



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE YAPILAN HARCAMALARI
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN ANALİZİ;
2002-2017 DÖNEMİ TÜRKİYE UYGULAMASI**

ERKAN ERKAYA

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN:
Dr. Öğr. Üyesi SELMAN DURAN

İSTANBUL - 2019



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE YAPILAN HARCAMALARI
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN ANALİZİ;
2002-2017 DÖNEMİ TÜRKİYE UYGULAMASI**

ERKAN ERKAYA

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN:

DR. ÖĞR. ÜYESİ SELMAN DURAN

İSTANBUL - 2019

TEŞEKKÜR

Tez çalıőmam sırasında kıymetli bilgi, birikim ve tecrübeleri ile bana yol gösterici ve destek olan değerli danışman hocam sayın Dr. Öğr. Üye. Selman DURAN' a sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Yüksek lisans eğitimim boyunca yardım, bilgi ve tecrübeleri ile bana sürekli destek olan başta Prof. Dr. Osman Erol HAYRAN, Prof. Dr. Haydar SUR, Prof. Dr. Hacer ÖZGEN NARCI olmak üzere Sağlık Yönetimi bölümündeki tüm hocalarıma teşekkür ederim.

Çalıőmalarım boyunca maddi manevi destekleriyle beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan aileme ve özellikle değerli eőim Yeőim ERKAYA' ya da sonsuz teőekkürler ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU	i
BEYAN	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar LİSTESİ	vii
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK SEKTÖRÜ	6
4.1 Sağlık Sektörü	9
4.1.1 Sağlık Kavramı.....	9
4.1.2 Sağlık Hakkı.....	10
4.1.3 Türkiye’de Sağlık Sektörü	11
4.2 Sağlık Hizmetleri	15
4.2.1 Sağlık Hizmetlerinin Tanımı.....	15
4.2.2 Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı	16
4.2.2.1 Koruyucu Sağlık Hizmetleri	16
4.2.2.2 Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	17
4.2.2.3 Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	18
4.2.2.4 Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Hizmetleri.....	19
4.2.3 Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	19
4.2.3.1 Arz ve Talep.....	20
4.2.3.2 Hekimin Davranışı	20

4.2.3.3 Belirsizlik	21
4.2.3.4 Fiyat Yapısı	21
4.2.3.5 Dışsallık	22
4.2.4 Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	23
4.2.4.1 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	23
4.2.4.2 İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri	24
4.2.4.3 Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri	24
5. SAĞLIK HARCAMALARI.....	26
5.1 Sağlık Harcamalarının Çeşitleri	26
5.1.1 Kamu Kesimi ve Özel Kesim Sağlık Harcamaları.....	27
5.1.2 Sağlıkta Cari Harcamalar ve Yatırım Harcamaları	28
5.2 Sağlık Harcamaları Artış Sebepleri	30
5.3 Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Gelişimi	33
5.3.1 Türkiye’de Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar	36
5.4 Sağlık Harcamalarının Finansmanı	41
5.4.1 Sağlık Harcamalarının Finansman Yöntemleri.....	42
5.4.1.1 Vergilerle Finansman Yöntemi.....	42
5.4.1.2 Sigorta Primleri ile Finansman Yöntemi.....	45
5.4.1.3 Cepten Ödeme Yoluyla Finansman Yöntemi	47
5.4.1.4 Özel Sağlık Sigortaları	49
5.4.2 Sağlık Harcamalarının Finansmanı Etkileyen Faktörler	49
6. ARAŞTIRMA VE YÖNTEM	54
6.1 Regresyon Analizi	54
6.2 Durağan Olan ve Durağan Olmayan Seriler Analizi.....	60
6.3 Dickey ve Fuller Birim Kök Testi.....	61

7. 2002 İLE 2017 YILLARI ARASI TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN ANALİZİ	66
7.1 Veri ve Değişkenler	66
7.2 Bulgular.....	67
8. SONUÇ.....	79
9. KAYNAKLAR	81
10. ETİK KURUL ONAYI.....	89
11. ÖZGEÇMİŞ.....	93



TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1 Avrupa Birliği İşlevine Göre Devlet Harcamaları 2017 (28 lke)	7
Tablo 4.2 Avrupa Birliği lkelerinin Sağlık Harcamaları 2017 (28 lke)	8
Tablo 4.3 Kamu ve özel yataklı sağlık kurumlarının yatak sayıları, 1984-2016	13
Tablo 5.1 Seçilmiş OECD lkelerinde Sağlık Harcamalarının GSYH' ya Oranı.....	30
Tablo 5.2 Sağlık Harcamalarına Etki Eden Faktörler Tablosu	32
Tablo 5.3 lkelerin 2016 Yılı Sağlık Finansman Programlarının Gelirleri	34
Tablo 5.4 Finansman Kaynaklarına Göre Türkiye'de Yapılan Sağ. Har. Dağılımı... 35	
Tablo 5.5 Sosyal Güvenlik Kurumunun Yıllara Göre Gelir Tablosu	37
Tablo 5.6 SSK Aktif Sigortalılar, Aylık ve Gelir Alan Kişi Sayıları.....	38
Tablo 5.7 BAĞKUR Aktif Sigortalılar, Aylık ve Gelir Alan Kişi Sayıları	39
Tablo 5.8 Emekli Sandığı Aktif Sigortalılar, Aylık ve Gelir Alan Kişi Sayıları	40
Tablo 5.9 OECD Dışı lkelerde GSYİH' nin %' si olarak Vergi Geliri.....	43
Tablo 5.10 OECD lkeleri GSYİH' nin %' si olarak Vergi Geliri.....	44
Tablo 5.11 Zorunlu Sağ. Sigortası, Sağ. Harcamaları Cari Harcama Yüzdesi	46
Tablo 5.12 Sağlık Harcamalarında Cepten Harcama (Cari Harcama) Yüzdesi.....	48
Tablo 7.1 zet İstatistikler	67
Tablo 7.2 ADF Testi Sonuçları	69
Tablo 7.3 İlk Regresyon Sonuçları.....	73
Tablo 7.4 İkinci Regresyon Sonuçları.....	74
Tablo 7.5 nc Regresyon Sonuçları.....	74
Tablo 7.6 Nihai Regresyon Sonuçları	75
Tablo 7.7 Breusch Pagan Godfrey Değişen Varyans Testi.....	77
Tablo 7.8 Breusch Godfrey LM Testi Sonuçları.....	77

1. ÖZET

TÜRKİYEDE SAĞLIK HİZMETLERİNDE YAPILAN HARCAMALAR VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Hızla değişen yaşam koşulları her alanı etkilediği gibi sağlık alanında da birtakım değişikliklere sebebiyet vermektedir. Sağlık alanında yaşanan bu değişimlere ayak uydurabilmek adına devletlerin de üstlendiği rollerde birtakım ciddi farklılıklar yaşanmaktadır. Bu farklılıklar, ekonomik gelişme ve kalkınmayla yakından ilişkili olduğu için yapılan çalışmada harcamaları etkileyen faktörlerin belirlenmesi önem arz etmektedir. Çalışmada sağlık hizmetlerinde yapılan harcamaları etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla panel veri ekonometrisinin sağladığı imkanlardan yararlanılmıştır ve bu bağlamda, analizler STATA programı kullanılarak yapılmıştır. Çalışmada sağlık harcamalarını etkileyen faktörler incelenmiştir. Bu kapsamda sağlık harcamalarını etkilemesi muhtemel olan Gayrisafi Yurtiçi Hasıla, Sigorta Şirketleri Primi, Hayat Sigortası Primi, Sağlık Sigortası Primi, Kaza Sayısı, Hekim Başına Düşen Hasta Sayısı, Hanehalkı Tüketim Harcaması, Hastane Yatak Sayıları değişkenleri açıklayıcı değişken olarak modele dahil edilmiştir. Çalışmada öncelikle serilerin karakteristik özelliklerinin gözlemlenmesi amacıyla betimleyici istatistikleri incelenmiştir. Daha sonra regresyon modelinin kurulması amacıyla serilerin durağan olup olmadıkları ADF testi ile test edilmiştir. Regresyon analizi, iki ya da daha çok değişken arasındaki ilişkiyi ölçmek için kullanılan analiz metodudur. Eğer tek bir değişken kullanılarak analiz yapılıyorsa buna tek değişkenli regresyon, birden çok değişken kullanılıyorsa çok değişkenli regresyon analizi olarak isimlendirilir.

Anahtar Sözcükler: Cari Harcama, Finansman Yöntemleri, Sağlık, Sağlık Hizmetleri, Sağlık Harcamaları,

2. ABSTRACT

EXPENDITURE AND FACTORS MADE IN HEALTH SERVICES IN TURKEY

Rapidly changing living conditions affect every area and cause some changes in the field of health. There are some serious differences in the roles of states in order to keep up with these changes in the field of health. Since these differences are closely related to economic development and development, it is important to determine the factors affecting expenditures. In this study, the data obtained from panel data econometrics has been utilized in order to determine the factors affecting the expenditures on health services and in this context, the analyzes were made by using the STATA program. In this study, the factors affecting health expenditures were examined. In this context, gross domestic product, insurance companies premium, life insurance premium, health insurance premium, number of accidents, number of patients per physician, household consumption expenditure, hospital bed numbers are included as an explanatory variable. Firstly, descriptive statistics were examined in order to observe the characteristics of the series. Then, in order to establish a regression model, the series were tested by ADF test. Regression analysis analyzes a method to measure a relationship of two or more variables. If a univariate analysis is performed, univariate regression is called a multivariate multivariate regression analysis.

Keywords: Health, Health Care, Health Expenditures, Financing Methods, Current Spending

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Hızla değişen yaşam koşulları her alanı etkilediği gibi sağlık alanında da birtakım değişikliklere sebebiyet vermektedir. Sağlık alanında yaşanan bu değişimlere ayak uydurabilmek adına devletlerin de üstlendiği rollerde birtakım ciddi farklılıklar yaşanmaktadır. Bir ülkenin gelişmişlik seviyesini belirleyen pek çok unsur bulunmaktadır ve sağlık hizmetleri de bu unsurların başında gelmektedir. Bu unsurların başında sağlık hizmetlerinin yer almasının temel sebebi ise toplumların varlıklarını sürdürebilmeleri adına kesinlikle sağlıklı nesillere ihtiyaç duymasından kaynaklanmaktadır ve bu sağlıklı nesillerin varlığı aynı zamanda ülkenin kalkınma düzeyi ile paraleldir. Bu bilgiler ışığında ifade etmek gerekirse ekonomik büyümenin sağlanması ve kalkınmanın sürdürülebilmesinde temel unsur olan sağlık harcamaları ülkelerin gelişmişlik düzeyleri hakkında bilgiler vermektedir.

Ekonomik gelişme ve kalkınmayla toplumun refah seviyesi artarken, diğer taraftan bu özelliklere sahip bireyler ekonomik gelişme adına ciddi bir girdiyi oluşturmaktadır. Bu yüzden bu çalışma Türkiye’de sağlık hizmetlerinde yapılan harcamaları ve etkileyen faktörleri tespit etmek açısından önem taşımaktadır. Sağlık harcamalarını belirleyen faktörler adına literatürde ilk çalışma Newhouse (60) tarafından yapılmıştır. Newhouse çalışmasında 13 gelişmiş ülke için kişi başına sağlık harcamaları ile kişi başına GSYİH arasındaki ilişki ile gelir elastikiyetlerini incelemiş ve yüksek bir elastikiyet oranı saptamıştır. Sonraki yıllarda ise Leu (54), Parkin vd. (67), Hitiris (40) benzer elastikiyet sonuçlarına ulaşmışlardır. Gbesemete ve Gerdtham (38), Hitiris ve Posnett (41), kişi başına düşen sağlık harcamalarıyla gelir arasında benzer biçimde güçlü ve pozitif yönde bir ilişki olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Daha yakın dönemlerde ise Sen (73), Dreger ve Reimers (30), Chakroun (23), Baltaği ve Moscone (18) tarafından yapılan araştırmalar neticesinde bulunan elastikiyet katsayılarının düşük ve dolayısıyla sağlık harcamalarının zorunlu mal olduğu sonucuna varılmıştır. Türkiye’de ise sağlık harcamalarındaki değişimi ilk açıklayan çalışma Bilgel tarafından yapılmıştır (20). Çalışma içerisinde 1927-1996 yıllarını kapsayan zaman serisi analizinde kişi başına düşen gelir değişkeniyle birlikte 15 yaş altı nüfusun ve 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfus içindeki payı ile lise ve üniversitedeki öğrencilerin sayıları kullanılmıştır. Sağlık harcamalarının gelir

esnekliği birden küçük bulunmuştur. Devamında ise Kıymaz ve arkadaşları (49) Türkiye için 1984-1998 yılını analiz etmiştir. Bilgel (20)'den farklı olarak bu çalışmada finansman kaynağı ayırımına gidildiği görölmektedir. Sağlık harcamalarının gelir esnekliği birden büyük bulunmakla birlikte kişi başına toplam sağlık harcamalarının gelir esnekliği % 2.19, kamu sağlık harcamaları % 35.19, özel sağlık harcamalarının ise % 2.43 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca nüfus artışı ve gelir artışının sağlık harcamalarıyla aralarında uzun dönemli bir ilişki olduğu saptanmıştır. Farklı bir çalışmada ise Çalışkan (24) 2009 yılında 21 OECD ülkesi 1984 ve 2005 yıllarını analiz etmiştir. İlaç harcamaları çalışmada diğer çalışmalardan farklı olarak kullanılmış ve gelir değişkeni sağlık harcamalarını güçlü bir şekilde açıklamasına rağmen sağlık harcamaları zorunlu bir mal olarak tespit edilmiştir. Ülkemizde bu konunun akademik ilgiden mahrum kaldığı söylenebilir. Haliyle, Türkiye için sağlık hizmetlerinde yapılan harcamalar ve etkileyen faktörlerin araştırılması literatüre sağlayacağı katkı açısından önem arz etmektedir. Çalışmanın amacı ise sağlık hizmetlerinde yapılan harcamaları etkileyen faktörlerin belirlenmesidir. Ülkemizde her yıl sağlık giderlerine yüksek miktarda bütçe ayrılmaktadır. Bununla birlikte değişen ülke koşulları ile birlikte yapılan sağlık harcamaları değişkenlik göstermektedir.

Bu çalışmada, Türkiye'de yapılan sağlık harcamalarını etkileyen faktörlerin belirlenmesidir. Bu kapsamda 2002-2017 yılları arasında Türkiye'de yapılan sağlık harcamaları üzerinde etkisi olduğu düşünölen faktörlerin analiz edilmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın ana problemi ve alt problemlerini belirlemek için; Türkiye'de yapılan sağlık harcamalarını etkileyen faktörler neler olduğu araştırılmıştır. Sigorta Primleri sağlık harcamalarını etkileyip etkilemediği, Yaşa göre nüfus değişiminin sağlık harcamalarını etkileyip etkilemediği, Kişi başı GSYH' nın sağlık harcamalarını etkileyip etkilemediği, Hane halkının sağlık harcamasının sağlık harcamalarını etkileyip etkilemediği ve Hastanelerin yatak sayılarının sağlık harcamalarını etkileyip etkilemediği soruları sorularak ana başlıklar oluşturulmuştur.

Çalışma kapsamında sağlık hizmetlerinde yapılan harcamaları etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla zaman serisi analizleri yapılacaktır. Araştırmada,

aşağıda verilen parametrelerin 2002 ile 2017 yılları arasındaki verileri kullanılacaktır.

- Türkiye Sağlık Harcaması İstatistikleri
- Sigorta Prim İstatistikleri
- Nüfus İstatistikleri
- Kişi başı Gayri Safi Yurt İçi Hasıla Verileri
- Hane halkı sağlık harcama anketi verileri
- Hastanelerin yatak sayıları istatistikleri

Çalışmada sağlık hizmetlerinde yapılan harcamaları etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla panel veri ekonometrisinin sağladığı imkanlardan yararlanılmaktadır. Bu bağlamda, analizler STATA programı kullanılarak yapılacaktır. Modellerde olası atılan veya modelde dikkate alınmayan değişkenlerin yaratabileceği sapmaları dikkate almak amacıyla sabit veya rassal etki modelleri kullanılacaktır. Ayrıca otokorelasyon ve farklı varyansın etkilerini gidermek amacıyla gerektiğinde robust ve cluster yapılmış standart hata değerleri kullanılmaktadır.

4. SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK SEKTÖRÜ

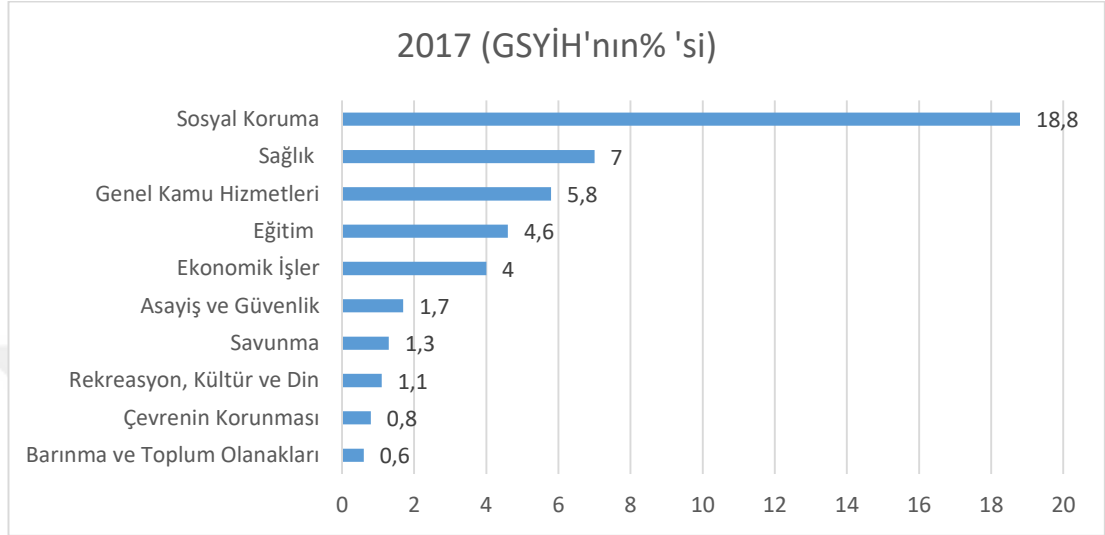
Bireylerin sağlığını korumak ve daha iyi olmasını sağlamak, hastalık durumunun neden olacağı etkenleri yok etmek ya da en aza indirmek, hastalara imkanlar dahilinde mümkün olunan en kısa zamanda teşhis ve tedavi imkanı sunmak, bireylerde oluşabilecek sakatlık durumunun önüne geçmek, sakat bireylerin sosyalleşmeleri için tıbbi hizmet ve imkanlar sunmak böylelikle bu bireylerin daha iyi şartlarda ve huzurlu bir yaşam sürmesi için verilen hizmetlerin tamamına sağlık hizmetleri denilmektedir. (Ertaş, 2014:6). Sağlık hizmeti; bireyden başlayarak tüm toplumun sağlığını iyileştirmek ve toplumdaki sağlıklı halin sürekliliği sağlamak üzere üretilmiş hizmetlerin tümünü içermekte ve dünyadaki ülkelerde en çok önem verilen politikalar arasında gösterilmektedir (9: 34). Ülkemizin sağlık hizmetleri politikası anayasamızın 56. Maddesi (A) bendinde ‘Sağlık Hizmetleri ve Çevrenin Korunması’ başlığıyla *“Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.”* Şeklinde ifade edilmektedir.

Sağlık bireyin en büyük sermayesi olduğu gibi hem toplumları hem de devletlerin ekonomisini doğrudan etkileyebilmektedir. Bu nedenle devletler sürdürülebilir sağlık hizmetleri için politikalar geliştirir ve halkların beden ve ruhen sağlıklı nesiller olması için çalışmalar yaparlar.

Harcama oranlarını her iki yılda bir yayınlayan Eurostat’ ın harcama oranları baz alınarak yayınladığı 2016 yılı kamu harcamaları verilerine göre *Avrupa ülkelerinin sağlık alanına GSHY’ ya oranla ayırdığı kamu bütçelerinde birinci sırada yer alan Norveç yüzde 8.7, Danimarka yüzde 8.6 ile hemen arkasından ikinci, Fransa yüzde 8.1’le 3’üncü ve Almanya ise yüzde 7.2 ile 12’inci sırada yer alıyor* (34). 2017 yılı verilerine bakıldığında Norveç yüzde 8.5 olarak yine birinci sırada yer almaktadır. Bu veriler göz önüne alındığında bile sağlık hizmetlerine ayrılan bütçenin ülke ekonomileri için ne kadar önem arz ettiği görülmekte ve bu alanda yapılan harcamaları

etkileyen faktörlerin ne kadar önemli olabileceği anlaşılmaktadır. Aşağıdaki tablolarda ise bazı Avrupa Birliği Ülkelerinin 2017 yılı sağlık harcama oranları gösterilmiştir.

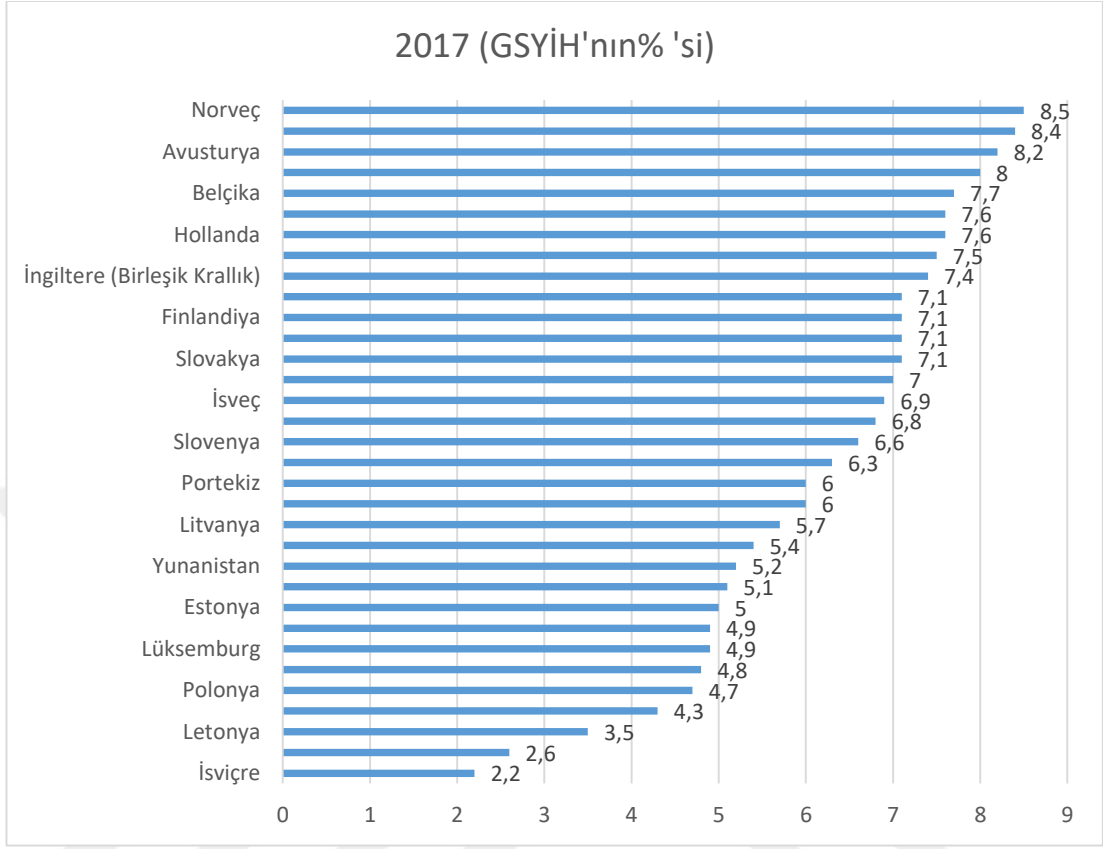
Tablo 4.1 Avrupa Birliği İşlevine Göre Devlet Harcamaları 2017 (28 ülke)



Kaynak: <https://ec.europa.eu/eurostat/cache/infographs/cofog/>

Tablo 4.1 de Avrupa Birliğinde bulunan 28 ülkesinin Gayri Safi Yurtiçi Hasılasından % 7' sini sağlık için harcadığı görülmektedir. Bu devlet bütçelerindeki sağlık harcamalarının savunma, güvenlik hatta eğitim bütçelerinden bile fazla bir orana tekabül ettiği açıkça görülmektedir. Bu oran devlet bütçeleri içerisinde ciddi bir kısmı oluşturduğu anlamı taşımaktadır.

Tablo 4.2 Avrupa Birliği Ülkelerinin Sağlık Harcamaları 2017 (28 ÷lke)



Kaynak: <https://ec.europa.eu/eurostat/cache/infographs/cofog/>

Tablo 4.2' de Avrupa Birliği ÷lkelerinin sağlık için bütçeden ne kadar harcama yaptıkları gör÷lmektedir. Tabloda % 7 oranın üzerinde harcama yapan bir çok ÷lke olduğu anlaşılmaktadır. Bu oranlar gerek ÷lkemiz ekonomisi için gerekse diğer dünya ekonomileri için çok ciddi rakamlara tekabül etmektedir. Bu nedenle finansal olarak sağlık ile ilgili harcamaları etkileyen faktörlerin çok iyi incelenmesi önem arz etmektedir.

Bu bilgiler ile birlikte konunun önemini daha iyi ifade etmek için başta sağlık kavramı ve sağlık sektörü ile bazı alt başlıklara değinilecektir.

4.1 Sağlık Sektörü

Çalışmanın bu aşamasında kavramsal bir çerçeve içerisinde, sağlık kavramı, sağlık sektöründe meydana gelen sektör odaklı değişimler ve sağlık hakkı açıklanmaya çalışılmaktadır. Bu doğrultuda ilk olarak söz konusu kavramlarla ilgili olarak çeşitli açıklamalara ve tanımlamalara yer verilmektedir.

4.1.1 Sağlık Kavramı

İnsanlık tarihi boyunca birçok topluluk tarafından yaşamın devam ettirilebilmesine yönelik birçok eylemin gerçekleştirildiği görülmektedir. Bu doğrultuda insanlar ve insanların oluşturduğu toplumlar öncelikli olarak hayatta kalmak için daha sonrasında ise varlıklarının devamlılığını sağlamak için mücadele etmişlerdir. İnsanların ve toplumların varlıklarını devam ettirebilmesi için ise sağlıklı bir yapıya sahip olmaları gerekmektedir. Sağlıklı bir toplumun varlığı ile birlikte geçerli halen kavramlar ise mutluluk, kuvvet ve refaktır. Bu ifadeler doğrultusunda toplumların birincil amaçlarının sağlıklı bir yapıya sahip olmak olarak açıklanması mümkündür (66: 3-4). Sağlık kavramının ise geleneksel bir ifade ile hastalık halinden uzak olunması olarak açıklanabilmektedir (4: 11-12).

Bu kavrama yönelik birçok tanımın yapılmasına karşılık, Dünya Sağlık Örgütü'nün yapmış olduğu tanım oldukça kıymetlidir. Bu örgütün 1948 senesinde ilan edilmiş olan kuruluş metninde yer aldığı gibi; bireylerin yaşamlarını sürdürmelerini, vücutlarının bütünlüklerini muhafaza edebilmelerini ve hayatlarını bir ağrı, kısıtlılık ya da problem olmadan devam ettirebilmelerini sağlık kavramı ile ifade edebilmek mümkün olmaktadır (95: 7).

1948 senesinde Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından ilan edilen kuruluş metninin içeriğine bakıldığında bireylerin yalnızca hastalık ve sakatlık durumları değil, vücutlarının ve psikolojilerinin bütünsel bir halde sağlıklı olmasının ifade edildiği görülmektedir (96). Hastalık kavramı bireyler tarafından hastalıklara yakalanmamak olarak ifade edilmekte iken, doktorlar tarafından ise, insanların ufak

bir yakınmaları ve hayatın akışı dışında kalan şikayetleri hastalık belirtisi olarak ifade edilmektedir (65: 294).

İnsanlığın doğmasından bu yana, üzerinde en çok durulmakta olan konuların başında yaşamın sağlıklı bir şekilde devam ettirilmesi yer almaktadır. Osmanlı Devleti'nin en parlak dönemlerinde padişahlık yapmış olan Kanuni Sultan Süleyman tarafından sarf edilen; Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi sözü, insanların sağlığının makamdan mevkiden çok daha önemli olduğunu ifade eden kıymetli bir ifadedir.

Benzer bir şekilde Türkiye Cumhuriyeti'nin kurucusu Gazi Mustafa Kemal Atatürk'te "Sağlam kafa, sağlam vücutta bulunur" sözü ile insan sağlığının önemine vurgu yapmıştır. Sağlık kavramı ile ilgili önem arz eden bir diğer açıklama ise 1986 senesinde Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi'nde yer almaktadır. Bu sözleşmede sağlık; bireylerin sosyoekonomik açıdan verimli ve aktif bir hayat sürdürmesine katkı sağlayan bir kaynak olarak değerlendirilmiştir. Bireylerin günlük yaşamları içerisinde sağlıklı olmaları bir amaç olarak değerlendirilmese dahi, günlük yaşamların etkili bir şekilde sürdürülmesi adına önemli bir araçtır. Pozitif bir kavram olarak değerlendirilmekte olan sağlık kavramı, içeriğinde bireysel ve sosyal kaynaklar ile fiziksel ve zihinsel potansiyeli içermektedir (85: 344).

4.1.2 Sağlık Hakkı

Sağlık sektöründe çalışmakta olanlara tanınmış haklar, sağlık hizmetlerinden yararlananların sahip olduğu haklar ve sağlık riskleri gibi birçok alt başlık sağlık hakkı kavramı altında değerlendirilmektedir. Bu alan içerisinde sosyal güvenlik hakları üzerinde de mutlaka durulması gerekmektedir. Öyle ki, sosyal güvenlik haklarının yeterli olmadığı bazı ülkelerde sağlık haklarının ihlal edilmesine paralel olarak bireylerin hayatlarını devam ettirme hakları ihlal edilmektedir. Özellikle bu ülkelerde yaşamakta olan ve ekonomik durumu iyi olmayan insanlar için söz konusu hakların kullanılması imkansız hale gelmektedir. Çalışanların ve iş süreçlerinde çeşitli kazalar

sonrasında zarara uğrayanların haklarını içeriğinde barındırmakta olan sosyal güvenlik hakları ile sağlık hakları arasında güçlü ilişkiler bulunmaktadır (83: 410-411).

Genel olarak ifadelerden de anlaşılacağı üzere bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanmaları ve yaşamlarını sağlıklı ortamlarda sürdürebilmeleri sağlık hakkı kapsamında değerlendirilmektedir. Sağlıklı bir ortamdan bahsedebilmek için toplum içerisinde tüm bireylerin belirli bir gelir seviyesine ulaşmış olması gerekmektedir. Bu doğrultuda özellikle asgari geçim şartlarını sağlamakta zorlanan insanlara mutlaka devlet ile sosyal yardımların sunulması gerekmektedir. Sunulmakta olan sosyal hizmetler ile çok daha sağlıklı bir toplumun inşa edilmesi mümkün olmaktadır (80: 29). 10 Aralık 1948 tarihinde kabul edilmiş olan Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi kapsamında da sağlık hakkı ile ilgili düzenlemeler yer almaktadır. Bu bildirgenin 25. Maddesi doğrultusunda;

1. Tüm insanların, kendisi ve ailesinin refahı ve sağlıklı bir şekilde yaşamını sürdürebilmesi için giyim, beslenme, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Buna ek olarak tüm bireyler; işsiz kalmaları halinde, hastalandıklarında, sakatlandıklarında, dul olma durumunda, yaşlılık dönemlerinde ve kontrolleri dışında gerçekleşen birtakım olumsuzluklar sonrasında yaşadıkları geçim sorunlarına yönelik güvenlik hakkına sahip olmaktadır.
2. Annelerin ve çocukların birtakım özel bakım hizmetlerine ve desteklere gereksinimi bulunmaktadır. Çocuklar, evlilik birliği içerisinde dünyaya gelip gelmedikleri önemli olmaksızın, aynı toplumsal konumdan ve haklardan yararlanmaktadır.

4.1.3 Türkiye’de Sağlık Sektörü

Kurulan birinci Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin kabul etmiş olduğu 3. Kanun kapsamında 3 Mayıs 1920 tarihinde Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaleti kurulmuş ve bu tarihten itibaren ülke sınırları içerisinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde devlet, bakanlık üzerinden sorumlu gösterilmiştir. Bu dönemde ön plana çıkan isimlerin başında Dr. Refik Saydam Gelmektedir. Saydam, ilk kez 1921

senesinde göreve getirilmiş ve daha sonrasında ise belirli dönemlerde 1937 senesine dek sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde, ülke genelinde örgütlenme faaliyetlerinde görevlendirilmiştir. Dönem içerisinde il merkezlerinde sağlık merkezlerinin kuruluşu, ilçelerde ise hükümet tabiplikleri kurulmuştur (14: 190).

Türkiye’de uygulanacak olan sağlık politikalarının oluşturulması adına çıkarılan ve hukuk düzeni içerisinde sağlık örgütlerinin örgütlenmesinin temelinde yer aldığı ifade edilmekte olan kanunlardan; 1219 sayılı Tebabet ve Şuabatı Sanatları Tarzı İcrası Hakkında Kanun 1928 senesinde, 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ise 1930 senesinde yürürlüğe girmiştir. Sağlık alanında hizmetleri yürütecek olan bakanlık merkez teşkilatının ve ilçe örgütlerinin kurulması ise, 1936 senesinde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurin Kanunu kapsamında gerçekleştirilmiştir. Yürütme verilen yetkilerin içeriği meydana getirdiği bu kanunlar, kısmi değişikliklerin yapılmasına karşılık günümüzde de varlıklarını sürdürmektedir (5: 13).

Kuruluşların ve örgütlenmenin tamamlanmasından sonra ise Birinci On Yıllık Sağlık Planı, 1946-1950 seneleri arasında bakanlık görevini yerine getirmiş olan Dr. Behçet Uz tarafından hayata geçirilmiştir. Söz konusu plan doğrultusunda ilk olarak her 40 köy adına hizmet verecek 10 yatak kapasiteli sağlık birimlerinin kurulması adına çalışmalara başlanmıştır. Daha sonrasında ise bölge hastanelerinin kurulmasına yönelik çalışmalar hayata geçirilmiştir (1: 14). Söz konusu planın öne çıkan özelliği ise örgütlenme süreci içerisinde yapılandırmaların nüfus sayıları üzerinden gerçekleştiriliyor olmasıdır. Ülke sınırları içerisindeki tüm sağlık hizmetlerinin devlet eli ile gerçekleştirilmesi anlayışı ile yola çıkılan plan kapsamında, mahalli seviyede koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerinin tek bir çatı altında toplanmasına ve nüfusa bağlı olarak bölgelerde oluşturulan merkezler tarafından sağlık hizmetlerinin yönetilmesine karar verilmiştir. Bu dönem içerisinde plan kapsamında belirlenmiş olunan esasların üzerinde yeterince durulmamasının bir sonucu olarak, ilçelerde kurulmuş olan birimlerden yeterli verim elde edilememiş ve gereksiz maliyetler ortaya çıkmıştır. Doktorlarında da söz konusu birimlerde çalışmaya bir son vermek sureti ile mesleklerini bağımsız olarak icra etmeleri, sistemin tamamı ile etkisini kaybetmesine neden olmuştur (5: 14).

Tablo 4.3 Kamu ve özel yataklı sağlık kurumlarının yatak sayıları, 1984-2016

Yıllar	Toplam	Sağlık Bakanlığı'na bağlı	Üniversite	Özel	Diğer (1)
1984	100.496	78.196	13.803	4.707	3.790
1985	103.918	80.423	14.653	4.874	3.968
1986	107.152	83.023	15.272	4.895	3.962
1987	111.135	84.045	17.749	5.207	4.134
1988	112.248	85.733	17.749	4.707	4.059
1989	116.061	88.387	17.749	5.839	4.086
1990	120.738	92.354	18.068	6.230	4.086
1991	123.706	94.687	18.298	6.570	4.151
1992	126.611	97.040	18.298	7.136	4.137
1993	131.874	101.104	19.009	7.724	4.037
1994	134.665	102.949	19.852	7.925	3.939
1995	136.072	102.388	20.811	8.934	3.939
1996	139.919	103.706	22.056	10.042	4.115
1997	144.984	106.231	23.383	11.255	4.115
1998	148.987	108.311	23.828	12.678	4.170
1999	153.465	111.084	24.094	14.077	4.210
2000	134.950	96.334	23.838	12.162	2.616
2001	140.710	100.845	25.296	11.837	2.732
2002	164.471	107.394	26.341	12.387	18.349
2003	165.465	107.771	26.619	12.917	18.158
2004	166.707	108.511	28.025	12.671	17.500
2005	170.972	110.109	29.014	13.876	17.973
2006	174.342	110.819	31.193	14.639	17.691
2007	178.000	112.037	30.978	17.397	17.588
2008	183.183	114.428	29.912	20.938	17.905
2009	188.638	115.443	30.112	25.178	17.905
2010	200.239	120.180	35.001	28.063	16.995
2011	194.504	121.297	34.802	31.648	6.757
2012	200.072	122.322	35.150	35.767	6.833
2013	202.031	121.269	36.056	37.983	6.723
2014	206.836	123.690	36.670	40.509	5.967
2015	209.648	122.331	38.361	43.645	5.311
2016	217.771	132.921	37.707	47.143	-

Kaynak: Sağlık Bakanlığı ((1) "Diğer" Belediyelere ait yataklı sağlık kurumları ve 2002- 2015 yılları arasında Milli Sav. Bakanlığı'na ait hastaneler bu grubuna dahil edilmiştir. 2016 yılında sayıları az olduğundan "Özel" sektöre dahil edilmiştir.

Türkiye sınırları içerisinde sunulmakta olan sağlık hizmetlerinin arka planında yatan politikaların temel unsurları içerisinde gösterilmekte olan bir diğer kanun ise, 1963 senesinde yürürlüğe girmiş olan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanundur. Çıkarılan bu kanun doğrultusunda ülke genelinde sağlık evleri, ocakları, il ve ilçe hastaneleri belirli basamaklar dahilinde birbirine bağlı hale getirilmiş ve sağlık hizmetlerinin daha verimli ve uyumlu işlemesi adına adımlar atılmıştır. 1983 senesine gelindiğinde ise söz konusu kanun, ülkenin tamamında hayata geçirilmesi sağlanmıştır (1: 15). 1969 senesinde ise 2. Beş Yıllık Kalkınma Planı hazırlanmış ancak, bu plan kapsamında yer alan genel sağlık sigortası 2006 senesine gelinceye kadar kanun haline getirilememiştir.

Sağlık hizmetlerine yönelik olarak uygulanmakta olan sistemlerin yetersizlikleri, özellikle 1980 sonrasında göreve gelen tüm hükümetler tarafından programlarına dahil edilmiştir. Bu doğrultuda hemen hemen her hükümet tarafından ilk olarak tedaviye yönelik sağlık hizmetlerinin sunulmakta olduğu sağlık birimlerinin geliştirilmesi ve yenilerinin inşa edilmesine öncelik verileceği açıklanmıştır. Bunlara ek olarak yine birçok hükümet tarafından daha önce ilan edilmiş olan beş yıllık kalkınma planlarının içeriğinde de yer aldığı üzere özel hastanelerin yapılmasına yönelik teşvik programlarının geliştirileceğine dair açıklamalar yapılmıştır (27: 18). Ayrıca ülke genelinde dağınık bir halde yürütülmekte olan sağlık hizmetlerinin tek bir çatı altında toplanmasına yönelik olarak çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalar doğrultusunda hazırlanan yasa tasarıları sonrasında Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu meclis tarafından kabul edilmiştir. Ancak çıkarılan kanunun Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmesi nedeni ile yürürlüğe girmesi sağlanamamıştır. 1990 sonrasında ise pilot uygulamalar üzerinden bazı devlet hastaneleri döner sermayeleri olan özerk kuruluşlar olarak yapılandırılmıştır (1: 16).

Dünyada yaşanmakta olan küreselleşme hareketleri ve neo-liberal politikaların etkinliğinin artmasına paralel olarak sunulmakta olan sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerin finansmanı arasına bir perde çekilmeye başlanmış ve sağlık örgütlenmeleri içerisinde devlet eli zamanla çekilerek adem-i merkeziyetçi bir yapıya kavuşturulmuştur. Bu durumun bir sonucu olarak sağlık hizmetlerinin finansmanına yönelik alternatif metotların sıkı bir şekilde tercih edildiği, hastanelerin mali ve idari

açından çok daha özerk bir hale getirildiği ve özellikle 2003 yılı sonrasında özel hastane kuruluşlarının teşvik edildiği Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın etkili olduğu bir döneme girilmiştir. (71: 44). Bu süreç içerisinde sağlık sektörü değişen politikalar doğrultusunda farklı şekillerde örgütlendiği dönemler geçirmiştir.

4.2 Sağlık Hizmetleri

Farklı gelişmişlik seviyelerine sahip olmalarına karşılık, dünya genelinde tüm toplumlar sağlık ve sağlık hizmetleri konusuna çok daha fazla önem vermeye başlamışlardır. Söz konusu sağlık hizmetleri genel özellikleri itibari ile insanların hayatları ile doğrudan güçlü bir ilişkiye sahiptir. İlk olarak sağlık hizmetleri kapsamında yalnızca doktorların ve hemşirelerin dahil olduğu süreçler ifade ediliyor olsa da günümüzde çok daha farklı meslek kollarını da bünyesinde barındırmakta olan sağlık hizmetleri dönemine geçiş yapılmıştır (35: 95-104).

4.2.1 Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Kamu kesimi ya da özel sağlık kuruluşları tarafından sunulmakta olan, kökeninde bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlık durumlarının korunmasının ve iyileştirilmesinin yer aldığı, sağlık sorunlarının toplumsal bir tehdit haline gelmemesi için çalışmaların yürütüldüğü bir süreç olarak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi mümkündür. Söz konusu hizmetler, toplumsal sağlık alanında sorumlulukları bulunan kurumların faaliyetleri ve bireylerin sağlık alanındaki talepleri doğrultusunda ortaya çıkmaktadır. Bu alanda ortaya çıkan taleplerin arasında ise belirli unsurlar yer almamaktadır. Bu süreç içerisinde belirli finansal kaynaklar, sağlık materyalleri ve iş gücü yer almaktadır (72: 187).

Bir diğer tanım doğrultusunda ise; bireylerin ve bireylerin meydana getirdiği toplumların varlıklarını fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan belirli bir denge içerisinde devam ettirebilmeleri adına sunulması gereken hizmetler olarak ifade edilmektedir (57: 14). Sağlık hizmetleri bir başka tanımda ise; karşılaşılan hastalıkların önlenmesi ve tedavi edilmesi ile toplumsal sağlık durumunun daha iyi hale getirilmesi amacı doğrultusunda sürdürülmekte olan faaliyetler ile birlikte, çeşitli rahatsızlıkları bulunan

bireylerin hastalıklarının teşhisi, tedavi edilmesi ve tedavi sonrası süreçlerinin yürütülmesi süreci olarak değerlendirilmektedir (79: 8). Sağlık hizmetleri, Çoban (27) tarafından ise; bireylerin ve bireylerin meydana getirdiği toplumların olası sağlık sorunlarına karşı korunması, sağlıklı hallerinin muhafaza edilmesi ve genel sağlık durumlarının daha da iyi hale getirilmesi amacı ile sunulmakta olan hizmetler, şeklinde ifade edilmektedir (28: 11).

4.2.2 Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı

Sunulmakta olan sağlık hizmetlerinin üç başlık altında değerlendirilmesi mümkündür. Bunlar; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon süreçleridir.

4.2.2.1 Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bulaşıcı olma özelliğine sahip hastalıkların bireylerin arasında geçişini engellemek amacı ile yürütülmekte olan sağlık hizmetleridir. Bu hizmetlerin kapsamı içerisinde bireylerin ve toplumların mevcut sağlık durumlarının muhafaza edilmesi, çevresel olarak hastalıkların önüne geçilmesi adına çeşitli önlemlerin alınması yer almaktadır. Bu alanda yürütülmekte olan hizmetler ile tedavi süreçleri arasında doğrudan bir ilişki bulunmamaktadır. Bu alanda gerçekleştirilen aşı işlemleri hariç olmak üzere, çevresel önlemlerin alınması neticesinde toplumun genel sağlık durumunun korunması amaçlanmaktadır (53: 21).

Bir toplumun genelinde hastalanma riskinin azalması tüm toplumun yararına olmaktadır. Toplum içerisinde yer alan bir tek insan için dahi hastalık riskinin azaltılması sonuç olarak toplumun sağlık sorunları ile karşılaşma riskini azaltmaktadır. Bu açıdan değerlendirildiğinde dışsal faydasın en yüksek sağlık hizmetleri olarak koruyucu sağlık hizmetlerinin öne sürülmesi mümkündür. Bu alanda yürütülen hizmetlerin maliyetleri genellikle çok yüksek olmamakla birlikte, etkileri oldukça geniş olabilmektedir ve bu hizmetler kamu ekonomisi üretimi olarak değerlendirilmektedir (98).

Günümüz şartları içerisinde teknolojiye yaşanan gelişmeler ve toplumsal gereksinimlerin artmasının bir sonucu olarak koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsamı çok daha fazla genişlemeye başlamıştır. Bu doğrultuda, su rezervlerinin daha sağlıklı hale getirilmesi, halk sağlığının korunmasına yönelik önlemlerin alınması, dengeli beslenme noktasında vatandaşların bilinçlendirilmesi, aile planlamalarının yapılması, kronik rahatsızlıkların önüne geçilmesi önem arz etmektedir.

4.2.2.2 Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Toplumun genelinin sağlık durumunun muhafaza edilmesine yönelik çeşitli çalışmaların yapılmasına karşılık, günlük yaşam içerisinde bireyler, birtakım hastalıklar, kazalar ve yaralanmalar sonrasında sağlık durumlarının bozulması ile karşı karşıya kalabilmektedir. Bu noktada ise tedavi edici sağlık hizmetleri devreye girmektedir. Bireylerin kaybolan sağlıklarının eski haline getirilmesi, hastalıklara yol açan nedenlerin ortadan kaldırılması ve sakatlıklarının iyileştirilmesi tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamında yer almaktadır (79: 12). Söz konusu sağlık hizmetleri genel olarak çeşitli sağlık kuruluşları bünyesinde sağlık kuruluşu çalışanları tarafından sunulmaktadır (94: 93).

Sağlık hizmetleri denildiğinde birçok insanın aklına gelen çoğu zaman tedavi edici sağlık hizmetleri olmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri genellikle, sağlığını kaybetmiş bireylere doğrudan uygulandığından, koruyucu sağlık hizmetlerine benzer dışsal bir fayda ile karşılaşmamaktadır (28: 17-18). Bu tedavi programları neticesinde sosyal birtakım faydaların çıktığı görülse de bu hizmetlerin en belirgin özelliği kişisel olmalarıdır. Sosyal yönü olmasının temel nedeni, bireylerin sağlık durumlarının kötüye gitmesi durumunda birtakım gelir kayıpları yaşaması ve gelir kaybına bağlı olarak zaman içerisinde sosyal yönünü kaybetmeye başlamasıdır (27: 9). Buna karşılık bireylerin yeniden gelir etmeye başlayabilmeleri ve toplum içerisinde yeniden yer almaya başlamaları, tedavi edici sağlık hizmetlerinin bireysel niteliğini ortaya koymaktadır.

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin diğer özellikleri ise, süreç içerisinde uzman çalışanların yer alıyor olması, sürecin çok daha organize bir yapıya sahip olması ve

maliyetlerin koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha fazla olmasıdır. Söz konusu hizmetler kendi içerisinde ise u başlık altında değerlendirilmektedir. Bunlar; birinci basamak tedavi hizmetleri (başvuru ve ayakta tedavi süreci), ikinci basamak tedavi hizmetleri (yatarak gerçekleştirilen tedaviler), unc basamak tedavi hizmetleri (uzmanlaşma seviyesi yüksek, ileri teknolojinin kullanılmakta olduğu alanlarda sunulmakta olanlar) olarak sıralanmaktadır (9: 35).

4.2.2.3 Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Bireylerin fiziksel ya da ruhsal olarak yaşadıkları sorunlar sonrasında ortaya çıkan birtakım kalıcı problemler neticesinde çevrelerinde yer alanlara bağımlı bir Şekilde yaşamlarını sürdürmek zorunda kalmamaları adına yürütülmekte olan sağlık hizmetleridir (13). Bu alanda yürütülmekte olan hizmetler doğrultusunda, bütünsel bir tıbbi hizmet, mesleki ve sosyal eğitsel faaliyetler uzerinden, hastalık ve kaza neticesinde sakat kalmış olan kimselere olabildiğinde uşt düzey becerilerin kazandırılması amaçlanmaktadır (46: 20-48).

Rehabilitasyon hizmetleri kendi içerisinde iki alt başlık içerisinde değerlendirilmektedir. Bunlar; tıbbı ve sosyal rehabilitasyondur. Bireylerde fiziksel olarak ortaya çıkan kimi bozukların ve sakatlıkların düzeltilmesi, kalıcı sakatlık yaşayan bireylerin hayat standartlarının arttırılması amacı doğrultusunda sunulmakta olan; pektremite protezlerinin kullanılması, postur bozukluklarının giderilmesi, duyu organlarında ortaya çıkan kusurların asgari düzeye çekilmesi, sakatlık yaşayan bireylerin aktif yaşam içerisinde yer almasının sağlanması tıbbi rehabilitasyon başlığı altında değerlendirilmektedir. Herhangi bir sakatlığı olan ya da engeli bulunan bireylerin, hayatın içerisinde aktif bir Şekilde yer alabilme, yeniden topluma entegre olmalarını sağlama, çalışabilecekleri yeni iş alanlarına yönlendirme ve bu alanda çeşitli eğitimler verme ise sosyal rehabilitasyon başlığı altında değerlendirilmektedir (91: 91-95).

4.2.2.4 Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlık sisteminde bütünsel bir iyileştirmenin sağlanması, toplumun genelinin daha sağlıklı bir yaşam sürmesine adına gerekli çalışmaların yapılması, sağlık konusunda politik ve sosyal değişimlerin sağlanmasıyla amaçlanması, sağlığın teşvik edilmesi ve geliştirilmesi hizmetleri olarak değerlendirilmektedir. Günümüzde insanların karşılaştıkları hastalıkların önemli bir kısmının arka planında içerisinde yer aldıkları ortam, hayat biçimleri ve zararlı alışkanlıkları yer almaktadır. Buradan hareketle sağlığın geliştirilmesine yönelik yürütülen hizmetlerin odak noktasında yalnızca bireylerin bedensel ve ruhsal sağlık durumlarının iyileştirilmesi yer almamaktadır. Bunlara ek olarak toplumsal yaşam standartlarının geliştirilmesi de bu hizmetlerin odak noktasında yer almaktadır. Bu alanda yürütülen hizmetlerin sorumluluğu yalnızca sağlık birimlerine ait olmamaktadır. Ülke yönetiminde etkili olmakta olan politik unsurların ve sivil toplum kuruluşlarının da bu sürecin içerisinde yer alması gerekmektedir (46: 46).

Bu alanda yürütülen hizmetler ile ekonomi arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Böylesine bir durumun yaşanmasının temel nedeni ise, bu alanda sunulmakta olan hizmetlerin yalnızca tıbbi bir yönünün olmamasıdır. Bu durum yalnızca sağlık sektörü ile ilişkili olunmaması durumunda sürecin ekonomi ile bağlantısı çok daha güçlenmektedir.

4.2.3 Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Birçok insanı ilgilendiren sağlık sektöründe, diğer hizmetler göz önüne alındığında ciddi farklılıkların olduğu görülmektedir. Toplumdaki sağlık sorunlarını çözmek bu sektörün öncelikli amaçlarından biridir. Sağlık hizmetlerinin toplum için önem arz etmesi bu sebeptendir. Sağlık sektörünün faydaları göz önünde bulundurulduğunda diğer hizmet sektörlerine kıyasla farklılıkların olması bu sektörün büyük bir önem taşıdığına göstergesidir. Zamanla devlet tarafından ele alınan bir sektör olmuştur. Gelir düzeyi yeterli olmayan vatandaşların sağlık hizmet bedellerinin karşılanmaması çevreyi olumsuz etkileyebilecek bazı problemlere yol açar. Bu

problemlerin sonucunda toplumdaki diğer vatandaşların zarar görmesi söz konusu olur. Devletin bu sektörü ele almasındaki etkenlerden biri budur (26: 55-58). Sosyal bir amaç taşıyan bu sektör maddi kazanca yönelik çalışmalar amaçlamamaktadır. Genel anlamda sağlık sektörünün özelliklerinden bahsedecek olursak aşağıdaki gibi sınıflandırabiliriz.

4.2.3.1 Arz ve Talep

Sağlık sektöründeki gereksinimlerle hangi koşullar altında veya ne derecede karşılaşılacağı bilinemediğinden, talep konusunda bir netlik bulunmamaktadır. Bu durum, sektörün önemini büyük ölçüde arttıran sebeplerden biridir. Sektöre olan gereksinimlerin ani oluşumu ve büyüklük derecesi öngörülememektedir (29: 26). Sektördeki hizmetin arttırılması kısa vadede oluşturulamamaktadır. Sağlık sektörüne olan gereksinimleri arttıran sebepler arasında yaşam alanlarındaki hizmet kuruluşlarının sayısı, refah seviyesinin artması, nüfusun çoğalması, yaş ortalamasının artması ve bilinç sahibi bir toplum oluşması bulunmaktadır (88: 56).

Hizmete ne derecede gereksinim duyulduğunu ve hizmet niteliğinin hastalar tarafından belirlenememesi durumunda arzın talebi doğurduğu görülmektedir. Hizmetin istenilen düzeyde karşılanamamasında sektördeki maliyetin yüksek oluşu, aktif çalışan personelin yetişmesindeki sürecin uzun oluşu, çalışan eksikliği ve malzeme giderlerinin çok oluşu etkilidir. Arzın ve talebin arasındaki dengesizliğin sebebi bu sektördeki yetersizliklerdir (29: 27).

4.2.3.2 Hekimin Davranışı

Sunulan hizmetlerin veya malın saklanamaması, verilen hizmetin herkes için aynı nitelikte olmaması ve bu hizmeti alan kişiye elle tutulur bir hizmet vermemesi bu mal ve hizmetlerin üretim aşamasından beri sahip oldukları özelliklerdendir. (45: 108-109). Doktorların sunduğu tedavi şekilleri genel anlamda sağlık sektörü içerisindeki bazı özellikler çerçevesinde değişiklik gösterebilir. Doktorların kişisel olarak farklı karakterler barındırması ve sunulan hizmetlerin kontrol edilebilir olmaması değişiklik göstermesinin sebeplerindendir. Doktorların sağlık hizmetlerini sunma sürecinde

öncelikli olarak hasta sağlığının şahsi çıkarlardan önce bulunması gerektiği söylenebilir (21: 211).

Hizmet verilen sağlık kuruluşlarına bakıldığında doktorlar arasında üretim bakımından sunulan hizmette değişiklikler gözlemlenmektedir. Özel kurumlar ve devlet kurumları arasındaki farklılıklar göz önünde bulundurulduğunda yapılan bazı araştırmalar çerçevesinde bu farkların başında hasta memnuniyetinin geldiği bilinmektedir. Hasta memnuniyetine bağlı olarak yapılabilecek sıralamada devlet kurumlarındaki memnuniyetin yetersiz olduğu görülürken bu durum özel kurumlarda daha yeterli gözükmektedir (77).

4.2.3.3 Belirsizlik

Sağlık kurumlarındaki faaliyetlere bakıldığında arz ve talep arasındaki ilişkiyi etkileyen önemli bir konu belirsizliktir. Toplumdaki kişilerin sağlık sektöründeki beklentilerini belirleyememesi ve oluşabilecek sağlık problemlerini çözümleyememesi isteklerin belirsiz olduğunu gösterir. Bu sebepten dolayı farklı kişilerde faaliyetlerin düzensiz olduğu görülmektedir. Bu belirsizlik talebin yanı sıra arzı da etkiler. Tüketicilerin ne almak istediklerini farkında olmaları ve aldıkları malların veya hizmetlerin sağladığı avantajların farkında olduğunu varsayan tekniklere tekdüze ekonomik analiz yöntemleri denir. Bir ürünün alıcısı, ürüne olan gereksinimini ve üründen elde edeceği kazancı, o ürünün alternatifinden elde edeceği kazançla karşılaştırır ve iki ürün arasında seçim yapar. Ama sağlık sektöründe böyle bir karşılaştırmada bulunamaz. Sağlık sektöründeki personellerin belirlediği bazı durumlar vardır (26). Hastanın gereksinimleri doğrultusunda alması gereken hizmetin ne derecede olacağına da personellerin bu belirlemeleri yol gösterir. Sigorta kuruluşlarının ve devletin üçüncü bir destek olarak el atması bu belirlemelerin bir özelliğinden kaynaklanır.

4.2.3.4 Fiyat Yapısı

Gelir düzeyindeki farklılıkların sektördeki hizmet alınımında etkisi olduğu görülmektedir. Vatandaşın gelirine göre sağlık hizmeti sunan kuruluş, hizmeti alan

kişilere farklı ödeme veya sıfır fiyatlandırma imkanları sunar. Eğer vatandaşın gelir seviyesi belirli bir düzeyin altında ise kuruluş vatandaşa ön ödemeli fiyat seçenekleri sunar. Bu ödeme seçeneğinde sözleşmeye dayalı düzenlemeler sebebiyle bazı fikir ayrılıkları oluşmaktadır. Farklı fiyat seçeneklerinin tedavi faaliyetlerindeki gelişiminin sebebi doktorların bir araya gelerek oluşturduğu bir hizmettir (28: 15).

Herhangi hastalık durumu ortaya çıkmadan evvel gerçekleştirilen ödemeler ile sağlanan sigortalar üzerinden geliştirilen ön ödeme sisteminde, doktora doğrudan ödeme yapılmakta iken, bir kapalı ağ sistemine benzer şekilde işleyen, sözleşme kapsamında yer alan bir grup doktor tarafından verilmekte olan hizmet doğrultusunda ödemelerin gerçekleştirilmesine karşılık aşırı tüketimin önüne geçilmesi öngörülmektedir. Burada ortaya çıkan tutumlar, tıp mesleği ile diğer işletmeler arasında ortaya çıkan farkları ortaya koymaktadır. Sıradan işletmeler içerisinde, içeriğinde risk paylaşımının yer aldığı eşitliliği yüksek hizmet sözleşmeleri, gelişen rekabet ortamının bir neticesi olarak, gereksinimlerin ideal bir şekilde karşılanacağı seçeneklere yönelimin ortaya çıkacağı öngörüsü öne çıkmaktadır. Sunulan sağlık hizmetlerine yönelik ise fiyat rekabetlerinin ortaya çıkması doğru kabul edilmemektedir (10: 953-954).

4.2.3.5 Dışsallık

Yürütülmekte olan ekonomik etkinlik ya da farklı bir eylem sonucunun fayda ve maliyetlerinin haricinde, sonucun toplum maliyet ve fayda getirmesi dışsallık kavramı ile açıklanmaktadır (94: 62). Dışsallık neticesinde ortaya çıkan etkilerin olumlu ya da olumsuz olması olağan bir durumdur. Bu alan içerisinde üreticilerin ve tüketicilerin diğerlerine karşı sağlamış oldukları fayda ve neden oldukları zararlar piyasa dışında kabul edilmektedir. Sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirildiğinde ise, bulaşıcı özellikleri olan hastalıkların engellenmesi ve kazanılan başarılar, dışsallığa örnek olarak gösterilebilmektedir (57: 49).

Bir kişinin dahi bulaşıcı olma riski taşıyan bir hastalığa yakalanması durumunda, söz konusu bireyin çevresinde yer alan insanların geneli için hastalanma riski artış göstermektedir. Bu nedenle bireylerin hastalıklara karşı koruyucu önlemler

alması, yalnızca kendisi için değil çevresinde yer alan diğer insanlar içinde önem arz etmektedir.

4.2.4 Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Sivil toplum örgütleri ve özel kuruluşlar vatandaşa yönelik çeşitli sağlık sektörü faaliyetleri gerçekleştirmektedir. Sağlık hizmetleri bünyesinde bulunan kurumlar, ihtiyaç duyulan bölgedeki sıklığı, ekonomik yeterliliği ve teknik bakımdan kapasitesi gibi unsurlar göz önüne alındığında sağlık hizmeti verme açısından seviye farklılıkları göstermektedir. Türkiye'deki sağlık hizmetleri sunan kuruluşların vatandaşa verdiği sağlık hizmeti birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumu faaliyetleri olarak derecelendirilir. Sağlık kurumu faaliyetleri vatandaşı hastalıktan koruma, hastalığı tedavi etme ve tedavi sonrası iyileşme süreci olarak üç aşamaya sahiptir. Kurumların faaliyetleri incelendiğinde vatandaşların hastalanmadan yaşamını sürdürmeleri amacıyla bazı önlemlerin alındığı görülmektedir. Bunlar; ilkyardım öğretimi, aşırı kiloluluk, erken teşhis, bulaşıcı hastalık önlemleri, kullanılan suyun ve ortamın temizliği, düzenli besin alma, aşı ve zararlı alışkanlıklara karşı uyarılar gibi hastalık öncesi korunma yöntemleridir (65: 294). Sağlık kuruluşlarındaki iyileştirme faaliyetleri, hastalığa yakalandıktan sonraki teşhis koyma ve iyileştirme sürecini kapsayan faaliyetler olmak üzere üç ana başlıkta incelenmektedir (99: 46).

4.2.4.1 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Tedavi amaçlı olarak sağlık birimlerine gelen bireylerin, tedavilerinin hastaneye yatışları gerçekleştirilmeden evvel ayakta gerçekleşmesi ile sağlanan koruyucu hizmetler kapsamında değerlendirilmektedir. Söz konusu hizmetlerin sunulması yataksız sağlık birimleri tarafından gerçekleştirilmektedir. Birinci basamakta yer alan hastalar, uygun görülmesi durumunda ise üst basamakta tedavinin uygulanmasına devam edilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin içeriği genellikle koruyucu sağlık hizmetlerinden oluşmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri özellikle son dönemlerde aile hekimliklerinin gelişmesine paralel bir artış

göstermiştir. Kurulan aile hekimleri üzerinden bireyler ve sağlık sistemleri arasındaki ilk bağlantı kurulmaktadır (84: 266-290).

4.2.4.2 İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamakta uygulanmakta olan sağlık hizmetlerinin tedavinin gerçekleşmesi adına yeterli olmadı durumlarda, genellikle yataklı, teşhis ve tedavi süreçlerinin uygulanmakta olduğu sağlık birimlerinde sağlık hizmetlerinin sunumuna devam edilmektedir. Söz konusu tedavilerin uygulandığı hastaneler ikinci basamak tedavi birimi olarak ifade edilmektedir. Bir kısım hastalıkların tanısının koyulamadığı, uzman doktorların varlığının gerektiği sağlık hizmetleri ikinci basamak hizmet vermekte hastanelerde sunulmaktadır. Bu birimlerde hastalıkların teşhisi ile birlikte, ilaç kullanımı ile tedavi süreçlerini yönetilmesi, operasyonların gerçekleştirilmesi ve ek tedavi yöntemlerinin uygulanması mümkün olmaktadır. Bu alanda yürütülmekte olan tedavi programlarında daha gelişmiş tıp tekniklerine ve ileri teknolojiye gereksinim duyulmaktadır. Bu durumun bir sonucu olarak ikinci basamak sağlık hizmetlerinin maliyetleri birinci basamağa göre daha yüksek maliyetlere sahiptir (55:141).

Oldukça önemli uygulamaların gerçekleştirildiği hastanelerde ayakta tedavi birimlerine başvurmakta olan hastaların önemli bir kısmı aslına bakıldığında yatarak tedavi olmalarına gerek olmadığından, birinci basamak sağlık kuruluşlarına da başvurabilecek hastalardır. Bu duruma karşılık hastaların ikinci basamak sağlık hizmetlerine yönelmesi gereksiz maliyet artışlarına ve hatalı kaynak kullanımına neden olmaktadır (33: 9-34).

4.2.4.3 Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Tanı ve tedavi uygulamaları birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulamadığı birimlerde gerçekleştirilemeyen, ileri tetkiklerin yapılması amacı ile doktorların yönlendirdikleri eğitim, üniversite, araştırma ve özel dal hastanelerinde yürütülmekte olan sağlık hizmetleri üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak ifade edilmektedir. En yüksek maliyetlerle üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde

karşılaşmaktadır. Zira gelişmiş sağlık personelleri, kullanılmakta olan ileri teknolojiler bu birimlerin fon gereksiniminin çok daha yüksek olmasına neden olmaktadır (68: 46).



5. SAĞLIK HARCAMALARI

Kaynaklar göz önünde bulundurulduğunda, kamusal harcamaların bilimsel bir süreç kapsamında değerlendirilmesi; yatırımlar ve yürürlükte olan mal veya hizmet alımı olmaksızın yaptığı harcamaları kapsamaktadır. Sağlık sektöründeki harcamalar, bahsedilen sınıflandırmanın kapsamında yürürlükte olan harcamalar kısmında bulunmasının yanı sıra, sağlık sektörüne yapılan harcama artışı, tüketilmek istenen ürünlerin tedarik edilmesine destek sağlayarak ürün ihtiyacını arttırmak amacı ile yapılan harcamalara kalkınma carileri denilmektedir (25: 207).

Genel anlamda kamu harcamaları içerisinde yer alan sağlık harcamaları, iç dinamikleri doğrultusunda ise cari, transfer ve yatırım harcamaları olarak ekonomik bir anlayış ile de sınıflandırılabilir. Devlet, bu harcamalar vasıtası ile tamamlanmış ürünleri satın alabilmekte, bu ürünleri mevcut üretim faktörleri aracılığı ile kamusal gereksinimlerin karşılanması amacı ile arz edebilmektedir (75: 15). Bu doğrultuda, nitelikleri çerçevesinde yarı-kamusal olmaya daha yakın sağlık hizmet sunumlarının yalnızca piyasanın kontrolüne bırakılmayıp, devlet tarafından üstlenilen kalkınma carileri olarak öne çıkan sağlık harcamaları, kamusal yararın azami noktaya çıkarılmasının adına önemli bir unsur olarak öne çıkmaktadır.

5.1 Sağlık Harcamalarının Çeşitleri

Günümüzde sağlık harcamaları, ekonomik kalkınmanın en temel belirleyicilerinden biri olarak kabul edilmektedir. Tüm dünyada devletler, kendi sağlık sistemlerini geliştirerek hem insani gelişim yolunda hem gelir dağılımında adaletin sağlanmasında ilerlemeye çalışmaktadırlar. Bu bağlamda sağlık harcamaları farklı değişkenlere dayandığı için finansman anlamında da çeşitli kaynaklara sahiptir. Bunlar;

- Kamu kesimi sağlık harcamaları,
- Özel kesim sağlık harcamaları,
- Cari harcamalar,

- Yatırım harcamaları, şeklindedir.

5.1.1 Kamu Kesimi ve Özel Kesim Sağlık Harcamaları

Sağlık sektöründeki hizmetlerin verilmesinde uygulanan değişimler, modern dünya için büyük bir önem taşıyan süreç olmuştur. Devletlerin sağlık hizmeti verme düzenlerini farklılaştırmanın en basit yöntemlerinden biri, sağlık giderlerindeki kamusal kaynakların çoğaltılması veya düşürülmesidir. Kimi durumlarda, sağlık giderlerinin kamu aracılığıyla karşılanması, sağlık hizmetlerine ulaşılmasını kolaylaştırabilir ve böylece daha güzel sağlık neticelerine ulaşılabilir. Bununla beraber, kamu bütçelerindeki oluşan yükselmeler, daha düşük verimli hizmetlerin verilmesine ve kaçınılmaz olarak daha kötü sağlık neticelerine de sebep olabilir (19). Sağlık harcamalarında halkın payının yükseldiği dünya çapında 1950'li yıllardan itibaren belirlenmiştir (95).

Kamusal sağlık giderlerinde temel anlamıyla aktarma giderleri, cari ve yatırım harcamaları şeklinde üç aşamalı bir sınıflandırma gösterilebilir. Cari gider grubuna; çalışan harcamaları, ihtimam alımları, demirbaş ve tüketim malzemeleri alımları girmektedir. Yatırım giderleri grubuna motorlu araç alımları, makine-teçhizat alımları, bina ve tamirat harcamaları girmektedir. Transfer harcamaları ise bunların dışında kalan; proje masrafları, borç ve faiz giderleri, yeşil kart sistemi ve dayanışma fonu içerisinde yapılan masraflar gibi harcamalardan oluşmaktadır. Kamu sağlık giderleri için genel idare ve asistan hizmetleri, koruyucu sağlık ihtimamları, iyileştirici sağlık hizmetleri ve diğer ihtimamlar için oluşan masraflardan oluşan işlevsel bir ayırım yapılabilmektedir (86: 43-44).

Toplam sağlık giderleri özel sağlık giderleri ve kamu sağlık giderlerinin toplamından oluşmaktadır. Kamu sağlık giderleriyle birlikte genel olarak özel sektör giderleri de bulunmaktadır. Kendi bünyelerinden harcamada bulunan insanlarla, özel sigorta sistemlerine ödedikleri primlerle katkıda bulunan insan ve kurumlardan oluşan giderler özel harcamaları oluşturmaktadır (59). Sağlık hizmetlerinin kullanımının gittikçe çoğalması, bu hizmetleri nitelikli seviyede satın almayı amaçlayan insanların, masrafının hepsine veya belirli bir bölümüne katlanarak nitelikli ve iyi yetişmiş çalışan

ve modern teknolojikli sağlık hizmeti istemini çoğaltmıştır. Bu da özel sektör finansman sistemlerinin ele alınmasına sebep olmuştur.

Sağlık hizmetlerinin masraflarının hususi finansmanı devletlerin bünyesinde bulunan koşullar aracılığıyla tayin edilmektedir. Bu hizmetten faydalanmak isteyen insanlar masrafları doğrudan ödeyerek karşılayacakları gibi, özel sağlık sigortası programlarına müracaat ederek kurumsal destek alma fırsatlarını kullanabilirler. Tanı, bakım, iyileştirme, ilaç, vb. harcamalarını gelir düzeyi yüksek olan kişiler genellikle doğrudan karşılayabilmektedir (100: 594).

5.1.2 Sağlıkta Cari Harcamalar ve Yatırım Harcamaları

Sağlık hizmetlerinin yapılması ve devamlı olabilmesi için, cari harcamalar ve yatırım harcamaları zorunlu olarak görölmektedir. Bu harcamalar, bütün destek hizmetlerinin arttırılmasına yönelik, önleyici, tedavi edici ve iyileştirici tıbbi bakımların bu bakımların düzenlenmesi yönelik harcamaları kapsamaktadır (52: 774). Bu harcamaların ayrımı ise cari harcamalar ilaç giderleri ve çalışan masraflarının büyük bir bölümünü kapsadığı için bu noktada yapılmaktadır (11: 63). Bu bağlamda yatırım harcamaları da iktisadi ömrü on iki aydan fazla olan, hizmet verme potansiyelinin arttırılması, hizmetlerin bir üst seviyede verilmesi hedefiyle binek araç, yapı ve donanım gibi malzemeler için yapılan giderler şeklinde ifade edildiği için ayrılmaktadır (11: 63). Ayrıca yatırım harcamaları kapsamında; ambulans harcamaları, teknolojik araç-gereç harcamaları, yapı ve onarım harcamaları da yer almaktadır ve bu harcamalar içinde en temel unsur teknolojik harcamalardır.

Ülke ekonomisinin sağlam olduğu bir toplum, toplumun gereksinimleri sonucu doğan sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinde başarılı olmaktadır. Bu sayede ekonomik anlamda büyüme sağlanması yanı sıra toplumun da refah seviyesi yükselecektir. Sağlık harcamaları kavramı, sağlık sektörünün tüm ihtiyaçlarının karşılanması için yapılan harcamalar olarak bilinmektedir. Bu harcamalar yalnızca sağlıksızlık halinde tedavi amaçlı yapılan hizmetler için değil, aşı, cinsel hastalıkların önlenmesi ve beslenme düzeni gibi konularda da hizmet vermek amaçlı yapılan harcamalardır (6: 29). Sağlık sektöründeki harcamalar için gerekli olan kaynağı

sağlamak amacıyla, özel sektörlerin ve kamunun kaynakları kullanılır.

Devlet tarafından sağlık sektörü alanından gerçekleştirilen harcamaların finansmanında yerel ve merkezi idareler ve sosyal güvenlik fonlarından yararlanılmaktadır. Öte yandan özel sağlık harcamaları kapsamında ise, işletmelerin çalışanları için gerçekleştirdiği ödemeler, hane halkı tarafından kullanılan bütçe, hane haklarına hizmet sunmakta olan kar amacından ayrı hareket eden oluşumlar ve özel sağlık sigortaları yer almaktadır (29: 30).

Birçok iktisatçı, sağlık sektöründe planlama yapan uzman ve sektörde doğrudan hizmet sunmakta olanlara göre yıllar içerisinde GSYH içerisinde sağlık sektörünün payının artmasının temel nedeni olarak, tıp sektöründe meydana gelen teknolojik gelişmeler gösterilmektedir. Teknolojide yaşanan gelişmeler birçok sektör içerisinde maliyetlerin düşmesine neden olurken, sağlık sektöründe ise maliyet artışlarını beraberinde getirmektedir. Öyle ki, sağlık sektöründe faaliyet göstermekte olanlar yaşanan yenilikleri takip etmek ve hastaların memnuniyetini arttırmak konusunda üzerlerinde güçlü bir baskı hissetmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunulmakta olduğu piyasada, hastaların ve doktorların teknolojide yaşanan gelişmelerden faydalanma noktasında fiyat duyarlılıklarının az olduğu gerçeği ortaya çıkmaktadır. Bu durumda sağlık hizmetlerinin finansmanında etkili olanlar ile teknoloji gelişim süreçleri içerisinde yer alanlar arasındaki ilişki çok daha önemli olmaktadır. Maliyeti yüksek teknolojilerin yoğun bir şekilde kullanılması ve söz konusu teknolojilerin pazarlanması aşamasında tüketiciler açısından fiyat duyarlılığının yüksek olması görülebilen bir durumdur (48: 175). Gelişmişlik seviyesi ile yakından ilişkili olan teknoloji seviyesi aynı zamanda sağlık harcamalarını da etkilemektedir. Bu bağlamda gelişmiş ülkelerde hem teknoloji gelişmişken hem de sağlık alanında yapılan yatırımlar yüksektir.

Tablo 5.1 Seçilmiş OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının GSYH' ya Oranı

Ülke	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Avusturalya	8,1	8,0	8,0	8,0	8,2	8,6	8,4	-	-
Avusturya	9,9	9,8	9,7	9,7	9,9	10,5	10,4	10,2	-
Kanada	9,3	9,3	9,4	9,5	9,7	10,8	10,7	10,6	10,6
Çek Cum.	6,6	6,6	6,4	6,3	6,5	7,6	7,2	7,3	-
Finlandiya	7,8	8,0	7,9	7,6	7,8	8,6	8,5	8,5	8,7
Fransa	10,5	10,5	10,5	10,4	10,5	11,2	11,2	11,2	-
Almanya	10,2	10,3	10,2	10,1	10,3	11,3	11,1	10,9	-
Yunanistan	8,3	9,2	9,3	9,4	-	10,0	9,3	9,0	-
Macaristan	7,9	8,1	7,9	7,4	7,2	7,5	7,8	7,6	7,5
İtalya	8,1	8,3	8,4	8,1	8,5	8,9	8,9	8,7	8,7
Hollanda	9,0	10,0	9,9	9,9	10,2	11,0	11,1	11,0	11,5
Polonya	5,9	5,8	5,8	5,9	6,4	6,7	6,5	6,3	-
ABD	15,1	15,1	15,2	15,4	15,8	16,9	16,9	16,9	-
Türkiye	5,4	5,4	5,8	6,0	6,1	6,1	5,6	5,3	5,4

Kaynak: OECD Health Data 2014, <http://stats.oecd.org> ve www.tuik.gov.tr

Tablo 5.1'de görüldüğü üzere seçilmiş bazı OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı gösterilmektedir. Yine Tablodan anlaşıldığı üzere Türkiye' nin sağlık harcamaları konusunda GSYH' dan ayırdığı pay diğer ülkelerin gerisinde kalmaktadır. Bu tabloda Ülkemizin seçili OECD ülkelerine oranla sağlık hizmetlerine en az pay ayıran ülke olduğu ve bu OECD ülkelerinin ortalamasıyla kıyaslandığında bile en düşük seviyede olduğu görülmektedir.

5.2 Sağlık Harcamaları Artış Sebepleri

Sağlık sektörü çok büyük ve karmaşık bir sektördür. Sektör içerisinde sağlık harcamalarını belirleyen birçok unsur bulunmaktadır. Bu unsurların temelinde pek çok maliyet arttıran sebep yer almaktadır. Örnek vermek gerekirse tıbbi destek hizmetleri sağlık sektöründe ciddi bir harcama gerektirir. Sağlık harcamaları gelişen teknoloji ve artan nüfusla birlikte verimlilik dikkate alınmaksızın sürekli artmaktadır. Bu minvalde özellikle gelişmekte olan ülkeler birtakım gider azaltmaya yönelik tedbirler almaktadır. Günümüzde sürekli gündeme gelen gider düşürücü önlemler, sağlık giderlerindeki artışı önlemek ya da azaltmak adına yapıldığı düşünülse de bu

düşünceler bazı durumlarda pazarda söz sahibi kurum ya da şahısların çıkarlarını gözetmek adına yapıldığı yönünde de değişmektedir (48: 174).

Ülkelerin yaptıkları sağlık harcamalarına etki eden birçok etken bulunmaktadır. Bu etkenlerden çalışmanın son kısmında detaylı bir şekilde bahsedilecektir fakat kısaca özetlemek gerekirse aşağıdaki gibi açıklanabilir (39: 15-19; 15: 12);



Tablo 5.2 Sağlık Harcamalarına Etki Eden Faktörler Tablosu

Sağlık Harcamalarına Etki Eden Faktörler	Açıklamalar
• Kişi başına düşen gelirin farklılaşması:	Bu değişim sağlık giderleri arttırmaktadır çünkü ulusal gelir artışı ile doğru orantılı olarak kişisel gelirin artması sağlık hizmetlerine olan talebi de arttırmaktadır.
• Sosyal değer yargılarının değişmesi:	Günümüz modernleşme sürecinin temel aktörü olan teknoloji sürekli gelişerek hem bireyleri hem de sektörleri doğrudan etkilemektedir. Bireylerin etkilendiği temel nokta ise artan bilişsel seviye ve beraberinde yükselen kaliteli hizmet beklentisidir. Bu istek ve gelişim sağlık sektörünü de etkileyerek bireylerin sağlıkları için yaptıkları harcamaları arttırmıştır.
• Şehirleşme:	Şehir nüfusunun fazlalaşması şehirleşmeyi arttırarak sağlık gereksinimlerine olan istemi arttırmaktadır. Bu bağlamda çoğalan sağlık yatırımı ve çalışmalarıyla sağlık giderleri de artmaktadır ve birlikte yaşam beraberinde sağlık sorunlarının kitlesel olarak yayılımını da hızlandırmaktadır.
• Eğitim seviyesinin artması:	İnsanlarda yükselen bilinçle beraber daha nitelikli bir sağlık hizmeti istemi meydana gelmiştir. Eğitim seviyesi arttıkça sağlık alanında yapılan harcamalar da artmaktadır. Bu bağlamda gelişmiş ülkelerde yapılan sağlık harcamaları örnek olarak gösterilebilir (78).
• Hayat süresinin artması:	Ekonomik büyümenin sağlanması, ortalama hayat süresinin fazlalığı uzun vadede olumlu yönde etkiler yaratmaktadır. Çünkü ekonomik büyüme oranının yükselmesi gelir artışına sebep olacağından; sağlık giderleri ve yatırımlarında da artışı beklenmektedir.
• Tıbbi teknolojik gelişmeler:	Tıbbi kuruluşların sağlıklı hizmet verebilmesi ve çağın teknolojik seviyesine ayak uydurabilmesi doğrudan sağlık harcamalarını da arttırmaktadır. Genellikle teşhis ve iyileştirme süreçleri için modern teknoloji ihtiyacı ve modern teknolojinin kullanımı için kaliteli personel gereksinimi sağlık harcamalarını giderek arttırmaktadır.

Kaynak: Tablo yazara aittir.

Sağlık harcamaları konusunda net sonuçlar elde edebilmek adına birtakım yöntemlerden faydalanılmaktadır. Bu yöntemlerin temelinde farklı değişkenlerin karşılaştırılarak araştırılması yer almaktadır. Bu araştırmaların temelinde ise kabaca; ekonomik veriler, hastanelerden elde edilen veriler, ülkelerin demografik dağılım verileri gibi aktörler yer almaktadır (64: 12).

5.3 Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Gelişimi

Türkiye’de özellikle 2000’li yıllardan itibaren gelişen teknolojinin ülkeye yansımalarına bağlı olarak da sağlık yatırımlarında, harcamalarında artış olduğunu ifade etmek mümkündür. Bu değişim ile halk hizmetlerinin tıpkı özel sektörün yaptığı gibi nitelikli bir hizmet verilmesi fakat masrafların düşürülmüş olması ilkesi temel alınmıştır. Bu ilke takip edilirken ülkemizde kamu hizmetlerinin verilmesinde geçerli olan metotların değiştirilmesi ve yeni kamu işletmeciliği prensibinin ortaya çıktığı görülmektedir. Bunlar içerisinde göze çarpanlar; kamu personelinin nitelikli yönetim modeli içinde hizmet vermeleri, yine nitelikli yönetim modeliyle ilişkili olarak şikâyet sisteminin aktif bir biçimde yürürlükte olmaya çalışılması, personelin kamu kurumlarını iş yeri olarak tanınması ve toplum hizmetlerinden faydalanan insanların müşteri sınıfında görülmesi çabasıdır (22: 320-339).

Tüm bu evreler Türkiye’de “Kamu Yönetimi Reformu” özellikle de sağlıkta reform ismiyle idare edilmeye çabalanmaktadır. Yürürlükte olan teşkilat yapısı ve toplum hizmetini yapan kamu personelinin pozisyonundaki değişiklikler toplum hizmetinin verilmesinde ciddi etkiler göstermektedir. Bu yönde birçok bakanlığın yaptığı gibi Sağlık Bakanlığı da 9. Kalkınma planına uygun olarak bir takvim yürürlüğe koymuştur ve bu plan doğrultusunda birtakım ilerleme kaydetmişlerdir (2).

Tablo 5.3 Ülkelerin 2016 Yılı Sağlık Finansman Programlarının Gelirleri

OECD Ülkeleri	Devlet içi gelirden transferler	Devlet tarafından yabancı kökenli dağıtımlar	Sosyal sigorta primleri	Zorunlu ön ödeme	Gönüllü ön ödeme	Diğer yerel gelirler	Doğrudan yabancı transferler	
Norveç	85,4	..	..	..	..	14,6	..
İsveç	83,4	..	..	..	0,6	16	..
İzlanda	81,5	..	..	..	..	18,5	..
Birleşik krallık	80,1	..	..	..	2,9	17	0
Kanada	71,7	..	1,4	..	9,9	16,9	..	
Finlandiya	69,4	0	7,1	1,2	1,8	20,5	..	
İspanya	67,8	..	3,3	..	4,6	24,3	..	
Macaristan	51,1	..	16,6	..	2,2	30,1	..	
Japonya	41	..	43	..	2,2	13,7	..	
Belçika	40,5	..	36,6	0	5	17,9	..	
ABD	40	..	10,1	34,4	4,4	11,1	..	
Türkiye	37,7	..	40,7	..	..	21,6	..
Lüksemburg	37,3	..	47,3	..	3,4	10,8	1,3	
Şili	34	..	15,6	8,8	6,5	35,1	0	
İsviçre	28,4	..	1,3	33,1	6,7	30,6	..	
Litvanya	26,2	0,1	39,5	..	1	33	0,1	
Kore	17,5	..	40,1	1,5	6,8	34,1	..	
Almanya	14,7	..	62,5	7,1	1,4	14,2	..	
Estonya	13,3	0,2	62,1	..	0,3	24,1	0	
Polonya	11,3	0,2	58	0,5	5,4	24,7	0	
Slovenya	5,6	..	66,7	..	14	13,7	..	
OECD Dışı Ülkeler	Güney Afrika	53,8	35,9	8,3	1,9
	Kolombiya	42,3	..	26,4	3,3	9,4	18,7	..
	Endonezya	35,5	0,2	9,3	..	3,5	51,4	0,2
	Rusya	34,9	..	22	..	2,3	40,8	..
	Çin	30,8	..	27,2	..	4,3	37,7	0
	Hindistan	23,9	0,5	1,8	..	4,5	69,8	0,5
	Kosta Rika	7,1	0	66,2	1,6	2,6	22,4	..

Kaynak: OECD Health Data 2016, <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9>

Tablo 5.4 Finansman Kaynaklarına Göre Türkiye’de Yapılan Sağlık Harcamalarının Dağılımı (%)

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

Kaynak: TÜİK Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2011-2016, <http://www.tuik.gov.tr/>

Türkiye için finansman kaynaklarına göre yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki sahip oldukları paylar yukarıda Tablo 5.4’ de gösterilmiştir. Tabloda görüldüğü üzere ülkemizde yapılan sağlık harcamalarında zamanla Merkezi Devlet payı azalma göstermiş ve hanehalkı sağlık harcamaları ile birlikte Sosyal Güvenlik sağlık harcamalarının payı artmıştır. Tablo 5.3’ de gösterilen OECD ülkelerinin 2016 yılı Sağlık Finansman Gelirleri ile Tablo 5.4 ile Türkiye 2016 harcama dağılımıyla karşılaştırıldığında OECD ülkelerinin çoğunluğunda Merkezi Devlet payının çok daha fazla olduğu ve Ülkemizin Japonya, Belçika ve ABD’ den sonra geldiği görülmektedir.

Sağlık sisteminin karışık bir yapıya sahip olması ülkemizde sağlık sisteminin değerlendirilmesini zorlaştıran en büyük sebeptir. Bu karmaşık sistemin içinde sağlık giderleri kaynaklarına bakıldığında iki bölümden meydana geldiğini ifade etmek mümkündür. Bunlardan birincisi kamu sektörü ikincisi ise özel sektördür. Sektörün değerlendirilmesinin ve araştırılmasının gerekliliğini gösteren şey de sağlık sektörünün bu kompleks yapısıdır. Sektörün ekonomik anlamda kaynakları değerlendirildiğinde ise milli menfaatler doğrultusunda yeterli seviyede olmadığı görülmektedir (56). Bu sebepten dolayı sektör planlamacıları ve kararları tayin eden kişilerden amaçlarına ulaşabilmek için bu sektörün bütün kaynaklarını, ölçülerini,

bilginin gidiş yönünü, gidiş biçimini, konumunu ve ilerleyen zamanlardaki beklentilerini çok iyi tanımları beklenmektedir (56).

5.3.1 Türkiye’de Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar

Ülkemiz de sağlık sektöründeki hizmetlerin görev dağılımı incelendiğinde çalışmaların tek bir kuruluş tarafından yapılması yerine farklı çalışmalar yapan birçok kuruluşun faaliyet gösterdiği görülmektedir. Bu kuruluşlar sağlık sektöründeki çalışmalara ekonomik anlamda fayda sağlanması ve koordinasyonun sağlanmasında katkı vermektedir. Ülkemizde vatandaşlarına hizmet sağlayan kuruluşlar göz önünde bulundurulduğunda bunlar; özel hastaneler, Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Bakanlığı, Üniversite Hastaneleri ve Milli Savunma Bakanlığı olarak sıralanabilmektedir (51: 30).

Sosyal Güvenlik Kurumu: 2006 senesinde 5502 sayılı kanun doğrultusunda, bütçeyi gereksinimler çerçevesinde kullanma ve hizmetlerin kanuna uygun sınırlar içerisinde yürütülmesi noktasında hizmet sunmak adına faaliyetlerine başlamıştır. Emekli Sandığı’nın ve BAĞ-KUR’ un SGK ismi kapsamında birleşmesi ile birlikte Sosyal Sigorta Kurumu Başkanlığı’nı oluşturmuştur (81: 20). Bu kurumların amacı incelendiğinde, kamuda ve özel sektörde çalışan işçi kesiminin ve tarım sektörü çalışanları ile birlikte bakımı konusunda sorumluluk sahibi olduğu vatandaşların sağlık sektörü hizmetlerinden faydalanmak ve emekli olabilmek için kurulduğu görülmektedir (76). Ülkemizdeki sağlık sektörü hizmetleri için ayrılan paranın sosyal sigorta tarafından tek bir elden yönetilmesi amaçlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin ihtiyacı etkin bir şekilde karşılaması amacı ile kurulan sosyal güvenlik sistemi günümüzde belli bir ivme ile gelişim göstermeye devam etmektedir. Başlarda vatandaşlarımız, sağlık sektörü hizmetlerinden faydalandırmak amacı ile bu sosyal güvenlik sistemine dâhil edilmiş, günümüzde sağlık sektöründeki harcamaların büyük bir kısmında etkisi olan bu kurum, ülkemiz için büyük bir finans kaynağı olmuştur (33: 27-28).

Tablo 5.5 Sosyal Güvenlik Kurumunun Yıllara Göre Gelir Tablosu

Yıllar	Prim Gelirleri	Devlet Katkısı	Diğer Gelirler (Diğer Gelirler + Primsiz Ödemeler)	Toplam	Artış Oranı (%)
2002	14.821.913		5.196.276	20.018.189	49,8
2003	21.178.426		6.738.113	27.916.539	39,5
2004	27.423.790		7.265.458	34.689.248	24,3
2005	30.882.405		10.367.033	41.249.438	18,9
2006	41.619.875		12.211.011	53.830.886	30,5
2007	44.051.735		12.823.153	56.874.888	5,7
2008	54.546.453	1.718.521	10.992.510	67.257.484	18,3
2009	54.579.182	10.879.293	12.614.312	78.072.788	16,1
2010	66.912.858	15.170.035	13.190.291	95.273.183	22,0
2011	89.560.568	21.176.053	13.743.319	124.479.940	30,7
2012	99.359.243	23.537.149	20.032.113	142.928.505	14,8
2013	118.728.578	27.471.369	16.813.608	163.013.555	14,1
2014	135.238.559	30.512.184	18.578.189	184.328.932	13,1
2015	159.480.052	37.526.042	23.096.254	220.102.348	19,4
2016	184.445.994	46.457.369	24.976.820	255.880.183	16,3
2017	208.064.459	51.767.064	28.728.319	288.559.843	12,8
2018	255.619.125	57.560.198	56.031.926	369.211.250	27,9

Kaynak: SGK Aylık Mali İstatistikleri Tablo 31 – SGK Toplam Gelir Gider

Tabloda 5.5’ de Sosyal Güvenlik Kurumunun 2002 ile 2018 yılları arası toplam gelirlerinin dağılımı görülmekte ve tablodan anlaşılacağı üzere kurumun gelirlerinin çoğu sigorta primlerinden oluşturmaktadır.

Sosyal Sigortalar Kurumu: Sosyal Sigortalar Kurumu, kamu ve özel sektörde çalışanların, işverenlerin yaptığı bir sözleşme vasıtasıyla sağlık sigortasına alınması adına çalışmalar yürütmekte olan bir kurumdur. Fakat sosyal güvenlik konusunda çıkarılan yasa ile birlikte, çalışanların yanı sıra işsizlerin de bu sigortadan sağlık kısmında yararlanması adına sisteme dahil edilmesi istenmektedir. Bunun yanında bu kuruluş, 1983 yılında tarım işçilerine yönelik çıkartılan 2925 sayılı kanun ile gündelik veya mevsimlik işçilere, 506 sayılı kanuna göre hareket edilmesi şartı ile sağlık sigortası imkânı tanımaktadır. Bu imkânların yanı sıra, ülkemizin dış devletler ile yaptığı anlaşmalar doğrultusunda yabancı ülkelere birinde bulunan, emekli olup ülkemize yerleşen veya izinli olarak ülkemizde bulunan bir Türk vatandaşının

kendisine ve ailesine de sigorta imkânı sunulmaktadır (SSK, 2005).

Tablo 5.6 SSK Aktif Sigortalılar, Aylık ve Gelir Alan Kişi Sayıları

Yıllar	I- Aktif Sigortalılar	II- Pasif (Gelir/Aylık Alanlar) Sigortalılar	III- Bağımlılar	TOPLAM
2002	6.563.187	3.747.573	13.673.024	23.983.784
2003	6.750.460	3.935.523	14.618.605	25.304.588
2004	6.952.848	4.120.866	15.863.766	26.937.480
2005	7.651.705	4.308.186	17.385.348	29.345.239
2006	8.582.395	4.510.701	18.040.101	31.133.197
2007	9.198.577	4.763.434	18.694.128	32.656.139
2008	9.574.873	5.024.696	18.980.707	33.580.276
2009	9.618.438	5.290.270	19.617.515	34.526.223
2010	10.575.935	5.535.411	20.704.448	36.815.794
2011	11.547.134	5.777.300	21.024.424	38.348.858
2012	12.527.337	6.026.431	18.461.326	37.015.094
2013	13.136.339	6.260.232	17.784.126	37.180.697
2014	13.967.837	6.509.713	18.447.686	38.925.236
2015	14.802.222	6.839.981	18.930.244	40.572.447
2016	15.355.158	7.144.301	19.438.157	41.937.454
2017	16.369.073	7.434.132	19.572.127	43.375.332

Kaynak: SGK Aylık İstatistik Bülteni, Sigortalı İstatistikleri, <http://www.sgk.gov.tr>

Tablo 5.6’da Sosyal Güvenlik Kurumunun toplam SSK’ lı kişi sayısının yıllara göre dağılımı görülmektedir. Bu sayı yıllara göre artan nüfus ile birlikte artış göstermiştir. 2017 yılına gelindiğinde aktif sigortalı sayısı 17 milyona yaklaşmışken SSK kurumu mensubu bağımlı bağımsız toplamı yaklaşık 44 milyon olmuştur. Bu sayı ülke nüfusunun yarısından fazlasını oluşturmaktadır.

Bağ-Kur: Ülkemizdeki sigortalı vatandaşlar içerisinde %22’lik bir kısma tekâmül eden 16 milyon kişiye yaklaşık vatandaşı bünyesinde barındıran Bağ-Kur; kendi işini kurmuş vatandaşlar, esnaflar ve zanaatkârlara hizmet vermektedir. Bu kurum 1988 yılına dek yalnız bu kısım için faaliyet göstermiş olmasının yanı sıra; şehirlerde deneme olarak başlanmış ve sağlık sigortasını da bünyesine almıştır. Bu kurumun verdiği hizmetlerden; kurum bünyesindeki üyeler, 2926 sayılı kanuna göre

zorunlu sigorta sahibi olanlar ve eşleri, bakım sorumluluğunu üstlenmiş çocukların ailesi ve sigorta sahibinin vefat etmesi üzerine aylık alan kişiler faydalanmaktadır (62).

Tablo 5.7 BAĞKUR Aktif Sigortalılar, Aylık ve Gelir Alan Kişi Sayıları

Yıllar	I- Aktif Sigortalılar	II- Pasif (Gelir/Aylık Alanlar) Sigortalılar	III- Bağımlılar	TOPLAM
2002	3.321.332	1.393.670	9.232.591	13.947.593
2003	3.383.849	1.445.820	9.419.701	14.249.370
2004	3.448.549	1.519.190	9.582.500	14.550.239
2005	3.354.372	1.600.294	9.335.521	14.290.187
2006	3.375.629	1.753.025	9.523.226	14.651.880
2007	3.376.300	1.817.685	9.540.584	14.734.569
2008	3.260.719	1.965.248	9.341.481	14.567.448
2009	3.236.872	2.088.176	9.380.917	14.705.965
2010	3.337.858	2.160.563	9.679.426	15.177.847
2011	3.273.297	2.381.498	9.735.493	15.390.288
2012	3.162.914	2.469.620	9.552.698	15.185.232
2013	2.927.250	2.411.813	9.056.082	14.395.145
2014	2.943.837	2.452.887	9.213.757	14.610.481
2015	2.938.034	2.541.927	9.330.879	14.810.840
2016	2.794.132	2.559.823	9.008.656	14.362.611
2017	2.923.994	2.585.362	9.375.821	14.885.177

Kaynak: SGK Aylık İstatistik Bülteni, Sigortalı İstatistikleri, <http://www.sgk.gov.tr>

Tablo 5.7’de 2015-2017 yıllarına ait BAĞKUR Sigortalı sayıları gösterilmiştir. BAĞKUR aktif sigortalı sayısını üç milyon civarında olduğu kurumdan aylık alan ve diğer BAĞKUR mensuplarıyla birlikte toplam sayısının yaklaşık 15 milyon kişi olduğu görülmektedir. Bu sayı ülkemizde bulunan esnaf, zanaatkar ve tarım mensubu sayıları göz önünde bulundurulduğunda kurumun hizmet verdiği kişi sayısının çok daha fazla olabileceği anlamı taşımaktadır.

Emekli Sandığı: Kuruluş amacının kapsamında memurlar ve ailelerinin yer aldığı emekli sandığı, ilk zamanlarda kurum içinde yer alan kişilere ve ailelerine yalnızca vefat hali, sakat olma veya yaşlanma halinde hayatlarını güvence altına almaları amacı ile yola çıkılarak kurulmuştur. Fakat daha sonra 8 Temmuz 1971

tarihinde anayasaya eklenen 1425 sayılı kanunun 139. maddesi ile kuruluşun bünyesinde yer alan kişilerin ve ailesinin sağlık hizmeti almaları da sağlanmıştır. Kurumun içerisinde barındırdığı kişilerin sağlık hizmetleri faaliyetleri devlet tarafından yürütülmektedir. Bu sebeple kuruluş, içerisinde yer alanların ve ailelerinin sağlık hizmeti çalışmalarını kişinin maaşının bağlanmasından sonra yapması gerekmektedir (97: 64). Kuruluşun finansmanı halen hazırda çalışmakta olan memur maaşlarından yapılan kesintiler ile sağlanmaktadır. Fakat vefat durumu, sakatlık ve yaşlılık hali için kesintiler yapılmakta ve bunun yanında sağlık kesintileri yer almamaktadır.

Tablo 5.8 Emekli Sandığı Aktif Sigortalılar, Aylık ve Gelir Alan Kişi Sayıları

Yıllar	I- Aktif Sigortalılar	II- Pasif (Gelir/Aylık Alanlar) Sigortalılar	III- Bağımlılar	TOPLAM
2002	2.123.839	1.408.941	4.530.167	8.062.947
2003	2.155.499	1.466.679	4.622.772	8.244.950
2004	2.151.868	1.534.576	4.663.014	8.349.458
2005	2.150.362	1.595.973	4.702.391	8.448.727
2006	2.166.911	1.649.998	4.767.071	8.583.980
2007	2.188.198	1.698.325	4.835.825	8.722.348
2008	2.205.676	1.756.760	4.905.076	8.867.512
2009	2.241.418	1.795.334	4.991.459	9.028.211
2010	2.282.511	1.822.730	5.086.562	9.191.803
2011	2.554.200	1.856.273	5.588.399	9.998.872
2012	2.662.608	1.886.681	5.793.700	10.342.989
2013	2.823.400	1.923.921	6.098.997	10.846.318
2014	2.910.148	1.958.401	6.278.643	11.147.192
2015	3.032.971	2.002.355	6.525.051	11.560.377
2016	2.982.548	2.051.241	6.486.429	11.520.218
2017	2.987.396	2.134.646	6.574.441	11.696.483

Kaynak: SGK Aylık İstatistik Bülteni, Sigortalı İstatistikleri, <http://www.sgk.gov.tr>

Üniversiteler: Üniversitelerin içerisinde yer alan hemşirelik, eczacılık, dişçilik ve tıp fakülteleri gibi birimler araştırma-geliştirme çalışmalarının yanında sağlık hizmeti de vermektedir. Ayrıca üniversitelerde, mediko adı verilen sosyal sağlık

hizmeti veren merkezler de bulunmaktadır. Üniversitenin hastane finansmanı iki kaynaktan sağlanmaktadır. Bunlardan ilki üniversitelerin döner sermayesi iken diğeri ise YÖK tarafından ayrılan bütçedir (90: 33-34).

Özel Hastaneler: Sermayenin özel olduğu ve farklı alanlarda uzmanlık gösterilebilen veya sağlık hizmeti sağlayan laboratuvar, poliklinik veya hastanelerdir. Devlet hastaneleri veya üniversite hastanelerinin etkisiz kaldığı durumlarda vatandaşa hizmet sağlaması nedeni ile ülkemiz için büyük bir önem arz etmektedir. Laboratuvar, poliklinik veya hastane şeklinde olan özel kuruluşların sahibi genellikle gerçek kişi ya da kişiler olmaktadır. Sosyal güvenlik kurumları ile anlaşması halinde bu kurumlara mensup kişilere de hizmet verebilmektedir. Bu durumların dışında kazanç sağladığı alanlar döner sermaye ile ücretli muayeneler olmaktadır (51: 34).

5.4 Sağlık Harcamalarının Finansmanı

Kavram olarak bakıldığında genel anlamıyla sağlık hizmetlerinin finansmanı çoğunlukla sağlık sektörü bünyesinde finansal kaynakların faaliyete konulmasıyla kullanımını temsil etmektedir. Sağlık giderlerinin ana hedefi bütün bireylerin sağlık hizmetlerine finansal olarak erişebilmesi için devam ettirilebilir kaynak oluşturmaktır. Devlet; toplumun sağlığı için sağlık hizmetleri veya hastalığın maliyetine karşın finansal açıdan korunabilmek için tedavi odaklı sağlık hizmetleri finansmanı tedarik etmektedir. Ayrıca finansal açıdan koruma sunarken adaleti sağlamak, kaynakları daha verimli hale getirebilmek ve kaynakları verimli halde bulundurmak, bu esnada da bireylerin ekonomik durumlarını belirli bir standartta muhafaza edebilmek gibi amaçlara sahiptir (44: 89).

Devletler sağlık hizmetleri finansman yöntemleri için bazı etmenleri baz alırlar, bu etmenler ise sosyo-ekonomik gelişmişlik seviyesi, uygulanabilirlik, mali kapasite, devam ettirilebilirlik, doğruluk, verimlilik, erişilebilirliktir ve bu etmenler sistem içerisinde önemli bir yere sahiptir. Sağlık hizmetleri finansman yönetimleri kamusal ve özel finansman adı altında iki şekilde incelenir. Kamusal finansman ulusal ve uluslararası kaynaklara sahiptir. Ulusal kaynaklar, vergi ve kamu sigortalarının primlerinden oluşur. Uluslararası finansman kaynaklarıysa uluslararası düzeydeki

mali kuruluşların, örneğin Dünya Bankası ve gelişmiş ülkeler tarafından oluşturulan fonlar, BM vb. uluslararası organizasyonlar ve WHO gibi örgütler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu kurum ve kuruluşlar en çok gelişme aşamasındaki ülkelerin sağladıkları finansal katılımlar, bağışlar, borç sağlama, yardım vb. gibi kaynaklar üzerinden gereken tedarik süreci oluşturulmaktadır (58: 61). Özel finansmanın meydana gelişinde, özel sağlık sigortaları, tıbbi tasarruf hesapları ve de cepten ödemeler yer almaktadır.

5.4.1 Sağlık Harcamalarının Finansman Yöntemleri

Sağlık hizmetleri kapsamında sağlanan hizmetin niceliği, kalitesi, erişimi ve doğruluğu nasıl finanse edilmiş olduğu ve sağlanan finansman yükünün topluma nasıl pay edilmiş olduğu bakımından önemi bulunan kıstaslardır. Birçok farklı sınıflandırma olanağını değerlendirmenin yanı sıra, sağlık hizmetleri için finansman yöntemleri dörde ayrılabilir. Bu yöntemler; vergiler, sigorta primleri, cepten ödeme ve özel sağlık sigortaları olarak sıralanabilmektedir.

5.4.1.1 Vergilerle Finansman Yöntemi

Sağlık hizmetleri finansmanında çoğunlukla kullanılmakta olunan vergiyle finansmanda, vatandaşlardan farklı yollarla toplanılarak birikime bırakılmış olan ve sonrasında devletin karar sağlayıcıları kapsamında farklı sektörlere tedarik edilen kaynakların kullanımı mevzubahistir. Vergi yoluyla finansmanda halk sağlık hizmetleriyle ilgili bireysel katkıların ödemesini vergi sayesinde sağlarlar. Hizmetin kullanımı kısmında ise sistemce saptanmış olan katkı paylarının haricinde herhangi bir ödeme de bulunmamaktadır. Bu finansman türü için söz konusu olan sorunlar; devletin vergi toplama kapasitesi, vergi konusundaki adalettir. Bu sorunlar vergiye dayalı finansmanların sağlık sektörü için faaliyetleri bakımından belirleyici nitelikler taşımaktadır (87: 103-133).

Vergi finansmanında tüm nüfus dahil edilmekte ve hizmetten faydalanmak için belirlenen ve yasal olan katkı payları dışında kalan herhangi bir ücret talep edilmemektedir. Sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanmanın kişiler için mali

getirisine önem verilmeden, vatandaşlığı ya da hukuki hakları ve kuralları bütününde tanımlanmaktadır. Vergi finansmanı, sağlık hizmetine gereksinimi olan birey ya da bireyler, hangi zamanda gereksinim duyarsa hizmeti alabilir düşüncesi ile hareket edilmektedir. Mali getiri sebebiyle tanımlanmış bulunan kişinin ödeme gücü, sağlık hizmetleri finansmanında bireysel katkısını belirtse de sağlık hizmeti alım hakkı için herhangi bir ölçüt olarak değerlendirilmemektedir (93: 133-135).

Vergi kaynakları dolaylı vergi kaynakları ve dolaysız vergi kaynakları olarak iki başlık altında toplamıştır. Dolaysız vergileri için faktör gelirleri yani örneğin rant, ücret, kar ve faiz gibi ve servet üzerinden alınımı gerçekleştirilmektedir. Gelir vergileri oranı gelir artışı ile gerçekleştiği durumlarda artan orantılı olarak vergi adaleti sağlanabilmektedir. Ayrıca düşük gelirli adına tekrardan dağıtımı vergi adaletinin sağlanması kapsamında gerçekleştirilmektedir. Dolaysız vergiler, gelirin belli bir oranında yani oransal olduğunda gelir artışıyla birlikte azalabilmesi de muhtemeldir. Bu durumda vergi adaleti konusunda muhtemel problemlerin önüne geçmekte mümkün olmaktadır. Dolaylı vergiler, mal ve işlemler bünyesinde (satış vergisi, katma değer vergisi, özel tüketim vergisi, ithalat, ihracat vergisi) alınmakta olan vergilerdir. Dolaylı vergilerin gelir ile herhangi bir bağlantısı bulunmamakta olup malın tüketimi ile bağlantısı vardır bu yüzden de gelir artışıyla beraber azalan oranlı olmaktadır. Dolayısıyla düşük gelir grubunun içerisinde bulunan kişiler, gelirlerini oran bakımından daha fazla olan tarafını dolaylı vergilere ayırmaktadır, bunlara alkol ve tütün gibi yüksek vergili mallar örnek verilebilir (97).

Tablo 5.9 OECD Dışı Ülkelerde GSYİH' nin %' si olarak Vergi Geliri

OECD Dışı	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Brezilya	35,1	33,6	32,1	32,3	33,2	32,4	32,4	31,7	31,9	32,1	32,3
Kolombiya	19,3	19,0	18,7	18,0	18,9	19,7	20,0	19,5	19,8	19,0	18,8
Kosta Rika	23,3	23,8	22,2	22,4	22,9	22,9	23,5	23,3	23,6	24,2	24,1
Endonezya	12,2	13,0	11,1	11,4	12,2	12,5	12,5	12,2	12,1	12,0	11,5
Güney Afrika	26,9	26,8	25,1	24,8	25,4	26,4	27,1	27,6	28,9	28,6	..
ORTALAMA	23,3	23,3	21,8	21,8	22,5	22,8	23,1	22,8	23,3	23,2	21,7

Kaynak: OECD 2019, (<https://stats.oecd.org/Index.aspx>)

Tablo 5.10 OECD Ülkeleri GSYİH' nin %' si olarak Vergi Geliri

OECD Ülkeleri	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Avustralya	29,6	26,9	25,6	25,3	25,9	27,0	27,2	27,3	27,9	27,8	..
Avusturya	40,5	41,4	41,0	41,0	41,1	41,8	42,6	42,7	43,1	42,2	41,8
Belçika	42,7	43,3	42,4	42,6	43,1	44,2	45,1	45,1	44,8	44,1	44,6
Kanada	32,6	31,3	32,4	31,1	30,9	31,3	31,2	31,3	32,7	32,7	32,2
Şili	22,7	21,4	17,3	19,6	21,1	21,3	19,9	19,6	20,4	20,2	20,2
Çek Cumh.	34,2	33,5	32,3	32,5	33,3	33,7	34,1	33,1	33,3	34,2	34,9
Danimarka	46,4	44,8	45,0	44,8	44,8	45,5	45,9	48,5	46,1	46,2	46,0
Estonya	31,3	31,4	34,9	33,3	31,5	31,7	31,6	32,3	33,3	33,7	33,0
Finlandiya	41,5	41,2	40,9	40,8	42,0	42,7	43,6	43,8	43,9	44,0	43,3
Fransa	42,5	42,3	41,5	42,1	43,3	44,4	45,4	45,4	45,3	45,5	46,2
Almanya	34,9	35,4	36,1	35,0	35,7	36,4	36,8	36,7	37,0	37,4	37,5
Yunanistan	31,2	31,0	30,6	32,0	33,6	35,5	35,5	35,7	36,6	38,8	39,4
Macaristan	39,4	39,5	38,9	37,3	36,3	38,4	37,9	38,0	38,7	39,2	37,7
İzlanda	38,9	35,0	31,7	33,2	34,3	35,0	35,6	38,3	36,3	51,6	37,7
İrlanda	30,4	28,5	27,3	27,0	27,4	27,6	28,2	28,4	23,1	23,3	22,8
İsrail	34,2	32,0	29,8	30,7	30,9	30,0	30,8	31,2	31,3	31,3	32,7
İtalya	41,7	41,7	42,1	41,9	41,9	43,9	44,1	43,5	43,1	42,6	42,4
Japonya	27,5	27,4	26,0	26,5	27,5	28,2	28,9	30,3	30,6	30,6	..
Kore	24,8	24,6	23,8	23,4	24,2	24,8	24,3	24,6	25,2	26,2	26,9
Letonya	28,2	27,8	28,0	28,2	27,8	28,6	28,6	29,0	29,2	30,4	30,4
Litvanya	30,0	30,6	30,2	28,3	27,2	27,0	27,0	27,5	28,9	29,8	29,8
Lüksemburg	36,1	36,6	38,2	37,4	37,0	38,4	38,3	37,4	37,1	38,1	38,7
Meksika	12,0	12,6	12,5	12,8	12,8	12,6	13,3	13,7	15,9	16,6	16,2
Hollanda	35,7	35,9	34,9	35,7	35,4	35,6	36,1	37,0	37,0	38,4	38,8
Yeni Zelanda	33,9	32,9	30,2	30,3	30,1	31,6	30,5	31,2	31,6	31,6	32,0
Norveç	42,1	41,4	41,2	41,9	42,0	41,5	39,9	38,8	38,4	38,7	38,2
Polonya	34,6	34,1	31,2	31,4	31,8	32,1	31,9	31,9	32,4	33,4	33,9
Portekiz	31,8	31,7	29,9	30,4	32,3	31,8	34,1	34,3	34,4	34,3	34,7
Slovak Cumh.	29,2	29,0	28,9	28,1	28,6	28,3	30,2	31,1	32,2	32,4	32,9
Slovenya	37,1	36,4	36,2	36,9	36,5	36,8	36,4	36,2	36,4	36,5	36,0
İspanya	36,4	32,1	29,7	31,2	31,2	32,1	32,9	33,6	33,6	33,2	33,7
İsveç	45,0	44,0	44,1	43,2	42,5	42,6	42,9	42,6	43,1	44,0	44,0
İsviçre	26,2	26,6	27,0	26,6	26,9	26,9	27,0	26,9	27,6	27,8	28,5
Türkiye	23,1	23,1	23,5	24,8	25,9	24,9	25,3	24,6	25,1	25,3	24,9
Birleşik Krallık	33,0	32,3	31,2	32,3	33,2	32,4	32,2	31,8	32,2	32,7	33,3
ABD	26,7	25,7	23,0	23,5	23,9	24,1	25,7	26,0	26,2	25,9	27,1
OECD ORT.	33,6	32,9	32,2	32,3	32,6	33,1	33,4	33,6	33,7	34,0	34,2

Kaynak: OECD 2019, (<https://stats.oecd.org/Index.aspx>)

Tablo 5.10' da Ülkemizin Gayri Safi Yurtiçi Hasıla' daki vergi gelirlerinin OECD ülkelerinin ortalamasının altında olduğu görülmektedir.

Sağlık için ayrılmış bulunan kaynak miktarınca, sağlık sektörü kapsamındaki dağılımı da oldukça önemlidir. Sektör bünyesindeki dağılımına dair alınan kararlarda personel, malzeme, kır-kent, ekonomik gelişmişlik ve sağlık hizmetlerinin türü de önemli rol oynamaktadır. Vergiler tarafından sağlanan sağlık hizmetlerinde kaynaklar genellikle tedavi edici hizmet ve tıbbi malzemeler için kullanılmaktadır. Tedavi edici hizmetlerin değerinin artması, toplumun sağlık seviyesini korumaya, sürdürmeye yoğunlaşan sağlık hizmetlerine önem verilmediği anlamını sağladığından dolayı önem arz etmektedir (97).

5.4.1.2 Sigorta Primleri ile Finansman Yöntemi

Bu yöntem Bismarck sistemi adıyla da bilinmektedir; işverenlerle birlikte çalışanların da kamu sigorta kurumuna prim açısından ödeme yapması temeline dayanmakta olan bir yöntemdir. Sistem kapsamında kişilerin rahatsızlanma riskleri açısından bir havuz oluşturulur ve primler bu havuz kapsamında biriktirilir, bu primler kişinin hastalanması halinde sigorta tarafından sağlanan sağlık hizmetleri için kullanılmaktadır. Bismarck modeli; 1800'lere uzanan sosyal refah devleti kapsamında Prusya Başbakanı olan Otto Von Bismarck tarafından dizayn edilmiştir. Sistem bir sigorta sistemini öngörür ve sigorta türünde finansman, işveren ve işçilerin kesintilerinden tedarik edilmektedir (89: 125-126).

Bismarck modelini uygulamada bulunan ülkelerden başında; Hollanda, Fransa, Almanya, Lüksemburg ve Belçika gelmektedir. Özellikle 1990'lı yıllardan sonra Bismarck sağlık politikaları Dünya Bankası sağlık reformlarınca en çok seçilen sağlık istemi yöntemidir. Sosyal sağlık sigortası, toplumun yalnızca çalışan kesimi ya da yasa koyucunun seçtiği bireylere yönelik olabileceği gibi tüm nüfusu içerecek şekilde de olabilmektedir. Sistem için mühim olan başlıca konu ise, sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde üretilmesi ve yine aynı etkinlikte topluma sunumunun gerçekleştirilmesidir (36: 128).

Tablo 5.11 Zorunlu Sağ. Sigortası, Sağ. Harcamaları Cari Harcama Yüzdesi

OECD Ülkeleri	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Avustralya	69,3	69,0	69,3	68,6	69,2	67,5	67,6	67,4	68,2	68,6	68,9
Avusturya	74,4	75,0	75,1	74,6	74,6	74,7	74,0	74,0	74,1	73,8	74,0
Belçika	75,5	77,2	77,8	77,8	77,6	78,1	77,6	78,1	77,6	77,1	77,2
Kanada	69,9	70,1	70,5	70,3	70,8	70,9	70,8	70,7	70,8	70,1	69,8
Şili	55,0	56,4	59,0	59,0	59,5	60,0	59,4	58,9	58,7	58,5	59,9
Çek Cum.	84,7	82,1	83,3	83,3	83,9	83,7	83,6	82,7	82,4	82,0	82,1
Danimarka	83,7	84,0	84,5	83,9	83,6	84,0	84,3	84,2	84,2	84,1	84,0
Estonya	75,9	77,0	77,9	76,3	76,7	76,7	75,6	75,7	75,6	75,7	74,7
Finlandiya	75,0	75,0	75,0	74,5	75,0	75,5	75,4	75,1	76,1	75,0	75,2
Fransa	77,1	76,6	76,6	76,3	76,1	76,2	76,3	76,7	76,7	83,1	83,4
Almanya	75,1	75,3	83,6	83,4	83,2	83,1	83,7	84,2	84,1	84,2	84,4
Yunanistan	61,9	58,3	68,5	69,1	66,0	66,5	62,1	58,2	58,0	61,1	60,8
Macaristan	68,9	68,9	68,3	67,1	66,5	65,5	66,6	67,1	68,2	68,1	69,2
İzlanda	82,5	82,6	82,0	80,4	80,1	79,9	80,2	80,5	80,8	81,5	81,8
İrlanda	79,2	79,3	77,1	76,2	72,3	72,1	71,2	71,0	72,0	72,5	73,3
İsrail	60,6	61,3	61,2	62,8	62,6	62,6	63,4	63,2	63,5	63,5	63,6
İtalya	77,5	77,7	78,3	78,5	77,0	76,1	76,1	75,6	74,6	74,6	73,9
Japonya	81,2	81,2	81,3	81,9	83,7	83,9	84,3	84,1	84,1	84,0	84,1
Kore	60,6	58,7	60,5	60,6	59,7	58,9	59,0	58,7	58,9	59,1	58,9
Letonya	60,9	60,3	59,6	60,2	63,5	60,3	60,0	59,7	57,0	54,6	57,3
Litvanya	71,1	71,2	72,5	71,7	71,0	67,3	66,2	67,6	67,1	66,6	66,5
Lüksemburg	84,2	87,3	85,7	84,9	83,2	82,9	83,1	83,4	83,6	83,7	83,8
Meksika	43,8	45,9	46,7	48,6	51,3	51,6	52,8	51,8	52,2	52,3	51,5
Hollanda	84,1	82,7	83,2	83,4	82,7	82,1	81,1	81,1	81,4	81,2	81,5
Yeni Zelanda	82,4	80,9	81,1	81,2	80,9	80,5	80,1	79,6	79,0	78,7	78,6
Norveç	83,7	84,1	84,4	84,7	84,4	84,8	85,0	85,3	85,5	85,4	85,5
Polonya	70,1	71,7	71,7	71,7	70,9	70,0	70,7	70,7	70,0	69,8	69,5
Portekiz	68,7	68,4	69,9	69,8	67,7	65,6	66,9	66,1	66,2	66,3	66,3
Slovak Cumh.	69,3	75,4	73,5	71,9	73,8	72,2	74,2	80,2	79,7	80,4	79,9
Slovenya	71,5	73,6	73,1	73,4	73,4	72,0	71,4	71,1	71,7	72,7	72,2
İspanya	72,7	73,6	75,4	74,8	73,7	72,2	71,0	70,4	71,2	71,1	70,6
İsveç	81,9	81,9	82,0	81,9	84,0	83,6	83,4	83,4	83,3	83,4	83,7
İsviçre	60,7	61,5	61,9	61,8	62,3	63,5	64,1	63,2	63,4	62,8	63,6
Türkiye	68,8	72,7	80,5	78,0	79,1	79,2	78,4	77,6	78,1	78,4	77,7
Birleşik Krallık	81,8	82,8	83,5	83,1	82,6	82,9	79,4	79,5	79,4	79,5	78,8
ABD	46,2	47,2	48,1	48,4	48,4	48,3	48,8	84,2	84,6	84,5	84,5
OECD ORT.	71,9	72,4	73,4	73,2	73,1	72,6	72,4	73,4	73,4	73,6	73,6

Kaynak: OECD Health Statistics 2019, (<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>)

Tablo 5.11’ da Ülkemizin Zorunlu Sağlık Sigortası, Sağlık Harcamaları Cari Harcama yüzdesinin OECD ülkelerinin ortalamasının üstüne çıktığı görülmektedir.

5.4.1.3 Cepten Ödeme Yoluyla Finansman Yöntemi

Bütün sağlık sistemleri için cepten yapılmakta olan ödemeler bulunur ve bunun yanı sıra gereksinimin maliyetinin hangi seviyede olduğu, nerede ve ne zaman meydana geleceği öngörülemez olduğundan dolayı tek bir yöntem olarak sağlık hizmeti finansmanı kapsamında değerlendirilmesi yeterli değildir. Sınıflandırmadaki ödemeler bireylerin mal veya hizmet satın alımı durumunda devletçe veya bir başka geri ödeme kurumunca ödenmesi muhtemel olmayan, direkt olarak cepten yapılan ödemelerdir. Modern sağlık sistemleri kapsamında cepten yapılan ödemeler en çok kullanıcı katkıları adına uygulamaya konulmaktadır. Gerek duyulmayan arzın önüne geçilmek için, sağlık hizmetlerinin isteğini planlamak kullanıcı katkılarının var oluşu sebebidir (87: 113)

Sağlık hizmetleri adına yapılmakta olan harcamalar öngörülemez olduğundan hane halkı ve kişiler bakımından belirlenemeyen bir yük olmaktadır. Sağlık hizmetleri finansmanında kullanımı olan cepten ödemeler bu sorunu önüne geçmektedir. Diğer ülkelerde farklılaşan boyut ve biçimlerde kullanılmakta olan cepten harcamalar, bir taraftan ek kaynak tedarik etmekte ve maliyeti düşürme hedefleriyle kişiler ve sistem kapsamında pozitif etkenler oluştururken, diğer açıdan kişiler ve sistem bakımından problemlere neden olabilmektedir. Bu sebeple bu kaynak için devletlerin ana finansman politikaları bakımından problemlerden biri olduğu söylenebilir (63: 202). Yalnızca cepten ödeme yönteminin sağlık hizmetleri finansmanı kademesinde kullanımı için kişinin sağlık hizmetlerinde asgari bilgi ve adil dağıtılmış olan gelir seviyesine sahip olması beklenmektedir. Oysaki piyasadaki başarısızlıklar bunu mümkün kılmamaktadır (27: 13).

Tablo 5.12 Sağlık Harcamalarında Cepten Harcama (Cari Harcama) Yüzdesi

OECD Ülkeleri	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Avustralya	19,0	19,0	19,1	19,7	19,2	19,9	19,7	19,6	18,9	18,3	..
Avusturya	18,8	18,2	18,1	18,6	18,7	18,7	19,2	19,1	19,1	19,3	19,2
Belçika	19,2	18,4	18,2	18,2	18,2	17,7	18,0	17,5	17,5	17,9	17,6
Kanada	15,3	15,2	14,8	15,1	14,5	14,4	14,3	14,3	14,3	14,9	15,0
Şili	39,2	37,4	34,5	34,5	34,5	33,4	33,6	34,3	34,5	34,8	33,5
Çek Cumh.	13,6	16,1	15,1	15,3	15,0	15,3	13,6	14,1	14,8	15,0	14,8
Danimarka	14,6	14,1	13,7	14,4	14,6	14,2	13,8	13,8	13,7	13,7	13,7
Estonya	22,7	20,7	20,3	21,9	21,6	21,5	22,6	22,6	22,8	22,7	23,6
Finlandiya	19,8	19,6	19,4	20,0	19,4	18,7	19,0	19,0	19,8	20,5	20,2
Fransa	9,5	10,0	10,2	10,2	10,2	10,1	9,9	9,8	9,7	9,6	9,4
Almanya	14,3	14,0	13,8	13,9	13,9	14,0	13,1	12,7	12,8	12,7	12,5
Yunanistan	..	39,4	29,3	28,1	30,9	30,1	33,7	36,6	36,4	34,6	34,8
Macaristan	26,3	26,3	26,2	27,4	28,2	29,4	28,4	28,3	27,5	27,7	26,9
İzlanda	16,0	16,0	16,6	18,2	18,5	18,6	18,3	18,0	17,6	16,9	16,5
İrlanda	11,6	11,9	12,7	13,8	13,9	13,9	14,3	14,0	13,2	12,8	12,3
İsrail	26,7	25,3	25,4	23,8	23,8	23,4	22,7	23,0	22,5	22,3	22,3
İtalya	21,5	21,3	20,7	20,5	22,0	21,7	21,8	22,1	23,1	22,9	23,5
Japonya	15,5	15,2	15,2	14,6	13,1	13,0	12,7	12,9	12,9	12,9	12,8
Kore	36,2	37,4	34,7	34,4	34,6	35,0	34,6	34,3	34,0	33,4	33,7
Letonya	36,8	37,3	38,8	37,2	34,3	37,8	38,5	39,1	42,1	44,6	41,8
Litvanya	28,4	28,2	26,8	27,6	28,2	31,8	32,8	31,5	31,8	32,3	32,3
Lüksemburg	10,3	10,1	9,9	10,2	10,9	10,4	11,3	11,2	10,8	10,7	10,8
Meksika	52,5	48,6	47,4	45,7	42,7	42,6	41,3	41,5	41,4	40,4	41,3
Hollanda	7,9	9,9	9,1	9,1	9,5	10,1	11,5	11,6	11,3	11,3	11,1
Yeni Zelanda	11,5	13,2	12,4	12,0	12,1	12,3	12,4	12,9	13,4	13,6	13,6
Norveç	16,1	15,7	15,3	15,0	15,2	14,8	14,6	14,4	14,1	14,3	14,2
Polonya	26,3	24,4	24,4	23,7	24,0	24,3	23,6	23,1	23,2	22,9	22,8
Portekiz	25,7	25,8	24,6	24,6	26,3	28,2	27,0	27,7	27,7	27,8	27,5
Slovak Cumh.	27,4	21,0	22,4	22,8	23,6	23,2	23,3	18,0	18,4	18,2	18,7
Slovenya	13,6	12,6	12,8	12,6	12,2	12,5	12,5	13,0	12,5	12,0	12,3
İspanya	21,0	21,0	19,5	20,8	21,1	22,8	24,0	24,4	23,8	23,9	23,6
İsveç	16,9	16,9	16,9	16,9	15,0	15,4	15,5	15,5	15,5	15,3	15,0
İsviçre	29,7	29,1	28,8	29,1	28,5	28,8	28,3	29,2	29,1	29,6	28,9
Türkiye	23,9	19,2	14,5	16,9	15,9	15,9	16,9	17,7	16,9	16,5	17,4
Birleşik Krallık	10,4	9,4	9,4	9,8	9,9	9,7	15,0	15,0	15,1	15,5	16,0
ABD	13,4	13,1	12,5	12,2	12,2	12,1	11,9	11,5	11,2	11,1	11,0
OECD ORT.	20,9	20,9	20,1	20,2	20,2	20,4	20,7	20,6	20,7	20,6	20,6

Kaynak: OECD Health Statistics 2019, (<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>)

Tablo 5.12’ da Ülkemizin cepten harcama yüzdesinin OECD ülkelerinin ortalamasının altında olduğu ve yıllara oranla daha düştüğü görülmektedir.

5.4.1.4 Özel Sağlık Sigortaları

Özel sağlık sigortaları geri ödeme kurumu olarak kişiler ve kurumlar için sağlık riskleri bakımından sigortalayabilmektedir. Cepten sağlık ödemeleri gibi özel sağlık sigortası için de sistemin genel bakımdan kullanabileceği finansman aracı bulunmamalıdır. Bahsedilen araç değişik hedeflerle değişik seviyelerde uygulanabilir. Ülkelerin bazılarında (Fransa) kamu kurumu adına bütünleyici bir araç bazı ülkelerde (ABD) toplumun kayda değer bir kısmı için temel sağlık finansmanı kurumu olmaktadır. Bu sebeple, özel sağlık sigortası kamu sağlık hizmetlerini finanse edemediği için hizmet alanın finansmanı olarak uygulanmaktadır (69).

Özel sektörler için kişilerin ödemesi gereken prim büyük ölçüde riskler veya sağlık statüsü ile bağdaştırılırken, sosyal sigortada kişilerin ödemekle yükümlü olduğu primler, direkt gelire bağlantılı olup kişinin sağlık düzeyiyle bağdaşık olmamaktadır (87: 114). Özel sağlık sigortasının tedarik ettiği en büyük avantaj, belirli olan kamusal kaynakların dezavantajlı, özel sigortaya erişemeyecek kadar az gelire sahip olan kişiler için harcanmasına imkân sağlamaktadır. Bu durumu gelir seviyesi göreceli olarak daha fazla olan kişilerin özel sağlık sigortasını tercih etme olanağı vererek sağlaması hedeflenmektedir. Özel sağlık sigortasının gelişmeleri verimliliğe destek olması, kar güdüsü alıcıların seçimlerini çoğaltması muhtemeldir (44: 91). Sağlık sigortası yüksek maliyetli tıbbi bakım zorunluluğu bulunan bireylerin faydalı hizmet sağlıyor. Sigorta pahalı bedellere gereksinim duymadan tıbbi bakım ihtiyacını karşılamaktadır. Fakat sağlık sigortasının ahlaki riskleri bulunabilmektedir. Bunun sebebi hem bireylerin sağlık masraflarını koruması hem de tıbbi bakım gelirini arttırmasıdır (82: 71).

5.4.2 Sağlık Harcamalarının Finansmanı Etkileyen Faktörler

Günümüzde devletler kalkınma planları kapsamında kıt kaynakların etkili kullanımını adına uygulanan her harcamayı ekonomik çerçeveden incelemekte ve harcamanın ihtiyaç duyulanı karşılayıp karşılamadığını tartışmaktadır. Akın (6) bu

durum hakkında fikirlerini; “Sağlık sektöründeki harcamalara bakıldığında küresel anlamda bir gelişim ivmesi kazandığı görülmektedir. Bu durumda harcamaları oluşturan kısımların da bilinmesi önemli bir hal almıştır” şeklinde ifade etmektedir (6: 31-36). Sağlık giderlerini etkilemekte olan sebepler aşağıdaki gibidir:

Kişi başına gelirin yükselmesi: Bireyler gelirlerinin artmasıyla birlikte kamu kuruluşlarından çok özel sektör çalışmalarına dönük tedavilerin niceliksel bir artış göstermesi adına çabalayacaklardır. Bunun yanında zorunlu tedavilerin karşılanıyor oluşu bireyleri maliyet bakımından pahalı olan estetik tüketime teşvik edecek ve kişisel istekler doğrultusunda sağlık harcamaları çoğalacaktır. Özetle gelirin artışı, yaşam standartlarındaki yükseliş, kamu kesimi ve özel kesim açısından sağlanan hizmetlerde var olan arzı arttırmakta ve sağlık masrafları da beraberinde artış göstermektedir. Kısacası, bireysel gelirden meydana gelen artışlar ve yaşam standartlarının yükselmesiyle kamu ya da özel kesim fark etmeksizin sağlanan talep artmakta ve sağlık harcamalarında da paralel bir gelişme görülmektedir (42: 77).

Eğitim: Eğitimle beraber sağlık bilinci de çoğalmış bu da sağlığa verilen önemi arttırmıştır. Kişiler sağlıklı yaşamın önemini kavramıştır bu sayede sağlık hizmetlerine olan talep çoğalmıştır. Gelişmişlik düzeyi ile paralel şekilde iletişim imkânlarının artmasıyla sağlık hakkındaki sağduyu bireylerde daha çok yaygınlaşmış ve kalite arayışına sevk etmiştir (56). Eğitimde gelir ile birlikte paralel olarak sağlığın önemi vurgulayıcıdır. Çocukluktan başlayarak beslenme ve çevre etmenlerinin dâhilinde yüksek seviyede eğitim almış olan çocuklar gelir ve sağlık açısından daha iyi konumdadır (61). Eğitim ve sağlık açısından bilinci gelişmiş olan toplumlar çevresine ve beslenmesine önem veren, koruyucu hizmetlere isteyen ve kullanan toplumlar diğerlerine oranla daha az hastalanma durumunda kalırlar. Bu sayede daha az temel sağlık harcamasında bulunurlar. Fakat bireylerin ya da toplumların eğitim seviyesi arttıkça, tedavi edici sağlık görüşü ve beklentileri de farklılaşmaktadır. Eğitim seviyesi yüksek olan toplumlarda daha fazla sağlık hizmeti tüketiliyorken bir yandan da sağlık sektöründeki kalite ve teknoloji de daha çok önemsenmektedir. Bu da yönetim tarafından sürdürülen sağlık politikasına bağlı kalınmaksızın sağlık harcaması seviyesini çoğaltmaktadır (3: 12-17). Sağlık bilincindeki bu gelişim ve sağlığın uluslararası bir kamu malı gibi görünmesi küresel kurumlar aracılığı ile sağlık

harcamalarını çoğaltmaktadır. Dünya Bankası, istikrar programını sürdüren devletlerde uygulattığı proje kredileri adına, özellikle sağlık ve sosyal açıdan korunma alanlarında belirlenmiş bir harcama yapılmasını öngörmektedir (16).

Sosyal değer yargularının değişmesi: Bugünlerde sağlık masrafları için eskiden genel kabul içeren fikirler değişmektedir. Tüketim toplumunda tıpkı eskiden araba bir lüks malı ifade ediliyorken şimdi ise vazgeçilemez olması ve teşhis etme yolları vazgeçilmez bir nicelik kazanmıştır (42: 79). Oldukça basit olan sağlık sorunlarının sebepleri incelenirken bireylerin sağlığı konu olduğunda teşhis yöntemlerinin en pahalısı kullanılabilir (8: 5). Bu ise sağlık harcamalarında bir kıstastır.

Teknolojik gelişmeler: Teknolojik ve bilimsel gelişmeler 15.yy beraberinde artmış ve anatomik, patolojik, fizyolojik kısımlarında var olan gelişimler başlarda doğaüstü olarak tanımlanmış ve belirtilere odaklanılarak uygulanan tedaviler nedenleri ile açıklanmış sonralarında da tedavi süreçlerinde ilerlemeler kaydedilmiştir. Pastör'ün kuduz virüsünü keşfetmesiyle birlikte 18. yy' da psikoloji ve fizyoloji alanlarındaki tedavi süreci net çizgilerle ayrılmaya başlamıştı. Anestezi, kan nakli teknikleri, asepti-antisepsi, cerrahi uygulamalarının gelişiminde mesafe kat edilmiş, vitaminlerle antibiyotiklerin bulunması ve ilaç üretiminin sanayileşmesi tıp bilimlerini ve uygulamalarını yirminci yüzyılda bir üst seviyeye taşımıştır (70: 114). Sağlık teknolojisi sağlık alanındaki gelişmelerin artış göstermesini sağlamak, hastalığı teşhis etmek, önlemek, tedavi etmek veya uzun dönem bakım için kullanılan tüm etmenleri kapsayabilmektedir. Terim bu haliyle olası bir sağlık hizmetinin sağlandığı destekleyici cihazlar, medikal görüntüleme sistemlerine, ilaçlara, tıbbi ve cerrahi işlemlere ve organizasyonları destekleyici sistemlere varılınca dek farklılaşan ve gelişmekte olan bütün tıbbi cihazları içermektedir (50: 11). Sağlık sektörü hizmetlerinin kalitesinin artırılması hedefiyle globalleşen dünyada tıbbi cihaz teknolojilerinde gelişim yürütülmektedir. Bu sayede, teknolojik gelişme de sağlık harcamalarını paralel şekilde arttırmaya devam etmektedir (57: 149).

Şehirleşme: Ekonomik ilerlemelerin zorunluluğu olan bireylerin üretime daha çok dâhil olmaları zamanla birlikte yaşam gereksinimi ortaya çıkartmıştır. Birlikte yaşayan insanların artışı bunun beraberinde sağlanan sağlık hizmetlerinde artışı

gerektirmiştir (6: 34). Bireyin en temel, evrensel hakkı olan sağlık şehir merkezlerinde yoğunlukla çok daha kolay sağlanmaktadır. Şehirlerin sağlık bakımından pozitif tarafları genellikle merkezi konumdan kaynaklı olarak temiz ısınma, yararlanılan su ve yiyeceğin denetlenerek insanlara ulaştırılmış olması, eğitimin kurumsal olması, atıkların yok edilme sürecindeki planlamanın sürdürülüyor olması olarak sıralanabilmektedir. Pozitif taraflardan ziyade kalabalık yaşamın birçok negatif tarafı da bulunmaktadır. Örneğin teknik denetimin yeterli olmaması ya da kültürel nedenlerle oluşan gürültü, hava kirliliği sağlığımızı kötü etkileyebilecek başlıca sebeplerdendir. İyi sağlık koşullarına rağmen şehirleşmeyen alanlarda iyi olmayan barınma, beslenme olanakları ve eğitim hizmetinin ulaştırılamaması işsiz nüfus yoğunluğu, kötü sağlık koşulları gibi niteliksel sebeplerdir (7: 2).

Yaşam süresinin uzaması: Toplum ve birey adına daha iyi yaşam standardı sağlayabilmek için sarf edilen çaba kalkınmanın ana unsurunu belirlemektedir. Devletler politikalarını iyileştirerek, bireyler için daha iyi yaşam standardı sağlayarak bunu gerçekleştirebilirler. Bu sayede sağlık iyi yaşamın beraberinde gelmektedir (92: 1-2). Sağlık alanındaki gelişmeleri ve harcamalarının artışı bebek ve çocuk ölümlerindeki oranda ciddi bir düşüşe neden olmaktadır. Bu durum ise toplumdaki çocuksuz kalma tedirginliğini ortadan kaldırmaktadır, doğum oranlarının gerilemesine neden olmaktadır. Doğum oranlarındaki gerileme ise sağlık ve eğitim seviyeleri bakımından artışa ve de çocuk başına düşen kaynak olanaklarının artış göstermesini sağlamaktadır. Bu sürecin demografik bir dönüşüm olarak tanımlanması mümkündür. Yeni gelen nesillerin daha sağlıklı büyümesi adına nüfus ve nüfusun niteliği pozitif yönde artmış olmaktadır. Bu sayede verimli olarak adlandırılacak olan sağlık alanındaki harcamalar beşeri sermaye vasıtasıyla milli gelirde de artışı beraberinde getirecektir (31: 26).

Toplumsal düzende meydana gelen değişimler: Demokratik alanlarda oluşan farklılaşmalar ve bilişim alanında süregelen gelişmeler sonrasında dünya bir küreselleşme sürecine başlamış, devletler bireylerin özgürlüklerine odaklanmışlardır. Bu sayede bireysel özgürlükler ve haklar çoğalmış ardından toplumların devletten beklentilerini yükseltmelerine neden olmuştur (42: 80). İkinci dünya savaşı ardından refah devleti merkezli devlet temelli örgütlenme terimi önem kazanmış ve bunun

yanında sendika gibi örgütlenmelerin oluşumuna da önyak olmuştur bu gelişim sağlık harcamalarındaki artışa neden bir diğer etmendir (6: 36).



6. ARAŞTIRMA VE YÖNTEM

Çalışmada belirtilen ilişkiyi araştırmak amacıyla regresyon modeli kullanılmıştır.

6.1 Regresyon Analizi

Regresyon analizi bir bağımlı değişkenin, bir veya birden çok açıklayıcı değişkenin ilişkisini inceleyen bir analiz türüdür. Genel olarak tek değişkenli regresyon modeli şu şekilde ifade edilebilir.

$$Y_t = \beta_0 + \beta_1 X_{1,t} + u_t \quad (1)$$

Burada β_0 kesim parametresini, β_1 eğim parametresini gösterirken u_t stokastik hata terimini ifade etmektedir. Hata terimi, her regresyon modelinde bulunan ve modele dahil edilmeyen tüm değişkenleri kapsayan bir terimdir. Kullanılmak istenen değişkene ilişkin verilerin mevcut olmaması, modelde çok fazla değişkenin içerilmemesinin gerekliliği (tutumluluk ilkesi) gibi nedenlerden dolayı modelde bağımlı değişkeni etkileyen tüm değişkenler içerilmemektedir.

Regresyon analizinde temel amaç denklem (1) 'de belirtilen modeli tahmin etmektir. Bu tahmin yapılırken kullanılan kriter hata terimlerinin en küçük olmasıdır. Fakat hata terimleri pozitif ve negatif değerler alacağından, hata terimlerinin karesinin toplamının en küçük olması istenmektedir.

$$\sum \hat{u}_t^2 = (Y_t - \hat{Y}_t)^2 \quad (2)$$

Burada \hat{Y}_t tahmin edilen bağımlı değişkeni ifade etmektedir. Hata terimlerinin karesini en küçük yapan parametrelerin tahmini en uygun tahmin ediciler olarak ifade edilir. Kullanılan yöntem ise en küçük kareler yöntemi denir. Sonuç olarak tek açıklayıcı değişkenin kullanıldığı regresyon modelinde parametreler şu şekilde tahmin edilebilir.

$$\hat{\beta}_1 = \frac{\sum (x_t - \bar{x})(y_t - \bar{y})}{\sum (x_t - \bar{x})^2} \text{ ve } \hat{\beta}_0 = \bar{y} - \hat{\beta}_1 \bar{x}$$

Burada \bar{X} ve \bar{Y} serilerin ortalamalarını göstermektedir. Bir regresyon yönteminden en küçük kareler yöntemi kullanılarak yapılan tahminlerde, tahmin ediciler çeşitli özelliklere sahiptir. Bunlar

- En iyi: Elde edilen tahmin edicilerin varyansı, diğer elde edilmesi muhtemel tüm tahmin edicilerin varyansından küçüktür.
- Doğrusal: Elde edilen tahmin ediciler parametrede doğrusaldır.
- Yansız: Elde edilen tahmin edicilerin beklenen değeri parametreye eşittir.

Bu özellikler Gauss-Markov özellikleri olarak da bilinir. Bu özelliklerin sağlanması için çeşitli varsayımların yapılması gerekmektedir.

- Regresyon modeli doğrusaldır.
- X değerleri yinelemeli örnekleme sabittir.
- Hata terimlerinin ortalaması sıfırdır.
- Hata terimlerinin varyansı sabittir.
- Hata terimleri arasında ilişki yoktur.
- Hata terimleri ile X'ler arasında ilişki yoktur.
- Gözlem sayısı tahmin edilecek parametre sayısından fazla olmalıdır.
- X değerleri değişkenlik göstermelidir.
- Regresyon modeli doğru bir biçimde tanımlanmalıdır.
- Tam çoklu bağlantı olmamalıdır (Çoklu regresyon için).

Bu varsayımların bazılarının sağlanması durumunda diğerleri de sağlanmaktadır. Örnek olarak X değerlerinin yinelemeli örnekleme sabit olduğu varsayımının ve hata terimlerinin ortalamasının sıfır olduğu varsayımının sağlanması durumunda, hata terimleri ile X'ler arasında ilişki ortaya çıkmamaktadır. Buna ek olarak hata terimlerinin varyansının sabit olduğu ve hata terimlerinin ilişkisiz olduğu varsayımları önemlidir ve uygulamalı araştırmalarda genellikle bu varsayımın sağlanmadığı görülmektedir. Bu varsayımın sağlanmadığı durumda hata terimleri

etkin olmamaktadır.

Denklem (1)'de tek açıklayıcı değişkenin kullanıldığı basit regresyon modeli gösterilmiştir. Bir bağımlı değişkenin birden fazla açıklayıcı değişkenle ilişkisinin incelenmesi durumunda çoklu regresyon modeli kurulabilir.

$$Y_t = \beta_0 + \beta_1 X_{1,t} + \dots + \beta_k X_{k,t} + u_t \quad (3)$$

Bu modelin tahmin edilmesi için benzer bir şekilde hata terimlerinin karesini en küçük yapan parametreler tahmin edilmektedir. Fakat değişken sayısı çok olduğundan matematiksel olarak matrisler kullanılarak çözülebilir.

$$\hat{\beta} = (X'X)^{-1}X'Y \quad (4)$$

Şeklinde bulunabilir. Burada $\hat{\beta}$ parametreleri içeren matristir

$$\hat{\beta} = \begin{bmatrix} \hat{\beta}_0 \\ \hat{\beta}_1 \\ \vdots \\ \hat{\beta}_k \end{bmatrix}$$

X, X değerlerini içeren ve ilk satırı (sabit terimden kaynaklı) 1 değerini alan bir matrisken, Y, Y değerlerini alan bir matristir. Son olarak X' ifadesi X matrisinin transpozunu göstermektedir.

İktisadi değişkenler arasındaki önemli ilişkileri ortaya çıkarmak için kurulan regresyon modellerinde, incelenen değişkenlerin durağan olması gerekmektedir. Bu noktada iktisadi denge kavramı önem kazanmaktadır. Klasik iktisat görüşü, rasyonel davranan bireyler sayesinde tam istihdam düzeyinde dengenin oluşacağını savunmaktadır. Bu görüşe göre kısa dönemde denge bozulabilir ama uzun dönemde sistem kendisini dengeye getirecektir.

Yukarıda bahsedilen kısa vadede zaman serilerinin dengeden uzaklaşmalarına sebep olan olaylar, genellikle dışsaldır ve dışsal şoklar olarak adlandırılırlar. Klasik iktisadın denge görüşüne göre sistemde meydana gelen olaylar yani şoklar kısa vadede etkisini kaybedecektir. Geçici olduğu kabul edilen bu şoklara rağmen zaman serisinin uzun vadede dengesi korunacaktır. Denge korunduğu için de durağanlık

sağlanacağından önemli ilişkilerin belirlenmesi için oluşturulan regresyon modelleri geçerli olacaktır.

Ancak, meydana gelen şokların her zaman geçici olmadığı iktisatçılar tarafından da kabul edilen bir gerçektir. Şokların kalıcı olması durumunda zaman serileri dengeye dönme eğilimini izlemeyecek ve zaman içinde dengeden uzaklaşacaktır. Dengeden uzaklaşma, durağanlığın bozulması anlamına geleceği için bu durumda kurulan regresyon modelleri, klasik doğrusal regresyon modeli varsayımları sağlanmadığından, geçerliliğini yitirecektir. Bu modellerle yapılan analizlerden elde edilen sonuçlar yanlış olacağı için yapılan tahminleri yanıltacaktır. Örneğin, sahte regresyon problemi ortaya çıkacaktır.

Birçok makroekonomik zaman serisi trende sahiptir ve bu nedenle birçok durumda seriler durağan değildir. Durağan olmayan veya trende sahip verilerle çalışmanın yarattığı temel problem, standart sıradan en küçük kareler regresyon yönteminin kolayca hatalı sonuçlara neden olabilmesidir. Bu durumda analizde kullanılan değişkenler arasında hiçbir ilişki olmamasına rağmen sonuçlar çok yüksek R^2 değerine ve çok yüksek t oranına sahip olmaktadır. Aşağıdaki regresyon modelini göz önünde bulunduralım:

$$Y_t = \beta_1 + \beta_2 X_t + \varepsilon_t \quad (5)$$

Modelde ε_t ak gürültü sürecidir. Klasik doğrusal regresyon modelinin varsayımları, hem x_t hem de y_t 'nin sıfır ortalamaya ve sabit varyansa (durağanlık için) sahip olmasını gerektirmektedir. Durağanlığın olmaması durumunda bu tip regresyonlardan elde edilen sonuçların tümü sahte olur ve bu tip regresyonlar sahte regresyon olarak adlandırılır. Sahte regresyonlar genellikle görünüşte anlamlı kestirim yapmayı sağlayan çok yüksek R^2 değerine ve t istatistiğine sahiptir. Ancak sonuçlar hiçbir ekonomik anlam taşımamaktadır. Bu durumun ortaya çıkmasındaki temel neden, basit en küçük kareler yöntemi kestirimlerinin tutarlı olmaması ve bundan dolayı istatistiksel çıkarsamaların testlerinin sağlam olmamasıdır.

Ekonometrik anlamda durağanlık kavramının tanımlanmasında çeşitli

istatistiksel karakteristikler dikkate alınmaktadır. Bu karakteristikler serinin;

- Ortalaması
- Varyansı
- Kovaryansı
- Dağılımı

Durağan olarak tanımlanan süreç, serinin ortalaması ve varyansının zaman içinde değişmediği ve sabit olduğu süreç olarak tanımlanmaktadır. Yukarıda ifade edilen karakteristiklerle ilgili getirilen bazı şartlar, durağanlık şartlarını oluşturmaktadır. Sağlanan durağanlık şartlarına göre zayıf durağanlık, güçlü durağanlık ve kesin durağanlık olarak durağanlık tipi belirlenmektedir.

Bir zaman serisi X_t olarak gösterilsin. Bu zaman serisinde

- $E(X_t) = \mu$
- $Var(X_t) = \sigma^2$
- $Cov(X_t, X_{t-k}) = \gamma_k$

koşullarının sağlandığı, yani serinin ortalamasının ve varyansının sabit, otokovaryansının zamana göre değil kovaryansı alınacak serinin arasındaki uzaklığa bağlı olduğu durumda zayıf durağanlık; zayıf durağanlık koşullarının yanında serinin dağılımının zaman içinde değişmediği durumlarda güçlü durağanlık, zayıf durağanlık koşullarının yanına olasılık dağılımının normal olması durumunda ise kesin durağanlık söz konusudur.

Zaman serilerinde durağanlığın bozulmasına sebep olan dört bileşen söz konusudur. Bunlar; trend, mevsimsel, çevrimsel ve düzensiz bileşendir.

Trend, zaman serilerinin zaman içinde gösterdiği eğilim olarak ifade

edilmektedir. Trende sahip seriler durağan olmayan seriler olup ekonometride iki trend tipinden bahsedilmektedir. Bunlar, deterministik ve stokastik trenddir. Deterministik trend, yükseliş veya alçalış göstererek belli bir yönde ilerleyen serilerin uzun dönemli eğilimi olarak ifade edilmektedir. Deterministik trend durumunda olasılık dağılımı söz konusu değildir; birebir ilişkiden bahsedilmektedir. Deterministik trende sahip X_t serisi,

$$X_t = \alpha + \beta T + \varepsilon_t \quad (6)$$

şeklinde modellenenmektedir.

Stokastik trend ise eğilimin önceden kestirilemediği ve bu yüzden olasılık dağılımının söz konusu olduğu trend tipidir. Stokastik trende sahip X_t serisi,

$$X_t = X_{t-1} + \varepsilon_t \quad (7)$$

şeklinde modellenenmektedir.

Sonuçta trend, durağanlığı bozan bir faktör olduğu için ortadan kaldırılması gerekmektedir. Aksi takdirde trende sahip bir zaman serisiyle kurulacak regresyon modellerinde yanıltıcı sonuçlar alınacaktır. Trend tipinin belirlenmesi, ortadan kaldırma yönteminin belirlenmesi açısından önem kazanmaktadır. Bunun nedeni, her trend tipine göre farklı ortadan kaldırma yönteminin mevcut olmasıdır. Deterministik trend durumunda trendden arındırma yöntemi; stokastik trend durumunda ise fark alma işlemi uygulanmaktadır.

Mevsimsel bileşen, serilerin her yıl düzenli olarak sergilediği değişiklikleri ifade etmektedir. Aylık ve üçer aylık zaman serilerinde daha sık rastlanan mevsimsel bileşende de trend bileşeninde olduğu gibi deterministik mevsimsellik ve stokastik mevsimsellik olmak üzere iki tip mevsimsel bileşen söz konusu olmaktadır.

Deterministik mevsimsellik durumunda mevsimsel etkilerin ortaya çıkarılması için mevsimsel kuklalar kullanılmaktadır. D_1 , D_2 , D_3 ve D_4 mevsimsel kuklalar olmak üzere üçer aylık veri setine sahip X_t ,

$$X_t = \alpha_0 + \alpha_1 D_1 + \alpha_2 D_2 + \alpha_3 D_3 + \varepsilon_t \quad (8)$$

veya

$$X_t = \alpha_1 D_1 + \alpha_2 D_2 + \alpha_3 D_3 + \alpha_4 D_4 + \varepsilon_t \quad (9)$$

şeklinde modellenebilmektedir.

Stokastik mevsimsellik durumu olasılık dağılımının söz konusu olduğu mevsimsellik tipidir. Üçer aylık veri setine sahip X_t serisi,

$$X_t = X_{t-4} + \varepsilon_t \quad (10)$$

şeklinde modellenebilmektedir.

Ortadan kaldırma yöntemleri trendde olduğu gibi mevsimsellik tipine göre farklılık göstermektedir. Deterministik mevsimsellik durumunda mevsimsel kuklalar ile mevsimsellikten arındırma işlemi uygulanırken; stokastik mevsimsellik durumunda mevsimsel fark alma işlemi uygulanmaktadır.

Konjonktürel bileşen, bir yıldan daha uzun süreli bir zaman seti içinde meydana gelen değişimleri ifade etmektedir. Bu değişimler büyüklükleri farklı olan aşağı veya yukarı dalgalanmalar şeklinde olmaktadır.

Düzensiz bileşen ise tesadüfi olarak gerçekleşen, düzenli bir seyir sergilemeyen değişimleri ifade etmektedir. Düzensiz bileşen etkisini, hata teriminde göstermektedir.

6.2 Durağan Olan ve Durağan Olmayan Seriler Analizi

Ekonometri literatüründe, zaman serilerinin durağanlığının belirlenebilmesi için pek çok istatistikçi tarafından tanıtılan test stratejileri mevcuttur. Her yeni yaklaşım, genel olarak bir öncekine eleştiri ve eksiklerin tamamlanması mantığıyla geliştirilmiştir. Durağanlığın belirlenebilmesi için geliştirilen testlerin yanında serilerin grafiklerine, otokorelasyon ve kısmi otokorelasyon fonksiyonlarına

bakılabilir.

Grafiğine bakılarak serinin durağan olup olmadığı hakkında önsel bir fikir ortaya atılabilir. Seri zamanla artıyor veya azalıyorsa orada bir trend vardır denebilir. Bir seride trend olması serinin durağan olmadığına işaret eder. Genel hatları ile grafik yöntemi kullanırken durağan olan ve durağan olmayan seriler için bazı özelliklere dikkat etmek gerekir.

Durağan Seriler:

- Durağan seriler nispeten seri ortalamasını izleyen bir grafik çizerler.
- Dalgalanmalar yine olur fakat serinin genel çizgisi ortalama çevresindedir.
- Boyutları çok fazla olan ani yükselme ve düşmeler gözlenmez.

Durağan Olmayan Seriler:

- Seriler artan veya azalan grafikler çizerler
- Dalgalanmalar çok fazla sayıda olur. Bu dalgalanmaların aşağı ve yukarı büyüklükleri (şiddetleri) de yüksek olur.
- Periyodik olarak belli dönemlerde artmalar ve belli dönemlerde azalmalar dikkat çekerler.

Grafik yöntemi uygulaması kolay bir yöntem olmasına rağmen, bize durağan olmama durumu hakkında kesin bilgiler vermez. Kalıcı şoklar var mı yok mu bilgisini grafik yöntemi ile anlamamız kesin olarak mümkün olmaz. Grafik yöntemi doğru kararlar alabilmek için tecrübe isteyen ve kesin bilgiler veremeyen bir yöntemdir.

6.3 Dickey ve Fuller Birim Kök Testi

Dickey ve Fuller'ın 1979 tarihli makalesindeki birim kök testinin hareket noktası veriyi yaratan sürecin otoregresif süreç olmasıdır. Bu durumda birinci dereceden otoregresif süreç;

$$Y_t = \rho Y_{t-1} + \varepsilon_t, \quad t = 1, 2, \dots \quad (11)$$

olarak tanımlanabilir. Burada ε_t 'nin σ^2 varyansla ve sıfır ortalamayla normal dağılılan bir bağımsız değişken olduğu varsayılmaktadır. Bu varsayım kısaca $\varepsilon_t \sim N(0, \sigma^2)$ olarak gösterilmektedir. Literatürde bu özelliğe sahip hata terimi, saf hata terimi olarak adlandırılmaktadır.

Denklem (11)'de ρ ile gösterilen parametre, otoregresif parametre olarak adlandırılmaktadır. Otoregresif parametrelerden yararlanarak Y_t serisinin;

- $|\rho| < 1$ iken durağan bir seri olduğu,
- $|\rho| \geq 1$ iken serinin durağan bir seri olmadığı, ifade edilir.

Sonuç olarak Dickey-Fuller testinin hipotezleri

$$H_0 : \rho = 1$$

$$H_1 : \rho < 1$$

şeklinde oluşturulmaktadır. H_0 ile ifade edilen sıfır hipotezi, Y serisinin birim kökü vardır veya Y serisini yaratan süreç durağan değildir anlamını taşırken, H_1 ile gösterilen alternatif hipotez Y serisinin birim kökü yoktur veya Y serisini yaratan süreç durağandır anlamını taşımaktadır.

Dickey-Fuller testinin test istatistiği ise,

$$\tau = \frac{\hat{\rho} - 1}{S_p} \quad (12)$$

şeklinde hesaplanmaktadır.

Sıfır hipotezi altında Y serisinin birim kökü olduğundan, test istatistiğinin

dağılımı t dağılımına uymayacaktır. Ayrıca, denklemin sağındaki Y_{t-1} teriminin varlığı, t dağılımının etkinliğini bozmakta ve ρ 'nun aşağı sapmalı olmasına yol açmaktadır. Bu yüzden Dickey- Fuller, test istatistiğinin dağılımını Monte Carlo simülasyonu ile yeniden belirlemişlerdir.

Testin karar aşamasında, hesaplanan τ test istatistiğinin tablo kritik değerinden daha küçük olması durumunda Y serisinin durağan olmadığını belirten H_0 hipotezi red edilmektedir.

Diğer bir şekilde Dickey-Fuller testi, denklemin her iki yanından Y_{t-1} çıkartılarak,

$$Y_t - Y_{t-1} = \rho Y_{t-1} - Y_{t-1} + \varepsilon_t \quad (13)$$

denklemine geçilmektedir. Bu durum yeniden düzenlenerek şu şekilde gösterilebilir;

$$\Delta Y_t = (\rho - 1)Y_{t-1} + \varepsilon_t \quad (14)$$

$$\Delta Y_t = \delta Y_{t-1} + \varepsilon_t \quad (15)$$

Bu durumda test hipotezleri

$$H_0 : \delta = 0$$

$$H_1 : \delta < 0$$

şeklinde oluşturulmaktadır. H_0 ile ifade edilen sıfır hipotezi, Y serisinin birim kökü vardır veya Y serisini yaratan süreç durağan değildir anlamını taşırken, H_1 ile gösterilen alternatif hipotez Y serisinin birim kökü yoktur veya Y serisini yaratan süreç durağandır anlamını taşımaktadır.

Dickey-Fuller testinin test istatistiği ise,

$$\tau = \frac{\hat{\delta}}{S_{\hat{\delta}}} \quad (16)$$

şeklinde hesaplanmaktadır.

Serinin seyrine göre regresyon modeline deterministik öğeler (sabit terim, trend gibi) eklenebilmektedir. Deterministik öğelerin varlığı test istatistiğinin dağılımını etkilemektedir. Bu nedenle, deterministik öğelerin olması veya olmamasına göre farklı kritik değerler kullanılmaktadır. Ancak hipotezler ve test istatistikleri aynı kalmaktadır.

Sabit terimin eklendiği durumda regresyon denklemi

$$\Delta Y_t = \mu + \delta Y_{t-1} + \varepsilon_t \quad (17)$$

Sabit terim ve trendin eklendiği durumda regresyon denklemi

$$\Delta Y_t = \mu + \beta T + \delta Y_{t-1} + \varepsilon_t \quad (18)$$

şeklinde olacaktır. Her iki durumda da testin mantığı değişmeyecek yani, Y_{t-1} 'in katsayısı test edilecek fakat, testin tablo değerleri farklılaşacaktır.

Dickey-Fuller tarafından geliştirilen birim kök testleri yalnızca birinci dereceden otoregresif süreçlere uygulanmaz. Daha yüksek dereceden otoregresif süreçlere de Dickey-Fuller testlerini uygulamak mümkündür. Bu durumda hata terimi, ε_t , temiz dizi şeklinde kalmayacak aksine serisel korelasyonlu olacaktır. Böyle bir durumda Dickey-Fuller test süreci geçersiz olacaktır. Dolayısı ile hata terimlerindeki serisel korelasyonun ortadan kaldırılması gerekmektedir. Bu amaçla modele değişkenin gecikmeli değerleri katılarak hatalardaki korelasyon ortadan kaldırılır. Bu durumda uygulanan test Genişletilmiş Dickey-Fuller (ADF) testi olarak adlandırılır. ADF testi için kurulacak regresyon denklemleri Dickey-Fuller testinde olduğu gibidir tek fark değişkenin gecikmeli değerlerinin modele katılmış olmasıdır.

Sabitsiz ve trendsiz model

$$\Delta Y_t = \delta Y_{t-1} + \sum_{i=1}^k \delta_i \Delta Y_{t-i} \varepsilon_t \quad (19)$$

Sabitli ve trendsiz model

$$\Delta Y_t = \mu + \delta Y_{t-1} + \sum_{i=1}^k \delta_i \Delta Y_{t-i} \varepsilon_t \quad (20)$$

Sabitli ve trendli model

$$\Delta Y_t = \mu + \beta T + \delta Y_{t-1} + \sum_{i=1}^k \delta_i \Delta Y_{t-i} \varepsilon_t \quad (21)$$

şeklinde ifade edilebilir. Her üç durumda da hipotez değişmeyecek ve

$$H_0 : \delta = 0$$

$$H_0 : \delta < 0$$

şeklinde olacaktır. Test istatistiği de aynı kalacak Denklem (16) şeklinde hesaplanacaktır.

ADF testleri için gereken tablo değerleri Dickey-Fuller testi için kullanılan tablo değerlerine eşittir. ADF testinin Dickey-Fuller testinden önemli bir farkı değişkenin gecikmeli değerlerini içermesi ve dolayısı ile gecikme sayısının belirlenmesidir. Gecikme sayısının belirlenmesi için birçok kriter bulunmaktadır. Bu kriterler arasında Akaike bilgi kriteri (AIC) ve Schwarz bilgi kriteri (SIC) en çok kullanılanlarıdır. AIC ve SIC şu şekilde hesaplanabilir:

$$AIC = \log\left(\frac{RSS}{n}\right) + \frac{2(k+1)}{n} \quad (22)$$

$$SIC = \log\left(\frac{RSS}{n}\right) + \log(n) \left(\frac{k+1}{n}\right) \quad (23)$$

AIC ve SIC, hata terimlerinin kareleri toplamını (RSS) içerdiğinden, bu kriterlerin değerlerini en küçük yapan gecikme sayısı en uygun gecikme sayısı olarak

belirlenebilir.

Çalışmada yukarıda belirtildiği üzere öncelikle değişkenlere ilişkin önsel bilgiler edinmek amacıyla değişkenlerin betimsel istatistikleri ile zaman serisi grafikleri incelenecektir.

7. 2002 İLE 2017 YILLARI ARASI TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN ANALİZİ

Bu çalışmada ülkemizde sağlık harcamalarını etkileyen faktörler araştırılacaktır. Ülkemizdeki sağlık harcamalarıyla ilgili akademik çalışmalar incelendiğinde bu harcamaları etkileyen birkaç faktör ön plana çıkmaktadır. Sağlık-Sen Strateji Araştırma Merkezi (SASAM) 2017 yılında “*Türkiye’de Sağlık Harcamaları Analizi*” isimli bir çalışma yayınlamış ve sağlık harcamalarıyla ilgili bazı etkenlerden bahsetmiştir (12). Yine aynı şekilde KEKEÇ ve arkadaşları 2018 yılında “*Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanının Yıllar İtibariyle Analizi*” isimli çalışma yayınlamış ve sağlık harcamalarını etkileyen bazı etkenlerden bahsetmiştir. (47) Ülkemizde ve dünyada sağlık harcamaları ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde sağlık hizmetleri için devletlerin harcama yapması kaçınılmaz olduğu görülmektedir. Bu harcamanın ne kadar olması gerektiği konusu birçok kez tartışma konusu olmuştur. Devletlerin nüfusları, coğrafi konumları, halkın sağlık ihtiyaçları, bu ihtiyaçların giderilmesindeki beklentiler, sağlık hizmeti sunucularının davranışları, teknoloji, bu teknolojilerin kullanım şekli, genç ve yaşlı nüfus oranları, o ülkedeki sağlık organizasyonu, ülkelerdeki politik değişiklikler, ülkenin sosyal ve kültürel durumu, hekim ödeme sistemi gibi birçok faktör sağlık harcamalarını etkilemektedir.

7.1 Veri ve Değişkenler

Yazarın sağlık sektöründeki deneyimlerinden de faydalanarak bu kapsamda sağlık harcamalarını etkilemesi muhtemel değişkenlerin sağlık harcamaları, milyar TL (TS_HARC) üzerindeki etkisinin araştırılması amacıyla ilgili veriler veri mevcudiyetine göre 2002-2017 dönemi için yıllık olarak TÜİK internet sitesinden alınmıştır.

Değişken Tanımlamaları ve Kaynaklar

Değişken	Sembol	Tanım
Gayrisafi yurtiçi hasıla	GSYH	Kişi başına düşen milli gelir (TL)
Sigorta şirketleri	SSIR	Toplam ödenen özel sağlık sigortası primleri (TL)
Hayat sigortası primi	HYT	Ödenen hayat sigortası primleri TL
Sağlık sigortası primi	SPR	Ödenen özel sağlık sigortası primleri. (TL)
Kaza sayısı	KAZA	Gerçekleşen kaza sayısı (adet)
Hekim başına düşen hasta sayısı	HEKIM_HASTA	Hekim başına düşen hasta sayısı (adet)
Hanehalkı tüketim harcaması	HHT	Hanehalkı tüketim harcaması (TL)
Hastane yatak sayıları	H_YATAK	Hastanede bulunan yatak sayıları (adet)
Toplam Sağlık Harcaması	TS_HARC	Gerçekleşen toplam sağlık harcaması (TL)

Kaynak: Tablo yazara aittir.

7.2 Bulgular

Tablo 7.1 Özet İstatistikler

	Ort.	ss	Basıklık	Çarpıklık	En Küçük	En Büyük
TS_HARC (MİLYON TL)	61.80	29.78	-0.54	0.41	18.77	119.76
GSYH	1244.49	695.53	-0.59	0.68	359.36	2608.53
SSIR	53.67	5.94	-1.03	0.10	45.00	64.00
HYT	28.07	9.14	-1.57	0.74	20.00	42.00
SPR	1896.78	1436.72	1.91	1.44	410.42	5539.90
KAZA	1.59	1.08	-0.65	0.84	0.50	3.61
HEKİM_HASTA	627.00	58.20	-1.36	0.35	551.10	722.00
HHT	36.07	20.62	-0.75	0.59	10.05	75.95
H_YATAK	188.19	17.64	-1.38	0.07	164.47	217.77

Kaynak: Tablo yazara aittir.

Tablo 1’de görüldüğü üzere ele alınan dönemde TS_HARC yıllık ortalama

61.80 milyar TL düzeyinde gerçekleşmiştir. Bu değişken negatif basıklık ve pozitif çarpıklık katsayısı ile normal dağılıma göre daha basık ve sağa çarpık bir yapıdadır. Değişken 2002-2016 yılları arasında 18.77 ile 119.76 milyar TL değerleri arasında değişkenlik göstermektedir.

GSYH yıllık ortalama 1244.49 milyar TL düzeyinde gerçekleşmiştir. Bu değişken negatif basıklık ve pozitif çarpıklık katsayısı ile normal dağılıma göre daha basık ve sağa çarpık bir yapıdadır. Değişken 2002-2016 yılları arasında 359.36 ile 2608.53 milyar TL değerleri arasında değişkenlik göstermektedir.

SSIR yıllık ortalama 53.67 TL düzeyinde gerçekleşmiştir. Bu değişken negatif basıklık ve pozitif çarpıklık katsayısı ile normal dağılıma göre daha basık ve sağa çarpık bir yapıdadır. Değişken 2002-2016 yılları arasında 45.00 ile 64.00 TL değerleri arasında değişkenlik göstermektedir.

HYT yıllık ortalama 28.07 TL düzeyinde gerçekleşmiştir. Bu değişken negatif basıklık ve pozitif çarpıklık katsayısı ile normal dağılıma göre daha basık ve sağa çarpık bir yapıdadır. Değişken 2002-2016 yılları arasında 20.00 ile 42.00 TL değerleri arasında değişkenlik göstermektedir.

SPR yıllık ortalama 1896.78 milyon TL düzeyinde gerçekleşmiştir. Bu değişken pozitif basıklık ve çarpıklık katsayısı ile normal dağılıma göre daha sivri ve sağa çarpık bir yapıdadır. Değişken 2002-2016 yılları arasında 410.42 ile 5539.90 milyon TL değerleri arasında değişkenlik göstermektedir.

KAZA yıllık ortalama 1.59 milyar düzeyinde gerçekleşmiştir. Bu değişken negatif basıklık ve pozitif çarpıklık katsayısı ile normal dağılıma göre daha basık ve sağa çarpık bir yapıdadır. Değişken 2002-2016 yılları arasında 0.50 ile 3.61 milyar değerleri arasında değişkenlik göstermektedir.

HEKIM_HASTA yıllık ortalama 627.00 düzeyinde gerçekleşmiştir. Bu değişken negatif basıklık ve pozitif çarpıklık katsayısı ile normal dağılıma göre daha basık ve sağa çarpık bir yapıdadır. Değişken 2002-2016 yılları arasında 551.10 ile 722.00 değerleri arasında değişkenlik göstermektedir.

HHT yıllık ortalama 36.07 milyar TL düzeyinde gerçekleşmiştir. Bu değişken negatif basıklık ve pozitif çarpıklık katsayısı ile normal dağılıma göre daha basık ve sağa çarpık bir yapıdadır. Değişken 2002-2016 yılları arasında 10.05 ile 75.95 milyar TL değerleri arasında değişkenlik göstermektedir.

H_YATAK yıllık ortalama 188.19 bin düzeyinde gerçekleşmiştir. Bu değişken negatif basıklık ve pozitif çarpıklık katsayısı ile normal dağılıma göre daha basık ve sağa çarpık bir yapıdadır. Değişken 2002-2016 yılları arasında 164.47 ile 217.77 bin değerleri arasında değişkenlik göstermektedir.

Tablo 7.2 ADF Testi Sonuçları

Değişken	Sabitsiz ve Trendsiz		Sabitli		Sabitli ve Trendli	
	t	p-değeri	t	p-değeri	t	p-değeri
TS_HARC	9.22	1.00	2.61	1.00	0.90	1.00
D_TS_HARC	0.38	0.78	-0.97	0.73	-1.66	0.71
D2_TS_HARC	-4.02	0.00	-4.08	0.01	-4.24	0.03
GSYH	12.63	1.00	4.80	1.00	0.95	1.00
D_GSYH	0.07	0.69	-1.19	0.64	-2.84	0.21
D2_GSYH	-4.81	0.00	-4.92	0.00	-4.86	0.01
SSIR	-0.77	0.36	-1.47	0.52	-1.77	0.66
D_SSIR	-3.91	0.00	-3.82	0.02	-3.76	0.06
HYT	1.22	0.93	-0.27	0.91	-1.89	0.61
D_HYT	-3.19	0.00	-3.53	0.02	-3.50	0.08
SPR	3.44	1.00	2.36	1.00	3.33	1.00
D_SPR	0.97	0.90	-4.93	0.00	-5.86	0.00
KAZA	-1.20	0.20	-2.34	0.17	-2.34	0.39
D_KAZA	-4.26	0.00	-4.06	0.01	-3.80	0.05
HEKIM_HASTA	-8.63	0.00	-1.81	0.36	-0.35	0.98
HHT	4.30	1.00	4.35	1.00	1.09	1.00
D_HHT	2.01	0.98	0.58	0.98	-4.46	0.02
H_YATAK	3.95	1.00	0.31	0.97	-3.28	0.11
D_H_YATAK	-0.65	0.42	-5.16	0.00	-5.04	0.01

Yukarıda belirtildiği üzere çalışmada kullanılan serilerin durağan olmaması durumunda sahte regresyon problemi ortaya çıkabilir. Bu nedenle uygulanan ADF test sonuçları tablo 2’de belirtilmiştir.

Buna göre;

- TS_HARC değişkenine ilişkin sabitsiz ve trendsiz model için test istatistiği yaklaşık 1 p-değeri ile 9.22 olarak, sabitli ve trendsiz model için test istatistiği yaklaşık 1 p-değeri ile 2.61 olarak ve sabitli ve trendli model için test istatistiği yaklaşık 1 p-değeri ile 0.90 olarak hesaplanmıştır. Sonuç olarak TS_HARC değişkeninin birim köke sahip olduğu boş hipotez

H0: Birim kök vardır, %90 güven aralığında reddedilmeyerek bu değişkenin birinci sıra farkı (D_ TS_HARC) alınarak test yinelenmiştir. Birinci sıra farkı alınan seriye ilişkin yapılan ADF testinde her üç modelde de boş hipotez reddedilmemiştir. Bu nedenle serinin ikinci sıra farkı (D2_ TS_HARC) alınarak her üç model için de testler yinelenmiştir. Sonuç olarak her üç modelde de boş hipotez reddedilerek serinin ikinci sıra entegre olduğu söylenebilir.

- GSYH değişkenine ilişkin sabitsiz ve trendsiz model için test istatistiği yaklaşık 1 p-değeri ile 12.63 olarak, sabitli ve trendsiz model için test istatistiği yaklaşık 1 p-değeri ile 4.80 olarak ve sabitli ve trendli model için test istatistiği yaklaşık 1 p-değeri ile 0.95 olarak hesaplanmıştır. Sonuç olarak GSYH değişkeninin birim köke sahip olduğu boş hipotez

H0: Birim kök vardır, %90 güven aralığında reddedilmeyerek bu değişkenin birinci sıra farkı (D_ GSYH) alınarak test yinelenmiştir. Birinci sıra farkı alınan seriye ilişkin yapılan ADF testinde her üç modelde de boş hipotez reddedilmemiştir. Bu nedenle serinin ikinci sıra farkı (D2_ GSYH) alınarak her üç model için de testler yinelenmiştir. Sonuç olarak her üç modelde de boş hipotez reddedilerek serinin ikinci sıra entegre olduğu söylenebilir.

- SSIR değişkenine ilişkin sabitsiz ve trendsiz model için test istatistiği 0.36 p-değeri ile -0.77 olarak, sabitli ve trendsiz model için test istatistiği 0.52 p-değeri ile -1.47 olarak ve sabitli ve trendli model için test istatistiği 0.66 p-

değeri ile -1.77 olarak hesaplanmıştır. Sonuç olarak SSIR değişkeninin birim köke sahip olduğu boş hipotez

H0: Birim kök vardır, %90 güven aralığında reddedilmeyerek bu değişkenin birinci sıra farkı (D_SSIR) alınarak test yinelenmiştir. Birinci sıra farkı alınan seriye ilişkin yapılan ADF testinde her üç modelde de boş hipotez reddedilerek serinin birinci sıra entegre olduğu söylenebilir.

- HYT değişkenine ilişkin sabitsiz ve trendsiz model için test istatistiği 0.93 p-değeri ile 1.22 olarak, sabitli ve trendsiz model için test istatistiği 0.91 p-değeri ile -0.27 olarak ve sabitli ve trendli model için test istatistiği 0.61 p-değeri ile -1.89 olarak hesaplanmıştır. Sonuç olarak HYT değişkeninin birim köke sahip olduğu boş hipotez

H0: Birim kök vardır, %90 güven aralığında reddedilmeyerek bu değişkenin birinci sıra farkı (D_HYT) alınarak test yinelenmiştir. Birinci sıra farkı alınan seriye ilişkin yapılan ADF testinde her üç modelde de boş hipotez reddedilerek serinin birinci sıra entegre olduğu söylenebilir.

- SPR değişkenine ilişkin sabitsiz ve trendsiz model için test istatistiği yaklaşık 1 p-değeri ile 3.44 olarak, sabitli ve trendsiz model için test istatistiği yaklaşık 1 p-değeri ile 2.36 olarak ve sabitli ve trendli model için test istatistiği yaklaşık 1 p-değeri ile 3.33 olarak hesaplanmıştır. Sonuç olarak SPR değişkeninin birim köke sahip olduğu boş hipotez

H0: Birim kök vardır, %90 güven aralığında reddedilmeyerek bu değişkenin birinci sıra farkı (D_SPR) alınarak test yinelenmiştir. Birinci sıra farkı alınan seriye ilişkin yapılan ADF testinde sabitli model ile sabitli-trendli modelde boş hipotez reddedilerek serinin birinci sıra entegre olduğu söylenebilir.

- KAZA değişkenine ilişkin sabitsiz ve trendsiz model için test istatistiği 0.20 p-değeri ile -1.20 olarak, sabitli ve trendsiz model için test istatistiği 0.17 p-değeri ile -2.34 olarak ve sabitli ve trendli model için test istatistiği 0.39 p-değeri ile -2.34 olarak hesaplanmıştır. Sonuç olarak KAZA değişkeninin birim köke sahip olduğu boş hipotez

H0: Birim kök vardır, %90 güven aralığında reddedilmeyerek bu değişkenin birinci sıra farkı (D_KAZA) alınarak test yinelenmiştir. Birinci sıra farkı alınan seriye ilişkin yapılan ADF testinde her üç modelde de boş hipotez reddedilerek serinin birinci sıra entegre olduğu söylenebilir.

- HEKIM_HASTA değişkenine ilişkin sabitsiz ve trendsiz model için test istatistiği yaklaşık 0 p-değeri ile -8.63 olarak, sabitli ve trendsiz model için test istatistiği 0.36 p-değeri ile -1.81 olarak ve sabitli ve trendli model için test istatistiği 0.98 p-değeri ile -0.35 olarak hesaplanmıştır. Sonuç olarak HEKIM_HASTA değişkeninin birim köke sahip olduğu boş hipotez

H0: Birim kök vardır, %99 güven aralığında reddedilerek serinin düzeyde durağan olduğu söylenebilir.

- HHT değişkenine ilişkin sabitsiz ve trendsiz model için test istatistiği yaklaşık 1 p-değeri ile 4.30 olarak, sabitli ve trendsiz model için test istatistiği yaklaşık 1 p-değeri ile 4.35 olarak ve sabitli ve trendli model için test istatistiği yaklaşık 1 p-değeri ile 1.09 olarak hesaplanmıştır. Sonuç olarak HHT değişkeninin birim köke sahip olduğu boş hipotez

H0: Birim kök vardır, %90 güven aralığında reddedilmeyerek bu değişkenin birinci sıra farkı (D_HHT) alınarak test yinelenmiştir. Birinci sıra farkı alınan seriye ilişkin yapılan ADF testinde sabitli-trendli model için boş hipotez reddedilerek serinin birinci sıra entegre olduğu söylenebilir.

- H_YATAK değişkenine ilişkin sabitsiz ve trendsiz model için test istatistiği yaklaşık 1 p-değeri ile 3.95 olarak, sabitli ve trendsiz model için test istatistiği 0.97 p-değeri ile 0.31 olarak ve sabitli ve trendli model için test istatistiği 0.11 p-değeri ile -3.28 olarak hesaplanmıştır. Sonuç olarak HHT değişkeninin birim köke sahip olduğu boş hipotez

H0: Birim kök vardır, %90 güven aralığında reddedilmeyerek bu değişkenin birinci sıra farkı (D_H_YATAK) alınarak test yinelenmiştir. Birinci sıra farkı alınan seriye ilişkin yapılan ADF testinde sabitli model ile sabitli-trendli model için boş hipotez reddedilerek serinin birinci sıra entegre olduğu söylenebilir.

Özet olarak ADF testi sonucunda TS_HARC ve GSYH değişkenleri ikinci sıra entegre bulunduğundan bu değişkenlerin ikinci sıra farkları, SSIR, HYT, SPR, KAZA, HHT ve H_YATAK değişkenleri birinci sıra entegre bulunduğundan bu değişkenlerin birinci sıra farkları alınmıştır.

Çalışmada kredi hacminin ve faiz oranlarının net dönem karı üzerinde etkisinin incelenmesi amacıyla kurulan regresyon modeli en küçük kareler yöntemi ile tahmin edilmiş ve tahmin sonuçları tablo 3’de görülmektedir.

Tablo 7.3 İlk Regresyon Sonuçları

Değişken	Katsayı	Std. Hata	t-istatistiği	p-değeri
C	-3.68	13.98	-0.26	0.81
D2_GSYH	0.05	0.02	3.46	0.03
D_SSIR	-0.45	0.40	-1.12	0.33
D_HYT	-0.52	0.46	-1.13	0.32
D_SPR	0.00	0.00	-2.65	0.06
D_KAZA	0.00	0.92	0.00	1.00
HEKIM_HASTA	0.00	0.02	0.23	0.83
D_HHT	0.53	0.44	1.21	0.29
D_H_YATAK	-0.06	0.16	-0.41	0.71
R2	0.88			
F-Test	3.70			0.11

Tablo 3’de analiz için oluşturulan ilk regresyon modeli sonuçları görülmektedir. F istatistiği sonuçlarına göre modelin bütünüyle %90 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamsız olduğu söylenebilir. Belirleme katsayısı 0.88 olarak hesaplandığından modeldeki değişkenlerin bağımlı değişkendeki değişimin %88’sini açıkladığı söylenebilir.

Modelde anlamsız olan değişkenler p-değerlerine göre çıkarılarak model yeniden tahmin edilmiştir. Bu kapsamda ilk olarak p-değeri en yüksek olan D_KAZA değişkeni çıkarılmış ve sonuçlar Tablo 4’de belirtilmiştir.

Tablo 7.4 İkinci Regresyon Sonuçları

Değişken	Katsayı	Std. Hata	t-istatistiği	p-değeri
C	-3.67	12.17	-0.30	0.77
D2_GSYH	0.05	0.01	4.54	0.01
D_SSIR	-0.45	0.26	-1.76	0.14
D_HYT	-0.52	0.30	-1.72	0.15
D_SPR	0.00	0.00	-2.99	0.03
HEKIM_HASTA	0.00	0.02	0.26	0.80
D_HHT	0.53	0.36	1.47	0.20
D_H_YATAK	-0.06	0.14	-0.46	0.67
R2	0.88			
F-Test	5.28			0.04

F istatistiği sonuçlarına göre modelin bütünüyle %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu söylenebilir. Belirleme katsayısı 0.88 olarak hesaplandığından modeldeki değişkenlerin bağımlı değişkendeki değişimin %88'sini açıkladığı söylenebilir. Diğer taraftan modelde p-değeri 0.1 büyük olan ve %90 güven düzeyinde anlamsız olan değişkenler yer almaktadır. Bu nedenle anlamsız olan bu değişkenler arasında p-değeri en yüksek olan HEKIM_HASTA değişkeni modelden çıkarılmıştır. İlgili sonuçlar Tablo 5'de belirtilmiştir.

Tablo 7.5 Üçüncü Regresyon Sonuçları

Değişken	Katsayı	Std. Hata	t-istatistiği	p-değeri
C	-0.48	1.28	-0.37	0.72
D2_GSYH	0.05	0.01	4.94	0.00
D_SSIR	-0.46	0.24	-1.93	0.10
D_HYT	-0.52	0.28	-1.88	0.11
D_SPR	0.00	0.00	-3.56	0.01
D_HHT	0.46	0.21	2.14	0.08
D_H_YATAK	-0.08	0.12	-0.62	0.56
R2	0.88			
F-Test	7.28			0.01

F istatistiği sonuçlarına göre modelin bütünüyle %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu söylenebilir. Belirleme katsayısı 0.88 olarak hesaplandığından modeldeki değişkenlerin bağımlı değişkendeki değişimin %88'sini açıkladığı söylenebilir. Diğer taraftan modelde p-değeri 0.1 büyük olan ve %90 güven düzeyinde anlamsız olan değişkenler yer almaktadır. Bu nedenle anlamsız olan bu değişkenler arasında p-değeri en yüksek olan D_H_YATAK değişkeni modelden çıkarılmıştır. İlgili sonuçlar Tablo 6'da belirtilmiştir.

Tablo 7.6 Nihai Regresyon Sonuçları

Değişken	Katsayı	Std. Hata	t-istatistiği	p-değeri
C	-0.80	1.12	-0.72	0.49
D2_GSYH	0.05	0.01	5.19	0.00
D_SSIR	-0.47	0.22	-2.11	0.07
D_HYT	-0.55	0.26	-2.13	0.07
D_SPR	0.003	0.00	-3.69	0.01
D_HHT	0.47	0.20	2.29	0.06
R2	0.87			
F-Test	9.5			0.01

Tablo 5.6'daki nihai regresyon sonuçlarına bağlı olarak analizin modeli aşağıdaki gibi düzenlenmiştir:

$$Y(TS_HARC) = \beta_0 + \beta_1 * D2_GSYH + \beta_2 * D_SSIR + \beta_3 * D_HYT + \beta_4 * D_SPR + \beta_5 * D_HHT$$

Tablodan elde edilen veriler kullanılarak katsayılar formüldeki yerlerine aktarıldığında model aşağıdaki gibi gerçekleşmiştir:

$$Y(TS_HARC) = -0,80 + 0,05 * D2_GSYH + (-0,47) * D_SSIR + (0,55) * D_HYT + 0,003 * D_SPR + 0,47 * D_HHT$$

F istatistiği sonuçlarına göre modelin bütünüyle %99 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu söylenebilir. Belirleme katsayısı 0.87 olarak hesaplandığından modeldeki değişkenlerin bağımlı değişkendeki değişimin %87'sini açıkladığı söylenebilir.

Tahmin edilen katsayı değerlerine bakıldığında D2_GSYH değişkenin katsayısının yaklaşık 0 p-değeri ile 0.05 değerine sahip olduğu görülmektedir. Buna

göre H_0 : Katsayı 0'a eşittir boş hipotezi %99 güven aralığında reddedilerek ilgili değişkenin sağlık harcamaları üzerinde anlamlı bir biçimde etki olduğu söylenebilir. Buna göre D2_GSYH'deki bir birimlik artış D2_TS_HARC değişkeninde 0.05 birim artışa neden olmaktadır.

D_SSIR değişkenin katsayısının 0.07 p-değeri ile -0.47 değerine sahip olduğu görülmektedir. Buna göre H_0 : Katsayı 0'a eşittir boş hipotezi %90 güven aralığında reddedilerek ilgili değişkenin sağlık harcamaları üzerinde anlamlı bir biçimde etki olduğu söylenebilir. Buna göre D_SSIR' ndeki bir birimlik artış D2_TS_HARC değişkeninde -0.47 birim azalışa neden olmaktadır.

D_HYT değişkenin katsayısının 0.07 p-değeri ile -0.55 değerine sahip olduğu görülmektedir. Buna göre H_0 : Katsayı 0'a eşittir boş hipotezi %90 güven aralığında reddedilerek ilgili değişkenin sağlık harcamaları üzerinde anlamlı bir biçimde etki olduğu söylenebilir. Buna göre D_HYT' daki bir birimlik artış D2_TS_HARC değişkeninde -0.55 birim azalışa neden olmaktadır.

D_SPR değişkenin katsayısının 0.01 p-değeri ile 0.003 değerine sahip olduğu görülmektedir. Buna göre H_0 : Katsayı 0'a eşittir boş hipotezi %95 güven aralığında reddedilerek ilgili değişkenin sağlık harcamaları üzerinde anlamlı bir biçimde etki olduğu söylenebilir. Buna göre D_SPR' ndeki bir birimlik artış D2_TS_HARC değişkeninde 0.003 birim artışa neden olmaktadır.

D_HHT değişkenin katsayısının 0.06 p-değeri ile 0.47 değerine sahip olduğu görülmektedir. Buna göre H_0 : Katsayı 0'a eşittir boş hipotezi %90 güven aralığında reddedilerek ilgili değişkenin sağlık harcamaları üzerinde anlamlı bir biçimde etki olduğu söylenebilir. Buna göre D_HHT' daki bir birimlik artış D2_TS_HARC değişkeninde 0.47 birim artışa neden olmaktadır.

Regresyon modeli oluşturulduktan sonra katsayıların en küçük varyansa sahip olmaları koşulunu bozan (otokorelasyon ve değişen varyans) varsayımların test edilmesi gerekmektedir. Bu çerçevede Breusch Pagan Godfrey değişen varyans testi ile Breusch Godfrey'in LM testi yapılmıştır. Tablo 7'de değişen varyans test sonuçları gösterilmiştir.

Tablo 7.7 Breusch Pagan Godfrey Değişen Varyans Testi

Değişken	Katsayı	Std. Hata	t-İstatistiği	p-değeri
C	4.02	1.42	2.84	0.03
D2_GSYH	0.01	0.01	0.86	0.42
D_SSIR	-0.15	0.28	-0.51	0.62
D_HYT	-0.16	0.33	-0.48	0.65
D_SPR	0.00	0.00	-0.94	0.38
D_HHT	-0.51	0.26	-1.95	0.09
n*R ² : 5.36		p-değeri(ki-kare): 0.37		

Tablo 7’de görüldüğü üzere Breusch Pagan Godfrey test istatistiği 5.36 olarak hesaplanmıştır. Test istatistiği istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığından hata terimleri sabit varyansa sahiptir denilebilir.

Değişen varyans sorunu olmadığına karar verildikten sonra hata terimleri arasında ilişkinin olup olmadığı Breusch Godfrey LM testi kullanılarak araştırılmıştır. Bu çerçevede hata terimlerinin 2 gecikmeye kadar ilişkili olup olmadığı test edilmiştir. Burada üçüncü gecikmeye kadar sınamaların yapılmasının nedeni testin gücünün azalmasının önüne geçilmek istenmesidir. Sonuçlar Tablo 8’de belirtilmiştir.

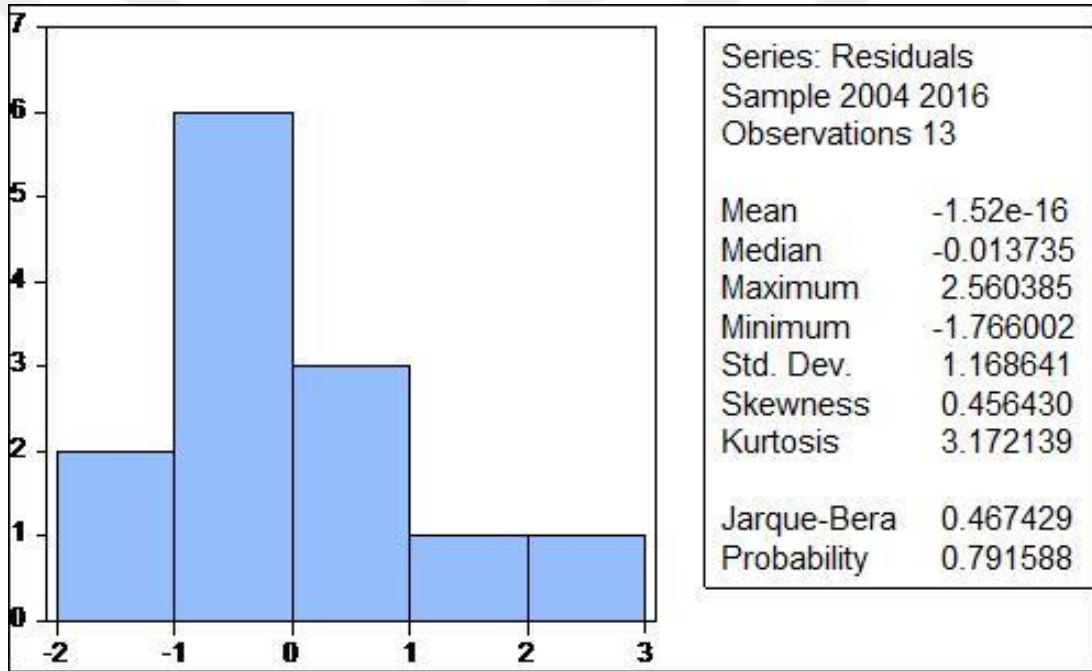
Tablo 7.8 Breusch Godfrey LM Testi Sonuçları

Değişken	Katsayı	Std. Hata	t-İstatistiği	p-değeri
C	0.07	1.15	0.06	0.95
D2_GSYH	0.01	0.02	0.67	0.53
D_SSIR	-0.12	0.31	-0.39	0.72
D_HYT	-0.10	0.30	-0.33	0.75
D_SPR	0.00	0.00	-0.32	0.76
D_HHT	-0.01	0.21	-0.03	0.98
RESID(-1)	0.72	0.59	1.23	0.28
RESID(-2)	-0.31	0.49	-0.65	0.55
n*R ² : 3.67		p-value(chi-square): 0.16		

Tablo 8’de Breusch Godfrey LM testi sonuçları gösterilmektedir. Test yukarıda belirtildiği üzere hata terimlerinin 2 gecikmeli değerine kadar gecikmeli değerler kullanılarak yapılmıştır. Buna göre test istatistik değeri 3.67 olarak hesaplanmıştır. bu değer istatistiksel olarak anlamsız olduğundan (test istatistik değerine ait olasılık değeri 0.1’den büyük olduğundan) hata terimlerinin ilişkili olmadığı boş hipotezi reddedilmemiş ve modelde otokorelasyon sorununun olmadığı söylenebilir.

Son olarak hata terimlerinin normal dağılıma uygun olup olmadığı Jarque-Bera testi ile araştırılmıştır. Sonuçlar Şekil 1’de belirtilmiştir.

Tablo 7.9 Hata Terimlerinin Dağılımı



Buna göre Jarque-Bera test istatistiği 0.79 p-değeri ile 0.47 olarak hesaplandığından

H_0 : Hata terimleri normal dağılmaktadır. Boş hipotezi reddedilmemiştir. Dolayısıyla hata terimlerinin normal dağılıma uygun oldukları söylenebilir.

8. SONUÇ

İnsanlığın doğmasından bu yana, üzerinde en çok durulmakta olan konuların başında yaşamın sağlıklı bir şekilde devam ettirilmesi yer almaktadır. Hayatını sağlıklı bir şekilde sürdürmek isteyen bireyler yıllar geçtikte bu sürecin maddiyata dayandığını fark etmişlerdir ve bu bağlamda sağlık hizmetlerinin bedeli toplumun refah seviyesiyle yakından ilişkili hale gelmiştir. Ekonomik büyümenin sağlanması ve kalkınmanın sürdürülebilmesinde temel unsur olan sağlık harcamaları ülkelerin gelişmişlik düzeyleri hakkında bilgiler vermektedir. Ekonomik gelişme ve kalkınmayla toplumun refah seviyesi artarken, diğer taraftan bu özelliklere sahip bireyler ekonomik gelişme adına ciddi bir girdiyi oluşturmaktadır. Bu alanda yürütülen hizmetler ile ekonomi arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Böylesine bir durumun yaşanmasının temel nedeni ise, bu alanda sunulmakta olan hizmetlerin yalnızca tıbbi bir yönünün olmamasıdır.

Dünyada yaşanmakta olan küreselleşme hareketleri ve neo-liberal politikaların etkinliğinin artmasına paralel olarak sunulmakta olan sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerin finansmanı arasında bir perde çekilmeye başlanmış ve sağlık örgütlenmeleri içerisinde devlet eli zamanla çekilerek adem-i merkeziyetçi bir yapıya kavuşturulmuştur. Bu bağlamda sağlık sektöründe ticareti faaliyetlerin giderek yayılması, kurumların daha fazla kar elde edebilmek adına çalışmaları, sağlık hakkı kavramını gün yüzüne çıkarmıştır. Bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanmaları ve yaşamlarını sağlıklı ortamlarda sürdürebilmeleri sağlık hakkı kapsamında değerlendirilmektedir. Sağlıklı bir ortamdan bahsedebilmek için toplum içerisinde tüm bireylerin belirli bir gelir seviyesine ulaşmış olması gerekmektedir. Bu bağlamda çalışma dahilinde de ifade edildiği gibi sağlık ile gelir seviyesi arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır.

Sağlık sektörü çok büyük ve karmaşık bir sektördür. Sektör içerisinde sağlık harcamalarını belirleyen birçok unsur bulunmaktadır. Bu unsurların temelinde pek çok maliyet arttıran sebep yer almaktadır. Sağlık hizmetleri kapsamında sağlanan bu hizmetlerin niceliği, kalitesi, erişimi ve doğruluğu nasıl finanse edilmiş olduğu ve sağlanan finansman yükünün topluma nasıl pay edilmiş olduğu bakımından önemli

değişkenlerdir.

Bu bilgiler ışığında ifade etmek gerekirse sağlık harcamalarını etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır ve bu bağlamda karmaşıklığı giderebilmek adına çalışmada sağlık harcamalarını etkileyen faktörler incelenmiştir. Bu kapsamda sağlık harcamalarını etkilemesi muhtemel olan Gayrisafi Yurtiçi Hasıla, Sigorta Şirketleri Primi, Hayat Sigortası Primi, Sağlık Sigortası Primi, Kaza Sayısı, Hekim Başına Düşen Hasta Sayısı, Hanehalkı Tüketim Harcaması, Hastane Yatak Sayıları değişkenleri açıklayıcı değişken olarak modele dahil edilmiştir. Çalışmada öncelikle serilerin karakteristik özelliklerinin gözlemlenmesi amacıyla betimleyici istatistikleri incelenmiştir. Daha sonra regresyon modelinin kurulması amacıyla serilerin durağan olup olmadıkları ADF testi ile test edilmiştir.

Bu noktada ikinci sıra entegre bulunan Toplam Sağlık Harcaması ve GSYH değişkenlerin ikinci sıra farkları, birinci sıra entegre bulunan Sigorta Şirketi, Hayat, Sağlık Primi, Kaza, Hanehalkı Tüketim ve Hastane Yatak değişkenlerin birinci sıra farkları alınmıştır. Değişkenler durağanlaştırıldıktan sonra ilk regresyon modeli kurulmuştur. Kurulan regresyon modelinde p-değerine göre en anlamsız bulunan değişken (D_Kaza) modelden çıkarılarak ikinci regresyon modeli kurulmuştur.

İkinci regresyon modelinde en anlamsız bulunan değişken olan Hekim Hasta değişkeni modelden çıkarılarak üçüncü regresyon modeli kurulmuştur. Burada (D_H_YATAK) değişkeni anlamsız olduğundan modelden çıkarılarak nihai modele ulaşılmıştır. Son olarak modele ilişkin sabit varyans ve hata terimlerinin ilişkisiz olduğu varsayımları test edilmiştir. Bu çerçevede değişen varyansın test edilmesi için Breusch Pagan Godfrey, otokorelasyonun test edilmesi için Breusch Godfrey LM testi kullanılmış ve hata terimlerinin sabit varyansa sahip ve birbirleriyle ilişkisiz oldukları hipotezleri reddedilmemiştir.

9. KAYNAKLAR

1. Akdağ R, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri, T.C. Sağlık Bakanlığı, s. 14-16, Ankara, 2007.
2. Akdağ R, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı: Değerlendirme Raporu, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara, 2012.
3. Akdur R, Sağlık Harcamaları, Bilim ve Ütopya, 14(170); 11-19, 2008.
4. Akdur R, Sağlık Sektör, Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu, Ankara Üniversitesi Basımevi, s. 11-12, Ankara, 2003.
5. Akdur R, Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması, Ankara Üniversitesi Basım Evi, s. 13-14, Ankara, 1999.
6. Akın S, Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi, Ç.U. Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Adana, 2007.
7. Aksakoğlu, G, Giray H, Kentsel Alanda Sağlıkta Dönüşüm. Memleket Mevzuat, 2(21-22); 1-11, 2007.
8. Aktan CC, Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi, s. 5-6, Aura Yayıncılık, İstanbul, 2007
9. Altay A. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi, Sayıştay Dergisi, (64); 33-58, 2007.
10. Arrow KJ, Uncertainty and The Welfare Economic of Medical Care, The American Reiew, 53(5); 953-955, 1963.
11. Atasever M, Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi. Bakanlık Yayın No: 983, s. 63-64, Ankara, 2014.
12. Atasever M, Karaca Z, Örnek M, Türkiye Sağlık Harcamaları Analizi, Sasam Yayınları, Yıl 3, Sayı 10, Eylül 2017
13. Ateş H, Kırılmaz H. Bir Yönetişim Modeli Örneği: Kamu Hastane Birliği, İstanbul, 2013.
14. Aydın S, Sağlık Sisteminde Kalite ve Güvenlik Stratejileri, s. 190, İstanbul, 2002.

15. Aydoğdu F, Ana L, Türkiye ve Brezilya'da Sağlık Turizmi: Bir Karşılaştırma. İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, s. 12, İstanbul, 2016.
16. Bakırcı F, Temür Y, Sağlık Harcamalarında Performans Değerlemesi: Devlet Hastaneleri Üzerine Veri Zarflama Analizi, Devletin Değişen Rolü Bağlamında Türkiye'de Kamu Harcamalarının Sektörel Analizi, Eskişehir Osmangazi, 2008.
17. Balçık P, şahin B, Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Etkililik Analizi ve Karar Analizi; Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 16(2); 124, 2013.
18. Baltagi, Badi H, Moscone F, Health care expenditure and income in the OECD reconsidered: Evidence from panel data, *Economic modelling* 27(4); 804-811, 2010.
19. Berger MC, & Messer J (2002) Public financing of health expenditures, insurance, and health outcomes, *Applied Economics*, 34(17):2105-2113.
20. Bilgel F, The Determinants of Health Expenditures in Turkey, 1924-1996: An Econometric Analysis. Proceedings of the 6 th National Econometrics and Statistics Symposium, Ankara, 2003.
21. Bilgili E, Ecevit E, Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 11(2); 201-228, 2008.
22. Bora Başaran ve şahin, İ., (2008), Türkiye'de Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarını Etkileyen Etmenler, H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt:26, Sayı:2, ss:319-340
23. Chakroun, Mohamed (2009): Health care expenditure and GDP: An international panel smooth transition approach.
24. Çalışkan Z, OECD ülkelerinde sağlık harcamaları: panel veri analizi. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. (34); 117-37, 2009.
25. Çelik Y, Sağlık Ekonomisi, Siyasal Kitabevi, s. 200-210, Ankara, 2011b.
26. Çelik Y, Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1); 55-58, 2011a.

27. Çelikay F, Gümüş E, Türkiye 'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı; Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 11(1); 1-39, 2009.
28. Çoban H, Sağlık Ekonomisi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması, D.E.Ü Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı, Doktora Tezi, s. 11-19, İzmir, 2009.
29. Dağlı HG, Türkiye'de Sağlık Sektörünün Yapısı", Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, s. 26-30, Ankara, 2006.
30. Dreger C, Reimers HE, Health care expenditures in OECD countries: a panel unit root and cointegration analysis. IZA Discussion Paper, p. 1-20, 2005.
31. Erdoğan S, Bozkurt H, Türkiye'de Yaşam Beklentisi- Ekonomik Büyüme İlişkisi: Ardl Modeli ile Bir Analiz, Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi, 3, 25-38, 2008.
32. Erkan H. (2008). Bilgi Toplumu ve Sağlıkın Artan Önemi, I. Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi, Hereke-Kocaeli.
33. Erol H, Özdemir A, Türkiye'de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının. SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi, 4(1); 9-34. 2014.
34. Eurostat, Gayri Safi Yurtiçi Hasıla'ya (GSYH) oranla hesaplanan kamu bütçeleri 2016, <https://tr.euronews.com/2018/03/09/hangi-avrupa-ulkesi-hangi-hizmete-daha-cok-butce-ay-r-yor->
35. Ersöz F, Türkiye ile OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamalarının Analizi, İstatistikçiler Dergisi, 2; 95-104, 2008.
36. Forrestal, E, International Models Of Health Systems Financing, Journal Of Hospital Administration, p. 128, 3(4); 126-128, 2014.
37. Gerdtham UG, Löthgren M, New Panel Results on Cointegration of International Health Expenditure and GDP, Applied Economics, 34, 1679-1686, 2002.
38. Gbesemete, K.P. & Gerdtham, U.G. (1992). Determinants of health care expenditure in Africa: A cross-sectional study. World Development, 20(2), 303-308.
39. Gökhan S, Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkileri: 1980 Sonrası Türkiye Ekonomisi Analizi, C.B. Üniversitesi Sosyal Bilimler

- Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi İktisat Anabilim Dalı İktisat Teorisi Programı, Manisa, s.15-19, 2017.
40. Hitiris T, Health Care Expenditure and İntegration İn The Countries of the European Union, Applied Economics, 29; 1-6, 1997.
 41. Hitiris, T, Posnett J, The Determinants And Effects Of Health Expenditure İn Developed Countries, Journal of Health Economics 11, 173-181, 1992.
 42. Işık A, Sağlık Ekonomisi, Finansmanı ve Ekonometrik Bir Analiz Çerçevesi, Doktora Tezi, M.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 1998.
 43. Işık M, Sağlık Ekonomisine Giriş, Ekin Kitabevi Yayınları. Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü Yıllık Raporları, Bursa, 2015.
 44. İstanbulluoğlu, H., Güleç, M. ve Oğur, R. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. Dirim Tıp Gazetesi, 85(2), 86-99.
 45. Karafakıoğlu M, Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayını, s.108-109, Yayın No: 271, İstanbul, 1998.
 46. Kavuncubaşı Ş, Yıldırım S, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Siyasal Kitabevi, s. 20-50 Ankara, 2010.
 47. Kekeç H.M, Yıldırım Z, Polat A, Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanının Yıllar İtibariyle Analizi, 2018
 48. Kılavuz E, Sağlık Harcamalarındaki Artış ve Temel Bakım Hizmetleri. Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 1(29); 173-1175, 2010.
 49. Kıymaz H, Akbulut Y, Demir A, Tests of stationarity and cointegration of health care expenditure and gross domestic product An application to Turkey. The European Journal of Health Economics, 7(4); 285-289, 2006.
 50. Koçkaya G, Tatar M, Tıbbi Cihazlarda Sağlık Teknolojisi Değerlendirmesi (DSÖ Tıbbi cihaz teknik serisi). Dünya Sağlık Örgütü Yayınları, 11-34, 2013.
 51. Konuk AN, 1980'den Günümüze Değişen Sosyal Devlet Anlayışı İçerisinde Sağlık Harcamaları ve Politikaları, Yüksek Lisans Tezi. M.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, s. 30-35, İstanbul,
 52. Köktaş, A. Yereli, A. B. ve Kobal, İ. (2010). Türkiye’de sağlık harcamalarını artıran faktörler, Erişim Tarihi: (03.05.2016).
 53. Kurtulmuş S, Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, Değişim Dinamikleri Yayınevi, s. 21, İstanbul, 1998.

54. Leu RE, The Public-Private Mix And International Health Care Cost İn Public And Private Health Services, A.J. Culyer, B. Jonsson (Eds) B.Blackwel, 1; 41-63, 1986.
55. Musgrove P, Public and Private Roles in Health, Health Economics in Development (Edt. Philip Musgrove), World Bank Publishing, Human Development Network:Health, Nutrition and Population Series, p. 141, Washington, 2002
56. Mutlu A, Işık AK, Sağlık Ekonomisine Giriş, Bursa, Ekin Yayınları, 2005.
57. Mutlu A, Işık K, Sağlık Ekonomisine Giriş, Ekin Basım Yayın Dağıtım, (Genişletilmiş Basım), Bursa, 2012.
58. Mutlu A, Küresel Kamusal Mallar Bağlamında Sağlık Hizmetleri ve Çevre Kirlenmesi: Üretim, Finansman ve Yönetim Sorunları. Maliye Dergisi, 150; 53-78, 2006.
59. Nazlı A, Türkiye’de Temel Sağlık Hizmetleri, Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayı 39, 2001.
60. Newhouse JP, Medical Care Expenditure: a Cross National Survey, The Journal of Human Resource, 12; 115-25, 1977.
61. Osman G, Özbal Y, Yusuf Ö, 21. Yüzyılda Herkese Sağlık, Erciyes Üniversitesi Yayınları, No:126, Kayseri, 2000.
62. Özbek N, Cumhuriyet Türkiye’sinde sosyal güvenlik ve sosyal politikalar. Emeklilik Gözetim Merkez, 2006.
63. Özgen H, Sağlık Hizmetleri Finansmanında Cepten Harcama: Nedir? Neden Önemlidir? Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 10(2); 201-228, 2007.
64. Özkara Y, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama, A.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Antalya, 2006.
65. Öztekin Z, Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri, Yeni Türkiye, Sağlık Özel Sayısı, 39; 60-64, 2011. Öztekin Z. Sağlıkta kavramlar. Yeni Türkiye, Yıl 7, Cilt 39, 2001, s. 294-298.
66. Özuysal H, Türkiye’de Sağlık Harcamaları: Ekonometrik Bir Uygulama, s. 3-4, Ankara, 2011.
67. Parkin DA, McGuir Y, Aggregate Health Care Expenditures And National Incomes: Is Health Care A Luxury Good? Journal of Health, 1987.

68. Sağlık Bakanlığı, 80. Yılda Tedavi Hizmetleri 1923-2003, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara, 2004.
69. Sargutan AE, Sağlık Sistemi ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergi, (Cilt:8, Sayı:3); 400-427, 2005.
70. Erdal SARGUTAN, Sağlık Teknolojisi Yönetimi, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, (Cilt:8, Sayı:1) 114 (2005)
71. Savaş S, Karahan Ö, Saka R, Sağlık Sistemlerinde Dönüşüm: Türkiye, *Avrupa Sağlık Sistemleri Gözlemcisi*, 4(4); 44-45, 2002.
72. Sayım F, Tarık O, Sağlık Bakanlığı Web Tabanlı Merkezi Muhasebe Kayıt ve İstatistik Modüllerinin Hastanelerde Kurumsal Yönetim İşlevleri Açısından Değerlendirmesi, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 16(1); 185-204, 2011.
73. Sen, A. (2005). Is Health Care a Luxury? New Evidence from OECD Data. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 5(2), 147–164. <https://doi.org/10.1007/s10754-005-1866-4>
74. Sevda A, Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21(1); 311-322, 2014.
75. Sevim İ, 1980 Sonrası Uygulanan Yeni Liberal Politikaların Sağlık Sektörüne Etkisi Türkiye Örneği, M.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi, s.15, İstanbul, 2006.
76. SGK (2008) 01.10.2008 Tarihinde yürürlüğe giren 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu.
77. Shan L, Li Y, Ding D, et al., Patient Satisfaction with Hospital Inpatient Care: Effects of Trust, Medical Insurance and Perceived Quality of Care, 11(10); 1-18, 2016.
78. Sığırlı D, Ediz B, Cangür Ş, Ercan İ, Kan İ, Türkiye ve Avrupa Birliği’ne üye ülkelerin sağlık düzeyi ölçütlerinin çok boyutlu ölçekleme analizi ile incelenmesi. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 13(2); 81-5, 2006.
79. Somunuğlu S, Sağlık-Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi, Sağlık Kurumları Yönetimi, s. 8-12, Eskişehir, 2012.

80. Sönmez M, Sağlık Hakkı ve Ticarileşme, Eşitlikler kaçınılmaz mıdır?, 3. Kent ve Sağlık Sempozyumu s. 29-30, 2011.
81. Sülkü SN, Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı, Sağlık Harcamaları. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, s. 3-33, 2011.
82. Swartz K, Health Care For The Poor: For Whom What Care And Whose Responsibility. Focus. 26(2); 69-74, 2009.
83. Şahbaz İ, Bir Sosyal Hak Olarak Sağlık Hakkı, Türkiye Barolar Birliği Dergisi, Seri 86; 405-424, 2009.
84. Şener M, Yiğit V, Sağlık Sistemlerinin Teknik Verimliliği: OECD Ülkeleri Üzerinde Bir Araştırma, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 1(26); 266-290, 2017.
85. Şimşek Z, Sağlık Geliştirmenin Tarihsel Gelişimi ve Örneklerle Sağlık Geliştirme Stratejileri. TAF Preventive Medicine Bulletin, 12(3); 334, 2013.
86. Tatar F, Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları. Toplum ve Hekim, 11(72); 43-44, 1996.
87. Tatar M, Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi, Sosyal Güvenlik Dergisi, 1(1); 103-133, 2011.
88. Tengilimoğlu, D, Sağlık İşletmeleri Yönetimi, s.56, Geliştirilmiş 4.Basım, 2012.
89. Tiryaki D, Tatar M, Sağlık Sigortası Teorisi ve Uygulama, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 5; 123-139, 2002.
90. Turan N, Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği Ve Olanakları, Anadolu Üniversitesi Yayını, Yayın No.1555, s. 33-34, Eskişehir, 2004.
91. Turgul Ö, Doğan F, Mandıracıoğlu A, Lüleci, E. Sağlık geliştirici davranışların değerlendirilmesi amacıyla çok boyutlu sağlık anketi (ÇSA)'nın Bausel Ölçeği ile birlikte uygulanması, Ege Tıp Dergisi, 41(2); 91-95, 2002.
92. Tüylüoğlu Ş, Tekin M, Gelir Düzeyi ve Sağlık Harcamalarının Beklenen Yaşam Süresi ve Bebek Ölüm Oranı Üzerindeki Etkileri. Çukurova Üniversitesi İİBF Dergisi, 13(1); 1-31, 2009.

93. Uğurluoğlu E, Özgen H. Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 11(2), 133-160, 2008.
94. Ünal E, Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi, Ekin Basın Yayın Dağıtım, s. 62-93. Bursa, 2013.
95. WHO, European Health Report, Regional Office for Europe, 2001.
96. WHO, Official Records of The World Health Organisation, 1948.2015
97. Yaşar G, Yenimahalleli, Sağlıkın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi, A.Ü Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, s. 64, Ankara, 2007.
98. Yıldırım S, Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi, DPT Uzmanlık Tezleri, Yayın No: DPT 2350, s. 13-15, Ankara, 1994.
99. Yurdadoğ V, Sağlık Karma Malının Tahsisinde Etkinlik Sorunu ve Türkiye’de Sağlık Reformu, Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, s. 46, Ankara, 2006.
100. Yurdadoğ V, Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi, Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 16(1); 591-610, 2007.



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.41099
Konu : Etik Kurulu Kararı

19/08/2019

Sayın Erkan ERKAYA

Üniversitemizin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 21/06/2019 tarihli 451 karar no ile onay verilen "Türkiye' de Sağlık Hizmetlerinde Yapılan Harcamalar ve Etkileyen Faktörler" isimli çalışmanın başlığını "Sağlık Hizmetlerinde Yapılan Harcamaları Etkileyen Faktörler Analizi; 2002-2017 Dönemi Türkiye Uygulaması" olarak değiştirilmesi isteğiniz uygun bulunmuş olup kayıt altına alınmıştır.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 19.08.2019 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 314CDEFEXA kodu ile doğrulayabilirsiniz.



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.18661
Konu : Etik Kurulu Kararı

21/06/2019

Sayın Erkan ERKAYA

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Türkiye de Sağlık Hizmetlerinde Yapılan Harcamalar ve Etkileyen Faktörler” isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Ek:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 21.06.2019 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 554E6E8FX0 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU






BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Türkiye de Sağlık Hizmetlerinde Yapılan Harcamalar ve Etkileyen Faktörler			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Erkan ERKAYA			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Öğrenci			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 451		Tarih: 14/06/2019			
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna “oybirliği” ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
---------------------------------------	------------------------

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Devrim TARAKCI	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Keziban OLCAY	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	ERKAN	Soyadı	ERKAYA
Doğum Yeri	-	Doğum Tarihi	-
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	-
E-mail	y.erkanerkaya@gmail.com	Tel	-

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans	ANADOLU ÜNİVERSİTESİ - İŞLETME	2013
Lise	ERCİŞ ENDÜSTRİ MESLEK LİSESİ	1997

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
	ORTADOĞU HOLDİNG	2017 – DEVAM
	VEM İLAÇ	2017-2017
	MEDİPOL SAĞLIK GRUBU	2012-2017

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İNGİLİZCE	İYİ	ORTA	ORTA

Yabancı Dil Sınav Notu

KPDS	YDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	-	-	-
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
TÜM OFİS PROGRAMLARI	ÇOK İYİ