

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE ve SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIK HARCAMALARI VE SAĞLIK STATÜSÜ
AÇISINDAN SAĞLIĞIN YAKINSAMASI OECD
ÖRNEĞİ (2003-2014)**
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:
Zekiye ERTEN

İstanbul, 2016

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE ve SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIK HARCAMALARI VE SAĞLIK STATÜSÜ
AÇISINDAN SAĞLIĞIN YAKINSAMASI OECD
ÖRNEĞİ (2003-2014)**
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:

Zekiye ERTEN

Öğrenci No:

130746432

Danışman:

Prof. Dr. Metin ATEŞ

İstanbul, 2016

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Sağlık Harcamaları ve Sağlık Statüsü Açısından Sağlığın Yakınsaması Oecd Örneği (2003-2014)**” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 21/11/2016

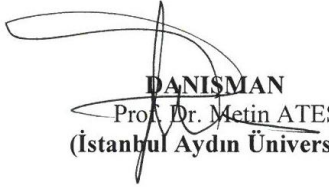
 
Zekiye ERTEN

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

23/12/2016

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim Dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Programı Yüksek lisans öğrencilerinden 130746432 numaralı **Zekiye ERTEN**'in "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Sağlık Harcamaları ve Sağlık Statüsü Açısından Sağlığın Yakınsaması OECD Örneği (2003-2014)*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 22.08.2016 tarih ve 2016/33 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (62) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu~~/oybirliği ile **Kabul/Red veya Düzeltme** kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.


DANISMAN
Prof. Dr. Metin ATEŞ
(İstanbul Aydın Üniversitesi)


ÜYE
Doç. Dr. Volkan ÖNGEL
(Beykent Üniversitesi)


ÜYE
Yrd. Doç. Dr. Erkut ALTINDAĞ
(Beykent Üniversitesi)

Adı ve Soyadı : Zekiye ERTEN
Danışmanı : Prof. Dr. Metin ATEŞ
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans Tezi, 2016
Alanı : Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi
Anahtar Kelimeler : Sağlık Harcamaları, Sağlık Statüsü, Panel Birim Kök Testi

ÖZ

SAĞLIK HARCAMALARI VE SAĞLIK STATÜSÜ AÇISINDAN SAĞLIĞIN YAKINSAMASI OECD ÖRNEĞİ (2003-2014)

Günümüzde tüm ülkelerde beşeri sermayeye verilen önemin artmasına paralel bir şekilde sağlık harcamalarının artması ve ülkelerin sağlık politikalarının giderek benzeşmesi sağlık statüsü ve sağlık harcamaları açısından yakınsamanın varlığına dikkatleri çekmektedir. Ülkelerin sağlık harcamaları ve sağlık statüsü açısından benzerlik ve farklılıkları teorik olarak incelendikten sonra seçilmiş 28 OECD ülkesinin 2003-2014 yılları arasında sağlık politikalarının yakınsaması panel birim kök testleri kullanılarak araştırılmış ve bu çalışmanın konusunu oluşturmuştur. Çalışmada öncelikle yatay kesit bağımlılığının varlığı sonucuna ulaşılmış ve bu durumda kullanılması gereken ikinci kuşak panel birim kök testlerinden Pesaran (2007)'in CADF testi ve Hadri-Kurozumi (2012) testlerinden faydalanılmıştır. Çalışma sağlık harcamaları bakımından yakınsamanın varlığına ulaşamaması, geride kalan OECD ülkelerinin lider ülkeleri yakalayacak düzeyde sağlık harcamalarına ulaşamadıklarını göstermektedir. Sağlık statüsü açısından doğumda beklenen yaşam süresi göstergesi dışında diğer hiçbir göstergede yakınsama bulgusuna ulaşamamıştır.

Name and Surname : Zekiye ERTEN
Consultant : Prof. Dr. Metin ATEŞ
Type / Date : Post Graduate (Master), 2016
Field : Hospital and Health Care Management
Keywords : Health Care, Health financing of Health Expenditures, Panel unit root test, Health Status

ABSTRACT

HEALTH EXPENDITURES AND HEALTH STATUS IN TERMS OF HEALTH CASE OF CONVERGENCE OECD (2003-2014)

Nowadays draw a parallel way gradually increase the affinity of the country's health policy and health status, health expenditure, and the attention to the existence of convergence in terms of health spending to increase in importance of human capital in all countries. After the country's health spending and similarities in terms of health status and differences are examined theoretically selected 28 OECD countries have been investigated by the convergence of panel unit root tests of health policy in the years 2003 to 2014 and has been the subject of this study. Working primarily been concluded the presence of the horizontal section dependence and second-generation panel unit root tests of pessaries that should be used in this case (2007) 's CADF test and Hadri-Kurozu Connection (2012) utilized the test. Inability to reach the existence of convergence in terms of health spending study shows the remaining OECD countries failed to reach the level of the leading countries in health spending will catch up. In terms of health status, life expectancy at birth indicator has not been achieved in any other indication other than convergence findings.

İÇİNDEKİLER

ÖZ.....	i
ABSTRACT.....	ii
TABLolar LİSTESİ	vi
KISALTMALAR	vii
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ, SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNASMANI ve SAĞLIK STATÜSÜ

1.1.Sağlık ve Sağlık Hizmetleri	4
1.1.1.Sağlığın Belirleyicileri.....	4
1.1.2.Sağlığın Sosyal Belirleyicileri	5
1.1.3. Sağlık Hizmetleri.....	7
1.1.3.1.Kamusallık Özelliği	8
1.1.3.2.Belirsizlik Özelliği	9
1.1.3.3.Talebin Düzensizliği	9
1.1.3.4.Sağlık Hizmetlerinin Niteliği	10
1.1.3.5.Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	10
1.1.3.5.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	10
1.1.3.5.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	12
1.1.3.5.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri.....	13
1.1.3.5.4. Sağlığın Geliştirilmesi.....	14
1. 2. Sağlık Sistemleri Finansmanı.....	14
1.2.1.Sağlık Sistemi	14
1.2.1.1.Sağlık Sisteminin Amacı	15
1.2.2.Sağlık Hizmetleri Finansmanı	16
1.2.2.1.Finansman Kaynakları	17
1.2.2.1.1.Kamu ve Yarı Kamu Finans Kaynakları	17
1.2.2.1.2.Sosyal Sağlık Sigortası.....	19
1.2.2.1.3. Özel Finans Kaynakları.....	20
1.3.Finansman İlkeleri.....	23

1.4.Finansman Yöntemleri	23
1.4.1.Doğrudan Finansman.....	24
1.4.2.Dolaylı Finansman.....	25
1.4.2.1.Çalışanların Finansmana Katılması	25
1.4.2.2.İşverenin Finansmana Katılması.....	25
1.4.2.3.Devletin Finansmana Katılması.....	26
1.5. Finansman Modelleri	26
1.5.1.Beveridge Modeli	27
1.5.2. Bismarc Modeli	27
1.5.3. Ulusal Sağlık Sigortası	28
1.5.4.Cepten Ödeme Modeli.....	28
1.5.5. Sosyal Sağlık Sigortası	30
1.6. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması	31
1.6.1.Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemi	31
1.6.2.Refah Yönelimli Sağlık Sistemi	32
1.6.3. Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemi	32
1.6.4. Sosyalist Tip Sağlık Sistemi.....	32
1.7. Sağlık Statüsü.....	33

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HARCAMALARI VE SAĞLIK STATÜSÜ AÇISINDAN OECD ÜLKELERİ KARŞILAŞTIRMASI

2.1. OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları ve Karşılaştırması	34
2.2.Sağlık Harcamalarının Önemi	34
2.3.Sağlık Harcamalarının Artış Nedenleri	35
2.3.1.Kişi Başına Düşen Gelirin Artması	35
2.3.2.Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi	36
2.3.3.Kentleşme	36
2.3.4.Eğitim Düzeyinin Yükselmesi.....	36
2.3.5.Yaşam Süresinin Uzaması	37
2.3.6.Teknolojik Gelişmeler	37
2.3.7.Demokratik Düzenin Yaygınlaşması ve Yeni Kazanımlar.....	37

2.4.Sağlık Harcamaları Düzeyini Belirleyen Faktörler	38
2.4.1.Siyaset ve Sosyo- Ekonomik Değişkenler.....	38
2.4.2.Teknolojik Yenilik ve Gelişmeler	38
2.4.3.Yaşlanma ve Demografik Değişim	38
2.4.4.Artan Beklentiler	39
2.5.Sağlık Harcamaları Düzeyini Belirleme Yaklaşımları.....	39
2.5.2.Politik Ekonomi Yaklaşımı	40
2.5.3.Sağlık Üretimi Fonksiyonu Yaklaşımı	41
2.5.4.Bütçe Yaklaşımı	41
2.6.Sağlık Harcamaları Göstergeleri	42
2.6.1.Sağlık Harcamaları Açısından Sağlık Göstergeleri	42
2.6.1.1.Toplam Sağlık Harcaması (T.S.H) G.S.Y.İ.H. Oranı	42
2.6.1.2.Kamu Sağlık Harcamalarının/GSYH Oranı	44
2.6.1.3.Özel Sağlık Harcamasının/ GSYH'a Oranı	45
2.6.1.4.Cepten Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı.....	47
2.6.1.5.İlaç Harcamalarının GSYİH İçerisindeki Oranı	48
2.6.1.6. IMR Sayısı Oranı (Her 1000 Kişiye Düşen).....	49
2.6.1.7. IMR Çekim Oranı (Her 1000 Kişiye Düşen).....	50
2.6.1.8. Hastane Yatak Sayısı (Her 1000 Kişiye Düşen).....	51
2.6.2.2.Bebek Ölüm Hızı	53
2.6.3.Yakınsama Teorileri	55
2.6.3.1. Sağlığın Yakınsaması	56

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

OECD ÜLKELERİNDE SAĞLIĞIN YAKINSAMASININ ANALİZİ

3. AMPİRİK ANALİZ.....	58
3.1.Veriler ve Metodoloji	58
3.2.Yatay Kesit Bağımlılık Testleri	60
3.3. İkinci Nesil Birim Kök Testleri.....	61
3.4.Bulgular ve Tartışma.....	64
SONUÇ	75
KAYNAKLAR	78

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: Bazı OECD Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcaması (T.S.H) G.S.Y.İ.H. Oranı	44
Tablo 2: Bazı OECD Ülkelerinde Kamu Sağlık Harcamalarının/T.S.H Oranı	45
Tablo 3: Bazı OECD ülkelerinin Özel Sağlık Harcamasının/ GSYH'a Oranı	46
Tablo 4: Bazı OECD Ülkelerinde Cepten Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı	47
Tablo 5: Bazı OECD Ülkelerinde İlaç Harcamalarının GSYİH İçerisindeki Oranı	48
Tablo 6: Bazı OECD Ülkelerinde IMR Sayısı Oranı (Her 1000 Kişiyeye Düşen)	49
Tablo 7: Bazı OECD Ülkelerinde IMR Çekim Oranı (Her 1000 Kişiyeye Düşen)	50
Tablo 8: Bazı OECD Ülkelerinde Hastane Yatak Sayısı (Her 1000 Kişiyeye Düşen) ...	51
Tablo 9: Doğumdan Beklenen Yaşam Süreleri	53
Tablo 10: Bebek Ölüm Hızı (Her 1000 canlı doğum).....	54
Tablo 11: Literatür Karşılaştırması	57
Tablo 12: Hipotez Tablosu.....	58
Tablo 13: CD _{LM2} (Pesaran 2004) Testi Sonuçları	64
Tablo14: TSH/GSYİH Değişkenine Ait Pesaran CADF Birim Kök Testi Sonuçları	66
Tablo 15: KSH/TSH Değişkenine Ait Pesaran CADF Birim Kök Testi Sonuçları	68
Tablo 16: ÖSH/TSH Değişkenine Ait Pesaran CADF Birim Kök Testi Sonuçları	69
Tablo 17: BÖÖ Değişkenine Ait Pesaran CADF Birim Kök Testi Sonuçları	71
Tablo 18: DBYS Değişkenine Ait Pesaran CADF Birim Kök Testi Sonuçları	72
Tablo19: Hadri ve Kurozumi (2012) Panel Birim Kök Test Sonuçları	73

KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
B.Ö.O.	: Bebek Ölüm Oranı
CADF	: Cross-sectionally Agumented Duckey-Fuller Test(İkinci Nesil Panel Birim Kök Testi
D.B.Y.S.	: Doğumdan Beklenen Yaşam Süresi
E.K.K.Y.	: En Küçük Kareler Yöntem,
G.S.Y.İ.H.	: Gayri Safı Yurt İçi Hasıla
IMR	:Manyetik Rezonans Görüntüleme
K.S.H.	: Kamu Sağlık Harcaması
OECD	:Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
S.G.K	: Sosyal Güvenlik Kurumu
S.Ü.F.Y.	: Sağlık Üretimi Fonksiyonu Yaklaşımı
T.S.H.	: Toplam Sağlık Harcaması
WHO.	: Dünya Sağlık Örgütü

GİRİŞ

Sağlıkta yapılan harcama, bireylerin yaşam kalitesini artırmakla birlikte, sermaye birikimi ve ekonomik büyümeye katkı sağlamaktadır. Beşeri sermayenin kalitesi , niteliği toplumun aynı zamanda sağlıklı olmasına da bağlıdır. Bu nedenle ülkeler özellikle sağlık ve eğitim politikalarını oluşturarak ve iktisat politikaları çerçevesinde kalkınma politikaları geliştirmektedirler. Çünkü sağlıklı toplum yani sağlıklı nüfus sermaye birikimini artmasına katkı sağlamakla birlikte, emeğin verimliliğindeki artışa da neden olmaktadır. Bu da üretimin ve büyümenin artması anlamına gelmektedir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık harcamaları ülkelerin ekonomik gelişmişlik düzeyi ile ilişkilendirilmekte, ekonomiden aldığı pay bütün dünya ülkelerinde tartışılmakta, sağlık politikalarını belirleyen organlar tarafından en önemli konulardan birisi olarak gündemde yerini almaktadır. Başka faktörlerin yanında, ortalama yaşam süresinin artması, teknolojik gelişmeler ve hastalıkların yapısında ortaya çıkan değişimlerden dolayı artan sağlık harcamalarının kontrol altına alınması için birçok farklı düzenlemeler yapılmaktadır. Hangi finansman ve sunum yöntemini kabul edilirse edilsin esas hedef, her ülkede sağlık hizmetlerinin kabul edilebilir bir kalite ve ulaşılabilir düzeyde hakkaniyetli ve verimli sunumu olmalıdır.

Dünya genelinde sağlık politikalarının belirleyicileri arasında; nüfus artış hızı, doğum ve ölüm oranı, bebek ölüm hızları, doğumda beklenen ortalama yaşam süresi, sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı, kamu ve özel sektörün toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranı ve buna benzer faktörler sayılabilir. Sağlık alanındaki harcamalar ve çeşitli sağlık göstergeleri açısından dünya genelinde lider bazı ülkelerin varlığı diğer ülkelerin bu ülkelerin sağlık politikaları konusundaki tutum ve davranışlarını izlemesine yol açmıştır. Gerek küreselleşmenin, gerekse de teknolojik gelişmelerin bir sonucu olarak bu ülkelerin sağlık politikaları açısından birbirine benzemesi veya daha geri düzeyde kalan ülkelerin zaman içerisinde lider ülkeleri yakalamaları ‘‘yakınsama kavramını’’ ortaya çıkarmıştır.

Yarı kamusal mal niteliğinde olan sağlık harcamalarının sunumunda önemli rol oynayan kamu otoritelerinin, sağlık alanında diğer ülkelerin izlediği yöntem ve politikaları izleyerek sağlık sistemlerini şekillendirdikleri bir gerçektir. Günümüzde tüm ülkelerde beşeri sermayeye verilen önemin artmasına paralel giderek sağlık harcamalarının artması ve ülkelerin sağlık politikalarının giderek benzeşmesi sağlık statüsü ve sağlık harcamaları açısından yakınsamanın varlığına dikkatleri çekmiştir.

Abramovitz (1986), “Belli koşullar altında geride kalmak, başlangıçtaki liderden daha hızlı büyüme kabiliyeti ve üretkenliği yaratır” görüşüyle yakınsama hipotezini kısaca özetlemiştir. Yakınsama hipotezinde; geliri kendi durağan durum gelirinin çok daha altında olan ekonomilerin daha hızlı büyüdüğü, kendi durağan durumuna daha yakın veya üstünde olan ekonomilerinse daha yavaş büyüdüğü, kabul edilmektedir. Literatürde yakınsama hipotezinin üç ana kaynağı olduğu ileri sürülmektedir. Teknolojik yayılım, Neo klasik büyüme modeli ve küreselleşmedir diye sıralanmaktadır.

Yakınsama teorisinin sadece gelirin yakınsaması olarak ele alınması günümüzde yaşam kalitesini içeren karşılaştırmalı bölge ve ülke uygulamaları şeklinde de kendini göstermektedir. Literatürde sağlığın yakınsaması analizi şu iki soruya cevap arar; başlangıçta daha düşük sağlık harcama düzeyine sahip ülkelerin sağlık harcamaları daha hızlı mı artmaktadır? Diğer soru ise; sağlık politikaları, ekonomik koşulları ve mali politikaları benzer olan ülkelerin veyahut benzer bölgelerin arasındaki yakınsama daha mı yüksek gerçekleşmektedir?

Zaman içerisinde sağlık çıktısının getirilerinin artması, gelir gibi unsurların zaman içerisinde iyileşmesi veyahut gelişmesi yakınsamaya neden olmaktadır. Sözü geçen sorular ve cevaplar çerçevesinde ‘sağlığın yakınsaması’ na ilişkin çalışmalar; sağlık göstergelerine dayanarak çok ve tek boyutlu çalışmalar şeklinde yapılmaktadır. Bu anlamda dünya genelinde sağlık harcamalarının veya sağlık göstergelerinin yakınsaması veya ıraksaması birçok çalışmanın konusu olmuştur.

Dünya ekonomilerin OECD ülke ekonomileri ya da sanayileşmiş ülke ekonomileri gibi benzer teknoloji düzeyi, yatırım oranı ve nüfus artış hızına sahip ekonomiler şeklinde gruplandırılabilmesi ‘Neo-klasik Büyüme’ modelini temel alan

yakınsama öngörüsüne destek verici özellik taşımaktadır . Bu çerçevede, çalışmada sağlık politikalarının bazı belirleyicileri üzerinden OECD ülkelerinde sağlığın yakınsaması incelemek istenmiştir. Bu amaçla çalışma üç bölüme ayrılıp birinci bölümde sağlık hizmetlerinin tanımı, kapsamı ve sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili bilgilere yer verilmiştir. Çalışmanın ikinci bölümünde sağlık harcamaları ve sağlık statüsü kavramları üzerinde durularak gerek sağlık harcamaları gerekse sağlık statüsü ayırma gidilerek OECD ülkeleri karşılaştırmasına yer verilmiştir. Çalışmanın son bölümünde ise 28 OECD ülkesinde 2003-2014 yılları aralığında ‘‘sağlığın yakınsaması panel birim kök testi’’ ile analiz edilmiştir. Avustralya, Avusturya, Belçika, Kanada, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Finlandiya, Fransa, Almanya, Yunanistan, Macaristan, İzlanda, İrlanda, İsrail, İtalya, Japonya, Meksika, Hollanda, Yeni Zelanda, Norveç, Polonya, Portekiz, İspanya, İsveç, İsviçre, Türkiye, İngiltere ve ABD’nin yer aldığı OECD ülkelerinde sağlığın yakınsamasında 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 ve doğumdan beklenen yaşam süresi değişkenleri modele dahil edilerek ampirik analiz gerçekleştirilmiştir. Yakınsamanın varlığını test etmek üzere Panel birim kök testlerinden faydalanılmıştır. Ancak uygun panel birim kök testini seçmek öncelikle yatay kesit bağımlılığı Pesaran’ın CD test yardımıyla test edilmiş ve tüm değişkenler için yatay kesit bağımlılığının varlığına dayalı sonuçlara ulaşılmıştır. Böylece ikinci kuşak panel birim kök testlerinin uygulanmasına karar verilerek Pesaran (2007)’ın CADF testi ve Hadri-Kurozumi (2012) testi ile söz konusu değişkenlerin durağanlığı araştırılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ, SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI ve SAĞLIK STATÜSÜ

1.1.Sağlık ve Sağlık Hizmetleri

Sağlık kavramı zaman içerisinde ve değişen koşullar sebebiyle farklı şekillerde tanımlanmış ve bunlardan bazıları sıralarsak;

Genel olarak sağlığı; bireyin zihinsel, ruhsal ya da fiziksel herhangi bir hastalığı olmaksızın hayatını devam ettirmesidir(Ateş, 2011) şeklinde tanımlamak mümkün. Sağlık kavramı, diğer kavramlar gibi sosyal, ekonomik, siyasal, kültürel ve evrensel hukuk alanındaki kısacası insanlığın tarihsel mirasındaki birikimlerle birlikte içeriği ve kapsamı değişen, gelişen bir kavramdır, diyerek farklı bir bakış açısıyla tanımlarken, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise, bireyin hastalık ya da sakatlık durumunun olmaması yanında, ruhen, beden ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içerisinde bulunması şeklinde tanımlamıştır(Kesgin ve Topuzoğlu, 2006: 47; World Health Organization, 1981: 20).

Sadece sağlığın tanımını yapmak yeterli olmayacaktır. Aynı zamanda sağlığın belirleyicilerini de açıklamak konunun anlaşılması açısından önemlidir.

1.1.1.Sağlığın Belirleyicileri

Sağlık kavramına ‘‘çevresel yaklaşımı’’ geliştiren Henrick. L. Blum, sağlık durumunu dört temel faktörün etkilediğini savunmuştur (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010). Bu faktörler; çevre, davranış, kalıtım ve sağlık hizmetleridir. Bu faktörler; ‘‘ekolojik denge, doğal kaynaklar, nüfusun karakteristik yapısı, kültürel sistem ve ruh sağlığı’’ alt faktörleri de bu üst faktörleri etkilemektedir.

- **Çevre:** İnsanların yaşamlarını sürdürdükleri doğal-fiziksel ve sosyal faktörlerin içinde yer aldığı alandan oluşur. Genel olarak çevreyi oluşturan biyolojik, fiziksel ve sosyal faktörler, insan sağlığını dolaylı ya da doğrudan etkilemektedir.

- **Davranış:** Kişisel davranış ve alışkanlıklar (sigara alkol, tehlikeli araç kullanma, aşırı yeme ya da yetersiz/yanlış beslenme alışkanlıkları, ilaç bağımlılığı, kişisel hijyene önem vermeme vs.) sağlık ve kişinin iyilik haline büyük etkisi vardır
- **Kalıtım:** Bireyin yaratılışı itibariyle sahip olduğu biyolojik ve organik yapısı, hastalıklara karşı duyarlılığını etkileyebilir ve hastalıklar kalıtsal olarak geçebilir. Kalıtım bireyin yalnızca doğuştan gelen değil ileri yaşlarda ortaya çıkabilecek hastalıkların da (diyabet, kanser, vs.) riskini arttırmaktadır.
- **Sağlık Hizmetleri:** Bu hizmetler, çevre ve kamu ajansları tarafından verilen toplum sağlığı hizmetleridir. Bu hizmetlere, kirliliğin neden olduğu çevresel problemler, iş güvenliği ve barınma koşulları şeklinde örnek verilebilir (Tengilimoğlu ve ark,2011).

1.1.2.Sağlığın Sosyal Belirleyicileri

Sağlığın belirleyicileri içerisinde önemli bir yer tutan sosyal faktörler, literatürde “sağlığın sosyal belirleyicileri” başlığı altında ayrı bir şekilde sınıflandırılmıştır. Sağlığı etkileyen sosyal, kültürel ve ekonomik faktörler çoğunlukla sağlığını sosyal belirleyicileri olarak ifade edilir (Lloyd ve ark., 2004;Akt.Aba,2014)

Bu sosyal faktörler;

- **Gelir Düzeyi ve Sosyal Statü:** Yaşam standardı yüksek olan bireylerin daha fazla harcama yaptığı bilinen bir gerçektir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerine bütçelerinden sağlığa daha fazla pay ayırabilmekteler. Buna paralel olarak sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan bireylerin ise gelirlerinden sağlığa daha az pay ayırdıklarından hastalanma riskleri daha fazladır ,ortalama yaşam sürelerinin daha kısa olduğu görülmektedir.
- **Sosyal Katılım ve Sosyal Destek Ağları:** Bir toplumda, sosyal katılım ve sosyal destek ağları (aile, arkadaşlar, vs.) bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerinde önemli etkiye sahip olduğu, sağlıklı sosyal

çevreye sahip olan bireylerin fiziki ve psikolojik sağlık düzeylerinin iyi olduğu bilinmektedir.

- **Sosyal,Gradyan:**Bufaktörde;İnsanların ve/veya toplulukların sosyo-ekonomik durumu iyileştikçe sağlıklarının da buna paralel iyileşme gösterdiği (WHO Avrupa Bölge Ofisi.2012). Diğer bir anlatımla; yoksul kesimin, varlıklı kesime göre daha düşük sağlık düzeyine sahip olmasıdır. Gelişmişlik düzeyine bakılmaksızın dünyanın hemen hemen her yerinde bu durum söz konusudur.
- **Eğitim Düzeyi ve Sağlık Okur-Yazarlığı:**Sağlık bilincinin yükselmesi ve buna bağlı olarak insan sağlığına verilen önemi arttırmıştır.Eğitim düzeyinin giderek artması,sağlıklı bir hayatın öneminin de daha iyi anlaşılmasına katkı yapan bir unsur olmaktadır.(Mutlu,Işık,2012;22). Eğitimin yanında sağlık okur-yazarlığı da, kişilerin yaşam şeklini ve yaşam koşullarını değiştirerek kişisel ve toplum sağlığını iyileştirmek gerekçesiyle harekete geçmek amacı ile bilgi, kişisel beceri ve güven düzeyine ulaşılmasıdır(T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).
- **Sağlıklı Yaşam Koşulları:** Bireylerin yaşam koşulları, onların sağlık düzeyleri üzerinde önemli bir etkidir. Bireyin yaşadığı yer (kırsal/kentsel), yaşadığı konutun fiziksel kalitesi ve tipi, barınma maliyeti (kira olup olmama durumu) doğrudan ya da dolaylı olarak sağlığı etkilemektedir. Şehirlerde yoğun trafik, hava kirliliği; kırsal kesimde ise sağlık hizmetlerine ulaşımındaki kısıtlılıklar önemli etkenlerdendir (Lloyd ve ark., 2004Akt; Aba,2014;12). Temiz içme suyu ve besinlere ulaşım, insan sağlığı üzerinde (özellikle erken yaşam evrelerinde) hayati öneme sahiptir. Beslenme yetersizlikleri ve temiz içme suyu kaynaklarına erişimin yetersiz olması insan sağlığını olumsuz etkilemekteyken, dengesiz beslenmenin getirdiği sonuçlar da sağlığı olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Cannon, 2008.Akt;Aba,2014;12)
- **Stres:** Bireyin içinde bulunduğu sosyal ve psikolojik durum uzun dönem strese neden olabilmektedir. Sürekli sinirlilik hali, güvensizlik,

düşük öz-saygı, sosyal izolasyon ve iş/ev yaşamında kendini kontrol edememe vb. faktörlerin bireyin sağlığı üzerinde güçlü etkileri vardır. Sosyal hiyerarşinin daha alt basamaklarındaki bireyler de daha fazla görülen stres, hem fiziksel sağlığın hem de ruh sağlığının olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır (Wilkinson ve Marmot, 2003.Akt;Aba,2014;12)

- **Yaşam Seyri Yaklaşımı (Yaşam Döngüsü):** Bireylerin yaşam döngüsü içerisinde, özellikle başkasına en bağımlı ve savunmasız oldukları dönemlerde sosyal şartların sağlık üzerindeki etkisi daha belirgindir. Bu dönemler; çocukluk, hamilelik ve yaşlılıktır (Farrell ve ark., 2008.Akt,Aba,2014;13)
- **Ayrımcılık ve Etnik Yapı:** Ayrımcılık ise başta etnik topluluklarda olmak üzere sağlık eşitsizliklerine yol açan en önemli faktörlerdendir. Irk, etnik geçmiş ve cinsel yönelimlerinden dolayı ayrımcılığa uğramış olan kişiler kötü ruhsal ve fiziksel sağlık sonuçlarına maruz kalabilmektedirler. Bu kişiler; sürekli stres, dışlanmışlık hissi, öz güvenini kaybetme ve ekonomik güvensizlik, eğitim olanaklarına erişemememe gibi durumlardan dolayı sağlıkları olumsuz yönde etkilenmektedir (Lloyd ve ark., 2004.Akt,Aba,2014;13)
- **Sağlık Hizmetlerine Ulaşım:** Buradan anlaşılması gereken husus, bireylerin sağlık hizmetini doğru yerde ve doğru zamanda alabilmesidir. Ulaşılabilirlik, hastaların sağlık kuruluşuna ne kadar kolay ulaşabileceğini ifade etmekte.

1.1.3. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetlerini genel anlamda “sağlığı korumak, geliştirmek, hastalıkların oluşumunu önlemek; hastalanan kişilere olanaklar çerçevesinde en erken dönemde tanı koyarak tedavi etmek, sakatlıkları önlemek, sakatlananlara tıbbi ve sosyal hizmet sunmak ve insanların nitelikli, mutlu ve uzun bir ömür sürmesini sağlamak için sunulan hizmetlerin tümüdür”(Tengilimoğlu ve ark;2011)diye tanımlamaktadırlar.

Sağlık hizmetlerinden yararlanmanın temel insan haklarından biri olduğu yaşam hakkının devamı olduğu dünyanın büyük çoğunluğunda kabul görmekte, bunun sonucu olarak devletlerin kamusal alanda daha fazla sağlık hizmeti vermesi gerektiği düşüncesi önem kazanmakta. Sağlığın sosyal fayda yönü gün geçtikçe daha fazla tartışılmakta, hizmet sektörün statüsünün ne olması gerektiği de siyasetçilerin önemseddiği konulardan birisidir.

Sağlık hizmetlerinin diğer hizmet sektörlerinden ayırtıran özelliklerinin var olduğunun belirtilmesi gerekir. Bu özelliklerinden dolayıdır ki farklı bir şekilde yorumlanması ve yönetilmesi gerekmektedir. Bunlar: Kamusalılık, dışsallık, belirsizlik ve talebin düzensizliği özelliğidir.

1.1.3.1.Kamusalılık Özelliği

Dar anlamda kamusal mal ve hizmet, genel bütçe ile sunulan ve finansmanı vergiler ile karşılanan hizmetleri kapsar (Şener,1996;47)Başta tam kamusal mallar,yarı kamusal mallar olarak iki çerçevede değerlendirilmekte.

Yarı kamusal mal ve hizmetlerin kişiye sağladığı fayda dışında topluma da faydası söz konusudur. Dışsal fayda olarak isimlendirilen bu pozitif etki ile, hizmetin yerine getirilmemesi durumunda bireye zararı ile birlikte, topluma ek bir maliyet getireceği dikkate alınması bu tür mal ve hizmetlerin devlet organları tarafından üretilmesini gerekli duruma getirmektedir (Öztürk,2004: 175).

Sağlık hizmetleri genel olarak yarı-kamusal mal statüsünde değerlendirilmekte. Sağlık hizmeti tüketimi sonucunda topluma dışsal fayda sağlanırken, hizmeti tüketen kişiye de özel fayda sağlaması nedeniyle bu özelliği düşünülmektedir. Bireylerin sağlığı ve toplum arasındaki sıkı ilişki anlaşıldıkça ve sağlık hizmetlerinden yararlanmanın temel insan hakkı olarak kabul edilmesinden sonra, devletin giderek daha fazla görev alması fikri yaygınlık kazanmış, bu nedenle devletin bu tür hizmetleri gittikçe üstlendiği görülmüştür.

Tüm sağlık hizmetleri benzer özellik göstermezler. Koruyucu sağlık hizmetleri tam kamusal olarak değerlendirilir. Çünkü bu hizmetler toplumun tamamına, bir başka deyişle ödeme yapmayanlar bile bu hizmetten yararlanırlar.

Kar/zarar muhasebesi yapılmadığından, fiyatlandırılması ve pazarlanması söz konusu değildir. Ancak tedavi edici sağlık hizmetleri yarı kamusal mal olarak değerlendirir.

Genel olarak dışsallık, bir ekonomik birimin üretim ve/veya tüketim faaliyeti sonucunda, başka birimlerin fayda ve/veya maliyet fonksiyonlarının olumlu veya olumsuz olarak etkilenmesi şeklinde tanımlanabilir(Mutlu,Işık.2012;49).

Dışsallık, sağlık hizmetlerinin önemli bir özelliğidir ama sadece sağlık hizmetlerine mahsus değildir. Mesela; bebeklerin doğum öncesi ve sonrası sağlık durumları annelerinin sağlık durumlarına bağlıdır. Başka bir ifadeyle, kamu kesiminin desteklediği, aşılama, tüberküloz, AIDS ile mücadele kampanyaları oldukça önemlidir.

1.1.3.2.Belirsizlik Özelliği

Lancaster ‘in literatüre kazandırdığı ‘belirsizlik’ kavramı özellikle asimetrik bilgilendirmenin mevcut olduğu hasta–hekim ilişkisinde ortaya çıkmaktadır. Doktora gitme davranışı hasta tarafından belirlenmesine rağmen; hastanın tedavisi, teşhisi, hastaya uygulanacak olan tetkiklerin belirlenmesinde rol oynayan ana unsur hekim olmakta ve burada hastanın tercih etme durumu ortadan kalmaktadır. Alacağı sağlık hizmetin maliyeti ve kalitesini ölçecek bilgisinin az olması hastanın belirsizlik altında tercih yapması anlamına gelmektedir.

1.1.3.3.Talebin Düzensizliği

Sağlık hizmetinden yararlanacak kesimin nerede, nasıl, ne zaman, ne miktarda sağlık hizmeti talep edeceği önceden bilinmediğinden dolayı talebin düzensizliğine neden olmaktadır. Bu da nerede ve ne miktarda sağlık hizmeti verilmesi gerektiği tahminini zorlaştırmaktadır.

Tüketici ihtiyacı ve talebin önceden tahmin edilebildiği sektörlerde kaynak tahsisi, daha etkin kullanılabilirken, sağlık alanında hastalıkların ve risklerin çoğunlukla önceden tahmininin zor olmasından dolayı kaynak tahsisinin rasyonel dağılımını zorlaştırmakta.

1.1.3.4.Sağlık Hizmetlerinin Niteliği

Bireylerin, toplumun ve son kertede dünyanın sağlıklı olması için çalışan, merkezinde “asıl sağlık hizmetleri” denilen ve doğrudan bireylere verilen sağlık hizmetlerinin bulunduğu, hizmetler- ürünler ve kurumlar arasında, arz ve talep sistem ve ilgili sektörler arasında “bütünlük” niteliği bulunması gereken, kendi dışında kalan tüm sektörleri, üretim alanlarını, ekonomik ve sosyal gücü doğrudan etkileyen, toplumun güçlü, gelişmiş, refah düzeyi yüksek, kaynaşmış ve istikrarlı olmasında, birlik ve bütünlüğün kurulmasında temel öğelerden birini oluşturan, sosyal hizmet yönü ağır basan, çok bileşenli ve karmaşık, teknik ve teknolojik nitelikleri ağırlık kazanan ve gittikçe daha pahalı teknik ve teknolojiler kullanmaya yönelen, sürekli ve hızlı olarak değişip gelişen, kamu malı ve hizmeti olma niteliğine sahip olarak belirtilebilir (Sargutan 1993:3-4-13-20; Sargutan 1996:1; Sargutan 2004:45).

Sağlık hizmeti toplumsal bir nitelik taşır ve tüm bir toplumu ilgilendirir. Sağlık hizmetlerinin tümüyle piyasaya terk edilmesi bazı sakıncalar doğuracağından, devletin özel görev yüklenmesi gerekmektedir. Özellikle gelir ve servet eşitsizliği ,düşük gelirli kesimin bazı sağlık hizmetinden yararlanamayacağı anlamına gelecektir.

1.1.3.5.Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması da dört başlık altında incelenmektedir;

1.1.3.5.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bu sağlık hizmet türünde, hastalık ya da sakatlık durumu oluşmadan önce risklere karşı verilen bir mücadele biçimidir. Bu özelliği nedeniyle koruyucu sağlık hizmetleri devlet tarafından verilmesi daha doğrudur. Koruyucu sağlık hizmetlerin amacı, toplumda hastalık riskini azaltmak ve sağlık seviyesini yükseltmek olduğundan ,bireylerin ödeme gücüne bakılmaksızın bütün topluma verilmesi gerekmektedir.

Hastalık oluşmadan, insanları korumak için verilen hizmetlerin tamamı koruyucu sağlık hizmetleri başlığı altında toplanmaktadır (Tengilimoğlu ve ark.,

2011). Koruyucu sağlık hizmetleri sadece bireylere verilen bir hizmet değildir, aynı zamanda çevreye yönelik hizmetler de mevcuttur.

Çevreye yönelik bu hizmetin kapsamında; sağlığı olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel ve kimyasal etkenleri yok ederek veya bu etkenlerin, kişileri etkilemelerini önleyerek çevreyi olumlu hale getirmektir.

Bu hizmetlerin bir kısmı aşıağıda sıralanmıştır

- ‘‘İş sağlığı
- Radyolojik zararlıların denetimi Zararlı
- Zararlı canlılarla mücadele
- Besin sanitasyonu
- Katı atıkların denetimi
- Gürültü kirliliğinin denetimi
- Hava kirliliğinin denetimi
- Su kaynaklarının sağlanması ve temini’’ (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010).

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetler, sağlık sektöründen daha çok, diğer sektör(yerel yönetimler gibi) ve meslek grupları tarafından yürütölmesi gereken hizmetlerdir. Sağlık sektörünün, bu alandaki görevi esas itibariyle, danışmanlık, denetim ve eğitimidir (Akdur, 2006).

Kişıye yönelik sağlık hizmetleri, hekim, diş hekimi, hemşire gibi sağlık meslek üyelerinin yürüttüğü hizmetlerdir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010).

Hizmetler şöyle sıralanabilir:

- Hastalıkların erken tanı ve tedavisi
- Beslenmeyi düzenleme
- Bağışıklama
- İlaçla koruma
- Sağlık eğitimi

- İlaçla koruma Kişisel hijyen
- Ana-çocuk sağlığı hizmetleri
- Aile planlaması’’

Koruyucu sağlık hizmetleri, kısa ve uzun vadede kişilerin ve toplumun karşılaşabilecekleri değişik hastalık risklerini en alt düzeye indirmeyi ve bu şekilde sağlıklı yaşam potansiyelini koruyarak yaşam standardını geliştirmeyi amaçlayan hizmet türüdür (Akdur, 2006: 13). Yayılma olasılığı yüksek hastalıkların engellenmesi, bu hastalıklara karşı bağışıklık sistemlerinin dayanıklı hale getirilmesi bireyleri koruyacağından, bu da sağlık hizmetlerinin esas itibarıyla toplumu salgın hastalıklardan koruyacağı anlamına gelmektedir.

Toplum sağlığını tehdit eden çevresel unsurların engellenmesi orta ve uzun vadede ortaya çıkabilecek sosyal riskler ve iktisadi maliyetleri de en düşük seviyeye çekme ihtimali yüksektir. Toplumun birlikte yaşamaktan kaynaklanan bulaşıcı hastalık riskinin azaltılması, toplumu meydana getiren bireylerin birbirleri ile ortak sosyal fayda zemininin oluşmasını neden olacaktır (Aydın, 2008: 18).

1.1.3.5.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Sağlığı bozulan bireylerin, sağlıklarına tekrar kavuşabilmek için aldıkları sağlık hizmetidir şeklinde tanımlamak mümkün. Bu hizmet şeklinin koruyucu sağlık hizmetlerinden temel farkı, tümüyle kişiye yönelik veriliyor olmasıdır.

Diğer bir tanımı ise; “Tedavi edici sağlık hizmetleri, bireyin hastalanmasıyla birlikte kişilere yapılan tetkik, muayene ve tedavi sürecini içeren hizmetler bütünüdür’’(Yıldırım, 1994: 13), şeklinde yapılmıştır.

Tedavi edici sağlık hizmetleri, tamamlayıcısı olduğu koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha yüksek maliyet içermekte, bununla birlikte kompleks bir organizasyon ve aynı zamanda ekipman ve personele sahip kuruluşları gerektirmektedir (Altay, 2007: 35). Ayrıca tedavi edici sağlık hizmetleri sonucunda her ne kadar sosyal yarar meydana geliyorsa da, yine de bireysel yarar daha ön plandadır. Çünkü kişi, sağlıklı yaşamının bozulması, bu sonrasında sosyal ve ekonomik birçok aktivitesini yerine getiremez olması

nedeniyle bir an evvel eski düzenini tekrar kurmak isteyecektir. Bu durum ise kişinin kendi sağlığına kavuşmasında elde edeceği kişisel hazzı arttıran bir unsurdur olacaktır(Bulutoğlu, 1977: 253-255).

Tedavi edici sağlık hizmetleri üç basamakta değerlendirilmektedir;

- **Birinci basamak tedavi hizmetleri:** Hastalıkların evde ya da ayakta teşhis ve tedavisi için düzenlenen sağlık hizmetleridir. Aile ve toplum sağlığı merkezleri, özel muayenehaneler bu hizmetlere örnektir.
- **İkinci basamak tedavi hizmetleri:** Yoğun tıbbi bilgi ve teknoloji gerektirmeyen hastalıkların teşhisi ve yatırılarak tedavisi için düzenlenen hizmet türüdür. Genel hastaneler, üniversite hastaneleri, yataklı sağlık kuruluşları örnek verilebilir (Tengilimoğlu ve ark., 2011).
- **Üçüncü basamak tedavi hizmetleri:** Belli bir yaş grubuna, cinsiyete ya da belli bir hastalığı olan ya da yakalanan kişilere, hastalığı konusunda en geniş olanaklara sahip yataklı tedavi kuruluşlarında yani hastanelerde verilen tedavi hizmetleridir. Bahsi geçen hizmetler, genellikle özel dal, üniversite ya da eğitim araştırma hastanelerinde verilir (Gemlik ve Ayanoglu, 2011).

Tedavi edici hizmetler, tamamen sağlık sektörünce ve sağlık çalışanları(uzmanları) tarafından verilen hizmetlerdir. Bu hizmetlerin etkin ve iktisadi olması ,hizmet alanlar ile hizmet verenlerin hoşnut olduğu bir ortamda üretilebilmesi için, mutlaka bahsedilen basamaklar halinde sıralanması ve bu basamaklar arasında iyi düzenlenmiş sevk zincirinin oluşturulması gerekir (Akdur, 2006).

1.1.3.5.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri ise fiziksel ya da ruhsal yönden sakat kalmış olanların başkalarına bağımlı kalmaksızın yaşamlarını sürdürebilmelerini sağlamak için gerçekleştirilen tüm sağlık hizmetleridir(Ateş, 2011). Bu hizmetler,

eşgüdümlü ve bütünlük gösteren tıbbi, sosyal eğitsel ve mesleki faaliyetler aracılığıyla, kaza ve hastalıklar nedeniyle sakatlanan kişilere mümkün olduğunca en iyi işlevsel becerileri kazandırmayı amaçlamaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010).

Yaşadığı ciddi bir hastalık ya da doğal afet(yangın, deprem gibi), trafik veya iş kazası gibi beklenmedik zamanda ortaya çıkan vakalar sonrasında bedensel ya da ruhsal yönden sakatlanmış bireylerin, fiziki ve sosyal açıdan tekrar sosyo-ekonomik hayata dönmelerini, bu şekilde moral bulmalarını sağlayarak, topluma yeniden kazandırılmasını sağlama amacıyla çalışan sağlık hizmetidir (Özkara, 2006: 78). Rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleri “ tıbbi ve sosyal rehabilitasyon” olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Tıbbi rehabilitasyon; ruhsal ya da bedensel iş yapabilme kabiliyetini tamamen veya kısmen kaybetmiş bireylerin bu yeteneklerini ortez, protez, işitme cihazı gibi medikal araçlar ile mümkün mertebe geri kazandırabilmeyi amaçlanmaktadır. Sosyal rehabilitasyon ise; sakat kalmış olan kişinin ve yakın çevresinin topluma yeniden entegrasyonunu sağlamak, yeni iş öğrenme yeteneğine kavuşturmadır. Aynı zamanda sosyal, kültürel ve ekonomik hayata katılımını sağlamak ve bu süreci hızlandırmak da bir başka görevidir (Akdur, 2006: 20).

1.1.3.5.4. Sağlığın Geliştirilmesi

İnsanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklı arını geliştirmelerini sağlama sürecidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011). Bu hizmetlerde temel sorumluluk bireylerindir. Bu hizmetin amacı; kişilerin bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin yükseltilmesidir.. Bugün birçok hastalığın sebepleri arasında bireylerin yaşam tarzlarının ve alışkanlıklarının olduğu su götürmez bir gerçektir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010).

1. 2. Sağlık Sistemleri Finansmanı

1.2.1.Sağlık Sistemi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2000 Raporuna göre; sağlık sistemi, temel amacı sağlığı geliştirmek, yenilemek ve sürdürmek olan tüm aktiviteleri içeren

sistemdir(WHO 2000; Murray, Frenk 2000; WHO 2001; Murray, Frenk 2001; IHSD 2000a; WHO 2000a.Akt;Uğurluoğlu,Çelik 2005;5).şeklinde tanımlanmıştır.

DSÖ 2000 raporunda; sağlık sisteminin, sağlığı iyileştirmeyi temel amaç edinen tüm kaynaklar, organizasyonlar, gruplar ve bireyleri içeren geniş tanımı, gruplara ve topluma sunulan kişisel sağlık hizmetleri ve sağlık müdahalelerini içerdiği kadar, trafik kazalarının azaltmak için yapılan yol güvenlik çalışmalarını, ulusal beslenme alışkanlıklarını değiştirme politikalarını da kapsamaktadır. Ancak sağlık sisteminin dışında kalan birçok faktör de sağlık standartlarını ve eşitsizlikleri belirleyebilmektedir (Murray, Frenk 2001.Akt;Uğurluoğlu,Çelik 2005;5)

DSÖ'nün 2000 yılındaki Dünya Sağlık Raporu; sağlık sistemini şu şekilde tanımlamıştır, “toplumların sağlık durumlarını korumak ve geliştirmek için faaliyet gösteren bütün organizasyon ve kaynakların toplamıdır”.

DSÖ 2000 Raporu sağlık sistemini, temel amacı sağlığı geliştirmek, yenilemek ve sürdürmek olan tüm faaliyetleri kapsayacak biçimde tanımlamıştır (DSÖ, 2000). Sağlık sistemleri, yalnızca insanların sağlığını yükseltme sorumluluğuna değil, aynı zamanda da kişileri hastalığın finansal risklerine karşı korumak ve onları insani değerler ölçütünde tedavi etmek sorumluluklarına da sahiptirler (Uğurluoğlu ve Çelik, 2005).

DSÖ'nün 2000 yılındaki raporunda ayrıca, bir sağlık sisteminde dört ana öge olması gerektiğini belirtmiştir. Bunlar;” yönetim (hükümetler), finansman, kaynak yaratmak(fon sağlamak) ve hizmet sunum şekli “(DSÖ, 2000:25).

1.2.1.1.Sağlık Sisteminin Amacı

Sağlık sisteminin amaçları üç başlık altında toplanabilir.Sırasıyla; “sağlık, adil finansman ve beklentilerin karşılanması “ şeklinde sıralayabiliriz.. Bu üç amacın gerçekleştirilip gerçekleştirilmediğini sistemin başarısı için kontrol edilmesi gerekir. Kontrol sonrası elde edilen veriler sağlık sisteminin geliştirilebilmesi için gerekli olacaktır.

Sağlık sistemlerinin oluşturulmasındaki amaçlardan birincisi; sağlığın geliştirilmesi, toplum ve bireylerin yaşam süreleri boyunca sağlıklarının korunması ve sağlığı riske eden unsurların bertaraf edilmesidir. Toplumun sağlık kalitesi demek, bireylerin sağlık kalitesi anlamına da gelmekte, bu da ortalama yaşam beklentisi süresinin artması, bebek ölüm oranının düşmesi ve ölüme neden olmayan sağlık sorunlarının azalması anlamına gelmektedir.. Beklentilerin karşılanması ise, itibara saygı, bireysel özerkliğe saygı, gizliliğe saygı gibi müşteri odaklılığı işaret etmektedir. Müşteri odaklılık ise, sağlık ihtiyaçlarının karşılanması sürecinde bireyin algıladığı kalite standardını yüksek tutmaya yönelik faaliyetlerdir.

Birey, sağlık hizmetinin yararlandığı süre boyunca aile, arkadaş ve çevresinden göreceği sosyal yardımlardan mahrum kalmamalı, hizmet sunucularını seçebilme hakkına sahip olmalı, uygun yatak, oda ve yemek hizmetlerine ulaşabilmelidir (DSÖ, 2000).

Adaletli finansman demek, sağlık içerisinde sigorta ve sağlık hizmetleri kapsamında toplumun yoksul kesimlerinin statü olarak daha yüksek gelire sahip kesimlere nazaran daha az ödeme yapması gerektiği anlamındadır.

1.2.2.Sağlık Hizmetleri Finansmanı

Sağlık hizmetleri finansmanı; paranın sağlık sektöründeki faaliyetleri finanse etmek için ne şekilde harekete geçirilmesi ve nasıl kullanılması gerektiğini anlamına gelmektedir. Tüm toplum bireylerinin sağlık hizmetlerine finansal açıdan ulaşabilmesini sağlamak için; yeterli ve sürdürülebilir kaynak yaratmak, yaratılan kaynakları verimli bir şekilde kullanmak, finansmanda hakkaniyeti sağlamak ve kaynak oluşturulması sürecinde bireylerin yoksullaşmasını engellemek gerekmektedir (Çelik, 2011;171). Sağlık finansmanının esas amacı, bireylerin beklenmedik hastalıklarla karşılaştıklarında hastalığın finansal yüküne karşı korumaktır (WHO 2000).

1.2.2.1.Finansman Kaynakları

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ülkelerin ekonomik gelişmişlik düzeyinden aldığı pay ülkenin gelişmişlik düzeyine göre değişmekle birlikte, bu konu sağlık politikalarını belirleyenlerin gündemini belirlerken, aynı zamanda oldukça tartışılan gündem konusu olmaya devam etmektedir.

Devletler sağlık finans kaynaklarını devletin yönetilme biçimine uygun olarak tahsis etmektedirler. Sağlık finans kaynakları; Kamu ve Yarı Kamu Kaynakları, Sosyal Sağlık Sigortası ve Özel Finans Kaynakları şeklinde gruplandırmak mümkündür.

1.2.2.1.1.Kamu ve Yarı Kamu Finans Kaynakları

Kamu ve yarı kamu finans kaynaklarını açıklarken vergiler en önemli gelir kaynağı olarak görülmektedir.

“Beveridge Modeli” yani bir başka deyişle vergiler ile finansman, sağlık hizmeti sistemlerinde yaygın olarak başvurulmuş bir finansman kaynağı çeşididir. Beveridge Modeli ismini II.Dünya Savaşı sonrasında İngiltere’de devletin sağlık, eğitim hizmetlerini doğrudan üstlenmesi gereğini bir sosyal politika görüşü olarak ileri süren bir politikacının isminden almıştır.

Sağlığa kaynak yaratılırken vergilerden yararlanan sistemler, daha çok vergilerden yararlandıkları için devlet, genel vergi gelirleri ile sağlık hizmetlerini finanse eder ve toplanan bu vergi düzeyi ülkelere göre değişiklik gösterir. Değişikliğin sebebi ise, ekonomik ve siyasi rejim farklılıklarıdır (Evans 2002. Akt;Uğurluoğlu,Çelik 2005,; Tatar 1996:42-50).

Vergilerle finansman; toplumun bütün nüfusunu kapsar. Yasal olarak belirlenmiş katkı payları hariç, hizmetlerden yararlanma ücretsizdir. Kimin veya kimlerin sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanacağı, kişinin mali katkısına bakılmaksızın, yurttaşlık hakları veya diğer hukuk kuralları çerçevesinde belirlenir. Bu finansman kaynağında, sağlık hizmetine ihtiyaç duyan kişi hangi hizmeti ve ihtiyaç hasıl olduğu anda alır, görüşüne dayanır. Bireyin ödeme gücü(gelir itibarıyla

tanımlanan), sağlık hizmetlerinin finansmanı için kişisel katkısının belirlenmesinde temel oluşturur, buna rağmen sağlık hizmeti alma hakkının esasını oluşturmaz. Vergilerle finansman prensibini kabul etmiş ülkelere İngiltere, İsveç, İtalya, İspanya, Finlandiya, Kanada ve Portekiz örnek verilebilir. (Evans 2002. Akt;Uğurluoğlu,Çelik 2005; Çilingiroğlu 2006).

Vergi gelirleri; sağlık hizmetlerinin finansmanında sıklıkla baş vurulan vergi gelirleri ile finansmanında, vatandaşlardan çeşitli biçimlerde toplanan vergiler bir havuzda biriktirilir. Biriktirilen bu vergiler devletin karar mekanizmaları çerçevesinde çeşitli sektörler dağıtılır. Kaynakların kullanımı bu şekilde sağlanır. Bu finans kaynağı çeşidinde vatandaşlar, sağlık hizmetleri ile ilgili bireysel katkı paylarını ödedikleri vergiler ile yaparlar. Böylelikle vatandaşlar, hizmeti kullanım süresince sistem tarafından tespit edilen katkı payları dışında bir ödeme yapmak durumunda kalmazlar

Vergilerle finansman modelinde, vergi kaynakları dolaylı ve dolaysız vergiler olarak iki gruba ayrılır. Dolaysız vergiler, bireylerin elde ettikleri gelir düzeyine göre doğrudan alınan vergilerdir. Dolaylı vergiler ise, tüketilen mal ve hizmetler üzerinden alınan gelirle ilişkili olmayan vergilere denilmektedir.

Vergi gelirlerinin avantajı büyüktür . Bu avantajlardan birisi ve en önemlisi, nüfusun büyük çoğunluğunun yaptığı, katkıların etkin bir şekilde havuzlama yöntemiyle kullanılmasıdır. Vergilerle havuzlama yönteminde kişilerin farklı zorunlu katkıları ile devlet gelirlerine katkıda bulunması sağlanır. Bu vergi gelirlerini devlet sağlık hizmeti sunumunda kullanabilirken ve aynı zamanda da geri ödemeleri de bu fondan yapabilmektedir.

Vergi yolu ile finans ,üzerinde düşünülüp cevaplandırılması gereken soruları içerisinde taşır. Bahsi geçen finans türünün doğru işleyebilmesi için ülkenin vergi toplama yeteneğinin ne olduğu ve toplanan vergilerin adil olup olmadığı çok önemlidir. Vergi yoluyla finansmanın sağlık hizmetlerinin performansı üzerindeki olumlu ya da olumsuz etkilerinin düzeyi de araştırılması gereken önemli bir konudur. Bir ülkenin vergi toplama kapasitesi ve yeteneği ile ilgili olarak göz önüne bulundurulması gereken önemli mesele, toplanan vergilerin ekonomik etkisidir.

Toplanan bu vergilerin çok yüksek olması kişilerin daha fazla gelir elde etme çabaları açısından motivasyon kaybına sebep olabilir. Ülkenin uluslar arası ekonomik arenada rekabet gücünü ve aynı zamanda yatırım potansiyelini de olumsuz yönde etkileyebilme riskini de içerisin de taşır.

1.2.2.1.2.Sosyal Sağlık Sigortası

Bismarck tarafından Almanya'da, yasal olarak 1883 yılında uygulanmaya başlanmıştır. Sistemin esasını zorunlu sigorta katkıları oluşturur. Bu uygulamada; hastalık fonuna üye olma zorunluluğu ve fonun finansmanının işçi ve işverenlerden zorunlu katkılarla alınan katkılarla gerçekleştirilmekte. Daha sonra iş kazası, sakatlık ve yaşlılık sigortalarının da ortaya çıkmasına neden olan zorunlu hastalık sigortası, zaman içinde gelişerek diğer birçok ülkenin sosyal güvenlik sistemine örnek oluşturmuştur (Fişek G, Özşuca Ş.T,Şuğle M.A, 1998;24-25). Devletin sağlık alanındaki sosyal kaygıları nedeniyle, işçilerin ve ailelerinin beklentilerine yanıt vermesi gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Bu da zorunlu sağlık sigortasının önemini artırmıştır. Sosyal sigorta yöntemiyle herkese sağlık güvencesi sağlamak, uzun yıllar boyunca birkaç ülke dışında ,yakın zamana kadar ancak mümkün olmuştur. İsviçre 1996, Belçika 1998, Fransa ise 2000 yılında tüm nüfusa %100 oranında sosyal sağlık güvencesi sağlamıştır (Saltman, 2004;4-5).

Tatar'a göre; sağlık hizmetlerinin sosyal sigorta tarafından finanse edilmesinin önemli avantajlarından biri bu yöntemin sürekli ve öngörülebilir bir finansman kaynağı olmasıdır. Bir ülkenin istihdam politikaları, nüfusun yapısı, artış hızı gibi demografik bilgiler, gelecekte beklenen sosyal sigorta gelirleri ve yapılacak harcamalar ile ilgili öngörülerde bulunmayı, sosyal sigorta aracılığı ile toplanacak prim gelirlerinin ne olacağının kısa, orta ve uzun vadeli projeksiyon yapmasını sağlayacaktır. Bu projeksiyonlar sağlık hizmetlerini planlayıcılarına,sağlık politikacılarına oldukça önemli bilgiler sağlamaktadır. Sosyal sağlık sigortasının negatif tarafı ise tarım sektörü ve resmi olmayan sektörde çalışanların nüfusunun tam olarak bilinmemesinden dolayı karşılaşılan güçlükler, maliyet kontrolünün yapılmasında sıkıntı yaratabilmektedir (Tatar,2011 s;115-116).

1.2.2.1.3. Özel Finans Kaynakları

Özel sağlık finansmanı da kendi arasında altı farklı kaynak şeklinde ayrılmaktadır. Bunlar;

- **Özel Sağlık Sigortacılığı**

Bu yöntemde geri ödeme kurumu özel sağlık sigortası olup , primleri bu özel sağlık sigorta şirketi toplar. Hastalık riski, hizmet kullanım sıklığı prim düzeyinin belirlenmesinde dikkate alınan hususlardır.Özel sigortacılıkta risk paylaşımı ilkesinin hayata geçirilmesi oldukça zordur. Özel sağlık sigorta sistemini daha çok gelir seviyesi yüksek kişiler tercih etmektedir. Bununla birlikte bir çok ülkede sağlık finansman yöntemi olarak yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Örneğin A.B.D. 'de nüfusun geniş bir bölümü için temel sağlık finansman kurumuyken , Fransa'da olduğu özel sağlık sigortacılığı kamu sistemi ile birlikte tamamlayıcı bir rol üstlenmektedir. Özel sigorta ile sosyal sigorta arasında en belirgin fark risklerin havuzlama şeklidir. Sosyal sigorta sisteminde; bireylerin ödemesi gereken primler, doğrudan gelir ile ilişkili olup bireyin sağlık statüsü ile hiçbir ilişkisi bulunmaz. Bu durum özel sektörde ise daha farklıdır. Kişinin ödeyeceği primler önemli ölçüde sağlık riskleri veya sağlık statüsü ile ilişkilendirilir. Bu fark, bir sağlık finansman sisteminde olması gereken özellikler arasında sayılan ve önemli bir yer tutan sağlık statüsü iyi olandan kötü olana doğru bir finansman akışının tersine işlediğini göstermektedir. Özel sağlık sigortalarının bir başka özelliği de ters seçim konusudur.Bu da özel sağlık sigortasını ağırlıklı olarak sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılmasının önünde bir engel teşkil etmektedir. Tüm bu özelliklerinden dolayı özel sağlık sigortası 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 sağlık sigortaları; işlevlerine, primlerin hesaplanma şekillerine, yardımların belirlenmesine ve sigorta şirketlerinin statüsüne göre farklılaşmaktadır. Fonksiyonları açısından zorunlu sağlık sigortası yerine geçen "ikame edici özel sağlık sigortası" ve zorunlu sağlık sigortası ile birlikte uygulanan "tamamlayıcı özel

sağlık sigortası" olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Primlerin hesaplanmaları; bireysel, grupsal ve toplumsal riske göre belirlenen özel sağlık sigortalar olarak yapılır. Sigorta şirketleri statü açısından ise, kâr ve kar amaçlı olmayanlar olarak farklılaşmaktadır (Mossialos,Dixon,Figueras,Kutzin,2002:131,Akt;Tatar,M,2011).

Özel sağlık sigortasının avantajı; kıt olan kamu kaynaklarının düşük gelirli, dezavantajlı ve özel sigortaya ulaşamayacak gruplar için harcanmasına imkân sağlamasıdır. Bunu, gelir düzeyi görece olarak gelir seviyesi düşük olan bireylere göre özel sağlık sigortasını seçmelerine izin vererek bu duruma destek vermeleri amaçlanmaktadır.Bu duruma ilaveten, özel sağlık sigortasının kâr etme düşüncesi ile yenilikleri ve verimliliği desteklemesi, kullanıcıların tercihini arttırması söz konusudur (İstanbulluoğlu vd.2010: 91).

Özel sağlık sigortası kuruluşları hizmeti satın alabilme gücüne sahip kişilerden prim toplama yolu ile çalışırlar. Prim aldıkları bireyler daha sonrasında sağlık hizmetine ihtiyaç duydukları zaman sürecinde, bireylerin sağlık hizmeti sunucusundan aldıkları hizmetin bedelini ödemektedirler. Bunun içindir ki özel sağlık sigortası kuruluşlarına “Üçüncü Taraf Ödeyici” denilmektedir.

- **Tıbbi Tasarruf Hesabı**

Bireylerin sağlık güvencesi kapsamına alındıktan sonra ahlaki tehlike nedeni ile ortaya çıkan talep kaynaklı maliyet artışı, tıbbi tasarruf hesabı yaklaşımının başlangıç nedenini oluşturmuştur. “Talep” odaklı bir yaklaşımdır ve sağlık hizmetleri kullanımını düşürme, kaliteyi yükseltme ve kamu harcamalarını azaltma amaçları ile kullanılır. Bu hesap, bireylerin sağlıkla ilgili harcamalarını kontrol altına alarak, gelecekteki sağlık harcamaları için para tasarruf etmelerini sağlamak gayesiyle oluşturulan vergiden muaf bir hesaptır (Shortt, 2002; Byrne, Rathwell 2005.Akt;Uğurluoğlu,Özgen 2008;144-145) Bu yöntem, kurulduğu Singapur ‘da 1984 yılında uygulanmaya başlanmış ve sonrasında Güney Afrika, ABD, Çin, Kanada gibi birçok ülkede bu uygulamayı kullanmıştır.

Bu yöntemde, kişiler veya işverenleri veya her ikisi birlikte, mevcut durumda sağlık sebepli harcanan parayı sağlık harcamalarını karşılamak için açılan bir tıbbi

tasarruf hesabına yatırır. Bu konudaki uygulamalar ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Çoğunlukla diğer finansman yöntemleri ile desteklendiği görülmektedir. Örneğin, Singapur'da gelir düzeyi çok düşük olan kesim için hükümet tarafından finanse edilen bir güvenlik ağı veya vergilerle finanse edilen hizmetler (Hong Kong örneği) ile desteklenir. Primler, kimi ülkelerde tüm nüfus veya toplumun belli bir kesimi için zorunlu olurken (Singapur-Medisave ve Çin), kimilerinde ise gönüllü olabilmektedir (ABD ve Güney Afrika) (Dixon 2002:408-416.Akt; Uğurluoğlu,Özgen 2008;145).

- **Cepten Ödeme**

Cepten harcamalar, doğrudan/tam ödeme, katkı payı ve katılım eşikli katkı payından oluşan, formel ödemeleri ve enformel ödemeleri içermektedir (WHO 2004).

Ödemenin doğrudan ikinci tarafa yani hizmet sunucusuna yapılması özelliği ile cepten harcamalar, sağlık hizmeti sunumu ve finansmanı sürecinde gerçekleşen kaynak transferinin en yalın şeklidir (Uğurluoğlu,Özgen 2008 ;147).

- **Doğrudan Ödemeler**

Sağlık hizmeti talebinde bulunan kişilerin almış oldukları hizmetin bedelini doğrudan ödemesi durumudur. Hizmeti satın alan kişi, hizmeti satın aldığı sağlık hizmeti sunucularına ücreti doğrudan öder.

- **Kullanıcı Katkıları**

Katkı payları, bir sağlık güvencesi programına tabi olan bireylerin aldıkları sağlık hizmeti tutarının sabit bir miktarı için yaptıkları ödeme bedelidir.

Kullanıcı katkıları; genel vergiler ve zorunlu sosyal primlerle finanse edilen sağlık hizmetlerinde, finansal yükü kamudan özele kaydırmak, ek gelir elde etmek, gereksiz talebi önleyerek harcamaları sınırlamak nedeniyle sağlık finans kaynağı olarak kullanılmaktadır(Yıldırım ve ark.2011,;71-98)

• Enformel Ödemeler

Sağlık güvencesi kapsamında olan kişiler tarafından “yasal” olarak tanımlanan ödemedan hariç hizmet sunuculara yapılan ödemelerdir (Belli et al. 2002.Akt;Özgen,H.Tatar,M.2008). Bu ödemelerde, aynı (hediye ve aynı katkı) ve nakdi ödemeler söz konusudur. Bu duruma örnek , sağlık personeline elden verilen para bir enformel ödeme şeklidir.

Enformel ödemeler genellikle yasa dışı ödeme olarak algılanmaktadır. Fakat, enformel ödeme hem legal/yasal hem de illegal/yasadışı ödemeyi içeren bir kavram olarak düşünmek daha doğru olacaktır. Daha açık bir ifadeyle, her enformel ödeme illegal değildir, ancak her illegal ödeme enformeldir (Belli et al. 2002; Gaal et al. 2006:251-93.Akt;Özgen,H.Tatar,M 2008).

1.3.Finansman İlkeleri

Sağlık hizmetlerinin finansmanında seçilen model ne olursa olsun mutlaka bazı ilkelerin mevcudiyetinin olması gerekir. Bu ilkeleri şu şekilde sıralamak mümkündür;

- Hakkaniyetli olmak
- Kaynakların toplanması ve yönetiminde düşük maliyet
- Kaynak akışında devamlılık
- Halkın benimsemesi
- Hizmet sunucuları arasında rekabeti teşvik etmesi
- Kaliteli hizmet sunumunu teşvik etmesi (Uz, 2003:68-76).

1.4.Finansman Yöntemleri

Bir ülkede ,sağlık hizmetleri finansman yönteminin seçimi, o ülkenin sosyal yapısı ve devlet rejiminin şekliyle ilişkilidir. Ancak bu da ülkenin sağlık finans yönteminin seçimini kolaylaştırmaz. Dolayısıyla hangi finansman yönteminin seçilmesi gerektiğine ilişkin tam bir reçeteden bahsetmek mümkün olmamaktadır. Ülkeler seçimlerini yaparken kendi siyasal ve toplumsal yapılarına uygun hale getirerek finans yöntemlerini oluştururlar.

Sağlık hizmetlerine devlet müdahalesini savunanlar, temel olarak kamusal malların optimal üretimini sağlamak, dışsallıklar gibi piyasa başarısızlıklarını düzenlemek ve yeniden dağılımı düzenlemek yani özel sağlık hizmetlerini karşılayamayan düşük gelirli sınıfları sübvansiyon etmek gerekçesine dayandırır (Musgrave, 1996: 9-13; Self ve Grabowski, 2003: 835).

Sağlık finans yöntemlerinin sınıflandırılmasına ilişkin tam bir fikir birliği olmamakla birlikte; sağlık hizmetlerinin finansmanında doğrudan ve dolaylı olmak üzere iki yöntem kullanılmaktadır (Aktan ve Işık, 2010).

1.4.1. Doğrudan Finansman

Bu yöntemi kısaca tanımlarsak, sağlık hizmeti talebinde bulunanların almış oldukları hizmetin bedelini doğrudan kendilerine ödenmesidir. Kamu ve özel sektör tarafından üretilen hizmet, bedeli ödenmek kaydıyla tüketici tarafından satın alınmaktadır (Aktan ve Işık, 2006).

Arada üçüncü parti ödeyiciler olarak adlandırılan ödeme gruplarının yer almadığı her ödeme biçimi için dolaysız finansman adlandırılması yapılır. Bu cepten ödeme biçimi olabildiği gibi, sosyal güvenlik örgütünün hizmeti üretmesi durumunda da arada başka bir kişi ve kurum olmayacağından doğrudan finansman olarak değerlendirilebilir. Sağlık hizmetlerinin dolaysız finanse edilmesi, özellikle kişisel ödemeler, sosyal güvenlik örgüt ve politikaların gelişmedi dönemlerde ağırlıklı olarak yer almıştır (Paton, 1996; Aktan ve Işık, 2006).

Sosyal yönden haksız ve adaletsiz bir ödeme yöntemidir. Bu tür ödeme yöntemi, iyi yapılandırılmış sağlık sistemlerinde ancak katkı payı ödemesi şeklinde olabilir, katkı payı ödemeleri bile bu tür sağlık sistemlerinde çoğunlukla kişisel ödemelere terk edilmeyip, tamamlayıcı sigortalarla ile güvence altına alınmışlardır. Bu ödeme türü, ABD’de uygulama alanı bulmuş Piyasa Tipi Sağlık Sistemi ile sağlık sistemine ilişkin yetersizliği olan ülkelerde görülen bir durumdur. Aynı durum gelişmemiş ülkelerde de sağlık sisteminin herkesi kapsamıyor oluşu hizmet kullanıcılarının zorunlu olarak baş vurma durumunda kaldıkları bir ödeme yöntemidir (Ateş, 2011:16-17).

1.4.2.Dolaylı Finansman

Dolaylı finansman yöntemi; hizmet sunumu gerçekleştiren ile talep eden arasında üçüncü parti ödeyici yer almaktadır. Bu finansman yönteminde sağlık sistemi, genel vergi ve özel vergilerle, tüketici katkıları ve bağışlarla finanse edilmektedir (Aktan, Işık, 2006). Üçüncü taraf ödeyicilerin yer aldığı bu tür yapılanmalarda tüketicilerin risk paylaşımı söz konusudur. Bu sistemde ortaya çıkan hastalık riskinin meydana getirebileceği harcamalar sadece tüketici tarafından yüklenilmemekte, buna karşın aracı olan mali kuruma (ortak fon) katkıda bulunan herkes tarafından paylaşılır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında rol üstlenen bu aracı kuruluşlar kamu ve özel sağlık sigortalarından oluşmaktadır. Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemlerinde sağlık sigortaları büyük çoğunlukla kamuya ait iken , Refah Yönelimli Sağlık Sistemlerinde kamu ve özel sigortaları birbirine yakın oranda yer almakta , Piyasa Tipi Sağlık Sistemlerinde ise çoğunlukla özel sağlık sigortaları para ilişkisini düzenlemektedir. Bu yöntemde ,sigorta kuruluşları sistemlere ve ülkelere göre değişen oranlarda da olsa çalışanlardan, işverenlerden ve devletten aldıkları paralarla kaynak oluştururlar (Ateş, 2011:16-17).

1.4.2.1.Çalışanların Finansmana Katılması

Dolaylı finansmanda çalışanların sağlık hizmetinden yararlanabilmeleri için ,bu amaç için kurulmuş finansal ve mali araçlara sigortalı olarak ödemiş oldukları sigorta primleri yöntemi ödeme yapmaları gerekir. Çalışanlar bu sistemde belirli bir dönemde almış oldukları ücretin (çalışanın aylık veya haftalık ücreti) belli bir bölümüne kesinti uygulanır. Bununla birlikte bazı ülkelerde saat başı alınan ücretten de kesinti yapılabilmekte. Bu yolla fonda toplanan paralar, ortaya çıkan sağlık harcamaları finanse etmek için kullanılır. Fona katkıda bulunmayanlar sistemden yararlanamazlar (Mutlu ve Işık, 2012;218).

1.4.2.2.İşverenin Finansmana Katılması

Ülkelerin büyük bir çoğunluğunda yaygın bir uygulama olarak işveren de finansmana katılır. Bu uygulamada işverenler işçinin ödediği prime ek olarak bir

prim ödemektedirler. İşçilerden alınan primlerin yetersiz kalması, iyi sağlık koşullarından dolayı işverenlerin bir yarar sağlayacağı düşüncesi bu finans biçimine gerekçe oluşturmaktadır. Diğer bir gerekçe de çeşitli iş dallarında işverenin işinden kaynaklı ortaya çıkabilecek kısa ve uzun dönemli hastalıkların mevcudiyeti ve bundan dolayı işverenlerden belli bir payın alınmasıdır (Mutlu ve Işık, 2012;218).

1.4.2.3.Devletin Finansmana Katılması

Refah devleti eksenli örgütlenmelerin ağırlık kazandığı günümüzde ,sağlık hizmetleri yerine getirilirken kamu payı ve idarenin rolünün artması gerektiği görüşü kabul edilmiştir (Hecht-Musgrove, 1993:4.Akt; Mutlu ve Işık,2012).

Sağlık hizmetlerine devlet müdahalesi temel olarak kamusal malların optimal üretimini sağlamak, dışsallıklar gibi piyasa başarısızlıklarını ve yeniden dağılımını düzenlemek yani özel sağlık hizmetlerini karşılayamayan az gelirlileri sübvans etmek nedeni ile savunulmaktadır (Musgrove, 1996: 9-13; Self ve Grabowski, 2003: 835).

Devletler sağlık hizmetlerini farklı şekillerde finanse edebilmektedir. Sosyal güvenlik kurumlarını kurmanın ve yönetmenin yanında bütçeden bir pay ayırabilir. Ayrıca bu kurumların açıklarını da üstlenebilir. Böylelikle kurumlara vergi kolaylıkları sağlayarak devlet finansa katkı sağlayabilmektedir (Mutlu, Işık, 2012;296).

1.5. Finansman Modelleri

Ülkeler, daha doğru bir şekilde sağlık hizmeti sunabilmek amacıyla finans modelleri geliştirmişlerdir. Tam bir sınıflandırmadan bahsetmek zor olmakla birlikte dünya genelinde kabul görmüş dört ana sistem mevcuttur: Bismark Modeli, Beveridge Modeli, Ulusal Sağlık Sigortası Modeli ve Cepten Ödeme Modeli. Bu sistemlerin birbirinden ayıran temel farklar bulunmaktadır. Bunlar; sağlık bakım hizmeti veren kurumlar, sağlık hizmetlerinin ödenme şekli ve sağlık sigortasını sağlayan ve sağlık hizmetinden faydalanan arasında finansal risklerin nasıl bir ayırım gösterdiği (Tatar, 2011;110-111; McCanne, 2010;2).

Bir ülkede sağlık hizmetlerinin finansman modelinin belirlenmesi oldukça karmaşık bir süreçtir. Bu sürece farklı, birçok dinamik etki etmektedir. Özellikle göz önüne alınması gereken en temel kriterler şunlardır;

- -Verimlilik.
- -Uygulanabilirlik.
- -Ülkenin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Düzeyi
- -Arz/Hizmet Sunumu ve Hizmet Sunucusu Davranışı
- -Hakkaniyet
- -Mali Kapasite
- -Talep/Kullanım ve Tüketici Davranışı (Hoare ve Mills, 1986; Roberts vd., 2004.Akt;Tatar,2011;106-108).

Sağlık hizmetleri finansmanları incelendiğinde birçok ülkenin sağlık finansmanını seçerken tek bir modeli kullanmadıkları, giderek daha karma bir sistem oluşturma eğiliminde oldukları hem vergiler, hem sosyal sigorta primleri, hem hane halkının cepten yaptığı ödemeler, hem de özel sağlık sigortasından faydalandıkları görülmektedir (Daştan ve Çetinkaya 2015;106).

1.5.1.Beveridge Modeli

. Bu modelin mantığı sağlık hizmetleri; ulusal güvenlik, yol, köprü, enerji gibi sıradan bir kamu malı olarak görülür.

Beveridge Modelinin ortaya çıkışı Birleşik Krallık 'ta gerçekleşmiştir. Bu modelde sağlık hizmetleri, vergilerden sağlanan gelirlerle finanse edilir. Devlet sağlık hizmetlerinin finansmanını genel bütçeden sağlar, tüm vatandaşların belirlenmiş katkı payları dışında sağlık hizmetlerine erişiminin ücretsiz olması, sağlık kurumlarında merkezi yönetim tarafından belirlenen bütçelerin kullanılması bu modelde sıralayabileceğimiz özelliklerden bazılarıdır.

1.5.2. Bismarc Modeli

Bu model Almanya sağlık sistemi ile özdeşleşmiştir. Bununla birlikte günümüzde bir çok ülke bu sistemden yararlanmaktadır. Avusturya, Belçika, Fransa,

Hollanda, İsviçre gibi ülkeleri örnek vermek mümkün. Dünya Bankasının sağlık reformu ile ilgili girişimleri nedeniyle bir çok devletin sağlık politikalarını belirlerken, özellikle 1990 sonrası, başvurulan sağlık finansman yöntemidir (Tatar,2011:112).

Bu modelde bir sigorta sistemi mevcuttur ve bu sigortanın finansmanı işveren ve işçilerin bordrolarında yapılan kesintiler ile sağlanır. ABD'deki işçi-işveren finansmanı sisteminin aksine vatandaşın tümünü kapsamayı hedefler ve kar amacı gütmeyiz. Bu sistem hastalık risklerine karşı sigortalama yapar ve dolayısıyla tedavi edici ve ayakta bakım hizmetlerini kapsar (Tatar, 2011:110).

1.5.3. Ulusal Sağlık Sigortası

Karma model olarak adı geçen bu model, Bismark ve Beveridge modelinden bazı öğeler taşımaktadır. Ulusal Sağlık Sigortası özel sağlık hizmeti sunucularından faydalanabilmekle birlikte devlet aracılığıyla işletilen ve vatandaşlar tarafından vergi ve prim ödemesi yoluyla finanse edilen bir sistemdir. Tek ödeyici olmasından dolayı, pazarlama ihtiyacı ya da kar amacı olmadığı için diğer sistemlere kıyasla daha kolay yönetilebilmekte ve aynı zamanda daha ucuz bir sistem olabilmektedir. Bu sisteme örnek Kanada'dır. Güney Kore ve Tayvan gibi ülkelerde de bu sistem görülmektedir (Woolhandler,Campbell vd. 2003;773).

1.5.4.Cepten Ödeme Modeli

En yalın haliyle sağlık için cepten ödeme, doğrudan hastalar tarafından sağlık hizmeti için yapılan ödemeler şeklinde tanımlanabilir.

Sağlık hizmeti veremeyecek kadar gelir seviyesi düşük ve sağlık hizmetlerinin organizasyonu iyi olmayan ülkelerde daha fazla görülmektedir. Bu ödeme yönteminin kendi içinde taşıdığı bazı riskler mevcuttur. Özellikle gelir seviyesi düşük ülkelerde sağlık hizmeti satın alabilmek için ücret ödeyebilenler bu hizmetten yararlanabilirken, sağlık hizmetini satın alabilecek ekonomik gücü olmayan kişiler hasta kalmakta ya da ölebilmektedirler. Hindistan, Çin, bazı Güney Amerika ve Afrika ülkeleri örnek gösterilebilir.

Cepten ödeme modelini üç başlık altında toplamak mümkün. Sırası ile; doğrudan ödemeler, kullanıcı katkıları/maliyet paylaşımı, enformel/masa altından ödemelerdir.

- **Doğrudan ödemeler;** sosyal güvence haricinde kalan ve hizmet arzının kısıtlı olduğu veya uzun bekleme süreleri nedeniyle hizmete ulaşımın aksadığı durumlarda yapılan ödeme çeşididir. Bunlara örnek verecek olunursa; özel hekim muayeneleri, özel hastaneler gibi (Çelik,2011).
- **Kullanıcı katkıları;** Dünya Bankası (ki son dönemlerde sağlık alanında politika belirleme noktasında öne çıkan bir kuruluş) sağlık sektöründe ek kaynak yaratmak nedeniyle kamu hizmetlerinden ‘‘kullanıcı katkıları’’ alınması, mevcut kaynakların verimli kullanılması için ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde sağlığın özel sektöre açılması için önerilerde bulunmaktadır. Özellikle sağlık harcamalarının yüksek olduğu durumlarda, talebi azaltmak verimliliği arttırmak ve maliyeti kısıtlamak için bu yöntemin kullanılması için gerekçe oluşturulmaktadır (Çelik,2011).
- **Enformel ödemeler;** kamu sağlık sektöründeki finansal kaynakların ve özel sağlık hizmetlerinin yetersizliğiyle birlikte hizmet sunucularını etkileme isteği kullanılma sebebinin oluşturmaktadır. Bununla birlikte bazı ülkelerde hediye verme konusu da bir kültürel davranış biçimi olduğundan bu yöntem tercih edilmektedir.
- **Özel sağlık sigortası;** hizmeti satın alan ile hizmeti sunan arasında aracılık rolünü üstlenen özel sağlık sigortası kuruluşları bulunmaktadır (Sehkri ve Savedoff, 2006: 365-366). Özel sağlık sigortasının pratikteki en önemli faydası, gelir seviyesi daha yüksek olan bireylerin özel sağlık sigortasını seçmelerine imkan tanıyarak, kısıtlı kamu kaynaklarının düşük gelirli, dezavantajlı ve özel sigortaya ulaşamayacak kesimler için kullanılmasına olanak tanınmasıdır. Buna ek olarak özel sağlık sigortası bireylerin/hane halkının sağlık hizmetleri kullanımı ,yapacakları yüksek miktarlarda cepten harcamaların finansal yükünü azaltır.Bu da cepten

harcamaların yaratacağı finansal riske karşı kişileri korumaya imkan sağlar(WHO 2004; Sekhri, Savedoff, 2005).

Cepten yapılan ödemeler, her sağlık sisteminde var olmakla birlikte, sağlık hizmetleri ihtiyacının ne zaman, nerede ve nasıl ortaya çıkacağı, maliyetinin ne olacağının bilinmemesinden dolayı tek başına bir sağlık hizmeti finansman yöntemi olarak kullanılması uygun olmamaktadır. Bu finans yöntemini savunanlar, bu şekilde yapılan ödemelerin gereksiz talebi engellemekte önemli rol oynayacağını ve ilave kaynak yaratacağını öne sürmektedir. Ancak bireyin geliri ile ilişkilendirilmediği durumlarda cepten yapılan ödemeler, hakkaniyet ve risk koruma bakımından en olumsuz sonuçlara neden olan finansman yöntemidir. Bu nedenle 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 minimum düzeye indirmek için bazı muafiyetler getirilebilmektedir. Bu duruma dikkat eden ülkelere bakıldığında; diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalıkların, kanser gibi harcama kalemlerinin yüksek olduğu bazı hastalıklar için düşük gelir grubundakilerin katkı paylarından muaf tutulduğu görülmektedir (Tatar, 2011:113).

1.5.5. Sosyal Sağlık Sigortası

Sosyal sağlık sigortası, sosyal güvenlik politikalarının bir alt koludur. Sosyal güvenlik ile ilgili ilk uygulamalar dönemlerde kilise ve yardım dernekleri gibi gönüllü kuruluşlar fakirlere yardım amaçlı başlamıştır. Bu faaliyetler zaman içerisinde biraz daha profesyonelleştikçe konu ile ilgili şirketler oluşmaya başlamıştır. Bu şirketler isteyenleri belli bir ödeme karşılığında, gelecekteki olası risklere karşı sigortalamışlardır. Bu uygulamalar bir politika olarak standardize oluşu ise II.Dünya savaşı sonrasına denk gelir (Belek,2009).

Sosyal güvenlik kavramı; ilk kez A.B.D. çıkarılan Sosyal Güvenlik Yasası ile kullanılmıştır. Bu kavram; hastalık, doğum, iş kazası, iş göremezlik, ölüm , yaşlılık gibi nedenlerle ortaya çıkabilecek ekonomik ve sosyal rahatsızlıklarda kamunun toplumunu güvenceye almasıdır (Belek,2009).

Sosyal güvenlik politikasının kamusal alanda yürütülmesinin zorunlu olması gerektiğini savunan Bismarck, bunu Almanya’da 1883 yılında yürürlüğe koymuş ve geliştirilmiştir. Sağlık finansmanın önemli araçlarından biri olan sosyal sağlık sigortası genel bütçeden finanse edilir. Gerekçe ise sosyal sağlık sigortasının ‘sosyal güvenlik’ kavramının içinde yer almasıdır. Sosyal sağlık sigortası, dünya ülkelerinin bazılarında, 60’dan fazla ülkede yürürlükte dir. Sosyal sağlık sigorta yöntemi, özellikle OECD ülkelerinde yaygın olarak kullanılmasının yanı sıra Latin Amerika ülkeleri, Fas, Kenya gibi ülkelerde kullanılmaktadır.

1.6. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması

Ülkelerin sağlık sistemlerini çeşitli şekilde gruplandırmalar yapılmaktadır. Bunlardan biri ve en önemli çalışmalardan biri olan Milton I. Roemer sağlık sistemi sınıflandırmasıdır. Roemer bu sınıflandırmayı dört başlık altında toplamıştır. Bunlar;

1.6.1.Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemi

Bu sistem temelini liberal ekonomiye dayandırır. Özel sektörün varlığı ve Rekabetçi piyasanın avantajlı olacağı görüşü hakimdir.

Girişimci Sağlık Sistemi olarak da ifade edilir. Kişilerin doğrudan ödeme yaptığı ya da isteğe bağlı kendilerinin yaptırttığı sigorta yöntemiyle finansman edildiği bir sağlık sistemidir. Bu finans yönteminde ayrıca kamu, yapılan kamusal harcamaları da vergiler aracılığıyla karşılar (Odier, 2010: 283.Akt; Çelebi ve Cura,2013:47-67).

Serbest piyasa tipi sağlık sisteminde, kişiler sigorta satın alma zorunluluğu taşır. Bundan dolayı da tüm başvuruları kabul etme zorunluluğu bulunmamaktadır. Bu da isteğe bağlı sigortalanmanın sistemde oluşabilecek riskleri azaltmaktadır.

Bu sistemde genellikle maddi durumu iyi olan kişilerin gönüllü olarak sağlık sigortasına katılmasıyla oluşur. Bundan dolayı teorik olarak, nüfusun sadece maddi şartları iyi olan kısmı sağlık hizmeti güvencesine sahip olabilmektedir (Sargutan,2005:416).

1.6.2.Refah Yönelimli Sağlık Sistemi

Çoğu Avrupa ülkesi ile birlikte Kanada, Japonya ve Avustralya bu sistemi uygulamaktadırlar. En karakteristik örnek ise Almanya'dır. Harcamaların dörtte üçü hükümet programlarında, geri kalanı ise özel sektördendir. Kamu harcamalarının önemli kaynağı sigorta fonlarıdır (Belek,2009).

Sağlık hizmetlerinin talebi için, mümkün olduğunca tüm bireylerin, yarı-doğrudan kişisel ödeme durumundaki primlerle zorunlu hastalık sigortası kapsamına alınması bu sistemin esasını oluşturur. Bazen de, hastalık sigortası yerine, daha kapsayıcı olan zorunlu ve primli sağlık sigortasına yakın uygulamalar da görülebilmektedir (Sargutan,2005:417).

Sosyal Sigorta Modeli, Sosyal Güvenlik Sistemi şeklinde ifade edilen sistemin kapsadığı alan tüm vatandaşlardan ziyade aktif işgücü nüfusu içerisindeki çalışanlardır (Çelebi ve Cura,.2013:47-67).

1.6.3. Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemi

Bu sistemi diğer sistemlerden ayıran temel ilkeler; evrensellik ilkesi (istihdam edilsin ya da edilmesin tüm vatandaşların sosyal risklerin hepsine karşı korunması), birlik ilkesi (tek bir çatı altında tüm sosyal risklere karşı yönetimin toplanması) ve benzerlik ilkesi(gelir düzeyleri ne olursa olsun tüm bireylerin ihtiyaçlarına göre bireysel sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi) (Odier, 2010: 282.Akt;Çelebi ve ark;2013). Kapsayıcı Tip Sağlık Sisteminde, kapsam konusu çalışanlar yerine tüm vatandaşlardır. Sistemin eşitlik ilkesine dayandığının göstergesi ise genel vergilerle finanse ediliyor olmasıdır (Elola vd., 1995: 1397.Akt;Çelebi ve ark;2013). Sistemin uygulayıcıları arasında İngiltere(ki bu modelin çıkış yeridir),Yunanistan, İspanya ve İskandinav ülkeleri bulunmaktadır.

1.6.4. Sosyalist Tip Sağlık Sistemi

En belirgin özelliği “toplumsal ve kişisel tüm sağlık hizmetlerinin bütünüyle pazar dışı ve toplum hizmeti sahası niteliğinde ücretsiz talep ve arzı” niteliğidir. Bu uygulamada, sağlık hizmetlerinin talebi ve arzında sadece toplumun ortaklaşa sahip

olduğu kolektif kaynaklar kullanılarak, tüm bireylerin zorunlu, toplumun ortak / kolektif sağlık hizmetleri güvencesi kapsamına alınması ve tüm sağlık ihtiyaçlarının kamu kurumlarınca ücretsiz olarak karşılanması esastır. Toplumsal ve kişisel koruyucu, geliştirici ve tedavi edici tüm sağlık hizmeti ihtiyaçlarının arzı ve talebi için kişilerin doğrudan ve/veya yarı-doğrudan hiçbir harcama yapmak zorunda kalmamalarıdır. Buna karşılık, toplumun diğer gelirlerinden ayırdığı pay ile birlikte kişilerin gelirleri / ücretleri oranında verdikleri vergilerin belirsiz bir bölümüyle bu hizmetlerin giderine dolaylı olarak katılmalarıyla oluşan kamu-bütçe kaynaklarının kullanılmasıdır (Sargutan,2005;424-425). Sosyalist sağlık sistemine sahip tek ülke örneği Küba'dır.

1.7. Sağlık Statüsü

Sağlık statüsü kavramı geniş anlamda bireyin ve hastanın sağlık durumunu ya da düzeyini tanımlamada kullanılan bir kavramdır. Nüfusun sağlık statüsü ölçülürken ölçülebilir ,yeterli ve kesin verilere ihtiyaç duyulur. Ancak bu şekilde sağlığın statüsünün ölçümünde kullanılan istatistikler anlamlı olabilir.

Sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi veya bir ülkenin/bölgenin sağlık düzeyini ölçmek için uygun sağlık göstergelerine ihtiyaç duyulur. Bireylerin ya da toplumun sağlık statüsünü sağlık göstergelerinden hareketle ölçerek ve sağlık ihtiyaçları belirlenebilir. Sağlık statüsü ölçümünde geleneksel sağlık göstergeleri olarak mortalite, morbidite,doğumda beklenen yaşam süresi gibi ölçümler kullanılmaktadır (Çelik,2011;25-4).

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HARCAMALARI VE SAĞLIK STATÜSÜ AÇISINDAN OECD ÜLKELERİ KARŞILAŞTIRMASI

2.1. OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları ve Karşılaştırması

Çalışmanın bu bölümünde sağlık harcamalarının tanımı, artış nedenleri, sağlık harcamalarının düzeyini belirleyen faktörler, sağlık harcamaları düzeyini belirleme yaklaşımları, sağlık harcamalarının seçilmiş 28 OECD ülkesi için Türkiye ile karşılaştırılması, yakınsama teorileri ve sağlığın yakınsamasına yer verilmiştir. OECD ülkelerinin seçiminde AB üyesi ülkeler (Türkiye'nin AB uyum süreci dikkate alınarak), Amerika ve Japonya gibi gelişmiş ülkeler, ekonomisi Türkiye ekonomisine yakın olduğu düşünülen ülkeler (Meksika) dikkate alınmıştır. Yine ülke seçiminde ilgili ülkelerin daha sağlıklı sağlık verilerine ulaşılması da başka bir neden oluşturmıştır.

2.2. Sağlık Harcamalarının Önemi

Sağlık harcamalarının bilinmesi ülkelerin sağlık sektörüne tahsis ettikleri kaynakların bilinmesi açısından önem taşır. Aynı zamanda ülkeler ve sektörler arası karşılaştırmalar yapılabilmesi için de önemli bir parametredir. Sağlık harcamalarının yapılması sonucu ortaya çıkan çıktı olarak ifade edilen sağlık statülerinin belirlenmesi ve ülkeler açısından gelişme veya gelişmiş olma ölçütü olarak ele alınmaktadır.

Son yıllarda sağlık sektörüne ayrılan mali kaynakların sınırlı oluşu, bu alana daha fazla kaynak ayırma konusunda bir davranış şekli oluşturmakta, bu durum da var olan kaynakların etkin kullanımını gerektirmektedir.

Mevcut sağlık harcamalarının temel kaynaklar uluslar arası kuruluşlar tarafından ele alınmaktadır.(OECD, World Bank, WHO gibi organizasyonlar) Özellikle gelişme sürecini yaşayan veya az gelişmiş ülkelerde sağlık harcamaları ile ilgili bilgilerin yetersiz oluşu bu tür organizasyonların raporlarını önemini artırmakta.

2.3.Sağlık Harcamalarının Artış Nedenleri

Sağlık harcamalarının sürekli olarak artmasının ve ülkeler arasında farklılıkların gerisinde ise Hitirisin de (1997:6.Akt; Yıldırım ve Erdem,2011:71)belirttiği gibi birçok önemli neden bulunmaktadır. Bunlardan birincisi ekonomik gelişmelerdir. Yükselen refah düzeyine bağlı olarak hem sağlığa ayrılan pay hem de sağlık hizmetlerine olan talep artmaktadır. İkinci önemli neden ise demografik yapıdaki değişikliklerdir. Özellikle yaşam süresinin uzamasına bağlı olarak yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı da artmaktadır.Ülkelerin sağlık harcamaları; nüfusun yaslanması, teknolojik gelişmeler, vatandaşların ve hastaların artan beklentileri, sağlık güvencesi kapsamının genişlemesi ve hizmet sunum ve hekim ödeme modellerinin değişmesi gibi nedenlerden dolayı artış eğilimi göstermektedir (Yıldırım ve Erdem,2011:71).

Whyness (1993:172.Akt; Mutlu ve Işık,2012:218); sağlık harcamalarını artıran öğeleri aşağıdaki şekilde sıralamıştır;

2.3.1.Kişi Başına Düşen Gelirin Artması

Gelir düzeyi kişi başı gelirin az olduğu toplumlarda, eşitsizlik, işsizlik, yoksulluk, gelir dağılımında gibi iktisadi nedenlerden dolayı hastalıkların sıklıkla görülmesi beklenen bir durumdur. Gelir düşüklüğünden dolayı temel sağlık ihtiyaçlarının yeterince karşılanamaması, bireylerin sağlığını kaybetmesine neden olmaktadır. Kişilerin sağlığında meydana gelen bozulmalar zaman içerisinde kronik hastalıklara dönüşebilmektedir. Bu da tedavi sürecinin uzamasına ve maliyetlerin artmasına sebep olmaktadır. Bu durum tersi yani kişi başı gelirin yüksek olması bireylerin daha yüksek yaşam standardı seçmesine ve daha iyi sağlık hizmeti almak istemelerine sebep olmaktadır. Geliri yetersiz birey kamu sağlık hizmetlerinden yararlanmakta iken, geliri yüksek birey kamu hizmetlerinden yararlanabilirken aynı zamanda özel sağlık hizmetlerinden de yararlanmaktadırlar. Bu durum da bireylerin sağlık hizmetlerinden en üst düzeyde yararlanmasına yol açmakta ve paralelinde sağlık harcamaları düzeyinde de artış olmaktadır.

Kişisel gelirden bir birim artış olduğu zaman, talep edilen kamu hizmetlerinde daha fazla bir artış olmaktadır (Gemel,1994.Akt; Mutlu ve Işık,2012:218).

Milli gelirin artması ve buna paralel olarak kişisel gelirin artması, gerek kamu kesimi, gerekse özel kesim tarafından verilen sağlık hizmetlerine olan talebi ve dolayısıyla sağlık harcamalarını artırmaktadır. Öte yandan milli gelirin artması, özellikle hükümetlerin yapacakları sağlık hizmetleri için gerekli olan fonlara daha kolay sahip olmalarına neden olmakta, bu da hükümetlerin sağlık hizmetleri için yapacakları harcamaları artırmalarını kolaylaştırmaktadır (Mutlu ve Işık,2012:218).

2.3.2.Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi

Sağlık harcamalarını artışına neden olan unsurlardan birisi de yaşam şekillerinin ve sosyal değer yargılarının değişmesidir. Küreselleşme bu duruma verilecek en iyi örnektir. Küreselleşme özellikle son yıllarda toplumların sosyal ve kültürel yapılarında önemli değişikliklere ve aynı zamanda birçok davranış biçiminde yakınsamasına yani benzeşmesine neden olmuştur. Küreselleşme süreci aynı zamanda sağlık hizmetleri ile ilgili bilginin yaygın ve kolay erişilir olmasını sağlamıştır. Bu süreç de sağlık talebini ve harcamalarını artmasına zemin oluşturmuştur.

2.3.3.Kentleşme

Kentleşme kırsal kesime göre sağlık hizmetlerine hem daha kolay ulaşmayı hem de daha kaliteli sağlık hizmeti sağladığı gerekçesiyle ampirik çalışmalarda sağlık harcamalarındaki artışın diğer bir nedeni olarak kabul edilmektedir. Üstelik kentli nüfusun stres, hava kirliliği, trafik sorunu gibi yaşamı olumsuz etkileyen koşullarla karşı karşıya kalması hem daha fazla hem de pahalı sağlık hizmetlerini kullanacağı ve dolayısıyla bunun da sağlık harcamalarını arttırdığı düşünülmektedir.

2.3.4.Eğitim Düzeyinin Yükselmesi

Eğitim seviyesinin yükselmesi sağlık bilincinin yükselmesini neden olur. Bu durum da sağlık bilinci yüksek eğitilmiş bireylerin varlığı, sağlık hizmeti tüketimini artırmaktadır. Bireylerin sağlıkla ilgili gelişmelerden anında haberdar olması, sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmakta dolayısıyla sağlık harcamaları da beraberinde

artış göstermektedir. Yüksek gelir düzeyine sahip olan ülkelerde eğitim düzeyi daha yüksek olduğundan, sağlık hizmetleri bilinci ortalama olarak daha yüksektir. Böylece bu ülkelerde sağlık harcamaları talebi ve harcaması düşük gelir düzeyine sahip olan ülkelerden daha yüksektir

2.3.5.Yaşam Süresinin Uzaması

Zweifel vd.'ne göre (2005: 128) Sisyphus Sendromu (sisyphus syndrome) olarak adlandırılan iki yönlü etkiye göre sağlık harcamalarının artışı sağlık hizmetlerinin niteliğini ve hacmini olumlu yönde etkilediğinden yaşam süresinin uzamasına katkıda bulunurken, yaşlanan nüfus ise sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır.

2.3.6.Teknolojik Gelişmeler

Teknolojik gelişmelerin hem arz hem de talep yanını en çok etkilediği sektörlerin başında sağlık sektörünün geldiğini söylemek mümkün. Teknolojik gelişme sağlık hizmetlerinde bilginin yaygın ve kolay elde edilmesine katkıda bulunmaktadır. Dolayısıyla bu durum sağlık bilincini ve talebini etkileyebilmektedir. Gelişen teknoloji sağlık hizmetlerinin niteliğini yükseltmektedir. Sağlık hizmetlerinin kalitesindeki bu artış sağlık hizmetlerinin arz yanını da etkilemektedir.

2.3.7.Demokratik Düzenin Yaygınlaşması ve Yeni Kazanımlar

Demokratik sistemlerin gün geçtikçe toplumlarda yaygınlık kazanması, beraberinde bireylerin taleplerini ve ihtiyaçlarını daha rahat ve yüksek sesle ifade edebilmelerini olanaklı kılmıştır.

Demokratik düzenin yaygınlaşması, basit ortanca seçmeni özellikle kamu harcamalarındaki büyüme oranının temel belirleyeni haline getirmiştir (Hamlin,1993:80.Akt;Akın,2007) Taleplerini açıklama olanağı bulan geniş kesimler, kamu kesiminden hizmet talebinde bulunarak, kamu harcamalarında artışa sebep olmuşlardır. Bu durum doğal olarak sağlık hizmetlerinde de yansımaları bulmuştur.

II.Dünya savaşından sonra refah devleti eksenli devlet örgütlenmesi kavramının ağırlık kazanması ve bu süreçte sendika vb. sivil toplum örgütlerinin hız kazanması sağlık harcamalarını artıran bir başka nedendir.

2.4.Sağlık Harcamaları Düzeyini Belirleyen Faktörler

2.4.1.Siyaset ve Sosyo- Ekonomik Değişkenler

Bu faktör sağlık harcamalarının ana belirleyicilerindendir. Kamu sağlık harcamaları politik öncelikler ile ilgilidir. Sağlık ile iktisat arasındaki ilişkiler çift taraflıdır. Sağlık hizmeti bir üretim alanıdır ve toplumun ve bireyin sağlığı iyi ise bu ekonomiye olumlu yansıyacaktır. Aynı zamanda iktisat ve iktisadi ilişkiler sağlık ve sağlık hizmetlerini etkilemektedir. Bireylerin ulusal gelirden aldıkları pay artıkça sağlık için harcamaları da artmaktadır. Genel ekonominin sağlık hizmetleri üzerindeki tesiri öncelikle kişi başı ulusal gelir ile ilişkilidir (Belek,2009).

Ulusal gelirin artması kişisel gelirin artması anlamına gelmektedir. Bu da beraberinde hem kamu hem de özel sektörde yapılacak olan sağlık harcamalarının düzeyini arttıracaktır.

2.4.2.Teknolojik Yenilik ve Gelişmeler

Sağlık hizmeti gerçekleştirilirken oldukça maliyetli alt yapı, ekipman ve alete ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık harcamalarındaki artışın temel nedenlerinden biri de budur. Yeni teknolojiler aynı zamanda kullanımı artırmak, olası tedavilerin kapsamını ve çeşitliliğini genişletmek(artırmak), tedaviyi daha fazla endikasyonlara ve insanlara yaymak ,var olan daha eski teknolojinin yerini almak ve daha fazla nüfus için kullanılmak suretiyle yüksek maliyetlere sebep olabilmektedir (Thomson et al.2009b).

2.4.3.Yaşlanma ve Demografik Değişim

Sisyphus Sendromu (sisyphus syndrome) olarak adlandırılan iki yönlü etkiye göre sağlık harcamalarının artışı sağlık hizmetlerinin niteliğini ve hacmini olumlu yönde etkilediğinden yaşam süresinin uzamasına katkıda bulunurken, yaşlanan nüfus ise sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır.

Doğurganlık hızının düşmesi ve artan yaşam beklentisi demografik dokuların değişmesine neden olmaktadır. Buna paralel 65 yaş ve üzeri nüfusun, ortalama nüfus içindeki payının artması, uzun dönemli sağlık bakım harcamalarının artışını beraberinde getirmekte. Ancak yapılan çalışmalarda sağlık maliyetlerinin yükselmesine olan katkısının teknolojik gelişme kıyaslandığında göreceli de olsa düşük olduğu gözlenmiştir(Thomson,2009b;Yıldırım 2012a).

2.4.4.Artan Beklentiler

Ortalama yaşam süresinin artması, modern hayatın getirdiği hastalıklar nedeniyle sağlık harcamalarında artışa neden olmaktadır. Nüfusun hızla artıyor olması, insanların gelecek kaygısı taşıması harcamaları artıran nedenler arasındadır. Sağlık sistemlerinin esas amaçlarından biri haline gelen ‘‘beklentilerin karşılanması’’, sağlık tüketicilerinin sağlık hizmetlerinin kalitesi ve sağlık hizmetlerine erişimi ile ilgili olarak beklentilerine yanıt vermesi gerekmektedir. Buna rağmen beklentilerin karşılanmasının ne düzeyde sağlık harcamalarında artışa neden olduğu konusunda bir netlik de bulunmamaktadır. (Thomson et al. 2009b; Yıldırım 2012a)

Ülkelerin gelişmişlik seviyelerine paralel olarak kişilerin yaşam standartlarının yükselmesi ve küreselleşme birlikte artan iletişim şartları insanların sağlık konusundaki duyarlılığının da artmasına neden olmuştur (Kurtulmuş ,1998)

2.5.Sağlık Harcamaları Düzeyini Belirleme Yaklaşımları

Devletler sağlıkları için ne kadar harcama yapmaları gerektiği konusu daima tartışılan bir konu olmuştur. Ve bu konu sorgulanması gereken en önemli gündem konusu olmaya hala devam etmektedir. Bu sorunun çözümüne ilişkin önerileri tek bir çatı ve bir reçete şeklinde düşünmek elbette ki mümkün değildir. Ülkenin coğrafik konumu, ekonomik ve siyasi yapısı bu soruya cevap verilirken, göz önünde bulundurulması gereken unsurlardır.

Bir ülkenin sağlığı için ne kadar harcama yapması gereklidir? Bu sorunun yanıtı aranırken genellikle dört yöntem kullanılmaktadır. (Savedoff 2007; Yıldırım 2012a. Akt;Özer,Ö.Yıldırım,H.H.Yıldırım,T.2015)

2.5.1. Emsal Ülke Yaklaşımı

Bu yaklaşımda; benzer sosyo-ekonomik ülkelerle ve/veya ülke ortalamalarıyla karşılaştırma , gelir düzeyleri, kültürel veya epidemiyolojik profiller gibi benzer sosyo-ekonomik düzeydeki ülkelerle sağlık harcama seviyelerinin karşılaştırılması yapılır. Yapılan karşılaştırmalarda sağlık sonuçlarıyla sağlık harcamaları arasında ilişkinin kesin olarak belirlenmesinin zorluğunu kabul gerçeğinden hareketle, karşılaştırmalı deneyimlerden öğrenmeyi amaçlamaktadır. Basit bir yöntem olduğundan olma özelliğinden dolayı özellikle de politikacılar tarafından sıklıkla baş vurulan bir yaklaşımdır(Savedoff2007:962-9-.Akt;Özer,Ö.Yıldırım,H.H.Yıldırım,T.2015)

Yakın ilişki içinde veya üyesi olunan uluslararası kuruluşlar veya örgütlerin ortalamaları da bir kıyaslama aracı olarak kullanılabilir. Örneğin Türkiye ile AB,OECD veya DSÖ ortalamaları arasındaki karşılaştırmaları bu yöntemle yapmak mümkün olmaktadır. (Yıldırım 2012a).

Bu yaklaşımın ana problemi, girdiler ve harcamalar üzerine yoğunlaşır iken, önemli olan “daha iyi sağlık” ilkesi ise başarısız olabilmektedir. Bu problematiği hal etmenin bir yolu da mümkün olduğunca benzer karakteristik özelliklere (kişi başı gelir,benzer sağlık çıktı veya sonuçları gibi)sahip ülkeler kıyaslanmalıdır (Savedoff ,2007,962-970;Yıldırım2012a.Akt;Özer,Ö.Yıldırım,H.H.Yıldırım,T.2015).

2.5.2.Politik Ekonomi Yaklaşımı

Bu yaklaşımda “Bir ülke sağlığa neden daha fazla veya daha az harcamalıdır” sorusuna yanıt aranır. Buradaki temel sebep, ülkenin ulusal gelirden veya kamu bütçesinden sağlığa ayırdığı oranın çeşitli ekonomik ve politik güçlerin ve süreçlerin bir sonucu olarak çok az olduğu varsayımına dayanmaktadır. Bir başka söyleyişle; bu yaklaşıma göre ülke içinde milli gelirden veya genel bütçeden ayrılan pay üzerinde çeşitli güçler (özellikle de lobiler) etkili olmaktadır (Savedoff2007:962-970;Yıldırım2012a. Akt;Özer,Ö.Yıldırım,H.H.Yıldırım,T.2015).

Politik ekonomi yaklaşımı büyük olasılıkla sosyal bilimler perspektifi açısından en iyi yaklaşımdır. Çünkü sağlık harcamalarını belirleyen gerçek politik

mekanizmalar ve kamu harcama kararlarını etkileyen sosyal aktörlerin davranışını ele almaktadır. Ancak bunla birlikte bu yöntemden güvenilir sayısal ölçümler elde etmek, bu gibi politik süreçlerin modellenmesinin kompleksliği ve çok sayıda etkenin süreçte rol almasından dolayı oldukça zor olmaktadır (Savedoff 2007:962-970; Yıldırım 2012a.Akt;Özer,Ö.Yıldırım,H.H.Yıldırım,T.2015)

2.5.3.Sağlık Üretimi Fonksiyonu Yaklaşımı

Ülkeler arasında veya panel verinin analizi yoluyla sağlık üretimi fonksiyonunun açık bir şekilde hesaplanmasından oluşmaktadır. Bu yaklaşım bir veri kümesini kullanarak sağlık harcamasının, sosyo-ekonomik karakteristiklerin ve diğer faktörlerin bir nüfusun sağlık statüsü üzerine olan etkilerini hesaplamayı amaçlamaktadır. Bu yöntemdeki denklem epidemiyolojik profil, girdi fiyatları ve etkililik unsurlarını hesaplayabilmektedir. Kısaca; sağlık üretme denkleminin bir çıktısı olan sağlık statüsü üzerine olan tesiri ve ilişkisi hesaplamak mümkün olmaktadır. SÜFY, emsal ülke yaklaşımı ile kıyaslandığında, daha sağlıklı çıktılara sahip olduğu söylenebilir. Çünkü harcama ile “daha iyi sağlık” arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır(Özer,Ö.Yıldırım,H.H.Yıldırım,T.2015).

SÜFY veri gereksinimi açısından politik/ekonomi ve bütçe yaklaşımına oranla bazı avantajları mevcuttur. Daha az veri gereksinimi ile hesaplama yapmak mümkün olmaktadır (Savedoff 2007:962-970; Yıldırım 2012a Akt;Özer,Ö.Yıldırım,H.H.Yıldırım,T.2015).

Üretim fonksiyonunun bazı olumsuz tarafları da mevcuttur. Bunların en önemlisi de sağlık statüsündeki değişimleri diğer etkenlerden bağımsız olarak, sadece sağlık harcamaları üzerinden değerlendirmesidir. Sağlık statüsü sadece sağlık harcamalarının bir işlevi değildir. Başka bir ifadeyle; sağlık harcamalarının sağlık statüsü üzerindeki etkisini diğer etkenlerden bağımsız olarak ortaya koymak doğru olmayacaktır(Yıldırım 2012a).

2.5.4.Bütçe Yaklaşımı

Bahsedilen yaklaşımlar arasında en kapsamlı yaklaşım biçimidir. Diğer bir deyişle , bir ülkenin sağlığı için ne kadar harcama yapması gerektiğini beş temel

değişken üzerinden yapabilmesidir. Bu değişkenler; mevcut epidemiyolojik koşullar, sosyal amaçlar, sağlık girdilerinin teknik ve tahsisat verimliliği, mevcut fiyatlar, fonların alternatif sosyal kullanımları değişkenleridir. Bu değişkenlerin hesaba katılması en bütüncül yaklaşımı ifade ederken, sağlık statüsü değişimlerini ve neyin alınması gerektiğini belirtmektedir. Bu yöntemde alınacak hizmetler fiyatlandırılır ve bir araya getirilir. Böylece hizmeti karşılayacak fonlar hesaplanmış olur.

Bu yaklaşım spesifik programlar düzeyinde kapsamlı olarak ve yönetimler tarafından bütçe süreçleri sırasında düzenli bir şekilde kullanılmaktadır. Aslında bu yöntemi bir çeşit belirli bir nüfus için, belirli bir teminat paketinin maliyetini ortaya koyan yaklaşım olarak ele almak mümkün(Savedoff 2007:962-970; Yıldırım 2012a. Akt;Özer ve ark;2015).

2.6.Sağlık Harcamaları Göstergeleri

Dünya genelinde sağlık harcamalarını gösteren bazı göstergeler dikkate alınmaktadır. Çalışmada Sağlık göstergeleri sağlık harcamaları göstergeleri ve sağlık statüsü göstergeleri olmak üzere iki başlık altında incelenmiştir. .

2.6.1.Sağlık Harcamaları Açısından Sağlık Göstergeleri

Sağlık harcamaları göstergeleri olarak toplam sağlık harcaması (T.S.H) G.S.Y.İ.H. Oranı, Kamu Sağlık Harcamalarının/GSYH Oranı, Özel Sağlık harcamasının/ GSYİH'a oranı, cepten sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı, ilaç harcamalarının GSYİH içerisindeki oranı, IMR sayısı oranı (Her 1000 Kişiye Düşen), IMR çekim oranı (Her 1000 Kişiye Düşen) ve hastane yatak sayısı verileri dikkate alınmıştır.

2.6.1.1.Toplam Sağlık Harcaması (T.S.H) G.S.Y.İ.H. Oranı

Dünya Bankası, kişi başına gayrisafi yurtiçi hasılanın (GSYİH) yüzde artışı ile ölçtüğü ekonomik büyüme oranını doğuştan yaşam beklentisindeki artışı açıklayan temel bir gösterge olarak kabul etmektedir (World Bank, 1993).

Aşağıdaki tabloda bazı OECD ülkelerine ait Toplam sağlık harcamalarının GSYH içerisindeki oranı gösterilmektedir. Tabloda görüldüğü gibi ABD, Almanya, Kanada, Fransa, Belçika, Danimarka, Japonya ve İsviçre gibi ekonomisi gelişmiş ülkelerde bu oran yüksektir. Bu ülkelerde Toplam sağlık harcamalarının GSYH'a oranı ortalama % 10'larda seyrederken Türkiye'de bu oranın % 5'lerde olduğu görülmektedir. Türkiye ile benzer harcama oranları Polonya, Meksika, İrlanda ve Çek Cumhuriyeti gibi ülkelerle paralellik göstermektedir.



Tablo 1: Bazı OECD Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcaması (T.S.H) G.S.Y.İ.H. Oranı

Ülkeler	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Avustralya	7.9	8.1	8.0	8.0	8.1	8.3	8.6	8.5	8.6	8.8	..	..
Avusturya	9.6	9.6	9.6	9.5	9.5	9.6	10.1	10.1	9.9	10.1	10.1	..
Belçika	9.1	9.1	9.0	8.9	9.0	9.4	10.1	9.9	10.1	10.2	10.2	..
Kanada	9.1	9.1	9.1	9.3	9.4	9.5	10.6	10.6	10.3	10.2	10.2	10.0
Çek Cum	6.6	6.4	6.4	6.2	6.0	6.4	7.3	6.9	7.0	7.1	7.1	..
Danimarka	8.9	9.0	9.1	9.2	9.3	9.5	10.7	10.4	10.2	10.4	10.4	..
Finlandiya	7.5	7.5	7.7	7.6	7.4	7.6	8.3	8.2	8.2	8.5	8.6	8.7
Fransa	10.0	10.1	10.2	10.1	10.0	10.2	10.9	10.8	10.7	10.8	10.9	..
Almanya	10.3	10.1	10.3	10.1	10.0	10.2	11.1	11.0	10.7	10.8	11.0	11.1
Yunanistan	8.2	8.0	9.0	9.0	9.1	9.8	9.8	9.2	9.7	9.1	9.2	..
Macaristan	8.2	7.8	8.1	7.9	7.3	7.2	7.4	7.7	7.6	7.5	7.4	..
İzlanda	10.1	9.5	9.2	8.9	8.7	8.7	9.1	8.8	8.6	8.7	8.7	8.8
İrlanda	6.6	6.8	6.9	7.0	7.2	8.3	9.2	8.5	8.0	8.1	..	..
İsrail	7.2	7.1	7.2	7.0	7.0	7.0	7.1	7.0	7.0	7.4	7.5	..
İtalya	7.9	8.2	8.4	8.5	8.2	8.6	9.0	8.9	8.8	8.8	8.8	8.9
Japonya	7.9	7.9	8.1	8.1	8.2	8.5	9.4	9.5	10.0	10.1	10.2	10.2
Meksika	5.9	6.0	5.9	5.7	5.8	5.9	6.4	6.2	5.9	6.1	6.2	..
Hollanda	8.5	8.6	9.5	9.4	9.4	9.6	10.3	10.4	10.5	11.0	11.1	11.1
Yeni Zelanda	7.7	7.9	8.2	8.6	8.4	9.2	9.7	9.7	9.7	9.8	9.5	..
Norveç	9.2	8.8	8.3	7.9	8.1	8.0	9.1	8.9	8.8	8.8	8.9	9.2
Polonya	6.0	5.9	5.8	5.8	5.9	6.4	6.6	6.5	6.3	6.3	6.4	..
Portekiz	8.9	9.3	9.4	9.1	9.1	9.3	9.9	9.8	9.5	9.3	9.1	9.1
İspanya	7.5	7.6	7.7	7.8	7.8	8.3	9.0	9.0	9.1	9.0	8.8	..
İsveç	8.5	8.3	8.3	8.2	8.1	8.3	8.9	8.5	10.6	10.8	11.0	..
İsviçre	10.4	10.4	10.3	9.8	9.6	9.8	10.4	10.5	10.6	11.0	11.1	11.1
Türkiye	5.2	5.1	5.1	5.4	5.5	5.5	5.8	5.3	5.0	5.0	5.1	..
UK	7.1	7.3	7.4	7.6	7.6	7.9	8.8	8.6	8.5	8.5	8.5	..
US	14.5	14.6	14.6	14.7	14.9	15.3	16.4	16.4	16.4	16.4	16.4	..

Kaynak: OECD (Data 2015)

2.6.1.2.Kamu Sağlık Harcamalarının/GSYH Oranı

Bir diğer sağlık göstergesi olan Kamu Sağlık Harcamalarının/T.S.H Oranı devletin sağlık harcamalarındaki yerini anlamak için bakılması gereken bir veridir. Aşağıdaki tabloda bazı OECD ülkelerine ait Kamu Sağlık Harcamalarının/T.S.H Oranları verilmiştir.

Tablo 2:Bazı OECD Ülkelerinde Kamu Sağlık Harcamalarının/T.S.H Oranı

Ülkeler	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Avustralya	68.1	68.3	68.4	68.3	69.3	69.0	69.3	68.6	69.2	67.6	..	..
Avusturya	74.5	74.5	75.1	75.6	75.7	76.5	76.5	76.1	76.1	76.4	76.2	..
Belçika	74.4	76.5	76.9	75.9	75.2	77.1	77.4	77.7	76.8	77.7	77.8	..
Kanada	69.9	69.9	69.9	69.5	69.7	69.8	70.2	69.9	70.5	70.5	70.6	70.7
Çek Cum	89.4	88.8	86.8	86.3	84.7	82.1	83.3	83.3	83.9	83.7	84.1	..
Danimarka	83.9	83.5	83.7	83.9	83.7	84.0	84.5	84.6	84.7	85.2	84.3	..
Finlandiya	72.4	73.0	73.5	74.5	74.2	74.5	74.6	74.1	74.7	75.3	75.0	74.9
Fransa	78.8	78.8	78.7	78.3	78.4	78.0	78.2	78.0	78.4	78.5	78.7	..
Almanya	77.6	75.8	75.6	75.5	75.4	75.5	75.8	75.7	75.5	75.6	76.3	76.6
Yunanistan	61.7	60.9	61.7	63.7	61.9	59.9	69.5	67.7	68.4	67.9	65.5	..
Macaristan	70.5	69.0	69.5	69.1	66.8	66.6	65.5	64.7	63.6	62.9	64.6	..
İzlanda	81.7	81.2	81.4	82.0	82.5	82.6	82.0	80.4	80.6	80.6	80.7	81.1
İrlanda	76.5	76.5	75.4	74.8	75.8	75.4	72.7	69.2	68.7	68.5	..	..
İsrail	62.5	61.8	59.9	62.8	61.0	61.7	62.0	63.5	63.3	61.5	59.5	..
İtalya	75.3	76.2	77.5	77.8	77.5	77.7	78.3	78.5	77.0	77.0	77.4	77.0
Japonya	80.0	80.3	81.2	80.3	81.2	81.2	81.3	81.9	82.4	82.6	83.2	83.6
Meksika	41.5	43.5	42.2	42.8	43.8	44.5	45.2	47.1	49.9	50.1	51.1	..
Hollanda	66.5	65.6	70.9	85.7	85.7	86.1	86.8	87.0	86.7	87.0	87.6	87.9
Yeni Zelanda	78.3	79.6	79.7	80.1	82.4	80.6	80.7	80.6	80.4	80.1	79.8	..
Norveç	83.2	83.0	83.1	83.3	83.7	84.1	84.4	84.7	84.4	84.8	85.0	85.2
Polonya	69.2	67.7	68.7	69.2	70.1	71.7	71.7	71.7	70.9	70.0	70.6	..
Portekiz	71.6	71.6	71.8	69.7	69.3	69.0	70.4	70.0	67.8	65.7	66.6	66.2
İspanya	71.3	71.6	71.9	72.5	72.7	73.6	75.4	74.8	73.8	71.7	71.5	..
İsveç	82.6	82.2	81.7	81.8	81.8	81.8	81.9	81.9	84.9	84.5	84.1	..
İsviçre	58.3	58.4	59.5	59.1	59.1	65.2	65.5	64.1	64.2	64.7	66.1	66.0
Türkiye	71.2	71.7	67.7	68.9	68.8	72.7	80.5	78.0	79.1	79.2	78.4	..
UK	79.5	81.2	80.9	81.6	80.7	81.6	83.2	83.5	83.2	82.9	83.3	..
US	44.7	45.1	45.2	46.0	46.2	47.1	48.1	48.4	48.2	48.0	48.2	..

Kaynak: OECD (Data 2015)

2.6.1.3.Özel Sağlık Harcamasının/ GSYH'a Oranı

Toplam sağlık harcamaları içerisinde özel sağlık harcamalarının payı da bir diğer önemli gösterge olmaktadır. Tablo 3’de Bazı OECD ülkelerinin Özel Sağlık Harcamasının/ GSYH’a oranı verilmiştir.

Tablo 3:Bazı OECD ülkelerinin Özel Sağlık Harcamasının/ GSYH’a Oranı

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Avustralya	32	31.7	31.6	31.7	30.7	31	30.7	31.4	30.8	32.4	31.9
Avusturya	25.5	25.5	24.9	24.4	24.3	23.5	23.5	23.9	23.9	23.6	23.8
Belçika	25.6	23.5	23.1	24.1	24.9	22.9	22.6	22.3	23.2	22.3	22.2
Kanada	30.1	30.1	30.1	30.5	30.3	30.2	29.8	30.1	29.5	29.5	29.4
Çek Cum	10.6	11.2	13.2	13.7	15.3	17.9	16.7	16.7	16.1	16.3	15.9
Danimarka	16.1	16.5	16.3	16.1	16.3	16	15.5	15.4	15.3	14.8	15.7
Finlandiya	27.6	27	26.5	25.5	25.8	25.5	25.4	25.9	25.3	24.7	25
Fransa	21.2	21.2	21.3	21.7	21.6	22	21.8	22	21.6	21.5	21.3
Almanya	22.4	24.2	24.4	24.5	24.6	24.5	24.2	24.3	24.5	24.4	23.7
Yunanistan	38.3	39.1	38.3	36.3	38.1	40.1	30.5	32.3	31.4	32	33.7
Macaristan	29.5	31	30.5	30.9	33.2	33.4	34.5	35.3	36.4	37.1	35.4
İzlanda	18.3	18.8	18.6	18	17.5	17.4	18	19.6	19.4	19.4	19.3
İrlanda	23.5	23.5	24.6	25.2	24.2	24.6	27.3	30.8	31.3	31.5	31.1
İsrail	35.5	36	38	35.9	37.9	37	37	35.3	35.7	36.9	39.1
İtalya	24.7	23.8	22.5	22.2	22.5	22.3	21.7	21.5	23	23	22.6
Japonya	20	19.7	18.8	19.7	18.8	18.8	18.7	18.1	17.6	17.4	16.8
Meksika	58.5	56.5	57.8	57.2	56.2	55.5	54.8	52.9	50.1	49.9	48.9
Hollanda	33.5	34.4	29.1	14.3	14.3	13.9	13.2	13	13.3	13	12.4
Yeni Zelanda	21.7	20.4	20.3	19.9	17.6	19.4	19.3	19.4	19.6	19.9	20.2
Norveç	16.8	17	16.9	16.7	16.3	15.8	15.5	15.3	15.6	15.2	15
Polonya	30.8	32.3	31.3	30.8	29.9	28.3	28.3	28.3	29.1	30	29.2
Portekiz	28.4	28.4	28.2	30.3	30.7	31	29.6	30	32.2	34.3	33.4
İspanya	28.7	28.4	28.1	27.5	27.3	26.4	24.6	25.2	26.2	28.3	28.5
İsveç	17.4	17.8	18.3	18.2	18.2	18.2	18.1	18.1	15.1	15.5	15.9
İsviçre	41.7	41.6	40.5	40.9	40.9	34.8	34.5	34.9	34.8	34.3	32.9
Türkiye	28.8	28.3	32.3	31.1	31.2	27.3	19.5	22	20.9	20.8	21.6
UK	21.7	19.8	20.4	19.5	20.5	19.8	18	17.4	17.7	17.8	17.4
US	55.3	54.9	54.8	54	53.8	52.9	51.9	51.6	51.8	52	51.8

Kaynak: OECD (Data 2015)

Yukarıda tabloya bakıldığında gelişmiş AB devletlerin sosyal devlet anlayışına binaen özel sağlık harcamalarının azaldığını görmekteyiz. Türkiye’nin de bu anlamda özel sağlık harcamalarında azalmanın oluşu, kamu sağlık hizmetlerinin kullanımında bir artış olduğu ,aynı zamanda daha doğru sağlık politikalarının yürürlüğe konulduğunu düşündürmektedir.

2.6.1.4.Cepten Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı

Özel sağlık harcamalarının en önemli yekûnunu tutan hane halkı sağlık harcamasının (cepten yapılan sağlık harcamaları) GSYH içerisindeki oranı son yıllarda kısmen azalma eğilimine girmiştir. Bu anlamda AB üyesi ülkelerle benzer orana sahiptir. Bu oran Meksika, Avusturalya, Yunanistan, Macaristan, Portekiz, Finlandiya, İtalya, İsviçre’de yüksek seyretmektedir.

Tablo 4: Bazı OECD Ülkelerinde Cepten Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı

Ülkeler	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Avustralya	19.1	19.2	19.6	19.7	19.0	19.0	19.1	19.7	19.2	19.9	..	..
Avusturya	..	18.6	18.6	18.2	18.2	17.5	17.4	17.7	17.9	17.5	17.4	..
Belçika	20.3	18.2	17.6	18.7	19.4	18.5	18.2	17.9	18.7	17.8	17.9	..
Kanada	15.3	15.3	15.4	15.8	15.5	15.4	15.0	15.4	14.8	14.5	14.3	14.2
Çek Cum	10.4	10.7	11.1	11.6	13.6	16.1	15.1	15.3	15.0	15.3	14.7	..
Danimarka	14.6	14.9	14.7	14.5	14.6	14.1	13.7	13.7	13.3	12.9	13.7	..
Finlandiya	21.9	21.4	21.0	20.0	20.2	19.9	19.8	20.3	19.7	19.1	19.3	19.4
Fransa	7.4	7.2	7.4	7.7	7.6	7.9	7.8	7.7	7.1	6.9	6.7	..
Almanya	12.8	14.3	14.4	14.5	14.4	14.1	13.9	14.1	14.1	14.1	13.5	13.5
Yunanistan	..	..	..	..	..	37.9	28.4	29.4	28.7	28.8	30.7	..
Macaristan	26.4	25.8	25.8	25.0	26.3	26.3	25.9	27.2	28.1	29.3	28.1	..
İzlanda	17.0	17.4	17.2	16.6	16.0	16.0	16.6	18.2	18.0	17.9	17.8	17.4
İrlanda	15.3	15.0	16.0	16.1	14.8	15.3	16.1	18.2	17.7	16.9	..	..
İsrail	..	..	..	25.3	26.4	25.0	24.8	23.2	23.3	24.1	25.8	..
İtalya	23.7	22.8	21.6	21.3	21.5	21.3	20.7	20.5	22.0	22.0	21.7	22.1
Japonya	16.9	16.6	15.7	16.4	15.5	15.2	15.2	14.6	14.1	14.0	..	..
Meksika	55.7	53.7	54.6	53.8	52.5	51.9	50.8	48.9	45.9	45.8	44.7	..
Hollanda	8.0	7.9	7.8	6.2	6.1	6.2	5.3	5.3	5.4	5.4	5.3	5.2
Yeni Zelanda	..	14.1	14.1	13.8	11.5	13.5	12.8	12.6	12.6	12.7	12.6	..
Norveç	16.6	16.8	16.7	16.5	16.1	15.7	15.3	15.0	15.2	14.8	14.6	14.4
Polonya	27.6	29.4	27.7	27.1	26.3	24.4	24.4	23.7	24.0	24.3	23.6	..
Portekiz	23.2	23.0	23.3	25.1	25.7	25.8	24.6	24.8	26.7	28.1	27.2	27.7
İspanya	22.6	22.3	22.0	21.3	21.0	21.0	19.5	20.8	21.1	22.9	23.8	..
İsveç	16.4	16.8	17.1	17.0	17.0	16.9	16.9	17.0	14.1	14.5	14.8	..
İsviçre	31.6	31.9	30.6	30.8	30.7	24.8	24.7	26.4	26.4	27.2	25.8	26.8
Türkiye	18.9	20.2	24.2	23.6	23.9	19.2	14.5	16.9	15.9	15.9	16.9	..
UK	11.0	10.0	9.5	9.9	10.0	9.0	8.9	9.6	9.3	9.5	9.5	..
US	14.3	14.1	14.0	13.6	13.6	13.3	12.8	12.5	12.5	12.4	12.3	..

Kaynak: OECD (Data 2015)

2.6.1.5.İlaç Harcamalarının GSYİH İçerisindeki Oranı

İlaç harcamalarının GSYH içerisindeki oranına bakıldığında Polonya, Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Almanya’da bu oranın yüksek olduğu görülmektedir. Türkiye verilerine ise ulaşamadığından bir karşılaştırma yapılamamıştır.

Tablo 5: Bazı OECD Ülkelerinde İlaç Harcamalarının GSYİH İçerisindeki Oranı

Ülkeler	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Avustralya	15.8	15.7	15.2	15.3	15.2	15.4	15.5	15.6	15.3	15.3	..	..
Avusturya	13.6	13.4	13.3	13.4	13.6	13.6	12.5	12.4	12.5	12.2	12.1	..
Belçika	17.1	17.0	17.2	16.5	16.7	16.3	15.8	15.7	15.3	14.6	14.2	..
Kanada	17.8	18.0	18.1	18.2	18.0	17.8	17.8	18.4	18.2	17.8	17.5	17.2
Çek Cum	25.2	25.7	25.7	23.5	22.2	20.9	22.1	20.4	20.4	21.5	19.7	..
Danimarka	9.2	8.9	8.6	8.7	8.9	8.3	7.6	7.7	7.0	6.5	6.3	..
Finlandiya	16.6	16.8	16.7	15.4	15.5	15.5	15.1	14.6	14.0	13.9	13.8	..
Fransa	17.6	17.6	17.6	17.4	17.4	17.1	16.8	16.6	16.1	15.6	15.1	..
Almanya	14.9	14.3	15.4	15.0	15.4	15.4	15.3	15.0	14.3	14.2	14.1	..
Yunanistan	21.4	23.0	22.3	23.6	25.8	..	28.3	28.7	27.1	25.2	30.5	..
Macaristan	27.6	29.1	31.3	32.0	31.6	31.9	33.2	34.1	35.5	33.0	30.6	..
İzlanda	15.2	15.4	14.4	14.2	13.5	14.6	15.7	15.8	15.1	14.5	13.5	..
İrlanda	16.1	16.7	17.1	17.8	17.8	17.6	17.4	18.6	18.2	17.8	..	..
İsrail	..	..	..	13.2	13.5	13.4	13.9	13.6	13.5	..	..	..
İtalya	21.4	21.0	20.4	20.1	20.0	19.2	19.0	18.8	18.5	18.1	18.6	18.5
Japonya	19.5	19.5	19.8	19.8	20.0	19.9	21.0	20.5	21.0	21.1	..	..
Meksika	35.9	35.0	35.6	34.7	33.9	33.9	33.2	32.2	28.9	29.4	28.0	..
Hollanda	..	..	11.0	10.7	10.9	10.3	10.0	9.8	9.6	8.2	7.7	..
Yeni Zelanda	..	10.8	10.7	11.3	10.4	..	..	..	..	..	..	..
Norveç	9.9	10.1	9.7	9.2	8.6	7.9	7.6	7.7	8.0	7.7	7.5	7.2
Polonya	31.6	31.0	29.8	28.8	26.5	24.6	24.6	24.3	24.1	22.3	21.6	..
Portekiz	22.3	22.4	22.1	22.6	22.4	21.2	20.2	19.3	18.5	16.6	15.6	..
İspanya	21.9	21.3	20.7	19.6	19.0	18.5	18.3	18.2	17.8	17.3	18.8	..
İsveç	14.2	14.1	13.9	14.0	13.7	13.7	13.5	13.3	10.4	10.3	10.1	..
İsviçre	10.6	10.5	10.6	10.4	10.3	10.1	10.1	11.4	11.1	11.2	11.0	..
Türkiye	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
UK	14.1	13.9	13.4	13.0	12.7	12.3	..	..	..	..	..	..
US	12.8	12.9	12.9	13.2	13.1	12.9	12.9	12.5	12.4	12.0	11.9	..

Kaynak: OECD (Data 2015)

2.6.1.6. IMR Sayısı Oranı (Her 1000 Kişiyeye Düşen)

Bir sağlık harcaması kalemi olan IMR sayısının sağlık hizmeti kalitesinin bir göstergesi olduğu düşünülebilir. Bu açıdan bazı OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında Türkiye’de IMR cihazı sayısının düşük olduğu görülmektedir. Ancak 2008 yılı sonrasında bu orandaki artış sağlık hizmeti iyileştirmelerinin işareti olarak yorumlanabilir. Yine aşağıdaki tablodan görüldüğü gibi AB üyesi olan bu ülkelerde bu oranın yüksekliği dikkat çekmektedir.

Tablo 6: Bazı OECD Ülkelerinde IMR Sayısı Oranı (Her 1000 Kişiyeye Düşen)

Ülkeleler	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Avustralya	3.7	3.8	4.3	4.9	5.2	5.7	5.7	5.7	5.7	15.0	13.4	15.2
Avusturya	13.5	15.9	16.2	16.8	17.7	18.0	18.5	18.7	18.7	19.1	19.2	..
Belçika	6.8	7.0	7.0	7.1	7.5	10.4	10.7	10.7	10.7	10.6	10.8	..
Kanada	4.7	4.9	5.7	6.2	6.7	..	7.9	8.2	8.5	8.8	8.8	..
Çek Cum	2.5	2.8	3.1	3.8	4.4	5.0	5.7	6.3	6.9	7.0	7.4	..
Danimarka	9.1	10.2	..	..	..	..	15.4	..	..	..	..	..
Finlandiya	13.0	14.0	14.7	15.2	15.3	15.6	15.7	18.7	20.2	21.6	22.1	..
Fransa	3.2	3.9	4.8	5.2	5.5	6.1	6.4	7.0	7.5	8.7	9.4	10.9
Almanya	6.2	6.6	7.1	7.7	8.2	8.7	9.5	10.3	10.7	11.3	11.6	..
Yunanistan	..	..	13.3	16.4	17.9	19.7	21.9	22.9	..	..	24.3	..
Macaristan	2.6	2.6	2.6	2.6	2.8	2.8	2.8	3.0	3.0	2.8	3.0	..
İzlanda	17.3	20.5	20.2	19.8	19.3	18.9	22.0	22.0	21.9	21.8	..	..
İrlanda	..	..	..	8.0	8.4	8.9	11.7	12.3	13.1	12.4	13.3	13.5
İsrail	1.6	1.6	1.7	1.7	2.0	2.1	2.0	2.0	2.5	3.0	3.1	2.8
İtalya	11.9	14.1	15.0	17.0	18.8	20.1	21.6	22.5	24.2	24.6	..	..
Japonya	..	..	40.1	..	..	43.1	..	..	46.9	..	..	..
Meksika	1.3	1.3	1.3	1.4	1.7	1.6	1.9	1.9	1.9	2.2	2.1	..
Hollanda	..	6.2	6.6	7.8	7.6	10.4	11.0	12.2	12.9	11.8	11.5	..
Yeni Zelanda	3.7	..	..	..	8.8	9.6	9.7	10.5	11.1	11.1	11.2	..
Norveç	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Polonya	1.0	1.9	2.0	1.9	2.7	2.9	3.7	4.7	4.8	5.5	6.4	..
Portekiz	..	..	..	5.8	8.9	9.3	..	..	..	..	..	..
İspanya	..	..	..	..	..	..	..	12.4	13.3	14.8	15.3	..
İsveç	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
İsviçre	14.2	14.3	14.4	14.0	..	..	..	18.0	19.3	20.8	19.9	..
Türkiye	1.4	2.1	2.8	4.3	5.9	7.2	8.7	9.3	9.6	9.9	10.5	..
UK	4.5	5.0	5.4	5.6	..	5.5	..	5.5	5.9	6.0	6.1	6.2
US	22.0	26.7	..	26.6	25.9	..	..	31.5	..	34.5	35.5	38.1

Kaynak: OECD (Data 2015)

2.6.1.7. IMR Çekim Oranı (Her 1000 Kişiyeye Düşen)

Sağlık harcaması göstergesi olarak IMR sayısından çok, IMR çekim oranı yapılan harcamanın boyutunu daha iyi göstermektedir. Bu açıdan bakıldığında, OECD ülkelerine göre Türkiye’de bu oranın çok yüksek olduğu görülmektedir. Nitekim Bir önceki tabloda Türkiye’de IMR sayısının düşük olduğu görülüş olmasına rağmen IMR çekim oranı diğer ülkelere göre neredeyse iki kat büyüklüğündedir. Bu da Türkiye’de gereğinden fazla IMR çekimi yapıldığını düşündürmektedir.

Tablo 7: Bazı OECD Ülkelerinde IMR Çekim Oranı (Her 1000 Kişiyeye Düşen)

Ülkeleler	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Avustralya	..	..	..	..	18.9	19.9	21.2	23.2	24.1	26.0	27.6	35.2
Avusturya	..	32.7	33.9	36.4	43.1	48.6	50.4	47.8	50.4	51.0	50.3	..
Belçika	39.6	43.0	43.9	46.0	48.0	52.8	65.3	70.5	77.0	..	..	..
Kanada	24.3	27.3	30.8	33.4	..	40.3	42.5	46.3	49.8	51.0	52.8	..
Çek Cum	..	16.5	18.8	21.9	24.5	27.5	32.3	33.6	39.0	43.2	45.2	..
Danimarka	20.9	24.1	28.0	34.7	39.2	44.8	53.5	60.8	65.4	67.0	60.3	..
Finlandiya	..	..	..	..	..	..	..	34.7	37.1	42.1	45.3	..
Fransa	..	..	..	38.0	44.1	48.3	55.1	60.2	67.5	82.0	90.9	..
Almanya	..	..	..	..	..	..	95.2	..	..	..	..	..
Yunanistan	..	..	..	..	..	98.3	..	..	..	68.0	..	..
Macaristan	..	..	..	28.7	28.0	30.9	31.5	31.8	32.8	34.1	34.8	..
İzlanda	..	..	..	57.2	64.7	72.7	75.7	74.2	78.8	79.3	74.5	..
İrlanda	..	..	..	..	..	..	15.7	17.0	17.8	17.7	15.7	17.5
İsrail	..	..	..	..	12.1	14.2	15.6	18.1	19.7	28.0	30.5	..
İtalya	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Japonya	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Meksika	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Hollanda	..	..	..	..	..	38.6	43.6	49.1	50.0	..	..	..
Yeni Zelanda	2.3	2.5	2.8	2.8	3.0	3.2	3.4	3.6	3.8	4.1	4.3	..
Norveç	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Polonya	..	..	..	..	..	..	..	14.6	17.9	18.1	22.8	..
Portekiz	6.3	7.3	8.3	9.2	12.2	16.8	20.2	22.4	25.6	26.7	29.7	..
İspanya	..	..	..	..	..	..	..	59.6	63.0	64.5	69.7	..
İsveç	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
İsviçre	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Türkiye	..	..	..	..	..	48.8	67.6	79.5	97.3	114.3	119.2	..
UK	17.2	18.8	22.1	24.7	29.0	33.4	37.7	40.4	..	..	..	..
US	83.4	84.4	85.6	89.1	91.3	93.4	95.8	97.6	102.7	104.8	106.9	109.4

Kaynak: OECD (Data 2015)

2.6.1.8. Hastane Yatak Sayısı (Her 1000 Kişiyeye Düşen)

Hastane yatak sayısı bakımında bir karşılaştırma yapıldığında Japonya'nın en iyi sağlık göstergesine sahip olduğu görülmektedir. Almanya, Avusturya, Macaristan ise Japonya'yı takip eden ülkeler olmaktadır. Amerika verileri ise toplam sağlık harcamalarının yüksek olmasına rağmen, yatak sayısı dikkat çekici olarak düşük kalmaktadır. Türkiye'ye bakıldığında ise toplam sağlık harcamaları artış göstermesine rağmen yatak sayısı açısından stabil bir durum sergilemekte ve bu oran diğer ülkelere göre çok düşük kalmaktadır. Bu da Türkiye'de sağlık harcama kalemlerinin dağılımının eşit olmadığını göstermektedir. Örneğin IMR çekim oranları artarken yatak sayısı artış göstermemiştir.

Tablo 8: Bazı OECD Ülkelerinde Hastane Yatak Sayısı (Her 1000 Kişiyeye Düşen)

Ülkeler	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Avustralya	4.0	4.0	3.9	3.9	..	3.8	3.8	3.8	3.8	3.8	..	..
Avusturya	7.7	7.7	7.7	7.7	7.8	7.7	7.7	7.7	7.7	7.7	7.7	..
Belçika	7.5	7.5	7.4	6.7	6.6	6.6	6.5	6.4	6.4	6.3	6.3	6.2
Kanada	3.5	3.4	3.1	2.9	2.9	2.8	2.7	2.8	2.7	2.7	..	..
Çek Cum	7.7	7.7	7.6	7.5	7.3	7.2	7.1	7.0	6.8	6.7	6.5	..
Danimarka	4.1	4.0	3.9	3.8	3.7	3.6	3.5	3.5	3.1	..	3.1	..
Finlandiya	7.2	7.1	7.1	7.0	6.7	6.6	6.3	5.9	5.5	5.3	4.9	..
Fransa	7.6	7.4	7.2	7.1	7.1	6.9	6.7	6.4	6.4	6.3	6.3	..
Almanya	8.7	8.6	8.5	8.3	8.2	8.2	8.2	8.3	8.2	8.3	8.3	..
Yunanistan	4.7	4.7	4.7	4.8	4.8	4.8	4.9	4.8	4.8	..	..	..
Macaristan	7.9	7.9	7.9	8.0	7.2	7.1	7.1	7.2	7.2	7.0	7.0	..
İzlanda	..	..	..	..	4.2	4.0	3.7	3.6	3.3	3.3	3.2	3.2
İrlanda	5.7	5.6	5.5	5.3	5.1	4.9	3.1	3.0	2.9	2.8	2.8	..
İsrail	3.8	3.7	3.7	3.4	3.3	3.3	3.2	3.2	3.1	3.1	3.1	3.1
İtalya	4.2	4.0	4.0	4.0	3.9	3.8	3.7	3.6	3.5	3.4	..	..
Japonya	14.3	14.2	14.1	14.0	13.9	13.8	13.7	13.5	13.4	13.4	13.3	..
Meksika	1.7	1.7	1.7	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	..
Hollanda	4.5	4.5	4.5	4.8	4.7	4.7	4.7	..	..	..	..	..
Yeni Zelanda	..	..	..	..	..	..	2.4	2.7	2.8	2.8	2.8	2.8
Norveç	5.0	5.3	5.2	5.0	4.9	4.6	4.5	4.3	4.2	4.0	3.9	..
Polonya	6.7	6.7	6.5	6.5	6.4	6.6	6.7	6.6	6.6	6.6	6.6	..
Portekiz	3.6	3.6	3.6	3.5	3.4	3.4	3.4	3.4	3.4	3.4	3.4	..
İspanya	7.3	6.9	6.8	6.7	6.8	6.6	6.5	6.5	6.1	5.9	5.8	..
İsveç	5.0	4.8	4.8	4.8	4.7	4.7	4.6	4.6	4.6	4.5	4.6	..
İsviçre	3.4	3.4	3.3	3.3	3.3	3.2	3.2	3.1	3.1	3.0	3.0	..
Türkiye	2.1	2.1	2.2	2.2	2.3	2.4	2.4	2.5	2.5	2.7	2.7	..
UK	4.0	3.9	3.7	3.5	3.4	3.3	3.3	2.9	2.9	2.8	2.8	..
US	3.3	3.3	3.2	3.2	3.1	3.1	3.1	3.1	3.0	2.9	..	..

Kaynak: OECD (Data 2015)

2.6.2. Bazı OECD Ülkelerinde Sağlık Statüsü Göstergeleri

Sağlık statüsü kavramı geniş anlamda bireyin ve hastanın sağlık durumunu ya da düzeyini tanımlamada ve göstermede kullanılan bir kavramdır. Sağlık statüsünün formülasyonuna ilişkin Bergner'in geliştirdiği modele göre;Sağlık genetik, fizyolojik, anatomik , Biokimyasal, fonksiyonel (fiziksel,ruhsal ve sosyal) ve sağlık potansiyeli boyutlarından meydana gelmektedir (Bergner,1985.Akt; Çelik,2011). Bu modelde sağlık statüsünü etkileyen toplumsal, bireysel, sosyo-ekonomik (gelir, barınma,v.b), çevresel (temiz su tedariki, sanitasyon,v.b) ve sağlık bakım hizmetlerine yönelik sistemler gibi faktörler ise sağlık statüsünün boyutlarından ziyade ,sağlık ya da sağlık statüsü sonucunu etkileyen süreçler olarak değerlendirilmektedir.

Gerek sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi, gerekse bir ülkenin/bölgenin sağlık düzeyini ölçmek için uygun sağlık göstergelerinin kullanılması gerekir. Bireylerin ya da toplumun sağlık statüsünü sağlık göstergelerinden hareketle ölçerek sağlık düzeyi ve sağlık ihtiyaçları belirlenebilir. Sağlık statüsü ölçümünde geleneksel sağlık göstergeleri olarak mortalite, morbidite, doğumda beklenen yaşam süresi, bebek ölüm hızı gibi ölçümler kullanılmaktadır (Çelik,2011).

Sağlık statüsü ile ilgili belirleyicileri hakkında bilgi sağlarken, iyi ve sağlıklı veri gerekmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde sağlık ile ilgili veriler genellikle ya bulunmamakta ve/veya ulaşılamamakta ya da yetersiz kalmaktadır. Bu da gelişmiş ülkelerle yapılacak karşılaştırmalarda ciddi sorunlar yaratmaktadır.

Türkiye'de de benzer sıkıntılar yaşanmaktadır. Özellikle 2000 yılı öncesi verilerin farklı kurumlarca yapılmış olması bu tür analizlerde gerçek sonuçlara ulaşmamızı zorlaştırmaktadır.

2.6.2.1.Doğumdan Beklenen Yaşam Süresi

Belirli bir yılda doğan bir kişinin ortalama kaç yıl yaşayacağını gösteren bir ölçüdür. Bu ölçüye ait değerler ülkenin ölüm ve nüfus kayıtlarına dayanarak ‘yaşam tablosu yöntemi’ ile hesaplanır. Sağlık düzeyini gösteren ölçütler arasında en önemli olanlardan birisidir. Yaşam beklentisi, bir bireyin yaşam yıllarının ortalama rakamsal

ifadesi olarak yaşama umudunu içine alan bir kavramdır. Gelişmiş ülkelerde doğumda beklenen yaşam süresi gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkelere nazaran daha uzundur (Çelik,2011). Bebek ölümlerinin doğumda beklenen yaşam süresine büyük etkisi vardır.

Tablo 9: Doğumdan Beklenen Yaşam Süreleri

	000	001	002	003	004	005	006	007	008	009	010	011	012	013
Avustralya	9,3	9,7	0,0	0,3	0,6	0,9	1,1	1,4	1,5	1,6	1,8	2,0	2,1	2,2
Kanada	9,0	9,3	9,5	9,7	9,9	0,1	0,4	0,5	0,7	0,9	1,2	1,5	.	.
Çek Cumhuriyeti	5,1	5,3	5,4	5,3	5,8	6,1	6,7	7,0	7,3	7,4	7,7	8,0	8,2	8,3
Danimarka	6,9	7,0	7,1	7,4	7,8	8,3	8,4	8,4	8,8	9,0	9,3	9,9	0,1	0,4
Finlandiya	7,7	8,2	8,3	8,5	9,0	9,1	9,5	9,6	9,9	0,1	0,2	0,6	0,7	1,1
Fransa	9,2	9,3	9,4	9,2	0,3	0,3	0,9	1,2	1,3	1,5	1,8	2,2	2,1	2,3
Almanya	8,2	8,5	8,5	8,6	9,2	9,4	9,8	0,1	0,2	0,3	0,5	0,8	1,0	0,9
İzlanda	9,7	0,8	0,6	1,0	1,1	1,6	1,2	1,5	1,7	1,8	2,0	2,4	3,0	2,1
Japonya	1,2	1,5	1,8	1,8	2,1	2,0	2,4	2,6	2,7	3,0	2,9	2,7	3,2	3,4
Yeni Zelanda	8,4	8,7	9,0	9,3	9,6	9,8	0,1	0,3	0,5	0,7	0,8	1,0	1,2	1,4
Norveç	8,8	8,9	9,0	9,6	0,1	0,3	0,6	0,6	0,8	1,0	1,2	1,4	1,5	1,8
İngiltere	7,9	8,2	8,3	8,4	9,0	9,2	9,5	9,7	9,8	0,4	0,6	1,0	1,0	1,1
Yunanistan	8,2	8,8	9,0	9,2	9,3	9,5	9,9	9,7	0,3	0,4	0,7	0,8	0,7	1,4
Macaristan	1,9	2,5	2,5	2,6	3,0	3,0	3,5	3,6	4,2	4,4	4,7	5,0	5,2	5,7
Portekiz	6,9	7,2	7,4	7,5	8,4	8,2	9,0	9,2	9,5	9,7	0,0	0,6	0,5	0,8
Avusturya	8,2	8,7	8,8	8,7	9,3	9,4	0,0	0,3	0,5	0,4	0,7	1,1	1,0	1,2
Meksika	3,3	3,5	3,6	3,8	3,9	4,0	4,1	4,2	4,1	4,0	4,1	4,2	4,4	4,6
Türkiye	1,1	1,5	1,9	2,3	2,7	3,1	3,4	3,7	3,9	4,1	4,3	4,6	4,6	6,6
OECD Ortalama														0,5

Kaynak: OECD Health Statics 2015

2.6.2.2.Bebek Ölüm Hızı

Bebek ve beş yaş altı çocuk ölüm hızı kastedilir. Ülkeler arası sağlık düzeyinin karşılaştırılmasında en çok kullanılan mortalite göstergelerinden biridir. Sağlık bakım hizmetleri, ana-çocuk sağlığı hizmetleri hakkında genel bir fikir verir. Bir yıl içinde bir bölgede ve/veya bir ülkede bir yaşına girmeden ölen bebeklerin o yılda canlı doğan bebeklere oranlanması ile hesaplanır. Canlı doğan her 1000

bebekten kaçının bir yaşını doldurmadan yaşamını yitirdiğini gösterir. Ancak son yıllarda bebek ölüm hızlarının tek başına yeterli olmadığı , bununla birlikte beş yaş altı çocuk ölüm hızının da değerlendirilmesi gerektiği konusu kabul görmüştür.

Tablo 10: Bebek Ölüm Hızı (Her 1000 canlı doğum)

Ülkeler	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Avustralya	4.8	4.7	4.9	4.7	4.1	4.1	4.2	4.1	3.8	3.3	3.6	..
Avusturya	4.5	4.5	4.2	3.6	3.7	3.7	3.8	3.9	3.6	3.2	3.1	..
Belçika	4.1	3.9	3.7	4.0	3.9	3.8	3.5	3.6	3.4	3.8	3.5	..
Kanada	5.3	5.3	5.4	5.0	5.1	5.1	4.9	5.0	4.8	..	..	17.2
Çek Cum	7.8	8.4	7.9	7.6	8.3	7.8	7.9	7.4	7.7	7.4	..	..
Danimarka	3.9	3.7	3.4	3.3	3.1	2.8	2.9	2.7	2.7	2.6	2.5	..
Finlandiya	4.4	4.4	4.4	3.5	4.0	4.0	3.1	3.4	3.5	3.4	3.5	..
Fransa	7.0	6.4	5.4	4.4	5.0	5.0	3.6	3.3	2.5	3.6	2.1	..
Almanya	3.1	3.3	3.0	2.8	2.7	2.6	2.6	2.3	2.4	2.4	1.8	..
Yunanistan	4.2	4.0	3.8	3.8	3.8	3.8	3.9	3.6	3.5	3.5	3.6	..
Macaristan	4.2	4.1	3.9	3.8	3.9	3.5	3.5	3.4	3.6	3.3	3.3	..
İzlanda	4.0	4.1	3.8	3.7	3.5	2.7	3.1	3.8	3.4	2.9	3.7	..
İrlanda	7.3	6.6	6.2	5.7	5.9	5.6	5.1	5.3	4.9	4.9	5	..
İsrail	2.4	2.8	2.3	1.4	2.0	2.5	1.8	2.2	0.9	1.1	1.8	..
İtalya	5.3	4.6	3.8	3.9	3.2	3.8	3.3	3.6	3.5	3.5	3.5	18.5
Japonya	4.9	4.6	4.4	4.0	3.9	3.8	3.8	3.7	3.5	3.6	3.1	..
Meksika	3.9	3.9	3.8	3.6	3.5	3.3	3.4	3.2	2.9	2.9	2.9	..
Hollanda	3.0	2.8	2.8	2.6	2.6	2.6	2.4	2.3	2.3	2.2	2.1	..
Yeni Zelanda	..	..	4.7	4.1	3.5	3.4	3.2	3.2	3.0	2.9	3	..
Norveç	4.9	3.9	2.6	2.5	1.8	1.8	2.5	3.4	4.3	2.5	3.9	7.2
Polonya	18.3	17.6	16.9	16.3	15.7	15.1	14.6	14.1	13.7	13.3	13	..
Portekiz	4.8	4.4	4.9	4.4	4.1	3.8	3.8	3.8	3.6	3.7	3.8	..
İspanya	5.4	5.9	5.0	5.1	4.8	5.0	5.2	5.5	5.2	..	..	..
İsveç	3.3	3.2	3.1	3.2	3.1	2.7	3.1	2.8	2.4	2.5	2.4	..
İsviçre	7.0	6.8	6.4	6.0	6.0	5.6	5.6	5.0	4.7	4.6	4.6	..
Türkiye	4.1	3.8	3.5	3.3	3.4	3.3	3.6	2.5	3.1	3.4	2.9	..
UK	7.9	6.8	7.2	6.6	6.1	5.9	5.7	5.7	4.9	5.8	5.5	..
US	4.0	3.7	4.1	3.4	2.8	2.4	2.4	2.5	2.9	1.6	2.9	..
Avustralya	3.9	3.9	3.7	3.5	3.4	3.3	3.2	3.2	3.1	3.1	2.7	
Avusturya	3.1	3.1	2.4	2.8	2.5	2.5	2.5	2.5	2.1	2.6	2.7	
Belçika	4.3	4.2	4.2	4.4	3.9	4.0	4.3	3.8	3.8	3.6	3.9	
Kanada	25.6	24.6	23.6	22.6	16.8	16.1	13.7	12.2	11.7	11.6	10.8	
Çek Cum	5.3	5.0	5.1	4.9	4.7	4.6	4.5	4.2	4.2	4.1	3.8	
Danimarka	6.8	6.8	6.9	6.7	6.8	6.6	6.4	6.1	6.1	6.0	..	

Kaynak: OECD Health Statics 2015

Bebek ölüm hızları bir toplumun kamu sağlığının anlamlı bir göstergesidir. Yüksek bir oran, yetersiz düzeyde sağlık bakım hizmeti verildiği (özellikle koruyucu sağlık hizmetleri) ve eğitim, ekonomik durum(gelir dağılımı), beslenme, barınma koşulları, çevre kirliliği v.b. kötü sosyo-ekonomik göstergelere sahip olunduğuna dair bir kanaat oluşturmaktadır.

Bebek ölümlerinin nedenleri hakkında daha kapsamlı bilgi alabilmek için 0-28 günde (neonatal) ve 29-365 günde (postneonatal) ölen bebek sayısı da bir ayrım da söz konusudur.

Kişi başına yapılan sağlık harcamaları ve sağlık statüsü göstergeleriacısından OECD ülkeleri kendi aralarında karşılaştırıldığı zaman maalesef Türkiye'nin kişi başına sağlık harcama düzeyinin en düşük ve sağlık statüsü göstergelerinden bebek ölüm oranının en yüksek (binde 2,9) ve doğumda beklenen yaşam süresinin en kötü ikinci sırada (Estonya 72,9 yıl, Türkiye 73,4 yıl) olduğu görülmüştür. Özellikle bebek ölüm oranında Türkiye'de son yıllarda görülen önemli iyileşme gösterilememiştir.

2.6.3.Yakınsama Teorileri

Çağdaş iktisat yazını tartışmaları içerisinde farklı ülke ekonomilerinin uzun-dönemli durağan ilişkilerin büyüme süreci üzerinde belirleyiciliğine izin verilecek bir şekilde birbirlerine yakınsayıp yakınsayamamaları konusu önemli bir araştırma alanı oluşturmaktadır (Gögöl ve Korap, 2014:69). Genel olarak Solow (1956) tarafından geliştirilen neo-klasik büyüme modeli temelinde ortaya konan *yakınsama olgusu*, benzer verimlilik düzeylerine, tasarruf oranlarına, sermaye aşınma paylarına ve nüfus büyümesine sahip ülkeler arasında zamanla reel gelir farklılıklarının ortadan kalkacağı görüşüne dayalıdır. Modele göre iki ekonominin yakınsayıp yakınsanmayacağı başlangıçta neden farklı olduklarına bağlıdır. Farklı sermaye stoklarına sahip ancak tasarruf oranı, nüfus artış hızı, işgücünün etkinliği aynı durağan duruma sahip olan ülkelerin gelirlerinin yakınsayacağı beklenir. Düşük sermaye stokuna sahip olan yoksul ülke, durağan duruma ulaşmak için daha hızlı büyüyecektir. Ancak farklı sermaye birikimine sahip iki ülke farklı tasarruf oranları nedeniyle farklı durağan duruma sahip ise, bu iki ülkenin gelirinin yakınsayacağı

beklenmemelidir ve her ekonomi kendi durağan durumuna yaklaşacaktır (Mankiw, 2009:253). Diğer bir ifadeyle; neoklasik büyüme kuramı, eşit tasarruf oranına, eşit nüfus artış hızına, benzer işgücü etkinliğine ve benzer teknolojiyi kullanan ekonomiler için *mutlak yakınsama* öngörmektedir (Dornbusch vd, 2014:89). Ancak modellerle ilgili tartışma ve ekonometrik sınamalara karşın mutlak yakınsama hipotezinin gerçekte ne ölçüde uyuştugu konusunda bir görüş birliği mevcut değildir. Tüm ekonomilerin aynı yapısal özelliklere sahip olamayacağı varsayımıyla modelin işleyişi ve sonuçlarının değişmeyeceğini ortaya koyan koşullu yakınsama hipotezi zamanla bazı iktisatçılar tarafından geliştirilmiştir. *Koşullu yakınsama* hipotezine göre; yapısal farklılıkların mevcudiyeti altında reel gelir ile büyüme hızı arasında negatif ilişki vardır (Turan, 2001: 138).

Literatürde yakınsama hipotezinin üç ana kaynağı olduğu ileri sürülmektedir. Bunlar; teknolojik yayılım, Neoklasik büyüme modeli ve küreselleşmedir. Teknolojinin hızlı yayılma etkisi ve kolay kullanım avantajı, küreselleşmenin getirdiği uluslararası ticaretin serbestliğine bağlı sağlık politikalarının yayılımı, yoksul ülkelerdeki ekonomik büyümenin daha hızlı gerçekleşmesine dayalı neo-klasik büyüme modeli, geride kalan ülkelerin lider ülkeleri daha hızlı takip etmesine yol açarak yakınsama hipotezinin teorik temellerini güçlendirecektir (Rassekh, 1998: 86; aktaran: Tülümce ve Zeren, 2013: 290).

2.6.3.1. Sağlıkın Yakınsaması

Büyüme teorileri altında yakınsama, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler ya da bir ülke içinde bölgeler düzeyinde analiz edilmektedir. Yakınsama hipotezi ülkeler açısından “gelir” yönüyle incelendiği gibi, beşeri sermaye yatırımları kapsamında yer alan “eğitim” ve “sağlık” alanlarını da içermektedir. Yakınsama, sağlık ekonomistleri tarafından özellikle OECD ve AB ülkeleri için önemli bir araştırma alanı oluşturmaktadır. Bazı çalışmalarda sağlık harcamalarının yakınsaması bazı çalışmalarda ise sağlığın sunumu ve finansmanı da ele alınmaktadır. Genel olarak sağlık alanında yakınsamanın temel amacı, bölgeler ya da ülkeler arasında yakınsamanın hızının ve varlığının test edilmesidir. Yakınsama açısından sağlığın incelenmesi, sağlık harcamalarındaki yakınsama ve sağlığın

öğelerinin ekonomik büyüme üzerinde yarattığı büyük etkiler nedeniyle önemlilik arz etmektedir (Tülümce ve Zeren, 2013: 288).

Bu çalışma sağlığın yakınsaması olgusunun gerçek veriler doğrultusunda değerlendirilmesine yönelik kuramsal bir giriş ve deneme içerikli ekonometrik bir sınama olma özelliğini göstermektedir.

2.7.Literatür Karşılaştırması

Konu çalışılırken özellikle sağlık harcamaları ile ilgili bazı literatürlere bakıldı alanla ilgili perspektiflerin nasıl olduğu kısıtlı verilerle araştırılmaya çalışıldı.

Tablo 11:Literatür Karşılaştırması

Yazar Adı ve Çalışmanın Yılı, Çalışmanın Kapsadığı Ülke(ler) ve Yıllar, Çalışmanın Yöntemi, Kullanılan Değişkenler	Özet Bulgular
Barros (1998), 24 OECD ülkesi, OLS, KBSH- SH/GSYİH (akt;Tülümce ve Zeren;2013)	Yakınsama vardır. Kişi başına düşük sağlık harcamalarına sahip ülkelerin daha hızlı büyüme hızına sahip olduğu görülmüştür
Tülümce,Zeren(2013)1980-2008 yılları için 18 OECD ülkesinde sağlığın yakınsamasının panel birim kök testi ile analiz,ikinci kuşak birim kök	Bebek ölüm oranları ve doğumda yaşam beklentisi değişkenlerine göre OECD ülkelerinde yakınsamanın var.Sağlık harcamalarında yakınsama yok
Preston, S.H. (1975) (1900-1930-1960)yılları makro veriler kullanılmış(akt;Çukur ve Bekmez;2011)	Kişi başına gelir artıkça,beklenen yaşam ilişkisi artar. ülkelerin gelir düzeyinin artmasının sağlık çıktılarını yükseltir. Ülkeler arasındaki sağlık farklılıkları gelir düzeylerindeki farklılıklar ile ilişkilidir. yaşam standardının yükselmesi ve medikal ve teknolojik ilerlemeler sağlığı olumlu etkiler.
Çukur ve Bekmez(2011) Panel veri analizi	1975-2001 yılları sağlık farklılıkların gelir farklılıklarıyla ilişkisi,gelir artışının sağlık üzerinde iyileştirici etkisi vardır.
Hitiris ve Nixon (2001), 15 AB ülkesi, 1980-1995, Panel veri,KBSH- SH/GSYİH(akt;Tülümce ve Zeren;2013)	Yakınsama vardır, gelirdeki yakınsama sağlık sektöründe de vardır. Teknoloji yayılımı ve politika harmonizasyonu yakınsamayı desteklemektedir

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

OECD ÜLKELERİNDE SAĞLIĞIN YAKINSAMASININ ANALİZİ

3. AMPİRİK ANALİZ

Çalışmanın bu kısmında 28 OECD ülkesi için 2003-2014 dönemindeki sağlık harcamaları ve sağlık statüsü göstergeleri açısından yakınsamasının varlığı test edilmektedir. Bu çerçevede oluşturulan temel ve alternatif hipotezler aşağıda belirtilmiştir:

Tablo 12: Hipotez Tablosu

Temel Hipotez	Alternatif Hipotez
TSH/GSYİH sağlık harcaması göstergesi açısından ülkeler arasında yakınsama yoktur.	Ülkelerin TSH/GSYİH sağlık harcaması göstergesi açısından yakınsama vardır
KSH/TSH sağlık harcaması göstergesi açısından ülkeler arasında yakınsama yoktur.	Ülkelerin KSH/TSH sağlık harcaması göstergesi açısından yakınsama vardır
ÖSH/TSH sağlık harcaması göstergesi açısından ülkeler arasında yakınsama yoktur.	Ülkelerin ÖSH/TSH sağlık harcaması göstergesi açısından yakınsama vardır
BÖO sağlık statüsü göstergesi açısından ülkeler arasında yakınsama yoktur.	Ülkelerin BÖO sağlık statüsü göstergesi açısından yakınsama vardır
DBYS sağlık statüsü göstergesi açısından ülkeler arasında yakınsama yoktur.	Ülkelerin DBYS sağlık statüsü göstergesi açısından, yakınsama vardır

3.1. Veri ve Metodoloji

Bu çalışmada, 28 OECD ülkesi için 2003-2014 dönemindeki sağlık harcamaları ve sağlık göstergelerinin yakınsamasının varlığı test edilmektedir. Sağlık göstergesi olarak toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranı (TSH/GSYİH), kamu tarafından sağlanan toplam sağlık harcamaları KSH/TSH, özel sektör tarafından sağlanan toplam sağlık harcamaları ÖSH/TSH, bebek ölüm oranı (BÖO) ve doğumda beklenen yaşam süresi (DBYS) değişkenleri kullanılmaktadır. Veriler, OECD'nin resmi sitesinden elde edilmiştir. Değişkenler için yatay-kesit bağımlılık

testleri uygulanmış, yatay kesit bağımlılık durumuna göre uygun panel birim kök testi seçilmiştir. Yapılan panel veri analizinde, Gauss 10.0 paket programı kullanılmıştır.

Panel veri analizi, ülkeler, firmalar, endüstriler, hane halkları vb. gibi yatay kesit gözlemlerinin belli bir zaman dönemi içinde bir araya getirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Panel veri analizinde basit bir regresyon modeli aşağıdaki şekilde tahmin edilebilir;

$$Y_{it} = a_i + \beta X_{it} + u_{it}$$

Regresyon denkleminde t (t=1,2,...,T) her bir zaman aralığını, i (i=1,2,...,N) yatay kesitleri ifade etmektedir.

Panel veri analizinde, verilerin zaman boyutuna yatay kesit boyutunun da eklenmesi, birim kök testlerinin gücünün arttırmıştır. Panel veri, hem kesit hem de zaman boyutunu ihtiva etmesi sebebiyle zaman serisi ve yatay-kesit verisine göre daha avantajlıdır. Son yıllarda panel veri analizinde de birim kök testleri önemli yer tutmaktadır. Panel veri analizi için yapılan birim kök testlerinde karşılaşılan önemli sorunlardan biri, paneli oluşturan yatay kesit birimlerinin birbirinden bağımsız olup olmamasıdır.

Paneli oluşturan yatay kesit birimlerinin, seriye gelen bir şok karşısında birbirinden etkilenmediklerini varsaymak hatalı sonuçlara yol açmaktadır. Tahmin sonuçlarının etkinliği için yatay kesit bağımlılığını dikkate alan birim kök testlerinin uygulanması gerekmektedir. Son yıllarda panel verileri için birden fazla birim kök testleri geliştirilmiştir. Panel birim kök testleri birinci ve ikinci kuşak diye ikiye ayrılmıştır. Birinci kuşak testler yatay-kesit birimler arasında korelasyon olmadığını varsaymaktadır. Ancak ikinci kuşak birim kök testleri ise yatay-kesit birimler arasındaki korelasyonu da dikkate almaktadır. Yatay kesit bağımlılığı varsa 2. nesil birim kök testlerini kullanmak daha tutarlı, etkin ve güçlü tahminleme yapmamızı sağlayabilir.

Birinci grupta yer alan Im, Pesaran, Shin (2003) ve Fisher odaklı testler (ADF ve PP testleri gibi), bireysel birim kök testleri olarak adlandırılmaktadır. Levin, Lin, Chu (2002); Breitung (2000) ve Hadri (2000) birim kök testleri ise ortak birim kök testleri olarak anılmaktadır. İkinci kuşak birim kök testlerinden yaygın olarak kullanılanlar içerisinde Taylor ve Lucio (1998), Breuer vd. (2001,2002), Bai ve Ng (2004), Moon ve Perron(2004), Phillips ve Sul (2003), Pesaran (2007) ve Hadri-Kruzomi (2012) yer almaktadır. Çalışmamızda kullandığımız veriler için yatay-kesit bağımlılığı araştırılmıştır. Bu testlerin sonucunda yatay-kesit bağımlılık tespit edilmiştir. Bu nedenle ikinci kuşak birim kök testlerinden Pesaran (2007) birim kök testi ve Hadri-Kruzomi (2012) birim kök testi kullanılması uygun görülmüştür.

3.2. Yatay Kesit Bağımlılık Testleri

Paneli veri analizinde yatay kesit birimlerinin birbirinden bağımsız olup olmamaları büyük önem taşımaktadır. Yatay kesit birimlerinin bağımsızlıkları, başka bir deyişle yatay kesit birimlerinin seriye gelen bir şoktan aynı derece etkilenip etkilenmedikleri incelenmelidir. Bu çalışmada, yatay kesit bağımsızlığının araştırılmasında Pesaran CD_{LM} testinden yararlanılmıştır.

Aşağıdaki denklemde elde edilen bulgular ışığında CD_{LM} test istatistiği elde edilir. Kalıntılar arasında eş anlı korelasyonların istatistiksel anlamlılığı Breusch ve Pagan (1980) LM testi ile test edilir (Pesaran, 2004:4).

$$\Delta Y_{it} = \alpha_i + b_i y_{i,t-1} + \sum_{j=1}^{p_i} c_{ij} \Delta Y_{i,t-j} + d_i t + h_i \bar{y}_{t-1} + \sum_{j=0}^{p_i} \eta_{ij} \Delta \bar{y}_{i,t-j} + \varepsilon_{i,t}$$

LM test istatistiği şu şekilde hesaplanabilir:

$$LM = T \sum_{i=j}^{N-1} \sum_{j=i+1}^N \hat{p}_{ij}^2 \sim X^2_{N(N-1)/2}$$

ρ_{ij} her denklemin EKK (en küçük kareler yöntemi) ile tahmininden elde edilen kalıntılar arasındaki basit korelasyon katsayısıdır. Kalıntılar arasında korelasyon olmadığı sıfır hipotezi altında LM test istatistiği, N sabitken ve T sonsuza giderken χ^2 dağılımı göstermektedir.

Pesaran (2007) N ve T'nin büyük olduğu durumlar için ise CD_{LM} olarak adlandırılan test istatistiğini türetmiştir (Pesaran, 2004:5).

$$CD_{LM} = \sqrt{\frac{1}{N(N-1)}} \sum_{i=j}^{N-1} \sum_{j=i+1}^N (T\hat{\rho}_{ij}^2 - 1) \sim N(0,1)$$

CD_{LM} testine ait hipotezler aşağıdaki şekilde ifade edilebilir:

$$H_0: \rho_{ij} = \rho_{ji} = \text{cor}(u_{it}, u_{jt}) = 0, i \neq j$$

(Yatay kesitler arasında bağımlılık yoktur)

$$H_1: \rho_{ij} = \rho_{ji} \neq 0, i \neq j$$

(Yatay kesitler arasında bağımlılık vardır)

Seriler arasında yatay kesit bağımlılığının varlığı; zaman boyutu yatay kesit boyutundan büyük olduğunda ($T > N$); Berusch-Pagan (1980) CD_{LM1} testiyle, zaman boyutu yatay kesit boyutundan küçük olduğunda ($T < N$); Pesaran (2004) CD_{LM2} testiyle, analizin yapılması uygundur.

3.3. İkinci Nesil Birim Kök Testleri

Başlıca ikinci nesil birim kök testleri ise MADF (Taylor ve Sarno, 1998), SURADF (Breuer, Mcknown ve Wallace, 2002), Bai ve Ng (2004) ve CADF (Pesaran, 2006)'dir. Bu çalışmada kullanılan ilgili değişkenler için paneli oluşturan ülkeler arasında yatay kesit bağımlılık tespit edildiği için serilerin durağanlığı yatay kesit bağımlılık olduğu durumda kullanılabilen ikinci kuşak birim kök testlerinden CADF testi (Pesaran, 2006) ile incelenmiştir. CADF ile paneli oluşturan serilerdeki her bir yatay kesit biriminde (her bir ülke için) birim kök testi yapılabilmektedir. Böylece serilerin durağanlığı, panelin geneli için ve her bir yatay kesit için ayrı ayrı da hesaplanabilmektedir. Her ülkenin zaman etkilerinden farklı etkilendiğini varsayan ve mekânsal otokorelasyonu dikkate alan CADF testi, $T > N$ ve $N > T$ durumunda kullanılmaktadır. Bu test istatistiği değerlerini, Pesaran (2006)'in CADF

kritik tablo değerleriyle karşılaştırarak her ülke için durağanlık test edilmektedir. CADF kritik tablo değeri, CADF istatistiği değerinden büyükse boş hipotez reddedilir ve sadece o ülkenin serisinin durağan olduğu sonucuna ulaşılır. CADF test istatistiği aşağıdaki şekilde tahmin edilir.

Peseran (2007), yatay-kesit genelleştirilmiş Dickey Fuller (CADF) regresyon modelindeki α ’nin En Küçük Kareler (EKK) tahminin t oranına bağlı olarak birim kök hipotezini test etmiştir. CADF regresyon modeli ise şoyledir:

$$\Delta y_{it} = \alpha_i + \beta_i y_{i,t-1} + \gamma_i \bar{y}_{t-1} + \delta_i \Delta \bar{y}_t + e_{it}$$

H_0 : $\beta=0$ (Seri birim köklüdür. İlgili sağlık harcaması ve sağlık statüsü göstergesi açısından yakınsama yoktur. lkeler arasında farklılıklar bulunmaktadır)

H_1 : $\beta < 0$ (Seri durağandır. Yakınsama vardır. Ülkelerin ilgili sağlık göstergeleri açısından pek farklılık olmadığı anlamına gelmektedir.

$$(i=1, 2, 3, \dots, N)$$

Yukarıdaki regresyon denkleminde β_i için elde edilen t istatistikleri her bir yatay kesitte birim kökü test etmemiz için kullanılır ve yatay kesitsel ADF (CADF) olarak adlandırılır. Panel birim kök testi ise β_i için elde edilen t değerlerinin aritmetik ortalamasına dayanır ve alışmamızda CADF şeklinde gösterilmektedir. Her iki test istatistiği için gerekli kritik değerler Peseran (2007) makalesinde verilmiştir.

$$\text{Denklemdaki } \Delta y_{it} = y_{it} - y_{i,t-1}$$

$$\bar{y}_i = N^{-1} + \sum_{i=1}^N y_{it} \text{ ve } \Delta \bar{y}_t = N^{-1} + \sum_{i=1}^N \Delta y_{it} \text{ 'dir.}$$

t oranı $t, (N, T)$, şeklinde gösterilmek üzere panelin her bir i . birimi için her bir CADF modelinden elde edilmektedir. IPS testinin yatay kesit genelleştirilmiş versiyonu (CIPS) şoyledir (Peseran, 2007):

$$CIPS(N, T) = N^{-1} \sum_{i=1}^N t_i(N, T)$$

CADF testin de katsayılarına ilişkin t değerleri bulunur. Kritik değerler Pesaran (2007) tarafından tablolastırılmıştır. Pesaran yaptığı Monte Carlo simülasyonlarında CADF testinin hem $N > T$ hem de $T > N$ durumunda geçerli olduğunu ortaya koymuştur CADF testine ait t istatistik değeri aşağıdaki gibi hesaplanmaktadır (Pesaran, 2007:269):

$$t_i(N, T) = \frac{\Delta \hat{Y}_{i\bar{M}_w} Y_{i-1}}{\sigma(\hat{Y}_{t-1} \bar{M}_w Y_{t-1})^{1/2}}$$

CIPS istatistiği ise her bir yatay kesit için hesaplanan t istatistik değerlerinin ortalamasıdır.

$$\bar{t} = N^{-1} \sum_{t=1}^N t_i(N, T)$$

CADF testinin yanı sıra yatay kesit bağımlılığını dikkate alan bir diğer test ise Hadri-Kruzomi (2012) testidir. Hadri-Kruzomi (2012) testinde CADF testinden farklı olarak hipotezlerin yeri değiştirilmektedir. Boş hipotez serinin durağan olduğunu, alternatif hipotez ise serinin durağan olmadığını göstermektedir. Hadri-Kruzomi (2012) testi, zaman serisindeki KPSS testinin, yatay kesit bağımlılığını dikkate alan ikinci nesil panel birim kök testi olarak uyarlanmış halidir. Tahmin edilen model aşağıdaki gibidir (Hadri ve Kurozumi, 2012:31):

$$Y_{it} = z_t' \delta_i + f_t Y_i + \varepsilon_{it}, \quad \varepsilon_{it} = \phi_{it} \varepsilon_{it-1} + \dots + \phi_{ip} \varepsilon_{it-p} + v_{it}$$

Yukarıdaki denklemde yer alan $\hat{z}$ deterministiktir. Bundan sonra Hadri-Kruzomi test istatistikleri hesaplanmaktadır (Hadri ve Kurozumi, 2012:32).

Hadri-Kruzomi testine ait boş ve alternatif hipotez şu şekilde ifade edilmektedir

$$H_0: \phi_i(1) \neq 0 \quad \forall_i \text{ (Seri durağandır)}$$

$H_1: \phi_i(1) = 0$ bazı i 'ler için (Seri birim köklüdür)

Serilerin durağan olması yakınsamanın var olduğunu göstermektedir. Ülkelerin sağlık harcamaları veya ilgili sağlık statüsü göstergesi açısından pek farklılık olmadığı anlamına gelmektedir.

3.4.Bulgular ve Tartışma

Panel birim kök analizinden önce yatay kesit birimlerinin bağımsızlıkları test edilmek üzere bu çalışmada Pesaran CD_{LM} testinden yararlanılmıştır. Panel verileri için CD_{LM} testini maksimum 4 gecikme sayısı koşuluyla ve düzeyde test edildiğinde boş hipotezi ret edip panel veri setinde yatay kesit bağımlılığının olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Bu test sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranı (TSH/GSYİH), kamu tarafından sağlanan toplam sağlık harcamaları KSH/TSH, özel sektör tarafından sağlanan toplam sağlık harcamaları ÖSH/TSH, bebek ölüm oranı (BÖO) ve doğumda beklenen yaşam süresi (DBYS) değişkenleri için uygulandığında tüm veri setlerinde H_0 hipotezi ret edilmiş yatay kesit bağımlılığının olduğu sonucuna varılmıştır.

CD_{LM} tahmincisinin sonuçları aşağıdaki tabloda görülebilir:

Tablo 13: CD_{LM2} (Pesaran 2004) Testi Sonuçları

Değişkenler	CD_{LM2} Test (Trendli)	
	T istatistiği	Anlamlılık (p)
TSH/GSYİH	7.926	0.000
KSH/TSH	7.760	0.000
ÖSH/TSH	8.144	0.000
BÖO	6.149	0.000
DBYS	7.981	0.000

Not: Tüm seriler için %1, %5 ve %10 anlamlılık düzeyinde H_0 reddedilmektedir.

Test sonucunda elde edilecek olasılık değeri 0.01'ten küçük olduğunda, %1 anlamlılık düzeyinde, H_0 hipotezi reddedilmekte ve tüm değişkenler için paneli oluşturan birimler arasında yatay kesit bağımlılığın olduğuna karar verilmektedir (Pesaran, 2007). Bu sonuca göre yatay kesiti oluşturan ülkelerdeki karar vericiler, sağlık politikalarını belirlerken diğer ülkelerin uyguladıkları politikaları göz önünde bulundurmalarıdır. Çalışmanın bundan sonraki kısmında birinci veya ikinci nesil panel birim kök testlerinin yapılacağına karar vermek açısından da bu sonuçlar önem taşımaktadır. Sonuçlara göre çalışmada kullanılan TSH/GSYİH, KSH/TSH, ÖSH/TSH, BÖÖ ve DBYS serileri için analizin bundan sonraki aşamalarında birim kök analizi yapılırken yatay kesit bağımlılığını dikkate alan birim kök testleri kullanılmalıdır. Bu yüzden çalışmanın sonraki aşamalarında yatay kesit bağımlılığını dikkate alan ikinci nesil panel birim kök testi yöntemlerinden Pesaran (2007) testi ve Hadri-Kruzomi (2012) testi kullanılmaktadır. Tablo14 TSH/GSYİH değişkeni, Tablo15 KSH/TSH değişkeni, Tablo 16 ÖSH/TSH değişkeni, Tablo17 BÖÖ değişkeni ve Tablo 18 ise DBYS değişkeni için Pesaran (2007) birim kök testi sonuçlarını göstermektedir.

Tablo14: TSH/GSYİH Değişkenine Ait Pesaran CADF Birim Kök Testi Sonuçları

Ülke	CADF-istatistiği	Gecikme uzunluğu
Avustralya	-1.243	4
Avusturya	-1.169	4
Kanada	-4.021***	2
Belçika	-1.991	2
Çek Cumhuriyeti	-0.260	2
Danimarka	-2.559	2
Finlandiya	-2.041	2
Fransa	-1.706	2
Almanya	-1.013	2
Yunanistan	-1.027	4
Macaristan	-1.947	2
İzlanda	-3.480***	2
İrlanda	-2.701*	2
İsrail	0.000	5
İtalya	-1.668	2
Japonya	-1.375	2
Meksika	-1.310	2
Hollanda	-1.778	2
Yeni Zelanda	-1.312	2
Norveç	-3.302***	2
Polonya	-0.587	2
Portekiz	-0.844	2
İspanya	-1.837	2
İsveç	-0.910	2
İsviçre	-1.792	2
Türkiye	-2.526	2
İngiltere	-1.399	2
ABD	-2.987***	2
CIPS-stat= -1.742		

Not: Kritik değerler; 2.88 (%1)***, -2.72(%5)**, -2.63(%10)*

Tablo 14’de yer alan sonuçlara göre, TSH/GSYİH değişkenine ait t istatistik değeri (CIPS-stat) Pesaran (2007) kritik tablo değerleri ile karşılaştırıldığında %5 önemlilik düzeyinde CIPS-stat, kritik değerden büyüktür ($-1.742 > -2.72$). Böylece panelin birim köklü olduğunu söyleyen temel hipotez kabul edilir. CADF ve CIPS istatistikleri birlikte değerlendirildiğinde, paneli oluşturan TSH/GSYİH serisinin ve Kanada, İzlanda, İrlanda, Norveç ve ABD dışındaki ülkelere ait TSH/GSYİH serilerinin birim kök içerdiği görülmektedir. Bu sonuçlara göre söz konusu OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamalarının GDP içerisindeki payı açısından herhangi bir yakınsama söz konusu değildir. Geride kalan OECD ülkeleri lider ülkeleri yakalayacak düzeyde sağlık harcaması yapmamaktadırlar.



Tablo 15: KSH/TSH Değişkenine Ait Pesaran CADF Birim Kök Testi Sonuçları

Ülke	CADF-istatistiği	Gecikme uzunluğu
Avustralya	0.000	5
Avusturya	-2.279	3
Kanada	0.000	5
Belçika	-2.594	2
Çek Cumhuriyeti	0.664	2
Danimarka	-2.395	2
Finlandiya	-0.869	3
Fransa	-2.324	3
Almanya	0.018	2
Yunanistan	-1.935	2
Macaristan	-3.055***	2
İzlanda	0.000	5
İrlanda	-1.824	2
İsrail	-3.743***	2
İtalya	0.000	5
Japonya	-0.902	3
Meksika	0.000	5
Hollanda	-2.603	3
Yeni Zelanda	0.265	2
Norveç	-3.035***	2
Polonya	-2.633***	2
Portekiz	-0.610	4
İspanya	-0.830	4
İsveç	0.000	5
İsviçre	-3.336***	2
Türkiye	-2.833**	2
İngiltere	-3.387***	4
ABD	0.000	5
CIPS-stat= -1.437		

Not: Kritik değerler; 2.88 (%1)***, -2,72(%5)**, -2.63(%10)*

Tablo 15’de yer alan sonuçlara göre, KSH/TSH değişkenine ait t istatistik değeri (CIPS-stat) Pesaran (2007) kritik tablo değerleri ile karşılaştırıldığında %5 önemlilik düzeyinde CIPS-stat, kritik değerden büyüktür ($-1.437 > -2.72$). Böylece panelin birim köklü olduğunu söyleyen temel hipotez kabul edilir. CADF ve CIPS istatistikleri birlikte değerlendirildiğinde, paneli oluşturan KSH/TSH serisinin ve Macaristan, İsrail, Norveç, Polonya, İsviçre, Türkiye ve İngiltere dışındaki ülkelere ait KSH/TSH serilerinin birim kök içerdiği görülmektedir. Bu sonuçlara göre söz konusu OECD ülkelerinde Kamu tarafından gerçekleştirilen sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı açısından herhangi bir yakınsama söz konusu değildir.

Tablo 16: ÖSH/TSH Değişkenine Ait Pesaran CADF Birim Kök Testi Sonuçları

Ülke	CADF-istatistiği	Gecikme uzunluğu
Avustralya	-2.269	2
Avusturya	-2.107	3
Kanada	0.000	5
Belçika	-2.621	2
Çek Cumhuriyeti	0.949	2
Danimarka	-2.455	2
Finlandiya	-0.860	3
Fransa	-2.166	3
Almanya	-0.473	3
Yunanistan	-1.967	2
Macaristan	-3.074***	2
İzlanda	0.000	5
İrlanda	-1.835	2
İsrail	-1.379	3
İtalya	0.000	5

Japonya	-0.907	3
Meksika	0.000	5
Hollanda	-2.584	3
Yeni Zelanda	0.336	2
Norveç	-2.978***	2
Polonya	-2.582	2
Portekiz	-0.652	4
İspanya	-0.623	4
İsveç	0.000	5
İsviçre	-2.935***	2
Türkiye	-2.984***	2
İngiltere	-3.573***	4
ABD	0.000	5
CIPS-stat= -1.419		

Not: Kritik değerler; 2.88 (%1)***, -2,72(%5)**, -2.63(%10)*

Tablo 16’da yer alan sonuçlara göre, ÖSH/TSH değişkenine ait t istatistik değeri (CIPS-stat) Pesaran (2007) kritik tablo değerleri ile karşılaştırıldığında %5 önemlilik düzeyinde CIPS-stat, kritik değerden büyüktür (-1.419 > -2.72). Böylece panelin birim köklü olduğunu söyleyen temel hipotez kabul edilir. CADF ve CIPS istatistikleri birlikte değerlendirildiğinde, paneli oluşturan ÖSH/TSH serisinin ve Macaristan, Norveç, İsviçre, Türkiye ve İngiltere dışındaki ülkelere ait ÖSH/TSH serilerinin birim kök içerdiği görülmektedir. Bu sonuçlara göre söz konusu OECD ülkelerinde Özel kurum tarafından gerçekleştirilen sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı açısından herhangi bir yakınsama söz konusu değildir. Geride kalan OECD ülkelerinde lider ülkeleri yakalayacak düzeyde sağlık harcaması özel sektör tarafından yapılmamaktadır.

Tablo 17: BÖÖ Değişkenine Ait Pesaran CADF Birim Kök Testi Sonuçları

Ülke	CADF- istatistiği	Gecikme uzunluğu
Avustralya	-4.865***	2
Avusturya	-1.102	3
Kanada	-2.788**	2
Belçika	-1.843	2
Çek Cumhuriyeti	-3.586***	2
Danimarka	-4.555***	2
Finlandiya	-3.169***	2
Fransa	-2.707*	2
Almanya	-3.057***	2
Yunanistan	-2.595	2
Macaristan	-0.811	3
İzlanda	-3.910***	2
İrlanda	-1.763	2
İsrail	-1.562	2
İtalya	-2.129	2
Japonya	-2.833**	2
Meksika	-2.111	2
Hollanda	-2.506	2
Yeni Zelanda	-2.828**	2
Norveç	-2.953***	2
Polonya	-2.574	2
Portekiz	-1.425	2
İspanya	-0.910	4
İsveç	-2.583	2
İsviçre	0.000	5
Türkiye	0.000	5
İngiltere	-3.458***	2
ABD	-1.787	2
CIPS-stat=	-2.372	

Not: Kritik değerler; 2.88 (%1)***, -2,72(%5)**, -2.63(%10)*

Tablo 17’de yer alan sonuçlara göre, BÖO değişkenine ait t istatistik değeri (CIPS-stat) Pesaran (2007) kritik tablo değerleri ile karşılaştırıldığında %5 önemlilik düzeyinde CIPS-stat, kritik değerden büyüktür ($-2.37 > -2.72$). Böylece panelin birim köklü olduğunu söyleyen temel hipotez kabul edilir. CADF ve CIPS istatistikleri birlikte değerlendirildiğinde, paneli oluşturan BÖO serisinin ve Avustralya, Kanada, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Finlandiya, Fransa, Almanya, İzlanda, Japonya, Yeni Zelanda, Norveç ve İngiltere dışındaki ülkelere ait BÖO serilerinin birim kök içerdiği görülmektedir. Bu sonuçlara göre söz konusu OECD ülkelerinde bebek ölüm oranı açısından herhangi bir yakınsama söz konusu değildir.

Tablo 18: DBYS Değişkenine Ait Pesaran CADF Birim Kök Testi Sonuçları

Ülke	CADF-istatistiği	Gecikme uzunluğu
Avustralya	1.210	2
Avusturya	-3.250***	2
Kanada	-1.532	2
Belçika	0.000	5
Çek Cumhuriyeti	-1.157	2
Danimarka	-2.487	2
Finlandiya	-1.411	2
Fransa	-1.244	2
Almanya	-3.017***	2
Yunanistan	-2.979***	3
Macaristan	-4.380***	3
İzlanda	-2.284**	2
İrlanda	-12.623***	4
İsrail	-1.921	3
İtalya	-2.565	2
Japonya	-1.814	2
Meksika	-0.808	2
Hollanda	-2.749**	2
Yeni Zelanda	-0.541	4
Norveç	-3.757***	3
Polonya	-2.168	2

Portekiz	-2.740**	2
İspanya	-0.555	2
İsveç	-2.159	2
İsviçre	-2.915**	2
Türkiye	0.000	5
İngiltere	-2.310	2
ABD	-1.440	2
CIPS-stat=	-2.271	

Not: Tablo değerleri; -2.88 (%1), -2,72(%5), -2.63(%10)

Tablo 18’de yer alan sonuçlara göre, DBYS değişkenine ait t istatistik değeri (CIPS-stat) Pesaran (2007) kritik tablo değerleri ile karşılaştırıldığında %10 önemlilik düzeyinde CIPS-stat, kritik değerden büyüktür (-2.71 <-2.63). Böylece panelin birim köklü olduğunu söyleyen temel hipotez ret edilir. CADF ve CIPS istatistikleri birlikte değerlendirildiğinde, paneli oluşturan DBYS serisinin durağan olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara göre söz konusu OECD ülkelerinde doğumda beklenen yaşam süresi açısından bir yakınsama söz konusudur.

Yine çalışmanın sonuçlarını güçlendirmek adına Panel birim kök testlerinden biri olan Hadri-Kurozumi (2012) testi tüm değişkenler için uygulanmış ve analiz sonuçları Tablo 18’de verilmiştir.

Tablo19: Hadri ve Kurozumi (2012) Panel Birim Kök Test Sonuçları

Değişken	Z_A^{spac}	ZA_la and p-val
TSH/GSYİH	19.3754 [0.0000]	22.7206 [0.0000]
KSH/TSH	18.1656 [0.0000]	57.4299 [0.0000]
ÖSH/TSH	11.0199 [0.0000]	9.9456 [0.0000]
BÖÖ	28.7160 [0.0000]	239.3528 [0.0000]
DBYS	1.3666 [0.0859]*	7.4510 [0.0000]

Not: Parantez içerisindeki rakamlar olasılık değerleridir. * %10 anlamlılık düzeyinde durağan olmadığını göstermektedir.

Tablo 19’da yer alan sonuçlara göre, TSH/GSYİH, KSH/TSH, ÖSH/TSH ve BÖO değişkenleri için % 1 anlamlılık düzeyinde panelin durağan olduğunu savunan H_0 temel hipotezi ret edilmektedir, söz konusu değişkenler düzeyde durağan değildir. TSH/GSYİH, KSH/TSH, ÖSH/TSH ve BÖO göstergeleri açısından ilgili OECD ülkelerinde bir yakınsama söz konusu değildir. Ancak DBYS değişkeni açısından Z_A^{spa} test istatistiğine göre hesaplanan olasılık değerine göre %10 anlamlılık düzeyinde sıfır hipotezi ret edilmez DBYS serisine ait panel durağandır. Doğumda beklenen yaşam süresi açısından söz konusu OECD ülkelerinde yakınsama söz konusudur. Hadri-Kruzomi testinden elde edilen sonuçlar ile CADF testinden elde edilen sonuçlarla benzerlik göstermektedir. Bu da ulaşılan sonuçların güvenilirliğini arttırmaktadır.

SONUÇ

Bir ülkede, sağlık hizmetlerinin verilmesi sürecinde finansman yönteminin seçimi, o ülkenin sosyal yapısı ve devlet rejiminin şekliyle ilişkilidir. Ancak bu da ülkenin sağlık finans yönteminin seçimini kolaylaştırmaz. Dolayısı ile finansman yöntemi seçimine ilişkin önerilecek tam da bu yöntem doğrudur diyebileceğimiz bir reçete olmamaktadır. Ülkeler finans yöntemlerini kendi siyasal ve toplumsal yapılarına uygun hale getirerek seçimlerini yaparlar.

Sağlık hizmetlerinin finansman şekli ve sağlık sistemini oluşturan bileşenlerden biri olan sağlık harcamalarının nasıl olacağı konusu devletlerin ve yönetimlerin tartıştıkları en önemli konuları teşkil etmektedir. Sağlık hizmetleri finansmanı kaynak yaratmayı yani toplumdan para toplamayı gerekli kıldığından dolayı gelir dağılımı üzerinde önemli etkiye sahiptir. Kaynaklar ne kadar büyükse etki de o kadar büyük olacaktır. Tam da bu noktada kaynakların etkin kullanımı ve nasıl kullanılacağı da oldukça stratejik bir önem taşımaktadır. Bununla birlikte kaynakların yönetimi, alternatif oluşturma politikaları ele alınması gereken hususlardandır. Tüm bunların yapılabilmesi için sağlıklı verilere ve referans olabilecek uluslar arası kaynaklara ihtiyaç vardır. Bu tezimizde bu nedenle OECD verileri referans olarak kullanılmıştır.

Ancak tüm OECD ülkelerinin verilerine ulaşamadığımızdan dolayı (özellikle gelişmekte olan ülkeler)²⁸ ülke çalışmamızın kısıtlanmasına neden oldu. Bununla birlikte ülkelerin sağlık statülerine ilişkin kullandığımız bazı parametrelerin verilerine de ulaşmakta zorluk yaşandı. Örneğin; doğumdan beklenen yaşam süresi 2014 verilerine ulaşamadı, bebek ölüm hızı 2014 verileri eksik ve anne ölüm hızı verilerine hiç ulaşamadı. Bu durum dışında bu çalışmada karşılaşılan başka bir problem olmadı. Özellikle 2003 yılının baz seçilmesinin nedeni de bu verilere bu tarih öncesinde ulaşmanın zorluğu ve Türkiye'nin sağlıkta dönüşüm politikasının hayata geçiş tarihi olması itibarıyla anlamlıydı.

Sağlık politikalarının belirleyicileri arasında yer alan sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı, kamu ve özel sektörün toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranı, bebek ölümleri oranı, doğumda beklenen ortalama yaşam süresi gibi faktörler

açısından Türkiye'nin de bulunduğu 28 OECD ülkesinde 2003-2014 yılları arasında sağlık politikalarının yakınsaması panel birim kök testleri ile araştırılmıştır. Çalışmada öncelikle yatay kesit bağımlılığının varlığı sonucuna ulaşılmış ve bu durumda kullanılması gereken ikinci kuşak panel birim kök testlerinden Pesaran (2007)'in CADF testi ve Hadri-Kurozumi (2012) testlerinden faydalanılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre; 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. Bu bulgu, Aslan (2009), Umutlu vd. (2011) ve Tülümce ve Zeren (2013) çalışmalarının sonuçlarıyla kısmen benzerlik göstermektedir. Toplam sağlık harcamaları değişkeni, sağlık harcamalarının kamu sektörü tarafından karşılanan oranı, sağlık harcamalarının özel sektör tarafından karşılanan oranı açısından yakınsamanın varlığına ulaşamaması, geride kalan OECD ülkelerinin lider ülkeleri yakalayacak düzeyde sağlık harcamalarına ulaşamadıklarını göstermektedir. Yine bebek ölüm oranı açısından da yakınsamanın bulunamaması geride kalan OECD ülkelerinin lider ülkeleri yakalayacak düzeyde bu yönde sağlık politikası üretmediğini göstermektedir. Ancak doğumda beklenen yaşam süresi göstergesi açısından yakınsama bulgusuna ulaşılması, ülkeler arasında benzerliklerin varlığına işaret etmektedir. Bu da bize şunu tekrardan gündemimize getirmemize neden olacaktır; sağlık politikacılarının önümüzdeki yıllarda alacakları sağlık reformlarıyla ilgili kararlarda yukarıda adı geçen göstergelerin olumlu değişimleri konusunda diğer lider ülkelerin ve benzer ekonomiye sahip ülkelerin siyasi ve ekonomik reflekslerin neler olduğunun masaya yatırılarak uzman kişilerce değerlendirilmesi gerekmektedir.

Çalışmada ayrıca MR çekim oranlarının ve ilaç harcamalarının OECD ülkelerine nazaran daha yüksek oluşu sağlık politikacılarının üzerinde düşünmeleri gereken bir konu. Özellikle bahsi geçen sağlık hizmetleri sağlık harcamalarını artırıcı unsur olarak düşünürsek buraya yapılan gereksiz harcamaların,(örneğin;1000 kişiye düşen hastane yatak sayısının OECD ülkelerine göre gerisindeyiz) daha doğru yerlerde harcanması ülkenin sağlık hizmetinin daha iyi verilmesi için gerekli hususlardandır.

Seçilen OECD ülkelerine bakıldığında kişi başı sağlık harcamaları ülkelerarası farklılıkların çok büyük olduğu görülmektedir. Yine ülkelerarası karşılaştırmalarda ülke sağlık statüleri ile sağlık harcamaları arasında doğrudan bir ilişki olmadığı da son derece açıktır. Tüm bunlar , sağlık harcamaları ile birlikte diğer harcama türlerinin de (eğitim beslenme, barınma gibi) sağlık statüsünün iyileşmesinde önemli olduğunu göstermektedir.

Ülkelerarası kıyaslamalarda sağlık statüsü ile sağlık harcamaları arasında doğrudan ilişki olmadığı gözlenmiştir. Çünkü sağlık statüsünün gelişimi konusunda sağlık harcamasının tek başına yeterli olmadığı bu konuda yapılan araştırmalarda da doğrulanmaktadır.



KAYNAKLAR

- Aba,G.(2014)’’Ülkeler Arası Sağlık Eşitsizliklerinin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi’’Marmara Üniversitesi,(Yayınlanmamış Doktora Tezi), İstanbul.
- Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi, **Sayıştay Dergisi**, 64, 33-58.
- Akın,C.S.(2007)’’Sağlık ve sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerinde etkisi:Türkiye’de sağlık Sektörü ve Harcamaları’’Çukurova Üniv.Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayınlanmamış Yüksek lisans tezi).
- Akdur R.(2006) Sağlık Sektörü “Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu”. ATAUM Araştırma Dizisi No:25, Ankara Üniversitesi Basımevi, Yayın No: 2. Ankara.
- Aktan, C. C. Ve Işık, A.K., (10.06.2010a), Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Alternatif Yöntemler, www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdfaktan/finansman-alternatif.pdf.
- Aslan, A. (2009), “Convergence of Per Capita Health Care Expenditures in OeCD Countries”, **International Research Journal of Finance and Economics**, p;24, 48-53.
- Ateş.M.(2011),’’Sağlık Sistemleri’’ ,Beta Yayıncılık,s;16-17,İstanbul
- Aydın, S. (2008). Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Yaklaşımı ve Sağlık Hizmet Sistemi Reformundaki Yeri, Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sempozyumu, FTS Turizm, Ankara.
- Baltagi, Badi H.,(2005) Econometric Analysis of Panel Data, England: John Wiley & Sons Ltd.
- Belek İ.(2009).’’Sağlığın Politik Ekonomisi, Sosyal Devletin Çöküşü “ ,Yazılama Yayınları,İstanbul
- Bulutoğlu, K. (1977). **Kamu Ekonomisine Giriş**, İstanbul: Temat Yayınları.

- Çelebi,A.K. ve Cura,S.(2013)’’Etkinlik Göstergeleri Açısından Sağlık Sistemleri:Karşılaştırmalı Bir Analiz’’ **Maliye Dergisi**,Sayı:164,s;47-67
- Çelik,Y.(2011)’’ Sağlık Ekonomisi’’ Siyasal Kitabevi,s;25-34,194Ankara.
- Çelikay,F.ve Gümüş,E.(2010)Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı, **Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**,11(1),s;177-216
- Ceylan,R.(2010)’’Yakınsama Hipotezi:Teorik Tartışmalar’’ **Sosyo Ekonomi Dergisi**,Ocak Haziran,s;48-60
- Çukur ve Bekmez(2011)’’Türkiye’de gelir,Gelir eşitsizliği ve Sağlık İlişkisi Panel veri Analizi Bulguları’’Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 10(1);s;21-40
- Çilingiroğlu N. (2006). **Halk Sağlığı** (Temel Bilgiler). Güler Ç. ve Akın L. (eds.) Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Choi, In.,(2001) “Unit Roots Tests for Panel Data.” **Journal of International Money and Finance**, Sayı: 20, s;229-272.
- Daştan,İlker;Çetinkaya,Volkan(2015)’’OECD Ülkeleri ve Türkiye’nin sağlık Sistemleri, sağlık harcamaları ve sağlık Göstergeleri Karşılaştırması’’ **Sosyal Güvenlik Dergisi**, 1,(104-134).
- Dinler, Z. (2004). Mikro Ekonomi, Bursa: Ekin Kitabevi, Yayın No: 15.
- Fişek G, ve ark. Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi 1946-1996. istanbul: SSK-Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı; 1998. p. 24-25
- Gemlik N, Ayanoğlu Şişman F.(2011) Sağlık Kurumlarında Yönetim. İçinde: Yıldırım Kaptanoğlu A, ed. Sağlık Yönetimi. Beşir Kitabevi, İstanbul;s.90-120.
- Güloğlu, B. ve İspir,S. (2009) “Yeni Gelişmeler Işığında Türkiye’de Satın Alma Gücü Paritesi Ön savının Panel Birim Kök Sınaması”, **Pamukkale Üniversitesi İ.İ.B.F.İktisat Bölümü Yayınları**.

- Hadri, K. (2000), “Testing for Stationarity in Heterogeneous Panels”, **Econometrics Journal** 3: 148-161.
- Hadri, Kaddour ve Eiji, KUROSUMI, (2012) “A Simple Panel Stationarity Test in the Presence of Serial Correlation and a Common Factor”, **Economics Letter**, Sayı:115, ss.31-34. Im, Pesaran and Shin (2003), "Testing for Unit Roots in Heterogeneous Panels", **J. of Econometrics**, vol 115,53-74.
- Hıtırıs, T. (1997), .Health Care Expenditure and Integration in The Countries of The European Union.,**Applied Economics**, 29, ss. 1-6.
- İstanbuluoğlu, H. ve ark.(2010) “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri”
Drim Tıp Gazetesi ,86-100
- Kavuncubaşı Ş, Yıldırım S. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. 2. Baskı. Siyasal Kitabevi, Ankara; 2010
- Kesgin, Ç. ve Topuzoğlu, A. (2006). “Sağlığın Tanımı; Başa çıkma”, **Journal of Istanbul Kultur University**, 3, 47-49.
- Kurtulmuş S.(1998). Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi , Değişim Dinamları Yayınları, İstanbul
- Levin, A. Ve ark. (2002), “Unit Root Tests in Panel Data: Asymptotic and Finite Sample Properties”, **Journal of Econometrics**, 108: 1-24.
- Moon, H.R. ve ark.(2006), On the Breitung Test for Panel Unit Roots and Local Asymptotic Power, Further Calculations, **Mimeo. Cowles Foundation Paper** No: 1179. <http://cowles.econ.yale.edu/>
- Musgrove, P. (1996), “Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns”, Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper, World Bank, Washington D.C.
- Mutlu, A. Ve Işık, A.K. (2005), Sağlık Ekonomisine Giriş, Ekin Kitabevi Yayınları, Bursa.

- Mutlu, A. Ve Işık, A.K.(2012)''Sağlık Ekonomisine Giriş''Ekin Yayınevi s.;218
- Mutlu A,Işık AK(2012)''Sağlık Ekonomisine Giriş''.Ekin Yayınevi, Bursa,s.221,293-296
- Özer,Ö. Ve ark. 2015)'' Sağlık Sistemlerinde Finansal Sürdürülebilirlik''Kuram ve Uygulama,Absam,Ankara,s;15-17
- Özgen,H. Ve Tatar,M.(2008)**Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**,Cilt;11, Sayı;1, s;103-132
- Öztürk, Nazım (2004), "Piyasa Başarısızlıkları", **Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hakemli Dergisi** Öneri, cilt 6, sayı 21, ss. 173-187.
- Özkara, Y. (2006). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Antalya, Türkiye.
- Pesaran, Hasem, M, (2004) "General Diagnostic Tests for Cross Section Dependence in Panels", **Working Paper** No:0435, University of Cambridge. ss:1-39.
- Pesaran, M. H., (2006), A Simple Panel Unit Root Test In The Presence Of Cross Section Dependence, **Cambridge University & Usc**: s.1-64
- Pesaran, Hashem, M., (2007) "A Simple Panel Unit Root Test in the Presence of Cross Section Dependence", **Journal of Applied Econometrics**, Sayı: 22, Cilt: 2, ss. 265-312.
- Saltman RB.(2004) **Social health insurance in perspective: the challange of sustaining stability**. In: Saltman RB, Busse R, Figueras R, eds. Social Health Insurance Systems in Western Europe.Isted. Philadelphia: Open University Press; 2004. p. 4-5.
- Sargutan, A. E. (1993) Türk Sağlık Sektörünün Yapısı, Sağlık-İş Yayınları,Ankara.

- Sargutan, A. E. (1996) Türk Sağlık Politikası- Değerlendirmeler İlkeler Öneriler, Üçüncü Baskı, Sağlık Yayınları, Ankara.
- Sargutan, A. E. (2003) Sosyal Politika Bilimi- Sosyal Politikalar, Sosyal Devlet, Sosyal Güvenlik, Başaran Teknik, Ankara.
- Sargutan, A. E. (2004) Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri, Başaran Teknik, Ankara.
- Sargutan, A. E. (2005) "sağlık Sektörü ve sağlık Sistemlerinin Yapısı, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt:8, Sayı:3, 401-428
- Self, S. ve Grabowski, R. (2003), "How Effective is Public Health Expenditure in Improving Overall Health? A Cross-Country Analysis", **Applied Economics**, 35, 835-845.
- Shortt S.E.D. (2002) "Medical savings accounts in publicly funded health care systems: Enthusiasm versus evidence", **Canadian Medical Association Journal**, 67(2): 159-62.
- Şener, O. (1996) "Kamu Ekonomisi", Beta Basımevi 5. Baskı, İstanbul s;4
- Uğurluoğlu, Ö. ve Çelik, Y. (2005), Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, c.8, s.1, ss. 327
- Uğurluoğlu, E. ve Özgen, H. (2008) "Sağlık Hizmetlerinde Finansman ve Hakkaniyet" **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi** cilt;11 sayı;2 s;144-147
- Uğurluoğlu, Özgen (2008) "Sağlık Hizmetleri ve Hakkaniyet" **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi** Cilt:11 Sayı:2 Sayfa:133-160
- Umutlu, G. Ve ark. (2011), "Ekonomik Büyüme Farklılıklarının İncelenmesi: OECD Ülkeleri İçin Bir Uygulama", **SÜİİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi**, 16 (22), Konya, 351-372.

- Uz,H.(2003).’’Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Hastanelere Ödeme Modelleri’’
Hastane Yöneticiliği(Editör: Hayran,O; Sur,Haydar),Nobel Tıp Kitabevleri
Yayını,İstanbul.
- Tatar F. (1996) “Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları”, **Toplum ve Hekim**,
11(72): 42-50.
- Tatar,M.(2011)’’Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri:Sosyal Sağlık
Sigortasının Türkiye’de Gelişimi’’,**Sosyal Güvenlik Dergisi** sayı:1 s;103-132
- Tengilimoğlu D, Işık O, Akbolat M. Sağlık İşletmeleri Yönetimi. 3. Baskı. Nobel
Yayın Dağıtım, Ankara; 2011
- Thomson ,S ve ark. (2009b). Addressing Financial Sustainability in Health Systems,
WHO, Copenhagen
- Tülümce S.Y.,Zeren F. (2013) OECD Ülkelerinde Sağlığın Yakınsamasının Analizi:
Panel Birim Kök Testi, **Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari
Bilimler Fakültesi Dergisi**,C.18, S.2, s.287-300
- WHO (2000) The World Health Report 2000, Health Systems: Improving
Performance, Geneva.
- WHO (2002) European Health Report 2002, Regional Office for Europe
- WHO (2004) What are The Equity, Efficiency, Cost Containment and Choice
Implications of Private Health-Care Funding in Western Europe? WHO
Regional Office for Europe’s HealthEvidence Network (HEN) Report.
- WORLD BANK (1993), Investing in Health, World Development Report 1993 (The
World Bank and Oxford University Press).
- Woolhandler, Steffie ve ark.(2003) “Costs of Health Care Administration in the
United States and Canada”, **New England Journal of Medicine**, 349(8):
768–775.

Yıldırım, S. (1994). Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü ,YayınlanmamışUzmanlık Tezi.

Yıldırım,H.H. ve ark.(2011) **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt 44, Sayı 2, s. 71-98.

Yıldırım H.H.,(2012a).''Sağlık harcamaları ve Sağlık Finansmanı, İçinde:Yıldırım HH(editör)Sağlık Sigortacılığı, Anadolu Üniversitesi Yayını,Eskişehir.

Zweifel, Peter; ve ark.(2005), .The Sisyphus Syndrome in Health Revisited.,**International Journal ofHealth Care Finance and Economics**, 5(2), ss. 127-145.



ÖZGEÇMİŞ

08.02.1969 yılında Diyarbakır'ın Ergani ilçesinde dünyaya geldi. İlk, ortaokul ve lise öğrenimini burada tamamladı. 1986 yılında Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksek Okulunu kazandı. 1990 yılında mezun oldu. Özel sektör deneyimimden sonra Dicle Üniversitesinde 1999 yılında Atatürk Sağlık Hizmetleri M.Y.O. 'nunda öğretim görevlisi olarak çalışmaya başladı. 2010 yılında İktisadi İdari Bilimler Fakültesi bünyesinde kurulan Sağlık Yönetimi Bölümünde dört yıl öğretim görevliliği görevini yürüttü. Yüksek lisans eğitimime 2014 yılında Beykent Üniversitesinde başladı. Sağlık harcamaları ve sağlık politikaları özel ilgilendiği alanlardandır. Evli ve bir çocuk annesidir.

Zekiye ERTEN