

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
MALİYE ANABİLİM DALI
2020-DR-053

**TÜRKİYE'DE YAŞLILIĞIN MERKEZİ YÖNETİM SAĞLIK
HARCAMALARINA ETKİSİ: İLLER BAZINDA AMPİRİK
BİR ANALİZ**

HAZIRLAYAN
Tarık İLİMAN

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Recep TEKELİ

AYDIN-2020

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
AYDIN

Bu tezde sunulan tüm bilgi ve sonuçların, bilimsel yöntemlerle yürütülen gerçek deney ve gözlemler çerçevesinde tarafımdan elde edildiğini, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce, sonuç ve bilgilere bilimsel etik kuralları gereği olarak eksiksiz bir şekilde uygun atıf yaptığımı ve kaynak göstererek belirttiğimi beyan ederim.

23/06/2020

Tarık İLİMAN

ÖZET

TÜRKİYE’DE YAŞLILIĞIN MERKEZİ YÖNETİM SAĞLIK HARCAMALARINA ETKİSİ: İLLER BAZINDA AMPİRİK BİR ANALİZ

Tarık İLİMAN

Doktora Tezi, Maliye Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Recep TEKELİ

2020, XVII + 201 Sayfa

Son zamanlarda sosyal bilimler alanında gerçekleştirilen birçok çalışmanın odağında yaşlılık olgusu yer almaktadır. Yaşlılık, yaşayan varlıklarda zamanla biyolojik ve fizyolojik anlamda erişkinliğin tamamlanıp doğurganlık özelliklerinin kaybedilmesinden sonra ölüm anına kadar geçen zaman diliminde gözlemlenen değişim ve dönüşüm süreci olarak tanımlanmaktadır. Bireylerin özellikle yaşlılık dönemlerinde fiziksel ve/veya zihinsel olarak temel yetilerinde zayıflamalar görülmekte ve buna bağlı olarak daha sık hastalandıkları görülmektedir. Bu da doğal olarak yaşlı bireylerin daha çok sağlık hizmetine gereksinim duymasına ve dolayısıyla devletlerin daha çok sağlık harcaması yapmasına neden olmaktadır.

Bu tezde 2007-2018 yılları arasında Türkiye’deki 81 il için yaşlı bağımlılık oranı ile merkezi yönetim sağlık harcamaları arasındaki ilişki araştırılmıştır. Tezin analiz kısmında kullanılan veriler, panel veri seti şeklinde düzenlenmiş olup analizler Sistem Genelleştirilmiş Momentler Metodu (Sistem GMM) kullanılarak elde edilmiştir. Tezde yapılan analizlerden elde edilen sonuçlar, literatürde teorik olarak yer alan ve birçok ampirik çalışma ile de kanıtlanmış olan yaşlı bağımlılık oranı ile merkezi yönetim sağlık harcamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yöndeki ilişkinin varlığını tespit etmiştir. Ayrıca bu tez ile literatürün neredeyse hiç değinmediği konu olan sağlık harcamalarının belirlenmesinde politik-ekonomik etkinin varlığı araştırılmış ancak sağlık harcamalarının politik-ekonomik etkiden uzak şekilde belirlendiği tespit edilmiştir.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Merkezi Yönetim Sağlık Harcamaları, Yaşlılık, Yaşlı Bağımlılık Oranı, Sistem GMM.

ABSTRACT

THE IMPACT OF AGEING ON GOVERNMENT HEALTH EXPENDITURES IN TURKEY: AN EMPIRICAL STUDY ON PROVINCIAL BASIS

Tarik İLİMAN

PhD Thesis at Public Finance

Supervisor: Prof. Dr. Recep TEKELİ

2020, XVII + 201 Pages

Recently, ageing has been at the center of many studies in the literature of social sciences. Ageing is a process that causes biological and physical alteration on living being and this process continues to the time of death. The weakness has been seen as mentally and physically on individuals basic skills within their old ages. Thereby, this weakness can make them sick easily and because of this reason old people demands health services much more than any other age groups.

In this thesis, the relationship between old dependency ratio and government health expenditures has been researched on provincial basis in Turkey. The panel data analysis has been chosen and different econometric models have been analyzed by using System GMM. The results from empirical analysis in thesis support the empirical findings in literature that is a positive relationship between old dependency ratio and government health expenditures. Also, thesis has researched the existence of the political-economic factors which has not been analyzed much in literature to determine government health expenditures, however the results has shown that there is not much any evidence for political-economic factors in this thesis.

KEYWORDS: Government Health Expenditures, Ageing, Old Dependency Ratio

ÖNSÖZ

Bu doktora tez çalışmasına yön vererek çalışma konusunun belirlenmesi aşamasından nihai sonuca ulaşana kadar desteklerini esirgemeyen, bilgi ve önerileriyle eğitim hayatıma ve mesleki hayatıma ışık tutan danışmanım Prof. Dr. Recep TEKELİ'ye ve tez izleme komitesi üyeleri Prof. Dr. Sacit Hadi AKDEDE, Dr. Öğr. Üyesi Ömer ÖZPINAR ve tez çalışmamda bana sürekli olarak yardımcı olan ve her daim büyük bir teşekkürü borç bileceğim Doç. Dr. Öznur ÖZDAMAR'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca yaşamımın her anında desteklerini hissettiğim değerli eşim Hatice İLİMAN annem Rügül İLİMAN ve değerli babam Akif İLİMAN'a teşekkürü bir borç bilirim.

Tarık İLİMAN

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	iii
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİM SAYFASI.....	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
ÖNSÖZ.....	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ.....	xii
GRAFİKLER DİZİNİ	xiv
EKLER DİZİNİ	xv
KISALTMALAR DİZİNİ	xvii
GİRİŞ.....	1
1. BÖLÜM	9
1. SAĞLIK HARCAMALARI TEORİSİ	9
1.1. Sağlık Kavramı	9
1.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Amacı	11
1.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	12
1.3.1. Sağlık Hizmetinin Kamusalılık Özelliği.....	13
1.3.2. Dışsallık	16
1.3.3. Erdemli Hizmet.....	17
1.3.4. Devlet Müdahalesinin Gerekliliği.....	18
1.3.5. Belirsizlik.....	19
1.3.6. Asimetrik Bilgi	19
1.3.7. Sağlık Hizmetinin İkame Edilememesi	20
1.3.8. Sağlık Hizmetinin Ertelenememesi ve Depolanamaması.....	20
1.4. Sağlık Hizmetinin Sınıflandırılması	20
1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	21

1.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	21
1.4.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	22
1.5. Kamunun Sağlık Hizmeti Sunmasının Rasyoneli.....	22
1.6. Kamu Harcamaları Teorisi ve Sağlık İlişkisi.....	25
1.6.1. Kamu Harcamaları Teorisi	25
1.6.2. Kamu Harcamaları Artış Teorisi	26
1.6.3. Kamu Harcamalarının Sınıflandırılması	29
1.6.4. Sağlık Harcamalarına Yönelik Yaklaşımlar	33
2. BÖLÜM	37
2. SAĞLIK HARCAMALARI BELİRLEYİCİLERİ VE DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARI İLE YAŞLILIK	37
2.1. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler	38
2.1.1. Sağlık Harcamalarını Arz Yönlü Etkileyen Faktörler: Teknoloji.....	39
2.1.2. Sağlık Harcamalarını Talep Yönlü Etkileyen Faktörler	40
2.1.2.1. Küreselleşme	40
2.1.2.2. Kentleşme.....	40
2.1.2.3. Eğitim	41
2.1.2.4. Gelir.....	42
2.1.2.5. Yaşlılık	50
2.2. Dünya'da ve Türkiye'de Yaşlılık	53
2.2.1. Dünya'da Yaşlılık.....	54
2.2.2. Türkiye'de Yaşlılık.....	58
2.2.3. Yaşlılığın Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkisi	59
2.2.4. Türkiye'de Yaşlılara Yönelik Hizmetler	61
2.2.4.1. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından sağlanan hizmetler	62
2.2.4.2. Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanan sağlık hizmetleri	63
2.3. Türkiye'de Sağlık Politikalarının Tarihsel Süreci	70

2.4. Türkiye’de Toplam Sağlık Harcamaları	76
2.4.1. Türkiye’de Genel Devlet Sağlık Harcamaları	81
2.4.2. Türkiye’de Özel Sektör Sağlık Harcamaları.....	89
2.5. Dünya’da Sağlık Harcamaları.....	93
3. BÖLÜM	98
3. YAŞLILIĞIN SAĞLIK HARCAMALARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ	98
3.1. Merkezi Yönetim Bütçe Giderleri ve Merkezi Yönetim Sağlık Harcamaları	98
3.2. Sağlık Harcamaları ile Yaşlılık İlişkisi Üzerine Ampirik Analiz Çalışmaları.....	100
3.3. Veri ve Yöntem.....	107
3.3.1. Veri Seti	107
3.3.2. Yöntem ve Model Seçimi	114
3.4. Öncül Testler.....	123
3.5. Ampirik Analiz ve Sonuçlar	124
4. TARTIŞMA VE SONUÇ	140
5. KAYNAKLAR	145
6. EKLER	161
ÖZGEÇMİŞ	201

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.1. Kamusal ve Özel Mal Ayrımı	14
Şekil 1.2. Sağlık Hizmetlerinin Kamusal Özel Matristeki Yeri	16



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1.1. Fonksiyonel Sınıflandırma (1.Düzye).....	30
Tablo. 1.2. Sağlık Hizmetleri Analitik Bütçe Sınıflandırması I. II ve III. Düzey Fonksiyonel Kodları	32
Tablo 2.1. ABD’de 2000 Yılında Farklı Yaş Grupları Arasında Kişi Başına Sağlık Harcaması	60
Tablo 2.2. Türkiye’de Sosyal Koruma Kapsamında Emekli/Yaşlı Harcamaları	63
Tablo 2.3. Yıllara Göre Evde Sağlık Hizmeti Verileri	69
Tablo 2.4. Evde Sağlık Hizmetlerinden Yararlanan Yaşlı Oranı (2016).....	69
Tablo 2.5. 1920-1960 Yılları Arasında Sağlık Verileri	72
Tablo 2.6. 1960-1980 Dönemine İlişkin Sağlık Verileri	72
Tablo 2.7. 1980-2002-2018 Dönemine İlişkin Sağlık Verileri.....	74
Tablo 2.8. 2018 Yılı Sağlık Harcamalarının Dağılımı (Milyon TL).....	77
Tablo 2.9. Türkiye’de Toplam Reel Sağlık Harcamaları (Milyon TL) ve GSYİH’ye Oranı (1999-2018)	78
Tablo 2.10. Türkiye’de Reel Genel Devlet Sağlık Harcamaları ve GSYİH İçindeki Payı (1999-2018)	82
Tablo 2.11. Sağlık Hizmetleri Analitik Bütçe Sınıflandırması I. II. ve III. Düzey Fonksiyonel Kodları	86
Tablo 2.12. Türkiye’de Reel Merkezi Hükümet Sağlık Harcamaları ve GSYİH’ye Oranı (1999-2018)	87
Tablo 2.13. Türkiye’de Reel Özel Sektör Sağlık Harcamaları ve GSYİH İçindeki Payı (1999-2018)	89
Tablo 2.14. Türkiye’de Özel Sektör Sağlık Harcamaları ve Merkezi Hükümet Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (1999-2018)	92
Tablo 3.1. Toplam Reel Merkezi Yönetim Bütçe Giderleri ve Reel Merkezi Yönetim Sağlık Harcamaları (BİN TL).....	98
Tablo 3.2. Fonksiyonel Sınıflandırmada Yer Alan Hizmetler ve Harcamaları (%).....	100
Tablo 3.3. Literatür Çalışmaları ve Kullanılan Değişkenler	103
Tablo 3.4. Çalışmada Kullanılan Değişkenler Listesi	109
Tablo 3.5. Değişkenlerin Betimsel İstatistik Değerleri	111

Tablo 3.6. Korelasyon Matrisi.....	113
Tablo 3.7. Çalışmada Tahminlenen Modeller	122
Tablo 3.8. Çalışmada Tahminlenen Politik Modeller.....	123
Tablo 3.9. Sistem GMM Model Tahmini Sonuçları.....	125
Tablo 3.10. Sistem GMM Model Tahmini Sonuçları (Eko-Politik Değişkenler 1)	127
Tablo 3.11. Sistem GMM Model Tahmini Sonuçları (Eko-Politik Değişkenler 2)	129
Tablo 3.12. Sistem GMM Model Tahmini Sonuçları (Eko-Politik Değişkenler 3)	132
Tablo 3.13. Sistem GMM Model Tahmini Sonuçları (Eko- Politik Değişkenler 4)	135



GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 2.1. Gelir Grubuna Göre Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%).....	43
Grafik 2.2. Türkiye ve OGÜG Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%)	45
Grafik 2.3. Dünya’da Toplam Doğurganlık Oranları (1975 – 2050)	55
Grafik 2.4. 2020 Yılı Bölgesel Bazda Nüfusun Yaş Dağılımı	56
Grafik 2.5. 2020 - 2100 Yılı Dünya Yaş Grubuna Göre Nüfus Dağılımı	57
Grafik 2.6. Türkiye’de 2015-2100 Yıllarında Yaş Grubuna Göre Nüfus Dağılımı	59
Grafik 2.7. Türkiye’de Toplam Reel Sağlık Harcamaları (Milyar TL) (1999-2018).....	79
Grafik 2.8. Türkiye’de Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%) (1999-2018).....	80
Grafik 2.9. Türkiye’de Kişi Başına Reel Sağlık Harcamaları (TL) (2000-2018).....	81
Grafik 2.10. Türkiye’de Reel Genel Devlet Sağlık Harcamaları (Milyon TL) (1999-2018)	83
Grafik 2.11. Türkiye’de Genel Devlet Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (1999-2018)	84
Grafik 2.12. Türkiye’de Merkezi Hükümet Sağlık Harcamaları (Milyon TL) (Reel) 1999-2018	88
Grafik 2.13. Türkiye’de Kişi Başına Reel Merkezi Hükümet Sağlık Harcamaları (TL) (2000-2018)	88
Grafik 2.14. Türkiye’de Reel Özel Sektör Sağlık Harcamaları (Milyon TL) (1999-2018) ..	90
Grafik 2.15. Türkiye’de Kişi Başına Reel Özel Sektör Sağlık Harcamaları (2000-2018)	91
Grafik 2.16. Dünya, OECD, AB ve Türkiye’de Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (ABD Doları).....	93
Grafik 2.17. Dünya, OECD, AB ve Türkiye’de Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH’ye Oranı.....	95
Grafik 2.18. Dünya, OECD, AB ve Türkiye’de Kişi Başına Düşen Genel Devlet Sağlık Harcamaları (ABD Doları)	95
Grafik 2.19. Dünya, OECD, AB ve Türkiye’de Genel Devlet Sağlık Harcamalarının GSYİH’ye Oranı (%).....	96
Grafik 3.1. Merkezi Yönetim Bütçe Giderleri İçindeki Merkezi Yönetim Sağlık Harcamaları Oranı (%)	99

EKLER DİZİNİ

Ek 1. ABS’de İkinci ve Üçüncü Düzeyde Gösterilen Hizmetler	161
Ek 2. Öncül Test Sonuçları.....	168
Ek 3. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz Sonuçları (Model 1) Kapsamında	169
Ek 4. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz Sonuçları (Model 2) Kapsamında	170
Ek 5. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz Sonuçları (Model 3) Kapsamında	171
Ek 6. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz Sonuçları (Model 4) Kapsamında	172
Ek 7. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 1, LNJDVPR) Kapsamında.....	173
Ek 8. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 1, JDPDN) Kapsamında.....	174
Ek 9. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 1, LNJDVPN) Kapsamında	175
Ek 10. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 1, JDPAOR) Kapsamında	176
Ek 11. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 1, JDPSOR) Kapsamında.....	177
Ek 12. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 1, JDPDN JDPAOR) Kapsamında.....	178
Ek 13. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 1, JDPDN JDPSOR) Kapsamında	179
Ek 14. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 2, LNJDVPR) Kapsamında.....	180
Ek 15. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 2, JDPDN) Kapsamında.....	181
Ek 16. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 2, LNJDVPN) Kapsamında	182
Ek 17. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 2, JDPAOR) Kapsamında	183

Ek 18. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 2, JDPSOR) Kapsamında.....	184
Ek 19. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 2, JDPDN JDPAOR) Kapsamında.....	185
Ek 20. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 2, JDPDN JDPSOR) Kapsamında	186
Ek 21. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 3, LNJDVVR) Kapsamında.....	187
Ek 22. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 3, JDPDN) Kapsamında.....	188
Ek 23. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 3, LNJDVVR) Kapsamında	189
Ek 24. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 3, JDPAOR) Kapsamında	190
Ek 25. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 3, JDPSOR) Kapsamında.....	191
Ek 26. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 3, JDPDN JDPAOR) Kapsamında.....	192
Ek 27. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 3, JDPDN JDPSOR) Kapsamında	193
Ek 28. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 4, LNJDVVR) Kapsamında.....	194
Ek 29. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 4, JDPDN) Kapsamında.....	195
Ek 30. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 4, LNJDVVR) Kapsamında	196
Ek 31. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 4, JDPAOR) Kapsamında	197
Ek 32. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 4, JDPSOR) Kapsamında.....	198
Ek 33. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 4, JDPDN JDPAOR) Kapsamında.....	199
Ek 34. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 4, JDPDN JDPSOR) Kapsamında	200

KISALTMALAR DİZİNİ

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ABS	: Analitik Bütçe Sınıflandırması
ABSR	: Analitik Bütçe Sınıflandırması Rehberi
BKSIBN	: 1000 Kişiyeye Kamu Sağlık Kuruluşu Yatak Sayısı
BM	: Birleşmiş Milletler
DB	: Dünya Bankası
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GMM	: Dünya Sağlık Örgütü
GSMH	: Gayrisafi Milli Hasıla
GSYİH	: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
JDPAOR	: AK Parti ile Meclisteki Diğer Partilerle Rekabeti
JDPDN	: AK Parti Milletvekili Sayısı
JDPSOR	: AK Parti ile O İldeki İkinci Parti ile Rekabeti
JDPVN	: AK Parti Oy Sayısı
JDPVR	: AK Parti Oy Oranı
LN	: Logartima
ODR	: Yaşlı Bağımlılık Oranı
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
OGÜG	: Orta Gelir Üstü Ülke Grubu
PCRGDP	: Kişi Başına Reel Gayrisafi Yurtiçi Hasıla
PCRHE	: Kişi Başına Reel Merkezi Yönetim Sağlık Harcamaları
SHSH	: Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi
THPP	: 1000 Kişiyeye Düşen Kamu Doktor ve Hemşire Sayısı
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

GİRİŞ

Küresel çapta yaşlı birey sayısı tüm yaş gruplarında yer alan insanlara oranla daha hızlı artmaktadır. Dolayısıyla, toplam nüfus içindeki 65 yaş ve üzeri olarak tanımlanan yaşlı nüfusun oranı neredeyse dünyanın her ülkesinde ve bölgesinde yükselmektedir. Birleşmiş Milletler (BM) tarafından hazırlanan 2019 yılı Dünya Nüfus Beklentileri (World Population Prospects) isimli rapordan elde edilen verilere göre; birçok ülke ve bölgede 65 yaş ve üzeri yaşlı birey sayısı önemli derecede artmakta ve gelecek yıllar içerisinde de hızlı şekilde artmaya devam edeceği tahmin edilmektedir. Nitekim 1960 yılında dünya genelindeki 65 yaş ve üzeri nüfus olarak tanımlanan yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı % 4,97 iken 2018 yılında neredeyse iki katına çıkarak % 8,9 olduğu görülmüştür. Dünya genelinde geleceğe dönük olarak ise yaşlı nüfus oranının 2030 yılında % 11,7 iken 2050 yılında % 15,9 ve 2100 yılında ise % 22,6 olacağı diğer bir ifadeyle her 5 kişiden birinin 65 yaş ve üzerinde olacağı öngörülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1960 yılında 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı % 9,1 iken 2018 yılında % 15,8 olarak hesaplanmıştır. OECD genelinde 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı 1960 yılında % 8,4 iken 2018 yılında % 17,1'e yükseldiği hesaplanmakta olup 2030 yılında % 21,3 olacağı tahmin edilmektedir. Diğer bir ifadeyle 2030 yılında OECD genelinde her 5 kişiden birinin yaşlı nüfus içinde yer alacağı öngörülmektedir. Avrupa Birliği'nde (AB) 1960 yılında % 9,8 olan yaşlı nüfus oranının 2018 yılında dünyadaki ve OECD genelindeki artışa paralel olarak iki kat artarak % 19,9 olduğu hesaplanmıştır. Ayrıca AB'de 2080 yılında yaşlı nüfus oranının % 30'a dayanacağı tahmin edilmekte olup neredeyse her 3 kişiden birinin 65 yaş ve üzerinde olacağı ve bu oranın 2100 yılında tahmin edilen dünya ortalamasından da en az 10 puan üstünde olacağı tahmin edilmektedir. Türkiye'de ise 1960 yılında yaşlı nüfus oranı % 3,2 iken 2018 yılına kadar çok hızlı şekilde yaklaşık 3 kat artış göstererek Dünya, OECD ve AB genelinde 1960-2018 yılları içerisinde en hızlı artışı gösteren ülke olmuştur. Ayrıca Türkiye'de yaşlı nüfus oranının 2050 yılında % 20,8'e 2075 yılında ise 27,7'ye yükseleceği tahmin edilmekte olup bu tahminlerle dünya ortalamasını geride bırakarak neredeyse AB ülkelerindeki ortalamaya yaklaştığı görülmektedir.

BM tarafından 2015 yılında yayınlanan Dünya Nüfus Yaşlanması (World Population Ageing) raporuna göre; nüfusun yaşlanması küresel ölçekte bir olgu olmasına karşın her ülkede ve bölgede eş zamanlı olarak ortaya çıkmamıştır. Gelişmesini daha önce tamamlayan ülkelerde yaşlılık olgusu yüzyıldan fazla bir zamanda görülüyor olmasına karşın, gelişmişlik

sürecine daha sonra dahil olan birçok ülkede ise doğum oranlarında görülen azalışla birlikte yakın zamanda kendini göstermeye başlamıştır. Dünya genelinde farklı bölgelerde farklı zamanlarda ortaya çıkan nüfus yaşlanmasının iki önemli nedeni bulunmaktadır. Bunlardan ilki; kamu sağlığı ve tıbbi teknolojilerde meydana gelen gelişim ile bireylerin yaşam kalitelerinde görülen artışa paralel olarak *ortalama yaşam süresindeki artışlar* olarak değerlendirilmektedir. İkinci olarak ise; eğitim ve iş imkanlarına erişimin azalması, aile planlaması uygulamasının yaygın hale gelmesi ve cinsiyet eşitliği kavramının gelişmesinden kaynaklı olarak *doğurganlık oranındaki düşüş* (beklenen doğum oranlarındaki azalma) olarak yorumlanmaktadır. Birçok endüstrileşmiş ülkede ise yaşlılığın temel sebebinin doğurganlık oranındaki düşüş olduğu genel bir ilke olarak kabul edilmektedir.

Günümüzde neredeyse tüm ülkelerde yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı büyümekte ve dolayısıyla dünya nüfusu yaşlanmaktadır. Gerek Dünya Bankası (DB), gerekse BM 2019 Dünya Nüfus Beklentileri Raporu ve OECD genelinde gerçekleştirilen en güncel demografik araştırmalar sonucunda yaşlı nüfus oranının 1960-2100 yılları arasında dünya genelinde 5 kattan fazla artması beklenmektedir. Toplam nüfus içerisindeki yaşlı nüfus oranının artması olarak nitelenen nüfus yaşlanması; iş gücü ve finansal piyasalar dahil olmak üzere evde bakım, ulaşım, sosyal koruma gibi mal ve hizmetlerin talebine etkisi olduğu gibi aile yapısı ve kuşaklararası bağlara kadar toplumun tüm bileşenlerini etkileyen bir gerçek olarak yaşadığımız çağın en önemli sosyal vakası olmaya hazır halde bulunmaktadır.

Nüfus yaşlanması özellikle hangi yaşta olursa olsun tüm insanlara daha müreffeh bir yaşam sunmada, sağlıklı yaşamı, cinsiyet eşitliğini, üretken işgücünü ve sağlıklı iş ortamını sağlamada, ülkeler arasındaki eşitsizliklerin kaldırılmasında, şehirlerde güvenli, dirençli ve sürdürülebilir yerleşim birimleri inşa etmede önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (BM, 2015: 1). 2002 Madrid Uluslararası Yaşlılık Eylem Planında (MIPAA), yaşlılık ana temalı İkinci Dünya Kongresi Kalkınma Planında yaşlı insanların da düşünülmesi gerekliliği, yaşlı sağlığı ve refahını geliştirmek amacıyla yaşlıların da kalkınmanın faydalarından adil şekilde yararlanmasını ve toplumların da yaşlılar için uygun ortamları hazır hale getirmesinin önemini vurgulayarak yaşlı insanların da böylelikle topluma kazandırılıp ortak edilebileceği politikası benimsenmiştir. Nüfus artarak yaşlandığı için, devletlerin yenilikçi politikaları tasarlaması ve evde bakım, istihdam, sağlık bakımı, altyapı

ve sosyal koruma gibi kamusal hizmetlerin özellikle yaşlı insanlara dönük gerçekleştirilmesi çok daha önemli olmaktadır.

Yaşlılar açısından en önemli kamusal hizmetlerden biri de sağlık hizmetleri olmaktadır. Bireyler yaşlandıkça fizyolojik olarak hastalıklara daha çabuk yakalanabilmekte ve kronik hastalıklar daha sık tekrarlanabilmektedir. Yaşlılığın getirmiş olduğu psikolojiden kaynaklı olarak gelişen daha uzun yaşama arzusu yaşlı bireylerin gelirlerinin bir kısmını gıda takviyelerine yöneltmesine, bir kısmı ile de ek sağlık tedbirlerine başvurularına neden olmaktadır. Yaşlı bireylerin, yaşlılığın ilerleyen safhalarında da artık fizyolojik ihtiyaçlarını dahi karşılayamayacak duruma gelmeleri gibi nedenler de eklendiğinde yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki yaş grupları içerisinde en fazla sağlık harcaması yapan grup olmasına neden olmaktadır. Ancak sağlık hizmetleri tüm dünyada kamu ve özel kesim tarafından sadece yaşlı bireyler için değil toplumun tamamına sunulan, ikamesi bulunamayan, hem bireye hem de toplumun bütününe faydası olan ve dolayısıyla dışsallık özelliği bulunan genel olarak yarı kamusal mal niteliğine haiz en önemli hizmetlerden biridir.

Genel bir ifadeyle, sağlık hizmetlerine yönelik olarak gerçekleştirilen harcamalara sağlık harcamaları denilmektedir. Buradan hareketle DB (2017) tarafından elde edilen verilere göre sağlık harcamalarının dünya genelinde yıllar itibariyle nasıl seyrettiğine bakacak olursak; 2000 yılında % 8,5 olan sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının 2016 yılında % 10'a yükseldiği görülmektedir. OECD genelinde 2000 yılında % 9,3 olan GSYİH içindeki sağlık harcamaları oranının 2016 yılında % 12,5'e yükseldiği görülmüştür. AB genelinde 2000 yılında GSYİH içindeki sağlık harcamaları payının % 7,9 olduğu 2016 yılında ise % 9,9'a yükseldiği görülmüştür. Türkiye'de ise 2000 yılında sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının % 4,6 olduğu ancak 2016 yılına gelindiğinde gerek dünya genelinin aksine gerekse de OECD ve AB'nin aksine hafif düzeyde azalış göstererek % 4,3'e gerilediği görülmüştür.

Genel olarak DB (2017) tarafından elde edilen veriler ışığında; Türkiye dışında kalan diğer bölgelerde sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının yaklaşık olarak % 10 olduğu görülmektedir. Türkiye'de sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının diğer bölgelere göre düşük olmasının sebepleri sağlık harcamalarının belirleyenlerinden kaynaklı olabilmektedir. Literatürde genellikle sağlık harcamalarının belirleyenleri konusunda yapılan çalışmalara göre; ülkenin gelir seviyesi, teknolojik gelişmeler, ülkenin eğitim seviyesi, toplumun sağlığa bakış açısı ve demografik etkenlerden özellikle yaşlı nüfus

oranının sağlık harcamalarının belirlenmesi üzerinde etkili olduğu ileri sürölmektedir. Ancak buradaki sorun literatürde tam anlamıyla ortak bir görüşün olmadığıdır. Yapılan çalışmalar neticesinde sağlık harcamalarının gelirden mi, teknolojik gelişmelerden mi, eğitim seviyesinden mi yoksa yaşlı nüfusun artışından mı daha çok etkilendiği ve hangi belirleyenin daha etkili olduğu hususundaki tartışmalar hala devam etmektedir.

Sağlık hizmetleri özel kesim tarafından sunulabiliyor olsa da devletler bazı nedenlerden dolayı sağlık hizmetlerinin çok büyük bölümünü kendileri üstlenmektedir. Bu sebeplerin başlıcaları sosyal refah devleti anlayışı gereği devletlerin vatandaşlarına minimal düzeyden daha üst mertebede hizmet sunma çabası içinde olması, sağlıkla ilgili teknolojik araç gereç masraflarının özel sektör tarafından sağlanamayacak boyutlara ulaşmış olması, sağlık üzerine AR-GE maliyetlerinin çok yüksek düzeyde olması, sağlığın sadece bireyin kendisine değil toplumun tamamına da olumlu etkisinden kaynaklanan pozitif dışsallık yayması ayrıca her ülkede olmasa da genel olarak dünya genelinde sağlığın talebinin gelir esnekliğinin birden küçük olması dolayısıyla zorunlu mal kategorisinde yer alması da devletlerin sağlık hizmetini üstlenmesinde etkili rol oynamaktadır (Saraçoğlu ve Öztürk, 2017: 299).

Devletler yönetim şekillerine göre kamu sağlık hizmetlerini yerine getirebilmek amacıyla hükümetler tarafından belirlenecek miktarlarda kamu sağlık harcamaları ismi altında harcamalar gerçekleştirerek kamusal sağlık hizmetlerini yerine getirmektedir. Bilindiği üzere devletlerin en önemli gelir kalemini de vergiler oluşturmakta olup kamu harcamalarının büyük bölümü vergiler yoluyla finanse edilmektedir. Devletlerin ayrıca vergilerden ziyade harç, resim ve borçlanma gibi gelir kalemleri de bulunmaktadır. Dolayısıyla bir kamu harcaması olan kamu sağlık harcamalarının da büyük çoğunluğu devletin elde ettiği vergiler tarafından finanse edilmektedir. Ayrıca Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı vergilere ek olarak sosyal güvenlik primleri, özel sigorta primleri ve hanehalkının kendi bütçesinden yaptığı ödemeler yolu ile karşılanmaktadır (Bozkaya, 2017: 20).

Vergilerin yani devletin gelirinin çok büyük bir bölümü 15-64 yaş arası çalışma potansiyeline sahip üretim yapabilme gücüne haiz nüfus olarak adlandırılan yaş grubundaki bireylerden sağlanmaktadır. Bu yaş grubunun (15-64) ürettiği hizmetler sonucunda oluşan gelir ile 65 yaş ve üzeri nüfusun sağlık bakım harcamalarının çok büyük bölümü finanse edilmektedir. Bu literatürde yaşlı bağımlılık oranı olarak isimlendirilmektedir. Yani çalışma

potansiyeline sahip 100 kişinin bakmakla yükümlü olduğu yaşlı sayısı yaşlı bağımlılık oranını vermektedir.

Dünya genelinde yaşlı bağımlılık oranı sürekli olarak artmaktadır. Bunun sonucunda yaşlıların en çok ihtiyaç duyduğu hizmet türü olan sağlık hizmetlerine olan talep sürekli olarak artmakta olup devletlerin sağlık harcamalarını sürekli olarak artırmasına sebep olmaktadır. Bunun yanında yaşlı bağımlılık oranının artmasıyla çalışma potansiyeline sahip nüfusa düşen yaşlı sayısının artması 15-64 yaş arası gruptaki baskıyı artırarak devletlerin elde etmiş olduğu gelirin büyük oranını özellikle yaşlılara yönelik sağlık harcamalarına yönlendirmesine neden olmaktadır. BM'nin 2019 yılı Dünya Nüfus Beklentileri Raporu'na göre; Dünya genelinde 1960 yılında % 8,6 olan yaşlı bağımlılık oranı % 50 artışla 2018 yılında % 13,5'e yükselmiştir. Dünya genelinde yaşlı bağımlılık oranının 2030 yılında % 18, 2050 yılında % 25, 2075 yılında % 31,8 ve 2100 yılında ise % 37,7'ye yükseleceği tahmin edilmektedir. OECD genelinde 1960 yılında % 13,5 olan yaşlı bağımlılık oranı 2018 yılında % 26,3 olarak hesaplanmıştır. Bu oranının 2100 yılına gelindiğinde % 50'ye yaklaşacağı tahmin edilmektedir. AB genelinde ise 1960 yılında % 15 olan yaşlı bağımlılık oranının 2018 yılında % 30'a yükseldiği görülmektedir. AB'de yaşlı bağımlılık oranının 2100 yılında % 55 seviyelerinde olacağı tahmin edilmektedir. Bu verilerle AB, çalışma potansiyeli taşıyan 100 kişilik nüfusun bakmakla yükümlü olduğu yaşlı birey sayısının en fazla olduğu bölgelerden biri olmaktadır. Türkiye'de ise 1960 yılında % 5,8 iken 2018 yılında % 12,6'ya yükseldiği görülmektedir. Ancak 2030 yılında % 18,5'e 2050 yılında % 33,5'e 2075 yılında % 50,1'e ve 2100 yılında % 63,1'e ulaşacağı tahmin edilmektedir.

BM'nin 2019 yılı Dünya Nüfus Beklentileri Raporuna göre Türkiye'de yaşlı bağımlılık oranının ilerleyen yıllarda çok hızlı oranda artacağı tahmin edilmekte olup bunun da beraberinde birçok sorunu getireceği aşikardır. Yaşlı bağımlılık oranının artması ile ortaya çıkacak olan problemler şu şekilde sıralanabilir; yaşlı bağımlılık oranının artması çalışma çağındaki nüfus üzerindeki baskıyı artıracaktır. Ayrıca yaşlıların en çok ihtiyaç duyduğu kamu harcamalarından biri olan sağlık harcamalarına olan talebi de artırarak üretimden elde edilen gelirin büyük çoğunluğunun da sağlık harcamalarına aktarılmasına sebebiyet vererek kaynakların etkin kullanılamamasına neden olacaktır. Ancak ilerleyen yıllardaki yaşlı bağımlılık oranının ve sağlık harcamalarının artacağına bilinmesine rağmen ne kadar sağlık harcaması yapılacağı tam olarak tahmin edilememektedir. Bunun sebepleri olarak ilerleyen yıllarda sağlık sistemlerinde görülecek olan yenilikler ve teknolojik

gelişmeler ışığında günümüzün tedavi edilemez denilen hastalıklarına şifa bulunması olasılığı, yeni türden hastalıkların ortaya çıkma olasılığı, bireylerin sağlığa bakış açılarının değişme olasılığı ve bunun gibi günümüzde tahmin edilmesi çok zor gelişmelerin yaşanacak olma olasılığı olarak sıralanabilmektedir.

Bu tez Türkiye’de 2007-2018 yıllarını kapsayacak şekilde iller bazında yaşlılık ve sağlık harcamaları arasındaki ilişkinin boyutlarını araştırmaya yönelik olarak gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda öncelikle sağlık teorisinin araştırılması amaçlanmıştır. Sağlık teorisi ifadesiyle sağlık kavramının ne olduğu, sağlık hizmetlerinin tanımının ve amacının neleri kapsadığı, sağlık hizmetlerinin özelliklerinin neler olduğu, sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasının nasıl gerçekleştiği ve devletin sağlık hizmeti sunmasındaki amacının ne olduğu gibi sorulara cevaplar aranmıştır. Ayrıca sağlık harcamalarının kamu harcamaları kalemlerinden biri olmasından kaynaklı olarak kamu harcamaları teorisi ile sağlık harcamaları teorisi arasındaki ilişkinin de açığa çıkarılması amaçlanmıştır. Bu kapsamda sağlık harcamalarına yönelik yaklaşımların ve sağlık harcamalarını etkileyen faktörlerin neler olduğu, gelir ve sağlık harcamaları arasındaki ilişkinin nasıl seyrettiği gibi sorulara da açıklık getirilmesi amaçlanmıştır. Buna ilave olarak Türkiye’de sağlık politikalarının geçmişten günümüze kadar nasıl bir süreç izlediği ve Türkiye’de ve Dünya’da sağlık harcamalarının boyutunun nasıl bir trend içinde olduğu gibi soruların cevaplarının da ortaya konulması hedeflenmiştir. Tezin bir diğer kısmı olan yaşlılık boyutunda ise ilk olarak yaşlılık nedir sorusuna cevap aranmıştır. Sonrasında Dünya’da ve Türkiye’de yaşlılığın nasıl bir gelişim içinde olduğu ve yaşlılığın sağlık harcamaları üzerindeki etkisinin ne kapsamda gerçekleştiği gibi sorular da detaylı şekilde açıklanarak ele alınmıştır. Ayrıca Türkiye’de 2007-2018 yılları arasında iller bazında yaşlı bağımlılık oranının sağlık harcamaları ile ilişki içinde olup/olmaması, eğer bir ilişki var ise bu ilişkinin ne yönde gerçekleştiği sorularına da ampirik olarak gerçekleştirilen analizler kapsamında açıklamalar getirilmiştir.

Bu tezde buradan hareketle literatüre yapacağı katkı bakımından ve literatürde bugüne kadar gerek incelenen yıllar açısından gerekse de ele alınan konu ve kapsamı bakımından ele alınmamış olmaması tezin önemini ortaya koymaktadır. Öyle ki; BM 2019 Dünya Nüfus Beklentileri raporuna göre Türkiye’de her geçen yıl devamlı olarak artan ve çalışma potansiyelindeki nüfus üzerindeki baskıyı sürekli olarak artırarak Türkiye’de ilerleyen yıllarda başta ekonomik olarak daha büyük sorunlara yol açması beklenen yaşlı

bağımlılık oranının, 2007-2018 periyodu dahilinde iller bazında merkezi yönetim sağlık harcamaları üzerindeki etkisi ampirik olarak analiz edilmiştir. Ayrıca tezin literatüre diğer katkısı ise politik ekonomi yaklaşımı olmaktadır. Türkiye’de merkezi yönetim sağlık harcamalarının miktarının belirleyicisi ve harcamaların nasıl dağıtılacağına dair karar verici mevkisi, parlamentoda çoğunluğu elinde bulunduran hükümettir. Hükümetler elinde bulundurduğu bu yetkiyi kendi çıkarları doğrultusunda oy maksimizasyonunu gerçekleştirme güdüsüyle kullanabilmektedir. Literatürde Türkiye’de kamu harcamalarının ve kamu açıklarının politik iktisadi üzerine gerçekleştirilen çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalara örnek olarak; Çakır (2009), Uysal ve Mucuk (2009), Güvel ve Koç (2011), Gür ve Akbulut (2012), Balan (2016) gösterilebilmektedir. Ancak Türkiye’de merkezi hükümet sağlık harcamalarının hükümetin politik dürtülerle gerçekleştirip/gerçekleştirmedeği konusunda yapılan çalışma olmaması, bu teze literatürde yer alan boşluğu doldurması bakımından önemli bir rol üstlenmesine olanak sağlamıştır.

Tezin ana konusunu Türkiye’de merkezi yönetim tarafından gerçekleştirilen sağlık harcamaları ve sağlık harcamaları belirleyenlerinden olan yaşlılık ile ilişkisi oluşturduğu için özel sektör sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının finansman yöntemleri, yaşlılar için gerçekleştirilen sosyal güvenlik harcamaları, merkezi yönetim sağlık harcamaları hariç yaşlılara dönük gerçekleştirilen harcamalar çalışmanın kapsamı dışında yer almaktadır.

Bu kapsamda tez üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde tezin temel araştırma konusu olan sağlık harcamalarına teorik olarak yaklaşılmış olup sağlık hizmetlerinin özellikleri, sınıflandırma şekli ve devletin sağlık hizmeti sunmasının rasyoneli kapsamlı şekilde ele alınmıştır. Ayrıca sağlık harcamaları, kamu harcamalarının bir kalemi olduğu için sağlık ile kamu harcamaları teorisi birbiriyle harmanlanarak kapsamlı şekilde açıklanmıştır.

İkinci bölümde ise tezde araştırılan temel konu olan sağlık harcamalarının yaşlılık ile olan ilişkisi teorik çerçeveden açıklanmıştır. Bu kapsamda öncelikle sağlık harcamalarının belirleyenleri ele alınmıştır. Sağlık harcamalarının belirleyenleri konusunda yaşlılık olgusu detaylı olarak incelenmiş ve yaşlılığın kamu harcamaları ve sağlık harcamaları üzerindeki etkisi ve Türkiye’de yaşlılar için gerçekleştirilen sağlık harcamaları detaylı olarak araştırılmıştır. Ayrıca yaşlılığın Dünya’da ve Türkiye’de gelişimi ve Türkiye’de merkezi yönetim sağlık harcamaları detaylı şekilde incelenmiştir.

Üçüncü ve son bölümde ise çalışmanın asıl araştırma noktasını oluşturan Türkiye’de 2007-2018 yılları arasında iller bazında yaşlı bağımlılık oranı ile merkezi yönetim sağlık harcamaları arasındaki ilişki ampirik olarak ele alınmış olup veri, model ve analiz sonuçları ile birlikte detaylı olarak incelenmiştir. Bu kapsamda ilk olarak yaşlılık ile sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi konu edinen ve literatüre önemli katkılar sağlayan temel çalışmalar incelenmiştir. Sonrasında bu tezde kullanılan veriler ve verilerin analiz yöntemi de bu temel çalışmalardan elde edilen kaynaklar göz önünde bulundurularak hazırlanmıştır. Bunun neticesinde ise spesifik ekonometrik modeller oluşturularak tahminlemeler gerçekleştirilmiş ve tahmin sonuçları literatürde yer alan benzer ampirik çalışma sonuçlarıyla karşılaştırmalı olarak yorumlanmıştır.



1. BÖLÜM

1. SAĞLIK HARCAMALARI TEORİSİ

Tezin birinci bölümünde sağlık harcamaları teorik olarak ele alınacaktır. Bu kapsamda öncelikle sağlık kavramı, sağlık hizmetlerinin tanımı ve amacı, sağlık hizmetlerinin özellikleri, sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması, sağlık hizmeti sunmanın rasyoneline değinilecektir. Bu kapsamda Türkiye’de sağlık harcamaları sadece devletin gerçekleştirdiği kamu harcamaları olarak ele alınmaktadır. Türkiye’de sağlık harcamaları, özel sektör tarafından da gerçekleştiriliyor olmasına karşın özel sektörün sağlık harcamalarının devletin sağlık harcamalarına kıyasla çok geride kalması ve özel sektör sağlık harcamalarının tezin araştırma kapsamı dışında olmasından dolayı genel olarak bir kamu harcaması olarak ele alınmaktadır. Dolayısıyla sağlık harcamalarının kamu harcamaları ile olan ilişkisi mukayeseli olarak teorik çerçevede değerlendirilmektedir. Buna ilaveten kamu harcamaları artış teorisi, kamu harcamalarının sınıflandırılması da sağlık ile ilişkilendirilmesi bakımından sağlık harcamalarına yönelik yaklaşımlarla mukayeseli olarak analiz edilmiştir.

1.1. Sağlık Kavramı

İnsan bir ülkenin en değerli varlığıdır ve insanlar sağlıklı bir vücuda sahip olmadan yaşamlarını devam ettiremezler dolayısıyla ülkelerin de ömrü insanların ömrü kadardır. Bu nedenle insanın sağlıklı bir yaşama sahip olması, en az sıklıkla hastalanması, hastalıklara yol açan sebeplerin tespit edilip yok edilmesi ve hastalık durumunda tüm imkanların sağlanması insanın en birincil haklarından. Sağlık kavramı İkinci Dünya Savaşı sonrasına kadar hastalık, sakatlık veya ölümlle ilişkilendirilen sığ bir bakış açısı ile ele alınmıştır. Ancak daha sonra 1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun’da (SHSK) sağlık kavramı daha geniş bir bakış açısıyla ele alınmış ve sağlığın “*tam bir iyilik hali*” olduğu ortak olarak iki tanımlamada da vurgulanmıştır. Literatürde “*tam bir iyilik hali*” durumunun ne ifade ettiği ise *subjektif* ve *objektif* sağlık değerlendirmeleriyle açıklanmaktadır. Subjektif sağlık değerlendirmesine göre; toplum içinde yaşayan bireyler kendilerini fiziksel ve/veya zihinsel olarak iyi ve yeterli görmektedirler. Bireyler subjektif sağlık değerlendirmesinde içinde bulunduğu çevre koşullarından, eğitim düzeyinden, beslenme alışkanlıklarından ve gelir dağılımından etkilenmektedir. Objektif sağlık değerlendirmesi ise bireyin kendisini nasıl

hissettiğinden çok hekim veya diğer sağlık çalışanlarının tıbbi muayeneleri sonucu elde edilen rapora göre belirlenmektedir. Bireyin kendisini sağlıklı olarak nitelendirebilmesi için eşanlı olarak hem subjektif hem de objektif sağlık değerlendirmelerinin yapılması gerekmektedir. Kendisini sağlıklı hisseden bireyin yapılan hekim muayenesi sonucu sağlıklı olmadığı anlaşılabilir gibi kendisini sağlıksız hisseden bireyin de gerçekleştirilecek olan tıbbi muayene sonrası sağlıklı olduğu görülebilmektedir (Barlin, 2010: 6-7).

Bireylerin sağlığa bakış açıları ile hekimlerin bakış açıları genellikle birbiriyile örtüşmemektedir. Bireylere göre hastalık halinin olmayışı “sağlık” olarak algılanmasına karşın, hekimlere göre ise bireylerin fiziksel ve/veya zihinsel olarak küçük dahi olsa yıpranma veya bozukluğa uğraması hastalık olarak tanımlanmakta ve bireyin sağlıklı olmadığı dile getirilmektedir (Gök, 2012: 4). Dünya Sağlık Örgütü 1948 yılında sağlık kavramını şu şekilde tanımlamaktadır; “sağlık; sadece hastalık, zayıflık veya sakatlığın olmayışı değil fiziksel, zihinsel ve sosyal huzur bakımından da tam bir iyilik halidir”. Türkiye’de de 224 sayılı SHSH Kanununun 2. Maddesinde sağlık kavramı DSÖ’nün tanımına paralel şekilde “sağlık; sadece hastalık veya malûliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca Şener (2006) çalışmasında sağlık kavramına DSÖ ve SHSH Kanununa paralel olarak insanların hasta veya sakat olmamalarının yanında fiziksel, ruhsal ve sosyal durumlarının da iyi olması şartıyla sağlıklı olmaktan bahsedebileceğini vurgulamaktadır. Ayrıca insanların ekonomik, çevresel ve sosyal durumlarının iyileştirilmesinin sağlıklı bireyler ve sağlıklı toplum elde edilmesinde büyük katkı sağlayacağını savunmaktadır.

Sağlıklı olmak kadar sağlığın sürdürülebilir olması da büyük önem taşımaktadır. Fiziki ve zihinsel sağlığın hastalıklardan korunması ve iyilik halinin sağlanması hususu sadece sağlık sektörünün kapsamı içinde yer almamaktadır. Toplum sağlığının korunması ve sürdürülebilir olması için de ekonomik ve sosyolojik çevrelerin birbiriyle ilişki içinde olmaları gerekmektedir. Sosyolojik çevreler, çevresel ve biyolojik etmenlerin insan sağlığı üzerindeki etkilerini ortaya koyarak bireylerin daha sağlıklı koşullarda yaşamasına katkıda bulunurken ekonomik çevreler ise daha iyi sağlık hizmeti verilebilmesi için finansal kaynak arama ve oluşturma bakımından büyük öneme sahiptir (Aytürk, 2010: 4). Dolayısıyla, sağlıklı bireylerden oluşan bir toplum elde etmek ve sürdürülebilirliğini sağlamak için gerek bireysel gerekse de toplumsal düzeyde mücadelenin zaruri olduğu söylenebilmektedir.

İnsan sağlığı, bireyin tüm yaşamı boyunca gerek psikolojik ve çevresel gerekse de kendi bedeni olmak üzere çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. Bireyin fiziksel ve zihinsel durumu doğumundan başlamak üzere ergenlik dönemine kadar geçen zamanla birlikte en üst seviyeye gelmekte ancak bundan sonraki dönemde ise geçen zamana ve yaşlılığa bağlı olarak her iki yönden de “fiziksel ve zihinsel ” olarak düşüşe geçmektedir. Bireyin zaman içinde yaşlanmasından kaynaklı olarak geçirdiği fiziksel ve zihinsel değişim eşanlı olarak gerçekleşmemektedir. Bireyin durumunda gerçekleşen ilk değişim fiziğinde görülürken bu değişimi zamanla zihinsel değişim de takip etmektedir. Ancak sağlıklı insanların fiziklerinde gerçekleşen ilerlemelerin veya gerilemelerin ya da iki süreç arasındaki geçiş hızının diğer bireylere göreli olarak çok daha yavaş gerçekleştiği bilinmektedir. Özellikle sağlıklı bir bireyin yaşlanma sürecinde zihinsel bakımdan gerilemesi fiziksel bakımdan sağlıksız bireylere göre çok daha yavaş olmaktadır (Ayhan, 2004: 4). Dolayısıyla bireylerin yaşlılık aşamasına gelene kadar ki dönemlerde sağlığına dikkat ettiğinde yaşlılık dönemlerinde çok fazla sağlık sorunu çekmeyecekleri ve dolayısıyla da sağlık hizmetlerine olan talebin de çok fazla olmayacağı söylenebilmektedir.

1.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Amacı

Sağlık bireylerin sahip olduğu en değerli hazinedir. Sağlıklı bir yaşama sahip olmak için sarfedilen çabalar, sağlığı elde ettikten sonra da sağlıklı yaşamı koruyabilmek ve sürdürülebilirliğini sağlamak için de devam etmektedir. Sağlığın elde edilmesi, korunması ve devamlılığın sağlanması aşamasında sağlıkla ilgili mal üreten ve hizmet sağlayan (anne ve çocuk sağlığı, aile planlaması, çevre sağlığı, tıp eğitimi, ilaç, medikal araç ve gereç üretimi vs.) tüm kurum ve kuruluşların meydana getirdiği oluşuma “sağlık sektörü” adı verilmektedir. Sağlık sektörü tarafından sağlık merkezli gerçekleştirilecek olan tüm faaliyetler de “sağlık hizmetleri” şeklinde tanımlanmaktadır. Ülkelerin sosyo-ekonomik anlamda gelişmişlik düzeylerinin en önemli belirleyecilerinden biri olan sağlık hizmetlerinin amacı; bireyleri ve toplumu olası hastalıklardan korumak ve tedbirler almak, hasta olan bireyleri eski sağlıklarına kavuşturmak ve herhangi bir sebepten dolayı sakat kalanları rehabilite etmek olarak sıralanmaktadır (Akın, 2007: 6). Sağlık hizmetlerinin temel amacı ise bireyi ve dolayısıyla toplumu hastalıklardan koruyarak daha sağlıklı ve üretken bir toplum inşa etmektir.

Ayrıca 224 sayılı SHSK Kanunu ve DSÖ'nün sağlık hizmetleri hakkındaki tanım ve değerlendirmeleri de önem taşımaktadır. Buna göre 224 sayılı SHS Kanununun 2. maddesinde

sağlık hizmetleri şu şekilde tanımlanmaktadır; “*İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler sağlık hizmetidir.*” Dünya Sağlık Örgütüne göre sağlık hizmetleri; herhangi bir hastalığın teşhisi ve tedavisi ile ilgili tüm hizmetleri kapsamaktadır. Buna bireysel ve bireysel olmayan sağlık hizmetleri de dahildir.

Sağlık hizmetleri devletlerin öncelikle gerçekleştirmek zorunda olduğu refah harcamalarının başında gelerek yaşam kalitesini ve işgücü verimliliğini de artırmaktadır (Şener, 2006: 385). Sağlık hizmetleri ayrıca ülkeler açısından sosyo-ekonomik anlamda gelişmişlik ve kalkınma düzeyini gösteren en önemli göstergelerden biridir. Belirtildiği üzere sağlık hizmetleri sadece bireylerin hastalanmaması için değil sağlığının korunması ve nasıl daha sağlıklı olunabilirin yollarını aramaktadır. Bununla birlikte sağlık hizmetleri bireyleri hastalığın durumuna göre mali risklerine karşı korumak ve hastalığı tedavi etmek gibi görevleri de yerine getirmektedir (Öztürk ve Uçan, 2017: 140).

Sağlık hizmetleri, sağlık sisteminin en belirgin fonksiyonlarından birini oluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri tanımlamasında bazı kilit faktörler yer almaktadır. Bu faktörlerin varlığı sağlık hizmetlerini çok daha ulaşılabilir ve kaliteli hale getirmektedir. Bunlar; sağlık için ortaya konulan finansal kaynaklarının geniş olması, sağlık araç gereçlerinin teknolojik bakımdan üst seviyede olmaları, farklı alanlarda ve geniş donanıma sahip sağlık personellerinin yer alması olarak sıralanabilmektedir. Sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, minimum ücretle sunumu ya da tamamen devlet tarafından karşılanması, hizmetin kalitesi, sağlık araç-gereçleri gibi donanımların eksiksiz olarak sağlanması gibi sağlık hizmetinin nicelik ve nitelik bakımından artırılması da bu faktörlerin varlığına bağlı olarak gerçekleşebilmektedir (Belmartino, 1994: 1316).

1.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerini diğer mal ve hizmetlerden ayıran temel özellikler bulunmaktadır. Literatürde yer alan çalışmalar neticesinde sağlık hizmetlerinin özellikleri şu şekilde sıralanabilmektedir; kamusal özellik, dışsal özellik, erdemli mal olması, devlet müdahalesini gerektirmesi, belirsizlik, asimetric bilgi, ikame edilememesi, ertelenememesi ve depolanamaması şeklinde sıralanmaktadır.

1.3.1. Sağlık Hizmetinin Kamusallık Özelliği

Kamusal mallar herhangi bir ücret karşılığı olmayan, hizmetin tüketiminden dolayı da faydalarının bireyler arasında bölünemediği ve dolayısıyla hiçbir bireyin hizmetin tüketiminden dışlanamadığı bu yüzden piyasa mekanizmasıyla üretiminin mümkün olmadığı mal ve hizmetler olarak bilinmektedir (Stiglitz ve Rosengard, 2015: 102). Kamusal mal ve hizmetleri diğer mal ve hizmetlerden ayıran iki önemli özellik bulunmaktadır. Bunlar; *tüketiminde rakipsizlik* ve *tüketiminde dışlanamazlık* olarak sıralanmaktadır. Kamusal mal veya hizmetin birey tarafından tüketimi aynı mal ve hizmetin diğer bireyler tarafından tüketimine engel olmamaktadır. Bu kamusal mal veya hizmetin *tüketiminde rakipsizlik* özelliğinden kaynaklanmaktadır. Tüketimde rakibi olmayan mallar yüksek düzeyde marjinal dışsal fayda yaymaktadır dolayısıyla bu tür mal ve hizmetler sosyal olarak arzu edilir hale gelmektedir. Ancak bu özelliğinden dolayı özel sektör tarafından sunulmaları olanaksız hale gelmektedir. Kamusal mal veya hizmetlerin bir diğer özelliği olan *tüketimde dışlanmazlık* ise bireylerin kamusal mal veya hizmetin tüketiminden elde ettikleri fayda karşılığında herhangi bir bedel ödemesi bile yararlanabileceğini ve hiçbir bireyin bu mal veya hizmetin tüketiminden alıkonulamayacağını ifade etmektedir (Musgrove, 1996: 11). Diğer bir ifadeyle bireyler dışlamanın mümkün olmadığı kamusal mal veya hizmeti istediği kadar kullanır ve karşılığında herhangi bir bedel ödemezler. Bireylerin bir kısmı mal ve hizmetlerin kullanımı karşılığında ödeme yapmaya razı iken diğer bireylerin ödeme yapmak istememesi şeklinde ortaya çıkan bu sorun ise literatürde bedavacılık (free-rider) olarak tanımlanmaktadır. Eğer tüm bireyler bedava tüketim isterse bu mal veya hizmetin üretimini yapmak olanaksız hale geleceği için toplum açısından bir kayıp haline dönüşecektir (Dewar, 2010: 76).

Literatürde sağlıkla ilgili tartışılan konu ise sağlığın ne tür bir mal olduğudur. Sağlığın ne tür bir mal olduğunu anlamak için aşağıdaki Şekil 1.1'de kamusal ve özel mal ayrımı matrisi yer almaktadır. Matrisin dikey eksenini malın piyasadaki tüketiminde rekabet derecesini, yatay eksenini ise malın tüketiminden dışlanma derecesini göstermektedir.

A noktası malın tüketiminde rekabetin olmadığı ve dışlamanın mümkün olmadığı tam kamusal malı simgelemektedir. Buna verilecek en iyi örnek ise savunma ve asayiş hizmetleri sayılabilmektedir. B noktası ise A noktasının tam tersine malın tüketiminde rekabetin ve dışlamanın tamamen mümkün olabildiği tam özel malları simgelemektedir. Ayakkabı, meyve suyu, cep telefonu vb. sayılabilecek bir çok örnek verilebilmektedir. C

noktasında tüketiminde dışlamanın olmadığı ancak tüketiminde rakip olan mallar yer almaktadır. Buna verilecek en uygun örnek ise kumsal örneği olmaktadır. Kumsalın faydalarından hiç kimseyi dışlamak mümkün olmamasına karşın kalabalık bir grubun kumsala gelip zaman geçirmesi diğer bireylerin alanını daraltarak tüketimde rekabet yaratabilir. D noktasında tüketiminde rekabetin olmadığı ancak dışlamanın mümkün olduğu mal ve hizmetleri göstermektedir. Bu tür mal ve hizmetler klüp malları temsil etmektedir. Klüp malları James M. Buchanan tarafından 1965 yılında yayınlamış olduğu makalesinde tanımlanmaktadır. Buna göre klüp mal; faydası birden çok bireye bölünebilen kamusal olmayan malların, belli fiyatlar karşılığında bir klübe ya da gruba tahsis edilmesine dayanan ve bu şekilde bir dışlama mekanizması oluşturulan mal ve hizmetlerdir. Tiyatro hizmeti, avcılık ve atıcılık klübü bu tür mal ve hizmetlere örnek verilebilmektedir (Uğurlu, 2010: 30).



Kaynak: Matei ve Matei (2011)

Şekil 1.1. Kamusal ve Özel Mal Ayrımı

Sağlık hizmetinin ne tür bir mal olduğu literatürde sıkça tartışılmaktadır. Özellikle sağlık harcamalarının tam kamusal özellikleri hakkında verilen örneklerin sayısı çok azdır. Sağlık hizmeti tam kamusal mal, tam özel mal ve yarı kamusal mal niteliklerini taşımaktadır. Sağlık hizmeti sadece hizmetten yararlanan kişiye fayda sağlıyorsa sağlık hizmetinin tam özel mal niteliği taşıdığından bahsedilebilir (Smith ve MacKellar, 2007: 3). Bireyin baş ağrısını gidermek amacıyla ağrı kesici ilaç alması tam özel sağlık mallarına verilecek en iyi örneklerden biridir (World Bank, 1987: 4).

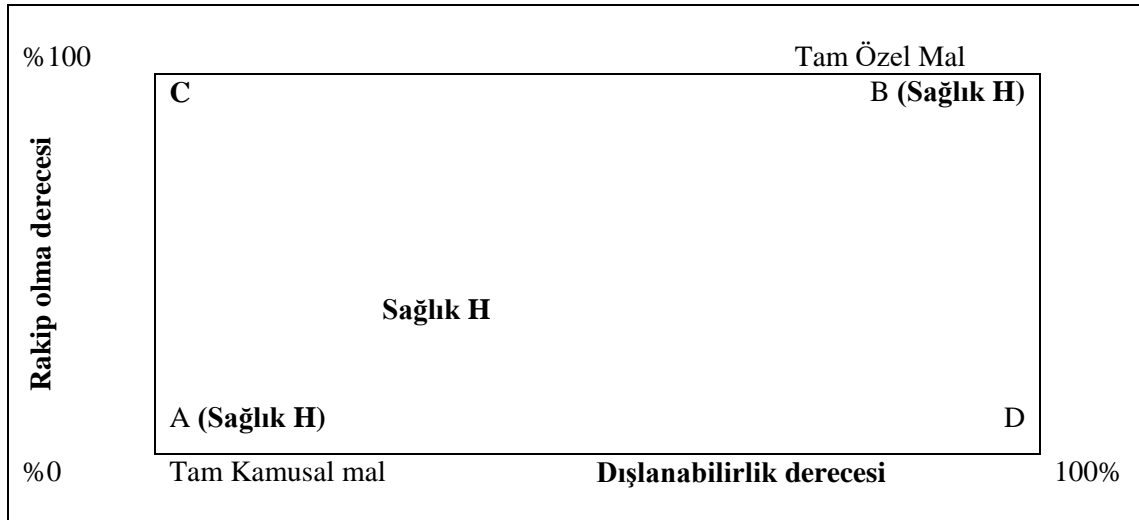
Eğer sağlık hizmeti, hizmetten yararlanan bireyin kendisine doğrudan içinde yaşamış olduğu topluma dolaylı olarak fayda sağlıyorsa sağlık hizmeti yarı kamusal niteliktedir. Yarı kamusal mal niteliğindeki bu hizmetlerin çoğu piyasa tarafından sunulabilmesine karşın

yüksek derecede dışsallık yaydıkları için kamu kesimi tarafından üretilmektedir (World Bank, 1993: 5). Örneğin; bireyin devletin yürütmüş olduğu sağlık hizmetleri çerçevesinde aşılama faaliyetlerinden yararlanması hem bireyin kendisine hem de içinde yaşadığı topluma faydası olmasından kaynaklı olarak yarı kamusal sağlık hizmeti niteliğindedir (Dünya Bankası, 1987: 4).

Bunun dışında sağlık hizmetlerinin faydası toplumun tüm bireyleri arasında eşit olarak bölünüyor ve hiç bir bireyin hizmetin kullanımından engellenemediği durum söz konusu ise sağlık hizmetinin tam kamusal özelliklerinden bahsedilebilmektedir. Sağlık bakımından çevre temizliğini geliştirme ve kirliliğe karşı alınacak önlemler, bireylerin 7/24 hastanelerin acil servislerine başvuru imkanı, anne ve çocuk sağlığı için hizmet veren dispanserler gibi sağlık hizmetleri tam kamusal sağlık hizmetlerine örnek olarak gösterilebilmektedir. Özellikle koruyucu sağlık hizmetleri tam kamusal mal ve hizmet özelliği taşımaktadır. Tam kamusal sağlık hizmetleri devlet tarafından sunulmaktadır. Böylece hiçbir birey dışlanamamakta ve tüm bireyler bedel ödemediği tam kamusal sağlık hizmeti olan koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedir (Altay, 2007: 36-37). Dolayısıyla sağlık hizmetleri dışlanamaz ancak tüketiminde rekabetin olduğu mal olarak tanımlanmakta olup karma mal veya yarı kamusal mal olarak ifade edilmektedir (Jason, 2020: 1).

Yukarıdaki Şekil 1.1’de kamu ve özel mal ayrımı matrisi gösterilmiş olup, sağlık hizmetinin ne tür bir mal ve hizmet grubuna girdiği literatürde yer alan açıklamalar ve örneklerle belirtildikten sonra aşağıdaki Şekil 1.2’de kamu ve özel mal ayrımı matrisi güncellenerek sağlık hizmetleri de eklenmiştir. Böylelikle sağlık hizmetlerinin tam olarak nerede yer aldığı diğer bir ifadeyle hangi tür mal ve hizmet grubunda yer aldığı açık şekilde görülmektedir.

Buradan hareketle sağlık hizmetinin hem Şekil 1.1 hem de Şekil 1.2’ye göre tam kamusal, yarı kamusal ve özel mal özelliklerinin tümüne sahip olduğu söylenebilmektedir. Dolayısıyla tam kamusal mal olma özelliğinden dolayı hem A noktasında, özel mal olmasından dolayı hem B noktasında, yarı kamusal mal ve hizmet grubunda yer almasından dolayı A ve B noktalarının tam orta noktasında gösterilmektedir.



Kaynak: Matei ve Matei (2011)

Şekil 1.2. Sağlık Hizmetlerinin Kamusal Özel Matristeki Yeri

Sonuç olarak sağlık hizmetlerinin temel üreticisinin ve sunucusunun devlet olmasına karşın, piyasa ekonomisi de genel anlamda kamusal özellik taşıyan sağlık hizmetlerinin sunumunda faaliyet göstermektedir.

Sağlık hizmetleri gerek bireyin kendisine özel olarak gerekse de bireyin içinde yaşadığı toplumun geneline fayda sağlaması açısından yarı kamusal mal ve hizmet sınıfı içinde değerlendirilmektedir. Sağlık hizmetleri ayrıca bölünebilir ve fiyatlandırılabilir özelliklerden dolayı özel hizmete de benzemekte iken genel olarak birlikte tüketim olanağının olması ve faydalarının toplumun tamamına yayılmasından kaynaklı olarak kamusal hizmete de benzemektedir. Bunun yanında tüm sağlık hizmetleri birbirine benzememektedir. Örneğin; çevreye yönelik gerçekleştirilen hizmetler, anne ve çocuk sağlığı için açılmış olan dispanser faaliyetleri gibi koruyucu sağlık hizmetleri için herhangi bir fiyat ödenmediği için tam kamusal mal ve hizmet özelliğindedir. Ancak tedavi edici sağlık hizmetleri tüketimi sonucunda elde edilen faydanın bölünebilir ve fiyatlandırılabilir olmasından kaynaklı olarak özel hizmet niteliği de taşıdığı için genel olarak sağlık hizmetleri yarı kamusal mal ve hizmet grubunda yer almaktadır (Saraçoğlu ve Öztürk, 2017: 297).

1.3.2. Dışsallık

Bir ekonomik birimin üretim veya tüketim faaliyeti sonucunda diğer ekonomik birim ve/veya birimlerin üretim veya fayda fonksiyonlarını olumlu ve/veya olumsuz etkilemesi

durumuna dışsallık adı verilmektedir (Ay, 2019: 69). Dışsallık, sağlık hizmetlerinde dört farklı şekilde ortaya çıkmaktadır;

- *Arz Kaynaklı Negatif Dışsallıklar:* Mal veya hizmetin üretim aşamasında marjinal sosyal maliyetinin marjinal özel maliyetinden daha yüksek olması durumunda ortaya çıkan dışsallık türüdür. Sağlık hizmetleri için bu duruma örnek olarak herhangi bir ilaç firmasının, üretim aşamasında yanında bulunduğu nehri veya havayı kirletmesi gösterilebilmektedir.
- *Arz Kaynaklı Pozitif Dışsallıklar:* Mal veya hizmetin üretimi esnasında marjinal sosyal faydasının marjinal özel faydasından daha yüksek olması durumunda ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinde bu duruma örnek olarak herhangi bir ilaç firmasının üretim aşamasında AR-GE faaliyetleri kapsamında yeni ürün veya teknoloji geliştirmesi gösterilebilmektedir.
- *Talep Kaynaklı Negatif Dışsallıklar:* Mal veya hizmetin tüketimi durumunda marjinal sosyal faydanın marjinal özel faydasından düşük olması durumunda karşılaşılan dışsallık türüdür. Sağlık hizmetleri bakımından sigara içen bir kişinin çevresinde sigara içmeyenlere vermiş olduğu rahatsızlık ve negatif etki talep kaynaklı negatif dışsallık örneğidir.
- *Talep Kaynaklı Pozitif Dışsallıklar:* Mal veya hizmetin tüketimi durumunda marjinal sosyal faydasının marjinal özel faydasından daha yüksek olduğu durumlarda ortaya çıkan dışsallık türü olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmeti kapsamında aşılama hizmetleri talep kaynaklı pozitif dışsallıklara verilebilecek en iyi örneklerdendir (Dewar, 2010: 76).

1.3.3. Erdemli Hizmet

Erdemli mallar serbest piyasa tarafından üretilen özel mal ve hizmet niteliğinde olan ancak tüketilmesi sonucunda toplumsal refahı artıran ve ortaya çıkan faydanın tüm topluma yayılmasını sağlayan mal ve hizmetler olarak bilinmektedir (Ay, 2019: 81). Sağlık hizmetleri açısından ele alındığında zorunlu sağlık sigortasının en önemli erdemli mallar arasında yer aldığı söylenebilmektedir. Bireylerin sağlık hizmetine ihtiyacı olduğunda ödeme gücü olmadığı için hizmetten yararlanamaması ya da sağlık hizmetine olan o anki talebin aniden ortaya çıkması ve talebin düzensizliği gibi durumlara karşı devlet erdemli bir

mal olan zorunlu kamusal sağlık sigortasını uygulamaktadır (Saraçoğlu ve Öztürk, 2017: 298).

1.3.4. Devlet Müdahalesinin Gerekliği

Günümüzde birçok ülkede devletler bireylerin ve toplumun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini sunmakta veya sağlık hizmeti sunumunu düzenleyen bir regülatör konumunda görevler üstlenmektedir. Ayrıca birçok devlet sağlık hizmetlerini sunmanın ve regüle etmenin yanında finansal olarak da sağlık hizmetlerine katkı sağlamaktadır. Devlet ekonomide birçok alana müdahale etmektedir. Özellikle sağlık alanında devlet çok farklı şekillerde sağlık hizmetlerine müdahale etmektedir (Musgrove, 1996: 14). Bunlara örnek olarak; hemşire, doktor, dişçi, eczacı, teknisyen gibi sağlık personellerinden lisans ve yeterlilik belgesi talep etmekte ve bu belgeyi sağlık hizmeti verilebilmesi için zorunlu kılması gösterilmektedir (Karagöz, 2015: 18).

Devletin sağlık sektörüne müdahalesi daha çok sağlık hizmetinin üretimi esnasında gerçekleşmektedir. Devlet bazı nedenlerden dolayı sağlık hizmetlerine müdahalede bulunmakta-ktadır. Bunlar (Musgrove, 1996: 2-3);

- Sağlık hizmetinin sunumu ve hizmetin geliştirilmesi sadece bireyler açısından değil bireyleri oluşturan toplum açısından da önem arz etmektedir. Dolayısıyla devlet toplumun tamamının fayda göreceği sağlık hizmetini kendisi üstlenmekte ya da özel sektöre bıraktığı alanları denetlemektedir.
- Sağlık hizmetleri talebinin belirsiz olması devleti sağlık hizmetleri sunumuna yönlentmektedir. Toplumdaki her birey aynı bilgi ve gelir düzeyine sahip olmadığı ve sağlık hizmetinin her yerde aynı kalitede sunulma imkanı olmadığı için talep tahmin edilememektedir. Ancak devlet elinde bulundurduğu verilerle bu talebi en iyi tahmin edebilecek yapıya sahip olduğu için sağlık hizmetleri sunumunda aktif rol almaktadır.
- Sağlık hizmetlerinde özel sektör kuruluşlarının, sağlık hizmetlerine olan talebe yeterince cevap verememesi ve özel sektör sağlık kuruluşlarının ticari kaygılarla hareket etmesi belli bölgelerde sağlık hizmeti sunumunun yapılamamasına ya da eksik yapılmasına sebep olmaktadır. Devlet sağlık hizmeti sunumun yetersiz olduğu veya yapılamadığı yerlerde sağlık hizmeti sunumunu kendi gerçekleştirmektedir.

- Sağlık hizmetlerinin bölünemezlik özelliğinden kaynaklı olarak birçok hastalıkla mücadele ülke genelinde belirlenecek olan sağlık politikalarıyla gerçekleşecektir.
- Sağlık hizmetlerinin piyasa büyüklüğü devletin sağlık hizmetlerinde aktif rol oynamasında etkili olmaktadır. Çünkü sağlık hizmeti üreten hastane, poliklinik gibi tesisler özel firmalar tarafından karşılanması mümkün olmayan maliyetler içermektedir. Dolayısıyla devlet dışında hiçbir kurum veya kuruluş bu maliyetleri üstlenememektedir. Devlet bu sebeplerden dolayı sağlık hizmetlerinin sunumunu kendisi gerçekleştirmekte ya da sağlık hizmetleri sunumuna müdahale etmektedir.

1.3.5. Belirsizlik

Genel olarak belirsizliğin sebebi tam bilginin olmaması iken sağlık hizmetlerinde belirsizlik iki türlü ortaya çıkmaktadır. Bunlardan ilki; bireylerin sağlık hizmetlerine nerede, ne kadar ve ne zaman ihtiyaç duyacağı önceden bilinmemektedir. Diğer bir ifadeyle sağlık hizmetlerine yönelik gerçekleşen talebin önceden tahmin edilememesi belirsizlik durumunu ifade etmektedir (Yıldırım, 1999: 5). İkinci belirsizlik durumu ise; sağlık hizmetleri sunumunda gerçekleşen tedavinin etkili olup olmayacağı belirsizliğidir. Birçok hastalığın iyileşme süreleri bilinse de bu durum kişiden kişiye göre değişmekte ve tam olarak tahmin edilememektedir (Çalışkan, 2008: 41).

1.3.6. Asimetrik Bilgi

Sağlık hizmetleri piyasasında, sağlık hizmeti talebinde bulunan hasta ile sağlık hizmeti üreticisi konumunda olan doktor arasında bireyin sağlık sorunu ve sorunun nasıl ortadan kaldırılacağı hususunda doktor ile hasta arasında bilgi düzeylerinin farklı olmasından kaynaklanan asimetrik bilgi problemi ortaya çıkmaktadır (Şenatalar, 2003: 27). Hasta olan birey doktora gitme kararını kendi başına almasına rağmen asimetrik bilgi problemi sebebiyle hastalığı hakkında çok az bilgi düzeyine sahiptir. Dolayısıyla doktor hasta olan kişinin hastalığını iyileştirebilmek için hem uygulanacak tedavi metodunu hem de tedavi miktarını kendi belirlemekte yani doktor asimetrik bilgi probleminin olduğu yerde hem hizmetin üreticisi hem de talebin belirleyicisi konumunda yer almaktadır (Yıldırım, 1999: 5).

1.3.7. Sağlık Hizmetinin İkame Edilememesi

Herhangi bir mal veya hizmetin değeri yükseldiğinde daha ucuz mal veya hizmetle değiştirilmesine ikame etmek denilmektedir. Ancak ikame durumu sağlık hizmetleri için geçerli değildir diğer bir ifadeyle sağlık hizmetlerinin ikamesi durumunda olan herhangi bir mal veya hizmet bulunmamaktadır (Saraçoğlu ve Öztürk, 2017: 301).

1.3.8. Sağlık Hizmetinin Ertelenememesi ve Depolanamaması

Sağlık hizmetlerini diğer mal ve hizmetlerden ayıran özelliklerden biri de sağlık hizmetlerinin ertelenemez ve depolanamaz olmasından kaynaklanmaktadır. Bireyler sağlık hizmetlerine olan talebini diğer mal ve hizmetlerde olduğu gibi ekonomik sebeplerle erteleyememektedir. Çünkü hastalık durumunda ya da acil durumlarda birey sağlık hizmeti talebinde bulunmak zorundadır. Sağlık hizmetleri genellikle ihtiyaç duyulduğunda gerçekleştirildiği için depolanamamaktadır. Bu nedenle sağlık kuruluşları sağlık hizmeti kapasitelerini talebin en yüksek olacağı düzeye göre belirlemek zorunda kalmaktadır (Saraçoğlu ve Öztürk, 2017: 302).

Genel olarak sağlık hizmetlerinin toplumun tamamını kapsadığı ve dışlamanın mümkün olmadığı, hizmetin tüketiminin tesadüfi bir biçimde ortaya çıktığı, maliyetinin de belirsiz ve büyük boyutlara ulaşabileceği ve daha düşük masraflı başka mal ve hizmetler ile ikame edilemeyeceği, hasta olan bireyin hizmetin kullanımını aksatması halinde birey için olumsuz sonuçlara hatta bireyin ölümüne sebebiyet vereceği söylenebilmektedir. Ayrıca sağlık hizmetinin tüketiminin tesadüfi bir biçimde ortaya çıkması bu hizmete olan talebin ne zaman, nerede ve nasıl ihtiyaç duyulacağını bilinmemesi de sağlık hizmetlerinin özellikleri arasında yer almaktadır.

1.4. Sağlık Hizmetinin Sınıflandırılması

224 sayılı SHS Kanunu 2. maddesinde sağlık hizmetleri şu şekilde tanımlanmaktadır; “İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler sağlık hizmetidir.” Bu tanıma göre sağlık hizmetleri üç grupta toplanmaktadır. Bunlar; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilite edici sağlık

hizmetleri olarak sıralanmaktadır. Bu hizmetler ayrıntılı olarak alt başlıklarda incelenmektedir.

1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinin bir türü olan koruyucu sağlık hizmetleri toplumun iktisadi, sosyal, kültürel ve demografik yapısı bakımından sağlık kriterlerinin belirlenerek, bireyin ve dolayısıyla toplum sağlığının korunması ve sağlık düzeyini artırmak amacıyla gerçekleştirilen çalışmaları kapsamaktadır (Yılmaz, 2012: 10). Koruyucu sağlık hizmetleri çevreye ve bireye dönük olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. **Çevreye yönelik hizmetlerinin** temel amacı ise yaşadığımız çevrede insan sağlığını tehdit eden biyolojik ve kimyevi etkenlerle mücadele ederek insan sağlığını korumak ve çevrenin daha temiz ve hijyenik şekilde kalmasını sağlamaktır. Bu hizmetler kimyager, veteriner, mühendis ve teknisyen gibi özel eğitim almış meslek mensuplarınca yürütülmektedir. **Kişiyeye yönelik hizmetlerin** temel amacı bağışıklık sorunuyla mücadele etmek, bireyin beslenme düzeyini korumak, hastalıkların erken teşhisi ve tedavi metodlarını belirlemek, aşırı doğurganlığı kontrol altına almak, bireyleri ilaçla koruma altına almak, kişisel hijyeni sağlamak ve sağlık eğitimi vermek olarak sıralanmaktadır. Bu tür hizmetler ise hekim, hemşire, ebe ve diğer sağlık meslek mensupları tarafından yerine getirilmektedir (Fişek, 1983: 5). Kısacası koruyucu sağlık hizmetleri, bireyi ve toplumu her türlü hastalık ve hastalık risklerine karşı koruma amacıyla gerek çevresel gerekse de bireysel nitelikte önlemler almaktadır. Bu amaca dönük olarak da gerek tıbbi personel gerekse de sağlık alanında uzman kişilerden yararlanılmaktadır.

1.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri hastalık riskinin ortaya çıkması durumunda uygulanan sağlık hizmetleri türünden biridir. Bu tür hizmetler hasta olan bireylerin talepleri üzerine kamu sağlık kurumu veya kuruluşları, üniversitelerin bünyesi altında yer alan tıp fakültesi hastaneleri veya özel sağlık kurum ve kuruluşlarınca gerçekleştirilmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin direkt olarak bireye yönelik olması hasebiyle kişiye sağladığı bireysel fayda yönünden koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha fazla özel faydaya sahip olduğu ileri sürülmektedir (Orhaner, 2006: 4). Koruyucu sağlık hizmetleri çerçevesinde çevrenin temiz ve sağlıklı tutulması bakımından sürdürülen çalışmalar ne kadar fazla olursa olsun insanlar hastalanmaya devam etmektedir. Geçen zamanla birlikte yaşlanmaya dayalı olarak

ortaya çıkan fiziksel rahatsızlıklar, trafik ve iş kazaları gibi sebepler insanların tedavi edici sağlık hizmetlerine gereksinim duymalarını zorunlu kılmaktadır (Konuk, 2011: 6).

Tedavi edici sağlık hizmetleri de kendi içerisinde **birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak** olarak üçe ayrılmaktadır. **Birinci basamak** tedavi edici sağlık hizmetleri; hastaların evlerinde ya da ayakta tedavileri için oluşturulan hizmetlerdir. **İkinci basamak** tedavi edici sağlık hizmetleri ise hastaların, hastaneye yatırılarak tedavi edilmesi süreçlerini kapsamaktadır. Son olarak **üçüncü basamak** tedavi edici sağlık hizmetleri ise teknolojik bakımdan ileri seviyede, uzmanlaşmış sağlık ekibine sahip olan ileri derecede teşhis ve yöntemler uygulayan özel hastaneler, yataklı eğitim ve araştırma hastaneleri gibi sağlık kurumlarının hizmetlerini kapsamaktadır (Cura, 2012: 8). Böylelikle koruyucu sağlık hizmetleri ile alınan önlemlerin yetersiz kaldığı durumlarda tedavi edici sağlık hizmetleri bu alandaki yetersizlik ve eksiklikleri gidermektedir.

1.4.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinin diğer bir türü de rehabilitasyon edici sağlık hizmetleridir. Rehabilitasyon edici sağlık hizmetlerindeki temel amaç, çalışma kabiliyetini kaybetmiş ve fiziki noksanların- dan dolayı herhangi bir meslek icra edemeyecek olan veya çalışamayacak durumda olan bireylere iş ve çalışma imkanı sağlamak, kendi maddi yüklerini karşılamalarına imkan tanımak ve böylelikle başka kişilere karşı müşkül duruma düşmelerini önlemek ve toplumdaki diğer bireylerden herhangi bir farklılıkları olmadıkları inancını kazandırmaktır (Filiz, 2010: 21). Bir toplumda gerçek anlamda engelli sayılabilecek diğer bir ifade ile kalıcı beden ve zihin hastalığı bulunan bir çok insan görülebilmektedir. Bu insanların kendi ayakları üzerinde durabilmesinin sağlanması ve topluma kazandırılması açısından rehabilitasyon edici sağlık hizmetlerinin önemi yadsınamayacak derecede önemli olmaktadır.

1.5. Kamunun Sağlık Hizmeti Sunmasının Rasyoneli

Devletin sağlık hizmetlerine müdahale etmesinin birçok sebebi bulunmaktadır. Bunlar sağlık hizmetinin bir türü olan koruyucu sağlık hizmetlerinin kamusal mal özelliği taşıması, sağlığın kamusal mal özelliğinden kaynaklı olarak dışsallık yayması, sağlığın erdemli mal olmasından kaynaklı olarak toplum refahı için faydalı olması gibi sebepler sıralanmaktadır. Dolayısıyla devletin sağlık hizmetlerinde yer almasının temel sebebi piyasa başarısızlığı nedeni olarak da bilinen kamusal mallar ve neden olduğu dışsallıklar olarak

söylenmektedir (Yalçın ve Çakmak, 2016: 706). Bunun dışında sağlık hakkının uluslararası temel insan haklarından biri haline gelmesi, sağlığın bireyler açısından anayasadan gelen bir hak olması ve sosyal refah devleti anlayışı gibi nedenlerde devletin sağlığa müdahale etmesinde ve sağlık hizmetini üstlenmesinde etkili rol oynamaktadır (Zengin, 2010: 44).

Devletin sağlık hizmetlerinin sunumunda var olmasının en önemli nedeni sağlık hizmetlerinin bir türü olan koruyucu sağlık hizmetlerinin toplam faydasının bireysel faydasından fazla olmasıdır. Bu sebeple koruyucu sağlık hizmetlerinin tam kamusal mal niteliği kazanması devletin sağlık sektöründe bulunmasına neden olmaktadır (Yılmaz ve Akdede, 2016: 86). Tam kamusal mal ve hizmetlerin iki önemli özelliği bulunmaktadır. Bunlardan ilki; tüketiminde rekabetin olmaması ikincisi ise tüketiminde dışlamanın olmamasıdır. Yani herhangi bir kişinin malı kullanarak diğer kullanıcıların sağlamış olduğu faydayı eksiltmemesi tüketimde rekabetin olmadığını açıklarken, toplumdaki tüm bireylerin bu malın kullanımına açık olduğu ve hiç kimsenin malın kullanımından engellenemediği de tüketiminden dışlanamazlık özelliklerini ifade etmektedir. Eğer tam kamusal mal ve hizmetlerin sunumu piyasaya bırakılırsa düşük gelirli bireylerin bu mal ve hizmetin kullanımından dışlanması söz konusu olacağı için devlet gelir dağılımını sağlamak amacıyla sosyal refah devleti anlayışı gereğinden hareketle tam kamusal mal ve hizmetlerin üretimini üstlenmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri (çevre kirliliği konusunda alınan tedbirler, anne ve çocuk sağlığı merkezleri vs) de tam kamusal mal ve hizmet grubunda yer aldığı için devlet tarafından sunulmaktadır (Holcombe, 1997: 1). Ayrıca kamusal mallarla ilgili bir diğer konseptte dışsallıklardır. Bir kamusal mal üretim veya tüketim aşamasında pozitif veya negatif dışsallık yayabilmektedir. Malın fiyatına yansıtılmayan bu dışsallık da ilerleyen dönemde piyasa başarısızlığına neden olarak devlet müdahalesini gerekli kılmaktadır (Tanzi, 1997: 11). Özellikle sağlık hizmetleri doğası gereği hem bireyin kendisine hem de dolaylı olarak topluma yararlı olduğu için bireyden başlayarak topluma doğru pozitif dışsallık yaymaktadır. Dolayısıyla birey ve toplum açısından son derece yararlı olan ve pozitif dışsallık yayan sağlık hizmetlerini devlet kendisi üstlenmekte ya da sağlık hizmeti üretimine katkı sağlamaktadır (Yalçın ve Çakmak, 2016: 706).

Devletin sağlık hizmeti sunmasındaki diğer başlıca sebep sağlık hakkından kaynaklanmaktadır. Sağlık hakkı mümkün olan maksimal düzeyde bedensel ve ruhsal sağlık standardına sahip olmayı ifade etmektedir. Sağlık hakkı ayrıca daha sağlıklı bireyler ve

toplum amacına ulaşabilmek için gerekli altyapının hazırlanması, kullanılması ve uygulamasını kapsamaktadır. Sağlık hakkı kavramı ilk olarak 1946 yılında DSÖ Anayasasında yer almıştır: “*Mümkün olan en yüksek sağlık standardına sahip olmak, ırkı, dini, politik inancı, ekonomik ve sosyal durumu gözetilmeksizin, her insanın temel haklarından biridir.*” diyerek sağlığın bireyler ve toplumlar açısından ne kadar önemli olduğu vurgulanmıştır (Zengin, 2010: 45). İlerleyen zamanla birlikte sağlık hakkı devletlerin ulusal anayasalarında da yerini almıştır. Örneğin; Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın 56. maddesinde şu hükümler yer almaktadır: “*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. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurabilir*”. Buna göre Türkiye özelinde sağlığın devlet tarafından herkese sunulması gerekliliği anayasal olarak da güçlü bir zemine oturtulmuştur.

Görüldüğü üzere sağlık hizmetleri gerek iktisadi olarak gerekse de sosyal refah devleti anlayışından hareketle anayasal zemine oturtulmuş olmasından dolayı devletler tarafından temin edilmektedir. Devletin genel olarak niçin sağlık hizmetinin üretiminde etkin rol almasını şu şekilde özetlemek mümkün olacaktır (Orhaner, 2006: 2-3);

- Sağlık hizmetlerinin üretilmesi, geliştirilmesi gerek kişiler açısından gerekse de toplum açısından son derece önemli olması,
- Sağlık hizmetlerine olan talebin tespit edilmesi, bireylerin bilgiden yoksun olması, gelir dağılımındaki adaletsizlik, sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin düşük olması gibi nedenlerle zorlaşmaktadır. Dolayısıyla devletin sağlık hizmetlerine olan talebi elinde bulundurduğu bilgilerle daha iyi tespit edebilme imkanına sahip olması,
- Sağlık hizmetlerinde aktif rol oynayan özel kesim girişimlerinin sağlık hizmetlerine olan talebi karşılamada yetersiz kalması,
- Özel kesimde sağlık hizmeti üreten firmalar ticari kaygılarla hareket ettiği için sağlık yatırımlarını belli başlı geliri yüksek bölgelerde yoğunlaştırabilecek ve düşük

gelirli bölgelerde sağlık hizmeti eksikleri çıkabilecektir. Bu eksiği gidermek adına devletin sağlık hizmetini üstlenmesinin gerekli olması,

- Sağlık hizmetleri bölünemez özellikte mal ve hizmet grubuna girmektedir. Dolayısıyla birçok hastalıkla mücadelenin ülke genelinde alınacak önlemlerle gerçekleşmesinin mümkün olması,
- Sağlık hizmeti üretecek olan hastane, dispanser, poliklinik, laboratuvar gibi sağlık hizmeti birimlerinin kar amaçlı olarak kurulup işletilmesinin önüne geçilmesi gibi nedenler sıralanmaktadır.

1.6. Kamu Harcamaları Teorisi ve Sağlık İlişkisi

Kamu harcamaları teorisi ile sağlık ilişkisinin ele alındığı bu bölümde öncelikle kamu harcamaları teorisinden bahsedilmiştir. Çünkü sağlık harcamaları, kamu harcamalarının bir alt kalemidir ve kamu harcamaları teorisinin bilinmesi sağlık harcamaları teorisinin oluşturulmasına da katkı sağlamaktadır. Ayrıca kamu harcamaları teorisine ek olarak kamu harcamalarının artış teorisi ve kamu harcamalarının sınıflandırılması konularına da değinilerek sağlık harcamalarının artışı ve hangi tür kamusal harcama sınıflandırmasında yer aldığı da gösterilmiştir. Sonrasında ise kamu harcamaları teorisyenlerinin sağlık harcamalarına yönelik literatürde yer alan yaklaşımları detaylı olarak ele alınmıştır.

1.6.1. Kamu Harcamaları Teorisi

Devletin temel misyonu öncelikle kendi mevcudiyetini devam ettirmektir. Bu amaçla devlet bilhassa asayiş ve savunma hizmetlerini yerine getirmektedir. Devlet asayiş ve savunma hizmetini yerine getirirken bazı harcamalar yapmak zorunda kalmaktadır. Hegel'e göre devletin birinci görevinin kendi hayatını devam ettirmek olduğu prensibi kamu maliyesi literatürü açısından kamu harcamalarını ön plana çıkarmaktadır. Dolayısıyla kamu maliyesi açısından kamu harcamaları başlangıç noktası olarak görülmektedir. Ayrıca kamu harcamasının olduğu yerde bir ihtiyaç söz konusu olmaktadır, bu ihtiyaca da *kamu ihtiyacı* denmektedir. Esas itibarıyla kamu ihtiyacı ve kamu harcaması arasında önemli bir farklılık bulunmamasına karşın aralarında "sebe-sonuç" ilişkisi mevcuttur. Öyle ki, herhangi bir yerdeki kamu ihtiyacı bir hizmet yapmayı gerektirir ve hizmetin gerçekleştirilebilmesi için kamu harcaması yapılması gerekmektedir. Bunlar için de (Kamu İhtiyacı → Kamu Hizmeti → Kamu Harcaması) şeklinde bir süreç bulunmaktadır (Ay, 2019: 97).

Literatürde kamu harcamaları tanımları farklı şekillerde yapılmış olmasına rağmen üzerinde anlaşılan ortak bir tanımı bulunmamaktadır (Tuğlu, 2018: 4). Genel olarak kamu harcamaları devletin yüklenmiş olduğu misyonları gerçekleştirebilmek amacıyla yaptığı tüm hizmetlerin maliyetini oluşturan unsurların toplamı olarak ifade edilmektedir (Caymaz, 2016: 3). Diğer bir tanıma göre ise kamu harcamaları özü itibariyle kamu ihtiyacını karşılamak amacıyla yapılan harcamalara verilen isimdir (Tuğlu, 2018: 4). Devlet ihtiyaç gördüğü yerlere yapacağı her bir harcamayı daha önceden belirleyerek gerçekleştirmektedir. Dolayısıyla bir ülkede yaşayan insanların kamusal ihtiyaçlarının karşılanabilmesi ancak devlet tarafından yapılan kamu harcamaları ile karşılanabilmekte olup böylelikle kamu harcamaları kavramı önem kazanmaktadır. Devletler yönetim sistemleri ne olursa olsun (federal, üniter vs.) vatandaşlarının gereksinim duyduğu ihtiyaçlar için kamusal hizmet sunmakta ve kamu harcaması yapmaktadır (Kocaoğlu, 2019: 41).

Kamu harcamalarının tanımı dar ve geniş olmak üzere iki farklı şekilde yapılabilmektedir. Dar anlamda kamu harcaması “*hukuki tanım*” olarak da bilinmektedir. Dar anlamda kamu harcaması merkezi idare ve mahalli idare tarafından bireylerin kamusal ihtiyaçlarını gidermek amacıyla gerçekleştirilen harcamaların tamamını ifade etmektedir. Geniş anlamda kamu harcaması ise kamu harcamalarının “*ekonomik tanımı*” olarak bilinmektedir. Devletin fonksiyonlarının gerçekleştirilebilmesi adına yapılan tüm işlerin maliyetine giren unsurları geniş anlamda kamu harcaması olarak tanımlamak mümkündür. Geniş anlamda kamu harcamaları belirtildiği üzere sadece devletin değil yerel yönetimlerin, iktisadi devlet teşekküllerinin ve sosyal güvenlik kuruluşlarının kamu hizmetini gerçekleştirmek adına yaptığı nakdi ve ayni harcamaların tamamını ifade etmektedir (Öztaşkın, 2019: 3-4).

1.6.2. Kamu Harcamaları Artış Teorisi

Kamu harcamaları birçok farklı nedenden dolayı artış göstermektedir. Literatürde kamu harcamalarının artış nedenleri “*gerçekte*” ve “*görünüşte*” olarak ikiye ayrılmaktadır. Kamu harcamalarının gerçek artışı devletin kamu hizmetini karşılayabilmek adına yapmış olduğu kamu harcamaları için daha fazla ekonomik mal kullanması olarak ifade edilmektedir (Yurgiden, 2018:15). Kamu harcamalarının **gerçek artış nedenleri**; ekonomik nedenler, sosyal nedenler, devlet anlayışında meydana gelen değişimler, teknolojik gelişmeler, savaş ve savunma harcamalarında meydana gelen gelişmeler ve nüfus artışı olarak sıralanmaktadır (Güvel, 2018: 55). Eğer devlet kamu harcaması yaparken elinde

bulundurduğu iktisadi malların miktarında bir farklılık gerçekleşmiyorsa bu da görünüşte kamu harcamalarını ifade etmektedir. Kamu harcamalarının **görünüşte artış nedenleri**; paranın satın alma gücünde meydana gelen azalma, bütçe yöntem ve tekniğinde meydana gelen değişimler, ülke sınırlarında ve nüfusta meydana gelen değişimler, kamulaştırma ve devletleştirme, kamu hizmetlerinin para ile gördürülmeye başlaması olarak sıralanmaktadır (Güvel, 2018: 55). Kamu harcamalarının artışının gerçek mi ya da görünüşte mi olduğunu ayırt edebilmek için yapılmış olan kamusal harcamada kullanılan iktisadi malların miktarındaki parasal değişimler dikkate alınmaktadır. Bu değişimler kamu harcamalarının artışının gerçekte mi yoksa görünüşte mi olduğunu anlamaya yardımcı olmaktadır (Yurgiden, 2018: 15).

Literatürde gerçekleştirilen çalışmalar neticesinde özellikle 20.yy'de kamu harcamalarının arttığı görüşü hakimdir. Özellikle I. ve II. Dünya Savaşları esnasında askeri ve savunma harcamalarında görülen artışların kamu harcamalarını artırdığı bilinmektedir. Ayrıca II. Dünya Savaşı'ndan sonra da ülkelerin eğitim, sağlık, sosyal sigorta konularında sorumluluk almaları, kentleşmenin getirdiği güvenlik, altyapı ve eğlence sektörlerinde daha fazla kamu hizmeti sunulmasına neden olmuş ve kamu harcamalarını artırmıştır (Bulut, 2001: 8). Kamu harcamalarının artışı ekonomik ve politik içerikli olmak üzere literatüre kamu harcamaları artış kanunu ismini alarak girmiştir. Ekonomik içerikli yaklaşımlar kapsamında Wagner Kanunu, Richard Musgrave Kalkınma Aşamaları Tezi, Peacock-Wiseman Sıçrama Hipotezi ve Keynesci yaklaşım ön plana çıkmaktadır. Kamu harcamalarının artışını politik içerikli hipotezlerle açıklayan görüşler kapsamında ise Kamu Tercihleri Teorisi, Rasyonel Beklentiler Teorisi, Monetarist Teori, Arz Yanlı İktisat Teorisi ve Anayasal İktisat Ekolü gibi teoriler yer almaktadır (Selen ve Eryiğit, 2009: 178).

Kamu harcamalarının artışını ekonomik olarak inceleyen Adolp Wagner'in ileri sürmüş olduğu Wagner Kanunu literatürde üzerinde en çok tartışılan ve ampirik çalışmalara sıkça konu olan hipotez olmuştur. Wagner'e göre bir ülkenin milli gelirinden kamu harcamalarına doğru bir nedensellik söz konusudur. Diğer bir ifadeyle, Wagner kamu harcamalarının milli gelire göre daha hızlı arttığını ve dolayısıyla kamu harcamalarının milli gelir içindeki payının sürekli olarak arttığını ileri sürmektedir. Dolayısıyla Wagner Kanunu bir ülkede kişi başına gelirin artmasının o ülkedeki kamu sektörünün büyüyeceği anlamına geldiğini savunmaktadır (Sideris, 2007: 5). Wagner'e göre kamu harcamalarındaki artışın sebebi özellikle sanayileşmenin bir sonucu olarak devletin yönetim ve kolluk görevi

fonksiyonlarının artmasından ve gelir dağılımında görülen adaletsizliğin devleti eğitim ve sağlık alanında daha çok harcama yapmasına maruz bırakmasından kaynaklanmaktadır. Ayrıca teknolojik gelişmeler sonucunda sanayi alanında sürekli olarak sermaye ihtiyacının ortaya çıkması devletin ekonomi alanına doğrudan yatırımlar yapmasına neden olarak kamu harcamalarını sürekli olarak artırmaktadır. Bunların dışında Wagner toplumların geçen zamanla birlikte ihtiyaçlarının da çeşitleneceğini ve dolayısıyla devletlerin geçen zaman içinde çok farklı ihtiyaçlara daha farklı ve daha kaliteli hizmetler sunmak zorunda kalarak daha fazla kamu harcaması yapmak zorunda kalacağını ifade etmektedir (Işık ve Alagöz, 2005: 66).

Richard Musgrave, 1890-1948 yılları için ABD’de kamu harcamalarının artışını incelemiş ve Adolph Wagner’in aksine kamu harcamalarının düzenli ve sürekli bir artış kaydetmediğini ileri sürmüştür. Musgrave, savaş zamanında kamu harcamalarının arttığını ortaya atarak toplam kamu harcamalarından savaş harcamalarının çıkarılması durumunda kamu harcamalarında önemli artışların olmadığını iddia etmektedir. Ayrıca Musgrave’e göre ekonominin gelişimine bağlı olarak devletin rolünün de değiştiğini ileri sürmektedir. Bununla birlikte kamu harcamalarının artışında nüfus, şehirleşme ve ekonomik kalkınmadan kaynaklanan, yeni toplumsal ihtiyaçların giderilmesi için ihtiyaç duyulan hizmetlere yapılacak olan harcamaların etkili olduğunu ifade etmektedir (Akkaya, 2016: 17).

Peacock ve Wiseman’ın sıçrama tezi hipotezi Adolph Wagner’in kamu harcamalarının sürekli olarak arttığını ileri süren hipotezini destekler nitelikte olup artışın nedenine olan yaklaşımda birbirinden ayrılmaktadır. Peacock ve Wiseman ise kamu harcamalarındaki artışın sürekli olmayıp sadece savaş ve olağanüstü durumlarda arttığı daha sonra savaş ve olağanüstü durum geçse bile harcamaların azalmadığı ve bu şekilde kamu harcamalarının arttığını ileri sürmektedir (Selen ve Eryiğit, 2009: 178).

Keynesçi yaklaşım Adolph Wagner’in savunduğu düşüncenin tam aksine kamu harcamalarından milli gelire doğru çalışan bir nedenselliğin olduğunu ileri sürmektedir. Buna göre; kamu harcamaları milli geliri etkilemektedir. Ayrıca kamu harcamalarını devletin ekonomide yaşanan kısa dönemli konjonktürel hareketleri düzeltmek amacıyla kullandığı bir araç olarak görmektedir. Aynı zamanda kamu harcamaları aracının ekonomide milli geliri artırıcı dışsal bir faktör olarak kullanılacağını da savunmaktadır (Liu ve Hsu, 2008: 440).

Kamu harcamaları ile milli gelir arasındaki ilişkiyi konu edinen politik içerikli yaklaşımlar ise Kamu Tercih Teorisi, Rasyonel Beklentiler Teorisi, Monetarist Teori, Arz Yanlı İktisat Teorisi ve Anayasal İktisat Okulu olarak sayılabilmektedir. Tüm bu görüşleri savunan iktisatçı ve bilim adamlarının savunduğu ortak nokta kamu harcamalarının azaltılması ve kamu harcamalarının belli kurallara bağlanarak disipline edilmesi gerekliliği üzerine kuruludur. Kamu harcamalarında gerçekleşen artışların nedeninin politik olduğunu savunan bu yaklaşımlar çoğunlukla “bireysel fayda maksimizasyonu” kavramı üzerinde durmaktadır. Bireysel fayda maksimizasyonuna göre bürokratların fayda seviyelerini maksimize edebilmek için kamu harcamalarında dengesiz ve orantısız bir artışa neden olabileceği ve böylelikle kamu harcamalarının artacağı ileri sürülmektedir (Selen ve Eryiğit, 2009: 178).

1.6.3. Kamu Harcamalarının Sınıflandırılması

Kamu harcamaları belli başlı prensiplere göre farklı şekillerde sınıflandırılmaktadır. Kamu harcamalarının çeşitli şekillerde kriterlere göre sınıflandırılması harcamalar arasında karşılaştırma yapmaya imkan tanımaktadır. Kamu harcamalarının sınıflandırılması ülke şartlarına göre değişiklik göstermekle birlikte her bir kamu hizmetine ait harcamaların daha net görülmesini sağlayarak farklı hizmet grupları arasında kıyaslama yapılabilmesine olanak tanımaktadır. Ayrıca devletin iktisadının da temel prensibi olan kıt kaynaklarını ihtiyaçların çeşidine ve önemine göre harcaması, devletin vatandaşlarından elde ettiği vergi gelirlerinin hangi hizmetler karşılığında kullanıldığının daha net görülebilmesi ve istatistiki çalışmaların yapılabilmesi açısından da kolaylıklar taşımaktadır. Kamu harcamaları idari sınıflandırma, ekonomik sınıflandırma ve fonksiyonel sınıflandırma olarak üç farklı şekilde kategorize edilmektedir (Turşucu, 2011: 22). İdari sınıflandırma; harcamayı yapan kuruluşlar açısından ele alınarak kamu harcamalarını gerçekleştiren kurumları tasnif etmektedir. Ekonomik sınıflandırma kamu harcamalarını iktisadi açıdan etkilerine göre incelemektedir. Fonksiyonel sınıflandırma ise kamu harcamalarını gerçekleştiren kamu hizmetine göre sınıflandırmaktadır. Fonksiyonel sınıflandırmada harcamalar eğitim, sağlık, savunma, yönetim, sosyal hizmet şeklinde çeşitli kalemlerden oluşan hizmetlerden oluşmaktadır (Kiraz, 2016: 24).

Türkiye’de 2004 yılında yürürlüğe konulan 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu kapsamında bütçe sınıflandırması değiştirilerek *Analitik Bütçe Sınıflandırılması*’na (ABS)’ye geçilmiştir. ABS’ye göre sadece harcamalar değil gelirler de

ayrıntılı şekilde sınıflandırılmaktadır. ABS dört farklı bölümden oluşmaktadır. Bunlar; kurumsal sınıflandırma, fonksiyonel sınıflandırma, finansman tipi sınıflandırma ve ekonomik sınıflandırmadır. Kurumsal sınıflandırmada idari yapı temel alınarak oluşturulmuştur. Fonksiyonel sınıflandırma kamu hizmeti çeşitlerini daha iyi görmeye ve maliyetleri karşılaştırma açısından önemli işleve sahiptir. Finansman tipi sınıflandırma kamu hizmetlerinin hangi kaynakla finanse edileceğini göstermektedir. Ekonomik sınıflandırma ise devlet faaliyetlerinin milli ekonomi üzerindeki etkilerine göre gruplandırarak daha net görülmesini sağlamaktadır (Ay, 2019: 127-128).

Sağlık harcaması da devletin gerçekleştirmiş olduğu kamu harcamalarından biridir. Devlet kamununun sağlık ihtiyacını sağlık hizmetleri ile karşılamakta ve sağlık hizmetlerini yerine getirmek amacıyla belli başlı sağlık harcamaları yapmaktadır. Devletin sağlık hizmetlerine dönük olarak gerçekleştirdiği sağlık harcamaları, sağlık hizmetleri başlığı altında ABS'ye göre fonksiyonel sınıflandırmanın yedinci sırasında yer almaktadır.

Tablo 1.1. Fonksiyonel Sınıflandırma (1.Düzye)

01	Genel Kamu Hizmetleri
02	Savunma Hizmetleri
03	Kamu Düzeni ve Güvenlik Hizmetleri
04	Ekonomik İşler ve Hizmetler
05	Çevre Koruma Hizmetleri
06	İskan ve Toplum Refahı Hizmetleri
07	Sağlık Hizmetleri
08	Dinlenme, Kültür ve Din Hizmetleri
09	Eğitim Hizmetleri
10	Sosyal Güvenlik ve Sosyal Yardım Hizmetleri

Kaynak: Ay, 2019

Yukarıdaki Tablo 1.1'de Türkiye'de ABS'ye göre birinci düzey fonksiyonel sınıflandırma gösterilmektedir. Fonksiyonel sınıflandırmaya göre birinci düzey hizmetleri toplam on kalemden oluşmaktadır. Bunlar sırasıyla; genel kamu hizmetleri, savunma hizmetleri, kamu düzeni ve güvenlik hizmetleri, ekonomik işler ve hizmetler, çevre koruma hizmetleri, iskan ve toplum refahı hizmetleri, sağlık hizmetleri, dinlenme-kültür ve din hizmetleri, eğitim hizmetleri ve sosyal güvenlik-sosyal yardım hizmetlerinden oluşmaktadır. "07" kodlu sağlık hizmetleri tezin ana konusunu oluşturduğu için detaylı olarak incelenecek olmasına karşın diğer hizmetler ise tezin araştırma kapsamı dışında olduğu için detaylı olarak incelenme gerekliliği taşımamaktadır.

Aşağıdaki Tablo 1.2’de Türkiye’de ABS’ye göre fonksiyonel sınıflandırma esasına detaylı olarak ikinci ve üçüncü düzeyde sağlık hizmetlerinin içeriği gösterilmektedir. Buna göre devlet sağlık hizmetlerine dönük olarak tıbbi ürünler, cihaz ve ekipmanlara ilişkin hizmetler, ayakta yürütülen tedavi hizmetleri, hastane işleri hizmetlerini ve halk sağlığı ile ilgili harcamalar yapmaktadır. ABS’de ikinci ve üçüncü düzeyde gösterilen hizmetler ekler kısmında detaylı olarak anlatılmaktadır (Bakınız EK 1).



Tablo. 1.2. Sağlık Hizmetleri Analitik Bütçe Sınıflandırması I. II ve III. Düzey Fonksiyonel Kodları

I. Düzey	II. Düzey	III. Düzey
07 (Sağlık Hizmetleri)	(1) Tıbbi Ürünler, Cihaz ve Ekipmanlara İlişkin İşler ve Hizmetler	İlaç ve Benzeri Ürünlerin Temini Hizmetleri
		Diğer Tıbbi Ürünler
		Terapik Alet ve Araç Hizmetleri
	(2) Ayakta Yürütülen Tedavi Hizmetleri	Genel Poliklinikler
		İhtisaslaşmış Poliklinikler
		Ağız ve Diş Sağlığı Poliklinikler
		Yardımcı Sağlık Hizmetleri
	(3) Hastane İşleri Hizmetleri	Genel Hastane Hizmetleri
		İhtisas Hastaneleri Tarafından Verilen Hizmetler
		Tıp Merkezi ve Doğum Evlerinde Verilen Hizmetler
		Hastane Bakım ve Nekahat Merkezlerinde Verilen Hizmetler
	(4) Halk Sağlığı Hizmetleri	Sınıflandırmaya Girmeyen Hastane İşleri ve Hizmetleri
		Halk Sağlığı Hizmetleri
	(8) Sağlık Hizmetlerine İlişkin Araştırma ve Geliştirme Hizmetleri	Sınıflandırmaya Girmeyen Sağlık Hizmetleri
(9) Sınıflandırmaya Girmeyen Sağlık Hizmetleri	Sınıflandırmaya Girmeyen Sağlık Hizmetleri	

Kaynak: ABS Bütçe Hazırlama Rehberi

1.6.4. Sağlık Harcamalarına Yönelik Yaklaşımlar

Sağlık harcamalarına yönelik yaklaşımlar literatürde belli başlı kamu harcamaları teorileriyle ilişkilendirilerek açıklanmaktadır. Bunlar; i) Keynesyen yaklaşım, ii) Wagner Kuralı yaklaşımı, iii) Çift yönlü etki yaklaşımı ve sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında ilişki olmadığını ileri süren yaklaşımlar olarak ifade edilmektedir. Literatürde bir kamu harcaması olan sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme yani milli gelir arasındaki nedensellik ilişkisini açıklayan çalışmalarda genel olarak ortak bir karar mevcut değildir.

Keynesyen teori, 4 Eylül 1929 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD)'de borsada işlem gören hisse senetlerinin fiyatında meydana gelen ani ve hızlı düşüşlerin gün gittikçe sürekli olarak derinleşmesi ve 29 Ekim 1929 günü (Kara Salı) dünya genelinde haberlere konu olan büyük bir krizin başlamasıyla ortaya çıkmıştır. Bu kriz literatürde orijinal ismi ile “*The Great Depression*” olarak geçmekte olup Türkçe'ye tercümesi 1929 Dünya Ekonomik Bunalımı şeklinde gerçekleşmiştir. Dünya Ekonomik Bunalımı ile ülkelerin özellikle 1929-1932 yılları arasında GSYİH'larının % 15'ini kaybettiği tahmin edilmektedir. Öyle ki; 2008-2009 yılları arasında yine ABD'de meydana gelen kriz sonrası oluşan Büyük Resesyon döneminde dünya çapında GSYİH % 1'den daha az düşüş göstermiştir. 1929 Ekonomik Buhranının etkileri yaklaşık 10 yıl boyunca devam ettikten sonra ortadan kalkmıştır. 1929 Dünya Ekonomik Bunalımından kurtulmak için 1930'lu yılların başlangıcında İngiliz İktisatçı John Maynard Keynes istihdamı ve ekonomik büyümeyi artırmak amacıyla *kamu harcamalarını* en önemli araç olarak tanımlamıştır. Diğer bir ifadeyle Keynes'e göre kamu harcamalarında gerçekleşecek olan bir artış ekonomik büyümeyi de beraberinde getirecek ve kriz sona erecektir (Kamasa ve Ofori-Abebrese, 2015: 1).

Ayrıca Keynes kamu harcamalarını, ekonomik büyümeyi artırmak ve kısa dönemli dalgalanmalardan etkilenmemek adına dizayn edilen ve politik bir araç mahiyetinde kullanılması gereken dışsal bir faktör olarak tanımlamıştır. Aynı zamanda Keynesyen ekonomistler kamu harcamalarının artmasından kaynaklı olarak gerçekleşecek olan bütçe açıklarının yerli üretimi artıracığını ve dolayısıyla ekonomiyi genişleterek özel sektör yatırımlarını da cesaretlendireceğini savunmaktadır. (Karhan, 2018: 36). Dolayısıyla Keynes'e göre devletler ekonomilerini geliştirebilmek ve ekonomik büyümelerini sağlayabilmek adına sürekli olarak harcama yapmak zorundadırlar. Çünkü Keynes kamu harcamalarını ekonomik büyümenin bir sonucu olarak değil ekonomik büyümenin kamu

harcamalarında (eğitim, sağlık, savunma, yatırım, araştırma ve geliştirme, vs) meydana gelecek olan artış sonucu ile mümkün olabileceğini savunmaktadır. Bu tezde incelenen sağlık harcamaları da ana kamu harcamaları kalemlerinden birini oluşturmaktadır. Literatürde Keynesyen bakış açısı ile sağlık harcamalarına yaklaşan birçok çalışma bulunmaktadır. Öyle ki; Mushkin (1962) literatüre “*health-led growth hypothesis*” (sağlık sebepli büyüme hipotezi)’ni kazandırarak sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi artırdığını ileri sürmektedir. Sağlığın sermaye olarak değerlendirildiği bu hipoteze göre sağlık üzerine yapılan yatırımların geliri artıracakđı ve dolayısıyla genel bir ekonomik büyümeyi de beraberinde getireceğini savunmaktadır. Ayrıca sağlığın insan ve fiziki sermaye üzerindeki birikimine etkisiyle ekonomik büyümeyi etkileyeceğini ileri sürmektedir. Yani daha sağlıklı insanların daha üretken olacağını özellikle uzun dönemde diğer bireyleri de olumlu yönde etkileyerek onları da üretime dahil edeceğini ileri sürmektedir (Elmi ve Sadeghi, 2012: 88). Buna karşın sağlıklı olmayan bireylerden oluşan toplumda üretim üzerinde negatif baskı oluştúđu ve dolayısıyla üretimin düşerek gelirin iyice azaldığı ve dünyadaki birçok az gelişmiş bölgenin neden bu kadar geride kaldığının nedenini açıklayan en önemli sebeplerden birinin de sağlıksız bir toplum olduğu da savunulmaktadır (Cole ve Neumayer, 2006: 919). Literatürde “*health-led growth hypothesis*”i destekleyen bir çok çalışma bulunmaktadır. Bunlardan bazıları American Diabetes Association (2002), White (2007), Gupta vd (2002), Wagstaff (2007), Liu vd (2003), Zon ve Muysken (2001), Abegunde vd (2007), Boussalem vd (2014) çalışmalarından oluşmaktadır. Tüm bu çalışmalardan elde edilen sonuçların ortak noktası ise keynesyen teorinin savunmuş olduğu şekilde sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi artırdığını ileri sürmeleridir.

İkinci görüş ise Wagneryen bakış açısı ile ilişkilendirilmiş olup ekonomide herşeyin yolunda gittiği takdirde yurttaşların ve hükümetin sağlık altyapı harcamalarına yatırım yapacak daha fazla finansal kaynağa sahip olacağını ileri sürmektedir. Dolayısıyla Wagner’in kamu harcamalarının sürekli olarak artışı hipotezini destekleyen bu görüş, Keynesyen görüşün aksine ekonomik büyümenin sağlık harcamalarını artırdığını savunmaktadır (Tsaurai, 2014: 114).

Ekonomik büyüme ve kamu harcamaları arasındaki ilişki Wagner’in 1883 yılında yapmış olduğu literatüre ışık tutan ve üzerinde birçok araştırma yapılan “*Three Extracts on Public Finance*” (Kamu Maliyesi Üzerine 3 Çıkarım) çalışmasından günümüze kadar

sürekli olarak tartışılmaktadır. Literatürde Wagner Kuralı olarak bilinen hipoteze göre kamu harcamaları ulusal gelire oranla daha hızlı şekilde büyüme göstermektedir ve bu bir teoriden daha fazlası olup ekonomik büyüme ile ilişkili olarak kamu harcamaları üzerinde yapılan bir gözlemi ifade etmektedir. Wagner kuralı günümüze kadar birçok farklı yazar tarafından farklı veri setleri ve farklı ekonometrik teknikler kullanılarak birçok ülke ve bölge için test edilmiş, üzerinde çok sayıda araştırma yapılmış sosyal bilimler tarihindeki en önemli yasalardan birini oluşturmaktadır (Albert ve Ton, 2009: 199).

Bu tezde kamu harcamalarından yalnızca sağlık harcamaları incelendiği için Wagner kuralına binaen ekonomik büyümenin sağlık harcamaları üzerine etkisi tartışılarak ekonomik büyümenin sağlık harcamalarını nasıl artırdığını açıklayan araştırmalara yer verilmektedir. Wagner Kuralı çerçevesine göre uyarlandığında ekonomik büyüme sağlık harcamalarını iki farklı yoldan artırmaktadır. Bunlardan ilki ekonomik büyümenin kişi başına geliri artırması ve bireylerin bu artan geliri daha kaliteli ek gıdalar satın almak için kullanması sonucunda sağlık harcamalarının geliştiği ileri sürülmektedir. İkinci görüş ise, ekonomik büyümenin teknolojik gelişimle mümkün olacağını ve bu teknolojik gelişimin ciddi oranda bir kısmının sağlık bilimlerindeki gelişmelerden kaynaklı olacağını ileri sürmektedir (Tsaurai, 2014: 114). Alhowaish (2014), Mehrera ve Musai (2011), Erdil ve Yetkiner (2009), Elmi ve Sadeghi (2012) yapmış olduğu çalışmada ekonomik büyümenin sağlık harcamalarını artırdığını ileri sürmektedir.

Üçüncü görüş ise hem sağlık harcamalarının hem de ekonomik beklentilerin birbirini etkilediğini savunmakta ve literatürde “*çift yönlü etki görüşü*” (bi-directional perspective) olarak bilinmektedir. Dördüncü görüş ise sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında herhangi bir nedensellik olmadığını ileri sürmektedir (Tsaurai, 2014: 114).

Tezin konusunu oluşturan merkezi yönetim sağlık harcamaları, kamu harcamalarının sadece bir bölümünü ifade etmektedir. Tezin birinci bölümünde öncelikle sağlık harcamaları teorisi kapsamında sağlık kavramı, sağlık hizmetlerinin tanımı ve amacı, sağlık hizmetlerinin özellikleri ve sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması konuları detaylı şekilde bahsedilmiştir. Sağlık hizmetlerinin özellikleri olan; kamusalılık, dışsallık, erdemli hizmet olması, devlet müdahalesi gerektirmesi, belirsizliği, asimetric bilgi sorunu, ikame edilememesi, ertelenememesi ve depolanamaması gibi özelliklerinin ele alınması sağlık hizmetinin gerek ne tür bir mal olduğu konusuna gerekse de bireyler ve toplum açısından ne kadar önemli ve ciddi bir mesele olduğunun anlaşılması konusunda önem taşımaktadır.

Sağlık harcamalarının bir kamu harcaması olmasından dolayı kamu harcamaları teorisi detaylı olarak ele alınmıştır. Bu kapsamda ilk olarak devlet açısından kamu harcamalarının önemi vurgulanmıştır. Ayrıca kamu harcamalarının literatürdeki tanımları ele alınmış olup kamu harcamaları dar ve geniş anlamda tanımlanmıştır. Kamu harcamalarının artışı ile ilgili literatürde yer alan temel prensipler ele alınarak kamu harcamalarının artışına ilişkin gerçekleştirilen en önemli çalışmalara yer verilerek Türkiye’de kamu harcamalarının sınıflandırılması konusu da incelenmiştir. Buna göre Türkiye’de kamu harcamaları ABS’ye göre idari, fonksiyonel ve ekonomik sınıflandırmaya göre tasnif edilmektedir. Buna ek olarak kamu harcamaları teorisiyle sağlık harcamaları teorisi harmanlanarak sağlık harcamalarına yönelik ele alınan literatürdeki yaklaşımlardan bahsedilmiştir. Böylelikle sağlık harcamaları teorik olarak bir kamu harcaması olmasından dolayı kamu harcamaları teorisine dayandırılarak detaylı olarak ele alınıp analiz edilmiştir.

İkinci bölümde ise sağlık harcamalarının belirleyenleri kapsamında yaşlılık kavramından bahsedilerek Dünya’ daki ve Türkiye’deki gelişimi ve sağlık harcamalarına olan etkisi bakımından detaylı olarak ele alınacaktır. Ayrıca Türkiye’de sağlık harcamalarının yapısı ve gelişimi analiz edilecektir.

2. BÖLÜM

2. SAĞLIK HARCAMALARI BELİRLEYİCİLERİ VE DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARI İLE YAŞLILIK

Günümüzde sağlık harcamaları özellikle bireylerin ve toplum sağlığının korunmasına ve geliştirilmesine yönelik gerçekleştirilen harcamaları kapsamaktadır. Sağlık harcamalarında görülen artışlar bireylerin ve toplumun ortalama yaşam süresini artırmakta ve yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilemektedir. Buna ilave olarak sağlık sektöründe gerçekleştirilecek olan makine-teçhizat gibi fiziki duran varlık alımları teknolojik ürünler olduğu için teknolojik gelişmeyi de beraberinde getirmektedir (Akar, 2014: 311).

Ülkeler daha sağlıklı bir toplum oluşturmak amacıyla öncelikli olarak ekonomilerini güçlü tutacak sürdürülebilir politikalara ihtiyaç duymaktadırlar. Ülkelerin ekonomileri güçlendikçe toplumların ihtiyaç duyduğu sağlık harcamaları çeşitlendirilerek tam ve kesintisiz şekilde sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Bu amaca yönelik olarak ülkeler sağlık hizmetlerinin sağlanması adına harcamalar yapmakta ve bunlar sağlık harcamaları olarak adlandırılmaktadır. Sağlık harcamaları sadece hastalık durumunda değil, toplum sağlığının korunması adına diğer bir ifadeyle hastalıklardan korunma adına gerçekleştirilen aşılama faaliyetleri, cinsel hastalıklardan korunma gibi birçok farklı amaç için yapılan harcamaları da kapsayan geniş bir ağı içermektedir (Filiz, 2010: 24).

Ülkelerin yapmış olduğu sağlık harcamaları ekonomik gelişmelerini doğrudan etkilemektedir. Sağlıksız bir toplumda iktisadi kalkınmadan bahsetmek neredeyse olanaksız hale gelmektedir. Dolayısıyla sağlık harcamalarını sadece basit bir harcama olarak nitelendirmek oldukça hatalı bir bakış açısı olarak değerlendirilmekte olup sağlık harcamaları aynı zamanda bir yatırım harcaması görevi üstlenmektedir. Özellikle toplum sağlığını korumaya yönelik gerçekleştirilen sağlık harcamaları ilerleyen yıllarda telafisi mümkün olmayan sonuçları önlemek adına bir bakıma yatırım harcaması niteliği taşımaktadır (Gülcan, 2008: 24).

Bu bağlamda çalışmanın ikinci bölümünde sağlık harcamalarının belirleyicileri detaylı olarak değerlendirilecektir. Sağlık harcamalarının özellikle yaşlılık ve gelir ile olan ilişkisi incelenecektir. Ayrıca Türkiye'deki sağlık harcamalarının yapısı ve yıllar itibarıyla gelişimi ve tezin ana konusunu oluşturan yaşlılığın merkezi yönetim sağlık harcamalarına

olan etkisi, yaşlılık olgusu, yaşlılığın Türkiye ve Dünya genelindeki gelişimi ve Türkiye’de yaşlılara yönelik olarak gerçekleştirilen sağlık hizmetleri detaylı olarak araştırılacaktır.

2.1. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler

Genel olarak bireylerin ve bireylerin meydana getirmiş olduğu toplumların sağlıklı yaşama hedeflerine ulaşabilmek için belli bir yaşam tarzına sahip olmaları gerekmektedir. Bu yaşam tarzı içerisinde sağlıklı beslenme düzeni, alkol, sigara ve uyuşturucu madde bağımlılığının olmaması, güneş ışınlarından yeteri kadar yararlanma, düzenli bir uyku süresine sahip olunması, sosyal aktivitelere katılma gibi insan sağlığını ve hayatını olumlu yönde etkileyen birçok önemli prensipler sayılabilmektedir. Günümüzde alkol ve sigara bağımlılığının giderek artması ve hareketsiz yaşam tarzı hastalıkların çoğalmasını ve kronik bir hal almasını tetiklemektedir. Dolayısıyla günden güne hasta olan birey sayısı ve sağlık hizmetlerine olan talep her geçen gün artmaktadır (Çetin, 2019: 66-67).

Literatürde sağlık harcamalarının belirleyenleri üzerine gerçekleştirilen öncü çalışmalar 1960’lı yıllarda başlamış olup genellikle sağlık harcamalarını *talep yönlü* artıran faktör olan ulusal gelirin sağlık harcamaları üzerindeki etkilerini araştırmıştır. 1990’lı yıllardan sonra ise demografik faktörler (*kadın ve/veya erkek yaşam beklentisi, bebek ölüm oranı, 65 yaş üstü nüfus oranı, 16 yaş altı nüfus oranı*), eğitim seviyesi, yaşam tarzı (*alkol ve/veya sigara kullanımı*), sağlık sisteminin finansmanına ve organizasyonuna ilişkin değişkenlerin de (*finans metodu, maliyet bölüşümü*) eklenmesiyle birlikte sağlık harcamalarının belirleyenleri üzerine daha derin ve sağlıklı analizlerin yapılmasına olanak sağlanmıştır (Kanavos, 1970: 31).

Sağlık harcamalarının artışında *arz yönlü* faktörlerin ise talep yönlü faktörler kadar çok olmadığı ancak teknolojik gelişmelerin arz yönlü sağlık harcamalarını etkilediği bilinmektedir (Yıldırım, Yıldırım ve Erdem, 2011: 71).

Bunlara ek olarak; sağlık harcamalarını etkileyen ve artıran daha birçok sebep bulunmaktadır. Bu sebepler ülkeden ülkeye farklılık göstermekle birlikte her bir ayrı ülkenin sağlık harcamalarını etkileyen faktörler de kendi içinde zamanla değişebilmektedir (Yıldırım vd, 2011: 71). Ayrıca endüstrileşmesini tamamlayan ülkelerde sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının diğer gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelere kıyasla daha yüksek olduğu görülmesine karşın endüstrileşmiş ve gelişmekte olan ülkelerde gözlemlenen sağlık harcamaları artış sebeplerinin genel olarak ortak olduğu sonucuna

ulaşmaktadır (Karagöz, 2015: 23). Dolayısıyla hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde sağlık harcamalarını artıran sebepleri şu şekilde sıralamak mümkündür: Sağlık harcamalarının talep yönlü artış sebepleri; küreselleşme, kentleşme, eğitim, gelir ve yaşlılık iken arz yönlü artış sebebi ise teknolojik gelişmeler olarak söylenebilmektedir (Erten, 2016: 35).

Genel olarak sağlık harcamaları birçok değişkenle açıklanabilmekte olmasına karşın literatürdeki çalışmaların birçoğu “gelir” ve “yaşlılık”ın sağlık harcamaları üzerindeki etkisinin diğer belirleyenlere kıyasla çok daha etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Bu tezde yaşlılık olgusunun Türkiye’deki merkezi yönetim sağlık harcamaları üzerindeki etkisi incelendiğinden dolayı sağlık harcamaları ile yaşlılık arasındaki ilişki detaylı olarak incelenmiştir.

2.1.1. Sağlık Harcamalarını Arz Yönlü Etkileyen Faktörler: Teknoloji

Günümüzde teknoloji alanında gerçekleşen ilerlemeler sağlık hizmetlerine de yansımaktadır. Özellikle hastanelerde bireylere sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması hususunda en önemli noktalardan biri de efektif olarak işleyen hasta kayıt sisteminin varlığıdır. Son teknolojilerle donatılmış olan hasta kayıt sistemi bireylerin kırtasiye harcamalarını azaltabilmesine, zaman tasarrufu ve sağlık hizmetine daha kısa sürede ulaşabilmesine olanak sağlamaktadır. Ayrıca hastane personelinin daha verimli kullanılarak optimal düzeyde sağlık hizmeti verilmesini sağlamaktadır (Şahin vd, 2005: 70). Böylelikle sağlık alanında teknolojinin gelişmesiyle birlikte bireylere daha kaliteli hizmet verilebilmekte ve toplum refahı artırılmaktadır.

Ekonomik boyutuyla teknolojinin sağlık harcamalarını daha çok arz yönlü olarak etkilediğini söylemek mümkündür. Teknolojik ilerlemeye dayalı olarak sağlık hizmetleri bilgisinin yaygınlaşması ve kolay elde edilebilir olması bireylerin sağlık hizmetlerine olan ilgisini artırarak sağlık harcamalarında artışlara neden olmaktadır. Ayrıca, teknolojinin gelişmesine paralel olarak sağlık hizmetleri kalitesinin artırılma gerekliliği ortaya çıkarak yeni teknolojilerin satın alınması, yeni ekipmanlara duyulan ihtiyaçların artması da sağlık harcamalarını artıran arz yönlü sebepler olarak sıralanabilmektedir (Erten, 2016: 37). Ayrıca sağlık hizmetlerine dönük olarak gerçekleştirilen ve toplum açısından son derece hayati öneme sahip olan teknolojik ilerlemelerin uzun süren altyapı ve araştırmalara dayanıyor olması, maliyetleri artırmakta ve dolayısıyla sağlık harcamalarını da artırmaktadır. Buna

ilave olarak sağlık hizmetleri sunumunda gelişmiş makine ve tehzizatlarla ihtiyaç duyulması ve bu tür araçları kullanabilecek olan uzman ve deneyimli personelin eğitimi için gerekli olan tüm giderler sağlık harcamalarını artırmaktadır (Karagöz, 2015: 27). Dolayısıyla her geçen gün teknolojinin gelişmesi ve kendini yenilemesi zamanla sağlık harcamalarını da tetikleyerek artışına sebebiyet vermektedir.

2.1.2. Sağlık Harcamalarını Talep Yönlü Etkileyen Faktörler

Sağlık harcamalarının talep yönlü artışına etki eden faktörler; gelir, yaşlılık, küreselleşme, eğitim ve kentleşme olarak sıralanmasına rağmen “gelir” ve “yaşlanma” nın aşağıda açıklandığı üzere sağlık harcamaları artışında doğrudan etkili olduğu ancak küreselleşme, eğitim, kentleşme gibi nedenlerin daha çok dolaylı etkilerinin olduğu görülmektedir. Dolayısıyla yaşlanma ve gelir gibi iki temel değişkenin sağlık harcamaları üzerindeki etkileri detaylı olarak değerlendirilecektir.

2.1.2.1. Küreselleşme

Sosyal bakış açısı veya sosyal değer yargılarının değerışmesi de sağlık harcamalarını pozitif yönde etkileyen sebepler arasında yer almaktadır. Dünyada özellikle küreselleşmenin etkilerinin hızla artmasına dayalı olarak ülkeler arası sosyal değer yargıları da birbirinden etkilenmekte ve tüm dünya ülkeleri kültürel olarak birbirine benzemeye başlamaktadır. Bireylerin meydana getirdiği toplumlarda sosyal bakış açısındaki değerışimin en büyük sebebi olan küreselleşme ile sadece ülkeler arası sınırlar kaldırılmamakta ayrıca tüm bireyler de birbirine benzemektedir. Küreselleşme süreci sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilgili bilginin daha hızlı yayılmasına ve kolay erişilebilmesine olanak tanıyarak sağlığa olan talebi arttırarak sağlık harcamalarında artışların yaşanmasına olanak tanımaktadır (Erten, 2016: 36). Dolayısıyla küreselleşmenin farklı coğrafyalarda farklı kültürler altında yaşayan bireyleri birbirine yakınlılaştırarak sağlık ve diğer alanlarda ortak bir çatı altında birleştirici etkisi bulunmaktadır.

2.1.2.2. Kentleşme

Ülkelerin iktisadi gelişmelerinin bir sonucu olan sanayileşmenin beraberinde getirdiği olgulardan biri de kentleşmedir. Kentleşme sağlık harcamaları üzerine pozitif etki yaparak sağlık harcamalarını artırmaktadır. Yaşamlarını tarım ile sürdüren bireyler daha çok kırsal alanlarda yaşamakta ve daha az miktarda sunulan sağlık hizmetlerinden

yararlanmaktadır. Ancak, yaşamlarını şehirlerde sürdüren bireyler daha çok sağlık personeline ve dolayısıyla sağlık hizmetlerine sahip olduğundan sağlık hizmetlerinden çok daha fazla yararlanmakta ve böylelikle sağlık harcamalarının artmasına sebebiyet vermektedir. Ayrıca, kentleşme olgusu köyden kente göçü hızlandırmaktadır. Bu da kentlerde daha fazla sağlık personeline, daha fazla tıbbi ilaca ve teknolojiye sahip olunmasını gerekli kılarak sağlık harcamalarının artışına sebebiyet vermektedir (Karagöz, 2015: 27-28). Bunlara ilave olarak, kent yaşamının getirmiş olduğu çevre ve hava kirliliği, gürültü, alt-yapı sorunu, sağlıksız barınma ve beslenme problemleri de bireylerin sürekli olarak hastalanmasına sebep olarak sağlık harcamalarını artırıcı etkide bulunmaktadır (Yıldırım, 2014: 53). Ayrıca ortak alanlarda korona virüs gibi salgın hastalıkların daha fazla yayılmasına da neden olabilmektedir. Dolayısıyla kentleşmenin genel olarak sağlık harcamaları üzerinde baskıya yol açarak sağlık harcamalarını artırdığı söylenebilmektedir.

2.1.2.3. Eğitim

Bireylerin ve bireylerin içinde yaşadıkları toplumların eğitim seviyesinin giderek artması sağlık bilincinin gelişmesine ve sağlık harcamalarının artmasına sebep olmaktadır. Eğitimli bireylerin genel kültür seviyelerinin ve entelektüel yapılarının gelişmiş olması sağlık hizmetlerinde gerçekleşen gelişmeleri yakından takip etmelerine olanak sağlayarak sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmalarına sebep olmakta ve böylelikle sağlık harcamalarında artışlara neden olmaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelerde eğitim seviyesinin yüksek oluşu nedeniyle sağlık harcamalarına olan talebin diğer gelişmekte olan ülkelerin sağlık hizmetlerine olan talebinden daha fazla olması beklenmektedir (Erten, 2016: 36).

Bireyler arasında göreceli bir kavram olan sağlık ve hastalık durumu toplum içerisinde her bireye göre farklı özellikler gösterebilir. Bireyin kendini iyi veya kötü hissetmesi, sağlıklı olup olmadığını düşünmesi bireyin kültür seviyesine, gelir durumuna ve özellikle eğitim durumuna göre değişiklik gösterebilmektedir. Örnek olarak; eğitim seviyesi düşük ve kırsal bölgede yaşayan bireylerin hastalandıklarında genellikle bunu göz ardı ettikleri ve kendilerince köy ortamının sunmuş olduğu geleneksel tedavi yöntemleriyle hastalığı geçiştirmeye çalıştıkları görülmektedir. Ancak eğitim seviyesi yüksek ve kentlerde yaşayan bireylerin ise kendilerini en ufak derecede hasta hissettiklerinde bile ilk olarak doktora başvurdukları görülmektedir (Özuysal, 2011: 4). Ayrıca bireylerin eğitim seviyelerinin yüksek oluşu kendilerine iyi bakmalarının yanında ileride oluşabilecek geri dönüşü olmayan hastalıkların daha başlangıç aşamasında farkedilip sağlık hizmetlerinden

yararlanmalarını sağlayarak hastalıklardan kaçınmalarına olanak tanımaktadır (Kaya, 2012: 36). Genel olarak eğitim seviyesinin artmasının sağlık harcamalarını da artırdığı ve eğitim seviyesi ile sağlık harcamaları arasında doğru orantılı bir ilişki olduğu görülmektedir.

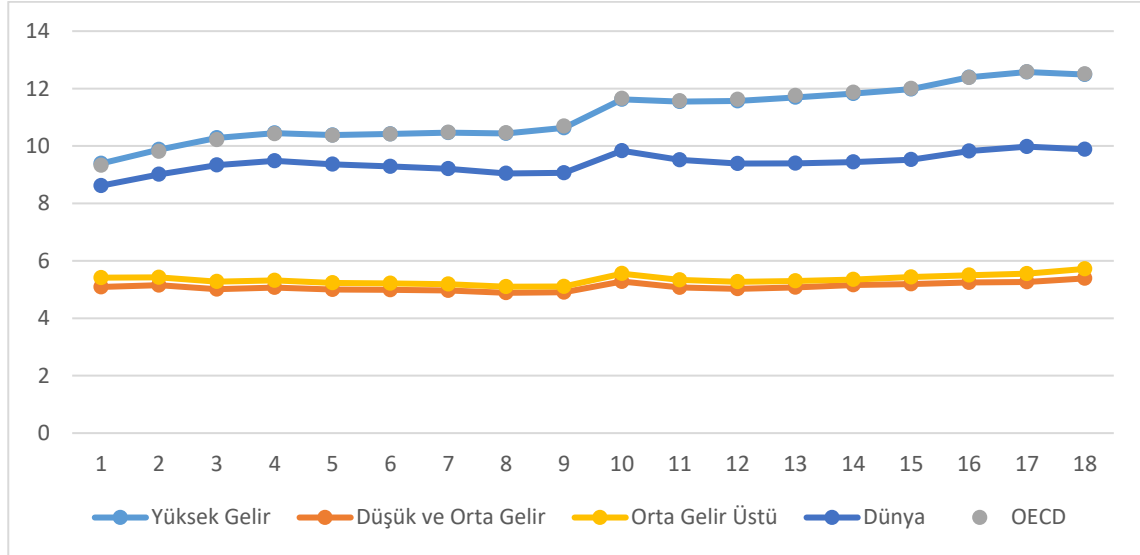
2.1.2.4. Gelir

Milli gelir seviyesi düşük olan ülkelerde hukuki bakımdan bireylerin eşit haklara sahip olmaması, ekonomik bakımdan gelir dağılımında görülen adaletsizlik, işsizlik ve yoksulluk gibi belli başlı major sorunlar sebebiyle hastalıkların sıklıkla görülmesi beklenen bir durum olarak nitelendirilmektedir. Yine bu tür ülkelerde, bireylerin gelir seviyesinin düşük olmasına bağlı olarak hastalıkların çabuk tedavi edilememesi sebebiyle hastalıkların kronik bir hal alarak zamanla tedavi süreçlerinin uzamasına ve sağlık maliyetlerinin artmasına yol açmaktadır. Ancak, milli gelir seviyesi yüksek olan ülkelerde kişilerin gelirlerinin yüksek olmasına paralel olarak bireyler daha yüksek yaşam standardı belirlemekte ve gelişmiş sağlık hizmeti almak istemektedirler. Geliri düşük bireyler sadece kamu tarafından sağlık hizmeti alabilmelerine karşın geliri olan yüksek bireyler kamu sağlık hizmetlerinin yanında özel sağlık hizmetlerinden de yararlanmaktadır. Dolayısıyla geliri yüksek olan bireyler sağlık hizmetlerinden en üst düzeyde faydalanarak sağlık harcamalarını artırmaktadır (Erten, 2016: 35). Bu düzlemde kişi başına düşen gelir seviyesinin yüksek oluşu yaşam standartlarının da yükselmesine katkıda bulunmakta ve hem kamu kesimi hem de özel kesim sağlık hizmetlerine olan talebi artırarak sağlık harcamalarında artışa sebep olmaktadır.

Ancak son dönemlerde gerek gelişmiş gerekse de gelişmekte olan ülkelerde GSYİH içinde toplam sağlık harcamalarına ayrılan payın giderek arttığı gözlenmektedir. Sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının gelişmiş ülkelerde, gelişmekte olan ülkelere oranla daha fazla olduğu gözlenmektedir (Karagöz, 2015: 24). Dolayısıyla gelir ile sağlık harcamaları arasında doğru orantılı ve pozitif bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılabilmektedir. Bunun yanında gelir düzeyi birbirine yakın olan ülkelerde sağlık harcamalarının nicelik ve nitelik bakımından farklı olduğu da gözlenebilmektedir. Bu durumun sebepleri karşılaştırılan ülkeler açısından tartışmalara açık olabileceği gibi ülkelerin sahip olduğu sağlık sistemlerinin organizasyonel şeması, sağlık harcamalarının finansman şekli, birbirlerine olan teknolojik üstünlükleri, toplumlarının genel kültür seviyesi ve demografik özelliklerinde görülen farklılıklar olarak söylenebilmektedir (Ekiz, 2013: 78). Dolayısıyla

bu faktörlerin genel geçer kabul gören etmenler olmadığı ve her ülke ve bölge için farklılıklar gösterdiği yorumu yapılabilmektedir.

Ülkelerin Gelir Grubuna Göre Sağlık Harcamaları



Kaynak: Dünya Bankası

Grafik 2.1. Gelir Grubuna Göre Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%)

Yukarıdaki Grafik 2.1’de Dünya Bankası verilerine göre farklı gelir grubuna sahip ülke gruplarının GSYİH içindeki sağlık harcamaları payı ve yıllar içindeki değişimi gösterilmektedir. GSYİH içindeki sağlık harcamaları oranının en yüksek olduğu ülke grubunun literatürdeki çalışmaların da ileri sürdüğü şekilde OECD ve yüksek gelirli ülkeler olduğu görülmektedir. Sağlık harcamaları payı bakımından OECD ve yüksek gelirli ülke grubu arasında neredeyse fark bulunmamakta ve yıllar itibariyle de artış gösterdiği görülmektedir. 2000 yılında OECD ve yüksek gelirli ülke grubunda yaklaşık sağlık harcamalarının GSYİH içindeki % 9,3 olan payın 2017 yılında % 12,5’e yaklaştığı gözlenmektedir. OECD ve Yüksek Gelirli Ülke grubundan sonra ise Dünya ortalamasının geldiği görülmektedir.

Dünya’da GSYİH içindeki sağlık harcamaları oranının OECD ve yüksek gelirli ülke grubu ile aynı doğrultuda hareket ettiği ancak kayda değer bir artış görülmediği gözlenmektedir. Dünya’da 2000 yılında % 8,6 olan bu oranın 2017 yılında % 9,88’e yaklaştığı görülmektedir.

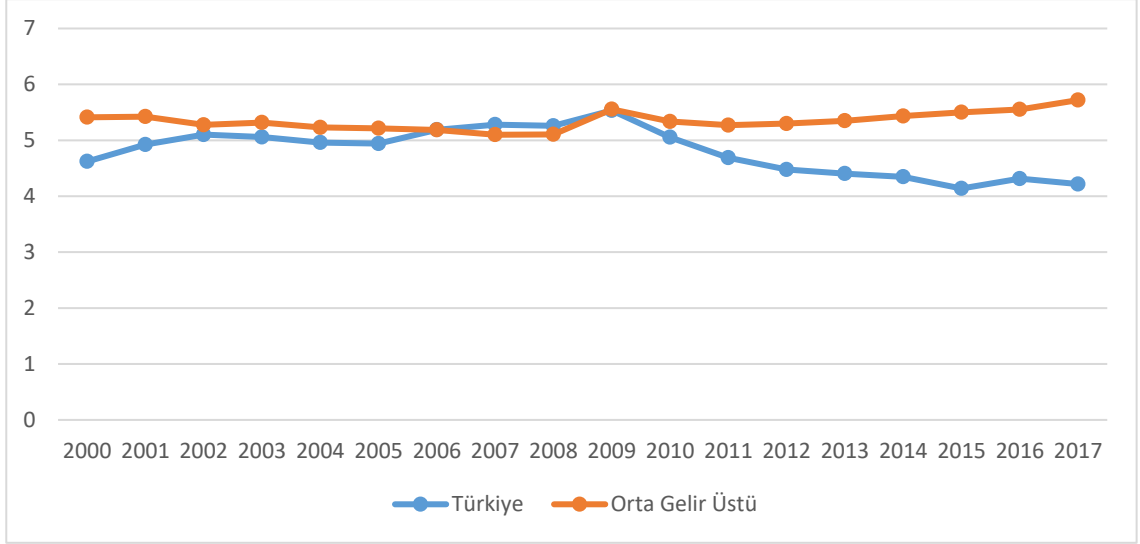
Düşük ve orta gelirli ülke grubu ile orta gelir üstü ülke grubundaki sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payları ise OECD ve yüksek gelirli ülke grubu ve dünya ortalamasının oldukça altında ve birbirine çok yakın düzeyde olduğu gözlenmektedir.

Genel olarak Grafik 2.1 incelendiğinde 2000-2017 yılları arasında tüm ülke gruplarının GSYİH içindeki sağlık harcamaları payının her bir ülke grubu için aynı oranda olmasa da arttığı ve yükseliş trendinde olduğu görülmektedir. Sağlık harcamaları ve GSYİH verileri incelendiğinde 2008 yılından 2009 yılına geçişte sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının artmasının en önemli sebebinin 2008 yılında ABD’de ortaya çıkan ve tüm dünyayı etkileyen Küresel Finansal Kriz’den dolayı GSYİH’nin küresel ölçekte azalmasından kaynaklandığı söylenebilmektedir. Ayrıca sağlık harcamaları ve GSYİH verileri incelendiğinde özellikle 2008-2011 yılları arasında kişi başına sağlık harcamalarının çok hızlı bir artış gösterdiği de görülmüştür.

Gelir Grubuna Göre Türkiye ve OGÜG Sağlık Harcamaları

Dünya Bankası tarafından 2017 yılı baz alınarak oluşturulan hesaplamalarında Gayri Safi Milli Hasılası (GSMH) 3.896 ABD Doları ile 12.055 ABD Doları arasında kalan ülkeleri Orta Gelir Üstü Ülkeler (Middle Upper Income Countries) grubunda değerlendirmektedir. Bu değerlendirme sonucunda Türkiye’de Orta Gelir Üstü Ülke Grubunda (OGÜG) yer almaktadır.

Aşağıdaki Grafik 2.2’de Türkiye ve Türkiye’nin dahil bulunduğu Orta Gelir Üstü Ülke Grubu Ülkelerinde sağlık harcamalarının gelişimi 2000-2017 yılları dahilinde gösterilmektedir.



Kaynak: Dünya Bankası

Grafik 2.2. Türkiye ve OGÜG Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%)

Yukarıdaki Grafik 2.2'ye göre Dünya Bankası verilerine göre OGÜG statüsünde yer alan Türkiye'nin 2000-2017 yılları arasındaki sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının OGÜG ülkeleri ile karşılaştırıldığında 2007 ve 2008 yılları haricinde sürekli olarak altında kaldığı gözlenmektedir.

Türkiye'de sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 2010 yılına kadar kademeli olarak arttığı özellikle de 2009 yılında % 5,53 ile en yüksek seviyeye çıktığı görülmektedir. Ancak 2010 yılından itibaren sürekli olarak düştüğü ve OGÜG ülkelerinden negatif yönde ayrıştığı net bir şekilde görülmektedir.

Buna karşın OGÜG ülkelerinin 2000 yılından 2017 yılına kadar neredeyse sürekli olarak arttığı ve özellikle 2017 yılında % 5,7 ile en yüksek seviyeye ulaştığı görülmüştür. Türkiye'nin ise 2017 yılında sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranının % 4,21 olduğu hesaplanmıştır. Türkiye'de 2009 yılından itibaren görülen bu önemli düşüşün 2008 yılında ABD'de ortaya çıkan Finansal Krizin etkilerinden kaynaklandığı ileri sürülebilmektedir. Ancak 2008 Finansal Krizin etkisinin yanı sıra bu düşüşün arkasında yatan önemli iki neden bulunduğu söylenebilmektedir.

Bu düşüşün sebeplerinden birinin özel sektör kaynaklı olduğu ve özel sektörün 2008 krizinden büyük oranda etkilenerek bireylerin gelirinin düşmesine neden olduğu ve dolayısıyla geliri azalan bireylerin sağlık harcamalarında tasarrufa gittiği şeklinde yorumlanabilmektedir. Bir diğer sebebin ise bütçe yapım sürecinden kaynaklandığı söylenebilmektedir. Devletin bütçesi bir yıl önceden hazırlandığı için 2008 yılı sonunda

gerçekleşen krizin etkileri devlet bütçesinde bir yıl sonra yani 2009 yılında hazırlanan ve 2010 yılı içinde uygulama alanı buldu 2010 yılı bütçesinde görülmektedir.

Gelir ve Sağlık Harcamaları Üzerine Ampirik Literatür

Literatürde gerçekleştirilen ilk çalışmalar tek açıklayıcı değişkenle yapılmış ve sadece sağlık harcamaları ile gelir arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Sağlık harcamaları ile gelir arasındaki ilişkiyi inceleyen ve daha sonra yapılan çalışmalar ise birden çok açıklayıcı değişkenle ve daha gelişmiş teknikler uygulanarak gerçekleştirilmiştir. 1960, 1970 ve 1980’li yıllarda gerçekleştirilen birçok çalışmada bağımsız değişken olarak sadece gelir değişkeni kullanılmıştır. Diğer bir ifadeyle bu yıllarda gerçekleştirilen çalışmaların çoğunda gelir ve sağlık harcamaları analiz edilmiş olup bu çalışmalar yatay kesit yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Yapılan çalışmalar sonucunda sağlık harcamalarının gelirden etkilendiği ortaya çıkmıştır. Diğer bir ifadeyle gelirin sağlık harcamalarını etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Kanavos, 2003: 40). Gelirin, sağlık harcamalarını etkilediğini ortaya koyan ilk jenerasyon çalışmaları (1960, 1970, 1980 yılları) olarak da adlandırılan bu çalışmalar Wagner Kanunu’nun belirttiği üzere ulusal gelirin artmasının kamusal mal ve hizmetlere olan talebi artırarak kamu harcamalarını artırdığını destekler niteliktedir. Bu yaklaşımı formülize edecek olursak (Kanavos, 2003: 40) ;

$$G/Y = f(Y/N) \quad (1)$$

- G, kamu harcamalarını,
- Y, toplam ulusal geliri,
- G/Y, kamu harcamalarının toplam ulusal gelire oranı,
- N, toplam nüfusu,
- Y/N ise kişi başına geliri temsil etmektedir.

Yapılan ilk jenerasyon çalışmalarından elde edilen bir diğer önemli sonuç ise sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının ülkenin gelişmişlik seviyesine, endüstrileşmesine ve yaşam standartlarına bağlı olarak artış göstermesidir. İlk jenerasyon çalışmalarına örnek olarak yapılan ilk öncü çalışma 1963 yılında Abel-Smith’in 15 ülkeyi kapsayan çalışmasıdır.

$$\text{Toplam Sağlık Harcamaları/GSMH} = f(\text{kişi başına düşen gelir}) \quad (2)$$

Bu gibi denklemlerin kullanıldığı çalışmalarda; enflasyon düzeltmesi yapıldıktan sonra nüfus kontrolü, döviz kuru ve GSYİH'nın sağlık harcamalarının temel belirleyicisi konumunda yer aldığı ortaya çıkmaktadır (Kanavos, 2003: 41).

Literatürde bu gözlemi (*eşitlik 2*) takiben gerçekleştirilen çalışmalar, sağlık harcamalarının GSYİH'dan daha hızlı artıp artmadığını ortaya koymak amacıyla kişi başına düşen GSYİH ve kişi başına düşen sağlık harcamaları arasındaki istatistiki ilişkinin test edilmesine odaklanmaktadır. Abel Smith (1963, 1967) çalışmalarını takiben, Kleiman (1974) tarafından yürütülen üçüncü çalışmada yine aynı konuyu (sağlık harcamaları ile GSYİH arasındaki ilişki) yatay kesit regresyon analizi ile araştırmıştır. Logaritmik doğrusal fonksiyonun kullanıldığı uygulamalı regresyon modelinden elde edilen sonuca göre talebin gelir esnekliği 1'den büyük bulunmuştur. Diğer bir ifadeyle sağlık harcamalarına olan talebin gelirden daha fazla arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Newhouse (1977) yaptığı çalışmada 13 farklı ülkeyi incelemiştir. Çalışmada kişi başına düşen sağlık harcamaları üzerindeki kişi başına düşen milli gelirin etkisi araştırılmıştır. 1968-1972 yıllarını kapsayan veriler kullanılarak her ülke için aynı yıl verileri kullanılmamış ve milli gelir ve sağlık harcamaları ABD Doları cinsinden hesaplanmıştır. Doğrusal modelin kullanıldığı bu çalışmada kişi başına düşen sağlık harcamaları bağımlı değişken, kişi başına düşen milli gelir ise bağımsız değişken olarak uygulanmıştır. Herhangi bir teorik temele dayanmayan bu çalışmada sadece iki makro ekonomik değişken test edilmiş ve sonuç olarak sağlık harcamaları için talebin gelir esnekliği 1'den büyük ve sağlık harcamalarındaki en önemli belirleyicinin kişi başına düşen milli gelir olduğu gözlenmiştir. Çalışma sonucunda kişi başına düşen milli gelirdeki artışların, kişi başına düşen sağlık harcamalarını artırması sağlığın “gelir esnek bir mal” olduğu düşüncesini ortaya atmaktadır. Ayrıca daha sonraki yıllarda gerçekleştirilen Hansen ve King (1996), Chaabouni ve Abednadhher (2010), Tang (2010) çalışmasında da gelirin sağlık harcamalarını artırdığı sonucuna ulaşılmıştır.

Sağlık harcamalarına olan talebin gelir esnekliğinin birden büyük olmasına yönelik olarak literatürdeki ilk ve daha sonra yapılan mikro ve/veya orta büyüklükte verilerin kullanıldığı çalışmalardan elde edilen sonuçlar arasında tutarsızlıkların mevcut olduğu ortaya çıkmıştır. Andersen ve Benham (1970), Grossman (1972), Newhouse ve Phelps (1974), Muurinen (1982), Okunade (1985), Wagstaff (1986), Feldstein (1971), Levit (1982), Baker (1997), Di Matteo ve Di Matteo (1998), Baltagi ve Moscone (2009) araştırmaları

sonucunda sağlık harcamalarına olan talebin gelir esnekliğini birden düşük bulmuş ve dolayısıyla sağlık harcamalarının zorunlu mal statüsünde olduğunu ileri sürmüştür.

Literatürde yer alan Abel Smith (1963), Kleiman (1974), Newhouse (1977) gelişmiş ülkeleri kapsayan çalışmaları makro düzeyde olup sağlık harcamalarına olan talebin gelir esnekliği 1'den büyük bulunarak sağlığın “gelir esnek bir mal” olduğu vurgulanmıştır. Buna karşın, gerek gelişmiş gerekse de gelişmekte olan ülke örnekleri üzerinde gerçekleştirilen mikro düzeyde yürütülen çalışmalar neticesinde ise sağlık harcamalarına olan talebin gelir esnekliği 1'den düşük bulunarak sağlığın zorunlu mal olduğu belirtilmektedir. Andersen ve Benham (1970), Grossman (1972), Newhouse ve Phelps (1974), Muurinen (1982), Okunade (1985), Wagstaff (1986) özellikle gelişmiş ülkelerde mikroekonomik ölçekte gerçekleştirilen çalışmalarda talebin gelir esnekliği 1'den oldukça düşük bulunarak sağlığın zorunlu bir mal olduğu belirtilmiştir.

Literatürde iki değişkenli olarak gerçekleştirilen çalışmalar diğer bağımsız değişkenlerin denkleme dahil edilmemesinden kaynaklı olarak yanlış sonuçlar vermesi nedeniyle yerini çok değişkenli çalışmalara bırakmıştır. Özellikle 1980'li yılların sonunda başlayan çok değişkenli uygulanan çalışmalarda ise daha gelişmiş teknikler ile daha sağlam sonuçlar elde edilmiştir. 1980'li yılların sonlarından itibaren başlayan çalışmalarda nüfusun yaş yapısı, sağlık bakım sistemi maliyeti, rambursman bankası¹ sağlayıcılarının kullandığı yöntem, sağlık girdilerinin fiyatları gibi değişkenler de modellere dahil edilmiştir (Kanavos, 2003: 40). Leu (1986), Hitiris ve Possnet (1992), Gerdtham vd. (1992), Viscusi (1994), Roberts (1999) çalışma sonuçlarına göre gelirin sağlık harcamalarını artırdığı ve sağlık talebinin gelir esnekliğinin birden büyük olduğunu iddia ederek sağlık harcamalarına olan talebin gelire oranla daha fazla arttığını ortaya koymaktadır. Buna karşın; Barros (1998), Gerdtham (1992), (1994), (1995), (1998) çalışmasında gelirin sağlık harcamalarını artırdığını ancak sağlık talebinin gelir esnekliğinin birden düşük olduğunu söyleyerek sağlığın zorunlu mal statüsünde yer aldığını iddia etmektedir. Yapılan çalışmalarda Leu (1986), Gerdtham vd. (1992) yatay kesit, Gerdtham (1992), Hitiris ve Possnet (1992), Gerdtham ve Jönsson (1994), (1995) ve (1998) havuzlanmış yatak kesit ve zaman serileri, Viscusi (1994), Barros (1998), Roberts (1999) panel veri, yöntemleri kullanılmıştır.

¹ Banka adına yabancı ülkelerde çek havale gibi karşılıklı borç alacak veya borç kaydedecek şekilde işlem yapma hakkına sahip bankalardır.

Sağlık harcamaları ile gelir arasındaki ilişkiyi inceleyen 2000 yılından sonra gerçekleştirilen panel veri çalışmaları Gerdtham ve Löthgen (2000), Okunade ve Karakus (2001), Gerdtham ve Löthgren (2002), Dreger ve Reimers (2005), Farag vd. (2009), Baltagi ve Moscone (2010), Lu vd. (2010), Saksena ve Holly (2011) ve yatay kesit çalışmaları Getzen (2000), Musgrove vd. (2002), Gaag ve Stimac (2008), Murthy ve Okunade (2009) mevcut bulunmaktadır.

Gerdtham ve Löthgren (2000), Okunade ve Karakus (2001), Gerdtham ve Löthgren (2002), Getzen (2000), Musgrove vd. (2002), Dregers ve Reimers (2005), Gaag ve Stimac (2008), Farag vd. (2009), Murthy ve Okunade (2009), Baltagi ve Moscone (2010), Saksena ve Holly (2011) çalışmasında gelir artışının sağlık harcamalarının en önemli belirleyenlerinden biri olduğunu ve gelirin artmasıyla sağlık harcamalarının da artacağını ileri sürmektedir. Lu vd. (2010) ise çalışmasında gelir ile sağlık harcamaları ile istatistiksel olarak bir ilişkinin olmadığını ileri sürmektedir.

Ancak sağlık talebinin gelir esnekliği üzerinde farklı tartışmalar yer almaktadır. Dregers ve Reimers (2005), Farag vd. (2009), Baltagi ve Moscone (2010) sağlık talebinin gelir esnekliğinin birden düşük olduğunu iddia ettiği çalışmasında sağlığın lüks bir mal olmasından ziyade zorunlu mal kategorisinde yer aldığını ileri sürmektedir. Buna karşın Saksena ve Holly (2011) düşük gelirli ülkeler için yapılan statik panel analizinde sağlık talebinin gelir esnekliğinin birden büyük olduğunu ileri sürerek sağlığın lüks bir mal olduğunu iddia etmektedir. Ancak gelişmiş ülkeler için uyguladığı dinamik panel analizi modelinde sağlık talebinin gelir esnekliğinin birden küçük olduğu sonucuna ulaşarak sağlığın zorunlu mal statüsünde olduğunu göstermektedir. Okunade ve Karakus (2001), Musgrove vd. (2002), Murthy ve Okunade (2009) çalışmasında sağlık talebinin gelir esnekliğinin birden büyük olduğunu iddia etmektedir. Getzen (2000), Gaag ve Stimac (2008) ise incelenen ülke grubuna ve analiz yöntemindeki farklılığa göre sağlık talebinin gelir esnekliğinin değişebileceğini diğer bir ifadeyle sağlığın genel geçer bir prensip ile zorunlu ya da lüks mal kategorisinde yer alamayacağını ileri sürmektedir.

Türkiye’de de sağlık harcamaları ve gelir arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Taban (2006), Sülkü ve Caner (2011), Tıraşoğlu ve Yıldırım (2012), Ak (2012), Akar (2014), Selim vd. (2014) çalışmasında Türkiye’de sağlık harcamaları ile gelir arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu ileri sürerken Atılğan vd. (2016) ise çalışmasında sağlık harcamalarının geliri artırdığını ve tek yönlü bir ilişki olduğunu iddia etmiştir. Kar ve

Ağır (2003), etin ve Ecevit (2010), Uçan ve Atay (2016) ise yine Türkiye için gerçekleştirdiği çalışmasında sağlık harcamaları ve gelir arasında herhangi bir ilişki söz konusu olmadığını ortaya koymuştur.

Genel olarak sağlık harcamalarının belirleyenleri üzerine gerçekleştirilen ilk ve sonraki çalışmalarda sağlık talebinin gelir esnekliğinin değişebildiği görülmüştür. Ancak gerçekleştirilen çalışmaların neredeyse tamamında gelir ile sağlık harcamaları arasında pozitif ve istatistiki olarak anlamlı ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca tezin ana konusu yaşlılık ve sağlık harcamaları olduğu için gelir ve sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar detaylı olarak incelenmemiştir.

2.1.2.5. Yaşlılık

Günlük hayatımızda kapı, araba, bilgisayar gibi daha birçok örneğini verebileceğimiz araç ve gereçler kullanılmaktadır. Bu tür araç ve gereçlerin zaman içindeki dönüşümlerine “*eskime*” veya “*yıpranma*” adı verilmektedir. Fakat yaşayan yani canlı varlıklar için eskime veya yıpranma yerine yaşlanma terimi kullanılmaktadır. Canlı varlıklar da zamanla yıpranıp eskimekte ancak canlı varlıkların eskiyen ve yıpranan bölgeleri zamanla kendisini onarabilmekte ve işlevlerini yerine getirmeye kaldığı yerden devam etmekte veya işlevlerini kısmen de olsa sürdürebilmektedir. Bu sebeple eskime veya yıpranma durumundan farklılaşmakta ve bu durum canlı varlıklarda yaşlanma olarak adlandırılmaktadır (Beher ve Yavuzer, 2012: 1). Ayrıca dünyaya gelen her canlının zamanla birlikte kat ettiği mesafe olan yaşlılık ölüm ile son bulmaktadır.

Kelime anlamı olarak “*yaşlılık*” ilerlemiş olan yaşın etkilerinin görüldüğü bir süreci ifade etmektedir. Canlı varlıklarda biyolojik ve fizyolojik anlamda erişkinliğin tamamlanmasından sonra yani doğurganlık özelliklerinin yitirilmesinden ölüm anına kadar geçen zaman diliminde gözlemlenen değişim ve dönüşüm sürecidir. Bu süreçte bireyler doğurganlık özelliklerini kaybetmekte ve ölüm oranları da buna paralel olarak artmaktadır. Diğer yandan, zamanla yaşın artması ile ortaya çıkan yaşlanma ve yaşlılık kavramları arasında da farklılıklar bulunmaktadır. Örneğin; 7 yaşını doldurmuş bir ocuk 8 yaşına girdiğinde yaşlanmış olmakla birlikte yaşlılık dönemine girmiş sayılmamaktadır. Hayvanlar ve bitkilerde yaşlılık sadece fiziksel ve biyolojik olarak değerlendirilmekte olup insanlar için bunlara ek olarak toplumsal ve kültürel açıdan da değerlendirmeler yapılmaktadır (Beğer ve Yavuzer, 2012: 1). Diğer bir tanıma göre yaşlılık; bireyin fizyolojik genetik

yapısı, hayatı ve karşılaştığı kronik hastalıklar gibi farklı değişkenleri barındıran bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Mazzeo, 1998: 992).

Yaşlılık çok boyutlu bir kavramı ifade etmektedir. Yaşlılığı sadece fiziksel boyutuyla değil psikolojik ve sosyal boyutlarıyla da ele almak mümkündür. Fizyolojik boyutuyla yaşlılık yılların geçmesiyle fiziki durumda gözlemlenen değişiklikleri kapsamaktadır. Psikolojik anlamda yaşlılık; algı, yeni şeyler öğrenme, psikomotor, kişilik özellikleri ve karşılaşılan problemlere verilen tepkiler açısından bireyin tavır ve tutumlarının zamanla nasıl geliştiğini ifade etmektedir. Sosyolojik olarak yaşlılık ise herhangi bir toplumda yaşayan yaşlıların sergilediği davranışlar ve toplumun yaşlılara verdiği değerle ifade edilmektedir (Beğer ve Yavuzer, 2012: 1). Böylelikle bireyleri sadece fiziksel özellikleriyle değil onları toplumu oluşturan bütünü parçaları olarak değerlendirmek daha doğru olmaktadır.

Yaşlılığı konu edinen çalışmalarda ele alınan yaşlılık türü fizyolojik yaşlılık olmaktadır. Fizyolojik olarak yaşlanma da 65 yaş ve üzeri olarak ifade edilmektedir. Bu bağlamda Dünya Sağlık Örgütü 65 yaş ve üzeri bireyleri yaşlı, 85 yaş ve üzeri bireyleri ise çok yaşlı olarak nitelendirmektedir. Gerontolojistlere göre 65-74 yaş arası genç yaşlı, 75-84 yaş arası orta yaşlı ve 85 yaş ve üzerini ileri derecede yaşlılık olarak kategorize etmektedir (Beğer ve Yavuzer, 2012: 1). Bu sıralama ile yaşlılık kategorize edilmiş olmakta ve daha iyi tanımlanmaktadır.

Literatürde nüfus yaşlanmasına neden olan faktörleri bazı yazarlar Robin ve Michelle (2004) ve Popkin (2003) farklı şekilde ele almaktadır. Herhangi bir toplumda nüfus yaşlanmasının sebebini sadece ekonomik, sosyal, kültürel, dini veya ülkenin coğrafi özelliği gibi faktörlerden birine bağlamanın yetersiz olduğuna vurgu yapılarak tüm bu faktörlerin her birinin ayrı ayrı etkisinin olduğunu ileri süren genel bir hipotez ortaya atmaktadırlar. Bu genel hipoteze göre nüfus yaşlanmasına etki eden durumlar bireylerde gözlemlenen hastalıkların süreçlerinin tahmin edilebilir olması, bireylerin uzun yaşam beklentileri, bireylerin geçirdikleri kazalar sebebiyle engelli olmasına yol açan sakatlık derecelerinin zamanla düşürülebilmesi ve birey ölüm oranlarındaki azalışlar olarak değerlendirilmektedir. Bu hipoteze göre nüfus yaşlanmasının dört temel belirleyeni şu şekilde sıralanmaktadır; i) hasta bireylerin yaşam sürelerindeki artış, ii) bireylerde görülen kronik hastalıkların ilerlemeden teşhis edilerek kontrol altına alınması, iii) yaşlılar başta olmak üzere bireylerin sağlık konusuna bakışının gelişme göstermesi ve sağlık

durumlarındaki iyileşme, iv) zamanla oldukça kırılğan ve yaşlı bir nüfusun ortaya çıkışı olarak değerlendirilmektedir (Robine ve Michel, 2006: 590).

Diğer taraftan, bireylerin beslenme düzenlerinin farklı oluşu ve sürekli olarak değişim göstermesi de nüfusun demografik değişiminde öncü rol üstlenmektedir (Popkin, 2003: 581). Beslenme alışkanlıklarının değişiminde etkin rol oynayan faktörler teknolojinin gelişmesi, mesai saatlerinin artması ve yiyecek-içecekler erişimin kolaylığı olarak sıralanmaktadır. Aynı zamanda iletişim teknolojisinin de gelişmesi çok çeşitli tıbbi araç ve gereçler ile bilgiye ulaşımı kolaylaştırdığı gibi hızlı bir şekilde erişimini de sağlamaktadır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde et ve et ürünleri ağırlıklı beslenme sebebiyle bu tür ülkelerde görülen hastalık ve hastalık türleri de farklılık göstermektedir. Bu tür et ve et ürünleri yağlı besin grubuna dahil olduğu için fazla tüketilmeleri sonucunda obezite problemi ile karşılaşılmasına sebep olmaktadır. Dolayısıyla, obezite probleminden doğan birçok hastalık türleriyle mücadele etmek amacıyla devletler yeni politikalara ihtiyaç duymaktadır. Bu politikalardan biri de beslenme ve aktivite bakımından düzensiz bir yaşam stiline sahip olan bireylerin sağlıklı beslenme ve boş zaman aktiviteleri gibi pratik çözüm önerileri ile sağlıklı bir yaşlılık süreci geçirmelerinin altyapısının hazırlanması olarak sayılabilmektedir. Dolayısıyla bireylerin daha uzun yaşaması mümkün olabilmekte ve başarılı bir yaşlanma süreci sağlanabilmektedir. (Popkin, 2003: 581). Başarılı yaşlanma; bireylerde hastalık veya malüliyet gibi durumların görülmediği, ilerleyen zamanla birlikte alınan yaşların aksine algısal ve fizyolojik herhangi bir rahatsızlığın yaşanmadığı bir süreç olarak ifade edilmektedir (Rowe ve Khan, 1997: 433).

Nüfus yaşlanmasının sebeplerinin ve ortaya çıkardığı etkilerin daha iyi anlaşılır olabilmesi açısından bazı genel kavramların iyi bilinmesi gerekmektedir. Bu kavramlar; doğuşta beklenen yaşam süresi, toplam doğurganlık hızı, nüfus artış oranı, medyan yaş, yaş bağımlılık oranı, nüfusun yaşlanması, yaşlanma endeksi, toplam yaş bağımlılık oranı, genç bağımlılık oranı ve yaşlı bağımlılık oranı olarak sıralanmaktadır. Sırasıyla ele alacak olursak;

- *Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi:* Yeni doğan bireylerin doğum anındaki çevresel, sosyal, psikolojik, fizyolojik tüm etkenlerin aynı olduğu varsayımı altında beklenen ortalama yaşam süresini ifade etmektedir.

- *Toplam Doğurganlık (Fertilite) Hızı:* Bir kadının hayatı boyunca doğurgan olabildiği dönem boyunca dünyaya getirebileceği maksimum çocuk sayısını ifade etmektedir. Bu dönem de kadının 15 ile 49 yaş aralığını kapsamaktadır.
- *Nüfus Artışı:* Herhangi bir ülkede belirli süre zarfında ortaya çıkan insan sayısındaki artış olarak nitelendirilmektedir.
- *Yaşlı Bağımlılık Oranı:* Bir toplumda çalışma çağındaki (15-64 yaşları arasındaki) yüz kişiye düşen yaşlı (65 yaş ve üzeri) sayısını ifade etmektedir.
- *Nüfusun Yaşlanması:* Herhangi bir ülke nüfusunda yer alan 65 yaş ve üzeri bireylerin nüfus içindeki oranının genç nüfusa (15-24 yaş arası) göre fazla olmasını ifade eden durum olarak tanımlanmaktadır.
- *Yaşlanma Endeksi:* Herhangi bir toplumda 0-14 yaş arası her yüz bireyden birine düşen yaşlı (65 yaş ve üzeri) sayısını ifade etmektedir.
- *Yaş:* Bireyin dünya üzerinde tamamlamış olduğu yıl sayısını göstermektedir.
- *Ortanca Yaş (medyan yaş):* Herhangi bir toplumda nüfusu oluşturan bireyleri yaş sıralamasına göre küçükten büyüğe doğru sıralandığında en ortada kalan bireyin yaşı olarak ifade edilmektedir. Dolayısıyla en ortada kalan bireyin solunda kalanlar yani nüfusun yarısı bu yaştan küçük diğer yarısı yani sağında kalanlar ise bu yaştan büyüktür.
- *Toplam Yaş Bağımlılık Oranı:* Herhangi bir toplumda 0-14 yaş grubundaki birey sayısı ile 65 yaş ve üzeri birey sayısı toplamının toplam nüfusa oranını ifade etmektedir.
- *Genç Bağımlılık Oranı:* Herhangi bir toplumda yer alan 0-14 yaş grubundaki toplam birey sayısının 15-64 yaş arasında yer alan birey sayısına oranını ifade etmektedir. (TÜİK, 2020).

2.2. Dünya’da ve Türkiye’de Yaşlılık

Dünya’da yirminci yüzyıl ile gelen en önemli kavramlardan biri de toplumların yaşlanması olarak değerlendirilmektedir. Toplumların yaşlanmasının en önemli sebepleri bilim, tıp ve teknolojide görülen büyük yenilik ve ilerlemelerin ölüm oranlarını azaltması olarak yorumlanmaktadır. Ayrıca doğum oranlarında görülen düşüşlerin de nüfusun yaşlanmasında ciddi pay sahibi olduğu söylenebilmektedir. Gelişmiş ülkelerin birçoğunun

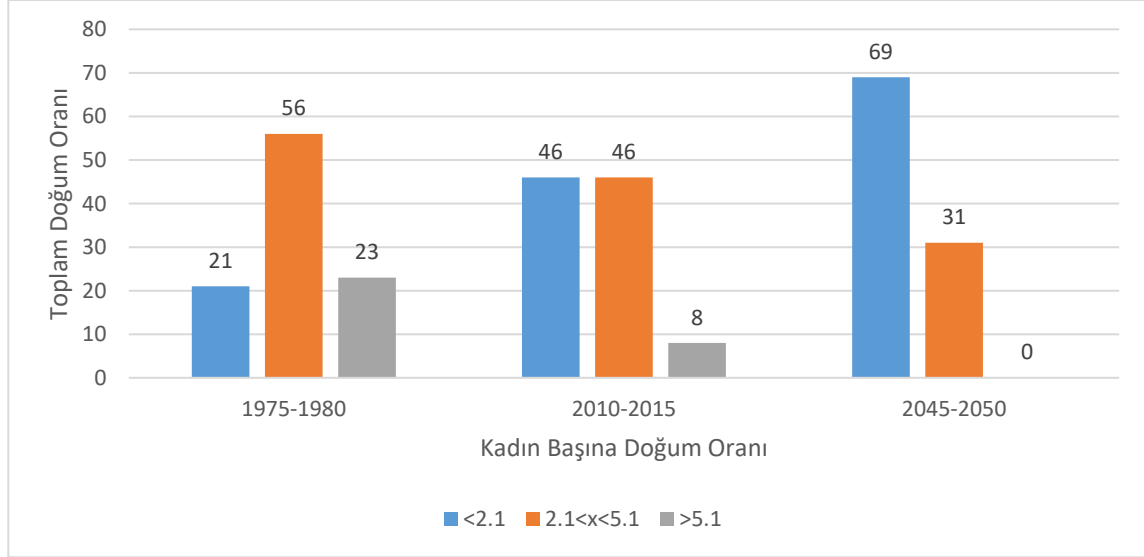
nüfus yaş yapılarında görülen büyük farklılıklar görülmektedir. Bu farklılıklar bu ülkelerde sosyal güvenlik ve sağlık hizmetlerinin dağılımı hususunda birçok soruna yol açmaktadır. Ülkeler bu gibi (sosyal güvenlik ve sağlık hizmeti paylaşımı) sorunlara karşı politikalar üretirken diğer taraftan yaşlı nüfus patlaması hızla devam etmekte ve yılda % 2,5 oranında artmaktadır. Bu oran dünyadaki genel nüfus artış oranından daha yüksek seviyeye ulaşmaktadır (Kutsal, 2011: 1).

2.2.1. Dünya’da Yaşlılık

Dünya Nüfus Beklentileri 2019 raporuna göre; Dünya’da neredeyse tüm ülkelerin nüfus piramidinde yaşlı kesimin gerek sayısı gerekse de toplam nüfus içindeki oranı sürekli olarak artmakta ve bu da dünya nüfusunun yaşlanmasına neden olmaktadır. Nüfus yaşlanması yirmi birinci yüzyılda başta iş gücü ve finansal piyasalar olmak üzere mal ve hizmetlere olan talebi etkileyen en önemli sosyal dönüşümlerden biri olarak değerlendirilmektedir. Nüfus yaşlanmasının ayrıca sosyal güvenlik, ulaşım ve barınma, aile yapısı ve kuşaklararası bağları da etkilediği ifade edilmektedir.

Özellikle Bulgaristan, Hırvatistan, Letonya, Litvanya, Polonya, Moldova, Romanya, Sırbistan, Ukrayna ve Virgin Adaları gibi ülkelerde düşük doğurganlık oranlarından dolayı 2050 yılına kadar nüfusun % 15’ten fazla azalacağı tahmin edilmektedir. Ayrıca günümüzde tüm Avrupa ülkelerindeki doğurganlık oranı da uzun dönem nüfusun yaş yapısı değişimi için gerekli seviye olan 2.1 doğumdan (her kadın başına) daha düşük seviyede kalmaktadır. Bu durum sadece günümüzde değil yıllardır Avrupa’da sürekli olarak bu şekilde devam etmektedir. Avrupa’da 2010-2015 yılları için kadın başına düşen ortalama doğum sayısı 1.6 olarak hesaplanmakta ve bu sayının 2045-2050 yıllarında 1.8’e çıkacağı beklenmektedir (BM, 2017: 5). Buna karşın günümüzden 2050 yıllarına dek nüfusta meydana gelecek olan genel artışın en büyük sebebinin yüksek nüfusun beraberinde getirdiği doğurganlık oranlarındaki artış olacağı tahmin edilmektedir. Çoğunluğu Afrika ülkeleri olan dokuz ülke 2050 yılına kadar meydana gelecek olan dünya nüfus artışının yarısında pay sahibi olacaktır. Bu ülkeler; Hindistan, Nijerya, Demokratik Kongo Cumhuriyeti, Pakistan, Etiyopya, Tanzanya Cumhuriyeti, ABD ve Uganda olarak sıralanmaktadır (BM, 2017: 5). Yani Avrupa’da doğurganlık oranlarının düşük olması bu ülkelerde gerek nüfusu azaltmakta gerekse de gelişmiş tıp, bilim ve teknolojik araç ve gereçlerle en üst düzey sağlık hizmetleri sunabilmekte ve yüksek gelirli olan vatandaşlar bu hizmetlere rahatlıkla ulaşarak daha sağlıklı bir yaşam sürebilmektedir. Dolayısıyla yaşlı birey sayısı sürekli olarak artmaktadır.

Fakat özellikle Afrika ülkelerinde doğum oranlarının yüksek olmasına karşın, bu ülkelerin başta sağlık olmak üzere birçok konuda geri kalması insanların erken yaşlarda hastalanıp ölümüne sebep olmakta dolayısıyla yüksek doğum oranları bu gibi ülkelerde yaşlılığa sebep olmamaktadır.



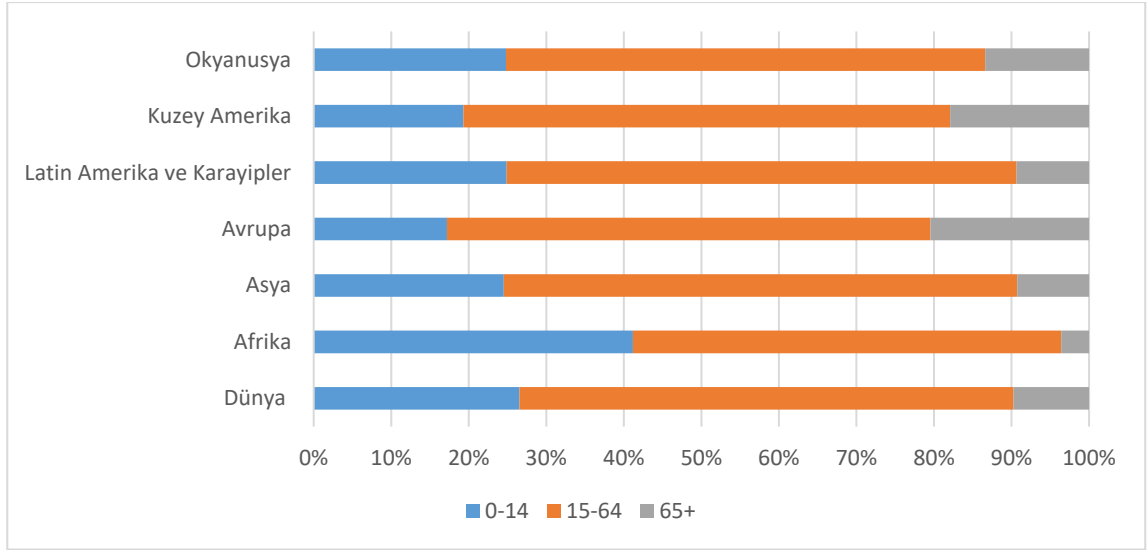
Kaynak: Birleşmiş Milletler, Ekonomik ve Sosyal İlişkiler Departmanı, Nüfus Gösterimi (2017)

Grafik 2.3. Dünya’da Toplam Doğurganlık Oranları (1975 – 2050)

Yukarıdaki Grafik 2.3’de 1975-1980, 2010-2015 yıllarında Dünya’daki toplam doğurganlık oranlarını ve 2045-2050 yıllarında görülmesi beklenen toplam doğurganlık seviyesini yüzde olarak gösterilmektedir. Buna göre; *mavi sütun* 2.1 doğurganlık oranını, *turuncu sütun* 2.1 ile 5.1 oranındaki doğurganlık oranını, *gri sütun* ise 5.1’den fazla doğurganlık oranını göstermektedir.

- 1975-1980 yıllarında dünya nüfusunun % 21’inde kadın başına düşen doğum sayısı 2.1’den daha azdır. Ancak bu oran 2010-2015 yıllarında % 46’ya yükselmiş ve 2045-2050 yıllarında ise % 69’a yükseleceği beklenmektedir.
- 1975-1980 yıllarında dünya nüfusunun % 56’sında kadın başına düşen doğum sayısı 2.1 ile 5.1 arasında seyretmektedir. Ancak 2010-2015 yıllarında % 46’ya ve 2045-2050 yılları arasında ise % 39’a düşeceği öngörülmektedir.
- 1975-1980 yıllarında dünya nüfusunun % 23’ünde kadın başına düşen doğum sayısı 5.1’den fazla olmaktadır. Ancak bu oran 2010-2015 yıllarında dünya nüfusunun sadece % 8’inde görülmüş ve 2045-2050 yıllarına gelindiğinde ise hayatı boyunca 5.1’den daha fazla doğum yapan kadının neredeyse olmayacağı tahmin edilmektedir.

- Dolayısıyla, görüldüğü üzere genel olarak tüm dünyada doğurganlık oranları hızla ve sürekli olarak düşüş göstermekte ve yaşlılığı artırmaktadır. Diğer bir ifadeyle dünya genelinde kadınların doğurganlık oranlarında azalış görülmektedir.



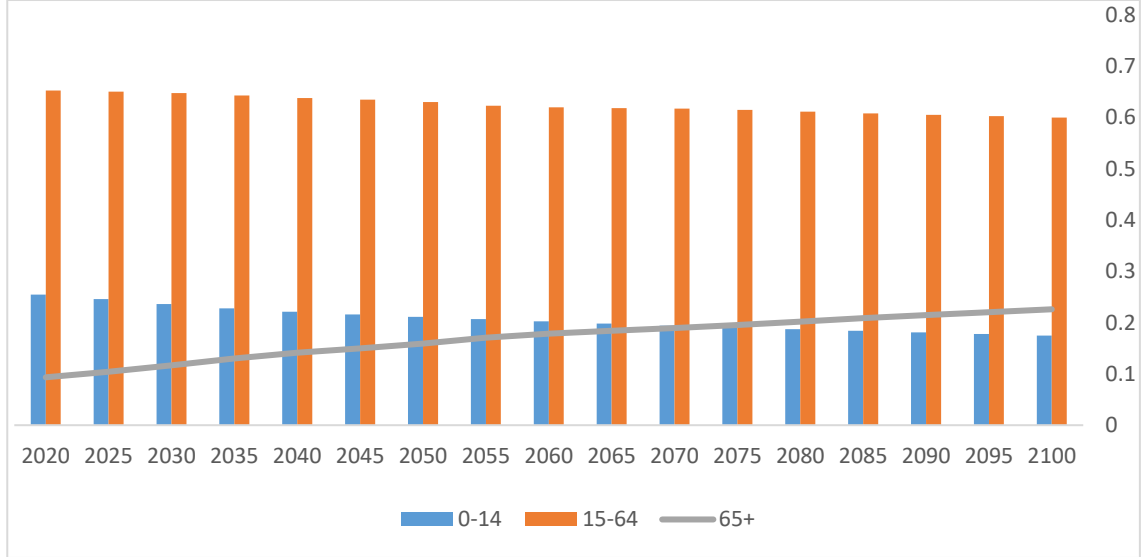
Kaynak: Dünya Nüfus Beklentileri (2019)

Grafik 2.4. 2020 Yılı Bölgesel Bazda Nüfusun Yaş Dağılımı

Yukarıdaki Grafik 2.4'te 2020 yılında beklenen Dünya genelinde ve Afrika, Asya, Avrupa, Latin Amerika ve Karayipler, Kuzey Amerika ve Okyanusya bölgelerindeki nüfusun yaş dağılımı gösterilmektedir. Buna göre; 2020 yılında 0-14 yaş arası grubun en fazla olduğu bölgenin % 41 ile Afrika olduğu görülmektedir. 15-64 yaş arası grubun en yoğun olduğu yerler ise % 60 oranında Afrika dışında kalan bölgelerden oluşmaktadır. 65 ve üstü yaş grubu olarak tanımlanan yaşlı nüfus oranı ise % 20 ile en yüksek Avrupa'da ve % 17 ile Kuzey Amerika bölgelerinde görülmektedir. Dünya geneline baktığımızda ise 2020 yılında 0-14 yaş arası grubun % 26 oranında olduğu görülmektedir. 15-64 yaş arası olarak tanımlanan potansiyel çalışma nüfusu oranı ise % 63 olarak hesaplanmaktadır. Dünya'da 2020 yılında 65 yaş ve üzeri nüfusun oranı ise % 10 olarak hesaplanmaktadır.

2020 yılında dünya genelinde 727 milyon olacağı tahmin edilen 65 yaş ve üzeri birey sayısının dünya nüfusunun yaklaşık olarak % 12'sine tekabül edeceği öngörülmektedir. 65 yaş ve üzeri nüfus her yıl yaklaşık olarak % 3 oranında artmaktadır. Dünya genelinde 65 yaş ve üzeri nüfus genel nüfusun % 12'sini oluşturmasına karşın bu oran Avrupa'da en üst düzeye çıkarak % 25 olarak hesaplanmakta ancak hızlı yaşlanmanın gelecek yıllar içerisinde dünyanın diğer bölgelerinde de ortaya çıkacağı düşünülmektedir. 2050 yılına kadar Afrika hariç olmak üzere dünyanın geri kalan tüm bölgelerinde 65 yaş ve üzeri nüfusun kendi

bölgelerinin en az % 25'ini temsil edeceği tahmin edilmektedir. 2020 yılında 80 yaş ve üzeri birey sayısının 145 milyon olacağı öngörülürken 2050 yılında 426 milyona, 2100 yılında ise 880 milyona çıkması beklenmekte ve böylelikle şimdiki sayının altı katı büyüklüğe ulaşacağı hesaplanmaktadır.



Kaynak: Dünya Nüfus Beklentileri (2019)

Grafik 2.5. 2020 - 2100 Yılı Dünya Yaş Grubuna Göre Nüfus Dağılımı

Yukarıdaki Grafik 2.5'te 2020-2100 yılları arasında dünyada yaş gruplarına göre nüfus dağılımı gösterilmektedir. Buna göre 2020 yılında 0-14 yaş grubuna ait olan nüfusun % 25 olduğu görülmektedir. 2100 yılına gelindiğinde 0-14 yaş grubu nüfusun % 17'ye düşeceği öngörülmektedir. 2020 yılında 15-64 yaş grubuna ait nüfusun toplam nüfus içindeki oranı % 65 olarak tahmin edilmektedir. 2100 yılında ise 15-64 yaş arası nüfusun toplam nüfus içindeki oranının % 60'a düşeceği tahmin edilmektedir. 2020 yılında 65 yaş ve üzeri nüfus olarak da bilinen yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı % 9 olacağı tahmin edilirken 2100 yılında yaşlı nüfus oranının 2 kattan fazla artış göstererek % 23'e çıkacağı öngörülmektedir.

Genel olarak bakıldığında, dünya nüfusu içindeki genç ve çalışabilir yaştaki nüfus oranının zaman içinde azalmasına karşın, yaşlı nüfus oranındaki artış belirgin hale gelmektedir. Dolayısıyla yaşlı nüfus oranının artması ve genç nüfus oranının azalmasıyla dünya nüfusunun her geçen gün yaşlandığını söyleyebiliriz.

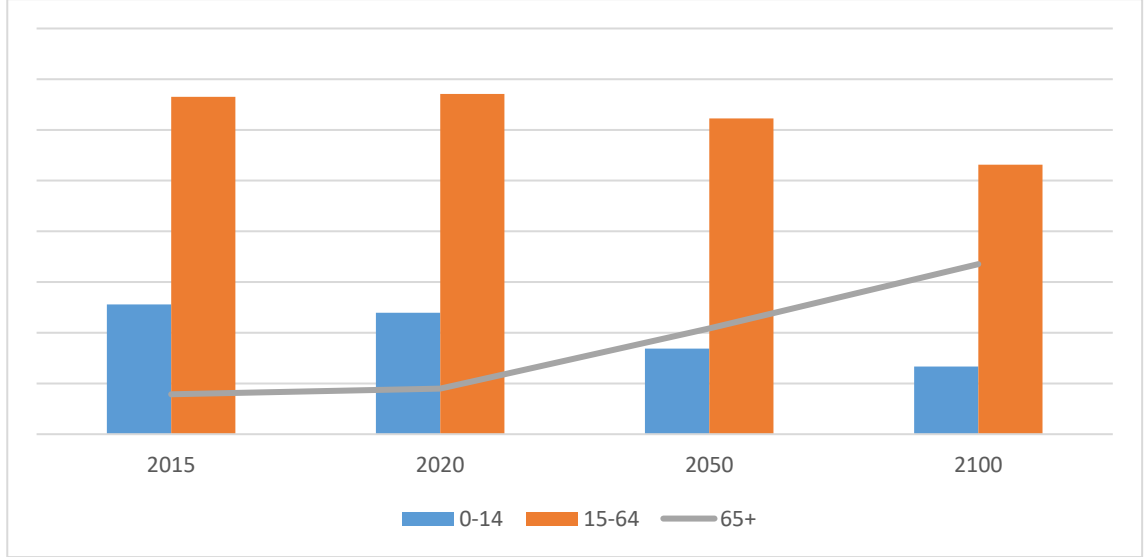
2.2.2. Türkiye’de Yaşlılık

Aşağıdaki Grafik 2.6’da Dünya Nüfus Beklentileri 2019 raporundan elde edilen veriler dahilinde; Türkiye’de 2015 yılında belirli yaş grupları dahilinde nüfus sayıları gösterilmektedir. Ayrıca 2020, 2050 ve 2100 yılları için Türkiye’de belirli yaş gruplarına ait olan nüfus tahmini de yer almaktadır.

Buna göre; 2015 yılında Türkiye’de 0-14 yaş grubu nüfusunun toplam nüfus içindeki payı % 25 olarak hesaplanmıştır. 15-64 yaş arası nüfus grubu ise toplam nüfusun % 66’sını oluşturmaktadır. 65 yaş ve üzeri olan yaşlı nüfus ise toplam nüfus içinde % 7’lik bir oranı kapsamaktadır.

2020 yılında 0-14 yaş arası nüfusun 2015 yılına kıyasla değişmeyeceği söylenebilmektedir. 15-64 yaş arası nüfus ile 65 yaş ve üzeri nüfusun da 2015 yılına kıyasla değişmeyeceği söylenebilmektedir.

2050 yılında ise 0-14 yaş arası nüfusun % 16’ya düşeceği tahmin edilmektedir. 15-64 yaş arası nüfusun toplam nüfus içindeki payının % 62 olacağı öngörülmektedir. 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise % 20 olarak tahmin edilmektedir. Diğer bir ifadeyle beklentilere göre 2050 yılında yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 2020 yılına oranla neredeyse 3 kat artış gösterecektir. 2100 yılında ise 0-14 arası yaş grubunun % 13 olacağı tahmin edilmektedir. 15-64 yaş arası nüfusun toplam nüfus içindeki oranının % 53 olacağı ve 65 yaş üstü yaşlı nüfusun ise % 33 olacağı öngörülmektedir. 2100 yılında Türkiye’de her üç kişiden birinin 65 yaş ve üzeri nüfus grubuna ait olacağı tahmin edilmektedir



Kaynak: Dünya Nüfus Beklentileri 2019

Grafik 2.6. Türkiye’de 2015-2100 Yıllarında Yaş Grubuna Göre Nüfus Dağılımı

2.2.3. Yaşlılığın Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkisi

Dünya nüfusu ölüm oranlarının azalması ve tahmin edilen ortalama yaşam süresinin artmasına ek olarak doğum oranlarının azalmasıyla gittikçe yaşlanmaktadır (Camkurt, 2014: 73). Nüfus yaşlanmasının ilerleyen yıllarda sağlık harcamalarını artıran en önemli belirleyen olacağı tahmin edilmektedir. Ayrıca sağlık alanında gelişen teknoloji, medikal ilaçlara erişimin kolaylaşması gibi nedenler de sağlığa yönelik gerçekleştirilecek olan harcamaları artırmaktadır (Martin, 2003: 3).

Yaşlanan bireyler özellikle fizyolojik olarak daha hassas ve zayıf duruma düşmekte ve birçok hastalığa karşı korunaksız kalmaktadırlar. Toplam nüfus içindeki yaşlı nüfus oranının artması beraberinde birçok farklı hastalığın ortaya çıkmasına ve dolayısıyla sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır. Toplumdaki yaşlı birey oranının artması başta kanser olmak üzere felç ve alzheimer gibi hastalıklara yakalanma olasılığını artırarak bu hastalıkların toplumda hızla yükselmesine neden olmaktadır. Türkiye’de 65 yaş ve üzeri nüfus olan yaşlı nüfusun % 90’ında genel bir kronik rahatsızlık bulunmaktadır. Türkiye’de yaşlı nüfusun % 35’inde 2 hastalık, % 23’ünde 3 hastalık ve % 15’inde ise 4 veya daha çok hastalık bulunmaktadır. Finlandiya’da 65-74 yaş grubu nüfusun % 75’inde, 75 yaş ve üzeri yaş grubunun ise % 80’inde kronik hastalık olduğu belirlenmiştir. ABD’de ise 60 yaş ve üzeri evde yaşayan nüfusun yarısında 2 ve üzeri, % 24’ünde 4 ve üzeri kronik hastalık görülmektedir (Terakye ve Goner, 1997: 96-97).

Ülkelerin nüfus yapısında meydana gelen değişimler sağlık sistemleri üzerinde ülkelere önemli görevler yüklemektedirler. Sağlığa yönelik harcamalar analiz edildiğinde sağlık harcamalarının en az gerçekleştiği kesimin çocuklar olduğu görülmektedir. Ancak yaş artışıyla birlikte sağlık harcamalarının arttığı ve özellikle 50'li yaşlardan sonra katlanarak ilerlediği bilinmektedir. Ayrıca yaşlı nüfus genç nüfusa oranla sağlık harcamalarına % 80 daha fazla bütçe ayırmaktadır. Özellikle 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfusun kişisel sağlık harcamaları ciddi derecede artmaktadır. 85 yaş ve üzeri nüfusun sağlığa ayırdığı bütçe 65-74 yaş arası nüfusa göre 3, 75-84 yaş arası nüfusa oranla ise 2 kat fazla olmaktadır. Diğer bir ifadeyle 85 yaş ve üzeri yaşlı nüfus 65-74 yaş üzeri nüfustan 3 kat, 75-84 yaş arası nüfustan ise 2 kat daha fazla sağlık hizmeti talebinde bulunmaktadır (Alemeyehu ve Warner, 2004: 627). Günümüzde gelişmiş olan ülkelerde yaşlı nüfus toplam nüfusun % 15'ine tekabül etmesine karşın yaşlı nüfus için yapılan sağlık harcamaları toplam sağlık harcamalarının % 33'ünü kapsamaktadır. ABD'de gerçekleşen sağlık harcamalarının yarısı sadece 65 yaş ve üzerindeki yaşlı nüfus için gerçekleştirilmekteyken 20 yaş ve altı nüfus için yapılan sağlık harcamaları toplam sağlık harcamalarının % 3'ünü oluşturmaktadır (Terakye ve Goner, 1997: 97-98).

Alemeyehu ve Warner (2004) ABD'yi ele aldığı çalışmasında bir kişinin tüm yaşamı boyunca 316.597 ABD doları sağlık harcaması yaptığını, erkeklerin 268.679 dolar harcama yapmasına karşın kadınların 361.192 dolar harcama yaptığı hesaplanmıştır. Kadınların erkeklere göre daha fazla sağlık harcaması yapmasının sebebi ise kadınların erkeklere göre daha uzun ömürlü olmasından kaynaklanmaktadır. Bireyin tüm yaşamı boyunca sağlık harcamasına ayırdığı 361.191 doların yarısını yani 188.688 doları 65 yaş ve üzerinde kullandığı tespit edilmiştir. Ayrıca bireyin tüm yaşamı boyunca sağlığa ayırmış olduğu paranın % 80'ini 40 yaşından sonra gerçekleştirdiği de gözler önüne serilmiştir.

Tablo 2.1. ABD'de 2000 Yılında Farklı Yaş Grupları Arasında Kişi Başına Sağlık Harcaması

Yaş Grubu	Kişi Başı Sağlık Harcaması (ABD Doları)	Toplam Nüfus İçinde Yaş Grubu Oranı (%)
0-19	3.432	7,8
20-39	1.448	12,5
40-64	2.601	31
65-84	10.245	35,5
85+	17.071	12,1

Kaynak: Alemeyehu ve Warner (2004)

Hall ve Jones (2004) ABD için gerçekleştirdiği çalışmasında demografik etkenlerin sağlık harcamaları üzerindeki etkisini simülasyon yöntemiyle incelemişlerdir. Çalışma

sonucunda 2020 yılında ülkedeki toplam gelirin % 20'sinin, 2050 yılında ise % 30'unun sağlık harcamaları için kullanılacağı ileri sürülmektedir. Ayrıca bu artışın en büyük sebebi de yaşam süresindeki artış olarak değerlendirilmektedir. Çünkü bireyler daha uzun ve daha sağlıklı yaşama gayreti içerisinde sürekli olarak sağlık harcamalarını artırmaktadır.

Dünya Nüfus Beklentileri 2019 raporuna göre; dünya genelinde bakıldığında ilerleyen yıllarda nüfusun çok fazla artmayacağı bilinse de toplam nüfus içindeki 65 yaş ve üzeri olan yaşlı nüfusun sürekli olarak artacağı bilinmektedir. Özellikle Avrupa ve ABD başta olmak üzere 2100'lü yıllarda toplam nüfus içindeki yaşlı oranının % 35'li seviyelere geleceği tahmin edilmektedir. Ancak 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfusun, çalışma potansiyeli olan nüfusa oranı olarak da ifade edilen yaşlı bağımlılık oranının 2100'lü yıllarda % 50 olacağı tahmin edilmektedir. Diğer bir ifadeyle toplam nüfus içinde bir 65 yaş ve üzeri yaşlı bireye, çalışma çağında 2 birey düştüğü anlamına gelmektedir. Bu da çalışma çağındaki nüfus üzerinde baskı oluşturacaktır. Ayrıca yaşlılığın toplam sağlık harcamalarını artırması sebebiyle toplumda yaşlı nüfus oranının artmasıyla gerek sağlık harcamaları artacak gerekse de sağlık harcamalarını vergilerle, primlerle karşılamak zorunda kalan çalışma çağındaki nüfus (15-64 yaş arası grup) üzerindeki baskı artmış olacaktır.

2.2.4. Türkiye'de Yaşlılara Yönelik Hizmetler

Son yıllarda yaşlı nüfusta görülen artış ve aile yapısının değişime uğraması gibi sebeplerle yaşlı nüfusa sunulacak hizmetlerin önemi hızla artmakta ve yaşlı nüfusa yönelik gerçekleştirilen hizmetlerin kapsamının ve miktarının geliştirilmesi birçok ülkenin en önemli sorunlarından biri olmaktadır. Türkiye'de sosyal refah devleti anlayışı gereği yaşlılar için gerçekleştirilen birçok hizmet bulunmaktadır. Türkiye'de yaşlılar için başta Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (AÇSHB) olmak üzere Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen birçok destek bulunmaktadır (Karakuş, 2018: 2).

Türkiye'de yaşlılara yönelik olarak çeşitli hizmetler sağlanmaktadır. Ancak bunların birçoğu AÇSHB ve bünyesinde yer alan Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından gerçekleştirilmektedir. Tezin konusunu oluşturan temel değişkenin sağlık hizmetleri olmasından kaynaklı olarak AÇSHB ve SGK destekli olan ve maddeler halinde sayılmış yardımlar detaylı olarak incelenmeyecek fakat yaşlılarla ilgili olduğu için yer verilecektir. Ancak Sağlık Bakanlığı tarafından yaşlılara sağlanan sağlık hizmetleri detaylı olarak ele alınacaktır.

2.2.4.1. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından sağlanan hizmetler

Türkiye’de AÇSHB tarafından yaşlılara yönelik olarak sağlanan hizmetler sağlık harcamaları kapsamında yer almamaktadır. Ancak yine de yaşlılara yönelik olarak gerçekleştirildiği için tezde yer verilmiştir. Diğer bir ifadeyle Merkezi Yönetim Bütçesi kapsamında “*Sosyal Güvenlik ve Sosyal Yardımlaşma Hizmetleri*” kapsamında yer almaktadır. AÇSHB tarafından aşağıda maddeler halinde sıralanan hizmetler sunulmaktadır;

- Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) hizmetleri ve emekli, dul, yetim maaşı
- Engelli evde bakıma destek aylığı
- 2022 Sayılı Kanun kapsamında yaşlılara yapılan yardımlar
- Eşi vefat eden yaşlı kadınlara yapılan yardımlar
- Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu (SYDTF) tarafından yaşlılara yapılan yardımlar
- Genel Sağlık Sigortasından ücretsiz yararlandırılan yaşlılar
- Yaşlılara yönelik ücretsiz veya indirimli seyahat desteği
- Vakıflar Genel Müdürlüğü’nün yaşlılara yönelik yardımları
- AÇSHB sosyal ekonomik destek yönetmeliği kapsamında yaşlılara yapılan sosyal ve ekonomik yardımlar
- Yaşlılara yönelik diğer hizmetler ve mali avantajlar
- Yerel yönetimlerin yaşlılara yönelik hizmetleri²
- Yaşlı Destek Programı (YADES)
- Ulusal Yaşlanma Eylem Planı / Uygulama Programı
- Aktif Yaşlanma Strateji Belgesi
- Yaşlı hizmet merkezleri, yaşlılara yönelik gündüzlü hizmetler ve evde bakım hizmetleri

² Kamu Kurum ve Kuruluşları Bünyesinde Açılacak Huzurevlerinin Kuruluş ve İşleyiş Esasları Hakkında Yönetmeliğe göre AÇSHB yerel yönetimin işleteceği huzurevine açılış izni vermek ve açılış öncesinde huzurevi olarak işletilecek olan binanın fiziki denetimini gerçekleştirmektedir.

- Evde sağlık, bakım ve sosyal destek hizmetleri işbirliği protokolü gibi birçok hizmet yaşlılara yönelik olarak gerçekleştirilmektedir (Karakuş, 2018: 88).

Tablo 2.2. Türkiye’de Sosyal Koruma Kapsamında Emekli/Yaşlı Harcamaları

Yıllar	Toplam Sosyal Koruma Harcamaları	Emekli/Yaşlı	Emekli-Yaşlı Harcamaları/Toplam Sosyal Koruma Harcamaları (%)
2000-2004	35.599	14.855	40
2005-2009	91.880	42.209	45
2010	148.449	71.725	48
2011	171.667	80.243	46
2012	195.662	92.137	47
2013	220.428	104.553	47
2014	247.244	117.390	47
2015	280.074	133.515	47
2016	336.520	162.139	48
2017	382.674	184.984	48
2018	442.607	214.132	48

Not: Sosyal Koruma Harcamaları, idari masraflar ve diğer harcamalar ve sosyal koruma yardımlarından oluşmaktadır. Sosyal koruma yardımları hastalık/sağlık bakım, engelli/malül, emekli/yaşlı, dul/yetim, aile/çocuk, işsizlik ve sosyal yardımlaşma giderlerinden oluşmaktadır.

Not: Toplam Sosyal Koruma Harcamaları ve Emekli/Yaşlı harcamaları Milyon TL cinsinden gösterilmektedir.

Kaynak: TÜİK (2020)

Yukarıdaki Tablo 2.2’de Türkiye’de 2000-2018 yılları arasında sosyal koruma kapsamında yapılan harcamalar ile emekli/yaşlılar için gerçekleştirilen harcamalar gösterilmektedir. Buna göre; emekli/yaşlı kesim için harcanan miktarın, toplam sosyal koruma amaçlı harcanan miktara oranı her geçen yıl sürekli olarak artmaktadır. Öyle ki; 2000-2004 yılları ortalamasına göre emekli/yaşlı kesim için yapılan harcamalar toplam sosyal koruma harcamalarının neredeyse % 40’ını oluşturmaktadır. 2018 yılına gelindiğinde ise bu oranın % 48 gibi çok yüksek seviyeye ulaştığı görülmektedir. Tablo 2.2’ye göre; emekli/yaşlı kesim için yapılan harcamaların toplam sosyal koruma kapsamında gerçekleştirilen harcamaların yarısını ifade ettiğini kesin olarak söylebilmekteyiz.

2.2.4.2. Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanan sağlık hizmetleri

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından doğrudan yaşlılara dönük olarak gerçekleştirilen hizmetlerden ziyade kurumsal olarak sağlık hizmeti sunan ancak daha çok yaşlı bireylerin yararlandığı hizmetler yapılmaktadır (Karakuş, 2018: 114).

Sağlık Bakanlığı tarafından yaşlılara yönelik olarak gerçekleştirilen hizmetler *Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Engelliler Daire Başkanlığı* tarafından gerçekleştirilmektedir. Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Engelliler Daire Başkanlığı kronik hastalıklarla

mücadele etmek, yaşlı sağlığı hizmetlerinin uygulanmasına yönelik olarak program geliştirmek, engelliliğin önlenmesi adına programlar gerçekleştirmek, evde sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde teknik döküman desteği sağlamak ve yaşlıların sağlık bakım ihtiyacını karşılamaya yönelik çalışmalar yapmak gibi görevlere sahiptir. Sağlık bakanlığı ayrıca evde sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden de sorumludur (Karakuş, 2018: 114).

Yaşlılarda rastlanan hastalıklar genellikle uzun süreli bakım ve tedavi gerektiren kronik hastalıklar olmaktadır. Yaşlıların dahil olduğu kronik hastalıklar nedeniyle evde sağlık ve rehabilitasyon hizmeti ihtiyacı duyan her yaş grubundan yatağa bağımlı olarak yaşayan bireylere, sağlık bakanlığı hastaneleri ve birinci basamak sağlık kuruluşlarınca evde sağlık hizmeti veren birimler tarafından evde sağlık hizmeti verilmektedir. Evde sağlık ve bakım hizmetleri kapsamında Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik, Sağlık Bakanlığı tarafından 10.03.2005 tarihli ve 25751 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe konulmuştur.

Bu yönetmelikle *Evde Bakım Hizmeti* doktorların görüşleri paralelinde hasta olan kişilere, aileleri ile yaşadığı yerde, sağlık ekipleri tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dâhil olmak üzere tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık, bakım ve takip hizmetlerinin sunulması şeklinde tanımlanmıştır. Evde sağlık hizmetinin sunulacağı müstakil merkezde hekim, hemşire, sağlık memuru yanında evde bakım hizmeti veren merkez veya birimin hizmet sunacağı alanla ilgili olarak psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı gibi hekim dışı sağlık personeli bulunabileceği, ancak bunların görev ve sorumluluklarının kendi mesleki mevzuatı ile sınırlı olduğu, ayrıca bunlara yardımcı olmak üzere bakım destek personeli çalıştırılabileceği de belirtilmektedir. Ayrıca bu yönetmelik ile özel sektör tarafından yürütülen uygulamalar disipline edilerek özel sağlık kurum ve kuruluşları tarafından yürütülmekte olan ve kişiye ev ortamında sunulan teşhis, tedavi ve sosyal destek hizmet sunumu tanımlanmış, evde veya özel bakım merkezlerinde sunulan bakım hizmetinin ücretlerinin ödenmesi sağlanmıştır. Buna karşın evde bakım hizmetleri ilk etapta sağlık bakanlığı kurumlarınca sunulmamakta olup, sosyal bakımdan ziyade tıbbi ihtiyaçların karşılanmasına yönelik sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulması şeklinde sınırlanmıştır (Karakuş, 2018: 115).

Türkiye’de evde sağlık bakımı hizmetleri kurumsal olarak *Sağlık Bakanlığı* tarafından yürütülmektedir. Kamu hastaneleri tarafından evde sağlık hizmetleri uygulamaları 2004 yılında başlamış olup 2010 yılına gelindiğinde birçok ilde devlet

hastaneleri tarafından evde sağlık hizmetleri sunulmaya başlanmıştır. Bu çerçevede 1 şubat 2010 tarihli “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” ise hizmetlerin ÷lke çapına yayılması için önemli bir adım olmuş, Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşlar tarafından evde sağlık hizmeti birimleri aracılığıyla vatandaşlara evinde ve aile ortamında verilecek sağlık hizmeti tanımlanmıştır. Yönergenin amacı, evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında sağlanması, bu kişilere ve aile bireyelerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi için Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kurumları bünyesinde evde sağlık hizmetleri birimleri kurulması olarak ifade edilmiştir. Yönerge’de, evde sağlık hizmetlerinin sosyal devlet anlayışı ile etkin ve ulaşılabilir bir şekilde uygulanmasının sağlanacağını amaçlayan Sağlık Bakanlığı, kamu hastaneleriyle bu hizmetleri sunma yaklaşımını ortaya koymuş, 2010 yılının son aylarından itibaren evde sağlık hizmetlerinin ÷lke çapına yaygınlaştırılması için kamu hastanelerini, aile hekimlerini ve toplum sağlığı merkezlerini hizmet sunumuna dâhil etmiştir (Yaşar vd, 2016: 2).

24.02.2011 tarih ve 8751 sayılı Sağlık Bakanlığı onayıyla “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” değişikliğe uğrayarak genişletilmiştir. Bu değişiklikle sadece Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde değil aynı zamanda üniversite hastaneleri bünyesinde de evde sağlık birimleri oluşturulabilmesine imkân tanınmıştır. Evde sağlık hizmetlerinin sunumunda Sağlık Bakanlığına bağlı olarak faaliyet gösteren eğitim ve araştırma hastaneleri, genel veya dal hastaneleri, ağız ve dişsağlığı merkezleri bünyesinde kurulan evde sağlık hizmeti birimleri ile toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezî ve aile hekimleri de evde sağlık hizmetleri çerçevesinde yapılandırılmıştır.

25.01.2013 tarih ve 28539 sayı ile yürürlüğe giren Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’ne göre aile hekimlerinin, evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek ve kendisine kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramalarını yapmakla yükümlü olduğu açıkça ifade edilmiştir.

Evde sağlık hizmetlerine ilişkin Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetleri Sunulmasına Dair Yönetmelik ise 27/02/2015 tarih ve 29280 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanmıştır. Bu yönetmelik ile ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında yapılması, bu kişilere ve aile bireyelerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi amacıyla; bu hizmetlerin, sosyal devlet anlayışına uygun olarak yurt genelinde eşit, ulaşılabilir, kaliteli, etkin ve verimli bir şekilde uygulanması hedeflenmiştir. Yönetmelikte evde sağlık hizmeti alacak olan hasta, “yaşam kalitesini ileri düzeyde bozan hastalığı ve/veya yaşlılığı nedeniyle sağlık hizmetine ulaşmada zorluk yaşayan, evinde ve aile ortamında sağlık hizmeti almak üzere talepte bulunan birey” olarak tanımlanmaktadır. Evde sağlık hizmetleri hasta kişiye tanı koymaktan ziyade tanı konulmuş hastaların tedavilerinin takibinin yapılmasını ve evde yapılabilecek uygulamaların hastanın ev ortamında yapılmasını kapsamaktadır. Evde sağlık hizmetleri, bağımlı olan yaşlı bireyler de dâhil olmak üzere çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sunulan sağlık bakımı hizmetlerini kapsamaktadır.

Evde sağlık hizmetlerinin başlangıcında yatağa bağımlı nörolojik hastalar hedeflenirken süreç içerisinde hedef grup ve verilen hizmetler, kronik göğüs hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar, palyatif bakım, ağız ve dişsağlığı, yeni doğan bakımı, evde psikoterapi gibi sağlık hizmetleriyle oldukça genişletilmiştir. Yaşlılar genelde hizmetlerden yararlananların başında yer almıştır. Evde sağlık hizmetleri hem bakım alan hem de bakım verenler ve yakınları açısından evde bakım ve uzun süreli bakımı destekleyen önemli bir uygulamadır. Evde sağlık hizmetleri yönetmeliğinde sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinin bütünleşik olarak sunulması öngörölmüş olmasına karşın ölkemizde hâlihazırda bütünleşik bakıma geçildiği söylenemez. Bununla ilgili çalışmalar sürmekte olup evde sağlık, evde bakım ve sosyal destek hizmetlerinin bütünleşik bir şekilde yürütölmesine imkân sağlayan “Evde Sağlık Bakım ve Sosyal Destek Hizmetlerinin İş Birliği İçerisinde Yürütölmesine Dair Protokol”, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanı, İçişleri Bakanı, Sağlık Bakanı ve Türkiye Belediyeler Birliği Başkanı’nın katılımları ile 31.03.2015 tarihinde imzalanmıştır (Karakuş, 2018: 118).

Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan 07/07/2015 tarihli “*Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge*”sine göre yataklı sağlık tesislerinde palyatif bakım merkezleri, yataklı sağlık tesisleri dişında ise aile hekimleri ve

evde sağlık hizmet birimleri tarafından palyatif bakım hizmetleri yürütölmektedir. Yönergenin amacı, yaşamı tehdit eden hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan sorunlarla karşılaşan hastalarda ağrı ve diğer semptomları erken tanımlamak ve değerlendirmek, bu kişilere ve aile bireyelerine tıbbi, psikolojik, sosyal ve manevi destek vererek acılarını hafifletmek veya önlemek, yaşam kalitesini geliştirmek için faaliyet göstermek üzere palyatif bakım merkezleri kurmak, bunların işleyişini, fizikî şartlarını, bulundurulması gereken araç, gereç ve personel asgari standardını, personelin görev yetki ve sorumluluklarını ve uygulamanın denetimine ilişkin usul ve esasları belirlemektir.

Bakımevlerinde ve evde sağlık birimlerince de palyatif bakım hizmetleri verilmesi öngörölen yönerge kapsamında yürütölen palyatif bakım hizmetleri kısa veya uzun süreli bakımın desteklenmesini de sağlamaktadır. Palyatif bakım birimleri ve kapasiteleri eskiye oranla artmakta olup bu birimlerde hekim, hemşire, sosyal çalışmacı, fizyoterapist, diyetisyen, psikolog, fizyoterapi teknikeri gibi profesyonel meslek elemanlarından oluşan ekipler tarafından hizmet verilmektedir (Karakuş, 2018: 119).

Birey ve topluma erişilebilir, uygun, etkin sağlık hizmetlerinin sunulması, sağlıklı yaşlanmaya dair politikaların geliştirilmesi, uygulanması ve izleme değerlendirme çalışmalarının sürdürölmesi ve yaşlı bireyelere sunulan sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için *Sağlık Bakanlığı 2013-2017 Stratejik Planı* doğrultusunda hazırlanan *Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020* yayımlanarak uygulamaya konulmuştur. Bu program ile yaşlılıkta “Nöropsikiyatrik Hastalıklar, Demans, Geriatrik Psikiyatri, Yeti Yitimi, Yaşlı İstismarı ve şiddet Konularında Planlamalar ve Etkinlikler Yapılması” planlanmış ve aynı zamanda demanslı hastalar ile hasta yakınlarına yönelik bazı uygulamalar ve programlar belirtilmiştir. Programda, Yaşam Boyu Sağlığın Geliştirilmesi ve Sağlıklı Yaşlanma; Sağlığa Yönelik Risklerden Toplumun Korunması; Yaşlı Bireyeler İçin Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi ve Sağlık Hizmetlerine Tam Erişimin Sağlanması; İzleme ve Değerlendirmenin Güçlendirilmesi şeklinde 4 temel strateji ve buna bağlı olarak öncelikli müdahale yaklaşımları ve destekleyici müdahaleler belirlenmiştir.

Yaşlılık ve yaşlı sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik hazırlanan bu programın ölkede genelinde uygulamaya konulması ve genel stratejilerin belirlenmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı merkez ve bağlı kuruluş temsilcileri, 81 il halk sağlığı müdürlüğü temsilcileri, paydaş kamu kurum ve kuruluşları temsilcileri, akademisyenler ve sivil toplum kuruluşlarının katılımıyla “Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı

1. Ulusal Genel Kurul ve Çalışma Grupları Toplantısı” 7 Mayıs 2015 tarihinde gerçekleştirilmiş ve uygulamaya konulması düşünülen faaliyetler belirlenmiştir.

30 Kasım 2015 tarihinde ise programın Yürütme Kurulu gerçekleştirilmiştir. Bu yürütme kurulunda yaşlılık ve yaşlı sağlığı alanında ülke genelinde yapılması gerekenlere ilişkin kararlar alınmıştır. Bakanlığın, ülke düzeyinde yaşlılara götürülecek tıbbi bakım hizmetlerinin niteliğinin ve standart uygulamaların belirlenmesi amacıyla birinci basamak sağlık hizmetlerinde görevli hekim/hemşire/sağlık memuru ile huzurevleri, huzurevi ve yaşlı bakım merkezleri ve bu amaç için kurulmuş kuruluşlarda görevli hekim/hemşire/sağlık memurlarına yönelik yaşlı tıbbi bakım sertifikalı eğitim programı hazırlıkları devam etmektedir.

Sağlık Bakanlığınca yakın zamanda aile sağlığı merkezlerine yakın bölgelerde “sağlıklı yaşam merkezleri” kurularak faaliyete geçirilmeye başlanmış olup ilerleyen süreçte bu merkezlerin ülke geneline yaygınlaştırılması planlanmaktadır. Aile sağlığı merkezleriyle ve yakın çevredeki kişi ve kuruluşlarla yakın iş birliği içinde faaliyet göstermesi öngörülen bu merkezlerde hekim yanında, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, psikolog, diş hekimi, fizyoterapist vb. pekçok meslek grubundan görevliler tarafından vatandaşlara, sağlıklı yaşam sürmeleri için hizmetler verilmektedir. Bu çerçevede toplumun bütün yaş gruplarına özel hizmetlerin verilmesi hedeflenmekte olup örneğin yaşlılar vb. gruplara özel hizmetler sunulmaktadır.

Sağlık Bakanlığı tarafından, yaşlılara yönelik farkındalık çalışmaları kapsamında Alzheimer/Demans, yaşlılarda depresyon, yaşlılık döneminde sık karşılaşılan sağlık sorunları, yaşlılık döneminde beslenme ve fiziksel aktivite ile ilgili farkındalık materyalleri hazırlanmış olup 81 il halk sağlığı müdürlüklerine gönderilerek yaşlılara özgü özel gün ve haftalarda bilgilendirme faaliyetleri sürdürülmektedir.

Bakanlık tarafından sağlık kuruluşlarında yaşlılara yönelik uygulamalarda kullanılmak üzere; “Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi Yaşlı Sağlığı Modülleri 2011”, “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler İçin Yaşlı Sağlığı Tanı Tedavi Rehberi 2010”, “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri” dökümanları hazırlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı tarafından ayrıca demans hastalarının tanı ve tedavilerinin yapıldığı ve kayıtlı olduğu hastaneler gibi çoğunlukla yaşlılara yönelik olan hizmetler yanında, tüm

topluma yönelik olan ve yaşlıları da kapsayan çeşitli hastalıklara ve sağlıklı yaşamaya yönelik programlar da uygulamaya konulmaktadır. Bunun yanında Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluşlarda 65 yaş üzeri yaşlılar öncelikli olarak hizmetlerden yararlandırılmaktadır. Yaşlı tıbbi anlamına da gelen geriatri uzmanlarının sayısı ise hem sağlık bakanlığı bünyesinde hem de Türkiye’de çok az (70 civarında) olup hastanelerde geriatri polikliniklerinin sayısı henüz beklenen düzeyde değildir (Karakuş, 2018: 121).

Tablo 2.3. Yıllara Göre Evde Sağlık Hizmeti Verileri

Yıllar	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ulaşılan Toplam Hasta	16.651	124.085	244.961	380.814	510.352	693.648	907.634
Aktif Kayıtlı Hasta	16.651	80.388	139.214	186.666	218.353	272.934	307.742
Birim Sayısı	407	642	715	817	915	947	984
Araç Sayısı	78	793	956	1.128	1.111	1.251	1.548
Personel Sayısı	478	3.512	4.143	4.248	4.605	5.091	6.119

Kaynak: Karakuş (2018)

Yukarıdaki Tablo 2.3’de Türkiye’de evde sağlık hizmetleri kapsamında bazı veriler gösterilmiştir. Buna göre; Türkiye genelinde 81 ilde ve ilçelerde doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist vb. diğer sağlık personelinden oluşan bir ekiple yürütülmektedir. Bununla birlikte evde sağlık hizmetlerinde ağırlıklı olarak hemşire ve sağlık memurlarının, hekim statüsünde ise pratisyen hekimlerin görev aldıkları bilinmektedir. Tablo 2.3’de görüldüğü üzere evde sağlık hizmetleri yıldan yıla genişlemekte ve birim sayısı, personel ve araç sayısı ile doğru orantılı olarak ulaşılan/kayıtlı hasta sayısı da artış göstermektedir (Karakuş, 2018: 117).

Tablo 2.4. Evde Sağlık Hizmetlerinden Yararlanan Yaşlı Oranı (2016)

Yaş	Oran (%)	Sayı
0-65	29	89.245
66-85	50	153.871
86+	21	64.626
Toplam	100	307.742

Kaynak: Karakuş (2018)

Yukarıdaki Tablo 2.4’e göre; evde sağlık hizmetlerinden yararlanan ağırlıklı grubu yaşlılar, engelliler ve kronik hastalıkları bulunan bağımlı grubun oluşturduğu bilinmektedir. 2016 yılı sonu itibarıyla evde sağlık hizmetlerinden aktif olarak yararlanan toplam 307.742 kayıtlı hastanın büyük çoğunluğunu (%71) 218.497’ini yaşlılar oluşturmuştur. Evde sağlık hizmeti alan hastaların $\frac{3}{4}$ ’üne yakını oluşturulan bu yaşlıların 153.871’i (%50) 66-85 yaş aralığında yer alırken, kalan 64.626’sı (%21) ise 86 ve üstü yaş grubundadır.

2.3. Türkiye’de Sağlık Politikalarının Tarihsel Süreci

Türkiye’de gerçekleştirilen sağlık politikaları dünyadaki yönetsel anlamda meydana gelen değişiklikler, teknolojide meydana gelen gelişmeler, demografik özelliklerin yıllar itibariyle değişimi ve Türkiye’de politik, ekonomik ve sosyal anlamda görülen değişimlerle 1920 yılından günümüze kadar sürekli olarak değişiklik göstermiştir (Cansever, 2018: 108). Türkiye’de sağlık politikalarının tarihsel süreci 1920 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin (TBMM) kuruluşundan günümüze kadar olan süreci ifade etmektedir.

3 Mayıs 1920’de TBMM tarafından “Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaleti” kurulmuş ve sağlık hizmetleri devletin temel görevi kapsamında ele alınmaya başlanmıştır. Buna mükabil sağlık hizmetleri bakanlık tarafından üstlenilmiş olup, devletin esas görevleri içerisinde yer almıştır. 3 Mayıs 1920’den itibaren TBMM hükümeti olarak ilk sağlık bakanı Dr. Adnan Adıvar görev yapmaya başlamıştır. İlk sağlık bakanı olan Adnan Adıvar döneminde oturmuş bir sağlık sisteminin olmaması, alt yapı yetersizliği ve mali anlamdaki sorunlardan dolayı sağlık sisteminde büyük eksikler görülmüş ve birçok yeniliğe ihtiyaç duyulmuştur (Akdu, 2006: 43). Kurtuluş Savaşından yeni çıkmış olan ve yeni kurulan bir ülke olan Türkiye’nin geçmişten de gelen eksikleri nedeniyle toplumsal anlamdaki sağlığını negatif yönde etkileyen bulaşıcı hastalıklar ve sağlık bilincinin çok düşük olması Türkiye devletini daha çok koruyucu sağlık hizmetleri yapmaya yönlendirmiştir. Ayrıca bu dönemde sağlık hizmetleri için ayrılan finansman kaynağı bütçe gelirinden elde edilmiştir (Gök, 2012: 30). Kurtuluş Savaşından yeni çıkmış ve var olma mücadelesi ile çok zor günlerden geçmiş olan bir ülke olan Türkiye’nin henüz Cumhuriyet dahi ilan edilmeden kurulan ilk bakanlıklarından birisi Sağlık Bakanlığı olmuştur. (Akdağ, 2012: 45).

Cumhuriyetin ilanından sonra ilk Sağlık Bakanı olan Dr. Refik Saydam 1937 yılına kadar Türkiye’de sağlık hizmetleri konusunda önemli gelişmelere katkı sağlamıştır. 1923 yılında Türkiye’de sağlık hizmetleri; devlet kurumları, belediyeler ve sıhhiye memurlukları tarafından arz edilmiştir. 1923 yılında Türkiye’de 554 hekim, 69 eczacı, 560 sağlık memuru, 136 ebe, 6437 yatak bulunduğu bilinmektedir (Akdağ, 2012: 45). Dr. Refik Saydam döneminde sağlık politikası yönünde dört temel ilke belirlenmiştir. Bunlar; i) sağlık hizmetlerinin planlanması-programlanması ve sağlık hizmetleri yönetiminin tek elden yürütülmesi, ii) koruyucu sağlık hizmetlerinin merkezi yönetim tarafından, tedavi edici sağlık hizmetlerinin ise yerel yönetimler tarafından gerçekleştirilmesi, iii) sağlıklı bireyler

ve sağlıklı toplum amacının gerçekleştirilmesi adına sağlık hizmetini yürütecek olan sağlık insan gücü (hekim, ebe, hemşire) ön plana çıkarılarak tıp fakültelerine önem verilmiştir ve tıp fakültesinden yeni mezun olan doktorlara mecburi hizmet uygulaması getirilmiş, iv) sıtma, frengi, trahom, verem ve cüzzam gibi hastalıklarla mücadele programlarının başlatılması olarak sıralanmaktadır (Cansever, 2018: 109).

Cumhuriyetin ilanından sonra zamanla sağlık hizmetleri konusunda çeşitli gelişmeler yaşanmıştır. Bunlar; 1927 yılında 992 sayılı Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu, 1928 yılında 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ve 1262 sayılı İspençiyari³ ve Tıbbi Müstahzalar Kanunu çıkarılmıştır. 1930 yılında 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 1937 yılında 3153 sayılı Radyoloji Radyum ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun gibi kanunlar yürürlüğe konmuştur (Akdağ, 2012: 45).

1946-1950 döneminde Dr. Behçet Uz Sağlık Bakanlığı görevini icra etmiştir. Dr. Behçet Uz, Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planını hazırlamıştır. Plana göre sağlık hizmeti devletin asli görevi olarak belirtilmiştir. Ayrıca Türkiye 7 bölgeye ayrılarak her bölgenin sağlık hizmeti açısından uygun hale getirileceği de vurgulanmıştır. Ancak Birinci On Yıllık Sağlık Planı TBMM’de görüşülmüş olmasına rağmen hükümet değişikliği sebebiyle kanun haline gelememiştir. Buna rağmen, plan gelecek dönem hükümetine ışık tutarak 1954 yılında yerel yönetimlere ait olan hastaneler Sağlık Bakanlığına bağlanmıştır. Bunun yanı sıra yine plandan esinlenilerek her 40 köy için 10 yataklı sağlık kuruluşu ve her 10 köy için de bir ebe ve sağlık memuru atanmıştır. Türkiye’deki hekim sayısını artırmak amacıyla İstanbul ve Ankara Tıp Fakültelerinin ardından 1955 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi kurulmuştur. 1953 yılında sağlık hizmetlerinin sunumunun daha düzenli olması ve kaliteli olması için Türk Tabipleri Birliği Kanunu, Eczacılar ve Eczaneler Kanunu çıkarılmıştır. 1954 yılında ise Hemşirelik Kanunu ve Türk Eczacıları Birliği Kanunu yürürlüğe girmiştir (Cansever, 2018: 110).

³ Eski dilde Eczacı anlamına gelmektedir.

Tablo 2.5. 1920-1960 Yılları Arasında Sağlık Verileri

Yıllar	İnsan Kaynakları				Finansman Boyutu		Hizmet Sunumu	Tedavi Kurumları	
	Hekim Sayısı	Hemşire Sayısı	Ebe	Diğer Sağlık Personeli	SSYB Bütçesi	Genel Bütçedeki Payı (%)		Kurum Sayısı	Yatak Sayısı
1923	344	-	136	620	3.0 M	2,21	Devlet	86	6.437
1925	728	-	-	-	4.9 M	2,64	Devlet	167	9.561
1930	1.182	-	-	-	4.5 M	2,02	-	182	11.398
1935	1.625	325	451	1.500	4.8 M	2,42	-	176	13.038
1940	2.378	405	616	1.833	8.1 M	3,04	-	198	14.383
1945	3.886	409	806	2.357	18.8 M	3,11	-	197	16.133
1950	6.895	737	1.285	5.908	60.6 M	4,04	-	201	18.837
1955	9.639	1.400	1.256	6.358	152 M	5,18	Devlet	426	34.526
1960	9.826	2.420	3.126	6.691	383 M	5,27	-	566	45.807

Not: “M” Milyon TL ifade etmektedir.

Kaynak: Cansever (2018) ve TÜİK Not: 1925 Yılında Hizmet Sunumu “bakanlık” ve “yerel yönetimler” tarafından sağlanmıştır. SSYB (Sosyal Sigortalar Yönetim Bütçesi).

Yukarıdaki Tablo 2.5’de Türkiye’de 1923 – 1960 dönemine ilişkin sağlık verilerine yer verilmiştir. Buna göre; 1923 yılından 1960 yılına kadar olan dönemde; hekim, hemşire, ebe ve diğer sağlık personeli sayısında önemli derecede artış görülmektedir. Ayrıca sağlık kurumu sayısı, yatak sayısı ve sağlık için ayrılan bütçenin GSYİH içindeki payının da sürekli olarak arttığı görülmektedir.

Tablo 2.6. 1960-1980 Dönemine İlişkin Sağlık Verileri

Yıllar	İnsan Kaynakları				Finansman Boyutu		Hizmet Sunumu	Tedavi Kurumları	
	Hekim Sayısı	Hemşire Sayısı	Ebe	Diğer Sağlık Personeli	SB Bütçesi	Genel Bütçedeki Payı (%)		Kurum Sayısı	Yatak Sayısı
1960	9.286	2.420	3.126	6.691	383M	5,27	Devlet	566	45.807
1965	10.895	4.592	4.339	8.379	591M	4,09	Devlet	626	55.431
1970	15.856	8.796	11.321	16.210	888M	307	Devlet	746	71.876
1975	21.714	14.806	12.975	20.278	3.7MR	3,57	Devlet	798	81.264
1980	27.223	26.880	15.880	30.019	31.8MR	4,20	Devlet	826	99.117

Not: “M” Milyon TL, “MR” Milyar TL ifade etmektedir.

Kaynak: Cansever (2018) ve TÜİK

Yukarıdaki Tablo 2.6’da Türkiye’de 1960-1980 dönemine ilişkin sağlık verileri gösterilmektedir. Buna göre; 1960-1980 dönemindeki; hekim, hemşire, ebe ve diğer sağlık personeli sayısında önemli derecede artış görülmektedir. Ayrıca sağlık kurumu sayısı ve yatak sayısının da ciddi miktarda arttığı görülmüştür. Ancak Sağlık Bakanlığı bütçesine ayrılan miktarın nominal değerinde artış göstermesine karşın Genel Bütçe içindeki payının sürekli olarak azaldığı görülmüştür.

1961 yılına gelindiğinde ise 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun yürürlüğe girmiştir. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ile Türkiye genelinde ulusal boyutta sağlık hizmetlerinin oluşturulmasına olanak tanınmıştır. Ayrıca 1961 Anayasasında “*devlet herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir*” şeklinde yer alan ibare sağlık hakkını tanımlamakla birlikte sağlık hizmetlerinin devlet tarafından gerçekleştirilmesine yasal dayanak oluşturmaktadır. 1963 yılında sağlığın sosyalleştirilmesi çalışmaları başlatılmış olup 1983 yılına kadar sürmüştür (İleri vd, 2016: 5). 1965 yılında 554 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun çıkarılarak nüfus artırıcı politikalar yerini nüfus artış hızını sınırlandıran politikalara bırakmıştır. Geniş bölgede tek yönlü sağlık hizmeti anlayışından dar bölgede çok yönlü sağlık hizmeti anlayışına geçilmiştir (Akdağ, 2012: 49). 1980’li yıllarda ise Türkiye’de sosyal devlet anlayışı kapsamında sağlık politikalarında da yeni düzenlemeler görülmeye başlanmıştır. Bu düzenlemelerin başında; sağlık hizmetlerinin çeşitlendirilerek yaygın hale getirilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önemin artırılması, anne ve çocuk sağlığı ile aile planlaması konularına yönelimin görülmesi gibi önemli konular sıralanmaktadır. Ayrıca 1980’li yıllarda genel sağlık sigortasına dair çalışmaların başlatılması, sağlık personelinin çalışma düzeninin yeniden gözden geçirilmesi, sağlık politikaları çalışmaları, sağlık hizmetlerinin uygulanması aşamasında yeni düzenlemelerin tartışılması da sağlık hizmetlerine yönelik gelişmeler olarak sayılabilmektedir (İleri vd, 2016: 5).

1992 ve 1993 yıllarında düzenlenen Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongrelerinde Türkiye genelinde sağlık politikaları yeniden ele alınarak yeni düzenlemeler geliştirilmiştir. Özellikle 1992 yılında 3816 Sayılı Kanun’la sosyal güvenlik sistemine kayıtlı olmayan ve gelir düzeyi düşük olan vatandaşlara Yeşil Kart verilmiştir. Bireyler kendilerine verilen Yeşil Kart’larla sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlandırılmışlardır. 1990’lı yıllarda Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Bankası (WB) gibi kuruluşların dayatmış olduğu zorunluluklardan biri de sağlıkta reform ilkesidir. Bu ilke gereği sağlık hizmetleri kamunun sorumluluğundan çıkarak özel sektöre devredilmektedir. 1994 yılından itibaren Uluslararası Para Fonu (IMF) ile gerçekleştirilen “*stand by*” anlaşmaları kapsamında Türkiye’nin ekonomik denetimi uluslararası finans kuruluşlarına girmiş ve sağlık sektörüne sağlıkta reform adı altında büyük darbe vurulmuştur. Buna en uygun örnek ise 5 Nisan 1994’te Ankara Yüksek İhtisas ve İstanbul Koşuyolu Hastanelerinin sorumluluğunun devlet üzerinden alınarak birer işletmeye dönüştürülmesi gösterilebilmektedir (Soyer, 2003: 31).

Tablo 2.7. 1980-2002-2018 Dönemine İlişkin Sağlık Verileri

Yıllar	İnsan Kaynakları				Hizmet Sunumu	Tedavi Kurumları	
	Hekim Sayısı	Hemşire Sayısı	Ebe	Diğer Sağlık Personeli		Kurum Sayısı	Yatak Sayısı
1980	27.241	26.880	17.197	11.964	Devlet	826	99.117
2002	91.919	72.393	41.479	50.106	Devlet, Özel	9.685	164.471
2016	144.827	152.952	52.456	144.609	Devlet, Özel	32.980	217.771
2017	149.997	166.142	53.741	155.417	Devlet, Özel	33.587	225.863
2018	153.128	190.499	56.351	177.409	Devlet, Özel	34.559	231.913

Kaynak: Cansever (2018) ve TÜİK (2020)

Yukarıdaki Tablo 2.7’de Türkiye’de 1980-2002-2018 dönemine ilişkin sağlık verileri gösterilmektedir. Buna göre; 1980 yılından 2002 yılına kadar olan dönemde; hekim, hemşire, ebe ve diğer sağlık personeli sayısında % 300 e yakın artış görülmüştür. 2002 yılından 2018 yılına kadar olan dönemde; hekim, hemşire, ebe ve diğer sağlık personeli sayısında ise % 100’den fazla artış gözlenmiştir. Ayrıca sağlık kurumu sayısının 1980 yılında 826 olduğu 2002 yılında ise 9.685 e yükseldiği görülmüştür. 2018 yılında ise sağlık kurumu sayısının 34.559’a yükseldiği görülmektedir. 1980 yılında yatak sayısının 2002 yılında 164.471 olduğu ve 2018 yılında 231.913’e yükseldiği görülmüştür.

1990’lı yıllarda sağlık politikasında gerçekleşen gelişmeler çerçevesinde 2000’li yıllarda aile hekimliği uygulaması başlatılmıştır. Aile hekimliği uygulamasıyla sağlık hizmetlerinde etkinliğin artırılması amaçlanmıştır. Ayrıca aile hekimliği uygulamasının başlamasıyla Sosyal Güvenlik Sistemi de tek çatı altında toplanmıştır (İleri vd, 2016: 181).

Genel olarak 1990’lı yıllarda Türkiye’de sağlık politikalarında görülen yenilikleri şu şekilde sıralamak mümkün olmaktadır; i) Genel Sağlık Sigortası kurularak sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması, ii) Aile hekimliği kapsamında koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulması, iii) Hastanelerin özertleştirilmesi ve Sağlık Bakanlığı’nın daha çok koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik olarak sağlanan sağlık hizmetlerinin planlaması ve denetlenmesinden sorumlu olan bir yapıya dönüştürülmesi olarak sıralanabilmektedir (Akdağ, 2012: 50).

58. Hükümet 16 Kasım 2002 tarihinde yayınlanan Acil Eylem Planında sağlık alanındaki hedeflerini açıklamıştır. Bunlar; i) Sağlık Bakanlığı’nın fonksiyonel ve idari bakımdan yeniden ele alınması, ii) her bireyin genel sağlık sigortası kapsamı altına alınması, iii) sağlık kuruluşlarının tek merkezde birleştirilmesi, iv) hastanelerin idari ve mali açıdan özertleştirilmesi, v) aile hekimliği uygulamasına geçilmesi, vi) anne ve çocuk sağlığı için

yeni tedbirlerin alınması, vii) koruyucu hekimlik uygulamasının yaygınlaştırılması, viii) kalkınmada ve gelişmede öncelikli olan yerlere hekim tahsisinin hızlandırılması, ix) sağlık alanında e-dönüşüm sisteminin geliştirilmesi olarak sıralanabilmektedir (Aktel vd, 2012: 39). 2002 yılında belirlenen bu hedefler doğrultusunda 2003 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) hazırlanmış ve kamuoyu ile paylaşılmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan SDP 8 ana hedefe ulaşmayı amaçlamıştır. Bunlar; i) Sağlık Bakanlığı'nın planlayıcı ve denetleyici rolünün geliştirilmesi, ii) Her bir vatandaşın tek çatı altında toplanan Genel Sağlık Sigortası, iii) sağlık hizmeti sunumunda güler yüzün hakim kılınması, iv) sağlık sektöründe insan gücünün bilgi ve becerisini artırarak yüksek motivasyonla hizmet vermesini sağlamak, v) sağlık hizmetleri sisteminin kalitesini artıracak eğitim ve bilim kurumlarının desteklenmesi, vi) sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılması amacıyla akreditasyon uygulanması vii) akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma, viii) sağlık bilgi sisteminin kurulması olarak sıralanmaktadır.

2003-2008 yılları Türkiye'de sağlık alanında önemli gelişmelerin yaşandığı dönem olmuştur. SDP çerçevesinde sağlık alanında bir çok yenilik gerçekleştirilmiş ve yeni oluşturulan sağlık politikalarıyla da bu yenilikler desteklenmiştir (Akdağ, 2008: 23). SDP uygulanmasından itibaren özel hastanelere sevksiz başvuru imkanı, ilaçlarda Katma Değer Vergisi (KDV) oranının % 18'den % 8'e düşürülmesi gibi yeni gelişmeler görülmüştür (Cansever, 2018: 116). 2007 yılında SDP'de gerçekleştirilen çalışmalara ek olarak 3 yeni değişiklik daha yapılarak sağlık alanında yapılan yeniliklerin artırılması amaçlanmıştır. Bu 3 yeni değişiklik; i) daha iyi bir gelecek amacıyla sağlığın geliştirilerek sağlıklı hayat programlarının başlatılması, ii) tarafların harekete geçirilmesi ve sektörler arası işbirliği artırılarak çok yönlü sağlık sorumluluğunun artırılması, iii) uluslararası düzeyde Türkiye'nin gücünü artıracak olan sınır ötesi sağlık hizmetleri faaliyetlerine önem verilmesi şeklinde sıralanmaktadır. Türkiye'de SDP ile sağlık hizmetleri konusunda büyük bir gelişim görülmüştür. SDP ile sağlık hizmetlerinin daha etkin, verimli ve adil olarak sunulması sağlanmıştır (Akdağ, 2008: 23).

2 Kasım 2011 tarihinde 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı Teşkilatı merkez teşkilat, taşra teşkilatı ve bağlı kuruluşlarından oluşmaktadır. Ancak 2017 yılında çıkarılan 694 sayılı Kanun Hükmündeki Kararname ile eski sisteme geri dönmüş, illerdeki en yetkili sağlık personeli İl Sağlık Müdürü olmuştur. Türkiye'de sağlık alanında görülen en

son gelişme Şehir Hastaneleri olmuştur. Neoliberal politikaların bir ürünü olan Şehir Hastaneleri için ilk etapta 22 Şehir Hastanesinin yapımı için ihaleler gerçekleştirilerek 2017 yılında bir kısmı hizmete açılmıştır. Günümüzde ise toplam 10 adet Şehir Hastanesi faaliyette bulunmakta olup 2021 yılının sonuna kadar toplam 10 adet daha Şehir Hastanesi'nin hizmete açılacağı planlanmaktadır (Cansever, 2018: 117).

Genel olarak Türkiye'de Kurtuluş Savaşı sonrasında diğer bir ifadeyle Türkiye Cumhuriyeti Devleti'nin kuruluş aşamasında yaşadığı büyük zorluklara rağmen sağlığa büyük önem verildiği yaşanan gelişmelerden anlaşılacağı üzere açıkça görülmektedir. Türkiye Cumhuriyeti'nin geçmişten günümüze kadar sağlık alanındaki birçok konuda gerçekleştirmiş olduğu yeniliklerin günümüzde de artarak devam ettiği tarihsel süreç içinde daha net şekilde görülmektedir.

2.4. Türkiye'de Toplam Sağlık Harcamaları

Türkiye'de cari harcamalar ve yatırım harcamalarının tamamını ifade eden toplam sağlık harcamaları genel devlet sağlık harcamaları ve özel sektör sağlık harcamaları olarak ikiye ayrılmaktadır. Genel devlet sağlık harcamaları; merkezi hükümet, yerel yönetimler ve sosyal güvenlik sağlık harcamaları olarak üçe ayrılmaktadır.

Tablo 2.8. 2018 Yılı Sağlık Harcamalarının Dağılımı (Milyon TL)

	Genel Devlet					Özel Sektör		
	Genel Toplam	Toplam	Merkezi Devlet	Yerel Devlet	Sosyal Güvenlik	Toplam	Hanehalkları	Diğer
Toplam Sağlık Harcaması	165.234	128.021	40.461	1.439	86.121	37.213	28.655	8.558
Cari Sağlık Harcaması	154.998	119.941	34.027	1.316	84.598	35.057	27.111	7.946
Hastaneler	80.701	65.373	18.523	101	46.748	15.328	10.975	4.354
Evde hemşirelik bakımı	1	-	-	-	-	1	-	1
Ayakta bakım sunanlar	20.117	13.262	7.626	634	5.002	6.855	5.428	1.427
Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar	41.424	31.438	81	29	31.328	9.986	8.685	1.301
Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi	7.324	7.324	7.105	219	-	-	-	-
Genel sağlık yönetimi ve sigorta	931	374	-	-	374	557	-	557
Sınıflandırılmayan Diğer Kategori	4.501	2.171	692	332	1.146	2.330	2.024	306
Yatırım Harcamaları	10.236	8.080	6.433	123	1.523	2.157	1.543	612

Kaynak: TÜİK (2020)

Özel sektör sağlık harcamaları ise hanehalklarının sağlık harcamaları ve vatandaşların bütçesinden gerçekleştirdiği sağlık harcamaları ve diğer⁴ sağlık harcamalarından oluşmaktadır.

Yukarıdaki Tablo 2.8’de Türkiye’de 2018 yılında gerçekleşen toplam sağlık harcamaları ve toplam sağlık harcamalarının harcama kalemleri bazında nasıl sınıflandırıldığını gösterilmektedir. Buna göre; Türkiye’de 2018 yılında toplam sağlık harcamalarının 202.4 milyar TL olduğu görülmektedir. Toplam sağlık harcamalarının 165.2 milyarı genel devlet sağlık harcaması olurken, yaklaşık 37.2 milyarı ise özel sektör sağlık harcaması olarak kayıtlara geçmiştir.

Tablo 2.9. Türkiye’de Toplam Reel Sağlık Harcamaları (Milyon TL) ve GSYİH’ye Oranı (1999-2018)

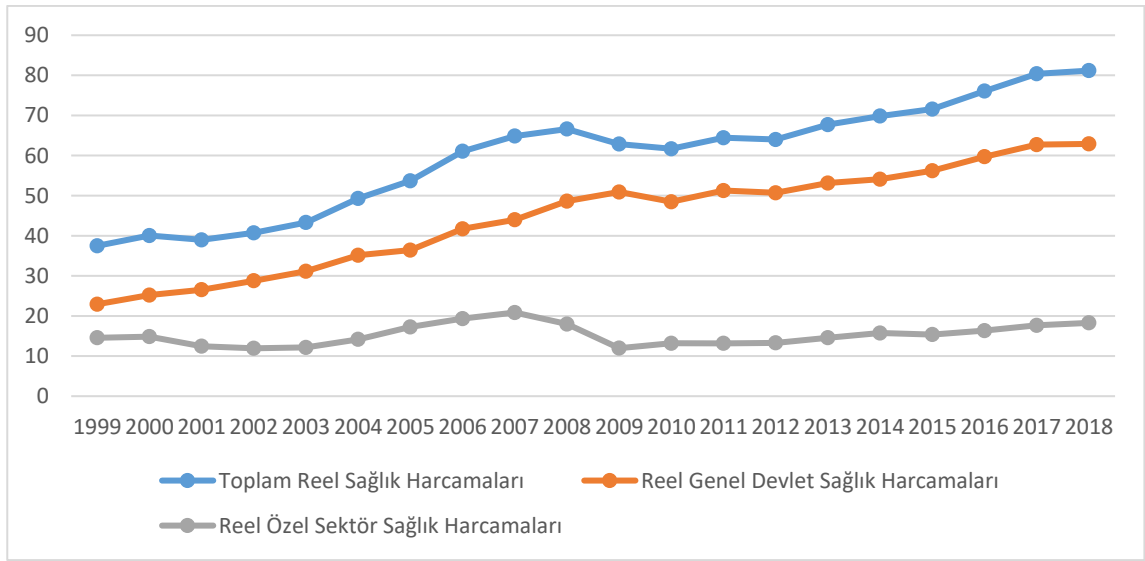
Yıl	Toplam Sağlık Harcamaları (Reel/ Milyon TL)	Toplam Sağlık Harcamaları /GSYİH
1999	37.497	4,7
2000	40.048	4,8
2001	38.983	5,1
2002	40.727	5,2
2003	43.313	5,2
2004	49.316	5,2
2005	53.693	5,2
2006	61.060	5,6
2007	64.851	5,8
2008	66.604	5,8
2009	62.871	5,8
2010	61.678	5,3
2011	64.436	4,9
2012	63.989	4,7
2013	67.714	4,7
2014	69.842	4,6
2015	71.588	4,5
2016	76.071	4,6
2017	80.384	4,5
2018	81.180	4,4

Kaynak: TÜİK (2020) elde edilen veriler dahilinde hazırlanmıştır.

Yukarıdaki Tablo 2.9’da 1999-2018 döneminde Türkiye’de gerçekleşen toplam reel sağlık harcamalarını ve toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı gösterilmektedir. Türkiye’deki toplam reel sağlık harcamaları Dünya Bankası tarafından 2010 yılı baz alınarak oluşturulan Tüketici Fiyat Endeksi kullanılarak elde edilmiştir.

⁴ Özel sosyal sigorta (banka sandıkları), hanehalklarına hizmet eden kar amacı gütmeyen kuruluşlar, KİT’ler, vakıf üniversiteleri, özelleştirme kapsamındaki kuruluşlar ve diğer işletmelerin yaptığı sağlık harcamalarını kapsamaktadır.

Yukarıdaki Tablo 2.9'a göre sağlık harcamalarındaki değişim incelendiğinde 1999 yılından başlayarak 2008 yılına kadar sürekli arttığı daha sonra duraksadığı ve 2013 yılından itibaren ise tekrardan artışa geçtiği görülmektedir. 1999 yılında sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı % 4,7 iken bu oranın 2018 yılında % 4,4 olduğu hesaplanmaktadır. Sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranının % 5,8 ile en yüksek olduğu yıllar 2007, 2008 ve 2009 yılları olarak görülmekte iken en düşük % 4,5 ile 2015 yılında hesaplanmaktadır. 2008 yılında başlayan duraksamayı 2008 yılında ABD'de meydana gelen krizin etkisiyle ekonomideki küçülme ile açıklamak mümkün olmaktadır.



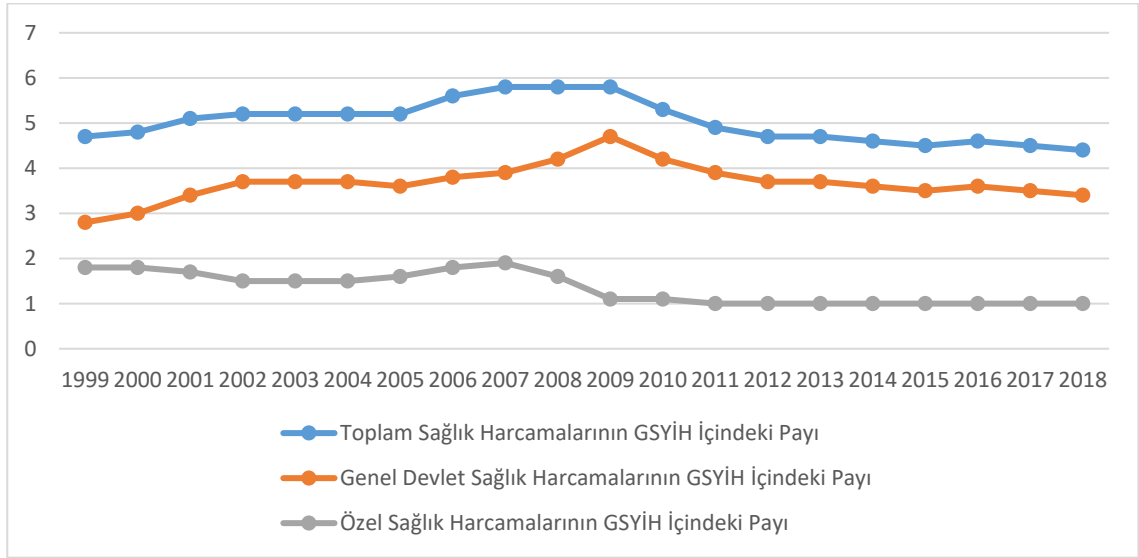
Kaynak: TÜİK

Grafik 2.7. Türkiye’de Toplam Reel Sağlık Harcamaları (Milyar TL) (1999-2018)

Yukarıdaki Grafik 2.7’de Türkiye’de 1999 – 2018 yılları arasında Türkiye’de toplam sağlık harcamalarının gelişimi reel olarak gösterilmiştir. Buna göre; Türkiye’de toplam sağlık harcamaları reel olarak değerlendirildiğinde sağlık harcamalarının 1999 yılından 2018 yılına kadar geçen zamanda sürekli olarak artış trendi göstermediği görülmektedir. Türkiye’deki toplam sağlık harcamalarının 2007-2013 yılları arasında sabit kaldığı ve daha sonra ise yükselişe geçtiği görülmektedir. Genel olarak ise 1999 yılından 2018 yılına kadar toplam reel sağlık harcamalarının 2.5 kat arttığı detaylı olarak gözler önüne serilmektedir.

Aşağıdaki Grafik 2.8’de ise Türkiye’de 1999 – 2018 dönemlerinde gerçekleştirilen toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ye oranı gösterilmektedir. Gerek her yıl gerçekleşen enflasyon oranları ile gerekse de döviz kurundaki oynaklıklar sebebiyle sağlık harcamalarına ayrılan miktarı sadece TL ile ele almak çok yararlı bir seçenek olmamaktadır. Bu sebeple daha sağlıklı yorumlar yapabilmek için sağlık harcamalarının toplam GSYİH

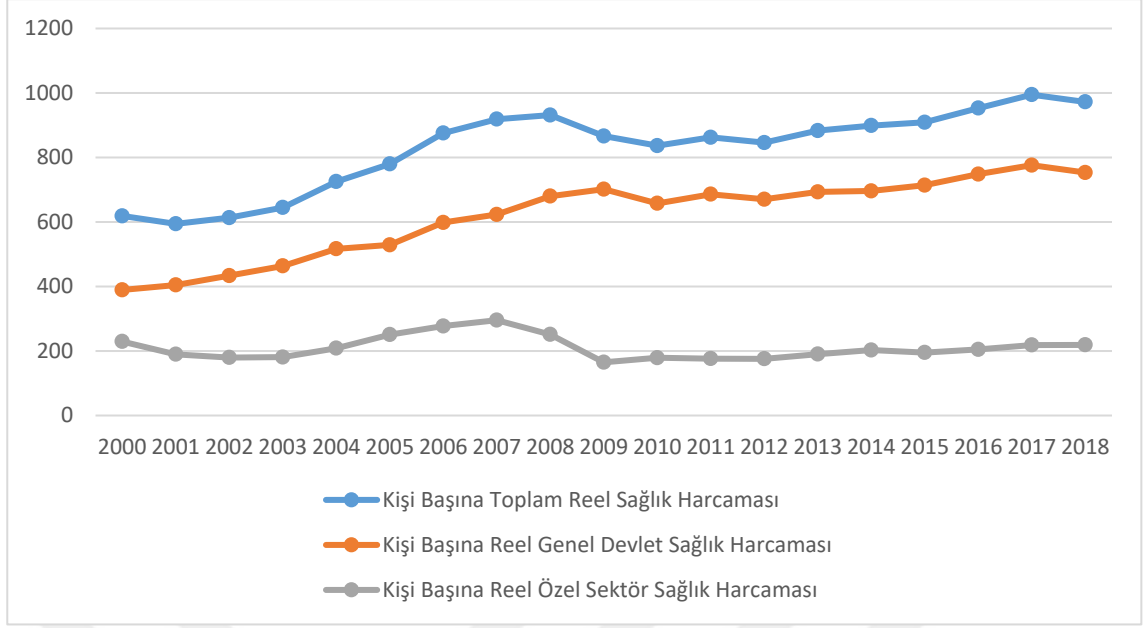
içindeki payına da bakılmalıdır. Buna göre; Grafik 2.8'e bakıldığında Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının 1999 yılında % 4,5 olduğu görülmektedir. Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının 2009 yılına kadar sürekli arttığı görülmektedir. 2009 yılında % 5,8'e kadar yükselen bu oranın 2017 yılına kadar sürekli olarak düştüğü görülmüştür. 2018 yılında ise Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı % 4,4 olarak gerçekleşmiştir.



Kaynak: TÜİK

Grafik 2.8. Türkiye'de Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%) (1999-2018)

Aşağıdaki Grafik 2.9'da Türkiye'de kişi başına düşen toplam sağlık harcamalarının reel olarak 2000-2018 yılları arasındaki değişimi gösterilmektedir. Buna göre; 2000 yılından 2008 yılına kadar geçen dönemde kişi başına sağlık harcamalarının reel olarak her geçen yıl arttığı ancak 2008 yılından 2012 yılına kadar durağan kaldığı gözlenmektedir. Ancak 2012 yılından sonra tekrardan artış eğilimine geçtiği görülmektedir. 2008-2012 yılları arasındaki durağanlığın sebebi olarak 2008 yılında ABD'de ortaya çıkan ve özellikle gelişmekte olan ülkelerin büyümesini negatif yönde etkileyen ve akabinde birçok ülkenin harcamalarında kesintiye gitmesine sebep olan Finansal Krizin etkili olduğu söylenebilmektedir. Ayrıca özel sektör sağlık harcamalarının krize daha çok tepki verdiği de net olarak görülmektedir.



Not: 1999 yılına ait nüfus verisi olmadığı için 2000 yılından başlatılmıştır.

Kaynak: TÜİK tarafından elde edilen veriler dahilinde hazırlanmıştır.

Grafik 2.9. Türkiye’de Kişi Başına Reel Sağlık Harcamaları (TL) (2000-2018)

2.4.1. Türkiye’de Genel Devlet Sağlık Harcamaları

Türkiye’de toplam sağlık harcamalarını oluşturan ana iki kalem olan genel devlet sağlık harcamaları ve özel sektör sağlık harcamalarıdır. Genel devlet sağlık harcamaları; merkezi yönetim, yerel yönetimler ve sosyal güvenlik harcamalarını kapsamaktadır. Genel devlet sağlık harcamaları ve özel sektör harcamaları da cari sağlık harcamaları ve yatırım harcamaları kalemlerinden oluşmaktadır. Cari sağlık harcamaları sınıfında hastaneler, evde hemşirelik bakımı, ayakta bakım sunanlar, perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar, halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi genel sağlık yönetimi ve sigorta gibi alt kalemlerden oluşmaktadır. Ayrıca yerel yönetimler tarafından gerçekleştirilen sağlık harcamaları ve sosyal güvenlik sağlık harcamaları bu çalışmanın kapsamında olmadığı için detaylı olarak ele alınmamıştır. Burada Türkiye’de genel devlet sağlık harcamalarının 1999-2018 yılları arasındaki gelişimini inceleyeceğiz.

Tablo 2.10. Türkiye’de Reel Genel Devlet Sağlık Harcamaları ve GSYİH İçindeki Payı (1999-2018)

Yıl	Genel Devlet Sağlık Harcamaları (Reel/Milyon TL)	Genel Devlet Sağlık Harcamaları (%) GSYİH
1999	22.927	2,8
2000	25.201	3
2001	26.536	3,4
2002	28.787	3,7
2003	31.152	3,7
2004	35.137	3,7
2005	36.425	3,6
2006	41.728	3,8
2007	43.991	3,9
2008	48.632	4,2
2009	50.907	4,7
2010	48.482	4,2
2011	51.262	3,9
2012	50.703	3,7
2013	53.141	3,7
2014	54.092	3,6
2015	56.221	3,5
2016	59.718	3,6
2017	62.722	3,5
2018	62.897	3,4

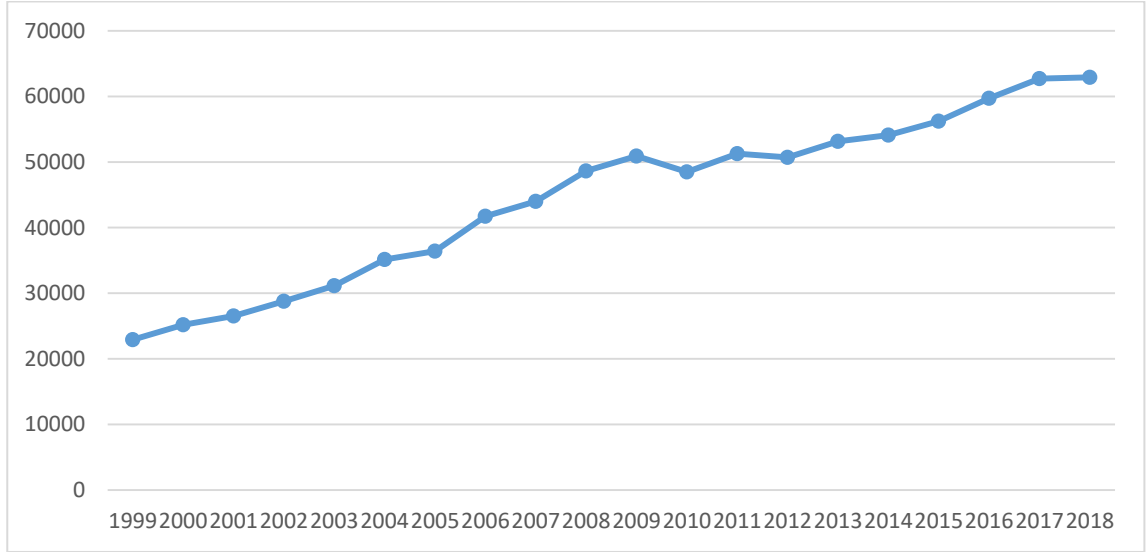
Kaynak: TÜİK (2020) elde edilen veriler dahilinde hazırlanmıştır

Yukarıdaki Tablo 2.10’da Türkiye’de genel devlet sağlık harcamalarının reel değerleri ve GSYİH içindeki payları 1999-2018 dönemlerini de kapsayacak şekilde gösterilmektedir. Buna göre; 1999 yılında Türkiye’de genel devlet sağlık harcamaları reel olarak 22.9 milyar TL iken bu sayı 2018 yılında 62.8 milyar TL’ye kadar yükselerek yaklaşık 3 kat artış göstermiştir. Diğer yandan genel devlet sağlık harcamalarının GSYİH’ye oranına bakacak olduğumuzda 1999 yılında % 2,8 olan oranın 2018 yılında % 3,4 olduğu görülmektedir. Ancak 2009 yılında en yüksek noktası olan % 4,7’ ye ulaşmış olup daha sonraki yıllarda neredeyse sürekli olarak düştüğü görülmektedir. Bu düşüşün en önemli sebebi olarak ise 2008 yılında ABD’de ortaya çıkan ve ilerleyen yıllarda da derinleşen Küresel Finansal Krizin etkilerine bağlamak mümkün olmaktadır.

Aşağıdaki Grafik 2.10’da Türkiye’de genel devlet sağlık harcamalarının reel değerleri ve GSYİH içindeki payları 1999-2018 dönemlerini de kapsayacak şekilde gösterilmektedir. Buna göre; 1999 yılında Türkiye’de genel devlet sağlık harcamaları reel olarak 22.9 milyar TL iken bu sayının 2009 yılına kadar sürekli olarak her yıl arttığı görülmüştür. 2009 yılında 50.9 milyar TL’ye ulaştığı görülmüştür. 2010 yılında düşüşe geçen genel devlet sağlık harcamalarının 2017 yılına kadar yükseldiği görülmüştür. 2017

yılında 62.7 milyar TL olan genel devlet sağlık harcamalarının 2018 yılında 62.8 milyar TL olarak hesaplanmıştır.

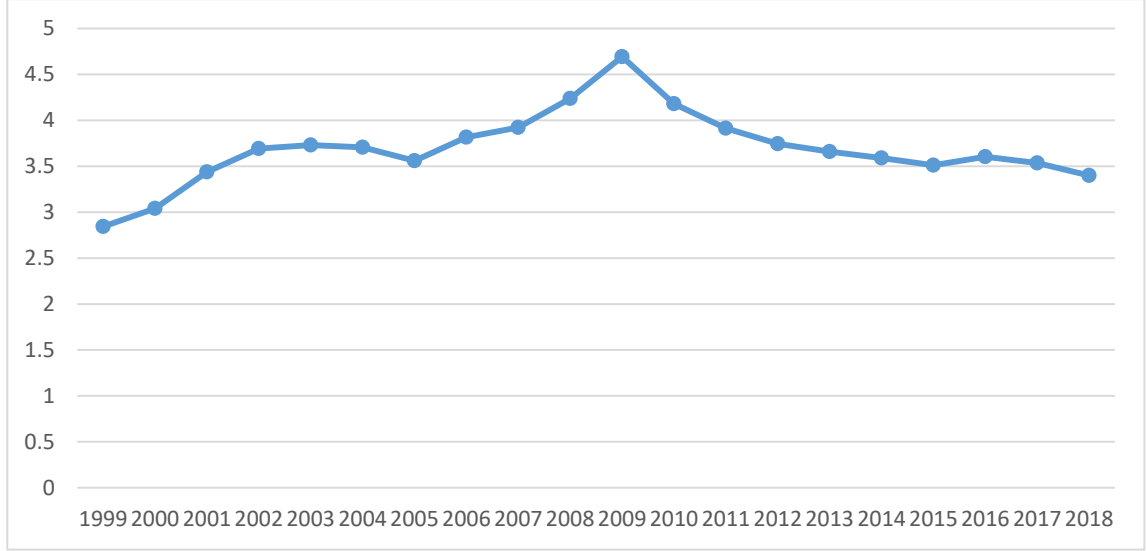
2009 yılındaki düşüşün sebebi olarak ise ABD’de 2008 yılının Eylül ayında meydana gelen Küresel Finansal Kriz gösterilebilmektedir. Türkiye’de 2009 bütçesi hazırlandığında kriz yeni ortaya çıktığı için bir sonraki yılın bütçesinde yani 2010 yılında krizin etkileri hissedilmiştir.



Kaynak: TÜİK tarafından elde edilen veriler dahilinde hazırlanmıştır

Grafik 2.10. Türkiye’de Reel Genel Devlet Sağlık Harcamaları (Milyon TL) (1999-2018)

Aşağıdaki Grafik 2.11’de ise 1999-2018 yılları arasında Türkiye’de Genel Devlet Sağlık Harcamalarının GSYİH içindeki payının gelişimi izlenmektedir. Buna göre; 1999-2009 yılları arasındaki payın giderek yükseldiği ve 2009 yılında % 4,7 ile en yüksek seviyeye ulaştığı görülmeye karşın, 2010 yılından itibaren sürekli azalarak 2018 yılında ise % 3,4 olarak gerçekleşmiştir.



Kaynak: TÜİK tarafından elde edilen veriler dahilinde hazırlanmıştır

Grafik 2.11. Türkiye’de Genel Devlet Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (1999-2018)

Türkiye’de merkezi hükümet sağlık harcamaları genel devlet sağlık harcamalarını oluşturan üç ana kalemden birisidir. Diğer kalemler olan yerel yönetimlerin sağlık harcamaları ve sosyal güvenlik sağlık harcamaları⁵ tez konumuzla bağıntılı olmadığı için bu harcamalar detaylı olarak ele alınmamıştır. Tezin temel araştırma konusunu oluşturan harcama kalemi olan *merkezi hükümet sağlık harcamaları* ise detaylı olarak bu başlık altında incelenmektedir.

Analitik Bütçe Sınıflandırmasına İlişkin Rehber (ABSR)’e göre; merkezi hükümet tarafından yapılan sağlık harcamaları, kolektif olarak sağlanan hizmetlere ve bireylere sağlanan hizmetlere ilişkin giderleri göstermektedir. Bireysel hizmetlere ilişkin giderler Analitik Bütçe Sınıflandırmasına (ABS) göre bütçede (07.1) ile (07.4) arasında sınıflandırılırken kolektif hizmetlere ilişkin giderler ise (07.8) ve (07.9) altında sınıflandırılmaktadır.

Kolektif sağlık hizmetleri devlet politikasının oluşturulması ve idaresi amacıyla tıbbi personel ve gezici sağlık personeli için ve hastane, klinik ve ameliyathane ve benzeri için standartların oluşturulması ve yürütülmesi, sağlık hizmeti sağlayan kişilerin lisanslanması ve düzenlenmesi, tıp ve sağlık ile ilişkili konularda uygulamalı araştırma ve deneysel

⁵ SGK bu harcamaları Sosyal Sigortalar Kurumu Sigorta İşleri Genel Müdürlüğüne aktarılacak kısa vadeli sigorta kolları primleri, genel bütçeden yapılacak yardımlar, menkul kıymet gelirleri, gayrimenkul kira ve işletme gelirleri, sağlık tesislerinde verilen sağlık hizmeti nedeniyle elde edilen her türlü gelirler, gerçek veya tüzel kişiler tarafından yapılan bağış ve vasiyetler, kurumca hazırlanan standart form, bilgi taşımaya ve kontrole yönelik araç ve sistemler ile teknolojinin gelişmesiyle uygulamaya girecek manyetik, elektronik veya benzeri araç ve sistemlerin satışından elde edilecek gelirler, gelirlerin nemalandırılmasından elde edilecek gelirler ve diğer gelirleri ile karşılamaktadır.

geliştirme çalışmaları gibi konuları içermektedir. Ancak, bir grup hastanenin, kliniğin, ameliyathanenin ve benzerinin idare ve işletmesi ile bağlantılı işletme giderleri bireysel giderler olarak kabul edilmekte olup ABS'ye göre (07.1) ile (07.4) arasında sınıflandırılmaktadır.



Tablo 2.11. Sağlık Hizmetleri Analitik Bütçe Sınıflandırması I. II. ve III. Düzey Fonksiyonel Kodları

I. Düzey	II. Düzey	III. Düzey
07 (Sağlık Hizmetleri)	(1) Tıbbi Ürünler, Cihaz ve Ekipmanlara İlişkin İşler ve Hizmetler	İlaç ve Benzeri Ürünlerin Temini Hizmetleri
		Diğer Tıbbi Ürünler
		Terapik Alet ve Araç Hizmetleri
	(2) Ayakta Yürütülen Tedavi Hizmetleri	Genel Poliklinikler
		İhtisaslaşmış Poliklinikler
		Ağız ve Diş Sağlığı Poliklinikler
		Yardımcı Sağlık Hizmetleri
	(3) Hastane İşleri Hizmetleri	Genel Hastane Hizmetleri
		İhtisas Hastaneleri Tarafından Verilen Hizmetler
		Tıp Merkezi ve Doğum Evlerinde Verilen Hizmetler
		Hastane Bakım ve Nekahat Merkezlerinde Verilen Hizmetler
		Sınıflandırmaya Girmeyen Hastane İşleri ve Hizmetleri
	(4) Halk Sağlığı Hizmetleri (8) Sağlık Hizmetlerine İlişkin Araştırma ve Geliştirme Hizmetleri (9) Sınıflandırmaya Girmeyen Sağlık Hizmetleri	Halk Sağlığı Hizmetleri
		Sağlık Hizmetlerine İlişkin Araştırma ve Geliştirme Hizmetleri
Sınıflandırmaya Girmeyen Sağlık Hizmetleri		
Sınıflandırmaya Girmeyen Sağlık Hizmetleri		

Türkiye’de merkezi yönetim sağlık harcamaları, merkezi yönetim bütçe kanununda Analitik Bütçe Sınıflandırmasına (ABS) göre fonksiyonel sınıflandırma kısmının üçüncü düzey kodlarında yedinci sırada yer alan hizmetlere yapılan harcamaları göstermekte olup yukarıdaki Tablo 2.11’de detaylı olarak gösterilmiştir. Bu hizmetler; “ 07.1 tıbbi ürünler, cihaz ve ekipmanlara ilişkin hizmetler”, “ 07.2 ayakta yürütülen tedavi hizmetleri”, “ 07.3 hastane işleri ve hizmetleri”, “ 07.4 halk sağlığı hizmetleri”, “07.8 sağlık hizmetlerine ilişkin araştırma ve geliştirme hizmetleri” ve “07.9 sınıflandırmaya girmeyen sağlık hizmetleri” olarak sıralanmaktadır (Bakınız EK 1).

Tablo 2.12. Türkiye’de Reel Merkezi Hükümet Sağlık Harcamaları ve GSYİH’ye Oranı (1999-2018)

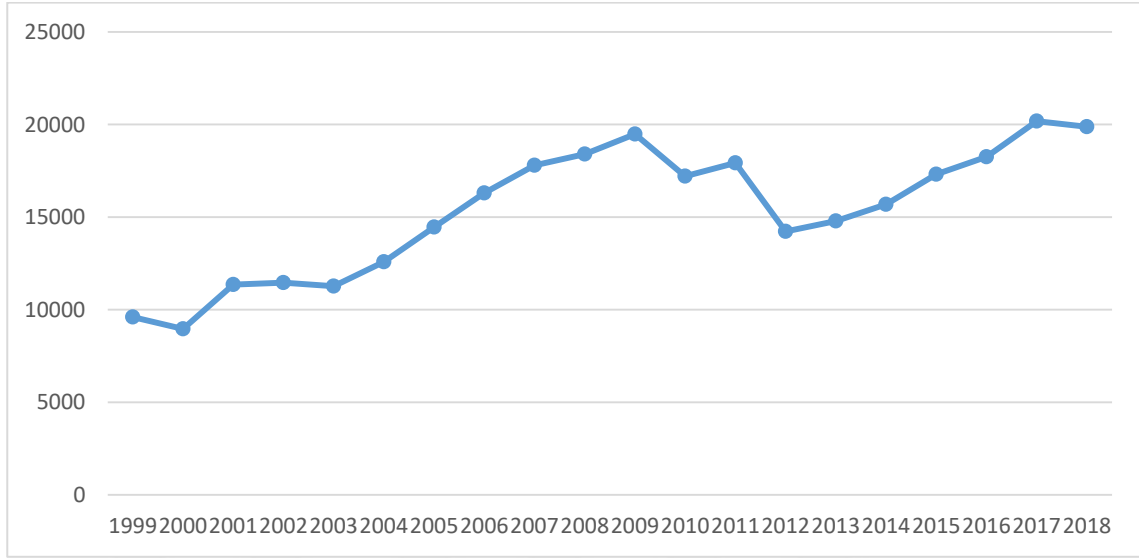
Yıl	Merkezi Hükümet Sağlık Harcamaları (Reel/Milyon TL)	Merkezi Hükümet Nominal Sağlık Harcamaları GSYİH (%)
1999	9.583	1,18
2000	8.963	1,08
2001	11.359	1,47
2002	11.461	1,47
2003	11.270	1,34
2004	12.581	1,32
2005	14.456	1,41
2006	16.303	1,49
2007	17.792	1,58
2008	18.397	1,60
2009	19.483	1,79
2010	17.209	1,48
2011	17.926	1,36
2012	14.226	1,05
2013	14.784	1,01
2014	15.687	1,04
2015	17.311	1,08
2016	18.251	1,10
2017	20.184	1,13
2018	19.878	1,08

Kaynak: TÜİK’ten elde edilen. veriler dahilinde hazırlanmıştır.

Yukarıdaki Tablo 2.12’de Türkiye’de 1999-2018 yılları arasında merkezi hükümet sağlık harcamalarının gelişimi reel değerleri ve GSYİH içindeki payları ile gösterilmektedir. Buna göre; 2010 yılı baz alınarak hesaplanan reel merkezi hükümet sağlık harcamaları 1999 yılında 9.5 milyar TL, 2018 yılında ise yaklaşık olarak 19.8 milyar TL olduğu hesaplanmıştır. 1999 yılından 2018 yılına kadar reel olarak 2.2 kat arttığı görülmektedir.

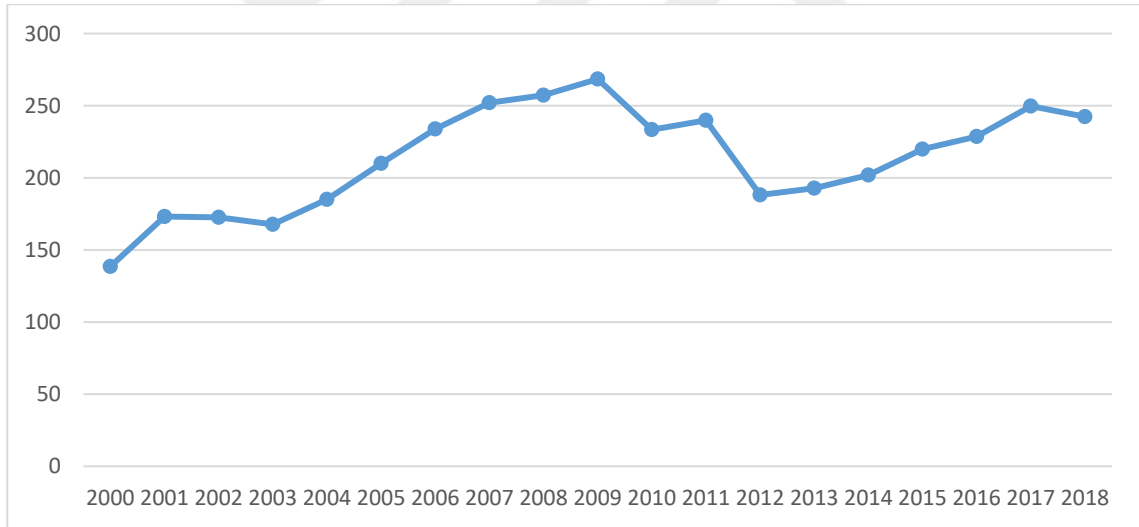
Diğer yandan 1999 yılında merkezi hükümet sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının ise % 1.18 olduğu 2017 yılında ise % 1.13’e kadar gerilediği görülmektedir. 2009

yılında % 1.79 ile en yüksek seviyede olduğu ancak 2009'dan sonra düşüş trendine girdiği görülmektedir.



Kaynak: TÜİK

Grafik 2.12. Türkiye’de Merkezi Hükümet Sağlık Harcamaları (Milyon TL) (Reel) 1999-2018



Not: Kişi Başına Merkezi Hükümet Sağlık Harcaması grafik üzerinde daha net görülebilmesi ve daha rahat yorumlanabilmesi için “100” ile bölünmüştür.

Kaynak: TÜİK

Grafik 2.13. Türkiye’de Kişi Başına Reel Merkezi Hükümet Sağlık Harcamaları (TL) (2000-2018)

Yukarıdaki Grafik 2.12’de Türkiye’de reel merkezi hükümet sağlık harcamalarının 1999-2018 yılları arasındaki değişimi gösterilmektedir. Buna göre; reel merkezi hükümet sağlık harcamaları incelendiğinde 1999 yılından 2009 yılına kadar arttığı görülmektedir. 2009 yılından 2012 yılına kadar ise sürekli olarak düştüğü ancak 2012 yılından itibaren sürekli olarak arttığı görülmektedir. Ayrıca yukarıdaki Grafik 2.13’de 2000-2018 yılları

periyodunda Türkiye’de kişi başına merkezi hükümet sağlık harcamaları gösterilmiştir. Buna göre; 2000 yılında Türkiye’de 138 TL olan kişi başına reel merkezi hükümet sağlık harcamalarının 2009 yılında en üst noktaya ulaşarak 268 TL olduğu hesaplanmıştır. 2012 yılında 188 TL’ye düşmüş ancak 2018 yılında 242 TL’ye çıktığı görülmüştür.

2.4.2. Türkiye’de Özel Sektör Sağlık Harcamaları

Tablo 2.13. Türkiye’de Reel Özel Sektör Sağlık Harcamaları ve GSYİH İçindeki Payı (1999-2018)

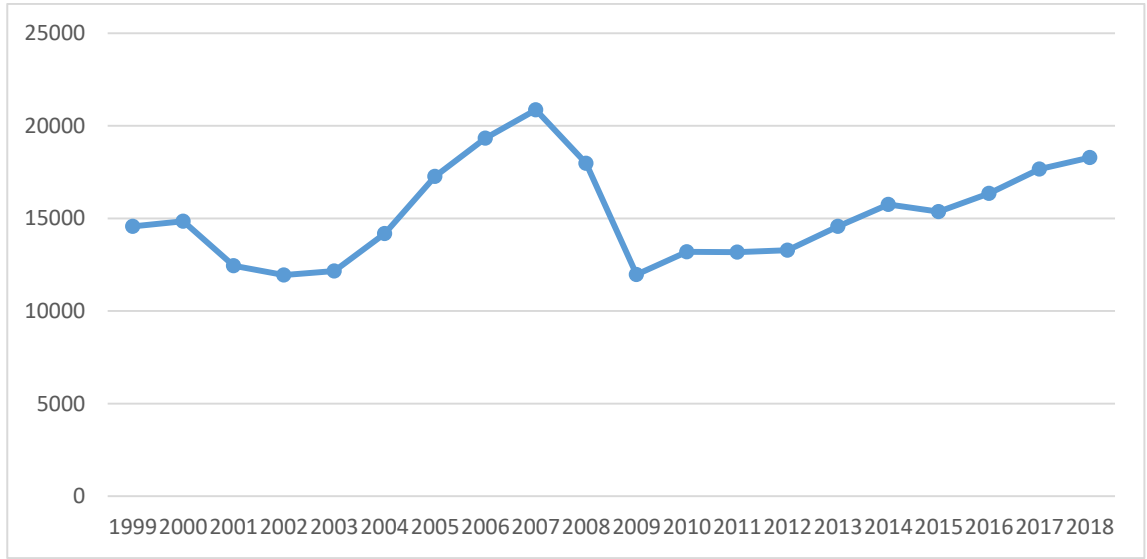
Yıllar	Özel Sektör Sağlık Harcamaları (Milyon TL)	Özel Sektör Sağlık Harcamaları (%) GSYİH
1999	14.570	1,80
2000	14.848	1,79
2001	12.447	1,61
2002	11.940	1,53
2003	12.161	1,45
2004	14.179	1,49
2005	17.269	1,68
2006	19.332	1,76
2007	20.861	1,85
2008	17.972	1,56
2009	11.965	1,10
2010	13.196	1,13
2011	13.175	1,00
2012	13.286	0,98
2013	14.573	1,00
2014	15.751	1,04
2015	15.367	0,95
2016	16.353	0,98
2017	17.662	0,99
2018	18.283	1,00

Kaynak: TÜİK’ten elde edilen veriler dahilinde hazırlanmıştır

Yukarıdaki Tablo 2.13’de Türkiye’de özel sektör sağlık harcamalarının 2010 bazlı reel değerleri ve GSYİH içindeki payı yer almaktadır. Buna göre; Türkiye’de özel sektör sağlık harcamalarının reel olarak 1999 yılında 14.5 milyar TL iken 2018 yılında 18.2 milyar TL olduğu ve neredeyse % 25 oranında arttığı görülmektedir. Diğer bir ifadeyle Türkiye’de özel sektör sağlık harcamalarının 1999-2018 yılları arasında değişmediği söylenebilmektedir.

Ayrıca özel sektör sağlık harcamalarının GSYİH’ye oranı 1999 yılında % 1.8 iken 2018 yılına kadar geçen zamanda düşerek % 0.99 olduğu görülmektedir. Genel olarak incelendiğinde en yüksek verilerin 2007 yılında kaydedildiği daha sonraki 4-5 yıl boyunca verilerde düşüklüğün veya durgunluğun görüldüğü ve ardından tekrardan yükselişe geçtiği net bir şekilde görülmektedir.

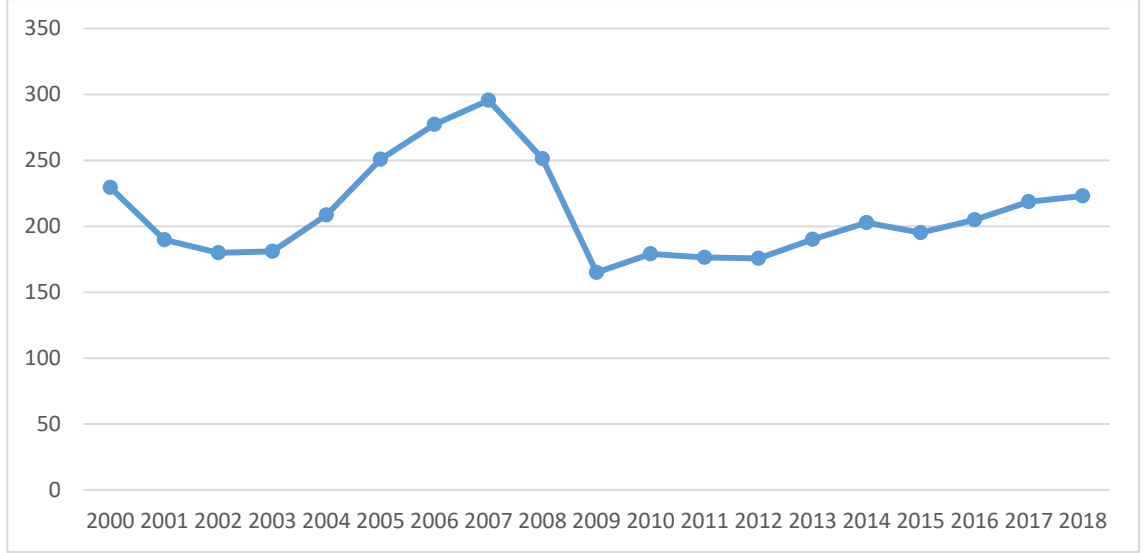
Türkiye’de özel sektör sağlık harcamaları TÜİK tarafından “*hanehalkları*” ve “*diğer*” olarak iki gruba ayrılarak gösterilmektedir (Tablo 2.8’de özel sektör sağlık harcamalarının ne olduğu gösterilmişti). “*Diğer*” sağlık harcamaları; özel sosyal sigorta (banka sandıkları), hanehalklarına hizmet eden kar amacı gütmeyen kuruluşlar, KİT’ler, vakıf üniversiteleri, özelleştirme kapsamındaki kuruluşlar ve işletmelerin yaptığı sağlık harcamalarını kapsamaktadır. Buna göre; bu başlık altında Türkiye’de 1999-2018 yılları arasında özel sektör sağlık harcamalarının gelişimi tablo ve grafikler yardımıyla analiz edilerek yorumlanacaktır.



Kaynak: TÜİK’ten elde edilen veriler dahilinde hazırlanmıştır.

Grafik 2.14. Türkiye’de Reel Özel Sektör Sağlık Harcamaları (Milyon TL) (1999-2018)

Yukarıdaki Grafik 2.14’te Türkiye’de özel sektör sağlık harcamalarının reel değerlerinin 1999-2018 yılları arasındaki değişimi incelenmektedir. Buna göre; 1999 yılında 14.5 milyar TL olan reel özel sektör sağlık harcamalarının 2007 yılında en yüksek seviyeye ulaşarak 20.8 milyar TL’ye ulaştığı görülmüştür 2008 yılında düşüşe geçerek 17.9 milyar TL ve 2009 yılında 11.9 milyar TL’ye gerilemiştir. Ancak 2010 yılından itibaren 2014 yılına kadar sırasıyla 13.1 milyar, 13.2 milyar, 13.3 milyar, 14.5 milyar, 15.7 milyar TL’ye yükselmiştir. 2016 yılında ise hafif bir düşüş gerçekleştirerek 15.3 milyar TL’ye gerilese de 2018 yılında ise 18.2 milyar TL olarak hesaplanmıştır. Türkiye’de özel sektör harcamalarının reel olarak belirtilen yıllar dahilinde çok dalgalı bir seyir izlediği ve 2018 yılına gelindiğinde 2007 yılının altında kaldığı görülmektedir.



Not: Kişi Başına Özel Sağlık Harcaması grafik üzerinde daha net görülebilmesi ve daha rahat yorumlanabilmesi için “100” ile bölünmüştür.

Kaynak: TÜİK’ten elde edilen veriler dahilinde hazırlanmıştır.

Grafik 2.15. Türkiye’de Kişi Başına Reel Özel Sektör Sağlık Harcamaları (2000-2018)

Yukarıdaki Grafik 2.15’te Türkiye’de kişi başına özel sektör sağlık harcamaları TL cinsinden ifade edilerek gösterilmektedir. Buna göre; Türkiye’de 2000 yılından 2002 yılına kadar sürekli olarak düşüş eğilimi içinde olduğu görülmektedir. Türkiye’de kişi başına özel sektör sağlık harcamalarının 2000 yılında 229 TL olduğu görülürken 2001 yılında 189TL, 2002 yılında 179 TL ve 2003 yılında 181 TL olduğu görülmektedir. 2003 yılından 2007 yılına kadar ise sürekli olarak artış gösterdiği ve 2007 yılında 295 TL ile en yüksek noktaya ulaştığı görülmektedir. Daha sonraki yıllarda büyük düşüş göstererek 2009 yılında 164 TL ile en düşük seviyeye gerilemiştir. 2009 yılından 2018 yılına kadar geçen süre içerisinde dalgalı ancak yükselen bir trendde yoluna devam eden kişi başına reel özel sektör sağlık harcamaları sırasıyla en yüksek 2014 yılında 202 TL ve 2018 yılında en yüksek 222 TL seviyesine kadar yükselmiştir.

Tablo 2.14. Türkiye’de Özel Sektör Sağlık Harcamaları ve Merkezi Hükümet Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (1999-2018)

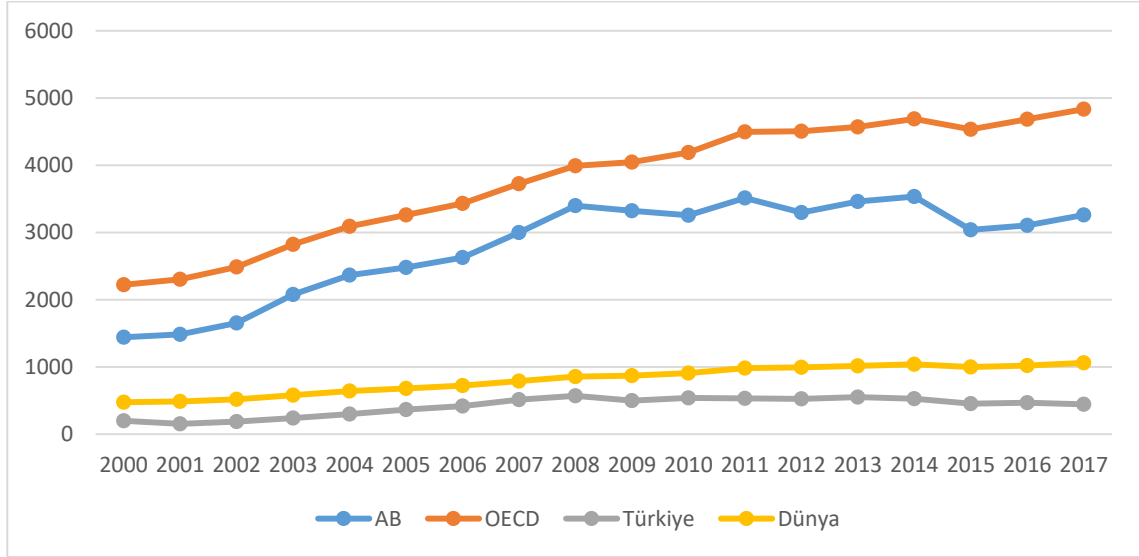
Yıl	Özel Sektör Sağlık Harcamaları (%) GSYİH	Merkezi Hükümet Sağlık Harcamaları GSYİH (%)
1999	1,80	1,18
2000	1,79	1,08
2001	1,61	1,47
2002	1,53	1,47
2003	1,45	1,34
2004	1,49	1,32
2005	1,68	1,41
2006	1,76	1,49
2007	1,85	1,58
2008	1,56	1,60
2009	1,10	1,79
2010	1,13	1,48
2011	1,00	1,36
2012	0,98	1,05
2013	1,00	1,01
2014	1,04	1,04
2015	0,95	1,08
2016	0,98	1,10
2017	0,99	1,13
2018	1,00	1,08

Kaynak: TÜİK

Yukarıdaki Tablo 2.14’te özel sektör sağlık harcamaları ve merkezi yönetim sağlık harcamalarının GSYİH içindeki paylarının 1999-2018 yıllarındaki değerleri yer almaktadır. Buna göre; Türkiye’de merkezi yönetim sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının 1999 yılında % 1.18 olduğu ve özel sağlık harcamalarına oranla daha düşük olduğu görülmektedir. Merkezi yönetim sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının en yüksek olduğu 2009 yılında % 1.79 olduğu ancak yine de özel sektör sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payından (% 1.85) yukarı çıkmadığı görülmektedir. Ancak ilerleyen yıllarda özellikle 2008 yılından sonra özel sektör sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı oldukça azalmış 2018 yılında % 1’e kadar düşmüştür. Özel sektör sağlık harcamalarının 2008 yılından itibaren düşmesinin sebebi 2008 yılında ABD’de ortaya çıkan Küresel Finansal Krizin etkisiyle bireylerin gelirlerinin azalması ve buna bağlı olarak sağlık harcamalarında tasarrufa yönelmeleri şeklinde yorumlanabilmektedir. Buna karşın merkezi yönetim sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı özel sektör sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payına oranla daha az düşüş göstermiş ve 2018 yılında % 1,08 olarak hesaplanmıştır. Merkezi yönetim sağlık harcamaları ise 2010 yılından itibaren düşüş göstermeye başlamıştır. Burada en önemli sebep ise yine 2008 yılında ABD’de ortaya çıkan Küresel Finansal Krizin etkilerinin bir sonraki bütçe döneminde görülüyor olmasıdır. Diğer

bir ifadeyle 2008 yılının Eylül ayında ortaya çıkan Küresel Finansal Krizin etkilerinin 2010 yılı bütçesinde hazırlığının ise 2009 yılında yapıldığı net şekilde görülmektedir.

2.5. Dünya’da Sağlık Harcamaları



Kaynak: Dünya Bankası

Not: Kişi Başına Düşen Cari Sağlık Harcamaları

Grafik 2.16. Dünya, OECD, AB ve Türkiye’de Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (ABD Doları)

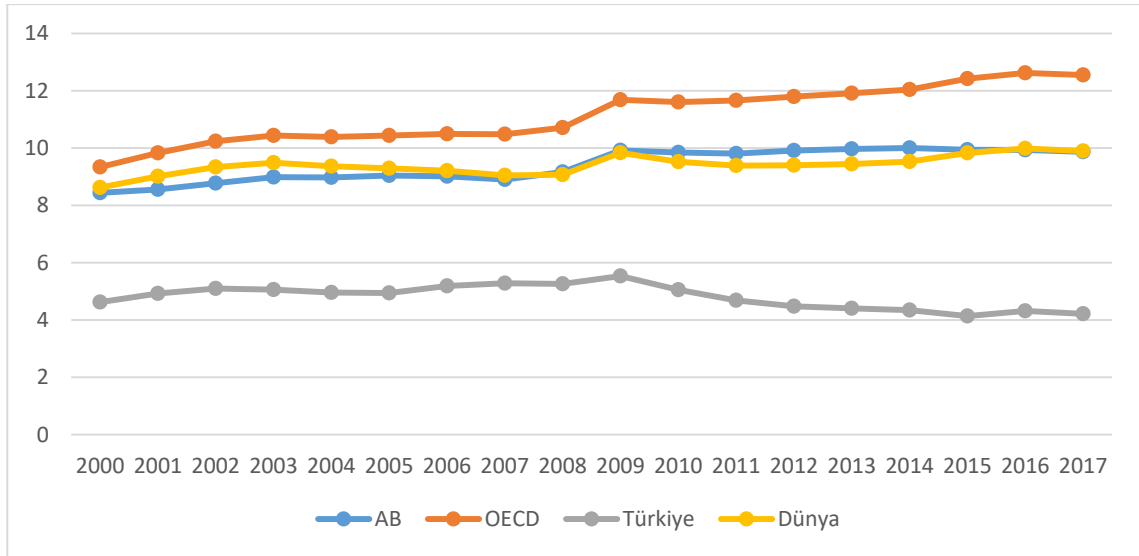
Yukarıdaki Grafik 2.16’da DB’den elde edilen veriler dahilinde 2000-2017 yılları arasında Dünya, OECD, AB ve Türkiye’de kişi başına toplam sağlık harcaması ABD Doları cinsinden ifade edilmektedir. Buna göre; 2000-2017 yılları arasında kişi başına en yüksek sağlık harcamasının OECD ülkelerinde olduğu görülmektedir. OECD’yi takiben AB, Dünya ve son olarak Türkiye gelmektedir. OECD’de 2000 yılında 2.223 dolar olan kişi başına sağlık harcamalarının neredeyse her yıl artarak 2017 yılında 4.834 dolar olduğu ve en yüksek seviyeye ulaştığı görülmektedir. OECD’yi takiben AB’de 2000 yılında kişi başına sağlık harcamalarının 1.441 dolar olduğu görülmektedir. AB’de 2008 yılına kadar sürekli yükselen kişi başına sağlık harcamalarının 2009 yılından itibaren artmadığı hatta hafif derecede azaldığı görülmüştür. AB’yi takiben Dünya genelinde kişi başına sağlık harcamalarının her geçen yıl neredeyse sürekli arttığı görülmesine karşın bu artışın yüksek seviyede olmadığı görülmektedir. Dünya genelinde 2000 yılında kişi başına sağlık harcamaları 474 dolar iken 2017 yılında 1.061 dolara yükseldiği görülmüştür. Türkiye ise OECD, AB ve Dünya geneline göre en düşük kişi başına sağlık harcamasına sahip olan ülke durumunda yer almaktadır. 2000 yılında Türkiye’de kişi başına sağlık harcamalarının 199 dolar olduğu görülmektedir. 2000 yılından 2017 yılına kadar geçen süre zarfında en yüksek

kişi başına sağlık harcamasının 2008 yılında 570 dolar olarak gerçekleştiği görülmüştür. 2017 yılına gelindiğinde ise kişi başına sağlık harcamasının 444 dolara düştüğü net olarak hesaplanmıştır.

Dünya genelinde sağlık harcamaları verilerini depolayan ve bu amaçla çalışma yürüten kurumlar sırasıyla Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD) ve DSÖ olarak sıralanmaktadır. Her bir kurum kendine özgü yöntem ve çalışmalarla sağlık harcamalarını hesapladığı için elde edilen sonuçlarda da küçük farklılıklar görülebilmektedir (Yılmaz ve Yentürk, 2015: 2). Bu bölümde de tablo ve grafiklerle gösterilen veriler OECD, DSÖ ve DB'den elde edilmiştir. Genel olarak Türkiye'de kişi başına sağlık harcamaları OECD kişi başına sağlık harcamalarının % 10'una, AB kişi başına sağlık harcamalarının % 12,5'ine ve Dünya kişi başına sağlık harcamasının % 50'sine tekabül etmektedir.

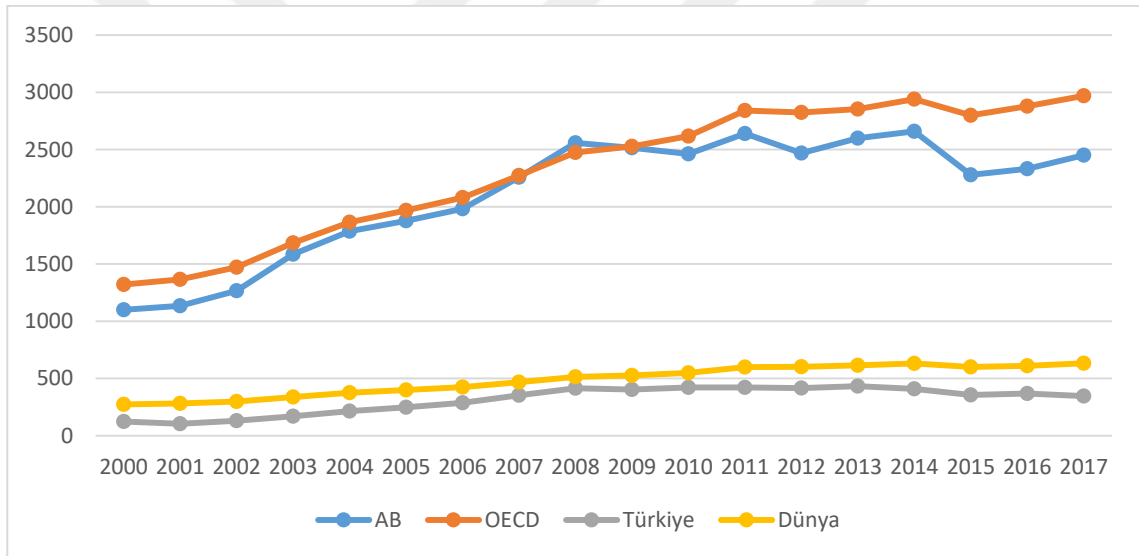
Aşağıdaki Grafik 2.17'de Dünya, OECD, AB ve Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranlarının 2000-2017 yılları arasındaki değişimleri gösterilmektedir. Buna göre; 2000-2017 yılları arasında toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki en yüksek değeri sırasıyla OECD, AB, Dünya ve Türkiye olarak sıralanmaktadır. 2000 yılında OECD'de toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı % 9,34 iken bu oran her yıl bir önceki yıla göre artış gösterdiği ve 2017 yılında en yüksek seviyesi olan % 12,55'e yükseldiği görülmektedir. OECD'yi takiben AB ve Dünya ortalaması gelmektedir. Dünya genelinde ve AB'de toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı da neredeyse yıllar içinde aynı seviyede ilerleme göstermiştir. 2000 yılında % 8 civarında olan bu oranın 2017 yılında % 10'a yaklaştığı görülmektedir. Türkiye'de ise 2000 yılında % 4,6 olan toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 2009 yılında % 5,5 ile en yüksek seviyeye çıkmış ancak 2009'dan itibaren neredeyse sürekli düşerek 2017 yılında % 4,2 olarak hesaplanmıştır.

Genel olarak Türkiye'nin toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı OECD'nin ayırdığı oranın yaklaşık çeyreği, AB ve Dünya ortalamasının ise yarısı kadar olmaktadır.



Kaynak: Dünya Bankası Not: Cari Sağlık Harcamalarının (% GSYİH)

Grafik 2.17. Dünya, OECD, AB ve Türkiye’de Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH’ye Oranı



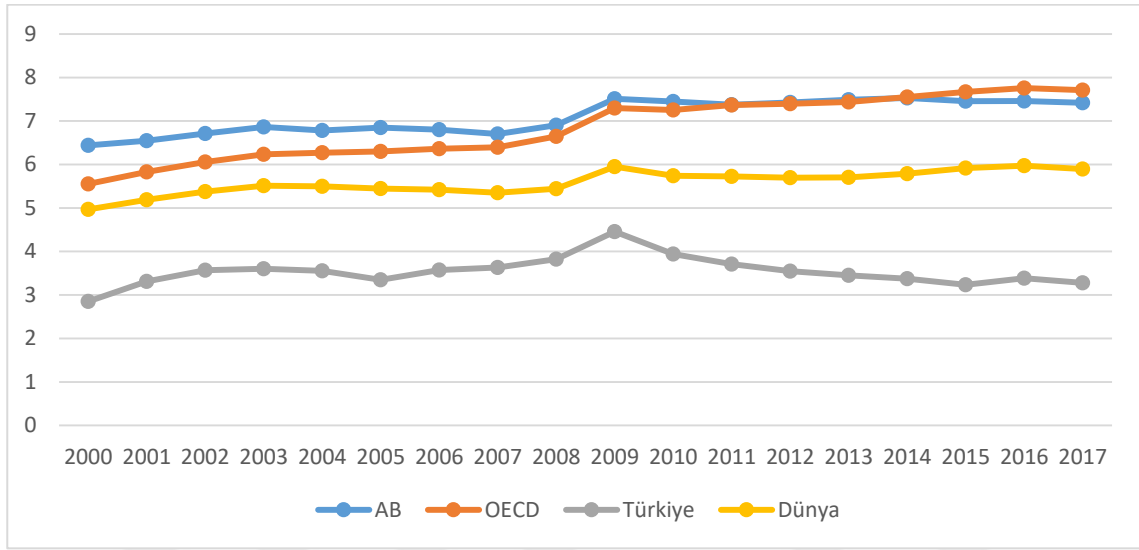
Kaynak: Dünya Bankası

Not: Kişi Başına Düşen Cari Sağlık Harcamaları

Grafik 2.18. Dünya, OECD, AB ve Türkiye’de Kişi Başına Düşen Genel Devlet Sağlık Harcamaları (ABD Doları)

Yukarıdaki Grafik 2.18’de 2000-2017 yılları arasında Dünya, OECD, AB ve Türkiye’de kişi başına düşen genel devlet sağlık harcamaları gösterilmektedir. Buna göre; en yüksek kişi başına genel devlet sağlık harcamasının en yüksekten en düşüğe OECD, AB, Dünya ve Türkiye olarak sıralandığı görülmektedir. OECD ve AB’nin 2000’li yılların başında eşit seyirde yol aldığı ancak 2008 yılına kadar AB’nin OECD’nin önünde olduğu görülmüştür. 2009 yılından sonra ise OECD, AB’nin önüne geçmiştir. 2017 yılında OECD kişi başına genel devlet sağlık harcamalarının 2.969 dolar, AB kişi başına genel devlet

sağlık harcamalarının ise 2.451 dolar olduğu görülmektedir. Dünya genelinde ise 2000 yılında 273 dolar olan kişi başına genel devlet sağlık harcamasının 2017 yılına gelindiğinde 631 dolara çıktığı görülmüştür. Türkiye’de 2000 yılında 123 dolar olan genel devlet sağlık harcamasının 2016 yılında 345 dolara yükseldiği net olarak görülmektedir. Genel olarak karşılaştırıldığında Türkiye’de kişi başına genel devlet sağlık harcamalarının OECD’ye oranla % 10’u, AB’nin % 15’i ve Dünya ortalamasının yaklaşık % 50 sine tekabül etmektedir.



Kaynak: Dünya Bankası

Not: Cari Sağlık Harcamalarının (% GSYİH)

Grafik 2.19. Dünya, OECD, AB ve Türkiye’de Genel Devlet Sağlık Harcamalarının GSYİH’ye Oranı (%)

Yukarıdaki Grafik 2.19’da 2000-2016 periyodunda Dünya, OECD, AB ve Türkiye’de genel devlet sağlık harcamalarının GSYİH’ye oranı incelenmiştir. Buna göre; genel devlet sağlık harcamasının GSYİH içindeki payı en yüksekte en düşüğe OECD, AB, Dünya ve Türkiye olarak sıralanmaktadır. 2000 yılında OECD’de genel devlet sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranı % 5,56 iken 2017 yılında en yüksek seviyesine ulaşarak % 7,7 olarak hesaplanmıştır. AB’de ise 2000 yılında % 6,4 olan genel devlet sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 2017 yılında % 7,4’e ulaşmıştır. Dünya’da ise 2000 yılında % 4,96 olan bu oranın 2017 yılında % 5,9 olarak hesaplandığı görülmüştür. Türkiye ise OECD, AB ve Dünya ortalamalarının çok gerisinde kalmıştır. 2000 yılında Türkiye’de genel devlet sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı % 2,85 iken bu oranın 2009 yılında % 4,45 ile en yüksek seviyeye ulaştığı ve ilerleyen yıllarda neredeyse sürekli olarak düşüş göstererek 2017 yılında % 3,3’e gerilediği görülmüştür. Türkiye’de genel devlet sağlık

harcamalarının GSYİH içindeki payı OECD ülkelerinin toplam GSYİH içindeki genel devlet sağlık harcamaları oranından 3 kat, Dünya ve AB ile kıyaslandığında 2.5 kat daha geride kaldığı görülmektedir.

Genel olarak ikinci bölümde sağlık harcamaları kavramından bahsedilerek sağlık harcamalarını etkileyen faktörler ele alınmıştır. Özellikle çalışmanın konusunu oluşturan yaşlılık faktörü üzerinde durularak Türkiye’de ve Dünya’da yaşlılığın hangi boyutlarda olduğu ve ilerleyen yıllarda nasıl bir gelişim göstereceği incelenmiştir. Bunun yanı sıra Türkiye’de sağlık harcamalarının gelişimi detaylı olarak ele alınmıştır. Özellikle çalışmada asıl araştırılan genel devlet sağlık harcamaları içerisinde yer alan merkezi yönetim sağlık harcamaları başta olmak üzere özel sektör harcamaları da detaylı olarak ele alınmıştır.

Türkiye’de 1999-2007 yılları arasında sağlık harcamalarının genel itibariyle gerek reel olarak gerekse de GSYİH içindeki payının sürekli olarak arttığı görülmüştür. Bunun sebebi olarak ise Türkiye’de 2001 Ekonomik Krizinden sonraki yıllarda sağlık sektörünün Türkiye’nin öncelikli önem verdiği konulardan biri olması gösterilebilmektedir.

2007-2012 yılları itibariyle genel olarak sağlık harcamalarında durgunluk söz konusu olmaktadır. Bu durağanlık ABD’de 2008 Eylül ayında ortaya çıkan Finansal Kriz ile yorumlanabilmektedir. Krizin geçen zamanla birlikte tüm dünya ülkelerini etkileyerek Küresel Finansal Krize dönüşmesi özellikle gelişmekte olan ülkeleri olumsuz yönde etkilemiştir. Küresel Finansal Kriz bu ülkelerin ekonomilerinin küçülmesine sebebiyet vermiştir. Dolayısıyla Küresel Finansal Kriz, Türkiye gibi gelişmekte olan bir ülkeyi de etkilemiş ve sadece sağlık harcamalarında değil genel olarak birçok harcama kaleminde önceki yıllara oranla düşüşler görülmüştür.

2013-2017 yılları arasında Küresel Finansal Krizin etkileri geçmiş olsa da Türkiye’de genel olarak sağlık harcamalarında 1999-2007 arasındaki hızlı artış söz konusu olmamaktadır. Bunda Türkiye’nin artık sağlık sistemi ve altyapı konusunda ilerlemiş olması, toplumun sağlığa bakış açısının değişmesi ve ihtiyaç duyulan ekipmanlara ulaşımın daha rahat olması olarak söylenebilmektedir.

Tezin üçüncü ve son bölümünde ise 2007-2018 yılları arasındaki dönemde Türkiye’de merkezi yönetim sağlık harcamalarının yaşlılık ile olan ilişkisi ampirik olarak analiz edilecektir.

3. BÖLÜM

3. YAŞLILIKIN SAĞLIK HARCAMALARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Bu tezde Türkiye’de iller bazında 2007-2018 yılları dahilinde yaşlı bağımlılık oranının merkezi yönetim bütçesi içerisinde yer alan sağlık hizmetleri kapsamında gerçekleştirilen sağlık harcamalarının bir belirleyicisi olup olmadığı analiz edilmektedir. Dolayısıyla ABS’nin fonksiyonel sınıflandırma düzeyinde yer alan merkezi yönetim sağlık harcamalarının, 2007-2018 yıllarında merkezi yönetim bütçesi içerisindeki gelişimini yorumlamak da önemli olmaktadır.

Tezin üçüncü ve son bölümünde ilk olarak Türkiye’de *Merkezi Yönetim Bütçe Giderleri ve Merkezi Yönetim Sağlık Harcamalarının* 2007-2018 yılları arasındaki değişimi tablolar ve grafikler yardımıyla incelenerek yorumlanmıştır. Sonrasında ise yaşlılık ile sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi inceleyen ampirik literatür çalışmaları ele alınmıştır. Yaşlı bağımlılık oranının, kişi başına merkezi yönetim sağlık harcamalarına olan etkisini ampirik olarak analiz etmek amacıyla öncelikle veri seti tanıtımı yapılmıştır. Veri setine uygun metot belirlendikten sonra hangi yöntemin kullanılmasının uygun olacağı detaylı olarak tartışılarak, modellerin tahminlemesi yapılmış ve sonuçlar yorumlanmıştır.

3.1. Merkezi Yönetim Bütçe Giderleri ve Merkezi Yönetim Sağlık Harcamaları

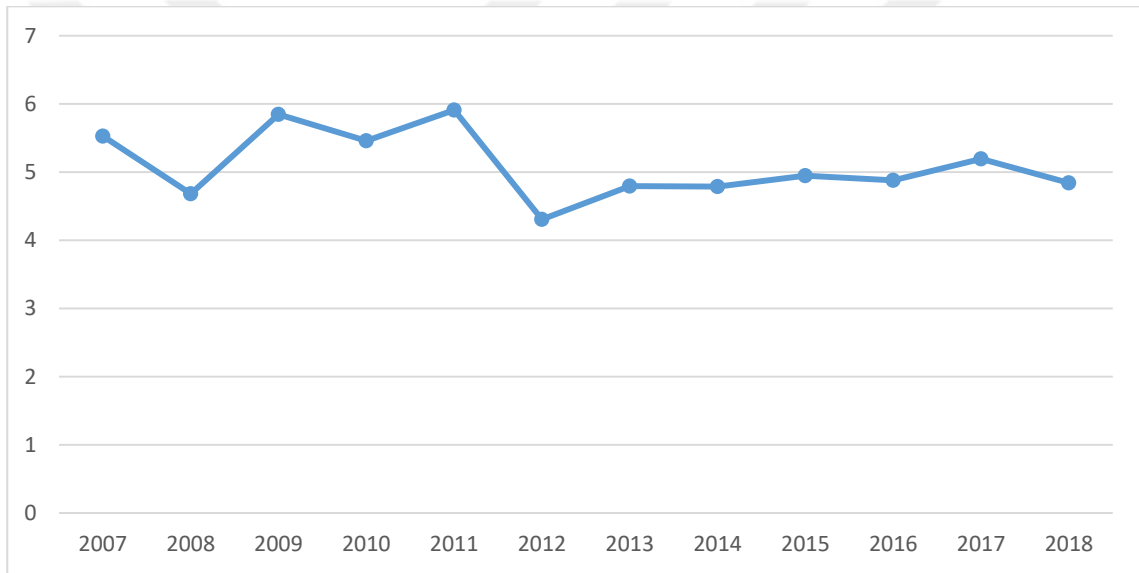
Tablo 3.1. Toplam Reel Merkezi Yönetim Bütçe Giderleri ve Reel Merkezi Yönetim Sağlık Harcamaları (BİN TL)

Yıllar	Toplam Merkezi Yönetim Bütçe Giderleri	Merkezi Yönetim Sağlık Harcamaları	Oran (%)
2007	259.983.275	14.366.162	5,52
2008	261.886.354	14.963.764	4,68
2009	291.196.032	17.025.100	5,84
2010	294.358.724	16.070.753	5,45
2011	295.567.988	17.463.982	5,90
2012	312.135.687	13.438.874	4,30
2013	327.558.897	15.702.591	4,79
2014	330.788.186	15.834.853	4,78
2015	346.623.284	17.147.926	4,94
2016	371.016.162	18.103.969	4,87
2017	387.651.723	20.129.839	5,19
2018	408.179.916	19.757.168	4,84

Kaynak: muhasebat.gov.tr Not: Oran, merkezi yönetim sağlık harcamalarının toplam merkezi yönetim bütçe giderleri içerisindeki payını yüzdeler olarak göstermektedir.

Tablo 3.1’de 2007-2018 yılları arasında Türkiye’de merkezi yönetim bütçe harcamaları içerisindeki merkezi yönetim sağlık harcamalarının gelişimi gösterilmektedir. Buna göre; Türkiye’de merkezi yönetim sağlık harcamalarının toplam merkezi yönetim bütçe giderleri içerisindeki payının 2007 yılında % 5,52 olduğu görülmektedir. 2008 yılında % 4,68’e düşen bu oranın 2009, 2010 ve 2011 yıllarında en yüksek seviyeye çıktığı görülmektedir. 2011 yılından sonra büyük bir düşüş göstererek 2012 yılında % 4,3 olarak hesaplanmış olup 2017 yılına kadar kademeli artış göstererek % 5,19 olarak hesaplanmıştır. Ancak 2018 yılında % 4,84’e gerilediği görülmüştür.

Grafik 3.1’de Türkiye’de merkezi yönetim sağlık harcamalarının toplam merkezi yönetim bütçe giderleri içerisindeki payının gelişimi daha net şekilde görülebilmektedir.



Kaynak: muhasebat.gov.tr

Grafik 3.1. Merkezi Yönetim Bütçe Giderleri İçindeki Merkezi Yönetim Sağlık Harcamaları Oranı (%)

Tablo 3.2’de 2008, 2013 ve 2018 yıllarını kapsayacak şekilde 5’er yıllık periyodlar halinde Türkiye’de fonksiyonel sınıflandırmaya göre gerçekleştirilen harcama kalemleri ve harcama kalemlerinin toplam merkezi yönetim bütçe harcamaları içerisindeki oranları yer almaktadır. Fonksiyonel sınıflandırmaya göre sırasıyla genel kamu hizmetleri, savunma hizmetleri, kamu düzeni ve güvenlik hizmetleri, ekonomik işler ve hizmetleri, çevre koruma hizmetleri, iskan ve toplum refahı hizmetleri, sağlık hizmetleri, dinlenme kültür ve din hizmetleri, eğitim hizmetleri, sosyal güvenlik ve sosyal yardımlaşma hizmetleri yer almaktadır. Buna göre; Türkiye’de genel kamu hizmetlerinin toplam merkezi yönetim bütçesi içerisindeki payının ciddi oranda sürekli olarak azaldığı görülmektedir. Öyle ki 2008

yılında toplam merkezi yönetim bütçe giderleri içerisindeki payı % 36 olan genel kamu hizmetlerinin 2018 yılında % 27'ye gerilediği görülmüştür. Buna ilave olarak savunma hizmetleri ve sağlık hizmetleri payının da 2008 yılından 2018 yılına kadar gerilediği görülmektedir. Ancak dinlenme, kültür ve din hizmetleri, eğitim hizmetleri, sosyal güvenlik ve sosyal yardımlaşma hizmetleri, kamu düzeni ve güvenliği, ekonomik işler ve hizmetlerin paylarının ise 2008 yılından 2018 yılına kadar artış gösterdiği görülmektedir.

Tablo 3.2. Fonksiyonel Sınıflandırmada Yer Alan Hizmetler ve Harcamaları (%)

Yıllar	2008	2013	2018
Toplam	100	100	100
Genel Kamu Hizmetleri	36.2	28.0	27.3
Savunma Hizmetleri	5.7	4.8	5.0
Kamu Düzeni ve Güvenliği	6.2	7.3	8.1
Ekonomik İşler ve Hizmetler	12.8	14.2	13.5
Çevre Koruma Hizmetleri	0.1	0.1	0.1
İskan ve Toplum Refahı Hizmetleri	1.7	1.7	1.3
Sağlık Hizmetleri	5.7	4.8	4.8
Dinlenme, Kültür ve Din Hizmetleri	1.7	2.2	1.9
Eğitim Hizmetleri	13.4	15.9	16.2
Sosyal Güvenlik ve Sosyal Yardımlaşma Hizmetleri	16.6	21.0	21.8

Kaynak: muhasebat.gov.tr

3.2. Sağlık Harcamaları ile Yaşlılık İlişkisi Üzerine Ampirik Analiz Çalışmaları

Son 30 yıldan fazla süre zarfında, dünya genelinde gerek gelişmiş gerekse gelişmekte olan ülkelerin toplam nüfusu içindeki yaşlı nüfus oranında önemli derecede değişiklikler yaşanmıştır. Genel olarak 80 yaş ve üzeri bireyler başta olmak üzere yaşlı birey sayısında meydana gelen artışların bu yüzyılın devamında da artış göstereceği tahmin edilmektedir. Dünya genelinde yaşlı nüfus oranındaki bu sürekli artışın birçok sebebi olmasına karşın temelde doğurganlık oranlarındaki azalışın ve ortalama yaşam süresinin artmasının rol oynadığı söylenmektedir. Gerek doğurganlık oranlarındaki azalış gerekse de ortalama yaşam süresinin artmasıyla birlikte gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde meydana gelen yaşlılık olayı, bu ülkeleri sağlık sistemleri konusunda yenilikler yapmaya ve yaşam koşullarını geliştirmeye yönelterek harcamaların artışına sebep olmaktadır (Zweifel ve Felder ve Meiers 1999: 485). Dolayısıyla genel olarak az gelişmiş ülkeler hariç olmak üzere tüm ülkelerde yaşlılık ve sosyal devlet anlayışı gereği yaşlılığın getirdiği doğal ihtiyaçlardan kaynaklanan sağlık harcamalarının sürekli olarak arttığı söylenebilmektedir.

Literatürde yaşlılık ve sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi inceleyen çok sayıda çalışma yer almaktadır. Örneğin sağlık harcamalarının belirleyenleri üzerine gerçekleştirilen

mevcut çalışmalardan Getzen (1992), Hitiris ve Posnett (1992), Murthy ve Ukpolo (1994), Di Matteo ve Di Matteo (1998), Norton (2000), Giannoni ve Hitiris (2002), Herwartz ve Theilen (2003), Vatter ve Rüefli (2003), Cantarero (2005), Crivelli vd. (2006), Lopes-Casasnovas ve Saez (2007), Baltagi ve Moscone (2009), Wang (2009), Prieto ve Lago-Penas (2012), Hosoya (2014), Khan (2016) sağlık harcamalarının en önemli belirleyenlerinden birinin yaşlılık olduğunu ileri sürmektedir. Zweifel, Felder ve Meiers (1999), Werblow vd. (2007), Felder vd. (2010) sağlık harcamalarının yaşlılıktan ziyade ölüme yakınlık ile ilişkisi olduğunu, ölüme yakınlık derecesinin artmasıyla sağlık harcamalarının da artacağını ileri sürmektedir. Barros (1998), Samadi ve Rad (2013) ise yaşlılık ile sağlık harcamaları arasında negatif ve anlamlı bir ilişki olduğunu ileri sürerken Gerdtham vd. (1998) ise yaşlılık ile sağlık harcamaları arasında herhangi bir ilişki olmadığını ileri sürmektedir.

Getzen (1992), Murthy ve Ukpolo (1994), Barros (1998), Di Matteo ve Di Matteo (1998), Gerdtham vd. (1998), Giannoni ve Hitiris (2002), Herwartz ve Theilen (2003), Vatter ve Rüefli (2003), Cantarero (2005), Lopes-Casasnovas ve Saez (2007), Baltagi ve Moscone (2009), Prieto ve Lago-Penas (2012), Samadi ve Rad (2013), Hosoya (2014) sağlık harcamalarının belirleyenleri konusunda gelirin de etkili bir değişken olduğunu ileri sürmektedir. Diğer bir ifadeyle gelirden gerçekleşen artışların sağlık harcamalarını artırdığını ileri sürmektedir. Ancak Crivelli vd. (2006) gelirin sağlık harcamaları ile negatif ve anlamlı ilişkiye sahip olduğunu ileri sürmektedir.

Literatürdeki çalışmalar ışığında; ülkeler arası kıyaslamaların ele alındığı araştırmalarda Getzen (1992), Gerdtham vd. (1998), Barros (1998), Baltagi ve Moscone (2009), Samadi ve Rad (2013) sağlık harcamaları ile yaşlılık arasında genellikle herhangi bir ilişki olmamasına karşın, ülke içinde eyaletler arası ve/veya il bazlı verilerin kullanıldığı çalışmaların birçoğunda Murthy ve Ukpolo (1994), Di Matteo ve Di Matteo (1998), Giannoni ve Hitiris (2002), Vatter ve Rüefli (2003), Cantarero (2005), Di Matteo (2005), Crivelli vd. (2006), Werblow vd. (2007), Prieto ve Lago-Penas (2012) yaşlılığın sağlık harcamalarının en önemli belirleyenlerinden biri olduğu sonuçlarına ulaşılmaktadır. Bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar ülkeler arası kıyaslamaların tamamen yaşlılık ile sağlık harcamaları arasında ilişki olmayacağını ya da il veya eyalet bazlı çalışmaların ise tamamının yaşlılık ile sağlık harcamaları arasında pozitif ve anlamlı ilişki olduğu anlamına

gelmemektedir. Ancak bu şekilde gerçekleştirilen tasnif literatüre katkı sağlaması bakımından önem taşımaktadır.

Aşağıdaki Tablo 3.3'te Literatürde gerçekleştirilen çalışmaların içeriği ve kullanılan değişkenlerin listesi yer almaktadır.



Tablo 3.3. Literatür Çalışmaları ve Kullanılan Değişkenler

Yazar ve Yıl	Dönem	Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler	Sonuç
Getzen (1992)	1960-1988 (20 Ülke)	Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması (Log)	65 Yaş ve Üzeri Nüfus / Toplam Nüfus	+,-
			Kişi Başına Düşen Reel GSYİH (Log)	+,-
Hitiris ve Posnett (1992)	1960 -1987 (20 OECD Ülkesi)	Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması (Log)	65 Yaş ve Üzeri Nüfus / Toplam Nüfus (Log)	+*
			Kişi Başına Düşen GSYİH (Log)	+*
			Kamu Sağlık Harcaması / Toplam Sağlık Harcaması (Log)	+*
			65 Yaş ve Üzeri Nüfus / Toplam Nüfus	+*
Murthy ve Ukpolo (1994)	1960-1987 (ABD)	Kişi Başına Düşen Reel Sağlık Harcaması (Log)	65 Yaş ve Üzeri Nüfus / Toplam Nüfus (Log)	+*
			Kişi Başına Düşen Reel GSYİH (Log)	+*
			100.000 Kişiye Düşen Pratisyen Hekim Sayısı (Log)	-*
			Kamu Sağlık Harcaması / Toplam Sağlık Harcaması (Log)	+*
Barros (1998)	1960 -1988 (24 OECD Ülkesi)	Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması Artış Oranı (Log)	65 Yaş ve Üzeri Nüfus / Toplam Nüfus (Log)	-*
			GSYİH Artış Oranı (Log)	+*
			Kamu Sağlık Harcaması / Toplam Sağlık Harcaması (Log)	-*
Di Matteo ve Di Matteo (1998)	1965-1991 (Kanada İl Bazlı)	Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması (Log)	65 Yaş ve Üzeri Nüfus / Toplam Nüfus (Log)	+*
			Kişi Başına Düşen GSYİH (Log)	+*
			Kişi Başına Düşen Eyalet Desteği	+*
Gerdtham vd. (1998)	1970-1991 (22 OECD Ülkesi)	Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması	75 Yaş ve Üzeri Nüfus / Toplam Nüfus	-
			4 Yaş ve Altı Nüfus / Toplam Nüfus	+
			Kişi Başına Düşen GSYİH	+*
			Kadınların İş Gücüne Katılım Oranı / Akitf Nüfusun İş Gücüne Katılım Oranı	-
			Kişi Başına Düşen Alkol Tüketimi Litre	-
			Kişi Başına Düşen Tütün Kullanma Gram	+*
			Sigortacı Başına Düşen Ortalama Sağlık Harcaması Ücreti	-*
			Pratisyen Hekim Stoğu	-*
			Hastanede Yatan Hastaların Sağlık Harcaması / Toplam Sağlık Harcaması	+*
			Kamu Hastanesi Yatak Sayısı / Toplam Yatak Sayısı	-*
			Sigorta Kapsamındaki Nüfus	+
			Bir Milyon Kişiye Düşen Diyaliz Makinesi	+*
Giannoni ve Hitiris (2002)	1980-1995 (İtalya Bölgeleri)	Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması	65 Yaş ve Üzeri Nüfus	+*
			Kişi Başına Düşen GSYİH	+*
			Hastane Başına Düşen Yatak Sayısı	-*
			Hastane Başına Düşen Personel	+*

Tablo 3.3. Literatür Çalışmaları ve Kullanılan Değişkenler (Devamı)

Yazar ve Yıl	Dönem	Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler	Sonuç
Herwartz ve Theilen (2003)	1960 -1997 (OECD Ülkeleri)	Kişi Başına Düşen Reel Sağlık Harcaması	65 Yaş ve Üzeri Nüfus / Toplam Nüfus	+*
			Kişi Başına Düşen Reel GSYİH	+*
Vatter ve Rüefli (2003)	1994-1999 (İsviçre 26 Kanton)	Kamu Sağlık Harcamaları (Log)	65 Yaş ve Üzeri Nüfus / Toplam Nüfus	+*
			Kişi Başına Düşen GSYİH (log)	+*
			Kentleşme Oranı	+*
			İşsizlik Oranı	+*
			1000 Kişiye Düşen Hastane Sayısı	+*
			Almanca Konuşanların Oranı	-*
			100.000 Kişiye Düşen Pratisyen Hekim Sayısı	+*
			100.000 Kişiye Düşen Hastane Yatak Sayısı	+*
			Hastane Başına Düşen Ortalama Yataka Sayısı	+*
			Sol Parti Sandalye Oranı	+*
			Sağ Parti Sandalye Oranı	+
			Merkez Parti Sandalye Oranı	-
			Doğrudan Demokrasi Endeksi	-
			Cantarero (2005)	1993-1999 (İspanya Bölgeleri)
Kişi Başına Düşen GSYİH (Log)	+*			
Hastane Başına Düşen Yatak Sayısı	+*			
Hastanede Çalışan Toplam Kişi Sayısı	+*			
Di Matteo (2005)	1980-1998 (ABD Eyaletleri)	Kişi Başına Düşen Reel Sağlık Harcaması	65 Yaş ve Üzeri Nüfus / Toplam Nüfus	+*
			Kişi Başına Düşen Reel GSYİH	+*
			0-24 Yaş Arası Nüfus / Toplam Nüfus	+*
			25-44 Yaş Arası Nüfus / Toplam Nüfus	+*
			45-64 Yaş Arası Nüfus / Toplam Nüfus	-*
			65-84 Yaş Arası Nüfus / Toplam Nüfus	+*
			85 Yaş ve Üzeri Nüfus / Toplam Nüfus	+*
Di Matteo (2005)	1975-2000 (Kanada İlleri)	Kişi Başına Düşen Reel Sağlık Harcaması	65 Yaş ve Üzeri Nüfus / Toplam Nüfus	+*
			Kişi Başına Düşen Reel GSYİH	+*
			Kişi Başına Düşen Federel Gelir Desteği	+*
			18-44 Yaş Arası Nüfus / Toplam Nüfus	+
			45-64 Yaş Arası Nüfus / Toplam Nüfus	+*
			65-74 Yaş Arası Nüfus / Toplam Nüfus	-
			75 Yaş ve Üzeri Nüfus / Toplam Nüfus	+

Tablo 3.3. Literatür Çalışmaları ve Kullanılan Değişkenler (Devamı)

Yazar ve Yıl	Dönem	Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler	Sonuç
Crivelli vd. (2006)	1996-2002 (İsviçre ve 26 Kanton)	Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması (Log)	75 Yaş Üzeri Nüfus / Toplam Nüfus (Log)	+*
			5 Yaş Altı Nüfus / Toplam Nüfus (Log)	-*
			Kişi Başına Düşen GSYİH (Log)	-*
			İşsizlik Oranı (Log)	+
			Yoksulluk Oranı (Log)	+
			Ölüm Oranı (Log)	-*
			Nüfus Yoğunluğu (Log)	+*
			Doğrudan Demokrasi Kantonal Endeksi (Log)	-*
			100.000 Kişiye Düşen Doktor Sayısı (Log)	+*
			100.000 Kişiye Hastane Akut Yatak Sayısı (Log)	-
Lopez-Casasnovas ve Saez (2007)	1997 (Avustralya, Kanada, Fransa, İtalya, Almanya, İspanya, İsveç ve Birleşik Krallık)	Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması (Log)	65 Yaş ve Üzeri Nüfus / Toplam Nüfus	+*
			Kişi Başına Düşen GSYİH (Log)	+*
			Kamu Sağlık Harcaması / Toplam Sağlık Harcamaları	+*
Werblow, Felder ve Zweifel (2007)	1999 (İsviçre)	Sağlık Harcamaları	65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Ölümüne Yakınlık Derecesi	+*
Baltagi ve Moscone (2009)	1971 -2004 (20 OECD Ülkesi)	Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması (Log)	65 Yaş ve Üzeri Nüfus / 15-64 Yaş Arası Nüfus (Log)	+
			14 Yaş ve Altı Nüfus / 15-64 Yaş Arası Nüfus (Log)	+*
			Kişi Başına Düşen GSYİH (Log)	+*
Prieto ve Lago-Penas (2012)	1992-2005 (İspanya Bölgeleri)	Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması (Log)	65 ve 75 Yaş Arası Nüfus (Log)	+*
			75 Yaş Üzeri Nüfus (Log)	+*
			4 Yaş Altı Nüfus (Log)	-*
			Kişi Başına Düşen GSYİH (Log)	+*
			1000 Kişiye Düşen Yatak Sayısı (Log)	-*
			1000 Kişiye Düşen Doktor Sayısı (Log)	+*
Samadi ve Rad (2013)	1995 -2009 (ECO Ülkeleri)	Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması (Log)	65 Yaş ve Üzeri Nüfus / Toplam Nüfus (Log)	-*
			14 Yaş ve Altı Nüfus / Toplam Nüfus (Log)	-*
			Kişi Başına Düşen GSYİH (Log)	+*
			Özel Sağlık Harcamaları / Toplam Sağlık Harcamaları (Log)	-*
			1000 Kişiye Düşen Doktor Sayısı (Log)	+*
			Kırsal Kesimde Yaşayan Nüfus / Toplam Nüfus (Log)	+*

Tablo 3.3. Literatür Çalışmaları ve Kullanılan Değişkenler (Devamı)

Yazar ve Yıl	Dönem	Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler	Sonuç
Khan vd. (2016)	1981 -2014 (Malezya)	Kişi Başına Düşen Reel Sağlık Harcaması	65 Yaş ve Üzeri Nüfus / Toplam Nüfus	+*
			14 Yaş ve Altı Nüfus / Toplam Nüfus	-*
			1000 Kişiye Düşen Yatak Sayısı (Log)	-*
			1000 Kişiye Düşen Doktor Sayısı (Log)	+*
			Ortalama Ömür	+*
			Kişi Başına Düşen GSYİH (Log)	+*

Not: * işareti ile belirtilenler anlamlı sonuçların olduğunu ifade etmektedir.

Not: +/- şeklinde ifade edilen değerler çalışmada hem pozitif hem de negatif yönlü sonuca ulaşıldığını göstermektedir.

Kaynak: Literatür taraması ışığında yazar tarafından hazırlanmıştır.

3.3. Veri ve Yöntem

Çalışmada kullanılan değişkenler sağlık harcamaları ile yaşlılık arasındaki ilişkiyi inceleyen ampirik çalışmalarda en çok kullanılmış olan ortak temel değişkenlerden oluşmaktadır. Bazı değişkenlere ait verilerin gerekli veri tabanlarında hazır halde bulunmaması ve/veya toplanıp derlenmesinin mümkün olmaması sebebiyle kullanılamamıştır⁶.

3.3.1. Veri Seti

Bağımlı değişken olarak sağlık harcamalarının hangi türde kullanılacağı noktasında literatürde bir fikir birliği bulunmamaktadır. Getzen (1992), Samadi ve Rad, (2013), Baltagi ve Moscone (2009), Hitiris ve Posnett (1992), Gerdtham vd (1998), Crivelli vd (2006), Di Matteo ve Di Matteo (1998), Prieto ve Lago-Penas (2012), Giannoni ve Hitiris (2002), Cantarero (2005), Lopez-Casasnovas ve Saez (2007) çalışmalarında olduğu gibi bağımlı değişken olarak kişi başına düşen sağlık harcamaları çoklukla kullanılmıştır. Hosoya (2014), Khan (2016), Herwartz ve Theilen (2003), Murthy ve Ukpolo (1994), Di Matteo (2005) ise kişi başına düşen reel sağlık harcamalarını bağımlı değişken olarak kullanırken, Barros (1998) kişi başına düşen sağlık harcaması artış oranını bağımlı değişken olarak kullanmıştır. Werblow vd. (1999) toplam sağlık harcamalarını Vatter ve Rüefli (2003) ise kamusal sağlık harcamalarını bağımlı değişken olarak kullanmıştır. Literatürde birçok yazar [bkz. Getzen (1992), Hosoya (2014), Samadi ve Rad (2013), Baltagi ve Moscone (2009); Hitiris ve Posnett (1992), Barros (1998), Crivelli vd (2006), Di Matteo ve Di Matteo (1998), Vatter ve Rüefli (2003), Murthy ve Ukpolo (1994), Prieto ve Lago-Penas (2012), Cantarero (2005), Di Matteo (2005), Lopez-Casasnovas ve Saez (2007)] bağımlı değişkenlerin logaritmik değerini kullanırken bazı yazarlar doğal formlarını kullanmıştır [bkz. Khan (2016), Herwartz ve Theilen (2003), Werblow vd (1999), Gerdtham vd 1(998), Giannoni ve Hitiris (2002), Di Matteo (2005)].

Bu çalışmada kullanılan değişkenler literatüre ışık tutan önemli çalışmalar takip edilerek seçilmiş ve Tablo 3.4'de gösterilmiştir. Değişkenlerin türü, açıklamaları ve hangi kaynaklardan elde edildiği Tablo 3.4'de sunulmuş olup veriler yıllık bazda ve iller düzeyinde hazırlanmıştır. Bağımlı değişken olarak 2007-2018 yılları arasında kişi başına

⁶ İller düzeyinde işsizlik oranı verisi 2007 yılı için bulunamadığı için kullanılmadı, Kentsel nüfus oranı veritabanlarındaki eksiklik nedeniyle kullanılmadı.

reel kamu sağlık harcamaları (PCRHE) kullanılmış olup bu veri Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü (BUMKO)'dan elde edilmiştir. Çalışmada esas incelenmek istenen ve bağımlı değişken üzerindeki etkisi araştırılmak istenen ana bağımsız değişken ise 2007-2018 yıllarını kapsayan yaşlı bağımlılık oranı (ODR) olup bu veri TÜİK tarafından elde edilmiştir. Temel bağımsız değişken olan ODR'ye ek olarak ise kişi başına reel gelir (PCRGDP), nüfus yoğunluğu (POPD) kontrol değişkenleri olarak analiz edilen modellere eklenerek analizlerin daha sağlıklı sonuçlar vermesine olanak tanınmıştır. Bu değişkenler de TÜİK tarafından elde edilmiş olup 2007-2018 yıllarını kapsamaktadır. Bunlara ilave olarak kullanılan diğer kontrol değişkenleri ise 1000 kişiye düşen kamu sağlık kuruluşları yatak sayısı (BKSIBN), 1000 kişiye düşen devlette çalışan doktor ve hemşire sayısı (THPP) olarak sıralanmaktadır. BKSIBN ve THPP değişkenleri de TÜİK tarafından elde edilmiş olup 2007-2018 yıllarını içermektedir. Ayrıca çalışmada iki adet kukla değişken de kullanılmıştır. Bunlar Büyükşehir Belediyeleri kukla değişkeni (BSB) ve merkezi hükümet partisi ile aynı partiye sahip olan il belediyeleri (M) olarak sıralanmaktadır. BSB değişkeni 2007-2018 yılları arasında büyükşehir ünvanına sahip olan illeri kapsamakta iken M değişkeni ise 2007-2018 yılları içerisinde gerçekleşen 2009 ve 2014 yerel seçim sonuçlarına göre değer almıştır. 2007 ve 2018 yılına ait olan M kukla değişkeni ise 2004 yılında gerçekleştirilen yerel seçim sonucu dikkate alınarak belirlenmiştir. Genel olarak kukla değişkenler hariç olmak üzere yukarıdaki bahsedilen değişkenler tahminlemede logaritmik formda kullanılmıştır. Çalışmada kullanılan bağımlı değişken PCRHE elde edilirken merkezi yönetim sağlık harcamalarının reel değerı hesaplanmıştır. Dünya Bankası tarafından yayınlanan 2010 yılı bazlı Tüketici Fiyat Endeksi kullanılarak merkezi yönetim sağlık harcamalarının reel değerı hesaplanmıştır. Ayrıca PCRGDP bağımsız değişkeni de reel bir değerı ifade etmektedir. PCRGDP ise TÜİK tarafından yayınlanan ve 2009 yılı bazlı GSYİH deflatörü kullanılarak elde edilmiştir.

Tablo 3.4'te sunulan bazı politik değişkenler de modellere eklenerek analizin politik iktisadi bağlantısı ortaya konmaya çalışılmıştır. Politik değişkenler 2007-2018 yılları arasında yapılan 2007, 2011 ve 2015 Kasım genel milletvekili seçim sonuçlarının verilerinden oluşturulmuştur. Bu değişkenler AK Parti oy oranı (JPPVR), AK Parti oy sayısı (JDPVN), AK Parti milletvekili sayısı (JDPDN) ve politik rekabeti gösteren iki farklı değişken olan JDPAOR ve JDPSOR şeklinde sıralanmaktadır. JDPAOR ve JDPSOR değişkenlerinde negatif değerler bulunduğu için, JDPDN'de ise bazı illerde AKP milletvekili olmadığı için logartimalleri alınamamıştır. Ayrıca 2015 Haziran ayında da

gerçekleştirilmiş olan genel milletvekili seçimi sonrası hükümet kurulamamasından dolayı erken seçime gidilerek seçimler 2015 yılı Kasım ayında tekrarlandığından 2015 yılı Kasım ayı genel milletvekili seçimi sonuçları veri seti kapsamında kullanılmıştır.

Tablo 3.4. Çalışmada Kullanılan Değişkenler Listesi

Bağımlı Değişken	Sembol	Yıllar	Açıklama	Kaynak
Kişi Başına Düşen Reel Sağlık Harcamaları	PCRHE	2007-2018	İller Bazında Reel Sağlık Harcamaları/Nüfus	Hazine ve Maliye BK.
Yaşlı Bağımlılık Oranı	ODR	2007-2018	65 Yaş ve üzeri toplam nüfus/15-64 yaş toplam nüfus	TÜİK
Kişi Başına Düşen Reel Gayri Safi Yurtiçi Hasıla	PCRGDP	2007-2018	2009 Bazlı Gayri Safi Yurtiçi Hasıla	TÜİK
Nüfus Yoğunluğu	POPD	2007-2018	Bir kilometrekareye düşen nüfus	TÜİK
Kamu Sağlık Kuruluşları Yatak Yoğunluğu	BKSIBN	2007-2018	Devlet Sağlık Kuruluşu Yatak Sayısı / Toplam Sağlık Kuruluşu Yatak Sayısı	TÜİK
Doktor ve Hemşire Yoğunluğu	THPP	2007-2018	1000 Kişiye Düşen Devlette Çalışan Doktor ve Hemşire Sayısı	TÜİK
Büyük Şehir Belediyeleri (Kukla)	BSB	2007-2018	Türkiye'deki Büyük Şehir Belediyeleri	TÜİK
AKP İl Belediyeleri (Kukla)	M	2007-2018	Türkiye'deki AKP Belediyeleri	YSK
AK Parti Oy Oranı	JDPVR	2007 2011 2015	2007, 2011 ve 2015 Genel Milletvekili Seçim Sonucu	YSK
AK Parti Milletvekili Sayısı	JDPDN	2007 2011 2015	2007, 2011 ve 2015 Genel Milletvekili Seçim Sonucu	YSK
AK Parti Oy Sayısı	JDPVN	2007 2011 2015	2007, 2011 ve 2015 Genel Milletvekili Seçim Sonucu	YSK
Politik Rekabet	JDPAOR	2007 2011 2015	AK Parti Oy Sayısı – (CHP+MHP+HDP Oy Sayıları) / (AKP+CHP+MHP+HDP Oy Sayısı)	YSK
Politik Rekabet	JDPSOR	2007 2011 2015	AK Parti Oy Sayısı – O İldeki İkinci Parti Oy Sayısı / (AKP+CHP+MHP+HDP Oy Sayısı)	YSK

Tablo 3.5'te çalışmada kullanılan değişkenlerin betimsel istatistiki değerleri gösterilmektedir. Buna göre;

- Kişi başına merkezi yönetim reel sağlık harcaması (PCRHE) en düşük 90 TL ile 2008 yılında İstanbul için gerçekleşmişken, en yüksek ise 2018 yılında 630 TL ile Isparta'da gerçekleşmiştir.

- Yaşlı bağımlılık oranı (ODR) en düşük % 4 ile 2018 yılında Hakkari'de gerçekleşmişken, en yüksek 2018 yılında % 28 ile Sinop'ta gerçekleşmiştir.
- Kişi başına reel Gayrisafi Yurtiçi Hasıla (PCR GDP) en düşük 3.510 TL ile 2007 yılında Ağrı'da gerçekleşmişken, en yüksek ise 2018 yılında 45.180 TL ile Kocaeli'nde gerçekleşmiştir.
- Nüfus yoğunluğu (POPD) en düşük 10 ile 2010 yılında Tunceli'de gerçekleşmişken, en yüksek ise 2018 yılında 2.889 ile İstanbul'da gerçekleşmiştir.
- Kamu sağlık kuruluşları yatak yoğunluğu (BKSIBN) en düşük 2007 yılında 0.62 ile Mardin'de gerçekleşmişken, en yüksek ise 2014 yılında 6.04 ile Bolu'da gerçekleşmiştir.
- Bin kişiye düşen doktor ve hemşire sayısı (THPP) en düşük 2007 yılında 0.64 ile Şırnak'ta gerçekleşmişken, en yüksek ise 2018 yılında 5.72 ile Edirne'de gerçekleşmiştir.
- BSB kukla değişkeni 0 veya 1 değerini almaktadır. BSB değişkeni Büyükşehir Belediyeleri olan iller için 1 değerini alırken, Büyükşehir Belediyesi olmayan iller için ise 0 değerini almaktadır. İstatistiklere göre kullandığımız örneklemin % 28'i büyükşehir belediyelerinden oluşurken, % 62'si büyükşehir belediyesinin olmadığı illerden oluşmaktadır.
- M kukla değişkeni 0 veya 1 değerini almaktadır. M, AKP il belediyeleri için 1 değerini alırken, AKP dışındaki il belediyeleri için ise 0 değerini almaktadır. Örneklemin % 60'ı AKP il belediyelerinden oluşurken, % 40'ı diğer parti belediyelerinden oluşmaktadır.
- AK Parti oy oranı (JDPVR) en düşük 2007 Milletvekili Genel Seçim sonuçlarına göre % 12.27 ile Tunceli'de gerçekleşmişken, en yüksek ise 2015 Milletvekili Genel Seçim sonuçlarına göre % 75.35 ile Rize'de gerçekleşmiştir.
- AK Parti milletvekili sayısı (JDPDN) en düşük 0 milletvekili ile 2011 Milletvekili Genel Seçim sonucuna göre Hakkari ve Iğdır illerinde gerçekleşmişken, 2007, 2011 ve 2015 Genel Milletvekili Seçim sonuçlarına göre Tunceli ve 2015 Genel Milletvekili Seçim sonucuna göre Şırnak olurken yüksek ise 2011 ve 2015 Genel Milletvekili Seçim sonuçlarına göre 46 milletvekili ile İstanbul'da gerçekleşmiştir.

- AK Parti oy sayısı (JDPVN) en düşük 2007 Genel Milletvekili Seçim sonucuna göre 4.689 oy ile Bilecik'te gerçekleşmişken, en yüksek ise 2015 Genel Milletvekili Seçim sonucuna göre 4.518.756 oy ile İstanbul'da gerçekleşmiştir.
- Politik rekabet (JDPAOR) en düşük 2015 Genel Milletvekili Seçim sonucuna göre -0.75 ile Şırnak'ta gerçekleşmişken, en yüksek ise 2011 Genel Milletvekili Seçim sonucuna göre 0.59 ile Çankırı'da gerçekleşmiştir.
- Politik rekabet (JDPSOR) ise en düşük 2015 Genel Milletvekili Seçim sonucuna göre -0.72 ile Şırnak'ta gerçekleşmişken, en yüksek ise 2011 Genel Milletvekili Seçim sonucuna göre 0.87 ile Malatya'da gerçekleşmiştir.

Tablo 3.5. Değişkenlerin Betimsel İstatistik Değerleri

Değişkenler	Gözlem Sayısı	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
PCRHE	972	0.23	0.06	0.09 (İstanbul)	0.63 (Isparta)
ODR	972	0.13	0.04	0.04 (Hakkari)	0.28 (Sinop)
PCRGDP	972	13.19	5.60	3.51 (Ağrı)	45.18 (Kocaeli)
POPD	972	120.49	297.11	10.32 (Tunceli)	2899.87 (İstanbul)
BKSIBN	972	2.30	0.85	0.62 (Mardin)	6.04 (Bolu)
THPP	972	1.20	0.41	0.21 (Şırnak)	2.73 (Ankara)
BSB	972	0.28	0.45	0	1
M	972	0.60	0.45	0	1
JDPVR	972	49.90	13.93	12.27 (Tunceli)	75.35 (Rize)
JDPDN	972	4.08	5.26	0	46 (İstanbul)
JDPVN	972	252241.7	455266.4	4689 (Bilecik)	4518756 (İstanbul)
JDPAOR	972	0.07	0.28	-0.75 (Şırnak)	0.59 (Çankırı)
JDPSOR	972	0.22	0.27	-0.72 (Şırnak)	0.87 (Malatya)

Not: PCRGDP ve PCRHE 1000 TL'dir.

Kaynak: Yazar tarafından hazırlanmıştır.

Tablo 3.6'da çalışmada kullanılan değişkenlerin korelasyon matrisi yer almaktadır. Buna göre BKSIBN ile THPP arasında **0.74** oranında yüksek korelasyon olduğu için iki değişken aynı model içerisinde kullanılmamıştır. Ayrıca politik değişkenlerin kullanıldığı modellerde de POPD değişkeni ile JDPDN ve JDPVN arasında sırasıyla 0.88 ve 0.89 gibi yüksek korelasyon bulunması sebebiyle aynı model içinde yer almamışlardır. Bunlara ilave olarak JDPDN ile JDPVN, JDPVR ile JDPAOR ve JDPSOR, JDPSOR ile JDPAOR aralarında sırasıyla 0.96, 0.97, 0.93 ve 0.95 gibi **yüksek korelasyona** sahip oldukları için aynı model içinde yer almamışlardır.

Ayrıca POPD değişkeninin kullanıldığı tüm modellerde, modelin hata terimi ile arasında yüksek derecede korelasyon olması dolayısıyla POPD'nin katsayısı bozularak anlamlılığını kaybetmekte ve doğru sonuçların elde edilmesine imkan tanımamaktadır. Buna

ilave olarak POPD'nin modellerde kullanılmayan kentsel nüfus yoğunluğu ile ilişkili olabileceği ve *katı dışsallık varsayımını* ihlal edebileceği de düşünüldüğünde POPD değişkeninin tüm modellerden çıkarılmasına karar verilmiş olup, POPD değişkeni hiçbir modelde yer almamıştır.



Tablo 3.6. Korelasyon Matrisi

	PCRHE	ODR	PCRGDP	POPD	BKSIBN	THPP	JDPVR	JDPDN	JDPVN	JDPAOR	JDPSOR
PCRHE	1										
ODR	0.30	1									
PCRGDP	-0.17	0.26	1								
POPD	-0.28	-0.19	0.41	1							
BKSIBN	0.38	0.37	0.12	-0.13	1						
THPP	0.38	0.45	0.41	-0.06	0.74	1					
JDPVR	0.17	0.21	-0.02	-0.03	0.23	0.23	1				
JDPDN	-0.26	-0.24	0.37	0.88	-0.01	0.01	0.14	1			
JDPVN	-0.27	-0.18	0.49	0.89	-0.01	0.07	0.07	0.96	1		
JDPAOR	0.16	0.23	-0.06	-0.03	0.25	0.19	0.97	0.14	0.05	1	
JDPSOR	0.18	0.30	0.00	0.00	0.28	0.25	0.93	0.16	0.08	0.95	1

3.3.2. Yöntem ve Model Seçimi

Ampirik çalışmalarda ekonometrik analiz yapılacaksa öncelikle üç temel yöntem karşımıza çıkmaktadır. Bunlar; zaman serisi, yatay kesit ve zaman serisi ile yatay kesitin birleşiminden oluşan panel veri seti yöntemleridir. Zaman serisi yöntemi ile sadece bir birimin belirli bir döneme ait değişkenleri arasındaki ilişki analiz edilebilmektedir. Örneğin çalışmamızda incelenen 2007-2018 yıllarını kapsayan bir dönemde tek bir birim için değişkenler analiz edilmektedir. Yatay kesit yöntemiyle ise birden fazla birime (individual) ait değişkenler arasındaki ilişki tek bir zaman özelinde analiz edilmektedir. Çalışmamıza uyarlanacak olursa tüm şehirlerin sadece tek bir yıl özelinde analiz edilmesini ifade etmektedir. Panel veri yöntemi ise zaman serisi ile yatay kesit analizlerini kapsamaktadır. Çalışmamızda uygulandığı gibi 2007-2018 yılları arasında tüm şehirlere ait değişkenler arasındaki ilişkiyi analiz etme imkanı sunmaktadır (Gujarati, 2003: 30-35). Dolayısıyla çalışmanın veri seti ve ele aldığı yıllar itibariyle panel veri analiz yöntemine uygun olduğu söylenebilmektedir. Dolayısıyla bu tezde gerçekleştirilen analizler de panel veri yöntemiyle gerçekleştirilmiş olup tahminlenen modeller log-log formatı altında gerçekleştirilmiştir.

Literatürde sağlık harcamaları üzerine gerçekleştirilen çalışmalarda kullanılan yöntemler farklılık göstermektedir. Bunun temel sebebi ise her çalışmada farklı veri setlerinin kullanılıyor olmasıdır. Bazı çalışmalar mikro bazda hanehalkı verilerini kullanıyor iken diğerleri makro ekonomik bazda veri setleri kullanmaktadır. Aynı şekilde bazı çalışmalar yatay kesit veri setleri kullanıyorken bazıları ise panel veriden yararlanmaktadır. Ayrıca literatürde statik ve dinamik panel modelleri kullanılmış olup herbirinden farklı sonuçlar elde edilmiştir (Xu vd., 2011: 1).

Yaşlılık ile sağlık harcamalarının arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda Di Matto ve Di Matteo (1998), Getzen (2002) yatay kesit, pooled (havuzlanmış panel) ve zaman serilerini yöntemini kullanmıştır. Newhouse (1977), Murthy ve Ukpalo (1994), Norton (2000), Gerdtham ve Jönsson (2000), Vatter ve Rüefli (2003) yatay kesit, Giannoni ve Hitiris (2002), Khan vd. (2016) zaman serisi, Zweifel, Felder ve Meiers (1999), Herwartz ve Theilen (2003), Cantarero (2005), Di Matteo (2005), Crivelli vd. (2006), Lopes-Casasnovas ve Saez (2007), Werblow vd. (2007), Wang (2009), Baltagi ve Moscone (2009), Prieto ve Lago-Penas (2012), Samadi ve Rad (2013), Hosoya (2014) panel veri analizini kullanmıştır.

Panel veri, yatay kesit gözlemleri olarak adlandırılan ülkeler, firmalar, hane halkı, bireyler gibi "N" sayıda birim ve "T" sayıda dönemin (ay, mevsim, yıl gibi) birleştirilerek oluşmasından meydana gelmektedir. Panel veri analiz yöntemi geleneksel zaman serileri ve yatay kesit verileri kullanılarak yapılan çalışmalara göre değişkenler arasında birey spesifik gözlenemeyen heterojenliği (individual unobserved heterogeneity) giderdiğinden dolayı ekonometrik tahminlerin etkinliğinin yükselmesine katkıda bulunmaktadır (Yaldız, 2019: 51).

Bunlara ilave olarak panel veri analizinin diğer yöntemlere göre bazı avantajlı özelliği bulunmaktadır. Bunlar (Baltagi, 1995: 3);

- Panel veri analizi firmalar, devletler, ülkeler gibi birimleri heterojen kabul etmektedir. Diğer bir ifadeyle analizde kullanılan birimler içinde heterojenlik sorunu yer almaktadır. Bu sorun panel veri tahmin yöntemiyle ortadan kaldırılabilir.
- Panel veri analizi yatay kesit ve zaman serilerine göre çok daha fazla gözlem kullanılmasına olanak tanımaktadır ve gerçekleştirilen gözlemlerin tek boyutlu olmaması da zaman serisine ve yatay kesit analizlere kıyasla büyük bir avantaj sunmaktadır. Ayrıca değişkenlerinin birbiri ile bağlantılarından kaynaklı ortaya çıkacak sorunlar panel veri analizinde çoğu zaman gözardı edilebilmektedir.

Panel veri ile gerçekleşen regresyon analizinde genel olarak kullanılan basit model şu şekildedir; (Erol, 2007: 33)

$$Y_{it} = a_{it} + \beta_{it}X_{it} + \varepsilon_{it}$$

Burada;

Y_{it} = t zamanında bağımlı değişkenin i'ninci biriminin değerini,

X_{it} = t zamanında bağımsız değişkenin i'ninci biriminin değerini,

ε_{it} = Sıfır ortalama ve sabit varyanslı hata terimini,

β = Ana Bağımsız değişkenin katsayısını ifade etmektedir.

i = 1, 2, 3, N sayıda birimi,

t = 1, 2, 3, T zamanı gösterir.

Panel veri temel olarak *Havuzlanmış Panel (pooled-OLS)*, *Rassal Etkiler yöntemi (random effect)* ve *Sabit Etkiler yöntemi (fixed effect)* olmak üzere üç yöntem bulunmaktadır. İlerleyen dönemlerde ise statik ve dinamik panel modelleri de kullanılmaya başlanmıştır (Gökbulut, 2009: 148). Çalışmada hangi panel veri yönteminin kullanılacağı ise bazı öncül test sınamaları gerçekleştirildikten sonra belirlenmektedir. Bu öncül test sınamaları; Breusch-Pagan (LM) testi, Hausman testi, Wooldridge, Baltagi-Wu ve Waldt testleri olarak sıralanmaktadır. Bu testlerin ne olduğu, nasıl ve niçin kullanıldıkları ise (3.5 Yöntem Analizi ve Model Seçimi) isimli başlıkta detaylı olarak incelenmiştir.

Çalışmada tahminlenen veriler dahilinde bazı öncül testler uygulanmıştır. Bunlar Breusch-Pagan (LM) testi, Hausman testi, Wooldridge, Baltagi-Wu Yerelde En İyi Değişmez Testi ve Değiştirilmiş Wald testleri olarak sıralanmaktadır. Öncül test sonuçları ise (Bakınız EK 2) yer almaktadır.

Öncelikle gerçekleştirilen Breusch-Pagan öncül test sınamasına göre *rassal etkiler* yönteminin, *havuzlanmış panel* yöntemine kıyasla daha uygun olduğu görülmüştür. Sonrasında gerçekleştirilen Hausman öncül test sınamasına göre ise *sabit etkiler* modelinin, *rassal etkiler* modeline göre daha uygun olduğu ortaya çıkmaktadır. Böylelikle ilk etap öncül test sınamalarına göre çalışmadaki modellerde *sabit etkiler* yönteminin kullanılmasının uygun olduğu belirlenmiştir. Öncül test sınaması sonuçları *Havuzlanmış panel*, *Rassal Etkiler* ve *Sabit Etkiler* yöntemleri içinden niçin *sabit etkiler* yönteminin kullanılması gerektiğini açıklamaktadır.

Ayrıca teorik olarak karşılaştırmalı şekilde *sabit etkiler* yönteminin kullanılmasının nedenleriyle açıklanması da büyük önem taşımaktadır. Çalışmadaki analizler ilk olarak şehir kukla değişkenlerini dışlayan ve tüm şehirleri aynı özelliklere sahip olarak kabul eden *havuzlanmış panel* yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Ancak bu yöntem şehirlere özgü gözlemlenemeyen ve kişi başına reel sağlık harcamalarını etkilemesi mümkün olan tarihi, kültürel ve kurumsal faktörleri içinde barındırmamaktadır. Diğer bir ifadeyle tüm şehirleri ayırt etmeksizin birbirinin aynısı olarak kabul etmektedir. Bu şekilde birimleri homojen varsayan bir analiz, olası gözlenemeyen birim spesifik faktörlerin kontrolüne gerek duymadığından yanlış katsayılar elde edilmesine sebep olabilmektedir. Çünkü ampirik analizlerin genelinde gözlenemeyen faktörler modeldeki açıklayıcı değişkenlerle ilişkili olup yüksek ihtimalle katı dışsallık varsayımını ihlal etmektedirler (Brüderl ve Ludwig, 2015: 329). Ayrıca yapılan Breusch Pagan öncül test sınaması sonucuna göre de

havuzlanmış panel yöntemi yerine *rassal etkiler* yönteminin kullanılmasının uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Diğer bir yöntem olan *rassal etkiler* yöntemi ise *havuzlanmış panel yönteminin* aksine şehirleri birbirinden farklı görmesine karşın şehirlere ait gözlenemeyen faktörlerin modeldeki diğer açıklayıcı değişkenlerle ilişkisiz olduğunu yani katı dışsallık varsayımının geçerli olduğunu varsaymaktadır. *Rassal etkiler* yöntemiyle elde edilecek sonuçları yanı kılacaktır. Ancak *sabit etkiler* yöntemi yıllar itibariyle her birime ait gözlemlerden birim ortalamalarını çıkararak çalıştığından (Wooldridge, 2010), şehirlere özgü zamandan bağımsız gözlenemeyen faktörlerin etkisini elimine edecek, böylece yansız ve tutarlı sonuçlar verecektir. Ayrıca Hausman öncül test sınaması sonucuna göre de *sabit etkiler* yönteminin, *rassal etkiler* yöntemine göre daha uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ancak *sabit etkiler* yönteminde her bir şehre özgü verilen intercept değerleri zamanla değişmemektedir. Dolayısıyla *sabit etkiler* yöntemi; her bir şehre özgü zamanla değişmeyen özellikleri kontrol etmek için kullanılmaktadır. Ancak zamanla değişen özellikleri de kontrol etmek amacıyla modele şehre özgü zaman trendleri eklenerek etkileri kontrol edilebilir. Şehre özgü zaman trendleri zamanla değişen ve gözlemlenemeyen faktörlerin kontrolüne olanak tanımaktadır (Brüderl ve Ludwig, 2015: 329). Dolayısıyla tahminlenen modellere şehre özgü zaman trendleri eklenmiştir.

Sonuç olarak gerçekleştirilen öncül test sınamaları ve yöntemlerin kendine has özelliklerinden detaylı olarak bahsedilmesinden sonra *sabit etkiler* modelinin uygunluğu belirlenmiş olup otokorelasyon ve değişen varyans sorunlarının tespiti için sınamalar gerçekleştirilmiştir. Bu aşamada sabit etkiler modelinde otokorelasyonu test eden Baltagi-Wu Yerelde En İyi Değişmez testi ile ve değişen varyans sınaması olarak bilinen Değiştirilmiş Wald testi uygulanmış ve hem otokorelasyon hem de değişen varyans sorunları olduğu tespit edilmiştir. Baltagi-Wu Yerelde En İyi Değişmez testi ile tespit edilen otokorelasyon sorunu ayrıca Wooldridge otokorelasyon testi ile de sınanarak onaylanmıştır. Ayrıca tezde kullanılan panel veride zaman serileri boyutunun küçük olması sebebiyle yatay kesit bağımlılığı (cross-sectional dependence) ve birim kök (unit root) testleri gerçekleştirilmemiştir (Baltagi, 2005: 239). *Sabit etkiler* yöntemindeki otokorelasyon ve değişen varyans sorununun varlığı altında dirençli (robust) tahminler elde etmek amacıyla analizlerin gerçekleştirildiği STATA programında “cluster” komutu kullanılmıştır (Hoecle,

2020: 4). Böylelikle sabit etkiler yöntemiyle elde edilen sonuçların güvenilirliği sağlanmış olmaktadır.

Sabit etkiler yönteminin orijinal hali denklem (1)'de gösterilmektedir. Denklem (2)'de ise sabit etkiler yöntemiyle bu tezdeki değişkenleri içeren denklem gösterilmektedir. Denklem (3) ise denklem (2)'de belirtilen bağımsız değişkenlere ek olarak İktidar Partisi (AK Parti) oy oranı, AK Parti milletvekili sayısı, AK Parti oy sayısı ve Politik rekabet değişkenleri olan [(AK Parti Oy Sayısı) – (CHP+MHP+HDP Oy Sayıları)] / [AK Parti+CHP+MHP+HDP Oy Sayısı] ve (AK Parti Oy Sayısı – O İldeki İkinci Parti Oy Sayısı) / (AK Parti +CHP+MHP+HDP Oy Sayısı) gibi politik değişkenler eklenerek oluşturulmuştur.

$$y_{it} = \alpha_i + \beta_1 x_{it} + \dots \beta_k x_{kit} + \mu_t + v_{it} \quad (1)$$

$$LNPCRHE_{it} = \alpha_i + \beta_1 LNODR_{it} + \beta_2 LNECO_{it} + \mu_t + v_{it} \quad (2)$$

$$LNRHN_{it} = \alpha_i + \beta_1 LNODR_{it} + \beta_2 LNECO_{it} + \beta_3 LNPOL_{it} + \mu_t + v_{it} \quad (3)$$

i: çalışmada kullanılan Türkiye'nin 81 ilini,

t: 2007-2018 yılları arası olan 12 yılı,

y_{it}: bağımlı değişken olarak kullanılan kişi başına düşen reel sağlık harcamalarını,

α_i : (individual intercept) olarak bilinen yatay kesit birimlerin kendine özgü ve zamanla değişmeyen özelliklerini kontrol etmek amacıyla eklenmektedir. Aynı zamanda "sabit etkiler" olarak adlandırılmaktadır,

x_{it} : bağımlı değişkene asıl etkisi incelenen temel bağımsız değişken olan yaşlı bağımlılık oranını,

ECO_{it} : çalışmada kullanılan diğer tüm kontrol değişkenlerini ifade etmektedir. Bunlar; kişi başına reel GSYİH, özel sağlık kuruluşu yatak oranı, özel sağlık kuruluşu oranı, doktor yoğunluğunu ifade etmektedir.

POL_{it} : çalışmada kullanılan politik değişkenleri ifade etmektedir.

μ_t : yıl kukla değişkenlerini ifade etmektedir.

v_{it} : hata terimlerini ifade etmektedir.

Bunlara ilave olarak bağımlı değişkenin geçmiş dönem değerlerinin yüksek olasılıkla cari dönem değerlerini etkilemesinden dolayı ve geçmiş dönem kişi başına düşen sağlık harcamalarının cari dönem sağlık harcamaları üzerine etkisini görebilmek amacıyla (1)'deki regresyon denkleminin sağ tarafına bağımlı değişkenin bir yıl gecikmesinin (lag) eklenerek yeni bir denklem oluşturulması (4) düşünülmüştür.

$$y_{it} = \alpha_i + \beta_1 y_{it-1} + \beta_2 x_{it} + \dots + \beta_k x_{kit} + \mu_t + v_{it} \quad (4)$$

Ancak denklem (4)'de ki modelin sabit etkiler yöntemi ile analiz edilmesi yanlış ve tutarsız sonuçlara neden olmaktadır çünkü sabit etkiler modelinde bağımlı değişkenin bir yıl gecikmeli halinin bağımsız değişken olarak modele eklenmesi içsellik (endogeneity) sorununa yol açmaktadır. Çünkü dinamik panel veri modellerinde y_{it} zamandan bağımsız birim spesifik etkiler olan v_i 'nin bir fonksiyonu olduğundan y_{it-1} 'de v_i 'nin bir fonksiyonu durumundadır. Böylelikle bağımsız değişken olan y_{it-1} , v_i 'yi de içeren hata terimi ile korelasyon içerisinde yer olmaktadır. Bu durumda katı dışsallık varsayımı bozularak, tahminçiler tutarsız ve sapmalı sonuçlar içermektedir. Bu durum literatürde *Nickel Yanlılığı* (Nickell Bias) ya da *Dinamik Panel Yanlılığı* (Dynamic Panel Bias) olarak adlandırılmaktadır (Nickell, 1981: 1417). Nickel (1981), sonlu T ve $N \rightarrow \infty$ durumunda bu yanlılığın ortaya çıktığını ama T sonsuza giderken yanlılığın oluşmayacağını kanıtlamıştır.

Tez çalışmasında kullanılan örnekleme zamanın boyutunu gösteren T küçüktür o yüzden Nickel yanlılığına rastlamak yüksek olasılıkla mümkündür. Bu yanlılığı ortadan kaldırmak amacıyla denkleme yaşlı bağımlılık oranı ile ilişkili ancak reel sağlık harcamaları ile ilişkisi olmayan bir araç değişken eklenmesi gerekmektedir. Ancak bu tür araç değişkenlerin bulunması çok düşük düzeyde bir ihtimal olarak kalmaktadır. Dolayısıyla *sabit etkiler* yönteminde bağımlı değişkenin gecikmeli halinin denkleme bağımsız değişken olarak eklenmesiyle ortaya çıkan içsellik sorununu ortadan kaldırmak amacıyla *dinamik panel modelleri* olarak ta bilinen *Genelleştirilmiş Momentler Metodu* (GMM) önerilmektedir (Roodman, 2009: 102). Ayrıca dinamik panel modeller bağımlı değişken ile bağımsız değişken arasında karşılıklı etkileşim yüzünden ortaya çıkacak tersine nedensellik (reverse causality) problemine de çözüm getirmektedir (Leszczensky ve Wolbring, 2019: 7).

Dinamik panel tahmincileri olan Arellano ve Bond (1991), Arellano ve Bover (1995), Blundell ve Bond (1998) olarak bilinen iki ayrı GMM dinamik panel tahmincileri kullanılmaktadır (Özdamar, 2017: 16). Arellano-Bond, Arellano-Bover/Blundell-Bond dinamik panel tahmincileri belli şartlar altında çalışmaktadır. Bunlar; i) panel verinin büyük N (birim) ve küçük T'ye (dönem) sahip olması, ii) doğrusal fonksiyonel ilişkinin olması, iii) dinamik olan değişkenin geçmiş değerlerine bağlı olması, iv) bağımsız değişkenlerin geçmiş veya şimdiki değerlerinin hata terimleriyle korelasyon içinde olması, v) sabit birime özgü etkilerin olması (fixed individual effects) ve otokorelasyon ile değişen varyans (heteroskedasticity) sorunlarının varlığı olarak sıralanmaktadır (Roodman, 2009: 86). Bu tezde GMM kullanılmasının nedeni i) örneklemin 81 il ile yani büyük N ve 12 yıl küçük T'ye (dönem) sahip olduğu ii) doğrusal bir fonksiyonun analiz edilmesi, iii) bağımlı değişken olan PCRHE'nin gecikmeli değeri (L1.PCRHE) ile korelasyon içinde olması, iv) bağımsız değişkenlerin hata terimleri ile yüksek olasılıkla korelasyon içinde olması, v) şehirlere özgü zamanla değişmeyen ve gözlenemeyen faktörler olması, vi) otokorelasyon ve değişen varyans sorunlarına rastlanmasıdır. Dolayısıyla Arellano-Bond, Arellano-Bover/Blundell-Bond dinamik panel tahmincilerinin çalışması için tüm şartların uygun olduğu görülmektedir.

Arellano ve Bond (1991) bağımlı değişkenin gecikmeli halinin bağımsız değişken olarak eklenmesiyle hata terimleri ile arasında korelasyon ortaya çıktığı için, bu dinamik panel tahmincileri zamanla değişmeyen ve gözlemlenemeyen heterojenliğini (time-invariant unobserved heterogeneity) ortadan kaldırmak amacıyla değişkenlerin ilk farklarını alarak analizi gerçekleştirmektedir (Leszczensky ve Wolbring, 2019: 8). Diğer bir ifadeyle Arellano-Bond (1991) tahmini GMM metodu ile farkını alarak onları transforme ederek analiz etmekte olup fark GMM (difference GMM) olarak bilinmektedir. (Roodman, 2009: 86).

Arellano-Bond (1991) denklem (4)'te yer alan gözlemleneyen heterojenliği (α_i) ortadan kaldırmak amacıyla da kullanılmakta olup bu tezdeki değişkenlerin eklenmesiyle formülize edilmiş hali (5) gösterilmektedir.

$$\Delta LNPCRHE_{it} = \beta_1 \Delta LNPCRHE_{it-1} + \beta_2 \Delta LNODR_{it} + \beta_3 \Delta LNECO_{it} + \beta_4 \Delta LNPOL_{it} + \Delta \mu_t + \Delta v_{it} \quad (5)$$

Sistem GMM olarak bilinen Arellano-Bover/Blundell-Bond tahmincisi Arellano-Bond tahmincisine ek olarak yeni bir denklem üretmektedir. Bu denklem (6) değişkenlerin

düzy seviyelerinde elde edilmektedir. Yani böylelikle iki denklem elde edilmiş olmaktadır. İlk denklem değişkenlerin ilk farkından elde edilen, ikincisi ise değişkenlerin düzey seviyesinden elde edilmiş olmaktadır. Böylelikle ikinci denklemin eklenmesiyle, ek enstrüman değişkenler de elde edilmektedir. Yani fark düzeyinde elde edilen denklemdeki enstrüman değişkenler açıklayıcı değişkenlerin gecikmeli hali olurken, düzey seviyesinde elde edilen enstrüman değişkenler ise açıklayıcı değişkenlerin gecikmeli farklarından elde edilmektedir. Arellano-Bover/Blundell-Bond Sistem GMM tahmincisi otokorelasyon sorunu ve hata terimlerindeki değişen varyans sorunları altında analizi daha sağlıklı şekilde gerçekleştirmektedir. Ayrıca sabit etkiler modelinde dinamik panel uygulanmasıyla ortaya çıkan içsellik sorununu ortadan kaldırdığı için bilhassa uygulanan metot olarak karşımıza çıkmaktadır.

$$\Delta LNPCRHE_{it} = \beta_1 \Delta LNPCRHE_{it-1} + \beta_2 \Delta LNODR_{it} + \beta_3 \Delta LNECO_{it} + \beta_4 \Delta LNPOL_{it} + \Delta \mu_t + \Delta v_{it} \quad (6)$$

$$LNPCRHE_{it} = \beta_1 LNPCRHE_{it-1} + \beta_2 LNODR_{it} + \beta_3 LNECO_{it} + \beta_4 LNPOL_{it} + \mu_t + v_{it}$$

Genel olarak hangi panel veri yönteminin kullanılacak olduğu bu tezdeki veri seti dahilinde gerçekleştirilen öncül test sınamaları sonuçlarına göre ve çeşitli panel yöntemlerinin teorik alt yapıları incelenerek karşılaştırmalı olarak analiz edilmiştir. Sonuç olarak Arellano-Bover/Blundell-Bond sistem GMM tahmincisi sonuçlarının otokorelasyon ve değişen varyans sorunları altında daha sağlıklı sonuçlar ürettiği ve içsellik sorununu giderebilmesi gibi özelliklerinden dolayı Arellano-Bond/Blundell-Bover Sistem GMM tahmincisi kullanılmıştır. Arellano-Bover/Blundell-Bond sistem GMM tahmincisi ile tahminleme yapılırken Roodman (2009) önerdiği “xtabond2” komutu kullanılmıştır. Weindmeijer (2005) iki adımlı GMM’in (two-step GMM) standart hataların katsayılarını tahmin etmede daha etkili sonuçlar ortaya koyduğunu savunmaktadır. Ayrıca Roodman (2009) “robust” komutunun da otokorelasyon ve değişen varyans sorunlarının varlığı altında dirençli tahminler üretmek için kullanıldığını belirtmektedir. Dolayısıyla Arellano-Bover/Blundell-Bond sistem GMM analizi yapılırken modelin sonuna “twostep robust” komutu eklenerek model tahminlemesi gerçekleştirilmiştir. Ayrıca endojen yani içsel olduğu düşünülen değişkenin 2 veya üzeri gecikmesi alınmakta iken eksojen olan değişkenin ise bir gecikmeli hali alınarak enstrüman değişken yaratılmaktadır (Roodman, 2009: 108). Bu kapsamda ODR diğer gözlemleyemediğimiz değişkenlerle ilişkili

olabileceği durumda katı dışsallık varsayımını ihlal edeceğinden yani içsel olacağından 2 gecikmeli hali alınarak analizler gerçekleştirilmiştir.

Tablo 3.7. Çalışmada Tahminlenen Modeller

Değişkenler	Model I	Model II	Model III	Model IV
LNPCRHE	+	+	+	+
LNODR	+	+	+	+
LNPCR GDP	-	+	+	+
LNBKSIBN	-	-	+	-
LNTHPP	-	-	-	+
BSB	+	+	+	+
M	+	+	+	+

Not: “+” işareti değişkenlerin modele dahil olduğunu ifade etmektedir. “-” işareti ise değişkenlerin dahil edilmediğini ifade etmektedir.

Yukarıdaki Tablo 3.7’de tahmin edilen 4 ana ekonometrik model yer almaktadır. Buna göre; denklem (6) yani Arellano-Bover/Blundell-Bond sistem GMM tahmincisi baz alınarak gerçekleştirilen modellerde birbirini takip eden her bir modele ilave kontrol değişken eklenerek analizler gerçekleştirilmiştir.

Aşağıdaki Tablo 3.8’de tahmin edilen 4 ana ekonometrik modele politik değişkenler de eklenmiştir. Buna göre; denklem (8) yani Arellano-Bover/Blundell-Bond sistem GMM tahmincisi baz alınarak gerçekleştirilen modellerde birbirini takip eden her bir modele ilave olarak 5 adet politik değişken (LNJDPVR, JDPDN, LNJD PVN, JDPAOR, JDPSOR) ve 2 adet politik değişken grubu (JDPDN ve JDPAOR ile JDPDN ve JDPSOR) eklenerek analizler gerçekleştirilmiştir. Böylelikle her bir ana modelden 7 adet politik değişkenli model grubu oluşturularak toplam (4 ana model x 7 politik değişken =28 toplam model) 28 adet politik değişkenli model tahminlenmiştir.

$$\Delta LNPCRHE_{it} = \beta_1 \Delta LNPCRHE_{it-1} + \beta_2 \Delta LNODR_{it} + \beta_3 \Delta LNECO_{it} + \beta_4 \Delta LN POL_{it} + \Delta \mu_t + \Delta v_{it} \quad (7)$$

$$LNPCRHE_{it} = \beta_1 LNPCRHE_{it-1} + \beta_2 LNODR_{it} + \beta_3 LNECO_{it} + \beta_4 LN POL_{it} + \mu_t + v_{it}$$

Tablo 3.8. Çalışmada Tahminlenen Politik Modeller

Değişkenler	P-Model I	P-Model II	P-Model III	P-Model IV
LNPCRHE	+	+	+	+
LNODR	+	+	+	+
LNPCRGDP	-	+	+	+
LNBKSIBN	-	-	+	-
LNTHPP	-	-	-	+
BSB	+	+	+	+
M	+	+	+	+
LNJDPVR				
JDPDN				
LNJDPVN	+	+	+	+
JDPAOR				
JDPSOR				

Not: “+” modele dahil edilmiştir. “-“ ile ifade edilen modele dahil edilmemiştir. Herbir model politik değişkenler dahil edilerek tahminlenecektir.

Bu tezde gerçekleştirilen tüm tahminler Stata 14.2 programı vasıtasıyla gerçekleştirilmiştir. Ayrıca *havuzlanmış panel*, *rassal etkiler*, *sabit etkiler* ve *tek adımlı GMM metoduyla* tahmin sonuçları da gösterilmiş (Bakınız EK 3, EK 4, EK 5.....Ek 34) ancak sonuçlar yorumlanmamıştır.

3.4. Öncül Testler

Panel veri yöntemi uygulanmadan önce hangi metodun (sabit etkiler, rassal etkiler veya havuzlanmış panel) uygulanacağını belirlemek gerekmektedir. Bu yöntemler arasından çalışmaya en uygun olanı belirlenirken ilk olarak rassal etkiler yönteminin mi yoksa havuzlanmış panel veri yönteminin mi kullanılacağı *Breusch-Pagan Testi* ile belirlenir. Çalışmada gerçekleştirilen Breusch-Pagan test sonucuna göre havuzlanmış panel verinin daha avantajlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Breusch ve Pagan, 1979: 12).

Breusch-Pagan testinden sonra rassal etkiler modeli mi yoksa sabit etkiler modelinin mi tercih edileceği *Hausman Testi* ile belirlenmektedir. Bu yöntem bağımsız değişken ile hata terimi arasındaki ilişki olup olmadığını incelemek için kullanılmaktadır. Yapılan hausman testi sonuçları (Bakınız EK 2)’de detaylı olarak gösterilmiştir. Hausman testi sonuçlarına göre sabit etkiler modelinin kullanımının daha uygun olduğu görülmüştür.

Panel veri analizinde kullanılacak model belirlendikten sonra birimlerin kendi aralarında ilişkisi olup olmadığı durumunu ortaya koyan yatay kesit bağımlılığı önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sorunun tespiti için *Pesaran CD yatay kesit bağımlılığı testi* kullanılmaktadır (Pesaran, 2004: 3). Çalışmada gerçekleştirilen Pesaran CD

yatay kesit bağımlılığı sonuçlarına göre modellerde yatay kesit bağımlılığı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Yatay kesit bağımlılığının kontrolünün ardından hata terimlerinin sabit varyans mı değişen varyansa mı sahip olduğunun araştırılması gereklidir. Bu kapsamda değişen varyans (heteroskedasticity) tespiti için *Değiştirilmiş Wald Testi* kullanılmaktadır (Murteida vd, 2013: 1). Yapılan Wald testi sınamasına göre modellerde değişen varyans sorunu tespit edilmiştir.

Değişen varyans sorununun test edilmesinden sonra otokorelasyon testi yapılmaktadır. Hata terimlerinin birbirleri ile ilişkili olma durumu olarak adlandırılan *otokorelasyon* tüm zaman serilerinde olduğu gibi panel veri analizinde de büyük bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Dolayısıyla, bu sorunun olup olmadığının tespiti önem arz etmektedir. Panel veri analizinde otokorelasyon olup olmadığının tespiti *Wooldridge testiyle* yapılmaktadır (Wooldridge, 2002: 287). Gerçekleştirilen Wooldridge testine göre modellerde otokorelasyon sorununa rastlandığı görülmüş olup öncül test sınamaları eksiksiz olarak gerçekleştirilmiştir.

3.5. Ampirik Analiz ve Sonuçlar

Aşağıdaki Tablo 3.9’da 4 ana modelin tahmin sonuçları yer almaktadır. Modellerin tahmin sonuçlarını ele almadan önce AR(1), AR(2) ve Hansen Test sonuçları her bir modelin altında yer almaktadır. Buna göre AR(1) sonucu birinci dereceden otokorelasyon olduğunu, AR(2) sonucu ikinci dereceden otokorelas olmadığını ve Hansen test sonucu ise aşırı tanımlama kısıtlamalarının geçerli olduğunu göstermekte ve analizlerin sonuçlarının düzgün ve güvenilir olduğunu sunmaktadır. Tahminlenen ilk 4 ana modelden elde edilen sonuçlar model bazında ayrı ayrı olarak yorumlanmıştır. Buna göre;

Tablo 3.9. Sistem GMM Model Tahmini Sonuçları

Modeller	(Model 1)	(Model 2)	(Model 3)	(Model 4)
LNPCRHE (lag)	0.809*** (0.043)	0.758*** (0.039)	0.721*** (0.038)	0.706*** (0.042)
LNODR	0.0744*** (0.013)	0.107*** (0.020)	0.073*** (0.019)	0.067*** (0.016)
LNPCRGDP	-	-0.0512** (-0.020)	-0.059*** (-0.018)	-0.076*** (-0.017)
LNBKSIBN	-	-	0.0888*** (-0.018)	-
LNTHPP	-	-	-	0.160*** (-0.033)
BSB	-0.022 (-0.014)	-0.016 (-0.013)	-0.030*** (-0.011)	-0.035*** (-0.012)
M	0.005 (-0.008)	0.008 (-0.01)	0.010 (-0.010)	0.006 (-0.009)
Gözlem Sayısı	810	810	810	810
Şehir Sayısı	81	81	81	81
AR(1)	-5.72 (0.000)	-5.76 (0.000)	-5.75 (0.000)	-5.71 (0.000)
AR(2)	1.33 (0.182)	1.29 (0.198)	1.20 (0.23)	1.36 (0.174)
Hansen Test	73.33 (0.134)	72.61 (0.147)	74.32 (0.117)	72.46 (0.15)

Not: Standart hatalar parantez içerisinde gösterilmiştir. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. İstatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar **kalin** olarak işaretlenmiştir.

Model 1: LNODR'de görülecek olan % 1'lik artış o şehirdeki LNPCRHE'yi % 0.074 oranında artırmaktadır. Ayrıca BSB ve M'nin LNPCRHE üzerinde bir etkisi olmadığı görülmektedir.

Model 2: LNDOR'de görülecek olan % 1'lik artış o şehirdeki LNPCRHE'yi % 0.10 oranında artırmaktadır. LNPCRGDP görülecek olan % 1'lik artış ise o şehirdeki LNPCRHE'de % 0.05 oranında bir azalışa neden olmaktadır. BSB ve M kukla değişkenlerinin ise LNPCRHE üzerinde bir etkisinin olmadığı görülmektedir.

Model 3: LNODR'de gerçekleşecek olan % 1'lik artış o şehirdeki LNPCRHE % 0.073 artırmaktadır. LNPCRGDP'de meydana gelecek % 1'lik artış LNPCRHE'de % 0.05'lik bir azalmaya sebebiyet vermektedir. LNBKSIBN'de görülecek % 1'lik artış o şehirdeki LNPCRHE'yi % 0.08 artırmaktadır. Diğer modellerin aksine BSB ile PCRHE arasında negatif ve anlamlı bir ilişki mevcuttur. BSB yani büyükşehir belediyesi olmak LNPCRHE'yi % 0.03 oranında azaltmaktadır. M kukla değişkeninin ise LNPCRHE ile arasında bir ilişki bulunmamaktadır.

Model 4: LNODR'de görülen olan % 1'lik artış LNPCRHE'yi % 0.067 olarak artırmaktadır. LNPCR GDP'de görülen % 1'lik artış LNPCRHE'yi % 0.07 olarak azaltmaktadır. LNTHTPP'de görülen % 1'lik artış LNPCRHE'yi % 0.16 oranında artırmaktadır. BSB olmak LNPCRHE'yi % 0.03 oranında azaltma iken M kukla değişkeninin LNPCRHE ile bu modelde de bir ilişkisi olmadığı görülmektedir.

Genel olarak ilk 4 ana model incelendiğinde; LNODR ile LNPCRHE arasında pozitif ve istatistik olarak anlamlı bir ilişkinin mevcut olduğu görülmektedir. Ancak bu ilişkinin yani LNODR'nin LNPCRHE üzerindeki pozitif etkisinin minimum düzeyde kaldığı görülmektedir. LNPCR GDP ile LNPCRHE arasında ise negatif ve anlamlı bir ilişki mevcut görülmektedir. LNPCR GDP'nin LNPCRHE ile arasındaki negatif ilişki boyutunun da minimum düzeyde kaldığı izlenmektedir. LNBKSIBN ile LNPCRHE arasında pozitif ve anlamlı ilişki olduğu ve aralarındaki ilişkinin de minimum düzeye yakın olduğu gözlenmektedir. LNTHTPP ise LNPCRHE ile pozitif ve anlamlı ilişkiye sahip olmasının yanında diğer değişkenlerle kıyaslandığında LNPCRHE ile olan ilişki derecesinin daha yüksek olduğu görülmektedir. BSB olmanın o şehirdeki LNPCRHE'yi azalttığı görülmesine karşın M kukla değişkeninin LNPCRHE ile arasında bir ilişki olmadığı görülmektedir.

Aşağıdaki Tablo 3.10'da Model 1'de yer alan denkleme politik değişkenler eklenerek oluşturularak elde edilen 7 modelin tahmin sonuçları yer almaktadır. Bu modeller sırasıyla (1.1), (1.2), (1.3), (1.4), (1.5), (1.6) ve (1.7) olarak isimlendirilmiştir. Modellerin tahmin sonuçlarını ele almadan önce AR(1), AR(2) ve Hansen Test sonuçları her bir modelin altında yer almaktadır. Buna göre AR(1) sonucu birinci dereceden otokorelasyon olduğunu, AR(2) sonucu ikinci dereceden otokorelasyon olmadığını ve Hansen test sonucu ise aşırı tanımlama kısıtlamalarının geçerli olduğunu göstermekte ve analizlerin sonuçlarının düzgün ve güvenilir olduğunu sunmaktadır. Tahminlenen ilk 4 ana modelden elde edilen sonuçlar model bazında ayrı ayrı olarak yorumlanmıştır.

Tablo 3.10. Sistem GMM Model Tahmini Sonuçları (Eko-Politik Değişkenler 1)

Modeller	Model (1.1)	Model (1.2)	Model (1.3)	Model (1.4)	Model (1.5)	Model (1.6)	Model (1.7)
LNPCRHE (lag)	0.810*** (0.042)	0.787*** (0.046)	0.776*** (0.049)	0.807*** (0.042)	0.812*** (0.042)	0.784*** (0.0456)	0.789*** (0.045)
LNODR	0.071*** (0.015)	0.076*** (0.014)	0.085*** (0.015)	0.070*** (0.015)	0.064*** (0.015)	0.071*** (0.015)	0.064*** (0.016)
LNJDPVR	0.010 (-0.023)	-	-	-	-	-	-
JDPDN	-	-0.001* (-0.000)	-	-	-	-0.0015* (-0.000)	-0.001* (-0.000)
LNJDPVN	-	-	-0.016** (-0.008)	-	-	-	-
JDPAOR	-	-	-	0.015 (-0.024)	-	0.02 (-0.027)	-
JDPSOR	-	-	-	-	0.028 (-0.022)	-	0.035 (-0.025)
BSB	-0.022 (-0.014)	-0.018 (-0.014)	-0.002 (-0.016)	-0.022 (-0.014)	-0.022 (-0.014)	-0.018 (-0.014)	-0.018 (-0.014)
M	0.001 (-0.010)	0.009 (-0.009)	0.0123 (-0.010)	0.000 (-0.010)	-0.002 (-0.009)	0.003 (-0.010)	0.000 (-0.010)
Sabit	0 (0)	-0.191*** (-0.057)	0.000 (-0.087)	0 (0)	-0.183*** (-0.060)	0 (0)	-0.061 (-0.069)
Gözlem Sayısı	810	810	810	810	810	810	810
Şehir Sayısı	81	81	81	81	81	81	81
AR(1)	-5.79 (0.000)	-5.71 (0.000)	-5.66 (0.000)	-5.80 (0.000)	-5.81 (0.000)	-5.74 (0.000)	-5.76 (0.000)
AR(2)	1.68 (0.168)	1.30 (0.195)	1.23 (0.218)	1.37 (0.169)	1.42 (0.156)	1.35 (0.178)	1.40 (0.162)
Hansen Test	73.12 (0.138)	73.23 (0.136)	74.16 (0.120)	73.16 (0.137)	73.25 (0.136)	73.08 (0.138)	73.21 (0.136)

Not: Standart hatalar parantez içerisinde gösterilmiştir. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. İstatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar **kalı**n olarak işaretlenmiştir.

Model 1.1: LNODR’de görülen % 1’lik artış LNPCRHE’de % 0.071’lik artışa neden olmaktadır. LNJDVPR ile LNPCRHE arasında herhangi bir ilişki tespit edilememiştir. BSB ve M kukla değişkenleriyle de LNPCRHE arasında bir ilişkinin olmadığı görülmektedir.

Model 1.2: LNODR’de görülen % 1’lik artış o şehirde LNPCRHE’de % 0.076’lik artışa sebep olmaktadır. JDPDN’de görülen % 1’lik artış ise LNPCRHE’de % 0.001 oranında bir azalışa neden olmaktadır. BSB ve M kukla değişkenleriyle de LNPCRHE arasında bir ilişkinin olmadığı görülmektedir

Model 1.3: LNODR’de görülen % 1’lik artış LNPCRHE’yi % 0.085 artırmaktadır. LNJDVPR’de görülen % 1’lik artış ise LNPCRHE’yi % 0.016 azaltmaktadır. BSB ve M kukla değişkenleriyle de LNPCRHE arasında bir ilişkinin olmadığı görülmektedir.

Model 1.4: LNODR'de görülen % 1'lik artış LNPCRHE'de % 0.070 artışa sebebiyet verdiği görülmektedir. JDPAOR ile LNPCRHE arasında herhangi bir ilişki tespit edilememiştir. Ayrıca BSB ve M kukla değişkenleriyle de LNPCRHE arasında bir ilişkinin olmadığı görülmektedir.

Model 1.5: LNODR'de görülen % 1'lik artışın o şehirdeki LNPCRHE üzerinde % 0.064 oranında artışa neden olacağı görülmektedir. JDPSOR ile LNPCRHE arasında herhangi bir ilişki tespit edilememiştir. Ayrıca BSB ve M kukla değişkenleriyle de LNPCRHE arasında bir ilişkinin olmadığı görülmektedir.

Model 1.6: LNODR'de görülen % 1'lik artışın LNPCRHE'de % 0.071'lik artışa neden olacağı görülmektedir. JDPDN'deki % 1'lik artışın LNPCRHE'yi % 0.01 oranında azaltacağı görülmektedir. JDPAOR ile LNPCRHE arasında herhangi bir ilişki tespit edilememiştir. Ayrıca BSB ve M kukla değişkenleriyle de LNPCRHE arasında bir ilişkinin olmadığı görülmektedir.

Model 1.7: LNODR'de görülen % 1'lik artışın o şehirdeki LNPCRHE'yi % 0.064 artırdığı görülmektedir. JDPDN'deki % 1'lik artışın LNPCRHE'yi % 0.01 oranında azaltacağı görülmektedir. JDPSOR ile LNPCRHE arasında herhangi bir ilişki tespit edilememiştir. Ayrıca BSB ve M kukla değişkenleriyle de LNPCRHE arasında bir ilişkinin olmadığı görülmektedir.

Genel olarak Model 1'in ana model olarak ele alındığı ve 7 politik değişken eklenerek oluşturulan Model (1.1), Model (1.2), Model (1.3), Model (1.4), Model (1.5), Model (1.6) ve Model (1.7) incelendiğinde tüm modellerde LNODR ile LNPCRHE arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin mevcut olduğu görülmektedir. Ancak bu ilişkinin yani LNODR'nin LNPCRHE üzerindeki pozitif etkisinin minimum düzeyde kaldığı görülmektedir. Ancak politik değişkenlerin JDPDN ve LNJDVPN dışında LNPCRHE ile aralarında bir ilişki olmadığı görülmektedir. JDPDN ile LNJDVPN değişkenlerinin LNPCRHE ile negatif ve anlamlı bir ilişkiye sahip olmasına karşın katsayılarının düşük olduğu göze çarpmaktadır.

Tablo 3.11. Sistem GMM Model Tahmini Sonuçları (Eko-Politik Değişkenler 2)

Modeller	Model (2.1)	Model (2.2)	Model (2.3)	Model (2.4)	Model (2.5)	Model (2.6)	Model (2.7)
LNPCRHE (lag)	0.757*** (0.038)	0.755*** (0.039)	0.744*** (0.0421)	0.758*** (0.038)	0.757*** (0.039)	0.755*** (0.039)	0.753*** (0.039)
LNODR	0.108*** (0.023)	0.104*** (0.020)	0.110*** (0.020)	0.106*** (0.023)	0.099*** (0.024)	0.101*** (0.023)	0.093*** (0.025)
LNPCR GDP	-0.052*** (-0.020)	-0.046** (-0.021)	-0.044** (-0.0211)	-0.051** (-0.020)	-0.049** (-0.020)	-0.045** (-0.021)	-0.042* (-0.021)
BSB	-0.016 (-0.013)	-0.014 (-0.013)	0.002 -0.0158	-0.016 (-0.013)	-0.017 (-0.013)	-0.014 (-0.013)	-0.015 (-0.013)
M	0.009 (-0.012)	0.010 (-0.01)	0.014 -0.0105	0.007 (-0.012)	0.002 (-0.012)	0.008 (-0.012)	0.004 (-0.012)
LNJDPVR	-0.0014 (-0.028)	-	-	-	-	-	-
JDPDN	-	-0.000 (-0.000)	-	-	-	-0.000 (-0.000)	-0.001 (-0.000)
LNJDPVN	-	-	-0.015* (-0.008)	-	-	-	-
JDPAOR	-	-	-	0.002 (-0.030)	-	0.006 (-0.030)	-
JDPSOR	-	-	-	-	0.020 (-0.028)	-	0.025 -0.0295
Sabit Terim	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-0.050 (-0.085)	0 (0)	-0.086 (-0.092)
Gözlem	810	810	810	810	810	810	810
Şehir Sayısı	81	81	81	81	81	81	81
AR(1)	-5.75 (0.000)	-5.74 (0.000)	-5.70 (0.000)	-5.76 (0.000)	-5.78 (0.000)	-5.75 (0.000)	-5.76 (0.000)
AR(2)	1.28 (0.202)	1.27 (0.204)	1.20 (0.231)	1.29 (0.196)	1.35 (0.178)	1.28 (0.199)	1.34 (0.18)
Hansen Test	72.41 (0.15)	72.45 (0.15)	72.49 (0.149)	72.44 (0.15)	72.81 (0.143)	72.26 (0.153)	72.64 (0.146)

Not: Standart hatalar parantez içerisinde gösterilmiştir. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. İstatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar **kalin** olarak işaretlenmiştir.

Yukarıdaki Tablo 3.11’de Model 2’de yer alan denkleme politik değişkenler eklenerek oluşturularak elde edilen 7 modelin tahmin sonuçları yer almaktadır. Bu modeller sırasıyla (2.1), (2.2), (2.3), (2.4), (2.5), (2.6) ve (2.7) olarak isimlendirilmiştir. Modellerin tahmin sonuçlarını ele almadan önce AR(1), AR(2) ve Hansen Test sonuçları her bir modelin altında yer almaktadır. Buna göre AR(1) sonucu birinci dereceden otokorelasyon olduğunu, AR(2) sonucu ikinci dereceden otokorelasyon olmadığını ve Hansen test sonucu ise aşırı tanımlama kısıtlamalarının geçerli olduğunu göstermekte ve analizlerin sonuçlarının düzgün ve güvenilir olduğunu sunmaktadır. Tahminlenen ilk 4 ana modelden elde edilen sonuçlar model bazında ayrı ayrı olarak yorumlanmıştır. Buna göre;

Model 2.1: LNODR'de görülen % 1'lik artış LNPCRHE'de % 0.108'lik artışa neden olmaktadır. LNPCRGD' de görülen % 1'lik artışın LNPCRHE'de % 0.052 oranında azalışa neden olacağı görülmektedir. LNJDVVR ile LNPCRHE arasında herhangi bir ilişki tespit edilememiştir. Ayrıca BSB ve M kukla değişkenleriyle de LNPCRHE arasında bir ilişkinin olmadığı görülmektedir.

Model 2.2: LNODR' de görülen % 1'lik artış o şehirde LNPCRHE'de % 0.104'lük artışa sebep olmaktadır. LNPCRGD' de görülen %1'lik artışın LNPCRHE'de % 0.046'lık düşüşe neden olacağı görülmektedir. JDPDN ile LNPCRHE arasında ise herhangi bir ilişkinin mevcut olmadığı görülmektedir. Ayrıca BSB ve M kukla değişkenleriyle de LNPCRHE arasında bir ilişkinin olmadığı görülmektedir.

Model 2.3: LNODR'de görülen % 1'lik artış LNPCRHE'yi % 0.110 artırmaktadır. LNRPCGD' de görülen % 1'lik artışın LNPCRHE'yi % 0.044 azalttığı görülmektedir. LNJDVPN ile LNPCRHE arasında istatistiki olarak anlamlılık olmasına karşın ilişkinin işareti negatif yönde seyretmektedir. Bu nedenle LNJDVPN'deki % 1'lik artış LNPCRHE'de az da olsa % 0.015'lik düşüşe sebep olmaktadır. Ayrıca BSB ve M kukla değişkenleriyle de LNPCRHE arasında bir ilişkinin olmadığı görülmektedir.

Model 2.4: LNODR'de görülen % 1'lik artış LNPCRHE'de % 0.106 artışa sebebiyet verdiği görülmektedir. LNPCRGD' de görülen % 1'lik artışın LNPCRHE'de % 0.051 azalttığı görülmektedir. JDPAOR ile LNPCRHE arasında herhangi bir ilişki tespit edilememiştir. Ayrıca BSB ve M kukla değişkenleriyle de LNPCRHE arasında bir ilişkinin olmadığı görülmektedir.

Model 2.5: LNODR'de görülen % 1'lik artışın o şehirdeki LNPCRHE üzerinde % 0.099 oranında artışa neden olacağı görülmektedir. LNPCRGD' de görülen % 1'lik artışın LNPCRHE'de % 0.049 azalttığı görülmektedir. JDPSOR ile LNPCRHE arasında herhangi bir ilişki tespit edilememiştir. Ayrıca BSB ve M kukla değişkenleriyle de LNPCRHE arasında bir ilişkinin olmadığı görülmektedir.

Model 2.6: LNODR'de görülen % 1'lik artışın LNPCRHE'de % 0.101'lik artışa neden olacağı görülmektedir. LNPCRGD' de görülen % 1'lik artışın LNPCRHE'de % 0.045 azalttığı görülmektedir. JDPDN ve JDPAOR'nin LNPCRHE ile herhangi bir ilişkisi tespit edilememiştir. Ayrıca BSB ve M kukla değişkenleriyle de LNPCRHE arasında bir ilişkinin olmadığı görülmektedir.

Model 2.7: LNODR'de görülen % 1'lik artışın o şehirdeki LNPCRHE'yi % 0.093 artırdığı görülmektedir. LNPCRGRDP'de görülen % 1'lik artışın LNPCRHE'de % 0.042 azalttığı görülmektedir. JDPDN ve JDPSOR'un LNPCRHE ile herhangi bir ilişkisi tespit edilememiştir. Ayrıca BSB ve M kukla değişkenleriyle de LNPCRHE arasında bir ilişkinin olmadığı görülmektedir.

Genel olarak Model 2'nin ana model olarak ele alındığı 7 politik değişken eklenerek oluşturulan Model (2.1), Model (2.2), Model (2.3), Model (2.4), Model (2.5), Model (2.6) ve Model (2.7) incelendiğinde LNODR ile LNPCRHE arasında pozitif ve istatistiki olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu net olarak görülmektedir. LNPCRGRDP ile LNPCRHE arasında da negatif ve anlamlı bir ilişkinin olduğu açıkça görülmektedir. Ancak politik değişkenlerden LNJD PVN dışındaki tüm politik değişkenlerin LNPCRHE ile istatistiki olarak ilişki içinde olmadığı görülmektedir. LNJD PVN ile LNPCRHE arasında istatistiki ilişkinin yönü ise negatif olarak izlenmektedir. Ayrıca kukla değişkenler olan BSB ve M değişkenlerinin LNPCRHE ile herhangi bir ilişkisi bulunmadığı da gözler önüne serilmektedir.

Aşağıdaki Tablo 3.12'de Model 3'de yer alan denkleme politik değişkenler eklenerek oluşturularak elde edilen 7 modelin tahmin sonuçları yer almaktadır. Bu modeller sırasıyla (3.1), (3.2), (3.3), (3.4), (3.5), (3.6) ve (3.7) olarak isimlendirilmiştir. Modellerin tahmin sonuçlarını ele almadan önce AR(1), AR(2) ve Hansen Test sonuçları her bir modelin altında yer almaktadır. Buna göre AR(1) sonucu birinci dereceden otokorelasyon olduğunu, AR(2) sonucu ikinci dereceden otokorelas olmadığını ve Hansen test sonucu ise aşırı tanımlama kısıtlamalarının geçerli olduğunu göstermekte ve analizlerin sonuçlarının düzgün ve güvenilir olduğunu sunmaktadır. Buna göre;

Tablo 3.12. Sistem GMM Model Tahmini Sonuçları (Eko-Politik Değişkenler 3)

Modeller	Model (3.1)	Model (3.2)	Model (3.3)	Model (3.4)	Model (3.5)	Model (3.6)	Model (3.7)
LNPCRHE (lag)	0.721*** (0.038)	0.719*** (0.039)	0.712*** (0.040)	0.721*** (0.038)	0.719*** (0.038)	0.715*** (0.039)	0.713*** (0.039)
LNODR	0.079*** (0.024)	0.069*** (0.019)	0.065*** (0.017)	0.079*** (0.022)	0.075*** (0.023)	0.074*** (0.022)	0.069*** (0.023)
LNPCRGDP	-0.063*** (-0.018)	-0.053*** (-0.018)	-0.0425** (-0.017)	-0.064*** (-0.017)	-0.060*** (-0.018)	-0.058*** (-0.017)	-0.054*** (-0.018)
LNBKSIBN	0.090*** (-0.017)	0.089*** (-0.018)	0.101*** (-0.018)	0.091*** (-0.017)	0.090*** (-0.017)	0.093*** (-0.018)	0.091*** (-0.018)
BSB	-0.028** (-0.011)	-0.027** (-0.011)	0.000 (-0.014)	-0.029** (-0.011)	-0.030*** (-0.011)	-0.028** (-0.012)	-0.029** (-0.012)
M	0.017 (-0.013)	0.0127 (-0.010)	0.019** (-0.009)	0.018 (-0.012)	0.012 (-0.0114)	0.018 (-0.012)	0.012 (-0.011)
LNJDPVR	-0.020 (-0.032)	-	-	-	-	-	-
JDPDN	-	-0.001 (-0.009)	-	-	-	-0.000 (-0.000)	-0.001 (-0.009)
LNJDPVN	-	-	-0.025*** (-0.009)	-	-	-	-
JDPAOR	-	-	-	-0.026 (-0.032)	-	-0.023 (-0.033)	-
JDPSOR	-	-	-	-	-0.006 (-0.028)	-	-0.001 (-0.029)
Sabit Terim	0 (0)	-0.212*** (-0.081)	0 (0)	-0.167** (-0.082)	-0.180** (-0.085)	0 (0)	0 (0)
Gözlem	810	810	810	810	810	810	810
Şehir	81	81	81	81	81	81	81
AR(1)	-5.71 (0.000)	-5.73 (0.000)	-5.68 (0.000)	-5.70 (0.000)	-5.73 (0.000)	-5.65 (0.000)	-5.68 (0.000)
AR(2)	1.10 (0.271)	1.18 (0.238)	1.05 (0.295)	1.12 (0.261)	1.18 (0.239)	1.11 (0.268)	1.17 (0.243)
Hansen Test	73.64 (0.129)	73.86 (0.125)	73.48 (0.131)	73.48 (0.131)	74.09 (0.121)	72.48 (0.149)	73.26 (0.135)

Not: Standart hatalar parantez içerisinde gösterilmiştir. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. İstatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar **kalin** olarak işaretlenmiştir.

Model 3.1: LNODR’de görülen % 1’lik artış LNPCRHE’de % 0.079’lik artışa neden olmaktadır. LNPCRGDP’de görülen % 1’lik artışın LNPCRHE’de % 0.063 oranında azalışa neden olacağı görülmektedir. LNBKSIBN’de görülen % 1’lik artışın LNPCRHE’de % 0.090 artışa sebep olacağı görülmektedir. BSB olmak LNPCRHE’yi % 0.028 oranında azaltmaktadır. LNJDPVR ile LNPCRHE arasında herhangi bir ilişki tespit edilememiştir.

Model 3.2: LNODR’de görülen % 1’lik artış o şehirde LNPCRHE’de % 0.069’lük artışa sebep olmaktadır. LNPCRGDP’de görülen %1’lik artışın LNPCRHE’de % 0.053’lük düşüşe neden olacağı görülmektedir. LNBKSIBN’nin % 1 artışı LNPCRHE’yi % 0.089 artırmaktadır. BSB olmak LNPCRHE’yi % 0.027 oranında azaltmaktadır. JDPDN ile

LNPCRHE arasında herhangi bir ilişki tespit edilememiştir. Ayrıca M kukla değişkeniyle de LNPCRHE arasında bir ilişkinin olmadığı görülmektedir.

Model 3.3: LNODR'de görülen % 1'lik artış LNPCRHE'yi % 0.065 artırmaktadır. LNRPCGD'de görülen % 1'lik artışın LNPCRHE'yi % 0.042 azalttığı görülmektedir. LNBKSIBN'nin % 1 artışı LNPCRHE'yi % 0.101 artırmaktadır. LNJD PVN ile LNPCRHE arasında istatistiki olarak anlamlılık olmasına karşın ilişkinin işareti negatif yönde seyretmektedir. Bu nedenle LNJD PVN'deki % 1'lik artış LNPCRHE'de az da olsa % 0.025'lik düşüşe sebep olmaktadır. BSB ile LNPCRHE arasında görülen istatistiki olarak anlamlılık burada görülmemiştir. Ancak M kukla değişkeninin LNPCRHE ile istatistiki olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yani AKP Belediyesi olmak LNPCRHE'yi % 0.01 oranında artırmaktadır.

Model 3.4: LNODR'de görülen % 1'lik artış LNPCRHE'de % 0.079 artışa sebebiyet verdiği görülmektedir. LNPCR GDP'de görülen % 1'lik artışın LNPCRHE'de % 0.064 azalttığı görülmektedir. LNBKSIBN'nin % 1 artışı LNPCRHE'yi % 0.091 artırmaktadır. JDPAOR ile LNPCRHE arasında ise herhangi bir ilişki mevcut değildir. Model 3.3'te gözlemlenemeyen BSB ile LNPCRHE arasındaki ilişki burada tekrardan görülmüştür. BSB olmak LNPCRHE'yi % 0.29 azaltmaktadır. M kukla değişkeni ile LNPCRHE arasında ise herhangi bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Model 3.5: LNODR'de görülen % 1'lik artışın o şehirdeki LNPCRHE üzerinde % 0.075 oranında artışa neden olacağı görülmektedir. LNPCR GDP'de görülen % 1'lik artışın LNPCRHE'de % 0.060 azalttığı görülmektedir. LNBKSIBN'nin % 1 artışı LNPCRHE'yi % 0.090 artırmaktadır. JDPAOR ile LNPCRHE arasında ise herhangi bir ilişki mevcut değildir. Ayrıca BSB olmak LNPCRHE'yi % 0.029 azaltmaktadır. M kukla değişkeni ile LNPCRHE arasında ise herhangi bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Model 3.6: LNODR'de görülen % 1'lik artışın LNPCRHE'de % 0.074'lük artışa neden olacağı görülmektedir. LNPCR GDP'de görülen % 1'lik artışın LNPCRHE'de % 0.058 azalttığı görülmektedir. LNBKSIBN'de görülen % 1'lik artış LNPCRHE'de % 0.093 oranında bir artışa neden olmaktadır. JD PDN ve JDPAOR'nin LNPCRHE ile herhangi bir ilişki içinde olmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca BSB olmak LNPCRHE'yi % 0.028 azaltmaktadır. M kukla değişkeni ile LNPCRHE arasında ise herhangi bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Model 3.7: LNODR'de görülen % 1'lik artışın o şehirdeki LNPCRHE'yi % 0.069 artırdığı görülmektedir. LNPCRGRDP'de görülen % 1'lik artışın LNPCRHE'de % 0.054 azalttığı görülmektedir. LNBKSIBN'deki % 1'lik artış ise o şehirdeki LNPCRHE'yi % 0.091 oranından artırmaktadır. JDPDN ve JDPSOR'un LNPCRHE ile herhangi bir ilişki içinde olmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca BSB olmak LNPCRHE'yi % 0.029 azaltmaktadır. M kukla değişkeni ile LNPCRHE arasında ise herhangi bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Genel olarak Model 3'ün ana model olarak ele alındığı 7 politik değişken eklenerek oluşturulan Model (3.1), Model (3.2), Model (3.3), Model (3.4), Model (3.5), Model (3.6) ve Model (3.7) incelendiğinde LNODR ile LNPCRHE arasında tüm modellerde istatistiki olarak pozitif ve anlamlı ilişkinin olduğu görülmektedir. LNPCRGRDP ile LNPCRHE arasında ise istatistiki olarak anlamlılık olmasına karşın bu ilişkinin işaretinin negatif yönde seyrettiği görülmektedir. LNBKSIBN ile LNPCRHE arasında da tüm modellerde istatistiki olarak anlamlı ve pozitif bir ilişkinin varlığından söz edilebilmektedir. Politik değişkenlerden ise LNJDVPN dışında LNPCRHE ile istatistiki olarak anlamlı olan politik değişken bulunmamaktadır. LNJDVPN ile LNPCRHE arasındaki istatistiki ilişki ise negatif yönlü olarak görülmüştür. BSB olmak LNPCRHE'yi incelenen modellerin çoğunda negatif yönde etkilemiştir. AKP belediyesi olmanın ise tek bir modelde (2.3) LNPCRHE ile istatistiki olarak anlamlı olduğu görülmüş olup, ilişkinin yönü pozitif seyretilmiştir.

Aşağıdaki Tablo 3.13'te Model 4'de yer alan denkleme politik değişkenler eklenerek oluşturularak elde edilen 7 modelin tahmin sonuçları yer almaktadır. Bu modeller sırasıyla (4.1), (4.2), (4.3), (4.4), (4.5), (4.6) ve (4.7) olarak isimlendirilmiştir. Modellerin tahmin sonuçlarını ele almadan önce AR(1), AR(2) ve Hansen Test sonuçları her bir modelin altında yer almaktadır. Buna göre AR(1) sonucu birinci dereceden otokorelasyon olduğunu, AR(2) sonucu ikinci dereceden otokorelasyon olmadığını ve Hansen test sonucu ise aşırı tanımlama kısıtlamalarının geçerli olduğunu göstermekte ve analizlerin sonuçlarının düzgün ve güvenilir olduğunu sunmaktadır. Buna göre;

Tablo 3.13. Sistem GMM Model Tahmini Sonuçları (Eko- Politik Değişkenler 4)

Modeller	Model (4.1)	Model (4.2)	Model (4.3)	Model (4.4)	Model (4.5)	Model (4.6)	Model (4.7)
LNPCRHE (lag)	0.705*** (0.040)	0.705*** (0.042)	0.698*** (0.042)	0.710*** (0.039)	0.708*** (0.040)	0.703*** (0.040)	0.699*** (0.041)
LNODR	0.071*** (0.018)	0.061*** (0.016)	0.058*** (0.015)	0.073*** (0.017)	0.072*** (0.019)	0.065*** (0.018)	0.061*** (0.020)
LNPCRGGDP	-0.080*** (-0.017)	-0.069*** (-0.018)	-0.060*** (-0.016)	-0.080*** (-0.017)	-0.078*** (-0.017)	-0.075*** (-0.018)	-0.071*** (-0.018)
LNTHTP	0.166*** (-0.033)	0.160*** (-0.033)	0.174*** (-0.036)	0.166*** (-0.033)	0.162*** (-0.033)	0.170*** (-0.035)	0.168*** (-0.034)
BSB	-0.033*** (-0.01)	-0.032*** (-0.01)	-0.002 (-0.01)	-0.033*** (-0.01)	-0.034*** (-0.01)	-0.031*** (-0.01)	-0.032*** (-0.01)
M	0.015 (-0.010)	0.009 (-0.009)	0.015* (-0.008)	0.016 (-0.011)	0.012 (-0.011)	0.017 (-0.01)	0.013 (-0.010)
LNJDPVR	-0.025 (-0.024)	-	-	-	-	-	-
JDPDN	-	-0.001 (-0.000)	-	-	-	-0.000 (-0.000)	-0.001 (-0.001)
LNJDPVN	-	-	-0.025*** (-0.007)	-	-	-	-
JDPAOR	-	-	-	-0.032 (-0.027)	-	-0.030 (-0.027)	-
JDPSOR	-	-	-	-	-0.017 (-0.027)	-	-0.013 (-0.027)
Sabit Terim	-0.168 (-0.130)	0 (0)	-0.304*** (-0.087)	-0.122 (-0.076)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Gözlem	810	810	810	810	810	810	810
Şehir	81	81	81	81	81	81	81
AR(1)	-5.68 (0.000)	-5.70 (0.000)	-5.67 (0.000)	-5.71 (0.000)	-5.72 (0.000)	-5.67 (0.000)	-5.66 (0.000)
AR(2)	1.22 (0.223)	1.34 (0.181)	1.21 (0.226)	1.27 (0.204)	1.30 (0.194)	1.24 (0.216)	1.27 (0.204)
Hansen Test	69.64 (0.21)	71.79 (0.163)	70.94 (0.18)	71.08 (0.177)	71.90 (0.16)	69.05 (0.224)	69.25 (0.213)

Not: Standart hatalar parantez içerisinde gösterilmiştir. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. İstatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar **kalin** olarak işaretlenmiştir.

Model 4.1: LNODR’de görülen % 1’lik artış LNPCRHE’de % 0.071’lik artışa neden olmaktadır. LNPCRGGDP’de görülen % 1’lik artışın LNPCRHE’de % 0.080 oranında azalışa neden olacağı görülmektedir. LNTHTP’de görülen % 1’lik artışın LNPCRHE’de % 0.166 artışa sebep olacağı görülmektedir. BSB olmak LNPCRHE’yi % 0.033 oranında azaltmaktadır. LNJDPVR ile LNPCRHE arasında herhangi bir ilişki tespit edilememiştir. Ayrıca M kukla değişkeniyle de LNPCRHE arasında bir ilişkinin olmadığı görülmektedir.

Model 4.2: LNODR’ de görülen % 1’lik artış o şehirde LNPCRHE’de % 0.061’lik artışa sebep olmaktadır. LNPCRGGDP’de görülen %1’lik artışın LNPCRHE’de % 0.069’lük düşüşe neden olacağı görülmektedir. LNTHTP’nin % 1 artışı LNPCRHE’yi % 0.160 artırmaktadır. BSB olmak LNPCRHE’yi % 0.032 oranında azaltmaktadır. . JDPDN ile

LNPCRHE arasında herhangi bir ilişki tespit edilememiştir. Ayrıca M kukla değişkeniyle de LNPCRHE arasında bir ilişkinin olmadığı görülmektedir.

Model 4.3: LNODR'de görülen % 1'lik artış LNPCRHE'yi % 0.058 artırmaktadır. LNRPCGD'de görülen % 1'lik artışın LNPCRHE'yi % 0.060 azalttığı görülmektedir. LNTHPP'nin % 1 artışı LNPCRHE'yi % 0.174 artırmaktadır. LNJDVPN ile LNPCRHE arasında istatistiki olarak anlamlılık olmasına karşın ilişkinin işareti negatif yönde seyretmektedir. Bu nedenle LNJDVPN'deki % 1'lik artış LNPCRHE'de az da olsa % 0.025'lik düşüşe sebep olmaktadır. BSB ile LNPCRHE arasında görülen istatistiki olarak anlamlılık burada görülmemiştir. Ancak M kukla değişkeninin LNPCRHE ile istatistiki olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yani AKP Belediyesi olmak LNPCRHE'yi % 0.015 oranında artırmaktadır.

Model 4.4: LNODR'de görülen % 1'lik artış LNPCRHE'de % 0.073 artışa sebebiyet verdiği görülmektedir. LNPCRGD'de görülen % 1'lik artışın LNPCRHE'de % 0.080 azalttığı görülmektedir. LNTHPP'nin % 1 artışı LNPCRHE'yi % 0.161 artırmaktadır. JDPAOR ile LNPCRHE arasında ise herhangi bir ilişki mevcut değildir. Model 3.3'te gözlemlenemeyen BSB ile LNPCRHE arasındaki ilişki burada tekrardan görülmüştür. BSB olmak LNPCRHE'yi % 0.033 azaltmaktadır. M kukla değişkeni ile LNPCRHE arasında ise herhangi bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Model 4.5: LNODR'de görülen % 1'lik artışın o şehirdeki LNPCRHE üzerinde % 0.072 oranında artışa neden olacağı görülmektedir. LNPCRGD'de görülen % 1'lik artışın LNPCRHE'de % 0.078 azalttığı görülmektedir. LNTHPP'nin % 1 artışı LNPCRHE'yi % 0.162 artırmaktadır. JDPAOR ile LNPCRHE arasında ise herhangi bir ilişki mevcut değildir. Ayrıca BSB olmak LNPCRHE'yi % 0.034 azaltmaktadır. M kukla değişkeni ile LNPCRHE arasında ise herhangi bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Model 4.6: LNODR'de görülen % 1'lik artışın LNPCRHE'de % 0.065'lük artışa neden olacağı görülmektedir. LNPCRGD'de görülen % 1'lik artışın LNPCRHE'de % 0.075 azalttığı görülmektedir. LNTHPP'de görülen % 1'lik artış LNPCRHE'de % 0.170 oranında bir artışa neden olmaktadır. JDPDN ve JDPAOR'nin LNPCRHE ile herhangi bir ilişki içinde olmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca BSB olmak LNPCRHE'yi % 0.031 azaltmaktadır. M kukla değişkeni ile LNPCRHE arasında ise herhangi bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Model 4.7: LNODR’de görülen % 1’lik artışın o şehirdeki LNPCRHE’yi % 0.061 artırdığı görülmektedir. LNPCR GDP’de görülen % 1’lik artışın LNPCRHE’de % 0.071 azalttığı görülmektedir. LNTHPP’deki % 1’lik artış ise o şehirdeki LNPCRHE’yi % 0.168 oranından artırmaktadır. JDPDN ve JDPSOR’un LNPCRHE ile herhangi bir ilişki içinde olmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca BSB olmak LNPCRHE’yi % 0.032 azaltmaktadır. M kukla değişkeni ile LNPCRHE arasında ise herhangi bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Model 4’ün ana model olarak ele alındığı 7 politik değişken eklenerek oluşturulan Model (4.1), Model (4.2), Model (4.3), Model (4.4), Model (4.5), Model (4.6) ve Model (4.7) incelendiğinde LNODR ile LNPCRHE arasında tüm modellerde istatistiki olarak pozitif ve anlamlı ilişkinin olduğu görülmektedir. LNPCR GDP ile LNPCRHE arasında ise istatistiki olarak anlamlılık olmasına karşın bu ilişkinin işaretinin negatif yönde seyrettiği görülmektedir. LNTHPP ile LNPCRHE arasında da tüm modellerde istatistiki olarak anlamlı ve pozitif bir ilişkinin varlığından söz edilebilmektedir. Politik değişkenlerden ise LNJD PVN dışında LNPCRHE ile istatistiki olarak anlamlı olan politik değişken bulunmamaktadır. LNJD PVN ile LNPCRHE arasındaki istatistiki ilişki ise negatif yönlü olarak görülmüştür. BSB olmak LNPCRHE’yi incelenen modellerin çoğunda negatif yönde etkilemiştir. AKP belediyesi olmanın ise tek bir modelde (2.3) LNPCRHE ile istatistiki olarak anlamlı olduğu görülmüş olup, ilişkinin yönü pozitif seyretilmiştir.

Gerçekleştirilen ekonometrik modeller kapsamında LNODR’nin LNPCRHE ile tek başına kullanıldığı modelde LNPCRHE ile istatistiki olarak anlamlı ve LNPCRHE’yi pozitif etkilediği görülmektedir. Bununla beraber diğer ekonomik değişkenlerin veya politik değişkenlerin eklenmesiyle elde edilen modellerde de LNODR’nin LNPCRHE ile yine de istatistiki olarak anlamlı ve LNPCRHE’yi pozitif etkilediği görülmektedir. LNODR’nin katsayı aralığının “0.05 ile 0.11” arasında gerçekleştiği görülürken literatürde ise Di Matteo ve Di Matteo (1998) 0.81, Giannoni ve Hitiris (2002) “0.63 ile 1.17”, Crivelli vd. (2006) “0.2 ile 0.3”, Baltagi ve Moscone (2009) “0.01 ile 0.13”, Cantarero (2015) “0.05 ile 0.09” aralıklarındaki sonuçlara ulaşıldığı görülürken bazı çalışmalarda Gerdtham vd. (1998) “-0.01 ile -0.08” ve Samadi ve Rad (2013) “-0.1 ile -0.6” gibi negatif katsayılı sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir.

LNPCR GDP’nin ise kullanılan her modelde LNPCRHE ile istatistiki olarak anlamlı fakat negatif yönde ilişkiye sahip olduğu görülmektedir. Ayrıca tüm modellerde katsayısında herhangi bir önemli değişim görülmemektedir. LNPCR GDP ise tüm model

sonuçları incelendiğinde katsayı aralığının “0.04 ile -0.10” arasında gerçekleştiği görülmektedir. Literatürde ise Barros (1998) ise “0.6 ile 0.9”, Di Matteo ve Di Matteo (1998) 0.77 oranında Gerdtham vd (1998) ise “0.67 ile 0.82”, Giannoni ve Hitiris (2002) ise “0.01 ile 0.02” arasında, Baltagi ve Moscone (2009) “0.4 ile 0.9” aralıklarındaki sonuçlara ulaşılmıştır. Ayrıca Cantarero (2015) “0.02 ile 0.08” aralığındaki sonuçlara ulaştığı görülürken Crivelli vd. (2006) “-0.01 ile -0.08” gibi negatif aralıkta değerlere ulaşmıştır.

LNBKSIBN'nin kullanılan her modelde LNPCRHE ile istatistiki olarak anlamlı ve pozitif yönde ilişkisi ortaya çıkmıştır. LNBKSIBN'nin katsayısı da kullanılan farklı modellerde önemli derecede değişiklik göstermemiş olup 0.08 ile 0.10 arasında gerçekleşmiştir. Literatürde gerçekleştirilen çalışmalarda ise bu katsayının genellikle negatif yönde elde edildiği görülmüştür. Bunlara örnek olarak; Gerdtham vd. (1998) “-0.14 ile -0.34” aralığında, Giannoni ve Hitiris (2002) “-0.02 ile -0.03”, Crivelli vd. (2006) “-0.01 ile -0.05” aralığındaki sonuçları gösterilebilmektedir. Ancak Cantarero (2015) “0.06 ile 0.14” aralığındaki pozitif sonuçlara ulaşmıştır.

LNTHPP kullanıldığı her modelde LNPCRHE ile istatistiki olarak anlamlı ve pozitif sonuçlara sahip olduğu görülmektedir. LNTHPP'nin bu tezde gerçekleştirilen modeller kapsamında katsayısının “0.15 ile 0.17” arasında gerçekleştiği görülmektedir. Literatüde gerçekleştirilen çalışmalarda ise bu katsayının Gerdtham vd. (1998) “-0.08 ile -0.14” aralığında, Giannoni ve Hitiris (2002) “0.01 ile 0.02” arasında Crivelli vd. (2006) “0.15 ile 0.18” ve Cantarero (2015) “0.06 ile 0.10”, aralığındaki sonuçlara ulaşmıştır.

Genel olarak politik değişkenler ise JDPN ve LNJDVPN'nin katsayılarının anlamlı ve negatif olduğu ancak katsayılarının neredeyse 0 sifıra yakın gerçekleştiği görülmektedir. Diğer bir ifadeyle JDPDN ve LNJDVPN'nin LNPCRHE ile istatistiki olarak anlamlı bir ilişki bulunmasına karşın LNPCRHE üzerindeki etkilerinin az olduğu anlaşılmaktadır. Diğer politik değişkenlerin yani JDPVR, JDPAOR ve JDPSOR değişkenlerinin kişi başına merkezi yönetim sağlık harcamalarıyla anlamlı ilişkiye sahip olmadığı görülmüştür.

Bu tezde kullanılan bağımsız değişkenlerin katsayılarının genel itibariyle literatürde gerçekleştirilen çalışmalarla aynı oranlarda olduğu görülmesine karşın bir takım farklılıklar da bulunmaktadır. Bu farklılıkların sebepleri ise kullanılan verideki birimlerin büyüklüğü, zaman aralığının büyüklüğü, verilerin elde edilme şekli (nominal, reel, yüzdelik), analiz

yöntemleri (panel, yatay, zaman serisi) ve teknik yönden farklı ampirik uygulamaların gerçekleştirilmiş olması şeklinde yorumlanabilmektedir.



4. TARTIŞMA VE SONUÇ

Günümüzde sosyal bilimler literatüründe ele alınan çalışmaların birçoğunun odağında yaşlılık olgusu yer almaktadır. Yaşlılık fizyolojik, psikolojik, sosyal, kronolojik ve ekonomik yönleri olan bir süreçtir. Yaşlanma tüm canlılarda görülen ve yaşamın çocukluk, gençlik, yetişkinlik gibi doğal ve kaçınılmaz bir dönemlerinden biridir. Bireyler zamanla yaşlandıkça biyolojik olarak daha hassas ve daha zayıf duruma düşmektedirler. Dolayısıyla bu durum yaşlıların hastalıklara daha sık yakalanmasına ve hasta olduktan sonra tedavi sürelerinin daha uzun sürmesine sebep olmaktadır. Böylelikle yaşlı bireyler, diğer bireylere göre daha fazla sağlık hizmeti talebinde bulunarak sağlık harcamalarını artırmaktadır. Ayrıca devletler de yaşlı bireylerin sağlık ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla sağlık hizmetlerini çeşitlendirerek ve arzı arttırarak sağlık harcamalarını artırmaktadır.

Dünya genelinde yaşlı insan sayısı genel olarak tüm yaş grupları içerisinde yer alan bireylere kıyasla çok daha hızlı şekilde arttığı gözlenmektedir. Böylelikle, 65 yaş ve üzeri nüfus oranı olarak bilinen yaşlılık dünya genelinde neredeyse tüm ülkelerde sürekli olarak artmaktadır. BM tarafından yürütülen çalışmalarda yaşlılığın birçok ülke ve bölgede sürekli olarak arttığını ve ilerleyen yıllarda daha da artacağını göstermektedir. Özellikle Dünya genelinde 2030 yılında % 11 civarında olması beklenen yaşlı nüfus oranının 2050’li yılında %16’ya 2100 yılında ise %23’e çıkacağı öngörülmektedir. Türkiye’de ise 1960’lı yıllarda %3 olan yaşlı nüfus oranının günümüzde % 9 civarında olduğu bilinmektedir. Yaşlılığın Türkiye’de 2050’li yıllarda %20’ye, 2100 yılında ise % 30’a yaklaşacağı tahmin edilmektedir. Ancak BM tarafından gerçekleştirilen araştırmalara göre yaşlılığın dünyanın tüm ülke ve bölgelerinde aynı anda ortaya çıkmadığı, gelişmiş ülkelerde bir asırdan uzun zamandır mevcudiyetini sürdürdüğü buna karşın daha az gelişmiş ülkelerde ise doğum oranlarında gözlemlenen azalışa binaen yakın zamanda ortaya çıkmaya başladığı gözlenmiştir. Yaşlılık fenomeni özellikle gelişmiş ülkelerde bireylerin daha yüksek refah seviyesine ulaşmaları ve gelirlerinin yüksek olması sebebiyle gelirlerinin büyük kısmını ek gıda ve kişisel sağlık harcamalarına ayırmalarından dolayı ortalama yaşam sürelerini artırmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bunun yanında gelir seviyesi yüksek olan toplumların eğitim seviyesinin yüksek olması, ileri teknoloji sağlık ekipmanlarına sahip olması ve doğum oranlarının azalmasının da ortalama yaşam ömrünü uzatarak yaşlılığı artırdığı düşünülmektedir.

Dünya geneline yayılan yaşlılık toplumlar açısından birçok soruna yol açtığı gibi devletler üzerinde de ciddi baskı yaratmaktadır. Öyle ki yaşlılık devletlere bireyler için daha müreffeh yaşam sunma, sağlıklı iş ve çevre ortamı sağlama, doğum oranlarını kontrol altına alma, şehirlerde sağlıklı iş ortamını temin etme ve tıbbi teknolojik gelişmeleri yakından takip ederek sağlık harcamalarını sürekli olarak artırma gibi birtakım sorumluluklar almasına yol açmaktadır. Ayrıca yaşlı sağlığını ve yaşam seviyesini geliştirme, yaşlıların bakımı ve idamesi için birtakım tesisler kurarak gerek maddi gerekse de manevi ihtiyaçlarını giderme ve ülkenin kalkınma seviyesinden adil şekilde yararlanmalarını sağlama gibi görevleri de üstlenmesine sebep olmaktadır. Ancak bunların içerisinde en önemli olanı ise sağlık hizmetleridir. Yaşlı bireylerin yaşlanmadan kaynaklı olarak hastalıklara karşı dirençlerinin düşük olması daha çabuk hastalanmalarına neden olduğu gibi metabolizmalarının da tedaviye karşı tepki vermesinin geç olduğu gibi nedenlerle gerek daha kolay hastalanmakta gerekse de tedavileri uzun sürmektedir.

Yaşlılıkta görülen artışa paralel olarak hasta birey sayısının ve oranının giderek artması devletlere kamu harcamaları kalemlerinden biri olan sağlık harcamalarını sürekli olarak artırma sorumluluğu yüklemektedir. DB tarafından yapılan çalışmalara göre sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının Dünya’da 2000 yılında % 8,5 olduğu belirtilmektedir. Bu oranın 2017 yılında % 9,9 olduğu hesaplanmıştır. Türkiye’de ise 2000 yılında sağlık harcamalarının GSYİH’ye oranının % 4,6 olduğu, 2017 yılında ise % 4,2 olduğu belirtilmiştir. Görüldüğü üzere Türkiye’de GSYİH içinde sağlık harcamalarının Dünya ortalamasına göre çok geride kaldığı görülmektedir. Dünya’da ve Türkiye’de yaşlılıkla ilgili en önemli noktalardan biri ise yaşlı bağımlılık oranı olmaktadır. Çalışma çağındaki nüfusa (15-64) düşen yaşlı (65 yaş ve üzeri) sayısı olarak tanımlanan yaşlı bağımlılık oranının hızla artacağı tahmin edilmektedir. Öyle ki; ; Dünya genelinde 1960 yılında % 8,6 olan yaşlı bağımlılık oranı % 50 artışla 2018 yılında % 13,5’e yükselmiştir. Dünya genelinde yaşlı bağımlılık oranının 2030 yılında % 18, 2050 yılında % 25, 2075 yılında % 31,8 ve 2100 yılında ise % 37,7’ye yükseleceği tahmin edilmektedir. Türkiye’de ise 1960 yılında % 5,8 iken 2018 yılında % 12,6’ya yükseldiği görülmektedir. Ancak 2030 yılında % 18,5’e 2050 yılında % 33,5’e 2075 yılında % 50,1’e ve 2100 yılında % 63,1’e ulaşacağı tahmin edilmektedir. BM’nin yaptığı araştırmalar sonucunda görülmektedir ki yaşlılık ve yaşlı bağımlılık oranının ilerleyen yıllarda Türkiye’de de önemli derecede artacağı, devlete başta sağlık harcamalarını artırma gibi birçok sorumluluğu daha fazla üstlenmesine neden olacağı söylenebilmektedir.

Bu tezde buradan hareketle Türkiye'deki yaşlılık oranının artmasıyla devletin gerçekleştirdiği sağlık harcamaları üzerindeki baskıyı analiz etmeye odaklanmıştır. Bu kapsamda Türkiye'de 2007-2018 yılları kapsamında iller düzeyinde gerçekleştirilen analiz sonuçlarına göre Türkiye'de yaşlı bağımlılık oranının artmasının devletin gerçekleştirdiği sağlık harcamaları üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Diğer bir ifadeyle Türkiye'de yaşlı bağımlılık oranının artmasıyla sağlık harcamaları arasında pozitif ilişki tespit edilerek yaşlı bağımlılık oranının artışının sağlık harcamalarını artırdığını söylemek mümkündür.

Diğer yandan analiz edilen bir diğer etmen ise kişi başına gelirdir. Yapılan analizler sonucunda Türkiye'de kişi başına gelirin artmasının devletin yaptığı sağlık harcamalarını azalttığı görülmüştür. Bunun sebebi olarak ise kişi başına geliri yükselen bireylerin devletin sağlık hizmetlerinden ziyade özel sağlık hizmetlerine başvurması olarak yorumlanabilmektedir. Ayrıca Büyükşehir Belediyesi olmanın genel olarak kişi başına merkezi yönetim sağlık harcamalarını negatif yönde etkilediği söylenebilmektedir. Ancak İl belediyesinin iktidar partisinde olmasının da kişi başına merkezi yönetim sağlık harcamalarıyla ilişkisi olmadığı görülmektedir. Burada il belediyelerine bağlı olan ilçe belediyelerinin farklı siyasi partilerin belediyeleri tarafından yönetilmesi bu değişken ile kişi başına merkezi yönetim sağlık harcamaları arasında istatistiki olarak bir ilişkinin doğmasına sebebiyet vermiş olabilmektedir. Bir diğer değişken olan 1000 kişiye düşen merkezi yönetim sağlık kuruluşu yatak sayısı ve merkezi yönetim sağlık kuruluşları çatısı altında çalışan 1000 kişiye düşen doktor sayısının artmasının, merkezi yönetim tarafından gerçekleştirilen kişi başına düşen sağlık harcamalarını artırdığı sonucuna ulaşılmıştır.

Tezde yapılan en önemli analizlerden biri de devletin sağlık harcamalarını politize etmesinin sınanması olmuştur. Çünkü bir kamu harcaması olan sağlık harcamaları hükümet tarafından gerçekleştirilmekte ve hükümetler de politik kaygılar ve oy maksimizasyonu sağlamak adına sağlık harcamalarını bir araç olarak kullanmayı seçebilmektedir. Yapılan analizler kapsamında Türkiye'de hükümetin oy oranlarının ve milletvekili sayısının artmasının kişi başına merkezi yönetim sağlık harcamalarıyla ilişkisi olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca hükümetin oy sayısında görülen artışların, kişi başına merkezi hükümet sağlık harcamalarıyla istatistiksel olarak anlamlı ancak negatif yönde ilişkiye sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Yani Türkiye'de iktidar partisinin oy sayısında görülen artışların o illerde kişi başına merkezi yönetim sağlık harcamalarını negatif yönde etkilediği

ancak bu etkinin minimum düzeyde gerçekleştiği söylenebilmektedir. Ayrıca politik rekabetin yoğun olarak yaşandığı yerlerde de kişi başına merkezi yönetim sağlık harcamalarının etkilenmediği görülmektedir. Buradan hareketle genel olarak 2007-2018 yıllarında Türkiye’de sağlık harcamalarının iller düzeyinde düşük oranda politize edildiği yorumu yapılabilmektedir.

Genel olarak Türkiye’de devlete iktisadi ve sosyal anlamda büyük görevler düştüğü aşıkardır. Bu kapsamda devletin iktisadi olarak sağlık alanında yeni reformlar yapması, tıbbi alandaki teknolojik gelişmeleri yakından takip etmesi, tıbbi alana dönük olarak makine-techizat alımlarını artırması, modern hastanelerin sayısının artırılması, sağlık alanında çalışan personelin nitelik bakımından gelişimini sağlamak adına birtakım yeniliklerin hayata geçirilmesi ve personel sayısının artırılarak daha çok sayıdaki hastaya daha kolay erişilebilir olması gibi sorumluluklar yüklemektedir. Diğer bir ifadeyle Türkiye’de sağlık alanındaki organizasyonel, demografik, eğitsel ve ekonomik problemlerin ortadan kaldırılarak sağlık hizmetlerinin daha güvenilir ve kaliteli şekilde hizmetinin sağlanması ve bu kapsamda GSYİH içindeki sağlık harcamalarına ayrılan payın Dünya ortalamasına yaklaştırılması elzem görünmektedir.

Ayrıca yaşlılığın ilerleyen yıllarda artacak olmasından dolayı nüfusun gençleştirilmesi için bugünden itibaren bazı önlemlerin alınması da büyük önem taşımaktadır. Bilindiği üzere yaşlılığın iki sebebi bulunmaktadır. Bunlardan ilki doğum oranlarında görülen azalışlar ve ortalama yaşam süresindeki artışlardır. Türkiye’de ve Dünya’da ortalama yaşam süresinin fazla olması devletin yaşlılığın etkisini daha çok hissetmesine neden olmasına karşın refah göstergesi açısından olumlu olarak algılanmaktadır. Ancak doğum oranlarının düşük kalması yaşlılığı artırması bakımından ve genç çalışan nüfusun üzerindeki baskıyı artıracak olması bakımından büyük bir sorun arz etmektedir. Dolayısıyla bu kapsamda doğum oranlarının artması amacıyla devletin bazı teşvik uygulamalarını hayata geçirmesi bu problemi ortadan kaldıracaktır. Örneğin; hamilelere devlet desteği, çocuk başına aile yardımı gibi hükümet tarafından açıklanacak teşviklerle doğum oranlarının artışını hızlandırmak mümkün olabilmektedir ancak bu türden gerçekleştirilecek olan teşvik programlarının bütçede büyük bir yüke de dönüşmemesi için gerekli altyapı ve hazırlıkların gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Bununla birlikte sosyal refah devleti anlayışından kaynaklı olarak Türkiye’de devletin yaşlı kesim için sağlık imkanlarına daha ulaşılabilir olanaklar sağlaması, yaşlı bireyleri sağlık konusunda

bilinçlendirme adına sosyal etkinliklerin düzenlenmesi ve sağlığın öneminin yaşlı bireyler tarafından daha iyi anlaşılmasına yönelik olarak birtakım önlemler alma sorumluluğunu üstlenmesine neden olmaktadır. Ancak devletin gerek sağlık hizmet ve harcamalarında gerekse de yaşlılığın olumsuz etkileriyle olan mücadelesi kapsamında uyguladığı politikaların sosyal refahı sağlamaktan ziyade oy maksimizasyonu sağlama amacıyla uygulanmamalıdır. Çünkü bu türden bir uygulamanın yani hükümetin sağlık politikalarını ve yaşlılığın olumsuz etkileriyle mücadele politikalarının politik dürtüler ile şahsi rant ve çıkar sağlama amacıyla gerçekleştirilmesi ekonomik olarak toplumda refah dengesini bozacağı gibi kaynak dağılımında israfın artmasına ve adil gelir bölüşümünün bozulmasına neden olabilecektir. Sosyal olarak ise toplum nezdinde güvensizlik ve huzursuzluk ortamının doğmasına neden olacaktır. Dolayısıyla sağlık hizmet ve harcamaları ile yaşlılığın olumsuz yönleriyle mücadele kapsamında alınacak olan kararların siyasetten ve politikadan uzak, bilimsel nitelikte verilerle desteklenmiş şekilde gerçekleştirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Gelecek dönemlerde gerçekleştirilecek olan çalışmalarda yaşlılık ve sağlık harcamaları arasındaki ilişkinin derecesi ve sağlık harcamalarının belirleyenlerinin daha net ortaya konulabilmesi bazı faktörlerin gerçekleşmesine bağlıdır. Bunlar; i) teknolojinin gelişmesiyle yeni analiz metodlarının uygulamaya geçmesi ve yeni metodlarla ampirik analizlerin gerçekleştirilmesi, ii) Türkiye bazında ele alınacak olursa veriye ulaşımın daha kolay hale getirilmesi olarak sıralanabilmektedir. Teknolojinin gelişimi ile uygulanmaya başlayacak olan daha gelişmiş ampirik analiz metodlarıyla günümüz analiz metodlarıyla belirlenemeyen faktörlerin de belirlenmesi mümkün olabilecektir. Ayrıca en önemli husus ise Türkiye bazında ele alınacak olursa veriye ulaşımın kolaylaştırılması olacaktır. Ampirik analizler veriler vasıtasıyla gerçekleştirilmektedir dolayısıyla veriye ulaşım ne kadar kolay olursa ampirik çalışmalar da o denli hızlı ve çabuk gerçekleştirilebilecek ve hızlı ve kolay erişime açılan veriler sayesinde ortaya çıkan çalışmalar sosyo-ekonomik, politik-ekonomik konularda ülkelere geç kalmadan yol gösterebilecektir. Buna ilave olarak literatürde “red herring” adı verilen ve ölüme yaşlılık derecesinin sağlık harcamaları üzerindeki etkisinin incelendiği araştırmaların Türkiye’de gerçekleştirilmemiş olmasının eksikliği, bu yönde gerçekleştirilecek olan çalışmaların bu eksikliğin giderilmesinde önemli rol oynayacağı ve böylelikle Türkiye’de sağlık harcamalarının belirleyenlerinin araştıran çalışmalara derinlik kazandırması bakımından yol gösterici olma özelliği taşıyacaktır.

5. KAYNAKLAR

- Abegunde, D.O., Mathers, CD., Adam, T., Ortegón, M., Strong, K. (2007). The Burden and Costs of Chronic Diseases in Low-Income and Middle-Income Countries. *Chronic Diseases* 1. 370(8), 1929-1938.
- Abel-Smith, B. (1963). Paying for Health Services: A Study of the Costs and Sources of Finance in Six Countries, *World Health Organizations, Geneva*. 10 Aralık 2017 tarihinde http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39726/1/WHO_PHP_17.pdf adresinden alınmıştır.
- Abel-Smith, B. (1967). An International Study of Health Expenditure. *World Health Organizations, Geneva*. 10 Aralık 2017 tarihinde http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/62927/1/WHO_PHP_32.pdf adresinden alınmıştır.
- Ak, R. (2012). The Relationship between Health Expenditures and Economic Growth: Turkish Case. *International Journal Business Management Economic Research (IJBMER)*, 3(1), 404-409.
- Akar, S. (2014). Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *CBÜ İİBF Yönetim ve Ekonomi*, 21(1), 312-322.
- Akar, S. (2014). Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi İ.İ.B.F Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 21(1), 311-322.
- Akdağ, R. (2012). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011). *T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları*.
- Akdur, R. (2006). *Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu*. Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi. 25(2), 1-351.
- Akın, C.S. (2007). *Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Harcamaları*. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Akkaya, H. (2016). *Kamu Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi, Gelişmiş ve Gelişmekte Olan Ülke Karşılaştırması*. Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Nevşehir.
- Aktel, M., Altan, Y., Kerman, U. ve Eke, E. (2013). Türkiye’de Sağlık Politikalarının Dönüşümü: Programı: Sağlık Bakanlığı’nın Taşra Örgütlenmesi Üzerinden Bir Analiz. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 15(2), 2013: 33-62).
- Akyol Aytürk, K. (2010). *Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme ve Kalkınma Üzerine Etkisi: Ortadoğu Anadolu Bölge Analizi*. Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kocaeli.

- Albert, W., Ton, G. (2009). Wagner's Law and Social Welfare: The Case of The Kingdom of Saudi Arabia. *Applied Econometrics and International Development*. 9(2), 199-209.
- Alemeyehu, B., Warner, K.E. (2004). The Lifetime Distribution of Health Care Costs. *Health Services Research*. 39(3), 627-642.
- Alhowaish, A. (2014). Healthcare Spending and Economic Growth in Saudi Arabia: A Granger Causality Approach. *International Journal of Scientific & Engineering Research*. 5(1), 1471-1474.
- Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetleri Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 64(1), 33-58.
- American Diabetes Association (2002). Economic Costs of Diabetes in the U.S. in 2002. *Diabetes Care*. 26(3), 917-932.
- Andersen, B., Benham, L. (1970). Factors Affecting the Relationship Between Family Income and Medical Care Consumption. *Empirical Studies in Health Economics: proceedings of the 2. Conference on the Economic of Health*. 10 Aralık 2017 tarihinde <https://www.econbiz.de/Record/factors-affecting-the-relationship-between-family-income-and-medical-care-consumption-andersen-ronald/10001826818> adresinden alınmıştır.
- Atılğan, E., Kılıç, D., Ertuğrul, H.M. (2016). The Dynamic Relationship between Health Expenditure and Economic Growth: Is the Health-Led Growth Hypothesis Valid for Turkey?. *European Journal Health Econ*, 18(1), 567-574.
- Ay, H. (2019). *Kamu Maliyesi*. (6. Baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Ay, H. (2019). *Kamu Maliyesi*. (Gözden Geçirilmiş ve Güncellenmiş 6. Basım). Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Ayhan, B. (2004). *Türkiye'de Sağlık ve Sağlık Harcamaları: Sakarya Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
- Baker, L. (1997). The Effect of HMO on Fee-for-Service Health Care Expenditures: Evidence From Medicare. *Journal of Health Economics*, 16(1), 453-481.
- Balan, F. (2016). Politik İstikrar ve Devlet Harcamaları İlişkisi: 1986-2013 VAR Analizi. *Yönetim Bilimleri Dergisi*. 14(27), 519-537.
- Baltagi, B. H. (1995). *Econometric Analysis of Panel Data*. England: West Sussex.
- Baltagi, B., Moscone, F. (2009). Health Care Expenditure and Income in the OECD Reconsidered: Evidence From Panel Data. *Working Paper No. 09/05*. <http://ftp.iza.org/dp4851.pdf>
- Baltagi, B., Moscone, F. (2010). Health Care Expenditure and Income in the OECD Reconsidered: Evidence From Panel Data. *Working Paper No. 09/05*.

- Barros, P.P. (1998). The Black Box of Health Care Expenditure Growth Determinants. *Health Economics*. 7(1), 533-544. 15 Aralık 2017 tarihinde <https://run.unl.pt/bitstream/10362/2494/1/Barros1998.pdf> adresinden alınmıştır.
- Beğler, T., Yavuzer, H. (2012). Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı*. 27 Mart 2018 tarihinde http://www.klinikgelisim.org.tr/kg_25_3/1.pdf adresinden alınmıştır.
- Belmartino, S. (1994). The Role of the State in Health Systems. *Social Sciences of Medical*. 39(9), 1315-1321.
- Bloomqvist, A.G., Carter, R.A.L. (1997). Is Health Care Really a Luxury Good ?. *Journal of Health Economics*. 16(1). 207-229. 15 Aralık 2017 tarihinde https://ac.els-cdn.com/S0167629696005346/1-s2.0-S0167629696005346-main.pdf?_tid=3da1340e-e187-11e7-ab1b-00000aacb360&acdnat=1513335843_e39f8b774dd3a530ee41dff8a1e06f67 adresinden alınmıştır.
- Boussalem, F., Boussalem, Z., Tabia, A. (2014). The Relationship between Public Spending on Health and Economic Growth in Algeria: Testing for cointegration and causality. *İstanbul 9th International Academic Conference*. 143-160.
- Bozkaya, Z.R. (2017). Türkiye’de Yaşlı Bireylerin Cepten Sağlık Harcamaları ve 2050 Yılı İçin Projeksiyon. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Breusch, T. S., ve Pagan, A. R. (1979). A Simple Test for Heteroscedasticity and Random Coefficient Variation. *Econometrica*, 47 (5), 1287-1294.
- Brüderl, J., Ludwig, V. (2015). Fixed-Effects Panel Regression. *The SAGE Handbook of Regression Analysis and Casual Inference*.
- Buchanan, J.M. (1965). An Economic Theory of Clubs. *Economica New Series*. 32(1), 1-14.
- Bulut, C. (2001). Kamu Sektörü ve Harcamalarının Ekonomik Etkileri. *Journal of Qafqaz University*, 8(1), 1-14.
- Camkurt, Z.M. (2014). Yaşlılık ve Yaşlıların Sosyal Güvenliği Kapsamında 65 Yaş Aylığı Bağlanması İşlemleri. *Kamu İş Dergisi*. 3(1), 71-106.
- Cansever, H.İ. (2018). Devlet Anlayışları Ekseninde Sağlık Politikalarının Değişimi ve Analizi: Türkiye İncelemesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 31(1), 105-120.
- Cantarero, D. (2005). Decentralization and Health Expenditure: The Spanish Case. *Applied Economics Letters*, 12(1), 963-966.
- Caymaz, N. (2016). Türkiye’de Kamu Harcamalarının Ekonomik Sınıflandırmaya Göre İncelenmesi: 1995-2015. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın.

- Chaabouni, S., Abednnadher, C. (2010). The Determinants of Health Expenditures in Tunisia: An ARDL Bounds Testing Approach. *International Journal of Information Systems in the Service Sector*, 6(4), 1-14.
- Cole, M.A., Neumayer, E. (2006). The Impact of Poor Health on Total Factor Productivity. *Journal of Development Studies*. 42(1), 918-938.
- Crivelli, L., Filippini, M., Mosca, I. (2006). Federalism and Regional Health Care Expenditures: An Empirical Analysis for the Swiss Cantons. *Health Economics*, 15(1), 535-541.
- Culyer, A.J. (1989). Cost Containment in Europe. *Health Care Financial Review. Annual Supplement*. 21-32. 14 Aralık 2017 tarihinde <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4195143/> adresinden alınmıştır.
- Cura, S. (2012). *Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Sistemlerinin ve Kamu Sağlık Harcamalarının Etkinliği: Karşılaştırmalı Bir Analiz*. Yayımlanmış Doktora Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Manisa.
- Çakır, Y.N. (2009). *Bütçe Açıklarının Politik İktisadı: Türkiye Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın.
- Çalışkan, Z. (2008). Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 19(2), 179-196.
- Çelikay, F., Gümüş, E. (2010). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 11(1), 177-216.
- Çetin, M. D. (2019). *Demografik Dönüşüm ve Sağlık Harcamaları Arasındaki İlişki: Türkiye İçin Zaman Serileri Analizi*. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çanakkale.
- Çetin, M., Ecevit, E., (2010). Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi: OECD Ülkeleri Üzerine Bir Panel Regresyon Analizi. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 11(2), 166-182.
- Dewar, D.M. (2010). *Essentials of Health Economics*. United States of America. Jones and Barlett Publishers.
- Di Matteo, L. (2005). The Macro Determinants of Health Expenditure in the United States and Canada: Assesing The Impact of Income, Age Distribution and Time. *Health Policy*, 77(1), 23-42.
- Di Matteo, L., Di Matteo, R. (1998). Evidence on the Determinants of Canadian Provincial Government Health Expenditures: 1965:1991. *Journal of Health Economics*. 17(1), 211-228.
- Di Matteo, L., Di Matteo, R. (1998). Evidence on the Determinants of Canadian Provincial Government Health Expenditures: 1965-1991. *Journal of Health Economics*. 17(1), 211-228.

- Di mattni, M., Hitiris, T. (2002). The Regional Impact of Health Expenditure: The Case of Italy. *Applied Economics*, 34(14), 1829-1836.
- Dreger, C., Reimers, H-E. (2005). Health Care Expenditures in OECD Countries: A Panel Unit Root and Cointegration Analysis. Discussion Paper Series.
- Dunlop, D.W., Martins, J.M. (Editörler), (1995). *An International Assesment of Health Care Financing: Lessons for Developing Countries*. EDI Seminar Series, The World Bank, Washington D.C.
- Ekiz, A, K. (2013). *Sosyal Refah Devletlerinde Sağlık Harcamaları ve Türkiye'deki Sağlık Harcamalarının Genel Bir Analizi: Giresun Örneği*. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Trabzon.
- Elmi, Z.M., Sadeghi, S. (2012). Health Care Expenditures and Economic Growth in Developing Countries: Panel Co-Integration and Causality. *Middle-East Journal of Scientific Research*. 12(1), 88-91.
- Er, Ü. (2011). *Sağlıkta Dönüşümün Aracı Genel Sağlık Sigortası*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Erdil, E., Yetkiner, H. (2009). The Granger-Causality between Health Care Expenditure and Output: A Panel Data Approach. *Applied Economics*. 41(4), 511-518.
- Erol, H. (2007). *Bankalarda Net Faiz Marjının Belirleyicileri, Risk Duyarlılığı ve Politika Önerileri*. Uzmanlık Yeterlilik Tezi. TCMB Bankacılık ve Finansal Kuruluşlar Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Erten, Z. (2016). *Sağlık Harcamaları ve Sağlık Statüsü Açısından Sağlıkın Yakınsaması OECD Örneği 2003-214*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Farag, M., Nandakumar, A.K., Wallack, S., Gaumer, G., Hodgkin, D. (2009). Does Funding From Donors Display Government Spending for Health in Developing Countries. *Health Affairs*, 28(4), 1045-1055.
- Felder, S., Werblow, A., Zweifel, P. (2010). Do Red Herrings Swim in Circles? Controlling for the Endogeneity of Time to Death. *Journal of Health Economics*, 29(1), 205-212.
- Felder, S., Werblow, A., Zweifel, P. (2010). Do Red Herrings Swim in Circles ? Controlling for the Endogeneity of Time to Death. *Journal of Health Economics*. 29(1), 205-212.
- Feldstein, M. (1971). Hospital Cost Inflation: A Study of Non-Profit Price Dynamics. *American Economic Review*, 61(1), 853-872.
- Filiz, Y. (2010). *Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları İlişkisi*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Fişek, N. (1983). *Halk Sağlığına Giriş*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi – Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No : 2.
- Gaag, J., Stimac, V. (2008). Toward a New Paradigm for Health Sector Development. <https://r4d.org/resources/toward-new-paradigm-health-sector-development/>

- Gerdtham, U., Jönsson, B. (2000). *Handbook of Health Economics, Chapter 1 International Comparison of Health Expenditure* (Birinci Baskı). Amsterdam, Elsevier Gerdtham, U.G. (1992). Pooling International Health Care Expenditure Data. *Health Economics*. 1(1), 217-231.
- Gerdtham, U.-G., Sogaard, J., Andersson, F., Jönsson, B. (1992). An Econometric Analysis of Health Care Expenditure: A Cross-Section Study of the OECD Countries. *Journal of Health Economics*. 11(1), 63-84.
- Gerdtham, U-G., Jönsson, B. (1995). Factors Affecting Health Spending: A Cross-Country Econometric Analysis: in OECD. *New Directions in Health Policy, Health Policy Studies*.
- Gerdtham, U-G., Jönsson, B., MacFarlan, M., Oxley, H. (1998). The Determinants of Health Expenditure in the OECD Countries: A Pooled Data Analysis. *Developments in Health Economics and Public Policy*, 6(1), 113-134.
- Gerdtham, U-G., Löthgren, M. (2000). On Stationary and Cointegration of International Health Expenditure and GDP. *Journal of Health Economics*. 19(1), 461-475.
- Gerdtham, U-G., Löthgren, M. (2002). New Panel Results on Cointegration of International Health Expenditure and GDP. *Applied Economics*, 34(1), 1679-1686.
- Gertler, P., Van der Gaag, J. (1990). The Willingness to Pay for Medical Care: Evidence from Two Developed Countries. *The John Hopking University Press Baltimore and London*. 14 Aralık 2017 tarihinde <http://documents.worldbank.org/curated/en/483411468740192932/pdf/multi-page.pdf> adresinden alınmıştır.
- Getzen, E.T. (1992). Population Aging and the Growth of Health Expenditures. *Journal of Gerontology Social Sciences*. 47(3), 98-104. 14 Aralık 2017 tarihinde <https://coreybrads-haw.files.wordpress.com/2016/06/getzen-1992-j-gerontol.pdf> adresinden alınmıştır.
- Getzen, E.T.(1992). Population Aging and Growth of Health Expenditures. *Journal of Gerontology*. 47(3). 98-104 11 Aralık 2018 tarihinde https://www.researchgate.net/publication/21582943_Population_Aging_and_the_Growth_of_Health_Expenditures adresinden alınmıştır.
- Getzen, T. (2000). Health Care is an Individual Necessity and a National Luxury: Applying Multilevel Decision Models to the Analysis of Health Care Expenditures. *Journal of Health Economics*, 19(1), 259-270.
- Gök, S. (2012). *Sağlık Harcamalarının Türkiye ve Avrupa Birliği Uygulamaları Açısından Değerlendirilmesi*. Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Gökbulut, R. İ. (2009). *Hissedar Değeri ile Finansal Performans Ölçütleri Arasındaki İlişki ve İMKB Üzerine Bir Araştırma*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
- Griffin, C. (1992). Health Sector Financing in Asia: Comparative Study of Cost and Financing. *World Bank Regional and Sectoral Studies*. 10 Aralık 2017 tarihinde

<http://documents.worldbank.org/curated/en/790991468770638619/pdf/multi-page.pdf> adresinden alınmıştır.

Grossman, M. (1972). The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation. <https://www.nber.org/books/gros72-1>.

Grossman, M. (1972). The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation. *National Bureau of Economic Research, Occasional Paper*. 10 Aralık 2017 tarihinde <http://www.nber.org/chapters/c3484.pdf> adresinden alınmıştır.

Gujarati, N. (2013). Basic Econometrics: Fourth Edition. *The McGraw Hill Companies*.

Gupta, S., Verhoeven, M. ve Tiongson, E. (2002). The Effectiveness of Government Spending on Education and Health Care in Developing and Transition Economies. *European Journal of Political Economy*. 18(1), 717-737.

Gülcan, M, C. (2008). *Kamu Harcamaları İçinde Eğitim ve Sağlık Harcamalarının Yeri, Ekonomik Etkileri ve Türkiye Uygulaması*. Yüksek Lisans Tezi, Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kırıkkale.

Gür, T.H., Akbulut, H. (2012). Gelişmekte Olan Ülkelerde Politik İstikrarın Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi. *Sosyoekonomi*. 17(17), 281-300.

Güvel, A. (2018). *Kamu Harcamalarının Büyüme Üzerindeki Etkisinin Ampirik Analizi: 1980-2017 Türkiye Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kırıkkale.

Güvel, E., Koç, A. (2011). Kamu Açıklarının Politik Ekonomisi. *Sosyoekonomi*. 14(14), 232-251

Hall, R.R., Jones, C. (2004). The Value of Life and The Rise in Health Spending. *National Bureau of Economic Research. Cambridge: NBER Working Paper Series: 10737*.

Hansen, P., King, A. (1996). The Determinants of Health Care Expenditure: A Cointegration Approach. *Journal of Health Economics*. 1(15), 127-137.

Hansen, P., King, A. (1996). The Determinants of Health Care Expenditure: A Cointegration Approach. *Journal of Health Economics*. 17(1), 127-137. 15 Aralık 2017 tarihinde <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0167629695000178> adresinden alınmıştır.

Herwartz, H., Theilen, B. (2003). The Determinants of Health Care Expenditure: Testing Pooling Restrictions in Small Samples. *Health Economics*. 12(1), 113-124.

Hitiris, T. (1997). Health Care Expenditure and Integration in the Countries of the European Union. 29(1), 1-6. 15 Aralık 2017 tarihinde <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/00368497327335> adresinden alınmıştır.

Hitiris, T., Posnett, J. (1992). The Determinants and Effects of Health Expenditure in Developed Countries. *Journal of Health Economics*. 11(1), 173-181.

- Holcombe, R. (1997). A Theory of the Theory of Public Goods. *Review of Austrian Economics*. 10(1), 1-22.
- Hosoya, K. (2014). Determinants of Health Expenditures: Stylized Facts and a New Signal. *Modern Economy*. 1(5). 1171-1180 21 Aralık 2018 tarihinde https://file.scirp.org/pdf/ME_2014120413390160.pdf adresinden alınmıştır.
- Işık, N., Alagöz, M. (2005). Kamu Harcamaları ve Büyüme Arasındaki İlişki. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 24(1), 63-75.
- İleri, H., Seçer, B., Ertaş, H. (2016). Sağlık Politikası Kavramı ve Türkiye’de Sağlık Politikalarının İncelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, 12(1), 176-186.
- Jason, W. (2020). Why is healthcare not a public good in economics ?. *mytutor.co.uk*. 11.07.2018, <https://www.mytutor.co.uk/answers/17315/IB/Economics/Why-is-healthcare-not-a-public-good-in-economics>.
- Kamasa, K., Ofori-Abebrese, G. (2015). Wagner or Keynes for Ghana? Government Expenditure and Economic Growth Dynamics. A “VAR” Approach. *Journal of Reviews of Global Economics*. 4(1), 177-183.
- Kanavos, P.G. (2013). *Methodological, Theoretical and Empirical Considerations in the Analysis of the Determinants of Aggregate Health Care Expenditures in OECD Countries*. Yayınlanmış Doktora Tezi, London of School Hygiene and Tropical Medicine, Londra.
- Kar, M., Ağır, H. (2003). Türkiye’de Beşeri Sermaye ve Ekonomik Büyüme: Nedensellik Testi 1962-1964. Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 6(11), 50-68.
- Karabulut, U. (2007). Cumhuriyetin İlk Yıllarında Sağlık Hizmetlerine Toplu Bir Bakış: Dr. Refik Saydam’ın Sağlık Bakanlığı ve Hizmetleri (1925-1937). *Çağdaş Türkiye Tarihi Araştırmaları Dergisi*. 6(15), 151-160.
- Karagöz, S. (2015). *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Karakuş, B. (2018). *Türkiye’de Yaşlılara Yönelik Hizmetler, Kurumsal Yaşlı Bakımı ve Kurumsal Yaşlı Bakımında İllerin Durumu*. Ankara: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetler Genel Müdürlüğü.
- Karhan, G. (2018). The Relationship between Public Expenditures and Economic Growth: A Panel VAR Approach. *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 19(2), 35-43.
- Kasapoğlu, A. (2016). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*. 19(2), 131-174.
- Kaya, Y. (2012). *Türkiye’de Hanehalkının Yaptığı Cepten Sağlık Harcamaları ve Bu Harcamaları Belirleyen Faktörler: 2000-2010 Dönemi*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

- Khan, H.N., Razali, R., Shafie, A.B. (2016). Modeling Determinants of Health Expenditure in Malaysia: Evidence From Time Series Analysis. *Frontiers in Pharmacology*. 28 Kasım 2018 tarihinde https://www.researchgate.net/publication/297714477_Modeling_Determinants_of_Health_Expenditure_in_Malaysia_Evidence_from_Time_Series_Analysis adresinden alınmıştır.
- Kırılmaz, H., Amarat, M., Ünal, Ö. (2017). Türkiye ve Amerika Birleşik Devletlerinin Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Analizi. *Strategic Public Management Journal*, 3(6), 78-104.
- Kiraz, H. (2016). *Ekonomik Büyüme Sürecinde Kamu Harcamalarının Rolü: Seçilmiş OECD Ülkeleri Üzerine Bir Araştırma*. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.
- Kleiman, E. (1974). The Determinants of National Outlay on Health. *The economics of health and medical care*. 13 Ekim 2017 tarihinde https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-1-349-63660-0_5 adresinden alınmıştır.
- Kocaoğlu, D. (2019). *Orta Gelirli Ülkelerde Kamu Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Bir Panel Veri Seti Analizi*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Konuk, A.N. (2011). *1980'den Günümüze Değişen Sosyal Devlet Anlayışı İçerisinde Sağlık Harcamaları ve Politikaları*. Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kutsal, G, Y. (2011). Yaşlanan Dünyanın Yaşlanan İnsanları. *Geriatric Sempozyum Kitabı*. 2 Nisan 2018 tarihinde <http://www.geriatric.org.tr/SempozyumKitap2011/3.pdf> adresinden alınmıştır.
- Leu, R. (1986). The Public-Private Mix and International Health Care Costs. *The Public-Private Mix of Health Services*, 1(1), 41-63.
- Levit, K.R. (1982). Personel Health Expenditures by State, Selected Years 1966-1978. *Health Care Financing Review*, 4(2), 1-16.
- Liu, L.C., Hsu, E.C. (2008). The Association between Government Expenditure and Economic Growth: Granger Causality Test of US Data, 1947-2002. *Journal of Public Budgeting, Accounting, and Financial Management*. <https://works.bepress.com/edhsu/21/>.
- Liu, Y., Rao, K. ve Hsiao, W. (2003). Medical Expenditure and Rural Improvishment in China. *Journal of Health Population and Nutrition*. 21(3), 216-222.
- Lopez-Casasnovas, G., Saez, M. (2007) A Multilevel Analysis on the Determinants of Regional Health Care Expenditure: A Note. *European Journal Health Economy*, 8(1), 59-65.

- Lu, C., Schneider, M., Gubbins, P., Leach-Kemon, K., Jamison, D., Murray, C. (2010). Public Financing of Health in Developing Countries: A Cross-National Systematic Analysis. https://www.researchgate.net/publication/43098854_Public_Financing_of_Health_in_Developing_Countries_A_Cross-National_Systematic_Analysis
- Martin, J. (2003). The Experience of OECD Countries in Coping With Rising Health Costs. *OECD*, 02/02/2020 tarihinde <https://www.jec.senate.gov/archive/Documents/Hearings/martintestimony10april2003.pdf> adresinden alınmıştır.
- Massell, B.F., Heyer, J. (1969). Household Expenditure in Nairobi: A Statistical Analysis of Consumer Behavior. *Economic Development and Cultural Change*. 12(1). 10 Aralık 2017 tarihinde <http://www.journals.uchicago.edu/doi/pdfplus/10.1086/450350> adresinden alınmıştır.
- Matei, A., Matei, L. (2011). Knowledge Marketing and Development in the New Knowledge-Based Economy. <https://www.researchgate.net/publication/228150966>.
- Mazzeo, R.S. (1998). Exercises and Physical Activity for Older Adults. *Med Sci Sports Exerc*. 30(6), 992 – 1008.
- Mehrera, M., Musai, M. (2011). The Causality between Health Expenditure and Economic Growth in Iran. *International Journal of Economic Resources*. 2(4), 13-19.
- Milne, R., Molana, H. (1991). On the effect of income and relative price on demand for health care: EC evidence. *Applied Economics*. 23(7), 1221-1226. 14 Aralık 2017 tarihinde <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00036849100000160> adresinden alınmıştır.
- Murray, J.L., Govindaraj, R., Musgrove, P. (1994). Health Expenditures and Intervention Packages: A Global Overview. *Bulletin of the World Health Organization*. 72(4), 623-637. 10 Aralık 2017 tarihinde http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/53378/1/bulletin_199472%284%29623-637.pdf adresinden alınmıştır.
- Murthy, N.R.V., Ukpolo, V. (1994). Aggregate Health Care Expenditure in the United States: Evidence from Cointegration Tests. *Applied Economics*, 26(1), 797-802.
- Murthy, V., Okunade, A. (2009). The Core Determinants of Health Expenditure in the African Context: Some Econometric Evidence for Policy. *Health Policy*, 91(1), 57-62.
- Musgrove, P. (1983). Family Health Care Spending in Latin America. *Journal of Health Economics*. 2(3), 245-257. 10 Aralık 2017 tarihinde <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167629683800046> adresinden alınmıştır.
- Musgrove, P. (2006). Public and Private Roles in Health. <http://documents.worldbank.org/curated/en/357021468739572306/Public-and-private-roles-in-health-theory-and-financing-patterns>
- Mushkin, S. (1962). Health as an Investment. *Journal of Political Economy*. 70(5), 129-157.

- Muurinen, J.M. (1982). Demand for Health: A Generalised Grossman Model. *Journal of Health Economics*. 1(1), 5-28. 10 Aralık 2017 tarihinde <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0167629682900194> adresinden alınmıştır.
- Newhouse, J.P. (1977). Medical Care Expenditure: A Cross-National Survey. *The Journal of Human Resources*. 12(1), 115-125. 14 Aralık 2017 tarihinde https://www.researchgate.net/profile/Joseph_Newhouse/publication/22738404_Medical-Care-Expenditure-A-Cross-National-Survey/links/0912f50cb6fca29243000000/Medical-Care-Expenditure-A-Cross-National-Survey.pdf adresinden alınmıştır.
- Newhouse, J.P., Phelps, C.E. (1974). Price and Income Elasticities for Medical Care Services. *International Economic Association Series*. 10 Aralık 2017 tarihinde https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-349-63660-0_9#citeas adresinden alınmıştır.
- Norton, E. (2000). *Hand Book of Health Economics, Chapter 17 Long Term Care* (Birinci Baskı). Amsterdam, Elsevier.
- Okunade, A., Karakuş, M.C. (2001). Unit Root and Cointegration Tests: Timeseries Versus Panel Estimates for International Health Expenditure Models. *Applied Economics*, 33(1), 1131-1137.
- Okunade, A.A. (1985). Engel curves for Developing Nations: The Case of Africa, *Eastern Africa Economic Review*. 1(1), 13-22. 10 Aralık 2017 tarihinde https://www.researchgate.net/profile/Albert_Okunade/publication/260184411_Engel_Curves_for_Developing_Nations_The_Case_of_africa/links/00b4952ff03ee41258000000.pdf adresinden alınmıştır.
- Organisation For Economic Co-Operation and Development (2017). OECD Health Stats. 15 Aralık 2017 tarihinde http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT adresinden alınmıştır.
- Orhaner, E. (2006). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 9(1), 1-22.
- Öztaşkın, H.S. (2019). *Kamu Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.
- Öztürk, S., Uçan, O. (2017). Türkiye’de Sağlık Harcamalarında Artış Nedenleri: Sağlık Harcamalarında Artış-Büyüme İlişkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İ.İ.B.F Dergisi*, 22(1), 139-152.
- Öztürk, S., Uçan, O. (2017). Türkiye’de Sağlık Harcamalarında Artış Nedenleri: Sağlık Harcamalarında Artış-Büyüme İlişkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 22(1), 139-152.
- Özuyşal, H. (2011). *Türkiye’de Sağlık Harcamaları: Ekonometrik Bir Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Pesaran, H. M. (2004). General Diagnostic Tests for Cross Section Dependence in Panels. *University of Cambridge Working Paper*, 967-1012.

- Popkin, B. (2003). The Nutrition Transition in the Developing World. *Development Policy Review*. 21(5-6), 581-597. 31 Mart 2018 tarihinde <http://www.cpc.unc.edu/Plone/projects/nutrans/publications/Popkin-Devl-Pol-iRev-300.pdf> adresinden alınmıştır.
- Prieto, D.C., Lago-Penas, S. (2012). Decomposing the Determinants of Health Care Expenditure: The Case of Spain. *European Journal of Health Economics*, 13(1), 19-27.
- Roberts, J. (1999). Sensitivity of Elasticity Estimates for OECD Health Care Spending: Analysis of a Dynamic Heterogeneous Data Field. *Health Economics and Econometrics*. 8(1), 459-472.
- Robine, J. M., Michelle, J.R. (2006). Looking Forward to a General Theory on Population Ageing. *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES*. 59(6), 590-597. 31 Mart 2018 tarihinde https://www.researchgate.net/publication/6770068_Looking_Forward_to_a_General_Theory_on_Population_Aging adresinden alınmıştır.
- Rowe, J.W., Kahn, R, L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*. 37(4), 433-440. 30 Mart 2018 tarihinde <https://academic.oup.com/gerontologist/article/37/4/433/611033> adresinden alınmıştır.
- Saçu Barlin, F. (2010). *Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Kalkınma Üzerine Etkileri*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Balıkesir.
- Samadi, A., Rad, E.H. (2013). Determinants of Health Care Expenditure in Economic Cooperation (ECO) Countries: Evidence From Panel Cointegration Tests. *International Journal of Health Policy and Management*. 20 Kasım 2018 tarihinde http://www.ijhpm.com/article_2558_57158eecaaf0fcd23d0ad2a54f83de5.pdf adresinden alınmıştır.
- Saraçoğlu, S., Öztürk, F. (2017). Sağlık Hizmetlerine Yönelik Talebin Belirleyicileri: Türkiye Üzerine Bir Uygulama. *İş ve Hayat*. 2(4), 293-342.
- Scheiber, G.J. (1990). Health Expenditures in Major Industrialized Countries: 1960-1987. *Health Care Financial Review*. 11(4), 159-167. 14 Aralık 2017 tarihinde <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4193120/> adresinden alınmıştır.
- Selen, U., Eryiğit, K. (2009). Yapısal Kırılmaların Varlığında, Wagner Kanunu Türkiye için Geçerli mi ?. *Maliye Dergisi*, 156(1), 177-198.
- Selim, S., Uysal, D., Eryiğit, P. (2014). Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisinin Ekonometrik Analizi. Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi, 7(3), 13-24.
- Sideris, D. (2007). Wagner’s Law in 19th Century Greece: A Cointegration and Causality Analysis. *Working Paper 64, Bank of Greece*.
- Simanis, J. G. (1973). Medical Care Expenditures in Seven Countries. *Social Security Bulletin*. 10 Aralık 2017 tarihinde <https://www.ssa.gov/policy/docs/ssb/v36n3/v36n3p39.pdf> adresinden alınmıştır.

- Simanis, J. G. (1990). National Expenditures on Social Security and Health in Selected Countries. *Social Security Bulletin*, 53(1), 12-16. 10 Aralık 2017 tarihinde <http://137.200.4.10/policy/docs/ssb/v53n1/v53n1p12.pdf> adresinden alınmıştır.
- Smith, R., MacKellar, L. (2007). Global Public Goods and The Global Health Agenda: Problems, Priorities and Potential. *Globalization and Health*. 3(9), 1-7.
- Soyer, A. (2003). 1980'den Günümüze Sağlık Politikaları. *Praksis*, 9(1), 301-319.
- Stiglitz, J., Rosengard, J.K. (2015). *Economics of the Public Sector*. (Fourth Edition). Norton Company.
- Sülkü, S.N., Caner, A. (2011). Health Care Expenditures and Gross Domestic Products: The Turkish Case. *The European Journal of Health Economics*, 12(1), 9-38.
- Şahin, Ü., Sarıkaya, M., ve Cömert, M. (2005). Ülkemiz Sağlık Hizmetlerinde Değişim ve Hastanelerde Bilgi Teknolojisinin Kullanımı. 2. *Ulusal Tıp Bilişim Kongresi*. 19 Mart 2018 tarihinde, <https://turkmiia.org/kongre/cd/pdf/14.pdf> adresinden alınmıştır.
- Şenatarlar, B. (2003). Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4), 25-30.
- Şener, O. (2006). Kamu Ekonomisi. (8. Baskı). İstanbul: Beta Yayınevi.
- Taban, S. (2006). Türkiye'de Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Nedensellik İlişkisi. *Sosyo Ekonomi*, 2(4), 31-46.
- Tang, C.F. (2010). Revisiting the Health-Income Nexus in Malaysia: ARDL Cointegration and Rao's F-Test for Causality. MPRA Paper No. 27287. <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/27287/>
- Tanzi, V. (2009). The Changing Role of the State in Economy: A Historical Perspective. *IMF Working Paper.No97/114*.
- Terakye, G., Güner, P. (1997). Kriz Potansiyeli Taşıyan Bir Dönem. *Kriz Dergisi*. 5(2), 95-101.
- Tıraşoğlu, M., Yıldırım, B. (2012). Yapısal Kırılma Durumunda Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama. *Electronic Journal of Vocational Collages*, <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ejovoc/issue/5393/73147>
- Tsaurai, K. (2014). Is Wagner's Theory Relevant in Explaining Health Expenditure Dynamics in Botswana?. *Journal of Governance and Regulation*, 3(4), 107-114.
- Tuğlu, D. (2018). *Finansal Kriz Dönemlerinde Kamu Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: 1998-2018 Türkiye Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Aksaray Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aksaray.
- Turşucu, M. (2011). *Kamu Harcama Hukuku Çerçevesinde Kamu Alımları ve Türkiye'deki Uygulamalar*. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.

- TÜİK (2020). Sağlık Harcamaları İstatistikleri. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084
- Uçan, O., Atay, S.(2016). Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Büyüme Arasındaki İlişki Üzerine Bir İnceleme. Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi, 9(3), 215-222.
- Uğurlu, A. (2010). *Kamusal Mallarda Bedavacılık Sorunu*. Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi, Trabzon.
- United Nations (2015). World Population Ageing. <https://www.un.org/en/development/desa/population/theme/ageing/WPA2015.asp>
- United Nations (2015). World Population Prospects. *Department and Economic of Social Affairs: Population Division*. 18 Şubat 2018 tarihinde https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf adresinden alınmıştır.
- United Nations (2017). World Population Prospects. *Department and Economic of Social Affairs: Population Division*. 2 Nisan 2018 tarihinde https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf adresinden alınmıştır.
- United Nations (2019). World Population Prospects. <https://www.un.org/development/desa/publications/world-population-prospects-2019-highlights.html>.
- Uysal, D. Mucuk, M. (2009). Türkiye Ekonomisinde Kamu Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi. *Finans Politik ve Ekonomik Yorumlar*. 46(527)
- Vatter, A., Rüefli, C. (2003). Do Political Factors Matter for Health Care Expenditure ?. *Cambridge University Press*, 23(3), 301-323.
- Viscusi, W.K. (1994). Risk-Risk Analysis. *Journal of Risk and Uncertainty*. 8(1), 5-17.
- Viscusi, W.K. (1994). Risk-Risk Analysis. *Journal of Risk and Uncertainty*, 8(1), 5-17.
- Wagstaff, A. (1986). The Demand for Health: Some New Empirical Evidence. *Journal of Health Economics*. 5(1), 195-223. 10 Aralık 2017 tarihinde file:///C:/Users/tnc/Downloads/THE_DEMAND_FOR_HEALTH_Some_New_Empirical_Evidence.pdf adresinden alınmıştır.
- Wagstaff, A. (2007). The Economic Consequences of Health Shocks: Evidence From Vietnam. *Journal of Health Economics*. 26(1), 82-100.
- Wang, Z. (2009). The Determinants of Health Expenditures: Evidence From US State-Level Data. *Applied Economics*. 41(1), 429-435.
- Werblow, A., Felder, S., Zweifel, P. (2007). Population Ageing and Health Care Expenditure: A School of “Red Herrings”?. *Health Economics*. 16(1), 1109-1126.
- White, C. (2007). Health Care Spending Growth: How Different is The United States from the Rest of the OECD ?. *Health Affairs*. 26(1), 154-161.
- Wooldridge, J. (2002). *Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data*. Cambridge: The MIT Press.

- World Bank (1987). Financing Health Services in Developing Countries An Agenda for Reform. <http://documents.worldbank.org/curated/en/468091468137379607/Financing-health-services-in-developing-countries-an-agenda-for-reform>
- World Bank (1993). World Development Report: Health in Investment. <file:///C:/Users/tnc/Downloads/WDR%201993%20-%20English.pdf>
- World Bank (2019). World Population Prospects. <https://population.un.org/wpp/>
- World Bank Organization (1990). World Development Report. *Oxford University Press*. 10 Aralık 2017 tarihinde <http://www.rrojasdatabank.info/wdr90/wdr901-13.pdf> adresinden alınmıştır.
- Xu, K., Saksena, P., Holly, A. (2011). The Determinants of Health Expenditure: A Country Panel Data Analysis. *World Health Organization*. Working Paper.
- Yalçın, A.Z., Çakmak, F. (2016). Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamalarının İnsani Gelişim Üzerindeki Etkisi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 30(4), 705-723.
- Yaldız, B.(2019). *Nakit Temettü Ödemelerinin Firma Değeri Üzerine Etkilerinin Panel Veri Yöntemi ile Analizi BİST30 Üzerine Bir Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas.
- Yaşar, Ö., Maviş, İ., Özbabalık, D. (2016). Hafif Alzheimer Demansı Olan ve Olmayan 60-80 Yaş Arası Yaşlıların Dil İşlevlerinin Karşılaştırılması. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 55-72.
- Yıldırım, D. (2014). *Küresel Finansal Krizin Sağlık Harcamaları Üzerine Etkileri: Türkiye Örneği*. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir.
- Yıldırım, H.H. (1999). Piyasa Sağlık Bakımı ve Piyasa Başarısızlıkları. *Amme İdare Dergisi*. 32(1), 1-11.
- Yıldırım, H.H., Yıldırım, T., ve Erdem, T. (2011). Sağlık Hizmetleri Finansmanında Kullanıcı Katkıları: Genel Bir Bakış ve Türkiye için Durum Değerlendirmesi. *Amme İdaresi Dergisi*, 44(2), 71 – 98.
- Yılmaz, S. (2012). *Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Analizi ve OECD Ülkeleriyle Karşılaştırılması*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Yılmaz, S. Akdede, H.(2016). Kamu Sağlık Harcamalarının Etkililiği: Panel Veri Analizi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(2), 85-110.
- Yılmaz, V., Yentürk, N. (2015). Türkiye’de Sağlık Harcamalarına Tarihsel Bir Bakış. *İstanbul Bilgi Üniversitesi Sivil Toplum Çalışmaları Merkezi*. 25 Nisan 2018 tarihinde <http://stk.bilgi.edu.tr/media/uploads/2015/11/08/saglikHarcamalari.pdf> adresinden alınmıştır.

- Yurdadoğ, V. (2007). Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16(1), 591 – 610.
- Yurgiden, H. (2018). *Kamu Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi: Türkiye Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adıyaman.
- Zengin, N. (2010). Sağlık Hakkı ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*.
- Zon, A., Muysken, J. (2001). Health and Endogenous Growth. *Journal of Health Economics*. 20(1), 169-185.
- Zweifel, P., Felder, S., Meiers, M. (1999). Ageing of Population and Health Care Expenditure: A Red Herring?. *Health Economics*, 8(1), 485-496.



6. EKLER

Ek 1. ABS’de İkinci ve Üçüncü Düzeyde Gösterilen Hizmetler

Tıbbi Ürünler, Cihaz ve Ekipmanlara İlişkin İşler ve Hizmetler

ABSR’ne göre bireyler ya da aileler tarafından, reçeteli ya da reçetesiz olarak, genellikle eczanelerden ya da tıbbi ekipman satıcılarından temin edilen ilaçlar, protezler, tıbbi cihazlar, ekipmanlar ve sağlıkla ilgili diğer ürünler bu grupta yer almaktadır. Bu tıbbi ürünler tüketim ya da sağlık tesisi ya da kurumu dışında kullanım amaçlı olmaktadır. Ayrıca bu tür ürünler ayakta tedavi gören hastalara, doktorlar, diş doktorları ve gezici sağlık ekipleri tarafından doğrudan, yatarak tedavi gören hastalara ise hastane tarafından verilir; buna benzer uygulamalar ayakta tedavi hizmetleri (07.2) ya da hastane hizmetleri (07.3) olarak sınıflandırılmaktadır. Tüm bu hizmetler sağlık hizmetleri kapsamında yapılan harcamalarla gerçekleştirilmektedir.

İlaç ve İlaç Benzeri Ürünlerin Temini Hizmetleri

ABSR’ne göre tıbbi preparatlar, tıbbi ilaçlar, patentli ilaçlar, serumlar ve aşılar, vitaminler ve mineraller, balık yağı ve oral kontraseptifler gibi farmasötik ürünlerin sağlanması ve farmasötik ürünlerin sağlanması faaliyetinin idaresi, yürütülmesi ya da desteklenmesi hizmetlerini içermektedir.

Diğer Tıbbi Ürünler

ABSR’ne göre klinik termometreler, yapışkan olan ve olmayan bandajlar, hipodermik şırıngalar, ilk yardım setleri, sıcak su torbaları ve buz torbaları, elastik çorap ve dizlik gibi tıbbi çorap ve çamaşır kalemleri, gebelik testleri, prezervatif ve diğer mekanik doğum kontrol cihazları gibi tıbbi ürünlerin sağlanması ve tavsiye edilen diğer tıbbi ürünlerin sağlanması faaliyetinin idaresi, yürütülmesi ya da desteklenmesi hizmetlerini içermektedir.

Terapik Alet ve Araç Hizmetleri

ABSR’ne göre düzeltici gözlük ve kontak lens, işitme cihazları, takma göz, yapay kol-bacak ve diğer protez cihazları, ortopedik destek ve teller, ortopedik ayakkabı, ameliyat kemerleri, makas ve destekleri, boyun sargıları, tıbbi masaj ekipmanı ve sağlık lambaları,

akülü ya da aküsüz tekerlekli s2 andalyeler ve hasta taşıyıcıları, özel yataklar, koltuk değnekleri, kan basıncının izlemesine yarayan elektronik ve diğer cihazlar ve benzeri gibi tedavi cihazlarının ve ekipmanlarının sağlanması ve tavsiye edilen tedavi cihazlarının ve ekipmanlarının sağlanması ile ilgili faaliyetlerin idaresi, yürütülmesi ya da desteklenmesi hizmetlerini kapsamaktadır. Ayrıca takma dişleri kapsayan bu hizmetler dişlerin yerleştirme maliyetleri ve tedavi ekipmanlarının kiralanması, yardımcı sağlık hizmetleri grubund yer aldığı için terapik alet ve araç hizmetleri sınıfında yer almamaktadır.

Ayakta Yürütülen Tedavi Hizmetleri

ABSR'ne göre bu grup; doktorlar, diş doktorları, gezici doktor ve sağlık ekipleri tarafından, ayakta tedavi gören hastalara verilen tıp, diş ve ağız sağlığı ve gezici sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Bu hizmetler evde, bireysel ya da grup danışmanlık tesislerinde, dispanserlerde ya da hastane ve benzeri kuruluşların ayakta tedavi kliniklerinde verilebilmektedir. Ayakta tedavi hizmetleri doktor, diş doktoru ve gezici sağlık ekipleri tarafından ayakta tedavi gören hastalara doğrudan temin edilen ilaçları, protezleri, tıbbi cihaz ve ekipmanları ve sağlıkla ilgili diğer ürünleri içermektedir. Ayrıca yatan hastalar için hastaneler tarafından sağlanan tıp, diş sağlığı ve ambulans hizmetleri ise hastane hizmetleri (07.3) içine dahil edilmiştir.

Genel Poliklinikler

ABSR'ne göre bu sınıf, genel tıbbi klinikler ve genel pratisyen hekimler tarafından temin edilen hizmetleri kapsamaktadır. Genel tıp klinikleri, genel olarak vasıflı tıp doktorları tarafından, belli bir tıbbi ihtisaslık ile sınırlı olmayan, ayakta tedavi hizmetleri veren kurumlar olarak tanımlanmaktadır. Genel pratisyen hekimler belli bir tıp dalında uzmanlığa sahip olmayan tıp doktorlarını ifade etmektedir. Genel tıp hizmetlerinin sağlanması ve genel tıbbi klinikler ve genel pratisyen hekimler tarafından verilen genel tıp hizmetlerinin idaresi, teftişi, işletilmesi ya da desteklenmesi hizmetlerini kapsamaktadır. Ancak tıbbi analiz laboratuvarlarının ve röntgen merkezlerinin hizmetleri yardımcı sağlık hizmetleri grubunda yer almakla birlikte genel poliklinik hizmetleri içinde kapsam dışıdır.

İhtisaslaşmış Poliklinikler

ABSR'ne göre bu sınıf, ihtisaslaşmış tıbbi klinikler ve uzman hekimler tarafından verilen hizmetleri kapsamaktadır. İhtisaslaşmış tıbbi klinikler ve uzman hekimler genel tıbbi

kliriklerden ve genel pratisyen hekimlerden farklı olarak verdikleri hizmet belli bir vaka, hastalık, tıbbi prosedür ya da hasta sınıfının tedavisine yönelik olmaktadır. İhtisaslaşmış tıp hizmetlerinin sağlanması, uzman tıbbi klinikler ve uzman hekimler tarafından verilen uzman tıp hizmetlerinin idaresi, denetlenmesi, işletilmesi ya da desteklenmesi hizmetlerini içermektedir. Bu sınıftaki hizmetler ortodonti uzmanları tarafından verilen hizmetleri içermekte olup (diş dolgusu, diş çekimi, vs) diş klinik ve diş doktorları dişçilik hizmetlerine, tıbbi analiz ve röntgen merkezleri tarafından verilen hizmetler ise yardımcı sağlık hizmetleri grubunda yer almaktadır.

Dişçilik Hizmetleri

ABSR'ne göre bu sınıf, genel ya da uzman diş klinikleri ve diş doktorları, ağız sağlığı ya da diğer diş merkezleri tarafından verilen hizmetleri kapsamaktadır. Diş klinikleri ayakta tedavi hizmeti veren sağlık birimi olarak tanımlanabilmektedir. Dişçiler tarafından yönetilmesi ya da dişçi çalıştırması gerekmeyen bu kurumlar ağız bakımı ve diş sağlığı yardımcılarını tarafından yönetilebilir ya da bu kimseleri çalıştırabilir. Ayakta tedavi gören hastalara diş hizmetlerinin verilmesi, genel ya da uzman diş klinikleri, diş hekimleri, ağız sağlığı ve bakımı uzmanları ve dişle ilgili diğer yardımcı birimler tarafından verilen diş hizmetlerinin idaresi, denetlenmesi, işletilmesi ve desteklenmesi hizmetlerini içermektedir. Bu hizmetler takma dişler için takma bedellerini içermektedir. Takma dişler, ortodonti uzmanlarınca verilen hizmetler ve tıbbi analiz laboratuvarları ve röntgen merkezleri tarafından verilen hizmetler ise bu hizmet kapsamında yer almamaktadır.

Yardımcı Sağlık Hizmetleri

ABSR'ne göre ayakta tedavi gören hastalar için gezici sağlık hizmetlerinin temin edilmesi, hemşirelerin, ebelerin, fizyoterapistlerin, mesleki terapistlerin, konuşma terapistlerinin ve diğer gezici sağlık personelinin sorumluluğu altındaki klinikler tarafından verilen sağlık hizmetlerinin ve konsültasyon odası dışında, hastaların evinde ya da diğer tıbbî olmayan kurumlarda hemşireler, ebeler ve gezici sağlık personeli tarafından verilen sağlık hizmetlerinin idaresi, denetlenmesi, yürütülmesi ya da desteklenmesi hizmetlerini içermektedir. Bu hizmetin kapsamında akapunkturcular, şirodotistler, şiropraktörler, optometristler, geleneksel tıp uygulayanlar ve benzeri; tıbbi analiz laboratuvarları ve röntgen merkezleri; tedavi ekipmanlarının kiralanması; tıbbi olarak tavsiye edilen düzeltici jimnastik terapisi; ayakta tedavi için termal banyolar ve deniz suyu tedavileri; hastaneler tarafından

yürütülenler dışındaki ambulans hizmetleri bulunmaktadır. Ancak kamu sağlık hizmeti laboratuvarları ve hastalık nedenlerinin saptanması ile uğraşan laboratuvarlar bu hizmet kapsamında yer almamaktadır.

Hastane İşleri ve Hizmetleri

ABSR'ne göre hastaneye yatırmak, tedavi süresi boyunca bir hastanın hastane içinde barındırılması olarak tanımlanmaktadır. Hastane gündüz bakımı ve ev temelli hastane tedavileri ve ölümcül hastaların bakıldığı merkezler bu sınıfa dahil hizmetler olarak sıralanmaktadır. Bu grup, genel ve uzmanlık hastaneleri tarafından verilen hizmetleri, tıp merkezleri, doğum evleri, bakım evleri ve genelde ayakta tedavi hizmeti sunan tedavi evleri tarafından verilen hizmetleri, askeri üs hastanelerinin hizmetlerini, tıbbi izlemenin hayati bir önem taşıdığı yaşlı insanlara hizmet veren kurumların hizmetlerini ve uzun vadeli destek yerine hastanın tedavisine yoğunlaşan, yataklı sağlık ve rehabilitasyon terapisi sağlayan rehabilitasyon merkezleri tarafından verilen hizmetleri kapsamaktadır. Hastaneler vasıflı tıp hekimlerinin doğrudan gözetimi altında yataklı sağlık ve bakım hizmeti sunan kurumlar olarak tanımlanır. Tıp merkezleri, doğumevleri, bakım evleri ve tedavi merkezleri de yataklı hizmet verir ancak buralardaki hizmetler çoğunlukla tıp hekimlerinden daha düşük vasıflı personel tarafından verilir ve yönetilir. Askeri sahra hastaneleri ABS'ye göre memurlar sınıfında yer aldığı için hastane işleri ve hizmetleri kapsamında yer almaktadır. Ayrıca sadece ayakta tedavi hizmeti veren dispanserler ameliyathaneler, kliniklerde hastane işleri ve hizmetleri kapsamında yer almamaktadır ancak genel olarak sağlık hizmetleri içerisinde değerlendirilmektedir. Uzun vadeli destek sağlayan sakat ve özürlü merkezleri ve rehabilitasyon merkezleri, yaşlı insanlar için huzurevleri bu grup kapsamında yer almamakla birlikte genel sağlık hizmetleri kapsamında da yer almamaktadır. Hastanede yatırıldığı süre zarfında kaybedilen gelir için hastaya yapılan ödemeler de bu grup kapsamına dahil değildir bu hizmetler sosyal güvenlik ve sosyal yardım hizmetleri grubunda yer almaktadır. Hastane hizmetleri hastaya sağlanan ilaçları, protezleri, tıbbi cihaz ve ekipmanları ve diğer sağlıkla ilişkili ürünleri içerir. Hastanelerin tıbbi olmayan idari, harcamaları, tıbbi olmayan personel, yiyecek, içecek, barınma (personel lojmanları dahil) ve benzeri giderleri de bu kapsama girmektedir.

Genel Hastane Hizmetleri

ABSR'ne göre genel hastane hizmetlerinin sağlanması ve hizmetlerini belli bir tıbbi uzmanlık ile sınırlamayan hastanelerin idaresi, işletilmesi, denetlenmesi ya da desteklenmesi hizmetlerini içermektedir. Ancak vasıflı tıp hekimlerinin doğrudan denetimi altında olmayan tıp merkezleri tıp merkezi ve doğum evlerinde verilen hizmetler grubunda yer aldığı için genel hastane hizmetleri dışında yer almaktadır.

İhtisas Hastaneleri Tarafından Verilen Hizmetler

ABSR'ne göre ihtisas hastaneleri genel hastanelerden farklıdır; verdikleri hizmetler belli bir vakanın, hastalığın ya da hasta sınıfının tedavisi ile sınırlıdır, örneğin: göğüs hastalıkları ve tüberküloz, cüzam, kanser, kulak - burun - boğaz, psikiyatri, doğum bilim, pediatri ve diğerleri gibi hastalıkları kapsamaktadır. İhtisaslaşmış hastane hizmetlerinin sağlanması ve hizmetlerini belli bir ihtisas alanı ile sınırlayan hastanelerin idaresi, denetlenmesi, işletilmesi ya da desteklenmesi hizmetlerini içermektedir. Vasıflı tıp doktorlarının doğrudan denetimi altında olmayan doğum evleri ise tıp merkezi ve doğumevlerinde verilen hizmetler grubunda yer almaktadır.

Tıp Merkezi ve Doğumevlerinde Verilen Hizmetler

ABSR'ne göre tıp merkezi ve doğum evi hizmetlerinin sağlanması ve tıp merkezi ve doğum evlerinin idaresi, denetimi, işletimi ya da desteklenmesi hizmetlerini içermektedir.

Hastane Bakım ve Nekahat Merkezlerinde Verilen Hizmetler

ABSR'ne göre bakım ve iyileştirme evleri, ameliyattan ya da sürekli gözlem altında bulunmayı ve ilaç, fizyoterapi ve kaybedilen fonksiyonların tazmini için eğitim ya da istirahat gerektiren zayıf düşürücü hastalık ya da vakalardan iyileşme evresinde olan kişilere yataklı hizmetler sunmaktadır. Bakım ve iyileştirme evi hizmetlerinin sağlanması ve bakım ve iyileştirme evi hizmetlerinin idaresi, denetlenmesi, yürütülmesi ya da desteklenmesi hizmetlerini içermektedir. ABSR'ne göre tıbbi izlemenin hayati bir unsur olduğu yaşlı insanlara hizmet veren kuruluşlar; uzun vadeli destek yerine hastanın tedavi edilmesini amaçlayan, yataklı sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon terapileri sağlayan rehabilitasyon merkezleri bu hizmet kapsamı içinde yer almaktadır. Ancak huzurevlerinin idaresi ve işletilmesi sağlık hizmetlerinin konusu olmayıp sosyal güvenlik ve sosyal yardım hizmetleri çatısı altında yer almaktadır.

Sınıflandırmaya Girmeyen Hastane İşleri ve Hizmetleri

ABSR'ne göre genel hastane hizmetleri sınıfına girmeyen diğer tüm hizmetler bu sınıfta yer almaktadır.

Halk Sağlığı Hizmetleri

ABSR'ne göre kamu sağlık hizmetlerinin sağlanması ve kan bankası faaliyetleri (toplama, işleme sokma, depolama ve sevkıyat), hastalık saptama (kanser, tüberküloz, zührevi hastalıklar), hastalıktan korunma (bağışıklık kazandırma, aşılama), izleme (bebek beslenmesi, çocuk sağlığı), salgınlarla ilgili veri toplama, aile planlaması hizmetleri gibi kamu sağlık hizmetlerinin idaresi, denetlenmesi, yürütülmesi ya da desteklenmesi hizmetlerini içermektedir. Kamu sağlığını ilgilendiren konularda bilgi hazırlamak ve dağıtmak ta halk sağlığı hizmetleri grubunda yer almaktadır. Özel ekipler tarafından, işyerlerinde, okullarda ve diğer tıbbi olmayan mekanlarda, çoğunluğu sağlıklı olan bir grup müşteriye verilen kamu sağlık hizmetleri; hastanelerle, kliniklerle ya da doktorlarla bağlantılı olmayan kamu sağlık hizmetleri; tıbbi olarak vasıflı olmayan doktorlar tarafından verilen kamu sağlık hizmetleri; kamu sağlık hizmetleri laboratuvarları halk sağlığı hizmetleri kapsamında yer alırken, tıbbi analiz laboratuvarları, hastalık nedenlerinin saptanması ile ilgilenen laboratuvarlar ise halk sağlığı hizmetleri kapsamında yer almamaktadır.

Sağlık Hizmetlerine İlişkin Araştırma ve Geliştirme Hizmetleri

ABSR'ne göre sağlık ile ilişkili uygulamalı araştırma ve deneysel geliştirme çalışmaları yürüten devlet kurumlarının idaresi ve işletilmesi ve araştırma enstitüleri ve üniversiteler gibi, devlete bağlı olmayan organlar tarafından gerçekleştirilen, sağlıkla ilişkili uygulamalı araştırma ve deneysel geliştirme çalışmalarını desteklemek üzere verilen hibeler, krediler ve sübvansiyonlar sağlık hizmetlerine ilişkin araştırma ve geliştirme hizmetleri sınıfına girmektedir. Hastalık nedenlerinin tespiti ile ilgilenen laboratuvarlar bu hizmet sınıfının kapsamı altına girmesine karşın temel araştırma, uygulamalı araştırma ve deneysel geliştirme tanımları genel sağlık hizmetleri kapsamı dışında yer almaktadır.

Sınıflandırmaya Girmeyen Sağlık Hizmetleri

ABSR'ne göre tüm sağlık politikalarının, plan, program ve bütçelerinin oluşturulması, idaresi, koordinasyonu ve izlenmesi ve tıp kuruluşlarının, tıbbi personelin ve gezici sağlık personelinin lisanslanması dahil olmak üzere, sağlık hizmetlerinin

sağlanmasına yönelik mevzuat ve standartların hazırlanması ve yürütülmesi hizmetlerini içermektedir.



Ek 2. Öncül Test Sonuçları

Modeller	Öncül Testler	Breusch-Pagan Testi	Hausman Testi	Baltagi-Wu	Wooldridge Testi	Wald Testi
	Bağımsız Değişken(ler)	Prob > chibar2	Prob>chi2	Prob>F	Prob > F	Prob>chi2
Model 1	LNODR	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 2	LNODR, LNPCR GDP	0.0000	0.0002	0.0000	0.0000	0.0000
Model 3	LNODR, LNPCR GDP, LNBKSIBN	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 4	LNODR, LNPCR GDP, LNT HPP	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 1.1	LNODR, LNJD PVR	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 1.2	LNODR, JD P DN	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 1.3	LNODR, LNJD P VN	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 1.4	LNODR, JD PA OR	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 1.5	LNODR, JD PS OR	0.0000	0.0003	0.0000	0.0000	0.0000
Model 1.6	LNODR, LNJD P DN, JD PA OR	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 1.7	LNODR, LNJD P DN, JD PS OR	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 2.1	LNODR, LNPCR GDP, LNJD P VR	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 2.2	LNODR, LNPCR GDP, JD P DN	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 2.3	LNODR, LNPCR GDP, LNJD P VN	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 2.4	LNODR, LNPCR GDP, JD PA OR	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 2.5	LNODR, LNPCR GDP, JD PS OR	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 2.6	LNODR, LNPCR GDP, JD P DN, JD PA OR	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 2.7	LNODR, LNPCR GDP, JD P DN, JD PS OR	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 3.1	LNODR, LNPCR GDP, LNBKSIBN, LNJD VR	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 3.2	LNODR, LNPCR GDP, LNBKSIBN, JD P DN	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 3.3	LNODR, LNPCR GDP, LNBKSIBN, LNJD P VN	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 3.4	LNODR, LNPCR GDP, LNBKSIBN, JD PA OR	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 3.5	LNODR, LNPCR GDP, LNBKSIBN, JD PS OR	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 3.6	LNODR, LNPCR GDP, LNBKSIBN, JD P DN, JD PA OR	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 3.7	LNODR, LNPCR GDP, LNBKSIBN, JD P DN, JD PS OR	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 4.1	LNODR, LNPCR GDP, LNT HPP, LNJD VR	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 4.2	LNODR, LNPCR GDP, LNT HPP, JD P DN	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 4.3	LNODR, LNPCR GDP, LNT HPP, LNJD P VN	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 4.4	LNODR, LNPCR GDP, LNT HPP, JD PA OR	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 4.5	LNODR, LNPCR GDP, LNT HPP, JD PS OR	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 4.6	LNODR, LNPCR GDP, LNT HPP, JD P DN, JD PA OR	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Model 4.7	LNODR, LNPCR GDP, LNT HPP, JD P DN, JD PS OR	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

Ek 3. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz
Sonuçları (Model 1) Kapsamında

Bağımlı Değişken	(Havuzlanmış) LNPCRHE	(Rassal E.) LNPCRHE	(Sabit E.) LNPCRHE	(T.A. GMM) LNPCRHE
LNODR	0.368*** (0.0557)	0.368*** (0.0643)	0.935*** (0.249)	0.502** (0.224)
BSB	-0.0850*** (0.0214)	-0.0850* (0.0495)	-0.0720 (0.0544)	0.0486 (0.0475)
M	0.0137 (0.0156)	0.0137 (0.0181)	0.0181 (0.0183)	-0.0290 (0.0214)
(Lag) LNPCRHE				0.611*** (0.0616)
Sabit Terim	-0.709*** (0.123)	-0.709*** (0.147)	0.501 (0.540)	
Gözlem Sayısı	972	972	972	729
İL Sayısı	81	81	81	81
R-Kare	0.35	0.35	0.37	-
AR(1)	-	-	-	0.000
AR(2)	-	-	-	0.164
Sargan Test	-	-	-	0.000
Hansen Test	-	-	-	0.052

Standart hatalar parantez içerisinde gösterilmiştir. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. İstatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar **kalin** olarak işaretlenmiştir

Ek 4. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz
Sonuçları (Model 2) Kapsamında

Bağımlı Değişken	(Havuzlanmış) LNPCRHE	(Rassal E.) LNPCRHE	(Sabit E.) LNPCRHE	(T.A. GMM) LNPCRHE
LNODR	0.501*** (0.0548)	0.501*** (0.0728)	1.047*** (0.251)	0.729*** (0.241)
LNPCRGDP	-0.416*** (0.0548)	-0.416*** (0.0898)	-0.511*** (0.171)	-0.333** (0.145)
BSB	-0.0635*** (0.0210)	-0.0635 (0.0484)	-0.0754 (0.0520)	0.0451 (0.0488)
M	0.00839 (0.0151)	0.00839 (0.0182)	0.00873 (0.0180)	-0.0359* (0.0211)
(Lag) LNPCRHE				0.607*** (0.0584)
Sabit Terim	0.450** (0.194)	0.450 (0.310)	1.826** (0.717)	
Gözlem Sayısı	972	972	972	729
İl Sayısı	81	81	81	81
R-Kare	0.37	0.37	0.39	-
AR(1)	-	-	-	0.000
AR(2)	-	-	-	0.207
Sargan Test	-	-	-	0.000
Hansen Test	-	-	-	0.054

Standart hatalar parantez içerisinde gösterilmiştir. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. İstatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar **kalımlı** olarak işaretlenmiştir

Ek 5. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz
Sonuçları (Model 3) Kapsamında

Bağımlı Değişken	(Havuzlanmış) LNPCRHE	(Rassal E.) LNPCRHE	(Sabit E.) LNPCRHE	(T.A. GMM) LNPCRHE
LNODR	0.457*** (0.0493)	0.457*** (0.0732)	1.012*** (0.261)	0.687*** (0.231)
LNPCRGDP	-0.401*** (0.0492)	-0.401*** (0.0824)	-0.447** (0.178)	-0.366** (0.145)
LNBKSIBN	0.0120 (0.0329)	0.0120 (0.0661)	-0.0980 (0.0929)	0.142** (0.0599)
BSB	-0.0643*** (0.0209)	-0.0643 (0.0478)	-0.0683 (0.0522)	0.0362 (0.0489)
M	0.00913 (0.0151)	0.00913 (0.0184)	0.00661 (0.0177)	-0.0238 (0.0193)
(Lag) LNPCRHE				0.635*** (0.0619)
Sabit Terim	0.316* (0.177)	0.316 (0.299)	1.686** (0.750)	
Gözlem	972	972	972	729
İl Sayısı	81	81	81	81
R-Kare	0.37	0.37	0.39	-
AR(1)	-	-	-	0.000
AR(2)	-	-	-	0.269
Sargan Test	-	-	-	0.000
Hansen Test	-	-	-	0.087

Standart hatalar parantez içerisinde gösterilmiştir. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. İstatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar **kalin** olarak işaretlenmiştir

Ek 6. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz
Sonuçları (Model 4) Kapsamında

Bağımlı Değişken	(Havuzlanmış) LNPCRHE	(Rassal E.) LNPCRHE	(Sabit E.) LNPCRHE	(T.A. GMM) LNPCRHE
LNODR	0.385*** (0.0466)	0.385*** (0.0635)	1.063*** (0.245)	0.695*** (0.253)
LNPCRGDP	-0.443*** (0.0471)	-0.443*** (0.0717)	-0.570*** (0.181)	-0.343** (0.145)
LNTHPP	0.234*** (0.0480)	0.234*** (0.0845)	0.117 (0.129)	0.0804 (0.118)
BSB	-0.0671*** (0.0205)	-0.0671 (0.0471)	-0.0760 (0.0527)	0.0448 (0.0491)
M	0.0101 (0.0149)	0.0101 (0.0182)	0.00969 (0.0182)	-0.0323 (0.0215)
(Lag) LNPCRHE				0.617*** (0.0559)
Sabit	0.0792 (0.168)	0.0792 (0.278)	1.891*** (0.699)	
Gözlem	972	972	972	729
İl Sayısı	81	81	81	81
R-Kare	0.36	0.36	0.39	-
AR(1)	-	-	-	0.000
AR(2)	-	-	-	0.200
Sargan Test	-	-	-	0.000
Hansen Test	-	-	-	0.065

Standart hatalar parantez içerisinde gösterilmiştir. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. İstatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar **kalımlı** olarak işaretlenmiştir

Ek 7. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz
Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 1, LNJDPCRHE) Kapsamında

Bağımlı Değişken	(Havuzlanmış) LNPCRHE	(Rassal E.) LNPCRHE	(Sabit E.) LNPCRHE	(T.A. GMM) LNPCRHE
LNODR	0.217*** (0.0571)	0.217** (0.0955)	0.456** (0.227)	0.474** (0.228)
LNJDPCRHE	0.433*** (0.0357)	0.433*** (0.0684)	0.523*** (0.0629)	0.0425 (0.0455)
BSB	-0.0819*** (0.0200)	-0.0819* (0.0420)	-0.0627 (0.0436)	0.0479 (0.0472)
M	-0.0220 (0.0148)	-0.0220 (0.0182)	-0.00971 (0.0181)	-0.0331 (0.0220)
(Lag) LNPCRHE				0.602*** (0.0615)
Sabit Terim	-2.664*** (0.206)	-2.664*** (0.424)	-2.509*** (0.644)	
Gözlem	972	972	972	729
İl Sayısı	81	81	81	81
R-Kare	0.46	0.46	0.47	-
AR(1)	-	-	-	0.000
AR(2)	-	-	-	0.125
Sargan Test	-	-	-	0.000
Hansen Test	-	-	-	0.060

Standart hatalar parantez içerisinde gösterilmiştir. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. İstatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar **kalin** olarak işaretlenmiştir

Ek 8. Havuzlanmış (Pooled), Rassel Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz
Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 1, JDPDN) Kapsamında

Bağımlı Değişken	(Havuzlanmış) LNPCRHE	(Rassel E.) LNPCRHE	(Sabit E.) LNPCRHE	(T.A. GMM) LNPCRHE
LNODR	0.390*** (0.0565)	0.390*** (0.0629)	0.942*** (0.235)	0.496** (0.220)
JDPDN	0.00837** (0.00358)	0.00837 (0.00751)	0.0397*** (0.00778)	0.0139*** (0.00474)
BSB	-0.0920*** (0.0216)	-0.0920* (0.0496)	-0.0688 (0.0508)	0.0466 (0.0462)
M	0.00916 (0.0156)	0.00916 (0.0176)	0.00529 (0.0163)	-0.0368* (0.0216)
(Lag) LNPCRHE				0.582*** (0.0590)
Sabit Terim	-0.693*** (0.123)	-0.693*** (0.147)	0.353 (0.505)	
Gözlem	972	972	972	729
İl Sayısı	81	81	81	81
R-Kare	0.37	0.37	0.40	-
AR(1)	-	-	-	0.000
AR(2)	-	-	-	0.131
Sargam Test	-	-	-	0.000
Hansen Test	-	-	-	0.050

Standart hatalar parantez içerisinde gösterilmiştir. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. İstatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar **kalin** olarak işaretlenmiştir

Ek 9. Havuzlanmış (Pooled), Rassel Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz
Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 1, LNJD PVN) Kapsamında

Bağımlı Değişken	(Havuzlanmış) LNPCRHE	(Rassel E.) LNPCRHE	(Sabit E.) LNPCRHE	(T.A. GMM) LNPCRHE
LNODR	0.369*** (0.0549)	0.369*** (0.0610)	0.917*** (0.215)	0.396* (0.209)
LNJD PVN	0.0313* (0.0179)	0.0313 (0.0392)	0.212*** (0.0550)	0.129** (0.0549)
BSB	-0.0950*** (0.0220)	-0.0950* (0.0522)	-0.0759 (0.0514)	0.0338 (0.0449)
M	0.0110 (0.0156)	0.0110 (0.0181)	0.0111 (0.0174)	-0.0361 (0.0222)
(Lag) LNPCRHE				0.575*** (0.0600)
Sabit Terim	-1.068*** (0.234)	-1.068** (0.509)	-2.004** (0.771)	
Gözlem Sayısı	972	972	972	729
İl Sayısı	81	81	81	81
R-Kare	0.36	0.36	0.41	-
AR(1)	-	-	-	0.000
AR(2)	-	-	-	0.082
Sargan Test	-	-	-	0.000
Hansen Test	-	-	-	0.058

Standart hatalar parantez içerisinde gösterilmiştir. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. İstatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar **kalımlı** olarak işaretlenmiştir

Ek 10. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz
Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 1, JDPAOR) Kapsamında

Bağımlı Değişken	(Havuzlanmış) LNPCRHE	(Rassal E.) LNPCRHE	(Sabit E.) LNPCRHE	(T.A. GMM) LNPCRHE
LNODR	0.249*** (0.0572)	0.249*** (0.0843)	0.616*** (0.204)	0.523** (0.232)
JDPAOR	0.455*** (0.0487)	0.455*** (0.0944)	0.575*** (0.0960)	-0.0584 (0.0658)
BSB	-0.0733*** (0.0206)	-0.0733 (0.0462)	-0.0517 (0.0489)	0.0485 (0.0478)
M	-0.0221 (0.0154)	-0.0221 (0.0202)	-0.0114 (0.0192)	-0.0250 (0.0216)
(Lag) LNPCRHE				0.616*** (0.0627)
Sabit Terim	-0.983*** (0.126)	-0.983*** (0.184)	-0.219 (0.443)	
Gözlem Sayısı	972	972	972	729
İl Sayısı	81	81	81	81
R-Kare	0.42	0.44	0.44	-
AR(1)	-	-	-	0.000
AR(2)	-	-	-	0.202
Sargan Test	-	-	-	0.000
Hansen Test	-	-	-	0.052

Standart hatalar parantez içerisinde gösterilmiştir. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. İstatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar **kalin** olarak işaretlenmiştir

Ek 11. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz
Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 1, JDPSOR) Kapsamında

Bağımlı Değişken	(Havuzlanmış) LNPCRHE	(Rassal E.) LNPCRHE	(Sabit E.) LNPCRHE	(T.A. GMM) LNPCRHE
LNODR	0.221*** (0.0577)	0.221** (0.0876)	0.585*** (0.204)	0.540** (0.233)
JDPSOR	0.436*** (0.0460)	0.436*** (0.0882)	0.509*** (0.0908)	-0.0841 (0.0525)
BSB	-0.0713*** (0.0206)	-0.0713 (0.0457)	-0.0474 (0.0487)	0.0465 (0.0476)
M	-0.0232 (0.0154)	-0.0232 (0.0194)	-0.0121 (0.0184)	-0.0226 (0.0216)
(Lag) LNPCRHE				0.618*** (0.0631)
Sabit Terim	-1.103*** (0.129)	-1.103*** (0.198)	-0.354 (0.445)	
Gözlem Sayısı	972	972	972	729
İl Sayısı	81	81	81	81
R-Kare	0.42	0.42	0.43	-
AR(1)	-	-	-	0.000
AR(2)	-	-	-	0.228
Sargan Test	-	-	-	0.000
Hansen Test	-	-	-	0.049

Standart hatalar parantez içerisinde gösterilmiştir. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. İstatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar **kalı**n olarak işaretlenmiştir

Ek 12. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz
Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 1, JDPDN JDPAOR) Kapsamında

Bağımsız Değişken	(Havuzlanmış) LNPCRHE	(Rassal E.) LNPCRHE	(Sabit E.) LNPCRHE	(T.A. GMM) LNPCRHE
LNODR	0.247*** (0.0583)	0.247*** (0.0845)	0.667*** (0.202)	0.546** (0.229)
JDPDN	-0.000137 (0.00366)	-0.000137 (0.00477)	0.0220*** (0.00745)	0.0185*** (0.00564)
JDPAOR	0.454*** (0.0508)	0.454*** (0.0976)	0.491*** (0.0975)	-0.139** (0.0683)
BSB	-0.0736*** (0.0209)	-0.0736 (0.0467)	-0.0529 (0.0479)	0.0453 (0.0467)
M	-0.0222 (0.0154)	-0.0222 (0.0201)	-0.0142 (0.0185)	-0.0296 (0.0220)
(Lag) LNPCRHE				0.585*** (0.0611)
Sabit Terim	-0.987*** (0.126)	-0.987*** (0.183)	-0.196 (0.436)	
Gözlem Sayısı	972	972	972	729
İl Sayısı	81	81	81	81
R-Kare	0.42	0.42	0.45	-
AR(1)	-	-	-	0.000
AR(2)	-	-	-	0.192
Sargan Test	-	-	-	0.000
Hansen Test				0.056

Standart hatalar parantez içerisinde gösterilmiştir. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. İstatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar **kalımlı** olarak işaretlenmiştir

Ek 13. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz
 Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 1, JDPDN JDPSOR) Kapsamında

Bağımlı Değişken	(Havuzlanmış) LNPCRHE	(Rassal E.) LNPCRHE	(Sabit E.) LNPCRHE	(T.A. GMM) LNPCRHE
LNODR	0.222*** (0.0589)	0.222** (0.0879)	0.638*** (0.202)	0.553** (0.229)
JDPDN	0.000445 (0.00363)	0.000445 (0.00436)	0.0263*** (0.00808)	0.0174*** (0.00537)
JDPSOR	0.433*** (0.0477)	0.433*** (0.0893)	0.439*** (0.0879)	-0.130** (0.0538)
BSB	-0.0721*** (0.0209)	-0.0721 (0.0461)	-0.0487 (0.0474)	0.0428 (0.0462)
M	-0.0234 (0.0154)	-0.0234 (0.0194)	-0.0164 (0.0179)	-0.0289 (0.0219)
(Lag) LNPCRHE				0.584*** (0.0614)
Sabit Terim	-1.103*** (0.130)	-1.103*** (0.197)	-0.334 (0.440)	
Gözlem Sayısı	972	972	972	729
İl Sayısı	81	81	81	81
R-Kare	0.42	0.42	0.45	-
AR(1)	-	-	-	0.000
AR(2)	-	-	-	0.203
Sargan Test	-	-	-	0.000
Hansen Test	-	-	-	0.054

Standart hatalar parantez içerisinde gösterilmiştir. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. İstatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar **kalımlı** olarak işaretlenmiştir

Ek 14. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz
Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 2, LNJDVPR) Kapsamında

Bağımlı Değişken	(Havuzlanmış) LNPCRHE	(Rassal E.) LNPCRHE	(Sabit E.) LNPCRHE	(T.A. GMM) LNPCRHE
LNODR	0.335*** (0.0571)	0.335*** (0.0939)	0.539** (0.239)	0.699*** (0.245)
LNPCR GDP	-0.311*** (0.0550)	-0.311*** (0.0804)	-0.262* (0.154)	-0.325** (0.145)
LNJDVPR	0.376*** (0.0354)	0.376*** (0.0716)	0.496*** (0.0644)	0.0374 (0.0468)
BSB	-0.0701*** (0.0199)	-0.0701* (0.0421)	-0.0650 (0.0428)	0.0446 (0.0486)
M	-0.0242* (0.0147)	-0.0242 (0.0187)	-0.0131 (0.0187)	-0.0394* (0.0217)
(Lag) LNPCRHE				0.598*** (0.0584)
Sabit Terim	-1.541*** (0.272)	-1.541*** (0.494)	-1.675** (0.793)	
Gözlem Sayısı	972	972	972	729
İl Sayısı	81	81	81	81
R-Kare	0.47	0.47	0.48	-
AR(1)	-	-	-	0.000
AR(2)	-	-	-	0.165
Sargan Test	-	-	-	0.000
Hansen Test	-	-	-	0.061

Standart hatalar parantez içerisinde gösterilmiştir. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. İstatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar **kalımlık** olarak işaretlenmiştir

Ek 15. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz
Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 2, JDPDN) Kapsamında

VARIABLES	(Havuzlanmış) LNPCRHE	(Rassal E.) LNPCRHE	(Sabit E.) LNPCRHE	(T.A. GMM) LNPCRHE
LNODR	0.573*** (0.0572)	0.573*** (0.0771)	1.045*** (0.238)	0.723*** (0.235)
LNPCRGDP	-0.494*** (0.0577)	-0.494*** (0.101)	-0.470*** (0.171)	-0.334** (0.144)
JDPDN	0.0156*** (0.00350)	0.0156** (0.00645)	0.0379*** (0.00758)	0.0142*** (0.00466)
BSB	-0.0748*** (0.0210)	-0.0748 (0.0470)	-0.0721 (0.0489)	0.0431 (0.0475)
M	-0.00162 (0.0152)	-0.00162 (0.0176)	-0.00274 (0.0163)	-0.0439** (0.0214)
(Lag) LNPCRHE				0.576*** (0.0555)
Sabit Terim	0.712*** (0.203)	0.712** (0.341)	1.577** (0.691)	
Gözlem Sayısı	972	972	972	729
İl Sayısı	81	81	81	81
R-Kare	0.40	0.40	0.42	-
AR(1)	-	-	-	0.000
AR(2)	-	-	-	0.168
Sargan Test	-	-	-	0.000
Hansen Test	-	-	-	0.046

Standart hatalar parantez içerisinde gösterilmiştir. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. İstatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar **kalımlı** olarak işaretlenmiştir

Ek 16. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz
Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 2, LNJD PVN) Kapsamında

Bağımlı Değişken	(Havuzlanmış) LNPCRHE	(Rassal E.) LNPCRHE	(Sabit E.) LNPCRHE	(T.A. GMM) LNPCRHE
LNODR	0.521*** (0.0544)	0.521*** (0.0698)	1.008*** (0.227)	0.626*** (0.224)
LNPCRGDP	-0.455*** (0.0555)	-0.455*** (0.0951)	-0.410** (0.167)	-0.343** (0.141)
LNJD PVN	0.0530*** (0.0171)	0.0530 (0.0329)	0.193*** (0.0520)	0.131** (0.0547)
BSB	-0.0790*** (0.0215)	-0.0790 (0.0490)	-0.0783 (0.0498)	0.0301 (0.04)
M	0.00295 (0.0152)	0.00295 (0.0182)	0.00416 (0.0176)	-0.0434* (0.0223)
(Lag) LNPCRHE				0.570*** (0.0563)
Sabit Terim	-0.0354 (0.244)	-0.0354 (0.410)	-0.719 (0.960)	
Gözlem Sayısı	972	972	972	729
İl Sayısı	81	81	81	81
R-Kare	0.39	0.39	0.42	-
AR(1)	-	-	-	0.000
AR(2)	-	-	-	0.112
Sargan Test	-	-	-	0.000
Hansen Test	-	-	-	0.056

Standart hatalar parantez içerisinde gösterilmiştir. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. İstatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar **kalin** olarak işaretlenmiştir

Ek 17. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz
Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 2, JDPAOR) Kapsamında

Bağımlı Değişken	(Havuzlanmış) LNPCRHE	(Rassal E.) LNPCRHE	(Sabit E.) LNPCRHE	(T.A. GMM) LNPCRHE
LNODR	0.380*** (0.0572)	0.380*** (0.0840)	0.722*** (0.214)	0.757*** (0.252)
LNPCRGDP	-0.360*** (0.0551)	-0.360*** (0.0841)	-0.408** (0.161)	-0.341** (0.145)
JDPAOR	0.396*** (0.0474)	0.396*** (0.0931)	0.546*** (0.0968)	-0.0637 (0.0692)
BSB	-0.0589*** (0.0203)	-0.0589 (0.0456)	-0.0555 (0.0471)	0.0448 (0.0492)
M	-0.0243 (0.0151)	-0.0243 (0.0205)	-0.0174 (0.0200)	-0.0317 (0.0213)
(Lag) LNPCRHE				0.612*** (0.0593)
Sabit Terim	0.0599 (0.200)	0.0599 (0.298)	0.874 (0.600)	
Gözlem Sayısı	972	972	972	729
İl Sayısı	81	81	81	81
R-Kare	0.44	0.44	0.45	-
AR(1)	-	-	-	0.000
AR(2)	-	-	-	0.256
Sargan Test	-	-	-	0.000
Hansen Test	-	-	-	0.056

Standart hatalar parantez içerisinde gösterilmiştir. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. İstatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar **kalin** olarak işaretlenmiştir

Ek 18. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz
Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 2, JDPSOR) Kapsamında

Bağımlı Değişken	(Havuzlanmış) LNPCRHE	(Rassal E.) LNPCRHE	(Sabit E.) LNPCRHE	(T.A. GMM) LNPCRHE
LNODR	0.357*** (0.0575)	0.357*** (0.0853)	0.693*** (0.216)	0.782*** (0.254)
LNPCRGDP	-0.374*** (0.0546)	-0.374*** (0.0844)	-0.412** (0.159)	-0.350** (0.146)
JDPSOR	0.394*** (0.0447)	0.394*** (0.0852)	0.483*** (0.0910)	-0.0922 (0.0568)
BSB	-0.0563*** (0.0203)	-0.0563 (0.0448)	-0.0514 (0.0470)	0.0425 (0.0490)
M	-0.0264* (0.0151)	-0.0264 (0.0197)	-0.0181 (0.0186)	-0.0292 (0.0215)
(Lag) LNPCRHE				0.613*** (0.0598)
Sabit Terim	-0.0151 (0.201)	-0.0151 (0.304)	0.757 (0.620)	
Gözlem Sayısı	972	972	972	729
İl Sayısı	81	81	81	81
R-Kare	0.44	0.44	0.45	-
AR(1)	-	-	-	0.000
AR(2)	-	-	-	0.293
Sargan Test	-	-	-	0.000
Hansen Test	-	-	-	0.054

Standart hatalar parantez içerisinde gösterilmiştir. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. İstatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar **kalınlık** olarak işaretlenmiştir

Ek 19. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz
Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 2, JDPDN JDPAOR) Kapsamında

Bağımlı Değişken	(1) LNPCRHE	(2) LNPCRHE	(3) LNPCRHE	(4) LNPCRHE
LNODR	0.423*** (0.0612)	0.423*** (0.0892)	0.769*** (0.213)	0.790*** (0.250)
LNPCRGDP	-0.401*** (0.0588)	-0.401*** (0.0926)	-0.400** (0.163)	-0.356** (0.146)
JDPDN	0.00737** (0.00368)	0.00737 (0.00448)	0.0214*** (0.00775)	0.0190*** (0.00550)
JDPAOR	0.365*** (0.0503)	0.365*** (0.0939)	0.465*** (0.0994)	-0.148** (0.0715)
BSB	-0.0642*** (0.0205)	-0.0642 (0.0451)	-0.0566 (0.0463)	0.0413 (0.0481)
M	-0.0261* (0.0151)	-0.0261 (0.0202)	-0.0200 (0.0192)	-0.0367* (0.0218)
(Lag) LNPCRHE				0.580*** (0.0574)
Sabit Terim	0.211 (0.214)	0.211 (0.325)	0.875 (0.609)	
Gözlem Sayısı	972	972	972	729
İl Sayısı	81	81	81	81
R-Kare	0.44	0.46	0.46	-
AR(1)	-	-	-	0.000
AR(2)	-	-	-	0.248
Sargan Test	-	-	-	0.000
Hansen Test	-	-	-	0.065

Standart hatalar parantez içerisinde gösterilmiştir. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. İstatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar **kalin** olarak işaretlenmiştir.

Ek 20. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz
Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 2, JDPDN JDPSOR) Kapsamında

Bağımlı Değişken	(Havuzlanmış) LNPCRHE	(Rassal E.) LNPCRHE	(Sabit E.) LNPCRHE	(T.A. GMM) LNPCRHE
LNODR	0.402*** (0.0615)	0.402*** (0.0921)	0.741*** (0.215)	0.802*** (0.250)
LNPCRGDP	-0.415*** (0.0581)	-0.415*** (0.0955)	-0.398** (0.161)	-0.361** (0.146)
JDPDN	0.00773** (0.00363)	0.00773* (0.00421)	0.0255*** (0.00804)	0.0180*** (0.00531)
JDPSOR	0.365*** (0.0470)	0.365*** (0.0844)	0.416*** (0.0877)	-0.140** (0.0577)
BSB	-0.0619*** (0.0204)	-0.0619 (0.0443)	-0.0525 (0.0458)	0.0386 (0.0477)
M	-0.0284* (0.0151)	-0.0284 (0.0195)	-0.0221 (0.0181)	-0.0359 (0.0219)
(Lag) LNPCRHE				0.579*** (0.0578)
Sabit Terim	0.145 (0.215)	0.145 (0.341)	0.738 (0.625)	
Gözlem Sayısı	972	972	972	729
İl Sayısı	81	81	81	81
R-Kare	0.44	0.44	0.46	-
AR(1)	-	-	-	0.000
AR(2)	-	-	-	0.267
Sargan Test	-	-	-	0.000
Hansen Test	-	-	-	0.066

Standart hatalar parantez içerisinde gösterilmiştir. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. İstatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar **kalin** olarak işaretlenmiştir.

Ek 21. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz
Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 3, LNJDVPR) Kapsamında

Bağımlı Değişken	(Havuzlanmış) LNPCRHE	(Rassal E.) LNPCRHE	(Sabit E.) LNPCRHE	(T.A. GMM) LNPCRHE
LNODR	0.320*** (0.0504)	0.320*** (0.0919)	0.523** (0.253)	0.648** (0.236)
LNPCRGDP	-0.319*** (0.0488)	-0.319*** (0.0749)	-0.228 (0.166)	-0.356*** (0.144)
LNBKSIBN	0.0173 (0.0317)	0.0173 (0.0595)	-0.0575 (0.0854)	0.144*** (0.060)
LNJDVPR	0.325*** (0.0342)	0.325*** (0.0811)	0.491*** (0.0645)	0.047 (0.045)
BSB	-0.0739*** (0.0201)	-0.0739* (0.0425)	-0.0609 (0.0428)	0.003 (0.0492)
M	-0.0262* (0.0149)	-0.0262 (0.0192)	-0.0141 (0.0184)	-0.002 (0.019)
(Lag) LNPCRHE				0.624*** (0.06)
Sabit Terim	-1.370*** (0.249)	-1.370*** (0.528)	-1.717** (0.832)	
Gözlem Sayısı	972	972	972	729
İl Sayısı	81	81	81	81
R-Kare	0.46	0.46	0.48	-
AR(1)	-	-	-	0.000
AR(2)	-	-	-	0.204
Sargan Test	-	-	-	0.000
Hansen Test	-	-	-	0.089

Standart hatalar parantez içerisinde gösterilmiştir. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. İstatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar **kalin** olarak işaretlenmiştir.

Ek 22. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz
Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 3, JDPDN) Kapsamında

Bağımlı Değişken	(Havuzlanmış) LNPCRHE	(Rassal E.) LNPCRHE	(Sabit E.) LNPCRHE	(T.A. GMM) LNPCRHE
LNODR	0.514*** (0.0515)	0.514*** (0.0738)	1.017*** (0.248)	0.667** (0.223)
LNPCRGDP	-0.469*** (0.0527)	-0.469*** (0.0931)	-0.420** (0.179)	-0.370*** (0.144)
LNBKSIBN	0.0148 (0.0329)	0.0148 (0.0666)	-0.0766 (0.0930)	0.153*** (0.060)
JDPDN	0.0118*** (0.00318)	0.0118** (0.00578)	0.0370*** (0.00778)	0.016*** (0.005)
BSB	-0.0756*** (0.0210)	-0.0756 (0.0471)	-0.0666 (0.0492)	0.033 (0.047)
M	0.000256 (0.0152)	0.000256 (0.0179)	-0.00414 (0.0160)	-0.032* (0.019)
(Lag) LNPCRHE				0.602*** (0.058)
Sabit Terim	0.536*** (0.186)	0.536* (0.316)	1.474** (0.721)	
Gözlem Sayısı	972	972	972	729
İl Sayısı	81	81	81	81
R-Kare	0.39	0.39	0.42	-
AR(1)	-	-	-	0.000
AR(2)	-	-	-	0.215
Sargan Test	-	-	-	0.000
Hansen Test	-	-	-	0.061

Standart hatalar parantez içerisinde gösterilmiştir. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. İstatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar **kalin** olarak işaretlenmiştir.

Ek 23. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz
Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 3, LNJD PVN) Kapsamında

Bağımlı Değişken	(Havuzlanmış) LNPCRHE	(Rassal E.) LNPCRHE	(Sabit E.) LNPCRHE	(T.A. GMM) LNPCRHE
LNODR	0.430*** (0.0457)	0.430*** (0.0684)	0.968*** (0.244)	0.593*** (0.218)
LNPCRGDP	-0.410*** (0.0466)	-0.410*** (0.0845)	-0.337* (0.176)	-0.372*** (0.141)
LNBKSIBN	0.0404 (0.0318)	0.0404 (0.0620)	-0.108 (0.0914)	0.127** (0.060)
LNJD PVN	0.0175 (0.0147)	0.0175 (0.0324)	0.196*** (0.0505)	0.123** (0.053)
BSB	-0.0748*** (0.0217)	-0.0748 (0.0497)	-0.0705 (0.0493)	0.022 (0.046)
M	0.00748 (0.0152)	0.00748 (0.0184)	0.00175 (0.0171)	-0.032 (0.020)
(Lag) LNPCRHE				0.596*** (0.059)
Sabit Terim	0.0538 (0.203)	0.0538 (0.402)	-0.911 (1.008)	
Gözlem Sayısı	972	972	972	729
İl Sayısı	81	81	81	81
R-Kare	0.37	0.37	0.43	-
AR(1)	-	-	-	0.000
AR(2)	-	-	-	0.144
Sargan Test	-	-	-	0.000
Hansen Test	-	-	-	0.077

Standart hatalar parantez içerisinde gösterilmiştir. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. İstatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar **kalin** olarak işaretlenmiştir.

Ek 24. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz
Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 3, JDPAOR) Kapsamında

Bağımlı Değişken	(Havuzlanmış) LNPCRHE	(Rassal E.) LNPCRHE	(Sabit E.) LNPCRHE	(T.A. GMM) LNPCRHE
LNODR	0.361*** (0.0507)	0.361*** (0.0843)	0.684*** (0.227)	0.707** (0.241)
LNPCRGDP	-0.349*** (0.0493)	-0.349*** (0.0779)	-0.341** (0.169)	-0.370** (0.144)
LNPKSIBN	-0.00837 (0.0322)	-0.00837 (0.0609)	-0.101 (0.0851)	0.138** (0.060)
JDPAOR	0.340*** (0.0453)	0.340*** (0.0944)	0.547*** (0.0973)	-0.047 (0.068)
BSB	-0.0619*** (0.0204)	-0.0619 (0.0452)	-0.0481 (0.0460)	0.036 (0.049)
M	-0.0253 (0.0154)	-0.0253 (0.0206)	-0.0196 (0.0193)	-0.020 (0.019)
(Lag) LNPCRHE				0.638*** (0.061)
Sabit Terim	0.00772 (0.180)	0.00772 (0.297)	0.728 (0.640)	
Gözlem Sayısı	972	972	972	729
İl Sayısı	81	81	81	81
R-Kare	0.43	0.43	0.45	-
AR(1)	-	-	-	0.000
AR(2)	-	-	-	0.313
Sargan Test	-	-	-	0.000
Hansen Test	-	-	-	0.090

Standart hatalar parantez içerisinde gösterilmiştir. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. İstatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar **kalin** olarak işaretlenmiştir.

Ek 25. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz
Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 3, JDPSOR) Kapsamında

Bağımlı Değişken	(Havuzlanmış) LNPCRHE	(Rassal E.) LNPCRHE	(Sabit E.) LNPCRHE	(T.A. GMM) LNPCRHE
LNODR	0.335*** (0.0513)	0.335*** (0.0854)	0.667*** (0.229)	0.730*** (0.243)
LNPCRGDP	-0.364*** (0.0488)	-0.364*** (0.0782)	-0.359** (0.166)	-0.378*** (0.145)
LNBKSIBN	0.00287 (0.0321)	0.00287 (0.0604)	-0.0821 (0.0864)	0.136** (0.060)
JDPSOR	0.353*** (0.0434)	0.353*** (0.0848)	0.478*** (0.0933)	-0.073 (0.054)
BSB	-0.0607*** (0.0203)	-0.0607 (0.0446)	-0.0457 (0.0462)	0.034 (0.049)
M	-0.0277* (0.0153)	-0.0277 (0.0200)	-0.0196 (0.0182)	-0.018 (0.019)
(Lag) LNPCRHE				0.639*** (0.062)
Sabit Terim	-0.0738 (0.182)	-0.0738 (0.300)	0.651 (0.658)	
Gözlem Sayısı	972	972	972	729
İl Sayısı	81	81	81	81
R-Kare	0.43	0.43	0.45	-
AR(1)	-	-	-	0.000
AR(2)	-	-	-	0.347
Sargan Test	-	-	-	0.000
Hansen Test	-	-	-	0.095

Standart hatalar parantez içerisinde gösterilmiştir. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. İstatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar **kalin** olarak işaretlenmiştir.

Ek 26. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz
Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 3, JDPDN JDPAOR) Kapsamında

Bağımlı Değişken	(Havuzlanmış) LNPCRHE	(Rassal E.) LNPCRHE	(Sabit E.) LNPCRHE	(T.A. GMM) LNPCRHE
LNODR	0.389*** (0.0545)	0.389*** (0.0858)	0.733*** (0.225)	0.739*** (0.237)
LNPCRGDP	-0.379*** (0.0538)	-0.379*** (0.0858)	-0.342** (0.171)	-0.389*** (0.146)
LNBKSIBN	-0.00580 (0.0324)	-0.00580 (0.0621)	-0.0890 (0.0859)	0.149** (0.060)
JDPDN	0.00477 (0.00332)	0.00477 (0.00422)	0.0202** (0.00774)	0.020*** (0.005)
JDPAOR	0.319*** (0.0481)	0.319*** (0.0959)	0.470*** (0.0986)	-0.138** (0.068)
BSB	-0.0664*** (0.0206)	-0.0664 (0.0450)	-0.0500 (0.0453)	0.031 (0.047)
M	-0.0265* (0.0154)	-0.0265 (0.0205)	-0.0218 (0.0186)	-0.02 (0.019)
(Lag) LNPCRHE				0.604*** (0.059)
Sabit Terim	0.114 (0.195)	0.114 (0.310)	0.747 (0.644)	
Gözlem Sayısı	972	972	972	729
İl Sayısı	81	81	81	81
R-Kare	0.43	0.44	0.46	-
AR(1)	-	-	-	0.000
AR(2)	-	-	-	0.305
Sargan Test	-	-	-	0.000
Hansen Test	-	-	-	0.081

Standart hatalar parantez içerisinde gösterilmiştir. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. İstatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar **kalin** olarak işaretlenmiştir.

Ek 27. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz
Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 3, JDPDN JDPSOR) Kapsamında

Bağımlı Değişken	(Havuzlanmış) LNPCRHE	(Rassal E.) LNPCRHE	(Sabit E.) LNPCRHE	(T.A. GMM) LNPCRHE
LNODR	0.365*** (0.0552)	0.365*** (0.0877)	0.717*** (0.227)	0.749*** (0.237)
LNPCRGDP	-0.393*** (0.0530)	-0.393*** (0.0876)	-0.353** (0.169)	-0.392*** (0.145)
LNBKSIBN	0.00403 (0.0322)	0.00403 (0.0615)	-0.0699 (0.0869)	0.146*** (0.060)
JDPDN	0.00477 (0.00329)	0.00477 (0.00392)	0.0248*** (0.00794)	0.019*** (0.005)
JDPSOR	0.335*** (0.0457)	0.335*** (0.0846)	0.414*** (0.0891)	-0.012** (0.055)
BSB	-0.0651*** (0.0205)	-0.0651 (0.0443)	-0.0476 (0.0453)	0.029 (0.047)
M	-0.0290* (0.0153)	-0.0290 (0.0199)	-0.0233 (0.0177)	-0.025 (0.019)
(Lag) LNPCRHE				0.603*** (0.059)
Sabit Terim	0.0361 (0.196)	0.0361 (0.319)	0.648 (0.659)	
Gözlem Sayısı	972	972	972	729
İl Sayısı	81	81	81	81
R-Kare	0.44	0.44	0.46	-
AR(1)	-	-	-	0.000
AR(2)	-	-	-	0.317
Sargan Test	-	-	-	0.000
Hansen Test	-	-	-	0.084

Standart hatalar parantez içerisinde gösterilmiştir. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. İstatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar **kalin** olarak işaretlenmiştir.

Ek 28. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz
Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 4, LNJDVPR) Kapsamında

Bağımlı Değişken	(Havuzlanmış) LNPCRHE	(Rassal E.) LNPCRHE	(Sabit E.) LNPCRHE	(T.A. GMM) LNPCRHE
LNODR	0.263*** (0.0477)	0.263*** (0.0798)	0.550** (0.220)	0.655** (0.261)
LNPCRGDP	-0.368*** (0.0469)	-0.368*** (0.0653)	-0.348** (0.164)	-0.335** (0.146)
LNTHPP	0.234*** (0.0465)	0.234*** (0.0812)	0.182 (0.111)	0.0905 (0.122)
LNJDVPR	0.307*** (0.0333)	0.307*** (0.0824)	0.508*** (0.0658)	0.0474 (0.0504)
BSB	-0.0770*** (0.0197)	-0.0770* (0.0427)	-0.0656 (0.0437)	0.0440 (0.0488)
M	-0.0263* (0.0148)	-0.0263 (0.0194)	-0.0121 (0.0187)	-0.0363* (0.0218)
(Lag) LNPCRHE				0.607*** (0.0556)
Sabit Terim	-1.488*** (0.238)	-1.488*** (0.496)	-1.658** (0.743)	
Gözlem Sayısı	972	972	972	729
İl Sayısı	81	81	81	81
R-Kare	0.45	0.45	0.48	-
AR(1)	-	-	-	0.000
AR(2)	-	-	-	0.149
Sargan Test	-	-	-	0.000
Hansen Test	-	-	-	0.078

Standart hatalar parantez içerisinde gösterilmiştir. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. İstatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar **kalin** olarak işaretlenmiştir.

Ek 29. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz
Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 4, JDPDN) Kapsamında

Bağımlı Değişken	(Havuzlanmış) LNPCRHE	(Rassal E.) LNPCRHE	(Sabit E.) LNPCRHE	(T.A. GMM) LNPCRHE
LNODR	0.440*** (0.0490)	0.440*** (0.0666)	1.063*** (0.230)	0.681*** (0.246)
LNPCRGDP	-0.506*** (0.0506)	-0.506*** (0.0826)	-0.538*** (0.181)	-0.349** (0.146)
LNTHPP	0.232*** (0.0481)	0.232*** (0.0858)	0.138 (0.126)	0.106 (0.119)
JDPDN	0.0106*** (0.00301)	0.0106** (0.00483)	0.0385*** (0.00755)	0.0154*** (0.00498)
BSB	-0.0779*** (0.0207)	-0.0779* (0.0466)	-0.0727 (0.0498)	0.0425 (0.0477)
M	0.00165 (0.0150)	0.00165 (0.0179)	-0.00180 (0.0166)	-0.0398* (0.0216)
(Lag) LNPCRHE				0.587*** (0.0530)
Sabit Terim	0.292 (0.178)	0.292 (0.299)	1.649** (0.671)	
Gözlem Sayısı	972	972	972	729
İl Sayısı	81	81	81	81
R-Kare	0.38	0.38	0.42	-
AR(1)	-	-	-	0.000
AR(2)	-	-	-	0.159
Sargan Test	-	-	-	0.000
Hansen Test	-	-	-	0.063

Standart hatalar parantez içerisinde gösterilmiştir. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. İstatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar **kalin** olarak işaretlenmiştir.

Ek 30. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz
Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 4, LNJD PVN) Kapsamında

Bağımlı Değişken	(1) LNPCRHE	(2) LNPCRHE	(3) LNPCRHE	(4) LNPCRHE
LNODR	0.356*** (0.0436)	0.356*** (0.0598)	1.025*** (0.220)	0.586** (0.240)
LNPCRGDP	-0.442*** (0.0448)	-0.442*** (0.0721)	-0.475*** (0.176)	-0.356** (0.142)
LNTHPP	0.264*** (0.0462)	0.264*** (0.0819)	0.134 (0.125)	0.0959 (0.118)
LNJD PVN	0.00700 (0.0141)	0.00700 (0.0301)	0.195*** (0.0545)	0.133** (0.0586)
BSB	-0.0732*** (0.0214)	-0.0732 (0.0496)	-0.0790 (0.0506)	0.0294 (0.0464)
M	0.00917 (0.0150)	0.00917 (0.0180)	0.00520 (0.0178)	-0.0392* (0.0225)
(Lag) LNPCRHE				0.581*** (0.0537)
Sabit Terim	-0.0898 (0.194)	-0.0898 (0.366)	-0.677 (0.958)	
Gözlem Sayısı	972	972	972	729
İl Sayısı	81	81	81	81
R-Kare	0.36	0.36	0.42	-
AR(1)	-	-	-	0.000
AR(2)	-	-	-	0.107
Sargan Test	-	-	-	0.000
Hansen Test	-	-	-	0.075

Standart hatalar parantez içerisinde gösterilmiştir. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. İstatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar **kalin** olarak işaretlenmiştir.

Ek 31. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz
Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 4, JDPAOR) Kapsamında

Bağımlı Değişken	(Havuzlanmış) LNPCRHE	(Rassal E.) LNPCRHE	(Sabit E.) LNPCRHE	(T.A. GMM) LNPCRHE
LNODR	0.307*** (0.0480)	0.307*** (0.0730)	0.736*** (0.210)	0.723*** (0.266)
LNPCRGDP	-0.393*** (0.0475)	-0.393*** (0.0679)	-0.454*** (0.171)	-0.350** (0.146)
LNTHPP	0.196*** (0.0475)	0.196** (0.0846)	0.0899 (0.114)	0.0773 (0.120)
JDPAOR	0.299*** (0.0441)	0.299*** (0.0972)	0.542*** (0.0979)	-0.0608 (0.0701)
BSB	-0.0666*** (0.0201)	-0.0666 (0.0454)	-0.0561 (0.0478)	0.0446 (0.0494)
M	-0.0223 (0.0153)	-0.0223 (0.0210)	-0.0164 (0.0200)	-0.0284 (0.0213)
(Lag) LNPCRHE				0.622*** (0.0563)
Sabit Terim	-0.170 (0.172)	-0.170 (0.270)	0.931 (0.592)	
Gözlem Sayısı	972	972	972	729
İl Sayısı	81	81	81	81
R-Kare	0.42	0.42	0.45	-
AR(1)	-	-	-	0.000
AR(2)	-	-	-	0.247
Sargan Test	-	-	-	0.000
Hansen Test	-	-	-	0.068

Standart hatalar parantez içerisinde gösterilmiştir. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. İstatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar **kalin** olarak işaretlenmiştir.

Ek 32. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz
Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 4, JDPSOR) Kapsamında

Bağımlı Değişken	(Havuzlanmış) LNPCRHE	(Rassal E.) LNPCRHE	(Sabit E.) LNPCRHE	(T.A. GMM) LNPCRHE
LNODR	0.284*** (0.0483)	0.284*** (0.0746)	0.708*** (0.211)	0.748*** (0.268)
LNPCRGDP	-0.405*** (0.0470)	-0.405*** (0.0680)	-0.460*** (0.170)	-0.359** (0.146)
LNTHPP	0.197*** (0.0473)	0.197** (0.0835)	0.0960 (0.115)	0.0767 (0.119)
JDPSOR	0.319*** (0.0426)	0.319*** (0.0870)	0.480*** (0.0915)	-0.0903 (0.0580)
BSB	-0.0652*** (0.0200)	-0.0652 (0.0446)	-0.0520 (0.0477)	0.0423 (0.0493)
M	-0.0257* (0.0153)	-0.0257 (0.0203)	-0.0171 (0.0187)	-0.0260 (0.0215)
(Lag) LNPCRHE				0.623*** (0.0566)
Sabit Terim	-0.240 (0.172)	-0.240 (0.272)	0.817 (0.610)	
Gözlem Sayısı	972	972	972	729
İl Sayısı	81	81	81	81
R-Kare	0.42	0.42	0.45	-
AR(1)	-	-	-	0.000
AR(2)	-	-	-	0.282
Sargan Test	-	-	-	0.000
Hansen Test	-	-	-	0.61

Standart hatalar parantez içerisinde gösterilmiştir. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. İstatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar **kalin** olarak işaretlenmiştir.

Ek 33. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz
Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 4, JDPDN JDPAOR) Kapsamında

Bağımlı Değişken	(Havuzlanmış) LNPCRHE	(Rassal E.) LNPCRHE	(Sabit E.) LNPCRHE	(T.A. GMM) LNPCRHE
LNODR	0.336*** (0.0518)	0.336*** (0.0762)	0.787*** (0.208)	0.747*** (0.263)
LNPCRGDP	-0.424*** (0.0520)	-0.424*** (0.0765)	-0.453** (0.173)	-0.370** (0.147)
LNTHPP	0.198*** (0.0477)	0.198** (0.0858)	0.106 (0.115)	0.108 (0.121)
JDPDN	0.00464 (0.00315)	0.00464 (0.00357)	0.0222*** (0.00753)	0.0203*** (0.00574)
JDPAOR	0.278*** (0.0468)	0.278*** (0.0989)	0.457*** (0.101)	-0.149** (0.0704)
BSB	-0.0712*** (0.0203)	-0.0712 (0.0453)	-0.0573 (0.0471)	0.0408 (0.0483)
M	-0.0236 (0.0154)	-0.0236 (0.0209)	-0.0190 (0.0193)	-0.0325 (0.0217)
(Lag) LNPCRHE				0.591*** (0.0545)
Sabit Terim	-0.0607 (0.186)	-0.0607 (0.286)	0.942 (0.599)	
Gözlem Sayısı	972	972	972	729
İl Sayısı	81	81	81	81
R-Kare	0.42	0.42	0.46	-
AR(1)	-	-	-	0.000
AR(2)	-	-	-	0.236
Sargan Test	-	-	-	0.000
Hansen Test	-	-	-	0.087

Standart hatalar parantez içerisinde gösterilmiştir. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. İstatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar **kalımlı** olarak işaretlenmiştir.

Ek 34. Havuzlanmış (Pooled), Rassal Etkiler, Sabit Etkiler ve Tek Adımlı GMM Analiz
Sonuçları Ekonomik-Politik (Model 4, JDPDN JDPSOR) Kapsamında

Bağımlı Değişken	(Havuzlanmış) LNPCRHE	(Rassal E.) LNPCRHE	(Sabit E.) LNPCRHE	(T.A. GMM) LNPCRHE
LNODR	0.312*** (0.0523)	0.312*** (0.0785)	0.759*** (0.208)	0.759*** (0.263)
LNPCRGDP	-0.432*** (0.0513)	-0.432*** (0.0780)	-0.454** (0.173)	-0.375** (0.147)
LNTHPP	0.198*** (0.0474)	0.198** (0.0847)	0.113 (0.116)	0.107 (0.119)
JDPDN	0.00431 (0.00313)	0.00431 (0.00340)	0.0262*** (0.00790)	0.0192*** (0.00558)
JDPSOR	0.303*** (0.0449)	0.303*** (0.0877)	0.410*** (0.0883)	-0.140** (0.0586)
BSB	-0.0693*** (0.0202)	-0.0693 (0.0446)	-0.0533 (0.0467)	0.0380 (0.0479)
M	-0.0269* (0.0153)	-0.0269 (0.0202)	-0.0211 (0.0183)	-0.0318 (0.0218)
(Lag) LNPCRHE				0.589*** (0.0548)
Sabit Terim	-0.135 (0.188)	-0.135 (0.293)	0.808 (0.613)	
Gözlem Sayısı	972	972	972	729
İl Sayısı	81	81	81	81
R-Kare	0.43	0.43	0.46	-
AR(1)	-	-	-	0.000
AR(2)	-	-	-	0.254
Sargan Test	-	-	-	0.000
Hansen Test	-	-	-	0.087

Standart hatalar parantez içerisinde gösterilmiştir. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. İstatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar **kalı**n olarak işaretlenmiştir.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Tarık İLİMAN

Doğum Yeri ve Tarihi : Banaz / 06.10.1989

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : Dokuz Eylül Üniversitesi / İİBF / Maliye

Lisansüstü Öğrenimi : Aydın Adnan Menderes Üniversitesi / SBE / Maliye ABD /
Yüksek Lisans Programı

Bildiği Yabancı Diller : İngilizce,

İş Deneyimi

Araştırma Görevlisi: (2012-Devam Etmekte) Aydın ADÜ / Nazilli İİBF /İsabeyli/Aydın

İletişim

İletişim Bilgileri : tarik.iliman@adu.edu.tr

Tarih : 23.06.2020