bu rakam %0,7 olmuştur.

2.7.2. Sağlık Bakanlığı Harcamaları

Türkiye’de sağlık hizmetleri politikalarını yürüten ve ikinci basamak sağlık hizmetlerini gerçekleştiren ayrıca koruyucu sağlık hizmetlerini yürüten en önemli kuruluş Sağlık Bakanlığı olmuştur. Koruyucu sağlık hizmetleri, sağlığın geliştirilmesi ve birinci basamak sağlık hizmetleri ile beraber topluma yönelik sağlık hizmetlerini gerçekleştirme sorumluluğu bulunmaktadır (Yurdadoğ, 2006a: 143–147). Devlet memurları başta olmak üzere, emekliler ve herhangi bir sağlık güvencesi bulunmayan kişiler hizmet sunan Sağlık Bakanlığı, bu harcamalarını genel bütçe ödemelerinden fon gelirlerinden ve döner sermayeden karşılamaktadır. 2019 yılında kişi başına düşen sağlık harcaması yaklaşık 2.434 TL iken bu rakam 2020 yılında %23,1 oranında artış göstererek 2.997 TL’ye kadar çıkmıştır.

Kişi başına sağlık harcaması, 2011-2020

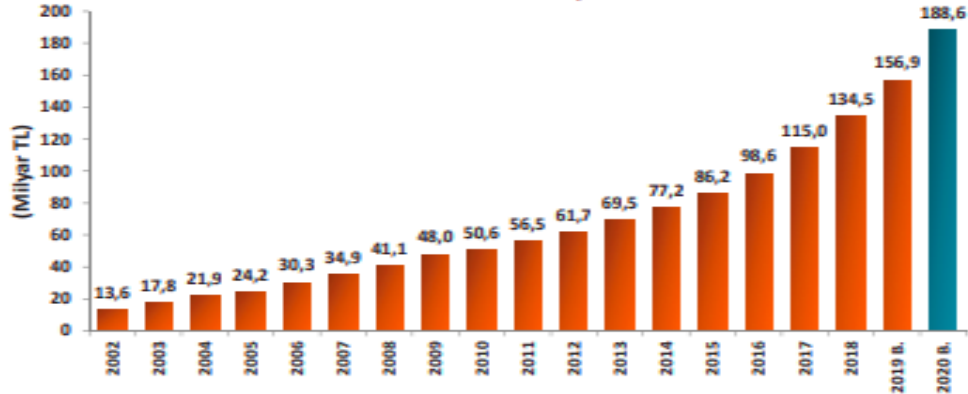


Şekil 9: 2011-2020 Yılları Arasında Kişi Başına Yapılan Sağlık Harcamaları

Kaynak: TÜİK (2020). Sağlık Harcamaları İstatistikleri <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2020-37192> (Erişim Tarihi 28.11.2021).

2019 yılında toplam sağlık harcaması gayrisafi yurt içi hasılanın (GSYH) %4,7 seviyelerinde iken bu rakam 2020 yılında ise %5 seviyelerine kadar çıkmıştır(TÜİK, 2021b, s. 1).

SAĞLIK BÜTÇESİ



Şekil 10: 2002 ile 2020 Yılları Arasında Sağlığa Ayrılan Bütçe Verileri

Kaynak: Strateji ve Bütçe Başkanlığı (2020). <https://www.sbb.gov.tr/wpcontent/uploads/2020/01/2020vatandasinbutcerehberi.pdf> (Erişim Tarihi 21.12.2021).

2002 ile 2020 yılları arasında sağlığa ayrılan bütçede sürekli bir artış olduğu görülmektedir. 2002 yılında 13,6 milyar TL ayrılırken 2020 yılında ise bu rakamın 188,6 seviyelerinde olduğu görülmektedir. Oranın artarak devam etmesinin önemli göstergelerinden biri Türkiye'nin sağlık sektörüne vermiş olduğu önemi göstermektedir (Yurdadoğ, 2006a: 143–147).

2.7.3. Sosyal Güvenlik Fonları Sağlık Harcamaları

Türkiye’de Bağ-Kur ve Emekli Sandığı, SSK sosyal güvenlik kapsamında dikkate alınmaktadır. SSK özel sektör çalışanları ve aynı zamanda kamu sektöründe yer alan işçiler, kendi adına çalışanlar ve Bağ-Kur esnaf- sanatkâr, emekli sandığı ise emekli devlet memurlarıyla aktif olarak çalışan devlet memurları bu kapsamda yer almaktadır. Bu kapsamda yer alan kişilerin bakmakla sorumlu olduğu kişilerde dolaylı olarak bu kapsam içinde yer almaktadır. Sağlık sisteminin kapsamına bakıldığında 2005 yılından itibaren nüfusun %87’lik kapsamı sağlık hizmetleri açısından sosyal güvenlik kapsamında yer aldıkları ifade edilebilir (Yurdadoğ, 2006b: 12–56).

Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programı kapsamında sosyal güvenlik kurumları tek bir çatı altında toplanması, bu doğrultuda hem kısa hem de uzun vade sigorta programlarının birbirinden ayrılmasıyla ve nihai olarak genel sağlık sigortasının kurulması amacıyla sosyal güvenlik sisteminin tekrardan yapılandırılması konusunda faaliyetler yürütülmüştür. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında genel sağlık sigortasının kurulması, tam olarak sosyal güvenlik kuruluşlarının kurumsal kapasitelerinin daha da güçlendirilmesiyle bu doğrultuda sosyal güvenlik bilgi sisteminin oluşturulması amaçlanmıştır (Devlet Planlama Teşkilatı, 2006b: 8–56).

2.7.4. Bağ-Kur Sağlık Harcamaları

Türkiye’de bağımsız olarak çalışan kişilerin sosyal güvenlik kapsamına dahil edilmesi üzere 1971 tarihinde 1479 sayılı kanun kapsamında Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigorta Kurumu olarak bilinen Bağ-Kur kurulmuştur. Bu kurum özel hukuk hükümlerine tabii doğrudan çalışma ve sosyal güvenlik bakanlığına bağlı, idari ve mali açıdan özerk diyebileceğimiz bir kamu tüzel kişiliğine sahiptir (Sofracı, 2005: 67–72).

1985 yılından itibaren ilk pilot bölge olarak sağlık hizmetlerini vermeye başlamış bu hizmetleri kademeli bir şekilde geliştirerek devam etmiştir. 1988 yılında bütün mensuplarına ise uygulamıştır. Bağ-Kur’da benzer şekilde SSK gibi sağlık hizmetlerini satın alarak, sigortalılardan elde etmiş oldukları sağlık primleriyle bu hizmetleri finanse etmektedir (Akın, 2007: 54–55).

2.7.5. Emekli Sandığı Sağlık Harcamaları

Emekli Sandığı Kanunu 1950 yılında 5434 sayılı kanunla yürürlüğe girmiştir. Buna göre 11'e yakın emeklilik sandığı kaldırılarak işverenlerden ve çalışanlardan prim alınması esasına dayanak göstererek, modern bütüncül bir sosyal güvenlik yapısı oluşturulmuştur. Yeni oluşturulan bu çalışmanın merkezi bir nokta yürütülmesi için Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü kurulmuştur.

657 Sayılı Devlet Personel Kanununa göre dul ve yetimlerin, çalışan memurların, emeklilerin bakmakla yükümlü olduğu bağımlıların sağlık kurumlarından hizmet satın alma yöntemi ile bu sağlık hizmetini sağlayan Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve SSK benzeri finans kurumu özelliğini taşımaktadır. Doğrudan finansman kaynağını aktif memurlardan elde edilen primlerle sağlanmasına karşın, Emekli Sandığı sağlık primi adı altında herhangi bir prim almamaktadır. Diğer bir ifadeyle emeklilik primi adı altında yalnız bir kaleme alınan primler çalışanlara emeklilik dönemlerinde maaş olanağı sağlamaktadır. İlgili primler aynı zamanda sağlık hizmetlerinin finansmanı içinde kullanılmaktadır. Emekli sandığı bütçesine, devlet bütçesiyle birleştirilmiş gibi yapısal bir durum kazandırılmış ve kurum kapsamında ortaya çıkan açıklar sistemli bir şekil genel bütçeden karşılanmaktadır (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2018: 1–2)

Tablo 14: Emekli Sandığı Sağlık Harcamaları ve Dağılımı (2018 Yılı)

Sağlık Harcamaları	2018
Tedavi	59.092
Devlet Hastanesi	38.077
Üniversite Hastanesi	10.743
Özel Hastane	10.272
İlaç	30.989
Reçete Hizmet Bedeli	339
Diğer	1.146
Diğer (Tıbbi Malzeme, Diş, Optik vb.)	54
Yolluk Giderleri	1.092
TOPLAM	91.566

Kaynak: Kısaç (2019). Emekli Sandığı Harcamaları. s. 33)

2018 Emekli Sandığı Sağlık Harcamaları ve Dağılımına bakıldığında tedavi hizmetleri için 59 milyar lira, ilaç giderleri için 30 milyar lira, diğer giderleri için 1 milyar lira genel toplamda ise 91.566 milyon lirayı bulduğu görülmüştür.

2.7.6. Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Fonları Dışında Kalan Birimlerin Sağlık Harcamaları

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunumunda Sağlık Bakanlığı başta olmak üzere Sosyal Güvenlik Kurumları, üniversiteler, belediyeler, fonlar ve KİT'lerin oldukça önemli bir role sahip olduğunu belirtebiliriz. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanında önemli bir yere sahip olan üniversite hastanelerinin katma bütçeli idareler olmaları sebebiyle hem üretmiş oldukları hizmetlerden parasal gelir elde etmekte hem de katma bütçeden pay elde etmektedirler. Üniversite hastanelerinin sağlamış oldukları hizmet sunumlarıyla beraber bir diğer önemli özelliği ise araştırma ve uygulama merkezi olarak tıbbi eğitimin verilebilmesidir. Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) aracılığıyla üniversitelerin ve genel bütçe ödemeleri olmak üzere iki farklı finansmandan söz edilebilir. Genel bütçe ödemeleri özellikle yatırım amaçlı kullanıldığı gibi aynı zamanda cari diyebileceğimiz harcamalar içinde kullanılabilir. Devlet hastanelerinden ayrı olarak döner sermayeden gelen gelirleri gerçekçi fiyatlandırmalar uygulayarak güçlendirmektedir. Üniversite hastaneleri, döner sermaye kaynaklı harcamalarda Maliye Bakanlığı’na, yatırım harcamalarında ise Devlet Planlama Teşkilatı gözetimi ve denetimi altındadır (Yurdadoğ, 2006a: 142–144).

2.7.7. Özel Sektör Sağlık Harcamaları

Özel hastane harcamaları, hekim harcamaları, özel sektör harcamaları, özel ilaç harcamaları, hekim harcamaları ve kamuya yapılan cepten harcamalardan oluşmaktadır. Türkiye’de özel sektör harcamaları toplam sağlık harcamalarının içinde önemli bir yere sahiptir (Mutlu ve Işık, 2002: 296–298).

Teşhis ve tedavi hizmetleri açısından özel sektör önemli bir yere sahiptir. Özellikle son yıllarda sosyal güvenlik fonları tarafında kapsanan sigortalıların özel sektöre ait sağlık hizmeti birimlerinden faydalandırılması çalışması özel sağlık hizmetlerinin gelişimini pozitif yönlü etkilemiştir. Bazı hastanelerin yataklı tedavi

kurumlarında verilen birtakım hizmetler zamanla incelenip karşılaştırıldığında özel sektörle beraber diğer sağlık hizmetlerinin sunumunda da önemli bir artış olduğu gözlenmektedir. Ülke genelindeki diğer sağlık hizmetleri sunumu, özel sektör sağlık hizmeti sunumuna göre oldukça düşüktür. Bu durum aynı zamanda, özel sağlık kuruluşlarının zamanla daha fazla imkân bulması anlamına gelmektedir. Tablo:15'te görüldüğü gibi Türkiye'de toplam sağlık harcaması daha çok örgütlü kurumlar tarafından finanse edilmektedir.

Tablo 15: Sağlık Harcamalarına İlişkin Temel Göstergeler, 2019-2020

	2019 ^(r)	2020
Toplam sağlık harcaması (Milyon TL)	201 031	249 932
Kişi başına sağlık harcaması (TL)	2 434	2 997
Toplam sağlık harcamasının gayrisafi yurt içi hasılaya oranı (%)	4,7	5,0
Cari sağlık harcamasının gayrisafi yurt içi hasılaya oranı (%)	4,4	4,6
Genel devlet sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı (%)	78,0	79,2
Özel sektör sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı (%)	22,0	20,8
Hanehalkı cepten sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı (%)	16,7	16,0

(r) 2019 yılı verileri idari kayıtların güncellenmesi nedeniyle revize edilmiştir.

Kaynak: TÜİK (2020). Sağlık Harcamaları İstatistikleri. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2020> (Erişim Tarihi 04.10.2021).

Sağlık harcamalarına ilişkin 2019 ile 2020 yılı arasındaki verilere göre hane halkının cepten yaptığı sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı 2019 yılı için %16,7 iken 2020 yılı için %16 olarak gerçekleşmiştir. Özel sağlık harcaması toplam sağlık harcamasındaki oranı 2019 yılı için %22 iken 2020 yılında ise bu oran %20,08'e gerilemiştir. Genel devlet sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı 2019 yılında %78 iken bu oran 2020 yılında ise %79,2'e kadar çıkmıştır (TÜİK, 2021c: 1–2).

2.8. TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları) Analizleri Ölüm Hızları

Türkiye’de Hacettepe Üniversitesi bünyesinde çalışmalarını yürüten Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından 1968 yılından itibaren günümüze kadar her beş yılda bir defa yapılan Nüfus Araştırmaları, 1993 yılından itibaren Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) ile beraber Nüfus ve Sağlık araştırmalarının bir kolu haline gelmiştir. Sağlık Bakanlığı başta olmak üzere Kalkınma Bakanlığı, TÜBİTAK’ın destekleriyle Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından, doğurganlık seviyesi ve değişimi, çocuk ve bebek ölümlülüğü, anne ve çocuk sağlığı, aile planlaması konularında bilgi elde etmek için gerçekleştirilen ulusal bir araştırmadır (TNSA, HNEE, 2014: 129–140).



Şekil 11: 2009 ile 2019 Yılları Arasında Bebek ve Beş Yaş Altı Ölüm Hızları

Kaynak: TÜİK (2021). Sağlık Harcamaları İstatistikleri
<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Cocuk-2020> (Erişim Tarihi 05.11.2021).

Yukarıda yer alan ilgili verilere göre 2009 yılında bebek ölüm hızları binde 13,9 seviyelerinde iken 2019 yılında ise bu oran 9,1’e kadar düştüğü görülmektedir. Doğumdan sonraki beş yıl içinde ölüm hızı 2009 yılında binde 17,7 iken 2019 yılında ise bu oran 11,2’ye kadar düştüğü görülmektedir (TÜİK, 2018: 1).

BÖLÜM 3: GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tasarımı

Bu araştırma OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Harcamalarının Bebek Ölümleri ile İlişkisinin Değerlendirilmesi amacıyla nitel bir araştırma olarak tasarlanmıştır.

3.2. Araştırma Sorusu

OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Harcamalarının Bebek Ölümleri ile İlişkisi Nedir? Sorusuna cevap aranmaya çalışılmıştır.

3.2.1. Alt Problemler

- Sağlık harcamalarını etkileyen faktörler nelerdir?
- Türkiye'deki sağlık harcamaları nelerdir?
- Türkiye'nin yıllara göre sağlık harcamaları nelerdir?
- OECD ülkeleri ve Türkiye'nin son yıllardaki sağlık harcamaları nelerdir?
- Türkiye ve OECD ülkelerindeki sağlık harcamalarının bebek ölümleriyle ilişkisi var mıdır?

3.2.2. Varsayımlar

Araştırmanın varsayımları aşağıda sıralanmaktadır.

1. Araştırmaya yönelik literatür taraması yapılarak elde edilen verilerin tamamının bilimsel çalışmalar olduğu varsayılmıştır.
2. Araştırmamızda kullanılan verilerde sağlık harcamalarındaki durumun bebek ölümlerine etkisi varsayılarak devam edilmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

“OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Harcamalarının Bebek Ölümleri ile İlişkisinin Değerlendirilmesi” konulu çalışmamız nitel bir çalışma olarak yapılması beklenmektedir. Daha önce yapmış olduğumuz literatür taramamızda sağlık sistemleri ve beraberinde getirmiş olduğu sağlık harcamaları, ülkelerin sağlık sistemlerinin

karşılaştırılmasından sonra bebek ölümlerini etkileyen etmenler, Türkiye’deki ve OECD ülkelerindeki bebek ölüm oranları araştırılacağından dolayı nitel araştırma yöntemlerinden doküman analizi şeklinde veri toplama yöntemleri kullanılarak yapılması amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda Fenomenoloji ve Gömülü teori çalışmamıza uygun olacağı görülmektedir.

3.4. Verilerin Toplanması

“OECD Ülkeleri ve Türkiye’nin Sağlık Harcamalarının Bebek Ölümleri ile İlişkisinin Değerlendirilmesi” konusu belirli bir dönem içinde sağlık harcamalarını araştırılması ve bunların bebek ölümleriyle ilişkilendirilmesi olarak değerlendirilmesi planlanmaktadır. Sonuç olarak olaylar, durumlar, kavramlar, tecrübeler, verilerin içine gömülü olan teoriyi ortaya koymak ve araştırma süreci boyunca yeni bilgilerin elde edilmesi söz konusudur.

3.5. Verilerin Analizi

Veriler analiz edilirken nitel araştırmaların bir çeşidi olarak kabul edilen Fenomenoloji çalışmasına uygun olabilecek çalışma yapılmıştır. Buna göre olaylar, durumlar, tecrübeler ve kavramlar üzerine yoğunlaşarak konuyu aydınlatma ve dikkat çekme olarak açıklanabilir.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmanın sınırlılıkları aşağıda sırasıyla açıklanmaktadır.
- Araştırmanın verileri Ağustos 2021- Şubat 2022 tarihleri arasında bilimsel veri tabanlarından daha önce gerçekleştirilmiş verilerle sınırlıdır.
- Araştırma Fenomenoloji ve Gömülü Teori çalışmasıyla sağlanmıştır.
- Araştırmada kullanılan veriler 7 ay gibi süre içerisinde toplanmıştır.
- Veri toplamanın pandemi şartlarında gerçekleşmesi sebebiyle internetten uzaktan erişim sağlanarak sınırlı olmuştur.

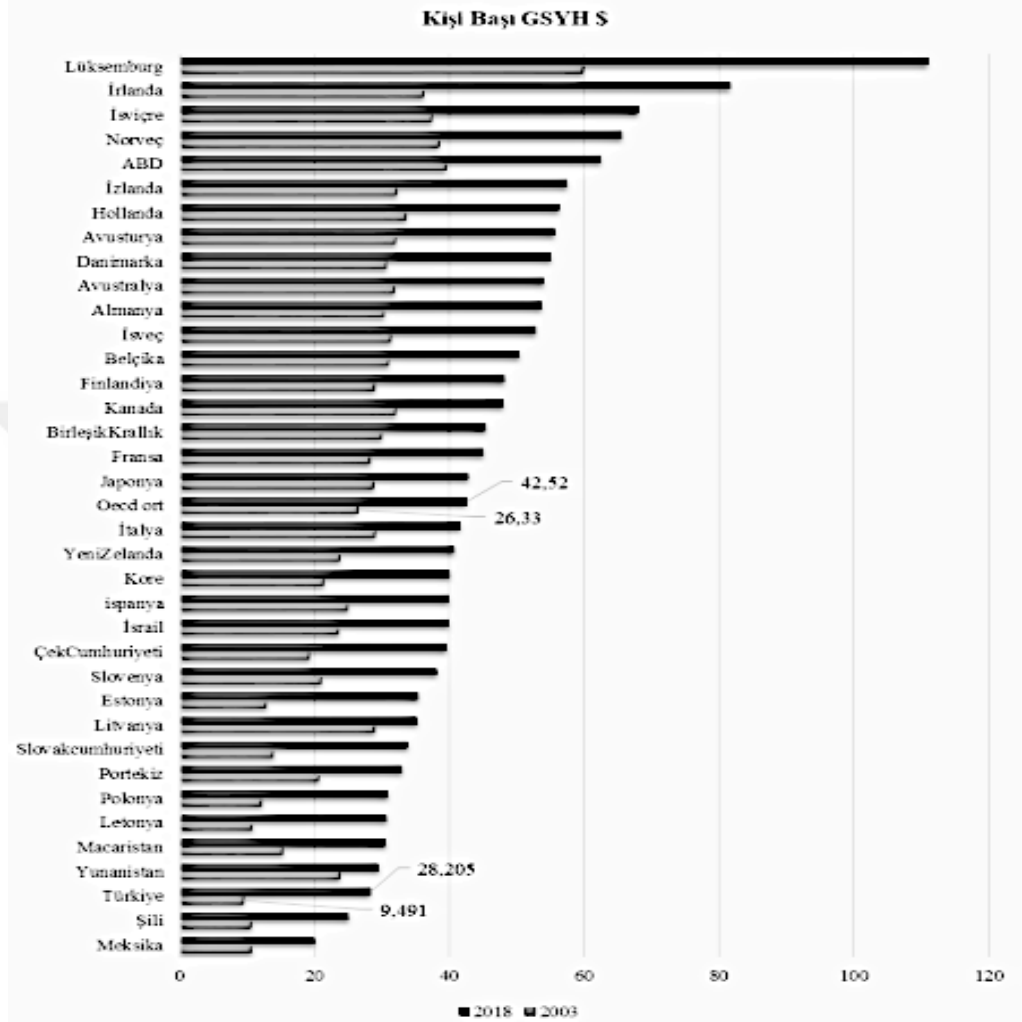
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunu göz önünde bulundurulduğunda herhangi bir deney ve hayvansal araştırma yapılmadığından etik kuruluna gerek duyulmamıştır.



BÖLÜM 4: BULGULAR

4.1. Türkiye ve OECD Ülkelerinde Kişi Başına Düşen Gayri Safi Yurt İçi Hasıla



Şekil 12: Kişi Başına Düşen Gayri Safi Yurt İçi Hasıla

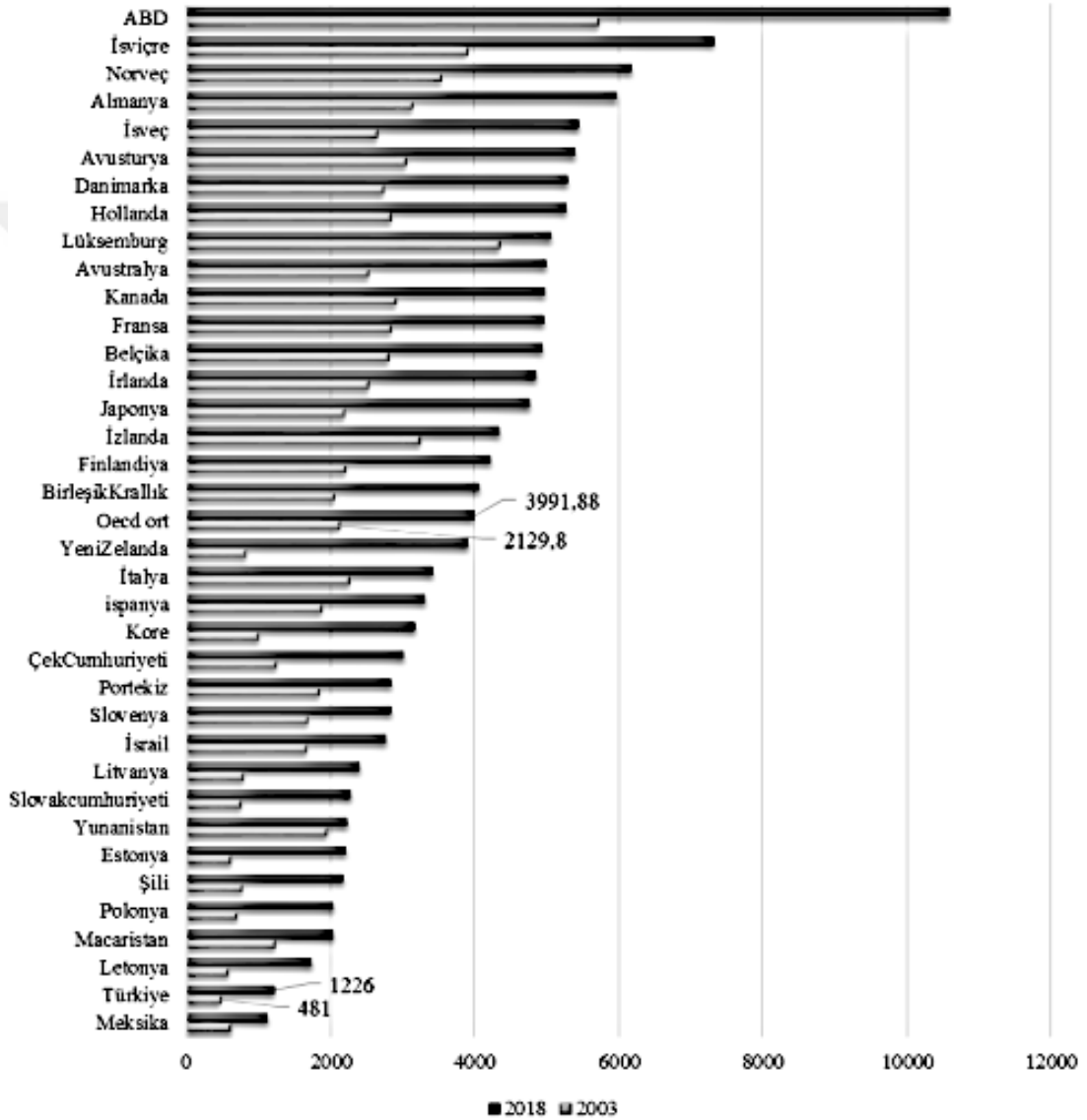
Kaynak: OECD (2022). Health Status.

https://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=HEALTH_STAT&lang=en (Erişim Tarihi 24.01.2022).

OECD ülkelerinde 2003 kişi başına düşen GSYH oranının toplam ortalaması %26,33 iken bu oran Türkiye’de aynı yıl içinde %9,49 olarak tespit edilmiştir. Bu sonuca göre Türkiye 34 OECD ülkesi içinde 34. sırada yer aldığını belirtebiliriz. Kişi başına düşen GSYH oranı OECD ülkeleri arasında en düşük olan ülke konumunda Türkiye bulunmaktadır.

2018 yılına ait verilere bakıldığında OECD ülkelerinin toplam ortalamasına bakıldığında %42,52 seviyesinde olduğu görülmektedir. Aynı yıla ait Türkiye'nin GSYH oranı ise %28,20 seviyelerinde olduğu tespit edilmiştir. Buna göre Türkiye OECD ülkeleri arasında 32. Sırada olduğu sonucuna varılmıştır.

4.2. OECD Ülkelerinde Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması



Şekil 13: Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması

Kaynak: OECD (2021). OECD Health Statistics. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics/oecd-health-data-health-status_data-00540-en (Erişim Tarihi 11.12.2021).

2003 ile 2018 yılları arasında 36 OECD ülkesi için kişi başına düşen sağlık harcamasının dolar (\$) cinsinden karşılığı verilmiştir. Ulusal olarak Türkiye’de 2003 yılına ait KBDSH’sının parasal karşılığının 481 USD olduğu ortaya çıkmıştır. OECD ülkeleri arasında toplam kişi başına yapılan sağlık harcaması 2129 USD olmuştur. Bu verilere göre kişi başına düşen sağlık harcaması Türkiye, OECD ülkeleri içinde KBDSH’sı en az olan ülke durumundadır. OECD ülkeleri arasında en düşük KBDSH’ye sahip olan ülkeler ise Letonya (605USD) başta olmak üzere sonrasını ise 638 USD ile Estonya, 643 USD ile Meksika ülkeleri takip etmektedir. En çok KBDSH’ye sahip olan ülkeler 5737 USD ile ABD, 436 USD ile Lüksemburg ve 3909 USD ile İsviçre olmuştur. 2018 yılına ait verilere bakıldığında ise; Türkiye’de KBDSH’sı 1226 USD olduğu görülmektedir. OECD ülkelerinin toplam ortalaması ise kişi başına 3991 USD olarak tespit edilmiştir. Bu harcamaları dikkate alındığında ise Türkiye, OECD ülkeleri arasında yalnız KBDSH’sı en az seviyede olan 1138 \$ USD dolarla Meksika’yı geride bıraktığı görülmüştür. En az KBDSH’na sahip olan ülkeler, Türkiye (1226 USD), Meksika (1138 USD), Macaristan (2046 USD), Letonya (1748 USD), en fazla KBDSH sahip olan ülkeler, ABD (10586 USD), Norveç (6186 USD), İsviçre (7316 USD) ve Almanya (5986 USD) olmuştur.

4.3. OECD Ülkelerinde Bebek Ölüm Hızı (1000 Canlı Doğum Bebek Ölüm Hızı)

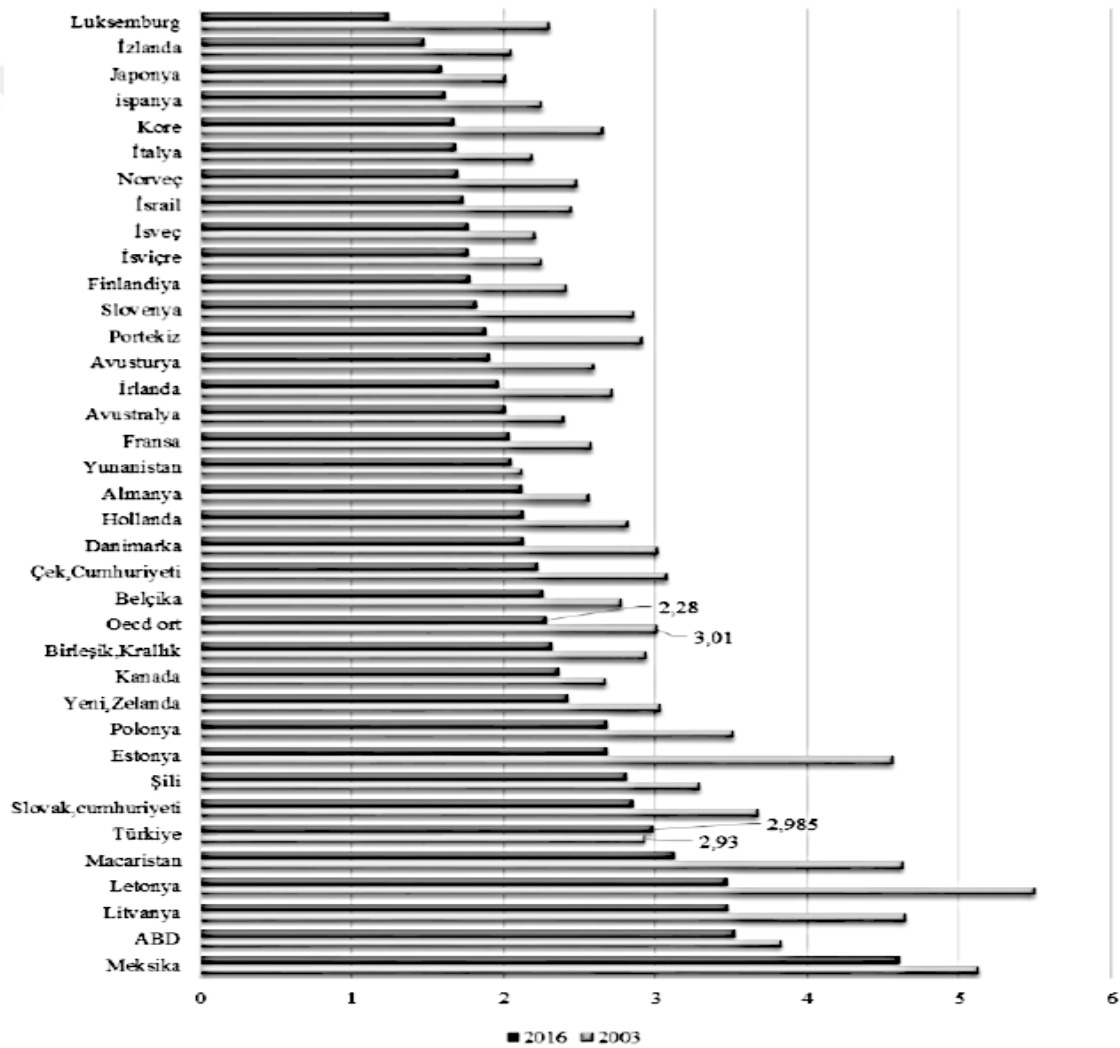
Tablo 16: 2017-2020 Yılları Arasında OECD Ülkeleri Bebek Ölümleri (1000 Canlı Doğumda Ölüm)

Bebek Ölümü	Ülkeler	2017- 2020
1000 Canlı Doğumda Ölüm	OECD Ülkeleri Ortalamaları	4,1
	İspanya	2,6
	İsveç	2,1
	İsviçre	3,3
	Türkiye	9
	İngiltere	3,7

Kaynak: OECD (2021). Infant Mortality Rates. <https://data.oecd.org/healthstat/infant-mortality-rates.htm> (Erişim Tarihi 20.09.2021).

2019 yılındaki verilere göre her bir canlı doğumda OECD ülkelerinin ortalaması ve bazı ülkelerinin 1000 canlı doğumda ölüm oranları verilmiştir. Buna göre OECD ülkelerinin ortalaması (binde 4,1) olduğu görülmektedir. İspanya (binde 2,6), İsveç (binde 2,1), İngiltere (binde 3,7) olduğu görülmektedir. Türkiye ise (binde 9) seviyesinde olduğu ve bu sonuca göre OECD ülke ortalamalarının çok altında olduğu görülmektedir. Bu oranın 2018'deki binde 10'luk veriye göre değerlendirildiğinde ise oldukça önemli olduğunu belirtebiliriz.

4.4. Kadınlarda Kaybedilen Yaşam Yılı (PYLL)



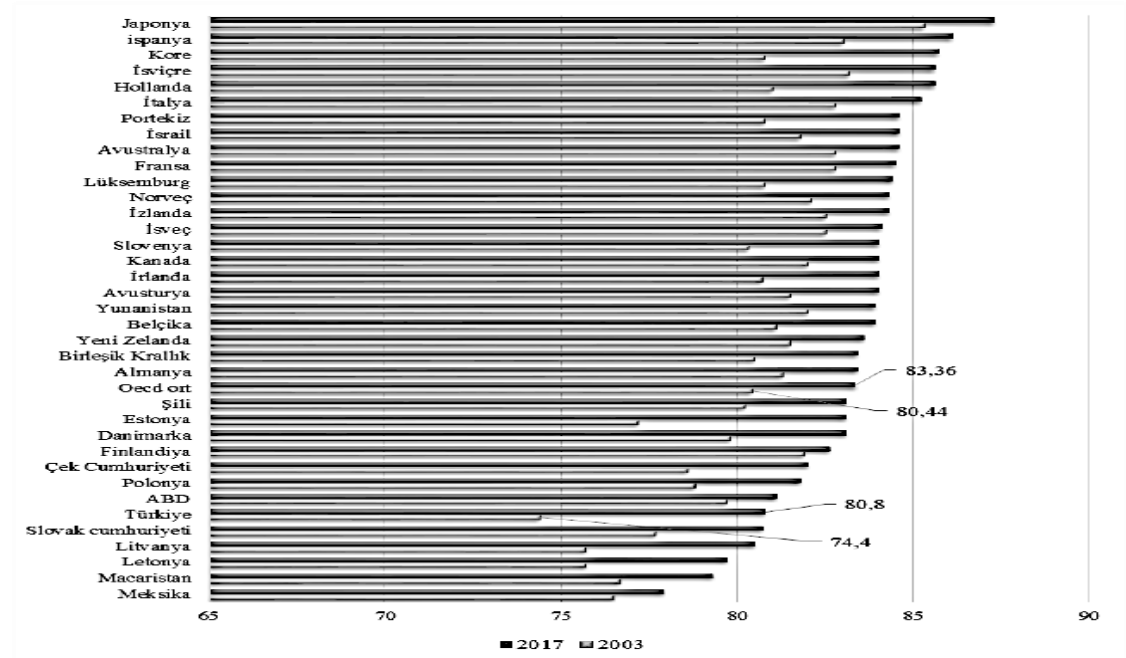
Şekil 14: OECD Ülkelerinde Kadınlarda Kaybedilen Yaşam Yılı (PYLL)

Kaynak: OECD (2021b). Health. <https://data.oecd.org/health.htm> (Erişim Tarihi 09.10.2021).

2003 ve 2016 yılları için 36 OECD ülkesi için kadınlarda kaybedilen yaşam yılı (PYLL) verilerine yer verilmiştir. OECD ülkelerinde kadınlarda kaybedilen yaşam yılı (PYLL) 2003 yılı için, ortalama %3,1'dir. Türkiye'de ise bu veri için en güncel olarak 2009 yılı bulunmasından dolayı ilgili oranı %2,3 seviyesindedir. OECD verilerinde 100.000 kişide PYLL yaş sınırı olarak 70 olarak belirlenmiştir. İlgili verilere göre Türkiye'nin 34 OECD ülkesi arasında sıralamada 23. olarak yer aldığı görülmektedir. En çok PYLL'ye sahip olan OECD ülkeleri Letonya (% 5,50), Meksika (% 5,12), Litvanya (% 4,65) en az PYLL sahip olan OECD ülkeleri ise ve İspanya (% 2,25), Japonya (% 2,01), İzlanda (% 2,06) ve Lüksemburg (% 2,30)'dur.

2016 yılı verilerine göre; OECD ülkelerinin PYLL toplam ortalaması %2,28'dir. Türkiye'nin ise PYLL'si %2,98 olarak saptanmıştır. Bu veriler ışığında Türkiye'nin, OECD ülkelerinin ortalaması olarak belirlenen %2,28'nin altında olduğu görülmektedir. OECD ülkeleri içinde en çok PYLL'ye sahip olan ülkeler Meksika (% 4,64), ABD (% 3,52), Litvanya (% 3,48) ve Letonya (% 3,47), en az PYLL'ye sahip olan ülkeler, Lüksemburg (% 1,25), İzlanda (% 1,48), Japonya (% 1,6) ve İspanya (% 1,61)'dir

4.5. Kadınlarda Doğumda Beklenen Yaşam Süresi

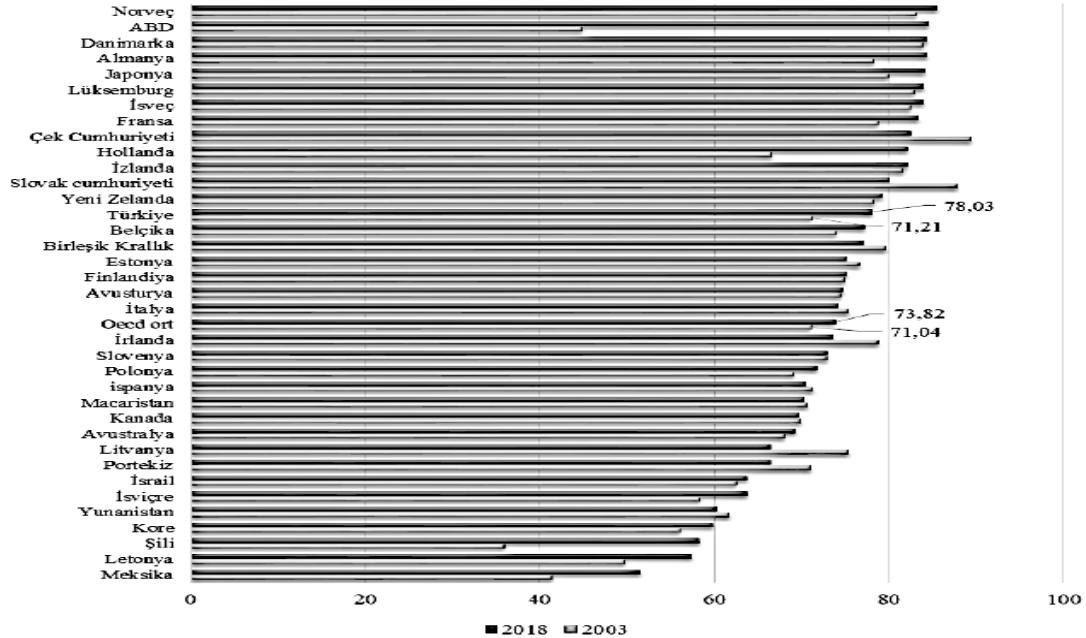


Şekil 15: OECD Ülkelerinde Kadınlarda Doğumda Beklenen Yaşam Süresi

Kaynak: OECD (2021b). Health. <https://data.oecd.org/health.htm> (Erişim Tarihi 09.10.2021).

2003 ve 2017 yılları arasında 36 OECD ülkesi içinde kadınlarda doğumda beklenen yaşam sürelerine yer verilmiştir. 2003 yılında Türkiye’de ulusal anlamda KDBYS 74,4 yıldır. OECD ülkelerinin toplam ortalamaları 80,4 yıl olarak ortaya çıkmıştır. Bu verilere göre Türkiye, OECD ortalamasını dikkate aldığımızda yaşam yılında 6 yıllık bir kaybın olduğu görülmektedir. OECD ülkeleri içinde en az KDBYS’ye sahip olan ülkelerin sıralamasında, Meksika 76,5 yıl, Macaristan 76,7 yıl, Letonya ve Litvanya 75,7 yıl, en çok KDBYS’ye sahip olan ülkeler, Japonya 85,3 yıl, İsviçre 83,2 yıl, İspanya 83 yıl, Fransa ve İtalya 82,2 yıl olarak tespit edilmiştir. 2017 yılına ait verilerde ise; OECD Ülkeleri’nin toplam ortalaması 83,3 yıldır. Türkiye’nin KDBYS ortalaması 80,8 yıl olarak ortaya çıkmıştır. Bu verilere bakıldığında Türkiye’nin 29. sırada bulunduğunu belirtebiliriz. 2003 yılını göz önünde bulundurduğumuzda pozitif yönlü bir iyileşmenin olduğunu görebiliriz. OECD ülkeleri içinde en düşük KDBYS’ye sahip olan ülkeler, sırasıyla Meksika 77,9 yıl, Macaristan 79,3 yıl, Letonya 79,7 yıl ve Litvanya 80,5 yıl iken en yüksek KDBYS’ne sahip olan ülkeler ise sırasıyla Japonya 87,3 yıl, İspanya 86,1 yıl, Kore 85,7 yıl ve İsviçre ve Hollanda 85,6 yıl olarak ortaya çıkmıştır.

4.6. Toplam Sağlık Harcaması İçerisindeki Kamu Harcamasının Oranı (PPP)



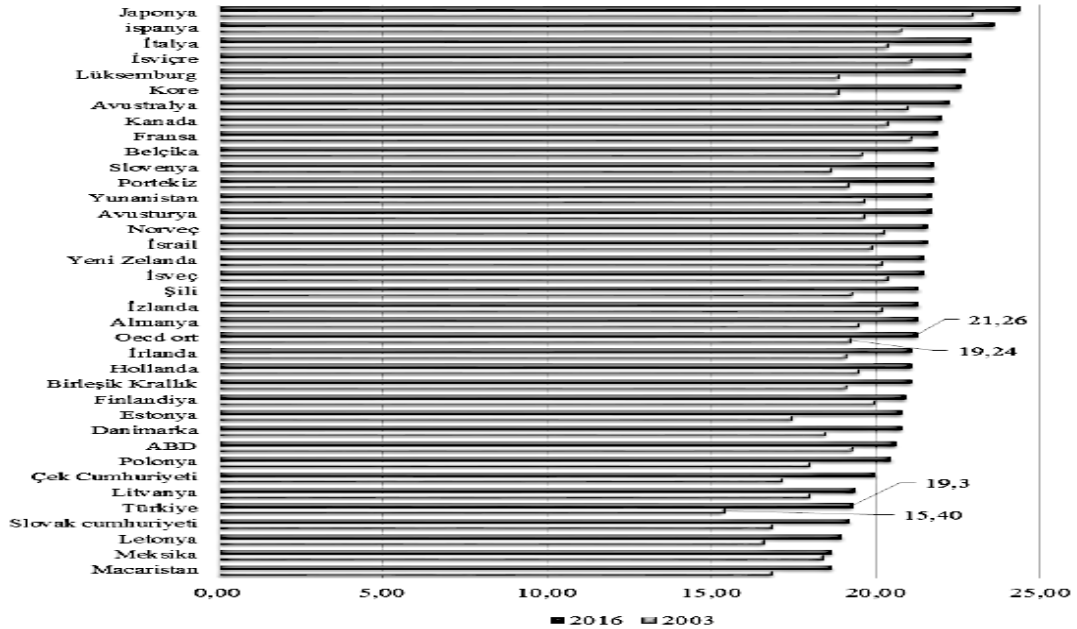
Şekil 16: OECD Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcaması İçerisindeki Kamu Harcamasının Oranı (PPP)

Kaynak: OECD Data (2022). Health. <https://data.oecd.org/health.htm#profile-Health%20status> (Erişim Tarihi 19.10.2021).

2003 yılı için 36 OECD ülkesi için Toplam Sağlık Harcaması İçerisindeki yer alan Kamu Harcamasının Oranına (PPP) göre; Türkiye'nin payı %71,21 olarak tespit edilmiştir. Bu yıla ait OECD ülkelerine ait toplam ortalaması oranı %71 seviyesindedir. Bu verilere göre Türkiye, OECD ülkeleri ortalamasına göre PPP olarak 24. sırada bulunmaktadır. OECD ülkelerinde en yüksek PPP değerleri olan ülkeler Norveç'in (% 83,17), Danimarka'nın (% 83,91), Slovak Cumhuriyeti'nin (% 87,79) ve Çek Cumhuriyeti'nin (% 89,39) iken en düşük PPP değeri ise sırasıyla Şili'nin (% 35,98), Meksika'nın (% 41,51), Letonya'nın (% 49,83) ve Kore'nin (% 56,1) olmuştur.

2018 yılında ise OECD ülkelerinin toplam PPP ortalaması %73,82 iken Türkiye'nin PPP değeri %78,03 olarak tespit edilmiştir. Bu verilere göre OECD ülkelerinin ortalamasını göz önünde bulundurulunca Türkiye'nin 16. sırada yer aldığını görmekteyiz. OECD içinde en yüksek PPP'ye değerlerine sahip olan ülkeler Norveç'in (% 85,48), ABD'nin (%84,54), Danimarka'nın (% 84,4) ve Almanya'nın (% 84,36) iken, en düşük PPP değerlerine sahip olan ülkelere Şili'nin (% 58,31), Meksika'nın (% 51,48), Letonya'nın (% 57,41) ve Kore'nin (% 59,77) olduğu görülmüştür.

4.7. 65 Yaşında Kadınlarda Doğumda Yaşam Beklentisi



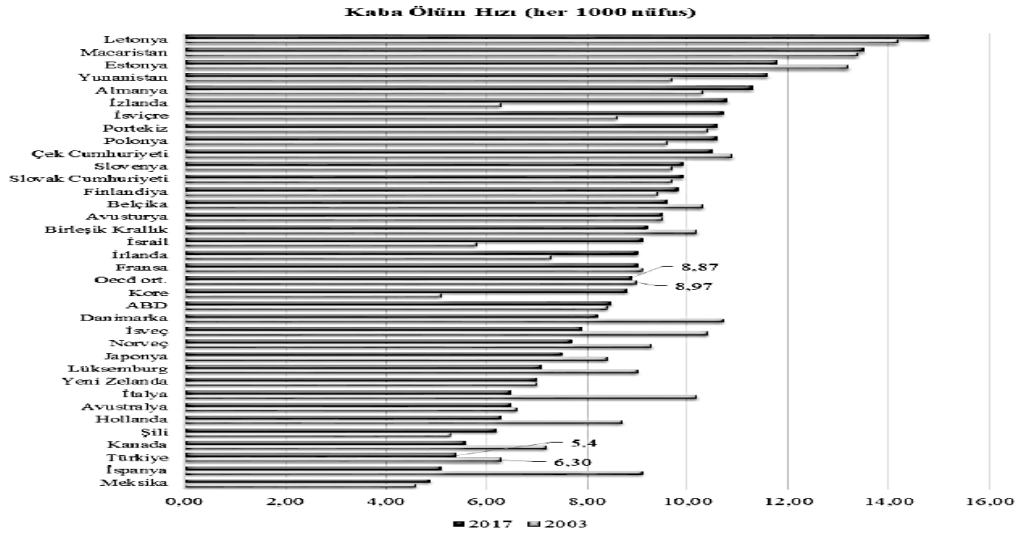
Şekil 17: OECD Ülkelerinde 65 Yaşında Kadınlarda Doğumda Yaşam Beklentisi

Kaynak: OECD (2021c). OECD Data. <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-65.htm> (Erişim Tarihi 25.10.2021).

2003 ve 2016 yılları kapsamında belirlenmiş 36 OECD ülkesi için 65 yaşındaki kadınlarda doğum konusunda yaşam beklentisi verilerine yer verilmiştir. Buna göre; 2003 yılı OECD ülkelerinin toplam 65 YKDYB oranı 19,24 yıl olarak ortaya çıktığı görülmektedir. Türkiye’de ise bu oran ulusal olarak 15,40 yıl seviyesindedir. Bu oranlara göre Türkiye, OECD ülkeleri ortalaması içinde 65 YKDBYB’de tam olarak 34. sırada yer aldığı belirlenmiştir. OECD ülkeleri arasında en düşük 65 YKDYB’ye sahip olan ülkeler Slovak Cumhuriyeti ve Macaristan 16,9 yıl, Çek Cumhuriyeti 17,20 yıl, Meksika 18,40 yıl, Letonya ise 16,60 yılı olduğu görülmektedir. En yüksek olan 65 YKDYB’ne sahip olan OECD ülkeleri ise sırasıyla Japonya 23 yıl, Fransa & İsviçre 21,1 yıl, Avustralya 21 yıl ve İspanya 20,8 yıl olarak ortaya çıkmıştır.

2016 yılının verilerine göre ise; OECD ülkelerinin toplam 65 YKDYB’nin oranı 21,26 yıldır. Türkiye’nin ise 65 YKDYB’nin oranı ise 19,3 yıl olarak görülmüştür. Bu veriler ışığında Türkiye, OECD ülkeleri ortalamasına göre 65 YKDYB’de 30. Sırada yer aldığı görülmektedir. OECD ülkeleri içinde en yüksek 65 YKDYB’ye sahip olan ülkeler sırasıyla Lüksemburg’un 22,7 yıl, İsviçre ve İtalya’nın 22,9 yıl, İspanya’nın 23,6 yıl ve Japonya’nın 24.4 yıldır. En düşük olan ülkeler ise başta Macaristan ve Meksika’nın 18,7 yıl, Letonya’nın 19 yıl, Slovak Cumhuriyeti’nin 19,2 yıl ve Litvanya’nın 19.4 yıl olduğu görülmektedir.

4.8. Kaba Ölüm Hızı



Şekil 18: OECD Ülkelerinde Kaba Ölüm Hızı (Her 1000 kişide)

Kaynak: OECD (2022). OECD Data. <https://data.oecd.org/health.htm#profile-Health%20status> (Erişim Tarihi 26.01.2022).

2003 ve 2017 yılları için 35 OECD ülkesindeki Kaba ölüm hızına Şekil: 18 de yer verilmiştir. Buna göre; 2003 yılı Türkiye'deki KÖH oranı binde 6,30 olarak ortaya çıkmıştır. OECD ülkelerindeki toplam ortalama verileri ise bin oranında 8,97 olarak görülmektedir. Bu oranlara göre OECD ülkelerinin arasında Türkiye KÖH'nda 5. sırada olduğunu ifade edebiliriz. En çok KÖH verilerine sahip olan ülkelerin sırasıyla, Letonya'nın binde 14,20, Macaristan'ın binde 13,40, Estonya'nın binde 13,20 ve Çek Cumhuriyeti'nin binde 10,90 iken en az OECD ülkeleri ise Meksika'nın binde 4,60, Kore'nin binde 5,10, Şili'nin binde 5,30 ve İsrail'in binde 5,80'dir. Kaba Ölüm Hızının 2017 yılındaki verileri ise; OECD ülkelerinin genel ortalama oranı binde 8,87 iken Türkiye'nin KÖH'nın oranı ise binde 5,4 olarak ortaya çıkmıştır. Bu oranlara göre Türkiye'nin OECD ülkelerinin ortalamasını dikkate aldığımızda 3. sırada yer aldığını görmekteyiz. OECD ülkelerinin içinde en az KÖH'na sahip olan ülkelere Meksika'nın binde 4,9, İspanya'nın 5,1, Kanada'nın 5,6 ve Şili'nin 6,2'dir. En çok KÖH'na sahip olan ülkelere Letonya'nın binde 14,80, Macaristan'ın binde 13,50, Estonya'nın binde 14,80 ve Yunanistan'ın binde 11.60 olduğu sonucuna varılmıştır. Kaba doğum ve kaba ölüm hızları yalnız tek başına herhangi bir şey ifade etmediğinden dolayı buna ek olarak bazı özel hızlarla beraber yorumlanarak bir sonuca varılabilir.

BÖLÜM 5: TARTIŞMA

Türkiye’de 2003 yılında kişi başına düşen sağlık harcamalarını dikkate aldığımızda, OECD ülkelerinin ortalamalarına göre son sırada yer aldığını görülmüştür. 2019 yılındaki Türkiye’nin kişi başına düşen sağlık harcaması 1120 \$ civarında olduğu fakat OECD ülkelerinin mevcut göstergeleri dikkate alındığında ise ortalamanın çok altında olduğu bilgisine ulaşılmıştır.

Bebek ölüm hızı için Türkiye’de 2003 yılında, OECD ülke ortalamalarını göz önünde bulundurulduğunda binde 29 ile son sırada yer almakta iken, 2018 yılına ait verilerde ise bin üzerinden 10 seviyesinde OECD ülke ortalamasının altında yer aldığı, gerçekleştirilen yeni çalışmalar doğrultusunda, bebek ölüm oranlarının binde 19 gibi bir oranda düştüğü saptanmıştır.

OECD ülkelerinde 2003 yılına ait kişi başına düşen GSYH oranının toplam ortalaması %26,33 iken bu oran Türkiye’de aynı yıl içinde %9,49 olarak ortaya çıkmıştır. Bu sonuca göre Türkiye’nin 34 OECD ülkesi içinde tam olarak son sırada yer aldığı bilgisine ulaşılmıştır. Kişi başına GSYH değeri OECD ülkeleri arasında en az olan ülkenin ise Türkiye olduğu görülmüştür.

2018 yılına ait verilere ışığında OECD ülkelerinin toplam ortalamasına bakıldığında %42,52 seviyesinde olduğu görülmüştür. Aynı yıla ait Türkiye’nin GSYH oranı ise %28,20 seviyelerinde olduğu tespit edilmiştir. Buna göre Türkiye’nin OECD ülkeleri arasında 32. Sırada olduğu sonucuna varılmıştır.

Ulusal olarak Türkiye’de KBDSH oranı 2003 yılında 481 USD olduğu ortaya çıkmıştır. Seçilmiş OECD ülkeleri arasında toplam kişi başına yapılan sağlık harcaması 2129 USD olmuştur. Bu verilere göre kişi başına düşen sağlık harcamasında Türkiye, OECD ülkeleri içerisinde KBDSH’sı en az olan ülkeler listesindedir. OECD ülkeleri arasında en az KBDSH’ye sahip olan ülkeler ise Letonya 605 \$ USD başta olmak üzere sonrasını ise 638 \$ USD ile Estonya, 643 \$ USD ile Meksika ülkeleri takip etmiştir. En çok KBDSH’ye sahip olan ülkeler 5737 \$ USD ile ABD, 436 \$ USD ile Lüksemburg ve 3909 \$ USD ile İsviçre olmuştur. 2018 yılına ait verilere bakıldığında ise; Türkiye’nin KBDSH’sı 1226 \$ USD olduğu görülmektedir. OECD ülkelerinin genel ortalaması ise kişi başına 3991 \$ USD olmuştur. Türkiye ile ilgili harcamalar doğrultusunda, OECD

lkeleri arasında yalnız KBDSH'sı en az seviyede olan 1138 \$ USD dolarla Meksika'yı geride bıraktığı görülmüştür. En az KBDSH'na sahip olan lkeler, Türkiye (1226 \$ USD), Meksika'nın (1138 \$ USD), Macaristan'ın (2046 \$ USD), Letonya'nın (1748 \$ USD), en çok KBDSH'na sahip olan lkeler, ABD'nin (10586 \$ USD), Norveç'in (6186 \$ USD), İsviçre'nin (7316 \$ USD) ve Almanya'da ise (5986 \$ USD) olmuştur.

2003 yılında Türkiye'de BOH bin üzerinden 29,1'dir. Aynı yıla ait OECD lkelerinin genel ortalaması BOH bin üzerinden 6,03 olarak ortaya çıkmıştır. İlgili veriler ışığında OECD lkeleri içinde Türkiye'nin 34. sıralamada yer aldığı görülmektedir. OECD lkelerinde BH'da en az BH'na sahip olan ülkelerin, İzlanda'nın bin üzerinden 2,4, Japonya'nın bin üzerinden 3, İsveç ve Finlandiya'da ise bin üzerinden 3,1 olmuştur. En fazla olan ülkeler sırasıyla Meksika'nın bin üzerinden 18,3, Letonya'nın bin üzerinden 9,4, Slovak Cumhuriyeti'nin bin üzerinden 7,9 ve Şili'nin bin üzerinden 7,8 seviyesinde olduğu ortaya çıkmıştır.

2018 yılına ait verilerde ise; OECD lkelerinin BH'nın toplam ortalaması binde 3.87 iken Türkiye'de ise binde 10 seviyesindedir. Bu verilere göre OECD lkeleri arasında Türkiye, yüksek ülkeler listesinde yer almıştır. BH yüksek olan diğerk ülkeler sırasıyla, Meksika'nın bin üzerinden 12,1, Şili'nin bin üzerinden 7,8, ABD'nin bin üzerinden 5,9, Yeni Zelanda'nın bin üzerinden 5,7, BH hızı düşük olan ülkelerde ise, İzlanda'nın bin üzerinden 0,7, Finlandiya'nın bin üzerinden 1,9, Slovenya ve Japonya'nın bin üzerinden 2 ve Norveç'in bin üzerinden 2,2 olduğu görülmüştür. 2003 ile 2018 BH verilerine bakıldığında Türkiye'nin binde 29,1'den binde 10'a düştüğünü ve bunun önemli bir mesafe olduğunu ifade edebiliriz.

OECD lkelerinde kadınlarda kaybedilen yaşıam yılı (PYLL) 2003 yılı için, ortalama %3,1 olmuştur. Türkiye'de ise bu veri en güncel haliyle 2009 ait olduğu ve dolayısıyla ilgili oran ise %2,3 seviyesinde olmuştur. OECD verilerine göre 100.000 kişide PYLL'nin yaş sınırı 70 olarak belirlenmiştir. Bu verilere göre Türkiye'nin 34 OECD lkesi içindeki durumuna bakılırsa 23. sıradadır. En fazla PYLL'ye sahip olan OECD lkeleri Letonya'nın (%5,50), Meksika'nın (%5,12), Litvanya'nın (% 4,65), en az PYLL'ye sahip olan OECD lkelerinde İspanya'nın (% 2,25), Japonya'nın (% 2,01), İzlanda'nın (% 2,06) ve Lüksemburg'un (% 2,30)' olduğu görülmektedir.

2016 yılı verilerinde, OECD ülkelerinin PYLL toplam ortalaması %2,28'dir. Türkiye'nin ise PYLL'sı %2,98 olarak saptanmıştır. Bu veriler ışığında Türkiye'nin OECD ülkeleri ortalaması olan %2,28 seviyesinin altında olduğu görülmektedir. OECD ülkeleri arasında en fazla PYLL'sı olan ülkeler sırasıyla Meksika'nın % 4,64, ABD'nin % 3,52, Litvanya'nın % 3,48 ve Letonya'nın % 3,47, en az PYLL'li ülkeler, Lüksemburg'un % 1,25, İzlanda'nın % 1,48, Japonya'nın % 1,6 ve İspanya'nın %1,61 olduğu belirlenmiştir.

2003 yılı kapsamında 36 OECD ülkesinde Toplam Sağlık Harcaması İçerisindeki Kamu Harcamasının Oranına (PPP) göre; Türkiye'nin payı %71,21 olmuştur. Bu yıla ait OECD ülkelerinin toplam ortalaması %71 seviyesindedir. Bu verilere göre Türkiye, OECD ülkeleri ortalamasına göre PPP olarak listede 24. sırada bulunmaktadır. OECD ülkeleri içinde en fazla PPP değerlerine sahip olan ülkeler Norveç'in (% 83,17), Danimarka'nın (% 83,91), Slovak Cumhuriyeti'nin (% 87,79) ve Çek Cumhuriyeti'nin (% 89,39) iken en az PPP değeri ise sırasıyla Şili'nin (% 35,98), Meksika'nın (% 41,51), Letonya'nın (% 49,83) ve Kore'nin (% 56,1) olmuştur.

2018 yılında ise OECD ülkelerinin toplam PPP ortalaması %73,82 iken Türkiye'nin PPP değeri %78,03 olarak tespit edilmiştir. Bu verilere göre OECD ülkelerinin ortalamasını göz önünde bulundurulunca Türkiye'nin 16. sırada yer aldığını görmekteyiz. OECD içinde en fazla PPP'ye değerlerine sahip olan ülkelerde Norveç'in (% 85,48), ABD'nin (% 84,54), Danimarka'nın (% 84,4) ve Almanya'nın (% 84,36) iken, en az PPP değerlerine sahip olan ülkelerde Şili'nin (% 58,31), Meksika'nın (% 51,48), Letonya'nın (% 57,41) ve Kore'nin (% 59,77) olmuştur.

2003 ve 2017 yılları için 35 OECD ülkesindeki Kaba Ölüm Hızı'na Şekil: 18 de yer verilmiştir. Buna göre; 2003 yılı Türkiye'deki KÖH oranı binde 6.30 olarak ortaya çıkmıştır. OECD ülkelerindeki toplam ortalama verileri ise bin oranında 8.97 olarak görülmektedir. Bu oranlara göre OECD ülkelerinin arasında Türkiye KÖH'nda 5. sırada yer almıştır. En fazla KÖH'na sahip olan ülkelerinde sırasıyla, Letonya'nın bin üzerinden 14.20, Macaristan'ın bin üzerinden 13.40, Estonya'nın bin üzerinden 13.20 ve Çek Cumhuriyeti'nin bin üzerinden 10.90 iken en düşük OECD ülkelerinde KÖH değerleri ise Meksika'nın bin üzerinden 4.60, Kore'nin bin üzerinden 5.10, Şili'nin bin üzerinden 5.30 ve İsrail'in bin üzerinden 5.80'dir. Kaba Ölüm Hızının oranı ise 2017 yılındaki

verilerde; OECD ülkelerinin toplam ortalaması oranı binde 8.87 iken Türkiye'nin KÖH oranı binde 5.4 olarak ortaya çıkmıştır. Bu oranlara göre Türkiye'nin OECD ülkelerinin ortalamasını dikkate aldığımızda 3. sırada yer aldığını görmekteyiz. OECD ülkeleri içinde en az KÖH olan ülkelerde Meksika'nın bin üzerinden 4.9, İspanya'nın bin üzerinden 5.1, Kanada'nın bin üzerinden 5.6 ve Şili'nin bin üzerinden 6.2'dir. En fazla KÖH olan ülkelerde ise Letonya'nın bin üzerinden 14.80, Macaristan'ın bin üzerinden 13.50, Estonya'nın bin üzerinden 14.80 ve Yunanistan'ın bin üzerinden 11.60 olduğu sonucuna varılmıştır. Kaba doğum ve kaba ölüm hızları yalnız tek başına herhangi bir şey ifade etmediğinden dolayı buna ek olarak bazı özel hızlarla beraber yorumlanarak bir sonuca varılabilir.



SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmetlerinin politikaları, finansmanı ve sunumu ülkeden ülkeye farklılıklar göstermektedir. Bununla beraber sağlık verileri de ilgili ülkeye ait sosyal, kültürel ve ekonomik yapısına bağlı olarak değişkenlik gösterebilmektedir (Sayılı, Sayman, Vehid, Köksal ve Erginöz, 2017: 1–12). Ülkelerin en önemli önceliklerinden biri kaliteli ve hakkaniyetli sağlık hizmetlerini sunulabilmesidir. Artan sağlık harcamaları, ağırlıklı olarak sağlık göstergelerinde pozitif yönlü bir değişim göstermektedir. Bunun yanı sıra, sağlık biliminde meydana gelen değişimlerin ve gelişmelerin ülkelerin ekonomilerine pozitif etkileri olduğu görülmektedir (Alptekin ve Yeşilaydın, 2015: 138–148).

Toplumun sağlık düzeyi belirlenirken, genel olarak kabul görülen, doğumda yaşam beklentisi, anneye ait ölüm oranları ve bebeğe ait ölüm hızı benzeri göstergeler kullanılmakta, toplumun tam olarak ekonomik durumunu belirleyebilmek için ilgili ülkenin milli geliri ve tüketim harcamaları baz alınmaktadır (Feldstein, 1993: 96). Daha önce gerçekleştirilen çalışmalarda, gelir ve tüketim harcamaları bir ülkenin ekonomik durumunu ortaya koymak için tek başına yeterli bir gösterge değildir. Bu sebeple ortaya çıkan farklı gösterge arayışları neticesinde anne ve bebek ölümleri, genel sağlık göstergeleri, sağlık harcamaları açısından oldukça önemlidir (Şenses, 2003: 93–96).

Ağırlıklı olarak ülkelerin sağlık harcamalarının nasıl olduğu, sağlık sistemleri açısından hangi durumda olduğu dikkate alınırken, bazı sağlık göstergeleri kullanılarak OECD ülkelerinin genel göstergeleri ile değerlendirilir. Bu çalışmamızın amacı “OECD ülkeleri ve Türkiye’nin Sağlık Harcamalarının Bebek Ölümleri ile İlişkilendirilmesi” şeklindedir. Çalışmanın sonucunda doğumda yaşam beklentisi ile GSYİH arasında pozitif yönlü bir etken olduğu ortaya çıkarken, anne ölüm oranı ve bebek ölüm hızı arasında olumsuz bir ilişkinin olduğu sonucuna varılmıştır.

Çalışma tablolarında ve grafiklerinde de görüldüğü üzere OECD ülkelerinde GSYİH’den sağlık için ayrılan payda artışlar olmakla beraber doğumda yaşam beklentilerinde de artışların olduğu görülmektedir. Yalnız bu bulgular dayanarak neden-sonuç ilişkisini kurmak pek mümkün görünmemektedir. Yalnız böyle bir ilişkinin kurulması ancak harcamalar ile diğer sağlık göstergelerinin ilişkilerinin yakından takip

edilmesiyle sağlanabilir. Bir önceki yıla göre doğumda yaşam beklentisi geçerliliğini sağlayan yaşa özel ölüm hızlarından yola çıkarak ortaya çıkan bir süre olması sebebiyle, artması için doğrudan yaşa özel ölüm hızlarında azalmanın olması beklenmektedir. Yaş odaklı ölüm hızlarını düşürmenin önemli bir yolu bütün nüfusa yönelik kaliteli ve etkili bir sağlık hizmeti sunumundan geçmektedir. Bunun sağlanması için ise sağlık alanında daha fazla kaynak ayırmakla gerçekleştirilebilir. Sağlık harcamaları ile doğumda yaşam beklentisi arasındaki ilişkiyi dolaylı yoldan açıklamak mümkündür. Bu ilişkiye bakıldığında incelenen örneklerle dolaylı bir mantığa uygun olduğu görülmüştür. Çalışmamızın temel konusunu oluşturan bebek ölümleri herhangi bir ülkedeki ölümlülüğü ve aynı zamanda sağlık hizmetleri düzeyinin önemli bir göstergesi olması sebebiyle, bebek ölümlerinin yüksek olduğu ülkelerde diğer ölümlerin ve ülkenin sahip olmuş olduğu sağlıklı nüfus kaybının da yüksek olacağı anlamlarına gelmektedir. Söz konusu yetersizliklerin ve kayıpların neticesinde ise beşeri sermayenin kalitesinin artırılması ve verimli çalışabilmesi pek mümkün gözükmeyecektir (Karagül, 2002: 70–72).

Bebek ölümlerinin birçok nedeni bulunmaktadır: Beslenme, genetik durum, annenin yaşı ve eğitim durumu, iki doğum arasındaki sürenin yetersiz olması, düşük doğum ağırlığı, annenin alkol, sigara ve uyuşturucu madde kullanımı, kürtaj benzeri nedenleri, bunlardan sadece bazıları olarak gösterilebilir. Gerçekleştirilen çalışmalar da annelerin eğitim durumlarındaki iyileşmeler sonucunda bebek ölüm oranlarında gözle görülebilir iyileşmeler sağlanmıştır (H. Corman ve Grossman, 1985: 212–237). Diğer bir taraftan çocuklar dünyaya gelmeden önce anne karnında iken besin maddelerinden yeteri miktarda alması hayatları boyunca sağlıklarını etkilemektedir. Bu durum dünyaya gelen çocukların gelişim döneminde de geçerlidir. Çocukların gelişimi için ihtiyaç duyulan besinlerin temin edilmesi, yalnız ekonomik durumu yeterli olan aileler tarafından mümkün olabilmektedir. Sağlıklı bir ömür için gerek duyulan maddelerin alınamaması halinde çocukların bağışıklık sisteminde zayıflamalar olabilmekte, doğrudan enfeksiyon hastalıklarına zemin oluşturmaktadır. Yapılan çalışmalarda, gelişmiş olan ülkelerde yetersiz beslenmenin verimliliği olumsuz etkilediği ve uzun dönemde ise üretim kaybına sebep olduğu görülmüştür (Bhargava, 2001b: 174–175).

Gebelik süreci, anne için doğum ve doğum sonrası 6 haftalık süre olarak bilinen puerperal döneminde, vücudunda ikinci bir canlıyı büyüten ve dünyaya getiren kadın bedeni için oldukça yıpratıcı ve yorucu bir süreçtir. Bu sebeple bu hassas dönemle annelerinin sağlığını koruyabilen, ölüm vakalarını önleyebilen ülkeler, sağlık açısından gelişmiş ülke olarak kabul görülmektedir. Gebelik, doğum ve doğum sonrası ilk 42 günlük dönemdeki ölüm nedenleri incelendiğinde bunların büyük bir kısmının oldukça iyi örgütlenmiş temel sağlık hizmetleriyle engellenebileceği, bu sebeple de anne ölümlerini düşük seviyelere indirgeyen ülkelerin kaliteli ve etkili sağlık hizmeti sağlayan gelişmiş ülkeler olduğu ortaya çıkmıştır. Bu kapsamdaki gelişmenin önemli bir faktörü de ülkelerin sağlık için ayırmış olduğu kaynaklar ve yaptıkları harcamalardır. Bebek ölümleri incelendiğinde;

2003 yılında Türkiye’de BÖH binde 29,1 iken aynı yıla ait OECD ülkelerinin toplam ortalaması BÖH binde 6,03 olarak ortaya çıkmıştır. Bu verilere göre OECD ülkeleri arasında Türkiye, 34. sırada yer almaktadır. OECD ülkeleri içinde BÖH en düşük olan ülkeler, İzlanda (binde 2,4), Japonya (binde 3), İsveç ve Finlandiya (binde 3,1)’dir. En yüksek olan ülkeler sırasıyla Meksika (binde 18,3), Letonya (binde 9,4), Slovak Cumhuriyeti (binde 7,9) ve Şili (binde 7,8)’dir.

2018 yılına ait verilerde ise; OECD ülkelerinin BÖH’nın toplam ortalaması binde 3.87 iken Türkiye’de ise binde 10 seviyesindedir. Bu verilere göre OECD ülkeleri arasında Türkiye, yüksek ülkeler kategorisinde bulunmaktadır. BÖH yüksek olan diğer ülkeler sırasıyla, Meksika (binde 12,1), Şili (binde 7,8), ABD (binde 5,9), Yeni Zelanda (binde 5,7), BÖH hızı düşük olan ülkelere ise, İzlanda (binde 0,7), Finlandiya (binde 1,9), Slovenya ve Japonya (binde 2) ve Norveç (binde 2,2)’tir.

2003 ile 2018 BÖH verilerine bakıldığında Türkiye’nin binde 29,1’den binde 10’a düştüğünü ve bunun önemli bir mesafe olduğunu belirtebiliriz. Fakat OECD ülkelerinin gerisinde yer almaktadır. Hemen hemen bütün ülkeler her bir bebek ve anne ölümünün sebeplerini araştırılarak aynı sebeplerle başka anne ve bebeklerin hayatını kaybetmemesi adına gerekli önlemleri almaktadır.

Bir diğer önemli gösterge ise doğumda yaşam beklentisi olmuştur. Az gelişmiş ülkelere doğumdan yaşam beklentisinin oldukça düşük olduğu ortaya çıkmıştır.

Doğumda yaşam beklentisinin yükselmesiyle insanların aktif ve etkin çalışma sürelerinde de bir yükselişin ortaya çıktığını, bunun sonucunda da doğumda beklenen yaşam süresi beşeri sermaye birikimini büyük ölçüde etkilemektedir.

Her bir insanın beşeri sermaye açısından bir yatırıma sahip olduğu dikkate alındığında, beşeri sermaye sabit sermaye yatırımında faydalanma süreci aratarak devam edecek ve nihai olarak yatırımın verimliliği artacaktır. Doğumda yaşam beklentisinin yüksek olmasıyla beraber insanların uzun yaşayabileceğini düşünmesi, yaşamları boyunca olabildiğince tasarrufları artırıp, uzun soluklu yatırımlar yapabileceklerini düşüncesini ortaya koymakta, bu husus ise gelirden artışlara olanak sağlamaktadır. İlgili sonuçlara göre sağlık göstergelerinde gerçekleşen iyileşmelerin ekonomik büyüme üzerine pozitif etkileri olabildiği görülmektedir (Taban, 2004: 5–8).

Yukarıda yer alan veriler ışığında ülkemiz 2003 ile 2018 yılları arasında sağlık harcamalarındaki artışlarla bebek ölüm hızı düşmüş, anne ölüm oranlarında azalmalar olmuş ve doğumdan yaşam beklentisi yükselmiştir. Bu değişkenlerin neden sonuç ilişkisini, kanıtlamak veya kendiliğinden geliştiğini ifade etmek oldukça zordur. Fakat ilgili çalışmamıza bakıldığında sağlık göstergelerinin hem toplumların sağlık düzeyini hem de sağlık hizmetlerinin kullanımını göstermesi açısından, son derece iyi örgütlenmiş etkin ve yaygın bir şekilde sunulan, yönetilen, diğer bir ifadeyle yeterince kaynakların ayrıldığı sağlık hizmetleri ve sağlık sistemiyle entegre olması göz önünde bulundurulduğunda insanoğlu için yapılan bir yatırım harcaması olarak özetlenebilir. Bu hedef doğrultusunda gerçekleştirilecek harcamalar, dolaylı yoldan çalışma gücünü koruyacak, sonraki dönemlerde hastalıkları azaltılacak ve bunun sonucunda da sağlık harcamalarında tasarrufu sağlayacaktır.

Sonuç olarak tüm bu verilere göre Türkiye'nin, OECD ülkeleriyle kıyaslandığında her ne kadar son yıllarda olumlu yönde değişim gösterse de sağlık düzeyinde meydana gelen iyileşmesinin oldukça az olduğu ve ortalamalarının altında kaldığı görülmüştür. Dolayısıyla ülkemizde sağlık harcamalarına ayrılan payın artırılması hem uluslararası düzeyde bir kriter olarak tanımlanan “Bebek Ölüm Hızı”nda azalmaya, hem de daha sağlıklı bir toplum yaratmaya katkıda bulunacaktır. Bu nedenle mikro ve makro ölçekte sağlık politikalarının yeniden gözden geçirilmesi gerekmektedir.

KAYNAKÇA

- AÇSAP (2009). Aile Planlaması Danışmanlığı. *Katılımcı Kitabı. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı* 8–47.
- Akın, C. S. (2007). *Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Harcamaları*. Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Aktan, C. ve Işık, A. (2006). *21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık*. https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/4773/mod_resource/content/0/KONU%207.pdf (Erişim Tarihi: 11.09.2021).
- Alper, Y. (1998). *21.Yüzyıla Doğru Sosyal Güvenlik, Yayınlanmamış Rapor*. Türk Dünyası Araştırmaları Vakfı, Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Bursa.
- Alptekin, N. ve Yeşilaydın, G. (2015). OECD Ülkelerinin Sağlık Göstergelerine Göre Bulanık Kümeleme Analizi İle Sınıflandırılması. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 4(7), 138–148.
- Alvarez, G., Harlow, S., Denman, C. ve Hofmeister, M. (2009). Quality of Cause of Death Statements and Its Impact On Infant Mortality Statistics in Hermosillo. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 2(25), 120–127.
- Annemans, L. (2009). *Ekonomist Olmayanlar İçin Sağlık Ekonomisi*. Academia Press, 3, 32-67.
- Archive, W. (2021). OECD Economic Surveys: Yugoslavia. http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/economics/oecd-economic-surveys-yugoslavia-1962_eco_surveys-yucs-1962-en#page1 (Erişim Tarihi: 13.10.2021).
- Arı, H. O. (2018). *Türkiye’de Sağlık Harcamaları : Ulusal Sağlık Hesapları Sonuçlarının Genel Değerlendirilmesi 1999-2016*. https://www.tuseb.gov.tr/tuspe/uploads/yayinlar/diger/pdf/02-07-2020__5efdc73bab574__tuspeanaliz04_turkiyede_saglik_harcamaları.pdf (Erişim Tarihi: 17.08.2021).

- Atasoylu, G. (2007). *Aydın İlinde Bebek Ölümlerine Yönelik Bir Olgu-kontrol Çalışması ve Sözel Otopsi Yöntemiyle Ölüm Nedenlerinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aydın.
- Barros, P. (1998). The Black Box of Health Care Expenditure Growth Determinants. *Health Economics*, 7(6), 533–544.
- Behrman, R., Kliegman, R., Jemson, H. ve T. Akçay (Çev. Ed.) (2015). *Nelson Pediatri*. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- Bhargava, A. (2001). Nutrition, Health and Economic Development: Some Policy Priorities. *Food and Nutrition Bulletin*, 22(2), 175–179.
- Casterline, J. B. ve Sinding, S. W. (2000). Unmet Need For Family Planning in Developing Countries and İplications For Population Policy. *Population and Development Review*, 26(4), 691–723.
- Corman, H. ve Grossman, M. (1985). Determinants of Neonatal Mortality Rates in The U.S. *Journal of Economics*, 4, 213–236.
- Çelik, A. (2004). AB Ülkeleri ve Türkiye'de Gelir Eşitsizliği: Piyasa Dağılımı-Yeniden Dağılım. *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 3, 51–93.
- Çetinkaya, A. K., Uraş, N. ve Dilmen, U. (2013). Perinatal and Neonatal Mortality. *The Journal of Gynecology*, 40(10), 1–5.
- DocPlayer (2022). Sağlık Düzeyi Göstergeleri. <https://docplayer.biz.tr/2029135-Saglik-duzeyi-gostergeleri.html> (Erişim Tarihi: 27.08.2021).
- Dolar, O., Gökçay, G., Bulut, A. ve Neyzi, O. (2005). İstanbul'da Beş Yaş Altı Çocuk Ölümünün Epidemiyolojisi. *Nüfusbilim Dergisi*, 27, 35–48.
- Edgman, M. R., Ronald L. M. ve Kent W. O. (1996). *Economics and and Contemporary Issues*. Orlando USA: The Dryden Press 3, 16.

- Ergin, I. ve Hassoy, H. (2011). Bebek Ölümlülüğünde Eşitsizlikler: Dünya ve Türkiye’deki Duruma Dair Bir Değerlendirme. *Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi*, 3(1), 96–98.
- Ersöz, F. (2008). Türkiye ile OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamalarının Analizi. *İstatistikçiler Dergisi*, 2, 95–104.
- Euronews (2019). *OECD Ülkelerinde Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması*. <https://tr.euronews.com/2020/11/19/sagl-k-icin-harcanan-butcede-turkiye-oecd-ulkeleri-aras-nda-son-s-rada> (Erişim Tarihi: 23.10.2021).
- Euronews (2021). Türkiye’deki Hastane Sayısı. <https://tr.euronews.com/2020/03/16/turkiye-nin-hastane-yatag-kapasitesi-kac-kisi-bas-na-kac-yatak-dusuyor> (Erişim Tarihi: 18.12.2021).
- Feldstein, J. P. (1993). *Health Care Economics*. Delmar Publishers, 4th bs. California
- Filmer, D., and Pritchett, L. (1997). Child Mortality and Public Spending on Health: How Much Does Money Matter? (Vol. 1864). World Bank Publications.
- Fujino, S. (1987). “*Health Economics in Japan: Prospects for the Future*”; G. T. Smith. (Ed.). *Health Economics*, 85-92.
- Glance, E. A. (2005). *OECD Indicators*. <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/> (Erişim Tarihi: 09.08.2021).
- GMKA (2021). *Sosyal Güvenlik Kapsamında Çalışan Sayıları*. <https://www.gmka.gov.tr> (Erişim Tarihi: 22.11.2021).
- Görgün, S. (1993). *Kamu Maliyesine Giriş Ders Notları*. 1993 SBF Yayınları, 74. İstanbul.
- Grant, J. P. (1989). *Dünya Çocuklarının Durumu*. UNICEF Türkiye Temsilciliği (Çev). Tisamat Basım, 1. Edisyon, Ankara.
- Güler, Ç. ve Akın, L. (2012). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 1(2), 389-390.

- Hamlin, A. (1993). *Public Expenditure and Political Process*, N. Gemmel(Ed.), *The Growth of the Public Sector* Edward Elgar Publishing Limited. Handbook, 61(2),560-562.
- Hansen, P. ve King, A. (1996). The Determinants of Health Care Expenditure: A Cointegration Approach. *Jornal of Health Economics*, 15, 127–138.
- Hatun, Ş., Etiler, N. ve Gönüllü, E. (2003). Yoksulluk ve Çocuklar Üzerine Etkileri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 46(4), 251-260.
- Hürriyet (2022). Mortalite Nedir? <https://www.hurriyet.com.tr/egitim/mortalite-nedir-mortalite-hizi-ve-orani-nasil-hesaplanir-41816946> (Erişim Tarihi: 29.01.2022).
- Işık, A. (1998). *Sağlık Ekonomisi, Finansmanı ve Ekonometrik Bir Analiz Çerçevesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi.* Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- İstanbuluoğlu, H., Güleç, M. ve Oğur, R. (2010). *Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. Dirim Tıp Gazetesi Dergisi*, 85(2), 91–93.
- Kahveci, Ö. (2004). Ekonomik ve Sosyal Boyutuyla Yoksulluk ve Aile. 4. Aile Şurası Aile ve Yoksulluk Bildirileri, 18-20. Ankara.
- Kamacı, A. ve Yazıcı, H. U. (2017). *OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisinin Ekonometrik Analizi. Sakarya İktisat Dergisi*, 6(2), 52-59.
- Karagül, M. (2002). *Beşeri Sermayenin İktisadi Gelişmedeki Rolü ve Türkiye Boyutu.* Afyon Kocatepe Üniversitesi, Yayın No. 37, Afyon.
- Kartal, M., Ozbay, H. ve Eristi, H. E. (2004). *SHA-Based Health Accounts in Thirteen OECD Countries: Country Studies Turkey-National Health Accounts 2000.* <https://www.oecd-ilibrary.org/content/paper/512137774003> (Erişim Tarihi: 13.09.2021).

- Kekeç, H. M., Yıldırım, Z. ve Polat, A. (2018). Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanının Yıllar İtibariyle Analizi. *Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(5), 555.
- Kısaç, Y. (2019). *Türkiye ile OECD Ülkelerinin Seçilmiş Sağlık Göstergeleri İle Analizi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Birimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Koç, A. (2013). Beşeri Sermaye ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Yatay Kesit Analizi ile AB Ülkeleri Üzerine Bir Değerlendirme. *Maliye Dergisi*, 165, 241–258.
- Koç, İ. ve Eryurt, M. A. (2011). Türkiye’de Beş Yaş Altında Gerçekleşen Ölümünün Zamanlamasının ve Sayısal Büyüklüğünün Değişimi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 54, 40–44.
- Köksal, S., Sipahioğlu, N., Yurtsever, E. ve Vehid, S. (2016). Temel Sağlık Düzeyi Göstergeleri Açısından Türkiye ve Avrupa Birliği Ülkeleri. 10(4), 205–212.
- Kurnaz, Ş. Avşar. (2009). *Türkiye’de Çocuk Yoksulluğu*. T.C. Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü. Sosyal Yardım Uzmanlık Tezi. <https://www.aile.gov.tr/uploads/sygm/uploads/pages/uzmanlik-tezleri/2-turkiye-de-cocuk-yoksullugu-sebnem-avsar-kurnaz.pdf> (Erişim Tarihi: 22.10.2021).
- Kurtulmuş, S. (1998). Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, *Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Öneri Dergisi*, 9(35), 45-50.
- Liu, Y., Çelik, Y. ve Şahin, B. (2005). *Türkiye’de Sağlık ve İlaç Harcamaları, Ek: Türkiye’de Sağlık Hizmeti Talebinin Analizi*. Sağlıkta Umut Vakfı Raporları, 85-109.
- Medipol Sağlık Grubu (2022). Yeni Doğan Dönemi. <https://medipol.com.tr/bilgi-kosesi/adan-zye-saglik/yenidogan-donemi> (Erişim Tarihi: 11.02.2022).
- Mossialos, E. and Dixon, A. (2002). Funding Health Care: an Introduction. *Funding Health Care: Options for Europe*, 1, 30.

Musgrave, R. A. (1969). *Fiscal Systems*. Yale University Press, No. HJ141 M79.

Mushkin, S. J. (1962). Health as an Investment. *Journal of Political Economy*, 70(5), 129-157.

Mutlu, A. ve Işık, A. (2002). *Sağlık Ekonomisi ve Politikaları*. Marmara Üniversitesi Maliye Araştırma ve Uygulama Merkezi. Yayın No:14, İstanbul.

Newhouse, J. P. (1978). *The Economics of Medical Care: A Policy Perspective*. Wesley Co, Cambridge, England

Nordhaus, W. D. (2005). Irving Fisher and The Contribution of Improved Longevity to Living Standards. *American Journal of Economics and Sociology*, 64(1), 367–392.

OECD (2005). *My Health At a Glance: OECD Indicators*. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264012639-en.pdf?expires=1648168989&id=id&accname=guest&checksum=CB50043135873E5A6FE67309861700D4> (Erişim Tarihi: 11.10.2021).

OECD (2005). *OECD Health at a Glance*. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2005_9789264012639-en (Erişim Tarihi: 04.10.2021).

OECD (2005). *OECD Health Data CD-Rom*. <https://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata2001acomparativeanalysisof30countries.htm#:~:text=OECD%20Health%20Data%202001%20is,of%20tables%2C%20charts%20and%20maps> (Erişim Tarihi: 11.10.2021).

OECD (2006). *OECD Health Data CD-Rom*. <https://www.oecd.org/health/health-systems/36960035.pdf> OECD. (2006b). *OECD Health Data CD-Rom*. <https://stats.oecd.org/> (Erişim Tarihi: 28.10.2021).

OECD (2021). *OECD Health Statistics*. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics/oecd-health-data-health-status_data-00540-en (Erişim Tarihi: 11.12.2021).

- OECD (2008). *OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri. Türkiye; OECD VE IBRD/Dünya Bankası* <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/oecdkitap.pdf> (Erişim Tarihi: 14.10.2021).
- OECD (2017). OECD Health Data CD-Rom. <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2017-Chartset.pdf> (Erişim Tarihi: 28.10.2021).
- OECD (2018). OECD Sağlık İstatistiği. <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm> (Erişim Tarihi: 09.09.2021).
- OECD (2020). *2003-2018 Yılları Arası Her Bin Bebekte Bebek Ölüm Hızı*. <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm> (Erişim Tarihi: 11.08.2021).
- OECD (2021). *65 Yaşında Yaşam Beklentisi*. <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-65.htm> (Erişim Tarihi: 18.11.2021).
- OECD (2021). *Health*. <https://data.oecd.org/health.htm> (Erişim Tarihi: 09.10.2021).
- OECD (2021). *Infant Mortality Rates*. <https://data.oecd.org/healthstat/infant-mortality-rates.htm> (Erişim Tarihi: 20.09.2021).
- OECD (2021). *Kadınlarda Doğumda Beklenen Yaşam Süresi*. <https://data.oecd.org/health.htm> (Erişim Tarihi: 22.11.2021).
- OECD (2021). *OECD Data*. Bebek Ölüm Oranları. <https://www.oecd.org/health/health-data.htm> (Erişim Tarihi: 14.08.2021).
- OECD (2021). *OECD Data*. <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-65.htm> (Erişim Tarihi 25.10.2021).
- OECD (2021). *OECD Ülkeleri Nüfus Yapısı*. <https://stats.oecd.org/>. (Erişim Tarihi: 17.11.2021).
- OECD (2021). OECD Ülkeleri Sağlık Göstergeleri. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics/oecd-health-data-health-status_data-00540-en (Erişim Tarihi: 08.09.2021).

- OECD (2021). Ülkelerin Kadınlarda Kaydedilen Yaşam Yılı. <https://data.oecd.org/health.htm> (Erişim Tarihi: 20.10.2021).
- OECD (2022). *OECD Data*. <https://data.oecd.org/health.htm#profile-Health%20status> (Erişim Tarihi: 26.01.2022).
- OECD (2022). *Healt Status*. https://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=HEALTH_STAT&lang=en (Erişim Tarihi: 24.01.2022).
- OECD (2022). OCED Ülkeleri Sağlık Göstergeleri. https://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=HEALTH_STAT&lang=en (Erişim Tarihi: 12.09.2021).
- OECD (2022). OECD Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcaması. <https://data.oecd.org/health.htm#profile-Health resources> (Erişim Tarihi: 17.10.2021).
- Özbaş, S., Tezel, B., Aydın, Ş., Bolat, H. ve Köse, M. R. (2012). Türkiye’de Çocuk Sağlığının Durumu. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 55, 71–76.
- Özdemir, R. ve Öcek, Z. (2015). Büyükşehir Belediyesi Mezarlıklar Müdürlüğü ve İzmir Sağlık Müdürlüğü’nün 2010 Yılı Ölüm Kayıtlarının Değerlendirilmesi. *Turk J Public Health*, 13(1), 1–16.
- Pakiş, I. ve Koç, S. (2009). Perinatal ve Neonatal Dönem Bebek Ölümleri. http://www.klinikgelisim.org.tr/eskisayi/klinik_2009_22/09.pdf (Erişim Tarihi: 12.08.2021).
- Park, M. (2022). Prematüre Bebek Nedir? <https://www.medicalpark.com.tr/premature-bebek/hg-2006#:~:text=Prematüre doğum%2C> (Erişim Tarihi: 12.08.2021).
- Paxson, C. ve Schady, N. (2004). *Child Health and The Economic Crisis in Peru*. <https://www.jstor.org/stable/40282214> (Erişim Tarihi: 28.08.2021).
- Rabbi, A. and M. F. (2013). Imbalance in Life Table: Effect of Infant Mortality on Lower Life Expectancy at Birth. *Journal Of Scientific Research*, 5(3), 479–488.

- Sayılı, U., Sayman, Ö. A., Vehid, S., Köksal, S. S. ve Erginöz, E. (2017). Türkiye ve OECD Ülkelerinin Sağlık Göstergeleri ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırması. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 1–12.
- Schieber, G. ve Maeda, A. (1999). Health Care Financing and Delivery in Developing Countries. *Health Affairs*, 18(3), 194–206.
- Serhat Akın, C. (2007). *Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Harcamaları*. Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Sığırılı, D., Ediz, B., Cangür, Ş. ve Ercan, İ. K. (2006). Türkiye ve Avrupa Birliği’ne Üye Ülkelerin Sağlık Düzeyi Ölçütlerinin Çok Boyutlu Ölçekleme Analizi İle İncelenmesi. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 13(2), 81–85.
- Smith, A. (2006). *Ulusların Zenginliği 1*, M. Saltoğlu (Çev.). Palme Yayıncılık, 2006 (1. basım), Ankara.
- Sofracı, İ. E. (2005). Türkiye’de Sosyal Güvenlik Harcamalarının Analizi. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(2), 67–72.
- Stroobant, G. M. (1994). Infant mortality in Europe and Canada: A Resolved Problem? *Cahiers Quebecois de Demographie*, 23(2), 297–340.
- Sümbüloglu, V., Gören, A. ve Sümbüloglu, K. (1996). *Ölüm Raporu Kılavuzu. 2. Baskı: TC Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Sağlık Enformasyon Sistemleri Eğitim Dizisi No:3, , 1996: 1-2. Ankara.*
- Şenses, F. (2003). *Küreselleşmenin Öteki Yüzü: Yoksulluk*. İletişim Yayınları, 3. Baskı, İstanbul.
- T.C. Devlet Planlama Teşkilatı (2006). *Ekonomik ve Sosyal Sektörlerdeki Gelişmeler. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005). 2005 Yılı Programı Destek Çalışmaları*. Ankara.

- T.C. Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼ (2018). Bebek ¼l¼mleri İzleme Sistemi <https://karamanism.saglik.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 23.09.2021).
- T.C. Sağlık Bakanlığı (1992). Sağlık Reformu ¼er¼eve Taslağı. *Sağlık Bakanlığı I. Ulusal Sağlık Kongresi*, 9-13. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2004). *OECD Sağlık Hesapları Sistemine G¼re T¼rkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000. RSHMB, Hıfzısıhha Mektebi M¼d¼rl¼ę¼*. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2005). Sağlık Bakanlığı 2005 İstatistikleri. http://www.saglik.gov.tr/sb/extras/istatistikler/apk_2005/s_077.htm (Erişim Tarihi: 18.08.2021).
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2005). *Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı*. Ankara. <https://khgmistatistikdb.saglik.gov.tr/Eklenti/25833/0/2005pdf.pdf> (Erişim Tarihi: 17.09.2021).
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2019). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf> (Erişim Tarihi: 07.10.2021).
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2019). Sosyal G¼venlik Kurumu 2019 Yılı Faaliyet Raporu. http://www.sp.gov.tr/upload/xSPRapor/files/Bx4u8+3RVTc_SGK_2019_Faaliyet_Raporu.pdf (Erişim Tarihi: 19.09.2021).
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2021). Bebek ¼l¼mleri İzleme Sistemi. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-bois-liste/bebek-ol¼mleri-izleme-sistemi.html> (Erişim Tarihi: 07.09.2021).
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2021). *İstatistik*. <https://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/> (Erişim Tarihi: 23.09.2021).
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2021). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Sağlık Harcamaları İstatistikleri*. Sağlık Bakanlığı, 2019a: 249.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Ana ¼ocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel M¼d¼rl¼ę¼ (2005). *Bebek ¼l¼m¼ Kayıt Bildirim Formu Hakkında Genelge*, 2005/78 http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/mev/mev_gen/bebekolumu.pdf (Erişim Tarihi: 08.11.2021).

- T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (2009). *Bebek Ölümleri İzlemi Sistemi Genelgesi*, 2009/31. <https://www.saglik.gov.tr/TR/11140/bebek-olumleri-izlemi-sistemi-genelgesi-2009--31.html> (Erişim Tarihi: 15.11.2021).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı (2014). *Bebek Ölümleri İzlemi Sistemi Genelgesi*. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-bois-liste/bebek-%C3%B6l%C3%BCmleri-izleme-sistemi.html> (Erişim Tarihi: 09.09.2021).
- T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu (2018). *2018 Yılı Faaliyet Raporu*. <https://ohsad.org/wp-content/uploads/2019/04/2018FaaliyetRaporu.pdf> (Erişim Tarihi: 16.10.2021)
- T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu (2018). Sosyal Güvenlik Kurumunun Tarihçesi. Sosyal Güvenlik Kurumu. <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/kurumumuz/tarihce> (Erişim Tarihi: 07.11.2021).
- T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu (2021). *İstatistikler*. <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik> (Erişim Tarihi: 13.10.2021).
- T.C. Strateji ve Bütçe Başkanlığı (2020). <https://www.sbb.gov.tr/wpcontent/uploads/2020/01/2020vatandasinbutcerehberi.pdf> (Erişim Tarihi: 21.12.2021).
- Taban, S. (2004). Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Nedensellik Testi. 3. Ulusal Bilgi Ekonomi ve Yönetim Kongresi Bildiriler Kitabı, 5-8.
- Tatar, M., Şahin, İ. ve Büyükkayıkçı, H. (2003). Sağlık Hizmetlerinde Öncelik Belirleme: Teori ve SSK Hastaneleri Yöneticilerinin Görüşleri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 1(6), 27.
- Taşkın, L. (2003). *Aile Planlaması, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Sistem Ofset Matbaacılık, 10: 527-545, Ankara.
- The Task Force Report (2005). *Reducing Infant Mortality in Delaware, The Task Force Report*. <http://dhss.delaware.gov/dhss/dph/files/infant%0Dmortalityreport.pdf> (Erişim Tarihi: 15.12.2021).

- Thorpe, K., Florence, C., Howard, D. ve Joski, R. (2005). The rising prevalence of treated disease: effects on private health insurance spending. *Health Affairs*, 24(4), 317-325.
- Tıraş, H. H. ve Ağır, H. (2017). Ülkelerinin Sağlık Harcamaları Bakımından Karşılaştırılması: Betimsel Bir Analiz. *Sütçü İmam Üniversitesi, Kahramanmaraş. İİBF Dergisi*, 2(7), 196.
- TNSA (2013). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013*. <http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/handle/11655/23339> Ankara. (Erişim Tarihi: 19.12.2021).
- TNSA (2013). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü. Elma Matbaacılık, Yayın No: NEE-HÜ.14.01, p.75. Ankara.*
- TNSA (2018). *Türkiye’de Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018*. (Erişim Tarihi: 13.11.2021).
- TNSA (2019). Rapor. ww.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf (Erişim Tarihi: 07.11. 2021).
- Tokalaş, S. (2006). *Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması*. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- TÜBİTAK (2003). *Teknoloji Öngörü Projesi- Sağlık ve İlaç Paneli Sonuç Raporu*. https://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/vizyon2023/si/saglikveilac_son_surum.pdf (Erişim Tarihi: 29.11.2021).
- TÜİK (2015). Ölüm İstatistikleri. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Nedeni-Istatistikleri-2015-21526> (Erişim Tarihi: 27.10. 2021).
- TÜİK (2018). Bebek ve Beş Yaş Altı Ölüm Hızı. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Cocuk-2020-37228> (Erişim Tarihi: 11.10. 2021).
- TÜİK (2019). *Sağlık Harcamaları İstatistikleri*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2019-33659> (Erişim Tarihi: 27.11.2021).
- TÜİK (2020). *Ölüm İstatistikleri 2009-2019*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Cocuk-2020-37228> (Erişim tarihi: 21.09.2021).

- TÜİK (2020). *Sağlık Harcamaları*. [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamaları-Istatistikleri-2020-37192#:~:text=\(Erişim Tarih: 19.09.2021\).](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamaları-Istatistikleri-2020-37192#:~:text=(Erişim Tarih: 19.09.2021).)
- TÜİK (2020). *Sağlık Harcamaları İstatistikleri*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Health-Expenditure-Statistics-2019-33659> (Erişim Tarihi: 06.10. 2021).
- TÜİK (2020). *Sağlık Harcamaları İstatistikleri*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamaları-Istatistikleri-2020-37192> (Erişim Tarihi: 28.11.2021).
- TÜİK (2021). *Bebek ve Beş Yaşaltı Ölüm Hızları*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710> (Erişim Tarihi: 22.08. 2021).
- TÜİK (2021). İstatistik Veri Portalı. *Türkiye İstatistik Kurumu*. <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=Saglik-ve-Sosyal-Koruma-101> (Erişim Tarihi 01.11. 2021).
- TÜİK (2021). *Sağlık Harcamaları İstatistiği*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamaları-Istatistikleri-2020-37192> (Erişim Tarihi: 27.10. 2021).
- TÜİK (2021). *Türkiye İstatistik Kurumu Verileri. TÜİK Bülten*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamaları-Istatistikleri-2020-37192> (Erişim Tarihi: 23.10. 2021).
- Tüylüoğlu, Ş. ve Tekin, M. (2009). Gelir Düzeyi ve Sağlık Harcamalarının Beklenen Yaşam Süresi ve Bebek Ölüm Oranı Üzerindeki Etkileri. *Çukurova Üniversitesi İİBF Dergisi*, 1(13), 2, Adana.
- UNICEF (1991). *Türkiye’de Anne ve Çocuklarının Duru Analizi. Ülke Programı*. Yeniçağ Matbaası, 169-170. Ankara.
- USH (2000). *Ulusal Sağlık Hesaplamaları. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Yayın No: SB-HM-2004/08, İ.Aygün Ofset, Ankara*.
- Warnes, A. M. (2002). *Socio-Economic Change and the Health of Elderly People, Future Prospects for the Developing World. Health and Development. Routledge*, 169-180.

- WHO (2017). *Newborns: Improving Survival and Well-Being*. Reducing mortality, World Health Organization <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs333/en/> (Erişim Tarihi: 04.11.2021).
- WIKİPEDIA (2021). OECD Ülkeleri. <https://tr.wikipedia.org/wiki/OECD> (Erişim Tarihi 08.08. 2021).
- WIKİPEDIA (2021). OECD Üye Ülkeler. <https://tr.wikipedia.org/wiki/OECD> (Erişim Tarihi 08.08. 2021).
- Yardımcıoğlu, F. (2012). *OECD Ülkelerinde Sağlık ve Ekonomik Büyüme İlişkisinin Ekonometrik Bir İncelemesi*. Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 13(2), 27–47. Eskişehir.
- Yıldırım, Z., Kekeç, H. M. ve Polat, A. (2018). *Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanının Yıllar İtibariyle Analizi*. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 5(14), 550-563.
- Yılmaz, V. ve Yentürk, N. (2015). *Türkiye’de Sağlık Harcamalarına Tarihsel Bir Bakış*. İstanbul Bilgi Üniversitesi Sivil Toplum Çalışmaları Merkezi, 25. İstanbul.
- Yılmaz, M. (2002). *İnsani Kalkınma Politikaları ve Türkiye Üzerine Bir Deneme*. Doktora Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın.
- Yurdadoğ, V. (2006). *Sağlık Karma Malının Tahsisinde Etkinlik Sorunu ve Türkiye’de Sağlık Reformu*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

EKLER

Ek-1: Perinatal ve Bebek Ölümleri Bilgi Formu

EK-1:

PERİNATAL VE BEBEK ÖLÜMLERİ BİLGİ FORMU

Formu gönderen	İl :	İlçe :	Tarih :
	Kurum :		

Ölen bebeğin	Adı Soyadı :	Cinsiyeti : E K Bilinmiyor
	T.C. Kimlik No :	Telefon :
	Anne adı :	Adres :
	T.C. Kimlik No :	
	Baba adı :	
	T.C. Kimlik No :	
Doğum tarihi :	Saati :	Ölüm tarihi :
		Saati : Defin tarihi :

Anne ve Gebeliğe Ait Bilgiler			
Gebeliğin şekli	: Normal	Üremeye yardımcı yöntemle	
Gebeliğin süresi	:hafta	Doğum ağırlığı:.....gram	
Bu gebelik için fetus sayısı	: Tek İkiz	Üçüz Diğer	
Annenin bu doğumdaki yaşı	:		
Annenin önceki gebelikleri	: İlk gebelikcanlı doğum.....kendiliğinden düşük.....isteyerek düşük.....ölü doğum		
Annenin bir önceki gebeliği ile ölen bebeğin doğumu arasındaki süre:	ay /yıl		
Anne-baba arasında akrabalık durumu	: Yok	Var → Yakınlık derecesini belirtiniz:.....	
Anne-baba arasında kan uyumsuzluğu	: Yok	Var → Tipini belirtiniz:	
Annenin tetanoz aşısı	: Tam aşı	Eksik aşı	Hiç aşısı yok
Annenin gebelikteki izlem sayısı:	İzlem gerçekleştiği kurum:.....		
Belirlenen sorunlar	: Kan şekerinin yüksek olması	Hipertansiyon	Anemi Proteinüri Sorun yok
Annenin madde bağımlılığı var mı?	: Hayır	Evet	
Madde bağımlılığı varsa	: Sigara	Alkol Diğer	
Bebeğin doğum şekli	: Normal	Sezaryen	
Doğumun gerçekleştiği yer	: Evde kendi kendine	Evde sağlık personeli ile	Sağlık kuruluşunda Kurumun adı: Diğer

Yenidoğan Bebeğe Ait Bilgiler									
Gebeliğin sonlanma şekli	: Canlı doğum	Masere ölü doğum	Taze ölü doğum						
Bebeğin canlandırma ihtiyacı oldu mu?	: Hayır	Evet							
Amniyon sıvısında mekonyum var mıydı?	: Hayır	Evet							
Bebeğe sarılık oldu mu?	: Hayır	Fizyolojik sarılık	Patolojik sarılık						
Bebeğin izlemleri:	Doğumdan hemen sonra	48. saat	15. gün						
Izlemin gerçekleştiği kurum:		41.gün	2.ay						
		3.ay	4.ay						
		6.ay	9.ay						
Belirlenen sorunlar	: Büyüme geriliği	Gelişme geriliği	Kronik hastalıklar Konjenital anomali						

Ölümün gerçekleştiği yer : Evde		Sağlık kuruluşunda (Kurumun adını:.....) Diğer	
Tanı Listesi (birden fazla tanı seçilebilir) (Noktalı yerlere hastalığın ismi belirtilecektir...)			
1. Prematüre-İmmatürite 2. Postmatürite 3. İntrakranial Kanama 4. Doğum Travması 5. Hidrosefali 6. Sepsis (Erken-Geç-Nosokomiyal) 7. Nekrotizan Enterokolit 8. İntrauterin Enfeksiyonlar 9. Menenjitler 10. Hepatitler 11. Ensefalit 12. Tetanos 13. ASYE (Viral-Bakteriyel-Nedeni Bilinmeyen) 14. İshal Hastalıkları 15. Diğer Enfeksiyon Hastalıkları 16. RDS 17. Pnömotoraks (Hava kaçağı sendromları) 18. Perinatal Asfiksi ve HIE (diğer) 19. Mekonyum Aspirasyonu Sendromu 20. Pulmoner Hipertansiyon 21. Diğer solunum sistemi problemleri 22. Şok 23. Konjenital Kalp Hastalığı	24. Diğer Kalp Hastalıkları 25. Konjenital Anomaliler-Sendromlar 26. Nöromusküler Hastalıklar 27. Genetik Hastalıklar 28. Metabolik Hastalıklar 29. Metabolik Bozukluklar 30. Nörolojik Problemler 31. İmmün Yetmezlikler 32. Endokrin Problemler 33. Böbrek Yetmezliği 34. Diğer Renal Problemler(RTA....) 35. Malignansiler 36. Kanama Bozukluğu 37. Hidrops Fetalis 38. Anemi 39. Malnütrisyon 40. Postoperatif Nedenler 41. Kazalar ve Travma (ev içi ve ev dışı düşmeler, araç içi ve araç dışı trafik kazaları, suda boğulma) 42. Diğer kazalar (yanıklar, zehirlenmeler) 43. Ani Bebek Ölümü Sendromu 44. Çocuk İhmal ve İstismarı		
Ölüm nedeni (tek neden yazılmalıdır):.....			

Formun tam olarak doldurulduğundan emin olunuz

Formu Dolduran Kişi (Adı Soyadı):.....Kurumu/Görevi:.....Kaşe ve imza:.....

Kurum Amir (Ad-Soyad ve İmza) : İl Sağlık Müdürlüğü Sorumlu Kişi (Ad-Soyad ve İmza):.....

ÖZGEÇMİŞ

İlkokul, Ortaokul ve Lise'yi yaşadığı yer olan Kadıköy'de bitirdikten sonra 1997 yılında Trakya Üniversitesi Radyoloji bölümünden mezun oldu. 2018 yılında Atatürk Üniversitesi Sağlık Yönetimi bölümünü de bitirerek İstanbul Kent Üniversitesi'nde Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Bölümü'ne devam etti.

