



**SAĞLIK HARCAMALARINI ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN ANALİZİ
(Afyonkarahisar Üzerine Uygulama)**

Mustafa Bekir DOĞAN
Yüksek Lisans Tezi
Danışman: Doç. Dr. Ender BAYKUT
Temmuz, 2025
Afyonkarahisar

T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK HARCAMALARINI ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN ANALİZİ
(Afyonkarahisar Üzerine Uygulama)

Hazırlayan
Mustafa Bekir DOĞAN

Danışman
Doç. Dr. Ender BAYKUT

AFYONKARAHİSAR 2025

ETİK VE BİLİMSEL İLKELER SORUMLULUK BEYANI

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “**Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörlerin Analizi (Afyonkarahisar Üzerine Uygulama)** ” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça’da gösterilen eserlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

11/07/2025

İmza

Mustafa Bekir DOĞAN



T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

ENSTİTÜ ONAYI

Öğrencinin	Adı- Soyadı	Mustafa Bekir DOĞAN
	Numarası	2300611006
	Anabilim Dalı	İşletme
	Programı	Muhasebe Finansman
	Program Düzeyi	☒ Yüksek Lisans ☐ Doktora ☐ Sanatta Yeterlik
Tezin Başlığı		Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörlerin Analizi (Afyonkarahisar Üzerine Uygulama)
Tez Savunma Sınav Tarihi		11.07.2025
Tez Savunma Sınav Saati		10.00

Yukarıda bilgileri verilen öğrenciye ait tez, Afyon Kocatepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek ☒oy birliği – ☐oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Hacı İbrahim DELİCE
MÜDÜR

Bu tez, Enstitü Müdürlüğünce kontrol edilerek, elektronik imza kullanılarak onaylanmıştır.

ÖZET

SAĞLIK HARCAMALARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN ANALİZİ (Afyonkarahisar Üzerine Uygulama)

Mustafa Bekir DOĞAN

AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI

Temmuz, 2025

Danışman: Doç. Dr. Ender BAYKUT

Bu çalışmada, Afyonkarahisar ilinde sağlık harcamalarını etkileyen sosyo-ekonomik ve makroekonomik faktörlerin ekonometrik yöntemlerle analiz edilmesi amaçlanmıştır. Modelde kullanılan değişkenler, ilgili resmi kurum ve kuruluşların veri tabanlarından belirli bir dönem aralığı için yıllık/dönemsel verilerle temin edilmiştir. Kurulan ekonometrik modelde bağımlı değişken Afyonkarahisar sağlık harcamaları olup, bağımsız değişkenler ise gayri safi yurt içi hasıla (GSYİH), döviz kuru, kamu bütçesi, enflasyon, rezerv ve kişi başı milli gelir verilerini içermektedir. Analiz kapsamında öncelikle, değişkenlere ilişkin genel özellikler ve dağılımlar tanımlayıcı istatistikler ve grafikler aracılığıyla ortaya konmuştur. Zaman serilerinin durağanlık özelliklerini tespit etmek amacıyla hem Augmented Dickey-Fuller (ADF) hem de Phillips-Perron (PP) birim kök testleri kullanılmıştır. Uygulanan birim kök testleri sonucunda değişkenlerin farklı entegrasyon derecelerine sahip olması nedeniyle, ele alınan faktörler arasında uzun dönemli ilişkiyi belirlemek için Gecikmesi Dağıtılmış Otoregresif (Autoregressive Distributed Lag - ARDL) sınır testi yaklaşımı benimsenmiştir. ARDL sınır testi sonuçları, bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında uzun dönemde bir eşbütünleşme ilişkisinin varlığını ortaya koymuştur. Daha açık bir ifadeyle, Afyonkarahisar ilinde belirlenen dönem aralığında GSYİH, döviz kuru, kamu bütçesi, enflasyon, rezerv ve kişi başı milli gelir gibi faktörlerin sağlık harcamalarını uzun dönemde anlamlı bir şekilde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Uzun dönem eşbütünleşme ilişkisinin varlığı tespit edildikten sonra, kısa dönem dinamikleri Hata Düzeltme Modeli (Error Correction Model - ECM) ile incelenmiş ve değişkenlerin uzun dönem dengesine doğru bir uyum süreci gösterdiği gözlemlenmiştir. Son olarak, modelin yapısal kararlılığını değerlendirmek amacıyla CUSUM ve CUSUM Kare testleri de uygulanmış ve modelin istikrarlı olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Harcamaları, Afyonkarahisar, GSYİH, Döviz Kuru, ARDL, Eşbütünleşme, CUSUM.

ABSTRACT

ANALYSIS OF FACTORS AFFECTING HEALTH EXPENDITURES (Application on Afyonkarahisar)

Mustafa Bekir DOĞAN

**AFYON KOCATEPE UNIVERSITY
INSTITUTE OF SOCIAL SCIENCES
DEPARTMENT OF BUSINESS ADMINISTRATION**

July, 2025

Advisor: Assoc. Doç. Dr. Ender BAYKUT

In this study, it is aimed to analyze the socio-economic and macroeconomic factors affecting health expenditures in the province of Afyonkarahisar using econometric methods. The variables used in the model were obtained from the databases of the relevant official institutions and organizations for a specific period with annual/periodic data. In the established econometric model, the dependent variable is Afyonkarahisar's health expenditures, while the independent variables include gross domestic product (GDP), exchange rate, public budget, inflation, reserves, and per capita national income data. Within the scope of the analysis, the general characteristics and distributions of the variables were first presented through descriptive statistics and graphs. To determine the stationarity properties of the time series, both the Augmented Dickey-Fuller (ADF) and Phillips-Perron (PP) unit root tests were used. As a result of the unit root tests applied, due to the variables having different integration degrees, the Autoregressive Distributed Lag (ARDL) bounds testing approach was adopted to determine the long-term relationship among the factors considered. The results of the ARDL boundary test have revealed the existence of a long-term cointegration relationship between the dependent and independent variables. In clearer terms, it has been concluded that factors such as GDP, exchange rate, public budget, inflation, reserves, and per capita national income significantly affect healthcare expenditures in the long term within the specified period in Afyonkarahisar province. After the presence of a long-term cointegration relationship was determined, the short-term dynamics were examined using the Error Correction Model (ECM), and it was observed that the variables showed a process of adjustment towards the long-term equilibrium. Finally, CUSUM and CUSUM of Squares tests were also applied to evaluate the structural stability of the model, and it was determined that the model is stable.

Keywords: Health Expenditures, Afyonkarahisar, GDP, Exchange Rate, ARDL, Cointegration, CUSUM.

ÖNSÖZ

Bu tezin tamamlanmasında, akademik bilgi birikimi ve değerli yönlendirmeleriyle bana yol gösteren, tüm süreç boyunca desteğini esirgemeyen saygıdeğer danışman hocam Ender BAYKUT'a en içten şükranlarımı sunarım. Kendisinin rehberliği, bu çalışmanın bilimsel temellerinin sağlam atılmasında ve başarıyla nihayete ermesinde kilit rol oynamıştır. Kıymetli danışmanım hocam Ender BAYKUT'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Mustafa Bekir DOĞAN
2025, Afyonkarahisar



İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ETİK VE BİLİMSEL İLKELER SORUMLULUK BEYANI	ii
ENSTİTÜ ONAYI	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
ÖNSÖZ	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLOLAR LİSTESİ	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xi
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK KAVRAMI VE EKOSİSTEMİ

1. SAĞLIK KAVRAMI.....	4
2. SAĞLIK SİSTEMİ	6
3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI VE ÖZELLİKLERİ	7
3.1. SAĞLIK HİZMETLERİ TANIMI	7
3.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ.....	7
3.3. SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMININ TARİHSEL GELİŞİMİ	8
3.3.1. Büyük Selçuklu Devleti Sağlık Sistemi.....	9
3.3.2. Anadolu Selçuklu Devleti Sağlık Sistemi.....	10
3.3.3. Osmanlı Devleti Dönemi Sağlık Sistemi	11
3.3.4. Cumhuriyet Dönemi Sağlık Sistemi.....	13
3.3.4.1. 1920-1938 Dönemi	13
3.3.4.2. 1939-1960 Dönemi	14
3.3.4.3. 1961-1980 Dönemi	15
3.3.4.4. 1980- 2000 Sonrası Dönem	17
3.4. SAĞLIK HİZMETLERİ SINIFLANDIRILMASI.....	19
3.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	20
3.4.2. Bireye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	21
3.4.3. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	21
3.4.4. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	22
3.4.5. 1. Basamak Sağlık Hizmetleri	22
3.4.6. 2. Basamak Sağlık Hizmetleri	23
3.4.7. 3.Basamak Sağlık Hizmetleri.....	23
3.4.8. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri.....	23
3.4.8.1. Tıbbi (Esenlendirme) Rehabilitasyon Hizmetleri	24
3.4.8.2. Sosyal (Esenlendirme) Rehabilitasyon Hizmetleri.....	24
3.4.9. Sağlıkın Geliştirilmesi Hizmetleri	24

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK PİYASASI VE SAĞLIK HARCAMALARI

1. SAĞLIK PİYASASINDA ARZ.....	26
2. SAĞLIK PİYASASINDA TALEP	27

3. SAĞLIK HARCAMALARININ TANIMI VE SAĞLIK HARCAMALARI	27
3.1. SAĞLIK HARCAMALARININ ÖNEMİ	29
3.2. SAĞLIK HARCAMALARININ ÇEŞİTLERİ.....	30
3.2.1. Cari Sağlık Harcaması	30
3.2.2. Yatırım Harcamaları.....	32
3.3. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HARCAMALARININ GELİŞİMİ.....	32
3.4. SAĞLIK HARCAMALARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	34
3.4.1. Kişi Başına Düşen Gelirin Artması.....	35
3.4.2. Nüfus.....	36
3.4.3. Eğitim Düzeyinin Yükselmesi.....	36
3.4.5. Teknolojik Gelişmeler	37
3.4.6. Kentleşme	38
3.5. SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK BELİRLEYİCİLERİ	39
3.5.1. Kalkınma ve Politikaları.....	40
3.5.2. Beşeri Sermaye ve Beşeri Kalkınma Endeksi	41
3.5.3. Gelir Dağılımı.....	42
3.5.4. Ekonomik Büyüme	42
3.5.5. Enflasyon	43
4. SAĞLIK HARCAMALARINA İLİŞKİN LİTERATÜR TARAMASI	43

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ÇALIŞMADA KULLANILAN EKONOMETRİK YÖNTEM VE ANALİZLER

1. ARAŞTIRMANIN AMACI	92
2. ARAŞTIRMANIN KISITLARI VE VERİ SETİ	93
3. ARAŞTIRMA BULGULARI	93
SONUÇ	128
KAYNAKÇA.....	134

TABLÖLAR LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 1. Literatür İncelemesi.....	68
Tablo 2. Tanımlayıcı İstatistikler.....	103
Tablo 3. Philips-Perron (PP) Testi.....	115
Tablo 4. ADF Birim Kök Testi.....	118
Tablo 5. ARDL Long Run Form And Bounds Testi	123



ŞEKİLLER LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Şekil 1. Dolar/TL Grafiği	94
Şekil 2. Enflasyon Grafiği	95
Şekil 3. Faiz Grafiği	96
Şekil 4. GSYİH Grafiği	98
Şekil 5. Kişibaşı Milli Gelir	99
Şekil 6. Rezervler Grafiği.....	100
Şekil 7. Afyonkarahisar Sağlık Harcamaları Grafiği	102
Şekil 8. CUSUM ve CUSUMQ Testi.....	125
Şekil 9. CUSUM ve CUSUMQ Testi.....	126



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ADF: Augmented Dickey-Fuller
APARCH: asimetrik üssel ARCH
AR: Autoregressive
ARCH: Auto Regressive Conditional Heterocedasticity
ARCH: Otoregresif Koşullu Değişen Varyans
ARDL: Gecikmesi Dağıtılmış Otoregresif Model
ARMA: Auto Regressive Moving Averages
BİST: Borsa İstanbul
CCR: Canonical Cointegrating Regression
DOLS: Dynamic Ordinary Least Squares
EGARCH: Üssel GARCH
EUR: Euro
EVDS: Elektronik Veri Dağıtım Sistemi
FMOLS: Granger, Fully Modified Ordinary Least Squares
GARCH: Genelleştirilmiş Otoregresif Koşullu Değişen Varyans Modeli
İMKB: İstanbul Menkul Kıymetler Borsası
MGARCH: Çok Değişkenli GARCH
PP: Phillips- Perron
TARCH: Eşik ARCH
TIC: Theil Eşitsizlik Katsayısı
TL: Türk Lirası
USD: ABD Doları
XBANK: Borsa İstanbul Banka Endeksi

GİRİŞ

Sağlık sektörü, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de giderek artan öneme sahip, dinamik ve kapsamlı bir alandır. Sağlık hizmetlerine erişim ve kaliteli sağlık hizmeti sunumu, modern devletlerin temel sorumluluklarından biri olarak kabul edilmekte, bireylerin yaşam kalitesi ve ülkenin beşeri sermayesi üzerinde doğrudan etkili olmaktadır. Bu çerçevede, sağlık harcamaları, ulusal ekonomilerin önemli bir bileşeni haline gelmiş ve toplam kamu harcamaları içerisinde kayda değer bir paya ulaşmıştır. Küresel ölçekte yaşanan demografik değişimler (yaşlanan nüfus), sağlık teknolojilerindeki hızlı ilerlemeler, kronik hastalıkların yaygınlaşması ve yaşam tarzı değişiklikleri gibi faktörler, sağlık harcamaları üzerinde sürekli bir artış baskısı yaratmaktadır. Bu durum, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde sağlık sistemlerinin finansal sürdürülebilirliği konusunda ciddi endişeleri beraberinde getirmektedir. Artan sağlık harcamalarının etkin ve verimli bir şekilde yönetilmesi, politika yapıcılar için stratejik bir öncelik teşkil etmektedir. Sağlık harcamalarını etkileyen faktörlerin doğru bir şekilde tanımlanması ve bu faktörler ile harcamalar arasındaki ilişkilerin bilimsel yöntemlerle analiz edilmesi, gelecekteki sağlık politikalarının belirlenmesi, kaynak tahsisinin optimize edilmesi ve sağlık sistemlerinin karşı karşıya olduğu finansal baskıların hafifletilmesi açısından kritik öneme sahiptir. Bu bağlamda, sağlık harcamalarını etkileyen sosyo-ekonomik ve makroekonomik faktörlerin incelenmesi, literatürde geniş yankı bulan ve hala güncelliğini koruyan bir araştırma alanı olmaya devam etmektedir.

Literatürde sağlık harcamalarını etkileyen faktörler üzerine ulusal ve uluslararası düzeyde çok sayıda ampirik çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalar genellikle gelir düzeyi, yaş yapısı, teknolojik gelişmeler, sağlık politikaları, eğitim düzeyi ve şehirleşme gibi faktörlerin etkilerini incelemektedir. Ancak, bu çalışmaların büyük bir kısmı ülke geneli veya farklı ülkeler arası karşılaştırmalar üzerine yoğunlaşırken, bölgesel veya il bazında sağlık harcamaları dinamiklerini ve bu dinamikleri etkileyen özgül faktörleri detaylı bir şekilde analiz eden çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Bu eksiklik, bölgesel sağlık politikalarının daha isabetli ve ihtiyaca yönelik tasarlanabilmesi için yerel düzeyde yapılan ekonometrik analizlerin önemini artırmaktadır. Bu çalışmanın temel amacı, Afyonkarahisar ilindeki sağlık harcamalarını etkileyen başlıca sosyo-ekonomik ve makroekonomik faktörleri ekonometrik olarak analiz etmek ve bu faktörler ile sağlık harcamaları arasındaki kısa ve uzun dönemli ilişkileri ortaya

koymaktır. Bu genel amaç doğrultusunda, aşağıdaki araştırma sorularına yanıt aranacaktır. Afyonkarahisar ilinde sağlık harcamaları ile gayri safi yurt içi hasıla (GSYİH), döviz kuru, kamu bütçesi, enflasyon, rezerv ve kişi başı milli gelir arasında uzun dönemli bir eşbütünleşme ilişkisi var mıdır? Söz konusu makroekonomik ve demografik faktörler, Afyonkarahisar ilindeki sağlık harcamalarını kısa ve uzun dönemde ne yönde ve ne kadar etkilemektedir? Modelde yer alan değişkenler arasındaki kısa dönemli uyum mekanizması nasıl işlemektedir? Kurulan ekonometrik modelin yapısal kararlılığı ve tahminlerinin güvenilirliği ne düzeydedir?

Çalışmada, Afyonkarahisar iline ait sağlık harcamaları verileri bağımlı değişken olarak ele alınırken, GSYİH, döviz kuru, kamu bütçesi, faiz, enflasyon, rezerv ve kişi başı milli gelir verileri bağımsız değişkenler olarak kullanılmıştır. Analiz kapsamında öncelikle, değişkenlere ilişkin genel özellikler tanımlayıcı istatistikler ve grafikler aracılığıyla ortaya konmuştur. Zaman serilerinin durağanlık özelliklerini tespit etmek amacıyla Augmented Dickey-Fuller (ADF) ve Phillips-Perron (PP) birim kök testleri uygulanmıştır.

Birim kök testleri sonucunda değişkenlerin farklı entegrasyon derecelerine sahip olması nedeniyle, faktörler arasındaki uzun dönemli ilişkiyi belirlemek için Gecikmesi Dağıtılmış Otoregresif (ARDL) sınır testi yaklaşımı benimsenmiştir. ARDL modelinin ardından, uzun dönem eşbütünleşme ilişkisinin varlığı tespit edildikten sonra, kısa dönem dinamikleri Hata Düzeltme Modeli (ECM) ile incelenmiştir. Son olarak, modelin yapısal kararlılığını değerlendirmek amacıyla CUSUM ve CUSUM Kare testleri de uygulanmıştır.

Bu tez çalışması beş ana bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm olan bu kısımda, çalışmanın konusu, önemi, amacı, araştırma soruları ve kullanılan metodolojiye ilişkin genel bilgiler sunulmuştur. İkinci bölüm, sağlık harcamaları kavramını, sağlık ekonomisi literatürünü ve sağlık harcamalarını etkileyen faktörlere ilişkin teorik çerçeveyi kapsamaktadır. Üçüncü bölümde, çalışmada kullanılan ekonometrik metodoloji detaylı olarak açıklanmakta; birim kök testleri, ARDL sınır testi yaklaşımı, hata düzeltme modeli ve CUSUM testlerinin teorik altyapısı sunulmaktadır. Dördüncü bölümde, Afyonkarahisar iline ait sağlık harcamaları ve ilgili makroekonomik/demografik değişkenlere ilişkin veriler sunulacak, ekonometrik analiz sonuçları detaylı olarak yorumlanacaktır. Beşinci ve son bölümde ise, çalışmanın

bulguları özetlenecek, elde edilen sonuçlar ışığında politika önerileri sunulacak ve gelecekteki çalışmalara yönelik önerilerde bulunulacaktır.



BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK KAVRAMI VE EKOSİSTEMİ

1. SAĞLIK KAVRAMI

Varoluşun başlangıcından itibaren insanlık, hayatta kalma ve türün devamı için mücadele etmiştir. Bu mücadele sürecinde insanlar, avcı-toplayıcı topluluklardan karmaşık şehir devletlerine kadar toplumsal yapıları oluşturmuştur. Bu yapıların temel amacı, bireylerin ve toplumun bütününe hayatta kalmasını sağlamak ve yaşam kalitesini artırmaktır. Tarih boyunca, sağlıklı bir toplumun olmazsa olmazları olarak kabul edilen refah, güvenlik ve gelişme gibi kavramlar, toplumsal düzenin merkezinde yer almıştır. Ancak günümüzde küresel ısınma, eşitsizlik ve savaş gibi küresel sorunlar, sağlıklı bir toplumun varlığını tehdit etmektedir. Bu nedenle, sürdürülebilir bir gelecek için toplumsal yapılarımızın yeniden değerlendirilmesi ve daha adil, eşitlikçi ve çevre dostu bir dünya inşa edilmesi gerekmektedir. (Özuysal , 2011: 3-4). Geleneksel olarak sağlık, hastalığın zıttı olarak görülmüş ve hastalıktan uzak olmak sağlıklı olmakla eşdeğer tutulmuştur. Ancak günümüzde sağlık, sadece hastalıktan uzak olmanın ötesinde, bireyin bedensel, zihinsel ve sosyal olarak tam bir denge içinde olması olarak tanımlanmaktadır (Akdur, 2003: 11-12).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1947'de yaptığı tanım, sağlık kavramına bütüncül bir bakış açısı getirmiş olsa da, günümüzde sağlık, sosyal belirleyiciler, çevresel faktörler ve yaşam tarzı gibi daha geniş bir çerçevede ele alınmaktadır. DSÖ'ye göre sağlık, sadece hastalığın yokluğu değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Sosyal çevre, aile desteği, arkadaşlık ilişkileri, toplumsal katılım, ekonomik durum ve eğitim düzeyi gibi faktörlerle bireyin sağlığını olumlu veya olumsuz yönde etkileyebilir. Sağlık, sadece biyolojik süreçlerden değil, aynı zamanda psikolojik, sosyal, ekonomik ve çevresel faktörlerden de etkilenir. Stres, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyi, hava kirliliği ve iklim değişikliği gibi faktörler, sağlık üzerinde önemli etkilere sahiptir. DSÖ'nün tanımı, sağlık hakkının evrensel olduğunu vurgulamış olsa da, dünya genelinde sağlık eşitsizlikleri önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Çalışkan, 2008: 29-50).

Bir ülkenin en değerli servetlerinden olan bireyin, potansiyelini tam olarak gerçekleştirebilmesi için sağlıklı ve eğitilmiş olması gerekmektedir. Sağlıklı bir birey, daha iyi öğrenir, üretir ve toplumsal hayata daha aktif katılır. Eğitilmiş bireyler ise

sağlıklı yaşam konusunda bilinçli kararlar alarak hem kendi sağlıklarını korurlar hem de toplum sağlığına katkıda bulunurlar. Sağlıklı bir toplum, daha düşük sağlık maliyetleri ile karşı karşıya kalır ve ekonomik büyümeye daha fazla katkı sağlar. Sağlık hizmetlerine herkesin eşit erişimi, sosyal adaletin önemli bir göstergesidir. Sağlıklı yaşam ve kaliteli eğitim, Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri arasında yer almaktadır. Bu nedenle, bireyin ve toplumun sağlıklı olabilmesi ve devamlılık arz edebilmesi için sağlık hizmetlerinin varlığı ve eğitime yatırım yapılması büyük önem taşımaktadır (Altay, 2007: 33-58).

1948'de Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan tanım, sağlığı sadece hastalığın yokluğu olarak değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal bir bütünlük olarak ele alarak sağlık anlayışında çığır açmıştır. Ancak, sağlık anlayışı tarih boyunca ve farklı kültürlerde değişiklik göstermiştir (WHO, 2015). Antik çağlardan günümüze kadar sağlık, mistik güçlerden, bulaşıcı hastalıklara ve günümüzde koruyucu hekimliğe kadar birçok farklı şekilde yorumlanmıştır. Sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan eşitsizlikler, özellikle gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Sosyoekonomik durum, cinsiyet, etnik köken gibi faktörler, sağlık durumunu etkileyen önemli belirleyicilerdir. Sağlıklı bir yaşam için bireylerin sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz gibi sağlıklı yaşam alışkanlıkları edinmeleri ve toplumların da sağlıklı yaşamı destekleyen çevreler oluşturması gerekmektedir. Yapay zeka ve genetik mühendisliği gibi teknolojik gelişmeler, gelecekte sağlık hizmetlerinin daha kişiselleştirilmesine ve etkin olmasına olanak tanıyacak olsa da, sağlıklı bir gelecek için sürdürülebilirlik ilkesinin göz önünde bulundurulması önemlidir (Öztek, 2001: 294-298). Kanuni Sultan Süleyman'ın "Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi" sözü, yüzyıllar boyunca sağlıklı yaşamın önemini vurgulayan önemli bir miras olarak günümüze ulaşmıştır.

İnsanlık tarihi boyunca sağlık, sadece hastalıksız olmak değil, bireyin fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak tam bir denge içinde olması olarak kabul edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün de vurguladığı gibi, sağlık yalnızca biyolojik bir durum değil, aynı zamanda sosyal, ekonomik ve çevresel faktörlerden etkilenir. Günümüzde küresel sorunlar, sağlık eşitsizlikleri ve teknolojik gelişmeler sağlık anlayışımızı sürekli olarak yeniden şekillendirmektedir. Sağlıklı bir toplum için bireylerin ve devletlerin ortak çabaları, sürdürülebilir bir gelecek için olmazsa olmazdır.

2. SAĞLIK SİSTEMİ

Sağlık sistemleri, çok sayıda aktörün etkileşimi içinde çalışan, karmaşık ve dinamik sosyal sistemlerdir. Sadece hastalıkların tedavisini değil, aynı zamanda sağlıklı yaşamı destekleme, sağlık hizmetlerine erişimi sağlama, sağlık politikalarını belirleme ve sağlık kaynaklarını etkin kullanma gibi çok yönlü amaçları vardır. Bu sistemler, bir toplumun mevcut sağlık düzeyini geliştirmek için beşerî ve maddi kaynakları kullanır ve bu amaca yönelik olarak uygulanan hizmetler bütünüdür. Ülkelerin sosyoekonomik, kültürel ve politik koşulları, sağlık sistemlerinin yapı ve işlevlerini önemli ölçüde etkiler. Beveridge modeli, Bismarck modeli ve sağlık sigortası modeli gibi farklı sağlık sistemi modelleri, ülkelerin tercihlerine ve kaynaklarına göre şekillenir. Sağlık sistemlerinin performansı, yaşam beklentisi, bebek ölümleri, sağlık hizmetlerine erişim gibi göstergelerle değerlendirilir. Sürekli değişen sağlık ihtiyaçları ve teknolojik gelişmeler karşısında sağlık sistemlerinin adaptasyon yeteneği, sürdürülebilirlik için kritik öneme sahiptir (Okursoy, 2010: 56).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2000 yılındaki "Sağlık Sistemleri: Performansı Arttırmak" raporunda yer alan, sağlık sistemini "sağlığı korumak, iyileştirmek ve geliştirmek olan her bir faaliyeti içerisinde barındıran sistem" olarak tanımlaması, bu kavramın kapsamlılığını en net şekilde ortaya koymaktadır. Bu tanım, sadece hastalıkların tedavisiyle sınırlı kalmayıp, sağlıklı yaşamı destekleme, sağlık hizmetlerine erişimi sağlama, sağlık politikalarını belirleme ve sağlık kaynaklarını etkin kullanma gibi çok yönlü amaçları içermektedir. Bütüncül bir yaklaşım benimseyen bu tanım, sağlık sisteminin sadece sağlık çalışanlarından değil, aynı zamanda hastalar, politika yapımcılar, sivil toplum örgütleri gibi birçok paydaşın etkileşim içinde olduğu dinamik bir yapı olduğunu vurgular. Bu kapsamlı tanım, sağlık sistemlerinin sadece hastalıklara tepki vermekle kalmayıp, aynı zamanda sağlıklı toplumlar inşa etme hedefini de ön plana çıkarır (Çelebi, 2013: 48).

Sağlık sistemi, sadece hastalıkları tedavi etmekle kalmayan, aynı zamanda sağlıklı yaşamı destekleyen ve sağlık hizmetlerine erişimi sağlayan çok yönlü bir sistemdir. Bu sistemler, ülkelerin sosyoekonomik koşullarına göre farklılık gösterir ve sürekli değişen sağlık ihtiyaçlarına uyum sağlamak zorundadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımı, sağlık sistemini "sağlığı korumak, iyileştirmek ve geliştirmek olan her bir faaliyeti içerisinde barındıran sistem" olarak tanımlayarak bu kapsamlılığı vurgular.

3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI VE ÖZELLİKLERİ

3.1. SAĞLIK HİZMETLERİ TANIMI

Sağlık hizmetleri, kamu veya özel sektör tarafından sunulan, bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığını korumayı ve iyileştirmeyi amaçlayan bir dizi faaliyettir. Bu hizmetler, hastalıkların önlenmesi, erken teşhis ve tedavi, rehabilitasyon gibi çeşitli alanlarda topluma fayda sağlamayı hedefler. Sağlık hizmetleri, toplumun sağlık sorunlarıyla mücadele etmesine ve bireylerin yaşam kalitelerini artırmasına katkı sağlar. Bu süreçte, finansal kaynaklar, sağlık materyalleri ve sağlık çalışanları gibi önemli unsurlar bir araya gelir. Finansal kaynaklar, sağlık hizmetlerinin sunumu için gerekli olan altyapı, ilaç ve diğer malzemelerin temininde kullanılır. Sağlık materyalleri, teşhis ve tedavi süreçlerinde kullanılan tıbbi cihazlar ve ilaçları içerir. Sağlık çalışanları ise, bireylere doğrudan hizmet veren ve sağlık sisteminin işleyişini sağlayan profesyonellerdir (Sayım ve Tarık, 2011: 187).

Sağlık hizmetleri, toplumun bütününün refahı ve gelişimi için vazgeçilmez bir kamu hizmetidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün de vurguladığı gibi, sağlık hakkı, her bireyin temel bir hakkı olarak kabul edilir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin üretilmesinde temel amaç, toplumun tüm kesimlerinin sağlıklı yaşam koşullarına erişmesini sağlamak, sağlık eşitsizliğini azaltmak ve bireylerin üretim kapasitelerini artırmaktır. Sağlık hizmetlerinin kamusal niteliği, sadece ahlaki bir zorunluluk değil, aynı zamanda ekonomik büyüme, sosyal adalet ve uluslararası rekabetçilik gibi birçok önemli faydayı beraberinde getirir. Bu bağlamda, kamu sektörü temel sağlık hizmetlerinin sunulmasında ve sağlık politikalarının belirlenmesinde merkezi bir role sahipken, özel sektör de tamamlayıcı bir rol üstlenerek daha özel ve gelişmiş sağlık hizmetleri sunabilir. Ancak, sağlık hizmetlerindeki temel amaç her zaman toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek olmalıdır (Tekin, 1987: 263).

3.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ

- Sağlık hizmetleri talebi, beklenmedik durumlarda ortaya çıkar.
- Sağlık hizmeti, talep anında üretilen ve tüketilen bir hizmettir.
- Sağlık hizmetleri, hem teknolojik hem de insan gücüne dayalı bir hizmettir.
- Yüksek teknoloji, sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltse de maliyetleri de artırır.

- Tıp alanındaki gelişmeler, uzmanlaşmayı zorunlu hale getirmiştir.
- Sağlık hizmetlerinin sonucu, somut bir ürün gibi ölçülemez.
- Sağlık hizmeti sonucu elde edilecek memnuniyet, önceden tahmin edilemez.
- Sağlık hizmetleri, deneysel olarak test edilemeyen bir hizmettir.
- Sağlık hizmetlerinde hata payı çok düşüktür.
- Sağlık hizmetlerinin içeriği, hekim tarafından belirlenir.
- Hasta, hekim kadar tıbbi bilgiye sahip değildir.
- Sağlık hizmetleri, kesin sonuç garantisi vermeyen bir süreçtir.
- Sağlık hizmetleri kararlarında duygusal faktörler ön plana çıkar.
- Sağlık hizmetleri talebi, bireysel tercihlerden ziyade çevresel faktörlere bağlıdır.
- Sağlık hizmetleri, toplumun ortak bir sorumluluğudur.
- Sağlık hizmetleri, tamamen piyasa mekanizmalarına bırakılamaz.
- Sağlık hizmetlerinin kalitesi, toplumun genel refahını etkiler.
- Sağlıklı bir nüfus, ekonomik büyümeyi destekler.
- Sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlik, sosyal adaletsizliği derinleştirir.
- Sağlıklı bir nüfus, daha üretkendir (Orhaner, 2014: 24; Ateş, 2012: 5; Tengilimoğlu ve ark, 2015: 73).

3.3. SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMININ TARİHSEL GELİŞİMİ

Selçuklu ve Osmanlı dönemlerinde başlayan sağlık hizmetleri geleneği, vakıf sistemi, hastane mimarisi ve tıp eğitimi gibi unsurlarla zengin bir yapıya sahipti. Cumhuriyetin kurulmasıyla birlikte, sağlık sistemi batılı modelde yeniden yapılandırıldı. Sağlık Bakanlığı'nın kurulmasıyla birlikte, ülke genelinde sağlık hizmetlerinin standardizasyonu ve halk sağlığına verilen önem artırıldı. Özellikle 1923-1946 yılları arasında atılan temel taşlarla, Türkiye'nin sağlık sistemi çağdaş bir yapıya kavuşmaya başladı. Bu dönemde bulaşıcı hastalıklarla mücadele, çocuk sağlığı, anne sağlığı ve temel sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması gibi konulara öncelik verildi. Ancak, sağlık hizmetlerine erişimde coğrafi ve sosyoekonomik farklılıklar gibi sorunlar da devam etti. Cumhuriyet dönemi boyunca sağlık sistemi, sürekli değişen koşullara ve

gelişen teknolojilere uyum sağlamaya çalışırken, bir yandan da köklü geçmişinden gelen değerleri korumaya devam etti (SB, 2008).

3.3.1. Büyük Selçuklu Devleti Sağlık Sistemi

Türklerin tıp tarihine olan katkıları, bilhassa Selçuklu döneminde zirveye ulaşmıştır. Uygur Devleti'nde din ve tıpın ayrışmasıyla başlayan bu süreç, Selçuklularla birlikte daha sistematik bir hal almıştır. Selçuklu sultanları ve vezirleri tarafından yaptırılan darüşşifalar, sadece tedavi merkezi değil, aynı zamanda tıbbi araştırma ve eğitim yapılan önemli merkezler haline gelmiştir. Bu yapıların mimarisinde, özellikle Orta Asya ve İpek Yolu üzerindeki diğer medeniyetlerin etkileri görülmektedir. Gevher Nesibe Hatun tarafından yaptırılan darüşşifa, bu etkileşimin en güzel örneklerinden biridir. Selçuklular, tıbbi bilgi birikimlerini İslam dünyasının diğer bölgeleriyle paylaşmış ve bu sayede İslam tıbbının gelişimine büyük katkı sağlamışlardır.

Selçuklu darüşşifalarında, iç hastalıkları, cerrahi, göz hastalıkları gibi birçok alanda tedavi uygulanmıştır. Bu kurumlarda görev yapan hekimler, sadece teorik bilgiye değil, aynı zamanda pratik deneyime de sahiptiler. Tıp eğitimi, medreselerdeki özel bölümlerde verilmekte ve öğrencilere hem teorik hem de pratik bilgiler aktarılmaktaydı. Selçuklu darüşşifalarında kullanılan tedavi yöntemleri arasında bitkisel ilaçlar, cerrahi müdahaleler ve çeşitli fizik tedavi yöntemleri bulunmaktaydı. Ayrıca, bu kurumlarda psikolojik rahatsızlıkların tedavisi için de özel yöntemler kullanıldığı bilinmektedir (Terzioğlu, 2013: 88-94).

Selçuklu Devleti'nin sosyal devlet anlayışı, sağlık hizmetlerinin tüm halkın erişimine açık olması ilkesine dayanıyordu. Darüşşifalarda, ihtiyaç sahibi herkese ücretsiz tedavi imkanı sunulmaktaydı. Bu sayede, Selçuklu toplumunda sağlık hizmetlerine erişim kolaylaşmış ve halkın yaşam standardı yükselmiştir. Selçukluların tıba verdiği önem, sadece sağlık hizmetlerinin geliştirilmesiyle sınırlı kalmamış, aynı zamanda tıbbi araştırmaların desteklenmesi ve tıbbi bilginin yaygınlaştırılması gibi alanlarda da önemli adımlar atılmasına neden olmuştur (Turan, 1993: 351).

Selçuklu seyyar hastaneleri, ordunun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için oldukça önemli bir rol oynamıştır. Bu hastanelerde görev yapan cerrahlar, savaş yaralarını tedavi etmek, kırık çıkık gibi ortopedik sorunları gidermek ve bulaşıcı hastalıklara karşı önlem almak gibi görevler üstlenmişlerdir. Seyyar hastanelerde kullanılan bazı tıbbi aletler arasında, forseps, maşa, neşter gibi cerrahi aletler, çeşitli

pansuman malzemeleri ve bitkisel ilaçlar bulunmaktaydı. Bu hastaneler, genellikle çadır veya benzeri yapılar içerisinde kurulmaktaydı ve gerekli tüm tıbbi ekipmanlarla donatılırdı. Seyyar hastanelerin lojistik süreçleri oldukça karmaşık olup, ilaçların ve malzemelerin taşınması, temizliğin sağlanması gibi konularda dikkatli olunması gerekmektedir (Turan, 1993: 353).

Selçuklu Devleti'nin geniş coğrafyada kurduğu güçlü siyasi yapı, paralelinde gelişmiş bir sağlık sistemi de beraberinde getirmiştir. Nizamülmülk tarafından Nişabur'da inşa edilen ilk Selçuklu hastanesi, bu alandaki çabaların en somut örneklerinden biridir (Kayhan, 2011: 156.157). Selçuklular, sosyal devlet anlayışının bir gereği olarak, darüşşifâ adı verilen hastaneler ve seyyar sağlık birimleri aracılığıyla geniş halk kitlelerine ulaşmayı hedeflemişlerdir. Bu kurumlarda, sadece tedavi hizmeti verilmekle kalmamış, aynı zamanda tıp eğitimi de verilerek yetişmiş hekim kadroları oluşturulmuştur. Özellikle bulaşıcı hastalıkların yaygın olduğu bir dönemde, darüşşifalarda uygulanan sıkı hijyen kuralları ve karantina uygulamaları, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmıştır (Köker, 1991: 23). Selçuklu tıbbında bitkisel tedavi yöntemlerinin yanı sıra cerrahi müdahaleler de yaygın olarak kullanılmıştır. Bu dönemde yetişen İbn Sina gibi önemli hekimler, tıp dünyasına önemli katkılarda bulunarak İslam dünyası ve Avrupa'da uzun yıllar referans kabul edilen eserler kaleme almışlardır. Selçuklu tıbbının bu denli gelişmesinde, coğrafi konumun getirdiği ticaret yolları ve kültürel etkileşimlerin de önemli bir rolü olmuştur (Terzioğlu, 2013: 11).

Selçuklu dönemi, Türklerin tıp alanındaki en parlak dönemlerinden biridir. Darüşşifalar olarak bilinen hastaneler, sadece tedavi merkezi değil, aynı zamanda tıp eğitimi ve araştırmalarının yapıldığı önemli merkezler haline gelmiştir. Bu hastanelerde, iç hastalıkları, cerrahi ve göz hastalıkları gibi birçok alanda tedavi uygulanmış, bitkisel ilaçlar ve cerrahi müdahaleler gibi çeşitli yöntemler kullanılmıştır. Selçuklu tıbbı, İslam dünyası ve Avrupa'ya da önemli etkilerde bulunmuş ve tıp biliminin gelişmesine katkı sağlamıştır.

3.3.2. Anadolu Selçuklu Devleti Sağlık Sistemi

Selçuklu sultanları, sadece fetih ve toprak genişletmeyle değil, aynı zamanda ülkenin kalkınması ve halkın refahı için de önemli adımlar atmışlardır. Medreseler, imarethaneler ve hastaneler gibi yapıları inşa ederek eğitim, sosyal yardımlaşma ve sağlık hizmetlerine büyük önem vermişlerdir. Özellikle seyyar hastaneler, o dönem için

oldukça yenilikçi bir yaklaşımla, savaş bölgelerinde bile sağlık hizmetlerinin ulaştırılmasını sağlamıştır (Terzioğlu, 1992).

Büyük Selçuklu Devleti, sadece geniş coğrafyalara hakim olan güçlü bir devlet değil, aynı zamanda halkının sağlığına büyük önem veren bir medeniyet olmuştur. Sultan Alparslan döneminde, Vezir Nizamülmülk'ün öncülüğünde Nişabur'da inşa edilen hastane, bu durumun en çarpıcı örneklerinden biridir (Türker, 2012). Selçuklular, hastanelerin yanı sıra darüşşifalar, cüzzamhaneler ve şifahaneler gibi çeşitli sağlık kurumları inşa ederek, dönemin standartlarının çok üzerinde bir sağlık hizmeti sunmuşlardır. Bu sağlık tesislerinde, sadece fiziksel hastalıklar değil, aynı zamanda ruhsal hastalıklar da tedavi edilmiştir. Selçuklular, hastanelerine hem yerli hem de yabancı hekimleri davet ederek, tıbbi bilgi birikimini artırmışlardır (Çelik, 2017: 154.158). Vakıf sistemi sayesinde bu sağlık hizmetleri, uzun yıllar boyunca kesintisiz olarak devam etmiş ve Osmanlı dönemine kadar önemli bir miras olarak aktarılmıştır. Selçuklu medeniyeti, sağlık alanındaki bu başarılarıyla, İslam dünyasında ve dünya tarihinde önemli bir yere sahip olmuştur.

Bu günümüze kadar ulaşan Selçuklu hastaneleri şunlardır (TÜRKŞAD, 2013):

- Şam'da Nurettin Hastanesi (1154)
- Kayseri'de Gevher Nesibe Darüşşifası ve Gıyaseddin Keyhüsrev Tıp Merkezi (1206)
- Sivas'ta Keykavus Darüşşifası (1217)
- Divriği'de Behram Şahin Kızı Turan Melik Hastanesi (1228)
- Çankırı'daki Atabey Ferruh Hastanesi (1235)
- Tokat'taki Gök Medrese ve Pervane Bey Darüşşifası (1275)
- Kastamonu'da Ali b. Pervane Hastanesi
- Amasya Darüşşifa Hastanesi

3.3.3. Osmanlı Devleti Dönemi Sağlık Sistemi

Osmanlı tıbbı, İslam dünyasının zengin tıbbi mirasını benimseyerek ve Batı tıbbının etkilerini de bünyesine katarak uzun bir süreçte gelişmiştir. Selçuklu döneminden devralınan tıbbi bilgi birikimi, Osmanlı Devleti'nde darüşşifalar, hastaneler ve kaplıcalar gibi çeşitli sağlık tesislerinin kurulmasına öncülük etmiştir. Özellikle

sağlık hizmeti altyapısı bulunmayan bölgelere yeni sağlık tesisleri inşa edilerek, halkın sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırılmıştır. Cüzzam hastalarına hizmet veren miskinler tekkeleri ve hamam, tekke gibi sosyal yaşamın merkezleri de dolaylı olarak sağlık hizmetlerine katkıda bulunmuştur. Osmanlı tıbbında şifalı bitkiler ve doğal yöntemler de önemli bir yer tutarken, 19. yüzyılda Batı tıbbının etkisiyle modern tıbbi uygulamalar da yaygınlaşmaya başlamıştır (Binler, 2009: 120).

Osmanlı Devleti'nin yükselişiyle birlikte, tıbbi hizmetlere olan ihtiyaç da artmıştır. XV. yüzyıldan itibaren inşa edilen çok sayıda hastane, devletin sağlık alanındaki gelişmişliğini göstermektedir. 1451'de kurulan Edirne Cüzzamhanesi, o dönemde yaygın olan cüzzam hastalığına karşı alınan önlemlerin bir göstergesi olarak dikkat çeker. Fatih Sultan Mehmet döneminde inşa edilen Fatih Darüşşifası ise, Avrupa'nın en büyük hastanelerinden biri olarak kabul edilmekteydi. Yataklı tedavi hizmeti veren bu hastanede aynı zamanda poliklinik hizmeti de verilmekteydi. İstanbul Tıp Fakültesi'nin çekirdeğini oluşturan bu kurum, dönemin en gelişmiş tıbbi merkezlerinden biriydi. II. Bayezid döneminde inşa edilen Edirne II. Bayezid Darüşşifası'nda ise müzik ve su sesinin tedavi amaçlı kullanılması dikkat çekici bir uygulamadır. Özellikle akıl hastalıklarının tedavisinde bu yöntemin tercih edilmesi, Osmanlı tıbbının deneysel yönünü ortaya koyar. Osmanlı hastaneleri, sadece fiziksel hastalıkların tedavisinde değil, aynı zamanda ruhsal hastalıkların tedavisinde de önemli bir rol oynamıştır. Bu hastanelerde bitkisel ilaçlar, cerrahi müdahaleler ve çeşitli fizik tedavi yöntemleri kullanılmıştır. Hastanelerin mimarisi, tedavi yöntemleri ve kullanılan tıbbi aletler, dönemin bilimsel ve teknolojik düzeyini yansıtmaktadır (Yahyaoglu, 2003: 308).

Süleymaniye Darüşşifası, 16. yüzyılda Osmanlı Devleti'nin başkenti İstanbul'da kurulan ve tıp eğitimi de veren önemli bir kurumdur. Mimar Sinan tarafından inşa edilen bu külliye, sadece bir hastane değil, aynı zamanda kapsamlı bir tıp merkezi olarak tasarlanmıştır. Darüşşifa bünyesindeki tıp medresesi, eczane ve dâr ül âkâkîr (ilaç bitkileri deposu) gibi birimlerle birlikte, Osmanlı'da tıp biliminin gelişimi için önemli bir merkez haline gelmiştir. Mimar Sinan, Haseki ve Üsküdar Atik Valide külliyelerinde de benzer darüşşifalar inşa ederek, sağlık hizmetlerine verdiği önemi göstermiştir. 18. yüzyılda diplomasız hekimliğin yasaklanmasıyla birlikte Süleymaniye Tıp Medresesi, Osmanlı'nın en önemli hekim yetiştirme kurumu haline gelmiştir. Burada anatomi, fizyoloji, iç hastalıkları, cerrahi gibi temel tıbbi konuların yanı sıra, geleneksel Osmanlı

tıbbı ve Batı tıbbının birleşimiyle yeni tedavi yöntemleri de öğretilmiştir. Darüşşifalar, sadece hastaların tedavi edildiği yerler değil, aynı zamanda tıbbi araştırmaların yapıldığı ve yeni tedavi yöntemlerinin geliştirildiği merkezler olmuştur. Bu kurumlar, Osmanlı toplumunda sağlık bilincinin artmasına ve tıbbi hizmetlere erişimin kolaylaşmasına önemli katkılar sağlamıştır (Kahya, 1997: 3).

Osmanlı tıbbı, hem İslam dünyasının zengin tıbbi mirasını hem de Batı tıbbının modern yaklaşımlarını bünyesinde barındıran zengin bir geçmişe sahiptir. Selçuklu döneminden devralınan bilgi birikimi üzerine inşa edilen Osmanlı sağlık sistemi, darüşşifalar ve hastaneler gibi kurumlarla halkın sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmıştır. Özellikle 19. yüzyılda Batılılaşma sürecinde, Osmanlı tıbbı modern tıbbi uygulamaları benimseyerek önemli bir dönüşüm yaşamıştır. Bu dönemde kurulan tıp fakülteleri ve hastaneler, Osmanlı'nın sağlık alanındaki gelişimine önemli katkılar sağlamıştır. Ancak, geleneksel tıbbın tamamen terk edilmesi yerine, Batı tıbbı ile birleştirilerek daha kapsamlı bir sağlık sistemi oluşturulmaya çalışılmıştır.

3.3.4. Cumhuriyet Dönemi Sağlık Sistemi

3.3.4.1. 1920-1938 Dönemi

Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk meclisi olan Büyük Millet Meclisi, 3 Mayıs 1920'de kabul ettiği 3 sayılı yasayla sağlık hizmetlerini devlet görevleri arasına dahil etmiştir. "Sıhhiye ve Muavenatı İçtimaiye Vekaleti" adıyla kurulan bu yeni bakanlık, toplum sağlığının devlet için öncelikli bir hedef olduğunu vurgulamıştır. Bu yasa, "Ulus sağlığı olmadan ne ulus olunur ne de devlet" ilkesini temel alarak hazırlanmıştır. Cumhuriyetin ilk sağlık bakanı olarak görevlendirilen Dr. Adnan Adıvar döneminde, savaşın yarattığı olumsuz koşullar altında sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ve mevzuatın geliştirilmesi öncelikli hedefler olmuştur. Ancak, o dönemdeki şartlar nedeniyle sağlık verilerinin sistematik olarak toplanması mümkün olmamıştır (Akdağ, 2008: 14).

Cumhuriyetin ilanıyla birlikte Türkiye'de sağlık hizmetleri, Osmanlı dönemindeki merkeziyetsiz ve yetersiz yapıdan modern bir sisteme dönüşüm sürecine girmiştir. Bu sürecin öncülüğünü yapan Dr. Refik Saydam, yaklaşık 14 yıl boyunca sağlık bakanlığı görevini üstlenerek Türk sağlık sisteminin temelini atmıştır. Saydam, Batı Avrupa'daki gelişmelere paralel olarak koruyucu hekimliği temel alan bir sağlık politikası benimsemiş ve bu politikayı uygulamaya koymak için büyük çaba sarf etmiştir (Savaş, vd., 2002: 13). Devlet sağlık örgütünü güçlendirmek, sağlık personeli

yetiştirmek ve bulaşıcı hastalıklarla m¼cadele etmek gibi hedeflerle yola çıkan Saydam, "TC Merkez Hıfzıssıhha M¼essesesi"ni kurarak bilimsel araştırmalara ve salgın hastalıklarla m¼cadeleye ağırlık vermiştir. Ancak, kırsal b¼lgelerdeki ulaşım zorlukları, ekonomik kısıtlamalar ve sağlık personelinin yetersizliği gibi fakt¼rler, sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmasında ¼nemli engeller oluşturmuştur. Saydam'ın politikaları, T¼rkiye'de sağlık bilincinin artmasına ve yaşam s¼relerinin uzamasına katkı sağlamış olsa da, sağlık eşitsizlikleri ve erişim sorunları gibi meseleler g¼n¼m¼zde bile devam etmektedir.

3.3.4.2. 1939-1960 D¼nemi

1939-1960 yılları arasında T¼rkiye'de sağlık hizmetleri, Behçet Uz liderliğindeki Birinci On Yıllık Sağlık Planı ile ¼nemli bir d¼n¼ř¼m yaşamıştır. Bu plan, koruyucu hekimliği ¼n planda tutarak, sağlık tesislerinin modernizasyonu ve kırsal b¼lgelerde sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması gibi hedefler belirlemiştir. ¼zellikle sıtma, t¼berk¼loz ve trahom gibi bulaşıcı hastalıklarla m¼cadeleye odaklanan plan, sağlık ocakları, sağlık evleri ve hastaneler gibi sağlık tesislerinin kurulmasını teşvik etmiştir (D¼řkaya, 2019: 20). Yataklı tedavi hizmetlerinin merkezi h¼k¼mete alınmasıyla birlikte, sağlık hizmetlerinin planlanması ve koordinasyonu daha etkin hale gelmiştir. Ancak, bu d¼nemde kırsal b¼lgelerdeki ulaşım zorlukları, sağlık personelinin yetersizliği ve ekonomik kısıtlamalar gibi fakt¼rler, planın tam olarak uygulanmasını engelleyen ¼nemli sorunlar olarak ortaya çıkmıştır. Buna rağmen, Birinci On Yıllık Sağlık Planı, T¼rkiye'de sağlık sisteminin temellerinin atılmasında ¼nemli bir rol oynamış ve ¼lke genelinde sağlık bilincinin artmasına katkı sağlamıştır.

Behçet Uz ve Refik Saydam d¼nemlerinde T¼rkiye'de kırsal sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi amacıyla farklı yaklaşımlar benimsenmiştir. Uz, n¼fus yoğunluğuna dayalı bir model ¼nererek, belirli n¼fus yoğunluğundaki yerleşim yerlerine sağlık merkezleri kurulmasını ve yeterli sayıda sağlık personelinin g¼revlendirilmesini savunmuştur. Bu yaklaşım, kırsal b¼lgelerde sağlık hizmetlerine erişimin eşitlenmesini amaçlamıştır. Ancak, d¼nemin ekonomik ve sosyal koşulları, planın tam olarak uygulanmasını engellemiştir. Saydam ise daha çok mevcut sağlık hizmetlerinin kırsal b¼lgelere yaygınlaştırılması ¼zerine odaklanmıştır. Seyyar sağlık ekipleri ve sağlık taramaları gibi uygulamalarla, kırsal n¼fusun temel sağlık hizmetlerine ulaşımını kolaylaştırmayı hedeflemiştir. Her iki d¼ř¼n¼r de kırsal sağlık hizmetlerinin ¼nemini vurgulamış ve bu alanda ¼nemli adımlar atılmasına ¼nc¼l¼k etmiştir. Ancak, d¼nemin genel koşulları ve

sağlık sistemindeki yapısal sorunlar nedeniyle, bu planların tam olarak hayata geçirilmesi ve beklenen sonuçların elde edilmesi mümkün olmamıştır (Eren ve Tanrıtanır, 1998: 13–14).

1940'lı yıllarda Türkiye'de sağlık hizmetlerinin erişim ve kapsamı konusunda önemli adımlar atılmıştır. Emekli Sandığı'nın kurulmasıyla sosyal güvenlik sisteminin temelleri atılırken, sağlık hizmetleri de bu sistemin kapsamına dahil edilmeye başlanmıştır. Bu dönemde, sağlık hizmetlerinin merkeziyetleştirilmesi amacıyla il özel idareleri ve yerel yönetimler tarafından planlanan hastane hizmetleri Sağlık Bakanlığı bünyesine aktarılmıştır. 1945 yılında çıkarılan Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu ile birlikte, sağlık hizmetlerine erişim daha geniş kitlelere yayılmıştır. Kurumun bağlı hastaneleri ve sağlık ocakları ağıyla birlikte, bölge numune hastaneleri, doğum, çocuk, verem, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri gibi uzmanlaşmış sağlık kuruluşları da kurulmuştur. Bu sayede, hem koruyucu hem de tedavi edici sağlık hizmetleri sunularak halkın sağlık durumunun iyileştirilmesi hedeflenmiştir. Bu dönemdeki düzenlemeler, Türkiye'de sağlık sisteminin kurumsallaşmasında ve modernleşmesinde önemli bir dönüm noktası olmuş, ancak kırsal bölgelerde sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliklerin tamamen ortadan kaldırılması konusunda yetersiz kalmıştır (Akdur, 2006: 30).

3.3.4.3. 1961-1980 Dönemi

1960'lı yıllarda Türkiye'de başlayan planlı kalkınma dönemiyle birlikte sağlık hizmetleri de önemli bir dönüşüm sürecine girmiştir. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda, halk sağlığının geliştirilmesi temel amaç olarak belirlenmiş ve bu doğrultuda koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi kararlaştırılmıştır. Tedavi edici hizmetler ise koruyucu hizmetlerin bir tamamlayıcısı olarak görülmüştür. Bu dönemde, pahalı ve sınırlı bir kesime hitap eden hastanecilik sisteminin yerini, daha erişilebilir ve yaygın bir sağlık örgütü alması hedeflenmiştir. Bu amaçla, 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" ile sağlık hizmetleri yeniden yapılandırılmıştır. Bu kanun, sağlık hizmetlerinin daha adil ve eşitlikçi bir şekilde sunulmasını amaçlayarak, evde ve ayakta tedavi hizmetlerine ağırlık vermiş, sağlık ocakları ve sağlık evleri gibi birincil sağlık hizmetleri sunan kurumların kurulmasını teşvik etmiştir. Böylece, halkın sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırılmış ve koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi vurgulanmıştır (Akdur, 1998). Ancak, bu

dönemde yaşanan ekonomik sıkıntılar ve kırsal bölgelerdeki altyapı eksiklikleri gibi nedenlerle, planlanan tüm hedeflere ulaşamamıştır.

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile sağlık hizmetlerinin finansmanı, temelde devlet bütçesinden karşılanacak şekilde yapılandırılmıştır (Turan, 2004: 8). Bu sayede, hastaların sunulan tıbbi bakım için ücret ödemesi yükümlülüğü ortadan kaldırılmış ve sağlık hizmetlerine erişim kolaylaştırılmıştır. Kanun, sağlık hizmetlerini vatandaşların doğuştan sahip olduğu bir hak olarak tanımlayarak, devletin bu hakkı sağlamak için gerekli politikaları yürütme yükümlülüğünü net bir şekilde ortaya koymuştur (Akdur, 2006: 32-33). Bu kanun, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin planlı ve kapsamlı bir şekilde sunulması için önemli bir çerçeve oluşturmuş, sağlık ocakları ve sağlık evleri gibi birincil sağlık hizmetleri ağının genişletilmesini teşvik etmiştir. Böylece, koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önem artırılmış ve hastalıkların erken teşhisi ve tedavisi hedeflenmiştir. Ancak, kanunun uygulanmasında yaşanan bazı sorunlar ve ekonomik kısıtlamalar nedeniyle, sağlık sisteminde istenen tüm hedeflere ulaşılmasa da, bu kanun, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin demokratikleşmesi ve sosyal devlet ilkesinin sağlık alanındaki en önemli uygulamalarından biri olarak kabul edilmektedir.

1965 yılında kabul edilen 554 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, Türkiye'de nüfus politikalarında köklü bir dönüşüme işaret etmiştir. Cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren uygulanan nüfus artışını teşvik eden (pro-natalist) politikaların yerini, nüfus artış hızını sınırlamaya yönelik (anti-natalist) politikalar almıştır. Bu kanunla birlikte, doğum kontrol yöntemlerine erişim kolaylaştırılmış ve aile planlaması bilincinin yaygınlaştırılması hedeflenmiştir (Akdağ, 2008: 17). Nüfus artışının ekonomik kalkınmayı olumsuz etkilediği ve sosyal sorunlara yol açtığı düşüncesi, bu politik değişikliğin temel gerekçelerinden olmuştur. Bu kanun, Türkiye'nin demografik yapısını ve sosyal politikalarını uzun yıllar boyunca etkileyen önemli bir dönüm noktası olarak kabul edilir.

Devlet Planlama Teşkilatı'nın hazırladığı kalkınma planları, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin gelişiminde belirleyici bir rol oynamıştır. Özellikle 1961-1980 yılları arasındaki üç beş yıllık kalkınma planında, sağlık sektöründe atılacak adımlar detaylı bir şekilde planlanmıştır. Bu dönemde, sağlık hizmetlerine erişimin genişletilmesi ve sağlık sisteminin güçlendirilmesi hedefiyle önemli adımlar atılmak istenmiştir. Genel Sağlık Sigortası sistemi, bu dönemde sıkça gündeme gelen ve sağlık hizmetlerine

erişimi daha adil hale getirmesi beklenen önemli bir reform olarak öne çıkmıştır. 1967, 1969 ve 1974 yıllarında Genel Sağlık Sigortası ile ilgili kanun tasarıları hazırlanmış olsa da, siyasi ve ekonomik koşulların elverişsiz olması nedeniyle bu tasarılar mecliste kabul edilememiştir (Özbay vd., 2007: 100). Genel Sağlık Sigortası sisteminin kurulamamasının en önemli nedenleri arasında, o dönemdeki siyasi istikrarsızlık, ekonomik krizler ve sağlık sisteminin altyapısındaki yetersizlikler gösterilebilir. Bu durum, sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlikleri devam ettirmiş ve sağlık sisteminin daha da gelişmesini engellemiştir. Genel Sağlık Sigortası sisteminin kurulması konusundaki bu gecikmeler, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin uzun yıllar boyunca karşı karşıya kaldığı sorunların çözümünde önemli bir engel olmuştur.

3.3.4.4. 1980- 2000 Sonrası Dönem

1982 Anayasası ile Türkiye'de sağlık sistemi, önemli bir dönüşüm sürecine girmiştir. Anayasanın 56. maddesi, devletin sağlık hizmetlerinin planlanması, düzenlenmesi ve denetlenmesi konusunda aktif bir rol üstlenmesini öngörmüştür. Bu maddeyle birlikte, hem kamu hem de özel sağlık sektörünün faaliyetleri anayasa kapsamına alınarak, sağlık hizmetlerine erişimin genişletilmesi ve kalitesinin artırılması hedeflenmiştir. 1983 yılında çıkarılan 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ise, anayasadaki bu düzenlemeleri uygulamaya koymak amacıyla sağlık hizmetlerinin tamamını Sağlık Bakanlığı'nın denetimi altına almıştır. Bu KHK ile, özel sağlık sektöründeki faaliyetler de kamu denetimine tabi tutularak, sağlık hizmetlerinin daha etkin ve düzenli bir şekilde sunulması amaçlanmıştır. Ancak, bu dönemde uygulanan sağlık politikaları, kamu ve özel sektör arasındaki dengeyi nasıl kuracağı konusunda tartışmalara yol açmıştır. Özel sektörün sağlık hizmetlerindeki payının artmasıyla birlikte, sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizliklerin de arttığı yönünde eleştiriler yapılmıştır. Ayrıca, bu dönemde uygulanan neoliberal politikalar, sağlık hizmetlerinin piyasalaşmasına ve kar odaklı bir yapıya dönüşmesine neden olduğu iddia edilmiştir. Bu durum, sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin artmasına ve vatandaşların sağlık hizmetlerine erişiminde zorluklar yaşamasına yol açmıştır (Temgilimoğlu, Işık, & Akbolat, 2012). 1982 Anayasası ile sağlığa erişim bir hak olarak güvence altına alınmış olsa da, Türkiye'deki sağlık reformları, daha çok Dünya Bankası (DB) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gibi uluslararası kuruluşların stratejileriyle şekillenmiştir. 1987'de Dünya Bankası ile yapılan anlaşma, Türkiye'deki sağlık sisteminin değerlendirilmesi ve reform sürecine yön verilmesi açısından önemli bir dönüm noktası olmuştur. Aynı dönemde,

Devlet Planlama Teşkilatı'nın yürüttüğü çalışmalar ve düzenlenen Ulusal Sağlık Kongreleri de ülkenin sağlık politikalarını şekillendiren önemli platformlar haline gelmiştir. 1993 yılında kabul edilen Ulusal Sağlık Politikası, sağlık hizmetlerinin sunumu, çevre sağlığı ve sağlıklı Türkiye hedefleri gibi temel konuları kapsamıyla Türkiye'nin sağlık vizyonunu belirleyen bir belge olmuştur. Ancak, bu dönemde uygulanan neoliberal politikalar ve Dünya Bankası'nın önerdiği yapısal ayarlama programları, sağlık sisteminde piyasalaşmayı ve kar odaklı bir anlayışı güçlendirmiştir. Bu durum, sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlikleri artırmış ve kamu sağlık hizmetlerinin zayıflamasına neden olmuştur. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi yerine, yüksek maliyetli ikinci ve üçüncü basamak hizmetlere ağırlık verilmesi, sağlık sistemindeki dengesizlikleri derinleştirmiştir. Bu durum, sağlık harcamalarının artmasına ve vatandaşların sağlık hizmetlerine ulaşımında zorluklar yaşamasına yol açmıştır (Görmüş, 2013: 126-127).

1990'lı yıllarda yürütülen sağlık politikalarıyla, tüm vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak amacıyla önemli adımlar atılmıştır. Bu dönemde, herkese sağlık güvencesi veren kapsamlı bir sağlık sigortası sistemi kurulmuş, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi için aile hekimliği uygulaması yaygınlaştırılmış ve Sağlık Bakanlığı'nın rolü, sağlık hizmetlerinin planlanması ve denetlenmesi üzerine odaklanarak yeniden yapılandırılmıştır. Ayrıca, kamu hastaneleri daha etkin yönetim için özerk hale getirilmiştir. Bu sayede, sağlık sisteminin genel olarak iyileştirilmesi hedeflenmiştir (Ertaş, 2016: 181).

2003 yılında hayata geçirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), Türkiye'nin sağlık sisteminde köklü değişimlere yol açmıştır. Bu kapsamlı program, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, sunumu ve finansmanında yeni bir dönem başlatmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2023). SDP, insan merkezli, sürdürülebilir ve kaliteli bir sağlık sistemi hedefiyle, çeşitli ilkeler üzerine kurulmuştur. Bu ilkeler arasında; katılımcılık, şeffaflık, hizmetlerde rekabet ve güçler ayrılığı gibi önemli kavramlar yer almaktadır (Akdağ, 2012: 69-70).

Sağlık sisteminin dönüşümü, aşağıdaki temel bileşenler etrafında şekillenmiştir (Akdağ, Aydın ve Demirel, 2008: 20).

1. Planlama ve Denetimde Merkezi Rol

2. Evrensel Sağlık Sigortası

3. Erişilebilir ve Kaliteli Hizmetler:

-Güçlü Birinci Basamak

-Etkili Sevk Sistemi

-Özerk Sağlık İşletmeleri

4. Kaliteli İnsan Gücü

5. Eğitim ve Bilim

6. Kalite ve Akreditasyon

7. Akıllı İlaç ve Malzeme Yönetimi

8. Bilgiye Dayalı Karar Verme

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Sağlık Bakanlığı, ülkedeki tüm sağlık hizmetlerini planlayan, yöneten ve denetleyen bir kurum haline gelmiştir. Bu sayede, sağlık hizmetleri daha düzenli ve etkili bir şekilde sunulmaya başlanmıştır (Resmi Gazete, 2018). Program kapsamında, devlet hastaneleriyle birlikte özel sektörün de sağlık hizmetlerine katılımı sağlanmıştır. Kamu Özel İşbirliği modeli sayesinde daha modern ve donanımlı hastaneler yapılmıştır. Devlet, bu hastaneleri özel şirketlerden kiralarak vatandaşlara hizmet vermektedir. Ancak, temel sağlık hizmetleri gibi bazı hizmetler, devlet tarafından doğrudan kontrol edilmektedir (Savaş, Keleş ve Göktaş, 2020: 26). Bu dönüşüm sürecinde amaç, vatandaşlara daha erişilebilir, kaliteli ve adil bir sağlık hizmeti sunmak olmuştur. Genel sağlık sigortasının yürürlüğe girmesiyle birlikte, vatandaşların sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya düşük maliyetle yararlanmaları sağlanmıştır.

3.4. SAĞLIK HİZMETLERİ SINIFLANDIRILMASI

Sağlık hizmetleri, bir toplumun yaşam kalitesini ve gelişmişlik düzeyini belirleyen en önemli faktörlerden biridir. Bu hizmetler, sadece hastalanan bireylerin tedavisini değil, aynı zamanda sağlıklı yaşamın korunmasını, hastalıkların önlenmesini ve toplumun genel sağlığının geliştirilmesini amaçlar. Sağlıklı bir toplum, üretken bireylerden oluşur ve ekonomik büyümeye katkı sağlar. Sağlık hizmetlerinin kalitesi, erişilebilirliği ve sürdürülebilirliği, sağlıkta eşitsizlikleri azaltmak ve herkesin sağlıklı bir yaşam sürme hakkını güvence altına almak için kritik öneme sahiptir. Önleyici tıp, erken teşhis ve tedavi, rehabilite hizmetleri ve sağlıklı yaşamı destekleyici programlar,

sağlık sistemlerinin temel bileşenleridir. Sağlık sistemlerinin finansmanı, insan kaynakları ve teknolojik altyapısı gibi faktörler, hizmetlerin kalitesini ve kapsamını doğrudan etkiler. Küresel sağlık sorunları karşısında uluslararası işbirliği ve dayanışma, sağlıklı bir dünya için vazgeçilmezdir (Sünter, 2019: 145).

Sağlıklı bir toplumun inşası, sadece devletin sorumluluğu değil, aynı zamanda toplumun tüm bireylerinin ortak çabasıdır. Sağlık hizmetlerinin planlanması ve uygulanmasında vatandaşların görüşlerinin alınması, sağlık politikalarının daha etkili ve sürdürülebilir olmasını sağlar. Halk sağlığı merkezlerindeki katılımcı bütçe süreçleri, sağlık konseyleri ve sağlık okuryazarlığı programları gibi mekanizmalar, vatandaşların sağlık hizmetlerinin şekillenmesinde daha aktif rol almalarına olanak tanır. Sivil toplum kuruluşlarının da sağlık alanındaki çalışmaları, toplumun sağlık sorunlarına duyarlılığını artırır ve çözüm önerileri geliştirilmesine katkı sağlar. Sağlık hizmetlerine erişimin herkes için eşit olması, sağlıkta adalet ilkesinin temel bir gereğidir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin planlanması ve uygulanmasında sosyoekonomik farklılıklar göz önünde bulundurulmalı ve herkesin ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde hizmetler sunulmalıdır (Erer, 2010: 34).

Sağlık hizmetleri, geçmişte ağırlıklı olarak hastalıkların tedavisine odaklanırken, günümüzde koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon olmak üzere üç temel boyutu içeren daha kapsamlı bir yaklaşımla ele alınmaktadır. Önleyici tıp, aşılama programları, sağlıklı yaşam alışkanlıklarının teşviki gibi uygulamalar, hastalıkların ortaya çıkmasını engellemeye yönelik çabaların önemini ortaya koymaktadır. Çevre sağlığı, beslenme ve egzersiz gibi faktörlerin sağlık üzerindeki etkileri, sağlık hizmetlerinin kapsamını genişleterek, toplum sağlığı kavramını ön plana çıkarmıştır. Bütüncül bir sağlık yaklaşımıyla, fiziksel sağlığın yanı sıra mental, sosyal ve ruh sağlığının da önemi vurgulanmaktadır. Tıp teknolojilerindeki gelişmeler, teşhis ve tedavi yöntemlerindeki yenilikler sayesinde daha etkin ve kişiselleştirilmiş sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Bu sayede, sağlık hizmetleri sadece hastalıkları tedavi etmekle kalmayıp, aynı zamanda sağlıklı bir yaşam sürdürmek için bireylere ve toplumlara destek olmaktadır (Erdoğan, 2014: 19).

3.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalıkların ortaya çıkmasını önlemek ve insanların sağlıklı bir yaşam sürmesini sağlamak amacıyla yapılan tüm müdahaleleri kapsar.

Aşılama, erken teşhis, sağlık eğitimi, çevre sağlığı ve beslenme gibi birçok alanı içeren bu hizmetler, bireylerin yaşam kalitelerini artırırken, aynı zamanda toplumun sağlık harcamalarını da azaltır. Örneğin, çocuk felci gibi bulaşıcı hastalıkların aşılarla önlenmesi sayesinde milyonlarca insanın sakat kalması engellenmiştir. Koruyucu sağlık hizmetleri, sadece bireysel bir sorumluluk değil, aynı zamanda devletlerin ve toplumun ortak bir görevidir. Ancak, kırsal bölgelerdeki sağlık hizmetlerine erişimdeki zorluklar, sağlık okuryazarlığının düşük olması gibi engeller bu hizmetlerin yaygınlaşmasını sınırlamaktadır. Gelecekte, teknolojik gelişmelerle birlikte kişiselleştirilmiş koruyucu sağlık hizmetleri daha yaygın hale gelecek ve insanların sağlıklı yaşam süreleri uzamaya devam edecektir (Bilir ve Basan, 2016: 45).

3.4.2. Bireye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, hekimler, hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından sunulan, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi amacıyla uygulanan bir dizi müdahaledir. Bu hizmetlerin temelini aşılama uygulamaları oluşturur. Bunun yanı sıra, anne-çocuk sağlığı programları, beslenme danışmanlığı, erken teşhis ve tedavi hizmetleri ile sağlık eğitimi gibi uygulamalar da koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında yer alır (Köstekçi, 2014: 26). Bilinçli beslenme ve aşılama, bireylerin patojenlere karşı dirençlerini artırarak hastalık riskini azaltır. Sağlık eğitimi ise bireylerin sağlıklı yaşam alışkanlıkları edinmelerini sağlayarak erken teşhis ve tedavi imkanını artırır (Çoban, 2019: 16). Bu sayede hem bireylerin yaşam kaliteleri yükselir hem de sağlık sisteminin maliyetleri düşer. Koruyucu sağlık hizmetleri, sadece bireylerin sağlığını değil, aynı zamanda toplumun genel sağlığını da olumlu etkileyen önemli bir yatırımdır.

3.4.3. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Çevre sağlığı, bireylerin ve toplumun sağlığını olumsuz etkileyen tüm fiziksel, kimyasal ve biyolojik faktörleri ortadan kaldırmayı veya bu faktörlerin insan sağlığına olan zararını en aza indirmeyi amaçlayan bir alandır. Basitçe söylemek gerekirse, çevre sağlığı, insanların yaşadığı ortamın sağlıklı ve güvenli olmasını sağlamaya yönelik tüm çalışmaları kapsar. Bu alanda görev yapan teknisyenler, veterinerler, kimyagerler ve mühendisler gibi uzmanlar, hava kirliliğiyle mücadele, konutların sağlıklı hale getirilmesi, endüstriyel atıkların güvenli bir şekilde bertaraf edilmesi ve temiz su kaynaklarının korunması gibi konularda çalışmalar yürütürler. Çevre sağlığı hizmetleri,

bireylerin yaşam kalitesini artırmak, hastalık riskini azaltmak ve sürdürülebilir bir gelecek için önemli bir adımdır (Çiftçi, 2011: 5).

3.4.4. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Sağlıklarında sorun yaşayan bireylere yönelik, tanı-teşhis ve tedavi süreçlerini kapsayan hizmetler olan tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin ardından devreye girer. Bu hizmetler, cerrahi, kemoterapi, radyoterapi gibi çeşitli yöntemlerle bireylerin sağlıklarını iyileştirerek hem kendilerine hem de topluma fayda sağlar. Kanseri, kalp hastalıkları, diyabet gibi birçok hastalığın tedavisinde kullanılan bu hizmetler, bireylerin yaşam sürelerini uzatarak yaşam kalitelerini artırır. Yatarak tedavi, ayakta tedavi ve evde bakım gibi farklı türleri bulunan tedavi edici sağlık hizmetlerinin maliyeti, tedavi yönteminin karmaşıklığı ve kullanılan teknolojilere göre değişiklik gösterir. Yatarak tedavinin daha yüksek maliyetli olmasının nedeni, daha yoğun bakım gerektirmesi ve ileri teknolojilerin kullanılmasıdır (Sağlık ve Sağlık Hizmetleri, 2019: 23). Tedavi edici sağlık hizmetleri, hekimlerin önderliğinde uygulanmasına rağmen, hemşireler, teknisyenler gibi diğer sağlık personelinin de önemli katkılarıyla gelişir. Sağlık sistemlerinin kişiye özel tedavi yöntemlerine yönelmesi ve önleyici hekimliğin öneminin artmasıyla birlikte tedavi edici sağlık hizmetleri daha da etkin hale gelecektir (Loş, 2016).

3.4.5. 1. Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında, hastaların evlerinde veya hastanelerde yatarak tedavi görmelerine gerek kalmadan, ayakta tedavi hizmeti verilmektedir. Bu tür hizmetler, koruyucu sağlık hizmetleriyle birlikte yataksız tedavi kuruluşlarında sunulur (Akdur, 2006: 13). Temel sağlık hizmetleri olarak da bilinen birinci basamak sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri ve ayakta tedaviyi bir arada sunar. Bireylerin sağlık sistemiyle ilk etkileşimde bulunduğu bu basamakta, tedavi edilemeyen veya daha detaylı inceleme gerektiren durumlar için ikinci basamak sağlık hizmetlerine başvurulur (Arslantaş, 2013: 5). Hastaların genellikle ilk olarak başvurduğu mecralar arasında (Önder, 2017: 6):

- Aile hekimliği
- Aile sağlığı merkezleri
- Toplum sağlığı merkezleri

-Dispanserler

-Muayenehane hekimlikleri

3.4.6. 2. Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamakta çözülemeyen sağlık sorunları için hastaların yönlendirildiği yataklı tedavi merkezlerinde verilen hizmetlere ikinci basamak sağlık hizmetleri adı verilir (Önder, 2013: 38). Ülkemizde ikinci basamak sağlık hizmetleri, genellikle hastanelerde ve rehabilitasyon merkezlerinde sunulmaktadır. Bu hizmetleri veren kurumlar arasında devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri, özel hastaneler, askeri hastaneler, Sosyal Güvenlik Kurumu hastaneleri ve bazı kamu kurumlarına bağlı tıp merkezleri sayılabilir. Özellikle büyük şehirlerde, farklı branşlarda uzmanlaşmış çok sayıda özel hastane bulunmaktadır. Bu hastaneler, genellikle daha gelişmiş tıbbi teknolojilere ve deneyimli uzman kadrolara sahiptir. Ayrıca, bazı özel hastaneler belirli hastalık gruplarına odaklanarak daha özelleşmiş hizmetler sunmaktadır. Rehabilitasyon merkezleri ise, fizik tedavi, mesleki terapi ve konuşma terapisi gibi hizmetlerle, hastaların günlük yaşamlarına yeniden katılmalarını sağlamayı hedeflemektedir (Özmen, 2013: 13).

3.4.7. 3. Basamak Sağlık Hizmetleri

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, karmaşık hastalıkların tanı ve tedavisinde uzmanlaşmış, yüksek teknolojik altyapıya sahip ve akademik kadrolarıyla öne çıkan sağlık kuruluşlarında sunulan, ileri düzey tıbbi müdahaleleri içeren bir hizmet türüdür. Bu hizmetler, genellikle birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin yetersiz kaldığı, özel tedavi yöntemleri ve kapsamlı takip gerektiren durumlarda devreye girer. Üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri ile belirli hastalık gruplarına odaklanan özel hastaneler, üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin başlıca sunucularıdır. Bu merkezlerde, hastaların cinsiyet, yaş veya hastalığın türüne göre özel tedavi planları oluşturulur ve en güncel tıbbi gelişmelerden yararlanılarak tedavi süreçleri yönetilir (Tengilimoğlu vd., 2015: 83).

3.4.8. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilitasyon, kısmen veya tamamen işlevselliğini kaybetmiş bireylerin, tıbbi, eğitsel, sosyal ve mesleki faaliyetler aracılığıyla bağımsız yaşamını sürdürebilmesi ve topluma yeniden kazandırılması amacıyla uygulanan bir süreçtir. Fizik tedavi, mesleki rehabilitasyon, konuşma terapisi gibi farklı disiplinlerin bir araya geldiği bu süreçte,

nörolojik, ortopedik ve kardiyak rehabilitasyon gibi çeşitli alanlarda hizmet verilmektedir. Rehabilitasyon, sadece fiziksel işlevselliği değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal yaşam kalitesini de artırarak bireylerin bağımsızlığını ve toplumsal katılımını destekler. Robotik cihazlar ve sanal gerçeklik gibi teknolojik gelişmelerle birlikte kişiselleştirilmiş rehabilitasyon yöntemleri, gelecekte daha yaygın hale gelecektir. Ancak, rehabilitasyon hizmetlerine erişimde yaşanan eşitsizlikler ve kalifiye personel eksikliği gibi sorunların çözülmesi gerekmektedir (Ateş, 2013: 12).

3.4.8.1. Tıbbi (Esenlendirme) Rehabilitasyon Hizmetleri

Hastalık veya travma sonrası fonksiyon kaybı yaşayan organların, fizik tedavi, mesleki terapi gibi rehabilitasyon yöntemleri ve ortez-protez gibi yardımcı araçlar ile işlevlerinin kısmen veya tamamen geri kazanılması sürecine tıbbi esenlendirme denir. Bu sayede bireyler, günlük yaşam aktivitelerine katılım düzeylerini artırarak yaşam kalitelerini yükseltirler (Akdur, 2003: 14).

3.4.8.2. Sosyal (Esenlendirme) Rehabilitasyon Hizmetleri

Mesleki rehabilitasyon, bir sağlık sorununa bağlı olarak işini kaybetmiş veya işini devam ettiremez hale gelmiş bireylerin, mevcut yeteneklerini kullanarak veya yeni beceriler kazanarak iş hayatına yeniden katılmalarını sağlayan bir süreçtir. Bu süreç, sadece iş bulma ve iş öğretme ile sınırlı kalmaz; aynı zamanda iş yerinde uyum sağlama, kariyer planlaması ve iş sağlığı ve güvenliği konularında da destek sağlar. Fiziksel, zihinsel, duyuşsal veya çoklu engelli bireyler de dahil olmak üzere farklı engelli gruplarına yönelik mesleki rehabilitasyon hizmetleri sunulmaktadır. Assistif teknolojilerin kullanımı, mesleki rehabilitasyon süreçlerinde önemli bir yer tutar. Örneğin, bir görme engelli bireyin bilgisayar kullanabilmesi için ekran okuyucu programlarının kullanılması, bu bireyin iş hayatına katılımını kolaylaştırır. Mesleki rehabilitasyonun başarılı olabilmesi için, sadece bireylerin değil, işverenlerin de engeller konusunda bilinçlendirilmesi ve iş yerlerindeki fiziksel engellerin kaldırılması gerekmektedir (Erdoğan, 2014: 29).

3.4.9. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlıklı yaşam, bireylerin kendi sorumluluğunda olan bir süreçtir. Sağlıkta yetkinleşme ise, bireylerin sağlık durumlarını aktif olarak yönetme becerilerini geliştirerek daha sağlıklı ve mutlu bir yaşam sürmelerini amaçlar. Bu süreçte, bireyler sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz ve stres yönetimi gibi konularda bilgi sahibi olur ve

bu bilgileri günlük yaşamlarına uygularlar (Erten, 2016: 14). Sağlıkta yetkinleşme, sadece bireysel bir çaba değil, aynı zamanda toplumun tüm kesimlerinin katılımıyla gerçekleşen bir süreçtir. Eğitim, medya ve sağlık politikaları gibi faktörler, bireylerin sağlıklı yaşam konusunda bilinçlenmesini ve sağlıklı davranışlar sergilemesini önemli ölçüde etkiler. Teknolojinin gelişmesiyle birlikte, bireyler kendi sağlıklarını daha yakından takip edebilmekte ve kişiselleştirilmiş sağlık hizmetlerine erişebilmektedir. Sağlıkta yetkinleşme, sadece bireylerin değil, aynı zamanda toplumun ve ulusun da geleceği için büyük önem taşımaktadır (Aydın, 2018).

Birinci bölümde, sağlık kavramının tanımı, tarihsel gelişimi ve sağlık hizmetlerinin temel özellikleri ele alınmıştır. Bu genel ereve sonrasında, sağlık hizmetlerinin ekonomik boyutuna odaklanmak amacıyla, ikinci bölümde sağlık piyasasının arz-talep dinamikleri ve sağlık harcamaları detaylıca incelenecek, bu harcamaları etkileyen başlıca faktörler açıklanacaktır.

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK PİYASASI VE SAĞLIK HARCAMALARI

1. SAĞLIK PİYASASINDA ARZ

Sağlık hizmetlerindeki arz, genel olarak ekonomi bilimindeki arz kavramıyla benzerlik gösterir. Sağlık piyasasında arz, sağlık hizmetlerine olan talep karşısında sunulan hizmetleri ifade eder. Ancak, içerik açısından bakıldığında, ekonomi bilimindeki arz ile sağlık hizmetlerindeki arz arasında önemli farklılıklar vardır. Ekonomi biliminde, bir mal veya hizmetin arzında meydana gelen artış genellikle fiyatların düşmesine neden olur. Oysa sağlık hizmetlerinde arzın artması, fiyatların yükselmesine ve hatta sağlık hizmetlerine olan talebin artmasına yol açabilir (Barlas, Şantaş ve Kar, 2014: 1-2). Sağlık hizmetlerinin arzı, diğer mal ve hizmetlerin arzından farklı özelliklere sahiptir. Bu farklılıklar, sağlık sektöründeki uluslararası ve ulusal düzeydeki tekellerin varlığı, meslek örgütlerinin üretim süreçlerindeki etkisi, fiyat ve patent konularındaki yasal düzenlemeler gibi faktörlerden kaynaklanır. Sağlık hizmetlerinin arzı, aynı zamanda sağlık harcamalarının büyüklüğü, sağlık sisteminin yapısı, siyasi kararların doğası ve finansman yöntemleri gibi unsurlara da bağlıdır. Sağlık hizmetlerinin kamu ve özel sektör arasında bir konumda olması, yani yarı kamu malı niteliği taşıması, hükümetlerin sağlık politikalarının bu alandaki etkisini artırmaktadır (Cullis, 1979: 187).

Sağlık hizmetlerinin fiyatı, bu hizmetlerin sunumunda önemli bir rol oynar. Sağlık hizmetlerinin arzı, ilaç, tıbbi malzeme ve hastane yataklarının maliyetleri gibi faktörlerden etkilenir. Ekonomide üretim maliyetleri, arzı belirleyen önemli bir unsurdur. Sağlık sektöründe de tıbbi malzeme ve teçhizatın maliyeti, sağlık hizmetlerinin sunumunu doğrudan etkileyen bir girdidir (Sayım, 2015: 91-93). Sağlık çalışanlarının maaşları, sağlık hizmetlerinin kalitesini doğrudan etkiler. Sağlık çalışanları toplum sağlığı için büyük öneme sahip ve oldukça zorlu çalışma koşullarına katlanan kişilerdir. Bu nedenle, bu kişilerin yeterli düzeyde gelir elde etmeleri, hem onları motive edecek hem de sağlık sisteminin verimliliğini artıracaktır (Erkan, 2011: 426). Yeni bir sağlık hizmeti veya ürününün ortaya çıkması, belirli bir süreci gerektirir. Örneğin, yeni bir hastalık için tedavi yöntemi veya aşı geliştirmek gibi süreçler uzun zaman alır. Koronavirüs salgını, bu durumun en iyi örneklerinden biridir. Bazı ülkeler aşığı daha kısa sürede geliştirirken, diğerleri bu süreçte geride kalmıştır. Bu durum,

aşıyı ilk geliştiren ülkelerde büyük bir talep oluşturmuş ve dünya genelinde sağlık hizmetlerine olan talebi etkilemiştir (Dawson, 2011: 147-148).

2. SAĞLIK PİYASASINDA TALEP

Ekonomi bilimindeki talep ile sağlık hizmetleri talebi arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılık, sağlık hizmetlerinin özel yapısından kaynaklanır. Piyasadaki diğer mallar ve hizmetler, tüketicilere benzer bir tatmin düzeyi sunarken, sağlık hizmetleri farklı kişilere farklı düzeylerde fayda sağlayabilir. Sağlık hizmetleri talebi, sağlık durumu gibi başka faktörlere bağlı olduğu için türetilmiş bir talep olarak nitelendirilir. Başka bir deyişle, sağlık hizmetlerine olan ihtiyaç, sağlık durumundan doğan bir gereksinimdir (Mutlu ve Işık, 2005: 74).

Sağlık hizmetlerinde fiyat değişiklikleri, talep üzerinde diğer mallara göre daha az etkilidir. Bunun nedeni, sağlık hizmetlerinin zorunlu bir ihtiyaç olması ve kolayca başka bir ürünle değiştirilememesidir. Ekonomi biliminde, fiyat artışları genellikle talepte azalmaya yol açar. Ancak sağlık hizmetlerinde bu durum geçerli değildir. Çünkü insanlar, sağlık sorunları yaşandığında veya sağlıklı kalmak istediklerinde sağlık hizmetlerini satın almak zorundadır. Bu durum, ekonomi dilinde talebin fiyat esnekliğinin düşük olması olarak ifade edilir. Yani sağlık hizmetlerinde fiyat değişse bile talep miktarında büyük bir değişim olmaz (McPake, Normand, Smith and Nolan, 2020: 17-18).

Bazı bölgelerde, özellikle kırsal kesimde yaşayan insanlar sağlık hizmetlerine ulaşmakta güçlük çekerler. Örneğin, Doğu Anadolu'nun dağlık bölgelerindeki köylerde kış aylarında yolların kapanması nedeniyle insanlar hastalandıklarında sağlık kuruluşlarına ulaşmakta zorlanır. Bu durum, insanların sağlık hizmetlerine olan talebini doğrudan etkiler. Yaşadıkları yerdeki sağlık kuruluşlarının fiziksel koşulları, sağlık çalışanlarının tutumu, tedavi yöntemleri ve deneyimleri de insanların sağlık hizmetlerine olan güvenini ve talebini belirler (Yaman ve Atalay, 2020: 193).

3. SAĞLIK HARCAMALARININ TANIMI VE SAĞLIK HARCAMALARI

Sağlık harcamaları, bireylerin sağlıklı yaşamlarını sürdürebilmeleri için yapılan tüm ekonomik yatırımları kapsar. Bu yatırımlar, koruyucu sağlık hizmetleri (aşılama, tarama programları), tedavi edici sağlık hizmetleri (hastalıkların teşhisi ve tedavisi), rehabilitasyon hizmetleri ve sağlıklı yaşamı destekleyici programlar gibi çeşitli alanları içerir. Sağlık harcamalarının bilinçli bir şekilde planlanması ve yönetilmesi, bireylerin

yaşam kalitelerini artırmak, üretkenliği yükseltmek ve toplumun genel sağlık düzeyini iyileştirmek açısından büyük önem taşır. Sağlık harcamalarındaki eksiklikler, bireylerin hastalık risklerini artırarak yaşam sürelerini kısaltabilir ve ekonomik büyümeyi olumsuz etkileyebilir. Ayrıca, sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikler, sosyal adaletsizlikleri derinleştirebilir ve toplumun bütünlüğünü zedeleyebilir. Bu nedenle, sağlık harcamaları sadece bir maliyet kalemini değil, aynı zamanda uzun vadeli bir yatırım olarak değerlendirilmelidir (Filiz, 2010: 24).

Sağlık harcamaları, sağlık sektöründe kullanılan kaynakların dağılımı ve kullanımı ile yakından ilişkili olduğundan, ekonomik bir bakış açısıyla ele alınması gerekmektedir. Sağlık ekonomisi, kısıtlı sağlık kaynaklarının en verimli şekilde kullanılması ve toplum üyeleri arasında adil bir şekilde paylaşılması amacıyla geliştirilmiş bir disiplindir. Sağlık ekonomisi, sağlık hizmetleriyle ilgili karar verme süreçlerinde maliyet-fayda analizleri, maliyet etkinlik analizleri gibi çeşitli yöntemler kullanarak, kaynakların sınırlı olduğu durumlarda en iyi sonuçları elde etmeye çalışır. Bu disiplin, sadece ekonomik verimliliği değil, aynı zamanda sosyal adalet ve etik ilkeleri de göz önünde bulundurarak, herkesin sağlık hizmetlerine eşit erişimini sağlamayı hedefler (Çelik, 2016).

Sağlık ekonomisinin ortaya çıkışındaki en önemli nedenlerden biri, sağlık harcamalarındaki hızlı artıştır. Tıp teknolojilerindeki gelişmeler, yaşlanan nüfus ve kronik hastalıkların yaygınlaşması gibi faktörler, sağlık harcamalarını sürekli olarak yükseltmektedir. Bu durum, sınırlı kaynakların daha etkin kullanılması ihtiyacını ortaya çıkarmıştır. Ayrıca, sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan eşitsizlikler ve kamu ile özel sektör arasındaki karmaşık ilişkiler, sağlık ekonomisinin ilgi alanını genişletmiştir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, hızlı nüfus artışı, sınırlı sağlık bütçeleri ve sağlık hizmetlerine erişimdeki zorluklar, sağlık ekonomisinin önemini daha da vurgulamaktadır (Mutlu ve Işık, 2012).

Sağlık harcamaları, kamu bütçelerinde önemli bir paya sahiptir. Bu durum, kamu kaynaklarının sınırlı olduğu bir ortamda, diğer kamu hizmetleri ile sağlık hizmetleri arasında bir denge kurma ihtiyacını ortaya çıkarır. Sağlık harcamalarındaki artış, bir yandan toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik önemli bir adımdır; diğer yandan ise, diğer kamu yatırımlarına ayrılan kaynakları azaltarak ekonomik büyümeyi yavaşlatabilir. Özellikle evrensel sağlık sigortası sistemlerinin yaygınlaşmasıyla birlikte, sağlık harcamalarındaki artış daha da hızlanmıştır. Bu durum, sağlık hizmetlerinin

kalitesini artırırken, aynı zamanda sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği konusunda endişeleri de beraberinde getirmiştir. Sağlık harcamalarının etkin ve verimli kullanılması, sınırlı kaynakların en iyi şekilde değerlendirilmesi ve sağlıkta eşitsizliğin azaltılması için önemli bir öncelik haline gelmiştir (Phi, G., 2017).

Genel olarak toplamak gerekirse; sağlık harcamaları bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi sağlamanın yanı sıra toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi için yapılan tüm harcamaları kapsar ülkelerin gelişmişlik düzeyine bağlı olarak değişiklik gösteren bu harcamalar ekonomik büyüme demografik yapı hastalık yükü sağlık hizmetlerini kullanılan teknolojik yenilikler gibi faktörlerden etkilenir nüfusun yaşlanması ile birlikte kronik hastalıkların artması sağlık harcamalarında yükselmeye neden olurken tıbbi teknolojinin gelişmesi ise sağlık hizmette maliyetini artırmaktadır özellikle gelişmekte olan ülkelerde sağlık harcamaları finansmanı ve sürdürülebilirliği önemli bir sorun teşkil eder sağlık harcamalarının verimli yönetimi ekonomik kaynakların etkin kullanım ve toplum sağlığının korunması açısından önemlidir bu harcamaların planlanması kamu bütçesi üzerindeki yükü azaltmak ve sağlık sistemlerinin kalitesini arttırmak için stratejik bir yaklaşıma ihtiyaç duyar.

3.1. SAĞLIK HARCAMALARININ ÖNEMİ

Sağlık harcamalarının denetlenmesi ve bilinmesi, ülkelerin kısıtlı kaynaklarını daha verimli kullanabilmesi ve sağlık politikalarının etkinliğini değerlendirebilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Sağlık harcamaları, bir ülkenin gelişmişlik düzeyini yansıtan önemli bir göstergedir. Kişi başına düşen gelirlerin artmasıyla birlikte sağlık harcamaları genellikle artar ve bu durum, yaşam beklentisi, sağlıklı yaşam yılları gibi sağlık göstergelerinde iyileşmeye yol açar. Sağlıklı bir nüfus, daha üretken bir iş gücü anlamına geldiğinden, ekonomik büyümeyi destekler. Ancak, sağlık harcamalarının sadece miktarı değil, aynı zamanda verimliliği de önemlidir. Sınırlı kaynakların etkin kullanılması ve koruyucu sağlık hizmetlerine yatırım yapılması, sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği için kritik öneme sahiptir. Ayrıca, sağlık harcamalarının adil dağılımı ve sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikler, sağlık politikalarının temel hedefleri arasında yer almalıdır (Yıldız, 2018: 14).

Sağlık harcamaları, sadece bireylerin değil, aynı zamanda toplumların da refahını doğrudan etkileyen önemli bir yatırımdır. Planlı ve etkin bir şekilde yapılan sağlık harcamaları, erken ölümleri azaltarak yaşam beklentisini artırır, iş gücünün

retkenliğini yükselterek ekonomik büyümeyi destekler ve sosyal uyumu güçlendirerek yaşam kalitesini iyileştirir. Koruyucu sağlık hizmetlerine yapılan yatırımlar, hastalıkların önlenmesi ve sağlıklı yaşamın desteklenmesi açısından kritik öneme sahiptir. Sağlıklı bir nüfus, aynı zamanda daha yüksek bir eğitim düzeyine, daha düşük suç oranlarına ve daha yüksek bir yaşam memnuniyetine sahip olma eğilimindedir. Bu nedenle, sağlık harcamaları sadece bir maliyet değil, aynı zamanda bir yatırımdır ve uzun vadede toplumsal kalkınmanın temelini oluşturur (Karabulut, 1998: 37).

3.2. SAğLIK HARCAMALARININ EşİTLERİ

3.2.1. Cari Sağlık Harcaması

Cari sağlık harcamaları, sağlık sisteminin günlük işleyişi için gerekli olan, genellikle tüketime yönelik ve kısa vadeli etkileri olan kaynakların harcanmasıdır (Atasever, 2014: 20). Sağlık sisteminin tüm bileşenlerinin (tedavi, rehabilitasyon, koruyucu sağlık hizmetleri vb.) işleyişi için gerekli olan, genellikle tüketime yönelik ve kısa vadeli etkileri olan kaynakların harcanması, cari sağlık harcamaları olarak tanımlanır (Sağlık Bakanlığı, 2006: xii). Cari sağlık harcamaları, temel olarak devlet ve özel sektör tarafından karşılanır. Devlet, merkezi yönetim, yerel yönetimler ve sosyal güvenlik kurumları aracılığıyla sağlık sistemine önemli ölçüde kaynak aktarır. Merkezi hükümet, Sağlık Bakanlığı başta olmak üzere ülke genelindeki sağlık hizmetlerinin standartlarını belirler ve finansmanını sağlar. Yerel yönetimler ise bölgesel sağlık ihtiyaçlarına yönelik hizmetler sunar. Sosyal güvenlik kurumları ise zorunlu sağlık sigortası sistemi aracılığıyla vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırır. Ancak, sağlık harcamalarındaki artış ve yaşlanan nüfus gibi faktörler, mevcut finansman modelinin sürdürülebilirliği konusunda soru işaretleri yaratmaktadır. Bu nedenle, sağlık harcamalarının daha adil ve etkin bir şekilde yönetilmesi için farklı finansman modelleri ve politikalar üzerinde çalışılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2006: xii; Atasever, 2014: 16).

Sağlık Bakanlığı bütçesi, kamuya ait sağlık kurumlarının (niversite hastaneleri, tıp fakülteleri, sağlık araştırma merkezleri vb.) işleyişini, personel giderlerini, ilaç ve tıbbi malzeme alımlarını ve sağlık hizmetlerinin sunumunu kapsar. Ayrıca, sosyal yardımlaşma vakıfları, askeri hastaneler ve kamu iktisadi teşebbüsleri gibi kuruluşların sağlık harcamaları da bu bütçe içinde değerlendirilir. 2012 yılına kadar yeşil kartlı vatandaşların, 2010 yılına kadar ise kamu görevlilerinin sağlık harcamaları merkezi yönetim tarafından karşılanmaktaydı. Ancak, bu harcamalar daha sonra Sosyal

Güvenlik Kurumu'na (SGK) devredilmiştir. Günümüzde ise TBMM üyeleri, er ve erbaşılar, mülteciler, tutuklular, yabancı uyruklu kişiler ve SGK kapsamı dışında kalan diğer grupların sağlık hizmetlerinin bir kısmı veya tamamı merkezi yönetim tarafından karşılanmaktadır (Atasever, 2014: 16-17). Türkiye'deki sağlık harcamaları, finansman kaynağına göre genel olarak devlet ve özel sektör harcamaları olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Devlet sağlık harcamaları ise merkezi yönetim, yerel yönetimler (belediyeler, il özel idareleri) ve sosyal güvenlik kurumlarının (SGK) katkılarıyla oluşmaktadır. Merkezi yönetim, Sağlık Bakanlığı bünyesindeki hastaneler, üniversite hastaneleri ve diğer sağlık kuruluşlarının harcamalarının yanı sıra, yeşil kartlı vatandaşların, tutukluların ve bazı özel grupların sağlık hizmetlerinin finansmanını üstlenir. Yerel yönetimler, özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri (sağlık ocakları, aile sağlığı merkezleri) ve toplum sağlığı hizmetleri için harcama yaparlar. SGK ise, 2006 yılında birleştirilmesinin ardından tüm sigortalıların sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak amacıyla geniş bir hizmet yelpazesi sunar. Özel sektör sağlık harcamaları ise özel hastaneler, klinikler, özel sağlık sigortaları ve kar amacı gütmeyen sağlık kuruluşlarının harcamalarını kapsar. Son yıllarda sağlık harcamalarında artış yaşanırken, bu artışın büyük bir kısmı SGK tarafından karşılanan harcamalardan kaynaklanmaktadır (Atasever, 2014: 17; TÜİK, 2017).

Özel sektör sağlık harcamaları, temel olarak hane halkı sağlık harcamaları ve diğer özel sektör kuruluşlarının sağlık harcamaları olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Hane halkı sağlık harcamaları, genellikle "cepten yapılan sağlık harcamaları" olarak adlandırılır ve bireylerin sağlık hizmetlerine doğrudan ödedikleri ücretleri kapsar. Bu harcamalar arasında muayene ücreti, ilaç masrafları, tıbbi malzeme alımları ve tamamlayıcı sağlık sigortası primleri gibi kalemler yer alır. Diğer özel sektör sağlık harcamaları ise, özel hastaneler, klinikler, özel sağlık sigorta şirketleri, vakıf üniversiteleri, kar amacı gütmeyen sağlık kuruluşları ve işletmelerin sağlık hizmetlerine (Atasever, 2014: 17; TÜİK, 2017) yaptığı yatırımları ve harcamaları ifade eder. Özellikle son yıllarda, artan yaşam standartları ve sağlık bilincinin yükselmesiyle birlikte özel sektör sağlık harcamalarında önemli bir artış gözlemlenmektedir. Bu artışın nedenleri arasında sağlık turizminin gelişmesi, yeni tıbbi teknolojilere olan erişimin artması ve bireylerin daha kaliteli sağlık hizmetlerine olan taleplerinin artması sayılabilir.

3.2.2. Yatırım Harcamaları

Sağlık sektöründeki yatırımlar, hastanelerin, sağlık merkezlerinin ve diğer sağlık tesislerinin kurulması, yenilenmesi ve donatılarak hizmet kalitesinin artırılması amacıyla yapılan harcamaları kapsar. Bu harcamalar, tıbbi görüntüleme cihazları, laboratuvar ekipmanları, hasta takip sistemleri gibi modern teknolojik altyapının oluşturulmasını, ambulans ve diğer sağlık araçlarının yenilenmesini ve sağlık personelinin eğitimini içerir. Sağlık yatırımları, sadece hizmet sunumunu iyileştirmekle kalmaz, aynı zamanda sağlık turizmini destekleyerek ülke ekonomisine önemli katkılar sağlar. Kamu-özel işbirliğiyle gerçekleştirilen projeler, sağlık hizmetlerine erişimin artırılmasına ve sağlıkta eşitsizliğin azaltılmasına önemli katkı sağlar. Bu sayede hem vatandaşların yaşam kalitesi yükselir hem de ülkenin sağlık alanındaki rekabet gücü artar (Atasever, 2014: 21).

3.3. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HARCAMALARININ GELİŞİMİ

Sağlık, her bireyin en temel hakkı olarak kabul edildiğinden, sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık durumunun iyileştirilmesi tüm ülkelerin öncelikleri arasında yer almaktadır. Ancak, gelişen teknoloji, yaşılanan nüfus ve kronik hastalıkların artması gibi faktörler, sağlık harcamalarında önemli bir artışa neden olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, son on yılda küresel sağlık harcamaları ortalama %X oranında artmıştır. Bu durum, hem bireyler hem de devletler için önemli bir mali yük oluşturmaktadır. Artan sağlık harcamaları, sağlık sistemlerinde sürdürülebilirlik sorunlarına yol açabilir ve sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlikleri derinleştirebilir. Bu nedenle, sağlık harcamalarının etkin kullanılması ve uzun vadeli sürdürülebilirliğin sağlanması için önleyici sağlık hizmetlerine yatırım yapılması, kronik hastalıkların yönetimi için etkin programların geliştirilmesi ve sağlık teknolojilerinin etkin kullanılması gibi stratejiler izlenmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2006: vii).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin kökenleri, Selçuklu ve Osmanlı dönemlerine kadar uzanmaktadır. Bu dönemlerde, sağlık hizmetleri çoğunlukla vakıflar aracılığıyla sunulmaktaydı. Bimaristan, dârüşşifâ gibi kurumlar, hastaların tedavi gördüğü ve aynı zamanda tıp eğitiminin verildiği önemli merkezlerdi. Ancak, bu hizmetler genellikle şehir merkezlerinde ve büyük kasabalarda yoğunlaşmıştı. Kırsal bölgelerde yaşayan halk, sağlık hizmetlerine ulaşmakta zorlanmaktaydı. Özellikle maddi durumu iyi olanlar, kendi evlerinde özel hekimler tarafından tedavi görebilme imkanına sahipken,

yoksul halkın sağlık hizmetlerine erişimi oldukça sınırlıydı. O dönemde hekimler, genellikle ıraklık sistemiyle yetişmekte ve bitkisel tedavi yöntemlerinin yanı sıra cerrahi müdahaleler de yapmaktadırlar. Vakıflar, sağlık hizmetlerinin yanı sıra eğitim, sosyal yardımlaşma gibi alanlarda da önemli rol oynamaktaydı (avmak ve avmak, 2017: 48-49). Osmanlı İmparatorluğu'nda sağlık hizmetleri, genellikle saray ve askerlere yönelikti. Vatandaşlar ise maddi durumlarına göre özel hekimlerden hizmet alıyorlardı. Ancak 19. yüzyılın sonlarında, sanayi devrimi, şehirleşme ve bulaşıcı hastalıkların yaygınlaşmasıyla birlikte sağlık hizmetlerinin önemi daha iyi anlaşılmaya başlandı. Bu dönemde, sağlık hizmetlerinin devletin asli görevlerinden biri olduğu kabul edildi. Cumhuriyetin ilanıyla birlikte Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığu'nın kurulmasıyla sağlık hizmetleri tüm halkın erişimine açıldı. Sağlık ocakları kurularak, özellikle kırsal bölgelerde yaşayan insanların sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştırıldı. Sağlık personelinin yetiştirilmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin ne çıkarılmasıyla halk sağlığu önemli ölçüde geliştirildi. Ancak, kırsal bölgelerde sağlık hizmetlerine erişimde hala sorunlar yaşanmaktaydı. Zaman içinde özel sağlık sektörü de gelişerek sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir rol oynamaya başladı (avmak ve avmak, 2017: 49). Türkiye'de sağlık harcamalarına ilişkin ilk çalışma 1996-1998 yılları arasında yapılmıştır. Bu alışma, sağlık kaynaklarının ölçeğini, kaynaklarını ve bunları sağlayan kurumlar arasındaki ilişkileri incelemektedir (Yılmaz, 2012: 37-38). Türkiye'de sağlık harcamaları üzerine ilk sistematik çalışmalar, 1999-2000 yıllarında OECD Sağlık Hesapları Sistemi (SHS) metodolojisi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. OECD SHS, uluslararası standartlara uygun bir ereve sunarak, Türkiye'deki sağlık harcamalarının diğer ülkelerle karşılaştırılmasına olanak sağlamıştır. Ancak, farklı kurumlar tarafından ve farklı yıllarda toplanan verilerin bir araya getirilmesi sürecinde bazı zorluklar yaşanmıştır. Farklı kurumların farklı veri toplama yöntemleri kullanması ve veri tanımları arasında tutarsızlıklar olması, sonuçların karşılaştırılmasını zorlaştırmıştır. Ayrıca, verilerin tamamının kapsamlı ve doğru olduğu söylenemez, bu da sonuçların belirli bir oranda yanlılık ierebileceğu anlamına gelir. Buna rağmen, bu araştırmalar, Türkiye'deki sağlık harcamalarının yapısı, dağılımı ve zaman içindeki değişimi hakkında önemli bilgiler sunmuştur. Bu bilgiler, sağlık politikalarının geliştirilmesi, sağlık sisteminin etkinliğinin artırılması ve sağlık harcamalarının daha verimli kullanılması için önemli bir veri kaynağu olmuştur (elik, 2011: 63). Kanunun 56 ncı maddesi uyarınca Sağlık Bakanlığu'na ilişkin kararlar almak; uygulama, yasal meşruiyetin belirlenmesi, sağlık harcamalarının uygulanması ve Etkinliklerin

organizasyonundan sorumlu kuruluş. Dr. Adnan Advar, Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk kişisidir. Kendisi Sağlık Bakanındır (Sağlık Bakanlığı, 2007: 98-249).

3.4. SAĞLIK HARCAMALARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Son yıllarda dünya genelinde sağlık harcamalarındaki artış, sadece gelişmiş ülkelerle sınırlı kalmayıp, gelişmekte olan ülkelerde de gözlemlenmektedir. Bu artışın temel nedenleri arasında, nüfusun yaşlanması, kronik hastalıkların yaygınlaşması, tıbbi teknolojilerdeki hızlı gelişmeler ve sağlık hizmetlerine olan talebin artması yer almaktadır. Yaşlanan nüfus, özellikle kronik hastalıkların tedavisi ve bakım hizmetlerine olan talebi artırarak sağlık harcamalarını yükseltmektedir. Tıbbi teknolojilerdeki gelişmeler, daha etkili ve karmaşık tedavi yöntemlerinin ortaya çıkmasına yol açsa da, bu yöntemlerin maliyetleri de oldukça yüksektir. Ayrıca, sağlık sigortası sistemlerinin yapısı da sağlık harcamalarını etkileyen önemli bir faktördür. Özellikle Amerika Birleşik Devletleri gibi özel sağlık sigortası sistemlerinin yaygın olduğu ülkelerde, sağlık hizmetlerine erişim ve maliyetler konusunda daha büyük farklılıklar gözlemlenmektedir. Sağlık harcamalarındaki bu artış, sağlıkta eşitsizliği de beraberinde getirmekte ve düşük gelirli grupların sağlık hizmetlerine erişimini zorlaştırmaktadır (Işık, 2001: 170). JAMA tarafından yapılan kapsamlı bir araştırma, sağlık harcamalarındaki artışın temel nedenlerini beş ana faktöre bağlamıştır: hizmet fiyatı ve yoğunluğu, nüfus artışı, nüfusun yaşlanması, hastalık prevalansı veya insidansı ve tıbbi hizmet kullanımı. Bu faktörler arasında, hizmet fiyatı ve yoğunluğu, sağlık harcamalarındaki artışın yarısından fazlasını oluşturarak en önemli etken olarak öne çıkmaktadır. Artan ilaç fiyatları, tıbbi teknolojilerin gelişimi ve sağlık hizmetlerine olan talebin artması, bu faktörün temel bileşenleridir. Nüfusun yaşlanması ve kronik hastalıkların yaygınlaşması da sağlık harcamalarını önemli ölçüde etkileyen diğer faktörlerdir. Yaşlı nüfusun daha fazla sağlık hizmetine ihtiyaç duyması ve kronik hastalıkların uzun süreli tedavi gerektirmeleri, sağlık harcamalarında sürekli bir artışa neden olmaktadır. Peter G. Peterson Vakfı'nın araştırması ise, JAMA'nın bulgularını destekler nitelikte olup, artan fiyatların sağlık harcamalarındaki artışta önemli bir rol oynadığını vurgulamaktadır. Ancak, bu faktörlerin tek başına değil, birbirleriyle etkileşim içinde olduğu ve sağlık harcamalarındaki artışı daha da hızlandırdığı unutulmamalıdır (Papanicolas vd. 2018).

Sağlık harcamalarına ilişkin veriler, politikaların oluşturulması ve değerlendirilmesi için önemli bir araç olsa da, bu verilerin tek başına yeterli olmadığı

unutulmamalıdır. Veriler, genellikle geçmişe yönelik olduğu için gelecekteki sağlık harcamalarını tahmin etmek konusunda sınırlı kalabilir. Ayrıca, farklı ülkelerde kullanılan farklı veri toplama yöntemleri, verilerin karşılaştırılmasını zorlaştırabilir. Verilerin yanı sıra, sağlık sistemi içindeki paydaşların görüşleri, hasta deneyimleri ve nitel araştırmalar da sağlık harcamalarındaki artışın nedenlerini daha iyi anlamak için değerlendirilmelidir (Mehrotra, Dudley ve Luft, 2003).

Sağlık harcamalarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi, sürdürülebilir sağlık politikalarının geliştirilmesi için kritik öneme sahiptir. Bu konuda yapılan sayısız teorik ve ampirik çalışma, sağlık harcamalarının ülkenin demografik yapısı, sağlık hizmetlerine erişim, sosyal, ekonomik ve kültürel yapısı, teknolojik birikim ve çevresel etkiler gibi çok sayıda faktörden etkilendiğini göstermektedir. Örneğin, yaşlanan nüfusun artan kronik hastalık yükü, sağlık teknolojilerine olan talebi artırarak sağlık harcamalarını yükseltirken, gelir eşitsizliği sağlık hizmetlerine erişimi sınırlayarak sağlık sonuçlarını olumsuz etkileyebilir. Sağlık politikaları, ilaç fiyatlarının düzenlenmesi, sağlık sigortası sistemlerinin tasarımı ve kamu sağlık harcamalarına ayrılan bütçe gibi araçlarla sağlık harcamalarını yönlendirebilir. Ancak, sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği için sadece kısa vadeli çözümler değil, uzun vadeli ve kapsamlı bir yaklaşım benimsenmelidir. Bu yaklaşım, sağlık harcamalarını etkileyen tüm faktörlerin bir arada değerlendirilmesini ve sağlık sisteminin tüm paydaşlarının katılımını gerektirir (Ke, vd. 2011:1; Çalışkan ve Sanioğlu 2022: 8).

Sağlık harcamalarının artmasındaki en önemli etken ihtiyaçların artması giderlerin artması ve gelirlerin artması olarak söyleyebiliriz (Whyness, 1993:172).

3.4.1. Kişi Başına Düşen Gelirin Artması

Toplumların ekonomik refah seviyelerindeki artış, sağlık hizmetlerine olan talebi doğrudan etkilemektedir. Gelir düzeylerinin yükselmesiyle birlikte bireyler, sadece temel ihtiyaçlarını değil, yaşam kalitelerini artıracak sağlık hizmetlerine de erişmek istemektedirler. Bu durum, kamu sağlık hizmetlerinin yanı sıra özel sağlık sektörünün de gelişmesine yol açmıştır. Ancak, bu gelişim eşitsizlikleri de beraberinde getirmiştir. Yüksek gelirli bireyler, özel sağlık hizmetlerine daha kolay erişim imkanı bulurken, düşük gelirli bireyler ise kamu sağlık hizmetlerine bağımlı kalmaktadır. Bu durum, sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizliklerin artmasına ve toplum sağlığını olumsuz etkileyen bir durum yaratmaktadır. Sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan bu

eşitsizlikler, sağlık sistemlerinin yeniden değerlendirilmesini ve daha adil bir sağlık hizmetleri sunumu için yeni politikaların geliştirilmesini gerektirmektedir. Bu bağlamda, sağlıkta sosyal güvenlik sistemlerinin güçlendirilmesi, kamu sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması ve özel sağlık sektörünün etkin bir şekilde denetlenmesi gibi konuların önemi daha da artmaktadır (Söğüt, 2019: 16-17).

3.4.2. Nüfus

Nüfus artışı, bir ülkenin sosyo-ekonomik yapısını derinlemesine etkileyen karmaşık bir demografik süreçtir. Doğurganlık oranlarındaki yükseliş, ölüm oranlarındaki düşüş ve göç hareketleri bu sürecin başlıca belirleyicileridir. Nüfus artışı, bir yandan ekonomik büyümeyi destekleyerek iş gücü arzını artırırken, diğer yandan da eğitim, sağlık, konut ve altyapı gibi alanlarda önemli kaynak ihtiyacı doğurmaktadır. Bu durum, özellikle gelişmekte olan ülkelerde sürdürülebilir kalkınma hedeflerinin gerçekleşmesi açısından önemli bir zorluk teşkil etmektedir. Hızlı nüfus artışı, doğal kaynakların tükenmesi, çevre kirliliği ve gelir dağılımındaki eşitsizlikleri derinleştirerek uzun vadede ekonomik büyümeyi sınırlayabilir. Bu bağlamda, nüfus artışının olumlu ve olumsuz etkileri, uygulanan politikalar ve sosyo-ekonomik koşullar ile yakından ilişkilidir (Çulha, 2019: 31).

Sağlık harcamalarındaki artış, günümüzde pek çok ülkenin karşı karşıya kaldığı önemli bir sorun haline gelmiştir. Bu artışta, nüfusun yaşlanması belirleyici bir faktör olarak öne çıkmaktadır. Özellikle 65 yaş ve üzeri bireylerin, daha genç yaş gruplarına kıyasla daha sık ve çeşitli sağlık hizmetlerine ihtiyaç duymaları, sağlık harcamalarını önemli ölçüde yükseltmektedir. Gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfus oranının yüksek olması, bu ülkelerin sağlık sistemleri üzerindeki yükü artırarak, sağlık harcamalarının önemli bir bölümünün kronik hastalıkların tedavisine ayrılmasına neden olmaktadır. Hızlı nüfus büyümesi ve yaşam beklentisindeki artışla birlikte, gelişmekte olan ülkeler de yakın gelecekte benzer bir durumla karşı karşıya kalacaklardır. Bu durum, sağlık sistemlerinin yeniden yapılandırılması, kronik hastalık yönetimi ve yaşlı bakım hizmetlerinin geliştirilmesi gibi konularda yeni politikaların geliştirilmesini zorunlu hale getirmektedir (İzgi, 2019: 14).

3.4.3. Eğitim Düzeyinin Yükselmesi

Sağlık, bireylerin bilgi, beceri ve tutumları ile şekillenen çok boyutlu bir olgudur. Bu bağlamda, eğitim, sağlık üretimi ve sağlık harcamaları üzerinde doğrudan

ve dolaylı etkiler yaratan önemli bir sosyal belirleyicidir. Yüksek eğitim düzeyi, bireylere sağlıklı yaşam hakkında daha fazla bilgi edinme, sağlıklı beslenme ve düzenli egzersiz gibi sağlıklı yaşam tarzlarını benimseme ve sağlık hizmetlerinden daha etkili bir şekilde yararlanma imkanı sunar. Eğitimli bireyler, hastalıkların önlenmesi ve erken teşhis konusunda daha bilinçli olduklarından, sağlık hizmetlerine daha az başvurma eğilimi gösterirler. Bu durum, hem bireysel düzeyde sağlık durumunu iyileştirir hem de toplum genelinde sağlık harcamalarını azaltmaya katkı sağlar (Dewar, 2010; Grossman, 1972: 223-255).

Eğitim, bireylerin sağlık üretiminde aktif rol oynayan, çok boyutlu bir sosyal belirleyicidir. Yüksek eğitim düzeyi, bireylere sağlık konusunda daha fazla bilgi ve beceri kazandırır, bu sayede sağlıklı yaşam tarzlarını benimsemelerini kolaylaştırır. Eğitimli bireyler, sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz ve erken teşhis gibi konularda daha bilinçli olduklarından, kronik hastalıkların görülme sıklığını azaltır ve dolayısıyla sağlık hizmetlerine olan talebi düşürür. Ayrıca, yüksek gelir düzeyiyle ilişkili olan eğitim, bireylerin daha iyi sağlık hizmetlerine erişimini sağlayarak sağlık harcamalarını artırabilir. Ancak, bu durum her zaman geçerli olmayabilir. Bazı durumlarda, yüksek gelirli bireyler lüks tüketime daha fazla yönelerek sağlıklarını ihmal edebilirler. Sonuç olarak, eğitimin sağlık harcamaları üzerindeki etkisi, bireysel ve toplumsal düzeyde birçok faktörün etkileşimi sonucu ortaya çıkan karmaşık bir durumdur (Yıldırım, 2020: 64).

3.4.5. Teknolojik Gelişmeler

Teknolojik ilerlemeler, sağlık hizmetlerinin sunumu, etkinliği ve maliyetleri üzerinde dönüştürücü bir etki yaratmaktadır. Yapay zeka, robotik cerrahi, 3 boyutlu yazıcılar, giyilebilir cihazlar ve sanal gerçeklik gibi teknolojilerin tıp alanına entegrasyonu, modern sağlık hizmetlerinin paradigmasını kökten değiştirmektedir. Bu teknolojik gelişmeler, bir yandan daha hassas teşhis, kişiselleştirilmiş tedavi ve etkili hastalık yönetimi gibi avantajlar sunarken, diğer yandan da yüksek maliyetli tıbbi cihaz ve yazılımların yaygınlaşmasıyla sağlık harcamalarını önemli ölçüde artırmaktadır. Özellikle yeni nesil ilaçların geliştirilmesi ve karmaşık tıbbi işlemlerin yaygınlaşması, sağlık sistemleri üzerinde önemli bir mali yük oluşturmaktadır. Bu durum, sağlık politikalarının yeniden gözden geçirilmesini ve teknolojinin maliyet etkinliği açısından değerlendirilmesini zorunlu hale getirmektedir (Skinner & Chandra, 2017: 3).

Teknolojinin sağlık alanındaki etkisi, sadece kaynakların etkin kullanımıyla sınırlı değil. Yapay zeka destekli teşhis sistemleri ve büyük veri analitiği sayesinde hastalıklar daha erken teşhis ediliyor ve tedavi planları kişiselleştirilebiliyor. Robotik cerrahi, daha hassas ameliyatlara olanak tanırken, mobil sağlık uygulamaları erişimi artırıyor. Gelecekte, genetik mühendisliği ve biyoprint teknolojisi gibi gelişmeler, sağlık hizmetlerinde devrim yaratacak ve insan ömrünü uzatacak. Bu sayede, hem hasta memnuniyeti artıyor hem de sağlık eşitsizlikleri azalıyor. Teknolojinin sağlık alanındaki bir diğer önemli etkisi, yeni tedavi yöntemlerinin maliyetini artırmasıdır. Genetik tedaviler, kök hücre transplantasyonu gibi ileri teknolojiler, hastalıkların daha etkili tedavisini mümkün kılrsa da yüksek maliyetleri nedeniyle sağlık sistemleri üzerinde büyük bir yük oluşturmaktadır. Bu durum, sağlık hizmetlerine erişimin sınırlı olduğu kesimleri daha da dezavantajlı hale getirebilir ve sağlık harcamalarındaki artışın sürdürülebilirliği konusunda soru işaretleri yaratabilir. Teknolojinin sunduğu imkanlardan en iyi şekilde yararlanmak için, maliyet etkinliği ve erişilebilirlik gibi konuların da göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Bu bağlamda, sağlık politikalarının yeniden gözden geçirilmesi ve yeni finansman modelleri geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır (Loş 2016: 75).

Son yıllarda yaşanan teknolojik gelişmeler, sağlık hizmetlerinde çığır açmıştır. Yapay zeka destekli görüntüleme sistemleri sayesinde, doktorlar hastalıklara daha hızlı ve doğru teşhis koyabilmekte, robotik cerrahi ise daha az invaziv ve daha etkili ameliyatlara olanak sağlamaktadır. Bu sayede, birçok hastalığın erken teşhisi ve başarılı tedavisi mümkün hale gelmiştir. Mobil sağlık uygulamaları ve tele sağlık hizmetleri ise, hastaların yaşam kalitelerini artırırken sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmaktadır. Büyük veri analitiği ve genetik mühendisliği gibi geleceğin teknolojileri, sağlık sistemlerinin daha verimli çalışmasına ve kişiye özel tedavi yöntemlerinin geliştirilmesine olanak tanıyacak, böylece sağlık hizmetlerinde yeni bir dönem başlatacaktır (Khanolkar vd., 2016: 34).

3.4.6. Kentleşme

Kentleşme, sanayileşme ve ekonomik gelişmeyle birlikte hızlanan, nüfusun kırsal alanlardan kentlere yoğunlaşması sürecidir. Tarımın gerilemesi, yaşam standartlarının yükselmesi ve istihdam olanaklarının artması gibi faktörler, insanları kentlere çekmiştir. Tarih boyunca farklı coğrafyalarda yaşanan bu süreç, sadece nüfus yoğunlaşmasını değil, aynı zamanda sosyal, ekonomik ve kültürel dönüşümleri de

beraberinde getirmiştir. Kentleşme, bir yandan ekonomik büyüme, kültürel zenginleşme ve hizmetlere erişimi kolaylaştırırken, diğer yandan çevre sorunları, sosyal adaletsizlikler ve konut sıkıntısı gibi sorunları da beraberinde getirmiştir. Bu nedenle, kentleşme hem fırsatlar hem de zorluklar sunan karmaşık bir süreç olarak değerlendirilmelidir (Kılıç ve Kurt, 2020: 893).

Hızla büyüyen şehirlerde, nüfus yoğunluğu ve endüstrileşmenin artmasıyla birlikte sağlık sorunları da önemli bir boyut kazanmıştır. Hava kirliliği, gürültü, stres ve sağlıksız yaşam koşulları gibi faktörler, kentlerde yaşayanların kronik hastalıklar, psikolojik rahatsızlıklar ve bulaşıcı hastalıklara yakalanma riskini yükseltmektedir. Bu durum, sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı artırarak, şehirlerin kalkınmasında önemli bir zorluk oluşturmaktadır. Bu nedenle, şehirlerde sağlık kurumlarının sayısını artırmak, uzman sağlık personelinin çoğaltmak ve modern tıbbi donanımlara erişimi kolaylaştırmak büyük önem taşımaktadır. Ancak, gelir eşitsizlikleri sağlık hizmetlerine erişimde ciddi farklılıklar yaratmaktadır. Yüksek gelirli bireyler daha kapsamlı sağlık hizmetlerine ulaşırken, düşük gelirli bireyler bu imkandan yeterince yararlanamamaktadır. Gelecekte, tele sağlık, yapay zeka ve giyilebilir teknolojiler gibi yenilikler, sağlık hizmetlerinin daha erişilebilir ve kişiselleştirilmiş hale gelmesini sağlayacak, böylece şehirlerin daha sağlıklı ve yaşanabilir hale gelmesine katkı sağlayacaktır (Turan ve Beşirli, 2008: 239).

Kentleşmenin gelişmiş olduğu bölgelerde, tıbbi tesis, ekipman, Teknoloji gelişiminin mutlaka daha erişilebilir hale getirilmesi gerekiyor. Aksi takdirde salgın hızla ve büyük ölçekte yayılabilir ve vahim sonuçlar doğurabilir (Taşkın, 2011: 88).

3.5. SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK BELİRLEYİCİLERİ

Bir ülkenin sağlık harcamaları, o ülkenin ekonomik durumu, demografik yapısı, sağlık sistemi modeli ve dış etkenler gibi birçok faktöre bağlı olarak belirlenir. Toplam kamu harcamalarının GSYİH içindeki payı, bir ülkenin önceliklerini yansıtırken, genç-yaşlı nüfus oranı, kentsel-kırsal nüfus dağılımı ve hastalık yükü gibi demografik özellikler de sağlık harcamalarını önemli ölçüde etkiler. Sağlık sisteminin finansman modeli (Beveridge, Bismarck veya sosyal sigorta modeli gibi) ve özel sağlık sigortalarının yaygınlığı, toplam sağlık harcamalarındaki payı ve sağlık hizmetlerinin sunulmuş şeklini belirler. İyi bir sağlık sistemi göstergesi ve sağlık teknolojilerindeki gelişmeler, uzun vadede sağlık harcamalarını artırabilir ancak yaşam süresini uzatarak

ve sağlıklı yaşam yıllarını artırarak toplumsal refahı da yükseltir. Ancak, küresel salgınlar, doğal afetler gibi beklenmedik olaylar ve gelir eşitsizlikleri gibi sosyal belirleyiciler, sağlık harcamalarında dalgalanmalara ve sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizliklere neden olabilir. Bu nedenle, sağlık harcamalarını belirleyen faktörlerin karmaşık ve çok boyutlu olduğu unutulmamalıdır (Zaman vd. 2017: 2).

3.5.1. Kalkınma ve Politikaları

İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde sıkça karşımıza çıkan kalkınma kavramı, 1948'lerden sonra ekonomik hayatın merkezine yerleşmiştir. Kalkınmanın sosyoloji, iktisat, tarih ve coğrafya gibi birçok alandan beslenmesi, bu kavramın tek bir tanımla ifade edilmesini engellemiştir. Bu nedenle, kalkınma kavramı için farklı bilimsel yaklaşımlar mevcuttur (Çiçek, 2017: 3).

Kalkınma politikaları, bir ülkenin gelecekteki ekonomik etkinliği, modernleşme süreci ve gelişmişlik düzeyine ulaşma hedeflerini belirleyen kapsamlı planlamaları içerir. Bu politikalar, tarihsel olarak öncelikle gelişmiş ülkelerde uygulanmıştır. Ancak, İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde yeni ortaya çıkan ulus devletlerin de kalkınma ihtiyaçları doğrultusunda bu politikaları benimsemesiyle birlikte, gelişmekte olan ülkelerde de yaygınlaşmıştır (Doğru, 2019: 30). Kalkınma politikaları, bir ülkenin ekonomik, sosyal ve çevresel koşullarını iyileştirmek amacıyla uygulanan kapsamlı bir politika setini ifade eder. Bu politikalar, kaynakların etkin kullanımı, bölgeler arası denge ve sosyal adaletin sağlanması gibi hedefleri güder. Gelişmiş ülkelerin deneyimleri göstermiştir ki, uzun vadeli ve sürdürülebilir kalkınma için yatırımların teşvik edilmesi ve kaynakların etkin bir şekilde dağıtılması büyük önem taşır. Bu sayede, hem ekonomik büyüme sağlanır hem de bölgeler arasındaki gelişmişlik farkları azaltılır. Ancak, kalkınma süreçleri her ülke için farklılık gösterir ve ekonomik büyüme, gelir dağılımı, eğitim seviyesi, sağlık hizmetleri gibi birçok faktöre bağlıdır. Farklı ülkeler, kendi kaynakları, kültürel özellikleri ve karşılaştıkları sorunlar doğrultusunda farklı kalkınma modelleri benimsemişlerdir. İthal ikamesi sanayileşmesi, ihracata yönelik büyüme gibi farklı stratejiler, ülkelerin kalkınma süreçlerinde belirleyici olmuştur. Ancak, ekonomik krizler, siyasi istikrarsızlık, doğal afetler gibi dışsal şoklar, kalkınma politikalarının uygulanmasını zorlaştırabilir ve beklenmeyen sonuçlara yol açabilir. Günümüzde, küreselleşme, iklim değişikliği ve teknolojik gelişmeler gibi yeni zorluklarla karşı karşıya olan dünya, kalkınma politikalarının da sürekli olarak güncellenmesini ve yeni yaklaşımların benimsenmesini gerektirmektedir. Sürdürülebilir

kalkınma hedefleri, eşitsizliklerin azaltılması ve dijital dönüşüm gibi konular, gelecekteki kalkınma politikalarının merkezinde yer almaktadır (Takım, 2010: 10).

3.5.2. Beşeri Sermaye ve Beşeri Kalkınma Endeksi

Üretim süreçlerinin temel yapı taşlarından biri olan sermaye, ekonomik büyümenin itici gücüdür. Makineler, fabrikalar gibi fiziksel varlıkların yanı sıra, eğitilmiş iş gücü ve sosyal ilişkiler gibi soyut değerleri de içeren sermaye birikimi, ülkelerin üretim kapasitelerini belirler. Bu birikim, tasarruflar, yabancı yatırımlar ve kredi gibi çeşitli yollarla oluşur. Net yatırımlar olarak adlandırılan bu eklemeler, sermaye stokunu artırarak üretimi canlandırır. Ancak, sermaye birikimi sadece miktarıyla değil, aynı zamanda niteliğiyle de önemlidir. Teknolojik gelişmeler, sermayenin verimliliğini artırarak daha fazla çıktı elde edilmesini sağlar. Bu nedenle, sermaye birikimi ile teknolojik yenilikler arasındaki ilişki, sürdürülebilir büyüme için kritik öneme sahiptir. Öte yandan, aşırı sermaye birikimi, çevresel sorunlar veya gelir eşitsizliği gibi olumsuz sonuçlara da yol açabilir. Bu nedenle, sermaye birikiminin planlı ve dengeli bir şekilde gerçekleştirilmesi, ekonomik büyümenin yanı sıra sosyal ve çevresel sürdürülebilirliğin de sağlanması için önemlidir (Ünen, 2015: 35).

Artan küresel rekabet ve teknolojik değişimler, insan gücünün önemini daha da artırmıştır. Eğitilmiş, araştırmacı ve kalifiye iş gücünü ifade eden beşeri sermaye, ekonomik büyümenin itici gücü olarak görülmektedir. İçsel büyüme modelleri de bu doğrultuda, insan kaynaklarının geliştirilmesine ve etkin kullanılmasına odaklanmaktadır (Koç, 2013: 243-245). Sağlıklı bir toplum oluşturmak için yapılan kaynak aktarımı, uzun vadede önemli sonuçlar doğururken, ekonomistlerin çoğu beşeri sermayeyi, bireylerin üretkenliklerini artırma araçlarından ziyade, topluma katılan değeri temsil eden bir olgu olarak görmektedir. Schultz da bu görüşü destekleyen önemli ekonomistlerden biridir (Boz ve Aslan, 2018: 3).

Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı tarafından geliştirilen Beşeri Kalkınma Endeksi, ülkelerin refah ve kalkınmışlık düzeylerini sayılarla ifade eden kapsamlı bir ölçüttür. Bu endeks, sadece ekonomik değil, aynı zamanda sosyal gelişmeyi de dikkate alarak yaşam kalitesini değerlendirmeyi amaçlar. Böylece, ülkelerin kalkınma düzeylerini daha iyi anlamanın ve karşılaştırmanın önü açılır. Ülkelerin refah düzeylerini ölçmek için kullanılan Beşeri Kalkınma Endeksi, sadece ekonomik büyümeyi değil, aynı zamanda sosyal gelişmeyi de dikkate alarak daha kapsamlı bir

değerlendirme sunar. Bu endeks, hem bireylerin yaşam kalitelerini değerlendirmelerine hem de hükümetlerin politikalarını şekillendirmelerine yardımcı olur. Beşeri Kalkınma Endeksi, üç temel göstergeye dayanır. Bunlardan ilki, bir insanın ortalama yaşam süresi olup, sağlık koşullarını yansıtır. İkinci gösterge ise, yetişkinlerin okuryazarlık oranı ve farklı eğitim seviyelerindeki öğrenci sayılarının birleşimiyle oluşturulan "eğitim düzeyi"dir. Üçüncü gösterge ise, bir ülkedeki insanların yaşam standartlarını yansıtan "yaşam standardı"dır. Bu gösterge, satın alma gücü paritesiyle ayarlanmış kişi başına düşen gelir üzerinden hesaplanır. Bu üç göstergenin her biri için ayrı bir endeks değeri hesaplandıktan sonra, Beşeri Kalkınma Endeksi, bu endekslerin basit bir ortalaması alınarak elde edilir (Keskin, 2011: 22).

3.5.3. Gelir Dağılımı

Belirli bir dönemde üretilen toplam gelirin, toplumdaki bireyler veya gruplar arasında nasıl dağıldığına gelir dağılımı denir. Gelir eşitsizliği, yani gelirin adaletsiz dağılımı, özellikle sanayi devriminden sonra ekonomik yaşamın bir gerçeği haline gelmiştir. Gelir eşitsizliği, bireylerin yaşam koşullarını olumlu veya olumsuz yönde etkileyen önemli bir faktördür. Türkiye'de de bir dönem, ekonomik büyümenin gelir eşitsizliğini otomatik olarak azaltacağı düşüncesi hakim olmuş ve bu nedenle gelir eşitsizliğine olan ilgi azalmıştır. Ancak, bu durum toplumun temel ihtiyaçlarını karşılayamamasına ve sosyal huzurun bozulmasına neden olmuştur (Doğru, 2019: 31).

3.5.4. Ekonomik Büyüme

Ekonomik büyüme, belirli bir süre içinde bir ekonominin ürettiği mal ve hizmet miktarındaki artışı ifade eder. Bu artış, bireylerin ve ülkelerin yaşam standartlarını yükselten bir göstergedir. Nüfusun artması, sermaye birikimi, tasarrufların artması ve milli gelirin yükselmesi gibi faktörler, ekonomik büyümeyi destekler. Bir ekonominin büyümesinden söz edebilmek için, bu büyümenin gerçek anlamda bir artış olması, yani fiyat artışlarının etkilerinden arındırılmış olması gerekir (Özgüven, 1988: 36). Ekonomik büyüme, sağlık sektörünün gelişimine katkı sağlar. Sağlık düzeyi ile ekonomik gelişmişlik arasında güçlü bir bağlantı vardır. Ekonomik olarak gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetleri daha iyi bir seviyededir. Öte yandan, sağlık koşullarının iyileşmesi de ekonomik büyümeyi destekler (Akın, 2007: 15).

3.5.5. Enflasyon

Enflasyon, bir ekonominin genel fiyat seviyesindeki sürekli yükselme olarak ifade edilir. Bu yükselme, fiyat endeksi adı verilen bir ölçüm aracılığıyla belirlenir. Fiyat endeksi, tüketicilerin satın aldığı ürün ve hizmetlerin fiyatlarını gösteren tüketici fiyat endeksi ve üreticilerin satın aldığı malların fiyatlarını gösteren üretici fiyat endeksi olmak üzere ikiye ayrılır (Ünsal, 2011: 80-83). Ekonomideki mal ve hizmetlerin fiyatlarında genel bir artış yaşandığında, yani enflasyon oranı yükseldiğinde, insanların satın alma gücü azalır. Bu durum, bireylerin ihtiyaçlarını karşılamak için daha az mal ve hizmet satın alabileceği anlamına gelir. Özellikle, acil olmayan sağlık hizmetleri gibi harcamalar, yüksek enflasyon dönemlerinde ertelenebilir (Taşkaya ve Demirkıran, 2016: 128).

4. SAĞLIK HARCAMALARINA İLİŞKİN LİTERATÜR TARAMASI

Erol ve Özdemir (2014), Türkiye'de uygulanan sağlık sistemi reformlarının sağlık harcamaları üzerindeki etkilerini değerlendirmiş. Özellikle, Genel Sağlık Sigortası uygulaması, aile hekimliği sistemi ve Kamu Hastane Birlikleri gibi reformların sağlık harcamalarındaki değişimi, bireylerin sağlık harcamalarına katılım oranlarını, kamu ve özel sağlık kuruluşlarının harcamalarını ve sosyal güvenlik harcamaları içinde sağlık harcamalarının değişimini incelemek hedeflemiştir. Yapılan analizler, Türkiye'de sağlık reformlarının sağlık sisteminde köklü değişikliklere yol açtığını göstermiştir. Özellikle GSS uygulaması ile sağlık hizmetlerine erişim genişlemiş olsa da, sağlık harcamalarında önemli artışlar yaşanmıştır. Kamu ve özel sektör arasındaki rekabetin artmasıyla birlikte, sağlık hizmetleri daha çok bir tüketim malı olarak görülmeye başlanmıştır. Bu durum, sağlıkta eşitsizlikleri derinleştirmiş ve sağlık hizmetlerinin finansmanında sürdürülebilirlik sorunu yaratmıştır. Ayrıca, reformların sağlık sistemini piyasa mekanizmalarına daha fazla entegre etmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve erişilebilirliğini olumsuz etkilemiştir. Türkiye'deki sağlık reformlarının amaçladığı hedeflere ulaşmada kısmi başarılar elde edilmiş olsa da, sağlık sisteminde yaşanan dönüşümün sosyal adalet ve sağlık hizmetlerinin evrensel erişimi açısından bazı olumsuz sonuçları olduğu görülmektedir. Bu bulgular, gelecekte yapılacak sağlık politikalarının oluşturulmasında önemli bir referans noktası olabilir.

Çıraklı (2019), Türkiye'de 1974-2015 yılları arasında makroekonomik faktörlerin sağlık harcamaları ve Sağlık Bakanlığı bütçesi üzerindeki etkilerini ARDL

sınır testi yaklaşımı ile incelemiştir. Sonuçlar, gelir artışının kamu sağlık harcamalarını artırdığını, enflasyonun özel sağlık harcamalarını azalttığını ve işsizliğin Sağlık Bakanlığı bütçesini artırdığını göstermiştir. Ekonomik krizlerin ise sağlık harcamaları ve bütçe üzerinde farklı etkileri olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular, Türkiye'de sağlık politikalarının makroekonomik koşullardan etkilendiğini ve genişletici bir politika benimsendiğini ortaya koymaktadır.

Yurdadoğ (2007), Türkiye'de sağlık harcamalarının yapısını ve finansman kaynaklarını detaylı bir şekilde incelemiştir. Analiz sonuçları, sağlık harcamalarının büyük bir kısmının hastane hizmetlerine ayrıldığını, birinci basamak hizmetlerinin yetersiz kaldığını ve koruyucu sağlık hizmetlerine yeterli kaynak ayrılmadığını göstermiştir. Ayrıca, sosyal güvenlik fonlarının ve hane halkı cepten ödemelerinin sağlık harcamalarını finanse eden temel kaynaklar olduğu belirlenmiştir. Özellikle ilaç harcamalarındaki yüksek artış ve yeşil kart uygulamasının maliyeti dikkat çekmektedir. Bu bulgular, Türkiye'de sağlık sisteminin daha etkin ve sürdürülebilir hale getirilmesi için birinci basamak hizmetlerinin güçlendirilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla kaynak ayrılması ve ilaç harcamalarının kontrol altına alınması gibi alanlarda iyileştirmelere ihtiyaç olduğunu ortaya koymaktadır.

Çetintürk ve Gençtürk (2020), 36 OECD ülkesinin 2003-2017 yılları arasındaki sağlık harcamalarını kümeleme analizi ile sınıflandırarak ülkeler arasındaki benzerlikleri ve farklılıkları ortaya koymuştur. Analiz sonuçları, Türkiye'nin sağlık harcamaları bakımından Estonya, Letonya, Meksika, Çek Cumhuriyeti, Lüksemburg, Belçika ve Avustralya gibi ülkelere benzerlik gösterdiğini, ancak OECD ortalamasının altında kaldığını göstermiştir. Özellikle ABD, sağlık harcamaları açısından diğer ülkelerden önemli ölçüde ayrılmıştır. Türkiye'nin sağlık harcamalarını GSYH içindeki payı ve kişi başına düşen sağlık harcaması gibi göstergelerin OECD ortalamasının altında olması, sağlık sisteminde iyileştirme ihtiyacı olduğunu göstermektedir.

Beceren, İzgi ve Fırat (2021), 36 OECD ülkesinde sağlık harcamalarını belirleyen faktörleri incelemiştir. Analiz sonuçları, gelir seviyesi ve yaşlanan nüfusun sağlık harcamalarını önemli ölçüde etkilediğini göstermiştir. Yüksek gelirli ülkelerde gelir esnekliği negatif bulunurken, yaşlanma ile birlikte sağlık harcamalarında artış gözlemlenmiştir. Covid-19 salgını, sağlık harcamalarının yönetimi ve planlaması konusunda yeni zorluklar ortaya çıkarmıştır. Bu çalışmanın bulguları, sağlık

politikalarının oluşturulmasında yaşlanan nüfusun ve değişen sağlık ihtiyaçlarının dikkate alınmasının önemini vurgulamaktadır.

Bölükbaşı, Işık ve Söyler (2020), OECD ülkelerinde sağlık harcamaları ve ilaç harcamaları arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Sonuçlar, sağlık harcamalarındaki artışın ilaç harcamalarını da artırdığını göstermektedir. Ancak, sağlık personel sayısı ile ilaç harcamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu bulgu, ilaç harcamalarının büyük ölçüde genel sağlık harcamalarından etkilendiğini ve sağlık personel sayısının ilaç kullanımını doğrudan etkilemediğini göstermektedir. Türkiye'nin hem sağlık hem de ilaç harcamaları açısından OECD ortalamasının altında kalması, sağlık sistemindeki iyileştirme ihtiyacını ortaya koymaktadır.

Çınaroğlu ve Şahin (2016), Katastrofik sağlık harcamalarının hane halkları üzerindeki yoksullaştırıcı etkisi ve bu durumun özellikle gelişmekte olan ülkelerde daha ciddi boyutlara ulaştığını vurgulamaktadır. Özellikle finansal risk havuzlama mekanizmalarının zayıf olduğu ülkelerde, sağlık hizmetlerine erişim maliyetleri hane halklarını ciddi finansal zorluklara sokmaktadır. Bu durum, sağlık hizmetlerinden kaçınma ve dolayısıyla toplum sağlığının bozulması gibi olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. Çalışma, sağlık sistemlerinin sadece finansman boyutuyla değil, aynı zamanda insan kaynakları, hizmet sunumu kalitesi ve kurumsal kapasite gibi tüm bileşenleriyle birlikte ele alınması gerektiğini vurgulamaktadır. Bu sayede, katastrofik sağlık harcamaları azaltılarak finansal açıdan daha adil ve sürdürülebilir bir sağlık sistemi oluşturulabilir.

Akbulut (2020), Türkiye'de kamu sağlık harcamalarının gelir eşitsizliği üzerindeki etkilerini incelemektedir. Analizler, kamu sağlık harcamalarının artmasının, özellikle yoksul hanelerin refahını artırarak gelir dağılımını iyileştirdiğini göstermektedir. Bu durum, "Sağlıkta Dönüşüm Projesi" gibi kamu sağlık harcamalarını artıran politikaların, sosyal adaleti güçlendirmedeki rolünü vurgulamaktadır. OECD ülkeleri ile yapılan karşılaştırmalar da, kamu sağlık harcamalarının yüksek olduğu ülkelerde gelir eşitsizliğinin daha düşük olduğunu göstermektedir.

Giray ve Çimen (2018), Türkiye ve diğer OECD ülkelerinde kişi başına düşen sağlık harcamalarını etkileyen faktörleri panel veri analizi ile incelemiştir. Analiz sonuçları, kişi başına düşen milli gelirin artışının ve nüfusun artışının sağlık harcamalarını pozitif yönde etkilediğini, ancak ekonomik krizlerin ise sağlık

harcamalarını negatif yönde etkilediğini göstermiştir. Bu bulgular, sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ve nüfus büyüklüğü ile yakından ilişkili olduğunu ve ekonomik şoklara karşı hassas olduğunu ortaya koymaktadır.

İpek (2019), Türkiye'de hanehalklarının cepten yaptığı sağlık harcamalarının belirleyicilerini, koşulsuz kantil regresyon (UQR) yöntemi kullanarak incelemiştir. Analiz sonuçları, yaş, eğitim düzeyi, sigorta türü ve yeşil kart programındaki değişikliklerin cepten yapılan sağlık harcamalarını önemli ölçüde etkilediğini göstermiştir. Özellikle yaşlı nüfusun ve yeşil kartlı bireylerin cepten daha fazla sağlık harcaması yaptığı, eğitim seviyesinin artmasının ise cepten yapılan sağlık harcamalarını azalttığı bulunmuştur. Ayrıca, UQR yönteminin, cepten yapılan sağlık harcamalarının sağa çarpık dağılımı nedeniyle daha uygun bir analiz yöntemi olduğu tespit edilmiştir.

Tokatlıoğlu ve Tokatlıoğlu (2014), Türkiye'de katastrofik sağlık harcamalarının 2002-2011 yılları arasında yoksulluk yaratma kapasitesini Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Bankası yöntemleriyle değerlendirmiştir. Elde edilen bulgular, Türkiye'de katastrofik sağlık harcamalarının yeni yoksulluk yaratma kapasitesinin düşük olmasına rağmen, mevcut yoksulluğu derinleştirme kapasitesinin yüksek olduğunu göstermiştir. Bu durum, yoksul hanelerin sağlık hizmetlerine erişimindeki eşitsizlikleri ve kamu sağlık harcamalarının daha kapsamlı hale getirilmesi ihtiyacını ortaya koymaktadır.

Akar, Sarıtaş ve Akar (2023), 13 AB ülkesinde 2001-2019 yılları arasında yenilenebilir enerji tüketimi ile sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi panel veri analizi ile incelemiştir. Elde edilen bulgular, yenilenebilir enerji tüketiminin artışının sağlık harcamalarını azalttığını, ekonomik büyümenin ise sağlık harcamalarını artırdığını göstermektedir. Bu sonuç, yenilenebilir enerjiye geçişin hem çevresel sürdürülebilirliği desteklediğini hem de sağlık maliyetlerini azaltarak ekonomik büyümeye katkı sağladığını ortaya koymaktadır.

Güven, Tevfik ve Ebru (2020), Beş gelişmiş ülkede ilaç harcamaları, brüt ulusal harcamalar ve hekim sayısının sağlık harcamalarına olan etkisini panel veri analizi ile incelemiştir. Analiz sonuçları, bu faktörlerin sağlık harcamalarını %95.78 oranında etkilediğini göstermiştir. Bu bulgu, sağlık harcamalarının belirlenmesinde ilaç harcamalarının, ekonomik büyümenin ve sağlık personelinin önemli bir rol oynadığını desteklemektedir. Özellikle, hekim sayısının artırılması ve sağlık eğitimiyle

bilinçlendirmenin sağlık harcamalarını olumlu yönde etkileyebileceği sonucuna varılmıştır.

Artan, Hayaloğlu ve Demirel (2017), BRICS ülkelerinde kamu sağlık harcamalarının etkinliğini belirleyen faktörleri Veri Zarflama Analizi ve panel veri regresyon modelleri ile incelemiştir. Analiz sonuçları, işsizlik oranı, enflasyon ve yolsuzluğun kamu sağlık harcamalarının etkinliğini olumsuz etkilediğini, gayri safi sermaye oluşumunun ise pozitif etkilediğini göstermiştir. Bu bulgular, kamu sağlık harcamalarının etkinliği için ekonomik istikrar, düşük yolsuzluk düzeyi ve yeterli yatırımların önemini vurgulamaktadır.

Orhaner (2017), Türkiye'de artan sağlık harcamalarının finansmanı için özel sağlık sigortalarının önemini vurgulamaktadır. Özel sağlık sigortaları, hem bireylere ek sağlık güvencesi sunmakta hem de Sosyal Güvenlik Kurumunun finansal yükünü hafifletmektedir. Çalışmada, özel sağlık sigortalarına olan talebi artırmak için yapılabilecek düzenlemeler ve sigorta şirketlerinin uygulayabileceği teşvikler üzerinde durulmuştur. Özellikle, sigorta şirketlerinin sunduğu indirim ve muafiyet gibi avantajların sigorta talebini artırabileceği belirtilmiştir.

Gençoğlu, Kuşkaya ve Büyükbalant (2020), 21 OECD ülkesinde sağlık harcamalarının sürdürülebilirliğini ikinci nesil panel birim kök testleri (CADF, SURADF, Hadri-Kurozumi) ile incelemiştir. Analiz sonuçları, sağlık harcamalarının çoğunlukla sürdürülebilir olduğunu göstermiştir. Bu bulgu, sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ve sosyal refah üzerindeki uzun vadeli etkilerinin olumlu olduğunu ve sürdürülebilir bir şekilde finanse edilebildiğini desteklemektedir.

Çalışkan ve Sanisoğlu (2022), 164 ülke üzerindeki panel veri analizleri ile sağlık harcamalarının belirleyicilerini incelemiştir. Analiz sonuçları, ülkelerin gelir düzeyi, doğumda beklenen yaşam süresi, dış kaynaklar ve beslenme gibi faktörlerin sağlık harcamalarını önemli ölçüde etkilediğini göstermiştir. Yüksek gelirli ülkelerde sağlık harcamalarının gelir esnekliği 1'den büyük bulunmuştur. Ayrıca, dış kaynaklar yerel kamu sağlık harcamalarını azaltırken, yetersiz beslenme ve bulaşıcı hastalıklar sağlık harcamalarını artırmıştır. Bu bulgular, sağlık harcamalarının sadece ekonomik büyüme ile değil, aynı zamanda demografik yapı, hastalık yükü ve dış kaynaklar gibi diğer faktörlerle de yakından ilişkili olduğunu göstermektedir.

Danıştan ve etinkaya (2015), Farklı sağlık sistemi modellerini benimseyen OECD üyesi ölkelerin, özellikle ABD ve Türkiye'nin 1980-2012 yılları arasındaki sağlık harcamalarını ve bu harcamaların sağlık çıktılarına olan etkilerini incelemişler. Sağlık ekonomisinde sıkça kullanılan doğumda beklenen yaşam süresi, bebek ölüm hızları, sağlık hizmetlerine erişim ve hizmetlere ulaşımındaki hakkaniyet gibi göstergeler üzerinden yapılan analizler, farklı sağlık sistemlerinin farklı sağlık çıktılarına yol açtığını ortaya koymuşlardır. Dünya Sağlık Örgütü'nün de belirttiğı gibi, sağlık sistemleri ölkelerin sosyal, kültürel ve politik yapılarının bir yansımasıdır. Bu nedenle, ölkelerin sağlık harcamaları ve sağlık ıktıları arasında doğrusal bir ilişki bulunmamaktadır. Çalışmada, sağlık harcamalarındaki artışın her zaman daha iyi sağlık sonuçlarına yol açmadığı, aksine sağlık sistemlerinin etkinliği ve verimliliğinin de önemli bir rol oynadığı vurgulanmaktadır. Özellikle, sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan eşitsizlikler ve sağlık sistemlerinin finansmanındaki sürdürülebilirlik gibi konuların, ölkelerin sağlık politikalarında öncelikli olarak ele alınması gerektiğı sonucuna varılmıştır.

Şaşmaz, Odabaş ve Yayla (2019), 34 OECD ölkesinde 2000-2015 yılları arasında sağlık harcamaları ile kalkınma arasındaki ilişkiyi panel veri analizi ile incelemiştir. Sonuçlar, sağlık harcamaları ile kalkınma arasında uzun dönemli ve pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir. Ayrıca, sağlık harcamaları ile kalkınma arasında çift yönlü bir nedensellik ilişkisi tespit edilmiştir. Bu bulgular, sağlık harcamalarının hem ekonomik büyümeyi desteklediğini hem de ekonomik büyümenin sağlık harcamalarını artırdığını göstermektedir.

Selim, Uysal ve Eryiğit (2014), 27 AB üyesi ölkeler ve Türkiye için 2001-2011 yılları arasında kişi başı sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi panel veri analizi yöntemiyle incelemişlerdir. Panel eşbütünleşme ve hata düzeltme modelleri kullanılarak yapılan analizler, kısa ve uzun dönemde kişi başı sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Bu bulgu, sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi desteklediğini ve beşeri sermaye oluşumunda önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Hata düzeltme modeli sonuçları, kısa dönemdeki sapmaların yaklaşık %58 oranında uzun dönem denge değerine doğru hareket ettiğini göstermiştir. Bu alışma, sağlık harcamalarına yapılan yatırımların hem bireylerin sağlığını iyileştirdiğini hem de ekonomik büyümeyi teşvik ettiğini vurgulamaktadır.

Tıraşoğlu ve Yıldırım (2012), Türkiye'de sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi 2006-2012 dönemi için Lee ve Strazicich (2004) birim kök testi ve Gregory ve Hansen (1996) eşbütünleşme testi kullanarak incelemiştir. 2008 küresel finansal krizinin olası etkilerini göz önünde bulundurarak yapılan analizde, sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında uzun dönemli bir eşbütünleşme ilişkisi bulunmuştur. Bu bulgu, sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi desteklediği ve beşeri sermaye oluşumunda önemli bir rol oynadığı yönündeki literatürdeki bulguları desteklemektedir. Elde edilen sonuçlar, sağlık politikalarının tasarlanmasında ve kaynakların etkin kullanılmasında önemli bir veri sağlamaktadır.

Akar, (2014), Türkiye'de sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının nispi fiyatı ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi eşbütünleşme analizi ve vektör hata düzeltme modeli kullanarak incelemiştir. 2004-2013 dönemini kapsayan veri seti üzerinden yapılan analizler, uzun dönemde bu üç değişken arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Bu bulgu, sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi desteklediğini göstermektedir. Ancak, kısa dönemde anlamlı bir ilişki bulunamaması, sağlık politikalarının tasarlanırken hem uzun hem de kısa dönem etkilerin dikkate alınması gerektiğini vurgulamaktadır. Sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı, küresel krizin etkisiyle dalgalanmalar göstermiş olsa da, genel olarak artış eğilimi sergilemiştir. Sağlık harcamalarının nispi fiyatının ve GSYH'nın uzun dönemde sağlık harcamalarını etkilediğini göstermektedir. Bu bulgular, sağlık harcamalarının etkin kullanılması ve sağlık sisteminin verimliliğinin artırılması için önemli politika önerileri sunmaktadır.

Hayaloğlu ve Bal (2015), 54 üst orta gelirli ülke için 2000-2013 dönemini kapsayan panel veri analizi ile sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisini incelemiştir. Hem toplam sağlık harcamaları hem de kamu ve özel sektör sağlık harcamaları değişkenleri kullanılarak yapılan analizlerde, sağlık harcamalarındaki artışın ekonomik büyümeyi pozitif yönde etkilediği sonucu elde edilmiştir. Bu bulgu, sağlık harcamalarının beşeri sermaye oluşumuna katkı sağlayarak ekonomik büyümeyi desteklediği yönündeki literatürdeki bulguları desteklemektedir. Elde edilen sonuçlar, sağlık sektörüne yapılan yatırımların hem bireylerin sağlığını iyileştirdiğini hem de ekonomik büyümeyi teşvik ettiğini göstermektedir.

Tunçsiper ve Bakar (2023), Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ve sosyal refah üzerindeki etkilerini incelemektedir. COVID-19 salgınıyla birlikte sağlık sistemlerinin önemi daha da artarken, sağlık ekonomisi alanındaki çalışmalar da önem

kazanmıştır. Çalışmada, sağlık harcamalarının beşeri sermaye oluşumuna katkı sağlayarak ekonomik büyümeyi desteklediği vurgulanmaktadır. Türkiye örneğinde incelenen sağlık harcamaları, karma bir finansman yapısına sahip olup, kamu ve özel sektör tarafından karşılanmaktadır. Yapılan analizler, Türkiye'nin sağlık harcamalarını artırarak hem halk sağlığını güçlendirebileceğini hem de ekonomik büyümesini destekleyebileceğini göstermektedir.

Yumuşak ve Yıldırım (2009), Türkiye'de 1980-2005 yılları arasında sağlık harcamaları ve doğuşta yaşam beklentisi ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi incelemektedir. Johansen eşbütünleşme analizi sonuçlarına göre, sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisi küçük ve negatif bulunmuştur. Bu durum, sağlık harcamalarının kısa dönemde doğrudan bir etkisi yerine, beşeri sermaye oluşumuna dolaylı katkısı olduğu şeklinde yorumlanabilir. Doğuşta yaşam beklentisi ise ekonomik büyümeyi daha doğrudan etkileyen bir değişken olarak ortaya çıkmıştır. Bu bulgular, sağlık harcamalarının uzun vadeli bir yatırım olduğunu ve ekonomik büyüme üzerindeki etkilerinin zaman içinde ortaya çıktığını göstermektedir.

Ağır ve Tıraş (2018), Türkiye'de sağlık harcamaları ve doğuşta yaşam beklentisi ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi incelemektedir. Johansen eşbütünleşme analizi sonuçlarına göre, sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisi küçük ve negatif bulunmuştur. Bu durum, sağlık harcamalarının kısa dönemde doğrudan bir etkisi yerine, beşeri sermaye oluşumuna dolaylı katkısı olduğu şeklinde yorumlanabilir. Doğuşta yaşam beklentisi ise ekonomik büyümeyi daha doğrudan etkileyen bir değişken olarak ortaya çıkmıştır. Literatürdeki diğer çalışmalarda olduğu gibi, bu çalışmada da sağlık harcamalarının ve sağlıklı yaşamın ekonomik büyüme üzerindeki olumlu etkisi vurgulanmaktadır. Sağlıklı bir nüfus, daha üretken olduğu için ekonomik büyümeye daha fazla katkı sağlar.

Başar, Künü ve Bozma (2016), Türkiye'de 1998-2016 yılları arasında eğitim ve sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkilerini incelemiştir. Johansen eşbütünleşme analizi sonuçlarına göre, uzun dönemde sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkisi olduğu, ancak eğitim harcamalarının ise anlamlı bir etkisi olmadığı bulunmuştur. Bu bulgu, sağlıklı bir nüfusun üretimde daha verimli olduğu ve dolayısıyla ekonomik büyümeye daha fazla katkı sağladığı yönündeki literatürdeki bulguları desteklemektedir. Eğitim harcamalarının ise beklenen düzeyde

bir etki yaratmamasının nedeni olarak, eğitim sistemindeki yapısal sorunlar ve kalifiye işgücü ihtiyacının karşılanamaması gösterilebilir.

Kızıl ve Ceylan (2018), Türkiye'de 1979-2015 yılları arasında kişi başı sağlık harcamaları ve 65 yaş üzeri nüfusun ekonomik büyüme üzerindeki etkilerini ARDL ve diğer ekonometrik yöntemlerle incelemiştir. Ampirik bulgular, uzun dönemde kişi başı sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi pozitif yönde etkilediğini göstermektedir. Ancak, 65 yaş üzeri nüfusun ekonomik büyüme üzerindeki etkisi, kullanılan yöntemle göre farklılık göstermektedir. Kısa dönemde ise, sağlık harcamaları ve yaşlı nüfus oranındaki şokların yaklaşık %37'si aynı dönem içerisinde düzeltilmektedir. Bu sonuçlar, sağlık harcamalarının ekonomik büyüme için önemli bir belirleyici olduğunu ve sağlıklı bir nüfusun ekonomik büyümeyi desteklediğini göstermektedir.

Aydemir ve Baylan (2015), Türkiye'de sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi 1998-2012 dönemi için koentegrasyon ve Granger nedensellik testleri ile incelemektedir. Ampirik bulgular, sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında uzun dönemde çift yönlü bir nedensellik ilişkisi olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi desteklediği ve aynı zamanda ekonomik büyümenin de sağlık harcamalarını artırdığı yönündeki literatürdeki bulguları desteklemektedir. Türkiye'deki sağlık harcamalarının GSMH içindeki payının OECD ülkelerine göre daha düşük olması, sağlık harcamalarına daha fazla kaynak ayrılması gerektiğini göstermektedir.

Akıncı ve Tuncer (2016), Türkiye'de 2006:Q1-2016:Q2 dönemi için sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi Johansen eşbütünleşme analizi, hata düzeltme modeli, Granger nedensellik testi ve VAR modeli tabanlı etki-tepki fonksiyonları ile incelemektedir. Ampirik bulgular, sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında uzun dönemli ve çift yönlü bir nedensellik ilişkisi olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, sağlık harcamalarının hem ekonomik büyümeyi desteklediğini hem de ekonomik büyümenin sağlık harcamalarını artırdığını ortaya koymaktadır. Etki-tepki analizi sonuçları, ekonomik büyümedeki değişimlerin sağlık harcamalarını daha fazla etkilediğini göstermektedir.

Güzel ve Özer (2022), Türkiye'de hava kirliliğinin neden olduğu sağlık sorunlarının ekonomik maliyetini 2009-2019 yılları arasında incelemektedir. Yapılan analizler, hava kirliliğinin Türkiye'de yılda en az 25,845 milyon TL'lik bir sağlık

maliyetine neden olduğunu göstermektedir. Bu maliyet, hava kirliliğinin sadece bireylerin sağlığını etkilemekle kalmayıp, aynı zamanda ülke ekonomisine de önemli bir yük oluşturduğunu ortaya koymaktadır. Çalışma, hava kirliliğiyle mücadele etmek için daha sıkı düzenlemeler ve yenilenebilir enerji kaynaklarına geçiş gibi politikaların önemini vurgulamaktadır.

Şantaş, Demirgil ve Şantaş (2018), Türkiye'de sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi 2010-2016 dönemi aylık verileri kullanarak ARDL sınır testi yaklaşımıyla analiz etmiştir. Analiz sonucunda, sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında uzun dönemli bir eşbütünleşme ilişkisi olduğu tespit edilmiştir. Sağlık harcamalarındaki %1'lik bir artışın, ekonomik büyümeyi %0,55 oranında artırdığı bulunmuştur. Ayrıca, Toda-Yamamoto nedensellik testi sonuçları, ekonomik büyümeden sağlık harcamalarına doğru bir nedensellik ilişkisini göstermektedir. Bu bulgular, sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki pozitif etkisini ve bu ilişkinin uzun dönemli olduğunu desteklemektedir.

Çelik (2020), G20 ülkelerinde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi panel veri analizi yöntemiyle incelemiştir. Dumitrescu-Hurlin nedensellik testi sonuçları, ekonomik büyümeden sağlık harcamalarına doğru tek yönlü bir nedensellik ilişkisi olduğunu göstermiştir. Uzun dönemli eşbütünleşme analizi ise, sağlık harcamalarındaki artışın ekonomik büyümeyi pozitif yönde etkilediğini ortaya koymuştur. Özellikle Avrupa Birliği ülkelerinde bu ilişki daha güçlüdür. Bu bulgular, sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki önemli rolünü ve bu ilişkinin uzun dönemli olduğunu desteklemektedir.

Kesbiç ve Salman (2018), Türkiye'de 1980-2014 yılları arasında kamu ve özel sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkilerini VAR modeli ve varyans ayrıştırma analizi ile incelemiştir. Analiz sonuçları, kamu sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye özel sağlık harcamalarına göre daha fazla katkı sağladığını göstermiştir. Özellikle "Sağlıkta Dönüşüm Projesi" ile kamu sağlık harcamalarındaki artış, ekonomik büyüme üzerindeki pozitif etkiyi güçlendirmiştir. Bu bulgular, sağlık harcamalarının, özellikle kamu tarafından finanse edilenlerin, ekonomik büyüme için önemli bir belirleyici olduğunu desteklemektedir.

Sançar ve Polat (2021), BRICS ülkelerinde sağlık harcamaları, ekonomik büyüme ve CO2 emisyonları arasındaki ilişkiyi panel veri analizi ile incelemiştir.

Analiz sonuçları, bu üç değişken arasında çift yönlü nedensellik ilişkileri olduğunu göstermiştir. Bu bulgu, ekonomik büyümenin hem sağlık harcamalarını hem de çevre kirliliğini artırdığını, aynı zamanda sağlık harcamalarının da ekonomik büyümeyi etkileyebileceğini göstermektedir. Çalışma, gelişmekte olan ülkelerde sürdürülebilir büyüme için çevre dostu ve sağlık odaklı politikaların önemini vurgulamaktadır.

Kurşun ve Rakıcı (2014), Farklı ülkelerdeki sağlık harcamalarını ve sosyal refah düzeylerini karşılaştırarak Türkiye'nin durumunu değerlendirmiştir. Analiz sonuçları, Türkiye'nin sağlık harcamalarının OECD ortalamasının altında olduğunu ve sağlık hizmetlerine erişimde bazı eksiklikler olduğunu göstermiştir. Özellikle, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık sektöründe yaşanan özelleşmelerin etkileri incelenmiştir. Çalışma, Türkiye'nin sosyal refah devletine geçiş sürecinde sağlık harcamalarının artırılması ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi için daha fazla çaba göstermesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Ankara ve Zeybek (2021), Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) sonrası Türkiye'de sağlık harcamalarının ve sağlık enflasyonunun dinamiklerini zaman serisi analizleri ile incelemiştir. Analiz sonuçları, SDP sonrası toplam sağlık harcamalarındaki artışın en önemli bileşeninin kamu sağlık harcamaları, özellikle de Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) harcamaları olduğunu göstermiştir. Özel sağlık harcamalarındaki artış ise hane halkı harcamalarındaki artışlarla ilişkili bulunmuştur. Sağlık enflasyonunda ise tıbbi ürünler ve ayakta tedavi hizmetlerindeki fiyat artışları belirleyici rol oynamıştır. İlginç bir şekilde, sağlık enflasyonunun uzun dönemde genel enflasyonu azaltıcı bir etkisi olduğu tespit edilmiştir.

Konca, Gözlü ve Çakmak (2018), G20 ülkelerinin sağlık harcamalarının etkinliğini Veri Zarflama Analizi (VZA) ile değerlendirmiştir. Analiz sonuçları, ülkelerin yaklaşık yarısının CRS modelinde, üçte ikisinin ise VRS modelinde etkin çalıştığını göstermiştir. ABD, Kanada ve Brezilya gibi ülkelerin etkinlik skorları düşüktür. Japonya, Endonezya ve Çin gibi ülkeler ise diğer ülkeler için bir referans noktası olarak belirlenmiştir. Bu bulgular, G20 ülkelerinde sağlık harcamalarının etkinliğinin ülkeden ülkeye farklılık gösterdiğini ve bazı ülkelerde iyileştirme potansiyeli olduğunu göstermektedir.

Saraçoğlu ve Songur (2017), 10 Avrasya ülkesinde kişi başına sağlık harcamaları ile kişi başına milli gelir arasındaki ilişkiyi panel veri analizleri ile

incelemiştir. Yapılan analizler, bu iki değişken arasında çift yönlü bir nedensellik ilişkisi olduğunu ortaya koymuştur. Bu bulgu, sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi desteklediği ve aynı zamanda ekonomik büyümenin de sağlık harcamalarını artırdığı yönündeki literatürdeki görüşleri desteklemektedir.

Fendoğlu ve Gökçe (2021), Türkiye'de eğitim ve sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi Fourier ARDL yaklaşımı kullanarak incelemiştir. Analiz sonuçları, incelenen dönemde bu değişkenler arasında uzun dönemli bir ilişki bulunmadığını göstermiştir. Bu bulgu, eğitim ve sağlık harcamalarındaki artışın Türkiye'de ekonomik büyümeyi doğrudan etkilemediği şeklinde yorumlanabilir. Ancak, eğitim sistemindeki sorunlar ve sağlık hizmetlerindeki verimsizliklerin bu sonucu etkilemiş olabileceği belirtilmiştir.

Uçan ve Atay (2016), Türkiye'de sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisini 2006-2014 dönemi için analiz etmiştir. Analiz sonuçları, sağlık harcamalarındaki artışın ekonomik büyümeyi olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Bu bulgu, sağlık harcamalarının beşeri sermayeyi artırarak üretimde verimliliği yükselttiği ve böylece ekonomik büyümeye katkı sağladığı hipotezini desteklemektedir. Ayrıca, sağlık sektöründeki düzenlemelerin ve AB uyum sürecinin sağlık harcamalarındaki artışı teşvik ettiği ve bunun da büyüme üzerinde olumlu etkileri olduğu vurgulanmıştır.

Tıraş ve Ağır (2018), OECD ülkelerinde gelir ve sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi incelemiş ve bu ülkelerin çoğunda gelir artışının sağlık harcamalarını artırdığını, sağlık harcamalarının da geliri artırdığını göstermiştir. Bu bulgu, sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki önemli rolünü vurgulamaktadır. Özellikle, kamu sağlık harcamalarındaki artışın, bireylerin sağlık durumunu iyileştirerek üretkenliği artırdığı ve böylece ekonomik büyümeye katkı sağladığı söylenebilir. Bu sonuçlar, sağlık hizmetlerine yapılan yatırımların hem bireysel refahı hem de ekonomik büyümeyi destekleyen önemli bir araç olduğunu göstermektedir.

Dumrul (2019), ASEAN-5 ülkelerinde sağlık harcamaları, çevre kirliliği ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi panel veri analizleri ile incelemiştir. Yapılan analizler, bu üç değişken arasında uzun dönemli bir eşbütünleşme ilişkisi olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca, çevre kirliliği ve ekonomik büyümenin sağlık harcamalarını artırdığı bulgusu elde edilmiştir. Bu sonuçlar, çevresel kirliliğin azaltılması ve

sürdürülebilir büyüme politikalarının sağlık harcamalarını azaltabileceğini göstermektedir.

Tıraş ve Türkmen (2020), 19 Avrupa Birliği ülkesi ve Türkiye'de sağlık harcamalarını etkileyen faktörleri panel veri analizleri ile incelemiştir. Analiz sonuçları, kişi başı gelirin sağlık harcamalarının en önemli belirleyicisi olduğunu göstermiştir. Diğer yandan, 65 yaş üstü nüfus, yaşam beklentisi ve karbondioksit emisyonu gibi değişkenlerin de bazı ülkelerde sağlık harcamalarını etkileyebileceği bulunmuştur. Bu bulgular, sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ve demografik değişimlerle yakından ilişkili olduğunu göstermektedir.

Ağır ve Tıraş (2018), Farklı gelir düzeyindeki ülkelerde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Analiz sonuçları, bu iki değişken arasında güçlü bir çift yönlü nedensellik ilişkisi olduğunu göstermiştir. Bu bulgu, sağlık harcamalarının ve ekonomik büyümenin birbirini desteklediğini ve beşeri sermaye gelişimi için önemli bir rol oynadığını vurgulamaktadır. Özellikle, düşük gelirli ülkelerde sağlık hizmetlerine yapılan yatırımların ekonomik büyümeyi hızlandırarak yoksulluğu azaltabileceği ve yaşam standartlarını yükseltebileceği söylenebilir.

Üzümcü ve Söğüt (2020), Türkiye'de kamu kesimi sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi 1983-2019 dönemi için incelemiştir. Eşbütünleşme, FMOLS ve DOLS analizleri, bu iki değişken arasında uzun dönemli bir ilişki olduğunu göstermiştir. Ayrıca, Granger nedensellik analizi, bu değişkenler arasında çift yönlü bir nedensellik ilişkisi olduğunu ortaya koymuştur. Bu bulgular, sağlık harcamalarının ve ekonomik büyümenin birbirini karşılıklı olarak etkilediğini ve beşeri sermaye birikimi için önemli bir rol oynadığını desteklemektedir.

Öztürk ve Küsmez (2019), BRICS-T ülkelerinde sağlık harcamalarının belirleyicilerini incelemiştir. Panel VAR modeli kullanılarak yapılan analizler, sağlık harcamalarının yaşlanan nüfus, ölüm oranları ve ekonomik büyüme ile karşılıklı bir ilişki içinde olduğunu göstermiştir. Bu bulgular, sağlık harcamalarının planlanması ve yönetilmesinde demografik değişimler ve ekonomik büyümenin dikkate alınmasının önemini vurgulamaktadır. Özellikle, yaşlanan nüfusa yönelik sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve ekonomik büyümenin desteklenmesi, sağlık harcamalarının sürdürülebilirliğini sağlayacaktır.

Güven, Şimşek ve Güven (2018), Orta Doğu ve Kuzey Afrika ülkelerinde sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisini incelemiştir. Analiz sonuçları, bu ülkelerde sağlık harcamalarının beklenenin aksine ekonomik büyümeyi olumsuz etkilediğini göstermiştir. Bu bulgu, sağlık harcamalarının etkin kullanılmasının önemini vurgulamaktadır. MENA ülkelerinin sağlık sistemlerini güçlendirmek için daha fazla yatırım yapması ve sağlık politikalarını gözden geçirmesi gerekmektedir.

Öztürk ve Uçan (2017), Türkiye'de sağlık sektöründeki dönüşümün ardından sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisini analiz etmiştir. Dinamik en küçük kareler yöntemi ile yapılan analiz sonuçları, sağlık harcamalarının artışının hemşire ve doktor başına düşen hasta sayısını azaltarak ekonomik büyümeye küçük de olsa pozitif bir katkı sağladığını göstermiştir. Bu bulgu, sağlık yatırımlarının ekonomik büyüme üzerindeki olumlu etkisini desteklemektedir.

Albayrak ve Öztürk (2021), Türkiye'de 1988-2017 yılları arasında sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Analiz sonuçları, hem kısa hem de uzun dönemde sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde pozitif, ancak küçük bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı gibi reformların sağlık sistemini güçlendirdiği ve sağlık turizminin ekonomik büyümeye katkı sağladığı belirtilmiştir. Ancak, sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği ve diğer sektörlerle etkileşimi gibi konuların da dikkate alınması gerektiği vurgulanmıştır.

Konat (2021), 17 OECD ülkesinde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi Hatemi-J saklı eşbütünleşme testi ile incelemiştir. Sonuçlar, ekonomik büyümenin sağlık harcamalarını etkilediğini, ancak sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi doğrudan etkilemediğini göstermiştir. Negatif şoklar durumunda ise iki değişken arasında çift yönlü bir nedensellik ilişkisi bulunmuştur. Bu bulgular, sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisinin karmaşık ve koşullara bağlı olduğunu göstermektedir.

Karamıklı ve Şaşmaz (2021), Türkiye'de yenilenebilir enerji tüketimi, ekonomik büyüme ve sağlık harcamaları arasındaki nedensellik ilişkisini 1995-2015 yılları arasında incelemiştir. Zivot-Andrews yapısal kırılmalı birim kök testi ve Toda-Yamamoto nedensellik testi sonuçlarına göre, yenilenebilir enerji tüketiminin sağlık harcamalarını azaltıcı yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgu, yenilenebilir

enerjiye geçişin hem çevresel hem de sağlık açısından olumlu etkileri olduğunu göstermektedir.

Acar ve Topdağ (2022), 34 OECD ülkesinde sağlık harcamalarını etkileyen faktörleri sefalet endeksi ve ekonomik kalkınma çerçevesinde incelemiştir. Panel kantil regresyon analiz sonuçları, sefalet endeksi ve kişi başına düşen GSYİH'nın sağlık harcamalarını pozitif yönde etkilediğini göstermiştir. Ayrıca, kentsel nüfus ve yaşam beklentisi de sağlık harcamalarıyla pozitif ilişkili bulunurken, siyasi istikrarın negatif bir etkisi olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular, sağlık harcamalarının sadece ekonomik gelişmişlikle değil, aynı zamanda sosyal ve siyasi faktörlerle de yakından ilişkili olduğunu göstermektedir.

Yalçın ve Çakmak (2016), Türkiye'de kamu sağlık harcamalarının insani gelişme üzerindeki etkisini 1991-2013 yılları arasında incelemiştir. Ekonometrik analiz sonuçları, kamu sağlık harcamalarının artışının insani gelişme endeksini anlamlı şekilde yükselttiğini göstermiştir. Ayrıca, hekim başına düşen kişi sayısı ve yataklı sağlık kurumu sayısındaki artış da insani gelişme pozitif katkı sağlamıştır. Ancak, Türkiye'deki kamu sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı OECD ortalamasının altında kalmaktadır. Bu durum, Türkiye'de sağlık hizmetlerine daha fazla kaynak ayrılması gerektiğini göstermektedir.

Ecevit ve Çetin (2022), Türkiye'de 1985-2018 yılları arasında ekonomik büyüme, yenilenebilir enerji tüketimi, finansal gelişme ve kentleşmenin sağlık harcamaları üzerindeki etkilerini zaman serisi analizleri ile incelemiştir. Sonuçlar, ekonomik büyümenin sağlık harcamalarını artırdığını, ancak yenilenebilir enerji tüketimi ve finansal gelişmenin sağlık harcamalarını azalttığını göstermiştir. Kentleşme ile sağlık harcamaları arasında ise anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu bulgular, sağlık harcamalarının sadece ekonomik faktörlerden değil, aynı zamanda enerji tüketimi, finansal gelişme ve kentleşme gibi diğer faktörlerden de etkilendiğini göstermektedir.

Kartal (2022), BRICS-T ülkelerinde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi panel veri analizi yöntemiyle incelemiştir. Pedroni panel eşbütünleşme testi sonuçları, değişkenler arasında uzun dönemli bir ilişki olduğunu göstermiştir. FMOLS tahmin sonuçları, sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi pozitif yönde etkilediğini ortaya koymuştur. Ancak, DOLS tahmin sonuçları bu ilişki hakkında kesin bir sonuç vermemiştir. Bu bulgular, sağlık harcamalarının ekonomik

büyüme üzerindeki etkisinin ülkelerin özel koşullarına ve uyguladıkları politikalara göre farklılık gösterebileceğini göstermektedir.

Birol ve Demirgil (2022), MIST ülkelerinde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi panel veri analizi yöntemiyle incelemiştir. Panel eşbütünleşme testi sonuçları, değişkenler arasında uzun dönemli bir ilişki olduğunu göstermiştir. Eşbütünleşme katsayısı tahmin sonuçları, sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi pozitif yönde etkilediğini ortaya koymuştur. Panel nedensellik testi sonuçları ise, kısa dönemde ekonomik büyümeden sağlık harcamalarına, uzun dönemde ise iki değişken arasında karşılıklı bir nedensellik ilişkisinin olduğunu göstermiştir. Bu bulgular, sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki pozitif etkisi ve sağlığa dayalı büyüme hipotezini desteklemektedir.

Uyanık ve Yüksel (2017) Bu meta-sentez çalışması, yüksek lisans tezlerinde sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmaları derlemiştir. Çalışmaların çoğunluğu, sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi pozitif yönde etkilediği sonucuna varmıştır. Araştırma yöntemleri olarak genellikle doküman analizi, tarama modeli ve kümeleme analizi kullanılmıştır. Ekonomik gösterge olarak GSYİH veya KBGSYİH, sağlık göstergesi olarak ise doğumda yaşam beklentisi, bebek-çocuk ölüm hızı ve kaba ölüm oranı gibi değişkenler kullanılmıştır. Bu çalışma, sağlık harcamalarının beşeri sermaye oluşumu ve ekonomik büyüme üzerindeki olumlu etkisini destekleyen mevcut literatürü güçlendirmektedir.

Şener, Aslan ve Yiğit (2017), OECD ülkelerinde sağlık harcamalarının sağlık sonuçlarına olan etkisini yapısal eşitlik modellemesi ile analiz etmiştir. Modelde, sağlık insan gücü (hekim ve hemşire), sağlık teknolojisi (bilgisayarlı tomografi) ve sağlık altyapısı (hastane yatak sayısı) gibi değişkenlerin sağlık harcamaları üzerindeki etkisi incelenmiştir. Analiz sonuçları, hemşire sayısının sağlık harcamalarını pozitif yönde etkilediğini, ancak diğer değişkenlerin anlamlı bir etki göstermediğini ortaya koymuştur. Sağlık harcamalarının ise yaşam süresini uzattığı ve bebek ölüm oranını azalttığı bulunmuştur. Bu bulgular, sağlık harcamalarının sağlık sonuçları üzerindeki önemli etkisini ve sağlık sistemlerindeki kaynakların etkin kullanılmasının önemini vurgulamaktadır.

Sever ve İğdeli (2019), 1980-2017 döneminde Türkiye'de kişi başına düşen gelir, kamu ve özel sağlık harcamaları ile sağlık çıktıları (bebek ölüm hızı ve ortalama yaşam

beklentisi) arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Johansen eşbütünleşme, FMOLS ve vektör hata düzeltme teknikleri kullanılarak yapılan analiz sonuçlarına göre, kişi başına düşen gelir, kamu ve özel sağlık harcamalarındaki artışlar bebek ölüm hızını düşürürken, ortalama yaşam beklentisini artırmıştır. Bu bulgular, sağlık harcamalarının sağlık çıktıları üzerindeki pozitif etkisini ve ekonomik büyümenin sağlık üzerindeki dolaylı etkisini desteklemektedir.

Durmaz ve Papuçcu (2020), G20 ülkeleri için 1997-2018 dönemini kapsayan veri seti kullanarak, kamu sağlık harcamaları ile işgücü verimliliği arasındaki ilişkiyi ANFIS modeli ile incelemiştir. Analiz sonuçları, sağlık harcamaları ile işgücü verimliliği arasında doğrusal olmayan karmaşık bir ilişki olduğunu göstermiştir. Özellikle, kamu sağlık harcamalarının belirli bir seviyeye kadar işgücü verimliliğini artırdığı, ancak bu seviyenin üzerindeki artışların verimliliği azalttığı tespit edilmiştir. Benzer şekilde, GSYH ve ticari açıklık gibi makroekonomik değişkenlerin de işgücü verimliliği üzerinde farklı etkileri olduğu görülmüştür. Bu bulgular, sağlık harcamalarının işgücü verimliliği üzerindeki etkisinin doğrusal olmadığını ve farklı ekonomik koşullarda farklı sonuçlar doğurabileceğini göstermektedir.

Uğur, Akdemir ve Gürsel (2010), Türkiye'de sigara ve alkol vergilerinin tüketim ve sağlık harcamaları üzerindeki etkilerini incelemiştir. Ekonometrik analiz sonuçları, sigara tüketiminin artmasının kişi başına sağlık harcamalarını artırdığını göstermiştir. Ancak, sigara vergilerindeki artışın sigara tüketimini azaltmasına rağmen, sağlık harcamalarındaki artış trendini tamamen durduramadığı gözlemlenmiştir. Bu durum, sağlık harcamalarındaki artışın sadece sigara tüketiminden kaynaklanmadığını, aynı zamanda genel ekonomik büyüme, nüfus yaşlanması ve sağlık hizmetlerine erişimin artması gibi diğer faktörlerden de etkilendiğini göstermektedir.

Oğuzhan ve Kurnaz (2018), Düşük gelirli ülkelerde cepten yapılan sağlık harcamalarının ve bu harcamaların yol açtığı katastrofik etkilerin yaygınlığını incelemektedir. Çalışma, bu ülkelerde sağlık sigortası sistemlerinin yetersizliği, informal ödemelerin yaygınlığı ve düşük gelir düzeyleri gibi nedenlerle katastrofik harcamaların yüksek oranlarda olduğunu göstermektedir. Katastrofik harcamalar, hanelerin yoksulluğa düşmesine ve sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlikler oluşmasına neden olmaktadır. Bu durum, sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi, sağlık sigortası

kapsamının genişletilmesi ve informal ödemelerin önlenmesi gibi politikaların önemini ortaya koymaktadır.

Keyifli ve Recepoğlu (2020), E7 ülkelerinde sağlık harcamaları, karbon emisyonları, yenilenebilir enerji tüketimi ve ekonomik büyüme arasındaki nedensellik ilişkisini incelemiştir. Bootstrap panel Granger nedensellik testi sonuçlarına göre, bazı ülkelerde sağlık harcamaları ile karbon emisyonları arasında çift yönlü bir ilişki bulunurken, diğer ülkelerde ise tek yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Ayrıca, yenilenebilir enerji tüketimi ile sağlık harcamaları arasında da bazı ülkelerde nedensellik ilişkisi bulunmuştur. Bu bulgular, çevresel faktörlerin sağlık harcamaları üzerindeki önemli etkisini ve yenilenebilir enerji kaynaklarının sağlık üzerindeki potansiyel faydalarını göstermektedir.

Hayran (2019), Koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlık harcamalarını azaltma konusundaki yaygın inanın aksine, uzun vadede sağlık harcamalarını artırdığını ortaya koymaktadır. Yaşam beklentisindeki artış, koruyucu hizmetlere olan talebi artırarak sağlık harcamalarını yükseltmektedir. Ancak, bu durum koruyucu hizmetlerin faydalarını görmezden gelmemelidir. Koruyucu hizmetler, yaşam kalitesini artırır ve toplumun genel sağlığını iyileştirir. Bu nedenle, sağlık politikaları sadece harcama azaltmaya değil, aynı zamanda toplum sağlığını iyileştirmeye de odaklanmalıdır. Çalışma ayrıca, bireylerin sağlık davranışlarını değiştirerek sağlık harcamalarını azaltmanın önemini vurgulamaktadır.

Yılmaz ve Akdede (2016), Kamu sağlık harcamalarının çocuk ölüm oranları üzerindeki etkisini ve bu etkinin yönetim kalitesi tarafından nasıl modüle edildiğini incelemektedir. 149 ülke için yapılan panel veri analizi, kamu sağlık harcamalarının çocuk ölüm oranlarını azaltmada diğer sosyoekonomik faktörlere göre daha zayıf bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Ancak, düzenleyici kalite indeksi ile ölçülen iyi yönetişimin, kamu sağlık harcamalarının etkinliğini artırdığı bulunmuştur. Bu sonuç, kamu sağlık harcamalarının etkililiğinin sadece harcama miktarına değil, aynı zamanda sağlık sisteminin yönetilme kalitesine de bağlı olduğunu göstermektedir.

Binay (2020), 23 OECD ülkesi için 1975-2012 yılları arasındaki panel veri analizi ile sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Sonuçlar, sağlık harcamalarındaki artışın ekonomik büyümeyi anlamlı şekilde artırdığını göstermektedir. Bu bulgu, sağlık harcamalarının sadece bireylerin sağlığını

iyileştirmekle kalmayıp, aynı zamanda ekonomik büyümeye de önemli katkılar sağladığını desteklemektedir.

Köse, Gültekin ve Meral (2021), G20 ülkelerinde sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi panel ARDL modeli ile analiz etmiştir. Sonuçlar, sağlık harcamalarındaki artışın uzun dönemde ekonomik büyümeyi olumlu yönde etkilediğini, ancak özel sağlık harcamalarının bu etkiyi azaltabileceğini göstermektedir. Bu bulgular, sağlık harcamalarının sadece bireylerin sağlığını iyileştirmekle kalmayıp, aynı zamanda ekonomik büyümeye de önemli katkılar sağladığını desteklemektedir.

Şimşir, Çontur, Bölükbaş ve Aladağ (2015), 1975-2012 yılları arasındaki Türkiye verileri üzerinden sağlık harcamaları, ölüm oranı ve doktor sayısının ekonomik büyüme üzerindeki etkilerini ARDL sınır testi yaklaşımı ile incelemiştir. Sonuçlar, uzun dönemde toplam sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı, ölüm oranı ve doktor sayısındaki artışın ekonomik büyümeyi azalttığını göstermektedir. Kısa dönemde ise sağlık harcamalarının etkisi daha karmaşık olup, dönemsel olarak büyümeyi hem artırabilmekte hem de azaltabilmektedir. Bu bulgular, sağlık harcamalarının miktarının değil, aynı zamanda kalitesinin ve etkinliğinin ekonomik büyüme üzerindeki etkisi olduğunu göstermektedir.

Ecevit, Çetin ve Yücel (2018), Türkiye Cumhuriyetlerindeki sağlık harcamalarının belirleyicilerini panel veri analizi ile incelemiştir. Sonuçlar, kişi başına sağlık harcamalarının kentleşme, kişi başına reel gelir ve 65 yaş üstü nüfus tarafından belirlendiğini göstermektedir. Kentleşme, sağlık harcamalarını en çok etkileyen faktör olarak öne çıkarken, gelir esnekliği 1'den küçük bulunmuştur. Bu, sağlık harcamalarının "zorunlu" bir harcama olduğunu ve sağlık hizmetlerinin piyasada başarısız olması durumunda devletin müdahalesinin gerekliliğini göstermektedir. Ayrıca, 65 yaş üstü nüfusun artması, sağlık harcamalarındaki artışı beraberinde getirecektir.

Çankaya (2018), Türkiye'de 1988-2016 yılları arasında istihdam ve toplam sağlık harcamaları arasındaki nedensellik ilişkisini Granger nedensellik testi ile incelemiştir. Analiz sonuçları, iki değişken arasında anlamlı bir nedensellik ilişkisi bulunmadığını göstermektedir. Bu bulgu, istihdam artışının doğrudan toplam sağlık harcamalarını artırmadığını, dolayısıyla istihdam politikalarının tasarlanırken sağlık harcamalarındaki artış endişesi taşımaya gerek olmadığını ortaya koymaktadır.

Duran (2023), Türkiye'de sağlık harcamalarının kamu harcamaları ve GSYH içindeki gelişimini incelemiştir. Sonuçlar, sağlık harcamalarının kamu harcamaları içindeki payının nispeten sabit olduğunu, ancak COVID-19 salgını nedeniyle 2021 ve 2022 yıllarında önemli bir artış gösterdiğini ortaya koymuştur. Türkiye'nin sağlık harcamaları GSYH içindeki oranı, OECD ülkelerine göre oldukça düşüktür. Bu durum, Türkiye'deki sağlık harcamalarının yetersizliğini ve sağlık sisteminin güçlendirilmesi ihtiyacını göstermektedir.

Uslu, Şahin, Aygün ve Tuna (2023), TOPSIS yöntemini kullanarak OECD ülkelerinin sağlık harcamaları performansını değerlendirmiştir. Analiz sonuçları, Türkiye'nin sağlık harcamaları açısından OECD ülkeleri arasında son sıralarda yer aldığını göstermiştir. Bu durum, Türkiye'nin sağlık sisteminde iyileştirmelere ihtiyaç olduğunu ve sağlık harcamalarının daha etkin kullanılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Şahin ve Temelli (2019), 18 OECD ülkesinde 2000-2015 yılları arasında sağlık harcamalarının belirleyicilerini panel veri analizi ile incelemiştir. Sonuçlar, kişi başına sağlık harcamalarının kişi başına gelir, yaşam beklentisi, 65 yaş üstü nüfus ve kaba doğum oranı ile pozitif ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, sağlık harcamalarının ülkelerin ekonomik gelişimi, nüfus yapısı ve sağlık durumu ile yakından ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Emirkadı (2022), D8 ülkelerinde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi panel veri analizi ile incelemiştir. Sonuçlar, bu iki değişken arasında karşılıklı bir nedensellik ilişkisi olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi desteklediği ve aynı zamanda ekonomik büyümenin de sağlık harcamalarını artırdığı yönündeki teorik beklentileri desteklemektedir.

Şahin ve Yalçınkaya (2020), Meksika, Endonezya, Nijerya ve Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde ekonomik büyüme, kamu sağlık harcamaları ve nüfus yapısının sağlık harcamaları üzerindeki etkilerini panel veri analizi ile incelemiştir. Sonuçlar, ekonomik büyüme ve kamu sağlık harcamalarının sağlık harcamalarını artırdığını, genç ve yaşlı bağımlılık oranlarının ise azalttığını göstermektedir. Bu bulgular, ekonomik büyümenin ve kamu politikalarının sağlık harcamalarını etkilediğini ve sağlıklı bir nüfusun ekonomik büyümeyi desteklediğini ortaya koymaktadır.

Akyol ve Gurlaş (2020), 83 ülkeyi kapsayan geniş bir veri seti kullanarak, teknolojik inovasyon, finansal derinleşme ve sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Sistem-GMM yöntemi ile yapılan analizler, teknolojik inovasyonun ve finansal derinleşmenin sağlık harcamalarını artırdığını ortaya koymuştur. Ayrıca, finansal derinleşmenin teknolojik inovasyon ve sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi güçlendirdiği bulunmuştur. Bu bulgular, sağlık hizmetlerindeki teknolojik gelişmelerin ve finansal sistemin gelişmesinin sağlık harcamalarını artırdığını göstermektedir.

Sağdıç ve Yıldız (2021), Türkiye'nin 81 ilinde 2004-2019 yılları arasında kamu sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi panel veri analizi ile incelemiştir. Eşbütünleşme ve nedensellik analizleri, kamu sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi uzun dönemde pozitif yönde etkilediğini ve bu ilişkinin tek yönlü olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, Türkiye'de kamu sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki önemli rolünü ve sağlık hizmetlerine yapılan yatırımların ekonomik kalkınmayı desteklediğini ortaya koymaktadır.

Demir ve Tanyıldızı (2017), Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkilerini teorik ve ampirik olarak incelemektedir. Çalışmada, sağlık harcamalarının beşeri sermaye gelişimi ve ekonomik verimlilik üzerindeki olumlu etkileri vurgulanmaktadır. Özellikle, sağlıklı bir nüfusun üretimde daha etkin rol oynayacağı ve bu sayede ekonomik büyümeyi destekleyeceği belirtilmektedir. Ayrıca, sağlık sektöründeki Ar-Ge faaliyetlerinin yeni teknolojilerin geliştirilmesine ve ekonomik büyümeye katkı sağladığı vurgulanmaktadır.

Oğul (2022), G7 ülkelerinde 2000-2019 yılları arasında sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi panel veri analizi yöntemiyle incelemiştir. Panel LLC ve IPS birim kök testleri, Pedroni ve Kao eşbütünleşme testleri ile FMOLS ve DOLS yöntemleri kullanılarak yapılan analizler, sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında uzun dönemli pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir. Bu bulgu, sağlık harcamalarındaki artışın ekonomik büyümeyi desteklediğini ve sağlık hizmetlerine yapılan yatırımların üretkenliği artırarak ekonomik büyümeye katkı sağladığını ortaya koymaktadır.

Künü ve Levent (2023), Seçilmiş AB ülkelerinde 2000-2019 yılları arasında sağlık harcamaları, karbon emisyonları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi panel veri analizi ile incelemiştir. İki farklı modelde yapılan analizler, ekonomik büyümenin

hem karbon emisyonlarını azalttığını hem de sağlık harcamalarını artırdığını göstermiştir. Ancak, karbon emisyonları, enerji tüketimi ve ticari açıklık gibi faktörler sağlık harcamalarını olumsuz etkilemektedir. Bu bulgular, ekonomik büyüme ve çevresel sürdürülebilirlik arasındaki dengeyi sağlamanın önemini vurgulamaktadır.

Cengiz ve Manga (2022), Türkiye ve diğer Türk Cumhuriyetlerindeki ekonomik, sosyal ve politik küreselleşmenin sağlık harcamaları üzerindeki etkilerini panel ARDL yöntemiyle incelemiştir. Analiz sonuçları, ekonomik ve sosyal küreselleşmenin sağlık harcamalarını artırdığını, ancak politik küreselleşmenin azalttığını göstermektedir. Bu bulgular, küreselleşmenin sağlık harcamaları üzerindeki etkilerinin karmaşık olduğunu ve farklı küreselleşme boyutlarının farklı sonuçlar doğurduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle, Covid-19 pandemisi gibi küresel sağlık krizleri, ülkelerin sağlık sistemlerini güçlendirmek ve uluslararası işbirliğini artırmak için daha fazla çaba göstermesi gerektiğini göstermiştir.

Sağır ve Kaplan (2024), Türkiye'de 2000-2018 yılları arasında ekonomik büyüme ve sağlık harcamaları arasındaki uzun dönemli ilişkiyi ARDL yöntemi ile analiz etmiştir. Yapılan analizler, ekonomik büyüme ile sağlık harcamaları arasında pozitif ve anlamlı bir uzun dönemli ilişki olduğunu göstermiştir. Bu bulgu, sağlık harcamalarının beşeri sermaye oluşumuna katkısı ve ekonomik büyümeyi destekleyici etkisiyle uyumludur.

Halişçelik, Acaravcı ve Güzel (2019), Türkiye'de gelir dağılımı, sağlık harcamaları ve doğumda yaşam beklentisi arasındaki ilişkiyi ARDL yöntemi ile analiz etmiştir. Analiz sonuçları, gelir eşitsizliğinin azalmasının doğumda yaşam beklentisini artırdığını, ancak toplam sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payının artmasının anlamlı bir etkisi olmadığını göstermektedir. Kişi başına gelir ve her 1000 kişi başına düşen doktor sayısının ise yaşam beklentisini pozitif yönde etkilediği bulunmuştur. Bu bulgular, yoksulluğun azaltılmasının ve sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesinin yaşam beklentisini artırmada önemli olduğunu göstermektedir.

Doğuç (2021), sağlık harcamalarının artışını önlemek için davranışsal iktisat ve nudge kavramının kullanılmasını önermektedir. Geleneksel yöntemlerin sınırlı başarısı karşısında, bireylerin karar verme süreçlerini etkileyen davranışsal faktörlerin kullanılması, sağlık harcamalarını azaltmada daha etkili bir yaklaşım olabilir.

Çalışmada, G7 ülkelerinde uygulanan politikalar incelenerek, davranışsal iktisat temelli bir çerçeve önerilmiştir.

Aytaç (2017), Türkiye'de savunma, eğitim ve sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi 1980-2015 yılları arasında VAR analizi kullanarak incelemiştir. Analiz sonuçları, bu üç harcama kalemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir nedensellik ilişkisinin olmadığını göstermiştir. Bu bulgu, nötrölitte hipotezi ile uyumlu olup, savunma harcamalarındaki artışın eğitim ve sağlık harcamalarını doğrudan etkilemediğini ortaya koymaktadır. Ancak, çalışmada elde edilen bazı sonuçlar, özellikle ekonomik büyüme ile harcamalar arasındaki ilişki, beklenenin dışında çıkmıştır. Bu durum, harcamaların etkinliği ve verimliliği konusunda daha fazla araştırma yapılması gerektiğini göstermektedir. Özellikle, eğitim ve sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi etkilememesi, bu harcamaların etkinliği konusunda sorulara yol açmaktadır.

Kocabadak ve Şengür (2023), 2000-2018 yılları arasında OECD ülkelerinde sağlık harcamaları, kişi başına düşen GSYH ve kriz/salgın etkileri arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Analiz sonuçları, sağlık harcamalarındaki artışın kişi başına düşen GSYH'yı anlamlı şekilde artırdığını göstermiştir. Ayrıca, kriz ve salgınların kişi başına düşen geliri negatif etkilediği bulunmuştur. Bu bulgular, sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki pozitif etkisini ve krizlerin ekonomilere verdiği zararı desteklemektedir. Ancak, bazı ülkelerde bu ilişki farklılık göstermiştir.

Güven ve Tunalı (2021), Çin, İrlanda, Türkiye, İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri gibi farklı ekonomik yapıdaki ülkelerde sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisini incelemiştir. Yapılan analizler sonucunda, ülkeler arasında farklı sonuçlar elde edilmiştir. Özellikle Çin ve İrlanda'da devlet sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi pozitif etkilediği görülürken, Türkiye'de ise cari sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi pozitif etkilediği bulunmuştur. Bu sonuçlar, sağlık harcamalarının yapısı ve ekonomik koşulların farklı ülkelerde farklı etkiler yaratabileceğini göstermektedir.

Alp ve Peker (2018), TR32 bölgesindeki sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi Engle Granger eşbütünleşme yöntemi ile analiz etmiştir. Analiz sonuçları, sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında uzun dönemli bir ilişki olduğunu ve sağlık harcamalarındaki artışın bölge ekonomisini pozitif yönde

etkilediğini göstermektedir. Kısa dönemde de sağlık harcamalarındaki artışın ekonomik büyümeyi desteklediği bulunmuştur. Bu bulgu, sağlık harcamalarının bölge ekonomisi için önemli bir büyüme faktörü olduğunu ortaya koymaktadır.

Manavgat, Daştan ve Abbasi (2021), COVID-19 pandemisinin Türkiye'de hanehalklarının gelir ve harcamalarındaki azalmalar yoluyla sağlıkta finansal koruma üzerindeki etkilerini değerlendirmiştir. Analiz sonuçları, pandeminin hanehalklarının yoksulluk riskini artırarak sağlık harcamalarından kaynaklanan finansal yükünü daha da büyütme potansiyeli olduğunu göstermektedir. Bu durum, sağlık sisteminin güçlendirilmesi ve sosyal koruma mekanizmalarının geliştirilmesi ihtiyacını ortaya koymaktadır.

Balçık, Konca ve Biçer (2021), 36 Avrupa ülkesinde yaşlı nüfus oranı ile kişi başına düşen sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi panel veri analizi ile incelemiştir. Sonuçlar, yaşlı nüfus oranı ile sağlık harcamaları arasında karşılıklı ve pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, yaşlı nüfusun artmasının sağlık harcamalarını artırdığı ve aynı zamanda sağlık hizmetlerine erişimin artmasının yaşam süresini uzatarak yaşlı nüfus oranını da artırdığı yönündeki teorik beklentileri desteklemektedir.

Erdoğan (2010), Türkiye'de 2004-2012 yılları arasında eğitim ve sağlık harcamalarının beşeri gelişmeye olan katkısını değerlendirmektedir. Analiz sonuçları, eğitim harcamalarının kamu bütçesi içindeki payının artmasına rağmen, bu artışın üniversiteler yerine daha çok temel eğitim düzeyine yönelik olduğunu göstermektedir. Sağlık harcamalarında ise önemli bir artış görülmekle birlikte, bu artışın büyük bir kısmı tedavi hizmetlerine yönelik olup, koruyucu sağlık hizmetleri yeterince desteklenmemektedir. Bu durum, beşeri gelişme için gerekli olan eğitim ve sağlık hizmetlerine yapılan yatırımların etkinliğini sorgulamaktadır.

Tatlı ve Barak (2021), OECD ülkelerinde 2002-2019 yılları arasında beklenen yaşam süresini etkileyen faktörleri panel veri analizi ile incelemiştir. Sonuçlar, kişi başına gelir, sağlık harcamaları, hükümet etkinliği ve eğitim düzeyinin beklenen yaşam süresi üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, sağlık sonuçlarının iyileştirilmesinde ekonomik büyüme, sağlık hizmetlerine erişim, iyi yönetim ve insan sermayesinin önemini vurgulamaktadır.

Atabey ve Meriç (2015), Türkiye ve Almanya sağlık sistemlerinin evrensel sağlık kapsamı ve finansman modelleri açısından karşılaştırmalı bir analizini

sunmaktadır. Her iki ülke de evrensel sağlığa erişimi hedeflese de, sağlık harcamalarının büyük bir kısmı kamu kaynaklarından karşılanmaktadır. Ancak,  zel sağlık harcamalarındaki artış ve vergi gelirlerindeki düşüş, kamu finansmanının payını azaltmıştır. Hem Türkiye hem de Almanya'da sağlık sistemlerinin yönetiminde çok başlılık, koordinasyon sorunlarına ve sorumluluk belirsizliğine yol açmaktadır. Özellikle ilaç harcamalarındaki artış, her iki ülke için de önemli bir mali yük oluşturmaktadır. Ayrıca, her iki ülkede de evrensel sağlık kapsamı tam olarak gerçekleşmemektedir.

Diğer (2022), 1970-2021 yılları arasında sağlık harcamaları üzerine yapılan akademik çalışmaları bibliyometrik yöntemle analiz etmiştir. Web of Science veri tabanından elde edilen 1983 çalışma, g rsel haritalama tekniği kullanılarak incelenmiş ve sekiz ana kümeye ayrılmıştır. Bu kümeler, sağlık harcamalarının farklı boyutlarını (harcama, nüfus, ülke, bakıcı, kardiyovasküler hastalık, yüksek maliyetli sağlık harcamaları, eğilim) yansıtmaktadır. Çalışma sonuçları, sağlık harcamaları konusundaki araştırmaların zaman içindeki gelişimini ve gelecekteki araştırma alanlarını belirlemektedir. Özellikle küresel salgınların etkisiyle sağlık harcamalarının önemi artmış ve bu durum araştırmaların odağını şekillendirmiştir.

Tablo 1. Literatür İncelemesi

Yazarlar	Amacı	Kapsamı	Model	Değişkenler	Sonuç
Erol ve Özdemir (2014)	-Sağlık reformlarının (GSS, aile hekimliği, Kamu Hastane Birlikleri gibi) sağlık harcamalarına etkisi -Sağlık hizmetlerine erişim, bireysel harcamalar, kamu-özel sektör rekabeti ve sosyal güvenlik harcamaları içindeki payın incelenmesi	-Türkiye'deki sağlık sistemi reformları, özellikle GSS -Sağlık harcamaları, erişim ve finansman	Zaman serisi veya panel veri analizi (tahmini)	-Bağımlı: Sağlık harcamaları, erişim, bireysel harcamalar vs. -Bağımsız: Reformlar, zaman, coğrafya, sosyo-ekonomik durum	-Sağlık harcamaları arttı. -Rekabet arttı, sağlık hizmeti tüketim malı gibi görüldü. -Eşitsizlikler arttı, sürdürülebilirlik sorunu oluştu. -Kalite ve erişimde sorunlar yaşandı. -Reformlar kısmi başarı sağladı.
Danıştan ve Çetinkaya (2015)	Farklı ülkelerdeki sağlık sistemlerinin, sağlık harcamalarının ve sağlık sonuçlarının ilişkisini incelemek	1980-2012 yılları arasındaki dönem	Zaman serisi analizi veya panel veri analizi gibi nicel yöntemler kullanılarak, farklı ülkelerdeki sağlık harcamaları ve çıktıları arasındaki ilişki incelenmiş olabilir.	Sağlık sistemi modeli, sağlık harcamaları, sosyoekonomik durum, sağlık çıktıları	Sağlık harcamalarının artması her zaman daha iyi sağlık sonuçlarına yol açmıyor. Sağlık sisteminin yapısı, yönetimi ve ülkenin sosyoekonomik durumu da önemli
Akar (2014)	Türkiye'de sağlık harcamaları, ekonomik büyüme ve sağlık harcamalarının nispi fiyatı arasındaki ilişkiyi incelemek.	2004-2013 yılları arasında Türkiye ekonomisi	Eşbütünleşme analizi ve vektör hata düzeltme modeli	Sağlık harcamaları, ekonomik büyüme (GSYH), sağlık harcamalarının nispi fiyatı	Türkiye'de sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi desteklediğini, ancak bu ilişkinin uzun vadede daha belirgin olduğunu bulmuştur. Bu sonuç, sağlık politikalarının tasarımı için önemli bir veri sunmaktadır.
Selim, Uysal ve Eryiğit (2014)	27 AB ülkesi ve Türkiye'de kişi başı sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi incelemek.	2001-2011 yılları arasında 27 AB ülkesi ve Türkiye	Panel veri analizi	Kişi başı sağlık harcamaları, ekonomik büyüme	Sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi desteklediğini ve özellikle beşeri sermayeye yaptığı katkıyı vurgulamaktadır. Bu bulgu, sağlık politikaları için önemli bir veri sunmaktadır.

Tablo 1 (Devam). Literatür İncelemesi

Yazarlar	Amacı	Kapsamı	Model	Değişkenler	Sonuç
Tıraşoğlu ve Yıldırım (2012)	Türkiye'de sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi, özellikle 2008 küresel finansal krizinin etkisi altında incelemek.	2006-2012 dönemi, Türkiye	Lee ve Strazicich (2004) birim kök testi ve Gregory ve Hansen (1996) eşbütünleşme testi	Sağlık harcamaları, ekonomik büyüme	Türkiye'de sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi desteklediğini ve bu ilişkinin uzun vadeli olduğunu göstermiştir. 2008 krizi gibi büyük bir ekonomik şokun bile bu ilişkiyi bozmadığı sonucuna varılmıştır.
Hayaloğlu ve Bal (2015)	Üst orta gelirli ülkelerde sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisini incelemek.	2000-2013 yılları arasında 54 üst orta gelirli ülke	Panel veri analizi	Toplam sağlık harcamaları, kamu ve özel sektör sağlık harcamaları, ekonomik büyüme	Üst orta gelirli ülkelerde sağlık harcamalarının artmasının ekonomik büyümeyi desteklediğini bulmuşlardır. Bu durum, sağlık harcamalarının beşeri sermayeyi artırarak ekonomik büyümeye katkı sağladığını göstermektedir
Çınaroğlu ve Şahin (2016)	Katastrofik sağlık harcamalarının hane halkları üzerindeki yoksullaştırıcı etkisi ve özellikle gelişmekte olan ülkelerdeki durumunu incelemek.	2003,2006 ve 2009 yılları	Nicel bir araştırma	Katastrofik sağlık harcamaları, hane halkı gelirleri, sağlık hizmetlerine erişim, finansal risk havuzlama mekanizmaları gibi değişkenler kullanılmış olabilir.	Sağlık sistemlerinin sadece hastalıkları tedavi etmekle kalmayıp, aynı zamanda finansal riskleri azaltarak toplumun refahını artırmaya yönelik politikalar üretmesi gerektiğini göstermektedir. Katastrofik sağlık harcamalarının azaltılması için şu gibi önlemler alınabilir
Tunçsiper ve Bakar (2023)	Sağlık harcamalarının Türkiye örneğinde ekonomik büyüme ve sosyal refah üzerindeki etkilerini incelemek, özellikle COVID-19 salgınının bu ilişkiyi nasıl etkilediğini değerlendirmek.	Türkiye, COVID-19 salgını öncesi ve sonrası dönem		Sağlık harcamaları (kamu ve özel sektör), ekonomik büyüme, beşeri sermaye, sosyal refah göstergeleri	Türkiye'de sağlık harcamalarının artmasının hem halk sağlığını güçlendirdiğini hem de ekonomik büyümeyi desteklediğini bulmuşlardır. Özellikle COVID-19 salgını, sağlık harcamalarının önemini bir kez daha ortaya koymuştur.
Yumuşak ve Yıldırım (2009)	Türkiye'de sağlık harcamaları, doğuştan yaşam beklentisi ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi incelemek.	1980-2005 yılları arasındaki Türkiye ekonomisi	Johansen eşbütünleşme analizi	Sağlık harcamaları, doğuştan yaşam beklentisi, ekonomik büyüme	Sağlık harcamaları daha çok beşeri sermaye oluşturarak gelecekteki büyümeyi desteklemektedir.

Tablo 1 (Devam). Literatür İncelemesi

Yazarlar	Amacı	Kapsamı	Model	Değişkenler	Sonuç
Ağır ve Tıraş (2018)	Türkiye'de sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ve doğuşta yaşam beklentisi ile ilişkisini analiz etmek.		Johansen eşbütünleşme analizi	Sağlık harcamaları, doğuşta yaşam beklentisi, ekonomik büyüme	Sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi dolaylı olarak etkilediğini, ancak sağlıklı bir nüfusun ekonomik büyüme için çok önemli olduğunu göstermektedir.
Başar, Künü ve Bozma (2016)	Türkiye'de eğitim ve sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkilerini analiz etmek.	1998-2016 yılları arasındaki Türkiye ekonomisi	Johansen eşbütünleşme analizi	Eğitim harcamaları, sağlık harcamaları, ekonomik büyüme	Türkiye'de sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi artırdığını, ancak eğitim harcamalarının beklenen katkısı sağlayamadığını göstermiştir.
Kızıl ve Ceylan (2018)	Türkiye'de sağlık harcamaları ve yaşlı nüfusun ekonomik büyüme üzerindeki etkilerini analiz etmek	1979-2015 yılları arasındaki Türkiye ekonomisi	ARDL (Augmented Dickey-Fuller) ve diğer ekonometrik yöntemler	Kişi başı sağlık harcamaları, 65 yaş üzeri nüfus oranı, ekonomik büyüme	Türkiye özelinde sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki önemini vurgularken, yaşlanan nüfusun etkisi konusunda daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğunu göstermektedir
Aydemir ve Baylan (2015)	Türkiye'de sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi ve bu ilişkinin yönünü belirlemek	1998-2012 yılları arasındaki Türkiye ekonomisi	Koentegrasyon ve Granger nedensellik testleri	Sağlık harcamaları, Gayri Safi Milli Hasıla	Türkiye'de sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında güçlü bir ilişki olduğunu ve bu ilişkinin karşılıklı olduğunu göstermektedir.
Akıncı ve Tuncer (2016)	Türkiye'de sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi ve bu ilişkinin yönünü belirlemek.	2006-2016 yılları arası	Johansen eşbütünleşme analizi, hata düzeltme modeli, Granger nedensellik testi, VAR modeli tabanlı etki-tepki fonksiyonları	Sağlık harcamaları, ekonomik büyüme	Türkiye'de sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında güçlü ve karşılıklı bir ilişki olduğunu göstermektedir.
Şaşmaz, Odabaş ve Yayla (2019)	OECD ülkelerinde sağlık harcamaları ile kalkınma arasındaki ilişkiyi analiz etmek.	34 OECD ülkesi, 2000-2015 yılları	Panel veri analizi	Sağlık harcamaları, kalkınma	Sağlık harcamalarına yapılan yatırımların hem bireylerin sağlığını iyileştirdiğini hem de ekonomik büyümeyi desteklediğini göstermektedir.

Tablo 1 (Devam). Literatür İncelemesi

Yazarlar	Amacı	Kapsamı	Model	Değişkenler	Sonuç
Güzel ve Özer (2022)	Türkiye'de hava kirliliğinin sağlık maliyetini belirlemek.	2009-2019 yılları arasındaki Türkiye	maliyet-fayda analizleri veya epidemiyolojik modeller kullanılmıştır.	Hava kirliliği verileri, sağlık harcamaları, sağlık kayıpları	Türkiye'de hava kirliliğinin sağlığa verdiği zararın ekonomik olarak ne kadar büyük olduğunu göstermiş ve bu sorunun çözümü için acil önlemler alınması gerektiğini vurgulamıştır.
Akar, Sarıtaş ve Akar (2023)	Yenilenebilir enerji tüketimi ile sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi AB ülkelerinde analiz etmek.	13 AB ülkesi, 2001-2019 yılları	Panel veri analizi	Yenilenebilir enerji tüketimi, sağlık harcamaları, ekonomik büyüme	Yenilenebilir enerji kullanmanın sağlık harcamalarını azalttığını ve ekonomik büyümeyi desteklediğini göstermiştir.
Şantaş, Demirgil ve Şantaş (2018)	Türkiye'de sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi ve bu ilişkinin yönünü belirlemek.	2010-2016 yılları arasındaki Türkiye ekonomisi (Aylık veri)	ARDL sınır testi yaklaşımı	Sağlık harcamaları, ekonomik büyüme	Türkiye'de sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki pozitif etkisini ve bu ilişkinin uzun dönemli olduğunu göstermektedir.
Çelik (2020)	G20 ülkelerinde sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi ve bu ilişkinin yönünü belirlemek.	G20 ülkeleri (Dünyanın en büyük 20 ekonomisi)	Panel veri analizi, Dumitrescu-Hurlin nedensellik testi, uzun dönemli eşbütünleşme analizi	Sağlık harcamaları, ekonomik büyüme	Ekonomik büyümenin sağlık harcamalarını artırdığını ve sağlık harcamalarının da ekonomik büyümeyi desteklediğini, özellikle Avrupa Birliği ülkelerinde bu ilişkinin daha güçlü olduğunu göstermiştir.
Kesbiç ve Salman (2018)	Türkiye'de kamu ve özel sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkilerini karşılaştırmak	1980-2014 yılları arasındaki Türkiye ekonomisi	VAR (Vektör Otoregresyon) modeli ve varyans ayrıştırma analizi	Kamu sağlık harcamaları, özel sağlık harcamaları, ekonomik büyüme	Türkiye'de sağlık harcamalarının, özellikle kamu tarafından finanse edilenlerin, ekonomik büyümeyi daha fazla desteklediğini ortaya koymuştur.
Akbulut (2020)	Türkiye'de kamu sağlık harcamalarının gelir eşitsizliği üzerindeki etkisini analiz etmek.	Türkiye ve OECD ülkeleri	Gelir dağılımı analizlerinde sıkça kullanılan Gini katsayısı, Lorenz eğrisi gibi ölçümler ve ekonometrik modeller	Kamu sağlık harcamaları, gelir dağılımı göstergeleri (Gini katsayısı gibi), diğer sosyoekonomik değişkenler	Türkiye'de kamu sağlık harcamalarının artmasının yoksulları daha çok faydalandırarak gelir eşitsizliğini azalttığını ve bu durumun sosyal adaleti güçlendirdiğini göstermiştir.

Tablo 1 (Devam). Literatür İncelemesi

Yazarlar	Amacı	Kapsamı	Model	Değişkenler	Sonuç
Güven, Tefvik ve Ebru (2020)	Beş gelişmiş ülkede sağlık harcamalarını etkileyen faktörleri panel veri analizi ile belirlemek ve bu faktörlerin sağlık harcamalarına olan etki oranını hesaplamak.	Beş gelişmiş ülke üzerinde, belirli bir zaman diliminde gerçekleştirilen sağlık harcamaları, ilaç harcamaları, ekonomik büyüme ve hekim sayısı verileri kullanılmıştır.	Panel veri analizi yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntem, birden fazla birey (ülke) için zaman içindeki değişimi analiz etmeye olanak tanır.	Sağlık harcamaları İlaç harcamaları hekim sayısı	Beş gelişmiş ülkede sağlık harcamalarını etkileyen başlıca faktörlerin ilaç harcamaları, ekonomik büyüme ve hekim sayısı olduğu sonucuna varmıştır. Bu faktörlerin birlikte sağlık harcamalarının yaklaşık %96'sını açıkladığı belirtilmiştir.
Artan, Hayaloğlu ve Demirel (2017)	BRICS ülkelerinde kamu sağlık harcamalarının etkinliğini belirleyen faktörleri tespit etmek.	BRICS ülkeleri (Brezilya, Rusya, Hindistan, Çin, Güney Afrika)	Veri Zarflama Analizi (VZA) ve panel veri regresyon modelleri	Kamu sağlık harcamaları, işsizlik oranı, enflasyon, yolsuzluk düzeyi, gayri safi sermaye oluşumu	Ekonomik istikrar, düşük yolsuzluk düzeyi ve yeterli yatırımların kamu sağlık harcamalarının etkinliği için önemli olduğu sonucuna varılmıştır.
Orhaner (2017)	Türkiye'de özel sağlık sigortalarının önemini vurgulamak ve bu sigortalara olan talebi artırmak için yapılabilecek düzenlemeleri önermek.	Türkiye'deki sağlık sigorta sistemi, özel sağlık sigortaları pazarı	Çalışmada belirli bir ekonometrik model kullanılmak yerine, daha çok literatür taraması ve politika analizi yöntemleri kullanılmıştır.	Özel sağlık sigortaları, sağlık harcamaları, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) finansmanı	Türkiye'de özel sağlık sigortalarının sağlık sisteminde önemli bir rol oynadığını ve bu sigortalara olan talebi artırmak için çeşitli teşviklerin uygulanabileceğini göstermektedir.
Gençoğlu, Kuşkaya ve Büyüknalbant (2020)	OECD ülkelerinde sağlık harcamalarının sürdürülebilir olup olmadığını belirlemek.	21 OECD ülkesi (1975-2017 dönemi)	İkinci nesil panel birim kök testleri (CADF, SURADF, Hadri-Kurozumi)	Sağlık harcamaları	Gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarının uzun vadede devam edebileceğini ve bu durumun ekonomik büyüme ve sosyal refah için olumlu etkileri olduğunu göstermiştir.

Tablo 1 (Devam). Literatür İncelemesi

Yazarlar	Amacı	Kapsamı	Model	Değişkenler	Sonuç
Sançar ve Polat (2021)	BRICS ülkelerinde sağlık harcamaları, ekonomik büyüme ve CO2 emisyonları arasındaki ilişkiyi incelemek.	BRICS ülkeleri (Brezilya, Rusya, Hindistan, Çin, Güney Afrika)	Panel veri analizi	Sağlık harcamaları, ekonomik büyüme, CO2 emisyonları	BRICS ülkelerinde ekonomik büyümenin hem sağlık harcamalarını hem de çevre kirliliğini artırdığını, aynı zamanda sağlık harcamalarının da ekonomik büyümeyi etkileyebileceğini göstermiştir. Bu durum, sürdürülebilir kalkınma için çevre dostu ve sağlık odaklı politikaların önemini vurgulamaktadır.
Kurşun ve Rakıcı (2014)	Türkiye'nin sağlık harcamalarını diğer ülkelerle karşılaştırarak, sağlık sisteminin durumunu değerlendirmek ve sosyal refah üzerindeki etkilerini analiz etmek.	Farklı ülkelerdeki sağlık harcamaları ve sosyal refah göstergeleri, Türkiye'deki sağlık sistemi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı	Karşılaştırmalı analizler, korelasyon analizleri gibi istatistiksel yöntemler	Sağlık harcamaları (GSYH içindeki payı, kişi başına düşen harcama), sağlık hizmetlerine erişim, sağlık sonuçları, sosyal refah göstergeleri	Türkiye'nin sağlık harcamalarının düşük olduğunu ve sağlık hizmetlerine erişimde sorunlar olduğunu göstererek, sağlık sisteminde reformlara ihtiyaç olduğunu vurgulamaktadır.
Ankara ve Zeybek (2021)	SDP sonrası Türkiye'de sağlık harcamaları ve sağlık enflasyonunun dinamiklerini zaman serisi analizleri ile incelemek.	Türkiye'de SDP sonrası dönem (genellikle 2003-2017 yılları arasında)	ARIMA, VAR	Sağlık harcamaları (toplam, kamu, özel), sağlık enflasyonu, genel enflasyon, tıbbi ürün fiyatları, ayakta tedavi hizmet fiyatları	Türkiye'de sağlık harcamalarının büyük ölçüde devlet tarafından karşılandığını, sağlık enflasyonunun ise tıbbi ürün ve hizmet fiyatlarındaki artışlarla ilişkili olduğunu göstermiştir. Ayrıca, ilginç bir şekilde sağlık enflasyonunun uzun vadede genel enflasyonu düşürdüğü sonucuna varılmıştır.
Saraçoğlu ve Songur (2017)	Avrasya ülkelerinde kişi başına sağlık harcamaları ile kişi başına milli gelir arasındaki ilişkiyi analiz etmek.	10 Avrasya ülkesi	Panel veri analizleri	Kişi başına sağlık harcamaları, kişi başına milli gelir	Avrasya ülkelerinde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında karşılıklı bir etkileşim olduğunu göstermiştir. Yani, sağlıklı bir nüfus daha fazla üretir ve bu da daha fazla sağlık harcamasına olanak sağlar.

Tablo 1 (Devam). Literatür İncelemesi

Yazarlar	Amacı	Kapsamı	Model	Değişkenler	Sonuç
Fendoğlu ve Gökçe (2021)	Türkiye'de eğitim ve sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki uzun dönemli ilişkiyi tespit etmek.	Türkiye (2006-2021 dönemi)	Fourier ARDL sınır testi	Eğitim harcamaları, sağlık harcamaları, ekonomik büyüme	Türkiye'de eğitim ve sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi doğrudan etkilemediğini göstermiştir. Bu durum, eğitim ve sağlık sistemlerindeki bazı yapısal sorunlara bağlanabilir.
Uçan ve Atay (2016)	Türkiye'de sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisini belirlemek.	Türkiye (2006-2014 dönemi)	Zaman serisi analizleri, panel regresyon	Sağlık harcamaları, ekonomik büyüme	Türkiye'de sağlık harcamalarının artmasının ekonomik büyümeyi desteklediğini ve bunun nedeninin sağlıklı bir nüfusun daha üretken olması olduğunu göstermiştir.
Tıraş ve Ağır (2018)	OECD ülkelerinde gelir ve sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi analiz etmek.	OECD ülkeleri	Panel veri analizleri, korelasyon analizleri	Kişi başına gelir, sağlık harcamaları (toplam, kamu, özel)	Zengin ülkelerde gelir arttıkça sağlık harcamalarının da arttığını ve sağlık harcamalarının da geliri artırdığını göstermiştir. Yani sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme birbirini besleyen bir döngü içindedir.
Dumrul (2019)	ASEAN-5 ülkelerinde sağlık harcamaları, çevre kirliliği ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi analiz etmek.	ASEAN-5 ülkeleri (2000-2014 dönemi)	Panel veri analizleri	Sağlık harcamaları, çevre kirliliği, ekonomik büyüme	ASEAN ülkelerinde çevre kirliliğinin ve ekonomik büyümenin insanların hasta olmasına neden olduğunu ve bu nedenle sağlık harcamalarının arttığını göstermiştir. Bu durum, daha temiz bir çevre ve sürdürülebilir bir büyümenin önemini vurgulamaktadır.
Tıraş ve Türkmen (2020)	Avrupa Birliği ülkeleri ve Türkiye'de sağlık harcamalarını etkileyen faktörleri belirlemek.	19 Avrupa Birliği ülkesi ve Türkiye	Panel veri analizleri	Kişi başı gelir, 65 yaş üstü nüfus oranı, yaşam beklentisi, karbondioksit emisyonu, sağlık harcamaları	Zengin ülkelerin sağlık harcamalarının daha yüksek olduğunu ve yaşlı nüfusun artması ile çevre kirliliğinin de sağlık harcamalarını etkileyebileceğini göstermiştir.

Tablo 1 (Devam). Literatür İncelemesi

Yazarlar	Amacı	Kapsamı	Model	Değişkenler	Sonuç
Ağır ve Tıraş (2018)	Farklı gelir düzeyindeki ülkelerde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi analiz etmek.	gelişmiş, gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkeler	Panel veri analizi ve Zaman serisi analizi	Kişi başına sağlık harcamaları, kişi başına gayri safi yurtiçi hasıla (GSYİH), insan gelişmişlik endeksi (İGE) gibi değişkenler	Hem zengin hem de fakir ülkelerde sağlık harcamalarının ve ekonomik büyümenin birbirini etkilediğini göstermiştir. Sağlıklı insanlar daha fazla çalışabilir ve üretebilir, bu da ekonomik büyümeyi destekler.
Üzümcü ve Söğüt (2020)	Türkiye'de kamu kesimi sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi analiz etmek.	Türkiye (1983-2019 dönemi)	Eşbütünleşme (cointegration), FMOLS (Fully Modified Ordinary Least Squares) ve DOLS (Dynamic Ordinary Least Squares) analizleri, Granger nedensellik analizi	Kamu kesimi sağlık harcamaları, ekonomik büyüme (GSYH veya benzeri bir büyüme göstergesi)	Türkiye'de sağlık harcamalarının artmasının ekonomik büyümeyi desteklediğini ve ekonomik büyümenin de sağlık harcamalarını artırdığını göstermiştir.
Öztürk ve Küsmez (2019)	BRICS-T ülkelerinde sağlık harcamalarının belirleyicilerini analiz etmek.	BRICS-T ülkeleri (1995-2014 dönemi)	Panel Vektör Otoregresif (VAR) modeli	Sağlık harcamaları, yaşlanan nüfus, ölüm oranları (erkek ve kadın), ekonomik büyüme	BRICS-T ülkelerinde yaşlı nüfusun artmasıyla sağlık harcamalarının arttığını, ancak ekonomik büyümenin bu artışı bir miktar azalttığını göstermiştir. Bu durum, sağlık sistemlerinin yaşlanan nüfusa daha iyi hizmet verebilmesi için ekonomik büyümenin önemini vurgulamaktadır.
Güven, Şimşek ve Güven (2018)	MENA ülkelerinde sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisini analiz etmek.	Orta Doğu ve Kuzey Afrika ülkeleri	Panel veri analizleri, zaman serisi analizleri veya ekonometrik modelleme	Sağlık harcamaları (kamu ve özel), ekonomik büyüme (GSYH veya benzeri bir büyüme göstergesi), insan gelişmişlik endeksi (İGE) gibi değişkenler	Orta Doğu ve Kuzey Afrika ülkelerinde sağlık harcamalarının artmasına rağmen ekonomik büyümenin yavaşladığını göstermiştir. Bu durum, bu ülkelerde sağlık sistemlerinin daha etkin hale getirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Tablo 1 (Devam). Literatür İncelemesi

Yazarlar	Amacı	Kapsamı	Model	Değişkenler	Sonuç
Tokatlıoğlu ve Tokatlıoğlu (2014)	Türkiye'de katastrofik sağlık harcamalarının yoksulluk üzerindeki etkisini değerlendirmek.	Türkiye (2002-2011 dönemi)	Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Bankası tarafından geliştirilen katastrofik sağlık harcamaları analiz yöntemleri	Sağlık harcamaları, hane halkı gelirleri, yoksulluk eşiği	Türkiye'de sağlık harcamalarının yoksul aileleri daha da zor durumda bıraktığını, ancak yeni yoksul aileler yaratmadığını göstermiştir. Bu durum, sağlık hizmetlerine erişimin eşitsiz olduğunu ve yoksul ailelere daha fazla destek verilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.
Öztürk ve Uçan (2017)	Türkiye'de sağlık sektörü dönüşümünün ardından sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisini analiz etmek.	Türkiye (Dönüşümün yaşandığı dönem)	Dinamik en küçük kareler yöntemi	Sağlık harcamaları, ekonomik büyüme, hemşire ve doktor başına düşen hasta sayısı, diğer sağlık sistemi göstergeleri	Türkiye'de sağlık harcamalarının artmasının sağlık çalışanlarına düşen hasta sayısını azaltarak sağlık hizmetlerinin kalitesini yükselttiğini ve bu durumun da ekonomik büyümeye olumlu katkı sağladığını göstermiştir.
Konca, Gözlü ve Çakmak (2018)	G20 ülkelerinde sağlık harcamalarının etkinliğini değerlendirmek.	G20 ülkeleri (Dünya ekonomisinde önemli bir yere sahip 20 ülke)	Veri Zarflama Analizi (VZA)	Sağlık harcamaları (girdi), sağlık çıktıları	G20 ülkelerinde bazı ülkelerin sağlık harcamalarından daha fazla fayda sağladığını, bazılarının ise daha az fayda sağladığını göstermiştir. Bu durum, sağlık harcamalarının etkin kullanımı konusunda önemli farklılıklar olduğunu ortaya koymaktadır.
Albayrak ve Öztürk (2021)	Türkiye'de sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi analiz etmek.	Türkiye (1988-2017 dönemi)	Panel veri analizleri, zaman serisi analizleri	Sağlık harcamaları, ekonomik büyüme (GSYH veya benzeri bir büyüme göstergesi), sağlık sektörüne ilişkin diğer göstergeler	Türkiye'de sağlık harcamalarının artmasının ekonomik büyümeyi desteklediğini, ancak bu etkinin çok büyük olmadığını göstermiştir. Sağlıkta yapılan reformların ve sağlık turizminin bu ilişkiyi güçlendirdiği vurgulanmıştır.

Tablo 1 (Devam). Literatür İncelemesi

Yazarlar	Amacı	Kapsamı	Model	Değişkenler	Sonuç
Konat (2021)	OECD ülkelerinde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi Hatemi-J saklı eşbütünleşme testi ile analiz etmek.	17 OECD ülkesi	Hatemi-J saklı eşbütünleşme testi	Sağlık harcamaları, ekonomik büyüme (GSYH veya benzeri bir büyüme göstergesi)	OECD ülkelerinde ekonomik büyümenin sağlık harcamalarını artırdığını, ancak sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi doğrudan etkilemediğini göstermiştir. Ancak, ekonomik kriz gibi olumsuz durumlar olduğunda, sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme birbirini etkilemektedir.
Giray ve Çimen (2018)	Türkiye ve diğer OECD ülkelerinde kişi başına düşen sağlık harcamalarını etkileyen faktörleri belirlemek	Türkiye ve diğer OECD ülkeleri	Panel veri analizi	Kişi başına düşen milli gelir, nüfus büyüklüğü, ekonomik kriz göstergeleri, sağlık harcamaları	Ülkelerin ekonomileri büyüdükçe ve nüfusları arttıkça sağlık harcamalarının da arttığını, ancak ekonomik krizlerde bu harcamaların azaldığını göstermiştir.
İpek (2019)	Türkiye'de hanehalklarının cepten yaptığı sağlık harcamalarının belirleyicilerini UQR yöntemi ile analiz etmek.	2003, 2015 yılları arası	Koşulsuz Kantil Regresyon	Yaş, eğitim düzeyi, sigorta türü, yeşil kart programındaki değişiklikler, cepten yapılan sağlık harcamaları	Türkiye'de yaşlıların ve düşük gelirli kişilerin sağlık hizmetlerine daha fazla para harcadığını, eğitim düzeyinin ise sağlık harcamalarını azalttığını göstermiştir. Bu sonuçlar, sağlık politikalarının oluşturulurken bu faktörlerin dikkate alınması gerektiğini vurgulamaktadır.
Karamıklı ve Şaşmaz (2021)	Türkiye'de yenilenebilir enerji tüketimi, ekonomik büyüme ve sağlık harcamaları arasındaki nedensellik ilişkisini belirlemek.	Türkiye (1995-2015 yılları)	Zivot-Andrews yapısal kırılmalı birim kök testi ve Toda-Yamamoto nedensellik testi	Yenilenebilir enerji tüketimi, ekonomik büyüme (GSYH veya benzeri bir büyüme göstergesi), sağlık harcamaları	Türkiye'de yenilenebilir enerji kullanımı arttıkça sağlık harcamalarının azaldığını göstermiştir. Bu durum, yenilenebilir enerjinin hem çevre hem de insan sağlığı için faydalı olduğunu ortaya koymaktadır.
Çıraklı (2019)	Türkiye'de makroekonomik faktörlerin sağlık harcamaları ve Sağlık Bakanlığı bütçesi üzerindeki etkilerini belirlemek	Türkiye (1974-2015 yılları)	ARDL sınır testi	Reel GSYH (ekonomik büyüme), işsizlik, enflasyon, sağlık harcamaları, Sağlık Bakanlığı bütçesi	Türkiye'de ekonomi iyi giderken sağlık hizmetlerine daha fazla para ayrıldığını, ancak ekonomik krizlerde bu durumun değişebileceğini göstermiştir.

Tablo 1 (Devam). Literatür İncelemesi

Yazarlar	Amacı	Kapsamı	Model	Değişkenler	Sonuç
Yurdadoğ (2007)	Türkiye'de sağlık harcamalarının yapısını ve finansman kaynaklarını analiz etmek	OECD metodolojisi çerçevesinde 1999-2000 yılları arası	Betimsel	Hastane hizmetlerine yapılan harcamalar, birinci basamak hizmetlerine yapılan harcamalar, koruyucu sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar, ilaç harcamaları, sosyal güvenlik fonlarından yapılan ödemeler, hane halkı cepten ödemeleri	Türkiye'de sağlık harcamalarının büyük bir kısmının hastanelere yapıldığını ve insanların kendi cebinden de önemli ölçüde sağlık harcaması yaptığını göstermiştir. Birinci basamak sağlık hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetlerine yeterince önem verilmediği sonucuna varılmıştır.
Çetintürk ve Gençtürk (2020)	OECD ülkelerinin sağlık harcamalarını karşılaştırarak, Türkiye'nin sağlık harcamaları profilini belirlemek	36 OECD ülkesi, 2003-2017 yılları	Kümeleme analizi	Sağlık harcamalarına ilişkin çeşitli göstergeler	Türkiye'nin sağlık harcamalarının diğer gelişmiş ülkelere göre daha düşük olduğunu ve benzer ekonomik koşullara sahip bazı ülkelerle aynı grupta yer aldığını göstermiştir. Bu durum, Türkiye'nin sağlık sisteminde iyileştirmelere ihtiyaç olduğunu ortaya koymaktadır.
Atabey ve Meriç (2015)	Türkiye ve Almanya sağlık sistemlerini evrensel sağlık kapsamı ve finansman modelleri açısından karşılaştırarak benzerlik ve farklılıkları ortaya koymak	Türkiye ve Almanya	Karşılaştırmalı analiz	Sağlık harcamaları (kamu ve özel), vergi gelirleri, sağlık sistemi yönetimi, ilaç harcamaları, evrensel sağlık kapsamı	Türkiye ve Almanya'nın sağlık sistemlerinin benzer sorunlarla karşılaştığını, özellikle sağlık harcamalarının kontrol altına alınması ve evrensel sağlık kapsamının tam olarak sağlanması konularında iyileştirmelere ihtiyaç olduğunu göstermiştir.
Acar ve Topdağ (2022)	OECD ülkelerinde sağlık harcamalarını etkileyen faktörleri sefalet endeksi ve ekonomik kalkınma çerçevesinde analiz etmek.	34 OECD ülkesi	Panel kantil regresyon analizi	Sefalet endeksi, kişi başına düşen GSYİH, kentsel nüfus, yaşam beklentisi, siyasi istikrar, sağlık harcamaları	Fakir ve siyasi olarak istikrarsız ülkelerde sağlık harcamalarının daha yüksek olduğunu, ancak yaşam beklentisi ve kentsel nüfusun artmasıyla da sağlık harcamalarının arttığını göstermiştir.

Tablo 1 (Devam). Literatür İncelemesi

Yazarlar	Amacı	Kapsamı	Model	Değişkenler	Sonuç
Yalçın ve Çakmak (2016)	Türkiye'de kamu sağlık harcamalarının insani gelişme üzerindeki etkisini belirlemek.	Türkiye (1991-2013 yılları)	Panel veri analizi	Kamu sağlık harcamaları, insani gelişme endeksi, hekim başına düşen kişi sayısı, yataklı sağlık kurumu sayısı, GSYİH	Türkiye'de sağlık hizmetlerine daha fazla para harcanmasıyla insanların yaşam koşullarının ve genel refahının arttığını göstermiştir. Ancak, hala yapılması gereken çok iş olduğu vurgulanmıştır.
Ecevit ve Çetin (2022)	Türkiye'de ekonomik büyüme, yenilenebilir enerji tüketimi, finansal gelişme ve kentleşmenin sağlık harcamaları üzerindeki etkilerini belirlemek.	Türkiye (1985-2018 yılları)	Zaman serisi analizi	Sağlık harcamaları, ekonomik büyüme, yenilenebilir enerji tüketimi, finansal gelişme	Türkiye'de sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ile birlikte değiştiğini, ancak beklenmedik şekilde yenilenebilir enerji tüketimi ve finansal gelişmenin sağlık harcamalarını azalttığını göstermiştir.
Kartal (2022)	BRICS-T ülkelerinde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi panel veri analizi yöntemiyle incelemek.	BRICS-T ülkeleri (Brezilya, Rusya, Hindistan, Çin, Güney Afrika, Türkiye)	Panel veri analizi	Sağlık harcamaları, ekonomik büyüme	BRICS-T ülkelerinde sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi desteklediğini, ancak bu ilişkinin her ülke için aynı olmadığını göstermiştir.
Çalışkan ve Sanisoğlu (2022)	Dünya genelindeki ülkelerde sağlık harcamalarını etkileyen faktörleri panel veri analizi yöntemiyle incelemek	164 ülke	Panel veri analizi	Sağlık harcamaları, gelir düzeyi, doğumda beklenen yaşam süresi, dış kaynaklar, beslenme, bulaşıcı hastalıklar	Zengin ülkelerde sağlık harcamalarının daha yüksek olduğunu, yaşam süresinin artmasıyla sağlık harcamalarının da arttığını, ancak dış kaynakların yerel sağlık harcamalarını azaltabildiğini göstermiştir.
Becerren, İzgi ve Fırat (2021)	OECD ülkelerinde sağlık harcamalarının belirleyicilerini analiz etmek, özellikle gelir seviyesi ve yaşlanan nüfusun etkilerini incelemek.	36 OECD ülkesi		Sağlık harcamaları, gelir seviyesi, yaşlı nüfus oranı, COVID-19 ile ilgili değişkenler (vaka sayısı, ölüm oranı vb.)	Zengin ülkelerde sağlık harcamalarının artış hızının yavaşladığını, ancak yaşlı nüfusun artmasıyla sağlık harcamalarının arttığını göstermiştir. COVID-19 salgını ise sağlık sistemleri üzerinde ek bir yük oluşturmuştur.

Tablo 1 (Devam). Literatür İncelemesi

Yazarlar	Amacı	Kapsamı	Model	Değişkenler	Sonuç
Birol ve Demirgil (2022)	MIST ülkelerinde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi panel veri analizi yöntemiyle incelemek.	MIST ülkeleri (Meksika, Endonezya, Güney Kore, Türkiye)	Panel veri analizi	Sağlık harcamaları, ekonomik büyüme (GSYH büyüme hızı)	MIST ülkelerinde sağlık harcamalarının artmasının ekonomik büyümeyi desteklediğini ve bunun uzun vadede karşılıklı bir ilişki olduğunu göstermiştir.
Uyanık ve Yüksel (2017)	Yüksek lisans tezlerinde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaları derlemek ve bu çalışmaların genel bulgularını sunmak.	Yüksek lisans tezleri	Meta-sentez	GSYİH, KBGSYİH	Birçok farklı araştırmayı inceleyerek, sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi artırdığı sonucuna varmıştır.
Şener, Aslan ve Yiğit (2017)	OECD ülkelerinde sağlık harcamalarının sağlık sonuçlarına olan etkisini yapısal eşitlik modellemesi ile analiz etmek.	OECD ülkeleri	Yapısal Eşitlik Modellemesi	Sağlık harcamaları, sağlık insan gücü (hekim ve hemşire sayısı), sağlık teknolojisi (bilgisayarlı tomografi), sağlık altyapısı (hastane yatak sayısı), yaşam süresi, bebek ölüm oranı	OECD ülkelerinde hemşire sayısının artmasının sağlık harcamalarını artırdığını ve sağlık harcamalarının da insanların daha uzun yaşaması ve bebek ölümlerinin azalmasına neden olduğunu göstermiştir.
Sever ve İğdeli (2019)	Türkiye'de ekonomik büyüme, kamu ve özel sağlık harcamaları ile sağlık çıktıları arasındaki ilişkiyi belirlemek.	1980-2017 yılları arasında Türkiye	Johansen eşbütünleşme testi, FMOLS (Fully Modified Ordinary Least Squares) ve vektör hata düzeltme modeli	Kişi başına düşen gelir, kamu sağlık harcamaları, özel sağlık harcamaları, bebek ölüm hızı, ortalama yaşam beklentisi	Türkiye'de ekonomik olarak daha iyi durumdaki insanların daha sağlıklı olduğunu ve sağlık harcamalarının arttıkça insanların daha uzun yaşadığını ve bebek ölümlerinin azaldığını göstermiştir.

Tablo 1 (Devam). Literatür İncelemesi

Yazarlar	Amacı	Kapsamı	Model	Değişkenler	Sonuç
Durmaz ve Papuçcu (2020)	G20 ülkelerinde kamu sağlık harcamaları ile işgücü verimliliği arasındaki ilişkinin doğasını ve bu ilişkiyi etkileyen diğer faktörleri belirlemek.	Dünyanın en büyük 20 ekonomisine sahip G20 ülkelerini kapsıyor ve 1997-2018 yılları arasındaki dönemi analiz ediyor.	Yapay sinir ağlarına dayalı bulanık mantık sistemlerinden biri olan Adaptive Neuro-Fuzzy Inference System (ANFIS) modeli kullanılmıştır. Bu model, doğrusal olmayan karmaşık ilişkileri daha iyi modelleme özelliğine sahiptir.	Kamu sağlık harcamaları, GSYH, ticari açıklik, İşgücü verimliliği	G20 ülkelerinde kamu sağlık harcamalarının işgücü verimliliği üzerindeki etkisinin artan bir geri dönüşe sahip olduğunu göstermiştir. Bu durum, sağlık harcamalarının belirli bir seviyeden sonra verimliliği azaltabileceğini ve bu nedenle sağlık politikalarının dikkatli bir şekilde oluşturulması gerektiğini vurgulamaktadır.
Uğur, Akdemir ve Gürsel (2010)	Türkiye'de sigara ve alkol vergilerinin tüketim ve sağlık harcamaları üzerindeki etkilerini belirlemek		Ekonometrik model	Sigara tüketimi, alkol tüketimi, sigara vergileri, alkol vergileri, kişi başına düşen sağlık harcamaları, genel ekonomik büyüme, nüfus yaşlanması, sağlık hizmetlerine erişim	Sigara vergilerinin sigara tüketimini azalttığını ancak sağlık harcamalarındaki artışı tamamen engelleyemediğini göstermiştir. Sağlık harcamaları, birçok farklı faktörden etkilenmektedir.
Oğuzhan ve Kurnaz (2018)	Düşük gelirli ülkelerde cepten yapılan sağlık harcamalarının ve bu harcamaların yol açtığı katastrofik etkilerin yaygınlığını ve nedenlerini belirlemek.	Düşük gelirli ülkeler		Cepten yapılan sağlık harcamaları, hane halkı geliri, sağlık sigortası kapsamı, informal ödemeler, sağlık hizmetlerine erişim	Fakir ülkelerde insanların hastalandığında çok fazla para harcamak zorunda kaldığını ve bu durumun onları daha da fakirleştirdiğini göstermektedir. Bu sorunu çözmek için sağlık sistemlerinin daha iyi hale getirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır.

Tablo 1 (Devam). Literatür İncelemesi

Yazarlar	Amacı	Kapsamı	Model	Değişkenler	Sonuç
Keyifli ve Recepoğlu (2020)	E7 ülkelerinde sağlık harcamaları, karbon emisyonları, yenilenebilir enerji tüketimi ve ekonomik büyüme arasındaki nedensellik ilişkisini belirlemek	E7 ülkeleri (Brezilya, Çin, Hindistan, Endonezya, Meksika, Rusya, Türkiye), 2000-2016 yılları	Bootstrap panel Granger nedensellik testi	Sağlık harcamaları, karbon emisyonları, yenilenebilir enerji tüketimi, ekonomik büyüme	E7 ülkelerinde sağlık harcamalarının çevresel faktörlerden etkilendiğini göstermiştir. Örneğin, hava kirliliği gibi çevresel sorunlar sağlık harcamalarını artırabilirken, yenilenebilir enerji kullanımı sağlık durumunu iyileştirebilir.
Hayran (2019)	Koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlık harcamaları üzerindeki uzun vadeli etkisini incelemek ve bu konudaki yaygın inanışları test etmek	Harcamalar	Analitik	Koruyucu sağlık hizmetleri harcamaları, toplam sağlık harcamaları, yaşam beklentisi, bireylerin sağlık davranışları	Koruyucu sağlık hizmetlerinin insanları daha uzun yaşadığı için sağlık harcamalarını artırabileceğini ancak bu durumun kötü bir şey olmadığını, çünkü insanların daha sağlıklı yaşamalarını sağladığını söylüyor.
Yılmaz ve Akdede (2016)	Kamu sağlık harcamalarının çocuk ölüm oranları üzerindeki etkisini ve bu etkinin yönetim kalitesi tarafından nasıl modüle edildiğini belirlemek.	149 ülke	Panel veri analizi	Kamu sağlık harcamaları, çocuk ölüm oranları, düzenleyici kalite indeksi, diğer sosyoekonomik faktörler	Bir ülkenin sağlık sistemine ne kadar para harcadığının çocuk ölümlerini azaltmada tek başına yeterli olmadığını, aynı zamanda bu paranın nasıl kullanıldığının da önemli olduğunu göstermiştir. İyi yönetilen bir sağlık sistemi, daha az parayla daha fazla insanın hayatını kurtarabilir.
Binay (2020)	OECD ülkelerinde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi belirlemek.	23 OECD ülkesi, 1975-2012 yılları	Panel veri analizi	Sağlık harcamaları (GSYH içindeki payı gibi), ekonomik büyüme (GSYH büyüme hızı gibi), kontrol değişkenleri (nüfus büyümesi, eğitim düzeyi gibi)	Daha fazla sağlık harcaması yapmanın bir ülkenin ekonomisini büyütebileceğini göstermiştir. Yani, sağlıklı insanlar daha çok çalışabilir ve üretebilirler.

Tablo 1 (Devam). Literatür İncelemesi

Yazarlar	Amacı	Kapsamı	Model	Değişkenler	Sonuç
Bölükbaşı, Işık ve Söyler (2020)	OECD ülkelerinde sağlık harcamaları ve ilaç harcamaları arasındaki ilişkiyi belirlemek ve sağlık personel sayısının bu ilişki üzerindeki etkisini incelemek	OECD ülkeleri	Panel veri analizi	Sağlık harcamaları, ilaç harcamaları, sağlık personel sayısı	Bir ülkede sağlık harcamaları arttıkça ilaç harcamalarının da arttığını, ancak doktor sayısının bu durum üzerinde doğrudan bir etkisi olmadığını göstermiştir. Türkiye'nin ilaç harcamaları diğer gelişmiş ülkelere göre daha düşük olması, sağlık sisteminde iyileştirme yapılması gerektiğini göstermektedir.
Köse, Gültekin ve Meral (2021)	G20 ülkelerinde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi panel ARDL modeli kullanarak analiz etmek.	G20 ülkeleri	Panel ARDL (Autoregressive Distributed Lag) modeli	Sağlık harcamaları (kamu ve özel), ekonomik büyüme, kontrol değişkenleri (nüfus büyümesi, yaşam beklentisi gibi)	G20 ülkelerinde sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi artırdığını, ancak devlet tarafından yapılan sağlık harcamalarının bu etkide daha önemli olduğunu göstermiştir.
Şimşir, Çontur, Bölükbaşı ve Aladaş (2015)	Türkiye'de sağlık harcamaları, ölüm oranı ve doktor sayısının ekonomik büyüme üzerindeki etkilerini ARDL sınır testi yaklaşımı ile analiz etmek.	Türkiye, 1975-2012 yılları	ARDL (Autoregressive Distributed Lag) sınır testi yaklaşımı	Toplam sağlık harcamaları (GSYH içindeki payı), ölüm oranı, doktor sayısı, ekonomik büyüme	Türkiye'de daha fazla sağlık harcaması yapmak veya daha fazla doktora sahip olmak her zaman ekonomik büyümeyi artırmayabileceğini, bunun yerine sağlık hizmetlerinin kalitesinin ve etkinliğinin önemli olduğunu göstermiştir.
Ecevit, Çetin ve Yücel (2018)	Türk Cumhuriyetlerinde sağlık harcamalarının belirleyicilerini panel veri analizi ile belirlemek.	Türk Cumhuriyetleri	Panel veri analizi	Kişi başına sağlık harcamaları, kentleşme oranı, kişi başına reel gelir, 65 yaş üstü nüfus oranı	Türk Cumhuriyetlerindeki sağlık harcamalarının şehirleşme, gelir düzeyi ve yaşlı nüfus ile yakından ilişkili olduğunu göstermiştir. Özellikle, şehirleşme ve yaşlı nüfusun artması sağlık harcamalarını artırmaktadır.
Çankaya (2018)	Türkiye'de istihdam ve toplam sağlık harcamaları arasındaki nedensellik ilişkisini Granger nedensellik testi ile incelemek.	Türkiye, 1988-2016 yılları	Granger nedensellik testi	İstihdam (çalışan sayısı gibi) ve toplam sağlık harcamaları (kamu ve özel sektörün toplam sağlık harcamaları)	Türkiye'de daha fazla insanın çalışmasıyla sağlık harcamalarının önemli ölçüde artmayacağını göstermiştir. Yani, istihdamı artırmak için yapılan politikalar, sağlık harcamalarını çok fazla etkilemeyecektir.

Tablo 1 (Devam). Literatür İncelemesi

Yazarlar	Amacı	Kapsamı	Model	Değişkenler	Sonuç
Duran (2023)	Türkiye'de sağlık harcamalarının kamu harcamaları ve GSYH içindeki gelişimini incelemek, özellikle COVID-19 salgınının etkilerini analiz etmek.	Türkiye, muhtemelen 1988'den 2022'ye kadar olan dönem		Toplam sağlık harcamaları, kamu sağlık harcamaları, GSYH, COVID-19 vakaları	Türkiye'de sağlık harcamalarının, özellikle COVID-19 salgını sırasında arttığını, ancak diğer gelişmiş ülkelere göre hala düşük olduğunu göstermektedir. Bu durum, Türkiye'nin sağlık sistemine daha fazla yatırım yapması gerektiğini ortaya koymaktadır.
Uslu, Şahin, Aygün ve Tuna (2023)	TOPSIS yöntemi kullanarak OECD ülkelerinin sağlık harcamaları performansını değerlendirmek ve Türkiye'nin bu ülkeler arasındaki yerini belirlemek.	OECD ülkeleri	TOPSIS	Kişi başına toplam sağlık harcamaları, kişi başına sağlık harcamalarının GSYH içerisindeki payı, kişi başına düşen kamu sağlık harcamaları, kişi başına düşen özel sağlık harcamaları, kişi başına cepten yapılan sağlık harcamaları	Türkiye'nin sağlık harcamaları konusunda OECD ülkelerine göre daha geride olduğunu ve bu durumun düzeltilmesi için sağlık sisteminde iyileştirmelere ihtiyaç olduğunu göstermektedir.
Erdoğan (2010)	Türkiye'de 2004-2012 yılları arasında eğitim ve sağlık harcamalarının beşeri gelişmeye katkısını değerlendirmek.	Türkiye, 2004-2012 yılları		Eğitim harcamaları, sağlık harcamaları, kamu bütçesi içindeki eğitim ve sağlık harcamalarının payı, beşeri gelişmişlik endeksi gibi değişkenler.	Türkiye'de eğitim ve sağlık harcamalarının artmasına rağmen, bu harcamaların daha çok temel ihtiyaçları karşılamaya yönelik olduğunu ve uzun vadeli insan gelişimi için gerekli olan alanlara yeterince kaynak ayrılmadığını göstermektedir.
Şahin ve Temelli (2019)	OECD ülkelerinde sağlık harcamalarının belirleyicilerini panel veri analizi ile incelemek.	18 OECD ülkesi, 2000-2015 yılları	Panel veri analizi	Kişi başına sağlık harcamaları, kişi başına gelir, yaşam beklentisi, 65 yaş üstü nüfus oranı, kaba doğum oranı	OECD ülkelerinde sağlık harcamalarının ekonomik durum, nüfus yapısı ve sağlık durumu ile yakından ilişkili olduğunu göstermiştir. Gelişmiş ülkelerde, uzun yaşam süresi, yaşlı nüfusun artması ve doğum oranları sağlık harcamalarını etkileyen önemli faktörlerdir.

Tablo 1 (Devam). Literatür İncelemesi

Yazarlar	Amacı	Kapsamı	Model	Değişkenler	Sonuç
Emirkadı (2022)	D8 ülkelerinde sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki nedensellik ilişkisini panel veri analizi ile incelemek.	D8 ülkeleri	Panel veri analizi	Kişi başına sağlık harcamaları, Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYH) büyüme oranı, enflasyon oranı, nüfus büyüme oranı gibi makroekonomik göstergeler.	D8 ülkelerinde sağlık harcamalarının artmasının ekonomik büyümeyi desteklediğini ve aynı zamanda ekonomik büyümenin de sağlık harcamalarını artırdığını göstermiştir. Bu durum, sağlık ve ekonomi arasındaki karşılıklı ilişkiyi vurgulamaktadır.
Manavgat, Daştan ve Abbasi (2021)	COVID-19 pandemisinin Türkiye'de hanehalklarının gelir ve harcamalarındaki azalmalar yoluyla sağlıkta finansal koruma üzerindeki etkilerini değerlendirmek.	Türkiye, COVID-19 pandemisi dönemi	Panel veri analizi	Hane halkı geliri, sağlık harcamaları, yoksulluk oranı, COVID-19 vakaları gibi değişkenler	COVID-19 pandemisinin Türkiye'de insanların gelirlerini azaltarak sağlık harcamalarını karşılamalarını zorlaştırdığını ve yoksulluğu artırdığını göstermiştir. Bu durum, sağlık sisteminin daha güçlü hale getirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.
Balçık, Konca ve Biçer (2021)	36 Avrupa ülkesinde yaşlı nüfus oranı ile kişi başına düşen sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi panel veri analizi ile incelemek.	36 Avrupa ülkesi	Panel veri analizi	Yaşlı nüfus oranı (genellikle 65 yaş ve üzeri), kişi başına düşen sağlık harcamaları, GSYH büyüme oranı, sağlık sistemi verimliliği gibi değişkenler.	Avrupa'da yaşlı nüfusun artmasıyla sağlık harcamalarının da arttığını ve bu iki değişkenin birbirini etkilediğini göstermiştir. Bu durum, sağlık sistemlerinin yaşlı nüfusun artan sağlık ihtiyaçlarına cevap verebilmesi için hazırlanması gerektiğini vurgulamaktadır.
Tatlı ve Barak (2021)	OECD ülkelerinde 2002-2019 yılları arasında beklenen yaşam süresini etkileyen faktörleri panel veri analizi ile incelemek.	35 OECD ülkesi, 2002-2019 yılları	Panel veri analizi	Beklenen yaşam süresi, kişi başına gelir, sağlık harcamaları, hükümet etkinliği (genellikle iyi yönetimle ilişkili bir indeks), eğitim düzeyi (örneğin, okuryazarlık oranı veya okul yılları)	OECD ülkelerinde yaşam süresinin artmasının kişi başına düşen gelir, sağlık harcamaları, iyi yönetim ve eğitim düzeyi gibi faktörlerle yakından ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu bulgu, sağlıklı bir toplum için sadece sağlık hizmetlerinin değil, aynı zamanda ekonomik ve sosyal faktörlerin de önemli olduğunu vurgulamaktadır.

Tablo 1 (Devam). Literatür İncelemesi

Yazarlar	Amacı	Kapsamı	Model	Değişkenler	Sonuç
Şahin ve Yalçınkaya (2020)	Meksika, Endonezya, Nijerya ve Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde ekonomik büyüme, kamu sağlık harcamaları ve nüfus yapısının sağlık harcamaları üzerindeki etkilerini panel veri analizi ile incelemek.	Meksika, Endonezya, Nijerya ve Türkiye (MINT ülkeleri), muhtemelen 2000'li yılların başından 2016'ya kadar olan bir dönem.	Panel veri analizi (Sabit katsayılar modeli gibi)	Sağlık harcamaları, Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYH), kamu sağlık harcamaları, yaşam beklentisi, nüfus, genç ve yaşlı bağımlılık oranı	Gelişmekte olan ülkelerde ekonomik büyüme ve kamu politikaları sayesinde sağlık harcamalarının arttığını, ancak yaşlanan nüfusun bu harcamaları kısıtlayabileceğini göstermiştir. Bu durum, sağlık politikalarının hem ekonomik büyümeyi destekleyecek hem de yaşlanan nüfusa uygun olacak şekilde düzenlenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.
Akyol ve Gurlaş (2020)	83 ülkeyi kapsayan geniş bir veri seti kullanarak, teknolojik inovasyon, finansal derinleşme ve sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi incelemek	83 ülke, belirli bir zaman aralığı	Sistem-GMM (Generalized Method of Moments) panel veri analizi	Sağlık harcamaları, teknolojik inovasyon (patent sayısı gibi), finansal derinleşme (kredi/GSYH oranı gibi), gelir düzeyi, nüfus büyüme hızı gibi değişkenler.	Teknolojik gelişmelerin ve finansal sistemlerin güçlenmesinin sağlık harcamalarını artırdığını göstermiştir. Bu durum, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak ve daha fazla insanın sağlık hizmetlerine erişmesini sağlamak için teknolojik yatırımların ve finansal sistemin geliştirilmesinin önemini ortaya koymaktadır.
Sağdıç ve Yıldız (2021)	Türkiye'nin 81 ilinde 2004-2019 yılları arasında kamu sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi panel veri analizi ile incelemek.	Türkiye'nin 81 ili, 2004-2019 yılları	Panel veri analizi	Kamu sağlık harcamaları, Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYH) büyüme oranı, nüfus büyüme oranı, yatırım gibi makroekonomik göstergeler.	Türkiye'de sağlık harcamalarının artmasının ekonomik büyümeyi desteklediğini, ancak ekonomik büyümenin sağlık harcamalarını doğrudan etkilemediğini göstermiştir. Bu durum, sağlık harcamalarına yapılan yatırımların uzun vadede karlı olduğunu ve ekonomik kalkınma için önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

Tablo 1 (Devam). Literatür İncelemesi

Yazarlar	Amacı	Kapsamı	Model	Değişkenler	Sonuç
Demir ve Tanyıldızı (2017)	Sağlık harcamalarının beşeri sermaye gelişimi ve ekonomik verimlilik üzerindeki olumlu etkilerini göstererek, sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisini analiz etmek.	Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisi genel bir çerçevede incelenmektedir	Panel veri analizi	Sağlık harcamaları (kişi başına düşen sağlık harcamaları gibi), ekonomik büyüme (GSYH büyüme hızı gibi), beşeri sermaye (okuryazarlık oranı, okul yılları gibi), sağlık sektöründeki Ar-Ge harcamaları gibi değişkenler.	Sağlıklı insanların daha üretken olduğu ve sağlık sektöründeki yatırımların ekonomik büyümeyi desteklediği sonucuna varmaktadır.
Oğul (2022)	G7 ülkelerinde 2000-2019 yılları arasında sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi panel veri analizi yöntemiyle incelemek.	G7 ülkeleri (Almanya, Kanada, Japonya, Fransa, İtalya, ABD, Birleşik Krallık), 2000-2019 yılları	Panel veri analizi	Sağlık harcamaları, ekonomik büyüme (GSYH büyüme hızı gibi)	Gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarının artmasının ekonomik büyümeyi desteklediğini ve bu iki değişken arasında uzun vadeli bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur.
Künü ve Levent (2023)	Seçilmiş AB ülkelerinde 2000-2019 yılları arasında sağlık harcamaları, karbon emisyonları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi panel veri analizi ile incelemek.	Seçilmiş AB ülkeleri, 2000-2019 yılları	Panel veri analizi	Sağlık harcamaları, karbon emisyonları, ekonomik büyüme, enerji tüketimi, ticari açıklık gibi değişkenler.	Ekonomik büyümenin hem iyi hem de kötü etkileri olduğunu göstermiştir. Ekonomik büyüme sağlık harcamalarını artırarak insanların yaşam kalitesini yükseltirken, aynı zamanda çevresel kirliliği artırarak sağlık sorunlarına yol açabilmektedir.

Tablo 1 (Devam). Literatür İncelemesi

Yazarlar	Amacı	Kapsamı	Model	Değişkenler	Sonuç
Cengiz ve Manga (2022)	Türkiye ve diğer Türk Cumhuriyetlerindeki ekonomik, sosyal ve politik küreselleşmenin sağlık harcamaları üzerindeki etkilerini panel ARDL yöntemiyle incelemek.	Türkiye, Azerbaycan, Kazakistan, Kırgızistan, Tacikistan, Türkmenistan ve Özbekistan, muhtemelen 2000'li yılların başından 2016'ya kadar olan bir dönem	Panel ARDL (Autoregressive Distributed Lag) modeli	Sağlık harcamaları, ekonomik küreselleşme (ticaret hacmi, doğrudan yabancı yatırım gibi), sosyal küreselleşme (uluslararası öğrenci değişimi, iletişim gibi), politik küreselleşme (uluslararası anlaşmalar, siyasi katılım gibi).	Ekonomik ve sosyal küreselleşmenin sağlık harcamalarını artırdığını, ancak politik küreselleşmenin bazen bu etkiyi azaltılabileceğini göstermiştir. Covid-19 gibi küresel sağlık krizleri, ülkelerin sağlık sistemlerini güçlendirmek için daha fazla çaba göstermesi gerektiğini ortaya koymuştur.
Sağır ve Kaplan (2024)	Türkiye'de 2000-2018 yılları arasında ekonomik büyüme ve sağlık harcamaları arasındaki uzun dönemli ilişkiyi ARDL yöntemi ile analiz etmek.	Türkiye, 2000-2018 yılları	ARDL (Autoregressive Distributed Lag) modeli	Ekonomik büyüme (GSYH büyüme hızı gibi), sağlık harcamaları (toplam sağlık harcamaları veya kişi başına düşen sağlık harcamaları gibi).	Türkiye'de ekonomik büyüme ile sağlık harcamaları arasında pozitif bir ilişki olduğunu ve sağlıklı bir nüfusun ekonomik büyümeyi desteklediğini göstermiştir.
Halişçelik Acaravcı ve Güzel (2019)	Türkiye'de gelir dağılımı, sağlık harcamaları ve doğumda yaşam beklentisi arasındaki ilişkiyi ARDL yöntemi ile analiz etmek	Türkiye (Muhtemelen 1987-2016 yılları arasında bir dönem)	ARDL (Autoregressive Distributed Lag) modeli	Gelir dağılımı, toplam sağlık harcamaları, kişi başına gelir, her 1000 kişi başına düşen doktor sayısı, doğumda yaşam beklentisi.	Türkiye'de gelir eşitsizliğinin azalmasının insanların daha uzun yaşamasına neden olduğunu, ancak sağlık harcamalarının artmasının her zaman yaşam beklentisini artırmayabileceğini göstermiştir. Daha yüksek gelir ve daha fazla doktorun yaşam süresini uzattığı sonucuna varılmıştır.

Tablo 1 (Devam). Literatür İncelemesi

Yazarlar	Amacı	Kapsamı	Model	Değişkenler	Sonuç
Doğuç (2021)	Sağlık harcamalarını azaltmak için davranışsal iktisat ve nudge kavramını kullanarak yeni bir çerçeve önermek.	G7 ülkelerinde uygulanan politikaları inceleyerek genel bir çerçeve sunmaktadır. Özellikle, bireylerin sağlık hizmetlerini kullanma kararlarını etkileyen faktörlere odaklanmaktadır.	Çalışma, davranışsal iktisat temelli bir model kullanmaktadır. Bu model, bireylerin karar verme süreçlerinde sistematik olarak ortaya çıkan önyargılar ve kısıtlamalar üzerine odaklanır.	Bireylerin sağlık hizmetlerini kullanma kararlarını etkileyen çeşitli değişkenler incelenir. Bunlar arasında, sağlık bilinci, maliyet algısı, sosyal normlar, ve mevcut sağlık hizmetlerine erişim gibi faktörler yer alabilir.	İnsanların sağlıklı seçimler yapmalarını sağlamak için davranışsal iktisat yöntemlerinin kullanılmasını önermektedir. Bu sayede sağlık harcamalarının azaltılabileceği düşünülmektedir.
Aytaç (2017)	Türkiye'de 1980-2015 yılları arasında savunma, eğitim ve sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi VAR (Vektör Otoregresyon) analizi kullanarak incelemek.	Türkiye, 1980-2015 yılları	VAR (Vektör Otoregresyon) modeli	Savunma harcamaları, eğitim harcamaları, sağlık harcamaları, ekonomik büyüme (GSYH büyüme hızı gibi).	Türkiye'de savunma, eğitim ve sağlık harcamalarının birbirini doğrudan etkilemediğini, ancak ekonomik büyüme ile olan ilişkilerinin daha detaylı incelenmesi gerektiğini ortaya koymuştur.
Kocabadak ve Şengür (2023)	2000-2018 yılları arasında OECD ülkelerinde sağlık harcamaları, kişi başına düşen GSYH ve kriz/salgın etkileri arasındaki ilişkiyi incelemek.	OECD ülkeleri, 2000-2018 yılları	Panel veri analizi	Sağlık harcamaları (GSYH içindeki payı veya kişi başına düşen sağlık harcamaları gibi), kişi başına düşen GSYH, kriz/salgın dummy değişkenleri (örneğin, 2008 küresel finansal krizi, COVID-19 pandemisi).	Sağlık harcamalarının artmasının ekonomik büyümeyi artırdığını, ancak krizlerin ekonomileri olumsuz etkileyerek bu büyümeyi yavaşlattığını göstermiştir.

Tablo 1 (Devam). Literatür İncelemesi

Yazarlar	Amacı	Kapsamı	Model	Değişkenler	Sonuç
Güven ve Tunalı (2021)	Çin, İrlanda, Türkiye, İngiltere ve ABD gibi farklı ekonomik yapıdaki ülkelerde sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisini analiz etmek.	Beş farklı ülke, muhtemelen 2000'li yılların başından 2010'lu yılların sonuna kadar olan bir dönem	Panel veri analizi	Sağlık harcamaları (devlet sağlık harcamaları, cari sağlık harcamaları gibi), ekonomik büyüme (GSYH büyüme hızı gibi), ülke özelinde kontrol değişkenleri (enflasyon, işsizlik oranı gibi).	Farklı ülkelerde sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisinin farklı olduğunu ve bu durumun sağlık harcamalarının türüne ve ülkenin ekonomik koşullarına bağlı olduğunu göstermiştir.
Alp ve Peker (2018)	TR32 bölgesinde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi Engle Granger eşbütünleşme yöntemi ile analiz etmek.	Türkiye'nin TR32 bölgesi	Engle Granger eşbütünleşme modeli	Sağlık harcamaları (toplam sağlık harcamaları veya kişi başına düşen sağlık harcamaları gibi), bölgesel gayri safi yurtiçi hasıla (bölge ekonomik büyümesi).	TR32 bölgesinde sağlık harcamalarının artmasının ekonomik büyümeyi hem uzun hem de kısa vadede desteklediğini göstermiştir.
Diğer (2022)	1970-2021 yılları arasında sağlık harcamaları üzerine yapılan akademik çalışmaları bibliyometrik yöntemle analiz etmek ve bu alandaki araştırma trendlerini belirlemek.	Web of Science veri tabanından elde edilen 1983 çalışma	Bibliyometrik analiz (görsel haritalama tekniği)	Yazarlar, atıflar, dergiler, yıllar, terimler (sağlık harcamaları, harcama, nüfus, ülke, bakıcı, kardiyovasküler hastalık, yüksek maliyetli sağlık harcamaları, eğilim gibi)	Sağlık harcamaları üzerine yapılan binlerce çalışmayı inceleyerek, bu alandaki en önemli konuları ve gelecekteki araştırma yönlerini ortaya koymuştur. Özellikle COVID-19 gibi küresel salgınların sağlık harcamaları üzerine olan etkisi, çalışmanın önemli bir bulgusudur.

İkinci bölümde, sağlık piyasasının temel dinamikleri, sağlık harcamalarının tanımı, çeşitleri ve Türkiye özelindeki tarihsel gelişimi ile bu harcamaları etkileyen başlıca sosyo-ekonomik ve demografik faktörler teorik çerçevede incelenmiştir. Bu bölümde ortaya konulan kavramsal ve olgusal zemin sonrasında, sağlık harcamalarını etkileyen faktörler arasındaki ilişkileri ampirik olarak test etmek ve elde edilen verileri analiz etmek önem taşımaktadır. Bu bağlamda, üçüncü bölümde, çalışmada kullanılan ekonometrik yöntemler, analiz süreci ve elde edilen bulgular detaylı bir şekilde sunulurken, Türkiye'nin Afyonkarahisar ilindeki sağlık harcamaları üzerindeki makroekonomik etkileşimler değerlendirilecektir.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ÇALIŞMADA KULLANILAN EKONOMETRİK YÖNTEM VE ANALİZLER

1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmanın temel amacı, Türkiye'nin Afyonkarahisar ilindeki sağlık harcamalarını etkileyen makroekonomik faktörleri analiz etmektir. Sağlık harcamaları, bir bölgenin refah düzeyini ve sosyal kalkınmasını yansıtan önemli bir göstergedir. Bu nedenle sağlık harcamalarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi, sağlık politikalarının oluşturulması ve kaynakların etkin kullanımı açısından büyük önem taşımaktadır.

Bu kapsamda, 2013-2023 dönemine ait veriler kullanılarak enflasyon, faiz, döviz kuru, gayrisafi yurt içi hasıla (GSYİH), bütçe dengesi, kişi başı millî gelir ve rezervler gibi makroekonomik değişkenlerin Afyonkarahisar'daki sağlık harcamaları üzerindeki etkileri incelenecektir. Çalışmada, değişkenler arasındaki uzun dönemli ve kısa dönemli ilişkileri tespit etmek amacıyla Otoregresif Dağıtılmış Gecikme Modeli (ARDL) kullanılacaktır. Ayrıca, değişkenlerin durağanlıkları Phillips-Perron (PP) birim kök testi ile kontrol edilecek ve modelin istikrarı CUSUM testi ile değerlendirilecektir. Model seçiminde Akaike Bilgi Kriteri (AIC) kullanılacak ve en iyi modeller değerlendirilecektir. Veri seti, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası (TCMB) Elektronik Veri Dağıtım Sistemi (EVDS) ve Sağlık Bakanlığı gibi resmî kaynaklardan elde edilmiştir.

Bu çalışma, Afyonkarahisar özelinde sağlık harcamalarını etkileyen faktörleri detaylı bir şekilde analiz ederek bölgedeki sağlık politikalarının geliştirilmesine ve kaynakların daha etkin kullanılmasına katkı sağlamayı hedeflemektedir. Elde edilecek bulgular, politika yapıcılar, sağlık sektörü profesyonelleri ve araştırmacılar için önemli bilgiler sunacaktır.

Analizlere başlamadan önce, veri tutarlılığını sağlamak amacıyla eksik veya hatalı veriler kontrol edilmiş ve gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Veri setinde, bazı değişkenlerin belirli dönemlerde eksik veya hatalı olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, analizlerin kapsamını ve sonuçların genellenebilirliğini sınırlandırabilir. Ayrıca, Afyonkarahisar iline özgü daha detaylı sağlık harcaması verilerine erişim kısıtlılığı, analizlerin derinliğini etkileyen bir diğer faktördür. Bu kısıtlamalara rağmen, kullanılan veri seti ve uygulanan ekonometrik yöntemler, sağlık harcamalarını etkileyen temel makroekonomik faktörlerin belirlenmesi için yeterli ve güvenilir bir temel sunmaktadır.

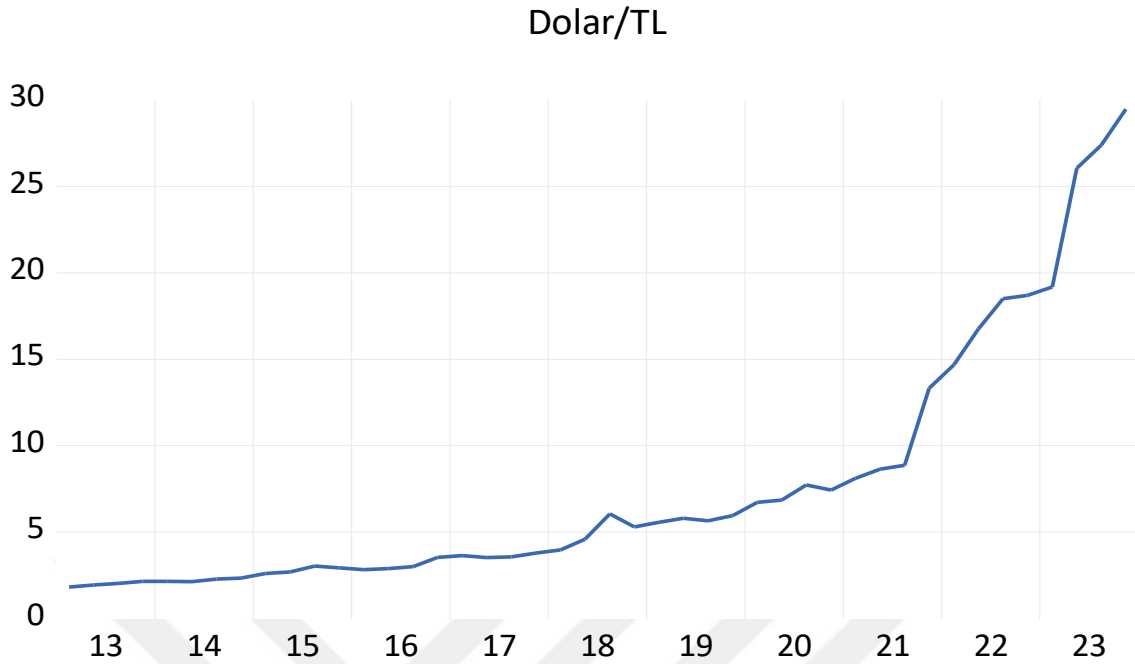
2. ARAŞTIRMANIN KISITLARI VE VERİ SETİ

Bu araştırma, Afyonkarahisar ilindeki sağlık harcamalarını etkileyen faktörlerin analizine odaklanarak, kapsamlı ve çok boyutlu bir perspektif sunmayı amaçlamaktadır. Çalışmanın veri seti, 2013 yılı ile 2023 yılları arasındaki yıllık verileri kapsamaktadır. Afyonkarahisar'a özgü sağlık harcamaları ve ilgili makroekonomik değişkenlerden oluşmaktadır. Bu uzun dönemli veri seti, sağlık harcamalarındaki eğilimleri ve belirleyicilerini zaman içindeki değişimleriyle birlikte inceleme fırsatı sunmaktadır. Araştırma metodolojisi, ilk olarak serinin temel özelliklerini ortaya koymak amacıyla tanımlayıcı istatistiklerden faydalanmıştır. Ardından, serilerin durağanlık özelliklerini belirlemek için birim kök testleri uygulanmış ve değişkenler arasındaki ilişkilerin görselleştirilmesi için çeşitli grafikler kullanılmıştır. Temel analiz yöntemi olarak, değişkenler arasındaki uzun dönemli ve kısa dönemli ilişkileri modellemek üzere ARDL (Gecikmesi Dağıtılmış Otoregresif Model) sınır testi yaklaşımı benimsenmiştir. Bu modelden elde edilen bulgular, hata düzeltme modeli ile desteklenerek, kısa dönemdeki dengeden sapmaların uzun dönem dengesine nasıl yakınsadığı analiz edilmiştir. Ayrıca, modelin istikrarını ve güvenilirliğini sınamak amacıyla KUSUM (Birikimli Toplam) testleri gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamlı analiz seti, sağlık harcamaları üzerindeki etkili faktörlere dair güçlü ve güvenilir çıkarımlar sunarken, veriye dayalı politikalar geliştirilmesi için önemli bir zemin hazırlamaktadır.

3. ARAŞTIRMA BULGULARI

Türkiye ekonomisi, son yıllarda Dolar/TL kuru, enflasyon oranları, faiz politikaları ve Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH) gibi temel makroekonomik göstergelerde önemli dalgalanmalar ve belirgin değişimler sergiledi. Bu kapsamlı ekonomik dinamikler, kişi başı milli gelir ve merkez bankası rezervleri gibi makro düzeydeki kilit alanları doğrudan etkilerken, bölgesel ölçekte Afyonkarahisar'ın sağlık harcamaları gibi spesifik veriler de genel ekonomik tablonun önemli bir parçası olarak öne çıktı. Bu serilerin güvenilir bir şekilde analiz edilebilmesi ve aralarındaki ilişkilerin doğru bir şekilde yorumlanabilmesi adına, öncelikle zaman serisi analizlerinde kritik bir adım olan birim kök testlerinin yapılması büyük önem taşımaktadır. Bu testler, regresyon analizlerinin geçerliliği ve elde edilecek ekonometrik sonuçların güvenilirliği için temel bir ön koşuldur.

Şekil 1. Dolar/TL Grafiği



Sürekli Yükseliş Trendi: Grafik, genel olarak Türk Lirası'nın (TL) Amerikan Doları (USD) karşısında sürekli değer kaybettiği, yani Dolar/TL kurunun sürekli yükseldiği bir trend göstermektedir. Aşamalı Değer Kaybı, zaman içinde kademeli olarak gerçekleşmiş, ancak bazı dönemlerde hızlanmıştır. Özellikle son yıllarda (2021-2023), Dolar/TL kurundaki artış hızı belirgin şekilde yükselmiştir. Bu, TL'nin değer kaybının hızlandığını göstermektedir.

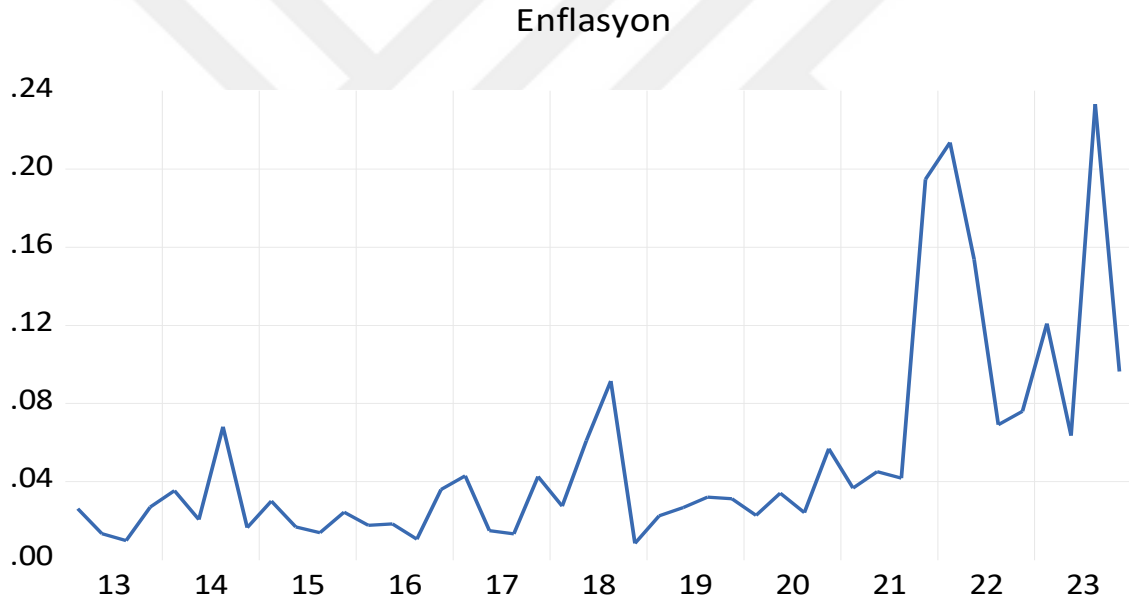
2018 yılında Dolar/TL kurunda belirgin bir artış gözlemlenmektedir. Bu dönem, Türkiye ekonomisinde yaşanan bazı sıkıntılar ve döviz kurlarındaki dalgalanmalar nedeniyle kritik bir nokta olarak değerlendirilebilir. 2021 yılından itibaren Dolar/TL kurunda çok daha keskin bir yükseliş yaşanmıştır. Bu durum, Türkiye'nin ekonomik politikaları, enflasyonist baskılar ve dış etkenler gibi faktörlerin etkisiyle TL'nin değer kaybının hızlandığını göstermektedir. 2023 yılında Dolar/TL kuru, grafikteki en yüksek seviyelere ulaşmıştır. Bu durum, TL'nin değer kaybının devam ettiğini ve ekonomik zorlukların sürdüğünü göstermektedir.

Türkiye'deki yüksek enflasyon, TL'nin alım gücünü düşürerek Dolar karşısında değer kaybetmesine neden olmuştur. Türkiye'nin faiz politikaları ve faiz oranlarındaki değişiklikler, döviz kurlarını etkilemektedir. Ekonomik büyümedeki dalgalanmalar ve büyüme oranlarındaki düşüşler, yatırımcı güvenini etkileyerek döviz talebini artırabilir. Türkiye'nin dış ticaret açığı, döviz talebini artırarak TL'nin değerini düşürebilir. Türkiye'nin bulunduğu coğrafyadaki jeopolitik riskler, yatırımcıların TL'ye olan

güvenini azaltabilir. Siyasi istikrarsızlık ve belirsizlikler, yatırımcı güvenini olumsuz etkileyerek döviz kurlarını yükseltebilir. Küresel ekonomik koşullar, özellikle ABD Merkez Bankası'nın (FED) politikaları, gelişmekte olan ülkelerin döviz kurlarını etkileyebilir.

Grafik, Dolar/TL kurunun zaman içinde sürekli bir yükseliş trendi gösterdiğini ve TL'nin Dolar karşısında sürekli değer kaybettiğini açıkça ortaya koymaktadır. Bu durum, Türkiye ekonomisindeki bazı yapısal sorunlar, enflasyonist baskılar ve dış etkenler gibi faktörlerin etkisiyle gerçekleşmiştir. Dolar/TL kurundaki bu yükseliş, Türkiye ekonomisi üzerinde çeşitli olumsuz etkilere yol açmıştır. Bunlar arasında enflasyonun artması, ithalatın pahalılaşması, dış borcun yükünün artması ve yatırımcı güveninin azalması sayılabilir.

Şekil 2. Enflasyon Grafiği



Grafik, enflasyon oranlarının zaman içinde dalgalı bir seyir izlediğini göstermektedir. Bu, enflasyonun sürekli olarak değişen ekonomik koşullara duyarlı olduğunu gösterir. Grafikte, enflasyon oranlarında belirgin artış ve azalış dönemleri gözlemlenmektedir. Bu durum, ekonomik politikaların ve dış etkenlerin enflasyon üzerindeki etkilerini yansıtmaktadır. Özellikle son yıllarda (2021-2023), enflasyon oranlarında oldukça keskin bir yükseliş olduğu görülmektedir. Bu, ekonomik dengesizliklerin arttığını ve enflasyonist baskıların yükseldiğini göstermektedir.

2018 Yılında enflasyon oranlarında belirgin bir artış gözlemlenmektedir. Bu dönem, Türkiye ekonomisinde yaşanan bazı sıkıntılar ve döviz kurlarındaki dalgalanmalar nedeniyle kritik bir nokta olarak değerlendirilebilir. 2021 yılından

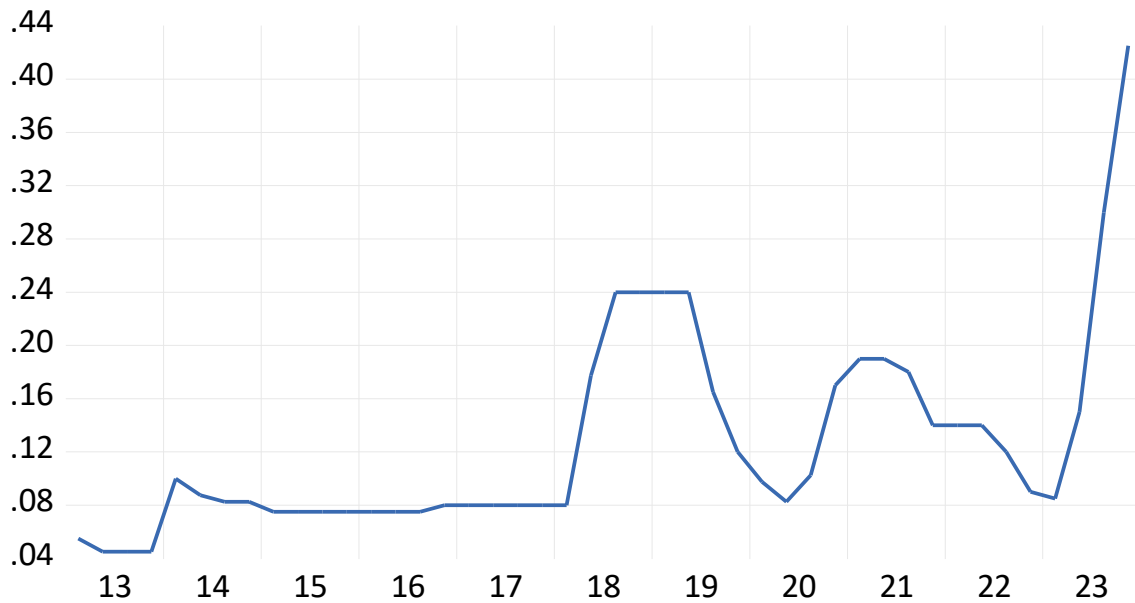
itibaren enflasyon oranlarında çok daha keskin bir yükseliş yaşanmıştır. Bu durum, küresel ekonomik koşullar, tedarik zinciri problemleri ve Türkiye'nin ekonomik politikaları gibi faktörlerin etkisiyle enflasyonun hızlandığını göstermektedir. 2023 yılında enflasyon oranlarında yüksek seviyelerde dalgalanmalar gözlemlenmektedir. Bu durum, enflasyonun kontrol altına alınmasının zorluğunu ve ekonomik belirsizliklerin devam ettiğini göstermektedir.

Döviz kurundaki artışlar, ithal malların fiyatlarını yükselterek enflasyonu artırabilir. Talep artışının arzı aşması veya arzda yaşanan sıkıntılar, fiyatların yükselmesine neden olabilir. Üretim maliyetlerindeki artışlar (enerji, işgücü, ham madde), nihai ürünlerin fiyatlarını yükseltebilir. Merkez bankasının para politikaları, enflasyonu etkileyebilir. Örneğin, aşırı para arzı enflasyonu artırabilir. Küresel enflasyon, emtia fiyatlarındaki artışlar ve tedarik zinciri sorunları, yerel enflasyonu etkileyebilir.

Grafik, enflasyon oranlarının zaman içinde dalgalı bir seyir izlediğini ve son yıllarda belirgin bir yükseliş trendi gösterdiğini açıkça ortaya koymaktadır. Bu durum, Türkiye ekonomisindeki bazı yapısal sorunlar, dış etkenler ve ekonomik politikaların etkisiyle gerçekleşmiştir. Yüksek enflasyon, tüketici harcamalarını, yatırım kararlarını ve genel ekonomik aktiviteyi olumsuz etkileyebilir.

Şekil 3. Faiz Grafiği

Faiz



Grafik, faiz oranlarının zaman içinde dalgalı bir seyir izlediğini ve belirgin dönemsel değişimler gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bu, faiz oranlarının ekonomik koşullara ve merkez bankası politikalarına duyarlı olduğunu göstermektedir. Grafikte, faiz oranlarının belirli dönemlerde (örneğin, 2014-2017 arası) nispeten sabit kaldığı görülmektedir. Bu, o dönemlerde para politikasının istikrarlı bir seyir izlediğini gösterebilir. Özellikle son yıllarda (2022-2023), faiz oranlarında oldukça keskin bir yükseliş olduğu görülmektedir. Bu, ekonomik dengesizliklerin arttığını ve enflasyonist baskıların yükseldiğini göstermektedir.

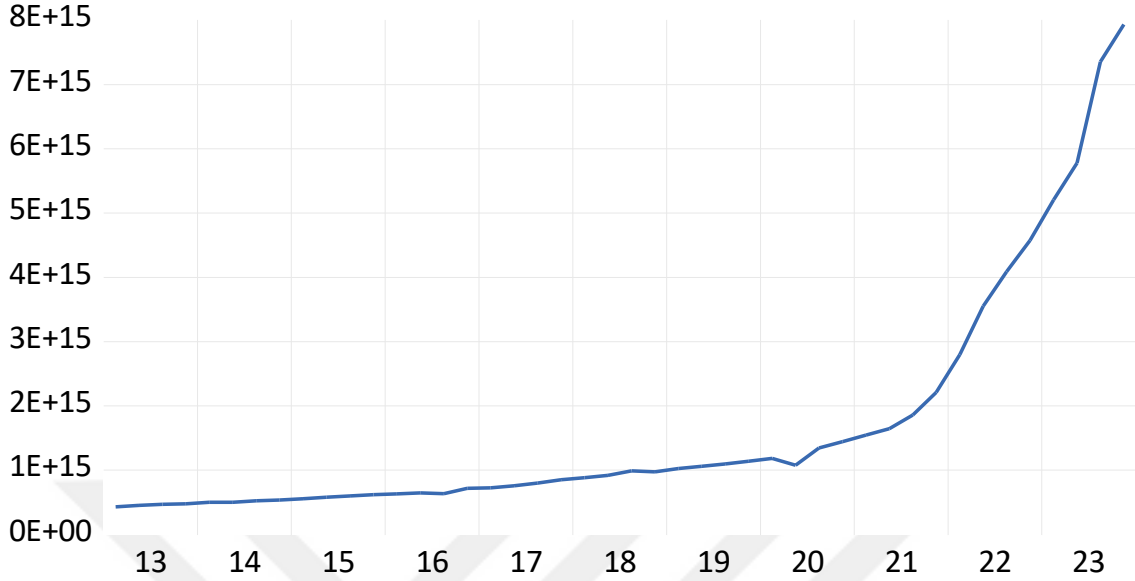
2018 Yılında faiz oranlarında belirgin bir artış gözlemlenmektedir. Bu dönem, Türkiye ekonomisinde yaşanan bazı sıkıntılar ve döviz kurlarındaki dalgalanmalar nedeniyle kritik bir nokta olarak değerlendirilebilir. 2019-2020 döneminde faiz oranlarında düşüş ve dalgalanma gözlemlenmektedir. Bu durum, ekonomik büyümeyi desteklemek amacıyla para politikasının gevşetildiğini veya ekonomik belirsizliklerin arttığını gösterebilir. 2021 yılından itibaren faiz oranlarında çok daha keskin bir yükseliş yaşanmıştır. Bu durum, enflasyonist baskılar, döviz kurlarındaki dalgalanmalar ve ekonomik politikaların etkisiyle faizlerin arttığını göstermektedir. 2023 yılında faiz oranları, grafikteki en yüksek seviyelere ulaşmıştır. Bu durum, ekonomik zorlukların sürdüğünü ve enflasyonla mücadele amacıyla sıkı para politikalarının uygulandığını göstermektedir.

Yüksek enflasyon, merkez bankasını faiz oranlarını artırarak talebi düşürmeye ve fiyat istikrarını sağlamaya zorlar. Döviz kurundaki dalgalanmalar, merkez bankasının para politikalarını etkileyebilir. Döviz kurunun hızla değer kaybetmesi durumunda, merkez bankası faiz oranlarını artırarak döviz talebini artırmaya çalışabilir. Ekonomik büyümenin yavaşladığı dönemlerde, merkez bankası faiz oranlarını düşürerek yatırımları teşvik etmeye çalışır. Küresel ekonomideki gelişmeler de faiz oranlarını etkileyebilir. Örneğin, küresel bir ekonomik kriz durumunda, merkez bankası faiz oranlarını düşürerek ekonomik büyümeyi desteklemeye çalışabilir. Siyasi istikrarsızlık ve jeopolitik riskler, yatırımcı güvenini olumsuz etkileyerek faiz oranlarını yükseltebilir.

Grafik, faiz oranlarının zaman içinde dalgalı bir seyir izlediğini ve son yıllarda belirgin bir yükseliş trendi gösterdiğini açıkça ortaya koymaktadır. Bu durum, Türkiye ekonomisindeki bazı yapısal sorunlar, dış etkenler ve ekonomik politikaların etkisiyle gerçekleşmiştir. Faiz oranlarındaki bu değişimler, tüketici harcamalarını, yatırım kararlarını ve genel ekonomik aktiviteyi etkileyebilir.

Şekil 4. GSYİH Grafiği

GSYİH



Grafik, GSYİH'nin uzun vadede sürekli bir büyüme trendi gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bu, Türkiye ekonomisinin genel olarak büyüdüğünü ve geliştiğini göstermektedir. Grafikte, GSYİH'nin büyüme hızında dönemsel dalgalanmalar gözlemlenmektedir. Bu durum, ekonomik konjonktürdeki değişimleri ve dış etkenlerin etkilerini yansıtmaktadır. Özellikle son yıllarda (2020-2023), GSYİH'nin büyüme hızının belirgin şekilde arttığı görülmektedir. Bu, ekonomik toparlanmanın hızlandığını ve büyümenin ivme kazandığını göstermektedir.

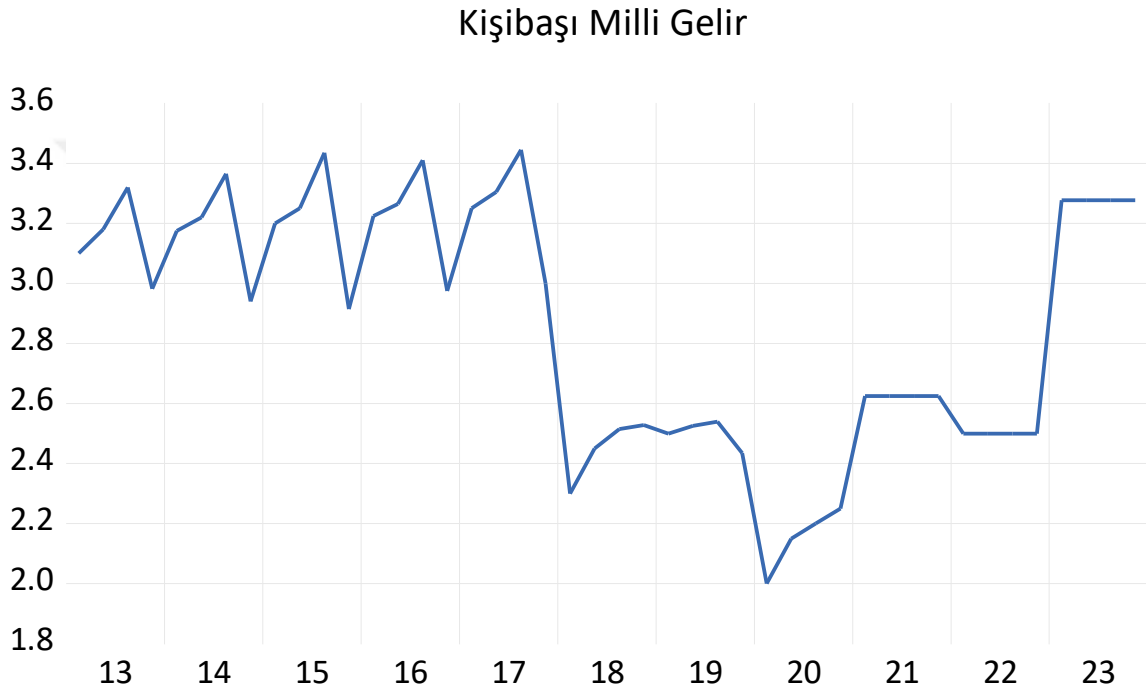
2018-2019 döneminde GSYİH'nin büyüme hızında belirgin bir yavaşlama gözlemlenmektedir. Bu dönem, Türkiye ekonomisinde yaşanan bazı sıkıntılar ve döviz kurlarındaki dalgalanmalar nedeniyle kritik bir nokta olarak değerlendirilebilir. 2020 yılında GSYİH'de bir düşüş yaşanmıştır. Bu durum, küresel pandemi nedeniyle ekonomik aktivitenin yavaşladığını ve birçok sektörün olumsuz etkilendiğini göstermektedir. 2021 yılından itibaren GSYİH'de hızlı bir toparlanma ve büyüme gözlemlenmektedir. Bu durum, ekonomik aktivitenin canlandığını ve birçok sektörün toparlandığını göstermektedir. 2023 yılında GSYİH, grafikteki en yüksek seviyelere ulaşmıştır. Bu durum, Türkiye ekonomisinin büyüme potansiyelini ve toparlanma gücünü göstermektedir.

İç talepteki artış, GSYİH'nin büyümesine katkı sağlayabilir. İhracat artışı ve ithalatın azalması, GSYİH'yi olumlu etkileyebilir. Özel ve kamu yatırımlarındaki artış, GSYİH'nin büyümesini destekleyebilir. Kamu harcamalarındaki artış, ekonomik

aktiviteyi canlandırarak GSYİH'yi artırabilir. Küresel ekonomideki gelişmeler, Türkiye ekonomisini ve GSYİH'yi etkileyebilir.

Grafik, GSYİH'nin uzun vadede sürekli bir büyüme trendi gösterdiğini ve son yıllarda belirgin bir hızlanma yaşandığını açıkça ortaya koymaktadır. Bu durum, Türkiye ekonomisinin büyüme potansiyelini ve toparlanma gücünü göstermektedir. GSYİH'deki büyüme, istihdam artışına, gelir düzeyinin yükselmesine ve yaşam standartlarının iyileşmesine katkı sağlayabilir.

Şekil 5. Kişibaşı Milli Gelir



Grafik, kişi başı milli gelirin zaman içinde dalgalı bir seyir izlediğini göstermektedir. Bu, ekonomik büyümenin ve gelir dağılımının sürekli olarak değişen ekonomik koşullara duyarlı olduğunu gösterir. Grafikte, kişi başı milli gelirde belirgin artış ve azalış dönemleri gözlemlenmektedir. Bu durum, ekonomik politikaların ve dış etkenlerin gelir dağılımı üzerindeki etkilerini yansıtmaktadır. Özellikle son yıllarda (2022-2023), kişi başı milli gelirde belirgin bir artış eğilimi olduğu görülmektedir. Bu, ekonomik toparlanmanın ve gelir düzeyinin yükseldiğini göstermektedir.

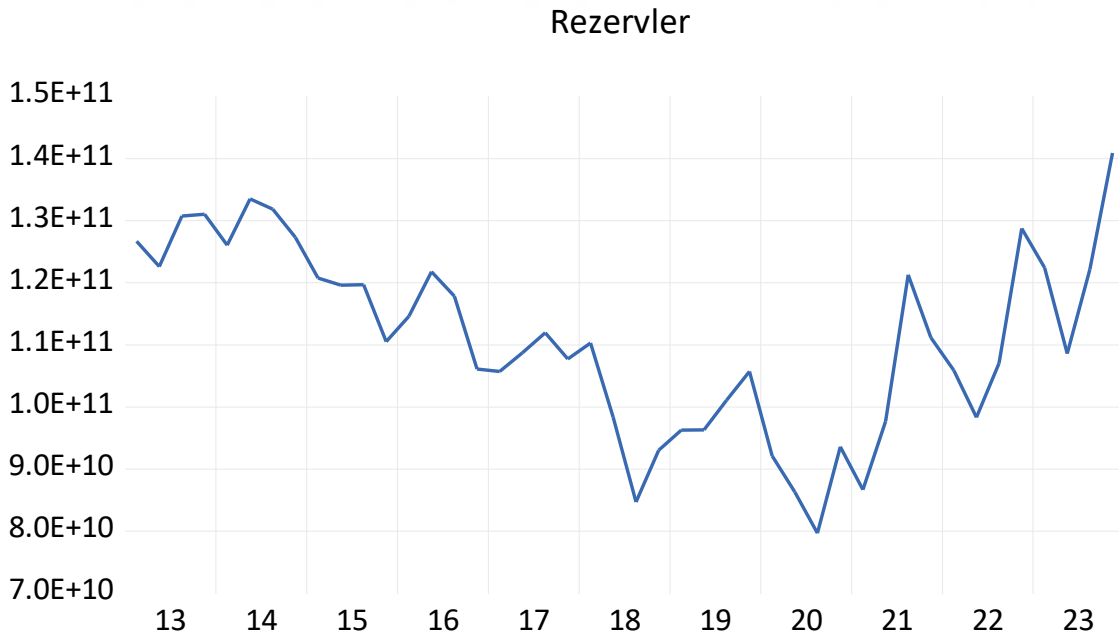
2018-2020 döneminde kişi başı milli gelirde belirgin bir düşüş gözlemlenmektedir. Bu dönem, Türkiye ekonomisinde yaşanan bazı sıkıntılar, döviz kurlarındaki dalgalanmalar ve küresel pandemi nedeniyle kritik bir nokta olarak değerlendirilebilir. 2021 yılından itibaren kişi başı milli gelirde hızlı bir toparlanma ve

artış gözlemlenmektedir. Bu durum, ekonomik aktivitenin canlandığını ve gelir düzeyinin yükseldiğini göstermektedir. 2023 yılında kişi başı milli gelir, grafikteki en yüksek seviyelere yakın bir artış göstermiştir. Bu durum, ekonomik büyümenin ve gelir dağılımının iyileştiğini göstermektedir.

Ekonomik büyüme, kişi başı milli gelirin artmasına katkı sağlayabilir. Gelir dağılımındaki iyileşmeler, kişi başı milli gelirin artmasına katkı sağlayabilir. Enflasyon, reel gelirleri düşürerek kişi başı milli geliri olumsuz etkileyebilir. Döviz kurundaki dalgalanmalar, ithal malların fiyatlarını yükselterek reel gelirleri düşürebilir ve kişi başı milli geliri olumsuz etkileyebilir. İstihdamdaki artış, gelir düzeyini yükselterek kişi başı milli geliri artırabilir.

Grafik, kişi başı milli gelirin zaman içinde dalgalı bir seyir izlediğini ve son yıllarda belirgin bir artış eğilimi gösterdiğini açıkça ortaya koymaktadır. Bu durum, Türkiye ekonomisindeki bazı yapısal sorunlar, dış etkenler ve ekonomik politikaların etkisiyle gerçekleşmiştir. Kişi başı milli gelirdeki artış, yaşam standartlarının iyileşmesine, tüketim harcamalarının artmasına ve ekonomik refahın artmasına katkı sağlayabilir.

Şekil 6. Rezervler Grafiği



Grafik, rezervlerin zaman içinde dalgalı bir seyir izlediğini göstermektedir. Bu, rezervlerin ekonomik ve politik faktörlere duyarlı olduğunu gösterir. Grafikte, rezervlerde belirgin artış ve azalış dönemleri gözlemlenmektedir. Bu durum, merkez bankasının politikalarının ve dış etkenlerin rezervler üzerindeki etkilerini

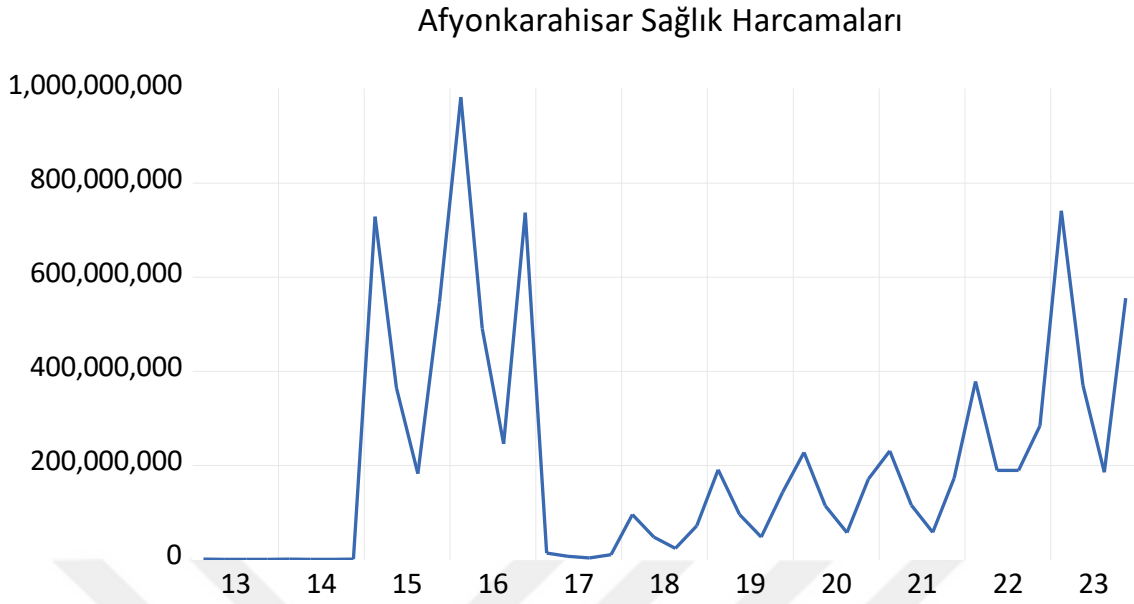
yansıtmaktadır. Özellikle son yıllarda (2022-2023), rezervlerde belirgin bir artış eğilimi olduğu görülmektedir. Bu, merkez bankasının rezervlerini güçlendirme çabalarını ve ekonomik toparlanmanın etkilerini gösterebilir.

2016-2017 döneminde rezervlerde belirgin bir düşüş gözlemlenmektedir. Bu dönem, Türkiye ekonomisinde yaşanan bazı sıkıntılar ve döviz kurlarındaki dalgalanmalar nedeniyle kritik bir nokta olarak değerlendirilebilir. 2019-2020 döneminde rezervlerde daha da belirgin bir düşüş yaşanmıştır. Bu dönem, küresel pandemi nedeniyle ekonomik aktivitenin yavaşlaması ve döviz talebinin artması gibi faktörlerin etkisiyle rezervlerin azaldığını göstermektedir. 2021 yılından itibaren rezervlerde hızlı bir toparlanma ve artış gözlemlenmektedir. Bu durum, ekonomik aktivitenin canlandığını ve döviz girişlerinin arttığını göstermektedir. 2023 yılında rezervler, grafikteki en yüksek seviyelere yakın bir artış göstermiştir. Bu durum, merkez bankasının rezervlerini güçlendirme çabalarının başarılı olduğunu ve ekonomik toparlanmanın devam ettiğini göstermektedir.

Döviz kurundaki dalgalanmalar, rezervleri etkileyebilir. Merkez bankası, döviz kurunu dengelemek için rezervlerini kullanabilir. Dış ticaret fazlası, rezervlerin artmasına katkı sağlayabilir. Yabancı sermaye girişleri, rezervlerin artmasına katkı sağlayabilir. Merkez bankasının döviz alım satım işlemleri ve rezerv yönetimi politikaları, rezervleri doğrudan etkileyebilir. Küresel ekonomik belirsizlikler ve finansal piyasalardaki dalgalanmalar, rezervleri etkileyebilir.

Grafik, rezervlerin zaman içinde dalgalı bir seyir izlediğini ve son yıllarda belirgin bir artış eğilimi gösterdiğini açıkça ortaya koymaktadır. Bu durum, Türkiye ekonomisindeki bazı yapısal sorunlar, dış etkenler ve merkez bankası politikalarının etkisiyle gerçekleşmiştir. Rezervlerdeki artış, ekonomik istikrarın sağlanmasına, döviz kurunun dengelenmesine ve dış finansman ihtiyacının azaltılmasına katkı sağlayabilir.

Şekil 7. Afyonkarahisar Sağlık Harcamaları Grafiği



Grafik, Afyonkarahisar'daki sağlık harcamalarının zaman içinde oldukça dalgalı ve düzensiz bir seyir izlediğini göstermektedir. Bu, sağlık harcamalarının belirli dönemlerde ani ve büyük değişiklikler gösterebildiğini ortaya koymaktadır. Grafikte, 2013-2014 ve 2016-2017 dönemlerinde sağlık harcamalarının sıfır olduğu görülmektedir. Bu durum, veri toplama yöntemlerindeki değişikliklerden veya raporlama eksikliklerinden kaynaklanabilir. Grafikte, sağlık harcamalarında ani ve büyük yükselişler ile düşüşler gözlemlenmektedir. Bu dalgalanmalar, sağlık hizmetlerine olan talebin değişmesi, yeni sağlık tesislerinin açılması veya mevcut tesislerin kapasitelerinin artması gibi faktörlerden kaynaklanabilir. Özellikle son yıllarda (2022-2023), sağlık harcamalarında belirgin bir artış eğilimi olduğu görülmektedir. Bu, sağlık hizmetlerine olan talebin arttığını veya sağlık hizmetlerinin maliyetinin yükseldiğini gösterebilir.

2014-2015 yıllarında sağlık harcamalarında ani ve büyük yükselişler gözlemlenmektedir. Bu durum, o dönemde yeni sağlık tesislerinin açılması veya mevcut tesislerin kapasitelerinin artması gibi faktörlerden kaynaklanabilir. 2016-2017 yıllarında sağlık harcamalarının sıfır olduğu görülmektedir. Bu durum, veri toplama yöntemlerindeki değişikliklerden veya raporlama eksikliklerinden kaynaklanabilir. 2022-2023 yıllarında sağlık harcamalarında belirgin bir artış eğilimi gözlemlenmektedir. Bu durum, sağlık hizmetlerine olan talebin arttığını veya sağlık hizmetlerinin maliyetinin yükseldiğini gösterebilir.

Nüfus artışı ve yaşlanma, sağlık hizmetlerine olan talebi artırarak sağlık harcamalarını yükseltebilir. Kronik hastalıkların yaygınlaşması ve yeni hastalıkların ortaya çıkması, sağlık harcamalarını artırabilir. Tıbbi teknolojiadaki gelişmeler, yeni ve daha pahalı tedavi yöntemlerinin kullanılmasına yol açarak sağlık harcamalarını yükseltebilir. Sağlık politikalarındaki değişiklikler, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini ve maliyetini etkileyerek sağlık harcamalarını değiştirebilir. Ekonomik büyüme veya daralma, hane halkı ve kamu harcamalarını etkileyerek sağlık harcamalarını değiştirebilir.

Grafik, Afyonkarahisar'daki sağlık harcamalarının zaman içinde oldukça dalgalı ve düzensiz bir seyir izlediğini göstermektedir. Bu durum, sağlık hizmetlerine olan talebin değişmesi, yeni sağlık tesislerinin açılması veya mevcut tesislerin kapasitelerinin artması gibi faktörlerden kaynaklanabilir. Sağlık harcamalarındaki artış, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artmasına ve daha fazla insanın sağlık hizmetlerinden yararlanmasına katkı sağlayabilir.

Tablo 2. Tanımlayıcı İstatistikler

	BUTCE	DOLAR	ENFLASYON	FAİZ	GSYİH	KISI	REZERV	SAGLIK
Mean	167.5955	7.634868	0.051834	0.126648	1.67E+15	2.862682	1.11E+11	2.06E+08
Median	162.6000	4.937950	0.031650	0.088750	9.45E+14	2.957500	1.10E+11	1.29E+08
Maximum	262.6000	29.47680	0.233300	0.425000	7.93E+15	3.445000	1.41E+11	9.82E+08
Minimum	100.4000	1.809000	0.008300	0.045000	4.29E+14	2.000000	7.97E+10	141028.9
Std. Dev.	42.24168	7.286706	0.053921	0.077445	1.85E+15	0.418323	1.50E+10	2.43E+08
Skewness	0.349203	1.658800	2.079625	1.745808	2.065976	-0.243673	-0.143811	1.479129
Kurtosis	2.122840	4.773454	6.632702	6.481741	6.371253	1.690486	2.189345	4.496277
Jarque-Bera	2.304834	25.94462	55.90911	44.57549	52.13702	3.579275	1.356463	20.14858
Probability	0.315872	0.000002	0.000000	0.000000	0.000000	0.167021	0.507514	0.000042
Sum	7374.200	335.9342	2.280700	5.572500	7.37E+16	125.9580	4.88E+12	9.07E+09
Sum Sq. Dev.	76727.46	2283.131	0.125022	0.257899	1.48E+32	7.524748	9.62E+21	2.54E+18
Observations	44	44	44	44	44	44	44	44

Bütçe’de Ortalama (Mean) 167.595,8 Bu değer, analiz dönemi boyunca bütçenin ortalama büyüklüğünü gösterir. Bu, hükümetin ortalama olarak ne kadar harcama yaptığını veya ne kadar gelir elde ettiğini gösterir. Eğer bu ortalama zaman içinde artıyorsa, bütçenin genişlediği, azalıyorsa daraldığı anlamına gelir. Bu değer, bütçe politikalarının genel yönü hakkında bir fikir verir. Örneğin, ortalama bütçe büyüklüğünün yüksek olması, genişlemeci bir maliye politikası izlendiğini gösterebilir. Medyan (Median) 162.600,0 Medyan, veri setini iki eşit parçaya bölen değerdir. Aşırı değerlerden (outliers) etkilenmez. Ortalama ve medyan birbirine yakınsa, veri dağılımı

simetriktir. Aralarında büyük fark varsa, dağılım çarpıktır. Bu durumda, ortalama ve medyan yakın olduğu için bütçe dağılımı nispeten simetriktir. Bu, bütçe değerlerinin dengeli bir şekilde dağıldığını ve aşırı sapmaların sınırlı olduğunu gösterir. Maksimum (Maximum) 262.600,0 Bu değer, analiz dönemindeki en yüksek bütçe değerini gösterir. Bu durum, hükümetin belirli bir dönemde gelirlerinin harcamalarına göre çok daha düşük olduğu ve ciddi bir finansman ihtiyacı olduğu anlamına gelebilir. Minimum (Minimum) 100.400,0 En düşük bütçe değeridir. Bu değer, hükümetin gelirlerinin harcamalarına en yakın olduğu dönemi gösterir. Standart Sapma (Std. Dev.) 42.241,68 Bütçenin ortalamadan ne kadar saptığını gösterir. Yüksek standart sapma, bütçenin dönem içinde oldukça dalgalandığını ve öngörülebilirliğin düşük olduğunu gösterir. Düşük standart sapma, Bütçenin daha stabil olduğunu gösterir. Çarpıklık (Skewness) 0.349203 Pozitif bir skewness değeri, bütçe dağılımının sağa doğru çarpık olduğunu gösterir. Yani, büyük bütçe değerlerinin daha sık gözlemlendiği, küçük bütçe değerlerinin ise daha az sıklıkla görüldüğü anlamına gelir. Basıklık (Kurtosis) 2.122840 Düşük bir kurtosis değeri, bütçe dağılımının normalden daha düz olduğunu gösterir. Aşırı değerlerin olasılığının normal dağılıma göre daha düşük olduğunu gösterir. Jarque-Bera Jarque-Bera testi, bir veri kümesinin çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerlerini kullanarak normal dağılıma ne kadar yakın olduğunu test eder. Test istatistiği, verilerin normal dağılımdan ne kadar saptığını gösterir. Yüksek bir Jarque-Bera değeri, verilerin normal dağılımdan önemli ölçüde saptığını gösterir. Olasılık (Probability) Olasılık değeri (p-değeri), Jarque-Bera testinin sonucunun istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını gösterir. Eğer p-değeri 0.05'ten büyükse, verilerin normal dağılıma yakın olduğu hipotezi reddedilemez. Eğer p-değeri 0.05'ten küçükse, verilerin normal dağılımdan önemli ölçüde saptığı hipotezi kabul edilir. Toplam (Sum) Toplam değeri, değişkenin genel büyüklüğünü ve toplam etkisini gösterir. Örneğin, bütçe toplamı, incelenen dönemdeki toplam harcama veya geliri gösterir. Kareler Toplamı Sapması (Sum Sq. Dev.) Kareler toplamı sapması, verilerin ortalamadan ne kadar saptığını gösterir. Yüksek bir kareler toplamı sapması, verilerin daha değişken olduğunu gösterir. Düşük bir kareler toplamı sapması, verilerin daha istikrarlı olduğunu gösterir. Gözlem Sayısı (Observations) Gözlem sayısı, analiz sonuçlarının güvenilirliği için önemlidir. Daha fazla gözlem, daha güvenilir sonuçlar sağlar.

Analiz sonuçlarına göre, bütçe ortalama 167.595,8 olarak gerçekleşmiştir. Ancak, bütçe değerleri dönem içinde önemli ölçüde dalgalanmaktadır. Bütçe değerlerinin dağılımı sağa çarpıktır. Zaman serisi analizinde, bütçe değerlerinin ekonomik büyüme döngüleriyle paralellik gösterdiği ve özellikle ekonomik daralmalar dönemlerinde büyüdüğü görülmektedir. Bu durum, ekonomik büyümenin yavaşlamasıyla vergi gelirlerinin azalması ve kamu harcamalarının artması gibi nedenlerle açıklanabilir. Geleceğe yönelik olarak, ekonomik büyümenin hızlanması ve vergi gelirlerinin artması durumunda bütçe değerlerinin azalması beklenebilir. Ancak, küresel ekonomideki belirsizlikler ve olası yeni ekonomik şoklar, bütçe değerleri üzerinde yukarı yönlü baskı oluşturabilir.

Dolar'da Ortalama (Mean) 7.634868 Bu değer, analiz dönemi boyunca dolar kurunun ortalama seviyesini gösterir. Bu, doların TL karşısında ortalama değerini temsil eder. Eğer bu ortalama zaman içinde artıyorsa, TL'nin dolar karşısında değer kaybettiği, azalıyorsa değer kazandığı anlamına gelir. Bu değer, döviz kuru politikalarının genel yönü hakkında bir fikir verir. Örneğin, ortalama dolar kurunun yüksek olması, TL'nin değer kaybettiği bir dönemi gösterebilir. Medyan (Median) 4.937950 Medyan, veri setini iki eşit parçaya bölen değerdir. Aşırı değerlerden (outliers) etkilenmez. Ortalama ve medyan birbirine yakınsa, veri dağılımı simetriktr. Aralarında büyük fark varsa, dağılım çarpıktır. Bu durumda, ortalama ve medyan arasında belirgin bir fark olduğu için dolar kuru dağılımı sağa çarpıktır. Bu, yüksek dolar kuru değerlerinin daha sık gözlemlendiğini gösterir. Maksimum (Maximum) 29.476800 Bu değer, analiz dönemindeki en yüksek dolar kuru değerini gösterir. Bu durum, TL'nin dolar karşısında en çok değer kaybettiği dönemi temsil eder. Minimum (Minimum) 1.809000 En düşük dolar kuru değeridir. Bu değer, TL'nin dolar karşısında en çok değer kazandığı dönemi gösterir. Standart Sapma (Std. Dev.) 7.286706 Dolar kurunun ortalamadan ne kadar saptığını gösterir. Yüksek standart sapma, dolar kurunun dönem içinde oldukça dalgalandığını ve öngörülebilirliğin düşük olduğunu gösterir. Bu verideki yüksek standart sapma, dolar kurunun oldukça değişken olduğunu gösterir. Çarpıklık (Skewness) 1.658800 Pozitif bir skewness değeri, dolar kuru dağılımının sağa doğru çarpık olduğunu gösterir. Yani, yüksek dolar kuru değerlerinin daha sık gözlemlendiği, düşük dolar kuru değerlerinin ise daha az sıklıkla görüldüğü anlamına gelir. Bu, dolar kurunun zaman zaman ani ve büyük yükselişler gösterdiğini ifade eder.

Basıklık (Kurtosis) 4.773454 Yüksek bir kurtosis değeri, dolar kuru dağılımının sivri tepeli ve kalın kuyruklu olduğunu gösterir. Bu, aşırı dolar kuru değerlerinin daha sık görüldüğünü ve kurun belirli değerlerde yoğunlaştığını gösterir. Jarque-Bera 25.94462 ve Olasılık (Probability): 0.000000 Jarque-Bera testi, dolar kuru dağılımının normal dağılımdan önemli ölçüde saptığını gösterir. Olasılık değerinin 0.05'ten küçük olması, bu sapmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu gösterir. Toplam (Sum) 335.9342 Toplam değeri, incelenen dönemdeki toplam dolar kuru değerini gösterir. Kareler Toplamı Sapması (Sum Sq. Dev.) 2283.1312 Kareler toplamı sapması, dolar kuru değerlerinin ortalamadan ne kadar saptığını gösterir. Yüksek bir kareler toplamı sapması, dolar kuru değerlerinin daha değişken olduğunu gösterir. Gözlem Sayısı (Observations) 44 Bu, analizde kullanılan dolar kuru verisi sayısını gösterir.

Analiz sonuçlarına göre, dolar kuru ortalama 7.63 olarak gerçekleşmiştir. Ancak, dolar kuru değerleri dönem içinde önemli ölçüde dalgalanmaktadır. Dolar kuru dağılımı sağa çarpıktır ve sivri tepelidir. Zaman serisi analizinde, dolar kurunun ekonomik ve politik olaylara duyarlı olduğu ve özellikle belirsizlik dönemlerinde yükseldiği görülmektedir. Bu durum, yatırımcı güveninin azalması ve döviz talebinin artması gibi nedenlerle açıklanabilir. Geleceğe yönelik olarak, ekonomik ve politik istikrarın sağlanması durumunda dolar kurunun düşmesi beklenebilir. Ancak, küresel ekonomideki belirsizlikler ve olası yeni şoklar, dolar kuru üzerinde yukarı yönlü baskı oluşturabilir.

Enflasyon'da Ortalama (Mean) 0.051834 Bu değer, analiz dönemi boyunca enflasyon oranının ortalama seviyesini gösterir. Bu, genel fiyat seviyesindeki ortalama artışı temsil eder. Eğer bu ortalama zaman içinde artıyorsa, enflasyonun hızlandığı, azalıyorsa yavaşladığı anlamına gelir. Bu değer, para politikalarının genel yönü hakkında bir fikir verir. Örneğin, ortalama enflasyon oranının yüksek olması, sıkı para politikalarının uygulanması gerektiğini gösterebilir. Medyan (Median) 0.031650 Medyan, veri setini iki eşit parçaya bölen değerdir. Aşırı değerlerden (outliers) etkilenmez. Ortalama ve medyan birbirine yakınsa, veri dağılımı simetriktir. Aralarında büyük fark varsa, dağılım çarpıktır. Bu durumda, ortalama ve medyan arasında belirgin bir fark olduğu için enflasyon oranı dağılımı sağa çarpıktır. Bu, yüksek enflasyon oranı değerlerinin daha sık gözlemlendiğini gösterir.

Maksimum (Maximum) 0.233300 Bu değer, analiz dönemindeki en yüksek enflasyon oranı değerini gösterir. Bu durum, fiyatların en hızlı arttığı dönemi temsil

eder. Minimum (Minimum) 0.008300 En düşük enflasyon oranı değeridir. Bu değer, fiyatların en yavaş arttığı veya düştüğü dönemi gösterir. Standart Sapma (Std. Dev.) 0.053921 Enflasyon oranının ortalamadan ne kadar saptığını gösterir. Yüksek standart sapma, enflasyon oranının dönem içinde oldukça dalgalandığını ve öngörülebilirliğin düşük olduğunu gösterir. Bu verideki yüksek standart sapma, enflasyon oranının oldukça değişken olduğunu gösterir. Çarpıklık (Skewness) 2.079625 Pozitif bir skewness değeri, enflasyon oranı dağılımının sağa doğru çarpık olduğunu gösterir. Yani, yüksek enflasyon oranı değerlerinin daha sık gözlemlendiği, düşük enflasyon oranı değerlerinin ise daha az sıklıkla görüldüğü anlamına gelir. Bu, enflasyon oranının zaman zaman ani ve büyük yükselişler gösterdiğini ifade eder. Basıklık (Kurtosis) 6.632702 Yüksek bir kurtosis değeri, enflasyon oranı dağılımının sivri tepeli ve kalın kuyruklu olduğunu gösterir. Bu, aşırı enflasyon oranı değerlerinin daha sık görüldüğünü ve oranın belirli değerlerde yoğunlaştığını gösterir. Jarque-Bera 55.90911 ve Olasılık (Probability): 0.000000 Jarque-Bera testi, enflasyon oranı dağılımının normal dağılımdan önemli ölçüde saptığını gösterir. Olasılık değerinin 0.05'ten küçük olması, bu sapmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu gösterir. Toplam (Sum) 2.280700 Toplam değeri, incelenen dönemdeki toplam enflasyon oranı değerini gösterir. Kareler Toplamı Sapması (Sum Sq. Dev.) 0.125029 Kareler toplamı sapması, enflasyon oranı değerlerinin ortalamadan ne kadar saptığını gösterir. Yüksek bir kareler toplamı sapması, enflasyon oranı değerlerinin daha değişken olduğunu gösterir. Gözlem Sayısı (Observations) 44 Bu, analizde kullanılan enflasyon oranı verisi sayısını gösterir.

Analiz sonuçlarına göre, enflasyon oranı ortalama 0.051834 olarak gerçekleşmiştir. Ancak, enflasyon oranı değerleri dönem içinde önemli ölçüde dalgalanmaktadır. Enflasyon oranı dağılımı sağa çarpıktır ve sivri tepelidir. Zaman serisi analizinde, enflasyon oranının ekonomik ve politik olaylara duyarlı olduğu ve özellikle belirsizlik dönemlerinde yükseldiği görülmektedir. Bu durum, talep artışı, maliyet artışı ve döviz kuru dalgalanmaları gibi nedenlerle açıklanabilir. Geleceğe yönelik olarak, para politikalarının etkinliği ve ekonomik istikrarın sağlanması durumunda enflasyon oranının düşmesi beklenebilir. Ancak, küresel ekonomideki belirsizlikler ve olası yeni şoklar, enflasyon oranı üzerinde yukarı yönlü baskı oluşturabilir.

Faiz'de Ortalama (Mean) 0.126648 Bu değer, analiz dönemi boyunca faiz oranının ortalama seviyesini gösterir. Bu, borçlanma maliyetinin ortalama düzeyini

temsil eder. Eğer bu ortalama zaman içinde artıyorsa, borçlanma maliyetinin yükseldiği, azalıyorsa düştüğü anlamına gelir. Bu değer, para politikalarının genel yönü hakkında bir fikir verir. Örneğin, ortalama faiz oranının yüksek olması, sıkı para politikalarının uygulandığını gösterebilir. Medyan (Median) 0.088750 Medyan, veri setini iki eşit parçaya bölen değerdir. Aşırı değerlerden (outliers) etkilenmez. Ortalama ve medyan birbirine yakınsa, veri dağılımı simetriktir. Aralarında büyük fark varsa, dağılım çarpıktır. Bu durumda, ortalama ve medyan arasında belirgin bir fark olduğu için faiz oranı dağılımı sağa çarpıktır. Bu, yüksek faiz oranı değerlerinin daha sık gözlemlendiğini gösterir.

Maksimum (Maximum) 0.425000 Bu değer, analiz dönemindeki en yüksek faiz oranı değerini gösterir. Bu durum, borçlanma maliyetinin en yüksek olduğu dönemi temsil eder. Minimum (Minimum) 0.045000 En düşük faiz oranı değeridir. Bu değer, borçlanma maliyetinin en düşük olduğu dönemi gösterir. Standart Sapma (Std. Dev.) 0.077445 Faiz oranının ortalamadan ne kadar saptığını gösterir. Yüksek standart sapma, faiz oranının dönem içinde oldukça dalgalandığını ve öngörülebilirliğin düşük olduğunu gösterir. Bu verideki yüksek standart sapma, faiz oranının oldukça değişken olduğunu gösterir. Çarpıklık (Skewness) 1.745808 Pozitif bir skewness değeri, faiz oranı dağılımının sağa doğru çarpık olduğunu gösterir. Yani, yüksek faiz oranı değerlerinin daha sık gözlemlendiği, düşük faiz oranı değerlerinin ise daha az sıklıkla görüldüğü anlamına gelir. Bu, faiz oranının zaman zaman ani ve büyük yükselişler gösterdiğini ifade eder. Basıklık (Kurtosis) 6.481741 Yüksek bir kurtosis değeri, faiz oranı dağılımının sivri tepeli ve kalın kuyruklu olduğunu gösterir. Bu, aşırı faiz oranı değerlerinin daha sık görüldüğünü ve oranın belirli değerlerde yoğunlaştığını gösterir. Jarque-Bera 44.57549 ve Olasılık (Probability): 0.000000 Jarque-Bera testi, faiz oranı dağılımının normal dağılımdan önemli ölçüde saptığını gösterir. Olasılık değerinin 0.05'ten küçük olması, bu sapmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu gösterir. Toplam (Sum) 5.572500 Toplam değeri, incelenen dönemdeki toplam faiz oranı değerini gösterir. Kareler Toplamı Sapması (Sum Sq. Dev.) 0.257899 Kareler toplamı sapması, faiz oranı değerlerinin ortalamadan ne kadar saptığını gösterir. Yüksek bir kareler toplamı sapması, faiz oranı değerlerinin daha değişken olduğunu gösterir. Gözlem Sayısı (Observations) 44 Bu, analizde kullanılan faiz oranı verisi sayısını gösterir.

Analiz sonuçlarına göre, faiz oranı ortalama 0.126648 olarak gerçekleşmiştir. Ancak, faiz oranı değerleri dönem içinde önemli ölçüde dalgalanmaktadır. Faiz oranı dağılımı sağa çarpıktır ve sivri tepelidir. Zaman serisi analizinde, faiz oranının ekonomik ve politik olaylara duyarlı olduğu ve özellikle belirsizlik dönemlerinde yükseldiği görülmektedir. Bu durum, enflasyon beklentileri, para politikaları ve küresel faiz oranları gibi nedenlerle açıklanabilir. Geleceğe yönelik olarak, para politikalarının etkinliği ve ekonomik istikrarın sağlanması durumunda faiz oranının düşmesi beklenebilir. Ancak, enflasyon beklentilerindeki artışlar ve küresel faiz oranlarındaki yükselişler, faiz oranı üzerinde yukarı yönlü baskı oluşturabilir.

Gsyih'da Ortalama (Mean) $1.67E+1$ Bu değer, analiz dönemi boyunca GSYİH'nin ortalama seviyesini gösterir. Bilimsel gösterimde $1.67E+1$, 16.7 anlamına gelir. Yani, ortalama GSYİH 16.7 birimdir. Eğer bu ortalama zaman içinde artıyorsa, ekonomik büyümenin hızlandığı, azalıyorsa yavaşladığı anlamına gelir. Bu değer, ekonomik performansın genel yönü hakkında bir fikir verir. Örneğin, ortalama GSYİH'nin yüksek olması, güçlü bir ekonomik büyümeyi gösterebilir. Medyan (Median) $9.45E+1$ Medyan, veri setini iki eşit parçaya bölen değerdir. Aşırı değerlerden (outliers) etkilenmez. Bilimsel gösterimde $9.45E+1$, 94.5 anlamına gelir. Yani, medyan GSYİH 94.5 birimdir. Ortalama ve medyan arasında belirgin bir fark olduğu için GSYİH dağılımı sağa çarpıktır. Bu, yüksek GSYİH değerlerinin daha sık gözlemlendiğini gösterir. Maksimum (Maximum) $7.93E+1$ Bu değer, analiz dönemindeki en yüksek GSYİH değerini gösterir. Bilimsel gösterimde $7.93E+1$, 79.3 anlamına gelir. Yani, maksimum GSYİH 79.3 birimdir. Bu durum, ekonomik aktivitenin en yüksek olduğu dönemi temsil eder. Minimum (Minimum) $4.29E+1$ En düşük GSYİH değeridir. Bilimsel gösterimde $4.29E+1$, 42.9 anlamına gelir. Yani, minimum GSYİH 42.9 birimdir. Bu değer, ekonomik aktivitenin en düşük olduğu dönemi gösterir.

Standart Sapma (Std. Dev.) $1.85E+1$ GSYİH'nin ortalamadan ne kadar saptığını gösterir. Bilimsel gösterimde $1.85E+1$, 18.5 anlamına gelir. Yani, standart sapma 18.5 birimdir. Yüksek standart sapma, GSYİH'nin dönem içinde oldukça dalgalandığını ve öngörülebilirliğin düşük olduğunu gösterir. Bu verideki standart sapma, GSYİH'nin oldukça değişken olduğunu gösterir. Çarpıklık (Skewness) 2.065976 Pozitif bir skewness değeri, GSYİH dağılımının sağa doğru çarpık olduğunu gösterir. Yani, yüksek GSYİH değerlerinin daha sık gözlemlendiği, düşük GSYİH değerlerinin ise daha az

sıklıkla görüldüğü anlamına gelir. Bu, GSYİH'nin zaman zaman ani ve büyük yükselişler gösterdiğini ifade eder. Basıklık (Kurtosis) 6.371253 Yüksek bir kurtosis değeri, GSYİH dağılımının sivri tepeli ve kalın kuyruklu olduğunu gösterir. Bu, aşırı GSYİH değerlerinin daha sık görüldüğünü ve GSYİH'nin belirli değerlerde yoğunlaştığını gösterir. Jarque-Bera 52.13702 ve Olasılık (Probability): 0.000000 Jarque-Bera testi, GSYİH dağılımının normal dağılımdan önemli ölçüde saptığını gösterir. Olasılık değerinin 0.05'ten küçük olması, bu sapmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu gösterir. Toplam (Sum) 7.37E+16 Toplam değeri, incelenen dönemdeki toplam GSYİH değerini gösterir. Bilimsel gösterimde 7.37E+16, çok büyük bir sayıyı temsil eder. Bu, GSYİH'nin toplam büyüklüğünü gösterir. Kareler Toplamı Sapması (Sum Sq. Dev.) 1.48E+32 Kareler toplamı sapması, GSYİH değerlerinin ortalama ne kadar saptığını gösterir. Bilimsel gösterimde 1.48E+32, çok büyük bir sayıyı temsil eder. Bu, GSYİH'nin çok değişken olduğunu gösterir. Gözlem Sayısı (Observations) 44 Bu, analizde kullanılan GSYİH verisi sayısını gösterir.

Analiz sonuçlarına göre, GSYİH ortalama 16.7 birim olarak gerçekleşmiştir. Ancak, GSYİH değerleri dönem içinde önemli ölçüde dalgalanmaktadır. GSYİH dağılımı sağa çarpıktır ve sivri tepelidir. Zaman serisi analizinde, GSYİH'nin ekonomik ve politik olaylara duyarlı olduğu ve özellikle belirsizlik dönemlerinde düştüğü görülmektedir. Bu durum, talep düşüşü, yatırım azalması ve dış ticaret dengesizlikleri gibi nedenlerle açıklanabilir. Geleceğe yönelik olarak, ekonomik ve politik istikrarın sağlanması durumunda GSYİH'nin artması beklenebilir. Ancak, küresel ekonomideki belirsizlikler ve olası yeni şoklar, GSYİH üzerinde aşağı yönlü baskı oluşturabilir.

Kişi Başına Milli Gelir'de Ortalama (Mean) 2.862682 Bu değer, analiz dönemi boyunca kişi başına milli gelirin ortalama seviyesini gösterir. Bu, bir ülkedeki ortalama vatandaşın gelir düzeyini temsil eder. Eğer bu ortalama zaman içinde artıyorsa, refah düzeyinin arttığı, azalıyorsa düştüğü anlamına gelir. Bu değer, ekonomik gelişmişliğin genel yönü hakkında bir fikir verir. Örneğin, ortalama kişi başına milli gelirin yüksek olması, gelişmiş bir ekonomiyi gösterebilir. Medyan (Median) 2.957504 Medyan, veri setini iki eşit parçaya bölen değerdir. Aşırı değerlerden (outliers) etkilenmez. Ortalama ve medyan birbirine yakınsa, veri dağılımı simetriktir. Aralarında büyük fark varsa, dağılım çarpıktır. Bu durumda, ortalama ve medyan birbirine oldukça yakın olduğu için kişi başına milli gelir dağılımı nispeten simetriktir. Bu, gelir dağılımının dengeli olduğunu gösterir. Maksimum (Maximum) 3.445000 Bu değer, analiz dönemindeki en

yüksek kişi başına milli gelir değerini gösterir. Bu durum, refah düzeyinin en yüksek olduğu dönemi temsil eder. Minimum (Minimum) 2.000000 En düşük kişi başına milli gelir değeridir. Bu değer, refah düzeyinin en düşük olduğu dönemi gösterir. Standart Sapma (Std. Dev.) 0.418323 Kişi başına milli gelirin ortalamadan ne kadar saptığını gösterir. Düşük standart sapma, kişi başına milli gelirin dönem içinde nispeten istikrarlı olduğunu gösterir. Bu verideki düşük standart sapma, gelir dağılımının nispeten homojen olduğunu gösterir.

Çarpıklık (Skewness) -0.243673 Negatif bir skewness değeri, kişi başına milli gelir dağılımının sola doğru çarpık olduğunu gösterir. Yani, düşük kişi başına milli gelir değerlerinin daha sık gözlemlendiği, yüksek kişi başına milli gelir değerlerinin ise daha az sıklıkla görüldüğü anlamına gelir. Bu, gelir dağılımının eşitsiz olduğunu ve düşük gelirli vatandaşların daha fazla olduğunu ifade eder. Basıklık (Kurtosis) 1.690486 Düşük bir kurtosis değeri, kişi başına milli gelir dağılımının normalden daha düz olduğunu gösterir. Bu, aşırı gelir değerlerinin olasılığının normal dağılıma göre daha düşük olduğunu gösterir. Jarque-Bera 3.579275 ve Olasılık (Probability): 0.167024 Jarque-Bera testi, kişi başına milli gelir dağılımının normal dağılıma yakın olduğunu gösterir. Olasılık değerinin 0.05'ten büyük olması, bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olmadığını gösterir. Toplam (Sum) 125.9580 Toplam değeri, incelenen dönemdeki toplam kişi başına milli gelir değerini gösterir. Kareler Toplamı Sapması (Sum Sq. Dev.) 7.524748 Kareler toplamı sapması, kişi başına milli gelir değerlerinin ortalamadan ne kadar saptığını gösterir. Düşük bir kareler toplamı sapması, kişi başına milli gelir değerlerinin daha istikrarlı olduğunu gösterir. Gözlem Sayısı (Observations) 44 Bu, analizde kullanılan kişi başına milli gelir verisi sayısını gösterir.

Analiz sonuçlarına göre, kişi başına milli gelir ortalama 2.86 birim olarak gerçekleşmiştir. Ancak, kişi başına milli gelir değerleri dönem içinde nispeten istikrarlı bir seyir izlemektedir. Kişi başına milli gelir dağılımı sola çarpıktır. Zaman serisi analizinde, kişi başına milli gelirin ekonomik büyüme ve gelir dağılımı politikalarına duyarlı olduğu görülmektedir. Bu durum, ekonomik büyüme politikalarının etkinliği ve gelir dağılımı eşitsizliği gibi nedenlerle açıklanabilir. Geleceğe yönelik olarak, ekonomik büyümenin sürdürülmesi ve gelir dağılımı eşitsizliğinin azaltılması durumunda kişi başına milli gelirin artması beklenebilir. Ancak, ekonomik krizler ve gelir dağılımı politikalarındaki başarısızlıklar, kişi başına milli gelir üzerinde aşağı yönlü baskı oluşturabilir.

REZERV’de Ortalama (Mean) $1.11E+11$ Bu değer, analiz dönemi boyunca rezervlerin ortalama seviyesini gösterir. Bilimsel gösterimde $1.11E+11$, 111 milyar anlamına gelir. Yani, ortalama rezerv 111 milyar birimdir. Eğer bu ortalama zaman içinde artıyorsa, rezervlerin güçlendiği, azalıyorsa zayıfladığı anlamına gelir. Bu değer, rezerv politikalarının genel yönü hakkında bir fikir verir. Örneğin, ortalama rezerv seviyesinin yüksek olması, güçlü bir rezerv pozisyonunu gösterebilir. Medyan (Median) $1.10E+11$ Medyan, veri setini iki eşit parçaya bölen değerdir. Aşırı değerlerden (outliers) etkilenmez. Bilimsel gösterimde $1.10E+11$, 110 milyar anlamına gelir. Yani, medyan rezerv 110 milyar birimdir. Ortalama ve medyan birbirine çok yakın olduğu için rezerv dağılımı nispeten simetriktr. Bu, rezerv değerlerinin dengeli olduğunu gösterir. Maksimum (Maximum) $1.41E+11$ Bu değer, analiz dönemindeki en yüksek rezerv değerini gösterir. Bilimsel gösterimde $1.41E+11$, 141 milyar anlamına gelir. Yani, maksimum rezerv 141 milyar birimdir. Bu durum, rezervlerin en güçlü olduğu dönemi temsil eder. Minimum (Minimum) $7.97E+10$ En düşük rezerv değeridir. Bilimsel gösterimde $7.97E+10$, 79.7 milyar anlamına gelir. Yani, minimum rezerv 79.7 milyar birimdir. Bu değer, rezervlerin en zayıf olduğu dönemi gösterir. Standart Sapma (Std. Dev.) $1.50E+11$ Rezervlerin ortalamadan ne kadar saptığını gösterir. Bilimsel gösterimde $1.50E+11$, 150 milyar anlamına gelir. Yani, standart sapma 150 milyar birimdir. Yüksek standart sapma, rezervlerin dönem içinde oldukça dalgalandığını ve öngörülebilirliğin düşük olduğunu gösterir. Bu verideki yüksek standart sapma, rezervlerin oldukça değişken olduğunu gösterir.

Çarpıklık (Skewness) 0.143811 Pozitif bir skewness değeri, rezerv dağılımının sağa doğru çarpık olduğunu gösterir. Yani, yüksek rezerv değerlerinin daha sık gözlemlendiği, düşük rezerv değerlerinin ise daha az sıklıkla görüldüğü anlamına gelir. Bu, rezervlerin zaman zaman ani ve büyük yükselişler gösterdiğini ifade eder. Basıklık (Kurtosis) 2.189345 Düşük bir kurtosis değeri, rezerv dağılımının normalden daha düz olduğunu gösterir. Bu, aşırı rezerv değerlerinin olasılığının normal dağılıma göre daha düşük olduğunu gösterir. Jarque-Bera 1.356463 ve Olasılık (Probability) 0.507511 Jarque-Bera testi, rezerv dağılımının normal dağılıma yakın olduğunu gösterir. Olasılık değerinin 0.05'ten büyük olması, bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olmadığını gösterir. Toplam (Sum) $4.88E+12$ Toplam değeri, incelenen dönemdeki toplam rezerv değerini gösterir. Bilimsel gösterimde $4.88E+12$, çok büyük bir sayıyı temsil eder. Bu, rezervlerin toplam büyüklüğünü gösterir. Kareler Toplamı Sapması (Sum Sq. Dev.)

9.62E+22 Kareler toplamı sapması, rezerv değerlerinin ortalamadan ne kadar saptığını gösterir. Bilimsel gösterimde 9.62E+22, çok büyük bir sayıyı temsil eder. Bu, rezervlerin çok değişken olduğunu gösterir. Gözlem Sayısı (Observations) 44 Bu, analizde kullanılan rezerv verisi sayısını gösterir.

Analiz sonuçlarına göre, rezervler ortalama 111 milyar birim olarak gerçekleşmiştir. Ancak, rezerv değerleri dönem içinde önemli ölçüde dalgalanmaktadır. Rezerv dağılımı sağa çarpıktır. Zaman serisi analizinde, rezervlerin ekonomik ve politik olaylara duyarlı olduğu ve özellikle belirsizlik dönemlerinde azaldığı görülmektedir. Bu durum, döviz kuru dalgalanmaları, dış ticaret dengesizlikleri ve sermaye çıkışları gibi nedenlerle açıklanabilir. Geleceğe yönelik olarak, ekonomik ve politik istikrarın sağlanması durumunda rezervlerin artması beklenebilir. Ancak, küresel ekonomideki belirsizlikler ve olası yeni şoklar, rezervler üzerinde aşağı yönlü baskı oluşturabilir.

Sağlık Harcamaları'nda Ortalama (Mean) 2.06E+08 Bu değer, analiz dönemi boyunca sağlık harcamalarının ortalama seviyesini gösterir. Bilimsel gösterimde 2.06E+08, 206 milyon anlamına gelir. Yani, ortalama sağlık harcaması 206 milyon birimdir. Eğer bu ortalama zaman içinde artıyorsa, sağlık harcamalarının arttığı, azalıyorsa azaldığı anlamına gelir. Bu değer, sağlık politikalarının genel yönü hakkında bir fikir verir. Örneğin, ortalama sağlık harcamalarının yüksek olması, sağlık hizmetlerine yapılan yatırımın arttığını gösterebilir. Medyan (Median) 1.29E+08 Medyan, veri setini iki eşit parçaya bölen değerdir. Aşırı değerlerden (outliers) etkilenmez. Bilimsel gösterimde 1.29E+08, 129 milyon anlamına gelir. Yani, medyan sağlık harcaması 129 milyon birimdir. Ortalama ve medyan arasında belirgin bir fark olduğu için sağlık harcaması dağılımı sağa çarpıktır. Bu, yüksek sağlık harcaması değerlerinin daha sık gözlemlendiğini gösterir. Maksimum (Maximum) 9.82E+08 Bu değer, analiz dönemindeki en yüksek sağlık harcaması değerini gösterir. Bilimsel gösterimde 9.82E+08, 982 milyon anlamına gelir. Yani, maksimum sağlık harcaması 982 milyon birimdir. Bu durum, sağlık harcamalarının en yüksek olduğu dönemi temsil eder. Minimum (Minimum) 141028.9 En düşük sağlık harcaması değeridir. Bu değer, sağlık harcamalarının en düşük olduğu dönemi gösterir. Standart Sapma (Std. Dev.) 2.43E+08 Sağlık harcamalarının ortalamadan ne kadar saptığını gösterir. Bilimsel gösterimde 2.43E+08, 243 milyon anlamına gelir. Yani, standart sapma 243 milyon birimdir. Yüksek standart sapma, sağlık harcamalarının dönem içinde oldukça

dalgalandığını ve öngörülebilirliğin düşük olduğunu gösterir. Bu verideki yüksek standart sapma, sağlık harcamalarının oldukça değişken olduğunu gösterir.

Çarpıklık (Skewness) 1.479129 Pozitif bir skewness değeri, sağlık harcaması dağılımının sağa doğru çarpık olduğunu gösterir. Yani, yüksek sağlık harcaması değerlerinin daha sık gözlemlendiği, düşük sağlık harcaması değerlerinin ise daha az sıklıkla görüldüğü anlamına gelir. Bu, sağlık harcamalarının zaman zaman ani ve büyük yükselişler gösterdiğini ifade eder. Basıklık (Kurtosis) 4.496277 Yüksek bir kurtosis değeri, sağlık harcaması dağılımının sivri tepeli ve kalın kuyruklu olduğunu gösterir. Bu, aşırı sağlık harcaması değerlerinin daha sık görüldüğünü ve harcamaların belirli değerlerde yoğunlaştığını gösterir. Jarque-Bera: 20.14858 ve Olasılık (Probability) 0.000042 Jarque-Bera testi, sağlık harcaması dağılımının normal dağılımdan önemli ölçüde saptığını gösterir. Olasılık değerinin 0.05'ten küçük olması, bu sapmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu gösterir. Toplam (Sum) 9.07E+09 Toplam değeri, incelenen dönemdeki toplam sağlık harcaması değerini gösterir. Bilimsel gösterimde 9.07E+09, 9 milyar 70 milyon anlamına gelir. Bu, sağlık harcamalarının toplam büyüklüğünü gösterir. Kareler Toplamı Sapması (Sum Sq. Dev.) 2.54E+17 Kareler toplamı sapması, sağlık harcaması değerlerinin ortalamadan ne kadar saptığını gösterir. Bilimsel gösterimde 2.54E+17, çok büyük bir sayıyı temsil eder. Bu, sağlık harcamalarının çok değişken olduğunu gösterir. Gözlem Sayısı (Observations) 44 Bu, analizde kullanılan sağlık harcaması verisi sayısını gösterir.

Analiz sonuçlarına göre, sağlık harcamaları ortalama 206 milyon birim olarak gerçekleşmiştir. Ancak, sağlık harcaması değerleri dönem içinde önemli ölçüde dalgalanmaktadır. Sağlık harcaması dağılımı sağa çarpıktır ve sivri tepelidir. Zaman serisi analizinde, sağlık harcamalarının ekonomik ve demografik olaylara duyarlı olduğu ve özellikle yaşlı nüfusun arttığı dönemlerde yükseldiği görülmektedir. Bu durum, sağlık teknolojilerindeki gelişmeler, salgın hastalıklar ve sağlık politikalarındaki değişiklikler gibi nedenlerle açıklanabilir. Geleceğe yönelik olarak, sağlık hizmetlerine olan talebin artması ve sağlık teknolojilerindeki gelişmeler, sağlık harcamaları üzerinde yukarı yönlü baskı oluşturabilir. Ancak, sağlık politikalarındaki etkinlik ve kaynakların verimli kullanımı, sağlık harcamalarının kontrol altında tutulmasına yardımcı olabilir.

Çalışmanın bundan sonraki aşamasında ise değişkenlerin birim köke sahip olup olmadıklarını tespit etmek amacıyla, PP ve ADF tekniklerine göre birim kök testlerinin uygulamasına geçilmiştir.

Tablo 3. Philips-Perron (PP) Testi

		UNIT ROOT TEST TABLE (PP)							
	<u>At Level</u>								
		SAGLIK	REZERV	KISI	GSYIH	FAIZ	ENFLASYON	DOLAR	BUTCE
With Constant	t-Statistic	-4.0507	-1.5994	-1.9370	12.4470	-0.6400	-3.3277	7.6687	0.7189
	Prob.	0.0029	0.4742	0.3128	1.0000	0.8507	0.0196	1.0000	0.9912
		***	n0	n0	n0	n0	**	n0	n0
With Constant & Trend	t-Statistic	-4.1086	-0.8965	-1.8704	6.9622	-1.6097	-4.6067	3.3287	-7.5037
	Prob.	0.0122	0.9471	0.6524	1.0000	0.7726	0.0033	1.0000	0.0000
		**	n0	n0	n0	n0	***	n0	***
Without Constant & Trend	t-Statistic	-2.5248	0.1081	0.0162	11.3024	0.6750	-1.9027	8.8713	5.2166
	Prob.	0.0128	0.7117	0.6825	1.0000	0.8579	0.0552	1.0000	1.0000
		**	n0	n0	n0	n0	*	n0	n0
	<u>At First Difference</u>								
		d(SAGLIK)	d(REZERV)	d(KISI)	d(GSYIH)	d(FAIZ)	d(ENFLASYON)	d(DOLAR)	d(BUTCE)
With Constant	t-Statistic	-9.7429	-5.8430	-7.7294	-2.3235	-2.3387	-19.7718	-5.3815	-28.8921
	Prob.	0.0000	0.0000	0.0000	0.1696	0.1651	0.0001	0.0001	0.0001
		***	***	***	n0	n0	***	***	***
With Constant & Trend	t-Statistic	-9.5797	-9.0895	-8.5391	-4.0080	-2.4703	-26.2990	-6.8742	-37.7214
	Prob.	0.0000	0.0000	0.0000	0.0159	0.3404	0.0000	0.0000	0.0000
		***	***	***	**	n0	***	***	***
Without Constant & Trend	t-Statistic	-9.7759	-5.9327	-7.8450	-1.6846	-2.2175	-12.4122	-4.5880	-12.7742

Çeşitli ekonomik değişkenlerin durağanlık özelliklerini incelemek amacıyla uygulanan Phillips-Perron (PP) birim kök testinin sonuçlarını özetlemektedir. Durağanlık, zaman serisi analizinde temel bir kavram olup, bir serinin zaman içinde ortalama ve varyans gibi istatistiksel özelliklerinin sabit kalıp kalmadığını ifade eder. Durağan olmayan seriler, sahte regresyon (spurious regression) problemine yol açabileceğinden, ekonometrik modellemelerde dikkate alınması gereken önemli bir husustur. Phillips-Perron testi, Augmented Dickey-Fuller (ADF) testine benzer şekilde, serilerde birim kök (unit root) olup olmadığını sınar. Birim kök, serinin şoklara karşı kalıcı bir tepki verdiğini ve bu nedenle durağan olmadığını gösterir.

Tablo, incelenen değişkenleri (SAĞLIK, REZERV, KİŞİ, GSYİH, FAİZ, ENFLASYON, DOLAR, BÜTÇE) satır başlarında ve testin uygulandığı seviyeleri ("At

Level" - Düzeyde ve "At First Difference" - Birinci Farkta) ana başlıklar altında sunulmaktadır. Her bir değişken için, test üç farklı deterministik bileşen varsayımı altında gerçekleştirilmiştir: "With Constant" (Sabit Terimli), "With Constant & Trend" (Sabit Terimli ve Trendli) ve "Without Constant & Trend" (Sabitless ve Trendsiz). Her bir test sonucu, t-istatistiği (t-Statistic) ve buna karşılık gelen olasılık değeri (Prob.) ile birlikte sunulmaktadır. Olasılık değerinin düşük olması (genellikle %1, %5 veya %10 gibi anlamlılık seviyelerinin altında), birim kök hipotezinin reddedildiği ve serinin durağan olduğu anlamına gelir. Tabloda yer alan yıldız işaretleri (**, ***), muhtemelen farklı anlamlılık seviyelerinde (örneğin, %5 ve %1) birim kök hipotezinin reddedildiğini göstermektedir. "n0" ifadesi ise, standart anlamlılık seviyelerinde birim kök hipotezinin reddedilemediği anlamına gelmektedir. Tablonun "At Level" bölümü, değişkenlerin orijinal hallerinde durağan olup olmadığını göstermektedir.

Sabit terimli, sabit terimli ve trendli ile sabitsiz ve trendsiz modellerde elde edilen düşük olasılık değerleri (0.0029, 0.0122, 0.0128), SAĞLIK değişkeninin düzeyde durağan olduğunu göstermektedir. Bu, SAĞLIK değişkenine yönelik şokların geçici olduğunu ve serinin uzun dönemde ortalamasına döndüğünü ifade eder. Her üç modelde de elde edilen yüksek olasılık değerleri (0.4742, 0.9471, 0.7117), REZERV değişkeninin düzeyde birim köke sahip olduğunu ve dolayısıyla durağan olmadığını göstermektedir. Bu, REZERV değişkenine yönelik şokların kalıcı etkiler yarattığı anlamına gelir. REZERV değişkenine benzer şekilde, KİŞİ değişkeni için de her üç modelde yüksek olasılık değerleri (0.3128, 0.6524, 0.6825) elde edilmiştir. Bu sonuç, KİŞİ değişkeninin düzeyde durağan olmadığını ve birim köke sahip olduğunu işaret etmektedir. Sabit terimli ve sabit terimli ve trendli modellerde elde edilen 1.0000 olasılık değeri, GSYİH değişkeninin düzeyde kesinlikle durağan olmadığını göstermektedir. Sabitsiz ve trendsiz modelde de elde edilen yüksek olasılık değeri (1.0000) bu sonucu desteklemektedir. GSYİH değişkeni düzeyde birim köke sahiptir. Faiz değişkeni için de her üç modelde elde edilen yüksek olasılık değerleri (0.8507, 0.7726, 0.8579), bu değişkenin düzeyde durağan olmadığını ve birim köke sahip olduğunu göstermektedir. Sabit terimli (0.0196), sabit terimli ve trendli (0.0033) ve sabitsiz ve trendsiz (0.0552) modellerde elde edilen düşük olasılık değerleri, ENFLASYON değişkeninin düzeyde durağan olduğunu göstermektedir. Bu, enflasyon oranındaki şokların kalıcı olmadığını ve zamanla ortalamasına döndüğünü ifade eder. Sabitsiz ve trendsiz modelde %10 anlamlılık düzeyinde durağanlık

reddedilememektedir. Sabit terimli modelde elde edilen yüksek olasılık değeri (1.0000), DOLAR değişkeninin bu şart altında düzeyde durağan olmadığını göstermektedir. Ancak, sabit terimli ve trendli (0.0000) ile sabitsiz ve trendsiz (0.0000) modellerde elde edilen düşük olasılık değerleri, trendin hesaba katılması durumunda DOLAR değişkeninin düzeyde durağan olduğunu işaret etmektedir. Bu durum, DOLAR serisinde deterministik bir trendin varlığına işaret edebilir. DOLAR değişkenine benzer şekilde, BÜTÇE değişkeni sabit terimli modelde durağan bulunmazken (0.9912), sabit terimli ve trendli (0.0000) ile sabitsiz ve trendsiz (1.0000 - bu modelde durağanlık reddedilememektedir) modellerde trendin hesaba katılması durumunda durağanlık göstermektedir. Bu da BÜTÇE serisinde deterministik bir trendin olabileceğine dair bir göstergedir. Düzeyde durağan bulunmayan serilerin durağan hale gelip gelmediğini incelemek için birinci farkları alınarak tekrar birim kök testi uygulanmıştır. Tablonun "At First Difference" bölümü bu sonuçları sunmaktadır.

Her üç modelde de elde edilen çok düşük olasılık değerleri (0.0000), REZERV değişkeninin birinci farkının durağan olduğunu göstermektedir. Bu, REZERV değişkeninin $I(1)$ düzeyinde bütünleşik olduğu anlamına gelir; yani, birinci farkı alındığında durağan hale gelir. REZERV değişkenine benzer şekilde, KİŞİ değişkeninin birinci farkı için de her üç modelde düşük olasılık değerleri (0.0000) elde edilmiştir. Bu, KİŞİ değişkeninin de $I(1)$ düzeyinde bütünleşik olduğunu gösterir. GSYİH değişkeninin birinci farkı için de her üç modelde elde edilen çok düşük olasılık değerleri (0.0000), bu değişkenin $I(1)$ düzeyinde bütünleşik olduğunu ortaya koymaktadır. Faiz değişkeninin birinci farkı için sabit terimli modelde elde edilen olasılık değeri (0.1696) durağanlık lehine yeterli kanıt sunmamaktadır. Sabit terimli ve trendli modelde elde edilen düşük olasılık değeri (0.0159) birinci farkın durağan olduğunu gösterirken, sabitsiz ve trendsiz modelde elde edilen yüksek olasılık değeri (0.3404) durağanlık hipotezini reddetmemektedir. Bu durum, FAİZ değişkeninin birinci farkının durağanlığı konusunda model spesifikasyonuna bağlı bir sonuç elde edildiğini göstermektedir. Trendin hesaba katılması durumunda birinci fark durağan hale gelmektedir. Dolar değişkeninin birinci farkı için her üç modelde de elde edilen çok düşük olasılık değerleri (0.0001, 0.0000, 0.0001), bu değişkenin birinci farkının durağan olduğunu göstermektedir. Bu, DOLAR değişkeninin $I(1)$ düzeyinde bütünleşik olduğu anlamına gelir. Düzeyde trendli modelde elde edilen durağanlık sonucu ile birinci farkta elde edilen bu sonuç, serinin özelliklerinin daha detaylı incelenmesini gerektirebilir. Bütçe

değişkeninin birinci farkı için de her üç modelde elde edilen çok düşük olasılık değerleri (0.0001, 0.0000, 0.0001), bu değişkenin birinci farkının durağan olduğunu göstermektedir. Bu da BÜTÇE değişkeninin I(1) düzeyinde bütünleşik olduğunu ifade eder. DOLAR değişkeninde olduğu gibi, düzeyde trendli modelde elde edilen durağanlık sonucu ile birinci farktaki bu sonuç arasındaki tutarsızlık dikkat çekicidir.

Elde edilen birim kök testi sonuçları, incelenen ekonomik değişkenlerin durağanlık özellikleri hakkında önemli bilgiler sunmaktadır. SAĞLIK ve ENFLASYON değişkenleri düzeyde durağan bulunurken, REZERV, KİŞİ, GSYİH ve FAİZ değişkenleri düzeyde durağan değildir ve genellikle birinci farkları alındığında durağan hale gelmektedir. DOLAR ve BÜTÇE değişkenleri ise düzeyde trendli modellerde durağan bulunurken, birinci farkları da durağandır.

Tablo 4. ADF Birim Kök Testi

UNIT ROOT TEST TABLE (PP)									
	<u>At Level</u>								
		SAGLIK	REZERV	KISI	GSYIH	FAIZ	ENFLASYON	DOLAR	BUTCE
With Constant	t-Statistic	-4.0507	-1.5994	-1.9370	12.4470	-0.6400	-3.3277	7.6687	0.7189
	Prob.	0.0029	0.4742	0.3128	1.0000	0.8507	0.0196	1.0000	0.9912
		***	n0	n0	n0	n0	**	n0	n0
With Constant & Trend	t-Statistic	-4.1086	-0.8965	-1.8704	6.9622	-1.6097	-4.6067	3.3287	-7.5037
	Prob.	0.0122	0.9471	0.6524	1.0000	0.7726	0.0033	1.0000	0.0000
		**	n0	n0	n0	n0	***	n0	***
Without Constant & Trend	t-Statistic	-2.5248	0.1081	0.0162	11.3024	0.6750	-1.9027	8.8713	5.2166
	Prob.	0.0128	0.7117	0.6825	1.0000	0.8579	0.0552	1.0000	1.0000
		**	n0	n0	n0	n0	*	n0	n0
	<u>At First Difference</u>								
		d(SAGLIK)	d(REZERV)	d(KISI)	d(GSYIH)	d(FAIZ)	d(ENFLASYON)	d(DOLAR)	d(BUTCE)
With Constant	t-Statistic	-9.7429	-5.8430	-7.7294	-2.3235	-2.3387	-19.7718	-5.3815	-28.8921
	Prob.	0.0000	0.0000	0.0000	0.1696	0.1651	0.0001	0.0001	0.0001
		***	***	***	n0	n0	***	***	***
With Constant & Trend	t-Statistic	-9.5797	-9.0895	-8.5391	-4.0080	-2.4703	-26.2990	-6.8742	-37.7214

Tablo 4 (Devam). ADF Birim Kök Testi

UNIT ROOT TEST TABLE (PP)									
	<u>At Level</u>								
		SAGLIK	REZERV	KISI	GSYIH	FAIZ	ENFLASYON	DOLAR	BUTCE
	<i>Prob.</i>	0.0000	0.0000	0.0000	0.0159	0.3404	0.0000	0.0000	0.0000
		***	***	***	**	n0	***	***	***
Without Constant & Trend	t-Statistic	-9.7759	-5.9327	-7.8450	-1.6846	-2.2175	-12.4122	-4.5880	-12.7742
	<i>Prob.</i>	0.0000	0.0000	0.0000	0.0867	0.0272	0.0000	0.0000	0.0000
		***	***	***	*	**	***	***	***
UNIT ROOT TEST TABLE (ADF)									
	<u>At Level</u>								
		SAGLIK	REZERV	KISI	GSYIH	FAIZ	ENFLASYON	DOLAR	BUTCE
With Constant	t-Statistic	-3.1537	-1.7808	-2.0090	6.1162	-2.0805	-3.3277	4.0455	3.4555
	<i>Prob.</i>	0.0309	0.3847	0.2820	1.0000	0.2532	0.0196	1.0000	1.0000
		**	n0	n0	n0	n0	**	n0	n0
With Constant & Trend	t-Statistic	-3.1106	-0.3377	-1.9113	4.8393	-3.7211	-4.5852	1.4388	-0.6446
	<i>Prob.</i>	0.1184	0.9867	0.6314	1.0000	0.0317	0.0035	1.0000	0.9703
		n0	n0	n0	n0	**	***	n0	n0
Without Constant & Trend	t-Statistic	-0.7322	-0.1261	-0.1760	2.6115	0.2779	-2.1256	5.5741	3.6762
	<i>Prob.</i>	0.3932	0.6342	0.6169	0.9970	0.7617	0.0337	1.0000	0.9999
		n0	n0	n0	n0	n0	**	n0	n0
	<u>At First Difference</u>								
		d(SAGLIK)	d(REZERV)	d(KISI)	d(GSYIH)	d(FAIZ)	d(ENFLASYON)	d(DOLAR)	d(BUTCE)
With Constant	t-Statistic	-9.0116	-6.4781	-7.4810	-2.0804	-2.9048	-9.0572	1.1515	-0.8570
	<i>Prob.</i>	0.0000	0.0000	0.0000	0.2534	0.0534	0.0000	0.9972	0.7912
		***	***	***	n0	*	***	n0	n0
With Constant & Trend	t-Statistic	-8.8865	-6.8998	-7.5137	-2.5025	-2.9221	-8.9329	-0.6020	-3.7721
	<i>Prob.</i>	0.0000	0.0000	0.0000	0.3250	0.1664	0.0000	0.9730	0.0290
		***	***	***	n0	n0	***	n0	**
Without Constant & Trend	t-Statistic	-9.0675	-6.5685	-7.5732	4.0123	-2.8136	-9.1237	2.0985	0.3585
	<i>Prob.</i>	0.0000	0.0000	0.0000	0.9999	0.0060	0.0000	0.9901	0.7834
		***	***	***	n0	***	***	n0	n0
Notes: (*)Significant at the 10%; (**)Significant at the 5%; (***) Significant at the 1%. and (no) Not Significant									
*MacKinnon (1996) one-sided p-values.									

Zaman serisi analizinde önemli bir yere sahip olan durağanlık kavramını ele almaktadır. Durağanlık, bir zaman serisinin istatistiksel özelliklerinin (ortalama, varyans vb.) zaman içinde sabit kalması durumunu ifade eder. Durağan olmayan seriler, ekonometrik analizlerde yanıltıcı sonuçlara (sahte regresyon) yol açabilir. Bu nedenle, zaman serisi modellemesi öncesinde serilerin durağanlıklarının test edilmesi kritik bir adımdır.

Sunulan tablo, sekiz farklı ekonomik değişken (SAĞLIK, REZERV, KİŞİ, GSYİH, FAİZ, ENFLASYON, DOLAR, BÜTÇE) için ADF birim kök testi sonuçlarını göstermektedir. ADF testi, temel Dickey-Fuller testine, serideki otokorelasyon sorununu gidermek amacıyla gecikmeli fark terimlerini dahil ederek geliştirilmiştir. Tablo, değişkenlerin hem düzey değerleri ("At Level") hem de birinci farkları ("At First Difference") için test sonuçlarını içermektedir. Her bir seviye için, test üç farklı deterministik bileşen varsayımı altında uygulanmıştır: "With Constant" (Sadece sabit terim içeren model), "With Constant & Trend" (Sabit terim ve trend içeren model) ve "Without Constant & Trend" (Sabit terim ve trend içermeyen model).

Tabloda her bir test için t-istatistiği (t-Statistic) ve buna karşılık gelen olasılık değeri (Prob.) sunulmaktadır. Olasılık değerinin seçilen anlamlılık düzeyinden (genellikle %1, %5 veya %10) küçük olması, birim kök boş hipotezinin (serinin durağan olmadığı hipotezi) reddedildiği ve serinin durağan olduğu anlamına gelir. Tablonun altında yer alan notta belirtildiği üzere, yıldız işaretleri (*, **, ***) sırasıyla %10, %5 ve %1 anlamlılık düzeylerinde birim kök hipotezinin reddedildiğini göstermektedir. "n0" ifadesi ise, standart anlamlılık düzeylerinde birim kök hipotezinin reddedilemediği anlamına gelmektedir. Ayrıca, testin MacKinnon (1996) tek kuyruklu p-değerlerini kullandığı da belirtilmiştir. Tablonun "At Level" bölümü, değişkenlerin orijinal hallerinde durağan olup olmadığını değerlendirmektedir.

Sabit terimli modelde elde edilen olasılık değeri (0.0309), SAĞLIK değişkeninin %5 anlamlılık düzeyinde durağan olduğunu göstermektedir. Ancak, sabit terimli ve trendli (0.1184) ile sabitsiz ve trendsiz (0.3932) modellerde birim kök hipotezi reddedilememektedir. Bu sonuçlar, SAĞLIK değişkeninin durağanlığı konusunda model spesifikasyonuna bağlılık göstermektedir. Her üç modelde de elde edilen yüksek olasılık değerleri (0.3847, 0.9867, 0.6342), REZERV değişkeninin düzeyde birim köke sahip olduğunu ve dolayısıyla durağan olmadığını açıkça göstermektedir. REZERV değişkenine benzer şekilde, KİŞİ değişkeni için de her üç modelde yüksek olasılık

değerleri (0.2820, 0.6314, 0.6169) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, KİŞİ değişkeninin düzeyde durağan olmadığını ve birim köke sahip olduğunu işaret etmektedir. Sabit terimli ve sabit terimli ve trendli modellerde elde edilen yüksek olasılık değerleri (1.0000), GSYİH değişkeninin düzeyde kesinlikle durağan olmadığını göstermektedir. Sabitsiz ve trendsiz modelde de elde edilen yüksek olasılık değeri (0.9970) bu sonucu desteklemektedir. Sabit terimli modelde elde edilen olasılık değeri (0.2532) durağanlık lehine yeterli kanıt sunmamaktadır. Ancak, sabit terimli ve trendli modelde elde edilen düşük olasılık değeri (0.0317), FAİZ değişkeninin %5 anlamlılık düzeyinde düzeyde durağan olduğunu göstermektedir. Sabitsiz ve trendsiz modelde ise durağanlık gözlenmemektedir (0.7617). Bu durum, FAİZ değişkeninin durağanlığının trendin modele dahil edilmesine bağlı olduğunu göstermektedir. Sabit terimli (0.0196), sabit terimli ve trendli (0.0035) ve sabitsiz ve trendsiz (0.0337) modellerde elde edilen düşük olasılık değerleri, ENFLASYON değişkeninin düzeyde %5 anlamlılık düzeyinde (ve sabit terimli ve trendli modelde %1 düzeyinde) durağan olduğunu göstermektedir. Sabit terimli modelde elde edilen yüksek olasılık değeri (1.0000), DOLAR değişkeninin bu şart altında düzeyde durağan olmadığını göstermektedir. Ancak, sabit terimli ve trendli modelde elde edilen çok düşük olasılık değeri (0.0000), trendin hesaba katılması durumunda DOLAR değişkeninin %1 anlamlılık düzeyinde düzeyde durağan olduğunu işaret etmektedir. Sabitsiz ve trendsiz modelde ise durağanlık gözlenmemektedir (1.0000). Sabit terimli (1.0000) ve sabit terimli ve trendli (0.9703) modellerde elde edilen yüksek olasılık değerleri, BÜTÇE değişkeninin düzeyde durağan olmadığını göstermektedir. Sabitsiz ve trendsiz modelde de benzer bir sonuç elde edilmiştir (0.9999).

Düzeyde durağan bulunmayan serilerin durağan hale gelip gelmediğini incelemek için birinci farkları alınarak tekrar ADF testi uygulanmıştır. Tablonun "At First Difference" bölümü bu sonuçları sunmaktadır.

Düzeyde bazı spesifikasyonlarda durağanlık gösterdiği için birinci farkı analiz edilmemiştir. Her üç modelde de elde edilen çok düşük olasılık değerleri (0.0000), REZERV değişkeninin birinci farkının %1 anlamlılık düzeyinde durağan olduğunu göstermektedir. Bu, REZERV değişkeninin I(1) düzeyinde bütünleşik olduğu anlamına gelir. REZERV değişkenine benzer şekilde, KİŞİ değişkeninin birinci farkı için de her üç modelde düşük olasılık değerleri (0.0000) elde edilmiştir. Bu, KİŞİ değişkeninin de I(1) düzeyinde bütünleşik olduğunu gösterir. GSYİH değişkeninin birinci farkı için sabit

terimli (0.2534) ve sabit terimli ve trendli (0.3250) modellerde elde edilen olasılık değerleri durağanlık lehine yeterli kanıt sunmamaktadır. Sabitsiz ve trendsiz modelde de benzer bir sonuç elde edilmiştir (0.9999). Bu sonuç, GSYİH değişkeninin ADF testine göre birinci farkında bile durağan hale gelmediğini düşündürmektedir. Faiz değişkeninin birinci farkı için sabit terimli modelde elde edilen olasılık değeri (0.0534), %10 anlamlılık düzeyinde durağanlık lehine kanıt sunmaktadır. Sabit terimli ve trendli modelde ise durağanlık gözlenmemektedir (0.1664). Sabitsiz ve trendsiz modelde elde edilen düşük olasılık değeri (0.0060), %1 anlamlılık düzeyinde durağanlığı işaret etmektedir. Bu sonuçlar, FAİZ değişkeninin birinci farkının durağanlığının model spesifikasyonuna bağlı olduğunu göstermektedir. Düzeyde durağanlık gösterdiği için birinci farkı analiz edilmemiştir. Dolar değişkeninin birinci farkı için sabit terimli modelde elde edilen çok düşük olasılık değeri (0.0000), %1 anlamlılık düzeyinde durağanlığı göstermektedir. Ancak, sabit terimli ve trendli (0.9730) ile sabitsiz ve trendsiz (0.9901) modellerde durağanlık gözlenmemektedir. Bu durum, DOLAR değişkeninin birinci farkının durağanlığı konusunda model spesifikasyonuna bağlı bir sonuç ortaya koymaktadır. Bütçe değişkeninin birinci farkı için sabit terimli modelde elde edilen yüksek olasılık değeri (0.7912) durağanlık lehine yeterli kanıt sunmamaktadır. Sabit terimli ve trendli modelde elde edilen düşük olasılık değeri (0.0290), %5 anlamlılık düzeyinde durağanlığı işaret etmektedir. Sabitsiz ve trendsiz modelde ise durağanlık gözlenmemektedir (0.7834).

Bu ADF testi sonuçları, bir önceki Phillips-Perron (PP) testi sonuçlarıyla bazı benzerlikler ve farklılıklar göstermektedir. Örneğin, REZERV ve KİŞİ değişkenleri her iki testte de düzeyde durağan bulunmamış ve birinci farklarında durağan hale gelmiştir. ENFLASYON değişkeni de her iki testte düzeyde genellikle durağan bulunmuştur.

Ancak, SAĞLIK, FAİZ, DOLAR ve BÜTÇE değişkenleri için ADF ve PP testleri arasında bazı tutarsızlıklar göze çarpmaktadır. Özellikle SAĞLIK değişkeni PP testinde düzeyde daha güçlü bir durağanlık gösterirken, ADF testinde bu durum model spesifikasyonuna bağlıdır. Benzer şekilde, BÜTÇE değişkeni PP testinde trendli modelde düzeyde durağan bulunurken, ADF testinde düzeyde durağanlık gözlenmemiştir. GSYİH değişkeni ise PP testine göre birinci farkında durağan hale gelirken, ADF testine göre gelmemektedir.

Bu tür farklılıklar, kullanılan testlerin farklı varsayımlara ve metodolojilere sahip olmasından kaynaklanabilir. ADF testi, otokorelasyonu modellemek için

gecikmeli fark terimlerini kullanırken, PP testi otokorelasyonu ve heteroskedastisiteyi hesaba katmak için t-istatistiğini doğrudan düzeltir. Bu nedenle, farklı testlerin farklı sonuçlar vermesi olasıdır.

Zaman serisi analizlerinde serilerin durağanlık özellikleri kritik bir öneme sahiptir. Bu bağlamda, öncelikle her bir değişkenin durağanlık seviyesini belirlemek amacıyla ADF (Augmented Dickey-Fuller) birim kök testi gibi testler uygulanmıştır. Ancak, değişkenlerin farklı mertebelerden durağanlık derecelerine sahip olması durumunda (yani $I(0)$ ve $I(1)$ serilerin bir arada bulunması halinde), Gecikmesi Dağıtılmış Otoregresif Model (ARDL) Sınır Testi yaklaşımı değişkenler arasındaki uzun dönemli eşbütünleşme ilişkisini incelemek için oldukça uygun bir yöntem sunmaktadır. Bu test, değişkenlerin kısa ve uzun dönemdeki etkileşimlerini esnek bir çerçevede değerlendirmeye olanak tanırken, aşağıda sunulan bulgular, bu yaklaşımın sonuçlarını ve Afyonkarahisar'ın sağlık harcamaları üzerindeki belirleyici faktörleri detaylandırmaktadır.

Tablo 5. ARDL Long Run Form And Bounds Testi

Conditional Error Correction Regression				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	14.63270	59.33058	0.246630	0.8067
SAGLIK(-1)*	-0.968642	0.167354	-5.788000	0.0000
KISI**	267.0297	414.9445	0.643531	0.5242
GSYIH**	-420.7555	488.5735	-0.861192	0.3952
DOLAR**	356.7531	377.4259	0.945227	0.3512
B_T_E(-1)	1080.723	1254.096	0.861755	0.3949
D(B_T_E)	209.2317	681.2338	0.307136	0.7606
DUMMY	-131.9842	246.7059	-0.534986	0.5961
* p-value incompatible with t-Bounds distribution.				
** Variable interpreted as $Z = Z(-1) + D(Z)$.				
Levels Equation				
Case 2: Restricted Constant and No Trend				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
KISI	275.6742	431.2382	0.639262	0.5269
GSYIH	-434.3766	507.6047	-0.855738	0.3981
DOLAR	368.3023	397.9024	0.925609	0.3612
B_T_E	1115.710	1349.168	0.826961	0.4140
C	15.10641	60.66444	0.249016	0.8048
EC = SAGLIK - (275.6742*KISI - 434.3766*GSYIH + 368.3023*DOLAR +				
1115.7096*B_T_E + 15.1064)				

Tablo 5 (Devam). ARDL Long Run Form And Bounds Testi

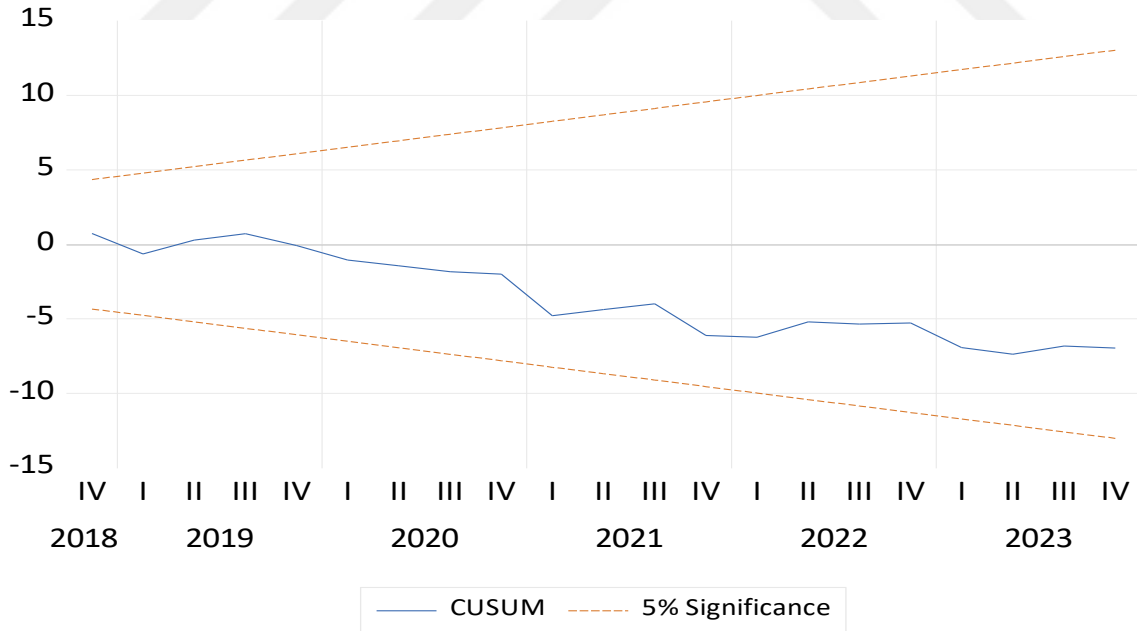
Conditional Error Correction Regression				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
F-Bounds Test		Null Hypothesis: No levels relationship		
Test Statistic	Value	Signif.	I(0)	I(1)
			Asymptotic: n=1000	
F-statistic	6.572353	10%	2.2	3.09
k	4	5%	2.56	3.49
		2.5%	2.88	3.87
		1%	3.29	4.37
Actual Sample Size	42		Finite Sample: n=45	
		10%	2.402	3.345
		5%	2.85	3.905
		1%	3.892	5.173
			Finite Sample: n=40	
		10%	2.427	3.395
		5%	2.893	4
		1%	3.967	5.455

Değişkenler arasında uzun dönemli eş bütünleşme ilişkisinin tespit edilmesi amacıyla ARDL sınır testi yaklaşımı benimsenmiştir. Bu yaklaşımın tespit edilmesinin amacı değişkenlerin farklı mertebelerden durağanlık derecelerine sahip olmasıdır. Bu kapsamda ARDL sınır testi uygulanmış ve bulgular tabloda yorumlanmıştır. Sınır testi sonuçlarına göre hesaplanan F istatistiği kritik değerden daha yüksek olduğu için değişkenler arasındaki eş bütünleşme ilişkisini ortaya koymaktadır. Buna göre incelenen değişkenler uzun dönemde birlikte hareket etmekte ve birbirlerini etkileme gücüne sahiptirler. Aynı zamanda değişkenler arasındaki kısa dönem ilişkisinin ortaya çıkarılması amacıyla hata düzeltme modeli kurulmuş ve bunun sonucunda ECT kat sayısı hesaplanmıştır. ECT katsayısını negatif ve anlamlı olması değişkenlerin kısa dönemde de birbirlerine etkileme gücüne sahip olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda bu katsayı ortaya çıkan bir şokun ne kadar zamanda etkisini kaybettiğini de göstermektedir.

Ekonometrik analiz sonuçları her ne kadar değişkenlerin eş bütünleşik olduğunu gösterse de bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bunun sonucunu incelemeye konu olan dönemde yaşanan toplumsal ve küresel olaylara bağlamaktayız. İlgili dönem içerisinde yaşanan darbe girişimi küresel Covid pandemisi Ukrayna Rusya savaşı ortaya

ıkan sonucun nedeni olarak söylenebilir. Çünkü bu dönemde kurda yaşanan ataklar ve ekonomideki oynaklık yüzünden bir çok değişken kaçınılmaz şekilde etkilenmiştir. Tablo 4’ de yer alan rakamlar bize sağlık harcamalarını etkileyen en temel değişkenin bir önceki dönemki harcama miktarı olduğunu göstermiştir. Bunun dışında GSYİH’ daki yükselişler sağlık harcamasını düşürücü bir etki yaratmaktadır. Bunun nedeni artan refah dolayısıyla insanların daha sağlıklı yaşama geçtikleri ve böylece sağlıklı hayat sonucunda daha az sağlık harcaması yapmasına imkan vermesidir. Ortaya çıkan bu etkinin olası bir diğer sebebi ise ilgili dönemde yaşanan küresel salgındır. Çünkü bu dönemde ekonomiler küçülürken sağlık harcamaları artma eğilimi göstermiştir. Bu durumda GSYİH ile Sağlık Harcamaları arasında negatif bir ilişkinin çıkması olağandır. Fakat bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olmaması mevsimsel bir etkinin olduğunu düşündürmektedir. Bunun dışında diğer değişkenler ile sağlık harcamalarının arsındaki pozitif ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir. Dolayısıyla dolar kurundaki enflasyondaki btklarındaki artış azalışlar sağlık harcamaları üzerine anlamlı bir etki yaratmamaktadır. ECT katsayısı’ da bu sonucu desteklemekte ve ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığını ortaya koymaktadır.

şekil 8. CUSUM ve CUSUMQ Testi



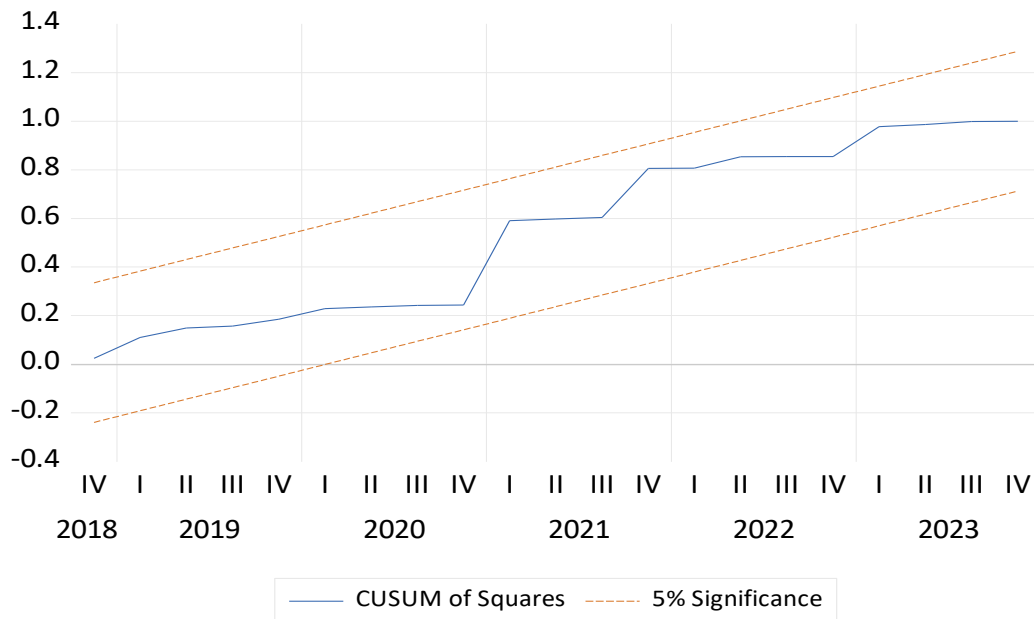
Mavi izgi, regresyon katsayılarının kümülatif toplamını göstermektedir. 2018 yılı sonlarından itibaren eğri başlangıçta sıfıra yakın bir seyir izlerken, zamanla negatif bölgeye doğru eğilim göstermektedir. Bu, regresyon katsayılarında belirgin bir azalma eğilimi olduğunu ve modelin zamanla değişim gösterdiğini düşündürebilir.

Turuncu kesikli çizgiler, %5 anlamlılık seviyesinde üst ve alt kritik sınırları göstermektedir. Eğer mavi çizgi bu sınırların dışına çıkmış olsaydı, modelde yapısal bir kırılma (structural break) olduğu sonucuna varılacaktı. Ancak, eğri sınırların içinde kaldığı için katsayıların genel olarak stabil olduğu söylenebilir. Fakat negatif bölgeye yönelim göstermesi modelin uzun vadede istikrarsızlık sinyalleri verebileceğini gösteriyor.

2020 başlarında keskin bir düşüş gözlemlenmektedir. Bu, küresel ölçekte pandeminin başlamasına denk gelmektedir. Pandemi, sağlık harcamaları, ekonomik değişkenler ve politika tepkileri nedeniyle modelde bir değişime sebep olmuş olabilir. 2021 ortalarından itibaren dalgalanmalar görülmekte ancak eğri belirli bir seviyede dengelenmektedir. 2022 ve sonrası için negatif eğilimin devam ettiği gözlemlenmektedir. Bu, sağlık harcamalarını etkileyen ekonomik faktörlerin zaman içinde değiştiğini düşündürebilir (örneğin faiz oranları, döviz kuru, kişi başına düşen gelir gibi).

Modelde büyük bir yapısal kırılma yok (çünkü CUSUM eğrisi kritik sınırları aşmamış). Ancak negatif eğilim modelin zaman içinde değişim gösterdiğine dair sinyaller veriyor. Özellikle 2020 civarında belirgin bir düşüş var, bu dönemde ekonomik ve sağlık harcamalarındaki dalgalanmalara bakılabilir. CUSUM eğrisinin sınırların içinde olması, regresyon katsayılarının genel olarak stabil olduğunu ancak zaman içinde değişme potansiyeli taşıdığını gösteriyor.

Şekil 9. CUSUM ve CUSUMQ Testi



Mavi çizgi CUSUM of Squares (kümülatif kareler toplamı) eğrisidir ve model katsayılarının zaman içinde ne kadar değişkenlik gösterdiğini ifade eder. 2018-2019 döneminde eğri oldukça yatay bir seyir izliyor, yani modelin değişkenliğinde belirgin bir bozulma yok. 2020 yılı başlarından itibaren eğri artış eğiliminde, yani modelde değişkenlik artmaya başlamış. Özellikle 2021 yılının başlarında keskin bir artış gözleniyor, bu da modelde ciddi bir değişkenlik artışı olduğunu gösteriyor. 2022 sonrası eğri daha stabil hale gelmiş, ancak genel trend yukarı yönlü.

Turuncu kesikli çizgiler, %5 anlamlılık seviyesindeki üst ve alt kritik sınırları gösteriyor. CUSUMSQ eğrisi hiçbir noktada kritik sınırları aşmamış. Bu, modelin hala genel olarak stabil olduğunu gösteriyor. Ancak sürekli artış eğiliminde olması, modelde değişkenliğin zamanla arttığını gösteriyor.

2020 başlarında hafif bir kırılma gözlemleniyor, ancak belirgin sıçrama 2021 yılı başlarında gerçekleşiyor. Bu dönem, COVID-19 pandemisinin ekonomi ve sağlık harcamaları üzerindeki etkilerinin zirve yaptığı zamanlara denk geliyor. 2021 sonrası eğerde belirgin bir trend var, ancak kritik sınırlar aşılmadığı için modelde dramatik bir yapısal bozulma olduğu söylenemez. 2022 ve 2023 yıllarında eğri üst sınırı yaklaşırsa da stabil bir seyir izliyor. Bu, modelin değişkenliğinde ani kırılmalar yerine kademeli bir artış olduğunu gösteriyor.

CUSUM testinde katsayılar stabil görünüyordu ancak CUSUMSQ testinde değişkenlik zaman içinde artıyor. 2021 başlarında belirgin bir değişkenlik artışı var. Bu, ekonomik ve sağlık harcamalarıyla ilgili dışsal faktörlerin modele etki ettiğini gösteriyor olabilir. CUSUMSQ eğrisi kritik sınırları aşmamış, ancak artış trendinde. Bu, modelin genel olarak istikrarlı olduğunu ancak değişkenlik açısından zamanla farklılaşabileceğini düşündürüyor. 2022 ve sonrası modelin daha stabil hale geldiğini gösteriyor, ancak değişkenlik hala uzun vadede bir risk olabilir.

SONUÇ

Bu tez çalışması, 2013 ile 2023 dönemi arasındaki çeyreklik veriler kullanılarak Türkiye ekonomisindeki makroekonomik değişkenler (Bütçe, Dolar Kuru, Enflasyon, Faiz, Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH), Kişi Başı Milli Gelir, Rezervler) ile sağlık harcamaları arasındaki dinamik ilişkilerin ampirik olarak incelenmesi üzerine odaklanmıştır. Çalışmada, öncelikle bu kritik değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri ve zaman serisi özellikleri analiz edilmiş, ardından Phillips-Perron (PP) birim kök testi ile durağanlık düzeyleri belirlenmiştir. Son olarak, değişkenler arasındaki kısa ve uzun dönemli ilişkiler Autoregressive Distributed Lag (ARDL) modeli çerçevesinde değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgular aşağıda detaylı olarak sunulmuştur.

Analiz edilen tüm makroekonomik değişkenler için hesaplanan tanımlayıcı istatistikler, incelenen döneme ait verilerin genel karakteristiğini, merkezi eğilimlerini, yayılımlarını ve dağılım biçimlerini derinlemesine anlamamıza olanak sağlamıştır. Ortalama ve medyan değerler, serilerin genel seviyeleri hakkında bilgi sunarken, bu iki ölçüm arasındaki belirgin farklar ve yüksek çarpıklık değerleri (özellikle Dolar Kuru, Enflasyon, Faiz ve GSYİH için), serilerin dağılımlarının sağa doğru çarpık olduğunu, yani yüksek değerlerin daha sık veya daha büyük sıklıkta gözlemlenme eğiliminde olduğunu ortaya koymuştur. Bu durum, incelenen dönemde bu değişkenlerde gözlenen artış trendleri veya zaman zaman yaşanan ani sıçramalarla uyumludur. Örneğin, Dolar Kuru ve Enflasyondaki yüksek pozitif çarpıklık, Türkiye ekonomisinin belirli dönemlerde karşılaştığı kur ve fiyat artış baskılarını net bir şekilde yansıtmıştır. Kişi Başı Milli Gelir değişkeninde ise hafif negatif çarpıklık, ortalamadan daha düşük gelir değerlerinin dağılımda nispeten daha yaygın olduğunu düşündürmüştür. Değişkenlik ölçütlerinden standart sapma, serilerin ortalama etrafındaki oynaklığını gözler önüne sermiştir. Dolar Kuru, Enflasyon ve Faiz gibi finansal ve parasal değişkenlerin yüksek standart sapma değerleri, incelenen dönemde bu serilerin önemli dalgalanmalar sergileyerek yüksek volatiliteye sahip olduklarını göstermiştir. Bu durum, Türkiye ekonomisindeki makroekonomik istikrarsızlık dönemlerini ve piyasalardaki belirsizlikleri vurgulamaktadır. GSYİH ve Rezervler gibi mutlak büyüklükleri yüksek olan değişkenlerin de büyük standart sapmaları, bu serilerdeki mutlak değişimlerin önemli olduğunu ve ekonomik dengenin zaman zaman büyük sapmalar gösterdiğini belirtmiştir. Basıklık değerleri incelendiğinde, Dolar Kuru, Enflasyon, Faiz, GSYİH ve Sağlık harcamaları gibi serilerin 3'ten büyük basıklık değerleri, dağılımlarının sivri

tepeli ve kalın kuyruklu olduğunu işaret etmiştir. Bu, bu değişkenlerde normal dağılıma kıyasla daha fazla aşırı değer (uç değerler) bulunduğunu, yani ani ve büyük sıçramaların veya düşüşlerin daha sık yaşandığını göstermiştir. Bu tür "yağlı kuyruk" özellikleri, özellikle politika yapıcılar ve yatırımcılar açısından risk yönetimini zorlaştıran önemli bir bulgudur. Normallik testine ilişkin Jarque-Bera istatistikleri incelendiğinde ise, Kişi Başı Milli Gelir ve Rezervler hariç, analiz edilen tüm serilerin (Bütçe, Dolar Kuru, Enflasyon, Faiz, GSYİH, Sağlık) normal dağılmadığı tespit edilmiştir. Bu bulgu, bu serilerle yapılacak parametrik ekonometrik analizlerde normal dağılım varsayımına dayalı çıkarımların dikkatle yorumlanması gerektiğini ve gerekirse robust standart hatalar veya parametrik olmayan yöntemlerin kullanımının önemini vurgulamaktadır.

Ekonometrik modelleme için kritik bir ön adım olan zaman serilerinin durağanlığı, Phillips-Perron (PP) birim kök testi ile değerlendirilmiştir. Farklı model spesifikasyonları (sabit terimli; sabit terimli ve trendli; sabitsiz ve trendsiz) altında hem düzeyde hem de birinci farkta yapılan testler, serilerin bütünleşme dereceleri hakkında kritik bilgiler sağlamıştır. Sağlık harcamaları serisi, üç farklı test spesifikasyonu altında da düzeyde durağan ($I(0)$) bulunmuştur. Bu, sağlık harcamalarının ortalaması, varyansı ve otokovaryansı gibi istatistiksel özelliklerinin zaman içinde sabit kaldığını ve serinin şoklara karşı kendi kendini düzelten bir yapıya sahip olduğunu göstermektedir. Şokların bu seri üzerindeki etkisi geçicidir ve seri uzun vadede ortalamasına döner. Enflasyon değişkeni de sabit terimli ve sabit terimli ve trendli modellerde düzeyde durağan bulunurken, sabitsiz ve trendsiz modelde durağanlık varsayımı reddedilmiştir; bu, enflasyon oranının belirli bir ortalama etrafında dalgalandığını ve kalıcı bir trend içermediğini düşündürmektedir. Benzer şekilde, Bütçe serisi de sabit terimli ve trendli modelde düzeyde durağan bulunmuş, bu da bütçe verilerinde bir trendin varlığına rağmen bu trendden sapmaların durağan olduğunu ima etmektedir. Öte yandan, Rezervler, Kişi Başı Milli Gelir ve Dolar Kuru serileri düzeyde durağan bulunamamış, ancak birinci farkları alındığında tüm test spesifikasyonları altında yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı şekilde durağan hale gelmişlerdir. Bu durum, bu üç serinin birim kök içerdiğini ve birinci dereceden bütünleşmiş ($I(1)$) olduğunu güçlü bir şekilde desteklemektedir. Bu tür serilerde şokların etkileri kalıcıdır ve seri ortalamasına geri dönmez; bu nedenle, bu serilerin ekonometrik analizlerde kullanılabilmesi için birinci farklarının alınması veya eşbütünleşme yöntemlerine başvurulması gerekmektedir.

GSYİH serisi de düzeyde durağan değildir ve birinci farkı alındığında sadece sabit terimli ve trendli modelde durağan bulunmuştur; bu, GSYİH serisinin güçlü bir trend bileşenine sahip olduğunu ve trend durağan olabileceğini düşündürmektedir. Faiz oranı serisi de düzeyde durağan değildir ve birinci farkı alındığında sadece sabitsiz ve trendsiz modelde durağan çıkmıştır; bu, faiz oranının durağanlık özelliğinin model spesifikasyonuna oldukça duyarlı olduğunu ve karmaşık bir stokastik yapıya sahip olabileceğini göstermektedir. Bu farklı bütünleşme derecelerine sahip serilerin varlığı, ARDL (Autoregressive Distributed Lag) modelinin bu çalışma için uygun bir metodoloji olduğunu teyit etmiştir, zira ARDL modeli $I(0)$ ve $I(1)$ serilerinin bir arada kullanımına izin veren esnek bir çerçeve sunar.

Bağımlı değişken olarak sağlık harcamalarının çeyreklik değişimlerinin (D(SAĞLIK)) seçildiği ARDL modeli, sağlık harcamaları ile diğer makroekonomik değişkenler arasındaki kısa ve uzun dönemli dinamik ilişkileri analiz etmek amacıyla kurulmuştur. Modelin "Sınırlı Sabit Terim ve Trend Yok" varsayımı altında çalıştırılması, uzun dönemdeki ilişkinin deterministik bir trend içermediği, sabit bir seviye etrafında dengelendiği varsayımına dayanmaktadır. Elde edilen "Conditional Error Correction Regression" çıktıları, bu ilişkinin doğasına dair önemli ve dikkat çekici bulgular sunmuştur. Modelin en kritik bulgusu, bağımlı değişkenin gecikmeli düzeyi olan SAĞLIK(-1) teriminin katsayısıdır. Bu terimin katsayısı -0.968642 olarak tahmin edilmiş ve olasılık değeri 0.0000 ile istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı bulunmuştur. Ekonometrik literatürde hata düzeltme terimi olarak yorumlanan bu katsayının negatif ve istatistiksel olarak anlamlı olması, sağlık harcamaları ile modele dahil edilen makroekonomik değişkenler arasında güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir uzun dönemli eşbütünleşme ilişkisinin varlığını tartışmasız bir şekilde doğrulamaktadır. Bu bulgu, kısa dönemde sağlık harcamalarında meydana gelen dengesizliklerin veya şokların, uzun vadede sistemin temel makroekonomik belirleyicilerle birlikte bir denge durumuna doğru düzeltildiğini göstermektedir. Katsayının mutlak değerinin 1'e (yaklaşık 0.97) oldukça yakın olması, önceki dönemdeki dengeden sapmanın neredeyse tamamının (%96.86'sı) bir sonraki çeyrekte hızla düzeltildiğini ve serinin uzun dönem dengesine çok hızlı bir şekilde geri döndüğünü ifade etmektedir. Bu durum, sağlık harcamalarının makroekonomik şoklara veya dengesizliklere karşı duyarlı olmasına rağmen, uzun vadede kendi denge seviyesine ulaşma eğiliminde olduğunu ve bu dengeye ulaşma sürecinin oldukça etkin

çalıştığını güçlü bir şekilde vurgulamaktadır. Kısa dönemli regresyon katsayıları incelendiğinde ise, modele dahil edilen bağımsız değişkenlerin (Kişi Başı Milli Gelir, GSYİH, Dolar Kuru, Bütçe ile ilgili değişkenler -hem gecikmeli düzeyi hem de farkı- ve Kukla değişken) sağlık harcamalarının çeyreklik değişimleri üzerindeki etkilerinin istatistiksel olarak anlamsız olduğu tespit edilmiştir (tüm p-değerleri 0.05 anlamlılık düzeyinden büyüktür). Bu bulgu, kısa vadede incelenen bu makroekonomik faktörlerin, sağlık harcamalarındaki çeyreklik değişimleri doğrudan ve istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilemediğini göstermektedir. Bu durum, kısa vadede sağlık harcamalarının dinamiklerinin bu belirli makroekonomik faktörlerden ziyade, belki de daha anlık ve dönemsel sağlık ihtiyaçları, salgın hastalıklar, mevsimsel faktörler veya daha hızlı etki gösteren diğer mikro ve makro faktörler tarafından şekillendirildiğini düşündürmektedir. Modelin sabit terimi de istatistiksel olarak anlamsız çıkmıştır, bu da bağımsız değişkenlerin etkisi dışarıda bırakıldığında, sağlık harcamalarının ortalama değişimini açıklayan anlamlı bir sabit baz bulunmadığını belirtmektedir.

Türk ekonomisi örneğinde makroekonomik değişkenler ile sağlık harcamaları arasındaki karmaşık ve dinamik ilişkileri ampirik olarak inceleyerek, teorik hipotezleri test etmiş ve alan yazındaki boşlukları doldurmayı hedeflemiştir. Sağlık harcamalarının durağanlığına ilişkin temel hipotez, Phillips-Perron testleri ile bazı modellerde doğrulanmıştır. Sağlık harcamalarının düzeyde durağan olarak tespit edilmesi, bu serinin şoklara karşı kendi kendini düzelten bir yapıya sahip olduğunu ve uzun vadede ortalama bir seviye etrafında dengelendiğini göstermektedir. Bu, sağlık sektörü üzerindeki anlık baskıların kalıcı eğilimlere yol açmadığı anlamına gelebilir. Diğer makroekonomik değişkenlerin durağanlık hipotezi de büyük ölçüde doğrulanmıştır. Dolar Kuru, Rezervler, Kişi Başı Milli Gelir, GSYİH ve Faiz oranları gibi değişkenlerin birinci farkta durağan (I(1)) çıkması, bu serilerin birim kök içerdiğini ve zaman içinde kalıcı trendler sergilediğini göstermektedir. Enflasyon ve Bütçe değişkenlerinin ise bazı testlerde düzeyde durağan çıkması, bu serilerin de belirli bir ortalama etrafında dalgalandığını veya trend durağan bir yapıya sahip olduğunu işaret etmektedir. Bu bulgular, Türkiye ekonomisinin dinamik ve zamanla değişen makroekonomik yapısını yansıtmaktadır. En önemlisi, sağlık harcamaları ile seçilen makroekonomik değişkenler arasında uzun dönemli bir eşbütünleşme ilişkisi bulunduğu hipotezi, ARDL modelinden elde edilen hata düzeltme terimi katsayısının istatistiksel olarak son derece anlamlı ve negatif çıkmasıyla güçlü bir şekilde doğrulanmıştır. Bu bulgu, kısa vadeli

dalgalanmalara rağmen, sağlık harcamalarının uzun vadede diğer makroekonomik değişkenlerle birlikte hareket ederek bir denge ilişkisi kurduğunu göstermektedir. Uzun dönemde sağlık harcamaları, ekonomik büyüme, gelir seviyesi, döviz kuru ve bütçe politikaları gibi temel makroekonomik faktörlerle birlikte belirli bir dengeye ulaşmaktadır. Hata düzeltme hızının yüksek olması, bu dengeye ulaşma mekanizmasının etkinliğini de vurgulamaktadır. Ancak, seçilen makroekonomik değişkenlerin kısa dönemde sağlık harcamalarındaki değişimleri anlamlı şekilde etkilediği hipotezi, ARDL modelinden elde edilen kısa dönem katsayılarının çoğunun istatistiksel olarak anlamsız çıkması nedeniyle reddedilmiştir. Bu bulgu, incelenen bu makroekonomik faktörlerin, sağlık harcamalarının çeyreklik değişimleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir kısa dönem etkisi bulunmadığını göstermektedir. Sağlık harcamalarının kısa vadeli dinamiklerinin bu faktörlerden ziyade, belki de daha anlık ve dönemsel sağlık ihtiyaçları, mevsimsel faktörler veya daha hızlı etki gösteren başka politikalar tarafından şekillendirildiğini düşündürmektedir.

Elde edilen ampirik sonuçlar, sağlık politikalarının ve harcamalarının planlanmasında hem kısa hem de uzun vadeli perspektiflerin benimsenmesinin önemini açıkça ortaya koymaktadır. Kısa dönemde makroekonomik değişkenlerin doğrudan etkisinin olmaması, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanına ilişkin anlık politikaların genel ekonomik dalgalanmalardan nispeten bağımsız hareket edebileceği anlamına gelse de, tespit edilen güçlü uzun dönemli eşbütünleşme ilişkisi, sağlık harcamalarına yönelik stratejik planlamaların ve reformların makroekonomik istikrar hedefleriyle mutlak surette uyumlu olması gerektiğini göstermektedir. Uzun vadede sürdürülebilir, kapsayıcı ve etkin bir sağlık sistemi için, ekonomik büyüme, kişi başına gelir seviyesi, enflasyonun kontrol altında tutulması ve bütçe disiplini gibi temel makroekonomik faktörlerin eşgüdümlü olarak yönetilmesi hayati önem taşımaktadır. Bütçe harcamaları ile sağlık harcamaları arasında uzun dönemli bir denge olduğu, ancak kısa dönemde bütçedeki değişimlerin sağlık harcamalarının değişimini doğrudan etkilemediği bulgusu, bütçenin sağlık sektörü için anlık bir finansman kısıtı olmaktan ziyade, daha geniş bir ekonomik dengenin ve uzun vadeli planlamaların parçası olduğunu düşündürmektedir. Bu nedenle, sağlık bütçesi tahsisleri yapılırken, kısa vadeli tepkilerden ziyade, ülkenin uzun dönemli ekonomik kapasitesi, demografik projeksiyonlar ve makroekonomik hedefler bütüncül bir yaklaşımla dikkate alınmalıdır. Döviz kurunun ve enflasyonun kısa dönemde sağlık harcamalarının değişimleri

üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmaması, doğrudan maliyet aktarım mekanizmalarının kısa vadede belirgin olmadığını düşündürebilir. Ancak bu durum, ithal ilaç ve tıbbi ekipman maliyetlerinin veya genel fiyat artışlarının sağlık harcamalarının genel kısa dönemli dinamiklerinde baskın bir rol oynamadığı anlamına gelmez; etkilerin dolaylı veya daha uzun gecikmelerle ortaya çıkabileceği göz ardı edilmemelidir. Uzun dönemdeki eşbütünleşme ilişkisi, döviz kurundaki ve enflasyondaki kalıcı değişimlerin sağlık harcamaları üzerinde uzun vadede yapısal etkilere yol açabileceğini ima etmektedir. Benzer şekilde, Kişi Başı Milli Gelir ve GSYİH'nin kısa dönemde sağlık harcamaları üzerindeki etkilerinin anlamsız bulunması, temel sağlık hizmetlerine erişimin veya kamu sağlığı harcamalarının kısa vadede gelir seviyesindeki veya ekonomik büyümedeki dalgalanmalardan doğrudan etkilenmediğini gösterebilir. Bu durum, sosyal güvenlik sistemlerinin veya kamu sağlık hizmetlerinin belirli bir asgari standart sağlama çabasıyla ilgili olabilir. Ancak uzun dönemli denge ilişkisi, gelir seviyesindeki yapısal artışların veya ekonomik büyüme trendlerinin uzun vadede sağlık harcamalarının genel seyrini ve hacmini belirleyeceği yönündeki temel ekonomik teorilerle tamamen uyumludur.

KAYNAKÇA

- Acar, T., ve Topdağ, D. (2022). OECD Ülkelerinde Sefalet Endeksi Ve Ekonomik Kalkınma Ekseninde Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri: Toplamsal Olmayan Sabit Etkili Panel Kantil Regresyon Yaklaşımı. *In Journal of Social Policy Conferences* (No. 82, pp. 267-286). Istanbul University.
- Akar, S. (2014). Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı Ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 21(1), 311-322.
- Akar, T., Sarıtaş, T., ve Akar, G. (2023). Yenilenebilir Enerji Ve Sağlık Harcamaları İlişkisi: AB Ülkelerinden Kanıtlar. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 12(23), 43-48.
- Akbulut, E. (2020). Sağlık Harcamaları ve Gelir Dağılımı İlişkisi: Türkiye ve OECD Ülkeleri Karşılaştırmalı Analizi. *Maliye Araştırmaları Dergisi*, 6(3), 137-155.
- Akdağ, R. (2012). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)*, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 839, Ankara,
- Akdağ, R. (2008). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri (Alma Ata’nın 30. Yılı Hatırası) Kasım 2002-2008*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/189>.
- Akdağ, R., (2008) “İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı”, T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Akdağ, R., (2008) “Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri”, T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Akdağ, R., Aydın, S. ve Demirel, H. (2008). *İlerleme raporu: Türkiye sağlıkta dönüşüm programı*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Akdur R. (2003). Sağlık Sektör, Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu, Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Akdur R. (2006). *Sağlık Sektörü Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Uyumu*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Akdur, R. (1998). *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri*. Halk Sağlığı, Ankara: Antıp Aş Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar.
- Akdur, R. (2003). *Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Akdur, R. (2006). *Sağlık sektörü temel kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği’nde durum ve Türkiye’nin birliğe uyumu*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Akdur, R., (2006). *Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu*, (2. Baskı), ATAUM Araştırma Dizisi, Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Akın, C. S. (2007). *Sağlık Ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Harcamaları*. (Yüksek Lisans Tezi), Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Akıncı, A., ve Tuncer, G. (2016). Türkiye’de Sağlık Harcamaları İle Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki. *Sayıştay Dergisi*, (102), 47-61.
- Akyol, H., ve Gurlaş, F. (2021). Teknolojik Patent, Finansal Derinleşme Ve Sağlık Harcamaları Arasındaki İlişkinin Saptanması. *Erzurum Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (12), 18-38.
- Albayrak, S., ve Öztürk, İ. (2021). Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye Üzerine Araştırma. *Uluslararası Ekonomi ve Yenilik Dergisi*, 7(2), 233-257.

- Alp, M., ve Peker, O. (2018). Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Gelir Üzerindeki Etkisi: TR32 Bölgesi Örneğinde Eşbütünleşme Analizi. *The Journal of International Scientific Researches*, 3(1), 85-95.
- Altay A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açıklamalar Ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*. 64, Ocak Mart 33-58.
- Ankara, H. G., ve Zeybek, D. Ö. (2021). Sağlıkta Dönüşüm sonrası sağlık harcamaları ve sağlık enflasyonu: Zaman serisi analizleri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 12(32), 1078-1093.
- Arslantaş, D. (2013). *Temel Sağlık Hizmetleri*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını. <https://docplayer.biz.tr/2004580-Temel-saglik-hizmetleri.html>.
- Artan, S., Hayaloğlu, P., ve Demirel, S. K. (2017). BRICS Ülkelerinde Kamu Sağlık Harcamaları Etkinliğinin Belirleyicileri. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 7(1), 9-30.
- Atabey, S. E., ve Meriç, M. (2016). Sağlık Harcamaları Ve Evrensel Kapsama Açısından Türk Ve Alman Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı İncelenmesi. *Sosyoekonomi*, 24(29), 113-131.
- Atasever, M. (2014), *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi*, Bakanlık Yayın No: 983, Ankara, 293 s.
- Ateş, M. (2013). *Sağlık Sistemleri*. 2. Baskı, İstanbul: Beta Yay.
- Ateş, M. (Editör). (2012). *Sağlık İşletmeciliği*, İstanbul: Beta Yayınevi, 3-150.
- Aydemir, C., ve Baylan, S. (2015). Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (13), 417-435.
- Aydın, S. (2018). *Sağlığın geliştirilmesi: Görevimizin farkında mıyız?* Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu.
- Aytaç, D. (2017). Türkiye’de Savunma Eğitim ve Sağlık Harcamaları Arasındaki İlişki Hakkında Ampirik Bir İnceleme. *Maliye Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 39-48.
- Beceren, E., İzgi, B. B., & Fırat, E. (2021). Sağlık ve Kalkınma İlişkisi OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarını Belirleyen Faktörler. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13(2), 1-10.
- Bilir, N. ve Basan, N. M. (2016). Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Önleme Çelişkisi ve Nedenleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. DOI: 10.5455/pmb.1- 1427871712.
- Binay, M. (2020). OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları Ekonomik Büyüme İlişkisi. *Sosyal Güvençe*, (17), 195-208.
- Binler, H., (2009). *Vakıf Medeniyeti Sağlık Yılı*, Ankara: Vakıflar Genel Müdürlüğü Matbaası.
- Birol, Y. E., ve Demirgil, B. (2022). Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Mıst Ülkeleri Üzerine Uygulamalı Bir Çalışma. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 17(1), 69-78.
- Boz, C. ve Aslan, Ö. (2018). ‘Türkiye’de 1980-2014 Yılları Arasında Kişi Başı Kamu Sağlık Harcamaları ile Kişi Başı Gayri Safi Yurtiçi Hasıla Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’, *Sosyal Güvenlik Uzmanları Derneği*, 7, 1- 27.
- Bozma, G., Başar, S., ve Künü, S. (2016). Eğitim ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama. *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (10), 189-204.
- Bölükbaşı, N., Işık, H., ve Söyler, S. (2020). OECD Ülkelerinde İlaç Harcamaları ile Sağlık Harcamaları, Hekim ve Hemşirelik Mezunları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. *Ekonomi İşletme Siyaset ve Uluslararası İlişkiler Dergisi*, 6(2), 223-231.

- Cengiz, O., ve Manga, M. (2022). Türkiye Cumhuriyetlerinde Küreselleşmenin Sağlık Harcamaları Üzerindeki Rolü. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 21(2), 583-598.
- Cullis, J. and West, P.A. (1979). *The Economics of Health Care*, Newyork: Newyork University Pres.
- Çalışkan, G., ve Sanisoğlu, Y. (2022). Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörlerin Dinamik Panel Veri Analizi İle İncelenmesi. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, (35), 1-16.
- Çalışkan, Z. (2008). Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım. Hacettepe Üniversitesi *İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 26(2), 29-50.
- Çankaya, M. (2018). Türkiye'deki Toplam Sağlık Harcamaları Artışının Nedeni İstihdam Olabilir Mi?. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(2), 135-141.
- Çavmak, Ş. ve Çavmak, D. (2017). "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı", *Sağlık Yönetimi Dergisi*, (1), 48-57.
- Çelebi, K ve Cura, S. (2013). Etkinlik Göstergeleri Açısından Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz. *Maliye Dergisi*, (164), 47-67.
- Çelik, A. (2020). G20 Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisinin Analizi. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 27(1), 1-20.
- Çelik, R. (2017). Selçuklu'da Bir Sosyal Hizmet Kurumu Örneği: Kayseri Gevher Nesibe Şifhanesi. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*. 7(15),158-164.
- Çelik, Y. (2011), 'Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi', *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1), 62-81.
- Çelik, Y. (2016). *Sağlık Ekonomisi*. (3. Baskı). Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Çetin (2015). *Kamu Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Ekonomisinde Wagner Yasası Analizi (1998-2014)*. (Yüksek Lisans Tezi), Nuh Naci Yazgan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kayseri.
- Çetintürk, İ., ve Gençtürk, M. (2020). OECD Ülkelerinin Sağlık Harcama Göstergelerinin Kümeleme Analizi İle Sınıflandırılması. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 11(26), 228-244.
- Çınaroğlu, S., ve Şahin, B. (2016). Katastrofik Sağlık Harcaması ve Yoksullaştırıcı Etki. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(1), 73-86.
- Çıraklı, Ü. (2019). Türkiye'de Makroekonomik Faktörler İle Sağlık Harcamaları Ve Sağlık Bakanlığı Bütçesi Arasındaki İlişkinin ARDL sınır testi Yaklaşımı İle İncelenmesi. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 21(2), 581-596.
- Çiçek, D. (2017). *Bir Kalkınma Modeli Olarak Sakin Şehirlerde Yerel Halkın Turizm Desteği: Ege – Marmara Bölgesi Örneği*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Eskişehir Osman Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.
- Çiftçi H.İ. (2011). *Sağlık Sistemi ve Finansmanı: Türkiye ve Çeşitli Ülkeler*. (Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul,
- Çoban, H. (2019), *Sağlık Ekonomisi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması*, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Çulha, E. D. (2019). *Türkiye'de Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler Üzerine Araştırma (2003-2017)*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep.
- Daştan, İ., ve Çetinkaya, V. (2015). OECD ülkeleri ve Türkiye'nin sağlık sistemleri, sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri karşılaştırması. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 104-134.
- Dawson, A. (2011). *Vaccination Ethics. Public Health Ethics* (pp. 143-153). New York: Cambridge University Press.

- Demir, Ö., ve Tanyıldızı, İ. (2017). Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi. *Fırat Üniversitesi Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 1(1), 89-119.
- Demirgil, B., Şantaş, F., ve Şantaş, G. (2018). Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Uygulamalı Bir Çalışma. *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 20(2), 388-398.
- Dewar, D. (2010). Essentials of Health Economics. içinde Jones and Bartlett Publishers.
- Diğer, H. (2022). Sağlık Harcamaları Hakkında Yapılmış Akademik Çalışmaların Bibliyometrik Analizi. *Finans Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 7(4), 669-688.
- Doğru, E. (2019). Uzun Dönemli Kamu Sağlık Harcamalarında Sosyoekonomik Belirleyiciler: Türkiye Örneği. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne.
- Doğuç, E. (2021). Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve çözüm Önerisi Olarak Davranışsal İktisat. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 7(3), 647-664.
- Döşkaya, İ. E. (2019). Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programının 2003-2017 Yılları Arasında Türkiye’ye Katkısının İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
- Dumrul, Y. (2019). Sağlık Harcamaları ve Çevre Kirliliği: ASEAN-5 Ülkeleri Üzerine Bir Panel Veri Analizi. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, 396-407.
- Duran, İ. (2023). Sağlık Harcamalarının Kamu Harcamaları ve GSYH İçerisindeki Gelişimi. *Uluslararası Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 9(3), 1-14.
- Durmaz, A., ve Pabuçcu, H. (2020). Kamu sağlık harcamaları-işgücü verimliliği ilişkisi: sinirsel bulanık yaklaşım. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(5), 1375-1382.
- Ecevit, E., Çetin, M., ve Yücel, A. G. (2018). Türki Cumhuriyetlerinde Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri: Bir Panel Veri Analizi. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*, 10(19), 318-334.
- Ecevit, E., ve Çetin, M. (2022). Ekonomik Büyüme, Yenilenebilir Enerji Tüketimi, Finansal Gelişme Ve Kentleşmenin Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkisi: Türkiye Ekonomisi Üzerine Bir Zaman Serisi Kanıtı. *Sosyal Bilimler Metinleri*, 2022(2), 84-98.
- Emirkadı, Ö. (2022). D8 Ülkelerinde Sağlık Harcamaları-Ekonomik Büyüme İlişkisi: Panel Nedensellik Analizi1. *Finans Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 7(2), 241-252.
- Erdoğan, H. (2014). *Türkiye’de Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003- 2010)*, (Yüksek Lisans Tezi), Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Erdoğan, M. M. (2010). Beşeri Gelişme Perspektifinden Türkiye’de Kamu Eğitim Ve Sağlık Harcamaları.
- Eren, N. ve Tanrıtanır, N. (1998). Cumhuriyet ve sağlık. Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi. Ankara: Türk Tabipler Birliği.
- Erer, S. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Sorumluluğun Paylaşılması. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 36(1), 33-38.
- Erkan, A. (2011). Performansa Dayalı Ödeme: Sağlık Bakanlığı Uygulaması. *Maliye Dergisi*. 160 (423-438).
- Erol, H., ve Özdemir, A. (2014). Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 4(1), 9-34.

- Ertaş, H. İleri, H. Seçer, B., (2016). ‘Sağlık Politikası Kavramı ve Türkiye’de Sağlık Politikasının incelenmesi’, *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, (12), 176-186.
- Erten, Z. (2016). *Sağlık Harcamaları ve Sağlık Statüsü Açısından Sağlığın Yakınsaması OECD Örneği (2003-2014)*, (Yüksek Lisans Tezi), Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Fendoğlu, E., ve Gökçe, E. C. (2021). Türkiye’de Eğitim Ve Sağlık Harcamaları İle Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki: Fourier yaklaşımı. *Ekonomi İşletme ve Maliye Araştırmaları Dergisi*, 3(2), 203-216.
- Filiz, Y. (2010). *Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları İlişkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Atılım üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Gençoğlu, P., Kuşkaya, S., ve Büyüknalbant, T. (2020). Seçilmiş OECD ülkelerinde sağlık harcamalarının sürdürülebilirliğinin panel birim kök testleri ile değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 75(4), 1283-1297.
- Giray, F., ve Çimen, G. (2018). Sağlık Harcamalarının Düzeyini Belirleyen Faktörler: Türkiye ve OECD Ülkeleri Analizi. *Sayıştay Dergisi*, (111), 143-171.
- Görmüş, A. (2013). *Sağlık Sisteminde Dönüşüm ve Sağlık İnsan Gücü Üzerinde Etkileri*, Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Grossman, M. (1972). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*, 80(2), 223-255.
- Güven, D., Şimşek, T., ve Güven, A. (2018). Sağlık Yönetimi Kapsamında Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: MENA Ülkeleri Üzerine Bir Panel Regresyon Analizi. *Sosyoekonomi*, 26(37), 33-55.
- Güven, E., Tevfik, A. T., ve Ebru, R. (2020). Sağlık Ekonomisi Kapsamında Sağlık Harcamaları Ve Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı: Bir uygulama. *Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(1), 63-81.
- Güven, E., ve Tunalı, H. (2023). Sağlık Harcamalarının İktisadi Gelişmeye Etkisi Ve 2002-2021 Yılları Arasında Ampirik Bir Uygulama. *Uluslararası Muhasebe ve Finans Araştırmaları Dergisi*, 5(1), 32-42.
- Güzel, Ş., ve Özer, P. (2022). Türkiye’de Hava Kirliliği ve Sağlık Harcamaları. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 4(2), 186-202.
- Halisçelik, E., Acaravcı, A., ve Güzel, A. E. (2019). Türkiye’de Gelir Dağılımı, Sağlık Harcamaları ve Yaşam Beklentisi İlişkisi: ARDL Sınır Testi Analizi. *Uluslararası Ekonomi ve Yenilik Dergisi*, 5(2), 263-275.
- Hayaloğlu, P., ve Bal, H. Ç. (2015). Üst Orta Gelirli Ülkelerde Sağlık Harcamaları Ve Ekonomik Büyüme İlişkisi. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 3(2), 35-44.
- Hayran, O. (2019). Koruyucu Hizmetler Sağlık Harcamalarını Azaltabilir Mi?. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 3(3), 170-175.
- Hüseyin K. (2011). “Selçuklular Devrinde Tıp Bilimi ve Hekimler Hakkında Notlar”, *History Studies*, III, 156-157.
- İşık, A., (2001), Sağlık Ekonomisi Nedir?, *İktisat, İşletme ve Finans Dergisi*, (170), 75-89.
- İpek, E. (2019). Türkiye’de Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri: Koşulsuz Kantil Regresyon. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 14(2), 409-420.
- İzgi, Ç. (2019). *Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi), İnönü Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kahya, E. (1997). *19.Y.Y.’da Osmanlı İmparatorluğu Tıp Eğitimi ve Türk Hekimleri*, Dizi 37, Atatürk Kültür Merkezi Yayınları,

- Karabulut, K. (1998). *Türkiye’de Sağlık Sektörü- Sağlık Harcamaları Üzerine Bir Uygulama*. (Doktora Tezi), Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.
- Karamıklı, A., ve Şaşmaz, M. Ü. (2021). Türkiye’de Yenilenebilir Enerji Tüketiminin Ekonomik Büyüme Ve Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkisi. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (46), 293-304.
- Kartal, M. (2022). BRICS-T Ülkelerinde Sağlık Harcamaları Ve Ekonomik Büyüme: Panel Veri Analizi. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 21(1), 59-73.
- Kesbiç, C. Y., ve Salman, G. (2018). Türkiye’de Sağlık Harcamaları Ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin Tespiti: 1980-2014 VAR Model Analizi. *Finans Politik ve Ekonomik Yorumlar*, (639), 1163-1180.
- Keskin, A. (2011). Ekonomik Kalkınmada Beşeri Sermayenin Rolü Ve Türkiye. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 25(3-4), 128.
- Keyifli, N., ve Reçepoğlu, M. (2020). Sağlık Harcamaları, Co2 Emisyonu, Yenilenebilir Enerji Tüketimi ve Ekonomik Büyüme: Bootstrap Panel Nedensellik Testinden Kanıtlar. *Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(20), 285-305.
- Khanolkar, V., Khan, S. A. & Gamba, M. (2016). An insight on health care expenditure. MBAA Proceedings 2010 - Papers, 34 Erişim Tarihi: 02.05.2019 <https://sga.usi.edu/media/3654718/Insight-on-Health-Care.pdf>.
- Kılıç, C., ve Ünzüle, K., (2020). Kentleşmenin Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkisi, Türkiye için ARDL Sınır Testi Yaklaşımı, *Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 11(21), 290-305.
- Kızıl, B. C., ve Ceylan, R. (2018). Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye örneği. *Yaşar Üniversitesi E-Dergisi*, 13(50), 197-209.
- Kleiman, E. (1974). *The Determinants of National Outlay on Health*. In M. Perlman (Bd.), *The Economics of Health And Medical Care*. London: Macmillan.
- Kocabadak, Y., ve Şengür, M. (2023). Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisinin Kriz ve Salgın Dönemlerinde Analizi. *Anadolu University Journal of Faculty of Economics*, 5(1), 1-14.
- Koç, A. (2013). Beşeri Sermaye ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Yatay Kesit Analizi ile AB Ülkeleri Üzerine Bir Değerlendirme, *Maliye Dergisi*, (165), 241-258.
- Konat, G. (2021). Sağlık Harcaması ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: OECD Ülkeleri İçin Panel Veri Analizi. *Yaşar Üniversitesi E-Dergisi*, 16(61), 348-360.
- Konca, M., Gözlü, M., ve Çakmak, C. (2019). G-20 Ülkelerinin Sağlık Harcamaları Yönünden Etkinliğinin Değerlendirilmesi. *Verimlilik Dergisi*, (2), 119-141.
- Konca, M., ve Balçık, P. Y. (2021). Yaşlı Nüfus İle Sağlık Harcamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Panel Veriye Dayalı Bir Uygulama. *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (26), 314-324.
- Köker, A. H. (1991). *Selçuklular Devrinde Kültür ve Medeniyet*, Gevher Nesibe Tıp Tarihi Enstitüsü Kayseri: Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Tıp Tarihi Enstitüsü yayın.
- Köse, Z., ve Gültekin, H. (2021). G20 Ülkelerinde Sağlık Harcamaları, Nüfus, Yaşam Beklentisi ve Ekonomik Büyüme İlişki Üzerine Bir İnceleme. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 20(4), 1600-1616.
- Köstekçi, A. (2014). *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Kamu ve Özel Sektör Ortaklığının Analizi*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya.
- Kuşun, A., ve Rakıcı, C. (2014). Türkiye ve sosyal Refah Devletlerindeki Sağlık Harcamalarının Analizi. *İnsan Hakları Yıllığı*, 32, 77-105.

- Künü, S., ve Levent, C. (2023). Sağlık Harcamaları, CO2 Emisyonu ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Seçilmiş AB Ülkeleri Örneği. *Uluslararası Ekonomi ve Yenilik Dergisi*, 9(1), 95-110.
- Loş, N. (2016). *Sağlık Ekonomisi Çerçevesinde Sağlık Hizmetleri Ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırmalı Analizi: OECD Ülkeleri ve Türkiye Örneği*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Manavgat, G., Daştan, İ., ve Abbasi, A. (2021). COVID-19 Pandemisinin Türkiye’de Hanehalkı Yoksulluğu, Sağlık Harcamaları Ve Sağlıkta Finansal Koruma Üzerindeki Olası Etkileri. *Eurasian Journal of Health Technology Assessment*, 5(1), 27-44.
- Mcpake, B., Normand, C., Smith, S. & Nolan, A. (2020). *Health Economics An International Perspective*. New York: Routledge.
- Mutlu, A. ve Işık, A. K. (2005). *Sağlık Ekonomisine Giriş*, İstanbul: Ekin Kitabevi.
- Mutlu, A. ve Işık, A.K. (2012). *Sağlık Ekonomisine Giriş*. (3. Baskı). Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Oğul, B. (2022). G7 Ülkelerinde Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Panel Veri Yaklaşımı. *Equinox Journal of Economics Business and Political Studies*, 9(2), 128-140.
- Oğuzhan, G., ve Kurnaz, M. (2018). Katastrofik sağlık harcamaları: düşük gelirli ülke örnekleri. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 25-32.
- Okursoy, A. (2010). Türkiye’de Sağlık Sistemi ve Kamu Hastanelerinin Performanslarının Değerlendirilmesi, (Doktora Tezi), Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın.
- Orhaner, E. (2014). *Türkiye’de Sağlık Sigortacılığı*. (1). Ankara: Siyasal Kitabevi
- Orhaner, E. (2017). Sağlık Harcamalarının Finansmanında Özel Sağlık Sigortalarının Rolü. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 3(3), 398-412.
- Önder, B. (2013). *Türk Sağlık Reformlarını Kapsamında Sağlıkta Dönüşüm Programının İncelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi), Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın.
- Önder, Ö. R. (2017). Sağlık Hizmetleri Tanımı, Sınıflandırılması, Evrensel Boyut (2). Halk Sağlığı Dersi Notları. Ankara Üniversitesi. <https://acikders.ankara.edu.tr/mod/resource/view.php?id=13807>.
- Özbay, H. vd., (2007), “Sağlık Hizmetleri Sistemi, Türkiye’de Sağlığa Bakış, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Ankara: Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü Yayınları.
- Özgüven, A. (1988). *İktisadi Büyüme, İktisadi Kalkınma, Planlama ve Japon Kalkınması*, İstanbul: Filiz Kitabevi.
- Özmen, S., (2013). *Genel Sağlık Sigortasının Özel Sağlık Hizmeti Sunucularına ve Hasta Memnuniyetine Olan Etkileri*, (Yüksek Lisans Tezi), Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa.
- Öztekin, Z. (2001). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri. *Yeni Türkiye, Sağlık Özel Sayısı I*. (39), 294-298.
- Öztürk, S., ve Küsmez, T. (2019). Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri: BRICS-T ülkelerinin Analizi. *Çukurova Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23(1), 31-47.
- Öztürk, S., ve Uçan, O. (2017). Türkiye’de Sağlık Harcamalarında Artış Nedenleri: Sağlık Harcamalarında Artış–Büyüme İlişkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 22(1), 139-152.
- Özuysal H, (2011). *Türkiye’de Sağlık Harcamaları: Ekonometrik Bir Uygulama*, 3 4, Ankara,

- Papanicolas, I., et al. (2018). Health Care Spending In The United States And Other High Income Countries. *Jama* 319(10), 1024-1039.
- Phi, G. (2017). *Determinant of Health Expenditure In OECD Countries, Senior Capstone Project (İnternette)*. Erişim: 10.05.2020, https://digitalcommons.bryant.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.com/&httpsredir=1&article=1025&context=honors_economics.
- Sağdıç, E. N., & Yıldız, F. (2021). Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamaları Ve Ekonomik Büyüme İlişkisi Üzerine Ampirik Bir Araştırma. *Uluslararası Afro-Avrasya Araştırmaları Dergisi*, 6(12), 14-31.
- Sağır, M., ve Kaplan, S. (2024). Türkiye’de Sağlık Harcamaları ile Ekonomik Büyüme İlişkisi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 157-175.
- Sağlık Bakanlığı (2006), *Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamaları 2002-2003*, TC Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı, (2008), *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri*, Ankara.
- Sancar, C., ve Polat, M. A. (2021). CO2 Emisyonları, Ekonomik Büyüme Ve Sağlık Harcamaları İlişkisi: Türkiye ve Seçilmiş Ülke Örnekleri İçin Ampirik Bir Uygulama. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10(1), 236-252.
- Saraçoğlu, S., ve Songur, M. (2017). Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Avrasya Ülkeleri Örneği. *Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 8(16), 353-372.
- Savaş, B.S., Ö. Karahan, R.Ö. Saka (2002). Sağlık Sistemlerinde Dönüşüm: Türkiye. Sağlık Bakanlığı AB Koordinasyon Dairesi Başkanlığı Yayını. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/YayinTur/Kitap>.
- Savaş, T., Keleş, R., ve Göktaş, B. (2020). Kamu Özel İşbirliği Modeli Ankara Şehir Hastanesi Örneği. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*. 9(2), 22-31.
- Sayım F, ve Tarık O, (2011). Sağlık Bakanlığı Web Tabanlı Merkezi Muhasebe Kayıt ve İstatistik Modüllerinin Hastanelerde Kurumsal Yönetim İşlevleri Açısından Değerlendirmesi, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 16(1), 185-204.
- Sayım, F. (2015). Sağlık Hizmetleri Arzını Etkileyen Faktörler. *Akademik Arge Dergisi Sosyal Bilimler*. 15(1), 89-98.
- Selim, S., Uysal, D., ve Eryiğit, P. (2014). Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisinin Ekonometrik Analizi. *Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(3), 13-24.
- Sever, E., ve İğdeli, A. (2019). Sağlık Harcamaları, Sağlık Çıktıları Ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Örneği. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*, 11(20), 246-259.
- Skinner, J., & Chandra, A. (2017). *Managing New Health Technologies*, en.pdf?expires=1638381657&id=id&accname=guest&checksum=3CBA745AF691318339ADE7B421BD2015 (13.12.2021).
- Söğüt, Y. (2019). *Sağlık Harcamaları ve İktisadi Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir İnceleme (1988-2016)*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Kafkas Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kars.
- Sünter, M. (2019). Sağlık Kurumlarında İnsan Kaynakları Yönetiminin Önemi. *Verimlilik Dergisi*, 3, 143–158.

- Şahin, D., ve Temelli, F. (2019). OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri: Panel Veri Analizi. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*, 7(16), 946-961.
- Şahin, G., ve Yalçınkaya, E. (2020). Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları Arasındaki İlişki: Mıntı Ülkelerinden Ampirik Kanıtlar. *Current Research in Social Sciences*, 6(1), 52-69.
- Şaşmaz, M. Ü., Odabaş, H., ve Yayla, Y. E. (2019). OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları İle Kalkınma Arasındaki İlişki: Panel Veri Analizi. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 26(3), 851-866.
- Şener, M., Aslan, Y., ve Yiğit, V. (2019). Sağlık Harcamalarının Sağlık Sonuçlarına Etkisinin Yapısal Eşitlik Modeli İle Analizi. *Karadeniz Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(21), 391-399.
- Şimşir, N. C., Çondur, F., Bölükbaş, M., ve Alataş, S. (2015). Türkiye’de Sağlık ve EkonomikBüyüme İlişkisi: ARDL Sınır TestiYaklaşımı. *Finans Politik ve Ekonomik Yorumlar*, (604), 43-54.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2007). *Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007*, Ankara: Bölük Ofset Matbaacılık.
- Taşkaya, S. ve Demirkıran, M., (2016). “Enflasyon, Gelir ve Sağlık Harcaması Arasındaki Nedensellik İlişkisi”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(2), 127-131.
- Taşkın, Ö. (2011). *Sürdürülebilir Kalkınmada Sağlık Ekonomisi ve Edirne İlinin Sağlık Sektörü Açısından Analizi*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne.
- Tatlı, H., ve Barak, D. (2021). Sağlık Harcamaları, Hükümet Etkinliği Ve Beklenen Yaşam Süresi: Oecd Ülkelerinden Yeni Kanıtlar. *Bingöl Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 5(2), 65-97.
- Tekin, F., (1987). “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı”, *Eskişehir Anadolu Üniversitesi İ.İ.B.F. dergisi*, 5(1), Haziran.
- Temgilimoğlu, D., Işık, O., ve Akbolat, M. (2012). *Sağlık İşletmeri Yönetimi* (5. Basım). Ankara, Kızılay: Nobel yayınları.
- Tengilimoğlu, D. Işık, O. ve Akbolat, M. (2015). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. (7). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Terzioğlu A. (1992). *Bîmâristan*. <http://www.islamansiklopedisi.info/dia/ayrmetin.php?İdno =060168>. Erişim tarihi: 18.10.2018
- Terzioğlu, A. (2013). Türk İslam Hastaneleri ve Tababetinin Avrupa’da Tıbbi Rönesansı Etkilenmesinden Türk Tıbbının Batılılaşmasına, İstanbul
- Terzioğlu, A. (2013). İslam Öncesi Dönem Uygur Tıp Metinlerinde Bulunan Hayvansal Drog İsimleri, *Avrasya Terim Dergisi*, 1/2, 88-94.
- Tıraş, H. H., ve Ağır, H. (2018). OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları Ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Panel Nedensellik Analizleri. *Siyaset, Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*, 6(4), 13-29.
- Tıraş, H. H., ve Ağır, H. (2018). Sağlık Harcamaları Ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Panel Nedensellik Analizi. *Gaziantep University Journal of social sciences*, 17(4), 1558-1573.
- Tıraş, H. H., ve Türkmen, S. (2020). Sağlık Harcamalarının Belirleyicilerine Yönelik Bir Araştırma; Ab Ve Türkiye Örneği. *Bingöl Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 4(1), 107-139.
- Tıraşoğlu, M., veYıldırım, B. (2012). Yapısal Kırılma Durumunda Sağlık Harcamaları Ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama. *Ejovoc (Electronic Journal of Vocational Colleges)*, 2(2), 111-117.

- Tokatlıoğlu, İ., ve Tokatlıoğlu, Y. (2013). Türkiye’de 2002-2011 Yılları Arasında Katastrofik Sağlık Harcamalarının Yoksulluk Yaratma Kapasitesi. *Ekonomik Yaklaşım*, 24(87), 1-36.
- Tunçsiper, Ç., ve Bakar, A. (2023). Sağlık Ekonomisi Çerçevesinde Sağlık Harcamaları: Türkiye Örneği. *Biga İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 4(1), 20-28.
- Turan, M., ve Beşirli, A. (2008). entleşme Sürecinin Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(4), 238-243.
- Turan, N., (2004), *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Turan, O., (1993). *Selçuklular Tarihi Ve Türk-İslâm Medeniyeti*, İstanbul.
- TÜİK (2017), www.tuik.gov.tr Erişim T: 10.10.2017.
- TÜİK Haber Bülteni (2017), Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2016, Haber Bülteni, Sayı: 24574..
- Türker, K. (2012). *Selçuklu Devletinde Hastaneler*. [http://www.ansiklopedi.biz/saglik/selcuklu devletinde-hastaneler](http://www.ansiklopedi.biz/saglik/selcuklu-devletinde-hastaneler). Erişim tarihi: 18.10.2018,
- TÜRKŞAD, (2013). *Selçuklu dönemi, Osmanlı dönemi Türk tıp tarihi*. http://www.turkcukuranci.com/turkcuc/saglik/turklerde-saglik-ve-temizlik/?prev_next=prev. Erişim tarihi: 18.10.2018.
- Uçan, O., ve Atay, S. (2016). Türkiye’de Sağlık Harcamaları Ve Büyüme Arasındaki İlişki Üzerine Bir İnceleme. *Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9(3), 215-222.
- Uğur, A. A., Akdemir, E., ve Gürsel, E. (2010). Sigara Ve Alkol Üzerindeki Dolaylı Vergilerin Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkisi. *Ekonomi Bilimleri Dergisi*, 2(1), 1-14.
- Uslu, Y., Şahin, K., Aygün, S., ve Tuna, M. (2023). OECD ülkeleri ve Türkiye’nin sağlık harcamalarının TOPSIS yöntemi ile incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 386-395.
- Uyanık, Y., ve Yüksel, A. (2017). Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyümeye Etkisi: Bir Meta-Sentez Çalışması. *Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(12), 42-51.
- Ünsal E. (2011). *Makro İktisat*. (9.baskı), Ankara: İmaj Yayınevi.
- Üzümcü, A., ve Söğüt, Y. (2020). Kamu Sağlık Harcamaları-İktisadi Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir İnceleme (1983-2019). *Ekonomi İşletme Siyaset ve Uluslararası İlişkiler Dergisi*, 6(2), 275-295.
- Whyness, D. K. (1993). *Health Care Expenditure. (edited by Norman Gemmel) The Growth of the Public Sector; Theories and International Evidence*, Edward Elgar Publishing Limited UK, s.172.
- Yahyaoglu, R., (2003). *Tamamlayıcı Tıp Yöntemleriyle Mükemmel Sağlık*, İstanbul: Tavaslı Matbaası.
- Yalçın, A. Z., ve Çakmak, F. (2016). Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamalarının İnsani Gelişim Üzerindeki Etkisi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 30(4).
- Yaman, Z. ve Atalay, H. (2020). Bireylerin Sağlık Algısının Sağlık Arama Davranışı İle İlişkisinin İncelenmesi. *The Journal of International Education Science*. 25(7), 189-202.
- Yıldırım, F. M., (2020), *Eğitim ve Sağlık Harcamalarının Kamu Mali Politikaları Çerçevesinde Değerlendirilmesi*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Bandırma Onyedil Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Bandırma.

- Yıldız, O. (2018). *Gelişmekte Olan Avrupa Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Analizi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Trakya Üniversitesi, Edirne.
- Yılmaz, G. S., ve Akdede, S. H. (2016). Kamu sağlık harcamalarının etkililiği: Panel veri analizi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(2), 85-110.
- Yılmaz, S. (2012), Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Analizi ve OECD Ülkeleriyle Karşılaştırılması, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
- Yumuşak, Y. D. D. I. G., & Yıldırım, A. G. D. Ç. (2009). Sağlık Harcamaları İktisadi Büyüme İlişkisi Üzerine Ekonometrik Bir İnceleme. *Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi*, 4(1), 57-70.
- Yurdadoğ, V. (2007). Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı Ve Analizi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16(1), 591-610.

