

Ruh sağlığı ekonomisi: küresel perspektif ve Türkiye için yol haritası

Dr. Aliye Aslı Sonsuz



Doktora derecesini İstanbul Medipol Üniversitesi, yüksek lisans ve lisans derecesini ise Ankara Üniversitesi Sağlık Yönetimi bölümünden aldı. 2005-2015 yılları arasında Türk Kızılay'da, Marmara ve Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde idari görevlerde bulundu. Londra'daki Greenwich Üniversitesinde TÜBİTAK desteği ile misafir araştırmacı olarak sağlık ekonomisi alanında doktora sonrası çalışmasını yürüttü. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nde öğretim üyesidir ve Sağlık Sistemleri ve Politikaları Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin (SASPAM) yönetim kurulunda görev yapmaktadır. Çalışmalarını sağlık ekonomisi ve politikaları alanında yürütmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) sağlık tanımını birçok yerde yapıyoruz, yani "Sadece hastalığın ya da sakatlığın olmaması değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hâli" olma durumunu. Peki buradaki üç ögenin birbiri ile etkileşimini ya da "tam iyilik hâli" olarak altı çizilen ulaşılması imkânsız noktayı hiç değerlendirdik mi? Esasen bu değerlendirmeyi yapmak sadece sağlıkla ilgili alanlarda yapılacak müdahalelere yönelik zihinsel bir egzersiz değil, konunun ekonomik boyutuna da dikkat çeken bir yaklaşımdır.

"Tam iyilik hâli" terimi, bireyin bu üç durumunun tek başlarına ideal boyutta olmasının yanı sıra birbirleri üzerindeki etkisine de işaret eder. Ruhsal sağlığı bozuk olan bir kişinin psikosomatik hastalıklara yakalanmasıyla fiziksel iyilik hâli de bozulabilir. Örneğin stresli olduğumuzda karnımız ya da başımız ağrıyabilir. Bireyin iş, aile gibi sosyal çevresinde yaşadığı entegrasyon veya iletişim sorunları nedeniyle ruhsal sağlığı da etkilenebilir ya da bunun tam tersi de geçerlidir. Bu parçalar arasındaki ilişkiler daha net ortaya çıkınca ruh sağlığının önemi bireyler, toplumlar ve ülkeler için daha belirgin hâle gelmektedir. Yabancı alan yazınında "mental health" olarak geçen kavram Türkçeye çevrilirken "akıl sağlığı" mı, "ruh sağlığı" mı olarak

kullanılmalı tartışmalarına burada değinmeden bu metindeki kavram T.C. Sağlık Bakanlığının benimsediği şekliyle "Ruh Sağlığı" olarak kullanılmıştır. Ruh sağlığı terimi nöropsikiyatrik bozukluklar/hastalıkları (bipolar bozukluk, şizofreni vb.), nörolojik sorunlar/hastalıkları (bilişsel bozukluk, demans vb.) ve aynı zamanda bilişsel, davranışsal ve duygusal iyilik hâlinin bozulduğu depresyon ve anksiyete gibi ruh hâli bozukluklarını (mood disorders) kapsayan çerçeve bir kavramdır. Bu açıdan ruh sağlığı, bireyin kendini gerçekleştirebilme, karşılaştığı stres faktörleriyle baş edebilme, verimli ve etkili çalışabilme ve topluma katkıda bulunabilme gücüne sahip olduğu iyilik hâli olarak tanımlanır (1).

Ruh sağlığı sorunları olan kişiler, sıradan bir yaşam sürmede, toplum ve iş hayatına katılmada önemli güçlükler yaşayabilir ve içinde bulundukları durum önemli bir ekonomik etkiye de neden olur. Hafif düzeydeki ruh sağlığı sorunları bile sosyal, mesleki sorunlara ve üretkenlikte azalmaya neden olabilir. Bu gibi nedenlerle bu bireyler için etkili tedavi sağlamak ya da daha iyi bir alternatif olarak önlemek, bireysel faydasının yanı sıra daha fazla üretkenlik sağlaması, işe devamsızlığı azaltmasıyla işverenlere; daha az bakım yüküyle aile üyeleri-arkadaşlara, daha az sağlık ve sosyal harcama yoluyla da devletlere fayda sağlar (2).

COVID-19 Sonrası Yeni Salgın: Ruh Sağlığı Bozuklukları

Ruhsal bozukluklar, dünya çapında en yaygın sağlık sorunları arasındadır ve bu nedenle, en önemli küresel sağlık önceliği olarak kabul edilmelidir (3). Her yıl Avrupa Birliği (AB) nüfusunun üçte birinden fazlası, bu dünya bölgelerindeki morbidite yüküne en büyük katkıyı sağlayan ruhsal bozukluklardan muzdariptir (4). Ayrıca istatistiklere göre, dünyada her 10 kişiden biri ruh sağlığı bozukluğu ile yaşamakta; yaklaşık 265 milyon depresyon hastası, 20 milyon şizofreni hastası ve 90 milyondan fazla alkol veya uyuşturucu bağımlısı bulunmaktadır (5). Her yıl yaklaşık 720.000 kişi ruhsal bozukluklar nedeniyle intihar ederek yaşamına son vermektedir (6).

DSÖ istatistikleri 2017 yılı verilerini önceki 10 yıl ile karşılaştırdığında ruh sağlığı ve madde kullanımı bozukluklarında %13'lük bir artışa işaret etmektedir (7). Bu artış yasa dışı maddelere çevrim içi kolay ulaşım ve çeşitli psikososyal faktörlere atfedilmekteydi (8). Yeni dünya düzeni yeni ruh sağlığı hastalıklarını da literatüre sokmuştur. 2019 yılında yayımlanan ICD-11 versiyonunda ICD-10' yer almayan "kompleks travma sonrası stres bozukluğu"; savaş-çatışma, terör, ciddi sağlık sorunları, yaşamı tehdit edici ölüm içeren olaylar ve doğal afetler gibi aşırı stres faktörüne uzun süreli ya da



tekrarlayan biçimde maruz kalmaya bir yanıt olarak ortaya çıkar. Peki böyle bir olaya ya dahası olaylar dizisine maruz kalmayanımız var mı? Özellikle 2020 yılında başlayan ve etkileri hâlâ devam eden COVID-19 pandemisi daha fazla izolasyon, yalnızlık, hastalık, keder, gıda güvensizliği, iş kaybı ve mali istikrarsızlığa neden olmuş, bu dönemde ev içi şiddet artmış; bu faktörler insanların ruh sağlığını ve bilişsel yeteneklerini olumsuz etkileyerek ruh sağlığı sorunlarının yaygınlığını daha da artırmıştır (8, 9). Bu nedenle birçok yetkili “yeni pandemi” olarak ruh sağlığı sorunlarını ilan etmiştir.

Ruh Sağlığının Ekonomik Yüküne Müdahale: Toplum Tabanlı Stratejiler ve Yaşam Tarzı Müdahaleleri

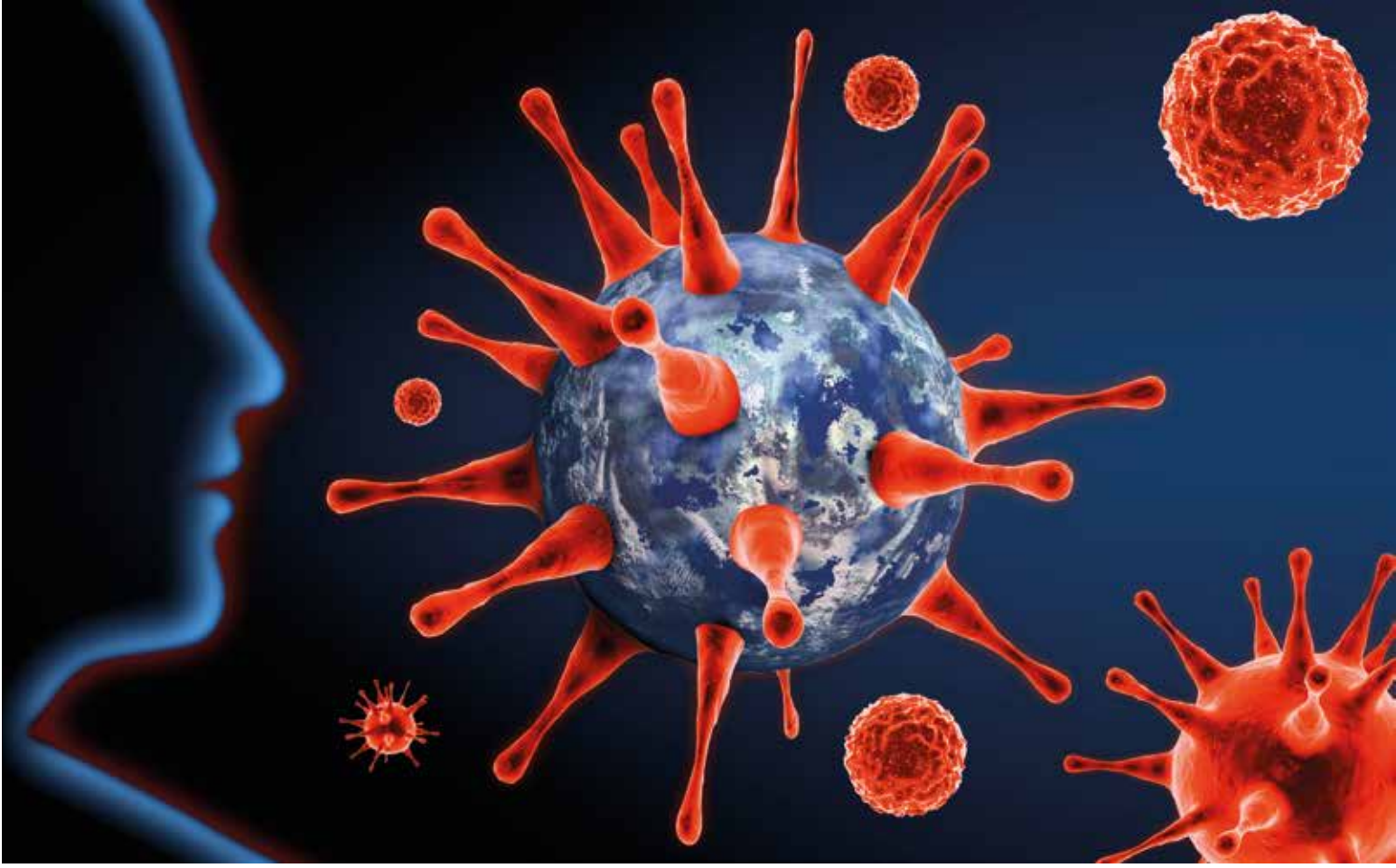
Ruh sağlığı bozukluklarının yaygınlığı ve ekonomik yükü nedeniyle dünya genelinde ihtiyaç sahiplerine bu alanda hizmet sağlama stratejileri son 50 yılda önemli ölçüde değişmiştir. Bu değişim, ruhsal bozukluklarda hizmetlerin hastane temelli modelden hizmetlerin odağını toplum temelli bir yaklaşıma kaydıran bir devrimdir (10). Bu yaklaşım, tedaviye ek olarak akut durumların önlenmesi, ruh sağlığının teşvik edilmesi, bakımın sürekliliği, hizmet alıcıların bakımın planlama sürecine ve uygulamasına dâhil edilmesi ile evde kapsamlı hizmetin sunulmasına işaret eder. Artık birçok sistem, yerel ve toplum temelli, belirli hizmet alanlarındaki nüfusun ihtiyaçları etrafında organize edilmiş ruh sağlığı hizmetleri oluşturmayı

hedeflemektedir. DSÖ Ruh Sağlığı Atlası serisi de aynı konuya dikkat çekerken, ruh sağlığı sistemlerinin sürekli değişime tabi olduğunu ve gözden geçirilip yeniden tasarlandığını bildirmiştir. Bu değişiklikler, kısmen, neyin uygun maliyetli ve uygun bakımı oluşturduğuna dair artan kanıtları yansıtmaktadır (11). DSÖ toplum temelli hizmetlere geçiş çağrısını, bu hizmetlerin yaşam kalitesini artırdığı, insan haklarına öncelik verdiği ve daha maliyet etkin olduğunu ifade ederek yapmıştır (12).

Türkiye de bu eğilimlerle uyumlu olarak, hizmetlerin etkin kullanımını en üst düzeye çıkarmak, bakımın etkinliğini ve hizmet alıcıların memnuniyetini artırmak ve maliyetleri azaltmak için toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerini gündemine almıştır. Ruh sağlığı hizmetlerinin önceliklendirme için gündeme gelmesi T.C. Sağlık Bakanlığının 2006 yılında yayınladığı Ulusal Ruh Sağlığı Politika Metninde yerini almaktadır. Sonrasında bu metin esas alınarak Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (URSEP) (2011-2023) hazırlanmıştır. Eylem Planının nihai amacı “Ruh sağlığı hizmetlerinde bütünlük toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelini hayata geçirmek, bireylerin ruh sağlığını takip etmek, korumak ve iyileştirmek” olarak belirlenmiş ve bu amaca ulaşmak için faaliyet, gösterge ve hedefler belirlenmiştir. Türkiye’nin aktif rol üstlendiği ve 2013 yılında İzmir’de gerçekleştirilen Avrupa Ruh Sağlığı Eylem Planı DSÖ Avrupa Bölgesel Komitesi 63’üncü oturumunda kabul edilmiştir. Eylem planının ulusal

Her yıl AB nüfusunun üçte birinden fazlası, bu dünya bölgelerindeki morbidite yüküne en büyük katkıyı sağlayan ruhsal bozukluklardan muzdariptir. Ayrıca istatistiklere göre, dünyada her 10 kişiden biri ruh sağlığı bozukluğu ile yaşamakta; yaklaşık 265 milyon depresyon hastası, 20 milyon şizofreni hastası ve 90 milyondan fazla alkol veya uyuşturucu bağımlısı bulunmaktadır. Her yıl yaklaşık 720.000 kişi ruhsal bozukluklar nedeniyle intihar ederek yaşamına son vermektedir.

planlarda bulunmasını istediği dört ana hedefinden birisi “Ruh sağlığı hizmetlerinin erişilebilir, maliyeti karşılanabilir ve ihtiyaçlara cevap verebilir şekilde toplum içinde mevcut olmasıdır”. Planda yer alan bir diğer önemli hedef de “Ruh sağlığı alanında kanıta dayalı uygulamalar, bilgi sistemleri ve bu alandaki araştırmaları güçlendirmek” tir. Kanıta dayalı uygulamalar klinik alanda, geri ödeme-kaynak tahsisi kararlarında ve diğer bütün yönetsel alanlarda objektif ve ispatlanabilir veriler sağlayarak yöneticilere yol göstermektedir.



Global çaptaki sağlık istatistikleri yeni dünya düzeninde ruh sağlığı sorunlarının artışı ve yaygınlığını kanıtlamaktadır. Bu sorunların sadece sağlık sektörüne ya da harcamalarına olan etkisini değerlendirmek ise resmin sadece küçük bir kısmını görmektedir. Aynı zamanda iş verimini azaltması, sosyal ilişkileri bozması, alternatif maliyetleri, aile ve bakım verenlere yükü gibi etkileriyle ülke ekonomilerine önemli derecede zararı olabilmektedir. Sigorta kapsayıcılığı yüksek olan gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde bu sorunlara ilişkin harcamaların tamamı ya da çoğunluğu devlet tarafından karşılanmaktadır.

Ruh sağlığı hizmetlerinde, bireylerin hastaneye yatırımlarına ihtiyaç bırakmayacak veya hastanede kalış sürelerini asgariye indirecek müdahaleler daha maliyet etkin ve hümanist bir yaklaşım olması nedeniyle karar vericilerin gündemindedir. Literatürdeki çalışmalar da diyet (Beslenmeden farklı olarak diyet, kişinin sağlık durumu, hastalıkları veya yaşam hedefleri doğrultusunda belirlenen özel bir beslenme düzenidir.) ve egzersiz gibi yaşam tarzı iyileştirmelerinin, bireylerde maliyet etkin müdahaleler olduğuna işaret etmektedir. Örneğin majör depresyonu olan yetişkinlerde gerçekleştirilen bir araştırma, sosyal destekle karşılaştırıldığında beslenme eğitimi, yemek pişirme atölyeleri ve balık yağı takviyesinden oluşan bir diyet müdahalesinin kazanılan kaliteye göre ayarlanmış yaşam yılı (QALY) başına daha maliyet etkin olduğunu göstermiştir (13). Başka bir araştırma da Blumia Nervosa hastalarına, diyet ve eğitim bileşenlerini içeren bilişsel-davranışçı eğitim programının geleneksel tedaviye göre hasta başına daha maliyet etkin olduğunu bulmuştur (14). Ayrıca diyet ve ruhsal sağlık arasında iki yönlü bağlantıya dair güçlü kanıtlar da literatürde mevcuttur; zihinsel bozuklukları ve/veya akıl hastalığı semptomları olanların diyet alımı daha zayıftır ve bunun tersine diyet alımı kötü olan kişilerin ruh sağlığı sorunları daha fazladır (15, 16, 17). Ağır ruh sağlığı sorunları olan bireyler genellikle kötü

diyete sahiptir ve genel popülasyondan daha fazla şeker ve doymuş yağ tüketme eğilimindedir (18). Bu durum ayrıca ruh sağlığı sorunları olan kişilerin bedensel sağlığının da genel popülasyondan daha kötü olduğuna işaret etmektedir.

Diyet ve ruh sağlığı arasındaki iki yönlü ilişkiye dair bulguların benzeri egzersiz ve ruhsal sağlık arasında da geçerlidir. Ruh sağlığı sorunları yaşayan kişilerde, kötü beslenmenin yanı sıra fiziksel hareketsizlik ve sigara içme dâhil olmak üzere kötü yaşam tarzı davranışları daha yaygındır (18). Bu da ruh sağlığı sorunları olan bireylerde diyabet, kalp ve kanser gibi kronik hastalıklara neden olmaktadır. Birleşik Krallık'ta yapılan bir kohort çalışması, genel popülasyona kıyasla şizofreni hastalığı olan bireylerde ölüm riskinin iki ila üç kat daha yüksek olduğunu ve bu aşırı doğal ölümlerin yüzde 70'inin sigaradan kaynaklandığını tespit etmiştir (19).

Ruh Sağlığı Harcamalarında Devletin Rolü

Ruh sağlığı sorunlarının iş gücü kaybı ve üretim ekonomisine olan etkisinin ötesinde artan prevalansı ile sağlık harcamalarına olan etkisi de tartışmasız bir gerçektir. Sadece demans hastalığını ele alan bir çalışma bile konunun önemine dikkat çekmektedir. Bu çalışmanın bulgularına göre; demanslı bireyler harcama

ve sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki etki açısından, daha sık doktora gidiyor (yılda 2,6 daha fazla), daha yüksek hastanede kalış oranına sahip (yüzde 5,8 puanlık artış) ve hastanede daha fazla gece geçiriyor (yılda 1,7 gece daha fazla) (20). Bunun yanı sıra DSÖ Ruh Sağlığı Atlası göstergelerine göre, ülkelerin Gayrisafi Millî Hasılası yükseldikçe, kişi başına ruh sağlığı harcamalarda devletin ödediği pay da artmaktadır. Tam sigortalı bireylerin ruh sağlığı sorunları için maliyete göre en fazla yüzde 20'lik ödeme yaptığı ya da hiç yapmadığı bir durumda üst gelir grubu ülkelerde (İngiltere gibi) devlet ruh sağlığı sorunlarının tamamının, üst-orta gelir grubu ülkelerde (Türkiye gibi) ise yüzde 94'lük bir kısmının ödemesini yaparak bu hastalıklara ait finansal yükün çoğunu üstlenmektedir (11).

Bu durum ruh sağlığı hizmetlerine ayrılan kamu kaynaklarının nereye tahsis edileceğine karar veren kamu yöneticilerine ayrı bir yükümlülük getirmektedir. Ruh sağlığı harcamalarının çoğunun kamu tarafından karşılandığı da göz önünde bulundurulduğunda özellikle geri ödeme kararlarında en fazla faydayı en az maliyetle elde etmenin yollarını aramak, politik karar vericilerin en önemli gündemi olmalıdır (21). Bu soruna yönelik karşılaştırmalı klinik ve ekonomik değerlendirme yapmayı sağlayan maliyet etkililik araştırmaları, özellikle tedavinin etkililiği, maliyeti ve sonuçları üzerinde yoğun bir biçimde odaklanan, sağlık ekonomisinin gündeminde olan bir disiplindir. Ancak bu alanda yetişmiş uzman sayısı, kaynaklarını daha verimli kullanması gereken az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yetersizdir. Bu nedenle bu ülkelerin ekonomik değerlendirme analizleri yapabilecek uzmanlar yetiştirmek adına daha fazla çaba göstermesi gerektiği de açıktır.

Global çaptaki sağlık istatistikleri yeni dünya düzeninde ruh sağlığı sorunlarının artışı ve yaygınlığını kanıtlamaktadır. Bu sorunların sadece sağlık sektörüne ya da harcamalarına olan etkisini değerlendirmek ise resmin sadece küçük bir kısmını görmektedir. Aynı zamanda iş verimini azaltması, sosyal ilişkileri bozması, alternatif maliyetleri, aile ve bakım verenlere yükü gibi etkileriyle ülke ekonomilerine önemli derecede zararı olabilmektedir.

Sigorta kapsayıcılığı yüksek olan gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde bu

sorunlara ilişkin harcamaların tamamı ya da çoğunluğu devlet tarafından karşılanmaktadır. Bu durum göz önünde bulundurulduğunda öncelikle karar vericilerin ruh sağlığına yönelik kaynak ve harcama değerlendirmelerini yukarıda bahsedilen bu geniş çerçevede yapması ilk adım olmalıdır. Sonrasında hastalığı olanlara ve risk altındaki bireylere en maliyet-etkin programın seçilmesi gerekir. Tabii bu çalışmaların yapılması ülkedeki sağlık ekonomisi alanının ne kadar geliştiğine, bu analizleri yapabilecek uzmanların sayısına ve yetkinliğine bağlıdır. Bunun yanı sıra ekonomik değerlendirmelerin temel verilerini oluşturan randomize kontrollü deneyler ve kohort çalışmalarının sübvansede edilmesi, maliyet çalışmalarının desteklenmesi gerekir. Ayrıca ruh sağlığı sorunlarını önleyici ve tedavi edici etkisi olan, hümanist ve toplum temelli yaklaşımları içeren yaşam tarzı müdahalelerine dair araştırmaların Türkiye bağlamında yapılması; klinik kanıtların ve ekonomik değerlendirmelerin daha gerçekçi olmasını sağlayacaktır.

Kaynaklar

- 1) WHO. (2018). *Mental health: strengthening our response*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> (Erişim Tarihi: 15.06.2025).
- 2) McCrone, P. (2024). *The Socioeconomic Costs of Mood Disorders*. In A. Young, M. Sanches, J. C. Soares, & M. Juruena (Eds.), *Clinical Textbook of Mood Disorders* (pp. 68–73). chapter, Cambridge: Cambridge University Press.
- 3) Gutiérrez-Colosía, M. R., Salvador-Carulla, L., Salinas-Pérez, J. A., García-Alonso, C. R., Cid, J., Salazzari, D., ... & REFINEMENT Group. 2019. *Standard comparison of local mental health care systems in eight European countries*. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 28(2), 210–223.
- 4) Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., Steinhausen, H.C. (2011). *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010*. *European Neuropsychopharmacology* 21, 655–679.
- 5) WHO. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338> (Erişim Tarihi: 02.07.2025).
- 6) WHO. *Mental Health, Brain Health and Substance Use*. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/data-research/suicide-data> (Erişim Tarihi: 02.07.2025).
- 7) WHO. (2023). *Mental health*, https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_2 (Erişim Tarihi: 22.06.2025).
- 8) Munipalli, B., Al-Soleiti, M., Morris, A., & Rumans, T. (2024). *COVID-19: ramifications of the pandemic on mental health and substance abuse*. *Frontiers in public health*, 12, 1401734.

9) Piquero, A. R., Jennings, W. G., Jemison, E., Kaukinen, C., & Knaut, F. M. (2021). *Domestic violence during the COVID-19 pandemic-Evidence from a systematic review and meta-analysis*. *Journal of criminal justice*, 74, 101806.

10) Moradi-Lakeh, M., Yaghoubi, M., Hajebi, A., Malakouti, S. K., & Vasfi, M. G. (2017). *Cost-effectiveness of aftercare services for people with severe mental disorders: an analysis parallel to a randomised controlled clinical trial in Iran*. *Health & social care in the community*, 25(3), 1151–1159.

11) WHO. (2021). *Mental Health Atlas*, ISBN 978-92-4-003670-3 (electronic version), <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703> (Erişim Tarihi: 01.07.2025).

12) McDaid D., Thornicroft G. 2005. *Mental health II: balancing institutional and community-based mental health care*. Brussels: WHO European Centre for Health. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107632> (Erişim Tarihi: 16.06.2025).

13) Segal, L., Twizemariya, A., Zarnowiecki, D., et al. 2020. *Cost effectiveness and cost-utility analysis of a group-based diet intervention for treating major depression: the HELFIMED trial*. *Nutr Neurosci*; 23:770–778.

14) White, J.H. (1999). *The development and clinical testing of an outpatient program for women with bulimia nervosa*. *Arch Psychiatr Nurs*;13:179–191.

15) Li, Y., Lv, M.R., Wei, Y.J., et al. (2017). *Dietary patterns and depression risk: a meta-analysis*. *Psychiatry Res*. 253:373–382.

16) Teasdale, S.B., Burrows, T.L., Hayes, T., et al. (2019). *Dietary intake, food addiction and nutrition knowledge in young people with mental illness*. *Nutr Diet*. 77:315–322.

17) Firth, J., Gangwisch, J.E., Borsini, A., Wootton, R.E., Mayer, E.A. (2020). *Food and mood: how do diet and nutrition affect mental wellbeing?* *BMJ*. 369:m2382.

18) WHO. (2018). *Guidelines for the management of physical health conditions in adults with severe mental disorders*. Geneva, Switzerland, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275718/9789241550383-eng.pdf> (Erişim Tarihi: 30.06.2025).

19) Brown, S., Kim, M., Mitchell, C., & Inskip, H. (2010). *Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia*. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 196(2), 116–121.

20) Bassoli, Elena and Brugiavini, Agar and Carrino, Ludovico, *What are the Costs of Dementia in Europe?* (October 01, 2024). Ca' Foscari University of Venice, Department of Economics Research Paper Series No. 13/2024.

21) Sonsuz, A. A., Uslu, Y., & Aydın, S. (2023). *Ülkelere Özgü Ekonomik Değerlendirme Metodolojik Kılavuz Geliştirilmesi: Türkiye İçin İlaça Özel Bir Uygulama*. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 13(2), 251–268.