

T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI



YAPISAL KIRILMA ETKİSİNDE
TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARI
İLE EKONOMİK BÜYÜME İLİŞKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Esra PEKER

HAZIRLAYAN

Elif ENGİN

ELAZIĞ 2020

ÖZET**YÜKSEK LİSANS TEZİ****YAPISAL KIRILMA ETKİSİNDE TÜRKİYE’DE SAĞLIK HARCAMALARI
İLE EKONOMİK BÜYÜME İLİŞKİSİ****Elif ENGİN****Fırat Üniversitesi****Sosyal Bilimler Enstitüsü****Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı****Elazığ-2020 Sayfa:XII+86**

Küresel çapta gerçekleşen ekonomik krizler, politika değişiklikleri, doğal afetler gibi anlık şoklar karşısında tüm toplumlar ve ülkeler Dünya’da var olma mücadelesi vermektedir. Tüm varlıkların devamlılığı için dünyaya gelmelerinden itibaren vermiş ve vermekte oldukları yaşam mücadelesinde, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve çeşitliliği, toplumların gelişmişlik düzeyi fark etmeksizin günümüz toplumları için kilit rol oynamaktadır. Çünkü arzu edilen güçlü, mutlu ve istikrarlı bir toplum ancak sağlıklı bireylere sahip olma yolundan gelmektedir. Ancak sağlık sektöründeki sınırlılıklar, dünyanın herhangi bir ülkesinde sağlık hizmetlerine erişime anında cevap verebilecek bir sağlık politikasını oluşturmayı imkansız kılmaktadır. Sağlık piyasasındaki bu sınırlılıklar, kıt kaynaklar ile seçimlerin doğru yapılmasını, artan sağlık harcamalarının denetlenmesini, kontrol altında tutulmasını, kamu kaynaklarının etkin kullanımını sağlanması noktasında, ekonomistlerin ve sağlık yöneticilerinin önemini COVID 19 pandemisinde bir kez daha gündeme getirmiştir.

Küresel ve ulusal çerçevede etkin bir sağlık sistemi yaratma konusunda Türkiye, 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ülkenin sosyoekonomik özelliklerine eş, geliştirilebilir ve devam edilebilir şekilde sağlık sisteminde düzenlemeler yapmıştır. Sağlık politikaların düzenli bir işleyiş seyri için, aşamalı ve süreklilik gösteren bir döngü

içerisinde oluşturulan bu program; temelde etkin ve etkili bireyler ile sağlık hizmetlerinin kaliteli, devamlı ve yeterli finansman kaynağı sağlayarak ekonomik ve sağlık statüsünü yükseltmeyi hedeflemiştir. Bireylerin ya da toplumların yaşamsal ve ekonomik faaliyetlerin devamlılık göstermesi adına yapılan sağlık harcamaları pozitif bir yönde ilerleme gösterdiğinde toplumun yaşam süresi ve kalitesinde beklenebilir bir şekilde olumlu sonuçlar vermektedir.

Bu bağlamda çalışmada Türkiye’de ekonomik büyüme ile sağlık harcamaları arasındaki ilişki ele alınmıştır. Çalışmada 1980-2018 dönemleri esas alınmıştır. Çalışmada geleneksel birim kök testlerinin yanı sıra yapısal kırılmanın esas alındığı birim kök testleri uygulanmıştır. Çalışmada geleneksel birim kök testlerinden ADF ve PP testi uygulanırken, yapısal kırılmanın esas alındığı birim kök testlerinden Zivot Andrews birim kök testi ve Lee ve Strazicich (2003) birim kök testi uygulanmıştır. Ayrıca değişkenler arasında ilişkinin varlığı Engle ve Granger (1987) ve yapısal kırılmanın esas alındığı eşbütünleşme testlerinden olan Gregory ve Hansen Eşbütünleşme test edilmiştir. Gregory ve Hansen Eşbütünleşme Testi Sonuçlarına göre sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme üzerinde uzun dönemli bir eşbütünleşme ilişkisi olduğunu yani, sağlığın ekonomik büyüme üzerinde etkili olduğu belirlenirken, Engle Granger Nedensellik Testinde değişkenler arasında uzun dönemli bir ilişkinin var olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada elde edilen sonuçlardan görülmektedir ki yapısal kırılmanın var olması durumunda geleneksel yöntemler ile elde edilen ekonometrik bulgular sonuçlarda yanılmalara neden olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Harcamaları, Ekonomik Büyüme, Engle Granger Analizi, Gregory Hansen Nedensellik Testi

ABSTRACT**Master Thesis****THE RELATIONSHIP BETWEEN ECONOMIC GROWTH AND HEALTH
EXPENDITURE UNDER STRUCTURAL BREAKS IN TURKEY****Elif ENGİN****The University Of Firat****The Institute Of Social Science****Department of Healthcare Management****Elazig-2020, Page: XII+86**

All societies and countries struggle to sustain their existence in the world in the face of instant events such as global economic crises, policy changes, and natural disasters. Regardless of the level of development of societies, the quality and diversity of health services play a key role in the struggle for their survival since their advent because a desired strong, happy and stable society can only emerge from having healthy individuals. However, the limitations in the health sector make it impossible to establish a health policy that can rapidly respond to access to health services in any country in the world. These limitations in the health market drew attention to the importance of economists and health administrators, and also brought up the issues of making the selections correctly with scarce resources, controlling the increasing health expenditures, keeping them under control and ensuring the cost-effective use of public resources once again during the period of Covid-19 pandemic.

In creating an effective health system at the global and national context, Turkey made adjustments that is sustainable, improving and equivalent of the socio-economic characteristics of the country through Health Transformation Program in 2003. This program, which was designed in a gradual and continuous cycle for a regular course of health policies, was intended to increase the economic and health status of the healthcare services by providing efficient, effective individuals and health services with a high quality, continuous and sufficient funding. When the health expenditures spent for the

continuity of the life and economic activities of individuals or societies progress in a positive direction, they give expected positive results in the life span and quality of the society. Accordingly, the purpose of this study is to deal with relationship between health expenditures and economic growth in Turkey. In the study, 1980-2018 periods were taken as basis. In addition to traditional unit root tests, unit root tests based on structural breakage have been applied in the study. In the study, while ADF and PP tests from the traditional unit root tests were applied, Zivot Andrews unit root test and Lee and Strazicich (2003) unit root test, which are based on structural breakage, were applied. In addition, the existence of a relationship between variables was tested by Engle and Granger (1987) and Gregory and Hansen Cointegration, which are cointegration tests based on structural breakage. According to the results of Gregory and Hansen Cointegration Test, it was concluded that there is a long-term co-integration relationship on health spending and economic growth, that is, health is effective on economic growth, while it was found that there is no long-term relationship between variables in the Engle Granger Causality Test. It can be seen from the results obtained in the study that in the case of structural breakage, econometric findings obtained through traditional methods may cause errors in the results.

Key Words: Health Expenditures, Economic Growth, Engle Granger Analysis, Gregory Hansen Causality Test

ÖNSÖZ

Tezimin en başından sonuna kadar yoğun iş yükü arasında zaman ayırarak bilgi ve tecrübeleriyle her daim bana yol gösteren, hoşgörü ve nezaketi ile daima hatırlayacağım kıymetli danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Esra Peker’e sonsuz teşekkür ederim.

Hayatımın her döneminde yanımda olan, maddi-manevi hiçbir desteğini esirgemeyen ve tüm çalışmalarımda desteklerini yürekten hissettiğim aileme ve ayrıca tez çalışmam boyunca öneri ve yardımları ile katkı yapan arkadaşım Zülküf Narlıkaya’ya şükranlarımı sunarım.

Elif ENGİN

İÇİNDEKİLER

ÖZET	II
ABSTRACT.....	IV
ÖNSÖZ	VI
İÇİNDEKİLER	VII
TABLolar LİSTESİ	IX
ŞEKİLLER LİSTESİ	X
GRAFİK LİSTESİ.....	XI
KISALTMALAR	XII
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

1. TÜRKİYE’DE SAĞLIK EKONOMİSİNİN TEMEL UNSURLARI VE SAĞLIK SİSTEMİNDE DÖNÜŞÜM SÜRECİ.....	4
1.1. Sağlık Ekonomisi Kavramına Teorik Bir Bakış.....	4
1.2. Sağlık Hizmetinin Yapısal Özellikleri ve Sektörel Farklılıkları	7
1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	9
1.4. Sağlık Ekonomisinde Arz- Talep Dengesi	13
1.4.1. Sağlık Ekonomisinde Arz Kavramı	14
1.4.2. Sağlık Ekonomisinde Talep Kavramı.....	15
1.5. Türkiye’de Sağlık Sisteminin Yapısı	16
1.6. Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003) ve Amaçları	20

İKİNCİ BÖLÜM

2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI	24
2.1. Kamu Kaynaklı Finansman Yöntemleri.....	25
2.2. Özel Kaynaklı Finansman Yöntemleri	26
2.3. Sağlık Harcamaları.....	28
2.4. OECD Ülkeleri ve Türkiye’de Rakamlarla Sağlık Sektörü	32
2.4.1. OECD Ülkelerinde Sağlık Sektörüne Ait Veriler	32
2.4.2. Türkiye İçin Sağlık Sektör Verileri	37

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. YAPISAL KIRILMA EŞLİĞİNDE TÜRKİYE’DE KAMU VE ÖZE SAĞLIK HARCAMALARI İLE EKONOMİK BÜYÜME ARASINDAKİ EŞBÜTÜNLEŞME İLİŞKİSİNİN TEST EDİLMESİ	51
3.1.Araştırmanın Önemi ve Kapsamı.....	51
3.2.Literatür Özeti	52
3.3. Veri Seti ve Ekonometrik Model	58
3.4.Ekonometrik Metodoloji ve Ampirik Sonuçlar.....	60
3.4.1.Birim Kök Test Metodolojisi.....	60
3.4.1.1.Augmented Dickey Fuller (ADF) ve Phillips Perron (1988) Birim Kök Testi	60
3.4.1.2. Zivots and Andrews (1992) Tek Kırılmalı Birim Kök Testi	62
3.4.1.3.Lee ve Strazicich (2003) Tek Kırılmalı Birim Kök Testi	64
3.4.2. EşbütünleşmeMetodolojisi	65
3.4.2.1. Engle ve Granger (1987) Eşbütünleşme Metodolojisi	65
3.4.2.2. Gregory ve Hansen (1996) Kırılmalı Eşbütünleşme Metodolojisi	65
3.5.Ampirik Sonuçlar	66
3.5.1. Birim Kök Test Sonuçları.....	66
3.5.2. Eşbütünleşme Test Sonuçları	71
SONUÇ	75
KAYNAKÇA.....	77
EK.....	85
Ek 1. Orijinallik Raporu.....	85
ÖZGEÇMİŞ	86

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: OECD Ülkelerinde Hastane ve Yatak Sayıları.....	32
Tablo 2: Bebek Ölüm Oranı (Binde)	33
Tablo 3: Anne Ölüm Oranı (Yüz Binde)	34
Tablo 4: Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%)	35
Tablo 5: OECD Ülkelerinde Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi (2003-2017).....	36
Tablo 6: Anne Ölüm Hızı (100.000 Canlı Doğumda)	39
Tablo 7: Türkiye’de Sağlık Kurumu, Toplam Yatak Sayısı, Hekim, Hemşire Sayısı Değişimleri, 2003-2018 Yılları.....	41
Tablo 8: Dünya Çapında Toplam Vaka Sayısı	48
Tablo 9: Türkiye, Avrupa birliği ülkeleri ve Amerika Birleşik Devletleri’ne ait Covid-19 ve genel sağlık göstergeleri ile ilgili bazı verilerin karşılaştırılması	50
Tablo 10: Çalışmada Kullanılan Değişkenler ve Kısaltmaları	58
Tablo 11: Kullanılan Değişkenler İçin Tanımlayıcı İstatistikler	58
Tablo 12: ADF ve PP Birim Kök Test Sonuçları	67
Tablo 13: Seviyede Zivot ve Andrews Birim Kök Testi Sonuçları	68
Tablo 14: Birinci Farkında Zivot ve Andrews Birim Kök Testi Sonuçları	68
Tablo 15: Lee ve Strazicich (2003) Birim Kök Test Sonuçları	69
Tablo 16: Kişi başına GSYİH ile Kişi Başına Kamu Sağlık Harcamaları EngleGrangerEşbütünleşme Testi Sonuçları	71
Tablo 17: Kişi başına GSYİH ile Kişi Başına Özel Sağlık Harcamaları EngleGrangerEşbütünleşme Testi Sonuçları	71
Tablo 18: Kişi başına GSYİH ile Kişi Başına Kamu Sağlık Harcamaları Arasındaki Gregory ve HansenEşbütünleşme Testi Sonuçları	72
Tablo 19: Kişi başına GSYİH ile Kişi Başına Özel Sağlık Harcamaları Arasındaki Gregory ve HansenEşbütünleşme Testi Sonuçları	73

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Doğuştaki Beklenen Yaşam Süresinin Uluslararası Karşılaştırması, 2018	37
Şekil 2: Türkiye’de Bebek Ölüm Oranları (Binde)	38
Şekil 3: Türkiye’de Doğurganlık Rakamları	40
Şekil 4: Doğuştaki Beklenen Yaşam Süresi	40
Şekil 5: Türkiye’de Sağlık Kurumu, Toplam Yatak Sayısı, Hekim, Hemşire Sayısı Değişimleri, 2003-2018 Yılları.....	42
Şekil 6: Türkiye’de Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı, (%)	43
Şekil 7: Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, Nominal (TL)	44
Şekil 8: Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcaması İçindeki Oranı (%)	45
Şekil 9: Kişi Başı Cepten Yapılan Sağlık Harcaması, Nominal (TL).....	46
Şekil 10: Kamu ve Özel Cari Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Oranı (%).....	47

GRAFİK LİSTESİ

Grafik 1: Değişkenlerin Zamana Göre Seyri.....	59
---	----



KISALTMALAR

WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
MSB	: Milli Savunma Bakanlığı
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
DTP	: Devlet Planlama Teşkilatı
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SB	: Sağlık Bakanlığı
IMF	: Uluslararası Para Fonu
WB	: World Bank (Dünya Bankası)
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
OECD	: Organization for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
SHİDK	: Sağlık Harcamaları İzleme ve Değerlendirme Komisyonu
SHS	: Sağlık Hesapları Sistemine
GSYİH	: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri

GİRİŞ

Küresel ve ulusal çerçevede stratejik bir öneme sahip olan sağlık hizmetleri kalkınma sürecini tamamlamak isteyen ekonomiler için sağlıklı bir toplum bilincinin oluşturulması açısından büyük önem arz etmektedir. Bu bağlamda etkin ve etkili bireylerle sağlık hizmetlerinin kaliteli, devamlı ve yeterli finansman kaynağına sahip olması ekonomilerin kalkınma seviyelerinin yüksek düzeyde olduğunun bir göstergesidir. Son zamanlarda, ekonomik büyüme literatürüne ilişkin yapılan teorik ve ampirik çalışmalar iktisadi büyüme üzerinde beşeri sermayenin rolü vurgulanmaktadır. Ülkelerin kalkınma seviyelerinin yükseltilebilmesi beşeri sermaye unsuruna bağlı olarak değişme göstermektedir. Beşeri sermayeyi oluşturan unsurlar arasında eğitim ve sağlık alanında meydana gelen değişimler işgücü verimliliğini önemli derecede etkilemektedir. Bu sebeple literatürde beşeri sermaye unsurları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin uzun yıllardan bu yana araştırıldığı görülmektedir.

Ekonomik ve gelişmiş sosyal çevreye sahip olan ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ile sağlık seviyeleri arasında doğru orantılı bir ilişki bulunmaktadır. Sağlıklı bir toplumdan söz edebilmek için ülkenin sağlık için ayırdığı kaynaklara, toplumun sağlık seviyesine bakılarak fikir sahibi olunabilir. Sağlık hizmetleri için ayrılan harcamaların büyüklüğü gelişmiş ülkelerde çok daha fazla olmaktadır. Bu durum gelişmiş ülkelerde insanların sağlık bilincinin daha üst seviyelerde olduğunu göstermektedir (Tıraş ve Ağır, 2018: 14). Her vatandaş daha iyi standartlarda sağlık hizmeti almayı ve daha sağlıklı bir ömür geçirmeyi istemektedir. Bu açıdan sağlık hizmetlerinin kalitesi ve çeşitliliği, gelişmişlik düzeyi hangi standartlar da olursa olsun, tüm toplumlar için gün geçtikçe şekillenmekte ve nüfus artışına bağlı olarak sağlık hizmetlerine olan ihtiyaç da artmaktadır. Bu bağlamda bir toplumun sağlık seviyesinin ne düzeyde olduğunun bilinmesi ve toplumun karşılaştığı sağlık sorunlarının neler olduğu hakkında araştırmalar yapılması, ülkede sağlıkla sektörüne ait yatırımların ya da harcamaların neler olması gerektiği ve hangi boyutta yapılması gerektiği oldukça önemli bir konudur. Bireylerin sağlıklı olması için gerekli olan bu ölçütlerin temel amacı daha sağlıklı bir toplum yaratmaktır.

Diğer tüm piyasalarda olduğu gibi sağlık piyasasında da sonsuz kaynakların olduğundan bahsetmek pek mümkün değildir. Ülkeler sağlıkta iyileşmeler yapmayı

hedeflemede öncelikle bu kıt kaynaklarla en yüksek verimi alma yolunu bulmaya çalışmalıdır. Bu şekilde istenilen sağlık düzeyine erişebilmenin daha mümkün olabileceği görülmektedir. Diğer ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de sağlık sektörü için ayrılan pay sınırlıdır. Mevcut kaynaklar sınırlı olduğundan, eldeki kaynaklarla sağlık getirisinin maksimum düzeyde olması için seçimlerin mümkün olan en doğru şekilde yapılması gerekmektedir. Artan sağlık harcamalarını denetlemek, kontrol altına alabilmek, kamu kaynaklarının etkin kullanımını sağlamak, sağlık bilincinin yükselmesine bağlı olarak sağlık hizmeti talebinde görülen artışa cevap verebilmek, sağlık hizmetlerine erişilebilirliği kolaylaştırmak gibi sonuçlar ekonominin bir alt dalı olan sağlık ekonomisi dalının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Bu bağlamda sağlık ekonomisi, sağlık politikalarının kapsamını şekillendirme özelliğine sahiptir. Uygulama alanı bulan sağlık politikaları açısından sağlık ekonomisi bilim dalının gerekliliğinin önemi, kamu ve özel sektörün sağlık hizmeti sunumunda sağlık hizmetlerinin kendine has yapısal özelliklerinden kaynaklı olması nedeniyle günümüzde giderek artmaya devam etmektedir (Dewar, 2010: 10).

Ekonomiler için bu denli öneme sahip olan sağlık hizmetlerinin etkin şekilde gerçekleştirilebilmesi finansman kaynaklarının varlığı ile mümkün olmaktadır. Bir başka ifade ile finansman kaynağında yükselişler meydana gelmesi durumunda sağlık hizmetlerine erişilebilirlik artarken, finansman kaynağında ortaya çıkan olumsuz gelişmeler yaşanması durumunda ise sağlık hizmetlerinin birçok alanında eş zamanlı sorunlar yaşanabilmektedir (Loş, 2016: 63). Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Türkiye’de uygulanmasının hedeflerindeki temel unsur kişilerin sağlık düzeyinin yükseltilmesi, mevcut kaynakları uygun biçimde kullanarak maliyeti azaltılması ve aynı kaynakla daha çok hizmet üretmek ve tüm vatandaşların sağlık hizmetlerine adilane bir şekilde ulaşmaları yer almaktadır (Kara, 2014: 11-12).

Çalışmanın konusunu belirleyen temel göstergeler OECD ülkelerinin ve Türkiye’nin sağlık ekonomisi ile ilgili göstergelerdir. Bu tez çalışması üç bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın birinci bölümünde Türkiye’de sağlık ekonomisinin temel unsurlarına yer verilmiş, ayrıca sağlık sisteminde dönüşüm sürecinden bahsedilmiştir. Çalışmanın ikinci bölümünde ise sağlık hizmetlerinin finansmanın konusuna yer verilirken OECD ülkeleri ve Türkiye için sağlık göstergelerine de yer verilmiştir. Çalışmanın üçüncü ve son bölümünde ise Türkiye’de ekonomik büyüme ile sağlık

harcamaları arasındaki ilişki ampirik uygulama ile analiz edilmiştir. Son bölümde ekonomik büyüme ile sağlık harcamalarının arasındaki ilişkinin teorik çerçevesi, konu üzerine yapılan ulusal ve uluslararası literatür çalışmalarının özetine yer verilmesinin ardından 1980-2018 dönemleri için ilgili değişkenler arasındaki eşbütünleşme ilişkisi ortaya konmuştur. Son olarak çalışmada elde edilen bulgular literatürde yer alan benzer çalışma sonuçları dikkate alınarak tartışılmış ve sonuçlar değerlendirilmiştir.



BİRİNCİ BÖLÜM

1.TÜRKİYE’DE SAĞLIK EKONOMİSİNİN TEMEL UNSURLARI VE SAĞLIK SİSTEMİNDE DÖNÜŞÜM SÜRECİ

1.1. Sağlık Ekonomisi Kavramına Teorik Bir Bakış

Sağlık, toplumların ve bireylerin temel dinamiklerinden birini oluşturmakta olup çok boyutlu bir kavram olması nedeniyle kavram tanımlanırken tek bir tanımdan söz etmek mümkün olmamaktadır. Hayran’a göre sağlık; hastalık terimi ile ilişkili olup hemen her yerde “hasta olmama” anlamında kullanılmakta olup tanım olumsuz yani negatif bir mesaj vermektedir. İlich’e göre ise sağlık kavramı hem pozitif, hem de negatif çerçeveden değerlendirilmekte olup “bir canlının kendi hücresel çekirdeğinde şifreli bütünlüğünü ve kararlılığını korumak yolunda oluşmuş maddesel örgütlenişinin bir bozukluk olmaksızın çalışması ve aynı canlının daha üst düzeyde bir örgütlenişini başarabilmesi süreci” şeklinde tanımlanmaktadır (Tıraş, 2013: 127). Bu tanımlar arasında koruyucu hekimlik alanında tartışmasız kabul edilen kavram ise 1958 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılan kapsamlı sağlık kavramıdır. WHO tarafından yapılan tanımlama da sağlık; bireyin sadece hasta veya sakat olmama hali değil, beden, ruhen ve sosyal yönlerden tam bir iyilik içinde bulunması şeklinde farklı bir boyut kazanmıştır. Diğer tanımlardan farklı olarak WHO tanımlamasında bireyin sağlıklı kabul edilebilmesi için hem beden, hem de ruhen iyi olması gerektiği ifade edilmektedir. Herhangi bir gerekçe nedeniyle bireyin bedensel ya da ruhen işlevini yerine getirememesi ise hastalık kapsamında değerlendirilmektedir. Bireyin sağlık durumunun düzelmesi, bu durumun sürekli hale gelmesi ya da hastalık var ise tedavi sürecinin başlaması ise sağlık kavramı kapsamında ele alınmaktadır (Alp, 2016: 2-3).

Sağlık hizmetlerinin kalitesi ve çeşitliliği, gelişmişlik düzeyi hangi standartlar da olursa olsun, tüm toplumlar için gün geçtikçe şekillenmekte ve nüfus artışına bağlı olarak sağlık hizmetlerine olan ihtiyaç da artmaktadır. Toplumlar varlıklarının devamlılığı için dünyaya gelmelerinden itibaren yaşam mücadelesi vermekte bu etkinlik sadece ortak bir amaç yani toplumların Dünya’da varlıklarını koruma mücadelesi için gerçekleşmektedir.

Yaşam mücadelesinde başarılı çıkan toplumların bir diğer hedefi ise varoluşlarının devamlılığının sağlanabilmesi adına sağlıklı bireylere sahip olma koşuludur. Bir toplumun varlığının devamlılığı şüphesiz sağlıklı bireylerden geçmektedir. Kalkınma basamaklarını adımlarken ileri bir toplum olma yolunda yapılması gereken ilk adım; toplumda bireylerin hem ruhen, hem de bedenlen sağlıklı bireyler olmasından geçmektedir. Çünkü sağlıklı bir toplum; daha güçlü, daha mutlu ve daha istikrarlı bir hayat sunmaktadır. Bu nedenle sağlık, toplumların en temel gereksinim ve vazgeçilemez haklarından birini oluşturmaktadır (Uysal, 2011:3).

Sağlık, her bireyin yadsınamaz en temel ihtiyaçlarından biri olup her bir birey için doğumdan ölüme kadar güvende olma hissidir. İnsanların bebeklikten itibaren süregelen gelişiminin her evresinde sağlık her zaman önemli olan bir olgudur. Sağlıklı bireylere sahip olma; toplumların ya da ülkelerin gelişmişlik düzeyini yüksek olduğunu gösteren temel göstergelerden biri olarak kabul edilmektedir (Kısa, 2012: 7).

Her vatandaş daha iyi standartlarda sağlık hizmeti almayı ve daha sağlıklı bir ömür geçirmeyi istemektedir. Ancak sağlık sektöründeki sınırlılıklar her geçen gün artarak daha görünür bir hal almaktadır. Bu durum sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyaca anında cevap vermeyi sınırlandırmaktadır. Sağlık hizmetleri talebi sürekli artış gösterdiğinden mevcut kaynaklar (sağlık personeli, araç ve gereç temini, teknoloji, tıbbi cihazlar ve zaman gibi) yeterli olamayabilmektedir.

Dünyanın hiçbir ülkesinde sağlık hizmetlerine erişime anında cevap verilebilecek bir sağlık politikası bulunmamaktadır. Ancak bu mümkün olmasa dahi mevcut kaynaklarla en verimli biçimde sağlık hizmeti sunmanın yolu; ekonomistlerin ve sağlık yöneticilerin ortak paydada buluşarak iş birliği içinde olmaları ile mümkün olabilmektedir (Hayran ve Sur, 1998: 65). Ortak payda da buluşan ekonomik unsurlar ile sağlık bilimlerinin asıl amacı, her vatandaşın vazgeçilemez haklarından biri olan sağlık hakkının; her vatandaşın eşit, aktif ve etkin sınırlar dahilinde minimum kaynaklarla maksimum düzeyde sağlık hizmeti sunulmasının sağlanmasıdır. Bu bağlamda bu noktada iki unsurun bir araya geldiği kavram sağlık ekonomisi olmuştur (Saraçoğlu ve Öztürk, 2016: 295). Sağlık ekonomisi, sağlık politikalarının kapsamını şekillendirme özelliğine sahiptir. Uygulama alanı bulan sağlık politikaları açısından sağlık ekonomisi bilim dalının gerekliliğinin önemi, kamu ve özel sektörün sağlık hizmeti sunumunda sağlık

hizmetlerinin kendine has yapısal özelliklerinden kaynaklı gitgide artmaktadır (Dewar, 2010: 10).

Sağlık ekonomisi kavramı ele alınmadan önce ekonomi dalı; herhangi bir toplumun ya da ülkenin yaşam mücadelesinde, ihtiyaçların karşılanmasında yapılan faaliyetlerin tümü şeklinde ifade edilmekle birlikte bir toplumda üretilen ve tüketilen mal ve hizmetlerin oranı ile ilişkili olan bir bilim dalı olarak da karşımıza çıkmaktadır (Culyer ve Newhouse, 2000). Ekonominin nispeten yeni bir alt disiplini olan sağlık ekonomisinin farklı bir bilim dalı olarak ele alınmasındaki ana etkenler; sağlık hizmetlerinin diğer hizmet türlerinden farklı yapısal özelliklere sahip olmasından kaynaklanmaktadır. Sağlık hizmetlerini diğer hizmet veren sektörlerden ayıran özellikler arasında (Ayhan, 2004: 18-19);

- Sağlık hizmetlere duyulan ihtiyacın önceden bilinmemesi yani tesadüfi bir talep yaratması,
- Sağlık hizmetlerin genellikle kar amacı gütmeyip sosyal amaçlı olması,
- Sağlık hizmetlerinin daha çok kamusal özellik taşıması,
- Sağlık hizmet sunucularının daha çok karar belirliyor olması,
- Sağlık hizmetinde asimetrik bilginin fazla olması gibi unsurlar yer almaktadır.

Ekonomi dalı kurallarının sağlık alanının uygulanması ile ortaya çıkan sağlık ekonomisi, sağlık sektörü için ayrılan kaynaklarda görülen artışa bağlı olarak gelişim seyreden bir bilim dalı olarak değerlendirilmektedir. Bu anlayış çerçevesinde sağlık ekonomisi, tüm kaynakların (sağlık işgücü, sermaye, bina-teçhizat, tıbbi cihazlar vb.) en yüksek düzeyde sağlık hizmeti üretmek amacıyla, verimli şekilde kullanımı ve üretilen bu hizmetin topluma en iyi şekilde nasıl bölüştürülebileceğini bulmayı amaçlayan bilim dalı olarak tanımlanabilir (Acar ve Yeğenoğlu, 2006: 39).

Her geçen gün artan sağlık hizmetleri talebinin bir sonucu olarak, artan sağlık harcamaları ve bunun yanında sağlık hizmetleri için ayrılan kaynakların kıt olması; istenilen etkinliğe ve verimliliğe ulaşma noktasında sağlık hizmetleri sunumunda karar verme sürecini ortaya çıkarmıştır (Cunningham, 2001). Geniş yelpazeye sahip olan alanlardan biri olan sağlık ve sağlıkla ilgili tüm konular sağlık ekonomisinin araştırma alanı içerisinde olduğu görülmektedir. Sağlık ekonomistleri bu noktada sağlık hizmetleri için ayrılan kıt kaynakların, etkili ve verimli kullanılabilmesi için rasyonel kararların alınması sürecinde kilit öneme sahiptirler. Sağlık ekonomistlerin bu sistem içinde

aldıkları rolleri oldukça önemlidir (Cleveland, Motter ve Smith, 2019). Rasyonel kararların alınması süreci, temelde maliyetlerin ve çıktıların karşılaştırmalı analizidir. Sağlık hizmetleri sunumunda istenilen etkinliğin sağlanması için üretim ve tüketim etkinliğinin bir arada gerçekleşmesi gerekmektedir. Sağlık piyasasında üretim sınırlı kaynaklarla yapıldığından değerlendirme yöntemleri (maliyet-minimizasyon, maliyet-fayda, maliyet-yarar ve maliyet-etkililik) ön plana çıkmaktadır. Bu ekonomik değerlendirme de tüm sağlık kaynaklarının kıt olduğu temel anlayışı ile kaynakların tahsisine yönelik en uygun maliyetli seçeneği belirlemek için alternatifleri değerlendirmekle ilgilidir (Drummond, vd., 2005: 10). Diğer ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de sağlık alanı için ayrılan pay sınırlıdır. Mevcut kaynaklar sınırlı olduğundan, eldeki kaynaklarla sağlık getirisinin en fazla olacağı seçimlerin mümkün olan en doğru şekilde yapılması gerekmektedir. Artan sağlık harcamalarını denetlemek, kontrol altına alabilmek, kamu kaynaklarının etkin kullanımını sağlamak, sağlık bilincinin yükselmesine bağlı olarak sağlık hizmeti talebinde görülen artışa cevap verebilmek, sağlık hizmetlerine erişilebilirliği kolaylaştırmak gibi sonuçlar sağlık ekonomisi dalının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

1.2. Sağlık Hizmetinin Yapısal Özellikleri ve Sektörel Farklılıkları

İnsanların yaşamlarına devam edebilmelerinin öncül koşulunu sağlıklı bir birey olmaları oluşturmaktadır. Bu durum sağlık hizmetlerinin bireyler için temel bir ihtiyaç niteliği taşıdığını göstermektedir. Sağlık hizmeti toplumlar için büyük öneme sahip olup kar amacı taşımayan hizmet türlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Sağlık hizmetinin ertelenmesinin de söz konusu olmaması ve kolay erişilebilir olması da sektörün bir diğer stratejik noktasını oluşturmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin bir başka özelliği ise hizmete erişebilenler kadar erişemeyenlerinde verilen hizmetten faydalanması gerektiği kabulüdür. En basit örneğiyle; koruyucu sağlık hizmeti olan aşı, hastalığa yakalanacak bireyi önceden koruduğu gibi bireyin başkalarına hastalığı bulaştıramamasına da engel olan bir nitelik taşımaktadır. Bu durum sağlık hizmetlerinin toplumsal ya da sosyal amaçlı olma özelliğini göstermektedir (Sağlık Paneli, <http://www.saglikpaneli.com>).

Sağlık hizmetleri, toplumun bütününe kapsayacak nitelikte olması nedeniyle, onu diğer mal ve hizmet üreten sektörlerden çok ayrı bir yere koymaktadır. Sağlık hizmetleri

temelde bireylere daha iyi şartlarda hizmet sunmayı ve bu hizmetlerinin niteliklerini geliştirmeyi hedeflemektedir.

Sağlık hizmetleri alıcıları genellikle bir rahatsızlık belirtisi baş gösterdiğinde hizmet talebinde bulunduğundan planlı, programlı bir süreç içerisinde olamamaktadır. Sağlık hizmetleri hayati konularla alakalı olduğundan sağlık hizmeti alan birey ya da bireyler bu hizmeti daha sonraya ertelenemez olup acil müdahale edilmesi gereken bir rahatsızlık daha sonraya bırakılması durumunda bireyin hayati fonksiyonlarının son bulmasına neden olabilmektedir. Bu da sağlık hizmetlerinin ertelenemez bir hizmet türü olduğunu göstermektedir (Tıraş, 2018: 43).

Her geçen gün tıp alanında ve teknolojiye meydana gelen gelişmeler sağlık sektöründe gelişmelere ayak uyduracak nitelikte sağlık personelleri yetiştirmeyi zorunlu hale getirmektedir. Uzmanlaşma seviyesi oldukça yüksek olan sağlık hizmetlerinde işlevsel bağımlılığın yüksek seviyelerde olması, farklı dallarda uzmanlaşmış sağlık çalışanlarının faaliyetleri arasında eşgüdüm gerektirmektedir. Bir başka ifade ile sağlık personellerinin birbiriyle iletişimde ve uyumlu çalışması büyük önem arz etmektedir. Bu da sağlık hizmetlerinde uzmanlaşma düzeyi yüksek olması gerekliliğini ortaya koyan bir özellik olarak kabul edilmektedir (Kavuncubaşı, 2012: 37).

Sağlık hizmetleri diğer hizmet türlerinden ayıran bir başka özellik ise hayati konularla ilgili bir hizmet türü olması nedeniyle sağlık hizmeti alan birey için belirsizlik ve risk söz konusu olmasıdır. Hizmet alan birey, aldığı hizmetin kalitesinin teknik boyutuyla ilgili yeterli bilgiye sahip değildir. Hizmet alıcıların, aldıkları sağlık hizmeti hakkında yeterli bilgi ve donanıma sahip olmaması asimetric bilgi sorununu ortaya çıkarmaktadır. Hizmet sunucuları tarafından hizmet alıcılarının ya da hasta bireylerinin hastalıkları hakkında yeterince bilgilendirilmemesi asimetric bilgi sorununa sebebiyet vermektedir. Bu da hizmet alıcıların yanlış seçim yapmaları, gereksiz bazı tetkikler yapmaları gibi sorunları doğurmaktadır (Loş, 2016: 21).

Sağlık hizmetlerinin önemli özelliklerinden bir diğeri ise sağlık hizmetlerinin ikame edilemez olmasıdır. Sağlık hizmetlerinin ertelenemez özelliğine bağlı olarak ikamesinin olmaması; sağlık hizmetlerine olan talebin ortaya çıkmasıyla beraber hizmetin alındığı gibi tüketilmesi gereken bir ihtiyaçtır. Gerekli olan sağlık hizmetinin bir başka hizmetle ikame edilmesi söz konusu olamamaktadır. Ertelenen sağlık hizmeti bireyin

sonraki hayatını kötü etkilemesiyle birlikte içinde bulunduğu toplumu da hem sağlık hem de ekonomik açıdan etkilemektedir (Demir ve Tanyıldızı, 2017: 100).

Sağlık kurumları kompleks bir yapıdadır. Kurumda sunulan sağlık hizmetleri de oldukça karmaşık bir yapıda olmakta ve değişkenlik gösterebilmektedir. Bu yüzden sunulan sağlık hizmeti standartlaşamaz ve her hasta birey için özel bir tedavi süreci oluşturulmaktadır (Kavuncubaşı, 2012: 37).

Sağlık hizmetlerinin diğer sektörlerden ayıran hizmet üretme özelliği, toplum odaklı olmasından kaynaklanmaktadır (Akın, 2007: 7). Sağlık hizmetlerini diğer sektörlerden ayıran özellikleri arasında (Özmen, 2015: 168);

- Sağlık hizmetleri, toplumun her kesiminin rahatlıkla ulaşılabilirdiği bir kriterde olması gerekliliği,
- Hizmet sunucuları, alanında uzmanlaşmış başta hekim olmak üzere sağlık profesyonellerinden oluşması,
- Hasta bireylere uygulanacak tedavi biçimi doğru bir biçimde olması gerekliliği,
- Hizmet sunucuları tarafından verilen sağlık hizmeti anında ve doğru zamanında yapılması gerekliliği,
- Sağlık hizmeti devamlılık göstermesi gerekliliği,
- Sağlık hizmetlerini belirli hijyen kuralları içerisinde ve eksiksiz olmasına özen gösterilmesi gerekliliği,
- Sunulan hizmet güvenli bir şekilde yapılması gerekliliği gibi unsurlar yer almaktadır.

1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri, bireyin ya da toplumların sağlığına zarar veren etmenlerden korunması ve sağlıklı bir şekilde yaşamlarını idame ettirmeleri için sunulan bütün hizmetler sağlık hizmetleri kavramında toplanmaktadır. Kişiden kişiye, toplumdan topluma hastalık ve sağlık terimlerinin tanımının farklılaşması sağlık hizmetlerinin de çeşitlendirilmesine neden olmaktadır.

Sağlık hizmetleri bireyin ya da toplumun hastalıklı olma halini yalnızca vücudu oluşturan doku ve organlardaki eksiklik ya da rahatsızlık şeklinde algılaması sunulan sağlık hizmetinin kapsamını da bir o kadar daraltmaktadır. Sağlıklı ile hastalıklı olma hali sadece bedensel bir kayıp olarak değil, sosyal boyutuyla da algılanması sunulan sağlık hizmetlerinin sınırlılığını da daha kapsamlı bir biçime dönüştürebilmektedir. WHO tarafından yapılan tanımlamada kişinin ya da toplumun beden, ruhen ve sosyal açıdan tam bir iyilik içinde olma hali şeklinde algılanması sağlık hizmetlerinin iyi olma hali için sunulan faaliyetlerin tümü şeklinde tanımlanması gerektiğini özellikle vurgulamaktadır (Çoban, 2009: 11).

Sağlıklı olmak her bireyin en temel hakkı olup bireylerin ya da toplumların sağlıklı olma halini elde edebilmesi, korunması ve sürdürülebilmesi için sağlıkla ilgili tüm kurum ve kuruluşlar tarafından sunulan mal ve hizmetlerin oluşturduğu dinamik yapı sağlık ekonomisini oluşturmaktadır (Ersöz, 2008: 95). Sağlık ekonomisinde yürütülen hizmetlerin kar amacı gütmemesi sağlık piyasasını bilinen klasik piyasalardan ya da sektörlerden kesin bir çizgi ile ayırmaktadır. Sağlık kuruluşların çoğu kamu ya da kar amacı gütmeyen kuruluşların bünyesinde hizmetlerini sunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin tüketimi planlı bir şekilde değil de tesadüfi ortaya çıktığından ertelenebilir bir özelliğe sahip değildir. Bu da her bireyin sağlık hizmetlerine erişebilmeyi en temel insani haklarından biri haline getirmektedir. İkamesi olmayan sağlık hizmetleri çoğu zaman kar motivasyonu ile açıklanan sektörlerde sunulan mal ve hizmetlerden farklı olarak karşımıza çıkmaktadır (Çoban, 2009: 12).

İnsanların ve içinde bulunan toplumun mevcut sağlık durumunu korumayı, sakatlık ve hastalık gibi işlev bozukluklarını yeniden işlevli hale getirmeyi yani kişilerin bir başkasına ya da sağlık personellerine bağımlı kalmadan yaşamlarını sürdürebilmeleri sağlık hizmetlerinin öncelikli amaçları arasında yer almaktadır. Böyle amaçlar beraberinde toplumun sağlık düzeyini de arttırmaktadır. Sağlık hizmetlerini sunan ya da sağlıklı ilgili olan kurum ve kuruluşlar sağlık sektörünü oluşturmaktadır. Etkin bir sağlık sektörü ya da sağlık piyasası, insanların ve toplumun gereksinimlerine ve beklentilerine en hızlı ve en erişilebilir bir hizmet sunan sektördür. Artan nüfus hareketleri, beraberinde sağlık hizmetlerinin herkese yetişmesi ve finansmanın yeterli olup olmaması konusundaki soru işaretlerini getirmektedir. Gelişmiş ülkelerde bile sağlık sektöründe finansman konusu büyük bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Bu açıdan sağlık

hizmetlerinin doğru ve etkin bir şekilde sunulması, maliyetlerin kontrol altına alınması, en üst düzeyde sağlık hizmeti üretmek sağlık ekonomisinin uzmanlık gerektiren ve oldukça önemli bir alan haline getirmektedir (Alp, 2016: 4).

Sağlık hizmetleri, hasta ile sağlık hizmetini sunan kişiler arasında karşılıklı iletişimi gerektiren sosyal faaliyetlerin tümünü içermektedir. Üretildiği gibi tüketilen bir hizmet olduğundan hasta ve sağlık hizmeti sunanlar arasında eş zamanlı ve eş düzeyde yaklaşım gösterilmesini gerektiren hizmettir (Tarım, 2011: 17). Sağlık hizmetleri toplumun her kesimin almak zorunda olduğu temel bir ihtiyaçtır. Sağlık kuruluşlarında hizmet toplumun farklı kesimlerine sunulduğundan, sağlıklı iletişimin kurulabilmesi oldukça önemlidir.

Sağlık hizmetleri, birey ve toplumun uzun vadede bir hayat sürdürmelerini ve verimli çalışmasını sağlamak amacıyla faaliyetlerini sürdürmektedir. Türkiye’de dört kademeli bir sağlık sistemi bulunmaktadır. Dört kademeli sağlık sisteminde; planlama ve denetleme görevi Sağlık Bakanlığı kapsamında gerçekleştirilmektedir (Yılmaz, 2012: 9). Sağlık hizmetleri; koruyucu, tedavi edici ve esenlendirici (rehabilite edici) hizmetler biçiminde sınıflandırılmaktadır.

Koruyucu Sağlık Hizmetleri: Hastalıkların önlenmesi, sağlıklı halin devamlılığının korunması için yapılan hizmetler koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilmektedir. İnsanların, sağlık hizmetinden ne zaman yararlanacağını bilmemesi ve her an risk altında olunması koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi her geçen gün daha önemli bir hale gelmiştir. Koruyucu sağlık hizmetleri, bireyler daha sağlıklı iken hastalıkların oluşmasını engellediğinden bu hizmeti alan bireylere sağladığı fayda hizmeti tüketen ya da hizmeti alan birey dışında diğer aile fertlerine ve içinde bulunduğu topluma da fayda sağlanmış olmaktadır. Çünkü insanlar, içinde bulunduğu çevre ve toplumla bağlantılı bir haldedir. Buda bireyde oluşabilecek risklerin sadece onunla sınırlı kalmadığını göstermektedir (Çoban, 2009: 16). Bu yüzden kişiye yönelik yapılan bağışıklama, erken tanı, anne ve çocuk sağlığı, aile planlaması, hastalık riski taşıyan grupların aşılama, gıda denetimi ve kontrolü gibi hizmetler oluşabilecek riskleri önceden önleme olarak sosyal faydayı maksimum seviyeye çıkarmaktadır. Bütün bu önlemler koruyucu sağlık hizmetleri olarak nitelendirilmektedir (Gür, 2015: 6).

Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri: Hastalıkların ya da oluşabilen sakatlıkların iyileştirilmesi için yapılan tıbbi müdahalelerin tümü tedavi edici sağlık hizmetleri

kapsamına girmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinden farklı olarak bireylerin sağlıklı iken ya da hastalıklar belirmeden önce korunma amacıyla başvurduğu bir hizmet değil de sağlıklarının kötüye gittiği durumlarda başvurduğu bir sağlık hizmetidir. İyileştirici sağlık hizmetleri olarak da tanımlanan bu hizmetler, tanı ve tedaviyi içermektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerine karşın tedavi edici sağlık hizmetleri kişilerin yaşadığı sağlık sorunlarının büyüklüğü de baz alınarak daha maliyetli olmaktadır. Yalnız bireysel faydanın da yüksek olduğu bir alandır. Karşılaşılan sağlık sorunlarının tanı ve tedavisinde yüksek teknolojinin kullanılması gerektiği durumlarda bireye ve topluma maliyetinin büyüklüğü de artabildiğini söylemek mümkündür (Ayhan, 2004: 12-13). Tedavi edici sağlık hizmetleri sunumunda sevk zinciri vardır. Birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak şeklinde olmaktadır. Hastalığın ve tedavinin niteliğine göre bu sevk zinciri işlemektedir. Tedavi, ilaç kullanımı, cerrahi müdahaleler, fizik tedavi uygulamaların yapıldığı tedavi edici sağlık hizmetleri üç basamak şeklinde gerçekleşmektedir. Bunlar;

- **Birinci Basamak Tedavi Hizmeti:** Hastaların ilk başvurduğu evde ve ayakta tedavi edildiği sağlık kuruluşlarıdır. Sağlık ocakları, aile hekimlikleri, toplum sağlık merkezleri birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği yerlerdir. Tam ve tedavi yapılması mümkün olmayan hastalar bu basamaktan ikinci basamağa sevk gerçekleştirilir.
- **İkinci Basamak Tedavi Hizmeti:** Hastaların yatırılarak tanı ve tedavisinin yapıldığı hizmetleri kapsamaktadır. Uzmanlar tarafından hastalar tedavi edilmektedir.
- **Üçüncü Basamak Tedavi Hizmeti:** Birinci ve ikinci basamakta çözilemeyen sağlık sorunlarını yaşayan hastalar üçüncü basamağa sevk gerçekleştirilmektedir. En üst düzeyde tıp teknolojinin kullanıldığı üniversite hastaneleri, kanser araştırma merkezleri, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri ve sanatoryumlar bu basamakta yer almaktadır (Yılmaz, 2012: 12).

Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri (Esenlendirici): Bazı nedenlerden bedenlen veya ruhen sakatlıklar geçiren, engelli olarak kalan kişilerin başka bireylere bağımlı kalmadan hayatlarını sürdürmeleri amacıyla yapılan tüm çalışmalar rehabilitasyon hizmetleri olarak tanımlanmaktadır. Bireylerin mevcut olan becerilerinin hastalık ya da herhangi bir kaza sonucu kişide bırakan kalıcı hasar veya işlev bozuklukları kişinin günlük hayatını

etkilediğinden verilen rehabilitasyon hizmetlerinin sonuçları oldukça zor ve kısa sürede olumlu yanıt vermeyen bir sağlık hizmet türüdür (Çoban, 2009: 18).Rehabilitate edici hizmetler; tıbbi rehabilitasyon ve sosyal(mesleki) rehabilitasyon hizmetler olarak iki grupta değerlendirilmektedir (Akdur, 2006: 20): Bunlar;

- **Tıbbi Rehabilitasyon:** Kişide oluşan kaza veya hastalık sonrası bedensel engellerin cerrahi veya tıbbi kontrollerle tekrar düzeltilmeye, iş görür hale getirilmesine çalışılması tıbbi rehabilitasyon hizmetleri arasına girmektedir. Hekim ve diğer sağlık personelleri tarafından verilen bu hizmetler vücutta oluşan işlev bozukluğunun tamamen ya da kısmi olarak yeniden işlevli hale getirilmeye çalışılması öncelikli hedefler arasındadır.
- **Sosyal (mesleki) Rehabilitasyon:** Hastalık veya herhangi bir nedenden dolayı kişide oluşan engellerin, kişinin rutin hayatına tekrar dönmesi ve toplumsal hayata adapte olması için verilen hizmetlerdir. Sosyal rehabilitasyon hizmetleri kişilere başvurabilecekleri doğrultuda ve alanda iş bulma ve işe uyum sağlama çalışmalarını kapsamaktadır. Sosyal rehabilitasyon hizmetleri, tıbbi hizmetlerin sunucularından farklı olarak sosyal hizmetler kurumu ile personelleri tarafından sunulmaktadır. İnsanların yeniden toplumsal hayata kazandırılmasındaki zaman açısından oldukça önemlidir.

1.4. Sağlık Ekonomisinde Arz ve Talep Dengesi

Sağlık sektörünün hedefi, her bireyin gereksinimi doğrultusunda adil, kaliteli, erişilebilir ve bünyesinde donanımlı sağlık personeli barındıran bir sağlık hizmeti sunmasıdır. Fiziki koşullar, coğrafi şartlar, sosyal ve ekonomik durumun elverişsizliği nedeniyle sağlık hizmetlerine ulaşamayan vatandaşlara sınırlı olmayan sistemler içerisinde mümkün olabildiğince sağlık hizmeti sunmak bir diğer hedefler içerisinde. Bununla birlikte bireylere sağlıklı hayatın gerekliliği, sağlıklı yaşam davranışı kazandırma ayrıca sadece bireysel değil de tüm toplumu etkileyecek şekilde sağlıklı ortamlar yaratmak gibi daha kapsamlı konular arz ve talep sistemlerinin hedefleri arasında yer almaktadır (Sargutan, 1993: 39). Bu bölümde sağlık ekonomisinde sağlık hizmetleri arz ve talebine alt başlıklarda yer verilmiştir.

1.4.1. Sağlık Ekonomisinde Arz Kavramı

Arz, genel olarak sunmak şeklinde ifade edilebilmektedir. Geniş bir perspektifte ise mal ya da hizmetlerin belirli bir sektörde, belirli bir zaman diliminde, belirli bir fiyattan piyasaya sunulan mal ve hizmet miktarı arz olarak tanımlanmaktadır. Mal ya da hizmet üretimi için gereken kaynaklar üretim faktörleri olarak isimlendirilmekte ve genellikle toprak, emek, sermaye ve girişimci şeklinde sınıflandırılmaktadır.

Türkiye’de sağlık ekonomisinde ise arz cephesini oluşturan unsurlar arasında Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), üniversite hastaneleri ve Milli Savunma Bakanlığı (MSB) gibi kamu kuruluşları oluşturmaktadır. Arz cephesi sadece kamu kaynaklı olmayıp özel kesimden de sağlanabilmektedir. Bu kuruluşlar arasında Özel Hastaneler, Özel Sigorta Fonları, kişilerin direkt yapığı cepten ödemeler gibi örnekler yer almaktadır. Geriye kalan dış doktorları, eczaneler ise yalnızca hizmet sunucusu konumunda sektörün arz cephesini desteklemektedir (Yılmaz, 2012: 44).

Sağlık ekonomisinde üretim maliyeti, sağlık hizmet sunucuları (üreticiler) ile satıcılar için oldukça önemli bir konudur. Doktor, sağlık yardımcısı (hemşire), sağlık ocağı, diğer teknik ve idari personel, tıbbi araç ve gereçler, üretim girdileri, çıktıları ise yaşam süresinin uzatılması, sağlıklı halin devamlılığı, hastalıkların tedavi edilmesi gibi memnuniyetler olarak değerlendirilmektedir. Bu girdiler için yapılan masraflar ya da harcamalar sağlık hizmetlerinin üretim maliyetleri/giderlerini oluşturmaktadır. Hastanede çalışan doktor sayısı, teknoloji, tıbbi araç ve gereçlerde meydana gelen artışlar da sağlık hizmetlerin arzını belirtmektedir. Yani hastane, sağlık ocağı, sayısında artma olması sağlık hizmetlerinin arzında iyileşme olduğunu belirtmez bunun asıl belirleyicisi doktor sayısı yani sağlık çalışan sayısıdır (Kısa, 2012: 28).

Her düzeyde sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanları ile sağlık kurumların toplamı sağlık hizmetlerin arzını oluşturmaktadır. Diğer sektörlerde tüketicinin hakimiyeti söz konusuysa sağlık sektörü bundan çok ayrı olarak talebi arzın belirliyor olmasıdır. Bu da sağlık hizmetlerin arzında, hekim ve sağlık çalışanlarının etkinliğinin fazla olduğunu göstermektedir. Bireylerin ya da hastaların alacağı hizmet hekim tarafından belirlenmektedir. Sağlık hizmetlerinde, sağlık hizmeti sunanlar ile sağlık hizmeti alanlar arasındaki bilgi farklılığından ortaya çıkan bilgi asimetrisi, hastalar hakkındaki kararların

alınmasında belirleyicinin hekim (sağlık çalışanı) olmasına neden olmaktadır. Arzın talep yaratabilme özelliği de buradan gelmektedir (Öner, 2018: 20).

Sağlık hizmetlerinin sunulduğu sağlık kuruluşları ile sağlık hizmet sunucuları adı altında olan doktor, hemşire ve diğer sağlık personelleri sağlık hizmetleri arzı olarak ifade edilmektedir. Sağlık sektöründe tıpkı diğer sektörlerde olan arz-fiyat dengesi aynı şekilde işlemektedir. Fiyatta artma oldukça arz miktarında da artış olur, fiyatta azalma oldukça arz miktarında da azalma meydana gelir. Arz ile fiyat arasında pozitif yönlü ilişki söz konusudur. Diğer sektör sunucuların yaptığı gibi sağlık hizmeti verenler de daha çok kazanç sağlamak için daha fazla hizmet verme isteği duymaktadır. Yalnız sağlık hizmetleri arzında, fiyatın artmasına bağlı olarak arzda da aynı doğrultuda/hızda bir artmanın olduğundan bahsetmek oldukça güçtür. Çünkü sağlık hizmetleri arzının yani sağlık alanında sağlık çalışanı yetiştirilmesi, hastanenin kurulması, tıbbi cihazların temin edilmesi gibi unsurlar oldukça uzun bir süre gerektirmektedir. Buradan sağlık hizmetleri arzı, sağlık hizmetleri talebine anında cevap veremeyeceği sonucuna ulaşılmaktadır (Durmaz ve Erdem, 2017: 582).

1.4.2. Sağlık Ekonomisinde Talep Kavramı

Sağlık hizmetlerinde meydana gelen talep iki unsurdan oluşmaktadır. Unsurlardan ilki, sağlık kavramının sağlık hizmetlerinden faydalanmak isteyen bireylerde oluşturduğu tanımlama biçimi yani sağlık kavramının bireylerde/sağlık hizmet alıcılarında gördüğü değerdir. Genellikle sağlık kavramı toplumun genelinin dayattığı tanımda değer bulmaktadır. Bir diğer unsur ise sağlık hizmet alıcıların sağlık kavramına atfettiği tanım/değer için alacağı sağlık hizmetlerine nasıl erişebildiği konusudur. Bu unsurlar çoğu zaman sınırlayıcı çoğu zaman da genelleyici/kapsayıcıdır. Buradan yola çıkılarak sağlık hizmetlerinde meydana gelen arz-talep dengesi diğer sektörlerde olduğu gibi analiz etmek oldukça güçtür. Yani sağlıklı/sağlıklı olmak, belli alışkanlıklar ya da istenilen hayat tarzını seçmek gibi kişisel tercihler oluşabilecek riskleri arttırdığından bahsedilse bile sağlıklı/sağlıklı olmak kişisel tercihler arasında saymak söz konusu değildir. Tekrar eski sağlıklı hale dönebilmek için bireylerin göze alacağı riskler değerlendirildiğinde, sağlık hizmetlerinin marjinal faydasını /memnuniyetini belirlemenin de zorluğu tahmin edilebilir. Buradan da talebin maliyetler üzerinden kontrol altına alınamayacağı yani hekim sayısında artış yapılarak maliyetlerin düşürülmesi gibi bir durum yapılamayacağı

sonucuna ulaşılmaktadır (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu, <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Konuk-Yazilar/424/Saglik-hizmetlerinde-talep-yonetimi.aspx>).

Sağlık hizmetlerinin ekonomik anlamda değerlendirilmesi için talep olması gerekmektedir. Sağlık sektöründe talebin oluşması diğer sektörlerden farklı olarak bir sağlık ihtiyacın olması gerekir. Yani herhangi bir sağlık sorunundan kaynaklı sağlık hizmeti almak için bir hekime/uzmana başvurulması sağlık hizmetlerinde talebi oluşturmaktadır (Ayhan, 2004: 20). Sağlık hizmeti ihtiyacı doğrultusunda oluşan talep ile sağlık hizmet sunucuları arasında fiyat unsuru ortaya çıkar. Sağlık sektöründe talebi etkileyen unsurlar fiyat dışında, sağlık hizmetlerine erişim, zaman, gerekli olan tedavinin belirlenmesi gibi unsurlarda gösterilmektedir. Sağlık hizmeti alıcıları ihtiyaçları doğrultusunda kendileri için en doğru, en hızlı cevap veren sağlık hizmeti talep ederler (Yılmaz, 2012: 49).

1.5. Türkiye’de Sağlık Sisteminin Yapısı

1970’lerin sonlarına doğru pek çok ülkede kamu reformları gerçekleştirildi. Sağlık alanında yapılan düzenlemelerin öncelikli amacı, verimli, etkili, istenilene cevap verilebilen, vatandaşın beklentilerini karşılayabilen bir hizmet olmaktır. Bu hedef doğrultusunda ülkemizde pek çok yasal düzenlemeler yapılmıştır (Coşkun, 2015: 57). Sağlık alanında yapılan bu düzenlemeler temel aldığı hedefler bakımından sosyal güvenlik reformu da denilebilir. Sağlık reformlarıyla asıl hedeflenen, sağlık için yapılan harcamaları kontrol edebilmek, verimliliği arttırmak, sağlık hizmetlerinin devamlılığını sağlamaktır (Bahçe vd. 2013: 300).

1920-1923 Yılları Arasındaki Sağlık Sistemi: 23 Nisan 1920 senesinde Türkiye Büyük Millet Meclisi Hükümeti’nin kurulmasıyla, sağlık hizmetlerinin profesyonelleştirilmesine yönelik çalışmalar başlatılmıştır. 23 Nisan 1920 senesini takiben 3 Mayıs 1920’de Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı kurulmuştur. Dr. Adnan Adıvar bakanlığın başına geçmiştir. TBMM hükümeti savaş yılları arasında bile sağlık hizmetlerinin düzenlemesi için çalışmalar sürdürmüştür. Bu dönemde sağlıkla ilgili düzenli ve yeterli kayıtlar bulunmamaktadır. Daha çok savaş yaralarının sarılmasına ve sağlık mevzuat çalışmalarına yoğunlaşmıştır (Taşkın, 2011: 52).

1923–1946 Yılları Arasındaki Sağlık Sistemi: 1923 senesinde Cumhuriyetin ilan edilmesiyle Dr. Refik Saydam Sağlık Bakanı olarak göreve başlamıştır. Başa gelen Dr. Refik Saydam, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde önemli adımlar atmış ve daha çok koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesine çalışmıştır. Sıtma, frengi, trahom, verem gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadeleyle yönelik programlar başlatılmıştır. Bu dönemde tedavi edici sağlık hizmetlerin sunumu mahalli idarelere (belediyeler) bırakılmış ve bu amaçla Sağlık Bakanlığı bünyesinde, Sivas, Kayseri, Ankara, İstanbul, Erzurum ve Diyarbakır şehrinde olmak üzere 6 tane numune (tanı ve tedavi merkezleri) hastanesi kurulmuştur. Ayrıca 1928 yılında 1219 sayılı Tababet ve Şuabat Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ile 1930 yılında da 1593 Umumi Hıfzıssıhha Kanunu çıkarılmıştır. Çıkarılan kanunlar kapsamında, koruyucu sağlık hizmetleri ve tedavi edici sağlık hizmetleri birbirinden ayrı tutularak tıp fakültelerin kurulması hedeflenmiştir (Söğüt, 2019: 23). Dr. Refik Saydam, Sağlık Bakanı olduğu süre zarfında uyguladığı politikalar ile Türkiye’de sosyal devlet anlayışının sağlık hizmetlerinde çok önemli örnekler vermekle birlikte daha sonraki senelerde uygulanacak olan sağlık sisteminin teşkilatlanması ve sağlık hizmetlerinin temellerini oluşturmuştur (Karabulut, 2007: 158).

1946-1960 Yılları Arasındaki Sağlık Sistemi: Demokrat Parti Dönemi ya da Dr. Behçet Uz dönemi olarak da bilinen bu dönemde sağlık sisteminin yapısında önemli değişiklikler yapılmıştır. Öncelikle sağlık hizmetlerinde merkezi yapı güçlendirilerek yasal düzenlemeler yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı’nın başına 1946 yılında Dr. Behçet Uz geçmiştir. İl ve ilçelerde sağlık merkezlerin sayısında artış olmuş ve sağlık hizmetlerinin yönetimi yerel (mahalli) yönetimlerden alınarak Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir (Alp, 2016: 39). Dr. Behçet Uz belediye başkanlığı görevi döneminde elde ettiği deneyim ve birikim, daha sonraki bakanlık sürecinde izlediği siyaset ile ortaya koymuştur. Sağlık hizmetlerine toplumun her kesiminin ulaşabilmesi ve mevcut sağlık sistem yapısının iyileştirilmesi amacı ile ilk yazılı sağlık planı olarak da tanımlanan Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı hazırlanmıştır. Plan kapsamında, bebek ölüm hızının düşürülmesi, ilaç üretiminde dışa bağımlı kalmayı sonlandırmayı, halk sağlığının yakından takibe alınması, tropikal hastalıkların tedavisi ve önlenmesi için enstitülerin kurulması, Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü’nün geliştirilmesi, Türkiye’nin her bölgesinde 500 yataklı hastane, 300 yataklı çocuk hastaneleri, 200 yataklı doğumevlerinin açılması, köylerde de 10 yataklı sağlık merkezinin kurulması ve bağlantılı olarak sağlık çalışanı sayısını artırmak amacıyla eğitim kurumlarının açılması hedeflenmiştir (Nesipoğlu, 2018: 172). Ayrıca bu

plan kapsamında, belli bir ödeme karşılığında halkı sigortalamak, sigorta sahibi olmayan ve alınan tedavi giderlerini ödeme gücü olmayanların masrafları özel idare bütçesinden karşılamak, bir sağlık bankası kurularak sağlık harcamalarının finansmanını bu bütçeden sağlamak gibi amaçlar da yer almaktaydı. Bu dönemde çıkarılan yasaların çoğu halen yürürlükte olup sağlık yapılandırmalarının temelini oluşturmuştur. Bunlar:

- 1953 yılında çıkarılan 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu,
- 1953 yılında çıkarılan 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Kanunu,
- 1954 yılında çıkarılan 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu,
- 1956 yılında çıkarılan Türk Eczacıları Birliği Kanunu'dur (Sağlık Atölyesi, 1946-1960 Yılları Arası Sağlık Politikaları, Erişim Tarihi: 19.10.2019).

1960–1980 Yılları Arasındaki Sağlık Sistemi: 1961 Anayasası ile Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin sunumu devletin kontrolü altında ve kanunlar ile verilmesi hakkındaki düzenleme bu dönemde gerçekleşmiştir. 1961 yılında çıkarılan ve halen geçerliliği olan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleşmesi Kanunu ile sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli gelişmeler meydana gelmiştir. Halka yönelik çıkarılan yasa, sağlık hizmetlerini erişilebilir, yaygın, devamlı ve toplumuna entegre sağlık hizmeti sunmayı hedeflemiştir. Bu amaç doğrultusunda, sağlık evleri, sağlık ocakları, il ve ilçe hastaneleri açılarak önemli bir yapılanma olmuştur. Çıkarılan yasa sağlık sektöründe sosyalleşmeye gidilerek önemli ilkeler getirmiştir. Bunlar (Yılmaztürk, 2013: 178-179);

- Her vatandaşa eşit sağlık hizmeti sunma,
- Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verme,
- Sağlık hizmetlerine erişemeyenlere ya da başvurmayanlara da sağlık hizmeti sunma,
- Sağlık hizmetlerinde sevk zincirini etkin kılma,
- Sağlık hizmetlerinin bir ekip çalışması içerisinde gerçekleşmesini sağlama şeklinde belirlenmiştir.

1965 yılında çıkarılan 554 sayılı Nüfus Planlanması Hakkında Kanun ile pro-natalist politikadan anti-natalist politikaya geçilmiştir. Bu dönemde dar bölgede çok yönlü hizmet anlayışı benimsenmiştir. 1967'de Genel Sağlık Sigortası için kanun taslağı oluşturulmuş ancak yasalaşmamıştır. Genel Sağlık Sigortası (GSS) 1969'da İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda tekrar gündeme getirilmiştir. 1971 yılında GSS için Kanun

Taslağı meclise bir kez daha sunulmuş ancak kanunlaşmamıştır. 1974'te tekrar gündeme gelen GSS taslağı bir kez daha görüşülememiştir. 1978 yılına gelindiğinde hekimlerin özel muayenehane açmaları yasaklanan Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun çıkarılmıştır. Yasağın kaldırılarak muayenehane açmaları ise 1980'de çıkarılan Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile gerçekleşmiştir (Sağlık Bakanlığı, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html>).

1980 ve 2002 Yılları Arasındaki Sağlık Sistemi: Sosyalleştirme politikaların başlangıcı olan 1961 yılına paralel olarak seksenli yıllarda bu politikaların daha genişletilebilmesi için çalışmalar yapılmıştır. 1982 Anayasası sağlık hizmetleri ve yönetimi kapsamında 1961 Anayasasına paralel düzenlemeler içermektedir. 1982 Anayasası'nda herkesin sosyal güvenceye sahip olmalarına ilişkin ifade ve bu görevi devletin kendi kontrolünde gerçekleştirilmesine dair düzenlemeler yapılmıştır. Anayasanın 60. maddesinde her vatandaşın sosyal güvenlik hakkı olduğu ve bu hakkın devletin denetiminde olduğu belirtilmiştir. Anayasanın 56. maddesinde de vatandaşların yaşamlarını, beden ve ruh sağlığı içinde devam ettirmesini sağlamak, sağlıkla ilgili düzenleme ve denetlemenin devlet tarafından yerine getirilmesi hükmü yer almıştır. Denetleme ve kontrol görevinin yerine getirilmesinde devlet, kamu ve özel kuruluşlardan faydalananarak gerçekleştirmektedir. İlk defa sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektörden bahsedilmesi 1982 Anayasası'nın yürürlüğe girmesiyle gerçekleşmiştir. 56. Madde de ayrıca genel sağlık sigortasının kurulmasıyla ilgili bir hüküm yer almıştır (Sağlık Bakanlığı, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html>). 1987 senesinde Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu çıkarılmış ancak Anayasa Mahkemesi tarafından reddedilerek faaliyete geçmemiştir. Finans konusunun öneminin artmasıyla 1987 yılında yeniden gündeme çıkan Genel Sağlık Sigortası hukuksal anlamda düzenlemeye uğramamıştır. Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) bünyesinde 1990'da sağlık sektörü ile ilgili temel bir plan hazırlanmış, Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması adı altında Sağlık Bakanlığı'nın da iş birliği ile gerçekleştirilen bu plan sağlık reformlarının başlangıcını oluşturmuştur. 1992-1993 yıllarında Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri düzenlenerek sağlık reformunun teorisi çalışmaları ivme kazanmıştır. 3816 sayılı kanun ile 1992'de yeşil kart uygulamasını geçilmiştir. Geliri düşük olan vatandaşların sosyal güvenlik kapsamına alınmaya çalışılarak ekonomik nedenlerden sağlık hizmetlerine ulaşamayan vatandaşların kısmi de olsa sağlık sigortacılığı içine alınması sağlanmaya çalışılmıştır. 1998'de GSS, Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi

Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı adı altında, Bakanlar Kurulu'na TBMM'ye sunulmuş, ancak kanunlaşamamıştır. 2000 yılında, Genel Sağlık Sigortası ile ilgili olarak, Sağlık Sandığı adı altında tanımlanan bir kanun tasarı taslağı bakanlıkların görüşüne gönderilmiş ancak yine sonuç alamamıştır (Akdağ, 2008: 18-19).

1.6. Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003) ve Amaçları

Her bireyin en temel haklarından biri olan sağlık, insan soyunun devamlılığında önemli yer tutmaktadır. Her ülke sağlıklı bir soyun devamlılığı için etkili sağlık hizmetlerinin sunumunun gerekliliğinin bilincindedir. Bu yüzden gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler hem etkin işgücü potansiyeli yaratmak, hem de ekonomik anlamda kalkınmak için sağlık sektörü işleyişinin düzenlenmesi ve iyileştirilmesi konusunda politikalar geliştirmektedir. Bu da sağlığın, her ülkenin gündeminde ilk sıralarda yer aldığının göstergesidir. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumunun iyileştirilmesi ve geliştirilmesi baz alınarak sağlık harcamaların kontrol edilmesine yönelik sağlık reformları uygulanmaya çalışılmıştır. Yapılan sağlık uygulamalarından en kapsamlı olan 2002’de gerçekleşen hükümet değişikliği ile açıklanan Acil Eylem Planı’nda “Herkesin Sağlık” başlığı altında sağlık hizmetlerinin yürütülmesinin temel ilkeleri belirtilmiştir (Yılmaztürk, 2013: 177). Başlıca ilkeler arasında (Akdağ, 2008: 20);

- Sağlık Bakanlığı’nın idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması,
- Tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamı altına alınması,
- Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması,
- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
- Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
- Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi,
- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi,
- Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri,
- Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi,

- Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi yer almaktadır.

2002 yılında belirtilen bu hedefler doğrultusunda ‘sağlıkta dönüşüm’ sürecinin ekonomik ve politik bağlamının makroekonomik yapılanmayla olan ilişkisinin ve bu yapılanmayla desantralizasyon ve hizmette rekabet ilkelerinin gerekliliği vurgulanmaktadır. Desantralizasyon ilkesiyle yerleşme amaçlanmaktadır. Bu da idari ve mali açıdan etkinliği artırma kapsamında çabuk karar alma ve verimliliği artırmanın özerk işletmelere bir diğer deyişle daha alt kademelere verilebileceği vurgulanmaktadır. Rekabet ilkesiyle, belli standartlara uygun farklı hizmet sunucularının yarışması sağlanacak ve böylelikle sürekli kalite artırımına ve maliyet azalmasına yönelik bir teşvik ortamı oluşacaktır (Kart, 2013:109). Buradan sağlığın piyasalaştırılmaya doğru eğilim gösterdiği söylenebilir. Bu eğilim sağlıkta dönüşüm programının hedeflerinde görülebilmektedir.

Acil Eylem Planı’nın hemen belirlenmesinden sonra, 2003 yılı başında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) hazırlanarak Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından kamuoyuna duyuruldu. Sağlıkta Dönüşüm Programı 8 tema etrafında dönüşmeyi hedeflemiştir. Bunlar (Akdağ, 2008: 20);

1. Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı,
2. Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası,
3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
 - Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,
 - Etkili, kademeli sevk zinciri,
 - İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
4. Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan 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,
8. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık bilgi sistemi.

2002 senesinin sonlarına doğru ülkemizin sağlık sisteminin mevcut durumu sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinde radikal kararlar almayı gerekli kılmıştır. Bu hedef

doğrultusunda 2003 senesinde uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı SSK hastaneleri başta olmak üzere kamu kurumların hastaneleri Sağlık Bakanlığı bünyesinde toplanmıştır. Düşük gelire sahip vatandaşlara yönelik olan Yeşil Kart uygulamasının kapsamı genişletilerek ayakta tedavi hizmetinden yararlanacak bireylerin tedavi hizmetleri ve ilaç masrafları devletin bünyesinde karşılanmaktadır. Bu sayede ilaç fiyatlarındaki dalgalanmalar kontrol altına alınarak vatandaşın ilaç masraf yükü azaltılmıştır. İlaç Fiyatlandırma Sistemi iyileştirilmiştir. Daha önce şehir merkezlerinde uygulama alanı bulan 112 Acil Sağlık hizmetleri köyler de de uygulanmıştır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi vurgulanarak birinci basamak sağlık hizmetlerinin yapısı güçlendirilip ‘Aile Hekimliği’ uygulaması getirilerek Türkiye’nin her şehrinde yaygınlaştırılmıştır (Akdağ, 2012: 51).

2003 senesinde kamu sağlık harcamalarının finansmanı konusunda yapılan düzenleme ve iyileştirme çabaları temelde 1946’da kurulup 1960 ile 1970 senelerinde de oldukça geniş kapsamda geliştirilen sosyal güvenlik sistemi yer almaktadır. Sosyal Güvenlik Sistemi çerçevesinde üç tane sağlık sigorta fonu yer almaktadır (OECD ve Dünya Bankası, 2008: 20);

1.Kamu ve özel sektördeki mavi yakalı işçiler için Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK),

2.Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar için Sosyal Sigortalar Kurumu (Bağ-Kur),

3.Devlet Memurları Emeklilik Fonu (Emekli Sandığı)’dır. Emekli Sandığı’na çalışan devlet memurları dahil edilmeyip doğrudan devlet tarafından karşılanmaktaydı.

Geçmişten günümüze sağlık sektöründe tasarlanan ehemmiyetli politikalar hayata geçirildikten sonra bu politikaların yarattığı olumlu/olumsuz sonuçları tartışılmıştır. Sağlıkta dönüşüm projesi de denilen bu sağlık politikası sadece ülkemizle sınırlı olmayıp başka ülkelerde de hayata geçirilmiştir. Bu projeyi hayata geçirmek için gerekli olan bilgi ve finans boyutunun belirleyicileri Uluslararası Para Fonu (IMF), Dünya Bankası (WB) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) organizasyonlarıdır (Çakır ve Sakaoğlu, 2014: 3).

Sağlıkta Dönüşüm Programı, ülkemizin sosyoekonomik özelliklerine eş, geliştirilebilir ve devam edilebilir şekilde reforme edilmiştir. Tüm bireylerin hayatlarının her evresinde gereksinim duyduğu sağlık hizmetine adilane ve eşit bir şekilde ulaşmalarını hedef edinen etik anlayış üzerine kurulmuştur. SDP sağlık politikalarının

düzenli bir şekilde işleyebilmesi için aşamalı ve devamlılık gösterebilecek bir döngü şeklinde oluşturulmuştur. Bu döngü içerisinde ilk olarak var olan soruna bir tanım getirilmekte ve ardından bu sorunun giderilebilmesi için politika geliştirilmekte daha sonrasında oluşturulan bu politikanın uygulanabilmesi adına kararlar alınmakta ve uygulanmaktadır. Sonunda da etik bir çerçeve de uygulanan bu politikanın doğurduğu sonuçlar değerlendirilmektedir (Akdağ, 2008: 25).

Sunulan bir hizmetin kamu hizmeti olarak nitelendirilebilmesi için; kaliteli, kolay erişilebilir ve aynı zamanda herhangi bir ücretin verilmediği bir hizmet olması gerekmektedir. Bir kamu hizmeti olarak sunulan sağlık hizmeti, toplumun büyük bir kitlesinin almak zorunda olduğu bir hizmettir. Bu yüzden kamu hizmetinin olabilirliği için sayılan ölçütler sağlık hizmetini de kapsamaktadır. Yalnız Sağlıkta Dönüşüm Programı, kamu hizmeti olarak sunulan ve geniş bir kitlenin almak zorunda olduğu sağlık hizmetini bu özelliğinden çıkarıp piyasa koşullarına döndürdüğü görülmektedir (Avcı, 2005: 54).

Sağlıkta Dönüşüm Programının ülkemizde uygulanmasının hedeflerindeki temel unsur kişilerin sağlık düzeyinin yükseltilmesi, mevcut kaynakları uygun biçimde kullanarak maliyeti azaltıp ve aynı kaynakla daha çok hizmet üretmek ve tüm vatandaşların sağlık hizmetlerine adilane bir şekilde ulaşmalarını sağlamaktır. Bu program ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine olan fazla talebin azaltılması hedeflenmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerine olan talebin arttırılması yönünde çalışmalar yapılarak sevk zincirinin daha doğru işlenmesi amaçlanmıştır (Çelikay ve Gümüş, 2011: 57). Amaçlara bakıldığında mevcut koşullarda iyileştirilme çabaları görülmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

2.SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Küresel ve ulusal çerçevede sağlık hizmetleri stratejik bir öneme sahip olup kalkınma sürecini tamamlamak isteyen ekonomiler için sağlıklı bir toplum bilincinin oluşturulması açısından büyük önem arz etmektedir. Bu bağlamda etkin ve etkili bireylerle sağlık hizmetlerinin kaliteli, devamlı ve yeterli finansman kaynağına sahip olması ekonomilerin kalkınma seviyelerinin yüksek olduğunun bir göstergesidir ifadesi yanlış olmamaktadır.

Ekonomiler için bu denli öneme sahip olan sağlık hizmetlerinin etkin şekilde gerçekleştirilebilmesi finansman kaynaklarının varlığı ile mümkün olmaktadır. Bir başka ifade ile finansman kaynağında yükselişler meydana gelmesi durumunda sağlık hizmetlerine erişilebilirlik artarken, finansman kaynağında ortaya çıkan olumsuz gelişmeler yaşanması durumunda ise sağlık hizmetlerinin birçok alanında eş zamanlı sorunlar yaşanabilmektedir (Loş, 2016: 63). Bu nedenle bu sorunların oluşmaması ya da en az seviyeye çekilmesi için sağlık finansman kaynağının doğru şekilde yönetilmesi gerekmektedir.

Sağlık hizmeti sunanlar ile finanse edenler arasında kaynakların aktarım süreci ve sistemi şeklinde tanımlanan sağlık finansman kaynağını (Yuanli vd., 2005: 19);

- Vergilerden elde edilen gelirlerle finanse edilen Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, Üniversite Hastaneleri, diğer kamu kurumları ile aktif çalışan devlet memurlarının sağlık harcamaları için genel bütçe,
- Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), Bağ-Kur ve Emekli Sandığı üyelerinin sosyal güvenlik katkıları,
- Özel Hastane ve Özel hekimlere doğrudan yapılan ödemeler, kişisel sağlık sigortaları için ödenen primler ile katkı primlerinden oluşmaktadır.

Ekonomilerde sağlık hizmetlerinde en önemli unsurlardan birisi toplumların sağlık hizmetlerinden faydalanmasında hakkaniyetli, erişilebilir ve kapsayıcı olması hususudur. Kaynak oluşumunda farklılık gösteren sağlık hizmetleri finansmanı hem özel

hem de kamu fonlarından oluştuğundan kamu ve özel finansman yöntemleri olarak iki şekilde sınıflandırılmaktadır.

2.1. Kamu Kaynaklı Finansman Yöntemleri

Kamu finansman kaynakları ulusal ve uluslararası olmak üzere iki kaynaktan sağlanmaktadır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin vergi ve kamu sigortalarının primlerinden elde edilen kaynağını ulusal kaynaklar oluştururken, uluslararası finansman kaynaklarını ise Dünya Bankası gibi uluslararası mali kuruluşlar, gelişmiş ülkelerin ayırdığı fonlar, Birleşmiş Milletler gibi uluslararası organizasyonlar ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) gibi örgütler oluşturmaktadır (Mutlu, 2006: 61).

Kamu kaynaklı finansman kaynakları sosyal sağlık sigortası ve vergilerden oluşmaktadır. Bismarck Modeli olarak da bilinen bu finansman yönteminde, belli oranlarda primlerin ödenmesi şartı ile bireylerin sigortalandığı bir sistem anlayışı hakimdir. Sigorta, çoğunlukla işveren ve çalışanların katkı payı ile finanse edilmesinin yanında devletin katkı payı oldukça yüksek bir paya sahiptir. Bu sistemde ortak bir havuzda toplanan sigorta primleri, bireylerin öngöremediği sağlık sorunların oluşturabileceği maliyetlere karşı finansman sağlayarak bireyleri iktisadi yönden korumak temeline dayanmaktadır (Güvercin vd., 2016: 84).

Sosyal sağlık sigortasının temelini oluşturan özellikler arasında zorunlu olması, çalışan, işveren ve devletin ayrı katkı paylarının bulunması oluşturmaktadır. Bu sistem ile sağlık hizmetlerinde oluşabilecek risklerin ve kaynakların birleştirilmesi, belirsiz ve sınırsız olan sağlık hizmetlerini kullanma sürecinde ortaya çıkabilecek ekonomik ve sosyal maliyetinin önüne geçilmesi de mümkün olabilmektedir. Sosyal sigorta sistemi alanının büyük oranda genişlemesi, özel sektör payının da sağlık alanındaki geniş yelpazede yer alması ile yalnızca yüksek gelirli bireylere hizmet sunulan sağlık kuruluşlarında (hastane uygulamaları) azalmalar yaşanabilmektedir. Ayrıca toplumun yapısı ve kültürel beklentileri doğrultusunda şekillenen sosyal sağlık sigorta kuruluşları, sağlık hizmet sunucuları ile beraber sosyal sigorta organizasyonlarını oluşturmakta ve bu süreç kapsamında sağlık hizmetlerinin finansmanına ilişkin fon akımı, ödeme teknikleri ve sözleşmeleri ortaya koyulmaktadır (Çoban, 2009: 122).

Sağlık hizmetlerinin finansmanında vergilerden toplanan primler, vatandaşlardan farklı isimler altında toplanarak bir fonda biriktirilmekte ve sonradan elde gelirler

devletin karar mekanizmaları ile çeşitli sektörlere dağıtılmaktadır. Vergiye dayalı finansman kaynağını, vatandaşların sağlık hizmetleri alımları için ödedikleri bireysel katkı payları oluşturmaktadır. Bu sayede sağlık hizmetlerini kullanım sırasında sistem tarafından belirlenen katkı payları dışında bir ödemede bulunmamalarını sağlamaktadır. Vergi toplama kapasitesi ile ilgili en önemli nokta toplanan vergilerin iktisadi boyutunun ne olacağıdır. Toplanan vergilerin çok yüksek olması daha çok gelir elde etme konusundaki motivasyonu azaltılabileceği gibi ülkenin uluslararası rekabet gücünü ve yatırım potansiyelini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Tatar, 2011: 112).

2.2. Özel Kaynaklı Finansman Yöntemleri

Her bireyin vazgeçemeyeceği haklardan biri olan sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı, gün geçtikçe bireylerin sağlık hizmetlerine olan talebinin artmasıyla yeniden gündeme gelmiştir. Sağlık hizmetleri tüketiminin artması ile kaliteli düzeyde sağlık hizmeti satın almak isteyen bireylerin, finansmanının tamamına veya bir kısmına katlanarak donanımlı ve iyi yetişmiş personel ve teknoloji destekli sağlık hizmeti talebi de artırmıştır. Bu durum özel kaynaklı finansman modellerinin gündeme gelmesine yol açmıştır (Altay, 2007: 52). Özel kaynaklı finansman yöntemleri arasında;

- Cepten ödeme,
- Özel sağlık sigortası
- Tıbbi tasarruflar yer almaktadır.

Sağlık hizmetlerinden yararlanmak için hane halkının sağlık hizmeti satın alırken doğrudan yaptıkları harcamalar bütünü olarak tanımlanan cepten ödemeler aynı zamanda hane halkını sağlık risklerinin oluşturabileceği maliyetlere karşı finansman oluşturmaktadır. 1970’li yıllarda sağlık harcamalarında meydana gelen artış ve dünya da gerçekleşen ekonomik krizler neticesinde birçok alanda olduğu gibi sağlık piyasasında da önemli değişimlere neden olmuş ve sağlık sektöründe ek kaynak oluşturulması konusunu gündeme getirmiştir. Bu ihtiyaç da kullanıcı katkısı gibi yeni cepten ödeme şekillerinin doğmasına neden olmuştur (İstanbuluoğlu vd. 2010: 90). Sağlık piyasasında gerçekleşen değişimlere göre; sağlık hizmet alıcılarının sağlık hizmet sunucularına ya da kuruluşlarına doğrudan kendi ceplerinden ödeme yapması, sağlık hizmetleri finansmanı sağlama adına yapılan ilk yöntemlerden biridir. Bu finansman yönteminde sağlık hizmet alıcıları, yaptıkları ödemeyi daha sonradan kamu veya özel finansman kaynaklarından geri tahsil

edememekte yani finansmanın tüm yükü sağlık hizmet alıcılarına yüklenmiş olmaktadır (Sekhri ve Savedoff, 2006: 357).

Sağlık hizmet alıcıların yaptıkları katkı payları şeklinde de ifade edilen cepten ödemeler, sağlık hizmetlerine olan talebin kontrol altına almayı ve özellikle de gereksiz talebi önlemeyi amaçlamaktadır. Bu finansman yöntemi savunucuları tarafından özellikle gereksiz talebi önleme konusunda sistemin önemli katkıları olmuştur. Sistem içerisinde bulunan risklerden biri ise cepten yapılan ödemelerde bireylerin gelirleri doğrultusunda değerlendirilmediği durumlarda hem adalet hem de sağlıkta oluşabilecek maliyet risklerine karşı koruma yönünden en kötü sonuçlar doğurabilecek olan bir finansman yöntemi olmasıdır. Buradan da geliri düşük olan bireyler ile sağlık statüsü düşük olan bireyler arasındaki ilişki baz alındığında, ödeme yükünün hem gelir hem de sağlık statüsü açısından en olumsuz konumda olanlara yüklenmesi sonucu çıkarılabilir. Bundan dolayı bir sağlık sisteminde cepten yapılan ödemeler ancak zorunlu durumlarda başvuru, başvurulduğu zaman ise mümkünse bireyin gelir durumu ile ilişkilendirilen bir finansman yöntemi olmalıdır. Sağlık sistemlerinde kullanıcı katkılarının olumsuz etkilerini en aza indirmek için bazı muafiyetler getirilebilmekte, ülke örnekleri incelendiğinde; diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalıkların, kanser ile ilgili harcamaların ve bazı ülkelerde düşük gelir grubundakilerin katkı paylarından muaf tutulduğu görülmektedir. (Tatar, 2011: 114).

Özel kaynaklı finansman yöntemlerinden bir diğeri ise “Özel Sağlık Sigortası” olmaktadır. Sosyal katkılarla ile finanse edilen ve bir ara finansman kurumu olarak da bilinen özel sağlık sigortası, çoğunlukla gönüllü ve kar amaçlı olup bu finansman yöntemi, kurum ya da bireylerin sağlık hizmetleri satın alırken oluşabilecek risklere karşı özel sağlık sigortaları tarafından sigortalanmasına dayanmaktadır. Bu sistem kamu finansman kaynaklarına ilave olarak daha donanımlı, daha hızlı ve sosyal sigortalarının kapsamı alanına girmediği alanlarda sağlık alanında oluşabilecek riskleri kontrol altına almayı hedeflemektedir. Bu sistemde özel sağlık sigortası kuruluşları, sağlık hizmet alıcıları ile sağlık hizmet sunucuları arasındaki dengeyi sağlamakta ve toplanan primler ile bireylerin sağlık giderleri ödenmektedir (Güvercin vd., 2016: 85).

Sağlık hizmetlerinin kamu tarafından finanse edilmediği alanlarda finansman kaynağını özel sağlık sigortaları sağlamaktadır. Sosyal sağlık sigortası ile özel sağlık sigorta arasındaki fark sağlık hizmeti satın alımında oluşan risklerin havuzlanması

biçiminden kaynaklanmaktadır. Yani sosyal sağlık sigortasında ödenen primler doğrudan gelir ile ilgili olup bireyin sağlık statüsü ile hiçbir ilişkisi bulunmazken, özel sektörde bireyin ödeyeceği prim önemli ölçüde sağlık riskleri ya da sağlık statüsü ile ilişkilendirilmektedir. Bu durum bir sağlık finansman sisteminin işleyiş şekline beklenen herhangi bir ayırım yapmaksızın sağlık statüsü iyi olandan kötü olana doğru bir finansman akışının sağlanması iken özel sağlık finansman yönteminde durum beklentilerin tam tersi şeklinde gerçekleştiği görülmektedir. Örneğin özel sağlık sigortasında, belli bir hastalığı olan (şeker hastalığı, hipertansiyon gibi) veya hastalanma riski yüksek olanlar (sigara, alkol kullananlar gibi) diğerlerine göre daha çok prim ödemeleri verebilir. Bir özel sağlık sigortası kurumunun devamlılığı için riski yüksek olan hastalardan diğer hasta gruplarına göre daha yüksek prim alması gerekmektedir. Yalnız bu durum primlerin gereksiz yere yükselmesine, sağlık statüsü iyi olan ve sağlık riski az olanlar bu yüksek primleri ödemek istemeyecek, böylece sigorta havuzunda ağırlıklı olarak yüksek riskli hastalar bulunmasına neden olmaktadır. Bu durum özellikle sigorta kurumu açısından gelir ve gider dengesinin sağlanamamasına sebebiyet verecek ve zaman içinde finansmanın sürdürülebilirliği olumsuz yönde etkilenmektedir. Tüm bu özelliklerinden dolayı özel sağlık sigortası da cepten yapılan harcamalarda olduğu gibi, bir sağlık sisteminin finansmanında ağırlıklı olarak kullanılan bir yöntem olmayıp vergilere ya da sosyal sigortaya dayalı finansmanı tamamlar ya da destekler nitelikte olmak durumundadır (Tatar, 2011: 114-115).

Özel kaynaklı finansman yöntemlerinden bir diğeri olan tıbbi tasarruf hesabında ise bireylerden sağlığa özel kullanılmak üzere kişilere özel tasarruf hesaplarına yapılan zorunlu veya gönüllü katkıları kapsayan bir hesap oluşturulmaktadır. Bu hesapla gelirler katkı payı toplanmakta ve zamanı gelince yine kişiye özel kullanılmaktadır (Güvercin vd., 2016: 85).

2.3. Sağlık Harcamaları

İnsanlar yaşamsal ve ekonomik faaliyetlerini sürdürebilmek adına mevcut sağlığını korumak ve sağlıklı halinin devamlılığı için birtakım harcamalarda bulunmaları gerekmektedir. Sağlık harcamalarının genel harcamalar içindeki ağırlığı birey ve toplumun sağlık ve yaşam standartlarını yükseltmesi açısından ülkenin ekonomik büyüme ve gelişme hızının arttığı literatürde sıklıkla vurgulanmaktadır.

Yaşamsal ve ekonomik faaliyetlerin devamlılığı için yapılan sağlık harcamaların payı; son senelerde toplam harcama ve gelir kalemlerinde artış göstermektedir. Artmakta olan sağlık harcamalarına: ortalama yaşam beklentisini uzaması ve buna bağlı olarak kronik rahatsızlıkların artması, sağlıkta ileri teknoloji kullanımının maliyetinin yüksek olması, emek yoğun bir sektör olması, ekonomik gelirin artmasıyla sağlık harcamalarının talebinde artış olması, sağlık hizmetlerinde asimetrik bilgiye bağlı olarak sorunların (ters seçim, ahlaki tehlike) ortaya çıkması gibi durumlar sebep olarak gösterilebilmektedir (Kılavuz, 2010: 174). Genel olarak toplumun sağlığının korunup geliştirilmesi için yapılan harcamalar olarak ifade edilen sağlık harcamaları, pozitif yönde gelişim seyrettiğinde toplumun yaşam süresinde ve kalitesinde olumlu sonuçlar doğurabilmektedir. Olumlu süreci takiben yapılan fiziki yatırımlar sağlık sektöründe gelişmeler meydana getireceğinden teknolojik ilerlemeyi de beraberinde getirmektedir. Bu şekilde gerçekleşen olumlu ilerlemeler ekonomik büyümeyi uyarıp sağlık harcamalarının yeniden artmasını sağlayan olumlu bir döngüyü oluşturmaktadır (Akar, 2014: 311).

Ülkelerin sağlık sektörü için ayırdıkları kaynakların neler olduğu hakkında bilgi edinilmesi için sağlık harcamaların bilinmesi gerekliliği hem ülke hem de sektörler arasında kıyaslama yapılması açısından oldukça büyük önem arz etmektedir. Sağlık hizmetleri finansman kaynağının yeterli olmaması sağlık sektöründe mevcut olan kıt kaynakların doğru ve etkin kullanımını mecburi kılmaktadır. Yapılan sağlık harcamaların verileri, ülkelerin sağlık statülerinin ya da gelişmişlik düzeyinin belirlenmesinde önemli bir ölçüt olarak değerlendirilmektedir. Mevcut sağlık harcamalarının temel kaynakları OECD, World Bank, WHO gibi uluslararası kuruluşlar tarafından ele alınmaktadır. Az gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarıyla ilgili yetersiz verilerin olması, bu tür kuruluşların hazırladığı raporların önemini bir o kadar daha artırmaktadır (Erten, 2016: 34).

Türkiye’de sağlık harcamaları verileri, pek çok kurumun çalışmaları sayesinde elde edilmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) bu kurumların başında gelmektedir. Sağlık Harcamaları İzleme ve Değerlendirme Komisyonu da (SHİDK) yine sağlık harcamalarının izlenebilmesi için açılan kuruluşlar arasında yer almaktadır. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD) kendi oluşturduğu Sağlık Hesapları Sistemine (SHS) uygun olarak sağlık harcaması verilerini üye ülkeleri için üretmektedir. Dünya

Ülkelerini kapsayan sağlık harcamaları verilerini ise Dünya Sağlık rgt (WHO) retmektedir. Ancak basılan ve kamuoyu ile paylaşılan istatistiklerin alt kalemlerine çok kısıtlı olarak ulaşılmakta ve 1999 yılından öncesine geriye gitmek mümkün olmamaktadır (Yılmaz ve Yentürk, 2015: 2).

Sağlıklı bir topluma sahip olmak için ülkeler genellikle sağlık harcamalarını pozitif yönde artırma yoluna girmektedir. Ülkenin gelişmişlik düzeyine paralel olarak sağlık harcamalarının milli gelirden aldığı paylarda da önemli farklılıklar meydana gelmektedir. Sağlık harcamaların GSYİH oranında meydana gelen bu farklılıklar çoğunlukla %2 ile %17 arasında değişim göstermektedir. Buradan da anlaşılaacağı üzere sağlık harcamalarına ayrılan payın yükselmesi ya da azalması ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile ilişkilendirilmektedir. Türkiye’de özellikle sağlıkta dönüşüm programı ile sağlık politikalarında iyileştirilmelerin meydana gelmesi, sağlık harcamalarının yanında kaynakların rasyonel kullanımı konusunda iyi bir yönetişimin önemini de arttırmaktadır (Sever ve İğdeli, 2019: 247).

Sağlık hakkı, vazgeçilemez en temel haklardan biri iken sağlıklı halin sürdürülebilirliği için yapılan sağlık harcamaları ülkelerin ekonomik anlamda gelişmiş olup olmadığı konusundan ana etkenlerden birisi olarak değerlendirilmektedir. Her lke kendi vatandaşının sağlığını korumak, sağlık kalitesini artırmak ve bunun devamlılığını getirmek adına sosyal devlet anlayışı içerisinde sağlık hizmetlerini sunmada ve finansman sağlama konusunda kendi yönetim anlayışı çerçevesinde sağlık sistemlerini meydana getirmektedirler. Bu benimsenen sağlık sistemleri ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Bazı ülkelerde sağlık hizmetleri sunmada ve finansman sağlamada kamunun sağlık sistemlerini benimserken kimi ülkelerde karma yapı diye nitelendirilen kamu ve özel sektörün iş birliği içerisinde olduğu sağlık sistemlerini benimsemektedirler (Tıraş, 2018: 117). Türkiye’de ise sağlık hizmetleri sunumu ve finansmanı karma bir yapıya sahiptir. Yukarıda sağlık hizmetleri finansman başlığında da belirtildiği üzere; kamu gelirleri, zorunlu sigorta primleri ve kişilerin satın aldıkları hizmete karşılık yapmış oldukları direkt demeler/cepten demeler sağlık hizmetleri finansmanını oluşturmaktadır. Bu karma yapı çerçevesinde sağlık için yapılan harcamalar; temelde kamu sektörü ve özel sektör kaynakları tarafından karşılanmaktadır.

Kamu harcamaları, geniş ve dar anlamda kamu harcamaları şeklinde iki grupta ele alınarak açıklanmaktadır. Geniş kapsamda kamu harcamaları; merkezi yönetim ve yerel

yönetimler ile iktisadi devlet teşekkülleri ve sosyal güvenlik kuruluşları tarafından yapılan sağlık harcamaların toplamı ve topluma faydalı hizmet sunma adına kurumlar tarafından yapılan ödemeler, vergiden muafiyet ve vergi indirimleri, özel şahısların kamu alanı için yapmış oldukları yardım ve bağışların bütünü şeklinde ifade edilmektedir. Dar kapsamda kamu harcamaları ise; kamu hizmetlerinin karşılığında devlet ve kamu tüzel kişiler tarafından yapılan harcamalar olarak tanımlanmaktadır. Dar anlamda ele alınan kamu harcamaları kendine özgü olarak merkezi yönetim bütçesinde ve yerel idareler bütçelerinde gösterilmektedir (Söğüt, 2018: 5). Özel sağlık harcamaları, sağlık hizmeti sunmada kamu sağlık harcamalarının yeterli olmadığı durumlarda devreye girmektedir. Genellikle hane halklarının doğrudan peşin yaptıkları ödemeler, özel sağlık sigortaları özel sağlık harcamalarını oluşturmaktadır. Bu durum hane halkı üzerinde ekonomik baskıyı arttırmakta ve gelişmemiş ülkelerde halkın sağlık hizmeti alma gücü kısıtlı olduğundan halkın sağlık hizmetlerinden yeteri kadar yararlanmamasına sebebiyet vermektedir (Göker, 2019: 85).

Cari sağlık harcamaları ise hastane hizmetleri için yapılan harcamalar, evde hemşirelik bakımı için yürütülen bütün faaliyetlerin giderleri, ayakta sağlık hizmeti sunumu için yapılan harcamalar, perakende olarak satılan veya temin edilen ilaçlara ve teşhis-tedavide kullanılan tıbbi sarf malzemelere yapılan harcamalar, halk sağlığı programların sunumu ile yönetimi için yapılan harcamalar, genel sağlık yönetimi ve sigorta giderleri için yapılan harcamalar ve sağlık hesapları içerisinde olup sınıflandırılmayan faaliyetler için yapılan harcamalar cari harcamalar olarak tanımlanmaktadır (Ağır ve Tıraş, 2018: 650). Cari harcamalarının sağlık hizmetleri sunumunda sürekliliği getiren, etkileri geçici olup bir defada kullanılıp tüketilen mal ve hizmetler için yapılan harcamalar olarak da ifade edilmektedir (Atasever, 2014: 20). Sağlık hizmetlerini sunmadaki potansiyelin güçlenerek artırılması için ekonomik ömrü bir yıldan uzun olan taşıt, bina, makine, teçhizat-teknoloji, bakım ve onarım gibi üretim araçlarına yapılan harcamalar yatırım harcamaları olarak ifade edilmektedir. Bu giderler arasında en fazla pay genellikle tesis inşaları ve teknoloji yatırımlarına düşmektedir (Atasever, 2014: 63).

2.4. OECD Ülkeleri ve Türkiye’de Rakamlarla Sağlık Sektörü

Çalışmanın bu bölümünde OECD ülkelerinde ve Türkiye’de sağlık göstergelerine yer verilmiştir.

2.4.1. OECD Ülkelerinde Sağlık Sektörüne Ait Veriler

Tablo 1’de OECD Ülkelerine ait hastane sayısı verilmektedir.

Tablo 1: OECD Ülkelerinde Hastane ve Yatak Sayıları

Ülkeler	Hastane Sayıları/2005	Hastane Sayıları/2017	Yatak Sayıları/2005	Yatak Sayıları/2017
Avustralya	1330	1352	78 715	92 826
Avusturya	264	271	63 248	64 805
Belçika	214	175	67 430	64 423
Kanada	737	722	99 957	92 462
Şili	401	358	37 374	38 853
Çek Cum.	262	258	77 309	70 214
Estonya	53	30	7 292	6 185
Finlandiya	369	247	37 000.28	18 071.9
Fransa	2824	3046	455 175	399 865
Almanya	3390	3084	698 303	661 448
Yunanistan	317	277	52 511	45 267
Macaristan	182	165	79 834	68 702
İzlanda	20	8	1 258	1 052
İrlanda	179	86	22 711	14 217
İsrail	86	85	25 797	26 338
İtalya	1295	1063	234 375	192 548
Letonya	109	63	17 696	10 812
Litvanya	113	93	24 200	18 548
Lüksemburg	14	10	2 601	2 780
Meksika	4.243	4538	181 575	168 828
Hollanda	198	545	72 698	56 886
Yeni Zelanda	161	162	10 352	1 310
Polonya	874	1058	248 860	251 537
Portekiz	222	225	37 372	34 953
Slovak Cum.	142	131	36 471	31 659
Slovenya	29	29	9 666	9 2294
İspanya	751	777	145 863	138 511
İsviçre	337	281	41 196	38 263
Türkiye	1196	1518	170 972	225 863
Birleşik Krallık	1747	1920	224 882	167 589
ABD	5756	5534	946 997	894 574
Japonya	9026	8412	1 798 473	1 653 234
Kore	1636	3887	284 084	631 092

Kaynak: OECD, HealthStatistics (2019)., <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9>

Not: Birleşik Krallık Ülkesinin hastane sayılarında 2012 öncesi verileri bilinmediği için 2012 yılı verisi kullanılmıştır. İzlanda ülkesinin yatak sayılarında 2007 yılı öncesi bilinmediğinden 2007 verisi, Yeni Zelanda ülkesinde de yatak sayılarında 2009 yılı öncesi bilinmediğinden 2009 yılı verisi, Avustralya için 2016

sonrası verisi bulunmadığından 2016 verisi son olarak ABD ülkesinin de en son 2016 verisi bulunduğundan 2016 yılı verisi tabloya eklenmiştir.

Hastane hizmetleri için yapılan harcamalar, toplam sağlık harcamalarının önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Tablo 1’de verilen OECD ülkelerin hastane ve hastane yatak sayılarının dağılımında genel olarak artışlar olduğu görülmektedir. Hastane hizmetlerinde gerçekleşen artışlarda, sağlık alanındaki fiziksel yatırımlarda (bina, teknoloji gibi) meydana gelen yükselişlerin etkili olduğu söylenebilir.

Ekonomilerin önemli sağlık göstergelerinden bir diğeri ise bebek ölüm oranlarıdır. Ülkelerin refah düzeyi hakkında bilgi veren bebek ölüm hızı, her bin canlı bebek başına, bir yaştan altında kaç tane bebeğin öldüğünü ifade etmektedir. Bebek ölüm hızının yüksek olduğu bir ülkede verilen anne-çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetinin yeterli düzeyde olmadığını göstermektedir. Bu nedenle ülkelerin uyguladıkları sağlık politikalarında müdahale edilecek ilk alanlardan biri bebek ve anne ölümlerin düşürülmesidir (Özpınar, 2016: 1-2). OECD ülkelerine ait olan bebek ölüm oranı Tablo 2’de verilmektedir

Tablo 2: Bebek Ölüm Oranı (Binde)

Ülkeler	2005	2017	Ülkeler	2005	2017
Avustralya	4.9	3.3	Kore	4.7	2.8
Avusturya	4.2	2.9	Letonya	7.7	4.1
Belçika	3.7	3.6	Litvanya	7.1	3.0
Kanada	5.4	4.5	Lüksemburg	2.6	3.2
Şili	7.9	7.0	Meksika	16.9	12.1
Çek Cumhuriyeti	3.4	2.7	Hollanda	4.9	3.6
Danimarka	4.4	3.8	Zelanda	5.0	4.3
Estonya	5.4	2.3	Norveç	3.1	2.3
Finlandiya	3.0	2.0	Polonya	6.4	4.0
Fransa	3.6	3.9	Portekiz	3.5	2.7
Almanya	3.9	3.3	Slovak Cum.	7.2	4.5
Yunanistan	3.8	3.5	Slovenya	4.1	2.1
Macaristan	6.2	3.5	İspanya	3.7	2.7
İzlanda	2.3	2.7	İsveç	2.4	2.4
İrlanda	3.8	3.0	İsviçre	4.2	3.5
İsrail	4.4	3.1	Türkiye	25.8	9.2
İtalya	3.3	2.7	Birleşik Krallık	5.1	3.9
Japonya	2.8	1.9			

Kaynak: OECD, HealthStatistics (2019)., <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9>

Not: Çek Cumhuriyeti ülkesi için 2017 yılı verisi bilinmediğinden 2016 verisi kullanılırken Yeni Zelanda ülkesinin de 2015 yılı sonrası verileri bilinmediği için 2015 yılı verisi kullanılmıştır.

Tablo 2’de verilen bebek ölüm oranında; Türkiye 2005 yılında 25,8 oranında OECD ülkeleri arasında en yüksek bebek ölüm hızına sahip olurken ikinci sırayı 16,9

oranı ile Meksika takip etmektedir. 2017 yılında ise 12,1 oranı ile Meksika'nın en yüksek bebek ölüm hızına sahip olan ülke olduğu görülmektedir. Türkiye'de bu oran 2017 yılında ciddi anlamda bir düşüş yaşayarak 9,2 olmuştur. Gelişmiş ülkelerde ise bu oranın 3-7 arasında değiştiği görülmektedir.

OECD ülkelerinde anne ölüm oranı Tablo 3'de görülmektedir. 2005 yılında OECD ülke gruplarında en yüksek anne ölüm oranına yüz binde 54 ile Meksika ilk sırada yer alırken, yüz binde 39,3 ile Türkiye ikinci sırada ve yüz binde 18,6 oranıyla Lüksemburg üçüncü sırada yer almaktadır. 2017 yılında ise Meksika yüz binde 34 ile en yüksek anne ölüm oranıyla birinci sırada yer alırken, yüz binde 15,3 ile Macaristan ve yüz binde 14,6 oranı ile Türkiye bu sırayı takip etmektedir. Türkiye 2005 yılından 2017 yılına anne ölüm oranlarında düşüşler olsa bile ana-çocuk sağlığı programında yeterli seviyede ilerleme ve iyileşmeler olduğu konusunda bu oran, ortak bir fikir için yeterli olmamaktadır.

Tablo 3: Anne Ölüm Oranı (Yüz Binde)

Ülkeler	2005	2017	Ülkeler	2005	2017
Avustralya	3.4	1.6	İzlanda	0	0
Avusturya	3.8	2.3	İrlanda	1.6	6.2
Belçika	5	4.1	İsrail	2.8	2.7
Kanada	8.8	6.6	İtalya	2.6	2.8
Şili	18.5	9.0	Japonya	6.2	3.8
Çek Cumhuriyeti	14.7	7.0	Kore	14	7.8
Danimarka	0	1.6	Letonya	4.6	4.9
Estonya	13.9	0	Litvanya	13.6	7.0
Finlandiya	5.2	8.0	Lüksemburg	18.6	0
Almanya	3.8	2.9	Meksika	54	34
Yunanistan	0	6.8	Hollanda	8.5	1.8
Macaristan	5.1	15.3	Yeni Zelanda	8.5	9.7
Polonya	3	2.2	Norveç	3.5	0
Portekiz	2.7	10.4	Slovak Cum	3.7	5.2
İsviçre	5.5	4.6	Slovenya	16.6	5.0
Türkiye	39.3	14.6	İspanya	3.9	3.3
Birleşik Krallık	5.7	6.5	İsveç	5.9	3.5

Kaynak: OECD, HealthStatistics (2019)., <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9>

Not: Lüksemburg için 2017 yılının verisi bilinmediği için 2016 yılının verisi kullanılmıştır. ABD'nin 2007 yılı ve Fransa'nın da 2012 yılı sonrası verileri olmadığı için tabloda bu iki ülkenin verilerine yer verilmemiştir.

Ölüm oranları bir toplumun sağlık statüsü hakkında bilgi almada sağlık göstergeleri arasında sıklıkla başvurulacak sağlık ölçütlerinden biridir. Gerçekleşen ölümler ve nedenlerine ilişkin veriler toplum sağlığını anlamak ve analiz etmek için yararlanabilecek, objektif ve karşılaştırma yapabilmek için kullanılacak kesin bilgi

içeren ölçütlerdir. İstatistiksel olarak kolay elde edilebilen ölüm oranları, toplumun sağlık statüsü hakkında bilgi edinmenin yanında sağlık politikaları oluşturmak ve bir toplumun sağlık planlaması oluşturmak için de oldukça önemlidir (Goodacre vd., 2010: 13).

OECD ülkelerine ait olan toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı Tablo 4’de verilmektedir.

Tablo 4: Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%)

Ülkeler	2010	2018	2010-2018	Ülkeler	2010	2018	2010-2018
ABD	16.4	17.1	0.7	Kore	6.2	8.1	1.9
Avustralya	8.4	9.3	0.9	Letonya	6.1	5.9	0.2
Avusturya	10.2	10.3	0.1	Litvanya	6.8	6.8	0.0
Belçika	10.0	10.4	0.4	Lüksemburg	7.0	5.4	1.6
Kanada	10.7	10.7	0.0	Meksika	6.0	5.5	0.5
Şili	6.8	8.9	2.1	Hollanda	10.2	9.9	0.3
Çek Cum.	6.9	7.5	0.6	Yeni Zelenda	9.6	9.3	0.3
Danimarka	10.3	10.5	0.2	Norveç	8.9	10.2	1.3
Estonya	6.3	6.4	0.1	Polonya	6.4	6.3	0.1
Finlandiya	8.9	9.1	0.2	Portekiz	9.8	9.1	0.7
Fransa	11.2	11.2	0.0	Slovak Cum.	7.8	6.7	1.1
Almanya	11.0	11.2	0.2	Slovenya	8.6	7.9	0.7
Yunanistan	9.6	7.8	1.8	İspanya	9.0	8.9	0.1
Macaristan	7.5	6.6	0.9	İsveç	8.5	11.0	2.5
İzlanda	8.5	8.3	0.2	İsviçre	10.7	12.3	1.6
İrlanda	10.5	7.1	3.4	Türkiye	5.1	4.2	0.9
İsrail	7.0	7.5	0.5	BirleşikKrallık	8.4	9.6	1.2
İtalya	9.0	8.8	0.2	Kore	6.2	8.1	1.9
Japonya	9.2	10.9	1.7	Letonya	6.1	5.9	0.2

Kaynak: OECD, HealthStatistics (2019)., <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9>

Sağlık harcamalarının ekonomideki payı ile sağlayıcısı yani finansmanı her ülkede değişiklik göstermektedir. Sağlık harcamalarına ayrılan payın gelişmiş ülkelerde gelişmemiş ya da gelişmekte olan ülkelere göre payı daha üst sıralarda olduğu görülmektedir. Tablo 4’de OECD ülkelerinin sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranının 2010 ve 2018 yılları incelendiğinde, genelde bir artış olduğundan bahsedilebilir. Tablo 4’de görüldüğü üzere 2010 yılında Amerika Birleşik Devletleri %16.4 ile birinci sırada yer alırken % 11.2 ile Fransa ikinci sırada ve ülkeleri % 11.0 ile Almanya ise üçüncü sırada yer almaktadır. OECD ülkeleri arasında sağlık harcamalarına en az pay ayıran ülkelerde ise son sıralarda %6 Meksika ve %5.1 ile Türkiye yer almaktadır. Türkiye’de son yıllarda sağlık politikalarında iyileştirilmeler yapılmasına rağmen OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında hala istenen seviyeye ulaşamadığı görülmektedir.

Ekonomilerin önemli sağlık göstergelerinden bir diğeri ise doğušta beklenen yaşam süresidir. Yaşam standartlarının gelişmesi ile sağlık alanındaki gelişmeler, beslenme gibi temel fizyolojik ihtiyaçların karşılanması iyileştirmelerin olmasına bağılı olarak doğušta beklenen yaşam süreside artmaktadır. Bu bağlamda 2017 yılı için OECD ülkelerde doğušta beklenen yaşam süreleri Tablo 5’de verilmektedir.

Tablo 5: OECD Ülkelerinde Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi (2003-2017)

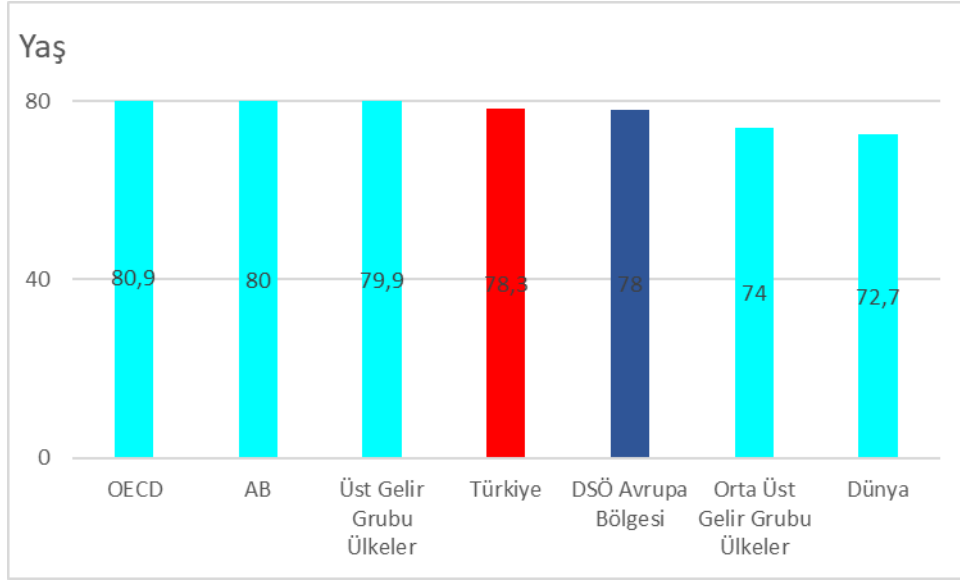
Ülkeler	2003	2017	Ülkeler	2003	2017
Avustralya	80,3	82,6	Kore	77,3	82,7
Avusturya	78,7	81,7	Letonya	70,5	74,8
Belçika	78,2	81,6	Litvanya	72,1	75,6
Kanada	79,6	82	Lüksemburg	77,8	82,2
Şili	77,2	80,2	Meksika	73,8	75,4
Çek Cumhuriyeti	75,3	79,1	Hollanda	78,7	81,8
Danimarka	77,4	81,2	Zelanda	79,3	81,9
Estonya	71,8	78,2	Norveç	79,6	82,7
Finlandiya	78,5	81,7	Polonya	74,7	77,9
Fransa	79,3	82,6	Portekiz	77,5	81,5
Almanya	78,6	81,1	Slovak Cum.	73,8	77,3
Yunanistan	79,3	81,4	Slovenya	76,4	81,1
Macaristan	72,6	75,9	İspanya	79,7	83,4
İzlanda	81	82,7	İsveç	80,3	82,5
İrlanda	78,2	82,2	İsviçre	80,6	83,6
İsrail	79,7	82,6	Türkiye	72,3	78,1
İtalya	80,1	83	Birleşik Krallık	78,4	81,3
Japonya	81,8	84,2	ABD	77,1	78,6

Kaynak: OECD, HealthStatistics (2019)., <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9>

Not: Şili için 2017 yılı beklenen yaşam süresi bilinmediği için Grafikte bu ülkenin 2016 yılının verisi verilmiştir.

Tablo 5’te görüldüğü üzere 84,2 ile Japonya ve 83,6 ile İsviçre en yüksek yaşam beklentisine sahip ülkeler arasında yer alırken. 74,8 ile Letonya ve 75,4 ile Meksika ise en düşük yaşam beklentisine sahip ülkeler arasında yer almaktadır. 2017 yılında Türkiye’de yaşam süresinin 78,1 olduğu görülmektedir. Türkiye’de doğumda beklenen yaşam süresinin yükselmesinde özellikle 2003 yılında yapılan sağlıkta dönüşüm programı ile sağlık alanında gerçekleşen olumlu gelişmeler ile ülkenin ekonomik düzeyinde meydana gelen artışların önemli katkısı olduğu bilinmektedir. Bir başka ifade ile yaşam standardının yükselmesi insan ömrünün de uzamasını mümkün kılmaktadır.

Yaşam beklentisi ve bebek ölüm hızı, bir ülkenin sağlık sistemlerinin performanslarını değerlendirmeye ilişkin yaygın bir şekilde kullanılan göstergelerdir. Doğuşta beklenen yaşam süresinin uluslararası karşılaştırması, Şekil 1’de verilmektedir.



Şekil 1: Doğuştaki Beklenen Yaşam Süresinin Uluslararası Karşılaştırması, 2018

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2018

Şekil 1’den de görüleceği üzere doğuştaki beklenen yaşam süresi 78,3 oranı ile Türkiye, dünya ortalamasının üstünde yer alırken OECD ülkeleri ile kıyaslandığında daha gerisinde yer almaktadır. Türkiye’nin sağlık göstergelerine bakıldığında her ne kadar OECD ülkelerinin ortalamasının altında yer alsa bile dünya ortalamasının üstünde yer alması, 2003 sonrası hayata geçirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı ile kayda değer mesafe aldığı sonucu çıkarılabilir.

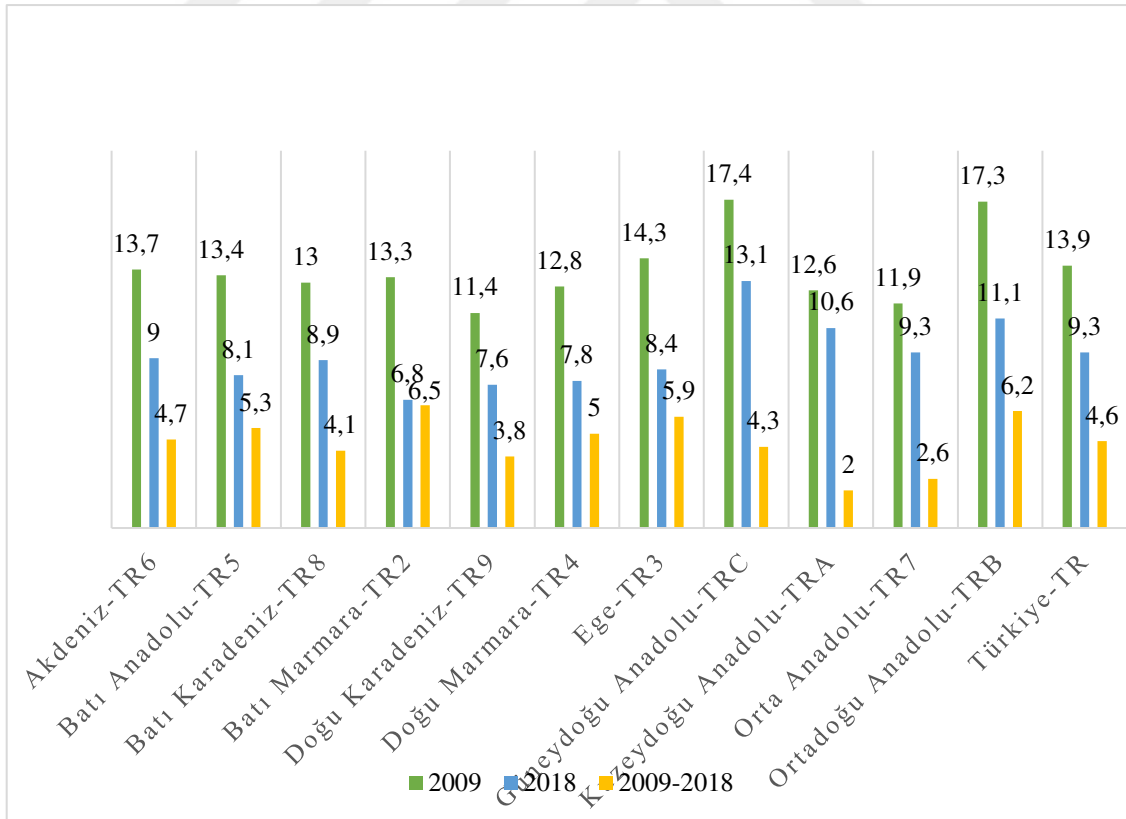
2.4.2. Türkiye İçin Sağlık Sektör Verileri

Bir toplumun sağlık seviyesinin ne düzeyde olduğunun bilinmesi ve toplumun karşılaştığı sağlık sorunlarının neler olduğu hakkında araştırmalar yapılması, ülkede sağlıkla sektörüne ait yatırımların ya da harcamaların neler olması gerektiği ve hangi boyutta yapılması gerektiği oldukça önemlidir. Bireylerin sağlıklı olması için gerekli olan bu ölçütlerin temel amacı daha sağlıklı bir toplum yaratmaktır. Sağlıklı bir toplum da beraberinde kalkınmayı ve daha güçlü bir ekonomiyi getirmektedir.

Herhangi bir toplumun veya devletin sağlık sistemini, sağlığa verilen önemini anlayabilmek sistem hakkında yeterli bilgi ve güvenilir verilerin elde edilmesi ile mümkün olmaktadır. Ülkenin veya toplumun sağlık sistemi hakkında elde edilen bilginin türü ve elde edilen verilerin güvenilirliği sağlık için önemli olan önceliklerin ortaya konulmasında ön ayak olmaktadır. Sağlıkta önceliklerin belirlenmesi, mevcut durumun

analizinin yapılması ve sağlık için gereken önlemlerin alınması, daha sonradan oluşabilecek sağlık sorunlarına karşı erken önlem almakta oldukça önemlidir. Sağlıklı bir toplum veya ülke beraberinde gelişmeyi getirmektedir (Ulutürk, 2015: 53).

Ekonomik ve gelişmiş soysal çevreye sahip olan ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ile sağlık seviyeleri arasında doğru orantıda bir ilişki vardır. Sağlıklı bir toplumdansöz edebilmek için ülkenin sağlık için ayırdığı kaynaklara, toplumun sağlık seviyesine bakılarak fikir sahibi olunabilmektedir. Sağlık hizmetleri için ayrılan harcamaların büyüklüğü gelişmiş ülkelerde çok daha fazla olmaktadır. Buda gelişmiş ülkelerde insanların sağlık bilincinin daha üst seviyelerde olduğunu göstermektedir (Tıraş ve Ağır, 2018: 14). Sağlık harcamaların üst düzeyde olması tek başına ekonomik büyümeyi belirlediğinden bahsetmek pek mümkün ve doğru olamamaktadır. Çünkü sağlık harcamaların yanında bebek ölüm hızı, anne ölüm oranı, doğurganlık oranı, doğuştay yaşam beklentisi de bir ülkenin ekonomik düzeyinin bilinmesinde belirleyici rol oynadığı görülmektedir. Bu bağlamda ilk olarak Türkiye bebek ölüm oranları ve yıllar itibariyle değişimleri Şekil 2’de verilmektedir.



Şekil 2: Türkiye’de Bebek Ölüm Oranları (Binde)

Kaynak: TÜİK Çocuk İstatistikleri, Bebek Ölüm Oranları

Türkiye’de bebek ölüm oranları 2009 yılında binde 13,9 iken, bu oran 2018 yılında binde 4,6 oranında bir düşüş yaşayarak binde 9,3 olarak gerçekleşmiştir. Ülkelerin bebek ölüm hızı; ana-çocuk sağlığı, sağlık bakım hizmetlerinin yeterli düzeyde olup olmadığı, bir ülkede sunulan sağlık hizmetlerinin niteliği, sağlık harcamalarının etkinliği ve verimliliği ile o ülkenin gelişmişlik seviyesi hakkında önemli bilgiler vermektedir. Ayrıca bebek ölüm hızının yüksek olduğu yerlerde kaba doğum hızının da yüksek olduğu sonucuna da varılabilir. Bölgesel olarak rakamlar değerlendirildiğinde ise 2009 yılında en yüksek bebek ölüm oranının Ortadoğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde gerçekleştiği görülürken, bu bölgelerde 2018 yılında yaklaşık %5 seviyesinde azalmaların yaşandığı görülmektedir. Türkiye’deki rakamlara bakıldığında yaklaşık %4.6 oranında azalma yaşansa da rağmen bebek ölüm oranlarında henüz istenilen seviyeye ulaşamadığı görülmektedir.

Bebek ölüm hızı göstergesinde olduğu gibi anne ölüm hızında da anne-çocuk sağlığı gibi sağlık alanında yapılan hizmetlerin yarattığı etkilerin neler olduğu, hastane hizmetleri için yapılan sağlık harcamaları, tıbbi cihazlar, teknoloji gibi bir toplumun sağlık statüsü hakkında genel bir fikir edinmeyi sağlamaktadır. Güçlü, gelişmiş bir ülke konumunda olmayı gerekli kılan en önemli etkenlerden biri olan aile planlamasında yapılan her yenilik, bir sonraki aşama için yani esasında istenilen sağlıklı bireylerden oluşan toplum modeline, ulaşmayı kolaylaştırmakta olduğunu söylemek mümkündür. Türkiye’de anne ölüm hızına ait rakamlar Tablo 6’da verilmektedir.

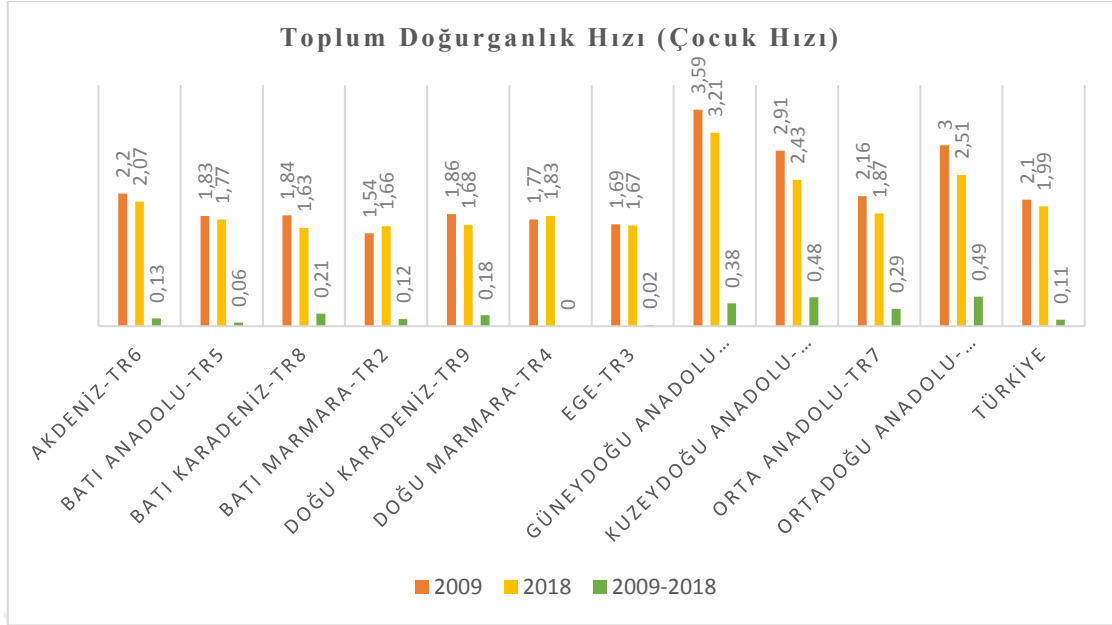
Tablo 6: Anne Ölüm Hızı (100.000 Canlı Doğumda)

Yıl	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2007-2017
Oran(%)	21,2	19,4	18,4	16,4	15,5	15,4	15,9	15,2	14,7	14,7	14,6	6,6

Kaynak: TÜİK, Çocuk İstatistikleri, Anne Ölüm Oranı, 2019.

Tablo 6’da görüldüğü üzere Türkiye’de anne ölüm hızı 2007 yılından, 2017 yılına kadar %6.6. oranında bir azalma yaşandığı görülmektedir.

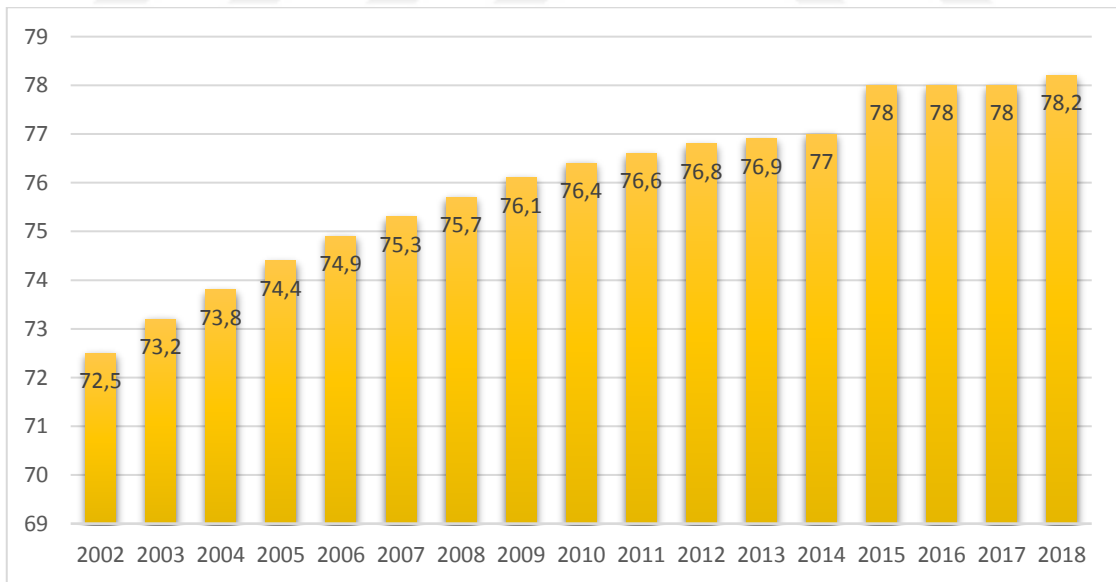
Doğurganlık oranları, bir ülkenin kalkınma düzeyinin göstergesi olarak değerlendirilebilir. Ayrıca ülkede uygulanan aile planlaması hakkında da genel bir fikir vermektedir. Türkiye’de doğurganlık oranı Şekil 3’de verilmektedir.



Şekil 3: Türkiye’de Doğurganlık Rakamları

Kaynak: TÜİK, Çocuk İstatistikleri, Toplam Doğurganlık Hızı, 2019.

Şekil 3’de görüldüğü üzere Türkiye’de toplam doğurganlık hızı 2009 yılında 2,1 iken bu oran 2018 yılında 0,11 oranında düşüş yaşayarak 1,99 olarak gerçekleşmiştir. En yüksek doğurganlık oranına sahip bölgeler arasında Güneydoğu Anadolu Bölgesi, Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi ve Ortadoğu Anadolu Bölgesi yer almaktadır.



Şekil 4: Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2018

Şekil 4’de Türkiye’de sağlık statüsü göstergelerinden biri olan doğuşta beklenen yaşam süresine bakıldığında 2003 yılı sağlıkta dönüşüm programı kapsamında sağlıkta yapılan yeniliklerin yaşam standartlarını arttırdığını söylemek mümkündür. Yaşam

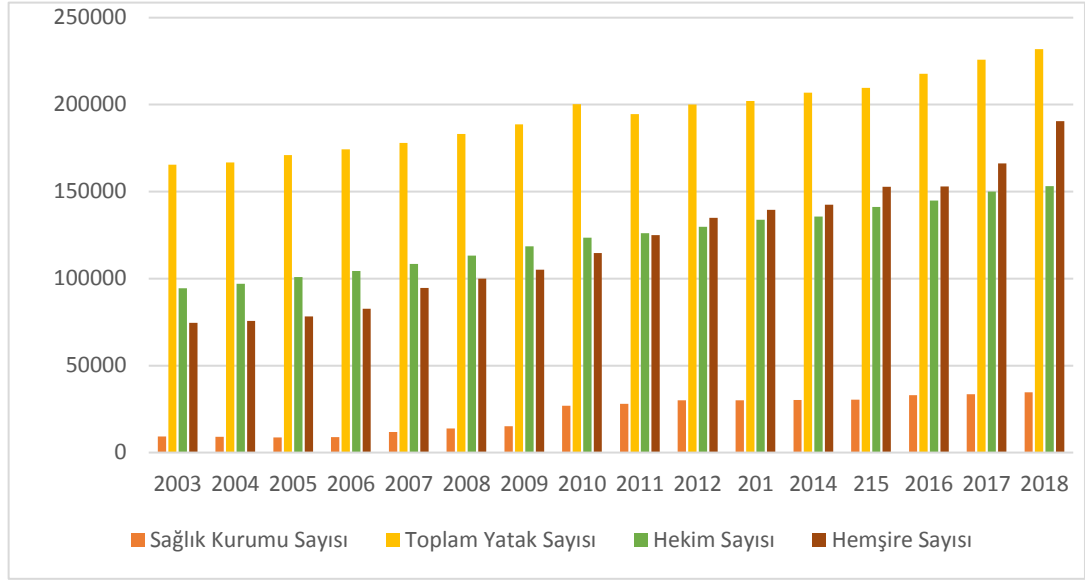
beklentisinin 72 yıldan 78 yıla yükselmesi de sağlıkta yapılan yeniliklerin ya da yatırımların her ne kadar yavaş ilerlemiş olsa bile düzenli ve olumlu yönde bir geribildirim sağladığını ortaya koymaktadır.

Bir ülkenin gelişmişlik düzeyinin göstergesi olarak, sağlıklı bireylere sahip olma durumunun yanında bu sağlıklı toplumun devamlılığının da olması oldukça önemli bir konudur. Bu açıdan sağlık hizmetleri sunumu tüm vatandaşları kapsayacak nitelikte ve toplumsal ihtiyaçları karşılayacak standartlarda olması gerekir. Sağlık hizmetlerinin sunumu için öncelikle sağlık personellerin iyi yetiştirilmesi, hastane ve hastane yatak sayılarında artışların olması gibi önemli kriterlerin olması gerekmektedir. Aşağıdaki tablo 7 ve Şekil 5'te Türkiye'de 2003-2018 yılları arasında gerçekleştirilen sağlık alanında yapılan düzenlemeler neticesinde sağlık kurumları sayılarında, toplam yatak sayılarında, hekim ve hemşire sayılarında meydana gelen değişimler ortaya konulmuştur.

Tablo 7: Türkiye'de Sağlık Kurumu, Toplam Yatak Sayısı, Hekim, Hemşire Sayısı Değişimleri, 2003-2018 Yılları

Yıllar	Sağlık Kurumu Sayısı	Toplam Yatak Sayısı	Hekim Sayısı	Hemşire Sayısı
2003	9 183	165 465	94 466	74 483
2004	9 038	166 707	97 110	75 753
2005	8 772	170 972	100 853	78 182
2006	8 891	174 342	104 475	82 626
2007	11 839	178 000	108 402	94 661
2008	13 818	183 183	113 151	99 910
2009	15 205	188 638	118 641	105 176
2010	26 993	200 239	123 447	114 772
2011	27 997	194 504	126 029	124 982
2012	29 960	200 072	129 772	134 906
2013	30 116	202 031	133 775	139 544
2014	30 176	206 836	135 616	142 432
2015	30 449	209 648	141 259	152 803
2016	32 980	217 771	144 827	152 952
2017	33 587	225 863	149 997	166 142
2018	34 559	231 913	153 128	190 499

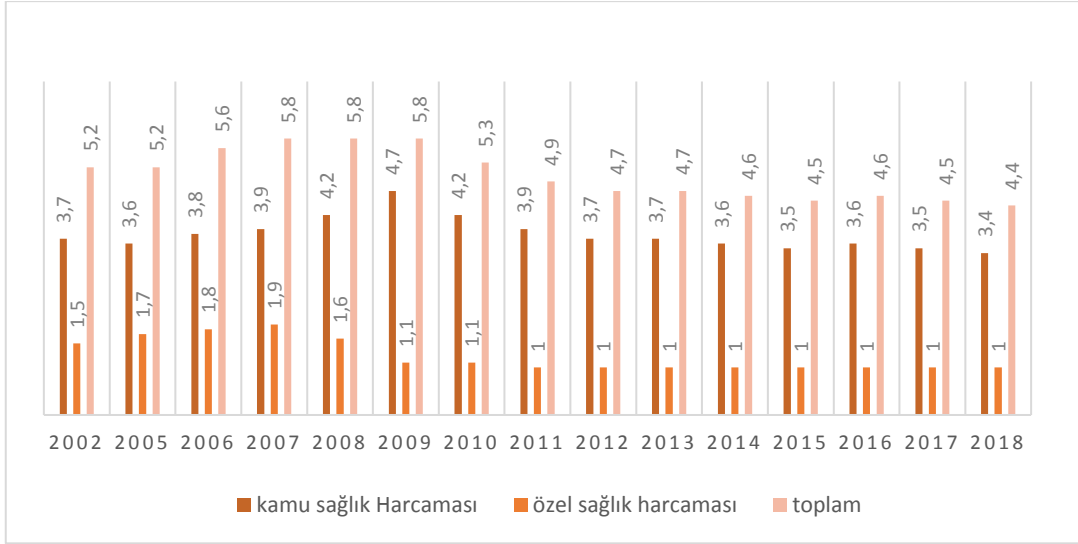
Kaynak: TÜİK



Şekil 5: Türkiye’de Sağlık Kurumu, Toplam Yatak Sayısı, Hekim, Hemşire Sayısı Değişimleri, 2003-2018 Yılları

Kaynak: TÜİK

Yukarıdaki tablo 7’de görüldüğü üzere sağlık kurumu sayılarında, yatak sayısı kapasitelerinde, hekim ve hemşire sayılarında 2003 yılından 2018 yılına kadar düzenli bir artış yaşanmıştır. Sağlık hizmetlerine olan talebin giderek artması 2003 yılından 2018 yılına kadar genel olarak sağlık kurumları (hastane) sayılarında artışlar meydana getirse bile bazı yıllarda azalmalar olduğu görülmektedir. 2003 yılında 9183 olan sağlık kurum sayısı 2018’de 34559’a yükselmiş, toplam yatak sayısı 2003’te 165465 iken 2018 yılında 231913’e, hekim sayısı 94466’dan 153128’e ve hemşire sayısı 74483’ten 190499’a ulaştığı görülmektedir.



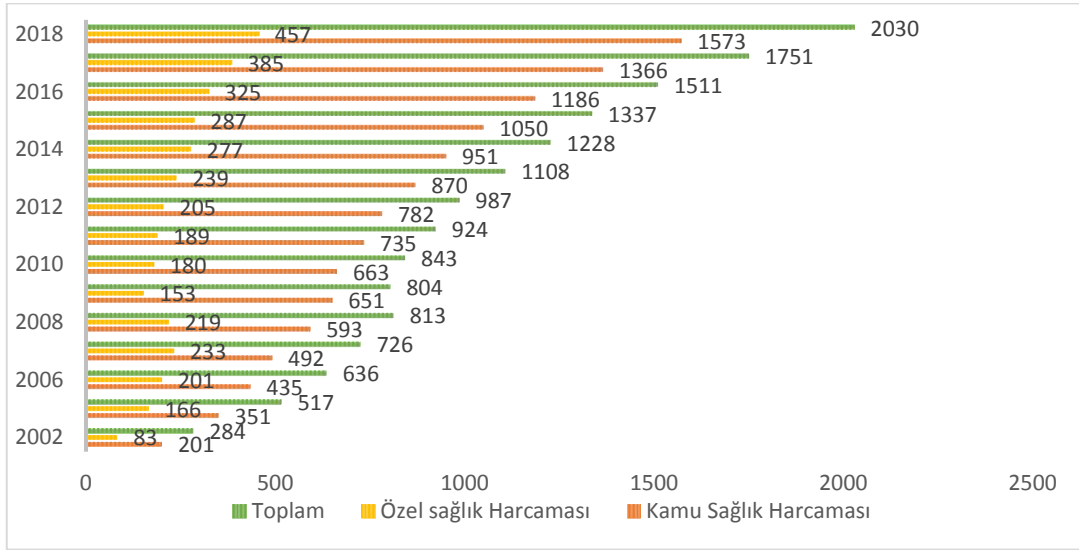
Şekil 6: Türkiye’de Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı, (%)

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2018

Toplam sağlık harcamaları, bir ülkede yapılan tüm kamu ve özel sağlık harcamalarının toplamı şeklindedir. Ülkelerin yapmış olduğu sağlık harcamaları doğrudan iktisadi büyümeyi etkileyen harcamalar olarak değerlendirilebilir. Şekil 6 incelendiğinde toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ ya oranında 2002 yılından, 2009 yılına kadar yükselme meydana gelirken 2010 yılından sonra düşüşler olduğu görülmektedir. Toplam sağlık harcamaları içinde; devlet eliyle yapılan sağlık harcamaları, özel sağlık harcamalarında daha fazla oranda artış olduğu görülmektedir. Sağlık sigortasının kapsamının genişlemesi ile kamu harcamaların payı dikkate değer bir artış göstermiştir. Bu da merkezi yönetimin sağlık alanında daha aktif rol üstlendiğini ortaya koymaktadır. Sağlığın iyileştirilmesi ve geliştirilmesi amacını taşıyan Sağlıkta Dönüşüm Programının da etkisi ile kamu sağlık harcamalarının finansman payının, toplam sağlık harcamaları içinde yüksek oranda gerçekleştirdiği sonucu çıkarılabilir.

Sağlık sektöründe sağlık ihtiyacının doğması ile ortaya çıkan sağlık hizmetleri talebi, bireyleri bu beklenmedik talep karşısında alınan sağlık hizmetinin bedelini ödemede ya da herhangi bir hizmet alımını karşılayabilecek harcama ve tasarruf planlaması yapmada oldukça güç bir durumda bırakabilir. Bireyler, sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçlarının zamanını bilemediklerinden ortaya çıkan bu belirsizlik sorunu sigorta ve piyasa mekanizması ile giderilebilir (Grand vd., 1992: 43-44). Bu sayede merkezi yönetimin yanında özel sağlık kuruluşları ile sağlık alanında oluşabilecek riskler kontrol altına alınabilir.

Kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması, nominal (TL)Şekil 7’de verilmektedir.

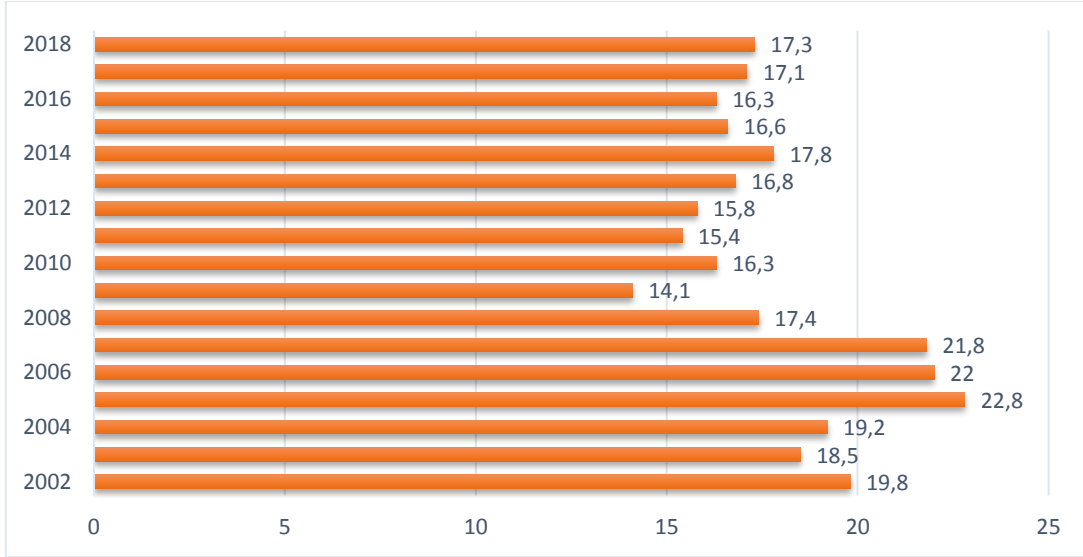


Şekil 7: Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, Nominal (TL)

Kaynak: TÜİK

Şekil 7’de kişi başı sağlık harcaması toplamında yıllar itibari ile artış meydana geldiği görülmektedir. Kişi başı toplam sağlık harcaması, 2002 yılında 284TL iken bu oran 2017 yılında 1.751 TL’ye yükselmiştir. 2002 yılında özel sağlık harcamaları 83TL iken, 2017 yılında bu oran 385 TL’ye yükselmiştir. Buradan görüldüğü üzere sağlık harcamalarında kamunun ağırlığı hala baskın şekilde devam etmektedir.

Her ekonomi modelinde olduğu gibi sağlık ekonomisinin de önceliklerinin ilk sırasında gelişme, kişi başına düşen geliri arttırarak ülkenin refah seviyesini artırmaktır. Bir ülkede halkın refah seviyesinin arttığını söylemek iktisadi büyümenin gerçekleşmesi ile mümkün olmaktadır. Bir ülkenin iktisadi büyümedeki başarısı ya da başarısızlığı ekonomideki yüksek büyüme hızları ile düşük büyüme hızlarının karşılaştırılmasıyla ölçülmektedir (Tarı ve Kumcu, 2005: 156). İktisadi büyüme hızının yüksek olduğu ülkelerin ekonomisin güçlü olduğu ve bu sayede sağlık harcamaları için ayrılan payın daha fazla olması beklenir. Bu da sağlık hizmetlerinde pozitif yönde gelişme göstereceği haliyle kişi başı sağlık harcamalarının da artması öngörülebilir.



Şekil 8: Cepten Yapılan Sağlık Harcamaların Toplam Sağlık Harcaması İçindeki Oranı (%)

Kaynak: TÜİK

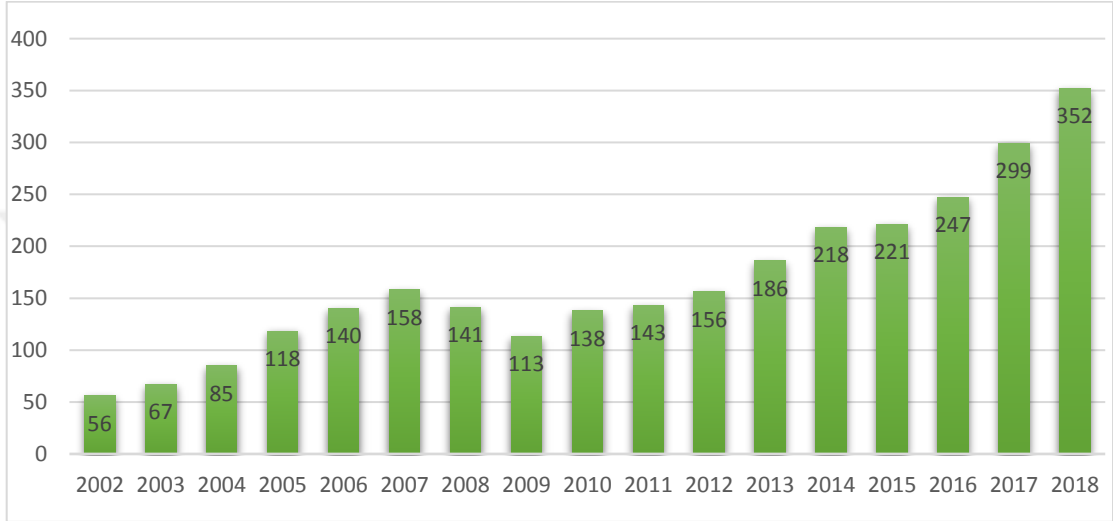
Şekil 8’de görüldüğü üzere cepten yapılan sağlık harcamaları, özel sağlık harcamaları kategorisinde önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık harcamaları içinde kamu ve özel sektörün etkinliğinin bilinmesinin önemi yanında cepten yapılan sağlık harcamaları oranının bilinmesi de bir o kadar önemlidir. Cepten yapılan sağlık harcamalarında 2002 yılından 2018 yılına kadar olan süreçte inişli çıkışlı bir seyir izlese bile genel olarak azalma eğilimine girdiği söylenebilir.

Cepten yapılan sağlık harcamaları uygulama alanı bulduğu koşullar, bireyleri bu sağlık harcamadan en beklenebilir düzeyde koruyacak sağlık sisteminin hangisi olduğuna karar vermek ve bireylerin cepten sağlık harcaması yapmalarını sağlayan etkenler hakkında az düzeyde bilgiye ulaşılmaktadır. Çıkarım da bulunabilecek en önemli konu ise bireylerin sosyoekonomik düzeyinin cepten yapılan sağlık harcaması ile yakından ilişkisi olduğu durumudur. Bu gibi etkenlerin araştırılması politika belirleyicilerine; sağlık hizmetlerine ulaşmada sosyal adaletin sağlanması konusunda faydalı olacaktır (Bora Başara ve Şahin, 2008: 336).

Cepten yapılan harcamalar, bir ülkenin finansal risk koruma, finansmanda hakkaniyet ve toplumun sağlık statüsünün en üst düzeye çıkarılması hedeflerini etkileyebildiğinden bir ülkenin sağlık sistemi performansında olumsuz sonuçlar doğurabilir. Cepten harcamalar bireylerin sağlık hizmetlerini almada öngörülemeyen

harcama riski ile karşı karşıya kalmalarına ve hatta yoksullaşmalarına veya yoksul iseler daha da yoksullaşmalarına neden olabilmektedir. Türkiye gibi sağlık sistemi finansmanında önemli boyutta cepten harcamaları kullanan ülkelerde cepten harcamaların neden olabileceği veya katkıda bulunabileceği olumsuz durumlar dikkatli değerlendirilmelidir(Özgen, 2007: 218).

Şekil 9’da 2002 -2018 yılları arasındaki kişi başı cepten yapılan sağlık harcamasının TL cinsinden değeri verilmiştir

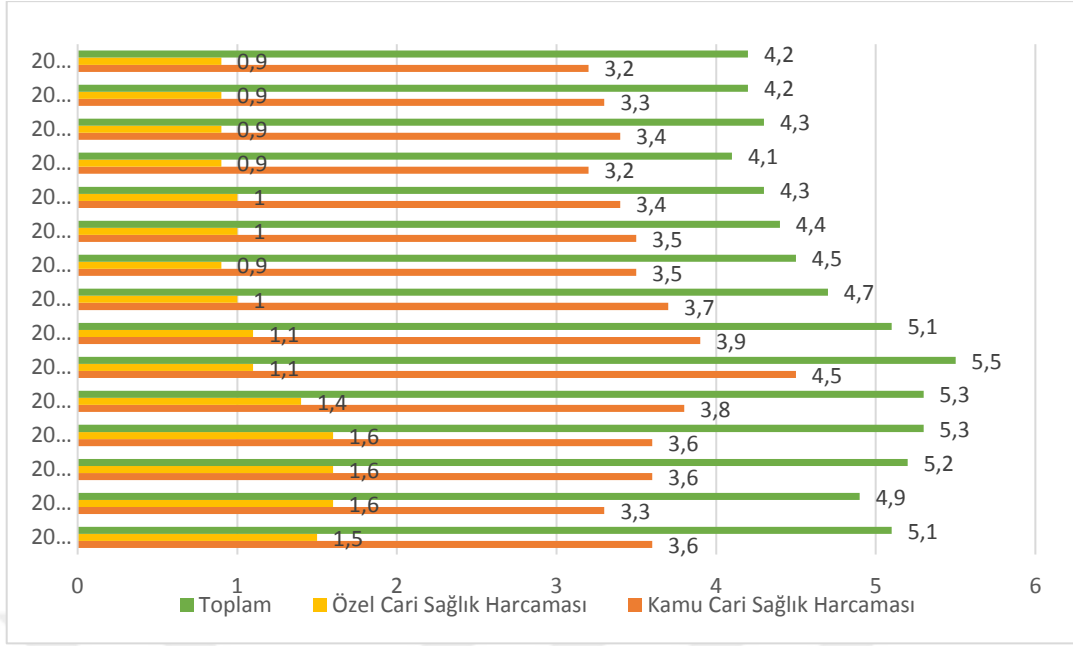


Şekil 9: Kişi Başı Cepten Yapılan Sağlık Harcaması, Nominal (TL)

Kaynak: TÜİK

Şekil 8’de görüldüğü üzere kişi başı sağlık harcamasında; 2008 ile 2009 yılları haricinde yıllar itibari ile artış gerçekleşmiştir. Kişi başı cepten yapılan sağlık harcaması, 2002 yılında 56 TL iken bu oran 2018 yılında 352 TL’ye yükselmiştir. Sağlık sistemi ve toplumun hedeflerine yönelik önemli sonuçlar doğuran cepten harcamalar, sağlık hizmetlerindeki talebin, cepten harcamalar ile kontrol altına alınması, olumsuz sonuçlar doğurmasının önüne geçilip toplam sağlık harcamalarında öngörülen ve öngörülemeyen aşırı ve gereksiz artışların önüne geçebilir.

Şekil 10’da 2002-2018 dönemleri için Türkiye’de kamu ve özel cari sağlık harcamasının GSYİH İçindeki Oranı (%) verilmektedir.



Şekil 10: Kamu ve Özel Cari Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Oranı (%)

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2018

Sağlık kavramının tanımı ve içeriği kapsamlı bir şekilde incelenmesi, sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin anlaşılmasının kolaylaşmasında yardımcı olur. Sağlık, bireylerin hayatları boyunca kendi potansiyellerini geliştirecek olan yetenekleri olduğu gibi toplumun refah seviyesinin yükselmesinde de önemli bir kaynak olduğu görülmektedir (Aydemir ve Baylan, 2015: 418). Refah seviyesinin istenen düzeye gelmesi için sağlık hizmetleri sunumunun sürdürülebilir durumda olması gerekmektedir. Bu noktada cari sağlık harcamaları (ilaç, hizmet alımı, personel, tıbbi malzeme gibi), sağlık hizmetleri sunumunun devamlılığı için gerekli olan harcamalardır. Şekil 10’da görüldüğü üzere kamu ve özel cari sağlık harcamasının toplamı; genel olarak azalma eğilimi göstermiştir. Bu eğilim sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için yapılan uygulamaların yeterli olmadığını göstermektedir.

Çalışmamızla ilintili olarak Covid-19 salgının dünyadaki seyri ve dünyanın genelindeki vaka sayıları ile pandeminin kontrol altına alınmada yaşanan zorlukların sağlık sisteminde yaratacağı sorunlara kısaca değinilmiştir.

Tüm dünyaya hızla yayılan Yeni Corona virüs Hastalığı (Covid-19) ilk olarak 1 Aralık 2019 tarihinde Çin’in Vuhan Eyaleti’nde ortaya çıkmış, Türkiye’de de ilk olarak 12 Mart 2020 tarihinde tespit edilmiştir. Dünyanın birçok yerinde hızla yayılan Covid-

19; ekonomik, sosyal ve toplumsal tedbirlerin alınmasını mecburi kılmıştır. Türkiye'nin pandemiye karşı aldığı önlemlerin arasında ilki, eğitim ve öğretime ara verilmesi ile uzaktan eğitim modeline geçiş yapılmasıdır. Özellikle Avrupa ülkelerine seyahat kısıtlamaları uygulamaya konulmuştur. Türkiye'de Covid-19'dan gerçekleşen ilk ölüm 17 Mart 2020'de gerçekleşmiş olup Covid-19'un özellikle 65 yaş ve üzeri ile kronik rahatsızlıkları olan popülasyonu daha çok etkilediği tespit edilmiştir. Akabinde 22 Mart 2020 tarihinde 65 yaş ve üzeri ile kronik rahatsızlıkları olan bireylere sokağa çıkma kısıtlaması getirilmiştir. Türkiye bu kötü süreçte sağlık alanında Covid-19 ile mücadelede solunum cihazı üretim çalışmalarına başlamış, 20 Nisan 2020 tarihi itibarıyla ilk yerli ve milli solunum cihazı seri üretimden çıkmıştır. 3 Nisan 2020 itibarıyla 20 yaş altı gençlere sokağa çıkma kısıtlaması getirilmiş, 1 Haziran 2020 sonrası 18 yaş altı olarak yaş aralığı güncellenmiştir. Covid-19'un yayılım hızını engellemek adına 11 Nisan 2020 itibarıyla 30 büyükşehir ve Zonguldak'ta haftasonları sokağa çıkma kısıtlaması uygulamasına geçilmiş, bu uygulama kapsamındaki illerin kapsamı daraltılarak 6 Haziran 2020 tarihine kadar bu uygulamaya devam edilmiştir (Soylu, 2020: 175-176). Tüm dünyaya etkisi altına alan Covid-19 'un dünyadaki toplam vaka sayıları Tablo 8'de gösterilmektedir.

Tablo 8: Dünya Çapında Toplam Vaka Sayısı

Günler	Ocak 2020	Şubat 2020	Mart 2020	Nisan 2020	Mayıs 2020	Haziran 2020	Temmuz 2020
1. Gün		14.553	88.585	941.992	3.363.832	6.360.644	10.767.706
2. Gün		17.391	90.447	1.022.501	3.446.959	6.476.950	10.977.454
3. Gün		20.630	93.017	1.106.983	3.529.510	6.598.282	11.191.929
4. Gün		24.545	95.323	1.188.840	3.609.179	6.729.581	11.387.899
5. Gün		28.266	98.416	1.259.807	3.690.878	6.860.921	11.566.392
6. Gün		31.439	102.056	1.333.147	3.787.026	6.990.553	11.738.303
7. Gün		34.876	106.112	1.411.799	3.883.735	7.105.195	11.947.044
8. Gün		37.552	110.009	1.496.703	3.980.606	7.213.714	12.161.182
9. Gün		40.553	114.444	1.582.254	4.070.177	7.335.499	12.385.347
10. Gün		43.099	119.014	1.674.543	4.150.508	7.472.271	12.623.075
11. Gün		45.134	126.327	1.754.266	4.225.531	7.611.289	12.839.931
12. Gün		59.287	134.586	1.826.022	4.311.396	7.754.710	13.038.396
13. Gün		64.438	145.518	1.896.512	4.401.293	7.889.692	13.234.616
14. Gün		67.100	156.502	1.969.945	4.498.702	8.014.147	13.454.488
15. Gün		69.197	169.532	2.053.054	4.599.419	8.139.780	13.689.502
16. Gün		71.329	182.470	2.134.148	4.696.546	8.283.346	13.938.477
17. Gün		73.332	198.249	2.219.475	4.779.189	8.429.457	
18. Gün		75.184	218.985	2.300.205	4.869.671	8.570.759	
19. Gün		75.100	245.174	2.375.885	4.965.465	8.751.633	
20. Gün		76.677	275.893	2.449.637	5.068.904	8.908.555	
21. Gün		77.673	305.386	2.525.322	5.177.321	9.032.985	
22. Gün	580	78.651	337.869	2.605.654	5.286.079	9.173.064	
23. Gün	845	79.205	379.499	2.690.687	5.386.616	9.337.580	
24. Gün	1.317	80.828	423.405	2.792.867	5.483.982	9.511.888	
25. Gün	2.015	81.820	472.158	2.883.369	5.574.856	9.693.092	
26. Gün	2.800	83.108	533.279	2.956.992	5.668.350	9.888.502	
27. Gün	4.581	84.615	598.173	3.026.613	5.775.903	10.066.890	
28. Gün	6.058	86.605	665.092	3.102.254	5.893.529	10.231.539	
29. Gün	7.813		725.764	3.182.307	6.020.283	10.393.588	
30. Gün	9.823		790.234	3.268.493	6.145.335	10.568.939	
31. Gün	11.950		864.492		6.255.136		

Kaynak: Worldometer

Tablo 8’de Covid-19 salgınının başladığı Ocak ayı ile Temmuz ayı arasında geçen sürede dünya genelindeki toplam vaka sayısı gösterilmektedir. Tablodan da görüleceği üzere; özellikle Şubat ayının sonları itibari ile toplam vaka sayısının ciddi bir artış eğilimi içinde olduğu görülmektedir.

Ekonomi, sosyal ve savunma alanında önemli ölçüde gelişmiş olan ülkelerin Covid-19 ile birlikte geniş imkanlara sahip olmalarına karşın herhangi bir salgın karşısında güçlerinin beklenilenin aksine ne kadar kırılgan bir yapıda olduğu görülmüştür. Özellikle sağlık sistem yapılarının güçlü olduğu varsayılan herhangi bir olumsuz durum karşısında anında cevap verebilen tam donanımlı (yeterli sağlık personeli, tıbbi cihazlar, yeterli yatak kapasitesi gibi) bir sağlık sistemi yapısına sahip olduğu düşünülen İngiltere, Amerika, İtalya, İspanya gibi ülkelerin Covid-19 ile beraber mevcut sağlık sistemlerinin güvenilirliği de sorgulanır duruma gelmiştir (Budak ve Korkmaz, 2020: 75). Pandemi ile dünyadaki ülkelerin mevcut sağlık sistemi test edilmiş durumda kaldığı ve sağlık sistemi yapıların birçok gelişmiş ülkede beklenen performansı gösteremediği gerçeğini ortaya çıkarmıştır. Çünkü artmakta olan vaka sayılarının kontrol altına alınması, ölüm sayılarının seyrinde azalmalar olabilmesi, olası krizlerin doğru yönetilmesi, bir ülkenin sağlık sistemlerinin kapasitesi ile ilintilidir. Krizin zamanında yönetilememesi daha sonraki süreçte tüm ülkelerin mevcut sağlık sistemlerini revize etmeye mecbur bırakacağı sonucu çıkarılabilir.

Dünya nüfusunun dağılımında etkin rol aldığı gibi dünya ekonomisinde de önemli ölçüde risklere zemin hazırlamakta olan salgınlar, ekonomik kaybın etkisiyle ekonominin istikrarsızlığına sebep olabilir. Etki, doğrudan maliyetler, uzun vadeli yük ve dolaylı maliyetlerdir. Salgınlar her ne kadar zengin-fakir ayrımı yapmıyor olsa bile ekonomik kayıplar, bireylerin fizyolojik ihtiyaçlarını karşılamada (yeme-içme, barınma, temizlik gibi) ve sağlık hizmetlerine erişebilme konusunda, sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan kesimleri olumsuz anlamda daha çok etkilediği görülmektedir. Mortalite (ölüm) ve morbidite (tanı konulan hastalık) oranlarında değişikliklerin görülmesi bir ülkenin güçlü sağlık sistemi yapısı ve ekonomik kalkınma düzeyi ile ilgili olduğu söylenebilir (Özkoçak vd., 2020: 1189-1190). Ülkelerin sağlık sistemlerini zorlayan Covid-19 salgının neden olduğu ölüm oranlarının (mortalite) ülkeler arasında farklılık göstermesine, sağlık sistemlerinin ve sağlık için ayrılan kaynakların farklılığı ve ayrıca insanların sağlık hizmeti alımında karşılaştığı sorunlar ile ekonomik sıkıntılar sebep olarak gösterilebilir.

Tablo 9’da da görüldüğü üzere Covid-19 enfeksiyonu, Türkiye’de Avrupa ve Amerika’ya oranla mortalite oranı daha düşük seyretmektedir.

Tablo 9: Türkiye, Avrupa birliği ülkeleri ve Amerika Birleşik Devletleri’ne ait Covid-19 ve genel sağlık göstergeleri ile ilgili bazı verilerin karşılaştırılması

	Türkiye	Avrupa Birliği Ortalaması	ABD
Toplam Covid-19 vakası / 1 milyon nüfus (insidans)	1.514	1.811	3.664
Toplam Covid-19 kaynaklı ölüm / 1 milyon nüfus	41	150	211
Toplam test / 1 milyon nüfus	13.886	30.168	22.545
Kişi başına düşen sağlık harcaması (Amerikan doları)	1.226	3.466	10.586
Sağlık harcamasının GSMH’ ye oranı (%)	4,17	8,24	16,94
Yaşlı nüfus oranı (%)	8,65	19,16	16,03
Bin kişiye düşen doktor sayısı	1,87	3,57	2,61
Kişi başı yıllık ortalama doktor başvurusu	8,9	7,0	-
Covid-19 mortalite oranı (%)	2,71	6,57	5,77
Covid-19 iyileşme oranı (%)	53,40	45,94	15,50
Covid-19 ciddi hastalık oranı (morbidite) (%)	1,08	1,08	1,32

Kaynak: Dağcıoğlu ve Keskin, 2020

Not: Veriler, Dağcıoğlu ve Keskin (2020) tarafından düzenlenen çalışmadan alınmıştır.

Herhangi bir salgın periyodunda, krizin doğru yönetimi konusunda kilit rol oynayan kaynağın sağlık personeli olduğu Covid-19 pandemisi ile bir kez daha vurgulanmıştır. Bu noktada Türkiye vatandaşlarının sağlık çalışanlarına olan güveni ve inancı da ortaya çıkmıştır (Afacan ve Avcı, 2020:11). Covid-19 salgını halkın sağlığını doğrudan etkilediği için halk sağlığı kurumlarının çalışmaları bu noktada önemlidir. Toplum sağlığın korunması adına hastane, hastane yatak kapasitesinde, hekim ve hemşire sayısında artışların olması alınması gereken tedbirler arasında sayılabilir. Bu noktada Türkiye açmış olduğu sahra hastaneleri ve şehir hastanesi ile yatak sayısında ve sağlık çalışanları sayısında çoğaltma yaparak diğer ülkelere nispeten bu süreci daha kolay geçirmekte olduğu söylenebilir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. YAPISAL KIRILMA EŞLİĞİNDE TÜRKİYE’DE KAMU VE ÖZEL SAĞLIK HARCAMALARI İLE EKONOMİK BÜYÜME ARASINDAKİ EŞBÜTÜNLEŞME İLİŞKİSİNİN TEST EDİLMESİ

3.1.Araştırmanın Önemi ve Kapsamı

İktisadi kalkınmanın temelini oluşturan unsurlardan biri beşeri sermayedir. Beşeri sermaye iki ana unsurdan oluşmaktadır. Bunlardan biri eğitim, bir diğeri ise sağlıktır. Ekonominin iktisadi karar birimlerinden olan bireylerin fiziksel ve ruhsal yönden sağlıklı olması toplumun hedeflenen kalkınma düzeyine ulaşması açısından büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda sağlıklı bireylerin toplumlarda ekonominin içerisinde yer alabilmesi ancak kaliteli sağlık hizmetleri ile mümkün olmaktadır. Ayrıca toplumların varlıklarını sürdürülebilir kılması da ancak sağlıklı nesillerin yetiştirilmesi ile mümkündür.

Ekonomilerin hedeflenen büyüme rakamlarına ulaşabilmesi için mevcut üretim unsurlarını etkin bir şekilde kullanması oldukça önemlidir. Ekonomilerde üretim faktörleri dört grupta sınıflandırılmaktadır. Bunlar doğal kaynaklar, sermaye, girişimci ve işgücüdür. Üretim faktörlerinden birisi olan işgücünün etkin olarak değerlendirilebilmesi ancak sağlıklı olması ile mümkün hale gelmektedir. Üretim faktörlerinden bir diğeri olan sermaye ise fiziki ve beşeri sermaye olarak değerlendirildiği düşünülmektedir. Buradan yola çıkılarak sağlık ile ekonomik büyüme arasında yakın bir ilişkinin varlığından söz etmek mümkündür. Bu bağlamda bu çalışmada da Türkiye ekonomik büyüme ile sağlık harcamaları arasındaki ilişki ele alınmıştır. Bu çerçevede çalışmada ekonomik büyüme ve sağlık harcaması arasındaki ilişkinin varlığının test edilmesi için yapısal kırılmanın dikkate alındığı ve alınmadığı iki eşbütünleşme analizi yapılarak sonuçlar yorumlanmıştır. Yapısal kırılmanın dikkate alınması ve daha önce literatürde kullanılan yöntemlerde sıklıkla kullanılan yöntemler ile yapılan çalışmaların sonuçları ile karşılaştırılması mümkün olmuştur.

Bu tez çalışması üç bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın birinci bölümünde Türkiye’de sağlık ekonomisinin temel unsurlarına yer verilmiş ayrıca sağlık sisteminde dönüşüm sürecinden bahsedilmiştir. Çalışmanın ikinci bölümünde ise sağlık hizmetlerinin finansmanın konusuna yer verilirken OECD ülkeleri ve Türkiye için Sağlık göstergelerine de yer verilmiştir. Çalışmanın üçüncü ve son bölümünde ise Türkiye’de ekonomik büyüme ile sağlık harcamaları arasındaki ilişki ampirik uygulama ile analiz edilmiştir. Son bölümde ekonomik büyüme ile sağlık harcamalarının arasındaki ilişkinin teorik çerçevesi, konu üzerine yapılan ulusal ve uluslararası literatür çalışmalarının özetine yer verilmesinin ardından 1980-2018 dönemleri için ilgili değişkenler arasındaki eşbütünleşme ilişkisi ortaya konmuştur. Çalışmada elde edilen bulgular literatürde yer alan benzer çalışma sonuçları dikkate alınarak tartışılmış ve sonuçlar değerlendirilmiştir.

3.2.Literatür Özeti

Ülkelerin kalkınma seviyelerinin yükseltilebilmesi beşeri sermaye unsuruna bağlı olarak değişmektedir. Beşeri sermayeyi oluşturan unsurlar arasında olan eğitim ve sağlık alanında meydana gelen değişimler işgücü verimliliğini önemli derecede etkilemektedir. Bu nedenle literatürde beşeri sermaye unsurları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin uzun yıllardan bu yana araştırıldığı görülmektedir. Çalışmada bu iki değişken arasındaki ilişkinin ele alındığı ampirik çalışmaların özeti aşağıda özetlenmiştir:

YAZAR	DÖNEM	KAPSAM	ÖRNEKLEM	YÖNTEM	SONUÇ
Hansen ve King (1996)	1960-1987	20 OECD ülkeleri	Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme	Birim kök testleri	Serilerin durağan olmadığı ve toplam sağlık harcamalarının düzeyinin belirlenmesinde GSYİH' nın önemli bir değişken olduğunu belirtmişlerdir.
Hitis(1997)	1960-1991	Avrupa Topluluğu üyesi 10 OECD ülkesi	Kişi başına düşen sağlık harcamaları, kişi başı gelir, sağlık harcamasının toplam kamusal harcamalara oranı, enflasyon oranı ve ülkelerdeki sağlık hizmeti sistemlerindeki farklılıkları gösteren bir kukla değişken	Panel veri metodu	Gelirin en önemli sağlık harcaması belirleyicisi olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca sağlık harcamasının gelir esnekliğinin birden büyük olduğu (lüks mal olduğunu) tespit edilmiştir.
Bhargavavd.,(2001)	1965- 1990	92 ülke	Ortalama yaşam süresi, doğurganlık oranı, GSYİH	Panel regresyon yöntemi	Düşük gelirli ülkelerde ortalama yaşam süresinin büyüme üzerinde pozitif etkisi vardır.
Heshmati(2001)	1970-1992	OECD ülkeleri	Kişi başı sağlık harcamaları, GSYİH	Genişletilmiş solow modeli	Kişi başına sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde pozitif bir etkisinin olduğu ve bu harcamaların ülkelerin birbirlerine yakınsama hızlarını etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.
Gerdtham ve Löthgren (2002)	1960-1997	25 OECD ülkesi	Kişi başı sağlık harcaması ve ekonomik büyüme	Eş-bütünleşme testleri	Sağlık harcamaları ile ekonomik büyümenin eşbütünleşik olduğu sonucuna varılmıştır.
McDonald ve Roberts (2002)	1960-1989	77 ülke	Doğuşta yaşam beklentisi, bebek ölüm oranını	Dinamik panel veri analizi	Doğuşta yaşam beklentisinin ekonomik büyümeyi artırdığını gözlemlenmiş, sağlık sermayesinin ekonomik büyüme oranları üzerinde önemli bir etkisinin olduğunu ve makroekonomik açıdan bebek ölüm oranı ile doğuşta yaşam beklentisinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir.
Herwartz&Theilen (2003)	1960-1997 (Danimarka için 1969-1997)	Yunanistan, Lüksemburg, Yeni Zelanda, Portekiz ve Türkiye haricindeki OECD ülkeleri	Kişi başı sağlık hizmeti harcamaları, kişi başına düşen milli gelir ve 65 yaş üzeri nüfus	Birim kök testi ve eş-bütünleşme analizi, en küçük kareler yöntemi	Sağlık harcamalarının gelir esnekliğinin birden küçük olduğu yani sağlık hizmeti harcamalarının normal mal olduğu tespit edilmiştir.
Kar ve Ağır(2003)	1926-1994	Türkiye	Sağlık harcamalarının ve eğitim harcamalarının GSMH içindeki payları, beşeri sermayenin göstergesi olarak alınmıştır.	JohansenEşbütünleşme Testi, Granger Nedensellik Testi	Ekonomik büyüme ile beşeri sermaye arasındaki nedensellik ilişkisinin seçilen beşeri sermaye ölçütüne duyarlı olduğunu göstermektedir. Beşeri sermaye ile büyüme arasında uzun dönemli ve birbirini etkileyen bir yapı mevcuttur.
Brempong ve Wilson (2004)	1961-1995	23 OECD ülkesi	Doğuşta yaşam beklentisi, toplam sağlık harcamaları, kişi başı gelir	Genişletilmiş solow modeli	Toplam sağlık harcamaları ve doğuşta yaşam beklentisinin kişi başına gelir artışı üzerinde pozitif ve güçlü bir etkisi olduğu sonucu rapor edilmiştir.
Taban(2006)	1968-2003	Türkiye	Doğuşta yaşam beklentisi, sağlık kurumlarının sayısı, yatak sayıları, sağlık personeli başına düşen kişi sayısı	Nedensellik testi	Sağlık kurumlarının sayısı dışındaki diğer sağlık verileri ile ekonomik büyüme arasında çift yönlü bir nedensellik ilişkisi görülmüştür. Sağlık kurumlarının sayısı ile reel GSYİH arasında ise herhangi bir nedensellik ilişkisi görülememiştir.
Erdoğan ve Bozkurt (2008)	1980-2005	Türkiye	Yaşam beklentisi ile ekonomik büyüme	ARDL Sınır Testi	Değişkenler arasında uzun dönemli ilişkiye rastlanmış ve ilişkinin yönünün pozitif olduğu tespit edilmiştir.
Çoban(2009)	1983-2007	Türkiye	Doğumda yaşam beklentisi, kişi başı sağlık harcaması, postneonatal bebek ölüm hızı	Speraman korelasyon yöntemi, Johansen Eş-bütünleşme analizi, Engle-	Doğumda yaşam beklentisi ile kişi başına gelir, sağlık harcamaları gibi iktisadi veriler arasında doğrusal ve çok güçlü ilişki tespit edilmiştir. Bebek ölüm oranları ile sağlık harcamaları arasında ise ters yönde güçlü ilişki olduğu görülmüştür.

				Granger Nedensellik Analizi	Eşbütünleşme analizleri sonucunda kişi başına gelir ile özel sağlık harcamaları arasında nedensellik bulunmuştur.
Yumuşak ve Yıldırım (2009)	1980-2005	Türkiye	Sağlık harcamaları, doğuştan yaşam beklentisi, iktisadi büyüme	Johansen eş-bütünleşme testi ve vektör hata düzeltme teknikleri	Sağlık harcamalarının iktisadi büyüme üzerinde zayıf negatif yönlü etkisi bulunmuş, ayrıca sağlık harcamalarının yaşam beklentisi üzerinde pozitif yönlü güçlü etkisine rastlanmıştır.
Chaabouni ve Abednnadher (2010)	1961- 2008	Tunus	Kişi başı sağlık harcamaları, GSYİH, nüfusun yaşlanması, tıbbi yoğunluk, kişi başına azot emisyonunu temsil eden çevresel kalite belirleyicileri	ARDL sınır testi	Kısa ve uzun dönemde sağlık harcamaları ve gelir arasında çift yönlü nedensellik olduğu tespit edilmiştir.
Baltagi ve Moscone (2010)	1971- 2004	20 OECD ülkesi	Kişi başına düşen sağlık harcamaları, kişi başına düşen gelir, sağlık harcamalarının milli gelire oranı, 65 yaş ve üstü nüfusun 15- 64 yaş nüfusa oranı	Panel veri context kontrol yöntemini	Uzun dönemde sağlık harcamaları ile ekonomik büyümenin birbiriyle ilişkili olduğu sonucuna varılmış ve ayrıca sağlık harcamalarının lüksten ziyade gereklilik olduğu sonucuna varılmıştır.
Çetin ve Ecevit(2010)	1990-2006	15 OECD ülkesi	Sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme	Panel Regresyon analizi, Havuzlanmış Regresyon Modeli panel OLS metodu,	Sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında zayıf pozitif bir ilişki tespit edilmiş ve bu ilişkinin istatistikî olarak anlamlı olmadığını görülmüştür.
Özuysal(2011)	1988-2008	Türkiye	Demografik değişkenler: 65+ yaş nüfus oranı, kişi başına düşen doktor sayısı ve doğum hızı. Makro-ekonomik değişkenler: GSYİH, sağlık fiyat endeksi ve kamu karşılama oranı	Birim kök ve eş bütünleşme analizi, Johansen eş bütünleşme testi	Uzun dönemde sağlık harcamalarını etkileyen en önemli demografik değişken 65yaş üstü oran olarak bulunmuş ve pozitif yönlü bir etkisi olduğu tespit edilmiştir. Kişi başına doktor sayısı da sağlık harcamalarını pozitif yönde etkilediği görülmüştür. Makro-ekonomik değişkenler için de pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmüştür.
Çukur ve Bekmez(2011)	1975-2001	Türkiye'nin beş bölgesi: Batı, güney, orta, kuzey ve doğu	Kişi başı gelir, gelir eşitsizliği, sağlık çıktıları(bebek ve beş yaş altı çocuk ölüm hızları)	Havuzlanmış EKK regresyon ve panel veri analizi yöntemi,	Yıllara ve bölgelere göre ülkedeki genel gelir artışı bebek ve beş yaş altı çocuk ölüm hızları ile negatif yönde ilişkilidir. Gelir eşitsizliği ile bebek ve beş yaş altı çocuk ölümleri pozitif yönde ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
Ding (2012)	1980-2007	34 OECD ülkesi	Kamu sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme	Panel EKK yöntemi	Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde önemli bir pozitif etkiye sahip olduğu görülmektedir.
Yardımcıoğlu (2012)	1975-2008	25 OECD ülkesi	Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme	Eş-bütünleşme testi, nedensellik analizleri	Uzun dönemde sağlık ve ekonomik büyüme değişkenleri arasında pozitif ve karşılıklı olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Uzun dönemde sağlıktaki artış ekonomik büyümeyi, ekonomik büyümedeki artış da sağlığı pozitif bir şekilde etkilemektedir. İlgili değişkenler arasındaki nedensellik testi sonuçlarında, uzun dönemde çift yönlü nedensellik ilişkisi olduğu görülmüştür.
Çalışkan, Karabacak ve Meçik(2013)	1967-2010	Türkiye	Doğumda yaşam beklentisi (LIFE), hastane sayısı (HOSPITAL), sağlık personeli başına düşen kişi sayısı (PERSONAL), sağlık Kurumlarına ait yatak sayıları (BED)	Birim kök testi, Granger nedensellik testi, Johansen Eş-bütünleşme testi,	Sağlık personeli başına düşen hasta sayısından ve sağlık kurumlarına ait yatak sayısından reel GSYH'ye doğru tek yönlü bir ilişki olduğu görülmüş ayrıca hastane sayısından reel GSYH'ye ise %10 anlamlılık seviyesinde benzer bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Doğumda yaşam beklentisinden reel GSYH'ye doğru ise bir nedensellik ilişkisi belirlenememiştir. Sağlık değişkenlerinin tümünün birlikte reel GSYH'nin

					Granger nedeni olduğu da görülmüştür. Ancak buradaki nedensellik ilişkisinin temsili sağlık değişkenlerinden reel GSYH'ye doğru ve tek yönlü olduğu sonucuna ulaşılmıştır
Ay vd., (2013)	1968- 2006	Türkiye	Reel GSYİH, yataklı sağlık kurumu sayısı, sağlık memuru başına düşen kişi sayısı, yataksız sağlık kurumu	Johansen Eş-bütünleşme testi	Sağlık ve ekonomik büyüme arasında pozitif ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
Kim ve Lane (2013)	1973-2000	17 OECD ülkesi	Bebek ölüm hızı, doğumda yaşam beklentisi	Panel veri analizi	Kamu sağlık harcamaları ve halk sağlığı sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Kamu sağlık harcamaları ile bebek ölüm hızı arasında negatif yönlü bir ilişki ve kamu sağlık harcamaları ile doğumda yaşam beklentisi arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
Selim,Uysal veEryiğit(2014)	2001-2011	27 AB üyesi ülke ve Türkiye	Kişi başı sağlık harcaması ile ekonomik büyüme	Panel birim kök testleri, Panel Eş-bütünleşme, Panel hata düzeltme modeli	Kişi başı sağlık harcaması ve ekonomik büyüme arasında kısa ve uzun dönemde pozitif bir ilişki bulunmuştur.
Akar(2014)	Ocak 2004 ve Mart 2013	Türkiye	Sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının nispi fiyatı ve ekonomik büyüme	Eş-bütünleşme analizi, vektör hata düzeltme modeli	Uzun dönemde sağlık harcamaları, bu harcamaların nispi fiyatı ve ekonomik büyüme değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktayken, kısa dönemde anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir.
Akinci vd. (2014)	1990-2010	Ortadoğu ve Kuzey Afrika'da yer alan 19 ülke	Bebek, beş yaş altı ve anne ölüm oranları	Panel veri analizi, Havuzlanmış en küçük kareler regresyonu, rasgele etkiler modeli, Hausman-Taylor araçsal değişken modelleri	Sağlık hizmetleriyle ilgili kamu ve özel harcamaların, beş yaş altı bebeklerin ve anne ölümleri üzerinde azaltıcı etkiye sahip olduğu gözlemlenmiş ayrıca kişi başına düşen kamu sağlık harcamalarındaki yüzdelik artış, bebek ölüm hızını %8,6-9,5, beş yaş altı bebek ölüm hızını % 10,3-12,1 ve anne ölüm oranını % 26,0-26,3 oranında azalttığı tespit edilmiştir. Aynı şekilde, kişi başına düşen özel sağlık harcamalarındaki yüzdelik artış, bebek ölüm hızını % 7,2-8,1, beş yaş altı çocuk ölüm oranını % 9,5-9,8 ve anne ölüm oranını % 25,8-25,9 oranında düşürdüğü görülmüştür.
Arun ve Kumar (2015)	1980-2014	Türkiye	Kamu sağlık harcamaları, kişi başına düşen gelir seviyesi	Granger nedensellik testi, eş-bütünleşme testleri	Kişi başına düşen GSYH'dan kamu sağlık harcamalarına doğru tek yönlü nedensellik ilişkisi tespit edilmiştir.
Aydemir ve Baylan (2015)	1998-2012	Türkiye	Sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme	Johansen eş-bütünleşme testi	Sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında uzun dönemli pozitif bir ilişki tespit edilmiştir.
Akinci ve Tuncer (2016)	2006:Q1-2016:Q2	Türkiye	Sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme	Johansen Eş bütünleşme analizi, vektör hata düzeltme modeli (VECM), Granger nedensellik testi, VAR modeline dayalı Etki-Tepki Fonksiyonları, Varyans ayrıştırma yöntemleri	Ekonomik büyüme ile sağlık harcamaları arasında uzun dönem ilişkisi tespit edilmiş ayrıca nedensellik testine göre de sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında çift yönlü bir ilişki saptanmıştır.

Maduka vd. (2016)	1970 - 2013	Nijerya	Kamu sağlık harcamaları, ölüm oranı, yaşam beklentisi, ekonomik büyüme	Johansen eş-bütünleşme yöntemi, Toda-YamamotoGranger nedensellik testi	Johansen eş-bütünleşme yönteminin bulgularına göre değişkenler arasında uzun dönemli ilişki olduğu görülmüştür. Toda- YamamotoGranger nedensellik testinin bulgularında ise kamu sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde doğrudan etkisinin olmadığı ancak dolaylı olarak ölüm oranı ve yaşam beklentisi gibi sağlık çıktıları üzerinden etkisi olduğu tespit edilmiştir.
Uçan ve Atay(2016)	2006-2014	Türkiye	Sağlık harcamaları payı, beşeri faktörler, ekonomik büyüme	ARDL sınır testi, birim kök testi	Sağlık sektörüne ayrılan payın arttığı ve büyüme ile pozitif ilişki içinde olduğu görülmüştür. Ekonomik gelişmişlik ile sağlık harcamaları arasında pozitif yönlü ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
Erten(2016)	2003-2014	28 OECD ülkesi	Sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı, devlet tarafından karşılanan sağlık harcamalarının toplam harcamalar içerisindeki yeri, özel sektör tarafından gerçekleştirilen sağlık harcamalarının toplam harcamalar içerisindeki oranı, bebek ölüm oranları, doğumdan beklenen yaşam süresi	Panel birim kök testleri(Pesaran (2007)'ın CADF testi ve Hadri-Kurozumi (2012) testi)	Sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı, kamu sektörünün toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranı, özel sektörün toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranı ve bebek ölümleri oranlarının birim köklü olduğu tespit edilmiştir. Doğumda beklenen yaşam süresi değişkeninin ise durağan olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
Bein vd. (2017)	2000-2014	8 Doğu Afrika ülkesi	Sağlık harcamaları, yaşam beklentisi, yeni doğan- bebek- beş yaş altı çocuk ölüm oranları	Panel veri yöntemi	Toplam sağlık harcamaları ile toplam yaşam beklentisi arasında güçlü pozitif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Sağlık harcamalarının kadının ve erkeğin yaşam beklentisi üzerinde pozitif yönlü etkisinin varlığına rastlanmış bununla birlikte sağlık harcamalarının kadınların yaşam beklentisini erkeklere göre daha fazla artırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca sağlık harcamaları ile yeni doğan, bebek ve beş yaş altı çocuk ölüm oranları arasında negatif yönlü bir ilişkiye rastlanmıştır.
Kılıç(2017)	1980–2015	Türkiye	Kişi başına düşen sağlık harcaması, kişi başına düşen kamu sağlık harcaması, kişi başına düşen özel sağlık harcaması, kişi başına düşen GSYİH	Granger nedensellik testi ve birim Kök testi	Kişi başına düşen gayrisafi yıllık yurtiçi hasıla ile, kişi başına düşen sağlık harcamaları arasında nedensellik ilişkisinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye etkisinin olmadığı tespit edilmiştir.
Demirgil vd. (2018)	2010-2016	Türkiye	Sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme	ARDL Sınır ve TodaYamamoto nedensellik testleri	Seriler arasında uzun dönemli ilişki tespit edilmiştir. Ayrıca sağlık harcamalarında meydana gelen %1'lik artış ekonomik büyümeyi 0,55'lik oranda artırmaktadır. TodaYamamoto nedensellik testi bulgularında ise ekonomik büyümeden sağlık harcamalarına doğru tek yönlü nedensellik ilişkisine rastlanmıştır.
Boz ve Aslan(2018)	1980-2014	Türkiye	Kişi başı kamu sağlık harcamaları, kişi başı gayri safi yurt içi hâsıla(GSYH)	TodaYamamoto nedensellik analizi ve VAR (Vektör Otoregresyon) modeli	Kişi başı kamu sağlık harcamalarından kişi başı GSYH'ye doğru tek yönlü bir nedensellik tespit edilmiş iken, kişi başı GSYH'den kişi başına düşen kamu sağlık harcamalarına doğru anlamlı bir nedensellik tespit edilememiştir.
Şen ve Bingöl(2018)	Q1:2006-Q4: 2017	Türkiye	Genel ilaç giderleri, sağlık amaçlı transferler, genel tedavi sağlık malzemesi giderleri	Birim kök testi, geleneksel ve bootstrap tabanlı TodaYamamoto, frekans alan	Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında çift yönlü nedensellik tespit edilmiştir. Varyans ayrıştırmasına göre, ekonomik büyüme ilk dönemde sadece kendisinden etkilenmiştir. Fakat sonraki dönemlerde sağlık harcamalarının etkisi görülmeye başlanmıştır. Diğer taraftan sağlık harcamaları bütün dönemlerde ekonomik büyümeden

				nedensellik testleri, varyans ayrıştırması	etkilenmiştir. Analiz sonuçlarında Türkiye’ de sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında pozitif ilişki tespit edilmiştir.
Giray ve Çimen(2018)	2000-2016	Türkiye ve diğer 34 OECD ülkesi	Sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı, kişi başına milli gelir ve nüfus değişkenleri	Panel veri modeli	Kişi başına düşen milli gelir artışı, kişi başına düşen cari sağlık harcamaları (bağımlı) değişkenini pozitif yönde etkilediği görülmüştür. Nüfus ile kişi başına düşen cari sağlık harcamaları arasında pozitif yönlü ilişki bulunduğu tespit edilmiştir. Kriz değişkeni kişi başına düşen cari sağlık harcamalarını negatif yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Kişi başı sağlık harcamaları artışıyla ülkelerin gelişmişlik düzeyi arasında doğru orantılı bir ilişki olduğu görülmüştür.
Kılıç ve Beşer(2018)	1995-2016	8 Doğu ve Merkezi Avrupa ülkeleri	Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme	Panel birim kök testi, eş-bütünleşme testi, nedensellik testi	Ekonomik büyümeden sağlık harcamalarına doğru çift yönlü nedensellik ilişkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
Güven vd.(2018)	2000-2015	MENA ülkeleri	Sağlık harcamaları, bebek ölüm hızı, doğumda yaşam beklentisi	Panel veri analizi	MENA ülkelerinde sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde negatif bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanında bebek ölüm hızı ile doğumda yaşam beklentisinin iktisadi büyüme üzerinde pozitif yönde bir etkiye sahip olduğu sonucuna da ulaşılmıştır.
Yar, Çulha ve Atilla(2019)	1966-2016	Türkiye	Sağlık kurumları sayısı, sağlık personeli sayısı, yatak sayısı, reel gayrisafı yurtiçi hasıla	Eş-bütünleşme analizi yöntemi, vektör hata düzeltme modeli, Granger nedensellik testi	Uzun dönemde sağlık personeli sayısında meydana gelen bir birimlik artışın ekonomik büyümede 10,3 birimlik bir azalışa, yatak sayısında meydana gelen bir birimlik artışın ise ekonomik büyümede 93,4 birimlik bir artışa neden olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, kısa dönemde hem sağlık kurumu sayısı ve yatak sayısından ekonomik büyümeye doğru hem de sağlık kurumu sayısından sağlık personeli sayısına doğru tek yönlü bir nedensellik ilişkisi tespit edilmiştir.
Şahin ve Temelli(2019)	2000-2015	18 OECD ülkesi	Kişi başına reel gelir, doğumda yaşam beklentisi, 65 yaş ve üstü nüfus, kaba doğum oranı ve nüfus artışı	Panel veri yöntemi	Kişi başına gelir, yaşam beklentisi, 65 yaş ve üstü nüfus ve kaba doğum oranının sağlık harcamaları üzerinde önemli bir belirleyici olduğu görülmüştür. Buna karşılık, nüfus artışının kişi başına sağlık harcaması üzerinde önemli bir etkisi bulunmamıştır.
Sever ve İğdeli(2019)	1980-2017	Türkiye	Bebek ölüm hızı, ortalama beklenen yaşam süresi, kişi başı gelir düzeyi, kişi başı kamu kesimi sağlık harcamaları ve kişi başı özel kesim sağlık harcamaları	Johansen eş-bütünleşme, FMOLS tahmincisi ve vektör hata düzeltme teknikleri	Kişi başı kamu kesimi sağlık harcamaları ve kişi başı özel kesim sağlık harcamalarındaki artışlar ortalama yaşam beklentisini pozitif yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.
Söğüt(2019)	1988-2016	Türkiye	GSYİH büyüme oranı, toplam sağlık harcamaları artış oranı ve toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı	Basit regresyon analizi, eş-bütünleşme ve VAR analizi	İktisadi büyüme ile sağlık harcamaları arasında pozitif regresyon ilişkisi, uzun dönem eş-bütünleşme ilişkisi ve nedensellik ilişkisi bulunmuştur. Bu çerçevede toplam sağlık harcamaları artışından iktisadi büyüme oranına ve toplam sağlık harcamaları artışından toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payına doğru tek yönlü nedensellik ilişkisi sonucuna ulaşılmıştır.

3.3. Veri Seti ve Ekonometrik Model

Literatürde yer alan benzer temalı çalışmalarda genellikle yıllık verilerin kullanıldığı dikkate alınarak bu çalışmada da yıllık veriler esas alınmıştır. Çalışmada 1980-2018 dönemlerini esas alan 39 gözlem değeri ile analiz gerçekleştirilmiştir. Gözlem sayısının yüksek olması sayesinde yüksek bir serbestlik derecesi kullanılarak gerçeğe yakın sonuçlar elde edilmesi hedeflenmiştir. Çalışmada ekonomik büyüme değişkeni olarak Reel Kişi Başına Gayrisafi Yurtiçi Hasıla Değeri (2010=100) kullanılmıştır. Sağlık değişkeni olarak da kişi başına düşen kamu sağlık harcamaları ve kişi başına düşen özel sağlık harcamaları kullanılmıştır. Çalışmada kullanılan değişkenler OECD (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü) resmi web sitesinden elde edilmiştir. Çalışmaya konu olan veriler EViews 10.0 paket programı ile analiz edilmiştir. Analizde kullanılan değişkenlerin logaritması alınarak durağan hale getirilmiş ardından analizi yapılmıştır.

Çalışmada kullanılan değişkenler, kısaltmaları ve değişkenlerin temin edildiği kaynaklar Tablo 10’da verilmektedir.

Tablo 10: Çalışmada Kullanılan Değişkenler ve Kısaltmaları

Değişkenler	Kısaltmaları	Kaynak	Dönemi
Kişi Başına Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (\$)	LGDP	OECD	1980-2018
Kişi Başına Kamu Sağlık Harcaması (\$)	LKAMU	OECD	1980-2018
Kişi Başına Özel Sağlık Harcaması (\$)	LOZEL	OECD	1980-2018

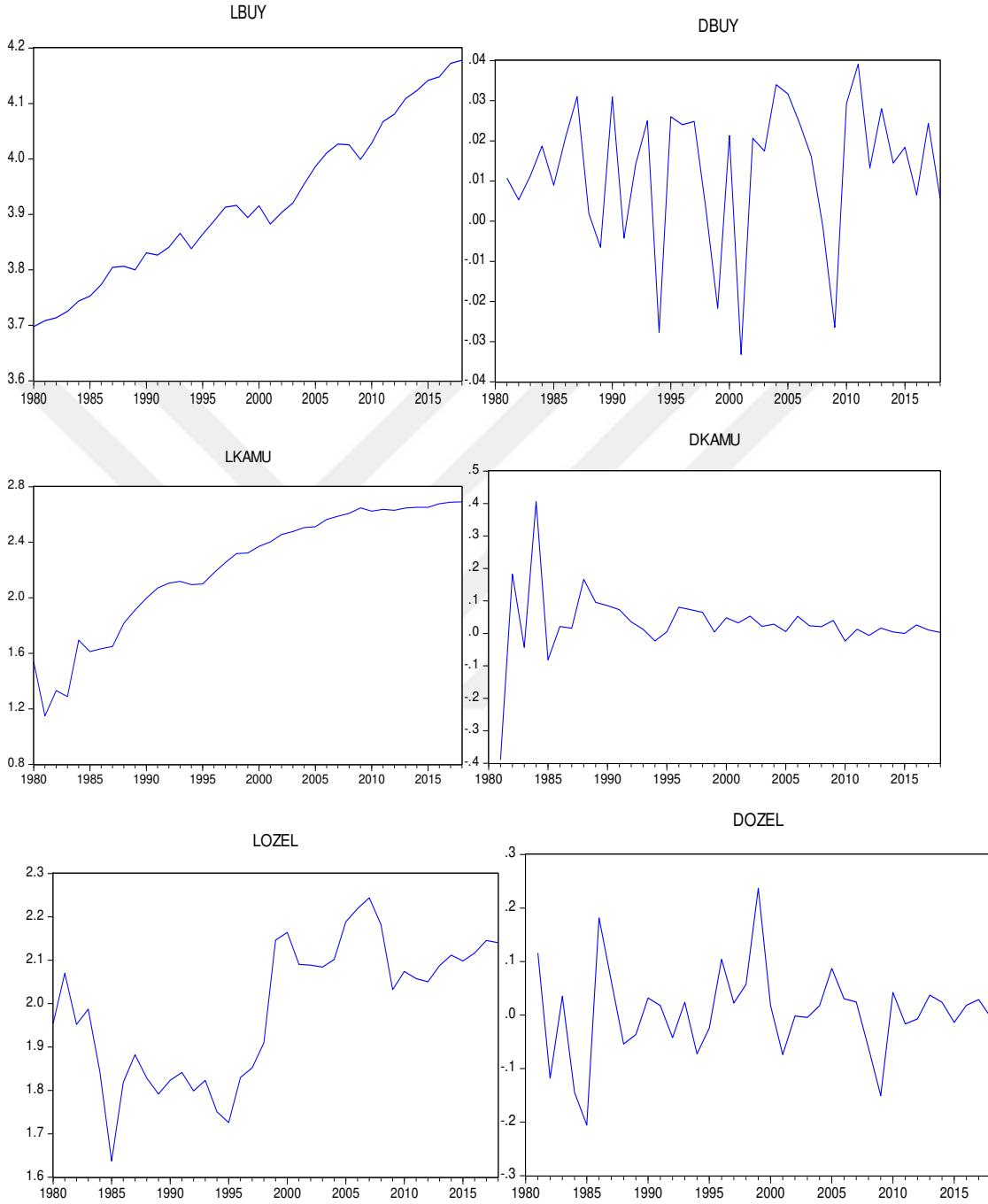
Çalışmanın bu bölümünde ilk olarak kullanılan değişkenlerin tanımlayıcı istatistik sonuçları Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11: Kullanılan Değişkenler İçin Tanımlayıcı İstatistikler

	LBUY	LKAMU	LOZEL
Ortalama	3,919972	2,210648	1,988268
Medyan	3,903277	2,322446	2,050483
Maksimum	4,178084	2,690768	2,243916
Minimum	3,697812	1,149431	1,636999
Standart Sapma	0.140010	0,447878	0,158969
Basıklık	0.253921	-0,784905	-0,318529
Çarpıklık	2.033323	2,49971	1,913036
Gözlem sayısı	39	39	39

Tablo 11 incelendiğinde; kullanılan bütün verilerin pozitif çarpıklık gösterdiği görülmektedir. Kişi başına düşen kamu sağlık harcamaları normal dağılıma göre daha dik

iken, kiři bařına dűřen gayri safi yurtiçi hâsıla ve kiři bařına dűřen özel saėlık harcamaları serilerinin ise normal daėılıma göre daha basık olduėu tespit edilmiřtir. Deėiřkenleri yıllara göre seyri Grafik 1’de görűlmektedir.



Grafik 1:Deėiřkenlerin Zamana Gűre Seyri (1980-2018)

Grafik 1’de kullanılan değişkenlerin logaritmik değerlerinin zamana göre değişimler verilmiştir. Ardından değişkenlerin birinci farklarının alınmasıyla durağanlaştırıldıktan sonra logaritmik değerlerinin grafikleri verilmiştir.

3.4.Ekonometrik Metodoloji ve Ampirik Sonuçlar

Ekonomik krizler, politika değişiklikleri, doğal afetler gibi anlık şoklar karşısında bir zaman serisinin düzeyi trendi ya da her ikisinin birden değişebilmektedir. Serinin ortalamasının, trendinin ya da her ikisinin birden anlık da olsa değişim göstermesi aslında durağan olan serinin sıradan birim kök testleri tarafından durağan dışı bulunmasına yol açabilmektedir. Bir başka ifade ile yapısal kırılma ya da kırılmaların olduğu bir serinin durağanlık analizinin sıradan birim kök testleri ile sınanması doğru bir yaklaşım değildir. Ekonometrik analizlerde yapısal kırılmanın göz ardı edilmesi önemli istatistiksel sorunlara neden olabilmektedir. Ekonomide yapısal kırılmalar belirgin bir durumda olması durumunda yapılan analizlerde elde edilen sonuçlar ve bu sonuçlara bağlı raporlamalar yanlış olabilmektedir. (Sevüktekin ve Nargeleçekenler, 2010: 399). Bu nedenle analizlerde yapısal kırılmanın dikkate alınması, kırılma sayısının doğru belirlenmesi elde edilen sonuçların geçerliliği için oldukça önemlidir.

Çalışmada geleneksel birim kök testlerinin yanında yapısal kırılmanın esas alındığı birim kök testleri uygulanmıştır. Çalışmada geleneksel birim kök testlerinden ADF ve PP testi uygulanırken, yapısal kırılmanın esas alındığı birim kök testlerinden Zivot Andrews birim kök testi ve Lee ve Strazicich (2003) birim kök testi uygulanmıştır. Yapılan birim kök testlerinde değişkenlerin I (1) seviyesinde durağan olduğunun belirlenmesinin ardından Engle ve Granger (1987) ve yapısal kırılmanın esas alındığı eşbütünleşme testlerinden olan Gregory ve Hansen Eşbütünleşme testi yapılmıştır.

3.4.1.Birim Kök Test Metodolojisi

3.4.1.1.Augmented Dickey Fuller (ADF) ve Phillips Perron (1988) Birim Kök Testi

Genel anlamda ortalaması ile varyansı zaman içinde değişmeyen ve iki dönem arasında ortak varyansı, bu ortak varyansın hesaplandığı döneme değil de yalnızca iki dönem arasındaki uzaklığa bağlı olan olasılıklı bir süreç için durağanlıktan söz edilebilmektedir (Gujarati, 1999: 713). Bu sebeple zaman serileri ile çalışırken, ilk olarak serilerin durağanlık testlerinin yapılması ve serilerin bütünleşme derecelerinin

belirlenmesi gerekmektedir. Bunun yapılabilmesi için birim kök testleri kullanılmaktadır. Seri birim köke sahip ise durağan olduğundan ortalamaya dönme eğilimi göstermektedir. Ayrıca serinin birim kök içermemesi zamana göre değişmeyen sabit varyansa sahip olması ve şokların etkilerinin zamanla kaybolması olarak açıklanmaktadır. Birim kök içeren seriler zamanla ortalamaya dönme eğilimi göstermez ve rassal şoklardan kalıcı olarak etkilenirler (Gilberto, 2005:146).

Klasik regresyon varsayımları hem modelde kullanılan değişkenlerin durağan olmasını, hem de hataların sıfır ortalama ve sonlu varyansa sahip olması gerektiğini ortaya koymaktadır. Durağan-dışı değişkenlerin karşısında ise Granger ve Newbold (1974)'ün ifadesiyle sahte regresyonlar ortaya çıkabilir. Bu sahte regresyonda yüksek bir R^2 ve anlamlı bir t istatistikleri söz konusu olsa bile, parametre tahmin sonuçları ekonomik yorum bakımından anlamsızdır. Regresyon denkleminin tahmin sonuçları iyi bir görüntü vermesine rağmen, EKK dinamikleri tutarsız ve geleneksel istatistiksel çıkarımsal testler geçerli değildir (Sevüktekin ve Nargeleçekenler, 2007:311).

Bu çalışmada değişkenlerin durağanlık düzeyleri önce, AugmentedDickey-Fuller (ADF) (1981) testi kullanılarak analiz edilmiş; daha sonra bu testin sonuçlarının karşılaştırılması amacıyla Phillips-Perron (1988) testi uygulanmıştır.

Birim kökün varlığını test etmek için Dickey ve Fuller (1981) çalışmasında bağımlı değişkenin gecikmeli değerleri açıklayıcı değişken olarak kullanılarak ADF testi geliştirilmiştir. Bu teste durağanlık yok hipotezi, otoregresif sürecin bir birim kök içermesi ve denklemdeki otoregresif katsayıların toplamının “1” e eşit olması olarak ifade edilir (Göktaş, 2000). Daha önce geliştirilmiş olan Dickey-Fuller testi ε_t hata sürecinde olabilecek otokorelasyonu göz ardı etmektedir. t sürecinde otokorelasyon varken yapılan en küçük kareler tahminleri etkin değildir. Bu durumda zaman serisini AR(1) süreci olarak modellemek yanlış olacaktır. ADF testi ile bir AR(p) serisinin birim kök içerip içermediğinin testi yapılmaktadır (Aşık, 2003). ADF testi düzeyde; sade, kesişim katsayı ve kesişim katsayısı + trend denkleme dahil edilmek suretiyle belirlenmiştir (Gujarati, 2001). ADF testinin denklemleri aşağıda verilmiştir;

$$\Delta Y_t = \delta Y_{t-1} + \sum_{i=1}^k \Delta Y_{t-i} + \varepsilon_t \quad (3.1)$$

$$\Delta Y_t = \mu_1 + \delta Y_{t-1} + \sum_{i=1}^k \Delta Y_{t-i} + \varepsilon_t \quad (3.2)$$

$$\Delta Y_t = \mu_1 + \gamma t + \delta Y_{t-1} + \sum_{i=1}^k \Delta Y_{t-i} + \varepsilon_t \quad (3.3)$$

Bu yaklaşım sonucunda kalıntılardaki otokorelasyon ortadan kaldırılmış olmaktadır. Birim kök testlerinde, gecikme sayısı olan p 'nin ne olacağını belirlemek için genelde Akaike bilgi kriteri (AIC) ile Schwarz bilgi kriteri (SIC) kullanılır (Sevüktekin ve Çınar, 2014).

Yapılan testlere göre ortaya çıkan istatistikler MacKinnon (1996) kritik değerleriyle karşılaştırılır. Yani DF testinde en küçük kareler (EKK) yöntemi tahminine dayalı olarak $\gamma = 0$ hipotezi için birim kök testi uygulanmakta ve hesaplanan t istatistiğine göre karar verilmektedir. $H_0 : \gamma = 0$ şeklindeki sıfır hipotezinin reddedilmesi, durağanlık ve $H_1 : \gamma < 0$ şeklindeki alternatif hipotezi destekleyici yönde kanıtlar sunmaktadır. Sıfır hipotezinin reddedilememesi halinde ise, serinin birim kök içerdiği sonucuna ulaşılmaktadır (Özcan ve Arı, 2013:110).

Trend içeren serilerin test edilmesinde kullanılan Phillips-Perron birim kök testi ADF testine göre daha güçlü olduğu kabul edilmektedir (Perron, 1990). Phillips-Perron birim kök testinde MA (MovingAverage: Hareketli Ortalama) teste dahil edilmesi durağanlık testine trend eklenmesi testi daha güçlü hale getirmiştir (Perron, 1990). Yapılacak birim kök testinde kullanılacak denklem aşağıdaki gibidir:

$$\Delta Y_t = \beta_0 + \theta Y_{t-1} + \beta_1 \left(t - \frac{T}{2}\right) + u_t \quad (3.4)$$

Burada T ; serinin gözlem sayısıdır.

Hipotezlerin değerlendirilmesi ADF testi ile aynıdır. Yani;

$H_0 : \gamma = 0$ ise seri durağan olmamaktadır

$H_1 : \gamma < 0$ ise seri durağandır.

Hipotezleri test etmek için yine MacKinnon (1996) kritik değerleri kullanılabilir.

3.4.1.2. Zivots and Andrews (1992) Tek Kırılmalı Birim Kök Testi

Zivot ve Andrews (1992) tarafından yayınlanan makalede Perron (1989)'un dışsalılık varsayımını eleştirilmiştir. Perron'un verileri kullanılarak kırılma noktasının içsel olarak tahmin edildiği yeni bir birim kök testi geliştirilmiştir. Zivot-Andrews'in bu çalışmasında, Perron (1989) yaklaşımındaki kırılma zamanı TB 'nin bilindiği varsayımını yeniden ele alınmıştır. Zivot-Andrews testine göre kırılma zamanının dışsal olduğunun

eklenmesi hipotez testlerine ait sonuçların birim kök reddine lehine bir değişim yaşanmasına neden olmuştur. Zivot-Andrews, geliştirdikleri yaklaşımda kırılma tarihinin içsel olarak belirlenmesinin veri kaybının önlediğini ve bu nedenle Perron testine göre daha üstün bir test olduğunu savunmaktadır (Zivot ve Andrews, 1992). Bu birim kök testinin uygulanması ADF birim kök testinin temeline dayanmaktadır. Bu test ile regresyon denklemleri mümkün olan her kırılma noktası tahmin edilmekte ve bu yöntemde t-istatistiği kullanılmaktadır (Çil Yavuz, 2015).

Bu testte üç model için yokluk hipotezi geliştirilmiştir. Bu hipotez

$$\Delta Y_t = \mu_1 + Y_{t-1} + \varepsilon_t \quad (3.5)$$

Denklem 3.5'teyen alan model herhangi bir yapısal kırılmayı içermeyen ve birinci dereceden entegre olan bir kayan rassal yürüyüş modelidir. Zivots ve Andrews testinin uygulamasında kullanılan üç regresyon modeli aşağıdaki şekildedir

$$\text{Model A: } \Delta y_t = \mu + \alpha y_{t-1} + \beta t + \theta 1DUt\lambda + di\Delta y_{t-i} + \varepsilon_t \quad (3.6)$$

$$\text{Model B: } \Delta y_t = \mu + \alpha y_{t-1} + \beta t + \gamma 1DTt\lambda + di\Delta y_{t-i} + \varepsilon_t \quad (3.7)$$

$$\text{Model C: } \Delta y_t = \mu + \alpha y_{t-1} + \beta t + \theta 1DUt\lambda + \gamma 1DTt\lambda + di\Delta y_{t-i} + \varepsilon_t \quad (3.8)$$

Model A sabit terimdeki kırılmayı, Model B eğimdeki kırılmayı Model C ise yapısal değişimin hem sabit hem de eğimi değiştirdiğini ifade eden bir denklemdir (Zivots ve Andrews, 1992).

(3.6), (3.7) ve (3.8) numaralı regresyon denklemlerinde bulunan Δ fark işlemini, ε_t hata terimini, t ide zamanı ifade etmektedir. Eşitlikte yer alan TB kırılma noktası olarak kabul edilmektedir. Modelde yer alan gölge değişkenler ise;

$$DUt(\lambda) = 1 \text{ veya } 0 \quad \text{ise} \quad t > TB0, \text{ aksi durumda} \quad (3.9)$$

$$DTt(\lambda) = t - TB \text{ veya } 0 \quad \text{ise} \quad t > TB 0, \text{ aksi durumda} \quad (3.10)$$

şeklinde tanımlanmaktadır.

Zivots-Andrewstestnini uygulanmasında öncelikli kullanılan model, C modelidir. DU ve DT gölge değişkenlerinin her ikisi de istatistiksel açıdan anlamlıysa Model C kullanılmaktadır. Sadece DU anlamlı ise Model A, sadece DT anlamlı ise Model B'nin kullanımı uygundur (Zivots ve Andrews, 1992).

3.4.1.3. Lee ve Strazicich (2003) Tek Kırılmalı Birim Kök Testi

Lee-Strazicich testinde, Schimidt ve Phillips (1992) tarafından önerilen Lagrange çarpanı birim kök testleri esas alınmakta ve Perron (1989)'da ele alınan Model A ve C'ye göre sabit ile sabit ve trendde kırılmaları dikkate alarak durağanlık test edilmektedir. Lee-Strazicich testinde kırılmalar içsel olarak belirlenmektedir. Kırılma tarihleri ise ızgara taraması ile tespit edilmektedir. Testte veri üretme süreci (2) numaralı denklem vasıtasıyla açıklanabilir (Dumrul, 2010: 213).

$$Y_t = \delta'Z_t + \varepsilon_t \quad \varepsilon_t = \beta\varepsilon_{t-1} + u_t \quad u_t \sim i.i.d.N(0, \sigma^2) \quad (2)$$

(2) numaralı denklemde yer alan (Y_t) ve (Z_t) sırasıyla bağımlı değişken ve dışsal değişken vektörünü göstermekte ve Model C için esas alınmaktadır. Model A seviyesinde iki kırılmaya izin vermekte ve $t \geq T_{Bj} + 1, j = 1, 2$ için $D_{jt} = 1$ ve diğerleri 0 olmak üzere $Z_t = [1, t, D_{1t}, D_{2t}]'$ vektörü tarafından tanımlanmaktadır. Model C ise, sabitte ve trendde iki kırılmaya izin vermekte ve $t - T_{Bj} + 1, j = 1, 2$ için $D_{jt} = t - T_{Bj}$ ve diğerleri 0 olmak üzere $Z_t = [1, t, D_{1t}, D_{2t}, DT_{1t}, DT_{2t}]'$ vektörü tarafından ifade edilmektedir (Lee ve Strazicich, 2003: 1083). Model A ve Model C'ye ilişkin vektörlerde yer alan D kısaltması kukla değişkenleri ifade etmektedir. Buna göre (D_{1t}) ve (D_{2t}) sabitteki kırılmaları ve (DT_{1t}) ve (DT_{2t}) ise, trendde kırılmayı incelemek amacıyla kullanılan kukla değişkenleri ifade etmektedir. Model A'ya ilişkin sıfır hipotezi ve alternatif hipotez (3) ve (4) numaralı denklemler vasıtasıyla açıklanabilir.

$$H_0 : Y_t = \mu_0 + d_1 B_{1t} + d_2 B_{2t} + y_{t-1} + v_{1t} \quad (3)$$

$$H_A : Y_t = \mu_1 + \gamma + d_1 D_{1t} + d_2 D_{2t} + v_{2t} \quad (4)$$

Denklem (3) ve (4)'te yer alan (v_{1t}) ve (v_{2t}) modellere ilişkin durağan hata terimleridir. $j=1,2$ iken $t = T_{Bj} + 1$ için $B_{jt} = 1$; diğer durumlarda ise, sıfıra eşittir. $d = (d_1, d_2)'$ ise kukla değişkenlere ilişkin katsayı matrisidir. Model C için sıfır ve alternatif hipotezlerin oluşturulabilmesi için ise; denklem (3)'e D_{ji} terimi, denklem (4)'de de DT_{ji} terimleri ilave edilmelidir (Lee ve Strazicich, 2003: 1083).

3.4.2. Eşbütünleşme Metedolojisi

Zaman serilerinin arasındaki ilişkileri sıradan ekonometrik denklemler yardımıyla modellemek her zaman doğru bir yol olmamaktadır. Durağan olmayan zaman serileri arasındaki ilişkinin En Küçük Kareler Yöntemi gini tahmincilerle tahmin edilmesi durumunda gerçekte var olmayan ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı bulunabilmektedir. Durağan olmayan serilerde ise bu yöntem sahte regresyona neden olabilmektedir. Bu nedenle durağan olmayan serilerde değişkenler arasındaki ilişkiler Engle ve Granger (1987) yılında Nobel ödülü alan model ile ele alınmaya başlanmıştır (Mert ve Çağlar, 2019:251).

3.4.2.1. Engle ve Granger (1987) Eşbütünleşme Metedolojisi

Engle ve Granger (1987) çalışmalarında değişkenler arasındaki uzun dönem denge ilişkisini ve Granger temsil teoremi ile hata düzeltme modeli ile tahmin etmiştir. Bu eşbütünleşmede uzun dönem denge ilişkisi vektörel olmayıp tek yönlü elde edilmektedir. Yani değişkenlerden biri bağımlı değişken diğerlerinin ise bağımsız değişken olduğunun düşünülmesi gerekmektedir. Aynı derecede eşbütünleşik olmayan değişkenler için bu yöntem kullanılmamaktadır.

$$Y_t = \beta_0 + \beta_1 X_t + \epsilon_t \quad (3.11)$$

3.4.2.2. Gregory ve Hansen (1996) Kırılmalı Eşbütünleşme Metedolojisi

Beklenmeyen olaylar iktisadi serileri yukarı veya aşağı doğru ani kırılmalar meydana getirebilmektedir. Bu kırılmalarla birlikte serinin yapısında ciddi değişimler oluşmaktadır. Bir başka ifade ile serilerin ortalaması veya varyansı sabit kalmıyorsa serinin birim kök içerdiği sonucuna ulaşılmaktadır. Aksine seride herhangi bir değişiklik olmuyorsa serinin birim kök içermediği kabul edilmektedir. Yapısal kırılmalı birim kök testlerinde kırılmalar modele dahil etmek için kukla değişkenler kullanılmaktadır. Bu aşamada standart eşbütünleşme teorisinde kullanılan Engle ve Granger (1987) çalışması temel alınmaktadır. Bu çalışmadaki modellere tek veya çift kırılma kuklaları eklenerek yapısal kırılmalı eşbütünleşme testleri oluşturulmaktadır (Mert ve Öztürk, 2019:377).

Bu teste standart Engle ve Granger (1987) eşbütünleşme testine yapısal kırılmayı temsil eden kukla değişken ekleyerek eşbütünleşme literatürüne yeni bir yaklaşım getirilmiştir. Engle ve Granger (1987) yaklaşımından yola çıkan Gregory ve Hnsen (1996) birim kök testlerindeki gibi kırılma kuklaları oluşturmuştur. Bu testin bir diğer özelliği kırılma noktasının önceden bilinmemesidir. Yani kırılma içsel olarak belirlenmektedir.

Bu eşbütünleşme testinde düzeyde (C), trendde (C/T) ve rejimde (C/S) tek kırılmaya izin verecek üç şekilde modelden oluşmaktadır.

Eşitlik (3.12), (3.13) ve (3.14)'deki modellerde v_{lt} kırılma noktasını temsil etmektedir. Gregory ve Hansen (1996) eşbütünleşme testinde uygun model için belirlenen test istatistiklerinin tablo kritik değerleri ile karşılaştırılması ile değişkenler arasında ilişkinin olmadığını ifade eden temel hipoteze karşın bir yapısal kırılmayla beraber değişkenler arasında eşbütünleşme ilişkisinin olduğunu gösteren alternatif hipotez sınanabilmektedir. Değişken sayısına göre belirlenen tablo kritik değerleri Gregory ve Hansen (1996)'ın yaptıkları bu çalışmada yer almaktadır.

3.5.Ampirik Sonuçlar

Bu bölümde çalışmada elde edilen ampirik sonuçlar detaylandırılmıştır.

3.5.1. Birim Kök Test Sonuçları

Bir serinin uzun dönemde sahip olduğu özellik ile bir önceki dönem değerinin içinde bulunana dönemi ne şekilde etkilediğini ortaya koymaktadır. Bu nedenle serinin net şekilde anlaşılabilmesi için serinin her dönem değerinin daha önceki dönem değerleriyle regresyonunun bulunması gerekmektedir. Bu durum ekonometride birim kök testi yöntemi ile durağan olup olmadığının tespit edilmesi ile anlaşılır (Tarı, 2016: 387). Durağanlık analizi zaman serisi analizlerinde sıklıkla kullanılan bir kavram olup iktisadi serilerin belirli bir süre zarfında sürekli artma ve azalma eğiliminde olmadığı, serilerin zaman boyunca yatay eksen boyunca saçılım göstermesi olarak tanımlanmaktadır (Sevüktekin ve Çınar, 2014:239).

Bu çalışmada iki ayrı birim kök testi uygulanmıştır. İlk olarak Klasik birim kök testlerinden serilerin durağanlık sınaması için GenişletilmişDickey-Fuller (ADF) ve Phillips-Perron (PP) birim kök testleri kullanılmış sonuçlar Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12:ADF ve PP Birim Kök Test Sonuçları

Değişkenler	Test	Seviye		Birinci farkında	
		C	CT	C	CT
LGDP	ADF	0,208979 (0,9697)	-2,258185 (0,4454)	-6,534585*** (0,0000)	-6,508492*** (0,0000)
	PP	0,472224 (0,9835)	-2,293600 (0,4271)	-6,693013*** (0,0000)	-6,702680*** (0,0000)
LKAMU	ADF	-1,113993 (0,7003)	-2,032838 (0,5652)	-11,41043*** (0,0000)	-4,205487** (0,0117)
	PP	-1,199456 (0,6647)	-2,030947 (0,5662)	-11,41043*** (0,0000)	-34,86573*** (0,0000)
LOZEL	ADF	-1,484947 (0,5303)	-2,438507 (0,3551)	-6,046574*** (0,0000)	-6,059864 *** (0,0001)
	PP	-1,541278 (0,5022)	-2,438507 (0,3551)	-6,045755*** (0,0000)	-6,059864 *** (0,0001)

C: Sabitli model. CT: Sabit ve trendli model. ADF testinde maksimum gecikme sayısı 12 olarak alınmış ve optimum gecikme sayısı Schwarz Bilgi Kriterine göre belirlenmiştir. Parantez içindeki sayılar olasılık değerleridir. PP testinde uzun dönem varyans, Barlett çekirdek tahmincisi ile elde edilmiş ve bant genişliği (bandwidth) Newey-West metodu ile belirlenmiştir. ADF ve PP testlerinde kritik değerler sabitli model için -3.621(%1), -2,943 (%5) ve -2.610 (%10); sabit ve trendli model için -4,226 (%1), -3.536 (%5) ve -3.200 (%10)’dur. ***, ** ve * Ho hipotezinin sırasıyla %1, %5 ve %10 anlam düzeyinde reddedildiğini gösterir.

Tablo 12’de görüldüğü üzere çalışmada kullanılan değişkenlerin 1% anlamlılık düzeyleri alınmış ve serilerin logaritmik seviyelerinde düzey değerlerde birim kök içerdikleri tespit edilmiştir. Bu nedenle serilerin birinci farkları alınarak durağanlıkları test edildiğinde serilerin tamamını I(1) düzeyinde durağan oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmada kullanılan bir başka birim kök testi ise Zivots ve Andrews testi olmuştur. Zivot ve Andrews birim kök testinde kırılma tarihinin önsel olarak belirlendiği varsayımını reddedilerek kırılma tarihinin içsel olarak belirlendiği yaklaşımı kabul etmektedir. Zivots ve Andrews testinde kırılma tarihini belirlemek için her muhtemel kırılma tarihi için farklı gölge değişken kullanılarak En Küçük Kareler yöntemiyle regresyon modeli oluşturulmaktadır. Daha sonrasında işlem sonucuna uygun olarak kırılma tarihine karar verilmektedir. İlk olarak serilerde hangi modelin kullanılması konusunda gölge değişkenlerin anlamlılığı test edilmektedir. Eğer *DU* değişkeni anlamlı, *DT* değişkeni anlamsız bulunursa Model A, sadece *DT* değişkeninin anlamlı bulunması durumunda ise Model B, her iki değişkenin de anlamlı bulunması durumunda ise Model

C kullanılmaktadır. Model A sabitte, Model B eğimde, Model C ise hem eğimde hem de sabitte meydana gelen yapısal değişimi ifade etmektedir (Küreş, 2019: 65).

Zivots ve Andrews birim kök test sonuçları Tablo 13’de verilmektedir.

Tablo 13: Seviyede Zivot ve Andrews Birim Kök Testi Sonuçları

Değişkenler	Model	Gecikme	Kırılma Tarihleri	T istatistiği
LGDP	Model A	2	2010:01	-3,48875
	Model C	2	1998:01	-4,63204
LKAMU	Model A	2	2009:01	-3,31908
	Model C	2	2002:01	-4,17371
LOZEL	Model A	2	1998:01	-4,38626
	Model C	2	1998:01	-4,08990

Not: Model A için λ değeri 0.1 olduğu durumda kritik değerler %1 ve %5 anlam düzeyinde sırasıyla-5.34, -4,80’dir. Model C için λ değeri 0.1 olduğu durumda kritik değerler %1 ve %5 anlam düzeyinde sırasıyla-5.57, -5,08’dir (Zivotand Andrews,1992:257).

Tablo 14: Birinci Farkında Zivot ve Andrews Birim Kök Testi Sonuçları

Değişkenler	Model	Gecikme	Kırılma Tarihleri	T istatistiği
Δ LGDP	Model A	3	1998:01	-6,79374***
	Model C	3	1998:01	-5,86746***
Δ LKAMU	Model A	2	1992:01	-12,4099***
	Model C	2	1992:01	-12,2281***
Δ LOZEL	Model A	2	2007:01	-6,66809***
	Model C	2	2007:01	-6,96665***

Not: Model A için λ değeri 0.1 olduğu durumda kritik değerler %1 ve %5 anlam düzeyinde sırasıyla-5.34, -4,80’dir. Model C için λ değeri 0.1 olduğu durumda kritik değerler %1 ve %5 anlam düzeyinde sırasıyla-5.57, -5,08’dir (Zivotand Andrews,1992:257).

LGDP serisine göre birim kök testinin yokluk hipotezi “Ho: LGDP serisi düzeyde yapısal kırılmalı birim kök içerir” şeklindedir. Verilen maksimum 2 gecikmede $k=0$ gecikme uygun sayısı olarak belirlenmiştir. Kırılma zamanı Model A için 2010 yılı olarak bulunmuştur. Zivots ve Andrews test istatistiği -3,48875 olarak hesaplanmış bu istatistik değeri %5 istatistiğinden bile büyük olduğundan yokluk hipotezi Model A ‘ya göre kabul edilmiştir. Bir başka ifade ile Model A’ya göre 2010 yılında anlamlı bir yapısal kırılma söz konusu değildir. Model C’ye göre bakıldığında ise Zivots ve Andrews test istatistiği -4,63204 olarak hesaplanmış olup bu istatistik değeri %5 istatistiğinden bile büyük olduğundan yokluk hipotezi Model C ‘ye göre kabul edilmiştir. Bir başka ifade ile Model C’ye göre 1998 yılında anlamlı bir yapısal kırılma bulunmamaktadır.

LKAMU serisine göre birim kök testinin yokluk hipotezi “Ho: LKAMU serisi düzeyde yapısal kırılmalı birim kök içerir” şeklindedir. Verilen maksimum 2 gecikmede $k=0$ gecikme uygun sayısı olarak belirlenmiştir. Kırılma zamanı Model A için yılı olarak

bulunmuştur. Zivots ve Andrews test istatistiği -3,31908 olarak hesaplanmış 2009 bu istatistik değeri %5 istatistiğinden bile büyük olduğundan yokluk hipotezi Model A ‘ya göre kabul edilmiştir. Bir başka ifade ile Model A’ya göre 2009 yılında anlamlı bir yapısal kırılma söz konusu değildir. Model C’ye göre bakıldığında ise Zivots ve Andrews test istatistiği -4,17371 olarak hesaplanmış olup bu istatistik değeri %5 istatistiğinden bile büyük olduğundan yokluk hipotezi Model C ‘ye göre kabul edilmiştir. Bir başka ifade ile Model C’ye göre 2002 yılında anlamlı bir yapısal kırılma bulunmamaktadır.

LOZEL serisine göre birim kök testinin yokluk hipotezi “Ho: LOZEL serisi düzeyde yapısal kırılmalı birim kök içerir” şeklindedir. Verilen maksimum 2 gecikmede $k=0$ gecikme uygun sayısı olarak belirlenmiştir. Kırılma zamanı Model A için 1998 yılı olarak bulunmuştur. Zivots ve Andrews test istatistiği -4,38626 olarak hesaplanmış bu istatistik değeri %5 istatistiğinden bile büyük olduğundan yokluk hipotezi Model A ‘ya göre kabul edilmiştir. Bir başka ifade ile Model A’ya göre 1998 yılında anlamlı bir yapısal kırılma söz konusu değildir. Model C’ye göre bakıldığında ise Zivots ve Andrews test istatistiği -4,08990 olarak hesaplanmış olup bu istatistik değeri %5 istatistiğinden bile büyük olduğundan yokluk hipotezi Model C ‘ye göre kabul edilmiştir. Bir başka ifade ile Model C’ye göre 1998 yılında anlamlı bir yapısal kırılma bulunmamaktadır. Çalışmada ayrıca öncelikle içsel olarak belirlenen ve bir yapısal kırılmaya izin veren Lee ve Strazicich (2003) birim kök testi değişkenlere uygulanmış olup sonuçlar Tablo 15’te verilmiştir.

Tablo 15: Lee ve Strazicich (2003) Birim Kök Test Sonuçları

MODEL A			
Değişkenler	Gecikme	Kırılma Tarihi	T istatistiği
LGDP	2	1998:01	-2,7304
LKAMU	2	1985:01	-7,3165***
LOZEL	2	1998:01	-2,9384
MODEL C			
Değişkenler	Gecikme	Kırılma Tarihi	T istatistiği
LGDP	2	1999:01	-4,3756**
LKAMU	2	2006:01	-4,4660**
LOZEL	2	1998:01	-4,6480**

Model A için Not: λ değeri LGDP için 0.1 olduğu durumda kritik değerler %1, %5 ve %10 anlam düzeyinde sırasıyla -4,0840, -3,4870ve -3,1850’dir.LKAMU için λ değeri 0.1 olduğu durumda kritik değerler %1, %5 ve %10 anlam düzeyinde sırasıyla -4,0840, -3,4870ve -3,1850’dir.LOZEL için λ değeri 0.1 olduğu durumda kritik değerler %1, %5 ve %10 anlam düzeyinde sırasıyla -4,0840, -3,4870ve -3,1850’dir (Lee,Strazicich, 2003: 12).

Model C için Not: λ değeri 0.1 olduğu durumda kritik değerler %1, %5 ve %10 anlam düzeyinde sırasıyla -4,9088, -4.3469 ve -4.0696'dır. λ değeri 0.1 olduğu durumda kritik değerler %1, %5 ve %10 anlam düzeyinde sırasıyla -4,8928, -4.3271 ve -4.0456'dır. λ değeri 0.1 olduğu durumda kritik değerler %1, %5 ve %10 anlam düzeyinde sırasıyla -4,9027,-4.3413ve-4.0623'dür(Lee,Strazicich, 2003: 12).

LGDP serisi için LS birim kök sonuçlarına bakıldığında H_0 : LGDP serisi kırılmalı birim kök içermektedir. Şeklinde yokluk hipotezi kurulmuştur. Model A için maksimum 2 gecikmede $k=1$ gecikme sayısı olarak belirlenmiştir. Kırılma tarihi 1998 yılı olarak belirlenmiştir. Ancak test istatistiği -2,7304 olarak bulunmuş olup %10'dan dahi büyük olduğundan yapısal kırılmanın anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Aynı seri için Model C'de için 1999 yılı kırılma yılı olarak bulunmuş olup test istatistiği -4,3756 olarak hesaplanmış %5 düzeyinde durağan olduğu kabul edilmiştir. Bir başka ifade ile 1999 yılında hem düzeyde hemde trendde yaşanan yapısal kırılmanın anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

LKAMU serisi için LS birim kök sonuçlarına bakıldığında H_0 : LKAMU serisi kırılmalı birim kök içermektedir. Şeklinde yokluk hipotezi kurulmuştur. Model A için maksimum 2 gecikmede $k=1$ gecikme sayısı olarak belirlenmiştir. Kırılma tarihi 1985 yılı olarak belirlenmiştir. Ancak test istatistiği -7,3165 olarak bulunmuş olup %1 düzeyinde yapısal kırılmanın anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aynı seri için Model C'de için 2006 yılı kırılma yılı olarak bulunmuş olup test istatistiği -4,4660 olarak hesaplanmış %5 düzeyinde durağan olduğu kabul edilmiştir. Bir başka ifade ile 2006 yılında hem düzeyde hemde trendde yaşanan yapısal kırılmanın anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

LOZEL serisi için LS birim kök sonuçlarına bakıldığında H_0 : LGDP serisi kırılmalı birim kök içermektedir. Şeklinde yokluk hipotezi kurulmuştur. Model A için maksimum 2 gecikmede $k=1$ gecikme sayısı olarak belirlenmiştir. Kırılma tarihi 1998 yılı olarak belirlenmiştir. Ancak test istatistiği -2,9384 olarak bulunmuş olup %10'dan dahi büyük olduğundan yapısal kırılmanın anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Aynı seri için Model C'de için 1998 yılı kırılma yılı olarak bulunmuş olup test istatistiği -4,6480 olarak hesaplanmış %5 düzeyinde durağan olduğu kabul edilmiştir. Bir başka ifade ile 1998 yılında hem düzeyde hem de trendde yaşanan yapısal kırılmanın anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

3.5.2. Eşbütünleşme Test Sonuçları

LS birim kök testi sonuçları incelendiğinde hem düzey hemde trendde değişkenlerin hem sağlık harcamaları hem de ekonomik büyüme serileri için tüm anlamlılık seviyelerinde temel hipotez reddedilememektedir. Yani incelenen bu serilerin yapısal kırılmalı birim köke sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Bu noktadan sonra aynı derecede durağan olan değişkenler arasında uzun dönemli bir ilişkinin varlığı içsel olarak belirlenen ve bir yapısal kırılmaya izin veren Gregory ve Hansen (1996) eşbütünleşme testi ile yapısal kırılmayı dikkate almayan Engle Granger eşbütünleşme testi ele alınmıştır.

Kişi başına GSYİH ile kişi başına kamu sağlık harcamaları Engle Granger Eşbütünleşme test sonuçlarına Tablo 16’da yer verilmiştir.

Tablo 16: Kişi başına GSYİH ile Kişi Başına Kamu Sağlık Harcamaları Engle Granger Eşbütünleşme Testi Sonuçları

Ho:Serilereşbtünleşik değildir.				
Bağımlı değişken	Tau-İstatistiği	prob	Z istatistiği	prob
LBUY	-1,386881	0,8045	-5,414899	0,6792
LKAMU	-1,749092	0,6574	-6,817075	0,5543

Kişi başına GSYİH’nin bağımlı değişken olduğu uzun dönem ilişkisi için Tau-istatistiği=-1,386881 ($p=0,8045>.01$) ve $z=-5.414899$ ($p=0,6792>.01$) olarak hesaplanmıştır. Engle Granger Eşbütünleşme test sonuçlarına göre kişi başına GSYİH ile kişi başına kamu sağlık harcamaları arasında “eşbütünleşme ilişkisi yoktur” hipotezi kabul edilmiştir. Kişi başına GSYİH ile kişi başına özel sağlık harcamaları Engle Granger Eşbütünleşme Testi Sonuçları da Tablo 17’de verilmektedir.

Tablo 17: Kişi başına GSYİH ile Kişi Başına Özel Sağlık Harcamaları Engle Granger Eşbütünleşme Testi Sonuçları

Ho:Seriler eşbtünleşik değildir.				
Bağımlı değişken	Tau-İstatistiği	Prob	Z istatistiği	prob
LBUY	-1.592188	0.7270	-4.272110	0.7791
LOZEL	-2.262421	0.4046	-8.708401	0.4010

Kişi başına GSYİH’nin bağımlı değişken olduğu uzun dönem ilişkisi için Tau-istatistiği=-1,592188 ($p=0,7270>.01$) ve $z=-4,272110$ ($p=0,7791>.01$) olarak hesaplanmıştır. Engle Granger Eşbütünleşme test sonuçlarına göre kişi başına GSYİH ile

kişi başına özel sağlık harcamaları arasında “eşbütünleşme ilişkisi yoktur” hipotezi kabul edilmiştir.

Yapısal kırılmanın dikkate alınmadığı Engle Granger Eşbütünleşme test sonuçlarına göre kişi başına GSYİH değişkeni ile kamu ve özel sağlık harcamaları arasında bir ilişkinin varlığından söz edemediğimiz sonucuna ulaşılmıştır. Ancak LS birim kök testinde elde edilen sonuçlara göre değişkenler arasında yapısal kırılmanın var olduğu görülmektedir. Bu nedenle çalışmada yapısal kırılmanın esas alındığı eşbütünleşme testlerinden olan Gregory ve Hansen eşbütünleşme testi de yapılmıştır. Böylece her iki eşbütünleşme testi sonuçlarının karşılaştırılmasının da yapılması mümkün olmuştur.

Kişi başına GSYİH ile kişi başına kamu sağlık harcamaları arasındaki Gregory Hansen eşbütünleşme testi sonuçları Tablo 18’de verilmektedir.

Tablo 18: Kişi başına GSYİH ile Kişi Başına Kamu Sağlık Harcamaları Arasındaki Gregory ve Hansen Eşbütünleşme Testi Sonuçları

	ADF		Za-Stat		Zt-Stat	
Değişkenler	Kırılma Tarihi	T istatistiği	Kırılma Tarihi	T istatistiği	Kırılma Tarihi	T istatistiği
Sabitte Kırılma	2011	-4,258077	2011	-25,14747	2011	-4,340149
Trendli Sabitte Kırılma	1997	-5,032190**	1999	-28,84337	1999	-4,822447*
Rejim Değişikliği	2006	-5,462874*	2005	-29,21435	2005	-4,840145*

Not: *, **, *** ifadeleri %10, %5 ve %1 seviyesinde anlamlılık düzeyini ifade etmektedir. Test istatistikleri Gregory ve Hansen (1996) çalışmasında yer alan tablo kritik değerleri ile kıyaslanmıştır.

ADF, Zt-Stat ve Za-Stat test istatistiklerine göre sabit kırılmada test istatistiği 0,10 seviyesinden bile tablo değerinden büyük olduğundan temel hipotez reddedilmektedir. Bir başka ifade ile sabitte kişi başına GSYİH ile kişi başına kamu harcamaları arasındaki eşbütünleşme ilişkisinin var olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Trendli sabit kırılmada ADF test istatistiğine göre 0,05 seviyesinde ve Zt-Stat test istatistiğine göre 0,10 seviyesinde tablo değerinden daha büyük olduğundan temel hipotez reddedilmekte ve iki değişken arasında ilişki olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. İki değişken arasındaki ilişki rejim değişikliğine göre değerlendirildiğinde ise ADF test istatistiğine göre 0,10 seviyesinde tablo değerinden büyük ve Zt-Stat testine göre ise de 0,10 seviyesinde tablo değerinden daha büyük olduğundan temel hipotez reddedilmekte ve iki değişken arasında ilişki olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Kişi başına GSYİH ile kişi başına özel sağlık

harcamaları arasındaki Gregory ve Hansen eşbütünleşme testi sonuçları Tablo 19’da verilmektedir.

Tablo 19: Kişi başına GSYİH ile Kişi Başına Özel Sağlık Harcamaları Arasındaki Gregory ve Hansen Eşbütünleşme Testi Sonuçları

Değişkenler	ADF		Za-Stat		Zt-Stat	
	Kırılma Tarihi	T istatistiği	Kırılma Tarihi	T istatistiği	Kırılma Tarihi	T istatistiği
Sabitte Kırılma	2011	-4,258077	2011	-25,14747	2011	-4,340149*
Trendli Sabitte Kırılma	1997	-5,032190**	1999	-28,843337	1999	-4,822447*
Rejim Değişikliği	2006	-5,462874**	2005	-29,21435	2005	-4,840145*

Not: *, **, *** ifadeleri %10, %5 ve %1 seviyesinde anlamlılık düzeyini ifade etmektedir. Test istatistikleri Gregory ve Hansen (1996) çalışmasında yer alan tablo kritik değerleri ile kıyaslanmıştır.

Sabit kırılmada sadece Zt-Stat test istatistiği 0,10 seviyesinde tablo değerinden büyük olduğundan temel hipotez reddedilmektedir. Bir başka ifade ile kişi başına GSYİH ile kişi başına özel harcamaları arasındaki eşbütünleşme ilişkisi söz konusudur. Trendli sabit kırılmada ADF test istatistiğine göre 0,05 seviyesinde ve Zt-Stat test istatistiğine göre 0,10 seviyesinde tablo değerinden daha büyük olduğundan temel hipotez reddedilmekte ve iki değişken arasında ilişki olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. İki değişken arasındaki ilişki rejim değişikliğine göre değerlendirildiğinde ise yine ADF test istatistiğine göre 0,05 seviyesinde tablo değerinden büyük ve Zt-Stat testine göre ise de 0,10 seviyesinde tablo değerinden daha büyük olduğundan temel hipotez reddedilmekte ve iki değişken arasında ilişki olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

Gregory ve Hansen Eşbütünleşme Testi Sonuçlarına göre sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme üzerinde uzun dönemli bir eşbütünleşme ilişkisi olduğunu yani, sağlığın ekonomik büyüme üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Burada dikkat edilmesi gereken noktalardan birisini doğru yöntemin esas alınması gerekliliğidir. Çalışmada klasik birim kök testlerini kullanmamız durumunda Engle Granger Nedensellik Testi yapılmış ve değişkenler arasında uzun dönemli bir ilişkinin var olmadığı sonucuna ulaşılrken, yapısal kırılmanın esas alındığı Gregory ve Hansen Eşbütünleşme Testi Sonuçlarına göre değişkenler arasında bir eşbütünleşme ilişkisinin varlığından söz edilmesi mümkündür.



SONUÇ

Günümüz dünyasında sağlık sektörü, ülke ekonomilerinin önemli endüstrilerinden biri olarak kabul edilmektedir. Sosyoekonomik açıdan ülkelerin önemli kalkınma göstergelerinden biri olan sektör, son yıllarda daha kaliteli ve etkin hizmet verebilmesi açısından birçok arenada tartışmanın odağı haline dönüşmüştür. Mart 2020 sürecinde başlayan Covid 19 pandemi süreci ile sağlık sektörünün mevcut yapısı ve sorunları gündemin ilk sırasında yerini almıştır.

Ulusal ve uluslararası literatürde sağlık sektörüne yönelik bilimsel çalışmalarla sıklıkla karşılaşilmektedir. Çalışmaların multidisiplinel bir anlayış ile ele alındığı, sektörün çok boyutlu olarak farklı yönlerinin ayrı çalışma konusu olarak literatürde yerini aldığı görülmektedir. Bu çalışmada Türkiye’de sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme değişkeni arasındaki ilişki iki farklı ekonometrik model ile test edilmiştir. Çalışmada 1980-2018 dönemleri esas alınmıştır. Yapısal kırılmanın dikkate alınmadığı Engle ve Granger (1987) eşbütünleşme testi ve yapısal kırılmanın esas alındığı Gregory ve Hansen (1996) Kırılmalı Eşbütünleşme testi yapılarak sonuçlar karşılaştırılmıştır. Çalışmada sağlık ekonomisine yönelik değişkenler kamu sağlık harcamaları ve özel sağlık harcamaları şeklinde iki farklı değişken esas alınırken, ekonomik büyüme değişkeni olarak Reel GSYİH değişkeni analize dahil edilmiştir.

Çalışmada elde edilen sonuçlardan yola çıkıldığında klasik birim kök testlerinden olan Engle Granger Nedensellik Testinin kullanılması durumunda değişkenler arasında uzun dönemli bir ilişkinin var olmadığı sonucuna ulaşılırken, yapısal kırılmanın esas alındığı Gregory ve Hansen Eşbütünleşme Testi Sonuçlarına göre değişkenler arasında bir eşbütünleşme ilişkisinin var olduğu belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlar benzer değişkenler kullanılarak çalışan Aydemir ve Baylan (2015), Uçan ve Atay (2016) ve Selim vd. (2014) tarafından yapılan çalışmalar ile örtüşen sonuçlar elde edilmiştir.

Mart 2020 tarihinden bu yana tüm dünyanın gündem konusu olan sağlık sektörünün yapısal sorunları konusu tüm dünya ülkelerinin sistemlerinin gözden geçirdiği hatta birçoğunun da sınıfta kaldığı bir dönemde Türkiye için tartışmalar devam etsede farklı görüşler ifade edilse de pandemi verileri göstermektedir ki Türkiye sağlık sektörü birçok Avrupa Ülkesi’ne nazaran çok daha iyi konumda olduğunu ispat etmektedir. Birçok çalışmada olduğu gibi tarafımızca yapılan bu çalışmada da elde edilen sonuçlar görülmektedir ki sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında pozitif yönlü bir ilişki

mevcuttur. Dolayısıyla pandemi sürecinde yaşanan bu dikkat çekici başarının sağlık turizmine dönüştürölmesi durumunda ölke ekonomisi açısından büyük katkısı olacağı düşünölmektedir. Önceliği ölke vatandaşlarının can sağlığı olmak üzere dünya insanları için Türkiye'nin bu konu üzerine ciddi bir çalışma yapması gerekliliği görölmektedir. Sağlıklı bireyler olmadan doğru toplumsal yapının oluşturulamayacağı düşünöldüğünde sektörün ve sektör politikalarının hassasiyetle alınması büyük önem taşımaktadır. Ayrıca son günlerde yaşanan tecrübelerde göstermektedir ki sağlık konusunda karar alıcıların halkın üzerinde bıraktığı pozitif intibada sağlık politikalarının uygulanması ve başarılı olmasında etkin bir rol oynamıştır. Sürecin yönetimin de buna olan dikkatin aynı şekilde devam ettirilmesi gerekmekte olduğu düşünölmektedir.



KAYNAKÇA

- ACAR, Aylin, YEĞENOĞLU, Selen, (2006). “Sağlık Ekonomisi Perspektifinden Farmakoekonomi”, Hacettepe Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi Dergisi, 26(1), 39-55.
- AFACAN, Ersin, AVCI, Nazmi, (2020). “Koronavirüs (Covid-19) Örneği Üzerinden Salgın Hastalıklara Sosyolojik Bir Bakış”, Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi (ASEAD), 7(5), 1-14.
- AĞIR, Hüseyin, TIRAŞ, Hacı Hayrettin, (2018). “Türkiye’de Sağlık Harcama Türlerinin Değerlendirilmesi”, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 15(2), 643-670.
- AKAR, Sevda, (2014). “Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 21(1), 311-322.
- AKDAĞ, Recep, (2012). “Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)”, Sağlık Bakanlığı Yayını.
- AKDAĞ, Recep, (2008). “Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı”, Sağlık Bakanlığı İlerleme Raporu, Ağustos, [https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/ kitaplar/ turkiyeSDP. pdf](https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/turkiyeSDP.pdf) 21.10.2019 Tarihinde Erişildi.
- AKDUR, Recep, (2006). “Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyum”, ATAUM Araştırma Dizisi No:25, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.
- AKIN, Cemil Serhat, (2007). “Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Harcamaları”, T.C. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Adana.
- ALP, Mustafa (2016), “Sağlık Ekonomisi ve Etkileri Aydın Örneği”, T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın.
- ALTAY, Asuman, (2007). “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, Sayıştay Dergisi, Sayı: 64, 33-58.

- ATASEVER, Mehmet, (2014). “Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi”, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara.
- AVCI, Yüksel Tekin, (2005). “Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Hedeflenen Nedir?”, TMMOB Maden Mühendisleri Odası, Madencilik Bülteni 73, 54-56.
- AYDEMİR, Cahit, BAYLAN, Seniha, (2015). “Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama”, Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 7(13), 417-435.
- AYHAN, Barış, (2004). “Türkiye’de Sağlık ve Sağlık Harcamaları: Sakarya Örneği”, T.C. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya.
- BAHÇE, Serdal, KÖKTAŞ, Altuğ Murat, ABUKAN, Deniz, (2013). “Sağlık Hizmetleri Reformu ve Hane Halkı Refahı: Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı”, SESSION 2B: Kalkınma, 299-307, <http://avekon.org/papers/718.pdf>
- BORA BAŞARA, Berrak, ŞAHİN, İsmet, (2008). “Türkiye’de Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarını Etkileyen Etmenler”, H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 26(2), 319-340.
- BOZ, Canser, ASLAN, Özgür, (2018). “Türkiye’de 1980-2014 Yılları Arasında Kişi Başı Kamu Sağlık Harcamaları ile Kişi Başı Gayri Safi Yurt İçi Hâsıla Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, Sosyal Güvence Dergisi, Yıl: 7, Sayı: 14, 1-27.
- BUDAK, Fatih, KORKMAZ, Şerif, (2020). “Covid-19 Pandemi Sürecine Yönelik Genel Bir Değerlendirme: Türkiye Örneği”, Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi, Sayı: 1, 62-79.
- CLEVELAND, K., MOTTER, T. ve SMİTH, Y. (2019). “Affordable Care: Harnessing the Power of Nurses”, Online Journal of Issues in Nursing, 24(2).
- COŞKUN, Selim, COŞKUN, Sinan, (2015). “Performansa Dayalı Ücret Uygulamaları Hakkında Öğretmenlerin Görüşleri: Kahramanmaraş İlinde Ampirik Bir Çalışma”, Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi, 13(3), 56-78.
- CULYER, A.J. ve NEWHOUSE J.P. (2000). “Handbook of health economics”, Amsterdam: Elsevier Science.
- CUNNINGHAM, S. J. (2001). “An introduction to economic evaluation of health care”, Journal of Orthodontics, 28(3), 246-250.

- ÇAKIR, Özlem, SAKAOĞLU, Hakan, (2014). “Sağlık Çalışanlarının Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminde Ücret Adaleti Algısı: Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği”, Çalışma İlişkileri Dergisi, 5(1), 1-21, Ocak.
- ÇELİKAY, Ferdi, GÜMÜŞ, Erdal, (2011). “Sağlıkta Dönüşümün Ampirik Analizi”, Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 66(3), 55-92.
- ÇOBAN, Hilmi, (2009). “Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması”, T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı, Doktora Tezi.
- DAĞCIOĞLU, Basri Furkan, KESKİN, Ahmet, (2020). “Covid-19 Pandemisi Sürecinde Türkiye, Avrupa ve Amerika Verilerinin Karşılaştırılması: Kesitsel Bir Çalışma”, Ankara Medical Journal, Sayı: 2, 360-369, 10.5505/amj.2020.02328.
- DEMİR, Özcan, TANYILDIZI, İrem, (2017). “Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi”, Fırat Üniversitesi İİBF Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 1(1), 91-119.
- DRUMMOND, Me, SCULPHER, Mj, TORRANCE, Gw, (2005). “Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes”, Oxford University Press.
- DUMRUL, Cüneyt, (2010). “Türk Ekonomisinde Para İkamelerinin Belirleyicileri Sınır Testi Yaklaşımı ile Eş-Bütünleşme Analizi”, Erciyes Üniversitesi İİBF Dergisi, 35, 199-231.
- DURMAZ, Tuğba, ERDEM, Ramazan, (2017). “Hastanelerde Arz Kaynaklı Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımının Hasta Algısı Üzerinden Değerlendirilmesi”, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Sayı:29, 579-604.
- ENGEL, R.F., GRANGER, C.W.J., (1987). Co-integration and error correction representation, estimation and testing. *Econometrica*, vol. 55, No.2, pp. 251- 276.
- ERSÖZ, Filiz, (2008). “Türkiye ile OECD ülkelerinin sağlık düzeyleri ve sağlık harcamalarının analizi”, İstatistikçiler Dergisi, 1(2), 95-104.
- ERTEN, Zekiye, (2016). “Sağlık Harcamaları ve Sağlık Statüsü Açısından Sağlığın Yakınsaması OECD Örneği (2003-2014)”, T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

- GOODACRE, Sonia, COLLINS, Chrissy, SLATTERY, Carolyn, (2010). “Cambridge VCE Health and Human Development Units: 3 and 4”, Cambridge University Press.
- GÖKER, Cansu, (2019). “Yaşlı Nüfus ile Sağlık Harcamaları Arasındaki İlişki: Dünya Ölçeğinde Ampirik Bir Çalışma”, T.C. Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Bilecik.
- GRAND, Julian Le, PROPPER, Carol, ROBINSON, Ray (1992), “The Economics of Social Problems”, Third Edition, Macmillan Press Ltd, London.
- Gregory, A. W. ve Hansen, B. E., (1996). Residual-Based Tests for Cointegration in Models With Regime Shifts. *Journal of Econometrics*, 70(1): 99-126.
- GUJARATI, D.N, (1999). “Temel ekonometri”, (Çev. Ü. ŞENESEN & G.G. ŞENESEN) İstanbul, Literatür Yayınları.
- GÜR, Leyla, (2015). “1980 Sonrası Sağlık Harcamalarının Gelişimi: Türkiye-OECD Ülkeleri Üzerine Bir Karşılaştırma”, T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Isparta.
- GÜVERCİN, Ali, MİL, Halil İbrahim, TARIM, Bülent, (2016). “Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)”, Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, 7(13), 80-94.
- HAYRAN, Osman, SUR, Haydar, (1998). “Sağlık Hizmetleri El Kitabı: Örgütlenme-Finansman-Yönetim-Mevzuat”, Yüce yayımları, Ankara.
- İSTANBULLUOĞLU, Hakan, GÜLEÇ, Mahir, OĞUR, Recai, (2010). “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri”, *Dirim Tıp Gazetesi*, Yıl:85, Sayı:2, 86-99.
- KARABULUT, Umut, (2007). “Cumhuriyetin İlk Yıllarında Sağlık Hizmetlerine Toplu Bir Bakış: Dr. Refik Saydam’ın Sağlık Bakanlığı ve Hizmetleri (1925-1937)”, *Çağdaş Türkiye Tarihi Araştırmaları Dergisi*, 6(15), 151-160.
- KART, Elife, (2013). “Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Hekimler Üzerindeki Etkileri”, *Çalışma ve Toplum Dergisi*, Sayı:3, 103-140.
- KAVUNCUBAŞI, Şahin, (2012). “Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi”, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- KILAVUZ, Emine, (2010). “Sağlık Harcamalarındaki Artış ve Temel Bakım Hizmetleri”, *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(29), 173-192.

- KISA, Pınar, (2012). “Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi Nedensellik Analizi: Türkiye Örneği”, Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı İktisat Bölümü, Yüksek Lisans Tezi, Haziran, Uşak.
- LEE, Junsoo, STRAZICICH, Mark C., (2003). “Minimum Lagrange Multiplier Unit Root Test with Two Structural Breaks”, Review of Economics and Statistics, 85(4), 1082-1089.
- LOŞ, Nilüfer, (2016). “Sağlık Ekonomisi Çerçevesinde Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılmalı Analizi: OECD Ülkeleri ve Türkiye Örneği”, TC. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.
- M MERT, AE ÇAĞLAR, (2019). “Eviews ve Gauss Uygulamalı Zaman Serileri Analizi”, Detay Yayıncılık, Ankara.
- MUTLU, Ayşegül, (2006). “Küresel Kamusal Mallar Bağlamında Sağlık Hizmetleri ve Çevre Kirlenmesi: Üretim, Finansman ve Yönetim Sorunları”, Maliye Dergisi, Sayı: 150, 53-78.
- M Sevüktekin, M Çınar (2017).”Ekonometrik Zaman Serileri Analizi”, Dora Yayıncılık, 4 Baskı, Bursa.
- NESİPOĞLU, Gamze, (2018). “Olgusal Bir Yapı Olarak Sağlık Politikaları: 1920-1960 Yılları Arası Cumhuriyet Döneminin Tarihsel İzleği”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 21(1), 165-177.
- OECD (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü) ve Dünya Bankası, (2008). “OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye”, ISBN 978-975-590-282-1.
- ÖNER, Hilal, (2018). “Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi”, T.C. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
- ÖZCAN, B. ve ARI, A., (2014). “Araştırma-Geliştirme Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Panel Veri Analizi”, Maliye Dergisi, 166, 39-55.
- ÖZGEN, Hacer, (2007). Sağlık Hizmetleri Finansmanında Cepten Harcama: Nedir? Neden Önemlidir?, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 10(2), 201-228.
- ÖZKOÇAK, Vahdet, KOÇ, Fırat, GÜLTEKİN, Timur, (2020). “Pandemilere Antropolojik Bakış: Koronavirüs (Covid-19) Örneği”, Turkish Studies, 15(2), 1183-1195.

- ÖZMEN, Adem, (2015). “Küreselleşme ve Sağlık Hizmetleri”, Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 2(3), 165-170.
- ÖZPINAR, Esra (2016), “Bebek Ölüm Hızı Türkiye Geneline Azalıyorken Neden Suriyeli Nüfusun Fazla Olduğu Yerlerde Artıyor?”, Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı (TEPAV) Değerlendirme Notu, Ankara, 1- 7.
- Phillips, P.C.B. and P. Perron. (1988). Testing for a unit root in time series regression, *Biometrika* 75, 335-346.
- Sağlık Atölyesi, 1946-1960 Yılları Arası Sağlık Politikaları, <http://www.saglikatolyesi.com/1946-1960-yillari-arasi-saglik-politikalari%EF%BB%BF/> 19.10.2019 Tarihinde Erişildi.
- Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bakanlığının Tarihçesi, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html> 20.10.2019 Tarihinde Erişildi.
- Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu, <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Konuk-Yazilar/424/Saglik-hizmetlerinde-talep-yonetimi.aspx> 02.11.2019 Tarihinde Erişildi.
- Sağlık Paneli, [http://www.saglikpaneli.com/content.asp?content_id=183 & connection_id= 24 &connection_table=1&content_type=1](http://www.saglikpaneli.com/content.asp?content_id=183&connection_id=24&connection_table=1&content_type=1) 10. 10.2019 Tarihinde Erişildi.
- SALMAN, Gökhan, (2017). “Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkileri: 1980 Sonrası Türkiye Ekonomisi Analizi”, T.C. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı İktisat Teorisi Programı, Yüksek Lisans Tezi, Manisa.
- SARAÇOĞLU, Sıtkıcan, ÖZTÜRK, Fahriye, (2016). “Sağlık Hizmetlerine Yönelik Talebin Belirleyicileri: Türkiye Üzerine Bir Uygulama”, İş ve Hayat, 2(4), 293-342.
- SARGUTAN, Erdal, (1993). “Türk Sağlık Hizmetleri Yapı ve Ürünlerinin İyileştirilmesi”, Sağlık-İş Yayınları, Ankara-Eylül.
- Sayakademi, <https://sayakademi.com/saglik-ekonomisi-nedir/> 28.10.2019 Tarihinde Erişildi.
- SEKHRI, Neelam, SAVEDOFF, William, (2006). “Regulating Private Health Insurance to Servet the Public Interest: Policy Issues for Developing Countries” *International Journal of Health Planning and Management*, 21, 357-392.

- SEVER, Erşan, İĞDELİ, Arif, (2019). “Sağlık Harcamaları, Sağlık Çıktıları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Örneği”, Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi, 11(20): 246-259.
- SEVÜKTEKİN, M. ve NARGELEÇEKENLER, M., (2010). “Ekonometrik Zaman Serileri Analizi – Eviews Uygulamalı”, Nobel Yayın Dağıtım, 3.Baskı, Ankara.
- SOYLU, Bayram, (2020). “Türkiye Ekonomisinde Covid-19’un Sektörel Etkileri”, Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi (ASEAD), 7(5), 169-185.
- SÖĞÜT, Yasin, (2019). “Sağlık Harcamaları ve İktisadi Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir İnceleme (1988-2016)”, T.C. Kafkas Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İktisat Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kars.
- TARI, Recep, KUMCU, Funda Serâ, (2005). “Türkiye’de İstikrarsız Büyümenin Analizi (1983-2003 Dönemi)”, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Sayı: 9, 156-179.
- TARIM, Mehveş, (2011). “Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi: Serqual Modeli ve Bir Hastane Uygulaması”, İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Dergisi, 52(2), 15-36.
- TAŞKIN, Ömer, (2011). “Sürdürülebilir Kalkınmada Sağlık Ekonomisi ve Edirne İlinin Sağlık Sektörü Açısından Analizi”, T.C. Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Edirne.
- TATAR, Mehtap, (2011). “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi”, Sosyal Güvenlik Dergisi, 1(1), 103-133.
- TIRAŞ, Hacı Hayrettin, (2013). “Sağlık Ekonomisi: Teorik Bir İnceleme”, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 3(2), 125-148.
- TIRAŞ, Hacı Hayrettin, AĞIR, Hüseyin, (2018). “OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Panel Nedensellik Analizleri”, Siyaset, Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi, 6(4), 13-29, E-ISSN: 2147-7035.
- TIRAŞ, Hacı Hayrettin, (2018). “Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Panel Nedensellik Analizleri”, T.C. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi, Kahramanmaraş.

- ULUTÜRK, Süleyman, (2015). “Sağlık Ekonomisi, Sağlık Statüsü, Sağlığın Ölçülmesinde Kullanılan Ölçütler ve Önemi: Türkiye Örneği”, Finans Politik ve Ekonomik Yorumlar, 52(603), 47-63.
- UYSAL, Hülya, (2011). “Türkiye’de Sağlık Harcamaları: Ekonometrik Bir Uygulama”, T.C. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ekonometri Anabilim Dalı Ekonometri Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Worldometer, <https://srv1.worldometers.info/coronavirus/worldwide-graphs/#europe-usa-cases> 19.07.2020 Tarihinde Erişildi.
- YILMAZ, Selda, (2012). “Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Analizi ve OECD Ülkeleriyle Karşılaştırılması”, T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Isparta.
- YILMAZ, Volkan, YENTÜRK, Nurhan, (2015). “Türkiye’de Sağlık Harcamalarına Tarihsel Bir Bakış”, İstanbul Bilgi Üniversitesi Sivil Toplum Çalışmaları Merkezi (STÇM), 1-17, <https://stk.bilgi.edu.tr/media/uploads/2015/11/08/saglik-Harcamalari.pdf> 25.12.2019 Tarihinde Erişildi.
- YILMAZTÜRK, Aysun, (2013). “Türkiye’de Sağlık Reformlarının Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Küresel Niteliğinin Değerlendirilmesi”, Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi, Sayı: 1, 176-188.
- YUANLİ, Liu, ÇELİK, Yusuf, ŞAHİN, Bayram, (2005). “Türkiye’de Sağlık ve İlaç Harcamaları”, Sağlıkta Umut Vakfı ve Pfizer Araştırması.
- YÜKSEL TEKİN, Avcı, (2005). “Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Hedeflenen Nedir?”, TMMOB Maden Mühendisleri Odası, 54-56, Haziran, http://www.maden.org.tr/resimler/ekler/4aef38441efa338_ek.pdf 27.10.2019 Tarihinde Erişildi.
- Zivot, Eric and Donald W.K. Andrews (1992), “Further Evidence of the Great Crash, The Oil-Price Shock and The Unit Root Hypothesis”, Journal of Business and Economic Statistics, 10(3): 251-270.

EK

Ek 1. Orijinallik Raporu



SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ	
Adı-Soyadı	ERİ ENGİM
Öğrenci Numarası	152214203
Enstitü Anabilim Dalı	Sosyal Bilimler Enstitüsü
Programı	Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Danışmanın Unvanı, Adı-Soyadı	Dr. Öğretim Üyesi Ayşe Esra PEKER
Tez Başlığı (Türkçe)	YAPISAL KIRILMA ETKİSİNDE TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARI İLE EKONOMİK BÜYÜME İLİŞKİSİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 41 sayfalık kısmına ilişkin, 07/04/2020 tarihinde şahsen/tez danışmanım tarafından TURNİTIN adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı % 20'dir.

Uygulanan filtrelemeler:

- 1- Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç,
- 2- Kaynakça hariç
- 3- Alıntılar hariç/dâhil
- 4- 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Yukarıda bilgileri verilen öğrencinin doktora tezi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen azami benzerlik oranlarını aştığını ve tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği mültemel durumunda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.
Gereğini saygılarımla arz ederim.

Dr. Öğretim Üyesi
Ayşe Esra PEKER
Danışmanın Adı-Soyadı

Doç. Dr.
Erkan Turan DEMİREL

Anabilim Dalı Başkanı
(İmzası)

Lisansüstü tezler, savunma öncesinde intihal program raporu ile birlikte enstitüye teslim edilir.

Intihal raporu ile ilgili olarak etik kurallar dâhilindeki benzerlik oranları ilgili Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenir. (Enstitü Yönetim Kurulu tarafından tezis, intihal kapsamı dışında değerlendirilmesi için TURNİTIN'den alınan raporda "benzerlik oranı"nın, "alıntılar hariç" en fazla %10, "alıntılar dâhil" % 30'u geçmemesi şeklinde kabul edilmiştir).

ÖZGEÇMİŞ

1 Kasım 1993 tarihi, Hakkâri doğumluyum. İlkokul eğitimimi Hakkâri/ Yüksekova ilçesinde Sabancı İlköğretim okulunda aldıktan sonra lise eğitimimi İsmet Alkan Anadolu Lisesi'nde tamamladım. 2012 senesinde Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü'ne kaydoldum. 2017 senesinde Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimime başladım ve eğitimimi hala sürdürmekteyim.

