T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ



UZUN DÖNEMLİ KAMU SAĞLIK HARCAMALARINDA SOSYOEKONOMİK BELİRLEYİCİLER: TÜRKİYE ÖRNEĞİ

ENES DOĞRU
1168257104

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Murat ÇİFTÇİ

EDİRNE
2019

T.C.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

SAĞLIK YÖNETİMİ PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Enes DOĞRU tarafından hazırlanan **Uzun Dönemli Kamu Sağlık Harcamalarında Sosyoekonomik Belirleyiciler: Türkiye Örneği** Konulu **Yüksek Lisans** tezinin Sınavı, Trakya Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 19-6 maddeleri uyarınca **16.05.2019** günü saat **14:30** 'da yapılmış olup, yüksek lisans tezinin *....Kabul Edilmesine..... **OYBİRLİĞİ/~~OYÇOKLUĞU~~** ile karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ	KANAAT	İMZA
Doç. Dr. Murat GİFTCİ	Kabul edilmesine	
Prof. Dr. Mustafa Tekin	Kabul edilmesine	
Prof. Dr. Ayhan UÇAK	Kabul edilmesine	

* Jüri üyelerinin, tezle ilgili kanaat açıklaması kısmında "Kabul Edilmesine/Reddine" seçeneklerinden birini tercih etmeleri gerekir.

T.C
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
ULUSAL TEZ MERKEZİ

TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

Referans No	10251167
Yazar Adı / Soyadı	ENES DOĞRU
T.C.Kimlik No	11272918078
Telefon	5076220384
E-Posta	ens.do@hotmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	Uzun Dönemli Kamu Sağlık Harcamalarında Sosyoekonomik Belirleyiciler: Türkiye Örneği
Tezin Tercümesi	Socioeconomic Indıcations on the Long Term Public Healthcare Expenditures: Turkey Sample
Konu	Ekonometri = Econometrics ; Sağlık Kurumları Yönetimi = Health Care Management
Üniversite	Trakya Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sosyal Bilimler Enstitüsü
Anabilim Dalı	Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Bilim Dalı	
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2019
Sayfa	110
Tez Danışmanları	DOÇ. DR. MURAT ÇİFTÇİ
Dizin Terimleri	
Önerilen Dizin Terimleri	Sağlık yönetimi= health management Sosyal politika= social politics Kamu sağlık harcamaları= public healthcare expenditures Sağlık sistem ve politikası= health system and politics

28.05.2019

İmza:.....

Tezin Adı: Uzun Dönemli Kamu Sağlık Harcamalarında Sosyoekonomik Belirleyiciler: Türkiye Örneği

Hazırlayan: Enes DOĞRU

ÖZET

Sağlık kişilerin fiziki, ruhi ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmasıdır. Tam iyilik halinin sağlanması için kişisel çabaysa çoğu zaman yetersizdir. Bu sebeple özellikle 20. yüzyılda devletin sağlık hizmetlerinde daha etkin rol alması talepleri artmıştır. Bu talepler de kamu sağlık harcamalarının küresel ölçekte her geçen gün artmasına yol açmıştır. Kamu sağlık harcamalarında tek neden sosyal talepler değildir. Ulusal ölçekte ülkelerin ekonomik ve sosyal olanakları da kamu sağlık harcamalarına etki etmektedir. Granger nedensellik analizinin yapıldığı bu çalışmada kamu sağlık hizmetleri üzerinde ekonomik belirleyicilerin istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olamadığı teyit edilmiştir. Buna karşılık yaşam beklentilerinden yaşlı nüfustaki artış, kamu sağlık harcamaları üzerinde büyük ölçüde nedensellik oluşturmuştur.

Anahtar Sözcükler: Sağlık yönetimi, sosyal politika, kamu sağlık harcamaları, sağlık sistem ve politikası, sosyal sağlık hizmetleri.

Title of the thesis: Socioeconomic Indıcations on the Long Term Public Healthcare Expenditures: Turkey Sample

Prepared by: Enes DOĞRU

ABSTRACT

Health is the person's being in a complete goodness on physically, mentally and socially. However, personal effort is often insufficient for the ensuring the complete goodness. Therefore, the demands of taking efficient role on healthcare services from the governments have increased especially during the 20th century. These demands have incrementally led the increase of healthcare expenditures globally. Social demands is not the only reason on public healthcare expenditures. Countries'economic and social facilities are also affect to the healthcare expenditures on the national scale. In this study which performed Granger's analysis of causality has affirmed that economic determinants have not statistically meaningful effect on the public health service. On the contrary, increasing of old-aged population from life expectancies has confected the large scale of causality on the public health expenditures.

Keywords: Health Management, social politics, public healthcare expenditures, health system and politics, social healthcare.

ÖNSÖZ

Sağlık hizmetlerinin sunumunun verimli ve sürdürülebilir olması etkin bir sağlık yönetimini gerektirmektedir. Etkin bir yönetim ise az girdi ile çok çıktının üretilebilmesi ve çıktıların doğru bir şekilde kullanılmasıyla gerçekleşmektedir. Fakat sağlık hizmetlerinin kendine has özellikleri bu yönetimin uygulanmasını diğer mal veya hizmetlere göre zorlaştırmaktadır. Bu özelliklerin başında sağlık hizmetlerinde kar amacının olmaması gelmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerini finanse etmek ve bu finansmanı sürdürebilmek için başlı başına iyi bir yönetim gerekmektedir. Ülkeler, en önemli sorumluluklarından biri olan sağlığın korunması ve geliştirilmesi için sağlık harcamalarına yeteri kadar kaynak ayırmak zorundadır. Bu yüzden sağlık harcamalarını finanse edecek ve sürdürülebilir kılacak çeşitli finansman modelleri denemekte ve kullanmaktadır. Bu çalışmanın amacı da bu noktada başlamakta ve kamu sağlık harcamalarının sosyoekonomik belirleyicilerini inceleyerek finansmanın etkin yönetimi için literatüre katkı sağlamaktır.

Tez çalışmamı nihayete erdirme imkânına sahip olduğum yüksek lisans öğrenimime yaklaşık üç yıl önce başlamıştım. İstanbul'da çalışıyor olmam ve okulumun da Edirne'de olması bu süreci zorlu bir hale getirmişti. Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde yüksek lisans öğrenimime başlarken derslere devam konusunda sıkıntılar yaşayabileceğimi bilerek bir meçhule kulaç atmıştım. Açıkçası ders aşamasında hiçbir hocam ders disiplininde esnek davranmadılar ve yoğun, yorucu, yıpratıcı ancak büyük akademik birikim elde etmemi sağlayan bir süreci yaşamamı sağladılar. Saatler süren kitap defter internet açık sınavlara öğle saatlerinde girip gece bitmiş vaziyette ayrıldığımız oldu ve hem bireysel hem de grup çalışmasının ne demek olduğunu ve kısa yazmanın aslında ne kadar zor olduğunu bu sınavlarda kavradık.

Edirne'de her hafta üç gün derse giderken kimi zaman geceden kampüse gelip çadır kurup uyudum, kimi zaman sınıf arkadaşlarımın evinde misafir oldum, kimi zaman da arabada sabahladım. Kısacası mobil yaşadığım iki yarıyılda derslerimi tamamlama imkânına sahip oldum. İlk olarak bu deneyimi elde etmemi sağlayan ve

bu zorlu süreci yılmadan tamamlamam için gerekli şartları hazırlayıp sürekli destekleyen Dr. Öğretim Üyesi Onur YARAR hocama minnettarlığımı ifade etmek istiyorum. Bu süreci o olmasa tamamlayamazdım. Hocamın güven ve desteğinin bir neticesi olarak tez çalışmamı tamamlamış olmaktan duyduğum iç huzurunu ifade etmeden geçemem.

İsmini zikretmeden geçemeyeceğim bir diğer hocamsa ders aşamasında ve tez çalışmamı tamamlarken kendisinden çok şey öğrendiğim tez danışmanım Doç. Dr. Murat ÇİFTÇİ'dir. Hocamın odasında tezin bitmesi için sabahlarken kimi gece öğrenci yoğunluğundan yer bulmakta bile güçlük çektik. Kimimiz kütüphanede, kimimiz üç parçaya bölünmüş masalarda bulduğumuz yerde, kimimiz koltukta bilgisayarlarımız başında araştırdık, yazdık, sildik, tekrar yazdık ve bu tempo haftalarca 2-3 saatlik uykuyla sürüp gitti. Bu süreç başlamadan tezimiz bitti sanırken meğer ne çok yerde ne çok hatamızın olduğunu, yazmanın başka bir şey olduğunu öğrendik. Basit birkaç düzeltmeyle jüri karşısına çıkacağımızı düşünürken hiç unutamayacağımız bir akademik çalışmanın derinlerine gömülüp kaybolduk ve danışmanımız derinlerden çıkartıp su yüzünde kulaçlamamızı sağladı.

Bu süreçte ilginç olan, bilimsel bir çalışmayı ortaya koymanın yıpratıcı zorluğunu yaşarken ürettiğimiz sonuçtan da mutlu olup yazmaya alışmamız oldu. Dönüp geriye baktığımda ne kadar çok eksiğimin olduğunu görüyorum. Bu zorlu süreç sonundaysa kendimden çok daha emin bir şekilde doktora öğrenimi için kendimi hazır hissediyorum. Eminim daha öğreneceğim çok şey olacak.

Bu yoğun süreci anlayışla karşılayan ve bizlere çoğu gece aç kalacağımızı düşünerek yemek gönderen tez danışmanımın eşi Ayşe Nur hanıma, parka gitme taleplerini bir türlü gerçekleştirememesine sebep olduğumuz evladı küçük Ayşe Nezihe'ye minnettar olduğumu belirtmek isterim. Tecrübesiyle desteğini esirgemeyen ve kendi zamanından harcayarak yanımda olan değerli meslektaşım Öğr.Gör. Hüseyin Ali Yüzer' e de ayrıca teşekkür ederim.

Bu çalışmayı, hayatımın her aşamasında yanımda olan ve beni destekleyen babam Hayri DOĞRU'ya, annem Nursen DOĞRU'ya ve kardeşim Fatmanur DOĞRU'ya ithaf ediyorum.

Tez çalışmamda akademik etik ilkelerine harfiyen tavizsiz şekilde uyduğumu taahhüt ederim. Tezimin tüm sorumluluğu da bana aittir.

Enes DOĞRU

Edirne 2019

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **I**
ABSTRACT ..... **II**
ÖNSÖZ ..... **III**
İÇİNDEKİLER ..... **VI**
TABLOLAR LİSTESİ ..... **IX**
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... **XI**
GİRİŞ **1**
BİRİNCİ BÖLÜM **4**
1. SAĞLIK HİZMETLERİ VE KAVRAMSAL ÇERÇEVE **4**
1.1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI **4**
1.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri 5
1.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri 7
1.1.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri 10
1.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ **11**
1.2.1. Bilgi Asimetrisi ve Tüketici Bilinçsizliği 12
1.2.2. Talebin Düzensiz ve Belirsiz Olması 13
1.2.3. Dışsallık 14
1.2.4. Eşitlik ve Hakkaniyet 14
1.2.5. İkamesinin Olmaması 15
1.2.6. Yarı Kamusal Olma Özelliği 16
1.3. SAĞLIK FİNANSMANI **17**
1.3.1. Sağlık Finansman Kaynakları 17
1.3.2. Finansman Yöntemleri 19
1.3.3. Finansman Modelleri 21
1.4. SAĞLIK HARCAMALARININ SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ **23**
1.4.1. Nüfus ve Demografik Yapı 24
1.4.2. Kentleşme 28
1.5. SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK BELİRLEYİCİLERİ **29**
1.5.1. Kalkınma 29
1.5.2. Kalkınma Politikaları 29

1.5.3. Beşeri Sermaye ve Beşeri Kalkınma Endeksi.....30
1.5.4. Gelir Dağılımı 31
1.5.5. Ekonomik Büyüme.....32
1.5.6. Enflasyon 33
İKİNCİ BÖLÜM 34
2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK ALANINDA YAŞANAN GELİŞMELER VE KAMU SAĞLIK HARCAMALARI 34
2.1. PLANLI KALKINMA ÖNCESİ DÖNEM (1920/3-1963) 35
2.1.1. Sağlık Alanında Yaşanan Gelişmeler.....35
2.1.2. Kamu Sağlık Harcamaları.....40
2.2. PLANLI KALKINMA DÖNEMİ (1963-1980) 43
2.2.1. Sağlık Alanında Yaşanan Gelişmeler.....43
2.2.2. Kamu Sağlık Harcamaları.....48
2.3. NEO-LİBERAL DÖNEM (1980-2003).....50
2.3.1. Sağlık Alanında Yaşanan Gelişmeler.....50
2.3.2. Kamu Sağlık Harcamaları.....53
2.4. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI DÖNEMİ "SDP" (2003 VE SONRASI).....57
2.4.1. Sağlık Alanında Yaşanan Gelişmeler.....57
2.4.2. Kamu Sağlık Harcamaları.....61
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM.....64
3. TÜRKİYE'NİN KAMU SAĞLIK HARCAMALARINDA SOSYOEKONOMİK BELİRLEYİCİLERİNİN ANALİZİ 64
3.1. METODOLOJİ 64
3.1.1. HİPOTEZ.....64
3.1.2. VERİ TASARIMI VE YÖNTEM.....64
3.1.3. LİTERATÜR 66
3.2. BULGULAR.....67
3.2.1. Ekonomik Belirleyicilere İlişkin Durağanlık Test Bulguları.....67
3.2.2. Sosyal Belirleyicilere İlişkin Durağanlık Test Bulguları 70
3.2.3. Kamu Sağlık Harcamalarının Ekonomik Belirleyicilerle Nedensellik İlişkisi 74

3.2.4. Kamu Sağlık Harcamalarının Sosyal Belirleyicilerle Nedensellik İlişkisi 76

3.3. TARTIŞMA.....78

SONUÇ.....82

KAYNAKLAR.....86

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1 1942-1949 Yıllarında Bağlı Olunan Kurumlara Göre Hastane Sayıları.....39
Tablo 2 Gerçekleşen Merkezi Bütçe Harcamalarının İşlevsel Dağılımı 41
Tablo 3 1966 Yılında Hekimlerin Ülke Genelinde Dağılımı.....45
Tablo 4 İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Kurumları Verileri.....46
Tablo 5 Üçüncü ve Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı Döneminde Sağlık Kurumları Verileri.....48
Tablo 6 Sosyal Sigortalar Kurumunun Hastane ve Yatak Sayıları (1980-1984).....52
Tablo 7 Neo-Liberal Dönemde Türkiye'de Sağlık Kurumu Verileri (1980-2002)....52
Tablo 8 Kamu Sağlık Harcamalarının Dağılımı 1999-2002 (Milyon TL) 56
Tablo 9 Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Türkiye'de Sağlık Kurumu Verileri ..58
Tablo 11: Cari Dolar Fiyatlarıyla Fert Başına Düşen Sağlık Harcamasında . Yaşanan Yıllık Değişim Durağanlık Test Sonuçları 67
Tablo 12: Cari Dolar Fiyatlarıyla GSYİH'da Yaşanan Yıllık Değişim Durağanlık Test Sonuçları.....68
Tablo 13: Cari Dolar Fiyatlarıyla GSYİH'da Yaşanan Yıllık Değişim Durağanlık Test Sonuçları.....68
Tablo 14: Cari Dolar Fiyatlarıyla Hizmetler Sektöründe Yaşanan Yıllık Değişim Durağanlık Test Sonuçları 69
Tablo 15: Cari Dolar Fiyatlarıyla Sanayi Sektöründe Yaşanan Yıllık Değişim Durağanlık Test Sonuçları 69
Tablo 16: Cari Dolar Fiyatlarıyla İmalat Sanayi Sektöründe Yaşanan Yıllık Değişim Durağanlık Test Sonuçları 70
Tablo 17: Cari Dolar Fiyatlarıyla Tarım Sektöründe Yaşanan Yıllık Değişim Durağanlık Test Sonuçları 70
Tablo 18: Kadınlarda Doğuşta Yaşam Beklentisinde Yaşanan Yıllık Değişim Durağanlık Test Sonuçları 71
Tablo 19: Erkeklerde Doğuşta Yaşam Beklentisinde Yaşanan Yıllık Değişim Durağanlık Test Sonuçları 71
Tablo 20: Nüfus Bütünü İçin Doğuşta Yaşam Beklentisinde Yaşanan Yıllık Değişim Durağanlık Test Sonuçları 72

Tablo 21: 65 Yaş Üstü Kadın Nüfus Hacminde Yaşanan Yıllık Değişim Durağanlık Test Sonuçları.....72
Tablo 22: 65 Yaş Üstü Erkek Nüfus Hacminde Yaşanan Yıllık Değişim Durağanlık Test Sonuçları.....73
Tablo 23: 65 Yaş Üstü Nüfus Bütününde Yaşanan Yıllık Değişim Durağanlık Test Sonuçları 73
Tablo 24: Kentlerde Yaşan Nüfus Sayısında Yaşanan ... Yıllık Değişim Durağanlık Test Sonuçları.....74
Tablo 25: Fert Başına Düşen Kamu Sağlık Harcaması İle Altı Ekonomik Belirleyici Arasında Kurulan Var Modeline Göre Gecikme Uzunluğu Sonuç Tablosu.....74
Tablo 26: Fert Başına Düşen Kamu Sağlık Harcaması İle Altı Ekonomik Belirleyici Arasında 3 Gecikmeli Granger Nedensellik Sonuç Tablosu 75
Tablo 27: Fert Başına Düşen Kamu Sağlık Harcaması İle Yedi Sosyal Belirleyici Arasında Kurulan Var Modeline Göre Gecikme Uzunluğu Sonuç Tablosu.....76
Tablo 28: Fert Başına Düşen Kamu Sağlık Harcaması İle Sekiz Sosyal Belirleyici Arasında 3 Gecikmeli Granger Nedensellik Sonuç Tablosu 77

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1 Türkiye'de 1928-1939 Yılları Arasında Hekim Sayıları……36
Şekil 2 Türkiye'de 1928-1939 Yılları Arasında Hemşire ve Ebe Sayıları…….37
Şekil 3 Sağlık Bakanlığı Harcamalarının Genel Bütçe İçindeki Payı (1924-1963)…40
Şekil 4 Sağlık Bakanlığı Harcamalarının GSYH İçindeki Payı (%)……...42
Şekil 5 Sağlık Bakanlığı Harcamalarının Genel Bütçe İçindeki Payı (1963-1980)…49
Şekil 6 Sağlık Bakanlığı Harcamalarının GSYH İçindeki Payı (%)……...50
Şekil 7 Kamu ve Özel Toplam Yatak Sayıları……53
Şekil 8 Sağlık Bakanlığı Harcamalarının Genel Bütçe İçindeki Payı (1980-2003)…54
Şekil 9 Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları 1999-2002 (Milyon TL)…..55
Şekil 10 Kamu Alanına Göre Sağlık Harcamaları 1999-2002 (Milyon TL)…….. 57
Şekil 11 Bazı Ülkelerin Aile Hekimliği Uygulamasına Başlama Tarihi…… 60
Şekil 12 Seçilmiş OECD Ülkelerinde Cari Sağlık Harcamaların GSYH'ye Oranı (%) (2016)……...61
Şekil 13 Toplam Sağlık Harcamasının GSYH İçindeki Payı (%)…….. 62
Şekil 14 Sağlık Harcamalarının Kamu/Özel Dağılımı……62
Şekil 15 Sağlık Bakanlığı Harcamalarının Genel Bütçe İçindeki Payı (2003- 2018).63

KISALTMALAR

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

ADF : Augmented Dickey-Fuller Test (GenişletilmişBirim Kök Testi)

BAĞ-KUR : Bağımsız Çalışanlar Kurumu

BUMKO : Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü

C. : Cilt

DPT : Devlet Planlama Teşkilatı

GSMH : Gayri Safi Milli Hasıla

GSS : Genel Sağlık Sigortası

GSYH : Gayri Safi Yurtiçi Hasıla

İGE : İnsani Gelişme Endeksi

MG : Milli Gelir

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

RG : Resmi gazete

s. : Sayfa

S. : Sayı

SDP : Sağlıkta Dönüşüm Programı

SSK : Sosyal Sigortalar Kurumu

TBMM : Türkiye Büyük millet Meclisi

T.C. : Türkiye Cumhuriyeti

TL : Türk Lirası

TUİK : Türkiye İstatistik Kurumu

vd. : ve diğerleri

WHO : World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

GİRİŞ

Sağlık, kişiler ve toplumlar için temel ve vazgeçilmez bir ihtiyaçtır. Toplumların sağlık ihtiyaçlarını farklı bir hizmet ile gidermekse mümkün değildir. Sağlığın tanımı, insanların ruhsal, sosyal ve bedenen tam bir iyilik halinde olması olarak ifade edilmektedir. Bu iyilik durumunu sağlayan ve sürdüren eylemler bütünüyse sağlık hizmetlerini oluşturmaktadır. Bu eylemlerin sürdürülebilir olması ise sağlık harcamaları ve sağlık harcamalarının finansmanı ile mümkün olabilmektedir.

Ülkeler sağlık hizmetlerine kaynak ayırmak, toplumlarının sağlığını korumak ve geliştirmek zorundadır. Çünkü ülkelerin gelişmesini sağlayacak olanlar ancak toplum içindeki sağlıklı bireylerden oluşabilir. Kendisini iyi hisseden birey pozitif dışsallık göstererek çevresine de fayda sağlar. Sağlıklı olmak bireyin kendisini her anlamda iyi hissetmesidir. Ülkelerin kalkınma göstergelerinden biri olan insani gelişim endeksinin baz aldığı fırsatlardan biri sağlıktır. Yani günümüzde ülkelerin dünya sahnesinde boy gösterebilmeleri için sağlığı geliştirmeleri gereklidir. Ayrıca sağlık hakkı vazgeçilemez, devredilemez temel insan hakkı özelliğindedir. Dolayısıyla ülkelerin kamu sağlık harcamalarına yeteri kadar kaynak ayırması zorunlu bir hale gelmektedir. Özel sektörün sağlık harcamalarındaki birincil amacı topluma fayda sağlamak yerine kar maksimizasyonuyken kamu sağlık harcamalarının birincil amacı toplumun sağlığını kar amacı gütmeden geliştirmektir. Bu durum kamu sağlık harcamalarının finansmanını ve sürdürülebilir olmasını zorlaştırmaktadır. Bu çalışmanın amacı da 1980 sonrası dönemde Türkiye'de kamu sağlık harcamalarının belirleyicilerini tespit etmek suretiyle literatüre katkı sağlamaktır.

Çalışma yöntem olarak literatür taramasından ve Granger nedensellik analizinden oluşmaktadır. Araştırmada tespit edilen bulgular literatürle ilişkilendirilerek açıklanmış olup üç ana bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölüm “Sağlık Hizmetleri ve Kavramsal Çerçeve” başlığı altında beş kısımdan oluşmaktadır. Bu kısımlarda sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması, özellikleri ve finansmanı ile sağlık harcamalarının sosyal ve ekonomik belirleyicileri teorik olarak açıklanmıştır. Kamu sağlık harcamalarının finansmanının ve sürdürülebilirliğinin, sağlık hizmetlerinin yapısı ve özellikleri itibariyle zorluğunun kavranabilmesi için bu bölüm önem arz etmekte ve çalışmanın olmazsa olmazıdır. Sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisi, kar amacı olmaması eşitlik ve hakkaniyet çerçevesinde ekonomik durumu olmayanlara da hizmet sunulması bu zorluğun nedenlerinden sadece bir kaçıdır. Öte yandan koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmeti kavramlarının ve bu kavramlar arasındaki farklılıkların farkında olmak, kamu sağlık harcamalarının daha iyi anlaşılmasını destekleyecektir.

İkinci bölüm “Türkiye’de Sağlık Alanında Yaşanan Gelişmeler ve Kamu Sağlık Harcamaları” başlığı altında dört kısımdan oluşmaktadır. Bu kısımlarda Türkiye’de kamu sağlık harcamaları ve sağlık alanında yaşanan gelişmeler kronolojik sıra takip edilmek suretiyle incelenmiştir. Kronolojik sıralama, planlı kalkınma öncesi dönem (1923-1963), planlı kalkınma dönemi (1963-1980), neo-liberal dönem (1980-2003) ve sağlıkta dönüşüm programı (2003 ve sonrası) olarak dört ayrı kısımdan oluşmaktadır. Tez çalışmasının bu bölümü, kamu sağlık harcamalarında yaşanan artış veya azalışların nedenlerini tarihsel süreçte kavrayabilmek için önemlidir. 1940’lı yıllarda sağlık harcamalarının azalmasını yorumlayabilmek için İkinci Dünya Savaşı’nın etkilerinin görüldüğünü ve o dönem için mevcut mütevazı kaynakların savunma harcamalarına aktığını bilmek veya 1980’li yıllarda piyasa ekonomisinin etkisiyle özel sağlık harcamalarına teşvik verildiğini anlamak gerekir. Bu yüzden çalışmanın amacına uygun olarak bu bölüm oluşturulmuş ve sağlık alanında yaşanan gelişmeler hakkında bilgi verilmesi gerçekleştirilmiştir.

Üçüncü bölüm ise “Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamalarında Sosyoekonomik Belirleyicilerin Analizi” ana başlığı altında üç kısımdan oluşmaktadır. Bu kısımlarda hipotez, veri tasarımı, kullanılan yöntem ve konuyla ilgili literatür aktarılmış; bulguların raporlanması gerçekleştirilmiş ve tartışma kısmında elde edilen bulgularla

ulusal ve uluslararası literatür karşılaştırılmıştır. Bulgular kısmı dört aşamadan oluşmaktadır; ilk iki aşamada ADF birim kök testi vasıtasıyla ekonomik ve sosyal belirleyicileri oluşturan değişkenlerin durağanlıkları sınanmış, üçüncü ve dördüncü aşamalardaysa Granger nedensellik analizleri gerçekleştirilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. SAĞLIK HİZMETLERİ VE KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Sağlıklı bireyler yetiştirmek ve geleceğe sağlıklı nesiller bırakmak toplumların ortak hedefleri arasında yer almaktadır. Bu hedefler doğrultusunda gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sağlığın yenilenmesi ve geliştirilmesi için çaba gösterilirken az gelişmiş ülkelerde ağırlıklı olarak temel sağlık sorunlarını çözmek için gayret gösterilmektedir (Atlı ve Yücel, 2018: 47). Sağlığın yenilenmesi ve temel sağlık sorunlarının çözümüyse yapılan sağlık harcamalarının kalitesi ile doğru orantılıdır.

1.1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

05.01.1961 tarih ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'un 2. Maddesinde sağlık hizmetleri "*insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (Rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler"* olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin dengeli ve adaletli bir şekilde sunumunu sağlamaksa ülkelerin odaklandıkları temel sorunlar arasında yer almaktadır. Ülkede yaşayanların bir bölümü sağlık hizmetlerinden en üst düzeyde faydalanırken bir bölümünün temel sağlık hizmetlerine dahi ulaşamaması ise ülkelerin geleceğini tehdit etmektedir (Atlı ve Yücel, 2018: 48). Sağlık hizmetleri sunum amaçları bakımından, klasik olarak üç sınıfa ayrılmaktadır. Bunlar;

- Koruyucu sağlık hizmetleri,
- Tedavi edici sağlık hizmetleri,
- Rehabilite edici sağlık hizmetleri.

1.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri kişilerin mevcut sağlık durumlarını korumak için gösterilen eylemlerin tümüdür. Kişiye ve çevreye yönelik olmak üzere iki ayrı koruyucu sağlık hizmet sunumu mevcuttur. Hastalık oluşumu öncesinde önlem alınması ana amacı oluşturmaktadır. Bu yönden bakıldığında dışsal faydası en yüksek olan sağlık hizmeti olma özelliği göstermektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda ve hizmet sunumunda başarı sağlanmasında en önemli etken eğitimdir. Hastalıklara ve çevreye karşı farkındalık oluşturulduğunda alınan tedbirlerle birlikte birçok hastalığın önüne geçilmektedir. Bağışıklama, ilaçla koruma, erken tanı, beslenme, aile planlaması ve sağlık eğitimi kişisel sağlık hizmetleri içerisinde yer alan uygulamalara örnek verilebilir (Mollahaliloğlu, 2005: 5). Genel olarak koruyucu sağlık hizmetleri üç düzeyde incelenmektedir (Hayran, 1998: 17):

- **Primer Koruma:** Kişisel veya toplumsal olarak sağlığı korumak ve geliştirmek için sunulan hizmetler bütünüdür. Bu kapsamda; bağışıklama, dengeli beslenme, çevreyi temiz ve güvenli hale getirme gibi hizmetler; primer korumaya yönelik gerçekleştirilen uygulamalar içerisinde yer almaktadır. Primer koruma kapsamında gerçekleştirilen hizmetler aynı zamanda korucu sağlık hizmetlerinin de ilk düzeyini oluşturmaktadır. Diğer bir deyişle hastalık hali henüz oluşmadan sunulması gereken hizmetlerdir.
- **Sekonder Koruma:** Hastalık halinin oluşmaya başlama olasılığı karşısında erken tanı ve tedavi hizmetlerinin sunulması, sekonder korumayı oluşturmaktadır.
- **Tersiyer Koruma:** Sağlığın bozulmasına bağlı olarak oluşacak sakatlık gibi durumların en aza indirgenmesi ya da yeni duruma uyum sağlanması için önlemler alınmasını ifade etmektedir. Bu özelliğiyle aynı zamanda rehabilite edici sağlık hizmetlerinin uygulama alanına da girmektedir.

Sağlık harcamalarının kaliteli ve verimli şekilde gerçekleştirilebilmesi için koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi zorunluluk arz etmektedir. Hastalığın daha nüksetmeden önlenmesi, kümülatif olarak tedavi maliyetlerini de oldukça düşürmektedir. Böylelikle ülkelerin sağlık harcamalarına ayırdıkları bütçenin daha verimli kullanılması sağlanmaktadır. Bulaşıcı bir hastalığın önlenemeyip birçok kişiyi etkilemesi ve bunun sonunda oluşacak tedavi maliyetleri, etkin koruyucu sağlık hizmeti sunumumun sağlanamaması durumuna örnek verilebilir.

Resmi Gazete'de 15/5/1987 tarih ve 19461 sayıyla yayınlanan "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" nda; "*Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmek suretiyle kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesinde kaynak israfı ve atıl kapasiteye yol açılmaksızın gerektiğinde hizmet satın alınarak kaliteli hizmet arzı ve verimliliği esas alınır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ilgili Bakanlığın muvafakatını alarak, kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarına koruyucu sağlık hizmeti görevi verir ve bu kurum ve kuruluşların bütün sağlık hizmetlerini denetler."* şeklinde ifade edilmiş olup ilgili kanun maddesi aynı zamanda Türkiye'de koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önemi oldukça net şekilde ortaya koymaktadır.

a. Kişiye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kişiye yönelik sağlık hizmetleri; kişileri ve dolayısıyla toplumu hastalıklardan korumayı, hastalıklara karşı direnç kazandırmayı, bireylerin hastalanması durumunda en erken dönemde teşhis koymayı ve tedavinin en az yıkımla veya yıkımsız şekilde gerçekleştirilmesini amaçlayan hizmetler bütünüdür. Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden bazılarıysa şunlardır (Tengilimoğlu, Akbolat, ve Işık, 2015: 82):

- Aşılama,
- İlaçla koruma,
- Ana ve çocuk sağlığı,
- Sağlık eğitimi,
- Kişisel hijyen,

- Beslenmenin iyileştirilmesi,
- Erken tanı,
- Uygun Tedavi.

b. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Çevreye yönelik sağlık hizmetleri kişinin çevresinde bulunan ve sağlığının kötüye gitmesine neden olan her türlü kimyasal, fiziksel, biyolojik ve sosyal etkenlerin azaltılmasına veya yok edilmesine yönelik gerçekleştirilen girişimlerin tümünü kapsamaktadır. Çevreye yönelik sağlık hizmetleri aynı zamanda direkt olarak kişilerin ve toplumun sağlığını etkilemesinden dolayı sağlıklı bir çevre oluşturmayı mecbur kılan hizmetlerdir. Bu hizmetlerden bazılarıysa şunlardır (Tengilimoğlu vd., 2015: 79):

- Atık kontrolü,
- Besinlerin hijyeni,
- Barınak hijyeni,
- Hava ve gürültü kirliliği önlemi.

Çevreye yönelik sağlık hizmetleri mühendis, kimyager, doktor, veteriner gibi çevreye yönelik yararı olabilecek alanında uzman kişiler tarafından yürütülmektedir. Dolayısıyla sadece sağlık işgücü tarafından ifa edilen hizmetler bütünü sınırlamasına tabi değildir.

1.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, ilk müdahaleler de dâhil olmak üzere tüm poliklinik ve yatan hasta tedavi hizmetlerini, bu tedavilere bağlı olarak hastanın aldığı ilaç ve tıbbi malzemeleri kapsamaktadır (Kurtulmuş, 1998: 84). Tedavi edici sağlık hizmetleri, kişinin hastalığının ortaya çıkışıyla birlikte başlayıp hastalığın sona ermesine kadar devam etmektedir (Tengilimoğlu vd, 2015: 82). Kısa (2002: 12) tedavi edici sağlık hizmetlerinin kişilere yönelik gerçekleştirildiğini, hizmet sunucusu konumundaki görev alanlarının, hekimler ve yardımcı sağlık

personellerinden oluştuğunu ifade ederken, bu hizmetlerin de kendi arasında ayrıma tabi olduğunun altını çizmektedir. Buna göre tedavi edici sağlık hizmetler:

- Ayakta tedavi,
- yatarak tedavi,
- muayene,
- tıbbi görüntüleme,
- laboratuvar,
- teşhis, ilaç,
- tedavi,
- ameliyat gibi hizmetlerden oluşmaktadır.

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunumuna kurumlar bazında bakıldığında birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak kademelere ayrıldığı görülmektedir. Kademeler arasında oluşan sevk zincirine önem verildiği ve aksatılmadığı takdirde sağlık kurumlarındaki yığılmalar da ortadan kalkmaktadır. Buna ek olarak sevk zinciri, sağlık hizmetlerinin kaliteli ve etkili şekilde gerçekleştirilmesi için de son derece önemlidir (Somunoğlu, 2012: 12).

a. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge'nin 4. maddesine göre "*hastaların evde ve ayakta tedavileridir. Bu hizmetler esas olarak yataksız sağlık kuruluşlarında ve koruyucu hizmetlerle bir arada verilir*." Muayene, teşhis ve tedavinin ayakta gerçekleştirildiği birinci basamak sağlık hizmetleri tek bir yerde ifa edilmek zorunda olmayıp, aile sağlığı merkezlerinden özel muayenehanelere, polikliniklerden hastanın bizzat kendi evine kadar geniş bir yelpazede gerçekleştirilebilmektedir (Somunoğlu, 2012: 12). Coşkun (2017: 34), uygulama alanı son derece geniş olan birinci basamak sağlık hizmet sunucusu kurumlarıysa şu şekilde sıralamıştır:

- 112 acil sağlık hizmeti birimi,
- Sağlık Bakanlığına bağlı birinci basamak sağlık kuruluşları,

- İş yeri hekimlikleri,
- Ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan özel sağlık kuruluşları,
- Ayakta teşhis ve tedavi sunan özel poliklinikler,
- Üniversitelerin mediko-sosyal birimleri,
- Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri,
- Belediyelere ait poliklinikler.

b. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

İkinci basamak sağlık hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında tedavi edilemeyen ya da hastanın durumunun acil oluşu sebebiyle öncelikli konuma erişerek doğrudan hastaneye ulaşılması zorunluluğunu doğuran durumlar için, yataklı sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilen hizmetler bütününü ifade etmektedir (Somunoğlu, 2012: 12). Coşkun (2017: 35), ikinci basamak sağlık hizmet sunucusu kurumlarıysa şu şekilde sıralamıştır:

- Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri,
- Kamu kurumlarına ait tıp merkezleri, ilçe devlet hastaneleri,
- Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri,
- Türk Silahlı Kuvvetlerinin eğitim ve araştırma hastanesi olmayan hastaneleri,
- Kamu kurumlarına ait tıp merkezleri,
- "Özel Hastaneler Yönetmeliği" ne göre ruhsat almış özel hastaneler,
- Özel tıp merkezleri,
- Özel dal hastaneleri.

c. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, ileri düzeyde teknolojinin kullanıldığı ve çok çeşitli düzeyde ihtisas alanlarına sahip olan personelin bulunduğu sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilen sağlık hizmetlerini kapsamaktadır (Somunoğlu, 2012:

13). Coşkun (2017: 35) üçüncü basamak sağlık hizmet sunucusu kurumlarıysa şu şekilde sıralamıştır:

- Üniversite hastaneleri ile bu hastanelere bağlı sağlık uygulama ve araştırma merkezleri,
- Eğitim ve araştırma hastaneleri ve özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri,
- Enstitüler ve semt poliklinikleri,
- Üniversitelerin diş hekimliği fakülteleri,
- Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı tıp fakültesi ile eğitim ve araştırma hastaneleri.

1.1.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalıkların önlenmesi ve tedavi edilmesi, toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi için yeterli olamamaktadır. Sağlığın tanımı yapılırken vurgulanan tam bir iyilik halinde olma durumu, hastalıkların oluşturduğu kısıtlıkların da giderilmesini içermektedir. Söz konusu kısıtlılıkların giderilmesi ise rehabilitasyon hizmetleri ile mümkün olmaktadır (Atlı ve Yücel, 2018: 52). Formel bir tanımlama yapmak gerekirse kişinin hastalık ve kaza gibi nedenlerle zihinsel veya bedensel becerilerinde hayatını idame ettiremeyecek duruma geldiğinde, kaybettiği becerileri tekrar kazandırmayı amaçlayan çabalara rehabilite edici sağlık hizmetleri adı verilmektedir (Tengilimoğlu vd., 2015). Altay (2007: 33-34) rehabilite edici sağlık hizmetlerini, kişinin psikolojik veya fiziksel olarak yoksun kaldıkları iş görebilme gücünün tekrar kazandırılıp topluma uyum sağlamasına yönelik hizmetler olarak tanımlamaktadır. Bir diğer tanıma göreyse kişilerin herhangi bir nedenden dolayı herhangi bir organının işlevi kaybolduğunda veya azaldığında (engellilik durumu), günlük yaşamlarında bir aksaklık olmaması için verilen hizmetlerdir. Fizik tedavi uygulamaları, ortez-protez takılmak suretiyle tedavi gibi hizmetler rehabilite edici hizmetler kapsamına girmektedir (Akdur R., 2006: 14).

Rehabilitasyon hizmetlerinin ana amacı, kişilerin kısıtlılık durumlarının ortadan kaldırılması, tekerlekli sandalye, protez, işitme cihazı gibi fiziksel engellerin,

fizik tedavi yöntemleri ile güçlendirilerek yok edilmesi, kişilerin sosyal ve ekonomik yönden kimseye bağımlı olmadan yaşama döndürülmesidir (Altındiş, 2013: 2-8). Rehabilitasyon hizmetleri iki alt başlıkta incelenebilmektedir Akdur (1999: 5-6):

- **Tıbbi rehabilitasyon:** Fizik tedavi yöntemleri ile kişinin fiziksel engellerinin güçlendirilmesi veya ortadan kaldırılması hizmetlerini kapsamaktadır.
- **Sosyal rehabilitasyon:** Kişinin engellilik durumundan dolayı başkalarına muhtaç kalmaması için verilen iş bulma, bilgilendirme, eğitim ve işe uyum gibi hizmetleri kapsamaktadır.

1.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ

Sağlık, insanın yaşamını devam ettirebilmesi için vazgeçilemez olan en temel insan hakkıdır. Hiçbir ayrım gözetilmeksizin doğuştan kazanılan bu hak, DSÖ'nün anayasasında da yer almıştır (Pala, 2007: 3). Dolayısıyla sağlık hizmetleri de ayrım gözetilmeksizin sunulması gereken ve asla vazgeçilemeyen hizmet olma özelliğine sahiptir. Sağlık hizmetleri birçok yönden diğer hizmetlerden farklıdır. Örneğin diğer ürün veya hizmetler gibi kendi aralarında değiştirilmesi söz konusu değildir. Sağlık doğuştan kazanılan ilahi bir haktır. Diğer ürün veya hizmetler çoğu işletmeler tarafından üretilirken sağlığın kişilerin kendileri tarafından üretilmesi gibi özellikleri mevcuttur (Atlı ve Yücel, 2018: 47). Genelde mal veya hizmetlerin kimin tarafından üretildiği çok önemli değilken sağlık hizmetinin kimin tarafından üretildiği son derece önemlidir. Hastalar tanımadığı veya duymadığı bir hekimden tedavi hizmeti almak yerine daha önce duyduğu veya tedavi olduğu hekimden hizmet almayı tercih etmektedir (Cengiz, 2013: 963). Sağlık hizmetleri bu özelliğinden dolayı da diğer hizmetlerden ayrılmaktadır.

Hizmetlerin genel özelliklerine ek olarak sağlık hizmetlerinin birçok farklı özelliği daha vardır. Bu özellikler sağlık harcamalarının planlanmasını zorlaştırmaktadır. Sağlık hizmetlerinin özelliklerini altı başlıkta toplamak mümkündür:

a. Bilgi asimetrisi ve tüketici bilinçsizliği,
b. Talebin düzensiz ve belirsiz oluşu,
c. Dışsallıklar,
d. Eşitlik ve hakkaniyet,
e. İkamesinin olmaması,
f. Yarı kamusal mal/hizmet olma özelliği.

1.2.1. Bilgi Asimetrisi ve Tüketici Bilinçsizliği

Piyasa mekanizmasının iktisadi olarak iyi işlediği durumlarda, hem üreticinin hem de tüketicinin tam bilgi sahibi olduğu varsayılır. Ancak bazı durumlarda taraflardan birinin diğerine göre daha fazla bilgiye sahip olması asimetrik bilgiyi ortaya çıkarmaktadır. Sağlık hizmetlerinde de bilgiyi talep eden (hasta) ile bilgiyi sunan (doktor) arasında bilgi düzeyleri açısından farkın yüksek olması, hastanın kendi başına karar almasını zorlaştırmaktadır (Manavkat, 2018: 47). Hizmeti sunan ve alan taraflar arasında bilgi yönünden bir simetri bulunmaması durumunda bilgi asimetrisi oluşmaktadır. Sağlık hizmetlerinde de tedavinin kapsamını, zamanını, boyutunu hizmet alan yerine hekimin belirlemesi zorunluluğu mevcuttur. Bu durumsa bilgi asimetrisi ve tüketici bilinçsizliği özelliğinin sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran en önemli özellikler içinde yer almasına yol açmaktadır (Pala, 2007: 15). Örneğin bir kalp hastalığında uygulanacak tedavi büyük oranda hekimin belirlediği ölçüde olacaktır. Diğer hizmetlerde görülenin aksine burada hekim tedavinin maliyetinden çok hastayı iyileştirme kaygısı taşıyacaktır.

Bilgi asimetrisi; hastanın alacağı ilaç, kullanma sıklığı, hastanede yatış süresi gibi konularda alınacak kararların hekim tarafından verilmesine neden olmaktadır. Hastanın tercihlerinde bir öncelik bulunmamaktadır. Hekime göre daha az bilgiye sahip olan hasta, verilen kararların doğruluğunu değerlendirememekte ve pazarlık yapamamaktadır (Manavkat, 2018: 48). Dolayısıyla bilgi asimetrisinin olması, hastanın aleyhine işleyen bir durumdur. Daha fazla bilgiye sahip olan hekim hastayı istediği gibi yönlendirebilmektedir. Burada önemli nokta yetersiz veya yanlış sağlık hizmeti sunulduğu durumlarda hastanın ne yapabileceğidir (Atabey, 2016: 19).

Sağlık harcaması açısından bakıldığında bilgi asimetrisi ve tüketici bilinçsizliği, ekonomik anlamda görevi kötüye kullanmaya olanak verebilmektedir. Bu durum sağlık harcamalarının hakkaniyetsiz dağılmasına veya gereğinden fazla yapılmasına neden olabilmektedir.

1.2.2. Talebin Düzensiz ve Belirsiz Olması

Birçok alanda belirsizlik olgusu geçerli olmasına rağmen konu sağlık olunca bu konu daha da önemli hale gelmektedir. Sağlıkta belirsizliğin temel nedeni tam bilginin olmamasıdır. Birey veya toplum ne zaman, ne boyutta, ne kadar sağlık sorunu yaşayacağıyla ilgili önceden bilgi sahibi değildir. Bu durum da talebin düzensiz ve belirsiz olmasına yol açmaktadır (Çalışkan, 2008: 40-41). Sağlık hizmetlerine olan talep genellikle tesadüfi şekilde ortaya çıkmakta olup, sağlıklı bir kişinin kaza geçirmesi veya bulaşıcı bir hastalık sonucu birçok kişinin hastalanması bu duruma örnek olarak gösterilebilir. Sağlık hizmetlerine olan talep çoğu durumda istikrarsız, önceden belirlenemez ve düzensizdir. Bu belirsizlik içerisinde sağlık hizmetlerine kaynak ayırmak hem bireyler hem de ülkeler için zorlu hale gelmektedir. Sağlık sigortacılığı sisteminin oluşturulmasında en büyük etken de talebin önceden tahmin edilemez olmasıdır. Ülkeler sağlık sigortacılığı sistemi sayesinde belirsiz olan maliyetlerinin karşılanmasını güvence altına almaktadırlar (Manavkat, 2018: 49).

Planlanan sağlık harcamalarının, sağlık hizmetlerine olan talebin belirsiz ve tesadüfi olmasından dolayı yetersiz oluşu oldukça olası bir durumdur. Örneğin toplumun tümünü etkileyen bir salgın veya bulaşıcı hastalık planların oldukça ötesinde bir maliyete yol açabilir. Üstelik böyle bir durumun ne zaman, ne şiddetle, ne kadar ortaya çıkacağı da önceden bilinememektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin bu özelliği sağlık harcamalarının kalitesini de etkileyen son derece önemli temel faktörler arasında yer almaktadır.

1.2.3. Dışsallık

Ünsal (2012: 53) dışsallığı "*bir malın veya tüketimin üçüncü taraflara fayda sağlaması veya maliyet yüklemesidir*" şeklinde ifade etmiştir. Sağlık hizmetlerinin sahip olduğu toplumsal özelliklerinden dolayı dışsallık etkileri fazladır. Çünkü sağlık hizmetleri kendisinden faydalananın dışında toplumdaki diğer bireylere de fayda sağlamaktadır. Örneğin bulaşıcı bir hastalığın önlenmesi sadece tedavi edilen hasta kişiye değil, hasta olan kişinin bulaştırma riski olan bireylere de fayda sağlamış olacaktır. Tersi durumda ise hasta olan sadece enfekte olan birey olmayacak, diğer kişilere de hastalığını bulaştıracaktır (Çelik, 2013: 53).

Bireyler aldıkları sağlık hizmeti için bir maliyete katlanmaktadırlar. Bu maliyetin sonucunda kendileri fayda sağlamaktadır. maliyetlerin yüksek gibi görüldüğü durumalarda fayda-maliyet analizi yapmak çok kolay olmamaktadır. Çünkü birey sağladığı faydanın sonucunda çevresine de fayda sağlayacaktır (Sayım, 2015: 3-10). Ülkeler hastalıklarla mücadele kapsamında belirli kurallar koyarlar. Bu kurallar hastalıkları önlerken aynı zamanda topluma da fayda sağlamış olur (Mutlu ve Işık, 2012: 50). Sağlık harcamalarında da sağlık hizmetlerinin dışsallık özelliği oldukça etkili olmaktadır. Çünkü harcamaların kısıtlanması veya arttırılmasından sadece tek bir kişi veya grup değil, toplumun tamamı veya en azından büyük bölümü bu durumdan etkilenmektedir. Ülkeler bu durumun bilincinde hareket ederek sağlık hizmetlerinin sunumunu yeterince önemsemelidir.

1.2.4. Eşitlik ve Hakkaniyet

Sağlık hakkı doğuştan gelen bir haktır ve insanı insan yapan değerler arasındadır. Bunun için ekonomik gücü olan veya olmayan kişiler arasında sağlık hizmetlerine ulaşım ve faydalanmada eşitlik ve hakkaniyet ilkesinin gözetilmesi gerekmektedir (Manavkat, 2018: 53). Bu özelliğiyle sağlık hizmetleri diğer hizmetlerden keskin bir çizgi ile ayrılmaktadır. Bireylerin ihtiyaç duyduğu temel sağlık hizmetlerinin kar amacı gözetilmeden sunulması ve refah düzeyinin zaman içinde geliştirilmesiyse sosyal devletin yükümlülükleri arasındadır. Bu da sağlık

hizmetlerinde fırsat eşitliğinin sağlanması anlamını taşımaktadır (Çelikay ve Gümüş, 2009: 183).

Hakkaniyet ile eşitlik kavramları birbirinden ayrı anlamlar taşımaktadır. Hakkaniyet, matematiksel anlamda eşitlikten ziyade ahlaki ve etik olarak öne çıkan bir kavramdır. Sağlık hizmetlerinde hakkaniyetli olmak ise hiçbir koşula bakılmaksızın bireylerin asgari sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasını ifade etmektedir (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008: 148). Sağlık hizmetlerinin bu özelliğinden dolayı ülkeler, sınırları içerisindeki en ücra köşelere bile sağlık hizmetini götürmek ve sağlık harcaması yapmak zorundadır. Bu yönden de sağlık harcamalarının planlaması güçleşmektedir.

1.2.5. İkamesinin Olmaması

Bir ürün veya hizmetin fiyatı arttığında tüketiciler doğal olarak farklı ürünlere veya sektörlere yönelecektir. Örneğin pirincin fiyatı yükseldiğinde tüketici alternatif olarak bulgur satın alabilir. Fakat sağlık hizmetlerinin böyle bir özelliği yoktur. Hastalar hekimin önerdiği tedaviyi uygulamak zorundadır. (Tengilimoğlu vd., 2015: 75). İkame edilememe özelliği sağlık hizmetlerinin en önemli özelliklerinden biridir. Diğer mal veya hizmetlerde, bireyler bulamadıkları veya istemedikleri hizmetlerin yerine farklı bir hizmet tercih edebilirken sağlık hizmetlerinde çoğu zaman bu mümkün olamamaktadır. Örneğin kişi, istediği marka ve model telefonu bulamadığında yerine başka bir marka veya model alabilir ama sağlık hizmetlerinde kalp ameliyatı olmanız gerekirken burun ameliyatı tercihi yapılamaz (Tıraş, 2018: 43). Bir hizmetin çok maliyetli olması, yerine başka bir hizmetin tercih edilmesini gerektirebilir. Fakat sağlık hizmetlerinde durum böyle olamamaktadır. Maliyet ne kadar yüksek olursa olsun toplumun, sağlığından yoksun kalmaması için sağlık harcamalarından kısıntıya gidilmemesi gerekir.

1.2.6. Yarı Kamusal Olma Özelliği

İç güvenlik hizmetleri, ulusal savunma hizmetleri, diplomasi gibi hizmetler; devlet tarafından üretilen, fiyatlanamayan, bölünemeyen, karşılığını vermeyenlerin dışlanamadıkları hizmetler olması bakımından tam kamusal mal olma özelliğini taşımaktadır. Sağlık ve eğitim gibi hizmetlerin üretimi sadece devlet tarafından yapılmamakta olup aynı zamanda diğer kurum ya da şirketlerin de hizmet verebildiği, karşılığını ödemeyenlerin hizmet alma hakkının engellenebildiği, fiyatlanabilen hizmetler olması bakımından yarı kamusal mal olma özelliği taşımaktadırlar (Sayım, 2015: 7).

Devletler; sağlık sigortası uygulamaları, doğrudan finansal yardım veya sağlık hizmetinin doğrudan sunumu yoluyla yoksul bireylere, çalışamayacak durumda olanlara veya herhangi bir nedenden dolayı muhtaç konuma düşen kimselere yardım etmektedir (Mutlu ve Işık, 2012: 53-54).

Tüketimde rakip olmaması, aynı zamanda o mal veya hizmetin mutlak surette üretilmesi gerekliliği durumu her zaman birlikte ortaya çıkmayabilir. Özellikle sağlık hizmetlerinin bir kısmı bireyselken bir kısmı kamusal niteliktedir. Örneğin halk sağlığı, çevre sağlığı, aşılama gibi hizmetler dışsallık gösterdiğinden kamusal özellik taşımaktadır. Aynı zamanda bu hizmetler, üretiminden vazgeçilemeyen ve rakip kabul edilemeyen hizmetlerdir (Manavkat, 2018: 43). Devletlerin bu davranışları da sağlık hizmetlerinin yarı kamusal olduğunu göstermektedir. Sağlık hizmetlerini sağlayacak kurumlar devletin belirlediği temel bilgi ve tecrübeleri taşımak zorundadırlar. İsteyen her kurumun gelişigüzel şekilde sağlık hizmeti sunamayacağı nettir (Yaprak, 2018: 8).

1.3. SAĞLIK FİNANSMANI

Sağlık hizmetleri finansmanı, hizmet sunumunda oluşacak maliyetleri karşılamak için gerekli olan maddi kaynaklara ulaşma olarak tanımlanabilir. Sağlık hizmetleri finansmanının amacı ise beklenmedik bir hastalıkla karşılaşıldığında hizmetin oluşturduğu mali yükten korunmaktır. Sağlık harcamalarının yeterince yapılabilmesi için kaynakların nereden, ne kadar ve nasıl finanse edileceği önemli bir konudur. Geniş kapsamlı bir kavram olan sağlık finansmanı, genel olarak sağlık hizmetlerinin finansal kaynaklarının kullanılması ve harekete geçirilmesi anlamını taşımaktadır. Bunu yaparken temel amaçlar; sürdürülebilir olmak, kaynakları verimli kullanmak ve kaynak dağıtımında adaletli davranmaktır (İstanbulluoğlu vd., 2010: 89).

1.3.1. Sağlık Finansman Kaynakları

Sağlık finansman kaynakları kamusal ve özel finansman olmak üzere iki ana grupta incelenmektedir. Kamu finansman kaynaklarında vergi ve prim gelirlerine dayalı olarak toplumun sağlık hizmetlerinden yararlanması amaçlanırken, özel finansmandaysa özel sağlık sigortaları, cepten ödemeler gibi yöntemlerle hastalanan bireyin hatalığın yol açtığı maliyetleri kendisinin karşılaması prensibinden hareket edilmektedir.

a. Kamu Finansman Kaynakları

Devletler, sundukları sağlık hizmetini finanse etmek için bir tür telafi sistemi işletmektedir. Bu sistemde çalışanları ve çalışanların yakınlarını gelecekte oluşabilecek risklere karşı korumak için kişilerin ödeme gücüne göre prim toplanarak bir havuz oluşturulmaktadır. Gelecekte ihtiyaç duyulması halinde bu havuzdan uygun görülen miktarda ödeme, havuzdan gerçekleştirilmektedir (Mutlu ve Işık, 2012: 300-301).

Kamu finansman sistemine örnek olarak Türkiye'deki "Genel Sağlık Sigortası" sistemi gösterilebilir. Türkiye'de 2012 yılından bu yana uygulanmakta

olan Genel Sağlık Sigortası (GSS)'nın ana hedefi tüm toplumu kapsayacak şekilde sürdürülebilir sağlık hizmeti sunmaktır. Eski sosyal güvenlik sisteminde çalışan kimseler sağlık hizmetlerinden yararlanırken GSS sisteminde işsizler, işgücü içerisinde yer almayanlar da zorunlu kamu sigortası kapsamına girmekte ve güvence altına alınmaktadır (Pekten, 2006: 120).

b. Özel Finansman Kaynakları

Özel finansman kaynakları içerisinde özel sigortalar ilk akla gelen uygulamalar arasında yer almaktadır. Bu finansman kaynağında sağlık hizmeti alımı sonrasında ödemeyi gerçekleştiren, özel sağlık sigorta kuruluşlarıdır. Kişileri ya da grupları, hastalık ya da sakatlık risklerine karşı güvence altına almaktadırlar. Bu yöntem farklı ülkelerde farklı amaçlarda kullanılabilmektedir. ABD'de özel sağlık sigortaları, çoğu kesim için temel sağlık finansmanı sağlama görevine sahiptir. Buna karşılık özel sağlık sigortaları Fransa ve Türkiye gibi ülkelerdeyse tamamlayıcı sağlık sigortası adı altında kamunun sunduğu sağlık güvencesi sisteminin yetersiz kaldığı durumlarda, tamamlayıcı nitelikli bir görev üstlenmektedir. Özel sağlık sigortaları; kamudan yararlanmak zorunda olan düşük gelirli bireylerin kamu kaynaklarından daha fazla yararlanabilmesini de sağlamaktadır (İstanbulluoğlu vd., 2010: 91).

Özel finansman kaynakları içerisinde bir diğer uygulamaysa cepten harcamalardır. Esasen bu harcama türü, en eski harcama türü olarak kabul edilebilir. Cepten ödeyerek finansman yöntemi, kişilerin aldıkları sağlık hizmetinin parasal karşılığını doğrudan kendi cebinden ödemesidir. Bu yöntem, ileride doğacak hastalık risklerine karşı koruma güvencesini ise tam anlamıyla sağlayamamaktadır (İstanbulluoğlu vd., 2010: 90).

1.3.2. Finansman Yöntemleri

Sağlık finansman yöntemleri, hizmet alımı sonrasında oluşan maliyetin karşılanma yöntemine göre doğrudan veya dolaylı olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Doğrudan finansman yönteminde sağlık hizmetini alanın doğrudan finansmanı gerçekleştirmesi söz konusuyken dolaylı finansman yönteminde devlet, sosyal veya özel sağlık sigortaları gibi aracılar vasıtasıyla oluşacak finansman maliyetinin karşılanması esas alınmaktadır.

a. Doğrudan Finansman Yöntemi

Sağlık hizmetlerinin finansmanında doğrudan finansman yöntemi, cepten harcamalarda olduğu gibi kişinin serbest piyasa koşullarında aldığı sağlık hizmetinin bedelini doğrudan kendisinin ödemesidir. Başka bir ifadeyle kişi, ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetinin bedelini hiçbir aracı olmaksızın doğrudan sağlık hizmet sunucusuna ödemektedir (Mutlu ve Işık, 2012: 288). Doğrudan finansman yöntemi genellikle sosyal güvence kapsamı dışında kalan hizmetler için veya sigortaların geçerli olduğu kurumlarda bekleme sürelerinin uzun olması durumunda sigorta dışındaki alanlarda tercih edilmektedir. Çoğunlukla özel sektörde (dişçiler, laboratuvarlar gibi) cepten ödeyerek doğrudan hizmet satın alınır (İstanbulluoğlu vd., 2010: 90).

Doğrudan finansman yöntemi sağlık hizmetlerine gösterilen talebi etkilemektedir. Kişi aldığı sağlık hizmetini kendi cebinden ödemek zorunda olduğu için bu durum kişinin sağlık hizmet talebini çoğu zaman azaltıcı etki yaratmaktadır. Doğrudan finansman yönteminin yaygın olarak kullanıldığı ülkelerde düşük gelir düzeyindeki bireyler, sağlık ihtiyaçlarını karşılayamama sorunu yaşamaktadır (Yıldırım, 1994: 43).

Ayrıca yüksek veya düşük gelirli fark etmeksizin sağlık hizmetlerinde ileri teknoloji gerektiren ameliyatlar, ilaçlar, organ nakli gibi işlemler yüksek maliyet oluşturduğundan doğrudan finansman yöntemi ile karşılanmayabilmektedirler. Sağlık hizmetleri talebinin belirsiz olma özelliğinden dolayı sağlık hizmetlerine ne zaman

veya ne şekilde ihtiyaç duyulacağı da belirlenememektedir. Bu yüzden bireylerin ekonomik olarak hazırlıksız yakalanması ihtimali çoğu zaman oldukça yüksektir. Doğrudan finansman yönteminin dezavantajları, farklı finansman yöntemlerinin ihtiyacını doğurmuştur. Dolayısıyla ülkelerin çoğu bu yöntemi tek başına kullanmamaktadır.

b. Dolaylı Finansman Yöntemi

Kamusal, yarı kamusal veya özel nitelikli olarak bazı kurumların aracılık ederek sağlık hizmeti sunumundan dolayı ortaya çıkan hizmet bedelinin tamamını veya bir kısmını ödemesine, dolaylı finansman yöntemi denilmektedir. Bu yöntemle kişilerin hastalık sonucu oluşacak maliyete tek başlarına maruz kalma riskleri de ortadan kaldırılmış olmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012: 292-293).

Dolaylı finansman yönteminde genellikle kişiler, aracı kuruma belirli aralıklarla ödeme yapmaktadırlar. Hastalık halinin oluşmasında ise ihtiyaç duyulan hizmetin maliyetinin tamamı veya bir bölümü, hastalanmadan önce hastalık riskine karşı koruma elde etme amacıyla bireyce ödeme yapılan aracı kurum tarafından karşılanmaktadır. Bu aracı kurum; kamu (vergilerle finansman), sosyal güvenlik kurumu veya özel sigortalar olabilmektedir (Ekici, 2013: 15).

Bireysel düzeyde bulunan ve önceden tahmin etmesi zor olan riskler, çok sayıda bireyin birleşip havuz sistemi oluşturmasıyla azaltılmaktadır. Buradaki amaç havuz sistemi ile belirsiz talep riskinin olası olumsuz etkisinin azaltılmasıdır. Ayrıca fonlarla havuz sistemi oluşturmak sağlık hizmet alımını garanti altına almak anlamına gelmektedir (İstanbulluoğlu vd., 2010: 91). Dolaylı finansman yöntemleri, risk azaltıcı özelliklerinden dolayı, ülkelerin olmazsa olmaz yöntemleri arasındadır. Böylelikle sağlık harcamalarının planlanması konusunda yaşanan güçlük en aza indirgenmiş olmaktadır.

1.3.3. Finansman Modelleri

Sağlık finansmanı, sağlık sistemlerinin ekonomik yönünü ifade etmektedir. Sağlık hizmetlerinin finanse edilip sürdürülebilirliğini sağlayabilmek için bir kaynağa ihtiyaç vardır. Buna göre sağlık sisteminin finansman boyutu, dört temel bileşenden oluşmaktadır (Uz, 1998: 91):

- Parasal kaynakların kimlerden toplanacağı,
- Fon ve kaynağın oluşturulma tekniği,
- Oluşturulan fon ve kaynağı tahsis etmek,
- Tahsisatta hangi ödeme yöntemlerinin kullanılacağını belirlemek.

Sağlık hizmetleri finansman modeli doğu bloğu ülkeleri dağılana kadar kendi içerisinde dörde ayrılmaktaysa da günümüzde bu ayrım üçe inmiştir. Bunlar:

- Serbest piyasa tipi model
- Bismarck modeli
- Beveridge modeli

Serbest piyasa tipi modelde kamu kesiminin sağlık finansmanına katılımı minimum düzeydedir. Buna karşılık hem Bismarck hem de Beveridge modellerinde sağlık hizmetlerinin finansmanı ağırlıklı olarak kamu kesimince karşılanmaktadır. Aralarındaki farksa kamu sosyal sigorta kurumu vasıtasıyla veya doğrudan merkezi bütçeden finansmanın gerçekleştirilmesiyle şekillenmektedir.

a. Serbest Piyasa Tipi Finansman Modeli

Bu sigorta modelinde kişiler oluşacak herhangi bir sağlık riskine karşı kendilerini özel sigorta kuruluşlarına sigortalatmaktadır. Bu finansman yöntemi cepten yapılan ödemelerde olduğu gibi birçok açıdan doğrudan başvurulmaması gereken bir sigorta türüdür. Ülkeden ülkeye kullanımı farklılık göstermektedir. ABD'de özel sigortalar, sağlığın temel finansman kaynağını oluştururken bazı ülkelerde (Almanya) kamu sistemine ek olarak tamamlayıcı sigorta olarak

kullanılmaktadır. Kamunun finanse etmediği sağlık hizmetlerinin finansmanını gerçekleştirmektedir (Tatar, 2011: 114). Dünya sağlık örgütüne göre özel sağlık sigortalarının 5 farklı rolü vardır: zorunlu, ikame edici, ilave edici, tamamlayıcı ve baskın. Örneğin İsviçre'de özel sağlık sigortası tüm ülke için zorunludur. ABD'de ise tüm çalışan bireylerin özel sigorta yaptırma zorunluluğu vardır ve özel sigortalar dışında herhangi bir sosyal sigorta modeli kullanılmamaktadır (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008: 142).

b. Bismarck Modeli

Sosyal sigorta modeli olarak da bilinen Bismarck Modeli kazanca dayalı sigorta prim ödemeleri sistemidir. İşveren ve çalışanların zorunlu katkı payı ödemesi ile finansman sağlanmakta olup aynı zamanda vergiye dayalı sigorta olarak da adlandırılmaktadır. Sosyal sigorta modelini kullanan ülkeler arasında Avusturya, Belçika, Fransa, Almanya, Lüksemburg ve Hollanda örnek olarak gösterilebilir. Bismarck Modeli ismini, bu modelin ilk defa uygulandığı Alman İmparatorluğun'da sistemi getiren Prusya Şansölyesi Otto von Bismarck'dan almıştır (Kulesher ve Forrestal, 2014: 128).

Bismarck modelinde sigorta devlet tarafından zorunlu kılınmakta ve genellikle kar amacı gütmeden satılmaktadır. Birçok durumda, işverenler ve çalışanlar sigorta şirketlerini bordro indirimi yoluyla finanse etmektedirler. Saf bir Bismarck Sistemi'nde sigortacılığa erişim, yalnızca emek durumuna dayanan bir hak olarak görülmektedir. Sistem tüm çalışan vatandaşları kapsamaya çalışmakta olup hastalar önceden var olan koşullar nedeniyle sigortadan dışlanamaktadır. Bakım özelleştirilirken, sabit prosedür fiyatlandırması yoluyla devlet tarafından standartlar belirlenmektedir. Bu durum, çoğu sigorta talebinin zorluk çekmeden geri ödenmesi ve düşük genel yönetim maliyeti yaratması anlamına da gelmektedir (Reinhard vd., 2017: 882-883).

c. Beveridge Modeli

Ulusal sağlık modeli olarak da bilinen Beveridge Modeli, ayırt etmeksizin herkesi genel sağlık hizmetleri kapsamında değerlendiren bir modeldir. Bu modelde sağlık hizmet maliyetleri, hükümet tarafından vatandaşlardan alınan genel vergi gelirleri ile finanse edilmektedir. Sağlık hizmet sunucuları ya devletin kendisine aittir ya da devlet tarafından kontrol edilmektedir. Ulusal sağlık modelini kullanan ülkeler arasında Danimarka, İrlanda, Yeni Zelanda ve Birleşik Krallık bulunmaktadır. Ulusal sağlık modeli, Churchill kabinesinde Sağlık Bakanı olan William Beveridge tarafından geliştirildiği için Beveridge ismini almıştır (Kulesher ve Forrestal, 2014: 127).

Bu sistemin altında yatan temel prensip, sağlık hizmetlerinin temel bir insan hakkı olduğu görüşüdür. Bu nedenle hükümet, tüm vatandaşları evrensel düzeyde kapsam içerisine almaktadır (Bewan vd., 2010: 252). Günümüzde İngiltere dışında Portekiz, Finlandiya, Danimarka, İspanya, Norveç, İsveç gibi ülkelerde de kullanılan ve vergilerle finanse edilen Beveridge Modeli'nde vatandaşlar, belirlenen katkı payları dışında sağlık hizmetlerine herhangi bir ücret ödememektedirler. Hekimler ise sundukları hizmet karşılığında kişi başına ödeme ya da maaş almaktadırlar (Tatar, 2011: 110-111).

1.4. SAĞLIK HARCAMALARININ SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ

Sosyal ve kültürel değişiklikler hayatın her alanında algıyı değiştirdiği gibi sağlığa bakış açısını, anlayış biçimini ve talepleri de etkilemektedir. Eskiden otomobil kullanmak lüks sayılırken şuan hayatımızda sıradan bir durum olarak karşılanıyorsa sağlıkta da bazı hizmet alımları aynı şekilde değişebilmektedir. Ayrıca eğitim seviyesinin yükselmesi sağlıklı yaşam bilincini de yükseltmekte ve bireyin harcamalarında sağlığa ayırdığı payı arttırmaktadır. Sonuçta artan sağlık harcamaları daha fazla sağlık hizmeti getirecek ve kişinin sağlık durumunu arttıracaktır. Toplum bazında değerlendirildiğinde bu artış sosyal refah düzeyini arttırıcı etki göstermektedir (Yardımcıoğlu, 2013: 51).

1.4.1.1.Nüfus ve Demografik Yapı

Nüfus artış hızı ile ekonomik kalkınma arasındaki ilişkiyi incelemek için hem dünya nüfusunun hem de ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile nüfus artış hızlarının incelenmesi gerekmektedir. Ekonomik kalkınma ile nüfus yoğunluğu arasında doğrudan bir bağ olduğu söylenememektedir. Nüfus yoğunluğundan kaynaklanan ihtiyacı karşılayamayan gelişmekte olan ülkeler için nüfus artış hızı ekonomik dengesizliği arttırmaktayken bu yoğunluğa hazırlıklı olan gelişmiş ülkelerde durum aynı olmayabilmektedir (Murat, 2006: 28).

Kuruca (1972: 307), nüfus kavramının milli ekonominin başlıca unsurları arasında yer aldığını, milli gelir artış hızının nüfus miktarı alınmadan bir anlam ifade etmeyeceğini ve milli refah seviyesinin ancak nüfus miktarı ile ölçülebileceğini ifade etmiştir. Nüfus miktarındaki değişmeler veya dengenin sağlanması ölüm, doğum ve göç hareketleriyle mümkün olmaktadır. Nüfusu tek başına ele almak yerine yaş, cinsiyet gibi kendi içinde faktörlere ayırmak ve bu faktörlerin aralarındaki ilişkinin niteliğine bakmak gerekmektedir (Murat, 2006: 28).

Nüfus yapısına odaklanılan bilim alanı demografidir. Yunanca demos (halk) ve graphein (yazmak) sözcüklerinden gelen "Demografi" nüfus bilimi olarak kabul edilmiştir. Çeşitli değişkenler ve kavramlarla nüfusun özelliklerini ve zamanla değişimini incelemektedir (Danış, 2016: 3). Demografi biliminden elde edilen veriler toplumların genel özellikleri hakkında bilgiler edinilmesi yönünden değerli bir kaynak sağlamaktadır. Yaş, cinsiyet ve medeni durum özellikle tıbbi araştırmalarda en çok kullanılan ölçütler arasındadır. Nüfusun hızlı şekilde artması ya da azalması, toplumlarda olumlu veya olumsuz etkiye neden olmaktadır. Bu artış veya azalışı öngöremeyen ya da kontrol edemeyen ülkelerin refah düzeyinde ve fırsatların dağılımındaysa dengesizlikler ortaya çıkmaktadır. Buna bağlı olarak insanın en temel hakkı olan sağlık hizmetinin sunulması da güçleşebilmektedir. Dolayısıyla ülkeler

nüfus planlaması yapmak ve bu süreci yönetmek zorundadırlar. Sağlık harcaması yaparken de ülkenin demografik özellikleri göz önünde bulundurulur.

a. Yaş

Yaş ölçütü tüm bilim dallarında kullanılan ve vazgeçilemeyen bir ölçüt olma özelliğini taşımaktadır. Bireyin mesleği, sağlık durumu, çalışma durumu ve gelir durumu gibi özellikleri belirleyici ana ölçütlerden birisidir. Örnek vermek gerekirse 18 yaşından küçüklerin eğitim aldığı, 65 yaş üzerindeki kişilerin emekli olduğu ya da orta yaş grubundaki insanların çalıştığı kanısına varılabilir. Sağlık açısından bakıldığında ise yaşla hastalık durumunun ilişkisi olduğu söylenebilir. Örneğin kızamık hastalığının çocuklarda; diyabet gibi hastalıkların da orta yaş ve üstü kişilerde daha sık mevcut olduğu görülmektedir. Bu yanıyla incelendiğinde tıbbi araştırmalar açısından önemli olan yaş sosyoekonomik açıdan da önemli bir ölçüt haline gelmektedir (Geçkil, 2015: 15).

b. Cinsiyet

Cinsiyet en fazla kullanılan demografik değişkenlerden biridir. Kişinin çalışma, eğitim ve gelir durumunu dolaylı yönden etkileme özelliğine sahiptir. Toplumdan topluma etki gücü farklılık gösterebilmektedir. Örneğin ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2014 yılında yaptığı Hane Halkı İşgücü İstatistikleri Çalışması'na göre 15 yaşından büyük kişilerin çalışma oranı kadınlarda %26,8 iken erkeklerde %65,2 olara gerçekleşmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2014a).

Cinsiyet kavramı biyolojik cinsiyet ve toplumsal cinsiyet olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Biyolojik cinsiyet; genetik, fizyolojik ve biyolojik olarak ele alınan, kadın ve erkek arasında doğuştan oluşan farklılıkları içermektedir. Toplumsal cinsiyet ise; kadın ve erkek kavramlarına toplumun yüklediği görevlerden ve algılardan oluşmaktadır (Giray Şimşek, 2011: 120). Her iki cinsiyet kavramı da sağlık sektörü açısından bakıldığında hizmet sunumunu önemli ölçüde etkilemektedir. Örneğin; biyolojik cinsiyet farklılıklarından dolayı üreme sağlığı söz

konusu olduğunda kadınlar erkeklerden daha fazla risk altındadırlar (Seyirci, 2018: 48). Toplumsal cinsiyet açısından bakıldığında ise bu durum toplumdan topluma değişiklik göstermekte olup örneğin İslam toplumunda yaşayan bir kadının, hekim seçimindeki ilk kıstası hekimin cinsiyetinin kadın olması olabilirken, diğer toplumlarda bu kıstas aranmayabilmektedir.

c. Medeni Durum ve Aile Yapısı

Sosyoekonomik ölçütlerden olan medeni durum, toplumun aile yapısını yansıttığı ve hane halkı geliri ile yakından ilişkili olduğu için önemli bir ölçüttür. Kişi evli ise hane halkı geliri daha yüksek çıkarken, bekar olduğunda gelirin daha düşük olduğu gözlemlenmektedir (Kut ve Salgür, 2015: 4-13). Gelirin yüksek olması, dolayısıyla sağlık harcamalarını da etkileyecektir. Medeni duruma göre evli çiftlerin de kendi içerisinde yapısal farklılaşmalara uğraması söz konusudur. Buna dayalı olarak da gerçekleştirilen sağlık harcamalarında da farklılaşmalar gözlemlenebilmektedir.

Aile kavramı, insanın var oluşu ile başlayıp bugüne kadar önemini ve popülerliğini koruyan bir kavramdır. Bu nedenle ailenin birçok tanımı yapılmış olsa da kültürel farklılıklardan dolayı tam anlamıyla ortak bir tanımı bulunmamaktadır (Gladding, 2011). Türk Dil Kurumu aileyi, evlilik ve kan bağı ile oluşan, eş ve çocukların aralarındaki ilişkilerine dayanan, toplumun en küçük birliği olarak ifade etmektedir (Türk Dil Kurumu, 2019a). Aile, dengeli toplumların oluşturulması için soyun devam etmesi, düzeninin korunması, çocukların yetiştirilmesi ve sosyal ilişkilerin geliştirilmesi, ekonomik ihtiyaçların karşılanması, insanlar arasındaki bağın ve sevginin oluşturulması gibi en temel insani ve toplumsal ihtiyaçları karşılayan bir yapıdır. Bu nedenle aile yapısında oluşacak herhangi olumlu veya olumsuz değişiklik toplumların da aynı doğrultu da değişmesine sebep olacaktır

Gladding (2011) aile yapısını şu şekilde sınıflandırmıştır:

- **Çekirdek Aile:** Anne, baba ve çocuklardan oluşan; toplumunun gelişmesinde, çocukların sosyalleşmesinde, toplum kültürünün aktarılmasında önemli rolü olan aile yapısıdır.
- **Tekrar Evlilikle Oluşan Aile:** Eşlerden en az birinin daha önceden evlenip boşanmış ve önceki eşinden en az bir çocuğu bulunan aile yapısıdır.
- **Tek Ebeveynli Aile:** Evlat edinerek veya biyolojik olarak çocukların sorumluluğunu tek bir ebeveynin üstlendiği ailedir.
- **Çifte Kariyerli Aile:** İki ebeveynin de çalıştığı ve yaptıkları işlere bağlılık hisseden ailelerdir. Bu tür aile yapısında eşler iş ve aile yaşamı arasında denge kurmakta zorlanmaktadır.
- **Gey/Lezbiyen Aile:** Eşlerin cinsiyetlerinin aynı olduğu ailelerdir. Bu tür ailelerde çocuk ya hiç yoktur ya da daha önceki evliliklerinden çocuk sahibi olunmuş veya yapay döllenme gibi yollarla çocuk sahibi olunmuştur.
- **Çocuksuz Aile:** Çocuk sahibi olmak istemeyen veya tıbbi nedenlerden dolayı çocuk sahibi olması mümkün olmayan ailelerdir.
- **Yaşlı Aile:** Eşlerin 65 yaş ve üstü olduğu ailelerdir.
- **Asker Aileleri:** Kolluk kuvvetlerde çalışan bireylerden oluşan ailelerdir.
- **Çok Kuşaklı Aile:** Eşler, çocuklar, büyük anne ve büyük babaların olduğu ailelerdir.
- **Büyük Anne veya Babaların Aile Reisi Olduğu Aileler:** Kararların büyük anne veya büyük babalar tarafından verildiği ailelerdir.

Kadının eğitimli olduğu ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin var olduğu modern ailelerde sağlık hizmeti talep etme oranı daha yüksektir. Dolayısıyla bu ailelerde yetişen çocuklar, bilinçli anne-baba sayesinde daha sağlıklı ve daha bilinçli yetişmektedir (Seyirci, 2018: 42).

1.4.2. Kentleşme

Toplumun yoğunlaştığı ve insanların yaşadıkları yerler, sağlık harcamalarının verimli ve adaletli dağıtılması için önem taşımaktadır. Yerleşim yeri incelenirken birçok çalışmada kır ve kent olarak ayrım yapılmaktadır. Çalışmanın büyüklüğüne ve amacına bağlı olarak kentlerin ilçeleri ve mahalleri arasında kıyaslama yapılabilmektedir (Geçkil, 2015: 15).

Kentleşme dar ve geniş anlamda olmak üzere iki türlü ifade edilmektedir. Dar anlamda bakıldığında kentteki nüfusun ve kent sayısının artışları ile ilgilenirken geniş anlamda bakıldığında kentin ekonomik ve sosyal yapısındaki değişmeleri konu edinir. Demografik bakış açısıyla kentleşme, daha çok dar anlamda kullanılmaktadır ve kentleşmeyi göç miktarı, doğum ve ölüm sayıları ve nüfus miktarı olarak ele alır (Gölbaşı, 2007: 5).

Susmaz ve Ekinci (2009: 23) kentsel nüfus artışını; doğumlar ve ölümler arasındaki farkın doğumlar tarafından fazla olmasıyla ve köylerden şehirlere göçlerin fazla olmasıyla ifade etmiş ve kentleşme nedenlerini ekonomik, teknolojik, siyasal ve sosyo-psikolojik nedenler olarak ele almıştır.

Sağlığın etkili sunulması açısından bakıldığında toplumun yoğunlaştığı ve yaşadığı yerler, sağlık harcamalarının verimli ve adaletli dağıtılması için önem taşımaktadır. Yerleşim yeri incelenirken birçok çalışmada kır ve kent olarak ayrım yapılmaktadır. Çalışmanın büyüklüğüne ve amacına bağlı olarak kentlerin ilçeleri ve mahalleri arasında kıyaslama da yapılabilmektedir (Geçkil, 2015: 15).

1.5. SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK BELİRLEYİCİLERİ

Ülkelerin ekonomik kalkınmışlık düzeyleri ile sağlık harcamaları arasında ciddi bir ilişki mevcuttur. Genellikle kişi başına düşen milli gelirin yüksek olduğu ülkelerde, kişi başına düşen sağlık harcaması miktarı da yüksek düzeyde gerçekleşmektedir. Fakat bunun yanında toplumun kültürel yapısı, teknolojiye olan uzaklığı veya uyumluluğu, nüfusun yaş ortalaması ve finansman sistemindeki farklılıklar da sağlık harcamalarını önemli ölçüde etkilemektedir.

1.5.1. Kalkınma

İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra adından söz ettirmeye başlayan kalkınma kavramı özellikle 1948'den sonra daha çok kullanılmaya başlanmıştır. Fakat bu kavramın tanımlanmasında ortak bir görüş sağlanamamıştır. Bunun nedeni, kalkınmada ekonomik nedenlerin etkili olması dışında; tarih, sosyoloji ve iktisat gibi çok sayıda disiplin alanlarının da etkili olmasıdır (Çiçek, 2017: 3). Özmete ve Akgül (2015: 129)'ün ifadeleriyle kalkınma; insanların sosyal, çevresel, politik ve ekonomik alanlarda refahını sağlamak için yapılan uygulamalar bütününü ifade etmektedir. Sen (2014: 17) değişik bir bakış açısıyla kalkınmayı, insanların faydalandığı gerçek özgürlüklerinin çoğaltılma süreci olarak ifade etmektedir. Kaynak (2009: 63) kalkınmayla ilgili olarak; ülkelerin yüksek katma değere sahip ürünleri üretmeleri gerektiğini ve bu ürünlerden sağlanan fayda toplamının da topluma adaletli bir şekilde pay edilerek yaşam kalitesinin yükseltilmesi konularına işaret etmektedir. Dolayısıyla kalkınma, basit bir gelir hesabı yapılmasının çok ötesine geçen niteliksel bir gelişime işaret eden bir olgu olma özelliğindedir.

1.5.2. Kalkınma Politikaları

Kalkınma politikaları; ülkelerin modern davranışları ve yetenekleri nasıl edineceğine, ekonominin nasıl daha iyiye gideceği ve az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerin nasıl gelişmiş ülkeler seviyesine çıkabileceğine yönelik sorulara aranan çözümler ve bu çözümlerin uygulanma süreçlerini içeren kapsamlı politikalar

bütününü ifade etmektedir (Doğan ve Öztürk, 2010: 36). Kalkınma politikalarına ilişkin gerçekleştirilen ilk çalışmalarda gelişmiş ülkelerin sorunlarını çözmeye odaklanılması dikkat çekicidir. II. Dünya Savaşı'ndan sonra ise büyük devletlerin yıkılıp ulus devletlerin ortaya çıkışıyla birlikte kalkınmanın az gelişmiş ülkeler ile ilişkilendirilmesine ve az gelişmiş ülkelerin sorunlarını çözme amaçlı politikalar geliştirilmesine de neden olmuştur (Kaynak, 2009: 33-42). Kalkınma politikalarının tasarruf ve yatırımın arttırılması ile başarılı olacağı konusunda birçok iktisatçı aynı görüştedir. Ancak finansmanın nereden sağlanacağı ve elde edilen gelirlerden kimlerin faydalanacağı konularında ise her iktisatçı kendi fikirlerini öne sürmektedir (Kazgan, 2002: 273).

1.5.3. Beşeri Sermaye ve Beşeri Kalkınma Endeksi

Sosyal bir kavram olarak üzerinde ortak karara varılmış bir tanımı bulunmamakla birlikte beşeri sermaye şu şekilde tanımlanabilir: "*Toplumların üretim süreci ile ilgili olarak sahip oldukları bilgileri, tecrübeleri, yetenekleri, becerileri, duygusal bağlılıkları ve davranışları beşeri sermayeyi oluşturur*" (Keskin, 2011: 128). Beşeri sermaye, fiziksel sermayeden farklı olarak, üretim sürecinde diğer etkenlerin de verimli kullanılmasını sağlamaktadır. Bu kavrama göre kişinin kendi bilgi ve birikimini arttırması, ekonomik anlamda üretkenliğini de arttırmaktadır. İnsan nitelikleri söz konusu olduğu için sadece eğitim ile özdeşleştirilmemeli aynı zamanda sağlık, beyin göçü ve dinamik nüfusun da beşeri sermayenin bileşenleri arasında yer aldığı unutulmamalıdır (Yumuşak ve Yıldırım, 2009: 57).

Beşeri sermayenin bir unsuru olan sağlık düzeyi ile ekonomik büyüme arasında yakından bir ilişki bulunmaktadır. Bunun nedeni sağlıklı bir toplumun beşeri sermayesinin arttırılmasının daha kolay olmasıdır. Bedenen ve ruhen sağlıklı bir insan nispeten daha verimli eğitim alabilecektir. Bu nedenle bir ülke beşeri sermayesini arttırmak istiyorsa ülkenin sağlık düzeyini de yükseltmesi gerekmektedir (Karagül, 2002: 71).

Beşeri Kalkınmanın göstergesi olan ekonomik büyümeye alternatif olarak Beşeri Kalkınma veya diğer bir adıyla İnsani Gelişme Endeksi (İGE) ortaya

çıkmıştır. İGE'nin ekonomik gelişmeden farkı ülkelerin kalkınmışlık düzeyini sadece gelire bakarak değil aynı zamanda eğitim ve sağlık fırsatlarını da göz önünde bulundurarak incelemesinden ileri gelmektedir (Gülel ve diğerleri, 2017: 209). İGE, literatürde 1990'lı yıllardan itibaren sıklıkla kullanılmaya başlanmıştır. İlk olarak literatürde kullanan İnsani Kalkınma Programı (UNDP) olmuştur. Bu sayede ülkelerin kalkınmışlık göstergeleri de 1990'lı yıllardan itibaren boyut değiştirmiştir (Günsoy, 2005: 37). İGE, 1990 yılından itibaren her yıl UNDP tarafından her ülke için hesaplanmaktadır. İGE kapsamında gerçekleştirilen hesaplama üç ana bileşenden oluşmakta olup; gelir, eğitim ve sağlık bileşenlerinden oluşmaktadır. Gelir bileşenini fert başına düşen GSMH oluştururken sağlık bileşenini doğuşta beklenen yaşam beklentisi oluşturmaktadır. Eğitim bileşeni ise ortalama okullaşma süresi ve beklenen okullaşma yılı değişkenlerinden oluşmaktadır (Gülel vd, 2017: 209).

Türkiye'nin İGE açısından dünyadaki konumunu ve yıllar içinde gösterdiği değişimini inceleyen Gürses (2009: 346), Türkiye'de ekonomi alanında sağlanan gelişmenin insanın yaşam kalitesine etkisi olmadığını ifade etmiştir. Orta gelir seviyesinde bir ülke olmasına rağmen insanın yaşam kalitesini yansıtan okullaşma oranının daha alt gelirli ülkelere göre daha düşük endeks değerine sahip olduğunu vurgulamıştır.

1.5.4. Gelir Dağılımı

Gelir dağılımı belirli bir zaman diliminde üretilen milli gelirin, belirli bir topluluk, hane halkları, bireyler, bölgeler ya da üretim faktörü sahipleri arasındaki paylaşımını ifade etmektedir (Çalışkan, 2010: 92). Gelir dağılımı ve eşitsizliği kavramı her dönemde karşımıza çıkmasına rağmen sanayi inkılabı sonrasında daha da önem kazanmıştır. Bu dönemde burjuvazinin gelirleri artarken işverene bağlı olarak çalışanların ücretlerinin yükselmemesi, adaletsiz gelir dağılımının ortaya çıkmasına açık bir şekilde neden olmuştur (Aksu, 1993: 1). 1980'li yıllarda Türkiye'de sosyal devlet anlayışından liberal devlet anlayışına geçilmesi, gelir eşitsizliği kavramına ilgi azalarak ekonominin gelişmesiyle eşitsizliğin kendiliğinden ortadan kalkacağı varsayımından hareket edilmiştir. Fakat Türkiye'de gelir eşitsizliği

toplumsal barışı tehdit eden önemli sorunlar arasındadır (Çalışkan, 2010: 91). Gelirin büyük kısmının toplumun küçük bir bölümünün elinde toplanması; üretim mallarının daha çok lüks ihtiyaçlara kaymasına yol açmaktadır. Bu durum toplumun çoğunluğunu ilgilendiren temel ihtiyaçların karşılanamamasına ve refah düzeyinin düşmesine sebep olmaktadır (Şener, 2006: 16).

1.5.5. Ekonomik Büyüme

Ekonomik büyüme kavramı, yurtiçinde üretilen ürünlerin miktarındaki sürekli artış olarak tanımlanabilir. Başka bir ifadeyle reel milli gelirin uzun dönemde yükselmesi ekonomik büyümeyi göstermektedir. Ülkelerin refah düzeylerini yükseltebilmesi için önem bir kavram olan ekonomik büyüme, toplumda elde edilen gelir ile talep edilen mal veya hizmetlerin karşılanabilme seviyesini de ifade etmektedir. (Parasız, 2008: 12).

Diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektörüne de ayrılan pay ekonomik büyüklük ile doğru orantılıdır. Ülkeler, ekonomilerinin el verdiği ölçüde sağlığa bütçe ayırabilmektedirler. Ekonomik sistemin başarısını bazı temel göstergeler belirlemektedir. Bunlar kısa vadede etkisini gösteren enflasyon ve uzun vadede hissedilen büyüme oranıdır (Yıldırım vd., 2014: 21).

Ekonomik büyüme toplam veya fert başına düşen

- Toplam / Fert Başına Düşen Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH)
- Toplam / Fert Başına Düşen Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH)
- Toplam / Fert Başına Düşen Milli Gelir (MG)

Düzeylerinde yaşanan 3 aylık, 6 aylık veya yıllık yüzde cinsinden değişimi ifade etmektedir. GSMH; vatandaşların ülke içinde elde ettikleri ve ülke dışında elde edip ülkelerine transfer ettikleri faktör gelirlerinin (kar,ücret ve rant gibi) toplamıdır. Bu toplam ülkedeki nüfusa bölündüğü zaman kişi başına düşen milli gelir hesaplanmış olur. Kişi başına düşen milli gelir ülkedeki bir bireyin ortalama gelir seviyesi ile ilgili bilgilendirici bir göstergedir (Alkın vd., 2005: 273).

GSYH ise vatandaş olsun ya da olmasın ülke sınırları içinde yaşayan herkesin belirli bir süre içinde ürettiği nihai malların o yıla ait piyasa değerini ifade etmektedir Paya (2013: 24). GSYH'yı "*belirli bir dönemde (genellikle bir yıl veya üç aylık dönemlerde) bir ülkenin milli sınırları dâhilinde, üretim faktörlerinin katkısı sayesinde oluşan nihai mal ve hizmetlerin toplam değerini ifade eder. Bunu, ülke sınırları içinde yaratılan katma değerlerin toplamı olarak da ifade edebiliriz. Yanlış anlaşılmayı önlemek üzere belirtelim ki, GSYİH, ithalat ve ihracatı da içermektedir"* şeklinde ifade etmiştir. GSYH makro düzeyde girdinin, çıktının ve de gelirin ölçüsü olarak gösterilmektedir. Refah düzeyinin ve verimliliğin genel bir ölçüsüdür.

1.5.6. Enflasyon

Piyasa ekonomisinin temel koşulu fiyat istikrarıdır. Enflasyona karşı duyarlılığın fazla olması, piyasa ekonomisinin tek geçerli ideolojisinin fiyat istikrarına dayanmasıdır. Enflasyon, fiyatlar genel düzeyindeki artıştır. Fiyatlar genel düzeyinin sürekli yükselmesinin maliyeti oldukça fazladır ve toplumlara külfet oluşturur. Ülkenin para biriminin taşıması gereken özellikler azalmaya başlar ve toplum kendi para birimi yerine yabancı para birimlerini kullanmaya başlar (Paya, 2013: 463).

Enflasyon sürecini anlayabilmek için bu süreci başlatan temel nedenler ile bu süreci devam ettiren faktörlerin ayrımlarının yapılması ihtiyacı mevcuttur. Ekonominin arz tarafında oluşturduğu çeşitli baskılar, çoğu zaman enflasyon sürecini başlatan temel nedenlerdendir. Çeşitli sektörlerde darboğaz oluşması, gelişmekte olan ülkelerin belirgin bir özelliğidir. Darboğaz, üretimde bazı girdilerin yokluğu nedeniyle karşılaşılan bir durum olarak ifade edilebilir (Öniş ve Özmucur, 1987: 11).

Parasız (2002: 3) enflasyonu toplumu oluşturan ekonomik birimlerin, piyasada mevcut bulunan mal ve hizmetlerden, piyasadaki miktarından daha fazla talep etmeleri olarak tanımlamaktadır. Talebi yükselen mal ve hizmetin arz tarafından yeterince karşılanamaması durumunda fiyatlar yükselecektir. Enflasyonist bir süreçte talebin parasal değeri, mal ve hizmetlerin değerinden daha hızlı yükselmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK ALANINDA YAŞANAN GELİŞMELER VE KAMU SAĞLIK HARCAMALARI

Sağlığını kaybetmiş olanları sağlığına kavuşturup sağlıklı olanların sağlığını koruyup, geliştirip sürdürülebilirliğini sağlamak için yapılan tüm harcamalar sağlık harcamaları kapsamında değerlendirilmektedir. Başol (2015: 9) sağlık harcamalarını, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için yapılan tüm harcamalar olarak geniş bir çerçeveden tanımlamaktadır. Sağlık harcamalarının yüksek oluşu, bireylerin yaşam kalitelerini ve yaşam beklentilerini olumlu yönde etkilemektedir. Eğitim ve sağlık alanında yapılan harcamalar, ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ile doğru orantılıdır. Sağlıklı ve eğitimli bireyler, bunlardan yoksun bireylere göre ülkelerin gelişmişlik düzeylerini arttırıcı eylemlerde daha çok bulunabilmektedir. Günümüzde sermaye ve hammadde gibi üretim faktörleri, eskiden olduğu kadar yüksek düzeyde ülkeler için rekabet avantajı sağlayamamakta olup bunların yerine nitelikli insan gücü ve teknolojik gelişmeler rekabet gücünü arttırıcı özellikte stratejik avantajlar sunmaktadır. Bireylerin niteliklerini arttıracak ve teknolojiyi geliştirecek yeni fikirlerin ortaya konması ancak ruhsal ve fiziksel yönden sağlıklı toplumlar tarafından gerçekleştirilebilmektedir (Atlı ve Yücel, 2018: 47).

Türkiye'de sağlık alanında yaşanan gelişmeleri tek bir dönemde incelemek oldukça güçtür. Dönemler arasında yaşanan iktisat politikalarındaki farklılıklar, sağlık alanında takip edilen politikalarda da dönemler arasında farklılaşmayı beraberinde getirmiştir. Sağlık alanında yaşanan farklılaşmalar içerisinde kamu sağlık harcamaları da önemli bir yer tutmakta olup, dönemler arasında bu açıdan da ciddi ayrışmalarla karşılaşılmaktadır.

Cumhuriyet dönemi içerisinde dönemlere göre ayrışma, çok daha fazla ayrıma tabi tutulabilirse de temelde dört ana döneme göre uygulanabilir. Bunlar:

- **Planlı kalkınma dönemi öncesi dönem:** cumhuriyetin ilanından ve hatta Büyük Millet Meclisi döneminden yani 1923 veya 1920'den başlatılarak 1963'e kadarki dönemi içermektedir.
- **Planlı kalkınma dönemi:** 1963'te ilk kalkınma planıyla başlatılıp, 24 Ocak Kararları'nın alındığı 1980'e kadar geçen on yedi yıllık süreci içermektedir.
- **Neo-liberal dönem:** 24 Ocak Kararları'nın alındığı 1980 yılından Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın oluşturulup takip edilmeye başladığı 2003'e kadar geçen yirmi üç yıllık süreci içermektedir.
- **Sağlıkta dönüşüm programı dönemi:** 2003'ten bugüne kadar gelinen yaklaşık on altı yıllık süreci kapsayan dönemi içermektedir.

2.1. PLANLI KALKINMA ÖNCESİ DÖNEM (1920/3-1963)

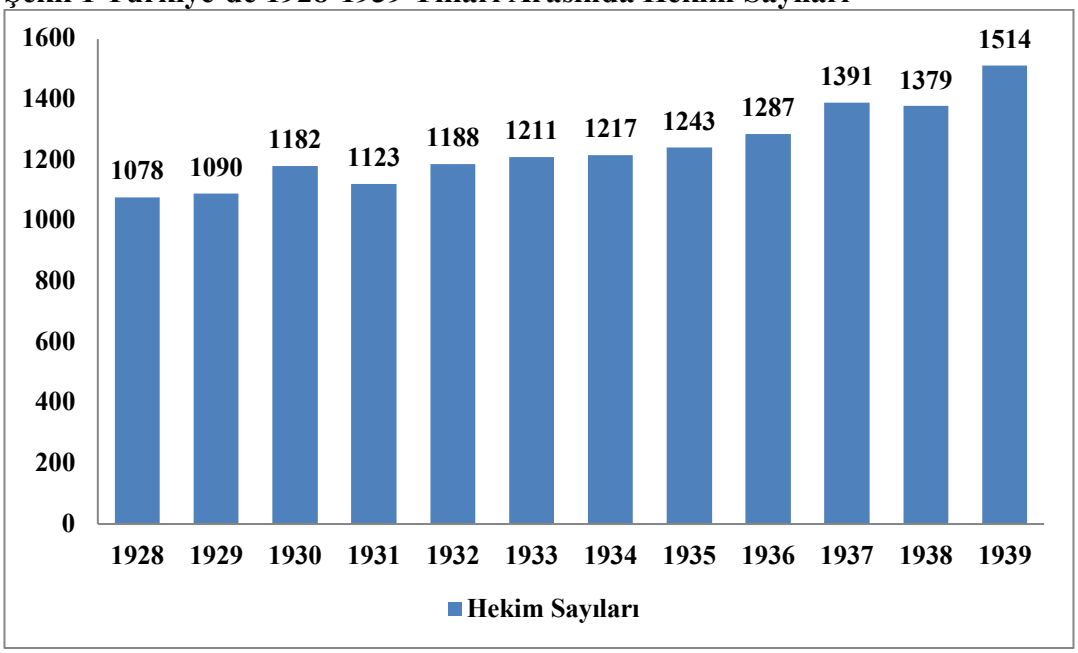
2.1.1. Sağlık Alanında Yaşanan Gelişmeler

Cumhuriyetin ilk yıllarında sağlık alanında savaşın getirdiği zorluklar ve çeşitli bulaşıcı hastalıkların yol açtığı zorlu bir süreç yaşanmaktaydı. Bağımsızlık mücadelesi sırasında henüz cumhuriyet kurulmadan önce ülkenin sağlık birimleri iç işleri bakanlığından ayrı olarak bağımsız çalışmaktaydı. Bu dönemde Büyük Millet Meclisi'nde alınan bir karar ile Sağlık Bakanlığı kurulmasına karar verilmiştir. Böylece 3 Mayıs 1920'de "Sıhhıye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekaleti" (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) kurulmuştur (Konuk, 2011: 11). Dr. Adnan Adıvar ilk sağlık bakanı olarak göreve başlamış, ardından 10 Mart 1921'de ise Refik Saydam sağlık bakanı olarak görevi devralmıştır. Ara ara görevi devretse de Refik Saydam, 1937 yılına kadar göreve devam etmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019a).

Günümüzdeki sağlık politikaları değişikliğe uğramış olsa bile, temelleri cumhuriyet döneminde uygulanan sağlık politikaları ile atılmıştır. Söz konusu dönemde üstesinden gelinmesi gereken en önemli sağlık sorunu, savaş sırasında

ortaya çıkan sıtma, frengi, lepra gibi bulaşıcı hastalıklar olmuştur. Bu hastalıklarla mücadele edebilmek için dikey olarak örgütlenme gerçekleştirilmiş ve bu örgütlenme modeli de başarılı olabilmiştir (Kökçü, 2014: 101). Merkezi yönetime bağlı dikey örgütlenme yerine, tedavi edici sağlık hizmetleri Osmanlı döneminde adem-i merkeziyetçi bir örgütlenme modeliyle gerçekleştirilmiştir. Her ne kadar dikey örgütlenme modeli takip edilmiş olsa da cumhuriyet döneminde de maddi sıkıntılar nedeniyle devlet tedavi edici sağlık hizmetlerini tek elde toplanamamıştır. Ancak koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanması için gerçekleştirilen çalışmalar tek elden yürütülmüş, tedavi edici sağlık hizmetleri ise yerel yönetimler tarafından uygulanmaya devam etmiştir (Konuk, 2011: 12). Hekim ihtiyacını gidermek için tıp fakültelerine yapılan yatırımlar arttırılmış, mezun olan hekimlere ise zorunlu hizmet şartı getirilmiştir. Artan yatırımlar sonucunda 1927 yılında 1059 hekim, 139 hemşire ve 347 ebe sayısına ulaşılmıştır (Sur, 1998: 224). Şekil 1'de 1928-1939 yılları arasında mevcut hekim sayıları sunulmuştur. Şekil incelendiğinde genel olarak hekim sayılarının sürekli yükseldiği görülmektedir.

Şekil 1 Türkiye'de 1928-1939 Yılları Arasında Hekim Sayıları

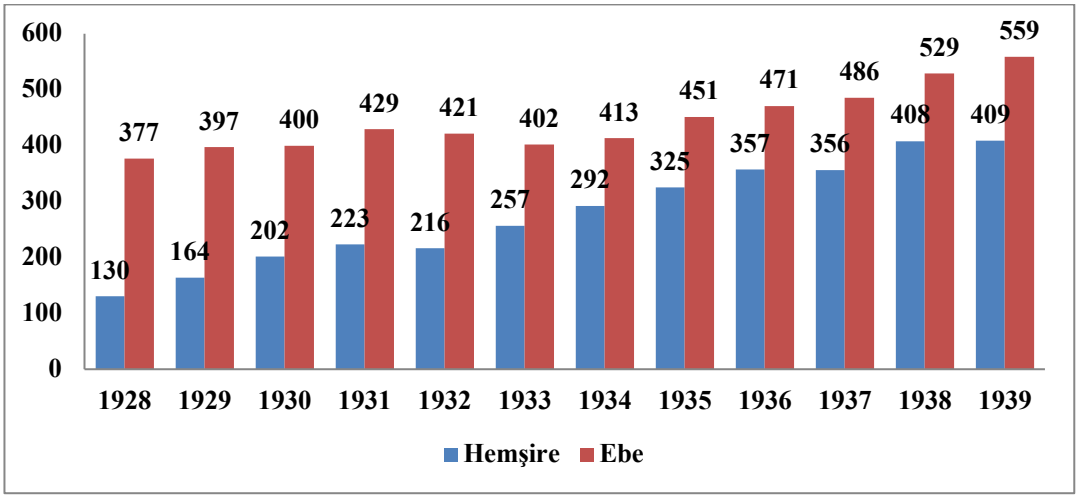


Kaynak: T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Genel Müdürlüğü, *Türkiye İstatistik Yıllığı 1939-1940,* Ankara Basım ve Ciltevi, Ankara 1940, s. 140.

Hekim arzında yaşanan %50'ye yakın artışa karşılık, ebe ve hemşire sayısında çok daha yüksek bir artış ivmesinin başarıldığı görülmektedir. Özellikle

hemşire sayısında bu artış dört katı aşmıştır. Şekil 2'de Türkiye'de 1928-1939 yılları arasında hemşire ve ebe sayıları sunulmuştur.

Şekil 2 Türkiye'de 1928-1939 Yılları Arasında Hemşire ve Ebe Sayıları



Kaynak: T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Genel Müdürlüğü, *Türkiye İstatistik Yıllığı 1939-1940,* Ankara Basım ve Ciltevi, Ankara 1940, s. 108.

Kurtuluş Savaşı'nın yıpratıcı etkilerini henüz tam olarak üzerinden atamadan 1939 yılında İkinci Dünya Savaşı'nın başlamasıyla birlikte, sağlık sitemini yeniden tasarlamaya uğraşan Türkiye Cumhuriyeti, yeni sorunlar ile baş etmek zorunda kalmıştır. Yaşanan sağlık sorunlarıyla mücadelede çeşitli yasal düzenlemeler getirilmiş, örneğin 1945 yılında "Olağan Üstü Sıtma Kanunu" yürürlüğe sokulmuştur. Bu dönemde Sağlık Bakanlığı, veremi ortadan kaldırmaya yönelik çalışmalar yapmış, ancak merkezi olarak veremle mücadelede başarı sağlanamayınca Verem Savaş Müdürlüğü'nü kurmuştur (Konuk, 2011: 14). Yine bu dönemde yaşanan gelişmeler arasında 4459 sayılı "Köy Ebeleri ve Köy Sağlık Memurları Teşkilatı Yapılmasına Dair Kanun"un 1943 yılında çıkarılması, 1945 yılında İşçi Sigortaları Kurumu'nun kuruluşu ve 1952 yılında bu kuruma sağlık örgütü kurma yetkisinin verilmesi, öne çıkan gelişmeler arasında yer almaktadır (Kökçü, 2014: 102). Sağlık alanında gerçekleştirilen çalışmalar arasında öne çıkan bir diğer girişimse, Yüksek Sağlık Şurası tarafından 1946 yılında 10 Yıllık Sağlık Planı'nın kabul edilmesi olsa da bu plan uygulamaya geçirilememiştir (Ülgen ve Serap, 1995: 76).

II. Dünya Savaşı'nın zorlu koşullarından çıkan Türkiye'de, sağlık alanında da önemli gelişmeler yaşanmaya başlanmıştır. Sadece 1942-49 arasındaki sekiz yıllık dönemde devlet hastanesi sayısı on altıdan kırk ikiye, devlet hastanelerindeki yatak sayısı 4790'dan 8014'e yükselmiştir. Aynı dönemde belediye hastanelerinin sayısı on sekiz olarak sabit kalmakla birlikte yatak arzında 1351'den 1672'ye yükselişin sağlandığı görülmektedir. Özel idare hastanelerinin sayısı yetmiş üçten elli üçe inmiş olmakla birlikte yatak arzındaki azalış çok daha sınırlı kalmış, 3798'den sadece 3159'a gerileme yaşanmıştır. Bu dönemde yabancı hastanelerle gayri Müslimlerin cemaat hastanelerinde ve hastanelerdeki yatak arzında değişiklik olmamakla birlikte, özel hastanelerde hem kurum sayısında hem de yatak arzında hissedilir artış kaydedildiği dikkat çekmektedir. Özel hastanelerle örtüşen bir başka gelişme ise günümüzün vakıf hastanelerine denk gelen cemiyet hastanelerinde hem kurum sayısı olarak hem de yatak arzı olarak yaşanan artıştır. Tablo 2'de 1942-1949 yıllarında bağlı olunan kurumlara göre hastane ve yatak sayıları toplu olarak yıllara göre sunulmuştur.

1950'li yıllarda sağlık alanında yaşanan gelişmeler içerisinde önceden yerel yönetimlere ve vakıflara bağlı olan hastanelerin 1954 yılında Demokrat Parti tarafından merkezileştirilip doğrudan hükümete bağlanması önemli bir değişim olarak karşımıza çıkmaktadır. Böylece sağlık alanındaki çalışmalar hızlanmış ve hastanelerin sayısı da süratle artmaya başlamıştır (Akdur, 1998: 199). Ancak 1950'li yıllar şehirleşmenin yaşandığı ve nüfusun arttığı yıllar olduğu için sağlık hizmet arzı, yaşanan talep artışını karşılamaya yetmemeye başlamıştır. Bu nedenle 1960'lı yıllarda planlı döneme geçilmesinde sağlık alanındaki gerekçeler gündeme gelmiştir (Konuk, 2011: 15).

Tablo 1 1942-1949 Yıllarında Bağlı Olunan Kurumlara Göre Hastane Sayıları

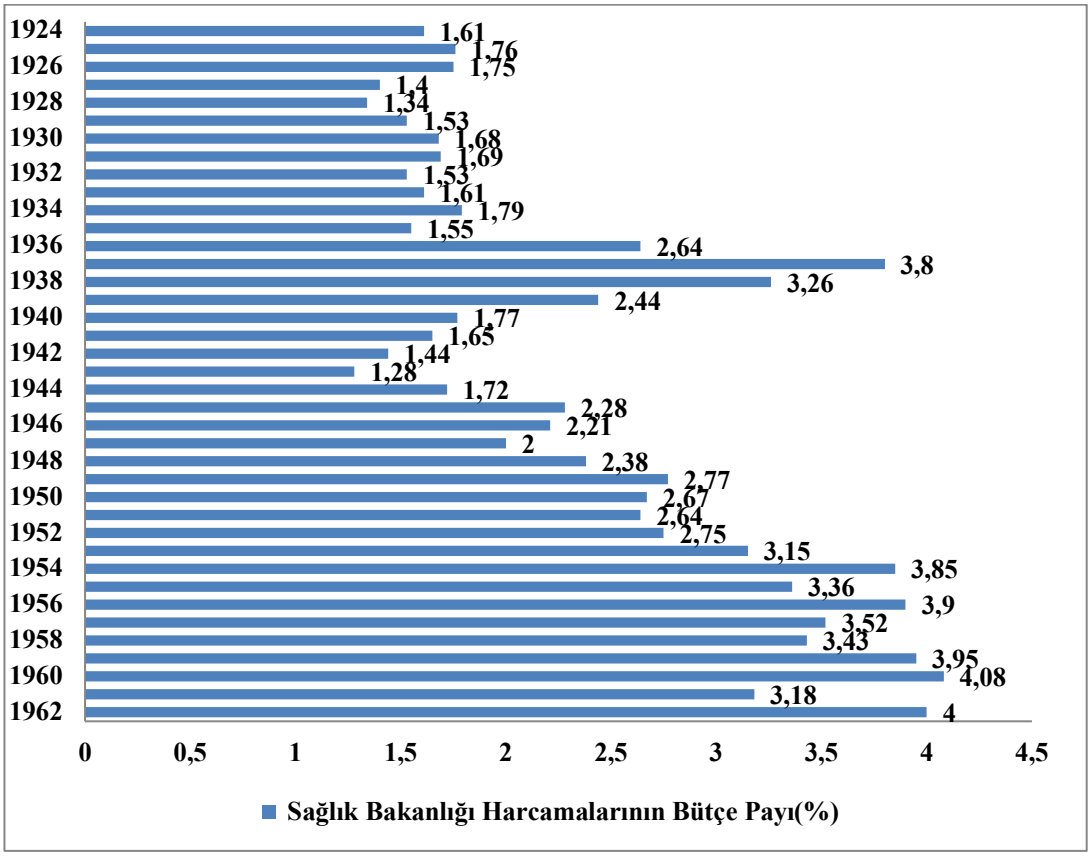
Yıllar	Devlet Hastaneleri		Belediye Hastaneleri		Özel İdare Hastaneleri		Özel Hastaneler		Yabancı Hastaneler		Cemaat Hastaneleri		Cemiyet Hastaneleri	
	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı
1942	16	4790	18	1351	73	3798	22	547	10	687	5	979	3	186
1943	17	5220	18	1351	73	3798	22	568	10	687	5	979	3	179
1944	19	5430	18	1351	71	3843	25	618	10	687	5	979	4	277
1945	23	5715	19	1526	68	3872	25	617	10	689	5	979	3	235
1946	36	6455	19	1536	58	3242	21	601	10	687	5	979	4	275
1947	36	7113	18	1531	58	3242	20	540	10	683	5	949	4	314
1948	42	7660	17	1567	53	3134	23	555	10	683	5	949	5	354
1949	42	8014	18	1672	53	3159	27	735	10	683	5	949	5	357

Kaynak: T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Müdürlüğü, *Türkiye İstatistik Yıllığı 1950*, İstatistik Genel Müdürlüğü, Ankara 1950, s.72.

2.1.2. Kamu Sağlık Harcamaları

Cumhuriyetin ilk yıllarında merkezi bütçe harcamaları içerisinde sağlığa ayrılan pay ortalama %1,5 civarlarında dolaşmaktadır. Bunun en büyük nedeni olarak Kurtuluş mücadelesinden yeni çıkılmasıdır. 1936-37 yıllarında sağlık harcamalarının bütçe içindeki payı yükselse de 1943 yılına kadar tekrar düşüş eğilimine girilmiş ve bu oran 1943 yılında %1,28'e kadar düşmüştür. 1943'den 1963 yılına kadar geçen süredeyse yükseliş eğilimine geçilmiş ve 1960 yılında %4,08 ile cumhuriyetin ilanından beri en yüksek seviyeye ulaşılmıştır. Şekil 3'te cumhuriyetin ilanından planlı kalkınma dönemine kadar olan süreçte Sağlık Bakanlığı harcamalarının merkezi bütçe içindeki payı yüzde olarak gösterilmiştir.

Şekil 3 Sağlık Bakanlığı Harcamalarının Genel Bütçe İçindeki Payı (1924-1963)



Kaynak: BUMKO, "Bütçe Gider-Gelir Gerçekleşmeleri (1924-2018)", https://www.bumko.gov.tr/TR,4461/butce-gider-gelir-gerceklesmeleri-1924-2018.html, (03.12.2018).

Tezel (2015: 539-540)'in devlet bütçe harcamalarının işlevsel dağılımı ile ilgili yaptığı çalışma tablo 3'de sunulmaktadır. Buna göre II. Dünya Savaşı'nın patlak verdiği 1939 yılında, devlet bütçesinin %50'si savunma harcamalarına ayrılmak zorunda kalınmıştır. Türkiye'nin ABD ile ittifak yapması ile birlikte savunma harcamalarına ayrılan payın 1947'lere doğru düştüğü görülmekte olup aynı yıllarda sağlık harcamalarına ayrılan payda da ciddi artışlar yaşanmıştır.

Tablo 2 Gerçekleşen Merkezi Bütçe Harcamalarının İşlevsel Dağılımı

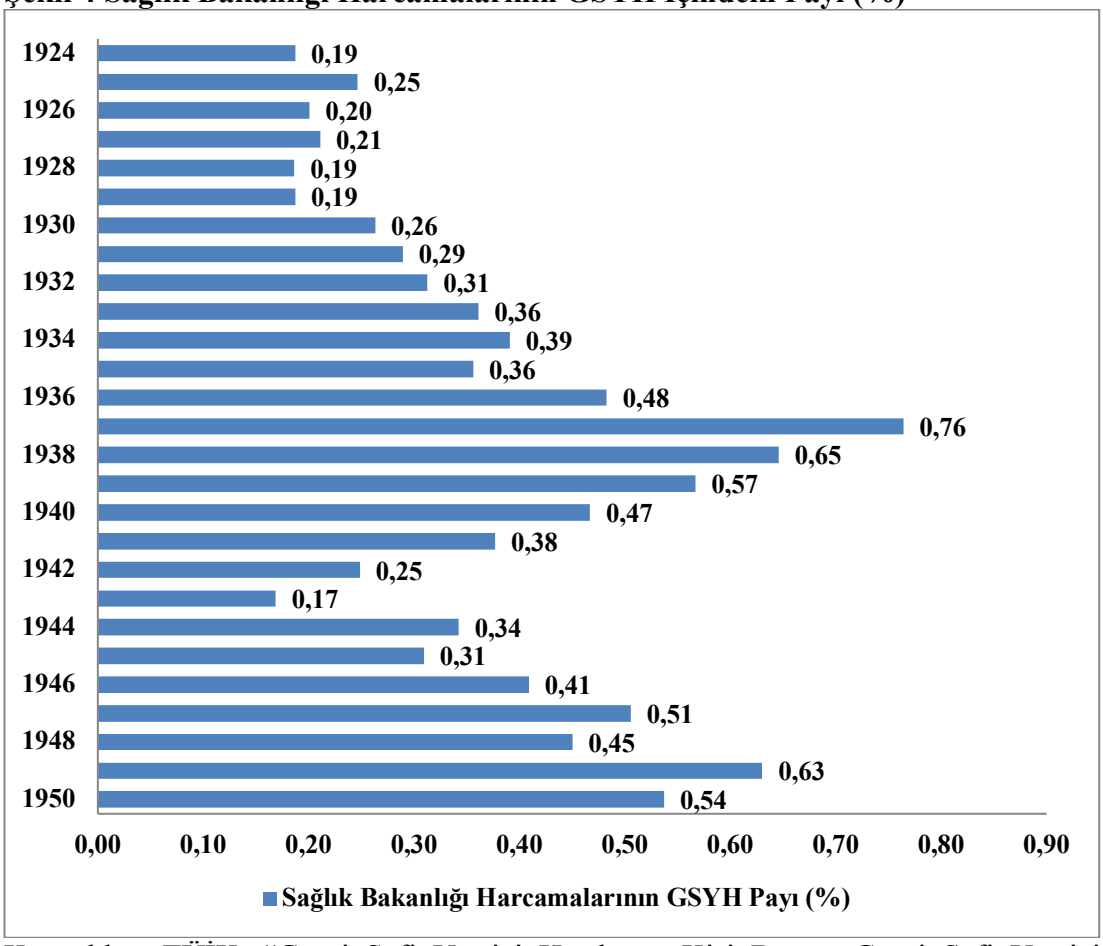
Yıl	Genel Yönetim Harcamaları				İktisadi ve Sosyal Harcamalar					
	Yönetim %	Savunma %	Genel Toplum Hizmetleri %	Genel Yönetim Harcamaları Toplamı %	Eğitim %	Sağlık %	Tarım %	Bayındırlık %	Diğer İktisadi ve Sosyal Harcamalar %	İktisadi ve Sosyal Harcamalar Toplamı %
1937	25	37	11	73	5	5	2	13	2	27
1938	23	39	11	73	5	4	2	14	2	27
1939	17	50	9	76	5	3	2	12	2	24
1940	14	61	7	82	4	2	1	10	1	18
1941	13	64	7	84	4	2	1	8	1	16
1942	12	66	7	85	4	2	1	6	2	15
1943	12	63	7	82	6	2	1	8	1	18
1944	14	59	8	81	7	2	2	7	1	19
1945	16	51	8	75	9	3	2	10	1	25
1946	19	42	10	71	12	4	3	10	0	29
1947	19	45	12	76	9	3	2	9	1	24
1948	18	43	11	72	12	4	2	9	1	28
1949	18	37	11	66	13	4	3	13	1	36
1950	21	36	12	69	15	4	3	8	1	31

Kaynak: Tezel, Y.S., *Cumhuriyet Döneminin İktisadi Tarihi (1923-1950)*, 1.Baskı, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul 2015, s. 539-540.

Şekil 4'de Sağlık Bakanlığı harcamalarının GSYH içindeki payı yüzde olarak gösterilmiştir. Buna göre 1924 yılında Sağlık Bakanlığı harcamalarının payı GSYİH'nın sadece %0,19'u düzeyindedir. Sağlık Bakanlığı verileri toplam kamu sağlık harcamalarını vermemektedir. Çünkü o dönemde Sağlık Bakanlığı dışında yerel yönetimlerin de kendilerine ait hastaneleri bulunmaktadır ve Tablo 2'de

gösterilmiştir. Buna karşılık merkezi kamu sağlık harcamalarında II. Dünya Savaşı'nın ayak sesleri duyulana kadar yaklaşık dört katlık bir artışın yaşandığı, savaşla birlikteyse cumhuriyetin ilk yıllarındaki ağırlığın dahi altına inildiği dikkat çekmektedir.

Şekil 4 Sağlık Bakanlığı Harcamalarının GSYH İçindeki Payı (%)



Kaynaklar: TÜİK, "Gayri Safi Yurtiçi Hasıla ve Kişi Başına Gayri Safi Yurtiçi Hasıla" *http://tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=2218*, (15.11.2018).
BUMKO, "Bütçe Gider-Gelir Gerçekleşmeleri (1924-2018)", https://www.bumko.gov.tr/TR,4461/butce-gider-gelir-gerceklesmeleri-1924-2018.html, (18.01.2019).

2.2. PLANLI KALKINMA DÖNEMİ (1963-1980)

2.2.1. Sağlık Alanında Yaşanan Gelişmeler

Türkiye'de 1960 yılında Devlet Planlama Teşkilatı kurulmuştur. Bu teşkilatın kurulmasıyla birlikte bölgeler arasındaki eşitsizlikleri azaltmak için sağlık sektörü de dâhil olmak üzere birçok sektörün kapsandığı beş yıllık kalkınma planları uygulanmaya başlanmıştır. İlk kalkınma planı 1963 yılında başlamış olup onuncu beş yıllık kalkınma planına kadar devam etmiştir. Sadece dokuzuncu kalkınma planı yedi yıllık süreyi kapsayacak uzunlukta farklı şekilde planlanmıştır (Yardan ve Kiremit, 2016: 94).

Devlet Planlama Teşkilatı'nın kurulması sonrasında planlı kalkınma dönemine doğru sağlık alanında yaşanan bir diğer önemli gelişme, 1961 yılında 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun"un kabul edilmesi olup bu kanun halen yürürlüktedir. Söz konusu kanun ile birlikte sağlık ile ilgili hizmetlerin sosyalleştirilmesi hedefi ortaya konulmuştur (Kökçü, 2014: 102). Sosyalleştirme kanununda sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi; "*vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile amme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde faydalanmalarıdır"* şeklinde ifade edilmiştir (T.C. Resmi Gazete, 1961, s. 3598).

a. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967)

Birinci Kalkınma Planı'nın uygulanmaya başlandığı yıllarda en çok ölüme sebep olan hastalıklar tüberküloz, kalp hastalıkları, çocuk hastalıkları ve diğer çeşitli bulaşıcı hastalıklardır. Yüksek sağlık personeli (hekim, diş hekimi eczacı gibi) ve yardımcı sağlık personeli sayısıysa düşük miktarda olup toplam yatırımların sadece %2,3'ü sağlık alanına ayrılmaktadır (Yardan ve Kiremit, 2016: 95). İlk kalkınma planında sağlık sektörü açısından temel amaca bakıldığında, sosyalleştirme programlarıyla sağlık seviyesini yükseltmek olduğu görülmektedir (Konuk, 2011: 16). Söz konusu amaç çerçevesinde halk sağlığı eğitimi, çevre sağlığının

iyileştirilmesi, aile planlaması ve bulaşıcı hastalıkların önlenmesi gibi uygulamalar oluşturulmuştur. Mevcut sağlık ve sağlık personeli sorunlarının çözümüne yönelik; personel yetiştirme programı, bulaşıcı hastalıklarla savaş programı, sağlık laboratuvarları programı, depo bakım ve onarım işleri programı, işçi sağlığı programı, yataklı tedavi kurumları programı ve sağlık hizmetlerinin görülmesi ile ilgili programlar geliştirilmiştir (Yardan ve Kiremit, 2016: 97).

1 Ağustos 1963'te sosyalleşme programı için pilot bölge seçilen Muş ilinde 19 sağlık ocağı ve 35 sağlık evi kurulmuştur. İlk beş yıl içinde programa 22 il daha ilave edilerek bu alanda ciddi bir başarı elde edilebilmiştir. Fakat devam eden yıllarda sosyalleşme programının bütün illere yayılması hedefi benimsendiğinden, istihdam problemlerinden dolayı başlangıçta sağlanan başarı sürdürülememiş, genel olarak planlı kalkınma dönemi boyunca sosyalleştirme programında uzun vadede başarısız olunmuştur (T.C. Devlet Planlama Teşkilatı, 1989: 340)

b. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968 -1972)

İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ile sosyalleştirmenin uygulanmaya başlamadığı yerlerde, köylünün de katkısı sağlanarak, sağlık hizmetlerini birleştirme çabalarına başlanmıştır. Fakat sayıca az olan sağlık personellerinin ülke düzeyinde dengesiz dağılımı da bunun gerçekleştirilmesini zorlaştırmıştır (T.C. Devlet Planlama Teşkilatı, 1968: 216). Bu dönemde ülke on altı bölgeye ayrılmış olup, bölgelere göre gerçekleşen hekim başına düşen nüfusta ciddi farklılaşmanın yaşandığı görülmektedir. İstanbul ve Trakya bölgesini içeren birinci bölgede 1966 yılı itibarıyla hekim başına düşen nüfus sayısı 701 kişi iken, bu sayı Orta Karadeniz Bölgesi'ni içeren 12. bölgede 11,415 kişiye kadar yükselmiştir. Tablo 4'de 1966 yılında hekim sayıları, hekim başına düşen nüfus miktarları ülke genelinde on altı bölgeye göre sunulmaktadır.

Tablo 3 1966 Yılında Hekimlerin Ülke Genelinde Dağılımı

Sağlık Bölgeleri		Bölge Nüfusunun Toplam Nüfusa Oranı	Hekim Sayısı	Bir Hekime Düşen Nüfus	İller
1.	Bölge	10,1	4651	701	Kırklareli, Edirne, İstanbul, Tekirdağ
2.	Bölge	5,7	365	4981	Kocaeli, Zonguldak, Bolu, Sakarya
3.	Bölge	53	352	5220	Bursa, Çanakkale, Balıkesir
4.	Bölge	10,5	1326	2552	Manisa, İzmir, Aydın, Denizli, Muğla
5.	Bölge	5,2	258	6477	Bilecik, Eskişehir, K¸tahya, Uşak, Afyon
6.	Bölge	3	185	5253	Isparta, Burdur, Antalya
7.	Bölge	10,1	1658	1964	Kastamonu, Çankırı, Ankara, Kırşehir, Yozgat, Nevşehir
8.	Bölge	4,7	181	8414	Konya, Niğde
9.	Bölge	7,4	240	9957	Samsun, Sinop, Çorum, Amasya, Ordu
10.	Bölge	5,5	203	8713	Tokat, Sivas, Kayseri
11.	Bölge	9,2	593	4989	Maraş, Adana, İçel, Gaziantep, Hatay
12.	Bölge	5,6	159	11415	Giresun, Trabzon, Rize, Artvin, Gümüşhane
13.	Bölge	4,4	146	9484	Bingöl, Tunceli, Elazığ, Malatya, Adıyaman
14.	Bölge	5	254	6429	Diyarbakır, Siirt, Mardin, Urfa
15.	Bölge	5,5	886	4601	Kars, Ağrı, Erzurum, Erzincan
16.	Bölge	2,3	125	5855	Muş, Bitlis, Van, Hakkari

Kaynak: T.C. Devlet Planlama Teşkilatı, *İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972),* Ankara 1968, s. 217.

İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde sağlık hizmet sunucularında 10.000 kişiye 25 yatak düşecek şekilde bir artış planlanmış olmakla birlikte 10.000 kişiye 20,84 yatak sayısı geçilememiştir. 2300 sağlık ocağı açılması hedeflenmişken bu sayı 867 sağlık ocağı ile sınırlı kalınmıştır. Sağlık evi sayısı ise 6760 hedeflenirken 2231'e ancak ulaşabilmiştir (Konuk, 2011: 18).

Tablo 5'de İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Dönemi'nde sağlık kurumlarının sayısı, bu kurumlardaki yatak arzı ve 10.000 kişiye düşen yatak sayılarına ilişkin veriler sunulmuştur. Tabloya göre 1967 yılında toplam yataklı sağlık kuruluşu sayısı 664 iken 1972'de 778'e yükselmiş, bu kuruluşlardaki yatak arzı da 59.173'ten 77.372'ye yükselerek 10.000 kişi başına düşen yatak sayısı 18,07'den 20,84'e çıkmıştır. Bu iyileşme çok yüksek ivmeli bir gelişimin varlığını desteklemeyebilir. Her ne kadar sağlık kurumları ve bu kurumlardaki yatak arzına yönelik kalkınma planında belirlenen hedefler tutturulamamış olsa da dönem içerisinde sağlık kurumları ve kurumlardaki yatak arzı açısından da hissedilir düzeyde bir gelişimin sağlanabildiğini savunmak yanlış olmayacaktır.

Tablo 4 İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Kurumları Verileri

Yıllar	Toplam Yataklı Sağlık Kurumu Sayısı	Toplam Yatak Sayısı	10.000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı
1967	664	59 173	18,07
1968	681	64 966	19,34
1969	725	69 224	20,10
1970	743	71 486	20,24
1971	759	74 556	20,59
1972	778	77 372	20,84

Kaynak: TÜİK, "Sağlık Kurumu Sayısı, Toplam Yatak Sayısı ve 1000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı 1967 – 2017", http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1613, (08.11.2018).

c. Üçüncü ve Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1983)

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda belirlenen sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ve kırsal kesim dâhil ülkenin bütün illerinde sağlık hizmetinin yeteri kadar ve eşit seviyede sunulması hedefi, sonraki kalkınma planlarında da devam ettirilmiştir. Fakat ilk beş yılda başarılı olduğu kadar yüksek düzeyde, sonraki planlarda başarılı olamamıştır. Başarının sınırlı kalışındaysa; sağlığa ayrılan yatırımların az miktarda oluşu, nitelikli sağlık personel mevcudunun sayısal yetersizliği ve mevcut sağlık personelinin gelişmiş illerde yığılması etkili olmuştur (T.C. Devlet Planlama Teşkilatı, 1973: 111).

1962 yılında 9 bin olan hekim sayısı %75,5 oranında artarak 1971 yılında 18.8 bin kişiye kadar yükselmiştir. 8.7 bin olan yardımcı sağlık personeli sayısı ise %244'lük artışla 30 bin kişiye çıkmıştır. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda 1982 yılına gelindiğinde 10 bin kişiye 33 hasta yatağı ve 3 bin kişiye bir sağlık ocağı standartlarına ulaşmak hedeflenmiştir (T.C. Devlet Planlama Teşkilatı, 1973: 150). 1977 yılına gelindiğindeyse 10 bin kişiye düşen yatak sayısı 25'e kadar yükselmiş, ancak bölgeler arasında mevcut olan eşitsizliğin hafifletilmesi mümkün olamamıştır. Tedavi edici sağlık hizmetleri ise çeşitli kurumlar tarafından dağınık biçimde yürütülmeye devam edilmiştir (Yardan ve Kiremit, 2016: 100).

Tablo 6'da Üçüncü ve Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı Dönemleri'nde sağlık kurumları sayıları 1973-82 yılları arasında sunulmuştur. Tabloya göre 1982 yılında Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Dönemi sonunda toplam yataklı sağlık kurumu sayısı 648'e düşmüştür. Toplam yatak sayısında önemli bir düşme yaşanmasa da 10.000 kişi başına düşen yatak sayısı20,59 kişiyle sınırlı kalarak hedeflenen ilerlemenin oldukça gerisinde kalınmıştır.

Tablo 5 Üçüncü ve Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı Döneminde Sağlık Kurumları Verileri

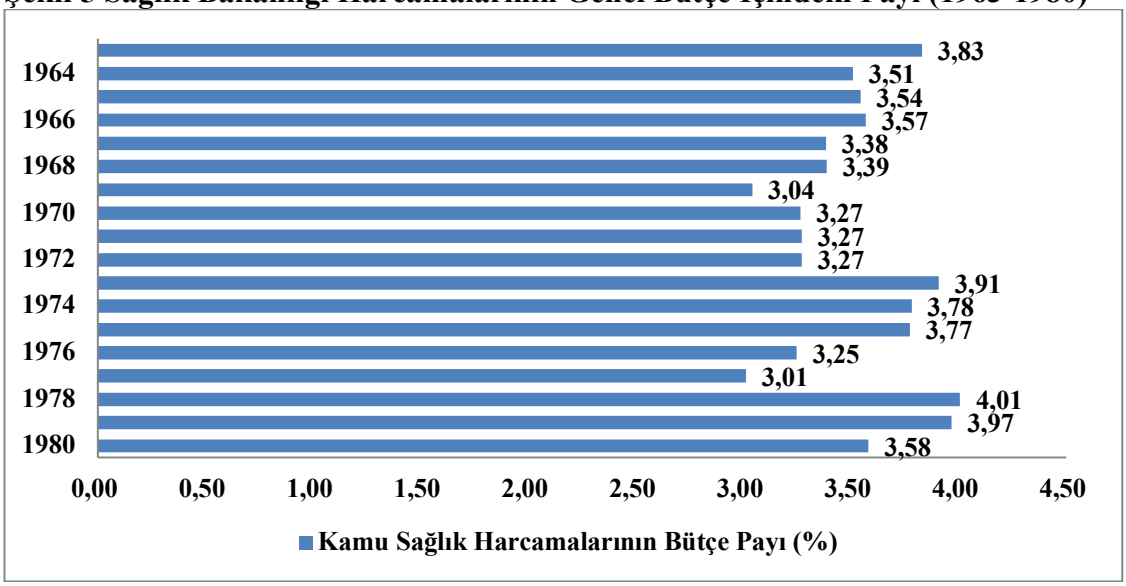
Yıllar	Toplam Yataklı Sağlık Kurumu Sayısı	Toplam Yatak Sayısı	10.000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı
1973	790	81 075	21,29
1974	796	83 458	21,38
1975	798	81 264	20,30
1976	790	82 945	20,27
1977	772	83 036	19,88
1978	776	86 526	20,29
1979	822	96 752	22,23
1980	827	99 117	22,30
1981	831	97 765	21,47
1982	648	96 138	20,59

Kaynak: TÜİK, "Sağlık Kurumu Sayısı, Toplam Yatak Sayısı ve 1000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı 1967 – 2017", *http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1613*, (08.11.2018).

2.2.2. Kamu Sağlık Harcamaları

Planlı Kalkınma döneminde lokal düzeyde kalan 1974 Kıbrıs Barış Harekatı dışında savaş koşulları yaşanmamıştır. Ancak 1973 sonlarında başlayan Petrol krizi, maliyetlerde yol açtığı artışla birlikte ekonomide ciddi sorunların baş göstermesine yol açmıştır. Bu dönemde dış ticaret dengesi ve ödemeler dengesinde ciddi açıklar yaşanmış, yurt dışında çalışan Türk işçilerin gönderileri sayesinde kısmen açıklar kapatılsa da olumsuz etkilerden kurtulmak mümkün olamamıştır. Kamu sağlık harcamaları içerisinde önemli paya sahip olan Sağlık Bakanlığı bütçesinin toplam bütçe harcamaları içerisindeki payı incelendiğinde, II. Dünya Savaşı yıllarında olduğu gibi büyük düşüşlerin yaşanmamış olması oldukça önemlidir. Yaşanan ekonomik kriz dahi kamu sağlık harcamalarından feragat edilmesine sebep olamamış, genel olarak 1963'ten 1980'kadar %3 ile %4 arasında değişen ağırlıkta bütçe payına sahip olunmasını sağlamıştır. Şekil 5'te planlı kalkınma döneminde (1963-1980) Sağlık Bakanlığı harcamaların bütçe içindeki payları yüzde olarak sunulmuştur.

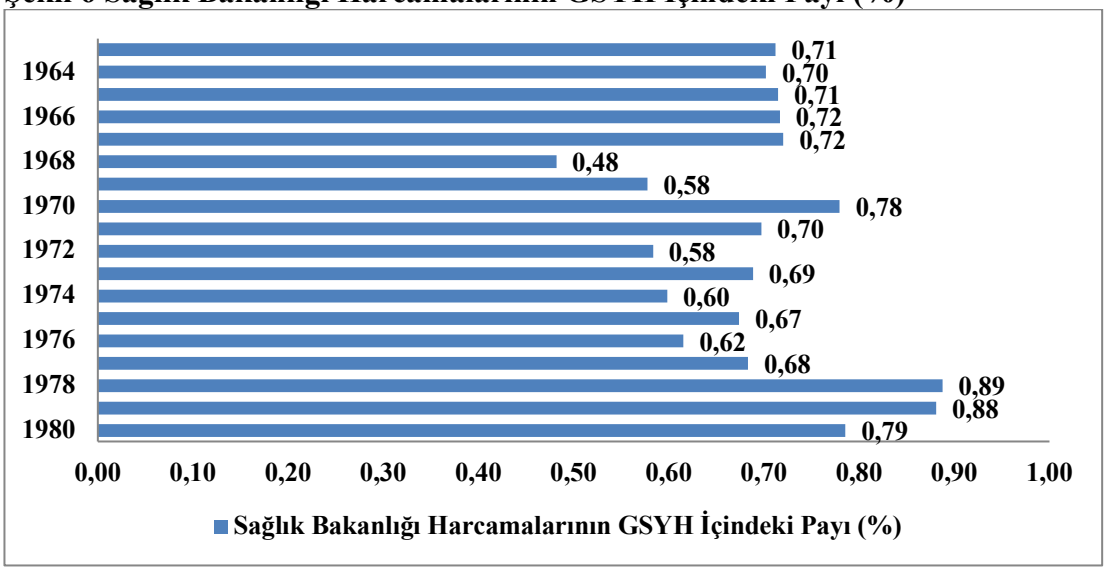
Şekil 5 Sağlık Bakanlığı Harcamalarının Genel Bütçe İçindeki Payı (1963-1980)



Kaynak: BUMKO, "Bütçe Gider-Gelir Gerçekleşmeleri (1924-2018)", https://www.bumko.gov.tr/TR,4461/butce-gider-gelir-gerceklesmeleri-1924-2018.html, (18.01.2019).

Sağlık Bakanlığı bütçesinin GSYİH içerisindeki payında yaşanan değişim incelendiğinde, planlı kalkınma dönemi boyunca merkezi bütçe harcamaları içerisindeki paya göre GSYİH içerisindeki payda nispeten daha yüksek değişkenliğin olduğu dikkat çekmektedir. Buradan hareketle Sağlık Bakanlığı bütçesinin toplam kamu harcamalarına ayrılan paya göre ağırlığının muhafaza edilmesine çabalandığı, buna karşılık kamu harcamalarına ayrılan payın ekonomide yaşanan değişkenlikle örtüşecek şekilde yıllara göre farklılaşabildiği sonucu ortaya çıkmaktadır. Söz konusu değişkenlik, 1963-1980 yılları arasında Sağlık Bakanlığı bütçesinin GSYİH içerisindeki payında %04,8 ile %0,89'luk pay arasında değişkenlik arz ettiğini göstermektedir. Bu noktada dikkat çekici olansa petrol krizi sonrasında Sağlık Bakanlığı bütçesinin GSYİH içerisindeki payında ciddi bir düşüşün yaşanmamış olduğu ve en yüksek seviyeye de %0,89'luk payla 1978'de ulaşıldığıdır. Şekil 6'da 1963-1980 arası Sağlık Bakanlığı harcamaların GSYH içindeki payları yüzde olarak sunulmuştur.

Şekil 6 Sağlık Bakanlığı Harcamalarının GSYH İçindeki Payı (%)



Kaynaklar: TÜİK, "Gayri Safi Yurtiçi Hasıla ve Kişi Başına Gayri Safi Yurtiçi Hasıla" *http://tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=2218*, (15.11.2018). BUMKO, "Bütçe Gider-Gelir Gerçekleşmeleri (1924-2018)", https://www.bumko.gov.tr/TR,4461/butce-gider-gelir-gerceklesmeleri-1924-2018.html, (18.01.2019).

2.3. NEO-LİBERAL DÖNEM (1980-2003)

2.3.1. Sağlık Alanında Yaşanan Gelişmeler

Neo-liberal uygulamaların etkileri tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de 24 Ocak kararları ile etkili olmaya başlamıştır. Ancak 24 Ocak Kararları'nın etkin şekilde uygulanması, 12 Eylül Askeri Darbesi sonrasında gerçekleşmiştir. Bu süreçten sağlık sektörü de etkilenmiş olup kamunun sektörel baskınlığı yanında, özel sektör de yavaş yavaş kendini göstermeye başlamıştır. Karma ekonomik sistemin yerini liberal piyasa ekonomisine bırakması, merkezi devlet bütçesinden sağlığa ayrılan payın da azaltmasına yol açmıştır. Buna rağmen 1980 yılından itibaren devlet, sağlık harcamalarının büyük bir bölümünü karşılamayı sürdürmüştür (Konuk, 2011: 21).

Neo-liberal dönemin başladığı 1980'den sonra ve özellikle de 1990 yılından itibaren özel sağlık hizmet sunucularının sayısında hızla bir artışın yaşandığı

görülmektedir. Fakat finansmanda yaşanan sorunlar, mevzuatın yetersizliği ve kamuda çalışan hekimlerin serbest olarak mesleklerini icra etmesi gibi etkenler, özel sektörden beklenen geri dönüşlerin yeterli düzeyde alınamamasına sebep olmuştur (Kökçü, 2014: 103).

Türkiye'de 1980'den itibaren kamu sağlık sistemi üç çeşit sosyal sigorta sistemi ile finanse edilmiştir. Bu sistemlerden ilki; özelde ve kamuda çalışan mavi yakalı işçiler için 1964 yılında oluşturulan Sosyal Sigortalar Kurumu "SSK", ikincisi bağımsız çalışanlar veya esnaflar için 1972 yılında oluşturulan BAĞ-KUR ve üçüncüsü de devlet memurluğundan emekli olanlar için 1949 yılında oluşturulan Emekli Sandığı'dır. Emekli olmayan devlet memurları ise Emekli Sandığı'na dahil edilmemekle birlikte sağlık harcamaları, görev yaptıkları devlet kurumları tarafından finanse edilmiştir. Çalışmayan, yoksul ve az gelirli kişiler içinse 1992 yılında sadece yatan hasta sağlık hizmetlerini karşılayan yeşil kart sistemi getirilmiştir (Özuysal, 2011: 15).

Kamu sağlık sigortası sisteminin üç farklı sosyal sigorta programına dayalı olarak finanse edilmesi, kurumlara göre verilen teminatlarda farklılık oluşarak gerçekleşmiştir. SSK'lılar sadece SSK'nın finanse ederek yönettiği hastaneler ve eczaneleri kullanabilirken BAĞ-KUR'lular eğer hizmet almak istiyorlarsa, talep tarihinden itibaren 90 gün öncesine kadar prim ödemiş olmaları şartı ile çoğu devlet ve özel sağlık kuruluşunu kullanma imkânına sahip olmuşlardır. Emekli Sandığı mensupları için ise teminat paketi diğer sosyal sigorta kurumlarına göre oldukça fazla gerçekleşmiştir. Her türlü kamu ve özel kuruluştan medikal veya medikal olmayan her türlü sağlık hizmetini alma hakkına sahip olmuşlardır. Hizmet alımındaki eşitsizliklere rağmen programlara göre katkı payı ödemeleri, programlar arasında büyük ölçüde benzerlik göstermiştir (Özuysal, 2011: 18).

Tablo 6'da Sosyal Sigortalar Kurumuna bağlı hastanelerin ve toplam yatak arzının 1980-84 yılları arasındaki gelişimi sunulmuştur. Tabloda da görüleceği üzere SSK kapsamında sigortalı olanların yararlanabileceği hastanelerin sayıca oldukça yetersizdir. Ayrıca T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü (1985: 110) verilerine göre SSK Hastanesinin olmadığı birçok il bulunmaktadır.

Tablo 6 Sosyal Sigortalar Kurumunun Hastane ve Yatak Sayıları (1980-1984)

Yıllar	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı
1980	73	18.408
1981	76	16.516
1982	73	17.365
1983	78	17.352
1984	77	177.133

Kaynak: T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, *Türkiye İstatistik Yıllığı 1985*, Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara 1985, s. 110.

Neo-liberal dönemde liberal piyasa ekonomisinin yeniden hâkim oluşuyla birlikte özellikle 1990'lardan itibaren özel sağlık kurumlarının sayısında ciddi artış yaşanmıştır. Dolayısıyla ülkedeki yataklı sağlık kuruluşlarının sayısı da özel sektör hastaneleri kanalıyla ciddi artış gösterebilmiştir. 1982 yılında 648 olan toplam yataklı sağlık kurumu sayısı 2002 yılına gelindiğinde 9.685'e kadar yükselmiştir. Fakat nüfusun artması ve toplam yatak sayılarında sağlık kuruluşlarındaki kadar artışın sağlanamaması, tablo 7'de de görüleceği gibi 10.000 kişi başına düşen yatak sayısında 1981-2002 arası dönemde 21,47'den 24,77'ye çıkılmasını sağlayabilmiştir. Toplam yatak sayısı da aynı dönemde 97.765 yataktan 164.471 yatağa ancak yükselebilmiştir.

Tablo 7 Neo-Liberal Dönemde Türkiye'de Sağlık Kurumu Verileri (1980-2002)

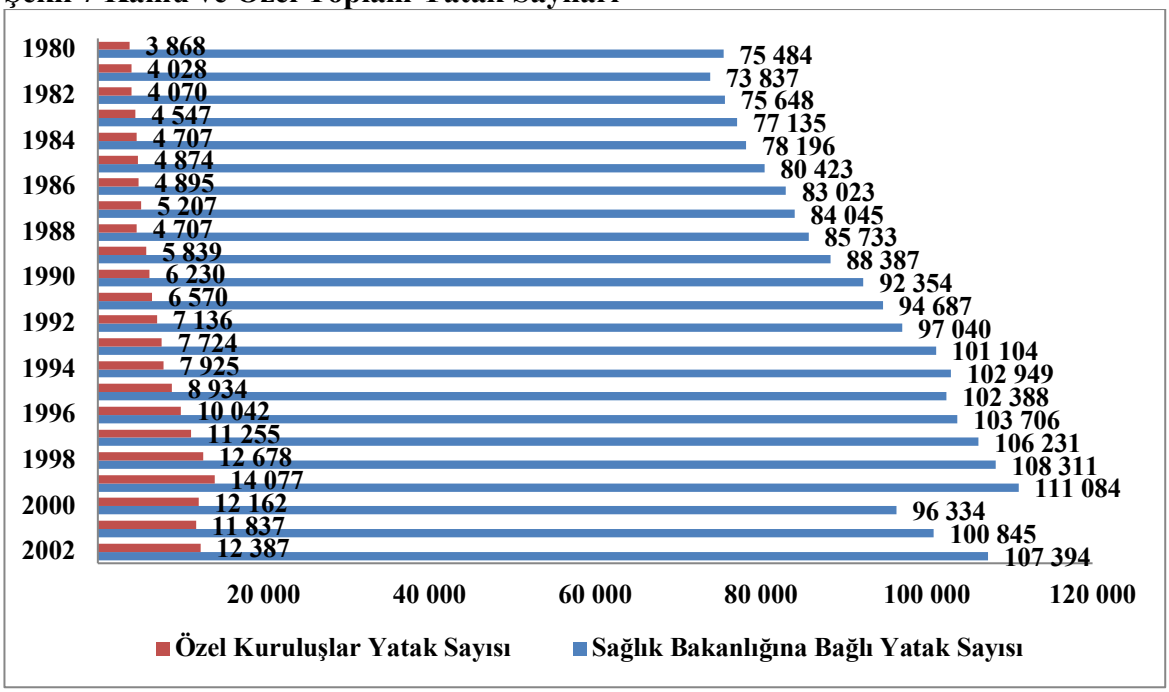
Yıllar	Toplam Yataklı Sağlık Kurumu Sayısı	Toplam Yatak Sayısı	10.000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı
1981	831	97 765	21,47
1985	722	103 918	20,66
1990	857	120 738	21,90
1995	1 009	136 072	22,77
2000	10 747	134 950	20,85
2002	9 685	164 471	24,77

Kaynak: TÜİK, "Sağlık Kurumu Sayısı, Toplam Yatak Sayısı ve 1000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı 1967 – 2017", http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1613, (08.11.2018).

Şekil 7'de sağlık bakanlığına bağlı yataklı sağlık kurumları ile özel sektör yataklı sağlık kurumlarının yatak sayıları verilmiştir. Şekilde de görüleceği gibi 1980'lerden itibaren özel ve kamu sağlık kurumlarının yatak sayılarında istikrarlı bir artış yaşanmıştır. Ancak özel sektör hastanelerindeki yatak arzında yaşanan artış üç katın üzerinde gerçekleşerek kamu hastanelerindeki yatak arzında yaşanan artışı önemli ölçüde geçmiştir. Özel sağlık kurumlarının yatak arzındaki artışta, bu

dönemde iktidara gelen hükümetlerin neo-liberal politikaları takip etmeleri etkili olmuştur.

Şekil 7 Kamu ve Özel Toplam Yatak Sayıları



Kaynak: TÜİK, "Kamu ve Özel Yataklı Sağlık Kurumlarının Yatak Sayıları 1967 - 2017", *http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=252*, (02.02.2019).

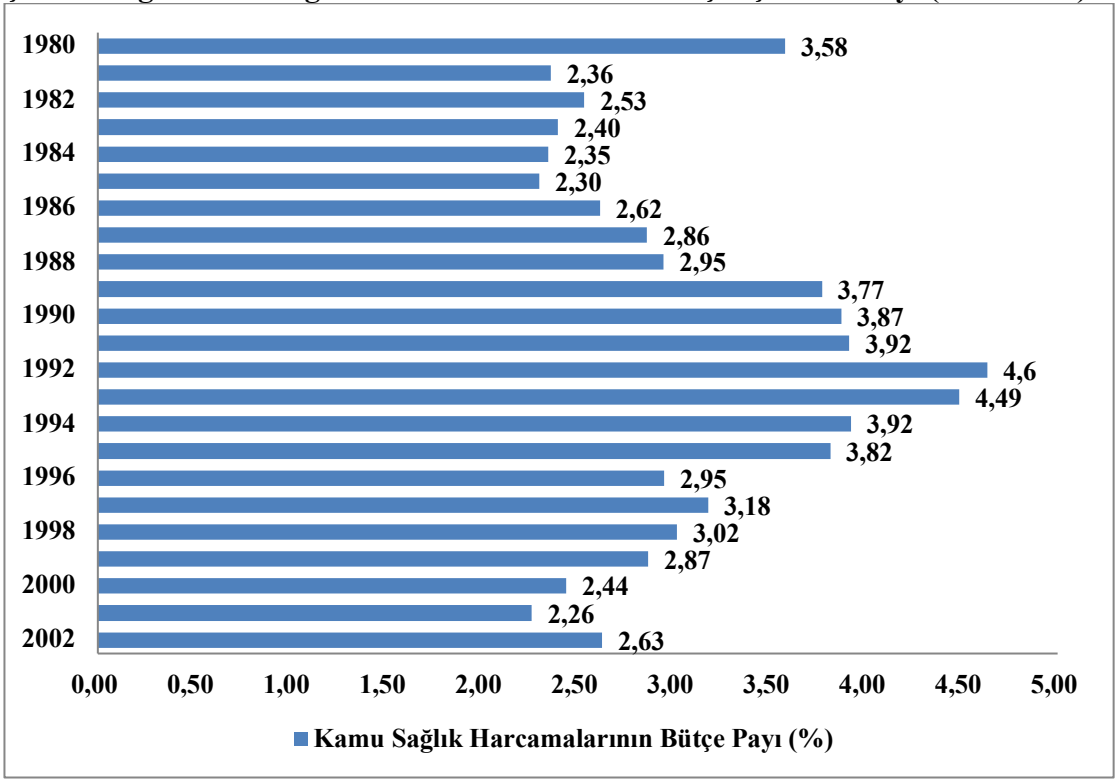
2.3.2. Kamu Sağlık Harcamaları

1980 yılından sonra neo-liberal dönemin etkileri ile özel sağlık kuruluşlarının sayısında yaşanan artış, beraberinde özel sağlık harcamalarının da artışına yol açmıştır. Liberal piyasa ekonomisinin amacı, kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki ağırlığının azalmasıdır. Ancak neo-liberal dönemde de kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payında düşüş gerçekleşememiştir.

1980-2002 arası dönemde Sağlık Bakanlığı harcamalarının toplam merkezi bütçe içindeki payı Şekil 8'de de görüleceği gibi stabil kalmış, hatta 1993 yılından sonra kısmen düşüş eğilimi yaşanmıştır. Buna göre 1980 yılında toplam merkezi bütçe harcamaları içerisindeki ağırlığı %3,58 olan Sağlık Bakanlığı'nın payı, 1985

yılına kadar düşüş eğilimi göstermiştir. 1986'dan 1992 yılına kadarsa tekrar yükselişe geçmiş ve 1992 yılında merkezi bütçe harcamalarının %4,6'sına kadar ulaşılmıştır.

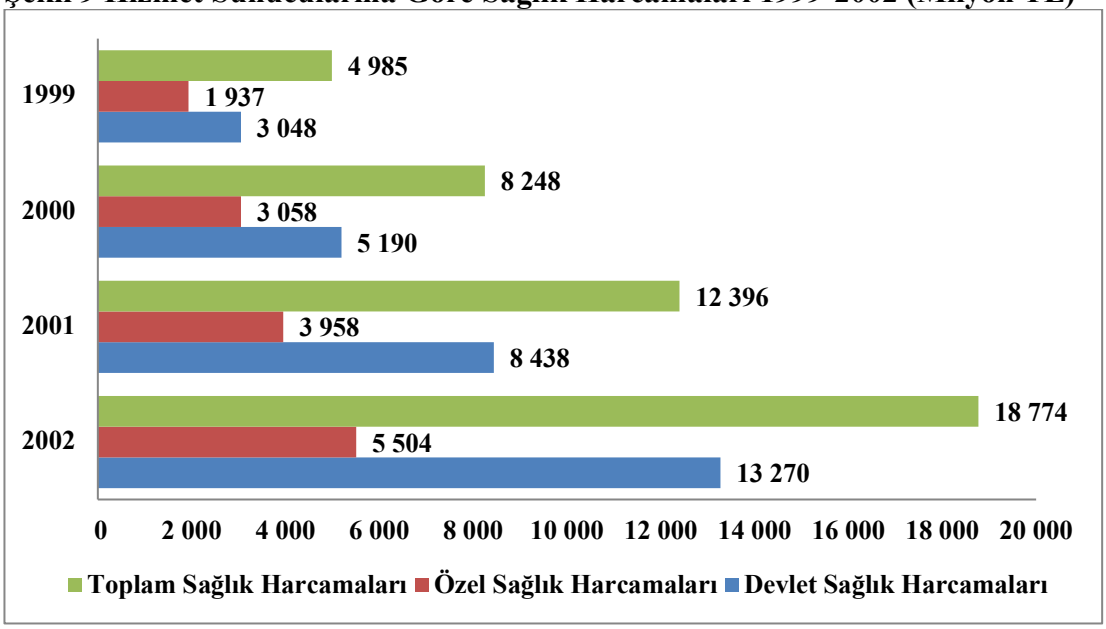
Şekil 8 Sağlık Bakanlığı Harcamalarının Genel Bütçe İçindeki Payı (1980-2003)



Kaynak: BUMKO, "Bütçe Gider-Gelir Gerçekleşmeleri (1924-2018)", https://www.bumko.gov.tr/TR,4461/butce-gider-gelir-gerceklesmeleri-1924-2018.html, (18.01.2019).

Şekil 9 incelendiğinde, 1999-2002 arasında kamu sağlık harcamalarındaki artışın özel kesim sağlık harcamalarındaki artıştan yüksek olduğu görülmektedir.

Şekil 9 Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları 1999-2002 (Milyon TL)



Kaynak: TÜİK, "Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları", *http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=258*, (27.12.2018).

Tablo 8'de görüldüğü gibi halk sağlığı programlarına yapılan sağlık harcamaları katlanarak artmıştır. Dolayısıyla koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önem yükselmiş, en çok sağlık harcamasıysa hastanelere yönelik gerçekleştirilmiştir.

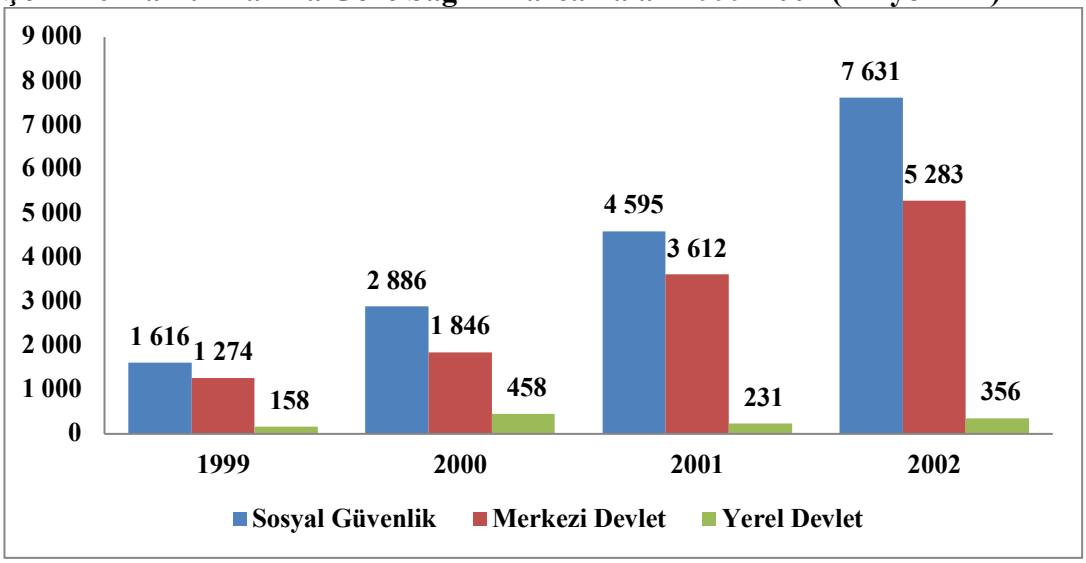
Tablo 8 Kamu Sağlık Harcamalarının Dağılımı 1999-2002 (Milyon TL)

Yıllar	Hastaneler	Ayakta bakım sunanlar	Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar	Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi	Genel sağlık yönetimi ve sigorta	Diğer Kategori	Yatırım	Toplam Cari Sağlık Harcaması
1999	1 581	321	765	5	42	158	176	2 872
2000	2 540	448	1 381	22	82	392	325	4 865
2001	3 727	844	3 052	45	126	335	310	8 128
2002	5 333	1 358	5 318	63	206	549	443	12 827

Kaynak: TÜİK, "Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları", *http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=258*, (27.12.2018).

Şekil 10'a göre 1999-2002 arasında yapılan kamu sağlık harcamalarının çoğu sosyal güvenlik kurumu tarafından gerçekleştirilmiştir. İkinci sırada ise merkezi hükümet tarafından yapılmıştır. Belediye ve il özel idareleri gibi yerel devlet kurumlarına bağlı olarak gerçekleştirilen yerel devlet harcamaları ise en az sağlık harcaması yapan kurum olmuştur.

Şekil 10 Kamu Alanına Göre Sağlık Harcamaları 1999-2002 (Milyon TL)



Kaynak: TÜİK, "Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları", *http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=258*, (27.12.2018).

2.4. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI DÖNEMİ "SDP" (2003 ve Sonrası)

2.4.1. Sağlık Alanında Yaşanan Gelişmeler

2003 yılında Türkiye'de sağlık sistemi, topluma sınırlı sağlık hizmetini ücretsiz sunan ulusal bir sağlık sisteminden, nüfusun farklı kesimlerini kapsayan sosyal sigorta sisteminden ve dar gelirlilere yönelik sosyal destek uygulamalarından oluşmaktadır (OECD, 2008: 20). SDP 58. hükümet tarafından başlatılmıştır. Sağlık Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından planlanarak uygulamaya konulmuştur. Uzun zamandır sosyal sigorta sisteminde yer alan sorunların çözümü için tasarlanan SDP ile etkili, verimli ve hakkaniyetli sağlık hizmetinin sunulması hedeflenmiştir. Dünya Bankası Kredi Sözleşmesi'nde (2008)

yazan amaca göre SDP'nin amacı; sağlık sistemini finansal açıdan sürdürülebilir hale getirerek tüm nüfusa yaymak, hizmet sunumunu verimli hale getirmek ve Türkiye'nin kurumsal kapasitesini güçlendirerek projeyi sürdürebilir hale getirmektir.

Tablo 9'da görüldüğü gibi SDP'nin başladığı 2003 yılında Türkiye'de toplam yataklı sağlık kurumlarının sayısı 9.183 iken 165.465 toplam yatak sayısı ve 10.000 kişi başına düşen 24,63 yatak bulunmaktadır. Yıllar geçtikçe hem kurum hem de yatak sayıları yükselmeye devam etmiştir. 2017 yılına gelindiğindeyse toplam sağlık kurumu sayısı 33.587'ye yükselmiş ve toplam yatak sayısı da 225.863'e ulaşmıştır. 10.000 kişiye düşen yatak sayısı ise 27,90 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 9 Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Türkiye'de Sağlık Kurumu Verileri

Yıllar	Toplam Yataklı Sağlık Kurumu Sayısı	Toplam Yatak Sayısı	10.000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı
2003	9 183	165 465	24,63
2004	9 038	166 707	24,51
2005	8 870	170 972	24,83
2006	9 831	174 342	25,00
2007	11 839	178 000	25,22
2008	13 818	183 183	25,61
2009	15 205	188 638	26,00
2010	26 993	200 239	27,16
2011	27 997	194 504	26,03
2012	29 960	200 072	26,46
2013	30 116	202 031	26,35
2014	30 176	206 836	26,62
2015	30 449	209 648	26,63
2016	32 980	217 771	27,28
2017	33 587	225 863	27,90

Kaynak: TÜİK, "Sağlık Kurumu Sayısı, Toplam Yatak Sayısı ve 1000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı 1967 – 2017", http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1613, (08.11.2018).

Akdağ (2012: 69-70) amaç olarak belirlenen SDP'nin ilkelerini şu şekilde sıralamıştır;

- Uzlaşmacılık,
- Gönüllülük,
- İnsan merkezlilik,

- Sürekli kalite gelişimi,
- Hizmette rekabet,
- Güçler ayrılığı,
- Sürdürebilirlik,
- Desantralizasyon,
- Katılımcılık.

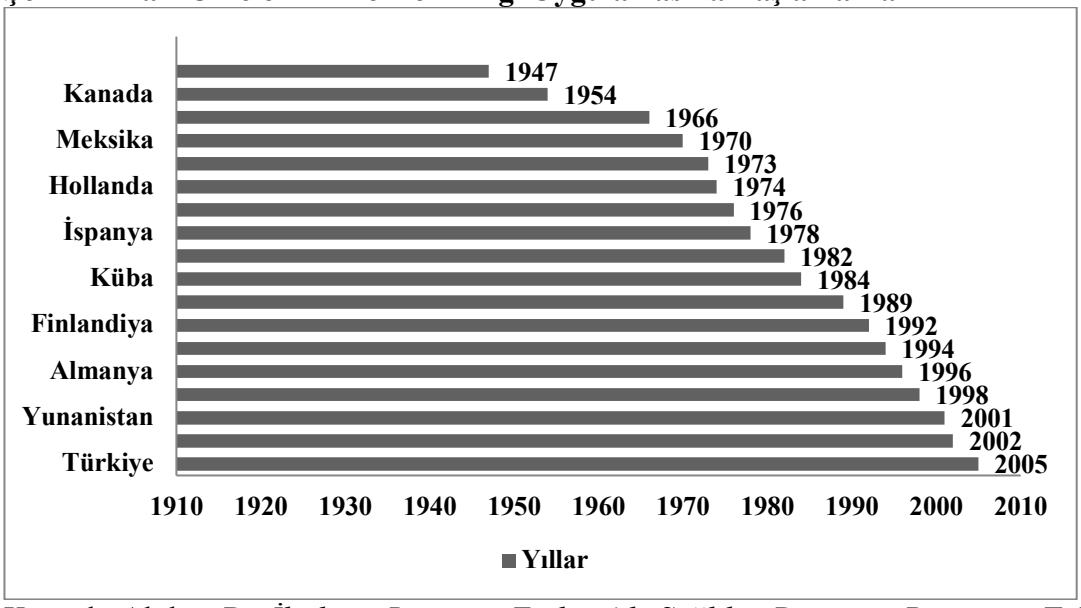
SDP'nin bileşenleri ise şunlardır:

- Tüm kamu sigortalarını tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası,
- Planlama ve denetleme görevleri olan Sağlık Bakanlığı,
- Sağlık Bilgi Sistemi
- Erişimi kolay, yaygın ve güler yüzlü sağlık sistemi,
- İlaç ve malzeme üretiminde kurumsal yapılanma,
- Aile hekimliği ve temel sağlık hizmetleri,
- Kademeli sevk zinciri,
- Akreditasyon,
- Özerkliğe sahip sağlık kuruluşları,
- Donanımlı sağlık insan gücü,
- Sistemin destekleneceği eğitim kurumları (Akdağ, 2008: 20).

SDP ile gelen bir yenilik de aile hekimliğidir. Aile hekimi kendisine bağlı olan ailelerin tüm fertlerinden sağlık durumları açısından sorumludur. Kendisine başvuran kişinin mevcut basamakta her türlü sağlık sorununu çözer. Sorunların çözülemeyeceği durumlarda ise danışmanlık ederek uzman hekimlere yönlendirir. Dolayısıyla aile hekimi aynı zamanda ailelerin sağlık danışmanı konumundadır. Aile hekimliği uygulaması ile vatandaşlar, kendi doktorunu kendi seçme özgürlüğü ile tedavi olabilmektedir. 2008'de aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde hastalar birinci basamağa yönlendirilince hasta memnuniyeti de artmıştır (Akdağ, 2008: 64-65).

Şekil 11'de ülkelerin aile hekimliği uygulamasına geçiş tarihleri verilmiştir. Şekilde de görüleceği gibi Türkiye, dünyada aile hekimliği uygulamasının başlangıcından 58 yıl sonra bu uygulamaya geçebilmiştir.

Şekil 11 Bazı Ülkelerin Aile Hekimliği Uygulamasına Başlama Tarihi



Kaynak: Akdağ, R.*, İlerleme Raporu - Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı*, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ağustos 2018, s.64.

Sosyal güvenlik reformu SDP ile eş zamanlı olarak başlatılmıştır. Ana hedefi tüm nüfusa adaletli bir sağlık sistemi sunarken mali açıdan da sürdürülebilir bir yapı oluşturmaktır. Bu reform ile;

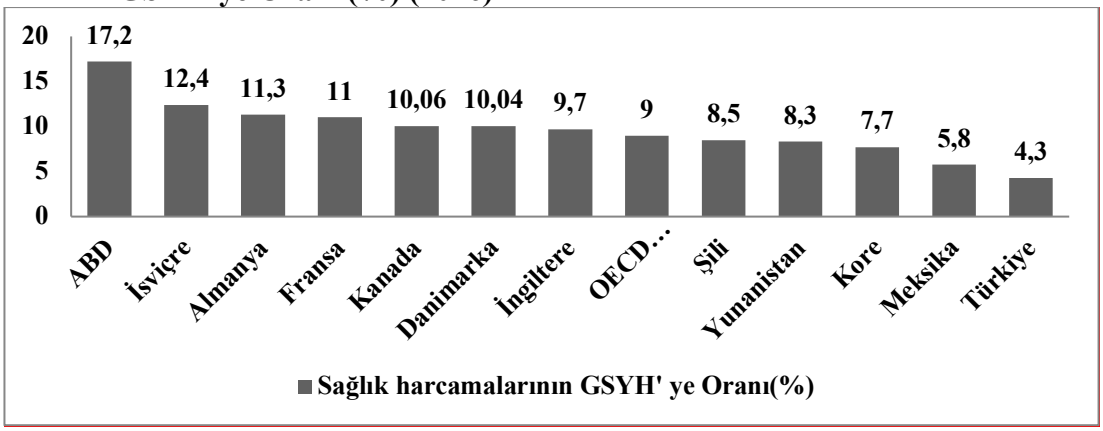
- Sosyal güvenlik kurumlarının tek bir çatı altında toplanması,
- Emeklilik haklarının ve yükümlülüklerinin tüm çalışanlar için hakkaniyetli olması,
- Sosyal yardımların bir hak olarak tanımlanması,
- Tüm nüfusun sağlığa erişimini artırmayı hedefleyen genel sağlık sigortasının kurulması gerçekleştirilmiştir (Alper, 2011: 20)

2.4.2. Kamu Sağlık Harcamaları

TUİK (2018) verilerine göre Türkiye'de 2017 yılında sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı %4,5'e yükselmiştir. Bu harcamaların %78'i genel devlet bütçesinden %17,1'i hane halkı tarafından karşılanmaktadır. Kişi başına düşen sağlık harcaması 2016 yılında 1511 TL iken, 2017 yılında bu tutar 1751 TL'ye yükselmiştir. Dolar bazında değerlendirildiğinde ise 2016 yılında 500$ kişi başına düşen sağlık harcaması yapılmışken 2017 yılında bu tutar kur artışının da etkisiyle 480$'a inmiştir.

Şekil 12'ye göre 2016 yılında seçilmiş OECD üyesi ülkeler arasında sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı en yüksek olan %17,2'lik payla ABD'dir. İkinci sırada %12,4'lük payla İsviçre, üçüncü sıradaysa %11,3'lük payla Almanya gelmektedir. Türkiye ise OECD ortalamasının altında olup bu oran %4,3 ile sınırlıdır.

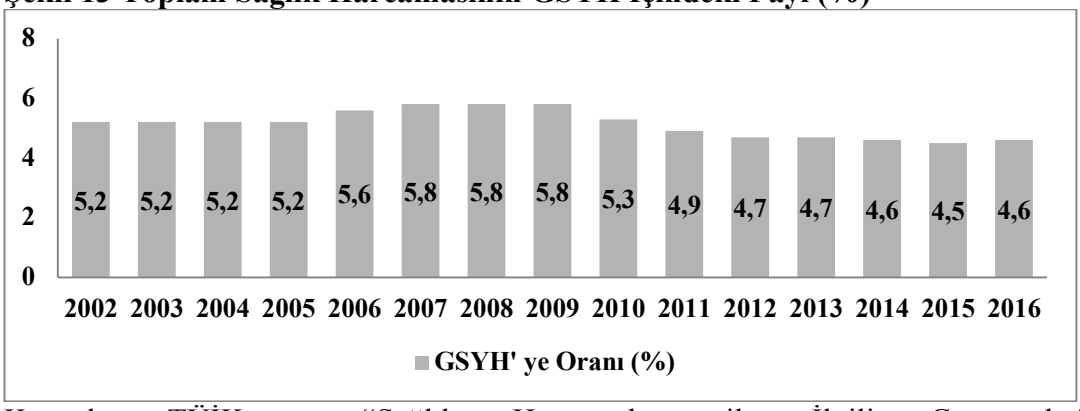
Şekil 12 Seçilmiş OECD Ülkelerinde Cari Sağlık Harcamaların GSYH'ye Oranı (%) (2016)



Kaynak: TUİK, "Cari Sağlık Harcamasının GSYH'ye Oranında Türkiye OECD Ortalamasının Altında", *Basın Odası Haberleri*, http://tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2017_61_20171123.pdf, (19.12.2018).

Şekil 13'te de görüleceği gibi 2002 yılında %5,2 olan sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı 2016 yılında %4,6'ya düşmüştür. 2002-2008 yılları arasındaysa bir artış söz konusudur. Bu artışların sebebi Türkiye'de sağlık sistemin liberal bir yapı içerisine girmesinden ve yatırımların kar amaçlı artışından kaynaklanmaktadır.

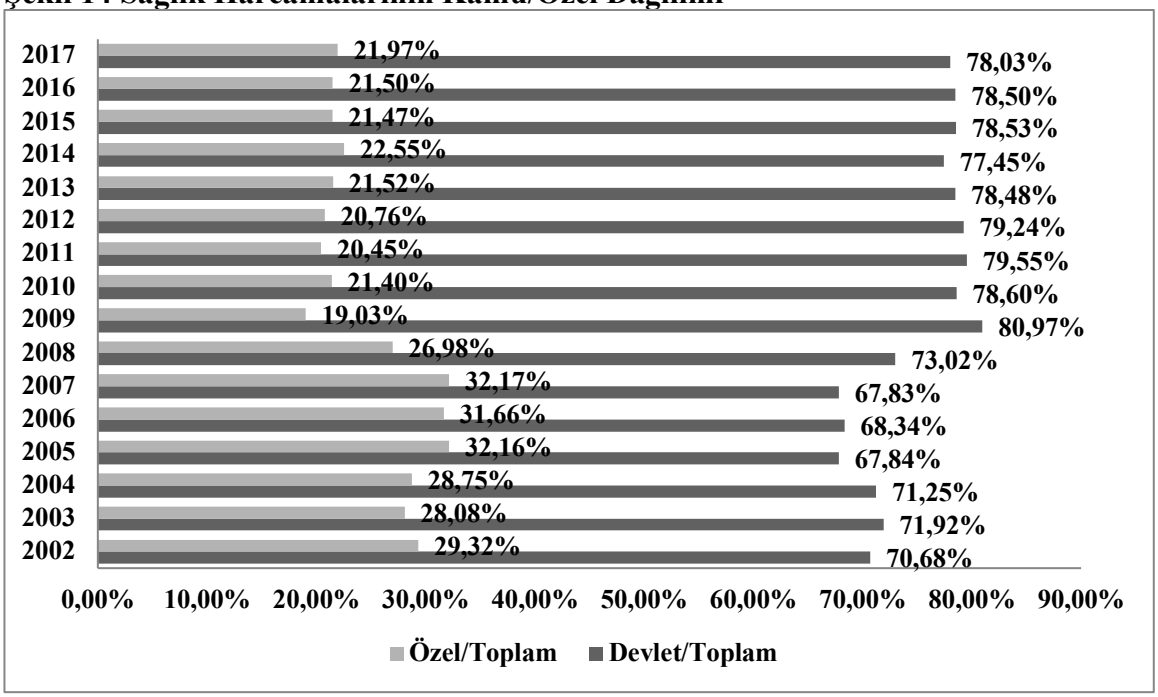
Şekil 13 Toplam Sağlık Harcamasının GSYH İçindeki Payı (%)



Kaynak: TÜİK, "Sağlık Harcamaları ile İlgili Göstergeler", http://tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1614 (10.09.2018)

Şekil 14'e bakıldığındaysa 2002 yılında toplam sağlık harcamalarının içinde kamu sağlık harcamalarının payı %70,68 iken 2017 yılında %78,03'e yükselmiştir.

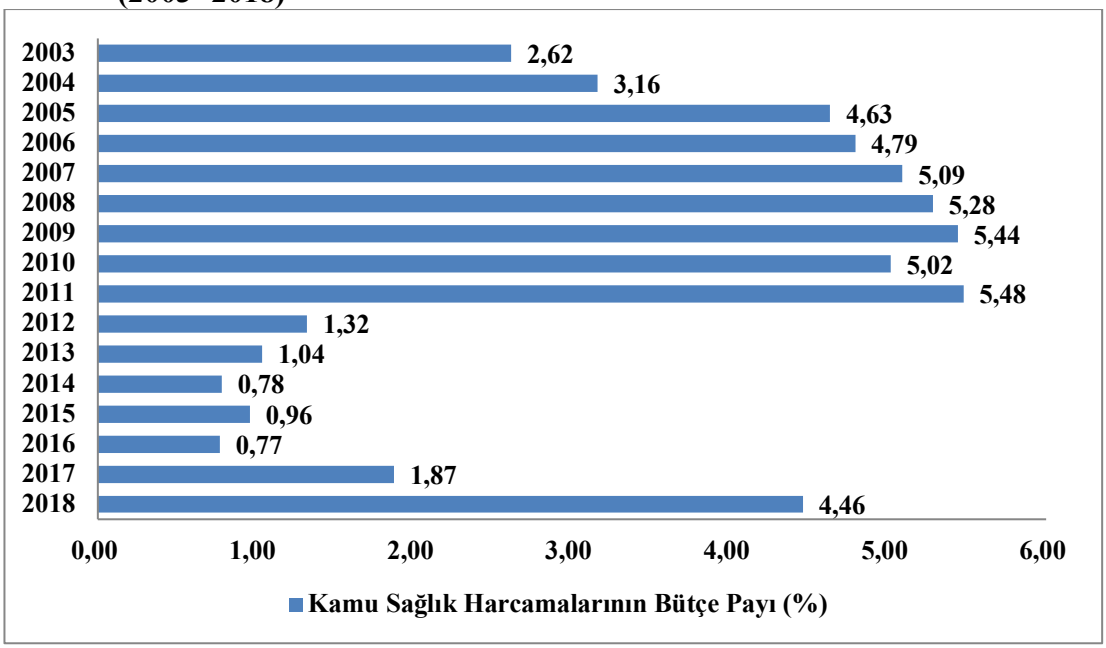
Şekil 14 Sağlık Harcamalarının Kamu/Özel Dağılımı



Kaynak: TÜİK, "Sağlık Harcamaları", http://tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=258, (09.12.2018).

Şekil 15'te de görüleceği üzere Türkiye 'de sağlığa ayrılan kaynak 2011'e kadar artarak sürmüş, 2012-6 arasında düşüş yaşamıştır. 2017 yılında ise tekrar artış göstermiştir.

Şekil 15 Sağlık Bakanlığı Harcamalarının Genel Bütçe İçindeki Payı (2003- 2018)



Kaynak: BUMKO, "Bütçe Gider-Gelir Gerçekleşmeleri (1924-2018)", https://www.bumko.gov.tr/TR,4461/butce-gider-gelir-gerceklesmeleri-1924-2018.html, (18.01.2019).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. TÜRKİYE'NİN KAMU SAĞLIK HARCAMALARINDA SOSYOEKONOMİK BELİRLEYİCİLERİNİN ANALİZİ

3.1. METODOLOJİ

Granger nedensellik analizinde değişkenler arasındaki istatistiki ilişkiye bakılabilmesi için serilerin durağan olması beklenmektedir. Bu serilerin varyansının veya ortalamasının zaman içinde değişmesi, serilerin durağan olmadığını veya birim kök içeren seriler olduğunu göstermektedir. Dickey-Fuller (ADF) testi; zaman serilerinde durağanlığın araştırıldığı ve literatürde sıklıkla kullanılan bir testtir. Bağımlı değişkenin gecikmeli değerlerinin, bir sabit ve bir zaman trendi içerecek şekilde aşağıdaki gibi bir formülle değerlendirilir (Altunç, 2008: 118).

$$\Delta y_t = \mu + \beta t + \delta y_{t-1} + \sum_{j=1}^{k} \alpha_j \Delta y_{t-j} + \varepsilon_t$$

3.1.1. HİPOTEZ

Kamu sağlık harcamaları ile sosyoekonomik belirleyiciler arasındaki nedensellik ilişkinin sınanmasında temel hipotez denklem 1'de gösterilmiş olup, alt hipotezler temel hipoteze dayanarak detaylandırılmaktadır.

$$H_0: Grager\ nedeni\ değildir.$$
$$H_1: Grager\ nedenidir \qquad [1]$$

3.1.2. VERİ TASARIMI VE YÖNTEM

Cari dolar fiyatlarıyla fert başına düşen kamu sağlık harcaması verisi, OECD'den temin edilmiş olup, sosyoekonomik belirleyici olarak belirlenen altısı ekonomik sekizi sosyal olmak üzere toplam on dört değişken ise dünya bankasından derlenmiştir. Toplam on beş değişken 1980-2017 yılları arasını kapsamakta olup,

tüm değişkenler düzeyde durağanlık koşulunun sağlanması için bir önceki yıla göre yüzdelik değişime dönüştürülmüştür. Böylece de veri 1981-2017 arasını kapsamıştır.

Altı büyüme bileşeniyle nedensellik sınaması yapılmış olup, nedenselliğin sınandığı değişkenler şunlardır:

- **GSYİH değişkeni:** Cari dolar fiyatlarıyla GSYİH'da bir yıl öncesine göre yaşanan yüzdelik değişim.
- **FBGSYİH değişkeni:** Cari dolar fiyatlarıyla fert başına düşen GSYİH'da bir yıl öncesine göre yaşanan yüzdelik değişim.
- **TARIM değişkeni:** Cari dolar fiyatlarıyla tarım sektöründe bir yıl öncesine göre yaşanan yüzdelik değişim.
- **SANAYI değişkeni:** Cari dolar fiyatlarıyla sanayi sektöründe bir yıl öncesine göre yaşanan yüzdelik değişim.
- **IMALAT değişkeni:** Cari dolar fiyatlarıyla imalat sanayi alt sektöründe bir yıl öncesine göre yaşanan yüzdelik değişim.
- **HIZMETLER değişkeni:** Cari dolar fiyatlarıyla hizmetler sektöründe bir yıl öncesine göre yaşanan yüzdelik değişim.

Yedi sosyal belirleyici ile nedensellik sınaması yapılmış olup, nedenselliğin sınandığı değişkenler şunlardır:

- **YASAMKADIN değişkeni:** Kadın nüfusta doğuşta yaşam beklentisi.
- **YASAMERKEK değişkeni:** Erkek nüfusta doğuşta yaşam beklentisi.
- **YASAMTOPLAM değişkeni:** Nüfus bütününde doğuşta yaşam beklentisi.
- **KADIN65 değişkeni:** 65 yaş ve üstü kadın nüfus sayısında bir yıl öncesine göre yaşanan yüzdelik değişim.
- **ERKEK65 değişkeni:** 65 yaş ve üstü erkek nüfus sayısında bir yıl öncesine göre yaşanan yüzdelik değişim.
- **TOPLAM65 değişkeni:** 65 yaş ve üstü nüfus bütününde bir yıl öncesine göre yaşanan yüzdelik değişim.

- **KENTNUFUSU değişkeni:** Kent nüfusunda bir yıl öncesine göre yaşanan yüzdelik değişim.

Ekonometrik analiz çalışmasında kullanılan yöntem Granger nedensellik analizi olup, analizin ön varsayımını oluşturan durağanlığın temini için yıllık yüzdelik değişimleri alınmıştır. Durağanlık testleri gerçekleştirilip son aşamada da Granger nedensellik testleri için ilk olarak ideal gecikme uzunlukları var modeli kurularak tespit edilmiş, ardındansa belirlenen gecikmeye göre Granger nedensellik ilişkisi sınanarak elde edilen sonuç tabloları sunulmuştur. Uygulamalar Eviews 8.0 programında gerçekleştirilmiştir.

3.1.3. LİTERATÜR

Sağlık harcamalarının sosyoekonomik belirleyicilerle nedensellik ilişkisinin sınamasının gerçekleştirildiği çalışmalar oldukça sınırlıdır. Öncül olarak kabul edilebilecek çalışmalarsa şunlardır:

Erdil ve Yetkiner (2009: 511-516) GSYİH ile sağlık harcamaları arasındaki Granger nedensellik ilişkisini araştırmıştır. Yumuşak ve Yıldırım (2009: 14) Türkiye'de 1980-2005 yılları arasındaki verileri kullanarak sağlık göstergeleri ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi nedensellik analizi ile incelemiştir. Mehrara ve Musai (2011: 13) 1970-2008 yıllık verilerini kullanarak İran'da sağlık harcamaları ile GSYH arasındaki nedenselliği incelemiştir.

Ülke gruplarının karşılaştırmasını içeren sağlık harcamalarında nedensellik çalışmaları nispeten fazladır. Bunlara örnek olara şunlar verilebilir: Devlin ve Hansen (2001: 561-564) 20 OECD ülkesinden aldıkları verilerle GSYH ve sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi nedensellik analizi ile incelemiştir. Hartwig (2010: 314) "Sağlık sermayesi oluşumu uzun vadeli ekonomik büyüme için iyi midir?" sorusuna cevap arayarak OECD ülkelerinden aldığı verilerle nedensellik analizi yapmıştır. Tang ve Chrsquo (2011: 6814) 1970-2006 yılları arasında ASEAN-5 ekonomileri için sağlık-gelir ilişkisini zaman serisi çerçevesi içinde araştırmıştır. Elmi ve Sadeghi (2012: 88) gelişmekten olan ülkelerin 1990-2009 yıllarındaki

verileriyle, ekonomik büyüme ve sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi eş bütünleşme ve nedensellik analizi ile incelemiştir. Tıraş (2018: 175) düşük gelirli, orta gelirli ve yüksek gelirli ülkelere yönelik yaptığı nedensellik analizinde gelir ile kişi başı sağlık harcaması, toplam sağlık harcaması, özel sağlık harcaması ve kamu sağlık harcamasını incelemiştir.

3.2. BULGULAR

Bulgular üç aşamada raporlanmıştır. İlk aşamada grup durağanlık test sonuçları sunulmuştur. İkinci aşamada kamu sağlık harcamalarıyla ekonomik belirleyiciler arasındaki Granger nedensellik analizi bulguları sunulmuştur. Üçüncü ve son aşamadaysa kamu sağlık harcamalarıyla sosyal belirleyiciler arasındaki Granger nedensellik ilişkisinin sınama sonuçları raporlanmıştır.

3.2.1. Ekonomik Belirleyicilere İlişkin Durağanlık Test Bulguları

İlk olarak cari dolar fiyatlarıyla fert başına düşen sağlık harcamasında yaşanan yıllık değişime ilişkin durağanlık testleri gerçekleştirilmiştir. Tablo 11'de de görüleceği üzere cari dolar fiyatlarıyla fert başına düşen sağlık harcamasında yaşanan yıllık değişimde düzeyde durağanlık mevcuttur.

Tablo 10: Cari Dolar Fiyatlarıyla Fert Başına Düşen Sağlık Harcamasında Yaşanan Yıllık Değişim Durağanlık Test Sonuçları

Null Hypothesis: FBSAGLIK has a unit root
Lag Length: 0 (Automatic - based on SIC, maxlag=9)

		t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic		-8.360765	**0.000**
Test critical values:	1% level	-3.626784	
	5% level	-2.945842	
	10% level	-2.611531	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

İkinci olarak cari dolar fiyatlarıyla GSYİH'da yaşanan yıllık değişime ilişkin ADF birim kök testi vasıtasıyla durağanlık sınaması gerçekleştirilmiştir. Tablo 12'te

Eviews sonuçları sunulmuştur. Tabloda da görüleceği üzere cari dolar fiyatlarıyla GSYİH'da yaşanan yıllık değişimde düzeyde durağanlık mevcuttur.

Tablo 11: Cari Dolar Fiyatlarıyla GSYİH'da Yaşanan Yıllık Değişim Durağanlık Test Sonuçları

Null Hypothesis: GSYIH has a unit root
Lag Length: 0 (Automatic - based on SIC, maxlag=9)

		t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic		-6.321959	**0.000**
Test critical values:	1% level	-3.626784	
	5% level	-2.945842	
	10% level	-2.611531	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Üçüncü olarak cari dolar fiyatlarıyla fert başına düşen GSYİH'da yaşanan yıllık değişime ilişkin ADF birim kök testi vasıtasıyla durağanlık sınaması gerçekleştirilmiştir. Tablo 13'te Eviews sonuçları sunulmuştur. Tabloda da görüleceği üzere cari dolar fiyatlarıyla fert başına düşen GSYİH'da yaşanan yıllık değişimde düzeyde durağanlık mevcuttur.

Tablo 12: Cari Dolar Fiyatlarıyla GSYİH'da Yaşanan Yıllık Değişim Durağanlık Test Sonuçları

Null Hypothesis: FBGSYIH has a unit root
Lag Length: 0 (Automatic - based on SIC, maxlag=9)

		t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic		-6.331530	**0.000**
Test critical values:	1% level	-3.626784	
	5% level	-2.945842	
	10% level	-2.611531	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Dördüncü olarak cari dolar fiyatlarıyla hizmetler sektöründe gerçekleştirilen üretimde yaşanan yıllık değişime ilişkin ADF birim kök testi vasıtasıyla durağanlık sınaması gerçekleştirilmiştir. Tablo 14'te Eviews sonuçları sunulmuştur. Tabloda da görüleceği üzere cari dolar fiyatlarıyla hizmetler sektörü üretiminde yaşanan yıllık değişimde düzeyde durağanlık mevcuttur.

Tablo 13: Cari Dolar Fiyatlarıyla Hizmetler Sektöründe Yaşanan Yıllık Değişim Durağanlık Test Sonuçları

Null Hypothesis: HIZMETLER has a unit root
Lag Length: 0 (Automatic - based on SIC, maxlag=9)

		t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic		-7.276914	**0.000**
Test critical values:	1% level	-3.626784	
	5% level	-2.945842	
	10% level	-2.611531	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Beşinci olarak cari dolar fiyatlarıyla sanayi sektöründe gerçekleştirilen üretimde yaşanan yıllık değişime ilişkin ADF birim kök testi vasıtasıyla durağanlık sınaması gerçekleştirilmiştir. Tablo 15'te Eviews sonuçları sunulmuştur. Tabloda da görüleceği üzere cari dolar fiyatlarıyla sanayi üretiminde yaşanan yıllık değişimde düzeyde durağanlık mevcuttur.

Tablo 14: Cari Dolar Fiyatlarıyla Sanayi Sektöründe Yaşanan Yıllık Değişim Durağanlık Test Sonuçları

Null Hypothesis: SANAYI has a unit root
Lag Length: 0 (Automatic - based on SIC, maxlag=9)

		t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic		-5.450442	**0.000**
Test critical values:	1% level	-3.626784	
	5% level	-2.945842	
	10% level	-2.611531	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Altıncı olarak cari dolar fiyatlarıyla imalat sanayi sektöründe gerçekleştirilen üretimde yaşanan yıllık değişime ilişkin ADF birim kök testi vasıtasıyla durağanlık sınaması gerçekleştirilmiştir. Tablo 16'da Eviews sonuçları sunulmuştur. Tabloda da görüleceği üzere cari dolar fiyatlarıyla imalat sanayi üretiminde yaşanan yıllık değişimde düzeyde durağanlık mevcuttur.

Tablo 15: Cari Dolar Fiyatlarıyla İmalat Sanayi Sektöründe Yaşanan Yıllık Değişim Durağanlık Test Sonuçları

Null Hypothesis: IMALAT has a unit root
Lag Length: 0 (Automatic - based on SIC, maxlag=9)

		t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic		-6.040055	**0.000**
Test critical values:	1% level	-3.626784	
	5% level	-2.945842	
	10% level	-2.611531	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Yedinci olarak cari dolar fiyatlarıyla tarım sektöründe gerçekleştirilen üretimde yaşanan yıllık değişime ilişkin ADF birim kök testi vasıtasıyla durağanlık sınaması gerçekleştirilmiştir. Tablo 17'de Eviews sonuçları sunulmuştur. Tabloda da görüleceği üzere cari dolar fiyatlarıyla tarım üretiminde yaşanan yıllık değişimde düzeyde durağanlık mevcuttur.

Tablo 16: Cari Dolar Fiyatlarıyla Tarım Sektöründe Yaşanan Yıllık Değişim Durağanlık Test Sonuçları

Null Hypothesis: TARIM has a unit root
Lag Length: 0 (Automatic - based on SIC, maxlag=9)

		t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic		-11.43058	**0.000**
Test critical values:	1% level	-3.626784	
	5% level	-2.945842	
	10% level	-2.611531	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

3.2.2. Sosyal Belirleyicilere İlişkin Durağanlık Test Bulguları

Grup durağanlığı testi sonrasında ikinci aşama olarak sosyal bileşenler için ADF birim kök testi vasıtasıyla durağanlık sınamaları yeniden gerçekleştirilmiştir. İlk olarak kadınlarda doğuşta yaşam beklentisinde gerçekleşen yıllık değişime ilişkin durağanlık testleri gerçekleştirilmiştir. Tablo 18'de de görüleceği üzere bu değişken için düzeyde durağanlık mevcuttur.

Tablo 17: Kadınlarda Doğuşta Yaşam Beklentisinde Yaşanan Yıllık Değişim Durağanlık Test Sonuçları

Null Hypothesis: YASAMKADIN has a unit root
Lag Length: 4 (Automatic - based on SIC, maxlag=9)

		t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic		-2.302270	**0.023**
Test critical values:	1% level	-2.639210	
	5% level	-1.951687	
	10% level	-1.610579	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

İkinci olarak erkeklerde doğuşta yaşam beklentisinde gerçekleşen yıllık değişime ilişkin durağanlık testleri gerçekleştirilmiştir. Tablo 19'da da görüleceği üzere bu değişken için düzeyde durağanlık mevcuttur.

Tablo 18: Erkeklerde Doğuşta Yaşam Beklentisinde Yaşanan Yıllık Değişim Durağanlık Test Sonuçları

Null Hypothesis: YASAMERKEK has a unit root
Lag Length: 3 (Automatic - based on SIC, maxlag=9)

		t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic		-1.944344	**0.051****
Test critical values:	1% level	-2.636901	
	5% level	-1.951332	
	10% level	-1.610747	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.
%10 hata payında istatistiksel anlamlılık mevcuttur.

Üçüncü olarak nüfus bütününde doğuşta yaşam beklentisinde gerçekleşen yıllık değişime ilişkin durağanlık testleri gerçekleştirilmiştir. Tablo 20'de de görüleceği üzere bu değişken için düzeyde durağanlık mevcuttur.

Tablo 19: Nüfus Bütünü İçin Doğuşta Yaşam Beklentisinde Yaşanan Yıllık Değişim Durağanlık Test Sonuçları

Null Hypothesis: YASAMTOPLAM has a unit root
Lag Length: 3 (Automatic - based on SIC, maxlag=9)

		t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic		-1.602655	**0.101****
Test critical values:	1% level	-2.636901	
	5% level	-1.951332	
	10% level	-1.610747	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.
%10 hata payında istatistiksel anlamlılık mevcuttur.

Dördüncü olarak 65 yaş üstü kadın nüfus hacminde gerçekleşen yıllık değişime ilişkin durağanlık testleri gerçekleştirilmiştir. Tablo 21'de de görüleceği üzere bu değişken için düzeyde durağanlık mevcuttur.

Tablo 20: 65 Yaş Üstü Kadın Nüfus Hacminde Yaşanan Yıllık Değişim Durağanlık Test Sonuçları

Null Hypothesis: KADIN65 has a unit root
Lag Length: 1 (Automatic - based on SIC, maxlag=9)

		t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic		-2.902397	**0.055****
Test critical values:	1% level	-3.632900	
	5% level	-2.948404	
	10% level	-2.612874	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.
%10 hata payında istatistiksel anlamlılık mevcuttur.

Beşinci olarak 65 yaş üstü erkek nüfus hacminde gerçekleşen yıllık değişime ilişkin durağanlık testleri gerçekleştirilmiştir. Tablo 22'de de görüleceği üzere bu değişken için düzeyde durağanlık mevcuttur.

Tablo 21: 65 Yaş Üstü Erkek Nüfus Hacminde Yaşanan Yıllık Değişim Durağanlık Test Sonuçları

Null Hypothesis: ERKEK65 has a unit root
Lag Length: 1 (Automatic - based on SIC, maxlag=9)

		t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic		-3.024908	**0.042**
Test critical values:	1% level	-3.632900	
	5% level	-2.948404	
	10% level	-2.612874	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Altıncı olarak 65 yaş üstü nüfus bütününde gerçekleşen yıllık değişime ilişkin durağanlık testleri gerçekleştirilmiştir. Tablo 23'te de görüleceği üzere bu değişken için düzeyde durağanlık mevcuttur.

Tablo 22: 65 Yaş Üstü Nüfus Bütününde Yaşanan Yıllık Değişim Durağanlık Test Sonuçları

Null Hypothesis: TOPLAM65 has a unit root
Lag Length: 1 (Automatic - based on SIC, maxlag=9)

		t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic		-3.395891	**0.018**
Test critical values:	1% level	-3.632900	
	5% level	-2.948404	
	10% level	-2.612874	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Yedinci olarak kentlerde yaşayan nüfus hacminde gerçekleşen yıllık değişime ilişkin durağanlık testleri gerçekleştirilmiştir. Tablo 24'te de görüleceği üzere bu değişken için düzeyde durağanlık mevcuttur.

Tablo 23: Kentlerde Yaşan Nüfus Sayısında Yaşanan Yıllık Değişim Durağanlık Test Sonuçları

Null Hypothesis: KENTNUFUSU has a unit root
Lag Length: 1 (Automatic - based on SIC, maxlag=9)

		t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic		-3.593453	**0.001**
Test critical values:	1% level	-2.632688	
	5% level	-1.950687	
	10% level	-1.611059	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

3.2.3. Kamu Sağlık Harcamalarının Ekonomik Belirleyicilerle Nedensellik İlişkisi

Kamu sağlık harcamalarıyla ekonomik belirleyicilerden büyüme ve ekonomik büyüme bileşenleri arasındaki nedensellik ilişkisinin tespitine yönelik Granger nedensellik analizinin gerçekleştirilmesi için ilk olarak değişkenler arasında var modeli kurularak gecikme uzunluğunun tayini gerçekleştirilmiştir. Buna göre en ideal gecikme uzunluğu üç olarak tespit edilmiş olup Eviews sonuç tablosu tablo 25'te sunulmuştur.

Tablo 24: Fert Başına Düşen Kamu Sağlık Harcaması İle Altı Ekonomik Belirleyici Arasında Kurulan Var Modeline Göre Gecikme Uzunluğu Sonuç Tablosu

VAR Lag Order Selection Criteria
Endogenous variables: FBSAGLIK GSYIH FBGSYIH TARIM SANAYI IMALAT HIZMETLER
Exogenous variables: C
Date: 05/12/19 Time: 23:34
Sample: 1981 2017
Included observations: 34

Lag	LogL	LR	FPE	AIC	SC	HQ
0	-541.1708	NA	238070.5	32.24534	32.55959	32.35251
1	-450.1748	139.1704	21434.16	29.77499	32.28899	30.63233
2	-372.7375	86.54754	5956.659	28.10221	32.81597	29.70973
3	**-273.5864**	**69.98898***	**1109.091***	**25.15214***	**32.06566***	**27.50985***

* indicates lag order selected by the criterion
LR: sequential modified LR test statistic (each test at 5% level)
FPE: Final prediction error
AIC: Akaike information criterion
SC: Schwarz information criterion
HQ: Hannan-Quinn information criterion

Bir sonraki aşamada fert başına düşen kamu sağlık harcamalarındaki değişimler GSYİH, fert başına düşen GSYİH, tarım üretimi, sanayi üretimi, imalat sanayi üretimi ve hizmetler sektörü üretimindeki bir önceki yıla göre değişimler arasında üç gecikmeli olarak Granger nedensellik analizi gerçekleştirilmiş olup, Eviews sonuç tablosu aşağıda sunulmuştur. Buna göre fert başına düşen kamu sağlık harcamasında yaşanan yıllık değişimle hiçbir değişken arasında Granger nedenselliği tespit edilememiştir.

Tablo 25: Fert Başına Düşen Kamu Sağlık Harcaması İle Altı Ekonomik Belirleyici Arasında 3 Gecikmeli Granger Nedensellik Sonuç Tablosu

Sıfır Hipotezi	Gözlem	F-İstatistiği	Prob.
GSYIH does not Granger Cause FBSAGLIK	34	0.12157	0.9466
FBSAGLIK does not Granger Cause GSYIH		0.25505	0.8570
FBGSYIH does not Granger Cause FBSAGLIK	34	0.16594	0.9184
FBSAGLIK does not Granger Cause FBGSYIH		0.26311	0.8513
TARIM does not Granger Cause FBSAGLIK	34	0.42253	0.7384
FBSAGLIK does not Granger Cause TARIM		0.58440	0.6304
SANAYI does not Granger Cause FBSAGLIK	34	0.20928	0.8891
FBSAGLIK does not Granger Cause SANAYI		0.24194	0.8663
IMALAT does not Granger Cause FBSAGLIK	34	0.21605	0.8844
FBSAGLIK does not Granger Cause IMALAT		0.23024	0.8745
HIZMETLER does not Granger Cause FBSAGLIK	34	0.16370	0.9199
FBSAGLIK does not Granger Cause HIZMETLER		0.55783	0.6474

3.2.4. Kamu Sağlık Harcamalarının Sosyal Belirleyicilerle Nedensellik İlişkisi

Kamu sağlık harcamalarıyla ekonomik belirleyicilerden büyüme ve ekonomik büyüme bileşenleri arasındaki nedensellik ilişkisinin tespitine yönelik Granger nedensellik analizinde ilk olarak gecikme uzunluğunun tespiti gerçekleştirilmiştir. Buna göre kurulan var modelinde gecikme uzunluğunun iki olduğu tespit edilmiştir. İlgili Eviews çıktısı tablo 27'de sunulmaktadır.

Tablo 26: Fert Başına Düşen Kamu Sağlık Harcaması İle Yedi Sosyal Belirleyici Arasında Kurulan Var Modeline Göre Gecikme Uzunluğu Sonuç Tablosu

VAR Lag Order Selection Criteria
Endogenous variables: FBSAGLIK YASAMKADIN YASAMERKEK YASAMTOPLAM KADIN65 ERKEK65 TOPLAM65 KENTNUFUSU DOGUMDAOLUM
Exogenous variables: C
Date: 05/12/19 Time: 23:35
Sample: 1981 2017
Included observations: 35

Lag	LogL	LR	FPE	AIC	SC	HQ
0	92.95834	NA	6.67e-14	-4.797619	-4.397673	-4.659558
1	494.2193	573.2299	8.71e-22	-23.09825	-19.09878*	-21.71763
2	**625.4654**	**119.9964***	**1.38e-22***	**-25.96945***	**-18.37046**	**-23.34628***

* indicates lag order selected by the criterion
LR: sequential modified LR test statistic (each test at 5% level)
FPE: Final prediction error
AIC: Akaike information criterion
SC: Schwarz information criterion
HQ: Hannan-Quinn information criterion

Buna göre cari dolar fiyatlarıyla fert başına düşen kamu sağlık harcamalarında (FBSAGLIK) bir önceki yıla göre yaşanan yüzdelik değişim ile yedi sosyal belirleyici arasındaki nedensellik ilişkisi sınanmıştır. Fert başına düşen kamu sağlık harcamalarındaki değişimler ile yedi sosyal belirleyicide bir önceki yıla göre değişimler arasında iki gecikmeli olarak Granger nedensellik analizi gerçekleştirilmiş olup, Eviews sonuç tablosu tablo 28'de sunulmuştur. Buna göre erkeklerde yaşam beklentisi dışındaki bütün sosyal belirleyicilerin tümü fert başına düşen kamu sağlık

harcamasında yaşanan yıllık değişimin Granger nedeni olup nedensellik tek taraflı gerçekleşmiştir. Bu değişkenlerden kadınlarda yaşam beklentisi, bütün nüfus için doğuşta yaşam beklentisi ve 65 yaş ve üstü yaştaki erkek nüfusta hata payı %10 düzeyinde olup, diğer üç değişkendeyse %5'tir.

Tablo 27: Fert Başına Düşen Kamu Sağlık Harcaması İle Sekiz Sosyal Belirleyici Arasında 3 Gecikmeli Granger Nedensellik Sonuç Tablosu

Pairwise Granger Causality Tests
Sample: 1981 2017
Lags: 2

Null Hypothesis:	Obs	F-Statistic	Prob.
YASAMKADIN does not Granger Cause FBSAGLIK	35	3.04530	**0.0625****
FBSAGLIK does not Granger Cause YASAMKADIN		1.64548	0.2099
YASAMERKEK does not Granger Cause FBSAGLIK	35	1.57933	0.2228
FBSAGLIK does not Granger Cause YASAMERKEK		0.30701	0.7379
YASAMTOPLAM does not Granger Cause FBSAGLIK	35	2.52840	**0.0967****
FBSAGLIK does not Granger Cause YASAMTOPLAM		1.09782	0.3466
KADIN65 does not Granger Cause FBSAGLIK	35	3.38646	**0.0472**
FBSAGLIK does not Granger Cause KADIN65		0.41693	0.6628
ERKEK65 does not Granger Cause FBSAGLIK	35	2.93969	**0.0683****
FBSAGLIK does not Granger Cause ERKEK65		0.55544	0.5796
TOPLAM65 does not Granger Cause FBSAGLIK	35	3.37815	**0.0475**
FBSAGLIK does not Granger Cause TOPLAM65		0.73836	0.4864
KENTNUFUSU does not Granger Cause FBSAGLIK	35	5.62844	**0.0084**
FBSAGLIK does not Granger Cause KENTNUFUSU		2.09717	0.1404

3.3. TARTIŞMA

Tıraş (2018: 175) düşük gelirli, orta gelirli ve yüksek gelirli ülkelere yönelik yaptığı nedensellik analizinde gelir ile kişi başı sağlık harcaması, toplam sağlık harcaması, özel sağlık harcaması ve kamu sağlık harcamasını incelemiştir. Bu incelemeye göre gelir ile sağlık harcama türleri arasında tüm ülke grupları %1 anlamlılık düzeyinde H_0 reddedilmiştir. Yani gelir, kişi başı sağlık harcamasının, toplam sağlık harcamasının, özel sağlık harcamasının ve kamu sağlık harcamasının nedenidir. Aynı şekilde tersi yönden inceleme yapıldığında kişi başı sağlık harcaması, toplam sağlık harcaması, özel sağlık harcaması ve kamu sağlık harcaması, gelirin nedenidir. Yani Tıraş'a göre gelir ile alınan tüm sağlık harcama türleri karşılıklı birbirinden etkilenmektedir. Yapılan çalışmada farklı ülke gruplarında nedenselliğin tespit edilemediği veya tek yönlü tespit edildiği ülkeler de görülmüştür. Türkiye'de ise toplam gelir ile toplam sağlık harcamaları arasında çift yönlü bir nedensellik tespit edilirken, diğer harcama türleri arasında herhangi bir ilişki tespit edilememiştir.

Erdil ve Yetkiner (2009: 511-516) GSYİH ile sağlık harcamaları arasındaki Granger nedensellik ilişkisini araştırmış ve çıkan sonuçlara göre nedenselliğin, genelde çift yönlü olduğunu görülmüştür. Tek yönlü bulunan sonuçlarda ise örneklerin homojen olmadığı ifade edilmiştir. Tek yönlü çıkan sonuçlarda; düşük ve orta gelirli ülkelerin nedensellik sonuçları gelirden sağlığa doğru etkilerken, yüksek gelirli ülkelerde nedenselliğin sağlıktan gelire doğru olduğu görülmüştür. Türkiye'de çıkan sonuçlara göre ise GSYH ile sağlık harcamaları arasında çift yönlü nedensellik ilişkisinin olduğu tespiti yapılmıştır.

Yumuşak ve Yıldırım (2009: 14) Türkiye'de 1980-2005 yılları arasındaki verileri kullanarak sağlık göstergeleri ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi nedensellik analizi ile incelemişlerdir. Analiz sonuçlarına göre Türkiye'de sağlık harcamalarından gayri safi milli hasılaya doğru bir nedensellik ilişkisinin mevcut olduğu sonucuna varılmıştır. Ancak bu ilişkinin küçük ve negatif yönlü olduğu görülmüştür.

Mehrara ve Musai (2011: 13) 1970-2008 yıllık verilerini kullanarak İran'da sağlık harcamaları ile GSYH arasındaki nedenselliği incelemiştir. İncelemeye göre GSYH'den sağlık harcamalarına tek yönlü güçlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Yani GSYH sağlık harcamalarının nedeniyken, sağlık harcamaları GSYH'nin nedeni değildir.

Elmi ve Sadeghi (2012: 88) gelişmekten olan ülkelerin 1990-2009 yıllarındaki verileriyle, ekonomik büyüme ve sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi eş bütünleşme ve nedensellik analizi ile incelemişlerdir. Sonuçlara göre kısa vadede GSYH'dan sağlık harcamalarına tek yönlü nedensellik ilişkisi çıkarken, sağlık harcamalarından ekonomik büyümeyle ilişkisi kısa vadede görülmemiştir. Uzun vadede ise sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyle nedesellik ilişkisi çift yönlü olarak çıkmıştır. Aynı şekilde gelirin, sağlık harcamasına etkisinin önemli ölçüde olduğu tespit edilmiştir.

Devlin ve Hansen (2001: 561-564) 20 OECD ülkesinden aldıkları verilerle GSYH ve sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi nedensellik analizi ile incelemişlerdir. Test edilen 20 OECD ülkesinden bazıları için, sağlık harcamalarının GSYH'ye neden olduğu görülürken bazıları için tam tersi olduğu görülmektedir.

Amiri ve Ventelou (2012: 541-544) nedensellik analizini, OECD ülkelerinde GSYH ile sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi araştırmak için kullanılmıştır. Bulgulara göre GSYH ile sağlık harcamaları arasında çift yönlü ilişki tespit edilmiştir.

Hartwig (2010: 314) "Sağlık sermayesi oluşumu uzun vadeli ekonomik büyüme için iyi midir?" sorusuna cevap aramak için OECD ülkelerinden aldığı verilerle yaptığı nedensellik analizinde; sağlık sermayesi oluşumunun OECD bölgesinde uzun vadeli ekonomik büyümeyi teşvik etmediği cevabını bulmuştur.

Tang ve Chrsquo (2011: 6814) 1970-2006 yılları arasında ASEAN-5 ekonomileri için sağlık-gelir ilişkisini zaman serisi çerçevesi içinde araştırmıştır. Bulgulara göre sağlık harcamasıyla gelir ilişkisinin yalnızca Endonezya, Singapur ve

Tayland için olduğu ve bu nedensellik ilişkisinin de gelirden sağlık harcamasına doğru tek yönlü şekilde gerçekleştiğini göstermektedir. Bununla birlikte, Malezya ve Filipinler içinse gelir ve sağlık harcamaları arasında herhangi bir nedensellik ilişkisi bulunmamaktadır.

1981-2017 yılları arasındaki 37 yıllık dönem için altı ekonomik yedi sosyal belirleyici ile fert başına düşen sağlık harcaması arasında gerçekleştirilen Granger nedensellik analizinde, ekonomik belirleyiciler ile fert başına düşen sağlık harcaması arasında tek veya çift yönlü herhangi bir nedensellik ilişkisinin olmadığı tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular, ulusal literatürdeki öncül çalışmalarla örtüşmemektedir. Ancak Hartwig (2010)'in OECD ülkeleri için ve Tang ve Chrsquo (2011)'nun da Malezya ve Filipinler için gerçekleştirdikleri analiz bulgularıyla örtüşmektedir.

Kamu sağlık harcamaları ile 65 yaş üstü nüfus, yaşam beklentisi ve kent nüfusunun tamamı veya bir bölümünü içeren sosyal belirleyicilerle nedensellik ilişkisini sınayan çalışmalara rastlanmamaktadır. Literatürdeki çalışmalar daha çok ekonomik perspektifle ele alınmış olup, sosyal politika perspektifiyle şekillendirilen çalışmalara ilgisizliğin varlığı ile karşılaşılmaktadır. Dolayısıyla da kamu sağlık harcamaları ile sosyal belirleyiciler arasındaki nedensellik ilişkisinin tespitine yönelik gerçekleştirilen öncül çalışmalarla elde edilen bulguları karşılaştırma olanağı da mevcut değildir.

Çalışma kapsamında elde edilen bulgularda ekonomik belirleyicilerle nedensellik ilişkisinin tespit edilememesine karşılık tek istisna dışında sosyal belirleyicilerle tek yönlü nedensellik ilişkisinin tespiti, kamu sağlık harcamalarının hacimsel olarak belirlenmesinde demografik özelliklerin ve kentleşmenin belirleyiciliğini ortaya koymaktadır. Ekonomik anlamda nedensellik ilişkisinin olmayışı, kamu kesiminde sağlık harcamaları belirlenirken ekonomik imkanlara bağlı şekilde bir değişkenliğin oluşumuna imkan tanınmadığı sonucuyla karşılaşılmaktadır. Kamu sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye etki etmemesi, öncül çalışmalarda gelişmiş ülkelerde görülen etkileşimin Türkiye açısından mevcut olmadığını göstermektedir. Kaldı ki Türkiye, zaten orta gelir grubundaki bir ülkedir. Bu noktada

dikkat çekici olansa orta gelirli ve bu sebeple de nispeten sınırlı kaynakları olan bir ülkede kamu sağlık harcamalarının belirlenmesinde üstelik 1980'den itibaren neo-liberal bir ekonomik düzene geçilmesine karşılık ekonomik büyüme ve bileşenlerinin belirleyiciliğinin bulunmayışıdır. Bu sonuca sağlık hizmet talebini esas arttıracak kitleyi oluşturan nüfusta yaşlanmanın, kentli nüfusun belirleyiciliği eklendiğinde, kamu sağlık harcamalarına yönelik uygulanan politikalarda toplumcu bir duruşun uzun dönemli istikrarına şahit olunmaktadır. Dolayısıyla da 1980 sonrası dönemde iktidarların kamu sağlık harcamalarını toplumun ihtiyaçlarını gözeterek şekillendirdiklerini savunmak mümkün olmaktadır.

SONUÇ

Bireylerin toplumlarına faydalı olabilmesi için önce kendi sağlıklarını korumaları ve geliştirmeleri gerekmektedir. Bedenen ve ruhen tam bir iyilik halinde olmayan bireyin başkalarına faydalı olacak eylemlerde bulunması söz konusu değildir. Bu yüzden, kalkınmak isteyen ülkelerin ilk önce vatandaşlarının sağlık sorunlarını çözmesi ve geliştirmesi gerekmektedir. Bunu yaparken de ilk önce maliyeti en düşük olan koruyucu sağlık hizmetlerine harcama yaparak hastalık hali daha başlamadan sona erdirmesi daha akılcı olmaktadır. Elbette ki hastalık halinin hiç oluşmaması durumu mümkün değildir. Bu yüzden tedavi ve rehabilite edici hizmetlere de hastalık halinin ilerlememesi veya durdurulması için önem verilmesi ve kaynak ayrılması gerekmektedir. Tüm bunların bilincinde olan ülkeler sağlık hizmetlerine kaynak ayırmakta ve bu hizmetleri sürdürebilir hale getirmek için farklı finansman yolları aramaktadır.

Sağlık hizmetlerin kendine has olan özellikleri (bilgi asimetrisi, dışsallık, hakkaniyet gibi) ülkelerin uyguladıkları sağlık politikalarını zorlu bir hale getirmektedir. Özellikle talebin belirsiz ve tesadüfen ortaya çıkışı ve bilgi asimetrisinin yüksek oluşu, cepten yapılacak sağlık finansmanı için önemli bir risk oluşturmaktadır. Bu yüzden ülkeler, riskleri en aza indirecek sağlık finansman modellerini icat etmişlerdir. Modellerin temel mantığı vergilerle veya primlerle bir havuz oluşturulmasına ve bireylerin iyilik halinde kendilerini güvence altına alacak ödemeler yapmasına dayanmaktadır. İyilik durumunda ödeme yapan birey, şiddetini ve maliyetini önceden kestiremediği hastalık durumunda, sağlık hizmet alımını garanti altına almış olacaktır.

Her ne kadar talebin düzensiz ve tesadüfi olması sağlık harcamalarının planlanmasını negatif yönde etkilese de ülkeler kaliteli sağlık hizmeti sunmak için tutarlı planlar ve politikalar uygulamak zorunda kalmaktadır. Bu politikaların doğru uygulanabilmesi, sağlık harcamaları ile sosyal ve ekonomik ilişkinin iyi yorumlanabilmesiyle gerçekleşmektedir. Dolayısıyla sağlık harcamalarına kaynak ayıran ülkelerin, nüfus yoğunluğu, kentleşme oranı, ekonomik büyüme, kişi başına

düşen milli gelir ve beşeri sermaye gibi belirleyicileri dikkate aldığında başarılı olduğu görülmektedir.

Cumhuriyetin kurulmasından bu yana sağlığın ve sağlık hizmetlilerinin geliştirilmesi Türkiye'nin ana hedeflerinden biri olmuştur. Cumhuriyetin ilk yıllarında savaştan çıkmış bir ülke olarak, daha çok bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmek zorunda kalınmıştır. Bununla ilgili olarak bataklıkların kurutulması ve bulaşıcı hastalığı olan kişilere tedavi zorunluluğu getirilmesi gibi politikalar uygulanmıştır. Osmanlı döneminde çoğunlukla yerel yönetimlere bağlı olan hastaneler merkezileştirilmek istenmiş fakat maddi sıkıntılar nedeniyle tam anlamıyla başarılı olunamamıştır. Sağlık göstergelerini iyileştirmek için; kişi başına düşen sağlık personeli sayılarını arttırmak, tıp fakültesi açmak, tıp fakültesi mezunlarına zorunlu hizmet şartı getirmek gibi eylemlerde bulunulmuştur. Bunlara bağlı olarak sağlık personelleri sayısında artış görülmüştür. Fakat istihdamda tam istenilen hacme ulaşılamadığı gibi istihdamın ülke genelinde dengesiz dağılımının da önüne geçilememiştir. Kurtuluş Savaşı'nın getirdiği zorluklar ve kaynakların çoğunun savunma bakanlığına harcanması sağlık hizmetlerine ayrılan kaynağın yetersiz olmasına yol açmıştır. Kendini yeni yeni toparlama aşamasında olan Türkiye, İkinci Dünya Savaşı'na girmemiş olduğu halde bu savaştan son derece yüksek düzeyde etkilenmiş ve sağlık harcamalarında da bu dönemde belirgin düşüş görülmüştür. Savaşın etkileri azaldıktan sonra iyileşme süreci tekrar başlamış, sağlık harcamaları, sağlık hizmet sunucuları ve sağlık personellerinde artış yaşanmıştır. 1950 yılında tedavi edici hizmetlerin merkezileştirilmesi başarıldığında sağlık alanındaki çalışmalar da hız kazanmıştır.

1960'lı yıllarda Devlet Planlama Teşkilatı tarafından beş yıllık kalkınma planları hazırlanmaya başlanmış ve 1961 yılında yürürlüğe giren ve halen yürürlükte olan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun kapsamında her bölgeye eşit sağlık hizmeti sunmak amacı benimsenmiştir. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda pilot bölge seçilen illerde başarılı olunsa da diğer kalkınma planlarında ilk planda olduğu kadar başarılı olamamıştır. Bunun en büyük nedenleri, zaten sayıca az olan nitelikli sağlık personelinin ülke genelinde adaletsiz

dağılımı ve sağlığa ayrılan finansmanın yetersiz olmasıdır. Genel olarak "Beş Yıllık Kalkınma Planları" nın amacı sağlık personel sayısını arttırmak, bulaşıcı hastalıklarla mücadele etmek, halkı bilinçlendirmek ve aile planlaması gerçekleştirmek çerçevesinde şekillenmiştir. Bu dönemde hedeflenen kişi başına düşen yatak sayısını arttırma politikası da amacına ulaşamamıştır. Sağlık Bakanlığı'nın toplam bütçe içindeki payı önceki yıllara göre artış göstermiş ve 1980'lere kadar istikrarlı şekilde sağlık harcamalarına pay ayrıldığı görülmüştür. Fakat olması gereken düzeye yine de ulaşılamamıştır.

1980'li yıllarda dünya genelinde neo-liberal döneme geçilmesi Türkiye'de de yeni politikalar izlenmesine yol açmıştır. Piyasa ekonomisinin etkileri ve kamu üzerindeki sağlık hizmeti sunma yükünü azaltma amacı, özel sağlık hizmetlerinin önünün açılmasına teşvik edici eylemlere sebep olmuştur. Yine de Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı harcamalar 1980'lerden itibaren katlanarak artış göstermiştir. 1990'larda da özel sağlık hizmet sunucularında artış devam etmiştir. Özel sektörün ağırlık kazanmasına bağlı olarak; mevzuatın yetersizliği, hekimlerin hem kamu da hem özel de çalışması gibi farklı sorunlar da ortaya çıkmış, dolayısıyla özel sektörden beklenen geri dönüşler yeterince sağlanamamıştır. Bu dönemde sağlık sistemi üç farklı sosyal sigorta ile finanse edilmiş ve bu farklılıklara bağlı olarak sigorta programları arasında eşitsizlikler oluşmaya başlamıştır. 1992'de Yeşil Kart uygulamasına geçilmiş; sosyal sigortalardan yararlanamayacak, prim ve vergi ödeyemeyecek durumda olanlar da sigorta kapsamına alınmıştır.

2003 yılında 58. hükümet tarafından Sağlıkta Dönüşüm Programı adı altında yeni bir döneme geçilmiş, ülkenin her yerine ve her kesimine sağlık hizmetinin ulaştırılması amacıyla uygulamalara başlanmıştır. Sosyal sigortalar tek bir çatı altında toplanmış, dolayısıyla sosyal sigortalara bağlı eşitsizlikler ortadan kaldırılmış ve herkes aynı haklara sahip olmaya başlamıştır. Bu dönemde sağlık kurumları sayısında da bir hayli artış olmuş ve kişi başına düşen yatak ve sağlık personeli sayıları oldukça yükselmiştir.

Kamu sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı SDP öncesine göre artmış, cari sağlık harcamalarıysa yükselmiş ve küçük azalış veya artışlarla istikrarlı bir

şekilde devam etmiştir. Teknolojinin sağladığı imkânlar sağlık alanına da uyarlanmış; sağlık bilgi sistemi, medula, tele-tıp gibi projeler hayata geçirilmiştir. Dünyada uygulamaları çok öncelerde başlayan aile hekimliği yine bu dönemde faaliyete geçmiş ve her eve bir hekim düşüncesiyle uygulamaya devam edilmiştir. Sağlık kurumları arasında kademeli sevk zinciri başlatılmış ve kurumlara bilinçsiz yığılmanın önüne geçilmeye çalışılmıştır.

Tez çalışması kapsamında gerçekleştirilen ekonometrik analizler de esasen 1980 sonrası dönemde yaşanan gelişmelerle örtüşmektedir.Granger nedensellik analizlerinde kamu sağlık harcamaları üzerinde ekonomik belirleyicilerin nedensellik etkisinin olmadığı, buna karşılık yaşam beklentisinde artış, yaşlanma ve kentleşme kapsamında sosyal belirleyicilerin nedensellik etkisi tespit edilebilmiştir. Bu durum neoliberal ekonomik düzenin 1980 sonrasında hakim olduğu bir ülkede, bireyi ve toplumu esas alan bir kamu sağlık politikasının takip edildiğini de istatistiken desteklemektedir.

KAYNAKLAR

Akdağ, R., *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011),* T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın, No: 839, Ankara, 2012.

Akdağ, R., *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu 2008*, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın, No: 749, Ankara, 2008.

Akdağ, R., *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002-2008*, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın, No: 770, Ankara, 2008.

Akdur, R., "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması", www.recepakdur.com/upload/ab_turkiye_kiyaslamasi.pdf, (11.12.2018), Ankara 1999.

Akdur, R., "Türkiye'de Sağlık Politika ve Hizmetleri", *Yeni Türkiye Dergisi*, Cumhuriyet Özel Sayısı III: Sosyal Değerlendirme,1998, s. 23-24.

Akdur, R., *Sağlık Sektörü Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu,* Güncellenmiş ve Genişletilmiş İkinci Baskı, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara 2006.

Aksu, Ö., *Gelir ve Servet Dağılımı*, İstanbul Üniversitesi Yayınları No: 3698, İstanbul, 1993.

Alkın, E., Yıldırım, K. ve Özer, M., *İktisada Giriş,* Anadolu Üniversitesi Yayınları. Eskişehir 2005.

Alper, Y., "Sosyal Güvenlik Reformu ve Finansmanla İlgili Beklentiler", *Sosyal Güvenlik Dergisi*, C.1, S.1, 2011, s.7-47.

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

Altındiş, S., *Sağlık Kurumları Yönetimi I,* Atatürk Üniversitesi AÖF Yayınları, Erzurum 2013.

Altunç, Ö. F., "Altunç, Ömer Faruk. "Türkiye'de Finansal Gelişme ve İktisadi Büyüme Arasındaki Nedenselliğin Ampirik Bir Analizi.", *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi, Cilt* 3, Sayı 2, 2008, s. 113-127.

Amiri, A., B. Ventelou, "Granger Causality between Total Expenditure on Health and GDP in OECD: Evidence from the Toda-Yamamoto Approach", *Economic Letters,* Cilt 116, Sayı 3, 2012, s.541-544.

Atabey, E. S., *Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası,* İkinci Baskı, Gazi Kitapevi, Ankara 2016.

Atlı, Y., Yücel, N., "Sağlık Kurumları, Sağlık Kurumlarında Marka ve Elazığ İli Sağlık Sektörü", *Fırat Üniversitesi İİBF Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, Cilt 2, Sayı 2, 2018, s. 45-64.

Başol, E., "Türkiye'de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme ve Öneriler", *Social Science*, Cilt 2, Sayı 2, 2015, s. 1-26.

Belek, I., *Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlığın Ekonomi Politiği*, 2. Baskı, Sorun Yayınları, İstanbul 2001.

Bewan, G., Helderman, J.-K., Wilsford, D., "Changing Choices in Health Care: Implications For Equity, Efficiency and Cost", *Health Economics, Policy and Law*, No 5, 2010, p. 251-267.

BUMKO, "Bütçe Gider-Gelir Gerçekleşmeleri (1924-2018)", https://www.bumko.gov.tr/TR,4461/butce-gider-gelir-gerceklesmeleri-1924-2018.html, (18.01.2019).

Busse, R., M., Blümel, F., Knieps, T., Bärnighausen, "Statutory Health Insurance in Germany: A Health System Shaped By 135 Years Of Solidarity, Self-Governance, And Competition", Sayı 390, *The Lancet*, 2017, p. 882–897.

Cengiz, E., "Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanması", H. Sur ve T. Palteki (Editörler), *Hastane Yönetimi*, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara 2013, s. 961-980.

Coşkun, S., *TS EN 15224- 2012 Sağlık Hizmetleri-Kalite Yönetimi Standardının, Sağlık Hizmetlerindeki Diğer Kalite Standartları ile Karşılaştırılması*, (Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Basılmamış Doktora Tezi), İstanbul 2017.

Çalışkan, Ş., "Türkiye'de Gelir Eşitsizliği ve Yoksulluk", *Sosyal Siyaset Konferansları*, Cilt 2, Sayı 59, 2010, s. 89-132.

Çalışkan, Z., "Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım", *Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt 26, Sayı 2, 2008, s. 29-50.

Çelik, Y., *Sağlık Ekonomisi*, 2. Baskı, Siyasal Kitapevi, Ankara 2013.

Çelikay, F. ve E. Gümüş, "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı", *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt 11, Sayı 1, 2009, s. 177-216.

Çiçek, D., *Bir Kalkınma Modeli Olarak Sakin Şehirlerde Yerel Halkın Turizm Desteği: Ege-Marmara Bölgesi Örneği*, (Osmangazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Turizm İşletmeciliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi), Eskişehir 2017.

Danış, D., "Demografi: Nüfus Meselelerine Sosyolojik Bir Bakış", https://www.academia.edu/1427183/DEMOGRAF%C4%B0_N%C3%BCfus_meselelerine_sosyolojik_bir_bak%C4%B1%C5%9F, (11.02.2019).

Devlin, N., P. Hansen, "Health Care Spending and Economic Output: Granger Causality". *Applied Economics Letters*, Cilt 8, Sayı 8, 2001, s. 561-564.

Doğan, A., ve N, Öztürk, "Yeni Kalkınma Kuramları", *Bütçe Dünya Dergisi*, Cilt 3, Sayı 1, 2010, s. 35-55.

Ekici, D., *Sağlık Bakım Hizmetinin Yönetimi*, Sim Matbaacılık, İstanbul 2013.

Elmi, Z. m., S. Sadeghi, "Health Care Expenditures and Economic Growth in Developing Countries: Panel Co-Integration and Causality", *Middle-East Journal of Scientific Research*, Cilt 12, Sayı 1, 2012, s. 88-91..

Erdil, E., I. H. Yetkiner, "The Granger-Causality Between Health Care Expenditure and Output: A Panel Data Approach", *Applied Economics,* Cilt 41, Sayı 4, 2009, s.511-518.

Geçkil, A. Ü., *Tıbbi Araştırmalarda Sosyoekonomik Seviye Değerlendirme ve Gruplandırma Kriterlerinin Araştırılması*, (Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi), Ankara 2015.

Giray Şimşek, H., "Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinin Kadın Üreme Sağlığına Etkisi: Türkiye Örneği", Cilt 25, Sayı 2, *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,* 2011, s. 119-126.

Gladding, S. T., *Family Theraphy: History, Theory And Practice*, İ. Keklik ve İ. Yıldırım (Çev.), Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği Yayınları, Ankara 2011.

Gölbaşı, S., "Kentleşme ve Suç: İstanbul'un Kentleşme Süreci ile Suçluluk Arasındaki İlişkinin Kuramsal Analizi*", İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayımlanmamış Doktora Tezi*, 2007.

Gülel, F. E., A., Çağlar, S. K., Uyar, O., Karadeniz ve M. E. Yeşilyurt, "Türkiye'de İllere Göre İnsani Gelişme Endeksi", Sayı 27, *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2017, s. 208-316.

Günsoy, G., "İnsani Gelişme Kavramı ve Sağlıklı Yaşam Hakkı", Cilt 1, Sayı 2, *ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 2005, s. 35-32.

Gürses, D., "İnsani Gelişme ve Türkiye", Cilt 12, Sayı 21, *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2009, s. 339-350.

Hartwig, J., "Is health capital formation good for long-term economic growth? – Panel Granger-causality evidence for OECD countries", *Journal of Macroeconomics,* 2010, s.314-325.

Hayran, O., "Sağlık Hizmetleri", O. Hayran ve H. Sur (Editörler), *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul 1998, s. 15-27.

İstanbulluoğlu, H., M., Güleç ve R., Oğur, "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri", Cilt 85, Sayı 2, *Dirim Tıp Gazetesi*, 2010, s. 86-99.

Karagül, M., *Beşeri Sermayenin İktisadi Gelişmedeki Rolü ve Türkiye Boyutu*. Afyon Kocatepe Üniversitesi Yayınevi, Afyonkarahisar 2002.

Kaynak, M., *Kalkınma İktisadı*, Gazi Kitapevi, Ankara 2009.

Kazgan, G., *İktisadi Düşünce veya Politik İktisadın Evrimi,* Remzi Kitapevi, İstanbul 2002.

Keskin, A., "Ekonomik Kalkınmada Beşeri Sermayenin Rolü ve Türkiye", Cilt 25 Sayı 3-4, *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2011, s. 125-149.

Kısa, A., *Sağlık Kurumları Yönetimi*, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir 2002.

Konuk, A. N., *1980'den Günümüze Değişen Sosyal Devlet Anlayışı İçerisinde Sağlık Harcamaları ve Politikaları*, (Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul 2011.

Kökçü, A. T., "Türkiye'de Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları", Cilt 22, Sayı 3, *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*, 2014, s. 98-105.

Kulesher, R. R. ve E. E., Forrestal, "International Models of Health Systems Financing", Vol 3, No 4, *Journal of Hospital Administration*, 2014, 127-139.

Kurtulmuş, S., *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul 1998.

Kuruca, Z., "Türkiye'de Nüfus Artışı ve Kamu Harcamaları", Sayı 21, *İstanbul Üniversitesi Yayınları Maliye Araştırmaları Merkezi Konferansları Dergisi*, 1972, s. 307-326.

Kut, A. ve F. Salgür, "Sağlık Alanında Sosyoekonomik Düzey Belirleme: Tıbbi Araştırmalarda Doğru Uyguluyor muyuz?", Cilt 19, Sayı 1, *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 2015, s. 4-13.

Manavkat, G., *Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Kullanımında Cepten Yapılan Harcamaların Finansal Yükü ve Farklı Harcama Grupları Üzerindeki Etkileri,* (Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi), İzmir 2018.

Mehrara, M., M. Musai, "The Causality between Health Expenditure and Economic Growth in Iran", *Int. J. Eco. Res*, Cilt 2, Sayı 4, 2011, s.13-19.

Mollahaliloğlu, S., *Türkiye'de Kişiye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Hane Halkının Cebinden Yaptığı Sağlık Harcamaları,* (Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi), Ankara 2005.

Murat, S., *Dünden Bugüne İstanbul'un Nüfus ve Demografik Yapısı,* İstanbul Ticaret Odası Yayınları, İstanbul 2006.

Mutlu, A. ve A. K. Işık, *Sağlık Ekonomisine Giriş*, Ekin Kitapevi, Bursa 2012.

OECD, *OECD Sağlık Sistemi İncelemesi Türkiye*, OECD Yayınları, Paris 2008.

Öniş, Z. ve S. Özmucur, *Türkiye'de Enflasyon*, İstanbul Ticaret Odası Yayınları, İstanbul 1987.

Özmete, E. ve F. A. Gök, "Sürdürülebilir Kalkınma İçin Sosyal İnovasyon ve Sosyal Hizmet İlişkisinin Değerlendirilmesi", Cilt 26, Sayı 2, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 2015, s. 127-143.

Özuysal, H., *Türkiye'de Sağlık Harcamaları: Ekonometrik Bir Uygulama,* (Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ekonometri Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi), Ankara 2011.

Pala, K., "Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu", http://saglik.nilufer.bel.tr/pdf_doc/saglik_reformu.pdf, (12.02.2019).

Parasız, İ., *Ekonomik Büyüme Teorileri,* Ezgi Kitapevi, Bursa 2008.

Parasız, İ., *Enflasyon Kriz ve Ayarlamalar: Dünyada ve Ülkemizde Kalkınma Makro Ekonomisi Sorunları,* 2.Baskı, Ezgi Kitapevi, Bursa 2002.

Paya, M., *Makro İktisat*, 4. Baskı, Türkmen Kitapevi, İstanbul 2013.

Pekten, A., "Genel Sağlık Sigortası ve Getirdiği Yenilikler", Sayı 61, *Sayıştay Dergisi*, 2006, s. 119-138.

R.G., 10705 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Kanun No:224, Kabul Tarihi: 12.01.1961, s. 3598.

Sayım, F., "Sağlık Hizmetinin Özellikleri", Cilt 1, Sayı 15, *Akademik Arge Dergisi-Sosyal Bilimler,* 2015, s. 1-15.

Sen, A. *Özgürlükle Kalkınma,* Y.Alogan (Çev.), Ayrıntı Yayınları, İstanbul 2004.

Seyirci, D., *Türkiye'de Üreme Sağlığına İlişkin Göstergelerin Sosyoekonomik Değişkenlerle İlişkisinin İncelenmesi, 1963-2013,* (İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yayımlanmamış Doktora Tezi), İstanbul 2018.

Somunoğlu, S., "Sağlık-Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi", M. Tatar (Editör), *Sağlık Kurumları Yönetimi-I*, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını, Eskişehir 2012, s. 2-24.

Sur, H., "Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi", O. Hayran ve H. Sur (Editörler), *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul 1998.

Susmaz, H., ve E.E. Cevdet, "Sağlıklı Kentleşme Süreci Esasları", *New World Sciences Academy Social Sciences* , Cilt 4, Sayı 1, 2009, s.21-31.

Şener, O., *Kamu Ekonomisi*, 13. Baskı, Beta Yayıncılık, İstanbul 2006.

T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, *Türkiye İstatistik Yıllığı 1985*, Ankara 1985.

T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Genel Müdürlüğü, *Türkiye İstatistik Yıllığı 1939-1940,* Ankara Basım ve Ciltevi, Ankara 1940.

T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Genel Müdürlüğü, *Türkiye İstatistik Yıllığı 1950,* İstatistik Genel Müdürlüğü, Ankara 1950.

T.C. Devlet Planlama Teşkilatı, *Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı*, Ankara 1989.

T.C. Devlet Planlama Teşkilatı, *İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972),* Ankara 1968.

T.C. Devlet Planlama Teşkilatı, *Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977),* Ankara 1973.

T.C. Sağlık Bakanlığı, "Bakanlarımız", https://www.saglik.gov.tr/TR,11490/bakanlarimiz.html, (23.04.2019a).

Tang, C. F., K. S. Chrsquo, "The Granger Causality Between Health Expenditure and Income in Southeast Asia Economies", *African Journal of Business Management*, Cilt *5, Sayı* 16, 2011, s. 6814-6824.

Tatar, M., "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi", *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Cilt 1, Sayı 1, 2011, s. 103-133.

TDK, "Güncel Türkçe Sözlük", http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c73e23d87e812.52402771, (15.01.2019).

Tengilimoğlu, D., Akbolat, M. ve Işık, O., *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, 8. Baskı, Nobel Yayınları, Ankara 2015.

Tezel, Y. S., *Cumhuriyet Döneminin İktisadi Tarihi (1923-1950),* Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul 2015.

Tıraş, H. H., *Sağlık Harcamaları Ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Panel Nedensellik Analizleri*, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Ana Bilim Dalı Doktora Tezi, 2018.

TUİK, "Cari Sağlık Harcamasının GSYH'ye Oranında Türkiye OECD Ortalamasının Altında", Sayı 61/2017, *Türkiye İstatistik Kurumu Basın Odası Haberleri*, http://tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2017_61_20171123.pdf, (19.12.2018).

TUİK, "Gayri Safi Yurtiçi Hasıla ve Kişi Başına Gayri Safi Yurtiçi Hasıla" http://tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=2218, (15.11.2018).

TUİK, "Hanehalkı İşgücü İstatistikleri" Eylül 2014a", http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16005, (07.10.2018).

TUİK, "Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları", http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=258, (27.12.2018).

TUİK, "Kamu ve Özel Yataklı Sağlık Kurumlarının Yatak Sayıları 1967-2017", http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=252, (02.02.2019).

TUİK, "Sağlık Harcamaları ile İlgili Göstergeler", http://tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1614, (10.09.2018).

TUİK, "Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2017", Sayı 27621, *Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni,* 2018.

TUİK, "Sağlık Harcamaları", http://tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=258, (09.12.2018).

TUİK, "Sağlık Kurumu Sayısı, Toplam Yatak Sayısı ve 1000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı 1967 – 2017", http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1613, (08.11.2018).

,Türk Dil Kurumu, "Büyük Türkçe Sözlük", http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts&kategori1=veritbn&kelimesec=6973, (13.01.2019a)

Uğurluoğlu, E. ve H. Özgen, "Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet", Cilt 11, Sayı 2, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2008, s. 133-158.

Uz, H., "Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Hizmeti Sunanlara Ödeme Modelleri", O. Hayran ve H. Sur (Editörler), *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul 1998, s. 91-104.

Ülgen, A. ve A. Serap, *Sağlık Hizmetlerinde Verimlilik Açısından Bir Yaklaşım,* MTM Yayınları, Ankara 1995.

Ünsal, E., *Makro İktisat*, İmaj Yayıncılık, Ankara 2009.

Ünsal, E., *Mikro İktisat*, İmaj Yayıncılık, Ankara 2012.

Yaprak, Z. Ö., *Kayseri İlinde Sağlık Hizmetleri Talebinin Belirleyicileri: Nested Multinominal Logit Model Analizi,* (Erciyes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, Yayımlanmamış Doktora Tezi), Kayseri 2018.

Yardan, E. D. ve B. Y. Kiremit, "Türkiye Kalkınma Planlarında Sağlık Sektörü", Cilt 1, Sayı 2, *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, s. 93-110.

Yardımcıoğlu, M., "Eğitim ve Sağlık İlişkisi: Panel Eş Bütünleşme ve Panel Nedensellik Analizi", Cilt 9, Sayı 1, *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2013, s. 49-74.

Yıldırım, K., D. Karaman ve M. Taşdemir, *Makro Ekonomi*, Seçkin Yayıncılık, İstanbul 2014.

Yıldırım, S., *Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi*, DPT Yayınları, Ankara 1994.

Yumuşak, İ. G. ve D. Ç. Yıldırım, "Sağlık Harcamaları İktisadi Büyüme İlişkisi Üzerine Ekonometrik Bir İnceleme", Cilt 4, Sayı 1, *Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi*, 2009 s. 57-70.