

Yaşlı Nüfus ile Sağlık Göstergeleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Şehadet Bulut¹

Özet

Dünya nüfusu her geçen gün yaşlanmaktadır. Doğum oranlarının giderek azalmasına karşılık beklenen yaşam süresinin uzaması, kaçınılmaz olarak nüfus yapısının yaşlılar lehine değişmesine neden olmaktadır. Nicelik olarak artış, her zaman nitelik olarak da artış olduğu anlamına gelmemektedir. Önemli olan, yaşlı nüfusun nicelik olarak artışının yanında, yaşlı nüfusa hizmet edecek sağlık insan gücünün artması, gerekli tıbbi ihtiyaçlarının karşılanması, sosyal hayatta etkin olmalarının sağlanması ve hayatlarının son evrelerinde mümkün olduğu kadar kaliteli bir yaşam sürmelerinin temin edilmesidir. Özellikle yaşa bağlı olarak artan sağlık hizmeti ihtiyacı karşısında, ülkelerin Gayri Safi Yurt İçi Hasıla'sındaki (GSYİH) sağlık harcamalarının oranını arttırması, ebe, hemşire ve hekim sayılarının yanında hastanelerdeki yatak kapasitesinin de arttırması gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Bu çalışmada dünyanın en yaşlı nüfusuna sahip ülkelerle Türkiye'nin sağlık göstergelerinin karşılaştırılması amaçlanmaktadır. Bu amaçla; birinci bölümde yaşlı nüfus ve doğumda beklenen yaşam süreleri karşılaştırılmaktadır. İkinci bölümde sağlık harcamaları kapsamında cari sağlık harcamaları (GSYİH'nin % si), yurt içi genel devlet sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si) ve yurt içi özel sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si) verileri değerlendirilmektedir. Üçüncü bölümde ise; diğer sağlık göstergeleri kapsamında 1000 kişi başına düşen hekim, hemşire- ebe ve yatak sayıları karşılaştırmalı olarak ele alınmaktadır.

1.GİRİŞ

İnsanoğlu doğal yaşam seyri içerisinde doğar, büyür, çocukluk ve gençlik dönemlerinin ardından hayatının son evresi olan yaşlılık dönemine geçer. Yıllar içerisinde gelişen teknolojiler, sağlığa verilen önemin artması, hastalıklara

1 Dr. Öğr. Üyesi, Kilis 7 Aralık Üniversitesi. Yusuf Şerefoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi. Sağlık Yönetimi Bölümü, sehadetbulut@kilis.edu.tr, Orcid: 0000-0002-8467-3290

karşı yeni ilaçların bulunmasının yanı sıra hem düşük doğurganlık hem de daha uzun yaşam beklentisinin bir sonucu olarak, yaşlı insanların oranı tüm dünyada artmaktadır. Bu durum, insanoğlunun dünyadaki son evresi olan yaşlılık süresinin de uzamasına neden olmaktadır. Ancak yaşlılık süresinin uzaması beraberinde farklı sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Çünkü bir ülkede doğum oranlarının az, buna karşılık doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması ile birlikte ülkenin toplam nüfusu içerisinde yaşlı oranı artmakta, yaşa bağlı ortaya çıkan hastalıklar nedeniyle yaşlı bireylerin yaşam kaliteleri düşmekte, beraberinde ülkedeki sağlık harcamaları ve sağlık insan gücüne olan ihtiyaç artmaktadır.

Yaşlı bireylerin sayılarındaki artış, kamu sektörünün büyüyerek harcamalarındaki artışa neden olmaktadır (Sanz ve Velazquez, 2007). Kamunun sağlık harcamalarını gerektiği kadar arttırmadığı durumlarda, özel ve cepten yapılan harcamalarla sağlık hizmeti ihtiyacı karşılanmaktadır.

Kişilerin elde ettikleri gelir de yapılacak harcamalar konusunda belirleyici olmaktadır. Yaşlı bireyler, emeklilik yaşına doğru gelirlerinde azalış olacağı varsayımıyla harcamalarının yönünde değişikliğe giderek eğitim ve aile harcamalarına daha az rağbet etmektedirler (Krieger ve Ruhose, 2013). Eğitim harcamaları ile yaşlanma arasında negatif bir ilişki söz konusu iken, yaşlanma ile sağlık harcamaları ve sosyal güvenlik harcamaları arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır (Cattaneo ve Wolter, 2009). Yaşlılığın kamu harcamalarını arttırmasına rağmen, yaşlılığın kamu harcamaları içerisinde önemli bir yer tutan sağlık harcamalarını hangi oranda artıracakını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Geleceğe yönelik olarak sağlık harcamaları tahmin edilirken, sağlık harcamaları üzerinde kişilerin yaşı, sağlık durumları ya da bireylerin ölmeden önceki son yılları gibi hangi faktörlerin ne kadar etkili olduğunu belirlemek son derece güçtür. Dolayısıyla sağlık harcamaları ile yaşlı nüfus arasındaki ilişkide birden çok faktörün göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Bu çalışmada; Birleşmiş Milletler 2022 yılı dünya nüfus tahminlerine göre, dünyanın en yaşlı nüfusuna sahip 10 ülkesi (Monako, Japonya, İtalya, Finlandiya, Portekiz, Yunanistan, Almanya, Bulgaristan, Hırvatistan, Letonya) ile Türkiye'nin, Dünya Bankası'ndan (World Bank, 2024) elde edilen beklenen yaşam süreleri, yaşlı nüfus oranları, sağlık harcamaları, sağlık insan gücü ve yatak sayılarının istatistiki olarak karşılaştırmalı bir değerlendirmesi yapılmaktadır.

2.YAŞLI NÜFUS VE DOĞUMDA BEKLENEN YAŞAM SÜRESİ

Bu bölümde, yaşlı nüfus ve doğumda beklenen yaşam süresi kavramları ele alınarak, dünyanın en yaşlı nüfusuna sahip ülkelerle Türkiye'nin 65 yaş ve üzeri nüfus ile beklenen yaşam süreleri karşılaştırılmaktadır.

2.1.Yaşlı Nüfus Tanımı

Genel olarak hem dünyada hem de ülkemizde “yaşlı nüfus” olarak ifade edilen yaş grubu, 65 ve üzeri yaştaki bireylerden oluşmaktadır. Azalan doğum oranları, doğumda ve yaşlılıkta beklenen yaşam sürelerinin uzaması gibi nedenlerle özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfus sayısı ve toplam nüfus içerisindeki payı artmaktadır (Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2020). Yaşlılık normatif olarak fiziksel, bilişsel ve sosyal alanlardaki kayıplarla ilişkilidir (Urry ve Gross, 2010). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre ise yaşlılık; “çevresel faktörlere uyum sağlama beceri ve yetisinin gittikçe azalmasıdır” şeklinde ifade edilmektedir (Ergün vd., 2003).

2.2. Yaşlanmanın Nedenleri

Yaşlılığın fizyolojik nedenleri incelendiğinde; dokulardaki biyokimyasal bileşimdeki değişiklikler nedeniyle yağ dokusunun yüzdesinin yaşla birlikte arttığı, fizyolojik kapasitede ilerleyici azalmaların olduğu, çevresel uyaranlara uyum sağlama yeteneğinin azaldığı ve hastalıklara karşı artan duyarlılık ve hassasiyetin olduğu görülmektedir (Troen, 2003).

Yaşlanma süreci her kişide aynı olmamaktadır. Genetik, cinsiyet, çevresel faktörler, yaşam koşulları gibi etmenler nedeniyle yaşlanma süreci farklılık gösterebilmektedir. Hatta tek yumurta ikizlerinde bile bu süreç değişebilmektedir.

Yaşlanmayı etkileyen nedenler aşağıdaki şekilde ifade edilebilir;

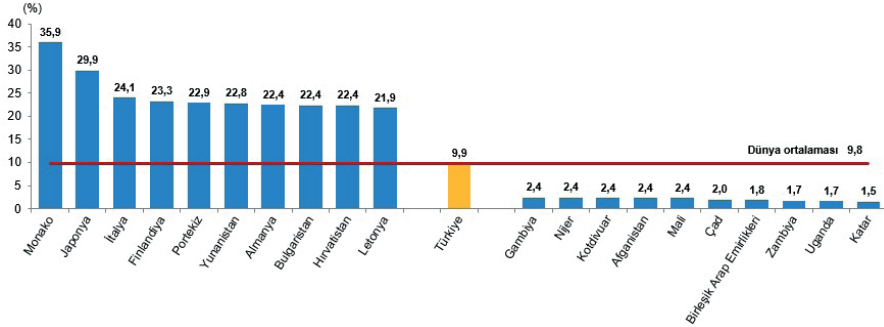
1. Verimli olarak bir işte çalışmamak ve zorunlu olarak pasif kalmak,
2. Zamanla fiziksel gücün zayıflaması ve kişilerde bedensel şikayetlerin ortaya çıkması,
3. Hayatta zevk veren eğlence ve deneyimlerden vazgeçmek veya bu sevinçlerin dışında bırakılmak,
4. Ölüme gittikçe daha fazla yaklaşmanın bilincinde olmaktır (Dik vd., 2004).

Yaşlılık döneminde, yaşlıdaki fizyolojik değişiklikler nedeniyle yaşam kalitesinde bir miktar gerilemenin olması doğal bir durumdur. Ancak yaşlıların kendi bağımsızlıklarını sürdürebilmesi ve hayat kalitelerinin artması yönünde alınacak tedbirler ve yapılacak düzenlemeler bu gerileme biraz olsun telafi edebilecektir. Yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan kronik hastalıkların tedavi edilmesi, toplumun her kesiminde ve özellikle yaşlılarda sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılması, yaşlılar için güvenli ve sağlıklı ortamların oluşturulması ve sağlığı etkileyen olumsuz koşulların giderilmesi gibi önlemlerle sağlıklı bir yaşlanma süreci temin edilecektir (Sağlık Bakanlığı, 2021).

Aşağıda yer alan grafiklerde Dünyanın en yaşlı ve en genç nüfusa sahip ülkeleri ile AB üyesi ülkelerde 65 ve üzeri yaştaki yaşlı nüfus oranları yer almaktadır.

Grafik 1' de Birleşmiş Milletler dünya nüfus tahminleri yer almaktadır. Bu tahminlere göre 2022 yılında toplam nüfus içerisinde 65 ve üzeri yaştaki yaşlı nüfus oranının en fazla olduğu ülke %35,9 ile Monako'dur. Bu ülkeyi %29,9 ile Japonya, %24,1 ile İtalya izlemektedir. Yaşlı nüfus oranının en düşük olduğu ülke ise %1,5 ile Katar olurken, bu ülkeyi %1,7 ile Uganda ve Zambiya izlemektedir.

Dünya ortalamasının yaşlı nüfus oranı % 9,8'dir. Türkiye'de bu oranın % 9,9 ile dünya yaşlı nüfus ortalamasının hemen üzerinde olduğu görülmektedir.



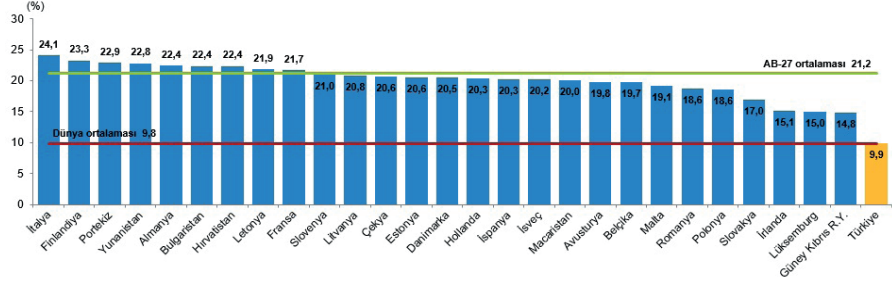
Grafik 1: Dünyanın En Yaşlı ve En Genç Nüfusa Sahip Ülkeleri

Kaynak: TÜİK, 2023 Dünya Nüfus Günü İstatistikleri

Aşağıda yer alan Grafik 2 incelendiğinde; Birleşmiş Milletler dünya nüfus tahminlerine göre 2022 yılında AB üyesi 27 ülke içerisinde en yüksek yaşlı nüfus oranına sahip olan ülkenin %24,1 ile İtalya olduğu görülmektedir. İtalya'yı, %23,3 ile Finlandiya ve %22,9 ile Portekiz takip etmektedir. AB

üyesi ülkeler arasında en düşük yaşlı nüfus oranına sahip olan ülke %14,8 ile Güney Kıbrıs Rum Yönetimi'dir.

Avrupa Birliği üye ülkelerinin ortalama yaşlı nüfusu %21,2 iken, Türkiye'nin yaşlı nüfus oranının % 9,9 ile bu oranın altında olduğu gözlenmektedir.



Grafik 2: Avrupa Birliği'ne Üye Ülkelerin Yaşlı Nüfus Oranları

Kaynak: TÜİK, 2023 Dünya Nüfus Günü İstatistikleri

2.3. Doğumda Beklenen Yaşam Süresi Tanımı

Doğumda beklenen yaşam süresi; yeni doğmuş bir bireyin yaşamı boyunca, yaşa özel ölümlülük hızlarına maruz kalması ile birlikte yaşaması beklenen ortalama yıl sayısını ifade etmektedir (TÜİK, 2020). Doğumda beklenen yaşam süresi, ülkelerin yaşam kalitesinin ve sosyo-ekonomik durumlarının bir göstergesidir. Doğumda beklenen yaşam süresi, ülkelerin ölümlülük düzeylerini karşılaştırmada ve gelişmişlik seviyelerini ölçmede kullanılmakta olup, bir toplumdaki ortalama ömür göstermektedir. Genel olarak gelişmiş ülkelerde ortalama ömür daha yüksektir (Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı, 2023).

Aşağıdaki tabloda çalışma kapsamındaki ülkelerin doğumda beklenen yaşam süreleri ile 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içerisindeki % si yer almaktadır.

Tablo 1 incelendiğinde, 2021 yılında doğumda beklenen yaşam süresinin en fazla olduğu ülkenin 84,45 ile Japonya, en düşük olduğu ülkenin ise 76,03 ile Türkiye olduğu görülmektedir. 2021 yılında 65 yaş ve üzeri nüfusun, toplam nüfus içerisindeki payının en yüksek olduğu ülke % 35,92 ile Monako, en düşük olan ülke % 8,38 ile Türkiye'dir. Diğer ülkelerin de toplam nüfusun içerisinde 65 yaş ve üzeri nüfusun % 21'in üzerinde olduğu yani nüfuslarının beşte birinin yaşlı nüfusa sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 1: En Yaşlı Nüfusa Sahip Ülkelerin ve Türkiye'nin Beklenen Yaşam Süresi ve 65 Yaş Nüfus Yüzdesi (2000-2021)

ÜLKELER		2000	2005	2010	2015	2021
Monako	Doğumda beklenen yaşam süresi, toplam (yıl)	*	*	*	*	*
	65 yaş ve üzeri nüfus (toplam nüfusun % si)	22,23	23,10	27,37	34,39	35,92
Japonya	Doğumda beklenen yaşam süresi, toplam (yıl)	81,08	81,96	82,84	83,79	84,45
	65 yaş ve üzeri nüfus (toplam nüfusun % si)	17,80	20,60	23,60	27,33	29,79
İtalya	Doğumda beklenen yaşam süresi, toplam (yıl)	79,78	80,78	82,04	82,54	82,80
	65 yaş ve üzeri nüfus (toplam nüfusun % si)	18,31	19,71	20,41	22,01	23,68
Finlandiya	Doğumda beklenen yaşam süresi, toplam (yıl)	77,47	78,82	79,87	81,48	81,93
	65 yaş ve üzeri nüfus (toplam nüfusun % si)	14,92	15,94	17,26	20,21	22,89
Portekiz	Doğumda beklenen yaşam süresi, toplam (yıl)	76,31	78,07	79,03	81,12	81,07
	65 yaş ve üzeri nüfus (toplam nüfusun % si)	16,27	17,43	18,59	20,55	22,56
Yunanistan	Doğumda beklenen yaşam süresi, toplam (yıl)	77,89	79,24	80,39	81,04	80,18
	65 yaş ve üzeri nüfus (toplam nüfusun % si)	16,90	18,36	19,25	20,80	22,51
Almanya	Doğumda beklenen yaşam süresi, toplam (yıl)	77,93	78,93	79,99	80,64	80,90
	65 yaş ve üzeri nüfus (toplam nüfusun % si)	16,43	18,99	20,45	20,95	22,17
Bulgaristan	Doğumda beklenen yaşam süresi, toplam (yıl)	71,66	72,56	73,51	74,61	71,51
	65 yaş ve üzeri nüfus (toplam nüfusun % si)	16,79	17,63	18,44	20,51	22,42
Hırvatistan	Doğumda beklenen yaşam süresi, toplam (yıl)	72,81	75,24	76,48	77,28	76,42
	65 yaş ve üzeri nüfus (toplam nüfusun % si)	15,66	17,22	17,89	19,39	21,97
Letonya	Doğumda beklenen yaşam süresi, toplam (yıl)	70,31	71,36	73,48	74,48	73,28
	65 yaş ve üzeri nüfus (toplam nüfusun % si)	15,15	17,38	18,60	19,95	21,61
Türkiye	Doğumda beklenen yaşam süresi, toplam (yıl)	71,86	73,53	75,07	76,65	76,03
	65 yaş ve üzeri nüfus (toplam nüfusun % si)	5,37	5,84	6,36	7,09	8,38

*Kaynak: World Bank'tan elde edilen veriler yazar tarafından derlenmiştir. *Veri bulunmamaktadır*

3.SAĞLIK HARCAMALARI

Son yıllarda yaşanan teknolojik gelişmeler, yaşlı nüfusun ve buna bağlı olarak kronik hastalıkların daha sık görülmesi, insanların sağlık bilinç düzeylerindeki artan farkındalıklar gibi nedenlerle sağlık harcamaları oldukça artmıştır. Bu bölümde sağlık harcamalarının tanımına, sınıflandırılmasına yer verilerek sağlık harcamaları ile yaşlı nüfus arasındaki ilişki istatistiki verilerle karşılaştırılmaktadır.

3.1.Sağlık Harcamaları Tanımı

Sağlığın geliştirilmesi veya korunması amacını benimseyen tüm koruma, tanı, tedavi, acil program, bakım ve beslenme için yapılan harcamalar “Sağlık Harcaması” olarak kabul edilmektedir (Atasever, 2014). Sağlık hizmeti kapsamında yapılan her işlem ve harcama, sağlık harcaması kapsamında ifade edilmektedir.

Sağlık hizmetinin bir lüks mü yoksa bir ihtiyaç malı mı olduğu tartışma konusu olmuştur. Eğer kişi sağlık bakımının bir gereklilik olduğunu kabul ederse, bu durumda çoğu zaman halkın sağlık hizmetlerine daha fazla katılımı fikrini desteklemesi gerekmektedir. Tersine, sağlık hizmetlerinin lüks olduğunu savunanlar bunun da diğer emtialar gibi bir meta olduğunu ve yalnızca piyasa güçlerine bırakılmasının en iyisi olduğunu savunacaktır (Moscone ve Tosetti, 2010). Bu bakış açıları da uygulanacak sağlık politikasını ve yapılacak sağlık harcamasını etkileyecektir.

Ülkeler sağlığı üretmek, korumak ve geliştirmek için farklı düzeylerde sağlık harcaması yapmaktadır. Ülke nüfuslarının demografik yapısı, teknoloji düzeyleri, halkın sağlık hizmetlerine erişim olanakları, sağlığa verilen değer, kişi başına düşen gelir ve GSYİH seviyeleri gibi nedenler sağlık harcamalarını etkilemektedir (Arı, 2018).

3.2. Sağlık Harcamalarının Sınıflandırılması

Sağlık hizmeti sunucularına göre toplam sağlık harcaması, cari sağlık harcaması ile yatırım harcamasının toplamını ifade etmektedir. Toplam sağlık harcamasından yatırım harcamalarının çıkartılması sonucunda cari sağlık harcaması elde edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2022).

Cari sağlık harcamaları, genel olarak etkilerinin geçici olduğu, bir defada kullanılıp tüketilen mal ve hizmetler için yapılan sağlık harcamalarını ifade etmektedir (Atasever, 2014). Cari sağlık harcamaları kapsamında hastaneler, evde hemşirelik bakımı, ayakta bakım sunanlar, perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar, halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi,

genel sağlık yönetimi ve sigorta ve sınıflandırılmayan diğer kategoriler yer almaktadır (TÜİK, 2022).

Toplam sağlık harcamalarının ne kadarının kamu, ne kadarının özel sağlık harcaması tarafından yapıldığı ülkelerin uyguladıkları sağlık politikaları açısından önemlidir. GSYİH içerisinde sağlık harcamalarına ayrılan pay da ülkeler için önemli bir harcama kalemidir. Sağlık harcamaları ile GSYİH arasındaki ilişki ile ilgili olarak yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular dört gruba ayrılmaktadır. Birinci olarak sağlık harcamalarında meydana gelen artış GSYİH'yi tek yönlü olarak arttırmaktadır. İkincisi; sağlık harcamaları ile GSYİH arasında çift yönlü bir etkileşim söz konusudur. Sağlık harcamalarındaki artış GSYİH'yi artırırken; GSYİH' daki artış da sağlık harcamalarını arttırmaktadır. Üçüncü yaklaşıma göre; sağlık harcamaları ile GSYİH arasında düzenli bir ilişki bulunmamaktadır. Dördüncü ve son yaklaşıma göre ise; sağlık harcamaları ekonomik büyümeyi negatif yönde etkilemektedir (Akar, 2014).

Sağlık harcamalarının belirleyicilerinin neler olduğu konusunda yapılan araştırmalarda ise, ilk sırada gelirin yer aldığı belirtilmektedir. İkinci olarak yaşanan nüfus, üçüncü olarak ise ölüme yakınlık gelmektedir. Sağlık harcamalarının diğer belirleyicileri olarak teknolojik ilerlemeler ve sağlık hizmetlerinin bölgesel olarak dağıtılması sayılabilmektedir (Martin vd., 2011).

3.3. Sağlık Harcamaları ve Yaşlı Nüfus

Genel olarak yaşlı nüfus oranının yüksek olduğu ülkelerde sağlık harcamalarının diğer ülkelere kıyasla daha fazla olduğu görülmektedir. Yaşlanma ile sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi ele alan birçok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalardan bazılarında, ülkelerin nüfus yapısının sağlık harcamalarını etkilemediği bulgusuna ulaşılmakta (Aísa vd., 2014; Vandersteegen vd., 2015), sağlık harcamalarındaki artışın nüfus yapısındaki yaşlı oranından daha çok politik içerikli ve maliyetle ilgili problemlerden meydana geldiği öne sürülmektedir (Getzen, 1992). Bu çalışmaların yanında, yaşlanma ile doğurganlık ve beklenen yaşam süresi arasında herhangi bir ilişkinin olmadığı ancak yaşlanma ile sağlık harcaması arasında tek yönlü nedensellik ilişkisinin olduğu bulgusuna ulaşan çalışmalar da literatürde yer almaktadır (Boz ve Özsarı, 2020).

Nüfus yaşlanmasının sağlık harcamalarında artışa neden olduğu yönündeki çalışmalarda, sağlık harcamalarının yaşlılıktan ziyade ölüme yaklaşan yıllarda daha fazla olduğu belirtilmektedir (Zweifel vd., 1999). Bu çalışmayı destekler nitelikteki bir diğer çalışmada, bireylerin ölümünden önceki 15 yıl

içinde sağlık harcamalarında son derece ciddi artışlar olduğu belirtilmektedir. Kişilerin ölümünden önceki 5 yıl içerisinde yapılan sağlık harcamalarının bireyin tüm yaşamı boyunca yapmış olduğu sağlık harcamalarından en az on kat fazla olduğu öne sürülürken, 65 yaşından 85 yaşına kadar geçen süre içerisinde ise sağlık harcamalarında % 30'dan fazla artışın olduğu sonucuna ulaşılmaktadır (Seshamani ve Gray, 2004).

Farklı çalışmalarda, yaşlanan nüfus oranı ile kişi başı sağlık harcamaları arasında da doğru yönlü bir ilişki olduğu ortaya konulmaktadır (Felder vd., 2000; Breyer vd., 2010). Benzer şekilde yaşlanma ile sağlık harcamaları arasında karşılıklı bir etkileşimin söz konusu olduğunu ileri süren çalışmalarda, sağlık harcamalarının artması, sağlık hizmetlerinin daha çok kullanılmasına neden olmakta ve doğumda beklenen yaşam süresi uzamaktadır. Dolayısıyla sağlık harcamaları arttıkça yaşlı nüfus oranını da beraberinde artış göstermektedir. Aynı şekilde, yaşlı bireyler sağlık hizmetlerinden daha sık yararlandıkları için yaşlı nüfusun artması sağlık harcamalarını da artırmaktadır (Konca vd., 2021). Yapılan tahminlerde günümüz koşulları dikkate alındığında sağlık harcamalarının 2075 yılında 4 kat artacağı öngörülmektedir. Bu artışın nedeninin yaşlı nüfus oranındaki artıştan kaynaklanacağı belirtilmektedir (Lee ve Miller, 2002).

Aşağıdaki tabloda, çalışma kapsamında yer alan ülkelerin GSYİH içindeki cari sağlık harcamalarının oranı ile bu harcamalar içerisindeki yurt içi devlet sağlık harcamaları ve yurt içi özel sağlık harcamalarının payı yer almaktadır.

Tablo 2 incelendiğinde; 2020 yılında GSYİH içerisinde cari sağlık harcamalarının payının en yüksek olduğu ülke % 12,82 ile Almanya, en düşük olduğu ülke % 1,67 ile Monako'dur. Türkiye'de bu oran % 4,62'dir. Yurt içi genel devlet sağlık harcamalarının cari sağlık harcamaları içerisindeki payının en yüksek olduğu ülke % 86,90 ile Monako, oranın en düşük olduğu ülke ise % 53,97 ile Yunanistan olurken Türkiye'de bu oran % 78,85'tir. Devletin sağlık harcamaları içerisindeki payının en yüksek olduğu ülke olan Monako'da özel sağlık harcamalarının cari sağlık harcamaları içerisindeki payı % 13,10 ile en düşük olurken, bu oranın en yüksek olduğu ülke % 45,88 ile Yunanistan'dır. Türkiye'de özel sağlık harcamalarının cari sağlık harcamaları içerisindeki payı ise % 21,15'tir.

Aşağıdaki tabloda çalışmaya konu olan ülkelerin kişi başı cari sağlık harcamaları (cari ABD Doları) ve yurt içi özel sağlık harcaması ile yurt içi genel devlet sağlık harcamasının payları yer almaktadır.

Tablo 2: En Yaşlı Nüfusa Sahip Ülkelerin ve Türkiye'nin Genel Sağlık Harcamaları (2000-2020)

ÜLKELER		2000	2005	2010	2015	2020
Monako	Cari sağlık harcamaları (GSYİH'nin % si)	1,74	2,12	2,33	2,03	1,67
	Yurt içi genel devlet sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	80,03	81,07	81,44	80,88	86,90
	Yurt içi özel sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	19,97	18,93	18,56	19,12	13,10
Japonya	Cari sağlık harcamaları (GSYİH'nin % si)	7,03	7,66	9,06	10,75	10,90
	Yurt içi genel devlet sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	80,43	81,17	81,93	84,08	84,24
	Yurt içi özel sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	19,57	18,83	18,07	15,92	15,76
İtalya	Cari sağlık harcamaları (GSYİH'nin % si)	7,57	8,34	8,92	8,86	9,63
	Yurt içi genel devlet sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	72,64	77,49	78,45	74,44	76,08
	Yurt içi özel sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	27,36	22,51	21,55	25,56	23,92
Finlandiya	Cari sağlık harcamaları (GSYİH'nin % si)	7,09	8,29	9,14	9,65	9,61
	Yurt içi genel devlet sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	75,73	77,81	78,54	78,56	81,34
	Yurt içi özel sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	24,27	22,19	21,45	21,44	18,65
Portekiz	Cari sağlık harcamaları (GSYİH'nin % si)	8,60	9,65	10,03	9,32	10,55
	Yurt içi genel devlet sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	69,74	70,90	66,52	61,67	64,45
	Yurt içi özel sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	30,22	29,06	33,44	38,27	35,48
Yunanistan	Cari sağlık harcamaları (GSYİH'nin % si)	7,24	8,56	9,60	8,22	9,51
	Yurt içi genel devlet sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	61,63	60,83	68,90	57,67	53,97

	Yurt içi özel sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	38,37	39,17	31,08	40,72	45,88
Almanya	Cari sağlık harcamaları (GSYİH'nin % si)	9,89	10,31	11,10	11,18	12,82
	Yurt içi genel devlet sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	78,20	75,67	75,69	76,96	78,44
	Yurt içi özel sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	21,80	24,33	24,31	23,04	21,56
Bulgaristan	Cari sağlık harcamaları (GSYİH'nin % si)	5,83	6,89	7,10	7,39	8,52
	Yurt içi genel devlet sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	59,56	59,57	55,24	55,90	59,84
	Yurt içi özel sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	40,44	40,43	44,76	44,10	38,13
Hırvatistan	Cari sağlık harcamaları (GSYİH'nin % si)	7,64	6,85	8,02	6,70	7,77
	Yurt içi genel devlet sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	85,03	84,99	83,41	83,11	81,88
	Yurt içi özel sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	14,97	15,01	16,59	16,88	18,12
Letonya	Cari sağlık harcamaları (GSYİH'nin % si)	5,43	5,83	6,10	5,65	7,45
	Yurt içi genel devlet sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	50,75	55,70	60,18	58,68	63,44
	Yurt içi özel sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	49,25	43,99	39,81	41,34	36,39
Türkiye	Cari sağlık harcamaları (GSYİH'nin % si)	4,60	4,89	5,02	4,12	4,62
	Yurt içi genel devlet sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	61,68	67,75	78,00	78,13	78,85
	Yurt içi özel sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	38,32	32,25	22,00	21,87	21,15

Kaynak: World Bank'tan elde edilen veriler yazar tarafından derlenmiştir

Tablo 3 'te yer alan verilere göre 2020 yılında kişi başı cari sağlık harcamasının en yüksek olduğu ülke 4726 Dolar ile Finlandiya'dır. Bu harcamanın 881 Doları yurt içi özel sağlık harcaması iken 3844 Doları yurt içi genel devlet sağlık harcamasına aittir. Kişi başı cari sağlık harcamasının en düşük olduğu ülke ise 395 Dolar ile Türkiye'dir. Bu harcamanın yaklaşık 84 Doları yurt içi özel sağlık harcaması iken 312 Doları yurt içi genel devlet sağlık harcamasına aittir. Tabloya göre; Yunanistan'da kişi başı cari sağlık harcamaları 1675 Dolar iken, yurt içi özel sağlık harcamalarının payı 768 Dolar, yani %46 ya yakın bir oranla yurt içi özel sağlık harcamalarının payının en yüksek olduğu ülkedir. Genel devlet sağlık harcamalarının payı diğer ülkelere göre çok daha azdır.

Aşağıdaki tabloda mevcut sağlık harcamaları içerisinde cepten yapılan sağlık harcamalarının payları yer almaktadır.

Tablo 3: En Yaşlı Nüfusa Sahip Ülkelerin ve Türkiye'nin Kişi Başına Sağlık Harcamaları (2000-2020)

ÜLKELER		2000	2005	2010	2015	2020
Monako	Kişi başına cari sağlık harcaması (cari ABD Doları)	1394,28	2767,59	3766,98	3453,88	3085,44
	Kişi başına yurt içi özel sağlık harcaması (cari ABD Doları)	278,43	524,04	698,97	660,32	404,24
	Kişi başına yurt içi genel devlet sağlık harcaması (cari ABD Doları)	1115,85	2243,55	3068,01	2793,56	2681,21
Japonya	Kişi başına cari sağlık harcaması (cari ABD Doları)	2756,24	2895,21	4074,34	3754,92	4388,10
	Kişi başına yurt içi özel sağlık harcaması (cari ABD Doları)	539,38	545,23	736,35	597,67	691,43
	Kişi başına yurt içi genel devlet sağlık harcaması (cari ABD Doları)	2216,86	2349,98	3337,99	3157,25	3696,67
İtalya	Kişi başına cari sağlık harcaması (cari ABD Doları)	1524,24	2677,55	3217,68	2675,67	3057,04
	Kişi başına yurt içi özel sağlık harcaması (cari ABD Doları)	417,06	602,76	693,30	684,02	731,34

	Kişi başına yurt içi genel devlet sağlık harcaması (cari ABD Doları)	1107,18	2074,80	2524,39	1991,65	2325,70
Finlandiya	Kişi başına cari sağlık harcaması (cari ABD Doları)	1726,74	3236,87	4251,59	4128,40	4726,14
	Kişi başına yurt içi özel sağlık harcaması (cari ABD Doları)	419,00	718,28	911,95	884,94	881,51
	Kişi başına yurt içi genel devlet sağlık harcaması (cari ABD Doları)	1307,64	2518,54	3339,34	3243,41	3844,34
Portekiz	Kişi başına cari sağlık harcaması (cari ABD Doları)	995,34	1814,35	2259,30	1790,53	2341,64
	Kişi başına yurt içi özel sağlık harcaması (cari ABD Doları)	300,81	527,19	755,41	685,24	830,74
	Kişi başına yurt içi genel devlet sağlık harcaması (cari ABD Doları)	694,13	1286,41	1502,78	1104,22	1509,12
Yunanistan	Kişi başına cari sağlık harcaması (cari ABD Doları)	885,41	1935,27	2564,37	1481,42	1675,12
	Kişi başına yurt içi özel sağlık harcaması (cari ABD Doları)	339,76	757,96	796,91	603,26	768,49
	Kişi başına yurt içi genel devlet sağlık harcaması (cari ABD Doları)	545,65	1177,30	1766,96	854,24	904,10
Almanya	Kişi başına cari sağlık harcaması (cari ABD Doları)	2344,35	3558,21	4611,42	4624,63	5930,33
	Kişi başına yurt içi özel sağlık harcaması (cari ABD Doları)	510,96	865,55	1121,06	1065,59	1278,58
	Kişi başına yurt içi genel devlet sağlık harcaması (cari ABD Doları)	1833,39	2692,67	3490,38	3559,04	4651,75
Bulgaristan	Kişi başına cari sağlık harcaması (cari ABD Doları)	94,52	267,74	484,75	521,42	856,70

	Kişi başına yurt içi özel sağlık harcaması (cari ABD Doları)	38,22	108,24	216,94	229,96	326,66
	Kişi başına yurt içi genel devlet sağlık harcaması (cari ABD Doları)	56,29	159,50	267,77	291,46	512,65
Hırvatistan	Kişi başına cari sağlık harcaması (cari ABD Doları)	371,06	727,13	1126,37	795,51	1094,53
	Kişi başına yurt içi özel sağlık harcaması (cari ABD Doları)	55,57	109,15	186,88	134,31	198,31
	Kişi başına yurt içi genel devlet sağlık harcaması (cari ABD Doları)	315,50	617,98	939,50	661,19	896,20
Letonya	Kişi başına cari sağlık harcaması (cari ABD Doları)	181,57	440,81	689,08	775,86	1313,35
	Kişi başına yurt içi özel sağlık harcaması (cari ABD Doları)	89,42	193,90	274,31	320,77	477,95
	Kişi başına yurt içi genel devlet sağlık harcaması (cari ABD Doları)	92,15	245,52	414,72	455,29	833,20
Türkiye	Kişi başına cari sağlık harcaması (cari ABD Doları)	196,78	360,65	532,93	446,76	395,24
	Kişi başına yurt içi özel sağlık harcaması (cari ABD Doları)	75,41	116,31	117,25	97,69	83,61
	Kişi başına yurt içi genel devlet sağlık harcaması (cari ABD Doları)	121,37	244,33	415,68	349,07	311,63

Kaynak: World Bank'tan elde edilen veriler yazar tarafından derlenmiştir

Tablo 4'te yer alan verilere göre 2020 yılında mevcut sağlık harcamaları içerisinde cepten yapılan harcamaların payının en yüksek olduğu ülke % 36,58 ile Bulgaristan olurken bu ülkeyi % 33,44 ile Yunanistan, % 32,09 ile Letonya takip etmektedir. Mevcut sağlık harcamaları içerisinde cepten yapılan harcamaların payının en düşük olduğu ülke % 7,19 ile Monako olurken Türkiye'de bu oran % 16,43'tür.

Tablo 4: En Yaşlı Nüfusa Sahip Ülkelerin ve Türkiye'nin Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları (2000-2020)

ÜLKELER		2000	2005	2010	2015	2020
Monako	Cepten yapılan harcamalar (mevcut sağlık harcamalarının yüzdesi)	7,01	5,81	5,37	6,02	7,19
Japonya	Cepten yapılan harcamalar (mevcut sağlık harcamalarının yüzdesi)	15,92	15,67	14,57	12,95	12,57
İtalya	Cepten yapılan harcamalar (mevcut sağlık harcamalarının yüzdesi)	26,46	21,61	20,55	23,47	21,28
Finlandiya	Cepten yapılan harcamalar (mevcut sağlık harcamalarının yüzdesi)	21,63	19,58	18,80	18,63	16,41
Portekiz	Cepten yapılan harcamalar (mevcut sağlık harcamalarının yüzdesi)	25,71	23,68	24,71	29,53	27,80
Yunanistan	Cepten yapılan harcamalar (mevcut sağlık harcamalarının yüzdesi)	36,27	36,88	28,26	36,03	33,44
Almanya	Cepten yapılan harcamalar (mevcut sağlık harcamalarının yüzdesi)	12,29	14,12	13,96	13,09	12,54
Bulgaristan	Cepten yapılan harcamalar (mevcut sağlık harcamalarının yüzdesi)	40,38	38,87	43,14	42,51	36,58
Hırvatistan	Cepten yapılan harcamalar (mevcut sağlık harcamalarının yüzdesi)	13,86	13,39	13,96	10,95	10,45
Letonya	Cepten yapılan harcamalar (mevcut sağlık harcamalarının yüzdesi)	47,66	41,69	37,19	40,54	32,09
Türkiye	Cepten yapılan harcamalar (mevcut sağlık harcamalarının yüzdesi)	28,60	24,18	16,87	16,95	16,43

Kaynak: World Bank'tan elde edilen veriler yazar tarafından derlenmiştir

Sağlık harcamalarının ne kadarının devlet tarafından karşılandığı, ne kadarının özel sağlık harcaması kapsamında olduğu ülkelerin sağlık politikaları ile yakından ilgilidir. Örneğin Türkiye'de, sağlık hizmeti ve finansmanını büyük oranda kamunun üstlendiği karma sistem uygulanmaktadır. Kamu ve özel kesim tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin finansmanı primler, özel

sağlık sigortaları, tıbbi tasarruflar, vergiler ve cepten yapılan harcamalarla karşılanmaktadır (Atasever vd., 2017).

Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde herhangi bir sağlık güvencesi olmayan bireylerin cepten yaptıkları sağlık harcamaları en önemli sağlık sorunları arasında bulunmaktadır (Arı, 2018). Cepten yapılan harcamalar bireylerin/hane halklarının ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini alamamalarına ya da hizmet almak istediklerinde önceden tahmin edilemeyen harcama riski ile karşı karşıya kalmalarına ve yoksullaşmalarına neden olabilmektedir (Özgen, 2007).

4. DİĞER SAĞLIK GÖSTERGELERİ

Sağlık göstergeleri, bir ülkede uygulanan sağlık sisteminin başarısını ölçmedeki en önemli araçlardandır. Ülkeler sağlık göstergeleri sayesinde uygulayacakları sağlık politikalarını planlamaktadırlar (Sarı, 2023). Yaşlanan nüfusla birlikte, hastanelerdeki yatak kapasitesi, sağlık insan gücü kapsamında hekim, hemşire ve ebe sayılarının önemi giderek artmaktadır.

Hastane yatağı, 24 saatten daha fazla bakım ve tedavi yapılması amacıyla hastaların yatırıldığı, hasta odalarında ya da hastalara sürekli tıbbi bakım hizmeti verilen birimlere yerleştirilen yataklara verilen isimdir (Sağlık Bakanlığı, 2022).

Yaşlı bireylerin aylık sağlık bakımı harcamaları, artan yaş ile birlikte büyük oranda yükseliş göstermektedir. Yaşlanma ile birlikte artan bakım ihtiyacı sonucunda hastanede yatan yaşlı sayısında artış olmakta, bu durum da uzun dönemli bakım harcamalarının yükselmesine sebebiyet vermektedir (Yang vd., 2003).

Sadece hastanelerde değil huzurevlerinde de hem tıbbi hem fizyolojik bakıma ihtiyaç duyan yaşlı nüfus sayısında artış gözlemlenmektedir. Bu da profesyonel anlamda hemşireye olan ihtiyacı arttırmaktadır. 2018 yılında Almanya'da yaklaşık 3,4 milyon kişinin yardıma veya profesyonel bakıma ihtiyacı olduğu ve bunların 818.289'unun huzurevinde yaşadığı belirtilmektedir. Eş zamanlı olarak yalnızca 395.000 hemşire istihdam edilmekte ve vasıflı işçi oranı düşmektedir. AB çapında işgücü piyasasındaki hemşire eksikliği son zamanlarda oldukça dikkat çekmektedir. Bu nedenle, personel alımında ve elde tutulmasında zorluklar yaşanmaktadır. 2030 yılına kadar uzun süreli bakımda 130.000 hemşireye daha ihtiyaç duyulacağı öngörülmektedir. Finlandiya ve Japonya yaşlı nüfusun hızla arttığı ülkeler arasındadır. Yaşlıların sayısının artmasıyla birlikte onlara bakım verecek hemşire sayısı da azalmaktadır (Jacobs vd., 2020). Ayrıca hemşireler yaşlı bakımından ziyade genç hastaları tercih edebilmekte, yaşlı hastaları hayattan

izole olmuş ve inaktif olarak değerlendirerek onlara yapılacak bakımı “zaman kaybı” olarak düşünebilmektedirler (Higgins vd., 2007).

Hasta başına düşen hekim sayısı ülkelerin sağlık politikalarına göre değişebilmektedir. Örneğin; Japonya 1980’lerde sağlık harcamalarını azaltmak amacıyla tıp fakültesi kontenjanlarını sınırlama yoluna gitmiş, 1980 den 2006 ya kadar % 7,8 oranında azalan tıp fakültesi öğrenci kontenjanı ilerleyen yıllarda doktor sıkıntısına ve yetersiz hasta bakımına neden olmuştur. 2007 yılından itibaren tıp fakültesi öğrenci kontenjanında arttırma yoluna gidilse de Japonya, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) üyesi ülkelerden Meksika, Güney Kore ve Türkiye ile birlikte 1000 kişi başına düşen doktor sayısının en az olduğu ülkeler arasında yer almaktadır (Takata vd., 2011).

Hekim ihtiyacının artarak devam etmesi nedeniyle yapılan bir çalışmada (Sklar, 2013) iş gücü dinamikleri modeli geliştirilmiştir. Bu modelde hekim işgücü yeterliliği, üç aşamaya ayrılmaktadır;

1. Aşama: Hekimlerin ve diğer hizmet sunanların üretimi ve sisteme akışı olarak ifade edilmektedir. Bu aşama, hizmet sağlayıcıların üretimi, tıp öğrencilerinin sayısı ve özellikleri, uluslararası tıp mezunları, ileri düzey eğitilmiş hemşireler ve lisansüstü tıp eğitimi gibi unsurları içerecektir.

2. Aşama: Nüfus talebi, hizmet sağlayıcı arzı ve verimliliği ile dağıtım sistemi dinamiklerini içermektedir. Hizmet sağlayıcılar eğitimlerini tamamladıktan sonra 2. aşamaya geçerler. Bu aşamada hastaların hizmet talebi, hizmet sisteminin özellikleri ve hizmet sağlayıcıların verimliliği iş gücü yeterliliğinde önemli rol oynamaktadır. Sağlayıcıların özelliklerine ve dağıtım sisteminin dinamiklerine ek olarak, nüfusun hizmetlere olan talebi de işgücünün yeterliliğini etkileyecektir. Nüfus arttıkça, ortalama yaş artmaktadır. Bu durumda daha fazla kronik hastalık gelişmekte ve hasta bakımına olan talep de artmaktadır. Hizmetlere olan talep aynı zamanda ekonomik büyümeden ve sağlık hizmetlerine ayrılan para miktarından da etkilenmektedir.

3. Aşama: Ölüm, emeklilik, işten çıkarma veya sakatlık nedeniyle hizmet sağlayıcıların kaybı ve işten ayrılmasıdır. İşgücü modelinin son kısmı olan bu aşamada hizmet sağlayıcıların iş faaliyetlerinden uzaklaştırılmasıyla ilgilidir. Sağlayıcılar çalışmayı bırakabilir, yarı zamanlı çalışmayı tercih edebilir, başka eyaletlere veya ülkelere göç edebilir, sakat kalabilir ya da ölebilir. Kaynakların kısıtlı olduğu bir ortamda halkın artan sağlık ihtiyaçlarını karşılarken aynı zamanda yüksek kalitede sağlık bakımını sürdürmek ve hasta güvenliğini sağlamak için yeterlisayıda sağlık hizmeti sağlayıcısını eğitmek gerekmektedir.

Aşağıdaki tabloda; diğer sağlık göstergeleri kapsamında çalışmada yer alan ülkelerin 1000 kişi başına düşen hastane yatak sayıları, hemşire ebe sayıları ve hekim sayıları yer almaktadır.

Tablo 5'te yer alan verilere göre 2015 yılında 1000 kişi başına düşen hastane yatağının en yüksek olduğu ülke 13,17 ile Japonya'dır. Japonya aynı zamanda 83,79 ile 1000 kişi başına düşen hemşire ebe sayısının da en yüksek olduğu ülkedir. 1000 kişi başına düşen hekim sayısının en yüksek olduğu ülke ise 18,63 ile Finlandiya'dır. Türkiye sırasıyla 2,68; 2,59; 1,77 ile 1000 kişi başına düşen hastane yatağının, hemşire ebe sayısının, hekim sayısının en düşük olduğu ülkedir.

Tablo 5: En Yaşlı Nüfusa Sahip Ülkelerin ve Türkiye'nin 1000 Kişi Başına Hemşire-Ebe, Hekim ve Yatak Sayıları (2000-2015)

ÜLKELER		2000	2005	2010	2015
Monako	Hastane yatakları (1.000 kişi başına)	*	*	*	*
	Hemşire ve ebeler (1.000 kişi başına)	*	*	*	*
	Hekimler (1.000 kişi başına)	*	*	*	*
Japonya	Hastane yatakları (1.000 kişi başına)	14,69	14,08	13,51	13,17
	Hemşire ve ebeler (1.000 kişi başına)	81,08	81,96	82,84	83,79
	Hekimler (1.000 kişi başına)	1,94	*	2,21	*
İtalya	Hastane yatakları (1.000 kişi başına)	4,71	4,04	3,64	3,20
	Hemşire ve ebeler (1.000 kişi başına)	5,74	5,22	5,47	5,75
	Hekimler (1.000 kişi başına)	3,44	3,71	3,78	3,87
Finlandiya	Hastane yatakları (1.000 kişi başına)	7,54	7,05	5,85	4,35
	Hemşire ve ebeler (1.000 kişi başına)	16,96	11,19	12,37	13,35
	Hekimler (1.000 kişi başına)	21,63	19,58	18,80	18,63
Portekiz	Hastane yatakları (1.000 kişi başına)	3,71	3,56	3,37	3,37
	Hemşire ve ebeler (1.000 kişi başına)	76,31	78,07	79,03	81,12
	Hekimler (1.000 kişi başına)	3,20	3,50	3,98	4,75
Yunanistan	Hastane yatakları (1.000 kişi başına)	4,77	4,78	4,48	4,25
	Hemşire ve ebeler (1.000 kişi başına)	2,90	3,53	3,71	3,45
	Hekimler (1.000 kişi başına)	..	5,00	5,80	5,91
Almanya	Hastane yatakları (1.000 kişi başına)	9,12	8,47	8,25	8,13
	Hemşire ve ebeler (1.000 kişi başına)	8,85	9,56	10,18	10,95
	Hekimler (1.000 kişi başına)	3,27	3,45	3,73	4,12

Bulgaristan	Hastane yatakları (1.000 kişi başına)	7,41	6,41	6,62	7,24
	Hemşire ve ebeler (1.000 kişi başına)	4,40	4,44	4,61	4,74
	Hekimler (1.000 kişi başına)	3,40	3,61	3,68	3,97
Hırvatistan	Hastane yatakları (1.000 kişi başına)	6,15	5,45	5,78	5,56
	Hemşire ve ebeler (1.000 kişi başına)	4,87	5,19	5,72	6,16
	Hekimler (1.000 kişi başına)	2,30	2,51	2,82	3,16
Letonya	Hastane yatakları (1.000 kişi başına)	8,77	7,90	5,68	5,69
	Hemşire ve ebeler (1.000 kişi başına)	4,73	5,22	5,20	4,85
	Hekimler (1.000 kişi başına)	2,85	2,97	3,10	3,18
Türkiye	Hastane yatakları (1.000 kişi başına)	2,10	2,50	2,74	2,68
	Hemşire ve ebeler (1.000 kişi başına)	1,73	1,77	2,26	2,59
	Hekimler (1.000 kişi başına)	1,33	1,47	1,69	1,77

Kaynak: World Bank'tan elde edilen veriler yazar tarafından derlenmiştir

SONUÇ

Tüm dünyada yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır. Genel olarak yaşlı nüfus oranındaki artış, sağlık harcamalarındaki artışı da beraberinde getirmektedir. Sağlık harcamalarındaki artışın yapısı da hükümetlerin izlediği sağlık politikalarıyla yakından ilgilidir.

Birleşmiş Milletler'in yaptığı dünya nüfus tahminlerine göre; ülkelerin toplam nüfusları içerisindeki 65 ve üzeri yaştaki yaşlı nüfus oranları incelendiğinde, 2022 yılında en yüksek yaşlı nüfus oranına sahip 10 ülke sırasıyla; Monako, Japonya, İtalya, Finlandiya, Portekiz, Yunanistan, Almanya, Bulgaristan, Hırvatistan ve Letonya'dır. Bu ülkelerden toplam nüfusları içindeki 65 ve daha yukarı yaştaki yaşlı nüfus oranı en yüksek olan ülke % 35,9 ile Monako'dur.

Araştırma kapsamında yer alan ülkelerin doğumda beklenen yaşam süreleri, 65 yaş ve üzeri nüfusları, sağlık harcamaları ve diğer sağlık göstergeleri incelendiğinde; 2021 yılında doğumda beklenen yaşam süresinin en fazla olduğu ülkenin 84,45 ile Japonya, en düşük olduğu ülkenin ise 76,03 ile Türkiye olduğu görülmektedir. 2021 yılında 65 yaş ve üzeri nüfusun, toplam nüfus içerisindeki payının en yüksek olduğu ülke %35,92 ile Monako, en düşük olan ülke %8,38 ile Türkiye'dir.

2020 yılı verilerine göre; GSYİH içerisinde cari sağlık harcamalarının payının en yüksek olduğu ülke %12,82 ile Almanya'dır. Kişi başı cari sağlık harcamasının en yüksek olduğu ülke 4726 dolar ile Finlandiya'dır. Yunanistan'da kişi başı cari sağlık harcamaları 1675 dolar iken, yurt içi özel sağlık harcamalarının payı 768 dolar, yani % 46 ya yakın bir oranla yurt içi özel sağlık harcamalarının payının en yüksek olduğu ülkedir. Genel devlet sağlık harcamalarının payı diğer ülkelere göre çok daha azdır. Mevcut sağlık harcamaları içerisinde cepten yapılan harcamaların payının en yüksek olduğu ülke ise % 36,58 ile Bulgaristan'dır.

Sağlık göstergeleri incelendiğinde; 2015 yılında 1000 kişi başına düşen hastane yatağının en yüksek olduğu ülke 13,17 ile Japonya'dır. Japonya aynı zamanda 83,79 ile 1000 kişi başına düşen hemşire ebe sayısının da en yüksek olduğu ülkedir. 1000 kişi başına düşen hekim sayısının en yüksek olduğu ülke ise 18,63 ile Finlandiya'dır. Türkiye sırasıyla 2,68; 2,59; 1,77 ile 1000 kişi başına düşen hastane yatağının, hemşire ebe sayısının ve hekim sayısının en düşük olduğu ülkedir.

Sağlık harcamalarının yapısı, ülkelerin benimsediği finansman sistemiyle çok yakından ilgilidir. Dolayısıyla araştırma kapsamında yer alan ülkelerin benimsediği finansman sistemi ve sağlık politikası yaşlı nüfus ile sağlık harcaması arasındaki ilişkiyi etkilemektedir. Ayrıca, yaşlıların aktif olarak yaşama dahil olmaları yaşlıların yaşam memnuniyetini arttırdığı ve sosyal güvenlik üzerindeki baskıyı azaltması nedeniyle, ülkeler bunu sağlayacak politikalar geliştirmelidir (Aysan ve Yüce, 2023).

Yaşlanma hayatın doğal döngüsü içerisinde yer almakta olup, yaşlıları ekonomik ve politik sistemlerden bağımsız, müstakil bir azınlık olarak ele almak ve onların yaşlanma veya emekliliğe bireysel uyum sağlama konusundaki sorunlarını ele almak yeterli olmamaktadır. Yaşlı işçiler, sermaye veya sermaye kurumları tarafından ihtiyaç duyulmadığında, emeklilikleri ödenmekte ve sıklıkla işgücünden zamanından önce çekilmeleri teşvik edilmekte ve onların beceri, kabiliyet ve bilgileri “modası geçmiş”, “üretken olmayan” ve “verimsiz” gibi aşağılayıcı terimlerle göz ardı edilmektedir (Walker, 1981). Kaldı ki bir diğer önemli husus, ülkeler arasında emeklilik yaşında büyük farklılıkların olmasıdır. 22 yaşından itibaren kesintisiz çalışmanın ardından 2020 yılında emekli olan bir birey için emeklilik yaşı Almanya'da, 65,7, Portekiz'de 65,3, Japonya ve Finlandiya'da 65, İtalya ve Yunanistan'da 62, Türkiye'de kadınlar için 49, erkekler için 52'dir (Aysan ve Yüce, 2023). Yaşlıların emekli olmalarına rağmen kendilerine uygun farklı işlerde çalışmalarının sağlanmasına yönelik politikaların benimsenmesi yaşlıların yaşama dair umudunu ve memnuniyetini arttıracaktır.

Yaşlı bakımında robotlardan yararlanılması son yıllarda gündemde olan bir durumdur. Japonya ve Finlandiya için yapılan bir çalışmada yaşlıların uzun süreli bakımında, yataktan sandalyeye geçerken, yıkanırken, giyinirken ve tuvaleti kullanırken robot kullanımına bakış açısı değerlendirilmiş ve genel olarak Japon bakım personelinin, robotların kullanılabilirliğini Finli meslektaşlarına göre daha olumlu değerlendirdiği belirlenmiştir. Ayrıca, Japon bakım personeli, bakım robotlarının kullanıma sunulmasının yaşlılarda yalnızlığı arttıracığı konusunda daha az endişe duymaktadır. Finli bakım personeli, bakım robotlarının fiziksel bakım sağlamadaki kullanılabilirliğine, kaygı veya yalnızlığı giderme potansiyeline güvenmemektedir. Farklı kültürel faktörler ile bakım robotlarına yönelik tutum ve anlayışlar arasındaki ilişkiyi ortaya koymak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç bulunmaktadır. Bakım personeli açısından yaşlı bakımında yeni teknolojiler ve bakım robotları uygulanırken yaşlıların saygı ve bağımsızlığının, sosyal ve kültürel yaşama katılım haklarının dikkate alınması önemli konular arasında yer almaktadır (Coco vd., 2018).

Toplumda yaşlılar arasında gelir eşitsizliğinin olması önemli bir sorundur. Örneğin; İngiltere’de yaşlıların gelir birimleri arasındaki fark Amerika Birleşik Devletleri ve Danimarka’ya göre daha dardır. Ancak gelir düzeyleri daha düşüktür. Bununla birlikte, İngiliz toplumunda yaşlılar arasında, varlıkların farklı mülkiyeti ve gelir hakkı nedeniyle geniş eşitsizlikler bulunmaktadır (Walker, 1981). Gelir eşitsizliği, genel harcamalarının yanında sağlık harcamalarını da etkileyecektir. Bu nedenle toplumda yaşlılar arasında gelir eşitsizliği ve dolayısıyla yoksulluk sorunu özellikle ilgilenilmesi gereken bir durumdur.

Yaşlı sağlığının ve refahının geliştirilmesi amacıyla yaşlılar için rahat edebilecekleri uygun ortamların hazırlanması, evde ya da hastanede sunulacak sağlık bakım hizmetlerinin planlanması, sosyal güvenlik vesosyal koruma gibi kamusal hizmetlerin artırılması ve devletlerin yaşlılara dönük politikalar üretmesi her geçen gün artan yaşlı nüfus üzerinde son derece önemli katkı sağlayacaktır.

Kaynaklar

- Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (2020). Yaşlı nüfus istatistikleri bülteni.
www.aile.gov.tr/media/89041/yasli_nufus_istatistik_bulteni.pdf. (Erişim Tarihi: 02.01.2024).
- Aísa, R., Clemente, J., & Pueyo, F. (2014). The influence of (public) health expenditure on longevity. *International Journal of Public Health*, 59(5), 867-875.
- Akar, S. (2014). Türkiye’de sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının nisbi fiyatı ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21(1), 311-322.
- Arı, H.O. (2018). *Türkiye’de sağlık harcamaları: Ulusal sağlık hesapları sonuçlarının genel değerlendirilmesi 1999-2016*. TUSPE Analiz: 2018/4, TUSPE Yayınları, Ankara.
- Atasever, M. (2014). *Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık harcamalarının analizi 2002-2013 dönemi*. Bakanlık Yayın No: 983, Ankara.
- Atasever, M., Karaca, Z., & Örnek, M. (2017). Türkiye’de sağlık harcamaları analizi. *Sasam Enstitüsü, Analiz, Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi*, Yıl:3, Sayı: 10.
- Aysan, M. F., & Yüce, B. (2023). Yaşlanan nüfus ve yaşlılar. *Marmara Üniversitesi Nüfus ve Sosyal Politikalar Uygulama ve Araştırma Merkezi*. Politika Notları; No 1.
- Boz, C., & Özsarı, S. H. (2020). The causes of aging and relationship between aging and health expenditure: an econometric causality analysis for Turkey. *International Journal Health Planning Management*, 35:162–170
- Breyer, F., Costa-Font, J., & Felder, S. (2010). Ageing, health, and healthcare. *Oxford Review of Economic Policy*, 26(4), 674–690.
- Cattaneo, M.A., & Wolter, S.C. (2009). Are the elderly a threat to educational expenditures?, *Eur. J. Polit. Econ.* 25(1), 225–236.
- Coco, K., Kangasniemi, M., & Rantanen, T. (2018). Care personnel’s attitudes and fears to ward care robots in elderly care: a comparison of data from the care personnel in Finland and Japan. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(6), 634-644.
- Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı (2023). Doğuştaki beklenen yaşam süresi. cevresestergeler.csb.gov.tr/dogusta-beklenen-yasam-suresi-i-85714 (Erişim Tarihi: 28.12.2023).
- Dik, A., Yenice, Z., & Tanlı, S. (2004). Yaşlılarda evde bakım ve yaşam kalitesine katkısı. *Aktüel Tıp Dergisi Geriatri Özel Sayısı*, 9(2-3): 51-53.

- Ergün, U.G.Ö., Bozdemir, N., Uğuz, Ş., Güzel, R., Burgut, R., Saatçı, E., & Akpınar, E. (2003). Adana huzurevinde yaşayan yaşlılar ile aile hekimliği polikliniğine başvuran yaşlıların medikososyal özelliklerinin değerlendirilmesi. *Geriatry*, 6: 89-94.
- Felder, S., Meier, M., & Schmitt, H. (2000). Healthcare expenditure in the last months of life. *Journal of Health Economics*, 19(5), 679-695.
- Getzen, T.E. (1992). Population Aging and the Growth of Health Expenditures. *Journal of Gerontology*, 47(3), 98-104.
- Higgins, I., Der Riet, P. V., Slater, L., & Peek, C. (2007). The negative attitudes of nurses to wards older patients in the acute hospital setting: A qualitative descriptive study. *Contemporary Nurse*, 26(2), 225-237.
- Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. & Schwinger, A. (2020). *Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege-aber woher?* (p. 336). Springer Nature.
- Krieger, T., & Ruhose, J. (2013). Honey, I shrunk the kid's benefits-revisiting inter generational conflict in OECD countries. *Public Choice*, 157(1), 115-143.
- Konca, M., Balçık, P. Y., & Biçer, İ. (2021). Yaşlı nüfus ile sağlık harcamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi: Panel veriye dayalı bir uygulama. *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (26), 314-324.
- Lee, R., & Miller, T. (2002). An Approach to forecasting health expenditures, with application to the U.S. Medicare System. *Health Services Research*. 37(5), 1365- 1386.
- Martín, J. J. M., Puerto Lopez del Amo Gonzalez, M., & Dolores Cano Garcia, M. (2011). Review of the literature on the determinants of healthcare expenditure. *Applied Economics*, 43(1), 19-46.
- Moscone, F., & Tosetti, E. (2010). Healthcare expenditures and income in the united states. *Health Economics*, 19(12), 1385-1403.
- Özgen H. (2007). Sağlık hizmetleri finansmanında cepten harcama: Nedir? Neden Önemlidir? *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 10(2):201-228.
- Sağlık Bakanlığı (2021). *Türkiye sağlıkla yaşlanma eylem planı ve uygulama programı 2021-2026*. Yayın No:1242, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2022). Sağlık istatistikleri yılı 2020, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1240, Ankara
- Sanz, I. & Velazquez, F. (2007). The role of ageing in the growth of government and social welfare spending in the OECD. *Eur. J. Polit. Econ*, 23(1), 917-931.
- Sarı, M. (2023). Türkiye ve Küba'nın sağlık göstergelerinin karşılaştırılması. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(2), 377-383.

- Seshamani, M., & Gray, A. (2004). A longitudinal study of the effects of age and time to death on hospital costs. *Journal of Health Economics*, 23(1), 217-235.
- Sklar, D. P. (2013). How many doctors will we need? A special issue on the physician workforce. *Academic Medicine*, 88(12), 1785-1787.
- Takata, H., Nagata, H., Nogawa, H., & Tanaka, H. (2011). The current short age and future surplus of doctors: a projection of the future growth of the Japanese medical work force. *Human resources for health*, 9, 1-7.
- Troen, B. R. (2003). The biology of aging. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 70(1), 3-22.
- TÜİK (2020). Hayat tabloları, 2017-2019. tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hayat-Tabloları-2017-2019-33711 (Erişim Tarihi: 04.01.2024).
- TÜİK (2022). Sağlık harcamaları istatistikleri, 2022. tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamaları-Istatistikleri-2022-49676 (Erişim Tarihi: 04.01.2024).
- TÜİK (2023). tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dunya-Nufus-Gunu-2023-49688 (Erişim Tarihi: 02.01.2024).
- Urry, H. L., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation in old age. *Current Directions in Psychological Science*, 19 (6), 352-357.
- Vanderstegen, T., Marneffe, W., Cleemput, I., & Vereeck, L. (2015). The impact of no-fault compensation on healthcare expenditures: An empirical study of OECD countries. *Health Policy*, 119(3), 367-374.
- Walker, A. (1981). Towards a political economy of old age. *Ageing & Society*, 1(1), 73-94.
- World Bank (2024). databank.worldbank.org/source/world-development-indicators# (Erişim Tarihi: 03.01.2024).
- Yang, Z., Norton, E. C., & Stearns, S. C. (2003). Longevity and healthcare expenditures: the real reasons older people spend more. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(1), 2- 10.
- Zweifel, P., Felder, S., & Meiers, O. G. (1999). Ageing of population and health expenditure: a redherring. *Health Economics*, 8(1), 485-496.