

BÖLÜM XV

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİ: SOSYOEKONOMİK FAKTÖRLER VE SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİMDE YAŞANAN EŞİTSİZLİKLER

Health System in Turkey: Socioeconomic Factors and Inequalities in Access to Health Services

Nadire Gülçin YILDIZ¹ & Kemal AYDIN² & Hatice YILDIZ³

¹(Doç. Dr.) İstanbul Medipol Üniversitesi Eğitim
Fakültesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık ABD,
İstanbul-Türkiye; ngyildiz@medipol.edu.tr;
ORCID: 0000-0002-5852-9658

²(Prof. Dr.) Amasya Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler
Fakültesi, Amasya-Türkiye; kemal.aydin111@gmail.com;
Orcid ID: 0000-0002-2013-7085

³(Dr.) İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Enstitüsü, İstanbul-Türkiye; hyildizci@gmail.com
ORCID: 0000-0002-0730-3827

1. Giriş

Bu kitap bölümünün amacı, sosyo-ekonomik faktörlerin Türkiye'de karşılanamayan sağlık ihtiyaçları ve bu karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu sağlık hizmetlerinde görülen eşitsizlikler üzerinde etkilerini belirlemektir. Bu faktörler, bireylerin karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarını etkileyen yaş, gelir, cinsiyet, medeni durum, eğitim, vatandaşlık, sağlık güvencesine sahip olma, çalışma durumu, genel sağlık durumu, fiziksel ağrı durumu ve depresyon gibi bağımsız değişkenleri içerir. Karşılanamayan bu

sağlık ihtiyaçlarına hastaların sosyo-ekonomik durumları, sağlık kurumlarının fiziki imkanları, sağlık kurumlarındaki personel sayısı, randevu yoğunluğu ve hastanın fiziksel lokasyonu gibi engeller oluşturabilmekte / neden olmaktadır. Dezavantajlı gruplarda yer alan hane halkı, sağlık hizmetlerine erişimdeki bu eşitsizliklerden en çok etkilenen gruplar arasında yer almaktadır. İlgili alanlarda çalışan araştırmacı ve politika yapıcılarının sağlık kalitesini değerlendirmelerine yardımcı olan bazı göstergelerden faydalanmak mevcut kararlara ışık tutabilir. Bu sistematik literatür taramasında araştırmacı, politika yapıcı ve sağlık yöneticilerine kanıta dayalı kararlar verebilmeleri için mevcut durumun literatür ekseninde analiz edilmesi amaçlanmaktadır.

2. Türkiye’de Sağlık Sistemi: Sosyoekonomik Faktörler ve Sağlıkta Eşitsizlik hakkında Mevcut Literatür

TÜİK, Çocuk İstatistikleri, 2020 verileri, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) sonuçları, Türkiye’nin toplam nüfusunun %27,2’ye karşılık gelen 0-17 yaş arası 22.750.657 çocuk olmak üzere 83.614.362 olduğunu göstermektedir (1). Türkiye nüfusunun sosyo-demografik özellikleri ile bilhassa risk altındaki nüfusun ihtiyaçlarını karşılamak ve sosyo-ekonomik eşitsizlikleri gidermek için sağlık sisteminde süregelen bir dönüşümü gerektiren köklü değişikliklere ihtiyaç duyulmaktadır. Türkiye’nin bu konuda yakın tarihteki önemli deneyimleri, kararlı bir liderlikle orta gelirli ülkelerin evrensel sağlık kapsamına erişebileceğini örneğin, nüfus sağlığı, finansal risk koruması ve kullanıcı memnuniyeti odaklı sağlık sistemi hedeflerini iyileştirebileceğini gösterse de (2), sağlık sisteminin sürdürülebilirliği zorlaşmıştır (3). Artan enflasyon oranları sonucu Türkiye’de yükselen fiyatlar istatistik otoritelerine göre, son 20 yılın en yüksek düzeyine çıktığı ifade edilmektedir. Bu durum koronavirüs-2019 (COVID-19) salgını ile yoğunlaşan ekonomik krizin bölgedeki diğer sosyal ve ekonomik sorunları da olumsuz yönde etkilediği açıktır. Söz gelimi, enflasyon oranının Mart 2022’ye kadar %61 olduğu bildirilse de bu oranın tahminlerin çok altında olduğu beyan edilmekte, resmi olmayan rakamların enflasyonu %140 oranında gösterdiği belirtilmektedir. Sonuç olarak, Türkiye’de sıradan bir vatandaş günlük temel geçim ihtiyaçlarını karşılaması zorlaştığından, genel anlamda korkunç finansal bir tablo ile ortaya çıkabilmektedir. Ne yazık ki Türk lirası, Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası: Dünya Bankası 2022 verilerine göre dünyanın en kötü performans gösteren para birimlerinden biri haline gelmiştir (4). Hane halkı gelir oranları arasındaki iyileşmeler, enflasyon oranlarının yarattığı açığı kapatmada yetersiz kalmakta ve bu da sonuç olarak

sağlık sistemine erişimde yaşanan farklılıkları da derinleştirmektedir. Özetle, sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikler toplumsal boyutta daha büyük eşitsizlikler yaratmaktadır. Öyle ki, bu eşitsizliklerin önümüzdeki yıllarda daha da derinleşebileceği öngörülmektedir.

Türkiye'de sağlık sistemi bağlamında, hane halkı sağlık durumları değerlendirildiğinde sağlık konusunda gözlemlenen eşitsizliklerin sosyoekonomik faktörlerle ilişkili olduğu gözükmemektedir. Sağlık durumları hakkında kendi bildirdikleri beyanlar esas alındığında, ülkemizde en düşük gelir gruplarında yer alan ve eğitim düzeyi en düşük olan bireylerin sağlık durumları açısından en kötü durumda yer alan kesimi temsil ettiği rapor edilmiştir (5). 2003-2008 yılları arasında sosyo-ekonomik açıdan sağlıkta yaşanan bunun gibi eşitsizlikler azalırken, gelir ve eğitim durumu gibi değişkenlere bağlı olarak sağlık durumları açısından farklılıkların hiçbir şekilde kapanmadığı gözlemlenmiştir. Mesela, doğunun daha yoksul kesimleri ile batının daha gelişmiş kesimleri arasında sağlık durumları açısından eşitsizlikler göze çarpmaktadır. Sağlık hizmeti göstergelerinde dikkati çeken (örneğin, kadın-doğum polikliniklerine yansıyan yeni doğan ölüm oranları gibi istatistikler) eşitsizlikler kırsal kesimlerden gelen ve eğitim düzeyleri düşük anneler için daha dikkat çekicidir (6).

Ülkemiz 2002'li yıllarda karşılanamayan ihtiyaçlar sonucu yeterince etkili olmayan sağlık hizmetleri hakkında halkın memnuniyetsiz tutumları ile karşı karşıya kaldı. Türkiye'nin Sağlıkta Dönüşüm Programı ile, bebek ölüm hızında (yani, 1.000 canlı doğumda 26,1) belgelendiği üzere, çeşitli kültürel ve sosyo-ekonomik gruplardan gelen ailelerin eşit erişime ulaşamadığı eski sağlık sistemi tamamen reform edilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hükümet, sağlık hizmetlerindeki eşitsizlikleri gidermek ve herkes için eşit erişimi teşvik etmek için tüm Türk vatandaşlarının erişimine izin veren evrensel sağlık hizmetleri (universal healthcare services) sunmayı amaçlamıştır. Dünya Bankası 2003 ve 2014 verilerine göre, sağlık altyapısı iyileştirilmiş ve sağlık tesislerinin kapasiteleri, (örneğin kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet için özel bakım sağlamaya yönelik olarak) yeniden düzenlenmiştir (7, 8).

Türkiye Ülke Değerlendirmesi Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa Bölge Ofisi (11), Türkiye'nin artan bir bulaşıcı olmayan hastalık (BOH - noncommunicable disease NCD) yükü ile karşı karşıya olduğunu belirtmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Türkiye'de, dikkate değer bir şekilde sağlık sisteminde köklü değişiklikler yaşadı. Bu değişiklikler, sağlık sigortası oranlarında hızlı bir artışa, sağlık hizmetlerine erişimde iyileşmelere ve sağlık hizmetlerine

erişimde bölgesel eşitsizliklerin azalmasına yol açarak; bebek, çocuk ve anne ölümleri üzerindeki etkisini göstermiştir (9, 6, 10). Sağlık Bakanlığı, büyük bir sağlık reformu gerçekleştirdikten sonra, sorunların nasıl belirleneceği ve başarıların nasıl değerlendirileceği konusunda DSÖ ile istişarede bulundu, böylece daha fazla ilerleme kaydetmek için BOH sonuçlarında ilerleme sağlandı (11). Bu çalışmalar sonucunda, Türkiye’de sağlık hizmetlerinde refah, eğitim düzeyi, cinsiyet ve yerleşim yeri ile ilgili eşitsizliklere dikkat çekilmiştir (11). 2011 yılında Türkiye’nin Gini katsayısı 0,41 olup, bu Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Teşkilatı’na (OECD) göre geniş bir gelir eşitsizliğine işaret ediyordu. O dönemlerde Türkiye gelir eşitsizliği azalan iki OECD ülkesi arasında yer almaktaydı ve sağlık hizmetlerine erişime ilişkin koşulları bugünkü kadar iyimser de değildi (4).

Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programının başarısını sürdürmek için, sağlık sistemine yönelik potansiyel tehditleri ele almak zorunludur (2). 2003 yılında Türkiye, sağlıktaki eşitsizliklerin üstesinden gelmek ve tüm vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimini finansal risklere ve ekonomik istikrarsızlığa karşı güvence altına almak amacıyla iddialı bir sağlık reformu programı başlattı. 10 yıllık bir süre içerisinde evrensel sağlık kapsamı (health coverage) ve sağlık sonuçlarında (health outcome) belirgin revizyonlar elde edildiğinde, politika geliştirme, düzenleme, finans ve hizmet sunumuyla ilgili birim ve rolleri ayırttırdı. Sağlık Bakanlığı politika ve strateji geliştirmeye odaklanırken; halk sağlığı ve kişisel sağlık hizmetlerinin sunumu diğer kuruluşlar tarafından denetlenmesi şeklinde düzenlendi. Bu durum, prensip olarak, kişinin sağlık hizmetine erişim hakkının garantiye alınması, şeffaflık ve duyarlı karar almaya ilişkin prosedürlere yönelik daha büyük ihtiyaç ve taleplere yansıyan hesap verebilirliği artırmıştır. Sağlık sistemine kurumsal müdahaleleri uygulamak için sistem düzeyinde çabalar gereklidir. Sağlık sistemleri, her bir ülkenin kendi yasal kural ve düzenlemeleri arasında önemli farklılıklara sahip olurken; ancak yönetim, finansman düzenlemeleri ve sağlık hizmeti sunumu, sağlık sistemlerinin ana özellikleri olarak bilinir (13). Belki de en büyük faktör, sağlık hizmetlerinin nasıl yetkilendirildiği ve sübvansede edildiğidir. Hizmet başına ücret sistemleri (13), doktorların kayıtlı kişilere bakım sağlamak için sabit bir ücrete sahip olduğu kişi başı ödeme yöntemlerinden daha fazla sayıda temasa, uzman sevkine ve teşhise sahiptir (14). Bununla birlikte, kişi başı ödeme sisteminin istenmeyen sonuçları da olabilir ve doktorları en etkili sağlık hizmetlerinden ziyade en verimli hizmeti sunmaya teşvik edebilir (15) (Ulusal Sağlık Hizmeti, 2020). Sağlık sistemlerindeki zorluklar, özellikle karmaşık sağlık koşullarında

çeşitli tedavi alternatiflerine erişimi kapsar. Performansa göre ve kalite odaklı (contingency payments) ödeme sistemi, her ne kadar bu sorunları çözmek için tasarlanmış sistemler olsa da hem doktorların adil bir şekilde emeklerinin karşılığını alarak hem de tedavi süreçlerinde yaşanan zorluklara cevap verdiği düşünülmemektedir.

Yoksulluk, sadece ruh sağlığını (16) değil, aynı zamanda fiziksel sağlığı da (17) olumsuz etkileyen önemli bir risk faktörüdür. Yoksulluğun bağımsız bir değişken olarak medeni durumla etkileşim halinde olduğu görülmektedir (18, 19). 2018 yılında en az bir (veya daha fazla) çocuğu olan bekar ebeveynler için yoksulluk oranı %17,1'dir (18). 2018 yılında Türkiye'de yaşayan en az bir (veya daha fazla) çocuğu olan bekar ebeveynlerin oranı %8,9'dur. Dikkatli bir şekilde incelendiğinde, hanelerin %1,9'u en az bir çocuklu bekar babalardan oluşmaktadır ve %7'si en az bir çocuğu olan bekar annelerden oluşmaktadır (18). Ayrıca, han halkını ilgilendiren sosyal bir değişken olarak boşanma da çocuklarda yoksulluğu etkilemektedir. Doğum (göçmenlerin doğum oranları dahil) ve ölüm oranları, aile yapısı, evlilik istatistikleri, sağlık sorunları, barınma durumu ve göç oranları gibi sosyo-demografik özelliklere daha yakından bakmak önemlidir. Kırsal bölgelerden büyük kent ve metropollere, doğu bölgelerinden batıya doğru ve uluslararası boyutta (örneğin Suriye ve Ukrayna'dan) yaşanan göçler düşünüldüğünde bu durumun yine sosyal bir değişken olarak sağlık hizmetlerine erişimi etkilediği ve yoksulluk ile etkileşim halinde olduğu görülmektedir.

3. Sonuç

Hane halkı yaşam koşulları, ekonomik durum ve nüfus özellikleri değişmekte olup, sağlık kurumlarının işleyişinde yapısal değişiklik ve reformlara gereksinim kaçınılmaz gözükmektedir. Bu değişikliklerin Türk sağlık sistemi için en iyi şekilde gerçekleşmesi arzu edilirken, güneydeki savaş, terörizm ve COVID-19'un etkisi gibi çok sayıda olumsuz koşulla karşı karşıya kalan sistemi yeniden değerlendirmek çok önemlidir. Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 yılında uygulanmaya başlandığı için önemli bir dönüşüm yaşarken, politikacılar için önemli bir tartışma konusu haline geldi. Yılmaz (2017), "The Politics of Healthcare Reform in Turkey" adlı kitabında, toplum halk sağlığı politikalarının hedefleri doğrultusundaki sağlık girişimlerinin, temel vatandaşlık hakkının bir parçası olarak gerçekleştirilmesi gerektiğini beyan etmiştir (20). Göçle ilgili demografik değişkenler ve Türkiye'nin toplam çocuk nüfusu (%27,2) Türkiye'de Odaklı Sağlık Yaklaşımı (Trauma Informed Care) Sağlık Sistemini

vurgulamaktadır. Evrensel Sağlık Hizmetleri, özellikle COVID-19 pandemi sürecinde Türkiye'nin bu son sağlık krizini yönetim şekli ile kanıtlanmış; 2013 yılında gerçekleşen Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm programının çok önemli bir temel reform olduğunu göstermiştir. Bu tür doğal afetler siyasi istikrarsızlıklara sahip, yüksek düzeyde kronik yoksulluğun (günde 1,90 \$'dan az) (21) (Dünya Bankası, 2018) hâkim olduğu ciddi sosyo-ekonomik sonuçlara neden olmakta, düşük ve orta gelirli ülkelerde (low and middle-income nations LMICs) yaşayan haneleri orantısız bir şekilde etkileyip maalesef daha da yoksullaştırmaktadır. Yoksulluk sağlık ve eğitim dahil olmak üzere temel insan ihtiyaçlarının karşılanmasını da olumsuz yönde etkilemektedir (22). Ayrıca koronavirüs-2019 (COVID-19) salgını sürecinde, viral enfeksiyonlar ile artan yoksulluk (iş kaybı, çalışmama, hanede ölüm gibi nedenlerle) ve sosyoekonomik istikrarsızlık ile ruh sağlığı sorunlarını da beraberinde getirmiştir (23).

Ekonomik kriz sürecinde toplumlarda işsizlik ve yoksulluk artmakta; bunun bir sonucu olarak hane halkının gelir düzeylerini etkileyen kamu kaynakları da azalmaktadır (24, 25, 26, 27). Kriz sırasında hane halkı gelirlerindeki bu düşüş, sağlık hizmetleri ihtiyaçlarının karşılanmasını daha çok zorlaştırmaktadır. Hane halkı üyelerinin işsiz olması, işveren kapsamında sahip olunan sağlık sigortasının kaybedilmesine neden olarak, kişilerin bireysel olarak sağlık hizmetlerine harcama yapmasına ya da sağlık ile ilgili ihtiyaçlarını ertelemelerine zorlamaktadır (28) (Sağlıklı Kamu Politikası- Healthy Public Policy 2011). Ekonomik krizler sırasında işsizliğin artması, temel ihtiyaçların (örneğin, beslenme, barınma gibi) karşılanmasında kullanılan finansal birikim ve tasarrufları, sosyal güven ve istikrarı zayıflatmaktadır (28) (Sağlıklı Kamu Politikası- Healthy Public Policy 2011). Ekonomik krizler zamanla kronik ruhsal ve fiziksel hastalık riskini de artırmaktadır (17). Yoksulluk ile kamu kaynakları küçülürken, artan düşük gelir ve / veya işsizlik nedeniyle sağlık sistemleri için sıkıntılı bir ortam oluşmakta bu da aileleri maddi açıdan zor durumda bırakmaktadır (27).

Kriz dönemleri sağlık dahil birçok alanda harcamalarda kesintiye neden olmaktadır (29, 27). Ekonomik krizlerin sağlık üzerindeki etkilerine dair kanıtlar genel olarak çocuklar, anneler, yaşlılar, hastalar ve yoksullar gibi savunmasız bireylerin sağlığının daha yüksek düzeyde olumsuz etkileneceğini ortaya koymaktadır (30, 31, 32). Ekonomik krizler, kısıtlı imkânları ve krizin etkilerinden korunma kapasitelerinin düşük olması nedeniyle yoksullar üzerinde daha fazla etkiye sahiptir (32). Kaynakların yetersiz olduğu yoksul ülkelerde, krizlerin sağlık üzerinde önemli olumsuz etkileri ise kaçınılmazdır

(29). Ekonomik krizlerin sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki etkilerine ilişkin önceki çalışmalar, bu etkinin ekonominin gelişmişlik düzeyiyle ilişkili olduğunu göstermektedir (Etki yüksek gelirli ülkelerde olumlu iken, düşük gelirli ülkelerde genellikle olumsuzdur) (33). Öte yandan, başka diğer çalışmalarda, finansal krizlerin etkilerini azaltmak için spor yapmak; alkol ve sigara kullanımı ile sağlıksız gıda alımını azaltmak ve daha az araba kullanmak gibi sağlığı dolaylı olarak destekleyici davranışları artırıcı yönde olumlu etkilerden de bahsedilmektedir (34, 35, 36, 37).

Toplumun beliren ihtiyaçlarını karşılamak için, Türk Sağlık Sisteminde yapılan değişimler sistematik ve sürdürülebilir olmalıdır. Sağlık hizmetlerinin nasıl iyileştirileceği ve yönetilmesi gerektiği konusunda farklı ülkelerin birbirlerinden (özellikle gelişmekte olan ülkelerin sosyoekonomik olarak daha gelişmiş ülkelerden) öğrenebilecekleri çok şey var. Atun (2015), orta gelirden yüksek gelire geçiş sürecinde, Türkiye'nin ekonomik hareketliliğinde sağlık sisteminin önemli bir rol oynadığı; ancak yaşam bilimlerini endüstrisinin, üniversitelerin ve sağlık sisteminin henüz kanıt dayalı araştırmalar yapmak için iş birliği içinde çalışabilme safhasına gelmediğini ifade etmektedir (2). Genel olarak, sağlık kurumları sistemsel boyutta birbirine entegre olarak uyumlu çıktılar elde etmek için birbirleriyle iş birliği içinde çalışmalıdır (38, 39). Öyle ki bu yapısal çerçeve, kendisini döngüsel olarak hem toplumsal (makro) düzeyde, hem örgütsel (mezo) düzeyde hem de bireysel karar verme (mikro) düzeylerinde ortaya koymalıdır. Özetle dönüşüm esas, sürdürülebilirlik ise zaruridir.

Kaynakça

1. Turkish Statistical Institute (TurkStat). Statistics on Child, 2020 (press release) (2021). <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Statistics-on-Child-2020-37228>
2. Atun, R. International Health Care Systems: Transforming Turkey's health system — Lessons for universal coverage. *The New England Journal of Medicine*. 2015; 373(14), p. 1285-1289.
3. Çıraklı, Ü. & Yıldırım, H. H. The Impacts of Economic Crisis on The Public Health in Turkey: An ARDL Bounds Testing Approach. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2019; 22(2), 259-280.
4. World Bank. *World Development Indicators*. Washington, DC. 2022.
5. Sozmen, K., Baydur, H., Simsek, H., Unal, B. (2012). Decomposing socioeconomic inequalities in self-assessed health in Turkey. *Int J Equity Health*. 2012; 11, 73. doi:10.1186/1475-9276-11-73

6. Atun, R., Aydın, S., Chakraborty, S., Sümer, S., Aran, M., Gürol, I., Nazlıoğlu, S., Özgülcü, S., Aydoğan, U., Ayar, B., Dilmen, U., & Akdağ, R. Universal health coverage in Turkey: Enhancement of equity. *Lancet*. 2013; 382(9886):65-99. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)61051-X

7. Dünya Bankası. *Turkey: Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency*. Washington, DC. 2003.

8. Dünya Bankası. *World Development Indicators*. Washington, DC. 2014.

9. Akdağ, P.D. Turkey Health Transformation Program: Evaluation Report (2003–2010). Ankara: Turkish Ministry of Health. 2011.

10. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011) 2012. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf>

11. Dünya Sağlık Örgütü -The Regional Office for Europe of the World Health Organization. Turkey Country Assessment: Better non-communicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems 2014 (Melitta Jakab, Loraine Hawkins, Belinda Loring, Juan Tello, Toker Ergüder, Mehmet Kontas).

12. Traeger, A.C., Buchbinder, R., Elshaug, A.G., Croft, P.R., & Maher, C.G. Care for low back pain: can health systems deliver? *Bull World Health Organ*. 2019; 97, 423–33.

13. Gosden, T., Forland, F., Kristiansen, I.S., Sutton, M., Leese, B., Giuffrida, A., & Sergison, M., Pedersen, L. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000; CD002215.

14. Main, C.J., Shaw, W. S., Nicholas, M.K., & Linton, S.J. System-level efforts to address pain-related workplace challenges. *PAIN*, 2022; 163(8), p. 1425-1431 doi: 10.1097/j.pain.0000000000002548

15. Ulusal Sağlık Hizmeti -National Health Service, Health Education England (2020). First contact practitioners and advanced practitioners in primary care (musculoskeletal): a roadmap to practice. London: Health Education England.

16. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*. 1998; 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)

17. Ifanti, A. A., Argyriou, A. A., Kalofonou, F. H., and Kalofonos, H. P. Financial Crisis and Austerity Measures in Greece: Their Impact on Health Promotion Policies and Public Health Care. *Health Policy*. 2013; *113*(1-2), 8–12.
18. TurkStat, Statistics on Family, Retrieved from <https://data.tuik.gov.tr/> 2019.
19. Turkish Statistical Institute (TurkStat). Statistics on Family, 2020 (press release). 2021. Retrieved from <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Statistics-on-Family-2020-37251>
20. Yılmaz, V. *The politics of health care reform in Turkey*. New York: Palgrave Macmillan. 2017.
21. Dünya Bankası. World Bank Country and Lending Groups. <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>. Google Scholar. 2018.
22. Guha-Sapir, D., Hoyois, P. and Below, R. Annual Disaster Statistical Review 2013: The Numbers and Trends. Brussels, Belgium: CRED. Google Scholar. 2014.
23. Purgato, M., Singh, R., Acarturk, C., & Cuijpers, P. Moving beyond a ‘one-size-fits-all’ rationale in global mental health: prospects of a precision psychology paradigm. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2021; *30*:e63. doi: 10.1017/S2045796021000500.
24. Fukuda-Parr S. The Human Impact of the Financial Crisis on Poor and Disempowered People and Countries. UN General Assembly: Interactive Panel on the Global Financial Crisis. 2008.
25. Labonte R. The Global Financial Crisis and Health: Scaling up Our Effort. *Canadian Journal of Public Health*. 2009; *100*(3), 173-75.
26. Kaplan, G. A. Economic Crises: Some Thoughts on Why, When and Where They (might) Matter for Health – A Tale of Three Countries. *Social Science & Medicine*. 2012; *74*(5), 643-646.
27. Thomas, S., Keegan, C., Barry, S., Layte R., Jowett, M. and Normand, C. A Framework for Assessing Health System Resilience in an Economic Crisis: Ireland as A Test Case. *BMC Health Services Research*. 2013; *13*(1), 450.
28. HPC (Healthy Public Policy). Social Environments and Health. Concept Paper. Alberta Health Services, Edmonton. 2011.
29. Ruckert, A. & Labonté, R. The Global Financial Crisis and Health Equity: Toward a Conceptual Framework. *Critical Public Health*. 2012; 10.1080/09581596.2012.685053.

30. WFPHA (World Federation of Public Health Associations). Minimizing the Health Impacts of the Global Financial Crisis. *Journal of Public Health Policy*. 2009; 30(2), 243–247.

31. Dünya Sağlık Örgütü -World Health Organization. Briefing Note for the Ministry of Health on Health and Crisis. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen. 2009.

32. Otter-Robe I. and Podpiera, A. M. The Social Impact of Financial Crisis: Evidence from the Global Financial Crisis. World Bank Policy Working Paper 6703. 2013.

33. Kim, N. and Serra-Garcia, M. Economic Crisis, Health, and Education in Jamaica. Paper for UNDP's Regional Bureau for Latin America and the Caribbean Project: The Effects of the Economic Crisis on the Well-Being of Households in Latin America and the Caribbean. 2010.

34. Ruhm C. J. Are Recessions Good for Your Health? *The Quarterly Journal of Economics*. 2000; 115(2), 617-650.

35. Ruhm C. J. Good Times Make You Sick. *Journal of Health Economics*. 2003; 22(4), 637–658.

36. Gerdtham U. G. and Ruhm C. J. Deaths Rises in Good Economic Times: Evidence from the OECD. *Economics and Human Biology*. 2006; 4(3), 298–316.

37. Karanikolos M., Mladovsky P., Cylus J., Thomson S., Basu S., Stuckler D., Mackenbach J. P. and McKee M. Financial Crisis, Austerity, and Health in Europe. *Lancet*. 2013; 381(9874), 1323-1331.

38. Montuori A. Systems approach. In: Runco MA, Pritzker SR, editors. *Encyclopedia of Creativity*. Vol. 2. 2nd ed. San Diego: Academic Press, p. 414–21. 2011

39. Kristman, V., Shaw, W., Boot, C., Delclos, G., Sullivan, M., Ehrhart, M. Researching complex & multi-level factors affecting disability and prolonged work absence. *J Occup Rehabil*. 2016; 26, 399–416.