



**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANABİLİM DALI**

**TÜRKİYE'DE KAMU SAĞLIK HARCAMALARININ
FİNANSMANI, SÜRDÜRÜLEBİLİRLİĞİ VE TEMEL
BELİRLEYİCİLERİ**

**Hazırlayan
Ömer KÖKSAL**

**Danışman
Prof. Dr. Eyyup ECEVİT**

Doktora Tezi

Ocak 2023, KAYSERİ

Ömer KÖKSAL

İKTİSAT ANABİLİM DALI

Doktora Tezi

2023

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANABİLİM DALI**

**TÜRKİYE’DE KAMU SAĞLIK HARCAMALARININ
FİNANSMANI, SÜRDÜRÜLEBİLİRLİĞİ VE TEMEL
BELİRLEYİCİLERİ**

(Doktora Tezi)

**Hazırlayan
Ömer KÖKSAL**

**Danışman
Prof. Dr. Eyyup ECEVİT**

Ocak 2023, KAYSERİ

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Ömer KÖKSAL



TEZ ÖZGÜNLÜK SAYFASI

T.C.

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü

Anabilim Dalı : İktisat

Program Adı : Doktora

Tez Başlığı : Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamalarının Finansmanı, Sürdürülebilirliği
ve Temel Belirleyicileri

Yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının a) Giriş, b) Ana bölümler ve c) Sonuç kısımlarından oluşan (Kapak, Ön söz, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) toplam 86 sayfalık kısmına ilişkin 18/01/2023 tarihinde **Turnitin** intihal programından aşağıda belirtilen filtreleme uygulanarak alınmış olan özgünlük raporuna göre tezin benzerlik oranı: **% 12’** dir.

Filtrelemeye **alıntılar dahil** edilmiştir. Filtrelemede **yedi (7) kelimedenden daha az** örtüşme içeren metin kısımları hariç tutulmuştur.

Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez İntihal Raporu Uygulama Esaslarını inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmasının herhangi bir intihal içermediğini, aksinin tespit edilmesi durumunda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini bilgilerinize arz ederim. 23/01/2023

Danışman: Prof. Dr. Eyyup ECEVİT

Öğrenci: Ömer KÖKSAL

KILAVUZA UYGUNLUK

“Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamalarının Finansmanı, Sürdürülebilirliği ve Temel Belirleyicileri” başlıklı Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmıştır.

Hazırlayan

Ömer KÖKSAL

Danışman

Prof. Dr. Eyyup ECEVİT

İktisat ABD Başkanı

Prof. Dr. Faik BİLGİLİ

KABUL VE ONAY TUTANAĞI

Prof.Dr.Eyyup ECEVİT danışmanlığında **Ömer KÖKSAL** tarafından hazırlanan **“Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamalarının Finansmanı, Sürdürülebilirliği ve Temel Belirleyicileri”** adlı bu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü **İktisat** Anabilim Dalı’nda **Doktora** tezi olarak kabul edilmiştir.

30/12/2022

JÜRİ:

Danışman	: Unvan Adı SOYADI	İmza
Üye	: Unvan Adı SOYADI	İmza
Üye	: Unvan Adı SOYADI	İmza
Üye	: Unvan Adı SOYADI	İmza
Üye	: Unvan Adı SOYADI	İmza

ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulu'nun /.../..... tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

..... /...../

Prof. Dr. Atabey KILIÇ

Enstitü Müdürü

ÖN SÖZ

Doktora eğitime başladığım günden ve bu tez çalışmasının konusunun belirlenmesinden kabul edilmesine kadar geçen süreçte değerli görüş ve düşünceleri ile bana yol gösteren saygı değer hocam Prof.Dr. Eyyup ECEVİT'e ve özellikle çalışmamın uygulama aşamasında benden bilgi ve emeğini esirgemeyen Prof.Dr. Murat ÇETİN hocama teşekkürlerimi sunuyorum.

Doktora eğitim sürecinin hem ders hem de tez aşamasında hep yanımda olan, varlıklarıyla huzur bulduğum ve manevi desteklerini hissettiğim eşim Esra, oğullarım Semih ve Taha, Kızım Ayşe Serra'ya sevgiyle...

Ömer KÖKSAL, Kayseri, 2022

TÜRKİYE’DE KAMU SAĞLIK HARCAMALARININ FİNANSMANI, SÜRDÜRÜLEBİLİRLİĞİ VE TEMEL BELİRLEYİCİLERİ

Ömer KÖKSAL

Erciyes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü

Doktora Tezi, Ocak 2023

Danışman: Prof. Dr. Eyyup ECEVİT

ÖZET

Bu çalışmanın temel amacı Türkiye’de kamu sağlık harcamalarının finansmanının nasıl sağlandığı ve finansmanın sürdürülebilirliğinin yanında sağlık harcamalarını etkileyen faktörleri 1980-2019 dönemi için araştırmaktır. Bu amaçla teorik ve ampirik literatürden yararlanarak kamu sağlık harcamalarının bağımlı değişken, 65 yaş ve üstü nüfus, finansal gelişme, karbondioksit emisyonu, GSYİH (kişi başına düşen reel gelir) ve kentleşme değişkenlerinin ise bağımsız değişkenler olduğu bir regresyon modeli kurulmuştur. Çalışmada değişkenler arasındaki uzun dönem ilişkinin tespit edilmesinde ARDL yöntemi uzun dönem katsayıların tahmin edilmesinde ise FMOLS tahmin tekniği kullanılmıştır. ARDL yöntemi ile yapılan analiz neticesinde serilerin eşbütünleşik oldukları belirlenmiştir. FMOLS tahmin tekniği ile yapılan analiz neticesinde ise uzun dönemde ekonomik büyüme ile kamu sağlık harcamaları arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ayrıca uzun dönemde 65 yaş ve üzeri nüfus, karbondioksit emisyonu ve kentleşmenin kamu sağlık harcamalarını artırdığı, finansal gelişmenin ise kamu sağlık harcamalarını azalttığı bulgularına ulaşılmıştır. Bu sonuçlardan yararlanarak Türkiye ekonomisinde sağlık harcamaları ile ilişkili olarak bazı politika önerilerinde bulunulmuştur. Bu öneriler kısaca aile hekimliğinin güçlendirilmesi, yenilenebilir enerji kaynaklarına yatırım yapılması, finansal gelişmeye yönelik çalışmaların yapılması ve düzenli çevre oluşturulmasına yönelik mevzuat çıkartılması başlıklarından oluşmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kamu sağlık harcamaları, Temel belirleyiciler, ARDL sınır testi, FMOLS tahmincisi, Türkiye ekonomisi

FINANCING, SUSTAINABILITY AND KEY DETERMINANTS OF PUBLIC HEALTH EXPENDITURES IN TURKEY

Ömer KÖKSAL

Erciyes University, Graduate School of Social Sciences
PhD Thesis, January 2023
Supervisor: Prof. Dr. Eyyup ECEVİT

ABSTRACT

The main purpose of this study is to investigate how public health expenditures are funded, whether that financing is sustainable, and what factors influence those expenditures in Turkey from 1980 to 2019. Using theoretical and empirical literature, a regression model has been constructed for this purpose. In this model, public health expenditure is the dependent variable, and the independent variables are the population of 65 and older, financial development, carbon dioxide emission, GDP (per capita), and urbanization. In the study, the ARDL method was employed to determine the long-term relationship between the variables, whereas the FMOLS estimation technique was used to estimate the long-term coefficients. Using the ARDL method, the series were found to be cointegrated. As a result of the analysis made with FMOLS estimation technique, no statistically significant relationship was found between economic growth and public health expenditures in the long run. Additionally, over the long run, the population of 65 and older, carbon dioxide emission, and urbanization were found to increase public health expenditures, while financial developments reduced public health expenditures. In the discussions, some recommendations and implications were presented in relation to health expenditures in the Turkish economy. Briefly, these recommendations include the topics of strengthening family medicine, investing in renewable energy resources, carrying out studies for financial development, and issuing legislation for creating an orderly environment.

Keywords: Public health expenditures, Key determinants, ARDL bound test, FMOLS estimator, Turkish economy

İÇİNDEKİLER

TÜRKİYE’DE KAMU SAĞLIK HARCAMALARININ FİNANSMANI, SÜRDÜRÜLEBİLİRLİĞİ VE TEMEL BELİRLEYİCİLERİ

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK	i
TEZ ÖZGÜNLÜK SAYFASI.....	ii
KILAVUZA UYGUNLUK	iii
KABUL VE ONAY TUTANAĞI	iv
ÖN SÖZ	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR LİSTESİ	xii
TABLolar LİSTESİ	xiv
ŞEKİLLER LİSTESİ	xv
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

KAMU SAĞLIK HARCAMALARININ BELİRLEYİCİLERİ VE FİNANSMANI

1.1. Sağlık Kavramı	4
1.2. Sağlık Ekonomisinin Kavramsal Çerçevesi ve Özellikleri.....	6
1.3. Kamu Ekonomisi Sağlık Hizmetleri İlişkisi	8
1.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Kamu Müdahalesini Gerekli Kılan Faktörler..	9
1.4.1. Piyasa Aksaklıkları	10
1.4.2. Dışsallıkların Varlığı	11
1.4.3. Satın Alma Gücündeki Dengesizlikler	11
1.5. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler	12
1.5.1. Gelirdeki Artış	14
1.5.2. İleri Teknoloji Kullanımının Etkisi	14
1.5.3. Yaşam Süresinin Uzaması	15

1.5.4. Sosyo-Kültürel Yapıya Bağlı Faktörler	16
1.5.5. Karbondioksit Emisyon Hacmi.....	16
1.5.6. Finansal Gelişme	17
1.5.7. Kentleşme	17
1.6. Sağlık Hizmetleri Piyasasının Özellikleri.....	18
1.7. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	19
1.7.1. Kamu Kaynaklı Finansman Yöntemleri	22
1.7.1.1. Sosyal Sağlık Sigortacılığı.....	22
1.7.1.2. Vergilerle Finansman.....	24
1.7.2. Piyasa Ekonomisi Aracılığıyla Finansman Yöntemleri.....	26
1.7.2.1. Cepten Ödeme	27
1.7.2.2. Özel Sağlık Sigortası	28
1.7.2.3. Tıbbi Tasarruf Hesabı	28
1.7.3. Bütünleştirilmiş Finansman Modeli	29
1.8. Sağlık Hizmetleri Finansmanının İşlevleri	30
1.9. Farklı Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	32
1.9.1. İngiltere’de Sağlık Sisteminin Genel Yapısı ve Finansmanı	32
1.9.2. Singapur’da Sağlık Sisteminin Genel Yapısı ve Finansmanı	33
1.9.3. ABD’de Sağlık Sisteminin Genel Yapısı ve Finansmanı	34
1.9.4. Almanya’da Sağlık Sisteminin Genel Yapısı ve Finansmanı	35
1.9.5. Japonya’da Sağlık Sisteminin Genel Yapısı ve Finansmanı	35

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE KAMU SAĞLIK HARCAMALARININ FİNANSMANI VE SÜRDÜRÜLEBİLİRLİĞİ

2.1. Türkiye’de Sağlık Sisteminin Tarihsel Gelişimi	38
2.1.1. Sosyal Sağlık Sigortası Sistemlerinin Örgütlenmesi	39
2.1.2. Sosyal Güvenlik Kurumu	39
2.1.3. Genel Sağlık Sigortası Sistemi	40
2.1.4. Türkiye’de Sosyal Sağlık Sigortasının Geleceği	41

2.2. Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Harcamaların Tarihsel Gelişimi	41
2.2.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Sonrası	44
2.2.2. SGK'nın Sağlık Hizmeti Satın Alması.....	47
2.2.2.1. Kamu Sağlık Hizmet Sunucularından Hizmet Alınması	47
2.2.2.2. Özel Sağlık Hizmet Sunucularından Hizmet Alınması	47
2.2.2.3. Eczacı ve Optikçilerden Hizmet Alınması	48
2.2.3. Türkiye’de Sağlık Harcamalarını Arttıran Nedenler	48
2.3. Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı	49
2.3.1. Türkiye’de Özel Nitelikli Sağlık Harcamalarının Finansmanı	51
2.3.1.1. Türkiye’de Cepten Ödemeler	51
2.3.1.2. Türkiye’de Özel Sağlık Sigortacılığı.....	53
2.3.2. Türkiye’de Kamusal Nitelikli Sağlık Harcamalarının Finansmanı	53
2.3.2.1. SGK Tarafından Sağlanan Kaynaklar	54
2.3.2.2. Devlet Bütçesince Sağlanan Kaynaklar.....	54
2.3.3. Finansmanı Olumsuz Etkileyen Faktörler	55
2.3.3.1. Kayıt Dışı İstihdam Olgusu	56
2.3.3.2. İşgücüne Katılım Oranının Düşüklüğü.....	57
2.3.3.3. İşsizlikteki Artış.....	57
2.3.3.4. Aktif Pasif Sigortalı Oranındaki Düşüş	58
2.3.4. Sağlık Hizmetleri Finansmanında Sürdürülebilirlik.....	59

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

EKONOMETRİK UYGULAMA: BİR ZAMAN SERİSİ ANALİZİ

3.1. Ampirik Analizin Amacı ve Önemi.....	62
3.2. Ampirik Literatür.....	62
3.2.1. Modelin Teorik Altyapısı	67
3.2.1.1. Sağlık Harcamaları ve 65 Yaş ve Üzeri Nüfus İlişkisi	67
3.2.1.2. Sağlık Harcamaları ve Finansal Gelişme İlişkisi.....	67
3.2.1.3. Sağlık Harcamaları ve CO2 İlişkisi	67

3.2.1.4. Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi	68
3.2.1.5. Sağlık Harcamaları ve Kentleşme İlişkisi.....	68
3.3. Metodoloji.....	69
3.3.1. Ng-Perron Birim Kök Testi	69
3.3.2. Eşbütünleşme Analizi (ARDL Sınır Testi Yaklaşımı)	71
3.3.3. Tam Düzeltilmiş En Küçük Kareler Yöntemi (FMOLS)	73
3.4. Ampirik Model ve Veri Seti	75
3.5. Ampirik Sonuçlar.....	76
3.5.1. Birim Kök Testi Sonuçları.....	76
3.5.2. ARDL Sınır Testi Eşbütünleşme Yaklaşımı ve FMOLS Sonuçları	78
SONUÇ VE DEĞERLENDİRME	83
KAYNAKÇA.....	87

SİMGELER ve KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Anabilim Dalı
ADF	: Genişletilmiş Dickey ve Fuller
ARDL	: Otoregresif Dağıtılmış Gecikmeler
Ar-Ge	: Araştırma Geliştirme
BM	: Birleşmiş Milletler
BPGNT	: Bootstrap Panel Granger Nedensellik Testi.
CO2	: Karbondioksit
CSH	: Cepten yapılan sağlık harcaması
DB	: Dünya Bankası
DPAM	: Dynamic Panel Autoregressive Model
DPEM	: Dynamic Panel Estimation Methods
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ECM	: Dinamik Hata Düzeltme Modeli
FANT	: Frekans Alan Nedensellik Testi.
FE	: Panel Data Analiz Fixed Effect
FMOLS	: Tam Düzeltilmiş En Küçük Kareler
FNT	: Fourier Nedensellik Testi
FPM	: Flexible Parametric Model
GNY	: Granger Nedensellik Yöntemi
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
İHEB	: İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi
KHDM	: Kısıtsız Hata Düzeltme Modeli
KSH	: Kamu Sağlık Harcamaları
LTRM	: Logit ve Tobit Regresyon Modelleri
NHS	: Ulusal Sağlık Hizmetleri
OECD	: İktisadi İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı
ÖHS	: Özel Hastalık Sigortası
PCT	: Birinci Basamak Vakıflar

PP	: Perron, Phillips ve Perron
PSEM	: Panel Sabit Etkiler Modeli
PVA	: Panel Veri Analizi
RE	: Random Effect
SA	: Semiparametric Approach (panel)
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SH	: Sağlık Harcamaları
SSGSS	: Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TEB	: Türk Eczacılar Birliği
TKGH	: Tek Kırılmalı Gregory ve Hansen Eş bütünleşme Testi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
USS	: Ulusal Sağlık Sigortası
WPET	: Westerlund Panel Eşbütünleşme Testi
YHS	: Yasal Hastalık Sigortası
YS	: Yaşam süresi

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 2.1:	Sabit Fiyatlarla 1980-2020 Yılları Türkiye’de Toplam Sağlık Harcamaları (OECD Baz Yıl 2015)	42
Tablo 2.2:	Sağlıkta Dönüşümde 18 Yıl (2002-2019)	45
Tablo 2.3:	Türkiye Sağlık Harcamaları Kamu –Özel Ayrımı (%)	45
Tablo 2.4:	Sağlık Hizmetleri Finansman Modelleri	50
Tablo 2.5:	Genel Devlet Sağlık Harcamaları	55
Tablo 2.6:	2008-2020 Yılları Kayıt Dışı İstihdam Oranları (%)	56
Tablo 2.7:	Aktif / Pasif Oranı, 2008-2019	59
Tablo 3.1:	Sağlık Harcamalarının Belirleyicilerine Yönelik Ampirik Literatür Taraması	63
Tablo 3.2:	Tanımlayıcı İstatistikler ve Korelasyon Matrisi (Zaman Serisi: 1980-2019)	76
Tablo 3.3:	Ng-Perron Birim Kök Testi Sonuçları (Sabitli-Trendli) (Düzeyde)	77
Tablo 3.4:	Ng-Perron Birim Kök Testi Sonuçları (Sabitli-Trendli) (Birinci Farkta) .	77
Tablo 3.5:	Uygun Gecikme Uzunluğunun Belirlenmesi	79
Tablo 3.6:	VAR Otokorelasyon LM Test Sonuçları	79
Tablo 3.7:	VAR Değişen Varyans Test Sonucu	79
Tablo 3.8:	VAR Normal Dağılım Test Sonucu	79
Tablo 3.9:	ARDL Sınır Testi Eşbütünleşme Sonuçları	80
Tablo 3.10:	FMOLS Uzun Dönem Tahmin Sonuçları	82

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1:	2019 Verilerine Göre Bazı Ülkelerdeki Sağlık Harcamalarının Gsyih Yüzdesi.....	12
Şekil 1.2:	Bazı OECD Ülkelerinin 65 Yaş ve Üzeri Nüfusunun Genel Nüfusa Oranı (2021)	15
Şekil 1.3:	Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Sosyal Sağlık Sigortası Uygulaması..	23
Şekil 1.4:	Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Vergilerle Finansman Uygulaması	25
Şekil 1.5:	Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Bütünleştirilmiş Finansman Modeli ..	30
Şekil 1.6:	Sağlık Hizmetleri Finansmanın İşlevleri.....	30
Şekil 1.7:	Sağlık Hizmetleri Üçgeni	31
Şekil 2.1:	Türkiye ve OECD Ortalaması 2003-2019 Yılları Sağlık Harcamaları GSYİH Yüzdesi (%).....	43
Şekil 2.2:	Türkiye ve OECD Ortalaması 2003-2019 Yılları Kişi Başına Sağlık Harcaması (PPP) ABD Doları.....	44
Şekil 2.3:	OECD Ülkelerinde 2019 Yılı İtibariyle Toplam Sağlık Harcamalarının Gsyih Ya Oranı Ve Bu Oranın Sektörel Dağılımı (%) (Türkiye Verisi 2020 Yılına Aittir).....	46
Şekil 2.4:	Sağlık Hizmetlerinin Finansman Çerçevesi	50
Şekil 2.5:	Yıllara Göre Cepten Yapılan Sağlık Harcamasının Toplam Cari Sağlık Harcaması İçindeki Oranı.....	52
Şekil 2.6:	Cepten Yapılan Cari Sağlık Harcamasının Cari Sağlık Harcaması İçindeki Oranının Uluslararası Karşılaştırılması, 2019 (Türkiye verisi 2020 yılına aittir).....	52
Şekil 2.7:	Türkiye ve OECD’de 1988-2021 yılları arası 15-64 yaş aralığı işgücüne katılım oranları	57
Şekil 2.8:	Türkiye’de 2001-2021 Yılları İşsizlik Oranları	58
Şekil 3.1:	VAR Karakteristik Kökler	79

GİRİŞ

Beşerî sermaye esas olarak sağlık ve eğitim tarafından belirlenir. Beşerî sermayenin rolü, herhangi bir ulusun gelişmesinde son derece önemlidir. Böyle bir rolün doğru bir şekilde yerine getirilmesi büyük ölçüde sosyo-ekonomik durum, bilgi ve daha önemlisi zihinsel ve fiziksel iyilik ile olur. Bu bağlamda Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı “fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik durumu” olarak ifade etmiştir.

Sağlıktaki iyileşme, insan sermayesinin artmasını sağlar. Bu artış, sağlığın iyileştirilmesi neticesinde uzun ömürlülük ve artan emek verimliliği ile gerçekleşecektir. Farklı standartlarda sağlık ve insan gelişimi çalışmalarında, sağlık için farklı kriterler göz önünde bulundurulmaktadır. Devletin sağlık harcamalarının maliyeti kaliteyi, yaşam beklentisini ve uzun ömürlülüğü artıracaktır. Başka bir deyişle, hükümetin sağlık harcamaları, kamu sağlığı ve sağlık sermayesi biriktirme kanalının desteklenmesine yol açacak ve bunun insan sermayesi ve ekonomik büyüme üzerindeki etkisi, insan gelişimini etkileyecektir.

Bireyler tüketim miktarına değil yaşam kalitesine giderek daha fazla odaklanmaktadır. Bu anlamda bireyin en temel özlemlerinden birisi, hastalığın kontrolü ve daha uzun bir yaşam beklentisi ile ilgilidir. Öyle ki, artan gelirin önemli bir kısmı sağlık hizmetlerine ayrılmaktadır. Sürdürülebilir kalkınma ve üretkenliğin artması için bireylerin sağlıklı olmasına ihtiyaç vardır. Bu nedenle ülkeler sağlık politikalarını sürekli gözden geçirerek yapısal reformları gerçekleştirmektedirler. Bu reformlar içerisinde sağlık hizmetlerinde eşitliğin ve verimliliğin sağlanması ülkelerin birincil öncelikleri arasında yer almaktadır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı tüm dünya ülkeleri için önemli bir konu haline gelmekle beraber ülkeler, sağlık ihtiyacı ortaya çıktığı anda bu ihtiyacın anında karşılanmasının nasıl garanti edileceği hususunda da politika üretmek durumundadırlar. Sağlık hizmetlerinin finansmanında en önemli olgu bu finansmanın sürdürülebilirliğidir. Sürdürülebilirliği etkileyen birçok faktör vardır. Ülkenin ekonomik yapısı, politik yaklaşım ve kararlar, siyasal kurumlar

bunlardan sadece birkaçıdır. Sağlık hizmetleri sürdürülebilirlik açısından devlet müdahalesini zorunlu kılan bir hizmet türüdür. Zira cepten harcama yöntemi ile sürdürülebilirlik oldukça zordur. Güçlü bir finansman sistemi için toplumun tüm bireylerini finansman sürecine dahil etmek gerekmektedir. OECD ülkelerinin birçoğunda sağlık hizmetleri bazılarında sigorta primi ile bazılarında ise vergiler ile olmak üzere kamu tarafından finanse edilmektedir.

Hükümetlerin politika oluşturma ve icra etme süreçlerini içeren sağlık sistemi yönetimi önemli bir işlevdir. Kamu ve özel sektörün rollerinin tanımlanması, önceliklerin belirlenmesi, kıt sağlık kaynaklarının tahsis edilmesi, sağlık sisteminin düzenlenmesi ve performansı, piyasa başarısızlıklarının olumsuz etkilerine karşı tüketicilerin korunması hususlarında hükümetlere büyük rol düşmektedir.

Kamu sağlık harcaması, bir hükümetin vatandaşlarının iyiliği ve sağlık programlarının sürdürülebilirliği taahhüdünün önemli bir göstergesidir. Kalkınma çalışmalarında da, kamu sağlık harcaması, yeterli sağlık sistemlerine yardımcı olmak için sosyal bir yatırım olarak görülmektedir.

Sağlık harcamalarının finansmanı ve bu finansmanın sürdürülebilirliği sağlık sisteminin ayakta kalabilmesi için üzerinde önemle durulması gereken bir konudur. Bundan hareketle çalışmada Türkiye’de kamu sağlık harcamalarının hangi kaynaklarla finanse edildiği incelenmiş ve kamu sağlık harcamalarını belirleyen değişkenlere ait eşbütünleşme ARDL sınır testi ile uzun dönem katsayıları ise FMOLS tahmin tekniği ile araştırılmıştır. Bu amaç doğrultusunda bağımlı değişkenin kamu sağlık harcamaları, bağımsız değişkenlerin ise 65 yaş ve üzeri nüfus, finansal gelişme, karbondioksit emisyonu, ekonomik büyüme ve kentleşmenin olduğu bir regresyon denklemi kurgulanmıştır.

Çalışmanın birinci bölümünde; sağlık, sağlık hizmetleri ve sağlık ekonomisi kavramları kavramsal çerçevede ele alınmıştır. Ayrıca bu bölümde sağlık finansman modelleri ve modellerin uygulandığı örnek ülkelerin sağlık sistemleri incelenmiştir.

İkinci bölümde; Türkiye’de uygulanmakta olan Bismark (sosyal sağlık sigorta sistemi) modeli incelenmiş ve sistemin sürdürülebilirliği ele alınmıştır.

Üçüncü bölümde; bir literatür taraması yapılmış, çalışmanın veri seti ve ampirik modeli üzerinde durulmuş ayrıca kullanılan zaman serisi metotları (Ng-Perron birim kök testi, ARDL sınır testi, FMOLS tahmincisi) tanıtılmıştır. Yine bu bölümde birim kök, eşbütünleşme ve uzun dönem tahminlerinden elde edilen bulgular sunulmuştur.

BİRİNCİ BÖLÜM

KAMU SAĞLIK HARCAMALARININ BELİRLEYİCİLERİ VE FİNANSMANI

Sağlık hizmeti harcamalarının belirleyicileri önemli bir uluslararası araştırma konusudur (Matteo, 2008, s. 30). Son kırk yılda birçok çalışma, sağlık harcamalarındaki genel eğilimler ve bununla ilgili çıkarımları anlama girişiminde bulunmuştur (Hooda, 2016, s. 2). OECD ülkeleri için toplam sağlık harcaması, GSYİH'nın %8,8'ini temsil etmektedir. Sağlık sektörüne yapılan harcamaların GSYİH içerisindeki önemi göz önüne alındığında, son yıllarda harcama belirleyicileri hakkında yapılan araştırmaların artması oldukça anlaşılabilir bir durumdur (Cylus vd., 2012, s. 10; OECD,2021).

Kamu sağlık hizmetleri, halkın sağlık statüsünde önemli bir rol oynadığından kamuya sürdürülebilir bir sağlık hizmeti sunmak için gerekli kamu sağlık finansmanı bir ülkedeki sağlık sonuçlarını etkileyen kritik belirleyicilerden biridir (Hilaire, 2015, s. 55). Kamu sağlık harcamaları, ülkenin mali kapasitesi ile pozitif yönde ilişkilidir ve mali kapasitenin güçlendirilmesiyle artmaktadır. Bir diğer ifade ile, eğer daha fazla kaynak mevcutsa, hükümet sağlık hizmetleri için daha büyük miktarda fon tahsis edecektir. Bununla birlikte; düşük kaynak kapasitesine sahip bir ülkenin, belirli bir sektöre yapılan harcama yükümlülüklerini yerine getirmesi zorlaşacağından; sağlık hizmetleri gibi bir sektörde daha fazla harcama daha fazla mali alan gerektirecektir (Hooda, 2016, s. 15).

Tez çalışmasının bu bölümünde, sağlık kavramı, sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetlerinin özellikleri, sağlık ekonomisi kavramı ele alınmıştır. Ayrıca bu bölümde sağlık finansman modelleri ve modellerin uygulandığı örnek ülkelerin sağlık sistemleri anlatılacaktır.

1.1. Sağlık Kavramı

Sağlık gerek fiziksel, gerekse ruhsal olarak iyi olma halini ifade eder. Sağlıklı olma durumu sadece rahatsız olmama durumunun da ötesinde ruhsal açıdan da herhangi bir probleme sahip olunmamasıdır. Sağlık kavramı, hem subjektif hem de objektif olarak ele alınabilir. Subjektif sağlık, kişilerin kendilerini sağlıklı olarak değerlendirdikleri durumu ifade ederken; objektif sağlık, kişinin uzmanlar tarafından muayene edildikten sonra sağlıklı olarak değerlendirilmesini ifade etmektedir (Yumuşak & Yıldırım, 2009, s. 58).

Sağlık hakkı, iç hukuk kuralları ile güvence altına alındığı gibi uluslararası hukuk kuralları ile de güvence altına alınmıştır. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi (İHEB)’e göre; herkesin, sağlık ve tıbbi bakım hakkı vardır (Kol, 2015, s. 140). İHEB’in 25. Maddesi “Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır” hükmüne amirdir. Diğer taraftan; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün, gerek 1978’de gerekse 1998’de yayınlamış olduğu bildirgelerde aynı hususlara yer verilmiştir. Böylece bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanması, uluslararası kurumlar tarafından güvence altına alınmıştır (İstanbulluoğlu, vd., 2010, s. 89).

DSÖ sağlık kavramını, 19-22 Haziran 1946 tarihinde New York’ta düzenlenen Uluslararası Sağlık Konferansında, “Sadece sakatlık ve hastalığın olmayışı değil ruh, beden ve sosyal yönden tam iyilik halidir” şeklinde tanımlamıştır. Bu tanım, DSÖ anayasasının giriş kısmında yerini almıştır. 22 Temmuz 1946 yılında 61 ülke tarafından kabul edilen bu anayasa, 7 Nisan 1948’de yürürlüğe girmiştir (Öztürk & Uçan, 2017, s. 140). DSÖ sağlığın bu tanımını yapmakla beraber; sağlığı vazgeçilmez bir servet olarak da kabul etmiştir. Hiç şüphesiz bu özellikle; sağlığın değeri hiçbir zaman kaybolmayacak ve sürekli gündemde olacaktır (Güven, 2016, s. 2). Bunun yanı sıra Birleşmiş Milletler (BM) Milenyum Zirvesi’nde, sağlığın en önemli ihtiyaç olduğu ve talep sıralamasında birinci sırada yer aldığı belirtilmiştir (Çetin & Ecevit, 2010, s. 168).

Bireylerin sağlık durumu, iş verimliliğini, okulda öğrenme kapasitesini ve zihinsel, fiziksel ve duygusal olarak büyüme yeteneğini belirleyebilir. Hastalıkların ortadan kaldırılması ve kişisel sağlığın iyileştirilmesi, gelir kazanma kapasitesini artıracaktır. Sağlıklı bir nüfus, verimlilik artışını, işyerinde daha fazla zaman geçirmeyi, eğitime daha fazla yatırım yapmayı ve uzun ömürlü olma beklentisi nedeniyle yatırımı arttırmayı sağlayarak ekonomiyi pozitif yönde etkileyecektir (Abdullah vd., 2016, s. 367). Sağlığın ekonomik kalkınma üzerindeki etkisine ilişkin çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Sağlıklı yaşam etkili bir işgücünün ön

şartıdır ve ekonomik büyüme ve kalkınma üzerinde olumlu bir etkisi vardır (Li & Wu,2017, s. 60).

Grossman (1972)'a göre bireyler gelirlerini artırmayı amaçlarlar ve bunu yaparken de kendilerine yatırım yaparlar. Böylece bireylerin sağlık için yaptıkları yatırımlar amaç değil araçtır. Bireyler hem sağlık hizmeti üreterek hem de satın alarak sağlık sermayelerini artırır. Grossman'nın son çalışmalarına göre sağlık talebi gelir ve eğitim ile doğru orantılı olarak hareket etmektedir (Nandakumar vd., 2017, s. 268).

Sağlık, insan sermayesinin niteliği bakımından önemli bir yere sahiptir. Sağlık ile ilgili her türlü harcama insan sermayesinin seviyesini yükseltir. Bhargava vd. (2001), gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için 1965-90 dönemi sağlık göstergelerinin etkisini incelemiştir. Buna göre gelişmekte olan ülkelerde ekonomik performans, halk sağlığının iyileştirilmesiyle artar sonucuna ulaşmışlardır. Mayer vd. (2001), sağlıklı nüfusun beşerî sermaye için uzun vadede eğitimden daha önemli olabileceğini vurgulamışlardır (Kurt, 2015, s. 443).

Zenginleştirilmiş insan sermayesi, herhangi bir ülkede istenen ekonomik büyüme ve gelişmeyi sağlamak için önemli faktörlerden biri olarak kabul edilir. Neoklasik büyüme modeline göre; beşerî sermayede gerek eğitim, gerekse sağlık açısından büyüme, kişi başına düşen geliri olumlu yönde etkilemektedir. Bloom ve Canning (2000 & 2003) ve Bloom vd. (2004), sağlıklı bireylerin ekonomiye katkıda bulundukları dört adet mekanizma belirlemişlerdir: (i) işyerinde, sağlıklı bireyler daha üretkendir ve dolayısıyla genellikle daha yüksek gelir elde ederler; (ii) işgücündeki çalışma süreleri uzundur ve bu nedenle geç emekli olur ve daha az hastalık izni alırlar; (iii) üretkenliği artıran eğitime daha fazla yatırım yapma olasılıkları vardır; ve (iv) daha uzun ömür beklentisi ile daha fazla tasarruf ve yatırım yapma olasılıkları vardır. Bu yüzden sağlık, sürdürülebilir kalkınmanın ayrılmaz bir parçasıdır. Sağlığın gelişmesi ve genişlemesi için yapılan girişimler, her zaman bir ulusun temel kalkınma hedefi olmalıdır. Ayrıca sağlık, insan yaşamına değer katan bir çeşit güçtür ve bireyler ve aileleri için ekonomik güvenlik sağlar (Rahman & Khanam, 2017, s. 2).

Sağlığın bizzat kendisinin bir sermaye olduğu hususu ilk defa Grossman (1999) tarafından beşerî sermayeden ayrı olarak ele alınmış ve incelenmiştir. Grossman böylece bu iki sermaye arasındaki farklılığı göstermeye çalışmıştır. Beşerî sermaye bireyin üretkenliğini artırırken sağlık sermayesi bu üretkenliğin zaman açısından miktarını belirlemektedir. Şöyle ki: Birey sağlıklı olduğu zamanlarda verimsiz ya da tamamen pasif olacağından bu durumda zamanı üretimsiz geçecektir. Diğer taraftan sağlık sermayesini beşerî sermaye içerisinde

değerlendiren görüşlerin de benimsenmesi yerinde olacaktır. Zira sağlık sermayesi de bireylerin üretkenliğini artırmaktadır. Sağlıklı bir toplumun beşerî sermayesinin artırılması daha kolaydır. Beşerî sermayesini artırmak isteyen toplumlar sağlığa önem vermek durumundadır. Zira gerek ruhen gerekse bedenen sağlıklı olan bireylerin eğitimi daha kolaydır (Yumuşak & Yıldırım, 2009, s. 60).

Klasik iktisadi düşünceye göre sermaye dendiği zaman üretimde kullanılan makine, teçhizat gibi girdiler kastedilmekteydi. Özellikle Lucas (1988), Romer (1990) ve Mankiw vd. (1992) gibi büyüme teorisyenleri tarafından ortaya atılan beşerî sermaye kavramı ile bu düşünce hem maddi hemde maddi olmayan iktisadi değerler olarak yeniden güncellenmiştir (Yumuşak & Yıldırım, 2009, s. 58).

Konunun teorik yapısı Lucas (1988), Romer (1990) ve Solow (1956) 'un geleneksel neoklasik büyüme modeline ve Mankiw'e (1992) dayanmaktadır. Dışsal ve içsel büyüme olarak iki büyüme teorisi vardır. Solow modeli, tasarruf-sermaye birikimi seviyesinin geçiş döneminde büyümeyi etkilediğini öngörür ancak, önemli bir girdi olan insan sermayesini ihmal eder. Diğer taraftan teknolojik gelişmelerin büyüme üzerindeki etkisini kabul eder. Fakat Solow modelinde teknolojik ilerleme dışsaldır. Bu bakımdan Solow modeli, ekonomik büyümenin nasıl gerçekleştiğini açıklayamamaktadır. Solow modeli, insan sermayesinin dışsal değişkeninin üretim işlevine dahil edilmesiyle genişletilse bile, bu ekleme büyümenin nasıl gerçekleştiğini açıklamak için yeterli değildir. Lucas (1988) ve Romer (1990), 1980'lerde alternatif bir yaklaşım olarak içsel büyüme modelinin geliştirilmesinde önemli bir rol oynamıştır. İçsel büyüme modelinde sermaye, fiziksel sermaye ile sınırlı değildir, aynı zamanda emek girdisine ait bilgi, beceri ve deneyimi de içerir. Bu nedenle, büyüme, yalnızca fiziksel sermayenin değil, insan sermayesinin de bir işlevi olarak kabul edilir. Beşerî sermayenin bileşenleri olan bilgi, beceri, yetenek ve tecrübe sağlık ve eğitim yoluyla gelişmektedir (Kurt, 2015, s. 443).

1.2. Sağlık Ekonomisinin Kavramsal Çerçevesi ve Özellikleri

Ekonomi ne, nasıl, kimler için üretilmelidir veya kıt olan kaynaklarla sınırsız olan isteklerin optimal seviyede karşılanması şeklinde tanımlanabilir. Her sektörün konusu farklı olsa da genel olarak ekonomik amaç ve sorunlar aynıdır. Sağlık sektöründe sağlık hizmetleri talebinin optimal seviyede nasıl karşılanacağı sorusu ve seçenekler arasında seçim yapma zorunluluğu ortaya çıkmaktadır. Sağlık ekonomisi çalışmaları, herkes için adil ve eşit sağlık hizmeti sunmanın önündeki problemleri tespit edip bu problemleri ortadan kaldırmaya yönelik

sistematik incelemelerin yapılmasına imkân vermektedir. Sağlık ekonomisi kavramının Kenneth Arrow'un "The American Economic Review"de yayınladığı "Uncertainty and Welfare Economics of Medical Care" isimli çalışması ile bilimsel bir disiplin olarak ortaya çıktığı kabul edilmektedir. Sağlık ekonomisinde amaç sadece hizmet sunum aşamasındaki maksimum faydayı sağlamak değil aynı zamanda finans aşamasındaki etkinliği de sağlamaktır. Sağlık ekonomisi Maliyet-Etkililik teorisinden yararlanmaktadır. Bu teoride maliyetleri minimize etmek faydayı ise maksimum düzeye çıkarmak esastır (Öztürk & Uçan, 2017, s. 140).

Sağlık ekonomisi, sağlık hizmetleri maliyetlerinin devlet bütçesinde önemli paya sahip olması ile ekonomi biliminde gelişen bir alan olarak ele alınmaya başlanmıştır. Esasen sağlık ekonomisi, tamamen genel ekonomi kurallarının uyarlanması ile ortaya çıkmıştır. Bu kurallar doğrultusunda çalışmalar yapıldıkça, koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemi ortaya çıkmış ve bu sayede maliyetler aşağı doğru çekilmiştir. İleride yüksek maliyetler gerektiren hastalıklar, önceden tespit edilerek, tedavi edilmek suretiyle meydana gelecek yüksek maliyetlerden tasarruf sağlanmaktadır (Güven, 2016, s. 2).

Klasiklere göre arz ve talebin rekabetçi bir piyasada karşılaşmasıyla denge fiyatı oluşmaktadır. Sağlık hizmetleri piyasası aksak olduğundan ve rekabetçi bir yapıya sahip olmadığından devlet müdahalesi kaçınılmazdır. Birçok yazara göre rekabetçi bir piyasada tüketiciler piyasa hakkında tam bilgiye sahiptirler ve kendi menfaatleri peşinde koşmaktadırlar. Fakat sağlık hizmetleri piyasasında tüketiciler tam bilgiye sahip olmadıklarından diğer bir ifade ile asimetrik bilgi mevcut olduğundan müdahale gereklidir (Yereli vd., 2010, s. 7).

Sağlık hizmetleri piyasasının kendine has benzersiz özellikleri olduğu bilinmektedir. Bu özelliklerinden dolayı önemli sınırlamalara tabi tutulabilir. Örneğin belirsizlik prevalansı ve risk, sigorta için önemli bir role sahip olma, bilgi engelleri sorunu, rekabet kısıtlamaları, devlet kurumlarının rolü. Bu özellikler, tek tek veya birlikte sağlık hizmetleri piyasasını diğer piyasalardan ayırmaktadır. Bu sebeplerden dolayı sağlık sektöründe hem özel hem de kamu kesimi önemli rollere sahiptir (Self & Grabowski, 2010, s. 835).

Sağlık ekonomisinin özelliklerini aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür:

- Sağlık hizmetlerinin talep esnekliği yapılan birçok çalışmaya göre katıdır.
- Sağlık hizmetlerinde dünya genelinde kamunun payı yüksek orandadır.
- Sağlık hizmetlerinde, sağlık problemlerinin ne zaman, nerede ve nasıl meydana geleceği önceden bilinmediğinden talep tesadüfidir.

- Sağlık hizmetlerinde, talebin belirlenmesinde doktor önemli rol oynar. Diğer bir ifade ile arz talep yaratır.
- Sağlık hizmetlerinde asimetrik bilgi vardır.
- Özel hastaneler ve firmalar kâr amacıyla hareket etseler de sağlık hizmetleri daha çok sosyal amaçlıdır (Güven, 2016, s. 3).

1.3. Kamu Ekonomisi Sağlık Hizmetleri İlişkisi

Ekonomiyi talep yönlü ele alan Keynesyen makro-ekonomik düşünceye göre; kamu harcamalarının, ekonomik büyümeye olumlu katkısı vardır. Bu nedenle, devlet harcamalarındaki artışın, toplam talep üzerindeki çarpan etkisi ile istihdam, kârlılık ve yatırımlarda aynı oranda artışa yol açması beklenir. Bu arka plana dayanan devlet harcamaları, harcama çarpanına bağlı olarak üretimde artışa neden olan toplam talebi artırmaktadır. Bununla birlikte, Barro ve Sala-I-Martin (1992), kamu harcamalarını üretken kamu harcamaları ve verimsiz kamu harcamaları olarak sınıflandırmaktadır. Bu çerçevede sağlık harcamaları, ekonomik büyümeyi doğrudan etkileyen harcamalardan biridir (Ehikioya & Mohammed, 2013, s. 221).

Sağlık harcaması, sağlık üretim fonksiyonunda önemli bir girdi olduğundan; her ülke, vatandaşlarının sağlık statüsünü artırmak için sağlık hizmetlerine kamu fonu sağlar. Bununla birlikte; sağlık sektörüne bütçe tahsisindeki bir artış, sağlık sonuçlarında iyileşmeyi garanti etmek için yeterli değildir. Örneğin; sağlık bakım sisteminin uygunsuz işleyişi, kötü bütçe yönetimi, gelişmekte olan ülkelerde kamu harcamalarının etkisizliğinin ana nedenlerinden biri olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmeti sunumunda temel yönetim ilkelerine uyulmaması durumunda, öncelikler karşılanamaz ve kıt kaynaklar boşa harcanır ve iyi niyetli harcamalar sağlık sonuçları üzerinde etkili olmayabilir (Hilaire, 2015, s. 2).

Sosyal hizmet sunumunun iyileştirilmesi, yoksulluğun azaltılması için merkezi bir öneme sahiptir. Çünkü bu hizmetleri, nüfusun çoğunluğuna, özellikle de yoksullar için uygun hale getirmek kalkınmada kritik olarak kabul edilmiştir. Bu tür hizmetlerin sağlanması, geniş tabanlı bir ekonomik büyümeyi teşvik etmeyi ve yaşam standartlarını yükseltmeyi amaçlayan bir kamu politikasının kilit unsurlarından biri olarak görülebilir. Bu bakış açısına göre, uluslararası kuruluşlar gelişmekte olan ülkelerdeki hükümetleri bütçelerinin önemli bir kısmını genel olarak sosyal hizmetler ve özellikle sağlık hizmetlerine ayırmaya teşvik etmektedir (Hilaire, 2015, s. 1).

Sağlık harcamaları devlet harcamalarının en önemli kalemlerinden biridir. Devlet gelirlerindeki artışla birlikte büyüdüğü gibi sağlık hizmetlerine yönelik artan talep ile harcamalar da artmaktadır. Diğer taraftan, sağlığı gerekli bir mal olarak gören savunucuları da sıklıkla sağlık sektöründe daha fazla devlet harcaması ve müdahalesi fikrini savunurlar (Hooda, 2016, s. 4).

Sağlık hizmetlerinin kamu tarafından finanse edilmesi sağlık hizmetlerine olan talebi artırır (Dhoro, Chidoko, Sakuhuni ve Gwaindepi, 2011, s. 14). Diğer taraftan kamu sağlık harcamalarındaki artış, sağlık durumunu iyileştirip verimliliği artırmanın yanında fiziksel sermayeye yatırım yapmayı daha cazip hale getirir (Tobing & Jeng, 2012, s. 487).

1.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Kamu Müdahalesini Gerekli Kılan Faktörler

Sağlığın hem sosyal hayatın bir parçası, hem de ekonomi açısından önemi sebebiyle 1980'lerden bu yana birçok ülke tarafından hissedilmiş ve halkın sağlık finansmanının gerekçesi üzerinde ciddi bir şekilde düşünölmeye başlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin kamuya sunulmasında devletin rol alması, refah kriteri dışında, aynı zamanda ekonomik teorilere de dayanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kamu yararı, önemli dışsallıkların varlığında ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerindeki piyasa belirsizlikleri ve asimetrik bilgi, piyasada başarısızlığa ve bu hizmetlerin tek başına piyasa güçlerine bırakıldığı zaman en düşük düzeyde sunulmasına yol açmaktadır. Ayrıca, sağlık hizmeti sunumunda eşitlik ilkesi ve bu hizmetlerin niteliği, ihtiyaç sahibi nüfus perspektifinden düşünölmelerini zorunlu kılmaktadır (Guruswamy vd., 2008, s. 50).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda kamu müdahalesini gerekli kılan faktörlerin asıl sebebi tam rekabet piyasasının oluşamaması veya piyasa aksaklıklarıdır. Diğer taraftan sağlık hizmetleri, bünyesinde pozitif ve negatif dışsallıkları barındırdığından ve toplumdaki bireylerin alım güçlerindeki dengesizliklerden dolayı da kamu müdahalesi kaçınılmaz olmaktadır. Devlet ülkenin sosyo-ekonomik yapısına göre sağlık hizmetlerine müdahale etmektedir. Bu müdahaleler sağlık hizmetlerinin denetlenmesini içermekle birlikte piyasa aksaklıklarını gidermek, tüm halkın ulaşabilirlik ve faydalanabilirliğini düzenlemek, koruyucu sağlık hizmetlerini sağlamak ve finansmanını da içerecek şekildedir (Çelikay & Gümüş, 2009, s. 180).

Müdehaleye yönelik üç temel neden, kamu mallarının optimal üretimi, dışsallıklar gibi piyasa başarısızlıklarının dengelenmesi ve cepten finansman sağlayamayan veya özel sigorta

satın alamayan düşük gelirli insanların sübvansede edilmesi şeklindedir. Esasen müdahale konusunda, devletin sağlık sektöründe yer alıp almaması değil sektörde nasıl yer alması gerektiği sorusunun cevabı aranmalıdır (Angeles vd., 2007, s. 187). Devlet, binoktada bilgi dağıtımını teşvik edebilir, yasal düzenlemeler yapabilir, özel sağlık hizmetlerini kamu fonlarıyla finanse edebilir ve sağlık hizmetlerini kamu tesisleri ve personeli aracılığıyla sağlayabilir (Hilaire, 2015, s. 4).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda kamunun müdahalesini gerekli kılan sebepler aşağıda başlıklar halinde verilmiştir.

1.4.1. Piyasa Aksaklıkları

Ülkeler sağlık hizmetlerini, bireylerin yaşam kalitesini artırma ve geliştirme kabiliyeti nedeniyle temel bir insan hakkı olarak görmektedir. Böylece toplum, hükümetlerin sağlık hizmetlerine erişimi artırmak, piyasa başarısızlıklarının olumsuz etkilerine karşı tüketicileri korumak ve düşük gelirli bireylere güvenlik ağıları sağlamak üzere proaktif bir şekilde müdahalelere girmesini bekler (Nandakumar & Farag, 2008, s. 145).

Sağlık hizmetleri piyasasında düzenlemelerin ve müdahalelerin en büyük sebebi, piyasa aksaklıklarıdır. Diğer bir ifade ile piyasalarda pareto etkinliğinin sağlanamamasıdır. Sağlık hizmetleri piyasası kendiliğinden optimum seviyede dengeye gelemediğinden müdahale gerekli duruma gelmektedir (Yereli vd.2010, s. 7). Piyasa aksaklıklarının yaşanmadığı ve tam rekabet tüm özellikleri ile piyasada var olduğunda kıt olan kaynaklarla fayda maksimizasyonunun sağlanması mümkün iken; piyasa aksaklıklarının olması durumunda, fayda maksimizasyonundan söz edilememektedir. Dolayısıyla piyasaya kamusal araçlarla müdahale edilmesi zorunlu olmaktadır. Zira aksak piyasada kaynakların etkin ve adil dağılımı mümkün değildir, optimizasyondan sapmalar olmaktadır (Çelikay & Gümüş, 2011, s. 180).

Sağlık hizmetleri piyasası eksik rekabet koşullarına sahip olduğundan, talep tarafında yüksek sayıda birey varken arz tarafında sınırlı sayıda hizmet sunucu vardır. Piyasa aksaklıklarının varlığı halinde arzın talebi karşılayamaması muhtemeldir. Diğer taraftan arz edenlerle talep edenler arasında asimetrik bilgi mevcuttur. Asimetrik bilgiden dolayı hizmet talep edenler, arz eden tarafa karşı pazarlık konusunda son derece zayıftır ve hiç şüphesiz hizmet arz eden taraf avantajlı durumdadır. Tarafların birbirini denetleme olanağı da ortadan kalkmaktadır. Bütün bu sebeplerden ötürü, sağlık hizmetleri piyasasına kamu müdahalesi

şarttır. Ayrıca kamu müdahalesi ile bir yandan maliyet minimize edilirken; diğer taraftan, fayda maksimize edilecektir (Çelikay & Gümüş, 2011, s. 181).

1.4.2. Dışsallıkların Varlığı

Sosyal bilimcilere göre sağlık hizmetleri, piyasa başarısızlığı olasılığı nedeniyle diğer ürün ve hizmetlerden farklıdır. Sağlık hizmetlerindeki piyasa başarısızlığının ve bundan dolayı da devlet müdahalesini gerekli kılan iki temel sebep, dışsallıklar ve asimetrik bilgidir. Dışsallık, bir unsurun eyleminin sadece kendisi üzerinde değil; aynı zamanda diğer unsurlar üzerinde de etkisi olduğunda ortaya çıkar. Tüketilen bir mal hem kendi tüketicisine hem de diğer bireylere fayda sağlıyorsa; bu malın tüketiminde olumlu bir dışsallık vardır. Örneğin bir bireyin aşı olması veya bulaşıcı bir hastalığın tedavisini istemesi gibi davranışlar, hastalık oranlarını düşürerek toplum için doğrudan sağlık yararı sağlar. Genel sağlık hizmetleri, yalnızca morbiditenin sosyal maliyetleri nedeniyle değil; sağlık hizmetlerindeki eşitsizliklerin başka sosyal kaygılar oluşturmaları nedeniyle de pozitif dışsallıklara sahiptir. Bu olumlu dışsallıklar, devlet müdahalesini zorunlu kılmaktadır. Devlet müdahalesi hem sübvansiyon şeklinde, hem de hizmet ve finansmanın doğrudan sağlanması şeklinde olabilir (Economic Research Foundation, 2006, s. 4).

Olumsuz dışsallık tüketilen mal veya hizmetten dolayı üçüncü kişilere yönelik olumsuz sonuçlar oluştuğunda gerçekleşir. Olumsuz dışsallık durumunda sadece piyasa güçlerinin çalışması ilgili mal veya hizmetin düşük optimal seviyede tüketim ve üretimine yol açar. Bu durum, gerçekte yeterli olan kaynakların toplumun refah seviyesini artıracak üretimlere yönlendirilmesi için devlet müdahalesini gerektirecektir (Çelikay & Gümüş, 2009, s. 4).

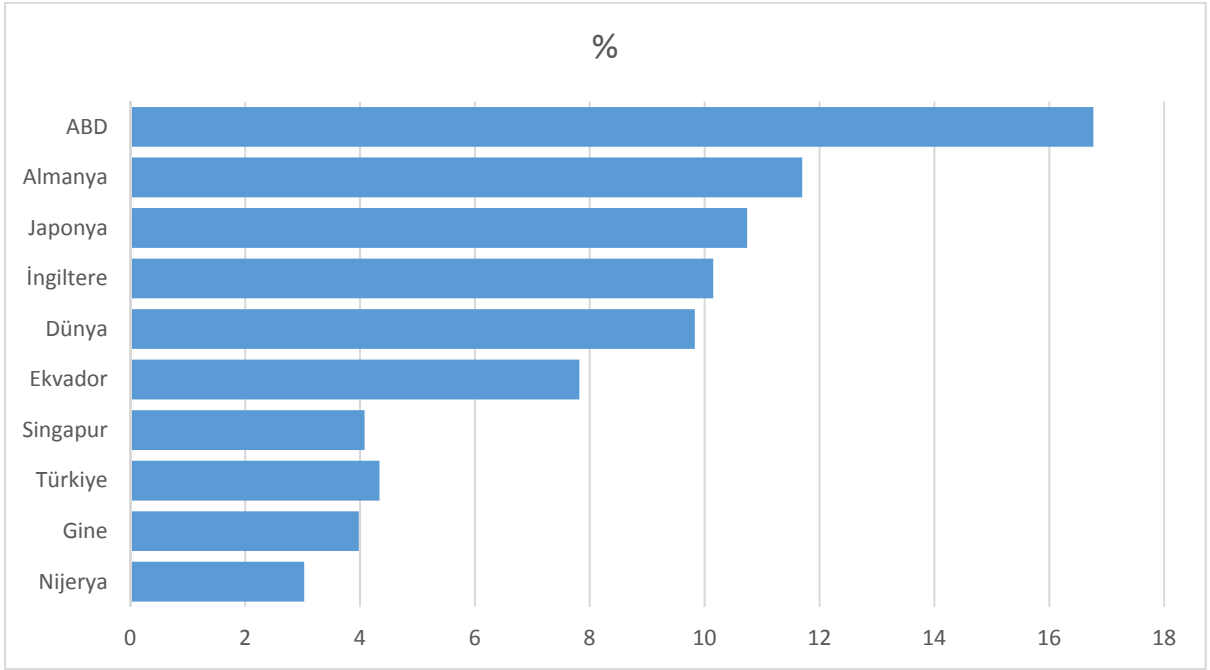
1.4.3. Satın Alma Gücündeki Dengesizlikler

Her toplumda belli bir oranda gelir adaletsizliği vardır. Bu adaletsizlik gelişmiş ülkelerde daha düşük iken; az gelişmiş olan ülkelerde yüksektir. Gelir adaletsizliği bireylerin satın alma gücünü etkilemektedir. Yüksek gelire sahip bireyler, yüksek satın alma gücüne sahip olduğundan, istedikleri gibi sağlık hizmetlerinden faydalanabilmekte iken; düşük gelirli bireyler asgari düzeyde dahi sağlık hizmetlerinden faydalanamayabilirler. Temel haklardan biri olan sağlıklı yaşam hakkının tüm topluma eşit olarak dağıtılması için, devletin müdahale edip temin etmesi gerekmektedir. Aksi takdirde, ödeme gücü olanlar sağlık hizmetlerinden faydalanabilirken; ödeme gücü olmayanlar faydalanamayacağından sağlık hizmetlerinin paylaşımında adaletsizlikler yaşanacaktır (Çelikay & Gümüş, 2009, s. 183).

1.5. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler

Sağlık harcamaları içsel büyüme modellerinde yer alan beşerî sermayeye yatırımdır ve topluma yaymış olduğu pozitif dışsallıklarla ülke kalkınmasına katkıda bulunmaktadır. Gelişmiş ülkelerin gerek kamu gerekse özel sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı sürekli olarak artmaktadır. Dolayısıyla gelişmiş ülkeler sağlık hizmetlerine sürekli olarak kaynak tahsis etmektedir (Yereli vd., 2011, s. 307). OECD'nin 2006 yılında yayınlamış olduğu raporda 2005-2050 yılları arasında gelişmiş olan ülkelerde sağlık harcamalarının iki katına çıkacağı tahmin edilmektedir (Yereli vd., 2010, s. 6).

Şekil 1.1: 2019 Verilerine Göre Bazı Ülkelerdeki Sağlık Harcamalarının Gsyih Yüzdesi



Kaynak: Worldbank, 2022

Diğer taraftan dünya, sağlık hizmetlerine önemli bir pay ayırmaktadır. 2019'da, küresel gelirin % 9.83'ü sağlık hizmetlerine harcanmıştır. Bu oran yaklaşık 8.6 trilyon ABD \$'na denk gelmektedir ve kişi başına düşen harcama 1.122 ABD \$'dır. Sağlık harcamalarında genel olarak ülkeler arasında büyük farklılıklar vardır. Örneğin, 2019'da GSYİH yüzdesi olarak sağlık harcamaları Ekvador'da %7.82, Gine'de %3.98, ABD'de %16.77, Nijerya'da %3.03, Japonya'da %10.74, İngiltere'de %10.15, Almanya'da %11.70, Singapur'da %4.08, Türkiye'de ise %4.34 olarak gerçekleşmiştir (Worldbank, 2022).

İnsanların yaşam tarzı, sağlık harcamalarını etkiler ve bu etki sağlıklı yaşam söz konusu ise sağlık harcamalarını azaltma eğilimindedir. Sağlıksız yaşam ise kötü sağlıkla sonuçlanır ve sağlık harcamalarını artırır. Örneğin obezitenin sağlık harcamalarını nasıl etkilediğine

bakıldığında; ABD’de 1998 yılında obeziteye atfedilebilecek tıbbi harcamalar muhasebeleştirilmiş ve toplam sağlık harcamalarının %9.1’ini obezite ile ilgili sağlık harcamalarının oluşturduğu sonucuna varılmıştır (Nandakumar & Farag, 2008, s. 139).

Sağlık harcamalarını inceleyebilmek için sağlık hizmetleri talebini belirleyen faktörlerin de konuya dahil edilmesi gerekmektedir. Sağlık harcamalarının en önemli belirleyicisi kişi başına gelir olduğu ifade edilebilir. Sağlık harcamalarındaki artış eğilimini belirleyen diğer faktörlere bakıldığında; her ülkenin sağlık hizmetlerinin yapısı, finansmanı ve yönetimi bakımından kendine has bir özgünlüğü olduğu göz önüne alınması gerekebilmektedir. Sağlık harcamalarının belirleyicileri üzerine yapılan çalışmalar zaman içinde artmış ve farklı faktörlerin rolü hakkında çeşitli görüşler ortaya konulmuştur (Tajudeen vd., 2018, s. 200). Dünya’da Sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar her sene artmaktadır. Sağlık harcamalarındaki bu artışın birçok sebebi olmakla beraber belli başlıları şöyle sıralanabilir (İstanbulluoğlu vd., 2010, s. 88; Güven, 2016, s. 4-5).

- Ortalama yaşam süresinin uzaması veya giderek yaşlanan dünya nüfusu.
 - Geçmişte tedavi edilme oranı çok düşük olan hastalıkların yüksek maliyetlerle artık yapılabilmesi.
 - Teknolojinin hızla gelişmesi ile beraber tıbbi cihazların yoğun bir şekilde kullanılması.
 - Sağlık alanında yaşanan yeni gelişmelerin talebi artırması.
 - Sigorta sistemlerinin özellikle de kamu ağırlıklı sistemlerin yaygınlaşması ile birlikte sağlık hizmetlerine olan talebin artması.
 - Kişi başına düşen gelirin artması ile sağlık hizmetlerine olan talebin artması
 - Asimetrik bilgidен kaynaklı gereksiz tetkik ve tedaviler.
 - Yolsuzluklar veya usulsüz faturalandırmalar.
 - Medikal malzemelerin standartlarının belirsizliği
 - Eğitim seviyesinin artması ile beraber sağlık bilincinin artması.
 - Şehirleşme.
- Yukarıda değinilen faktörlerden birkaçı daha detaylı incelenmiştir.

1.5.1. Gelirdeki Artış

Ekonominin büyümesi sağlık harcamalarını artıran en önemli sebeplerden biridir. Refah seviyesi yükseldikçe bireyler bir yandan gelirlerinden sağlığa ayrılan payı yükseltirken; diğer yandan da sağlık hizmetlerine olan taleplerini artırmaktadırlar (Çalışkan, 2009, s. 120). Gelir arttıkça hükümetler, sağlık gibi kritik sektörler için yaptığı harcamaları artırmaktadır. Ülke deneyimleri yüksek gelirli ülkelerin toplam gelirlerinden sağlık sektörüne daha fazla kamu fonu tahsis ettiğini doğrulamaktadır. Bir diğer ifade ile sağlık sektörüne fon tahsisi, bir ülkenin ekonomik gelişme düzeyini yansıtmaktadır (Hooda, 2016, s. 17).

1.5.2. İleri Teknoloji Kullanımının Etkisi

Sağlık teknolojisinin gelişimi, yayılması ve benimsenmesi sağlık harcamalarının önemli bir belirleyicisi olduğu hususunda araştırmacılar arasında ortaya çıkan bir fikir birliği vardır (Nandakumar & Farag, 2008, s. 142). Teknoloji, doğası gereği, zaman alan karmaşık bir üründür. Ar-Ge'ye büyük yatırımlar yapmak ve geliştirmek gerekmektedir. Teknolojinin gelişmesi ile paralel ilerleyen yeni sağlık müdahaleleri genellikle pahalıdır. Daha önce tedavi edilemeyen ancak bir bedeli olan hastalıklar teknoloji ile tedavi edilebilmektedir (Nandakumar vd., 2017, s. 270).

DSÖ ve Dünya Aile Hekimleri Birliği 1994 yılında yapmış oldukları bir konferansta sağlık hizmetlerindeki harcamaların hızla artmasının nedenleri arasında tıbbi teknolojideki hızlı gelişmeler ve uzman doktor sayısındaki artışı belirtmişlerdir. Teknolojik ilerleme diğer sektörlerde maliyetleri düşürürken tıp sektöründe tersine artırmaktadır. Sağlığın insan hayatındaki öneminden dolayı, hizmet arz edenler en son teknolojiyi kullanma konusunda kendilerini zorunlu hissederken; hizmet talep edenlerin sayısı da hızla artmaktadır (Kılavuz, 2010, s. 176). Gelişmiş ülkelerde kanser ve kalp rahatsızlıkları gibi hastalıklara dair teknolojik cihazlar harcamaları artırırken; gelişmekte olan ülkelerde bulaşıcı hastalıkların tedavisinde kullanılan tıbbi cihazların alımı harcamaları artırmaktadır (Sayılı vd., 2017, s. 4).

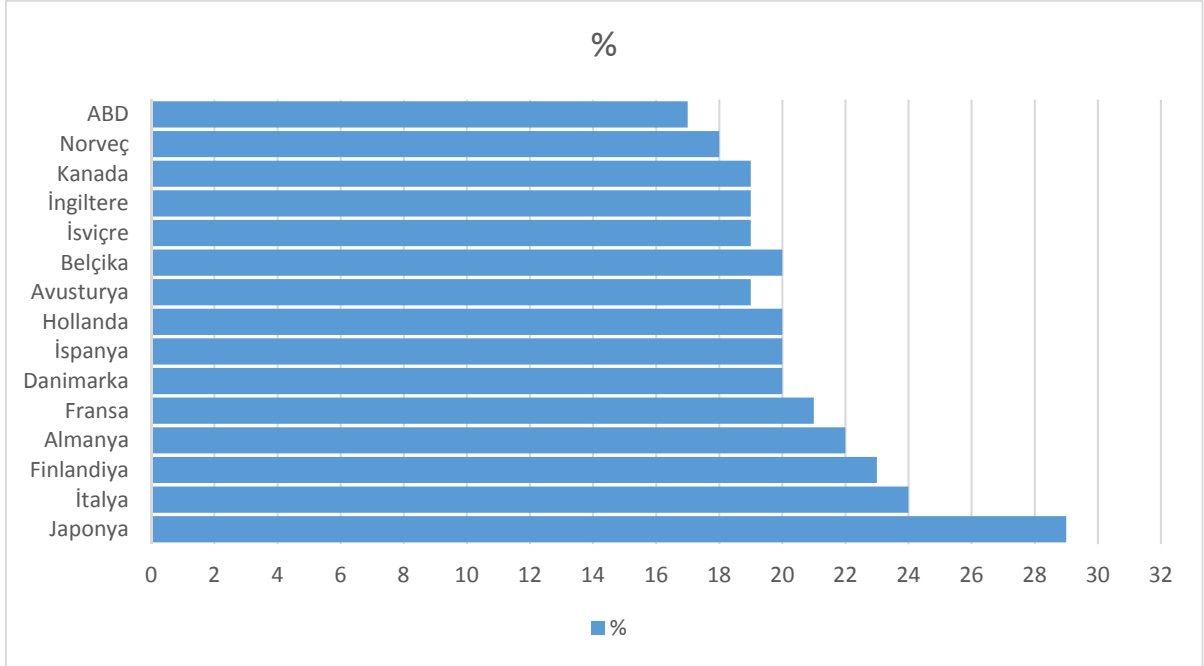
Sağlık hizmetleri piyasasında fiyatlar kamu otoritesi veya piyasa tarafından belirlenmektedir. Kamu tarafından belirlenmesine sabit fiyatlar, piyasa tarafından belirlenmesine değişken fiyatlar denmektedir. Fiyatlar sabit olduğunda, sağlık hizmetleri piyasasında faaliyet gösteren aktörler arasındaki rekabet kaliteye bağlı olacaktır. Bu da beraberinde ileri teknoloji gerektiren araç ve gereçlerin alımını gerektirecek ve maliyetleri artıracaktır (Bilgili & Ecevit, 2008, s. 214).

1.5.3. Yaşam Süresinin Uzaması

Sağlık harcamalarını açıklamada nüfus yaşı yapısı önemli bir değişkendir ve sağlık harcamalarını etkilemesi beklenir. 15 yaş altı ve 60, 65 veya 75 yaş üstü nüfus en yaygın kullanılan göstergelerdendir. Bu göstergelerin kullanımının ardında, bu yaş gruplarının daha fazla sağlık hizmeti kullanması yatmaktadır. Nüfus yaşlanmasının hızla arttığı ülkelerde sağlık sistemleri, yaşlanan nüfusun artan ihtiyaçlarıyla başa çıkma hususunda yüksek bir baskıyla karşı karşıyadır (Hooda, 2016, s. 8). Yaşlı nüfusun artış nedenleri arasında; tıbbi bakımdaki ilerlemeler, gelişmiş beslenme alışkanlıkları, yaşam biçimindeki değişiklikler ve doğurganlığın azalması sayılabilir. OECD tarafından yapılan bir analizde uzun süreli bakımın kamu sağlık harcamalarında artışa neden olacağı tahmin edilmiştir (Nandakumar vd., 2017, s. 266; Worldbank, 2022).

Bazı OECD ülkelerinin 65 yaş ve üzeri nüfusunun genel nüfusa oranı şekil 1.2’de gösterilmiştir.

Şekil 1.2: Bazı OECD Ülkelerinin 65 Yaş ve Üzeri Nüfusunun Genel Nüfusa Oranı (2021)



Kaynak: Worldbank, 2022

Gelecek yıllarda, yaşlıların toplam nüfus içindeki payının şiddetli bir şekilde artması beklenmektedir (Bjorner & Arnberg, 2012, s. 138). Günümüzde başta OECD ülkeleri olmak üzere gelişmiş batı ülkelerinde 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranı %20 civarındadır. Örneğin: Şekil 1.2.’de de görüldüğü gibi Avusturya %19, Belçika %20, Kanada %19,

Danimarka %20, Finlandiya %23, Fransa %21, Almanya %22, İtalya %24, Japonya %29, Hollanda %20, İspanya %20, Norveç %18, İsviçre %19, İngiltere %19, ABD %17'lik bir orana sahiptir. Bu ortalama oranın 2050 yılında %50'ye ulaşacağı tahmin edilmektedir (İçöz, 2009, s. 226; Worldbank, 2021).

Yaşam süresinin uzaması ile birlikte yaşlı nüfusun sağlık harcamalarının artacağı ile ilgili birçok çalışma mevcuttur. Harcamaların artma sebebi olarak ise yaşlanma ile birlikte sağlık hizmetlerine olan talebin artacağı ve sunulan hizmetin daha pahalı hale geleceği öne sürülmektedir. (Çalışkan, 2009, s. 128).

Yaşlanma ve sağlık harcamaları arasındaki ilişki hakkında iki farklı senaryo bulunmaktadır. Bunlardan biri iyi senaryo olarak adlandırılır. Bu senaryoda yaşlı bireylerin yüzdesindeki artış, sağlıklı bir topluma sahip olmanın bir göstergesidir. Bu ülkelerdeki insanlar, sağlıklı oldukları için pahalı tıbbi hizmetlere ihtiyaç duymazlar. Bu ülkelerde kısa vadede yaşam beklentisi artarsa sağlık harcamaları artarken, yaşam beklentisinde uzun vadeli bir artış olması durumunda ise sağlık harcamaları azalmaktadır. Diğer senaryo ise kötü senaryodur ve yaşlı insanların diğer kişilere kıyasla çok daha fazla sağlık hizmetlerinden faydalandığını ifade eder. Büyük bir yaşlı nüfus yüzdesine sahip bir ülkede, sağlık harcamaları çok yüksektir ve insanların sağlıklı olması, sağlık hizmetleri için ayrılmış kaynakların fazla kullanımını telafi edemez (Samadi & Rad, 2013, s. 64).

1.5.4. Sosyo-Kültürel Yapıya Bağlı Faktörler

Sağlık harcamalarının belirleyicilerinden; sosyo-kültürel faktörler toplumun gelir ve gelişmişlik düzeyi, toplumun sağlık hizmetlerine bakışı ve sağlık hizmetleri konusundaki kültürü olarak nitelendirilir (Aytekin & Aytekin, 2010, s. 165).

Ülkelerin demografik, sosyo-kültürel ve ekonomik yapıları kurulacak sağlık sistemi üzerinde son derece etkilidir. Bu değişkenlerin etkisine göre devletin sisteme müdahale edip etmeyeceği müdahale edecekse de hangi ölçüde müdahale edeceği farklılık göstermektedir (Çelikay & Gümüş, 2009, s. 199).

1.5.5. Karbondioksit Emisyon Hacmi

Fosil yakıtların yanmasından kaynaklanan karbondioksit (CO₂) salınımı, kirliliğe önemli ölçüde sebep olmaktadır. Bu sebeple hem politika yapıcılar arasında, hem de farklı araştırma alanlarındaki çok sayıda araştırmacının odaklandığı küresel iklim değişikliği ve çevre kirliliğinde önemli bir yere sahiptir (Kuşkaya & Bilgili, 2019, s. 41). Çevre kirliliği ise birçok

sağlık problemi ve hastalık riskindeki artışın sebebidir. Bu sebeple sağlık hizmetlerine olan talepte bir artış yaşanmakta ve buna bağlı olarak devletin sağlık harcamaları sürekli artmaktadır (Azam vd., 2016, s. 366). Şimdiye kadar, çevre kirliliği ve bireylerin sağlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok araştırma yapılmıştır. Çalışmalar insan sağlığı ve çevre kirliliği konusunda çevrenin doğrudan etkisine odaklanmaktadır. Örneğin, Neidell (2004), karbon monoksitin 1-18 yaş arası çocuklarda astım üzerine önemli bir oranda etkisinin olduğunu çalışmasında ortaya koymuştur (Hao, vd., 2018, s. 2).

CO2 emisyonu ve kamu sağlık harcamaları son yirmi yılda belirgin bir şekilde artış göstermiştir. Ekonomi büyümeye devam ederken, CO2 emisyonunun toplum sağlığı üzerindeki önemi artmakta ve bu durum da kamu sağlık harcamalarında artışa yol açmaktadır (Hao vd., 2018, s. 7).

1.5.6. Finansal Gelişme

Finansal gelişme, sağlık hizmetlerinin finansmanında hane halkları, özel firmalar ve hükümetler için çok önemli bir yere sahiptir. Gelişmiş finans sektörleri, sağlık hizmetleri için yapılan harcamalarda ihtiyaç duyulan kaynakları harekete geçirme yeteneğine sahiptir (Ecevit, vd., 2022, s. 144) Ayrıca genişleyen vergi tabanıyla hükümetin sağlık harcamalarını artırır. Finans sektörünün gelişmesi ile sağlık sigortası (sosyal ve özel) ve vergiyle finanse edilme gibi sağlık finansmanında ön ödeme mekanizmaları gelişir. Böylece ön ödemeli mekanizmalar, sağlık harcamalarında büyümeyi kısıtlayan cepten ödeme mekanizmasının yerini alır. Finansal gelişme ile birlikte krediye erişim kolaylaşır, tasarruflar ve gelir tabanları genişler ve hane halkları, özel firmalar ve hükümetler sağlık harcamalarını artırır. Sağlık alanındaki özel yatırımcılar, yatırım projelerini finanse etmek için kredi darlığından etkilenmektedir. Finansal gelişme ile krediler uygun fiyatlarla sunulduğunda harcamalarını artıracırlar. Azgelişmiş finansal piyasalarda uzun vadeli kredi mevcut değildir ve uzun vadede karlı olan yatırımlar yapılamaz. Gelişmiş finansal sistemler, sağlık sektöründeki yatırım ve harcamalara yönelik kaynakların seferber edilmesini kolaylaştırmaktadır. Gelişmiş finansal sistemlere sahip ülkeler, kaynakları, sağlık harcamalarına ve yatırımlara kanallize etmek için kullanma fırsatları sağlayabilir (Chireshe & Ocran, 2020, s. 2)

1.5.7. Kentleşme

Sanayileşme ve modernleşme ile birlikte kırsaldan kentlere yapılan göçler neticesinde kentleşme giderek artmış ve artmaya da devam etmektedir. Beşerî sermaye için gerekli olan

sağlık, kentlerin kalkınmasında önemli bir faktördür. Ülkesel ilerlemenin anahtarı olan kentsel kalkınmanın beşerî sermayenin fonksiyonel yönlendirilmesiyle ivme kazanabileceği düşünülmektedir. Kalkınma üretim artışına paralel olarak kişi başına düşen milli gelirin yükselmesiyle birlikte sosyokültürel ve ekonomik değişim olarak tanımlanmaktadır. Kalkınma sürecinde bireylerin gelirlerinin artması, yaşam kalitelerinin yükselmesi, çağın teknolojik gereklerine uygun toplumsal imkânların varlığı, yaşam kalitesinin yükselmesi için sağlık hizmetlerine kolay erişim önemli göstergeler olarak sayılabilir (Şolt, 2019, s. 172)

Kentleşme, pahalı ve modern sağlık hizmeti sunumuna erişimin bir belirleyicisi olarak gösterilebilir. İyi sağlık hizmeti veren hastaneler ve diğer sağlık merkezleri şehirlerde bulunduğu; insanlar şehirlerde yaşıyorsa sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanabilmektedir (Samadi & Rad, 2013, s. 74). Diğer taraftan kentleşme ile birlikte sağlık hizmetlerine olan erişimin kolaylaşması ve sanayileşmeden dolayı oluşan çevre kirliliğinin neden olduğu sağlık sorunları sağlık hizmetlerine olan talebi artırmaktadır (Ecevit, vd., 2018, s. 325).

1.6. Sağlık Hizmetleri Piyasasının Özellikleri

Sağlık hizmetleri, bireylerin ve toplumun sağlığının korunması ve sağlığın bozulması durumunda tekrar eski haline getirilmesi için yapılan faaliyetlerdir (Demirbilek & Çolak, 2008, ss. 91-93). Diğer kamu mallarının aksine sağlık hizmetleri, tüketimi özel mallara benzeyen, rakip ve kolayca diğer kamu mallarından ve hizmetlerinden ayırdedilebilen bir kamu hizmetidir. Ancak, tamamen finanse edilen ve kamu tarafından üretilen sağlık hizmetleri rejimlerinde, herkes sağlık sigortası kapsamında olmalıdır (Spadaro vd., 2012, s. 776).

Sağlık hizmetleri eğitimde olduğu gibi beşerî sermayeye doğrudan etki etmektedir. Beşerî sermayenin kalkınmadaki rolü ve önemi göz önünde bulundurularak yapılan birçok araştırma ile sağlığın kalkınma için ne kadar öneme sahip olduğu ortaya konulmuştur. Zira sağlıklı bir birey ya da toplumun herhangi bir alanda verimi de düşük olacaktır (Yereli vd. 2011, s. 306).

Sağlık hizmetleri ülkelerin kalkınmışlık düzeylerinin en önemli göstergelerinden biridir. Bireyler sürekli bir beklenti içerisinde olduğundan hükümetlerin ilgisi sağlık hizmetlerine yoğunlaşmaktadır (Öztürk & Uçan, 2017, s. 140).

Çeşitli sağlık hizmetlerinin yürütülebilmesi için, diğer mal ve hizmetlerde olduğu gibi, sağlık hizmetlerinin de kendi piyasası vardır. Bu hizmetlerin alınıp satıldığı piyasaya sağlık

hizmetleri piyasası denir. Sağlık hizmetleri piyasasında, çeşitli sebeplerden dolayı piyasa başarısızlığı vardır ve tam rekabet piyasasının özelliklerine rastlanmaz. Bu sebeple ayrı bir piyasa olarak değerlendirilip incelenmesi gerekir. Sağlık hizmetleri talebinde sürekli bir belirsizlik mevcuttur. Diğer taraftan nüfus artış hızı, talebin arzdan daha fazla artmasına yol açar ve talep fazlası oluşur. Diğer piyasalara giriş çıkış son derece kolay iken, sağlık hizmetleri piyasasına giriş çıkış kolay değildir. Zira bu piyasada işgücünün yetişmesi ve beşerî sermayenin oluşması son derece zordur ve kısıtlıdır. Diğer taraftan yürütülen faaliyetler, kurallara ve izinlere tabi tutulmuştur. Sağlık hizmetlerinin yerine geçebilecek başka bir hizmet yoktur. Diğer bir ifade ile ikamesi mümkün değildir. Bunun yanında ihtiyaç meydana geldiğinde giderilmesi gerekir, ertelenemez. Malların üretim maliyeti ile satış fiyatı arasında diğer piyasalara göre ciddi bir fark vardır. Diğer bir ifade ile gölge fiyat oldukça yaygın ve fazladır. Sağlık hizmetleri piyasasında hem kamu hem de özel sektör faaliyet göstermektedir (Bilgili & Ecevit, 2009, s. 204).

Sağlık hizmetleri piyasasındaki maliyet artışlarının en büyük sebeplerinden bir tanesi asimetrik bilgidir. Bu piyasada ki asimetrik bilgi hem doktor ve hasta arasında hemde hasta ve sigorta kuruluşu arasında mevcuttur. Diğer taraftan sözleşme öncesinde ortaya çıkan ve maliyet artışına sebebiyet veren sigorta şirketi ile sigortalı arasındaki ters seçim ve sözleşme sonrasında ortaya çıkan ahlaki tehlike önemli maliyet unsurlarıdır. Asimetrik bilgidan dolayı sağlık hizmetlerinden faydalanan sigortalı ile sigorta şirketi arasında ahlaki tehlike oluşabilmektedir. Sigortalı bireyin, az miktarda olan katkı payı dışında herhangi bir maliyete katlanmaması ve ihtiyacından fazla sağlık hizmetinden faydalanmak istemesi durumu, ahlaki tehlike olarak adlandırılmaktadır. Sağlık güvencesi olan birey, hastalanması durumunda, sağlık güvencesi olmayanlara göre daha fazla sağlık hizmeti tüketimi yapmaktadır. Bu durumu birey, ödediği primleri bu günler için ödediğini düşünerek meşrulaştırır ve normal olarak değerlendirir. Ahlaki tehlike neticesinde; talep aşırı arttığından, arzın talebi karşılayamama durumu söz konusudur. Ahlaki tehlikenin ortaya çıktığı durumlarda, katılım paylarının yükseltilmesi suretiyle bir miktar da olsa bu tehlikenin önüne geçilebileceği öne sürülmektedir (Bilgili & Ecevit, 2009, s. 209-211).

1.7. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Ülkelerin sağlık politikalarının altında yatan ana sebep toplumun tamamı için uzun ve sağlıklı bir yaşam sunmaktır. Bu sebeple toplumun ve bireyin sağlığını tehdit eden hastalıkların tespit edilmesi ve sağlığın yeniden temin edilmesi için gerekli tedbirler alınmaktadır. Sağlık

hizmetleri gerek kalite açısından gerekse eşitlik açısından toplumun tamamına sunulması gereken bir hizmettir. Bu hizmet gerçekleştirilirken finans sisteminin de verimli ve etkin olması gerekmektedir (Erument, 2012, s. 95). Sağlık hizmetlerinin finansmanı, gerekli seviyede sağlık hizmetlerinin sağlanması için kaynakların özel sektör ya da kamu bütçesiyle sağlanmasını ifade eder. Hemen hemen tüm dünyada sağlık hizmetlerinin finansmanı piyasa ve kamunun bütçesiyle karma bir şekilde sağlanmaktadır (Kol, 2015, s. 187).

Bir ülkedeki sağlık sisteminin nasıl yönetildiği ve sağlık hizmetlerine ne kadar ödeme yapıldığı finansman açısından önemlidir. Kıt olan sağlık kaynaklarının tahsis edilmesinde önceliklerin belirlenmesi gerekir (Nandakumar & Farag, 2008, s. 137). 2015 yılında yapılan Birleşmiş Milletler konferansında sağlık hizmetlerinin finansmanı en önemli gündem maddesi olmuştur. Eşitliği sağlayan Evrensel Sağlık Kapsamına (UHC) ulaşmak için sürdürülebilir kalkınma, tüm muhtaç insanlar için sağlık hizmetlerinde kalite ve finansal risk koruması önemli bir unsurdur. 2010 Dünya Sağlık Raporu düşük ve orta gelirli ülkelerde sağlık hizmetlerini finanse etmeye ve mali alanın oluşturulmasına vurgu yapmıştır (Behera & Dash, 2018, s. 2).

Toplumun tamamına yönelik erişilebilir bir sağlık hizmeti sunmak, hemen hemen bütün ülkelerin maruz kaldığı bir sorundur. Sağlık hizmetleri genişledikçe ve çıktılar pozitif bir şekilde arttıkça; toplumun refah seviyesi de artmaktadır. Ancak bu pozitif çıktılar, sağlık hizmetlerine yeteri kadar fon ayrılması ile yakından ilişkilidir (Ecevit, vd., 2019, s. 301)

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, sağlık hizmetlerine yapılan harcamaları karşılamak için kaynak oluşturma sürecidir. Finansmanın amacı, bireylerin karşılaştıkları sağlık risklerini sorunsuz bir şekilde çözmeleri hususunda finansal koruma sağlamaktır. Sağlık finansmanının iki önemli sonucu vardır. Birincisi, bireylerin sağlık riskiyle karşı karşıya kaldıklarında, sağlık hizmetini sorunsuz kullanabilmeleri, ikincisi ise sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar sebebiyle yoksullaşmamalarıdır (Uğurluoğlu & Özgen, 2008, s. 135).

Sağlık hizmetlerinin finansmanı doğrudan ve dolaylı finansman olarak ikiye ayrılabilir. Doğrudan finansman, bireyin hizmet bedelini doğrudan cebinden ödemesidir. Dolaylı finansman ise bireyin daha önceden prim yatırmak koşulu ile aldığı hizmetin bedelini ilgili sigorta kuruluşuna ödettirmesidir. Bu sigorta kuruluşu kamu kaynaklı veya özel sağlık sigorta kuruluşu olabilir. Doğrudan finansman yönteminde tamamen piyasa koşulları geçerlidir. Yapılan harcamanın bedeli, hizmeti talep eden birey tarafından ödenmektedir ve toplumda risk paylaşımı yoktur. Sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan model, talep miktarını da etkilemektedir. Doğrudan finansman modelinin uygulandığı durumda, talebin düşük olduğu

yapılan çalışmalarda tespit edilmiştir. Diğer taraftan; ilgili sağlık sigortası kuruluşları tarafından finansmanın sağlandığı durumlarda, talebin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Doğrudan finansmanda eğer birey düşük gelirli ve yüksek maliyetli bir hastalık riski ile karşı karşıya ise talep düşük olmaktadır. Sağlık sigortası kuruluşlarının aracı olduğu durumlarda ise ihtiyaç olmadığı halde bireyler sağlık hizmeti talep edebilmektedir. Sağlık hizmetlerine talebi, gelişmemiş toplumlarda bilinçsiz ilaç tksetimi; gelişmiş olan toplumlarda ise sağlıklı yaşam arzusu neticesinde sürekli yapılan kontroller ve aşır vitamin tksetimleri artırmaktadır. Doğrudan finansman modelinin gün geçtikçe etkisini yitireceği ve azalacağı tahmin edilmektedir. Zira sürekli kendini yenileyen ve maliyeti artıran tıbbi teknolojik aletlerin etkisiyle, sağlık hizmetlerinin bedeli artmaktadır. Bireylerin bu maliyetlerin altından tek başlarına kalkmaları pek mümkün gözükmemektedir. Bu maliyetleri ancak büyük fonlar karşılayabileceğinden kamu veya özel kaynaklı sigorta kuruluşları daha fazla rol almaya başlayacaktır (Aktan & Işık, 2017, s. 3).

Sağlık hizmetlerinin sorunsuz bir şekilde işlemesi için güçlü bir finansman sistemine ihtiyaç vardır. Hemen hemen bütün dünya ülkeleri, artan sağlık maliyetleri kaynaklı finansman sistemleri problemlerine sahiptir (Erumut, 2012, s. 93).

Sağlık hizmetleri finansman yöntemleri, toplanan fonların kimlerden ve nasıl elde edildiğini ifade eder. Bu bağlamda esasen iki tür finansman yöntemi vardır. Birincisi kamu kaynaklı finansman, ikincisi ise özel kaynaklı finansmandır. Kamu kaynaklı finansman yöntemi, vergilerle finansmanı ve sosyal sağlık sigortasını, özel kaynaklı finansman yöntemi ise cepten ödeme, özel sağlık sigortası ve tıbbi tasarrufları içerir (Güvercin, v., 2016, s. 84).

Dünyada her ülkeye ve topluma uygun olacak ideal bir finans yöntemi yoktur. Her ülkenin finans yöntemi kendi özelliklerine uygun olmalıdır. Hükümetler finans yönteminin ne olacağına karar verirken sağlık hizmetlerinden herkesin eşit yararlanacağı ve gereksinimlere cevap verecek bir yöntemi seçmelidir. Seçilen finansman yönteminin hakkaniyet ve genel ekonomi üzerindeki etkilerinin ele alınması da gerektirir. Hakkaniyet açısından finansal yükü toplumun hangi kesimi yüklendiği ve yüksek risk grubunda olan bireylerin ne kadar koruma altına alındığı ile ilgili soruların cevabı aranmalıdır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında seçilecek yöntemin belirlenmesinde en önemli ilke, geliri yüksek ve sağlık durumu iyi olan bireylerden; geliri düşük ve sağlık durumu kötü olan bireylere doğru finansmanın aktarılmasıdır. Ters durumda hakkaniyetten söz edilemeyecektir (Tatar, 2011, s. 109). Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve yöntemleri başlığı altında kamu kaynaklı finansman yöntemleri,

piyasa ekonomisi aracılığıyla finansman yöntemleri ve bütünleştirilmiş finansman yöntemi anlatılacaktır.

1.7.1. Kamu Kaynaklı Finansman Yöntemleri

Sağlıklı yaşam hakkı, anayasal bir hak olduğundan; bireyin gelir seviyesinin düşük olması durumunda, devletin zorunlu sağlık sigortası veya vergilerle sisteme müdahale etmesi kaçınılmazdır. Böylece toplumun tüm bireyleri sisteme dahil edilmektedir. Ancak zorunlu sağlık sigortası sisteminin uygulandığı durumda dahi, primler sağlık hizmetlerini finanse etmede yetersiz kalabilmektedir. Bu durumda devlet merkezi bütçeden pay ayırıp transfer yapmakta ve zorunlu sağlık sigortası finanse edilmektedir. Böylece hizmetin aksaması önlenmektedir (Çelikay & Gümüş, 2011, s. 198).

Hükümetler, dünya genelinde, nüfus sağlığı girişimlerinin büyük bir bölümünü finanse etmektedir. Hükümet kaynakları, kamu sağlığı sistemlerine, sağlık hizmetlerine ve kamu sigorta programlarına fon sağlar. Hükümetler, 2019 yılında bu kaynaklar dünya genelinde eşit dağılmamasına rağmen, sağlığa kabaca GSYİH'nın %9.83'ü kadar harcama yapmıştır (Dieleman & Hanlon, 2014, s. 129; Worldbank, 2021).

Kamu kaynaklı finansman yöntemleri “Bismarck Modeli” ve Beveridge Modeli” olarak ikiye ayrılır. Bismarck modelinde, sağlık hizmetlerinden yararlanacak kişi ve işveren belirli oranlarda, üçüncü taraf olan ve fon toplayan kuruma prim öder ve bu toplanan primler ile hizmet sunucuya yapılan hizmetin bedeli ödenir. Bu yöntemde meydana gelen açık, merkezi bütçeden yapılan transferlerle kapatılır. Beveridge modelinde ise sağlık hizmeti giderleri hükümet tarafından daha önce çeşitli isimler altında toplanan vergilerle ve katılım payları ile finanse edilir. Hükümet topladığı vergilerden sağlık hizmetlerine pay ayırmak suretiyle sağlık hizmetlerini finanse etmektedir (Güvercin vd., 2016, s. 84). Kamu kaynaklı finansman yöntemleri başlığı altında sosyal sağlık sigortacılığı ve vergilerle finansma yöntemi anlatılacaktır.

1.7.1.1. Sosyal Sağlık Sigortacılığı

Tüm bireyleri sağlık sigortası kapsamına almada uygulanan modellerden biri de sosyal sağlık sigortasıdır. Kenneth Arrow (1963)'e göre bireyler öngörülemeyen risklere karşı korunmak için sigorta satın almayı tercih ederler. Arrow “Belirsizlik ve Tıbbi Bakımın Refah Ekonomisi” başlıklı çalışmasında sağlık sigortası pazarlarının hangi durumlarda ortaya çıktığını tanımlar. Bireyler sağlık sigortası ile marjinal maliyetlerini düşürmektedirler. Yine bu

çalışmada sigorta yaptırmanın refah düzeyi ile ilişkili olduğunu savunmaktadır (Nandakumar vd., 2017, s. 269).

İşçiler, işverenler ve kendi adına bağımsız çalışanlar tarafından fona prim yatırmak suretiyle model işletilir. Özel sağlık sigortası ile finansmanda katılımın düşük olması ve dolayısıyla tabana yayılmaması vatandaşların sağlık haklarından yeteri kadar faydalanmasının önünde bir engel olarak görüldüğünden devlet, düzenlemesini yapacağı sosyal sigorta kuruluşu ile de sağlık hizmetlerini finanse edebilir (Erumut, 2012, s. 98). Sağlık hizmetlerinin finansmanında sosyal sağlık sigortası uygulaması Şekil 1.3.'te görüldüğü gibi gerçekleşmektedir.

Şekil 1.3: Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Sosyal Sağlık Sigortası Uygulaması



Kaynak: Çelikay ve Gümüş (2011, s.194)

Zorunlu sağlık sigortası sistemi aslında özel sağlık sisteminden doğmuştur. 1883 yılında, isteğe bağlı olarak Almanya’da Bismarck tarafından oluşturulan özel sağlık sigortası, daha sonra zorunlu sağlık sigortasının perspektifini oluşturmuştur. Şekil 1.3’te görüldüğü üzere bu modelde işverenler ve işçiler, ilgili kamu kurumuna prim ödemektedirler. Daha sonra ortak bir havuzda toplanan bu primler, bireylerin sağlık hizmeti talebini karşılamak için ilgili hizmet sunucuya aktarılır. Böylece toplumda bir dayanışma, yardımlaşma ve iş birliği oluşturulmaktadır (Çelikay & Gümüş, 2011, s. 193).

Zorunlu sağlık sigortası sistemi, sadece çalışanların karşılaşabileceği sağlık risklerini karşılamak amacıyla kurulmuş ve zamanla tüm toplumu kapsar hale gelmiştir. Bu sistemde, devlet çalışanlardan, işverenlerden ve sisteme dışarıdan dahil olmak isteyenlerden prim almakta ve herhangi bir geliri olmayanların primlerini ise kendisi ödeyerek sistemi tüm topluma yaymaktadır. Zorunlu sağlık sigortası sisteminde bireyin sağlık sorunu ile karşılaşması durumunda maliyetin tamamını kendisi karşılamamakta ve maliyet, sisteme tabi olan tüm bireyler arasında paylaştırılmaktadır. Böylece zorunlu sağlık sigortası sistemi, sosyal faydayı ön plana çıkarmayı hedeflemektedir (elikay & Gümüş, 2011, s. 195).

Sağlık hizmetlerinden faydalanan üyelere seçenekler sunulurken hizmet sunucular arasında rekabetin tesis edilmesi bu sistemin özelliklerindendir. Bu rekabet ile etkinlik ve verimliliğin sağlanması yanında; maliyetlerin dşrlmesi de sağlanır. Sosyal sağlık sigortası, sistemleri dayanışma prensibine dayanır. Düşük risk grubunda yer alanlar, yüksek risk grubundaki bireyleri sübvanse eder. Fonlar sağlıklılardan hastalara (risk dayanışması), zenginlerden yoksullara (gelir dayanışması), gençlerden yaşlılara akar (Uğurluoğlu & zgen, 2008, s. 141).

Sosyal sağlık sigortasının kuruluş mantığında dayanışma ilkesi olduğundan aktüerya kavramı öncelikler arasında yer almaz. Dayanışma kavramına bağlı olarak bireyin sağlık statüsü ile ödeyeceği prim arasında bir ilişki yoktur. Birey yüksek sağlık riskine sahip olsa dahi bu durum ödeyeceği primlere etki etmez (Tatar, 2011).

Bu sistemde bireyin geliri esas alınarak hesaplanan prim işveren ve birey tarafından ilgili sigorta kurumuna ödenir. Bu primler bir havuzda toplanır ve daha sonra ihtiyaı olan ye bu havuzdan faydalanır. Sosyal sağlık sigortasının uygulanışı ülkeden ülkeye farklılık gösterse de bazı ortak özellikler mevcuttur. Bu ortak özellikleri şöyle sıralanabilir (Tatar, 2011, s. 116).

1. Bireyler gelirlerine göre sürekli prim öderler.
2. Sigorta kurumu özerk veya yarı özerk olarak yönetilir.
3. Sosyal sağlık sigortası toplumun tamamını veya tamamına yakınına kapsar. Aynı zamanda zorunluluk esasına dayalıdır.

1.7.1.2. Vergilerle Finansman

Vergilerle finansman bir diğer ifade ile Beveridge modeli yaygın olarak kullanılan sağlık hizmetleri finansman yöntemidir. Vergilerle finansman yönteminde sağlık harcamalarının ya tamamı ya da büyük bir kısmı vergilerle karşılanmaktadır. Toplanan genel

vergilerden sağlık hizmetleri için bir pay ayrılır ve devlet bu ayrılan pay ile finansmanı sağlar. Ayrılan pay ülkelerin ekonomik ve siyasi durumuna göre farklılıklar gösterir. Bu finansman yönteminde, nüfusun tamamı hedef alınır ve tamamını kapsar. Sağlık hizmetlerinden faydalanmak için katkı payı dışında herhangi bir ücret alınmaz. Bireyler ne zaman hangi sağlık hizmetine ihtiyaç duyarsa o hizmeti alır. Vergilerle finansman Kanada, Finlandiya, İsveç, İngiltere, İspanya ve Portekiz’de yoğun olarak kullanılmaktadır (Uğurluoğlu & zgen, 2008, s. 137).

Genel vergilerle sağlık hizmetlerinin finansmanında hizmet ve sosyal risk toplumun tamamına yayılmaktadır. Bu modelde hem koruyucu ve tedavi edici hem de rehabilitasyona yönelik hizmetlerin finansmanı toplanan vergilerle yapılmaktadır. Ancak, yapılan harcamaların toplumun tamamına yansıyabilmesi için vergi tabanı geniş olmalıdır. Bunun için kayıt dışı ekonominin azaltılması ve vergiyi doğuran sebepler kolay bir şekilde saptanabiliyor olmalıdır. Verginin tabana yayılması ile birlikte sosyal risk de toplumun tamamına yayılmış olacaktır (elikay & Gümüş, 2011, s. 195-196). Sağlık hizmetlerinin finansmanında vergilerle finansman uygulaması şekil 1.4.’te görüldüğü gibi gerçekleşmektedir.

şekil 1.4: Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Vergilerle Finansman Uygulaması



Kaynak: Uğurluoğlu ve zgen (2008,s. 138)

Şekil 1.4’te görüldüğü üzere sağlık hizmetleri sunumunun vergi gelirleri ile finansmanında merkezi bütçe gelirlerinden sağlık harcamalarına yönelik bir ödenek tahsis edilmekte, bu şekilde kamusal kaynaklar sağlık sektörüne aktarılmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında vergilerle finansman yönteminin çeşitli avantajları mevcuttur. Bu avantajlarından bir tanesi, büyük ölçekte hizmet alımından kaynaklanan monopson piyasaya sahip olmaktır. Birçok hizmet sunucunun karşısında güçlü bir alıcı olarak yer almak pazarlık konusunda büyük avantajlar sağlamaktadır (İstanbuluoğlu vd. 2010, s. 93).

Vergilerle finansmanın bir diğer avantajı, geniş bir kitlenin yapmış olduğu katkının etkili bir şekilde havuzlanmasıdır. Bireyler zorunlu olarak çeşitli isimler altında vergi havuzuna katkıda bulunmakta ve devlette bu gelirleri sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanmaktadır. Böylece kimsenin sağlık statüsüne bakılmaksızın fon toplanır. Bu yöntemde toplanan vergilerle ayırım yapmadan herkese eşit bir şekilde sağlık hizmeti sunulmaktadır (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008, s. 138).

Vergilerle finansman yönteminde en önemli soru, vergilerin toplanma kapasitesi ve adil bir şekilde toplanıp toplanmadığıdır. Toplanan verginin adil olup olmadığının en büyük göstergesi, artan oranlı olup olmamasıdır. Böylece verginin, yüksek gelirli bireylerden yüksek, düşük gelirli bireylerden düşük alınması gerekir. Gelişmemiş ya da gelişmekte olan ülkelerde, dolaylı vergilerin toplam vergiler içerisindeki oranının yüksek ve dolaylı vergilerin tüketimden elde edilmektedir. Bu yüzden, vergilerle finansman yönteminde, tüketimi yüksek olan düşük gelirli grupların dolaylı olarak sağlık hizmetlerini finanse etme gerçeği ortaya çıkmaktadır ki bu durum hakkaniyet ilkesi ile bağdaşmamaktadır (Tatar, 2011, s. 112).

1.7.2. Piyasa Ekonomisi Aracılığıyla Finansman Yöntemleri

Kamu kaynakları ile finansman yanında piyasa ekonomisi aracılığıyla finansman modelinde, tamamen piyasa kuralları geçerlidir. Hizmet talep eden ile hizmet arz edenlerin karşılaştığı piyasada, arz ve talebin dengeye geldiği noktada, denge fiyatı oluşmaktadır. Özel finansman modellerinde bireyler aldıkları sağlık hizmetinin bedelini, kendileri ödeyebilecekleri gibi; prim ödeme koşulu ile giderlerini sağlık sigortası şirketine de ödeyebilirler. Bu durumda, herhangi bir kamu müdahalesi söz konusu değildir (Erument, 2012, s. 98).

Özel sağlık sigortası, tıbbi tasarruf hesapları ve cepten ödemeler özel kaynaklı finansman yöntemleri olarak adlandırılır. Özel sağlık sigortasında hizmet talep eden bireyler, üçüncü taraf olan ve fon toplayıp ödemeyi yapan sigorta kuruluşuna prim öder ve karşılığında

sağlık hizmetlerinden faydalanır. Bu sistem gönüllülük esasına dayanır ve sigorta şirketleri tarafından tamamen kâr amaçlı kurulur ve yönetilir. Tıbbi tasarruf hesapları yönteminde, birey bankada kendi adına açmış olduğu hesaba düzenli olarak para yatırır ve herhangi bir sağlık problemi ile karşılaştığında bu hesaptan finanse eder. Cepten ödeme yönteminde ise birey almış olduğu sağlık hizmetinin bedelini tamamen cebinden ödemektedir ve herhangi bir katkı alamamaktadır (Güvercin vd., 2016, s. 85).

1.7.2.1. Cepten Ödeme

Cepten ödeme, bireylerin sağlık hizmeti karşılığında sağlık sunucularına direkt yaptıkları ödemeleri ifade eder. Bu sistemde, hizmetin alımı esnasında ödeme yapılır ve ön ödeme söz konusu değildir. Sistem kaynak transferinin en basit şeklidir ve hizmeti talep eden birey hizmeti sunan tarafa arada üçüncü taraf olmadan direkt ödeme yapar. Cepten ödemeler tam ödeme, katkı payı ve katılım eşikli katkı payından oluşan resmi ve resmi olmayan ödemelerden oluşur. Tam ödemeler, hizmet bedelinin tamamının hizmeti alan birey tarafından hizmet sunucuya ödenmesini ve bireyin bu ödemeyi bir daha geri ödeme kurumlarından tahsil edememesi durumunu ifade eder. Katkı payları ise bir sağlık güvencesine bağlı olan bireyin almış olduğu sağlık hizmeti bedelinin bir kısmını cepten ödemesini ifade eder. Katılım eşikli katkı payı, bireyin yapmış olduğu sağlık harcamasının belli eşik değer öncesinde ödemek zorunda olduğu miktardır. Eşikten sonrası, bağlı olduğu sağlık güvencesi tarafından ödenmektedir. Sağlık güvencesi olan bireylerin yasal ödemeler dışında yapmış oldukları ödemelere ise resmi olmayan ödemeler denir (Uğurluoğlu & Özgen, 2008, s. 147).

Cepten ödemeler, her ülkede farklı boyutlardadır ve sağlık hizmetleri finansmanına ek katkıda bulunurken olumlu etkiler yaratmaktadır. Diğer taraftan; bireylerin yetersiz ödeme güçleri nedeniyle birey ve toplum üzerinde olumsuz etki yapmaktadır. Böylece cepten ödeme yöntemi, ülkelerin finansman politikaları açısından sorun haline gelebilmektedir (Özgen, 2008, s. 202).

Cepten ödeme yöntemi, sağlık hizmetlerinin finansmanında bütün ülkelerde kısmen de olsa uygulanmaktadır. Ancak sağlık hizmeti ihtiyacının ne zaman, nerede ve hangi maliyetle ortaya çıkacağı önceden bilinmediğinden tek başına bir finansman yöntemi olarak kullanılmamaktadır. Bu yöntemde cepten yapılan ödemeler herhangi bir kurum veya kuruluştan geri alınmamaktadır. Günümüz ülkelerinde kullanılan yöntemlere ek olarak kullanılan cepten ödeme yönteminde uygulama genellikle katkı payı alma şeklindedir. Katkı payı alınmasının sebepleri ise bir yandan ek kaynak yaratmak bir yandan da talebi düzenlemektir. Gereksiz

denilebilecek sağlık hizmeti taleplerini katkı payı alınarak minimum seviyeye indirmek amaçlanmaktadır. Katkı payı miktar veya oranı belirlenirken bireylerin gelir ve risk durumları göz önünde bulundurulmalıdır. Geliri düşük, risk durumu yüksek olan bir birey hipertansiyon, diyabet ve kanser gibi ağır hastalıklardan birine yakalanması durumunda eğer belirlenen katkı payı yüksek ise bu durumdan olumsuz etkilenecektir (Tatar, 2011, s. 113).

1.7.2.2. Özel Sağlık Sigortası

Özel sağlık sigortaları tamamen piyasa koşullarına göre özel şirketler tarafından kâr amaçlı kurulup yönetilen mekanizmalardır. Bu sistemde katılım tamamen gönüllüdür ancak Uruguay ve İsviçre gibi ülkelerde zorunlu olabilmektedir (Gülay, 2017, s. 20). DSÖ'ye göre özel sağlık sigortası baskın, zorunlu, ikame edici, tamamlayıcı ve ilave edici olmak üzere beş rol üstlenir. Örneğin ABD'de çalışanlar için baskın, İsviçre'de halkın tamamına zorunlu, Hollanda'da ikame edici, Kanada'da diğer sigorta sistemlerinin dışında kalanlar için tamamlayıcı, İngiltere'de ilave edicidir (Uğurluoğlu & Özgen, 2008, s. 142).

Özel sağlık sigortasında sigortalar, çoğunlukla bireysel riske göre yapılır. Bunun sebebi sağlık risklerinden dolayı sigortayı daha çok tercih eden bireylerin oranı daha fazladır ve bu bireylerin primleri daha yüksektir. Böylece genç ve sağlıklı bireylerden alınan prim çok daha düşüktür. Özel sağlık sigortası eğer toplumsal riske göre belirlenmişse; sağlıklı bireyler toplumsal riske göre belirlenen primleri yüksek bulacağından bireysel riske göre belirlenmiş prim sistemini uygulayan sigortalara yönelecektir. Böyle olunca da geriye kalan bireyler, hem yüksek sağlık riskiyle karşı karşıya oldukları için hem de sayıları düşük kaldığı için sigorta primleri yetersiz kalacaktır (Uğurluoğlu & Özgen, 2008, s. 144).

Özel sağlık sigortası gelişmekte olan ülkelerde sınırlıdır. Bunun sebebi kişi başına düşen gelirin düşük olması ve sigorta primlerinin yüksek olmasıdır (Uğurluoğlu & Özgen, 2008, s. 144).

1.7.2.3. Tıbbi Tasarruf Hesabı

Tıbbi tasarruf hesapları ile finansman yöntemi, günümüzde birçok ülke tarafından benimsenmiş ve bu ülkeler kendi sistemlerine bu modeli uyarlamışlardır. Tıbbi tasarruf hesapları tamamen kişisel hesaplardır ve gerek tıbbi bakım gerekse tedavi aşamasında kullanılabilmektedir. Bireylerin kendi adlarına açtırmış oldukları tıbbi tasarruf hesaplarına ileride doğabilecek sağlık ihtiyaçları için kullanmak üzere düzenli olarak yatırdıkları paralardan oluşan bir fon çeşididir. Bu modelin uygulanmasını teşvik eden üç neden vardır. Birincisi,

ileride oluşabilecek sağlık giderleri için tasarruf oluşturmak; ikincisi, maliyetlerin kontrolünü sağlamak ve minimize etmek ve üçüncüsü ise finansal kaynakların hareketliliğini sağlamaktır. Bu modelde bireylerin yüksek maliyet gerektiren tedavileri finanse etmeleri beklenmemektedir. Dolayısıyla bu model, diğer modellere yardımcı bir model olarak düşünülmektedir (Erumut, 2012, s. 100).

Tıbbi tasarruf hesapları, sağlık güvencesi olan bireylerin sağlık hizmeti talebinde meydana gelen artış neticesinde ortaya çıkmıştır. Bu sistem kaliteyi artırma ve gereksiz sağlık hizmetleri kullanımını azaltma, kamu sağlık harcamalarını düşürme amaçlı kullanılır. Bireyler tıbbi tasarruf hesapları ile tasarruf ederler ve sağlık harcamalarını kontrol altına alırlar. Bu hesaplar vergiden muaftır. Tıbbi tasarruf hesapları 1984’de kurulmuş olup halen Singapur, ABD, Çin, ve Kanada başta olmak üzere birçok ülkede kullanılmaktadır. Bu sistem ülkeden ülkeye farklılık gösterir ve çoğunlukla diğer finansman sistemleri ile desteklenir. Primler bazı ülkelerde zorunlu bazılarında ise gönüllüdür (Uğurluoğlu & Özgen, 2008, s. 145).

Tıbbi tasarruf hesapları ile bireyler hesapta kalan ve kullanılmayan parayı gelecekteki sağlık giderleri için kullanabilirler ve finansal riski ortadan kaldırır. Böylece bireyler sağlık harcamalarını kontrol ederek maliyet bilinçlerini geliştirirler ve ahlaki tehlike kısmen de olsa ortadan kalkar. Ancak tıbbi tasarruf hesapları talebin kontrolüne yönelik olduğundan sağlık harcamalarının arz tarafına yönelik düzenlemeler de gereklidir. Aksi takdirde tıbbi tasarruf hesaplarının başarısız olması kaçınılmazdır (Uğurluoğlu & Özgen, 2008, s. 146).

1.7.3. Bütünleştirilmiş Finansman Modeli

Sağlık hizmetleri finansman sistemleri piyasa ekonomisi koşullarıyla oluşturulmakla beraber kamu ekonomisi tarafından da oluşturulabilir. Piyasa ekonomisi koşulları ile oluşturulan sistemlerde kâr ve bireysel menfaat ön planda iken kamu ekonomisi aracılığıyla oluşturulan sistemlerde sosyal fayda ön plandadır. Bahsedilen bu sistemler, birbirlerini tamamlayacak şekilde bir arada kullanılabilir. Sistemler birbirlerinin eksikliklerini giderecek şekilde düzenlenmelidir. Çeşitli sebeplerden hizmet maliyetleri sürekli arttığından, finansmanı zorlaşmakta ve hizmet aksayabilmektedir. Böylece sadece piyasa ekonomisi koşullarına veya kamu ekonomisi şartlarına göre düzenlenmiş sistemler, hizmetin finansmanında yetersiz kalabilmektedir. Bu nedenle birçok ülkede, her ikisinin karması olan bütünleştirilmiş finansman modeli uygulanmaktadır (Çelikay & Gümüş, 2011, s. 197). Şekil 1.5’te bütünleştirilmiş finansman modeli gösterilmiştir.

Şekil 1.5: Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Bütünleştirilmiş Finansman Modeli



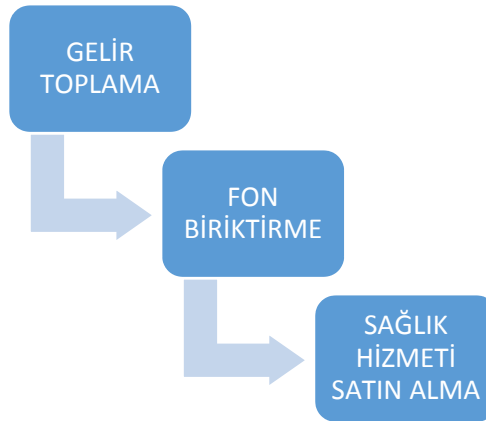
Kaynak: Çelikay ve Gümüş (2011, s. 198)

Şekil 1.5’te görüldüğü üzere sağlık hizmetleri sunumunun bütünleştirilmiş finansman modeli ile finanse edilmesi durumunda kamu ve özel kaynakların tümünden yararlanılabilmektedir.

1.8. Sağlık Hizmetleri Finansmanının İşlevleri

Toplumun ihticacı olan sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesi için kaynakların devlet ya da özel sektör tarafından toplanması sağlık finansmanını ifade eder. Sağlık hizmetleri finansmanının işlevleri gelir toplama, fon biriktirme ve sağlık hizmeti satın almaktır (Erumut, 2012, s. 96).

Şekil 1.6: Sağlık Hizmetleri Finansmanın İşlevleri



Kaynak: Erumut (2012, s. 94)

Hem kamusal kaynaklı sağlık sigortası hem de özel sağlık sigortası modelinde sağlık hizmetlerinin finansmanı için üç ayaklı bir kaynak aktarım süreci vardır. Birinci taraf hizmeti talep eden, ikinci taraf hizmeti sunan, üçüncü taraf ise sunulan bu hizmet karşılığında hizmet sunan ikinci tarafa kaynak aktarandır. Bu üç taraf sürekli birbirleriyle etkileşim halindedir (Gülay, 2017, s. 19). Sağlık hizmetleri üçgeni Şekil 1.7.'de görüldüğü gibi gerçekleşmektedir.

Şekil 1.7: Sağlık Hizmetleri Üçgeni



Kaynak:Gülay,(2017, 20)

Sağlık hizmetleri finansmanı, sağlık hizmetleri üçgeninde de gösterildiği üzere hizmet sunucuları ile finanse edenler arasındaki kaynak aktarımını ifade eder. Bu süreçte hizmet talep eden bireyler, hizmet sunuculardan hizmeti alırlar ve bunun karşılığında da hizmet talep edenlerin kendileri veya finanse edenler tarafından hizmet sunucularına ödemeleri yapılır. Sağlık hizmetlerini üçüncü tarafın finanse etmesindeki temel amaç finansmanın sürdürülebilirliğini temin etmektir (Güvercin vd., 2016, s. 82).

Sağlık hizmetlerinin finansmanında gelir toplama, fon biriktirme ve sağlık hizmeti satın alma aşağıda incelenmiştir.

I. Sağlık Hizmetlerinin Finanse Edilmesinde Gelir Toplama

Finansmanın güçlü olması ve etkin bir sağlık hizmeti sunabilmek için GSYİH'dan sağlık hizmetlerine yeteri kadar pay ayrılması gerekmektedir. DSÖ'ye göre sağlık finansmanının amacı, sağlık hizmetini sağlayacak olan gerek kamu gerekse özel kuruluşların motive edilmesi için gerekli fonun oluşturulmasıdır (Arık & İleri, 2016, s. 46).

Gelir toplama işlevi, bu gelirlerin kim tarafından ödendiği ve kim tarafından toplandığı ile ilgilidir. Bu aşamada gelirler bireylerden, firmalardan ve devletten toplanır. Toplanan gelirler primler veya vergi transferi şeklindedir (Güvercin vd., 2016, s. 83).

II. Sağlık Hizmetlerinin Finanse Edilmesinde Fon Biriktirme

Fon biriktirme işlevi toplanan gelirlerin biriktirilmesi ya da havuzlanmasıdır. Diğer bir ifade ile fon biriktirme işlevi muhtemel sağlık harcamalarını karşılamak üzere daha önceden toplanmış gelirlerden bir fonun oluşturulmasıdır. Bu işlevde temel amaç herhangi bir sağlık problemi yaşandığında hizmet sunucuya ödenecek hizmet bedelinin fona daha önceden ödeme yapmış kişiler tarafından paylaşılmasıdır (Erumut, 2012, s. 96).

III. Sağlık Hizmetlerinin Finanse Edilmesinde Satın Alma

Sağlık hizmetlerinin işlevleri arasında bulunan ilk iki işlev sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı arasındaki kaynakların aktarımına yöneliktir. Bu transfer hizmet sunucuların hizmetlerini sunmaları neticesinde bireylerin ya da üçüncü taraf olan fon toplayıcıların kaynakları hizmet sunucuya transfer etmesi şeklinde gerçekleşir. Hemen her gelişmiş ülkede üçüncü taraf ödeyiciler arasında ağırlıklı olarak kamu vardır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı büyük ölçüde, vergilerle veya toplanan primlerle sağlanır. Sigorta kuruluşlarının ya da devletin finansman mekanizmasının içerisinde yer almasının temel sebebi, sağlık riskinin ne zaman ortaya çıkacağının ve maliyetinin ne olacağının önceden bilinmemesinden dolayı bireyleri bu risklerden koruma düşüncesidir. Bireylerin bu şekilde bir finansman modeli ile sağlık hizmetlerini etkili ve verimli bir şekilde almaları amaçlanmaktadır (Uğurluoğlu & Özgen, 2008, s. 135).

1.9. Farklı Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Ülkelerin demografik, sosyo-kültürel ve ekonomik yapıları kurulacak sağlık sistemi üzerinde son derece etkilidir. Bu değişkenlerin etkisine göre devletin sisteme müdahale edip etmeyeceği müdahale edecekse de hangi ölçüde müdahale edeceği farklılık göstermektedir (Çelikay & Gümüş, 2011, s. 199).

Çalışmanın bu kısmında, beş ülkenin sağlık sistemleri, harcamaları ve finansman yapısı incelenmektedir. Seçilen ülkeler, farklı finansman yapılarını yansıtmaktadır.

1.9.1. İngiltere’de Sağlık Sisteminin Genel Yapısı ve Finansmanı

İngiltere’de sağlık hizmetleri devlet tarafından vergilerle finanse edilen ve tüm nüfusu kapsayan Beveridge modeli ile yürütülmekte ve finanse edilmektedir. Bu sistem merkeziyetçi bir yapıya sahiptir. Sağlık hizmetlerinin sağlanmasından ve finansmanından Nisan 2013’te kurulan ve Sağlık Departmanı’na bağlı olarak faaliyet gösteren Ulusal Sağlık Hizmetleri (National Health Services – NHS) sorumludur. Her türlü sağlık hizmeti NHS tarafından

sunulmaktadır. Bütün bireyler ihtiyacı olan sağlık hizmetinden ücretsiz olarak faydalanabilmektedir. NHS'nin temel amacı İngiltere'de yaşayan bireylerin sağlık durumlarını geliştirmek ve yükseltmektir (Gülay, 2017, s. 23).

İngiltere katı bir sevk zincirine sahiptir. Sevk zincirinin birinci basamağında pratisyen hekimler vardır. Bütün hastalar pratisyenlerden sağlık hizmetlerini ücretsiz olarak almaktadır. Hastalar ilk etapta pratisyen hekimler tarafından muayene edilmekte ve gerek görülmesi durumunda bir üst basamak sağlık kuruluşuna sevk edilmektedir. Hastaların pratisyenlere başvurmadan direk bir üst basamak sağlık kuruluşlarına gitmeleri durumunda NHS bu hastaların sağlık giderlerini karşılamamaktadır ve hastalar cepten ödeme yapma durumunda kalmaktadır. Bu katı sevk zinciri sayesinde İngiltere'de üst basamak sağlık kuruluşlarında yığılmaların önüne geçilmekte, gereksiz yüksek maliyetli harcamalar önlenmekte ve aktüerya açısından son derece olumlu sonuçlar elde edilmektedir (Akman & Tarım, 2020, s. 311-312).

İngiltere'de ağırlıklı olarak vergilerle finanse edilen sağlık hizmetleri için her sene Hazine'den Sağlık Departmanı'na bütçe ayrılmaktadır. Vergilerle finansman dışında ağırlığı çok düşük olmakla beraber farklı kaynaklar da vardır. Örneğin geliri belli sınırın üzerinde olanlardan ulusal sigorta katkısı alınması ve bazı tedaviler ve ilaçlar için alınan katkı payları farklı finansman kaynaklarıdır. 2018 yılında İngiltere sınırları içerisindeki sağlık harcamalarının %77,8'i NHS tarafından, %16,7'si cepten ödemelerden, %2,9'u isteğe bağlı sağlık sigortasından, %2,1'i kâr amacı gütmeyen kuruluşlardan, %0,5'i ise işletmeler tarafından karşılanmıştır. 2018 yılında İngiltere'de toplam sağlık harcamaları 214 milyar sterlin ve GSYİH'ya oranı ise %10 olarak gerçekleşmiştir. Cepten ödemeler genellikle reçetesiz satılan ilaçlarda ve özel sağlık hizmetlerinde gerçekleşmektedir (Gülay, 2017, s. 97; ons. gov.uk, 2021).

Ulusal sağlık hizmeti coğrafi alanlarda organize edilir ve hizmet satın alımı için Birinci Basamak Vakıflar (PCT) sorumluluk alır. PCT'ler merkezi hükümetten yıllık bütçe alırlar ve vatandaşın hastanedeki harcama ihtiyaçlarını karşılamak zorundadırlar. İngiltere'de, toplam bütçeden PCT'ye ayrılan payda finansman kuralı işletilmektedir. Bu finansman kuralı, nüfus büyüklüklerini ve yaş durumunu göz önünde bulundurarak her bir PCT için genel bütçeden paylar yaratmak şeklindedir (Andrews, vd., 2015, s. 9).

1.9.2. Singapur'da Sağlık Sisteminin Genel Yapısı ve Finansmanı

1984 yılı öncesinde Singapur'da sağlık hizmetleri kamusal finansman modeli olan vergiler yolu ile finanse edilmiştir. 1984 yılının hemen öncesinde sağlık giderlerinin ağırlaşması ve sürdürülemez hale gelmesinden dolayı yeni sistem arayışları içerisine girilmiştir.

Neticede 1984 yılında yeni bir sağlık finansman modeline geçilmek üzere reform gerçekleştirilmiştir. Bu reformla birlikte; daha önce uygulanan vergiler yoluyla finansman yönteminde kaynakların etkin bir şekilde kullanılmadığı görüşünden bahisle tıbbi tasarruf hesabı modeline geçilmiştir. Singapur’da bu model değişikliğinin arkasında yatan sebebin daha önceki modelde insanların ihtiyaç olmaması durumunda bile giderlerin devlet tarafından ödenmesinden dolayı gereksiz muayene olarak harcama yapmaları ve neticede de devletin artık bu maliyetlerin altından kalkamaz hale geldiği gösterilmektedir (Erumut, 2012, s. 103).

Singapur’da uygulanan tıbbi tasarruf hesabı modeli üç sütun üzerine kurulmuştur. Toplam üç adet fon vardır ve her biri ayrı işleve sahiptir. Bu fonlar Medisave, Medishield Yaşam ve Medifund’dur. Medisave, kişilerin gerektiğinde kullanmak için gelirlerinin bir kısmını tasarruf etmek üzere yatırdıkları bir tıbbi hesaptır. Medishield Yaşam, medisave hesabının karşılayamadığı ağır maliyetleri karşılamak üzere kurulmuş bir tıbbi hesaptır. Medifund ise finansmanı devlet tarafından karşılanan ve sağlık giderlerini karşılayamayacak kadar yoksul olan bireylerin giderlerini finanse etmek için oluşturulmuş bir tıbbi hesaptır (Ataç & Sur, 2018, s. 78).

2019 yılında Singapur’da toplam sağlık harcamaları 15.3 milyar ABD \$ ve GSYİH ‘ya oranı ise %4.08 olarak gerçekleşmiştir (Worldbank, 2022).

1.9.3. ABD’de Sağlık Sisteminin Genel Yapısı ve Finansmanı

Sağlık harcamaları özel ve kamu olarak kategorize edilip ülkeler bu şekilde karşılaştırıldığında OECD ülkeleri içerisinde yer alan ABD en yüksek sağlık harcamasına sahip iken kamu harcamaları yönünden en düşük harcamayı yapan ülkedir. Çünkü ABD’de sağlık harcamalarının finansmanı özel finansman yöntemi ile yapılmaktadır. ABD’de hükümetin sağlık harcamaları üzerinde daha az doğrudan kontrolü olduğundan harcamaların artış oranı diğer OECD ülkelere kıyasla daha yüksek olmaktadır (Nandakumar & Farag, 2008, s. 137). Sağlık sigortası ödemeleri büyük ölçüde önleyici bakımı kapsayan teşhis bazlı tedavi ile sınırlıdır (Nandakumar vd., 2017, s. 270).

ABD hariç diğer gelişmiş ülkelerin birçoğunda, genel sağlık giderlerinin içerisinde kamunun payı çok yüksektir. Bu oran 2019 rakamlarına göre İngiltere’de %77.6 iken İsviçre’de %64.4, Kanada’da %70, Fransa’da %84’tür. Bu ülkelerde ayrıca kişi başına düşen sağlık harcaması da yüksektir. Diğer taraftan sağlık hizmetleri özel sağlık sigortaları ile finanse edilen ABD’de kişi başına düşen sağlık harcaması 11.072 ABD Doları ile dünyanın en yüksek miktarıdır. ABD’de bu rakamın böyle yüksek olmasının nedeni hekimlere bakmış oldukları

vaka başına ödeme yapılması ve ilaç fiyatlarının yüksekliği gösterilmektedir (Kılavuz, 2010, s. 186). Son 10 yılda, Amerika Birleşik Devletleri'nde ayakta tedavi reçeteli ilaçlar harcaması yıllık %15–20 oranında büyümüş ve 40 milyar ABD Doları'ndan 160 milyar ABD Doları'nın üzerine çıkmıştır (Nandakumar, vd., 2017, s. 271). 1997 yılında Anderson ve 2000 yılında Anderson ve diğerleri ABD ile diğer ülkeler arasındaki sağlık sonuçlarındaki farklılıkları araştırmışlardır. ABD'nin kişi başına yüksek sağlık harcaması yapmasına rağmen sağlık çıktılarının diğer ülkelere göre daha düşük seviyede olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Kulkarni, 2016, s. 74; OECD, 2021).

1970'den 2019'a kadar ABD'de sağlık harcamaları GSYİH'nin yüzdesi olarak %7'den %17'ye yükselmiş ve 2030'da ise %29'a ulaşacağı tahmin edilmektedir. Aynı dönemde kamu sağlık harcamalarının da önemli ölçüde arttığı ve 2030'da %15'i bulacağı tahmin edilmektedir (Tobing & Jeng, 2012, s. 471; OECD, 2021).

1.9.4. Almanya'da Sağlık Sisteminin Genel Yapısı ve Finansmanı

18. Yüzyılın sonlarında Almanya'da çıkarılan bir yasa ile devlet loncalar ve belediyeler vasıtasıyla ihtiyaç sahiplerinin sağlık ihtiyaçlarını karşılamakla yükümlü kılınmıştır. 1870'li yıllarda Bismarck döneminde ise sağlık hizmetlerinin sosyal güvenlik çatısı altına alınması gündeme gelmiştir. Ancak 1925 yılında sadece meslek hastalıklarının getirmiş olduğu hizmet ve giderlerin karşılanmasına dair ilk yasa çıkarılabilmıştır (İstanbuluoğlu vd., 2010, s. 89).

Sosyal sigortaların en eski ve köklü olanı Yasal Hastalık Sigortası (YHS)'dir. YHS'yi yasa ile kurulmuş sandıklar oluşturur. Sağlık hizmetlerinde hastalıklardan koruma YHS ve Özel Hastalık Sigortası (ÖHS) tarafından finanse edilir. YHS kamu hukuku hükümlerine göre, ÖHS ise özel hukuk hükümlerine göre faaliyet gösterir. YHS toplumun %88'ni güvence altına almıştır. YHS'de yardımlaşma, belli bir gelir düzeyine kadar sigorta zorunluluğu, sağlık bakımı hakkı ve özerklik şeklinde dört temel ilke mevcuttur (Öcek, 2007, s. 87).

Almanya'da 2019 yılında kişi başına sağlık harcaması, 6.646 ABD \$'dır ve bu miktar OECD ortalamasının üzerindedir. Almanya GSYH'nin %11.7'sini sağlık harcamalarına ayırmaktadır. Toplam sağlık harcamalarında kamunun payı ise, %85'dir (OECD, 2021).

1.9.5. Japonya'da Sağlık Sisteminin Genel Yapısı ve Finansmanı

Japon sağlık sigortası sistemi 1922'de kurulmuş ve 1961'de bütün nüfusu kapsar hale getirilmiştir (Tamakoshi & Hamori, 2015, s. 728). Sağlık sigortası tamamen zorunludur ve bireyler gelir durumlarına göre prim yatırır. Bireylerin yapmış oldukları sağlık harcamalarının %70-100'ü zorunlu sağlık sigortası ile karşılanmaktadır. Bu oran hizmetin niteliğine ve

çeşitliliğine göre değişmektedir. Ödemeler üçüncü taraf olan ödeyici tarafından karşılanmaktadır ve dolayısıyla hizmeti alan ile sunan arasında katkı payı dışında parasal bir ilişki bulunmamaktadır (Mutlu & Işık, 2002, s. 263). Japonya dünyada en yüksek yaş ortalamasına sahip bir ülkedir ve 65 yaş üstü nüfusun genç nüfusa göre sağlık harcaması beş kat daha fazladır. Hızla yaşılanan nüfus sağlık hizmetlerini artırma eğilimini tetiklemiştir (Tamakoshi & Hamori, 2015, s. 728).

Japonya’da sağlık sistemi fonlar ve programlar ile yürütülür. Sağlık Bakanlığı bunlarla ilgili düzenlemeler yapmakla beraber bu programlardan bazılarına destek olarak sağlık hizmetlerinin bütün topluma eşit bir şekilde sunulması için çaba gösterir. Ulusal Sağlık Sigortası birçok fon tarafından finanse edilmektedir. Bu fonlar arasındaki gerekli bağlantı ve koordinasyonlar Sağlık Bakanlığı tarafından yerine getirilmektedir. (Mutlu & Işık, 2002, s. 201).

Japonya 2019 verilerine göre GSYİH’sının %11.1’ ni sağlık harcamalarına ayırmıştır ve kişi başına sağlık harcaması 4.823 ABD Doları’dır. Japonya’da nüfusun tamamı çeşitli sigortalar tarafından kapsam altına alınmıştır. Bu kapsamda bireyler ihtiyaç duyduklarında her zaman ve her yerde uygun sağlık hizmeti alabilirler. Bu hizmetler karşılığında herhangi bir ücret ödenmez. (Kalaça, 1995, s. 43; OECD, 2021).

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE KAMU SAĞLIK HARCAMALARININ FİNANSMANI VE SÜRDÜRÜLEBİLİRLİĞİ

Sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde finanse edilmesi sağlıklı bireylerin nüfusunun payını artırarak daha iyi sağlık koşulları sağlar. Böylece, emek kaybı önlenir ve neticede de emek arzı artar. Diğer taraftan sağlık problemi olmayan bireyler gerek fiziksel gerekse zihinsel olarak daha formda oldukları için üretime hasta bir kişiden daha fazla katkıda bulunmaları ve üretkenliği arttırmaları beklenmektedir. Bir kişi sağlıklı olduğunda, yaşam beklentisi artar ve bu, bireysel tasarrufları ve eğitime yapılan özel yatırımları teşvik eder. Böylece yatırımlara ve beşerî sermayenin gelişmesine katkıda bulunur (Kurt, 2015, s. 441).

Çağın gereklerine göre sürekli değişikliğe uğrayan sağlık hizmetleri dünya var olduğundan beri varlığını sürdürmüştür. İlk zamanlar hekim odaklı olan bu hizmetler giderek genişlemiş ve sektör haline gelmiştir. Bu hizmetlerin beraberinde finans sistemleri de gelişme göstermiştir (İstanbuluoğlu, vd., 2010, s. 87).

Sağlık hizmetlerinin sorunsuz bir şekilde işlemesi ve istenilen seviyede verimli olabilmesi için finans sistemi son derece önemlidir. Sağlık hizmetlerine kamu müdahalesinin olmaması ve sadece özel sektörün faaliyet göstermesi durumunda toplumsal fayda ihmal edilebilir. Bundan dolayı kamu sektörü sağlık hizmetlerine bizzat hizmet sunucu olarak ya da sunulan hizmeti zorunlu sağlık sigortası veya vergilerle finanse etmek üzere katılabilir (Çelikay & Gümüş, 2011, s. 192). Ülkelerin tamamı sağlık hizmetlerinin sağlanmasında sağlık sisteminin içerisinde yer almaktadır. Bu sosyal devlet olmanın bir gereğidir. Sosyal devlet vatandaşının sağlıklı yaşama hakkını temin etmekten kaçınamaz ve böylece sistemin içerisinde yer almak durumundadır (Erumut, 2012, s. 140).

Halkın sağlık hizmeti talebine verilen en yaygın politika tepkisi, kamu sağlık harcamalarını arttırmaktır. Gelişmiş ülkelerde sağlık göstergeleri daha iyi olan hükümetler artan

kamu sağlık harcamalarına sahiptir. Ancak artan bu kamu sağlık harcamalarının sürdürülebilir bir şekilde finanse edilmesi gerekmektedir (Kulkarni, 2016, s. 72).

2.1. Türkiye’de Sağlık Sisteminin Tarihsel Gelişimi

Sağlık hizmetleri, sağlığın korunması, tedavi edilmesi ve rehabilite edici hizmetlerin sağlık görevlileri tarafından birey ve topluma sunulmasıdır. DSÖ sağlık hizmetlerini, “Belirli sağlık kuruluşlarındaki çeşitli sağlık personelinin yararlanılarak, toplumun ihtiyaç ve isteklerine göre çeşitlenen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistemdir.” şeklinde tanımlamıştır. Sağlık hizmetleri sunulurken verimliliğin ve etkinliğin artırılması, toplumun tamamına eşit bir şekilde yayılması gibi hedefler göz önünde bulundurulur. Sağlık sistemi ise, DSÖ tarafından temel amacı sağlığı geliştirmek, yenilemek ve sürdürmek için gerçekleştirilen tüm aktiviteler olarak tanımlanmaktadır (Tekin, 2015, s. 490).

Türkiye’de sağlık hizmetleri alanında uygulanan politikalar sürekli bir değişim içerisinde olmuştur. Dr. Refik Saydam dönemi (1923), Dr. Behçet Uz dönemi (1946) ve Prof. Dr. Nusret Fişek dönemi (1963), başlıca değişim dönemleridir. Bu dönemlerde birçok önemli reformlar hayata geçirilmiştir. En son 2003’te yapılan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) sağlık hizmetleri alanında yeni bir dönemin başlangıcı olmuştur. Yapılan bu değişiklik ile hem sağlık hizmetlerinin sunumunu adil ve etkili bir şekilde gerçekleştirmek hem de finansmanını sürdüröbilmek amaçlanmıştır (Öztürk & Uçan, 2017, s. 141).

Yapılan bu değişiklikler ile Sağlık Bakanlığı’nın yeniden yapılandırılması, devlet hastanesi, sigorta hastanesi ve kurum hastanesi ayrımının kaldırılarak bütün hastanelerin tek bir çatı altında birleştirilmesi, hastanelerin özerkleştirilmesi, sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanının ayrılması, Genel Sağlık Sigortası sisteminin kurularak tüm vatandaşların sağlık sigortası şemsiyesi altına alınması, aile hekimliği uygulamasının başlatılarak sevk zincirinin kurulması, koruyucu hekimliğin güçlendirilmesi ve özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi amaçlanmıştır (Göl & Ergun, 2017, s. 322). SDP çerçevesinde 2006 yılında 9. Kalkınma planı ile sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak, Sağlık Bakanlığını yeniden yapılandırmak, hizmet kalitesini artırmak ve GSS sistemini oluşturmak hedeflenmiştir (Öztürk & Uçan, 2017, s. 141).

2.1.1. Sosyal Sağlık Sigortası Sistemlerinin Örgütlenmesi

Sağlık hizmetleri, nerede ne zaman ihtiyaç duyulacağı bilinmeyen bir tüketim malı olduğundan insanları bir sigorta güvencesine girmeye zorlamaktadır. Böylece bireyler sürekli prim ödemek koşulu ile sağlık sigortalarını temin edebilmekte ve belirsizliklere karşı satın alma gücü elde etmektedir (Bilgili & Ecevit, 2009, s. 202). Sosyal sağlık sigorta sisteminde bireyler karşılaşabilecekleri sağlık sorunlarına karşı bir risk topluluğu oluşturmaktadır. Bireylerin münferit olarak karşılaştıkları sağlık sorunlarının finansmanı topluluk tarafından karşılanmaktadır. Böylece riskler topluluk arasında paylaşılmaktadır. Bu sistemde katılım zorunludur (Dilik, 2004, s. 2).

Sosyal sağlık sigortası her ülkede farklı bir örgütlenmeye sahiptir. Örgütlenme ile ilgili en önemli husus sağlık hizmetlerinin Türkiye’de olduğu gibi tek kurum tarafından mı yoksa birden fazla kurum tarafından mı finanse edileceğidir. Bu yapılanma ülkelerin ekonomik ve sosyal yapılarına göre değişiklik göstermektedir. Örneğin, Avusturya ve Fransa’da az sayıda sigorta kurumu bulunurken Almanya ve Belçika’da çok sayıda sigorta kurumu vardır. Eğer birden fazla sigorta kurumu varsa kimlerin hangi sigorta kurumu çatısı altında hizmet alacağı önemli bir sorundur. Almanya, Hollanda, Belçika ve İsviçre gibi ülkelerde bireyler istedikleri sosyal sigorta kurumunu seçebilmektedir. Türkiye’de sosyal sigortalar 2003 yılında gerçekleştirilen SDP öncesinde Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Bağ-Kur ve Emekli Sandığı şeklinde örgütlenmişti. SDP ile beraber bu üç kurum Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında birleştirilmiştir (Tatar, 2011, s. 117).

2.1.2. Sosyal Güvenlik Kurumu

SGK Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığına bağlı olarak çalışan ve 5510 sayılı yasa başta olmak üzere ilgili diğer yasaların vermiş olduğu görev ve yetkileri yerine getiren bir kurumdur. SGK yönetim ve finansman açısından özerk bir yapıya sahiptir. Amacı hakkaniyetli ve finansman açısından sürdürülebilir bir sosyal güvenlik hizmeti sunmaktır. SGK’nın organları Genel Kurul, Yönetim Kurulu ve Başkanlıktır. Başkanlık birimi merkez ve taşra birimlerinden oluşur (5502 s. Kanun, m.8; Gülay, 2017, s. 21).

SGK hizmet alımı ve finansmanı hususunda tek yetkili kurumdur ve monopsonik bir güce sahiptir. Türkiye’de SGK gerek kamu gerekse özel sağlık kuruluşları tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin çok önemli bir kısmının finansörüdür. SGK önemli bir sağlık hizmeti alıcısı olduğundan sağlık politikalarını doğrudan etkileme gücüne sahiptir. Türkiye’de toplam

kamu sağlık harcamalarının finansmanında SGK yaklaşık olarak %64.4 oranında rol almaktadır (Güvercin vd., 2016, s. 80-88; TÜİK, 2022).

2.1.3. Genel Sağlık Sigortası Sistemi

Türkiye’de uygulanmakta olan sağlık sistemi ve finansmanı 2008 yılında çıkarılan 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (SSGSS) yasası hükümlerine göre yürütölmektedir. Bismarck modelinin ağırlıkta olduğu bu sistem ile tüm nüfusun kapsam altına alınması hedeflenmiştir. Bu doğrultuda yapılan çalışmalar neticesinde ise 2012 yılı itibariyle GSS Türkiye’de ikamet eden herkesi kapsar hale gelmiştir (Gülay, 2017, s. 21).

Türkiye’de GSS’nin yürürlüğe girmesiyle sağlık hizmetlerinin finansmanına bir düzen gelmiş, finansman kontrol edilebilir kaynaklardan elde edilmeye başlanmıştır. Zira daha öncesinde finansman birbiriyle ilişki düzeyi çok düşük olan farklı kaynaklardan sağlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılmış ve çok daha fazla kişi sigorta kapsamına alınmıştır (Çelikay & Gümüş, 2011, s. 203).

GSS, pirimler, katılım payları ve devlet katkıları ile finanse edilmektedir. Sigorta primleri gelire endekslidir, gelir oranında tahsil edilir. Kesilen primin bir kısmını çalışan diğer kısmını ise işveren öder. Emekliler prim ödemekten muaftır. Yoksulların primleri ise devlet tarafından ödenir. Bunların dışında devlet GSS priminin yaklaşık ¼’ü oranında katkı yapmaktadır (Güvercin vd., 2016, s. 87).

GSS ile sağlık hizmetleri sektöründe önemli değışiklikler yapılmıştır. Yapılan değışikliklerde temel amaç bir yandan maliyetleri düşürmek bir yandan da kalite ve verimi artırmaktır. GSS’nin uygulanmasına başlanmasıyla ödeme gücü yerinde olanlardan katılım payı alınması ile gereksiz hizmet talebi ve arzının önüne geçilmek üzere maliyetlerin düşürölmesi amaçlanmıştır. Hastanın, tedavide kullanılan kaynakların maliyetine belli bir oranda katlanması kaynak tasarrufunu sağlamıştır. Diğer taraftan bütün faaliyetlerin elektronik olarak dosyalanabildiği otomasyon sistemi, sağlık hizmetleri piyasasındaki belirsizliklerin ve asimetrik bilginin önüne geçme hususunda son derece önemli bir rol oynamıştır. Otomasyon sistemi ile birlikte gerek kamu gerekse özel sağlık kuruluşlarının faaliyetleri son derece kolay ve etkili bir şekilde denetlenebilmektedir. Hastanın geçmiş sağlık bilgileri kolayca dosyalanıp arşivlenebilmekte ve gerektiğinde yine kolayca bu bilgilere ulaşarak mevcut tedavi daha az bir maliyetle gerçekleştirilebilmektedir. Yine bu uygulama ile birlikte, hem arz cephesinde hem de talep cephesinde bütün işlemler kayıt altına alınarak harcamaların azaltılması sağlanmıştır.

İşlemlerin elektronik ortamda kayıt altına alınması, her iki tarafın da kolayca denetlenmesi ve asimetrik bilginin belli bir oranda ortadan kalkıyor olması, maliyetlerin aşağı çekilmesinde önemli rol oynamıştır. GSS ile tam gün yasası yürürlüğe girmiş, muayene ve ilaç katkı paylarının alınması zorunlu hale getirilmiş, tedavi ve reçetede online hizmetler devreye sokulmuştur. Yaşanan bu gelişmeler ışığında, her bir bireyin risk düzeyi belirlenip, buna göre prim toplanmak üzere Türkiye'nin sağlık konusunda risk haritası ve sosyo-ekonomik durumunun ortaya çıkarılma imkânı doğmuştur. Diğer taraftan ödeme gücü yeterli olmayan bireyler de belirlenip bunların primlerinin bütçe gelirlerinden karşılanması suretiyle sağlık hizmetlerine erişimde adalet belli ölçüde sağlanmıştır (Bilgili & Ecevit, 2009, s. 222).

2.1.4. Türkiye’de Sosyal Sağlık Sigortasının Geleceği

Türkiye’de Sosyal Sağlık Sigortasının geleceği ile ilgili tartışmalarda en önemli husus, sistemin gerek hizmet alımında gerekse finansmanında sürdürülebilirliği ile ilgilidir. SDP ile beraber sağlık hizmetlerine talep artmış ve buna bağlı olarak da harcamalar da artmıştır. Sağlık hizmetlerine talebin bu şekilde artmasının sebebi, hem erişimin kolaylaşması hem de ödeme yönteminde hizmet kullanımının teşvik edilmesi olarak gösterilmektedir (Tatar, 2011, s. 130). Diğer taraftan SDP ile birlikte Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı hususunda birçok önemli ilerlemeler de sağlanmıştır (Öztürk & Uçan, 2017, s. 139).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanında Beveridge modeli mi yoksa Bismarck modeli mi uygulanmalı? sorusu bir diğer tartışma konusudur. Her ülkenin sağlık sigortası sistemi ülkenin ekonomik, sosyal ve demografik özelliklerine göre değiştiğinden Türkiye’de uygulanacak model de bu belirleyicilere göre belirlenmelidir. Bu bağlamda her iki modelinde kendine göre avantajları ve dezavantajları vardır. Türkiye’de ağırlıklı olarak Bismarck modeli uygulanmaktadır (Tatar, 2011, s. 129).

2.2. Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Harcamaların Tarihsel Gelişimi

İkinci Dünya savaşı sonrası tüm dünyada oluşturulan ulusal sağlık sistemleri sağlık risklerini kolektif risk olarak tanımlamış ve sağlık hizmetlerini büyük ölçüde kamulaştırmıştır. Türkiye de aynı şekilde sağlık hizmetlerini kendi içerisinde kamulaştırmıştır. (Yılmaz & Yentürk, 2015).

Sağlık harcamaları ile ilgili yapılan bilimsel çalışmalar neticesinde bazı yazarlar kamunun sağlık harcamaları içerisindeki payının artırılması durumunda sağlık harcamalarının daha kolay kontrol altına alınabileceğini belirtmiştir. Ancak yaşanan her krizle birlikte kamu

harcamaları içerisinde çok ciddi bir paya sahip olan sağlık harcamaları tartışılır hale gelmiş ve düşürülmesi konusunda yeni politikalar belirlenmiştir (Yılmaz & Yentürk, 2015). Tablo 2.1’de Türkiye’de 1980-2020 yılları arasında sabit fiyatlarla toplam sağlık harcamaları verilmiştir.

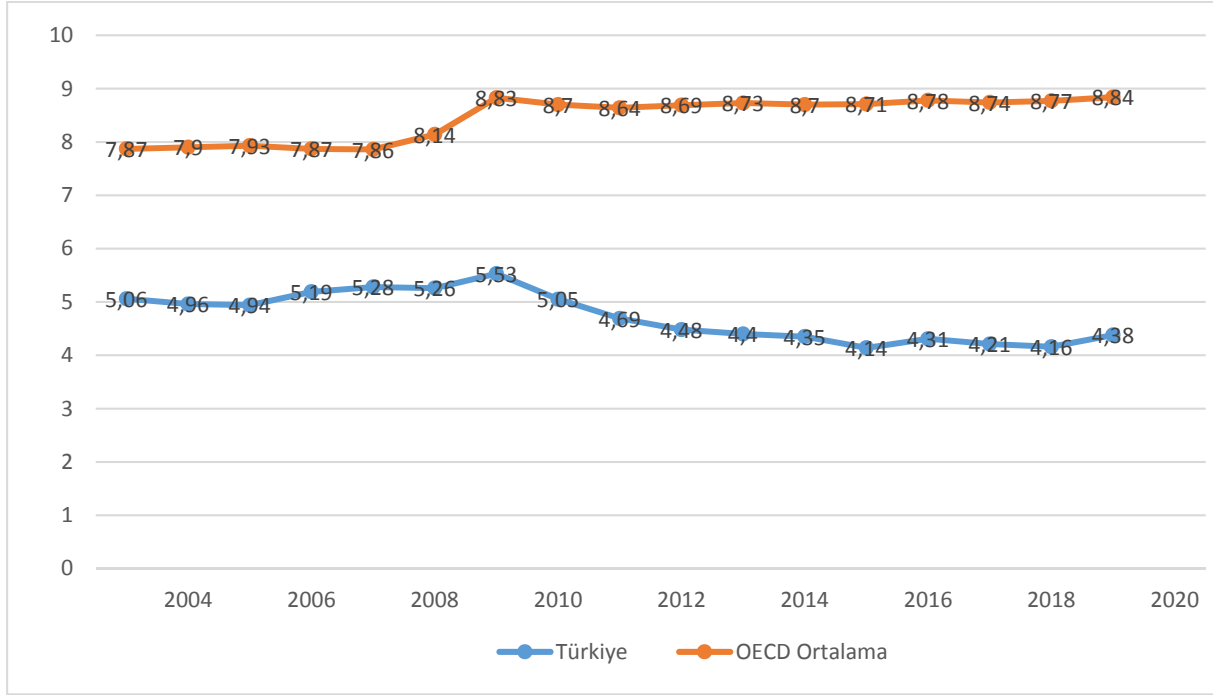
Tablo 2.1: Sabit Fiyatlarla 1980-2020 Yılları Türkiye’de Toplam Sağlık Harcamaları (OECD Baz Yıl 2015)

Yıl	Milyon TL	Yıl	Milyon TL	Yıl	Milyon TL
1980	11.871,5	1994	23.137,7	2008	84.031,1
1981	13.868,3	1995	22.549,1	2009	84.486,2
1982	11.913,9	1996	29.601,5	2010	83.996,0
1983	12.899,3	1997	34.159,0	2011	87.161,2
1984	13.152,5	1998	38.760,2	2012	86.908,6
1985	9.886,0	1999	47.735,2	2013	92.896,4
1986	13.614,8	2000	51.027,5	2014	96.099,0
1987	13.916,6	2001	52.239,5	2015	96.785,7
1988	16.547,8	2002	57.062,9	2016	105.402,6
1989	17.407,0	2003	59.516,2	2017	110.413,7
1990	20.223,6	2004	64.820,8	2018	114.130,7
1991	22.954,8	2005	69.525,0	2019	120.808,7
1992	23.727,3	2006	77.751,5	2020	132.453,5
1993	25.436,9	2007	82.746,6		

Kaynak: OECD (2022)

Tablo 2.1.’de sabit fiyatlarla gösterilen sağlık harcamaları, bazı yıllar düşüş gösterse de genel olarak bakıldığında sürekli artmıştır. 1980 yılında 11.871 milyar TL olan toplam harcama 2020 yılına gelindiğinde 132.453 milyar TL olmuştur. Türkiye ve OECD’de 2003-2019 dönemine ait sağlık harcamaları OECD verilerinden faydalanılarak şekil 2.1. ile aşağıda sunulmuştur.

Şekil 2.1: Türkiye ve OECD Ortalaması 2003-2019 Yılları Sağlık Harcamaları GSYİH Yüzdesi (%)

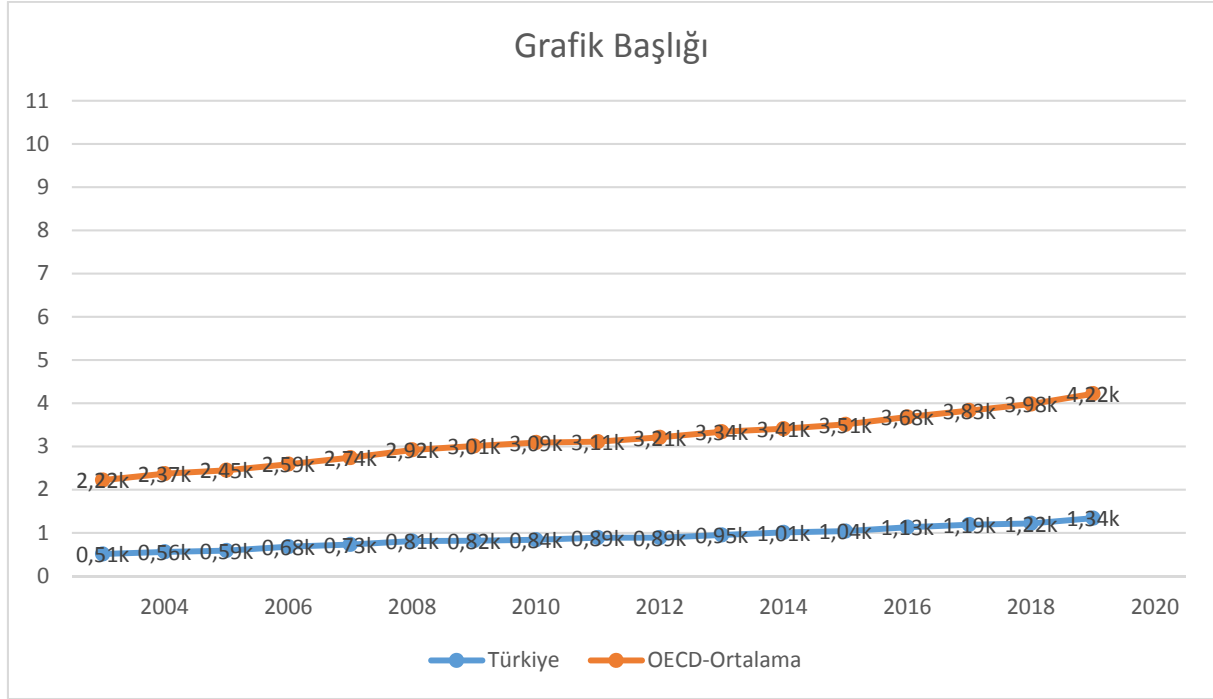


Kaynak: OECD (2022)

Şekil 2.1'e göre 2003-2019 yılları arasında OECD ülkelerinin sağlık harcamaları GSYİH'ya oran olarak %12 civarında artarken aynı dönemde Türkiye'de %13.5 azalış gerçekleşmiştir. Kişi başına gerçekleşen sağlık harcaması ise sırasıyla OECD ülkelerinde ortalama %90 artar iken Türkiye'de %162 artmıştır. 2003 yılında başlayan SDP ile birlikte sağlık göstergelerinde meydana gelen iyileşmeler ile birlikte kişi başına düşen sağlık harcamalarında da bir artış meydana gelmiştir. Bu reform niteliğindeki değişiklikler için yapılan harcamaların aslında beşerî sermayeye bir yatırım olarak değerlendirilmesi gerekmektedir.

2008-2019 yılları arasında her ne kadar sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı düşüş göstermiş ise de gerek sabit fiyatlarla gerekse kişi başına düşen sağlık harcamalarında önemli bir artış olmuştur (bkz. Şekil 2.1., 2.2., Tablo 2.1.).

Şekil 2.2: Türkiye ve OECD Ortalaması 2003-2019 Yılları Kişi Başına Sağlık Harcaması (PPP) ABD Doları



Şekil 2.2.'de görüldüğü üzere yıllık kişi başına düşen sağlık harcaması 2003 yılında 510 ABD \$ iken, 2019 yılında 1.340 ABD \$ olarak gerçekleşmiştir. Sağlık harcamaları talep yetersizliği neticesinde ortaya çıkan kriz dönemlerinde dahi düşüş göstermemiştir. Türkiye’de geçmiş yıllarda koruyucu sağlık hizmetlerinden çok tedavi edici sağlık hizmetlerine önem verilmesi ve harcamaların bu yönde yapılması kriz döneminde bile sağlık harcamalarının düşmemesinin en büyük sebebidir (OECD,2022).

2.2.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Sonrası

Türkiye’de cumhuriyetin ilanından itibaren sağlık sektörünün gelişimi için sürekli reform niteliğinde çalışmalar ve değişiklikler yapılmıştır. En son yapılan köklü değişiklik 2003 yılında uygulanmasına başlanan SDP’dir (Tekin, 2015, s. 483). SDP’nin içeriği incelendiğinde, GSS’nin hayata geçirilmesi, sağlık ocağı sisteminden aile hekimliği sistemine geçiş, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)’ya bağlı sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı’na devredilmesi ve özelleştirilmeleri için alt yapının oluşturulması, tüm sağlık personelinin sözleşmeli olarak istihdam edilmesi gibi başlıkları ihtiva ettiği görülmektedir (Kol, 2015, s. 150).

SDP ile birlikte sağlık harcamaları artmakla beraber kamu kaynakları daha verimli kullanılmaya başlanmıştır (Öztürk & Uçan, 2017, s. 150). Tablo 2.2’de SDP sonrası sağlık göstergelerindeki değişimler gösterilmiştir.

Tablo 2.2: Sağlıkta Dönüşümde 18 Yıl (2002-2019)

Sağlık Göstergeleri	2002	2019
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (yıl)	72.5	78.6
Bebek Ölüm Hızı (bin canlı doğumda)	31.5	9
Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (bin canlı doğumda)	40.0	11.1
Anne Ölüm Oranı (yüz bin canlı doğumda)	64.0	13.1
Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı %	19.8	16.7
Sağlık Hizmetlerinin Genel Memnuniyet Oranı %	39.5	67.1

Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2021)

Tablo 2.2.’de de görüldüğü üzere sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı 2002 yılı itibariyle %39.5 iken bu oran 2019 yılında %67.1’e ulaşmıştır. Ayrıca doğumda beklenen yaşam süresi, bebek ölüm oranı gibi göstergelerde de önemli iyileşmeler olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2021). Tablo 2.3’de Türkiye’de ki sağlık harcamalarının kamu-özel ayrımı yüzdesel olarak gösterilmiştir.

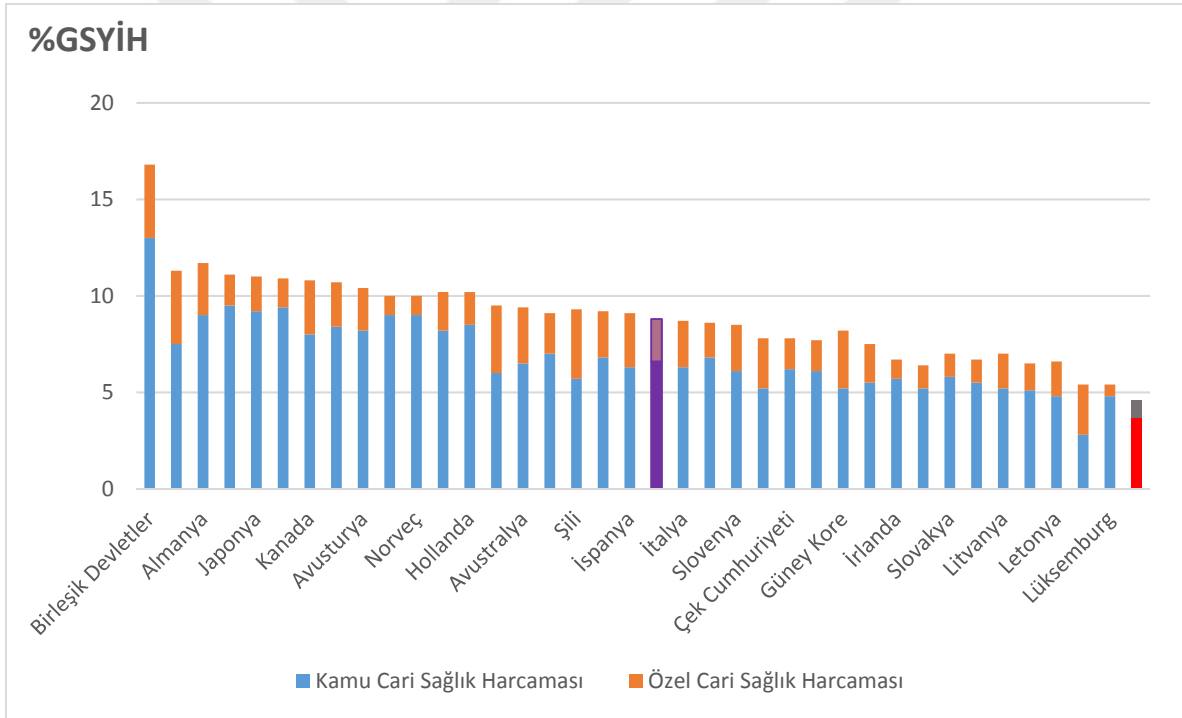
Tablo 2.3: Türkiye Sağlık Harcamaları Kamu –Özel Ayrımı (%)

Yıl	Kamu	Özel
2002	70.7	29.3
2003	71.9	28.1
2004	71.2	28.8
2005	67.8	32.2
2006	68.3	31.7
2007	67.8	32.3
2008	73.0	27
2009	81.0	19
2010	78.6	21.4
2011	79.6	20.4
2012	79.2	20.8
2013	78.5	21.5
2014	77.4	22.6
2015	78.5	21.5
2016	78.5	21.5
2017	78.0	22
2018	77.5	22.5
2019	78.0	22
2020	79.2	20.8

Kaynak: TÜİK (2022)

Şekil 2.3.'de OECD ülkelerinin toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranlarının yanında, harcamaların kamu ve özel sektör arasındaki dağılımı verilmiştir. Şekilde sunulan verilere göre ABD GSYİH'nın %17'sini sağlık harcamalarına ayırarak birinci sırada yer almıştır. Türkiye ise %4.3 ile en son sırada yer almaktadır ve OECD ortalamasının altında kalmıştır. Yapılan toplam sağlık harcamalarının kamu ve özel olarak ayrı dağılımına ise tablo 2.3. ve şekil 2.3.'den bakıldığında kamu tarafından yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı 2003'te %71.9 iken bu oran 2020'da %79.2 olarak gerçekleşmiştir. Özel kesimin oranı ise 2003 yılında %28.1 iken 2020 yılında %20.8 olarak gerçekleşmiştir. Yapılan kamu sağlık harcamalarının oranı, OECD ortalamasının %75 olduğu dikkate alındığında, Türkiye ortalamasının OECD ortalamasına yakın olduğu görülmektedir (OECD,2022).

Şekil 2.3: OECD Ülkelerinde 2019 Yılı İtibariyle Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH ya Oranı Ve Bu Oranın Sektörel Dağılımı (%) (Türkiye Verisi 2020 Yılına Aittir)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2022)

Diğer taraftan kamunun sağlık yatırımları da bu süreçte artış göstermiştir. 2002 yılında Kamu Yatırım Harcamasının GSYİH'ye Oranı %0.1 iken 2019 yılında bu oran %0.2 ye yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2021).

SDP'ye getirilen eleştirilerin başında, kamunun sağlık hizmetleri sunumundaki payının azaltılması ve sağlık hizmetlerinde rekabet gibi piyasa araçlarının uygulamaya konması yer

almaktadır. Bu yaklaşımın bünyesinde barındırmış olduğu risk, ödeme gücü olmayanların hizmete erişimde problem yaşayacak olmasıdır (Kol, 2015, s. 155).

2.2.2. SGK'nın Sağlık Hizmeti Satın Alması

SGK sağlık kurum ve kuruluşlarından hizmet satın almak suretiyle sigortalıların sağlık ihtiyacını karşılamaktadır. Hizmet satın alımı öncesinde hem kamu hem de özel sağlık kuruluşları ile protokol imzalamaktadır. Sağlık hizmetlerinin fiyatlarını Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu belirlemektedir (GSS İşlemleri Yönetmeliği, m.50; Gülay, 2017, s. 22). SGK ile protokol imzalamayan sağlık kuruluşlarının sunmuş olduğu hizmetin bedeli SGK tarafından ödenmemekte, bireyin kendisi ödemektedir. Bunun tek istisnası acil sağlık hizmetleridir. SGK hizmet karşılığında yapmış olduğu ödemeleri GSS kapsamında toplamış olduğu primlerden karşılamaktadır. Primlerin yetersiz kalması durumunda ise merkezi bütçeden SGK'ya transfer yapılmaktadır (Güvercin, vd., 2016, s. 89). SGK'nın hizmet satın aldığı yerler aşağıda başlıklar altında incelenmiştir.

2.2.2.1. Kamu Sağlık Hizmet Sunucularından Hizmet Alınması

5510 sayılı Kanunun 73. maddesinin 8. fıkrası “Kurum, bu kanunun birinci fıkrasında belirtilen yöntemler dışında, kamu idarelerince verilecek sağlık hizmetlerini götürü bedel üzerinden hizmet alım sözleşmesiyle de sağlamaya yetkilidir” hükmü gereğince, SGK 2009 yılından itibaren Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmet sunucularından aldığı hizmetlerin tamamını götürü bedel ile satın almaya başlamıştır. Her yıl belirlenen bir bütçe üzerinden Sağlık Bakanlığı ile SGK arasında Götürü Bedel Üzerinden Sağlık Hizmeti Alım Sözleşmesi imzalanmaktadır. Bu sözleşme ile SGK bir yılda alınacak hizmet karşılığı belirlenen bir tutarı ödemektedir. Sağlık Bakanlığı da Bakanlığa başvuran bütün sigortalı hastaların sağlık hizmeti talebini yerine getirmektedir. SGK üniversite hastaneleri, askeri hastaneler gibi diğer kamu sağlık kuruluşları ile de protokoller imzalamaktadır. Ancak bu sağlık kuruluşları ile yapılan protokoller neticesinde götürü usule göre ödeme değil sunulan sağlık hizmeti karşılığında ödeme yapılmaktadır (5510 sayılı Kanun; Güvercin vd., 2016, s. 90).

2.2.2.2. Özel Sağlık Hizmet Sunucularından Hizmet Alınması

GSS kapsamında olan sigortalılara sağlık hizmeti, kamu sağlık kuruluşlarının yanında özel sağlık kuruluşları tarafından da sunulmaktadır. Bu özel sağlık kuruluşları özel hastaneler, tıp merkezleri, fizik tedavi merkezleri gibi sağlık kurumlarıdır. Bu sağlık kuruluşlarının dışında

özel poliklinikler, özel diş hekimlikleri gibi kurumlardan da hizmet alınabilmektedir (Güvercin, vd., 2016, s. 90).

2.2.2.3. Eczacı ve Optikçilerden Hizmet Alınması

Türkiye’de SGK ve Türk Eczacılar Birliği (TEB) üyesi eczaneler arasında ilaç temini konusunda protokol imzalanmaktadır. Bu protokol gereği ilaç ihtiyacı olan hasta eczaneye reçetesini vermekte ve ilaç katılım payı ile muayene katılım payını ödedikten sonra ilaçlarını alabilmektedir. Her ay sonunda hastalara verilen ilaçların tutarı eczaneler tarafından SGK’ya fatura edilmektedir. SGK ile anlaşması olmayan eczanelerden alınan ilaçların karşılığı ödenmemektedir. Bunun tek istisnası acil durumlarda alınan ilaçlardır (Güvercin, vd., 2016, s. 91).

2017 yılında yayınlanan verilere göre Türkiye’de genel sağlık harcamaları içerisinde ilaç harcamalarının oranı %16’dır. Bu oran ABD’de %12, Japonya’da %18.5, İngiltere’de %11.9, Almanya’da ise %14.1’dir. Türkiye’de kullanılan ilaçların 2019 verilerine göre %48.2’si ithal edilmektedir ve böylece Türkiye ilaç pazarı için oldukça cazip bir ülkedir (Bölükbaşı, vd., 2021; Sağlık Bakanlığı, 2019).

SGK optisyenlik müesseseleri ile tek tek anlaşma yapmaktadır. Bunun sebebi optisyenlik mesleğinde oda veya birlik olmamasıdır. Yapılan sözleşme hükümleri çerçevesinde hastalarca temin edilen görmeye yardımcı tıbbi cihazların ödeme işlemleri ilgili müesseseye SGK tarafından geri ödenmektedir (Güvercin, vd., 2016, s. 91).

2.2.3. Türkiye’de Sağlık Harcamalarını Arttıran Nedenler

Son otuz yıldır insan kaynaklarına yapılan yatırımlar ekonomistler arasında artan bir ilgi görmüştür. Bu ilginin temel sebebi sağlık ve eğitim stoklarının artması ve dolayısıyla da üretime sağlanan katkıdır. Sağlık harcamaları ve üretim düzeyleri arasındaki ilişki hakkında çelişkili iki görüş vardır. Birincisi, sağlıklı bireyler sağlıksız bireylerden daha olumlu ve üretkendir. Sağlıklı oldukları için sağlık hizmeti talepleri daha azdır ve işe ayıracak zamanları daha fazladır. İşverenler sadece sağlık durumları iyi olan çalışanları istihdam etmekle kalmaz, aynı zamanda çalışanların aile üyelerinin sağlık durumlarını da dikkate alırlar. Çalışanların aile üyelerinin sağlık durumları iyi değilse, çalışanların verimliliğinin olumsuz olarak etkileneceğini düşünürler.

İkinci görüşe göre ise sağlık giderleri, birer maliyettir. Bu giderler, diğer ekonomi sektörlerinden sağlık sektörüne kaynak transferine sebep olmaktadır ve ülkenin üretim

kapasitesinin azalmasına sebebiyet vermektedir. Bundan dolayı, sağlık harcamalarını artıran nedenler, sağlık ekonomistleri için son derece önemlidir. Uzun vadeli tahminler sağlık harcamalarının artmaya devam edeceğini göstermektedir. Sağlık giderleri, devlet bütçesinde ve harcamalarında büyük bir paya sahiptir. Ülkeler sürekli bütçe giderlerini azaltmanın yollarını ararlar. Ancak, insan sağlığı söz konusu olduğundan, sağlık sektöründe giderleri düşürmeleri çok zordur. Bu konuların tamamı, araştırmacıları sağlık harcamalarını artıran nedenleri incelemeye teşvik etmektedir (Samadi & Rad, 2013, s. 63).

Sağlık harcamaları bireylerin sağlığını korumak ve yaşam kalitesini yükseltmek için yapılır. Sağlık harcamaları ülkelerin ekonomik kalkınmışlıklarına ve sosyal yapılarına göre farklılıklar gösterir. Bununla beraber sağlık harcamalarını her ülkede olduğu gibi Türkiye’de de artıran etkenler vardır. Bu etkenlerin bazılarını şöyle sıralamak mümkündür: (Öztürk & Uçan, 2017, s. 145).

- Asimetrik bilgidten dolayı arzın talep yaratması,
- Gerek GSYİH’nın artması gerekse buna mukabil kişi başına gelirin artması,
- Toplumda sağlık bilincinin artması,
- Hizmet sunucularına erişimin kolaylaşması ve buna bağlı olarak hizmet talebinin artması,
- Hizmet kalitesinin yükselmesi ile beraber fiyat artışları,
- Tıbbi teknolojinin sürekli gelişmesi,
- Yaş ortalamasının sürekli artması

2.3. Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı

Modern sağlık sistemlerinde sağlık hizmetlerini sunan ile hizmetten yararlanan birey arasındaki finansal ilişki doğrudan değil de üçüncü taraf olan ödeyici vasıtasıyla sağlanmaktadır. Bunun sebebi ise sağlık hizmetlerine ne zaman ve hangi ölçüde ihtiyaç duyulacağını önceden bilinmemesidir. Sağlık hizmetlerindeki maliyetler çoğu zaman bireyin üstesinden gelebileceği miktarların üzerindedir (Tatar, 2011, s. 105). Sağlık hizmetlerinin hangi yöntemlerle finanse edildiği şekil 2.4’te gösterilmiştir.

Şekil 2.4: Sağlık Hizmetlerinin Finansman Çerçevesi



Kaynak: Tatar (2011, s. 106)

Sağlık harcamalarının finansmanında temel amaç bir yandan daha kaliteli ve adil sağlık hizmeti sunmak iken diğer taraftan da finansmanın sürdürülebilirliğini sağlamaktır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında Beveridge Modeli, Bismarck Modeli ve Özel Sağlık Sigortası olmak üzere üç temel finansman modeli vardır (Öztürk & Uçan, 2017, s. 148).

Tablo 2.4: Sağlık Hizmetleri Finansman Modelleri

	Beveridge Modeli	Bismarck Modeli	Özel Sigorta
Örnek	Ulusal Sağlık Hizmeti, Örneğin; Birleşik Krallık	Sosyal Sağlık Sigortası, Örneğin; Almanya	ABD
Karar Verme Mekanizması	Devlet Tarafından Karar Verme ve Yönetim	Sigorta Fonu ve Hekim Birlikleri Tarafından Karar Verme ve Yönetim	Özel Girişimcilik İlkeleri,
Kaynaklar	Vergiler	Çalışanların ve İşverenlerin Katkıları	Özel Finansman
Sağlık Hizmetleri Sunucuları	Kamu	Kamu/Özel	Özel

Kaynak: Öztürk ve Uçan (2017)

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı kamu ve özel kaynaklar kullanılarak sağlanmaktadır. Kamunun yapmış olduğu sağlık harcamaları, merkezi yönetim ile sosyal güvenlik fonları tarafından yapılan harcamalardan oluşurken; özel sektörün yapmış olduğu harcamalar ise daha çok cepten harcamalar ve özel sağlık sigortaları harcamalarından oluşur

(Güven, 2016, s. 104). Sistem esasen karma bir yapıya sahiptir. Ağırlıklı olarak Bismarck modeli olarak adlandırılan prime dayalı sosyal sigorta sistemi uygulanırken bunun yanında Beveridge modeli olarak adlandırılan genel vergilerden ödeme sistemi de kısmen uygulanmaktadır. Diğer taraftan isteğe bağlı özel sigorta sistemi isteyen vatandaşlar tarafından kullanılabilir (Aytekin & Çiftçi Aytekin, 2010, s. 175).

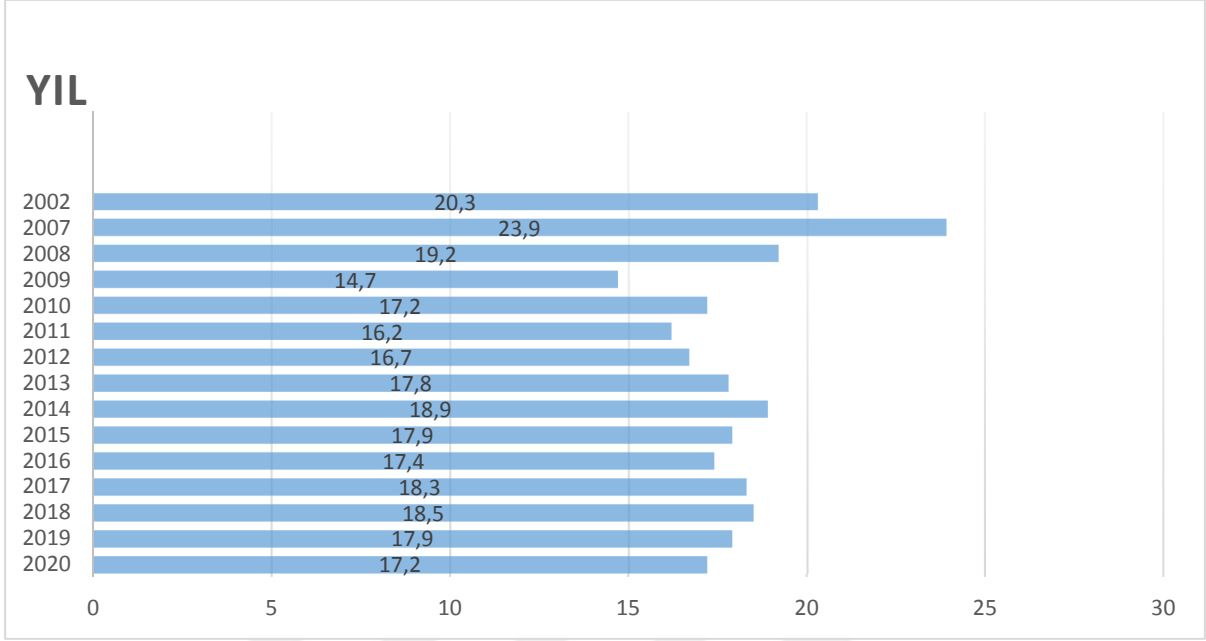
2.3.1. Türkiye'de Özel Nitelikli Sağlık Harcamalarının Finansmanı

Türkiye'de GSS sisteminin yanında özel sağlık sigortası ve cepten ödeme uygulaması da devam etmektedir. GSS kapsamında olmakla beraber bireyler prim ödemek koşulu ile gerek özel sağlık sigortaları aracılığıyla gerekse cepten ödeme yaparak sağlık hizmetlerinden faydalanabilirler. Her iki yöntemde de devletin herhangi bir müdahalesi yoktur (Çelikay & Gümüş, 2011, s. 208).

2.3.1.1. Türkiye'de Cepten Ödemeler

Türkiye'de genel sağlık sigortasına geçişle beraber nüfusun büyük bir kısmı sağlık sigortası kapsamına alınmıştır; ancak prim borçları nedeniyle sağlık hizmetlerinden sigorta kapsamında faydalanamayan birey sayısı da azımsanamayacak kadar yüksek olmuştur. Ayrıca az gelişmiş bölgelerde ve kırsal alanlarda yaşayan bireylerin daha çok cepten harcama yaptıkları ve kamu sağlık giderlerinden daha az pay aldıkları yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur (Şavran, 2014, s. 98). Şekil 2.5.'e göre 2002 yılında sağlık hizmetlerine cepten yapılan ödemelerin genel sağlık harcamalarına oranı %20.3 iken bu oran 2020 yılında %17.2'ye düşmüştür.

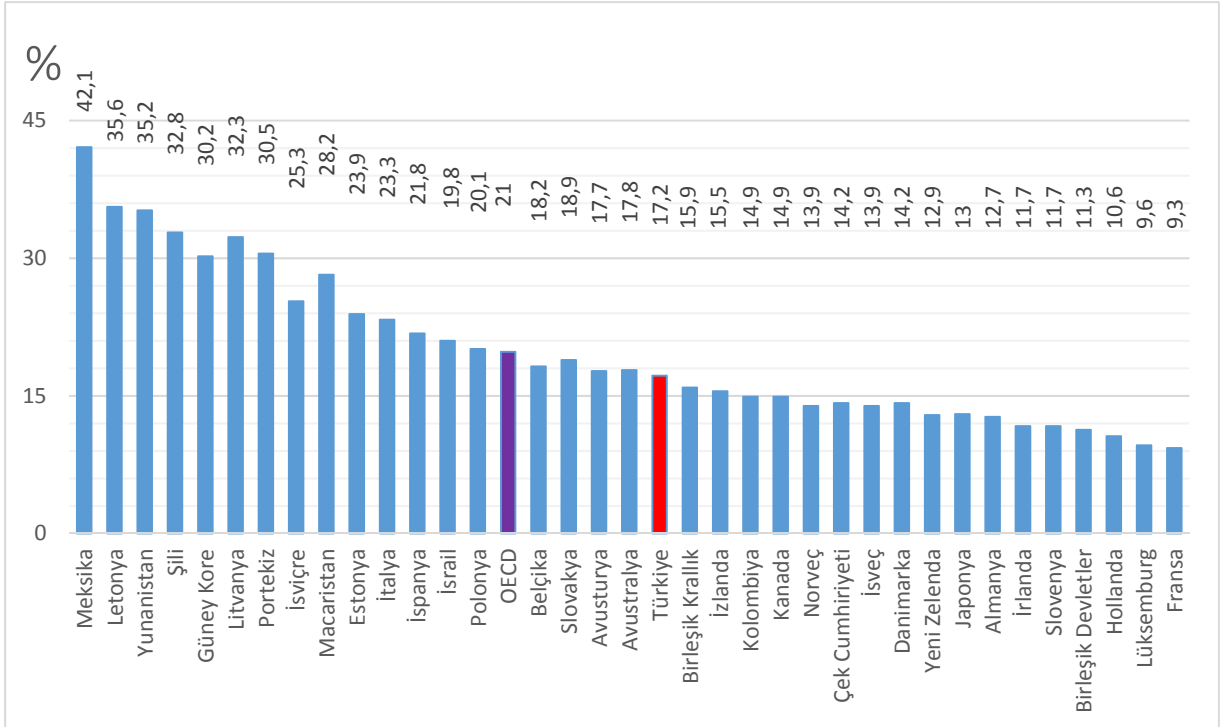
Şekil 2.5: Yıllara Göre Cepten Yapılan Sağlık Harcamasının Toplam Cari Sağlık Harcaması İçindeki Oranı



Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2022)

Şekil 2.6.'da görüldüğü gibi OECD ülkelerinde cepten ödemelerin toplam sağlık harcamalarına oranı %21 iken Türkiye'de bu oran %17.2'dir (Sağlık Bakanlığı, 2022).

Şekil 2.6: Cepten Yapılan Cari Sağlık Harcamasının Cari Sağlık Harcaması İçindeki Oranının Uluslararası Karşılaştırılması, 2019 (Türkiye verisi 2020 yılına aittir)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2022)

2.3.1.2. Türkiye'de Özel Sağlık Sigortacılığı

Özel sağlık sigortası daha çok genel sağlık sigortasını tamamlayıcı olarak kullanılır. Genel sağlık sigorta sisteminde olduğu gibi özel sağlık sigorta sisteminde de prim toplanmaktadır ve sağlık hizmetleri toplanan bu primlerle satın alınmaktadır. Özel sağlık sigortası ile genel sağlık sigortası arasındaki farklardan bir tanesi özel sağlık sigortasında primler dağıtım esasına dayalı değildir. Özel sağlık sigorta sisteminde kar maksimizasyonu amacı vardır. Hastalık riski taşımayan bireylerden daha az prim alınmaktadır. Hastalık riski taşıyan, riskli işlerde çalışan bireylerden ise yüksek prim alınmaktadır. Ancak asimetrik bilgiden dolayı uygulamada birçok aksaklıklar mevcuttur (Çelikay & Gümüş, 2011, s. 208).

Türkiye’de 1980-1990 döneminde özel sağlık sigortasına olan talep artmış ancak 1990 yılının sonlarında bu talep azalmıştır. Talebin azalması ile beraber tekrar özel sağlık sigortasını canlandırmak için 4697 sayılı kanun ile 2001 yılında özel sağlık sigortalarından alınan Banka ve Sigorta Muamele Vergisi kaldırılmıştır. 1997-2002 döneminde özel sağlık sigorta şirketlerinde bir azalma olsa da sigortalı birey sayısında bir artış olmuştur (İstanbuluoğlu, vd., 2010, s. 94).

2.3.2. Türkiye'de Kamusal Nitelikli Sağlık Harcamalarının Finansmanı

Türkiye’de kamusal nitelikli sağlık finansmanı alanında 1949 yılında çıkarılan Emekli Sandığı yasası ilk uygulamadır. Bunu 1965 yılında çıkarılan SSK yasası, 1971 yılında Bağ-Kur yasası, 1992 yılında Yeşil Kart yasası takip etmiştir. Daha sonra 2006 yılında SSGSS yasası çıkarılarak bütün kamu sigorta kuruluşları tek bir çatı altında birleştirilmiştir (İstanbuluoğlu vd., 2010, s. 94).

Kamu sağlık harcamaları cari, yatırım ve transfer harcamaları olarak üç kısımdan oluşur. Personel giderleri, hizmet, demirbaş, sarf malzemesi alımları gibi harcamalar cari harcamaları oluşturur. Makine, yapı ve onarım giderleri yatırım harcamalarını oluşturur. Borç ve faiz ödemeleri, geliri yetersiz olan vatandaşların ödenen sigorta primleri gibi giderler ise transfer harcamalarını oluşturur. Türkiye’de sağlık giderlerinin 2020 verilerine göre %79.2’si kamu tarafından finanse edilmektedir. Kamu sağlık giderlerinin sürekli artması konunun önemi açısından daha fazla dikkat çeker olmuştur. Yapılan harcamalar primlerle karşılanamadığından sürekli bütçe gelirlerinden aktarmalar yapılmaktadır ve bu da bütçe üzerinde baskı oluşturmaktadır (Karagöz & Tetik, 2010, s. 4; Sağlık Bakanlığı, 2022).

Kamu sağlık harcamalarının hesaplanmasına dair farklı kurumların farklı tanımları mevcuttur. Böylece çeşitli sağlık harcamaları verilerine ulaşmak mümkündür. Maliye Bakanlığının bütçe gerekçelerinde sağlık harcamaları ilaç ve tedavi harcamalarından ibarettir. Maliye Bakanlığının sağlık harcamaları tanımına göre merkezi yönetimin sağlık harcamaları toplamını merkezi yönetim personeli sağlık harcamaları ve yeterli geliri olmadığı için giderleri bütçe tarafından karşılanan bireylerin yapmış oldukları sağlık harcamaları oluşturmaktadır. Bu harcamalara SGK harcamalarını dahil ettiğimizde toplam kamu sağlık harcamasına ulaşılmaktadır (Yılmaz & Yentürk, 2015). Kamu sağlık harcamalarının finansmanı ise SGK tarafından toplanan primler, bütçe gelirlerinden yapılan transferler ve hasta katkı paylarından sağlanmaktadır (Yereli, vd., 2010, s. 3).

2.3.2.1. SGK Tarafından Sağlanan Kaynaklar

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı karma bir özellik gösterse de ağırlıklı olarak sosyal sigorta sistemine dayanan Bismarck modeline göre yürütölmektedir. Türkiye’de sağlık hizmetleri finansmanı hususunda 2003 yılında gerçekleştirilen SDP ile birçok düzenleme yapılmıştır (Öztürk & Uçan, 2017, s. 148).

GSS’nin uygulamaya geçmesi ile birlikte farklı sağlık sigorta sistemine tabi bireyler tek bir çatı altında birleştirilmiş ve hizmet alımındaki adaletsizlikler ortadan kaldırılmıştır. Diğer taraftan prim toplayan tek güç olarak SGK sağlık hizmetleri piyasasında monopsonik bir güç ile sağlık hizmeti sunanlara karşı daha etkin bir pazarlık gücüne kavuşmuştur (Çelikay ve Gümüş, 2011, s. 205).

SGK gelirleri, çalışan ve işverenlerin, kendi namına serbest çalışanların, çalışmayan ancak sağlık sigortası primini ödeme gücü olanların, çalışan ve emekli olmuş devlet memurları ile ödeme gücü olmayan vatandaşların merkezi yönetim tarafından maliye bakanlığı aracılığıyla ödenen primlerinden oluşmaktadır. SGK mensupları kamu hastanelerinin tamamından, anlaşmalı özel hastanelerden her türlü sağlık hizmetini alabilmektedir ve özel eczanelerden ilaçlarını temin edebilmektedir. SGK’nın ödemeleri kişi ve hizmet başına olacak şekilde yürütölür (Demir & Canbay, 2013, s. 454).

2.3.2.2. Devlet Bütçesince Sağlanan Kaynaklar

Hazine ve Maliye Bakanlığı tarafından ödeme gücü olmayanların ve Emekli sandığı mensupları ile memuriyetleri devam edenlerin sağlık primleri ödenmektedir. GSS tarafından Hazine ve Maliye Bakanlığı, primleri sisteme tahsis etme fonksiyonu ile yükümlü kılınmıştır.

Ayrıca SGK'nın gelirlerinin giderlerini karşılayamaması durumunda da genel bütçeden SGK'ya kaynak transferi yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı salgın hastalıklarla mücadele, ana ve çocuk sağlığı ile aile planlaması hizmetleri, aşı hizmetleri, serum ve benzeri ürünlerin tedarigi gibi görevleri her yıl genel bütçeden kendisine ayrılan pay ile yine kendisine bağlı hastanelere tahsis etmek suretiyle yerine getirmektedir (Çelikay & Gümüş, 2011, s. 207).

Tablo 2.5: Genel Devlet Sağlık Harcamaları

Yıl	Genel Devlet Harcaması (Milyon TL)	SGK Harcaması (Milyon TL)	Yüzde Olarak SGK Payı (%)	Merkezi Devlet ve Mahalli İdareler Payı (%)
2003	17.462	10.662	61	39
2004	21.389	13.231	61.8	38.2
2005	23.987	14.000	58.4	41,6
2006	30.116	17.667	58.7	41.3
2007	34.530	19.697	57	43
2008	42.159	25.346	60.1	39.9
2009	46.890	28.277	60.3	39.7
2010	48.482	30.695	63.3	36.7
2011	54.580	34.937	64	36
2012	58.785	41.630	70.8	29.2
2013	66.228	46.993	70.9	29.1
2014	73.382	51.356	70	30
2015	82.121	55.908	68	32
2016	94.012	64.163	68.2	31.8
2017	109.744	73.125	66.6	33.4
2018	128.021	86.121	67.3	32.7
2019	156.819	103.954	66.3	33.7
2020	198.062	127.504	64.4	35.6

Kaynak: TÜİK (2022)

Tablo 2.5.'de Merkezi Yönetim ve SGK'ya ait 2003-2020 dönem verileri yer almaktadır. 2003 yılında genel devlet sağlık harcamaları içerisinde SGK'nın oranı %61 iken bu oran 2020 yılında %64.4'e çıkmıştır. Böylece SGK harcamalardaki payını artırırken, merkezi devlet ve mahalli idareler payını düşürmüştür (TÜİK, 2022).

2.3.3. Finansmanı Olumsuz Etkileyen Faktörler

Sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli olabilmesi için finansman sisteminin sağlam ve sürdürülebilir olması gerekir. Finansman sisteminin sağlam ve sürdürülebilir olması için ise toplumun tüm kesimlerinin finansmana katılmasını sağlamak gerekir (Çelikay & Gümüş, 2011, s. 202). Türkiye'de kayıt dışı istihdamın ve işsizliğin yüksek olması, işgücüne katılım oranı ve aktif-pasif oranının düşük olması gibi sebeplerden dolayı prim gelirleri düşük olmakta ve gelirlerin giderleri karşılaması güçleşmektedir (Ermut, 2015, s. 94).

Finansman sisteminin sürdürülebilirliği sadece içinde bulunulan zamanı değil aynı zamanda geleceği de kapsamalı. Mali yapı gelecek nesilleri de düşünerek inşa edilmelidir (Çelikay & Gümüş, 2011, s. 203). WHO'ya göre sağlık hizmetlerinin finansmanında amaç sağlık hizmetlerine erişimi sağlayacak sağlık hizmeti sunucularına gerekli fonu oluşturmaktır (Arık & İleri, 2016, s. 46). Fon oluşturulmasında ise aşağıda başlıklar halinde belirtilen hususlar büyük öneme sahiptir.

2.3.3.1. Kayıt Dışı İstihdam Olgusu

Kayıt dışı istihdam, çalışmanın ve çalıştırmanın genel kurallarına aykırı bir şekilde istihdam edilme halini ifade eder. Kayıt dışı istihdamda birçok unsurun eksik olmasının yanında çalışanın sağlık primi gerek işveren tarafından gerekse çalışan tarafından hiçbir şekilde ödenmemektedir. Türkiye'de kayıt dışı oranı TÜİK verilerine göre 2020 yılında %30.59'dur ve bu oran bir ülke için oldukça yüksektir (Erument, 2015, s. 109; SGK,2020).

Tablo 2.6: 2008-2020 Yılları Kayıt Dışı İstihdam Oranları (%)

Yıllar	Tarım	Tarım Dışı	Sanayi	Hizmet	İnşaat	Genel
2008	87.84	29.76	31.61	28.77	-	43.50
2009	85.84	30.08	33.43	28.40	-	43.84
2010	85.47	29.06	32.68	27.11	-	43.28
2011	83.85	27.76	31.50	25.71	-	42.05
2012	83.61	24.51	27.89	22.73	-	39.02
2013	83.28	22.40	25.23	20.90	-	36.75
2014	82.27	22.32	20.26	21.09	-	34.97
2015	81.16	21.23	19.13	20.05	36.61	33.57
2016	82.09	21.72	20.20	20.35	35.58	33.49
2017	83.33	22.10	20.03	20.95	35.76	33.97
2018	72.73	22.28	20.29	21.46	35.80	33.42
2019	86.62	22.96	20.03	22.55	34.39	34.52
2020	83.46	19.30	16.46	18.76	37.74	30.59

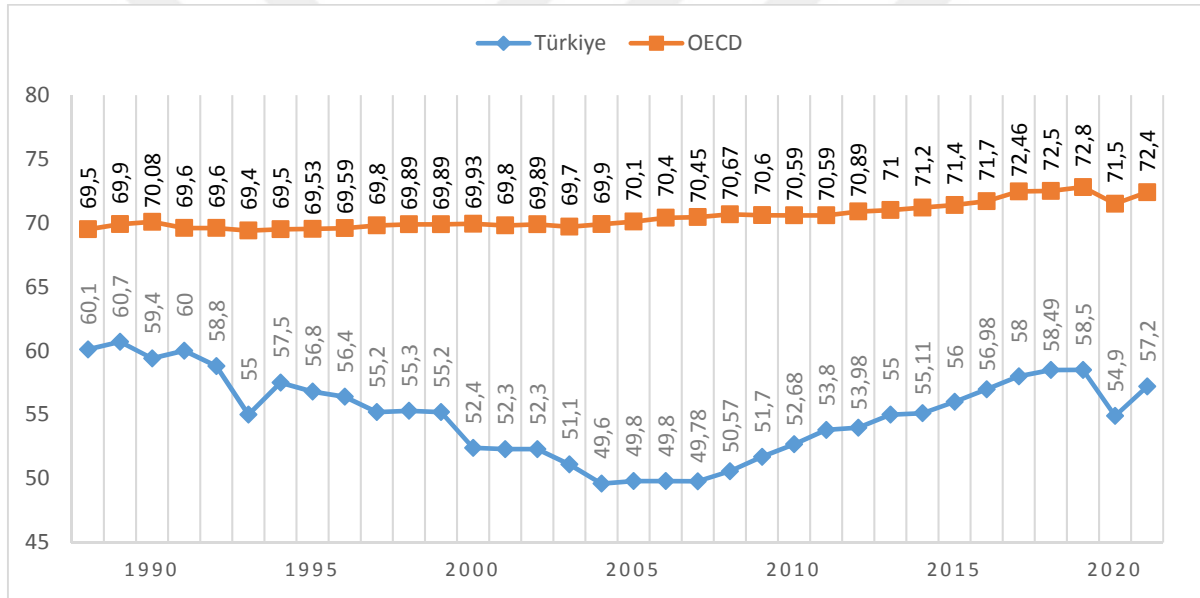
Kaynak: SGK (2021)

2008 yılında %43.5 olan kayıt dışı oranı 2020 yılına gelindiğinde %30.59'a düşmüştür. Kayıt dışı istihdamın bu derece yüksek olmasının yanında yıllar itibariyle bakıldığında sürekli düşme eğiliminde olması olumlu bir gelişmedir. Kayıt dışı Türkiye'de sağlık giderlerinin toplanan primler ile finanse edilmesinden dolayı çok büyük bir problemdir. Kayıt dışı istihdam arttıkça toplanan gelirlerin giderleri karşılama oranı düşeceğinden, sistem sürdürülemez hale gelme tehlikesiyle karşı karşıya kalacaktır. Bununla beraber toplumda var olan adalet ilkesi de zarar görecektir. Zira prim ödemeyenlerden kaynaklı oluşan açıklar genel bütçe ile finanse edilecektir (Erument, 2015, s. 110)

2.3.3.2. İşgücüne Katılım Oranının Düşüklüğü

Türkiye’de çalışabilir nüfus her sene genel nüfus artışıyla beraber artmaktadır. Ancak nüfus artış oranı azalmakta olduğundan, işgücüne katılım oranı da azalmaktadır. İşgücüne katılım oranı 1950’li yıllardan itibaren sürekli düşüş göstermiştir. Türkiye OECD ortalamasının altında bir işgücüne katılım oranına sahiptir. İş gücüne katılım oranının düşük olması sağlık hizmetlerinin finansmanı için gerekli olan gelirin yeterli düzeyde toplanmasına engeldir. Dolayısıyla gelirin gideri karşılama oranına olumsuz yansımaktadır (Erumut, 2015, s. 110; OECD, 2019). Şekil 2.7’de Türkiye ve OECD’de 1988-2021 yılları arası 15-64 yaş aralığı iş gücüne katılım oranları verilmiştir.

Şekil 2.7: Türkiye ve OECD’de 1988-2021 yılları arası 15-64 yaş aralığı işgücüne katılım oranları



Kaynak: OECD (2022)

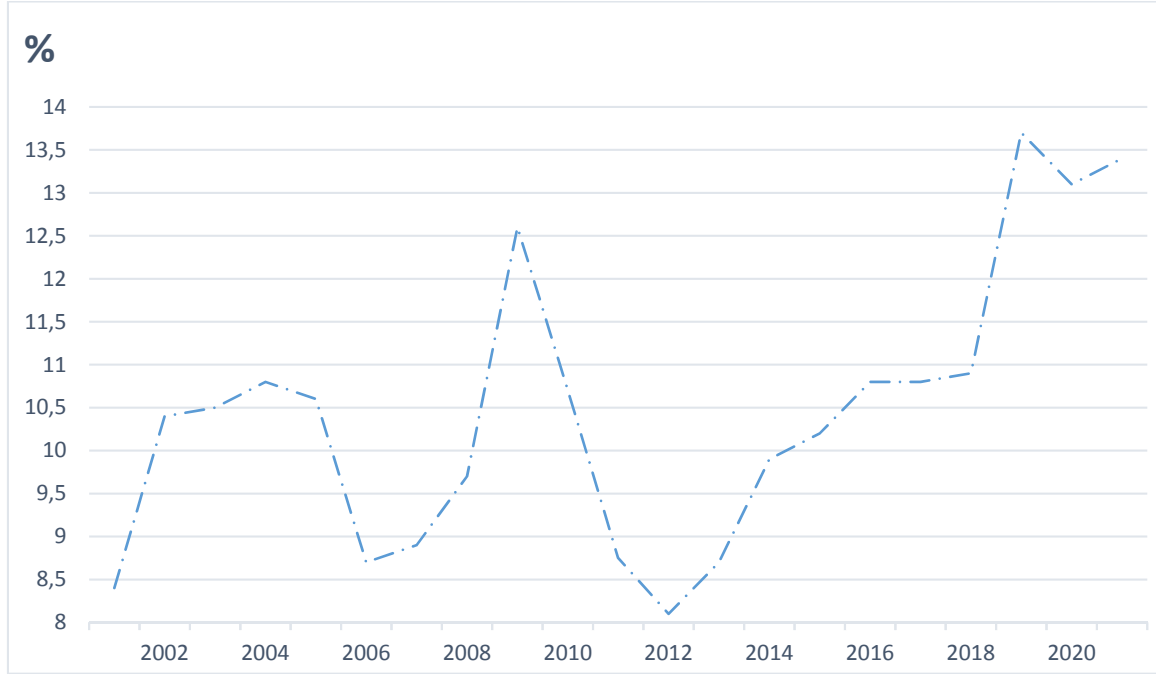
Türkiye’de 1988 yılında %60.1 olan işgücüne katılım oranı 2005 yılına kadar düşüş göstererek %49.8 olmuştur. 2005 yılından itibaren ise tekrar yükselişe geçmiş ve 2021 yılında %57.2 olmuştur. OECD ortalaması, 1988 yılında %69.5 olan bu oran 2021 yılında %72.4 olmuştur. Türkiye’de inişli çıkışlı bir durum söz konusu iken OECD ortalamasında stabil bir durum söz konusudur (OECD, 2022).

2.3.3.3. İşsizlikteki Artış

Türkiye’de işsizlik ekonomik ve sosyal bir sorun olarak varlığını sürdürmektedir. 2001 ekonomik kriziyle beraber %10’un üzerine çıkan işsizlik halen bu oranın üzerinde

seyretmektedir. İşsizlik oranı tarım dışı alanlarda daha yüksektir (Erument, 2015, s. 111; Worldbank, 2022). Şekil 2.8’de Türkiye’de 2001-2021 yılları arası işsizlik oranları verilmiştir.

Şekil 2.8: Türkiye’de 2001-2021 Yılları İşsizlik Oranları



Kaynak: Worldbank (2022)

İşsizlik oranının yüksek olması istihdam edilmesi gereken işgücünün daha az miktarda istihdam edilmesine yol açmaktadır. Bu durumdan sağlık hizmetleri finansman sistemi olumsuz etkilenmektedir. Gelirler yeteri kadar toplanamamaktadır ve sistem açık vermektedir (Erument, 2015, s. 112).

2.3.3.4. Aktif Pasif Sigortalı Oranındaki Düşüş

Sağlık sisteminin finansmanının sürdürülebilirliği açısından aktif pasif oranı oldukça önemli bir konudur. Yapılan çalışmalar sigortalıların sayısının sisteme prim yatırmayan pasiflerin en az dört katı olması sistemin aktüeryal dengesi için gerekli olduğunu ortaya koymaktadır. Dört çalışandan elde edilen gelirler bir pasifin giderlerini karşılamaktadır. Türkiye’de aktif pasif oranı bu ideal rakamın çok altındadır. Böylece sistemde finansal anlamda ciddi problemler vardır. Aktif pasif oranı 2008 yılında 1.87 iken zaman zaman yükseliş gösterse de 2019 yılına gelindiğinde 1.80’e düşmüştür (Erument, 2015, s. 112; SGK,2021). Tablo 2.7’de Türkiye’de 2008-2019 yılları arası aktif/pasif oranları verilmiştir.

Tablo 2.7: Aktif / Pasif Oranı, 2008-2019

Yıl	Aktif / pasif oranı	4/a Aktif / pasif oranı	4/b Aktif / pasif oranı	4/c Aktif / pasif oranı
2008	1.87	2.06	1.82	1.37
2009	1.78	1.96	1.66	1.37
2010	1.84	2.06	1.67	1.36
2011	1.87	2.15	1.50	1.49
2012	1.90	2.22	1.40	1.53
2013	1.91	2.24	1.30	1.59
2014	1.94	2.29	1.28	1.60
2015	1.92	2.30	1.17	1.63
2016	1.89	2.28	1.11	1.56
2017	1.95	2.33	1.21	1.52
2018	1.86	2.19	1.20	1.48
2019	1.80	2.11	1.15	1.47

Kaynak: SGK (2021)

Türkiye’de, belirtilen bu sebeplerden dolayı sağlık hizmetleri finansmanında çok ciddi yetersizlikler yaşanmaktadır. Kayıt dışı istihdam, işgücüne katılım oranının düşüklüğü, işsizlikteki artış, aktif pasif sigortalı oranındaki düşüklük sağlık sisteminin finansmanını olumsuz yönde etkilemektedir (Erumut, 2015, s. 113).

2.3.4. Sağlık Hizmetleri Finansmanında Sürdürülebilirlik

Bir sistem, nesne, süreç veya özellik tehdit altında olduğunda bir sürdürülebilirlik sorunu ortaya çıkar. Değer verilen sistemin, nesnenin, sürecin veya niteliğin varlığı tehdit edilebilir veya kalitesi ciddi bir düşüşle tehdit edilebilir. Başka bir deyişle, değer verilen ve sürdürülemez riskiyle karşı karşıya kalan bir şey olduğunda bir sürdürülebilirlik sorunu vardır (Sutton, 2004, s. 2).

Bu bağlamda finansal problemler, kamu hizmetlerinin devam ettirilebilmesi için ekonomistleri ve uluslararası kuruluşları finansal sürdürülebilirlik konusunda araştırmalara yöneltmiştir. Bununla birlikte, finansal sürdürülebilirlik kavramı, nesiller arası eşitliğe dayalı belirsiz bir kavramdır ve yürütülmesi zordur. Bu nedenle, kamuda finansal sürdürülebilirliği

değerlendirmeye yönelik bir ölçüt oluşturmak için birçok sorun yaşanmıştır. Finansal sürdürülebilirlik kamu hizmetlerinde değişiklik yapmadan, sürekli artan bir borca ve vergilendirmeye neden olmadan mevcut politikayı devam ettirebilme yeteneği olarak tanımlanabilir (Subires & Bolivar, 2017, s. 4).

Kamu sağlık harcamalarındaki artış, hükümetin sağlık hizmetleri planlarının zaman içinde sürdürebilirliği ile ilgili endişeleri de beraberinde getirmektedir (Gori & Sodini, 2011, s. 262). Hükümetler sağlık hizmetlerinde büyüme oranını yavaşlatmaya karar vermeli mi? Bu konuda hükümetlerin kullanabilecekleri çeşitli politika araçları vardır. Bazı politikalar hastalar için sağlık harcamalarının yükünü azaltmaya çalışmak, bakımın hacmini veya kalitesini düşürerek toplu büyümeyi yavaşlatmak, tesisleri kapatmak, personel sayısını azaltmak gibi sıralanabilir. Hükümetler, aynı zamanda, personel maaşları veya genel giderleri azaltma yoluyla doğrudan büyümeyi yavaşlatabilir (Cylus, vd., 2012, s. 2).

Sağlık hizmetlerinin maliyetleri özellikle 1980’den itibaren sürekli bir artış içerisine girmiştir. Bu artışın çeşitli sebepleri vardır. Bir yandan yeni ortaya çıkan hastalıkların teşhis ve tedavileri için yapılan ağır masraflar içeren genetik harcamalar diğer yandan ise yaşam beklentisinin ve 65 yaş üstü nüfusun genel nüfusa oranının artması maliyetlerin artmasında başlıca sebeplerdir. Burada esas sorun bu sağlık hizmetlerinin mali açıdan sürdürülebilirliğidir. Sağlık hizmetlerinin ve finansmanının sürdürülebilirliği konusunda yaşanan sıkıntılar yeni politikaların ve modellerin gündeme gelmesine neden olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin ve finansmanının sürdürülebilir olması için ya maliyetlerin düşürülmesi ya da kaynakların artırılması gerekmektedir. Sağlık hizmetleri ihtiyacı birinci derecede önem arz ettiğinden belli bir noktadan sonra maliyeti düşürmek olanaksızdır. Bu durumda kaynakların artırılması tek seçenektir (Aktan & Işık, s. 4). Dünyaya bakıldığında bütün ülkeler sağlık hizmetleri piyasasına gerek düzenleme açısından gerekse finansman açısından müdahale etmektedir. Müdahalelerin temel amacı sağlık hizmetlerinin toplumun tamamına eşit bir şekilde sunulmasının yanında çıktı artışının sağlanmasıdır (Yereli, vd., 2010, s. 8).

Sağlık harcamalarının bu derece hızlı artması ülkelerin bütçelerinde de baskılara ve olumsuzluklara sebebiyet vermektedir. Öyle ki 1990’da OECD ülkelerinin bütçelerinde sağlık harcamalarının payı ortalama %12 iken, 2018 yılında bu oran %17.4’e yükselmiştir. Bu yükseliş neticesinde bütçe açıkları ve finansman sorunları ortaya çıkmıştır (Yereli, vd. s. 5; OECD, 2019).

Sağlık hizmetleri diğer mallar gibi depolanamaz ve ne zaman nerede ihtiyaç duyulacağı belli değildir. Bu hizmetin kullanımı ve sunumu zorunludur ve ertelenemez olduğundan finansmanının sürdürülebilir olması gerekmektedir. Türkiye’de GSS ile bütün bireylerin sağlık hizmetlerinden eşit şekilde faydalanması, sağlık hizmetleri talebinin sağlık kurumlarına dengeli bir şekilde yayılması, sağlık kurumları arasında rekabet oluşturarak verimin artırılması ve Aile Hekimliği uygulamasına geçilmesi amaçlanmıştır. Diğer taraftan hizmet miktarının artması ile birlikte primler yetersiz kaldığından GSS ile finansmanın sürdürülebilirliği tartışma konusu olmuştur (Arık & İleri, 2016).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

EKONOMETRİK UYGULAMA: BİR ZAMAN SERİSİ ANALİZİ

3.1. Ampirik Analizin Amacı ve Önemi

Bu çalışmanın temel amacı kamu sağlık harcamaları, 65 yaş ve üzeri nüfus, finansal gelişme, karbondioksit emisyonu (metric ton), kişi başına düşen reel gelir ve kentleşme değişkenleri arasındaki ilişkinin Türkiye bağlamında incelenmesidir. Giderek dünyada ve Türkiye’de artış gösteren sağlık harcamalarının sürdürülemez bir noktaya gelmesi durumu göz önüne alındığında sağlık harcamalarının belirleyicilerini inceleme bu alanda çalışan araştırmacıların odak noktası olmuştur. Çalışmada bu bağlamda Türkiye’de 1980-2019 dönemi yıllık verileri kullanılarak kamu sağlık harcamalarının belirleyicilerinden olan, 65 yaş ve üzeri nüfus, finansal gelişme, karbondioksit emisyonu, kişi başına düşen reel gelir ve kentleşme değişkenleri ile kamu sağlık harcamaları arasındaki ilişki incelenecektir.

3.2. Ampirik Literatür

Sağlık harcamalarının belirleyicilerine yönelik literatürde birçok çalışma yer almaktadır. Yapılan bu çalışmaların çoğunluğunda sağlık harcamalarının belirleyicileri olarak GSYİH, doğuşta beklenen yaşam süresi, toplam nüfus, 65 yaş ve üzeri nüfus, karbondioksit emisyonu gibi değişkenler ele alınmıştır. Aşağıdaki tabloda sağlık harcamalarının belirleyicilerine yönelik yapılmış çalışmalardan bir kısmı detaylı olarak ele alınmıştır:

Tablo 3.1: Sağlık Harcamalarının Belirleyicilerine Yönelik Ampirik Literatür Taraması

Yazar	Yıl	Ülke	Yöntem	Değişken
GSYİH				
Newhouse(1977)	1972	13 gelişmiş ülke	Yatay Kesit	SH
Herwartz & Theilen(2009)	1975-2006	18 OECD ülkesi	FPM	SH
Imoughele (2013)	1986-2010	Nijerya	Johansen	KSH
Tajudeen (2018)	1971-2013	Nijerya	ARDL	KSH
Çetin & Ecevit (2010)	1990-2016	15 OECD ülkesi	POLS	KSH
Bech vd. (2010)	1980-2003	15 Avrupa Ülkesi	DPAM	SH
Chaabouni & Abednnadher(2010)	1961-2008	Tunus	ARDL	KSH
Rahman ve Khanam (2015)	1995-2014	Nijerya	GMM	YS
Abdullah vd. (2016)	1970-2014	Malezya	ARDL	SH
Rahman (2008)	1971-1991	Hindistan	FE	KSH
Hooda (2016)	1987-2012	Hindistan	OLS	SH
Braendlea & Swiss(2016)	1970-2012	İsviçre	DPEM	KSH
Saez vd. (2016)	2002-2013	İspanya	FMOLS	KSH
Tamakoshi & Hamori (2015)	1994-2013	Japonya	FMOLS	SH
Okunade (2005)	1995	26 Afrika ülkesi	OLS	SH
Yetim vd. (2020)	2000-2017	36 OECD ülkesi	OLS	SH
Yu vd. (2011)	1992-2007	Tayvan ve 24 OECD ülkesi	OLS, QR	SH
Mosca(2007)	1990-2000	20 OECD ülkesi	OLS	SH
Demir vd. (2022)	1988-2018	Türkiye	ARDL	SH
Traş & Türkmen (2020)	1995-2018	19 AB ülkesi ve Türkiye	WPET	SH
Samadi & Rad (2013)	1995-2009	ECO ülkeleri	OLS	SH
Güven vd. (2018)	2000-2015	MENA ülkeleri	EKK	SH
Öztürk & Küzmez (2019)	1995-2014	BRICS-T ülkeleri	VAR	SH
Taşkaya & Demirkıran (2018)	1975-2013	Türkiye	GNY	SH
Artan vd. (2017)	2000-2013	BRICS ülkeleri	LTRM	KSH
Sancar & Polat (2021)	2000-2016	Türkiye, Brezilya, Meksika, Çin, Hindistan ve Güney Afrika	PVA	SH

Tablo 3.1: Sağlık Harcamalarının Belirleyicilerine Yönelik Ampirik Literatür Taraması (Devamı)

Yazar	Yıl	Ülke	Yöntem	Değişken
Şahin & Temelli (2019)	2000-2015	18 OECD ülkesi	PVA	SH
Şen & Bingöl (2018)	2006-2017	Türkiye	FANT	SH
Selim vd.2014)	2001-2011	27 AB üyesi ülke ve Türkiye	WPET	SH
Tıraşoğlu & Yıldırım (2012)	2006-2012	Türkiye	TKGH	SH
Hayaloğlu & Bal (2015)	2000-2013	54 üst orta gelirli ülke	PSEM	SH
Yumuşak & Yıldırım (2009)	1980-2005	Türkiye	Johansen	SH
65 Yaş ve üzeri Nüfus				
Saez vd. (2016)	2002-2013	İspanya	FMOLS	KSH
Meena vd. (2004)	1997-1999	İngiltere	OLS	SH
Herwartz & Theilen(2009)	1975-2006	18 OECD ülkesi	SA	SH
Werblow vd. (2007)	1999	İsviçre	GLM	SH
Tamakoshi & Hamori (2015)	2001-2010	Japonya	FMOLS	SH
Bech vd. (2010)	1980-2003	15 Avrupa Ülkesi	GMM	SH
Rahman (2008)	1995-2014	Hindistan	RE	KSH
Braendlea & Swiss(2016)	1970-2012	İsviçre	DPEM	KSH
Tajudeen vd. (2018)	1971-2013	Nijerya	ARDL	KSH
Li vd. (2020)	2008-2014	Çin	FE	SH
Tıraş & Türkmen (2020)	1995-2018	19 AB ülkesi ve Türkiye	WPET	SH
Samadi & Rad(2013)	1995-2009	ECO ülkeleri	WPET	SH
Öztürk & Küzmez (2019)	1995-2014	BRICS-T ülkeleri	GMM	SH
Balçık vd. (2021)	2000-2014	36 Avrupa ülkesi	OLS	SH
Ecevit vd. (2018)	1995-2015	Türki Cumhuriyetleri	PDOLS	SH
Şahin ve Temelli (2019)	2000-2015	18 OECD ülkesi	PVA	SH
Geue vd. (2013)	1986-2010	İskoçya	GLM	SH
CO2				
Sancar & Polat (2021)	2000-2016	Türkiye	Westerlund	SH
Abdullah vd. (2016)	1970-2014	Malezya	ARDL	SH
Li vd. (2020)	2013-2015	Çin	GLR	SH

Tablo 3.1: Sağlık Harcamalarının Belirleyicilerine Yönelik Ampirik Literatür Taraması (Devamı)

Yazar	Yıl	Ülke	Yöntem	Değişken
Demir vd. (2022)	1988-2018	Türkiye	ARDL	SH
Tıraş & Türkmen (2020)	1995-2018	19 AB ülkesi ve Türkiye	WPET	SH
Sancar & Polat (2021)	2000-2016	Türkiye, Brezilya, Meksika, Çin, Hindistan ve Güney Afrika	PVA	SH
Keyifli & Recepoğlu(2020)	2000-2016	E7 Ülkeleri	BPGNT	SH
Dağ ve Kızılkaya (2021)	1975-201	Türkiye	FNT	SH
Kentleşme				
Ecevit vd. (2018)	1995-2015	Türki Cumhuriyetleri	PDOLS	SH
Tajudeen vd. (2018)	1971-2013	Nijerya	ARDL	KSH
Nakovics vd. (2019)	2013-2014	Burkina Faso	GLM	CSH
Samadi & Rad(2013)	1995-2009	ECO ülkeleri	FE	SH
Ecevit vd. (2018)	1995-2015	Türki Cumhuriyetleri	PVECM	SH
Finansal Gelişme				
Ecevit vd. (2022)	1988-2018	Türkiye	ARDL	SÇ
Hooda (2016)	1987-2012	Hindistan	FE	SH
Tajudeen vd. (2018)	1971-2013	Nijerya	ARDL	KSH
Okunade (2005)	1995	26 Afrika ülkesi	Box-Cox	SH
Artan vd. (2017)	2000-2013	BRICS ülkeleri	LTRM	KSH
Chireshe & Ocran (2020)	1995-2014	46 Afrika ülkesi	POLS	SH

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

3.1 nolu tabloda, sağlık harcamalarının belirleyicilerine yönelik literatür çalışmaları yer almaktadır. Newhouse (1977), Imoughele vd. (2013), Abdullah vd. (2016), Tamakoshi ve Hamori (2015), Okunade (2005), Yetim vd. (2020), Yu vd. (2011), Mosca (2007), Demir vd. (2022), Tıraş ve Türkmen (2020), Samadi ve Rad (2013), Taşkaya ve Demirkıran (2018), Sancar ve Polat (2021), Keyifli ve Recepoğlu (2020), Dağ ve Kızılkaya (2021), Ecevit vd. (2018), Şahin ve Temelli (2019), Akar (2014), Şen ve Bingöl (2018), Selim vd. (2014), Tıraşoğlu ve Yıldırım (2012), Hayaloğlu ve Bal (2015), Yumuşak ve Yıldırım (2009) bağımlı değişken olarak sağlık harcamalarını bağımsız değişken olarak ise GSYİH (gelir)'i

kullandıkları çalışmalarında; Newhouse (1977) sağlık harcamalarının gelir esnekliğini 1'den büyük bulurken, Okunade (2005) 0,65 olarak bulmuştur. Abdullah vd. (2016), Yetim vd. (2020), Yu vd. (2011), Mosca (2007), Dağ ve Kızılkaya (2021), Şahin ve Temelli (2019), Selim vd. (2014) gelirin sağlık harcamalarını pozitif olarak etkilediğini, Imoughele (2013), Tıraş ve Türkmen (2020), Ecevit vd. (2018) gelirin sağlık harcamalarının belirleyicisi olduğunu; Demir vd. (2022), Samadi ve Rad (2013), Akar (2014), Tıraşoğlu ve Yıldırım (2012) sağlık harcamaları ile gelir arasında eşbütünleşme ilişkisinin olduğunu; Tamakoshi ve Hamori (2015) gelirin sağlık harcamalarını negatif etkilediğini tespit etmişlerdir.

Meena (2004), Herwartz ve Theilen (2009), Bech vd. (2010), Braendlea ve Swiss (2016), Saez vd. (2016), Tamakoshi ve Hamori (2015), Li vd. (2020), Yu vd. (2011), Samadi ve Rad (2013), Balçık vd. (2021), Ecevit vd. (2018), Şahin ve Temelli (2019) bağımlı değişken olarak sağlık harcamalarını bağımsız değişken olarak ise 65 yaş ve üzeri nüfusu kullandıkları çalışmalarında; Meena (2004), Herwartz ve Theilen (2009), Bech vd. (2010), Saez vd. (2016), Tamakoshi ve Hamori (2015), Li vd. (2020), Yu vd. (2011), Ecevit vd. (2018), Şahin ve Temelli (2019) 65 yaş ve üzeri nüfusun sağlık harcamalarını pozitif olarak etkilediğini;. Samadi ve Rad (2013) değişkenler arasında eşbütünleşme ilişkisinin olduğunu, Balçık vd. (2021) değişkenler arasında çift yönlü nedensellik ilişkisinin olduğunu, Braendlea ve Swiss (2016) değişkenler arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını tespit etmişlerdir.

Abdullah vd. (2016), Li vd. (2020), Sancar ve Polat (2021), Keyifli ve Recepoğlu (2020), Dağ ve Kızılkaya (2021) bağımlı değişken olarak sağlık harcamalarını bağımsız değişken olarak ise karbondioksit salınımını kullandıkları çalışmalarında; Abdullah vd. (2016), Li vd. (2020), Dağ ve Kızılkaya karbondioksit salınımının sağlık harcamalarını pozitif olarak etkilediğini; Sancar ve Polat (2021), Keyifli ve Recepoğlu (2020) ise sağlık harcamaları ile karbondioksit salınımı arasında karbondioksit salınımından sağlık harcamalarına doğru nedensellik ilişkisinin olduğunu belirlemişlerdir.

Tajuden vd. (2018), Okunade vd. (2005), Samadi ve Rad (2013), Ecevit vd. (2018) bağımlı değişken olarak sağlık harcamalarını bağımsız değişken olarak ise kentleşmeyi kullanarak yapmış oldukları çalışmalarında; Tajuden vd. (2018), Okunade vd. (2005) kentleşmenin sağlık harcamalarını pozitif olarak etkilediğini; Samadi ve Rad (2013) sağlık harcamaları ile kentleşme arasında eşbütünleşmenin olduğunu; Ecevit vd. (2018) kentleşmenin sağlık harcamalarını önemli olarak etkilediğini belirlemişlerdir.

Hooda (2016), Ecevit vd. (2022), Chireshe ve Ocran (2020) bağımlı değişken olarak sağlık harcamalarını bağımsız değişken olarak ise finansal gelişmeyi kullandıkları çalışmalarında Hooda (2016) sağlık harcamalarının finansal kapasite ile pozitif ilişkili olduğunu, Ecevit vd. (2022) finansal gelişmenin sağlık kalitesini bozduğunu, Chireshe ve Ocran (2020) finansal gelişmenin sağlık harcamalarını artırdığını ortaya koymuştur.

3.2.1. Modelin Teorik Altyapısı

Çalışmada ele alınan değişkenler arasındaki ilişkinin araştırılmasında aşağıdaki çalışmalarda kurulan modeller dikkate alınmıştır.

3.2.1.1. Sağlık Harcamaları ve 65 Yaş ve Üzeri Nüfus İlişkisi

Herwartza ve Theilen (2009), 18 OECD ülkesi için 1975-2006 yılları arasında flexible parametric model ve semiparametric approach yöntemlerini kullanarak sağlık harcamalarının belirleyicilerini incelemişlerdir. Çalışma sonucu yaşlanan nüfusun sağlık harcamaları üzerinde pozitif bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Saez vd. (2016) İspanya’da 2002-2013 yılları arasında Engle Granger Cointegration Test yöntemini kullanarak kamu sağlık harcamaları, GSYİH ve yaşlanan nüfus arasındaki nedensellik ilişkisini incelemişlerdir. Çalışma sonucu yaşlanan nüfusun kamu sağlık harcamalarına pozitif yönde etki ettiğini göstermiştir.

3.2.1.2. Sağlık Harcamaları ve Finansal Gelişme İlişkisi

Ecevit vd. (2022) Türkiye’de 1988-2018 yıllarında ARDL, Hatemi-j testi, FMOLS, DOLS, CCR ve VECM yöntemlerini kullanarak sağlık çıktılarının belirleyicilerini incelemişlerdir. Çalışma sonucu uzun dönemde yenilenebilir enerji tüketimi sağlık kalitesini iyileştirirken ekonomik büyüme, işsizlik ve finansal gelişmenin bozduğunu ortaya koymuştur. Hooda (2016) Hindistan’da 1987-2012 yılları arasında OLS, FE ve GMM yöntemlerini kullanarak kamu sağlık harcamalarının belirleyicilerini incelemiştir. Çalışma sonucu sağlık harcamalarının gelir, devletin finansal kapasitesi ve siyasi katılım düzeyi ile pozitif ilişkili olduğunu nüfus yoğunluğu ile ise negatif ilişkili olduğunu göstermiştir. Chireshe ve Ocran (2020) 46 Afrika ülkesinde 1995-2014 yılları arasında POLS ve 2SLS yöntemlerini kullanarak sağlık harcamaları ve finansal gelişmişlik üzerine yapmış oldukları çalışma neticesinde finansal gelişmenin sağlık harcamalarını artırdığını ortaya koymuşlardır.

3.2.1.3. Sağlık Harcamaları ve CO2 İlişkisi

Demir vd. (2022)’e göre karbondioksit emisyonunun artması ile beraber sağlık harcamalarında artışların olacağı dolayısı ile çevre dostu olan yeşil enerji yatırımlarının

artırılması konusunda politika yapıcıların teşviklerde bulunmaları son derece önemlidir. Sancar ve Polat (2021) Türkiye, Brezilya, Meksika, Çin, Hindistan ve Güney Afrika’da 2000-2016 yılları arasında panel veri analizi Westerlund ve Dumitrescu-Hurlin yöntemlerini kullanarak sağlık harcamalarının belirleyicilerini incelemişlerdir. Çalışma sonucu sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında çift yönlü, sağlık harcamaları ile CO₂ emisyonu arasında çift yönlü ve GSYİH ile CO₂ emisyonu arasında çift yönlü nedensellik ilişkisi olduğunu ortaya koymuştur. Abdullah vd. (2016) Malezya’da 1970-2014 yılları arasında ARDL yöntemini kullanarak kamu sağlık harcamalarının belirleyicilerini incelemişlerdir. Çalışma sonucunda GSYİH, MR, FR, CO₂ ve SO₂’nun sağlık harcamalarını pozitif olarak etkilediğini göstermiştir.

3.2.1.4. Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi

Ecevit vd.(2018)’e göre kişi başına düşen sağlık harcamalarının gelir esnekliği 0,579’dur. Bu sonuca göre sağlık zorunlu bir maldır. Sağlığın zorunlu bir mal olmasından dolayı piyasa başarısızlığı durumunda hizmetlerin toplumun tamamına ulaştırılabilmesi için devletin bu sektöre müdahale etmesi zorunludur. Çetin ve Ecevit (2010) 15 OECD ülkesi için 1990-2006 yılları arasında panel OLS yöntemini kullanarak sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkilerini incelemişlerdir. Çalışma sonucu sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında istatistikî olarak anlamlı bir ilişki omadığını göstermiştir. Tamakoshia ve Hamorib (2015) Japonya’da 2001-2010 yılları arasında Panel Cointegration Analysis ve FMOLS yöntemini kullanarak sağlık harcamaları, GSYİH ve yaşlı nüfus oranı arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Çalışma sonucu sağlık harcamaları, kişi başına düşen milli gelir ve yaşlı nüfus değişkenleri arasında eşbütünleşme ilişkisi olduğunu, yaşlı nüfusun sağlık harcamalarını pozitif yönde etkilediğini ve kişi başına düşen milli gelirin ise negatif olarak etkilediğini ortaya koymuştur.

3.2.1.5. Sağlık Harcamaları ve Kentleşme İlişkisi

Samadi ve Rad (2013)’a göre kentleşme, pahalı ve modern sağlık hizmeti sunumuna erişimin bir belirleyicisi olarak gösterilebilir. İyi sağlık hizmeti veren hastaneler ve diğer sağlık merkezleri şehirlerde bulunmaktadır. Böylece insanlar şehirlerde yaşıyorsa sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanabilmektedir. Bu da sağlık harcamalarını artırmaktadır. Ecevit vd. (2018) Türki Cumhuriyetleri’nde 1995-2015 yılları arasında Pedroni ve Kao eşbütünleşme testleri, Panel Dinamik EKK (PDOLS), Panel Hata Düzeltme Modeli (PVECM), Granger nedensellik yöntemlerini kullanarak sağlık harcamalarının belirleyicilerini incelemişlerdir. Çalışma sonucu değişkenler arasında eşbütünleşme ilişkisinin olduğunu, kişi

başına sağlık harcamalarının kentleşme, kişi başına reel gelir ve 65 yaş üstü nüfus tarafından belirlendiğini, nedensellik analizi sonuçlarının ise kentleşme, kişi başına reel gelir, 65 yaş üstü nüfus ve hekim sayısı ile kişi başına sağlık harcamaları arasında uzun dönemde karşılıklı bir nedensellik ilişkisinin olduğunu ortaya koymuştur. Tajudeen vd. (2018) Nijerya’da 1971-2013 yılları arasında ARDL yöntemini kullanarak makro-ekonomik ve ekonomik olmayan belirleyicilerin sağlık harcamaları üzerine etkilerini incelemişlerdir. Çalışma sonucu GSYİH, resmi gelişim yardımı, cari işlemler dengesi, kentleşme, reşit olmayan nüfus ve ham doğum oranının kamu sağlık harcamalarının önemli belirleyicileri olduğunu ve kamu sağlık harcamaları üzerinde olumlu etkilerinin olduğunu göstermiştir.

3.3. Metodoloji

Çalışmada serilerin durağanlık derecelerinin tespiti için Ng ve Perron (2001) tarafından geliştirilen Ng-Perron birim kök testi kullanılmıştır. Daha sonra seriler arasındaki uzun dönem ilişkisi (eşbütünleme), Pesaran, Shin ve Smith (2001) tarafından geliştirilen ARDL sınır testi yaklaşımı ile araştırılmıştır. Son olarak ise serilerin uzun dönem katsayıları Phillips ve Hansen (1990) tarafından geliştirilen FMOLS yöntemi kullanılarak tahmin edilmiştir.

3.3.1. Ng-Perron Birim Kök Testi

Zaman serileri olasılıklı veya rassal olarak türetilir. Olasılıklı süreç türü içerisinde en çok kabul gören, durağan olasılıklı süreçtir. Zaman serilerinde ortalaması ile varyansı zaman içerisinde değişmeyen, ortak varyansı ise sadece iki dönem arasındaki uzaklığa bağlı olan olasılıklı süreç durağandır (Gujarati, 2001,s. 710-713).

Zamanın etkilerini üzerinde taşıyan zaman serileri zaman içerisinde ortalamadan sapabilir ve varyanslarında değişimler olabilir. Bu durumda seri durağan olmaktan çıkar. Durağan olmayan zaman serileri sahte regresyon problemine yol açabilir. Sahte regresyon durumunda R^2 değerleri yüksek, t-istatistiği anlamlı çıkabilir fakat sonuçlar güvenilir değildir. Bundan dolayı zaman serisi analizlerinde model oluşturulmadan önce serilerin durağan olup olmadıkları birim kök testleri vasıtasıyla tespit edilmektedir (Dickey & Fuller, 1979,s. 427).

Granger ve Newbold (1974) tarafından yapılan çalışmada serilerin durağan olmadığı durumda yapılan regresyon analizi sonucunda elde edilen yüksek R^2 ve düzeltilmiş R^2 değerlerinin gerçek ilişkiyi yansıtmayabileceği ve bu birim kökün sahte regresyona yol açabileceği ortaya konmuştur. Bu durumda seriler arasındaki ilişki serilerin ortak eğilimlerinden kaynaklıdır ve gerçek bir ilişki değildir. Bu yüzden t, F, R^2 gibi test sonuçlarının

güvenilir olarak değerlendirilebilmesi için serilerin birim kök analizlerinin yapılması son derece önemlidir. (Gujarati, 2004)

Diğer taraftan eğer seriler durağan değilse bir diğer ifade ile birim kök içeriyorlarsa stokastik ve deterministik bir trende sahip olacaklardır. Bu durumda da sahte regresyonla karşılaşma olasılığı yüksektir. Ancak burada uzun dönemde meydana gelen deterministik trend ile zaman içinde ortaya çıkan ve daha sonra kaybolan trend birbirinden farklıdır (Yenipazarlı, 2009, s. 156).

Zaman serisi analizlerinde güvenilir sonuçlar elde etmek için serilerin durağan olması son derece önemli olduğundan, bir seri durağanlık koşulunu sağlamıyorsa farkı alınarak ΔY_t şeklinde durağan hale getirilir (Yenipazarlı, 2009, s. 156).

$$\Delta Y_t = Y_t - Y_{t-1} \quad (1)$$

$$\Delta^2 Y_t = \Delta(\Delta Y_t) \quad (2)$$

Seri bir defa fark alındığında durağan hale geliyorsa birinci farkta entegrasyon sağlayan seri denir ve $I(1)$ şeklinde gösterilir. Eğer ikinci farkta durağan hale geliyorsa ikinci farkta entegrasyon sağlayan seri denir ve $I(2)$ şeklinde gösterilir. Fark alınmadan durağanlık özelliğini taşıyorsa düzeyde durağandır denir ve $I(0)$ şeklinde gösterilir (Sevüktekin ve Nargeleçekenler, 2007, s. 310).

Çalışmada serilerin durağanlık derecelerinin tespit edilmesi için Ng-Perron birim kök testi kullanılmıştır. Ng ve Perron (2001) tarafından geliştirilen bu test DF-GLS ve Phillips Perron testinin özelliklerini içermekte olup bu testlere göre daha tutarlı ve etkin sonuçlar vermektedir. Ng ve Perron, testin özellikle negatif hareketli ortalamanın varlığında son derece iyi performans gösterdiğini iddia etmektedir. Bununla birlikte, testin performansı büyük ölçüde testin yapımında kullanılan spektral yoğunluk tahmincilerinin seçimine bağlıdır. Literatürde spektral yoğunluk için çeşitli tahminciler mevcuttur. Bu tahmincilerin her birinin testin çıktısı üzerinde çok önemli bir etkisi vardır, ancak bu tahmin edicilerden hangisinin optimal boyut ve güç özelliklerini verdiği konusunda netlik yoktur (Malik & Rahman, 2015, s. 51).

Ng-Perron testi MZ_a , MZ_t , MSB ve MPT olmak üzere dört testten oluşmaktadır. Ng-Perron tarafından önerilen dört test istatistiği şunlardır (Rehman & Malik, s. 53):

$$MZ_a = \frac{((T^{-1}\tilde{y}_t)^2 - \hat{f}(0))}{2k} \quad (3)$$

$$MZ_t = MZ_a * MSB \quad (4)$$

$$MSB = \left(\frac{k}{\hat{f}(0)} \right)^{\frac{1}{2}} \quad (5)$$

$$MPT = \frac{\bar{c}^2 k - \bar{c} T^{-1} (\tilde{y}_t)^2}{\hat{f}(0)} \quad d_t^0 \text{ olduğu zaman} \quad (6)$$

$$MPT = \frac{\bar{c}^2 k - (1 - \bar{c}) T^{-1} (\tilde{y}_t)^2}{\hat{f}(0)} \quad d_t^1 \text{ olduğu zaman} \quad (7)$$

$$k = \sum_{t=1}^T \frac{(\tilde{y}_{t-1})^2}{T^2} \quad (8)$$

Denklemlerden MZa ve MZt Phillips-Perron birim kök testindeki Za ve Zt istatistiklerinden, MSB, Bhargava testinden, MPT ise ADF-GLS testinden elde edilmiştir. MZa ve MZt testlerinde sıfır hipotezi durağan değildir şeklinde, MSB ve MPT testlerinde ise sıfır hipotezi seri durağandır şeklinde kurulmaktadır. Mutlak değer olarak MZa ve MZt testleri için hesaplanan t istatistik değeri kritik değerden küçük olduğunda, MSB ve MPT testleri için ise büyük olduğunda serinin düzeyde durağan olmadığı sonucuna varılır. (Tayyar, 2019, s:1942)

3.3.2. Eşbütünleşme Analizi (ARDL Sınır Testi Yaklaşımı)

Durağan olmayan serileri durağan hale getirmek için, serilerin birden fazla farkı alınabilmektedir. Fakat serilerin farkının alınması, sadece serinin geçmiş dönemlerde maruz kaldığı kalıcı şokların etkisini yok etmekle kalmayıp, bununla beraber dönemler arasında, bu şoklar dışında var olabilecek, uzun dönemli ilişkilerin de ortadan kalkmasına neden olmaktadır. Engle ve Granger (1987) tarafından geliştirilen eşbütünleşme (cointegration) testi ile bu sorun çözülmüştür. Eşbütünleşme testi düzeyde durağan olmayan serilerin uzun dönemde birlikte hareket edip etmediklerini ortaya koymaktadır. Bu eşbütünleşme testine göre, düzeyde durağan olmayan ancak birinci farkı alındığında durağan olan zaman serileri düzey halleri ile modellenebilmekte ve böylece uzun dönem bilgi kaybı engellenmiş olmaktadır. Ancak bu yaklaşımın birden fazla eşbütünleşik vektör olması durumunda geçersiz olmasından dolayı Johansen (1988)'in geliştirdiği yaklaşımla, tüm değişkenlerin içsel olarak kabul edildikleri VAR modelinden yola çıkarak, değişkenler arasında kaç tane eşbütünleşik vektör olduğu test edilebilmektedir (Tarı, 2015, s. 415).

Gerek Engle ve Granger (1987) tarafından geliştirilen Engle-Granger eşbütünleşme testi gerekse Johansen (1988) ve Johansen ve Juselius (1990) tarafından geliştirilen eşbütünleşme testi modeldeki tüm serilerin düzeyde durağan olmamasını aynı derecede farkı alındığında durağan hale gelmesini gerektirmektedir (Gülay & Pazarlıoğlu, 2007).

Serilerin aynı düzeyde durağan olması gerekliliği sorununa Pesaran vd. (2001) tarafından geliştirilen eşbütünleşme modeli ARDL (gecikmesi dağıtılmış otoregresif model) çözüm getirmektedir. ARDL yönteminin diğer yöntemlere göre en büyük avantajı serilerin aynı düzeyde durağan olma şartının olmamasıdır. Bir diğer avantajı ise dinamik hata düzeltme modelinin (ECM), ARDL'den elde edilebiliyor olmasıdır. ECM ile kısa dönem dinamikleri ve uzun dönem dengesi, uzun döneme ait veriler kayba uğramadan bütünleşebilmektedir (Gülay ve Pazarlıoğlu, 2007). ARDL sınır testi kısıtsız hata düzeltme modeline (KHDM) dayanarak küçük sayıda gözlem ile yapılan analizlerde de sağlıklı sonuçlar vermektedir (Narayan & Narayan, 2004).

ARDL yöntemi üç aşamada uygulanır. Birinci aşamada değişkenler arasında eşbütünleşme ilişkisinin olup olmadığı tespit edilir, ikinci aşamada kısa dönem analizi yapılır, üçüncü aşamada ise uzun dönem analizi yapılır (Atay & Uçan, 2016, s. 218).

Aşağıda değişkenler arasındaki uzun dönem ilişkiyi inceleyen ARDL modeli gösterilmiştir (Esen, vd., s. 258).

$$\Delta Y_t = \beta_0 + \sum_{i=1}^m (\beta_{1i} \Delta Y_{t-i}) + \sum_{i=0}^n (\beta_{2i} \Delta X_{t-i}) + \sum_{i=0}^p (\beta_{3i} \Delta X_{2t-i}) + \beta_4 X_{t-1} + \beta_5 X_{t-1} + \beta_6 X_{2t-1} + \varepsilon_t \quad (9)$$

Değişkenler arasındaki kısa dönem ilişki ise şu ARDL modeli ile gösterilir (Esen, vd., 2012, s. 258).

$$\Delta Y_t = \beta_0 + \sum_{i=1}^m (\beta_{1i} \Delta Y_{t-i}) + \sum_{i=0}^n (\beta_{2i} \Delta X_{t-i}) + \sum_{i=0}^p (\beta_{3i} \Delta X_{2t-i}) + \beta_4 X_{t-1} + \beta_5 X_{t-1} + \beta_6 X_{2t-1} + \Delta ECM_{t-1} + e_t \quad (10)$$

Kısa dönemli ilişkiyi gösteren denkleme eklenen ECM_{t-1} uzun dönem ilişkinin elde edildiği modelin kalıntılarının gecikmeli değerlerinden elde edilir. ECM'nin katsayısı ile kısa dönemde meydana gelen sapmaların ne kadarının uzun dönemde düzeltileceği belirlenir. ECM'nin katsayısı negatif ve anlamlı olması gerekir.

Eşbütünleşme analizinde eşbütünleşmenin varlığı veya yokluğu aşağıdaki hipotezler ile test edilir (Esen, vd. 2012, s. 258):

$$H_0: \beta_4 = \beta_5 = \beta_6 = 0 \rightarrow \text{Eşbütünleşme yoktur.} \quad (11)$$

$$H_1: \beta_4 \neq \beta_5 \neq \beta_6 \neq 0 \rightarrow \text{Eşbütünleşme vardır.} \quad (12)$$

ARDL yönteminde kurulan hipotezler F testi istatistik değerleri ile alt ve üst sınır kritik değerleri karşılaştırılarak analiz edilir. Burada 3 farklı durum ile karşılaşılabilir:

1) Hesaplanan F istatistik değeri tablodaki kritik üst sınırdan büyükse, H_0 hipotezi reddedilmektedir. Böylece modelde değişkenler arasında uzun dönemli ilişki olduğu sonucuna varılır.

2) Hesaplanan F istatistik değeri, tablodaki kritik alt sınırdan küçükse, H_0 hipotezi kabul edilir. Bu durumda ise modelde değişkenler arasında uzun dönemli ilişki olmadığı sonucuna ulaşılır.

3) Hesaplanan F istatistik değeri, tabloda belirtilen alt ve üst sınırların arasında olması durumunda ise karar verilememektedir. Bu durumda farklı eşbütünleşme yöntemlerinin kullanılması önerilmektedir.

Sınır testinde beş farklı model kullanılmaktadır bunlar (Pesaran, vd., 2001, s. 295-296):

1-Sabitsiz ve trendsiz model

$$\Delta Y_t = \pi_{yy}y_{t-1} + \pi_{yx.x}x_{t-1} + \sum_{i=1}^{P-1}(\varphi' i \Delta z_{t-i}) + \omega' \Delta x_t + \mu_t \quad (13)$$

2-Kısıtlı, sabitli ve trendsiz model

$$\Delta Y_t = \pi_{yy}(y_{t-1} + \mu_y) + \pi_{yx.y}(x_{t-1} + \mu_y) + \sum_{i=1}^{P-1}(\varphi' i \Delta z_{t-i}) + \omega' \Delta x_t + \mu_t \quad (14)$$

3-Kısıtsız, sabitli ve trendsiz model

$$\Delta Y_t = c_0 + \pi_{yy}y_{t-1} + \pi_{yx.x}x_{t-1} + \sum_{i=1}^{P-1}(\varphi' i \Delta z_{t-i}) + \omega' \Delta x_t + \mu_t \quad (15)$$

4-Kısıtsız, sabitli ve trendli model

$$\Delta Y_t = c_0 + \pi_{yy}(y_{t-1} - \gamma_y t) + \pi_{yx.y}(x_{t-1} - \gamma_x t) + \sum_{i=1}^{P-1}(\varphi' i \Delta z_{t-i}) + \omega' \Delta x_t + \mu_t \quad (16)$$

5-Kısıtsız, sabitli ve kısıtsız trendli model

$$\Delta Y_t = c_0 + c_1 t + \pi_{yy}y_{t-1} + \pi_{yx.x}x_{t-1} + \sum_{i=1}^{P-1}(\varphi' i \Delta z_{t-i}) + \omega' \Delta x_t + \mu_t \quad (17)$$

Kısa dönem ya da uzun dönem modellerinin tanısal testlerine bakılabilir. Breusch Godfrey LM testi ile modelde otokolerasyon problemi olup olmadığı, ARCH testi ile değişen varyans problemine, Jarque-Bera testi ile normal dağılımın olup olmadığına bakılabilir.

3.3.3. Tam Düzeltilmiş En Küçük Kareler Yöntemi (FMOLS)

FMOLS, Phillips ve Hansen (1990) tarafından optimal bir eşbütünleşik regresyon tahminini yönetmek için geliştirilmiştir (Khan, Panigrahi, Almuniri, Soomro, Mirjat ve Alqaydi, 2019, s. 9). FMOLS küçük örneklem için tutarlı tahminler ortaya koyar ve

sonuçların güvenilirliğini kontrol etme imkânı tanır. Değişkenlerin eşbütünleşik olduğu durumda FMOLS tahmincisi, uzun dönem esnekliklerin asimptotik olarak yansız tahminlerini ve verimli, normal dağılımlı standart hataları üretir. FMOLS içsellik ve serikorelasyon için yarı parametrik bir düzeltme kullanır. Tek denklem yöntemi olan FMOLS'a göre tek eşbütünleşme vektörü olduğu varsayılır ve seriler $I(1)$ 'de eşbütünleşik olmalıdır (Liddle, 2012, s. 1823).

FMOLS yöntemi, OLS tahmin edicisinin asimptotik dağılımını etkileyen sorunlu parametrelerin Kernal tahmin edicilerini kullanır. Asimptotik verimliliğe ulaşmak için bu teknik, seri korelasyon etkilerini hesaba katmak ve eşbütünleşik ilişkilerin varlığından kaynaklanan regresörlerdeki içselliği test etmek için en küçük kareleri değiştirir (Bashier & Siam, 2014, s. 88).

FMOLS yönteminde kullanılan denklemler aşağıda gösterilmiştir:

$$y_t = X_t' \beta + D_{1t}' y_1 + u_{1t} \quad (18)$$

Denklem (19)'da, $D_t = [D_{1t}', D_{2t}']'$ deterministik trend regresörü aşağıdaki eşitlikte türetilen ve d 'nin 1 olduğu stokastik regresörleri göstermektedir.

$$X_t = \Gamma_{21}' D_{1t} + \Gamma_{22}' D_{2t} + \varepsilon_{2t} \quad (19)$$

$$\Delta \varepsilon_{2t} = u_{2t} \quad (20)$$

D_{1t} sadece sabit içermektedir. D_{2t} deterministik trend iken (19) eşitliğinde deterministik trend yer almamıştır. Dolayısıyla FMOLS tahmincisi,

$$\theta_{FMOLS} = \begin{bmatrix} \hat{\beta} \\ \hat{\gamma}_1 \end{bmatrix} = (\sum_{t=1}^T Z_t Z_t')^{-1} (\sum_{t=1}^T Z_t YKSH_t^+ - T [\hat{\lambda}_{12}^+]) \quad (21)$$

$$\text{Burada } Z_t = (X_t', D_t')' \text{ dir.} \quad (22)$$

$\hat{\Omega}$ ve $\hat{\Lambda}$, $\hat{u}_t = (\hat{u}_{1t}, \hat{u}_{2t}')'$ artıkları kullanılarak elde edilen uzun dönem kovaryans matrisleri olmasına izin verilirse, modifiye edilmiş veri aşağıdaki gibi tanımlanabilir.

(24)

$$y_t^+ = y_t - \hat{w}_{12} \hat{\Omega}_{22}^{-1} \hat{u}_2 \quad (23)$$

Tahmin edilen yanlış düzeltme terimi denklem (26)'da gösterilmiştir,

$$\hat{\lambda}_{12}^+ = \hat{\lambda}_{12} - \hat{w}_{12} \hat{\Omega}_{22}^{-1} \hat{\lambda}_{22} \quad (24)$$

Değişkenler arasındaki uzun dönem ilişkisi analiz etmek ve bu analizi doğrulamak için FMOLS'un uygun bir yöntem olduğuna dair literatürde birçok kanıt mevcuttur (Erdal & Erdal, 2020, s. 4).

3.4. Ampirik Model ve Veri Seti

Bu çalışmada Türkiye'de kamu sağlık harcamalarının belirleyicileri 1980-2019 dönemi yıllık verileri kullanılarak analiz edilmiştir. Modelde kamu sağlık harcamaları bağımlı, 65 yaş ve üzeri nüfus, finansal gelişme, karbondioksit emisyonu, kişi başına düşen reel gelir ve kentleşme ise bağımsız değişken olarak analize dahil edilmiştir. Kamu sağlık harcamalarının belirleyicilerini analiz edebilmek için aşağıdaki regresyon modeli tercih edilmiştir:

$$LNKSH_t = \delta_0 + \delta_1 LNNFS65_t + \delta_2 LNF_t + \delta_3 LNCO2_t + \delta_4 LNY_t + \delta_5 LNK_t + \mu_t \quad (25)$$

Denklem (25)'de KSH değişkeni kamu sağlık harcamalarını (kişi başına), NFS65 65 yaş ve üzeri nüfus, F finansal gelişme, CO2 karbondioksit emisyonu (metrik ton), Y kişi başına düşen reel gelir, K kentleşme değişkenini temsil etmektedir. Değişkenler logaritmaları alınarak analize dahil edilmiştir. Denklemde δ_0 sabit terimi, μ ise hata terimini ifade etmektedir. 1980-2019 dönemine ait olan veriler OECD, World Bank ve BP web sitesinden alınmıştır. İlgili dönemin belirlenmesinde verilerin elde edilebilirliği önem arz etmiştir.

Denklemde δ_1 , δ_2 , δ_3 , δ_4 , ve δ_5 katsayıları sırasıyla 65 yaş ve üzeri nüfusun kamu sağlık harcamaları üzerindeki etkisini, finansal gelişmenin kamu sağlık harcamaları üzerindeki etkisini, kişi başına karbondioksit emisyonunun kamu sağlık harcamaları üzerindeki etkisini, kişi başına düşen reel gelirin kamu sağlık harcamaları üzerindeki etkisini ve kentleşmenin kamu sağlık harcamaları üzerindeki etkisini göstermektedir. Diğer bir ifade ile kamu sağlık harcamalarının; 65 yaş ve üstü nüfus esnekliğini, finansal gelişme esnekliğini, kişi başına karbondioksit emisyonu esnekliğini, kişi başına düşen reel gelir esnekliğini ve kentleşme esnekliğini ifade etmektedir.

Tablo (3.2.)'de analizde ele alınan değişkenlere ilişkin mod, medyan, minimum, maksimum ve çarpıklık, basıklık değerleri gibi tanımlayıcı istatistikler ve korelasyon matrisi gösterilmektedir.

Tablo 3.2: Tanımlayıcı İstatistikler ve Korelasyon Matrisi (Zaman Serisi: 1980-2019)

İstatistikler	LNKSH	LNNFS65	LNF	LNCO2	LNK	LNK
Mean	5.261677	1.776100	3.211582	5.224627	8.809459	4.140220
Median	5.492495	1.793787	2.947656	5.232209	8.767449	4.166378
Maximum	6.894849	2.166340	4.188704	5.984209	9.393230	4.325853
Minimum	2.270578	1.489022	2.609215	4.306280	8.279337	3.779177
Std. Dev.	1.330295	0.222859	0.526056	0.489998	0.334578	0.146067
Skewness	-0.614122	0.108319	0.821172	-0.223461	0.232422	-0.859213
Kurtosis	2.274340	1.581184	2.130452	2.033966	1.963178	2.937680
Jarque-Bera	3.391944	3.433285	5.755678	1.888267	2.151799	4.928115
Probability	0.183421	0.179668	0.056256	0.389017	0.340991	0.085089
Sum	210.4671	71.04400	128.4633	208.9851	352.3783	165.6088
Sum Sq. Dev.	69.01769	1.936973	10.79267	9.363814	4.365768	0.832092
Observations	40	40	40	40	40	40
Korelasyon Matrisi	LNKSH	LNNFS65	LNF	LNCO2	LNK	LNK
LNKSH	1.000000	0.925772	0.680953	0.980019	0.941906	0.982790
LNNFS65	0.925772	1.000000	0.793450	0.953253	0.961361	0.885210
LNF	0.680953	0.793450	1.000000	0.786351	0.864290	0.680538
LNCO2	0.980019	0.953253	0.786351	1.000000	0.983721	0.976685
LNK	0.941906	0.961361	0.864290	0.983721	1.000000	0.934238
LNK	0.982790	0.885210	0.680538	0.976685	0.934238	1.000000

3.5. Ampirik Sonuçlar

Çalışmanın bu kısmında 1980-2019 dönemine ait veriler ile Türkiye üzerine yapılan analiz sonuçları sunulmuştur.

3.5.1. Birim Kök Testi Sonuçları

Analizi yapılacak modelin hangi yöntemle inceleneceğini belirlemek için değişkenlerin durağanlık derecelerini tespit etme ihtiyacı vardır. Değişkenlerin durağanlık dereceleri ise birim kök testleri vasıtasıyla yapılmaktadır. Seri eğer düzeyde $I(0)$ durağan değilse birinci veya ikinci farkı alınarak durağan hale getirilir. ARDL modelinin analizde kullanılabilmesi için serilerin ya düzeyde ya da birinci farkının alınmasıyla durağan hale gelmesi gerekir. Kısacası seri ikinci farkın alınması durumunda durağan hale geliyorsa ARDL modeli kullanılamaz. FMOLS modelinin analizde kullanılabilmesi için ise serilerin birinci farkta $I(1)$ durağan olması gerekir.

Yapılan bu çalışmada durağanlığın tespiti amacıyla Ng ve Perron'un (2001) geliştirmiş olduğu Ng-Perron birim kök testi kullanılmıştır. Ayrıca çalışmada en uygun gecikme uzunluklarının tespiti için SIC (Schwarz Information Criterion) dikkate alınmıştır.

Kritik değerler hesaplanırken Ng-Perron birim kök testinde %1, %5, %10 önemlilik düzeyleri göz önünde bulundurulur. Serilerin durağan olup olmadıklarını tespit etmek için yapılan birim kök testlerinde hipotezler şu şekilde oluşturulmaktadır.

MZa ve MZt testlerinde sıfır hipotezi durağan değildir şeklinde, MSB ve MPT testlerinde ise sıfır hipotezi seri durağandır şeklinde kurulmaktadır (Tayyar, 2019, s. 1942).

Analizin ilk aşamasında, değişkenlere ait serilerin durağanlık özelliklerini belirlemek amacıyla uygulanan Ng-Perron birim kök test sonuçları tablo (3.3.) ve (3.4.)'de gösterilmiştir.

Tablo 3.3: Ng-Perron Birim Kök Testi Sonuçları (Sabitli-Trendli) (Düzeyde)

Değişkenler	MZ _a	MZ _t	MSB	MPT	Durağanlık Durumu
LNKSH	-2.31309	-0.90496	0.39123	32.0225	$I(0)$ Durağan Değil
LNNFS65	-1.34911	-0.72995	0.54106	56.3241	$I(0)$ Durağan Değil
LNF	-5.55496	-1.63954	0.29515	16.3313	$I(0)$ Durağan Değil
LNCO2	-8.70159	-1.97329	0.22677	10.8572	$I(0)$ Durağan Değil
LNK	-9.79740	-2.19814	0.22436	9.36699	$I(0)$ Durağan Değil
LNK	-1.27157	-0.62809	0.49395	49.8322	$I(0)$ Durağan Değil
Asimptotik Kritik Değerler					
%1	-23.8000	-3.42000	0.14300	4.03000	
%5	-17.3000	-2.91000	0.16800	5.48000	
%10	-14.2000	-2.62000	0.18500	6.67000	

Tablo 3.4: Ng-Perron Birim Kök Testi Sonuçları (Sabitli-Trendli) (Birinci Farkta)

Değişkenler	MZ _a	MZ _t	MSB	MPT	Durağanlık Durumu
LNKSH	-16.0338	-2.82001	0.17588	5.75120	$I(1)$ Durağan
LNNFS65	-110.269	-7.42482	0.06733	0.82803	$I(1)$ Durağan
LNF	-17.0332	-2.91407	0.17108	5.37542	$I(1)$ Durağan
LNCO2	-18.1429	-2.96336	0.16333	5.31367	$I(1)$ Durağan
LNK	-18.8283	-3.04463	0.16170	4.98227	$I(1)$ Durağan
LNK	-37.0704	-4.28150	0.11550	2.58660	$I(1)$ Durağan
Asimptotik Kritik Değerler					
%1	-23.8000	-3.42000	0.14300	4.03000	
%5	-17.3000	-2.91000	0.16800	5.48000	
%10	-14.2000	-2.62000	0.18500	6.67000	

Sabitli ve trendli modelde serilerin düzey değerleri dikkate alınarak elde edilen analiz sonuçları tablo (3.3.)’de gösterilmiştir. Tüm seriler için Ng-Perron birim kök testi test istatistiği değerleri mutlak değerce değerlendirilmiş ve MZa ve MZt testleri için hesaplanan t istatistik değeri kritik değerden küçük olduğundan, MSB ve MPT testleri için ise büyük olduğundan serilerin düzeyde durağan olmadığı sonucuna varılmıştır. Böylece bütün seriler düzeyde durağan olma koşulunu sağlamamıştır. Serilerin birinci farkı alındıktan sonra yapılan analiz neticesinde ise değişkenlerin tamamının durağan hale geldiği, yani birinci dereceden durağan $I(1)$ olduğu tablo 3.4’ görülmektedir.

Serilerin tamamının birinci derecede durağan $I(1)$ olmasından dolayı gerek ARDL sınır testinin gerekse uzun dönem katsayılarının tahmini için kullanılacak olan FMOLS yönteminin kullanılması açısından herhangi bir engel bulunmamaktadır.

3.5.2. ARDL Sınır Testi Eşbütünleşme Yaklaşımı ve FMOLS Sonuçları

Analizin devamında değişkenlerin durağanlık özelliklerinin düzeyde ya da birinci farkında olması gibi esnek bir yapıyı dikkate alan Pesaran, Shin ve Smith (2001) tarafından geliştirilmiş olan ARDL sınır testi uygulanmıştır.

ARDL Sınır testinin ve FMOLS yönteminin ilk aşaması, uygun gecikme uzunluğunun bilgi kriterlerinden faydalanılarak seçilmesidir. Çalışmada gecikme uzunluğu Schwarz bilgi kriterine göre tespit edilmiştir. Belirlenen uygun gecikme uzunluğunun güvenilir olması için modelde otokorelasyon ve değişen varyans sorunlarının olmaması gerekmektedir. Tablo (3.5.), uygun gecikme uzunluğunu göstermektedir. Buradan görüleceği gibi uygun gecikme uzunluğu 2 dir. Ancak 2 gecikmeli VAR modelinde otokorelasyon ve değişen varyans sorunlarının olup olmadığına bakmak gerekir. Tablo (3.6., 3.7. ve 3.8.) sonuçlarından VAR modelinde otokorelasyon ve değişen varyans problemlerinin olmadığı ayrıca normal dağılım sergilendiği ortaya çıkmaktadır. Ayrıca grafikten de görüleceği üzere bütün karakteristik kökler çember içinde kalmaktadır. Bu sonuçlar VAR modelinin uygunluğunu ortaya koymaktadır. Dolayısıyla optimal gecikme uzunluğu 2 olarak belirlenmiş ve ARDL sınır testi ve FMOLS tahminlerinde kullanılmıştır.

Tablo 3.5: Uygun Gecikme Uzunluğunun Belirlenmesi

Gecikme Uzunluğu	LogL	LR	FPE	AIC	SC	HQ
0	239.9117	NA	1.81e-13	-12.31114	-12.05258	-12.21915
1	560.9462	523.7931	5.68e-20	-27.31296	-25.50299	-26.66899
2	647.5596	113.9650*	4.58e-21*	-29.97682*	-26.61546*	-28.78088*

Tablo 3.6: VAR Otokorelasyon LM Test Sonuçları

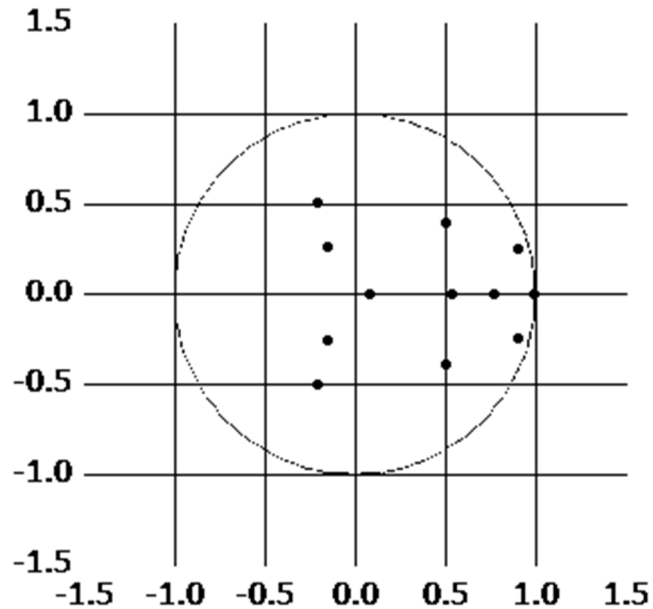
Gecikme Uzunluğu	F-İstatistiği	Olasılık
5	0.919478	0.6005

Tablo 3.7: VAR Değişen Varyans Test Sonucu

X^2	Olasılık
543.7079	0.1075

Tablo 3.8: VAR Normal Dağılım Test Sonucu

X^2	Olasılık
5.379293	0.4962

Şekil 3.1: VAR Karakteristik Kökler

VAR'da uygun gecikme uzunluğunun belirlenmesinin ardından değişkenler arasındaki uzun dönem ilişkisinin (eşbütünleşmenin) olup olmadığına ARDL modeline dayalı sınır testi ile bakılmıştır. Modelde yer alan değişkenler arasında eşbütünleşme ilişkisi bulunmadığını

ifade eden sıfır hipotezi, standart F-istatistiği kullanılarak test edilmektedir. Hesaplanan F-istatistiği kritik değerlerle karşılaştırılarak karar verilmekte, F-istatistiğinin üst kritik değerden büyük olması durumunda sıfır hipotezi reddedilmektedir. Elde edilen F-istatistiği, kritik değerlerle karşılaştırılmış ve sonuç Tablo (3.9.)’da gösterilmiştir.

Sınır testi sonucuna göre; hesaplanan F-istatistiğinin %1 anlamlılık düzeyinde üst kritik değerden büyük olduğu, dolayısıyla değişkenler arasında uzun dönemli bir ilişki bulunduğu görülmektedir. Böylece, 65 yaş ve üzeri nüfus, finansal gelişme, karbondioksit emisyonu, kişi başına düşen reel gelir ve kentleşme ile kamu sağlık harcamaları arasında bir eşbütünleşmenin varlığına hükmedilmektedir.

ARDL modelinin tanısal testlerine bakıldığında otokorelasyon problemi, değişen varyans problemi ve model kurulumunda bir hata olmadığı sonucuna varılmaktadır. Bu nedenle ARDL modelinin uygun olduğu ortaya çıkmaktadır.

Tablo 3.9: ARDL Sınır Testi Eşbütünleşme Sonuçları

ARDL Sınır Testi		
Model	ARDL gecikme uzunluğu	Hesaplanan F-istatistiği
F(LNKSH, LNNFS65, LNF, LNCO2, LNY, LNK)	(1,1,0,0,0,0)	17,89288
Peseran vd. (2001) kritik değerleri: sabitli model		
Anlamlılık Düzeyi	Alt Sınır, I(0)	Üst Sınır I(1)
1%	3.41	4.68
5%	2.62	3.79
%10	2.26	3.35
Tanısal testler		
R ²		0.993
Adj.R2		0.990
F-istatistiği		594.192 (0.000)
Durbin-Watson istatistiği		2.128
Breusch-Godfrey LM (otokorelasyon) testi		0.251 (0.779)
ARCH LM (değişen varyans) testi		1.857 (0.171)
Ramsey RESET testi		0.499 (0.485)

Not: Parantez içindeki değerler olasılık değerlerini ifade eder.

ARDL sınır testi ile değişkenler arasındaki eşbütünleşmenin varlığı belirlendikten sonra FMOLS tahmin tekniği ile değişkenlerin uzun dönem katsayıları tahmin edilmiştir. FMOLS modeli uzun dönem parametlerinin tahmin sonuçları tablo (3.13.)’de verilmiştir. Uzun dönem analizi sonuçlarında 65 yaş ve üzeri nüfus katsayısı (1.958) pozitif ve %1 düzeyinde istatistiki olarak anlamlıdır. Bu durum uzun dönemde 65 yaş ve üzeri nüfusun kamu sağlık harcamalarını artırdığını göstermektedir. Böylece 65 yaş ve üzeri nüfustaki %1’lik bir artış uzun dönemde kamu sağlık harcamalarında %1.958’lik bir artışa neden olmaktadır. Bu sonuç Saez vd. (2016)’nın bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Bu çalışma iki değişken arasında pozitif bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur.

Finansal gelişme katsayısı (-0.334) negatif ve %1 düzeyinde istatistiki olarak anlamlıdır. Bu durum uzun dönemde finansal gelişmenin kamu sağlık harcamalarını düşürdüğünü göstermektedir. Böylece finansal gelişmedeki %1’lik bir artış uzun dönemde kamu sağlık harcamalarında %0.334’lik bir düşüşe neden olmaktadır. Ecevit vd. (2022) yapmış oldukları çalışmada finansal gelişmenin sağlık kalitesini bozduğunu ortaya koymuştur.

Karbondioksit emisyonu katsayısı (1.366) pozitif ve %5 düzeyinde istatistiki olarak anlamlıdır. Bu durum uzun dönemde karbondioksit emisyonunun kamu sağlık harcamalarını artırdığını göstermektedir. Böylece karbondioksit emisyonundaki %1’lik bir artış uzun dönemde kamu sağlık harcamalarında %1.366’lık bir artışa neden olmaktadır. Bu sonuç Abdullah vd. (2016)’nın bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Bu çalışma iki değişken arasında pozitif bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur.

Kişi başına düşen reel gelir katsayısı (-0.739) negatif ve istatistiki olarak anlamsızdır. Bu sonuç Çetin ve Ecevit (2010)’un bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Bu çalışma iki değişken arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığını ortaya koymuştur.

Kentleşme katsayısı (4.336) pozitif ve %1 düzeyinde istatistiki olarak anlamlıdır. Bu durum uzun dönemde kentleşmenin kamu sağlık harcamalarını artırdığını göstermektedir. Böylece kentleşmedeki %1’lik bir artış uzun dönemde kamu sağlık harcamalarında %4.336’lık bir artışa neden olmaktadır. Bu sonuç Ecevit vd. (2018)’in bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Bu çalışma iki değişken arasında pozitif bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur.

Tablo 3.10: FMOLS Uzun Dönem Tahmin Sonuçları

Değişken	Katsayı	Standart Hata	t-İstatistiği	Olasılık
LNNFS65	1.958908	0.386624	5.066705	0.0000
LNF	-0.334646	0.107526	-3.112244	0.0038
LNCO2	1.366552	0.559372	2.443013	0.0201
LNŸ	-0.739640	0.511061	-1.447264	0.1573
LNK	4.336603	1.181578	3.670180	0.0008
C	-15.70691	4.012521	-3.914475	0.0004
Tanısal testler				
R ²				0.985
Adj.R ²				0.983
SE of Regression				0.166
SSR				0.917
Jarque-Bera				0.649
Olasılık				0.722

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Sağlık, kalkınma için gerekli bir faktör olan insan sermayesinin kalitesini belirleyen önemli etkenlerden biridir. Bu sebepten dolayı ülkeler kamu sağlık harcamalarını sürekli artırmaktadır. Başta OECD ülkelerinde olmak üzere birçok ülkede kamu sağlık harcamaları GSYİH'dan daha hızlı artmaktadır. Kamu sağlık harcamaları bir yandan birey ve toplumun yaşam kalitesini etkilerken bir yandan da devlet bütçesini etkilemektedir ve bu yüzden kamu sağlık harcamalarında yaşanan artışlar sağlık politikalarının tartışılmasına sebebiyet vermektedir. Sağlık politikalarının nihai amacının, bireyin ve toplumun sağlıklı ve kaliteli bir yaşam sürmesini temin etmek olmasından; sağlık politikalarının mali açıdan sürdürülebilir olması hayati önem taşımaktadır. Zira mali açıdan sürdürülemeyen hiçbir hizmet diğer unsurları içerisinde barındıramaz. Buradan hareketle bu çalışmada Türkiye'de kamu sağlık harcamalarını etkileyen faktörleri belirlemek ve kamu sağlık harcamalarının mali açıdan sürdürülebilirliğini ortaya koymak amaçlanmıştır. Sağlık ekonomisindeki ampirik kanıtlar büyük ölçüde zaman serilerine dayanmaktadır. Demografik ve demografik olmayan unsurlar kamu sağlık harcamalarının önemli belirleyicileridir. Demografik unsurlar içinde toplam nüfusun artış hızı, doğuşta beklenen yaşam süresi ve yaşlanan nüfus önemli bir yere sahiptir.

Konu aktüerya açısından ele alındığında ise, Türkiye'de sağlık harcamaları yıllar itibariyle gerek sabit fiyatlarla gerekse cari fiyatlarla sürekli artış göstermiştir; ancak sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranında hemen hemen bir değişiklik olmamıştır. GSYİH'ya oranı OECD ortalaması olan %8,8'in altındadır ve yıllar itibariyle de %5'in altında kalmıştır. 2020 yılı verilerine göre, Türkiye'de kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranı yaklaşık %79.2'dir. Kamu sağlık harcamalarının %64.4'ü SGK tarafından diğer %35.6'sı ise merkezi bütçeden yapılan transferler ile finanse edilmektedir. Bu durum ise merkezi bütçenin açık vermesine neden olmaktadır. Aktif-pasif oranı 4 olması gerekirken 1,81 olması, kayıt dışı istihdamın yüksek olması, işgücüne katılım oranının düşük olması gibi nedenlerle GSS primleri sağlık giderlerini karşılayamamaktadır. Aktüerya dengesi sağlanması

durumunda gerek sağlık harcamaları gerekse kamu sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği hususunda herhangi bir sorun olmayabilir.

Çalışmada Türkiye'ye ait kamu sağlık harcamaları, 65 yaşı ve üzeri nüfus, finansal gelişme, karbondioksit emisyonu, kişı başına düşen reel gelir ve kentleşme değişkenleri kullanılarak 1980-2019 döneminde kamu sağlık harcamalarının belirleyicileri bazı zaman serisi teknikleri kullanılarak araştırılmıştır. Çalışmanın ekonometrik metodolojisi üç aşamadan oluşmaktadır. Birinci aşamada değişkenlerin birim kök testleri Ng-Perron birim kök testi ile yapılmıştır. İkinci aşamada ARDL sınır test yöntemi kullanılarak değişkenler arasında eşbütünleşme ilişkisi analiz edilmiştir. Üçüncü aşamada ise FMOLS tahmin tekniği kullanılarak uzun dönem katsayı tahmini yapılmıştır. Ampirik analizlerden elde edilen bulgular şu şekildedir:

- Ng-Perron birim kök testi bütün değişkenlerin düzeyde durağan olmadığını birinci farkları alındığında durağan hale geldiklerini ortaya koymaktadır.
- Birim kök test sonuçlarının değişkenlerin birinci farkta durağan olduğunu ortaya koymasından dolayı eşbütünleşme analizi için ARDL sınır testi, uzun dönem katsayılarının tahmini için de FMOLS tahmin tekniği kullanılmıştır.
- ARDL sınır testi değişkenler arasında eşbütünleşme yani uzun dönem ilişkinin olduğunu ortaya koymuştur.
- FMOLS tahmin tekniği ile yapılan analiz neticesinde uzun dönem katsayılarına bakıldığında, 65 yaşı ve üzeri nüfus katsayısı (1.958) pozitif ve %1 düzeyinde istatistiki olarak anlamlıdır. Bu durum uzun dönemde 65 yaşı ve üzeri nüfusun kamu sağlık harcamalarını artırdığını göstermektedir. Böylece 65 yaşı ve üzeri nüfustaki %1'lik bir artış uzun dönemde kamu sağlık harcamalarında %1.958'lik bir artışa neden olmaktadır.
- Uzun dönemde finansal gelişme katsayısı (-0.334) negatif ve %1 düzeyinde istatistiki olarak anlamlıdır. Bu durum uzun dönemde finansal gelişmenin kamu sağlık harcamalarını düşürdüğünü göstermektedir. Böylece finansal gelişmedeki %1'lik bir artış uzun dönemde kamu sağlık harcamalarında %0.334'lik bir azalışa neden olmaktadır.
- Karbondioksit emisyonu katsayısı (1.366) pozitif ve %5 düzeyinde istatistiki olarak anlamlıdır. Bu durum uzun dönemde karbondioksit emisyonunun kamu sağlık harcamalarını artırdığını göstermektedir. Böylece karbondioksit emisyonundaki

%1’lik bir artış uzun dönemde kamu sağlık harcamalarında %1.366’lık bir artışa neden olmaktadır.

- Kişi başına dufen reel gelir katsayısı (-0.739) negatif ve istatistiki olarak anlamsızdır. Çalışma iki değişken arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığını ortaya koymuştur.
- Kentleşme katsayısı (4.336) pozitif ve %1 düzeyinde istatistiki olarak anlamlıdır. Bu durum uzun dönemde kentleşmenin kamu sağlık harcamalarını artırdığını göstermektedir. Böylece kentleşmedeki %1’lik bir artış uzun dönemde kamu sağlık harcamalarında %4.336’lık bir artışa neden olmaktadır.

Yukarıdaki ampirik bulgulardan yola çıkarak Türkiye ekonomisi ile ilgili şu politika önerileri sunulabilir:

- Türkiye yaşlanan bir nüfusa sahiptir. Yaşlı bireyler hastalık ağıısından daha fazla risk taşıdıklarından sürekli kontrol altında tutulmaları hem kendileri ağıısından hemde sağlık giderleri ağıısından son derece yerinde olacaktır. İngiltere’de bu durum zorunlu sevk zinciri ile sağlanmaktadır. Türkiye’de aile hekimliğinin karşılığı olan genel pratisyenlik uygulaması bu görevi yerine getirmektedir. Genel pratisyenler hastaların sağlık geğımişleri hakkında gerekli bilgiye sahip olduklarından erken tanı ve tedavide bulunabilmektedir. Türkiye’de ise zorunlu sevk zinciri bulunmadığından hastalar aile hekimleri ile çözebilecekleri sağlık sorunlarını ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına giderek çözmeye çalışmaları neticesinde harcamaları artırebilmektedirler.
- Finansal gelişmenin kamu sağlık harcamalarını uzun dönemde düşürdüğü bulgusuna ulaşıldığından bu konuda bazı önerilerde bulunmak mümkündür. Finansal gelişme ile birlikte kamu sağlık harcamalarının düşmesi olumlu olarak değerlendirilebilir ancak katsayı (-0,334)’dür. Bu katsayının daha da yükselmesi için politika yapıcılarının finansal piyasaların daha fazla gelişmesi ve kaynakların daha temiz bir çevre oluşturulması, tıp alanında daha fazla AR-GE yapılması gibi yatırımlara aktarılmasını sağlaması gerekmektedir.
- Çalışmada çevre kirliliğinin kamu sağlık harcamalarını artırdığı bulgusu bize bazı politika önerilerinin geliştirilmesinde yardımcı olacaktır. şayet karbondioksit emisyonundan kaynaklı kamu sağlık harcamalarının artması engellenmek isteniyorsa politika yapıcılarının yenilenebilir enerji kaynaklarına daha fazla yatırım yapmaları ve

özel sektörü bu yönde teşvik etmeleri gerekmektedir. Yenilenebilir enerji kaynakları temiz enerji kaynakları özelliğini taşıdığından çevrenin daha az kirlenmesini sağlamaktadır. Temiz bir çevrede daha az sağlık problemi yaşanacağından kamu sağlık harcamalarında da bir düşüş yaşanacaktır.

- Kentleşmenin uzun dönemde kamu sağlık harcamalarını artırması bu konu üzerinde politika yapımcıların düşünmesini gerektirmektedir. Kentleşmeden kaynaklı kamu sağlık harcamalarının artışı engellenmek isteniyorsa politika yapımcıların daha düzenli ve temiz çevreye sahip kentler oluşturmak için yatırımlar yapmaları ve bu doğrultuda kentleşmede rol alan özel sektöre yönelik mevzuat çıkartıp titizlikle uygulanmasının denetlenmesini sağlamaları gerekmektedir. Özellikle özel sektöre ait firmaların bir taraftan üretimlerini teşvik ederken diğer taraftan da çevreye duyarlı teknolojileri kullanmaları desteklenmelidir.

Çalışmada kullanılan zaman serisi analizi ve sonuçlarından bağımsız olarak Türkiye ekonomisi ile ilgili bazı genel politika önerilerinden de bahsedilebilir. Bir taraftan geliri artırırken diğer taraftan da giderleri kontrol altına almak aktüerya açısından son derece önemlidir. Türkiye’de zorunlu sevk zinciri bulunmadığından bireyler her basamaktaki sağlık servisinden sevk zincirine gerek duymaksızın faydalanabilmektedir. İngiltere’de olduğu gibi zorunlu sevk zincirinin uygulamaya konması kamu sağlık giderlerini önemli ölçüde azaltacağı değerlendirilmektedir. Türkiye’de katı bir sevk zincirinin olması durumunda birinci basamak sağlık kuruluşu olan aile hekimliklerinin rolü artacaktır.

Çalışmanın temel kısıtları arasında Türkiye ekonomisini ele alması ve veri elverişliliği nedeniyle sadece 1980-2019 dönemi yıllık verilerini kullanması gelmektedir. Ayrıca, sadece FMOLS ile uzun dönem tahminlerinin gerçekleştirilmesi de bir diğer kısıt olarak değerlendirilebilir. Gelecekte yapılacak çalışmalar Türkiye ile birlikte benzer gelişmişlik seviyesine sahip diğer çalışmaları analiz edebilir, DOLS ve CCR tahmincilerini de kullanabilir. Ayrıca bu çalışmalar analizlerimizde kullanılan bağımsız değişkenlere yenilerini ekleyebilirler. Böylece farklı politika önerileri sunmak mümkün olacaktır.

KAYNAKÇA

- Abdullah, H., Azam, M., & Zakariya, S. K. (2016). The impact of environmental quality on public health expenditure in Malaysia. *Asia Pacific Journal of Advanced Business and Social Studies (APJABSS)*, 2(2), 365-379.
- Akar, S. (2014). Türkiye’de sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının nisbi fiyatı ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 21(1), 311-322.
- Akinkugbe, O., & Mohanoe, M. (2009). Public health expenditure as a determinant of health status in Lesotho. *Social work in public health*, 24(1-2), 131-147.
- Akman, E., & Tarım, M. (2020). Türkiye ve ingiltere sağlık sistemleri: birinci basamak sağlık hizmetleri karşılaştırması. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(2), 303-316.
- Akman, M. (2014). Türkiye’de birinci basamağın gücü. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 18(2), 70-78.
- Aktan, C. C., & Işık, A. K. (2007). Sağlık hizmetlerinin sunumu ve alternatif yöntemler. *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*, 10, 21.
- Ali, Ş. & Bingöl, N. (2018). Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme ilişkisi: Türkiye örneği. *Akademik yaklaşımlar dergisi*, 9(1), 89-106.
- Andrews, M., Elamin, O., Hall, A. R., Kyriakoulis, K., & Sutton, M. (2017). Inference in the presence of redundant moment conditions and the impact of government health expenditure on health outcomes in England. *Econometric Reviews*, 36(1-3), 23-41. <http://dx.doi.org/10.1080/07474938.2016.1114205>.
- Angeles, G., Trujillo, A. J., & Lastra, A. (2007). Is public health expenditure in Ecuador progressive or regressive?. *International Journal of Public Policy*, 2(3-4), 186-216.
- Arık, Ö., & İleri, Y. Y. (2016). Sağlık hizmetlerinin finansmanında Türkiye’de yeni yaklaşım; teşhis ilişkili gruplar (TİG). *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), 45-50.
- Artan, S., Hayaloğlu, P., & Demirel, S. K. (2017). BRICS Ülkelerinde Kamu Sağlık Harcamaları Etkinliğinin Belirleyicileri. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 7(1), 9-30.
- Ataç, Ö., & Sur, H. (2016). Sağlık sistemleri-4: singapur. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 46, 76-79.
- Atay, S. & Uçan, O. (2016). Türkiye’de sağlık harcamaları ve büyüme arasındaki ilişki üzerine bir İnceleme. *Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9(3), 215-222.
- Aytekin, A. G. Ç., & Aytekin, S. (2010). Türkiye’de sağlık hizmetleri ve kamu sağlık harcamalarının finansmanı. *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(2).
- Ballinger, G. (2007). Refining Estimates of Public Health Spending as Measured in National Health Expenditure Accounts: The Canadian Experience. *J Public Health Management Practice*, 13(2), 115-120.
- Banerjee, A., Dolado, J.J., Galbraith, J. W. & Hendry, D. F. (1993). *Co-integration error correction and the econometric analysis of non-stationary data*. Oxford University Press.
- Barenberg, A. J., Basu, D., & Soylu, C. (2017). The effect of public health expenditure on infant mortality: evidence from a panel of Indian states, 1983-1984 to 2011-2012. *The Journal of Development Studies*, 53(10), 1765-1784.

- Bashier, A. A., & Siam, A. J. (2014). Immigration and economic growth in Jordan: FMOLS approach. *International Journal of Humanities Social Sciences and Education (IJHSSE)*, 1(9), 85-92.
- Bech, M., Christiansen, T., Khoman, E., Lauridsen, J., & Weale, M. (2011). Ageing and health care expenditure in EU-15. *The European Journal of Health Economics*, 12(5), 469-478.
- Behera, D. K., & Dash, U. (2019). Prioritization of government expenditure on health in India: A fiscal space perspective. *Socio-Economic Planning Sciences*, 68, 100667.
- Bilgili, E., & Ecevit, E. (2008). Sağlık hizmetleri piyasasında asimetrik bilgiye bağlı problemler ve çözüm önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 201-228.
- Binay, M. (2020). OECD ülkelerinde sağlık harcamaları ekonomik büyüme ilişkisi. *Sosyal Güvençe*, (17), 195-208.
- Bjørner, T. B., & Arnberg, S. (2012). Terminal costs, improved life expectancy and future public health expenditure. *International journal of health care finance and economics*, 12(2), 129-143.
- Blanco-Moreno, Á., Urbanos-Garrido, R. M., & Thuissard-Vasallo, I. J. (2013). Public healthcare expenditure in Spain: measuring the impact of driving factors. *Health policy*, 111(1), 34-42.
- Bordignon, M., & Turati, G. (2009). Bailing out expectations and public health expenditure. *Journal of Health Economics*, 28(2), 305-321.
- Bölükbaşı, N., Hayriye, I., & Söyler, S. (2021). Sağlık harcamaları ve ilaç harcamaları ilişkisi: türkiye ve OECD ülkeleri açısından bir karşılaştırma. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 7(1), 47-56.
- Braendle, T., & Colombier, C. (2016). What drives public health care expenditure growth? Evidence from Swiss cantons, 1970–2012. *Health Policy*, 120(9), 1051-1060.
- Bryant, J., Teasdale, A., Tobias, M., Cheung, J., & McHugh, M. (2004). *Population ageing and government health expenditures in New Zealand, 1951-2051* (No. 04/14). Treasury Working Paper.
- Canadian Institute For Health Information. (2016). Public Health Expenditure in the NHEx Database.
- Castillo-Manzano, J. I., Castro-Nuño, M., & Fageda, X. (2014). Can health public expenditure reduce the tragic consequences of road traffic accidents? The EU-27 experience. *The European Journal of Health Economics*, 15(6), 645-652.
- Cetin, M., Ecevit, E., & Yucel, A. G. (2018). Structural breaks, urbanization and CO2 emissions: evidence from Turkey. *J Appl Econ Bus Res*, 8(2), 122-139.
- Chireshe, J., & Ocran, M. K. (2020). *Financial development and health care expenditure in sub saharan africa countries*. Cogent Economics & Finance.
- Chireshe, J. & Ocran, M. K. (2020). *Financial development and health care expenditure in sub saharan africa countries*. Cogent Economics & Finance.
- Clemente, J., Marcuello, C., Montañés, A., & Pueyo, F. (2004). On the international stability of health care expenditure functions: are government and private functions similar?. *Journal of health economics*, 23(3), 589-613.
- Cm, C. (1981). GMS negotiators meet DHSS on certification. *British Medical Journal*, 282, 24.

- Cural, M. (2016). Türk sosyal güvenlik sisteminin mali yapısı ve sisteme yapılan bütçe transferlerinin ekonomik yansımaları. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21(2), 693-706.
- Cylus, J., Mladovsky, P., & McKee, M. (2012). Is there a statistical relationship between economic crises and changes in government health expenditure growth? An analysis of twenty-four European countries. *Health services research*, 47(6), 2204-2224.
- Çağlayan, E., Güriş, B., & Güriş, S. (2011). *Eviews ile temel ekonometri*. Der Yayınları.
- Çalışkan, Z. (2009). OECD ülkelerinde sağlık harcamaları: panel veri analizi. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (34), 117-137.
- Çelikay, F., Gümüş, F., & Gümüş, E. (2010). Türkiye’de sağlık hizmetleri ve finansmanı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 177-216.
- Çetin, M., & Ecevit, E. (2010). Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisi: oecd ülkeleri üzerine bir panel regresyon analizi. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 11(2), 166-182.
- Çetin, M., & Ecevit, E. (2015). Urbanization, energy consumption and CO2 emissions in Sub-Saharan countries: a panel cointegration and causality analysis. *Journal of Economics and Development Studies*, 3(2), 66-76.
- Dağ, M., & Kızılkaya, F. (2021). türkiye için sağlık harcamaları, co2 emisyonları ve ekonomik büyüme ilişkisinin incelenmesi. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 19, 211-229.
- De Mendonça, H. F., & Baca, A. C. (2018). Relevance of corruption on the effect of public health expenditure and taxation on economic growth. *Applied Economics Letters*, 25(12), 876-881.
- Demir, M., & Canbay, T. (2013). Türkiye’de Sosyal Güvenlik Açıklarının Azaltılmasında Denetimin Önemi (Manisa İli Örneği). *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(3), 451-467.
- Demir, S., Demir, H., Karaduman, C., & Cetin, M. (2022). Environmental quality and health expenditures efficiency in Türkiye: the role of natural resources. *Environmental Science and Pollution Research*, 1-16.
- Demirbilek, S., & Çolak, M. (2008). Sağlık hizmetlerinde kalite: manisa ili örneği. *Kafkas Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(2), 91-111.
- Dieleman, J. L., & Hanlon, M. (2013). *Measuring the displacement and replacement of government Health Expenditure*” Health Economics.
- Di Matteo, L. (2009). Policy choice or economic fundamentals: what drives the public–private health expenditure balance in Canada?. *Health Economics, policy and law*, 4(1), 29-53.
- Dickey, D. A., & Fuller, W. A. (1979). Distribution of the estimators for autoregressive time series with a unit root. *Journal of the American statistical association*, 74(366a), 427-431.
- Dickey, D. A., & Fuller, W. A. (1981). Likelihood ratio statistics for autoregressive time series with a unit root. *Econometrica: journal of the Econometric Society*, 1057-1072.
- Dikmen, N. (2017). *Ekonometriye giriş*. Sözkesen Matbaacılık.
- Dilik, S. (2004). Sosyal güvenliğin finansmanında yansıma olayı: primler ve devlet katkıları. *Kamu-İş Kamu-Hukuku ve İktisat Dergisi*, 7(4), 2004.
- Ecevit, E. , Çetin, M. & Yücel, A. G. (2018). Türki cumhuriyetlerinde sağlık harcamalarının belirleyicileri: bir panel veri analizi. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)* , 10(19), 318-334 . DOI: 10.20990/kilisiibfakademik.407522

- Ecevit, E. , Çetin, M. & Yücel, A. G. (2022). Türkiye’de Yenilenebilir Enerji ve Sağlık: Eşbütünleşme ve Nedensellik Analizi. *Erciyes Akademi*, 36(1), 138-156. DOI: 10.48070/erciyesakademi.1039755
- Ecevit, E., Çetin, M., & Yücel, A. (2019). Bebek ölüm hızının belirleyicilerine göre türkiye ile farklı gelir gruplarının karşılaştırılması. *Cataloging-In-Publication Data*, 301.
- Ehikioya, L. (2013). Determinants of public health care expenditure in Nigeria: an error correction mechanism approach. *International Journal of Business and Social Science*, 4(13).
- Ener, M., & Yelkikalan, N. (2003). Gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemlerinin yeniden yapılanması ve finansmanı: Türkiye deneyimi. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (6), 99-113.
- Erdal, H., & Erdal, G. (2020). Panel FMOLS model analysis of the effects of livestock support policies on sustainable animal presence in Turkey. *Sustainability*, 12(8), 3444.
- Erumut, M. C. (2015). Türkiye için alternatif sağlık finansman önerisi: iki sütunlu sistem. *Sosyal Güvenlik Uzmanları Derneği Sosyal Güvençe Dergisi*, 5, 93-126.
- Esen, E., Yıldırım, S., & Kostakoğlu, S. F. (2012). Feldstein-Horioka hipotezinin Türkiye ekonomisi için sınanması: ARDL modeli uygulaması. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 7(1), 251-267.
- expenditure, 2, 264–273
- Fanti, L., & Gori, L. (2012). Public expenditure on health and private old-age insurance in an OLG growth model with endogenous fertility: chaotic dynamics under perfect foresight. *Computational Economics*, 40(4), 333-353.
- Feng, W., Xia, Y., & Kong, Y. (2018). Public health expenditure and labour productivity: A tentative interpretation based on the science of brain cognition. *NeuroQuantology*, 16(5).
- Font, J. C. ,& Novell, J. P. (2007). Public health expenditure and spatial interactions in a decentralized national health system. *Health economics*, 16(3), 291-306.
- Fosu, A. K. (2008). Implications of the external debt-servicing constraint for public health expenditure in sub-Saharan Africa. *Oxford Development Studies*, 36(4), 363-377.
- Ganesan, L., & Senthamizh, V. R. A study on inter-state disparities in public health expenditure and its effectiveness on health status in india. *International Journal of Research Granthaalayah Ganesan*, 6(2).
- Geue, C., Briggs, A., Lewsey, J., & Lorgelly, P. (2014). Population ageing and healthcare expenditure projections: new evidence from a time to death approach. *The European Journal of Health Economics*, 15(8), 885-896.
- Gori, L., & Sodini, M. (2011). Nonlinear dynamics in an OLG growth model with young and old age labour supply: the role of public health expenditure. *Computational Economics*, 38(3), 261-275.
- Gözlü, M., & Tatlıdil, H. (2015). Türkiye’deki 81 ilin kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerine erişim durumları. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(2), 145-165.
- Grover, M. (2015). Government health expenditure in India. *Bulletin of the World Health Organization*, 93(6), 436.
- Gujarati, D. N. (2003). *Basic econometrics* (Fourth Edition). McGraw-Hill.
- Gujarati, D. N., & Porter, D. C. (2001). *Temel ekonometri* (Çev. Ü. Şenesen ve G.G. Şenesen). *Literatür Yayınları*.

- Guruswamy, M., Mazumdar, S., & Mazumdar, P. (2008). Public financing of health services in India: an analysis of central and state government expenditure. *Journal of Health Management*, 10(1), 49-85.
- Gül, S. S., & Ergun, A. D. (2010). Piyasa odaklı bir uygulama olarak aile hekimliği: Sağlık hizmetinin sunumunda olası kayıplar. *Sosyal Haklar Ulusal Sempozyumu II Bildiriler Kitabı*, 317-337.
- Gülay, A. (2017). *Türkiye'de sağlık sisteminin finansmanı ve İngiltere ile karşılaştırılması* (Doctoral dissertation, Marmara Üniversitesi (Turkey)).
- Gülay, E., & Pazarlıoğlu, M. V. (2007). Net portföy yatırımları ile reel faiz arasındaki ilişki: Türkiye Örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(2), (2007):201-221.
- Güven, D. (2016). 2001-2016 Yılları arasında OECD ve Türkiye'de sağlık harcamalarının gelişimi. *Journal of International Management, Educational and Economics Perspectives*, 4(2), 1-16.
- Güven, D., Şimşek, T., & Güven, A. (2018). Sağlık yönetimi kapsamında sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerine etkisi: mena ülkeleri üzerine bir panel regresyon analizi. *Sosyoekonomi*, 26(37), 33-55.
- Güvercin, A., Mil, H. İ., & Tarım, B. (2016). Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sosyal güvenlik kurumu (SGK). *Bartın Üniversitesi İİBF Dergisi*, 7(13), 80-94.
- Güzelsarı, S. (2012). Sağlık sisteminde yeniden yapılanma ve kamu-özel ortaklıkları. *Amme İdaresi Dergisi*, 45(3), 29-57.
- Halişçelik, E., Acaravcı, A., & Güzel, A. E. (2019). Türkiye'de gelir dağılımı, sağlık harcamaları ve yaşam beklentisi ilişkisi: ARDL sınır testi analizi. *Uluslararası Ekonomi ve Yenilik Dergisi*, 5(2), 263-275.
- Hao, Y., Liu, S., Lu, Z. N., Huang, J., & Zhao, M. (2018). The impact of environmental pollution on public health expenditure: dynamic panel analysis based on Chinese provincial data. *Environmental Science and Pollution Research*, 25(19), 18853-18865.
- Hayaloğlu, P., & Bal, H. Ç. (2015). Üst orta gelirli ülkelerde sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme ilişkisi. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 3(2), 35-44.
- Herwartz, H., & Theilen, B. (2010). The determinants of health-care expenditure: new results from semiparametric estimation. *Health economics*, 19(8), 964-978.
- Hilaire, H. G. (2016). *Does good governance improve public health expenditure-health outcomes nexus? New empirical evidence from Africa*. Working paper: Université d'Abomey Calavi (UAC). retrieved from http://www.ecoasso.org/articles/HOUENINVO_Hilaire1.pdf on 20 November.
- Hooda, S. K. (2016). Determinants of public expenditure on health in India: A panel data analysis at sub-national level. *Journal of Quantitative Economics*, 14(2), 257-282.
- İçöz, O. (2009). Sağlık turizmi kapsamında medikal (tıbbi) turizm ve türkiye'nin olanakları. *Journal of Yasar University*, 4(14).
- İstanbuluoğlu, H., Güleç, M., & Oğur, R. (2010). Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 85(2), 86-99.
- Kadılar, C. (2000). *Uygulamalı çok değişkenli zaman serileri analizi*. Hacettepe Üniversitesi İstatistik Bölümü. Bizim Büro Basımevi.
- Kalaça, S. (1995). Japonya sağlık sistemi. *Toplum ve Hekim*, 9, 41-49.

- Karagöl, T. (2007). İşsizliğin Sosyal Maliyeti. Seta. <https://www.setav.org/İssizligin-Sosyal-Maliyeti>
- Karagöz, K., & Tetik, N. (2009). Kamu sağlık harcamalarını belirleyen faktörler: ekonometrik bir değerlendirme. *EconAnadolu 2009: Anadolu Uluslararası İktisat Kongresi*, 17-19.
- Keyifli, N., & Receptoğlu, M. (2020). Sağlık harcamaları, co2 emisyonu, yenilenebilir enerji tüketimi ve ekonomik büyüme: bootstrap panel nedensellik testinden kanıtlar. *Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(20), 285-305.
- Khan, M. W. A., Panigrahi, S. K., Almuniri, K. S. N., Soomro, M. I., Mirjat, N. H., & Alqaydi, E. S. (2019). Investigating the dynamic impact of CO2 emissions and economic growth on renewable energy production: Evidence from FMOLS and DOLS tests. *Processes*, 7(8), 496.
- Kılavuz, E. (2010). Sağlık harcamalarındaki artış ve temel bakım hizmetleri. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(29), 173-192.
- Kıran, B., & Güriş, B. (2011). Türkiye’de ticari ve finansal dışa açıklığın büyümeye etkisi: 1992-2006 dönemi üzerine bir inceleme.
- Kızıl, B. C., & Ceylan, R. (2018). Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerine etkisi: Türkiye örneği. *Yaşar Üniversitesi E-Dergisi*, 13(50), 197-209.
- Kim, T. J., Vonneilich, N., Lüdecke, D., & von dem Knesebeck, O. (2017). Income, financial barriers to health care and public health expenditure: a multilevel analysis of 28 countries. *Social Science & Medicine*, 176, 158-165.
- Kim, T. K., & Lane, S. R. (2013). Government health expenditure and public health outcomes: A comparative study among 17 countries and implications for US health care reform. *American International Journal of Contemporary Research*, 3(9), 8-13.
- Kol, E. (2015). Türkiye’de sağlık reformlarının sağlık hakkı açısından değerlendirilmesi. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 135-164.
- Konca, M., & Balçık, P. Y. (2021). Yaşlı Nüfus ile Sağlık Harcamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Panel Veriye Dayalı Bir Uygulama. *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (26), 314-324.
- Kulkarni, L. (2016). Health inputs, health outcomes and public health expenditure: evidence from the BRICS countries. *International Journal of Applied Economics*, 31(1), 72-84.
- Kurt, S. (2015). Government health expenditures and economic growth: a Feder-Ram approach for the case of Turkey. *International Journal of Economics and Financial Issues*, 5(2), 441-447.
- Kuşkaya, S., & Bilgili, F. (2019). Yenilenebilir enerji kaynağı kullanımının çevre kirliliği üzerindeki etkisinin araştırılması: Sürekli dalgacık uyumu modeli yaklaşımı. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(4), 39-60.
- Li, L., Du, T., & Hu, Y. (2020). The effect of population aging on healthcare expenditure from a healthcare demand perspective among different age groups: Evidence from Beijing City in the People's Republic of China. *Risk Management and Healthcare Policy*, 13, 1403.
- Li, L., Du, T., & Zhang, C. (2020). The impact of air pollution on healthcare expenditure for respiratory diseases: Evidence from the people's republic of China. *Risk Management and Healthcare Policy*, 13, 1723.
- Li, L., Wu, M., & Wu, Z. (2017, September). The impact of public health expenditure on economic development-evidence from prefecture-level panel data of Shandong Province. In *International Conference on Transformations and Innovations in Management (ICTIM 2017)* (pp. 239-251). Atlantis Press.

- Li, S. M., Moslehi, S., & Yew, S. L. (2016). Public–private mix of health expenditure: A political economy and quantitative analysis. *Canadian Journal of Economics/Revue canadienne d'économie*, 49(2), 834-866.
- Liddle, B. (2012). The importance of energy quality in energy intensive manufacturing: Evidence from panel cointegration and panel FMOLS. *Energy Economics*, 34(6), 1819-1825.
- Ling, Y. & Yuanli, L. (2014). The pattern of government health expenditure in China. *Chinese Journal of Population Resources and Environment*.
- Lucia, A. S., Moral, M. I., Adiego A. M., & Blanco E. A. (2013). *Evaluating the redistributive impact of public health expenditure using an insurance value approach*. Eur J Health Econ.
- Malhotra, C., & Do, Y. K. (2017). Public health expenditure and health system responsiveness for low-income individuals: results from 63 countries. *Health Policy and Planning*, 32(3), 314-319.
- Malik, M. I. (2015). Choice of spectral density estimator in ng-perron test: A comparative analysis. *International Econometric Review*, 7(2), 51-63.
- Malik, M. I. (2015). Choice of spectral density estimator in ng-perron test: A comparative analysis. *International Econometric Review*, 7(2), 51-63.
- Mevzuat. (2022). Kanun Maddeleri. Mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5510.pdf.
- Mohapatra, S. (2017). Economic growth, public expenditure on health and IMR in India: An econometric investigation of causal linkages. *International Journal of Social Economics*, 44(12), 2002-2018.
- Mosca 1, I. (2007). Decentralization as a determinant of health care expenditure: empirical analysis for OECD countries. *Applied Economics Letters*, 14(7), 511-515.
- Mou, H. (2012). The political economy of public health expenditure and wait times in a public-private mixed health care system. *Canadian Journal of Economics/Revue canadienne d'économie*, 45(4), 1640-1666.
- Mutlu, A. & Işık, A. (2002). *Sağlık ekonomisi ve politikaları” marmara üniversitesi maliye araştırma ve uygulama merkezi*. Yayın No:14.
- Naidu, S., & Chand, A. (2013). Does central government health expenditure and medical technology advancement determine economic growth rates in the Pacific island countries?. *Asia-Pacific Journal of Business Administration*, 3, 234 – 245.
- Nakovics, M. I., Brenner, S., Robyn, P. J., Tapsoba, L. D. G., & De Allegri, M. (2019). Determinants of individual healthcare expenditure: a cross-sectional analysis in rural Burkina Faso. *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(4), e1478-e1494.
- Nandakumar, A. K., & Farag, M. E. (2008). *Determinants of national health expenditure*. Brandeis University, Waltham, MA.
- Nandakumar, A. K., Farag, M. E., Ly, C., & White, T., (2017). Determinants of national health
- Narayan, P. K., & Narayan, S. (2005). Estimating income and price elasticities of imports for Fiji in a cointegration framework. *Economic Modelling*, 22(3), 423-438.
- Newhouse, J. P. (1977). Medical-care expenditure: a cross-national survey. *The journal of human resources*, 12(1), 115-125.
- OECD. (2021a). Sağlık verileri. oecd.org/gga/central-government-spending.htm
- OECD. (2021b). Sağlık verileri. oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=SHA&lang=en#

- OECD. (2022a). Sağlık verileri. oecd.org/healthres/health-spending.htm
- OECD. (2022b). Sağlık verileri. oecd.org/emp/labour-force-participation-rate.htm
- Okunade, A. A. (2005). Analysis and implications of the determinants of healthcare expenditure in African countries. *Health Care Management Science*, 8(4), 267-276.
- Olarinde, M. O., & Bello, A. A. (2014). Public healthcare expenditure and health sector performance in nigeria: implications for sustainable economic development” IOSR Journal of Economics and Finance (IOSR-JEF) e-ISSN: 2321-5933, p-ISSN: 2321-5925.
- Oliveira Martins, J., & de la Maisonneuve, C. (2006). The drivers of public expenditure on health and long-term care: an integrated approach. *Available at SSRN 917782*.
- Özgen, H. (2007). Sağlık hizmetleri finansmanında cepten harcama: Nedir? Neden önemlidir?. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 10(2), 201-228.
- Öztürk, S., & Küsmez, T. (2019). Sağlık harcamalarının belirleyicileri: BRICS-T ülkelerinin Analizi. *Çukurova Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23(1), 31-47.
- Öztürk, S., & Okyay, U. Ç. A. N. (2017). Türkiye’de sağlık harcamalarında artış nedenleri: sağlık harcamalarında artış–büyüme ilişkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 22(1), 139-152.
- Pascual-Saez, M., Cantarero-Prieto, D., & Castañeda, D. (2017). Public health expenditure, GDP and the elderly population: a comparative study. *International Journal of Social Economics*.
- Pesaran, M. H., Shin, Y., & Smith, R. J. (2001). Bounds testing approaches to the analysis of level relationships. *Journal of applied econometrics*, 16(3), 289-326.
- Phillips, P. C., & Durlauf, S. N. (1986). Multiple time series regression with integrated processes. *The Review of Economic Studies*, 53(4), 473-495.
- Piacenza, M., Turati, G., & Vannoni, D. (2010). Restructuring hospital industry to control public health care expenditure: The role of input substitutability. *Economic Modelling*, 27(4), 881-890.
- Powell, M. (1995). Did politics matter? Municipal public health expenditure in the 1930s. *Urban History*, 22(3), 360-379.
- Raeesi, P., Harati-Khalilabad, T., Rezapour, A., Azari, S., & Javan-Noughabi, J. (2018). Effects of private and public health expenditure on health outcomes among countries with different health care systems: 2000 and 2014. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 32, 35.
- Rahman, M. M., Khanam, R., & Rahman, M. (2018). Health care expenditure and health outcome nexus: new evidence from the SAARC-ASEAN region. *Globalization and health*, 14(1), 1-11.
- Rahman, T. (2015). Determinants of public health expenditure: some evidence from Indian states. <http://www.tandfonline.com/loi/rael20>
- Razmi, M. J., Abbasian, E., & Mohammadi, S. (2012). Investigating the effect of government health expenditure on HDI in Iran. *Journal of Knowledge Management, Economics and Information Technology*, 2(5).
- Sağlık Bakanlığı. (2022). Sağlık istatistikleri. saglik.gov.tr/TR,89801/saglik-istatistikleri-yilligi-2020
- Samadi, A., & Rad, E. H. (2013). Determinants of healthcare expenditure in Economic Cooperation Organization (ECO) countries: Evidence from panel cointegration tests. *International journal of health policy and management*, 1(1), 63.

- Sancar, C., & Polat, M. A. (2021). CO2 emisyonları, ekonomik büyüme ve sağlık harcamaları ilişkisi: Türkiye ve seçilmiş ülke örnekleri için ampirik bir uygulama. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10(1), 236-252.
- Sayılı, U., Sayman, Ö. A., Vehid, S., Köksal, S. S., & Erginöz, E. (2017). Türkiye ve OECD ülkelerinin sağlık göstergeleri ve sağlık harcamalarının karşılaştırılması. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 1-12.
- Self, S., & Grabowski, R. (2003). How effective is public health expenditure in improving overall health? A cross-country analysis. *Applied Economics*, 35(7), 835-845.
- Selim, S., Uysal, D., & Eryiğit, P. (2014). Türkiye’de sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisinin ekonometrik analizi. *Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(3), 13-24.
- Servüktekin, M., & Çınar, M. (2017). *Ekonometrik zaman serileri analizi*.
- Seshamani, M., & Gray, A. (2004). Ageing and health-care expenditure: the red herring argument revisited. *Health economics*, 13(4), 303-314.
- Sever, E., & İğdeli, A. (2019). Sağlık harcamaları, sağlık çıktıları ve ekonomik büyüme ilişkisi: Türkiye örneği. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*, 11(20), 246-259.
- Sevüktekin, M., & Nargeleçekenler, M. (2007). *Ekonometrik zaman serileri analizi* (2. Baskı). Nobel Yayın Dağıtım.
- Sezgin, D. (2013). *Sağlık okuryazarlığını anlamak*. İletişim Yayınları.
- SGK. (Sosyal Güvenlik Kurumu). İstatistiksel verileri. sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/aylik_istatistik_bilgileri
- Spadaro, A., Mangiavacchi, L., Moral-Arce, I., Adiego-Estella, M., & Blanco-Moreno, A. (2013). Evaluating the redistributive impact of public health expenditure using an insurance value approach. *The European Journal of Health Economics*, 14(5), 775-787.
- Stubbs, T., Kentikelenis, A., Stuckler, D., McKee, M., & King, L. (2017). The impact of IMF conditionality on government health expenditure: A cross-national analysis of 16 West African nations. *Social Science & Medicine*, 174, 220-227.
- Stubbs, T., Kentikelenis, A., Stuckler, D., McKee, M., & King, L. (2017). The IMF and government health expenditure: A response to Sanjeev Gupta. *Soc Sci Med*, 181, 202-4.
- Subires, M. D. L., & Bolivar, M. P. R. (2017). *Financial sustainability in public administration*. Springer Nature.
- Sutton, P. (2004). A perspective on environmental sustainability. *Paper on the Victorian Commissioner for Environmental Sustainability*, 1-32.
- Şahin, D., & Temelli, F. (2019). OECD ülkelerinde sağlık harcamalarının belirleyicileri: panel veri analizi. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*, 7(16), 946-961.
- Şantaş, F. (2017). Yoksulluğun sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımı ile ilişkisi. *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (13), 545-591.
- Şavran, T. G. (2014). Sağlıkta toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri: Eskişehir’de kırsal ve kentsel alanlarda kadın sağlığı. *Fe Dergi*, 6(1), 96-115.
- Şolt, H. B. H. (2019). *Beşeri sermaye ve kentsel kalkınma*. XI. IBANESS Congress Series.
- Tajudeen, O. S., Tajudeen, I. A., & Dauda, R. O. (2018). Quantifying impacts of macroeconomic and non-economic factors on public health expenditure: A structural time series model. *African Development Review*, 30(2), 200-218.
- Tamakoshi, T., & Hamori, S. (2015). Health-care expenditure, GDP and share of the elderly in Japan: a panel cointegration analysis. *Applied Economics Letters*, 22(9), 725-729.

- Tamakoshi, T., & Hamori, S. (2016). Testing cointegration between health care expenditure and GDP in Japan with the presence of a regime shift. *Applied Economics Letters*, 23(2), 151-155.
- Tapper, A., & Phillimore, J. (2014). Trends in Australian government health expenditure by age: a fiscal incidence analysis. *Australian Health Review*, 38(5), 523-527.
- Tarı, R. (2015). Ekonometri. Umuttepe Yayınları.
- Taşkaya, S., & Demirkıran, M. (2016). Enflasyon, gelir ve sağlık harcaması arasındaki nedensellik ilişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(2), 127-131.
- Tatar, M. (2011). Sağlık hizmetlerinin finansman modelleri: Sosyal sağlık sigortasının Türkiye’de gelişimi. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1).
- Tayyar, A. E. (2019). Türkiye’de Sektörel Elektrik Tüketimi ile Ekonomik Büyüme İlişkisi: MWALD Temelli Nedensellik Analizlerinin Uygulanması. *Third Sector Social Economic Review*, 54(4), 1937-1956.
- Tekin, B. (2015). Sağlık hizmeti sistemlerinin etkinliği: bir kamu hastanesi ve özel hastane karşılaştırması. *Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6(1), 483-506.
- Thwaites, B. (2009). Public expectations and expenditure constraints in the national health service. <http://www.tandfonline.com/loi/rpmm19>
- Tıraşoğlu, M., & Yıldırım, B. (2012). Yapısal kırılma durumunda sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme ilişkisi: Türkiye üzerine bir uygulama. *Ejovoc Electronic Journal of Vocational Colleges*, 2(2), 111-117.
- Tıraş, H. H., & Türkmen, S. (2020). Sağlık harcamalarının belirleyicilerine yönelik bir araştırma; AB ve Türkiye örneği. *Bingöl Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 4(1), 107-139.
- Tobing, E. & Jeng, J. L. (2015). Long-run growth and welfare effects of rising us public health expenditure. Downloaded from pfr.sagepub.com at Uniwersytet Warszawski.
- TÜİK. (2022). Sağlık harcamaları. tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2020-37192.
- Uğurluoğlu, E., & Özgen, H. (2008). Sağlık hizmetleri finansmanı ve hakkaniyet. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 133-160.
- Undertaken for the MacArthur Foundation (2016). Government health expenditure in india: a benchmark study. Economic Research Foundation New Delhi.
- Üzümcü, A., & Söğüt, Y. (2020). Kamu sağlık harcamaları-iktisadi büyüme ilişkisi: türkiye üzerine bir inceleme (1983-2019). *Ekonomi İşletme Siyaset ve Uluslararası İlişkiler Dergisi*, 6(2), 275-295.
- WB. (Dünya Bankası). (2022). Sağlık harcamaları. worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS
- Werblow, A., Felder, S., & Zweifel, P. (2007). Population ageing and health care expenditure: a school of ‘red herrings’?. *Health economics*, 16(10), 1109-1126.
- Witter, S., Jones, A., & Ensor, T. (2014). How to (or not to)... measure performance against the Abuja target for public health expenditure. *Health policy and planning*, 29(4), 450-455.
- Yaqub, J. O., Ojapinwa, T. V., & Yussuff, R. O. (2012). Public health expenditure and health outcome in Nigeria: The impact of governance.

- Yefriza. (2015). Managing Public Health Expenditure in Indonesia. *Bulletin of Indonesian Economic Studies*, 51(1), 147–49.
- Yenipazarlı, A. (2009). Ekonomik özgürlükler ve ekonomik büyüme üzerine etkisi: Türkiye üzerine bir zaman serisi analizi (Yayımlanmamış doktora tezi). Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yereli A. B., Kobal İ., & Köktaş A. M. (2012). Türkiye’de Kamusal Sağlık Harcamalarının Ve Birim Hasta Maliyetlerinin Bölgesel Dağılımı Üzerine Bir Değerlendirme” Harran Üniversitesi, 26. Türkiye Maliye Sempozyumu Urfa, 306-324.
- Yereli, A. B., Kobal, İ., & Köktaş, A. M. (2010). Türkiye’de sağlık piyasasının düzenlenmesi ve denetlenmesi gereği. *Finans Politik ve Ekonomik Yorumlar Dergisi*, 47(549), 5-20.
- Yereli, A. B., Köktaş, A. M., & Selçuk, I. Ş. (2014). Türkiye’de katastrofik sağlık harcamalarını etkileyen faktörler. *Sosyoekonomi*, 22(22).
- Yereli, A., Kobal, İ., & Köktaş, A. (2016). Türkiye’de Sağlık Harcamalarını Artıran Faktörler.
- Yetim, B., İlgün, G., Çilhoroz, Y., Demirci, Ş., & Konca, M. (2021). The socioeconomic determinants of health expenditure in OECD: An examination on panel data. *International Journal of Healthcare Management*, 14(4), 1265-1269.
- Yıldız, B., & Yıldız, G. (2018). Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisi: Avrupa ve Merkez Asya ülkeleri örneği. *Maliye Dergisi*, 174, 203-218.
- Yılmaz, M., & Tiraki, Z. (2016). Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl ölçülür?. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(4).
- Yılmaz, V., & Yentürk, N. (2015). Türkiye’de sağlık harcamalarına tarihsel bir bakış. *İstanbul Bilgi Üniversitesi Sivil Toplum Çalışmaları Merkezi*, 1, 17.
- Yu, T. H. K., Wang, D. H. M., & Chang, L. Y. (2011). Examining the heterogeneous effect of healthcare expenditure determinants. *International Journal of Behavioural and Healthcare Research*, 2(3), 205-213.
- Yumuşak, İ. G., & Yıldırım, D. Ç. (2009). Sağlık Harcamaları İktisadi Büyüme İlişkisi Üzerine Ekonometrik Bir İnceleme. *Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi*, 4(1), 57-70.