

---

---

## D-8 ÜLKELERİNİN SAĞLIK HARCAMALARI BAKIMINDAN KARŞILAŞTIRILMASI: BETİMSSEL BİR ANALİZ

---

---

Hacı Hayrettin Tıraş\*  
Hüseyin Ağır\*\*

---

---

### ÖZET

Sağlık harcamaları ve bu harcamalardan etkilenen demografik göstergeler, beşeri sermayeye olan katkılarından ötürü, ekonomik gelişmişliği etkileyen ve bunun açıklanmasında önemli olan parametreler olarak kabul edilmektedirler. Türkiye’de son yıllarda başlatılan sağlıkta reform ve sağlıkta dönüşüm programları, sağlık göstergeleri ile demografik göstergelerin iyileştigiğine işaret etmektedir. Bu yüzden karşılaştırmalı bir durum tespiti yapılması önem arz etmektedir.

Bu çalışma, daha önce incelenmeyen Türkiye’nin de içinde olduğu D-8 grubu ülkeleri örneğinde, sağlık harcama çeşitleri ve bazı önemli demografik göstergeler açısından bir karşılaştırma yapmayı amaçlamaktadır. Çalışmada, seçilmiş bazı yıllar için ilgili literatürün kullandığı sağlık ve demografik göstergeler aracılığıyla ve betimsel olarak bir karşılaştırma yapılmaktadır. Sonuç olarak Türkiye’nin, genel olarak D-8 ülkelerinden daha iyi ve grup ortalamasının bir hayli üstünde değerlere sahip olduğu anlaşılmaktadır. Ayrıca sağlık harcamalarının demografik göstergeleri olumlu etkilediği sonucuna ulaşılmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Harcama Çeşitleri, Demografik Göstergeler, D-8 Ülkeleri

### COMPARASION OF D-8 COUNTRIES BY HEALTHCARE SPENDING: A DESCRIPTIVE ANALYSIS

### ABSTRACT

Healthcare spending and demographic indicators which are affected by healthcare spending, due to their contribution to human capital, are accepted as parameters that affect economic development and place an important role in the explanation of economic development. Healthcare reform and Health Transformation Programmes that was initiated in Turkey during the last few years point to improvements in healthcare and demographic indicators. Hence, a comparative assessment becomes important.

---

\*Doktora Adayı, KSÜ, SBE, İktisat Anabilim Dalı, hhayrettintiras@hotmail.com

\*\*Doç. Dr., KSÜ, İİBF, İktisat Bölümü, Kahramanmaraş, huseyinagir@hotmail.com

This study aims to compare healthcare spending types and some important demographic indicators across the countries in the D-8 Group which had not been researched on before and also includes Turkey. This study makes a descriptive comparison for the period analyzed by using healthcare and demographic indicators that had been used in the literature. Our research concludes that Turkey has indicators that, in general, are better than D-8 Group of countries, and well above the Group average. We also conclude that healthcare spending has a positive impact on demographic indicators.

**Key words:** Healthcare Spending Types, Demographic Indicators, D-8 Countries

## 1. GİRİŞ

Ülkelerin gelişmişlik seviyelerini belirleyen göstergeler arasında eğitim ve sağlık göstergeleri önemli bir yer tutmaktadır. Bir ekonominin gelişme ve ekonomik büyüme hedeflerini gerçekleştirebilmesinin çoğunlukla çalışan ve üreten sağlıklı bir nüfusa sahip olmasına bağlı olduğu ifade edilmektedir (Koç, 2014: 1). Hiç kuşkusuz, üretimi gerçekleştiren işgücünün verimliliği sunulan sağlık hizmetleri ile yakından ilişkilidir. Sağlık hizmetleri ise ülke ekonomilerinin önemli bir parçası ve büyük bir hizmet sektörü olarak kabul edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin en önemli ekonomik özelliklerinden birisi, hem hizmeti alan bireye hem de bireyin çevresi ile birlikte tüm topluma pozitif dışsallık yaymasıdır.

Eğitim ve sağlık harcamalarının işgücü kalitesini artırdığı ve beşeri sermayenin oluşumunda önemli rol oynadığı ileri sürülmektedir (Akın ve Ersoy, 2012: 15). Sağlık ise beşeri sermaye oluşumuna katkı sağlayan önemli bir etken olmanın yanında, emeğin üretken dönemini uzatıp verimliliğini artırarak kalkınmaya katkı sağlayan önemli bir faktör niteliği taşımaktadır (Savaşan ve Çetintaş, 2009: 195). Günümüzde ülkelerin gelişmişlik düzeylerinin belirlenmesinde ekonomik, sosyal ve kültürel etmenlerin yanında sağlık ve demografik göstergeleri de önemli bir yer tutmaktadır.

Sermaye birikimi ve fiziki yatırımları yanında beşeri sermaye unsurları da kalkınmanın önemli dinamikleri olarak görülmektedir (Yalçın ve Çakmak, 2016: 706). Beşeri sermayenin önem kazanması ve yeni büyüme teorilerinin geliştirilmesi ile birlikte beşeri sermaye içerisinde sağlığın önemi artmıştır. Öyle ki politika yapıcılar, sağlık alanına yapılan harcamaları ülke için yapılan en karlı ikinci yatırım olarak görmeye başlamışlardır (Uçan ve Atay, 2016: 220). Sağlık harcamaları ve bu harcamalardan etkilenen demografik göstergeler, ekonomik gelişmişliğin temel belirleyicileri olarak kabul edilmektedir.

Sağlık ve demografik göstergeler ülkelerin gelişmişlik düzeylerini ortaya koyan, uluslar arası karşılaştırma yapmaya imkan veren ve dolayısıyla kalkınma ve gelişme adına yapılan plan ve uygulamaların etkinliğini gösteren kavramlardır. Kalkınma bu göstergelerle doğrudan ilişkilidir (Hoşgör ve Tansel, 2010: 20). Çeşitli göstergelerle de bu etkileşimin sonucu ölçülmeye çalışılmaktadır. Özellikle 1990'lardan itibaren uygulanan sağlık politikaları ve sağlık sistemlerinin etkinliğinin değerlendirilmesi ve toplumun sağlık düzeyinin ölçülmesi amacıyla, akademisyenler, çeşitli ulusal ve uluslar arası kuruluşlar ve referans gruplar tarafından pek çok gösterge geliştirilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise 2013 yılında başlattığı çalışma ile toplumun önceliği olacağını düşündüğü 100 temel gösterge belirlemiştir.

Daha çok gelişmiş ülkeler için yapılan çalışmalarda sıkça kullanılan bu göstergeler olarak: genç, yaşlı ve toplam bağımlı nüfus oranları, kaba doğum ve ölüm hızı, toplam doğurganlık hızı, nüfus artış hızı, anne ölüm hızı, yeni doğan, bebek ve 5 yaş altı ölüm hızları, 15-59 yaş arası ölüm hızı, doğuşta beklenen sağlıklı yıl kaybı, doğuşta yaşam beklentisi, kişi başı GSYİH, kişi başı sağlık harcaması, sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı, sağlık harcamasının yıllık büyüme oranı, genel yönetim sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranı, sağlık harcaması içerisindeki kamu harcamasının oranı, özel sağlık harcamalarının sağlık harcamaları içerisindeki oranı, sağlık harcamaları içinde özel sektörün payı, kamu harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının payı, sağlık harcamaları içinde dış kaynakların payı, kamu sağlık harcamaları içinde sosyal güvenlik harcamalarının payı, sağlık harcaması içerisinde ilaç harcamaları oranı, 15 yaş ve üzeri tütün ve alkol tüketim oranı, hasta yatağı, doktor, hemşire sayısı, tıp mezunları sayısı, MRI cihazı sayısı, kanser sebebiyle ölüm sayısı, tüberküloz görülme sıklığı, görülmektedir (Sığırlı vd., 2006; Vehid, 2000; Ersöz 2008; Öz vd., 2009; Ersöz 2009; Şahingöz ve Şahingöz, 2012; Daştan ve Çetinkaya, 2015; Başol ve Işık, 2015; Boz ve Sur, 2016; Songur, 2016; Ertaş ve Atık, 2016a; 2016b; Köksal vd., 2016; Balçık ve Nangır, 2016).

İlgili literatür incelendiğinde çalışmaların daha çok gelişmiş ülke örnekleri üzerine olduğu dahası Türkiye'nin içinde olduğu karşılaştırmalı örneklerin ise, Türkiye ve AB; Türkiye ve OECD ülkeleri vb. gibi gelişmiş ülkelerle karşılaştırma yapılan çalışmalardan oluştuğu anlaşılmaktadır. Bu çalışma ise bunlardan farklı olarak, literatürde sıklıkla kullanılan sağlık ve demografik göstergeler yardımıyla D-8 ülkeleri (Türkiye, İran, Pakistan, Bangladeş, Malezya, Endonezya, Mısır ve Nijerya) arasında bir karşılaştırmayla durum tespiti yapmayı amaçlamaktadır. Kullanılan göstergeler Dünya Bankası veri tabanının WDI istatistiklerinden elde edilmiştir.

## 2. KAVRAMSAL TARTIŞMALAR

Bir ülkenin gelişmişlik seviyesi hakkında bilgi edinilebilmesi ve ülkelerarası karşılaştırmaların yapılabilmesi için objektif, standart ve niceliksel göstergelere ihtiyaç duyulmaktadır (Alptekin ve Yeşilaydın, 2015: 138). Sağlık ve demografik göstergeler bu türden göstergeler olarak nitelendirilmekte ve toplumların sağlık düzeyini yansıtmaktadır. Temel sağlık hizmetleri politikalarının belirlenmesi, sağlık harcamalarının etkinliği ve sağlık sisteminin performansının değerlendirilmesinde temel sağlık göstergeleri yaygın olarak kullanılmaktadır (Arslanhan, 2010: 2; Alptekin ve Yeşilaydın, 2015: 138; Vehid, 2000: 100-101). Kalkınma, toplumun sağlık ve demografik yapısı ile doğrudan ilişkili bir kavramdır. Ülkelerin gelişmişlik düzeylerinin ortaya konulması, ülkelerarası karşılaştırmalar yapılabilmesi, kalkınma ve gelişmişlik adına yapılan plan ve uygulamaların etkinliğinin belirlenebilmesi açısından sağlık ve demografik göstergeler önem arz etmektedir (Hoşgör ve Tansel, 2010: 20; Akın ve Ersoy, 2012: 23).

Bir toplumun demografik özellikleri, o toplumun nüfusu ile sağlık bakımı arasında gelişen ilişkinin hem belirleyicisi hem de sonucu

konumundadır. Dolayısıyla toplumun sağlık düzeyi ve sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı onun demografik yapısında kendini göstermektedir (Hoşgör ve Tansel, 2010: 110). Örneğin; bir toplumdaki nüfus yapısına göre ölüm oranlarının ve sık görülen hastalıkların belirlenmesi, toplumun nüfus yapısı hakkında bilgi verirken aynı zamanda toplumun sağlık düzeyi ve ihtiyaç duyulan sağlık hizmetini de belirlemektedir.

İlgili literatürden elde edilen ve bu çalışmada karşılaştırma yapılmada kullanılacak olan değişkenler hakkında genel bir bilgi aktarımında bulunulması önem arz etmektedir. Buna göre, temel sağlık göstergelerinin en önemlilerinden birisi olarak sağlık harcamaları değişkeni kullanılmaktadır. Sağlık harcamaları, toplumun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerinin sağlanması amacıyla yapılan tüm faaliyetlerin bedellerinin karşılanması için yapılan bireysel ve toplumsal harcamaların tümünden oluşmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2006: Xii). Sağlık harcamalarını ve dolayısıyla sağlıkla ilgili çeşitli çıktıları etkileyen en önemli faktörler, ülkelerin sağlık sistemleri ve bu sistemlerin sahip olduğu özelliklerdir. Sağlık hizmetlerinin sunumu yanında sağlık harcamalarının finansmanının karşılanması yöntemleri de önemlidir (Daştan ve Çetinkaya, 2015: 105). Sağlık harcamaları içerisinde kimin ne kadar ödemede bulunduğu belirlenmesi, sosyal devlet anlayışı içinde devletin sorumluluklarını ne kadar yerine getirdiğinin bilinmesi açısından da önem taşımaktadır. Ayrıca, bireylerin fakirliğini artırmada önemi tartışılan cepten yapılan sağlık harcamalarının (Xu, vd., 2003: 111-117; Xu, vd., 2005: 4; WHO, 2002: 186; Carrin vd., 2005: 5) hangi boyutta olduğu ve kimlerin daha fazla cepten sağlık harcaması yaptığı da önemli konular arasındadır.

Bir ülkenin sağlık harcama düzeyi ile gelir düzeyi arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır. Gelir düzeyi artan ülkeler sağlık hizmetlerine daha fazla harcama yapma eğilimine sahiptirler (Çelik, 2011: 68; Khanolkar vd., 2016: 35). Gelir artışı ile birlikte sağlık harcamalarının artması; daha iyi beslenme imkanları ve sağlık koşullarını iyileştirmektedir. Tıp teknolojisindeki ve sağlık arzındaki olumlu gelişmelere paralel olarak doğum oranları, ölüm oranları, bebek ölüm oranları, nüfus artış hızı, doğuştan beklenen yaşam süresi, şehirleşme vb. gibi birçok değişkeni olumlu etkileyerek beklentileri artırmaktadır. Örneğin, bireylerdeki uzun yaşam beklentisi özel sermaye birikimini artırarak büyümeyi etkilemektedir (Yaylalı ve Lebe, 2011: 34; Yardımcıoğlu, 2012: 33).

Kişi başı sağlık harcaması; bir yıl içinde sağlık için harcanan toplam para miktarının nüfusa oranı şeklinde ifade edilmektedir. Kamu sağlık harcamaları, sağlık hizmetlerinin finansmanı amacıyla sosyal güvenlik kurumları, merkezi yönetim kurumları, yerel yönetimler ve diğer kamu kurumlarının yaptığı sağlık harcamalarının toplamından oluşmakta ve toplam sağlık harcamaları içerisinde kamunun yapmış olduğu harcama miktarını göstermektedir (WHO, 2015; Sağlık Bakanlığı, 2006; Atasever, 2014: 16). Özel sağlık harcamaları ise genel olarak kamunun yaptığı sağlık harcamaları dışında yapılan tüm sağlık harcamalarını kapsamaktadır. Cepten yapılan sağlık harcamaları ise, hane halkları tarafından doğrudan yapılan harcamalar olarak ifade edilmektedir. Diğer bir açıdan, sağlık hizmetleri talebinde bulunanların almış oldukları hizmetlerin bedelinin doğrudan kendilerinin karşıladığı harcamalar olarak adlandırılmaktadır (WHO, 2015; Atasever, 2014: 17).

Bir ülkenin sağlık durumunu yansıtan bir diğer gösterge olan ve kişi başına düşen doktor, hemşire, ebe, diş hekimi ve diğer sağlık personelleri olarak ayırım yapılabilen sağlık personeli sayısı, bir toplumda belli bir zamandaki nüfus sayısının aynı zaman süresinde mevcut sağlık personeli sayısına oranı şeklinde açıklanmaktadır. Personel ihtiyacı olan bölgeleri tespit etmek ve bunun için planlama yapmak amacıyla kullanılacak bir gösterge niteliği taşımaktadır. Hastane yatak sayısı ise bir toplumda belli bir zamandaki nüfus sayısının aynı zaman süresinde mevcut hastane yatak sayısına oranını ifade etmektedir (WHO, 2015).

Kaba doğum hızı; bir toplumda belli bir zaman sürecinde meydana gelen canlı doğum sayısının aynı toplumun aynı süre içindeki nüfus sayısına oranı şeklinde açıklanmaktadır. Kaba doğum hızı ve doğurganlık hızı genellikle sosyo-ekonomik yönden gelişmemiş, ekonomik gücü çok çocuk sahibi olmaya bağlayan, aile planlaması hizmetlerinin yeterince veril(e)mediği veya ulusal politika olarak doğurganlığın teşvik edildiği bölgelerde/toplumlarda daha yüksek olarak beklenmektedir (Hayran, 1998: 33). Kaba ölüm hızı ise, bir toplumda belli bir zaman süresinde meydana gelen toplam ölüm sayısının aynı toplumun aynı süre içindeki nüfus sayısına oranı olarak kabul edilmektedir. Bu gösterge, nüfus projeksiyonlarının yapılması, toplumun eğitim ve sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi, ölüm nedenlerinin belirlenerek çeşitli hastalıklara karşı önleyici veya tedavi edici önlemlerin alınması konusunda önemli bilgiler verebilmektedir (Hayran, 1998: 34; Çelik, 2011: 29-30).

Yenidoğan ölüm hızı, bir yıl içinde 0-28 günlük iken ölen bebek sayısının o yılda doğan toplam canlı bebek sayısına oranı olarak bilinmektedir. Her anlamda gelişmiş ve temel sağlık hizmetlerinin örgütlü olduğu ülkelerde ve bölgelerde gerçekleşen bebek ölümlerinin çoğunun yenidoğan ölümleri olduğu ileri sürülmektedir (Hayran, 1998: 34-35). Bebek ölüm hızı, belli bir zaman periyodunda bir toplumda canlı doğan ve bir yaşını doldurmadan ölen bebeklerin sayısının aynı toplumda aynı süre içindeki canlı doğum sayısına oranı şeklinde ifade edilmektedir. Bir ülkedeki sadece çocuk sağlığı ile ilgili durumu değil; aynı zamanda ülkenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyini de yansıtan önemli bir gösterge niteliğindedir (WHO, 2015; Çelik, 2011: 30-31).

Beş yaş altı ölüm hızı, belli bir zaman periyodunda bir toplumda canlı doğan ve beş yaşını doldurmadan ölen bebeklerin sayısının aynı toplumda aynı süre içindeki canlı doğum sayısına oranı olarak bilinmektedir. Bu gösterge, toplumun sosyo-ekonomik düzeyini yansıtan önemli bir gösterge olarak kabul edilmektedir (WHO, 2015; Akın ve Ersoy, 2012: 44).

Nüfus ve nüfusun büyüme oranı ise belli bir dönemde nüfus büyüklüğünün ortalama yıllık artışıdır. Yıllık nüfus artışı bir ülkenin veya yörenin nüfusunun ne hızda arttığını göstermektedir (Akın ve Ersoy, 2012: 39). Doğuşta yaşam beklentisi, bir toplumda yeni doğan bir kişinin ortalama kaç yıl yaşayabileceğini belirten bir ölçüt olarak bilinmektedir. İnsanların ortalama ömür süresi, büyük ölçüde ülkedeki sağlık hizmetlerinin kalitesi ve bunlardan vatandaşların yararlanabilme imkanlarıyla ilişkilidir. Farklı cinsiyet ve farklı coğrafi bölgelere göre ayrı ayrı da hesaplanabilmektedir (WHO, 2015; Köksal vd., 2016: 206; Akın ve Ersoy, 2012: 38).

### 3. D-8 ÜLKELERİNİN SAĞLIK VE DEMOGRAFİK GÖSTERGELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu bölümde ilgili literatürün sıklıkla kullandığı 24 farklı sağlık harcama ve bu harcamalardan etkilenen demografik göstergeler betimsel olarak değerlendirilmektedir.

**Tablo 1:** Kişibaşı GSYİH (Current \$) (WDI, 2017).

Ülkeler/Yıllar	1995	2000	2005	2010	2015	2016
Bangladeş	320	406	484	758	1.210	1.359
Mısır	944	1.428	1.168	2.602	3.548	3.514
İran	1.592	1.657	3.122	6.273	4.958	4.958*
Malezya	4.328	4.045	5.594	9.071	9.644	9.503
Endonezya	1.026	780	1.261	3.113	3.336	3.570
Nijerya	264	379	808	2.327	2.655	2.178
Pakistan	494	534	711	1.040	1.431	1.468
Türkiye	2.898	4.317	7.384	10.672	10.980	10.788
D-8 Ortalaması	1.483	1.693	2.567	4.482	4.720	4.667

\*2015 verisidir.

Kişibaşına GSYİH göstergesi önemli refah ölçütlerinden birisidir. Yüksek kişibaşı GSYİH yüksek refah düzeyine işaret etmektedir. Tablo 1’de D-8 üyesi ülkelerin kişibaşı GSYİH verileri bulunmaktadır. Buna göre, 1995 yılında D-8 üyesi ülkeler içerisinde en yüksek yıllık kişibaşı GSYİH’ya Malezya, en düşük yıllık kişibaşı GSYİH’ya ise Nijerya’nın sahip olduğu görülmektedir.

Türkiye, 1995 yılında en yüksek yıllık kişibaşı GSYİH açısından ikinci sırada iken, 2016 yılına gelindiğinde 1995 yılındaki yıllık kişibaşı GSYİH’sını yaklaşık 3,7 kat artırarak D-8 ülkeleri içerisinde ilk sıraya yükselmiştir. Üye ülkeler içerisinde Türkiye, Malezya ve İran dışındaki ülkelerin yıllık kişibaşı GSYİH’sı tüm yıllarda D-8 ortalamasının üzerinde iken diğer ülkeler ortalamasının altında kalmıştır. Tabloya göre Türkiye ve Malezya’nın diğer D-8 üyesi ülkelere göre daha yüksek bir refah seviyesine sahip olduğu söylenebilir.

**Tablo 2:** Kişibaşı Yıllık Sağlık Harcaması (\$) (WDI, 2017).

Ülkeler/Yıllar	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Bangladeş	10	9	12	23	25	26	28	31
Mısır	37	78	64	126	139	161	159	178
İran	68	229	178	455	545	511	415	351
Malezya	127	122	183	351	394	422	427	456
Endonezya	20	15	35	86	99	107	106	99
Nijerya	38	17	53	80	93	90	110	118
Pakistan	16	15	22	31	37	33	34	36
Türkiye	96	207	386	566	557	555	588	568
D-8 Ortalaması	51,5	86,6	117	215	236	238	233	229

Yıllık kişibaşı sağlık harcama düzeyi ile gelir arasında önemli bir ilişki bulunmakta ve sağlık harcamalarının artması toplumun sağlık düzeyini olumlu etkilemektedir. Gelir düzeyi yükselen ülkeler sağlığa daha fazla harcama yapma eğilimindedirler. Tablo 2’ye göre, 2014 yılında en fazla kişibaşı sağlık harcaması yapan ülkeler Türkiye, Malezya ve İran olurken, en düşük kişibaşı sağlık harcaması yapan ülkeler Bangladeş, Pakistan ve Endonezya’dır. Ayrıca,

Türkiye, Malezya ve İran dışındaki diğer ülkelerin yıllık kişi başı sağlık harcamaları 229 \$ olan D-8 ülkeleri ortalamasının altında kalmaktadır.

Türkiye’de yıllık kişi başı sağlık harcaması miktarı yıllar itibariyle yavaş ve inişli çıkışlı seyir izlemektedir. Buna rağmen 1995 yılında 96 \$ olan kişi başı sağlık harcaması 2014 yılına kadar altı kat artarak 568 \$’a yükselmiştir. Türkiye, D-8 ülkeleri içerisinde en yüksek kişi başı sağlık harcaması yapan ülke konumundadır. Bu miktar 2014 yılı itibariyle D-8 ortalamasının yaklaşık 2,5 katı, Bangladeş, Pakistan, Endonezya, Nijerya ve Mısır’ın yaptığı yıllık kişi başı sağlık harcamaları toplamından (462 \$) çok daha fazladır. Sağlık harcamalarının artışı toplumun sağlık düzeyini pozitif yönde etkilemektedir.

**Tablo 3:** Toplam Sağlık Harcamaları / GSYİH (%) (WDI, 2017).

Ülkeler/Yıllar	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Bangladeş	3,2	2,3	2,7	3,1	3,2	3,1	2,9	2,8
Mısır	3,5	5,6	5,1	4,8	5,0	5,3	5,5	5,6
İran	3,7	4,5	6,1	8,0	7,1	7,0	6,5	6,9
Malezya	3,0	3,0	3,3	4,0	3,9	4,0	4,0	4,2
Endonezya	2,0	2,0	2,8	2,7	2,7	2,9	2,9	2,8
Nijerya	2,8	2,8	4,1	3,5	3,7	3,3	3,7	3,7
Pakistan	2,5	2,8	2,9	3,0	3,0	2,8	2,7	2,6
Türkiye	2,5	4,9	5,4	5,6	5,3	5,2	5,4	5,4
D-8 Ortalaması	2,9	3,5	4,0	4,3	4,2	4,2	4,2	4,3

Toplam sağlık harcamaları / GSYİH oranı, bir ülkenin GSYİH’sının ne kadarını sağlık harcamalarına ayırdığını göstermektedir. Sağlık harcamalarındaki artış toplumun sağlık düzeyini olumlu etkilemektedir. Buna göre D-8 ülkeleri içerisinde 2014 yılında kişi başı GSYİH’den sağlık harcamalarına en fazla pay ayıran ülkeler sırasıyla İran, Mısır ve Türkiye iken, en düşük pay ayıran ülkeler Pakistan, Bangladeş ve Endonezya olarak sıralanmaktadır. D-8 ülkelerinde GSYİH’den sağlık harcamalarına ayrılan pay 1995 yılından 2014 yılına kadar inişli çıkışlı bir seyir izlerken son dönemlerde bu oranın yakın değerler aldığı görülmektedir.

Toplam sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki oranı D-8 ülkeleri ortalaması 1995 yılında %2,9’dan yaklaşık 1,5 kat artışla 2014 yılında %4,3’e yükselmiştir. Bu oran aynı dönemde Türkiye’de %2,5’ten yaklaşık 2,2 kat artışla 2014 yılında %5,4 olmuştur. Buna göre Türkiye’de sağlık harcamalarının GSYİH oranı diğer D-8 ülkelerinin hepsinden daha hızlı artmaktadır. Bu durum Türkiye’de toplumun sağlık statüsünü ele alınan diğer D-8 ülkelere göre daha hızlı yükseltebilir.

**Tablo 4:** Kamu Sağlık Harcamaları / GSYİH (%) (WDI, 2017).

Ülkeler/Yıllar	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Bangladeş	1,2	0,9	1,0	1,1	1,0	1,0	0,8	0,8
Mısır	1,6	2,2	2,0	1,9	2,0	1,9	2,1	2,2
İran	1,7	1,9	2,3	2,7	2,5	2,7	2,7	2,8
Malezya	1,7	1,7	1,7	2,3	2,1	2,2	2,2	2,3
Endonezya	0,7	0,7	0,8	1,0	1,0	1,1	1,2	1,1
Nijerya	0,7	0,9	1,2	0,9	1,2	1,0	0,9	0,9
Pakistan	0,7	0,6	0,7	1,0	0,9	1,0	1,0	0,9
Türkiye	1,8	3,1	3,7	4,4	4,2	4,1	4,2	4,2
D-8 Ortalaması	1,2	1,5	1,7	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9

Kamu sağlık harcamalarının miktarı milli gelirin ne kadarının sağlık sektörüne ayrıldığına göre görülmesi açısından önem taşımaktadır. Aynı zamanda sağlık harcamalarının ne kadarının kamu veya özel kesim tarafından yapıldığının belirlenmesinde de belirleyici olmaktadır. Buna göre, 1995 yılında GSYİH'dan en fazla kamu sağlık harcaması yapan ülkeler Türkiye, İran ve Malezya'dır. Ele alınan dönemde tüm üye ülkelerde dalgalı bir seyir izleyen kamu sağlık harcamaları / GSYİH oranı, 2014 yılında Bangladeş dışında diğer ülkelerde artışla sonuçlanmıştır. 2014 yılında en fazla kamu sağlık harcaması yapan ülke Türkiye olurken en az harcama Bangladeş'te gerçekleşmiştir.

D-8 ülkeleri ortalaması 1995 yılında %1,2'den, 2014 yılında %1,9'a yükselmiştir. Türkiye'de ise kamu sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki oranı, 1995'ten 2014 yılına kadar diğer ülkelere göre hep yüksek seyretmiş ve 2014 yılında 2,4 katı olarak gerçekleşmiştir. Tablodan da D-8 ülkeleri içerisinde en fazla kamu sağlık harcaması yapan ülkenin Türkiye olduğu görülmektedir.

**Tablo 5:** Toplam Sağlık Harcamaları / Kamu Sağlık Harcamaları (%) (WDI, 2017).

Ülkeler/Yıllar	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Bangladeş	37,2	40,7	36,1	34,3	33,0	32,0	28,1	27,9
Mısır	46,5	40,5	39,2	39,0	39,5	36,1	37,7	38,2
İran	44,8	41,6	38,5	33,5	34,8	38,5	42,1	41,2
Malezya	56,5	55,8	51,4	57,3	54,9	55,2	54,8	55,2
Endonezya	36,2	36,6	28,8	37,7	37,9	39,6	39,4	37,8
Nijerya	23,8	33,5	29,2	26,2	31,2	31,3	23,8	25,1
Pakistan	26,2	21,8	23,5	31,6	30,6	36,9	36,8	35,2
Türkiye	70,3	62,9	67,8	78,6	79,6	79,2	78,5	77,4
D-8 Ortalaması	42,7	41,7	39,3	42,3	42,7	43,6	42,7	42,3

Toplam sağlık harcamaları / kamu sağlık harcamaları oranı sağlık harcamalarının finansman kaynaklarının belirlenmesi açısından önem taşımaktadır. Tablo 5'te toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sağlık harcamalarının oranı görülmektedir. Buna göre, 1995 yılından 2014 yılına 20 yıllık dönemde toplam sağlık harcamaları içerisinde en fazla kamu sağlık harcaması yapan ülkenin Türkiye olduğu görülmektedir. Aynı dönemde en az kamu sağlık harcaması ise Nijerya'da yapılmıştır. Tüm ülkelerde toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sağlık harcamalarının oranı dalgalı bir seyir izlemektedir.



D-8 ülkelerinin ortalaması ise 1995 yılında %42,7 iken 2014 yılında %42,3 olmuştur. Türkiye’de bu oran 1995 yılında D-8 ortalamasının yaklaşık 1,7 katıdır. 2014 yılında ise artarak D-8 ortalamasının yaklaşık 1.8 katına çıkmıştır. Bir ülkede kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranının yüksek olması, sağlık hizmetlerinin daha çok kamu kesimi tarafından karşılandığına ve özel kesimin bu alanda zayıf kaldığına işaret etmektedir. Ayrıca sunulan sağlık hizmetlerinin kamu veya özel ağırlıklarının belirlenmesi açısından da önem taşımaktadır.

**Tablo 6:** Kamu Sağlık Harcamaları / Hükümet Harcamaları (%)(WDI, 2017).

Ülkeler/Yıllar	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Bangladeş	8,4	8,1	7,9	8,3	7,5	6,9	5,5	5,7
Mısır	5,3	7,3	6,1	5,6	6,3	5,8	5,5	5,6
İran	6,2	10,6	9,6	12,7	12,7	17,5	17,5	17,5
Malezya	5,2	5,3	5,3	6,7	6,4	5,7	5,9	6,4
Endonezya	4,9	4,4	4,2	6,1	5,8	6,1	6,0	5,7
Nijerya	6,1	5,9	7,3	5,7	7,4	7,4	6,5	8,2
Pakistan	3,8	3,5	4,3	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7
Türkiye	10,7	9,8	11,3	11,0	11,3	10,8	10,5	10,5
D-8 Ortalaması	6,3	6,9	7,0	7,6	7,8	8,1	7,8	8,0

Hükümet harcamaları içerisinde kamu sağlık harcamalarının oranı devlet eliyle sağlığa yapılan harcama ve yatırımların miktarının görülmesini sağlamaktadır. Tablo 6’ya göre 1995 yılında hükümet harcamaları içerisinde en fazla kamu sağlık harcaması yapan ülkeler Türkiye ve Bangladeş olurken, en düşük Pakistan ve Endonezya’dır. 2014 yılına gelindiğinde hükümet harcamaları içerisinde kamu sağlık harcamalarının oranında Bangladeş ve Türkiye dışındaki ülkelerde yükselmeler olmuştur. Türkiye ve Bangladeş’te ise sırasıyla %0,2’lik ve %2,7’lik bir düşüş yaşanmıştır. Bu oran İran’da 20 yılda hızlı bir yükseliş göstererek 1995’te %6,2’den 2014 yılında %17,5’e çıkmıştır. 2014 yılında hükümet harcamaları içerisinde en fazla kamu sağlık harcaması yapan ülke İran iken en az Pakistan olmuştur.

Hükümet harcamaları içerisinde kamu sağlık harcamalarının oranı bakımından D-8 ülkeleri ortalaması 1995’te %6,3 iken, 2014 yılına kadar bir miktar yükselişle %8,0 olduğu görülmektedir. Türkiye’de ise kamu sağlık harcamalarının hükümet harcamaları içerisindeki oranı 1995-2014 yılları arasında dalgalı bir seyir izlese de D-8 ortalamasının üzerindedir. Aynı zamanda Türkiye, D-8 ülkeleri içerisinde 2014 yılında en fazla kamu sağlık harcaması yapan ikinci ülke konumundadır.

**Tablo 7:** Özel Sağlık Harcamaları / GSYİH (%) (WDI, 2017).

Ülkeler/Yıllar	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Bangladeş	2,0	1,4	1,7	2,0	2,1	2,1	2,1	2,0
Mısır	1,9	3,3	3,1	2,9	3,0	3,4	3,4	3,5
İran	2,1	2,6	3,7	5,3	4,6	4,3	3,8	4,1
Malezya	1,3	1,3	1,6	1,7	1,8	1,8	1,8	1,9
Endonezya	1,2	1,3	2,0	1,7	1,7	1,8	1,8	1,8
Nijerya	2,1	1,9	2,9	2,6	2,5	2,3	2,8	2,7
Pakistan	1,8	2,2	2,2	2,1	2,1	1,7	1,7	1,7
Türkiye	0,7	1,8	1,8	1,2	1,1	1,1	1,2	1,2
D-8 Ortalaması	1,7	2,0	2,4	2,4	2,4	2,3	2,3	2,4

Özel sağlık harcamaları toplam sağlık harcamalarının ne kadarının kamunun yaptığı sağlık harcamaları dışında gerçekleştiğini göstermektedir. Bu aynı zamanda ülkedeki özel sağlık sigortası ve diğer özel sosyal güvenlik kuruluşlarının gelişme durumunun görülmesi açısından da önemlidir. Tablo 7, D-8 ülkelerinde GSYİH içerisinde özel sağlık harcamalarının oranlarını vermektedir. Buna göre 1995 yılında D-8 ülkeleri içerisinde GSYİH içerisinde en fazla özel sağlık harcaması yapılan ülkeler İran ve Nijerya'dır. En düşük ise Türkiye'dir. Ele alınan dönemde Bangladeş dışındaki ülkelerin özel sağlık harcamaları oranında yükselmeler olmuştur. 2014 yılında GSYİH içerisinde en fazla özel sağlık harcaması İran ve Mısır'da gerçekleştirilirken, en az Türkiye'de gerçekleştirilmiştir.

Özel sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki oranı bakımından D-8 ülkeleri ortalaması 1995 yılında %1,7 iken, 20 yılda yaklaşık 1,4 kat artarak 2014 yılında %2,4 olarak gerçekleşmiştir. Türkiye'de ise bu oran 1995 yılında %0,7'den 2014 yılına yaklaşık 1,7 kat artarak %1,2 olarak gerçekleşmiştir. Bu oran, ele alınan dönemde diğer D-8 ülkelerinin altında ve 2014 yılı D-8 ülkeleri ortalamasının yarısı kadardır. Ancak, genel bir değerlendirme ile tüm D-8 üyesi ülkelerde milli gelirin artmasıyla birlikte özel sağlık hizmetlerine olan talepte ve özel sağlık harcamalarında artış olduğu söylenebilir.

**Tablo 8:** Özel Sağlık Harcamaları / Toplam Sağlık Harcamaları (%) (WDI, 2017).

Ülkeler/Yıllar	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Bangladeş	62,2	59,3	63,9	65,7	67,0	68,0	71,9	72,1
Mısır	53,5	59,5	60,8	61,0	59,5	73,9	62,3	61,8
İran	55,2	58,4	61,5	66,5	65,2	61,5	57,9	58,8
Malezya	43,5	44,2	48,6	42,7	45,1	44,8	45,2	44,8
Endonezya	65,8	63,4	71,2	62,3	62,1	60,4	60,6	62,2
Nijerya	76,2	66,5	70,8	73,8	68,8	68,7	76,2	74,9
Pakistan	73,7	78,2	76,5	68,4	69,4	63,1	63,2	64,8
Türkiye	29,7	37,1	32,2	21,4	20,4	20,8	21,5	22,6
D-8 Ortalaması	57,5	58,3	60,7	57,7	57,2	57,7	57,4	57,8

D-8 ülkelerinde toplam sağlık harcamaları içerisinde ne kadar özel sağlık harcaması olduğu tablo 8'de görülmektedir. Buna göre, 1995 yılında D-8 ülkeleri içerisinde en fazla özel sağlık harcaması yapılan ülkeler Nijerya ve Pakistan olurken, en az özel sağlık harcaması yapan ülkeler Türkiye ve

Malezya'dır. D-8 ülkelerinde yıllar itibariyle bu oranlar değişmesine rağmen 2014 yılında en fazla özel sağlık harcaması yapan ülkeler Nijerya ve Bangladeş, en az özel sağlık harcaması yapan ülkeler yine Türkiye ve Malezya olarak sıralanmıştır.

Ele alınan dönemde toplam sağlık harcamaları içerisinde özel sağlık harcamalarının oranı D-8 ülkeleri ortalaması 1995 yılında %57,5'ten 2014 yılında %57,8'e yükselmiştir. Türkiye'de ise 1995 yılında %29,7 olan toplam sağlık harcamaları içerisindeki özel sağlık harcaması payı 2014 yılında %22,6 olmuştur. Bu oran D-8 ortalamasının çok altında ve diğer D-8 ülkelerinin hepsinden düşüktür. Toplam sağlık harcamaları içerisinde özel sağlık harcamalarının oranının düşük olması sağlık hizmetlerinin finansmanının çoğunlukla kamu tarafından karşılandığına işaret etmektedir.

**Tablo 9:** Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları / Özel Sağlık Harcamaları (%) (WDI, 2017).

Ülkeler/Yıllar	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Bangladeş	95,9	97,4	93,8	92,8	91,5	93,0	93,0	92,9
Mısır	89,6	97,6	98,2	95,8	93,7	90,1	90,1	90,1
İran	97,0	96,2	89,2	86,8	85,2	81,3	81,3	81,3
Malezya	75,0	76,3	78,3	76,8	77,8	78,0	79,9	78,8
Endonezya	72,9	72,7	76,7	75,8	76,3	75,1	75,3	75,3
Nijerya	94,6	92,7	95,8	95,7	95,7	95,5	95,8	95,7
Pakistan	97,7	81,5	86,3	88,7	88,6	86,8	86,8	86,8
Türkiye	100,0	74,6	70,8	76,3	75,5	76,3	77,9	78,7
D-8 Ortalaması	90,3	86,1	86,1	86,1	85,5	84,5	85,0	84,9

Cepten yapılan sağlık harcamaları hizmetin ifasıyla birlikte hizmetin bedelinin hizmeti alan tarafından karşılandığını ifade etmektedir. Tablo 9'da D-8 üyesi ülkeler ve Türkiye'de özel sağlık harcamalarının ne kadarının hizmetin ifasıyla birlikte hane halkı tarafından peşin olarak ödendiğini göstermektedir. Buna göre 1995 yılında Türkiye'de özel sağlık harcamalarının tamamı cepten ödenirken bu oranın en düşük olduğu ülkeler Endonezya ve Malezya olarak sıralanmaktadır. Zamanla D-8 üyesi ülkelerde ve Türkiye'de özel sağlık harcamaları içerisinde cepten yapılan ödemelerin miktarında değişimler olmuştur. 1995 yılından 2014 yılına gelindiğinde özel sağlık harcamaları içerisinde en yüksek oranda cepten ödemelerin gerçekleştirildiği ülkeler Nijerya ve Bangladeş olurken, Endonezya ve Türkiye en düşük orana sahiptir. D-8 ortalaması 1995 yılında %90,3 iken 2014 yılına kadar bir miktar düşüşle %84,9 olmuştur. Türkiye'de ise bu oran 1995 yılında %100 iken 2014 yılında %78,7 olarak gerçekleşmiştir.

Genel olarak bakıldığında kişi başı gelir bakımından daha düşük değere sahip olan ülkelerde özel sağlık harcamalarının cepten yapılma oranının yükseldiği, geliri nispeten yüksek olan ülkelerde ise bu oranın düştüğü gözlemlenmektedir. D-8 ülkelerinde kişi başı gelirin yükselmesi ve ülke kalkınmasının, zamanla sağlık harcamalarının ödeme ve finansman biçimlerini (özel sigorta, özel sağlık şirketleri, özel hayat sigortası gibi) değiştirerek özel sağlık harcamaları içerisinde cepten yapılan sağlık harcamalarının oranını düşürücü yönde etkilediği söylenebilir.

**Tablo 10:** Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları / Toplam Sağlık Harcamaları (%) (WDI, 2017).

Ülkeler/Yıllar	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Bangladeş	60,2	57,8	59,9	61,0	61,3	63,3	66,8	67,0
Mısır	47,9	58,1	59,7	58,4	56,7	57,6	56,1	55,7
İran	53,6	56,2	54,9	57,7	55,6	50,0	47,1	47,8
Malezya	32,6	33,7	38,1	32,8	35,1	34,9	36,1	35,3
Endonezya	46,5	46,0	54,6	47,2	47,4	45,3	45,6	46,9
Nijerya	72,1	61,7	67,9	70,6	65,8	65,6	72,9	71,7
Pakistan	72,1	63,7	66,0	60,6	61,5	54,8	54,9	56,3
Türkiye	29,7	27,6	22,8	16,3	15,4	15,8	16,8	17,8
D-8 Ortalaması	51,8	50,6	53,0	50,6	49,8	48,4	49,5	49,8

D-8 üyesi ülkeler ve Türkiye’de 1995-2014 yılları arasında toplam sağlık harcamaları içerisinde ne kadarının cepten yapıldığı tablo 10’da görülmektedir. Bu oran ülkelerin sağlık harcamalarının finansman kaynaklarının ve sağlık sistemlerinin bilinmesi açısından önemlidir. Buna göre D-8 üyesi ülkeler arasında 1995 yılında toplam sağlık harcamaları içerisinde en fazla cepten ödeme gerçekleştirilen ülkeler Pakistan ve Nijerya olurken, en az cepten ödeme yapılan ülke Türkiye’dir. 1995 yılında D-8 ortalaması %51,8 olarak gerçekleşmiştir. Toplam sağlık harcamaları içerisinde cepten yapılan ödeme oranlarının 1995 yılından 2014 yılına kadar ülkeler bazında farklı seyir izlediği görülmektedir. 2014 yılında D-8 ortalaması %49,8 olarak gerçekleşirken, en yüksek oran Nijerya’da, en düşük oran ise Türkiye’de gerçekleşmiştir.

Türkiye’de ise, 1995 yılında toplam sağlık harcamalarının %29,7’si cepten ödemeler şeklinde olurken, 2014 yılında bu oran yaklaşık %40 oranında bir azalışla %17,8 oranında gerçekleşmiştir. Bu oran D-8 ülkeleri içerisinde en düşük oranı ve ortalamanın yaklaşık %64,3 altındadır. Türkiye’de bu oranın diğer D-8 ülkelerinden düşük olması, devletin sağlık harcamalarını gerçekleştirirken toplumun sağlık düzeyini yükseltmek amacıyla sosyal devlet anlayışı çerçevesinde hareket ettiğinin bir göstergesi sayılabilir.

**Tablo 11:** 1000 Kişi Başına Düşen Hasta Yatağı Sayısı (WDI, 2017).

Ülkeler/Yıllar	1995	2000	2005	2010	2012
Bangladeş	0,3*	0,3*	0,3	0,6*	0,6*
Mısır	2,1**	2,1***	2,2	1,7	0,5
İran	1,6**	1,6*	1,7	1,7**	0,1
Malezya	2,0	1,8*	1,8	1,8	1,9
Endonezya	0,7*	0,6**	v,y	0,6	0,9
Nijerya	v,y	1,2	0,5*	v,y	v,y
Pakistan	v,y	0,7****	1,2	0,6	0,6
Türkiye	2,5	2,6	2,6	2,5	2,5*

**Not:** v,y; veri yok. 1995 yılına ait veriler; \* 1994 yılı, \*\* 1996 yılı verileridir. 2000 yılına ait veriler; \* 2001 yılı, \*\* 1998 yılı, \*\*\* 1997 yılı, \*\*\*\* 2003 yılı verileridir. 2005 yılına ait veriler; \* 2004 yılı verileridir. 2010 yılına ait veriler; \* 2011 yılı, \*\* 2009 yılı verileridir. 2012 yılına ait veriler; \* 2011 verileridir.

Hastane yatağı sayısı bir ülkedeki vatandaşların sağlık statüsünü belirleyen göstergelerden biridir. Tablo 11’de D-8 üyesi ülkelerin 1990-2012 yılları arasındaki 1000 kişiye düşen hasta yatağı sayıları bulunmaktadır. Tabloya göre D-8 üyesi ülkelerde 1990 yılında 1000 kişiye düşen hasta yatağı sayısı 0,3 ile 2,4 arasında değişmektedir. Türkiye, 1990 yılında D-8 üyesi ülkeler içerisinde en fazla hasta yatağına sahip ülke konumundadır. Tablo 11 incelendiğinde yıllar itibariyle tüm ülkelerde yatak sayılarında değişiklikler olduğu, 2012 yılına gelindiğinde bu değişikliklerin çoğunlukla düşüşle sonuçlandığı anlaşılmaktadır. Ayrıca, 2012 yılında da en fazla yatak sayısının Türkiye’de olduğu görülmektedir.

Tablo 11’den çıkarılabilecek önemli bir sonuç, D-8 üyesi ülkelerde yıllar itibariyle 1000 kişi başına düşen hasta yatağı sayısında önemli oranda düşüşün yaşandığıdır. Ancak bunun sebebi toplumun sağlık statüsünün yükselmesi ile hasta bakımı ve sağlık teknolojisindeki gelişmeler neticesinde hastanede kalma sürelerinin çok kısalması ve hasta yatağına ihtiyacın azalması olabileceği gibi, D-8 ülkelerinde nüfus artış oranlarının hala yüksek seyretmesi ve kalkınmanın hızlandırılması amacıyla yatırımların diğer sektörlere kaydırılması olabilir.

**Tablo 12:** 1000 Kişiye Düşen Doktor, Hemşire ve Ebe Sayıları (WDI, 2017).

Ülkeler/Yıllar	Doktor Sayısı			Hemşire ve Ebe Sayısı	
	2000	2005	2010	2005	2010
Bangladeş	0,2*	0,3	0,3	0,3	0,3
Mısır	2,1	2,4	2,8	3,4	3,5
İran	1,0**	0,9	0,9	1,4	1,4
Malezya	0,7	0,9*	1,2	1,8*	3,3
Endonezya	0,2	0,1**	0,1	0,8**	1,4*
Nijerya	0,3	0,3	0,4	1,6	1,6
Pakistan	0,6	0,8	0,8	0,3	0,6
Türkiye	1,2	1,4	1,6	1,7	2,4**

**Not:** Doktor sayılarına ait verilerde; 2000 yılı verileri; \* 2001 yılı, \*\* 1998 yılı verileridir. 2005 yılı verileri; \* 2008 yılı, \*\*2006 yılı verileridir. Hemşire ve Ebe sayılarına ait verilerde; 2005 yılına ait veriler; \* 2002 yılı, \*\* 2003 yılı verileridir. 2010 yılına ait veriler; \* 2012 yılı, \*\* 2011 yılı verileridir.

Sağlık personellerinin sayısı da ülkenin sağlık durumunu yansıtan ve toplumun sağlık statüsünün belirlenmesinde önemli etkenlerden birisidir. Tablo 12’de D-8 üyesi ülkelerde 1000 kişiye düşen doktor ve hemşire-ebe sayıları görülmektedir. 1000 kişi başına düşen doktor sayısı verileri 2000-2010 yılları arasında kapsamaktadır. D-8 ülkelerinde 1000 kişi başına düşen doktor sayısı gelişmiş ülkelere göre çok düşüktür. 2000 yılında 1000 kişiye düşen doktor sayısı Endonezya ve Bangladeş’te 0,2 iken bu oran Türkiye’de 1,2’dir. Bu oranlar 2000 yılında D-8 ülkelerinde en düşük ve en yüksek oranlardır. Yıllar itibariyle ele alınan ülkelerin doktor sayıları değişmiş, 2010 yılında 1000 kişi başına düşen doktor sayısı Mısır’da 2,8 ve Türkiye’de 1,6 olmuştur. Malezya’da ise bu oran 0,1 olarak gerçekleşmiştir. Türkiye 1000 kişiye düşen doktor sayısı bakımından 2010 yılında D-8 ülkeleri içerisinde ikinci sıradadır. Ülkede 1000

kişi başına düşen doktor sayısının yüksek olması toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesinde önemli bir etkidir.

Tablo 12’de ayrıca D-8 ülkelerinde 1000 kişi başına düşen hemşire-ebe sayıları da görülmektedir. Daha önceki yıllara ait sağlıklı veri bulunamadığından değerlendirme 2005 ve 2010 yılları üzerinden yapılmaktadır. 2005 yılında D-8 ülkeleri içerisinde 1000 kişiye düşen hemşire-ebe sayısı bakımından en yüksek değer Mısır ve Türkiye’ye aittir. En düşük değer ise Bangladeş’tedir. D-8 ülkelerinden Bangladeş, İran, Nijerya ve Mısır’da 1000 kişi başına düşen hemşire-ebe sayıları bakımından 5 yılda önemli bir değişiklik olmamıştır. 2010 yılında da yine en yüksek değer Mısır, Malezya ve Türkiye’de aittir. Türkiye beş yılda 1000 kişi başına düşen hemşire-ebe sayısını yaklaşık %41,2 oranında artırmıştır.

1000 kişiye düşen hemşire-ebe sayıları da 1000 kişiye düşen doktor sayıları gibi toplumun sağlık düzeyinin belirlenmesinde önemli bir göstergedir. Eldeki verilere göre, Türkiye D-8 ülkeleri içerisinde 1000 kişi başına düşen doktor ve hemşire-ebe sayısı bakımından iyi durumda görülse bile diğer gelişmiş ülkelerin çok gerisindedir. Türkiye ve diğer D-8 üyesi ülkelerin bütün vatandaşlarına sağlık hizmetini ulaştırabilmesi, daha kaliteli sağlık hizmeti sunabilmesi ve toplumun sağlık düzeyini yükseltebilmesi için mevcut doktor, hemşire-ebe ve kalifiye sağlık personeli sayısını artırması gerekmektedir.

**Tablo 13:** Kaba Doğum Oranı (1000 Kişibaşına) (WDI, 2017).

Ülkeler/Yıllar	1995	2000	2005	2010	2015
Bangladeş	31,1	27,6	24,2	21,3	19,5
Mısır	27,1	25,0	25,0	27,1	27,3
İran	23,9	18,8	17,8	18,3	17,1
Malezya	26,7	22,5	18,0	16,8	16,8
Endonezya	22,9	21,5	21,5	21,0	19,6
Nijerya	43,3	43,0	42,3	41,1	39,1
Pakistan	36,3	32,0	30,0	30,2	28,8
Türkiye	23,6	21,6	19,5	17,9	16,5
D-8 Ortalaması	29,4	26,5	24,8	24,2	23,1

Tablo 13’e göre D-8 ülkelerinde 1995 yılında kaba doğum oranları oldukça yüksektir. Genellikle sosyo-ekonomik yönden gelişmemiş, ekonomik yönden güçlü olmayı çok çocuk sahibi olmaya bağlayan veya doğurganlığın teşvik edilmesini bir ulusal politika olarak görülen toplumlarda doğurganlık oranının yüksekliği dikkat çekmektedir. Ancak ülkelerin gelişmelerine ve sağlık harcamalarındaki artışlara bağlı olarak zamanla doğurganlık oranlarının da düştüğü görülmektedir. 1995 yılında D-8 ülkeleri içerisinde en yüksek doğum oranına Nijerya, en düşük doğum oranına Endonezya sahiptir. 2015 yılına gelindiğinde ise en yüksek doğum oranına yine Nijerya sahipken, en düşük doğum oranına Türkiye sahiptir.

Kaba doğum oranı bakımından D-8 ortalaması 1995 yılında %29,4 iken Türkiye’de %23,6 olarak gerçekleşmiştir. Türkiye’de yıllar itibarıyla ekonomik gelişim ve sağlık alanında yapılan reform çalışmalarının etkisiyle kaba doğum oranlarında önemli düşüşler sağlanmıştır. 2015 yılında kaba doğum oranı D-8 ortalaması %23,1 iken, Türkiye’de %16,5 olarak

gerçekleşmiştir. Bu oran D-8 ortalamasının altında ve diğer ülkelerin hepsinden daha düşüktür.

**Tablo 14:** Kaba Ölüm Oranı (1000 Kişibaşına) (WDI, 2017).

Ülkeler/Yıllar	1995	2000	2005	2010	2015
Bangladeş	8,3	6,9	6,1	5,7	5,4
Mısır	7,3	6,6	6,5	6,3	6,1
İran	5,4	5,1	5,1	4,9	4,6
Malezya	4,6	4,4	4,5	4,7	5,0
Endonezya	7,3	7,3	7,3	7,2	7,2
Nijerya	18,2	17,6	16,0	14,0	12,7
Pakistan	9,7	8,7	8,2	7,8	7,3
Türkiye	7,2	6,4	5,9	5,8	5,7
D-8 Ortalaması	8,5	7,9	7,6	7,0	6,7

D-8 ülkelerinde ait kaba ölüm oranları tablo 14'te görülmektedir. Tabloya göre 1995 yılında en yüksek ölüm oranı Nijerya'da görülürken en düşük oran Malezya'da görülmektedir. Ancak ülkelerin ekonomik ve sosyal yönden gelişmelerine bağlı olarak zamanla doğum oranlarında olduğu gibi ölüm oranlarının da düştüğü görülmektedir. 2015 yılına gelindiğinde en yüksek ölüm oranına yine Nijerya sahipken, en düşük ölüm oranı İran'da görülmektedir.

Kaba ölüm oranı D-8 ortalaması 1995 yılında 8,5 iken Türkiye'de bu oran 7,2 ve D-8 ortalamasının altındadır. Ancak, zamanla diğer ülkelerde ve Türkiye'de ekonomik ve sosyal alandaki gelişim ve sağlık alanına yapılan yatırımlarla kaba ölüm oranlarında önemli düşüşler sağlanmıştır. 2015 yılında kaba ölüm oranı D-8 ortalaması 6,7 iken, Türkiye'de 5,7 olmuş ve D-8 ortalamasının altına gerçekleşmiştir. Genel olarak bakıldığında ekonomik ve sosyal yönden nispeten daha geri kalmış ülkelerde doğum ve ölüm oranlarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

**Tablo 15:** Yenidoğan Ölüm Oranı (1000 Canlı Doğumda) (WDI, 2017).

Ülkeler/Yıllar	1995	2000	2005	2010	2015
Bangladeş	51,8	42,6	35,5	28,9	23,3
Mısır	26,9	22,3	19	15,5	12,8
İran	22,6	19,2	15,3	11,7	9,5
Malezya	7,1	5,3	4,2	4,3	3,9
Endonezya	26,5	22,3	19,2	16,4	13,5
Nijerya	51,4	48,3	42,7	38,2	34,3
Pakistan	66,4	60,4	53,4	50	45,5
Türkiye	26	20,1	14,5	10,1	7,1
D-8 Ortalaması	34,8	30,1	25,5	21,9	18,7

Tablo 15, D-8 ülkelerinde yıllar itibariyle gerçekleşen yenidoğan ölüm oranlarını vermektedir. Yenidoğan ölüm oranları da toplumun sağlık düzeyi ve sağlık hizmetlerine erişimin belirlenmesi açısından önemli bir göstergedir. D-8 ülkelerinde 1995 yılında en yüksek yenidoğan ölüm oranı Pakistan, Bangladeş ve Nijerya'da gerçekleşirken en düşük Malezya, İran ve Türkiye'de gerçekleşmiştir. Bu dönemde D-8 ortalaması %34,8'dir. Zamanla bu oranlarda

önemli düşüşler sağlanmış olmasına rağmen, 2015 yılında en yüksek yenidoğan ölüm oranı yine Pakistan, Nijerya ve Bangladeş'te gerçekleşmiştir. Bu dönemde D-8 ortalaması %18,7 olarak gerçekleşirken en düşük oranlar Malezya, Türkiye ve İran'da gerçekleşmiştir.

Türkiye, yenidoğan ölüm oranı bakımından 2015 yılı itibariyle %7,1 ile D-8 ortalamasının altında ve D-8 ülkeleri içerisinde ikinci sırada yer almaktadır. Buna göre Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişimin daha kolay ve toplumun sağlık düzeyinin diğer ülkelere göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

**Tablo 16:** Bebek Ölüm Oranı (1000 Canlı Doğumda) (WDI, 2017).

Ülkeler/Yıllar	1995	2000	2005	2010	2015
Bangladeş	81,0	64,4	50,8	39,2	30,7
Mısır	49,4	37,0	29,2	24,3	20,3
İran	36,2	28,6	21,7	16,4	13,4
Malezya	11,5	8,7	7,0	6,8	6,0
Endonezya	50,8	41,1	33,4	27,4	22,8
Nijerya	123,4	112,0	96,6	81,5	69,4
Pakistan	97,1	87,7	80,0	73,5	65,8
Türkiye	43,1	32,1	23,2	16,4	11,6
D-8 Ortalaması	61,6	51,5	42,7	35,7	30,0

Bebek ölüm oranları sosyal refaha duyarlı göstergelerdir ve sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesinde ilk bakılacak göstergelerden birisidir. Bebek ölüm oranı bir yıl içerisinde ölen 0-12 aylık bebek sayısı ile ilgilidir. Temel sağlık hizmetlerinin yeterince sunulmadığı veya ulaşılamadığı, altyapı ve çevre koşullarının yetersiz olduğu yerlerde bebek ölüm oranlarının yüksek olduğu bilinmektedir. Tablo 16, D-8 ülkelerinde seçilmiş çeşitli yıllarda bebek ölüm oranlarını göstermektedir. Buna göre 1995 ve 2015 yıllarında D-8 ülkeleri içerisinde en yüksek bebek ölüm oranının yaşandığı ülkeler; Nijerya, Pakistan ve Bangladeş'tir. Bu ülkelerde bebek ölüm oranı tüm yıllarda D-8 ortalamasının da çok üzerinde seyretmektedir. 1995 ve 2015 yıllarında en düşük oran ise Malezya'ya aittir. Tabloya göre D-8 üyesi ülkelerde zamanla bebek ölüm oranlarının önemli ölçüde düştüğü görülmektedir. 2015 yılına gelindiğinde D-8 ortalaması yaklaşık %51,3'lük düşüşle %30 olarak gerçekleşmiştir. Bu dönemde önemli düşüşler sağlanmasına rağmen, yinede bazı ülkelerde beklenen düşüşler gerçekleşmemiştir.

Türkiye ise bebek ölüm oranları açısından D-8 ülkeleri içerisinde 1995 yılında %43,1 ile en düşük orana sahip üçüncü ülke iken, 2015 yılında %11,6 ile ikinci sıraya gelmiştir. Bu oranla Türkiye, D-8 ortalamasının çok altında ve diğer ülkelere göre çok iyi durumdadır.



**Tablo 17:** Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Oranı (1000 Canlı Doğumda) (WDI, 2017).

Ülkeler/Yıllar	1995	2000	2005	2010	2015
Bangladeş	114,2	88	66,8	49,6	37,6
Mısır	64,6	46,5	35,6	29	24
İran	45,3	34,7	25,7	19,2	15,5
Malezya	13,3	10,2	8,2	8	7
Endonezya	66,7	52,3	41,4	33,1	27,2
Nijerya	207,8	186,8	158,1	130,3	108,8
Pakistan	125,7	112,3	101,2	91,8	81,1
Türkiye	55,2	39,6	27,7	19,1	13,5
D-8 Ortalaması	86,6	71,3	58,1	47,5	39,3

Beş yaş altı çocuk ölüm oranları da bebek ölüm oranları gibi sosyal refaha duyarlı göstergelerdir. Toplumun temel sağlık ihtiyacının karşılanıp karşılanmadığı bu göstergeler vasıtası ile belirlenebilmektedir. Aynı zamanda toplumun sosyo-ekonomik düzeyini yansıtan önemli bir göstergedir. Tablo 17, D-8 ülkelerinde 1995 yılından 2015 yılına kadar olan yirmi yıllık süreçte beş yaş altı çocuk ölüm oranlarını göstermektedir. Buna göre D-8 içerisinde en yüksek oranda beş yaş altı çocuk ölümlerinin yaşandığı ülkeler Nijerya, Pakistan ve Bangladeş olurken, en düşük oran Malezya ve İran'dadır. Bu oran aynı dönemde Türkiye'de %86 olan D-8 ortalamasının altında ve %55,2 olarak gerçekleşmiştir. Yıllar itibariyle artan sağlık harcamalarının etkisi ve toplumun sağlık statüsünün yükselmesiyle birlikte ülkelerdeki beş yaş altı çocuk ölüm oranlarında da önemli düşüşler olmuştur.

2015 yılında beş yaş altı çocuk ölümleri oranı D-8 ülkeleri ortalaması %39,3 olarak gerçekleşirken en yüksek oran yine Nijerya ve Pakistan'da görülmektedir. Nijerya ve Pakistan'da bu oran D-8 ortalamasının çok üzerinde seyretmektedir. En düşük orana sahip ülkeler ise Malezya ve Türkiye'dir. Binde 13,5 oranına sahip olan Türkiye'de beş yaş altı çocuk ölüm oranları D-8 ortalamasının altında ve yaklaşık 1/3'ü kadardır. En düşük orana sahip Malezya ile birlikte Türkiye, İran, Endonezya, Mısır ve Bangladeş'te bu oranlar D-8 ortalamasının altındadır.

**Tablo 18:** Toplam Nüfus (1000 Kişi) (WDI, 2017).

Ülkeler/Yıllar	1995	2000	2005	2010	2015	2016
Bangladeş	118.706	131.581	143.431	152.149	161.200	162.951
Mısır	63.714	69.905	76.778	84.107	93.778	95.688
İran	60.575	66.131	70.421	74.567	79.360	80.277
Malezya	20.495	23.185	25.659	28.112	30.723	31.187
Endonezya	196.957	211.540	226.712	242.524	258.162	261.115
Nijerya	108.011	122.352	138.939	158.578	181.181	185.989
Pakistan	122.829	138.523	153.909	170.560	189.380	193.203
Türkiye	58.486	63.240	67.903	72.326	78.271	79.512
D-8 Toplamı	749.777	826.460	903.755	982.925	1.072.058	1.089.925

Bir ülke nüfusunun miktarının bilinmesi ülkenin ekonomik kapasitesine göre ihtiyaçlarının ve önceliklerinin belirlenerek gerekli planlamaların yapılması açısından önemlidir. Tablo 18, D-8 üyesi ülkelerin

yıllara göre nüfus miktarlarını vermektedir. Buna göre, 1995 yılında D-8 ülkeleri içerisinde en fazla nüfusa Endonezya sahipken en az nüfusa Malezya sahiptir. Türkiye ise 1995 yılında yaklaşık 749.8 milyon olan D-8 toplam nüfusu içerisinde 58.5 milyonluk nüfusa sahiptir. Tabloya göre D-8 ülkelerinin nüfusu hızlı bir şekilde artmaktadır. Yirmi yıl içerisinde D-8 ülkelerinin toplam nüfusu 749.8 milyondan % 45,4'lük bir artışla 2016 yılında yaklaşık 1.090 milyona yükselmiştir. 2016 yılında da D-8 ülkelerinde nüfus bakımından büyüklük sıralaması değişmemiş, Endonezya, Pakistan, Nijerya, Bangladeş, Mısır, İran, Türkiye ve Malezya olarak sıralanmıştır. Türkiye nüfus büyüklüğü bakımından yedinci sırayı almaktadır.

200'ün üzerinde bağımsız ülkenin olduğu dünyamızda, dünya nüfusunun 2016 yılında 7.442 milyon kişi olduğu bilinmektedir. D-8 ülkeleri ise yaklaşık 1.090 milyon kişi ile dünya nüfusunun yaklaşık 1/7'sini oluşturmaktadır. Dünya nüfusunun yaklaşık 1/7'ni barındıran ve gelişmekte olan 8 ülkenin bir araya gelerek çeşitli konularda birlikte hareket etmeye çalışması dünya ekonomik ve sosyal hayatına önemli etkiler yapabilir.

**Tablo 19:** Nüfusun Yıllık Büyüme Oranı (%) (WDI, 2017).

Ülkeler/Yıllar	1995	2000	2005	2010	2015	2016
Bangladeş	2,1	2,0	1,5	1,1	1,1	1,1
Mısır	1,9	1,8	1,8	2,0	2,1	2,0
İran	1,4	1,6	1,1	1,2	1,2	1,1
Malezya	2,5	2,3	1,9	1,8	1,6	1,5
Endonezya	1,5	1,4	1,4	1,3	1,2	1,1
Nijerya	2,5	2,5	2,6	2,7	2,6	2,6
Pakistan	2,5	2,3	2,1	2,1	2,0	2,0
Türkiye	1,6	1,5	1,3	1,4	1,6	1,6
D-8 Ortalaması	2,0	1,9	1,7	1,7	1,7	1,6

Bir ülkenin nüfus artışı birçok faktörden etkilenmektedir. Öncelikle ülkenin gelişmişliği, sağlığa yapılan harcamalar ve yatırımlar, sağlık hizmetlerine erişim, doğum ve ölüm oranları ve izlenen nüfus politikaları bunların başında gelmektedir. D-8 üyesi ülkelerde 1995 yılında nüfusun büyüme oranı ortalama % 2'dir. D-8 içerisinde nüfusun en hızlı arttığı ülkeler Nijerya, Pakistan ve Malezya iken, en yavaş arttığı ülkeler İran ve Endonezya'dır. Zamanla ülkelerde uygulanan kalkınma, nüfus ve sağlık politikalarına göre ülkelerin nüfus artış oranları da şekillenmiştir. 2016 yılında D-8 ülkeleri yıllık nüfus artışı ortalaması %1,6 oranına gerilerken en yüksek oran Nijerya'da en düşük oran ise İran, Endonezya ve Bangladeş'te gerçekleşmiştir. Nüfusun yıllık büyüme oranı yıllar itibariyle Nijerya'da yükselmeye devam ederken diğer D-8 ülkelerinde düşme eğiliminde olduğu gözlenmektedir. Ayrıca Nijerya, Mısır ve Pakistan D-8 ortalamasının üzerinde yer alırken diğer ülkeler (Türkiye hariç) D-8 ortalamasının altında yer almaktadırlar.

Türkiye'de 1995 yılında %1,6 olarak gerçekleşen nüfusun yıllık büyüme oranı, bu yıldan itibaren düşüş eğilimine girmesine rağmen 2010 yılından itibaren yeniden yükselişe geçmiştir. Türkiye'de 2016 yılında gerçekleşen nüfusun yıllık büyüme oranı D-8 ülkeleri ortalaması ile aynıdır.

Türkiye’de nüfusun büyüme oranının düşmemesinin sebebi devlet politikası gereği olduğu söylenebilir.

**Tablo 20:** 0-14 Arası Yaş Nüfusun Toplam Nüfus İçindeki Oranı (WDI, 2017).

Ülkeler/Yıllar	1995	2000	2005	2010	2015	2016
Bangladeş	39,9	37,1	34,5	32,1	29,4	28,9
Mısır	39,5	36,3	33,1	31,9	33,2	33,5
İran	42,2	34,9	26,0	23,5	23,6	23,6
Malezya	35,7	34,1	30,9	27,4	25,0	24,6
Endonezya	33,7	30,7	29,9	28,9	27,7	27,5
Nijerya	44,1	43,5	43,6	43,9	44,0	44,0
Pakistan	42,7	41,1	38,2	36,2	35,0	34,9
Türkiye	33,3	30,7	28,6	26,9	25,7	25,4
D-8 Ortalaması	34,7	36,1	33,1	31,3	30,4	30,3

Tablo 20, D-8 ülkelerinde 0-14 arası yaş nüfusun (genç bağımlı nüfus) toplam nüfus içerisindeki oranını göstermektedir. Tabloya göre 1995 yılında D-8 ülkeleri içerisinde nüfus oranına göre en fazla genç bağımlı nüfusa Nijerya sahiptir. En düşük oran ise Türkiye’dedir. Aynı dönemde D-8 ortalaması %34,7 olarak gerçekleşmiştir. Tüm dünyada olduğu gibi zamanla doğum ve ölüm oranlarının düşmesi ve ortalama ömrün uzaması ile birlikte aileler daha az çocuk sahibi olmaya başlamışlardır. Dolayısıyla ekonomik ve sosyal yönden gelişmeye başlayan ülkelerde nüfus yapısı da değişmeye başlamıştır. Zaman içinde Nijerya dışında tüm D-8 ülkelerinde bu oranda düşüşler yaşanırken, Nijerya’da bu oran aynı seviyede seyretmiştir. 2016 yılına gelindiğinde D-8 ülkeleri içerisinde nüfusuna göre en fazla 0-14 yaş nüfusuna sahip ülke Nijerya olurken en düşüğü İran olmuştur.

Türkiye’de ise 1995 yılında genç bağımlı nüfus oranı %33,3 iken 2016 yılında %25,4’e düşmüştür. Aynı dönemde D-8 ortalaması %34,7’den %30,3’e gerilemiştir. Türkiye’deki oran D-8 ortalamasının altında ve görece gelişmişlik düzeyi benzer ülkelerle yakın seyretmektedir. 0-14 yaş arası nüfusun oranının toplam nüfus içerisinde fazla olması, gelecekte işgücüne katılacak olmasından dolayı gelişmekte olan ülkeler açısından önem taşımaktadır.

**Tablo 21:** 15-64 Arası Yaş Nüfusun Toplam Nüfus İçindeki Oranı (WDI, 2017).

Ülkeler/Yıllar	1995	2000	2005	2010	2015	2016
Bangladeş	56,7	59,1	61,3	63,2	65,6	66,1
Mısır	55,5	58,6	61,9	63,1	61,6	61,2
İran	54,0	60,8	69,0	71,6	71,3	71,1
Malezya	60,6	62,0	64,6	67,7	69,1	69,3
Endonezya	62,2	64,6	65,3	66,2	67,1	67,2
Nijerya	53,0	53,7	53,7	53,3	53,3	53,3
Pakistan	53,3	54,8	57,6	59,4	60,5	60,6
Türkiye	61,5	63,3	64,8	66,1	66,8	66,9
D-8 Ortalaması	49,4	59,6	62,3	63,8	64,4	64,5

Tablo 21’de D-8 ülkelerine ait 15-64 yaş arası nüfus oranları bulunmaktadır. 15-64 yaş arası nüfus ülkenin çalışabilir işgücü miktarını vermektedir. Dolayısıyla bu oranın yüksek olması çalışabilir işgücünün o

oranda yüksek olduğunu gösterir. Tabloya göre 1995 yılında D-8 ülkeleri içerisinde nüfusuna göre en fazla çalışabilir işgücüne sahip ülkeler; Endonezya, Türkiye ve Malezya olarak sıralanırken en az olanlar Nijerya ve Pakistan'dır. Bu dönemde D-8 ortalaması ise %49,4'tür. Zaman içinde ülkelerin gelişimine paralel olarak halkın sağlık durumundaki iyileşmelerle birlikte demografik yapıda da değişimler olmuştur. 2016 yılına gelindiğinde nüfusu içerisinde en fazla 15-64 yaş arası nüfus barındıran ülkeler İran, Malezya ve Endonezya olarak değişmiştir. En düşük oran ise yine Nijerya ve Pakistan'dadır.

Türkiye 2016 yılında 15-64 yaş arası nüfus bakımından % 66,9 ile dördüncü sırada yer almaktadır. Bu dönemde D-8 ortalaması %64,4 olarak gerçekleşmiştir. Türkiye bu oranla D-8 ortalamasının üzerinde ve nüfusuna göre önemli oranda çalışabilir işgücüne sahip ülke konumundadır.

**Tablo 22:** 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Toplam Nüfus İçerisindeki Oranı (WDI, 2017).

Ülkeler/Yıllar	1995	2000	2005	2010	2015	2016
Bangladeş	3,4	3,8	4,3	4,7	5,0	5,0
Mısır	4,9	5,1	5,0	4,9	5,2	5,3
İran	3,8	4,2	4,9	4,9	5,1	5,2
Malezya	3,7	4,0	4,5	5,0	5,9	6,1
Endonezya	4,2	4,7	4,8	4,9	5,2	5,3
Nijerya	2,9	2,8	2,7	2,7	2,7	2,7
Pakistan	4,0	4,1	4,3	4,4	4,5	4,5
Türkiye	5,1	6,0	6,5	7,0	7,5	7,7
D-8 Ortalaması	3,9	4,3	4,6	4,8	5,1	5,3

65 yaş ve üzeri nüfus yaşlı bağımlı nüfus olarak tanımlanmaktadır. Tablo 22'de D-8 ülkelerinde 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranı görülmektedir. Tabloya göre, 1995 yılında nüfusu içerisinde en yüksek oranda 65 yaş ve üzeri nüfusu barındıran ülke Türkiye ve en düşük oranda ise Nijerya'dır. D-8 ülkeleri ortalaması ise 1995 yılında %3,9 olarak gerçekleşmiştir. Zamanla ülkelerin sağlık harcamalarındaki artışlar ve toplumun sağlık statüsünün de yükselmesiyle birlikte ortalama ömür yükselmiştir. Buna bağlı olarak ülkelerin nüfusları içerisindeki yaşlı bağımlı nüfus oranının arttığı (Nijerya dışında) ancak, bu artışın gelişmiş ülkelere göre daha yavaş seyrettiği söylenebilir.

D-8 ülkelerinde 2016 yılında yaşlı bağımlı nüfus oranının en yüksek olduğu ülke yine Türkiye ve en düşük oranın olduğu ülke Nijerya'dır. Nijerya'da bu oran yirmi yılda artmamış aksine düşüş göstermiştir. Yıllar itibariyle artış gösteren 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranı diğer D-8 ülkelerinde birbirine yaklaşık değerler almış ve %5,2 olan D-8 ortalamasına yakın seyretmektedir. Türkiye ise D-8 ortalamasının 2,5 puan üzerinde ve %7,7 oranı ile nüfusuna göre D-8 ülkeleri içerisinde en yüksek yaşlı bağımlı nüfusu barındıran ülke konumundadır.

**Tablo 23:** Doğuştta Yaşam Beklentisi (Yıl) (WDI, 2017).

Ülkeler/Yıllar	1995	2000	2005	2010	2015
Bangladeş	55,6	65,3	68,0	70,1	72,0
Mısır	61,8	68,6	69,4	70,3	71,3
İran	55,9	70,1	71,9	74,0	75,6
Malezya	69,5	72,9	73,6	74,2	74,9
Endonezya	61,5	66,2	67,2	68,1	69,1
Nijerya	46,3	46,6	48,7	51,3	53,0
Pakistan	58,6	62,8	63,9	65,2	66,4
Türkiye	61,7	70,0	72,4	74,1	75,4
D-8 Ortalaması	58,9	65,3	66,9	68,4	69,7

Doğuştta yaşam beklentisi insanların ortalama ömür süresini ifade etmektedir. Ayrıca, toplumun sağlık düzeyini göstermesi açısından önemli bir gösterge ve ülkedeki sağlık hizmetlerinin kalitesi ile vatandaşların bundan yararlanabilme imkanı ile alakalıdır. Tablo 23'te 1995 yılından 2015 yılına kadar olan süreçte D-8 üyesi ülkeler ve Türkiye'de doğuştta yaşam beklentisinin (ortalama ömür) kaç yıl olduğu görülmektedir. Tablo 23'e göre Nijerya dışında diğer bütün D-8 üyesi ülkelerde 1995 yılında ortalama ömür 55 yılın üzerinde ve D-8 ortalaması 58,9'dur. Türkiye'de ise 1995 yılında ortalama ömür 61,7 yıl ve D-8 ortalamasının üzerindedir. Yıllar itibariyle tüm D-8 ülkelerinde ortalama ömür yükselmiştir. Bu yükselişte; ülkelerin milli gelirlerinin artması, milli gelirden sağlığa ayrılan payın artması, sağlık teknolojilerindeki gelişmeler ve sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaşması ile toplumun sağlık statüsünün yükselmesinin önemi büyüktür. 1995 yılında 58,9 yıl olan D-8 ortalaması 20 yılda 10,8 yıl artarak 2015 yılında 69,7 yıl olmuştur. 2015 yılında D-8 ülkeleri içerisinde en yüksek ortalama ömür 75,6 yıl ile İran'da, en düşük ise 53 yıl ile Nijerya'da görülmektedir.

Aynı süre içerisinde Türkiye'de ortalama ömür 13,7 yıl artarak 2015 yılında 75,4 yıl olmuştur. Bu oran D-8 ortalamasından 5,7 yıl fazla ve diğer altı ülkenin üzerindedir. Genel bir değerlendirme ile tablo 23'e göre, D-8 üyesi ülkelerin bazılarında (Bangladeş, İran ve Türkiye) uygulanan sağlık politikaları ve gerçekleştirilen sağlık harcamalarının diğer D-8 üyesi ülkelere (Mısır, Endonezya, Malezya, Nijerya ve Pakistan) göre daha etkin ve verimli kullanıldığı söylenebilir. Bu dönemde D-8 ülkelerinde 20 yılda ortalama ömür 10,8 yıl artarken Türkiye'de 13,7 yıl, Bangladeş'te 16,7 yıl ve İran'da ise 19,7 yıl artarak D-8 ortalamasının çok üzerinde gerçekleşmiştir.

#### 4.SONUÇ

Ülkelerin gelişmişlik farklılıklarında beşeri sermayenin öneminin vurgulanmasıyla birlikte, sağlık göstergelerinin önemi de artmış ve bu göstergeler gelişmişlik farklarının açıklanmasında sıklıkla kullanılmaya başlanmıştır. Sağlık harcamaları ve bu harcamalardan etkilenen demografik göstergeler, ekonomik gelişmişliğin hem önemli göstergeleri hem de temel belirleyicileri olarak kabul edilmektedir. Toplumun demografik özellikleri, o toplumun nüfusu ve sağlık bakımı arasında gelişen ilişkinin hem belirleyicisi hem de sonucudur. Sağlık ve demografik göstergeleri ülkelerin gelişmişlik düzeylerini ortaya koyan, uluslar arası karşılaştırma yapmaya imkan veren ve

dolayısı ile kalkınma ve gelişme adına yapılan plan ve uygulamaların etkinliğini gösteren kavramlardır. Kalkınma bu göstergelerle doğrudan ilişkilidir.

Bu çalışmada, Dünya Bankası veri tabanından elde edilen ve literatürde sıklıkla kullanılan seçilmiş sağlık ve demografik göstergelerle D-8 ülkeleri için yıllar itibariyle bir karşılaştırması yapılmıştır. Buna göre, gelişmekte olan sekiz ülkenin bir araya gelerek oluşturduğu D-8 içerisinde kişi başı GSYİH bakımından yüksek değerlere sahip ülkelerin diğerlerine göre daha yüksek oranda sağlık harcaması yaptığı, GSYİH'dan sağlığa daha fazla pay ayırdığı ve sağlık ve demografik göstergeleri bakımından diğerlerine göre daha iyi durumda olduğu sonucuna varılmıştır. D-8 ülkeleri içerisinde kişi başı GSYİH bakımından ikinci sırada olan Türkiye'nin ise, sağlık ve demografik göstergeler açısından gelişmiş ülkelerin değerlerine ulaşamasa bile D-8 ülkeleri içerisinde çok iyi konumda olduğu, sağlık harcamalarının demografik göstergelere olumlu yansıdığı, bebek ve çocuk ölümlerinin düştüğü, nüfusun doğum ve ölüm oranlarına göre orantılı olarak arttığı ve ortalama ömrün yükseldiği görülmektedir. Ayrıca, sağlıkta reform ve dönüşüm çalışmalarının temel sağlık göstergelerinde gözle görülür iyileşmeler sağladığı da açıktır.

Temel sağlık ve demografik göstergeleri açısından gelişmiş ülkeler ile Türkiye ve D-8 ülkeleri arasındaki ciddi farklılıkların giderilebilmesi ve toplumun sağlık düzeyinin yükseltilebilmesi için, sağlık harcamalarının miktarı ve oranlarının artırılması; kamu sağlık harcamalarını artırarak temel sağlık hizmetlerinin desteklenmesi ve yaygınlaştırılması; doğum, ölüm ve özellikle bebek ve çocuk ölüm oranlarını düşürecek çalışmalar yapılması; sağlık insan gücünü artıracak ve uzman sağlık personelini yetiştirecek planlamanın yapılması; toplumun sağlık konusunda bilinçlendirilmesi için çalışma yapılması; yeni sağlık tesisleri ve sağlık teknolojisi yatırımlarının artırılması; yapılan sağlık harcamalarının etkin ve verimli kullanımının sağlanması gerektiği, ifade edilebilir.

#### **KAYNAKÇA**

- Akın, A. ve Ersoy, K. (2012). 2050'ye Doğru Nüfusbilim ve Yönetim: Sağlık Sistemine Bakış. TÜSİAD, Yayın No: TÜSİAD-T/2012-11/533.
- Alptekin, N. ve Yeşilaydın, G. (2015). OECD Ülkelerinin Sağlık Göstergelerine Göre Bulanık Kümeleme Analizi İle Sınıflandırılması. İşletme Araştırmaları Dergisi, 7/4, 137-155.
- Arslanhan, S. (2010). Artan Sağlık Harcamaları Temel Sağlık Göstergelerini Nasıl Etkiliyor?. TEPAV (Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı) Değerlendirme Notu, Temmuz.
- Atasever, M. (2014). Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi. Bakanlık yayın no: 983.
- Balçık, P. Y. ve Nangır, Ö. F., (2016). Avrupa ve Türkiye'de sağlık insan gücü ve sağlık teknolojileri, Ankara Med J, 16 (1): 90-97.
- Başol, E. ve Işık, A. (2015). Türkiye'de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme ve Öneriler. IAAOJ (International Anatolia Academic Online Journal), Social Science (Sosyal Bilimler Dergisi), 2/2, 1-26.

- Boz, C. ve Sur, H.. (2016). Avrupa Birliği Üyesi ve Adaya Ülkelerin Sağlık Harcamaları Açısından Benzerlik ve Farklılık Analizi. Sosyal Güvence Dergisi, 5/9, 23-46.
- Carrin, G., James, C. ve Evans, D.. (2005). Achieving Universal Health Coverage: Developing The Health Financing System. Technical Briefs for Policy Makers, No:1, World Health Organization, Geneva.
- Çelik, Y.. (2011). Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi. Sosyal Güvenlik Dergisi, 1/1, 62-81.
- Daştan, İ. ve Çetinkaya, V.. (2015). OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması. Sosyal Güvenlik Dergisi, 5/1, 104-134.
- Ersöz, F.. (2008). Türkiye ile OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamalarının Analizi. İstatistikçiler Dergisi, 2, 95-104.
- Ersöz, F., (2009). OECD'ye Üye Ülkelerin Seçilmiş Sağlık Göstergelerinin Kümeleme ve Ayırma Analizi İle Karşılaştırılması, Türkiye Klinikleri J Med Sci, 29/6, 1650-1659.
- Ertaş, S. A. ve Atik, H.. (2016a). Kalkınma Göstergeleri Bakımından Türkiye'nin Avrupa Birliği Ülkeleri Arasındaki Yeri: İstatistiksel Bir Analiz. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Temmuz-Aralık, 48, 199-218.
- Ertaş, S. A. ve Atik, H.. (2016b). Kalkınma Göstergeleri Bakımından Türkiye'nin OECD Ülkeleri Arasındaki Yeri: İstatistiksel Bir Analiz. Kesit Akademi Dergisi (The Journal of Kesit Academy), 2/5, 13-24.
- Hayran, O.. (1998). "Sağlık Hizmetleri". Sağlık Hizmetleri El Kitabı (Editör: Osman HAYRAN ve Haydar SUR), Yüce Yayım, Çevik Matbaası, Nobel Tıp Kitapevleri, (15-32), 450 s.
- Hoşgör, ř. ve Tansel, A., (2010). 2050'ye Doğru Nüfus ve Bilim: Eğitim, İşgücü, Sağlık ve Sosyal Güvenlik Sistemlerine Yansımalar, Yayın no: TÜSİAD-T/2010/11/505.
- Khanolkar, V., Khan S. A. ve Gamba, M.. (2016). An Insight On Health Care Expenditure. <https://www.usi.edu/media/3654761/Insight-on-Health-Care-1.pdf> Erişim Tarihi: 18.06.2016.
- Koç, E.. (2014). Refah Devleti Anlayışı Çerçevesinde Geçiş Ekonomilerinde Sağlık Harcamaları. SESSION, International Conference On Eurasian Economies 2014, ss 1-8.
- Köksal, S. S., Sipahioğlu, N. T, Yurtsever, E. ve Vehid, S.. (2016). Temel Sağlık Düzeyi Göstergeleri Açısından Türkiye ve Avrupa Birliği Ülkeleri. TJFM&PC (Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care), 10/4, 205-212.

- Öz, B., Taban, S. ve Kar, M.. (2009). Kümeleme Analizi İle Türkiye ve AB Ülkelerinin Beşeri Sermaye Göstergeleri Açısından Karşılaştırılması. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 10/1, 1-30.
- SAĞLIK BAKANLIĞI. (2006). Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamaları 2002-2003. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Bakanlık Yayın No: 691, HM Yayın no: Sb-HM-2005/09, Ankara.
- Savaşan, F. ve Çetintaş, H.. (2009). Kamu Sağlık-Eğitim Harcamaları ve Büyüme. 24. Türkiye Maliye Sempozyumu Tebliğler Kitabı, Devletin Değişen Rolü Bağlamında Türkiye’de Kamu Harcamalarının Sektörel Analizi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Maliye Bölümü, ss 193-212, 19-23 Mayıs 2009, Antalya.
- Sığırlı, D., Ediz, B., Cangür, Ş., Ercan, İ. ve Kan, İ.. (2006). Türkiye ve Avrupa Birliği’ne Üye Ülkelerin Sağlık Düzeyi Ölçütlerinin Çok Boyutlu Ölçekleme Analizi İle İncelenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 13/2, 81-85.
- Songur, C.. (2016). Sağlık Göstergelerine Göre Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü Ülkelerinin Kümeleme Analizi. Sosyal Güvenlik Dergisi (SGD), 6/1, 197-224.
- Şahingöz, T. ve Şahingöz, S.. (2012). Demografik ve Bazı Sağlık Göstergeleri Açısından Türkiye’nin Dünyadaki Durumu. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1/1, 1-11.
- WDI (World Development Indicators). (2017). The World Bank. World Development Indicators, World Databank, <http://databank.worldbank.org/data/home.aspx> Erişim Tarihi: 28.07.2017.
- Uçan, O. ve Atay, S.. (2016). Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Büyüme Arasındaki İlişki Üzerine Bir İnceleme. Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 9/3, 215-222.
- Vehid, S.. (2000). Temel Demografik ve Sağlık Düzeyi Ölçütleri Açısından Türkiye İle Avrupa Birliği’ne (AB) Üye Ülkelerin Karşılaştırılması. Cerrahpaşa Tıp Dergisi, 31/2, 100-106.
- WHO (World Health Organization).. (2002). Funding Health Care: Options For Europe (Ed; Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J). European Observatory On Health Care Systems Series, Open University Press: Buckingham, Philadelphia.
- WHO (World Health Organization).. (2015). 2015 Global Reference List Of 100 Core Health Indicators.
- Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramndini, R., Klavus, J. ve Murray, C. J. L.. (2003). Household Catastrophic Health Expenditure: A Multicountry Analysis. The Lancet 2003, July, 362, 111-117.
- Xu, K., Evans, D. Carrin, G. ve Aguilar-Rivera, A.M.. (2005). Designing Health Financing Systems To Reduce Catastrophic Health Expenditure.



Technical Briefs For Policy-Makers, Number: 2, World Health Organization, Geneva.

- Yalçın, A. Z. ve Çakmak, F.. (2016). Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamalarının İnsani Gelişim Üzerindeki Etkisi. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 30/4, 705-723.
- Yardımcıoğlu, F.. (2012). OECD Ülkelerinde Sağlık ve Ekonomik Büyüme İlişkisinin Ekonometrik Bir İncelemesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 13/2, 27-47.
- Yaylalı, M. ve Lebe, F.. (2011). Beşeri Sermaye İle İktisadi Büyüme Arasındaki İlişkinin Ampirik Analizi. Marmara Üniversitesi İ.İ. B.F. Dergisi, XXX / I, 23-51.

