

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARINDA ARTIŞ NEDENLERİ: SAĞLIK HARCAMALARINDA ARTIŞ – BÜYÜME İLİŞKİSİ

CAUSES OF INCREASE IN HEALTH EXPENDITURES IN TURKEY: INCREASE IN HEALTH EXPENDITURES - GROWTH RELATIONSHIP

Serdar ÖZTÜRK*, Okyay UÇAN**

* Doç. Dr., Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İktisat Bölümü, E-mail: serdarozturk@nevsehir.edu.tr

** Doç. Dr., Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İktisat Bölümü, E-mail: okyayucan@ohu.edu.tr

ÖZ

Sağlık harcamaları ülke ekonomilerinde oldukça önemli bir yere sahiptir. Aynı zamanda kalkınmanın temel göstergelerinden de birisidir. Ama tüm bunların ötesinde sağlık harcamalarının insan neslinin geleceğiyle ilgili olduğu için ülkeler açısından çok özel bir yeri vardır. Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ne olursa olsun çeşitli sağlık sorunlarıyla karşı karşıya olduğu söylenebilir. Tarihsel süreçte, Türkiye’de de geliştirilen yetersiz stratejiler ve politikalar, etkin kullanılmayan kaynaklar, yanlış personel politikaları ve yetersiz teknolojik altyapı gibi sebeplerle sağlık alanında pek çok sorunun yaşandığı görülmektedir. Ancak 2003 yılında uygulanmaya başlanan sağlıkta dönüşüm programı bu sorunların çözümüne önemli katkılar sağlamıştır. Kısaca sağlık sektöründe 2000 yılından sonraki süreç oldukça önemlidir. Ülkelerin sağlık harcamalarının hemen hemen her yıl daha da arttığı görülmektedir. Hatta ülkelerin büyük bir kısmında sağlık harcamalarındaki artış büyüme oranının üzerindedir ve büyümeyi olumlu etkileyen bir unsur olduğu söylenebilir. Elde edilen kısa dönemli analiz sonucuna göre sağlık harcamaları için kullanılan gösterge değişkenler, hemşire ve doktor başına düşen hasta sayıları azalırken kişi başına reel gayri safi hasıla rakamının küçük de olsa arttığı, analiz sonucunda elde edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Ekonomisi, Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamaları ve Büyüme

Jel Kodu: I11, I15, I18

ABSTRACT

Health spending has an important place in the economy of the countries. It is also one of the essential indicators of development. But beyond all this, because health spending is interested in the future of the human race, it has a very special place for countries. Whatever the level of development of the countries said to be facing some health problems. Historical process, inadequate development strategies and policies, not used effectively of resources, wrong personnel policies and inadequate technological infrastructure and for reasons like this in the field of health it is observed that many problems in Turkey. However, the health transformation program, which was launched in 2003, has contributed significantly to the solution of these problems. So the process after 2000 are very important in the health sector. Almost every year, it is seen that countries' health spending is rising. In fact, the increase in health spending in a large part of the country is higher than the growth rate and it is a positive impact to growth.

Keywords: Health Economics, Health Expenditures, Health Expenditures and Growth

Jel Codes: I11, I15, I18

1. GİRİŞ

Dünyada yaşayan tüm canlıların temel güdüsü hayatta kalabilmek ve varlığını sürdürebilmektir. Dolayısıyla yaşamın devamı onu tehdit eden tehlikelerden korunma ve bu riskleri bertaraf etme esasına dayanmaktadır. Tarihsel süreçte bu davranışlar insanlarda ve toplumda sistemli ve bilinçli bir yapıya dönüşmüş ve sağlık hizmetleri sektörünün ortaya çıkmasına neden olmuştur. Sağlık hizmetleri sektörünün sosyal, kültürel ve teknolojik gelişmeye bağlı olarak sürekli gelişim ve değişim içerisinde olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetleri sadece sağlığın korunması değil sağlığı tehdit eden unsurların önlenmesi ve ortadan kaldırılmasını da kapsayan genel

bir kavramdır. Ülkelerin sağlık harcamalarının, güçlü bir yapıya sahip olmanın temelinde sağlıklı nesillere sahip olmanın bilinciyle her yıl daha da arttığı görülmektedir. Hatta ülkelerin büyük bir kısmında sağlık harcamalarındaki artışın büyüme oranının üzerinde olduğu söylenebilir. Dolayısıyla bu çalışmada önce sağlıkla ilgili temel kavramsal çerçeve anlatılmış daha sonra da Türkiye’de sağlık sektörünün gelişimi ve sağlık harcamaları ile büyüme arasındaki ilişki açıklanmaya çalışılmıştır.

2. SAĞLIK EKONOMİSİNİN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ

Ekonominin birçok farklı tanımı yapılabilir. Örneğin, ekonomi; “ne, nasıl ve kimler için üretilecek sorularına cevap arayan bilim dalıdır” şeklinde tanımlanabilir (Begg, Fischer and Dornbusch, 2005). Konular sağlık alanında farklı olsa da sorular aynıdır. Ekonominin temel inceleme alanı, kıt kaynaklarla sınırsız insan ihtiyaçlarının nasıl karşılanacağı sorunudur. Ekonomik ihtiyaçlar, mallar ve hizmetler kullanılarak karşılanabilen ihtiyaçlardır. Sağlık hizmetleri de bu anlamda ekonomik bir maldır: Dünyanın hiçbir yerinde tüm vatandaşlarının isteklerini karşılamak için sağlık hizmetlerine yeterli kaynak ayırayabilen ülke olduğunu söylemek pek mümkün değildir. Kısaca bir bütün olarak ekonomide, tüm istekleri karşılamak için yeterli kaynak olmadığı için insanlar bir seçim yapmak zorundadırlar. Aynı şekilde sağlık hizmetleri sisteminin de bu sorunla karşı karşıya olduğu bir gerçektir.

Sağlık kavramı Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından sadece sakatlık ve hastalığın olmayışı değil ruhça, bedence ve sosyal yönden tam iyilik halidir şeklinde tanımlanmıştır. Bu tanımlama 19-22 Haziran 1946 yılında Newyork'ta düzenlenen Uluslararası Sağlık Konferansı tarafından benimsenen Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) Anayasasının giriş kısmında yapılmıştır. Bu Anayasa 22 Temmuz 1946 yılında 61 ülke tarafından imzalanmış ve 7 Nisan 1948'de yürürlüğe girmiştir (WHO, 2001). Gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık politikası toplumun sağlığını iyileştirmek için kullanılırken gelişmiş ülkelerde bunun yanısıra sağlığı tehdit eden unsurların ortaya çıkmasını engelleme ya da ortadan kaldırma amacının da olduğu görülmektedir (Mwabu, 2007: 1). Sağlık Ekonomisi çalışmalarının uygulama alanı, herkes için sağlığı teşvik etmekte karşılaşılan sorunların sistematik ve titiz bir şekilde incelenmesine izin verir. Sağlık ekonomisi, tüketici, üretici ve sosyal seçim ile ilgili ekonomik teorileri uygulayarak, bireylerin, sağlık personelinin, kamu ve özel kuruluşların ve hükümetlerin davranışlarını anlamayı amaçlamaktadır (Wels, 2016).

Sağlık ekonomisi, yalnızca klinik etkinliğin değil aynı zamanda sağlık yükümlülüğünün maliyet etkinliğinin sağlanması yolu ile maksimum faydayı elde etmek konusundaki evrensel bir arzuyu yansıtır. Sağlıkta fırsat maliyeti, sağlık hizmetlerinde kaynak kullanımının altında yatan değiş-tokuşu açık bir şekilde ortaya koyduğu için sağlık ekonomisindeki düşüncenin bakış açısını açık bir şekilde ortaya koymaktadır. Sağlık ekonomisine hâkim olan basit teorik yapı maliyet-etkililiktir. Maliyet-Etkililik kavramı hem önceden belirlenmiş bir hedefe en düşük maliyetle ulaşmayı hem de sınırlı kaynaklarla hasta nüfusa hizmet için maksimum yarar sağlama arzusunun ima eder. Sağlık ekonomisi ile ilgili çıktılar tanımlama ve ölçüm zorluklarıyla dolu olsa da bu ölçümler sağlık ekonomisinin değerlendirilmesinin

temel taşlarıdır. Dolayısıyla maliyet-etkililik analizinin tamamen ölçülebilir sağlık hizmetlerinin finansal maliyetlerini sağlık ekonomisinde karşılamak için temel araç olduğu söylenebilir (Haycox, 2009).

Kenneth Arrow'un bundan yaklaşık 50 yıl önce “The American Economic Review”de yayımladığı “Uncertainty and Welfare Economics of Medical Care” isimli çalışmanın bilimsel bir disiplin olarak sağlık ekonomisinin ortaya çıkmasına öncülük ettiği kabul edilmektedir. Bu çalışma sadece sağlık ekonomisi alanında değil diğer bir çok alanda da en yaygın atıf yapılan referans kaynağı olmuştur (Savedoff, 2004). Ekonomik değerlendirmeler sağlık teknolojilerinin kullanımına ilişkin politika kararlarının ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir. Bu, 1960'ların başından beri gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetleri harcamaları genellikle enflasyondan hızlı arttığı için olmuştur. Sonuç olarak sağlık harcamaları toplam ekonomiden giderek daha fazla pay almaktadırlar (Meltzer, 2001: 993). Sağlık sisteminde sağlık unsurlarının sıhhi kaynakları (girdiler) ile diğer unsurların (eğitim, çevre, çalışma koşulları) kullanımı ile sağlık hizmetleri üretimi yapılır (Giral, 2010). Sağlık sektörü ekonomisi kuramları, kavramları, teknikleri uygulama olarak geniş tanımlı olabilir. Bu tanımın içerisindeki faktörleri aşağıdaki şekilde sıralamak mümkündür (Mills & Gilson, 1988: 2):

- Sağlığı teşvik faaliyetlerinin kaynak tahsisi,
- Sağlık sunumunda kullanılan kaynakların miktarı,
- Sağlık kurumlarının organizasyonu, amaçları, finansman için kullandığı harcamaların tahsisi,
- Toplumdaki bireyler üzerinde, koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin finansmanı olarak sıralanabilir.

3. SAĞLIK HİZMETLERİ VE GENEL ÖZELLİKLERİ

Sağlık hizmetleri ülkelerin sosyo-ekonomik açıdan kalkınma düzeylerinin en önemli göstergelerinden birisidir. Sağlık hizmetleri sadece insanların sağlığını korumak ve yükseltmek değil ayrıca bireyleri hastalığın finansal risklerine karşı korumak ve tedavi etmek gibi görevleri de üstlenmektedir.

Küreselleşen dünyada dört unsurun sağlık reformlarında itici güç rolünde olduğu görülmektedir. Bunlardan ilki, sağlık hizmetleri artan maliyetli hizmetler olduğu için her ülkede hükümetlerin sağlık sistemiyle ilgili politikalar ve yaklaşımlar düşünmek zorunda olmasıdır. İkincisi, vatandaşların hem devlete ait sağlık kurumlarından hem de özel sağlık sistemlerinden talepleri artmaktadır. İnsanların daha fazla beklenti içerisinde olması devletin ilgisinin bu alana yoğunlaşmasına neden olmaktadır. Üçüncüsü, maliyet ve beklentilerin artması hükümetlerin ödeme gücü konusunda limitlerle baş başa kaldığı bir süreci getirmektedir. Sonuncusu ise sağlık sektöründe

geleneksel yaklaşıma duyulan şüpheciliktir (Sağlık Bakanlığı, 2010: 10).

Toplam sağlık harcamalarında erişimde eşitlik, sağlık durumu, sosyal farklılıkların düzeyleri, özel hükümlerin gelişimi gibi soruların cevaplandırılması sağlık sektörü için önemlidir. Bu soruların cevaplanmasında hükümetin düzenleyici ve özel sektörün teşvik edici rolü de göz ardı edilmemelidir (Hanson & Berman: 24).

4. TÜRKİYE’DE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN YAPISI VE GELİŞİMİ

Sağlık hizmetlerinin sürekli değişim ve gelişim içinde olduğu görülmektedir. Tarihsel süreçte bilimdeki gelişim ve bilgi birikiminin yanı sıra ekonomik, sosyal ve kültürel dinamiklerin de belirleyici rol oynadığı söylenebilir. Bu bağlamda Türkiye’de uygulanan sağlık politikaları da cumhuriyet tarihi boyunca bazı temel değişim dönemlerinden geçmiştir. Dr. Refik Saydam dönemi (1923), Dr. Behçet Uz dönemi (1946) ve Prof. Dr. Nusret Fişek’in öncülüğünde sağlık hizmetlerinde sosyalizasyon uygulamasının başlangıcı (1963), oldukça önemli dönüm noktalarıdır. Bu dönüm noktalarındaki son halka Sağlıkta Dönüşüm Programıdır (2003). Bu dönüşüm programıyla Türkiye’de sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve adil bir şekilde organize edilmesi, sağlık hizmetlerine finansman sağlanması ve sunulması amaçlanmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın amaçlarıyla uyumlu olarak 2006 yılında hazırlanan 9. Kalkınma Planı ile sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, hizmet kalitesinin artırılması, Sağlık Bakanlığı’nın planlama ve denetleme rolünün güçlendirilmesi, sağlık bilgi sistemlerinin geliştirilmesi, akılcı ilaç ve malzeme kullanımının sağlanması ve Genel Sağlık Sigortası Sistemi’nin oluşturulmasının hedeflendiği görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2012a).

Sağlık hizmetlerinin temel devlet görevi olarak ele alınışının TBMM’nin kuruluşuyla başladığı kabul edilebilir. TBMM, 3 Mayıs 1920’de kabul ettiği 3 sayılı yasa ile Sıhhiye ve Muavenatı İçtimaiye Vekâletini kurarak sağlık hizmetlerini ayrı bir bakanlıkça yürütülen temel devlet görevi haline getirmiştir (Akdur, 1999). Ancak 1920-1923 dönemi incelendiğinde sağlıkla ilgili düzenli kayıt tutulmadığı görülmektedir. Çünkü bu dönemde daha çok savaş yaralarının sarılmasına ve sağlıkla ilgili mevzuatın geliştirilmesine odaklanılmıştır. Ancak ilk kurulan bakanlıklardan birinin Sağlık Bakanlığı olması oldukça önemlidir. 1923-1946 döneminde Türkiye’de sağlık hizmetleri; hükümet kurumları, belediye ve karantina tabiplikleri, küçük sıhhiye memurlukları şeklinde örgütlenmiştir. Bu dönemde sağlık hizmetlerinin 86 adet yataklı tedavi kurumu, 6.437 hasta yatağı, 554 hekim, 69 eczacı, 4 hemşire, 560 sağlık memuru ve 136 ebe ile verildiği görülmektedir. 992 sayılı Bakteriyojoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu (1927), 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı

Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928), 1262 sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu (1928), 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930), 3153 sayılı Radyoloji Radyum ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun (1937) gibi hâlen yürürlükte olan kanunlar yine bu dönemde çıkarılmıştır (Tosun, 2009).

Refik Saydam döneminde sağlık politikaları şu dört ilke ile belirlenmiştir (Akdağ, 2008):

- Sağlık hizmetlerinin plan ve programı ile yönetiminin tek elden yürütülmesi,
- Koruyucu hekimliğin merkezi yönetimin, tedavi edici hekimliğin ise yerel yönetimlerin hizmet alanı olarak ayrışması,
- Sağlık insan gücü ihtiyacını karşılamak üzere tıp fakültelerinin cazibesinin artırılması, yatılı tıp talebe yurtları açılması, mezunlarına mecburi hizmet konulması,
- Sıtma, frengi, trahom, verem, cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele programlarının başlatılması.

Bu ilkeler ışığında sağlık hizmetleri, “geniş bölgede tek amaçlı hizmet / dikey örgütlenme” modeli ile yürütülmüştür. Ülkemizin Cumhuriyet dönemi ilk sağlık planı olarak da adlandıracağımız “Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı” 1946 tarihindeki Yüksek Sağlık Şurası’nca onaylanmıştır. Temel yapı olarak, o güne kadar yerel yönetimlerin denetiminde olan yataklı tedavi kurumları merkezden yönetilmeye başlanmıştır. 1950 yılında Sağlık Bakanlığı’na bağlı 118 kurumda 14.581 yatak sayısı var iken 1960 yılına gelindiğinde 442 kurumda 32.398 yatak sayısına ulaşılmıştır. Her ne kadar bu rakamlara yerel idarelere ait hastanelerin merkezi idarenin eline alınması etki etmiş olsa da yüz bin kişiye düşen yatak sayısı oranına baktığımızda, 1950 yılında yüz bin kişiye 9 yatak düşerken 1960 yılına gelindiğinde bu oran 16,6’ya çıkmıştır. Bebek ölüm hızı 1950 yılında binde 233 iken 1960 yılında binde 176’ya düşürülmüştür. 1946 yılında İşçi Sigortaları İdaresi (Sosyal Sigortalar Kurumu) kurulmuş ve 1952 yılından itibaren sigortalı işçiler için sağlık kuruluşları ve hastaneler açılmaya başlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2012b).

1961 yılında, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun çıkarılmıştır. Sosyalizasyonun fiilen 1963 yılında başladığı söylenebilir. Bu dönemde yaygın, sürekli, bütünleşmiş, kademeli, il içinde bütünleşmiş bir yapı anlayışıyla sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir yapılanmaya gidilmiştir. Dikey örgütlenmeler kısmen azaltılıp farklı nitelikte sağlık hizmetleri veren yapılar, sağlık ocağı bünyesinde bütünleşmiş hâle getirilmiştir. 1982 Anayasasına bakıldığında vatandaşların sosyal güvenlik hakkına sahip olmalarının yanı sıra bu hakkın gerçekleşmesinin devletin sorumluluğunda olduğuna yönelik hükümler içerdiği görülmektedir.

1990'lı yıllarda yürütülen Sağlık Reformu çalışmalarının ana bileşenleri şunlardır (Tosun, 2009):

- Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması,
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi,
- Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi,
- Sağlık Bakanlığı'nın koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması.

Bu dönem önemli teorik çalışmalar yapıldığı ancak bunların yeterince uygulama alanı bulamadığı bir dönem olmuştur.

4.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Sonrası

2002 yılı sonunda Türk sağlık sisteminin içinde bulunduğu durumda, hizmet sunumundan finansmanına, insan gücünden bilgi sistemine kadar ilgili birçok alanda köklü değişikliklere gidilmesinin gerekli olduğu görülmüş ve bu amaçla 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı uygulamaya konulmuştur. Bu program ile sağlık hizmetlerinde önemli değişikliklere gidilmiş ve başta SSK hastaneleri olmak üzere diğer kamu kurumlarının hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Dar

gelirli kesimlere yönelik olarak Yeşil Kartlı vatandaşların hakları genişletilmiştir. İlaçtaki KDV oranı düşürülmüş ve ilaç fiyatlandırma sistemi değiştirilmiştir. Başta koruyucu sağlık ve ana-çocuk sağlığı hizmetleri olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilmiştir. Çağdaş sağlık anlayışının temel unsurları arasında yer alan aile hekimliği uygulaması başlatılarak tüm ülkeye yaygınlaştırılmıştır. Bulaşıcı hastalıklarla ilgili göstergeler Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmaya başlanmasından sonra gelişmiş ülkeler düzeyine ulaşmıştır. 2003-2011 yılları arasında faiz dışı genel kamu harcamalarındaki artış % 92 iken kamu sağlık harcamalarındaki artış sadece % 74 olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2012a).

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile kamu kaynaklarının daha verimli kullanılmaya başlandığı söylenebilir. Nihayetinde 2010, 2011 ve 2012 yıllarını içine alan orta vadeli mâli plan ile birlikte mâli sürdürülebilirlik teminat altına alınmıştır. 2002 yılında % 39,5 olan sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı, 2012 yılı sonunda % 74,8'e ulaşmıştır. Yine bu dönemde Doğumda Beklenen Yaşam Süresi, Anne Ölüm Oranı ve Bebek Ölüm Hızı gibi temel göstergelerde önemli iyileşmeler olduğu görülmektedir (Tablo 1).

Tablo 1: Sağlıkta Dönüşümde 10 Yıl (2002-2012)

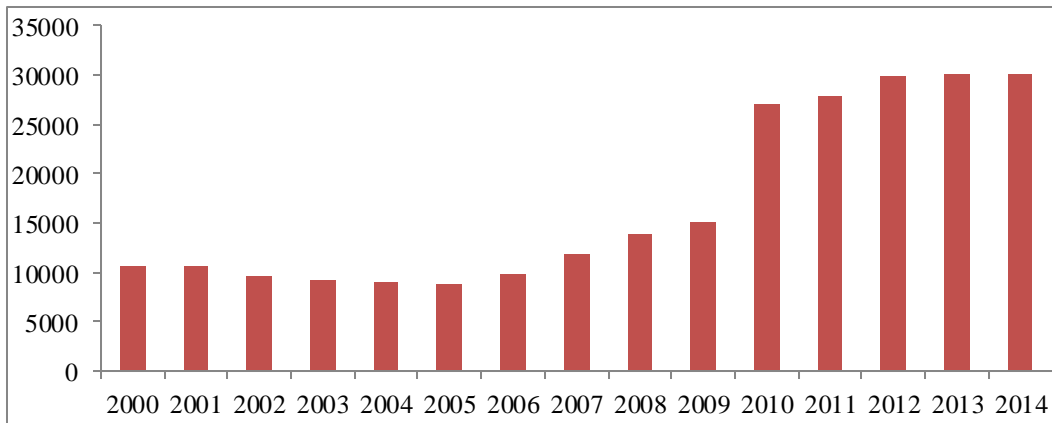
Sağlık Göstergeleri	2002	2012
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (yıl)	71,8	76,0
Bebek Ölüm Hızı (bin canlı doğumda)	31,5	7,4
Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (bin canlı doğumda)	40,0	11,0
Anne Ölüm Oranı (yüz bin canlı doğumda)	64,0	15,4
Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı %	19,8	15,4
Sağlık Hizmetlerinin Genel Memnuniyet Oranı %	39,5	74,8

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri, 2014. <http://www.saglik.gov.tr>.

Şekil 1'de Türkiye'de 2000-2014 yılları arasındaki sağlık kurumlarının sayısı görülmektedir. 2000 yılında toplam sağlık kurumlarının sayısı 10747 iken 2012 yılında 29960'a yükselmiştir. Gene 2008 krizi döneminde de toplam sağlık kurumlarının sayısının

1381'den 2009 yılında 15,205'e yükseldiği görülmektedir. Özellikle 2009 yılından sonraki artış dikkat çekicidir. Bu sayı 2013 yılında 30116'ya 2014 yılında da 30176'ya çıkmıştır.

Şekil 1: Toplam Sağlık Kurumlarının Sayısı (2000-2014)

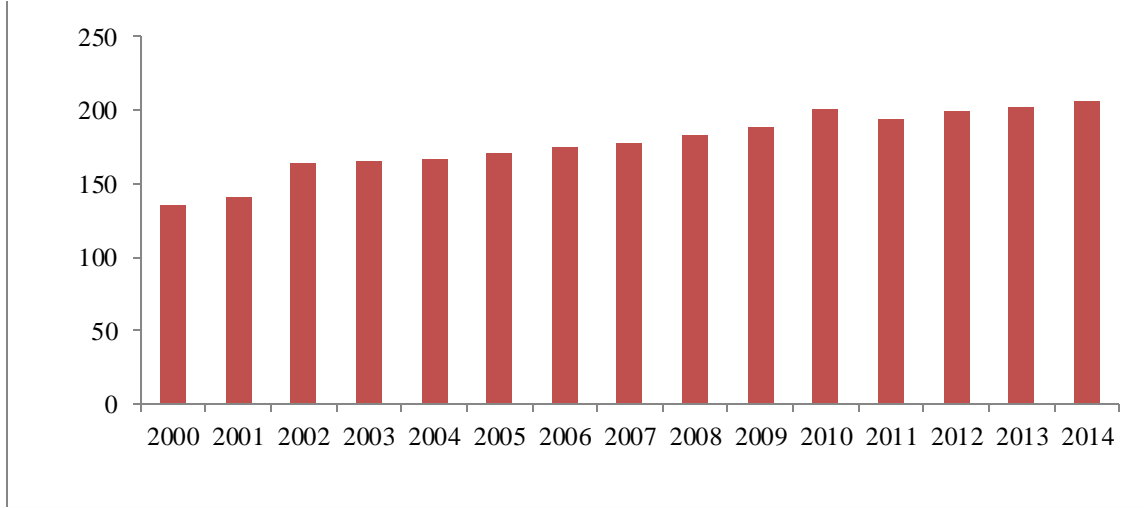


Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Sağlık İstatistikleri 2000-2012, <http://www.tuik.gov.tr>.

Şekil 2’de Türkiye’de 2000-2014 yılları arasında toplam yatak sayısı verilmiştir. Yatak sayısı da 2000 yılında 134,950’den 2014 yılında 206,836’ya yükselmiş yani 71886 adet artmıştır. Burada 2009 yılından sonraki artış çarpıcıdır. 2000 yılında toplam yatak sayısında özel sektörün payının % 9 iken 2014

yılında % 19,5 civarında olduğu görülmektedir. Bu da Türkiye’de Özel Sektörün Sağlığa 2000 yılından sonra daha fazla ilgi duymaya başladığının bir göstergesidir. Sağlık sektörüne ilginin artmasında devlet desteğinin de etkisiyle karlılığın artmasının rolü olduğu söylenebilir.

Şekil 2: Toplam Yatak Sayısı (2000-2014)

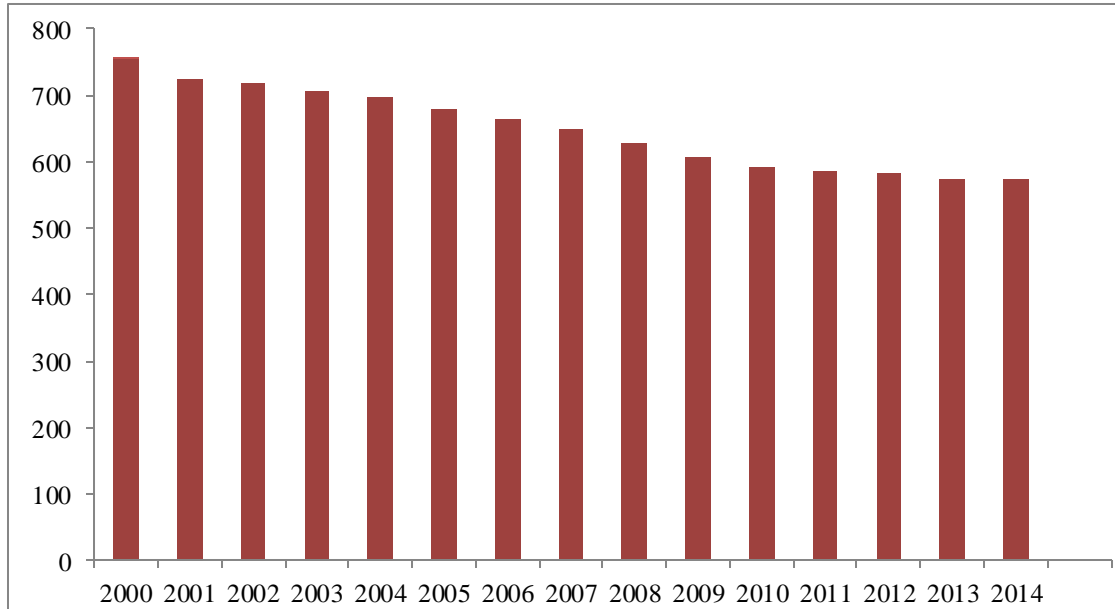


Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Sağlık İstatistikleri 2000-2014 <http://www.tuik.gov.tr>.

Hekim başına düşen kişi sayısı 2000 yılında 754 iken 2012 yılında 583’e ve 2014 yılında ise 573’e düşmüştür. Sağlık sektöründe meydana gelen gelişmeler doğrultusunda, hekim sayısının artması

hekim başına düşen hasta sayısını azaltmıştır. 2008 krizi döneminde de sağlık sektöründe hekim başına düşen kişi sayısında azalış devam etmiştir (Şekil 3).

Şekil 3: Hekim Başına Düşen Kişi Sayısı (2000-2014)

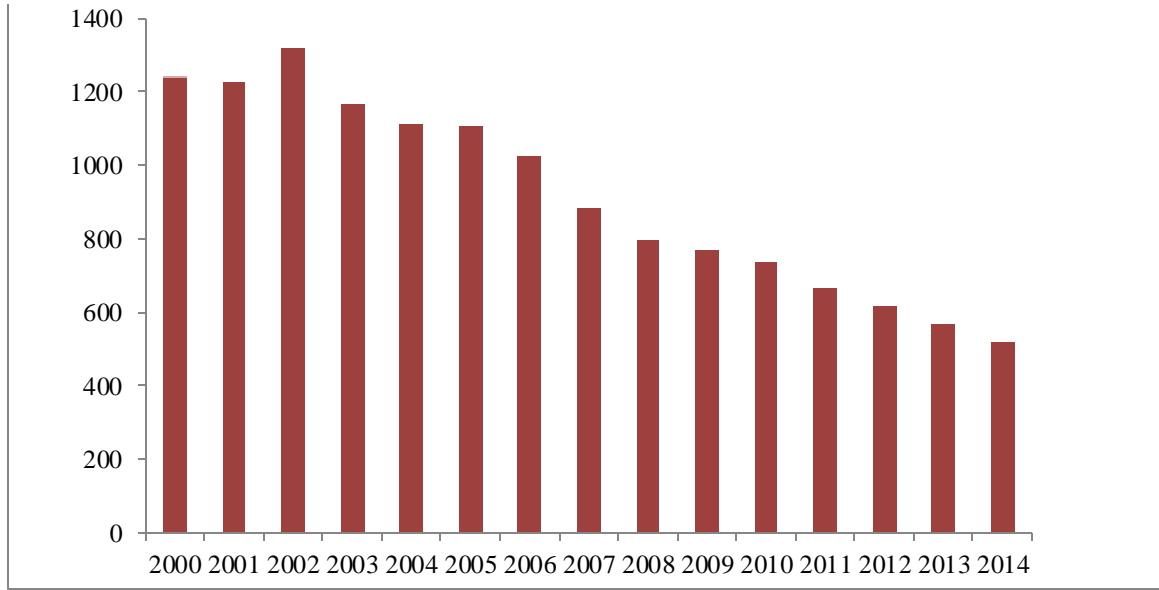


Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Sağlık İstatistikleri 2000-2014, <http://www.tuik.gov.tr>.

Şekil 4’te görüldüğü üzere sağlık memuru sayısının artmasıyla sağlık memuru başına düşen kişi sayısı da azalış göstermiştir. 2000 yılında sağlık memuru başına

düşen kişi sayısı 1238 kişi iken 2008 yılında 794, 2012 yılında 617 ve 2014 yılında da 519 kişiye düşmüştür.

Şekil 4: Sağlık Memuru Başına Düşen Kişi Sayısı (2000-2014)



Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Sağlık İstatistikleri 2000-2014. <http://www.tuik.gov.tr>.

Sonuç olarak Türkiye’de özellikle 2000 yılı sonrası temel sağlık göstergelerine bakıldığında hala eleştirilecek şeyler olsa da özellikle 2003 yılında hayata geçirilen Sağlıkta Dönüşüm Programından sonra önemli mesafeler katedildiği görülmektedir.

4.2. Sağlık Kuruluşlarında Basamak Sistemi

Türkiye’de sağlık hizmetleri, verilen hizmetin kapsamı ve yoğunluğu esas alınarak sınıflandırılmıştır. Sağlık harcamalarındaki artışı ve zaman kaybını önleyebilmek amacıyla sağlık hizmetlerinde basamak sistemine geçilmiştir. Sağlık Bakanlığı 5510 Sayılı Kanuna göre Sağlık Hizmeti Sunucularını; Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, İkinci Basamak sağlık Hizmetleri ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri olarak gruplandırılmıştır (Tablo 2) (SGK, 2013). Bu hizmetlerin kapsamı şu şekilde ifade edilebilir (Sağlık Bakanlığı, 2011):

- Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, hastaların

evde ve ayakta tedavilerini kapsamaktadır. Bu hizmetler esas olarak yataksız sağlık kuruluşlarında ve koruyucu hizmetlerle bir arada verilmektedir.

- İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri, hastaların bir yataklı sağlık kuruluşunda (hastanelerde) yatırılarak tedavilerini kapsamaktadır.
- Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri, özel bir yaş grubuna, cinsiyetine yada belli bir hastalığa yakalanan kişilere o konuda yeterli imkanlara sahip yataklı tedavi kuruluşlarında verilen tedavi hizmetlerini kapsamaktadır. Bu hizmetler genel olarak özel dal ya da eğitim ve araştırma hastanelerinde verilen hizmetlerdir.

Bu sistemde hastanın acil durumlar dışında ilk olarak birinci basamağa başvurması eğer buradaki imkanlarla tedavi edilemiyorsa bir üst basamağa gitmesi hedeflenmiştir. Böylece zaman ve emek kaybının önlenmesi öngörülmüştür.

Tablo 2: Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	Resmi Kurum Tabiplikleri Sağlık Ocağı Sağlık Merkezi Ana ve Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇS-AP) Merkezi Özel Poliklinikler Verem Savaş Dispanserleri SSK Sağlık İstasyonu ve Dispanseri
İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri	Eğitim ve Araştırma Hastanesi Olmayan Devlet Hastaneleri ve Dal Hastaneleri Özel Hastaneler Eğitim ve Araştırma Hastanesi Olmayan Askeri Hastaneler Sağlık Bakanlığına Bağlı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri
Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri	Üniversite Hastaneleri Sağlık Bakanlığına Bağlı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri Uygulama ve Araştırma Merkezleri

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı, 2004, s.10
<http://www.sbu.saglik.gov.tr>

En basit şekliyle Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, vatandaşın çeşitli nedenlerle başvurduğu ilk sağlık kurumu ve bu kurumda üretilen sağlık hizmeti olarak tanımlanabilir. Yani nüfusun temel sağlık ihtiyaçlarının büyük bir kısmını oluşturan belirlenmemiş ve yaygın sağlık sorunlarını kapsar (Boerma, 2003). Yaygın ve adil bir şekilde sunulan Birinci Basamak Sağlık hizmetleri, toplumdaki farklı grupların bu sağlık hizmetlerinin eşit bir şekilde yararlanmasını sağlar (Starfield, 2009). Sağlıkta Dönüşüm Programının hayata geçirilmesiyle birlikte Birinci Basamak Sağlık Hizmeti sunan kuruluşlar yeniden düzenlenmiş ve Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunan Kuruluşlar üç grupta toplanmıştır. Bunlar; Aile Sağlığı Merkezi (ASM), Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) ve 112 Acil Sağlık Merkezi olarak yeniden düzenlenmiştir (Muğla Halk Sağlığı Merkezi).

5. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HARCAMALARINI ARTTIRAN NEDENLER

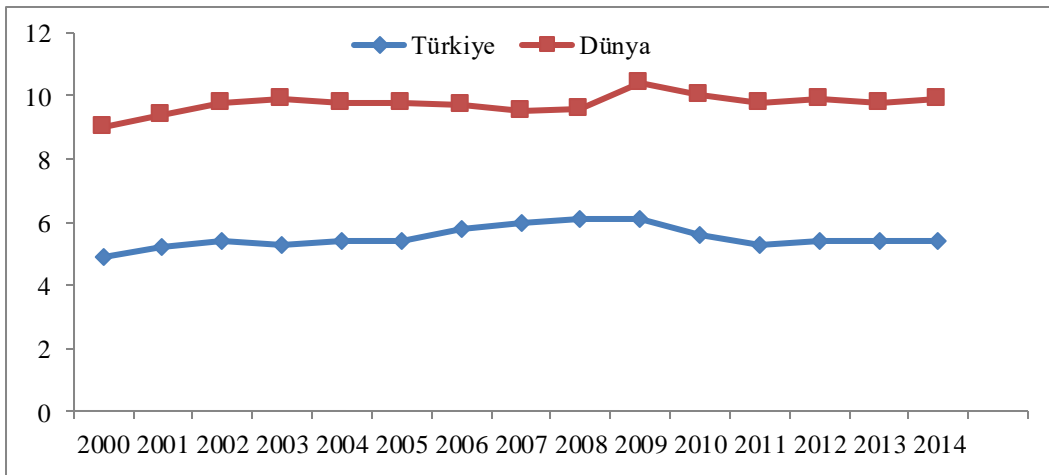
Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için yapılan harcamalara sağlık harcaması denir. Sağlık harcamaları ile insanların yaşam süresinin uzaması ve özellikle yaşam kalitesinin artırılması amaçlanmaktadır. Ekonomik büyüme ve kalkınmada önemli bir faktör olan sağlık harcamalarının ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre farklılıklar gösterdiği söylenebilir. Sağlık harcamalarının son yıllarda toplam gelir ve toplam harcama içerisindeki payının arttığı görülmektedir. Sağlık harcamalarındaki bu artış nedenleri şu şekilde sıralanabilir (Kılavuz, 2010: 174):

- Sağlık sektörünün emek yoğun bir sektör olması,
- Arzın talep yaratması,
- Gelirdeki artışla birlikte sağlık harcamaları talebinin artması,
- Kronik hastalıkların ve yetersizliklerin ortalama yaşam süresinin yükselmesiyle birlikte artması,
- İnsanlarda sağlık bilincinin gelişmesi,
- Maliyetlerin asimetrik bilgidan dolayı artması,
- Sağlık sektöründe yüksek sermayeli ileri teknolojinin kullanılmasıdır

Sağlık harcamalarında ortaya çıkan artış nedenlerinin genelde olumlu olarak kabul edilen gelişmelere bağlandığı görülmektedir. Özellikle sağlık hizmetlerine erişimin artması ile birlikte sosyal adaletin sağlanması, daha fazla bireyin bu hizmetlerden faydalanması ve tüketimin artması sağlıklı bir nesil için son derece önemlidir (Yereli, Kobal & Köktaş, 2011).

Son yıllarda sağlık harcamalarında ortaya çıkan artışın kırsal bölgelerdeki kişilerin, işverenlerin ve vergi mükelleflerinin yükünü arttırdığı görülmektedir. Nüfusun sağlık ihtiyaçları, artan gelir, sigorta talepleri, fiyat değişimleri ve teknolojik değişim sağlık harcamalarını arttıran nedenlerdendir. Bu faktörlerin bazıları kırsal alanlarda son zamanlarda oldukça önemli bir artış göstermiştir. Kırsal alanlarda sağlık sektöründeki bu artışlar topluluklar arasında meydana gelen sağlık durumu ve hizmet durumuyla paralellik gösterebilir (McBride, 2005: 6).

Grafik 1: Dünyada ve Türkiyede Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH Oranı (%) 2000-2014



Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu, Sağlık Harcamaları İstatistikleri (TÜİK) 2000-2014, <http://www.tuik.gov.tr>, World Bank, World Development Indicators: Health System, <http://www.worldbank.org>

Sağlık harcamalarıyla ilgili önemli göstergelerden birisi sağlık harcamalarının GSYH'ye oranıdır. Türkiye’de toplam sağlık harcamalarının GSYH içerisindeki payı 2000 yılında % 4,9 iken 2014 yılında

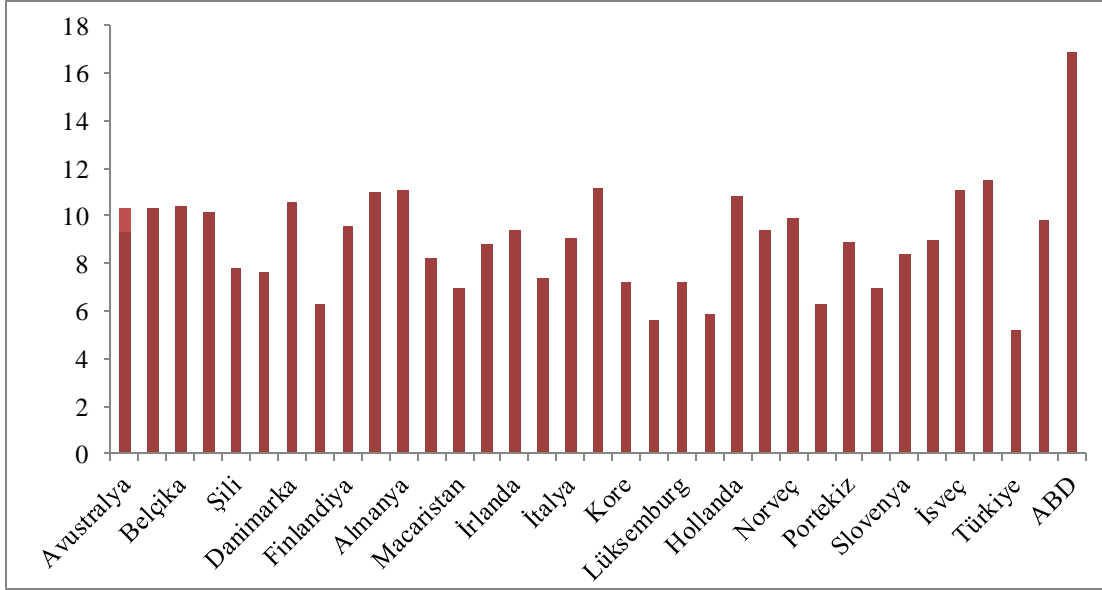
% 5,4 düzeyine yükselmiştir. Yani bu yıllar arasında inişli çıkışlı bir seyir izlese de genel olarak % 0,5’lik bir artış olduğu görülmektedir. En yüksek değere ise 2008-2009 döneminde ulaşılmıştır. Bu dönemde

toplam sağlık harcamalarının GSYH içerisindeki payı % 6,1 olarak gerçekleşmiş daha sonra % 5,4'lere gerilemiştir. Bunda 2008 yılında yaşanan küresel finans krizinin etkisinin de olduğunu söylemek mümkündür. Dünya'da toplam sağlık harcamalarının GSYH içerisindeki payına baktığımızda ise bazı yıllar küçük düşüşler gözükse de genel olarak artış eğiliminde olduğu görülmektedir. Dünyada Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH içerisindeki payı 2000

yılında % 9 iken 2014 yılında % 9,9 düzeyine yükselmiştir. Dünya'da en yüksek düzeye ise % 10,4 ile 2009 yılında ulaşılmıştır. OECD Ülkelerinde toplam sağlık harcamalarının GSYH içerisindeki payının 2015 yılı ortalaması % 9'dur. Türkiye, gerek Dünya gerekse OECD Ülkeleri ortalaması ile karşılaştırıldığında dikkate değer bir şekilde aşağılardadır (Grafik 1).

Şekil 5: Sağlık Harcamalarının GSYH'ye Oranı (%) – OECD Ülkeleri (2013)

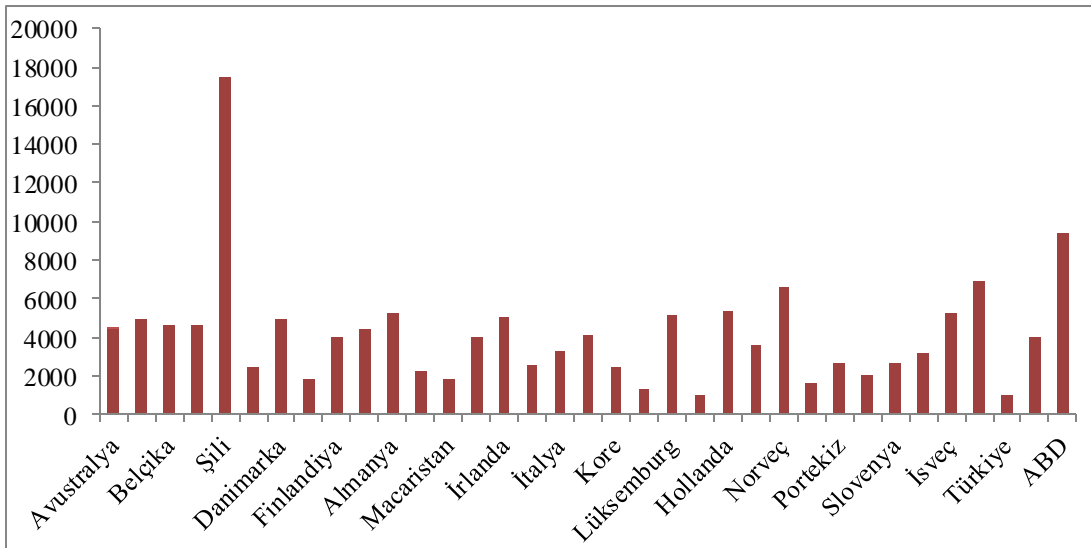
Kaynak: OECD, Focus on Health Spending, OECD Health Statistics 2015 <http://www.oecd.org>



Sağlık harcamalarının ekonomideki payı ve finansmanı ülkeden ülkeye değişmektedir. Sağlık harcamalarına gelişmiş ülkelerde ayrılan payın gelişmekte olan ülkelere göre daha fazla olduğu

görülmektedir. OECD Ülkelerinde toplam sağlık harcamalarının GSYH içerisindeki payına baktığımızda en yüksek oran % 16,4 ile ABD'ye ait iken Türkiye % 5,1 ile en düşük seviyededir (Şekil 5).

Şekil 6: Kişi Başına Sağlık Harcaması– OECD Ülkeleri (2015)(Satın Alma Gücü Paritesi Cinsinden)



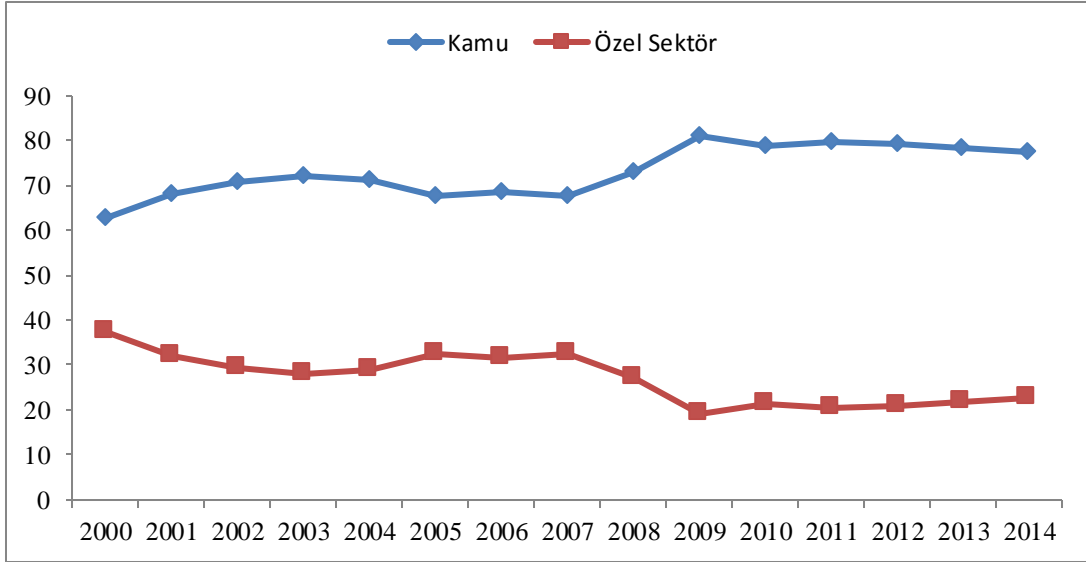
Kaynak: OECD, Focus on Health Spending, OECD Health Statistics 2016 <http://www.oecd.org>

Kişi Başına Sağlık Harcamasına baktığımızda Türkiye'de 2000 yılında 424 Dolar iken 2014 yılında

990 Dolara yükseldiği görülmektedir. Bu süreçte 566 Dolarlık bir artış olmuştur. Bu rakam ABD'de 4559 Dolardan 9024 Dolara (4465 Dolar), İngiltere'de 1719 Dolardan 3971 Dolara (2252 Dolar) yükselmiştir. Türkiye, OECD Ülkeleri arasında Kişi Başına Sağlık

Harcaması bakımından da en sonda yer almaktadır. Türkiye'ye en yakın rakama sahip tek ülke Meksikadır. Meksika da Kişi Başına Sağlık Harcaması 2000 yılında 484 Dolardan 2014 yılında 1053 Dolara çıkarak 569 Dolar artış göstermiştir (Şekil 6).

Grafik 2: Toplam Sağlık Harcamalarında Kamu ve Özel Sektörün Payı (%) 2000-2014

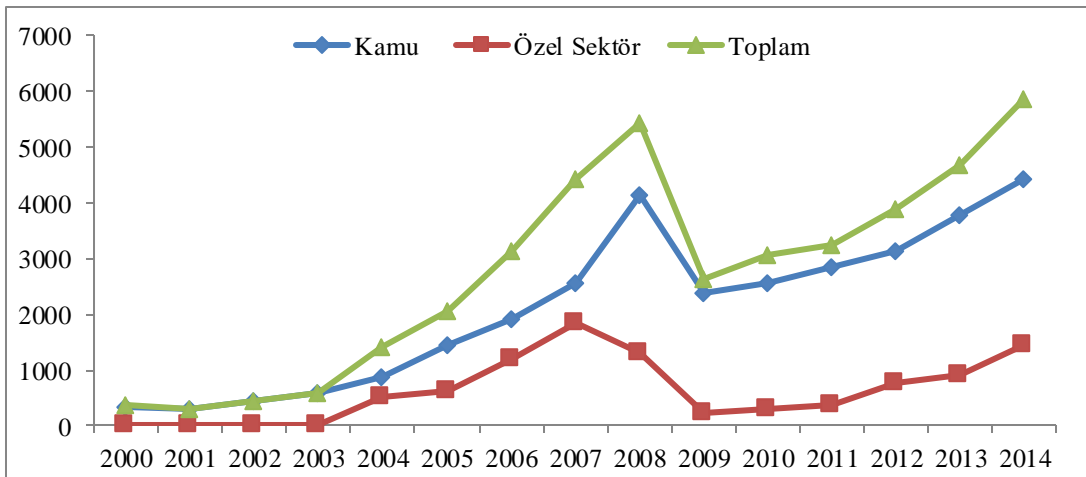


Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu, Sağlık Harcamaları İstatistikleri (TÜİK), 2000-2014
http://www.tuik.gov.tr.

Türkiye'de gerçekleşen toplam sağlık harcamasının kamu ve özel ayrımına bakıldığında ise büyük bir kısmının kamu tarafından gerçekleştirildiği söylenebilir. 2000 yılında gerçekleşen kamu harcamaları % 62,9 civarındayken 2014 yılında bu

oranın % 77,4 olarak gerçekleştiği görülmektedir (Grafik 2). Sağlık sigortasının kapsamının genişlemesiyle beraber kamu harcamalarının payı önemli derecede artış göstermiştir.

Grafik 3: Sağlık Yatırımlarında Kamu ve Özel Sektörün Payı (Milyon TL) 2000-2014



Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu, Sağlık Harcamaları İstatistikleri (TÜİK), 2000-2014,
http://www.tuik.gov.tr.

Sağlık sektöründeki yatırımlarda da aynı şekilde devletin payının özel sektörden oldukça yüksek olduğu görülmektedir. 2000 yılında kamunun sağlık yatırımları içerisindeki payı % 90,2 iken özel sektörün % 9,8 olduğu görülmektedir. 2014 yılında ise kamunun payı % 75 iken özel sektörün yatırımları % 25 olarak gerçekleşmiştir. 2008 küresel finansal

krizinden sonra 2008-2010 döneminde sağlık yatırımlarında küresel finansal krizin etkisiyle bir düşüş görülsede 2010 yılında sonra yeniden artış yönünde ivme kazandığı söylenebilir (Grafik 3).

6. TÜRKİYE'DE GENEL SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Toplumsal gelişmenin temel unsurlarından birisi de sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunumunun sağlanabilmesidir. Dünyada son yıllarda yaşanan nüfus yoğunluğundaki artış hem sağlık harcamalarında önemli bir artışa hem de sağlık hizmetlerinin finansman yapısıyla ilgili tartışmaların hızla artmasına neden olmuştur (Altay, 2007).

Sağlık hizmetlerinin finansman sorunu her ülke için oldukça önemli ve çözümü zor bir konudur. Sağlık

hizmetlerinin finansmanında kullanılan farklı yöntemler söz konusudur. Ülkeler tarafından farklı finansman yöntemleri benimsenebilir. Ancak hangi yöntem benimsenirse benimsenirse temel amaç sağlık hizmetlerinin kaliteli, adil ve verimli, bir şekilde sunumunun sağlanabilmesidir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında üç temel finansman modeli vardır: Beveridge Modeli, Bismarck Modeli ve Özel Sağlık Sigortası (Tablo 3).

Tablo 3: Sağlık Sistemi Modelleri

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

Kaynak: Claudia Wild & Bernhard Gibis, Evaluations of health interventions in social insurance-based countries: Germany, the Netherlands, and Austria, **Health Policy**, Volume 63, Issue 2, February 2003, <http://www.sciencedirect.com>

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanıyla ilgili düzenlemeler özellikle 2003 yılında hayata geçirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte ivme kazanmış ve oldukça önemli değişiklikler gerçekleştirilmiştir (Tatar, 2011). Türkiye’de sağlık sisteminin finansman yapısı karma

bir özellik göstermektedir. Bir taraftan Bismarck Modeli uygulanırken diğer taraftan Beveridge Modeli (Kamu Yardımı) uygulanmakta ve sistemin finansmanında özel harcamalar da yer almaktadır (Atasever, 2014). Sağlık hizmetlerinin finansmanında en temel ve güçlü kurum SGK’dır.

Tablo 4: Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarına Hizmet Sunumu İçin Ayrılan Finansmanı (Milyon TL) 2013-2014

	2013	2014	Değişim %
Merkezi Yönetim Bütçesi	16.894	18.647	10,4
Döner Sermaye Bütçesi	19.869	21.443	7,9
Toplam	39.763	40.090	9,0

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri, 2014, <http://www.saglik.gov.tr>

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarına Hizmet Sunumu İçin Ayrılan Finansman yapısına baktığımızda sağlık harcamalarının 2013 yılı merkezi yönetim bütçesi içerisindeki payının 16,894 milyon TL’den 2014 yılında 18,647 milyon TL’ye, döner sermaye içerisindeki payının da 19,869 milyon TL’den 2014 yılında 2,443 TL’ye yükseldiği görülmektedir. 2013-2014 yılları arasında merkezi yönetim bütçesi ve döner sermaye bütçesi arasında % 2,5 değişim meydana gelmiştir (Tablo 4).

7. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HARCAMALARI-BÜYÜME ARASINDAKİ İLİŞKİ

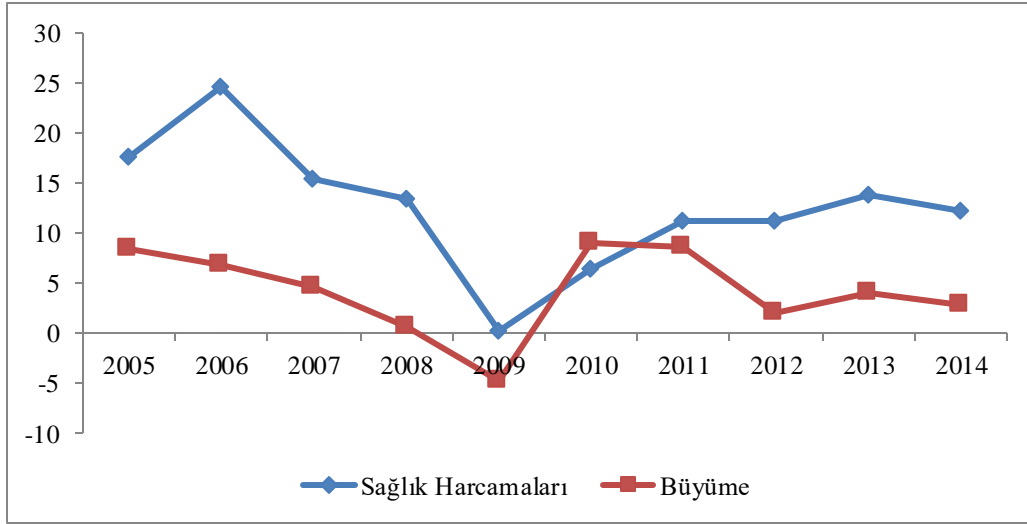
7.1. Genel Çerçeve

Sağlık harcamalarının hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde ekonomik büyümeyi etkilediği söylenebilir. Ekonomik büyüme ile kamu harcamaları içerisinde sağlık harcamalarına daha fazla pay ayrılmaktadır. Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki uyarıcı rolü Mushkin tarafından öne sürülmüştür (Muskin, 1962: 129-157). Bu sağlığa dayalı büyüme hipotezi olarak bilinir. Bu hipoteze göre sağlık bir sermayedir, böylece sağlık yatırımları geliri artırabilir dolayısıyla da genel ekonomik büyümeye yol açar. Aslında, sağlık beşeri ve fiziki sermaye birikimi üzerindeki etkisi yoluyla ekonomik büyümeyi etkileyebilir. Aynı şekilde sağlıklı

insanların daha üretken olduğu da unutulmamalıdır. Aksine sağlıksız görüntü dünyanın birçok bölgesinde az gelişmişliğin varlığını açıklayan önemli bir faktördür. Diğer taraftan, ekonomik büyümenin de iki açıdan nüfusun sağlık durumunu iyileştirdiği söylenebilir: İlk olarak, ekonomik büyüme kişi başına gelir artış ima eder ki bu artan gelirin bir yüksek parçası besleyici gıdalara ve daha kaliteli tüketime

harcandır. Sonuç olarak, sağlığı iyileştirir. İkinci olarak, ekonomik büyüme teknolojik ilerleme ile körüklenmektedir ve bu ilerlemenin bir parçası tıp biliminde gelişmelere de yansımaktadır (Elmi & Sadeghi, 2012). Kısaca sağlık harcamaları ile toplumsal refah düzeyi ve ekonomik büyüme arasında hem doğrudan hem de dolaylı bir ilişkinin varlığından söz edilebilir.

Grafik 4: Türkiye'de Sağlık Harcamalarında Artış Büyüme Arasındaki İlişki (%) 2010-2014



Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu, Sağlık Harcamaları İstatistikleri (TÜİK), 2009-2015
<http://www.tuik.gov.tr>

Küresel olarak, sağlık harcamaları 1980 yılından bu yana önemli ölçüde artmıştır. Ancak, sağlık harcamalarının, 2009 yılında yaşanan durgunlukta yavaşlasa da 1990'ların sonu ve 2000'lerin başından itibaren ekonomik büyümeden daha hızlı arttığı görülmektedir (Stebbins, 2015). Bu durum Türkiye için de böyledir (Grafik 4). Grafikte de görüldüğü gibi Türkiye'de de 2005-2014 döneminde sağlık harcamalarındaki artış oranı büyüme oranının üzerindedir.

Sağlık harcamalarında özellikle dikkat çeken bir durumda son yıllarda kamu iskonto oranlarında artış, referans fiyat düşüşleri, global bütçe, reçete kurallarına ilişkin sağlık uygulama tebliği (SUT) değişiklikleri gibi tasarruf tedbirlerine konu olan ilaç harcamalarındaki durağanlıktır. 2008 yılından sonraki dönemde sağlık harcamaları analiz edildiğinde harcamaların artışındaki kaynakların değişim eğilimi içerisinde olduğu görülmektedir (Memiş, 2012).

7.2. Sağlık Harcamaları – Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin Dinamik En Küçük Kareler Yöntemi ile Analizi

1999 yılı öncesi sağlık harcamaları verilerine ulaşamadığından artan sağlık yatırımları neticesinde hemşire ve doktor başına düşen hasta sayılarındaki azalmanın büyümeyle olumlu etkileyeceği düşüncesiyle bu değişkenler gösterge değişken olarak alınmıştır. IMF-IFS(International Financial Statistics) veri tabanından 1980-2014 arası yıllık zaman serileri alınmıştır.

Zaman kavramına bağlı olarak bir sürecin varyansı ve ortalaması sistematik bir değişme göstermiyorsa seri durağan bir seri olarak adlandırılır. İktisadi zaman serileri genel olarak durağan değildir. Ancak zaman serilerinin modellenmesinde ve nedensellik analizinin gerçekleşmesi için serilerin durağan olması gerekmektedir (Şimşek, 2007, s.56). Bu nedendir ki çalışmada kırıklı Genişletilmiş Dickey-Fuller Birim Kök Testi kullanılmaktadır. Ele alınan serilerden reel kişi başına GSYİH(R_K_GSYİH) değişkeninin doğal logaritması alınmıştır. Ayrıca hemşire başına düşen hasta sayısı (Per_NURSE) ve doktor başına düşen hasta sayısı(Per_DOC) serileri de incelenmiştir. Tablo 5'de ADF test sonuçları yer almaktadır.

Tablo 5: Durağanlık Testi Sonuçları

	Düzy (sabit)		Birinci Farkında (sabit)	
	ADF istatistiği	Olasılık Değerleri	ADF İstatistiği	Olasılık Değerleri
Log(R_K_GSYİH)	-2.420: 2003	0.921	-11.68: 1998	0.010
Per_NURSE	-1.557: 2006	0.990	-4.655: 1995	0.028
Per_DOC	-2.378: 2001	0.899	-5.272: 1994	0.010

Kırk seçimi için yenilikçi sapma(Innovational Outlier) ile minimize edilmiş Dickey Fuller t-istatistiği kullanılmıştır.

bir unsurdur. Tablo 6'da gecikme uzunluğunun belirlenmesinde kullanılacak sonuçlara yer verilecektir.

Bir sonraki analiz olan Johansen Eş Bütünleşme testinde kullanılmak için belirlenmesi önem arz eden

Tablo 6: Gecikme Uzunluğu Ölçümü

Gecikme uzunluğu	LR	FPE	AIC	SC	HQ
0	NA	4415771.	23.81426	23.95168	23.85981
1	208.7833*	4494.136*	16.92022*	17.46987*	17.10241*
2	14.04705	4576.825	16.92083	17.88272	17.23967
3	5.210236	6619.373	17.24651	18.62063	17.70199

*Uygun Olan Gecikme Uzunluğunu Göstermektedir.

Gecikme uzunluğu tüm kriterlerin de gösterdiği üzere 1(bir) olarak tespit edilmiştir. VAR analizi gecikme ölçümü sonucunda görüldüğü üzere logaritması alınmış olan kişi başına reel GSYİH, hemşire başına düşen hasta sayısı ve doktor başına düşen hasta sayısı

değişkenlerinin bir dönem önceki değerleri ile bir ilişkisinin bulunduğu tespit edilmiştir. Seçilen gecikme uzunluğu Johansen Eşbütünleşme testinde kullanılacaktır.

Tablo 7: Johansen Eş Bütünleşme Testi Sonuçları

Trace Testi	0.05 Kritik Değer	Olasılık Değeri	Eş bütünleşme Sayısı
55.97829	29.79707	0.0000	Hiç Yok*
16.62751	15.49471	0.0336	En Çok Bir Tane*
3.124098	3.841466	0.0771	En Çok İki Tane
Max-Eigen Testi	0.05 Kritik Değer	Olasılık Değeri	Eş bütünleşme Sayısı
39.35078	21.13162	0.0001	Hiç Yok*
13.50341	14.26460	0.0657	En Çok Bir Tane
3.124098	3.841466	0.0771	En Çok İki Tane

Aynı fark düzeyinde, I (1) birbiriyle entegre bulunan logaritması alınmış olan kişi başına reel GSYİH, hemşire başına düşen hasta sayısı ve doktor başına düşen hasta sayısı serileri, %5 anlamlılık düzeyinde

seviyede durağan değildirler. Durağan olmayan bu zaman serileri arasında Tablo 7'den anlaşıldığı üzere en az bir tane uzun dönemli ilişkinin bulunduğu anlaşılmaktadır. Yani eş-bütünleşme vardır.

Tablo 8: Dinamik En Küçük Kareler(DOLS) Sonuçları

Bağımlı Değişken: Log(R_K_GSYİH)		
Bağımsız Değişken	Katsayı	Olasılık
Per_NURSE	0.00143	0.0011
Per_DOC	0.00118	0.0100
C	25.5745	0.0000

Eşbütünleşme ilişkisi tespit edildikten sonra kullanılabilir yöntemlerden biri olan dinamik en küçük kareler yöntemi sonuçları, iktisat ve sağlık

literatüründe ilişkisi birçok kez teyit edilen sağlık harcamaları ve büyüme rakamları arasındaki ilişkiyi doğrular niteliktedir. Artan sağlık harcamaları ve

yatırımları sayesinde gelişen sağlık sektöründe hemşire ve doktor başına düşen hasta sayıları azalmış ve böylece ülkedeki büyümeye olumlu etkisi olmuştur. Elde edilen kısa dönemli ilişkide küçük de olsa doktor başına düşen hasta sayısı 1 birim arttığında reel kişi başına GSYİH rakamı tahmini olarak ortalama % 0.00118 kadar artmaktadır. Ayrıca hemşire başına düşen hasta sayısı 1 birim arttığında reel kişi başına GSYİH rakamı ortalama olarak tahmini % 0.00143 kadar artacaktır (Tablo 8).

SONUÇ

Varlığını sürdürebilen, güvenli ve sağlıklı toplumlar için kamu sağlığının önemi dünya var olduğundan beri artmaktadır. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerinin sınırlarının genişletilmesiyle ilgili farkındalığın gelişmesi gün geçtikçe daha önemli hale gelmektedir. Sağlık sektörünün ülkelerin ekonomileri üzerinde belirleyici bir rol oynadığı söylenebilir. Ekonomik faktörler de sağlık, sağlık hizmetleri, sağlık harcamaları üzerinde olumlu ya da olumsuz sonuçlar

doğurabilmektedir.

Sağlık ve sağlık hizmetlerinde ekonomik analiz genellikle hükümetlerin ve diğer kuruluşlarının sağlık sektörünün gelişerek daha iyi hale gelebilmesine yönelik sağlık politikaları hedeflerine ulaşabilmesine yardımcı olmak amacıyla yapılmaktadır.

Sağlık harcamalarının, beşeri ve fiziki sermaye birikimi üzerindeki etkisi yoluyla hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde ekonomik büyümeyi etkilediği söylenebilir. Sağlık harcamaları ile toplumsal refah düzeyi ve ekonomik büyüme arasında hem doğrudan hem de dolaylı bir ilişkinin varlığından söz edilebilir. Dinamik en küçük kareler yöntemi sonuçları, iktisat ve sağlık literatüründe ilişkisi birçok kez teyit edilen sağlık harcamaları ve büyüme rakamları arasındaki ilişkiyi doğrular niteliktedir. Elde edilen kısa dönemli ilişkide küçük de olsa Artan sağlık harcamaları ve yatırımları sayesinde gelişen sağlık sektöründe hemşire ve doktor başına düşen hasta sayıları azalmış ve böylece ülkedeki büyümeye olumlu etkisi olmuştur.

KAYNAKÇA

- AKDAĞ, R. (2008), Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri 2002-2008, Yayın No: 770, <http://sbu.saglik.gov.tr>, Erişim Tarihi: 20.07.2016
- AKDUR, R. (1999), Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması, Ankara, <http://www.recepakdur.com>
- ALTAY, A. (2007), Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi, **Sayıştay Dergisi**, Sayı: 64, Ocak-Mart, <http://dergi.sayistay.gov.tr>
- ATASEVER, M. (2014), Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi, 2002-2013 Dönemi, Bakanlık Yayın No: 983, Ankara, <https://sgb.saglik.gov.tr>
- BEGG D., S. Fischer & R. Dombush (2005), *Economics*, 8. Edition, The McGraw-Hill Companies, Newyork.
- BOERMA, W. G. W., (2003), Profiles of General Practice in Europe, Nivel, <http://www.nivel.nl>, Erişim Tarihi: 13.07.2016
- ÇALIŞKAN, Ş., Karabacak, M. & Meçik, O. (2013), "Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme İlişkisi". **Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi** (37), ss.123-130, <http://www.academia.edu>
- GIRALT, X. M. (2010). "Principles of Health Economics". GNU Free Documentention License, <http://pareto.uab.es>, Erişim Tarihi: 22.02.2016
- HANSON, K. & Berman, P. (1998), "Private Health Care Provision in Developing Countries: A Preliminary Analysis of Levels and Composition", **Health Policy and Planning**, 13(3) Oxford University Press, pp.195-211, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- HAYCOX, A. (2009), What is Health Economics, NPR09/1101, April, <http://www.medicine.ox.ac.uk>, Erişim Tarihi: 12.07.2016
- KILAVUZ, E. (2010), "Sağlık Harcamalarındaki Artış ve Temel Bakım Hizmetleri", **Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 2(29), ss.173-192, <http://sbedergi.erciyes.edu.tr>, Erişim Tarihi: 12.07.2016
- MELTZER, M. I. (2001), Introduction to Health Economics for Physician, **Health Economics Quintet**, Vol. 358, September 22, <http://www.ph.ucla.edu>, Erişim Tarihi: 12.07.2016
- MEMİŞ, S. A. (2012), Son Dönemdeki Sağlık Harcamalarının Analizi, tepav, N201283, Kasım, <http://www.tepav.org>
- MILLS, A. & Gilson, L. (1998), "Health Economics for Developing Countries: A Survival Kit". **Health Economics & Financing Programme**, pp.1-30, <https://ideas.repec.org>, Erişim Tarihi: 12.07.2016

15. Muğla Halk Sağlığı Merkezi (2014), Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Rehberi, Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, <http://www.muglahsm.gov.tr>
16. MWABU, G. (2007), "Health Economics for Low Income Countries". **Economic Growth Center**, Yale University, Center Discussion Paper No. 955, pp.1-79, <http://www.econ.yale.edu>, Erişim Tarihi: 15.07.2016
17. OECD (2015), Focus on Health Spending, **OECD Health Statistics**, <http://www.oecd.org>
18. Sağlık Bakanlığı (2004), Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı, <http://www.sbu.saglik.gov.tr>
19. Sağlık Bakanlığı (2010), Sağlık Reformunun Doğru Yapılması, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara, <http://www.sbu.saglik.gov.tr>
20. Sağlık Bakanlığı (2011), Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, 24 Ocak, <http://www.asm.gov.tr>
21. Sağlık Bakanlığı (2012a), Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011), Aralık, <http://www.saglik.gov.tr>, Erişim Tarihi: 23.06.2016
22. Sağlık Bakanlığı (2012b), Stratejik Plan 2013-2017, Aralık, <http://www.saglik.gov.tr>
23. SGK (2013), Sosyal Güvenlik Sağlık Uygulama Tebliği, Resmi Gazete, Sayı: 28597, 24 Mart, <http://www.resmigazete.gov.tr>
24. SAVEDOFF, W. D. (2004), Kenneth Arrow and the birth of Health Economics, **Public Health Classics**, Bulletin of the World Health Organization, 82 (2), February, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>, Erişim Tarihi: 20.07.2016
25. STARFIELD, B. (2009), Primary Care and Equity in Health: The Importance to Effectiveness and Equity of Responsiveness to Peoples' Needs, **Humanity & Society**, Vol. 33 February/May:56-73, <http://www.jhsph.edu>, Erişim Tarihi: 13.07.2016
26. STEBBINS, S. (2015), Countries Spending the Most on Health Care, November 6, <http://247wallst.com>, Erişim Tarihi: 14.06.2016
27. ŞİMŞEK, A.R. (2007), Kısa Vadeli Sermaye Hareketleri ve Türkiye Ekonomisine Etkileri, Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi
28. TATAR, M. (2011), Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, <http://www.sgk.gov.tr>, Erişim Tarihi: 20.07.2016
29. TÜİK (2014), Sağlık İstatistikleri 1999-2014, <http://www.tuik.gov.tr>
30. TOSUN, N. (2009), Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2010-2014, Yayın No: 788, <http://pydb.saglik.gov.tr>, Erişim Tarihi: 03.07.2016
31. YERELİ, A. B., Kobal, İ. & Köktaş A. M. (2011), Türkiye’de Sağlık Harcamalarını Arttıran Faktörler, <http://ahmetburcinyereli.com>, Erişim Tarihi: 29.06.2016
32. WELS S. (2016), What is Health Economics?, <http://www.jhsph.edu>, Erişim Tarihi: 22.02.2016
33. WHO (2001), Mental Health: New Understanding, New Hope, **The World Health Report 2001**, World Health Organization, <http://www.who.int>, Erişim Tarihi: 25.06.2016
34. WILD C., Gibis, B. (2003), "Evaluations of Health Interventions in Social Insurance-Based Countries: Germany, the Netherlands, and Austria", **Health Policy**, Volume 63, Issue 2, February, <http://www.sciencedirect.com>, 20.07.2016
35. World Bank (2016), World Development Indicators: **Health System**, 14 Haziran, <http://www.worldbank.org>, Erişim Tarihi: 12.07.2016