



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Maliye Anabilim Dalı

# **TÜRKİYE’DE SAĞLIK HARCAMALARININ BELİRLEYİCİLERİ**

Cevat TOSUN

Doktora Tezi

Ankara, 2018



# TÜRKİYE’DE SAĞLIK HARCAMALARININ BELİRLEYİCİLERİ

Cevat TOSUN

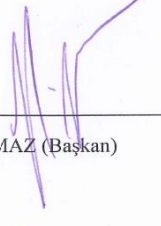
Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü  
Maliye Anabilim Dalı

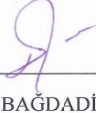
Doktora Tezi

Ankara, 2018

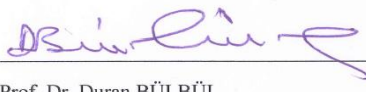
### KABUL VE ONAY

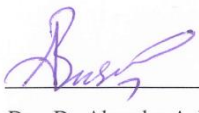
Cevat TOSUN tarafından hazırlanan "Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri" başlıklı bu çalışma, 28/09/2018 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

  
Prof. Dr. Hakkı Hakan YILMAZ (Başkan)

  
Prof. Dr. Necmiddin BAĞDADIÖĞLU (Danışman)

  
Prof. Dr. M. Umur TOSUN

  
Prof. Dr. Duran BÜLBÜL

  
Doç. Dr. Alparslan A. BAŞARAN

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

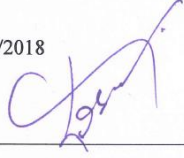
Prof. Dr. Musa Yaşar SAĞLAM  
Enstitü Müdürü

## BİLDİRİM

Hazırladığım tezin/raporun tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin/raporumun kağıt ve elektronik kopyalarının Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- ☐ Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.
- ☐ Tezim/Raporum sadece Hacettepe Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- ☒ Tezimin/Raporumun 3 yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

28/09/2018



Cevat TOSUN

## YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisanüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

o **Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.**

(Bu seçenekle teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etmeniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir)

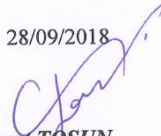
o **Tezimin/Raporumun 28/09/2021 tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını (İç Kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) istemiyorum.**

(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir)

● **Tezimin/Raporumun 28/09/2021 tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.**

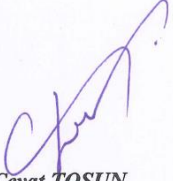
o **Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi**

28/09/2018

  
Cevat TOSUN

## ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, **Prof. Dr. Necmiddin BAĞDADIÖĞLU** danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.



Cevat TOSUN

**Bu eser,  
kıymet verdiğim her Őeyi anlamlı kılan  
NUR TANEM' e adanmıştır.**

**Her Şey seninle güzel...**

## TEŞEKKÜR

Lisans eğitimimin ilk gününden itibaren nazik ilgisini ve vaktini esirgemeyen, her daim doğru soruları soran, verdiği akademik disiplinle beni bu noktaya taşıyan kıymetli hocam Prof. Dr. Necmiddin Bağdadioğlu'na hoşgörüsü, desteği ve sadece öğrenciliğimde değil çalışma hayatımda da sunmuş olduğu imkânlar için çok teşekkür ederim. Araştırma hevesimi ve merakımı canlı tuttuğu için şahsına şükranlarımı sunuyorum.

Yol gösteren ve yol açan, içimdeki akademik heyecanı doğru yönlendiren, paylaştığı bilgi ve tecrübesi sayesinde tezin omurgasını oluşturan kıymetli hocam Prof. Dr. Umur Tosun'a çok teşekkür ederim.

Tezin her safhasında kıymetli bilgi ve birikimlerinden istifade ettiğim, yapıcı eleştiri ve önerilerinin yanında vakit ayırarak tezin şekillenmesini sağlayan, her daim samimi desteğini gördüğüm kıymetli hocam Prof. Dr. H. Hakan Yılmaz'a ayrıca çok teşekkür ederim.

Çalışmanın son şeklini almasında rehberlerine başvurduğum, değerli jüri üyesi Prof. Dr. Duran Bülbül'e yakın ilgisi ve önerileri için çok teşekkür ederim.

Kendisinden çok şey öğrendiğim, maliye eğitimini pratiğe dökme fırsatı veren, üzerimde emeğini çok olan kıymetli hocam Doç. Dr. Alparslan Başaran'a özverisi, hoşgörüsü ve kendisiyle çalışma ayrıcalığını verdiği için çok teşekkür ederim.

Tezin tamamlanması için gerekli zamanı ve mekânı sağlayan, bana olan itimat ve teveccühünü eksik etmeyen, önümdeki tüm engelleri kaldıran, örnek aldığım kıymetli hocam Doç. Dr. Deniz Aytaç'a ne kadar teşekkür etsem azdır. Hitit Üniversitesi'ndeki çalışmalarım boyunca rehberliği ve bana kattıkları için kendisine olan minnet borcum her türlü teşekkürün ötesindedir.

Dr. Öğr. Üyesi Yusuf Muratoğlu'na önerileri ve yakın ilgisi için ayrıca teşekkür ederim. Bizzat bilgilerine başvurduğum IQVIA Türkiye Ofisi'nden Sayın Derya Nasif ve Sayın Berfu Sevisoğlu'na, Sağlık Ekonomisi ve Politikası Derneği'nden Sayın Güvenç Koçkaya'ya, Kamu İhale Kurulu Üyesi Sayın Mehmet Atasever'e, Sosyal Güvenlik Kurumu Strateji Geliştirme Başkanı Sayın Dr. Mühiddin Şahin'e, Aktüerya ve Fon Yönetimi Daire Başkanı Sayın Nadide Yiğitli'ne çok teşekkür ederim.

2006 yılından beri bir maliye öğrencisi olarak aralarında olmaktan gurur duyduğum, üzerimde emeği çok olan Hacettepe Maliye Bölümü ailesinin birbirinden kıymetli üyeleri Prof. Dr. Ahmet Burçin Yereli, Prof. Dr. Cahit Güran, Prof. Dr. Tarkan Çavuşoğlu, Doç. Dr. Erdem Seçilmiş, Doç. Dr. Serkan Erkam, Doç. Dr. Pelin Varol İyidoğan ve Dr. Öğr. Üyesi. Debi Konukçu Önal'a hatalarımda gösterdikleri sonsuz hoşgörülerini için, bugünlerde ve olduğum yerde kıymetini daha çok anladığım, bilgi ve tecrübelerini benden esirgemedikleri için çok teşekkür ederim.

Çalışmanın tamamlanmasındaki en önemli pay sahipleri kadirşinas mesai arkadaşlarım; Abdulkadir Bulut, Buğra Burak Duman, Emre Özyerden, Mehmet Gözlü, Mehmet Kesici, Mete Dibo, Necmi Ocak ve Serhat Öztürk'e en içten teşekkürlerimi sunarım. Yükümü hafifleten kıymetli yol arkadaşım Onur Uçar ve eşi Aslıgül Uçar'a ayrıca teşekkürü borç bilirim. İyi ki varsınız.

Kendilerinden ödün vererek beni bugünlere getiren, emeklerini asla ödeyemeyeceğim, daima layık olmaya çalıştığım canım annem Hava Tosun ve canım babam Güngör Tosun'a, sevgili kardeşim Alişan Tosun'a en içten sevgilerimle sonsuz teşekkür ederim. Bir evladın sahip olabileceği yegâne gücü sağlayan, fedakârlıklarıyla beni yetiştiren aileme minnettarım. Her an yanımda olan, desteklerini, içten sevgilerini ve dualarını esirgemeyen canım annem Gülsüm Kopan'a, canım babam İsmail Kopan'a, sevgili abimiz Bayram Kopan'a ve her daim eşimin ve benim biricik destekçisi, kıymetlimiz Zeynep Kopan'a sonsuz teşekkür ederim.

Sevgisini, anlayışını, desteğini hiçbir zaman eksik etmeyen, sabrı hiç eksilmeyen, mesafelerin tüm zorluklarını sineye çeken, her telaşımı benle yaşayan, ihmallerimi maharet ve fedakârlığıyla kapatan yuvamın huzuru canım eşim Yasemin Tosun'a, yetersiz kalacağını bilerek sonsuz teşekkür ederim. Sadırda kalmasın, satırda da olsun istedim: O, benim en büyük hazinem. Bu tezi başarıyla tamamlamanın verdiği mutluluk, eşimin yaptığı fedakârlığa hürmeten öne geçecek bir husus olmamakla birlikte, ona olan bağlılığım bir hatırası olarak kalması naçizane temennimdir.

## ÖZET

TOSUN, Cevat. *Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri*, Doktora Tezi, Ankara, 2018.

Daha iyi bir sağlık statüsü için devletlerin reform sürecinde olduğu veya bu sürecin tartışıldığı bir alan olan sağlık piyasasında, gelir ve nüfus yapısında yaşanan değişimler, teknolojik ilerlemeler ve artan beklentiler başta olmak üzere birçok farklı unsurdan etkilenecek farklılaşan sağlık harcamaları artan bir trende sahiptir. Ülkelerin gelişmişlik seviyesinden bağımsız olarak artan sağlık harcamaları, kamu bütçesi üzerine de bir yük getirmektedir. Türkiye’deki sağlık harcamaları da bu global eğilimden izole kalmamıştır. Bu gelişmeler Türkiye açısından sağlık harcamalarını belirleyen faktörlerin analizini gerekli kılmaktadır. Türkiye için sağlık harcamalarının belirleyicilerini, sağlık harcamaları analizinde bir nevi anahtar değişken olarak kabul edilen iktisadi ve demografik faktörler çerçevesinde zaman serisi yöntemiyle analiz eden bu çalışma, 1979-2016 yılları arasını Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü’nden (OECD) alınan verilerle analiz etmektedir. Ampirik bulgular, kişi başına düşen sağlık harcamalarındaki değişikliği, analiz edilen verilerle güçlü bir şekilde açıklamakta ve sağlık malının gelir esnekliğine ilişkin teorik çerçevede değerlendirilen sonuçlara Türkiye açısından katkılar sunmaktadır.

### Anahtar Sözcükler

Sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının belirleyicileri, kişi başına GSYH, Türkiye

## ABSTRACT

TOSUN, Cevat. *The Determinants of Healthcare Expenditure in Turkey*, PhD. Dissertation, Ankara, 2018.

Health care expenditure has a highly increasing trend, distinguished through the effects of many different factors including changes in the income and population structure, technological progress and growing great expectations in the healthcare market, a field where states are in the process of reforming for a better health status or this process is debated. Increased health care expenditure, regardless of the development level of countries, also imposes a burden on the public budget. Health care expenditure in Turkey is no longer isolated from this global trend. These developments necessitate analysing the factors which determine health care expenditure in terms of Turkey. This study through the method of time-series analysis, within the scope of economic and demographic factors accepted as a sort of key factor in health care expenditure analysis examines the determinants of health care expenditure for Turkey with the data obtained from the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) between 1979 and 2016. Empirical results with the analysed data have acutely clarified the changes in health care expenditure per person and provided a great contribution to the results evaluated within the theoretical framework relating to the income elasticity of the health care in terms of Turkey.

### Keywords

Healthcare expenditure, determinants of healthcare expenditure, per capita GDP, Turkey

## İÇİNDEKİLER

|                                                      |      |
|------------------------------------------------------|------|
| KABUL VE ONAY .....                                  | i    |
| BİLDİRİM .....                                       | ii   |
| YAYIMLAMAVE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....       | iii  |
| ETİK BEYAN.....                                      | iv   |
| ADAMA .....                                          | v    |
| TEŞEKKÜR .....                                       | vi   |
| ÖZET.....                                            | viii |
| ABSTRACT .....                                       | ix   |
| İÇİNDEKİLER .....                                    | x    |
| KISALTMALAR DİZİNİ .....                             | xiv  |
| TABLolar DİZİNİ .....                                | xv   |
| ŞEKİLLER DİZİNİ .....                                | xvii |
| GİRİŞ .....                                          | 1    |
| 1. BÖLÜM .....                                       | 3    |
| SAĞLIK EKONOMİSİNİN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ .....        | 3    |
| 1.1 GİRİŞ .....                                      | 3    |
| 1.2 SAĞLIK KAVRAMI VE GELİŞİMİ .....                 | 3    |
| 1.2.1 Sağlık Kavramı.....                            | 3    |
| 1.3 SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAPSAMI VE ÖZELLİKLERİ..... | 6    |
| 1.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı .....             | 6    |
| 1.3.1.1 Koruyucu Sağlık Hizmetleri .....             | 8    |
| 1.3.1.2 Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....          | 9    |
| 1.3.1.3 Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri.....  | 10   |
| 1.3.1.4 Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi.....      | 10   |
| 1.3.2 Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....          | 11   |
| 1.3.2.1 Talebin Yapısı .....                         | 12   |
| 1.3.2.2 Hekimin Davranışı .....                      | 13   |
| 1.3.2.3 Belirsizlik .....                            | 14   |
| 1.3.2.4 Arz koşulları.....                           | 14   |
| 1.3.2.5 Fiyat Yapısı .....                           | 15   |
| 1.4 SAĞLIK EKONOMİSİ .....                           | 16   |
| 1.4.1 Sağlık Ekonomisinin Önemi Ve Kapsamı .....     | 21   |

|                                                              |           |
|--------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1.5 SAĞLIK HİZMETLERİNDE ARZ .....</b>                    | <b>27</b> |
| 1.5.1 Sağlık Hizmetlerinde Arzı Etkileyen Faktörler.....     | 28        |
| 1.5.1.1 Arz Edilen Malın Fiyatı .....                        | 28        |
| 1.5.1.2 Üretim Faktörlerinin Fiyatı .....                    | 29        |
| 1.5.1.3 Diğer Malların Fiyatı.....                           | 29        |
| 1.5.1.4 Vergi ve Sübvansiyonlar .....                        | 30        |
| 1.5.1.5 Teknolojik Gelişme .....                             | 30        |
| <b>1.6 SAĞLIK HİZMETLERİNDE TALEP .....</b>                  | <b>31</b> |
| 1.6.1 Sağlık Hizmetlerinde Talebi Etkileyen Faktörler .....  | 33        |
| <b>1.7 SAĞLIK HİZMETLERİNDE PİYASA BAŞARISIZLIKLARI.....</b> | <b>34</b> |
| 1.7.1 Kamusal Mallar ve Dışsallıklar.....                    | 36        |
| 1.7.2 Asimetrik Bilgi ve Belirsizlik .....                   | 40        |
| <b>1.8 DEĞERLENDİRME .....</b>                               | <b>42</b> |
| <b>2. BÖLÜM .....</b>                                        | <b>43</b> |
| <b>SAĞLIK HARCAMALARI VE SAĞLIĞIN FİNANSMANI .....</b>       | <b>43</b> |
| <b>2.1 GİRİŞ .....</b>                                       | <b>43</b> |
| <b>2.2 SAĞLIK HARCAMALARI VE KAPSAMI .....</b>               | <b>43</b> |
| 2.2.1 Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler.....          | 46        |
| 2.2.1.1 Sağlık Hizmetleri Talebi.....                        | 47        |
| 2.2.1.1.1 Artan Hasta Beklentileri.....                      | 48        |
| 2.2.1.1.1.1 Gelir Seviyesi .....                             | 48        |
| 2.2.1.1.1.2 Eğitim Seviyesi.....                             | 49        |
| 2.2.1.1.1.3 Şehirleşme .....                                 | 49        |
| 2.2.1.1.2 Artan Hastalık Yükü.....                           | 50        |
| 2.2.1.1.2.1 Nüfusun Yaşlanması.....                          | 51        |
| 2.2.1.1.2.2 Sağlıksız Yaşam Tarzı.....                       | 52        |
| 2.2.1.2 Sağlık Hizmetleri Arzı .....                         | 53        |
| 2.2.1.2.1 Hizmet Birim Maliyetlerinin Artması .....          | 53        |
| 2.2.1.2.1.1 Teknolojik Gelişme .....                         | 54        |
| 2.2.1.2.2 Yetersiz Kaynak Tahsisi.....                       | 54        |
| <b>2.3 SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI.....</b>              | <b>55</b> |
| 2.3.1 Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri.....         | 56        |
| 2.3.1.1 Kamu Kaynaklı Finansman Yöntemleri .....             | 58        |
| 2.3.1.1.1 Sosyal Sağlık Sigortası .....                      | 58        |

|                                                                                                            |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 2.3.1.1.2 Vergilerle Finansman .....                                                                       | 60         |
| 2.2.1.2 Özel Finansman Yöntemleri .....                                                                    | 61         |
| 2.2.1.2.1 Cepten Ödemeler.....                                                                             | 62         |
| 2.2.1.2.2 Özel Sağlık Sigortacılığı .....                                                                  | 63         |
| 2.2.1.2.3 Tıbbi Tasarruf Hesabı .....                                                                      | 63         |
| <b>2.4 TÜRKİYE’DE SAĞLIK HARCAMALARI VE FİNANSMANI.....</b>                                                | <b>64</b>  |
| <b>2.5 SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI .....</b>                                                                 | <b>82</b>  |
| <b>2.6 DEĞERLENDİRME .....</b>                                                                             | <b>84</b>  |
| <b>3. BÖLÜM .....</b>                                                                                      | <b>86</b>  |
| <b>SAĞLIK HARCAMALARININ BELİRLEYİCİLERİNİN ANALİZİ.....</b>                                               | <b>86</b>  |
| <b>3.1 GİRİŞ .....</b>                                                                                     | <b>86</b>  |
| <b>3.2 SAĞLIK HARCAMALARININ BELİRLEYİCİLERİNE YÖNELİK UYGULAMALI LİTERATÜR.....</b>                       | <b>86</b>  |
| <b>3.3 SAĞLIK HARCAMALARININ BELİRLEYİCİLERİ: 1979-2016 DÖNEMİ TÜRKİYE İÇİN UYGULAMALI BİR ANALİZ.....</b> | <b>99</b>  |
| 3.3.1 Kullanılan Veri Seti Ve Çalışmanın Kapsamı .....                                                     | 99         |
| 3.3.2 Metodoloji.....                                                                                      | 101        |
| <b>3.4 UYGULAMA VE BULGULAR .....</b>                                                                      | <b>106</b> |
| 3.4.1 Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamaları İçin Yapılan Uygulama ve Bulgular .....                        | 109        |
| 3.4.3 Kişi Başına Kamu Sağlık Harcamaları İçin Yapılan Uygulama ve Bulgular .....                          | 118        |
| 3.4.4 Kişi Başına Özel Sağlık Harcamaları İçin Yapılan Uygulama ve Bulgular .....                          | 123        |
| <b>3.5 DEĞERLENDİRME .....</b>                                                                             | <b>129</b> |
| <b>SONUÇ.....</b>                                                                                          | <b>132</b> |
| <b>KAYNAKÇA .....</b>                                                                                      | <b>135</b> |
| <b>EKLER.....</b>                                                                                          | <b>170</b> |
| <b>EK-1: SAĞLIK SEKTÖRÜNDE EKONOMİK DEĞERLENDİRMELERİN KAPSAMI.....</b>                                    | <b>170</b> |
| <b>EK-2: SAĞLIĞIN BELİRLEYİCİLERİ.....</b>                                                                 | <b>175</b> |
| <b>EK-3: ÖRNEKLERİYLE SAĞLIK HİZMETLERİ.....</b>                                                           | <b>176</b> |
| a) KAMUSAL MALLAR ÇERÇEVESİNDE DEĞERLENDİRİLEN SAĞLIK HİZMETLERİ.....                                      | 176        |
| b) MÜDAHALE YÖNTEMLERİNE GÖRE SAĞLIK HİZMETLERİ .....                                                      | 177        |

|                                                                                                   |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>EK-4: ALTERNATİF FİNANSMAN YÖNTEMLERİNE GÖRE TASNİF EDİLMİŞ ÜLKELER.....</b>                   | <b>178</b> |
| <b>EK-5: ALTERNATİF FİNANSMAN YÖNTEMLERİNİN İŞLEYİŞİ .....</b>                                    | <b>179</b> |
| <b>EK-6: ALTERNATİF FİNANSMAN YÖNTEMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ .....</b>                           | <b>180</b> |
| <b>EK-7: TÜRKİYE’DE SAĞLIK DÖNÜŞÜM PROGRAMI ÖNCESİNDE SAĞLIK SİSTEMİNİN FİNANSMAN YAPISI.....</b> | <b>181</b> |
| <b>EK-8: SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI UYGULAMALARI.....</b>                                          | <b>182</b> |
| <b>EK-9: TÜRKİYE’DE 2017 YILINDA SAĞLIK SİSTEMİNDE KULLANILAN FON AKIŞ ŞEMASI .....</b>           | <b>184</b> |
| <b>EK-10: OECD ÜLKELERİNDE SAĞLIK HARCAMALARI (2000-2017) .....</b>                               | <b>185</b> |
| a) SAĞLIK HARCAMALARININ GSYH’A ORANI.....                                                        | 185        |
| b) KİŞİ BAŞINA DÜŞEN CARİ SAĞLIK HARCAMALARI (ABD \$, SAGP)                                       | 186        |
| <b>EK-11: DÜNYA GENELİNDE SAĞLIK HARCAMALARI .....</b>                                            | <b>189</b> |
| a) ÜLKE GRUPLARINA GÖRE KİŞİ BAŞINA DÜŞEN CARİ SAĞLIK HARCAMALARI (ABD DOLARI) .....              | 189        |
| b) SAĞLIK HARCAMALARININ GSYH İÇİNDEKİ PAYI (2011) .....                                          | 190        |
| c) KİŞİ BAŞINA DÜŞEN SAĞLIK HARCAMALARI (ABD DOLARI CİNSİNDEN, 2011).....                         | 191        |
| <b>EK-12: TÜRKİYE’DE YAPILAN İLAÇ HARCAMALARI .....</b>                                           | <b>192</b> |
| a) SGK TARAFINDAN YAPILAN İLAÇ HARCAMALARI .....                                                  | 192        |
| b) KAMU KESİMİ TARAFINDAN YAPILAN İLAÇ HARCAMALARI .....                                          | 193        |
| <b>EK-13: SERİLERİN ZAMAN GRAFİKLERİ .....</b>                                                    | <b>194</b> |
| <b>EK-14: KİŞİ BAŞINA KAMU SAĞLIK HARCAMASI İÇİN YAPILAN TESTLER .....</b>                        | <b>195</b> |
| <b>EK-15: KİŞİ BAŞINA ÖZEL SAĞLIK HARCAMASI İÇİN YAPILAN TESTLER</b>                              | <b>197</b> |
| <b>EK-16: DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU .....</b>                                       | <b>199</b> |
| <b>EK-17: DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ETİK KOMİSYON MUAFİYET FORMU</b>                                  | <b>200</b> |
| <b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>                                                                              | <b>201</b> |

## KISALTMALAR DİZİNİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AIHW: Avustralya Sağlık ve Refah Enstitüsü (Australian Institute of Health and Welfare)

GSYH: Gayrisafi yurtiçi hasıla

MEB: Milli Eğitim Bakanlığı

OECD: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (Organisation for Economic Co-operation and Development)

SDP: Sağlıkta Dönüşüm Programı

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SHS: Sağlık Hesapları Sistemi

TDK: Türk Dil Kurumu

TL: Türk Lirası

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UNICEF: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (United Nations International Children's Emergency Fund)

VAR: Vektör Otoregresyon (Vector Auto Regression)

VEC: Vektör Hata Düzeltme (Vector Error Correction)

WEF: Dünya Ekonomik Forumu (World Economic Forum)

WHO: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

ZSMU: Zaporijya Devlet Tıp Üniversitesi (Zaporozhye State Medical University)

## TABLOLAR DİZİNİ

|                                                                                                   |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Tablo-1: Finansman Kaynaklarına Göre Türkiye’de Yapılan Sağlık Harcamalarının Dağılımı (%).....   | 65   |
| Tablo-2: Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Dağılımı (Milyon TL).....                               | 72   |
| Tablo-3: Kamu ve Özel Sağlık Harcamaları (Milyon TL).....                                         | 73   |
| Tablo-4: SGK Tarafından Yapılan Sağlık Harcamaları.....                                           | 76   |
| Tablo-5:Sosyal Sigorta Kapsamındaki Nüfus (%).....                                                | 77   |
| Tablo-6: Kümülatif Gelir Guruplarına Göre Hanehalkı Sağlık Harcamaları (2009-2015)<br>.....       | 79   |
| Tablo-7: Sağlık Harcamalarının Belirleyicilerine Yönelik Uygulamalı Literatür Özeti<br>.....      | 1013 |
| Tablo-8: Analizde Kullanılan Değişkenlerin Özet Gösterimi ve Veri Kaynakları .....                | 101  |
| Tablo-9: Tanımlayıcı İstatistikler.....                                                           | 107  |
| Tablo-10: Birim Kök Analizleri.....                                                               | 108  |
| Tablo-11: Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamaları İçin Korelasyon Matrisi Sonuçları<br>.....        | 109  |
| Tablo-12: Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamaları İçin Uygun Gecikme Uzunluğunun Belirlenmesi ..... | 110  |
| Tablo-13: LM-Otokorelasyon Testi .....                                                            | 111  |
| Tablo-14: Kök ve Modulus Sonuçları.....                                                           | 111  |
| Tablo-15: White Değişen Varyans Testi Sonucu.....                                                 | 111  |
| Tablo-16: Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamaları İçin Eşbütünleşme Test Sonuçları                  | 112  |
| Tablo-17: Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamaları İçin Normalize Edilmiş Eşbütünleşme Vektörü.....  | 113  |
| Tablo-18: Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamaları İçin VECM Modeli Sonuçları .....                  | 114  |
| Tablo-19: Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamaları İçin Granger Nedensellik Sonuçları<br>.....       | 115  |
| Tablo-20: Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamaları İçin Varyans Ayırıştırma Sonuçları<br>.....       | 117  |
| Tablo-21: Kişi Başına Kamu Sağlık Harcamaları İçin Korelasyon Matrisi Sonuçları .                 | 118  |

|                                                                                                |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tablo-22: Kişi Başına Kamu Sağlık Harcaması İçin Uygun Gecikme Uzunluğunu Seçimi .....         | 118 |
| Tablo-23: Kişi Başına Kamu Sağlık Harcamaları İçin Eşbütünleşme Testi .....                    | 119 |
| Tablo-24: Kişi Başına Kamu Sağlık Harcamaları İçin Normalize Edilmiş Eşbütünleşme Vektörü..... | 120 |
| Tablo-25: Kişi Başına Kamu Sağlık Harcamaları İçin VECM Modeli Sonuçları .....                 | 120 |
| Tablo-26: Kişi Başına Kamu Sağlık Harcamaları İçin Granger Nedensellik Sonuçları .....         | 120 |
| Tablo-27: Kişi Başına Kamu Sağlık Harcamaları İçin Varyans Ayrıştırma Sonuçları                | 123 |
| Tablo-28: Kişi Başına Özel Sağlık Harcamaları İçin Korelasyon Matrisi.....                     | 124 |
| Tablo-29: Kişi Başına Özel Sağlık Harcaması İçin Uygun Gecikme Uzunluğunu Seçimi .....         | 124 |
| Tablo-30: Kişi Başına Özel Sağlık Harcamaları İçin Eşbütünleşme Testi .....                    | 125 |
| Tablo-31: Kişi Başına Özel Sağlık Harcamaları İçin Normalize Edilmiş Eşbütünleşme Vektörü..... | 126 |
| Tablo-32: Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamaları İçin VECM Sonuçları .....                      | 126 |
| Tablo-33: Kişi Başına Özel Sağlık Harcamaları İçin Granger Nedensellik Sonuçları .             | 126 |
| Tablo-34: Kişi Başına Özel Sağlık Harcamaları İçin Varyans Ayrıştırma Sonuçları...             | 129 |

## ŞEKİLLER DİZİNİ

|                                                                                              |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Şekil-1: Sağlık Hizmetlerinin Bileşenleri .....                                              | 7   |
| Şekil-2: Sağlık Ekonomisindeki Temel Unsurlar .....                                          | 23  |
| Şekil-3: Sağlık Harcamalarının Temel Belirleyicileri.....                                    | 47  |
| Şekil-4: OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları ve GSYH'nin Yıllık Reel Büyüme Oranları .....   | 66  |
| Şekil-5: Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları (2017).....                                    | 67  |
| Şekil-6: Uluslararası Ölçekte Sağlık Harcama Düzeyleri (2015) .....                          | 69  |
| Şekil-7: Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Oranı (2017)..... | 70  |
| Şekil-8: Toplam Sağlık Harcamalarının Dağılımı (%) .....                                     | 74  |
| Şekil-9: GSYH İçindeki Paylarıyla Kamu, Özel ve Toplam Sağlık Harcamalarının Payları .....   | 75  |
| Şekil-10: Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı (%) .....     | 78  |
| Şekil-11: Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarına Göre Lorenz Eğrisi .....                       | 80  |
| Şekil-12: Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Haneler Üzerindeki Etkisi .....               | 81  |
| Şekil-13: Ters Köklerinin Birim Çember Konumu.....                                           | 111 |
| Şekil-14: Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamaları İçin Etki-Tepki Analizi.....                 | 116 |
| Şekil-15: Kişi Başına Kamu Sağlık Harcamaları İçin Etki-Tepki Analizi .....                  | 122 |
| Şekil-16: Kişi Başına Özel Sağlık Harcamaları İçin Etki-Tepki Analizi.....                   | 128 |

## GİRİŞ

Sahip olduğu karakteristik özellikler dolayısıyla sağlık, hem bireyler hem de toplum için önemlidir. Sağlıklı olmak birey ve toplum düzleminde arzu edilen bir olgudur. Bu durumun temini özünde sağlık arz ve talebini içeren düzenlemeleri, dolayısıyla sağlık politikalarını gerekli kılmaktadır.

Sürdürülebilir bir sağlık politikası ise temelde ancak, bu arz ve talep ilişkisinin “sağlıklı” analiziyle mümkündür. Hedef politikaların pratikteki başarısının yalnızca kısa döneme mahsus sonuçlar içermesi ve/veya üretmesi sürdürülebilirliği zedelemekten öte, yok edebilir. Bireyleri sağlıklı kılacak dahası, sağlık statülerini (düzeylerini) daha ileriye taşıyacak, uzun dönemi de göz önünde bulunduran politika alternatifleri toplumun sağlık statüsünü de yükseltecektir. Bu durum Dünya Sağlık Örgütü’nce (WHO, 2000) sağlık sistemlerinin üç nihai amacı olarak özetlenmiştir. Bu amaçlar, i) toplumunun genelinin sağlık düzeylerinin iyileştirilmesi, ii) oluşan beklentiye cevap verilebilmesi, iii) sağlığın ve/veya hastalığın maliyetlerine karşı finansal korumanın sağlanması şeklinde sıralanabilir.

Sağlık harcamaları ve finansmanı bu hedefler doğrultusunda birer politika aracı olarak öne çıkmakta ve pratikte sağlık harcamaları her yıl daha fazla kaynağın ayrıldığı bir sektör haline dönüşmektedir. Ancak, yeni kaynak yaratamama ya da kaynakların verimsiz kullanımı finansman sorunlarını beraberinde getirmektedir.

Günümüzde sağlık harcamaları konusu, sağlık ekonomisinin odak noktası haline gelmiştir. Bu bağlamda, sağlık harcamalarını belirleyen unsurların analizi, sağlık harcamalarındaki değişimin kaynaklarının bilinmesine ve dahası, sağlık harcama ve politikalarında sürdürülebilirliğinin sağlanabilmesi için dikkat edilecek unsurların ortaya çıkmasını sağlayacaktır. Sağlık harcamalarının birden fazla unsurdan etkilenmesi, gelir değişkeni ile başlayan ampirik sınamaların teorik düzeyde ilintili olan diğer unsurlarla analiz edilmesini sağlamıştır. Bu açıdan literatürde sağlık harcamalarının belirleyicilerini konu edinen uygulamalı çalışmalara rastlanmasına rağmen, Türkiye’de bu konunun akademik ilgiden mahrum kaldığı söylenebilir. Haliyle, Türkiye için sağlık harcamalarının belirleyicilerinin neler olduğu, cevap aranması gereken bir sorudur.

Bu tez çalışmasının amacı da Türkiye için sağlık harcamalarının belirleyicilerinin neler olduğunu analiz etmektir. Ampirik uygulamalar ekseninde Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü'nden (OECD) temin edilen verilerle, sağlık harcamaları analizinde anahtar değişken olarak nitelenen kişi başına gelir, kamunun sağlık harcamaları içindeki payı, yaşlı nüfus oranı ve doğurganlık oranı 1979-2016 dönemi için analiz edilmiştir. Bu doğrultuda kişi başına düşen toplam sağlık harcamalarının yanında, sağlık harcamalarındaki değişimin açıklanmasında finansman kaynağının farklılaşmasının, analize tabi tutulan seriler arasındaki ilişkiyi de farklılaştırmasından ötürü kişi başına düşen kamu ve özel sağlık harcamaları da ayrıca analiz edilmiştir.

Bu amaç doğrultusunda tez çalışması üç bölüm olarak tasarlanmıştır. Sağlık harcamalarına dair mukayeselerin yapılabilmesi için öncelikle birinci bölümde sağlık kavramı bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmiştir. Sağlık hizmet türlerine özellikleriyle yer verildikten sonra sağlık ekonomisi kapsamı itibarıyla değerlendirilmiştir. Akabinde sağlık hizmetleri piyasasında arz ve talep koşulları, piyasasının temel ayırıcı özellikleriyle irdelenmiş olup sağlık piyasasına devlet müdahalesinin nedenleri tartışılmıştır.

İkinci bölümde sağlık harcamaları ve sağlık harcamalarının alternatif finansman yöntemleri değerlendirilmiştir. Akabinde genelden özele doğru bir yaklaşımla, sağlık harcamalarında uluslararası karşılaştırmaları takiben detaylı olarak Türkiye'de sağlık harcamaları ve finansmanına dair bilgiler aktarılmıştır.

Çalışmanın üçüncü bölümünde ise sağlık harcamalarının belirleyicilerine yönelik yapılan ampirik çalışmalar ele alınmış, Türkiye özelinde sağlık harcamaları, iktisadi ve iktisadi olmayan değişkenler aracılığıyla, vektör otoregresyon, Johansen eşbütünleşme analizi ve Granger nedensellik testleriyle incelenmiştir. Akabinde yapılan etki-tepki analizi ve varyans ayrıştırması analiziyle kişi başına yapılan toplam, kamu ve özel sağlık harcamalarındaki değişimi açıklamaya çalışan faktörlerin etkisi değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgular doğrultusunda sağlık harcamalarını yönetmek için doğru politikaların oluşturulmasına zemin hazırlayabilecek, alternatif önerileri içeren sonuç kısmıyla çalışma sonlandırılmıştır.

## 1. BÖLÜM

### SAĞLIK EKONOMİSİNİN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ

#### 1.1 GİRİŞ

Sürdürülebilir büyüme ve kalkınmanın dinamiği olan beşeri sermayenin temel unsuru sağlıktır. Ülkelerin gelişmişlik seviyesinden bağımsız olarak her ülkenin gündeminde ön sıralarda yer alan “sağlık”, yasalar çerçevesinde bir hak olması ve toplumun genelini ilgilendirmesi itibarıyla önem arz etmektedir. Farklı disiplinlere araştırma konusu olan sağlığın, kıt kaynakların tahsisi esas başta olmak üzere sağlık ve sağlıkla ilgili değişkenler de ekonomide birçok araştırmanın konusu olmaktadır.

Bütüncül bir değerlendirmeyi gerektiren bir olgu olarak sağlık, kavramsal çerçevede değerlendirildikten sonra sağlık hizmetleri, kapsamı ve özellikleriyle ele alınmıştır. Ardından sağlık ekonomisi çerçevesinde sağlığın ekonomi ile olan ilişkisine değinilmiş ve sağlık hizmetlerinde kamunun aktif bir rol üstlenmesine neden olan unsurlar olarak nitelendirilebilecek olan sağlıkta piyasa başarısızlıklarına yer verilmiştir.

#### 1.2 SAĞLIK KAVRAMI VE GELİŞİMİ

##### 1.2.1 Sağlık Kavramı

Sadece nasıl hissettiğimiz değil, bunun yanında topluma nasıl dâhil olduğumuzu da etkileyen bir unsur olarak sağlık ya da sağlıklı olmak herkes için önemlidir (AIHW, 2008, s. 3). Bunun nihai bir getirisi olarak devletler, iktisadi kaynaklarını giderek artan bir oranda sağlık hizmetlerinin arzına tahsis etmek durumunda kalmaktadırlar (Morgan, 1994, s. 1126). Olsen, sağlığın tanımlanmasının sorunlu ve tartışmalı olduğunu ifade etmektedir (Olsen, 2009, s. 3). Sağlık ve beraberinde hastalık, bu iki kavramın tanımlandığı kültüre ve bunun yanında tarihsel sürece göre değerlendirilebileceği gibi (Larson, 1991, s. 1; Jenkins, 1992, s. 371) toplum içindeki farklı meslek gruplarına göre bu tanımın farklılaşacağı ifade edilmektedir (Aggleton, 1990, s. 13; Mooney, 1992, s. 22).

Bu durum da bir nevi toplumların ve o toplumu oluşturan bireylerin sağlığı değerlendirme şekillerine göre değişmektedir (Elinson, 1977, s. 65).

Sağlığın bireyler arasında ve toplumun genelinde nispi niteliklere göre değişen bir olgu olması, sağlığın kavramsallaştırılmasındaki farklılıkların nedeni olarak görülmekte (Aggleton, 1990) ve sağlıkla ilgili birden fazla tanımın yapılmasına neden olmaktadır (Brook ve McGlynn, 1991, s. 285). İngilizcede kökenini, “helthe” sözcüğünden alan sağlığın karşılığı olan “health”, beden ve zihnin sağlamlığı anlamına gelmektedir (Lu, 2008, s. 2). McGuire ve diğerleri (vd.) sağlığın, sağlığın ölçülmesinin ve tıbbi müdahalelerin yeni olmadığını vurgularken milattan önce 2000’li yıllarda Hammurabi Kanunları’nda sağlığın toplum düzeni içinde nasıl ele alındığını değerlendirmektedir (McGuire vd., 2005, s. 22). Tarihsel süreçte bireylerin sağlığı değerlendirme biçimleri geniş farklılıklar yanında, sağlığın toplum içindeki kültürde nasıl kabul gördüğüne bağlı olarak değişmiş; (Taylor ve Hawley, 2010, s. 10) ve bu değişimde, sağlık kavramında negatif değerlerden pozitif değerlere doğru bir kayma olmuştur.

Hastalığın yokluğu ya da daha geniş bir ifadeyle vücutta anormalliğe sebep olabilecek herhangi bir belirtinin yokluğu, sağlığın negatif tanımını karakterize etmektedir. Aggleton, bu negatif sağlık bakış açısının, tüm vücutlar için bir norm koyduğunu ve tıp mesleğine mensup kişilerin teşhisine güvenme eğilimine dayandığını ifade etmektedir (Aggleton, 1990, s. 5-8). Bu durumda sağlıklı olma hali, hastalığın (disease, illness, sickness) hissedilmediği ve/veya hastalığın teşhis edilemediği durumları ifade ettiği için sağlık kavramını dar bir yaklaşımla değerlendirmektedir. Taylor ve Hawley (2010, s. 11) disease, illness ve sickness<sup>1</sup> kavramlarının kendi başlarına sağlık kavramının niteliğini yakalayamadığını ifade etmektedir.

Daha geniş bir çerçeveden sağlık kavramını açıklayan tanımlar, sağlığın pozitif görünümünü açıklamaktadır. Bu haliyle sağlık ihtiyacı sadece bir şeyin yokluğu olarak değerlendirilmemelidir. Sağlığın pozitif görünümü sahip olduğumuz şeylerin değerini

<sup>1</sup> Türkçe’de hastalık sözcüğü “bireysel bir algı, sosyal bir durum veya tıbbi bir tanı olarak en az üç farklı” şekilde ifade edilebilecekken hasta olma halini temsilen tıbbi tanı kullanılmaktadır (Hayran, 2017). Disease, illness ve sickness kavramları Türkçe’de hastalık sözcüğünün karşılığı olarak kullanılmakla birlikte farklı anlamlara gelmektedirler. Disease: yaygın olarak vücut fonksiyonlarındaki bozukluğa bağlı, semptomlarla kendini belli eden hastalığı ifade etmektedir. Illness: kişinin kendini iyi hissetmeme halinde görülen rahatsızlık olup, patolojik etki ve bulguların neticesinde sübjektif bir durumu ifade etmektedir. Sickness ise hastalık halini ifade etmekte olup rahatsızlıktan şikayetçi olan süjenin takındığı sosyal rolü ifade etmektedir (Paneth, t.y., s. 54-55; Fitzpatrick, 1986, s. 4; Aggleton, 1990, s. 6; Stacey, 1991, s. 171).

vurgulamaktadır (Taylor ve Hawley, 2010, s. 11). Seedhouse (1986) tarafından sağlığın bazı nitelikleri taşıması gerektiğine vurgu yapılarak; sağlık kavramı, ruhsal ve fiziksel uyumu, kişinin güç ve potansiyelini ve ideal bir durum olarak sağlık halini kategorize etmektedir. Geneli itibariyle sağlığın pozitif yönü, ruhsal iyilik ve fiziksel uyumun yanında, stresle başa çıkabilme, sosyal desteğin temini, moral ve yaşam tatmini içermektedir (Bowling, 1991, s. 7). Sağlık kavramını karakterize eden yaklaşımlarda olan değişiklik, zamanla ortaya çıkmış olup Naidoo ve Wills (2000) sağlık kavramının sosyal önceliklere ve değerlere göre değiştiğini dile getirmektedir. Hastalığın ve hastalıktan kaynaklanan acının olmaması şeklinde (Bentham, 1781, s. 43) ifade edilen sağlık kavramı günümüzde daha çok beşeri sermaye girdisi olarak kabul edilmekte ve iktisadi kalkınmanın temelinde konumlandırılmaktadır (Mwabu, 2007, s. 1).

Literatürde sağlık kavramı açısından en fazla kabul gören tanım “sadece sakatlığın ve hastalığın yokluğu değil, bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali” şeklinde ifade edilen Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılan tanımdır (World Health Organization, 2014, s. 1). Bu tanım 1946 yılında Uluslararası Sağlık Konferansı’nda görüşülerek, Dünya Sağlık Örgütü’nün Anayasası’na 61 ülkenin imzasıyla tescillenerek 1948 yılında yürürlüğe girmiştir (WHO, 2006, s. 1). Dünya Sağlık Örgütü’nün mevcut bu tanımı, iyilik halinin net olmaması, ölçümünün zorluğuyla (Bonita vd., 2007, s. 15) nüfusun yaşı ve hastalık paterninin<sup>2</sup> değişmesi nedeniyle eleştirilmektedir (Huber, vd. 2011, s. 1). Hedef olduğu eleştirilere rağmen günümüze kadar değişikliğe uğramadan gelen bu tanım, en sık başvurulmuş sağlık tanımı olması yanında, sağlığın pozitif yönüyle değerlendirilmesine öncülük etmiştir. Dünya Sağlık Örgütü’nün yaptığı bu tanım, sağlığın kişisel iyilik halinin ötesinde toplumsal yönünü de içermekte ve sağlığı toplumsal bir olgu haline dönüştürmektedir.

Türkiye için benzer bir kabulün 1982 Anayasası’nın<sup>3</sup> 56. Maddesinde:

*“Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve*

<sup>2</sup> Hastalık paterni, hastalıkların neden, gelişim ve mekanizmalarını açıklamaya çalışan patoloji bilimine göre, görüldüğü zaman spesifik bir tanıyı çağrıştıran ayırt edici özellik ve/veya özelliklerdir. Bakınız: <http://patoloji.gen.tr/tag/patern-tanima/> (Erişim: 22 Haziran 2017)

<sup>3</sup> 2709 Sayılı Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. (1982). *T. C. Resmi Gazete, 17863 (Mükerrer)*, 9 Kasım 1982.

*vatandaşların ödevidir. Devlet herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlama; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir”*

şeklinde kendini gösterdiği görülmektedir. Bu çerçevede sağlıklı olma ve sağlık hizmetlerinden yararlanma haklarını ortaya çıkarmakta ve devletin bu eksenindeki görevlerini anayasada belirtmektedir. Sağlık politikalarına temel oluşturan bu yapı bireyin ve ötesinde toplumsal yönden iyilik halinin temini için sağlık sektörünün hizmetlerini, yapısını, örgütlenmesini, finansmanını belirlemektedir. Sağlığın beşeri sermayenin belirleyicisi olarak ifade edilmesi (Barro, 2013, s. 306) birey ve toplum sağlığındaki çıktı ve sonuçlar dikkate alındığında sürdürülebilir bir sağlık sisteminin gerekliliğinin önemini ortaya koymaktadır.

### **1.3 SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAPSAMI VE ÖZELLİKLERİ**

#### **1.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı**

Sağlık, toplum ve bireyler için taşıdığı önemden ötürü öncelikli olarak sunulması gereken hizmetler arasında yer almakla birlikte (Aktan ve Işık, 2007a, s.1), sağlık hizmetleri, bu önceliğe göre yapılan yatırımları nitelemektedir (Yeğinboy, 1993, s.3). Sağlık hizmetleri geneli itibarıyla birey ve toplumun hastalıklarını tedavi etmek amacıyla kullanılan kaynakları ifade etmektedir. Tedavi ve bakım hizmetlerinin dışında, toplum sağlığı için daha önemli bir konumda bulunan, insanların hasta olmalarını engellemeye yönelik bir takım faaliyetlerde sağlık hizmetlerinin kapsamı dâhilindedir. Bu iki unsurun ötesinde sağlık hizmeti, tıbbi müdahalelerin sonrasında kimi zaman gerekli olan rehabilitasyon hizmetlerini içermektedir (Olsen, 2009, s. 6). Dünya Sağlık Örgütü’ne göre temel sağlık hizmetleri, “pratik, bilimsel olarak geçerli ve sosyal olarak kabul edilebilir yöntemlerle, bir ülke ya da toplumun ödeyebileceği bir maliyette erişilebilir kılınan zorunlu bir sağlık

hizmetidir” şeklinde ifade edilmiştir (WHO, 1998, s. 3). Bütüncül olarak sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerine yapılan kaynak tahsisi, hizmet üretimi, bu hizmetlerin tüketimi ve aralarında bulunan ilişki itibariyle sağlık hizmetlerinin unsurlarını oluşturmaktadır.

Şekil-1: Sağlık Hizmetlerinin Bileşenleri



Kaynak: Myers, 1964

Sağlık hizmetlerinde bireysel unsur, hasta olma halinden bağımsız olarak, nüfusun tamamına yönelik faaliyetleri kapsamaktadır. Sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyanlar hastalar olmalarına karşın, sağlık kavramı hasta olmayanlar içinde sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve sağlığın korunması hizmetleri bünyesinde barındırmaktadır. Sağlık hizmetlerinin diğer cephesi ise bu hizmeti sunan mesleki unsurdur. İhtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinin arzında başta hekimler olmak üzere farklı sağlık hizmet birimlerinde birçok sağlık çalışanı mevcuttur. Sağlık hizmetine olan ihtiyaç ve hizmet sunumunun ötesinde bu iki unsuru buluşturacak üçüncü bir unsura ihtiyaç vardır. Sağlığın tarafları arasındaki bu bileşen, sağlık hizmetlerinin sosyal unsurunu oluşturur. Sosyal unsur, sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinde faaliyet yürüten birimleri ve bunlar için yapılan düzenlemeleri içermektedir. Sağlık hizmet birimlerinin tamamı ve bunların ötesinde toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi adına sağlık politikalarının oluşturulması da bu sosyal unsurun içinde yer almaktadır (Bornemisza, 2002, s. 8). Sağlık hizmetlerinin öğelerini temsilen benzer bir yaklaşım, Mossialos ve Dixon (2002, s. 2) tarafından izlenmiştir. “Sağlık hizmetleri üçgeni” şeklinde ifade ettikleri gösterimde, taraflar Myers (1964) ile benzer şekilde “vatandaş, hizmet sunucuları ve sigortacılar” olarak gösterilmiş olup, sağlık hizmetlerin tarafları arasında hizmet sunumu, tahsisat ve fonlamaya dair akış verilmiştir.

Sağlık hizmetleri, bu hizmetleri oluşturan bileşenlerin çeşitliliğinden ötürü yalnızca sağlık sektörüyle ilgili olmayıp, koordineli politikalarla bütüncül bir hizmet sunumu gerektirmektedir. Bu bağlamda bir bütün olan sağlık hizmetlerinin daha kolay değerlendirilebilmesi amacıyla (Akdur, 1999, s. 5) sağlık hizmetleri, tedavi, hastalıkların önlenmesi ve rehabilitasyon gibi amaçlara yönelik sınıflandırmaya tabi tutulmaktadır. Bu sıralamada temel alınan unsurun, sağlık kavramının tarihsel olarak ele alınmasından kaynaklandığı söylenilebilir. Öyle ki, hastalığın yokluğu olarak değerlendirilen sağlık kavramı çerçevesinde sağlık hizmeti de hastalıkların tedavisi olarak ele alınmaktadır. Ancak zamanla hastalıkların gösterdiği farklı dirençler neticesinde tedavilerin farklılaşması, iyileştirme süreçlerinde görülen maliyet artışına karşın tıbbi ve teknolojik ilerleme hastalığın önlemesini öncelikli hale getirmiştir. İyileştirme sürecinin akabinde sağlığın korunması da hastalıkla mücadele etmekten daha önemli hale gelmiştir.

#### 1.3.1.1 Koruyucu Sağlık Hizmetleri

İnsanların sağlığını, hastalık hali meydana gelmeden önce korumak maksadıyla sunulan hizmetler bütünü, koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilmektedir. (Akdur, 1995, s. 5). Bu bağlamda hastalığın öncesinde girişilen her mücadele ve alınan her önlem koruyucu sağlık hizmeti olarak değerlendirilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri, potansiyel olarak ortaya çıkabilecek hastalık ve/veya sakatlık ihtimalini azaltan ve geniş etkileri olan bir faaliyet olarak değerlendirilmektedir (Bulun vd., t.y., s. 1). Dünya Sağlık Örgütü, temel sağlık hizmetleri çerçevesinde, hastalıkların önlenmesinde, yalnızca hastalık öncesinde alınan tedbirleri ve ilgili olabilecek risk faktörlerinin azaltılmasını değil bunun yanında hastalık görünmesi halinde hastalığın yayılmasını durdurma ve olumsuz sonuçlarını azaltmak için yapılan mücadeleleri de bu kapsamda saymaktadır (WHO, 1984, s. 4). Koruyucu sağlık hizmetleri, bireye ve çevreye yönelik olarak tasnif edilebileceği gibi (Akdur, 1995, s. 5; Aktan ve Işık, 2007a, s. 3); fertler ve toplumun sağlıklı olması için güvenli çevrenin temini, dengeli beslenme ve aşılamaı kapsayan primer koruma; hastalığa karşı erken tanının beraberinde tedavi için tedbirlerin alınmasını içeren sekonder koruma ve hastalık neticesinde görülebilecek olan engellilik halinin en aza indirgenmesinin yanında mevcut koşullara hastanın uyumunun sağlanmasını içeren

tersiyer koruma şeklinde de kategorize edilebilir (Hayran ve Sur; 1998, s. 17; Öztürk, 2000, s. 144).

### 1.3.1.2 Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri iyileştirici sağlık hizmetleri olarak da anılmakla birlikte, hastalık ve/veya sakatlık halinin oluşması neticesinde sunulan sağlık hizmetlerini kapsamaktadır (Kurtulmuş, 1998, s. 90). Bu hizmetler tanı ve tedaviyi içermektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerine kıyasla daha maliyetli (Altay, 2007, s. 35) ve sağlanan kişisel faydanın daha fazla olduğu bir alandır (Aktan ve Işık, 2007b, s. 3). Kişiye yönelik olan tedavi edici sağlık hizmetleri bu özelliği ile koruyucu sağlık hizmetlerinden ayrılmakla birlikte (Gümüş, 2017, s. 963) hizmet sunumunun kapsamına göre kendi içerisinde birinci, ikinci ve üçüncü basamak tedavi edici hizmetler olarak tasnif edilmektedir (Kavuncubaşı ve Kısa; 2008, s. 32).

Evde veya ayakta tedaviyi içeren birinci basamak tedavi hizmetleri<sup>4</sup>, ilaç kullanımından bağımsız olarak sağlık ocağı, aile hekimi gibi hizmet birimlerinde muayene sonrasında çoğunlukla evde istirahat ile geçirilen tedavi hizmetleridir (Hayran ve Sur, 1998, s. 18; Sözen ve Özdevecioğlu, 2002, s. 5). İkinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalık tanısının ardından hastanın çoğunlukla hastanede ve uzman tedavi gerektiren yatarak tedavi edildiği hizmetlerdir. Hastanede gözlem altında hastanın iyileşmesi sağlanır. Geneli itibariyle bu hizmetler yataklı tedavi kurumlarında ve hastanelerde verilmektedir (Kavuncubaşı, 2000, s. 39; Belek, 2001, s. 40-41). Üçüncü basamak tedavi edici sağlık hizmetleri, spesifik hastalıklara karşı, teknolojik olanak ve ilgili alanda uzman personelin yataklı tedavi kurumlarında verdikleri hizmeti ifade etmektedir. Bu hizmet sunumu çoğunlukla belirli hastalıklara yönelik olduğundan özel tedavi gerektirmektedirler (Karafakioğlu, 1998, s. 110; Sözen ve Özdevecioğlu, 2002, s. 5). İkinci basamak sağlık hizmetleri çerçevesinde, hastalığın tedavisi bir takım özel araştırma ve tedavi gerektiren hastalıklar üçüncü basamak hastanelere yönlendirilirler. Bir branş alanında uzmanlaşmış

---

<sup>4</sup> Birinci basamak sağlık hizmetleri, 1920'de Birleşik Krallık'ta Lord Downson; 1960'da Amerika Birleşik Devletleri'nde Millis ve 1974'de Kanada'da Lflonde'nin bilimsel çalışmalarına dayanmaktadır; ancak, birinci basamak sağlık hizmetlerinin tanımını vermemişlerdir. 1978'de Alma-Ata'da düzenlenen Uluslararası Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı'nda kavram ilk kez tanımlanmıştır (ZSMU, t.y., s. 2).

hastaneler ile üniversite hastaneleri üçüncü basamak tedavi edici sağlık hizmet birimleri olarak sayılabilir (Akdur, 2006, s. 12).

#### 1.3.1.3 Rehabilitate Edici Sağlık Hizmetleri

Fiziksel açıdan kayba uğrayanlar ile ruhsal açıdan sakat kalmış fertlerin bir başka ferde bağımlı olmamaları adına hayatlarını sürdürebilmeleri için yapılan bütün hizmetleri ifade etmektedir (Turan, 2004, s. 14; Ateş, 2016, s. 12). Bu hizmet türü, fertlerin doğuştan gelen bedensel engel, kaza ve/veya hastalık neticesinde sakatlıkların tedavisi için yapılan hizmetleri kapsayan tıbbi rehabilitasyon hizmetleri ile (Ünal ve Ateş, 2002, s. 22; Karaca, 2015, s. 25), sayılan unsurlar sebebiyle topluma uyumun yanında çalışamama halinde alternatif iş kollarında beceri kazanmayı amaçlayan hizmetlere yönelik yapılan sosyal rehabilitasyon hizmetlerini içermektedir (Fişek, 1985, s. 6; Hayran ve Sur, 1998, s. 18).

#### 1.3.1.4 Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi

Tıp tarihçisi Henry Sigerist 1945 yılında sağlığın geliştirilmesini, ilk kez sağlığın temel görevleri arasında sıralamıştır. Sigerist'e göre "sağlığın geliştirilmesi, hastalığın önlenmesi, hastalığın iyileştirilmesi ve rehabilitasyon hizmetleri" sağlığın temel fonksiyonları olarak sayılmıştır (*What Is Health Promotion?*, 1986, s. 1). Günümüzde sağlık hizmetlerinin tasnifinde koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin dışında sağlığın teşviki ve geliştirilmesi de sayılmaktadır. Terris'e (1975, s. 489-490) göre, Sigerist, tıp fonksiyonlarına ilişkin kavramları genişletmenin yanında, daha sonra Dünya Sağlık Örgütü tarafından benimsendiği biçimde sağlığı yeniden tanımlamıştır. Sağlık hizmetleri kapsamında düşünüldüğünde, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi Dünya Sağlık Örgütü'nün 1960'lardan itibaren düzenlediği konferanslarda şekillenmiştir. 1986 yılında Ottawa (Kanada) kentinde Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı'nda sağlığın geliştirilebilmesi ve teşvikinin yanında sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunumu için düzenlenmiştir. Bu kapsamda sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, "insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklarını geliştirmelerini sağlama süreci" olarak tanımlanmaktadır (WHO, 1986, s. 1). Kapsamı itibariyle sağlığın

teşviki sadece insanların becerilerini artırmaya yönelik faaliyetleri değil, bunun yanında, sağlığın geliştirilmesi için sosyal, ekonomik ve çevresel şartları da bütüncül olarak ele alarak, gerekli değişiklikler için yapılan mücadeleleri içerir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi hizmetlerinde, sağlık durumları daha üst düzeylere çıkan bireylerin yaşam kalitesi ve yaşam süresinin artması amaçlanmaktadır. Bu bağlamda, bireylerin kendi sağlıkları daha iyiye götürmeleri, katılım esaslı ve bütüncül faaliyetleri kapsamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011, s. 1).

### 1.3.2 Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetleri; toplumun, hastalıkları önlemek veya onları iyileştirmek maksadıyla, hasta sağlığı üzerinde kullandığı kaynakları kapsamaktadır. İnsanların sağlık hizmetlerinden yararlanma nedenleri diğer mal ve hizmetlerden farklılaşmaktadır. İktisadi açıdan tüketiciler, mal ve hizmetlerin tüketiminden fayda sağlamaktadır ancak, hastaların sağlık hizmetlerini tüketmelerinin nedeni, sağlık hizmetlerinin kendi başına memnuniyet vermesi değil, sağlık üzerindeki olumlu etkisinden dolayıdır. Nihai olarak sağlık hizmetlerine olan talebin, sağlık talebinden kaynaklandığı söylenebilir (Olsen, 2009, s. 7-8). Grossman sağlık talebini, sağlığı diğer mal ve hizmetler gibi değerlendirerek bir tüketim malı olarak görmüştür (Grossman, 1972, s. 225). Auld (2014), insanların kendi başlarına sağlık hizmetleri yerine sağlık istediklerini vurgulamaktadır. Sağlık hizmetleri ve sağlığın ilişkisi aşağıdaki fayda fonksiyonunda gösterilmektedir.

$$U = U[H(Z, HC), HC, X]$$

H: Sağlık,

HC: Sağlık hizmetleri

Z: Sağlık hizmetleri dışında sağlığın etkileyen diğer şeyler

X: İnsanların önemsedikleri diğer şeyler

Yukarıdaki gösterimde sağlık, sağlık hizmetleri ve insanların ilgisi dâhilinde önemsedikleri diğer şeyler fayda fonksiyonunu temsil etmektedir. Sağlık ise sağlık hizmetleri ile sağlık hizmetleri dışında kalan sağlığı etkileyen diğer unsurların bir

fonksiyonudur. Bu durumda sağlık hizmetleri diğer tüketim malları gibi sağlığı etkilemekle birlikte, sağlık hizmetlerinin tüketimi doğrudan refahı etkilediği için insanlar sağlık hizmetlerini önemsemektedir (Auld, 2014, s. 2; Bhattacharya vd., 2014, s. 28-29). Sağlık, bu haliyle, kullanım değerine sahip bir mal olarak değerlendirilmekle birlikte değişim konusu değildir<sup>5</sup>. Sağlığın aksine piyasa konusu olan sağlık hizmetleri (Normand, 1991, s. 1572-1573), mübadele değerine sahip olup, değişime konu olabilmektedirler (McGuire vd., 2005, s. 29). Sağlık hizmetlerinin, piyasa konusu olan bir meta gibi değerlendirilmesinin sonucu olarak (Stoine ve Weiner, 1988, s. 47; Lupton, 1997, s. 373), sağlık ve sağlık hizmetleri, temelde bu noktada birbirinden farklılaşmaktadır. Mübadele değerine sahip olan sağlık hizmetleri ise diğer mal ve hizmetlerden bünyesinde taşıdığı özelliklerle ayrılmaktadır.

Genel nitelikleri itibariyle sağlık hizmetlerinin toplumsal olması, kâr amacından ziyade sosyal bir amaç barındırması, ikamesinin mümkün olmaması (Mushkin, 1958, s. 786-787), bütüncül olması, tüketici bilgisinin yetersiz olması, talebin belirsiz olması (Newhouse, 1987, s. 269; Mutlu ve Işık, 2005, s. 55; Güzel vd., 2009, s. 658; Gümüş, 2017, s. 85-88), insani bir hak olması, uluslararası bir sorun olması (Fişek, 1977, s. 19; Fişek, 1983, s. 204; Tümerdem, 1992, s. 15) gibi özellikleri sayılmaktadır. Bu sayılan unsurları, sağlık hizmetlerinin bünyesel özellikleri olarak nitelemek mümkündür. Ancak literatürde, sağlık hizmetlerinin diğer mal ve hizmetlerden farkını ortaya koyan, sağlık hizmetleri piyasasını yapısal özellikleriyle değerlendiren çalışmalar da mevcuttur (Arrow, 1963; Feldstein, 1963; Culyer, 1971). Takiben açıklanan bu karakteristik özellikler; sağlık hizmetlerinde talebin yapısı, hekimin tutumu, hizmette belirsizlik, arz koşulları, fiyat yapısı (Mortan ve Tokgöz, 1984, s. 11) şeklinde sıralanabilir.

### 1.3.2.1 Talebin Yapısı

İsteme, dileme, istek anlamlarına gelen talep (Türk Dil Kurum [TDK], 2011, s. 2127) iktisadi açıdan satın alma gücüyle desteklenen isteği (Colander, 2001, s. 83) yani efektif talebi ifade etmektedir. Neoklasik talep teorisinin barındırdığı varsayımlar, belirli bir

<sup>5</sup> Mallara (mal ve hizmetlere) ilişkin kullanım ve değişim değeri, sırasıyla bir malın kullanımından edinilen faydayı ve malın sahipliğinin getirdiği bir başka mal satın alma imkânını ifade etmektedir (Smith, 1976, s. 44). Kullanım ve değişim değeri metaların sahip olduğu iki özelliiktir (Zagolov, 1976, s. 129).

dönem içerisindeki bütçeleriyle, rasyonel davranış kalıbına sahip olan bireylerin faydalarını maksimize etme tutumlarına dayanmaktadır (Pindyck ve Rubinfeld, 1996, s. 59). Ancak sağlık hizmetlerinde talep, düzenli ve kesiksiz olmanın aksine kesikli bir biçimde ortaya çıkmaktadır (Karabulut, 2001, s. 39; Koç, 2004, s. 41, Özer ve Erkilet, 2012, s. 128). Bu durum, talebin ancak hastalık halinde doğduğunu ifade etmektedir. Tüketime konu olan diğer mal ve hizmetlerde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde talebe yetecek gelir sahibi olmak sağlığa kavuşmak için yeterli değildir. Hastalık, riskli bir olay olmasının haricinde “maliyetli bir risk” olup, tedavi maliyetlerini aşan ve diğer potansiyel hastalıkları tetiklemesi ihtimalinden ötürü sağlık hizmetlerinde talep, “yüzeysel demografik değerlendirmelerin” dışında kalmaktadır (Mortan ve Tokgöz, 1984, s. 11).

#### 1.3.2.2 Hekimin Davranışı

Mal ve hizmetlerin üretim sürecinin başından itibaren taşıdıkları niteliklerden; hizmetlerin, geneli itibarıyla elle tutulamama, kaynağından ayrılamama, depolanamama ve kalitenin standart olmayışı gibi özellikleri vardır (Karafakıoğlu, 1998, s. 108-109). Sağlık hizmetlerinin bir parçası olan, hekimlerin sağladığı tedavi hizmetleri, geneli itibarıyla hizmetlerin sahip olduğu özelliklerden farklı birtakım özelliklere sahiptir. Bunlar, hekimin sağlık hizmeti üretimi sürecinde herhangi bir hizmet üretiminden farklı davranışlara sahip olması ve üretilen sağlık hizmetinin denenme imkânının olmamasıdır<sup>6</sup>. Sayılan bu farklılıkların yanına, tartışmalı olsa da, hekimlerin sağlık hizmeti üretiminde kendi çıkarı yerine hasta sağlığını ön planda tutan bir çaba içinde olması gerekliliği de eklenebilir (Mortan ve Tokgöz, 1984; Bilgili ve Ecevit, 2008, s. 211). Diğer hizmetlerin üretiminden farklı olarak sağlık hizmeti üretiminde hekimlerin farklı bir davranış tutumu içerisinde olması hekimlerin çalıştığı sağlık kurumuna göre de değişebilmektedir. Hasta memnuniyetine yönelik yapılan çalışmalara göre hekimlerin; özel, üniversite ve devlet hastanesinde hastalara karşı olan tutumları neticesinde ortaya çıkan hasta memnuniyetleri

<sup>6</sup> Sağlık hizmetleri üretiminde teşhis ve tedavi safhaları ön planda olmak üzere, hekimlerin hastaya karşı olan yükümlülükleri gereği taraflar arasında doğan ilişki, sağlık hizmetlerinin karakteristik özelliklerinden ötürü tıbbi hata olarak ifade edilen duruma verebilmektedir. Tıbbi hata, “bir meslek mensubunun mesleğini, toplumda mesleğin ortalama basiretli ve saygın bir mensubunun her şart altında uygulaması gereken bilgi ve beceri ile uygulamaması sonucu hizmetten yararlanan kişiye zarar vermesi” şeklinde ifade edilmektedir (Black Law Dictionary, 1997, s. 959).

farklılık göstermektedir. Özel hastanelerde hizmet alan hastaların hekimlerden duydukları memnuniyet en fazlayken, bunu üniversite hastaneleri ve devlet hastaneleri izlemektedir (Tengilimoğlu, vd., 1999; Sugarbaker, vd., 2015; Shan, vd., 2016)

#### 1.3.2.3 Belirsizlik

Sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan ve önemli sorunlara neden olan diğer bir unsur, hizmette belirsizlik faktörüdür. Belirsizlik, “hastalığı önceden haber vermenin zorluğundan kaynaklanmaktadır” (Corti, 1973). Sağlıklı kalmanın dışında herhangi bir hastalığa bağlı olarak sağlık ihtiyacı ve talebinin hangi koşullar altında, ne zaman ve hangi harcama düzeyinde olacağı ve bunun yanında tedavinin etkileri belirsizdir yani önceden kestirilemez (Llyod vd., 1991, s. 194; Gaynor ve Vogt, 2000, s. 1409-1415). Bireysel talep sağlık hizmetleri alanında düzensiz ve öngörülemez özelliklere sahiptir (Arrow, 1963, s. 949). Sağlıklı olma halinin devamlılığına ilişkin bir belirsizlik söz konusudur ve bu durum kendi içerisinde herhangi bir hastalık halinde, tedavi hizmetleri için oluşan maliyetlerin yanında gelirdeki azalmanın da düzensiz olacağına işaret etmektedir. Öyle ki, sağlıkta öngörülemez halinin bir sonucu olarak, sağlık sigortası gibi uygulamalar, sağlık güvencesi açısından, bireyleri potansiyel risklerden korunmanın zorunlu bir yolu haline gelmiştir (Koç, 2004, s. 41). Sağlık hizmetlerinde belirsizlik sadece sağlıklı olma halinin devamına ilişkin değildir. Aynı zamanda sağlık hizmetleri tüketiminde, sağlık talebinde bulunanlar aldıkları tedavinin maliyetlerini bilemeyeceği gibi, tedavinin niteliğini de bilemezler.

#### 1.3.2.4 Arz koşulları

Arz, rekabet teorisi içerisinde üretimden sağlanan net getiri ile aynı kaynakların başka bir yerde kullanılması sonucunda sağlanabilecek olan getirinin mukayese edilmesi sonucunda değerlendirilir. Ancak tıbbi bakım ve tedavi hizmetlerinde net getiriyi etkileyen başka unsurlar vardır. Bu unsurların başında mesleğe giriş için sahip olunması

gereken diploma ve kamunun<sup>7</sup> onayı gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumu için bu gereklilik arz koşullarını etkileyen bir tedarik kısıtı olmakla birlikte maliyeti artırmaktadır (Arrow, 1963, s. 952; Phelps, 2003, s. 234).

### 1.3.2.5 Fiyat Yapısı

Arrow'a (1963) göre tıp mesleğinin alışılmadık fiyat uygulamaları ve tutumları vardır. Sağlık hizmetlerinin yapısının ve sağlık hizmetleri üzerinde etkili olabilecek faktörler fiyat yapısını etkilemektedir (Tengilimoğlu 2000, s. 193; Karaçor ve Arkan, 2014, s. 96-97; Gümüş, 2017, s. 511). Sağlık hizmetlerinde, gelire göre kapsamlı fiyat farklılaştırması uygulaması görülmektedir. Gelir düzeyi yeterince düşük olan yoksul olarak nitelendirilebilecek hastalar için sıfır fiyatlamayla, sağlık hizmetlerinin karşılığı olarak ücret ödenmesinin alternatifi olarak ön ödemeli fiyatlandırma vardır. Bunların yanında sağlık hizmetlerinde ön ödemeli hizmet alımlarına karşı oluşan görüşler de mevcuttur. Ön ödemeli sağlık hizmetlerine karşı çıkanlar; hastaları, sözleşmeli düzenlemeler yoluyla belirli bir hekim grubuna bağlayan kapalı hizmet gruplarından oluşmaktadır. Ön ödeme ve sözleşmeler aracılığıyla bir grup hekim tarafından verilen hizmetler daha çok tedavi hizmetleri için gelişmiştir. Ön ödemede, hasta olunmadan önce yapılan ücretlendirmeye sigorta aracılığıyla hekime ödenirken, kapalı ağ sistemi gibi çalışan, sözleşmeyle belirlenen bir grup hekim tarafından verilen hizmette, sigorta sistemi üzerinden ödemeler yapılmasına rağmen aşırı tüketimin önlenmesi beklenir. Bu tutumlar tıp mesleğini, diğer işletmelerden ayıran unsurları göstermektedir. Sıradan işletmelerde, risk paylaşımını içeren çok çeşitli hizmet sözleşmeleri, rekabet sürecinin bir sonucu olarak, ihtiyaçları en iyi şekilde karşılayan alternatifin seçileceği varsayımına dayanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde ise fiyat rekabetine karşı çıkılmakla birlikte bunun hizmet sektörünün tamamı için nadir olmadığı da kabul edilmektedir (Arrow, 1963, s. 953-954).

Fiyat yapısına ilişkin yapılan değerlendirmeler, yürütülen sağlık hizmetinin kamu ekonomisi tarafından yerine getirildiği durumları içermemektedir. Alternatif olarak fiyat yapısı, tam bir sigorta programı altında olmayla, hastalık riskini sadece hasta olanın

---

<sup>7</sup> Devlet ve/veya "kamu hizmeti veren kurum ve kuruluşlar" kamu kavramının kapsamını oluşturmaktadır (Bilici ve Bilici, 2013, s. 1).

taşıdığı durumda ve sağlık hizmetlerinin tam olarak kamu tarafından karşılandığı duruma göre farklılaşacaktır.

$p$  = Hastalanma olasılığı

$c$  = Birim maliyet

$X$  = Tüketilen sağlık hizmeti

olduğu varsayılırsa; tedavi talebi bulunanların ödeyeceği prim  $p(cX)$  olarak gösterilebilir. Sigortalı olma halinde ve hastalık riskini taşıyan bireylerin ödeme yaptığı durumlarda, hasta ve hekimin ahlaka uygun davranımı varsayımı altında, oluşacak maliyetler sigortalı tarafından karşılanacağı için fiyatlandırma problemiyle karşılaşmaz. Ancak, sağlık hizmetlerinin tamamının kamu tarafından karşılandığı durumlarda yani sıfır fiyatlandırma halinde, geneli itibarıyla tüketilen tedavi hizmetleri  $X^1$  olarak gerçekleşir ( $X^1 > X$ ). Dolayısıyla sigorta kurumunun üstleneceği bedel  $p(cX^1)$  olarak gerçekleşir. Buradaki sıfır fiyatlandırmanın karşılığı olan sağlık hizmetlerinin maliyeti tüm toplum tarafından müşterek olarak vergilerle karşılanmaktadır. Bu fiyat yapısı içerisinde vergi hasılatının erimesinin yanında, vergi hasılatını artıracak kısa vadeli çözümlerin olmayışı, ahlaki sorunları ön plana çıkmaktadır. Pratik olarak, daha fazla sağlık talebi daha fazla sağlık hizmeti talebini beraberinde getirdiği için hasta ve hekim arasındaki ilişkide aşırı ve yoğun talebi kontrol ve takip edebilecek denetçi görevini üstlenebilecek bir tarafı daha gerekli kılmaktadır. Ancak üçüncü bir taraf olarak denetimi üstlenen birimin, kamu tarafından sağlanan sağlık hizmetlerinde, hizmet kapsamının yaygınlığı dolayısıyla getireceği ek mali yükümlülükler de, sistemin etkinliğini tartışmalı hale getirmektedir (Mortan ve Tokgöz, 1984, s. 13-15).

#### 1.4 SAĞLIK EKONOMİSİ

Genel bir çerçeveden ekonomi, sınırsız olarak nitelenen insanların kendi istek ve arzularını karşılamak için, kıt kaynakları kullanım yollarını araştıran bir bilim dalı olarak tanımlanmakla birlikte, insanların sınırsız ihtiyaçları karşısında kıt kaynaklar ile elde edebilecekleri arasındaki boşluğun daraltılması, iktisadın temel çalışma problemini oluşturmaktadır (Robbins, 1932, s. 16; Sickle ve Rogge, 1954, s. 3). İktisat biliminin

kurucusu<sup>8</sup> olarak kabul edilen Adam Smith (Clayton, 2008, s. 18) ekonomi politiği<sup>9</sup>, insanların zenginliği için var olup “halkın ve hükümdarın zenginleşmesi” olarak ifade etmiştir (Smith, 2010, s. 4). Adam Smith’in vurguladığı refahın yanında Alfred Marshall, iktisatta önemli olanın “insan” olduğuna değinmiştir. Marshall’a göre ekonomi politik veya ekonomi, insanların hayatın olağan işlerinde içerisinde incelemesi olup, çoğunlukla, refaha ulaşma ve refahın maddi ihtiyaçlarla karşılanmasıyla ilgilidir (Marshall, 1890, s. 6). Ekonominin uygulama alanı olarak sağlık hizmetlerinde de sınırsız ihtiyaçlar karşısında kaynakların kıtlığı, tercih zorunluluğunu doğurmaktadır.

Sağlık ve sağlık hizmetlerine dair literatürdeki mevcut tartışmaların dayanağını, sağlık harcamaları konusu oluşturmakla birlikte (Sandier, 1987, s. 38; Phillips, 2005, s. 13), sağlık sektörünün bünyesinde barındırdığı özelliklerden ötürü, bireyler kadar toplum açısından da önemli olması, sağlık sektörünün ekonomik ve sosyal koşullarla birlikte değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır. Bu açıdan sağlık ekonomisi, her ne kadar kesin çizgilerle çalışma alanı sınırlandırılmaya müsait bir alan olmasa da<sup>10</sup>, genel bir ifadeyle “ekonomi biliminin teori, kavram ve tekniklerinin sağlık alanına uyarlanması” şeklinde ifade edilebilir (McGuire vd., 1982; Kobelt, 2013, s. 1). Bu yaklaşım doğrultusunda, Lee ve Mills (1983) ekonominin sağlık sektörüne olan ilgisini; bazı sağlık konuları

<sup>8</sup> Blaug’a göre (1968), iktisat biliminin kurucusu sıfatı Cantillon, Quensay veya Turgot için daha uygun olmakla birlikte, söz konusu bu isimlerin çalışmaları bir bilimin provası niteliğindedir. “*An Inquiry into the Nature and the Causes of the Wealth of Nations*” (1776) eseriyle Adam Smith ise “üretim ve bölüşüm teorisinin esasını kapsayan, açık ve doğal serbestlik kavramlarının bir dizi politika uygulamalarıyla sonuçlanan, iktisat üzerine yazılmış ilk tam bilimsel incelemedir” (Blaug, 1968, s. 61).

<sup>9</sup> Rothschild’e göre (1989), çeşitli ekonomistler tarafından “ekonomi politik (political economy)” ve “iktisat (economics)” arasında bir fark görülmemesine rağmen “Marksist, Neo-Ricardocu ve Post Kesyeneyen iktisatçılar, teorik farklılıklarından ve anlaşmazlıklarından bağımsız olarak, hâkim olan Neoklasik İktisat yaklaşımındaki saf iktisadın karşısının politik iktisat olduğu” konusunda hemfikirlerdir. Ayrıca Rothschild söz konusu iki terimin kullanılması arasında tarihsel olarak bir aralık olduğuna dikkat çekmekte; ekonomi politiğin 18. ve 19. yüzyıl Klasik Dönemi’nde ekonomik teorisinin konusu olduğunu ve kavramının yüzyıldan daha fazla süre hüküm sürdüğünü vurgulamaktadır. Alfred Marshall’ın “*Principles of Economics*” (1890) kitabından sonra klasik ekonomiden marjinal teoriye geçişle “ekonomi” kavramının kullanımı genel kabul görmüştür (Rotschild, 1989, s. 1-3). Yılmaz’a göre de (2012), iktisadi faaliyetlerin ve geneli itibarıyla ekonominin “tarihsel belirleyicilik” kazanması, ortaya çıkışı itibarıyla “ekonomi politik” olarak ifade edilen iktisat biliminin, politika tarafından şekilleneceği tahayyülünün değişmesiyle ilgilidir. 19. yüzyılın sonlarına doğru, toplumsal yapının ve dinamiklerin yönlendiricisi olarak ekonominin öne çıkmasıyla disiplinin adı “iktisat” bilimine evrilmiştir (Yılmaz, 2012, s. 2).

<sup>10</sup> McGuire, Henderson ve Mooney, sağlık ekonomisinin çerçevesini “fayda-maliyet, kamu maliyesi, refah ekonomisi, tüketici teorisi ve endüstriyel iktisat literatürü çerçevesinde değerlendirirken, sağlık ekonomisi konularının 2. Dünya Savaşı sonrası gelişen; çevre ekonomisi, kentsel ekonomi gibi uygulamalı ekonomi” literatürüyle de ilişkilendirmektedirler (McGuire vd., 1982, s. 4-6).

etrafında, öncül sorular ve iktisadın araçları şeklinde açıkladığı tablo, EK-1’de gösterilmiştir.

Kıt kaynaklarla, refahı maksimum kılabilen tercihleri analiz eden ekonominin, bir tatbik alanı olarak değerlendirilebilecek olan sağlık ekonomisi<sup>11</sup>, iktisadi teori, kavram ve tekniklerin uygulaması açısından nispeten yeni bir alan olarak nitelendirilebilir. Bilimsel bir disiplin olarak sağlık ekonomisinin doğuşuna, Kenneth Joseph Arrow’un 1963 tarihli “*Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care*” isimli çalışmasının öncülük ettiğini söylemek mümkün olsa da, bu disiplinin literatürde başlangıç tarihi net değildir. Bu bağlamda, Arrow’un çalışması sağlık ekonomisi alanında bir ilk olmak yerine, kapsamlı bir şekilde sağlık ekonomisinde piyasa mekanizmasının işleyebileceğini, diğer iktisadi faaliyetlerde olduğu gibi oluşabilecek aksaklıkların müdahalelerle giderilebileceğini vurgulamaktadır (Savedoff, 2004, s. 139). Arrow’un çalışmasından sonra, ekonometrik yöntemlere dayalı sınamaların olduğu çalışmalar yapılmaya başlanmasına rağmen (Fuchs, 1987, s. 614), 1958 yılında Mushkin’in “*Toward a Definition of Health Economics*” makalesi sonrasında, sağlık ekonomisinin “emekleme dönemi” sayılan 1960 yılında (Smith, 1987, s. 3) Dennis Lees’in “*The Economics of Health Services*” isimli çalışması Kenneth Arrow’un çalışmasından önce yayımlanmıştır. Söz konusu bu çalışmalar, kendilerinden sonra yapılan birçok çalışmayı etkilemesinden ötürü sağlık ekonomisi literatürünün başlangıcı olarak kabul edilirler (Cardoso, 2008).

Culyer 1981 yılı itibariyle sağlık ekonominin 21 yaşında olduğunu dile getirmekle birlikte, tıbbi bakım ekonomisine dair yapılan çalışmalarda sağlık hizmetleri ve buna ilişkin ekonomik değerlendirmelerin 1600’lü yılların sonunda William Petty ile başlaması gerektiğini vurgulamaktadır (Culyer, 1981, s. 3). Petty’nin sağlık alanına ilişkin çalışmalarında, Britanya İmparatorluğu ile sınırlı olması ve sağlığın önemiyle gelişmesi üzerinde durduğu söylenebilir (Rosen, 1953, s. 427). Ancak “modern bir epidemiyoloji<sup>12</sup> uzmanı” olarak anılan Petty (Banta, 1987), “istatistik ve matematiği, sosyoekonomik ve

<sup>11</sup> McGuire, Henderson ve Mooney’e göre (1982, s. 29-30), “sağlık hizmetleri ekonomisi” kavramının kullanımı, “sağlık ekonomisi” kavramından daha doğrudur. Çünkü söz konusu yazarlar, sağlığın ticarete konu bir mal olmamasını, sağlık hizmetlerinin iktisadi bir mal olarak analizinde başlangıç noktası olarak değerlendirmektedirler.

<sup>12</sup> Epidemiyoloji: “belli popülasyonlarda görülen sağlıkla ilgili durumların ve olayların belirlenmesi, dağılımının ve nedenlerinin incelenmesi ile bu bilgilerin ilgili sağlık sorunlarının önlenmesi ve kontrol altına alınması için uygulanmasını sağlayan bilim dalıdır” (Porta, 2008, s. 95)

demografik ölçümler için kullanarak, sağlık ve hastalık alanındaki bilgisini bu araçlarla birleştirmesiyle” devletin bu alanda “rasyonel kamu politikası üretmesine” zemin hazırlamıştır (Ober, 1972, s. 998-1000; Banta, 1987, s. 185-190). Backhaus ise “sağlık hizmetlerinin ve ilgili kurumların ekonomisini sistematik olarak tartışan ilk sosyal bilimcinin” 1493-1541 arasında yaşamış olan Paracelsus olarak bilinen Theophrast Bombast von Hohenheim olduğunu ileri sürmektedir. İsviçreli bir hekim olan Paracelsus, ilaçların etkileri ve kullanılışı üzerine çalışmalarıyla “farmakolojinin<sup>13</sup> de temellerini atmıştır”. Yalnız ilaçların etkileri değil, ilaçlarla birlikte sağlık hizmetlerinin fiyatları üzerine de yoğunlaşan Paracelsus, günümüz örneklerinde tartışıldığı üzere (Kessel, 1970, s. 38; Nentjes, 2002) sağlık hizmetlerinin sunumunda tekelleşmenin, kısıtlı bir arza ve hekimlerin ücretlerinin artmasına neden olduğunu dile getirmektedir (Backhaus, 2007, s. 42). Ayrıca Paracelsus, sağlık hizmetlerinin organizasyonu, çalışma ortamlarıyla tıbbi koşullar arasındaki ilişkiyle, koruma ve tedavi hizmetleri açısından hastalıkların nedenleri ve uygun tedavi yöntemlerine ilişkin çalışmalarda bulunmuştur (Backhaus, 2007, s. 11-14).

Bir disiplin olarak sağlık ekonomisinin doğuşu 1960’lı yıllarda, aslında bu alanın üzerine ilginin az olduğu; dahası, 1960 yılında Lees’in sağlık ekonomisiyle ilgili makalesinden sonra “meslektaşları tarafından, sağlığın, ekonomik analizin bir konusu olmaması” (Smith, 1987, s. 1) şeklinde eleştirildiği dönemde gerçekleşmiştir (Reinhardt, 2001, s. 337). Arrow’un yaptığı 1963 tarihli çalışma, sistematik olarak sağlık ekonomisini sağlık sektörü içinde ayırt edici özellikleriyle ve piyasa şartlarıyla değerlendirmesiyle (Arrow, 1963, s. 941), “modern sağlık ekonomisinin” (Charles, 1995, s. 335) başlangıcı olarak nitelendirilmektedir (Savedoff, 2004, s. 139). Bhattacharya vd. (2014, s. 3) Arrow’u “sağlık ekonomisinin kurucu babası” olarak nitelemektedirler. 1950’lerin sonunda doğan sağlık ekonomisi disiplinine olan asıl ilgi ise teorik altyapının sağladığı imkânla, disiplinler arası gelişmenin ve akademik ilginin artmasıyla, daha fazla ekonomistin bu alana yönelmesinin sonucunda 1960’lı yılların ortalarından itibaren artmaya başlamıştır (Franzel ve McCread, 1979, s. 268-282). Bu disiplinin, Amerika Birleşik Devletleri’nde

<sup>13</sup> İlaçların kaynaklarını, kimyasal ve fiziksel özelliklerini, vücuda alınışlarını, etkilerini, etki şekillerini ve hastaya verilecek hâle getirilme yöntemlerini araştıran bilim dalına farmakoloji denmektedir (Cingi ve Erol, 1996)

(ABD) sonrasında ise Avrupa’da gelişim gösterdiği söylenebilir<sup>14</sup>. Sağlık ekonomisine yönelik artan ilgide, bu endüstrisinde kullanılan kaynakların giderek büyüyen artışının karşısında, ekonominin temel sorularından olan kıt kaynakların nasıl tahsis edileceği problemi (Wonderling vd., 2005, s. 8), önemli bir unsur olarak başı çekmektedir. Bu unsurun yanında, “hayat standartlarının iyileştirilmesi ve sürdürülebilir kılınması” ile sağlık hizmetleri sunumunda adaletle ilgili olarak sağlığa erişim konuları diğer faktörler olarak sayılmaktadır (McPake ve Normand, 2008, s. 2).

Sağlık ekonomisine gösterilen ilginin başlıca nedenlerini Rice ve Unruh (2009, s. 3), refah düzeyi, çevreyle ilgili endişelerin artmış olması, sağlık hizmetlerinde yaşanan maliyet artışları ve başta ABD olmak üzere neredeyse tüm dünyada rekabetçi pazar yapısının sağlık hizmetlerinde de benimsenmiş olmasıyla sağlık sistemlerinin yeniden düzenlemesi gerekliliği gibi unsurları sıralamaktadırlar. Guinness ve Wiseman (2011, s. 19-20), sağlık ekonomisinin temel çalışma alanını tercihler ve ortaya çıkan fırsat maliyetleri oluşturduğu için ekonomistlerin ilgisinin bu alana yönelik olduğunu vurgulamaktadır. Folland vd. (2013, s. 3) ise, bu ilginin sebeplerini; sağlık endüstrisinin ekonomiye olan katkısıyla, bireylerin kendi sağlıklarını muhafaza etmek için yüzleştikleri ekonomik problemlerin çoğunun ulusal politikalarla ilintili olmasından dolayı toplumun genelini ilgilendirmesiyle ve çoğu sağlık sorunun ekonomik sebeplerinin olmasıyla açıklamaktadır.

Özgün koşullar taşıyan sağlık hizmetlerinin sunumu da değişebilen sağlık gereksinimlerinden dolayı sağlık harcamalarını hem arttırmakta hem de çeşitlendirmektedir. Yıllar itibariyle sağlık harcamalarının toplam ekonomi içinden giderek daha fazla pay alması (Meltzer, 2001, s. 993) ve bu harcamaların gayrisafı yurt içi hasıladan (GSYH) daha fazla artıyor olması (OECD, 2017, s. 135), sağlık harcamalarını politika yapıcılar ve araştırmacılar için son yıllarda ilgi odağı haline getiren

---

<sup>14</sup> Literatürde, Türkiye’de sağlık ekonomisi kavramının ilk kullanılışının, 1989 yılında Devlet Planlama Teşkilatı’nın Price Waterhouse’a hazırlattığı “Türkiye Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü” ile olduğu dile getirir de bu tarihten önce de bu kapsamda yayınlarla rastlamak mümkündür. Bu raporda, sağlık hedef ve stratejileri ile finansman ve maliyet unsurları gibi mevcut durum ve altyapı şartlarının yanında sağlık sektörünün organizasyonu ve bileşenlerine dair bilgiler verilmiştir (Övgün ve Küçük, 2013, s. 63-67). Daha öncesinde ise, Tokgöz’ün 1976 yılında “Sağlık Ekonomisine Giriş” kitabı ve akabinde 1978’de “Sağlık Ekonomisi” isimli çalışması yayımlanmıştır. Bu çalışma, yeni bir disiplin olarak sağlık ekonomisini tanıtır, sağlık ekonomisinin gelişim sürecini anlattıktan sonra, sağlık harcamaları artışı ekseninde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için bir değerlendirme sunmaktadır.

bir konuya dönüştürmüştür (Ang, 2010, s. 639). Bu artış son 30 yılda neredeyse her ülkede görülmekle birlikte (Erixon ve Van der Marel, 2011, s. 2-4) ülkeler arasındaki farklılığı açıklayabilmek için sağlık harcamaları analizini konu edinen çalışmalar da literatürde giderek artmaktadır. Bu bağlamda sağlık harcamaları, sağlık ekonomisine dair güncel tartışmaların odağı konumundadır.

#### **1.4.1 Sağlık Ekonomisinin Önemi Ve Kapsamı**

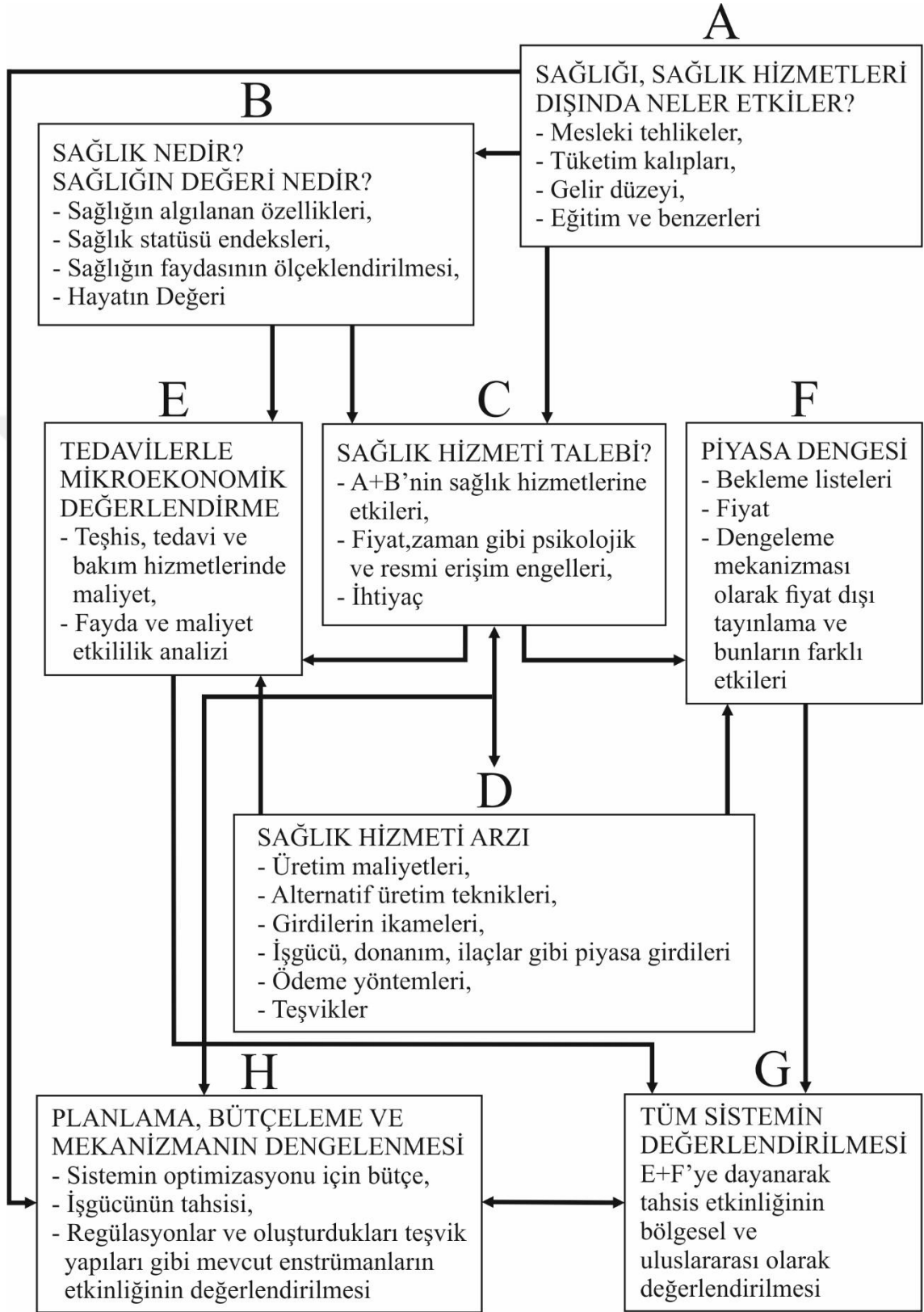
Dünya Sağlık Örgütü, sağlık sistemlerini birbiriyle bağlantılı üç temel amaç etrafında değerlendirmektedir. Bunlar: sağlık düzeyinin iyileştirilmesi, yeterlilik olarak ifade edilen, sağlık hizmetlerinden yararlananlara karşı duyarlılık ve sağlık hizmetlerinin finansmanında adaletin sağlanmasıdır (WHO, 2000). Bu çerçevenin altyapısını oluşturan ise sağlık politikalarını şekillendirme özelliğine sahip olan sağlık ekonomisidir. Uygulamaya konulacak politikalar açısından, sağlık ekonomisinin önemi, kamu ve özel sektörün hizmet sunumunu beraber gerçekleştirdiği sağlık hizmetleri piyasasında, sağlık hizmetlerinin karakteristik özelliklerinden ötürü giderek artmaktadır (Dewar, 2010, s. 10). Sağlığın muhafazasının dışında sağlığın geliştirilmesi, teknolojik ilerlemeler ve bunun bir sonucu olarak ilaç endüstrisinde yaşanan gelişmeler, talebin çeşitliği ve maliyet artışlarının analizi, sağlık ekonomisinin değerlendirmelerini giderek değerli kılmaktadır. Bireysel sağlık hizmetleri talebinin yanında, toplumsal etkilerinden ötürü talepten bağımsız olarak gerçekleşmesi mümkün olan sağlık hizmetleri; sağlık düzeyinde artışlara (Murray ve Frenk 2000), hizmetlerin nüfusu kapsamına göre erişilebilirliğe (Darby vd., 2000) ve finansal açıdan doğabilecek zararları önlemesiyle, sağlık hizmetlerinde adalet zeminini sağlayabilme özelliğiyle (Gakidou vd., 2000) sağlık ekonomisinin önemini belirginleştirmektedir (Fuchs, 2005, s. 76; Dewar, 2010, s. 10). Ayrıca, sağlık ekonomisi alanında üretilen çıktıların, politika yapıcılar tarafından da kullanılabilir olması, (Mcpake ve Normand, 2008, s. 5) sağlık ekonomisinin geniş bir kapsamı olmasına neden olmaktadır.

Culyer, sağlık ekonomisinin kapsamını, sağlık statüsü ve ölçümü, sağlık hizmetlerinin arzı ve talebi, maliyet-etkililik ve fayda-maliyet analizi, sağlık sigortası, sağlık piyasaları, sağlık hizmetlerinin finansmanı, tedavi maliyetleri, işgücünün planlaması, tıbbi tedarik

hizmetleri, sağlık hizmetlerinde eşitsizliklerin belirleyicileri, hastane ekonomisi, sağlık hizmetlerinde bütçeleme, bölgesel kaynak tahsisi, tıbbi personelin ücretlendirme yöntemleri ile sağlık sistemlerinin karşılaştırılması şeklinde sıralayarak, sağlık ekonomisinin yayılma alanının genişliğini vurgulamıştır. (Culyer, 2005, s. 150-152). Sağlık ekonomisinin kapsamını ve konularının birbiriyle olan bağını Williams (1987) bütüncül bir yaklaşımla değerlendirmiştir. Sağlık ekonomisindeki temel unsurların şematik sunumu şekil 2’de verilmiştir. Söz konusu bu diyagram, sağlık ekonomisinin işleyişini sistematik olarak ele almaktadır.



Şekil-2: Sağlık Ekonomisindeki Temel Unsurlar



Kaynak: Williams, 1987, s. 3

“Williams’ın Şematik Sağlık Ekonomisinde” (Culyer, 2005, s. 369-370) kutular sağlık alanının temel ilgi alanlarını, arasındaki oklar da bu konular arasındaki mantıksal akış yönünü vermektedir. Bu diyagramda A, B, C ve D kutuları sağlık ekonomisinin “makine dairesi” olup bu yapının temelini oluştururken, E, F, G ve H kutuları ise bu disiplinin uygulama alanlarını temsil etmektedirler (Culyer, 2005, s. 369-370). Culyer ve Newhouse (2000, s. 3-7) bu akış şemasının içeriğini şöyle açıklamaktadır:

A (sağlığı sağlık hizmetleri dışında neler etkiler?) kutusu, eğitim, genetik belirleyicilik, yaşam koşulları, mesleki unsurlar ve gelir seviyesi gibi birbirleriyle bağlantılı birçok konudan etkilendiği için sağlığın anlamı ve refah gibi temel meseleleri içermektedir. Bu unsurlar<sup>15</sup>, dolaylı ya da dolaysız yoldan da olsa sağlık üzerinde etkili olan unsurlardır. Bu faktörlere dikkat edilmeden sağlığın ele alınması ve değerlendirilmesi imkânsızdır. Sağlığı, sağlık hizmetleri dışında etkileme gücü bulunan bu unsurlar, sağlık statüsünün belirleyicisi konumdadır. Leigh vd. (2009), sağlığın da geliri belirlediğini vurgulamaktadır. Schulz ve Johnson, (2003, s. 12) sağlığın, nüfus, kültürel yapı, çevre, ruh sağlığı gibi unsurlardan da etkilendiğini vurgulamaktadırlar. Sayılan faktörlerin tamamı sağlığı ve sağlık hizmetleri ekseninde sağlık harcamalarını da etkilediği için sağlık ekonomisi literatüründe aralarındaki ilişki açıklanmaya çalışılan konular içerisinde yer almaktadır. Bunların dışında, Murty ve Okunade’e (2000, s. 280) göre, sağlık harcamaları çerçevesinde ad hoc<sup>16</sup> (sadece belirli amaç özelinde veya ihtiyaç için yapılmış olan, düzenli ve planlı olmayan) modellerle yapılan analizlerle, teorik çerçevede birbiriyle ilişkili olabilecek değişkenlerin sınanması gerekmektedir.

B (sağlık nedir?) kutusu, sağlığın değerinin ölçülmesi ve değerlendirilmesine yönelik olup, bu alanda öncelikli olan, sağlığın ne olduğudur. Bu bağlamda sağlık çok yönlü bir kavram olup (Fuchs, 1993, s. 28) kişinin hasta olmama halinin ötesinde “tam bir iyilik halini” (WHO, 2014, s. 1) temsil ettiği için sağlığın ölçümü de objektif olmayan değerleri içermektedir. Hayatın değeri ve sağlığın buna faydası esasına göre sağlığın değerinin ölçülmesi ve sağlık statüsünün durumu ortaya konmalıdır. Sağlığın değeri ve elde edilecek fayda, sadece yaşam süresine indirgenmiş bir fayda değil, tedavi alternatifleri ve

<sup>15</sup> Sağlığın belirleyici unsurları EK-2’de verilmiştir.

<sup>16</sup> <https://dictionary.cambridge.org/tr/s%C3%B6zl%C3%BCk/ingilizce-t%C3%BCrk%C3%A7e/ad-hoc>, Erişim Tarihi: 30 Haziran 2017

seçilen tedavi süreçlerini de içerdiği için geneli itibariyle sağlığın belirleyicileriyle ilgilidir.

C (sağlık hizmeti talebi) kutusu, sağlık hizmeti talebini içermekle birlikte, bu talebin ilintili olduğu sağlığı etkileyen faktörler (A kutusu) ve sağlığın değeriyle (B kutusu) ilgilidir. A ve B kutuları sağlık hizmeti talebinin kaynakları olup, sahip olunan değer yargılarına göre C kutusunun da diğerleri gibi dikkatli değerlendirilmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetine yönelik bu talep ‘‘ihtiyaç ve talep’’ arasındaki normatif ilgiden bağımsız olarak dışsalılıkların söz konusu olduğu durumları da içermektedir. Sağlıklı olmak, tüm bireylerin isteyebileceği bir davranış kalıbını temsil ettiği için C kutusu bireysel sağlık durumunu birebir ilgilendirmektedir (O’Rourke, 1988, s. 155). Bu bağlamda, sağlık hizmetine olan ihtiyaç, sağlık hizmetlerinin fiyatı, talep edilen miktar öncelikli olarak bu bireysel durumu ve doğası gereği sağlık statüsünü ilgilendirmekle birlikte sağlığa erişim, sağlık hizmetlerinin finansmanı, maliyet unsuru olarak sayılabilecek olan diğer faktörler sağlık hizmeti talebini belirleyen unsurların bir kısmını oluşturmaktadır.

D (sağlık hizmetleri arzı) kutusu, sağlık hizmetlerinin sunumu ile sunum için gerekli olan girdi ve bunların maliyetlerine ilişkindir. Bu bağlamda, hastane üretim fonksiyonları, kullanılacak girdiler ve ikameleri, sağlık endstirisinde işgücü, kurumların ve sağlık personelinin cretlendirme yöntemleri ve endüstriyel çapta yapılan regülasyonlar bu alanda yer almaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda koruma, tedavi, rehabilitasyon ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi hizmetleri yer almaktadır. Bu dağılım içerisinde, maliyet ekseninde, tedavi hizmetleri, ertelenemez oluşuyla daha maliyetli olabilmektedir. Ancak, rehabilitasyon hizmetleri, tedavi hizmetlerinin devamı olarak uzun dönemli bakımı gerektirebilir. Doğası gereği bu hizmetler, emek yoğun olduğu kadar teknoloji kullanımını da gerektiren hizmetler olup ilaç endstirisinden bağımsız düşünülebilecek alanlar değillerdir. Bunların yanında koruma ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri kapsayıcılıklarından ötürü yaygın etkisi olan faaliyetlerdir. Sağlık hizmetleri endüstrisi, hastanelerle sınırlı olmadığı için (McGuire vd., 2005, s. 165) ilaç ve medikal ekipmanları içeren tıbbi malzeme sektörü, yaşlı ve özel bakım gerektiren bireylere hizmet götürülmesi açısından piyasa aktörlerinin de bu hizmet alanında rol oynaması, kamunun yanında özel sektörü de kapsamaktadır (Hurley, 2000, s. 57). Dolayısıyla, sağlık sektörü, kullanılan üretim fonksiyonları ve hizmetlerin dağılımında kullanılabilecek alternatiflerle, maliyetleri ve bunların bir arada değerlendirilmesi gerektiren bir alandır.

E (tedavilerde mikroekonomik değerlendirme) kutusu, tüm sağlık sektöründeki piyasaların işleyiş biçimlerini ele alır ve özellikle sağlık kurumlarının sağlık hizmetlerini yerine getirmesinde piyasa kurumlarına büyük ölçüde bağımlı olan ülkelerde uygulanan sağlık ekonomisinin önemli bir parçasıdır. E kutusunun materyalleri pozitif iktisadın olduğu kadar normatif iktisadın da araçlarından oluşmaktadır. Hizmet sunumunda etkinliğin sağlanması için üretim ve tüketim etkinliğinin bir arada gerçekleşmesi gerekmektedir. Sağlık sektöründe de kıt kaynaklarla üretim yapıldığı için değerlendirme yöntemleri (maliyet-minimizasyon, maliyet-fayda, maliyet-yarar ve maliyet-etkililik) öne çıkmaktadır (Drummond, vd., 2003, s. 10). Dolayısıyla alternatif hizmet sunumlarının fayda-maliyet eksenli değerlendirmesi bu alanın içerisinde yer almaktadır. Bu değerlendirmeler nihai olarak bireyin ve toplumun sağlığa verdiği değere göre sağlıkta önceliklerin belirlenmesine zemin hazırlamaktadır (Top, 2014). Bunların yanında hastaneye kabul süresi, bekleme süresi gibi unsurları, bu alan dikkate almaktadır.

F (piyasa dengesi) kutusu, daha spesifik bir değerlendirmeye sahip olup normatif özellikleri ağır basan bir alanı temsil etmekte birlikte sağlık sektöründe arz ve talep arasındaki dengeyi içermektedir. Piyasa mekanizmaları ekseninde kaynakların etkin dağılımı, fiyat ve fiyat dışı faktörler bu alanın analiz konularıdır (Rice, 1997, s. 385-387). Piyasa dinamikleri çerçevesinde fiyat oluşumu ve kaynak tahsisinde etkinlik problemlerinin yanında, sağlık hizmetleri talebini tetikleyen sağlıklı olma isteği, sağlığa verilen önem ve değerden ötürü, hem bireysel olarak hem de toplumsal olarak fiyat dışı unsurların analizini de gerekli kılmaktadır (Mills ve Gilson, 1988, s. 31-32; Maynard, 1991, s. 1297; Pauly, 1993, s. 67).

G (tüm sistemin değerlendirilmesi) kutusu, bir bütün olarak sağlık sistemini ele almaktadır. Bu alan, eşitlik ve etkinlik kapsamında kutu E ve F alanına giren unsurları daha kapsayıcı nitelikte sağlık sisteminin hedefleri ve öğeleriyle bir arada değerlendirmektedir. Sağlık hizmeti veren kurumların çeşitliliği, sigorta ve geri ödeme mekanizmaları, finansman yöntemleri, finansmanın ve geri ödemelerin denetimi, hizmet birimlerinin organizasyonunda her birimin üstlendiği roller, bu alanının içerisinde yer almaktadır. Bu alan, sağlık sistemlerinin benimsediği hedefler doğrultusunda sergilediği performansı da değerlendirmektedir (Maynard ve Kanavos, 2000, s. 185). Burada yapılacak analizler yerel ölçekte karşılaştırılıp değerlendirilebileceği gibi uluslararası karşılaştırmalara zemin hazırlamaktadır.

H (planlama, bütçeleme ve mekanizmaların denetlenmesi) kutusu, sağlık sistemleri ve ülkeler üzerinden en yüksek seviyede ölçme ve değerlendirme yöntemleriyle ilgilidir. Sağlık sistemlerinin organizasyonu, sağlık personelinin tahsisi, politikaların alternatifleriyle değerlendirilmesi ve uygulanma süreçleri, bütçeleme, performans değerlendirmesi ve sağlık sisteminin regülasyonlarının bu sayılanlara etkisi bu alanda değerlendirilmektedir (Culyer ve Newhouse, 2000, s. 4-7).

### 1.5 SAĞLIK HİZMETLERİNDE ARZ

Malların (mal ve hizmetlerin) tahsisatının yönetiminin yapıldığı yer piyasadır (Normand, 1991, s. 21). Sağlık hizmetleri piyasaları diğer piyasalardan farklı özelliklere sahiptir (Mooney, 2003, s. 8). Sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilgili problemlerle başa çıkma, sağlık sektöründeki mevcut ve potansiyel sorunların büyüklüğünün ve etkilerinin azaltılması, sağlık hizmetleri arzıyla sağlık hizmetleri talebi arasında piyasa dinamikleri ve gerektiğinde devlet aracılığıyla daha sıkı uyum sağlama girişimleri sağlık ekonomisinin ilgi alanına girmektedir (Phillips, 2005, s. 1; Annemans, 2008, s. 8).

Piyasa mekanizmasının temelini oluşturan, arz ve talep kavramları, kaynakların kıtlığı karşısında insan ihtiyaçlarının sonsuz olmasından doğmaktadır (Mooney, 2003, s. 10). Arz, piyasada mal ve hizmet sunanların, belirli bir periyotta, diğer şartlar sabitken, ellerinde bulundurdıkları malın değişik fiyatlarına göre, piyasada söz konusu maldan satmaya rıza gösterdikleri miktara denilmektedir (Pindyck ve Rubinfeld, 2009, s. 21-22). Sağlık hizmetlerinin üretimi ve satışı, kıt kaynakların veri olduğu bir durumda gerçekleştiği için arz analizi, sadece tıbbi firmaların operasyon ve planlama sürecinde değil karakteristik özelliklerinden dolayı (Arrow, 1963) tüm sağlık sektörünü ilgilendirmektedir. Fiyatın artan bir fonksiyonu olarak arzı; malın fiyatı, üretim faktörlerinin fiyatı, diğer malların fiyatları, vergiler ve sübvansiyonlarla teknolojik gelişmeler başlıca etkileyen faktörlerdir (Colander, 2001, s. 89-94; Sayım, 2015, s. 91-92). Bu bağlamda arz kanunu, malın fiyatı arttığında arz edilen miktarında artması şeklinde ifade edilmektedir (Benetti vd., 2001).

Sağlık hizmetleri arzı ise, belirli bir dönem içerisinde sağlık kurum ve kuruluşlarının “belirli bir fiyattan sağlık hizmetinden satmaya razı oldukları miktarı” ifade etmektedir

(Orhaner, 2006, s. 4). Dolayısıyla sağlık hizmetleri arzı, çeşitli sağlık hizmeti ihtiyaçlarını gidermek üzere, temel sağlık hizmet birimleri (sağlık ocağı, sağlık merkezi, hastane), muayenehaneler ve laboratuvarlarda üretilen kapsamını ayaklı ve yataklı tedavilerin oluşturduğu hizmetleri ifade etmektedir.

Sağlık hizmeti alanında, talebin oluşmasını tetikleyen kapasitenin, arza bağlı olarak şekilleneceği, sağlık ekonomisindeki uzmanlar tarafından üzerinde daha az tartışmanın olduğu fikri bir kabulü içermektedir (Sarıçay ve Bilir, 2010, s. 6). Sağlık hizmetlerine olan talebin arza göre şekilleneceğini Roemer (1961) “kurulu bir yatak, dolu bir yataktır” şeklinde ifade etmektedir. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerinin kapasitesinde yaşanacak bir artış, sağlık hizmetleri kullanımıyla sonuçlanacaktır (Feldstein, 1983, s. 89). Sağlık hizmetleri arzında, çeşitli kısıtlar (diğer branşlara kıyasla daha uzun bir lisans eğitimi ve kamunun tasdiki gibi [Arrow, 1963; Mortan ve Tokgöz, 1984, s. 10-12]) ve kapasite problemleri aşıldıkça, mevcut üretime yapılan her ekleme (Serin ve Çakıcı, 1990, s. 18) sağlık hizmetlerinin tüketicisi olan hastalar tarafından doldurulacaktır (Tokgöz, 1987, s. 14; Wennberg, 2005, s. 7). Bu sayılan unsurlar aynı zamanda, fiyattaki yüzde değişimler karşısında üretimin gösterdiği yüzde duyarlılığı ölçen arz esnekliğini etkilemekte ve sağlık hizmetleri arz esnekliğinin katı olmasına neden olmaktadır<sup>17</sup>. Sağlık hizmetlerinde, teknoloji kullanımı önemli olsa da, emek yoğun üretim yapısı ön planda olup (Grossman, 1982, s. 191–192), başta hekimler olmak üzere, sağlık personelinin yetişmesi belirli bir ihtisası gerektirmekte ve sağlık hizmetleri üretmenin zorlukları (Hornby vd., 1980, s. 95) arz esnekliğinin düşük olmasına neden olmaktadır (Normand, 1991, s. 1574). Sağlık hizmetleri arzında asıl belirleyici olan, aldıkları kararlar ve uygulama erkinden ötürü başta yürütme olmak üzere bürokratik ve idari yapı olsa da (Caldwell, 1998, s. 56) sağlık hizmeti arzını da etkileyen unsurlar söz konusudur.

### 1.5.1 Sağlık Hizmetlerinde Arzı Etkileyen Faktörler

#### 1.5.1.1 Arz Edilen Malın Fiyatı

---

<sup>17</sup> Q, üretim miktarı; P, fiyat seviyesini temsil etmek üzere, arz esnekliği  $= \frac{\% \Delta Q_s}{\% \Delta P}$  şeklinde gösterilir (Colander, 2001, s. 135).

Piyasa dinamikleri çerçevesinde herhangi bir malın fiyatı, söz konusu mal için arzı etkileyen en önemli faktörlerin başındadır. Malların arz edilen miktarı ile fiyat arasındaki ilişki, piyasa fiyatı artarken arz miktarının artması, piyasa fiyatı düşerken arz miktarı düşmesi şeklinde gerçekleşir. Sağlık hizmetleri çerçevesinde kamu sektörünün yanında özel sektörde hizmet sunucusu olarak yer almaktadır. Piyasa dinamikleri açısından, özel sektör piyasa şartlarından etkilenmekle birlikte sağlık hizmetleri fiyatlarında yaşanan gelişmeler sonucunda piyasada hizmet sunan birimlerin sayısında artış yaşanabilir. Özel sektör için sağlık hizmetleri fiyatındaki artışlarla sağlık hizmetlerinin miktarında pozitif bir ilişki ortaya çıkar (Serin ve Çakıcı, 1990, s. 23). Kamu sektörünün sağlık piyasasında üstlendiği roller gereği, sağlık hizmeti fiyatlarında yaşanan gelişmelerde “sağlık hizmetleri arzında fiyatların etkisi asgari” seviyede kalmaktadır. Sağlık piyasasının yapısı içerisinde kamu sektörü, koruyucu hizmet sektöründeki ağırlığından ötürü sağlık hizmetleri fiyatında azalışa rağmen sağlık hizmetleri arzının artması beklenmektedir (Orhaner, 2014, 53-54; Öçal, 2014, s. 93). Arzı etkileyen faktörler için sağlık hizmet fiyatlarının, hizmet miktarı üzerinde birebir etkileyciliği söz konusu değildir (Getzen ve Allen, 2007, s. 30-39).

#### 1.5.1.2 Üretim Faktörlerinin Fiyatı

Bir malın satış fiyatı sabit olduğu halde, üretim faktörlerinin fiyatlarının artıyor olması üretimde maliyet artışlarını tetiklemekte ve arz miktarı üzerinde kısıtlayıcı etkilere sebep olmaktadır. Hekimler başta olmak üzere sağlık personeli, sağlık hizmetleri sektöründe girdi unsurlarını oluşturmaktadırlar (Aiken, 1982, s. 34). Piyasa şartlarında sağlık hizmet sunumunu gerçekleştirenler açısından üretim faktörleri fiyatında yaşanan gelişmeler bu hizmet birimlerini doğrudan etkilemektedir. Wonderling vd. (2005, s. 58), sağlık hizmetleri piyasasında hizmet sunumunun gerçekleşmesi için toprak girdisi üzerine yaptığı değerlendirme de kiralarda yaşanan herhangi bir düşüşün, sağlık fiyatları sabitken arzı arttıracağını vurgulamaktadır.

#### 1.5.1.3 Diğer Malların Fiyatı

Bir malın arzında, kendi fiyatı dışında diğer malların fiyatının da o malın arzını etkileme gücü vardır. Üretim yapan birimler açısından aynı üretim faktörleriyle üretebilecekleri diğer malların fiyatı artarsa arzda azalma gerçekleşir. Diğer faktörler sabitken fiyatı artan maldan üretmek üretim birimi için daha fazla kâr elde etmek anlamına gelmektedir. Ancak sağlık hizmetlerinde, serbest piyasa şartlarında temel müşevviği kâr elde etmek olan hizmet sunanlar fiyatı artan mallara yönelerek üretim faaliyetlerine devam etseler de, kamu sektörü tarafından verilen sağlık hizmetleri çerçevesinde sıfır fiyatla da hizmet sunumu mümkündür. Bu açıdan sosyal fayda ya da kamunun hedef olarak belirlediği göstergeler çerçevesinde özel sektörün piyasa şartlarına göre üretimde bulunmadığı alanlarda devlet bizzat yürütücü de olabilmektedir.

#### 1.5.1.4 Vergi ve Sübvansiyonlar

Vergiler, üretimde bulunan birimlerin maliyetlerini devlete ödenen vergi kadar artırırken, sübvansiyonlar da, bu mekanizmanın tersi şeklinde çalışırlar. Özel sağlık sektöründeki hizmet birimleri açısından, gelebilecek olan bir vergi, maliyet artışı anlamına geldiği için kârlılığın azalması ve üretim miktarının düşmesiyle sonuçlanacaktır. Diğer yandan sübvansiyonlar ise bir teşvik mekanizması işlevi görecektir. Maliyetler üzerindeki baskının azalması üretim miktarını tetikleyici bir unsur olup, hizmet sunan birimin kârlılığı artacağı için üretim miktarı da artacaktır. Sahip olduğu erklerle kamu sektörünün, sağlık hizmetleri sunumunda özel sektörü destekleyici şekilde yapacağı her müdahale arz üzerinde etkili olmaktadır.

#### 1.5.1.5 Teknolojik Gelişme

Üretimde kullanılan teknoloji önemli bir maliyet unsuru olduğu için arz üzerinde etkili bir faktördür. Yeni teknolojilerin pahalı olası üretimin gerçekleşmesi için bir maliyet unsuru olmasının yanında, mamul ürünün kalitesi üzerinde de etkilidir. Geneli itibariyle sağlıkta teknoloji, sağlık sorunlarının çözümünde kullanıcılar, metotları ve alt yapının bir bileşimidir (WHO ve UNICEF, 1978, s. 59). Sağlık hizmetleri piyasasındaki teknolojik gelişmeler arz üzerinde hem nicel hem de nitel yönleriyle etkili olmaktadır (Leftwich ve

Sharp, 1974, s. 169). Ayrıca sağlıkta teknolojik gelişme tüm tıbbi ekipmanı ve ilaç endüstrisini de içermesi (Abeykon, 2003, s. 4) ve sağlıkta teknolojinin yayılımı dolayısıyla (Oh vd., 2005, s. 74) arz üzerinde etkilidir.

## 1.6 SAĞLIK HİZMETLERİNDE TALEP

Belirli bir periyot dâhilinde, belirli bir fiyat seviyesinden satın alınmak istenen mal miktarlarına talep denilmektedir (Öçal, 204, s. 90). Söz konusu bu talebin satın alma gücüyle desteklenmesi gerekirken, sağlık hizmetleri açısından, refah devletinin bir sonucu olarak kamu sektörünün ağırlığının fazla olduğu ülke uygulamalarında (Lapavitsas, 2008, s. 64) satın alma gci olmasa da sağlık hizmetleri talebi mümkün olmaktadır (Somers, 1973, s. 126–127; Leftwich ve Sharp, 1974, s.160). Ayrıca sağlık hizmetlerinin yapısı gereği, sağlık hizmetlerine olan ihtiyaç, talep ve sağlık hizmetlerinin kullanımı neredeyse i içe geçmiş kavramlardır. Sağlık hizmetlerinde hissedilmeyen ihtiyaç, hissedilen ihtiyacın varlığına rağmen belirtilmeyen ihtiyaç (Mills ve Gilson, 1988, s. 7) ve sağlık talebine bağlı olarak sağlık hizmetleri talebi neticesinde, hekimlere yapılan başvurular söz konusudur (Sur, 2015, s. 2-5). Bu unsurlar, sağlık hizmetleri talebini tetikleyici nitelikte olan unsurlardır.

Sağlık hizmetlerinde talebin belirsizliği ve fiyat ile gelir esnekliği (Tang ve Zhang, 2009, s. 1257) bu malı piyasa konusu olan diğer mallardan ayırmaktadır. Bireylerin sağlık durumlarına dair belirsizliği (Morris vd., 2007, s. 149) sağlık hizmeti kullanımını da belirsizleştirir (Koç, 2004, s. 41). Bir malın fiyatındaki yüzde değişimin talep edilen miktardaki yüzde değişime etkisi talebin fiyat esnekliğini<sup>18</sup> (talep esnekliği) vermektedir. Bhattacharya ve diğerleri (2014, s. 21), sağlık hizmetlerinin talep esnekliklerini, hem kendi içinde hem de diğer mallarla karşılaştırmıştır. Buna göre, taze domates (-4,6), restoran oğnleri (-2,3) tam elastik bir talebe sahipken, yani fiyattaki değişimlere karşı talep daha duyarlıyken, bu durum söz konusu malların ikame kolaylığını göstermektedir.

<sup>18</sup> Q, retim miktarını; P, fiyatları temsil etmek üzere, talebin fiyat esnekliği  $E_p = \frac{(\% \Delta Q)}{(\% \Delta P)}$  şeklinde gösterilir (Pindyck ve Rubinfeld, 2009, s. 34).  $E_p = \infty$  tam esnekliği;  $E_p = 1$  birim esnekliği;  $\infty > E_p > 1$  esnekliği;  $0 < E_p < 1$  inelastikliği (katı esneklik);  $E_p = 0$  tam inelastik durumunu temsil etmektedir (Pindyck ve Rubinfeld, 2009, s. 35-37).

Diğer yandan, tuz (-0,1) gibi ürünler inelastik talep yapısına sahiplerdir. Bunun yanında tüm sağlık hizmetlerini (-0,22), ayakta tedavi hizmetlerini (-0,17), diş sağlığı hizmetlerini (-0,16) ve yatarak tedavi hizmetlerinin talebini ise (-0,14) olarak hesaplamışlardır. Bu esneklik yapıları sağlık hizmetlerinin esnek olmayan bir talebe sahip olduğu göstermektedir. Geneli itibariyle sağlık hizmet türlerinin talep esnekliğini çok düşüktür; dolayısıyla, bu hizmetlerin esneklikleri katı olmakla birlikte (Getrler vd., 1987, s. 16), ampirik literatür, ülkelerin gelişmişlik seviyelerine göre, yaş gruplarına göre tüketilen sağlık hizmetlerine göre ve kullanılan yöntemin farklılığına göre talep esnekliğinin değişeceğini ortaya koymuştur (Sauerborn vd., 1994, s. 185; Zhou vd., 2011, s. 256). Görüldüğü üzere sağlık hizmetleri kendi içerisinde de farklı fiyat esnekliklerine sahiptir. Ayakta tedavi hizmetlerinin, yatakta tedavi hizmetlerinden daha esnek olduğu yönünde bulgular, ayakta tedavinin ikame edilebilirliğinin kolaylığından etkilense de (Davis ve Russell, 1972; Gold, 1984) bu hizmetlerin sağlığa erişim noktasının kır ve kent olmasına göre de değişmektedir (Li, vd., 1994, s. 236).

Gelirde yaşanan yüzde değişimlerin, talebi söz konusu olan malın miktarı üzerindeki yüzdesel etkisine ise talebin gelir esnekliği<sup>19</sup> denilmektedir. Gelirin talebe olan duyarlılığı neticesinde mallar; düşük mallar, zorunlu mallar ve lüks mallar olarak ayrılmaktadır (Pindyck ve Rubinfeld, 2009, s. 115). Gelir, sağlık hizmetleri talebine yönelik olarak ampirik literatürde en çok konu edinen değişkendir. Bu sayede ampirik bulgular özellikle ülke özelinde yapılan çalışmalarda, sağlık hizmetleri malının niteliğini ortaya koymaktadır. Gelir esnekliğine yönelik yapılan bu çalışmalar ülkelere, ülke gruplarına (Avrupa Birliği, OECD ülkeleri gibi), ülkelerin gelişmişlik seviyelerine göre (Merson vd., 2006, s. 620) ve kullanılan yöntemle göre değişmekle birlikte sağlık hizmetlerine olan talebin gelir artışından daha fazla olduğuna (McConnel vd., 2004, s. 433) yönelik bulgular içermektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin farklı bulgular olsa da geneli itibariyle lüks mal olarak tespit edildiği söylenebilir. Gelişmişlik seviyelerine göre bu bulguya refah seviyesi yüksek olan ülkelerde daha sık rastlanılmaktadır. Bu durum refah seviyesi

---

<sup>19</sup> Q, miktarı; I, geliri temsil etmek üzere, talebin gelir esnekliği,  $E_I = \frac{\Delta Q/Q}{\Delta I/I} = \frac{\Delta QI}{(Q\Delta I)}$  şeklinde ifade edilir (Pindyck ve Rubinfeld, 2009, s. 36). Eğer herhangi bir mal için  $E_I > 0$  ise artan (azalan) gelirle birlikte, söz konusu maldan tüketim de artıyor (azalıyor) ise bu mal normal maldır. Ancak  $E_I < 0$  ise gelir artışlarıyla (azalışlarıyla) birlikte daha az (fazla) tüketiliyor; bu mallar düşük mallar denir. Ayrıca  $0 < E_I < 1$  ise bu mallar zorunlu mal;  $E_I > 1$  ise lüks mal denilmektedir (Pindyck ve Rubinfeld, 2009, s. 115). Normal mallar, lüks mal veya zorunlu mal olma durumundan bağımsız olarak talep kanununun geçerli olduğu mallardır (Colander, 2001, s. 147-148).

yüksek olan ülkelerde sağlık hizmetlerine daha fazla harcama yapıldığı ve milli gelir içinden sağlık harcamalarına daha fazla pay tahsis edildiği anlamına gelmektedir (McPake ve Normand, 2008, s. 25). Niraula (1994), Nepal için çocuk sayısındaki ve gelirdeki artışla sağlık hizmetleri talebinin arttığını, Li (1996), Bolivya için yaşlılığın ve eğitim seviyesindeki artışların yanında gelir düzeyindeki artışların sağlık hizmetleri talebini arttırdığını; Lepine ve Le Nestour (2011), Senegal için sahip olunan sağlık sigortasının, gelirin ve hane halkı reisinin aldığı eğitim artışıyla sağlık hizmetleri talebinin arttığını tespit etmişlerdir. Bu örnekler doğrultusunda, sağlık hizmetleri talebinin ülke düzeyinde değişebileceği görülmektedir. Ülke düzeyinde olduğu kadar mikro açıdan, farklı gelir düzeylerine sahip bireyler için de sağlık hizmetlerinin kullanımı ve sağlık hizmetleri malının niteliği değişmektedir. Getrler'e (1987, s. 16) göre düşük gelir düzeyine sahip olan bireylerin sağlık hizmeti taleplerinin, gelir düzeyi yüksek olanlara göre daha yüksek olduğu vurgulanmaktadır.

#### **1.6.1 Sağlık Hizmetlerinde Talebi Etkileyen Faktörler**

Talebi etkileyen faktörler; fiyat, gelir, ikame malların fiyatı, zevk ve tercihler olarak sayılabilir (Colander, 2001, s. 82-86). Sağlığın ikamesinin bulunmaması ve yüksek riskler barındırması, sağlık hizmetlerinde ikame malların talep üzerindeki etkisinin hasta açısından ortadan kalkmasına neden olmaktadır. Öyleki, sağlık hizmetlerinde potansiyel ikameleri seçebilecek olan hasta değil yine onun adına karar veren hekimdir. Burada gelir faktörü daha az maliyetli tedavi alternatifini zorunlu kılsa da, kamunun sağlık sektöründe üstlendiği roller bu ilişkiyi de bozmaktadır. Doğası gereği sağlık hizmetlerine olan talebi etkileyen faktörler piyasa konusu olan mallardan farklılık arz etmektedir. Benzer şekilde, tüketicinin (hastanın) zevk ve tercihleri sağlık hizmetleri için işlememektedir; keza, sağlığın hizmetinin tarafı olan hekim burada da karar verici olandır.

Sağlık hizmetlerinde bu unsurların yanında, talebi etkileyen faktörlere cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi gibi kişisel özellikler, sağlığa erişim ve sağlık statüsü (Schulz, 2005, s. 1-2) eklenebilir. Ancak sağlık hizmetlerinde talebin asıl belirleyicisi hekimlerdir. Hekimin, uygulanacak hizmete karar veriyor olması, yapay talebe sebep olabilmektedir. Hastalık halinin zamanının ve yerinin bilinmemesi, hastalığın evrelerine göre ihtiyaç duyulan

farklı tedavi alternatifleri de sağlık talebini etkilemektedir (McPake ve Normand, 2008). Ancak, ihtisasın sağlık hizmetine karar verende olması sağlık hizmetleri alanında güven eksikliğine sebep olmaktadır (Asefzadeh vd., 2009). Bu durumda sağlık düzeyini daha iyi kılmak arzusunda bulunan hasta, tüketici konumundadır. Bu tüketicinin talebi ancak türetilmiş bir talep niteliğindedir (Dewar, 2010, s. 18). Bu durum sağlık hizmetlerine olan talebi, tüketimi söz konusu diğer mallara olan talepten ayıran bir özelliktir. Burada sağlık hizmetlerinin türetilmiş talep oluşu, aslında sağlığın talep edilmesinden ve tüketici konumunda olan hastanın iradesinden çok, onun adına karar veren hekim tarafından belirlenmesi anlamına gelmektedir (Mutlu ve Işık, 2012, s. 74). Hekimin sahip olduğu iktisadi müşevvikler ise daha maliyetli sağlık hizmetlerinin hasta adına hekim tarafından seçilmesine neden olabileceğinden, hasta talebinde görülebilecek farklılaşma tüm sağlık endüstrisinde geçerli olabilecek bir potansiyele sahiptir (Ewans, 1974, s. 162-173; McGuire vd., 2005, s. 34-35).

Sağlık hizmetlerinde veri biliminin sağladığı; kişisel tıbbi bakım, tıbbi asistanlık, ilaç etkileşimi, hasta geçmişini muhafaza eden tıbbi kayıtlar, hasta takibinin iyileşmesi, optimal ve entegre bakım gibi imkânlar vardır (Lerner vd., 2018, s. 3). Teknolojik gelişmelerin sağlık hizmetleri alanında yaygınlaşmasıyla sağlanan bu imkânlarla rağmen (Woolf, 1990; Farquhar vd., 2002), hekimlerin sağlık hizmetlerindeki rolü halen tartışmalıdır. 20. yüzyıla kadar tıbbi paternalizmin<sup>20</sup> baskınlığı, bu dönemden sonra kanıta dayalı tıbbin gelişmesiyle uzman görüşünün yanında tıbbi araştırmaların hasta sağlığına katkısı ve günümüzde klinik tedavide hastayla iletişim olmadan hasta geçmişinin takibi ve otomasyon neticesinde yeni yaklaşımlar tartışılrsa da sağlık hizmetlerinde ne kadar tedaviye ihtiyaç duyulduğu, bunun miktarı, şiddeti ve zamanı her zaman uzman bilgiye sahip olan hekim tarafından gerçekleştirilmektedir (Lerner vd., 2018, s. 2-3).

## 1.7 SAĞLIK HİZMETLERİNDE PİYASA BAŞARISIZLIKLARI

Belirli bir toprak parçası üzerinde var olan, örgütlenmiş bir insan topluluğunun oluşturduğu, kendisine hukukun bir kişilik tanıdığı, insanlar üstü siyasal kuruluş devlet

<sup>20</sup> Bir başkasının eylemlerindeki özgürlüğe yine o kişinin “ilgisi, ihtiyaçları mutluluğu ve refahı” için “bir babanın çocuklarına yaptığı gibi” (Hershey, 1985, s. 171-182) müdahalelerde bulunma (Drowkin, 1972, s. 65)

olarak tanımlanmaktadır (Demir, 1997, s. 2; Gözler, 2004, s. 42-56). Baskının sosyal aracı olan devlet (Mises, 1990, s. 37), cebir gücünü kullanma hakkına sahip olup (Stiglitz, 1988, s. 15), toplumun sosyo-ekonomik yapısının belirleyicisidir (Poulantzas, 1980, s. 648).

İktisadi ekollere göre devletin varlığı, sosyal düzen içerisinde kapladığı alan ve üstlendiği roller değişken ve tartışmalı olsa da (Colclugh ve Manor, 1993, s. 1-4), ekonomik hayatta piyasa başarısızlıkları olarak nitelenen bazı unsurlar devletin ekonomideki varlığını gerekli kılmaktadır.

İktisadın temel konusunu oluşturan piyasada, serbest piyasa savunusu düzleminde “fiyatın” üstlendiği roller gereği (Wolf, 1993, s. 3) kıt olan kaynaklar, herhangi bir müdahaleye gerek kalmadan en iyi şekilde dağılmaktadır (Ulutan, 1978, s. 245). Aynı zamanda fiyat mekanizması dağıtım, bölüşüm ve mübadeleyi, tüketiciler nezdinde en yüksek fayda düzeyini, üreticiler nezdinde ise en fazla kârı sağlayacak şekilde işlemektedir (O'Sullivan vd., 2005; Case ve Fair, 2007, s. 251-267; Frank, vd., 2009). Ancak “piyasanın sahip olduğu kusurlar, piyasa başarısızlığı teorisinin” içeriğini oluşturmaktadır. Bu bağlamda devletin piyasaya müdahil olmasının ana gerekçesi, serbest çalışan piyasanın bazı zamanlarda istenmeyen ya da yetersiz ekonomik sonuçlar doğurmasıdır (Wolf, 1993, s. 3-6). Bir başka deyişle serbest piyasanın kaynak dağılımında etkinliği sağlayamadığı hususlar devletin iktisadi hayata müdahale gerekçesini oluşturmaktadır. Piyasa başarısızlıkları: kamusal mallar, erdemli mallar, dışsallıklar, asimetri bilgi olarak sayılabilir (Barr, 1998, s. 104).

Mevcut sayılan piyasa başarısızlıkları sağlık hizmetleri piyasası için de pratikte olumsuz sonuçlar doğurmuştur. Bu bağlamda serbest ticaret ve rekabet, sağlık hizmetlerinin sunumunda özellikle kaynakların tahsisinde etkisiz bir mekanizma olup, sosyal sonuçları trajik boyutlara ulaşabilecek düzeydedir (Roemer, 1982, s. 419). Sağlık hizmetlerinde serbest ticaret, tıbbi bakım ve tedavi hizmetleri için çeşitli düzeylerde fiyatlar oluşturmakla birlikte, geneli itibariyle yoksul insanların ödeyemeyeceği düzeyler ortaya çıkmaktadır. Ancak, gelir dağılımı düşük olanlar için bulaşıcı hastalıklar ve/veya bir hastalık durumunda tedavi olamama halinde hastalığın süregelen olması, daha ağır hastalıklara sebep olması yoksullar için daha yaygın bir durumdur. Burada, tedaviye erişememe durumu hariç tutulursa, iyileşememenin gerekçesi, tedavinin maddi zorluklar

nedeniyle ertelenmesi ve/veya hiç tedavi ya da bakım talep edil(e)memesidir. Serbest piyasa düzleminde, sağlık hizmetlerinin bedelini karşılayamayanlar, bu hizmetten mahrum kalarak hastalıklarının acısını çekmeye devam edeceklerdir (Roemer, 1982, s. 419-421).

Toplum nezdinde arzu edilmeyen bu sonuçlar sağlık hizmetleri alanında devletin bu alanda faaliyet göstermesini gerekli kılmaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin doğası gereği, tam rekabet piyasa şartlarının görülmemesi (McGuire vd., 1992, s. 148-165), bu hizmetlerin kamu malı niteliğine sahip olması, dışsallıklar barındırması, hizmetin tarafları arasındaki asimetrik bilgi problemi (Arrow, 1963; Feldstein, 1983, s. 507; Zweifel vd., 2009, s. 156) nedeniyle sağlık hizmetlerinde de piyasa başarısızlıkları söz konusudur.

### **1.7.1 Kamusal Mallar ve Dışsallıklar**

Zaman içerisinde kamusal hizmet kavramının değişikliğe uğramış olması, bu kavramın içinde bulunduğu dönemin koşullardan kaynaklansa da (Desai, 2003, s. 63-65), insanların müşterek yaşamının bir sonucu olarak ortaya çıkan bireysel yarardan farklı olarak kamu yararı (Barry, 2003, s. 309), hükûmet aracılığıyla sağlanabilecek bir olgudur (Birchall, 2002, s. 182).

Bireysel yarar ile kamu yararı veya daha geniş bir çerçeveden, kamu ekonomisiyle özel ekonomi arasındaki fark, her iki türde de ihtiyaçların giderilmesine yönelik sunum olmasına rağmen, tüketicilere sunulan malların niteliği bu iki sektörü birbirinden ayırmaktadır (Nadaroğlu, 1998, s. 59). Bu ekseninde kamusal mal ve hizmetlerin fikri öncüsü Mazzola (1890) olarak anılsa da, malları (mal ve hizmetleri) sahip oldukları tüketim özelliklerine göre, özel mal ve kamusal mal olarak teorik açıdan analiz eden ilk isimler 1954 yılında Samuleson ve 1959 yılında Musgrave'dir (Holcombe, 1997, s. 2; Muter vd., 2008, s. 18).

Faydası bireyler arasında bölünebilen özel tüketim mallarından farklı olarak “toplumsal tüketim malları” olan kamusal malların karakteristiğini, tüketimlerinde rekabetin olmaması ve tüketiminden dışlanamama özellikleri oluşturmaktadır (Samuelson, 1954, s. 387). Ortak tüketime konu olan kamu malları, diğer iktisatçıların katkısıyla (Buchanan, Sax, Lindhal, Wicksell), bireyler arasında faydası bölünemeyen, tüketiminden bir

başkasını mahrum etmenin mümkün olmadığı ve tüketiminde rekabetin olmadığı mallar şeklinde ifade edilmektedir (Head, 1974, s. 69; Stiglitz, 1988, s. 151; Rosen ve Gayer, 2008). Piyasa, bu ortak tüketime konu olan kamu mallarının üretiminde yetersiz kalmakta olup; haliyle başarısızdır.

Özel mallarda ise bir malın tüketiminden şahsi olarak fayda sağlamak mümkündür yani fayda bölünebilir bir niteliğe sahiptir. Özel malın fiyatı ödenerek diğer tüketiciler bu maldan dışlanabilir. Marjinal maliyete, elde edeceği fayda nispetinde fiyat karşılığı olarak katlanan tüketiciler, tüketiminde rekabetin olmadığı mallarda yeni bir tüketici olarak ek bir maliyete neden olmadan tüketim yapabileceği için marjinal maliyet sıfır olarak gerçekleşir. Etkin fiyatlama açısından marjinal maliyetin, marjinal fayda ve fiyata eşit olması gerekmektedir; ancak, kamu mallarında marjinal maliyet sıfır olarak gerçekleşmektedir. Özel sektör, kâr odaklı faaliyet sürdürdüğü için bu maliyet yapısı piyasa için sürdürülebilir değildir (Akalın, 1986, s. 12-18).

Sağlık hizmetlerinde bireysel bakım ve tedavi gibi (kanser tedavisi görmek) şahsi olarak sağlanabilecek faydalar yanında, bu alanda hizmet yelpazesinin geniş olmasından ötürü kamusal nitelikte mallar da vardır. Hastalık risklerinin fazla olması ve/veya yayılabilme ihtimaline karşı kitlesel aşılama faaliyetlerinin yapılması (Altay, 2008, s. 35-36), bulaşıcı hastalıkların kontrolü (Kaul ve Mendoza, 2003, s. 82) sağlık hizmetlerinde kamusal mallara örnektir. Sağlık hizmetleri kapsamında; örnekleriyle kamu malı ve özel mal niteliğinde olan hizmetler, ayrıntılı bir çerçevede EK-3'te sunulmuştur. Piyasada fiyat mekanizmasının üstlendiği roller, esneklik aracılığıyla arz ve talep arasında dengeyi sağlamaktadır. Sağlık hizmetleri piyasasında tüketici, hasta konumunda olsun olmasın bireylerin sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyması nedeniyle fiyat mekanizması tam olarak işlememekte, gelir ve fiyat mekanizmasının dışında sağlık hizmetleri için talep oluşmaktadır. (Penner, 2004, s. 27).

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi hizmetleri, çevre sağlığı, halk sağlığı gibi koruyucu nitelikleri ağır basan sağlık hizmetlerinin tüketiminde rekabet yoktur ve dışlama söz konusu olmadığından bu mallar kamusal mal ya da yarı kamusal mal<sup>21</sup> olarak

<sup>21</sup> Bu mal ve hizmetler faydasının bölünebilmesi ve bunun sonucunda özel mallarda olduğu gibi bir fiyatın oluşması neticesinde, pazarlanabilen ve sosyal açıdan dışsal faydaları bulunan mallardır (Aktan, 2011, s. 100). Yarı kamusal malların nitelikleri itibarıyla ortaya çıkan fayda, bireylere kullanımında tıpkı özel

nitelendirilmektedir (Karsten, 1995, s. 137). Bazen de devlet paternalist bir yaklaşımla ya da gelir yetersizliğinden ötürü kimi malların tüketimini veya tüketilmemesini zorunlu kılmaktadır (Stiglitz, 1994, s. 99). Bu mallar erdemli mallar<sup>22</sup> olarak anılmakla birlikte sağlık hizmetlerinde uyuşturucu maddelerin kullanımı, bulundurulması ve alışverişinin yasak olması, okullarda kamu tarafından süt dağıtımı yapılması, doğumdan ilköğretim çağının sonuna kadar zorunlu periyodik aşı uygulamaları<sup>23</sup> erdemli mallar kapsamında değerlendirilmektedir. Sağlık hizmetlerinde özel sektör, rekabetin ve dışlamanın mümkün olduğu tüm alanlar dışında piyasa şartlarında göre faaliyet yürütemeyecektir (McGuire vd., 1982, s. 148-165; Lloyd vd., 1991; Penner, 2004). Toplumsal olarak arzu edilmeyen sonuçlara neden olabilecek bu durumlar devletin sağlık piyasasına olan müdahalesini gerekli kılmakta hatta devleti sağlık piyasasında bizzat yürütücü konuma getirmektedir.

Dışsallıklar da piyasa başarısızlıkları içerisinde sayılmaktadır. İlk kez kapsamlı olarak Pigou (1920) tarafından analiz edilen dışsallıklar piyasanın arzu edilmeyen sonuçlar ürettiği alanlardan biri olup üretim ve tüketim faaliyetleri neticesinde ortaya çıkan marjinal özel faydadan (zarardan) farklı olarak marjinal sosyal faydanın (zararın) doğmasına neden olmaktadır. Dışsallıklar bir iktisadi aktörün (bireyin veya firmanın) üretim veya tüketim faaliyetleri sonucunda diğer iktisadi aktörler üzerinde doğrudan olarak oluşturduğu pozitif ve negatif sonuçlardır. Söz konusu üretim ve tüketim faaliyetleri diğer aktörlerin refahı üzerinde (pozitif/olumlu veya negatif/olumsuz) etki doğururken bu etki fiyatlanamaz durumdadır (Holcombe, 2006, s. 68-89; Rosen ve Gayer, 2008, s. 83; Bilici ve Bilici, 2013, s. 234). Dışsallıklar, bir iktisadi faaliyetin daha az ya da daha fazla üretim veya tüketimine neden olarak kaynakların dağılımında etkinliğin sağlanamamasına neden olmaktadır (Stiglitz, 1988; Bruce, 2001, s. 88-100). Negatif

---

mallarda olduğu gibi şahsi faydalar sağlarken, topluma da kamusal hizmetlerdekine benzer fayda sağlamaktadır (Akdoğan, 2009, s. 46).

<sup>22</sup> Erdemli mallar ilk kez Musgrave (1959) tarafından analiz edilmiştir. Söz konu malların tüketiminde bireysel tercihler malın faydası fark edil(e)mediğinden gerçekleşmeyeceği gibi kimi zamanda zararına rağmen tüketim gerçekleşebilir (Bailey, 2002, s. 28). Bazı durumlarda ise gelir yetersizliği (Stiglitz, 1988, s. 99-100) bu malların tüketimine engel teşkil ettiği için bir nevi tüketici tercihlerine yapılan müdahale sonucu söz konusu malların tüketimi kamu tarafından sağlanır. Paternalist kaygılarla, bu durumun aksine, yine tüketici tercihlerine yapılan müdahaleyle erdemsiz mal olarak nitelendirilebilecek kimi malların tüketimi de (uyuşturucu, içki) yasaklanabilir ya da cezalandırılabilir (Musgrave, 1959, s. 13).

<sup>23</sup> Temel sağlık hizmetleri kapsamında yürütülen faaliyetler çerçevesinde T.C. Sağlık Bakanlığı'nın Genişletilmiş Bağışıklama Programı'na göre yürütülen faaliyetler ve aşı uygulamalarına dair ayrıntılı bilgi için: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1117,gbpgenelge2008pdf.pdf>.

dışsallık durumunda mallar, sosyal optimum düzeyinden fazla üretilmektedir yada tüketilmektedir. Bu durumda toplumun katlandığı maliyetlerin, marjinal özel maliyetlerden fazla olması söz konusudur. Pozitif dışsallık durumunda ise sosyal optimum düzeyinden daha az üretim söz konusudur. Bu durumda ise toplum tarafından elde edilen faydanın marjinal faydadan daha az olması söz konusudur (Bruce, 2001, s. 88-100; Holcombe, 2006, s. 68-89; Frank vd., 2009, s. 89).

Hastaların bakım ve tedavisi, hasta olmayanlarınsa sağlıklarının muhafazası, kamu ekonomisinin dışsallıklar çerçevesinde sağlık hizmetleri piyasasında var olma gerekçeleridir (McGurie, 1992, s. 152). Kamunun izlediği sosyal politikalar nezdinde üretimin sosyal olarak beklenen düzeyin altında kaldığı pozitif dışsallıkların varlığı, kamunun bu alana müdahalesinin rasyonelini oluşturmaktadır (Stiglitz, 1988; Holcombe, 2006, s. 90-106). Eşitliğin ön planda olduğu, toplum sağlığının muhafazasının esas alındığı koruyucu sağlık hizmetleri (McPake ve Normand, 2008, s. 65) kapsamında tüketimi söz konusu gıdaların elverişli olması için standartların sağlanması, çevre temizliği ve bakımı, su ve hava kirliliğinin önlenmesi, lağım sularının kontrolünün sağlanması, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve yayılımının durdurulması, aşılama faaliyetleri gibi hizmetler kişisel faydalardan çok, toplumun faydasının ön planda olduğu yani pozitif dışsallıkların var olduğu alanlardır (Nath, 1973, s. 43-46; McGuire, vd., 1992, s. 150; Phelps, 1996, s. 10; McPake ve Normand, 2007, s. 60). Negatif dışsallıklar da devlet müdahalesi söz konusudur; keza, bu alanda toplum tarafından katlanılan maliyet marjinal kişisel maliyetlerden fazladır. Bir negatif dışsallık örneği olarak sigara içmeyenlerin de sigaradan etkilenmesi verilebilir. Kamu üstlendiği rol gereği sigaraya vergi koyarak, içenlerin negatif dışsallığı içselleştirmesi ya da bu davranıştan insanları vazgeçirmek için çeşitli düzenlemelere giderek (kapalı alanlarda, duraklarda sigara içmenin yasaklanması ve uymayanlara ceza uygulaması<sup>24</sup>) negatif dışsallığın azalmasını sağlamaktadır (Phelps, 1996, s. 9; Kulis, vd., 2007, s. 229). Benzer şekilde alkollü araç

<sup>24</sup> Ayrıntılı bilgi için:

- a) 4207 Sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun (<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4207.pdf>) ile yerine gelen 5727 Sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun (<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin/1.5.5727>)
- b) 5326 Sayılı Kabahatler Kanunu (<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5326.pdf>)

kullanımın yasaklanması da sosyal maliyetler dikkate alınarak getirilen düzenlemelerdir (Cullis ve West, 1979, s. 178).

### 1.7.2 Asimetrik Bilgi ve Belirsizlik

Piyasa konusu olan mal ve hizmetlerin alınıp satıldığı pazarlarda hiçbir hata, sağlık piyasasında olduğu kadar ciddi ve maliyetli değildir. Hem sahip olduğu dışsallık hem de taşıdığı risklerden ötürü sağlık hizmetleri piyasasında söz konusu olacak herhangi bir hata ölüme sebebiyet verecek kadar maliyetli olabilir (Donaldson ve Gerard, 1993, s. 41). Bu nedenle, sağlık hizmetleri piyasasında standartların oluşturulması ve kontrollerin sağlanması ihtiyacı doğmaktadır; çünkü, tüketicilerin (hastaların) kendi menfaatlerini korumak için yeterince bilgi sahibi olmaları sağlık alanında neredeyse olası değildir. Bu kontrol ihtiyacı sağlık alanında kamu tarafından onaylı ihtisaslaşmayı gerekli kılarken, ihtisas sahibi sağlık personeline de bir miktar piyasa gücü sağlamaktadır (Donaldson ve Gerard, 1993, s. 41; Zweifel, vd., 2009, s. 172).

Arrow'un (1963) belirsizlik ekseninde üzerinde durduğu asimetrik bilgi Akerlof'un (1970) analizinde kapsamlı şekilde değerlendirilmiştir. Asimetrik bilgi, piyasada karşılaşan taraflar arasında bilginin aynı miktarda olmaması, taraflardan birinin diğerinin sahip olmadığı bilgiye sahip olma halidir (Mankiw, 2001, s. 599; Sloan vd., 2012, s. 15). Sağlık hizmetlerinde de hekimle hasta arasında, sağlık sigortası sektöründe tüketici ile şirket arasında yaygın olarak görülen asimetrik bilgi problemi vardır (Garber, 2000, s. 186). Arrow'a göre (1963) belirsizlik durumunda bilgi, bir emtia niteliği taşımaktadır. Bu problem çerçevesinde, hastalığın zamanının bilinmemesinin yanında hasta kendisinin ne kadar sağlık hizmeti tüketeceğini, bu hizmetin gerçek maliyetini, hizmetin kalitesini de bilemeyeceği için belirsizlik hâkimdir (Arrow, 1963, s. 951; Culyer, 1971, s. 193-199; Stiglitz, 1988, s. 360; Howard, 2001, s. 6). Ancak hekimler tüketici konumunda olan hastalar için vekil durumundalardır. Burada bilginin eksik olması hem de asimetrik olmasından ötürü nihai olarak gereğinden fazla tüketimin gerçekleşmesi mümkündür. Tedavinin üretim ve tüketim sürecinin tüm belirleyicisi hekimler olduğu için bu durum arzın yarattığı talep olarak nitelendirilmektedir (McPake ve Normand, 2007, s. 51-59). Haliyle, bu piyasa gücü neticesinde, bir sağlık personelinin sahip olduğu müşevviklerle,

tekel gibi davranması mümkün olabilir (McPake ve Normand, 2007, s. 163-174). Hekim sayısının fazla olduğu yerlerde tekelleri rekabetin görülmesi veya hastanın hekime bağlı kalması gibi durumlar piyasa gücünü kullanan hekimlerin elde ettiği sonuçlar olarak tartışılmaktadır (Pauly, 1981; Dranove ve Satterthwaite, 2000). Sağlık piyasasında ortaya çıkan belirsizlik tüketicileri sigorta piyasasına yönlendirmekle birlikte; sağlık sigortası şirketleri açısından, müşterisinin sağlık geçmişinin tam olarak bilinmemesi, bu firmaların risk primini doğru bir şekilde belirlemesini engellemektedir. Bu tür durumlar ahlaki risk ve tersine seçimle sonuçlanmaktadır.

Ahlaki risk, olumsuz olacağı düşünülen bir sonuca karşı sigorta yaptırıldığında; davranışlarda, bu olumsuz sonuç ihtimalini artıracak yönde değişim olmasıdır. Sağlık hizmetlerinde bu davranış kalıbı, sigortalanan olayın doğmasına sebebiyet vereceği için gereksiz sağlık harcamalarına neden olabilmektedir. Tersine seçim ise sigorta işleminde daha az bilgiye sahip olan birimin tam olarak yanlış tarafla işlem yapmasıdır. Bu işlemlerde avantaja sahip olan yüksek risklilerle, düşük risklilerin aynı fiyattan sigortalanmaları söz konusu olup, bu durum düşük riske sahip olanlar açısından rasyonel bir seçim alternatifi değildir. Nihai olarak yüksek risklilerin piyasada alıcı olmaları firmaların zarar etmesine sebep olabilir (Rosen ve Gayer, 2008, s. 191-232). Bu istenmeyen sonuçlar sigorta piyasasında gerçek fiyatın net olarak belirlenememesine, risk priminin doğru şekilde ölçülememesine neden olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin gereğinden fazla tüketilmeleri, söz konusu unsurların nihai yansımaları olarak ortaya çıkmaktadır.

Gelir yetersizliği sebebiyle sigorta piyasasında yer almayanlar, maliyetler göz ardı edilerek, sağlık hizmetlerinde etkinlik yerine paternalist kaygılarla eşitlikçi yaklaşımlar (Rosen ve Gayer, 2008) koruyucu sağlık hizmetleri gibi ticari kârın olmadığı alanlarda özel sektörün olmayışı yani bazı piyasaların yokluğu, yine piyasa başarısızlıkları çerçevesinde değerlendirilebilir (Parish, 1992, s. 278; Hoen, 2000, s. 138-140). Bu unsurlar kamu sektörünü sağlık hizmetlerinde aktif bir aktör haline getirmektedir. Kamunun doğrudan hizmet sunumunda bulunmasının dışında mevcut piyasa başarısızlıklarına ürettiği çözümler; bu hizmetlerin dağıtımı ve finansmanında düzenleyici roller üstlenmesi ve uyguladığı politikalarla bu sektörü ve bireyleri sübvansetmesidir. Günümüzde, birçok ülkede sosyal güvenlik sistemi, bireyleri arzu edilmeyen

olaylar karşısında korurken (Rosen ve Gayer, 2008), sağlık sektörünün birincil fon kaynağını oluşturmaktadır (Normand ve Thomas, 2008, s. 149).

### 1.8 DEĞERLENDİRME

Sağlığın çeşitli faktörlerden etkilendiğinin kabulü, kavram olarak sağlık tanımının içeriğinin zenginleşmesine neden olmuştur. Sağlık hizmet türlerinde ise, koruyucu sağlık hizmetlerinin teşviki, maliyet ekseninde yapılacak bir değerlendirmeye, bir zorunluluk halini ifade etmektedir. Tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinde; uzman bilgisine daha fazla ihtiyaç duyulması, uzun süreli bakımın daha maliyetli olması, sağlığı teşvik eden ve gelişmesini sağlayan altyapıyla birlikte koruyucu sağlık hizmetlerini ön plana çıkartmaktadır. Diğer sağlık hizmeti türlerine göre daha az maliyetli olan koruyucu sağlık hizmetine verilecek önem doğrultusunda sağlık sistemi üzerindeki yükün hafifleyeceği söylenebilir. Ancak sağlık arz ve talebinin özellikli durumlarının tüm sağlık sektörünü etkileyebileceği de unutulmamalıdır.

Sağlığın etkilendiği faktörlerin sosyal olarak devlete de roller yüklemesi ve sağlık hizmetlerinin karakteristik özellikleri, kamunun sağlık piyasasındaki varlığını vazgeçilmez kılmaktadır.

Piyasa başarısızlıkları kapsamında, arzu edilmeyen ekonomik sonuçların sağlık hizmetleri alanında da görülmesi, sağlık alanında hem hizmet sunumunda hem de finansmanda devlete aktif roller yüklemektedir. Ayrıca bu faktörler devlet müdahalesinin yoğunluğunu da etkilemektedir. Kamunun bu piyasadaki varlığı teorik olarak desteklense de sosyal refah kapsamında öne çıkacak hususların bu alanda birbirinin ikamesi olmaktan ziyade tamamlayıcısı olarak değerlendirilmesi gerekmektedir.

Tez çalışmasının müteakip bölümünde sağlık hizmetlerinin üretimi için gerekli olan sağlık harcamaları ve topluma hizmet sunumunun ön koşulu olarak bu hizmetlerinin finansmanı incelenecektir. Bu amaçla, sağlık harcamalarının ve finansmanının ülkeden ülkeye değişmesinden ötürü, genelde uluslararası ölçekte mukayeseli olarak, özelde ise Türkiye için nasıl bir görünümün ortaya çıktığı nedenleriyle tartışılacaktır.

## 2. BÖLÜM

### SAĞLIK HARCAMALARI VE SAĞLIĞIN FİNANSMANI

#### 2.1 GİRİŞ

Sağlık harcamalarının ülke kaynaklarından giderek daha fazla pay sahibi olması, bu konuya olan ilgiyi artırmanın yanında sağlık ekonomisi kapsamındaki tartışmaların odak noktasını oluşturmaktadır. Sağlık harcamaları neticesinde ancak sağlık hizmetlerinin nicel ve nitel olarak iyileştirilmesi sağlanabilirken; sağlık hizmet birimlerinin harcamalarının sistematik bir şekilde yerine getirilebilmesi, finansmanın hangi kaynaklardan sağlanacağı ve bunun nasıl karşılanacağı hususlarını öne çıkartmaktadır.

Bu bölümde sağlık harcamaları ve sağlık harcamalarını etkileyen faktörler ile alternatif finansman kaynakları incelenecek; daha sonra ise sağlık harcama ve finansmanın ülkelerdeki yansımaları detaylı olarak irdelenecektir.

#### 2.2 SAĞLIK HARCAMALARI VE KAPSAMI

1977 yılında WHO tarafından düzenlenen Dünya Sağlık Kurulu'nda, 2000 yılına dair bir vizyon belirlenmiş; iktisadi ve sosyal bakımdan insanların üretken hayat sürmelerini sağlayacak bir sağlığa sahip olmaları hedefleyen “2000 Yılında Herkes İçin Sağlık” politikasının temelleri atılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 1997, s. 82). Hükûmetlerin sağlık alanında üstlenmesi gerektiği rollere (WHO, 1978, s. 1) dair bir sorumluluk yükleyen bu çerçevenin ardından, hedefe nasıl ulaşılabileceğine dair farklı bakış açıları benimsenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 1997, s. 50). Klinik sağlıktan ziyade sağlık alanında mali açıdan güçlü kaynaklara sahip olunması ve bu kaynakları etkin şekilde kullanan sağlık politikaları oluşturma gayretleri öne çıkmıştır. Benimsenen temel hareket noktası ise sağlık politikaların elverişli bir şekilde işlemesi için finansal sistemlerin geliştirilmesi olmuştur (WHO, 1978, s. 8). Bu değerlendirmeler sağlık alanının disiplinler arası bir yaklaşımla ele alınmasını gerekli kılırken; kurumsal alanda gelişmeye başlayan sağlık ekonomisinin uygulama safhası başlamıştır (Franzel ve McCready, 1979, s. 269). Pratik imkânı kazanan

sağlık ekonomisi, 1970’lerle beraber sıçrama yapan bir alt bilim dalı halini gelmiştir. Bu gelişmedeki temel nedenler ise:

- Sağlık harcamalarında sürekli artış olması
- Sağlık harcamalarının milli gelir içinde giderek daha fazla pay sahibi olması
- Sağlık alanında yaşanan problemlerin “genel bir krize dönüşmesi” (Mortan ve Tokgöz, 1984, s. 1).

Sağlık ekonomisinin gelişim sürecinde pay sahibi olan sağlık harcamalarının, nasıl tanımlanması gerektiği ve kapsamı tartışması beraberinde sağlık harcamaları ve dahası sağlığa ilişkin göstergeleri etkileyen bir kavramdır. Sağlık Bakanlığı’nın, “OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000” isimli çalışmasıyla, OECD’nin benimsediği sağlık hesapları sisteminin kullanılması sayesinde<sup>25</sup>; hem sağlık harcamalarına kapsadığı unsurlar özelinde bir tanım getirilmiş hem de uluslararası karşılaştırmalara konu olan sağlık için kurumsal bir altyapı sağlanmıştır. Buna göre sağlık harcamaları:

*“Genel olarak, sağlığı geliştirme veya koruma amacını benimseyen tüm koruma, geliştirme, esenlendirme, bakım, beslenme ve acil programlar için yapılan harcamalardır. Sağlık olarak tanımlanan malların nihai tüketimi ve sağlık faaliyeti olarak tanımlanan belirli faaliyetlerin üretimi için yapılan harcamaların değeridir. Sağlık mal ve hizmetlerine yapılan harcama piyasa üretim ve tüketiminden ölçüldüğünde, harcama basit anlamda nihai tüketim noktasında bu tür mal ve hizmetlere ödenen toplam para miktarı hakkında bilginin toplanması anlamına gelir.”* (Sağlık Bakanlığı, 2004, s. xi)

<sup>25</sup> 2004 yılında yayımlanan “OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000” isimli çalışmada OECD 2000 Sağlık Hesapları Sistemi (SHS) kullanılmıştır. OECD’nin geliştirdiği sağlık hesapları sistemi, “sağlık ürünleri ve hizmetlerinin tüketimi ile ilgili finansal akışları sistematik” olarak tanımlayan, giderler bakımından ülkelerin sağlık sistemlerini değerlendiren bir bütündür (OECD, 2017, s. 20). Bu sistem, üye ülkelerle ilgili diğer ülkelerin sağlık hesaplarının mukayesesine imkân vermektedir. Sağlık Bakanlığı daha sonra yaptığı benzer çalışmalarda da OECD’nin benimsediği SHS’yle uyumlu bir yol izlemiştir. OECD ise güncel olarak OECD 2011 SHS’sini kullanmakta olup üye ülkelere de bu sistemin kullanılmasını, sağlık harcamalarının artan boyutuna karşın finansal sürdürülebilirlik ve etkin politikaların gerçekleştirilebilmesi için tavsiye etmektedir. Türkiye’de OECD 2011 SHS’ne olan uyum çalışmaları Şubat 2018 itibarıyla tamamlanmıştır.

Sağlık harcamalarının bu tanımı, sağlık hizmet türlerine göre (koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi) en kapsamlı tanımıdır. Ülkelerin sağlık harcamalarının değerlendirilmesinde daha fazla ülkenin mukayeseye dâhil olması, analiz yapılırken dikkat edilecek hususlar kadar, analize konu olan değerlendirmeler için tutulan verilerin çeşitlilik kazanması bu alana olan ilgiyi ve çıktı üretimine ilişkin beklentileri şekillendirmektedir. Bu göstergelerin başlıca sağlık performansı için de kullanılıyor oluşu, tüm değerlendirmelerin analiz ve takibini analitik bir kalıba sokmaktadır.

Başlıca göstergeler arasında yer alan ulusal değerlendirmelerin yanında uluslararası düzeyde de karşılaştırmalara konu olan, kişi başına yapılan sağlık harcamaları ve sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı sıklıkla mukayeseye konu olan değişkenlerdir. Bunların yanında kişi başına düşen ilaç harcamaları ve ilaç harcamalarının GSYH içindeki payı da son dönemde teknolojik gelişme ve yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının artmasıyla, tüketimi dikkat çeken konular olduğu için çoğu analize konu olan unsurlardır. Bu unsurların analiz ve takibi, söz konusu harcamalar için eğilimlerin ve değişikliklerin izlenmesini ve diğer ülkelerle mukayesesini sağlamaktadır (Smith, 1998, s. 35).

Tüm ülkelerin geleceklerine yönelik düşündükleri politika ve planlara göre başta sağlık harcamaları olmak üzere sağlığın iyileştirilmesi ve geliştirilmesi için yapılacaklar, diğer politikalara nazaran geç gelişen ve ilgilenilen alanlardır. Sağlığın iyileştirilmesi için mevcut tüm kaynakların etkin kullanımı, sağlık hizmetlerinin barındırdığı dışsallıklardan ötürü, hem ülke çapında hem uluslararası düzeyde üzerinde durulması gereken konular olarak ortaya çıkmaktadır (WHO, 2000, s. 1-3). Bu bağlamda, sağlığı teşvik etmek ve sağlık sistemlerinin eşitliğini, etkililiğini, verimliliğini ve kalitesini arttırmak için bu alanın çok yönlü yaklaşımları içerdiğinin kabulü, hastalık veya salgın gibi durumların ülkelerin müşterek sorunu haline gelebilme özelliğinden ötürü ortaya çıkan kaygıların bir sonucudur. Sağlık hizmetlerini görünür kılan sağlık harcamaları, bu sayılan tüm unsurların odak noktası konumundadır.

Ülkelerin benimsedikleri hedefler doğrultusunda da sağlık harcamalarının şekillenmesi mümkündür. Hükûmet politikalarının açık ifadesi, hangi amaca yönelik olarak ne kadar kamu gelirinin harcanacağını ve gerekli gelirlerin hangi kaynaklardan elde edileceğini gösteren yıllık bütçelerdir. Bütçelerin yanında, kamu sektörü temel aldığı ilkeler ve

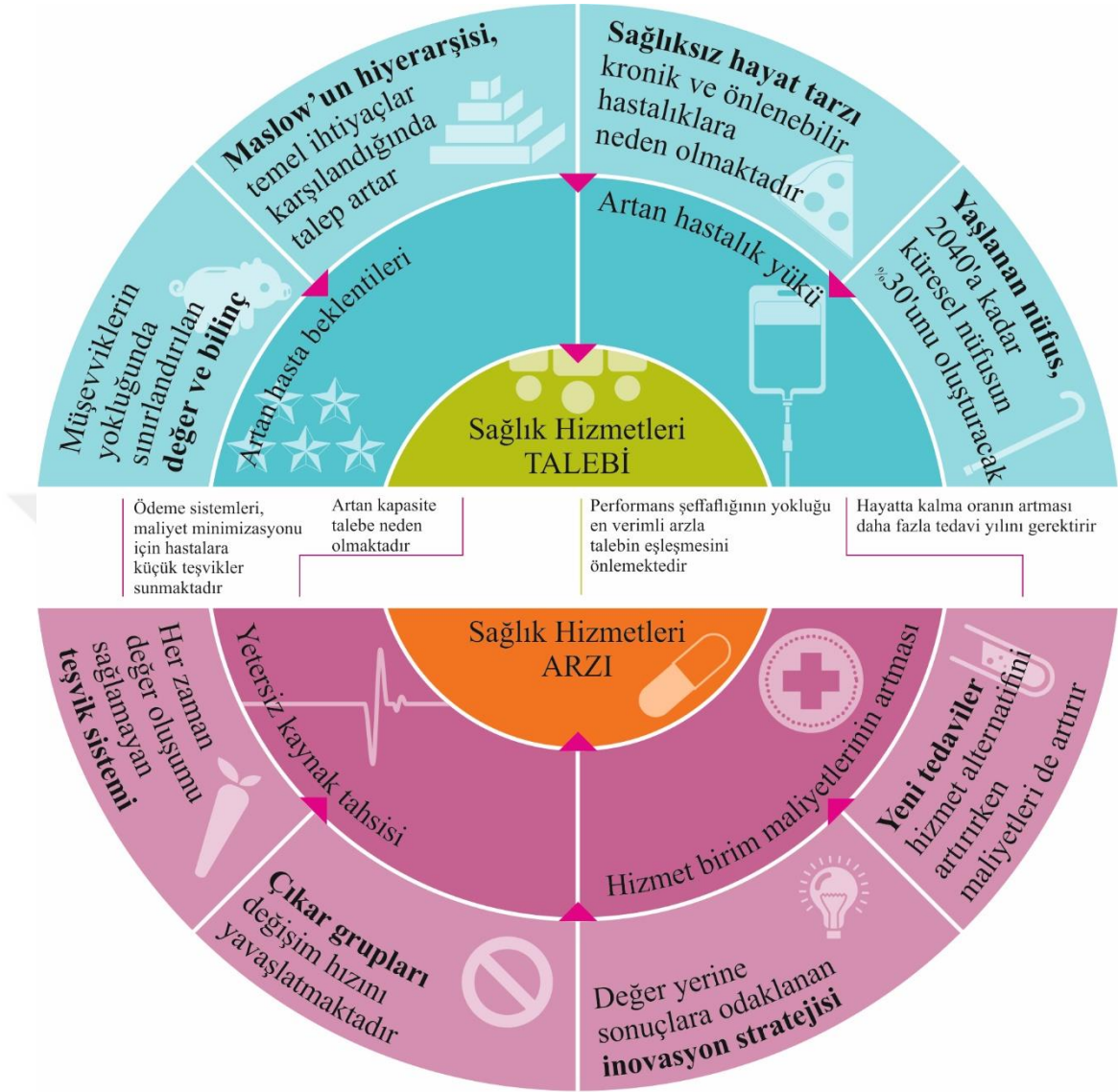
anayasal kabullerden ötürü faaliyetlerinin rutin bir parçası olarak çeşitli hedefleri kullanmaktadırlar. Bebek ölüm oranlarının tutulması, toplumun belli kesimlerine yönelik (örneğin yaşlılar ve/veya alt gelir grubundakiler için) yapılan sağlık harcamalarının izlenmesi bir kayıt niteliği taşıırken, belirli bir periyotta belirli bir orana ulaşılması için hareket edilmesi ülkelere nicel bir hedef koymaktadır (WHO, 2000, s. 2).

Kamu sektörünün sağlık hizmetleri için yaptığı ödemelerin yanında (Getzen, 2013, s. 334-337) özel sektörde bu ödemeleri üstlenebilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2006, s. 2). Bu açıdan yapılan her sağlık harcaması aynı zamanda o ülkenin sağlık sistemine dair fikir vermektedir (Schieber ve Maeda, 1999, s. 193). Sağlık sisteminin görünümünün ötesinde, yukarıda sayılan anayasal kabuller gibi unsurların dışında, günümüzde sağlık hizmetlerinin çeşitlenmesine neden olan ve sağlık harcamalarını etkileyen unsurlar bulunmaktadır.

### **2.2.1 Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler**

Sağlık harcamalarını tetikleyen birçok faktör söz konusudur. Dünya Ekonomik Forumu'nun (WEF) arz ve talepten kaynaklanan faktörler olarak iki ana tema altında değerlendirdiği, sağlık harcamalarını etkileyen faktörler şekil 3'te verilmiştir. Aynı unsurlar farklı temalar altında değerlendirilebilmektedir. Örneğin, kamu sağlık harcamaları ve özel sağlık harcamaları ayrı ayrı değerlendirilebileceği gibi OECD (2013, s. 5-9) tarafından aynı unsurlar, kısa dönem ve uzun dönem etkilerine göre değerlendirilmekle birlikte demografik ve demografik olmayan değişkenler şeklinde de sınıflandırılabilir.

Şekil-3: Sağlık Harcamalarının Temel Belirleyicileri



Kaynak: Word Economic Forum, 2013, s. 6

#### 2.2.1.1 Sağlık Hizmetleri Talebi

Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı, sağlıksız yaşam tarzı, temel ihtiyaçların karşılanma durumu ile değer ve bilinçe göre hastalık yükü ve hasta beklentileri, sağlık hizmetleri talebini etkilediği için sağlık harcamalarını artırmaktadır.

### 2.1.1.1 Artan Hasta Beklentileri

Sağlık hizmetlerinin sunumunda hastalıkla mücadele için, tedavi gereksinimleri birer ihtiyaç olarak doğsa da sağlık hizmetlerinin talebini tetikleyen sağlığın muhafazası için yapılan çalışmalar ve daha iyi sağlık düzeylerine erişmek için yapılan faaliyetler sağlık hizmetinin kullanıcılarının beklentileri sonucunda artmaktadır. Temel ihtiyaçlar nezdinde, karşılanan her ihtiyaç sonucunda hizmetlerden beklenti giderek artmaktadır (WEF, 2012, s. 6). Talep kanadında hasta beklentilerini şekillendiren bir takım unsurlar söz konusudur. Bunlar gelir ve eğitim seviyesinde yaşanan artışlardır.

#### 2.2.1.1.1.1 Gelir Seviyesi

Hasta beklentilerini tetikleyen öncelikli unsur gelir seviyesidir (Gerdtham ve Lothgren, 2000). Ekonomik büyüme ve kalkınmayla birlikte gelir seviyesinde artışlar yaşanmaktadır. Gelirdeki artışlar sonucunda sağlığa ayrılan pay artmaktadır (Sen, 2005, s. 148). Makro düzeyde bu durum kendini gelişmiş ülkelerde daha belirgin şekilde göstermektedir. Yüksek gelirli ülkelerin sağlığa ayırdığı paylar diğer ülkelerden fazladır (Belek, 2009, s. 44). Ülke düzeyinde bulgular farklılaşsa da, gelişmişlik seviyesiyle milli gelirden sağlığa ayrılan pay arasında pozitif bir ilişki vardır.

Gelir düzeyine göre sağlık harcamalarının nasıl bir mal olduğu ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak kamu sektörünün olduğu bir alan olup, sağlık harcamaları istisnai örnekler dışında yüksek bir oranla kamu tarafından karşılanmaktadır. Sigorta kapsamındaki artışlar, sağlık hizmetlerine olan toplam talebi bütçe kısıtlarının zımnen yumuşatılması yoluyla güçlendirmiştir (European Commission, 2013, s. 163). Öyleki; gelir esnekliği, bu değişkene ait verilerin toplanması ve sağlık harcamalarıyla beraber sınanması neticesinde artma eğiliminde olduğu ortaya çıkmıştır; bu durumda sağlık harcamalarının hem bireysel bir ihtiyaç hem de ulusal düzeyde lüks bir mal olabileceğini yönünde bulguları arttırmıştır (Getzen, 2000). Bireysel olarak hem gelir seviyesine göre hem de sağlık hizmetlerinin çeşitlerine göre gelir esnekliğinin değişken olduğuna dair bulgular söz konusudur. Örneğin, alt gelir grubundaki insanların gelirlerinde yaşanan iyileşmelerle sağlık hizmeti önemli derecede artarken (McPake ve Normand, 2008, s. 25-

27), çoğunluğu kamu tarafından karşılanan koruyucu sağlık hizmetlerine olan talep gelir esnekliğinden bağımsızdır (Mooney, 1992, s. 567). Maisonneuve ve Martins (2006), makro çalışmalarda sıklıkla bulunan yüksek gelir esnekliklerinin, ekonometrik analizde fiyat ve kalite etkilerinin kontrol edilmemesinden kaynaklanabileceğini ileri sürmektedir. Ülkelere göre değişmekle birlikte, daha yakın zamandaki çalışmalarda, kullanılan yöntemlerin barındırdığı, ihmal edilen değişkenlerin var olması gibi unsurlarla baş edebilmek için sağlıkla ilgili olabilecek değişkenlerin kullanılması, verilerin kapsamı gibi metodolojik özelliklerle sağlık hizmetleri talebinin gelir esnekliği 1'in hemen altında ya da 1'in etrafında tespit edilmektedir (Azizi, vd., 2005; Acemoğlu, vd., 2009).

#### 2.2.1.1.1.2 Eğitim Seviyesi

Eğitim seviyesi, sağlık hizmetleri piyasasında artan hasta beklentilerinin nedenlerinden biridir. Eğitim seviyesinin talep yönüyle hasta beklentilerini tetiklemektedir. Leigh vd. olumsuz sağlık koşullarının eğitim üzerine de etkisini ortaya koymuştur (2009, s. 23). Talep ekseninde; alınan eğitim arttıkça sağlık bilincinde de gelişmeler olmaktadır. Bu durumun kendini gösterdiği alan tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinden çok koruyucu sağlık hizmetlerine olan talep artışında kendini göstermektedir. Öyleki, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri, aciliyet gerektirmeleri ve ertelenemez oluşlarıyla bireyler için koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha maliyetleri hizmet türleridir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin önleyici niteliği, tedavi hizmetlerine olan ihtiyacı, dolayısıyla talebi kısan bir faktördür. Alınan eğitimin artması neticesinde, koruyucu sağlık hizmetleri çerçevesinde, rutin bir sağlık kontrolü ve bireysel olarak hastanın takibi bir nevi önleyici tedbirleri ve herhangi bir hastalık halinde erken teşhisi sağlamaktadır. Geneli itibarıyla eğitim seviyesindeki artışlarla fertlerin kendisine yatırım yaptığı söylenebilir (Wonderling, vd., 2005, s. 189; Zweifel vd., 2009, s. 110).

#### 2.2.1.1.1.3 Şehirleşme

İktisadi gelişmenin bir sonucu olarak şehirleşme beraberinde, kırsal bölgelere nazaran daha iyi sağlığa erişim alternatiflerini barındırmaktadır (Moore, vd., 2003, s. 269).

Sağlığa erişimin artması ise başlı başına var olan hastalıkları ortaya çıkartmakta ve talebe neden olmaktadır. Şehirlerin yüksek göç alma potansiyelinde bu tür dinamiklerin de olduğu söylenebilir. Ancak olası bir nüfus değişimi hareketinde sağlık hizmetlerinin karşılaşacağı kapasite probleminin aşılabilmesi için en azından fert başına düşen sağlık hizmet düzeyinin aynı seviyede kalması için sağlık hizmetlerinin arttırılması gerekmektedir (Mutlu ve Işık, 2005, s. 214). Ancak, sağlığa erişim alternatifinin nispeten daha iyi olması, bunun hasta beklentilerini ve dolayısıyla sağlık harcamalarını arttırması dışında, şehirleşmenin bünyesinden kaynaklanan faktörler de sağlık harcamalarını arttırabilmektedir (Todaro ve Smith, 2015, s. 332-355). Şehir nüfusunun kalabalıklaşması olası bir salgın hastalık riskinde hastalıkla mücadeleyi daha pahalı hale getirecektir. Topluma olan maliyeti açısından hastalığın yavaşlatılabilmesi daha geç gerçekleşeceği için farklı bakım maliyetlerine neden olabilir. Şehir hayatının kırsal bölgelere nazaran sahip olduğu daha fazla iktisadi aktivite (Todaro ve Smith, 2015, s. 332) zaman kısıdını arttıracığından sağlıklı yaşam koşulları için gerekli olan; yeterli düzenli beslenme, yeterli uyku, düzenli fiziksel aktivite gibi koşulların tam olarak gerçekleşmemesi yaşam tarzının sağlıklı olmasına neden olacaktır (Sağlık Bakanlığı, 2016). Bu haliyle şehirleşme faktörü her ne kadar artan hasta beklentileri içinde sayılsa da sağlık harcamalarını diğer faktörler nezdinde de etkileme gücü olan bir unsurdur.

#### 2.2.1.1.2 Artan Hastalık Yüğü

Günümüzde uluslararası karşılaştırmalara konu olan ve kökenlerini 1996 yılında Murray ve Lopez'in çalışmasından alan hastalık yüğü kavramı; ölüm, hastalık ve yaralanmalara yönelik olarak kapsamı geniş, sürekliliği olan ve mukayese edilebilir şekilde söz konusu bu bilgilere dair ihtiyaçlara yanıt veren bir kavramdır. Bu kavramın kapsamında yer alan hastalık, ölüm ve yaralanma gibi sağlık sorunlarına dair; her birinin taşıdığı potansiyel riskleri içeren tahminler, söz konusu bu risk faktörlerine dair değerler, bölgesel, ulusal ve uluslararası düzeyde karşılaştırmalar, politika yapıcılar için verilerin sağlanması ve alternatif politikalar için maliyet etkinlik analizleri gibi imkânlar sağlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2006; Erbaydar, 2009). Hastalık yüğü kavramı<sup>26</sup>, toplum sağlığı açısından bir

<sup>26</sup> Hastalık yüğü kavramı sayesinde hastalık, yaralanma ve ölüm gibi sağlık problemlerinin içerdiği risklere dair tahminler yapılabilmesi, toplum sağlığını ilgilendiren çeşitli ölçütlerle değerlendirilmektedir. Bunlar:

nevi özet bilgi niteliği taşımakla birlikte; bu yükü, nüfusun yaşlanması ve sağlıklı hayat tarzı etkilemektedir.

#### 2.2.1.1.2.1 Nüfusun Yaşlanması

Sağlığa verilen önemle birlikte artan ve sağlık çıktısı olarak değerlendirilebilecek olan doğumda beklenen yaşam süresi bir nevi gelişmişlik göstergesi özelliğine sahiptir. Artan sağlık ve bakım olanakları ile tıbbi ilerleme doğumda beklenen yaşam süresinin artmasını sağlayan bir faktördür. Özellikle doğum hızlarının ve mortalite (ölüm) oranlarının düşük olduğu ülkelerde 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfus içinde daha fazla pay sahibi olduğu görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2004, s. 34).

Doğum hızının ve mortalite oranlarının düşük olduğu ülkelerde, özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygın olduğu, sağlığın teşviki ve geliştirilmesine önem verilen ülkelerde demografik yapının uzun vadede değişmesine neden olmaktadır (Bhat, 2005, s. 215). Dolayısıyla nüfusun yaşlanması gibi doğum sayısı da nüfusun genel yapısı üzerinde benzer etkilere sahiptir. Ülkelerin gelişmişlik seviyelerine göre nüfusun yaşlanmasının yanı sıra görülen bir diğer problemde nüfusun hızlı yaşlanmasıdır (Mandiracıoğlu, 2010, s. 40-42). Farklı iktisadi etkiler bu unsura neden olmaktadır. Nüfusun yaşlanması ile karşılaşılan temel problem sağlık harcamalarında artışı tetiklemesidir (Xu ve Holly, 2011, s. 6). Çünkü ilerleyen yaşla birlikte görülebilecek risk faktörü yüksek olan kronik olarak nitelendirilecek kimi hastalıkların yanında, hastalık durumunda vücudun tedaviye verdiği tepkilerin gecikmesi uzun dönem bakım maliyetlerini de etkilemektedir. Hastalık görülme sıklığı ve farklı bakım ihtiyaçlarının doğması ve bunun uzun süreli olması sağlık hizmetlerinin birim maliyetlerini de etkilemektedir (European Commission, 2013, s. 162).

---

engelsiz (yeti yitimsiz) yaşam umudu (disability free life expectancy), sağlıklı yaşam umudu (healty life expectancy), engelliliğe (yeti yitimine) ayarlanmış yaşam yılları (disability adjusted life years), sağlıklı yaşam yılı (healty life years), kaliteye ayarlanmış yaşam umudu (quality adjusted life expectancy) kavramlarıdır (WHO, 2003, s. 27-28; Sağlık Bakanlığı, 2006, s. 49). Bu ölçütlerden en çok kullanılan “DALY” yani engelliliğe ayarlanmış yaşam yılıdır. DALY, “ölüme neden olan ya da olmayan hastalık veya bozukluklar nedeniyle kaybedilen yılları sayan mutlak bir sağlık kaybı ölçütüdür” (Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2013, s. 7). Bir DALY sağlıklı yaşamdan yitirilen bir yıl olarak hesaplanmaktadır (Murray ve Lopez, 1996, s. 7)

İktisadi açıdan ise 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfus içerisindeki payının artması toplumun genelini ilgilendiren bir olguya dönüşmektedir. Yaşlı nüfusla birlikte bağımlılık oranının artması söz konusudur. Ekonomik açıdan gelirin üretilmesine katkı sağlayan nüfus ile oluşan iktisadi büyüklükten pay alan gruplar arasında dengesizlik olacaktır (Tezcan ve Seçkinkir, 2012, s. 4-7). Öyleki, nüfusun yaşlanmasıyla emek piyasası içinde olmayan kesim üretkenliğe katkı yapamayacağı gibi (Kuzgun, 2002, s. 38), devletinde en büyük gelir kalemi olan vergi hasılatında kayıplar yaşanacaktır (Acar ve Kitapçı, 2008, s. 81). Makro bir görünüm ile sosyal güvenlik sistemi üzerindeki yük çalışan kesimin üzerine yükleneceği için, katkı paylarının farklılaşması, doğrudan vergilerde düzenleme ile bunun merkezi ve yerel bazda değerlendirilmesi gibi (Bülbül, 2013, s. 168-169), farklı sigorta programları gibi alternatiflerin kamu tarafından koordineli olarak düşünülmesini gerektirmektedir (World Economic Forum, 2012).

#### 2.2.1.1.2.2 Sağlıksız Yaşam Tarzı

Sağlıksız yaşam tarzı olarak nitelenen olguya sebep olan çeşitli faktörler vardır. Günümüzde bu yaşam tarzının neden olduğu hastalıkların görülme sıklığı artmaktadır (Thornton, 2002, s. 60). Diyabet, felç, üst solunum yolu hastalıkları, kalp hastalıkları yaşam tarzına bağlı olarak gelişen hastalıklardır. Başta beslenme yetersizlikleri (temel besin gruplarından dengeli şekilde tüketmeme) olmak üzere bulaşıcı olmayan hastalıkların artışının temel sebebi sağlıksız yaşam tarzıdır. Beslenme alışkanlıklarının bir sonucu olarak, besin çeşitliliğinin sınırlı olması, beden kitle indeksinde<sup>27</sup> artışa neden olarak, obeziteyi tetiklemesinin yanında bazı kanserlerin de nedenidir (Aslan, 2012, s. 38-39). Günümüzde obezitenin neden olduğu faktörlerle birlikte bakım maliyetleri, normal kilolulara göre neredeyse iki kat daha fazla olarak gerçekleşmektedir (WEF, 2012). Bulaşıcı olmayan hastalıkları diğer tetikleyen unsurlar ise fiziksel aktivite yapılmaması ile tütün ve alkol kullanımıdır.

<sup>27</sup> Vücutta hastalığa neden olabilecek aşırı ve anormal yağ birikimi obezite olarak ifade edilmekle birlikte bu tam beden kitle indeksi aracılığıyla konulabilmektedir. Beden kitle indeksi ise Vücut Ağırlığı (kg) / Boy (m<sup>2</sup>) şeklinde hesaplanmaktadır. Bu oranın 30'u geçmesi halinde obez tanısı konmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2017, s. 26-28).

Sağlıksız yaşam tarzına neden olan bu tür tüketimler, her zaman bireysel tercihler sonucunda ortaya çıkmazlar. Öyleki, tütün kullanımı aktif olmasa dahi, bu kullanımın çevreye verdiği negatif dışsallıktan ötürü dumanının etki kapsamında olan herkesi etkileme gücüne sahiptir. Dolayısıyla pasif tütün kullanımı da sağlıksız yaşam tarzına neden olmaktadır. Bu tür malların tüketiminin yanında beslenme yetersizliklerinin anne adaylarını etkilemesi beraberinde yeni doğanlar üzerinde de hastalıklar görülmesine neden olmaktadır (Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2013, s. 12-19).

Yetersiz uyku, kişisel temizliğin eksikliği veya yokluğu, zararlı güneş ışınlarından ve istemsiz yaralanmalardan korunmak adına güvenli davranışların yapılmaması diğer sağlık yaşam tarzı unsurlarına örnek gösterilebilir (Akyol, vd., 2012). Sağlığı negatif olarak etkileyen sağlıksız yaşam tarzı nihai olarak sağlık harcamalarını arttırmaktadır.

#### 2.2.1.2 Sağlık Hizmetleri Arzı

Sağlık harcamalarında yalnızca talep değil arz tarafı da artışa neden olan unsurlar arasındadır. Teknolojik ilerleme beraberinde sağlık hizmetlerinde tedavi alternatiflerini de arttırmaktadır. Ancak her teknolojik ilerlemelerin kullanılması yeni yatırımları gerektirdiğinden maliyet artışları yaşanmaktadır. Ayrıca kaynak tahsisi sürecini etkileyen ve kaynak tahsisinde karşılaşılan yetersizlikler arz cephesinden sağlık harcamalarındaki artışı tetiklemektedir.

##### 2.2.1.2.1 Hizmet Birim Maliyetlerinin Artması

Genellikle klinik sonuçları iyileştiren yeni tedavi alternatifleri ve teknolojiler, hastalara daha geniş kapsamlı bir dizi bakım alternatifi sunmakla birlikte birim maliyetlerinde artışa neden olmaktadır. Bu durum sonuçtan ziyade; maliyet etkililiğin, fiyatın ve tedavi kalitesinin bir fonksiyonu olan çıktıya odaklanan inovasyon süreçlerinin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (WEF, 2012).

#### 2.2.1.2.1.1 Teknolojik Gelişme

Teknolojik gelişmelerin sağlık alanında kullanılması, farklı alanlarda araştırma yapılması ihtiyacı ve sağlık alanına mahsus olarak yapılan araştırma ve geliştirme faaliyetleri neticesinde bu alanlara ayrılan kaynaklarda artış olması, tedavi yöntemlerine yeni alternatifler kazandırmakla birlikte maliyetleri de artırmaktadır (Kurtulmuş, 1998, s. 63).

Sağlık alanında yeni teknoloji kullanımı, maliyetli olmasına rağmen, bireysel ve toplumsal faydalarından ötürü yatırım unsuruna dönüşmektedir. Ayrıca kullanılacak olan yeni teknolojilerin bakım maliyetleri ile bu teknolojiyi kullanacak olan sağlık personeli yetiştirilmesi de içerdiği maliyetlerden ötürü teknolojik gelişmelerin neden olduğu sağlık harcamaları artışları arasında değerlendirilmektedir (Mutlu ve Işık, 2005, s. 216).

#### 2.2.1.2.2 Yetersiz Kaynak Tahsisi

Kıtlık problemi sağlık hizmet sunumunu şekillendiren birincil faktör olmakla birlikte yeterli düzeyde mali kaynak olmaması, sağlık sektörü için ek kaynak yaratılamaması (Thomson vd., 2009) ve sağlık sektörü için emek arzındaki eksiklik sağlık hizmetleri alanında kaynakların yetersiz tahsisine yol açmaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin maliyetlerinde görülen artış, sağlık sektörünün altyapısından kaynaklanan, değişime açık olmayan ve değer artışı sağlamayan teşvik sisteminden ötürü mevcut kaynakların da verimli kullanılmasını engellemektedir (WEF, 2012). Kaynakların yetersiz tahsisi hem sağlık hizmetleri erişiminde problemlere neden olmakta hem de sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlanmayı engellemektedir (Tokat, 2001).

Sağlık sektöründeki mevcut idari altyapının değişime açık olmaması bürokratik bir engel olmasının yanında başlı başına bir maliyet unsurudur. Sağlık hizmetlerinde maliyet artışlarının nedeni olan başta çıkar grupları olmak üzere, sağlık hizmet türlerine göre idari yapının ele alınması ve idari yapıda aksaklıklara neden olan unsurların analizi kaynakların verimli kullanılmasını sağlayabilir. Bunun yanında sağlık hizmetlerinde değer odaklı sonuçların üretilmesi için tüm sağlık personelinin ilgilendirecek şekilde teşvik sisteminin düzenlenmesi gerekmektedir (WEF, 2013).

### 2.3 SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Topluma yönelik sağlık hizmetlerinin sunulması, genel karakteristikleri birbirine benzemeyen sağlık sistemlerinin (Glied, 2008, s. 1) temel özelliklerinden biridir. Sağlık düzeyini, kamu politikaları ve toplumlar en üst seviyeye çıkarmaya çalışırken; mevcut kaynaklardan sağlanan faydalar, sağlığın niteliği, bakım sistemleri ve finansman mekanizmaları bu tartışmalardan uzak değildir (Phillips, 2005, s. 20). Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilir olması, hizmet girdilerinin sağlanması, sağlık hizmetlerinde kullanılan tüketim mallarının erişilebilir olması ve bunlarla ilgili finansal kaynakların yeterli olmasına bağlıdır (WHO, 2000; Mossialos ve Dixon 2002).

Ülkelerin gelişmişlik seviyelerinden bağımsız olarak, sağlığa tahsis edilen kaynakların kıtlığı karşısında sağlık harcamalarında küresel ölçekte artış yaşanmaktadır (WHO, 2000). Kaynakların kıtlığı altında harcama düzeylerinde artış olması, bireysel olarak sağlık hizmetlerinden yararlanamamaya neden olabilir. Bu tür bir ihtimalin var olması gelir düzeyi düşük gruplar üzerinde sağlığa erişememenin başlıca nedenleri arasında olup, sağlık hizmetlerinin bünyesinden ötürü bu risk faktörünün en aza indirilmesi ihtiyacı; toplumları, sağlık hizmetlerinin finansmanına dair düzenlemelere yöneltmiştir (WHO, 2000).

2000 yılında Dünya Sağlık Örgütü, sağlık finansmanını, “sağlık sisteminde, bireylerin sağlık ihtiyaçlarını tek tek ve toplu olarak karşılamak için birikim, para tahsisi ve seferberlik ile ilgili sağlık sisteminin bir işlevi” (WHO, 2000) olarak tanımlamıştır. 2007 yılında bu tanım, insanların ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini kullanabilmelerini sağlayan ve bunları kullanırken insanları finansal yıkımdan<sup>28</sup> ve ödeme yapılmak zorunda kalınan hizmetlerde yoksullaşmadan koruyan, yeterli kaynak sağlayan sistemler olarak genişletilmiştir. Bu finansman sisteminin özelliği hizmet sunucularının ve kullanıcıların verimli olması için teşvikler sağlamasıdır (WHO, 2007).

<sup>28</sup> Finansal yıkım (katastrofi), bireylerin harcamaları içerisinde bir nevi hayat standartlarını tehlikeye sokan harcamalardır (Berki, 1986, s. 138). Sağlık hizmetleri kullanımında, cepten yapılan ödemelere ilişkin olarak ortaya çıkan finansal yıkıma sebep olan sağlık harcamaları; bireylerin ve hanelerin refah düzeylerini olumsuz etkileyen, bireylerin kendi kaynaklarını kullanarak yapılan sağlık harcamalarının finansmanı için kullanılan ve yoksullaşmaya sebebiyet veren harcamalardır (Van Doorslaer, vd., 2007, s. 1169; Naga ve Lamiraud, 2008: 3).

Sağlık hizmetlerinde kaynakların bir nevi harekete geçirilmesini ifade eden sağlığın finansmanı (Lee ve Goodman, 2002, s. 98) sağlık hizmetleriyle beraber düşünüldüğü takdirde bir kaynak transferini ifade etmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002, s. 2-3).

Sağlık finansmanının amacı ise, sağlık hizmetlerine finansman sağlarken hizmet sunucularına doğru mali teşvikler vererek, tüm bireylerin etkili bir şekilde kişisel sağlık ve halk sağlığı hizmetlerine erişebilmelerini sağlamaktır (WHO, 2000). Sağlık hizmet sunumunun yaygınlığı dışında, hane halkının gelir durumuyla birebir ilgili olan sağlığa erişim koşulları, sağlık hizmetlerinin finansmanında yoksullaşmanın gözetimini, finansmanda adalet için gerekli kılmaktadır (Cutler, 2002, s. 881). Finansman koşulları doğrudan sağlık sistemlerinin performansında değerlendirme konusu olan hakkaniyetle (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008, s. 134) ilgili olduğu için, sağlık hizmetlerinde erişimin adil olabilmesi ancak bireylerin uygun sağlık hizmetlerini kullanabilmesiyle (Braveman, 2003) dahası, düşük gelir grubundakilerin sağlık hizmetlerine erişebilir olmasıyla sağlanabilecek bir husustur.

Sağlık hizmetleri finansmanının sahip olduğu işlevler ise kimden ne kadar kaynak toplanacağını içeren gelirlerin toplanması yani kaynak oluşturulması, fonların hizmet sunucularına tahsis edilmesi ve hizmet sunucularına ödemelerin yapılmasıdır (Murray ve Frenk, 2000, s. 724; Kutzin, 2001, s. 174). Bu işlevler aracılığıyla birey ve hane halkları ile firmalar üzerinden alınan dolaylı, dolaysız vergiler ile zorunlu sigorta primleri ve cepten ödemelerle tıbbi tasarruflar; merkezi veya yerel hükûmete, sosyal güvenlik kurumlarına, özel sigorta şirketleri ya da kâr amacı olmayan şirketlere ve hizmet sunucularına kaynak aktarımı gerçekleştirilir (Mossialos ve Dixon, 2002, s. 4).

### **2.3.1 Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri**

Sağlık harcamalarındaki artış nedeniyle ülkelerin sağlık politikasında önemli bir yer edinen sağlık hizmetlerinin finansmanı, toplumun sağlık düzeyinin iyileştirilmesini amaç edinen sağlık hizmetleri yönetimi için hem bir araç hem de üzerinde alternatifler oluşturulmaya çalışıldığı bir alandır (Bülbül, 2016). Sağlık hizmetlerinin finansmanında taraf olan, hizmet alan ve hizmet verenler arasında kaynak aktarımının doğrudan yapılması yerine çoğunlukla üçüncü bir tarafın aracı olduğu, ödeyici olarak finansmanı

gerçekleştirdiği bir model günümüz sağlık sistemlerinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın hangi şartlar altında doğacağı öngörülemez olduğu için, dahası ihtiyaç duyulan sağlık hizmeti maliyetinin bilinmemesi, söz konusu bu üçüncü tarafın ödeyici olmasına neden olmaktadır. Öyleki, bireysel sağlık hizmeti ihtiyacında maliyetler, yeterli olmayan düzeyde sağlık hizmetinin alımına neden olabilecek boyutlarda gerçekleşebileceğinden, üçüncü taraf bu hizmet alımı ve kaynak aktarımında müdahil konumuna gelmektedir.

Sağlık finansmanı sisteminde, sağlık alanının ilke ve değerlerini içeren felsefeye; benimsenen felsefe nezdinde bireylere ve topluma sağlık hizmetini sunarken yapılan düzenlemeleri içeren finansman politikasına ve daha geniş bir yaklaşımla, sağlık sektörünün tüm alanlarında sektörün ihtiyaç duyduğu altyapıyı, oluşturmayı kurumlar arasında koordineyi ve finansmanı sağlamayı içeren sağlık politikasına karar verilmek zorundadır (Jack, 1999; Bornemisza, 2002; WHO, 2017). Bu unsurlar ülkelerin sağlık hizmetleri finansmanında birbirinden ayırtırdığı gibi yerel düzeyde de ülke uygulamaları içinde farklı yapılanmaları gerektirebilmektedir<sup>29</sup>. Bu unsurların hepsi bir ülkenin sağlık hizmetleri finansman sistemini oluşturan temel yapı taşlarını ifade etmektedir. Bu tür bir altyapının beraberinde finansman stratejilerini oluşturan farklı dinamikler de vardır (Hoare ve Mills, 1986; Roberts vd., 2004):

Sürdürülebilir bir finansman sisteminin sağlanabilmesi ülkelerin *sosyoekonomik gelişme düzeylerine* bağlıdır. Sahip olunan iktisadi kaynaklar ve bunların verimli kullanımı sağlık sistemi ve finansmanı üzerinde belirleyici olmaktadır. *Mali kapasiteyi* oluşturan kişi başına düşen gelir ve sağlık sistemlerinde gelir gider dengesizliğini gideren vergi gelirleri sağlık hizmetlerinin kapsamını netleştiren bir ölçüttür. Ülkelerin benimseyeceği finansman şeklinin objektif olarak bu unsurlara dayanması gerekmektedir. Sağlık sisteminde kaynak oluşturacak ve hizmetin tarafları arasında kaynak akışını sağlayacak idari düzenlemelerin hem toplum tarafından kabul görmesi hem de *uygulanabilir* olması gerekmektedir. Finansman için gelir kaynaklarının seçilmesi, *hakkaniyete* göre oluşturulacak fonun yapısını belirlemektedir. Bu fon içinde gelir düzeyine göre hangi kesime ağırlık verileceği söz konusu kesim için farklı mali yüklerin doğmasına neden olabileceğinden gelir grupları arasındaki göreceli ilişkilerin ve potansiyel sonuçların adil

<sup>29</sup> Alternatif finansman yöntemlerine göre tasnif edilmiş ülkeler EK-4'te verilmiştir.

değerlendirilmesi gerekmektedir. Politik olarak seçilen finansman yönteminin şeklinden bağımsız olarak, her alternatif modelin barındırdığı kendine özgü maliyetlerin olması, sistemin içinde *verimliliğin* esas alınmasını gerekli kılmaktadır. Ahlaki risklerin varlığı gereksiz sağlık hizmetlerine yol açabileceği gibi, hizmet başı ödemelerin olduğu veya hekim performansında sonuçlar yerine çıktı sayılarını baz alan finansman yöntemleri, ihtiyaç olmayan sağlık hizmetlerinin de sunulmasına yol açabilmektedir. Bu bağlamda seçilecek olan finansman yönteminin, *tüketici davranışlarını* ve *hizmet sunucusunun davranışlarını* olumsuz yönde etkilemeyecek şekilde dizayn edilmesi gerekmektedir.

Altyapı ve stratejilerin temel olduğu sağlık hizmetleri finansmanında, alternatif yöntemlerin sınıflandırılmasına dair bir birlik olmasa da<sup>30</sup> başvurulmuş çeşitli yöntemler<sup>31</sup> takip eden bölümde kamu ve özel kaynaklı finansman ayrımına dikkat edilerek incelenecektir.

#### 2.3.1.1 Kamu Kaynaklı Finansman Yöntemleri

Kamu sağlık piyasasında hizmet sunumunu gerçekleştirmenin yanında piyasa üzerinde düzenleyici ve denetleyici olarak yer almakta ve alternatif finansman yöntemleriyle sağlık hizmetlerinde taraf olmaktadır. Kamu kaynaklı sağlık hizmetleri özel kaynaklı sağlık finansmana kıyasla tarihsel süreçte nispeten yeni bir aktördür. Tarihsel gelişim süreçlerinin bir sonucu olarak (zorunlu) sosyal sigortacılık ve bu yöntemi takip eden vergilerle finansman yöntemi 1900'lerin sonu itibarıyla kullanılmaya başlanmıştır.

##### 2.3.1.1.1 Sosyal Sağlık Sigortası

<sup>30</sup> Sağlık hizmetlerinin alternatif finansman yöntemleri bir sınıflandırma olmadan vergi gelirlerinden, gönüllü sigortaya kadar sayılabildiği gibi (Roemer, 1991, s. 64-66); kamu ve özel finansman kaynakları birbirinden ayrı şekilde de değerlendirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü bu ayrımın kamusal ve özel finansman temelinde; doğrudan ve dolaylı ödemeleri, sağlık sigortasını ve dış kaynakları birbirinden ayırarak bir tasnife gitmektedir (WHO, 1993: 11-18).

<sup>31</sup> Bağışlar da alternatif bir yöntem olarak değerlendirilmekle birlikte, bağışçının özel ve kamu sektöründen olmasına bağlı olarak kategorize edilebilir (Murthy, vd., 2004). EK-5'te kamu ve özel ayrımı yapılmaksızın sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları, kaynakların toplanma yöntemi kurumuyla birlikte verilmiştir.

Yasal zeminde 1883 yılında Otto Van Bismarck'ın öncülüğünde şekillenen zorunlu sağlık sigortası yöntemi Almanya'da geliştirilmiştir. Gönüllü olarak yapılan sağlık sigortacılığı zemini üzerine kamunun yürütücü olmasıyla zorunlu bir sisteme dönüşen bu yapı Bismarck Modeli olarak da anılmaktadır.

Sosyal yardım ve sigorta bağlamında Ortaçağ dönemine kadar uzanan bir geçmişe sahip olan bu yapı Avrupa coğrafyasında bir nevi sosyal gelişmişliğin ve sanayileşme ivmesinin bir ürünü olarak yasal zemin kazanmış, 1883'de uygulama ülke çapına yayılmış ve katkılar zorunlu hale getirilerek işveren yükümlülükleri netleştirilmiştir (Abel-Smith, 1994, s. 70-71; Normand ve Busse 2002). Zorunlu sağlık sigortası, endüstri düzeyinde belirli bir ücret seviyesinden daha az kazanan çalışanların hastalık fonuna tabi olmaları ve bu fonun finansmanı için işçi ve işveren kesiminden alınan zorunlu katkıları ifade etmekle birlikte bir nevi hastalıklar için sigorta oluşturulması esasına dayanmaktaydı (Ron, vd., 1990, s. 8). Bu sigortanın gelişim gösterdiği yıllarda kapsamı hızlı bir şekilde gelişmiş; iş kazalarına karşı sigortayı ve beraberinde sakatlık ve yaşlılık sigortalarının doğmasına neden olmuştur. Ülke çapında katkıların zorunlu olmasıyla, birçok ülkede sosyal güvenlik sistemlerinin yapısı bu zemin üzerine oturmaktadır. Bu finansman tipinde çalışanlar, işverenler ve sosyal refahın sonucu olarak devlet, fonun oluşması amacıyla prim ödemesinde bulunurlar (Fişek, vd., 1998, s. 3). İşverenler ile yaş ve cinsiyetten bağımsız olarak işçi primleri, maaşların bir oranı şeklinde hesaplanan miktar üzerinden fona aktarılır. Ülke uygulamalarındaki farklılıktan ötürü gelirin baz alındığı sistemler de mevcuttur. Devletin burada, sosyal ve politik gerekçelerle ödeme gücü olmayanların sosyal güvenlik şemsiyesinden yararlanmasını adına katkı yapmaktadır (Carrin ve James, 2005).

Uygulama safhasında ülkelerin sahip olduğu bünyesel özelliklerden ötürü farklılıklar görünse de sosyal sağlık sigortasının temel özellikleri aşağıdaki gibi sıralanabilir (Saltman ve Figueras, 1997, s. 118; International Labour Organization, 1999, s. 10; Normand ve Busse, 2002, s. 62-69):

1) Nüfusun neredeyse tamamı için bu sigorta zorunlu bir ödeme yöntemidir. Kapsamı itibariyle şehirlerde firma büyüklüğü esasına göre sigortalanan çalışanlarla başlayan bu fonlama; diğer şirketleri, çiftçileri ve kendi namına çalışan kişileri kapsar hale gelmiştir. Hollanda uygulamasında 2007 yılına kadar üst gelir grubunda bulunanlar sigorta

kapsamında olmaması, Fransa uygulamasında zorunlu üyeliğin bulunmaması, Almanya pratiğinde farklılaştırılmış sigorta kapsamıyla belli kesimlere yönelik hizmet sunulması söz konusudur.

2) Bu finansman yöntemin içerisinde seçenek ve risk alternatifinin varlığına göre farklı fon tipleri barındırabilir. Ülke içerisinde yerel düzeyde farklılıklar olabileceği gibi mesleklere göre de sigortaya tâbi olunması söz konusu olabilir. Kantonlar arası uygulama farklılıklarının olduğu İsviçre bu çeşitliliğe örnek teşkil etmektedir.

3) Zorunlu ödeme esasının temel alındığı bu yapı özel bir örgütü gerektirmektedir. Sosyal sigorta hizmeti veren kurumlar bağımsız olabileceği gibi parafiskal nitelikte de olabilirler. Kurumlarda esas olan risk havuzlamasının yapılmasıdır. Devletin bu alandaki müdahaleciliği de alt gelir gruplarını bu havuza dâhil ederek potansiyel risklerin daha fazla paylaşımını sağlamaktır. Yöntem olarak risk paylaşımı; düşük riske sahip olanların yüksek risklileri finanse etmesi, sağlıklı olanların olmayanları finanse etmesi, genç çalışan aktif nüfus içinde yer alanların yaşlıları finanse etmesi, üst gelir grubundan alt gelir grubuna doğru gelir paylaşımı şeklinde ihtiyaç ekseninde değerlendirilebilir.

#### 2.3.1.1.2 Vergilerle Finansman

Vergi tabanlı olan bu finansman yönteminde hangi türde sağlık hizmetine, hangi şartlarda ve ne zaman ihtiyaç duyulursa alınabileceği görüşü hâkimdir. Finansmanda seçilen kaynağın tamamı veya finansman kaynakları arasında nispi paylar açısından en büyük oranın vergilerden oluştuğu bu sistem Beveridge Modeli olarak da anılmaktadır. Tüm nüfusu kapsayan bu finansman yönteminde, kanuni olarak belirlenen katkı payları hariç tutulursa ücretsiz hizmet verilmesi söz konusudur. Bu bağlamda sağlık hizmetinin yararlanıcısı olacaklar, gelir durumlarından bağımsız olarak kamu bütçesinden finanse edilmektedirler. Dünya Sağlık Örgütü'ne üye 191 ülkenin yarısından fazlasında, homojen bir yapıda olmasa da ağırlıklı olarak vergi tabanlı finansman kullanılmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002, s. 14). Bu finansman yönteminin kaynağı vergiler olduğu için dolaylı ve dolaysız vergiler nezdinde bu kaynağa tüm toplumun katkısı bulunmaktadır. Bu durum, risklerin aynı havuzda toplanması dolayısıyla idarelere ölçek ekonomilerinden

yararlanama fırsatı verirken, bireylerin sağlık statüsünden bağımsız olarak fonların toplanması sağlanır (WHO, 2000).

Risklerin bir havuzda toplanması esasının etkin işlemesine engel olabilecek bazı unsurlar da söz konusudur. Vergi yükünün belirli kesimlerde veya tüketim grupları üzerinde toplanması vergi sistemini adil olmaktan uzaklaştırdığı gibi ihtiyaç olmayan fazla tüketimler de gerçekleşebilir. Kamu bütçesi, sağlık sektörüyle beraber birçok alana kaynak oluşturduğu için kurumlar arası rekabet söz konusu olabilir. Yerel düzeyde vergi otoritelerinin var olması, yani yerel yönetimlerin bu cebir gücüne sahip olmaları bazı hizmet alanlarında yerel ihtiyaçlara cevap verdiği için avantajlı bir konumda görülebilir. Ancak sağlık hizmetlerinin maliyeti her zaman yerel otoritelerin üstlenebileceği düzeyde olmayabilir (Mossialos ve Dixon, 2002). Vergi kapasitesiyle ilişkili olan bu durum, göreceli olarak gelirin düşük olduğu yerel yönetimlerde sağlığın finansmanın sağlanması için genel bütçenin katkılarının olması gerektiği anlamına gelmektedir. Bunların ötesinde, kapsayıcılığı açısından vergi tabanlı sistem tüm nüfusu içine alıyor olsa da; ülkelerin sahip olduğu ekonomik riskler ve konjonktürel durumlardan etkilenme dereceleri, ekonomik istikrarsızlıklar, bütçe üzerinden kaynak ayrılan alanlar arasında sağlığın görece az pay alması, politik unsurlar, tabana yayılmış bir vergi sisteminin olmaması, verginin tahsilinde yaşanan gecikmeler eşit bir sağlık hizmetinin verilmesini engelleyen unsurlardır.

Vergilerin finansmanda kullanımının, risklerin aynı havuzda toplanması haricinde sağladığı belli başlı avantajlar da mevcuttur. Sosyal sağlık sigortasında olduğu gibi farklı bir idari yapılandırma gerektirmeyen bu yöntem, verginin konusu olan gelir, tüketim ve servet açısından kayıt dışı ekonomilerin varlığında da tüketim ve servet üzerinden vergi toplanacağı için kaynak elde etme imkânı daha fazladır. Sağlık hizmetinin tarafı olanlar arasında birebir ilişkinin olmaması sağlık sektöründe daha güçlü altyapının oluşmasına imkân sağlar. Ancak, sağlık idaresinin buradaki rolü daha belirgin olduğu için yönetim organizasyonunun taşıdığı olumsuz özelliklerle, kurumlar arası koordineli yürümeyen hizmet ağının beraberinde hasta memnuniyetsizliğine neden olması olasıdır.

#### 2.2.1.2 Özel Finansman Yöntemleri

Hizmet alımında harcamalar için yapılan cepten ödemeler, sağlıksız olma durumunda bunun süresiyle de ilişkin olarak bir nevi finansal korumadan yararlanmak için yaptırılan özel sağlık sigortaları ve tıbbi tasarruf hesapları özel nitelikli finansmanlar olarak değerlendirilmektedir.

#### 2.2.1.2.1 Cepten Ödemeler

Sağlık hizmetlerinin alınması esnasında bizzat hastaların yaptığı ödemeleri içeren cepten harcamalar (Mossialos ve Dixon 2002), risk paylaşımını temel alan finansman yöntemlerinde olduğu gibi herhangi bir ön ödemenin yapılmadığı (WHO, 2000) yöntemdir. Hizmet sunucusuna yapılan kaynak transferi doğrudan sağlık hizmetlerinin gerçekleşmesine bağlı olduğundan, cepten ödeme yöntemi, sağlıksız olma ihtimaline karşı herhangi bir korunmayı içermemektedir. Zayıf finansal kaynaklara sahip ülkelerde sağlık hizmetleri finansmanının bir parçası olan cepten ödemeler; ilaç dâhil tıbbi gereç için yapılan ödemeleri, hastanede yatış ücretlerini, hekim ücretleri gibi ödemeleri kapsamakla birlikte (Özgen, 2007, s. 204) sağlık sistemi için bir gelir kaynağı niteliğinde olup olmadığı tartışmalıdır (Acs ve Sabelhaus, 2005). Kullanımının ilk örneklerine Hammurabi Kanunları'na rastlanan hizmet karşılığı hekime ödemeleri içeren bu yaklaşım (Çilingiroğlu, 1997, s. 392), zamanla küresel ölçekte devletin sağlık sistemindeki varlığı ve kamu kaynaklı ödemelerle ağırlığı azalmıştır. Lakin, sağlık harcamalarında görülen önemli artışlar neticesinde kaynakların verimlilik esasına göre kullanılması ve finansman kaynaklarını çeşitlendirme ihtiyacı; doğrudan ödemeler, maliyet paylaşımını içeren kullanıcı katkıları ve enformel (gayriresmi) ödemeler (Belli, vd., 2002) şeklinde cepten ödemeleri gerekli kılmaktadır.

Doğrudan ödemeler, geri ödeme kurumlarının sağlık hizmetlerinde taraf olmadığı, alınan sağlık hizmetinin karşılığı olarak yapılan ödemelerdir (Mossialos ve Dixon 2002). Maliyet paylaşımı esasına dayanarak, sağlık güvencesi kapsamında olan bireylerin, aldığı sağlık hizmetinin karşılığı olarak belirli bir miktarda yaptıkları ödemeler, katkı payları olarak ifade edilmektedir (WHO, 2004). Doğrudan ödemeler ve katkı payları, formel cepten ödemeler olup; sağlık güvencesi şemsiyesi altında olan bireylerin, hizmet sunumu

tarafında olanlara, kanuni olarak belirlenmiş ödemelerin dışında aynî veya nakdî olarak (Gaal, vd., 2006) yaptıkları ödemeler enformel ödemelerdir (Belli, vd., 2002).

#### 2.2.1.2.2 Özel Sağlık Sigortacılığı

Sağlık hizmetleri ihtiyacının öngörülemez oluşu; bireyleri, sağlık güvencesi kapsamında olmasından bağımsız olarak, özel çıkarların muhafazası amacıyla, risklerin teminatını sağlayacak gönüllü bir sigortaya yönlendirmektedir. Hastalık durumunda, karşılaşılabilecek maliyetin ne olacağının bilinmemesi, gelir kaybına neden olabileceği için (yaş, cinsiyet, hastalık geçmişine bağlı olarak şekillenen) prim ödemeleriyle sigorta teminatları satın alınarak finansal koruma sağlanmaya çalışılır (Sekhri ve Savedoff, 2005, s. 128-130). Piyasa kâr güdüsüyle hareket ettiği için maliyeti üstlenebildiği alanlarda sigorta kapsamında hizmet sunarken, bu sigortanın alıcıları arasında riski paylaştırarak hizmet sunumunu sürdürülebilir kılmaktadır. Sağlık hizmetinin yararlanıcıları tarafından üstlenilen primler ise sosyal güvencenin varlığında kimi zaman daha ayrıcalıklı hizmet paketlerinden dolayı talep görebilmektedir. Satın alınan sigortanın kapsamı ve yatırılan primlere göre cepten ödemelerin azalması dolayısıyla finansal yükü kısmen azaltması söz konusudur. Taşındıkları risklerden bağımsız olarak üst gelir grubundaki bireylerin bu finansman tipine tabi olması, sınırlı kamu finansmandan yararlananlara nispi bir avantaj sağlayabilir (Sekhri ve Savedoff 2005).

#### 2.2.1.2.3 Tıbbi Tasarruf Hesabı

Talep yanlı oluşan bu finansman, kamu tarafından yapılan sağlık harcamalarının azaltılmasını hedeflerken, sosyal güvence şemsiyesi altında bulunanların sahip olabileceği ahlaki risklere karşı gereksiz sağlık hizmetini kullanımını da azaltmayı amaçlayan bir alternatiftir. Sağlık harcamalarının kontrolüne dayanan bu yaklaşım, potansiyel tıbbi harcamalar için açılacak banka hesaplarında para tasarrufu esasına dayanmaktadır (Dixon, 2002, s. 409). Dolayısıyla sağlık harcamalarında kullanılacak finansman için ek bir kaynak oluşturulmuş olacaktır (Shortt, 2002; Byrne ve Rathwell,

2005). Bu yöntem diğer finansman yöntemleriyle beraber kullanılabilir olmakla birlikte ve hesapların bireysel tutulması risk paylaşımı olmadığı anlamına gelmektedir<sup>32</sup>.

## 2.4 TÜRKİYE’DE SAĞLIK HARCAMALARI VE FİNANSMANI

Sağlık hizmetlerinin bünyesel özellikleri kamu sektörünün aktif bir rol üstlenmesine neden olmaktadır. Sağlık harcamalarının hangi düzeyde olması gerektiği konusu tartışılmalı bir unsur olmakla birlikte (Mcintyre, vd., 2017), sağlık harcamalarını belirleyen faktörlerin bu düzey üzerindeki etkisi ülkeden ülkeye farklılıklar gösterebilmektedir. Sağlık harcamalarına ayrılan pay veya hizmet türlerine göre harcama seviyelerinin uygunluğu olduğu kadar, sağlık politikasını şekillendiren; sağlık harcamalarının finansmanı, sağlığa erişim durumu, hastaların finansal riske karşı korunması ve genel olarak sağlık sisteminin finansal açıdan sürdürülebilir olması önemli konulardır.

Türkiye’de sağlık finansman yapısı karma yani, zorunlu sosyal sağlık sigortasının yanında kamu yardımlarının ve beraberinde özel harcamaların da yapıldığı bir yapı uygulanmaktadır. Bu türden bir görünüm sağlık sisteminin altyapısıyla ilgilidir. Sağlık harcamalarının ve finansmanının birer politika aracı olmasının yanında; Türkiye’de uygulanan sağlık sisteminde reformların yapılması sağlık sisteminin tamamını ilgilendirmektedir. Bu açıdan, bütüncül açıdan sağlık alanının biriken ve ertelenen problemlerine çözüm olarak sunulan (Emil vd., 2013, s. 8) Sağlıkta Dönüşüm Programı takip eden başlıkta ayrıca değerlendirilmiştir. Aşağıda ise başta OECD ülkeleri olmak üzere farklı ülke ve ülke gruplarına göre değerlendirmelere yer verilmiştir.

OECD ülkelerinde 2016 yılındaki finansman yapısına göre; sağlık harcamalarının karşılanmasında, sosyal güvenlik katkıları ve vergiler bir arada değerlendirildiğinde % 71’lik bir oranın devlet transferiyle gerçekleşmektedir. Norveç ve Danimarka’da % 85’i aşan kamusal kaynaklar devlet transferi öne çıkarken, bu ülkelerin takipçileri olarak nitelendirilebilecek olan Belçika, Japonya ve Lüksemburg’ta kamu kaynağının yarısını sosyal güvenlik katkıları oluşturmaktadır. Diğer yandan kamu kaynaklarının finansmanda

<sup>32</sup> Alternatif finansman yöntemleri arasındaki farklar EK-6’da değerlendirilmiştir.

kullanımı Meksika, Şili ve ABD’de % 50 civarındadır. İsviçre’de ise bu oran % 30’ların altındadır. Ülkeler arasındaki mukayesede böyle bir farklılığın ortaya çıkmasındaki temel etken, ülkelerin sağlık piyasasındaki rollerinin yoğunluğudur. Öyleki, kamu harcamalarının nispeten düşük olduğu Meksika’da, sağlık finansmanında cepten yapılan ödemelerin daha fazla kullanılmaktadır. ABD, Şili ve İsviçre’de ise sağlık sigortacılığının piyasada daha aktif olması finansman yapısında kamunun nispeten ağırlığını azaltmaktadır.

Türkiye için finansman kaynaklarına göre yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki sahip oldukları paylar ise aşağıdaki tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo-1: Finansman Kaynaklarına Göre Türkiye’de Yapılan Sağlık Harcamalarının Dağılımı (%)

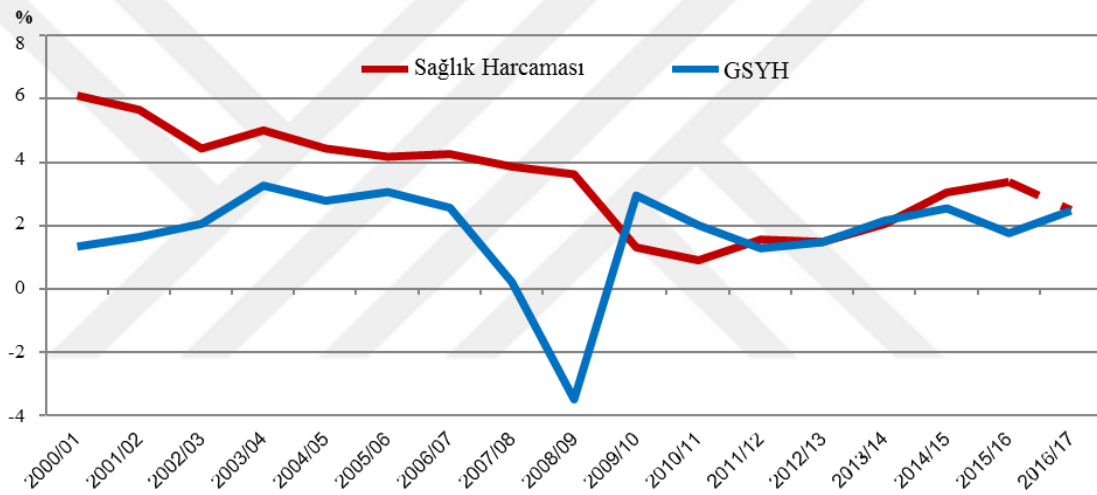
| <b>Yıllar,<br/>Finansman Kaynağı (%)</b> | <b>2011</b> | <b>2012</b> | <b>2013</b> | <b>2014</b> | <b>2015</b> | <b>2016</b> |
|------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Merkezi Devlet                           | 27,8        | 22,2        | 21,8        | 22,5        | 24,2        | 24          |
| Yerel Devlet                             | 0,8         | 0,8         | 1           | 0,8         | 0,9         | 0,9         |
| Sosyal Güvenlik                          | 50,9        | 56,1        | 55,7        | 54,2        | 53,5        | 53,6        |
| Kamu Sektörü                             | 79,6        | 79,2        | 78,5        | 77,4        | 78,5        | 78,5        |
| Hanehalkı                                | 15,4        | 15,8        | 16,8        | 17,8        | 16,6        | 16,3        |
| Diğer                                    | 5           | 4,9         | 4,7         | 4,8         | 4,9         | 5,2         |
| Özel Sektör                              | 20,4        | 20,8        | 21,5        | 22,6        | 21,5        | 21,5        |
| Toplam Sağlık Harcamaları                | 100         | 100         | 100         | 100         | 100         | 100         |

Kaynak: TÜİK Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2011-2016, [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1084](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084) (Erişim: 20 Temmuz 2017)

Giderek farklılaşan sağlık harcamaları neredeyse tüm ülkelerde artan bir trende sahiptir. Ülkelerin gelişmişlik seviyesinden bağımsız olarak artan sağlık harcamaları kamu bütçesi üzerine de bir yük getirmektedir. Türkiye’deki sağlık harcamaları da bu global eğilimden izole kalmamıştır. Bu bağlamda takip eden kısımda, Türkiye’deki sağlık harcamaları erişilebilen güncel veriler dâhilinde çeşitli ülkelerle mukayese edilerek incelenmiştir.

OECD ülkelerinde 2016 yılında sağlık harcamaları, yedi yıl içinde en yüksek büyüme oranına ulaşarak, 2017 yılında daha da artmıştır. 2010 yılı fiyatlarının baz alındığı şekil 4'te, 2000-2017 dönemi için OECD ülkelerindeki GSYH ve sağlık harcamalarının büyüme oranları bir arada verilmiştir. OECD'nin sağlık harcamaları, kriz öncesi seviyelere rağmen, 2009'dan bu yana en yüksek seviye olan 2016 yılında ortalama % 3,4 artmıştır. 2010 yılından sonraki sağlık harcamaları seyri ekonomik büyüme oranlarını yansıtan bir trende sahip olduğu görülmektedir.

Şekil-4: OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları ve GSYH'nin Yıllık Reel Büyüme Oranları



Kaynak: OECD Health Statistics, 2018

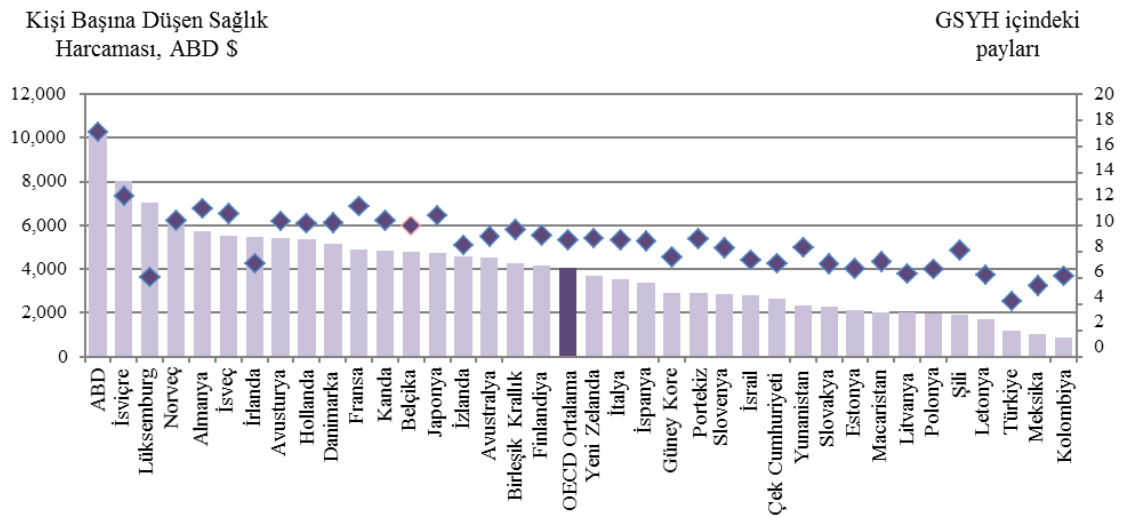
Harcama trendindeki son artışlar kriz öncesi yıllarda görülenlerin altında seyretmektedir. 2009'dan önce, ortalama sağlık harcamaları, sağlık sektöründeki artan fiyatların, artan sağlık harcamalarının ve artan ekonomik büyümenin bir sonucu olarak, yıllık ekonomik büyüme oranının reel olarak % 4-6 oranında daha üstünde seyretmektedir. 2012'den beri sağlık harcamaları ekonomik büyümeyi daha yakından takip etme eğilimindedir.

Avrupa'daki ekonomik krizin en çok hissedildiği ülkelerde, mali kriz esnasında, kamu kaynaklarından dörtte üç oranında finanse edilen sağlık harcamalarının, kamu bütçelerinde oluşan yükten ötürü dizginlenmesi amaçlanmıştır. Harcama artışını frenlemeye yönelik uygulamalar kapsamında; halk sağlığı çalışanlarının maaşları

üzerinde yapılan kontroller ve indirimler, işe alımın durdurulması, ilaç harcamalarının sınırlandırılması ve sağlık hizmet birimlerine ödenecek ücretlerde kesintiler yer almıştır.

2000-2017 yılları arasında OECD ülkelerinde yapılan sağlık harcamaları EK-10'da gösterilmiştir. 2017 itibarıyla Yunanistan'da kişi başına yapılan sağlık harcamaları 2009 yılının, neredeyse % 30 altında kalmıştır. İspanya, Portekiz ve İtalya'da kişi başına sağlık harcamaları kriz öncesi seviyelerine geri döndüğü gözlemlenmektedir. Estonya ve Letonya'da sağlık harcamaları krizin başlangıç yıllarında keskin bir şekilde düşmekle birlikte bu dönemin akabinde hızlı bir ülke artış eğilimi devam etmiştir. Avrupa dışında, sağlık harcamalarının büyümesi kriz sırasında yavaşlamasına rağmen tüm dünyadaki artış eğilimi devam etmiştir. Ortalama olarak Güney Kore'de, sağlık harcamaları 2009'dan bu yana % 6 artmıştır. Bu durum, 2017 için kişi başına harcamaların 2009'a göre % 55 daha yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Avustralya, ABD ve Kanada'da bu dönemde sürekli bir büyüme yaşamıştır. Kişi başına düşen sağlık harcama seviyeleri, 2009'dan % 10-20 daha yüksek oranda gerçekleşmiştir. Türkiye'de ise küresel mali krize rağmen sağlık harcamalarındaki artış trendi devam etmekle birlikte, sağlık harcamalarında 2010 sabit fiyatlarıyla 2009'dan 2017'ye % 30 bir artış yaşanmıştır.

Şekil-5: Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları (2017)



Kaynak: OECD, 2018

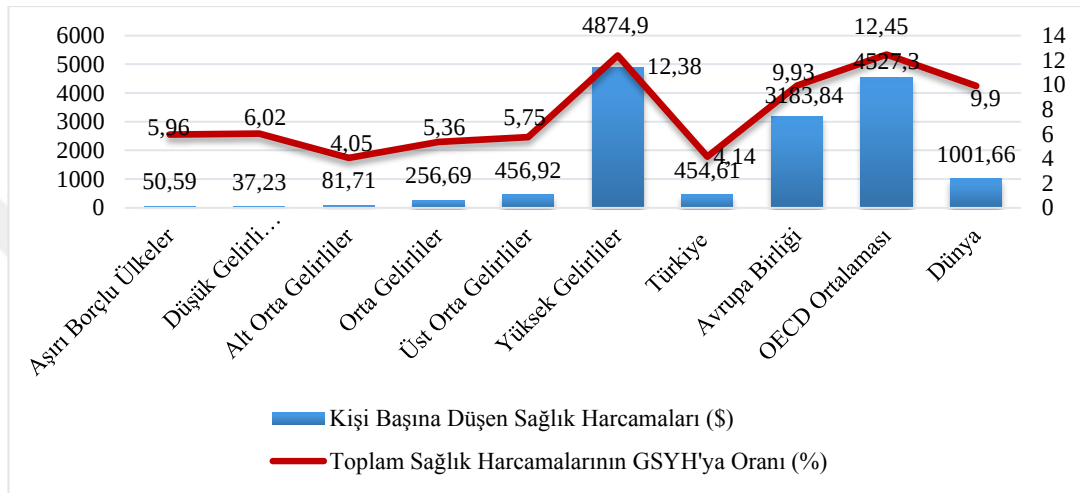
Yukarıdaki gösterimde 2017 yılında yapılan kişi başına düşen sağlık harcamaları ve GSYH içerisindeki payları gösterilmiştir. OECD ülkelerinin geneli için sağlık harcamaları trendinin istikrarlı bir şekilde GSYH'nin onda birine yaklaştığı söylenebilir. OECD ülke ortalamalarına göre sağlık harcamaları GSYH'nin % 8,9'unu oluşturmaktadır. 2018 yılı için yapılan tahminler OECD ülkelerinin tamamı için çeşitlilik göstermekle birlikte ortalamanın aynı seviyelerde kalacağı yönündedir. GSYH ölçeğine göre ABD % 17,2 ile ekonomisinin büyük bir kısmını sağlık harcamalarına ayırırken İsviçre (%12,3) ve Fransa (% 11,5), ikinci ve üçüncü en yüksek harcama yapan ülkelerdir. En az kaynak ayıran Türkiye (% 4,2) ve Meksika (% 5,4) her biri GSYH'sinin % 6'sından daha azını harcayarak ölçeğin diğer ucunda yer almışlardır. OECD'nin yeni üyesi olan Kolombiya'nın verisi ise 2015 yılına ait olup GSYH'sinin % 6'sından daha fazla sağlık harcaması yapıldığı görülmektedir.

Kişi başına düşen sağlık harcamaları 2017 yılında OECD genelinde ortalama olarak 4069 ABD Doları (\$) seviyesine ulaştığı görülmektedir. Bu, OECD ülkelerinin her vatandaş için eğitime harcadığı paradan yaklaşık %70 daha fazladır. ABD'de, ortalama harcamanın 2017 yılında ilk kez 10000 \$ üzerine çıkmıştır. Bu durum sağlık harcamalarının, hanehalkı tüketiminin en büyük kalemi olduğuna işaret etmektedir. Kişi başına harcamalar da İsviçre (8009 \$), Lüksemburg (7049 \$) ve Norveç'in (6351 \$) OECD ortalamasından önemli ölçüde yüksek olduğu görülmektedir. Buna karşılık, Meksika, Kolombiya ve Türkiye'nin her biri, Amerika Birleşik Devletleri sağlık hizmetleri düzeyinin yaklaşık onda biri civarında, kişi başı 1000 \$ civarında harcama yaptıkları görülmektedir (OECD, 2018).

Ülkelerin sağlık hizmetleri alanına ayırdıkları kaynak gelir seviyeleriyle paralellik göstermektedir. Gelir seviyesi düşük olan ülkelere göre daha düşük kalmaktadır. Kişi başı sağlık harcamalarında Avrupa Birliği ortalaması 2015 yılı için 3184 \$ iken, dünya ortalaması 1001 \$ olarak gerçekleşmiştir. Ülke ve ülke grupları gelirlerine göre de değerlendirilebilmektedir. Bu bağlamda Dünya Bankası'nın gelir sınıflandırması ekseninde ülkeler, kişi başı milli gelir seviyesine gruplandırılmıştır. Buna göre 2015 yılında düşük gelirli ülkelere kişi başına düşen sağlık harcaması 37,23 \$, alt orta gelirli ülkelere 81,71 \$, orta gelirli ülkelere 256,69 \$, üst orta gelirli ülkelere 456,92 \$, yüksek gelirli ülkelere 4874,90 \$ olarak gerçekleşmiştir. Şekil 6'da ise kişi başına düşen sağlık harcamaları ve toplam sağlık

harcamalarının GSYH'ye oranı Türkiye ve söz konusu ülkeler için bir arada gösterilmiştir. Türkiye'nin içinde bulunduğu üst orta gelir grubunun sağlık harcamalarıyla benzer bir trende sahip olduğu görülmektedir. EK-11'de ise WHO ve Dünya Bankası'nın verileriyle dünya genelinde yapılan sağlık harcamaları verilmiştir.

Şekil-6: Uluslararası Ölçekte Sağlık Harcama Düzeyleri (2015)

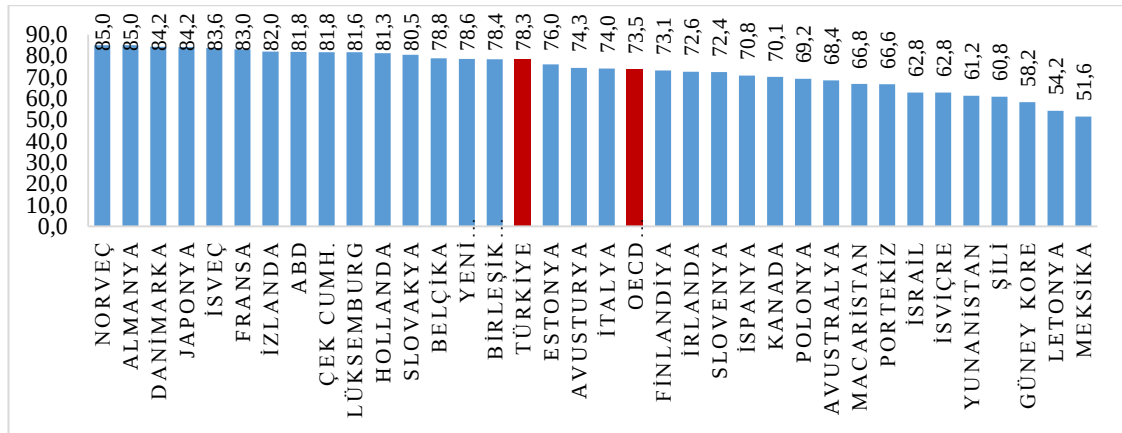


Kaynak: Dünya Bankası, 2018

Kamunun yaptığı sağlık harcamaları, toplam sağlık harcamaları içerisinde nispeten daha fazladır. Dünya Bankası verilerine göre 2000 yılında dünya ortalaması % 52,47 iken 2015 yılında bu oran % 59,25'e çıkmıştır. Avrupa Birliği ülkelerinde ise kamu payı 2000 yılında % 57,55 iken 2015 yılında % 79,02'ye çıkmıştır. Türkiye'de ise 2000 yılında kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı % 61,7 iken 2015 yılında % 78,13 seviyesine ulaşmıştır. Söz konusu bu oran çoğu Avrupa Birliği üyesi ülkeden daha yüksek düzeydedir. Kamu sağlık harcamalarının payının yüksekliği; Türkiye'de, kamuya dayalı sağlık hizmetlerinin daha yoğun olduğu sonucunu doğurmaktadır (Dünya Bankası, 2018).

OECD ülkeleriyle Türkiye'nin kamu sağlık harcamaları içerisindeki payı mukayese edildiğinde yine Türkiye'de sağlık hizmetlerinde kamunun ağırlıklı bir paya sahip olduğu görülmektedir. Kamu sağlık harcamalarında OECD ortalaması % 73,5 iken Türkiye'de bu oran % 78,3'tür (Şekil 7).

Şekil-7: Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Oranı (2017)



Kaynak: OECD (2018), Health spending (indicator). doi: 10.1787/8643de7e-en (Erişim: 12 Ocak 2018)

Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı en yüksek Norveç (% 85), Almanya (% 85) ve Danimarka'da (% 84,2); en düşük payda Meksika'da (% 51,6) gerçekleşmektedir. OECD ortalaması olan % 73,5 gelmekle birlikte 12 ülkenin sağlık harcamalarındaki kamu payı % 80'in üzerindedir. Türkiye'de yapılan kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı OECD ortalamasından yaklaşık % 7 daha fazladır.

OECD ülkelerinde 2010 yılı fiyatlarıyla kişi başına düşen kamu sağlık harcamaları 2000 yılında 1627 \$ düzeyindeyken, 2017 yılında 2545,6 \$ düzeyine yükselmiştir. Dolayısıyla ilgili yıllar arasındaki artış, yaklaşık 1,5 kat şeklinde gerçekleşmiştir. Türkiye'de ise söz konusu yıllarda kişi başına düşen kamu sağlık harcamaları sırasıyla, 368,8 \$ ve 816,8 \$ olarak gerçekleşmiştir. Dolayısıyla Türkiye'de ilgili yıllar arasında 2,21 kat artış olmuştur.

Özel sağlık harcamalarının OECD ülkelerindeki seyri ise 2000 yılında ortalama olarak % 29,1 iken 2017 yılı ortalaması % 26,9'a düşmüştür. Söz konusu yıllar için Türkiye'de yapılan özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı ise sırasıyla % 38,3'ten % 21,7'ye düşmüştür. 2010 yılı sabit fiyatlarıyla kişi başına düşen özel sağlık harcamaları OECD ülkelerinde 2000 yılında 643,2 \$ iken, 2017 yılında 840 \$ seviyesine

yükselmiştir. İlgili yıllar arasında OECD ülkelerinde 1,3 kat artış olmuştur. Türkiye’de ise ilgili yıllarda özel sağlık harcamalarında dalgalanma olmakla birlikte sırasıyla 229 \$ ve 227 \$ seviyelerinde kişi başına düşen özel sağlık harcaması gerçekleşmiştir (OECD, 2018). Özel sağlık harcamaları cepten yapılan sağlık harcamalarını içermesi ve bu harcama türünün doğrudan hanehalkını etkilemesi söz konusudur. 2015 yılı için OECD ülke ortalamalarına göre hanehalkının nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamalarının oranı % 3,10 düzeyindeyken Türkiye’de bu oran % 1,15’tir. Aynı yıl için cepten yapılan sağlık harcamasının cari sağlık harcaması içindeki oranı ise OECD ülkelerinde % 20,3, Türkiye’de ise % 16,5 seviyesinde gerçekleşmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2016, s. 242). Türkiye’de cepten yapılan sağlık harcamaları OECD ülkelerinin altında olup uygulanmakta olan sağlık sistemi cepten yapılan sağlık harcamasının birincil belirleyicisi olarak nitelense de bu harcama türünün hanelerin sosyoekonomik özellikleri ile bağlantılı olduğu vurgulanmaktadır (Karan ve Garg, 2005, s. 345).

Türkiye özelinde sağlık harcamalarının sistematik analizleri 1990’lı yıllar itibariyle başlamıştır. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü altında Sağlık Bakanlığı 1992-1996, 1997, 1998 yıllarına ait sağlık harcamalarını konu edinen kitaplar yayımlamışlardır. 2003 yılında Dünya Bankası da bir çalışma yayımlamıştır. Söz konusu çalışma bütçe kalemlerinin analizlerini ve ileriye yönelik bir takım tahminleri içermesine rağmen, fonksiyonel ayrıntılardan uzak bir rapor niteliğindedir. Bu açıdan söz konusu yıllardaki mevcut çalışmalar, Türkiye’nin sağlık harcamalarını detaylı bir şekilde analiz etmediğinden, uluslararası karşılaştırmalara da imkân verecek şekilde, OECD Sağlık Hesapları Sistemini baz alan Ulusal Sağlık Hesapları, sağlık harcamalarının detaylı analizine zemin oluşturacak şekilde 1990’lı yılların sonunda oluşturulmaya başlanmıştır. Bu ekseninde; kamu sektörünün yanında özel sektör, genel ve özel bütçeye dâhil olan kurumlar, sosyal güvenlik kurumları, mahalli idareler, kâr amacı gütmeyen kuruluşlar, özel sigorta fonları ve hanehalkının yaptığı cepten harcamalar Ulusal Sağlık Hesapları için kullanılmakla birlikte veri toplama yöntemlerindeki farklılıklardan ötürü verilerin derlenmesi sağlık harcama analizlerinin önündeki engellerin başında gelmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2004). Aşağıda, Türkiye özelinde yapılan harcamaları içeren değerlendirmelerde, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından Ulusal Sağlık Hesapları yöntemine dayanarak yayımlanan raporlar nezdinde analizler yapılarak,

makroekonomi içerisinde sağlık harcamalarının kaynakları ve boyutlarına yer verilecektir.

Tablo-2: Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Dağılımı (Milyon TL)

| Yıllar | Cari Sağlık Harcamaları | Yatırım Harcaması | Toplam Sağlık Harcamaları | Toplam Sağlık Harcamalarındaki Değişim (%) |
|--------|-------------------------|-------------------|---------------------------|--------------------------------------------|
| 1999   | 4.786                   | 199               | 4.985                     | —                                          |
| 2000   | 7.888                   | 360               | 8.248                     | 65,46                                      |
| 2001   | 12.086                  | 310               | 12.396                    | 50,29                                      |
| 2002   | 18.331                  | 443               | 18.774                    | 51,45                                      |
| 2003   | 23.676                  | 603               | 24.279                    | 29,32                                      |
| 2004   | 28.616                  | 1.405             | 30.021                    | 23,65                                      |
| 2005   | 33.292                  | 2.067             | 35.359                    | 17,78                                      |
| 2006   | 40.949                  | 3.120             | 44.069                    | 24,63                                      |
| 2007   | 46.495                  | 4.409             | 50.904                    | 15,51                                      |
| 2008   | 52.320                  | 5.420             | 57.740                    | 13,43                                      |
| 2009   | 55.294                  | 2.616             | 57.911                    | 0,30                                       |
| 2010   | 58.623                  | 3.054             | 61.678                    | 6,50                                       |
| 2011   | 65.372                  | 3.236             | 68.607                    | 11,23                                      |
| 2012   | 70.288                  | 3.901             | 74.189                    | 8,14                                       |
| 2013   | 79.702                  | 4.688             | 84.390                    | 13,75                                      |
| 2014   | 88.878                  | 5.871             | 94.750                    | 12,28                                      |
| 2015   | 96.786                  | 7.782             | 104.568                   | 10,36                                      |
| 2016   | 112.540                 | 7.216             | 119.756                   | 14,52                                      |

Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, Erişim: 21 Haziran 2017, [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1084](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084)

İlgili yıllar dâhilinde toplam sağlık harcamalarında sürekli bir artış yaşandığı görülmektedir. 18 yıllık periyodun başlangıç yılından 2002 yılına kadar bu artış oranı % 50’nin üzerinde seyretmektedir. 2009 yılına kadar, bir önceki yıla göre daha az bir oranda artış seyrine sahip olan bu trend; bu yıldan sonra, önceki döneme kıyasla daha düşük oranlarla artış eğilimine devam ettiği görülmektedir.

Tablo-3: Kamu ve Özel Sağlık Harcamaları (Milyon TL)

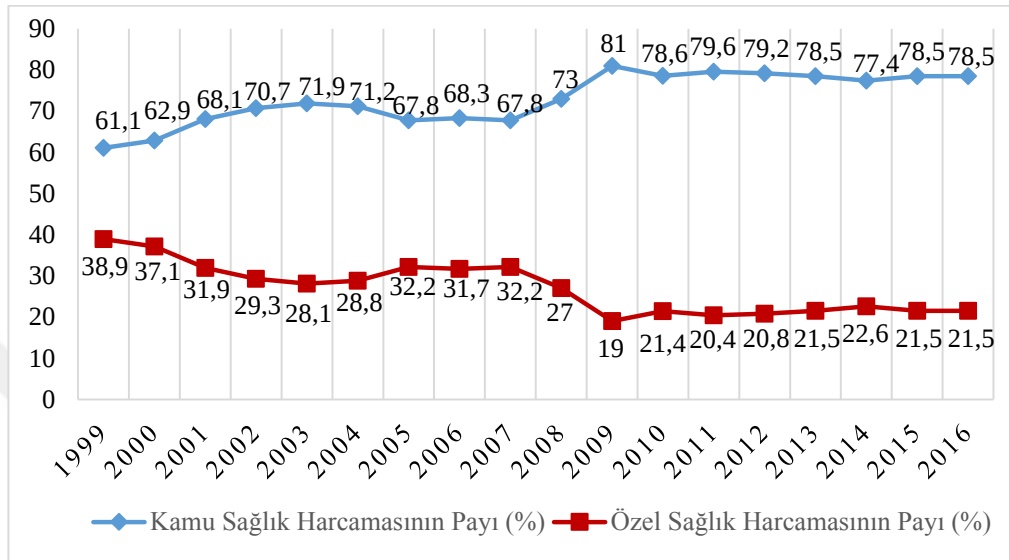
| Yıllar | Kamu Sağlık Harcamaları | Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%) | Özel Sağlık Harcamaları | Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%) | Toplam Sağlık Harcaması | Toplam (%) |
|--------|-------------------------|---------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------|-------------------------|------------|
| 1999   | 3.048                   | 61,1                                        | 1.937                   | 38,9                                        | 4.985                   | 100        |
| 2000   | 5.190                   | 62,9                                        | 3.058                   | 37,1                                        | 8.248                   | 100        |
| 2001   | 8.438                   | 68,1                                        | 3.958                   | 31,9                                        | 12.396                  | 100        |
| 2002   | 13.270                  | 70,7                                        | 5.504                   | 29,3                                        | 18.774                  | 100        |
| 2003   | 17.462                  | 71,9                                        | 6.817                   | 28,1                                        | 24.279                  | 100        |
| 2004   | 21.389                  | 71,2                                        | 8.632                   | 28,8                                        | 30.021                  | 100        |
| 2005   | 23.987                  | 67,8                                        | 11.372                  | 32,2                                        | 35.359                  | 100        |
| 2006   | 30.116                  | 68,3                                        | 13.953                  | 31,7                                        | 44.069                  | 100        |
| 2007   | 34.530                  | 67,8                                        | 16.374                  | 32,2                                        | 50.904                  | 100        |
| 2008   | 42.159                  | 73                                          | 15.581                  | 27                                          | 57.740                  | 100        |
| 2009   | 46.890                  | 81                                          | 11.021                  | 19                                          | 57.911                  | 100        |
| 2010   | 48.482                  | 78,6                                        | 13.196                  | 21,4                                        | 61.678                  | 100        |
| 2011   | 54.580                  | 79,6                                        | 14.028                  | 20,4                                        | 68.607                  | 100        |
| 2012   | 58.785                  | 79,2                                        | 15.404                  | 20,8                                        | 74.189                  | 100        |
| 2013   | 66.228                  | 78,5                                        | 18.162                  | 21,5                                        | 84.390                  | 100        |
| 2014   | 73.382                  | 77,4                                        | 21.368                  | 22,6                                        | 94.750                  | 100        |
| 2015   | 82.121                  | 78,5                                        | 22.446                  | 21,5                                        | 104.568                 | 100        |
| 2016   | 94.012                  | 78,5                                        | 25.744                  | 21,5                                        | 119.756                 | 100        |

Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, Erişim: 21 Haziran 2017, [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1084](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084)

Kamu ve özel sağlık harcamaları ile bu harcamaların toplam sağlık harcamaları içindeki payları tablo 3’de gösterilmiştir. Toplam sağlık harcamaları içinde kamunun ağırlıklı bir pay sahibi olduğu görülmektedir. İlgili yıllar dâhilinde % 60’dan fazla pay sahibi olan kamunun sağlık harcamaları Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı’na bağlı Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, diğer bakanlıklar, üniversiteler, Sosyal Güvenlik Kurumu, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu ve yerel yönetimler tarafından yapılan harcamalardır. Özel sağlık harcamaları ise kişi ve hanehalklarının özel sigorta sistemlerine yaptıkları ödemelerin yanında cepten yapılan harcamalar ve ilaç ve

tedavi masraflarını içermektedir<sup>33</sup>. İlgili dönemler itibariyle özel sağlık harcamalarının % 38'lerden % 21'e düştüğü görülmektedir (Şekil 8).

Şekil-8: Toplam Sağlık Harcamalarının Dağılımı (%)



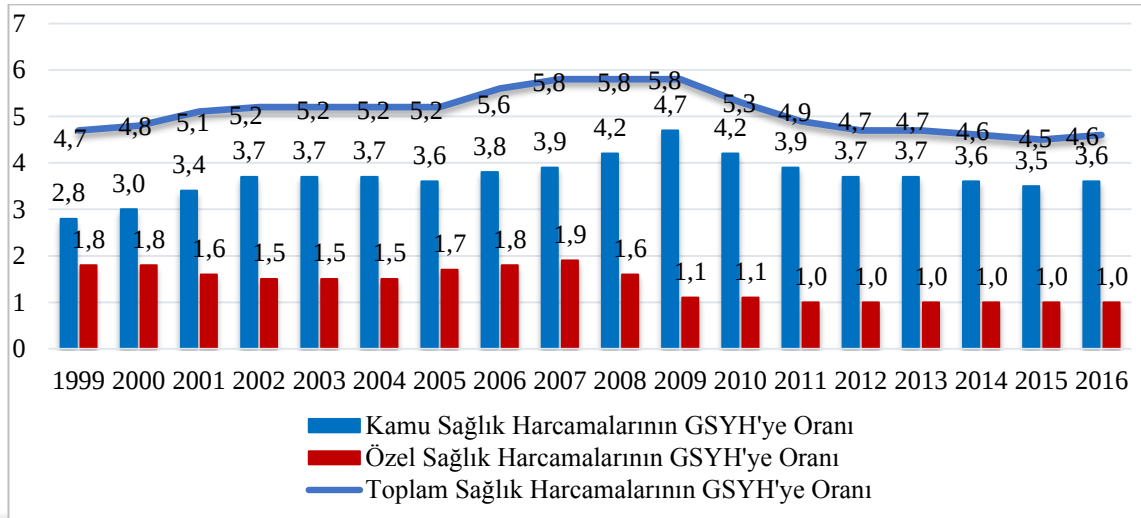
Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, Erişim: 21 Haziran 2017, [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1084](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084)

Özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisinde en düşük paya sahip olduğu yıl 2009 yılında kamu sağlık harcamaları toplam sağlık harcamalarının beşte dördünden daha fazla olduğu görülmektedir.

Şekil 9'da toplam sağlık harcamaları ile kamu ve özel sağlık harcamalarının GSYH içerisindeki payları verilmiştir. Toplam sağlık harcamaları nezdinde 18 yıllık periyotta % 4,5 ile % 5,8'lik bir aralıkta seyrettiği görülmektedir.

<sup>33</sup> Erişilebilen açık kaynaklardan sağlanan verilerle ilaç harcamalarına dair kapsamlı bir gösterim EK-12'de verilmiştir.

Şekil-9: GSYH İçindeki Paylarıyla Kamu, Özel ve Toplam Sağlık Harcamalarının Payları



Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, Erişim: 21 Haziran 2017, [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1084](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084)

GSYH paylarına göre toplam sağlık harcamaları 2007 ve 2010 döneminde en yüksek seviyesine ulaşmış olup 2010 yılından sonra azalış trendine girmiştir. Kamu sağlık harcamalarının 1999 yılında GSYH’den aldığı % 2,8’lik pay, 2016 yılında yaklaşık 1,3 kat artışla % 3,6 düzeyine çıkmıştır. 18 yıllık periyotta % 2,8’lik payın altına düşmeyen bu oran en yüksek 2009 yılında % 4,7’ye ulaşmıştır. Özel sağlık harcamalarının izlediği trend ise 2005 ve 2007 yıllar arası hariç tutulursa sürekli bir düşüş eğilimindedir. GSYH içindeki payı 1999 yılında % 1,8 olan özel sağlık harcamaları, 2010 yılından itibaren yaklaşık olarak aynı oranda bir payla GSYH içinde yer kaplamaktadır.

Kamu sağlık harcamaları açısından en önemli pay sahibi olan Sosyal Güvenlik Kurumu’nun (SGK) yaptığı harcamalar Ulusal Sağlık Hesapları dâhilinde ayrı bir bileşen olarak hesaplamalara dâhil edilmektedir. Tablo 4’te SGK tarafından yapılan sağlık harcamaları ile bu harcamaların toplam sağlık harcamaları içerisindeki payları gösterilmiştir.

Tablo-4: SGK Tarafından Yapılan Sağlık Harcamaları

| Yıllar | Harcama Tutarı<br>(Milyon TL) | Toplam Sağlık<br>Harcamaları İçindeki<br>Payı (%) |
|--------|-------------------------------|---------------------------------------------------|
| 1999   | 1.616                         | 32,41                                             |
| 2000   | 2.886                         | 34,99                                             |
| 2001   | 4.595                         | 37,06                                             |
| 2002   | 7.631                         | 40,64                                             |
| 2003   | 10.662                        | 43,91                                             |
| 2004   | 13.231                        | 44,07                                             |
| 2005   | 14.000                        | 39,59                                             |
| 2006   | 17.667                        | 40,08                                             |
| 2007   | 19.697                        | 38,69                                             |
| 2008   | 25.346                        | 43,89                                             |
| 2009   | 28.277                        | 48,82                                             |
| 2010   | 30.695                        | 49,76                                             |
| 2011   | 34.937                        | 50,92                                             |
| 2012   | 41.630                        | 56,11                                             |
| 2013   | 46.993                        | 55,68                                             |
| 2014   | 51.356                        | 54,20                                             |
| 2015   | 55.908                        | 53,46                                             |
| 2016   | 64.163                        | 53,57                                             |

Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, Erişim: 21 Haziran 2017, [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1084](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084)

1999 yılında 1.616 Milyon TL’lik SGK harcamasının toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranı % 32,41 iken 2016 yılında bu oran 64.163 Milyon TL ile % 53,57 düzeyine yükselmiştir. İlgili yıllar arasında SDP ekseninde sağlık sisteminde kapsamlı değişiklikler yaşanmıştır. 2007 yılı itibariyle Emekli Sandığı, Bağ-Kur, Sosyal Sigortalar Kurumu tek bir çatı altında toplanarak SGK bünyesinde birleştirilmiştir. 2010 yılında ise devlet memurları ve Yeşil Kart’a tabi olanlar da SGK’ya aktarılmasının sonucu olarak SGK harcamalarında artış yaşanmıştır. Farklı sosyal güvenlik kuruluşlarının birleştirilmesinin bir sonucu olarak 2008 yılı harcamaları % 43,9’a, 2010 yılında % 49,76 ulaşmış ve bu yıldan sonra % 50’yi aşmıştır. Bu artış dinamiğinin temelinde sağlık hizmetlerine erişimin artması ve hizmet sunumu çeşitliliği gibi faktörler de rol

oynamaktadır (Bülbül, 2011, s. 23-26). Bu duruma istinaden aşağıda yıllar itibariyle sosyal sigorta kapsamındaki nüfus gösterilmiştir.

Tablo-5:Sosyal Sigorta Kapsamındaki Nüfus (%)

| Yıllar     | 1950 | 1960 | 1970 | 1980 | 1990 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Kapsam (%) | 4,0  | 5,8  | 25,8 | 46,5 | 66,3 | 68,2 | 67,9 | 69,8 | 71,6 | 73,7 | 76,0 |
| Yıllar     | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| Kapsam (%) | 78,4 | 79,7 | 79,8 | 80,4 | 83   | 85,4 | 83   | 81,5 | 83,7 | 85,5 | 86,2 |

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, 2015, s. 253-253; Sosyal Güvenlik Kurumu, 2016, Erişim:

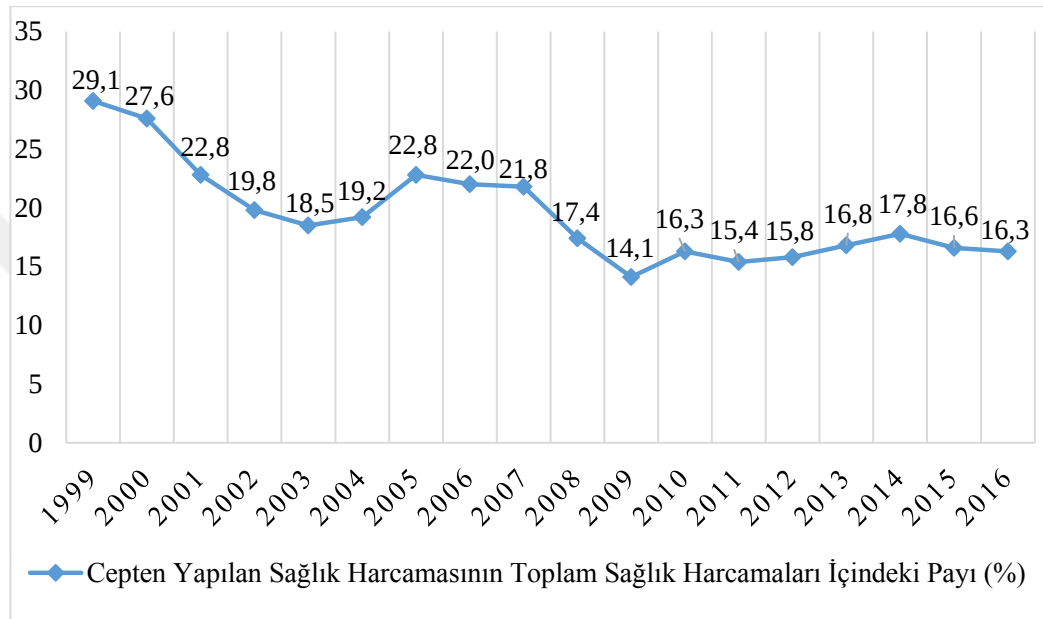
21 Haziran 2017, [http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk-istatistik\\_yilliklari](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk-istatistik_yilliklari)

Yıllar itibariyle sosyal sigortanın kapsadığı nüfusun sürekli arttığı gözlemlenmektedir. Bu oran SDP sonrası % 80’leri aştığı görülmektedir. Ayrıca 31.05.2006 tarihinde 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun kabulü sonrasında genel sağlık sigortasındaki nüfusun kapsamı daha fazla olup 2016 yılı itibariyle % 98,6 ulaşmıştır<sup>34</sup>. Bunun yanında sağlığa erişim göstergelerinde de gelişmeler yaşanmıştır. Öyle ki kişi başı hekime müracaat sayısı 2002 yılında 3.1 düzeyindeyken 2016 yılında bu oran 8.6’ya çıkarak yaklaşık 2,8 kat artış göstermiştir (Sağlık Bakanlığı, 2017). SGK sağlık harcamalarının payı toplam sağlık harcamalarının yarısında fazla olduğu için artan sağlığa erişim olanaklarının yanında, harcamaların kontrol altında tutulabilmesi amacıyla katkı payı gibi maliyet paylaşımına dayanan uygulamalar başlamıştır.

<sup>34</sup> Sosyal sigorta dâhilinde norm ve standart birliğini sağlama amacı taşıyan 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 31.05.2006 tarihinde kabul edilmiş ancak nihai olarak 01.10.2008 tarihinde tüm hükümlerinin uygulanabilir olmuştur. Genel sağlık sigortası, “kapsamdaki kişilerin öncelikle sağlıklarının korunması amacıyla koruyucu sağlık hizmetlerinin, sağlık riskleri ile karşılaşmaları durumunda ise gerekli sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan sigortadır” yöntemi olarak ifade edilmektedir (SGK, 2017, s. 8-9). Genel sağlık sigortası kapsamının 2016 yılında % 98,6 düzeyinde olması ihdas edilen kanunun hükümlerinden kaynaklanmaktadır. 2017 yılı itibariyle TBMM Üyeleri, tutuklu ve hükümlüler ile banka sandıklarına tabi olanlar, Anayasa Mahkemesi üyeleri hariç olmak kaydıyla 01.01.2012 tarihi itibariyle herkes zorunlu olarak genel sağlık sigortası kapsamına alınmıştır (SGK, 2017). Bu yapıdan ötürü erişilebilen açık kaynaklarda sosyal sigorta kapsamındaki nüfus oranında farklılık bulunmakla birlikte içerdiği yıllar itibariyle en geniş veriyi sağlayan Kalkınma Bakanlığı tarafından yayımlanan “Ekonomik Ve Sosyal Göstergeler 1950 – 2014” isimli çalışmadan yararlanılmıştır.

Sosyal Güvenlik Kurumu’nun yaptığı harcamalar kadar bir diğer önemli olan harcamada hanehalkının katlandığı mali yük olan cepten yapılan sağlık harcamalarıdır. Şekil 10, cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranlarını göstermektedir.

Şekil-10: Cipten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı (%)



Kaynak: TÜİK, 2017, Erişim: 21 Haziran 2017, [http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1084](http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084)

Sağlık hizmetlerinin alımında yapılan ödemeleri içeren cepten yapılan sağlık harcamaları, maliyet paylaşımı esasına dayandığından hanehalkları tarafından doğrudan yapılan harcamaları içermekte ve haliyle hastalar tarafından karşılanan yüke dair bilgi vermektedir. 1999-2016 dönemi için azalış eğiliminde olan cepten harcamalar, % 29,1’den % 16,3’e gerilemiştir. 2007 yılından sonraki dönemde cepten yapılan sağlık harcamasının belirli bir aralıkta ilerlediği görülmektedir.

Ruger ve Kim (2007), sağlık sigortası kapsamında olmayan vatandaşlar açısından cepten yapılan harcamaların daha fazla önem arz ettiğini vurgulamaktadırlar. Öyleki, herhangi bir sigorta kapsamında olmayanların yaptıkları harcama tutarı, bir sigorta kapsamında

olanlara göre daha fazla olmasına karşın, hekimlere yaptıkları müracaat nicel olarak daha kısıtlıdır. Gelir gurupları dikkate alındığında düşük gelirliilerin sağlık hizmetlerine yapacakları harcamalar finansal yıkıma yol açabilir. Gelir düzeyi nispeten düşük olan ülkelerde, bu türden yoksullaştırıcı faktörlerin, sağlık hizmetlerinin sahip olduğu ertelenemez olma gibi bünyesel özelliklerle, gelir dağılımı üzerinde bozucu etkilere yol açması muhtemel sonuçlar arasındadır. Tablo 6, Türkiye’de 2009-2015 yılları arasında gelir gruplarına göre hanehalkının yaptığı cepten sağlık harcamalarının oranı gösterilmektedir.

Tablo-6: Kümülatif Gelir Guruplarına Göre Hanehalkı Sağlık Harcamaları (2009-2015)

| Yıllar | Gelirden En Az Pay Alan | — — — — — ➔ |        |        |        | Gelirden En Fazla Pay Alan |
|--------|-------------------------|-------------|--------|--------|--------|----------------------------|
|        | Gelir Grupları          |             |        |        |        |                            |
|        | 1. %20                  | 2. %20      | 3. %20 | 4. %20 | 5. %20 |                            |
| 2009   | 10,5                    | 14,9        | 15,3   | 22,4   | 37     |                            |
| 2010   | 10                      | 14          | 17,2   | 22,8   | 36     |                            |
| 2011   | 10                      | 13          | 17,3   | 19,9   | 39,7   |                            |
| 2012   | 9                       | 12,8        | 16,3   | 20,9   | 41     |                            |
| 2013   | 9                       | 14,1        | 17,7   | 22,9   | 36,5   |                            |
| 2014   | 8,8                     | 12,9        | 17,1   | 21,1   | 40,2   |                            |
| 2015   | 8,5                     | 13,6        | 14,2   | 23,9   | 39,8   |                            |

Kaynak: TÜİK, 2016 Erişim: 21 Haziran 2017,

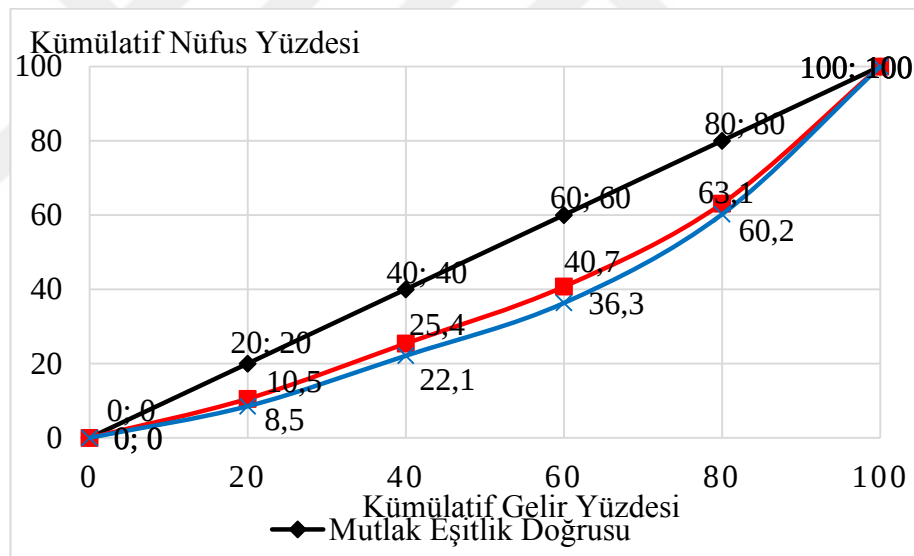
<https://biruni.tuik.gov.tr/yayin/views/visitorPages/index.zul>

Kümülatif gelir gruplarına göre cepten yapılan sağlık harcamalarını içeren bu gösterime göre en düşük gelire sahip olan birinci % 20’lik gelir grubunun cepten yaptığı sağlık harcamalarının giderek azaldığı görülmektedir. En yüksek gelire sahip olan beşinci % 20’lik dilimin harcamaları ise dalgalı bir seyirle 2009 yılında % 37’den 2015 yılında % 39,8’e yükseldiği görülmektedir. Cepten yapılan harcamalarda 2015 yılı itibariyle, gelirden en fazla pay alan grupla (% 39,8), gelirden en az pay alan grup (% 8,5) arasında 4,6 kattan daha fazla bir fark bulunmaktadır. Dolayısıyla yüksek gelire sahip olanların

daha fazla oranda sağlık hizmetine başvurduğu ve bu hizmetlerden yararlanmak için daha fazla harcama yaptığı gözlemlenmiştir.

Gelir dağılımının ölçümünde kullanılan Lorenz Eğrisi'nin<sup>35</sup> sağlık harcamaları için de kullanılması mümkündür (Musgrove, 2004, s. 114-115). Hanehalklarının sağlık harcamalarının finansmanında gelirlerine kıyasla harcama yapmaları, eşit ölçü prensibini ifade etmektedir (Xu, vd., 2003). Bu çerçevede Lorenz eğrileri sağlık harcamalarında gelir gruplarının yaptıkları harcamaları göstermenin yanı sıra, her gelir grubunun geliri nispetinde harcama yapması durumunda oluşacak eğriden (mutlak eşitlik doğrusu), ne kadar farklı harcama yaptığını ortaya koymaktadır. Lorenz eğrisi mutlak eşitlik doğrusundan uzaklaştıkça harcama dağılımındaki eşitliğin nasıl şekillendiği gözlemlenebilmektedir.

Şekil-11: Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarına Göre Lorenz Eğrisi



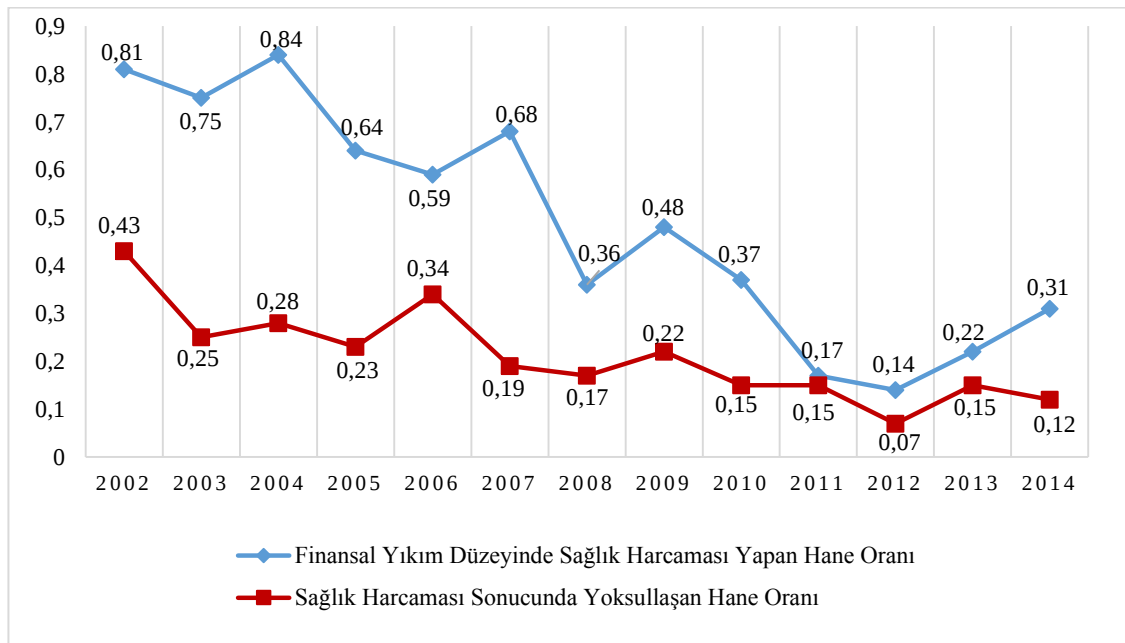
<sup>35</sup> Gelir dağılımının ölçülmesine yönelik yaklaşımlar, bir ülke veya ülkeler arasında belirli bir dönem için gelirin toplam nüfus içinde nasıl dağıldığının analizine yöneliktir. Gelir dağılımının ölçümünde Max Otto Lorenz tarafından yapılan 1905 tarihli "Methods of Measuring the Concentration of Wealth" isimli çalışmada, önceki çalışmalara yer verilmiş ve akabinde toplam nüfusun yüzdesiyle, toplam gelirin yüzdesinin kümülatif olarak birbirine denk olacak şekilde, geliri nüfusa göre dağıtarak, bir doğru ile ifade etmiştir. Bu doğru mutlak eşitlik doğrusu olup, gerçek verilerle üretilecek olan bir doğrunun aslında bir eğri şeklini alması muhtemel olup, toplam nüfusa göre eğrinin belirginleşmesi, dolayısıyla nüfusa göre gelirin yoğunlaştığı yerleri işaret edecektir. Yaşanacak potansiyel değişimlerin mutlak eşitlik doğrusu ve söz konusu eğri aracılığıyla izlenebilir olması, kümülatif nüfusa göre gelirin nasıl dağıldığı hakkında alternatif durumlara dair yeni verilerin üretilmesini mümkün kılmaktadır (Lorenz, 1905, s. 210-216).

Kaynak: TÜİK, 2016, Erişim: 21 Haziran 2017, <https://biruni.tuik.gov.tr/yayin/views/visitorPages/index.zul>

2009 ve 2015 yılında hanehalkları tarafından yapılan sağlık harcamaları için Lorenz eğrileri birbirleriyle kıyaslandığında, 2009 yılında sağlık için cepten yapılan harcamaların daha fazla kullanılan bir yöntem olduğu gözlemlenmektedir. 2015 yılının Lorenz eğrisi mutlak eşitlik doğrusundan daha uzak bir konuma sahiptir. Dolayısıyla yüksek gelire sahip olanlar hariç tutulduğunda, sağlık hizmetlerinden yararlanmak için cepten ödeme yöntemlerine başvurulması, daha az kullanılan bir yöntem haline gelmiştir. Nihai olarak, ilk üç gelir grubunun daha az cepten ödeme yapması, cepten yapılan sağlık harcamalarının, düşük gelir grupları aleyhine bir durum olması varlığını değiştirmemektedir.

Cepten yapılan sağlık harcamaları hanehalkı üzerine mali yük doğuracağı için finansal yıkım etkilerinin görülmesi muhtemeldir. Şekil 12’de cepten yapılan sağlık harcamaları nedeniyle haneler üzerinde görülen etki gösterilmiştir.

Şekil-12: Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Haneler Üzerindeki Etkisi (2002-2014)



Kaynak: TÜİK, 2015

2002-2014 dönemi için hane halkları tarafından finansal yıkım düzeyinde gerçekleşen sağlık harcama oranlarının 2004 yılından itibaren düşüş eğiliminde olduğu gözlemlenmektedir. 2012 yılında % 14 ile en düşük seviyesine ulaşan bu oran 2013 ve 2014 yıllarında kısmen artış göstermiştir. Benzer şekilde finansal yıkımın ortaya çıkardığı etkilerden ötürü yoksul hane halkı oranı da ilgili yıllar arasında % 43'den % 12'ye gerilediği görülmektedir. İlgili yıllar dâhilinde kamu sağlık harcamalarındaki artışının yanı sıra ihdas edilen 5510 sayılı Kanunun sigorta kapsamını genişletmesinin de bu trendin eğilimi üzerinde etkili olduğuna işaret etmektedir.

## 2.5 SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

Türkiye’de 2003 öncesinde sağlığın finansmanı için toplanan primlerin yeterli olmaması sebebiyle vergi gelirleri fon açığını kapatmak için kullanılmakta ve beraberinde özel sağlık sigortacılığı ile cepten yapılan harcamalar bir arada sistemin bileşenlerini oluşturmaktaydı. 2003 yılı itibariyle uygulanmaya başlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) uygulamasından önce var olan Türkiye’deki sağlık sisteminin finansman yapısı EK-7’de gösterilmiştir. Türkiye’de sağlık politikasının hizmet sunumu ve finansmanında yapılan köklü değişiklikleri içeren Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın bileşenleri olarak ifade edilen genel çerçeve 8 ana maddede toplanmıştır (Sağlık Bakanlığı 2007, s. 170-171):

- “1. Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı,*
- 2. Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası,*
- 3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,*
  - a- Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri,*
  - b- Etkili, kademeli sevk zinciri,*
  - c- İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,*
- 4. Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,*
- 5. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,*
- 6. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,*
- 7. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,*

*a- Ulusal İlaç Kurumu,*

*b- Tıbbi Cihaz Kurumu,*

*8. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi.”*

Söz konusu bu unsurlar sağlık sisteminin altyapısı oluşturdıkları için önemli olmakla birlikte, kamu ve özel sektör arasındaki ilişkiye dair bilgiler içermektedir. Bu haliyle; hem denetimle planlamanın kamu tarafından üstlenilmesi hem de yaygın erişimin imkânının temin edilmesi; Türkiye’de kamu sektörünü sağlık piyasasını asıl şekillendiren unsur haline dönüştürmektedir.

Ayrıca Genel Sağlık Sigortası’na dair kanunların ihdası ve bu ekseninde nüfusun geneli için hizmet götürülmesi; harcama ve finansman kanallarını beraber etkileyen unsurlardır. SDP programının genel hatlarıyla ortaya koyan söz konusu bu unsurlar, zaman içerisinde pratik uygulamalara dönüşmüşlerdir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yıllara göre yapılan uygulamalar ise EK-8’de kronolojik olarak verilmiştir. Bu uygulamaların tamamı sağlık hizmetlerinin “etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde; organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması” için yapılan faaliyetleri içermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2007, s. 146). Finansman yapısında 2017 yılına ait gösterim ise EK-9’da gösterilmiştir. Buna göre Sağlıkta Dönüşüm Programı ekseninde farklı geri ödeme kurumları tek çatı altında toplandığı ve hizmet sunucularına ödeme yapar hale geldiği gözlemlenmektedir. Bu özellik, Sosyal Güvenlik Kurumu ile tek ödeyici sistemini oluştururken; hizmete erişimin artması ve mali korumanın sağlanmasını içermektedir (OECD ve Dünya Bankası, 2009, s. 46-47).

Sağlıkta izlenen ve sektörün sorunlarına çözümü içeren SDP sonrasında sağlık harcamalarında artış yaşandığı gözlemlenmektedir. Sağlığa erişimin artması, sağlık sisteminin nüfusun neredeyse tamamını kapsar hale gelmesi harcamalarda kontrolsüz artışları tetikleyen unsurlar olarak nitelenebilir. Dahası, sağlık alanında maliyeti daha yüksek olan tedavi hizmetlerinin ağırlığının fazla olması (Emil vd., 2013, s.43) ve etkinliğin gözetilmediği anlamını içermektedir.

## 2.6 DEĞERLENDİRME

Sağlık harcamalarını etkileyen parametrelerin fazla olması ve finansman kaynaklarında ortaya çıkan gelir-gider dengesizliği mali sürdürülebilirlik konusunu ön plana çıkarmaktadır. Finansman alternatiflerinde ise piyasanın sahip olduğu müşevvikler nezdinde ve devletin gözetimine rağmen; kamunun, sağlık alanında bünyesel unsurlardan dolayı kimi ülkelerde daha az olmak kaydıyla hissedilir bir varlığı söz konusudur. Sağlık harcamalarındaki artışın global düzeyde olması ve gelişmiş ülke ekonomilerinin toplam harcamaların % 75'inden daha fazlasını yapması gelir faktörünün sağlık harcamalarının temel belirleyicisi olduğunu göstermekle birlikte ortalama yaşam sürelerindeki artış, farklı etmenlerle her ülke için sağlık harcamalarındaki artışın nedenlerini analize muhtaç kılmaktadır.

Yaşlanan nüfusla birlikte hastalık yükünde ve sağlık hizmetleri talebinde artış olması sağlık harcamalarını tetikleyen diğer başlıca unsurlardır. Yaşlı nüfusun oransal artışı, üretim düzeyindeki düşüşle birlikte; vergi hasılatındaki gerileme ve sağlık harcamalarındaki artış sosyal güvenlik sistemlerinin yüzleşeceği sorunlar arasında olup, kamunun rolünü daha yoğun hale getirecek etmenler arasındadır. Sağlık harcamalarındaki artış sosyal güvenlikteki mevcut dengesizlikler üzerindeki baskıyı daha fazla artırması, bütçe yapısının zayıflaması ve kamu borçlarının artmasını tetikleyebilecek niteliktedir.

Öncesi ve sonrasıyla SDP, Türkiye'nin son 15 yıllık periyot içerisinde; sağlık sektöründe kurumsal yapıyı, finansman ve hizmet sunumunu değiştiren bir gidişata sahiptir. SDP sonrası nüfusun sağlığa erişiminin artması, başlı başına sağlık harcamalarını artırıcı niteliktedir. Ancak etkinliğin ihmal edilmesi ve maliyetli olan tedavi alternatiflerinin seçimi ile ilaç harcamalarındaki artış trendi, sistem için sürdürülebilirlik kaygılarını öne taşımaktadır.

2000-2017 dönemi için GSYH içerisinde sağlık harcamalarının payı değerlendirildiğinde OECD ortalaması % 8,33 iken Türkiye'de bu oran % 4,8 olup OECD ülkelerindeki en az pay ayıran ülke konumundadır. Kişi başı sağlık harcamalarında da OECD ortalaması 2984,4 \$ iken Türkiye'de 785,5 \$ harcama ile OECD ülkelerinde en az harcama yapan ülke görünümüne sahiptir. Söz konusu mukayeselerde Türkiye'ye ait harcama oranlarının kimi ülkelere nazaran düşük olmadığını söylemek mümkün olmakla birlikte,

harcamaların gerçekleştiği kurumsal yapı, etkinlik ve mali sürdürülebilirlik sorununu gündeme taşımaktadır. Türkiye’deki sağlık harcamalarının seyri GSYH ile paralellik göstermekle birlikte, ortaya çıkan bu harcama görünümüne rağmen, potansiyel olarak sağlık harcamalarını tetikleyen her etmenin Türkiye’yi de etkilemesi muhtemel olduğundan sağlık harcamalarını belirleyen etmenler takip eden bölümde tartışılmıştır.



### 3. BÖLÜM

## SAĞLIK HARCAMALARININ BELİRLEYİCİLERİNİN ANALİZİ

### 3.1 GİRİŞ

Sağlık harcamalarının seyri uluslararası ölçekte önceki bölümde verilmiş olup harcama seviyelerinde olan artışın birçok ülkede görüldüğü vurgulanmıştır. Bu durum kamu bütçeleri üzerine yük oluşturmakla birlikte, sağlık harcamalarını artıran unsurlar nezdinde başta OECD ülkeleri olmak üzere çoğu ülkede tartışılır hale gelmiştir.

Bu bölümde; öncelikle sağlık harcamalarının belirleyicilerine yönelik yapılan çalışmalara yer verilmiştir. Akabinde, zaman serisi analizi yardımıyla Türkiye için uygulamalı bir çalışma yapılmıştır. Bunun için veri seti ve metodoloji tanıtıldıktan sonra uygulama kısmına geçilmiş ve takiben elde edilen bulgular sunulmuştur. Sonuç kısmında ise sağlık harcamalarına dair bulgular karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiş ve bu kapsamda nihai amacı sağlık hedeflerini gerçekleştirmek olan sağlık politikasının kullanabileceği öneriler sunulmuştur.

### 3.2 SAĞLIK HARCAMALARININ BELİRLEYİCİLERİNE YÖNELİK UYGULAMALI LİTERATÜR

Daha önceki bölümlerde aktarıldığı üzere sağlık harcamalarını etkileyen çeşitli unsurlara değinilmiştir. Söz konusu unsurların sayısının fazla olması ve sağlıkla ilgili olduğu düşünülen unsurların ampirik sınamalara eklenmesi ampirik çalışmaların sonuçlarında da farklılıklar görülmesine neden olmaktadır. Burada üzerinde hassasiyetle durulması gereken konu, ampirik çalışmalarda kullanılan metodolojinin ve ampirik çalışmaya konu edilen ülkelerin bünyesel özelliklerinin farklı olduğudur.

Genel itibariyle söz konusu çalışmalar iki ana başlık altında sınıflandırılabilir. Bunları zaman serisi analizine dayanan çalışmalar ve panel veri yöntemine dayanan çalışmalar olarak ayırmak mümkündür. Tez çalışmasında ise sağlık harcamalarının belirleyicilerine

yönelik yapılan çalışmalar kronolojik olarak sunulurken<sup>36</sup>, literatürde her iki yöntemle de analiz edilen çalışmalara bütüncül olarak yer verilmiştir.

Sağlık harcamalarının belirleyicilerine yönelik yapılan ilk çalışma sıklıkla, Newhouse tarafından 1977 yılında 13 OECD ülkesi<sup>37</sup> için yapılan ve kişi başına düşen sağlık harcamalarının % 90'ından fazlasını kişi başı milli gelirdeki değişimle açıklayan, aynı zamanda sağlık hizmetlerini lüks mal olarak tespit eden çalışma olarak nitelenmektedir. Ancak Murray vd. (1994, s. 623) bu tarihten önceki, sağlık harcamalarını konu edinen bazı çalışmaları, sağlık harcamalarındaki değişimi açıklamamasından ötürü, bu kapsamda değerlendirmektedir. Benzer bir yaklaşımla; sağlık harcamalarındaki değişimi içeren literatüre kronolojik aşağıda olarak yer verilmiştir.

1959 tarihli Uluslararası Çalışma Örgütü'nün ABD'de yapılan sosyal sigorta kapsamındaki sağlık ödemeleriyle özel sağlık sigortası kapsamındaki sağlık ödemeleri karşılaştırılmıştır. Sağlık hizmet maliyetlerinin nelerden oluştuğuna değinildikten sonra, tıbbi bakım maliyetlerinin ortalama kişi başı gelirin % 1.75 ile % 2 arasında gerçekleştiği hesaplanmıştır.

Abel-Smith, WHO'nun çalışmaları kapsamında 1963'te 6 ülke için, 1967'de 29 ülke için sağlık harcamaları üzerindeki etkilerini uluslararası düzeyde gayri safi milli hasılanın yüzdesi olarak hesaplayan ilk çalışmalardır. 1967 yılında daha fazla ülkenin analiz edilmesiyle; sağlığa en fazla harcama yapan ülkelerin refah seviyesi yüksek olan ülkeler olduğu ve bu ülkelerin sağlık göstergelerinin de daha iyi sağlık çıktılarına sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Kleiman (1974), 16 gelişmiş ülke için yaptığı yatay kesit analizinde sağlık harcamalarının gelir esnekliğini 1.2 olarak bulmuş ve sağlık harcamaları lüks mal olarak tespit edilmiştir.

Leu'nun (1986) çalışması Newhouse'un 1977 yılındaki çalışmasından sonra<sup>38</sup> kişi başına düşen sağlık harcamaları ilişkisini tek değişkenle yani kişi başına düşen gelir ile analiz

<sup>36</sup> Literatürde yer alan daha önceki çalışmalar sunulurken "gelir", kişi başına düşen GSYH için, "sağlık harcamaları" ise kişi başına düşen sağlık harcamalarını nitelemek için kullanılmıştır. Söz konusu bu ifadeler takip eden bazı açıklamalarda, seriler arasındaki ilişkilerin net olarak sunulabilmesi maksadıyla daha fazla açıklamaya ihtiyaç duyulduğundan olduğu gibi kullanılmışlardır.

<sup>37</sup> Sağlık harcamalarındaki değişimi açıklamaya yönelik uygulamalı literatürde, Türkiye'nin yapılan çoğu analize dâhil edilmediği görülmektedir.

<sup>38</sup> Literatürde sağlık harcamalarındaki değişimi açıklamak için çok değişkenli çalışmaların başlaması yaklaşık on yıl sonra başladığı görülmektedir. Bu bağlamda Newhouse'un çalışmasının bir özelliği tek

eden çalışmaların ardından çok değişkenli analizin kullanıldığı ilk çalışmadır. Leu 1974 yılını incelediği çalışmasında; gelir değişkeninin yanı sıra kamunun sağlık harcamalarındaki payı, 15 yaş altı nüfusun ve 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfus içindeki paylarıyla şehirleşme oranını 19 OECD ülkesi için analiz etmiş ve sağlık harcamalarının gelir esnekliğini 1.8 ile 1.36 arasında tespit ederek sağlık harcamalarının lüks mal olduğunu bulmuştur. Ayrıca kamunun sağlık harcamalarındaki payındaki artışların, toplam sağlık harcamalarını daha da artıracaklarını saptamıştır.

Parkin vd. (1987) çalışmalarında 23 OECD ülkesini 1980 yılı için incelemiştir. Bulgulara göre GSYH'nin toplam sağlık harcamalarında yaşanan değişimin nedeninin çoğunu açıkladığı saptanmıştır. Parkin çalışmasında Newhouse'un çalışmasına yönelik eleştiriler getirerek, farklı model kullanımının elde edilecek sonuçları da farklılaştığını vurgulamaktadır. Bu durum bir nevi elde edilecek sonuçların modellerde kullanılan parametrelerin nasıl seçildiği ve kullanıldığına duyarlı olduğunu göstermektedir.

Gerdtham vd. (1992) sağlık harcamalarıyla ilişkilendirilmeye başlanan diğer değişkenleri kullanarak 19 OECD ülkesini 1987 yılı için incelemiştir. Kişi başına düşen gelirin ve 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfus içindeki payının kişi başına yapılan sağlık harcamaları üzerinde anlamlı ve pozitif etkisinin olduğunu tespit etmişlerdir.

Blomqvist ve Carter (1993) uzun dönemli ilişkinin tespitine yönelik eşbütünleşme analiziyle 24 OECD ülkesi için 1960-1987 yılları için test etmişlerdir. Söz konusu dönem için sağlık harcamalarının gelir esnekliği birden küçük bulunmuştur. Kamunun payı ve hekimlere ödenen ücretin önemli belirleyiciler olduğu tespit edilmiş ve seriler arasında eşbütünleşik bir yapı saptanmıştır.

Çoğunlukla ülke gruplarına yönelik görülen çalışmaların ardından bir ülkenin bölge ve eyaletlerine yönelik çalışmalarda zamanla görülmeye başlanmıştır. Bu bağlamda Di Matteo ve Di Matteo (1998) Kanada'nın eyaletlerinde sağlık harcamalarındaki değişimi analiz etmişlerdir. 1965-1991 yılını kapsayan bu çalışmada kişi başına düşen yerel sağlık harcamaları üzerinde gelir ve toplam nüfus içindeki 65 yaş üstü nüfusun payının anlamlı

---

değişken olarak gelirin seçilmesi ile sağlık harcamalarındaki değişimi inceleyen diğer çalışmaların söz konusu bu çalışmayı takip etmesi olmuştur.

ve pozitif etkisinin olduğu, federal düzeyde yapılan transferlerin ise anlamlı ve olumsuz olduğu, bunun yanında sağlık hizmetlerinin lüks mal olmadığı tespit edilmiştir.

Tokita vd. (2000), Japonya için 1991 ve 1993 yıllarını analiz ettikleri çalışmada geliri sağlık harcamalarının belirleyicisi olarak açıklarken, iller arasında görülen gelir farklılıklarının kişi başına düşen sağlık harcamalarını da farklılaştırdığını, kişi başına düşen yatak ve hekim sayısındaki farklılıkların harcama düzeyini de farklılaştırdığını vurgulamaktadırlar. Japonya özelinde yaşlı nüfus olarak 60 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranı değerlendirilmiş ve il bazında ayırt edici özelliklerle birlikte yaşlı nüfusunda sağlık harcamalarında belirleyici olduğu vurgulanmıştır.

Giannoni ve Hitiris (2002) İtalya için 1980 ve 1995 yılları arasını analiz etmiştir. Bu çalışma, sağlık harcamalarında arz yönüyle sağlık personelini de analize dâhil etmiştir. Sağlık personeli sayısında yaşanan artışın sağlık harcamalarını artıracığı, sağlık harcamalarının ise zorunlu mal olduğu tespit edilmiştir. Yaşlanma ve gelirin İtalya için sağlık harcamalarında temel belirleyiciler olduğu saptanmıştır.

Freeman (2003) çalışması 1966-1998 yıllarını kapsamaktadır. Uygulama bölümünde panel veri analizinde ABD eyaletleri incelenmiştir. Sağlık harcamalarının gelir esnekliği 0.817 ile 0.844 arasında bulunmuş ve sağlık harcamalarının zorunlu bir mal olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca seriler arasında eşbütünleşme ilişkisi bulunmuştur.

Kanada'nın eyaletleri Ariste ve Carr (2003) tarafından da analiz edilmiştir. 1966-1998 yıllarının incelendiği bu çalışmada sağlık harcamalarının gelir esnekliği 0.88 olarak bulunmuş, dolayısıyla sağlık harcamalarının zorunlu mal olduğu saptanmıştır.

Bilgel (2003) Türkiye için sağlık harcamalarındaki değişimi açıklayan ilk çalışmayı yapmıştır. 1927-1996 yıllarını kapsayan zaman serisi analizinde kişi başına düşen gelir değişkeniyle birlikte 15 yaş altı nüfusun ve 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfus içindeki payı ile lise ve üniversitedeki öğrencilerin sayıları kullanılmıştır. Sağlık harcamalarının gelir esnekliği birden küçük bulunmuştur.

Clemente (2004) 22 OECD ülkesi için 1960 ve 1977 yıllarını analiz etmiş ve eşbütünleşme testi sonuçlarına göre sağlık harcamaları ve gelir arasında uzun dönemli ilişki tespit edilmiştir.

Cantarero (2005) İspanya'nın bölgelerini 1993-1999 yılları için panel veri analizine tabi tutmuş ve yaşlı nüfus sağlık harcamalarındaki artışın en önemli belirleyicisi olarak tespit edilmiştir.

Crivelli vd. (2005) ise İsviçre kantonları için 1996-2001 yılları arasını panel veri analiziyle incelemiştir. Refah seviyesi yüksek bir ülke olarak İsviçre analizinde farklı olarak, kullanılan değişkenler arasında 75 yaş üstü nüfusun toplam nüfus içerisindeki payı yer almaktadır. Bu değişkenle birlikte çalışma sonuçları; 5 yaş altı nüfus, işsizlik oranı ve hekim yoğunluğu önemli değişkenlerdir; ancak, gelirin sağlık harcamaları üzerinde etkisinin olmadığı saptanmıştır.

Okunade (2005) 26 Afrika ülkesini 1995 yılı için yatay kesit analizi aracılığıyla incelemiştir. Sağlık harcamalarıyla ilgili olabilecek değişkenler arasında bu çalışmada; Gini katsayısı, nüfus bağımlılık oranı, kişi başına düşen hemşire ve hekim sayısı, beş altı ölüm oranı, şehirleşme oranı, yolsuzluk endeksi kullanılmıştır. Gelir değişkeni en önemli değişken olarak bulunmakla birlikte sağlık harcamaları zorunlu mal olarak saptanmıştır. Gelir adaletsizliklerinin azaltılması ve reel gelir artışlarıyla sağlık statüsünün daha iyi olacağı sonucuna varılmıştır.

Kıymaz vd. (2006) yılında Türkiye için 1984-1998 yılını analiz etmiştir. Bilgel (2003)'den farklı olarak bu çalışmada finansman kaynağı ayırımına gidildiği görülmektedir. Sağlık harcamalarının gelir esnekliği birden büyük bulunmakla birlikte kişi başına toplam sağlık harcamalarının gelir esnekliği % 2.19, kamu sağlık harcamaları % 35.19, özel sağlık harcamalarının ise % 2.43 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca nüfus artışı ve gelir artışının sağlık harcamalarıyla aralarında uzun dönemli bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Mosca (2007), 1990 ve 2000 arasını 20 OECD ülkesi için panel veri analizine tabi tutmuştur. Sağlık hizmetlerinin sahip olduğu 1'den küçük esnekliği ile normal mal olduğu tespit edilmiştir. Sosyo-ekonomik, demografik ve arz yanlı faktörlerin sağlık harcamalarını artıracığı bulunmuştur.

İspanya'nın bölgeleri için yapılan diğer bir çalışma Costa-Font ve and Pons-Novell tarafından 2007 yılında yapılmıştır. 1992-1998 yıllarını kapsayan panel veri analizinin bulgularına göre, gelir düzeyi, yatak ve hekim sayısı sağlık harcamalarının en önemli

belirleyicileri olup, sağlık harcamalarının gelir esnekliği 0.98 olarak tespit edilmiştir. Gelir esnekliğinin 1'e çok yakın bir sayı geldiği vurgulanarak sağlık harcamaları normal mal olarak nitelenmiştir.

Çalışkan (2009) yılında 21 OECD ülkesi 1984 ve 2005 yıllarını analiz etmiştir. İlaç harcamaları çalışmada diğer çalışmalardan farklı olarak kullanılmış ve gelir değişkeni sağlık harcamalarını güçlü bir şekilde açıklamasına rağmen sağlık harcamaları zorunlu bir mal olarak tespit edilmiştir.

Ang'ın (2010) çalışması 1960-2003 dönemi içerisinde Avustralya'yı konu edinmektedir. Bulgulara göre, kişi başına düşen sağlık harcamalarının kişi başına gelirden meydana gelen artışla birlikte artacağı, demografik faktörlerin sağlık harcamalarını açıklamada anlamlı olduğu, arz yanlı etmenlerin yoğunluğunun artmasının talebi artırdığını ve Avustralya için sağlığın lüks mal olduğu bulunmuştur.

Xu vd., (2011) çalışması dünya üzerinde 143 ülkeyi 1995-2008 yılları için analiz etmektedir. Söz konusu bu çalışma da kullanılan değişkenler ile kendisinden önce yapılan çalışmalardaki değişkenler ve yöntemlerin farklılıklarına göre farklı sonuçların doğacağına dikkat çekmektedir. Finansman tipi açısından başvuru kamu ve özel ayrımı yerine ülke sayısının fazla olmasının verdiği imkânla kamu finansman türleri de analiz edilmiştir. Bulgulara göre sağlık harcamalarının gelir esnekliği birden küçük olarak bulunmuştur. Ayrıca vergi tabanlı finansman ve sigortaya dayalı finansman arasında bir fark bulunamamıştır.

Furuoka vd. (2011) panel veri analizi ile 12 Asya ülkesini 1995-2008 yılları için incelemiştir. Bulgular doğrultusunda yaşlı nüfus oranı ve gelirdeki artışlar sağlık harcamalarını da arttırmaktadır.

Prieto ve Lago-Penas (2012) İspanya'yı yine 1992 yılında başlayan ancak farklı olarak daha geniş bir döneme uzanacak şekilde 2005 yılına kadar panel veri analizi ile analize tabi tutmuşlardır. Bulgulara göre, sağlık harcamalarının gelir esnekliği bölgeden bölgeye değiştiği gibi, bölgesel unsurların sağlık harcamalarının üzerindeki etkisinin farklılık gösterdiği vurgulanmıştır.

Pan ve Liu (2012) panel veri analiziyle Çin'in eyaletlerini 2002-2006 dönemi için analiz etmiş ve Çin'de sağlık harcamalarının belirleyicilerine yönelik olarak sistematik

Çalışmaların olmadığı vurgulanmışlardır. Bulgulara göre eyaletlere göre yapılan sağlık harcamalarının idari birimlere göre farklılık göstermesinin yanı sıra; gelir, şehirleşme oranı ve merkezi hkmetten eyaletlere yapılan gelir transferlerin belirleyici olduğu ortaya konulmuştur. Sağlık harcamalarının gelir esnekliği ise 1'den küçük bulunmuştur.

Angko (2013) ise Gana'yı 1970 ve 2006 dönemi için zaman serisi analizi ile incelemiştir. Kişi başına düşen gelirin sağlık harcamaları üzerinde etkili olduğu, şehirleşmenin, 15 yaş altı nüfusun oranının ve 65 yaş üstü nüfusun oranının sağlık harcamalarını uzun dönemde etkilediğini ve kısa dönemde sağlığın lüks mal uzun dönemde ise normal mal olduğu tespit edilmiştir.

Kanada'yı konu edinen ve kapsamı 1975-2002 yılları olan diğer bir alışma Bilgel ve Tran (2013) tarafından yapılmıştır. Bulgulara göre sağlık harcamalarının gelir esnekliği birden küçük bulunmasının yanında Kanada için sağlık harcamaları lüks mal olmaktan çok uzak olarak nitelenmiştir.

Hosova (2014) 25 OECD lkesi için panel veri analiziyle farklı dönemleri kapsayan bir çalışma yapmıştır. Bu yıllar sırasıyla 1985-2006, 1990-2006 ve 1997-2006 yılları arasını kapsamaktadır. Söz konusu dönemler için yaşlı nüfus oranı sağlık harcamalarındaki değişimin temel belirleyicisi olarak tspit edilmiştir.

Khan vd. (2016) Malezya için 1981-2014 yıllarını kapsayan çalışmalarında, sağlık hizmetlerinin Malezya için zorunlu mal olduğunu, nüfus artışı ve nüfus yapısının istatistiksel olarak anlamlı ve sağlık harcamaları üzerinde negatif etkisinin olduğunu, yaşam beklentisindeki artışın sağlık harcamaları üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisinin olduğunu tespit edilmiştir.

Rezaei vd. (2016) İran için 1978 ve 2011 yıllarını kapsayan çalışmalarında gelir, şehirleşme ve okur-yazar olmayanların oranındaki artışın sağlık harcamalarını artırırken, sağlık personelinin ve 65 yaş üstü nüfusun sağlık harcamalarını azalttığı ve sağlığın zorunlu mal olduğu tespit etmişlerdir.

Akça vd. (2017) farklı bir analizle 35 OECD ülkesini karar ağacı modelleriyle incelemişlerdir. 2014 yılının analizini içeren bu çalışma gelir değişkeni sağlık harcamalarının açıklanmasında kullanılan en önemli değişken olarak bulunmuştur.

İyidoğan vd. (2017) 13 OECD ülkesi için 1965 ve 2012 dönemini analiz eden çalışmalarında yaşlanan nüfusun kamu sağlık harcamalarına etkisini ve ilgili dönemde sağlık harcamalarının mali yükünü incelemişlerdir. Yaşlı nüfusun sağlık bakımları için katlanılan maliyetin vergi yükü üzerinde baskı oluşturacağını ve bu durumun analize tabi olan ülkeler arasında Japonya, İsveç ve ABD hariç geçerli olduğu ifade etmişlerdir. Çalışmanın bulguları ilgili ülkelerde değişen oranlarda vergi yükü artışına işaret etmektedir.

Balıkçioğlu vd. (2017) 16 OECD ülkesi için 1965-2012 yılları arasında kamu sağlık harcamalarının belirleyicisi olarak yaşlı nüfus oranına dair yaptıkları analizlerde, yaşlı nüfus olarak 40 yaş üstü nüfusun toplam nüfus içerisindeki payı kullanılmıştır. Seriler arasındaki kısa ve uzun dönem ilişki istatistiksel olarak ispatlamışlardır. Ayrıca, ABD dışında yaşlanma etkilerinin kamu sağlık harcamaları üzerindeki etkisinin olumlu olduğu bulunmuştur.

Nghiem ve Connelly (2017) 1975 ve 2014 yılları arasında 21 OECD ülkesini incelemişlerdir. Panel veri analizinin bulgularına göre ülke bazında sağlık harcamaları zorunlu mal olarak bulunmasına rağmen en önemli belirleyicinin teknolojik gelişme olduğu saptanmıştır.

Kraipornsak (2017) ise 15 Asya ve 30 OECD ülkesini 1995 ve 2013 dönemi için analize tabi tutmuştur. Söz konusu çalışmada farklı ülke grupları olmakla birlikte, söz konusu gruplar için sağlık harcamaları zorunlu mal olarak bulunmuştur. Gelir ve şehir nüfusu artışının sağlık harcamalarını arttırdığı bulunmuştur.

Feng vd. (2017) yüksek gelirli 18 OECD ülkesini 1988 ve 2012 dönemi için analiz etmişlerdir. Bulgular doğrultusunda, 65 yaş üstü nüfus, ilaç harcamaları, ölüm oranları ve nüfus artış oranları ile toplam sağlık harcamaları arasında uzun dönemli ilişkinin yanında sağlık harcamalarının gelir esnekliği 1'den büyük bulunmuştur.

Literatürdeki kişi başına sağlık harcamalarının belirleyicilerine yönelik uygulamalı çalışmaların özeti tablo 7'de verilmiştir.

Tablo-7: Sağlık Harcamalarının Belirleyicilerine Yönelik Uygulamalı Literatür Özeti

| Yazar(lar)/Yıl                                 | Kapsam                                                          | Yöntem                  | Sonuç                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kleiman (1974)                                 | 16 gelişmiş ülke                                                | Yatay kesit analizi     | Sağlık harcamalarının gelir esnekliği 1.2 olarak bulunmuş ve sağlık harcamaları lüks mal olarak tespit edilmiştir.                                                                                                                                                                               |
| Newhouse (1977)                                | 13 gelişmiş ülke, 1972 yılı veya mevcut en yakın yılın verileri | Basit regresyon analizi | Kişi başına düşen sağlık harcamalarının % 90'ından fazlası kişi başı milli gelirdeki değişimle açıklanmakta olup, sağlık hizmetleri lüks mal şeklinde değerlendirilmektedir.                                                                                                                     |
| Leu (1986)                                     | 19 OECD ülkesi, 1974 yılı                                       | Yatay kesit analizi     | Sağlık harcamaları lüks mal olarak bulunmuştur.                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Parkin, McGuire ve Yule (1987)                 | 23 OECD ülkesi, 1980                                            | Yatay kesit analizi     | GSYH'nin toplam sağlık harcamalarında yaşanan değişimin nedeninin çoğunu açıkladığı bulunmuştur.                                                                                                                                                                                                 |
| Gerdtham, Sogaard, Andersson ve Jönsson (1992) | 19 OECD ülkesi, 1987 yılı                                       | Yatay kesit analizi     | Gelir ve 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfus içindeki payının kişi başına düşen sağlık harcamaları üzerinde anlamlı ve pozitif etkisinin olduğu tespit edilmiştir.                                                                                                                                  |
| Blomqvist ve Carter (1993)                     | 24 OECD ülkesi, 1960-1987                                       | Zaman serisi analizi    | Sağlık harcamalarının gelir esnekliği birden küçük bulunmuştur. Kamunun payı ve hekimlere ödenen ücretin önemli belirleyiciler olduğu tespit edilmiştir.                                                                                                                                         |
| Di Matteo ve Di Matteo (1998)                  | Kanada eyaletleri, 1965-1991                                    | Zaman serisi analizi    | Kişi başına düşen yerel sağlık harcamaları üzerinde gelir ve toplam nüfus içindeki 65 yaş üstü nüfusun payının anlamlı ve pozitif etkisinin olduğu, federal düzeyde yapılan transferlerin ise anlamlı ve olumsuz olduğu, bunun yanında sağlık hizmetlerinin lüks mal olmadığı tespit edilmiştir. |
| Tokita vd. (2000)                              | Japonya, 1991-1993                                              | Yatay kesit analizi     | Gelir ve il bazındaki kurumsal farklılıklar yanında yaşlanma (60 yaş üstü nüfus) payının artışı sağlık harcamalarını güçlü bir şekilde açıklamaktadır.                                                                                                                                           |

|                                                 |                                  |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Giannoni ve Hitiris (2002)                      | İtalya, 1980-1995                | Panel veri ve yatay kesit analizi | Sağlık personeli sayısında yaşanan artışın sağlık harcamalarını artıracığı ve sağlık harcamalarının zorunlu mal olduğu tespit edilmiştir. Yaşlanma ve gelirin İtalya için sağlık harcamalarında temel belirleyiciler olduğu tespit edilmiştir. |
| Freeman (2003)                                  | ABD eyaletleri, 1966-1998        | Panel veri analizi                | Sağlık harcamalarının gelir esnekliği 0.817 ile 0.844 arasında bulunmuş ve sağlık harcamalarının zorunlu bir mal olduğu tespit edilmiştir.                                                                                                     |
| Ariste ve Carr (2003)                           | Kanada eyaletleri, 1966-1998     | Panel veri analizi                | Sağlık harcamalarının gelir esnekliği 0.88 olarak bulunmuştur.                                                                                                                                                                                 |
| Bilgel (2003)                                   | Türkiye, 1927-1996               | Zaman serisi analizi              | Sağlık harcamalarının gelir esnekliği birden küçük bulunmuştur.                                                                                                                                                                                |
| Clemente, Marcuiello, Montanes, ve Pueyo (2004) | 22 OECD ülkesi, 1960-1977        | Eşbütünleşme analizi              | Sağlık harcamaları ve gelir arasında uzun dönemli ilişki tespit edilmiştir.                                                                                                                                                                    |
| Cantarero (2005)                                | İspanya'nın bölgeleri 1993-1999  | Panel veri analizi                | Yaşlı nüfus en önemli belirleyici olarak tespit edilmiştir.                                                                                                                                                                                    |
| Crivelli vd. (2005)                             | İsviçre kantonları, 1996-2001    | Panel veri analizi                | 75 yaş üstü nüfus, 5 yaş altı nüfus, işsizlik oranı ve hekim yoğunluğu önemli değişkenlerdir; ancak, gelirin sağlık harcamaları üzerinde etkisinin olmadığı bulunmuştur.                                                                       |
| Okunade (2005)                                  | 26 Afrika ülkesi, 1995           | Yatay kesit analizi               | Gelir değişkeni en önemli değişken olarak bulunmakla birlikte sağlık harcamaları zorunlu mal olarak tespit edilmiştir.                                                                                                                         |
| Kıymaz, vd. (2006)                              | Türkiye, 1984-1998               | Zaman serisi analizi              | Sağlık harcamalarının gelir esnekliği birden büyük bulunmuştur.                                                                                                                                                                                |
| Mosca (2007)                                    | 20 OECD ülkesi, 1990-2000        | Panel veri analizi                | Sağlık hizmetlerinin sahip olduğu 1'den küçük esnekliği ile normal mal olduğu tespit edilmiştir. Sosyo-ekonomik, demografik ve arz yanlı faktörlerin sağlık harcamalarını artıracığı bulunmuştur.                                              |
| Costa-Font ve Pons-Novell (2007)                | İspanya'nın bölgeleri, 1992-1998 | Panel veri analizi                | Gelir düzeyi, yatak ve hekim sayısı sağlık harcamalarının belirleyicileri olup, sağlık harcamalarının gelir esnekliği 0.98 olarak tespit edilmiştir.                                                                                           |

|                                    |                                                          |                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Çalışkan<br>(2009)                 | 21 OECD ülkesi,<br>1984-2005                             | Panel veri analizi      | Sağlık harcamaları zorunlu mal olarak bulunmuştur. Gelir değişkeni ise sağlık harcamalarını güçlü bir şekilde açıklamaktadır.                                                                                                                                                                         |
| Ang<br>(2010)                      | Avustralya,<br>1960-2003                                 | Zaman serisi<br>analizi | Kişi başına düşen sağlık harcamalarının kişi başına gelirden meydana gelen artışla birlikte artacağı, demografik faktörlerin sağlık harcamalarını açıklamada anlamlı olduğu, arz yanlı etmenlerin yoğunluğunun artmasının talebi artırdığını ve Avustralya için sağlığın lüks mal olduğu bulunmuştur. |
| Xu, vd.<br>(2011)                  | 143 ülke,<br>1995-2008                                   | Panel veri analizi      | Sağlık harcamalarının gelir esnekliği birden küçüktür. Ayrıca vergi tabanlı finansman ve sigortaya dayalı finansman arasında bir fark bulunamamıştır.                                                                                                                                                 |
| Furuoka, vd.<br>(2011)             | 12 Asya ülkesi,<br>1995-2008                             | Panel veri analizi      | Yaşlı nüfus oranı ve gelirdeki artışlar sağlık harcamalarını da arttırmaktadır.                                                                                                                                                                                                                       |
| Prieto ve Lago-<br>Penas<br>(2012) | İspanya,<br>1992-2005                                    | Panel veri analizi      | Sağlık harcamalarının gelir esnekliği bölgeden bölgeye değiştiği gibi, bölgesel unsurların sağlık harcamalarının üzerindeki etkisi farklılık göstermektedir.                                                                                                                                          |
| Pan ve Liu<br>(2012)               | Çin,<br>2002-2006                                        | Panel veri analizi      | Gelir değişkeninin yanında merkezi hükûmetten eyaletlere yapılan gelir transferi ve şehirleşme oranı eyaletler arasında farklılık göstermekle birlikte en önemli belirleyiciler olarak saptanmıştır.                                                                                                  |
| Angko<br>(2013)                    | Gana,<br>1970-2006                                       | Zaman serisi<br>analizi | Kişi başına düşen gelirin sağlık harcamaları üzerinde etkili olduğu, şehirleşmenin, 15 yaş altı nüfusun oranının ve 65 yaş üstü nüfusun oranının sağlık harcamalarını uzun dönemde etkilediğini ve kısa dönemde sağlığın lüks mal uzun dönemde ise normal mal olduğu tespit edilmiştir.               |
| Bilgel ve Tran<br>(2013)           | Kanada'nın<br>eyaletleri,<br>1975- 2002                  | Panel veri analizi      | Sağlık harcamalarının gelir esnekliği birden küçük bulunmasının yanında Kanada için sağlık harcamaları lüks mal olmaktan çok uzak olarak nitelenmiştir.                                                                                                                                               |
| Hosoya<br>(2014)                   | 25 OECD ülkesi,<br>1985-2006, 1990-<br>2006 ve 1997-2006 | Panel veri analizi      | Yaşlanma sağlık harcamalarının değerlendirilmesindeki en önemli bileşen olarak bulunmuştur.                                                                                                                                                                                                           |

|                               |                                          |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------|------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Khan, Razali ve Shafie (2016) | Malezya, 1981-2014                       | Zaman serisi analizi | Sağlık hizmetlerinin Malezya için zorunlu mal olduğu, nüfus artışı ve nüfus yapısının istatistiksel olarak anlamlı ve sağlık harcamaları üzerinde negatif etkisi olduğu, yaşam beklentisindeki artışın sağlık harcamaları üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir. |
| Rezaei, vd. (2016)            | İran, 1978-2011                          | Zaman serisi analizi | Kişi başına düşen gelir, şehirleşme ve okur-yazar olmayanların oranındaki artış sağlık harcamalarını artırırken, sağlık personelinin ve 65 yaş üstü nüfusun sağlık harcamalarını azalttığı ve sağlığın zorunlu mal olduğu bulunmuştur.                                                        |
| Akça, vd. (2017)              | 35 OECD ülkesi, 2014                     | Karar ağacı modeli   | Gelir değişkeni sağlık harcamalarının açıklanmasında kullanılan en önemli değişken olarak bulunmuştur.                                                                                                                                                                                        |
| Nghiem ve Connelly (2017)     | 21 OECD ülkesi, 1975-2014                | Panel veri analizi   | Ülke bazında sağlık harcamaları zorunlu mal olarak bulunmasına rağmen en önemli belirleyici teknolojik gelişmedir.                                                                                                                                                                            |
| Kraipornsak (2017)            | 15 Asya, 30 OECD ülkesi, 1995-2013       | Panel veri analizi   | Ülke grupları için sağlık harcamaları zorunlu mal olarak bulunmuştur. Gelir ve şehir nüfusu artışının sağlık harcamalarını arttırdığı bulunmuştur.                                                                                                                                            |
| Feng vd. (2017)               | Yüksek gelirli 18 OECD ülkesi, 1988-2012 | Panel veri analizi   | 65 yaş üstü nüfus, ilaç harcamaları, ölüm oranları ve nüfus artış oranları ile toplam sağlık harcamaları arasında uzun dönemli ilişkinin yanında sağlık harcamalarının gelir esnekliği birden büyük bulunmuştur.                                                                              |

Kişi başına yapılan sağlık harcamalarını analiz eden çalışmalar yukarıda sunulmakla birlikte; görüldüğü gibi, öncül olan çalışmalar tek değişkenli ve gelirle olan ilişkiyi analiz eden çalışmalardan oluşmaktadır. Daha sonraki yıllarda yapılan çalışmalar ise çok değişkenli analizi içermektedir. Bu analizlerde sağlık ve/veya sağlık harcamalarıyla ilişkili olabilecek diğer unsurların analiz edilmesiyle literatürün genişlediği söylenebilir.

Ülke gruplarına yönelik olarak yapılan çalışmaların çoğu OECD ülkelerini kapsamaktadır. Ancak Türkiye'nin bu analizlere dâhil edilmediği görülmüştür. Söz konusu bu durumun öncelikli sebebi, çoğunlukla yüksek gelirli ülkelerin analiz edilmesi olup, diğer unsur ise Türkiye'ye ilişkin verilerin yokluğudur. Sağlık harcamalarındaki değişimi inceleyen çalışmalarda gelişmekte olan ülkelerin analizinin literatürde ilk çalışmalar olmamasının nedeni de geneli itibarıyla akademik ilginin refah seviyesi yüksek olan ülkelere yönelik olmasından kaynaklanabileceği söylenebilir.

Zamanla sağlık harcamalarındaki artışın her ülke gündeminde, başta kamu bütçeleri üzerinde oluşan yük sebebiyle, tartışılır olması yapılan analizlerin sayısını arttırmış ve Asya ülkelerinin de analiz edildiği çalışmalar yapılmıştır. Ayrıca her ülkenin idari yönetim yapısından kaynaklanan farklılıklardan dolayı eyaletlere göre farklılıkların analiz edildiği çalışmalara da rastlanılmaktadır.

Panel veri analizinin kullanıldığı çalışmalarla zaman serisini kullanan çalışmaların sonuçları arasında farklılıklar görülmektedir. Ancak geneli itibarıyla ülke gruplarını bir zaman aralığı içerisinde inceleyen çalışmalarda kişi başına yapılan sağlık harcamalarının gelir esnekliğinin birden küçük olduğu görülmektedir. Diğer yandan ülke analizini içeren çalışmalarda söz konusu gelir esnekliğinin birden büyük olduğu görülmektedir. Bu durum sağlık harcamalarının ülke analizlerinde lüks mal olduğu bulgusuna erişildiğini göstermektedir. Sağlık harcamalarının analizi çerçevesinde yapılacak çalışmaların birbiriyle ilişkili olabilecek değişkenlerle sınanması gerekliliği ilk bölümde ifade edilmiştir. Bu bağlamda literatürdeki uygulamalı çalışmalar da çoğunlukla gelir, yaşlı nüfus oranı, genç nüfus oranı, doğurganlık oranı, kamunun sağlık finansmanındaki payı, bağımlılık oranı, şehirleşme oranı, okur-yazar oranı, okuma yazma bilmeyenlerin oranı, hekim, hemşire ve/veya sağlık personeli sayısı gibi unsurları içermektedir. Dahası, Ang (2010, s. 640) kişi başına düşen gelir, yaşlı nüfus oranı, genç nüfus oranı, kamu payı ve

kişi başına düşen sağlık personeli sayısını sağlık harcamalarının anahtar belirleyicileri olarak ifade etmektedir.

Türkiye için bu yönde yapılan ampirik sınamaların azlığı dikkat çekmekle birlikte; kişi başına düşen sağlık harcamalarının belirleyicilerine yönelik yapılan ampirik uygulama, erişilebilen veriler dâhilinde yakın dönem analizini içermektedir. Bu açıdan tez çalışmasının son yılları kapsayan harcamalara ve ilişkilerine odaklanması önem arz etmektedir. Ek olarak, kişi başına yapılan sağlık harcamalarının finansman kaynağının değişmesi, seriler arasındaki ilişkiyi değiştireceği kuramsal olarak ifade edilmiş akabinde, iktisadi ve iktisadi olmayan değişkenlerle sınanmıştır.

### **3.3 SAĞLIK HARCAMALARININ BELİRLEYİCİLERİ: 1979-2016 DÖNEMİ TÜRKİYE İÇİN UYGULAMALI BİR ANALİZ**

#### **3.3.1 Kullanılan Veri Seti Ve Çalışmanın Kapsamı**

Türkiye için sağlık harcamalarının belirleyicilerinin, 1979-2016 döneminde zaman serisi yöntemiyle analiz edildiği çalışmada, literatür ile paralellik gösterecek şekilde sağlık göstergelerinden birisi olan kişi başına düşen sağlık harcamaları bağımlı değişken olarak kullanılmıştır. Çalışmada iktisadi, sosyoekonomik ve demografik değişkenler arasındaki ilişki analiz edilmiştir. Açıklayıcı değişkenler olarak gelir düzeyi, sağlık harcamalarında kamunun payı, yaşlı nüfus oranı ve doğurganlık oranı kullanılmıştır.

Sağlık harcamaları üzerindeki değişiklikleri açıklamaya yönelik az sayıda çalışma kamu ve özel sağlık harcaması ayırımına gitmekte, çoğu çalışmada ise toplam veriler üzerinden sağlık harcamalarındaki değişiklik analiz edilmektedir. Getzen'in (2006) ortaya koyduğu bulgular ise sağlık güvencesi olmayanlarında sağlık giderleri için harcama yapmak zorunda kaldıkları durumu ifade eden otonom harcamaların yapıldığını ve bunun bir ülke için sağlık harcamalarının yüksekliğinden bağımsız olduğunu ifade etmektedir. Topplulaştırılmış verilerin bir ortalamayı temsil ettiğini ifade eden Getzen yoksulların, özel sağlık sigortasına sahip olanların kendilerinin cepten harcama yaptığını vurgulamaktadır. Dahası sağlık finansmanı araçlarıyla, bütçe üzerindeki yüklerin

giderilmesini de amaçlayan katkı payı uygulamasının yaygınlaşması da özel sağlık harcamalarını arttırmaktadır (Getzen, 2006, s. 1938-1946).

Bu durumun literatürde tartışılan kısmı, toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sağlık harcamalarının payına ilişkindir. Getzen'in ifadesiyle sağlık harcamaları ne kadar yüksek olursa olsun özel sağlık harcamalarının görüleceği vurgusu, kamu sağlık harcamalarının payındaki artış neticesinde özel sağlık harcamalarını azaltacağı vurgusuyla eleştirilmektedir.

Pratikte görülen uygulama ve sonuçlarının kuramsal zeminini sağlayan çalışmalar da mevcuttur. Ampirik kanıtları sağlayan çalışmalar Hitiris'in (1999), Roberts'in (1999) ve Lopez-Casasnovas ve Saez'in (2007) çalışmalarıdır. Söz konusu çalışmalar sağlık harcamalarındaki kamu payının ve özel harcama ilişkisinin kanıtlarını aşağıdaki gösterimde olduğu gibi ifade etmektedirler:

$T$ ,  $G$  ve  $P$ 'nin sırasıyla reel toplam, kamu ve özel sağlık harcamalarını temsil ettiği varsayarsak; toplam sağlık harcamaları  $T = G + P$ , kamunun sağlık harcamalarındaki payı ise  $\psi = G/(G + P)$  şeklinde gösterilirken kamu sağlık harcamaları da  $G = \psi T$  şeklinde ifade edilebilir. Bu durumda özel sağlık harcamaları  $P = (1 - \psi)T$  denkliğine eşit olacaktır. Böylelikle  $\partial T/\partial \psi = -G/\psi^2$  ve  $\partial(1 - \psi)/\partial \psi = -1$  olduğu durumda, özel sağlık harcamaları üzerindeki bir değişim  $\partial P/\partial \psi = ((1 - \psi)\partial T/\partial \psi) + (T\partial(1 - \psi)/\partial \psi)$  şeklinde gösterilebilir. Bu sayede, özel harcamalar üzerinde kamu tarafından finanse edilen orandaki marjinal bir artışın etkisi  $\partial P/\partial \psi = -[(1 - \psi)G/\psi^2] - T = -[(PG/T)(T/G)^2] - T = -(PT/G) - T = -T^2/G = \partial T/\partial \psi < 0$  şeklinde hesaplanacaktır. Bu ifade “ $G$ ”de yani kamu sağlık harcamalarında artış devam ettiği sürece negatif gelecektir (Bilgel ve Tran, 2013, s. 203).

Bu gösterim kamu sağlık harcamalarıyla özel sağlık harcamaları arasındaki ilişkinin ifadesi olmakla birlikte, kamu sağlık harcamalarının artışlarına rağmen özel sağlık harcamalarında da artışlar görülmektedir. Bu sonucun temelinde ise Getzen'in (2006) vurguladığı unsurlar yatmaktadır. Bu unsurlar kamu ve özel sağlık harcamalarındaki artışın mevcudiyetini değiştirmemekte ancak ülkeden ülkeye söz konusu harcamaların oransal dağılımı değişmektedir.

Haliyle, ortaya çıkan bu farklılık analizlerin kamu ve özel tarafından yapılan harcamalarda karşılaşılabilecek davranış değişikliklerinin de ayrıca sınanmasını gerekli kılmaktadır. Tez çalışması bu türden bir ayrımı dikkate alarak kişi başına düşen sağlık harcamalarının yanında aynı açıklayıcı değişkenlerle bağımlı değişken olarak kişi başına yapılan kamu sağlık harcamaları ve kişi başına yapılan özel sağlık harcamaları da analiz edilecektir. Aşağıdaki tablo 8’de kullanılan değişkenler kısaltmalarıyla birlikte veri kaynakları belirtilerek verilmiştir.

Tablo-8: Analizde Kullanılan Değişkenlerin Özet Gösterimi ve Veri Kaynakları

| Değişkenler<br>(1979-2016)   | Kısaltma | Açıklama                                          | Kaynak             |
|------------------------------|----------|---------------------------------------------------|--------------------|
| <b>Sağlık Harcaması</b>      | HCEPC    | Kişi başına düşen toplam sağlık harcaması         | OECD <sup>39</sup> |
| <b>Kamu Sağlık Harcaması</b> | PUBHCE   | Kişi başına düşen kamu sağlık harcaması           | OECD               |
| <b>Özel Sağlık Harcaması</b> | PRVHCE   | Kişi başına düşen özel sağlık harcaması           | OECD               |
| <b>Gelir Düzeyi</b>          | GDPPC    | Kişi başına düşen GSYH                            | OECD               |
| <b>Kamu Payı</b>             | PROP     | Toplam sağlık harcamaları içerisinde kamunun payı | OECD               |
| <b>Nüfus Oranı</b>           | ELD      | 65 yaş üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki oranı  | OECD               |
| <b>Doğurganlık Oranı</b>     | FER      | Doğurganlık oranı                                 | OECD               |

Kaynak: OECD (2018), "Health expenditure and financing: Health expenditure indicators", *OECD Health Statistics* (database). (Erişim Tarihi: 25 Ağustos Ocak 2018).

### 3.3.2 Metodoloji

Uygulama kısmında VAR analizi için yapılacak analizler bu başlık altında tanıtılmıştır. Sırasıyla birim kök analizleri, uygun gecikme uzunluğunun tespit edilmesi, seçilen

<sup>39</sup> OECD, baz yıl olarak 2010 yılını kullanmakla birlikte; çalışmada gelir ve harcama verilerinde, enflasyon ve kur etkilerini arındırmak için OECD veri tabanından sabit fiyatlar ile sabit satın alma gücü paritesine göre baz yıl verileri, ABD Doları cinsinden kullanılmıştır.

modelin teorik problemlerinin testler yoluyla tespiti, eşbütünleşme ilişkisi, etki-tepki analizi ve varyans ayrıştırma yöntemleri takip edilecektir. VAR modellerin ekonometride kullanım alanı politika belirlemekten ziyade, değişkenler arasında etkileşimi ortaya koymak ve geleceğe dair bilgiler sunmaktır. Ayrıca VAR modelin yapılması için değişkenlerin durağan olması da gerekmektedir (Sevüktekin ve Çınar, 2014, s. 496).

$$Y_t = \varphi_t + \sum_{i=1}^p b_i Y_{t-i} + \sum_{i=1}^p b_{2i} Y_{2t-i} + \varepsilon_{1t} \quad (1)$$

$$Y_{2t} = \varphi_{2t} + \sum_{i=1}^p b_{2i} Y_{t-i} + \sum_{i=1}^p b_{2i} Y_{2t-i} + \varepsilon_{2t} \quad (2)$$

Yukarıdaki modelde  $\varphi_t$ ,  $\varphi_{2t}$ ,  $b_i$  ve  $b_{2i}$  sabit terimi;  $p$ , gecikme sayısını;  $\varepsilon_t$  ise rassal hata terimlerini ifade etmektedir.

Bu açıdan, gerek çalışmada uygun modelin seçilebilmesi gerekse de durağan olmayan serilerin ortaya çıkarabildiği sahte regresyon gibi durumlardan kaçınabilmek için birim kök analizinin yapılması gerekmektedir. Birim kök analizi için Genişletilmiş Dickey ve Fuller (ADF) birim kök testi, Philips Peron (PP) birim kök testi gibi klasik birim kök testleri kullanılabildiği gibi kırılmaları dikkate alan Zivot-Andrew, Lee ve Strazicich, Lumsdaine – Papell (LP) gibi analizlerde kullanılabilmektedir.

Uygulamada durağanlık analizi için yaygın olarak ADF (1981) ve PP (1988) testleri birim kök analizi için kullanılacaktır. Aşağıda ampirik uygulama için kullanılan denklemler verilmiş ve akabinde açıklamaları yapılmıştır.

$$Y_t = Y_{t-1} + u_t \quad (3)$$

Yukarıdaki denklemde  $Y_{t-1}$ 'in katsayısının 1'e eşit olması seride birim kök sorununa işaret etmektedir. Diğer bir ifade ile  $Y_t$  ve  $Y_{t-1}$  arasında ilişki olduğundan serinin durağan olmadığı yorumu yapılabilir.

$$Y_t = pY_{t-1} + u_t \quad (4)$$

Yukarıdaki denkleme göre ise  $p$ 'nin 1'e eşit olması serinin durağan olduğuna işaret etmektedir.

Analizin devamında optimal gecikme uzunluğunun bulunması için testler yapılmıştır. Likelihood Ratio, Final Prediction Error, Akaike Information Criteria, Schwarz Information Criteria, Hannan Quinn gibi bilgi kriterleri yardımı ile modeller için uygun gecikme uzunluğunun seçilmi yapılabilmektedir. Akabinde ise seçilen uygun gecikme uzunluğu için otokoralesyon ve değişen varyans sorununun incelenmesi gerekmektedir. Seçilen uygun gecikme uzunluğunun otokoralesyon içerip içermediği LM testi ile belirlenip, değişen varyans sorunun olup olmadığı ise White Heteroskedasticity testi ile kontrol edilmiştir. Ayrıca AR karakteristik polinomun ters köklerinin birim çember içerisindeki konumu modelin istikrar koşulunu sağlayıp sağlamaması açısından incelenecektir.

Çalışmanın uygulama kısmında sınanan serilerin bağımlı değişkenlerin bağımsız değişkenler ile uzun dönem ilişkisinin olup olmadığının tespit edilmesi için eşbütünleşme analizi kullanılmıştır. Bağımsız değişkenlerin sayısı birden fazla olan regresyon denklemlerinde hata terimlerinin durağanlığı Dickey-Fuller ya da Augmented Dickey-Fuller birim kök sınamalarıyla yapılmaktadır. Söz konusu sınamaların dağılımının Engle ve Granger (1987) tarafından geliştirilmesi, eşbütünleşme sınaması da bu isimlerle anılmaktadır. Bu testte boş hipotezin birim köke işaret etmesi, eşbütünleşik bir ilişkinin var olmadığını göstermektedir. Boş hipotezin reddedilmesi gibi bir sonuç doğrultusunda seriler arasında durağan ve uzun vadeli bir ilişkinin varlığının yanında seriler arasında kısa dönem ilişkisinde hata düzeltme modeliyle incelenebilmesini mümkün kılmaktadır. Ancak bu yöntem Johansen eşbütünleşmesi yöntemine göre kısmen yetersiz kalmaktadır. Johansen-Juselius'un (1990) türettiği analiz yönteminin başlıca üstünlüğü birden fazla sayıda eşbütünleşik ilişkinin varlığının sınanma imkanının bulunmasıdır. Dolayısıyla yapılan analizlerde birden fazla sayıda denge ilişkisinin olabileceği ifade edilmiştir. Söz konusu gösterim aşağıdaki gibi ifade edilebilir.

$$Y_t = a_0 + a_1 X_t + \varepsilon_{1t} \quad (5)$$

$$Y_t = a_0 + a_1 X_t + \varepsilon_{2t} \quad (6)$$

Denklemlerin analizinde uzun dönemi kapsayan bir ilişkinin olabilmesi (5) ve (6) numaralı denklemlerden sağlanan hata terimlerinin durağan olması gerekmektedir birlikte bu durum aşağıdaki denklem tahminlerinden sağlanmaktadır.

$$\Delta u_{1t} = \beta_1 u_{1t-1} + \sum_{i=1}^p a_{1i} \Delta u_{1t-1} + \varepsilon_{1t} \quad (7)$$

$$\Delta u_{2t} = \beta_1 u_{2t-1} + \sum_{i=1}^p a_{1i} \Delta u_{2t-1} + \varepsilon_{2t} \quad (8)$$

Bu gösterimde “ $\Delta$ ” işaretinin sıfır olması halinde değişkenler arasında eşbütünleşmenin olmadığına işaret etmektedir. Tersi bir durum ise değişkenler arasında eşbütünleşme ilişkisinin varlığı anlamına gelmektedir.

Serilerin karşılaştıkları uzun dönemli şokların geçici olup olmadığının analizi yanında şokların ne kadarlık bir zaman dilimi içerisinde ortada kalkacağı bilgisi hata düzeltme modelleri aracılığıyla öğrenilir.

Lütkepohl (2004, s. 88-89), VAR denkleminde analiz edilen serilerin düzey değerlerinde durağan olmadığı ancak, serilerin birinci farklarının alınmasının ardından durağan olan seriler arasında eşbütünleşik bir ilişkinin araştırmasını vurgulamaktadır. Bu tür bir analizin devamında serilerin eşbütünleşik yani seriler arasında uzun dönem ilişkinin tespitinin ardından, VAR modeli yerine hata düzeltme modelinin kullanılması gerektiği ifade etmektedir. Bu bağlamda, aşağıdaki denklemden elde edilecek kalıntıların bir gecikmeli değerinin söz konusu denkleme dâhil edilmesiyle hata gecikme modeli elde edilmektedir.

$$Y_t = \beta_0 + \beta_1 X_t + u_t \quad (9)$$

Söz konusu bu denklem için kalıntıların bir gecikmeli değerinin eklenmiş hali ise aşağıdaki denklemde gösterilmektedir.

$$\Delta Y_t = \alpha_0 + \alpha_1 \Delta X_t + \alpha_2 \mu_{t-1} + \varepsilon_t \quad (10)$$

Elde edilen hata düzeltme denkleminin gösteriminde  $\alpha_2$  parametresinin anlamlı olması  $Y_t$ 'de bir dönemdeki dengesizliğin takip eden süreçte ne kadarının düzeleceğini açıklamaktadır. Hata teriminin değerini ifade eden  $\mu_{t-1}$ 'in negatif işaretli olması beklenmektedir. Bu ifade kısa dönem görülen dengesizliklerin uzun vadede dengeye doğru hareket ettiğine işaret etmektedir.

Çalışmada kullanılan her bir değişkenin bir biri ile olan nedensellik ilişkisinin incelenmesi için ise Granger nedensellik analizi kullanılacaktır. Burada değişkenler arasındaki nedenselliğin yönü tek yönlü veya çift yönlü nedenselliğin olup olmadığı incelenecektir.

Engle ve Granger (1987) tarafından geliştirilen bu analiz yönteminde, analiz için kullanılan değişkenlerim birinci mertebenden tümeşik oldukları bulunduktan sonra nedensellik ilişkisinin incelenebileceği belirtilmiştir.

$$X_t = \sum_{i=1}^m X_{t-i} + \sum_{i=1}^m b_j Y_{t-i} + \varepsilon_1 \quad (11)$$

$$Y_t = \sum_{i=1}^m C_{j-i} X_{t-j} + \sum_{i=1}^m b_j Y_{t-i} + \varepsilon_2 \quad (12)$$

$X_t$  ve  $Y_t$  değişkenlerinin aynı düzeyde durağan ve sıfır ortalamaya sahip olduğu,  $\varepsilon_1, \varepsilon_2$  hata terimlerinin otokoralesyon içermediği kabul edilmektedir. Bu bağlamda ilk birinci denklemden  $b_j$  değerleri sıfırdan farklı oldukları takdirde;  $Y_t$ ,  $X_t$ 'nin Granger nedeni şeklinde ifade edilmektedir. Benzer bir biçimde  $C_j$  değerleri sıfırdan farklı değerlere sahipse;  $X_t$ ,  $Y_t$ 'nin Granger nedeni olmadığı şeklinde ifade edilmektedir. Bahsedilen durum her çiftinde varsa  $X_t$  ile  $Y_t$  arasında çift yönlü nedensellik olduğuna dair bilgiler vermektedir.  $B_j$  ve  $C_j$  sıfırdan farklı olmadıklarında ise,  $X_t$  ve  $Y_t$  arasında Granger nedensellik ilişkisinin olmadığı söylenebilir.

Çalışmada bir diğer aşama olarak ise etki-tepki analize gidilmiştir. Analize tabi tutulan tüm değişkenlerin, her bir değişkende oluşan bir birimlik şokun dinamik karşılıklarını vererek, seriler arasındaki dinamik ilişkiyi göstermek için etki-tepki analizleri kullanılmaktadır. Etki-tepki fonksiyonları aracılığıyla bir serinin şoka verdiği tepkinin izlenmesi mümkün olmaktadır.

$$A \rightarrow B \text{ için } H_0: \sum_{i=1}^r \lambda_i = 0 \quad B \rightarrow A \text{ için } H_0: \sum_{i=1}^s \phi_i = 0$$

Etki-tepki fonksiyonlarının çizimi ve yorumunun ardından varyans ayrıştırma analizine gidilmiştir. Varyans ayrıştırma analizi, analize tabi tutulan değişkenler arasında bir değişkende ortaya çıkan kendi şokundan ve ilgili diğer serilerdeki şoklardan kaynaklanan hareketliliğin yüzde olarak miktarını göstermektedir. Tahminin zaman dilimi kapsamında, söz konusu şoklar değişkendeki tahmin hata varyansına dair bir açıklama getirmiyorsa yani, açıklanan herhangi bir kısım yoksa, bu değişkenin dışsal değişken olduğu kabul edilmektedir. Bir başka ifadeyle ilk serinin hata varyansı, diğer serilerin hata varyansı içindeki payı zaman aralığında sıfır geliyorsa, bu değişken dışsal olduğuna işaret etmektedir. Bu durumun tersi şekliyle değişkenin içsel olduğuna dair bilgiler verebilir. Şöyle ki, ortaya çıkan şoklar bu serideki ilgili zaman aralığı için açıklayıcılığa sahipse; bir diğer ifadeyle, sıfırdan farklı sonuçlar elde ediliyorsa, bu değişken içsel değişken olarak kabul edilmektedir (Sevüktekin ve Çınar, 2014, s. 515). Varyans ayrıştırması ve etki-tepki fonksiyonları için hangi değişkenin etkisinin daha fazla olduğuna yönelik yapılacak bir sıralama Granger nedensellik test sonuçlarından sağlanan bilgiler doğrultusunda olabileceği gibi Köse'nin (1998) ifade ettiği gibi iktisat kuramından hareketle de sağlanabilir.

### 3.4 UYGULAMA VE BULGULAR

Kişi başına yapılan toplam, kamu ve özel sağlık harcamalarındaki değişimi açıklamaya yönelik faktörlerin tespit edilmesi ve bunlar arasındaki uzun dönem ilişkisinin incelemesi amacıyla, çalışmada HCEPC, PUBHCE, PRVHCE üç farklı modelde sınanmıştır<sup>40</sup>. Analizlerde kullanılacak tüm değişkenlerin, düzey değerlerin çarpık bir dağılım ve değişen varyans sorunlarını barındırması olasılığına karşı doğal logaritmaları alınarak modellere eklenmişlerdir. Böylelikle değişkenlerin varyanslarındaki değişim yavaşlarken, çarpıklığın azalması amaçlanmıştır. Bu kapsamda kullanılan veri seti

<sup>40</sup> Yapılan analizlerde EViews programı kullanılmıştır.

yukarıdaki tablo 8’de özet olarak gösterilmiş ve aşağıda ilgili bağımlı değişkenler için modellere yer verilmiştir:

$$\text{Model 1: } \text{LnHCEPC}_{it} = a + \beta_1 \text{LnGDPPC}_{it} + \beta_2 \text{LnPROP}_{it} + \beta_3 \text{LnELD}_{it} + \beta_4 \text{LnFER}_{it} + \mu_{it}$$

$$\text{Model 2: } \text{LnPUBHCE}_{it} = a + \beta_1 \text{LnGDPPC}_i + \beta_2 \text{LnPROP}_{it} + \beta_3 \text{LnELD}_{it} + \beta_4 \text{LnFER}_{it} + \mu_{it}$$

$$\text{Model 3: } \text{LnPRVHCE}_{it} = a + \beta_1 \text{LnGDPPC}_i + \beta_2 \text{LnPROP}_{it} + \beta_3 \text{LnELD}_{it} + \beta_4 \text{LnFER}_{it} + \mu_{it}$$

Tablo-9: Tanımlayıcı İstatistikler

|           | LNHCEPC   | LNPUHCE   | LNPRVHCE  | LNKDPPC  | LNPROP    | LNELD     | LNFER    |
|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|
| Ortalama  | 6.044466  | 5.451949  | 5.025512  | 9.460432 | 4.012637  | 1.774743  | 1.006107 |
| Medyan    | 6.022555  | 5.690847  | 5.105269  | 9.429129 | 4.223368  | 1.839149  | 0.955511 |
| Maksimum  | 6.906158  | 6.663350  | 5.650104  | 1.006248 | 4.388232  | 2.092142  | 1.568616 |
| Minimum   | 4.903911  | 3.123686  | 4.238156  | 8.994147 | 2.371551  | 1.435611  | 0.693147 |
| St. Sapma | 0.662471  | 1.055032  | 0.373644  | 0.311581 | 0.484277  | 0.189611  | 0.269679 |
| Çarpıklık | -0.086877 | -0.620420 | -0.230659 | 0.307897 | -1.903399 | -0.202434 | 0.604731 |
| Basıklık  | 1.423585  | 2.184551  | 1.879741  | 2.085064 | 5.853740  | 1.971941  | 2.072129 |

Tablo 9’da çalışmada kullanılan değişkenlere ait tanımlayıcı istatistiklere yer verilmiştir. Çarpıklık ve basıklık katsayısının %5 önem düzeyinde -1.96 ve +1.96 arasında olmasının normal dağıldığını ifade etmekte olup, çarpıklık katsayısının pozitif olması sağa çarpık, katsayısının negatif olması sola çarpık olduğunu göstermektedir. Toplam, kamu ve özel kişi başına yapılan sağlık harcamaları ile kamu payı ve yaşlı nüfus oranı negatif çarpıklık göstermekte, diğer değişkenler pozitif çarpıklık göstermektedir. Basıklık katsayısı pozitif ise, eğri normale göre daha diktir; ancak katsayı negatifse normale göre daha basık bir görünüm oluşmaktadır. Değişkenlerin tamamının daha dik bir dağılıma sahip olduğu söylenebilir. Jarque-Bera testinde ise olasılık değerinin genel olarak %5’den büyük olması değişkenlerin normal dağıldığını göstermektedir. Tanımlayıcı istatistikler açısından normallik testi için kullanılan Jarque-Bera sonucuna göre kamu payı dışındaki tüm değişkenler normal dağılım göstermektedir.

Çalışmanın metodoloji kısmında da değinildiği üzere ekonometrik bir modelin doğru bir şekilde tahmin edilmesi için değişkenlerin durağanlığı önemli bir faktördür. Zaman serilerinde; Gujarati (2004, s. 26) durağanlığın seriler için öncelikli olarak bilinmesi

gerektiğini ifade etmektedir. Serilerin durağanlığı, zaman sürecindeki seyirlerinin izlenmesi araçlığıyla analiz edilebilmektedir. Bu maksatla, tüm serilerin grafikleri EK-14’te sunulmuştur. İlgili grafiklerden anlaşılabileceği üzere serilerin çoğunun bir artış eğiliminde olduğu, dolayısıyla yukarı yönlü genel bir trende sahip olduğu görülmektedir. Bu genel seyir serilerin durağan olmadığına dair bilgiler vermektedir. Grafikler yardımıyla serilere dair elde edilen bulguların netleştirilmesi amacıyla serilerin durağanlıklarının sınanması gerekmektedir. Bu bağlamda çalışmada kullanılan değişkenlere ait birim kök sınaması tablo 10’da özetlenmiştir.

Tablo-10: Birim Kök Analizleri

| Değişkenler | Model         | ADF       |              | PP        |               |
|-------------|---------------|-----------|--------------|-----------|---------------|
|             |               | Düzye     | Birinci Fark | Düzye     | Birinci Fark  |
| LNHCEPC     | Sabit         | -0.410659 | -5.909052*** | -0.342568 | -5.925669***  |
|             | Sabit + Trend | -1.969267 | -5.820565*** | -2.243966 | -5.843151***  |
| LNPUBHCE    | Sabit         | -1.169960 | -8.935868*** | -1.327530 | -9.532076 *** |
|             | Sabit + Trend | -1.333921 | -8.878260*** | -2.360730 | -11.91844 *** |
| LNPRVHCE    | Sabit         | -1.448826 | -5.805052*** | -1.501993 | -5.806056***  |
|             | Sabit + Trend | -2.313533 | -5.751648*** | -2.313533 | -5.749235***  |
| LNGPPC      | Sabit         | 0.779726  | -6.552151*** | 1.263941  | -6.616382***  |
|             | Sabit + Trend | -2.478845 | -6.573562*** | -2.540577 | -7.259201***  |
| LNPROP      | Sabit         | -2.213544 | -8.938312*** | -2.081246 | -10.89712***  |
|             | Sabit + Trend | -2.770660 | -8.882408*** | -2.614795 | -20.56159***  |
| LNELD       | Sabit         | -0.304471 | -4.588325*** | 0.017160  | -4.564013***  |
|             | Sabit + Trend | -2.809250 | -4.505248*** | -2.640680 | -4.482639***  |

|       |               |           |              |           |              |
|-------|---------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
| LNFER | Sabit         | -2.667402 | -6.703879*** | -3.822325 | -6.660972*** |
|       | Sabit + Trend | -1.210788 | -7.970957*** | -0.949809 | -9.598282*** |

Not: ADF, Augmented Dickey-Fuller testini, PP ise Phillips-Perron testini temsil etmekle beraber; değerler p olasılık değerlerini göstermektedir. \*\*\*, \*\*, \* işaretleri ise değişkenlerin sırasıyla Mac Kinnon kritik değerlerine göre %1, %5 ve %10 önem düzeyinde durağan olduğunu ifade etmektedir.

Çalışmada değişkenlerin durağanlıkları incelenirken sabitli ve trendli modül dikkate alınmıştır. Genişletilmiş Dickey Fuller Birim Kök testi (ADF) ile Phillips-Perron (PP) testi sonuçlarına göre tüm değişkenler seviye değerinde yani  $I(0)$  durumunda birim köklü ya da diğer bir ifade ile durağan değildir. Ancak değişkenleri birinci farklarının alınmasıyla yapılan birim kök sınamaları neticesinde tüm seriler için birim kökün olduğunu ifade hipotez % 1 anlamlılık düzeyinde ret edilmiştir. Nihai olarak serilerin tamamı için sabit terimli model ile sabitli ve trendli modelde birinci dereeden durağan olduğu gözlemlenmektedir.

#### 3.4.1. Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamaları İçin Yapılan Uygulama ve Bulgular

Kişi başına toplam sağlık harcamaları için model 1 aşağıdaki gibi olup  $u_{it}$  hata katsayısını temsil etmektedir.

Model 1:  $Lnhcepc_{it} = a + \beta_1 Lngdppc_{it} + \beta_2 Lnprop_{it} + \beta_3 Lneld_{it} + \beta_4 Lnfer_{it} + u_{it}$

Tablo-11: Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamaları İçin Korelasyon Matrisi Sonuçları

|         | LNHCEPC   | LNGDPPC   | LNPROP    | LNELD     | LNFER    |
|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|
| LNHCEPC | 1.000000  |           |           |           |          |
| LNGDPPC | 0.934719  | 1.000000  |           |           |          |
| LNPROP  | 0.685229  | 0.735216  | 1.000000  |           |          |
| LNELD   | 0.948502  | 0.958933  | 0.765593  | 1.000000  |          |
| LNFER   | -0.938318 | -0.906457 | -0.843758 | -0.929329 | 1.000000 |

Tablo 11'in sonuçlarına göre bağımlı değişken ile diğer değişkenler arasında yüksek bir korelasyon olduğu gözlemlenmektedir. Doğum oranı serisi tamamen negatif korelasyona

sahiptir. Geneli itibariyle söz konusu dönem için doğum hızı arttıkça kişi başına yapılan toplam sağlık harcamalarının azaldığı görülmektedir.

Seriler arasında uzun dönemde bir ilişkinin analizi eşbütünleşme testiyle mümkün olmakla birlikte bunun öncesinde optimum gecikme uzunluğu seçilmi yapılmıştır. Uygun gecikme uzunluğunun belirlenmek üzere kriterler ve sonuçları tablo 11 gösterilmiştir. Bu seçimdeki ilgili kriterler LR (Likelihood Ratio), FPE (Final Prediction Error), AIC (Akaike bilgi kriteri, SC (Schwarz Bilgi Kriteri), HQ'den (Hannan Quinn Bilgi Kriteri) oluşmaktadır. Kritik değerleri en küçük yapan değerler aracılığıyla gecikme uzunluğunun tespiti yapılmıştır.

Tablo-12: Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamaları İçin Uygun Gecikme Uzunluğunun Belirlenmesi

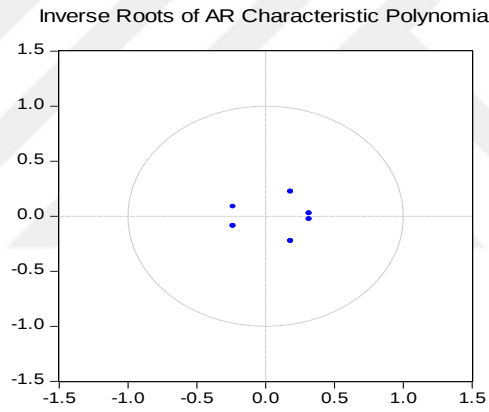
| Lag | LogL     | LR        | FPE       | AIC        | SC         | HQ         |
|-----|----------|-----------|-----------|------------|------------|------------|
| 0   | 121.2788 | NA        | 8.95e-10  | -6.644505  | -6.422.312 | -6.567.804 |
| 1   | 295.5920 | 288.8618* | 1.79e-13  | -15.17669  | -13.84353* | -14.71648* |
| 2   | 321.6759 | 35.77227  | 1.85e-13  | -15.23863  | -12.79451  | -14.39492  |
| 3   | 353.2751 | 34.30770  | 1.64e-13* | -15.61572* | -12.06064  | -14.38851  |

Tablo 12'nin sonuçlarına göre LR, SC ve HQ değerlerinin aynı gecikme uzunluğuna işaret ettiği görülmektedir. Uygun gecikme uzunluğunun tespitine ilişkin yapılan sınamalarda “\*” ifadesi her kriter için optimal gecikmeyi vermektedir. Bu doğrultuda kriterleri en küçük yapan 1 gecikme uzunluğu esas alınmaktadır. Uygun gecikme uzunluğunun ardından LM-Otokorelasyon testi aracılığıyla 12 gecikmeye kadar otokorelasyon olmadığı tespit edilmiş olup, bu durum tablo 13'te gösterilmiştir. Ayrıca, AR karakteristik polinomun ters köklerinin birim çember konumunda da durağanlık açısından bir sorun bulunmadığı şekil 13 gösterilmiş olup; bunun akabinde, tablo 14'de verilen kök ve modulus sonuçlarına göre modelde sorun bulunmamaktadır. Tablo 15 ise değişen varyans sorunu olmadığı tespit edilmiş olup, bu sonuçlara göre tahmin edilen model teorik olarak geçerlidir.

Tablo-13: LM- Otokorelasyon Testi

| Lags | LM-Stat  | Prob   |
|------|----------|--------|
| 1    | 38.23926 | 0.3681 |
| 2    | 55.73165 | 0.1974 |
| 3    | 26.99590 | 0.8610 |
| 4    | 28.31786 | 0.8157 |
| 5    | 32.81705 | 0.6208 |
| 6    | 26.73631 | 0.8691 |
| 7    | 27.31474 | 0.8507 |
| 8    | 36.28057 | 0.4556 |
| 9    | 29.06395 | 0.7872 |
| 10   | 35.73249 | 0.4812 |
| 11   | 24.05375 | 0.9360 |
| 12   | 25.79898 | 0.8959 |

Şekil-13: Ters Köklerinin Birim Çember Konumu



Tablo-14: Kök ve Modulus Sonuçları

| Root                 | Modulus  |
|----------------------|----------|
| 0.487021             | 0.487021 |
| 0.373286 - 0.065800i | 0.379041 |
| 0.373286 + 0.065800i | 0.379041 |
| -0.312292            | 0.312292 |
| -0.265510            | 0.265510 |
| 0.219433             | 0.219433 |

Tablo-15: White Değişen Varyans Testi Sonucu

|             |     |        |
|-------------|-----|--------|
| Joint test: |     |        |
| Chi-sq      | Df  | Prob.  |
| 274.1378    | 252 | 0.1616 |

Seriler arasındaki uzun dönem ilişkinin tespiti eşbütünleşme analiziyle mümkün olmaktadır. Modellerde kullanılan değişken sayısına bağlı olarak (Gonzalo, 1994) ikiden fazla değişken olması durumunda Johansen (1988) tekniğinin diğer yöntemlere nazaran daha güçlü sonuçlar ortaya koyulduğunu ifade etmektedir. Çalışmada Johansen eşbütünleşme tekniği kullanılmış ve değişkenler arasındaki eşbütünleşme ilişkisi iz testi (Trace Test) ve maksimum özdeğer (Max-Eigen Statistic) testi ile sınanmıştır. Bu yapılan araştırmalarda; iz testi, değişkenlerin seviyelerine ilişkin parametre matrisinin rankının, eşbütünleşik vektör sayısına eşit yada eşbütünleşik vektör sayısından daha küçük olduğunu ifade eden temel hipotezi ( $H_0$ ) test etmektedir. Maksimum özdeğer testi ise, değişkenlerin seviyelerine ilişkin parametre matrisinin rankının, eşbütünleşik olan vektör sayısına eşit olduğunu kabul eden temel hipotez test edilmektedir.

Tablo 16, kişi başına yapılan toplam sağlık harcamaları için eşbütünleşme test sonuçları göstermektedir. Tablo incelendiğinde hem iz testi hem de maksimum özdeğer testi sonuçlarına göre, incelenen değişkenler arasında eşbütünleşik bir ilişkinin varlığı görülmektedir. Herhangi bir eşbütünleşik vektörün bulunmadığını ifade eden temel hipotez (none) için trace istatistiği 104.8158, %5 anlamlılık düzeyinde iz testi kritik değerinden (68.52) büyüktür. Maximum özdeğer test istatistiği ise 50.28984, %5 anlamlılık düzeyinde test kritik değerinden (33.46) büyüktür. Benzer şekilde test istatistik değerleri % 1 kritik değerinden de büyük gelmiştir. En çok bir tane eşbütünleşik vektörün olduğunu ifade eden hipotezde tablodan elde edilen sonuçlara göre reddedilmektedir. Johansen eşbütünleşme testinden elde edilen sonuçlar doğrultusunda serilerin uzun dönemde birbirini etkilediğini tespit edilmiştir.

Tablo-16: Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamaları İçin Eşbütünleşme Test Sonuçları

| $H_0$ hipotezi | Özdeğer  | İz İstatistiği | 0.05 Kritik Değer | 0.01 Kritik Değer |
|----------------|----------|----------------|-------------------|-------------------|
| None **        | 0.752647 | 104.8158       | 68.52             | 76.07             |
| At most 1 **   | 0.616216 | 54.52596       | 47.21             | 54.46             |
| At most 2      | 0.272459 | 20.04964       | 29.68             | 35.65             |
| At most 3      | 0.191972 | 8.598605       | 15.41             | 20.04             |
| At most 4      | 0.025364 | 0.924890       | 3.76              | 6.65              |
| $H_0$ hipotezi | Özdeğer  |                |                   |                   |

|              |          | Maksimum<br>Özdeğer<br>İstatistiği | 0.05 Kritik<br>Değer | 0.01 Kritik<br>Değer |
|--------------|----------|------------------------------------|----------------------|----------------------|
| None **      | 0.752647 | 50.28984                           | 33.46                | 38.77                |
| At most 1 ** | 0.616216 | 34.47632                           | 27.07                | 32.24                |
| At most 2    | 0.272459 | 11.45103                           | 20.97                | 25.52                |
| At most 3    | 0.191972 | 7.673715                           | 14.07                | 18.63                |
| At most 4    | 0.025364 | 0.924890                           | 3.76                 | 6.65                 |

Not: Hipotezin % 1 ve % 5'te reddedildiği \*\* ifadesiyle gösterilmektedir. Aksi belirtilmedikçe takip eden benzer sınamalarda da aynı gösterim kullanılmıştır.

Gelir değişkeninin kişi başına yapılan toplam sağlık harcamaları üzerindeki etkisi değerlendirilmek maksadıyla aşağıda normalize edilmiş bir eşbütünleşme vektörü sonuçları gösterilmiştir.

Tablo-17: Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamaları İçin Normalize Edilmiş Eşbütünleşme Vektörü

| LNGDPPC   | LNPROP    | LNELD     | LNFER     |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1.553595  | 0.427188  | 1.800332  | 2.787246  |
| (0.23899) | (0.07731) | (0.41150) | (0.22038) |

Not: Parantez içindeki değerler standart hatayı göstermektedir. Aksi belirtilmedikçe takip eden benzer sınamalarda da aynı gösterim kullanılmıştır.

Tablo 17'nin sonuçlarına göre; kişi başına yapılan toplam sağlık harcamalarıyla; kişi başına düşen GSYH, kamu payı, yaşlı nüfus oranı ve doğurganlık oranıyla pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Literatürde normalize edilmiş eş bütünleşme vektörünün sonuçları arasında gelir katsayısı, sağlık harcamalarının gelir esnekliğinin yorumlanmasında kullanılmaktadır. Talebin gelir esnekliği, talep edilen miktarın fiyattaki değişimlere ne kadar tepki verdiğini ölçmektedir ve zorunlu mallar yerine lüks mallarda talep daha esnektir<sup>41</sup> (Mankiw, 2001, s. 114). Normalize edilmiş eş bütünleşme vektörünün sonuçlarına göre gelir değişkeninin katsayısı 1,55 olarak bulunmuştur. Bu durumda gelirde meydana gelecek %1'lik bir artış kişi başına yapılan toplam sağlık harcamalarını % 1,5 artıracaktır. Esneklik katsayısı birden büyük olduğu için ilgili dönemde kişi başına yapılan toplam sağlık harcamalarının lüks mal olduğu tespit edilmiştir.

<sup>41</sup> Ayrıntılı bilgi için bu konunun detaylı şekilde incelendiği Sağlık Harcamalarında Talep başlığına bakılabilir.

Hata düzeltme modelini içermeyen eşbütünleşme testleri aracılığıyla bulunan sonuçlar mevcut ilişkileri tam olarak yansıtmayabilir. Eşbütünleşik regresyonlar modeldeki kısa dönem ilişkiler yerine uzun dönemde görülen ilişkiyi dikkate almaktadır. Ancak zaman serisi analizlerinde Enders, değişkenlerin yalnızca uzun dönem, değil kısa dönem dinamiklerinin bir arada değerlendirilmesi gerektiğini ifade etmektedir (Enders, 2010, s. 366). Zaman serisi analizlerinde VAR analizinde kullanılan değişkenlerin farkının alınması uzun dönem ilişkiyi ortadan kaldıracığını bu nedenle kısıtlı bir VAR modeli olan vektör hata düzeltme modelinin (VECM) kullanılmasının daha doğru olduğu yönünde görüşler mevcuttur<sup>42</sup> (Sims, 1980; Park ve Phillips, 1989). Bu bağlamda, değişkenler arasındaki ilişkinlerin tam olarak ortaya koyulması maksadıyla, vektör hata düzeltme modeli tahmin edilecektir.

Tablo-18: Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamaları İçin VECM Modeli Sonuçları

| EC(-1)     | LNHCEPC    | LNGDP      | LNPROP     | LNELD      | LNFER      |
|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| -0.047763  | 0.437950   | -0.245936  | -0.246905  | 0.050906   | -0.050630  |
| (0.10862)  | (0.33360)  | (0.13404)  | (0.37566)  | (0.06143)  | (0.10016)  |
| [-0.43971] | [ 1.31279] | [-1.83478] | [-0.65726] | [ 0.82870] | [-0.50551] |

Not: Standard hatalar () ile, t istatistikleri ise [] ile gösterilmektedir. Aksi belirtilmedikçe takip eden benzer sınamalarda aynı gösterim kullanılmıştır.

Hata düzeltme modeli aracılığıyla, hata katsayısının negatif ve istatistiki olarak anlamlı olması kurulan modelin kısa dönemde de geçerli olduğu sonucunu ortaya koymakta ve model katsayısı doğrultusunda dengeden sapmalar ortadan kalacaktır (Tarı, 2008). Kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları açısından bu modelde hata katsayısı (-0.047763) negatif çıkmakla birlikte uzun dönemde meydana gelecek aksaklıkların kısa dönemde düzelerek dengeye geleceğine işaret etmektedir.

<sup>42</sup> Serilerin arasındaki eşbütünleşme ilişkisinin tespitinin ardından hata düzeltme modelinin teorik olarak tutarlılığı daha önce kullanılan LM otokorelasyon, White Test ve ters köklerin AR karakteristik polinom grafikleriyle kontrol edilmiştir. Hata düzeltme modelinin otokorelasyon ve değişen varyans sorunu bulunmamaktadır. Ayrıca ters köklerin konumu çember içinde kaldığı için istikrar koşulunu sağladığı tespit edilmiştir. Eşbütünleşme ilişkisi analize konu edilen diğer uygulamaların sonuçlarında da saptanmış olup, seriler arasındaki ilişki doğrultusunda içerdikleri bilgilere burada yer verilmiştir. Bu doğrultuda, izleyen hata düzeltme modellerinde aynı test süreçleri takip edilmiştir. Diğer uygulamalar için de hata düzeltme modelinin teorik problemlerinin olmadığı tespit edilmiştir.

Takip eden kısımda, kişi başına yapılan toplam sağlık harcamaları için nedensellik testi yapılmıştır. Granger nedensellik testinin sonuçları aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo-19: Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamaları İçin Granger Nedensellik Sonuçları

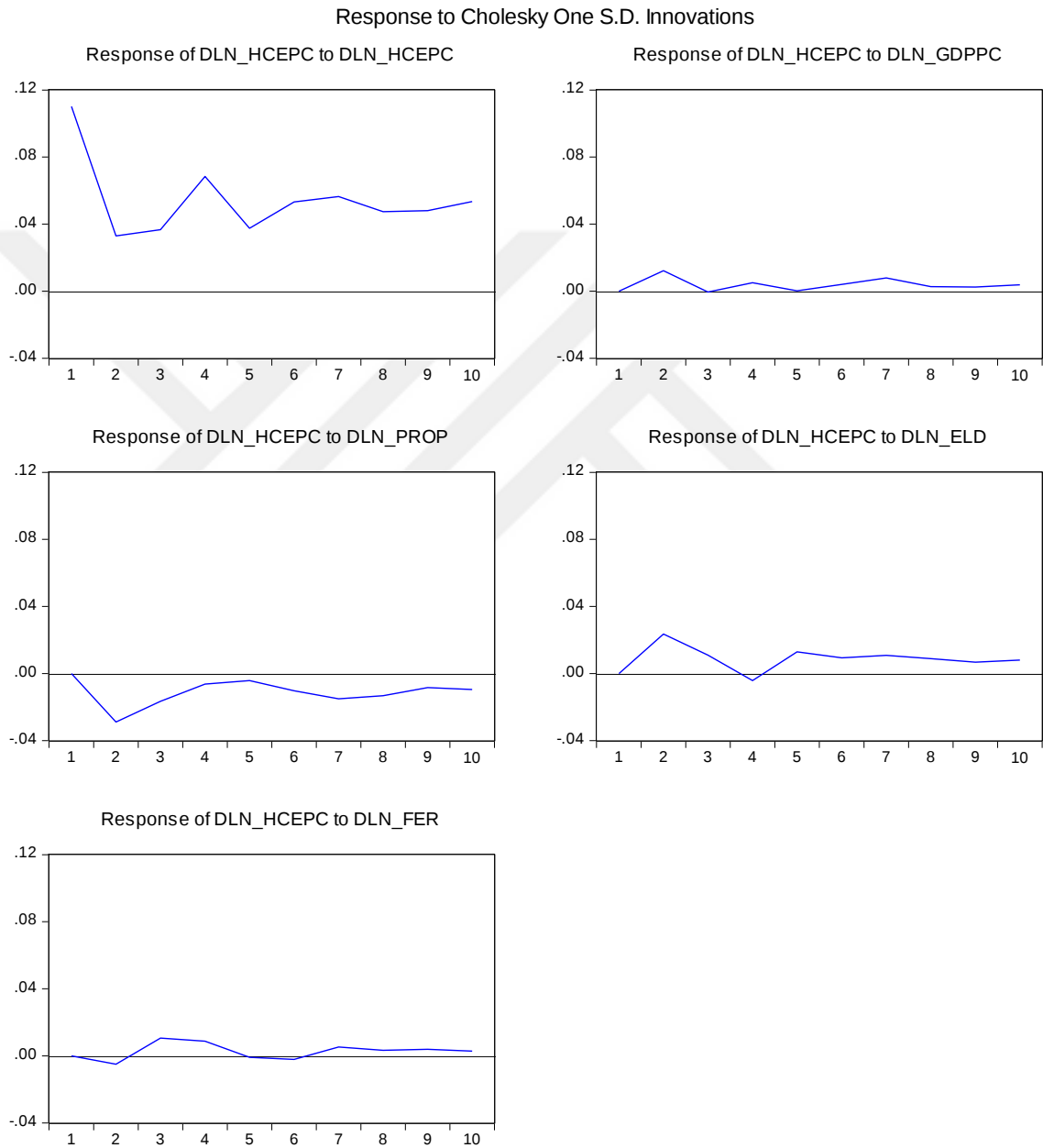
| Boş Hipotez                                                               | F İstatistiği | Olasılık |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------|----------|
|                                                                           |               |          |
| Gelir, Toplam Sağlık Harcamalarının Granger Nedeni Değildir               | 1.45587       | 0.2359   |
| Toplam Sağlık Harcamaları, Gelirin Granger Nedeni Değildir                | 0.02202       | 0.8829   |
|                                                                           |               |          |
| Kamu Payı, Toplam Sağlık Harcamalarının Granger Nedeni Değildir           | 6.63175       | 0.0145   |
| Toplam Sağlık Harcamaları, Kamu Payının Granger Nedeni Değildir           | 1.81587       | 0.1867   |
|                                                                           |               |          |
| Yaşlı Nüfus Oranı, Toplam Sağlık Harcamalarının Granger Nedeni Değildir   | 7.25549       | 0.0109   |
| Toplam Sağlık Harcamaları, Yaşlı Nüfusun Oranının Granger Nedeni Değildir | 1.11734       | 0.2979   |
|                                                                           |               |          |
| Doğurganlık Oranı, Toplam Sağlık Harcamalarının Granger Nedeni Değildir   | 7.50719       | 0.0097   |
| Toplam Sağlık Harcamaları, Doğurganlık Oranının Granger Nedeni Değildir   | 0.04029       | 0.8421   |

Granger nedensellik testinin bulgularına göre kamu payından, yaşlı nüfus oranından kişi başına yapılan toplam sağlık harcamalarına doğru % 5 anlamlılık düzeyinde, doğurganlık oranından kişi başına yapılan toplam sağlık harcamalarına doğru ise % 1 anlamlılık düzeyinde Granger nedensellik görülmektedir. Dolayısıyla ilgili boş hipotezler söz konusu kritik değerlerde reddedilmektedir. Böylelikle söz konusu serilerin geçmiş ve gelecekteki değerleri kişi başına yapılan toplam sağlık harcamalarını etkilemekle birlikte bu durumların tersinin geçerli olmadığı görülmektedir. Bu durumda Granger nedeni olarak tespit edilen serilerdeki herhangi bir düşüş (artış) politikası, kişi başına yapılan toplam sağlık harcamalarını da düşürecektir (artıracaktır).

Diğer bir aşama olarak etki-tepki analizleri yapılmıştır. Etki-tepki analizi ortaya çıkan bir şoka karşı zaman süreci içerisinde analize tabi değişkenlerin nasıl tepki verdiğini göstermektedir. Şoka sebep olan değişken ile şoktan etkilenen değişkenin izlediği sürece

dair bilgiler sağlayan etki-tepki analizi, alternatif politikaların oluşturulması sürecine katkı sağlayabilecek nitelikte olup şokun dinamik etkilerinin ölçülmesinde kullanılmaktadır.

Şekil-14: Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamaları İçin Etki-Tepki Analizi



Şekil 14’de kişi başına toplam sağlık harcamaları serisine yönelik uygulanan bir birimlik şok karşısında diğer serilerin bu şoka karşı verdikleri tepkiler gösterilmektedir. Gelir değişkeninin tepkisi pozitif olup; ikinci, dördüncü ve kısmen yedinci dönemde artış

göstermiştir. Kamu payı negatif tepki vermiş olup bu tepki beşinci dönemden sonra azalarak devam etmiştir. Yaşlı nüfus oranının tepkisi dördüncü dönem haricinde pozitif olmuştur. Doğurganlık oranının belirsiz bir şekilde pozitif tepki vermiştir.

İlk uygulama kısmının son aşaması olarak varyans ayrıştırmasına gidilmiştir. Varyans ayrıştırması, analize tabi olan değişkenlerin tahmin edilen hata varyanslarının modelde kullanılan her değişkenin üstlenebileceği bileşenlerine ayrıştırma oranı şeklinde ifade edilmektedir (Pindyck ve Rubinfeld, 1991). Varyans ayrıştırması serilerde meydana gelen değişimin nedenlerinin izlenebilmesi açısından önem taşımaktadır. Bu teknik sayesinde değişkenlerin hem kendisinden hem de diğer değişkenler üzerinde ortaya çıkan şokların kaynaklarını yüzdesel olarak göstermektedir. Dolayısıyla rassal şokların yüzde oranlarıyla önemini ortaya koyulmaktadır.

Tablo-20: Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamaları İçin Varyans Ayrıştırma Sonuçları

| DLNHCEPC<br>Periyot |          |          |          |          |          |          |
|---------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
|                     | S.E.     | DLNHCEPC | DLNGDPPC | DLNPROP  | DLNELD   | DLNFER   |
| 1                   | 0.094547 | 1000000  | 0.000000 | 0.000000 | 0.000000 | 0.000000 |
| 2                   | 0.122797 | 98.22992 | 0.016242 | 0.282853 | 0.874647 | 0.596341 |
| 3                   | 0.139246 | 94.08426 | 0.021045 | 1.607343 | 2.509861 | 1.777493 |
| 4                   | 0.150844 | 87.95008 | 0.034306 | 4.012443 | 4.399375 | 3.603794 |
| 5                   | 0.160629 | 80.57947 | 0.218330 | 7.086767 | 6.094785 | 6.020645 |
| 6                   | 0.170059 | 72.81709 | 0.751266 | 10.28815 | 7.320858 | 8.822636 |
| 7                   | 0.179709 | 65.37701 | 1.703342 | 13.17434 | 8.007771 | 11.73754 |
| 8                   | 0.189644 | 58.70848 | 3.013402 | 15.51225 | 8.236148 | 14.52972 |
| 9                   | 0.199677 | 52.99200 | 4.542741 | 17.26232 | 8.148314 | 17.05463 |
| 10                  | 0.209545 | 48.21945 | 6.141442 | 18.50129 | 7.880834 | 19.25698 |

10 periyoda kadar yapılan varyans ayrıştırma analizi sonuçlarına göre; kişi başına yapılan toplam sağlık harcamaları değişkeni birinci dönemde % 100 oranında kendi dinamikleri tarafından belirlenmekte iken ikinci dönemden itibaren diğer değişkenlerden de etkilenmeye başlamıştır. Kişi başına yapılan toplam sağlık harcamalarında görülen bir şokun akabinde 10 dönem sonra bu değişkendeki varyansın % 48,2'si kendisi tarafından açıklanmaktadır. Bu periyot sonunda kişi başına düşen toplam sağlık harcamalarındaki

varyansın, kamu payı ve doğurganlık oranı payları sırasıyla % 18,5 ve % 19,2'sini açıklamaktadır.

### 3.4.3 Kişi Başına Kamu Sağlık Harcamaları İçin Yapılan Uygulama ve Bulgular

Kişi başına yapılan kamu sağlık harcamaları için toplam sağlık harcamalarında takip edilen sıra izlenmiştir. Aşağıda kişi başına yapılan kamu sağlık harcamaları için korelasyon matrisi verilmiştir. Seriler arasında yüksek korelasyon bulunmakla birlikte doğurganlık dışındaki serilerin hepsi kişi başına yapılan kamu sağlık harcamalarıyla pozitif ilişkilidir.

Tablo-21: Kişi Başına Kamu Sağlık Harcamaları İçin Korelasyon Matrisi Sonuçları

|          | LNPUBHCE  | LNGDPPC   | LNPROP    | LNELD     | LNFER    |
|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|
| LNPUBHCE | 1.000000  |           |           |           |          |
| LNGDPPC  | 0.924426  | 1.000000  |           |           |          |
| LNPROP   | 0.889290  | 0.735216  | 1.000000  |           |          |
| LNELD    | 0.947019  | 0.958933  | 0.765593  | 1.000000  |          |
| LNFER    | -0.976497 | -0.906457 | -0.843758 | -0.929329 | 1.000000 |

Değişkenler arasında eşbütünleşme ilişkisinin olup olmadığının tespiti öncesinde optimum gecikme uzunluğu belirlenmiştir.

Tablo-22: Kişi Başına Kamu Sağlık Harcaması İçin Uygun Gecikme Uzunluğunu Seçimi

| Lag | LogL     | LR        | FPE       | AIC        | SC         | HQ         |
|-----|----------|-----------|-----------|------------|------------|------------|
| 0   | 121.2829 | NA        | 8.95e-10  | -6.644736  | -6.422543  | -6.568035  |
| 1   | 295.5893 | 288.8506* | 1.79e-13  | -15.17653  | -13.84337* | -14.71632* |
| 2   | 321.6677 | 35.76469  | 1.85e-13  | -15.23815  | -12.79403  | -14.39444  |
| 3   | 353.2750 | 34.31652  | 1.64e-13* | -15.61571* | -12.06063  | -14.38850  |

Tablo 22'nin sonuçlarına göre LR, SC ve HQ değerlerinin aynı gecikme uzunluğunu vermektedir. Uygun gecikme uzunluğunun seçiminde, kriterleri en küçük yapan 1 gecikme uzunluğu esas alınmaktadır. Uygun gecikme uzunluğunun seçiminin ardından modelde teorik olarak problem barındırmadığını gösteren testler EK-15'te gösterilmiştir.

Değişkenlerinin eşbütünleşme vektörüne sahip olup olmadıkları Johansen eşbütünleşme testiyle incelenmiştir. Aşağıdaki tablo bu test sonuçlarını göstermektedir.

Tablo-23: Kişi Başına Kamu Sağlık Harcamaları İçin Eşbütünleşme Testi

| H <sub>0</sub> hipotezi | Özdeğer  | İz İstatistiği               | 0.05 Kritik Değer | 0.01 Kritik Değer |
|-------------------------|----------|------------------------------|-------------------|-------------------|
| None **                 | 0.752703 | 104.8133                     | 68.52             | 76.07             |
| At most 1 **            | 0.616176 | 54.51531                     | 47.21             | 54.46             |
| At most 2               | 0.272241 | 20.04273                     | 29.68             | 35.65             |
| At most 3               | 0.192038 | 8.602449                     | 15.41             | 20.04             |
| At most 4               | 0.025389 | 0.925806                     | 3.76              | 6.65              |
| H <sub>0</sub> hipotezi | Özdeğer  | Maksimum Özdeğer İstatistiği | 0.05 Kritik Değer | 0.01 Kritik Değer |
| None **                 | 0.752703 | 50.29799                     | 33.46             | 38.77             |
| At most 1 **            | 0.616176 | 34.47258                     | 27.07             | 32.24             |
| At most 2               | 0.272241 | 11.44028                     | 20.97             | 25.52             |
| At most 3               | 0.192038 | 7.676643                     | 14.07             | 18.63             |
| At most 4               | 0.025389 | 0.925806                     | 3.76              | 6.65              |

Johansen Eşbütünleşme testi sonuçlarına göre, iz test istatistiği ve maksimum özdeğer istatistiğine bakılmıştır. Seriler arasında eşbütünleşme vektörünün bulunmadığını ve en çok bir tane eşbütünleşme vektörünün bulunduğunu barındıran hipotezler % 5 ve % 1 düzeyinde reddedilmektedir. İz test istatistiğinin sahip olduğu 104.8133 değeri % 5 ve % 1 kritik değerlerinden büyük gelmiştir. Benzer şekilde Maksimum Özdeğer istatistiğinin değeri de seriler arasında hiç eşbütünleşik vektör olmadığı ve en çok bir tane eşbütünleşik vektör olduğu hipotezlerinde % 5 ve % 1 kritik değerinden büyük gelerek reddedilmiştir. Söz konusu bu değerler seriler arasındaki eşbütünleşme ilişkisinin olduğunu göstermektedir. Tablo 24'te ise normalize edilmiş eşbütünleşme vektörleri gösterilmektedir.

Tablo-24: Kişi Başına Kamu Sağlık Harcamaları İçin Normalize Edilmiş Eşbütünleşme Vektörü

| LNGDPPC   | LNPROP    | LNELD     | LNFER     |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1.553691  | 0.572840  | 1.79941   | 2.786913  |
| (0.23893) | (0.07729) | (0.41139) | (0.22032) |

Normalize edilmiş bir eşbütünleşme vektörü sonuçları gelir değişkeninin kişi başına yapılan kamu sağlık harcamaları üzerindeki etkisi incelemek üzere verilmiştir. Gelir katsayısı burada gelir esnekliği olarak yorumlandığı için gelirden meydana gelecek % 1'lik bir artışın etkisi kişi başına yapılan kamu sağlık harcamalarını % 1,5 artıracaktır. Esneklik katsayısının birden büyük gelmesi söz konusu dönem için kişi başına yapılan kamu sağlık harcamalarının lüks mal olduğunu göstermektedir.

Seriler arasındaki ilişkilerin netleştirilmesi vektör hata düzeltme testinin sonuçları aşağıda değerlendirilmiştir.

Tablo-25: Kişi Başına Kamu Sağlık Harcamaları İçin VECM Modeli Sonuçları

| EC(-1)       | LNPUHCE    | LNGDPPC    | LNPROP     | LNELD      | LNFER      |
|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| -0.582547*** | 0.192334   | -0.245820  | -0.246434  | 0.050935   | -0.050539  |
| (0.09324)    | (0.28524)  | (0.13409)  | (0.37581)  | (0.06145)  | (0.10020)  |
| [-6.24805]   | [ 0.67428] | [-1.83322] | [-0.65575] | [ 0.82892] | [-0.50438] |

Serilerin uzun vadede birlikte hareket ettiği bulgusuna ulaşıldıktan sonra hata düzeltme katsayısının yorumuna geçilmiştir. Kişi başına düşen kamu sağlık harcamaları açısından yapılan sınıma göre hata katsayısı (-0.582547) negatif gelmiştir. Bu durum uzun dönemde ortaya çıkacak aksaklıkların kısa dönemde düzeleceği anlamına gelmektedir.

Kişi başına yapılan kamu sağlık harcamaları için nedensellik testi uygulanmıştır. Granger nedensellik testinin sonuçları aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo-26: Kişi Başına Kamu Sağlık Harcamaları İçin Granger Nedensellik Sonuçları

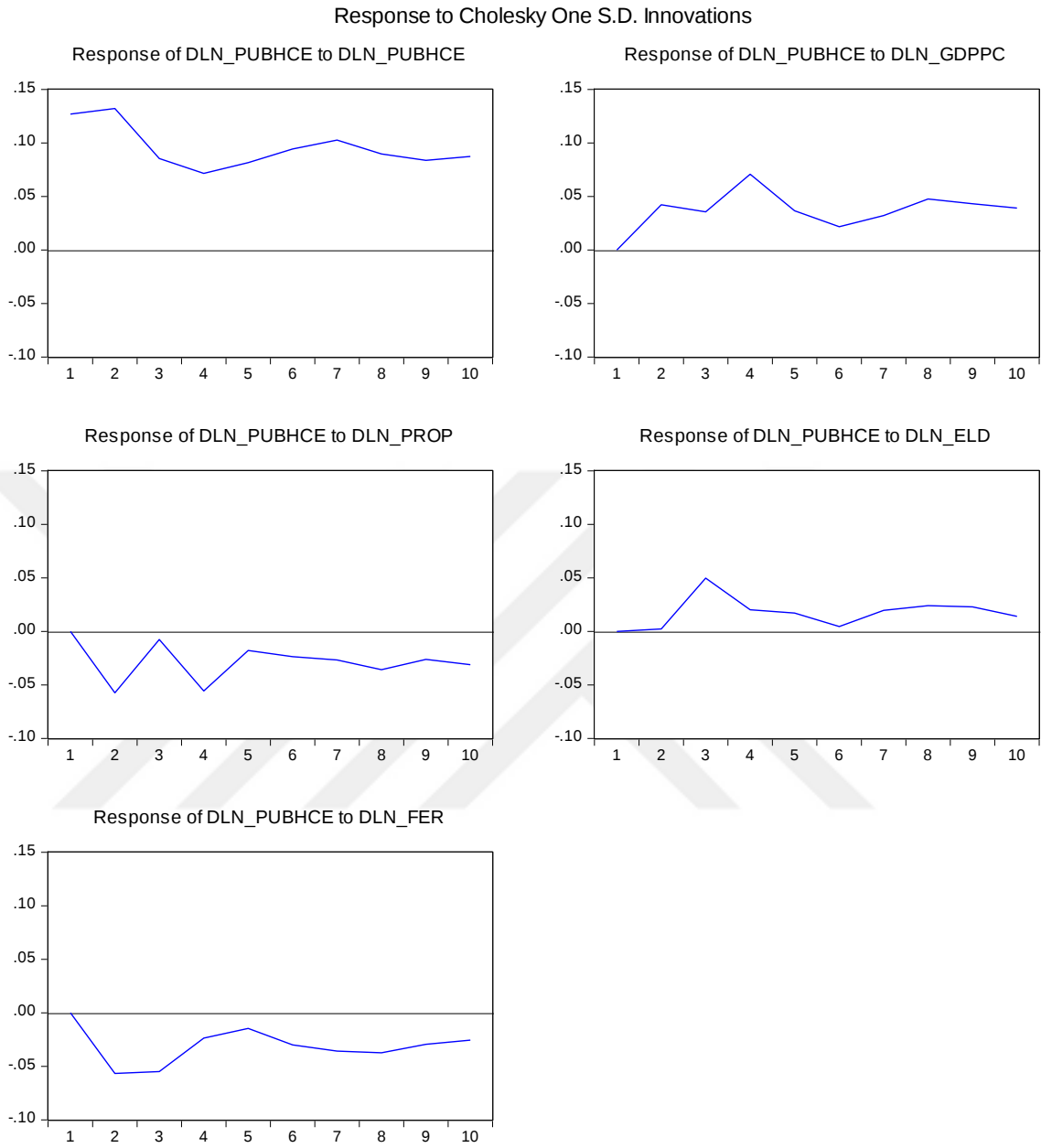
| Boş Hipotez | F İstatistiği | Olasılık |
|-------------|---------------|----------|
|             |               |          |

|                                                                         |         |        |
|-------------------------------------------------------------------------|---------|--------|
| Gelir, Kamu Sağlık Harcamalarının Granger Nedeni Değildir               | 2.14424 | 0.1523 |
| Kamu Sağlık Harcamaları, Gelirin Granger Nedeni Değildir                | 0.46621 | 0.4994 |
|                                                                         |         |        |
| Kamu Payı, Kamu Sağlık Harcamalarının Granger Nedeni Değildir           | 1.63308 | 0.2099 |
| Kamu Sağlık Harcamaları, Kamu Payının Granger Nedeni Değildir           | 1.81592 | 0.1867 |
|                                                                         |         |        |
| Yaşlı Nüfus Oranı, Kamu Sağlık Harcamalarının Granger Nedeni Değildir   | 1.54147 | 0.2229 |
| Kamu Sağlık Harcamaları, Yaşlı Nüfusun Oranının Granger Nedeni Değildir | 7.06117 | 0.0119 |
|                                                                         |         |        |
| Doğurganlık Oranı, Kamu Sağlık Harcamalarının Granger Nedeni Değildir   | 16.8942 | 0.0002 |
| Kamu Sağlık Harcamaları, Doğurganlık Oranının Granger Nedeni Değildir   | 1.14422 | 0.2923 |

Granger nedensellik testinin sonuçlarına göre % 5 anlamlılık düzeyinde doğurganlık oranının kişi başına yapılan kamu sağlık harcamalarının Granger nedeni olmadığı hipotezi reddedilmektedir. Ayrıca kişi başına yapılan kamu sağlık harcamalarının yaşlı nüfus oranının Granger nedeni olmadığı hipotezi de aynı anlamlılık düzeyinde reddedilmektedir. Dolayısıyla doğurganlık oranından kişi başına yapılan kamu sağlık harcamalarına doğru ve kişi başına yapılan kamu sağlık harcamalarından da yaşlı nüfus oranına doğru Granger nedensellik olduğu saptanmıştır.

Etki-tepki analizi kişi başına yapılan kamu sağlık harcamaları için de incelenmiştir. Bu sayede, kişi başına kamu sağlık harcamaları üzerine uygulanacak bir şok üzerine diğer serilerin bu şoka verdikleri tepkiler aşağıda gösterilmiştir.

Şekil-15: Kişi Başına Kamu Sağlık Harcamaları İçin Etki-Tepki Analizi



Kişi başına yapılan kamu sağlık harcamalarına uygulanacak bir şokun diğer seriler üzerindeki etkilerinin görülebilmesi amacıyla 10 dönem boyunca izlenmiştir. Gelir değişkeni ve yaşlı nüfus oranının beklenmeyen bir birimlik şoka verdiği tepki pozitif olurken kamunun payı ve doğurganlık oranı negatif tepki vermiştir. Gelir değişkeninin tepkisi dördüncü döneme kadar artan bir seyir izlerken takip eden iki dönem azalmış ve sonra kısmen artmıştır. Kamu payı dördüncü döneme kadar dalgalanmış ve akabinde neredeyse onuncu döneme kadar yatay bir seyir izlemiştir. Yaşlı nüfus oranı gecikmeli

bir tepki vermiş ve üçüncü dönem sonrasındaki bu tepki azalmıştır. Doğurganlık oranının tepkisi negatif tepkisi ise üçüncü dönem sonrasında azalmıştır.

Bu aşamada kişi başı yapılan kamu sağlık harcamaları için varyans ayrıştırması yapılarak serilerdeki değişimin nedenleri izlenmiştir. Aşağıdaki tabloda kişi başına kamu sağlık harcamaları için varyans ayrıştırmasının sonuçları gösterilmiştir.

Tablo-27: Kişi Başına Kamu Sağlık Harcamaları İçin Varyans Ayrıştırma Sonuçları

| DLNPUBHCE<br>Periyot | S.E.     | DLNPUBHCE | DLNGDPPC | DLNPROP  | DLNELD   | DLNFER   |
|----------------------|----------|-----------|----------|----------|----------|----------|
| 1                    | 0.126923 | 100.0000  | 0.000000 | 0.000000 | 0.000000 | 0.000000 |
| 2                    | 0.204684 | 80.16813  | 4.255095 | 7.883992 | 0.012044 | 7.680740 |
| 3                    | 0.236639 | 73.01741  | 5.444688 | 6.003722 | 4.416496 | 1.111769 |
| 4                    | 0.264893 | 65.56590  | 11.46217 | 9.199500 | 4.108422 | 9.664008 |
| 5                    | 0.281032 | 66.68140  | 11.86913 | 8.579415 | 4.018338 | 8.851721 |
| 6                    | 0.299677 | 68.52894  | 10.96329 | 8.166112 | 3.557306 | 8.784349 |
| 7                    | 0.322132 | 69.46341  | 10.48767 | 7.759123 | 3.446896 | 8.842909 |
| 8                    | 0.342526 | 68.27877  | 11.21104 | 7.955043 | 3.544266 | 9.010888 |
| 9                    | 0.358158 | 67.92064  | 11.70945 | 7.805597 | 3.650635 | 8.913678 |
| 10                   | 0.373186 | 68.04582  | 11.88491 | 7.887629 | 3.503886 | 8.677755 |

Tablo 27'den elde edilen sonuçlara göre, kişi başına yapılan kamu sağlık harcamalarındaki bir değişim ilk dönem sadece kendinden etkilenirken ikinci dönem itibariyle diğer değişkenlerden etkilenmektedir. Öyleki, onuncu dönem sonunda kişi başına kamu sağlık harcamalarının kendi payı % 68'e düşmektedir. Söz konusu değişimi bu periyodun sonunda gelir değişkeni % 11,8; doğurganlık oranı % 8, 6; kamu payı % 7,8 ve yaşlı nüfus oranı ise % 3,5 oranında açıklamaktadır.

#### 3.4.4 Kişi Başına Özel Sağlık Harcamaları İçin Yapılan Uygulama ve Bulgular

Kişi başına düşen toplam ve kamu sağlık harcamalarında izlenen sırayı takiben kişi başına özel sağlık harcamalarına dair yapılan analizler aşağıda sunulmuştur. Kişi başına düşen özel sağlık harcamaları için yapılan korelasyon matrisi tablo 28'de gösterilmektedir.

Tablo-28: Kişi Başına Özel Sağlık Harcamaları İçin Korelasyon Matrisi

|          | LNPRVHCE  | LNGDPPC   | LNPROP    | LNELD     | LNFER    |
|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|
| LNPRVHCE | 1.000000  |           |           |           |          |
| LNGDPPC  | 0.608280  | 1.000000  |           |           |          |
| LNPROP   | 0.139455  | 0.735216  | 1.000000  |           |          |
| LNELD    | 0.606816  | 0.958933  | 0.765593  | 1.000000  |          |
| LNFER    | -0.572599 | -0.906457 | -0.843758 | -0.929329 | 1.000000 |

Tablo 28'in sonuçlarına göre doğurganlık oranı dışındaki tüm serilerin kişi başına yapılan özel sağlık harcamalarıyla aralarında pozitif bir korelasyon ilişkisi bulunmakla birlikte kamu payı kişi başına yapılan özel sağlık harcamaları arasında düşük bir korelasyon görülmektedir.

Seriler arasındaki eşbütünleşme analizine geçilmeden önce optimum gecikme uzunluğunun seçimi yapılmıştır. Bu doğrultuda aşağıdaki tablo uygun gecikme uzunluğunun belirlenmek üzere kriterleri ve sonuçlarını içermektedir.

Tablo-29: Kişi Başına Özel Sağlık Harcaması İçin Uygun Gecikme Uzunluğunu Seçimi

| Lag | LogL     | LR        | FPE       | AIC        | SC         | HQ         |
|-----|----------|-----------|-----------|------------|------------|------------|
| 0   | 109.9896 | NA        | 1.71e-09  | -5.999405  | -5.777213  | -5.922704  |
| 1   | 279.4058 | 280.7468  | 4.52e-13  | -14.25176  | -12.91860* | -13.79155  |
| 2   | 302.0297 | 31.02715  | 5.69e-13  | -14.11599  | -11.67187  | -13.27228  |
| 3   | 349.9688 | 52.04812* | 1.98e-13* | -15.42679* | -11.87171  | -14.19958* |

Uygun gecikme uzunluğu için LR, FPE, AIC ve HQ aynı yönde doğrultuda ve 3 gecikme uzunluğu için minimum değer vermiştir. SC ise 1 gecikme uzunluğunda minimum değer vermektedir. Yıllık analize dâhil olan veriler nezdinde önerilen daha düşük gecikmeler için tüm kriterler 1 gecikmeye işaret etmekle birlikte, Hatemi-J'ye (2003) göre SC ve HQ kriterleri optimal gecikmenin seçiminde diğer kriterlere nazaran daha tutarlıdır. Analize tabi olan veri sayısı da dikkate alınarak kişi başına yapılan özel sağlık harcamalarında SC kriterine göre bir gecikme uzunluğu seçilmiştir. Uygun gecikme uzunluğuna dair otokorelasyon ve değişen varyans sorunu olmadığı; ayrıca, ters köklerin hepsinin birim çember içindeki konumlarıyla istikrar koşulunu sağladığı EK-16'te gösterilen test sonuçlarında verilmiştir.

Diğer uygulama analizlerinde olduğu gibi eşbütünleşik ilişkinin analizinde Johansen eşbütünleşme testi kullanılmıştır. Aşağıdaki gösterimde Johansen eşbütünleşme testinin sonuçları verilmektedir.

Tablo-30: Kişi Başına Özel Sağlık Harcamaları İçin Eşbütünleşme Testi

| H <sub>0</sub> hipotezi | Özdeğer  | İz İstatistiği               | 0.05 Kritik Değer | 0.01 Kritik Değer |
|-------------------------|----------|------------------------------|-------------------|-------------------|
| None **                 | 0.820978 | 126.1049                     | 68.52             | 76.07             |
| At most 1 **            | 0.696425 | 65.89626                     | 47.21             | 54.46             |
| At most 2               | 0.386807 | 24.17181                     | 29.68             | 35.65             |
| At most 3               | 0.176939 | 7.054146                     | 15.41             | 20.04             |
| At most 4               | 0.006799 | 0.238778                     | 3.76              | 6.65              |
| H <sub>0</sub> hipotezi | Özdeğer  | Maksimum Özdeğer İstatistiği | 0.05 Kritik Değer | 0.01 Kritik Değer |
| None **                 | 0.820978 | 60.20859                     | 33.46             | 38.77             |
| At most 1 **            | 0.696425 | 41.72445                     | 27.07             | 32.24             |
| At most 2               | 0.386807 | 17.11767                     | 20.97             | 25.52             |
| At most 3               | 0.176939 | 6.815367                     | 14.07             | 18.63             |
| At most 4               | 0.006799 | 0.238778                     | 3.76              | 6.65              |

Tablo 30 doğrultusunda iz testinin sonuçlarına göre, herhangi bir eşbütünleşik vektörün bulunmadığını ifade eden temel hipotez test istatistiğine göre 126.1049 gelmiştir. Bu değer % 5 anlamlılık düzeyindeki (68.52) ve % 1 anlamlılık düzeyindeki (76.07) değerlerden büyüktür. Benzer bir durum en çok bir eşbütünleşme vektörünün olduğunu ifade eden hipotez için de geçerlidir. Maksimum özdeğer istatistiği de (60.20859) herhangi bir eşbütünleşik vektörün bulunmadığını ifade eden temel hipotez için % 5 kritik değerinden (33.46) ve % 1 kritik değerinden (38.77) büyük gelmiştir. Aynı şekilde en çok bir eşbütünleşik vektörün olduğunu ifade eden temel hipotez için de geçerlidir. Johansen eşbütünleşme testinin sonuçlarına göre seriler arasında uzun dönemli bir ilişkinin varlığı tespit edilmiştir.

Aşağıdaki tabloda ise normalize edilmiş eşbütünleşme vektörleri gösterilmektedir.

Tablo-31: Kişi Başına Özel Sağlık Harcamaları İçin Normalize Edilmiş Eşbütünleşme Vektörü

| LNGDPPC   | LNPROP    | LNELD     | LNFER     |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1.728109  | 3.188163  | -3.553186 | 3.277808  |
| (1.15279) | (0.37725) | (1.99865) | (0.88634) |

Kişi başına yapılan özel sağlık harcamaları üzerinde gelir değişkeninin etkilerini görebilmek maksadıyla normalize edilmiş bir eşbütünleşme vektörü sonuçları verilmiştir. Gelir esnekliğinin yorumu olarak değerlendirilen gelir katsayısı 1.72 olarak gelmiştir. Dolayısıyla gelirden meydana gelecek % 1’lik bir artış kişi başına yapılan özel sağlık harcamalarını % 1,7 artıracaktır. Esneklik katsayısının sahip olduğu değer birden büyük geldiği için söz konusu dönem için kişi başına yapılan özel sağlık harcamaları lüks mal olarak yorumlanabilmektedir.

Seriler arasındaki eşbütünleşik ilişkinin tespitinin ardından VECM sonuçları tablo 32’de verilmiştir.

Tablo-32: Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamaları İçin VECM Sonuçları

| EC(-1)      | LNPRVHCE   | LNGDP      | LNPROP     | LNELD      | LNFER      |
|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| -0.024693** | -0.319554  | -0.417910  | -1.147578  | -0.084337  | 0.271283   |
| (0.20613)   | (1.15089)  | (0.22425)  | (1.20338)  | (0.13098)  | (0.18582)  |
| [-0.11979]  | [-0.27766] | [-1.86359] | [-0.95363] | [-0.64389] | [ 1.45990] |

Kişi başına yapılan özel sağlık harcamaları doğrultusunda hata katsayısı (-0.024693) negatif gelmiştir. Bu durum, kısa vadede serilerde ortaya çıkacak sapmaların uzun vadede ortadan kalkacağına işaret etmektedir.

Kişi başına yapılan özel sağlık harcamaları için uygulanan Granger nedensellik testi sonuçları tablo 33’te gösterilmiştir.

Tablo-33: Kişi Başına Özel Sağlık Harcamaları İçin Granger Nedensellik Sonuçları

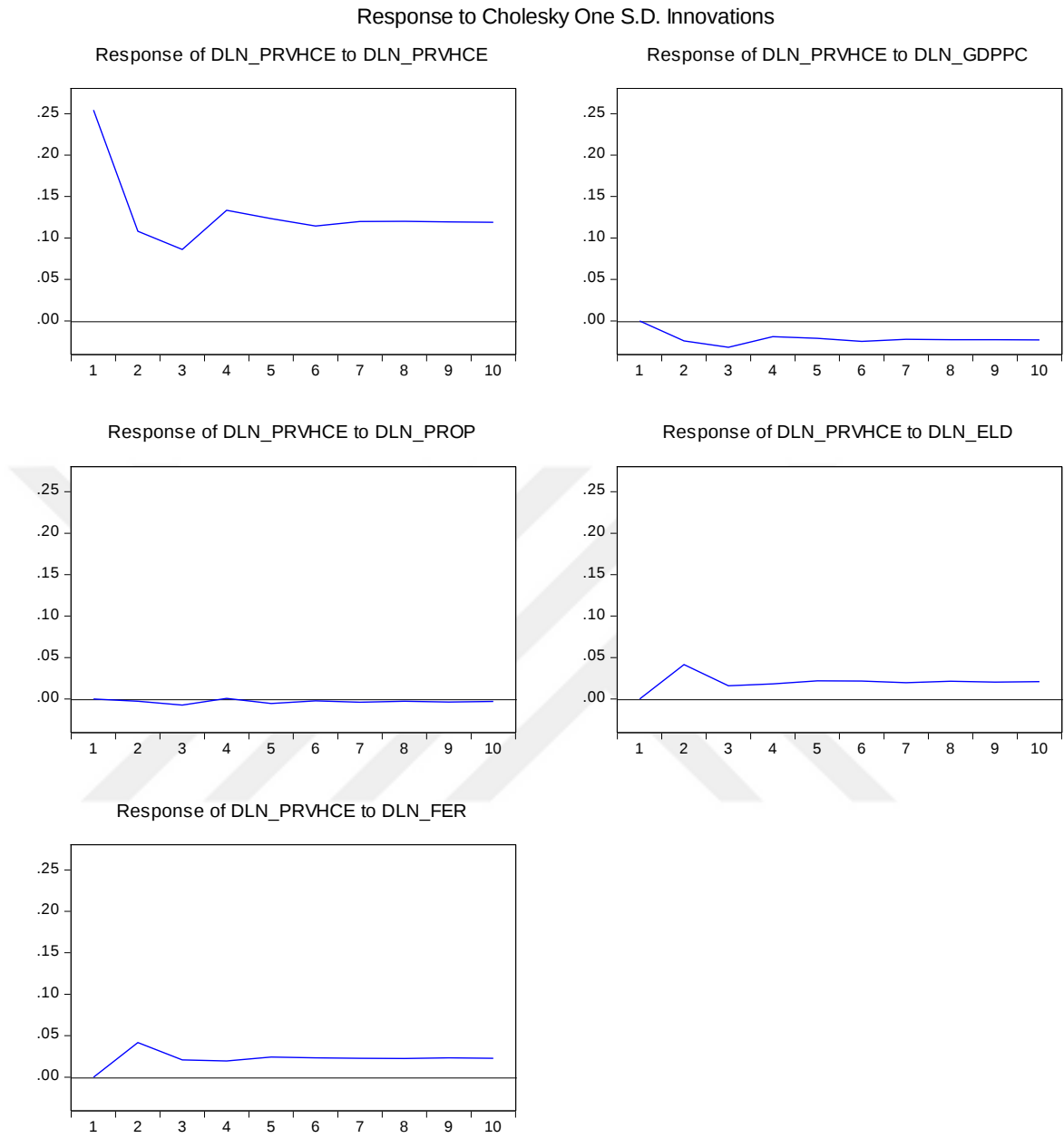
| Boş Hipotez | F İstatistiği | Olasılık |
|-------------|---------------|----------|
|             |               |          |

|                                                                         |         |        |
|-------------------------------------------------------------------------|---------|--------|
| Gelir, Özel Sağlık Harcamalarının Granger Nedeni Değildir               | 2.77307 | 0.1051 |
| Özel Sağlık Harcamaları, Gelirin Granger Nedeni Değildir                | 0.75800 | 0.3901 |
|                                                                         |         |        |
| Kamu Payı, Özel Sağlık Harcamalarının Granger Nedeni Değildir           | 3.87520 | 0.0572 |
| Özel Sağlık Harcamaları, Kamu Payının Granger Nedeni Değildir           | 0.72458 | 0.4006 |
|                                                                         |         |        |
| Yaşlı Nüfus Oranı, Özel Sağlık Harcamalarının Granger Nedeni Değildir   | 4.58332 | 0.0396 |
| Özel Sağlık Harcamaları, Yaşlı Nüfusun Oranının Granger Nedeni Değildir | 10.3990 | 0.0028 |
|                                                                         |         |        |
| Doğurganlık Oranı, Özel Sağlık Harcamalarının Granger Nedeni Değildir   | 3.41550 | 0.0733 |
| Özel Sağlık Harcamaları, Doğurganlık Oranının Granger Nedeni Değildir   | 0.02469 | 0.8761 |

Granger nedensellik testinin sonuçlarına göre % 10 anlamlılık düzeyinde kamu payının ve doğurganlık oranının kişi başı yapılan özel sağlık harcamalarının Granger nedeni olmadığı hipotezi reddedilmektedir. Yaşlı nüfus oranının kişi başı yapılan özel sağlık harcamalarının Granger nedeni olmadığı hipotezi ise % 5 düzeyinden reddedilmektedir. Dolayısıyla kamu payından, doğurganlık oranından ve yaşlı nüfus oranından kişi başına yapılan özel sağlık harcamalarına doğru Granger nedensellik tespit edilmiştir. Ayrıca kişi başına yapılan özel sağlık harcamalarından da yaşlı nüfus oranına doğru Granger nedensellik tespit edilmiştir. Dolayısıyla bu iki seri arasında karşılıklı bir Granger nedensellik ilişkisi saptanmıştır. Gelir serisinden kişi başı yapılan özel harcamalara doğru olan Granger nedensellik ilişkisinde ise % 10 anlamlılık düzeyinde küçük bir farkla nedensellik ilişkisinin olmadığı hipotez kabul edilmektedir.

Kişi başına yapılan özel sağlık harcamaları uygulanacak bir şok sonucunda diğer serilerin bu şoka tepkisini izlemek amacıyla etki-tepki analizi kişi başına yapılan özel sağlık harcamaları için de uygulanmıştır. Şekil 16 söz konusu bu analizin sonuçlarını içermektedir.

Şekil-16: Kişi Başına Özel Sağlık Harcamaları İçin Etki-Tepki Analizi



Kişi başına yapılan özel sağlık harcamalarına verilen rastgele bir şokun diğer değişkenlere olan etkisini izleyebilmek amacıyla 10 periyot boyunca etkilere bakılmıştır. Kamu payının verdiği belirsiz tepkinin yanında doğurganlık oranı ve yaşlı nüfus oranı söz konusu bu rastgele şoka pozitif tepki vermiştir. Gelir değişkeninin tepkisi ise negatif olmuştur.

Takip eden aşamada kişi başına yapılan özel sağlık harcamaları için varyans ayrıştırması yapılmış olup sonuçları aşağıdaki tabloda verilmektedir.

Tablo-34: Kişi Başına Özel Sağlık Harcamaları İçin Varyans Ayrıştırma Sonuçları

| DLNPRVHCE<br>Periyot | S.E.     | DLNPRVHCE | DLNGDPPC | DLNPROP  | DLNELD   | DLNFER   |
|----------------------|----------|-----------|----------|----------|----------|----------|
| 1                    | 0.254244 | 100.0000  | 0.000000 | 0.000000 | 0.000000 | 0.000000 |
| 2                    | 0.283476 | 94.95876  | 0.724801 | 0.009607 | 2.145507 | 2.161322 |
| 3                    | 0.299249 | 93.52160  | 1.773705 | 0.069853 | 2.212130 | 2.422715 |
| 4                    | 0.329257 | 93.65494  | 1.799511 | 0.058065 | 2.131132 | 2.356356 |
| 5                    | 0.353794 | 93.27644  | 1.910769 | 0.073815 | 2.225963 | 2.513015 |
| 6                    | 0.374053 | 92.82710  | 2.142996 | 0.069563 | 2.325147 | 2.635191 |
| 7                    | 0.394604 | 92.65485  | 2.238366 | 0.072597 | 2.334145 | 2.700046 |
| 8                    | 0.414284 | 92.46979  | 2.330099 | 0.070126 | 2.381344 | 2.748637 |
| 9                    | 0.432843 | 92.31145  | 2.406426 | 0.071487 | 2.402268 | 2.808370 |
| 10                   | 0.450528 | 92.16986  | 2.479030 | 0.070396 | 2.434470 | 2.846240 |

Tablo 34'ün sonuçları doğrultusunda kişi başına yapılan özel sağlık harcamalarındaki bir değişim neticesinde, ikinci dönemden itibaren diğer değişkenler tepki göstermesine rağmen, kişi başına yapılan özel sağlık harcamalarının açıklanmasındaki en yüksek pay onuncu periyodun sonunda % 92 ile kendisininidir. Kişi başına yapılan özel sağlık harcamalarında ortaya çıkan değişimin açıklanmasında diğer değişkenlerin etkisi zayıf kalmakla birlikte; sırasıyla doğurganlık oranı, gelir değişkeni ve yaşlı nüfus oranının etkisi görülmektedir.

### 3.5 DEĞERLENDİRME

Literatürde yer alan çalışmaların genellikle toplam sağlık harcamalarını konu edindiği ve görece yüksek gelir seviyesine sahip ülkeler için uygulamalı çalışmaların yapıldığı görülmektedir. Söz konusu bu çalışmaların kişi başına düşen toplam sağlık harcamalarına dair değerlendirmeyi göz ardı ettiği görülmektedir. Kişi başına sağlık harcamalarına yönelik çalışmalarda ise çoğunlukla kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları analizlere konu edilmektedir. Son zamanlarda ise sağlık harcamalarındaki artıştan ötürü, kamu bütçeleri üzerinde oluşan yük dikkat çekmeye başlamış ve sadece kişi başına düşen kamu sağlık harcamalarının analizini konu edinen çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmaların kişi başına özel sağlık harcamalarını dikkate almadığı görülmektedir. Literatürde

çoğunlukla ülke gruplarını analiz eden çalışmalarda, Türkiye'nin veri kaynaklarından ötürü çalışmaların analizine dâhil edilmediği not edilmektedir. Sadece Türkiye'yi konu edinen çalışmaların azlığı ise dikkat çekicidir.

Çalışmanın uygulama kısmında literatürdeki açıkları dikkate alacak şekilde Türkiye'de sağlık harcamalarındaki değişim anahtar değişken olarak nitelenen değişkenlerle sınanmıştır. Çalışmanın bulguları şu şekilde sıralanabilir: i) Kişi başına düşen toplam, kamu ve özel sağlık harcamaları ile kişi başına GSYH, kamunun sağlık harcamalarındaki payı, 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içerisindeki payı ve doğurganlık oranı arasında uzun dönemli bir ilişki tespit edilmiştir. Ayrıca normalize edilmiş eşbütünleşme vektör sonuçlarına göre kişi başına düşen toplam ve kamu sağlık harcamalarının gelir esnekliği 1,55; özel sağlık harcamalarının ise 1,78 olarak hesaplanmıştır. Bu durum sağlık hizmetlerinin söz konusu dönem için lüks mal olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla gelir değişkeninde yaşanan artışlardan daha fazla sağlık harcamalarında artış yaşanması muhtemel ve Türkiye için beklenen bir sonuçtur. ii) Eşbütünleşme test sonuçlarından elde edilen bulgulara göre, görülen şokların kısa dönemde ortadan kalkacağı saptanmıştır. iii) Nedensellik sonuçlarına göre; yaşlı nüfus oranını artıracak herhangi bir etmenin, kişi başına düşen özel ve toplam sağlık harcamalarında da artışa öncülük edecektir. Sağlık harcamalarında kamunun payında görülecek bir artışın da aynı unsurları etkilemesi söz konusudur. Doğurganlık oranında yaşanacak bir artış ise kişi başına düşen toplam, kamu ve özel sağlık harcamalarını beraber artıracaktır. Haliyle söz konusu değişkenlerde görülecek bir azalış da kişi başına düşen toplam sağlık harcamalarında azalışa öncülük edecektir. Kamu ve özel sağlık harcamalarında görülecek bir artışın ise yaşlı nüfusunu olumlu yönde etkileyecektir. Bu durum söz konusu ilişkiler açısından beklenen bir sonuçtur. iv) Gelir değişkeninin rastgele bir birimlik şok karşısında verdiği tepki kişi başına toplam ve kamu sağlık harcamalarında pozitif olurken, özel harcamalarda negatif olmuştur. Kamunun sağlık harcamalarındaki payının şoka verdiği tepki kişi başına toplam ve kamu sağlık harcamalarında negatifken; özel harcamalarda belirsiz bir tepkisi mevcuttur. Yaşlı nüfus oranının şoka verdiği tepki kişi başına toplam, kamu ve özel sağlık harcamalarına pozitif tepki vermiştir. Doğurganlık oranının tepkisi ise kişi başına toplam ve özel sağlık harcamalarına pozitif tepki verirken; kamu harcamalarına negatif tepki vermiştir. v) Varyans ayrıştırma analizinin bulgularına göre doğurganlık oranının kişi başına düşen toplam ve özel sağlık harcamalarındaki değişimi

açıklayan birincil neden olduğu görülmüştür. Kişi başına düşen kamu sağlık harcamalarındaki değişimi en çok açıklayan unsur ise gelir değişkeni olarak saptanmıştır.

Bu durumda çalışmanın, kişi başına düşen sağlık harcamalarını analiz eden diğer çalışmalardan farkına ve elde edilen bulguların, söz konusu çalışmalarla kıyaslanmasında fayda bulunmaktadır. Elde edilen bulgular; Türkiye için sağlık harcamalarındaki değişimin kaynaklarını açıklamaya yönelik olarak kişi başı toplam sağlık harcamalarını zorunlu bir mal olarak bulan Bilgel'in (2003) çalışması ile ayrılmaktadır. Diğer yandan edinilen bulgular, sağlık harcamalarında finansman açısından toplam, kamu ve özel ayrımını dikkate alan ve Türkiye için sağlık hizmetlerinin lüks bir mal olduğu sonucuna ulaşan Kıymaz'ın (2006) çalışması ile tutarlıdır. Ek olarak, seriler arasında eşbütünleşme ilişkisinin tespiti de Kıymaz (2006) ve bu tez çalışmasına mahsustur. Doğurganlık oranının kullanıldığı bu çalışma söz konusu değişkeni, yaşlı nüfustaki artışla birlikte Türkiye'nin sağlık harcamalarını belirleyen en önemli unsurlar olarak nitelemektedir.

## SONUÇ

Ayırt edici özellikleriyle toplumun genelini etkileme potansiyeli bulunan sağlık, piyasa başarısızlıklarının varlığı sebebiyle kamunun etkin roller üstlendiği bir alandır. Gittikçe büyüyen bir sektör görünümüne sahip olan sağlık piyasasında temelde arz ve talep kaynaklı olarak sıralanabilecek birçok unsur sağlık harcamalarının artışına neden olmaktadır. Bu durum sağlık harcamaları konusunu sağlık ekonomisinin son yıllarda üzerinde en fazla yoğunlaştığı alanlardan biri haline getirmiştir. Artan bu ilgi, kamu bütçesi üzerine gelen yükten dolayı sadece akademik çevreye mahsus değildir. Sağlık harcamaları ve finansmanının birer politika aracı olması, sağlık harcamaları yönetiminin giderek daha zor hale gelmesi temelde sağlık harcamalarının değişimine neden olan unsurların bilinmesi ihtiyacını doğurmaktadır.

Sağlık harcamalarının belirleyicilerine yönelik çalışmalarda; ülkelerin sahip olduğu bünyesel özellikler, analiz edilen değişkenler ve kullanılan metot sağlık harcamalarındaki değişimi açıklayan unsurlarla söz konusu ilişkilerin etkisini farklılaştırmaktadır. Özellikle kamunun piyasadaki mevcudiyeti hizmet sunumunu olduğu kadar finansmanı da etkileyen bir yapıyı doğurmaktadır.

Sağlıkla ilgili olabilecek unsurların, sağlık harcamalarındaki değişimi açıklamak için kullanılması, yapılan sınamalara göre bu değişimi en fazla etkileyen unsurların anahtar belirleyiciler olarak nitelenmesine neden olmuştur. Sağlık harcamalarının belirleyicilerine yönelik yapılan ampirik uygulamalarda kişi başına düşen toplam sağlık harcamalarının analiz edilmesi literatürde çoğunlukla kullanılan bir yöntem olmasına rağmen az sayıdaki çalışma kişi başına düşen toplam, kamu ve özel sağlık harcamaları ayrımını dikkate almaktadır.

Türkiye’de ise sağlık harcamalarındaki değişimin nedenlerine yönelik çalışmaların literatürden ayrılarak hak ettiği ilgiyi görmediği söylenebilir. Bu çalışma bahsedilen ayrımı dikkate almasının yanında; kapsadığı yıl itibarıyla yakın dönem analizini içermesi, doğurganlık oranının analizlerde kullanılması ve sağlık harcamalarındaki değişikliğin etkisini analiz etmesiyle özgün olarak değerlendirilebilecek niteliktedir.

Çalışmanın bulguları, gelir esnekliği sonuçlarına göre kişi başına düşen sağlık hizmetlerinin lüks bir mal olduğunu ortaya koymuştur. Bu ifade; sağlık harcamalarının

gelirdeki değişimlere duyarlı olduğunu göstermekle birlikte, gelirden yapılacak bir artışa kıyasla sağlık harcamalarında daha fazla artış yaşanacağına işaret etmektedir. Ayrıca doğurganlık oranı ve yaşlı nüfusun sağlık harcamalarının en önemli belirleyicileri olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Söz konusu bu iki unsur, Türkiye için demografik yapının sağlık harcamalarının belirleyicisi olduğunu göstermektedir. Sağlık harcamalarındaki değişimi açıklayan bu unsurların bir ortak özelliği de sadece cari döneme ait olan sağlık harcamalarını değil, gelecek dönemlerde de yapılacak sağlık harcamalarını belirleyecek potansiyele sahip olmasıdır.

Etkileri itibariyle demografik yapının taşıdığı bu potansiyel, sağlık politikalarının oluşturulmasında dikkatle izlenmesi gereken alanlardır. Çünkü, bu potansiyelin sağlık harcamalarında belirleyici olması ve sağlık harcamalarını arttırmasının yanında finansman yapısını bozarak, sürdürülebilir politikaların oluşmasını engelleme ihtimali vardır. Harcamaların kontrolsüz artışına zemin hazırlayabilecek bu unsurlar, hem Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı hem de sistemin finansal sürdürülebilirliğini olumsuz etkileyebilir. Özellikle, yaşlanan nüfusun toplam nüfus içerisindeki payının artması ve bu nüfusun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerinin hem çeşitlenmesi hem de sağlık bakımlarının artma ihtimali bulunmaktadır. Bu türden bir ihtimal sağlık sistemi için gelir gider dengesizliğinin yanı sıra kamu maliyesi üzerine fazladan yükler bindirebilir.

Bağımlı nüfusun artışı olarak da nitelendirilecek bu unsur, iktisadi büyümenin temel dinamiği olan üretim seviyelerinde düşüşe ve bu etkiyi takiben kamu için vergi hasılatının azalması anlamına gelmektedir. Söz konusu bu etkilerin kamu maliyesi üzerine getirebileceği yükler sosyal güvelik sistemindeki dengesizlikle daha da artarak bütçe disiplini bozacağı gibi, kamu borçlarını tetikleyebileceğinden, kamunun geneli için daha fazla vergi yükü anlamına gelmektedir. Bu açıdan demografik faktörlerin yapısı ve gelişimi Türkiye için son derece önemli bir konuma sahiptir.

Sosyal güvenlik sistemi için prim artışı ve emeklilik yaşının ileriye ötelenmesi gibi çözümlerin Türkiye için tecrübe edilmiş alternatifler olması, mevcut yapıyı yeniden bu türden çözümlere ihtiyaç duyar hale getirmiştir. Söz konusu riskler için başlıca maliyet eksensli yaklaşımların toplum geneli için doğru bir tahlille uygulaması gerekir.

Sadece sağlık harcamalarını değil, diğer kamu harcamalarındaki öncelikleri belirlemek de, bte kapsamında yürütme erkinin uhdesinde olduğu için sağlık harcamaları, sosyal bilimler Şemsiyesi altında farklı disiplinlerce de analiz edilmesi gereken bir olguya dönüşmektedir.



## KAYNAKÇA

- Abel-Smith, B. (1994). *An Introduction To Health. Policy. Planning and Financing*. New York: Longman Group Limited.
- Abeykoon, P. (2003). The Implications of Technology Change for Health Care Delivery in Sri Lanka. Erişim: 1 Temmuz 2017, <http://www.dcp2.org/file/39/wp24.pdf>.
- Acar, İ. A. ve Kitapçı, İ. (2008). Sosyal Güvenliğin Demografik Boyutu: Türkiye’deki Emeklilik Sistemindeki Değişim. *Maliye Dergisi*, 154, Ocak-Haziran, 77-98.
- Acemoglu, D., Finkelstein, A. and Notowidigdo, M. (2009). Income and Health Spending: Evidence from Oil Price Shocks. *The Review of Economics and Statistics*, MIT Press, 95(4), 1079-1095.
- Acs, G. ve Sabelhaus, J. (1995). Trends In Out-Of-Pocket Spending On Healthcare 1980-92. *Monthly Labor Review*, December, 35-45.
- Aggleton, P. (2004). *Health*. London: Routledge.
- AIHW. (2008). *Australia’s Health 2008*. Cat. no. AUS 99. Canberra: AIHW. [https://doi.org/Cat. no. AUS 178](https://doi.org/Cat.no.AUS178)
- Aiken, H. L. (1982). The Nurse Labor Market. *Health Affairs*, 1(4), 30-40.
- Akalin, G. (1986). *Kamu Ekonomisi*. İkinci Basım. Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları No: 554. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Akça, N., Sönmez, S. ve Yılmaz, A. (2017). Determinants of health expenditure in OECD countries: A decision tree model. *Pak J Med Sci.*, 33(6), 1490–1494.
- Akdoğan, A. (2009). *Kamu Maliyesi*. Gözden Geçirilmiş ve Genişletilmiş Onüçüncü Baskı, Ankara: Gazi Kitabevi.
- Akdur, R. (1999). *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması*, Erişim: 25 Haziran 2017, [http://www.recepakdur.com/upload/ab\\_turkiye\\_kiyaslama.pdf](http://www.recepakdur.com/upload/ab_turkiye_kiyaslama.pdf).
- Akdur, R. (2006). *Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyum*, İkinci Baskı, Ankara: Ankara Üniversitesi

Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi Araştırma Dizisi Yayını, Yayın No.25.

Aktan, C. C. Işık, A. K. (2007a). *Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Alternatif Tanımlar*, Erişim: 25 Haziran 2017, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/finansman-alternatif.pdf>.

Aktan, C. C. Işık, A. K. (2007b). *Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler*, Erişim: 26 Haziran 2017, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf>.

Aktan, C. C. (2011). Devlet mi Piyasa mı? Mal ve Hizmetler Hangi Sektör Tarafından ve Hangi Yöntemlerle Sunulmalı?. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 3(1), 96-114

Akyol, A., Bilgiç, P. ve Ersoy, G. (2012). *Fiziksel Aktivite İziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam*. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Obezite Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Dairesi Başkanlığı. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 729.

Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 64(33), 33-58.

Ang, J. B. (2010). The determinants of health care expenditure in Australia. *Applied Economics Letters*, 17(7), 639–644. <https://doi.org/10.1080/00036840802297868>

Annemans, L. (2008). *Health economics for non-economists: An introduction to the concepts, methods and pitfalls of health economic evaluations*. Gent: Academia Press.

Ariste, R. ve Carr, J. (2003). New Considerations on the Empirical Analysis of Health Expenditures in Canada: 1966 – 1998. *Health Policy Research Working Paper Series, Working Paper 02-06*. Health Canada Applied Research and Analysis Directorate.

Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*, 53(5), 941-973.

Asefzadeh, S., Rezapur, A. and Moini Naini, M. (2009). Estimated demand for health

services in Nain. *Scientific Journal of the Student Research Committee of Qazvin University*, 5(18), 9-22.

Aslan, D. (2012). Sağlıklı Beslenme ve Yaşlılık. Dilek Aslan ve Meliksah Ertem (Eds.). *Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler*. HASUDER Yayın No: 2012-1. Ankara: Palme Yayıncılık.

Ateş, M. (2016). *Sağlık Sistemleri*. İstanbul: Beta Basım A.Ş.

Atun, R., vd. (2013). Universal Health Coverage In Turkey: Enhancement of Equity, *The Lancet*, 382, 65-99.

Auld, C. (2014). *Health Care As An Economics Commuduti*. Erişim: 26 Haziran 2017, <http://web.uvic.ca/~auld/auld-jh-social.pdf>

Ayşegül, M. ve Işık, A. K. (2005). Sağlık Ekonomisine Giriş. Bursa: Ekin Kitabevi Yayınları.

Azizi, K. and Pereira, C. (2005). Comparaison internationale des dépenses de santé : une analyse des évolutions dans sept pays, 1970-2002, DREES, *Dossier Solidarité et Santé*, Vol. 1.43-60.

Backhaus, U. (2007). *A History of German and Austrian Economic Thought on Health Issues*. Duitsland: Groningen.

Balıkçioğlu, E., İyidoğan P. V., Yılmaz, H. H. (2017). Aging Effect on the Public Health Expenditures: A Re-examination. 32nd International Public Finance Conference/TR Proceedings Book. Bursa: Ekin Basım Yayın Dağıtım.

Banta, J. E. (1987). Sir William Petty: modern epidemiologist (1623-1687). *Journal of Community Health*, 12.

Barer, M. L., Evans, R. G. and Hertzman, C. (1994). Avalanche or Glacier?: health care and the demographic rhetoric, *Canadian Journal on Aging*, 14, 193–224.

Barr, N. (1998). *The Economics of the Welfare State*. Stanford, California: Stanford University Press.

Barro, R. (2013). Health and Economic Growth. *Annals of Economics and Finance, Society for AEF*, 14(2), 329-366.

- Barros, P. P. (1998). The black box of health care expenditure growth determinants, *Health Economics*, 7, 533–44.
- Barry, N. B. (2003). *Modern Siyaset Teorisi*. (çev: Mustafa Erdoğan ve Yusuf Şahin), Ankara: Liberte Yayınları
- Belek, İ. (2001). *Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlıkın Ekonomi Politikası*, 2. Baskı, İstanbul: Sorun Yayınları.
- Belek, İ. (2009). *Sağlığın Politik Ekonomisi*. 3. Baskı. Yazılama Yayınevi, İstanbul.
- Belli, P., Curtio Medical Group, & Shahriari, H. (2013). *Qualitative Study on Informal Payments for Health Services in Georgia*. Washington, DC: World Bank.
- Benetti, C., Nadal, A., Salas, C. (2001). The Law of Supply and Demand in the Proof of Existence of General Competitive Equilibrium. *Procientec Documento de Trabajo*, 1(2), 1-22.
- Bentham, J. (1781). *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*. London: Oxford.
- Berki, S. (1986). A Look at Catastrophic Medical Expenses and the Poor. *Health Affairs*, 5(4), 138-145.
- Bhat, V. N. (2005). Institutional Arrangements and Efficiency of Health Care Delivery Systems. *European Journal Of Health Economics*, 12(3). 215-222.
- Bhattacharya, J., Hyde, T., & Tu, P. (2014). *Health economics*. (First Edition), New York: Palgrave Macmillan.
- Bilgel, F. (2003). The Determinants of Health Expenditures in Turkey, 1924-1996: An Econometric Analysis. *Proceedings of the 6 th National Econometrics and Statistics Symposium*, Ankara: Turkey.
- Bilgel, F., ve Tran, K.C. (2013). The Determinants of Canadian Provincial Health Expenditures: Evidence from a Dynamic Panel. *Applied Economics*, 45, 201-212.
- Bilgili, E., Ecevit, E. (2008). Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 201-228.

- Bilici, N. ve Bilici, A. (2013). *Kamu Maliyesi*. 3. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Birchall, J. (2002). Mutual, Non-Profit or Public Interest Company? An Evaluation of Options for the Ownership and Control of Water Utilities. *Annals of Public and Cooperative Economics*, 73(2), 181-213.
- Black, H. C. (1997). *Black's Law Dictionary*. 6th edition, St. Paul, Minnesota: West Publishing Co.
- Blaug, M. (1968). *Economic Theory in Retrospect*. Revised Edition. Homewood, Illinois: Richard D. Irwin, Inc.
- Blomqvist, A., ve Carter, R. A. L. (1993). Is health care really a luxury?. *Department of Economics Research Reports*, 9311. London, ON: Department of Economics, University of Western Ontario.
- Blomqvist, A. and Carter, R. (1997). Is health-care really a luxury?, *Journal of Health Economics*, 16, 207–29.
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellstrom, T. (2007). *Basic Epidemiology*. Geneva: World Health Organization.
- Bornemisza, O. (2002). *Health policy formulation in complex political emergencies and post-conflict countries: a literature review*. Technical Report.
- Bowling, A. (1991). *Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurement Scales*, Milton Keynes: Open University Press.
- Braveman, P.A. (2003). Monitoring Equity in Health and Healthcare: A Conceptual Framework. *Journal of Health Population and Nutrition*, 21(3), 181-192.
- Breyer, F. and Felder, S. (2006). Life expectancy and health care expenditures: a new calculation for Germany using the costs of dying, *Health Policy*, 75, 178–86.
- Brook, R. H. And McGlynn, E. A. (1991). Maintaining Quality of Care. Ginzberg, E. İçinde, *Health Services Research Key to Health Policy*. London: Harvard University Press, 284-314
- Brown, M. C. (1987). *Caring for Profit: Economic Dimension of Canada's Health Industry*, Fraser Institute, Vancouver.

- Bruce, N. (2001). *Public Finance and the American Economy*. Boston: Addison-Wesley.
- Bulun, M. Demirbaş F, Kapıcıoğlu M. İ. *Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Bilişim Teknolojileri Kullanımının Önemi*. (t.y.). Erişim: 25 Haziran 2017, <http://ab.org.tr/ab02/tammetin/57.doc>.
- Bülbül, D. (2011). Türkiye’de Sosyal Güvenlik Açıklarının Seyri ve Çözüm Önerileri. *Sosyal Güvenlik Dünyası*, 14(74), 21-28.
- Bülbül, D. (2013). Yerel Yönetimlerde Yeni Bir Finansman Yöntemi: Günah Vergileri. *Vergi Sorunları Dergisi*, 294, 166-170.
- Bülbül, D. (2016). Sağlık Harcamalarının Kamu Tarafından Finansmanında Ortaya Çıkan Sorunlara Alternatif Bir Çözüm Önerisi. *Vergi Sorunları Dergisi*, 332, 166-170. 116-125.
- Byrne, J. M. ve Rathwell, T. (2005). Medical savings accounts and the Canada health act: complimentary or contradictory. *Health Policy*, 72, 367–379.
- Caldwell, C. (1998). *Sağlık Kuruluşlarında Stratejik Yönetim*, Çev., Osman Akınhay, Sistem Yayıncılık, İstanbul.
- Cantarero, D. (2005). Decentralization and health care expenditure: the spanish case. *Appl. Econ. Lett*, 12(15), 963–966.
- Cantarero, D. ve Lago-Penas, S. (2010). The determinants of health care expenditure: a reexamination. *Applied Economics Letters*. 17 (7), 723-726.
- Cantarero, D., P. ve Lago-Penas, S. (2012). Decomposing the determinants of health care expenditure: the case of Spain. *Eur. J. Health Econ.*, 13, 19–27.
- Cardoso, C. (2008). Health Economics or Health Care Economics?. *Polytechnical Studies Review* , 6(10), 189-198.
- Carrion-i-Silvestre, J. L. (2005). Health care expenditure and GDP: are they broken stationary?, *Journal of Health Economics*, 24, 839–54.
- Case, R., & Fair, R. (2007). *Principles of Economics*. New York: Prentice hall.
- Charles, P. E. (1995). Perspectives in Health Economics. *Health Economics*, Vol. 4, 335-

353.

Cingi, M. İ., Erol, K. (1996). *Farmakoloji*. T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları No:494, Açıköğretim Fakültesi Yayınları No: 223

Clayton, G. E. (2008). *Glencoe economics: Principles and practices*. New York, N.Y: McGraw-Hill/Glencoe.

Clemente J, Marcuello C, Montañés A, Pueyo F. (2004). On the international stability of health care expenditure functions: are government and private functions similar? *J Health Econ.*, 23(3), 589–613.

Colander, D. C. (2001). *Microeconomics*. New York: McGraw-Hill Irwin

Colclough, C. Ve Manor, J. (1993). *States or Markets? Neo-liberalism and the Development Policy Debate*, Oxford: Clarendon Press.

Corti, G. (1973). Risk, Uncertainty And Cost Benefit. Wolfe, J. N. (Ed.). *Cost Benefit and Cost Effectiveness* (s. 75-87). London: George Allen & Unwin Ltd.

Costa-Font, J. and Pons-Novell, J. (2007). Public health expenditure and spatial interactions in a decentralized national health system, *Health Economics*, 16, 291–306.

Crivelli, L., Filippini, M., Mosca, I. (2005). Federalism and regional health care expenditures: an empirical analysis for the Swiss cantons. *Health Econ.* 10(1), 20–26.

Cullis, G. ve West, P. (1979). *The Economics of Health: An Introduction*. Oxford: Martin Robertson Co. Ltd.

Culyer, A. (1971). The Nature of the Commodity 'Health Care' and its Efficient Allocation. *Oxford Economic Papers* , 23 (2), 189-211.

Culyer, A. J. (1981). Health, Economics and Health Economists. In J. Van de Gaag, & M. PerIman (Eds.), *Health Economics and Health Economists*. Amsterdam: North-Holland.

Culyer, A. J. (1990). *Cost containment in Europe, Health Care Systems in Transition*, OECD, Paris, 29–40.

- Culyer, A. J. (2005). *The dictionary of health economics*. Massachusetts: Edward Elgar.
- Culyer, A. J., & Newhouse, J. P. (2000). *Handbook of health economics: Volume 1A*. Amsterdam: Elsevier.
- Cutler, D. M. (2002). Equality, Efficiency, and Market Fundamentals: The Dynamics of International Medical-Care Reform. *Journal of Economic Literature*, XL, 881-906.
- Çalışkan, Z. (2009). OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları: Panel Veri Analizi. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 34, 117-137
- Çilingiroğlu, N. (1997), Sağlık Ekonomisi, Bertan, M. ve Güler, Ç. (ed.), *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. 391-419, Ankara: Güneş Kitabevi.
- Darby, C., Valentine, N., Murray, C.J.L. ve Silva A. (2000). WHO: Strategy on Measuring Responsiveness. *GPE Discussion Paper (Series: No. 23)*, Geneva: WHO.
- Davis, K. and Russell, L.B. (1972). The Substitution of Hospital Outpatient Care for Inpatient Care. *Review of Economics and Statistics*, 54, 109–20.
- Demir, O. (1997). *Ekonomide Devlet*. Ankara: Sermaye Piyasası Kurulu Yayınları. Yayın No:71.
- Desai, M. (2003). Public Goods: A Historical Perspective, I.Kaul, P.Conceição, K.Goulven ve R. Mendoza (der.), *Providing Global Public Goods: Managing Globalization, Published for UNDP*, New York, Oxford, Oxford University Press.
- Dewar, D. (2010). *Essentials of Health Economics*. Sudbury, Mass:: Jones and Bartlett Publishers.
- Di Matteo, L. and Di Matteo, R. (1998). Evidence on the determinants of Canadian provincial government health expenditures: 1965–1991, *Journal of Health Economics*, 17, 211–28.
- Di Matteo, L. (2005). The macro determinants of health expenditure in the United States and Canada: assessing the impact of income, age distribution and time, *Health Policy*, 71, 23–42.
- Dixon, A. (2002). Are Medical Savings Accounts a Viable Option for Funding Health Care. *Croatian Medical Journal*, 43(4), 408-416.

- Donaldson, C., & Gerard, K. (1993). *Economics of health care financing: The visible hand*. Basingstoke: Macmillan.
- Dormont, B., Grignon, M. and Huber, H. (2006). Health expenditure growth: reassessing the threat of ageing, *Health Economics*, 15, 947–63.
- Dranove, D., & Satterthwaite, M. (2000). *Industrial Organization of Health Care Markets*. In A. Culyer, & J. Newhouse (Eds.), *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier.
- Drummond, M. F. vd. (2003). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, New York, Oxford Medical Publications.
- Dworkin, G. (1972). Paternalism. *The Monist*, 56(1), 64–84, <https://doi.org/10.5840/monist197256119>.
- Elinson, J. (1977). *Health goals and health indicators: Policy, planning, and evaluation*. Boulder, Colo: Westview Press.
- Emil, F. Ve Yılmaz, H. H. (2003). *Kamu Borçlanması, İstikrar Programları ve Uygulanan Maliye Politikalarının Kalitesi: Genel Sorunlar ve Türkiye Üzerine Gözlemler*. ERC Working Papers 03/07.
- Emil, F., Yılmaz, H. H., Yazıhan, N. ve Tunca, D. (2013). *Türkiye'de Sağlık Politikaları ve Sağlık Harcamalarının Etkinliği Üzerine Bazı Gözlemler*. Ankara Üniversitesi Yayınları No:396
- Enders, W. (2010). *Applied econometrics time series*, 3rd ed. Hoboken: Wiley.
- Engle, R. F. & Granger, C. W. J. (1987). Co-Integration and Error Correction: Representation, Estimation, and Testing, *Econometrica*, 55(2), 251-276.
- Erbaydar, N. P. (2009). Hastalık Yüğü Kavramı ve Hesaplanmasında Kullanılan Ölçütler ve Daly Kavramına Kısa Bakış, *Toplum Hekimliği Bülteni*, 28(1), 20-22.
- Erixon, F., Van der Marel, E. (2011). What is driving the rise in health care expenditures? An inquiry into the nature and causes of the cost disease. Brussel: European Center for International Political Economy (Working Paper, No. 05/2011). Erişim: 30 Haziran 2017, [http://www.ecipe.org/media/publication\\_pdfs/what-is-driving-the-](http://www.ecipe.org/media/publication_pdfs/what-is-driving-the-)

rise-in-health-care-expenditures-an-inquiry-into-the-nature-and-causes-of-the-cost-disease\_1.pdf

Ertürk Atabey, S. (2012). *Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası*. Ankara: Gazi Kitabevi

European Commission, (2013). Report on Public finances in EMU European Economy 4|2013 Economic and Financial Affairs 2013. European Commission Directorate-General for Economic and Financial Affairs. doi: 10.2765/40122

Evans, R. G., Mcgrail, K. M., Morgan, S. G., Barer, M. L. and Hertzman, C. (2001). Apocalypse no: population aging and the future of health care systems, *Canadian Journal on Aging*, 20, 160–91.

Ewans, R. G. (1974). Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications. (M. Perlman). *The Economics of Health and Medical Care*, 162- 173.

Farquhar, C. M., Kofa E.W., Slutsky J. R. (2002). Clinicians' attitudes to clinical practice guidelines: a systematic review. *Med J.* 177(9), 502–506.

Felder, S., Meier, M. and Schmitt, H. (2000). Health care expenditure in the last months of life, *Journal of Health Economics*, 19, 679–95.

Feldstein, P. (1983). *Health Care Economics*. New York: John Wiley and Sons.

Feng, Y., Anita, C., Grace, M., Adam, R., ve Jon, S., (2017). What Determines the Health Care Expenditure of High Income Countries? A Dynamic Estimation. *Applied Economics and Finance*. 4(6), 1-16.

Fişek, N. (1977). Hekimlikte Çağdaş Görüşler Açısından Sağlık Politikası, *Ankara ve İzmir Tabip Odası Bülteni*, 2(17), 19-23.

Fişek, N. (1983). *Halk Sağlığına Giriş*. Hacettepe Üniversitesi - Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını, No.2, Ankara: Çağ Matbaacılık.

Fişek, N. (1985). *Halk Sağlığına Giriş*. Ankara: Çağ Matbaası.

Fişek, G., Özşuca, Ş. T. ve Şuğle, M. A. (1998), *Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi 1946-1996*, SSK - Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı.

- Fitzpatrick, R.M. (1986). *Social Concepts of Disease and Illness*. Patrick, D. L.; Scambler, G.(eds.), *Sociology as Applied to Medicine*, Second Edition, London: Bailliere Tindall.
- Folland, S., Goodman, A. C., & Stano, M. (2013). *The Economics of Health and Health Care*. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson.
- Frank, R. H., Bernanke, B., & et al. (2009). *Principles of Economics*. Boston: McGraw-Hill/Irwin.
- Franzel, K. and McCready, D. (1979). *Health Economics: A Subdiscipline? Economic Development and Cultural Change*, 27(2), 267-282.
- Freeman, D. G. (2003). Is health care a necessity or a luxury? Pooled estimates of income elasticity from US state-level data. *Appl. Econ.* 35, 495–502.
- Fuchs, V. R. (1987). *Health Economics*. in Eatwell, John, Murray Milgate, and Peter Newman (eds.), *The New Palgrave: A Dictionary of Economics*, New York: The Stockton Press, 2, 614-618.
- Fuchs, V. R. (2005). Health Care Expenditures Reexamined. *Annals of Internal Medicine*, 143 (1), 76-78.
- Fuchs, V.R. (1993) *The Future of Health Policy*, London, Harvard University Press.
- Furuoka, F., Lim, Beatrice, F.Y., Kok, E., Mohammad, Z. H. ve Munir, Q. (2011). What are the determinants of health care expenditure? Empirical results from Asian countries. *Sunway Academic Journal*, 8. 12-25
- Gaal, P., Belli, P., McKee, M. and Szocska, M. (2006). Informal Payments for Health Care: Definitions, Distinctions, and Dilemmas. *Journal of Health Politics Policy and Law*, 31(2), 251-293.
- Gakidou, E., Murray, C.J.L., Frenk J. (2000). Measuring Preferences on Health System Performance Assesment. GPE Discussion Paper (Series: No. 20), Geneva, WHO.
- Garber, A. (2000). Advances in CE Analysis. In A. N. Culyer (Ed.), *Handbook of Health Economics* (181-221). Amsterdam: Elseiver.
- Gaynor, M., & Vogt, W. B. (1999). *Antitrust and Competition in Health Care Markets*.

Cambridge, Mass: National Bureau of Economic Research.

Gerdtham, U. G. (1993). The impact of aging on health care expenditure in Sweden, *Health Policy*, 24, 1–8.

Gerdtham, U. G., Sogaard, J., Andersson, F. And Jonsson, B. (1992). An econometric analysis of health care expenditure: a cross-section study of the OECD countries, *Journal of Health Economics*, 11, 63–84.

Gerdtham, U. and Lothgren, M. (2000). On stationarity and cointegration of international expenditure and GDP. *Journal of Health Economics*, 19(4), 461-475.

Getrler, P. J., Locay, L. and Sanderson, W. C. (1987). Are User Fees Regressive? The Welfare Implications of Health Care Financing Proposals in Peru. *National Bureau of Economic Research- NBER. Working Paper*, 2299, 16.

Getzen, T. E. (1992). Population aging and the growth of health expenditures, *The Journals of Gerontology*, 47, 98–104.

Getzen, T. (2000). Health care is an individual necessity and a national luxury: applying multilevel decision models to the analysis of health care expenditure. *Journal of Health Economics*, 19, 259-270.

Getzen, T. E. (2006). Aggregation and the measurement of health care costs. *Health Services Research*, 41(5), 1938–1954. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00558.x>

Getzen, T. E., & Allen, B. (2007). *Health care economics*. Hoboken, N.J: Wiley.

Getzen, T. E. (2013). *Health economics and financing*. Hoboken, NJ: Wiley.

Giannoni, M. and Hitiris, T. (2002). The regional impact of health care expenditure: the case of Italy, *Applied Economics*, 34, 1829–36.

Glied, S. A. (2008). Health Care Financing, Efficiency, And Equity. Nber Working Paper Series. Working Paper 13881.

Gold, M. (1984). The Demand for Hospital Outpatient Services. *Health Service Research*, 19, 384-412.

- Gonzalo, J. (1994). Five alternative methods of estimating long-run equilibrium relationships. *Journal of Econometrics*, 60(1-2), 203-233. [https://doi.org/10.1016/0304-4076\(94\)90044-2](https://doi.org/10.1016/0304-4076(94)90044-2)
- Gözler, K. (2004). *Anayasa Hukukuna Giriş*. Bursa: Ekin Yayınları.
- Grossman, M. (1972). On the Concept of Health Capital and Demand for Health. *The Journal of Political Economy*, 80(2), 223-255.
- Grossman, M. (1982). Government and Health Outcomes. *The American Economic Review*, 72(2), 191-195.
- Guinness, L. ve Wiseman, V. (2011). *Introduction to Health Economics*. Second Edition. Maidenhead: Open University Press McGraw-Hill Education.
- Gujarati, D. N. (2004). *Basic Econometrics*, Fourth Edition, The McGraw-Hill Companies.
- Gümüş, S. (2017). *Hizmet Pazarlaması (Sağlıkta Güncel Konular, İnceleme ve Deneyimler)*. İstanbul: Hiper Yayın
- Güzel, A., Okur, A. R. ve Caniklioğlu, N. (2009). *Sosyal Güvenlik Hukuku*, İstanbul: Beta Basım Yayın Dağıtım.
- Hansen, P. and King, A. (1996). The determinants of health expenditure: a cointegration approach, *Journal of Health Economics*, 15, 127-37.
- Hatemi-J. A., (2003). A New Method to Choose Optimal Lag Order in Stable and Unstable VAR Models, *Applied Economics Letters*, 10(3), 135-137.
- Hayran, O. (2017). *Kısırlaşan Dilimiz ve Tartışılmayan Sağlık Politikaları*. Erişim: 23 Haziran 2017, <https://www.researchgate.net/publication/317101710>
- Hayran, O. ve Sur, H. (1998). *Hasta Yöneticiliği*. İstanbul: Nobel Kitapevi.
- Head, J. (1974). *Public Goods and Public Welfare*. Durham: Duke University Press.
- Hershey, P. T. (1985). A Definition ForPaternalism, *The Journal Of Medicine and Philosophy*, 10(2), 171-182.
- Herwartz, H. and Theilen, B. (2003). The determinants of health care expenditure: testing

- pooling restrictions in small samples, *Health Economics*, 12, 113–24.
- Hitiris, T. and Posnett, J. (1992). The determinants and effects of health expenditures in developed countries, *Journal of Health Economics*, 11, 173–81.
- Hitiris, T. (1997). Health care expenditure and integration in the countries of the European Union, *Applied Economics*, 29, 1–6.
- Hoare, G., Mills, A. (1986). *Paying for the Health Sector*. London: EPC Publications. No 2.
- Hoen, E. (2000). Dying of Market Failure. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, 13, 137-142.
- Holcombe, R G. (1997). A Theory of the Theory of Public Goods. *Review of Austrian Economics*, 10(1), 1-22.
- Holcombe, G. R. (2006). *Public Sector Economics: The Role of Government in the American Economy*. New York: Pearson: Prentice Hall.
- Hornby, Peter, Ray, D. K, Shipp, Peter J, Hall, T. L. (1980). *Guidelines for health manpower planning: a course book*. Geneva : World Health Organization.  
<http://www.who.int/iris/handle/10665/40386>
- Howard, M. (2001). *Public Sector Economics for Developing Countries*. Canada: University of the West Indies Press.
- Hsiao, W. C. (1995). A Framework for Assessing Health Financing Strategies and the Role of Health Insurance. David M. Dunlop ve Jo. M. Martins (Eds.). *A International Assessment of Health Care Financing Lessons for Developing Countries*. Washington: The World Bank.
- Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Horst, H., van der, Jadad, A.R., Kromhout, D., Leonard, B et al. Smid, H. (2011). How should we define health?.*BMJ*343(jul26 2):d4163–d4163. DOI: 10.1136/bmj.d4163. Erişim: 23 Haziran 2017, <https://www.bmj.com/content/343/bmj.d4163>.
- Hume, D. (1739). *A Treatise of Human Nature*. London: White-Hart.
- Hurley, J. (2000). An overview of the normative economics of the health sector.A. J.

- Curley and J. P. Newhouse (eds). *Handbook of health economics: Volume 1A*. Amsterdam: Elsevier.
- International Labour Organization, (1999). *Social Health Insurance*, ILO - ISSA.
- Iyidogan P.V., Balikcioglu E., ve Yilmaz H. H. (2017). The tax effects of health expenditures on aging economies: Empirical evidence on selected OECD countries. *Romanian Journal of Economic Forecasting*. 20 (1), 116-127.
- Jack, W. (1999). *Principles of Health Economics for Developing Countries*. World Bank Institute Development Studies. Washington, DC: World Bank.
- Jenkins, C. D. (1992). Assessment of outcomes of health intervention. *Social Science & Medicine*. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(92\)90329-O](https://doi.org/10.1016/0277-9536(92)90329-O)
- Kalkınma Bakanlığı, (2015). *Ekonomik Ve Sosyal Göstergeler 1950 – 2014*, 253-260.
- Karabulut, K. (2001). Sağlık Sektöründe Özelleştirme. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 15(1-2), 31-39.
- Karaca, Ş. (2015). *Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama*. İstanbul: Beta Yayıncılık, 1. Baskı.
- Karaçor, S. ve Arkan, A. (2014). Sağlık Kuruluşlarında Pazarlama: Sağlık Pazarlama Karması Unsurlarının Hasta/Müşteri Açısından Önemi Üzerine Bir Araştırma. *Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi*, 8(2), 90-118.
- Karafakıoğlu, M. (1998). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayın No: 109- 271.
- Karan, A. ve Garg, C. (2005). *Socio-Economic Determinants of Out-of-Pocket and Catastrophic Expenditure in India: A Multivariate Analysis*. Barcelona: 5. World Congress, International Health Economics Association.
- Karatzas, G. (2000). On the determination of USA aggregate health care expenditures, *Applied Economics*, 32, 1085–99.
- Karsten, S. (1995). Health Care: Private Good vs. Public Good. *The American Journal of Economics and Sociology* , 54(2), 129-144.
- Kaul, I., ve Mendoza, R. U. (2003). Advancing the concept of public goods. In I.

- Kaul, P. Conceicao, K. Le Goulven, and R. U. Mendoza (Eds.), *Providing Global Public Goods: Managing Globalization*. 78–112. Cary, NC: Oxford University Press
- Kavuncubaşı, S. (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kavuncubaşı, S. ve Kısa, A. (2008). *Sağlık Kurumları Yönetimi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayın No: 1778, 3-32.
- Kessel, R. A. (1970). The A.M.A. and the Supply of Physicians. Ronald H. Coase and Merton H. Miller (eds.), *Essays in Applied Price Theory*. Chicago and London: The University of Chicago Press. 37-53.
- Kıymaz, H., Akbulut, Y. ve Demir, A. (2006). Tests of stationarity and cointegration of health care expenditure and gross domestic product An application to Turkey. *The European Journal of Health Economics*, 7 (4), 285-289.
- Kleiman, E. (1974). The determinants of national outlay on health; in M. Perlman (ed.), *The economics of health and medical care*, London: Macmillan.
- Kobelt, G. (2013). *Health Economics: An Introduction to Economic Evaluation*. United Kingdom: Office of Health Economics Research
- Koç, Ç. (2004). The Effects of Uncertainty on The Demand For Health Insurance. *The Journal of Risk And Insurance*, 71(1), 41-61.
- Koenig, L., Siegel, J. M., Dobson, A., Hearle, K., Ho, S. and Roduwitz, R. (2003). Drivers of healthcare expenditures associated with physician services, *The American Journal of Managed Care*, 9, 34–42.
- Kraipornsak, P. (2017). Factors Determining Health Expenditure in the Asian and the OECD Countries. *Economics World, Sep.*, 5(5), 407-417
- Kulis, V., Getzen, T., & Thacker, S. (2007). Public Goods and Externalities: A Research Agenda for Public Health Economics. *J Public Health Management Practice* , 13 (2), 227-232.
- Kurtulmuş, S. (1998). *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*, 1. Baskı, İstanbul: Değişim

Dinamikleri Yayınları.

- Kutzin, J. (2001). A Descriptive Framework for Country-Level Analysis of Health Care Financing Arrangements. *Health Policy*, 56(3), 171-204.
- Kuzgun, İ. K. (2002). Nüfusun Yaşlanmasının İşgücü Arzına Etkisi. *Geriatrı*, 5(1), 38.
- Lapavitsas, C. (2008). Neoliberal Dönemde Anyolcu İktisat Kuramı. Alfredo Saad-Filho ve Deborah Johnston (Ed.) *Neoliberalizm:Muhalif Bir Seçki*, İstanbul: Yordam Kitap, 59-75.
- Larson, J. S. (1991). *The measurement of health: Concepts and indicators*. New York u.a: Greenwood Press.
- Lee, K. ve Anne M. (1983). The Economics of Health in Developing Countries: a Critical Review, Kenneth Lee and Anne Mills (Eds.), *The Economics of Health in Developing Countries*. Oxford: Oxford University Press.
- Lee, K. and Goodman, H. (2002). Global Policy Networks: The Propagation of Health Care Financing Reform Since the 1980s. Lee, K., Buse, K., Fustukian, S., (eds.), *Health Policy in a Globalising World*. 97-119, Cambridge University Press.
- Lees, D. (1960). The Economics of Health Services. *Lloyds Bank Review*, 56, 26-40
- Leftwich, R. H. ve Sharp. M. A. (1974). *Economic of Social Issues*, Texas: Busines Publications Inc.
- Leigh, A., Jencks, C., Smeeding, T. M. (2009). Health and Economic Inequality. (eds). Salverda, Wiemer, Brian Nolan, and Timothy M. Smeeding. 2013. The Oxford handbook of economic inequality.
- Lepine, A. and Le Nestour, A. (2011). Health care utilization in rural Senegal: the facts before the extension of health insurance to farmers. Erişim: 4 Temmuz 2017, <http://www.ilo.org/public/english/employment/mifacility/download/repaper2.pdf>.
- Lerner, I., Veil, R., Nguyen, D.-P, Luu, V. P. and Jantzen, R. (2018). Revolution in Health Care: How Will Data Science Impact Doctor–Patient Relationships?. *Front. Public Health*. 6(99). 1-5. doi: 10.3389/fpubh.2018.00099
- Leu, R. E. (1986). The public-private mix and international health care cost, in *Public*

- and Private Health Services* (Eds) A. J. Culyer and B. Jonsson, Basil Blackwell, Oxford, pp. 41–63.
- Li, L., Yang, S., Lui, G. and Cretin, S. (1994). Forecast model for medical expenses and insurance factor analysis. *Chinese Health Service Management*, 5, 235–40.
- Li, M. (1996). The demand for medical care evidence from urban areas in Bolivia. *LSMS Working Paper*, 123.
- Lloyd, P., & veditçerleri. (1991). Consumerism in Health Care Setting: An Exploratory Study of Factors Underlying the Selection and Evaluation of Primary Medical Services. *Australian Journal of Public Health* , 15 (3). 194-201.
- Lorenz, M. O. (1905). Methods of Measuring the Concentration of Wealth. *American Statistical Association*. 9(70), 209-219.
- Lu, C. (2008). Health Education Re-Conceptualized And Its Implications For Ontario School Health Education Curriculum. *Teaching & Learning*, 4(3), 1–7.
- Lupton, D. (1997). Consumerism, reflexivity and the medical encounter. *Social Science & Medicine*, 45(3), 373-381.
- Lütkepohl, H. (2004). Vector Autoregressive and Vector Error Correction Models, H. Lütkepohl ve M. Krätzig (der.), *Applied Time Series Econometrics içinde*, Cambridge University Press, 86-158.
- Maisonneuve C. and J. Martins (2006). *The drivers of public expenditure on health and long-term care: an integrated approach*. OECD Economic Studies, No. 43.
- Mandiracıoğlu, A. (2010). Dünyada ve Türkiye’de yaşlıların demografik özellikleri. *Ege Tıp Dergisi*, 49(3), 39-45.
- Mankiw, G. (2001). *Principles of microeconomics*. 2th ed. Fort Worth, Tex. ; London : Harcourt College Publishers
- Marshall, A. (1890). *Principles of Economics* (8th ed.). The Online Library of Liberty. A project of liberty Fund, Inc. Erişim: 30 Haziran 2017, <https://eet.pixel-online.org/files/etranslation/original/Marshall,%20Principles%20of%20Economics.pdf>

- Maynard, A. (1991). Developing the Health Care Market, *The Economic Journal*, 101, 1277-1286.
- Maynard, A. ve P. Kavanos (2000). Health Economics: An Evolving Paradigm. *Health Economics*, 9, 183-190.
- McConnell, C. R., Brue, S. L. and Campbell R. R. (2004). *Microeconomics: Principles, Problems, and Policies*. 16th Edition. McGraw-HillProfessional.
- McCoskey, S. K. and Selden, T. M. (1998). Health care expenditures and GDP: panel data unit root test results, *Journal of Health Economics*, 17, 369–76.
- McGuire, A., Henderson, J. & Mooney, G. (2005). *The Economics of Health Care*. Taylor & Francis e-Library. [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7735-8\\_11](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7735-8_11)
- McGuire, A., Henderson, J. and Mooney, G. (1982). *The Economics Of Health Care: An Introductory Text*, Routledge and Kegan Paul: London.
- Mcintyre, D., Meheus, F. ve Rottingen, J. A.(2017). What level of domestic government health expenditure should we aspire to for universal health coverage?. *Health Economics, Policy and Law*, 12(2), 125-137.
- McPake, B. and Normand, C. (2008). *Health Economics, An international perspective*. (Second ed.), New York: Routledge, 1-25.
- Meltzer, M. I. (2001). Introduction to Health Economics for Physician, *The Lancet*, 358(9286), 993-998.
- Merson, M. H., Black, R. E. and Mills, A. (2006). *International Public Health: Diseases, Programs, Systems, and Policies*. Jones & Bartlett Publishers.
- Milli Eğitim Bakanlığı. (2016). *Sağlık Hizmetleri Farmakolojiyle İlgili Temel Kavramlar*. Ankara.
- Mills, A. and Gilson, L. (1988). *Health Economics for Developing Countries: A Survival Kit*. EPC Publication Number: 17, Series Editor: Gill Walt. London: Evaluation and Planning Centre for Health Care London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Mooney, G. H. (1992). *Economics, medicine, and health care*. (2nd Ed.). Brington: Wheatsheaf Books.

- Mooney, G. H. (2003). *Economics, medicine, and health care*. Brighton, Sussex: Wheatsheaf Books.
- Moore, M. Gould, P. ve Keary, B. S. (2003). Global Urbanization and Impact on Health. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 206(4-5), 269-278.
- Morris, S., Devlin, N ve Parkin, D. (2007). *Economic Analysis in Health Care*. England: John Wiley & Sons Ltd.
- Mortan, K. Ve Tokgöz, T. (1984). *Sağlık Ekonomisi Ve Eğitimi*. Ankara.
- Mosca, I. (2007). Decentralization as a determinant of health care expenditure: empirical analysis for OECD countries, *Applied Economics Letters*, 14, 511–15.
- Mossialos, E. ve Dixon, A. (2002). *Funding Health Care: An Introduction*. Mossialos E. et al. (eds.) *Funding Health Care: Options for Europe* Buckingham & Philadelphia: Open University Press, 1-30.
- Murray, C. J. L. and Frenk, J. (2000). A Framework for Assessing the Performance of Health Systems. *Bulletin of World Health Organisation*, 78(6), 717-731.
- Murray, C. J. L., ve Lopez, A. D. (1996). *The Global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard University Press on behalf of the World Health Organization and the World Bank.
- Murray, C. J., Govindaraj, R., and Musgrove, P. (1994). National health expenditures: a global analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 72 (4), 623-637.
- Murray, C. J. L. ve Frenk, J. (2000). A Framework for Assessing the Performance of Health Systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), 717-731.
- Murthy R. K., Ravindran, S., Pinho, H. ve Romero, M. (2004). *Health sector reforms and sexual reproductive health services Lessons and research gaps emerging from the Initiative for Sexual and Reproductive Rights in Health Reforms Paper*, WHO.
- Murthy, N. V., ve Okunade, A. A. (2000). Managed care, deficit financing and aggregate health care expenditure in the United States: a cointegration analysis. *Health Care Management Science*, 3(4), 279-285.

- Musgrave, R. A. (1959). *The Theory of Public Finance*. New York: McGraw Hill Book Company.
- Musgrave, R. A. and Peacock, A. (1958). *Classics in Public Finance*, London: MacMillan.
- Mushkin, J. S. (1958). Toward a Definition of Health Economics. *Public Health Reports*, 73(9), 785-794.
- Muter, N. B., Çelebi, A. K. ve Sakınç, S. (2008). *Kamu Maliyesi*. 3. Baskı, Manisa: Emek Matbaası.
- Mutlu, A., Işık, A. K. (2012). *Sağlık Ekonomisine Giriş*. (Üçüncü basım). Bursa: Ekin Basım Yayın Dağıtım.
- Mwabu, G. (2007). *Health Economics for Low-Income Countries*. New Haven: Economic Growth Center Yale University.
- Myers, B. A. (1964). *A Guide to Medical Care Administration: Concepts and Principles vol: I*. New York : American Public Health Association.
- Myfanwy, M. (1994). Health Status and Health Policy: Allocating Resources to Health Care, *American Journal of Epidemiology*, 139(12), 1226–1228. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a116969>
- Nadaroğlu, H. (1998). *Kamu Maliyesi Teorisi*, 10. Baskı, İstanbul: Beta Basım Yayım.
- Naga, R., & Lamiraud, K. (2008). *Catastrophic Health Expenditure and Household Well-Being*. University of Lausanne, Institute of Health Economics and Management.
- Naidoo, J., & Wills, J. (2000). *Health promotion: Foundations for practice*. London: Elsevier Saunders.
- Nentjes, A. (2002) The Structure of Dutch Health Care. Presentation at the 15th Workshop in Law and Economics, March 27-28, Erfurt. Erişim: 28 Haziran 2017, [http://www.herregrund.sk/documents/kniznica/paracelsus\\_life.pdf](http://www.herregrund.sk/documents/kniznica/paracelsus_life.pdf)
- Newhouse, J. P. (1977). Medical care expenditure: a cross national survey, *The Journal of Human Resource*, 12, 115–25.

- Newhouse, J. P. (1987). Health Economics and Econometrics. *The American Economic Review*, 77(2), 269-274.
- Newhouse, J. P. (1992). Medical care cost: how much welfare loss?, *Journal of Economics Perspectives*, 6, 3–21.
- Niraula, B. B. (1994). Use of health services in hill villages in Central Nepal, *Health Transition Review*, 4(2), 151-166.
- Normand C. (1991). Economics, Health, and Economics of Health. *BMJ*, 303, 1572-1577.
- Normand C. ve Busse R. (2002). Social Health Insurance Financing. Mossialos E. et al. (eds.) *Funding Health Care: Options for Europe*, Buckingham & Philadelphia: Open University Press.
- Normand, C. ve Thomas, S. (2008) Health Care Financing and the Health System. Carrin, G. (Eds). *Health Systems Policy, Finance and Organization*. Genova.
- O'Rourke, T.W. (1988). Consumer Sovereignty in a Competitive Market: Fact or Fiction?. in Melhado, E.M., Feinberg, W. and Swartz, H.M. (Eds.) *Money, Power and Health Care*.
- OECD (2006). Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers?, OECD Economics Department Working Papers No. 477.
- OECD/The World Bank (2009), OECD Reviews of Health Systems: Turkey 2008, OECD Reviews of Health Systems, Paris: OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/9789264051096-en>.
- OECD, (2013). *What Future for Health Spending?*. OECD Economics Department Policy Notes, No. 19.
- OECD (2017), Health expenditure in relation to GDP, in *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.
- OECD, Eurostat and World Health Organization. (2017). *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, Paris: OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>
- OECD, (2018). Health expenditure and financing: Health expenditure indicators, OECD

- Health Statistics (database), Erişim: 15 Haziran 2018, <https://doi.org/10.1787/data-00349-en>
- OECD, (2018). Spending on Health: Latest Trends. Erişim: 10 Mart 2018, <http://www.oecd.org/health/health-systems/Health-Spending-Latest-Trends-Brief.pdf>
- Oh, E., Imanaka, Y. ve Evans, E. (2005). Determinants of the diffusion of computed tomography and magnetic resonance imaging. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 21(1), 73–80.
- Okunade A. A. (2005). Analysis and implications of the determinants of healthcare expenditure in African countries. *Health Care Management Science*, 8(4), 267-76.
- Okunade, A. A. and Murthy, V. N. (2002). Technology as a ‘major driver’ of health care costs: a cointegration analysis of the Newhouse conjecture, *Journal of Health Economics*, 21, 147–59.
- Olsen, J. A. (2009). *Principles in Health Economics and Policy*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Orhaner, E. (2006). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, (1), 1-22.
- Orhaner, E. (2014). *Türkiye’de Sağlık Sigortası*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- O’Sullivan, A., Sheffrin, S., & et al. (2005). *Economics : principles, applications, and tools*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Öçal, T. (2014). *Mikroiktisat*. Ankara: Savaş Yayınevi.
- Övgün, B., Küçük, A. (2013). Sağlık Hizmetlerinde Yeniden Ölçeklendirme: Bölge Uygulamaları. *Amme İdaresi Dergisi*, 46(1), 57-80. Erişim: 30 Haziran 2017, [http://www.todaie.edu.tr/resimler/ekler/97bd1240cc6cfe9\\_ek.pdf?dergi=Amme%20Idaresi%20Dergisi](http://www.todaie.edu.tr/resimler/ekler/97bd1240cc6cfe9_ek.pdf?dergi=Amme%20Idaresi%20Dergisi)
- Özer, Ö. Ve Erkilet, M. (2012). Talep Analizi ve Talep Öngörüsü: Bir Özel Hastanede Uygulama. *Dokuz Eylül Üniversitesi Yayın Geliş Tarihi: 31.01.2012 Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 14(3), 127-142.

- Özgen, H. (2007). Sağlık Hizmetleri Finansmanında Cepten Harcama: Nedir? Neden Önemlidir?. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 10(2), 201-228.
- Öztürk, M. (2000). *Çağdaş Hastane Yöneticiliği Sorunlar ve Yaklaşımlar*. İstanbul: MTM Yayın No:6.
- Pan, J. ve Liu, G. G. (2012). The Determinants Of Chinese Provincial Government Health Expenditures: Evidence From 2002-2006 Data. *Health Economics*, 21(7), 757-777.
- Paneth, N. (t.y.). *Epidemiyolojiye Giriş*. Erişim: 23 Haziran 2017, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/epidemiyoloji8.pdf>.
- Parish, R. (1992). Aids and Market Failure. *The Economic Record*, (September), 68(202), 278-280.
- Park, J. Y., Peter, C. B. (1989). Statistical Inference in Regressions with Integrated Processes: Part 2, *Econometric Theory*, 5, 59-132.
- Parkin, D., McGuire, A. and Yule, B. (1987). Aggregate health expenditure and national income: is health care a luxury good, *Journal of Health Economics*, 6, 109–27.
- Pauly, M., & Satterthwaite, M. (1981). The Pricing of Primary Care Physicians' Services: A Test of the Role of Consumer Information. *Bell Journal of Economics*, 12, 488-506.
- Pauly, M.V. (1993). Fairness and Feasibility in National Health Care Systems, in King, A. ve diğerleri (eds). *North American Health Care Policy in the 1990s*. New York: Wiley.
- Penner, S. J. (2004). *Introduction to health care economics & financial management : fundamental concepts with practical applications*. Philadelphia, Lippincott : Williams & Wilkins.
- Phelps, C. (1996). *Health Economics*. Rochester: Harper and Collins.
- Phelps, C. (1997). *Health Economics*. Addison-Wesley Longman.
- Phelps, C. E. (2003). *Health Economics*. 3th Edition. USA: Addison Wesley.
- Phillips, C. J. (2005). *Health economics: An introduction for health professionals*.

Malden, Massachusetts: Blackwell Publishing Ltd.

Pindyck, R. S. ve Rubinfeld, D. L. (1996). *Microeconomics*. New York: Prentice-Hall International, Inc.

Pindyck, R. S., Rubinfeld, D. L., (1991). *Econometric Models and Economic Forecasts*. McGraw-Hill, Inc., 3rd edition.

Pindyck, R. S., & Rubinfeld, D. L. (2009). *Microeconomics*. Upper Saddle River, N.J: Pearson/Prentice Hall.

Porta, M. (2014). *A dictionary of epidemiology*. 6th Edition. Oxford: Oxford University Press.

Poulantzas, N. (1980). Research Note on the State and Society. *International Social Science Journal*, 32(4), 647-655.

Reinhardt, U. E. (2001). Can Efficiency in Health Care Be Left to the Market?. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 26 (5), 337.

Reinhardt, V. (2003) Does the ageing of the population really drive the demand for health care?, *Health Affairs*, 22, 27–39.

Rice, T. (1997). Can Markets Give Us the Health System We Want?. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 22(2). 383–426.

Rice, T. H., ve Unruh, L. (2009). *The Economics of Health Reconsidered*. Third Edition. Chicago: Health Administration Press.

Robbins, L. (1932). *An Essay on the Nature and Significance of Economic Science*. London: Macmillan.

Roberts, M., Hsiao, W., Berman, P. ve Reich, M. R. (2004). *Getting Health Reform Right. A Guide to Improving Performance and Equity*. New York: Oxford University Press.

Roemer, M. I. (1961). Bed Supply and Hospital Utilization: A Natural Experiment. *Hospitals*, 35, 36-42.

Roemer, M. I. (1982). Market Failure and Health Care Policy. *Journal of Public Health Policy*, 3(4), 419-431.

- Roemer, M. I. (1991). *National Health Systems Of The World. Vol II: The Issues*. New York.
- Ron A., Abel-Smith, B. and Tamburi, G., (1990). *Health Insurance in Developing Countries: The Social Security Approach*, ILO, Geneva.
- Rosen, G. (1953). *Medical Care and Social Policy in Seventeenth Century England*. *Bull N.Y. Acad. Med.*, (29), 420-437.
- Rothschild, K. W. (1989). Political economy or economics?:Some terminological and normative considerations. *European Journal of Political Economy*, 5(1), 1-12.
- Ruger, J. P., & Kim, H.-J. (2007). Out-of-Pocket Healthcare Spending by the Poor and Chronically Ill in the Republic of Korea. *American Journal of Public Health*, 97(5), 804-811.
- Sağlık Bakanlığı, (1997). Dünya Sağlık Örgütü Ve Türkiye İle İlişkileri. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı. Erişim: 6 Temmuz 2017, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dsoandturkey.pdf>.
- Sağlık Bakanlığı, (2004). *Ulusal AHstalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi Hastalık Yüğü Final Raporu*, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkez Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü.
- Sağlık Bakanlığı. (2004). *OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000*. Refik Saydam Hıfzısıhha Merkez Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü. Yayın No: SB-HM-2004/08. Ankara: İ. Aygöl Ofset.
- Sağlık Bakanlığı. (2006). *OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 2003-2004*. Refik Saydam Hıfzısıhha Merkez Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü. Yayın No: SB-HM-2005/09. Ankara: Alban Tanıtım.
- Sağlık Bakanlığı, (2006). *Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması 2004*. Refik Saydam Hıfzısıhha Merkez Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü. HM Yayın No: SB-HM-2007/11. Ankra: Aydoğdu Ofset.
- Sağlık Bakanlığı, (2007). *21 Hedef'te Türkiye: Sağlıkta Gelecek*. Sağlık Bakanlığı Yayın No : 711, Ankara: Yücel Ofset.

- Sağlık Bakanlığı, (2011). *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü*, Bakanlık Yayın No: 814, Ankara: Anıl Matbaacılık.
- Sağlık Bakanlığı, (2016). 2017 Yılı Bütçe Sunumu, Erişim: 10 Temmuz 2017, <https://www.saglik.gov.tr/TR,2655/2017-yili-butce-sunumubrtbmm-plan-ve-butce-komisyonu.html>
- Sağlık Bakanlığı, (2016). *Türkiye Beslenme Rehberi 2015 (TÜBER)*. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1031. Ankara: Alban Tanıtım.
- Sağlık Bakanlığı, (2017). 2017 Yılı Bütçe Sunumu, Erişim: 10 Temmuz 2017, <https://sgb.saglik.gov.tr/haberler/t-c-saglik-bakanligi-2018-yili-butce-sunumu-tbmm-plan-ve-butce-komisyonu>
- Sağlık Bakanlığı, (2017). *Birinci Basamak Sağlık Kurumları İçin Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi*. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Sağlık Bakanlığı Yayın No : 1070. Ankara: Alban Tanıtım.
- Sağlık Bakanlığı, (2017). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1083. Erişim: 22 Haziran 2017, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0>
- Salas, C. and Raftery, J. P. (2001). Econometric issues in testing the age neutrality of health care expenditure, *Health Economics*, 10, 669–71.
- Saltman, R. B. and Figueras, J. (1997). *European Health Care Reform – Analysis of Current Strategies*, WHO Regional Publications, European Series, No:72.
- Samuelson, P. (1954). Pure Theory of Public Expenditure and Taxation. *Review of Economics and Statistics*, 36(4), 387-389.
- Sandier, S. (1987). The Development of Health Economics in Europe: Problems and Prospects. George T. Smith (eds.), *Health Economics: Prospects for the Future*. London: Croom Helm.
- Sarıçay, N. Y. ve Bilir, B. (2010). Tam gün Yasası ve Özel Hastanelerde Son Durum. *Ar-Ge Bülten*, 2010 (Eylül), 6-10.
- Sauerborn, R., Nougara, A. and Latimer, E. (1994). The elasticity of demand for health

care in Burkina Faso: differences across age and income groups. *Health Policy and Planning*, 9(2), 185–192.

Savedoff, W. D. (2004). Kenneth Arrow and The Birth of Health Economics. *Bulletin of The World Health Organization*, 82(2), 139-140.

Say, J. B. (1971). A Treatise on Political Economy; or The Production, Distribution, and Consumption of Wealth. New York: Augustus M. Kelley Publishers.  
[https://mises.org/sites/default/files/A%20Treatise%20on%20Political%20Economy\\_5.pdf](https://mises.org/sites/default/files/A%20Treatise%20on%20Political%20Economy_5.pdf)

Sayım, F (2015). Sağlık Hizmetleri Arzını Etkileyen Faktörler. *Akademik Arge Dergisi-Sosyal Bilimler*, 15(1), 89-98.

Schieber, G. ve Maeda, A. (1999). Health Care Financing and Delivery in Developing Countries, *Health Affairs*, 18(3), 193-205.

Schulz, R., and Johnson, A.C. (2003). *Management of Hospitals and Health Services*. Strategic Issues And Performance, Washington, D.C.: Beard Books.

Schulz, E. (2005). *The influence of supply and demand factors on aggregate health care expenditure with a specific focus on age composition*. Brussels: Enepri Research Report No. 16.

Scott, A., Maynard, A., & Elliott, R. F. (2003). *Advances in health economics*. New York: J. Wiley.

Seedhouse, D. (1986). *Health: The Foundations for Achievement*. Chichester, John Wiley and Sons.

Sekhri, N. ve Savedoff, W. (2005). Private Health Insurance: Implications For Developing Countries. *Bulletin of World Health Organization*, 83(2), 127-134.

Sen, A. (2005). Is Health Care a Luxury? New Evidence from OECD Data. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 5(2), 147-164.

Serin, N. ve Çakıcı, L. (1990). *Sağlık Ekonomisi ve İşletmeciliği*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.

Sevüktekin, M. ve Çınar, M. (2016). *Ekonometrik Zaman Serileri Analizi (Eviews*

*Uygulamalı*), 4. Baskı. Dora Yayıncılık.

SGK, (2001-2015). SGK İstatistik Yıllıkları, Erişim: 24 Temmuz 2017  
[http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk\\_istatistik\\_yilliklari](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yilliklari)

Shan L, Li Y, Ding D, et al. (2016). Patient Satisfaction with Hospital Inpatient Care: Effects of Trust, Medical Insurance and Perceived Quality of Care. Zhang H, ed. *PLoS ONE*. 11(10). 1-18. doi:10.1371/journal.pone.0164366.

Shortt, S. E. D. (2002). Medical savings accounts in publicly funded health care systems: Enthusiasm versus evidence. *Canadian Medical Association Journal*, 67(2), 159-62.

Sickle, J. V. V., & Rogge, B. A. (1954). *Introduction to Economics*. Princeton, N.J: D. Van Nostrand Co.

Sims, C. A. (1980). Macroeconomics and Reality, *Econometrica*, 48(1), 1-48.

Smith, A. (1776). *An Inquiry into the Nature and the Causes of the Wealth of Nations*. The Glasgow Edition of the Works and Correspondence of Adam Smith. <https://doi.org/10.1057/9780230291652>

Smith, A. (2010). *Milletlerin Zenginliği*. (H. Derin, Çev.) İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.

Smith, G. T. (1987). *Health economics: Prospects for the future*. London: Croom Helm.

Smith, G. T. (1998). *Public Health In Europa*, 1. Health Planning and Organization of Medical Care, WHO. Copenhagen, 34 -35.

Somers, H. M. (1973). Economic Issues in Health Services, Neil W. Chamberlain (Eds.) *Contemporary Economic Issues*, Illinois: Richard D. Irwin Inc.

Sosyal Güvenlik Kurumu (2016), İstatistik Yıllıkları, Erişim: 21 Haziran 2017, [http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk\\_istatistik\\_yilliklari](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yilliklari)

Sözen, C. ve Özdevecioğlu, M. (2002). *Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 3-6.

Staeey, M. (1991). *The Sociology of Health and Healing*. London: Routledge.

Stearns, S. C. and Norton, E. C. (2004). Time to include time to death? The future of

- health care expenditure predictions, *Health Economics*, 13, 315–27.
- Stiglitz, J. E. (1988). *Economics of the public sector*, 2nd ed. New York: Norton.
- Stoline, A., & Weiner, J. P. (1988). *The new medical marketplace: A physician's guide to the health care revolution*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Sugarbaker, D., Cort, D., Zeller S. (2015). *What's Driving Patient Satisfaction in Inpatient Hospitals?*. Erişim: 10 Mayıs 2017, [https://www.researchgate.net/publication/327266824\\_The\\_Association\\_Between\\_Patient\\_Satisfaction\\_and\\_Patient-Reported\\_Health\\_Outcomes](https://www.researchgate.net/publication/327266824_The_Association_Between_Patient_Satisfaction_and_Patient-Reported_Health_Outcomes)
- Sur, H. (2015). *İhtiyaç, Talep, Kullanım*. İstanbul: Haged. Erişim: 2 Temmuz 2017, <http://haged.istanbul.edu.tr/istanbul-universitesi-hastaneleri-yonetim-kurulu-saglik-yonetimi-egitim-sunumlari/>
- Tang, X. ve Zhang, J. (2009). Analysis on the Utilization and Influence Factors of the Outpatient Service of Rural Residents in Four Counties. *Modern Preventive Medicine*, 1255-1257.
- Tarı, R. (2008). *Ekonometri*, 8. Baskı, İstanbul: Avcı Ofset.
- Taylor, G. & Hawley, H. (2010). *Health and Society Key Debates in Health Care*. Open University Press.
- Tengilimoğlu, D., Kisa, A., & Dziegielewska, S. (1999). Patient satisfaction in Turkey: Differences between Public and Private Hospitals. *J Community Health*. 24, 73–91.
- Tengilimoğlu, D. (2000). Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Karması Elemanları ve Özellikleri, *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 55 (1), 187-202.
- Terris, M. (1975). The Contributions of Henry E. Sigerist to Health Service Organization. The Milbank Memorial Fund Quarterly. *Health and Society*, 53(4), 489-530. doi:10.2307/3349565
- Tezcan, S. ve Seçkiner, P. (2012). Türkiye’de Demografik Değişim: Yaşlılık Perspektifi. Dilek Aslan ve Melikşah Ertem (Eds.). *Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler*. HASUDER Yayın No: 2012-1. Ankara: Palme Yayıncılık.
- Thomson, S. Foubister, T. Figueras, J. Kutzin, J. Permanand, G. ve Bryndová, L. (2009).

*Addressing Financial Sustainability in Health Systems*, World Health Organization, Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.

Thornton, J. (2002). Estimating a Health Production Function for the U.S: Some New Evidence. *Applied Economics*. 34, 59-62.

Todaro, M. P., & Smith, S. C. (2015). *Economic development*. Twelfth Edition. USA: Pearson.

Tokat M. (2001). Türk Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanmasının Ekonomik Boyutu. *Yeni Türkiye Sayı: 40, Sağlık Özel Sayısı II*, 1676-1682.

Tokgöz, E. (1976). *Sağlık Ekonomisine Giriş*. Teksir, Ankara: Hacettepe Üniversitesi. Tıp Fakültesi.

Tokgöz, E. (1978). Sağlık Ekonomisi. *Toplum ve Hekim*, 1(5), 26-37.

Tokgöz, E. (1987). İktisat Biliminin Yeni Uygulama Alanı: Sağlık Ekonomisi. *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası*, 45(1-4), 12-20

Tokita, T., Chino, T. ve Kitaki, H. (2000). Healthcare Expenditure and the Major Determinants in Japan. *Hitotsubashi Journal of Economics*, 41(1), 1-16

Top, M . (2014). Sağlık Hizmetlerinde Önceliklerin Belirlenmesi: Türkiye'de Öncelik Belirleme Sürecinde Rol Alan Tarafların Görüşleri ve Sağlık Politikalarına İlişkin Değerlendirmeleri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 9 (1), 93-123.

Turan, N. (2004). *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, Yayın No.1555.

TÜİK, (2015). Türkiye’de Katastrofik Sağlık Harcamaları. Erişim: 24 Haziran 2017, [http://www.tuik.gov.tr/jsp/duyuru/upload/yayinrapor/Katastrofik\\_Saglik\\_Harcamalari\\_2014\\_TR.pdf](http://www.tuik.gov.tr/jsp/duyuru/upload/yayinrapor/Katastrofik_Saglik_Harcamalari_2014_TR.pdf)

TÜİK, (2016). Sağlık ve Sosyal Koruma, Erişim: 21 Haziran 2017, <https://biruni.tuik.gov.tr/yayin/views/visitorPages/index.zul>

TÜİK, (2017). Sağlık Harcamaları İstatistikleri, Erişim: 21 Haziran 2017, [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1084](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084)

- Tümerdem, Y. (1992). *Halk Sağlığı I (Tolum Hekimliği). Cilt:1*, İstanbul Üniversitesi Basımevi.
- Türk Dil Kurumu. (2011). *Türkçe Sözlük*. Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları.
- U.S. Department of Health and Human Services. (1997). *The public health workforce: An agenda for the 21st century*. Office of Disease Prevention and Health Promotion. Washington DC, United State of America. Erişim: 4 Temmuz 2017, <https://permanent.access.gpo.gov/lps46996/pubhlth.pdf>
- Uğurluoğlu, E. ve Özgen, H. (2008). Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 133-160.
- Ulutan, B. (1978). *İktisadi Doktrinler Tarihi*. İstanbul: Ötüken.
- Ünal, E. & Ateş, M. (2002). *Sağlık ve Piyasa*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Yayını, Yayın No.2.
- Van Doorslaer, E., O'Donnell, O., Rannan-Eliya, R., & Somanathan, A. (2007). Catastrophic Payments for Health Care in Asia. *Health Economics*, 16, 1159–1184.
- Wennberg, J. E. (2005). *Variation in Use of Medicare Services Among Regions and Selected Academic Medical Centers: Is More Better?*. New York: Commonwealth Fund Publicaiton. No: 874.
- What Is Health Promotion? (1986). *Journal of Public Health Policy*, 7(2), 147-151. doi:10.2307/3342250
- WHO Study Group on the Financing of Health Services & World Health Organization. (1978). *Financing of health services : report of a WHO study group*. World Health Organization technical report series: no. 625. Geneva : World Health Organization. <http://www.who.int/iris/handle/10665/41321>.
- WHO, (1978). Alma-Ata Deklarasyonu. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR. 6-12 September 1978,. [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf).
- WHO, (1993). *Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services*. Technical Report Series, N.829, Geneva.

- WHO, (2000). Exploring health policy development in Europe. WHO Regional Publications, European Series, No. 86. Copenhagen: Regional Office for Europe.
- WHO. (2000). *World Health Report 2000: Health Systems-Improving Performance*. Geneva, Switzerland.
- WHO, (2003). Introduction and methods: Assessing the environmental burden of disease at national and local levels Environmental burden of disease series No. 1. Prüss-Üstün A, et al. (Eds.). Geneva: World Health Organization.
- WHO, (2004). *What are The Equity, Efficiency, Cost Containment and Choice Implications of Private Health-Care Funding in Western Europe?*. WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN) Report.
- WHO, (2006). *Basic Documents*. Forty-fifth Edition, Supplement. World Health Organization. Erişim: 23 Haziran 2017, [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf).
- WHO. (2007). Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: WHO Document Production Services.
- WHO. (2017). *Health Policy*. [http://www.who.int/topics/health\\_policy/en](http://www.who.int/topics/health_policy/en)
- Williams, A. (1987). Health Economics: The Cheerful Face of Dismal Science?, A. Williams (ed.), *Health and Economics*, London: MacMillan Press LTD, 1-11.
- Wolf, C. (1993). *Markets or governments: Choosing between imperfect alternatives*. Cambridge, Mass: The MIT Press.
- Wonderling, D., Gruen, R, & Black, N. (2005). *Introduction to Health Economics*. London: Open University Press:McGraw Hill Education.
- Woolf, S. H. (1990). Practice guidelines: a new reality in medicine. I. Recent developments. *Arch Intern Med*, 150(9), 1811–1888.
- World Economic Forum, (2012). The Financial Sustainability of Health Systems A Case for Change (In collaboration with McKinsey & Company), Erişim: 7 Temmuz 2017, [http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_HE\\_SustainabilityHealthSystems\\_Report\\_2](http://www3.weforum.org/docs/WEF_HE_SustainabilityHealthSystems_Report_2)

012.pdf.

World Health Organisation. (1978). Alma-Ata 1978, Primary Health Care, World Health Organization, Geneva.

World Health Organization., & UNICEF. (1978). International Conference on Primary Health Care, Primary health care: Report of the International Conference on Primary Health Care Alma-Ata USSR, 6-12 September 1978, jointly sponsored by the World Health Organisation and the United Nations Children's Fund. Geneva: WHO

World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2014). *Basic Document: Forty-eighth edition*. World Health Organization.

Xu, K., Klavus J., Aguilar-Rivera, A. M., Carrin, G., Zeramdini, R., Murray, C. J. L.(2003). Summary Measures of the Distribution of Household Financial Contributions to Health. Health Systems Performance Assessment. (eds.) Murray C. L. and Evans D. B.

Xu. K., Saksena P, Holly A. (2011).The determinants of health expenditure:a country-level panel data analysis. *World Health Organization Workin Paper*, WHO: Geneva.

Yeğınboy, E. Y. (1993). *Ulusal Düzeyde Sağlık İşletmelerinin Değerlendirilmesi*. Sağlık Hizmetleri ve İşletmeleri Serisi: 1, İzmir: Doğruluk Matbaacılık.

Yıldız, Z. (1972). Sağlık Hizmetleri Piyasasının Nitelikleri ve Kamu Ekonomisi İçindeki Yeri. *Verimlilik Dergisi*, 1(4), 79-92.

Yılmaz, F. (2012). İktisat, Kurumsal İktisat ve İktisat Sosyolojisi. *Sosyoloji Konferansları Dergisi*, 45(1), 1-17.

Zagolov, N. A. (1976). *Ekonomi Politigin Temelleri*. (B. Dicleli, Çev.) İstanbul: May Yayınları.

Zaporozhye State Medical University, (t.y.). *Basics in organization of family medicine in Ukraine and Worldwide*. Erişim: 23 Haziran 2017, <http://medic.com.vn/wp-content/uploads/2017/03/Basics-in-organization-of-family-medicine.pptx>

- Zhou, Z., Su, Y., Gao, J., Xu, L. and Zhang, Y. (2011). New Estimates of Elasticity of Demand For Healthcare in Rural China. *Health Policy*, 103, 255-265.
- Zweifel, P., Felder, S. and Meiers, M. (1999). Ageing of population and health care expenditure: a red herring?, *Health Economics*, 8, 485–96.
- Zweifel, P., Breyer, F., & Kifmann, M. (2009). *Health Care Economics*. New York: Springer.
- 2709 Sayılı Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. (1982). T. C. Resmi Gazete, 17863 (Mükerrer),9 Kasım 1982.
- 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname. (2011). T. C. Resmi Gazete, 28103 (Mükerrer), 2 Kasım 2011.
- 694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname. (2017). T. C. Resmi Gazete, 30165 (Mükerrer), 25Ağustos 2017.

## EKLER

### EK-1: SAĞLIK SEKTÖRÜNDE EKONOMİK DEĞERLENDİRMELERİN KAPSAMI

| Sağlık Politikaları<br>Kapsamındaki Konular                                                                                       | Öncelikli Bazı Sorular                                                                                                                                                                        | Konuya İlişkin Ekonomik Değerlendirmeler                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>- Sağlık ve Ekonomik Gelişmeler<br/>(Sosyoekonomik gelişmelerin sonuç ve belirleyicisi olarak sağlık ve sağlık hizmetleri)</p> | <p>- Neler sağlık ve sağlığın geliştirilmesini sağlar?<br/>- Sağlığın geliştirilmesinin belirleyicileri nelerdir?<br/>- Sağlık ve sağlık hizmetleri üretim ve ekonomiyi nasıl etkiler?</p>    | <p>Sağlık ve hastalık konularının tanımlanması ve ölçümü, temel ihtiyaç ölçümleri, iktisadi kalkınma için makroekonomik modeller, iktisadi büyümenin belirleyicileri, beşeri sermaye teorisi, sağlık harcamalarının yatırım ve tüketim bileşenleri, sağlık için hane halkı üretim fonksiyonu, emeğin verimliliği ve sağlığı</p> |
| <p>- Organizasyon ve Temin Araçları<br/>(Sağlık hizmetlerinin ve sağlıkla ilgili faaliyetlerin yapısı)</p>                        | <p>- Sağlık hizmetleri ve sağlıkla ilgili faaliyetlerin iktisadi özellikleri nelerdir?<br/>- Piyasa ve piyasa dışı yöntemlerle sağlığın sürdürülmesi için bu özelliklerin ilişkisi nedir?</p> | <p>Refah teorisi ve piyasa başarısızlıkları, tüketici egemenliği, gelir ve refah konuları, dışsallıklar, kamusal mallar ve erdemli mallar</p>                                                                                                                                                                                   |

|                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                        | - Farklı sağlık hizmet sistemleri kararların düzenlemesini ve dağıtımını nasıl idare eder?                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                    |
| - Sağlık Sektörünün Finansmanı<br>(Sağlık hizmetlerinin ve sağlıkla ilgili faaliyetlerin gelir durumu) | - Sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları nelerdir?<br>- Sağlık sektörünün finansman kaynakları hangi miktarda kullanılmaktadır?<br>- Verimlilik açısından alternatif finans yöntemleri nasıl başarılı olur?          | Kamu maliyesi ve sosyal muhasebe sistemleri, gelir üretimi ve vergi oranları, kendi kendine finansman, sigorta ve ön ödeme mekanizmaları, ödeme isteği ve yeterliliği                              |
| - Talep Analizleri<br>(Sağlık ve sağlık hizmetlerine olan talep ve ihtiyaçlar)                         | - Özel sağlık hizmetlerinde hekimlere, aktarlara olan talebi ne belirler?<br>- Sevk faaliyetleri dâhil hizmet sunumunu hangi faktörler belirler?<br>- Sağlıkta ödeme yöntemleri sağlık hizmetleri talebi nasıl etkiler? | Hane halkı teorisi, bireyler ve tedarikçilerin davranışları, talep programlarının oluşumu ve yorumlanması, talep, fiyat, gelir ve çapraz fiyat esnekliklerini belirleyen etmenler, zaman kullanımı |

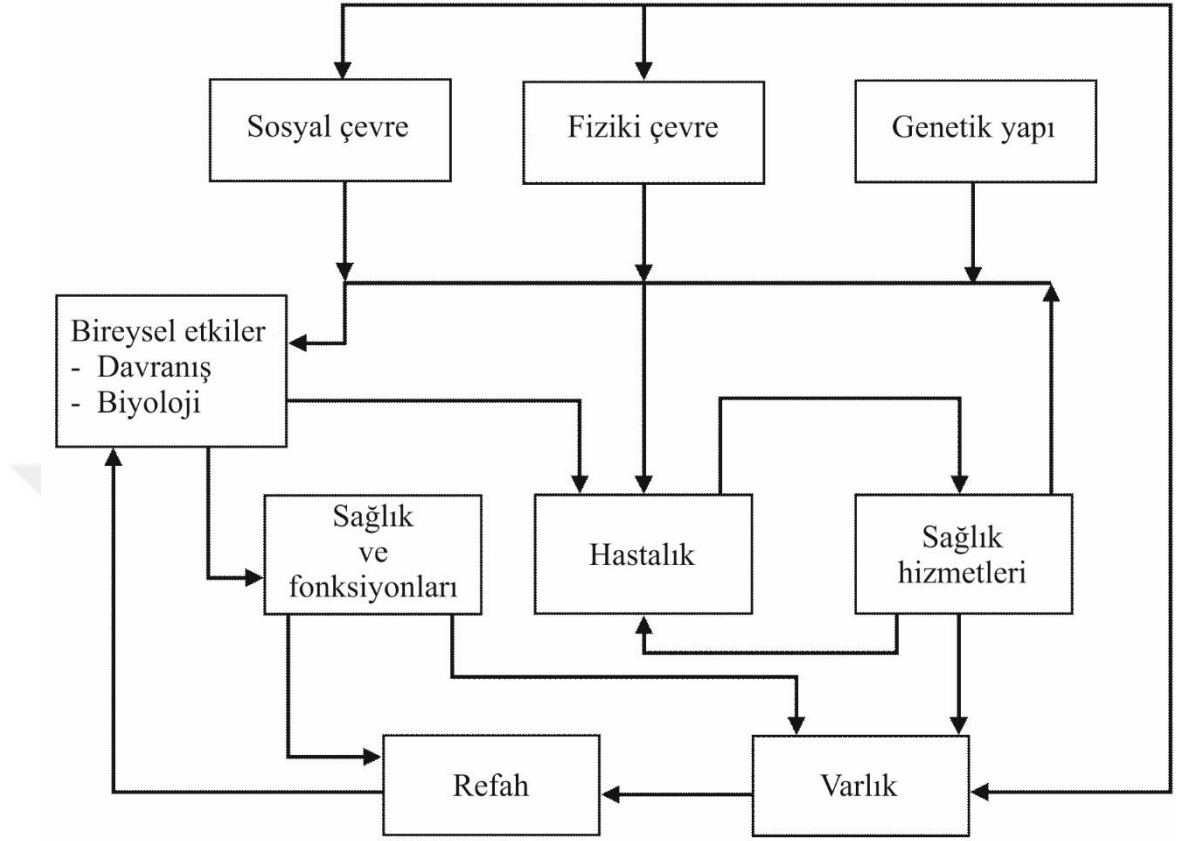
|                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>- Arz Analizi<br/>(Fiziksel kaynaklar ve maliyetler)</p>                                       | <p>- Sağlık kurumları ve organizasyonunun maliyetlerini belirleyen nedir?</p> <p>- Farklı sağlık hizmetlerinin yerinde ve ölçeğinde olan değişiklikler maliyetleri neden ve nasıl değiştirir?</p> <p>- Kaynakların hangi oranda kullanımı özel sağlık hizmetlerinin üretilmesini sağlar?</p>               | <p>Üretim fonksiyonları ve girdilerin ikame edilebilirliği, kısa dönem ve uzun dönem maliyet eğrilerinin tahmini, özel ve sosyal maliyetler, hastaneler ve sağlık merkezlerinin maliyet farklılığını belirleyen etkenler, ölçek ekonomileri</p> |
| <p>- Sağlık Alanında İşgücü<br/>(İnsan kaynakları; işe elverişlilik, teşvik ve hizmet bedeli)</p> | <p>- Her bir insan kaynakları biriminin tedarikini ve organizasyonunu ne belirler?</p> <p>- Ücretlerin farklılığı; personelin işe alınmasını, işe devamsızlığını ve coğrafi dağılımını nasıl etkiler?</p> <p>- Maliyetler ve ödenen ücretin karşılığı olarak sağlık personelinin verimliliği nasıldır?</p> | <p>Emek piyasaları ve sağlık personelinin arz ve talebi, marjinal verimlilik, arz esnekliğini etkileyen faktörler; gelir seviyesi, finansal teşvikler, serbest zaman tercihleri, özel muayenahaneler ve beyin göçünün etkisi</p>                |

|                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>- Finansal Yönetim<br/>(Maliyet sınırlandırılması ve maliyet etkinliği)</p>                                          | <p>- Bütçe nasıl dağıtılır, bütçeyi kim kontrol eder ve bu kontrol nasıl uygulanır?<br/>- Ekonomi, kaynakların dağılımından ve üretiminden etkilenir mi?<br/>- Uygun teknoloji seçimi nasıl olmalıdır?</p>                                                                                                                                                                                       | <p>Bütçeleme sistemleri ve hesap verilebilirlik, envanter yönetimi, bölgesel ve ulusal düzeyde arzı belirleyen faktörler, gölge fiyatlama ve sosyal fırsat maliyetleri</p> |
| <p>- Kurumsal Davranış<br/>(Sağlık idarelerinin tutumlarını destekleyen bireysel ve kurumsal hedefler ile sebepler)</p> | <p>- Sağlık sektöründe kaynakların nasıl tahsis edileceğinin kararlarını alanlar kimlerdir ve hedefleri nelerdir?<br/>- Sağlık sektörüne dâhil olan çeşitli grupların ve bireylerin birbiriyle çelişen amaçları, değerleri ve çıkar çatışmalarında çözüm nedir?<br/>- Etkili olabilecek tutumları özendirmek için hangi denetim ve teşvik türleri (maddi ya da maddi olmayan) uygulanabilir?</p> | <p>Hükûmetin yönetsel ve davranışsal teorileri, kâr amacı gütmeyen kurumlar, gönüllü oluşumlar, yeterlik kavramı ve teşviklerin rolü (ödülleri ve cezalar)</p>             |

|                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>- Proje Değerlendirilmesi<br/>(Var olan hizmetlerin ya da yeni çıkan faaliyetlerin azaltılmasındaki, genişletilmesindeki ya da yeniden düzenlemesindeki istek ve gereksinimler)</p> | <p>- Sağlık hizmetlerinin kimin içindir? Sağlık hizmetlerinin faydasını görünür mü?<br/>- Alternatif sağlık faaliyetlerinin göreceli etkinliği nelerdir?<br/>- Sağlık faaliyetlerinin dağıtımsal sonuçları nelerdir? (Sağlık faaliyetlerini kim üstlenir, faydalarından kim yararlanır?)</p>                                                       | <p>Maliyet etkinlik analizleri, etkinlik kavramı, maliyetlerin ve faydanın boyutu ve etki alanına göre yansımaları</p>                                                                                          |
| <p>- Sağlık Politikası, Eşitlik ve Sosyal Adalet<br/>(Doğru zamanda doğru insanlara, doğru yerde, doğru hizmetleri sağlama)</p>                                                        | <p>- İnsanların sağlık ihtiyaçlarına ve taleplerine göre kaynaklar iyi şekilde nasıl eşleştirilir?<br/>- Farklı sağlık hizmetlerinin nüfus içerisindeki hedef gruplara sağladığı ayrıcalık ile hizmete erişim ve ortaya çıkan faydalara ne gibi bir katkısı vardır?<br/>- Eğer var ise, eşit (adil) sağlık hizmetleri sunumuna engeller nedir?</p> | <p>Optimum refah ölçütleri ve sosyal refah fonksiyonları, sağlık hizmetlerindeki eşitsizlikler, tanımlama ve ölçme konuları, sosyoekonomik değişkenlerin ve kullanım şekillerinin fiziksel erişime etkileri</p> |

Kaynak: Lee ve Mills, 1983, s. 215-217

## EK-2: SAĞLIĞIN BELİRLEYİCİLERİ



Kaynak: Scott ve Elliott, 2003, s. 40

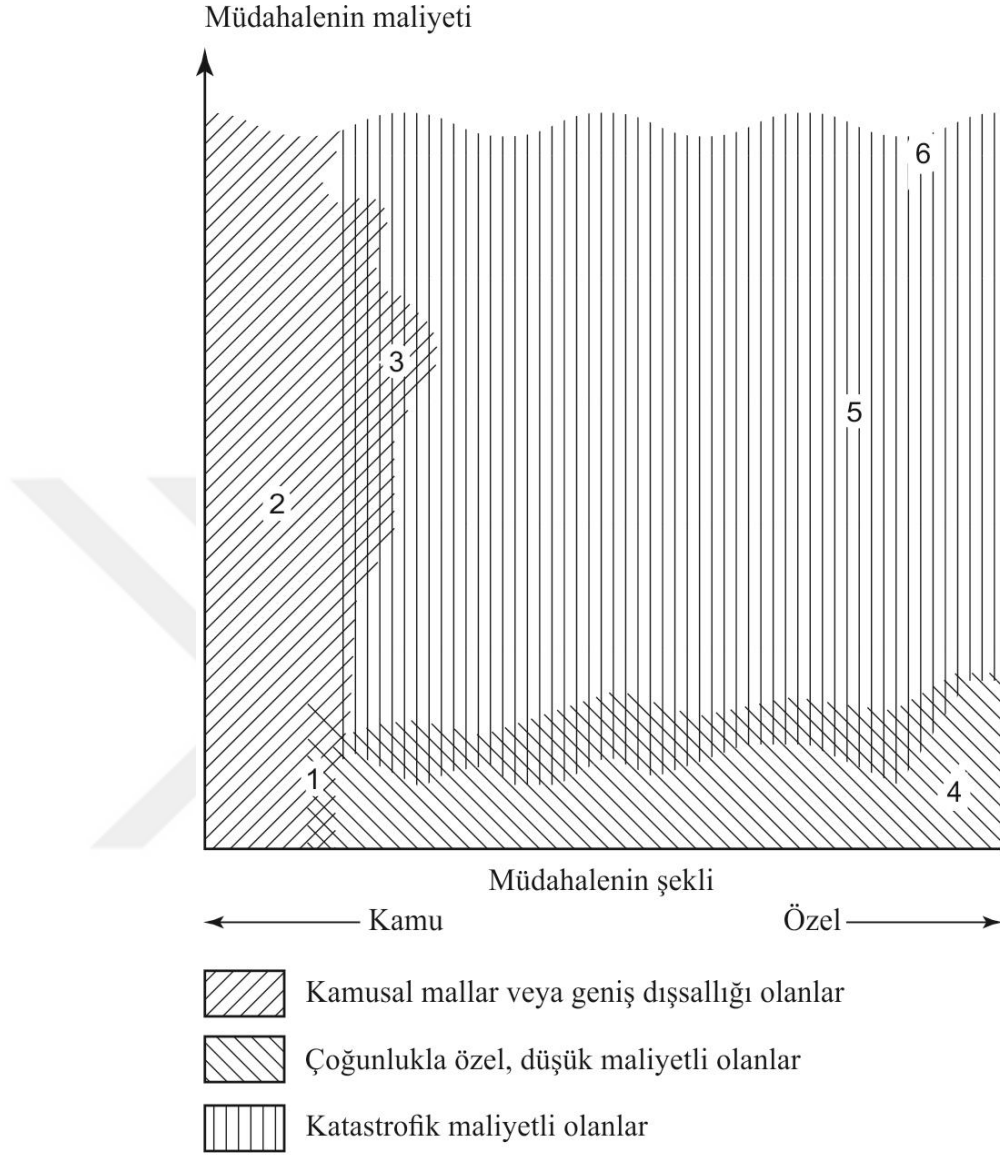
### **EK-3: ÖRNEKLERİYLE SAĞLIK HİZMETLERİ**

#### **a) KAMUSAL MALLAR ÇERÇEVESİNDE DEĞERLENDİRİLEN SAĞLIK HİZMETLERİ**

- Toplumsal sağlık sorunlarının belirlenmesi için toplum sağlığının gözlemlenmesi
- Toplum düzeyinde sağlık sorunlarını ve tehditlerini araştırmak ve teşhis etmek
- İnsanları sağlık sorunları hakkında bilgilendirme ve eğitme
- Sağlık sorunlarının tespitinde ve sorunların çözümünde sivil toplumu harekete geçirmek
- Bireylerin ve toplumun sağlığına yönelik yapılan girişimler için politika ve planların geliştirilmesi
- Sağlığı koruyan ve güvenliği temin eden yasal düzenlemelerin yapılması
- Bireylere kişisel sağlık hizmetlerinin temininin sağlanması ve sağlığa erişimin olmadığı durumlarda sağlık hizmetinin sunulmasının sağlanması
- Halk sağlığının muhafazası için yeteri kadar sağlık personelinin temin edilmesi
- Bireysel ve toplumsal düzeyde sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğinin etkinliğinin ve kalitesinin değerlendirilmesi
- Sağlık problemlerine karşı yeni bakış açılarının ve yenilikçi çözümlerin araştırılması

Kaynak: U.S. Department of Health and Human Services, 1997, s. 21

## b) MÜDAHALE YÖNTEMLERİNE GÖRE SAĞLIK HİZMETLERİ



*Bazı spesifik müdahale örnekleri*

- 1 Bağışıklık kazandırma
- 2 Vektörlerin kontrolü
- 3 Tüberlülkoz tedavisi

- 4 Minör travma tedavisi
- 5 Normal doğum hizmetleri
- 6 Kanseri ameliyatı

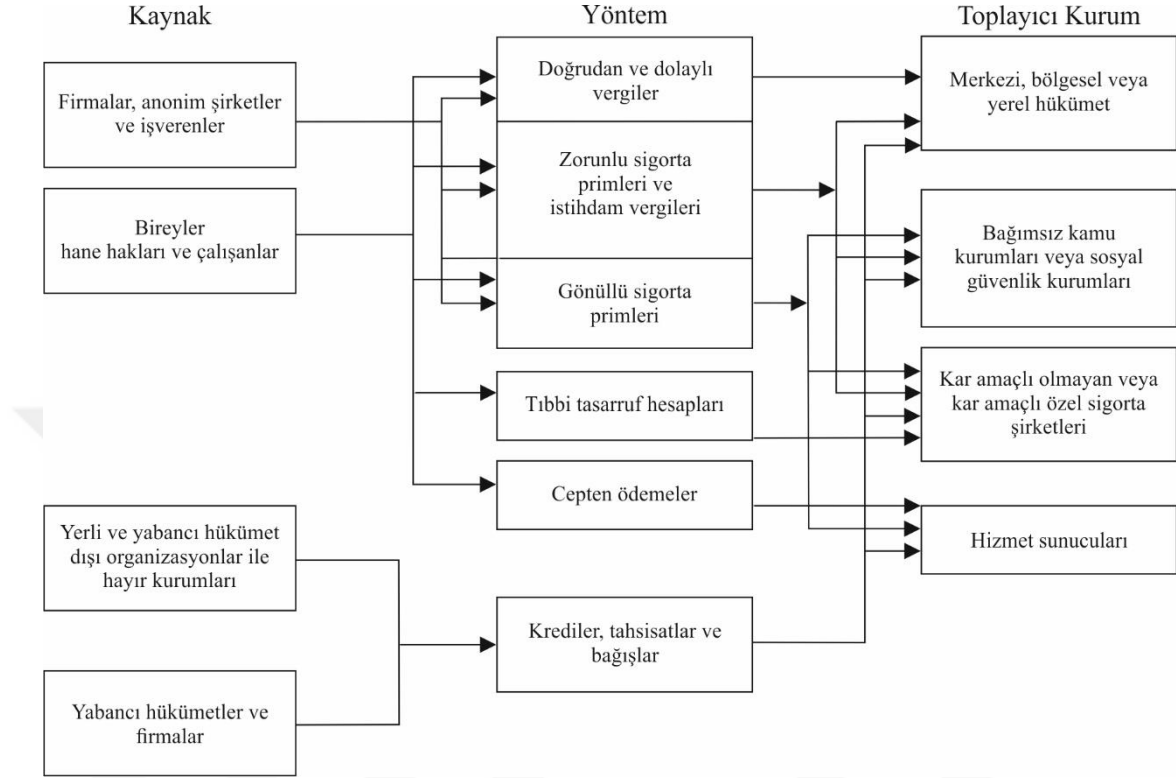
Kaynak: Musgrove, 2004, s. 40

**EK-4: ALTERNATİF FİNANSMAN YÖNTEMLERİNE GÖRE  
TASNİF EDİLMİŞ ÜLKELER**

| <b>ZORUNLU<br/>SOSYAL<br/>SAĞLIK<br/>SİGORTASI</b>                                                                                                                                                                          | <b>VERGİLERLE<br/>FİNANSMAN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>CEPTEN<br/>ÖDEMELER</b>                                                                                                                              | <b>ÖZEL<br/>SAĞLIK<br/>SİGORTASI</b> | <b>KARMA<br/>YÖNTEM</b> | <b>DIŞ<br/>YARDIMLAR</b>         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| Almanya<br>Avusturya<br>Belçika<br>Çek<br>Cumhuriyeti<br>Estonya<br>Fransa<br>Güney Kore<br>Hırvatistan<br>Hollanda<br>İsrail<br>İsveç<br>Japonya<br>Lüksemburg<br>Macaristan<br>Meksika<br>Slovakya<br>Slovenya<br>Türkiye | Arnavutluk<br>Brezilya<br>Bulgaristan<br>Çin<br>Danimarka<br>Filipinler<br>Finlandiya<br>İngiltere<br>İran<br>İrlanda<br>İspanya<br>İsveç<br>İtalya<br>İzlanda<br>Kanada<br>Kazakistan<br>Kuzey Kore<br>Küba<br>Litvanya<br>Norveç<br>Polonya<br>Portekiz<br>Romanya<br>Rusya<br>Sierra Leone<br>Sri Lanka<br>Suudi Arabistan<br>Venezüella<br>Yeni Zelanda<br>Yunanistan | Afganistan<br>Azerbaycan<br>Bangladeş<br>Burundi<br>Ermenistan<br>Gürcistan<br>Hindistan<br>Kamboçya<br>Kamerun<br>Kırgızistan<br>Tacikistan<br>Uruguay | ABD                                  | Arjantin<br>Avustralya  | Sahra-Altı<br>Afrika<br>Ülkeleri |

Kaynak: Ertürk Atabey, 2012, s. 57

## EK-5: ALTERNATİF FİNANSMAN YÖNTEMLERİNİN İŞLEYİŞİ



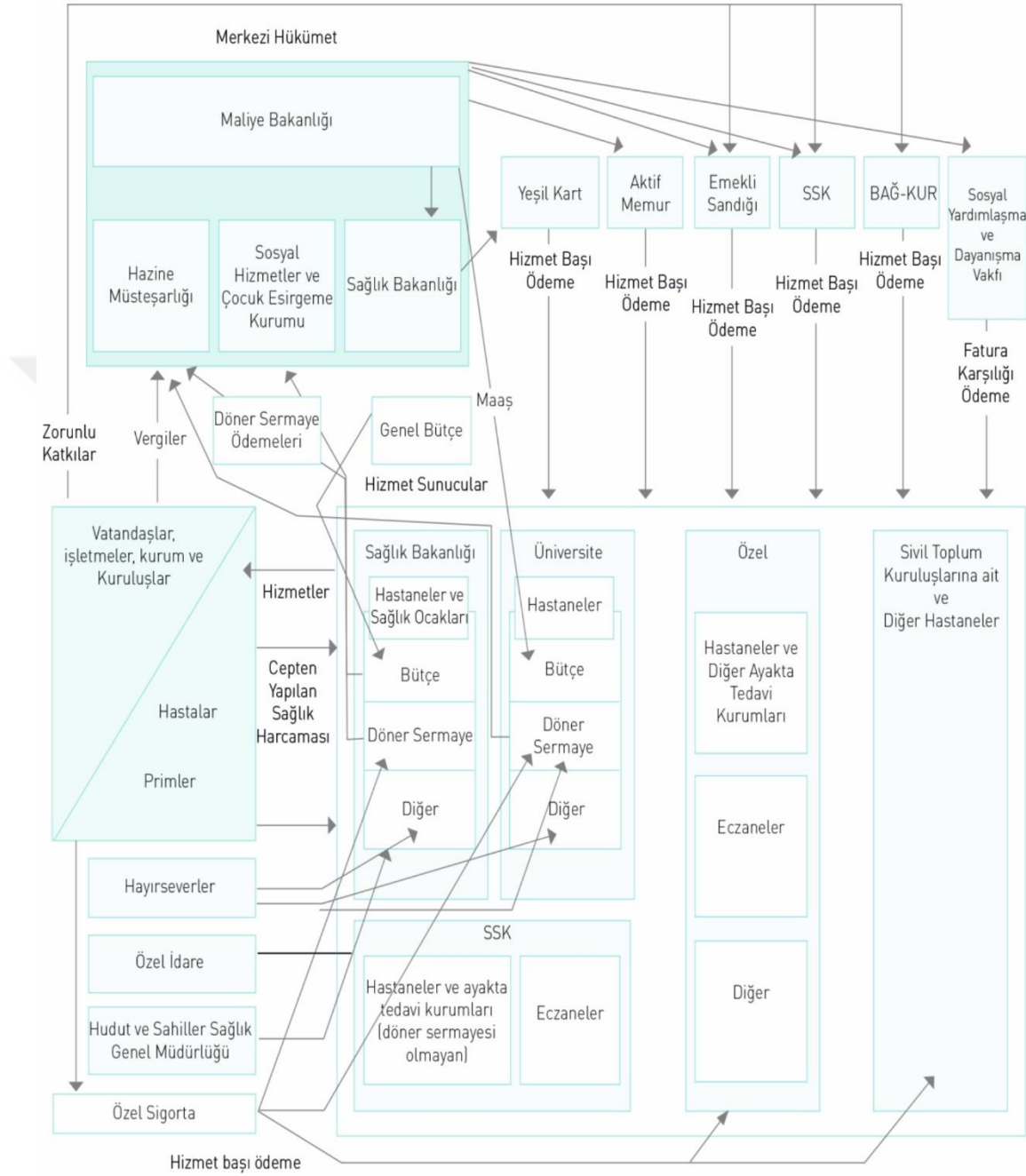
Kaynak: Mossialos ve Dixon, 2002, s. 5

## EK-6: ALTERNATİF FİNANSMAN YÖNTEMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

| Finansman Yöntemi |                                                         | Kapsayıcılık | Erisimde Eşitlik | Finansmanda Eşitlik | Maliyet Kontrolü | Kaynakların Etkin Kullanılması | Tüketici Tercihi |
|-------------------|---------------------------------------------------------|--------------|------------------|---------------------|------------------|--------------------------------|------------------|
| Vergiler          | Merkezi yönetim tarafından sağlanan                     | Var          | Yüksek           | Progresif           | Güçlü (Arz)      | Orta                           | Düşük            |
|                   | Yerel yönetim tarafından dolaylı olarak sağlanan        | Var          | Yüksek           | Progresif           | Güçlü (Arz)      | Yüksek                         | Yüksek           |
|                   | Yerel yönetim tarafından sağlanan                       | Var          | Orta             | Progresif           | Güçlü (Arz)      | Yüksek                         | Orta             |
| Sosyal Sigorta    | Merkezi yönetim tarafından                              | Var          | Yüksek           | Daha az regresif    | Güçlü (Arz)      | Orta                           | Düşük            |
|                   | Zorunlu sosyal sigorta ile birlikte genel bütçe katkısı | Var          | Orta/ Yüksek     | Regresif            | Güçlü (Arz)      | Orta                           | Yüksek           |
|                   | Genel bütçe katkısı olmadan zorunlu sosyal sigorta      | Var          | Orta             | Regresif            | Zayıf (Talep)    | Düşük                          | Yüksek           |
| Karma Yöntem      | Özel sektör ve kamu sektörü tarafından                  | Var          | Orta             | Daha az progresif   | Zayıf (Talep)    | Düşük                          | Yüksek           |
|                   | Rekabetçi piyasa ve serbest seçim                       | Yok          | Düşük            | Regresif            | Zayıf (Talep)    | Düşük                          | Yüksek           |

Kaynak: Hsiao, 1995, s. 20

## EK-7: TÜRKİYE'DE SAĞLIK DÖNÜŞÜM PROGRAMI ÖNCESİNDE SAĞLIK SİSTEMİNİN FİNANSMAN YAPISI



Kaynak: Atasever, 2017, s. 5

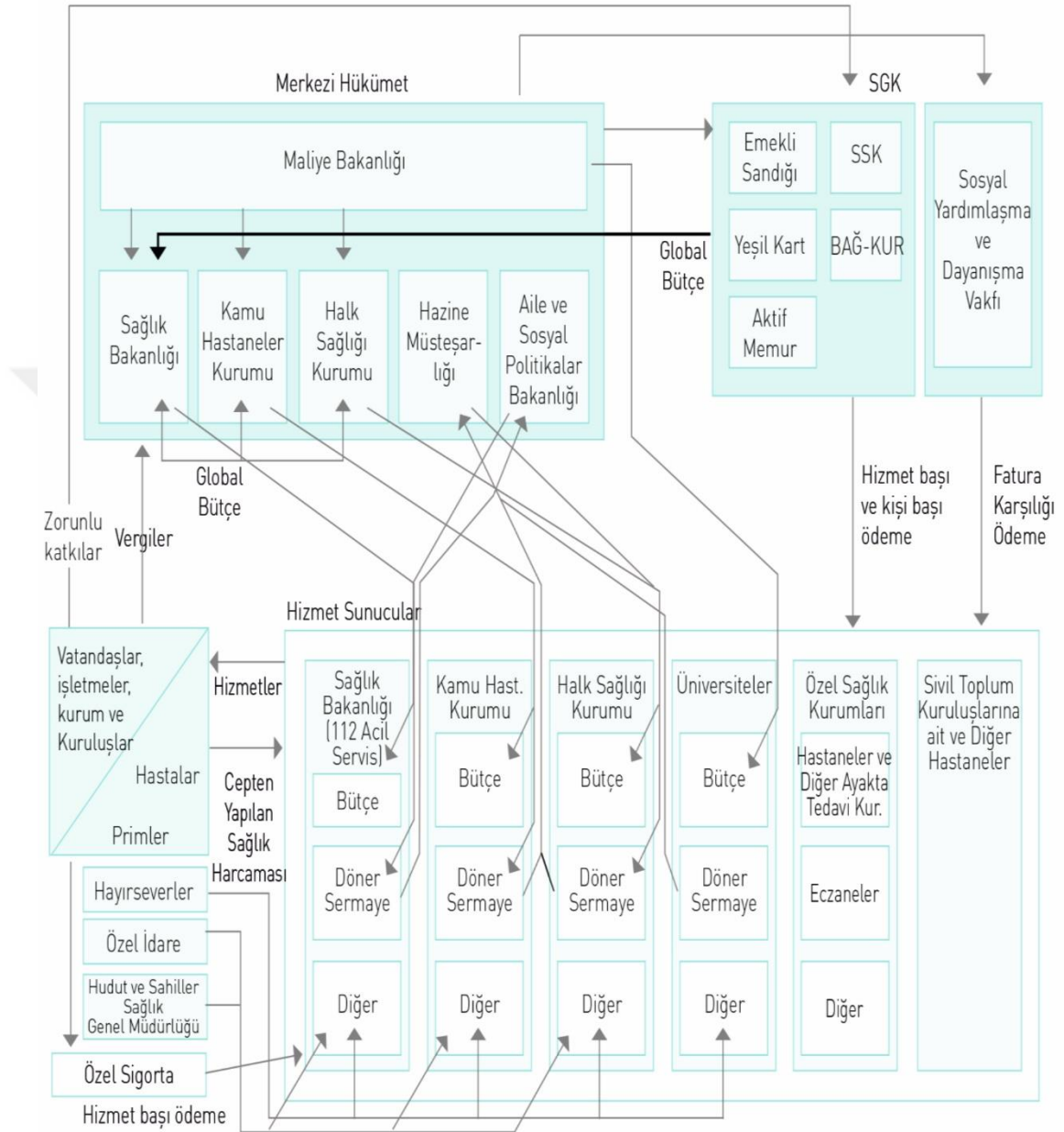
## EK-8: SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI UYGULAMALARI

| Yıllar | Uygulamalar                                                                                                                                                                   |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2003   | Sağlıkta Dönüşüm Programı açıklanmıştır.                                                                                                                                      |
|        | Pilot uygulama esaslarına göre performansa dayalı ek ödeme yöntemine başlanmıştır.                                                                                            |
|        | Özel hastanelerin kapsamına memurlar dâhil edilmiştir.                                                                                                                        |
| 2004   | Performansa dayalı ek ödeme sistemi Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerinde uygulanmaya başlanmıştır.                                                                        |
|        | Pilot uygulama esasıyla aile hekimliğine başlanmıştır.                                                                                                                        |
|        | Referans fiyatlama sistemi ilaç fiyat oluşumunda kullanılmaya başlamıştır.                                                                                                    |
|        | Referans fiyatlama sistemi ilaçların geri ödeme yöntemi olarak kullanılmaya başlamıştır.                                                                                      |
|        | İlaçta uygulanan Katma Değer Vergisi oranı % 18'den % 8'e indirilmiştir.                                                                                                      |
| 2005   | Sağlık Bakanlığı bünyesine SSK sağlık kurumları dâhil edilmiştir.                                                                                                             |
|        | SSK'ya tabi olanlar serbest eczanelerden ilaç alımı yapmaya başlamıştır.                                                                                                      |
|        | Ayaktan yapılan sağlık harcamaları ve ilaçların kapsamı Yeşil Kart sahipleri için genişletilmiştir.                                                                           |
|        | Maliyet paylaşımı esaslı uygulamalar nezdinde ilaçlarda Yeşil Kart'a tabi olanlardan % 20 oranında katılım payı alınmaya başlandı                                             |
| 2006   | Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde, bir sonraki yıl için harcama sınır ve hedefini belirleyen global bütçe uygulamasına başlanmıştır.                                     |
|        | Bedeli ödenecek ilaçlara dair düzenlemelere gidilmiştir.                                                                                                                      |
|        | Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ihdas edilmiştir.                                                                                                                               |
| 2007   | Sağlık hizmetleri esnasında kullanılan hizmete dâhilinde yapılan işlemleri kapsayan paket fiyat uygulaması ayakta ve yatan hastalar için başlatılmıştır.                      |
|        | Sosyal Güvenlik Kurumu'nda MEDULA (Sosyal Güvenlik Kurumu'yla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları arasında bilgi teminini sağlayan bütünleşik sistem) sistemi devreye girdi. |
|        | Sağlık sektöründe özel sağlık kurumlarının kuruluşlarına dair düzenlemeler yapılmıştır.                                                                                       |
| 2008   | Genel Sağlık Sigortası ve Sosyal Sigortalar kapsamında ile ilgili kanunlar ihdas edilmiştir.                                                                                  |
|        | Sosyal güvencenin kapsamına 18 yaş altındaki tüm nüfus dâhil edilmiştir.                                                                                                      |
| 2009   | İlaçta geri ödemelere yönelik düzenlemeler yapılmıştır.                                                                                                                       |
|        | Maliyet esaslı yaklaşımlarla ayakta verilen sağlık hizmetlerinde düzenlemeler yapılarak katılım payı getirilmiştir.                                                           |
| 2010   | Özel hastanelerin acil servis ve yoğun bakım ünitelerinin kapsamı, Yeşil Kart sahipleri nezdinde düzenlenerek bedelsiz kullanım getirilmiştir.                                |
|        | Global bütçe uygulaması ilaçlar için uygulanmaya başlamıştır.                                                                                                                 |
|        | Yurt genelinde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.                                                                                                                       |
|        | Özel hastaneler için sınıflandırma yapılarak alabilecekleri ilave ücretler tabi olduğu sınıflandırmaya göre belirlenmiştir.                                                   |

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      | SGK kapsamına bağımlılar ve aktif kamu çalışanları dâhil edilmiştir.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|      | Tam gün yasası kapsamında düzenlemelere gidilmiştir.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 2011 | Üniversitelerde tam gün yasası uygulamaya konulmuştur.<br>663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname 02.11.2011 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanarak Sağlık Bakanlığı’nın yapılanmasında ve sağlık sisteminde değişikliklere gidilmiştir. Sağlık Bakanlığı bünyesinde Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, günümüzde genel müdürlük olarak hizmet veren; Kamu Kamu Hastaneleri Kurumu ve Halk Sağlığı Kurumu kurulmuştur.                                   |
| 2012 | Yeşil kart programı Sosyal Güvenlik Kurumu ile birleştirildi ve birleşik bir sosyal sağlık sigortası tam olarak uygulamaya konulmuştur.                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 2013 | Sağlık Bakanlığı 2013-2017 yılları için stratejik plan yapılmıştır.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 2016 | Sağlık Bakanlığı’nın 2017 bütçe sunumunda Sağlıkta Dönüşüm Programı İkinci Faz için hazırlık süreci ve safhaları tanıtılmıştır.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 2017 | Sağlık Bakanlığı’nın 2018 bütçe sunumunda sağlıkta gelişim kalite ve sürdürülebilirlik ekseninde Sağlıkta Dönüşüm Programı eksenindeki faaliyetlere ilişkin gelişmelere, tespitlere ve hedeflere yer verilmiştir.<br>2011 yılında ihdas edilen 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile kurulan Halk Sağlığı ve Kamu Hastaneleri Kurumu, 694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile mülga hale gelerek, bu kurumlar genel müdürlük olarak düzenlenmiştir. |
| 2018 | Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı bünyesinde Sağlıkta Dönüşümün İkinci Fazı için sağlık sisteminin güçlendirilmesi ve desteklenmesi amacıyla çeşitli projelerin çalışmasına başlanmıştır.                                                                                                                                                                                                                                               |

Kaynak: 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname; Atun, vd., 2013, s. 72; Sağlık Bakanlığı, 2016, s. 112; Sağlık Bakanlığı, 2017, s. 29, 694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname, 2017.

**EK-9: TÜRKİYE’DE 2017 YILINDA SAĞLIK SİSTEMİNDE  
KULLANILAN FON AKIŞ ŞEMASI**



Kaynak: Atasever, 2017, s. 8

## EK-10: OECD ÜLKELERİNDE SAĞLIK HARCAMALARI (2000-2017)

### a) SAĞLIK HARCAMALARININ GSYH'A ORANI

| Yıllar,<br>Ülkeler | 2000 | 2001 | 2002  | 2003  | 2004  | 2005  | 2006  | 2007  | 2008  | 2009  | 2010  | 2011  | 2012  | 2013  | 2014  | 2015  | 2016  | 2017  |
|--------------------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Avustralya         | 7,62 | 7,70 | 7,90  | 7,91  | 8,12  | 8,00  | 8,00  | 8,08  | 8,27  | 8,58  | 8,45  | 8,56  | 8,69  | 8,77  | 9,06  | 9,32  | 9,25  | 9,13  |
| Avusturya          | 9,20 | 9,27 | 9,40  | 9,55  | 9,71  | 9,63  | 9,53  | 9,53  | 9,73  | 10,23 | 10,22 | 10,03 | 10,20 | 10,29 | 10,37 | 10,34 | 10,44 | 10,32 |
| Belçika            | 7,94 | 8,11 | 8,26  | 9,04  | 9,05  | 8,97  | 8,86  | 8,89  | 9,27  | 10,00 | 9,84  | 10,00 | 10,11 | 10,27 | 10,34 | 10,11 | 10,04 | 10,02 |
| Kanada             | 8,28 | 8,66 | 8,89  | 9,04  | 9,10  | 9,06  | 9,21  | 9,30  | 9,47  | 10,57 | 10,56 | 10,23 | 10,24 | 10,13 | 9,97  | 10,38 | 10,54 | 10,41 |
| Şili               | 7,04 | 7,15 | 7,27  | 7,33  | 6,90  | 6,59  | 6,04  | 6,18  | 6,74  | 7,21  | 6,78  | 6,77  | 7,02  | 7,36  | 7,62  | 8,02  | 8,19  | 8,09  |
| Çek Cumh.          | 5,72 | 5,89 | 6,20  | 6,55  | 6,39  | 6,38  | 6,20  | 6,02  | 6,36  | 7,29  | 6,93  | 6,98  | 7,03  | 7,81  | 7,65  | 7,24  | 7,14  | 7,12  |
| Danimarka          | 8,10 | 8,45 | 8,70  | 8,90  | 9,01  | 9,09  | 9,17  | 9,33  | 9,51  | 10,67 | 10,33 | 10,15 | 10,24 | 10,17 | 10,17 | 10,27 | 10,35 | 10,22 |
| Estonya            | 5,17 | 4,79 | 4,73  | 4,89  | 5,09  | 4,96  | 4,92  | 5,03  | 5,75  | 6,54  | 6,33  | 5,82  | 5,83  | 6,01  | 6,21  | 6,48  | 6,68  | 6,72  |
| Finlandiya         | 6,84 | 6,99 | 7,36  | 7,66  | 7,79  | 8,00  | 8,01  | 7,83  | 8,08  | 8,87  | 8,87  | 8,95  | 9,29  | 9,49  | 9,48  | 9,74  | 9,52  | 9,23  |
| Fransa             | 9,54 | 9,67 | 9,98  | 10,04 | 10,12 | 10,18 | 10,33 | 10,26 | 10,45 | 11,24 | 11,18 | 11,19 | 11,32 | 11,44 | 11,60 | 11,50 | 11,54 | 11,46 |
| Almanya            | 9,83 | 9,86 | 10,11 | 10,33 | 10,08 | 10,23 | 10,11 | 9,97  | 10,16 | 11,14 | 11,00 | 10,72 | 10,77 | 10,92 | 10,96 | 11,08 | 11,14 | 11,27 |
| Yunanistan         | 7,24 | 7,99 | 8,23  | 8,20  | 7,93  | 9,00  | 8,97  | 9,06  | 9,38  | 9,47  | 9,56  | 9,10  | 8,88  | 8,41  | 7,95  | 8,19  | 8,45  | 8,37  |
| Macaristan         | 6,77 | 6,82 | 7,11  | 8,12  | 7,76  | 8,00  | 7,81  | 7,22  | 7,10  | 7,25  | 7,52  | 7,54  | 7,47  | 7,26  | 7,09  | 7,12  | 7,37  | 7,22  |
| İzlanda            | 9,03 | 8,89 | 9,58  | 10,06 | 9,54  | 9,21  | 8,92  | 8,71  | 8,71  | 9,02  | 8,77  | 8,49  | 8,44  | 8,48  | 8,50  | 8,35  | 8,29  | 8,49  |
| İrlanda            | 5,91 | 6,40 | 6,68  | 7,01  | 7,23  | 7,65  | 7,51  | 7,80  | 9,10  | 10,49 | 10,51 | 10,71 | 10,77 | 10,30 | 9,69  | 7,45  | 7,38  | 7,10  |
| İsrail             | 6,80 | 7,23 | 7,15  | 7,10  | 7,03  | 7,13  | 6,94  | 6,92  | 7,00  | 7,09  | 7,05  | 7,00  | 7,14  | 7,11  | 7,21  | 7,38  | 7,31  | 7,37  |
| İtalya             | 7,58 | 7,77 | 7,89  | 7,86  | 8,19  | 8,36  | 8,46  | 8,16  | 8,56  | 8,98  | 8,95  | 8,84  | 8,96  | 8,95  | 9,01  | 8,99  | 8,94  | 8,90  |
| Japonya            | 7,15 | 7,36 | 7,47  | 7,61  | 7,66  | 7,78  | 7,81  | 7,89  | 8,20  | 9,06  | 9,16  | 10,62 | 10,79 | 10,79 | 10,83 | 10,87 | 10,84 | 10,75 |
| Güney Kore         | 4,00 | 4,68 | 4,40  | 4,67  | 4,64  | 4,89  | 5,24  | 5,43  | 5,71  | 6,12  | 6,24  | 6,30  | 6,44  | 6,58  | 6,82  | 7,05  | 7,34  | 7,57  |

|                  |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Letonya          | 5,45  | 5,78  | 5,77  | 5,49  | 6,23  | 5,86  | 5,74  | 5,77  | 5,63  | 6,15  | 6,15  | 5,57  | 5,42  | 5,40  | 5,47  | 5,71  | 6,24  | 6,27  |
| Lüksemburg       | 5,90  | 6,41  | 6,74  | 6,97  | 7,35  | 7,18  | 6,71  | 6,23  | 6,54  | 7,34  | 7,03  | 6,11  | 6,57  | 6,56  | 6,43  | 6,23  | 6,16  | 6,08  |
| Meksika          | 4,45  | 4,82  | 5,07  | 5,82  | 5,95  | 5,84  | 5,66  | 5,77  | 5,70  | 6,13  | 5,98  | 5,70  | 5,84  | 5,94  | 5,61  | 5,76  | 5,47  | 5,40  |
| Hollanda         | 7,06  | 7,44  | 7,95  | 8,46  | 8,52  | 9,27  | 9,18  | 9,24  | 9,51  | 10,24 | 10,40 | 10,52 | 10,90 | 10,90 | 10,86 | 10,40 | 10,36 | 10,14 |
| Yeni Zelanda     | 7,47  | 7,58  | 7,90  | 7,72  | 7,90  | 8,27  | 8,63  | 8,32  | 9,11  | 9,62  | 9,59  | 9,51  | 9,65  | 9,37  | 9,42  | 9,31  | 9,22  | 9,00  |
| Norveç           | 7,71  | 8,02  | 9,01  | 9,22  | 8,83  | 8,33  | 7,92  | 8,05  | 7,96  | 9,06  | 8,90  | 8,78  | 8,77  | 8,92  | 9,33  | 10,11 | 10,50 | 10,37 |
| Polonya          | 5,30  | 5,68  | 6,08  | 5,96  | 5,87  | 5,81  | 5,80  | 5,87  | 6,37  | 6,59  | 6,42  | 6,23  | 6,20  | 6,38  | 6,25  | 6,34  | 6,51  | 6,68  |
| Portekiz         | 8,38  | 8,40  | 8,56  | 8,90  | 9,30  | 9,43  | 9,14  | 9,07  | 9,35  | 9,88  | 9,82  | 9,53  | 9,35  | 9,09  | 9,02  | 8,97  | 9,08  | 8,99  |
| Slovakya         | 5,31  | 5,34  | 5,52  | 5,46  | 6,48  | 6,60  | 6,86  | 7,19  | 6,97  | 7,96  | 7,80  | 7,42  | 7,63  | 7,53  | 6,91  | 6,87  | 7,13  | 7,06  |
| Slovenya         | 7,78  | 7,88  | 8,00  | 8,08  | 7,93  | 7,97  | 7,80  | 7,49  | 7,85  | 8,56  | 8,56  | 8,54  | 8,71  | 8,68  | 8,48  | 8,49  | 8,47  | 8,29  |
| İspanya          | 6,82  | 6,78  | 6,80  | 7,53  | 7,62  | 7,68  | 7,76  | 7,84  | 8,29  | 8,99  | 9,02  | 9,09  | 9,08  | 9,03  | 9,02  | 9,12  | 8,97  | 8,84  |
| İsveç            | 7,41  | 8,03  | 8,36  | 8,46  | 8,26  | 8,28  | 8,16  | 8,07  | 8,31  | 8,94  | 8,49  | 10,68 | 10,94 | 11,10 | 11,14 | 11,01 | 10,94 | 10,92 |
| İsviçre          | 9,84  | 10,23 | 10,64 | 10,94 | 11,00 | 10,82 | 10,21 | 10,02 | 10,15 | 10,81 | 10,70 | 10,77 | 11,06 | 11,31 | 11,49 | 11,89 | 12,25 | 12,26 |
| Türkiye          | 4,62  | 4,92  | 5,10  | 5,06  | 4,96  | 4,94  | 5,19  | 5,28  | 5,26  | 5,53  | 5,05  | 4,69  | 4,48  | 4,40  | 4,35  | 4,14  | 4,31  | 4,23  |
| Birleşik Krallık | 5,97  | 6,33  | 6,59  | 6,85  | 7,05  | 7,19  | 7,33  | 7,43  | 7,68  | 8,53  | 8,47  | 8,42  | 8,34  | 9,77  | 9,72  | 9,79  | 9,76  | 9,69  |
| ABD              | 12,50 | 13,17 | 13,95 | 14,46 | 14,54 | 14,54 | 14,66 | 14,90 | 15,29 | 16,34 | 16,41 | 16,37 | 16,37 | 16,33 | 16,51 | 16,82 | 17,07 | 17,15 |
| OECD Ortalama    | 7,19  | 7,44  | 7,70  | 7,92  | 7,97  | 8,03  | 7,96  | 7,95  | 8,21  | 8,87  | 8,77  | 8,74  | 8,83  | 8,89  | 8,87  | 8,88  | 8,95  | 8,89  |

Kaynak: OECD, 2018

**b) KİŞİ BAŞINA DÜŞEN CARİ SAĞLIK HARCAMALARI (ABD \$, SAGP)**

| Yıllar,<br>Ülkeler | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|--------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
|--------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|

|            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
|------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Avustralya | 2151,7 | 2268,7 | 2426,5 | 2545,3 | 2749,3 | 2842,1 | 3025,8 | 3195,9 | 3310,2 | 3562,8 | 3610,8 | 3794,1 | 3805,3 | 4180,0 | 4300,4 | 4409,5 | 4514,0 | 4543,1 |
| Avusturya  | 2703,6 | 2756,7 | 2929,2 | 3065,3 | 3277,4 | 3370,8 | 3586,4 | 3754,3 | 4018,3 | 4184,3 | 4297,6 | 4456,9 | 4738,3 | 4929,1 | 5059,6 | 5159,3 | 5273,2 | 5440,0 |
| Belçika    | 2222,5 | 2349,1 | 2518,9 | 2808,4 | 2919,8 | 2988,7 | 3136,6 | 3277,1 | 3535,9 | 3798,8 | 3945,4 | 4129,9 | 4288,8 | 4479,1 | 4612,0 | 4589,5 | 4659,5 | 4774,3 |
| Kanada     | 2421,9 | 2608,1 | 2742,5 | 2914,0 | 3076,2 | 3282,5 | 3499,4 | 3667,3 | 3812,2 | 4101,7 | 4225,2 | 4252,2 | 4315,9 | 4468,7 | 4538,2 | 4632,8 | 4721,6 | 4826,3 |
| Şili       | 667,5  | 708,9  | 749,4  | 794,4  | 815,1  | 840,7  | 951,3  | 1047,2 | 1114,0 | 1166,5 | 1232,2 | 1375,8 | 1506,2 | 1645,7 | 1731,7 | 1803,1 | 1892,6 | 1914,8 |
| Çek Cumh.  | 925,6  | 1034,4 | 1127,5 | 1273,2 | 1328,6 | 1401,0 | 1473,3 | 1571,4 | 1770,9 | 2012,4 | 1918,7 | 2009,2 | 2041,6 | 2379,9 | 2469,1 | 2424,1 | 2481,7 | 2629,6 |
| Danimarka  | 2322,5 | 2490,1 | 2666,5 | 2740,9 | 2965,3 | 3104,4 | 3420,0 | 3633,2 | 3926,1 | 4305,2 | 4447,6 | 4508,2 | 4588,5 | 4751,9 | 4872,5 | 5000,8 | 5074,5 | 5182,8 |
| Estonya    | 486,5  | 493,7  | 548,6  | 638,2  | 734,6  | 818,5  | 947,3  | 1104,2 | 1303,7 | 1341,2 | 1368,2 | 1429,0 | 1516,5 | 1652,4 | 1771,7 | 1859,6 | 1988,0 | 2125,3 |
| Finlandiya | 1828,7 | 1941,5 | 2102,2 | 2220,9 | 2425,3 | 2558,8 | 2751,0 | 2950,2 | 3231,2 | 3355,6 | 3438,9 | 3640,7 | 3774,1 | 3919,6 | 3931,4 | 4099,0 | 4129,9 | 4175,7 |
| Fransa     | 2506,8 | 2678,2 | 2866,2 | 2844,9 | 2960,3 | 3124,2 | 3369,5 | 3516,1 | 3686,4 | 3916,6 | 4036,6 | 4206,9 | 4276,2 | 4533,8 | 4666,1 | 4656,6 | 4773,0 | 4902,1 |
| Almanya    | 2707,2 | 2839,9 | 2997,9 | 3135,7 | 3208,0 | 3314,4 | 3514,8 | 3690,1 | 3926,2 | 4197,6 | 4396,6 | 4574,5 | 4690,7 | 4937,1 | 5160,1 | 5297,0 | 5451,9 | 5728,5 |
| Yunanistan | 1413,6 | 1675,9 | 1862,1 | 1956,8 | 2018,5 | 2301,1 | 2557,2 | 2653,5 | 2895,4 | 2874,6 | 2693,6 | 2378,4 | 2246,0 | 2196,0 | 2133,7 | 2187,7 | 2262,8 | 2324,8 |
| Macaristan | 803,4  | 902,7  | 1034,4 | 1255,5 | 1261,4 | 1366,0 | 1428,6 | 1374,0 | 1468,8 | 1496,7 | 1621,0 | 1722,9 | 1724,3 | 1775,9 | 1810,4 | 1861,9 | 1966,5 | 2044,6 |
| İzlanda    | 2659,0 | 2804,0 | 3086,4 | 3254,4 | 3371,3 | 3405,8 | 3452,3 | 3552,4 | 3719,7 | 3715,3 | 3380,1 | 3363,8 | 3435,9 | 3630,4 | 3784,9 | 3964,2 | 4207,6 | 4580,7 |
| İrlanda    | 1781,8 | 2084,5 | 2350,2 | 2539,6 | 2794,9 | 3092,6 | 3321,7 | 3647,8 | 4030,7 | 4364,0 | 4551,6 | 4835,4 | 4995,5 | 4951,1 | 4939,5 | 5106,3 | 5267,3 | 5446,9 |
| İsrail     | 1696,1 | 1802,4 | 1803,0 | 1688,6 | 1773,0 | 1769,0 | 1780,6 | 1902,6 | 1918,0 | 1949,8 | 2032,7 | 2140,0 | 2264,6 | 2426,6 | 2458,0 | 2646,9 | 2725,2 | 2833,6 |
| İtalya     | 2048,4 | 2171,9 | 2260,7 | 2284,3 | 2412,0 | 2512,7 | 2735,5 | 2774,6 | 3031,1 | 3097,6 | 3137,5 | 3211,2 | 3245,4 | 3234,6 | 3250,5 | 3292,3 | 3429,5 | 3541,7 |
| Japonya    | 1918,0 | 2021,2 | 2104,7 | 2202,9 | 2326,2 | 2463,7 | 2583,4 | 2721,7 | 2852,9 | 3007,1 | 3205,2 | 3798,1 | 4014,3 | 4207,0 | 4245,2 | 4428,3 | 4585,4 | 4717,3 |
| Güney Kore | 723,1  | 898,0  | 913,0  | 997,1  | 1065,2 | 1183,4 | 1352,5 | 1509,4 | 1635,0 | 1732,5 | 1895,7 | 1968,1 | 2066,2 | 2145,5 | 2290,8 | 2481,6 | 2687,7 | 2897,1 |
| Letonya    | 436,8  | 522,5  | 581,0  | 605,4  | 761,1  | 811,5  | 903,9  | 1045,6 | 1093,1 | 1038,1 | 1080,6 | 1101,8 | 1151,9 | 1224,5 | 1301,1 | 1399,7 | 1597,3 | 1722,4 |
| Lüksemburg | 3407,3 | 3733,9 | 4123,5 | 4361,0 | 4905,0 | 5125,5 | 5494,4 | 5513,1 | 5979,6 | 6454,7 | 6456,3 | 6048,8 | 6490,5 | 6783,3 | 7118,1 | 7016,4 | 6972,5 | 7048,9 |

|                  |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
|------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
| Meksika          | 484,4  | 529,3  | 557,9  | 642,6  | 691,9  | 730,8  | 771,7  | 822,4  | 846,8  | 889,2  | 911,4  | 942,5  | 1005,9 | 1038,2 | 1020,8 | 1037,4 | 1020,3 | 1034,4  |
| Hollanda         | 2229,3 | 2445,5 | 2703,7 | 2850,2 | 3018,9 | 3454,7 | 3728,2 | 4015,5 | 4360,0 | 4507,8 | 4633,7 | 4846,4 | 5092,8 | 5303,4 | 5277,9 | 5148,4 | 5235,5 | 5385,7  |
| Yeni Zelanda     | 1606,8 | 1706,6 | 1841,3 | 1850,4 | 1982,0 | 2124,4 | 2397,1 | 2445,4 | 2721,4 | 2954,5 | 2997,9 | 3113,1 | 3183,9 | 3392,4 | 3511,5 | 3524,0 | 3639,4 | 3682,7  |
| Norveç           | 2848,5 | 3033,3 | 3418,5 | 3552,1 | 3751,3 | 3980,8 | 4281,7 | 4497,8 | 4913,1 | 5024,1 | 5162,7 | 5455,7 | 5736,8 | 5979,3 | 6157,6 | 6239,4 | 6175,3 | 6351,3  |
| Polonya          | 564,3  | 631,0  | 716,2  | 730,8  | 783,2  | 807,0  | 878,5  | 985,8  | 1167,0 | 1267,5 | 1352,4 | 1424,5 | 1477,9 | 1576,0 | 1599,7 | 1687,0 | 1783,7 | 1955,1  |
| Portekiz         | 1581,5 | 1643,6 | 1743,1 | 1855,0 | 1997,0 | 2145,1 | 2252,8 | 2330,1 | 2490,7 | 2614,4 | 2684,1 | 2552,5 | 2473,0 | 2535,9 | 2593,6 | 2649,6 | 2782,7 | 2888,2  |
| Slovakya         | 603,2  | 661,2  | 733,4  | 771,7  | 984,5  | 1096,3 | 1294,6 | 1521,5 | 1650,5 | 1834,4 | 1949,2 | 1916,5 | 2034,2 | 2100,1 | 1998,4 | 2027,4 | 2170,3 | 2268,9  |
| Slovenya         | 1404,8 | 1494,2 | 1623,6 | 1707,8 | 1806,1 | 1907,3 | 2010,3 | 2068,5 | 2325,3 | 2352,0 | 2377,3 | 2460,0 | 2517,1 | 2586,0 | 2615,6 | 2669,9 | 2771,1 | 2884,6  |
| İspanya          | 1467,5 | 1555,4 | 1657,4 | 1886,6 | 1995,4 | 2126,6 | 2390,1 | 2554,1 | 2773,8 | 2911,0 | 2882,9 | 2915,4 | 2903,1 | 2942,6 | 3042,0 | 3175,5 | 3256,7 | 3370,9  |
| İsveç            | 2170,1 | 2382,8 | 2557,8 | 2663,6 | 2770,9 | 2811,6 | 3054,1 | 3275,8 | 3479,3 | 3546,1 | 3532,7 | 4672,6 | 4892,1 | 5070,1 | 5183,4 | 5271,9 | 5347,6 | 5510,7  |
| İsviçre          | 3519,0 | 3766,1 | 4013,7 | 4124,2 | 4311,8 | 4390,7 | 4607,8 | 4981,7 | 5338,1 | 5594,8 | 5683,0 | 6050,2 | 6396,9 | 6800,5 | 7115,2 | 7570,2 | 7824,0 | 8009,2  |
| Türkiye          | 425,6  | 447,4  | 469,7  | 480,7  | 534,1  | 582,9  | 701,3  | 777,6  | 836,8  | 848,5  | 871,7  | 911,6  | 916,8  | 977,9  | 1042,6 | 1028,9 | 1092,5 | 1193,9  |
| Birleşik Krallık | 1567,3 | 1738,1 | 1897,4 | 2058,3 | 2237,4 | 2331,1 | 2528,0 | 2622,7 | 2784,9 | 2949,5 | 3040,1 | 3083,2 | 3144,3 | 3841,3 | 3958,3 | 4071,8 | 4164,2 | 4264,3  |
| ABD              | 4557,0 | 4908,5 | 5325,9 | 5735,3 | 6094,0 | 6443,0 | 6806,8 | 7160,3 | 7402,7 | 7681,5 | 7939,8 | 8149,9 | 8420,7 | 8619,8 | 9027,8 | 9491,4 | 9832,3 | 10209,4 |
| OECD Ortalama    | 1796,0 | 1935,1 | 2087,3 | 2201,0 | 2345,9 | 2474,6 | 2656,8 | 2804,6 | 3010,0 | 3161,4 | 3228,3 | 3355,4 | 3467,8 | 3634,7 | 3731,1 | 3826,0 | 3935,9 | 4068,8  |

Kaynak: OECD, 2018

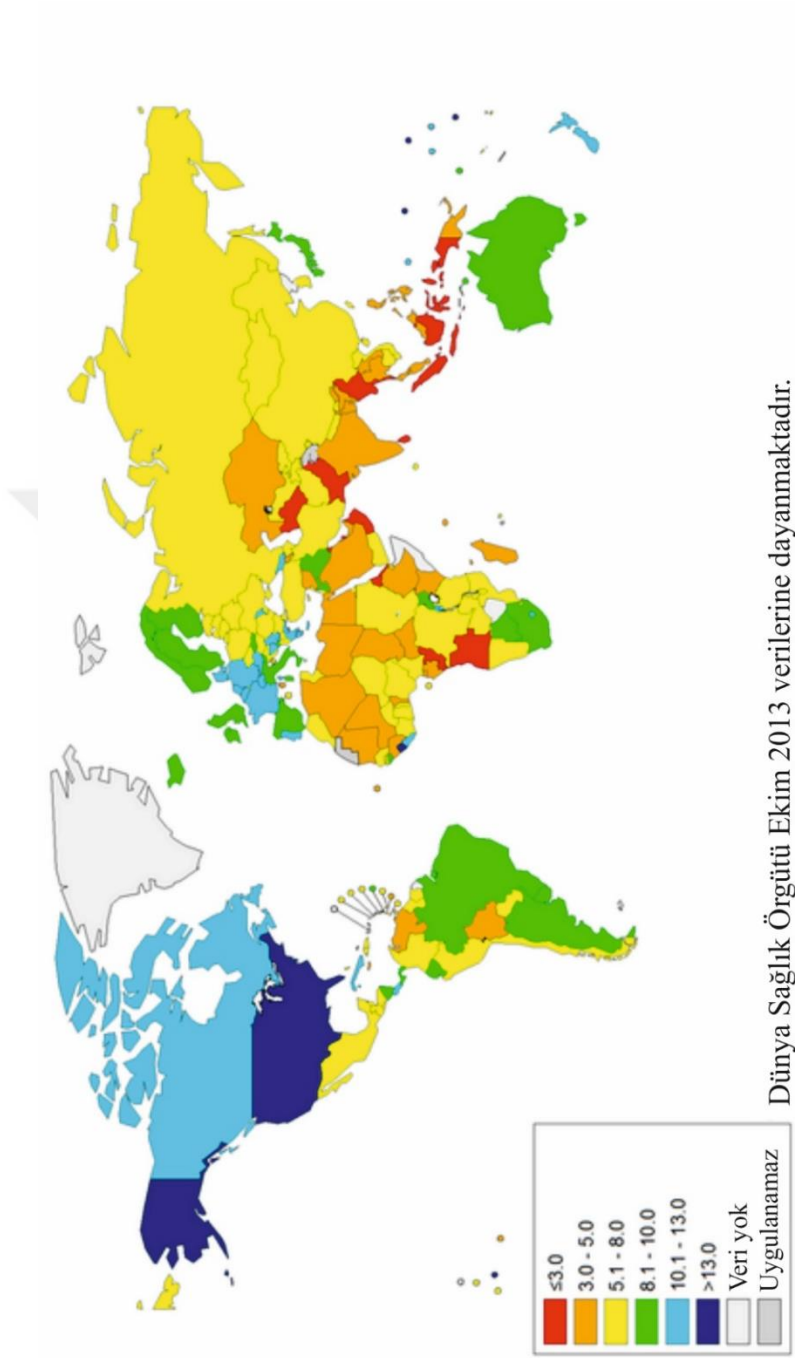
# EK-11: DÜNYA GENELİNDE SAĞLIK HARCAMALARI

## a) ÜLKE GRUPLARINA GÖRE KİŞİ BAŞINA DÜŞEN CARİ SAĞLIK HARCAMALARI (ABD DOLARI)

| Ülke Grupları                                             | Yıllar  |         |
|-----------------------------------------------------------|---------|---------|
|                                                           | 2000    | 2015    |
| Arap Dünyası                                              | 113.33  | 335.51  |
| Orta Avrupa ve Baltıklar                                  | 222.34  | 817.56  |
| Doğu Asya ve Pasifikler                                   | 239.25  | 626.08  |
| Doğu Asya ve Pasifikler<br>(Yüksek gelirliiler hariç)     | 38.05   | 332.42  |
| Avro Bölgesi                                              | 1740.06 | 3487.12 |
| Avrupa ve Orta Asya                                       | 909.36  | 2089.14 |
| Avrupa ve Orta Asya<br>(Yüksek gelirliiler hariç)         | 89.79   | 391.36  |
| Avrupa Birliği                                            | 1454.40 | 3183.84 |
| Kırılgan ve Çatışmalardan<br>Etkilenmiş Bölgeler          | 29.90   | 73.28   |
| Aşırı Borçlu Fakir Ülkeler                                | 16.85   | 50.59   |
| Latin Amerika ve Karayipler                               | 257.76  | 636.50  |
| Latin Amerika ve Karayipler<br>(Yüksek gelirliiler hariç) | 237.35  | 584.06  |
| Birleşmiş Milletlere Göre En<br>Az Gelişmiş Ülkeler       | 11.94   | 44.79   |
| Orta Doğu ve Kuzey Afrika                                 | 146.48  | 415.78  |
| Orta Doğu ve Kuzey Afrika<br>(Yüksek gelirliiler hariç)   | 79.57   | 229.42  |
| Kuzey Amerika                                             | 4309.87 | 9031.06 |
| OECD Ülkeleri                                             | 2210.64 | 4527.30 |
| Güney Asya                                                | 17.41   | 58.17   |
| Sahra Altı Afrika                                         | 31.45   | 84.88   |
| Sahra Altı Afrika<br>(Yüksek gelirliiler hariç)           | 31.41   | 84.84   |

Kaynak: WDI, 2017, Erişim: 12 Nisan 2017,  
<http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=2&series=SH.XPD.CHEX.PC.CD&country=#>

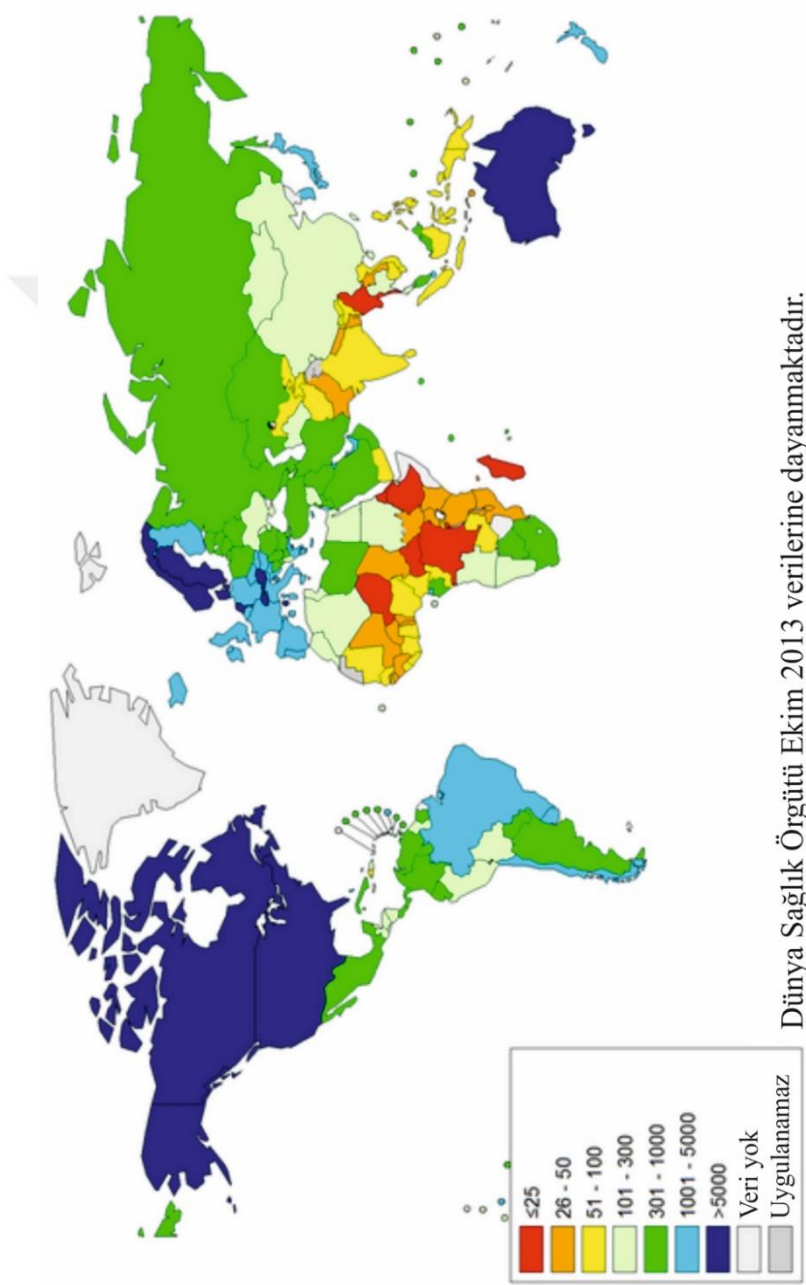
## b) SAĞLIK HARCAMALARININ GSYH İÇİNDEKİ PAYI (2011)



Dünya Sağlık Örgütü Ekim 2013 verilerine dayanmaktadır.

Kaynak: WHO, 2013, Erişim: 12 Nisan 2017, [http://www.who.int/health-accounts/total\\_expenditure\\_map25.png?ua=1](http://www.who.int/health-accounts/total_expenditure_map25.png?ua=1)

**c) KİŞİ BAŞINA DÜŞEN SAĞLIK HARCAMALARI (ABD DOLARI CİNSİNDEN, 2011)**



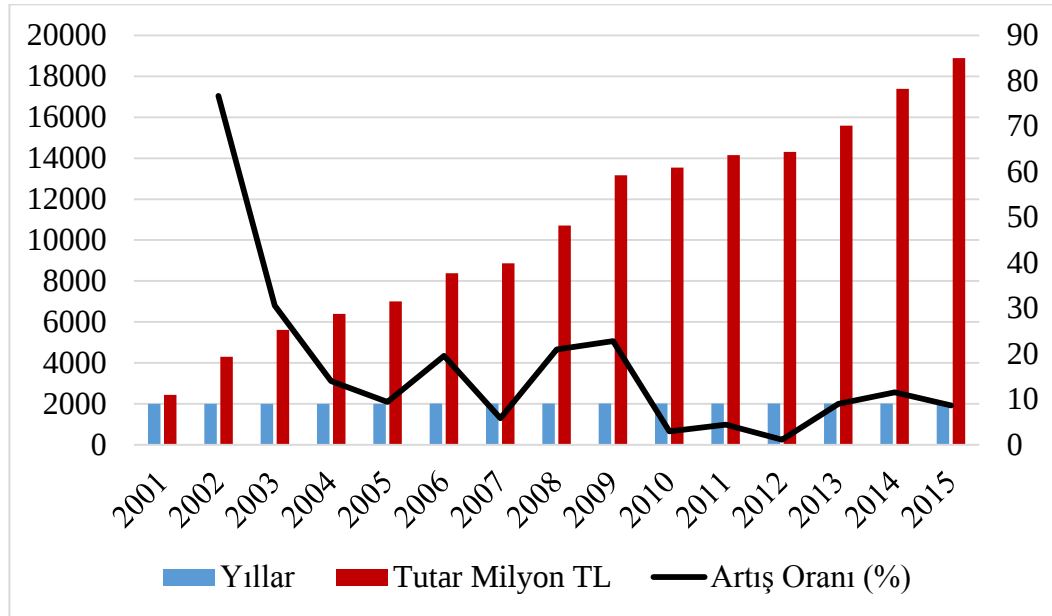
Dünya Sağlık Örgütü Ekim 2013 verilerine dayanmaktadır.

Kaynak: WHO, 2013, Erişim: 12 Nisan 2017, [http://www.who.int/health-accounts/per\\_capita\\_expenditure\\_map25.png?ua=1](http://www.who.int/health-accounts/per_capita_expenditure_map25.png?ua=1)

## EK-12: TÜRKİYE’DE YAPILAN İLAÇ HARCAMALARI

### a) SGK TARAFINDAN YAPILAN İLAÇ HARCAMALARI

| Yıllar | Tutar<br>(Milyon TL) | Artış Oranı<br>(%) |
|--------|----------------------|--------------------|
| 2001   | 2433,53              | --                 |
| 2002   | 4300,16              | 76,7044            |
| 2003   | 5614,6               | 30,5671            |
| 2004   | 6399,3               | 13,976             |
| 2005   | 7001,04              | 9,40326            |
| 2006   | 8372,06              | 19,5831            |
| 2007   | 8857,96              | 5,80376            |
| 2008   | 10716,9              | 20,9859            |
| 2009   | 13160,9              | 22,8052            |
| 2010   | 13546,7              | 2,93149            |
| 2011   | 14144,2              | 4,41045            |
| 2012   | 14299,6              | 1,09918            |
| 2013   | 15589,6              | 9,02089            |
| 2014   | 17388                | 11,5362            |
| 2015   | 18894,6              | 8,66427            |



Kaynak: SGK İstatistik Yıllıkları, 2001-2015

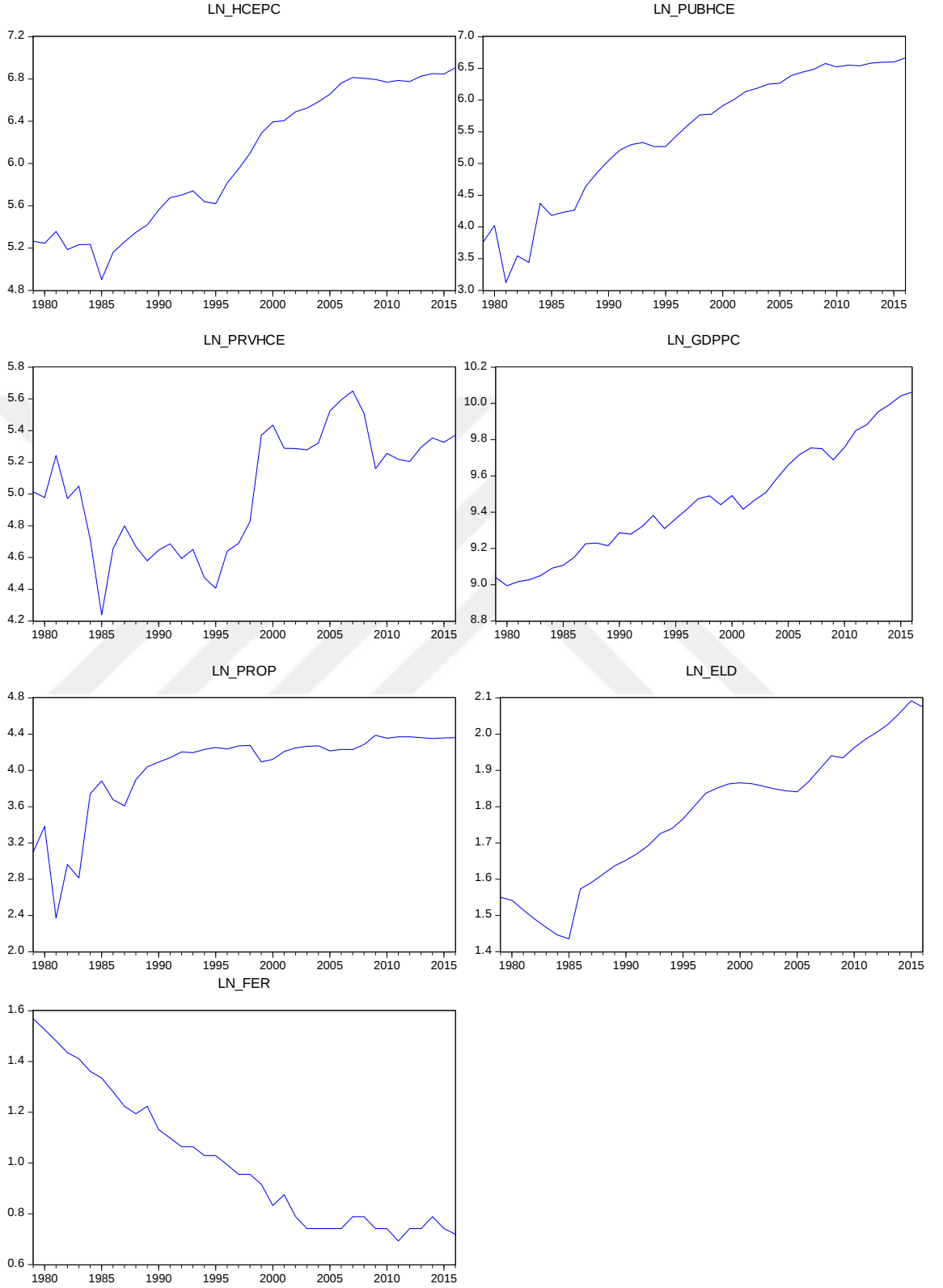
**b) KAMU KESİMİ TARAFINDAN YAPILAN İLAÇ  
HARCAMALARI**

| <b>Yıllar</b> | <b>Tutar<br/>(Milyon TL)</b> | <b>GSYH'ye<br/>Oranı (%)</b> |
|---------------|------------------------------|------------------------------|
| <b>2001</b>   | 3.121                        | 1,30                         |
| <b>2002</b>   | 5.332                        | 1,52                         |
| <b>2003</b>   | 6.919                        | 1,52                         |
| <b>2004</b>   | 8.201                        | 1,47                         |
| <b>2005</b>   | 8.921                        | 1,37                         |
| <b>2006</b>   | 10.216                       | 1,35                         |
| <b>2007</b>   | 11.209                       | 1,33                         |
| <b>2008</b>   | 13.029                       | 1,37                         |
| <b>2009</b>   | 16.135                       | 1,69                         |
| <b>2010</b>   | 15.350                       | 1,40                         |
| <b>2011</b>   | 15.879                       | 1,22                         |
| <b>2012</b>   | 14.484                       | 1,02                         |
| <b>2013</b>   | 15.753                       | 1,01                         |
| <b>2014</b>   | 17.628                       | 1,01                         |

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, 2015, s. 260

Not: TÜİK'in kullandığı fonksiyonel sınıflandırmalarda tıbbi malzeme kullanımının ilaç harcamalarını da içermesi, ilaç harcamalarında net tutar ve payların tespitini zorlaştırmaktadır. Kamu kesimi ilaç harcamalarının çoğu SGK tarafından yapıldığı için SGK harcamaları, daha ayrıntılı bir şekilde bir önceki yıla göre artış oranlarıyla birlikte verilmiştir. SGK harcamalarında 2001-2008 dönemi için ilaç harcamaları, Türkiye'nin sosyal güvenlik sisteminin parçalı yapısından dolayı Emekli Sandığı, Bağ-Kur, Sosyal Sigortalar Kurumu şeklinde ve toplam olarak izlemek mümkün olmakla birlikte bütünlük açısından burada toplam tutarlar kullanılmıştır.

## EK-13: SERİLERİN ZAMAN GRAFİKLERİ

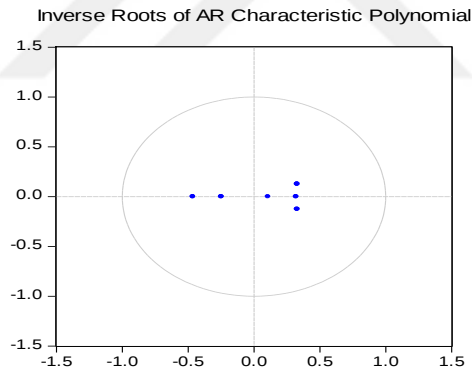


## EK-14: KİŞİ BAŞINA KAMU SAĞLIK HARCAMASI İÇİN YAPILAN TESTLER

### A) Otokorelasyon Testi

| Lags | LM-Stat  | Prob   |
|------|----------|--------|
| 1    | 34.38441 | 0.0999 |
| 2    | 21.90157 | 0.6414 |
| 3    | 21.89390 | 0.6419 |
| 4    | 37.08683 | 0.0567 |
| 5    | 36.46401 | 0.0648 |
| 6    | 18.31269 | 0.8288 |
| 7    | 10.58912 | 0.9947 |
| 8    | 27.68634 | 0.3225 |
| 9    | 17.74491 | 0.8530 |
| 10   | 24.95165 | 0.4651 |
| 11   | 9.204707 | 0.9983 |
| 12   | 9.864506 | 0.9970 |

### B) AR Karakteristik Polinomun Ters Köklerinin Birim Çember Konumu



### C) Kök ve Modulus Sonuçları

| Root                                                                            | Modulus  |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 0.939178 - 0.001947i                                                            | 0.939180 |
| 0.939178 + 0.001947i                                                            | 0.939180 |
| 0.783256 - 0.184918i                                                            | 0.804788 |
| 0.783256 + 0.184918i                                                            | 0.804788 |
| 0.191547                                                                        | 0.191547 |
| No root lies outside the unit circle.<br>VAR satisfies the stability condition. |          |

### D) Değişen Varyans Test Sonucu

| Joint test: |     |        |
|-------------|-----|--------|
| Chi-sq      | df  | Prob.  |
| 261.5352    | 252 | 0.3267 |

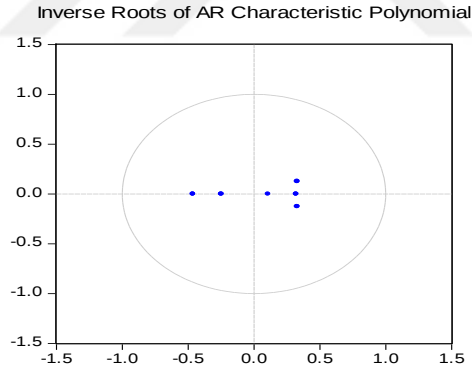


## EK-15: KİŞİ BAŞINA ÖZEL SAĞLIK HARCAMASI İÇİN YAPILAN TESTLER

### A) Otokorelasyon Testi

| Lags | LM-Stat  | Prob   |
|------|----------|--------|
| 1    | 31.32238 | 0.1786 |
| 2    | 30.17033 | 0.2180 |
| 3    | 17.73943 | 0.8533 |
| 4    | 26.05469 | 0.4047 |
| 5    | 41.28785 | 0.2014 |
| 6    | 16.79996 | 0.8889 |
| 7    | 10.27098 | 0.9959 |
| 8    | 27.38945 | 0.3367 |
| 9    | 16.09220 | 0.9121 |
| 10   | 25.79949 | 0.4184 |
| 11   | 7.755914 | 0.9996 |
| 12   | 10.17227 | 0.9962 |

### B) AR Karakteristik Polinomun Ters Köklerinin Birim Çember Konumu



### C) Kök ve Modulus Sonuçları

| Root                                                                            | Modulus  |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 0.946705 - 0.016755i                                                            | 0.946853 |
| 0.946705 + 0.016755i                                                            | 0.946853 |
| 0.746215 - 0.163023i                                                            | 0.763815 |
| 0.746215 + 0.163023i                                                            | 0.763815 |
| 0.167693                                                                        | 0.167693 |
| No root lies outside the unit circle.<br>VAR satisfies the stability condition. |          |

## D) Değişen Varyans Test Sonucu

| Joint test: |     |        |
|-------------|-----|--------|
| Chi-sq      | df  | Prob.  |
| 261.5352    | 252 | 0.3267 |

## EK-16: DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU



**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU**

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
MALİYE ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA**

Tarih: 05/10/2018

Tez Başlığı : TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARININ BELİRLEYİCİLERİ

Yukarıda başlığı gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 204 sayfalık kısmına ilişkin, 05/10/2018 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda işaretlenmiş filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı %5'tir.

Uygulanan filtrelemeler:

- 1- ☒ Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç
- 2- ☒ Kaynakça hariç
- 3- ☒ Alıntılar hariç
- 4- ☐ Alıntılar dâhil
- 5- ☒ 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

05/10/2018  
Tarih ve İmza

Adı Soyadı: Cevat  
Öğrenci No: TOSUN  
Anabilim Dalı: Maliye  
Programı: Maliye  
Statüsü: ☐ Doktora ☒ Bütünleşik Dr.

**DANIŞMAN ONAYI**

UYGUNDUR.

Prof. Dr. Necmiddin BAĞDADIÖĞLU  
(Unvan, Ad Soyad, İmza)

# EK-17: DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ETİK KOMİSYON MUAFİYET FORMU

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p><b>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ</b><br/> <b>SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ</b><br/> <b>TEZ ÇALIŞMASI ETİK KOMİSYON MUAFİYETİ FORMU</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <p><b>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ</b><br/> <b>SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ</b><br/> <b>MALİYE ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p>Tarih: 09/10/2018</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <p>Tez Başlığı: Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri</p> <p>Yukarıda başlığı gösterilen tez çalışmam:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. İnsan ve hayvan üzerinde deney niteliği taşımamaktadır,</li> <li>2. Biyolojik materyal (kan, idrar vb. biyolojik sıvılar ve numuneler) kullanılmaması gerektirmektedir.</li> <li>3. Beden bütünlüğüne müdahale içermemektedir.</li> <li>4. Gözlemsel ve betimsel araştırma (anket, mülakat, ölçek/skala çalışmaları, dosya taramaları, veri kaynakları taraması, sistem-model geliştirme çalışmaları) niteliğinde değildir.</li> </ol> <p>Hacettepe Üniversitesi Etik Kurullar ve Komisyonlarının Yönergelerini inceledim ve bunlara göre tez çalışmamın yürütülebilmesi için herhangi bir Etik Kurul/Komisyon'dan izin alınmasına gerek olmadığını; aksi durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.</p> <p>Gereğini saygılarımla arz ederim.</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> <br/> 09/10/2018 </div> <div style="margin-top: 20px;"> <p><b>Adı Soyadı:</b> Cevat Tosun</p> <p><b>Öğrenci No:</b> N11164834</p> <p><b>Anabilim Dalı:</b> Maliye</p> <p><b>Programı:</b> Maliye</p> <p><b>Statüsü:</b> <input type="checkbox"/> Yüksek Lisans <input type="checkbox"/> Doktora <input checked="" type="checkbox"/> Bütünleşik Doktora</p> </div> |
| <p><b><u>DANIŞMAN GÖRÜŞÜ VE ONAYI</u></b></p> <div style="text-align: center; margin-top: 50px;"> <br/> <hr style="width: 20%; margin: 0 auto;"/> <p>Prof. Dr. Necmiddin Bağdadioğlu</p> </div> <div style="margin-top: 20px;"> <p><b>Detaylı Bilgi:</b> <a href="http://www.sosyalbilimler.hacettepe.edu.tr">http://www.sosyalbilimler.hacettepe.edu.tr</a></p> <p><b>Telefon:</b> 0-312-2976860 <b>Faks:</b> 0-3122992147 <b>E-posta:</b> <a href="mailto:sosyalbilimler@hacettepe.edu.tr">sosyalbilimler@hacettepe.edu.tr</a></p> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Cevat TOSUN  
Doğum Yeri ve Tarihi : Altındağ/Ankara  
30/10/1987

### Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : Hacettepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Maliye Bölümü  
Bildiği Yabancı Diller : İngilizce  
Bilimsel Faaliyetleri :

#### Uluslararası Hakemli Dergilerde Makaleler:

1.Tosun Cevat, Bağdadioğlu Necmiddin (2016). Evaluating gender responsive budgeting in Turkey. *International Journal of Monetary Economics and Finance*, 9(2), 187-197. Doi: 10.1504/IJMEF.2016.076481

2.Uçar Onur, Tosun Cevat, Yereli Ahmet Burçin, Bağdadioğlu Necmiddin (2015). An Inquiry on the Nature of Rises in the Turkish Government Spending since the Beginning of World War II. *International Journal of Business and Management Studies*, 4(2), 39-47.

#### Ulusal Hakemli Dergilerde Makaleler:

1.Tosun Cevat, (2018). Türkiye’de ve OECD Ülkelerinde Vergi Yükünün Dağılımı. *Vergi Sorunları Dergisi*, (357). 76-100.

2.Tosun Cevat, Uçar Onur, Bağdadioğlu Necmiddin, Yereli Ahmet Burçin (2017). Türkiye, AB ve OECD Ülkelerindeki

Akaryakıt Vergilerine Dair Mukayeseli Bir Değerlendirme. *Vergi Sorunları Dergisi*. (351), 63-77. 2.

3.Tosun Cevat, Uçar Onur (2015). Türkiye’de Vergi Cennetleriyle Mücadele Politikasında Mevzuat Ve Uygulama Tezatlığı. *Vergi Sorunları Dergisi*. (326), 169-178.

#### Ulusal/uluslararası kitaplar veya kitaplardaki bölümler:

1.The New Trends And Policies In Public Finance, Bölüm adı:(*AN EVALUATION ON THE ILLEGAL BETTING MARKET IN TURKEY*) (2017)., Duman Buğra Burak, Tosun Cevat, LAP Lambert Academic Publishing, Editör: Koç Özgür Emre, Koç Neslihan, Basım sayısı:1, Sayfa Sayısı 172, ISBN:6202074027.

2.The New Trends and Policies in Public Finance, Bölüm adı:(*INTERNAL MIGRATION IN TURKEY:AN ECONOMETRIC ANALYSIS*) (2017)., Özyerden Emre, Tosun Cevat, LAP LAMBERT Academic Publishing, Editör: Koç Özgür Emre, Koç Neslihan, Basım sayısı:1, Sayfa Sayısı 172, ISBN:6202074027.

#### Uluslararası Kongrelerde Bildiriler:

1.Ocak Necmi, Tosun Cevat. (2018). *Sağlık Statüsünün Analizi: BRICS Ülkeleri ve Türkiye Örneği*. 2nd INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON RELIGION AND SOCIETY (INCSOS 2018), Kudüs, 323.

2. Tosun Cevat, Özyerden Emre. (2017). *Kamusal Dürtme: Kamu Politikalarında Seçim Mimarisi*. 3RD INTERNATIONAL CONFERENCE on Applied Economics and Finance (ICOAEF 2017), Girne, 36.

3.Tosun Cevat, Duman Buğra Burak (2017). *Türkiye’deki Doğum Tercihlerinin Mali Boyutu*. 3RD INTERNATIONAL CONFERENCE on Applied Economics and Finance (ICOAEF 2017), Girne, 84.

4.Özyerden Emre, Tosun Cevat (2017). *Türkiye’de İçgöç: Ekonometrik Bir Analiz*. II. ULUSLARARASI STRATEJİK ARAŞTIRMALAR KONGRESİ, Antalya, 394.

5.Duman Buğra Burak, Tosun Cevat (2017). *Türkiye’de Yasa Dışı Spor Bahsi Pazarı Üzerine Bir Değerlendirme*. II. ULUSLARARASI STRATEJİK ARAŞTIRMALAR KONGRESİ, Antalya, 225.

6.Tosun Cevat, Uçar Onur, Bağdadioğlu Necmaddin, Yereli Ahmet Burçin. (2016). *Fuel Taxation: A Comparative Examination of Turkey, EU and OECD Countries*. International Conference on “Business, Economics, Social Science & Humanities” (BESSH-2016), Singapore, 101(8), 14.

7.Uçar Onur, Tosun Cevat, Atsan Emre (2015). *As a Tax Compliance Problem Tax Administration*. 1st International Annual Meeting of Sosyoekonomi Society, Münih, 133.

8.Uçar Onur, Tosun Cevat, Yereli Ahmet Burçin, Bağdadioğlu Necmaddin (2015). *An Inquiry on the Nature of Rises in the Turkish Government Spending Since the Begining of World War II*. International Conference for Academic Disciplines (Barcelona 2015).

## İş Deneyimi

Stajlar : TÜİK, Ankara, 2010

Çalıştığı Kurumlar : Hitit Üniversitesi, Maliye Bölümü, Araştırma Görevlisi, 2011-devam ediyor

Hacettepe Üniversitesi, Maliye Bölümü, Araştırma Görevlisi  
(35. Madde Görevlendirme, 2011-2017)

Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü, TNSA 2008

**İletişim**

E-posta Adresi : cevattosun@hacettepe.edu.tr, cevattosun@hitit.edu.tr

Tarih : 28/09/2018

