

# COVID-19 PANDEMİSİ, SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ARTAN ÖNEMİ VE SEÇİLMİŞ OECD ÜLKELERİ ÜZERİNE EKONOMİK BİR DEĞERLENDİRME

Nihal KALAYCI OFLAZ \*

## ÖZ

Toplumların Covid-19 pandemisiyle verdikleri mücadelede bireylerin tutumları ve pandemi ile ilgili kullanılan tıbbi terminolojiyi anlamaları açısından sağlık okuryazarlığı konusunun önemi artmıştır. Bu çalışmada sağlık okuryazarlığının Covid-19 pandemisi sürecindeki önemi ele alınmış ve konunun sağlık ekonomisinin temel ekonomik verilerinden biri olan sağlık harcamaları ile ilişkisi yanında kişi başına gelir düzeyi ve Gini indeksi gibi ekonomik veriler ile olan ilişkisinin analiz edilmesi amaçlanmıştır. Bununla birlikte pandemiye ilişkin vaka sayıları, vefat sayıları, aşılanma oranları gibi veriler de sağlık okuryazarlığı ile olan ilişkisi açısından değerlendirilmiştir. Bu amaçla çalışmada 18 OECD ülkesi seçilmiş olup, bu ülkelere ilişkin veriler, Türkiye İstatistik Kurumu, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ve uluslararası kurumların açık erişim verilerinden elde edilmiştir. Veriler doğrultusunda, seçilmiş ülkelerin genelinde bireyler arasında sağlık okuryazarlığının yetersizliğinin yaygınlığının vaka ve vefat sayılarının artışında etkili olduğu ve bu ülkelerde ekonomik eşitsizliğin de yüksek olduğu belirlenmiştir. Sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğu tüm ülkelerde Gini indeksinin adaletsiz bir dağılım sergilediği söylenememektedir. Bunun yanında, kişi başına düşen gelir düzeyinin ya da sağlık harcamaları için ayrılan payın yüksek olduğu ülkelerde gelir dağılımının daha adil ya da sağlık okuryazarlığının daha gelişmiş olduğunu gösteren bir faktör de tespit edilememiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık ekonomisi, sağlık harcamaları, sağlık okuryazarlığı, Covid-19.

## MAKALE HAKKINDA

\* Dr. Öğretim Üyesi, İstanbul Medipol Üniversitesi, İşletme ve Yönetim Bilimleri Fakültesi, Uluslararası Ticaret ve Finansman Bölümü, nkalayci@medipol.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-8252-5868>

Gönderim Tarihi: 31.08.2021

Kabul Tarihi: 10.01.2022

## Atıfta Bulunmak İçin:

Kalaycı Oflaz, N. (2022). Covid-19 Pandemisi, Sağlık Okuryazarlığının Artan Önemi ve Seçilmiş OECD Ülkeleri Üzerine Ekonomik Bir Değerlendirme. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(1), 233-254

## THE COVID-19 PANDEMIC, THE RISING IMPORTANCE OF HEALTH LITERACY AND AN ECONOMIC ASSESSMENT ON SELECTED OECD COUNTRIES

Nihal KALAYCI OFLAZ \*

### ABSTRACT

The importance of health literacy has increased in terms of individuals' attitudes and understanding of the medical terminology used in the fight against the Covid-19 pandemic by societies. In this study, the importance of health literacy in the Covid-19 pandemic process was discussed and it was aimed to analyze the relationship of the subject with health expenditures, which is one of the basic economic data of health economics, as well as economic data such as per capita income level and Gini index. In addition, data such as the number of cases, death numbers, vaccination rates related to the pandemic were also evaluated in terms of their relationship with health literacy. For this purpose, 18 OECD countries were selected in the study. The data on these countries were obtained from the Turkish Statistical Institute, the Ministry of Health of the Republic of Turkey, and open access data of international institutions. In line with the data, it has been determined that the prevalence of insufficient health literacy among individuals in selected countries is effective in the increase in the number of cases and deaths, and economic inequality is also high in these countries. As a result, the Gini index exhibits an unequal distribution in all countries where health literacy is insufficient. In addition to this, a factor indicating that the income distribution is more equitable or the health literacy is more developed in countries where the per capita income level or the share allocated for health expenditures is high could not be determined.

**Keywords:** Health economics, health expenditures, health literacy, Covid-19.

### ARTICLE INFO

\* Dr., Istanbul Medipol University, Medipol Business School, Department of International Trade and Finance, nkalayci@medipol.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-8252-5868>

Received: 31.08.2021

Accepted: 10.01.2022

### Cite This Paper:

Kalayci Ofiaz, N. (2022). Covid-19 Pandemisi, Sağlık Okuryazarlığının Artan Önemi ve Seçilmiş OECD Ülkeleri Üzerine Ekonomik Bir Değerlendirme. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(1), 233-254

## I. GİRİŞ

Küreselleşmenin etkisiyle sınır ötesi faaliyetlerin ve dolayısıyla insan hareketliliğinin artması Covid-19 pandemisinde de deneyimlediğimiz gibi, bulaşıcı hastalıkların da ülkeler arasında geçiş yapabilmesi olasılığını artırmaktadır (Abdel-Latif, 2020). Küreselleşen mal ve hizmetler arasında değerlendirilen sağlık hizmetlerinin (Ulun, A.B., 2020) en önemli bileşeni halk sağlığı olup, halk sağlığına etki eden temel faktörlerden biri ise sağlık okuryazarlığıdır (Aslan vd., 2017). Sağlık okuryazarlığının yetersizliği toplum sağlığına; genel sağlık düzeyinde düşüklük, koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamak tedavi hizmetlerinden yararlanmada sorunlar, kronik hastalıkları yönetmede ve kişisel bakımda yetersizlik, ilaç kullanımında yanlışlıklar, sağlık harcamalarında artış, sağlık hizmetlerine ulaşımında zorluk, sağlık durumundaki kötüleşmeyi fark edememe, sağlığa ilişkin mesajları algılayamama, tıbbi öneri ve/veya talimatlara uyumda sorunlar yaşama, hastanede yatış sürelerinin uzaması, gereksiz acil servis kullanımı gibi etkilerin yanında, maliyetli sağlık hizmetlerinden yararlanmada artış ve mortalite yüksekliği gibi sonuçlara neden olmaktadır (Abdel-Latif, 2020; Aslan vd., 2017; Göncü Şavran, 2018; Tözün ve Sözmén, 2014).

Pandemi süreci, sağlık okuryazarlığının yetersizliğinin küresel olarak hafife alınan bir halk sağlığı sorunu olduğunu açığa çıkartmış olup (Paakkari ve Okan, 2020), sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinin benzeri bir pandemi riskine karşı halk sağlığı politikalarını güçlendirebilmek adına oldukça önem kazandığını göstermiştir (Abel ve McQueen, 2020). Bununla birlikte Covid-19 pandemisi sürecine sağlık ekonomisi perspektifinden bakıldığında sağlık ile ilgili en temel ekonomik veriler olan; sağlık harcamaları ve sağlığa ayrılan bütçelerin değerlendirilmesi yanında sağlık ile ilişkili göstergeler açısından gelir eşitsizliğinin etkisini de analiz edebilmek oldukça önemlidir. GSYİH'nin yüzdesi olarak daha büyük sağlık bütçelerine sahip ülkelerde halk sağlığı için daha fazla bütçe ayrıldığı, bu ülkelerde vakaların ve ölümlerin daha doğru bir şekilde takip edilebildiği ve milyon nüfus başına daha fazla test yapıldığı tespit edilmiştir (Khan vd., 2020). Pandemiye bağlı vaka ve vefat sayılarının Gini katsayısı ve kişi başına Gayri Safi Yurtiçi Hasıla değişkenleri ile olan ilişkisi açısından ele alındığı bir çalışmada yüksek düzeyde ekonomik eşitsizliğe sahip gelişmiş ülkelerde daha yüksek sayıda vaka sayılarının görüldüğü tespit edilmiştir (Vera-Valdes, 2021).

Çalışmanın amacı, sağlık harcamaları için GSYİH'dan ayrılan payın ve bunun yanında gelir eşitsizliğine ilişkin göstergelerin pandemiye ilişkin veriler (test sayısı, vaka sayısı, vefat sayısı ve aşılama ile ilişkin bilgiler) ve sağlık okuryazarlığı düzeyi ile olan ilişkisini incelemektir. Bu doğrultuda, seçilmiş 18 OECD ülkesinde (ABD, Almanya, Avustralya, Avusturya, Çek Cumhuriyeti, Hollanda, İrlanda, İspanya, İsrail, İsviçre, İtalya, Japonya, Kanada, Polonya, Portekiz, Slovenya, Türkiye ve Yunanistan) sağlık okuryazarlığının pandemi ile ilişkisi üzerine ekonomik bir değerlendirme yapılması hedeflenmektedir. Bu amacı gerçekleştirmek üzere, yukarıda belirtilen OECD ülkelerinde daha önce sağlık okuryazarlığına ilişkin yürütülmüş çalışmalardan yararlanılmıştır. Bu çalışmalarda genel beceri anketleri (örneğin<sup>3</sup>PIAAC) veya sağlık okuryazarlığına özgü geliştirilmiş anketler (örneğin Avrupa Sağlık Okuryazarlığı anketi) kullanılarak sağlık okuryazarlığı düzeyi ölçülmüştür (Moreira, 2018). Bu ülkelerin seçilmesinin temel sebebi sağlık okuryazarlığına ilişkin düzey belirleme çalışmalarının karşılaştırılabilir ölçütler ile yürütülmüş olmasıdır.

Çalışmada belirtilen OECD ülkelerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri, GSYİH'dan sağlık harcamaları için ayırdıkları pay, Covid-19 pandemisindeki vaka sayıları, vefat sayıları, kişi başına gelir ve Gini indeksi gibi parametreler göz önünde bulundurularak karşılaştırılmış ve dikkat çeken noktalar açıklanmaya çalışılmıştır.

<sup>3</sup> PIAAC: Programın adı Uluslararası Yetişkin Yeterliliklerini Değerlendirme Programı (PIAAC)'dır. Yetişkin becerilerinin değerlendirilmesi ve analizine yönelik bir program olup, yürütülen bir anket ile, yetişkinlerin temel bilgi işleme becerilerindeki okuryazarlık, matematik ve problem çözme yeterliliği ölçümlenmektedir. Uluslararası anket 40'tan fazla ülkede/ekonomide yürütülmekte ve bireylerin topluma katılımı ile ekonomilerin gelişmesi için gereken temel bilişsel ve işyeri becerilerini ölçümlenmektedir (OECD (2021f), <https://www.oecd.org/skills/piaac/>, 13.08.2021).

## II. KONU HAKKINDA GENEL BİLGİLER

Çalışmanın amacı, sağlık harcamaları için GSYİH'dan ayrılan payın ve bunun yanında gelir eşitsizliğine ilişkin göstergelerin pandemiye ilişkin veriler ve sağlık okuryazarlığı düzeyi ile olan ilişkisini incelemek olduğu için bu çalışmayla cevaplanması amaçlanan araştırma soruları; Covid-19 pandemi sürecinde sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinin neden önemli hale geldiği ve pandemiye ilişkin verilerin, sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersizliği ve sağlık harcamaları, kişi başına düşen gelir, kişi başına düşen sağlık harcaması ve Gini katsayısı gibi ekonomik göstergeler ile olan ilişkisinin tespitine yöneliktir. Bu amaçla birinci bölümde öncelikle sağlık okuryazarlığı kavramı ve sağlık harcamaları ile olan bağlantısı açıklanarak Dünya'da ve Türkiye'de sağlık okuryazarlığı ile ilgili genel bir bilgilendirme yapılmıştır. İkinci bölümde, pandemiye ilişkin bilgiler verilerek ekonomiye ve sektörlere olan etkisi özellikle sağlık sektörü bağlamında ele alınarak sağlık harcamalarına olan etkileri değerlendirilmiştir. Son bölümde, pandeminin sağlık okuryazarlığı, sağlık harcamaları, kişi başına düşen gelir, kişi başına düşen sağlık harcaması ve Gini indeksi ile olan ilişkisine yönelik veriler ve çalışmanın sonucunda elde edilen bulgular değerlendirilerek, gelecekte yapılacak olan çalışmalara ilişkin önerilere yer verilmiştir.

## III. YÖNTEM

Covid-19 pandemisine ilişkin veriler ile seçilen OECD ülkelerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri, GSYİH'dan sağlık harcamaları için ayırdıkları pay, Covid-19 pandemisindeki vaka sayıları, vefat sayıları, kişi başına gelir ve Gini indeksi gibi parametreler incelenmiş ve nitel bir çalışma yürütülerek durum analizi yapılmıştır. Çalışmada kullanılan sayısal bilgilerin derlenmesinde ikincil veri kaynaklarından yararlanılmıştır. Bu kaynaklar, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ve uluslararası kurumların açık erişim verilerinden elde edilmiştir.

## IV. BULGULAR

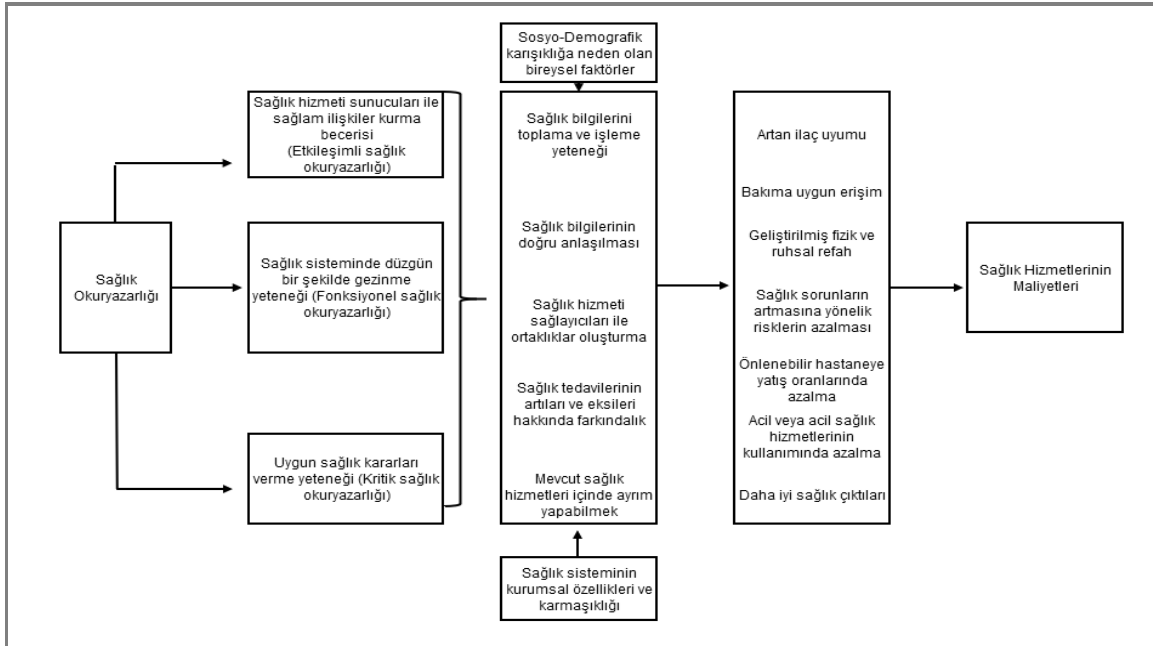
Sağlık okuryazarlığına ilişkin pek çok tanım bulunmaktadır. Bu tanımlar arasında en yaygın kullanılanı sağlık okuryazarlığının: *"bireylerin uygun sağlık kararları vermek için gereken temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinme, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma derecesi"* olarak ifade edilmesidir (Coughlan vd., 2013; Nielsen-Bohman vd., 2004; Ratzan ve Parker, 2000). Bir diğer tanımlamaya göre sağlık okuryazarlığı; insanların sağlıkları ile ilgili bilinçli seçimler yapmak, sağlığa yönelik riskleri azaltmak ve yaşam kalitesini artırmak adına sağlıkla ilişkili bilgileri ve kavramları aramak, anlamak, değerlendirmek ve kullanmak için geliştirdikleri beceri ve yeterlilikler olarak görülmektedir (Zarcadoolas vd.,2005).

Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü (T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011) ise sağlık okuryazarlığını: *"Bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere ulaşması, bu bilgileri anlaması ve bu bilgileri sağlıkla ilgili kararlarında kullanabilmesi için gerekli olan zihinsel ve sosyal becerileri"* olarak ifade etmektedir. Yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bir birey, kendi sağlığının yanı sıra aile sağlığı ve toplum sağlığı için de sorumluluk alma becerisine muktedir görülmektedir (Sorensen vd., 2012). Sağlık okuryazarlığı, birey, aile ve toplum sağlığı yanında politika yapıcılar ve sağlık hizmeti sunucuları için uygun halk sağlığı stratejilerinin geliştirilmesi ve sunulan sağlık hizmetlerini iyileştirmek amacıyla kullanacakları bir araç olarak da görülmektedir (Australian Bureau of Statistics, 2018). Bu nedenle toplumların sağlık okuryazarlığının düzeyinin belirlenmesi ve bu düzeyin nasıl belirleneceği önem kazanmaktadır. Bu amaçla, kullanıldığı kesimin özelliklerine göre belirlenen çeşitli ölçeklerden yararlanılmaktadır. Bu ölçeklerden bazıları; Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine, REALM), Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults, TOFHLA), En Yeni Yaşamsal Belirteç (Newest Vital Sign, NVS), Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi (European Health Literacy Survey, HLS-EU-Q)'dir (Ertuğrul ve Albayrak, 2020).

Sağlık okuryazarlığının yetersizliği bireyin yaşam kalitesine etki etmesi ve olumsuz sağlık sonuçlarına neden olmasından dolayı bir risk faktörü olarak görülürken, gelişmiş bir sağlık okuryazarlığı bilinci ise kronik hastalıkların yönetiminde oldukça önemli olup, sağlıkta eşitsizlikleri gidermede etkin bir araç olarak görülmektedir. Bu nedenlerle de halk sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır (Gözlü, 2020). Sağlık okuryazarlığının yetersizliği, yaşlı yetişkinlerde ve eğitim düzeyinin düşük olduğu bireylerde daha ciddi sorunlar ile karşılaşılmasına neden olmaktadır (Nielsen-Bohlman vd., 2004). Bununla birlikte sağlık okuryazarlığının yetersizliği sağlık harcamalarının maliyetlerini artıran bir faktör olarak görülmektedir (Dukic vd., 2013; Palumbo, 2017; Cafferkey ve Doyle, 2011; Vernon vd., 2007; Vernon, 2010).

Amerika'da yürütülen ampirik bir çalışmanın bulgularına göre sağlık okuryazarlığının yetersizliğinin ABD ekonomisine her yıl 236 milyar dolara mal olduğu tahmin edilmektedir. Bu rakam toplam sağlık bütçesinin %7'si ile %17'si arasında değişiklik göstermektedir (Vernon vd., 2007). Kanada'da yetersiz sağlık okuryazarlığının yıllık maliyetinin toplam sağlık bütçesinin %3-5'i olduğu tahmin edilmektedir (Papadacos vd., 2021). Sağlık okuryazarlığının yetersizliği, sağlık harcamalarında ek maliyet artışlarına neden olurken tam tersine sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi sağlık hizmetlerinden daha etkin yararlanarak maliyet tasarrufları elde edilmesine katkı sağlamaktadır (Biçer ve Malatyacı, 2018). Yetersiz sağlık okuryazarlığının beklenen tıbbi maliyetlerinin ele alındığı bir araştırmada, sağlık okuryazarlığının yetersizliğinin Çin'in Ningbo kentinde yaşayan tipik bir bireyin beklenen tıbbi harcamasının %10'una (176 yuan) mal olacağı tahmin edilmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin %21'den %30'a çıkması (2030'a kadar hedeflenen düzey) Ningbo'daki toplam cepten yapılan tıbbi harcamanın 0,9 milyar yuan azalmasına neden olacağı beklenmektedir (Liu vd., 2021). Sağlık okuryazarlığı ve tıbbi bakım maliyetleri arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, sınırlı ve yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip kişilerin sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik ihtiyaçlarının karşılanması ile bu nüfus için toplam sağlık maliyetlerinin yaklaşık %8'i kadar potansiyel ekonomik tasarruf sağlanabileceği tespit edilmiştir (Haun vd., 2015). Amerika'da yürütülen bir çalışmada ise yalnızca Medicare yararlanıcıları için sağlık okuryazarlığının iyileştirilmesinin yaklaşık 1 milyon hastane ziyaretini önleyerek, sağlık sistemine yılda 25 milyar dolardan fazla tasarruf sağlayabileceği belirtilmektedir (Eramo, 2021). Sağlık okuryazarlığı ve sağlık hizmetlerinin maliyetleri arasındaki ilişki Şekil 1'de ele alınmıştır.

**Şekil 1: Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Hizmetlerinin Maliyetleri Arasındaki İlişki**



**Kaynak:** Palumbo (2017)

Şekil 1’de sağlık okuryazarlığına ilişkin üç beceri betimlenmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yeterli olmasının, sağlık profesyonelleri ile iş birliğine dayalı ve birlikte yaratıcı ilişkilerin kurulması (etkileşimli sağlık okuryazarlığı), sağlık bilgilerini toplama ve işleme kapasitesinin artması (fonksiyonel sağlık okuryazarlığı), mevcut sağlık tedavileri hakkında ileri düzeyde farkındalık sağlanması (kritik sağlık okuryazarlığı) gibi olumlu yansımaları olmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça hastaneye yatış oranlarının azalması, acil bakım kullanımının azalması gibi daha iyi sağlık sonuçları elde edilmekte ve sağlık maliyetlerinin azalmasına katkı sağlanmaktadır (Palumbo, 2017). Bu açıdan bakıldığında, sağlık okuryazarlığının yetersizliğine bağlı nedenlerle sağlık sisteminin yüklenmek zorunda olduğu ek maliyetleri engelleyebilmek için sağlık okuryazarlığının gelişimini destekleyecek önlemlerin alınması gerekmektedir.

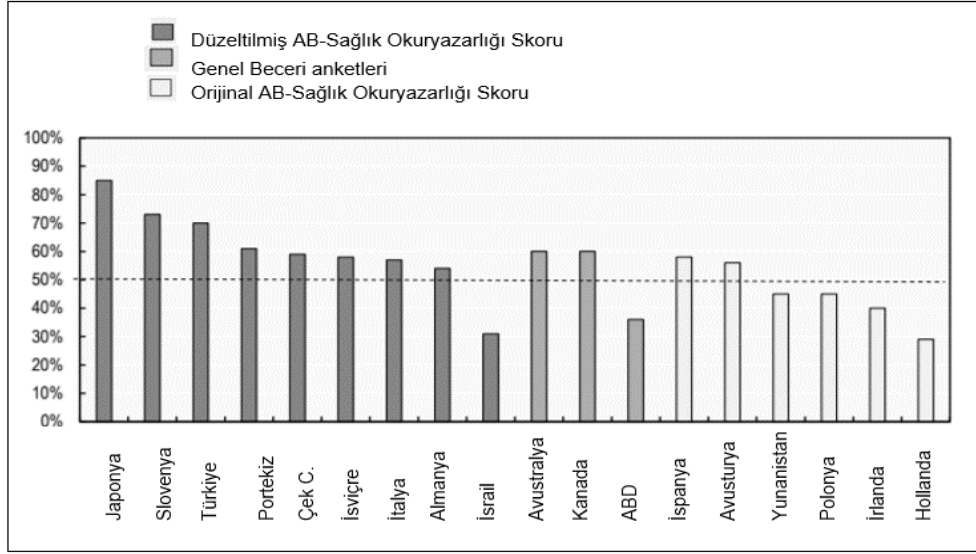
#### 4.1. Sağlık Okuryazarlığına İlişkin Küresel Görünüm

Dünya genelinde yaklaşık 776 milyon yetişkinin temel sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olduğu bilinmektedir (Avcı ve Özkan, 2019). Sağlıkın sosyal belirleyicilerinden biri olan ve giderek önem kazanan sağlık okuryazarlığına ilişkin çalışmalar Dünya genelinde artış göstermektedir. Şimdiye dek bu alanda yapılan çalışmalar büyük oranda Amerika’da yürütülmüştür. Bunun temel nedeni Amerika’da sağlık okuryazarlığının yetersizliğinin yetişkinler arasında yaygın bir problem olarak görülmesidir. ABD’li yetişkinlerin yalnızca yüzde 12’si profesyonel sağlık okuryazarlığına sahiptir (U.S. Department of Health and Human Services, 2008). Bu ülkede sağlık okuryazarlığının yetersizliğinin yaygınlığı; olumsuz sağlık sonuçları, sağlıkta eşitsizlikler, ırk, sosyoekonomik durum ve eğitim gibi faktörlerle ilişkilidir (Leslie vd., 2020).

Sağlık okuryazarlığına ilişkin çalışmalar Avrupa’da da yaygınlık göstermeye başlamıştır (Sørensen ve Wängdahl, 2019). Kanada, Danimarka, Avustralya, Filipinler, Almanya, Birleşik Krallık gibi ülkelerde sağlık okuryazarlığına ilişkin farklı ölçekler ve farklı perspektiflerden yapılan değerlendirmeler ile sağlık okuryazarlığının düzeyi ve sağlık okuryazarlığına etki eden faktörlere ilişkin çalışmalar yapılmıştır (Sykes ve Wills, 2019). Avrupa Birliği üyesi sekiz ülke için gerçekleştirilen Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Anketinin bulgularına göre ankete katılım gösteren bireylerin %48’sinde sağlık okuryazarlığı düzeyinin sınırlı olduğu tespit edilmiştir (Sorensen vd., 2015). İskandinav ülkelerinde ise bu alanda yapılan çalışmaların yetersizliğinin farkındalığı ile 2012 yılında sağlık okuryazarlığı bilincinin geliştirilmesine yönelik İskandinav sağlık okuryazarlığı ağı kurulmuş olup, İskandinav bakış açısıyla araştırma, politika ve uygulamada ilerlemeler sağlamak için harekete geçilmiştir (Sørensen ve Wangdahl, 2019).

OECD üyesi 18 ülkeden elde edilen kanıtlara göre, OECD nüfusunun en az üçte birinin düşük sağlık okuryazarlığı seviyelerine sahip olabileceği belirtilmektedir. Japonya, Slovenya, Türkiye, Portekiz, Çek Cumhuriyeti, İsviçre, İtalya, Almanya, Avustralya, Kanada, İspanya ve Avusturya gibi ülkelerin nüfuslarının %50’sinden fazlası düşük sağlık okuryazarlığına sahiptir (Moreira, 2018). 18 OECD ülkesinde genel beceri anketleri (örneğin PIAAC) veya sağlık okuryazarlığına özgü geliştirilmiş anketler (örneğin Avrupa Sağlık Okuryazarlığı anketi) kullanılarak sağlık okuryazarlığı düzeyi ölçülmüştür (Moreira, 2018). Şekil 2’de OECD ülkelerinin sağlık okuryazarlığı düzeyine ilişkin verileri paylaşılmıştır.

## Şekil 2: OECD Ülkelerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

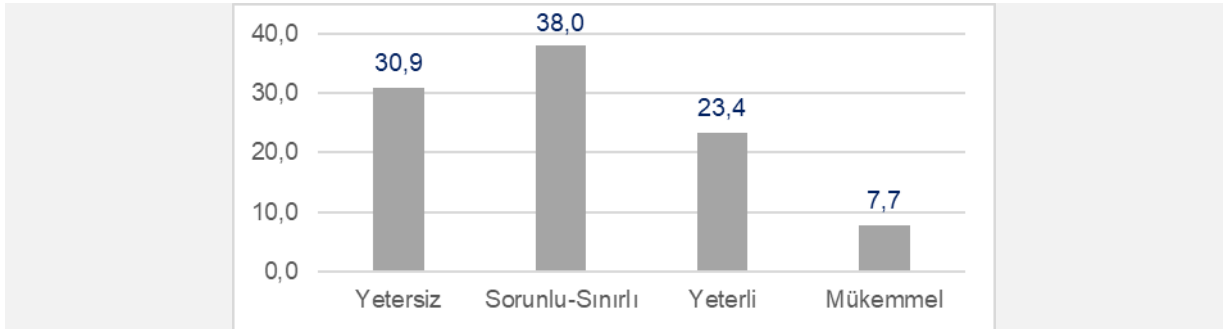


**Kaynak:** Moreira (2018)

Sağlık okuryazarlığına ilişkin verileri mevcut olan 18 OECD ülkesinden 12'sinde, bireylerin yarısından fazlasının sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğu görülmektedir.

Türkiye'de ise sağlık okuryazarlığı ile ilgili düzey belirleme ve sağlık okuryazarlığına etki eden faktörlerin tespit edilmesine yönelik çalışmalar sınırlı sayıdadır. Ulusal düzeyde Sağlık Bakanlığı tarafından TSOY-32<sup>4</sup> ölçeği kullanılarak yürütülen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler Çalışması (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018)'nin bulgularına, ülkemizde sağlık okuryazarlığının düzeylerini gösteren Şekil 3'de yer verilmiştir.

## Şekil 3: Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Dağılımı, (%)



**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı, (2018)

Türkiye'de nüfusun %30,9'unun sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz, %38'inin sorunlu-sınırlı, %23,4'ünün yeterli, %7,7'sinin ise mükemmel düzeydedir. Toplamda nüfusun %68,9'u sağlık

<sup>4</sup> TSOY-32 ölçeği: iki boyut (Tedavi ve hizmet ve Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) ile dört süreç (Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) olmak üzere toplam sekiz bileşenden oluşan matris yapıda bir sağlık okuryazarlığı ölçeğidir. Avrupa'nın sağlık okuryazarlığı ölçeğinden Türkiye'nin yapısına göre geliştirilmiştir. Detaylı bilgi için bkz. (Abacıgil vd., 2016).

okuryazarlığı ile ilgili sorun yaşamaktadır. Aynı çalışmada, Ülkemizde yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi sıklığı %30,9 olarak tespit edilmiş olup, sağlık okuryazarlığının yetersizliğinin Türkiye ortalamasının üzerinde olduğu bölgeler, Güneydoğu Anadolu Bölgesi (%33,3), Akdeniz Bölgesi (%35), Ege Bölgesi (%37,9), Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi (%42,7) ve Ortadoğu Anadolu (%54,2)'dir. İstanbul (%29,5), Batı Anadolu (%29,7) ve Doğu Karadeniz (%30,2) ise yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı açısından Türkiye ortalamasının altında yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018). Sağlık okuryazarlığının neden olduğu sağlık maliyetlerini belirlemek oldukça güç olmakla birlikte Sağlık Finansmanı Raporu (TÜSAP Sağlık Platformu, 2020)'nda, Türkiye'de hastalık yükünü azaltmada en etkili yöntemin sağlık okuryazarlığı ve sağlığın korunmasına yönelik teşvik, promosyon ve benzeri halk sağlığı uygulamalarının olduğu belirtilmiştir.

## V. COVID-19 PANDEMİSİ

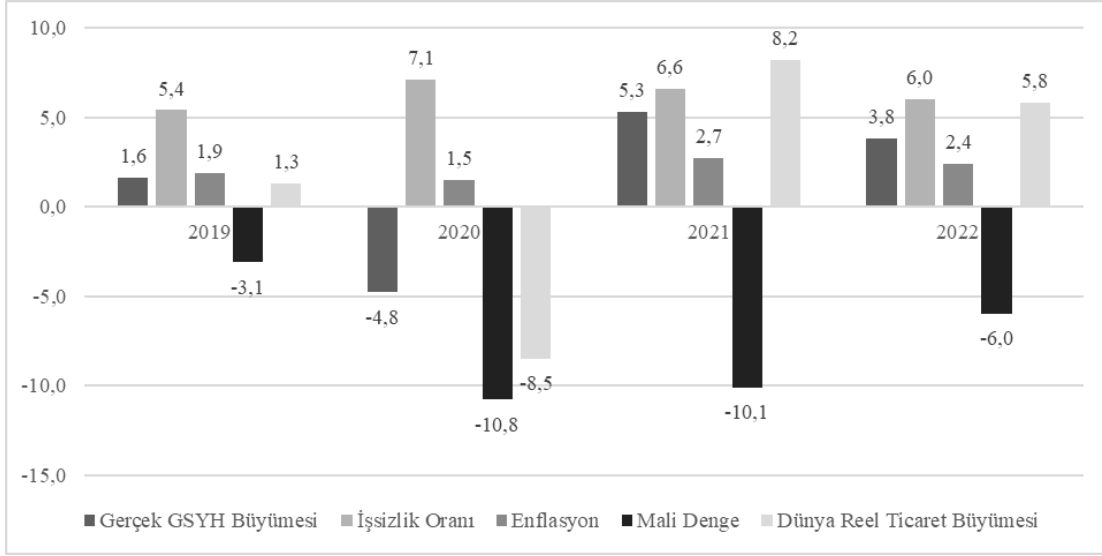
Covid-19 pandemisi 31 Aralık 2019'da Çin'in Wuhan şehrinde hayvanlardan insanlara bulaştığı düşünülen bir virüs saptanması ile başlamıştır. Virüsün öksürme sonucunda oluşan damlacıklar ile insandan insana bulaştığı ve virüsün bulaştığı yüzeyler ile temas edilmesine bağlı olarak bulaş riskinin arttığı tespit edilmiştir (TÜBA, 2020). Virüsün küresel olarak yayılım göstermesi ile 11 Mart 2020 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü tarafından bu hastalık Pandemi olarak ilan edilmiştir (World Health Organization, 2020). Aynı tarihte ülkemizde de ilk Covid-19 vakası tespit edilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020). Covid-19 pandemisi dünya genelinde 4 milyona yakın insanın ölümüne neden olmuştur. Bu sayı her geçen gün artış göstermekle birlikte pandemi ile mücadele kapsamında küresel olarak 10.08.2021 tarihine kadar 2.950.104.812 aşı uygulaması gerçekleştirilmiştir (WHO, 2021). Dünya genelinde nüfusun %30,2'si en az bir doz Covid-19 aşısı alırken, %15,6'sı ise tam aşıdır (Our World in Data, 2021).

Pandeminin ilanı ile dünya genelinde olduğu gibi Türkiye'de de ekonomik, sosyal ve kültürel hayata etki eden pek çok tedbir alınmıştır. Bu tedbirlere kronolojik olarak yer vermek bu çalışmanın sınırları içerisinde mümkün olmamakla birlikte bulaş riskinin önlenmesini sağlamak için alınan tedbirlerden bazıları; her eğitim kademesinde eğitim ve öğretime ara verilmesi ve süreçte uzaktan eğitime geçilmesi, insanların bir araya gelmesini engelleyecek mekanların kapatılması, seyahat engelleri, çalışma saatlerinin esnetilmesi, sokağa çıkma yasakları gibi uygulamalardan oluşmaktadır (Güngör, 2020). Alınan tedbirlerin hareket noktası insanlar arasındaki ilişkinin en aza indirgenerek bulaş riskinin minimize edilmesidir. Bu amaçla sağlık okuryazarlığı ile birebir ilişkili olan "maske", "fiziksel mesafe" ve "kişisel hijyen" kurallarına uyum tüm dünyada uyulması gereken temel kurallar olarak ilan edilmiştir. Pandemi ortamında bireylerin pandemiden koruyucu davranışları uygulayabilmesi yanında, paylaşılan tıbbi bilgileri ve pandemiye ilişkin terminolojiyi anlayabilmesi de önem kazanmıştır (Akbal ve Gökler, 2020).

### 5.1. Covid-19 Pandemisinin Ekonomiye Etkileri

Covid-19 Pandemisi ile mücadele etmek için alınan tedbirler ülkelerin ekonomik göstergelerinin olumsuz etkilenmesine neden olmuştur. Büyüme oranı, işsizlik, enflasyon, mali denge ve dış ticaret gibi göstergelerde meydana gelen olumsuz değişime ve 2021-2022 yılları için iyileşme beklentilerine OECD ülkeleri temel alınarak Şekil 4'te gösterilmiştir.



**Şekil 4: Ekonomik Göstergeler, OECD**

**Kaynak:** OECD (2021a)

Şekil 4'te yer aldığı gibi 2019 yılı ile kıyaslandığında Pandeminin etkilerinin en yoğun hissedildiği dönem olan 2020'de en olumsuz etkilenen göstergeler büyüme, mali denge ve ticaret büyümesidir. Bu göstergelerin negatife dönmesinin en temel sebebi alınan kısıtlama tedbirleri ile tüm dünyada üretim düzeyinin yavaşlaması ve uluslararası ticari faaliyetlerin yavaşlamasıdır. Mali dengedeki daralmanın nedeni ise bireylere ve şirketlere verilen desteklerin bu dönemde artış göstermesidir. Küresel açıdan istihdam verileri değerlendirildiğinde, 2020 yılında istihdamda yaşanan kayıplar işsizlikten ziyade artan işgücünün dışında kalmak şeklinde gerçekleşmiştir. Küresel işsizlik 2020 yılında 33 milyon gerçekleşirken, küresel istihdam kaybı 144 milyondur. İşsizlik oranı ise %1,1 artarak %6,5'e yükselmiştir (Uluslararası Çalışma Örgütü, 2021).

Pandemi, üretimin yavaşlamasına ya da tamamen durmasına neden olarak pek çok sektörün bu durumdan olumsuz etkilenmesine neden olmuştur. Turizm, havacılık ve denizcilik, otomotiv, inşaat ve emlak, imalat, finansal servisler pandemiden olumsuz etkilenen sektörler arasında yer almaktadır (TÜBA, 2020). Türkiye'de pandeminin sektörel etkilerinin değerlendirildiği ampirik bir çalışmanın bulguları; Elektrik, Ulaştırma, Mali, Sınai ve Teknoloji sektörlerinde pandeminin etkileri açısından ekonomik olarak anlamlı şekilde etkilere maruz kaldığı, Gıda-İçecek, Ticaret, Tekstil, Turizm ve Hizmetler sektörlerinde ise anlamlı etkilere ulaşamadığı yönündedir (Tayar vd., 2020).

Üretimin yavaşlaması Enerji piyasasını da olumsuz etkilemiştir. Covid-19 pandemisinin neden olduğu krize kadar varıl fiyatı 60 dolar olan petrol, pandeminin etkilerine bağlı olarak önce 50 doların altına, sonra ise krize eşlik eden talep daralması ve petrol üreticilerinin rekabeti nedeniyle 20 dolar seviyelerine inmiştir. Bu durum günlük toplam petrol tüketiminin %73 oranında azalmasına, stokların artmasına neden olmuştur (TÜBA, 2020).

Pandemiden en çok etkilenen sağlık sektöründe ise dünya genelinde sağlık tesisleri büyük zorluklar ile mücadele etmek durumunda kalmıştır. Sağlık ekipmanları yetersizliği, sağlık tesislerinde yoğun bakım ve ventilatör yetersizliği, test yapma kapasitesine sahip olmayan kurumların varlığı ve bu dönemde tedarik zincirinin aksaması sonucu bu tür donanımların temininde sorunlar yaşanması sektörü küresel olarak olumsuz etkilemiştir (Kaye vd., 2020).

Sağlık sistemlerini desteklemek için ülkelerin aldıkları tedbirler seçilmiş OECD ülkeleri için Tablo 1'de sunulmuştur.

**Tablo 1: Covid-19'a İlk Sağlık Sistemi Yanıtları, (2020)**

Ülke	Aşılar ve tedavi için Ar-Ge hızlandırılması	Teletıp, gözetim ve izleme için verilerin daha akıllı kullanımının teşviki	Herkes için teşhis ve tedavinin satın alınabilirliğini iyileştirmek	Ruh sağlığı hizmetlerine erişimi artırmak	Tanısal testler, koruyucu ekipman, ventilatörler, temel ilaçların tedarikini artırmak	Sağlık çalışanlarını harekete geçirmek ve korumak	Teşhis ve tedaviler için hastane yataklarını ve alanlarını optimize etmek	Yaşlılar için koruma	Sağlık Sistemi için ek finansman sağlamak
ABD									
Almanya									
Avusturya									
Avustralya									
Çek Cumhuriyeti									
Hollanda									
İrlanda									
İspanya									
İsrail									
İsviçre									
İtalya									
Japonya									
Kanada									
Polonya									
Portekiz									
Slovenya									
Türkiye									
Yunanistan									

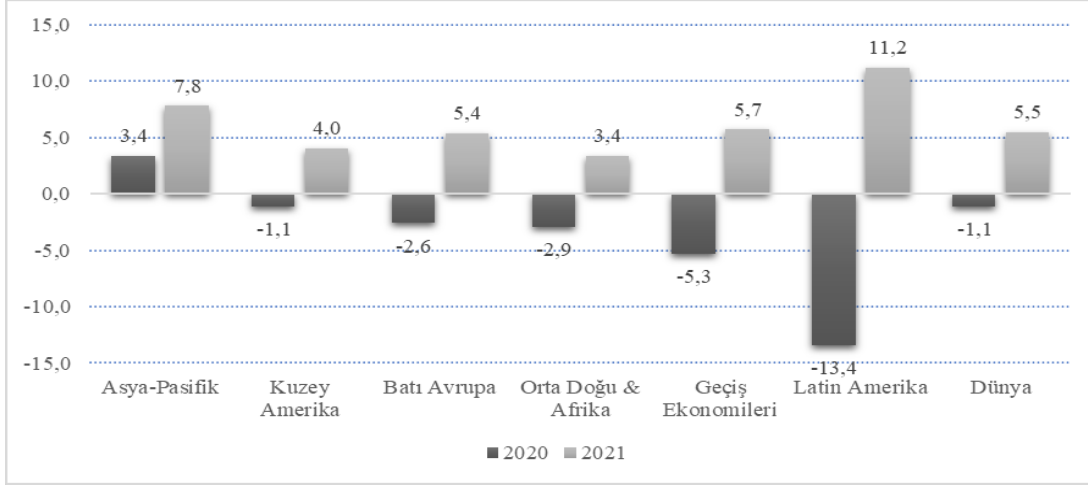
**Kaynak:** OECD, (2021b)

Aşılar ve tedavi için ar-ge çalışmalarının hızlandırılması, tele-tıp, gözetim ve izleme için verilerin daha akıllı kullanımının teşviki, herkes için teşhis ve tedavinin satın alınabilirliğini iyileştirmek, ruh sağlığı hizmetlerine erişimi artırmak, tanısal testler, koruyucu ekipman, ventilatörler, temel ilaçların tedarikini artırmak, sağlık çalışanlarını harekete geçirmek ve korumak, teşhis ve tedaviler için hastane yataklarını ve alanlarını optimize etmek, yaşlılar için koruma sağlamak, sağlık sistemi için ek finansman sağlamak gibi parametreler açısından hükümetlerce sağlık sistemine verilen destekler ele alındığında seçilmiş ülkeler arasında Avustralya, İrlanda, Japonya, Portekiz ve Türkiye'nin tüm alanlara yönelik aksiyom aldığı görülmektedir.

Ruh sağlığı hizmetlerine erişim ve finansman desteği sağlanmasının genel olarak ilk müdahale alanlarını oluşturmadığı söylenebilir. Yaşlılar için koruma sağlamak konusunda ABD, İsrail, İtalya, Kanada ve Slovenya'da önlem alınmadığı görülmektedir.

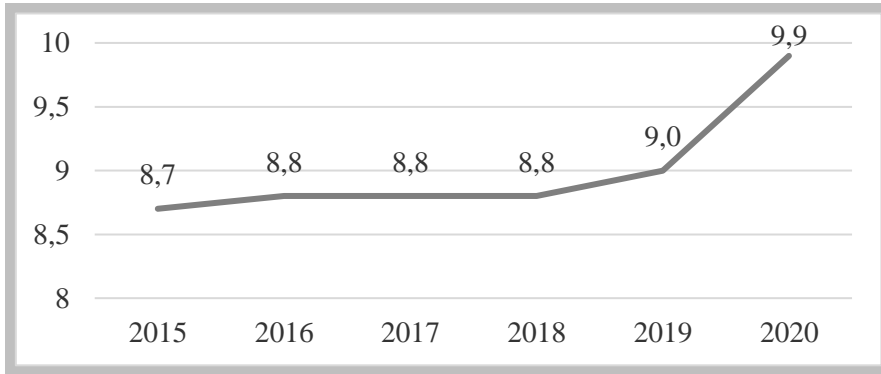
## 5.2. Covid-19 Pandemisinin Sağlık Harcamalarına ve Sağlık Maliyetlerine Etkileri

Sağlık harcamalarına ilişkin 2020 yılı verileri ilan edilmemiş olmasına rağmen Ekonomist dergisinin, Covid-19 Pandemisinin sağlık harcamaları üzerine etkilerine yönelik raporu (The Economist Intelligence Unit, 2020)'nda acil olmayan sağlık hizmetlerinin iptal edilmesi ve hastaların hastane ve kliniklerden uzak durmasıyla sağlıkla ilişkili harcamalarda dünyanın en büyük 60 ekonomisinde sağlık harcamalarında düşüş öngörülmektedir. Şekil 5'te 2020 ve 2021 yıllarına ilişkin sağlık harcamalarına ilişkin tahmini rakamlara yer verilmiştir.

**Şekil 5: Sağlık Harcamaları, 2020-2021 (ABD Doları Cinsinden % Değişim)**

**Kaynak:** The Economist Intelligence Unit (2020)

2020 yılı için ABD doları bazında küresel sağlık harcamalarının %1,1 düşeceği beklenirken, 2021 yılı için dolar bazında %5,5 artış beklenmektedir. Grafikte de izlenebileceği gibi pandemiye bağlı olarak genel sağlık hizmetleri için 2020 yılında çoğu ülkede sağlık harcamalarında düşüş beklentisi olduğu görülmektedir. Nitekim Zhang vd.'nin (2020) çalışmalarında, pandemi sürecinde Çin'de sağlık hizmeti kullanımının genel olarak azalma gösterdiği tespit edilmiştir. Toplam sağlık harcaması ve kullanımı sırasıyla %37,8 ve %40,8 azalmış, kişi başına harcama ise %3,3 oranında artmıştır. Ülkede pandeminin etkilerinin azalmasına bağlı olarak sağlık hizmetleri kullanımı artarken, sağlık harcamaları da kademeli olarak artış göstermeye başlamıştır. OECD ülkelerinde ise tam tersine sağlık harcamalarının 2020 yılı için artış öngörülmekte ve sağlık harcamalarının GSYİH'nın %9,9'u oranında gerçekleşeceği tahmin edilmektedir (OECD, 2020). 2015-2020 yılları arasında sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payına Şekil 6'da yer verilmiştir.

**Şekil 6: Sağlık Harcamalarının GSYİH'daki payı, OECD**

**Kaynak:** OECD (2021c)

2020 yılına ilişkin sağlık harcaması verisi tahmini olmakla birlikte 2015-2020 yılları arasındaki sağlık harcamaları karşılaştırıldığında bu dönemde daha durağan olan sağlık harcamalarında özellikle 2019 ve 2020 yıllarında diğer yıllara göre artış görülmektedir.

Pandemiden kaynaklanan sağlık harcamalarının maliyetleri; ülkelerin demografik özelliklerine, coğrafi özelliklerine, mevcut sağlık alt yapısının yeterliliği ve acil durumlara karşı hayati sağlık ekipmanlarının varlığına ve yedek kapasitesinin durumuna, sağlık profesyonellerinin ücretlerine bağlı olarak farklılıklar göstermektedir. Pandemiye bağlı vakaların yüzde 20'sinin hastaneye yatırılması

gerektiği varsayımı ile hastanede yatan kişi başına 29.000 ABD Dolarına eşdeğer bir maliyet ile karşılaşılabilmektedir (IMF, 2020).

Türkiye’de yürütülen “Covid-19 Tedavisinin Ekonomik Yüğü” araştırmasına göre hastalığın yıllık tıbbi maliyeti 3,7 milyar TL olarak belirlenmiştir. Araştırmaya göre, Covid-19 nedeniyle yatarak ve ayaktan tedavi olan hastaların toplam tedavi maliyetinin devlet sağlık harcamalarındaki payı %2, SGK harcamaları içindeki payı ise %3,8’dir (Dünya Gazetesi, 2021). Bununla birlikte: “*Hafif şiddetteki hastalık maliyetleri 6.830,5 TL, orta şiddetteki hastalık maliyetleri 8.791,1 TL, ağır şiddetteki hastalık maliyetleri 13.405,9 TL ve bununla birlikte O<sub>2</sub> gereksinimi olmayan hastanın tedavisi 8.095,2 TL, O<sub>2</sub> gereksinimi olan hastanın tedavisi 16.747,5 TL ve O<sub>2</sub> tedavisi ile birlikte yoğun bakım ihtiyacı olan hastalık maliyeti 30.257,3 TL*” olarak tespit edilmiştir (BT Haber, 2021). Türkiye’de Covid-19 hastalarının yönetim maliyetlerinin hesaplanmasının amaçlandığı bir diğer çalışmada Covid-19 hastalarının %17,40’ı için yatış gerektiği, yatan hastaların %7,4’ünün yoğun bakımda kalması gerektiği tespit edilmiştir. Ayakta hasta, yatan hasta ve yoğun bakımda kalış maliyetleri sırasıyla 367,04 TL, 16.534,09 TL ve 66.278,23 TL olarak hesaplanmıştır (Karahan vd., 2020).

### 5.3. Covid-19 Pandemisinin Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Harcamaları ve Gini İndeksi ile İlişkisi

Sağlık okuryazarlığı, pandemi ile ilgili sağlık bilgilerine erişim, anlama, değerlendirme ve sağlık talimatlarını uygulama açısından oldukça önemlidir (Okan vd., 2020). Pandemi ile mücadele için sık sık el yıkamak, sosyal mesafeyi korumak, yüze dokunmaktan kaçınmak ve halka açık yerlerde maske takmak gibi önlemler ile bireysel hijyenin önemi bu dönemde son derece artmıştır (Block vd., 2020)’nin çalışmalarında bu tür halk sağlığı önerilerine uyumu ölçümlemek için ankete dayalı bir risk değerlendirmesi yapılmıştır. Anket sonuçlarına göre ankete katılanlar halk sağlığı tavsiyelerine her zaman uymak ve elleri yıkamak %72, sosyal mesafeye uyum %67, yüze dokunmaktan kaçınmak %55 ve maske takmak %65 oranlarında halk sağlığı önerilerine uyum göstermektedir. Ölçümlenen alanlara katılımcılar %80’in altında uyum gösterdiği için çalışmada bu popülasyonu daha kötü sağlık sonuçlarının bekleyebileceği vurgulanmıştır. Bu durumun nedenleri arasında sağlık bilgisine erişimdeki eşitsizlikler yanında pandemi ile ilgili bilgilere daha düşük erişim, düşük uyum gibi nedenler gösterilmiştir. Çözüm yolu olarak düzenlenecek eğitim kampanyaları ile bu grupta pandeminin yaygınlığının ve ölüm oranlarının düşürülebileceği savunulmuştur.

Okan vd. (2020)’nin Almanya’da Coronavirüs ile ilgili geliştirdiği sağlık okuryazarlığı ölçütü (HLS-COVID-Q22) kapsamında 16 yaş üstü katılımcılara uyguladığı çevrimiçi bir ankette elde ettiği bulgulara göre; örneklem olarak alınan kesimin %49,9’unun Coronavirüs ile bağlantılı sağlık okuryazarlığı yeterli düzeydeyken, %50,1’inin sağlık okuryazarlığı düzeyi “sorunlu”, (%15,2)’sinin ise “yetersiz” (%34,9) olduğu tespit edilmiştir. Covid-19 pandemisinin sağlık sistemi ve işgücü üzerinde benzeri görülmemiş bir yük oluşturduğuna, bu nedenle pandemi ile mücadele için sağlık okuryazarlığının uzun vadeli bir politika aracı olarak ele alınmasının sağlık hizmetleri, sağlığın teşviki ve hastalıkların önlenmesi için büyük değer sağlayacağını ifade etmişlerdir.

Collins vd. (2020)’nin çalışmalarında, halk sağlığı altyapısının güçlendirilmesini, uluslararası ve sektörel iş birliklerinin ve koordinasyonun artırılmasını, sağlık eşitsizliklerini hedef alarak savunmasız gruplar için sürdürülebilir iletişim kampanyaları dahil olmak üzere sağlık okuryazarlığının geliştirilmesini önererek alınacak önlemlerin gelecekte, sağlık sistemlerini ve toplumları olası salgın risklerine karşı koruyacağını savunmuşlardır.

Vera-Valdes (2021)’in pandemiye bağlı vaka ve ölümleri sağlık, politik ve ekonomik pek çok açıdan değerlendirdiği çalışmasında hem Gini katsayısı hem de kişi başına Gayri Safi Yurtiçi Hasıla değişkenlerinin vaka sayıları ile arasında pozitif ilişki bulunmuş olup, yüksek düzeyde ekonomik eşitsizliğe sahip gelişmiş ülkelerin daha yüksek sayıda vaka ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu tür ülkelerdeki nüfusun daha bireyci bir tutum sergilediğini ve topluma küçük bir kişisel maliyetle fayda sağlayacak şekilde hareket etmeye daha az eğilimli olduğuna işaret etmişlerdir. Amerika Birleşik Devletleri, Meksika ve Brezilya’da gibi ülkeleri bu kapsamda değerlendirirken, daha fazla

dayanışma gösteren toplumların virüsün yayılmasını kontrol etmek için gereken donanımına sahip olduğu değerlendirilmiştir.

Covid-19 pandemisinin sağlık okuryazarlığı ve sağlık harcamaları ile ilişkisini analiz edebilmek için bu çalışmada seçilmiş 18 OECD ülkesine ilişkin GSYİH, sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı, nüfus, test sayısı, vaka sayısı, vefat sayısı, ölüm oranı, toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve sağlık okuryazarlığı yetersiz olan nüfusa ilişkin verilere ve Gini indeksine ilişkin verilere karşılaştırmalı olarak yer verilmiştir. Tablo 2’de seçilmiş OECD ülkeleri için genel nüfus ve sağlık okuryazarlığı yetersiz olan nüfusa ilişkin bilgiler ile pandemi sürecinde yapılan test, vaka ve vefat sayılarına yer verilmiştir.

**Tablo 2: Pandemi İstatistikleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi**

Ülke	Sağlık Har. GSYİH (%)	Nüfus	Test Sayısı	Vaka Sayısı	Vefat Sayısı	SO Yetersiz Olan Nüfusun %'si
ABD	17,0	333.146.077	546.622.139	36.780.480	633.799	35,0
Almanya	11,7	84.079.923	67.658.074	3.800.048	92.291	46,3
Avustralya	9,4	25.826.246	26.847.522	37.013	943	59,0
Avusturya	10,4	9.063.148	69.844.185	664.133	10.751	56,4
Çek Cum.	7,8	10.730.935	33.965.196	1.675.179	30.369	59,4
Hollanda	10,0	17.176.766	16.254.958	1.887.831	17.871	28,7
İrlanda	6,8	4.998.633	4.729.538	313.876	5.044	40,0
İspanya	9,0	46.774.795	58.466.967	4.627.770	82.125	58,3
İsrail	7,5	9.326.000	17.162.009	908.322	6.559	30,0
İsviçre	11,3	10.168.802	11.448.153	1.104.538	14.620	55,0
İtalya	8,7	60.363.528	79.277.767	4.400.617	128.242	54,6
Japonya	11,0	126.048.279	19.196.748	1.043.625	15.297	72,0
Kanada	10,8	38.107.385	39.024.434	1.442.087	26.678	60,0
Polonya	6,2	37.800.784	18.978.511	2.884.361	75.285	44,6
Portekiz	9,5	10.163.830	15.803.776	988.061	17.485	60,0
Slovenya	8,5	2.079.254	1.405.044	260.372	4.433	62,8
Türkiye	4,4	85.340.310	70.128.071	5.942.271	52.313	68,9
Yunanistan	7,8	10.366.735	13.545.528	516.785	13.068	44,8

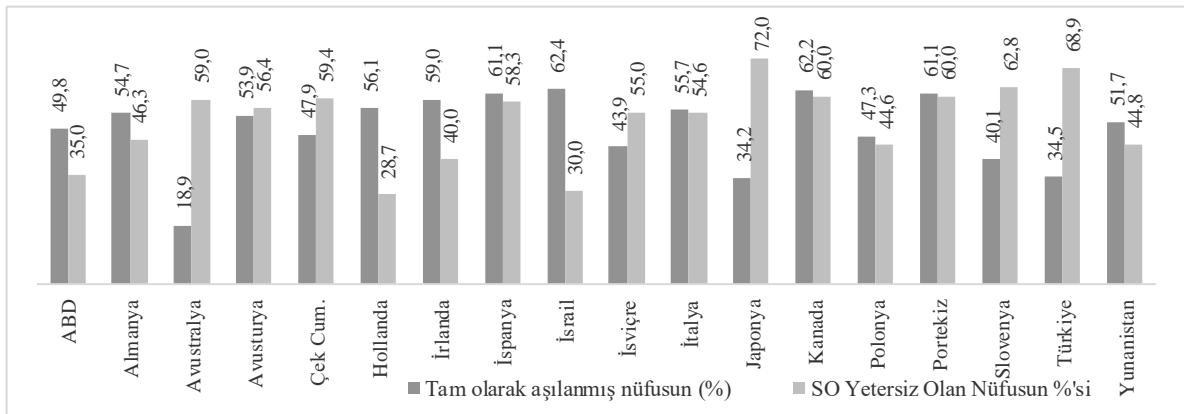
**Kaynak:** Worldometer Coronavirus Cases, (10.08.2021); Moreira, 2018; Sorensen vd., 2015; Nakayama vd., 2015; Kucera vd., 2016; Levin-Zamir ve Baron-Epel, 2020; Espanha ve Avila, 2016; Health Literacy in Canada: A Healthy Understanding, 2008; OECD, 2020’den yazar tarafından oluşturulmuştur.

Seçilen ülkelerde sağlık okuryazarlığının yetersizliğin yaygın bir problem olduğu görülmektedir. Avustralya, Avusturya, Çek Cumhuriyeti, İspanya, İsviçre, İtalya, Japonya, Kanada, Portekiz, Slovenya ve Türkiye’de nüfusun yarısından fazlasının sağlık okuryazarlığı yetersizdir. Sağlık okuryazarlığının yetersizliği ile paralel olarak bu ülkeler arasında vefat sayılarının en yüksek olduğu ülkeler sırasıyla ABD, Almanya, İspanya, İtalya, Polonya ve Türkiye’dir. Pandemiye ilişkin veriler açısından GSYİH’nin yüzdesi olarak daha büyük sağlık bütçelerine sahip ülkelerde halk sağlığı için daha fazla bütçe ayrıldığı, bu ülkelerde vakaların ve ölümlerin daha doğru bir şekilde takip edilebildiği ve milyon nüfus başına daha fazla test gerçekleştirildiği tespit edilmiştir (Khan vd., 2020). Vaka ve vefat sayılarının takibinin doğruluğu konusunda tablodaki veriler doğrultusunda yorum yapmak çok mümkün olmamakla birlikte Covid-19 pandemisine ilişkin süreçte ilan edilen veriler doğrultusunda en yüksek test, vaka ve vefat sayılarının nüfus ile paralel olarak ABD’de olduğu görülmektedir. Bu ülke sağlık harcamaları için GSYİH’den en yüksek payı ayıran ülkedir. ABD’den sonra sağlık harcamaları için en yüksek payı ayıran ülke olan Almanya ve İsviçre’de de test sayısının yüksek olduğu görülmektedir. Fakat Japonya’da yapılan test sayısının genel nüfusa oranla oldukça düşük olduğu görülmektedir. Bu ülkede sağlık okuryazarlığının yetersizliğinin de yaygın bir problem olduğu görülmektedir. Seçilmiş ülkeler arasında GSYİH’den sağlık harcamaları için en az payı ayıran Türkiye’de yapılan test sayısı yüksek olmakla birlikte vaka ve vefat sayılarının yüksek olduğu görülmektedir. Nitekim Türkiye’de de sağlık okuryazarlığının yetersizliği son derece yaygındır

(%68,9). Tablo 2’de yer alan veriler doğrultusunda seçilen OECD ülkeleri için; GSYİH’den sağlık harcamaları için en yüksek pay sırasıyla ABD, Almanya, İsviçre, Japonya, Kanada, Avustralya ve Hollanda’da ayrılırken, en düşük payı ayıran ülkenin Türkiye olduğu görülmektedir. Peki sağlık harcamalarından ayrılan payın boyutu aslında ne olmalıdır? Özellikle sürdürülebilir kalkınma hedefleri doğrultusunda evrensel sağlık kapsayıcılığına ulaşmak için Dünya Sağlık Örgütü kamusal sağlık harcamalarının asgari GSYİH’nın %4-5 civarında olması gerektiğini ifade etmektedir (Jowett vd., 2016). GSYİH’den sağlığa ayrılan pay açısından OECD ülkelerinin 2020 yılı ortalaması olan %9,9’un altında kalan ülkeler ve üstünde kalan ülkeler şeklinde ikili bir ayrıma tabi tutarak sağlık okuryazarlığı düzeyine ilişkin veriler karşılaştırıldığında; ABD, Almanya, Avustralya, İsviçre, Japonya ve Kanada’da sağlık harcamaları için GSYİH’nın 10’unun üzerinde pay ayrılmasına rağmen sağlık okuryazarlığının yetersizliğinin yaygın olduğu söylenebilir. Dikkat çekici olan Avustralya’da test sayısı nüfusun üzerinde bir rakama ulaşmış olup, vaka ve vefat sayılarının çok düşük olmasıdır. Pandeminin kontrol altına alınmış olduğu ülkede sıkı kapanma tedbirleri, vatandaşlar ve kamu kurumları ve özel kesim liderleriyle etkin bir iletişim kurulması bu durumun en önemli sebebi olarak görülmektedir (Child vd., 2020). Özellikle Japonya’da sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğu nüfusun çok yüksek olduğu görülmektedir. Amerika’da ise nüfusun %35’inin sağlık okuryazarlığı yetersiz gibi görünse de aslında genel nüfusun yalnızca %12’sinin sağlıkla ilgili yetkinlik düzeyinin yüksek olduğu bilinmektedir (U.S. Department of Health and Human Services, 2008). Hollanda ise bu durumun istisnası olarak GSYİH’nın %10’unu sağlık harcamaları için ayırırken, sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğu nüfus genel nüfusun %28,7’sini oluşturmaktadır. Avustralya, Çek Cumhuriyeti, İrlanda, İspanya, İsrail, İtalya, Polonya, Portekiz, Slovenya, Türkiye ve Yunanistan’da sağlık harcamaları için ayrılan pay OECD ortalamasının altında olup, bu ülkelerde sağlık okuryazarlığının yetersizliğinin yaygınlığı nüfusun %40’ının üzerindedir.

Ülkelerin sağlık harcamaları için ayırdığı paydan daha da önemlisi ayrılan kaynakların ne kadar etkin kullanımının sağlandığıdır. Bu etkinliğin ölçütü olarak finansal sürdürülebilirliğin sağlanması önem kazanmaktadır. Finansal sürdürülebilirlik için ise sağlık harcamalarındaki artış hızının büyüme hızının altında kalması gerekmektedir (Atasever, 2020). Finansal sürdürülebilirlik bu çalışmanın konusu olmamakla birlikte sağlık okuryazarlığı ve sağlık harcamaları arasındaki bağlantıyı ifade edebilmek açısından iki hususun değerlendirilmesi gerekmektedir. Birincisi, elde edilen bulgular sağlık okuryazarlığının yetersizliğinin sağlık harcamalarını artıran bir faktör olduğunu göstermektedir. İkincisi; GSYİH’den sağlık harcamalarına ayrılan payın yüksek olması halk sağlığı faaliyetlerindeki kullanımına bağlı olarak sağlık okuryazarlığının gelişimine katkı sağlayan bir unsur olarak görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında da sağlık okuryazarlığı sağlık harcamalarının etkin kullanımına aracılık etmektedir. Pandemi ile mücadele için aşılama oranının yüksek olması bu dönemde önem kazanan bir diğer konudur. Şekil 7’de seçilmiş OECD ülkeleri için aşılama oranı ve sağlık okuryazarlığının yetersizliği arasındaki ilişki ele alınmıştır.

### Şekil 7: Aşılama Oranı ve Sağlık Okuryazarlığı Yetersiz Olan Nüfus Arasındaki İlişki



**Kaynak:** Our World in Data, (10.08.2021).

Seçili ülkelerde tam olarak aşılanmış olan nüfusun genel nüfusa oranı ve bu ülkelerde sağlık okuryazarlığı yetersiz olan nüfus karşılaştırıldığında en düşük aşılanma oranının Avustralya, Japonya, Türkiye ve Slovenya'da olduğu görülmektedir. Bu ülkelerde sağlık okuryazarlığı yetersiz olan nüfus %60 ve üzerindedir. Amerika, Çek Cumhuriyeti, İsviçre ve Polonya'da da aşılanma oranı nüfusun %50'sinin altında olup, bu ülkelerde de nüfusun yarısının sağlık okuryazarlığının düşük olduğu söylenebilir. Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan nüfusun en az olduğu ülke olan Hollanda'da ve İsrail'de ise aşılanma oranının %50'nin üzerinde olduğu görülmektedir. Sağlık okuryazarlığının yetersizliği aşılanma oranının etkin bir şekilde gerçekleşmesine olumsuz etki eden bir faktör olarak değerlendirilebilir. Fakat Almanya, Avusturya, İspanya, İtalya, Kanada, Polonya, Portekiz ve Yunanistan gibi ülkelerde sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğu nüfusun ve aşılanma oranının birbirine yakın olması sağlık okuryazarlığı yetersiz olan bireylerin de aşılamaya yaklaşımının olumlu olduğunu göstermektedir.

Sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ekonomik eşitsizlik ilişkisini analiz edebilmek için Tablo 3'te kişi başına düşen GSYİH, kişi başına düşen sağlık harcamaları ve Gini indeksine ilişkin veriler ile seçilmiş ülkelerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ele alınmıştır.

**Tablo 3: Kişi Başına Düşen GSYH ve Sağlık Harcaması, Sağlık Okuryazarlığı ve Gini İndeksi İlişkisi**

Ülke	Kişi Başına Düşen GSYİH (USD) (2019)	Kişi Başına Sağlık Harcaması (USD) (2019)	SO Yetersiz Olan Nüfusun %'si	Gini İndeksi
Slovenya	41.181,40	3.303,50	62,8	24,6
Çek Cum.	43.015,80	3.417,50	59,4	25,0
Hollanda	59.674,80	5.739,20	28,7	28,1
Polonya	33.858,30	2.289,30	44,6	30,2
Avusturya	58.664,70	5.705,10	56,4	30,8
İrlanda	89.681,00	5.083,20	40,0	31,4
Almanya	55.891,20	6.518,00	46,3	31,9
Japonya	44.397,60	4.691,50	72,0	32,9
Yunanistan	30.869,20	2.319,00	44,8	32,9
İsviçre	73.114,50	7.138,10	55,0	33,1
Kanada	50.660,60	5.370,40	60,0	33,3
Portekiz	36.871,70	3.347,40	60,0	33,5
Avustralya	53.079,00	4.919,20	59,0	34,4
İspanya	42.211,80	3.600,30	58,3	34,7
İtalya	44.397,60	3.653,40	54,6	35,9
İsrail	41.964,70	2.903,40	30,0	39,0
ABD	65.240,40	10.948,50	35,0	41,4
Türkiye	27.599,80	1.266,90	68,9	41,9

**Kaynak:** OECD (2021d); World Bank (03.08.2021); OECD (2021e).

Kişi başına düşen GSYİH rakamları değerlendirildiğinde en yüksek kişi başına gelir ve kişi başına düşen sağlık harcaması rakamları sırasıyla İrlanda, İsviçre ve ABD'de de olmasına rağmen, gelir dağılımındaki adaletin ölçütü olarak Gini indeksine ilişkin veriler değerlendirildiğinde bu üç ülkenin gelir dağılımında adaleti sağlayamadığı görülmektedir. Seçilmiş ülkeler arasında gelirin en adaletsiz dağılım sergilediği ülkelerden Türkiye, ABD, İtalya, İspanya ve Avustralya'da sağlık okuryazarlığının yetersizliğinin de yaygın bir problem olduğu görülmektedir. İsrail'de ise Gini indeksi yüksek olmasına rağmen (39,0), sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olduğu nüfusun genel nüfus içindeki payı %30'dur. Hollanda'da kişi başına düşen GSYİH ve sağlık harcaması yüksek, gelir dağılımı daha adil

(28,1) ve sağlık okuryazarlığının yetersizliğinin yaygınlığının daha az (%28,7) olduğu görülmektedir. Kişi başına düşen GSYİH, kişi başına düşen sağlık harcaması, Gini indeksi ve sağlık okuryazarlığına ilişkin seçilmiş OECD ülkelerine ilişkin veriler incelendiğinde sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğu tüm ülkelerde Gini indeksinin de adaletsiz bir dağılım sergilediğini söylemek mümkün değildir. Örneğin Slovenya seçili ülkeler arasında gelir dağılımının en adil olduğu ülkelerden biri olmasına rağmen nüfusun %62,8'inin sağlık okuryazarlığı yetersizdir. Nitekim kişi başına gelir ve sağlık harcamalarına ilişkin göstergelerin yüksek olması da tek başına gelir dağılımında adaleti sağlayan ya da sağlık okuryazarlığının gelişmiş olmasına etki eden bir faktör olarak değerlendirilememektedir. Örneğin İsviçre, İrlanda, ABD'de mutlak anlamda adil bir gelir dağılımının sağlanamadığı görülmektedir.

## VI. TARTIŞMA VE SONUÇ

Seçilmiş OECD ülkelerine ilişkin kişi başına GSYİH, sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı, Gini indeksine ilişkin veriler, nüfus, test sayısı, vaka sayısı, vefat sayısı, toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyleri değerlendirildiğinde; seçilmiş ülkeler arasında nispeten daha yüksek düzeyde ekonomik eşitsizliğe sahip olan ABD, Türkiye, İtalya, İspanya, İsviçre, Kanada, Japonya, Almanya, Avusturya, Polonya ve Yunanistan gibi ülkelerde daha yüksek sayıda vaka ve vefat sayılarının olduğu görülmektedir. Bu ülkelerde sağlık okuryazarlığının yetersizliğinin yaygın bir problem olduğu görülmektedir. İlave olarak bu ülkelerden Türkiye, Polonya ve Yunanistan dışındaki ülkelere GSYİH'dan sağlık harcamaları için ayrılan pay OECD ülkelerinin ortalamasının üzerindedir. Dolayısıyla bu ülkelerde sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi yoluyla sağlık harcamalarından tasarruf elde edilmesi söz konusu olabilir. Seçilmiş ülkeler arasında gelir dağılımının daha adil olduğu Çek Cumhuriyeti'nde nüfusun yaklaşık %60'ının sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olup, bu ülkede vaka ve vefat sayıları da yüksektir. Bu ülkenin sağlık harcamaları için ayırdığı pay OECD ortalamasının altındadır. Seçilmiş ülkeler arasında vaka ve vefat sayılarının en az olduğu iki ülke Avustralya ve Slovenya'dır. Her iki ülkede de nüfusun %50'sinden fazlasının sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersizdir. Her iki ülkede de Gini indeksi diğer ülkelere nispeten gelirin daha adil dağıldığını göstermektedir. Her iki ülkede de sağlık harcamaları için ayrılan pay OECD ortalamasının altındadır. Özellikle Avustralya'da uygulanan sıkı kapanma tedbirlerinin vaka ve vefat sayılarının sayıca düşük olmasında etkisi büyüktür. Hollanda ise seçili ülkeler arasında sağlık okuryazarlığı düzeyi, Gini indeksinin daha adil oluşu, sağlık harcamalarının payının ortalamasının üzerinde olması gibi göstergeler açısından tek istisnayı oluşturmakla birlikte bu ülkede vaka ve vefat sayılarının yüksek olduğu görülmektedir.

Seçilmiş OECD ülkeleri (ABD, Almanya, Avustralya, Avusturya, Çek Cumhuriyeti, Hollanda, İrlanda, İspanya, İsrail, İsviçre, İtalya, Japonya, Kanada, Polonya, Portekiz, Slovenya, Türkiye ve Yunanistan)'ne ilişkin kişi başına GSYİH, sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı, Gini indeksine ilişkin veriler ile pandemi sürecine ilişkin test sayısı, vaka sayısı, vefat sayısı, aşılama oranları ve toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyleri karşılaştırmalı olarak ele alınmıştır. Bu amaçla elde edilen verileri karşılaştırmalı olarak ele alan tablo ve grafiklerden yararlanılmıştır.

Veriler değerlendirildiğinde her ülkenin özellikle pandemi sürecinde kendine özgü aldığı tedbirler ile pandeminin seyrini yönlendirdiğini söylemek mümkündür. Bu süreçte bulaş riskini kontrol altına almak için bireysel tedbirlere riayet etmek gereği sağlık okuryazarlığının önemini artırmıştır. Seçilmiş ülkelerde bireyler arasında sağlık okuryazarlığının yetersizliğinin yaygınlığının vaka ve vefat sayılarının artış göstermesine neden olduğu söylenebilir. Bu durumun istisnasını oluşturan ülkeler Avustralya ve Slovenya'dır. Ülke halkı tarafından tepki ile karşılanmasına rağmen özellikle Avustralya'da hükümetin pandemi sürecindeki tam kapanmaya ilişkin tavrının sürecin aşılmasında yalnızca bireylerin sorumluluğunun bulunmadığını ulusal politikaların da pandemi ile mücadele için önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Fakat pandeminin küreselleşmesi özellikle ekonomiye olan olumsuz etkilerinden dolayı yalnızca ulusal politikaların yeterli olmadığını, küresel politikaların da sürecin atlatılması için önemli olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda pandeminin en çok etkilediği sektörlerden biri olan sağlık için ayrılan kaynakların maliyet etkin yöntemler ile kullanılması gerekmektedir. Uzun vade de sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi sağlığa ayrılan kaynakların tasarruf edilmesine olanak sağlayacak bir politika olarak değerlendirilebilir. Ülkelerin GSYİH'dan sağlık



harcamaları için ayrılan pay içinde halk sağlığının geliştirilmesine yönelik faaliyetlere de ağırlık vermesi pandemi benzeri riskler ile mücadele edilebilmesi için oldukça önemlidir. Çünkü sağlık okuryazarlığına yönelik yetkinliğin kazandırılması zaman isteyen bir süreçtir.

Özet olarak, kişi başına düşen GSYİH, kişi başına düşen sağlık harcaması, Gini indeksi ve sağlık okuryazarlığına ilişkin seçilmiş OECD ülkelerine ilişkin veriler incelendiğinde sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğu tüm ülkelerde Gini indeksinin de adaletsiz bir dağılım sergilediğini söylemek mümkün değildir. Bununla birlikte, kişi başına düşen gelir ve sağlık harcamalarına ilişkin göstergelerin yüksek olması da gelir dağılımında adaleti sağlayan ya da sağlık okuryazarlığının gelişmiş olmasına etki eden bir faktör olarak değerlendirilememektedir.

Bu çalışmanın yürütülmesi sırasında yaşanan en büyük sınırlılık sağlık harcamalarının ilan edilmemiş olması ve pandemiye ilişkin istatistiklerin her gün değişim göstermesidir. Bu nedenle ileride yapılacak çalışmalar için sağlık harcamalarının ve sağlık bütçelerinin detayları incelenerek, temel ekonomik göstergeler ve sağlık okuryazarlığı düzeyine ilişkin verilerin ilişkisi farklı ülkeler için ele alınabilir.

**Etik Kurul İzni:** Kamuya açık, resmi istatistiklerden alınması nedeniyle etik kurul izni gerekmemektedir.

## KAYNAKLAR

- Abacıgil, F., Harlak, H. & Okyay, P. (2016). Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeği türkçe uyarlaması içinde, Okyay, P. ve Abacıgil, F. (Ed.) *Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması* (1. Baskı, ss. 21-41). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Abdel-Latif, M. (2020). The enigma of health literacy and Covid-19 pandemic. *Public Health*, 185, 95.
- Abel, T., & McQueen, D. (2020). The COVID-19 pandemic calls for spatial distancing and social closeness: not for social distancing!. *International Journal of Public Health*, 65(3), 231-231.
- Akbal, E. & Gökler, M.E. (2020). COVID-19 salgını sürecinde eksikliği ortaya çıkan bir gerçek: sağlık okuryazarlığı. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. 5, 148-155.
- Aslan, Ş., Dömbekçi, H. & Özen, M. (2017). Acil sağlık hizmetlerine gereksiz başvuruların azaltılmasında önemli bir etken: Sağlık okuryazarlığı. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 4(12), 47-62.
- Atasever, M. (24.04.2020). Türkiye’de sağlık harcamaları ve OECD ile karşılaştırması, Tax Independent Advisors, <https://ia.com.tr/wp-content/uploads/2020/04/2020-48-saglik-mali-boyutu-analiz-v2-3.pdf>
- Australian Bureau of Statistics. (29.04.2019). *National Health Survey: Health literacy*. <https://www.abs.gov.au/statistics/health/health-conditions-and-risks/national-health-survey-health-literacy/latest-release>.
- Avcı, E., & Özkan, S. (2019). Dünyada ve türkiye’de sağlık okuryazarlığı düzeyi ve etkileyen faktörler. İçinde Özkan S. (Ed.) *Sağlık okuryazarlığı* (1. Baskı, ss. 16-21). Türkiye Klinikleri.
- Biçer, E. B. & Malatyalı, İ. (2018). Sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi örneği. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 17 (2), 1-15.
- Block Jr, R., Berg, A., Lennon, R. P., Miller, E. L., & Nunez-Smith, M. (2020). African American adherence to COVID-19 public health recommendations. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 4(3), e166-e170.

- BT Haber. (25.05.2021). TÜSAP 22. Vizyon toplantısı sağlık otoritelerinin katılımı ile başarıyla gerçekleşti. <https://www.bthaber.com/tusap-22-vizyon-toplantisi-saglik-otoritelerinin-katilimi-ile-basariyla-gerceklesti/>
- Cafferkey, K. & Doyle, G. (2011). *Health literacy and economic costs*. 24th In Irish Accounting & Finance Association Annual Conference, University College Cork, Ireland.
- Child, J., Dillon, R., Erasmus, E. & Johnson, J. (15.12.2020). Collaboration in crisis: Reflecting on Australia's COVID-19 response, McKinsey&Company, <https://www.mckinsey.com/industries/public-and-social-sector/our-insights/collaboration-in-crisis-reflecting-on-australias-covid-19-response>.
- Collins, T., Akselrod, S., Bloomfield, A., Gamkrelidze, A., Jakab, Z., & Placella, E. (2020). Rethinking the covid-19 pandemic: Back to public health. *Annals of Global Health*, 86(1).
- Coughlan, D., Turner, B., & Turijillo, A. (2013). Motivation for a health-literate health care system—does socioeconomic status play a substantial role? Implications for an Irish health policymaker. *Journal of Health Communication*, 18(1), 158-171.
- Dukic, N., Arbula Blecich, A., & Cerović, L. (2013). Economic implications of insufficient health literacy. *Economic Research*, 26(1), 117-132.
- Dünya Gazetesi. (12.03.2021). *Cerrahpaşa ve Başkent üniversitelerinden çarpıcı rapor: COVID-19'un tıbbi maliyeti 3.7 milyar TL*. <https://www.dunya.com/gundem/cerrahpasa-ve-baskent-universitelerinden-carpici-rapor-covid-19un-tibbi-maliyeti-37-milyar-tl-haberi-614154>.
- Eramo, L. A. (2021). Addressing patient health literacy: How primary care physicians can help. *Medical Economics*, 98 (3), 38-41.
- Ertuğrul, B. & Albayrak, S. (2020). Sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemede kullanılabilecek bazı ölçekler. *Sağlık ve Toplum*, 30 (2), 16-22.
- Espanha, R. & Ávila, P. (2016). Health Literacy survey Portugal: A contribution for the knowledge on health and communications, *Procedia Computer Science*, 100, 1033-1041.
- Gönç Şavran, T. (2018). Sosyal sermaye ve sağlık arasındaki ilişki: Ampirik çalışmalar ne gösteriyor?. *Journal of Economy Culture and Society*, (57), 53-91.
- Gözlü, K. (2020). Social determinant of health: Health literacy. *Med J. SDU*, 27(1), 137-144.
- Güngör, B. (2020). Türkiye'de Covid-19 pandemisi süresince alınan önlemlerin kriz yönetimi perspektifinden değerlendirilmesi. *Uluslararası Sosyal Bilimler Akademi Dergisi*, 2(4), 818-851.
- Haun, J. N., Patel, N. R., French, D. D., Campbell, R. R., Bradham, D. D., & Lapcevic, W. A. (2015). Association between health literacy and medical care costs in an integrated healthcare system: a regional population based study. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1-11.
- Murray, T.S., Hagey, J., Willims, D., Shillington, R. & Desjardins, R. (2008). Health Literacy in Canada: A Healthy Understanding, UCLA Previously Published Works. Ottawa, <http://www.en.copian.ca/library/research/ccl/health/health.pdf>.

- IMF. (2020). Managing the Impacts of the Coronavirus: Guidance on health spending policies. *Special Series on Fiscal Policies to Respond to COVID-19*. <https://www.imf.org/~media/Files/Publications/covid19-special-notes/enspecial-series-on-covid19managing-the-impacts-of-the-coronavirus-guidance-on-health-spending-polic.ashx>.
- Karahan, E., Öztöpcü, S., Kurnaz, M., Ökçün, S., & Çalışkan, Z. (2020). Pin56 cost of Covid-19 patients treatment in Turkey. *Value in Health*, 23(2), S554.
- Kaye, A. D., Okeagu, C. N., Pham, A. D., Silva, R. A., Hurley, J. J., Arron, B. L., ... & Cornett, E. M. (2021). Economic impact of COVID-19 pandemic on healthcare facilities and systems: International perspectives. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 35(3), 293-306.
- Khan, J. R., Awan, N., Islam, M., & Muurlink, O. (2020). Healthcare capacity, health expenditure, and civil society as predictors of COVID-19 case fatalities: a global analysis. *Frontiers in Public Health*, 8, 347.
- Kučera, Z., Pelikan, J., & Šteflová, A. (2016). Health literacy in Czech population results of the comparative representative research. *Casopis Lekarů Ceskych*, 155(5), 233-241.
- Levin-Zamir, D., & Baron-Epel, O. (2020). Health literacy in Israel—from measurement to intervention: Two case studies. *Information Services & Use*, 40(1-2), 17-25.
- Leslie, C. J., Hawkins, M., & Smith, D. L. (2020). Using the health literacy questionnaire (hlq) with providers in the early intervention setting: A qualitative validity testing study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2603.
- Liu, L., He, T., Huang, J., Li, G., & Qian, X. (2021). The Economic Costs of Limited Health Literacy in China: Evidence From National Health Literacy Surveillance Survey. *Preprints with The Lancet*, <https://ssrn.com/abstract=3761831> veya <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3761831>.
- Jowett M, Brunal MP, Flores G, Cylus J. (2016) *Spending targets for health: no magic number*. Geneva: World Health Organization, (WHO/HIS/HGF/HFWorkingPaper/16.1; Health Financing Working Paper No. 1); <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250048/1/WHO-HIS-HGFHFWorkingPaper-16.1-eng.pdf>.
- Moreira, L. (2018). Health literacy for people-centred care: Where do OECD countries stand? ", OECD Health Working Papers, No. 107, OECD Publishing.
- Nakayama, K., Osaka, W., Togari, T., Ishikawa, H., Yonekura, Y., Sekido, A., & Matsumoto, M. (2015). Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: a validated Japanese-language assessment of health literacy. *Bmc Public Health*, 15(1), 1-12.
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A., & Kindig, D. (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. Institute of medicine (us) committee on health literacy. Washington (DC): National Academies Press.
- Okan, O., Bollweg, T. M., Berens, E. M., Hurrelmann, K., Bauer, U., & Schaeffer, D. (2020). Coronavirus-related health literacy: A cross-sectional study in adults during the COVID-19 infodemic in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5503.
- OECD. (2020). OECD health spending as a share of GDP, 2005 to 2020 (estimate). 02.07.2021 <https://www.oecd.org/health/health-expenditure.htm>.
- OECD. (2021a). *OECD Economic Outlook, Volume 2021 Issue 1*, OECD Publishing.

- OECD. (2021b). Tackling Coronavirus (Covid-19): Contributing to a Global Effort. <https://www.oecd.org/coronavirus/country-policy-tracker/>.
- OECD. (2021c). *OECD Health Statistics 2021*. 03.08.2021 <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>
- OECD (2021d), Income inequality (indicator). 03.08.2021 <https://doi.org/10.1787/459aa7f1-en> .
- OECD. (2021e). *Level of GDP per capita and productivity*. 29.07.2021 [https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=PDB\\_LV](https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=PDB_LV).
- OECD (2021f). OECD Skill Surveys, 13.08.2021 <https://www.oecd.org/skills/piaac/>.
- Our World in Data (2021). Coronavirus (COVID-19) Vaccinations, 10.08.2021 <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>.
- Paakkari, L., & Okan, O. (2020). COVID-19: health literacy is an underestimated problem. *The Lancet. Public Health*, 5(5), e249.
- Palumbo, R. (2017). Examining the impacts of health literacy on healthcare costs. An evidence synthesis. *Health Services Management Research*, 30(4), 197-212.
- Papadakos, J., Barnsley, J., Berta, W., Rowlands, G., Samoil, D., & Howell, D. (2021). The association of self-efficacy and health literacy to chemotherapy self-management behaviors and health service utilization. *Supportive Care in Cancer*, 30(1), 603-613.
- Ratzan, S., & Parker, R. (2000). National Library of Medicine current bibliographies in medicine: Health literacy. Bethesda: *National Institutes of Health*, U.S. Department of Health and Human Services.
- Sørensen, K., & Wångdahl, J. (2019). Health literacy research in the Nordic Countries. In O. Okan, U. Bauer, D. Levin-Zamir, P. Pinheiro, & K. Sørensen (Eds). *International Handbook of Health Literacy: Research, practice and policy across the lifespan* (1st ed., ss. 199-213). Chicago: The University of Chicago Press.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 1-13.
- Sørensen, K., Pelikan, J., Rothlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., . . . Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053-1058.
- Sykes, S., & Wills, J. (2019). Critical health literacy for the marginalised: Empirical findings. In O. Okan, U. Bauer, D. Levin-Zamir, P. Pinheiro, & K. Sørensen (Eds.). *International Handbook of Health Literacy: Research, practice and policy across the lifespan* (1st ed., ss. 167-181). Chicago: The University of Chicago Press.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2011), Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, 1. Baskı, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2018). *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler Çalışması*. Ankara.

- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). Bakan Koca, Türkiye'nin Covid-19'la 1 Yıllık Mücadele Sürecini Değerlendirdi, <https://www.saglik.gov.tr/TR,80604/bakan-koca-turkiyenin-kovid-19la-1-yillik-mucadele-surecini-degerlendirdi.html>, (11.03.2021).
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2021). *Pandemi*. Covid-19 Bilgilendirme Platformu. 02.07.2021 <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66494/pandemi.html>.
- Tayar, T., Gümüştekin, E., Dayan, K., & Mandi, E. (2020). Covid-19 krizinin Türkiye'deki sektörler üzerinde etkileri: Borsa İstanbul sektör endeksleri araştırması. *Van Yüzcüncü Yıl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Salgın Hastalıklar Özel Sayısı*, 293-320.
- The Economist Intelligence Unit. (2020). *Covid-19: the impact on healthcare expenditure*. [https://pages.eiu.com/rs/753-RIQ-438/images/covid19\\_the-impact-on-healthcare-expenditure.pdf?mkt\\_tok=eyJpIj](https://pages.eiu.com/rs/753-RIQ-438/images/covid19_the-impact-on-healthcare-expenditure.pdf?mkt_tok=eyJpIj).
- Tözün, M. & Sözman, M. K. (2014), Halk Sağlığı Bakışı ile Sağlık Okuryazarlığı, *Smyrna Tıp Dergisi*, 2, 48-54.
- TÜBA. (2020). *Covid-19 Pandemi Değerlendirme Raporu*. Ankara: Türkiye Bilimler Akademisi.
- TÜSAP Sağlık Platformu. (2020). *Sağlık Finansmanı Raporu: Ulusal ve Uluslararası Ölçekte Sağlık Finansmanında Hastalık Yükü*. [https://tusap.org/wp-content/uploads/2021/01/16nciTOPLANTI\\_yeni.pdf](https://tusap.org/wp-content/uploads/2021/01/16nciTOPLANTI_yeni.pdf).
- Ulun, A. B. (2020). Covid-19 salgınının küresel düzeyde incelenmesi: Ekonomik etkiler ve vergisel önlemler. *Ekonomi İşletme ve Maliye Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 89-102.
- Uluslararası Çalışma Örgütü. (2021). *ILO Gözlem: Covid-19 ve Çalışma Yaşamı*. Güncellenmiş Tahminler ve Analiz. 07.07.2021 [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-ankara/documents/briefingnote/wcms\\_769693.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-ankara/documents/briefingnote/wcms_769693.pdf).
- U.S. Department of Health and Human Services, (2008). America's Health Literacy: Why We Need Accessible Health Information. *An issue brief from the US Department of Health and Human Services*. <https://health.gov/communication/literacy/issuebrief/>
- Vera-Valdes, J. E. (2021). The political risk factors of COVID-19. *International Review of Applied Economics*, 35(2), 269-287.
- Vernon, J.A., Trujillo, A., Rosenbaum, S., & Debuono, B. (2007). Low health literacy: Implications for national health policy. Washington, DC: Department of Health Policy, School of Public Health and Health Services, The George Washington University.
- Vernon, J. A. (2010). The High Economic Cost of Low Health Literacy in Iowa. *Policy Brief*. [https://wisconsinliteracyorg.presencehost.net/file\\_download/111db518-362b-4590-bba8-25d1197b45d4](https://wisconsinliteracyorg.presencehost.net/file_download/111db518-362b-4590-bba8-25d1197b45d4).
- Zhang, Y. N., Chen, Y., Wang, Y., Li, F., Pender, M., Wang, N., ... & Fu, C. W. (2020). Reduction in healthcare services during the COVID-19 pandemic in China. *BMJ global health*, 5(11).
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: An expanded model. *Health Promotion International*, 20(2), 195-203.
- World Bank Open Data. 03.08.2021. <https://data.worldbank.org/>.

World Health Organization. (2020). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19*. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.

World Health Organization. (2021). *Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. 10.08.2021 <https://covid19.who.int/>.

Worldometer Coronavirus Cases. (10.08.2021) <https://www.worldometers.info/coronavirus/#countries>.