



İSKENDERUN TEKNİK
ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**YÜKSEK
LİSANS
TEZİ**

**KÜRESELLEŞME SÜRECİNDE
SAĞLIK HARCAMALARININ
FİNANSMANI BRİCS-T
ÜLKELERİ ÖRNEĞİ**

Adem Özkan DURMAZ

**EKONOMİ VE FİNANS
ANABİLİM DALI**

TEMMUZ 2022



**KÜRESELLEŞME SÜRECİNDE SAĞLIK HARCAMALARININ
FİNANSMANI BRİCS-T ÜLKELERİ ÖRNEĞİ**

Adem Özkan DURMAZ

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
EKONOMİ VE FİNANS ANABİLİM DALI**

**İSKENDERUN TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

TEMMUZ 2022

Adem Özkan DURMAZ tarafından hazırlanan “KÜRESELLEŞME SÜRECİNDE SAĞLIK HARCAMALARININ FİNANSMANI BRİCS-T ÜLKELERİ ÖRNEĞİ” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ ile İskenderun Teknik Üniversitesi Ekonomi ve Finans Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Sertaç HOPOĞLU

Ekonomi ve Finans Anabilim Dalı, İskenderun Teknik Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

.....
.....

Başkan: Doç. Dr. Sertaç HOPOĞLU

Ekonomi ve Finans Anabilim Dalı, İskenderun Teknik Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

.....
.....

Üye: Doç.Dr.Hakan ERYÜZLÜ

Ekonomi ve Finans Anabilim Dalı, İskenderun Teknik Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

.....
.....

Üye: Doç.Dr.Serkan KÜNÜ

İktisat Politikası Anabilim Dalı, Iğdır Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

.....
.....

Tez Savunma Tarihi: 05/07/2022

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

.....

Doç. Dr. Ersin BAHÇECİ

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

İskenderun Teknik Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez üzerinde Yükseköğretim Kurulu tarafından hiçbir değişiklik yapılamayacağı için tezin bilgisayar ekranında görüntülediğinde asıl nüsha ile aynı olması sorumluluğunun tarafıma ait olduğunu,
 - Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
 - Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
 - Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
 - Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
 - Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,
- bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

İmza

Adem Özkan DURMAZ

05/07/2022

KÜRESELLEŞME SÜRECİNDE SAĞLIK HARCAMALARININ FİNANSMANI
BRİCS-T ÜLKELERİ ÖRNEĞİ
(Yüksek Lisans Tezi)

Adem Özkan DURMAZ

İSKENDERUN TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Temmuz 2022

ÖZET

Son yıllarda küresel ekonomiler, beşeri sermayenin önemli bir unsuru olarak görülen sağlık alanına daha fazla önem verdikleri göze çarpmaktadır. Çünkü, sağlık alanına yapılan yatırım ve harcamaların artırılması ile bireyin yaşam kalitesi yükselmekte, işgücü verimliliği bu durumdan olumlu etkilenerek ekonomik büyüme ve kalkınmanın gerçekleşmesi sağlanmaktadır. Ancak, son 30 yılda gelişmekte olan ülkelerde epidemiyolojik geçiş, yaşanan ekonomik krizler, demografik gelişmeler, nüfusun yaşlanması ile artan kronik hastalıklar sağlık harcamalarını dünya genelinde artmasına neden olmuştur. Bu durum, küresel olarak ülkelerin sağlık finansman sistemlerini ileriye dönük planlamasını gerekli kılmıştır. Özellikle, 1980’li yıllardan sonra hız kazanan küreselleşme hareketiyle tasfiye sürecine giren refah devletinde sağlık hizmetleri neoliberal politikalarla tekrar şekillenmiş, devletin bu alandaki çekilmesiyle özel sektöre bırakılan sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanında da köklü değişiklikler yaşanmıştır.

Bu çalışmanın amacı, yükselen ekonomiler olarak bilinen BRİCS-T ülkelerinde küreselleşme ile sağlık harcamaları arasında bir nedensellik ilişkisi olup-olmadığı hususunu makroekonomik değişkenler kullanılarak panel veri analizi yöntemiyle ortaya koymaktır. Çalışma; 2000-2018 dönemini kapsayan 19 yıllık verilerden oluşmaktadır. Çalışmamda kullanılan değişkenler; Ticari Açıklık, KOF Küreselleşme Endeksi, Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları, Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH içindeki payı, Devlet Sağlık Harcamalarının GSYİH içindeki payı ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYİH içindeki payıdır. Panel nedensellik testi sonuçlarına göre, TA'dan SHY'ye doğru çift yönlü, SHY'den TA'ya doğru tek yönlü, KOF'tan SHY'ye doğru çift ve tek yönlü, TA'dan KBG'ye doğru çift ve tek yönlü, KBG'den TA'ya doğru tek yönlü, KBG'den KOF'a doğru çift yönlü, KOF'tan KBG'ye doğru tek yönlü, TA'dan DSH'ye doğru çift ve tek yönlü, DSH'den TA'ya doğru tek yönlü, KOF'tan DSH'ye doğru tek yönlü, TA'dan ÖSH'ye doğru çift yönlü, ÖSH'den TA'ya tek yönlü, KBG'den ÖSH'ye tek yönlü, ÖSH'den KBG'ye yine tek yönlü, KBG'den DSH'ye doğru tek yönlü, DSH'den, KBG'ye doğru ise yine tek yönlü granger nedensellik ilişkisi tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Küreselleşme, BRICS-T Ülkeleri, Sağlık Harcamaları, Finansman.

Sayfa Adedi : 139

Danışman : Doç. Dr. Sertaç HOPOĞLU

FINANCE OF HEALTH EXPENDITURES IN THE GLOBALIZATION PROCESS
EXAMPLE OF BRICS-T COUNTRIES
(M. Sc. Thesis)

Adem Özkan DURMAZ

ISKENDERUN TECHNICAL UNIVERSITY
INSTITUTE OF GRADUATE STUDIES

July 2022

ABSTRACT

In recent years, global economies have given more importance to the field of health, which is seen as an important element of human capital. Because, with the increase in investments and expenditures in the field of health, the quality of life of the individual increases, labor productivity is positively affected by this situation, and economic growth and development are achieved. However, in the last 30 years, the epidemiological transition, economic crises, demographic developments, aging of the population and increasing chronic diseases in developing countries have led to an increase in health expenditures worldwide. This situation has made it necessary for countries globally to plan their health financing systems forward. Especially in the welfare state, which entered the liquidation process with the globalization movement that gained momentum after the 1980s, health services were reshaped with neoliberal policies, and radical changes were experienced in the presentation and financing of health services left to the private sector with the withdrawal of the state in this area.

The aim of this study is to reveal whether there is a causal relationship between globalization and health expenditures in BRICS-T countries, known as emerging economies, by using macroeconomic variables by panel data analysis method. Study; It consists of 19 years of data covering the period 2000-2018. The variables used in my work; Trade Openness, KOF Globalization Index, Per Capita Health Expenditures, Share of Total Health Expenditures in GDP, Share of Government Health Expenditures in GDP and Share of Private Health Expenditures in GDP. According to the panel causality test results, bidirectional from TA to SHY, unidirectional from SHY to TA, bidirectional from KOF to SHY, bidirectional from TA to KBG, KBG to TA unidirectional, KBG to KOF bidirectional, KOF to KBG unidirectional, TA to DSH bidirectional and unidirectional, DSH to TA unidirectional one-way from KOF to DSH, two-way from TA to OSH, one-way from OSH to TA, one-way from KBG to OSH, one-way from OSH to KBG, A unidirectional Granger causality relationship was found from BPG to DSH, and unidirectional from DSH to KBG.

Key Words : Globalization, BRICS-T Countries, Health Expenditures, Financing.

Page Number : 139

Advisor : Assoc. Dr. Sertac HOPOGLU

TEŞEKKÜR

Çalışma konusunun seçilmesinden, tez çalıőmasının bitim aőamasına kadarki süreçte değerli zamanlarını ve katkılarını esirgemeyen, sorularıma her daim sabır ve anlayışla yanıt verip, tecrübeleriyle tez sürecime ışık tutan değerli hocam Doç. Dr. Sertaç HOPOğLU'na en derin teőekkürlerimi sunarım.

Ayrıca, çalıőmalarım süresince desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, bana inanan ve güvenen sevgili aileme de teőekkürü bir borç bilirim.



İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ	x
ŞEKİLLERİN LİSTESİ.....	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....	8
2.1. Ekonomik Açıdan Sağlık Hizmetlerinin Yeri ve Önemi.....	8
2.2. Sağlık Hizmetleri Finansmanı.....	13
2.3. Sağlık Hizmetleri Finansman Modelleri.....	26
2.3.1. Beveridge modeli (Ulusal sağlık hizmetleri modeli).....	27
2.3.2. Bismarck modeli (Sosyal sağlık hizmetleri modeli).....	29
2.3.3. Karma sistem modeli	30
2.3.4. Serbest piyasa modeli (Özel finansman modeli)	31
3. BRICS-T ÜLKELERİ SAĞLIK SİSTEMİ FİNANSMAN MODELLERİNİN İNCELENMESİ.....	33
3.1. BRICS-T Ülkelerinin Ortaya Çıkışı ve Makro Ekonomik Görünümü.....	33
3.2. BRICS-T Ülkelerinde Sağlık Harcamaları ve Finansman.....	36
3.2.1. Brezilya	37
3.2.2. Rusya federasyonu.....	38

	Sayfa
3.2.3. Hindsitan.....	38
3.2.4. Çin	40
3.2.5. Güney afrika cumhuriyeti.....	41
3.2.6. Türkiye	43
3.3. BRICS-T Ülkelerinin Sağlık Finansman Sistemlerinin Değerlendirilmesi	47
4. KÜRESELLEŞME KAVRAMI.....	52
4.1. Küreselleşmenin Tanımı.....	52
4.2. Küreselleşme Dalgaları	54
4.2.1. Birinci küreselleşme dalgası-1860-1914	55
4.2.2. İkinci küreselleşme dalgası-1944-1971	57
4.2.3. Üçüncü küreselleşme dalgası (1989-).....	57
4.3. Küreselleşmenin Boyutları	60
4.3.1. Ekonomik küreselleşme.....	61
4.3.2. Ticari küreselleşme.....	62
4.3.3. Finansal (Mali) küreselleşme.....	64
4.3.4. Üretim küreselleşmesi	65
4.3.5. Siyasal küreselleşme.....	67
4.3.6. Sosyo-kültürel küreselleşme.....	68
4.4. KOF Küreselleşme Endeksi.....	69
4.5. Küreselleşmenin Sağlık Sektörü ve Politikaları Üzerine Etkileri.....	73
5. LİTERATÜR TARAMASI.....	79
6. EKONOMETRİK YÖNTEM	88

	Sayfa
6.1. Veri ve Hipotezler	88
6.2. Model ve Ekonometrik Yöntem	89
6.3. Ekonometrik Uygulama ve Bulgular.....	90
6.3.1. Yatay kesit bağımlılık testi	90
6.3.2. Homojenlik testi	91
6.4. Panel Birim Kök Testleri.....	93
6.4.1. Pesaran (2007) cıps Testi	93
6.4.2. Hadri-kurozumi (2012) panel birim kök testi	98
6.5. Westerlund (2007) Eşbütünleşme Analizi	99
6.6. Panel Nedensellik Analizi: Emirmahmutoglu-Kose (2011).....	102
7. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	109
KAYNAKLAR.....	116

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 3.1. BRICS-T ülkelerinde makroekonomik göstergelerin beş yıllık ortalaması (2015-2019).....	34
Çizelge 3.2. Hindistan sağlık sistemi ve kapsamı.....	40
Çizelge 3.3. BRICS-T ülkelerinde finansal sağlık koruma programlarına genel bakış	48
Çizelge 3.4. BRICS-T ülkelerinin bazı temel sağlık göstergeleri	49
Çizelge 3.5. BRICS-T ülkelerinde sağlık harcamaları istatistikleri (2019).....	51
Çizelge 4.1. Küresel ticaret hacmi (yüzde olarak) yılları	56
Çizelge 4.2. Küreselleşme dalgalarında ön plana çıkan unsurlar	60
Çizelge 4.3. KOF Küreselleşme endeksinin bileşenleri ve ağırlık oranları (2018)	70
Çizelge 4.4. BRICS-T ülkeleri KOF küreselleşme endeksine göre sıralaması (2018)...	72
Çizelge 6.1. Yatay kesitsel bağımlılık testi sonuçları	91
Çizelge 6.2. Pesaran-yamagata (2008) homojenlik testi sonuçları.....	92
Çizelge 6.3. Pesaran (2007) CIPS testi sonuçları-düzeyde.....	94
Çizelge 6.4. Pesaran (2007) CIPS testi sonuçları-birinci farklarında	96
Çizelge 6.5. Hadri-kurozumi (2012) panel birim kök testi sonuçları	99
Çizelge 6.6. Westerlund (2007) eşbütünleşme testi sonuçları	101
Çizelge 6.7. Emirmahmutoglu-kose (2011) panel nedensellik testi sonuçları	103

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 2.1. Sağlık, beşeri sermaye ve ekonomik büyüme ilişkisi.....	11
Şekil 2.2. Sağlık ile kalkınma arasındaki doğrudan ve dolaylı ilişkiler	12
Şekil 2.3. Dünya sağlık harcamalarının finansman kaynakları	14
Şekil 2.4. Sağlık hizmetleri finansman süreci	17
Şekil 2.5. Sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları ve fon akımı.....	18
Şekil 2.6. Sağlık hizmetleri finansman yöntemleri.....	25
Şekil 7.1. Bulgular ışığında değişkenler arasındaki nedensellik ilişkisi.....	114

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklamalar
AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
DB	Dünya Bankası
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ECO	Ekonomik İşbirliği Örgütü
GATT	Gümrük Tarifeleri ve Ticaret Genel Anlaşması
GSS	Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
IMF	Uluslararası Para Fonu
MENA	Ortadoğu ve Kuzey Afrika Ülkeleri
NHS	İngiliz Ulusal Sağlık Servisi
OECD	İktisadi İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı
SB	Sağlık Bakanlığı
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Projesi
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SSCB	Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
SUS	Brezilya Birleşik Sağlık Sistemi
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
UHC	Evrensel Sağlık Sistemi
URBHM	Kentte Yerleşik Temel Sağlık Sigortası
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
WTO	Dünya Ticaret Örgütü

1. GİRİŞ

Dünyadaki tüm demokratik sistem ve örgütlerin temel amacı, sağlıklı bireyler ve sağlıklı bireylerden oluşan bir toplum inşa etmektir. Sağlıklı bir bireye ve topluma sahip olmak, bir taraftan refahın temelini oluştururken, aynı zamanda ülke ekonomisinin kalkınmasında ve gerekli insan gücü kaynağının oluşturulmasında kilit önem taşımaktadır. Bu süreçte sağlık hizmetlerinin tam ve etkin bir şekilde sunulması, devletin yarı kamusal mal niteliği olan bu hizmetlere önem vermesi, sağlıklı bireylerin topluma yeniden kazandırılması sürecine katkı sağlayan önemli bir unsur olarak görülmektedir (Çelebi ve Cura, 2013). Bu bakımdan ülkeler, ekonomik kalkınmayı sağlamak ve geleceği planlamaya istekli ve akılcı insanlar yetiştirmek amacıyla sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılarak ve niteliğinin artırılmasına büyük önem vermektedir.

Sağlık hizmetleri ülke ekonomisinin önemli bir parçası ve aynı zamanda hizmet sektörünün önemli bir alt sektörü olarak kabul görmektedir. Neden olduğu pozitif dışsallıklar sağlık sektörünün ekonomik önemini artırmaktadır. Ayrıca, sağlık hizmetlerine olan talebin ortaya çıkması ile hizmet sağlayıcılar sağlık hizmetleri için fiyat belirleyebilmektedir. Diğer yandan sağlık hizmetlerini diğer mal ve hizmetlerden ayıran bazı özellikler de bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin bu farklı özellikleri, hizmetin sunumunda kamu müdahalesini gerekli kılmıştır. Bu açıdan, bu hizmetlerin dışsallık özelliği, sonuçlarının uzun vadede ortaya çıkması ve bunun kalkınmaya olan katkısı ile (Ocakçıoğlu, 1991), talebin ne zaman ortaya çıkacağına belirsizliği, ikame edilememesi, ertelenmemesi, finansman sorunu veya bunların denetimi gibi unsurlar devletin bu alanda müdahaleci ve yönlendirici rol üstlenmesine sebep olmuştur.

Özellikle, Refah Devletinin II. Dünya Savaşı'ndan sonraki süreçte önem kazanması, sosyal güvenliği öncelikle politik ve ekonomik alanda olmak üzere toplum genelinde yerleşik bir sistem haline getirmiştir (Yaşar Yenimahalleli, 2011). Bu süreçte sağlık, artık küresel bir kamu hizmeti alanı haline gelmiştir. Bu hizmetlerin kamusal özelliğinin temelinde bir yaşam hakkı ekseninde toplumun tüm kesimine sunulması ve bunun korunması gereken temel hak ve özgürlükler kapsamında yer alması yatmaktadır.

1945-1970 arası dönemde "altın çağ" olarak isimlendirilen bir sürece giren refah devletlerinde toplumun tüm sınıfları için eğitimden sağlığa kadar temel kamu

hizmetlerinde kayda değer önemli gelişmeler yaşanmıştır. Özellikle bu dönemde refahın adil paylaşımı, bireylerin yaşam koşullarının iyileştirilmesi ön plana çıkmış, bu çerçevede sağlık hizmetleri başta olmak üzere bireylerin eğitim ve barınma konusundaki temel ihtiyaçlarının karşılanması refah devletinin öncelikli kamusal sorumluluğunu oluşturmuştur (Yıldız, 2008).

Bütün bu gelişmeler, 1973 yılına gelindiğinde yaşanan petrol krizi ile sarsılmıştır. Yaşanan kriz ile birlikte meydana gelen stagflasyonist süreç, sosyal göstergelerin refah devletinden yana olduğu ve kalıcı bir yerleşik düzene dönüştüğü sanılan refah düzenini dönüşüme uğratmış, dünya ekonomisi tekrar yeni bir sürece girmiştir. Çünkü, bu dönemde yaşanan petrol krizleri, yüksek enflasyon oranları ve ortaya çıkan işsizlik sorunları gibi nedenler Philips eğrisi kuramına ters düşen bir durumun meydana gelmesine sebep olmuştur. Bu koşullar altında krizin faturası müdahaleci Keynesyen İktisadi Politikalara kesilmiş, artık ulusal refahı öne çıkaran iktisat politikalarının terk edilmeye başlandığı, bir anlamda devletin iktisadi gücünü zayıflatan, özellikle de sağlık hizmetlerinin piyasa işleyişine bırakmayı hedefleyen neoliberal anlayışın hâkim olduğu bir sürece girilmiştir (Kaymaz, 2018).

1980'li yıllar gelindiğinde belirginleşen “yenidünya düzeni” ya da “küreselleşme” diye isimlendirilen süreçte neoliberal politikalara paralel yerleşme süreci önem kazanmış, merkezden yönetim anlayışının reddi olarak ifade edilen adem-i merkeziyetçi yapı ön plana çıkmıştır. Bu siyasi görüş, özellikle devletin kamusal alandaki sorumluluğunun daraltılıp, ekonomik açıdan üstlendiği faaliyetlere sınırlanma getirilmesini savunmaktadır (Bayraktar, 2003: 564-565; Hood, 1995). Çünkü, süreklilik kazanan refah uygulamaları kamu bütçesi üzerinde ciddi baskı oluşturduğu gerekçesiyle ciddi eleştirilere maruz kalmış ve tartışma konusu olmuştur (Bulut, 2003). Geçmişte kolaylıkla finanse edilebilen kamusal harcamalar, yaşanan dönüşüm süreciyle birlikte refah devletindeki ciddi maliyet sorunlarının kaynağı olarak gösterilmiştir (Yıldız, 2008).

Yönetimsel açıdan adem-i merkeziyetçiliğin kabul gördüğü yeni devlet yapısı ile birlikte, kamu hizmetleri nicelik ve nitelik itibarıyla sağlık hizmet alanını önemli ölçüde etkilemiştir. Devletin bu alandaki sorumluluğu özellikle bu süreçle birlikte esnek yapıya kavuşmuş, artık kamu; hizmet sunan ve finansman sağlayan kesim olmaktan çıkarak, özerk bir yapıda sağlık hizmetleri piyasasını düzenleyen ve bu piyasaya kurallar getiren bir

yapıya bürünmüştür (Yılmaz, 2008). Bir anlamda, sağlık hizmetleri alanında kamunun artan maliyetlerinin kısılması ve mevcut maliyetlerin paylaşımı ekseninde yeni yapılanma süreci başlamış, bu alan kamu-özel sektör işbirliği içerisinde hızla gelişerek pek çok sağlık hizmetinin tümüyle özel sektöre ve piyasa dinamiklerine bırakılması sürecine evrilmiştir. Bu dönüşüme dikkat çeken Buğra ve Kayder'e göre (2015), "sosyal harcamalarının üçte bir gibi önemli bir bölümünü sağlık harcamaları oluşturmaktadır" (Buğra ve Kayder, 2015). Ayrıca, bu dönüşüm sürecinde sağlık finansmanına ek fon kaynağı oluşturmak için bir takım katılım payı stratejileri geliştirilmiş, yapılan özelleştirmeler kanalıyla harcamalara destek bulunmaya çalışılmıştır. Diğer taraftan kamu hastaneleri bu süreçte bağımsız bir yapıya kavuşturularak yerleşmesi sağlanmış, böylece sağlık küreselleşme sürecinden en fazla etkilenen sektörlerden birisi haline gelmiştir.

Piyasalaşma yönünün değişmesi hastaları "müşteri" haline getirirken, ulusal sağlık hizmetleri, özel sağlık sigortalarıyla yer değiştirme sürecine girmiş, hizmet sunumunda "planlama" yerine "serbest piyasa" ve "rekabet" esasları yerleşmeye başlamıştır (Navarro, 2008). Sağlık hizmetleri pazarındaki bu dinamik değişimler, bir yandan kamu tarafından özel sektörden satın alınan sağlık hizmetlerinin değerinde istikrarlı bir artışa yol açarken, diğer yandan da sağlık hizmetlerinin kalitesinde düşüşe neden olmuştur.

Kamunun arz ettiği sağlık hizmetlerinin piyasa koşullarında ticarileşmesi, kişilerin sağlık hizmetlerine erişiminde toplumsal, sınıfsal, ekonomik ve sosyal eşitsizlikleri gündeme getirmiştir. Özellikle, maliyet paylaşımında gelir durumu dikkate alınmadan katkı payı ve sigorta ödemeleri gibi ekonomik yükün düşük gelir grupları tarafından üstlenilmesi halinde, bu gelir gruplarının cepten yapılan harcamalardan muaf tutulması veya bu harcamaları karşılayacak önlemlerin alınmasını gerekli kılmaktadır. Aksi takdirde, maliyet paylaşımı politikası, sadece düşük gelirli kişilerin sağlık hizmetlerinden uzak durmasını sağlayacak ve nispeten yüksek gelir düzeyine sahip kişiler üzerinde ciddi bir tesir oluşturmayacaktır (Saltman ve Figüeras, 1998). Bu durum aynı zamanda Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO), bireyin sağlık hizmetlerinin sosyal bir hak ve aynı zamanda bir insan hakkı olarak kullanılması sürecini tartışmalı hale getirecektir.

Ülkeler arası artan ticaret, yaşanan göçler, gıda güvenliğinde yaşanan olumsuzluklar, bilgi akışı ve tüketim alışkanlıklarının değişmesi gibi sebepler küreselleşmenin sağlık üzerinde etkisini ortaya koyarken, diğer taraftan ülkelerin sağlık politikalarının yeniden

şekillenmesine neden olmuştur (Yılmaz ve Yaraşır, 2011). Yeniden şekillenen sağlık politikaları ile birlikte, ülkelerin sağlık hizmetlerine yönelik sağlık harcamaları da değişime uğramıştır. Bir taraftan demografik gelişmelere paralel nüfusun yaşlanması, sağlık teknolojisindeki ilerlemeler, yaşam süresinin uzaması, gelir artışı ve ilaç fiyatlarında yaşanan yükselişler sağlık harcamalarının dünya genelinde artmasına neden olurken (Kılavuz 2010), diğer taraftan sağlık teknolojisindeki ilerlemelere paralel sağlık alanında ileri teknoloji kullanımı, bireyin hastanede kalış süresini kısaltarak ve sağlık harcamalarını azalmasını sağlamıştır (Yiğit ve Erdem, 2016).

Günümüzde kişilere yönelik gerçekleştirilen sağlık hizmetlerinin kalitesi o ülkenin gelişmişlik düzeyinin ortaya koyan önemli parametrelerden birdir. Sağlık hizmetleri hemen her ülkede talep edilen ve kamu tarafından sunulması gereken hizmetleri içeren hatırı sayılır bir hizmet sektörüdür. Büyüme üzerine yapılan son teorik tartışmalar, ekonomik büyüme sürecinde beşeri sermayenin rolünün söz konusu olduğunu göstermiştir (Çetin ve Ecevit, 2010). Beşeri sermayeyi esas alan içsel büyüme modellerinde beşeri sermaye; fiziksel sermaye gibi üretim faktörü olarak görülmekte bilgi, beceri ve yetenek şeklinde tanımlanan bir emeğin ürünü olarak kabul edilmektedir. Toplumun sağlık durumu ve eğitim düzeyi ile ilişkilendirilen beşeri sermayeye kuramına göre bir kişinin bilgi ve becerileri geliştiğinde, ekonomik faaliyetlerde doğal olarak verimliliği yükselmektedir. Fakat, her koşulda bireyin eğitim alabilmesi ve ekonomik faaliyetlerde bulunabilmesi için sağlıklı olması gerekmektedir (Karagül, 2002). Bu yönüyle gerek sağlığa, gerekse de eğitime yönelik gerçekleştirilecek harcamalar, toplumun beşeri sermaye stokunun yükselmesinin yanı sıra işgücü verimliliğini de artıracak, böylelikle de zincirleme bir şekilde işgücüne katılım oranını yükselterek ekonomik büyümeyi destekleyecektir (Ay ve Yardımcı, 2006).

Küreselleşmenin hız kazanmasıyla birlikte neoliberal politikalara paralel sağlık alanında yapılan özelleştirmeler, sosyal güvenlik alanında yapılan kesintiler az gelişmiş ve yoksul ülkelerde kişilerin cepten ödeme sorununu ortaya çıkarmış, bu durum yoksul hanehalklarının bütçeleri üzerinde önemli bir yük meydana getirmiştir. Finansal sürekliliğe katkı sunmak amacıyla uygulamaya konulan cepten ödemeler arttıkça, ekonomik açıdan dezavantajlı gruplar başta olmak üzere hane halklarının en temel sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasını ve daha kaliteli sağlık hizmeti almasını güçleştirmektedir (Raban, R. Dandona ve L. Dandona, 2013). Özellikle düşük gelir düzeyi ve yoksul kesim üzerinde tehdit

unsuru olan bu harcamalar, hane halklarının elde ettiği gelirlerinin belli bir kısmını geçtiğinde ise hane geliri, üzerinde yıkıcı etkiler oluşturarak, katastrofik harcamalar adını almakta, sürecinin finansal yönden daha yıkıcı hale gelmesiyle yoksullaştırıcı etki ortaya çıkarmaktadır (ILO, 1999: Raban ve diğerleri, 2013). Bu harcamalar, yıkıcı ve yoksullaştırıcı etkisini ise, daha çok düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayan hane halklarının harcamaları üzerinde hissettirmektedir. Çünkü, düşük gelirli ülkelerde ortalama sağlık harcamalarının %50'si, orta gelirli ülkelerde ise %30'u cepten yapılan harcamalar ile finanse edilmektedir (Mills, 2014).

Günümüzde sağlık harcamalarının finansmanı sağlık politikasını belirleyen otoriteler tarafından tartışılan güncel konulardan biridir (Tatar, 2011). Kıt kaynaklar altında artış gösteren harcamalar, hane halklarının ödeme gücü durumuna düşmesiyle sağlık hizmetlerine erişememe ihtimalini ortaya çıkarmaktadır. Bu riski azaltma veya ortadan kaldırma ihtiyacı, ülkeleri sağlık finansman konusunda planlamalar oluşturmaya sevk etmiştir (Tiryaki ve Tatar, 2000; WHO, 2000). Dolayısıyla, sağlık finansmanının işlevlerinden biri de kişilerin sağlık hizmetlerini etkin bir biçimde satın alabilmelerini sağlamaktır (Schang, Czabanowska ve Lin, 2012). Zira, bu tür hizmetlerin tüm vatandaşlara sağlanması, uzun zamandan beri birçok ülkede modern sağlık finansman sistemlerinin temel taşı olmuştur (WHO, 2000). Ancak, ülkelerin farklı demografik ve sosyoekonomik özellikleri nedeniyle sağlık harcamalarının da değişkenlik gösterdiği bilinmekte, bu durum dünya genelinde tek bir ideal sağlık finansman sisteminin kurulmasını ve erişimini güçleştirmektedir (Çelik, 2019: 308).

Maliyet paylaşımı ekseninde cepten yapılan sağlık harcamaları hane halkları üzerinde yoksullaştırıcı etkisinin olduğu da bilinen bir gerçektir (O'Donnall, Van Doorslaer, Wagstaff ve Lindelow, 2007). Sağlık harcamalarının zamanının öngörülemesiz oluşu, bireylerin farklı dönemlerde tüketime optimal ayarlamalar yapmasını engellemektedir (Gertler ve Grubber, 2002). Özellikle, yüksek maliyet gerektiren tedavilerin ortaya çıkması durumunda, harcamalara gerekli finansman desteğinin (kamu-özel) olmaması, bireylerin tedavi sürecini kendi ceplerinden ödemek zorunda bırakmaktadır. Böylesi bir durum gelir-tüketim dengesini sağlamış hanehalkının mal ve hizmet tüketimlerini azaltarak tedavi talebini karşılamak durumunda bırakacak, böylelikle hane halkı ciddi anlamda bir refah kaybına uğrayacaktır (İ. Tokatlıoğlu ve Y. Tokatlıoğlu, 2017).

Dünya çapında sağlık politika yapımcılarının temel hedeflerinden birisi, zengin ve fakir aileler arasındaki gelir eşitsizliğinin neden olduğu uçurumu ortadan kaldırmak için sağlık sistemini revize etme düşüncesi yatmaktadır. Nitekim, Dünya Sağlık Örgütü (*DSÖ- WHO*) tarafından 2000 yılında yayınlanan bir raporda, sağlık sistemlerinin performansını belirleyen temel unsurun sağlık finansman sisteminde hakkaniyet ve eşitlik olduğuna vurgu yapılmış (WHO, 2000), 2010 yılında yayımlanan raporunda ise, ülkeleri sağlık hizmetleri finansmanında daha eşitlikçi olma konusunda Genel Sağlık Sigortası (GSS) sisteminin teşvik edilmesi önerilmiştir (WHO, 2010).

Bu anlamda sağlık finansmanının amacı, tüm bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak adına gerekli finansman desteğini sağlamak ve hizmet sağlayıcılarına gerekli mali teşvikleri belirlemektir. Bu, bir anlamda bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminde yaşadıkları finansal zorluklar sebebiyle yoksullaşma olasılığını azaltmak veya ortadan kaldırmak amacını taşımaktadır (WHO, 2000). Ancak, günümüz şartlarında ülkelerin ekonomik durumlarındaki farklılıklar nedeniyle bu alanda finansal sürdürülebilirliğin sağlanması önemli, ancak zorlu bir süreci ifade etmektedir.

Bu doğrultuda küreselleşme süreciyle birlikte yeniden şekillenip ivme kazanan sağlık harcamalarının finansman yönetimlerini bazı gelişmekte olan ülkeler için incelemek çalışmamızın konusunu oluşturmaktadır. Bu kapsamda sunulan bu çalışma, iki araştırma sorusuna cevap vermeye çalışmaktadır: Bunlardan ilki, küreselleşme ile yükselen ekonomiler olarak adlandırılan BRICS-T ülkelerinin (Brezilya, Rusya, Hindistan, Çin, Güney Afrika ve Türkiye) sağlık harcamalarındaki yaşanan değişimler arasında bir nedensellik ilişkisi var mıdır? İkinci olarak, sağlık harcamalarındaki bu değişimler bu ülkelerde farklı gelir grupları içerisinde ve ayrı sağlık sistemleri kullanan ülkelerde ne tür finansman yöntemlerini hayata geçirmiştir? Çalışma bu iki araştırma sorusunu cevaplamaya çalışarak ilgili literatüre katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

Bu tez çalışması yedi ana bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın bu bölümünü takip eden ikinci bölümünde sağlık hizmetleri kavramı tanımlanarak, bu kavramın önemi üzerinde durulacak, bu hizmetlerin ekonomik açıdan taşıdığı değer ön plana çıkarılacaktır. İlerleyen bölümde ise, sağlık ile beşeri sermaye ilişkisi ele alınarak bunun ekonomik büyüme ile olan ilişkisi detaylandırılacak, sağlık ile kalkınma arasında doğrudan ve dolaylı ilişkiler ortaya konulacaktır. Daha sonraki aşamada ise, sağlık hizmetleri finansmanı tanımlanacak,

finansmanın amacı, önemi, işlevi, finansman süreçleri ile kaynak ve yöntemlerine değinilecektir. Son aşamada ise, dünyada yaygın olarak kullanılan finansman modelleri üzerinde durulacaktır.

Çalışmanın üçüncü bölümünde ise, yükselen ekonomiler olarak ön plana çıkan BRICS-T ülkelerinin ortaya çıkış serüveni ele alınacak, sonrasında ise bu ülkelerin makroekonomik yapılarına değinilecektir. İlerleyen bölümde ise, bu ülkelerin sağlık sistemleri ve sağlık finansman yapıları detaylı bir şekilde alınacak, mevcut sağlık yapıları üzerinde durulacaktır.

Çalışmanın dördüncü bölümünde ise, küreselleşme kavramı üzerinde durulacak ve tarihsel gelişim sürecinde küreselleşmenin boyutları ve dalgaları ön plana çıkarılacaktır. İlerleyen aşamada ise, KOF Küreselleşme Endeksine değinilecek, daha sonrasında da BRICS-T ülkelerinin küreselleşme endeksleri detaylandırılacaktır. Son bölümde ise, küreselleşmenin sağlık politikalarıyla olan ilişkisi ortaya konulacaktır.

Çalışmanın beşinci bölümünde ise literatür çalışmasına yer verilecek olup, altıncı ve son bölümünde de, Ticari Açıklık, KOF Küreselleşme Endeksi, Kişi Başına düşen GSYİH, Devlet Sağlık Harcaması/GSYİH, Özel Sağlık Harcaması/GSYİH değişkenleri üzerinden ekonometrik model kurularak, BRICS-T ülkelerinde küreselleşme süreciyle sağlık harcamaları arasındaki ilişkiler panel veri analiz yöntemiyle test edilecek ve bu değişkenler arasındaki nedensellik ilişkileri ampirik bulgular ışığında yedinci bölüm olan sonuç bölümünde tartışılacaktır.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Ekonomik Açıdan Sağlık Hizmetlerinin Yeri ve Önemi

Sağlık hizmetleri, yakın döneme kadar daha çok piyasa ekonomisi ve hayır kurumlarının hizmetindeyken birey ve toplum sağlığı arasındaki yakın ilişkinin önem kazanmasıyla, birlikte bu hizmetlerden faydalanmanın temel insan hakları ve yaşam hakkının bir parçası olduğu kanaati toplumda yaygınlık kazanmış ve dolayısıyla bu alan devletin daha fazla sorumluluk aldığı bir yapı haline dönüşmüştür. Çünkü, ödeme gücünden yoksun hane halklarının tedavisi kamu tarafından üstlenilmedikçe, bu tedaviyi karşılayabilenlerin sağlığı da tehdit altına düşmektedir. Dolayısıyla bireylerin mevcut hastalıklarının tedavi edilmemesi çevresi açısından bir sosyal maliyet unsurunu meydana getirirken, tedavisi ise sosyal fayda oluşturmaktadır. Bu durumda koruyucu sağlık hizmetleri ve tedavi edici sağlık hizmetleri hastalıkların azaltılması ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi açısından ön plana çıkmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012). İktisat biliminin temelinde ihtiyaçların sınırsız, kaynakların ise sınırlı olması durumu yatmaktadır. Bu kavram hangi alana entegre edilirse edilsin bu durum değişmeyecektir. Çünkü, her alanda kaynaklar kısıtlı ihtiyaçlar sonsuzdur. Bu durum, sağlık alanında da geçerlidir. Tüm alanlarda olduğu gibi, sağlık alanında da var olan sınırlı kaynaklarla oluşan çeşitli ihtiyaçları karşılama olanakları sınırlıdır.

Sağlık hizmetlerinin tanımında; “Kişilerin ve toplumların sağlıklarının korunması, hastalıkların tedavi edilmesi, kalıcı problemlere sahip kişilerin bir başkasına bağlı olmaksızın hayatını sürdürebilmesi için rehabilite edilmesi ve toplumların sağlık düzeylerinin yükseltilmesi için planlı olarak yürütülen tüm çabaların tümü” şeklinde ifade edilmektedir. Böylelikle sağlık hizmetleri piyasası da tanımda yer alan hedeflere ulaşmak adına sağlık hizmetlerinin alınıp satıldığı bir piyasa görünümündedir (Bilgili ve Ecevit, 2008).

Dünyadaki çoğu ülke, sağlık hizmetlerinden yararlanmanın temel bir insan hakkı ve yaşam hakkının devamı olduğunu kabul etmiş ve bu nedenle ülkenin daha fazla sağlık hizmetini kamusal alanda sunması gerektiği düşüncesi önem kazanmıştır. Sağlığın toplumsal faydaları her geçen gün daha fazla tartışıla dururken, hizmet sektörünün durumunun ne olması gerektiği politikacıların merak ettiği konulardan biri haline gelmiştir. Belirtmek

gerekir ki, sağlık hizmetlerini diğer hizmet sektörlerinden ayıran özellikleri vardır. Bunlar Sağlık hizmetlerinin emek yoğun bir sektör olması, ikame edilememesi ve ertelenememesi, arz ve talep arasındaki dengesizlik, asimetrik bilgi sorunu, hekimlerin sahip olduğu uzmanlık bilgisi, hizmetin stoklanamaması ve tesadüfiliğidir (Somunoğlu, 2012: 10).

Sağlık hizmetleri piyasasının kendine has bir takım özellikleri piyasa aksaklıklarına ve başarısızlığına yol açmaktadır. Sağlıklı piyasadaki mevcut yaygın dışsal etkiler, ekonomik birimlerin gelecekteki fiyat ve sağlık düzeyine yönelik gerekli talebin belirlenmesindeki asimetrik bilgi ve hizmet satın alma kararlarındaki belirsizlik piyasa başarısızlığına neden olmaktadır (Reinheart, 2001). Bu durumda, kamunun sağlık hizmetleri piyasasına müdahalesi kaçınılmaz bir hal almaktadır. Kamu müdahalesindeki esas gaye ise, sağlık hizmetlerinin kişisel ve toplumsal faydalarının üretim, tüketim, gelir etkisi ile zaman tercihleri ve refah seviyeleri gibi standart ekonomik kavramların sağlık hizmetlerinin kişisel ve sosyal faydalarının marjinal değerlendirmelerini yapmak için kullanılamamasıdır (Alpugan, 1984; aktaran Söğüt, 2019).

Bireylere sağlık hizmeti sunmanın neticesinde ortaya çıkan değerin parasal olarak ölçülmesi olanaksızdır. Bu hizmetlerin çıktıları sonuçlarını uzun vadede gösterebilir. Sağlık hizmetlerinin sunulmasıyla birlikte bireylerin ve toplumun sağlığı gelişme gösterir. Sağlıklı bir toplum ile birlikte, çalışma saatlerinin üretkenliğini ve verimliliğini artıracaktır. Ancak, bütün bu sonuçları parasal anlamda açıklamak mümkün değildir. Söz gelimi bebek ölüm oranının binde 10'dan binde 5'e düşürülmesi amacıyla gerçekleştirilen harcamalar karşısında "kazancımız ne kadar, ne kadar kâr edildi?" biçiminde bir hesaplama yaparak bunu ortaya koyma olanağı bulunmamaktadır. Sağlık sektöründe yapılan harcamalarla geri kazanılan, korunan ya da geliştirilen sağlık hizmetleri bir yatırım niteliği taşımaktadır. Bu anlamda sağlık hizmetlilerine yönelik gerçekleştirilen harcamalar, uzun vadede topluma kazandırılır ve bu faydaya dönük herhangi bir işlem yapılmasına da gerek görülmemektedir (Tokalaş, 2006).

Kişilerin bedenlen, ruhen ve sosyal yönden sağlıklı olmaları sürdürülebilir bir ekonomi için olmazsa olmaz bir koşuldur. Zira, çeşitli ülkelerin sağlık sorunları ekonomik kalkınmanın önündeki önemli engellerden biri olarak görülmektedir. Dünya Bankası bu duruma 1993 yılında yayınladığı raporunda dikkat çekmektedir. Bu nedenle, sağlık ve ekonomik

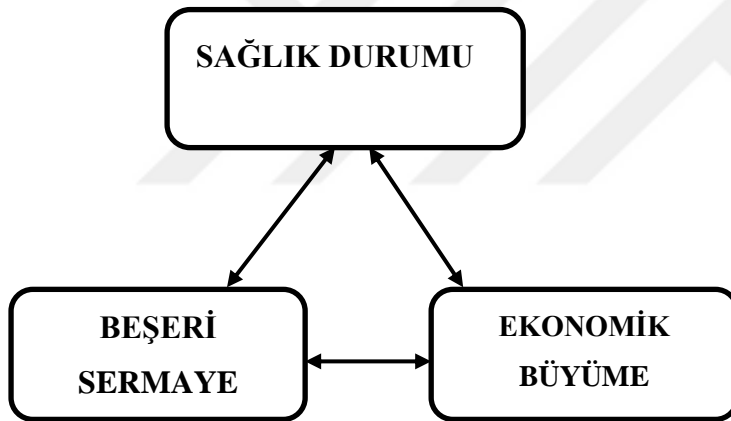
büyüme arasındaki ilişkinin geniş olarak ele alınması gerekmektedir (Dünya Bankası, 1993; aktaran Alacahan, 2015).

Sağlık kavramını ilk kez beşeri sermaye içerisinde değerlendiren araştırmacılardan Mushkin (1962), sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi teşvik edebileceğini ileri sürmüştür. Mushkin (1962), sağlığa dayalı büyüme hipotezi olarak öne sürdüğü bu çalışmada sağlığın önemli bir sermaye olduğuna dikkat çekmiştir. Bu nedenle, sağlığa yapılan yatırım, geliri artırarak ekonomik büyümeyi teşvik edebilecektir. Bu doğrultuda Barro (1996), yarattığı sermaye açısından sağlık harcamalarını “ekonominin motoru” olduğunu ifade etmektedir (Canbay ve Kırca, 2021).

Ülkelerin üzerindeki ağır tedavi maliyetleri, sağlık harcamalarında önemli bir artışa ve iş gücü kaybına neden olmaktadır. Bu nedenlerle milli gelirden yaşanan düşüşler beraberinde ekonomik büyümeyi olumsuz etkilemektedir. Bu noktada beşeri sermaye, ekonomik kalkınmanın belirleyici unsuru olarak önem kazanmaktadır (Çalışkan, Karabacak ve Meçik, 2013).

Beşeri sermaye, eğitim yoluyla yaratılan bilgi ve beceri birikimi ve nitelikli insan gücü ile kendini göstermektedir. Schult (1968), tarımsal üretimdeki artış ile eğitim arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada beşeri sermayeyi; “kaynağı ne olursa olsun bir halkın sahip olduğu faydalı yeteneklerin toplamıdır” şeklinde tanımlamıştır (Schultz, 1968; aktaran Aksu, 2016). Schultz'un bu çalışması beşeri sermayenin ekonomideki önemini ve rolünü ortaya koyan ilk teorik yöntem olarak kabul edilmektedir. Thurow'a göre (1970), beşeri sermaye; “fertlerin üretken yapısı ve yeteneği, beceri ve kabiliyeti, elde ettiği bilgi ve tecrübedir” şeklinde tanımlamaktadır (Thurow, 1970; aktaran Aksu, 2016). Denison'a göre (1962), beşeri sermaye yatırımının getirisi, fiziksel sermaye yatırımının getirisinden daha yüksektir (Denison 1962; aktaran Berber, Yıldız ve Dindaroğlu, 2013). Denison (1962), araştırmasında; eğitimin ABD ekonomisinin büyümesinde önemli bir rol oynadığına inanan Schultz'un çalışması ile aynı doğrultudadır. 1961'de Schultz ve 1962'de Dennison tarafından yapılan model tahminlerinde Schultz, ekonomik büyümenin açıklanamayan kalan kısmının yaklaşık %36 ile %70 olduğunu öne sürerken, Dennison kalan kısmın tamamının beşeri sermaye faktörleriyle açıklanması gerektiğini iddia etmiştir (Çakmak ve Gümüş, 2005). Beşeri sermaye geliştirmekte olan ekonomilerde önemli bir üretim faktörü olup, ekonomik kalkınmada önemli bir rol oynamaktadır (Van Den Berg, 2012).

Beşeri sermayeyi geliştirmek için eğitim almış, sağlıklı bir topluma ihtiyaç vardır. Eğitim, beşeri sermayenin ana kaynağı olmakla birlikte, toplumun sağlığı da bir diğer önemli faktördür ve beşeri sermayenin gelişmesi onu besleyerek teşvik edilmektedir (Taban, 2006). Teorik olarak eğitim ve sağlığa yapılan harcamalar, sosyal beşeri sermaye stokunu artırırken, işgücü verimliliğini artırarak ekonomik büyüme sürecini de hızlandırmaktadır (A. K. Badri ve S.K. Badri, 2016; Ay, Kızılkaya ve Koçak, 2013). Dolayısıyla sağlıklı bir toplumda beşeri sermayenin kalitesi, verimliliği olumlu etkilemekte, ekonomik büyüme bu durumdan olumlu etkilenmektedir (Karagül, 2002). Ekonomik büyümenin sağlanmasında beşeri sermaye unsurunun önemine Romer (1986) ve Lucas (1988) ortaya koydukları büyüme teorileri içerisinde dikkat çekmiş, beşeri sermayenin büyümenin önemli bir değişkeni olduğu vurgulanarak, beşeri sermayenin gelişmesinin ekonomik büyüme ve ulusal refah üzerinde olumlu bir etkisi olabileceği vurgulanmıştır (Romer 1986 ve Lucas 1988; aktaran Akıncı ve Tuncer, 2016).



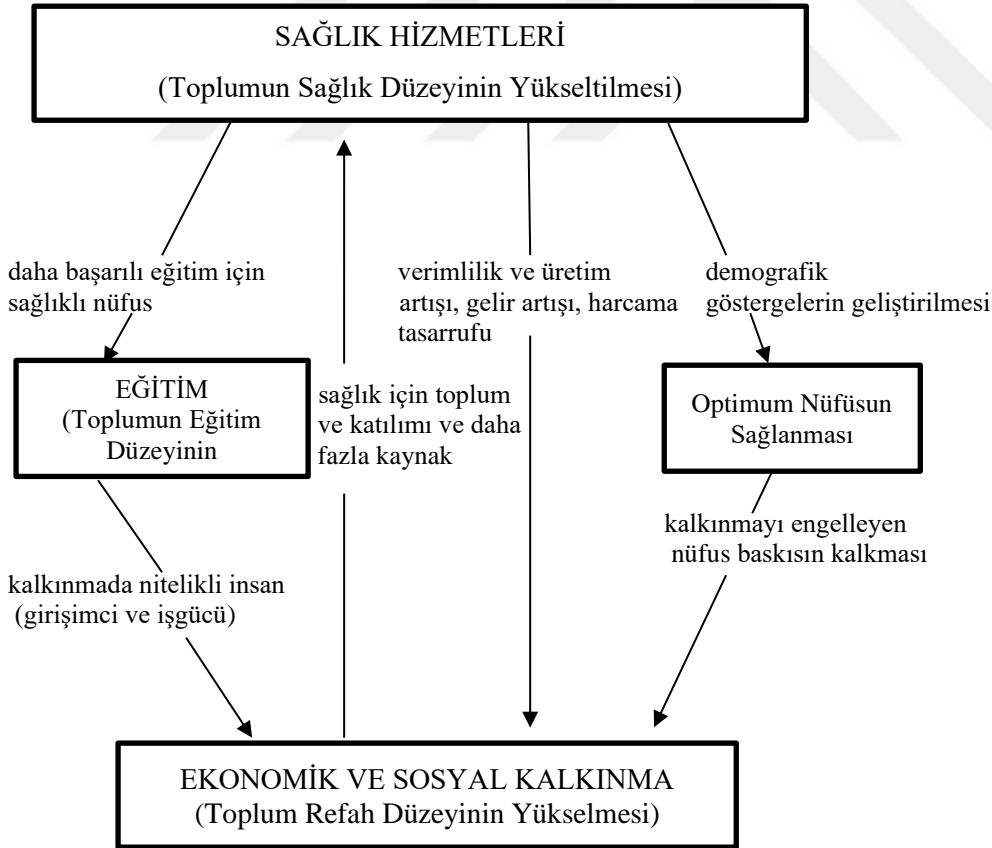
Şekil 2.1. Sağlık, beşeri sermaye ve ekonomik büyüme ilişkisi (Soukiazis ve Cravo, 2008)

Sağlık durumu, beşeri sermaye ve ekonomik büyüme arasında birbirini etkileyen aynı zamanda birbirinden etkilenen çift yönlü bir ilişki bulunmaktadır (Xu, Saksena ve Holly, 2011; Yardımcıoğlu, 2012). Sağlık, ekonomik büyüme unsurunun lokomotif durumunda olup, yoksulluğu ve eşitsizliği azaltmada önemli bir rol üstlenmektedir. Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik gerçekleştirilen sağlık harcamaları, beşeri sermayenin geliştirilmesi yoluyla ekonomik büyümeyi teşvik etmekte ve aynı zamanda ekonomik büyümede kaydedilen ilerlemeler beşeri sermaye yatırımlarına aktararak birbirini besleyen bir biçimde büyüme etkisi meydana getirmektedir (Akıncı ve Tuncer, 2016). Sağlık, ekonomik verimliliği artırmak için beşeri sermaye yaratmanın ana girdisi

olarak görülse de, bir başka açıdan da ülkeler için kalkınma hedefi olarak görülmektedir (Şimşir, Çondur, Bölükbaş ve Alataş, 2015).

Sağlık durumunun iyileştirilmesiyle birlikte, yükselen sağlık düzeyi ile optimal nüfusa ulaşılabilen, böylece sağlıklı nüfus baskısının ekonomik kalkınmayı etkilemesi önenebilmektedir. Verimlilik ve üretimdeki artışlar, kişisel gelirden de artış meydana getirmektedir. Gelirde yaşanan artış da harcamaya yönelik yapılan tasarruf sebebiyle ekonomik kalkınmayı ve dolayısıyla da toplumun refah seviyesinin yükselmesini sağlamaktadır.

Tasarrufların harcanması sonucunda gelirdeki artış aynı zamanda ekonomik kalkınmayı da teşvik etmekte, dolayısıyla sosyal refah düzeyini yükseltmektedir. Gelişmekte olan ülkeler, toplumun sağlık düzeyini üst noktalara taşımak ve bu seviyeyi korumak için sağlık sektörüne çok daha fazla kaynak tahsis etmektedirler (Albayrak, 2019: 38).



Şekil 2.2. Sağlık ile kalkınma arasındaki doğrudan ve dolaylı ilişkiler (Mazgit, 2002).

Sağlığın ekonomik büyüme ile olan ilişkisi, sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasılda (GSYİH) meydana getirdiği değişiklikler ile açıklanmaktadır. Tipik bir istatistiksel tahmin, doğumda beklenen yaşam süresindeki %10'luk bir iyileşmenin, diğer büyüme faktörlerini sabit olduğu varsayımı altında ekonomik büyümede yıllık en az %0,3 ila %0,4'lük bir artışa yol açtığını göstermektedir. Bu sebeple, yüksek gelirli ülkeler (doğumda beklenen yaşam süresi: 77 yıl) ile en az gelişmiş ülkeler (doğumda beklenen yaşam süresi: 49 yıl) arasındaki ekonomik büyüme farkı yılda 1,6 puana denk gelmektedir (WHO, 2001).

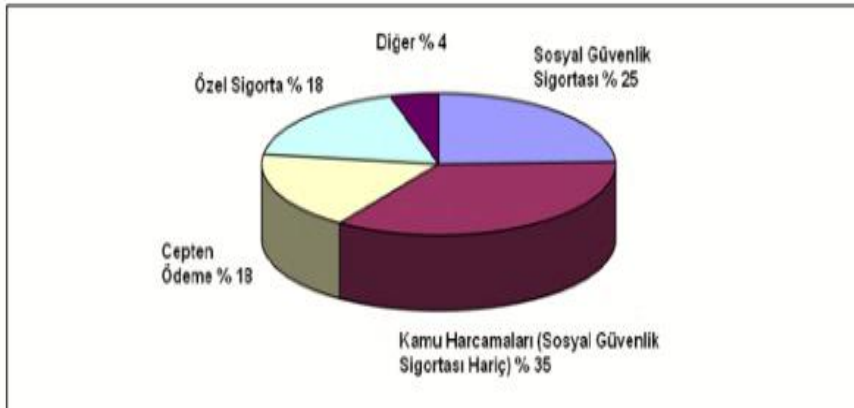
2.2. Sağlık Hizmetleri Finansmanı

Bir ülkenin en önemli kaynağını insan oluşturmaktadır. Toplumu meydana getiren bireylerin sahip olduğu en büyük zenginlik ise sağlıktır. Dolayısıyla, sağlık problemlerini bir ölçüde çözmüş ülkeler için ekonomik, politik ve sosyal yapıları genel olarak sağlıklıdır (Çelik, 2019: 169). Ülkenin gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun, kıt kaynaklar sağlık alanında da kendini göstermekte (WHO, 2000) ve dünya genelinde yeni tedavi yöntemlerinin gelişmesi ile birlikte hastalıkların yapısındaki değişiklikler ve ortalama yaşam süresinin uzaması gibi sebeplerle küresel sağlık harcamaları sürekli artış eğilimi göstermektedir. Bu durum; ülkelerin sağlık finansman sistemi üzerinde baskı oluşturmaktadır (Ermut, 2019). Yetersiz kaynak göz önüne alındığında yapılan harcamalar, bireyleri tıbbi hizmetlere erişimde zorluk yaşama riskiyle karşı karşıya bırakmaktadır. Bu riski önlemek veya ortadan kaldırmak için ülkeler çeşitli sağlık finansmanı uygulamalarını hayata geçirmiştir (Tiryaki ve Tatar, 2000; WHO, 2000). Bu düşünce ile sağlık sisteminin bir fonksiyonu olarak sağlığın finansmanı, çeşitli ülkelerin gündeminde yer edinerek siyasi hedeflerinden biri haline gelmiştir (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008).

Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı ile ilgili olarak dünyada üç temel sistem bulunmaktadır. Bu sistemler; ulusal sağlık hizmeti sistemi, sosyal sağlık hizmeti sistemi ve özel sağlık sigortası sistemidir. Ulusal Sağlık Sistemi; ülkede yaşayan tüm bireyleri içeresine almakta ve verilen hizmetler tamamen ücretsiz olmaktadır. Bu sistemde finansman, toplanan vergilerle karşılanmaktadır. Sosyal sağlık sigortası sisteminde ise; üyelerin verilen sağlık hizmetleri karşılığında belirli bir miktar sigorta primi ödemek zorunda oldukları bir sistemdir. Aynı zamanda bu sistemde özel sektör ve kamu bir arada

bulunmakta ve özel sektör daha çok kamu sektörünü tamamlayıcı nitelik taşımaktadır. Özel Sağlık Sigortası Sisteminde ise; bireylerin sağlık hizmetlerinden kendi yöntemleriyle yararlandıkları ve ödeme gücü olan bireyler üzerine kurulu bir sistem olarak bilinmektedir (Sıvacı, 2007).

Bazı ülkeler, yakalamış oldukları gelişmişlik düzeyleri nedeniyle sağlık hizmetlerinin finansmanına kaynak yaratabilirken, diğer ülkeler gelişmekte olan veya az gelişmiş ülkeler oldukları için farklı kaynaklardan finansman sağlayarak sürdürülebilir sağlık arzı sorununu çözmeye daha isteklidirler. Burada milli gelirden yararlanma ilk akla gelen seçenek olsa da, vatandaşların kendi masraflarını karşılamalarına izin verme veya yatırım fonu gibi bir sağlık fonu oluşturma ve bu fon üzerinden kaynak sağlama gibi farklı finansman kaynaklarını kullanma eğilimindedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), küresel olarak tercih edilen finansman çeşitliliğinin çoğunun kamu kaynaklarının kullanımını olduğuna dikkat çekmiştir.



Şekil 2.3. Dünya sağlık harcamalarının finansman kaynakları (WHO, 2010).

Sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi açısından farklı kaynaklar yaratılması, birey ve toplum hayatını olumsuz etkileyen fiziksel, mesleki, sosyal ve ekonomik risk faktörlerinin çeşitliliği ile ilgilidir. Bu unsurların her biri kendi başına insan hayatını farklı düzeylerde ve şekillerde etkilemektedir. Bu açıdan herkes, bu çeşit risk faktörlerden ötede sağlıklı bir yaşam sürmek ister ve bu bağlamda gelecekte oluşabilecek bu tür risklerden kendilerini koruyacak sistemlerini sağlamaları gerekmektedir. Sağlık hizmetleri sadece çok bileşenli olmayıp, kişinin kendisi dışındaki sosyal ve ulusal faktörlerle de ilgili olduğundan, devlet bu güvenceyi vatandaşlarına sağlamaktadır (Güvercin, Mil ve Tarım, 2016).

Sosyal güvenlik şemsiyesi altında gerçekleştirilen sağlık harcamaları finansman kaynakları; doğrudan veya dolaylı yoldan alınan vergiler, sosyal sigorta prim ödemeleri veya gelirden yapılan kesintiler, özel sağlık sigortası prim ödemeleri, kullanıcı katkı payları, bağışlar, tıbbi tasarruf hesapları ve kamu bütçesinden sağlanan ödemelerdir. Ancak, birçok ülkede mevcut kaynaklar, artan sağlık harcamalarını karşılamaya yetmeyebilmektedir. Bu açıdan finansman kaynakları ve yöntemleri, izlenen prosedürler ve hangi finansman sisteminin hangi esaslara göre uygulanacağı konusu harcamaların finansmanı açısından önem arz etmektedir (Orhaner, 2006). Dolayısıyla her ülke; finansman sistemini kendi sosyal, finansal ve demografik dinamiklerine uygun bir şekilde ayarlayabilmekte, bu sistemde özgün değişiklikler yapabilmektedir. Bunun sonucunda da sağlık hizmetlerinin finansman şekli her ülkede farklı bir görünüm kazanmaktadır. Ayrıca, bu farklılık aynı finansman yönteminin kullanıldığı ülkelerde bile uygulanan ödeme yöntemleri, sağlık hizmeti kuruluşlarının örgütlenme biçimi ve hizmet alma kurallarındaki farklılıklar nedeniyle yaşanabilmektedir. Dünyadaki uygulamalar incelendiğinde, finansman modellerinin tamamı veya bir kısmı farklı rol ve ağırlıklarda bir ülkede bir arada bulunabilmektedir. Dolayısıyla, incelenen ülkelerde hem vergiler, hem sosyal güvenlik katkıları hem hane halklarının cepten yaptığı ödemeler, hem de özel sağlık sigortasının varlığına bir arada rastlanabilmektedir. Bu nedenle, ülkeler sağlık finansmanı modeline göre sınıflandırılrsa da sistemde öncü rol oynayan finansman türüne göre sınıflandırılmaktadır. Örneğin, İngiltere'de vergiye dayalı finansman sistemi uygulanmasına rağmen, aynı anda uygulanan diğer finansman yöntemlerindeki (cepten yapılan harcamalar, özel sağlık sigortası ve sosyal sigorta) payının düşüklüğü nedeniyle pek belirleyici olamamaktadır (Tatar, 2011). Ancak, finansman ve sunum yöntemi ne olursa olsun, temel amaç, sağlık hizmetlerinin her ülkede kabul edilebilir düzeyde kalite ve erişilebilirlik ile eşit ve etkili bir şekilde sunulması olmalıdır (Ünal, 2017).

Sağlık hizmetleri finansmanın amacı, kişileri öngörülmeven hastalıkların etkilerinden ve bu hastalıkların yarattığı finansal yükten korumaktır. Bu doğrultuda etkili ve verimli bir şekilde oluşturulacak sağlık finansman metoduyla ödeme gücü yeterli olmayan bireylerin hizmetten yararlanamaması ya da hizmeti kullandığı takdirde daha da yoksullaşması gibi problemleri azaltabilecek hatta ortadan kaldırabilecektir (Erumut, 2015).

Sağlık hizmetleri finansmanı doğrudan sosyal güvenlik sistemi ile ilgilidir. Sosyal sigorta kavramında sağlık hizmetlerinin finansmanı sosyal güvenlik sisteminin ayrılmaz bir unsuru

olarak görüldüğünden, sağlık hizmetlerinin finansman taraflarını sosyal güvenlik politikalarından ayrı düşünüp ele almak pek olanaklı görülmemektedir (Aktan ve Işık, 2007: 22). Sosyal güvenlik, sağlık hizmetlerine olan talepteki öngörmezliğin bir sonucudur. Bu doğrultuda kişinin iradesi dışında meydana gelen ve buna bağlı olarak kişinin mal varlığında oluşan muhtemel kayıplar ile bu kaybın tazmin edilmesi için alınan tüm tedbirleri ifade eder. Sosyal güvenlik, gelişmiş ülkelerin sosyal politikalarının ve sosyal devleti anlayışının en üst düzeye eriştiği önemli bir zirve noktası olarak kabul görmektedir (TÜSİAD, 1997: 27). Öngörmezlik altında meydana gelebilecek sağlık hizmetleri hizmet ihtiyacı sebebiyle kişilerin olası ekonomik ve sosyal sorunlarını minimum düzeye düşürülmesi, olası ekonomik ve sosyal zararlarla baş edilmesi için sosyal güvenlik oldukça önem arz etmektedir.

Sağlık hizmetleri finansmanın işlevi, yukarıda bahsi geçen hedeflerin gerçekleştirilmesi için kaynakların nerelerden ve kimlerden sağlanacağı ve ne kadar kaynak toplanacağı da dahil olmak üzere gelirin toplanması, fon biriktirilmesi ve bu fonların hizmet sağlayıcılarına tahsisi ve bunların hizmet sağlayıcılarına ödenmesi gibi süreçleri kapsamaktadır (Frenk ve Kutzin, 2001:174;Murray, 2000). Bu süreçler; kişi, hane halkı ve şirketler arasında bir aracılık fonksiyonu üstlenmektedir. Bu kapsamda, birey ve hane halkları ile şirketler üzerinden toplanan dolaylı, dolaysız vergiler ve zorunlu sigorta primleri ile cepten ödemeler ve sağlık tasarrufları; merkezi veya yerel yönetimlere, sosyal güvenlik kurumlarına, özel sigorta şirketleri veya kâr amacı gütmeyen şirket ve hizmetlere aktarılmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002: 4).

Sağlık finansman işlevlerinden ilki olan gelir oluşturma sürecinde; birincil (hane ve şirket) ve ikincil (hükümet ve bağışçılar) kaynaklardan sağlanan fonların akışını, fon birikimini ve çeşitli kaynaklardan elde edilen fonların havuzda toplanması sürecini ifade etmektedir. Elde edilen kaynaklar genellikle hane halkları ve firmalardan sağlanmaktadır. Gelir yaratma yöntemleri; toplanan vergiler, sosyal ve özel sağlık sigortası primleri, kişisel sağlık tasarruf hesapları, cepten yapılan harcamalar, borçlar ve bağışlardır. Gelir elde etme yöntemine "finansman yöntemi" de denilmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002:4). Fon biriktirme ise, gelirin yönetilmesi sürecini içermektedir. Sağlık hizmeti satın alma süreci, biriken fonlardan elde edilen gelirin bu hizmetler karşılığında sağlık hizmeti sunucularına aktarılmasıdır. Fon biriktiren ile ödeme birimi aynı tarafın unsurlardır. Sağlık hizmeti sunucuları için başlıca ödeme yöntemleri; kişi başı ödeme, hizmet başına ödeme, vaka

başına ödeme, hizmet için ödeme, bütçe ücret ödemeleri ve gün başına ödemedir (Williams, 1987; aktaran Kınacı, 2021). Sağlık hizmetlerinin finansmanı Şekil 2.4'de gösterilmiştir.



Şekil 2.4. Sağlık hizmetleri finansman süreci (Kınacı, 2021).

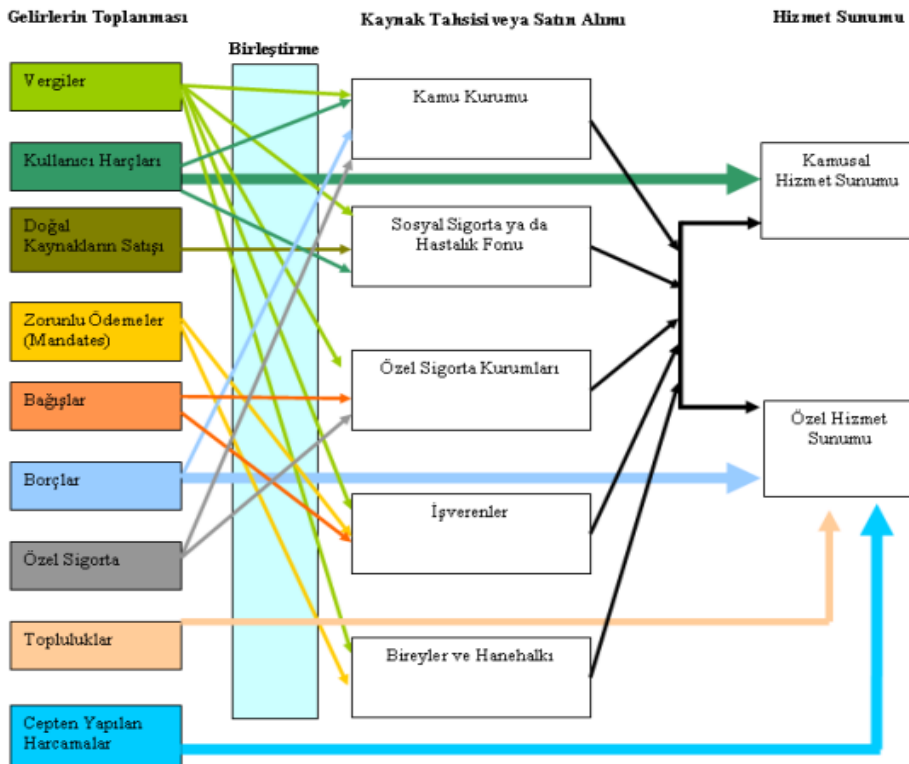
Schieber ve Maeda'ya göre (1997), sağlığın finansmanının işlevleri iki kategoriye ayrılmaktadır. Birincisi, bireyin sağlık hizmetlerini etkin ve uygun bir şekilde satın alabilmesi, diğeri ise kaynakların sağlanmasıdır. Kaynak sağlama işlevinin amacı, sağlık sorunları nedeniyle ekonomik kayıpları önlemek adına finansal hizmet ve paketleri sunmayı sağlayan gelir yaratmaktır. Bu gelirler için ise etkin ve adil fon havuzlaması yapılmasını gerekli kılmaktadır (Schieber ve Maeda, 1997).

Gelişmiş ülkelerde özel sigorta payının sınırlı olmasından ötürü ve kamu kurumlarının bu konudaki üstünlüğü nedeniyle sağlık hizmetlerine ayrılan fonların çoğu devletin topladığı vergiler ve sosyal sigorta primleri ile ödenmektedir (Mossialos, Dixon, Figueras ve Kutzin, 2002: 33). Birçok yoksul ülkede, fonların bir kısmı uluslararası yardımla karşılanırsa da, bu fonlar ve yardımlar, toplumdaki en yoksul insanların temel sağlık hizmetlerini almalarını sağlamak için tasarlanmıştır (Cichon, Newbrander, Yamabana, Normand, Weber, Dror ve Preker, 1999). Öte yandan, birçok Doğu Avrupa ülkesi, çalışanın sosyal sigortasının işverenlerden, işçilerden ve devletten alınan katkı payları veya vergilerle finanse edildiği bir sosyal sigorta modeli uygulamaktadır. Ekonomik olarak aktif olmayanlar veya kendi hesabına çalışanlar (bu sektörde kayıt dışı istihdam dahil) finansman sisteminin dışında tutulmaktadır (Cichon ve diğerleri, 1999).

Nüfusun tamamını içine alan diğer finansman sistemleri (ulusal sağlık sistemleri veya kamu hizmeti sağlık sistemleri) genel vergilendirme yoluyla finanse edilmekte ve pratikte birçok ülkede toplumun tüm üyelerinin, çalışanların ve ailelerinin bu hizmetten yararlanmasını sağlamayı amaçlamaktadır. Devlet veya sosyal güvenlik sistemi yeterli kalitede tıbbi bakım hizmeti sağlayamadığında, genellikle işverenlerin sunduğu sağlık hizmetleri ön plana çıkmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde finansmanın büyük bir kısmı

özel veya yarı kamu ön ödemeli gelir kaynaklarından sağlanmaktadır (Örneğin, özel veya grup sigorta düzenlemeleri vs. gibi). Bunu dışında hemen hemen tüm ülkeler, hastaların cepten yaptığı harcamaların çeşitli biçimlerini benimsemiştir. Tıbbi hizmet talep eden kişiler bu masrafların bedelini ödemek zorundadır (Cichon ve diğerleri, 1999).

Literatürde, sağlık hizmetleri finansman kaynaklarının sınıflandırılması konusunda tek tip bir yöntemin olmadığı görülmekle birlikte, en temel ayrımın kamu ve özel finansman kaynakları şeklinde ayrıldığı söylenebilir (Tatar, 1996). Bu kaynaklar altında finansman süreci genellikle dört işlevin yerine getirilmesiyle hedef ulaşmaktadır. Bunlar; toplama, tahsis etme, fonları birleştirme ve mal ve hizmet satın alma şeklindedir (Preker, Scheffler ve Bassett, 2006: 345). Sağlık hizmeti finansmanı, gelir toplama, kaynakları birleştirme (riskler) ve mal ve hizmet satın alma gibi temel işlevlere sahiptir (WHO, 2000). Ancak, tüm bu işlevler birbirleriyle ilişkileri açısından oldukça karmaşık bir yapıya sahiptir.



Şekil 2.5. Sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları ve fon akımı şeması (Schieber ve Maeda, 1997).

Farklı bir takım kaynaklardan elde edilen ve daha sonra birleştirilen gelir kalemleri, sağlık hizmetlerinin satın alınmasında, sağlık hizmetlerinin ihtiyaçlarının karşılanmasında, sağlık hizmetlerinin yeterli ve sürdürülebilir düzeyde sunulmasında etkin ve verimli bir şekilde kullanılmasında kullanılmaktadır. Ayrıca, değişik finansman kaynaklarından sağlanan gelirler, kamu kurumlarında, sosyal sigortalarda, özel sigortalarda, işverenlerde ve bireylerde yoğunlaşacak ve sağlık hizmeti satın alınması sürecine hazır getirilecektir. Ayrıca, sağlanan kaynakların bir kısmı ile yukarıda bahsedildiği durumun aksine arada bir aracıya gerek duyulmadan hizmet satın alınabilmesi, direkt olarak sağlık hizmetleri sunan birimlerden sağlık hizmeti satın alma işlemi gerçekleştirilebilmesi olanağı bulunmaktadır. Ancak, böyle bir yolun izlenmesi durumunda, finansman sürecinin havuzlama, birleştirme işlevlerinin atlanarak, bu süreç sonunda riskin birleştirilerek dağıtılması sürecinin aksamasına yol açabilecektir (Çoban, 2015).

Sağlık harcamalarının vergi gelirleriyle finanse edildiği sistemlerde, harcamaların çok büyük bir bölümünün vergi ile karşılandığı ya da finanse edilen bölümün diğer kısımlardan daha fazla olduğu bir sistemi ifade etmektedir. Ülkeler, sunmuş oldukları sağlık hizmetlerini tüm vergilerin bir araya getirildiği genel vergiler yoluyla finanse etmekte ve bu finansal yapı ülkeden ülkeye değişim gösterebilmektedir. Bu değişimin en önemli unsurunu ise, ülkelerin sahip olduğu ekonomik ve politik sistemlerdeki farklılıklar oluşturmaktadır (Evans, 2002; Tatar, 1996).

Sosyal sağlık sigortası sistemi ise, bugün dünyada en yaygın kullanılan finansman yöntemlerinden biridir. Sosyal adaleti merkeze alarak geliştirilen bu sistem, sosyal risk paylaşımına dayalı olup, hasta olan kişilerin tedavi masraflarının, sağlıklı kişilerce karşılanmasını baz almaktadır (Kurtulmuş, 1998: 113). Yani bu sistemde kaynaklar sağlıklı insanlardan hastalara, yüksek gelirlilerden düşük gelirlilere doğru aktarılmaktadır. Hastalık ve maluliyet durumunda kişiler ne kadar katkı payı öderse ödesin sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kısmen ücretli bir şekilde yararlanabilmektedir (Belek, 2000: 94).

Söz konusu sistemde fona yapılan ödemeler, mutabık kalınan sağlık sigortası oranı üzerinden şirket ve çalışanlar açısından genellikle çalışanların gelir durumlarına göre belirlenirken, serbest meslek sahiplerinin katkıları ise, çoğunlukla tahmini gelir veya sabit bir fiyat üzerinden belirlenmektedir. Öte yandan devlet, bir yandan denetim işlevlerini

üstlenerek mali destek sağlarken, bazı durumlarda yukarıda da ifade edildiği üzere ödeme gücü olmayan yoksul ve kronik hastalıkları sahip bireyler için bu sistemde katkı sağlayabilmektedir (Carrin ve James, 2005; Uğurluoğlu ve Özgen, 2008). Ancak, sistemin başarısı prim toplama kabiliyeti ile doğru orantılı olduğu için, işsizliğin yüksek, gelir düzeyinin düşük ve gelir dağılımının adil olmadığı bir toplumda sistemin işlemlerini zora sokabilmektedir (Duyuk, 2015). Sosyal sağlık sigortasının ön plana çıkan özelliklerinden biri de kapsadığı kişiler için zorunlu olmasıdır. Kapsama ilişkin düzenlemeler ülkeden ülkeye değişmekle birlikte, sistemin ülkenin tüm nüfusu kapsamaması zorunluluğu bulunmamaktadır. Ancak, sistemin tüm ülke nüfusunu kapsadığı durumlara genel sağlık sigortası denilmektedir. Sistemin bir diğer özelliği de yukarıda bahsedildiği gibi, çalışanlar ve işverenler için sigorta prim oranlarının çalışanın maaşının belirli bir yüzdesi üzerinden belirlenmesi ve kişisel risklerle hiçbir bağlantısının olmamasıdır (Çelik, 2019: 179).

Başka bir finansman yöntemi olan özel sağlık sigortası ise, bireyler ve özel sigorta şirketleri ile karşılıklı anlaşmalar temelinde kuruludur (Orhaner, 2018:124). Yapılan sigorta sözleşmesinde, sigortanın türü, sigortalıya hangi durumlarda ödeme yapılacağı, sigortalının ne kadar ödeyeceği, sigortanın ne zaman başlayıp ne zaman biteceği gibi bilgiler içermektedir (Çelik, 2019: 183). Her özel sigorta şirketinin kendi genel şartları ve teminatı vardır. Bu koşullar ve teminat limitleri, kendi risk değerlendirmelerine göre belirlenir. Her bir özel sigorta kuruluşunun kendi kriterleri özelinde belirlemiş olduğu genel esasları ve teminat sınırları mevcuttur. Söz konusu şartlar ve teminat sınırları kendi risk değerlendirmelerine bağlı olarak belirlenmektedir.

Özel sağlık sigortası daha çok özel hizmet almak isteyenlerin tercih ettiği bir sistemdir. Bu sigorta türü, vergi veya sosyal sağlık sigortası kapsamına girmeyen kısımları kapsamakta veya onu destekleyici nitelik taşımaktadır. Kamu sağlık sigortasından farklı olarak, bu sistem, gönüllük esasına dayalı yapılan ödemeleri içermekte olup (Çoban, 2015), kişiler sosyal statülerine ve maddi durumlarına göre tercih ettikleri özel sağlık sigortasına göre aylık ödemede bulunmaktadırlar. Sigorta prim teminatı ve sigorta paketi tamamen kişiye münhasır özel olup, kanun ve yönetmelikte belirlenen kurallar çerçevesinde sözleşmenin imzalanması ile şekil almaktadır. Sağlık hizmetine ihtiyacı olduğu anda, hizmet bedeli imzalanan sözleşme kapsamında sigorta şirketi tarafından karşılanmaktadır (Çulha, 2019).

Özel sağlık sigortasında primlerin toplanış biçimindeki farklılıklar nedeniyle sosyal sağlık sigorta sisteminden ayrılmaktadır. Dolayısıyla, özel sağlık sigortasının topladığı primler sosyal sağlık sigortasında olduğu gibi ortak bir havuzda toplamamakta, bireyin hastalanma riskine göre belirlenip tahsil edilmektedir (Şakar, 2004; Tatar, 2011; Ünal, 1998). Bu durumda belirlenecek yüksek risk primi karşısında özel sağlık sigortasına başvuranların sayısında azalma meydana gelebileceği gibi kronik hastalığı olan kişilerin de "kötü risk" grubunda yer almaları nedeniyle sigorta kapsamından dışlanma durumunu ortaya çıkabilecektir. Fakat, sosyal sigorta kapsamı dışında kalıp da, sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan bireylerin bu hizmetleri alabilmeleri için özel sigorta sistemi bir çözüm yolu olarak görülmektedir. Örneğin; İngiltere’de ulusal sağlık hizmetince sunulmayan ağız ve diş sağlığı, gözlük vb. gibi hizmetlere erişmek adına özel sağlık sigortası yaptıran kişi sayısının gün geçtikçe arttığı görülmektedir (Uz, 1998). Bir nevi bu model, cepten yapılan harcamaların olumsuz etkisini ortadan kaldırma özelliğine sahiptir (Ermüt, 2015).

Sağlık sigortası, yüksek tıbbi bakım ihtiyacı olan bireylere faydalı hizmetler sunmaktadır. Sigorta, yüksek maliyetli tedavi masraflarına ihtiyaç duymadan sağlık hizmeti ihtiyaçlarını karşılama pozisyonu üstlenmektedir. Ancak, sosyal sağlık sigortasının niteliği gereği ters seçim ve ahlaki riskleri bulunabilmektedir (Swartz, 2009; Savaş, Karahan ve Saka, 2002). Özel sigorta kuruluşları, özel sağlık sigortası aracılığı ile sağlığa katkı sağlamaktadır. Ancak, sigorta yapılan kişilerin hastalıklarını gizlemeleri (ters seçim), sigorta süresi boyunca hizmeti aşırı kullanmaları, tehlikeli davranışlardan kaçınmamaları, yüksek risk taşıyanların sigortalanamaması, yanlış hesaplanmış risk primleri ve sigorta şirketinin tekelleşme eğilimi göstermesi gibi sebepler sağlık kuruluşunu sağlık piyasasını kötüye kullanıma açık hale getirebilecektir. Bununla birlikte, özel sağlık sigortası, yüksek gelirli ve düşük gelirli ayrımı yaparak, düşük gelirli kişilerin sağlık sektöründen daha fazla yararlanmasını sağlar. Özel sağlık sigortası, sağlık için ek bir kaynak işlevi görür ve sağlık yatırım ve harcamaları için önemli bir finansman kaynağıdır (Kaya, 2008).

Cepten ödemeler de, herhangi bir özel veya kamusal sigorta mekanizmasının devreye girmediği, tüm sağlık hizmetlerinin, tıbbi ürün ve yararlarının direkt olarak bireyin kendi cebinden karşıladığı finansman yöntemidir (OECD/EU, 2016). Bu tanımdan anlaşılacağı üzere; sağlık hizmetlerine yönelik cepten yapılan harcamaları özel sağlık sigortası, sosyal sigorta ve vergilendirme gibi diğer finansman yöntemlerinden farklı olan özellik, bu harcamalar konusunda bir ön ödeme mekanizmasının devreye girmemesi, harcamaların

hizmetin alındığı anda doğrudan hizmet sunucusuna gerçekleştirilmesidir (Belli, Shahriari ve Curtio Medical Group, 2002).

Özellikle 1970'lerden sonraki süreçte ivme kazanan sağlık harcamalarındaki artışı hızı ve sonrasında yaşanan ekonomik krizler, sağlık sektöründe ek kaynak yaratılması ve finansman kaynaklarının çeşitlendirilmesi ihtiyacını doğurmuştur. Bu ihtiyaç; doğrudan ödemeler, maliyet paylaşımını içeren kullanıcı katkıları ve informel (gayri resmi) ödemeler gibi yeni cepten ödeme şekillerini ortaya çıkmasına sebep olmuştur (İstanbuluoğlu, Güleç ve Oğur, 2010). Cepten yapılan ödeme miktarı kişinin içinde bulunduğu sosyo-ekonomik koşullara göre değişiklik göstermektedir. Sağlık hizmetlerinden yararlanan kişinin sahip olduğu sigortalılık durumu, bireyin içinde yaşadığı ailenin gelir düzeyi ve hastalık türü, cepten sağlık harcamalarının düzeyini etkilemektedir. Bireyin yaşadığı hanedeki kadın, çocuk ve yaşlıların sayısı da cepten yapılan sağlık harcamalarını arttırabilmektedir (Hwang, 2004).

Cepten yapılan ödemeler, insanların sağlık hizmetlerine olan gereksiz talebini engelleyeceği iddiasıyla öne sürülen bir yöntemdir. Ancak bu yöntem, düşük gelirli kişilerin sağlık hizmet almasını zorlaştırmaktadır (Zaineh, Materia, Luchini ve Moatti, 2009). Zira, bu yöntemle birey ödemeyi hizmet aldığı sırada gerçekleştirdiği için herhangi bir sağlık problemi yaşamıyorsa ödemedede bulunmayacaktır. Ancak, bireyler her daim bir hastalık riski taşıdıklarından oluşacak hastalığın türü ve ortaya çıkacak maliyet yükü düşük veya yüksek olabilecek, bu durumda yüksek gelirli bireyler maliyetlerden çok fazla etkilenmese de, düşük gelirli bireylerin bütçeleri önemli ölçüde sarsılacaktır. Kısacası, bu yaklaşımda kişisel sağlık riskleri her zaman var olmasına rağmen, sistemde paylaşılmadığı için tıbbi bakım almanın maliyeti daha zordur. Dolayısıyla, bu finansman metodunda maliyet paylaşımı ekseninde gerekli finansal koruma sağlanmadığından, bireylerin oluşacak sağlık hizmet maliyetini karşılamaları zorlayıcı olabilecektir (Çelikay ve Gümüş, 2010). Düşük gelirli bireylerin tedavi maliyetlerini karşılayamadığı kimi durumlarda hastalıklar tedavi edilememekte, ilerleyen hastalık kronik hale dönüşebilmektedir. Hatta bu durum Çin, Hindistan ve bazı Güney Amerika ülkelerinde ölüme bile sonuçlanabilmektedir. Ayrıca hasta bireyler sağlık hizmet maliyetlerini karşılayamadığı için kendi kendine tedavi yöntemi geliştirerek bunu uygulayabilmekte veya doktor reçetesi olmadan bilinçsiz ve kontrolsüz ilaç ve tıbbi ürünleri kullanabilmektedir. Bu koşullar zaten

yoksul ve hasta olan insanların daha da yoksullaşmasına ve refah düzeylerinin düşmesine neden olmaktadır (Özgen, 2007).

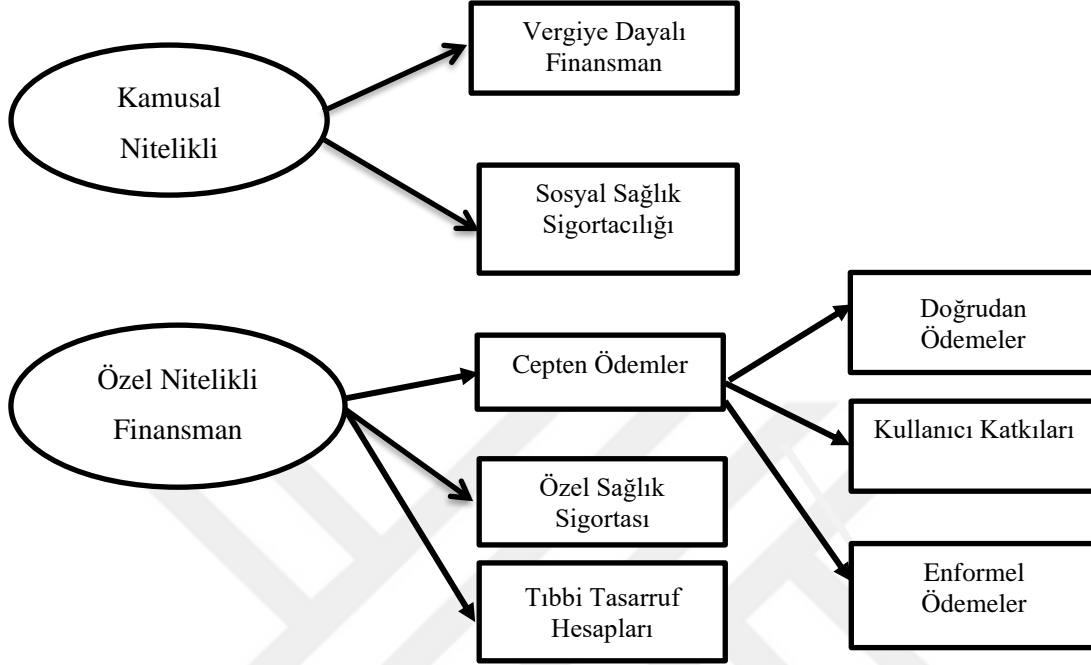
Diğer bir fon topama mekanizması ise tıbbi tasarruf hesabıdır. Cepten ödemelerin bir türü olarak tıbbi tasarruf hesabı, kişilerin gelecekte karşılaşılabilecekleri sağlık risklerine karşı kendi bütçelerinden belli bir oranda gelir payı ayırarak kendi hesaplarına yönelik oluşturdukları birikimlerdir. Tıbbi tasarruf hesabı genellikle gönüllülük esasına dayalı olmakla birlikte, Singapur'da zorunlu bir tasarruf olarak kabul edilmektedir. Tıbbi tasarruf hesapları genel anlamda sadece tıbbi harcamalar için geleceğe dönük tasarlanmış tasarruf planlarıdır. Bireyler ve aileler şahsi olarak kendi hesaplarında birikim yapabilmelerine rağmen, işverenler de çalışanlar için sağlık tasarruf havuzları oluşturarak onlar adına maddi katkılarda bulunabilmektedir. Başvuru prosedürü biraz farklı olsa da bu yöntem; Singapur, Amerika Birleşik Devletleri, Güney Afrika ve Çin'de tecrübe edilmiş ve hayata geçirilmiştir (Deber, Forget ve Roos, 2004). Tıbbi tasarruf hesabı, talep yönlü finansman modeli olarak bir yandan kamu sağlık harcamalarını azaltmayı amaçlarken, diğer yandan sosyal güvenlik şemsiyesi altındaki kişilerin karşılaşılabileceği ahlaki tehlikelere karşılık gereksiz sağlık hizmetlerinin kullanımını azaltmaya hedefleyen alternatif bir plandır (Dixon, 2002). Bu yöntem, diğer finansman yöntemleriyle birlikte kullanılabilir de, tek başına hesap tutmak risk paylaşımının olmadığı anlamına gelmektedir. Tıbbi tasarruf hesapları ülkeden ülkeye farklı şekillerde uygulanmakla birlikte, çoğu zaman mevcut finansman yöntemlerini destekleyici bir pozisyon üstlenmektedir. Örneğin, Singapur'un devlet tarafından finanse edilen güvenlik ağı (Medifund), çok düşük gelirlilere veya vergiyle finanse edilen hizmetlere destek sağlamaktadır. Tıbbi tasarruf hesapları için yatırılan primler, kimi ülkelerde (Singapur-Medisave ve Çin), nüfusun tamamı veya toplumun bazı kesimleri zorunlu olurken, kimi ülkelerde ise (Amerika Birleşik Devletleri ve Güney Afrika) gönüllü olarak uygulanabilmektedir (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008).

Diğer bir cepten ödeme türü olan doğrudan ödemeler ise, hastanın doğrudan cebinden ödediği sosyal güvenlik giderleri dışındaki ödemeleri ifade eder. Özel dış hekimi muayeneleri ve garanti süreci dışında kalan ilaçlar doğrudan ödemenin birer örneğini oluşturmaktadır (Çelik, 2019: 192). İnsanların doğrudan ödeme yaptığı bir sistemde, bilhassa hastalık rizikosu yüksek olanlar başta olmak üzere düşük gelir gruplarının hizmet ihtiyaçları halen çok düşüktür ve mevcut sağlık ihtiyaçları gerçek ihtiyaçlara dönüştürülememektedir (Mutlu ve Işık, 2012: 290).

Yine benzer şekilde kullanıcı katkısı da, sağlık hizmetlerinden faydalanabilmek amacıyla genel sağlık sigortalısı ya da bakmakla mükellef olduğu kişilerce karşılanacak tutar olarak tanımlanmaktadır (5510 Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 2006: 26200). Diğer bir ifadeyle herhangi bir hastalığın ortaya çıkmasıyla sağlık hizmeti kullanımı sırasında, ortaya çıkan parasal bedelin bir kısmının sağlık güvencesi olan kesimlere ödettirilmesidir. Böyle bir durumda bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri için ceplerinden belirli bir ücret ödemeleri gerekmektedir (Yıldırım, 2016: 72). Kullanıcı katkısı, çok değişik adlar altında isimlendirilmekte ama çoğu kez maliyet kontrolü, harcama kontrolü, maliyet kısıtlaması, harcama kısıtlaması şeklinde ifade edilmektedir (H. Yıldırım, T. Yıldırım ve Erdem, 2011). Aynı zamanda arka kapıdan özelleştirme şeklinde tanımlanan kullanıcı katkısı; herkes için eşit miktarda ödeme imkânı sunmakta ve hasta kişilerce ilaç ya da reçete başına belli bir bedelin ödenmesi manasına gelmektedir (Austvoll-Dahlgren, Aaserud, Vist, Ramsay, Oxman, Sturm, Kösters ve Vernby, 2008). Kullanıcı katkısının sağlamış olduğu temel fayda gelirden artış meydana getirmesidir. Bu artış, uzun dönemde vatandaşlarına belirli sağlık hizmetlerini sunan ülkelerin finansmana kaynak oluşturacak ve bu hizmetlere yönelik olumlu finansman olanakları daha da güçlenecektir. Ayrıca hizmet kullanıcılarının katkısı, hizmet talep eden seçkin kişilere fırsatlar sunarak ve gereksiz sağlık hizmeti ihtiyaçlarını azaltarak bireylerin olumlu ve kaliteli hizmetlere erişimini etkileyecektir (Clermeus, 2019).

Son olarak enformel ödemelerin ise evrensel olarak kabul edilmiş bir tanımı olmamakla birlikte, sağlık güvence kapsamında olan bireyler tarafından yapılan ödemeler haricinde, hizmet sağlayıcılara veya kurumlara yapılan ödemeler olarak tanımlanmaktadır (Savedoff, 2004). Enformel ödemelerin amacı, sağlık hizmeti sunucularını ve hekimleri etkileyerek, hizmet ayrıcalıkları elde etmek, bekleme sırasında öncelik kazanmak ve daha iyi hizmet sağlamaktır. Bu doğrultuda, hastalar tarafından sağlık profesyonellerine enformel ödemeler altında ayni ve nakdi şekilde kayıt dışı ödemeler, hediyeler, rüşvet takdimi veya ikramlarda bulunabilmektedir (Belli ve diğerleri, 2002:7). Etkin ve verimli şekilde işleyemeyen bir sağlık sisteminin varlığı, sağlık çalışanlarının düşük ücret altında istihdam edilmesi, sağlık hizmeti sunucularının tıbbi ve finansal kaynakların yetersizliği, etkili sağlık uygulamaları için güçlü teşviklerin sağlanmaması ve bireylerin alışkanlık ve tercihlerini yansıtan kültürel yoksunluk gibi sebepler enformel ödemelerin ortaya çıkmasına zemin hazırlamıştır (Shahriari, Belli ve Lewis, 2001). Enformel ödemeler öncelikle, Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde olmak üzere Orta Asya ülkeleri ve Türkiye'nin de aralarında

bulunduğu birçok ülkede sağlık hizmetlerinin finansmanında değişen ölçeklerde rol oynamaktadır (Tatar, Özgen, Şahin, Belli ve Berman, 2007; Belli ve diğerleri, 2002; CEEHN, 2002).



Şekil 2.6. Sağlık hizmetleri finansman yöntemleri (Tatar, 2011).

Günümüz koşullarında hasta profillerinin ve farkındalığın değişmesiyle birlikte sağlık hizmetlerinden yararlanmayı ümit edenlerin sayısı artmıştır. Bu nedenle hizmet maliyetlerinin sürekli artması, hizmetlerin finansmanını da zorlaştırmaktadır. Bu durumda kamu, ekonomik koşullarına uygun olarak sürdürülen sistem, hizmetlerin etkin finansmanı konusunda eksik kalmaktadır. Bu nedenle finansman sistemi, sistemin işbirliğini karşılıklı destekleyici bir şekilde sürdürmektedir (Demir ve Canbay, 2013). Dolayısıyla, bütünleşik finansman yöntemi olarak bilinen karma modeller, kendi içerisinde tamamlayıcılık göstererek kamu ve özel kaynaklardan yararlanmaktadır. Bu noktada, hangi kaynağın daha belirleyici olacağı sağlık sisteminin temel özelliklerine bağlıdır (Çelikay ve Gümüş, 2014).

Son yıllarda Avrupa'da toplumsal gelenekler çerçevesinde farklı finansman modellerinde uygulandığı görülse de, bu iki sistemin birbirine yakın olduğu ve bütünleşik karma bir finansman sistemi uygulamaları da göze çarpmaktadır. Diğer taraftan, Avrupa Birliği ülkelerinin sosyal güvenlik uygulamaları çok farklı olmakla birlikte iki temel ortak yönü bulunmaktadır. Bunlardan ilki, milli gelirin sosyal güvenliğe yüksek düzeyde kaynak

ayırması ikincisi ise, devletin sosyal güvenliğin finansmanına yaptığı katkının boyutudur (Atalay, 2007; Bulduklu ve Gökçe, 2015).

2.2. Sağlık Hizmetleri Finansman Modelleri

Ülkeler, kamu gelirlerini sağlık hizmetlerini finanse etmek için iki farklı şekilde kullanmaya başlamışlardır. Bazı ülkelerde ilk olarak sosyal ve özel sigorta sistemleri kurulmuş ve bu sistemlerin yerini vergiye dayalı sağlık sistemi finansmanı almıştır. Örneğin, İngiltere Ulusal Sigorta Yasası'nı ilk kez 1911'de kabul etmiş, fakat II. Dünya Savaşı'nın sonuna kadar sağlık hizmetleri finansmanı bu sigorta sisteminden karşılanamamıştır. Aslında bu dönüşüm süreci çoğu batı ülkesinde de yansımaktadır. Bazı ülke ve bölgeler (Malezya, Singapur, Hong Kong ve çoğu Afrika ülkesi) sömürge ülkeler sisteminden (özellikle İngiltere) etkilenmekte ve vergiye dayalı bir sigorta sistemi benimsemektedir (Çelik, 2019: 175).

Sosyal güvenliğin finansman kaynağı olarak vergilendirme, tarihsel gelişimde bazı ülkelerde önemli bir yer tutmuştur. Örneğin, Danimarka sosyal güvenliği devlet bütçesinden finanse etme ilkesine bağlı kalmıştır. Hollanda'da, mesleki gelir üzerinden alınan doğrudan vergiler, sosyal güvenlik fonlarının kaynağını oluşturmuştur. Benzer şekilde, Norveç ve İsveç'te vergiler, sosyal güvenlik finansmanının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır (Egeli, 2008: 61).

Vergi gelirleriyle finansman toplumun tüm kesimlerini içerisine almakta ve hizmetlerden faydalanma, kanunen belirlenen katkı payları haricinde, herhangi bir ücrete tabi olmamaktadır. Bireyin ekonomik katkısı ne olursa olsun, sağlık hizmetlerinden kimlerin ücretsiz yararlanacağı vatandaşlık veya diğer hukuk normları ile belirlenmektedir. Vergilendirme yoluyla kaynak yaratmak, tıbbi bakıma ihtiyacı olan kişilerin ihtiyaç duydukları her hizmeti ihtiyaç duydukları anda alabilecekleri görüşüne dayanmaktadır. Bir kişinin gelirin göre ödeme gücü, sağlık hizmetlerinin finansmanına bireysel katkısının belirlenmesinin temel ölçüdür. Fakat, bu durum kişinin sağlık hizmetlerine erişim için temel oluşturmamaktadır. Dünya üzerinde vergiye dayalı finansman modelini yaygın olarak kullanan ülkeler arasında İngiltere, Finlandiya, İsveç, İtalya, Kanada, İspanya ve Portekiz bulunmaktadır (Çilingiroğlu, 2006; Evans 2002).

Ülkeler sahip oldukları nüfusun demografik özelliklerine, sağlık ihtiyaçlarına ve sağlık hizmetlerine ulaşım imkânlarına bağlı olarak farklı şekil ve miktarlarda sağlık harcamaları gerçekleştirmektedir. Bu harcamaların ne şekilde ve hangi kaynaklarla (kamu ve özel) finanse edileceği konusu ülkelerin kullanacağı finansman modelinin belirlenmesinde önemli bir unsur olmaktadır. Ülkenin sağlık harcamaları ağırlıklı olarak kamu kaynakları yani vergiler ile karşılanıyorsa buna “Beveridge Finansman Modeli”, sosyal sigorta veya prim sistemi ile finanse ediliyorsa “Bismarck Finansman Modeli” olarak adlandırılmaktadır (Özer, H. Yıldırım ve T. Yıldırım, 2015:11). Hangi finansman modelinin kullanılacağı, hizmeti sunan ve hizmetten yararlanan kişilerin davranışlarına ve ülkenin sosyo-ekonomik yapısına ile finansal yeteneklerine uygunluğuna bağlıdır (Tatar, 2011).

2.3.1. Beveridge modeli (Ulusal sağlık hizmetleri modeli)

İngiliz Sanayi Devrimi ile başlayan inovasyon hareketi sağlıksız yaşam koşullarını da beraberinde getirmiştir. En yoksul bölge olarak kabul edilen sanayi bölgesi, o dönemde bu dezavantajlardan dolayı en fazla ölümün yaşandığı yer olarak kabul edilmekteydi. Devletin sosyal ve ekonomik alanlara müdahale etmesi gerektiği fikri çok eski zamanlara dayandırılrsa da refah devleti kavramı İngiliz siyasi ve hukuk literatürüne ilk olarak 1942 yılında Beveridge Raporu ile girmiştir (Atabey, 2012: 98).

1942 yılının kasım ayında İngiliz Ekonomist ve Sosyal Güvenlik Uzmanı William Henry Beveridge, tarafından hazırlanarak hükümete sunulan 172 sayfalık bu rapor, savaştan sonra çıkarılan yasalara örnek teşkil etmektedir (Kaya, 2011). Beveridge raporu, toplumun tüm kesimlerini (kadın-erkek, çalışan-emekli vb.) içine alacak şekilde uygulanacak, vergilendirme zeminine oturan ve genel manada yoksulluğa ve temel ihtiyaçları gidermeye yönelik bir ideolojik düşünceyi ifade etmektedir.

Beveridge raporu, yoksulluğun çözülemeyeceği inancını çürütmekte ve sosyal güvenlik teorisini ortaya koymaktadır. Sosyal güvenlik, dar anlamda geliri azaltan asgari gelir olarak tanımlansa da, sosyal güvenliğin geniş tanımında bireylere eğitim, sağlık, boş zaman, barınma ve barınma gibi refah düzeylerini sağlayan yaşamı ifade etmektedir (Kaya, 2011). Beveridge raporunda, sosyal güvenliğin ağırlıklı olarak sosyal sigorta tarafından destekleneceği bekleniyordu. Ancak, İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra sosyal refahın

gelişimi sosyal sigortaların önüne geçmiştir. İngiliz sendikasının ilk yardım fonunu kurmasının ardından Beveridge raporunun yürürlüğe girmesiyle sosyal sigorta modelinden devletçe bakım modeli ve halk sigortası uygulamasına geçiş olmuştur (Çakır, 2016).

Beveridge finansman sistemi tarafından önerilen refah devlet politikasının üç temel amacı bulunmaktadır. Bunlar, tüm İngiliz vatandaşları için oluşturulacak bir sosyal güvenlik sistemi ve sonrasında ulusal bir sağlık hizmet ağı yaratılması ve son olarak da tam istihdamın sağlanmasıdır. Bu sistem, o dönemde sovyet finansman sisteminin bir örneği olduğu için, sistemin sadece vergilendirme yoluyla finanse edilmesi ve ek prim talep edilmemesi getirilen öneriler arasındadır. Beveridge raporu, İkinci Dünya Savaşı sırasında İngiliz kamuoyu tarafından kendisine geniş çapta bir tartışma alanı bularak desteklenmiş ve beş ayrı yasayla somutluk kazanmıştır (Kitapçı, 2007).

Beveridge modeli, İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra İngiltere'de ortaya çıktığı için, model genellikle İngiliz Ulusal Sağlık Servisi (NHS) ile ilişkilendirilmektedir. Gelişen süreçle birlikte Beveridge finansman modeli artık günümüz koşullarında İrlanda, İspanya, Finlandiya, Danimarka, İsveç, İtalya, Norveç, Portekiz, Yunanistan, Yeni Zelanda'da geniş çerçevede kullanım alanı bulmakta ve bu ülkelerde sunulan sağlık hizmetleri vergi ile finanse edilmektedir. Öte yandan Küba'da, Beveridge sisteminin ileri düzeyde uygulamasını devlet tarafından hayata geçirilmiştir Sistemin sahip olduğu özellikler ise aşağıda belirtilmiştir (Tatar, 2011).

- ❖ Devlet, sağlık hizmetlerinin finansmanını ve maliyetini bütçeler aracılığıyla kontrol edecek,
- ❖ Muayene katkı payları haricinde ülkenin vatandaşlarına ücretsiz sağlık hizmeti sağlanacak,
- ❖ Doktorlar tarafından sağlanan hizmetler için maaş veya kişi başına ödeme yapılacak,
- ❖ Kurumlar için merkezi yönetim tarafından belirlenen bütçe kullanılacak şeklindedir.

2.3.2. Bismarck modeli (Sosyal sağlık hizmetleri modeli)

Sosyal Sağlık Hizmetleri Modeli, 1883 yılında Almanya'da Otto Von Bismarck tarafından geliştirilerek, sonrasında birçok ülkede uygulanma alanı bulmuş bir modeldir. Bu finansman modeli, Almanya'da ortaya çıkan bir model olarak bu ülkeyle özdeşleşmiş ve Alman sağlık sistemi olarak kabul edilmiştir. Gelişen süreç içerisinde birçok ülkede yaygınlık kazanan bu model günümüzde İsviçre, Hollanda, Belçika, Fransa, Avusturya gibi birçok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkede uygulama alanı bulmuştur (Tatar, 2012:111).

1883'te Almanya, mevcut gönüllü yapıyı devlet tarafından uygulanmak üzere zorunlu bir yasa olarak kabul eden ilk Batı Avrupa ülkesi olmuştur. Avrupa sosyal sağlık sigortası ve sosyal yardım ilkelerinin canlanması kuralı, Almanya'da 1883 yılında kanun halin getirilmesinden çok daha önceye uzanmaktadır. Sosyal sağlık sigortası ve sosyal yardımlar konusunun Batı Avrupa'nın sosyal yönden gelişmesine katkı sunması Ortaçağda başlamış ve II. Dünya Savaşından sonra artarak devam etmiştir. Sanayileşme, büyük firmaların ortaya çıkmasını sağlamış ve bu doğrultuda firmalarda çalışan kişiler meslek kuruluşlarına üye olmaya başlamışlardır. İşverenler de, çalışanlarının daha iyi sağlık hizmetlerine erişimin sağladığı faydaları görerek işçi örgütlerinin hastalık fonunu desteklemeye başlamışlardır. (Sargutan, 2005). Bismarck'ın devlet temelli sosyal güvenlik sisteminin bir ürünü olarak İşçi Dayanışma Fonu'nun geliştirilmesi ve özel veya kamu kurumları tarafından yönetilmesi süreci başlamıştır (Besley ve Miguel, 1994).

Sosyal Sağlık Hizmetleri modeli, ilke etapta sakatlık ve hastalık risklerine ve gelecekteki olumsuz koşullara karşı tasarruf yapamayan düşük gelirlili çalışanları koruma altına almaktaydı. Dolayısıyla bu sigorta, belirli bir gelir seviyesinin altındaki çalışanlar için zorunlu bir sigorta haline gelmiştir. İlk zamanlarda sadece çalışanlar bu sigortanın kapsamındayken, gelişen süreçle birlikte kapsamı genişletilerek çalışan kesimin bakmakla yükümlü olduğu kişileri de sigorta kapsamı içerisinde almıştır. Bu sigorta modeli, ilk birkaç gün içinde çalışanların gelir kaybını önlemeyi amaçlasa da, daha sonraki süreçte sakatlık veya hastalık durumunda çalışanlara olumlu katkılar sunmuştur (Kaptanoğlu, 2018). Bismarck sigorta modelinde sigorta primi, belirli bir oranda işçi ve işveren tarafından ödenmekte, maliyetin bir kısmı işveren ve çalışan tarafından ödenen primden sağlanmaktadır. Bu modelde devlet, düzenleyici bir işleve sahip olduğundan bazen kronik hastalıklar gibi sigortalanması güç sağlık sorunlarına bulunan kitleye katkıda

bulunarak, bazen de yoksullara sigorta primi ödeyerek müdahale etmektedir. Aktif çalışan kesim, gelirinin bir kısmını hastalık fonlarına veya benzer üçüncü şahıs fonlarına ödemektedirler. Aktif olmayan nüfus, uyuşturucu bağımlıları ve iş hayatına atılmış emekliler, sisteme iş bölümü üzerinden katılmaktadır. Bazı sigortalar, sağlık hizmeti sunucuları ile yapılan toplu sözleşmeler yoluyla hastalar adına hizmet satın almaktadır (Çakır, 2016).

Bismarck sisteminde kişisel çalışma, sosyal hukuk açısından yeterince korunmaktadır. Çalışanlar ve hak sahiplerinin ödedikleri sigorta primleri, sistemin fon kaynağını oluşturmaktadır. Bu şekilde prim ödeyenlerin sağlık hizmetlerinden yararlandığı bu duruma “karşılıklılık ilkesi” (reciprocity) denilmektedir. Bu yönüyle bakıldığında, sosyal güvenliğin nüfusun tamamını kapsamadığı anlaşılmaktadır. Bu durumu sistemin en büyük eksikliği olarak görmekte yanlış olmayacaktır. Aynı zamanda bu tabloyu, kamu sigortası olarak da bilinen Beveridge finansman modeli ile kıyasladığımızda bu modelde sadece çalışanlar sosyal güvenlikten yararlanabilirken, Beveridge sisteminde ülkede yaşayan herkes ayırım yapılmaksızın kapsama alınarak sosyal adaletsizlik giderilmeye çalışılmıştır (Kitapçı, 2007).

Bismarck sigorta modeli ilk kez sigortalılık ilkesini hayata geçirmiş ve çalışanların ödediği primlere ek olarak vergilendirme yoluyla devlet desteği de sağlamış bir sistemdir. Bu yönüyle Bismarck sigorta modeli uluslararası alanda da büyük başarılarla imza atmış bir sosyal güvenlik modeli olarak 1985 yılından sonra birçok Avrupa ülkesine model olmuştur (Kaya, 2011).

2.3.3. Karma sistem modeli

Sağlık sisteminde yaşanan gelişmeler birlikte kişilerin talepleri de değişim göstermekte ve bu durum sağlık sistemini de etkilemektedir. Değişik kaynaklar içerisinde Ulusal Sağlık Sigortası olarak da adlandırılan karma finansman modeli Beveridge ve Bismarck modelinin bazı özelliklerini yansıtmakta birlikte; sistemin işleyiş süreci bakımından bu modellerden ayrılmaktadır. Karma finansman modeli, karma bir sistem içerisinde devlet tarafından işletilmekte ve bireyler tarafından ödenen sigorta primleri karşılığında devlet tarafından vergilerle finanse edilmektedir. Ayrıca, özel sağlık hizmeti sunucularının da kullanıldığı bu modelde tek ödeyici bulunmakta ve kâr amacı gütmendiğinden reklam

kampanyası ihtiyacı hissedilmemektedir. Diğer modellerle karşılaştırıldığında, bu modelde tek ödeyici yer almakta ve maliyet açısından kişilere önemli avantajlar sağlamakta ve yönetilip daha iyi organize daha kolay bir yapı sergilemektedir. Karma finansman modelinde sağlık hizmetleri, maliyet kontrolünü sağlamak amacıyla kısıtlanabilmekte ya da hastalar için bekleme listeleri oluşturulabilmektedir Tıbbi hizmetlerin maliyeti kontrol için sınırlandırılabilir veya hizmet alan hastalar için bekleme listesi oluşturulabilir. Günümüzde bu sistemin en iyi örneği Kanada’da uygulanmaktadır. Aynı zamanda sistem, Tayvan ve Güney Kore gibi gelişmekte olan ülkelerde de ortaya çıkmıştır (Daştan ve Çetinkaya, 2015).

2.3.4. Serbest piyasa modeli (Özel finansman modeli)

Serbest Piyasa Modeli, özel sağlık sigortasına dayalı olarak geliştirilen bir modeldir. Bireyler, ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini finanse edebilmek amacıyla özel sigorta şirketleriyle anlaşmalar yaparak satın almayı tercih etmektedirler. Dolayısıyla bu sistemde finansman çoğu zaman ödenen aylık primler ile karşılanmaktadır. Özel Finansman Modeli yöntemi ve uygulama metodolojisi ülkeden ülkeye farklılık gösterebilen bir modeldir. Amerika Birleşik Devletleri'nde özel sigorta, sosyal sigorta modeli olmadan tüm ihtiyaçları karşılamaya çalışsa da, Almanya'da sosyal sigortaya ek olarak, özel sağlık sigortası devreye alınmıştır. Bu durumda, sosyal sigorta kapsamına girmeyen sağlık hizmetler için ek olarak özel sigorta süreci devreye girmektedir (Tatar, 2011).

Özel sağlık sigortası, sağlık hizmetleri karşılamının bir yolu olmakla birlikte kişiye önemli avantajlar sunmaktadır. Sağlık hizmetlerinden en basit ve kolay bir şekilde faydalanma durumu olmayan yoksul bireyler için kaynak oluşturması bu sistemin önemli avantajlardan biridir (Maynard ve Dixon 2002). Özel sağlık sigortası modeli ağırlıklı olarak ABD’de kullanılan bir sistemdir. ABD’de sağlık hizmetleri özel kaynaklar tarafından finanse edilmesine rağmen, yoksullar için Medicaid, yaşlılar ve engelliler için ise sağlık sigortası kamu kaynaklarınca finanse edilmektedir (Besley ve Miguel, 1994; aktaran Oflaz, 2018). Ülkede sınıf farklılıklarına dayalı bir sağlık sistemi mevcut olmakla birlikte nüfusun çoğunluğu (üçte ikisi) özel sağlık sigortasına sahiptir (Durmuş, 2014). 2015 yılında devlet güvencesi altında bulunan (Medicare) %14 ve Medicaid %20 nüfusun toplam nüfus içindeki payı %34’tür (Henry J. Kaiser Family Foundation, 2015). Amerikan sağlık sisteminde özel sigorta modeli hâkim olduğu için vatandaşlar sadece piyasa mantığına göre

istedikleri sigorta şirketini veya sağlık kuruluşunu seçerek hizmet alabilmektedir. Sonuç olarak, sağlık hizmetleri maliyetleri yüksek ve verimsizdir, bu nedenle Amerika Birleşik Devletleri'ndeki sağlık hizmetleri harcamaları (GSYİH'sının yaklaşık %17'si) diğer gelişmiş ülkelerden çok daha yüksektir (Oflaz, 2018).



3. BRICS-T ÜLKELERİ SAĞLIK SİSTEMİ FİNANSMAN MODELLERİNİN İNCELENMESİ

3.1. BRICS-T Ülkelerinin Ortaya Çıkışı ve Makro Ekonomik Görünümü

BRIC tanımlaması, ilk defa 2001 yılında uluslararası yatırım bankası olan Goldman Sachs'ın yönetim kurulu başkanı Jim O'Neill tarafından ortaya atılmıştır. BRIC, Brezilya, Rusya, Hindistan ve Çin'in İngilizce adlarından türetilen bir kısaltmadır. Bu ülkelerin, dünya ekonomik kalkınma aşamasında büyük gelişme ve büyüme sağlayacağına dikkat çekilmektedir. Jim O'Neill, 2001 yılında yayınlanan raporda BRIC ülkelerini, G-7 ülkeleriyle kıyaslamıştır. Bu doğrultuda BRIC ülkelerindeki büyüme ve gelişme hızının G-7 ülkelerine kıyasla daha fazla olacağını vurgulamıştır (Goldman Sachs, 2001). Goldman Sachs'ın 2003 yılında yayınladığı bir rapora göre de, dünyanın geleceğini BRIC ülkelerinin şekillendireceği belirtilmektedir. Söz konusu bu rapora göre; 2050 yılına kadar Çin, dünyanın en büyük ekonomisi, Hindistan dünyanın üçüncü büyük ekonomisi, Brezilya dördüncü büyük ekonomisi ve Rusya dünyanın altıncı büyük ekonomisi olacağı öngörülmektedir. Ayrıca, BRIC ülkelerinin 2025 yılı öncesine kadar G-6 ülkelerinin yarısını geçeceği ve 2040 yılında ise bu ülkelerin üzerine çıkacağı vurgulanmakta ve 2050 yılına gelindiğinde ise, BRIC ülkelerinin dünya ekonomik sisteminin en güçlü ülkeleri olacağı tahmin edilmektedir (Goldman Sachs, 2003).

Yayınlanan raporun ardından 16 Haziran 2009'da Rusya'nın Yekaterinburg kentinde toplanan BRIC ülkeler grubu, burada ilk zirve toplantısını gerçekleştirmiş, Ağustos 2010 sonrasında ise siyasi bir örgüte dönüşmüştür. Nisan 2011'de, G20 maliye bakanları ve merkez bankası başkanlarının aralarında gerçekleştirmiş oldukları toplantıya Güney Afrika Cumhuriyeti'ni dahil etmeleri sonrasında, BRIC adı Güney Afrika Cumhuriyeti'nin de katılımıyla (South Africa-S) BRICS olarak yeniden şekillenmiştir (Türkay, 2016). BRICS ülkelerinin ön plana çıkan özellikleri genç ve dinamik bir nüfusa sahip olmaları ve ellerinde bulundurdukları zengin doğal kaynaklara sayesinde dünya ekonomisinde hakim birer güç olarak yer almaya başlamalarıdır. Sonraki süreçte göstermiş oldukları yüksek gelişme performansları ile Türkiye'nin gruba dâhil edilmesiyle BRICS-T ülkeleri, yüksek ekonomik büyüme oranları ve genç ve dinamik nüfusu yapısıyla dünya ekonomisinde önemli oyuncular olarak kabul edilmektedir (Gerber, 2017: 69).

BRICS-T ülke ekonomileri, küresel ekonominin yeni kurulan blokları olarak kabul edilmektedir. Gelişmiş piyasaların ekonomik performansı durgunluk yaşarken, BRICS-T ülkelerinin ekonomileri yükselen güçler olarak önemli ilerlemeler kaydetmiştir. BRICS-T ülkelerinin ekonomik gelirleri 1990 yılında küresel gelirin %11'ini oluştururken, 2011 yılında bu oranı %25'e çıkarmayı başarmıştır. Ayrıca, 2050 yılına kadar bu oranı %40'a yükselmesi beklenilmektedir. BRICS-T ülke grubundaki bu yükseliş, fevkalade bir dönüşümü yansıtmaktadır (Ram Prasad, 2013). BRICS-T ülkelerindeki kaynak zenginliği, kaynak bağımlılığı noktasında aralarında kurmuş oldukları denge politikası ve bu ülkelere dönük demografik küresel eğilim kazandırmakta ve ülkeleri dünya ekonomisine entegre etmektedir (O'Neill, Wilson, Purushothaman ve Stupnytska, 2005).

BRICS-T gelişmekte olan ülkeler, yükselen piyasaları temsil etmekle birlikte temelde ortak bir takım ortak benzer özellikler taşımaktadırlar. Bunlar; hızlı nüfus artışı, gelirdeki hızlı yükseliş ve bu yükselişe bağlı olarak tüketimin hızla artması, zengin doğal kaynaklara sahip olunması, teknolojik altyapının hızla ilerlemesi ve ülkenin gelişmişlik düzeyinin yüksekliği ile bilim ve teknoloji konusunda donanımlı ve deneyimli yöneticilerin sahip olduğu işgücüdür (Krugman, Obstfeld ve Melitz, 2017: 675).

Bu ortak özelliklerden dolayı bu ülkelerin üretim maliyetleri düşmekte, dolayısıyla bu ülkeler yabancı yatırımcılar için daha cazip hale gelmektedir. Bu durum ülkelerin hızla büyümelerine ve döviz rezervlerini arttırmalarına olanak sağlamaktadır. Bu ülkelerin sahip oldukları geniş topraklar ve yoğun nüfus yapıları nedeniyle büyük miktarda yabancı yatırım gerçekleşmektedir. BRICS ülkelerinin kendi bölgelerinde ve dünyanın tüm alanlarındaki konumu bu ülke grubunun daha çok dikkat çekmesine neden olmuştur Bu ülkeler, dünya nüfusunun % 40 gibi kısmını oluşturmaları ve yine dünya ekonomisinin yüzde 15'ine hükmedebilmeleri sebebi ile ön plana çıkmaktadır (Şerbetçi, 2017).

Çizelge 3.1. BRICS-T Ülkelerinde Makroekonomik Göstergelerin Beş Yıllık Ortalaması 2015-2019 (The World Bank, 2015-2019)

	Brezilya	Rusya	Hindistan	Çin	G. Afrika	Türkiye
GSYİH (Milyar \$)	1880	1520	2530	1261	337	821
Büyüme Oranı (%)	-0,6	0,78	6,88	6,73	0,78	4,08

Çizelge 3.1. (Devamı) BRICS-T ülkelerinde makroekonomik göstergelerin beş yıllık ortalaması 2015-2019 (The World Bank, 2015-2019)

Kişi Başı Gelir (\$)	9,033	10,338	1,885	9,066	5,903	10,139
İşsizlik Oranı	13,32	4,98	5,39	3,84	29,04	14,03
Enflasyon	5,72	6,72	5,16	2,00	4,98	11,62
Mal ve Hizmet İhracatı/GSYİH	13,42	27,89	19,25	19,63	30,02	26,24
Mal ve Hizmet İthalatı/GSYİH	14,654	20,761	21,356	17,264	29,350	29,780
Ticaret/GSYİH	28,976	49,074	40,018	35,68	59,204	61,394
Cari Denge/GSYİH	-2,76	3,84	-1,03	0,98	-3,03	1,17
Dış Borç Stoku/GSMH	31,8	29,8	19,7	14,8	55,1	59,4
Brüt Tasarruf/GSYİH	12,2	27,6	29,4	44,6	14,9	25,4
DYY Giriş (Milyar \$)	73,5	31,9	50,6	155,8	4,62	8,78
DYY/GSYİH	4,0	1,9	1,8	1,1	1,3	1,2
Nüfus (milyon kişi)	211,0	144,4	1,366	1,397	58,56	83,43

2015'ten 2019'a kadar BRICS-T ülkelerinin çeşitli makro verilerinin 5 yıllık ortalamasına bakıldığında bazı veriler dikkatlerden kaçmamaktadır. Örneğin, Çin'in 2019'daki geliri, 5 yıllık ortalama 2 trilyon ABD dolarının üzerindedir. Bu durum, Çin'in gelecek dönemde süper güç olacağına işaret etmektedir. Benzer şekilde, Türkiye'nin kişi başına düşen gelirinin de 1.000 ABD dolarından daha fazla düştüğü göze çarpmaktadır. Bu durumun yaşanmasında Türkiye'de son dönemde yaşanan döviz kuru artışının da etkisinin olduğunu söyleyebiliriz. Tablodaki verilerden çıkarılabilecek diğer bir nokta ise, Türkiye'nin büyüme hızıyla ilgilidir. 2017 yılında %7,47'lik bir büyüme performansı yakalayan Türkiye, sonraki süreçte büyüme hızının düşmesiyle ortalaması da düşüş göstermiştir. 2019 yılında ithalat ve ihracatın GSYİH'ya oranında Türkiye birinci sırada yer alırken, 5 yıllık ortalama alınırsa Güney Afrika'nın gerisinde yer almıştır.

3.2. BRICS-T Ülkelerinde Sağlık Harcamaları ve Finansman

BRICS-T ülkeler grubu son yıllarda birçok ortak sağlık sorunuyla karşı karşıyadır. Bulaşıcı hastalıklar ile birlikte bulaşıcı olmayan hastalıkların oluşturduğu finansal yük, sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan eşitsizlikler, artan sağlık harcamaları ile özel sektör sağlık harcamaları bu sorunların başında gelmektedir. Ekonomik düzeyleri açısından farklılık gösteren BRICS-T grubu ülkelerinde (WHO, 2014) uygulanan sağlık reformları çeşitlilik gösterse de özellikle düzeltmeye çalıştıkları sağlık sistemi sorunları açısından merkezi ve ortak bir amacı paylaşmaktadırlar. Bu ülkeler, özellikle son yirmi yılda sağlık alanında iş birliği esas alınarak evrensel sağlık kapsamına ulaşmak için sağlık hizmet kullanımı ve hizmette kalite ile finansal korumada eşitlik sağlama gibi konularda hedef belirlemiş ve bu hedefleri gerçekleştirmek adına büyük sağlık sistem reformlarını devreye koymuşlardır (Rao, Petrosyan, Araujo ve McIntyre, 2014). İhtiyaç duyulan sağlık hizmetlerine erişim ve finansal risk koruması olarak tanımlanan evrensel sağlık kapsamı (UHC), (Etienne, Asamoah-Baah ve Evans, 2010) tüm BRICS-T ülkeleri için paylaşılan bir sağlık politikası hedefidir ve 2015 sonrası dönemde kalkınma hedefinden çok, giderek artan bir şekilde sağlık için kapsayıcı bir hedef olarak görülmeye başlanmıştır. BRICS-T ülkeleri, evrensel sağlık kapsamına (UHC) doğru ilerlemede önemli ve genellikle benzer zorluklar göstermektedir. Bu doğrultuda her ülkenin gözden geçirmesi gereken en acil sorunlar; yetersiz görülen alanlarda kamu harcamalarının artırılması, karma özel ve halk sağlığı sistemlerinin benimsenmesi, sağlık hizmetlerine erişimde eşitliği sağlanması, değişen demografi ve hastalık yükünün iyi yönetilmesi, daha fazla insan kaynağı talebinin karşılanması ve sağlığın sosyal belirleyicilerinin ele alınması ile kamu finansmanındaki artış sağlanmasıdır (Marten, McIntyre, Travassos, Shishkin, Longde, Reddy ve Vega, 2014).

BRICS-T ülke grubu pek çok yönden çeşitlilik gösteren, ancak yüksek ekonomik büyüme konusundaki ortak deneyimlere sahip ve vatandaşlarının sağlığını iyileştirme arzusuyla birleşen bir ülke grubunu temsil etmektedir. Her ülke, sağlık reformu konusunda ayrıntılı çözüm yelpazesini uygulama yoluna gitmiş, bu doğrultuda artan sağlık harcaması karşısında karma bir kamu ve özel sorumluluk ve finansman şemasını takip etmeye başlamıştır. Ancak, günümüzde yetersiz finansman, personel yetersizliği ve sağlık harcamalarının kamu tarafından finanse edilmesindeki sınırlılıklar tüm ülkelerde benzer sorunlar olarak kendini

göstermektedir (Jakovljevic, Timofeyev, Ekkert, Fedorova, Skvirskaya, Bolevich ve Reshetnikov, 2019).

3.2.1. Brezilya

Brezilya ülkenin bazı bölgelerinde sınırlı hizmet sunumu, yetersiz birinci basamak sağlık sistemi ve aşırı konsantrasyon gibi sorunları aşmak adına 1998 Anayasası ile “Brezilya Birleşik Sağlık Sistemi (SUS)” reform sürecini başlatarak nüfusun %75'ini ücretsiz sağlık hizmetlerinden yararlandırılması hedeflenmiştir (Jakovlyeviç, 2014). Birleşik Sağlık Sistemi (SUS), başlangıçta Sağlık Bakanlığı ile Sosyal Sigortalar ve Yardım Bakanlığı'nın sorumluluklarını üstlenmiş ve sistem üç temel ilkeye dayalı olarak uygulanmıştır. Bunlar, devletin yükümlülüğü ve bireylerin sahip olduğu haklar olarak ifade bulan sağlık için sağlık hizmetlerine toplumun tüm kesimlerinin eşit erişimi, kapsamlılık ve sürdürülebilir sağlık sistemi olarak tanımlanmaktadır. Sağlıkta Reform sürecinde ön plana çıkan diğer kavramlar arasında adem-i merkeziyetçilik, kanıta dayalı önceliklendirme ve artan katılımdır.

Brezilya'nın sağlık sistemi kamu ve özel finansman kaynaklarının bir arada yer aldığı karma bir sistem tarafından finanse edilmektedir. Birleşik Sağlık Sistemi (SUS), toplumun tüm kesimlerine sağlık bakım hizmeti sunma ve bunun finansmanı sağlamaktan sorumludur. Fakat bu sistem, pratikte nüfusun %75'ini kapsamı içine almıştır. Nüfusun diğer %25'lik kısım ise, özel sağlık hizmetleri ve özel sağlık sigortası kapsamındadır. SUS'un finansmanı, sosyal güvenlik primleri ve kurumlar vergisidir. Kamu finansman kaynakları toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %48'ini oluşturmaktadır. Bu kaynaklar, hükümetin üç noktada yürüttüğü genel vergilendirmeler ve sosyal katkıları (federal) içermektedir. 2004 yılında birliğin SUS finansmanındaki oranı, kamu sisteminin yalnızca %50'sinden fazlasını oluşturmakta ve hükümetler ise %27'lik bir dilime sahip idi. Belediyenin ise finansmandaki payı yaklaşık %23'lük dilime karşılık gelmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın 2006 yılında 44,3 milyar ABD doları olan bütçesi, 2007 yılında yaklaşık 46,8 milyar ABD doları olmuştur. Bu kaynakların hemen hemen yarıya yakını eyaletlere ve belediyelere aktarılmaktadır. Diğer yarısı ise, Sağlık Bakanlığı ilgili kuruluşlar (INCA, GHC, Fiocruz) ve doğrudan yönetimi altındaki ve hastaneler için kullanılmaktadır (Gragnolati, Lindelow, Lindelöw ve Couttolenc, 2013).

3.2.2. Rusya Federasyonu

Gelişmiş bir sağlık sistemine sahip olan Rusya Federasyonu, 1990'lardan önce dünyanın en fazla yatak ve sağlıklı insan sayısına sahip ülkelerinden biri iken, rejim değişikliğiyle birlikte sağlık hizmetleri bozulma sürecine girmiştir. Yaşanan süreçle birlikte toplum sağlığı giderek bozulmaya başlamıştır. Bundan sonraki süreçte de sağlık sektöründe yapısal düzenlemeler ve reformlar hayata geçirilmeye çalışılmış, Rusya Federasyonu'nun kurulmasından sonrasında daha önce merkezileştirilmiş sağlık sistemi, üç bağımsız federal, bölgesel ve yerel sağlık hizmeti kurumu tarafından yönetilmeye başlanmıştır. Federal Sağlık Bakanlığının sorumluluğu merkezi sağlık politikasını oluşturmak ve alınacak kararları devreye sokmaktır. Bölgesel sistemde hastaneler ve çocuk hastaneleri gibi sağlık kurumları yer almaktadır (Sargutan, 2010).

Ülkenin sağlık hizmetlerinin finansmanı esas olarak federal devlet bütçesinden ve zorunlu sağlık sigortası fonundan sağlanmaktadır. Sağlık sigortası geliri, işverenin sağlık sigortası kesintileri, işverenin gelir vergisi ödemeleri ve işsizleri (çocuklar, işsizler ve emekliler) temsil eden bölgesel devlet sübvansiyonları tarafından karşılanmaktadır. Sigorta kuruluşları, sağlık hizmeti sağlayıcılarına üyeleri adına ulusal sigorta yardımı ile ödeme yapmaktadır. Vergi fonları, bölgesel ve federal bütçelerin kaynağı durumundadır (Sungur 2018: 114). Rusya'da kamu finansmanı kapsamındaki hizmetler, ayakta ve yatarak tedavi gören hasta bakımı, acil sağlık hizmetleri ve bazı nüfus grupları için ilaç ve malzemeleri (Gaziler, engelliler, vefat eden askerlerin eş ve çocukları, 18 yaş altı, 0-3 yaş grubu ile 65 yaş üstü ile Çernobil'den etkilenen vatandaşlar) kapsamaktadır. Ayrıca nüfusun tamamının yatarak tedavilerinde ücretsiz ilaç erişimi sağlamaktadır. Bazı nüfus grupları için ise ayakta tedavi için ilaçlarda %50 indirim kolaylığı uygulanmaktadır (Marten ve diğerleri, 2014).

3.2.3. Hindistan

Hindistan'ın sağlık sisteminde özel sektörle birlikte küçük ölçekli hizmet sunan kamu sağlık kuruluşu yer almaktadır. Sağlık sistemi: ulusal, bölgesel ve eyalet düzeyinde yürütülmektedir Hindistan'da 1950'lerden sonraki süreçte bir sağlık merkezi oluşturulabilmiştir. Bu dönemde ekonominin gelişmesi, üretimin artması ve insanların refahındaki yükselişle birlikte ölüm oranı düşüş eğilimi göstermiştir. 1970'lerde yaşanan küresel petrol krizi, kamu sağlık harcamalarında da düşüslere yol açmıştır. O zamandan

beri, sağlık hizmetleri kırsal alanlarda yoğunluk kazanmaya başlamıştır. 1980'lerde sağlık kurumlarının sayısı artmış, ancak sürdürülemez boyuta ulaşan sağlık kontrolleri, yaşanan göç dalgası ve özel sektör kuruluşlarının yeterince hizmet verememesi gibi nedenlerle sağlık hizmetleri sınırlı kalmıştır. Hindistan'ın sağlık hizmeti reformunun belirleyicileri Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu gibi uluslararası örgütler tarafından belirlenmiştir (Gangolli, Duggal ve Shukla, 2005).

Hindistan'da sağlık hizmetlerinin sunumu hem devlet hem de eyaletler aracılığıyla yerine getirilmektedir. Her eyalet içerisinde kamu ve özel sektör birlikte hizmet yürüttüğü bir oluşum yer almakta ve her eyalet birimi kendi sağlık sisteminin işleyişinden sorumlu tutulmaktadır. Merkezi hükümet ise, ulusal projelerin uygulanması için fon kaynağı yaratmakta ve yerel sağlık birimlerinin çalışmalarının planlanmasını, yönlendirilmesini, desteklenmesini, değerlendirilmesini ve koordine etmektedir (Deiaco, 2013). Hindistan'da GSMH'den yaklaşık %4,5'lik pay sağlık hizmetlerine ayrılmaktadır. Ülkenin kişi başına sağlık harcaması yaklaşık 75 ABD dolarıdır. Hindistan'da kamu sağlık harcamalarının oranı %30, cepten yapılan sağlık harcamalarının oranı ise %62-63 civarındadır (Dünya Bankası, 2018).

Hindistan sağlık sisteminin finansmanında kamu kaynaklı finansman-sosyal sigortalar ve özel sigortalar rol oynamaktadır. Kamu sağlık harcamalarının finansmanı ülkenin GSYİH'nın yalnızca %1,04'ü kadar iken, cepten yapılan harcamalar GSYİH'nın %3,16'sını oluşturmaktadır (Planning Commission, 2012). Ayrıca ilaç harcamaları cepten yapılan harcamaların %72'sini oluşturmaktadır (Garrett, Chowdhury ve Pablos-Méndez, 2009). Prensip olarak, tüm vatandaşlar için evrensel ve mevcut sağlık hizmetlerinin sağlanması kamu tarafından vergilerle finanse edildiği ülkede ve Ulusal Politika Belgesinde vergilendirmenin hala önemli bir finansman kaynağı olarak kalması (%70 yoksul kesim için) tavsiye edilmiştir. Temel sağlık hizmetlerine erişimin ücretsiz olarak sunulduğu ülkede, devlet sağlık hizmetlerine erişimi ciddi şekilde kısıtlamış ve aileler genellikle cepten yapılan yüksek harcamalarla sonuçlanan özel sağlık kuruluşlarını aramaya mecbur bırakılmıştır (Bhatia, 2016). Finansman kapsamındaki bazı hizmetlerde katkı payı ile ödeme gerektirse de, ilaç listesinde kullanılması gereken zorunlu ilaçların bazıları ücretsiz, bazıları ise eczanelerden ücret karşılığında temin edilebilmektedir. Ulusal sağlık politikası çerçevesinde verilen hizmetlerin ücretsiz olduğu Hindistan'da; özel harcamalara ve özel sigorta sistemlerine göz atıldığında finansmanın büyük çoğunluğunu hane halkının cepten

yaptığı harcamalardan oluştuğu, %5'lik diliminin ise sağlık sigortası kapsamında finanse edildiği görülmektedir (Yüksel, 2017). Ayrıca, yaklaşık 1,2 milyarlık nüfusun 1/4'ü (300 milyon) sağlık sigortasına sahip olduğu Hindistan'da, bunların yaklaşık 24 milyonu farklı devlet destekli sigorta planlarının farklı biçimlerini kullanmakta ve aşağı yukarı 55 milyona yakın insan da özel sağlık sigorta şirketleri tarafından güvence sağlanmaktadır (Deiaco, 2013).

Çizelge 3.2. Hindistan sağlık sistemi ve kapsamı (Mossialos ve diğerleri, 2016)

Sağlık Sistemi ve Sağlık Kamu/Özel Sigorta Rolü	Devletin Rolü	18 yaş altındaki ergenlik çağındaki çocuklar muaf.
	Kamu Kaynaklı Finansman	Genel vergi gelirleri.
	Özel Sigorta Kaynaklı Finansman	Üst sınıf kentsel nüfus için kapsayan sınırlı rol.
Fayda Paylaşımı	Maliyet Paylaşımına Açık Üst Sınır	Üst sınır bulunmamaktadır. Cepten harcama ödemeleri önemlidir. (toplam sağlık harcamalarının >%70)
	Muafiyet ve Düşük Gelirliğin Korunması	Yoksul ve savunmasız nüfus grupları için erişimin geliştirilmesi ve cepten ödemeleri azaltmak için hükümet tarafından finanse edilen sağlık sigorta programları.

3.2.4. Çin

Çin'in sağlık sistemi, hükümet ve özel sektör kaynakları tarafından finanse edilen bir halk sağlığı planına tabidir. Planın işleyiş mekanizması kent çalışanları, ikamet edenler ve doğal afetler için ayrılmış üç ayrı sağlık güvencesi sayesinde işlemektedir (Peng, Yu and Mills, 2015). Ülke, 1980'lerdeki piyasalaştırma politikasının neticelerini almaya başlamış ve hasta yatak sayısı ile sağlık personel sayısında önemli artışlar kaydedilmiştir. Nitekim, 1985'de 3,4 milyon olan sağlık personel sayısı 2001'de 5,5 milyona, 2,4 milyon olan yatak sayısı ise 3,2 milyona çıkmıştır. Dolayısıyla bu gelişmeler, Çin'de sağlık sistemi yeniden yapılandırma ihtiyacını da beraberinde getirmiştir. Ülkede sağlık sigortasının yaygınlık kazanmasında yaşanan salgın süreçleri de etkili olmuştur (Liu, 2004). 2003 yılında hükümet, ilk etapta sağlık harcamalarını finanse etmek amacıyla çiftçilerden ve küçük işletmelerin katkılarıyla, Yeni Kırsal Kooperatif Sağlık Planını (NRCMS) adlı programı uygulamaya koymuştur. Bu kapsamda 2012 yılına kadar çiftçilerin %95'i bu finansman programı kapsamına alınmıştır (Marten ve diğerleri, 2014).

2007 yılına gelindiğinde Çin hükümeti, Kentte Yerleşik Temel Sağlık Sigortası (UEBHI) kapsamında olmayan kentsel nüfusu kapsamak için, Kentte Yerleşik Temel Sağlık Sigortasını (URBHI) uygulamaya sokmuştur. UEBHI ile nüfusun yaklaşık %30'unun kapsama alınması hedeflenmiş ve işverenler ve çalışanlar tarafından ortaklaşa finanse edilmiştir. 2012 yılında NRCMS ve URBHI için yatarak tedavi gören hastalarda geri ödeme oranı %75 olarak belirlenmiştir. Aynı zamanda Çin; ağır engelliler, yaşlı hastalar ve düşük gelirli ailelerden gelen ağır hastalar için doğrudan yardım da dâhil olmak üzere 68,76 milyondan fazla insanı kapsayan en yoksul nüfus için bir sağlık yardım sistemi (MFA) uygulamaya koymuştur. Bu üç sistem, NRCMS, URBHI ve MFA, birbirini tamlamayıp, sağlık hizmeti faydalarını önemli ölçüde genişletmiştir (www.moh.gov.cn).

Günümüzde Çin hükümeti, halkına temel sağlık hizmetlerini sunmak için ciddi gayret sarf etmektedir. Ülkede artan yaşlı nüfusa, ekonomik büyümeye ve salgın hastalıklara rağmen sağlık sektörü hızlı bir gelişme kaydetmiştir (Öztürk ve Kösmez, 2019). DSÖ, Çin'in 2000'den 2016'ya kadarki süreçte toplam sağlık harcamalarını GSYİH'nın %4,49 ila %5,32'sini oluşturduğunu ve sağlık hizmetlerine kişi başına 761 dolar harcadığını bildirmiştir (Dünya Bankası, 2019). 2014 yılında Çin, sağlık sisteminin %38'i kamu tarafından finanse edilmiştir (Mossialos, 2017). Bireylerin %17,3'ü gelirlerinin %10'unu, %4,8'inin ise %2,5'ini veya daha fazlasını sağlık hizmetlerine harcadığı Çin'de cepten yapılan harcamalar hâlâ yüksek bir görünüm sergilemektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2017). DSÖ, Çin'deki hanehalkı sağlık harcamalarının %55'lik oran ile BRICS-T ülkeleri arasında en yüksek seviyede yer aldığını bildirmiştir (Dünya Bankası, 2014).

3.2.5. Güney afrika cumhuriyeti

Güney Afrika Cumhuriyeti, dokuz eyaletten oluşan yarı federal bir cumhuriyettir; 50,9 milyon olan nüfusun %62'si kentsel alanlarda yaşam sürdürmektedir (Ugá ve diğerleri, 2008). Ülkede 1948-1994 yılları arasında ırksal ayrımcılığı dayalı bir devlet politikası olarak uygulanan Apartheid sisteminin etkisiyle ırk grupları arasında sağlık alanındaki eşitsizlikler hâlâ günümüz de devam etmektedir. Örneğin, 2004 yılında ortalama yaşam süresi beyazlar için 64 yıl iken, siyahlar için 49 yıl arasında değişebiliyordu. Güney Afrika'da sağlık hizmetlerine erişim anayasal bir gereklilik olmasına rağmen, coğrafi bölgeler arasında eşitsizlikler devam etmektedir. Mevcut sağlık sistemi, gelir düzeyi yüksek bireylerin özel sigorta kapsamına girdiği ve düşük gelirli bireylerin ise yetersiz

kaynaklarla kamu sektörü hizmetlerine bağlı olduğu çok parçalı bir yapı sergilemektedir. Orta gelir düzeyindeki faaliyet gösteren işçiler de finansal koruma zorluklarıyla karşı karşıyadır (Marten ve diğerleri, 2014).

Ülkede sağlık sistemi, bireylerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerine eşit erişim sağlama konusunda oldukça yetersiz durumdadır. Yoksul hanehalkının sağlık hizmeti kullanım oranı oldukça düşük düzeyde olup (Ataguba ve McIntyre, 2013), bu grupta yer alanların kötü sağlık koşulları içerisinde bile sağlık hizmetini kullanmaları durumunda fayda sağladıkları bilinmektedir (Ataguba, Akazili ve McIntyre, 2011). Ayrıca, ülkede mutlak bir sağlık personeli açığı bulunmakta olup, mevcut sağlık personeli de ülkenin coğrafi bölgelerine eşit olmayan bir şekilde dağılmış vaziyettedir (Marten ve diğerleri, 2014).

Güney Afrika Cumhuriyeti, özellikle yüksek gelirli sektör çalışanlarını kapsayan uzun bir özel sigorta geçmişine sahiptir. Sisteme kayıt gönüllü ve bireysel olarak gerçekleştirilmekte, ödenen primler paketin kapsayıcılığına göre 480-6800 ABD doları arasında değişmektedir. Yasal olarak her özel sigorta planının, kronik hastalıkların ve belirli yatarak tedavi hizmetlerinin bir listesini içeren, önceden belirlenmiş bir asgari yardım paketini kapsamı gerekmektedir. Güney Afrika'da özel sigortalar toplam sağlık hizmetleri finansmanının %44'ünü oluştursa da nüfusun yalnızca %16'sını kapsamaktadır (Borgh, Ataguba, Mtei, Akazili, Meheus, Rehnberg ve McIntyre, 2009). Nüfusun geri kalanı da özellikle uzman ve yatan hasta bakımı için, büyük ölçüde vergiyle finanse edilen kamu sektörü hizmetlerine bağımlıdır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında kullanıcı ücreti olmamasına rağmen, kamu hastanelerinde gelire bağlı olarak ücret tahsil edilebilmektedir. Ancak, uygulamadaki bazı hükümler ile yoksullar bu ödemelerden muaf tutulmaktadır. Cepten yapılan ödemeler, toplam sağlık hizmeti finansmanının küçük bir payını oluşturmakta (%13) ve çoğu, özel sigorta kapsamına sahip kişiler tarafından yapılan katkı ödemeleri şeklinde gerçekleşmektedir. Güney Afrika yakın zamanda devreye alınan Ulusal Sağlık Sigortası (NHI) ile evrensel evrensel kapsama ulaşmayı amaçlamaktadır. Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı, tüm vatandaşlar için akredite kamu ve özel hizmet sağlayıcılardan kapsamlı bir hizmet paketi satın almayı hedeflemekte ve kamu tarafından finanse edilen bir sistem önermektedir. Güney Afrika'nın kişi başı GSYİH'sı 10,291 ABD doları'dır ve toplam sağlık harcamaları GSYİH'nın %8,3'nü oluşturmaktadır (Mills, Ataguba, Akazili, Borghi, Garshong, Makawia ve McIntyre, 2012).

3.2.6. Türkiye

Türkiye'de sağlık hizmetleri, devlet tarafından hukuka uygun olarak sunulan hizmetler olarak kabul görmüş ve 1961 Anayasası'nda anayasal hükümler içeresine yer almıştır. Türkiye'de 1961 yılında 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” çıkarılması ile sağlık hizmetlerinin ulusal açıdan bir yükümlülük olduğu kabul edilmiş ve temel sağlık hizmetlerinin tüm kırsal alanlara da yayılması amaçlanarak, herkesin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi ve kapsamlı bir şekilde korunmasının önü açılmıştır. Fakat, 1982 Anayasasının yürürlüğe girmesiyle sağlık hizmetleri, devletin sunmakla yükümlü olduğu bir hizmet olmaktan çıkarılmış, bu doğrultuda devlet; “sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet verilmesini düzenlemekle” görevli kılınmıştır (Erol ve Özdemir, 2014).

1980 sonrasında Türkiye'de uygulanan ve hemen hemen tüm kamusal alanlarda yaşanan neoliberal reformlar, sağlık sisteminin hem anayasa hem de uygulama alanında köklü bir dönüşüme uğramasına neden olmuştur (Şentürk, 2019: 64). 1987 yılında 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun sağlıkla ilgili 22 kanun, 54 yönetmelik, kararname ve yönergeyi kapsayacak şekilde TBMM'de kabul edilmesiyle sağlık hizmetleri alanında köklü değişimler başlamıştır. Bu yasa ile birlikte koruyucu sağlık hizmetleri geri plana itilmiş, tedavi edici sağlık hizmetlerinin tüketimi ve maliyeti piyasa koşullarına göre düzenlenmiştir (Pala, 2007; Topak, 2012: 221). Özellikle bu dönemde, Dünya Sağlık Örgütü tarafından başlatılan ulusal sağlık politikasının belirlenmesine yönelik araştırmalar ülkemizde sağlık reformu konusunda tartışmaları tetiklemiştir. Devlet Planlama Teşkilatı'nın (DPT), sağlık sektörünün genel planlamasına dönük çalışmaları, Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü ile 1992 ile 1993 yıllarında düzenlenen 1. ve 2. Ulusal Sağlık Kongreleri Ulusal Sağlık Politikası dokümanları ile ortaya çıkmıştır. Bu doğrultuda 2000'li yıllara kadarki süreçte adem-i merkeziyetçiliği esas alan bir sağlık sisteminin hayata geçirilmesi, aile hekimliği sisteminin kurulması, hastanelerin şirketleştirilmesi, istihdamda merkezi uygulamasının sonlandırılması ve Genel Sağlık Sigortasının (GSS) hayat geçirilmesi amaçlanmıştır (Bağımsız Sosyal Bilimciler, 2008).

Türkiye'de 2002 yılında yapılan seçimler sonrası iş başına gelen 59. hükümet Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) adı altında sağlık sisteminin son 20 yılının en hızlı neoliberal dönüşüm hareketini başlatmıştır. 58. ve 59. hükümet planları doğrultusunda oluşturulan

acil eylem planında belirlenen Kamu Yönetimi reformları kapsamında, sağlık sektöründe öngörülen temel hedefler “Herkes İçin Sağlık” başlığı altında yer almıştır (Görmüş, 2013: 171). Bunlar;

- ❖ Sağlık Bakanlığı'nın idari ve işlevsel açıdan tekrar yapılandırılması,
- ❖ Tüm vatandaşların Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamına alınması,
- ❖ Sağlık kurum ve kuruluşlarının tek merkezde toplanması,
- ❖ Aile Hekimliği uygulamasına geçiş yapılması,
- ❖ Anne ve çocuk sağlığına ayrıca önem verilmesi,
- ❖ Sağlık sektöründe özel sektör yatırımını teşvik edilmesi,
- ❖ Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devrinin sağlanmasıdır.

Hükümet planı ve acil eylem planındaki bu temel hedeflere göre, Sağlık Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Planı taslağı hazırlamış, (SB, Proje Destek Birimi, 2003), ve 2003 yılına gelindiğinde “Sağlıkta Dönüşüm Programı” (SDP) başlığı altında toplumun tüm kesimine sunulmuştur (DB, 2003).

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile sağlık sistemindeki neoliberal dönüşümün temelinde; birinci basamak sağlık hizmetlerinde sağlık ocaklarının kaldırılarak yerine Aile Hekimliği modelinin getirilmesi, sağlık hizmet sunumu ile finansman yapısının birbirinden ayrılarak sağlık hizmetlerinden faydalanmayı prim şartı ödemesine bağlayan bir Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemin kurulması, desantralisasyon (yerelleşme) süreci adı altında kamu hastanelerinin idari ve mali özerkliğe kavuşturacak kamu hastane birliklerinin devreye sokulması yatmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programının (SDP) bu hükümleri, sağlık hizmeti sunumu ve finansmanın kurumsal yapısını ve işlevlerini temelden değiştirmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ilk etapta, Sağlık Bakanlığı'nın kurumsal yapısını değiştirerek politika yapıcı, denetleyici ve standart koyucu bir kurumu haline dönüştürecektir. Bu çerçevede aile hekimliği modeli kapsamında birinci basamak sağlık hizmetleri sunumu Aile Hekimliklerine ve Toplum Sağlığı Merkezlerine, finansman unsuru ise Genel Sağlık Sigortası (GSS) Sistemine bırakılacaktır (Ataay, 2005; Adaş ve Elbek, 2009). Sağlıkta Dönüşüm Programı, insan merkeze alan, sürdürülebilir, kaliteyi sürekli kılan, katılım odaklı, uzlaşmacı, gönüllülüğü esas alan, güçler ayrılığı ilkesine dayanan, yerinden yönetim (desantralizasyon) ve hizmette rekabet ilkeleri üzerine inşa edilmiş ve bu ilkelere dayalı olarak sürdürülmüş bir sağlık reform projesidir (Özbay,

Öncül, Gökçimen, Arı ve Mollahaliloğlu, 2007). Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), sürecinin ekonomik ve politik arka planı ile makroekonomik yapı arasındaki ilişki bu yapının yerleşme ve hizmet rekabeti ihtiyacını ön plana çıkarmaktadır. Desantralizasyon'un amacı adem-i merkeziyetçilik ilkesidir. Bu da, idari ve finansal verimliliğin artırılması kapsamında daha çabuk ve hızlı bir şekilde özerk işletmelere, başka bir ifadeyle alt kademelere yetki verilebileceği anlamı taşımaktadır. Rekabet ilkesiyle, farklı hizmet sağlayıcıların belirli standartlara göre rekabet etmesini sağlamak, böylece kalitenin sürekli iyileştirilmesi ve maliyetlerin düşürülmesi için teşvik edici bir ortam yaratılması amaçlanmaktadır (Kart, 2013).

Türkiye'nin sağlık harcamaları finansmanı; geçmişten günümüze köklü değişimler geçirmiştir. Bu değişimler özellikle Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile birlikte farklı boyut kazanmış ve bu dönemde finansmanda dikkate değer değişiklikler hayata geçirilmiştir. Bu doğrultuda, Türkiye'nin sağlık harcamaları finansman yapısını Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) öncesi ve sonrası süreçte incelemek daha yararlı olabilecektir (Ulusinan, 2021).

Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) öncesinde sağlık hizmetlerinin finansmanında rol oynayan birçok kurumun varlığı söz konusudur. Aynı zamanda bu kurumların vatandaşlara sağlık hizmeti de sunduğu da göze çarpmaktadır. Bu bağlamda, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) öncesinde, Türkiye'nin hizmet ve finansman yapısı merkezi olmayan karmaşık bir yapıda olduğu görülmektedir. Ayrıca, bu karmaşık yapı içerisinde sosyal güvenlik hizmetini sürdüren kuruluşların teminat paketlerinde yer alan mevcut farklılıklar toplumda fırsat eşitsizliği de meydana getirmiştir (Yüksel, 2017). 2003 yılı sonrasında hayata geçirilen Sağlık Dönüşüm programıyla birlikte 2006 yılında çıkarılan ve 2008 yılında yürürlüğe giren "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" ile sağlık hizmetlerinin finansmanında köklü değişimler yapılmıştır (Ataay, 2008). Genel Sağlık Sigortasının (GSS) yürürlüğe konulması ile Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK, Yeşil Kart ve Devlet Memurlarına ödenen sağlık giderleri Sosyal Güvenlik Kurumu altında toplanarak sistemin finansmanı sade bir hale getirilmiştir. Sağlık Bakanlığı bu süreçte bir yandan kaynak toplayarak hastanenin denetim ve düzenine katılım gösterirken, Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı da hizmet sunucuların bütçe kaynağını oluşturmaya başlamıştır. Bu bütçenin kapsamı ise; Üniversite hastanelerinde görevli personellerin ücretlerinin ödenmesi, Sağlık Bakanlığı'na bağlı bulunan hastaneler ve birinci

basamak sağlık kuruluşlarının temel sağlık hizmetleri ve idari işlemlerinin yapılması sürecinin kapsamaktadır. Genel Sağlık Sigortası Sisteminde; işverenler tarafından istihdam edilen çalışanlar ve kendi hesabına çalışanlar, sosyal güvenlik sistemine bağlı iseler, önceki sistemdeki gibi çalışanların sigorta primi ödemesi gerekmektedir. Bu doğrultuda ödenen prim, SSK ve Bağkur olmak üzere iki farklı kurum tarafından değil, sadece sosyal güvenlik kurumu tarafından tahsil edilmekte ve yönetilmektedir. Emekli Sandığı ve Yeşil Kartlı çalışanlar ve Memurlar için, Maliye Bakanlığı Sosyal Güvenlik Kurumlarına prim yatırmaktadır. Bu nedenle, beş değişik kaynaktan oluşan primler, sosyal güvenlik kurumu bünyesinde tek çatı altında toplanmış olmaktadır (Çelikay ve Gümüş, 2010).

SGK bünyesinde Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçişle birlikte primli ve primsiz sağlık ödememelerine ilişkin usullerde değişiklik yapılması yoluna gidilmiştir. Yeşil Kartlılar Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamına alınmıştır. Prim sistemi kapsamında, kamu ve özel sektörde mavi yakalı çalışanlar, memurlar, beyaz yakalılar ve serbest meslek çalışanlarının emeklilik aylıklarının %12,5 katkısına karar verilmiştir. Bu miktar, işveren için %7,5 şeklinde uygulanacaktır. Primsiz sistemler için kanun, mevcut yeşil kart sisteminin uygunluk ve finansman koşullarını değiştirmektedir. Yeni bir para ve malvarlığı inceleme sistemi uygulamasına geçilmiştir. Yeni parasal varlık inceleme mekanizmasının çeşitli etkilerinin olması beklenilmektedir. Her şeyden önce, yeşil kartlı bazı kişilerin ödemesiz sağlık sigortasından yararlanamayacakları beklenmektedir. Sosyal sigorta ve genel sağlık sigortası kanunları bu grup için daha düşük prim oranları öngörmektedir. Bunun söz konusu grupların katılımı için teşvik yaratması beklenmektedir. Primsiz ödemeler ve indirimli sigorta oranları, kayıt dışı sektördeki çalışanların genel sağlık sigortasına katılımını sağlayan temel mekanizmalardır (OECD, 2008).

Türkiye, refah odaklı bir sağlık sistemini (Bismarck modeli) hayata geçiren ülkelerden biri olmuştur. Bu sistemde sağlık hizmetleri büyük ölçüde devlet tarafından sağlanırken, aynı zamanda özel sektör ve kamu sektörünün bir arada bulunmaktadır. Buradaki özel sektör ise daha çok kamu sektörünü tamamlayıcı rol üstlenmektedir (Culha, 2019). Sağlık harcamalarının finansmanı ve geri ödeme yöntemleri açısından ise Türkiye'nin karma bir yapıya sahip olduğunu söyleyebiliriz (Şantaş ve Çıraklı, 2019). Türkiye'de sağlık harcamalarının finansman kaynaklarından ilki; vergi gelirleriyle finanse edilen ve büyük ölçüde Sağlık Bakanlığına, Milli Savunma Bakanlığına, Üniversite Hastanelerine ile diğer kamu kurum ve kuruluşları ile çalışan devlet memurlarının sağlık hizmet harcamalarına

tahsis edilen genel devlet bütçesidir. Diğeri ise; Sosyal Güvenlik Kurumuna kayıtlı üyelerden Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamında elde edilen sosyal sigorta primleridir. Üçüncü olarak ise, Özel sağlık kuruluşları ve hekimlere doğrudan ödeme ve özel sağlık sigortası kapsamında ödenen primler ile hane halkının doğrudan yaptığı cepten ödemelerdir (Atabey, 2020:187-188). Primli finansmanın temel amacı, sigortalıya ödenen bedel oranında ekonomik ve sosyal fayda sağlamaktır (Şener, 2010:423). Bu kapsamda Türkiye’de yaşayan bireyler sağlık hizmet taleplerini kamu kurumlarından temin edebildikleri gibi, serbest piyasa sisteminde hizmet sunan özel sağlık kuruluşlarına da başvurabilmektedir (Yurdadoğ, 2007). Bu yüzden sağlık sisteminin hem arz hem de hizmet tarafında bir çeşitlilik olduğu göze çarpmaktadır. Bu karmaşık yapı, sistemin etkin bir şekilde işletilmesini zorlaştıran etkenlerden biridir (Özbay ve diğerleri, 2007).

Türkiye İstatistik Kurumu tarafından 2020 yılında yayınlanan verilere göre Türkiye’de; sağlık harcamalarının %51,0’ı sosyal güvenlik sigortalarından, %27,6’sı merkezi devlet harcamalarından, %16,0’ı hanehalkının cepten yaptığı harcamalarından ve özel harcamalardan, %4,7’si ise, özel sigorta kuruluşları ile hanehalklarına hizmet eden kâr amacı gütmeyen kuruluşlar ile diğer işletmelerin gerçekleştirdiği harcamalardan karşılanmaktadır (TUİK, 2020). Türkiye’de 2013-2017 yılları arasındaki son beş yıllık süreçte sağlık harcamalarındaki artışa bakıldığında ise %47,8’lik oran ile kamu bütçesinden yapılan sağlık harcamaları ilk sırada yer almaktadır. Bunu sırasıyla %41,9 ile özel sigorta şirketleri ile hanehalklarına hizmet eden kar amacı gütmeyen kuruluşlar ve diğer işletmelerin yaptığı harcamalar takip etmektedir. Hanehalkının yaptığı cepten harcamalar ise, % 41’lik paya sahip olurken, bunu %37,8 ile yerel devlet harcamaları ve %35,7 ile de sosyal güvenlik sigortası harcamaları takip etmektedir (TUİK, 2019).

3.3. BRICS-T Ülkelerinin Sağlık Finansman Sistemlerinin Değerlendirilmesi

Nüfusunun sahip olduğu büyüklük ve ekonomik gelişme hızı nedeniyle BRICS-T ülkeleri yurttaşlarına geniş çerçevede sağlık hizmetleri sunma konusunda birtakım güçlüklerle karşılaşmaktadır. Bilindiği üzere Brezilya, ulusal sağlık sisteminin tarihsel süreci kırsal bölgelerde sağlık hizmetlerine erişim konusunda sürekli sıkıntıların yaşandığı bir ülke olmuştur. Ülkedeki sağlık sektörünün olumlu gelişimi, 1990'larda ulusal sağlık hizmet sisteminin kurulmasıyla sağlanmıştır. Dünyanın çeşitli toplumlarından biri olan Hindistan'da, kentsel alanlardaki sağlık hizmetleri gelişim göstermiştir. Ancak, uzun

vadede kırsal alanlardaki sağlık hizmetleri hala büyük sorun olamaya devam etmektedir. Hindistan, BRICS-T ülkeler grubu içerisinde sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranını artıramayan tek ülkedir. Brezilya ve Hindistan'a kıyasla sağlık sisteminin hızla geliştiği Çin'de ise, kırsal kesimde yaşayanların sağlık hizmetlerine erişim şansı daha yüksektir. Güney Afrika Cumhuriyeti ise, Sahra altı Afrika içerisinde en gelişmiş ulusal sağlık sistemine sahip ülkedir. Son yıllarda Güney Afrika Cumhuriyeti yoksullar için tıbbi hizmetleri genişletmek amacıyla ciddi çaba içerisinde girmiştir. Rusya ise, 1917 Rus İhtilali'nden sonra kapsamlı bir şekilde sağlık hizmetleri geliştirmiştir. Ayrıca Rusya, BRICS-T grubunda kurumsal yetenekleri fazla olan bir ülkedir. Yoksullara sağlık hizmeti sunmak bu hükümetin önemli başarılarından biri sayılmaktadır (Jakovljević, Potapchik, Popovich, Barik ve Getzen, 2017).

Kamu finansmanında yaşanan artışlar BRICS-T ülkelerinde sağlık politika yapımcılarının bu alana daha fazla ilgi göstermelerine neden olmuştur. Çizelge 3.3, tüm BRICS-T ülkelerinin son yıllarda sağlığa daha fazla kamu finansmanı ayırdığını ortaya koymaktadır. Bu konudaki en büyük artış, çok düşük bir düzeyde de olsa Çin'de gerçekleşmiştir. Bu artışta en büyük faktör, Çin'in son yıllarda yaşadığı hızlı ekonomik büyüme süreci gösterilmektedir. Bununla birlikte, ikinci en yüksek ekonomik büyüme oranına sahip BRICS-T ülkesi Hindistanda ise, sağlık hizmetlerine yönelik kamu finansmanında en az iyileşmeyi göstermiştir. Gelecekteki ortaya konulacak araştırmalar, Çin ve Hindistan'daki sağlık sektörünün önceliklerinin neden bu kadar farklı olduğunu anlamaya yardımcı olabilecektir. Brezilya, Rusya, Güney Afrika Cumhuriyeti ve Türkiye'nin hepsi de çok daha düşük ekonomik büyüme oranlarına sahip olmasına rağmen ve bu ülkeler mevcut yaşanan ekonomik krizler karşısında artan kamu sağlığı harcamalarına karşı mücadele içerisinde girmişlerdir (Marten ve diğerleri, 2014).

Çizelge 3.3. BRICS-T ülkelerinde finansal sağlık koruma programlarına genel bakış
(The World Bank, 2019)

	Brezilya	Rusya	Hindistan	Çin	Güney Afrika	Türkiye
Çeşitli Yapılan Harcamaların Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı, (2019)	%24,8	%36,5	%54,7	%35,2	%5,6	%17,5

Çizelge 3.3. (Devamı) BRICS-T ülkelerinde finansal sağlık koruma programlarına genel bakış (The World Bank, 2019)

Özel Sağlık Harcamaları (Cari Sağlık Harcamalarının Yüzdesi), 2018	%58,2	%40,5	%72,3	%43,5	44,1	22,6
Gini endeksi (yıl)	53,4 (2019)	37,5 (2018)	47,9 (2018)	38,5 (2016)	63,0 (2014)	41,9 (2019)
Kişi Başı GSYH, (2019)	8,897\$	11,497\$	2,100\$	10,143 \$	6,624\$	9,121\$
Yıllık GSYİH Büyüme Oranı, Yıllık (%), 2019 Yılı	1,4	2,0	-7,3	5,9	0,2	0,9
Kamu Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranı, (yıl)	%3,8 (2015)	%3,1 (2015)	%0,9 (2015)	%2,9 (2015)	%5,2 (2015)	%3,2 (2015)
	%3,9 (2019)	%4,6 (2019)	%0,9 (2019)	%3,0 (2019)	%5,3 (2019)	%3,3 (2019)
Özel Sağlık Harcamasının GSYİH'ya oranı (2019)	%5,3	%2,1	%2,5	%2,2	%4,6	%0,9
Toplam Sağlık Harcamalarının (GSYİH'nin Oranı, 2018)	%9,5	%5,3	%3,5	%5,3	%8,2	%4,1
Yurt içi genel devlet sağlık harcaması (cari sağlık harcamasının yüzdesi), 2018	%41,7	%59,5	%27,0	%56,4	%54,4	%77,4

Sahip olunan işgücü ve doğal kaynak zenginliği ile sağlık göstergeleri ve sistemler açısından BRICS-T ülkeleri arasında dikkate değer farklılıklar olduğu göze çarpsada (Çizelge 3.4), ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerine erişim ve finansman sağlama konusunda evrensel sağlık sistemine (UHC) ulaşmak, tüm ülkelerin ortak bir sağlık politikası hedefidir.

Çizelge 3.4. BRICS-T ülkelerinde bazı temel sağlık göstergeleri (The World Bank, 2017)

2017 Yılı	Brezilya	Rusya	Hindistan	Çin	Güney Afrika	Türkiye
Nüfus (milyon)	207,833	144,406	1.338,676	1.386,395	58,558	81,012
Nüfus Artış Hızı, % (Yıllık)	0,8	0,1	1,1	0,6	1,4	1,6
15 yaş altı nüfusun toplam nüfusa oranı (%)	21,68	17,63	27,47	17,93	29,15	25,00

Çizelge 3.4. (Devamı) BRICS-T ülkelerinde bazı temel sağlık göstergeleri (The World Bank, 2017)

15-64 yaş arası nüfusun toplam nüfusa oranı (%)	69,71	68,10	66,53	71,71	65,63	66,74
65 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranı (%)	8,60	14,26	10,34	5,98	5,21	8,25
Yaşam beklentisi, (yıl)	76	73	69	77	64	78
Anne ölüm oranı (100.000 canlı doğum başına)	60	17	145	29	119	17
Bebek Ölüm Oranı (1000 canlı doğumda) (%)	13,2	5,3	31,4	7,9	28,2	9,8
5 yaş altı ölüm oranı (1000 canlı doğum başına, 2018)	14,8	6,9	38,5	9,2	35,6	11,4
Hekim yoğunluğu (1000 nüfus başına) (yıl)	2,1	8,5	0,5	4,3	0,7	2,8
Hemşire ve Ebe Sayısı (1000 nüfus başına) (yıl)	9,7	8,5	2,1	2,7	1,3	2,7
Hastane yatak Sayısı (1.000 kişi başına)	2,1	8,1	0,5	4,3	1,5	2,8
30-70 yaş arasında herhangi bir kardiyovasküler hastalık, kanser, diyabet veya kronik solunum yolu hastalığından ölme olasılığı (%)	15,8	24,2	22,2	16,3	27,8	15,9

Yaşam beklentisi, çeşitli ülkelerin sağlık düzeylerini karşılaştırmak için yaygın olarak kullanılan bir gösterge ve sağlık harcamalarıyla ilgili önemli bir değişkendir. Çünkü, sağlık harcamalarının artması durumunda ortalama yaşam süresinin artması beklenmektedir. Diğer değişkenler ise, ölüm oranı, genç ve yaşlıların toplam nüfus içindeki oranı, ülkedeki sağlık hizmetlerinin düzeyi ve enflasyon oranıdır (Öztürk ve Küsmez, 2019).

Çizelge 3.5. BRICS-T ülkelerinde sağlık harcamaları istatistikleri (The World Bank, 2019)

Ülkeler	Mevcut Sağlık Harcamasının GSYH İçindeki Payı (%)	Kişi başına cari sağlık harcaması, SAGP (cari uluslararası \$)	Kamu Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcaması İçindeki Payı (%)	Cepten Yapılan Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcaması İçindeki Payı (%)	Kişi Başı Cepten Yapılan Sağlık Harcaması (SGP \$)
Brezilya	9,5	1530,82	41,67	27,54	421,64
Rusya	5,3	1488,31	59,45	40,49	570,19
Hindistan	3,5	275,13	26,95	62,66	172,41
Çin	5,3	935,19	56,67	35,75	334,33
Güney Afrika	8,3	1129,38	54,04	7,72	82,24
Türkiye	4,1	1170,77	77,38	17,49	204,78

Çizelge 3.5'te, BRICS-T ülkelerinde sağlık harcaması istatistikleri gösterilmektedir. Grafikten görüldüğü üzere mevcut sağlık harcamalarının GSYH'ya oranının en düşük olduğu ülke Hindistan olmuştur. Aynı zamanda Hindistan, cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içinde en yüksek paya sahip ülke durumundadır. Güney Afrika Cumhuriyeti'nde ise, mevcut sağlık harcamalarının GSYH'ya oranının 8,3 olduğu göze çarpmakta bu oran Dünya Bankası'nın belirlediği oranın oldukça üstünde yer almaktadır. Güney Afrika Cumhuriyeti'nde özel sektörün toplam sağlık harcamalarındaki oranının son otuz yıldır yüksek düzeyde bilinen bir gerçektir. Orta gelirli bir ülkede görülme sıklığı yüksek olmasına rağmen, kronik hastalıklar çok yaygın görülmektedir. Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki en yüksek payı Türkiye'dir. Bu durum Türkiye'de sağlığa ayrılan kaynakların diğer ülkelere kıyasla daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır.

4. KÜRESELLEŞME KAVRAMI

4.1. Küreselleşmenin Tanımı

"Küreselleşme" kavramı son yıllarda popülaritesi giderek artan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle, dünyada öne çıkan konumu, insanların ilgi alanlarına göre farklı anlamlar ve değerler kazandırmış, yeryüzünde hemen her alanda yaşanan siyasi ve kültürel değişimleri açıklamak için kullanılan "sihirli" bir kelime haline dönüşmüştür (Bozkurt, 2000:17). İngilizce 'Globalization' kelimesinden çevrilen "Küreselleşme" kavramı geometrik bir şekil olan 'Küre'yi ifade etmede kullanılan 'Globe' kelimesinden türemiş ve bütünleşme olarak karşılık bulmuştur (Saraç, 2006:2). "Global" kelimesi ise "küresel, tüm dünyayı kapsayan" anlamına gelmektedir (Özpınar, 2003:7). Le Nouveau Petit Robertise, "küreselleşme" kavramını, evrenselliği esas alarak, toplum içinde siyasi birliği sağlamayı hedefleyen ve bu doğrultuda hiçbir ayırım gözetmeksizin herkesi kucaklayan bir doktrin olarak tanımlamaktadır. Dolayısıyla, kelimenin anlamına göre kavramın olumlu bir anlam taşıdığı görülmektedir (Kiper, 2004). Malcolm'a göre, "Global" kelimesinin etimolojisi 400 yıl öncesine kadar uzanan eski bir kavramdır. Fakat, günümüzde "Küreselleşme" biçiminde Türkçeye çevrilmiş haliyle ilk defa 1961 yılında yayınlanan "Webster's Third New International English Dictionary" adlı İngilizce sözlükte kendine yer bulmuştur (Waters, 2001).

Küreselleşme kavramının ilk kez kullanımına ilişkin farklı önermeler söz konusudur. Bu görüşlerden ilki Küreselleşmenin kavram olarak 1833'de İngiliz İktisatçı W. Foter'in kaleme aldığı ekonomik kaynakların dağılımı ve kullanımını konu alan bir makalede kullanıldığı yönündedir. Sonraki süreçte ise Garrett Hardin'in, 1968'de kaleme aldığı kaynak tahsisi ve kullanımı ile ilgili bir makalede de kullanıldığı görülmüştür (Karabıçak, 2002). 1962 yılında ise Marshall McLuhan, "Gutenberg Galaksisi" eserinde küresel köy kavramını yenedünya düzenine uygulayarak küreselleşmeyi ilk kez literatüre kazandırmıştır. Bu çalışmada McLuhan; küreselleşmeyi tanımlamak için iletişim teknolojisinin gelişimi ve para biriminin bir ödeme birimi olarak yaygın kullanımı ile ilgili global köy kavramını kullanarak küreselleşmeyi işaret etmektedir (Elçin, 2012). Ancak, gelinen süreçte küreselleşme kavramı iletişim çalışmaları kapsamının daha da ötesine geçmiş, küresel ölçekte en çok konuşulan kavramlardan biri olmuştur. 1980'lerde ise daha çok ekonomik kullanım alanı bulmuş, 1990'lardan sonraki süreçte ise sosyoloji,

siyaset, uluslararası ilişkiler gibi diğer sosyal bilimlerde yaygın kullanım alanı yakalamıştır (Ülman, 2000). Robertson'a göre (1999), küreselleşme terimi 1980'lere kadar "dağınık ve sürekli olmayan", bir şekilde kullanılmış ve insanların hayatında fazla bir yeri olmamıştır. 1980'lerin ikinci yarısında bu kavrama ilgi giderek artmış, dolayısıyla küreselleşme alanındaki çalışmalar hızlı bir biçimde artış göstermiştir.

Küreselleşme genel olarak; ülkelerin ekonomik, siyasi, sosyal ve kültürel açıdan bütünleşme süreci ve bu konuda ülke sınırlarının aşılması, farklılıkların birlik ve uyum temelinde ortadan kaldırılması olarak da tanımlanabilir. Öte yandan küreselleşme olgusu, dünya kapitalizminin sermaye birikimine verdiği öncelik olarak da açıklanabilirken, ulusal ekonomilerin bazı açılardan dünya pazarına entegrasyon süreci olarak karşılık bulmaktadır (Aydemir ve Kaya, 2007). Ayrıca küreselleşme, ulusal kimliğin ve ulusal sınırların çözüldüğü, ekonomik bütünleşmenin ve toplumsal yaşamın büyük bir bölümünün küresel süreçlerle şekillendiği bir dönemdir. Küreselleşme süreci; bir yandan bütünleşme, diğer yandan kimliklerin ayrışma sürecidir (Seymen ve Borat, 2005: 6-7).

Küreselleşmenin ekonomik boyutuna odaklanan tanımlarda küreselleşme; sermaye, teknoloji, bilgi, organizasyon, istihdam, doğal kaynakların birbirine bağımlı hale gelerek uluslararası nitelik kazandığı ekonomik ve politik bir yapı olarak görülmektedir. Dolayısıyla bu yeniden yapılanma sayesinde dünyanın temeli artık ulusal ekonomiden uzak bir durum sergiler hale gelmiştir (Aktaş, 2007). Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Savunma Enstitüsü küreselleşmeyi açıklarken "malların, hizmetlerin, sermayenin, teknolojinin, fikirlerin, bilginin, kültürün ve insanların ulusal sınırları aşan hızlı ve sürekli akışı" olarak tanımlamaktadır (Öymen, 2000:26). Enstitü tarafından yapılan bir araştırmaya göre küreselleşme nedeniyle ülke ekonomileri arasında geçmişe kıyasla daha önce benzeri görülmemiş bir entegrasyon süreci sağlanmakta, şirketler, ekonomik pazar, organizasyonlar ve yönetimler uluslararası boyut kazanmaktadır. Joseph E. Stiglitz (2002), ekonomik bir perspektiften ele aldığı küreselleşmeyi "adil bir gelir dağılımını sağlama, serbest ticareti genişletme ve ulusal ekonomiyi diğer ulusal ekonomilerle bütünleştirme süreci" olarak tanımlamaktadır (Stiglitz, 2002: 47).

Devlet Planlama Teşkilatına (DPT) göre küreselleşme, "ülkeler arasındaki ekonomik, siyasi ve sosyal ilişkilerin genişlemesi ve gelişmesi, ideolojik farklılıklara dayalı kutuplaşmayı çözmek ve farklı sosyal kültürleri, inançları ve beklentilerin daha iyi

tanınması” olarak tanımlamaktadır (Devlet Planlama Teşkilatı [DPT], 1995:1). Ohuabunwa (1999), küreselleşmeyi, “ticaret, kültür, iletişim ve diğer tüm alanlardaki kısıtlamaların ortadan kaldırılarak uluslararası etkileşim aşamasının sistematik olarak yeniden yapılandırılan bir yenilik” olarak tanımlamaktadır (Ohuabunwa, 1999). Sosyal Bilimci Giddens (1998), küreselleşmeyi “dünyadaki sosyal ilişkilerin güçlendirilmesi” biçiminde tanımlamaktadır. Giddens, birbirine uzak yerlerdeki olayların yerel olayları biçimlendirdiği gibi tam tersi bir durumun da yaşanabileceğine vurgu yapmaktadır. Özdemir’e göre (2004), küreselleşme ise “ulusal tasarrufların, üretim faktörlerinin ve ulusal değerlerin ulusal sınırları aşması, dünyadaki ülkelerin yatırım ve ticaret gelişimi ile bütünleşmesi ve ülkelerin ortak bir noktada buluşması ve uluslararası ilişkilerin güçlendirilmesi” olarak tanımlanmaktadır (Yahşi, 2007). Frederick Jameson'a göre, küreselleşme, “dünya pazarının vizyonunun yanı sıra dünya çapında büyük bir iletişim genişlemesi hissini” ifade etmektedir. Jameson'a göre, her ikisi de erken modern zamanlara kıyasla daha somut ve doğrudan hale gelmiştir (Steger, 2006: 28).

Bütün bu tanımlardan yola çıkarak küreselleşmenin destekleyenler açısından küreselleşme; ülkelerin ekonomik, siyasi, sosyal ve kültürel değerler etrafında entegrasyonu ile birlikte bu değerlerin ulusal sınırları aşarak dünya geneline yayılması olup; ülkeler arasında ekonomik bağımsızlığın baltalanması sürecini içermektedir (Hasanoğlu, 2001). Küreselleşmeye karşı duranlar açısından küreselleşme ise; Soğuk Savaş döneminin sona ermesi ve Berlin duvarının yıkılmasıyla batının galibiyetininim dünyaya duyurulması, ekonomik açıdan ileri devletlerin kendi sistemlerini ekonomik, sosyal ve entelektüel açıdan az gelişmiş ülkelere empoze etme gayretidir (Erkızan, 2002).

4.2. Küreselleşme Dalgaları

Küreselleşme sürecinin başlangıcına yönelik yaklaşım, tıpkı küreselleşme kavramının tanımında olduğu üzere, tek ve mutlak bir tarihsel başlangıç içermemektedir. Küreselleşme sürecinin başlangıcı ile ilgili olarak çeşitli yaklaşımlar ve olaylar küreselleşmenin başlangıcı olarak kabul edilmektedir.

Buna doğrultuda; kimi görüşlere göre küreselleşmenin kendi tarihinin başlangıcından beri var olan bir süreci ifade ederken, diğer bazı görüşler de küreselleşme ile modernleşmenin ve kapitalizmin aynı anda ortaya çıktığı görüşünü savunmakta, diğer bir kesim ise

küreselleşmenin sanayi sonrası toplum, modern sonrası toplum ve kapitalist düzenin çöküşü çerçevesinde bütünleştiği görüşünde birleşmektedir (Saruhan, 2010).

1730'lu yıllarda dokuma tezgâhlarının teknolojik gelişimi ile başlayan ve buhar gücüne dayalı denizaşırı taşımacılığın devam etmesiyle ilerleyen ilk sanayi devrimi olarak tanımlanan süreç küreselleşmenin 19. yüzyıldaki başlangıç tarihi olarak kabul edilmektedir (Erdem, 2006:393). Sanayi Devrimi'nden sonrasında İngiltere, 19. yüzyılda kendi çıkarları doğrultusunda gelişen Pax Britannica adlı tüm dünyayı içine alan ve etkileyen ilk modern küreselleşme sürecine damgasını vurmuştur. Bu süreçte sanayi devrimi ve otomasyon ağlarının gelişimi, mevcut küreselleşme sürecini hızlandırmıştır (DPT, 2000). 19. yüzyılda meydana gelen Endüstri Devriminin küreselleşmenin başlangıç noktası gören yaklaşıma göre bu süreç üç aşamaya ayrılmaktadır (Saruhan, 2010).

- ❖ Birinci Aşama: Küreselleşmenin 1. Dalgası: 1860-1914
- ❖ İkinci Aşama: Ulusalcı Politikalara Dönüş: 1944-1971
- ❖ Üçüncü Aşama: Küreselleşmenin 2. Dalgası: 1989-

4.2.1. Birinci küreselleşme dalgası-1860-1914

Küreselleşme sürecinin ilk aşaması, 18. yüzyıldaki endüstri devriminin teknolojik atılımlar ile şekillendiği 1860 ile 1914 arasındaki döneme rastlamaktadır. 1860-1914 yılları arasında dokuma makinesiyle başlayan teknolojik gelişme, demiryollarının ve buhar gücünün kullanılmasıyla devam etmiştir. Döviz piyasası ve ticari ilişkiler açısından altın standardının norm kabul edilmesi küreselleşmenin ilk dalgasının temel özelliğini yansıtmaktadır. Bu dönem; ekonomik fazlanın hızla yaratılmasının ve ekonomik büyüme sürecinin gözlemlenmesinin teknolojik değişim ve sanayileşme sürecine bağlı olduğu bir süreci kapsamaktadır. Hızla ilerleyen bu sanayileşme aşaması aynı zamanda bu aşamaya yetişememiş ve sanayileşemeyen "Üçüncü Dünya" ülkelerinin olduğu bir dönemi temsil etmektedir (Karaçor, 2003:378).

1730'lardan itibaren dokuma tezgâhlarının teknolojik sıçramalar ileri boyutlara ulaşmış, 1820'ler gelindiğinde demiryolları ağının gelişmesiyle ulaşım maliyetleri düşüş göstermiştir. 1840'lar gelindiğinde ise buhar gücünün deniz taşımacılığında kullanılmasıyla coğrafi sınırlar aşılarak ticaretin gelişmesine önemli katkı sağlamıştır. Ticaret hacminin

artmasıyla birlikte ekonomik büyüme ciddi oranında artış göstermiştir. 1800'lü yıllara kadarki süreçte önemli sıçramaların yaşanmadığı sadece hayatın idame ettirilmesi ve geçimlik gelir sağlama fırsatı sunan ekonomik büyüme hızı 19. yüzyılda değişim göstermiş ve %2 düzeylerinden 20. yüzyılın ikinci yarısına doğru %3 düzeylerine ulaşmıştır. Bütün bu teknolojik atılımlar sayesinde işgücünün niteliği değişme uğramış ve sanayi sektöründe istihdam edilenlerin sayısı artmıştır. 1800'lerin ilk dönemlerinde İngiltere'de sanayi alanında işgücünün oranının %30 iken, 1840'lı yıllarda bu oran %47'ye yükselmiştir. 1870'de ise %49 düzeyine erişmiştir (Yeldan, 2001: 19).

Küreselleşmenin ilk dalgasında, ulaşım ve iletişim ağlarındaki gelişmeler ekonomik ilişkileri tetiklemiş, dünya ihracatının yıllık ortalama büyüme hızı %3,4 düzeyinde gerçekleşmiştir. 1870'de yabancı sermaye stoku, gelişmekte olan ülkelerin GSYİH'sının %8,6'sını, 1914'te ise %32,4'ünü oluşturmuştur (WB, 2002: 25). İhracatın küresel üretim içindeki oranı özellikle I. Dünya Savaşı sırasında o derece zirveye ulaşmıştı ki, 1970'li yıllar gelindiğinde bu rakam görülebilecekti (Aktan, 1999).

Çizelge 4.1. Küresel Ticaret Hacmi (%) (Slaughter ve Swagel, 1997: 6)

Yıllar	Küresel İhracat/GSMH	Küresel Mal Ticareti/GSMH
1870	-	5,0
1880	9,8	-
1913	11,9	8,7
1929	-	9,0
1950	7,1	7,0
1970	11,7	11,2
1985	14,5	-
1990	17,1	13,5

I. Dünya Savaşı ve sonrasında meydana gelen İkinci Dünya Savaşı'nın yıktığı ülkelerin ekonomilerinin yeniden toparlanması ve küresel ticaretin büyümesi uzun vadeli barışı gerekli kılmıştır. Tablo 6'da gösterildiği gibi, küresel mal ihracatı I. Dünya Savaşı öncesi seviyelerine ancak 1970'lerde ulaşabilmiştir.

Küreselleşmenin bu yükselen aşamasında, modernite konusu ilk defa bir tema haline gelmiş, milli ve kişisel bazda fikirler ortaya çıkmıştır. Bazı Avrupa dışından olan toplulukların, uluslararası topluma girmesi sağlanmış, bilgi ve iletişim teknolojisindeki gelişmeler sayesinde Olimpiyat Oyunları ve Nobel Ödülü gibi uluslararası yarışmalar

düzenlenmeye başlanmıştır (Kürkçü, 2013). Ancak, 1914 yılında meydana gelen I. Dünya Savaşı ile küreselleşmenin birinci dalgası sona ermiştir.

4.2.2. İkinci küreselleşme dalgası-1944-1971

1970'ler, küreselleşmenin ikinci dalgasında yeni bir kırılma noktası olmuştur. 1971 yılı sonlarında Bretton Woods sisteminin işlemez hale gelmesi ülkeler açısından sabit kur sisteminin terk edilmesi anlamını taşımaktaydı. Bu açıdan gelişmiş ekonomiler öncelikle başta Amerika Birleşik Devletleri, İngiltere, Almanya ve Japonya olmak üzere arka arkaya sermaye hareketleri üzerindeki kısıtlamaları kaldırmışlardır (Aktan ve Şen, 1999: 11).

1973 yılına kadar merkez ülkeler açısından devam eden iyimser tablo; bu dönemde artan petrol fiyatları ile birlikte enerji girdi fiyatlarında yükseliş meydana getirmiştir. Paradan tasarruf etmek için ekonominin tüm sektörleri teknik ve organizasyonel yapılarını değiştirme yönünde almış oldukları kararlar istihdamın düşmesine yol açmıştır (Harvey, 2012: 168). Bu dönemde petrol ve ABD dolarının piyasadaki sirkülasyonu arttıkça enflasyon ile işsizliğin aynı anda ortaya çıkması durumu olarak bilinen "stagflasyon" sürecini tetiklemiştir (Şimşek, 2017:62). Yaşanan kriz sürecinden sonraki Keynesyen iktisadi teorilerin yerini neoliberal politikalar almış, Fordizm üretim biçimi Post-Fordizm'e dönüşmüştür. Dolayısıyla yüksek teknoloji altında esnek uzmanlaşmaya dönük esnek seri üretim modeli gerçekleştirilmiştir (Tanyılmaz, 2000). Küreselleşme süreci olarak bilinen bu periyotta, Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu, toplumdaki durum anlayışını tarihe gömerek, "İstikrar ve Yapısal Uyum Programı" adına az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelere neoliberal geçişleri dayatmaya başlamasıyla sosyal devlet anlayışı sekteye uğramış, sermaye kısıtlamalarını ortadan kaldırmak için emeği frenleyen politikaların yolunu açılmaya başlamıştır (Şimşek, 2017: 63).

4.2.3. Üçüncü küreselleşme dalgası (1989-)

Üçüncü küreselleşme dalgasının ana itici gücü bilim ve teknolojinin gelişmesidir. Bu nedenle küreselleşmenin üçüncü çağına bilgi çağı da denilmektedir (Oran, 2001:9). Tofler'e göre (2008), küreselleşmenin üçüncü dalgası teknoloji çağı olarak betimlenmelidir. Ona göre; bilgi ve teknolojiye meydana gelen değişimler sonucunda kırsal mesafelerle dünya bir "küresel köy" haline dönüşmektedir (Tofler, 2008: 6).

Üçüncü Küreselleşme döneminde yaygınlaşan internetin altyapısı, özellikle bireyleri, kuruluşları, ülkeleri ve çok uluslu şirketleri birbirine bağlayan ağ bütünü World Wide Web (www)'in yaygınlık kazanması bu sürecin önemli belirleyicisi olmuştur (Kıvılcım, 2017). İnternetin yaygınlaşmasıyla birlikte bu alandaki yazılımların gelişmesi fiber optik kablolar ile dünya arasında etkin bir iletişimin ortaya çıkmasını sağlamıştır (Acar, 2009: 18) Dolayısıyla küreselleşmenin üçüncü dalgası, bir nevi bilginin sınır tanımadığı internet ve sosyal medyanın zirveye ulaştığı bir dönem olmuştur.

1980'lere gelindiğinde gelişmekte olan ülke ekonomileri küreselleşme sürecinde daha büyük bir yer işgal etmeye başlamıştır. Bu dönemde, çoğu gelişmekte olan ülkede özelleştirmeye dönük atılan adımlar, piyasa ekonomisi, finansal liberalizasyon ve dünya ile bütünleşme kavramları hiç olmadığı kadar öne çıkmıştır (DPT, 1995, Scoholte, 1997a; Scholte, 1997b; aktaran Aktan, 2010). Özellikle bu dönemde 1970'lerin getirdiği kriz sürecinden çıkmak isteyen gelişmekte olan ekonomilere Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Bankası (DB) tarafından sunulan ekonomik istikrar ve yapısal uyum programı küreselleşme sürecine ivme kazandırmıştır. Serbest piyasa ekonomisi ekseninde dışa açık bir ekonomi modeliyle ekonomik kalkınma hedeflenmiş bunun bir gereği olarak da finansal serbestleşme, ticaretin liberalleşmesi, esnek çalışma, ücret denetimi, kamu işletmelerinin özelleştirilmesi, ulusal ekonomilerin küçültülmesinin yanında para ve maliye politikalarının sıkılaştırılması ve sosyal harcamaların azaltılması da ana hedeflerden birisi olmuştur. Bu süreçte Sahra Altı Afrika ülkeleri, Latin Amerika ve Türkiye'nin içerisinde olduğu çoğu gelişmekte olan ülke, IMF ve Dünya Bankası'nın öncülüğünde hızla yeni serbest ekonomik planlarını hayata geçirmişlerdir (Çoban, 2015).

Bretton Woods sisteminin getirdiği sabit döviz kuru sisteminin terk edilmesinden bu yana özellikle gelişmekte olan ülkelerde finansal liberalizasyonun yaygınlaşması ve bilgi teknolojisinin devrim niteliğindeki gelişimi Uluslararası alanda finansal araçların çeşitlenmesine ve işlem hacminin önemli ölçüde artmasına yol açmıştır. Örneğin, 1977 yılında toplam küresel dış ticaret yıllık 1,3 trilyon ABD doları iken, günlük toplam döviz işlemleri ise 20 milyar ABD doları olmuştur (Akdiş, 2001). 2005 yılında dünya ticaret hacmi DTÖ kayıtlarına göre 16 kat artarak 21,2 trilyon ABD dolarına, Bank For International Settlements (BIS) tahminlerine göre ise günlük döviz işlem hacmi yaklaşık 150 kat artarak 3 trilyon ABD dolarına ulaşmıştır (Aydın, H. Saygılı, M. Saygılı ve Yılmaz, 2010).

Küreselleşmenin gelişmesiyle birlikte ülkeler arasındaki serbest mal ve hizmet akışı düzeyini yansıtan ticari dışa açıklık oranı, ekonomik gelişmişlik düzeyine göre dünyada artış göstermiştir. Buna göre dünya ortalaması 1980’de %39 olan ticari dışa açıklık oranı, 2014 yılında %62’ye yükselmiştir (1985 yılı hariç). Yine %50’de %72’ye çıktığı görülürken, gelişmiş ülkelerde ise %13’ten %55’e yükselmiştir. Az gelişmiş ülkeler açısından bakıldığında ise %45’ten %55’e çıktığı görülmektedir. Aşağıdaki tabloda finansal dışa açıklık oranlarının dünya ortalamasının 1980’de %6 olduğu ve bu oranın yıllar itibariyle artış göstererek 2014 yılında %33’e yükseldiği görülmektedir. Yine aynı dönemler arasında gelişmekte olan ekonomilerde bu oran %11’den %31’e çıkarken, gelişmiş ülkelerde %5’ten %34’e çıkmıştır. Az gelişmiş ülkelerde ise %5’ten %24’e yükselmiştir. Tabloda gösterilen kentli nüfus oranı küreselleşmenin bir başka boyutu olan ülke içi/ülkelerarası insan/işgücü göçünün göstergesi olarak ele alınmıştır. Buna göre dünya ortalaması 1980’de %39 olan kentli nüfus oranı, 2014 yılında %64’ye yükselmiştir. Ülke içi ve/veya ülkelerarası göç hareketlerine ve nüfus artış hızına bağlı olarak değişiklik gösteren kentli nüfus oranı gelişmekte olan ülkelerde %29’dan %49’a çıktığı görülürken, gelişmiş ülkelerde ise %72’den %81’e yükselmiştir. Az gelişmiş ülkeler açısından bakıldığında ise %17’den %31’e çıktığı görülmektedir (Yaparlı ve Bayramoğlu, 2016: 62).

Üçüncü küreselleşme dalgası etkileri itibariyle diğer iki dalgadan farklı ve güçlü bir etki meydana getirmiştir. Küreselleşme sürecinin ivme kazanarak bu boyuta gelmesinde en önemli faktörler, bilgi ve iletişim teknolojisindeki gelişmeler, 1989 yılında Berlin Duvarı’nın yıkılması, 1990’ların başında eski doğu bloğunun ekonomik ve siyasi yönden çöküşü ve SSCB’nin (Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği) dağılması gelmektedir. Sovyet Grubun dağılmasından sonra planlı ekonominin hakim olduğu doğu bloku ülkeleri, zaman içinde batılı ülkelerle ekonomik ve siyasi temas kurmaya başladılar. Uzun yıllardır devam eden ve hâkimiyetini sürdüren komünist rejimin çöküşüyle birlikte bu rejim, yerini demokrasiye ve piyasa ekonomisine dayalı bir sisteme bırakmıştır (Saruhan, 2010). Aşağıdaki tabloda dünyada yaşandığı kabul edilen üç küreselleşme dalgasının bir özeti verilmektedir (Çizelge 4.2.)

Çizelge 4.2. Küreselleşme dalgalarında ön plana çıkan unsurlar (Big Bang English, 2021)

	Birinci Küreselleşme Dalgası	İkinci Küreselleşme Dalgası	Üçüncü Küreselleşme Dalgası
Zaman Aralığı	1860-1914	1944-1971	1989-
Teknoloji	*Buharlı Motor *Telgraf *Elektrik *İçten Yanmalı Motor	*Jet uçakları *Televizyon *İletişim Uyduları *Konteyner Trafiği	*Mikroişlemci *Bilgisayar *İnternet *Mobil Telefonlar
Siyasi Liderler	*Büyük Britanya Ekonomik liderliği. *Sömürgecilik.	*ABD Ekonomik Liderliği. Soğuk Savaş.	*Çok Kutuplu (ABD, AB, Çin) küresel demokratik süreç.
Ticaret	*Başlangıçta Serbest Ticaret, giderek artan Korumacılık.	*Kademeli olarak azaltılmış Endüstriyel Tarifeler	*Daha fazla ülkede artan Serbest Ticaret
Hizmet Ticareti	*Sınırlı Ölçek Denizcilik Sektörü Ön Planda	*Sınırlı Ölçek Denizcilik Sektörü Ön Planda	*Giderek daha fazla alanda artan ölçek
Sermaye Hareketi	*Serbest	*Sınırlı	*Serbest
Göç	*Serbest Dolaşım. Göç.	*Sınırlı (İskandinav ülkeleri hariç) işgücü göçü	*Sınırlı (AB hariç) işgücü göçü

4.3. Küreselleşmenin Boyutları

Küreselleşme süreci tanımlarken ifade edildiği şekliyle, küreselleşmeyi tek boyutuyla ele almak gerçekçi bir yaklaşım olmayacaktır. Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Komisyonu, küreselleşmeyi "sadece ekonomik boyutları ile değil, aynı zamanda sosyal, politik, kültürel, çevresel ve hukuksal yönleri de bulunan bir süreç" şeklinde ifade etmektedir (Öymen, 2000: 27). Bu bağlamda çok yönlü bir olgu olan küreselleşme, farklı alanlardan etkilenmekte ve etkilenmektedir, dolayısıyla küreselleşmeyi daha iyi anlamak için onu farklı boyutlarıyla incelemek gerekmektedir. Küreselleşme çeşitli alanlarda iç içe geçmiş bir süreç olmakla birlikte genel olarak ekonomik küreselleşme, sosyal ve kültürel küreselleşme, teknolojik küreselleşme ve siyasi küreselleşmedir.

4.3.1. Ekonomik küreselleşme

Küreselleşmenin günümüz dünyasında en dikkat çekici yönü dünya ticaretinin gelişmesi ve büyümesidir. 1970'li yıllardan sonraki süreçte küresel ekonomi yaşanan kriz süreciyle birlikte durgunluk yaşamış, büyüme oranları hızla düşüşe geçmiştir. Bu dönemde yaşanan teknolojik gelişmeye bağlı olarak artan makineleşme ile birlikte işsizlik ve yoksulluk artmaya devam etmiştir. Ulus devletlerin ekonomi ve ticaret üzerindeki etkinliğinin azalmasıyla, çok uluslu şirketlerin dünya ekonomisindeki etkinliği ve kontrolü artmıştır (Ersungur, 2016).

Ekonomi, küreselleşme sürecinin en fazla popülerlik kazandığı, hissedildiği ve etkilediği alanlardan biridir. Dünyanın gün geçtikçe bir "örümcek ağı" şekline dönüşmesi, bu sebeple bugün dünyanın herhangi bir noktasında ortaya çıkan hadiselerin, dünyanın en ücra köşesinde bile hissedilebildiği gerçeği en çok ekonomik ilişkilerde kendini göstermektedir. Birçok durumda siyasi ve kültürel alandaki gelişmeler ekonomik küreselleşmenin bir yansıması olarak kabul edilmektedir (Bulut, 2003).

1980'lerde yaygın bir biçimde kullanılmaya başlanan ve 1990'ların en popüler hale gelen kavramlarından biri haline gelen ekonomik küreselleşme, bir ülke ekonomisinin küresel ekonomiyle bütünleşmesi, diğer bir ifadeyle dünyanın tek bir pazara haline gelmesi şeklinde ifade edilmektedir. Bu süreç özellikle bilgi ve iletişim teknolojisinde yaşanan gelişmeler doğrultusunda ülkeler arasındaki mal, emek ve sermaye ve akışının artmasıyla birlikte ülkeler arasındaki ekonomik ilişkilerin güçleneceği ve ülkelerin birbirine yaklaşacağı manasını taşımaktadır. Bu süreçle birlikte mal ve hizmetlerle ilgili sınır ötesi işlemler ve uluslararası sermaye akımları giderek artmakta ve teknolojinin küresel ölçekte yayılması daha hızlı olmaktadır (Aktan, 2002). Literatürde ekonomik küreselleşmeyle yapılan tanımlara bakıldığında; Giddens, (2000), ekonomik küreselleşmeyi "ülkelerin ekonomik olarak birbirine bağımlı olması olarak değil, içinde bulunulan dönemde zaman ve mekân geçişi ile ilgili bir kavram" olarak açıklamaktadır. Fischer,'e göre (2003), ise ekonomik küreselleşme "dünya üzerinde bulunan birbirinden farklı ekonomilerin bütünleşerek tek bir pazar olarak haline gelmesi" olarak yorumlanmıştır. Böylece ülkeler arasındaki artan ilişkiler ticaretin artmasını sağlayarak emek, hizmet ve ürün ticaretinin özendirilmesini sağlamıştır (Fischer, 2003).

Ekonomik küreselleşmenin çok farklı açılımları olmakla birlikte, genel anlamda ön plana çıkan üç alt boyutunun varlığında söz edebiliriz. Bunlar; Ticari küreselleşme, Finansal Küreselleşme ve Üretimin küreselleşmesidir (Seyidoğlu, 2015:230). Ticari küreselleşme; Ülkeler arası mal ve hizmet akışını yansıtırken, finansal küreselleşme de uluslararası platformdaki finansal sermaye hareketlerindeki artışı ve yoğunluğu ifade etmektedir. Üretim küreselleşmesi süreci, üretim sürecinin farklı alt birimlerinin çok uluslu şirketler aracılığıyla farklı ülkelerde gerçekleştirilmesi olarak açıklanabilir.

4.3.2. Ticari küreselleşme

Bilgi ve iletişim teknolojisi, iletişim hızını artırarak ve maliyetleri düşürerek, çok daha hızlı ve daha ucuz bağımlılık sağlayarak, çeşitli ürün ve etkinliği bölgesel düzeye getirerek ve entegre ağlar vasıtasıyla dağıtımını özendirerek küreselleşmeyi mümkün kılmaktadır. Bu sayede bilgi ve iletişim teknolojileri, doğrudan iletişim ağları sayesinde ekonomiler arasındaki uzaklıkları azaltmış, doğrudan bir iletişim ağı kurarak işlerin erkenden koordine edilmesi, yeterli zaman tasarrufu ve işlem maliyetlerinin düşürülmesini olanaklı hale getirmiştir. Bu sayede gümrük işlemleri, elektronik raporlama ve belge uygulamaları nedeniyle uluslararası alanda ortaya çıkan birçok teknik engel ortadan kaldırılmıştır (Kılıç, 2008:8).

Ekonomik küreselleşmenin bir başka boyutu da ticari küreselleşme oluşturmaktadır. Ticari küreselleşme ya da diğer bir ifadeyle ticari dışa açıklık, ülkeler arasındaki ticareti teşvik etmek ve bu bağlamda tarifeleri, kotaları ve bazı görünmez engelleri ortadan kaldırmak için izlenen politikaları ifade etmektedir. Bir ülkenin dış ticaret anlamındaki açıklık derecesi, ticaretin küreselleşme endeksi ile ölçülür. Ticaret küreselleşme endeksi, bir ülkenin mal ve hizmet ithalat ve ihracatının GSYİH'ya oranıdır (Gygli, Haelg, Potrafke ve Sturm, 2018)

Örneğin:

$$\text{Ticari Küreselleşme} = (\text{ithalat} + \text{ihracat} \div \text{GSYH} \times 100) \quad (4.3)$$

Bu formül üzerinden yürütülen hesaplamalar sadece bir tek ülke için geçerlidir. Bu formül tüm dünyaya uygulandığında bazı değişikliklere uğrayacaktır. Çünkü bir ülkenin ihracatı başka bir ülkenin ithalatı anlamına gelir;

Örneğin:

$$\text{Ticari Küreselleşme} = (\sum \text{ihracat} + \text{ithalat} \div \text{GSYİH} \times 100) \quad (4.4)$$

1950 yılı ve sonrasında uluslararası ticaret önemli ölçüde artmıştır. Örneğin 1950'de toplam 380 milyar ABD doları olan toplam ticaret hacmi 1997 yılında 5,86 trilyon ABD dolarına yükselmiştir. 1989'dan 1997'ye kadarki süreçte ise, dünya ticaretinin yıllık büyüme hızı ortalama yüzde 5,3'e ulaşmıştır (Karakoç, 2003). Bu büyüme sürecindeki en önemli faktör, Ekim 1974'te 23 ülke ile Cenevre'de imzalanan Gümrük Tarifeleri ve Ticaret Genel Anlaşması'dır (GATT). Bu anlaşmaya göre, tarifeler ve kotalar kaldırılacak ve serbest piyasa ticareti kurulacak böylelikle ticaretin önündeki engeller azaltılmış olacaktır. Bu doğrultuda GATT'ın ilk turunda, uluslararası ticareti engelleyen tarife ve tarife dışı engellerin kaldırılması konusunda başarılı olunmuştur. 1967'deki altıncı Kennedy Turu görüşmeleri sonunda, gelişmiş ülkelerin tarifeleri %50 oranında düşürmelerine karar verilmiş, ancak pratikte bu %36'da kalmıştır. 1979'da düzenlenen Tokyo Turu'nda ise tarife dışı engeller gündeme gelmiş fakat uygulamada pek başarılı olunamamıştır. GATT görüşmelerinin sonuncusu ise, Uruguay görüşmeleri olmuştur. Uruguay Turu müzakereleri, en kapsamlı müzakere olup, dünya ticaretinin geleceği hakkında önemli kararları içermektedir. Özellikle bu tur sonunda dünya ticaretinin yeni düzenleyicisi olmaya karar verilen Dünya Ticaret Örgütü'nün (WTO) kurulmasıdır. Örgütün ana görevi, dünya ticaretini serbestleştirmek ve tüm engelleri kaldırmak olmuştur (Koçar, 2006).

1980'lere gelindiğinde GATT'ın da desteğiyle ülkeler arasındaki ticaret engelleri azaltılmış (Uysal, 2002:306). Bu tarihten sonra ekonomik küreselleşme süreci hızlı bir ivme kazanmıştır. Birleşmiş Milletler'in ortaya koyduğu rakamlara göre, küresel ticareti 1960 yılında 266 milyar ABD doları iken, 1986 yılında 4,334 milyar ABD dolarına yükselmiştir. Bu süreçte yıllık ortalama büyüme oranı aşağı yukarı %10,89 olarak gerçekleşmiştir. Bu, dünya ticaretinde İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra ekonomik kalkınmaya katkıda bulunan

en önemli faktörlerden biridir. Uluslararası Ticaretinin bu denli gelişmesinde en önemli faktörlerden biri, II. Dünya Savaşı sonrasında küresel işbirliğinin sağlanmış olmasıdır. Ayrıca, teknolojiye kaydedilen ilerlemeler, piyasalar arasındaki bağı daha da kuvvetlendirmiş ve dünya ticaretinde yükseliş trendi ivme kazanmıştır (Uysal, 2002:306-307).

4.3.3. Finansal küreselleşme

Ekonomik küreselleşmenin bir diğer ayağını oluşturan finansal küreselleşme, 1980'li yıllarda uluslararası sistemin yeniden yapılanmasının bir uzantısı olarak önem kazanmış ve çeşitli etkiler meydana getirmiştir (Durusoy, 2002). Dar anlamda finansal liberalizasyon; mevduat ve krediler üzerindeki faiz kısıtlamalarının kaldırılmasını ve kredilerin hangi fiyat üzerinden kimlere kullanılacağına piyasa mekanizmasına bırakılması olarak ifade edilmektedir. Geniş anlamda finansal liberalizasyon, dar anlamda finansal liberalizasyonun bir tamamlayıcısı niteliğindedir. Objektif olarak belirlenmiş standartları karşılayan tüm şirketlerin finans sektörüne girmesine izin verilmesini, bankalara kendi işlerini yürütme özgürlüğü verilmesini, finansal kurumlardan devlet mülkiyetinin kaldırılmasını ve uluslararası sermaye akışları üzerindeki kontrolün kaldırılmasını içerir. Bu doğrultuda, finansal serbestleşme aşağıda belirtilen altı başlığı içermektedir (Williamson ve Mahar 2002: 15-16). Bunlar;

- ❖ Krediler üzerinde kontrollerinin kaldırılması,
- ❖ Faiz oranlarının serbestleştirilmesi,
- ❖ Bankacılık veya hizmet sektörüne daha geniş anlamda girme özgürlüğü,
- ❖ Bankaların bağımlılığı,
- ❖ Bankalar için özel mülkiyet hakkı,
- ❖ Uluslararası sermaye hareketlerinin deregülasyonudur.

Finansal küreselleşme, diğer tüm küreselleşme boyutlarıyla kıyaslandığında daha etkin bir süreci ifade etmektedir. Sermayenin sınırları aşarak serbest dolaşımı, ekonomik küreselleşmenin en önemli özelliğini temsil ederken, bu süreç ulus-devletin ekonomi üzerindeki baskısının azalmasına, uluslararası şirketlerin ekonomi üzerindeki etkisinin ise artmasına neden olmuştur. Böylelikle finans piyasasının reel piyasadan ayrışması sorunu gündeme gelmiştir. Ayrıca gelişmekte olan pazarlara entegre olan az gelişmiş ülkeler

sermayelerini, üretim kapasitelerini, işgücünü, kişi başına düşen gelirlerini ve ticaret hacimlerini geliştirerek gelişmiş ülkelere daha yakın hale gelmiştir. Liberalizasyonun zamanlamasına ve yoğunluğuna bağlı olarak, bu politikanın uygulanmasının sonuçları ülkeden ülkeye değişim göstermiştir (Alçingi, 2021).

Finansal küreselleşme, ülke ekonomilerinin büyüüp gelişmesi açısından gerekli ve faydalı olarak görünse de küreselleşme karşıtlarına göre bu süreç birçok ülkeye zarar da vermiştir. Bu açıdan liberalleşme, ülkelerin dış dünyaya açılmanın bir sonucu olarak dezavantajlarla başa çıkmaya ve dış avantajlar sağlamaya hazırlıklı olmalarını gerektirir. Bunun nedeni, bu sürece hazırlıklı olmayan ülkelerin dış tehditlere karşı savunmasız kalabilmeleridir (Sarıtaş, 2020). Finansal küreselleşmeyi reddedenlere göre, küresel sermaye hareketliliğinin artması, özellikle ülkeler arasında spekülasyon ve kısa vadeli sermayenin hızlı akışı, ülkeler arasındaki karşılıklı bağımlılığın artmasına neden olmuş ve bağımsız ulusal ekonomi politikalarını imkansız hale getirmiştir. Finansal sermayenin artan likiditesi, hükümetin faiz oranları ve döviz kurları üzerindeki kontrolünü azaltmaktadır. Kısa vadeli menkul kıymet yatırımları geliştirmekte olan bir ülkeye girdiğinde, o ülkenin para biriminin çok fazla değer kazanmasına ve ülkenin yüksek faiz ve düşük kur tuzağına düşmesine neden olmaktadır. Aynı şekilde bu tür yatırımlar ülkeyi hızla terk edebildikleri için krizlere yol açabilmektedir (Çağlar ve Dışkaya, 2018).

4.3.4. Üretimin küreselleşmesi

Ekonomik küreselleşmenin diğer bir boyutu da üretimin küreselleşmesidir. Zira, üretim faaliyetleri küresel ölçekte yapılmakta ve üretimin farklı aşamaları farklı bölgelerde son bulmaktadır. Bu süreçte ön plana çıkan menkul kıymet yatırımları, doğrudan yabancı yatırımlar, uluslararası mal ve hizmet ticareti ve turizm gibi çok uluslu şirketler, farklı ekonomik alanlarda faaliyet göstermişlerdir. Diğer taraftan “yeni ekonomi” ve “post-endüstriyel üretim” gibi kavramların tanımına göre, günümüz üretim sürecinin en büyük özelliği meta üretiminden farklı olarak hizmet üretimine odaklanması ve bu şartlarda üretim faktörleri nitelikli insan kaynağına dönüştürülmüş olmasıdır (Bayar, 2011).

Ekonomik küreselleşmeyle birlikte sınırların ortadan kalkması, bölgesel pazarı şirket için bir küresel pazar haline dönüştürmüştür. Coğrafi pazar, küresel ölçekte bir dünya pazarı haline geldikçe, rekabet de küresel boyut kazanmakta, küreselleşmeyle artan rekabet

ortamı, şirketleri yeni ürünler geliştirmek ve ayakta kalabilmek adına diğer profesyonel şirketlerle birleşmeye götürmektedir. Daha çok sermaye çekebilmek, daha çok borçlanmayı ve daha fazla yatırımı gerekli kılmaktadır. Bu durum, şirketin küresel ölçekte rekabetini geliştirmektedir. Başka bir deyişle, artan küresel rekabet ile birlikte, piyasa beklentilerinin başarısızlığa uğrayacağı, kârlılığın düşeceği gibi öngörüler şirketleri uluslararası işbirlikleri yapmaya, diğer şirketlerle birleşmeye veya ortak girişimler kurmaya sevk etmiştir (Yakut, 2010).

Ulusal çapta üretimin her aşamasını inceleyebilen, bölgesel farklılıkların yarattığı potansiyelden yararlanabilen, bölgesel farklılıkların oluşturduğu potansiyeli kullanabilen, kaynak ve faaliyetleri ülke çapında yönlendirebilen, günümüzün ekonomik küreselleşme sürecindeki baş aktörlerinden biri de çok uluslu şirketlerdir (Akman, 2007:20; aktaran Alçingi, 2021). 19. yüzyılın ortalarında ilk defa ortaya çıkmaya başlayan çok uluslu şirketler, kurumsallaşma sürecini İkinci Dünya Savaşı'ndan önce tamamlamaya başlamıştır. Çok uluslu şirketler daha önceleri hammaddenin yoğun olduğu bölgede etkinliğini devam ettirirken, günümüzde bu durum küresel rekabetin artması ve pazar payı konularına göre şekillenmektedir. 1970'lerden beri çok uluslu şirketler uluslararası katılımcı olarak kabul edilmektedir. Çok uluslu şirketlerin uluslararası katılımcılar haline gelmesi, yatırımlarının gelişmiş ülkelere taşınmasıyla başlamıştır (Kaymakçı, 2007: 25-26). Etkileri ve ekonomik ölçekleri nedeniyle çok uluslu şirketler küresel ve ulusal ekonomi açısından ciddi önem arz etmektedir. Bugün küresel düzeyde gerçekleştirilen üretimin %76'sı dünyadaki ilk on şirket tarafından karşılanmakta, %50'lik dilim ise ilk beş şirket tarafından gerçekleştirilmektedir (Kaymakçı, 2011:2).

Çok uluslu şirketlerin coğrafi sınırları aşmasının birçok nedeni bulunmaktadır. Bunlar, mevcut kârların doğru bir şekilde yöneterek yeni yatırım alanları yaratmak, üretim maliyetlerini minimize etmek ve bu doğrultuda daha ucuz hammadde kaynaklarına erişerek daha fazla kar elde etmek için tekel fiyatlarında üretilen ürünleri satmak ve ucuz hammadde kaynakları elde etmektir (Güner ve Yılmaz: 2010: 198). Ayrıca, vergi indirimi kolaylığından faydalanmak, daha fazla tüketiciye erişmek, yabancılardan yardım kabul etmek, ucuz işgücünden faydalanmak da bu sebepler arasında yer almaktadır. Tüm bunların dışında çok uluslu şirketler siyasi ve kültürel alanlarda da faaliyet gösterebilmektedir (Dağı, 2007: 498; aktaran Filazi, 2020).

4.3.5. Siyasal küreselleşme

Ekonomik olarak küreselleşme, dünya ekonomisinde stratejik işbirlikleri kurarak siyasal küreselleşmenin yolunu açmıştır (Dulupçu, 2001: 19-20). Ulaşım ve iletişim teknolojisinde kaydedilen ilerlemeler sayesinde ekonomik ilişkilerin giderek daha yakın hale gelmesi, sadece kültürel entegrasyonu sağlamakla kalmamış, aynı zamanda uluslararası siyasi arenada küresel bir kontrol mekanizması meydana getirmiştir. Bu nedenle günümüzde ülkeler bağımsız hareket edememekte ve uluslararası siyasi normlara ve yükümlülüklerle bağlı kalmak durumunda kalabilmektedir. Zira, uluslararası normlara karşı muhalif tutum sergilemek, o ülke açısından çoğu zaman ekonomik, siyasi ve hatta askeri yaptırımları beraberinde getirebilmektedir. Bu şartlar altında ulus-devletin artık eskisi kadar bağımsız hareket ettiğini dile getirmek giderek güçleşmektedir (Saritaş, 2017). Mevcut koşullar altında küreselleşmenin siyasi boyutu; esas olarak ulus-devletlerin öneminin azalmasının ve ulus ötesi örgütlerin önemli hale gelmesinin bir sonucudur. Esas itibarıyla siyasal küreselleşme; küresel düzeyde kurulan siyasal ilişkileri yansıtmış olsa da (Ritzer, 2011: 64), bu aynı zamanda sosyal ilişkili yönetim modellerinin ortaya çıktığı ve toplumun ötesine geçerek evrensel çapta yaygınlık kazandığı anlamına da gelmektedir (Günsoy, 2006: 8; aktaran Karluk, 2009: 407).

Küreselleşmenin yaygınlık kazanmasında siyasal gelişmeler etkili olmuştur. 20. yüzyılda ön plana çıkan bu olaylar, küreselleşmenin tüm yönleri üzerinde doğrudan bir etkiye sahip olmuştur. 20. yüzyılın ikinci yarısında yaşanan Soğuk Savaş, ulus-devlete gerekli katkıyı sunmuş olsa da, 1990'lı yıllarda SSCB'nin dağılması ile iki kutuplu düzen sona ermiş, bu doğrultuda ABD'nin başı çektiği tek kutuplu düzen küreselleşmenin siyasi ayağını oluşturmuştur. Ulus-devlet anlayışı, yaşanan bu süreçte tamamen ortadan kalkmamış olsa da, hâkimiyetini kaybetme yönünde önemli bir yara almıştır (Elçin, 2012). Küreselleşmenin siyasi boyutu içinde Sovyetler birliğinin dağılmasından sonra küresel faaliyetlerin giderek genişlediği yeni bir dünya düzeni arayışında siyasal ve mekânsal bir yapıda olan devlet çok daha tartışılır hale gelmiştir. 1973 yılında ortaya çıkan petrol kriziyle birlikte bu tartışmalar daha da alevlenmiştir (Ersungur, 2016). Ayrıca, II. Dünya Savaşı sonrasında başta Amerika Birleşik Devletleri olmak üzere gelişmiş ülkeler tarafından planlanan ve uygulanan uluslararası kurum ve kuruluşlar, ulus-devletlerin faaliyet alanlarını kısıtlamış ve liberal görüşleri dayatmaya çalışmıştır. Bununla birlikte Berlin duvarının yıkılması, planlı ekonomi uygulayan ülkelerde bu tür olayların hemen

hemen hiç olmaması nedeniyle ülkeler üzerindeki serbest piyasaya göre hareket etme baskısı artmıştır. Dolayısıyla yaşanan bu siyasi süreç ekonomik olarak başlayan küreselleşme olgusunun hem sosyal boyutunu hem de politik boyutunu ciddi şekilde ortaya koymaktadır (Tekbaş, 2019).

Küreselleşmenin siyasi boyutunun önemli bir sonucu meydana gelen küresel terörizmdir. Dünyada devam eden yerel savaşlar ve birbirleriyle savaş halinde olan büyük güçler, savaşı dünya geneline yaymak, ilke ve hedeflerini gerçekleştirmek adına dünyanın çeşitli yerlerinde terör eylemlerine başvurmaktadır. Dolayısıyla terörizm, küreselleşmenin olumsuz etkilerine karşı milliyetçilik ve dini inançları kullanarak ve silahlı eylemlere yönelerek bazı ideolojilerin yükselişinde küreselleşmiştir. Yüzyıllar boyunca terörizm, bazen ideoloji, bazen din, bazen de milliyetçilik olmak üzere birçok farklı şekilde yaşanmıştır. Günümüzde yaşanan terör ise küreselleşme ile desteklenmekte, uluslararası bir çatışma biçimine dönüşmüş vaziyettedir. Bu olaylar arasında en yakın tarihte meydana gelen 11 Eylül saldırıları yaratmış olduğu etki açısından kapsamı oldukça geniş bir terör saldırısı olmuş, küreselleşme ve küreselleşmenin dünya siyasetini ne kadar etkilediğini biz göstermiştir (Ersungur, 2016).

4.3.6. Sosyo-kültürel küreselleşme

Sosyal kültürel küreselleşmede temel olarak ana akım kültürün dünyaya yayılmasıdır. Bu nedenle dünyada ortak bir kültüre sahip birleşik bir toplumun ortaya çıkışını tasvir eder. Hâkim kültürün yayılması; ulaşım ve iletişimin gelişmesiyle birlikte sınırların önündeki engellerin aşılması, dünyanın her yerinden fikirlerin ve insanların kolayca ve ucuza taşınmasıyla mümkün olmuştur. Sosyo-kültürel küreselleşmenin temelinde, egemen kültürlerin dünyaya yayılması süreci vardır. Böylelikle dünya çapında ortak bir kültürü paylaşan birleşik bir toplumun ortaya çıkışı tasvir edilmektedir. Bu aynı zamanında, mesafelerin ortadan kalktığı, insan ve onun fikirlerinin dünya çapında kolay ve ucuz bir halde hareketini sağlayan ulaşım ve iletişimdeki ilerlemelerle olanaklı hale gelmiştir (Clark 2003: 12).

Mesafenin önündeki engellerin üstesinden gelen, fikirlerin ve insanların dünya çapında kolay ve ucuz olarak hareketliliğini sağlayan taşımacılık ve iletişim alanındaki gelişmelerle mümkün hale gelmiştir (Clark 2003: 12).

Böylelikle kültürler arası etkileşimi artırarak benzer etkiler üretmiştir. Bu benzerlikler ağırlıklı olarak İngiliz ve Amerikan kültürlerinden kaynaklanan; giyim, yemek, eğlence, davranış kalıpları, İngilizcenin yaygınlığı ve Batıdan türeyen sözde değerler (feminizm, çoğulculuk, serbest piyasa anlayışı vb.) evrensel değerler haline gelmiştir. İngiliz-Amerikan kültür değerlerinin dünya ölçeğinde bu şekilde yaygınlık kazanması “Kültürel homojenlik” olarak tanımlanabilir (Sarıbay, Aydın, Erdoğan, Altan, 2002: 45).

Küreselleşme süreci, medyanın küreselleşmesiyle birlikte kültürel alanda da değişim ve dönüşümlere neden olmuştur (Varol ve Tayanç, 2017). Yeni iletişim teknolojilerinin özellikle sosyal medya alanındaki tekeli yaklaşımı, kültürü de etkilemiştir. Bazı markalar artık kültürel küreselleşmenin göstergeleri olarak insanların ortak tutkusu haline gelmiştir (Ahmadov, 2019).

Kültürel küreselleşme hem pozitif hem de negatif olabilecek şekilde neticeler ortaya koyabilmektedir. Yaygınlaşan demokrasiyle birlikte hak arayışlarının artması, kültüre erişim kolaylığı, farklı kültürlerden olan bireylerin kaynaşması, bilgi ve iletişim teknolojisi sayesinde bilgiye kolay erişim ve birçok önemli olumlu hadisler kültürel küreselleşmenin ortaya çıkardığı pozitif unsurlardır. Bilhassa demokrasi düzeyi düşük ülkelerdeki insani küreselleşme unsuru yararlanabilecek niteliklerin ön safhasında gelmektedir (Dülger, 2017).

Kültürel küreselleşme süreci çağdaşlaşma kisvesi altında birey ve toplumların temel değerlerini yozlaştırarak, kendi kültürlerine yabancılaştırma potansiyeli taşımaktadır. Bu minvalde, kültürel küreselleşme sürecinin yarattığı bu olumsuz durumlara karşı birey ve toplumların, değişen dünya koşullarına kendi iç dinamikleriyle yanıt vermesi, kendi öz benliğini muhafaza ederek, bireysel özellikleri koruyarak ve yaygınlaştırarak, toplumsal faydaları geliştirerek, siyasi bütünlüğü ve kültürel farklılıkları koruyarak yenilikçi yollarla ortaya çıkan yeniliklerden yararlanmak gerekmektedir (Ersungur, 2016).

4.4. KOF Küreselleşme Endeksi

KOF Küreselleşme Endeksi, ülkelerin küreselleşme düzeyini ölçmek için geliştirilmiş ekonomik, politik ve sosyal boyutları olan karma bir endeks türüdür. İlk defa; 2002 yılında Axel Dreher tarafından oluşturulmuş, daha sonra yine Dreher, Gaston ve Martens (2008)

tarafından güncellenmiş olan KOF Küreselleşme Endeksi, İsviçre Ekonomi Araştırmaları Enstitüsü tarafından yayımlanmaktadır. KOF Küreselleşme Endeksi, 1970'den beri dünyadaki hemen hemen her ülke için küreselleşmenin ölçülen farklı yönlerini ekonomik, sosyal ve politik düzeylerde tek bir endeks değeri olarak görmemizi sağlayan bileşik bir göstergedir. Endeksin 2008'de güncellemesi ile kapsamına aldığı ülke sayısı 209'a, 2018 yılında yeniden bir güncellemesiyle birlikte endekste yer alan değişken sayısı 43'e yükselmiştir (Gygli, Haelg, Potrafke ve Sturm, 2019:543-544). KOF Küreselleşme Endeksinde bulunan her alt bileşen farklı derecede bir ağırlık yüzdesine sahip olup, bu yüzdelere birleşimiyle KOF Küreselleşme Endeksi oluşturulmaktadır (Cambazoğlu, 2019: 48).

Çizelge 4.3. KOF küreselleşme endeksinin bileşenleri ve ağırlık oranları (KOF Globalisation Index, 2018)

<i>Küreselleşme İndeksi, de facto</i>	<i>Ağırlıklar</i>	<i>Küreselleşme İndeksi, de jure</i>	<i>Ağırlıklar</i>
Ekonomik küreselleşme, de facto	33,3	Ekonomik küreselleşme, de jure	33,3
<i>Ticari Küreselleşme, de facto</i>	50,0	<i>Ticari Küreselleşme, de jure</i>	50,0
Mal Ticareti	40,9	Ticaret Düzenlemeleri	32,5
Hizmet Ticareti	45,0	Ticaret Vergileri Tarifesi	34,5
Ticari Ortak Çeşitlendirme	14,01		33
<i>Finansal Küreselleşme, de facto</i>	50,0	<i>Finansal Küreselleşme, de jure</i>	50,0
Doğrudan Yabancı Yatırım	27,5	Yatırım Kısıtlamaları	21,7
Portföy Yatırımları	13,3	Sermaye Hesabı Açıkları 1	39,1
Uluslararası Borç	27,2	Sermaye Hesabı Açıkları 2	39,2
Uluslararası Rezervler	2,4		
Uluslararası Gelir Ödemeleri	29,6		
Sosyal Küreselleşme, de facto	33,3	Sosyal Küreselleşme, de jure	33,3
Kişiler Arası Küreselleşme, de facto	33,3	<i>Kişiler Arası Küreselleşme, de jure</i>	33,3
Uluslararası Ses Trafikliği	22,9	Telefon Abonelikleri	38,2
Transfereler	27,6	Ziyaret özgürlüğü	31,2
Uluslararası Turizm	28,1	Uluslararası Havaalanları	30,6
Göç	21,4		
Bilgilendirici Küreselleşme, de facto	33,3	Bilgilendirici Küreselleşme, de jure	33,3
Patent Başvuruları	35,1	Televizyon	25,2
Uluslararası Öğrenciler	31,2	İnternet Kullanıcısı	31,9
Yüksek teknoloji İhracatı	33,7	Basın Özgürlüğü	13,2
		İnternet Bant Genişliği	29,7
Kültürel küreselleşme, de facto	33,3	Kültürel küreselleşme, de jure	33,3
Kültürel Mal Ticareti	22,6	Cinsiyet Paritesi	31,1
Ticari Marka Uygulamaları	13,3	Eğitim harcamaları	
Kişisel Hizmet Ticareti	25,6		
McDonald's Restoranı			

Çizelge 4.3. (Devamı) KOF küreselleşme endeksinin bileşenleri ve ağırlık oranları (KOF Globalisation Index, 2018)

IKEA Mağazaları	15,3	Sivil Özgürlük	38,0
Siyasal Küreselleşme, de facto	33,3	Siyasal Küreselleşme, de jure	33,3
Elçilikler	35,7	Uluslararası Organizasyonlar	37,0
BM Barış Misyonları	27,3	Uluslararası Anlaşmalar	33,0
Uluslararası Sivil Toplum Kuruluşları	37,0	Yatırım Anlaşmalarında Ortak Sayısı	30,0

KOF Küreselleşme Endeksini ölçmek için kullanılan alt endekslerin ağırlıklı ortalaması yıldan yıla değişebilmektedir (KOF, 2019). KOF Küreselleşme Endeksi içinde 2018 yılında %33,3 ağırlığa sahip olan ekonomik küreselleşme endeks oranı 2017 yılında %36 ağırlığa sahipti. Benzer şekilde yine, 2018 yılı için %33,3 ağırlığa sahip olan sosyal küreselleşme endeksi 2017 yılında genel endeks içinde %37 oranında bir ağırlığa sahipti. Bununla birlikte 2018 yılında %33,3'lük bir ağırlık oranı içeren politik küreselleşme endeksi de 2017 yılında genel endeks içindeki oranı %27 idi.

KOF Küreselleşme Endeksi, küreselleşme sürecinin ekonomik, sosyal ve politik boyutlarını ölçmektedir. Bu endeks, daha önce kullanılan ölçümlerde gözden kaçan özellikleri de ele almakta bu yönüyle Kearney Küreselleşme Endeksi'nden farklı nitelik taşımaktadır. Endeksteği değişikliklerin ülkelerin coğrafi özelliklerine göre ayarlanması, KOF Küreselleşme Endeksini Kearney Küreselleşme Endeksi'nden ayıran en önemli unsurdur. Ayrıca, değişkenlerin büyüklüğünü, kapsamını, yoğunluğunu, gücünü ve etkisini odak noktasına almaktadır (Dreher, Gaston, Martens ve Boxem, 2010:130). Bu endekse göre; Ekonomik küreselleşme, cari akım verileri ve bazı kısıtlamalar kullanılarak hesaplanmaktadır. Bu veriler; hisse senetleri, portföy yatırımları ve yabancılara ödenen gelirlere ilişkin doğrudan yabancı yatırımlar ve ticari veriler üzerinden test edilmektedir. Sosyal küreselleşme ise; kişisel iletişim bilgileri, bilgi akışı verileri ve kültürel kaynaşma verilerine dayalı olarak hesaplanmaktadır. Siyasi küreselleşme de; ülke başına düşen konsolosluk sayısı, uluslararası kuruluşlara üyelik ve uluslararası anlaşmalara dayalı olarak hesaplanmaktadır (Topuz, 2016). KOF Küreselleşme Endeksi'ni oluşturmak için kullanılan tüm değişkenler "1-100" arasında değerler almaktadır. Endeksin "100" olarak aldığı değer maksimum değeri, "1" olarak aldığı değer ise minimum değeri ifade etmektedir. Endeks değerindeki meydana gelen artış, küreselleşme düzeyindeki bir artışa işaret etmektedir (Türedi, 2016).

Çizelge 4.4. BRİCS-T ülkeleri kof küreselleşme endeksine göre sıralaması (KOF Swiss Economic Institute, 2018)

Genel Küreselleşme			Ekonomik Küreselleşme		Sosyal Küreselleşme		Politik Küreselleşme	
S No	Ülke Adı	Endeks Değeri	Ülke Adı	Endeks Değeri	Ülke Adı	Endeks Değeri	Ülke Adı	Endeks Değeri
49	Rusya	71,94	Rusya (115)	54,46	Rusya (96)	68,67	Rusya (13)	92,69
58	Türkiye	70,57	Türkiye (114)	54,70	Türkiye (112)	64,30	Türkiye (12)	92,70
60	Güney Afrika	70,51	Güney Afrika (111)	55,15	Güney Afrika (101)	67,20	Güney Afrika (30)	89,18
82	Çin	64,28	Çin (146)	44,95	Çin (135)	57,61	Çin (26)	90,29
90	Hindistan	62,23	Hindistan (153)	42,91	Hindistan (145)	51,66	Hindistan (17)	92,13
80	Brezilya	64,49	Brezilya (160)	41,40	Brezilya (119)	62,24	Brezilya (27)	89,83

Not: Parantez içi değerler ilgili ülkelerin sıralamasını göstermektedir.

KOF Küreselleşme Endeksine göre 209 ülke için yapılan hesaplamalardan yoldan çıkılarak dünya küreselleşme sıralamaları içerisinde BRİCS-T ülkelerinin dünya ölçeğindeki sıralaması görülmektedir. BRİCS-T ülkeleri içerisinde genel küreselleşme sıralamasında Rusya Federasyonu 49. sırada yer alırken, Brezilya 80.sırada yer almaktadır. Ekonomik küreselleşme sıralamasında ise 55,15 puan sıralaması ile Güney Afrika Cumhuriyeti ilk sırada bulunmaktadır. Bu ülkeyi 54,70 ile Türkiye, 54,46 ile Rusya Federasyonu, 42,91 puan ile Hindistan ve 41,40 puan ile Brezilya izlemektedir. Sosyal Küreselleşme endeksinde ise Rusya Federasyonu ise 96. Sırada bulunmaktadır. Bu ülkeyi Güney Afrika Cumhuriyeti, Türkiye, Brezilya ve Hindistan izlemektedir. Politik Küreselleşme endeksinde ise, Türkiye 12. sırada bulunurken, Türkiye'yi sırasıyla Rusya Federasyonu, Hindistan, Çin ve Brezilya izlemektedir.

BRICS-T ülkelerinin genel küreselleşme endeksinde 1980 yılından sonraki süreçte uluslararası piyasadan sağlanan kredilerin büyümesi, ülkelerin borçların geri ödenmesinde yaşadığı zorluklar ve özellikle de 1987'de Wall Street borsa krizinin getirdiği ekonomik durum nedeniyle genel küreselleşme endeksinde düşüşler meydana gelmiştir (Ongun, 2012: 50). Bundan sonraki süreçte Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu gibi kuruluşların devreye girmesiyle endeks yeniden yükselmeye başlamış, sermayenin ve dış

ticaretin serbestleştirilmesine dönük programın hayata geçirilmesi ve özellikle borç içindeki ülkelerin liberal sisteme entegrasyonu hedeflenmiştir. 2000 yılından sonraki süreçte ise, Rusya ve Çin'in Dünya Ticaret Örgütü'ne üye olmaları ve Brezilya, Rusya ve Türkiye'nin uyguladıkları dışa açık ekonomi politikaları genel küreselleşme endeksinde yaşanan artışın önemli nedenleri arasında olarak görülmektedir (Tekbaş, 2019).

4.5. Küreselleşmenin Sağlık Sektörü ve Politikaları Üzerine Etkileri

Küreselleşme nüfuzu altına aldığı birçok alan gibi, bir kamu hizmeti ya da politikası olarak kabul gören sağlık sektörünü de kısa bir süre içerisinde etkisi altına almıştır. Küreselleşmenin sağlık sektöründe meydana getirdiği ilk etki, II. Dünya Savaşı sonrasında küresel sağlık politikasını tek başına yönlendiren Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) rolünün zayıflatılması ve bu alanın Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Bankası (DB) bırakması ile olmuştur. Kamunun, sağlık ve sosyal güvenlik gibi alanlardaki pozisyonunun geçiş süreci ise, tıbbi teknoloji ürünleri ile piyasanın karşılaşmasıyla paralellik göstermektedir. Artık bu noktadan sonra sağlık piyasası oluşmuş ve bu piyasa sağlık politikalarının önemli belirleyicisi durumundadır. Özel sektör piyasasında daha fazla ilaç ve tıbbi teknoloji üretimi sağlanırken, küreselleşmenin tesiriyle kamu sağlık hizmetleri metalaştırılarak piyasaya terk edilmektedir (Yaghoobpour, 2019).

1980'li yıllara kadar kamu ekonomisi veya rolü tarafından sunulan sağlık hizmeti bu dönemden sonra gelişen teknoloji, ülkeler ve hatta kıtalar arası yolculukların kolaylaşması ve hızlanması ve bir kişi ya da ülkeyi bulaşıcı hastalıklardan koruyarak yaratılan dışsal faydalar, sağlığa küresel kamusal hizmet olma niteliği kazandırmıştır (Mutlu, 2006). Küresel ölçekte artan ve yaygınlaşan sağlık hizmetleri, küresel ölçekte dışsallıklar sağlamaktadır. Dışsallık özelliklerinin ulusal boyuttan küresel boyuta taşınmasıyla birlikte bu nitelikteki sağlık hizmetlerinin sunumu da küresel boyut kazanmaktadır. Bu bağlamda, ulus devletlerle işbirliği yapan uluslararası kuruluşlar, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında yeni arayışlar içerisine girmişlerdir (Ener ve Demircan, 2008). Bu gelişmeler şüphesiz sağlıkta küresel dönüşüm reformunun başlatan bir süreç olmuştur. Bu reform, yalnızca artan maliyetleri düşürmeyi ve verimliliği artırma gayesi dışında, aynı zamanda ülkenin sağlık sistemindeki sorumluluklarını da ciddi şekilde yeniden tanımlamıştır (Ağartan, 2011:37-38).

Farklı ekonomik kalkınma düzeylerine ve farklı sağlık sistemlerine sahip ülkeler nasıl benzer reform planlarına sahip olabilir? Bu soruyu yanıtlamadan önce çoğu ülkenin sağlık sistemlerini etkileyen ve reform gerektiren makro faktörleri anlamak gerekir (Yaghoobpour, 2019).

Bu faktörlerin başında, "makroekonomik nedenler" yatmaktadır. Refah devleti (sosyal) kavramının ortaya çıkmasından önce çeşitli toplumlarda bir takım sosyal düzenlemeler hayata geçirilmişti. Ancak, siyasal hakların gelişmesiyle birlikte devletin serbest bir ekonomide sanayileşme, eşitsizlik ve güvensizliğin yol açtığı sorunlara kayıtsız kalamayacağı fikrinden hareketle refah devleti anlayışı, özellikle II. Dünya Savaşı'ndan sonra geliştirilmiş ve yaygın olarak kullanılmıştır (Koray, 2002:170). Dolayısıyla devletin toplumsal hayata müdahalesi 1930'larda başlamış ve İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra daha da güçlenmiştir (Akbulut, 2009: 229-230).

1945-1970 arası dönemde "altın çağ" olarak isimlendirilen bir sürece giren refah (sosyal) devletlerinde toplumun tüm sınıfları için eğitimden sağlığa kadar temel kamu hizmetlerinde kayda değer önemli gelişmeler yaşanmıştır (Yıldız, 2008). Bu dönemde yeni sosyal devlet ve refah anlayışı ilk kez kendini göstermeye başlamıştır (Yaşar, 2011). Örneğin 1970'lerden önce Kıta Avrupası ülkelerinde devlet, toplumun tüm kesimlerine eğitimden sağlığa kadar temel kamu hizmetlerini sunan sosyal bir kurum olarak sorumluluklarını yerine getirmiştir. Bu dönemde hayatın her alanında fırsat eşitliğini sağlanması, adil gelir dağılımının oluşturulması, aile ve çocuk yardımlarının sağlanması, iyi bir yaşam sürmek için gerekli niteliklere sahip olmayan nüfusu korunması, eğitim ve barınma gibi ihtiyaçların karşılanması ile sağlık hizmetlerinin sunulması sosyal devletin birincil kamusal sorumluluğu olmuştur (Yıldız, 2008).

II. Dünya Savaşı'ndan sonra özellikle Batılı gelişmiş ülkeler refah devleti anlayışı çerçevesinde büyük reformlar yapmaya başlamış, sağlığı birey ve toplum için hayati önem taşıyan bir sosyal refah olarak görmüşlerdir. 1942 yılında İngiltere'de hazırlanan Beveridge raporuna dayanılarak, ülkede yaşayan tüm bireylere ücretsiz tıbbi bakım sağlanması amacıyla 1948 yılında ulusal sağlık sistemi uygulamaya konmuştur. 1945'ten sonra, İtalya; nüfusunun çok büyük bir kısmını sağlık sigortasına dahil etmiştir. 1945 yılında Fransa'da yardım sandıklarının gelişmesiyle hayata geçirilen ve ilk etapta işçileri ve ailelerini, 1961'de tarım işçilerini, 1966'da serbest meslek sahiplerini kapsayan sosyal sigorta

uygulanmaya başlanmış ve 1974'te güvencesi olmayan kişileri de içeresine alacak şekilde genel sigortaya dönüştürülmüştür (Görmüş, 2011: 67).

1945'ten 1960'a kadar olan sürekli genişleme dalgası gösteren Keynesyen politikalar ekonomik döngü sırasındaki daralma ve durgunluğun etkilerini hafifletmiştir (Mandel, 1991; aktaran Şentürk; 2019:15). 1970'lere gelindiğinde piyasaların kitlesel anlamda tek tip üretime doyması ve petrol fiyatlarında yaşanan ani artışlar karşısında ortaya çıkan stagflasyon olgusunun neden olduğu ekonomik durgunluğun ardından, talep yanlı ekonomik politikalar ile ekonomik büyüme ve tam istihdamın sağlanması, sosyal güvenliğin çerçevesinin genişletilerek ve sosyal eşitsizliklerin minimum düzeye indirilmesi sloganı ile ortaya çıkan Keynesyen ekonomik yaklaşım yerini liberal ekonomik yaklaşıma devretmiştir (Görmüş, 2013:77). Aynı zamanda yaşanan kriz süreci ile birlikte Bretton Woods sisteminin çöküşü, II. Dünya Savaşı sonrasında kurulan refah devletinin ve bunun önemli bir bölümünü oluşturan sağlık ve sosyal güvenlik sisteminin altın çağını sona erdirmiştir. Dolayısıyla yaşanan küreselleşme, liberalleşme ve ülkeler arasında yeni bir iş bölümünün ortaya çıkması gibi sebeplerle refah sistemi bir kez daha geçiş süreci içeresine girmiştir. Bir taraftan sermaye piyasaları birbirine entegre olurken, diğer taraftan sermaye akımlarında ve üretim piyasalarında rekabet hızla yoğunluk kazanmış, serbestleşme olarak karşılık bulan piyasa ilişkileri tüm piyasada hakim güç durumuna gelmiştir (Ağartan, 2011: 38).

1973 petrol krizinin yol açtığı ekonomik durgunluk sonrası kriz sürecinden kendine pay çıkaran Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Bankası (DB) gibi uluslararası ekonomik kuruluşlar, kredi sağlamanın bir karşılığı olarak bilhassa az gelişmiş ülkeleri neoliberal sağlık reformlarını hayata geçirme konusunda baskı oluşturmaya başlamıştır. Bu kuruluşlar, daha önceleri kredi sağladıkları ülkelere önceki yıllarda borç yükü altına girdikleri ve bir anlamda krizlerinin nedeni sayılan yüklü miktardaki borçları azaltmaları konusunda yapısal reformları uygulamaya koymalarını ve kamu harcamalarının önemli bir kısmını oluşturan sosyal hizmetlerin (eğitim, sağlık ve refah) kısılmasını istemiştir (Homodes ve Ugalde, 2008).

1980'lerden sonra gelişmiş ülkelerin sosyal devlet anlayışında gerileme meydana gelirken nispeten az gelişmiş ülkeler ile geçiş ekonomiler olarak adlandırılan Orta ve Doğu Avrupa'daki eski sosyalist ülkeler, Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Bankası'nın

(DB) öncülüğünde dışa dönük istikrar ve yapısal uyum politikalarını devreye almaya başlamıştır (Şenses, 2006: 17). İlk etapta Şili, Arjantin, Meksika, Hindistan'da hayata geçirilen Dünya Bankası (DB) denetimindeki reform uygulamaları sonraki yıllarda 60'tan fazla devlette, en son olarak ise 2006 yılında Azerbaycan'da benzer şekilde uygulanmaya konulmuştur (Hamzaoğlu, 2011).

1990 sonrasında küreselleşme eğilimi tüm dünya sağlık sistemlerini etkisi altına almış ve Dünya Bankası (DB), Uluslararası Para Fonu (IMF), Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Dünya Ticaret Örgütü (WTO) öncülüğünde küresel sağlık politikası ön plana çıkarılmıştır. Bu projenin hayata geçilmesinde asıl amaç; bireyin yaşam kalitesinin ve süresinin iyileştirilmesi, ulusal ve uluslararası sağlıkta eşitliğin sağlanması ve herkesin sürdürülebilir bir sağlık sistemine erişiminin sağlanmasıdır (Şahin ve Top, 2002).

Devleti yeniden yapılandırmayı hedefleyen neoliberal politika, yeni kamu yönetimi anlayışı ile kamu hizmetlerini yeniden dizayn etmeye çalışmakta, bu süreç kamu hizmeti anlayışını ve kamu hizmeti olarak kabul edilen ekonomik ve sosyal faaliyetlerin kapsamını yeniden şekillendirmektedir (Acar ve Gül, 2007). Bir şekilde adem-i merkezîyetçi yapıya dönüşen yeni devlet yapısı ile birlikte, kamu hizmetleri nicelik ve nitelik itibarıyla sağlık hizmet alanını önemli ölçüde etkilemiştir. Devletin bu alandaki sorumluluğu özellikle bu süreçle birlikte esnek bir yapıya kavuşmuş, artık kamu; hizmet sunan ve finansman sağlayan kesim olmaktan çıkarak, özerk bir yapıda sağlık hizmetleri piyasasını düzenleyen ve bu piyasaya kurallar getiren bir yapıya bürünmüştür (Yılmaz, 2008). Bir doğrultuda, sağlık hizmetleri alanında kamunun artan maliyetlerinin kısılması ve mevcut maliyetlerin paylaşımı ekseninde yeni yapılanma süreci başlamış, bu alan kamu-özel sektör işbirliği içerisinde hızla gelişerek pek çok sağlık hizmetinin tümüyle özel sektöre ve piyasa dinamiklerine bırakılmıştır. Bu dönüşüme dikkat çeken Buğra ve Kayder'e göre (2015) "sosyal harcamalarının üçte bir gibi önemli bir bölümünü sağlık harcamaları oluşturulmaktadır" (Güzel, 2020:121). Armstrong vd. (1997), sağlık hizmetleri alanında devletin küçültülmesi ve özelleştirme aşaması arasındaki bağlantıya dikkat çekmiş, neoliberal doktrinle birlikte bireylerin beklentileri, hakları ve sorumluluklarının da dönüşüme uğrattığını vurgulamışlardır (Armstrong, Pat, Connelly, 1997; aktaran Şentürk, 2019:25). Harvey'e göre (2005) ise, göre sağlık hizmetlerinin kamusal bir hak olmaktan çıkarılıp ticarileştirilmesi, sermayenin "mülsüzleştirerek birikim" emsali meydana getirmekte ve sermayenin daha da gelişip büyümesi için yeni alanlar açarak kaynak

yaratmaktadır. Sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılmasındaki bu değişikliklerin bir sonucu olarak, hastalar "müşteri" haline gelmiş ulusal sağlık hizmetleri yerini özel sağlık sigortasına bırakmaya başlamış ve hizmetlerde "planlama" sürecinin yerine serbest piyasa ve rekabet ilkeleri egemen olmaya başladı (Navarro, 2008).

Sağlık reformunda sağlık hizmetlerinin finansmanında yapılan bir diğer politika değişikliği de katkı payı uygulamasıdır. Bu uygulama, ek kaynak yaratabileceği ve hizmetlerin gereksiz yere kullanılmasını engelleyebileceği iddiasıyla yaygın bir şekilde yaygınlaştırılmış ve reformun en tartışmalı unsurlarından birisi haline gelmiştir. Çünkü refah devletinin ortaya çıkmasından bu yana sağlık hizmetleri çoğu zaman meta dışı alanlara yönelmiş; ancak katkı payı gibi uygulamalarla tekrar metalaşma sürecini başlamıştır (Eligüzel, 2019).

Sağlık hizmetlerinin bir takım unsurlarının ya da direkt olarak hizmet sunumunun özelleştirilmesi süreciyle sağlık sektöründe kamu harcamalarının önemli ölçüde azalacağına ve rekabetin sağlanmasıyla hizmet kalitesinin artacağı kaynakların doğru alanlarda kullanılması sağlanarak maliyet bilincini yaratılacağı düşünülmektedir. Özelleştirmeyi doğru bir hamle olarak gören bu görüşe göre özelleştirme, hastalara daha fazla doktor seçeneği sunacak ve çalışanlar için daha rahat bir çalışma ortamı yaratacaktır. Ayrıca devlet, doğrudan sağlık hizmetlerine ayrılması gerekmeyen bütçesini koruyucu sağlık hizmetleri ve çevre temizliği gibi alanlara aktarabilecek ve böylece uzun vadede sosyal tedavi maliyetlerini azaltabilecektir. Dünya Bankası, sağlık alanında karşılaşılan sorunların çözümü için özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için özelleştirmeyi önermektedir. Ancak özelleştirme savunucuları, bakımın adil dağılımı sorununu çözme konusunda isteksizdirler. Onlara göre herkese yüksek düzeyde bakım sağlamak imkânsızdır. Bu bir hükümet politikası olmamalıdır (Yaghoobpour, 2019).

Ayrıca, neoliberal politikaların yol açtığı sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin zengin ve fakir arasındaki uçurumu daha da derinleştirildiğine dikkat çekilmektedir. Zira, özel sektör, kâr için çok az fırsatı olan yoksullara bu tür hizmetleri sağlama riskine girmeyecektir. (Yaghoobpour, 2019). Bu anlamda Dünya Sağlık Örgütü'nün 2002 yılında yayınladığı raporunda sağlık alanında küresel bir derinleşme olduğu vurgulanmaktadır. Söz konusu raporda DSÖ; "kazanımların yavaşladığı ve sağlıkta uçurumun derinleştiğine" dikkat çekmekte, küresel ortalama yaşam süresinin 1950'lerde 46,5 yıldan 2002'de 65,2 yıla kadar

yaklaşık 20 yıl arttığına vurgu yapılmaktadır. Ancak Sahra altı Afrika'nın bazı bölgelerinde yetişkin ölüm oranı hala 30 yıl öncesine göre çok daha yüksek olduğu ve Özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde devletin özelleştirme yoluyla sağlık hizmetlerini piyasaya sürmesi toplumsal felaketlere yol açtığı raporda yer alan başka bir ayrıntıyı oluşturmaktadır (WHO, 2002).

Sağlık hizmetleri alanında ilk neoliberal reformu hayata geçirmiş ülke Şili olmuştur. 1973 yılında Şili'de kurulan askeri darbe hükümeti ve uluslararası finans kuruluşlarının işbirliğiyle bu reformu geliştirmekte olan ülkelere örnek olsun diye sunmuştur. Şili'de daha önce olmayan özel sigortanın kamu desteği ile sağlık hizmetleri alanında ikili bir sigorta yapısı ortaya çıkmıştır. Halk sağlığı hizmetleri ülke genelinde 26 özerk bölgeye bölünmüştür ve her idari departman bölgedeki hastane hizmetlerinden sorumlu kabul edilmektedir (Unger Paeppe, Cantuarias ve Herrera, 2008). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin belediyelere devri, sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu (yerinden yönetim) sağlanmıştır (WB, 1993; aktaran Şentürk, 2019:25).

Sağlık sektörü alanında verimliliğin artırılarak, harcamaların kısılması sürecine odaklanan neoliberal sağlık reformu; sağlık sektöründeki iş gücünde önemli düşüşler meydana getirmiştir. Sağlık sektörünün çok fazla hizmet ve emek odaklı bir sektör olması bu durumun nedeni olarak gösterilmektedir. Sağlık sektöründe gerçekleştirilen reform süreçleri zorunlu işten çıkarmalar, boş kadroların doldurulamaması tam zamanlı işlerin kısmi zamanlı işlerle ikame edilmesi, erken emeklilik ve gönüllü fazlalık programları, işe alım sürecinin askıya alınması gibi bir takım tedbir paketlerini içermektedir. Örneğin Letonya'da 1990 ile 1996 yılları arasında sağlık çalışanlarının sayısı azaltılarak, 10.000 kişiye düşen doktor sayısı 41,1'den 29,7'ye; diş hekimi sayısı 5,8'den 4,8'e, paramedik sayısı da 106,1'den 72,2'ye gerilemiştir. Sağlık sektöründe işgücünde azaltmalara gidilmesi Gana gibi gelişmekte olan ülkelerde de hayata geçilmiştir (ILO, 2003:178-180; ILO, 1998; aktaran; Görmüş, 2013: 95).

5. LİTERATÜR TARAMASI

Sağlık hizmeti finansmanı, sağlık hizmetleri alanında finansal kaynakların seferber edilmesini ve kullanılmasını içeren geniş çaplı bir kavramdır. Sağlık hizmetlerine yönelik bireyin öngörülmeyen talebini karşılamayı hedefleyen sağlık hizmeti finansmanı, sağlık sisteminin sürdürülebilir gelişimi için gerekli koşullardan biridir (Mossialos ve diğerleri, 2002:1). Sağlık hizmetlerinin finansmanı, literatürde gelir potansiyeli ve bu gelir potansiyelini etkileyen faktörler ile birlikte birçok araştırmaya konu olmasına rağmen, sağlık harcamalarının sadece ekonomik faktörlerden değil, aynı zamanda demografik, politik, sosyal ve çevresel faktörlerden etkilendiği görülmektedir. Literatürde sağlık harcamalarının belirleyicilerini tahmin etmeye yönelik en temel çalışma Kleiman (1974), Newhouse (1977), ait çalışmalardır. Bu çalışmaların odak noktası, sağlık harcamalarının belirleyicilerini sağlığın gelir ile olan ilişkisi üzerinden ele almalarıdır. Bu çalışmalar aşağıda özetlenmiştir;

Kleiman (1974); çalışmasında sağlık harcamalarının belirleyicilerini analiz etmiştir.16 gelişmiş ülke için yürütülen yatay kesit analizinde analiz bulguları, sağlık harcamalarının gelir esnekliğini 1.2 yönde bulunarak, sağlık harcamalarının lüks mal olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Newhouse (1977); çalışmasında ise, sağlık harcamalarına yönelik ortaya konulan en temel çalışmadır. Çalışma, 13 gelişmiş ülkeyi kapsayacak şekilde ele alınmış, kişi başına düşen GSYİH'nın, kişi başı sağlık harcamalarını ne yönde etkilediği yatay kesit verileri kullanılarak ortaya konulmaya çalışılmıştır. İki değişkenli regresyon analizi metodolojisiyle yürütülen çalışmada, sağlık harcamalarının gelir esnekliği 1'den büyük bulunarak ele alınan ülkelerde sağlık harcamalarının lüks mal olduğu ortaya konulmuştur. Bununla birlikte, kişi başına düşen GSYİH'daki artışın, sağlık harcamalarında da artışa neden olduğu yönünde güçlü bir ilişki tespit edilirken, sağlık harcamalarındaki değişimlerin %90'dan fazlasının gelirdeki değişimlerle açıklandığı ortaya konmuştur.

Parkin, Mcguire ve Yule, (1987); çalışmalarında sağlık harcamalarının belirleyicilerini analiz etmişlerdir. 23 OECD ülkesi özelinde 1980 yılını kapsayan çalışmada analiz bulguları toplam sağlık harcamalarındaki değişimin büyük bir kısmını GSYİH'nın oluşturduğu yönündedir. Parkin vd. (1987), Newhouse'un çalışmalarını eleştirmiş ve farklı

modeller kullanmanın sonuçları farklı kıldığını vurgulamıştır. Bu durum, ulaşılabacak sonuçların modelde kullanılan parametrelerin seçimine ve kullanımına duyarlı olduğunu göstermektedir.

Bilgel (2003); çalışmasında sağlık harcamalarının belirleyicilerini Türkiye özelinde ilk defa analiz etmiştir. 1927-1996 yılları için kişi başına düşen gelir değişkeni, 15 yaş altı nüfus ve 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfus içindeki oranı, ortaöğretim ve yükseköğretimde öğrenim gören öğrenci sayıları gibi değişkenler kullanılarak yürütülen çalışmada zaman serisi yönetimi kullanılmıştır. Çalışmanın analiz bulguları, sağlık harcamalarının gelir esnekliği 1'den küçük bulunmuş, sağlık harcamalarının Türkiye'de zorunlu mal olduğu ileri sürülmüştür.

Crivelli, Filippini ve Mosca, (2005); çalışmasında sağlık harcamalarının belirleyicilerini analiz etmişlerdir. İsviçre kantonları için 1996-2001 yılları arasını kapsayan çalışmada, 75 yaş üstü nüfusun toplam nüfus içerisindeki payı, 5 yaş altı nüfus, işsizlik oranı ve hekim yoğunluğu gibi değişkenlerin kullanılmıştır. Panel veri analiz bulguları gelirin sağlık harcamaları üzerinde bir etkisinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Tang (2010); çalışmasında sağlık harcamalarının belirleyicilerini analiz etmiştir Malezya ülkesi özelinde 1970-2009 dönemini kapsayan çalışmada Rao's F-Test ile nedensellik ve ARDL ile eş bütünleşme yöntemi kullanılmış, ulaşılan analiz bulguları, milli gelirden sağlık harcamasına doğru tek yönlü bir nedensellik olduğu; sınır testinde, uzun dönemde reel gelir ve sağlık harcamalarının birlikte hareket ettiği ve Malezya için sağlık harcamalarının lüks harcama olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Ang (2010); çalışmasında sağlık harcamalarının belirleyicilerini analiz etmiştir. Avustralya için 1960-2003 dönemini kapsayan çalışmada 15 yaş altı ve 65 yaş üstü nüfusun oranı, nüfus başına düşen sağlık çalışanı sayısı ve kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı gibi değişkenlerin kullanıldığı çalışmada, zaman serisi analizi metodolojisi yürütülmüştür. Analiz bulguları, kişi başına düşen sağlık harcamalarının kişi başına gelirden meydana gelen artışla birlikte artacağı, demografik faktörlerin sağlık harcamalarını açıklamada anlamlı olduğu, arz yanlı etmenlerin yoğunluğunun artmasının talebi artırdığı ve Avustralya için sağlığın lüks mal olduğu yönündedir.

Murthy ve Okunade (2016); çalışmasında sağlık harcamalarının belirleyicilerini analiz etmişlerdir. ABD’de, 1960-2012 dönemi yıllık verilerini kullanarak yürütülen çalışmada; kişi başı gelir, kişi başı sağlık harcamaları, yaşlı nüfus oranı ve sağlık hizmetlerinde Ar-Ge harcamaları gibi değişkenlerin kullanılmış ARDL yöntemi kullanılmıştır. Ulaşılan sonuçlar; kişi başı gelir, yaşlı nüfus oranı ve Ar-Ge harcamalarının sağlık harcamalarını arttırdığı yönündedir.

Literatür incelendiğinde, sağlık harcamalarını gelirle birlikte gelir dışı bazı belirleyici unsurların da ampirik çalışmalara girdiği göze çarpmaktadır. Bu belirleyiciler; nüfusun yaş yapısı, eğitim, enflasyon, işsizlik, teknoloji düzeyi, sosyal ve çevresel faktörler ve küreselleşme olarak sıralanmaktadır. Bu çalışmalardan bazıları; (Leu, 1986: 41; Gerdtham, Sogaard, Andersson ve Jönsson (1992), Murthy ve Ukpolo (1995), Hitiris (1997), Matteo ve Di Matteo (1998) Tokita, Chino ve Kitaki (2000), Giannoni ve Hitiris (2002), Cantarero (2005) Mosca (2007), Liu, Hsu ve Huang (2010), Samadi ve Rad (2013), Chaabouni ve Abednnadher (2014), Yazdi ve Khanalizadeh (2017), Nghiem ve Connelly (2017), Ecevit, Çetin, Yücel, (2018), Wooi ve Selvaratnam (2018), Şahin ve Temelli (2019), Öztürk ve Küsmes (2019), Cafrı (2020), aşağıda özetlenmiştir.

Leu (1986); çalışmasında Newhouse’un (1977), ortaya koyduğu çalışmadan sonra, kişi başına düşen sağlık harcamaları ve gelir ilişkisini çok değişkenle analiz eden ilk çalışmadır. Leu (1986), 1974 yılını incelediği çalışmasında; gelir dışında, 65 yaş üzeri nüfusun toplam nüfus içerisindeki payı, kamu sektörünün harcamalar içerisindeki payı ve sağlık sisteminin finansman yapısı (kamu-özel) gibi sağlık sistemine ilişkin ve sosyo-ekonomik diğer bazı değişkenleri 19 OECD ülkesi özelinde incelenmiş, yatay kesit analiz yönetiminin kullanıldığı çalışmada bulgular, sağlık harcamalarının gelir esnekliğini 1,8 ile 1,36 arasında tespit ederek sağlık harcamalarının lüks mal olduğu ortaya konulmuştur. Bununla birlikte, kamunun sağlık harcamaları içindeki oranındaki artış, toplam sağlık harcamalarını daha da artıracakını saptamıştır.

Gerdtham, Sogaard, Andersson ve Jönsson. (1992); çalışmasında sağlık harcamalarının belirleyicilerini diğer değişkenlerle ilişkilendirilmeye çalışmışlardır. 19 OECD ülkesi özelinde 1987 yılını kapsayan çalışmada yatay kesit analiz bulguları; kişi başına düşen gelirin ve 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfus içindeki payının kişi başına yapılan sağlık harcamaları üzerinde anlamlı ve pozitif etkisinin olduğu yönündedir.

Murthy ve Ukpolo (1995); çalışmasında sağlık harcamalarının belirleyicilerini diğer değişkenlerle ilişkilendirmeye çalışmışlardır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1960-1987 dönemini kapsayan çalışmada kişi başı sağlık harcaması, kişi başı reel GSYİH, toplam sağlık harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının oranı, sağlık hizmetlerinin fiyatı, muayene ücreti ve yaş değişkenleri kullanılmış, eş bütünleşme metodolojisi yürütülmüştür. Sonuçlar, sağlık harcamaları ve sağlık harcamalarının belirleyicilerinin eş bütünleşik olduğu yönündedir. Başka bir deyişle, kişi başına düşen reel GSYİH, toplam sağlık harcamasının yüzdesi olarak kamu sağlık harcaması, sağlık hizmeti fiyatları, muayene ücreti ve yaş değişkenleri ABD'deki sağlık harcamalarının önemli belirleyicileri olduğu ortaya konulmuştur.

Hitiris (1997); çalışmasında sağlık harcamalarını etkileyen unsurları incelemiştir. OECD ve Avrupa Topluluğu üyesi 10 ülke için 1960-1991 dönemi verileri kullanılmıştır. Kişi başı toplam sağlık harcamasının bağımlı değişken olarak kullanıldığı çalışmada, bağımsız değişken olarak da kişi başı gelir, sağlık harcamalarının toplam kamusal harcamalara oranı, bağımlı nüfus oranı (0-19 yaş + 64 yaş üzeri nüfusun, 20-64 arası yaştaki toplam nüfusa oranı), enflasyon oranı ve bir kukla değişken kullanılmıştır. Panel EKK metodolojisinin kullanıldığı çalışmada analiz bulguları; gelirin, sağlık harcamasının en önemli belirleyicisi olduğu yönündedir.

Matteo ve Di Matteo (1998); çalışmasında kişi başına düşen sağlık harcamasının belirleyicilerini analiz etmişlerdir. Kanada ülkesi için 1965-1991 dönemini kapsayan çalışmada, kişi başına düşen gelir, 65 yaş üzeri nüfus, kişi başına düşen transfer gelirleri gibi değişkenler kullanılmış ve zaman serisi analiz yöntemi uygulanmıştır. Çalışma bulguları, gelirin ve 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranının yerel kişi başına sağlık harcamaları üzerinde önemli ölçüde olumlu etkisinin olduğu, federal düzeyde yapılan transferlerin ise anlamlı ve olumsuz olduğu yönündedir. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin lüks mal olmadığı da çalışmada ulaşılan diğer bir sonuçtur.

Tokita, Chino ve Kitaki (2000); çalışmasında sağlık harcamalarının belirleyicilerini analiz etmişlerdir. Japonya için 1991 ve 1993 yıllarını kapsayan çalışmada yatay kesit analiz yöntemi kullanılmıştır. Çalışmanın analiz bulguları, iller arasında görülen gelir eşitsizliklerinin kişi başına düşen sağlık harcamalarını da farklılaştırdığını, kişi başına düşen yatak ve hekim sayısındaki farklılıkların ise harcama düzeyinde değişimler yarattığı

yönündedir. Ayrıca, Japonya için yaşlı nüfus olarak 60 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranı değerlendirilmiş, 60 yaş üstü nüfus payının artışı sağlık harcamalarını güçlü bir şekilde arttırdığı çalışmada ortaya konulan diğer bir sonuç olmuştur.

Giannoni ve Hitiris (2002); çalışmasında sağlık harcamalarının belirleyicilerini analiz etmişlerdir. İtalya için 1980-1995 yıllarını kapsayan çalışmada, sağlık harcamalarının belirleyicisi olarak sağlık hizmetlerinin arz tarafını oluşturan sağlık personel verileri de analize dâhil edilmiş ve Panel Veri analiz metodolojisi kullanılmıştır. Çalışmada ulaşılan sonuçlar, sağlık personel sayısında yaşanan artışın, sağlık harcamalarını da artıracığı ve sağlık harcamalarının zorunlu mal olduğu yönündedir. Ayrıca, yaşlanma ve gelirin İtalya için sağlık harcamalarında temel belirleyici olduğu da çalışmada ulaşılan diğer bir sonuçtur.

Cantarero (2005); çalışmasında sağlık harcamalarının belirleyicilerini analiz etmiştir. İspanya'nın bölgelerini kapsayan çalışmada 1993-1999 yılları için panel veri analiz yöntemi kullanılmıştır. Çalışmanın analiz bulguları ise, yaşlı nüfusun sağlık harcamalarındaki artışın en önemli belirleyicisi olduğu yönündedir.

Mosca (2007); çalışmasında sağlık harcamalarının belirleyicilerini analiz etmiştir. 20 OECD ülkesi için 1990-2000 dönemini kapsayan çalışmada panel veri analiz yöntemi uygulanmış, bulgular; sağlık hizmetlerinin esnekliği 1'den küçük olduğu ve böylelikle sağlığın normal mal olduğu yönündedir. Ayrıca, sosyo-ekonomik, demografik ve arz yanlı faktörlerin sağlık harcamalarını artıracığı çalışmada ortaya konulmuştur.

Liu, Hsu ve Huang (2010); çalışmasında kişi başı sağlık harcamalarını etkileyen faktörleri analiz etmişlerdir. Tayvan özelinde 1996-2006 dönemini kapsayan çalışmada ile AR (Otoregresif) analiz bulguları sağlık harcamaları ile kişi başı reel GSYH arasında pozitif bir ilişkinin olduğu yönündedir. Ayrıca, yatak sayısındaki kaba ölüm oranındaki artışının sağlık harcamalarını arttırdığı, diğer yandan; nüfusun yaşlanmasının ise sağlık harcamalarını etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır.

Samadi ve Rad (2013); çalışmasında kişi başı sağlık harcamalarını etkileyen faktörleri analiz etmişlerdir. 10 Ekonomik İşbirliği Teşkilatı (ECO) ülkesi için 1995-2009 dönemleri arasında Panel Eş Bütünleşme testi analiz yönteminin kullanıldığı çalışmada; değişkenler

olarak kişi başına düşen GSYİH, 15 yaş altı nüfus, 65 yaş ve üzeri nüfus, özel kesim sağlık harcaması, 1000 kişiye düşen doktor sayısı ve şehirleşme oranı kullanılmıştır. Çalışmanın analiz bulguları, kısa dönemde 65 yaş üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki oranı hariç tüm değişkenler ile sağlık harcaması arasında güçlü ilişki olduğu görülürken, 15 yaş altı nüfus, kentleşme ve özel kesim sağlık harcaması ile toplam sağlık harcaması arasında negatif yönlü ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Aysu (2013); çalışmasında küreselleşmenin kamu harcamaları üzerindeki etkisini incelemiştir. 18 OECD üyesi ülkesi (Avusturya, Belçika, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Finlandiya, Fransa, Almanya, Macaristan, İrlanda, İtalya, Japonya Hollanda, Norveç, Portekiz, Slovakya, İspanya, İsveç ve İngiltere) için 1995-2009 yılları arasındaki veriler kullanılarak Panel VAR metodolojisi üzerinden yürütülen çalışmada analiz bulguları; küreselleşmenin toplam kamu harcamalarını azaltıcı bir etkiye sahip olduğu dolayısıyla ele alınan dönemde etkinlik hipotezinin geçerli olduğu ve analizde kullanılan değişkenlerden kamu düzeni ve güvenlik hizmetleri, eğitim hizmetleri, sosyal güvenlik ve sosyal yardım hizmetlerine yönelik kamu harcamaları ile küreselleşme arasında negatif bir ilişki olduğu yönündedir.

Chaabouni ve Abednadhher (2014); çalışmasında kişi başı sağlık harcamalarını etkileyen faktörleri analiz etmişlerdir. Tunus ülkesi için, 1961-2008 dönemini kapsayan çalışmada değişken olarak; kişi başı sağlık harcamaları, 1000 kişi başına düşen hekim sayısı, nüfusun yaşlanma oranı, çevresel kalite ve kişi başı gelir esas alınmıştır. ARDL metodolojisinin kullanıldığı çalışmada analiz bulguları; çevre kirliliğinin ve gelirin uzun dönemde sağlık harcamalarını arttırdığı yönündedir.

Çoban (2015); çalışmasında küreselleşme sürecinin sağlık harcamaları üzerindeki etkisini incelemiştir. Yükselen ekonomiler olarak bilinen 12 gelişmekte olan ülke (Arjantin, Brezilya, Bulgaristan, Çek Cumhuriyeti, Güney Afrika Cumhuriyeti, Macaristan, Meksika, Polonya, Romanya, Rusya, Türkiye, Şili) için 1998-2013 dönemini kapsayan çalışmada değişkenler olarak Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamaları, Kişi Başına Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla, Bir Önceki Dönem kişi Başına Sağlık Harcaması, 15 yaş altı Nüfusun Toplam Nüfusa Oranı, 65 yaş üstü Nüfusun Toplam Nüfusa Oranı, Devlet Sağlık Harcamaları/GSYİH, Finansal Açıklık Oranı, Şehirleşme, Enflasyon oranları kullanılmıştır. Panel Veri Analiz metodolojisinin kullanıldığı çalışmada analiz bulguları;

Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları ve gecikmeli değeri, Kamu harcamaları/GSYİH oranı, Kişi Başına GSYİH ile Enflasyon oranlarının sağlık harcamalarını arttırdığı yönündedir.

Yazdi ve Khanalizadeh (2017); çalışmasında sağlık harcamalarının belirleyicilerini analiz etmişlerdir. MENA ülkeleri için 1995-2014 dönemini kapsayan çalışmada Panel ARDL yöntemi kullanılmış, sağlık harcamaları, gelir, karbondioksit (CO₂) emisyonu ve parçacık maddeleri (PM₁₀) gibi değişkenler analize dahil edilmiştir. Analiz bulguları, sağlık harcamalarının gelir elastikiyetinin birden küçük olduğu, uzun dönemde üç değişkeninde sağlık harcamalarını arttırdığı yönündedir.

Nghiem ve Connelly (2017); çalışmasında sağlık harcamalarının belirleyicilerini analiz etmişlerdir. 21 OECD ülkesi için 1975-2004 dönemi verilerini kapsayan çalışmada Panel Veri analiz bulguları; incelenen ülkeler arasında sağlık harcamaları yönünden herhangi bir yakınsama tespit edilemediği, fakat, gelir göstergeleri, yaşlı nüfusun oranı, toplam sağlık harcamalarının kamu harcamaları içindeki payı, işsizlik oranı, kalori tüketimi, teknoloji düzeyi gibi değişkenlerinin sağlık harcamalarının belirleyicileri olduğu yönündedir. Ayrıca bu değişkenlerin sağlık harcamalarını arttırdığı da çalışmada ortaya konulmuştur.

Wooi ve Selvaratnam (2018); çalışmasında Malezya'da kamu sağlık harcamasının belirleyicilerini analiz etmişlerdir. 1970-2017 dönemini kapsayan çalışmada ARDL sınır testinin kullanılmış, kişi başına GSYH, sağlık hizmeti fiyat endeksi, 65 yaş ve üstü nüfus ve bebek ölüm oranı değişkenler analize dahil edilmiştir. Analiz bulguları, kamu sağlık harcaması ile belirleyicilerinin eş bütünleşik olduğu, uzun dönemde kişi başına gelir, sağlık hizmetleri fiyat endeksi, 65 yaş üstü nüfus ve bebek ölüm oranının Malezya'da kamu sağlık harcamalarının önemli belirleyicisi olduğu görülmüştür. Ayrıca bulgular, kısa dönemde bebek ölüm oranının kamu sağlık harcamalarını etkilemede önemli olduğu ortaya konulmuştur.

Ecevit, Çetin ve Yücel, (2018); çalışmasında Türkiye Cumhuriyetlerinde sağlık harcamalarının belirleyicilerini analiz etmişlerdir. 1995-2015 dönemleri arasında panel veri yöntemi ile değişkenler arasındaki eş bütünleşme ilişkisi Pedroni ve Kao eş bütünleşme testleri ile belirlenmiş, değişkenlerin uzun dönem katsayılarının tahmininde Panel Dinamik EKK kullanılmış ve değişkenler arasındaki nedensellik ilişkisine Panel hata düzeltme

modeli ile bakılmıştır. Analiz bulguları, değişkenler arasında eş bütünleşme ilişkisinin olduğu yönündedir. Ayrıca, kişi başına sağlık harcamasının kentleşme, kişi başına reel gelir ve 65 yaş üstü nüfus tarafından belirlendiği görülmüştür. Nedensellik analizinde ise kentleşme, kişi başına reel gelir, 65 yaş üstü nüfus ve hekim sayısı ile kişi başına sağlık harcaması arasında uzun dönemde karşılıklı bir nedensellik ilişkisi bulunmuştur.

Şahin ve Temelli (2019); çalışmasında sağlık harcamalarının belirleyicilerini analiz etmişlerdir. 18 OECD ülkesi özelinde 2000-2015 dönemi verilerini kapsayan çalışmada, kişi başı sağlık harcamaları, kişi başı reel gelir, 65 yaş üzeri nüfus, doğumda yaşam beklentisi, kaba doğum oranı ve nüfus artışı değişkenler olarak kullanılmıştır. Panel veri analiz yönteminin kullanıldığı çalışmada analiz bulguları, kişi başı gelir, 65 yaş üzeri nüfus, yaşam beklentisi ve kaba doğum oranı sağlık harcamalarını belirleyen faktörler olarak görülmüştür.

Öztürk ve Küsmez (2019); çalışmasında sağlık harcamalarının belirleyicilerini analiz etmişlerdir. BRICS-T ülkeleri için 1995-2014 dönemi verilerinin kullanıldığı çalışmada, değişkenler olarak Toplam Sağlık Harcamaları, Kişi Başı GSYİH, Kadın Ölüm Oranı, Erkek Ölüm Oranı ve 65 yaş ve üstü nüfusun toplam nüfus içindeki oranı değişkenler olarak kullanılmıştır. Panel Vektör Otoregresif (VAR) metodolojisi üzerinden yürütülen çalışmada analiz bulguları; toplam sağlık harcamalarının erkek ölüm oranı ve GSYİH üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkiye sahip olduğu, yaşlı nüfus ve kadın ölüm oranları üzerinde anlamlı ve negatif bir etkiye sahip olduğu yönündedir.

Cafri (2020); çalışmasında sağlık harcamalarının sosyal, ekonomik ve çevresel belirleyicilerini analiz etmiştir. Türkiye’de 1990-2018 dönemi verileri kullanılarak yürütülen çalışmada değişkenler olarak kişi başına düşen sağlık harcaması, kişi başına düşen GSYİH, net gelir eşitsizliği, 65 yaş üzeri nüfus, yaş bağımlılık oranı, ortalama eğitim yılı, kırsal nüfus büyüme oranı (%), doğumda beklenen yaşam süresi, kaba ölüm oranı, net doğrudan yabancı yatırımlar, yenilebilir enerji tüketiminin toplam enerji tüketimi içindeki payı ve sera gazı emisyonu kullanılmış, Hatemi-J nedensellik metodolojisi uygulanmıştır. Analiz bulguları; GSYİH ve yaşam süresinde meydana gelen pozitif şoklar ile gelir eşitsizliği ve ölüm oranlarında oluşan negatif şokların, sağlık harcamalarında artışa yol açtığı, bununla birlikte, kentleşme ve yaşlı nüfus üzerinde meydana gelen negatif şoklar ise sağlık harcamalarında azalmalara neden olduğu ortaya konulmuştur.

Cengiz ve Manga (2020); çalışmasında küreselleşmenin kamu harcamaları üzerindeki etkisini incelemiştir. Kamu harcamalarının alt bileşenleri olarak görülen genel kamu hizmetleri, savunma harcamaları, kamu düzeni ve güvenlik, eğitim, sağlık ve sosyal koruma harcamalarının ele alındığı çalışma 28 AB ülkesi için, 2001-2017 dönemi verileri kullanılarak yürütülmüştür. Panel ARDL yönetiminin kullanıldığı çalışmada bulgular; küreselleşmenin, kamu düzeni ve güvenlik, eğitim, sağlık ve sosyal koruma harcamalarını pozitif; fakat genel kamu hizmetleri ve savunma harcamalarını ise negatif etkilediği yöndedir.



6. EKONOMETRİK ANALİZ

6.1. Veri ve Hipotezler

Bu tezin deneysel kısmında BRICS-T ülkelerinden (Brezilya, Rusya, Çin, Hindistan, Güney Afrika Cumhuriyeti ve Türkiye) oluşan ülke grubu için ticari açıklık, küreselleşme, kişi başına düşen GSYH, Sağlık Harcamalarının GSYH içindeki Payı, Devlet Sağlık Harcamalarının tüm sağlık harcamaları içindeki payı ve Özel Sağlık Harcamalarının tüm sağlık harcamaları içindeki payı değişkenler olarak kullanılmıştır. Tüm veriler, 2000-2018 arasındaki 19 yıllık dönem ait yıllık verilerdir. Ticari açıklık (TA), Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı (SHY), Devlet Sağlık Harcamalarının Tüm Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (DSH) ve Özel Sağlık Harcamalarının Tüm Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (ÖSH), Dünya Bankası'nın Dünya Kalkınma Göstergeleri (*World Development Indicators -WDI*) veri tabanından alınmıştır. Kişi başına düşen GSYH (KBG) verileri 2015 yılına göre sabit ABD Doları bazında yine WDI veritabanından alınmıştır. Küreselleşme göstergesi (KOF) için KOF Küreselleşme Endeksi kullanılmış ve ülkelerin endeks değerleri ise "<https://kof.ethz.ch/en/forecasts-and-indicators/indicators/kof-globalisation-index.html>" adresinden alınmıştır. Bu veriler internet üzerinden herkese açık bir şekilde erişilebilir olup, verilerin toplanması ve çalışmada kullanılması için herhangi bir etik kurul izni alınması gerekliliği bulunmamaktadır.

Ekonometrik analizde yukarıda bahsedilen veriler kullanılarak aşağıdaki hipotezler test edilmektedir:

H1: Ticari açıklık arttıkça sağlık harcamaları artmaktadır. Ticari açıklık, *ceteris paribus*, sağlık harcamalarının bir nedenidir.

H2: Küreselleşme arttıkça sağlık harcamaları artmaktadır. Küreselleşme, *ceteris paribus*, sağlık harcamalarının bir nedenidir.

H3: Ticari açıklık arttıkça, kişi başına düşen GSYH artmaktadır. Ticari Açıklık, *ceteris paribus*, kişi başına düşen GSYH'nin bir nedendir.

H4:Küreselleşme arttıkça kişi başına düşen GSYH artmaktadır. Küreselleşme, *ceteris paribus*, kişi başına düşen GSYH'nin bir nedendir.

H5: Ticari açıklık arttıkça devlet sağlık harcamaları artmaktadır. Ticari Açıklık, *ceteris paribus*, devlet sağlık harcamaları artmaktadır.

H6: Küreselleşme arttıkça devlet sağlık harcamaları artmaktadır. Küreselleşme, *ceteris paribus*, devlet sağlık harcamalarının bir nedenidir.

H7: Ticari açıklık arttıkça özel sağlık harcamaları artmaktadır. Ticari açıklık, *ceteris paribus*, özel sağlık harcamalarının bir nedenidir.

H8: Küreselleşme arttıkça özel sağlık harcamaları artmaktadır. Küreselleşme, *ceteris paribus*, özel sağlık harcamalarının bir nedendir.

H9: Kişi başına düşen GSYH arttıkça özel sağlık harcamaları artmaktadır. Kişi başına düşen GSYH, *ceteris paribus*, özel sağlık harcamalarının bir nedendir.

H10: Kişi başına düşen GSYH arttıkça devlet sağlık harcamaları artmaktadır. Kişi başına düşen GSYH, *ceteris paribus*, devlet sağlık harcamalarının bir nedenidir.

6.2. Model ve Ekonometrik Yöntem

Hipotezleri test etmek için aşağıdaki modeller kurulmuştur:

$$\text{Model 1: } SHY_{it} = \alpha_{1i} + \alpha_{2i}TA + u_{it} \quad (6.1)$$

$$\text{Model 2: } SHY_{it} = \beta_{1i} + \alpha\beta_{2i}KOF + v_{it} \quad (6.2)$$

$$\text{Model 3: } KBG_{it} = \alpha_{1i} + \alpha_{2i}TA + u_{it} \quad (6.3)$$

$$\text{Model 4: } KBG_{it} = \beta_{1i} + \alpha\beta_{2i}KOF + v_{it} \quad (6.4)$$

$$\text{Model 5: } DSH_{it} = \alpha_{1i} + \alpha_{2i}TA + u_{it} \quad (6.5)$$

$$\text{Model 6: } DSH_{it} = \beta_{1i} + \alpha\beta_{2i}KOF + v_{it} \quad (6.6)$$

$$\text{Model 7: } ÖSH_{it} = \alpha_{1i} + \alpha_{2i}TA + u_{it} \quad (6.7)$$

$$\text{Model 8: } SHY_{it} = \beta_{1i} + \alpha\beta_{2i}KOF + v_{it} \quad (6.8)$$

$$\text{Model 9: } ÖSH_{it} = \alpha_{1i} + \alpha_{2i}KBG + u_{it} \quad (6.9)$$

$$\text{Model 10: } DSH_{it} = \beta_{1i} + \alpha\beta_{2i}KBG + v_{it} \quad (6.10)$$

Ekonomik analizde panel veri yöntemleri kullanılmıştır. Araştırılan ülkeler toplamda 6 yatay kesite sahip (N=6) ve zaman boyutu 19 olan (T=19) bir panel oluşturmaktadır. Panel veri analizinde hangi testlerin (birinci nesil veya ikinci nesil) kullanılacağına karar vermek için ilk olarak panelde yatay kesit bağımlılığının olup olmadığına bakılmakta, sonrasında ise homojenlik testi yapılmaktadır. Bu çalışmada da ilk önce yatay kesit bağımlılık testi ve homojenlik testi uygulanmıştır. Eğer serilerde yatay kesitsel bağımlılık yoksa ve eğimler homojense birinci nesil testler kullanılmakta, eğer her iki durum da mevcutsa ikinci nesil testler uygulanarak analize devam edilmektedir. Yatay kesitsel bağımlılık ve homojenlik testlerinin sonuçlarına göre belirlenen yaklaşım aşağıda verilmektedir.

6.3. Ekonometrik Uygulama ve Bulgular

6.3.1. Yatay kesit bağımlılık testi

Analizin ilk adımında paneli oluşturan birimlerde yatay kesit bağımlılığın varlığı test edilmiştir. Yatay kesit bağımlılığı yatay kesitlerde, yani paneli oluşturan ülkelerde, gerçekleşen şokların, ele alınan paneldeki diğer yatay kesitleri de aynı şekilde etkileyip etkilemediğini göstermektedir. Burada yatay kesitlerin sayısı (N) ve zaman boyutunun (T) birbirlerine göre büyüklükleri önemlidir. Bu tezde ele alınan paneldeki yatay kesitlerin sayısı zaman boyutundan küçük olduğu için (N<T), bu durumdaki paneller için önerilen. Breusch ve Pagan (1980) testi uygulanmış ve Breusch-Pagan (1980) CD_{LM1} testi sonucuna bakılmıştır. Breusch ve Pagan (1980) testi aşağıdaki hipotezleri sınamaktadır:

H_0 : Yatay kesit bağımlılık yoktur.

H_1 : Yatay kesit bağımlılık vardır.

Bu testin mantığına göre, eğer yatay kesit bağımlılığın olmadığı yönündeki temel hipotez reddedilemiyorsa, bu durumda ($H_0: \rho_{ij} = \rho_{ji} = \text{korelasyon} [u_{it}, u_{jt} = 0]$), $N(N-1)/2$ serbestlik derecesi ile χ^2 dağılımına uymaktadır. Böylece Breusch-Pagan (1980) testi yatay kesitlerin kalıntılarının kareleri toplamı ile elde edilen katsayının korelasyonuna göre aşağıdaki gibi elde edilmektedir:

$$CD_{LM1} = T \sum_{i=1}^{N-1} \sum_{j=i+1}^N \hat{\rho}_{ij}^2 \quad (6.11)$$

$\hat{\rho}_{ij}$ her bir eşitliğin en küçük kareler regresyon kalıntıları arasındaki korelasyon katsayısı olarak tanımlanmaktadır ve aşağıdaki gibi hesaplanmaktadır:

$$\hat{\rho}_{ij} = \frac{(\sum_{t=1}^T \hat{v}_{it} \hat{v}_{jt})}{\sqrt{(\sum_{t=1}^T \hat{v}_{it}^2) \sqrt{(\sum_{t=1}^T \hat{v}_{jt}^2)}} \quad (6.12)$$

Burada v_{it} En Küçük Kareler kalıntılarını temsil etmektedir. Tüm değişkenler için CD_{LM1} olasılık değerleri seçilen anlamlılık düzeyinden küçük olduğunda boş hipotez reddedilememektedir.

Breusch-Pagan (1980) CD_{LM1} testi sonuçları Tablo 1’de görülebilmektedir (Tablo 1). Tüm Breusch-Pagan (1980) CD_{LM1} olasılık değerleri seçilen anlamlılık düzeyinden ($p=0.05$) küçüktür. Bu durumda H_0 kabul edilememekte, alternatif hipotez kabul edilmektedir. Birimlerde yatay kesit bağımlılık vardır.

Çizelge 6.1. Yatay kesitsel bağımlılık testi sonuçları

	Breusch-Pagan LM (1980)		Pesaran Scaled LM		Bias-corrected scaled LM		Pesaran CD	
	İstatistik	Olasılık	İstatistik	Olasılık	İstatistik	Olasılık	İstatistik	Olasılık
TA	47,30	0.00	4,80	0.00	4,63	0.00	0,16	0,86
KBG	230,05	0.00	38,16	0.00	38,00	0.00	15,12	0,00
SHY	87,22	0.00	12,09	0.00	11,92	0.00	1,70	0,87
DSH	121,47	0.00	18,34	0.00	18,17	0.00	10,22	0,00
ÖSH	110,65	0.00	16,36	0.00	16,20	0.00	9,63	0,00
KOF	253,11	0.00	42,37	0.00	42,21	0.00	15,90	0,00

6.3.2. Homojenlik testi

Ekonomik analizin birinci bölümünün ikinci adımında eşbütünleşme denklemlerindeki eğimlerin homojen olup olmadığına bakılmıştır. Bu durumu sınamak için kullanılan en yaygın test Pesaran-Yamagata (2008) homojenlik testidir. Bu test, Swamy (1970) tarafından önerilen testin geliştirilmesiyle oluşturulmuştur ve örneklem büyüklüğüne bağlı olarak iki farklı test istatistiği ($\tilde{\Delta}$ ve $\tilde{\Delta}_{adj}$ -Delta tilde ve Düzeltilmiş delta tilde) üretmektedir. Bunlardan $\tilde{\Delta}_{adj}$ istatistiği, daha küçük örneklem için homojenliğin olup olmadığına karar vermekte kullanılmaktadır. Bu tezde yatay kesitlerin ve zaman

boyutunun küçüklüğü dikkate alınarak sadece $\tilde{\Delta}_{adj}$ istatistiğine bakılmıştır. Bu istatistik aşağıdaki gibi hesaplanmaktadır.

$$\tilde{\Delta}_{adj} = \sqrt{N} \left(\frac{N^{-1}\tilde{S}-k}{v(T,k)} \right) \quad (6.13)$$

Bu eşitlikteki \tilde{S} Swamy test istatistiği, N yatay kesit gözlem sayısı, k bağımsız değişken sayısı ve v(T,k) ise standart hatayı temsil etmektedir. Pesaran-Yamagata (2008) testinde hipotezler aşağıdaki gibidir:

$H_0: \beta_i = \beta$ Eğim katsayıları homojendir.

$H_1: \beta_i \neq \beta$ Eğim katsayıları homojen değildir.

$p(\tilde{\Delta}_{adj}) < \alpha$ ise sıfır hipotezi kabul edilememektedir. Tezimizdeki değişkenlere uygulanan Pesaran-Yamagata (2008) testinin sonuçları Tablo 2’de gösterilmiştir. Sonuçlara göre, tüm $\tilde{\Delta}_{adj}$ istatistiklerinin olasılık değerleri seçilen anlamlılık düzeyi $\alpha = 0.05$ ’ten küçük olduğundan, boş hipotez kabul edilememektedir ve panelde heterojen eğimler bulunmaktadır.

Çizelge 6.2. Pesaran-yamagata (2008) homojenlik testi sonuçları

	$\tilde{\Delta}_{adj}$	Olasılık Değeri
Model 1 (y= SHY, x = TA)	1,823	0,034
Model 2 (y=SHY, x = KOF)	5,885	0,00
Model 3 (y= KBG, x = TA)	11,007	0,00
Model 4(y=KBG, x = KOF)	14,710	0,00
Model 5 (y= DSH, x = TA)	6,684	0,00
Model 6(y=DSH, x = KOF)	15,404	0,00
Model 7 (y= OSH, x = TA)	6,006	0,00
Model 8(y=OSH, x = KOF)	15,842	0,00
Model 9 (y= OSH, x = KBG)	16,355	0,00
Model 10 (y=DSH, x = KBG)	17,320	0,00

Bu durumda panelde yatay kesit bağımlılık ve heterojenlik durumlarının her ikisi de bulunduğu için ikinci kuşak panel testleriyle ekonometrik analize devam edilmiştir.

6.4. Panel Birim Kök Testleri

6.4.1. Pesaran (2007) cips testi

Analizin üçüncü adımında serilerin durağanlığı yatay kesitsel bağımlılık ve heterojen eğimler durumlarının her ikisini de dikkate alan Pesaran (2007) CIPS testi ile test edilmiştir. Bu test standart ADF testi her bir serinin birinci farkları ve gecikmeli değerlerinin yatay kesitsel ortalamaları alınarak elde edilen aşağıdaki genişletilmiş ADF (CADF) regresyonuyla yapılır (Hopoglu, 2019).

$$\Delta y_{it} = a_i + \rho_i y_{i,t-1} + b_i \bar{y}_{t-1} + \sum_{j=0}^p c_{ij} \Delta \bar{y}_{t-j} + \sum_{j=0}^p d_{ij} \Delta \bar{y}_{t-j} + e_{i,t} \quad (6.14)$$

Bu eşitlikte y_t ve Δy_t :

$$\bar{y}_t = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N y_{it}, \text{ ve } \Delta \bar{y}_t = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N \Delta y_{it} \quad (6.15)$$

olarak tanımlanmakta ve Pesaran (2007)'a göre, bu iki değer yatay kesitsel ortalamaları, bu modele gözlemlenemeyen ortak faktörü temsilen dâhil edilmektedirler. Panel test istatistiği, her bir yatay kesit için hesaplanan bireysel CADF test istatistiklerinin ortalaması olarak hesaplanmaktadır. Düzeltilmiş CADF istatistiği küçük örneklerde ortaya çıkabilecek sapmalı sonuçlardan kaçınmak için kullanılmaktadır. Im-Pesaran-Shin (2003) test istatistiğinin genişletilmiş hali olan Pesaran'ın (2007) CIPS istatistiği ise (Hopoglu, 2019).

$$CIPS = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N CADF_i \quad (6.16)$$

olarak hesaplanır. Bu testin hipotezleri ise aşağıdaki gibidir:

H_0 : Paneldeki her seri birim köklüdür.

H_1 : Paneldeki en az bir seri durağandır.

Ancak bu testte N görece büyük olduğunda bile CIPS istatistiği normal dağılıma sahip değildir. CIPS test istatistiği en küçük ortalama bilgi kriterini veren gecikme uzunluğuna denk istatistiktir. Bu istatistik ile Pesaran'ın, (2007) sağladığı kritik değerler

karşılaştırılarak karar verilmektedir. Eğer tablo istatistiği mutlak değeri bulunan CIPS istatistiğinden küçükse alternatif hipotez reddedilememektedir (Hopoğlu, 2019).

Çizelge 6.3. Pesaran (2007) CIPS testi sonuçları-düzeyde

	Kesmeli Model		Kesmeli ve Trendli Model	
	TA	KBG	TA	KBG
	CIPS (p)	CIPS (p)	CIPS (p)	CIPS (p)
Brezilya	-2,57(2)	-6,19(4)*	-1,72(1)	-6,42(4)*
Rusya	-2,69(4)	-1,62(2)	-0,85(0)	-2,40(0)
Hindistan	-2,88(4)	1,07(1)	-0,69(0)	-1,35(0)
Çin	0,80(1)	-0,09 (3)	-6,42(4)*	-2,58(3)
G. Afrika	-1,56(1)	-2,07(6)	-6,42(4)*	-5,93(4)*
Türkiye	-0,06(3)	-5,02(2)*	-3,34(2)	-3,63(2)***
Panel	-0,76(0)	-0,14(0)	-2,08(4)	-2,37(4)
	Kesmeli Model		Kesmeli ve Trendli Model	
	SHY	DSH	SHY	DSH
	CIPS (p)	CIPS (p)	CIPS (p)	CIPS (p)
Brezilya	-2,71(1)	-5,20(4)*	-3,55(2)***	-4,26(0)**
Rusya	-3,75(1)**	-2,35(1)	-3,99(0)***	-6,42(3)*
Hindistan	-5,39(3)*	-2,60(1)	-1,93(3)	-2,45(1)
Çin	-1,77(1)	-3,86(4)**	-3,71(1)***	-6,42(3)*
G. Afrika	-1,43(2)	-2,42(0)	-1,98(2)	-2,57(4)
Türkiye	-2,53(3)	-2,98(0)	-4,10(5)**	-2,58(1)
Panel	-1,53(0)	-2,30(0)***	-1,54(4)	-2,92(4)**
	Kesmeli Model		Kesmeli ve Trendli Model	
	OSH	KOF	OSH	KOF
	CIPS (p)	CIPS (p)	CIPS (p)	CIPS (p)
Brezilya	-1,69(0)	-1,73(0)	-4,68(0)**	-4,79(4)**
Rusya	-2,51(3)	-2,72(0)	-6,42(3)*	-3,91(2)***
Hindistan	-2,80(1)	-3,77(3)**	-2,54(1)	-2,99(2)
Çin	-5,38(3)*	3,36(4)***	-5,53(3)*	-4,25(0)**
G. Afrika	-2,44(0)	-3,25(4)***	-2,46(0)	-2,65(1)
Türkiye	-2,84(0)	-3,97(3)**	-2,50(0)	-5,14(0)*
Panel	-2,35(0)***	-2,36(0)**	-2,73(4)	-1,87(4)

Test istatistikleri Kesikli CIPS (*CIPS Truncated*) değerleridir. Bireysel kritik değerler, Pesaran (2007) tarafından sağlanan Tablo Ia, Ib ve Ic'den alınmıştır. Bireysel kritik değerler sırasıyla %1, %5 ve %10 anlamlılık düzeylerinde, Kesmesiz ve Trendsiz Model için -3,53, -2,69 ve -2,29, Kesmeli Model için -4,35, -3,43, ve -3,00, Kesmeli ve Trendli Model için -4,97, -3,99 ve -3,55'tir. Panel kritik değerler, Pesaran (2007) tarafından

sağlanan Tablo IIa, IIb ve Tablo IIc'den alınmıştır. Panel kritik değerler, sırasıyla %1, %5 ve %10 anlamlılık düzeylerinde Kesmesiz ve Trendsiz Model için -2,00, -1,72 ve -1,58, Kesmeli Model için -2,60, -2,34 ve -2,21, Kesmeli ve Trendli Model için -3,15, -2,88 ve -2,74'tür.

CIPS, Pesaran (2007) CIPS istatistiğini, p gecikme sayısını ve Δ birinci farkları ifade etmektedir. *,** , ve *** sırasıyla %1, %5 ve %10 düzeylerinde anlamlılığı ifade etmektedir. GAUSS 10 yazılımında analiz yapılırken, örneklem büyüklüğünün izin verebildiği (matrislerin doğru oluştuğu) en yüksek gecikme olan 4 gecikmeye kadar izin verilmiştir. Bu nedenle, zaman boyutu küçük olduğundan GAUSS 10'da testin izin verdiği en yüksek gecikme olan 6 gecikmeye kadar çıkılamamıştır.

Serilerin düzey değerlerine uygulanan Pesaran (2007) CIPS testi sonuçlarına göre, TA serileri kesmeli ve trendli modelde Çin ve Güney Afrika Cumhuriyeti için %1 anlamlılık düzeyinde durağanken, KBG serileri Brezilya ve Çin için %1, Türkiye için %10 anlamlılık düzeyinde durağandır. Kesmeli ve trendli modelde SHY serileri Brezilya, Rusya ve Çin için %10 anlam düzeyinde, Türkiye için %5 anlam düzeyinde durağanken, DSH ve OSH serileri yine Brezilya, Rusya ve Çin için en az %5 anlam düzeyinde durağandır. KOF serileri Rusya için %10, Brezilya ve Çin için %5 ve Türkiye için %1 düzeyinde durağandır. Kesmeli modelde ise TA serileri tüm ülkeler için birim kök içerirken, KBG serileri Brezilya ve Türkiye için %1 anlam düzeyinde, SHY serileri Rusya ve Hindistan için en az %5 anlam düzeyinde, DSH serileri Brezilya ve Çin için en az %5 düzeyinde ve OSH serileri sadece Çin için %1 düzeyinde durağandır. KOF serileri ise, kesmeli modelde Brezilya ve Rusya dışındaki tüm ülkeler için en az %10 düzeyinde durağandır. Panel CIPS sonuçları da düzeyde karışık sonuçlara işaret etmektedir. Kesmeli ve trendli modelde sadece DSH serisi %10 düzeyinde durağanken, kesmeli modelde DSH, OSH ve KOF en az %10 anlam düzeyinde durağandır. Bu durumda serilerin birinci farklarında durağan olup olmadıklarına bakılmıştır. Serilerin birinci farklarına uygulanan CIPS testi sonuçları Çizelge 6.4'te verilmektedir.

Çizelge 6.4. Pesaran (2007) CIPS testi sonuçları-birinci farklarında

	Kesmeli Model		Kesmeli ve Trendli Model	
	ΔTA	ΔKBG	ΔTA	ΔKBG
	CIPS (p)	CIPS (p)	CIPS (p)	CIPS (p)
Brezilya	-2,55(0)	-6,19(4)*	-3,37(0)	-2,41(1)
Rusya	-2,60(0)	-3,09(0)***	-3,63(0)***	-2,73(0)
Hindistan	-1,88(0)	-2,21(0)	-2,58(1)	-2,33(0)
Çin	-6,19(4)*	-3,09(0)**	-1,24(0)	-4,00(0)**
G. Afrika	-6,19(4)*	-5,38(4)*	-2,99(3)	-2,34(1)
Türkiye	-3,83(0)**	-2,42(2)	-4,60(0)**	-3,40(0)
Panel	-2,18(0)	-2,22(0)***	-2,70(0)	-2,35(0)
	Kesmeli Model		Kesmeli ve Trendli Model	
	ΔSHY	ΔDSH	ΔSHY	ΔDSH
	CIPS (p)	CIPS (p)	CIPS (p)	CIPS (p)
Brezilya	-2,52(2)	-5,32(0)*	-2,40(2)	-5,50(0)*
Rusya	-3,45(1)**	-6,19(3)*	-3,72(0)**	-6,42(3)*
Hindistan	-2,60(0)	-2,89(0)	-2,67(0)	-3,49(0)
Çin	-3,68(4)**	-6,19(3)*	-2,59(1)	-6,42(3)*
G. Afrika	-2,15(0)	-3,31(0)**	-2,00(0)	-4,46(0)*
Türkiye	-3,27(4)***	-2,34(0)	-1,94(0)	-2,82(0)
Panel	-2,18(0)	-2,68(4)*	-2,22(0)	-3,48(4)*
	Kesmeli Model		Kesmeli ve Trendli Model	
	ΔOSH	ΔKOF	ΔOSH	ΔKOF
	CIPS (p)	CIPS (p)	CIPS (p)	CIPS (p)
Brezilya	-5,58(0)*	-4,21(4)*	-5,43(0)*	-3,52(0)
Rusya	-6,19(3)*	-4,73(0)*	-6,42(3)*	-6,42(3)*
Hindistan	-2,86(0)	-1,82(3)	-3,41(0)	-1,51(0)
Çin	-4,56(3)*	-3,98(0)**	-4,32(3)*	-2,95(0)
G. Afrika	-3,43(0)**	-3,48(4)**	-5,06(0)*	-2,98(0)
Türkiye	-2,70(0)	-6,19(3)*	-3,43(0)	-5,21(3)*
Panel	-3,18(0)*	-3,82(0)*	-3,55(0)*	-3,37(0)*

Birinci farklara Pesaran (2007) CIPS testi uygulandığında kesmeli ve trendli modelde Rusya ve Türkiye'ye ait TA serilerinin sırasıyla %10 ve %5 anlam düzeylerinde durağanlaştığı, KBG serilerinde ise düzeye göre Çin'de %5 anlam düzeyinde durağanlık sağlanırken, diğer ülkelerde durağanlığın kaybolduğu veya birim kökün devam ettiği görülmüştür. ΔSHY serilerinde Rusya için durağanlık %5 anlam düzeyinde görülürken, diğer ülkelerde durağanlık kaybolmakta veya birim kök devam etmektedir. DSH verilerinin birinci farkı alındığında Güney Afrika Cumhuriyeti serileri için %1 anlam düzeyinde durağanlık elde edilmekte ancak Hindistan ve Türkiye serileri hala birim kök içermektedir. Benzer bir durum ΔOSH serileri için de geçerlidir. KOF serilerinin birinci

farkı alındığında Rusya ve Türkiye için durağanlık devam etmekte, ancak tüm diğer ülkelerde durağanlık kaybolmakta veya birim kök devam etmektedir.

Kesmeli modelde birinci farklara bakıldığında Çin, Güney Afrika Cumhuriyeti ve Türkiye'nin TA serilerinin en az %5 düzeyinde durağanlaştığı ancak, diğer ülkelerin TA serilerinin hala birim kök içerdiği görülmüştür. KBG serilerinin durağanlığı Brezilya ve Çin için birinci farklarda devam ederken, Rusya'da Δ KBG serileri %10 düzeyinde Güney Afrika Cumhuriyetinde ise %1 düzeyinde durağan hale gelmiş, Türkiye'de ise düzeyde durağanlık birinci fark alındığında kaybolmuştur. Δ SHY serileri göz önüne alındığında Rusya'da durağanlık devam etmekte, Çin serileri %5, Türkiye serileri %10 anlam düzeyinde durağanlaşmaktadır. Ancak, Hindistan'da durağanlık kaybolmakta, Brezilya ve Güney Afrika Cumhuriyeti serilerinin birim kök durumu devam etmektedir. DSH serilerinin birinci farkları alındığında, kesmeli modelde Brezilya ve Çin ile birlikte Rusya'nın serileri %1 anlam düzeyinde durağanlaşırken, diğer ülkelerin birim kök durumu devam etmektedir. OSH serilerinin birinci farkları alındığında Çin'in yanı sıra Brezilya ve Rusya serileri %1 anlam düzeyinde, Güney Afrika Cumhuriyeti serisi %5 anlam düzeyinde durağanlaşmakta, Hindistan ve Türkiye serileri birim kök taşımaya devam etmektedir. Δ KOF serilerine bakıldığında, Hindistan dışında tüm ülkelerin KOF serilerinin birinci farklarında durağanlaştığı, Hindistan serilerinde ise düzeyde elde edilen durağanlığın kaybolduğu görülmektedir.

Panel CIPS sonuçlarına bakıldığında kesmeli ve trendli modelde DSH ile birlikte OSH ve KOF'un birinci farklarda durağanlaştığı, diğer değişkenlerde ise birim kök durumunun devam ettiği görülmektedir. Birinci farklar alındığında kesmeli modelde DSH, OSH ve KOF'a ek olarak, KBG'nin de en az %10 anlam düzeyinde durağanlaştığı, TA ve SHY serilerinin ise istatistikî değerlerinin ise %10 anlamlılık düzeyine yaklaştıkları ancak hala birim kök içerdikleri görülmüştür. Sonuç olarak, CIPS testinin hem ülkeler, hem de panel için karışık sonuçlar vermiştir. Örnekleme küçüklüğü bu durumun olası bir nedenidir. Diğer yandan, düzeyde durağan olan serilerin ilk farkları alındığında durağanlıklarını kaybetmeleri de anlamlı olmayan bir sonuçtur. Bu nedenle, ikinci bir panel birim kök testi uygulanarak karar verilmeye çalışılmıştır.

6.4.2. Hadri-kurozumi (2012) panel birim kök testi

Bir zaman serisini tahmin etmeden önce, sahte regresyon problemlerinden kaçınmak için serinin durağan olup olmadığını kontrol etmek gerekir. Panel birim kök testleri iki gruba ayrılmıştır. Durağanlık; birinci nesil birim kök testi ile yatay kesit elemanları arasında herhangi bir bağımlılığın olmadığı varsayımı altında test edilmektedir. Ancak ikinci nesil birim kök testlerinde yatay kesit bağımlılıkları dikkate alınarak durağanlık test edilmektedir (Tatoğlu, 2013a:199).

Hadri-Kurzomi birim kök testi; zaman serilerindeki KPSS testinin panel veri setlerine uyarlanmış halidir. Test, ortak bir faktör şeklinde yatay kesit bağımlılığına sahip heterojen panel verilerde durağanlığın araştırılması için Pesaran'dan (2007), hareketle oluşturulmuştur (Gençoğlu, Kuşkaya, Büyüknalbant, 2020). Hadri-Kurzomi testinde iki tür test istatistiği (Z_A^{SPC} ve Z_A^{LA}) hesaplanır. Her iki test istatistiği sonsuza yakınsa da, normal dağılıma sahip oldukları varsayılır. Bu şekilde, $CADF$ 'nin yeterli olmadığı durumda, bu sorunu, yani olası bir sahte birim kök sonuçları ile meydana gelebilecek durumlar için bu sorunu önlemek adına bir tür sağlama testi niteliği taşımaktadır.

$$Y_{it} = Z' t\phi_i + \beta t\psi_i + \mu_{it} \quad i = 1, \dots, N \text{ ve } t = 1, \dots, T \quad (6.17)$$

$$\mu_{it} = \beta \mu_{it-1} + \gamma_i \quad (6.18)$$

Denklemdaki Z_t deterministiktir, hesaplanabilir ve bağımlı değişkenin varyasyonunu açıklayabilir (Hadri ve Kurozumi, 2012: 32).

Hadri - Kurozumi tarafından geliştirilen testte, sıfır ve alternatif hipotezlerin birbirleriyle yerleri değiştirilmiştir. Böylelikle durağan olmayan temel hipotezin reddi ya da kabulünün daha güçlü şekilde doğrulanması hedeflenmiştir (Tatoğlu, 2013:208). Modelin varsayımları aşağıdaki gibidir (Hadri ve Kurozumi, 2012).

H0: $\beta_i(1) = 0 \quad \forall i$ (Birim kök yoktur)

H1: $\beta_i(1) \neq 0 \quad \exists i$ (Birim kök vardır)

Biçiminde oluşturulmuştur. Bu doğrultuda aşağıdaki Çizelge 6.5'te, Hadri - Kurozumi test istatistikleri gösterilmiştir.

Çizelge 6.5. Hadri-kurozumi (2012) panel birim kök testi sonuçları

Kesmeli Model	TA		KBG		SHY		DSH	
	Z_A^{SPC}	Z_A^{LA}	Z_A^{SPC}	Z_A^{LA}	Z_A^{SPC}	Z_A^{LA}	Z_A^{SPC}	Z_A^{LA}
	2,75 (0.003)	7,68 (0.00)	15,84 (0.00)	8,30 (0.00)	0,66 (0.23)*	-0,09 (0.53)*	-1,23 (0.89)*	-0,12 (0.54)*
	OSH		KOF		ΔTA		ΔKBG	
	Z_A^{SPC}	Z_A^{LA}	Z_A^{SPC}	Z_A^{LA}	0,63 (0.26)*	1,14 (0.12)*	0,09 (0.46)*	6,22 (0.00)
	-0,89 (0.81)*	-0,51 (0.69)*	-0,89 (0.81)*	-0,51 (0.69)*				
	ΔSHY		ΔDSH		ΔOSH		ΔKOF	
0,56 (0.71)*	4,08 (0.00)	-0,25 (0.59)*	0,35 (0.36)*	3,04 (0.001)	3,11 (0.001)	-0,19 (0.57)*	-0,77 (0.78)*	
TA		KBG		SHY		DSH		
Z_A^{SPC}	Z_A^{LA}	Z_A^{SPC}	Z_A^{LA}	Z_A^{SPC}	Z_A^{LA}	Z_A^{SPC}	Z_A^{LA}	
-1,75 (0.96)*	-3,02 (0.99)*	2,66 (0.003)	-0,62 (0.73)*	-1,60 (0.94)*	-3,14 (0.99)*	34,07 (0.00)	23,46 (0.00)	
OSH		KOF		ΔTA		ΔKBG		
Z_A^{SPC}	Z_A^{LA}	Z_A^{SPC}	Z_A^{LA}	2,15 (0.002)	7,46 (0.00)	18,64 (0.00)	72,96 (0.00)	
14,32 (0.00)	8,65 (0.00)	-0,49 (0.69)*	3,34 (0.0004)					
ΔSHY		ΔDSH		ΔOSH		ΔKOF		
16,39 (0.00)	11,58 (0.00)	4,59 (0.00)	5,62 (0.00)	7,38 (0.00)	48,48 (0.00)	0,87 (0.19)*	1,46 (0.07)	

Not: Gecikme uzunluğu 4 olarak alınmıştır. *; en az %10 anlamlılık düzeyinde durağanlığı ifade etmektedir.

Ele alınan değişkenlerin uzun zamanlı serilerinde yatay kesitsel bağımlılık olduğu için, Hadri-Kurozumi (2012) testinin özyineleme ile elde edilen Z_A^{SPC} istatistikleri göz önüne alınmıştır. Buna göre kesmeli ve trendli modelde düzeyde TA, SHY ve KOF verileri durağanken, birinci farkları alındığında sadece KOF serileri durağan olarak kalmıştır. Kesmeli modele bakıldığında SHY, DSH, OSH ve KOF serileri düzeyde durağanken, TA ve KBG serileri birinci farkları alındığında durağanlaşmış, ancak OSH serisi birinci farkında durağanlığı kaybetmiştir. Bu durumda CIPS testinin sonuçları ile birlikte değerlendirilerek, serilerin kesmeli modelde ve birinci farklarında durağan (I(1)) olduğuna karar verilmiştir.

6.5. Westerlund (2007) Eşbütünleşme Analizi

Bu çalışmada ele alınan tüm değişken serileri I(1) olduğundan analizin dördüncü adımında Westerlund (2007) panel eşbütünleşme testi uygulanmıştır. Testin uygulanabilmesi için bağımlı ve bağımsız değişkenlerin hepsinin aynı düzeyde durağan olması gerekmektedir. Bu test hata düzeltme metodu üzerine kurulmuş olup, yatay kesitsel bağımlılığı ve heterojenliği dikkate almakta ve küçük örneklerde daha güçlü sonuçlar vermektedir (Westerlund, 2007).

Westerlund (2007) testi panel (Pt ve Pa) ve birimler için (Ga ve Gt) dört ayrı istatistik üretir. Homojenlik varsayımı altında Pt ve Pa'ya, heterojenlik varsayımı altında ise Gt ve Ga'ya bakılarak karar verilmektedir (Aytun ve Akın, 2014).

Bu istatistikleri üretmek için Westerlund (2007) testi aşağıdaki hata düzeltme denklemini kurmaktadır:

$$\Delta y_{it} = \delta'_i d_t + \alpha_i (y_{i,t-1} - \beta'_i x_{i,t-1}) + \sum_{j=1}^{p_i} \alpha_{i,j} \Delta y_{i,t-j} + \sum_{j=-q_i}^{p_i} \gamma_{i,j} \Delta x_{i,t-j} + v_{it} \quad (6.19)$$

Burada uzun dönemli dengenin gerçekleşmesi ise düzeltme oranı α_i 'nin sıfırdan küçük olmasına bağlıdır ve böylece x_{it} ve y_{it} eş bütünleşik olmuş olur. En küçük kareler yöntemiyle α_i 'yi tahmin etmek için hata düzeltme eşitliği aşağıdaki gibi tekrar yazılmaktadır (Christophe ve Llorca, 2017):

$$\Delta y_{it} = \delta'_i d_t + \alpha_i y_{i,t-1} + \lambda'_i x_{i,t-1} + \sum_{j=1}^{p_i} \alpha_{i,j} \Delta y_{i,t-j} + \sum_{j=-q_i}^{p_i} \gamma_{i,j} \Delta x_{i,t-j} + v_{it} \quad (6.20)$$

Burada $\lambda'_i = -\alpha_i \beta'_i$ ' dir. Westerlund (2007)'nin hesapladığı dört istatistik bu eşitlikteki α_i 'nin en küçük kareler tahminine ve t istatistiğine dayanır. p-Tau ve p-Alfa aşağıdaki gibi hesaplanır:

$$P_a = \frac{\sum_{i=1}^N L_{i12}}{\sum_{i=1}^N L_{i1}} \quad (6.21)$$

$$P_t = \frac{1}{\hat{\sigma}} \frac{\sum_{i=1}^N L_{i12}}{\sqrt{\sum_{i=1}^N L_{i1}}} \quad (6.22)$$

G_t (g-Tau) ve G_a (g-Alfa) ise şu şekilde elde edilir:

$$G_a = \sum_{i=1}^N L_{i11}^2 L_{i12} \quad (6.23)$$

$$G_t = \sum_{i=1}^N \frac{1}{\hat{\sigma}} \frac{L_{i1}}{\sqrt{L_{i11}}} \quad (6.24)$$

Bu istatistikler aşağıdaki hipotezleri sınamak için kullanılmaktadır:

H_0 : $\alpha_i = 0$, tüm i 'ler için eşbütünlük yoktur. (Hiçbir ülkede eşbütünlük yoktur.)

H_1^G : En az bir i için $\alpha_i < 0$ 'dır. (En az bir ülkede eşbütünlük vardır.)

H_1^P : Tüm i 'ler için $\alpha_i > 0$ 'dır. (Panelin tümünde eşbütünlük vardır.)

Westerlund (2007) prosedürü ile yapılan eşbütünlük analizinin sonuçları Çizelge 6.6'da gösterilmektedir. Önceki testler yatay kesitsel bağımlılığa ve heterojenliğe işaret ettiği için kesmesiz ve trendsiz model için G_t ve G_a istatistiklerine bakılmıştır. Bu istatistiklere göre "Hiçbir ülkede eşbütünlük yoktur" şeklinde kurulan boş hipotez Model 1, Model 5 ve Model 7 dışındaki tüm modeller için reddedilememektedir. Model 1 için G_a istatistiği negatif ve %10 anlam düzeyinde anlamlı, Model 5 ve Model 7 için ise G_t istatistiği negatif ve sırasıyla %5 ve %10 anlamlılık düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Yani, bu modellerde "Hiçbir ülkede eşbütünlük yoktur" şeklinde kurulan boş hipotez reddedilmektedir. Model 5 ve Model 7 için panel istatistiği P_t negatif ve %5 anlamlılık düzeyinde anlamlıdır. Bu sonuç, paneli oluşturan en az bir ülkede değişkenler arasında eşbütünlük ilişkisi olduğuna işaret etmektedir.

Çizelge 6.6. Westerlund (2007) eşbütünlük testi sonuçları

	G_t	G_a	P_t	P_a
Model 1 (y= SHY, x = TA)	-4,24 (0.28)	-4,04 (0.06)***	-2,98 (0.25)	-3,53 (0.14)
Model 2 (y=SHY, x = KOF)	-1,45 (0.59)	1,86 (0.90)	-0,008 (0.64)	0,41 (0.66)
Model 3 (y= KBG, x = TA)	7.68 (0.99)	2.19 (0.96)	0.33 (0.73)	-0.51 (0.63)
Model 4(y=KBG, x = KOF)	0.017 (0.70)	-0.22 (0.45)	-2.27 (0.31)	-7.28 (0.025)**
Model 5 (y= DSH, x = TA)	-6.45 (0.046)**	-0.56 (0.22)	-4.27 (0.019)**	-0.92 (0.107)

Çizelge 6.6. (Devamı) Westerlund (2007) eşbütünleşme testi sonuçları

Model 6(y=DSH, x = KOF)	-1.17 (0.63)	0.07 (0.58)	-3.34 (0.19)	-2.43 (0.17)
Model 7 (y= OSH, x = TA)	-6.09 (0.06)***	-0.75 (0.22)	-4.54 (0.019)**	-0.88 (0.11)
Model 8(y=OSH, x = KOF)	-1.07 (0.65)	-0.03 (0.55)	-2.75 (0.26)	-2.92 (0.13)
Model 9 (y= OSH, x = KBG)	3.66 (0.97)	1.20 (0.88)	0.31 (0.63)	1.24 (0.75)
Model 10 (y=DSH, x = KBG)	4.36 (0.98)	2.06 (0.96)	1.44 (0.75)	1.78 (0.83)

Not: İstatistikler 10.000 özyineleme ile elde edilmiştir. Örneklem büyüklüğünden dolayı veri kaybına uğramamak için p ve q (gecikme ve öncül) değerleri 1 olarak atanmıştır. Yatay kesitsel bağımlılık mevcut olduğundan sadece özyinelemeli olasılık değerleri dikkate alınmıştır. *,** , ve *** sırasıyla %1, %5 ve %10 düzeylerinde anlamlılığı ifade etmektedir. Parantez içindeki değerler özyineleme olasılık değerleridir.

6.6. Panel Nedensellik Analizi: Emirmahmutoglu-Kose (2011)

İçerdiği gözlem sayısının tek bir zaman serisindekinden daha fazla olması nedeniyle panel veri ekonomik olgular hakkında daha fazla açıklayıcı bilgi sağlamakta ve ekonomik ilişkilerin açıklanabilmesi için daha uygun bir araç olmaktadır. Bu bağlamda panel nedensellik testleri geleneksel Granger nedensellik testlerinden daha sağlıklı sonuçlar vermektedir. Bu çalışmada nedensellik ilişkilerini araştırmak için Emirmahmutoglu ve Kose (2011) tarafından geliştirilen yaklaşım kullanılmıştır. Bu test yatay kesitsel bağımlılık ve heterojenliği göz önüne alan ikinci kuşak testlerdendir. Toda-Yamamoto (1995) yaklaşımı üzerine kurulduğundan, değişkenler aynı düzeyde eşbütünleşme ilişkisine sahip olmadığında da kullanılabilmesi bu testi esnek bir panel analiz yaklaşımı yapmaktadır.

Testin ilk aşamasında aşağıdaki model tahmini yapılır:

$$y_{i,t} = \mu_i + A_{i1}y_{i,t-1} + \dots + A_{ik}y_{i,t-ki} + \sum_{j=k_i+1}^{k_i+dmax_i} A_{ij} y_{i,t-j} + e_{i,t} \quad (6.25)$$

Burada uygun gecikme uzunluğu bilgi kriterlerinden faydalanarak elde edilir. Emirmahmutoglu ve Kose panel nedensellik testinde Toda-Yamamoto (1995) olasılık

değerleri, Maddala – Wu (1999) testinin ADF olasılıkları üzerinde yaptığına benzer bir düzeltme ile aşağıdaki gibi elde edilir. Bu şekilde elde edilen λ bir Fisher istatistiği olup $2N$ serbestlik derecesi ile χ^2 dağılımına uygunluk göstermektedir. (Hopoglu, 2019):

$$\lambda = -2 \sum_{i=1}^N \ln(p_i) \quad (6.26)$$

Testin hipotezleri ise aşağıdaki gibi kurulmaktadır:

H_0 : Panelde nedensellik ilişkisi yoktur.

H_1 : Paneldeki en az bir ülke için nedensellik ilişkisi vardır.

Çizelge 6.7. Emirmahmutoglu-kose (2011) panel nedensellik testi sonuçları

Ülkeler	TA →SHY	SHY →TA	KOF →SHY	SHY →KOF	TA →KBG	KBG →TA
Brezilya	1,26(1) [0,26]	0,03(1) [0,85]	0,99(1) [0,32]	0,21(1) [0,64]	10,06(2)* [0,007]	1,98(2) [0,37]
Rusya	2,93(3) [0,40]	2,90(3) [0,40]	10,510(3) ** [0,015]	17,59(3)* [0,001]	7,19(1)* [0,007]	1,54(1) [0,21]
Hindistan	0,09(2) [0,95]	7,79(2) ** [0,02]	0,43(1) [0,50]	0,74(1) [0,38]	0,71(3) [0,87]	2,35(3) [0,50]
Çin	8,15(3) ** [0,04]	11,04 (3)** [0,011]	0,34(2) [0,84]	1,14(2) [0,56]	3,41(3) [0,33]	29,31(3)* [0,00]
G. Afrika	18,57(3) * [0,00]	6,30(3) *** [0,098]	3,87(3) [0,27]	0,10(3) [0,99]	24,02(3)* [0,00]	27,29(3)* [0,00]
Türkiye	0,03(1) [0,86]	2,40(2) [0,12]	6,37(3) *** [0,095]	0,16(3) [0,98]	1,54(2) [0,46]	2,79(2) [0,24]
Panel Fisher İstatistiği	27,199	27,720	19,711	19,041	45,134**	59,939**
Kritik Değerler	58,157 (%1) 36,709 (%5) 29,050 (%10)	66,687 (%1) 39,602 (%5) 31,662 (%10)	60,967 (%1) 38,488 (%5) 31,054 (%10)	63,385 (%1) 37,537 (%5) 30,276 (%10)	85,703 (%1) 48,570 (%5) 37,920 (%10)	64,939 (%1) 41,000 (%5) 31,897 (%10)

Çizelge 6.7. (Devamı) Emirmahmutoglu-Kose (2011) panel nedensellik testi sonuçları

Ülkeler	KOF →KBG	KBG →KOF	TA →DSH	DSH →TA	KOF →DSH	DSH →KOF
Brezilya	3,28(1) *** [0,07]	0,01(1) [0,89]	0,68(1) [0,40]	3,75(1) *** [0,053]	0,72(1) [0,39]	0,09(1) [0,76]
Rusya	6,79(3)** * [0,08]	15,58(3) * [0,001]	1,02(2) [0,59]	1,73(2) [0,42]	1,23(2) [0,54]	1,00(2) [0,60]
Hindistan	20,21(3)* [0,00]	3,57(3) [0,31]	7,81(3)* * [0,05]	5,93(3) [0,11]	0,35(1) [0,55]	0,59(1) [0,44]
Çin	3,57(3) [0,31]	0,35(3) [0,94]	4,42(3) [0,21]	4,48(3) [0,21]	4,19(2) [0,12]	3,11(2) [0,21]
G. Afrika	7,06(3)** * [0,07]	5,07(3) [0,16]	8,15(3)* * [0,04]	11,41(3) * [0,01]	30,51(3) * [0,00]	5,79(3) [0,12]
Türkiye	2,14(3) [0,54]	2,89(3) [0,40]	0,72(2) [0,69]	4,19(2) [0,12]	26,11(3) * [0,00]	0,30(3) [0,95]
Panel Fisher İstatistiği	36,843	21,208	18,864	28,503	59,182*	10,592
Kritik Değerler	85,703 (%1) 48,570 (%5) 37,920 (%10)	86,221 (%1) 48,443 (%5) 37,476 (%10)	64,152 (%1) 38,432 (%5) 30,372 (%10)	65,551 (%1) 38,998 (%5) 31,178 (%10)	51,873 (%1) 34,044 (%5) 27,753 (%10)	48,747 (%1) 33,621 (%5) 27,504 (%10)
Ülkeler	TA →OSH	OSH →TA	KOF →OSH	OSH →KOF	KBG →OSH	OSH →KBG
Brezilya	0,76(1) [0,38]	3,15(1) *** [0,07]	0,63(1) [0,42]	0,01(1) [0,89]	0,20(1) [0,65]	0,20(1) [0,64]
Rusya	1,01(2) [0,60]	1,71(2) [0,42]	1,17(2) [0,55]	1,04(2) [0,59]	1,81(2) [0,40]	1,95(2) [0,37]
Hindistan	5,64(3) [0,13]	3,49(3) [0,32]	0,34(1) [0,55]	0,59(1) [0,43]	0,41(1) [0,51]	0,19(1) [0,65]
Çin	4,44(3) [0,21]	5,24(3) [0,15]	4,00(2) [0,13]	3,09(2) [0,21]	8,11(3)* * [0,04]	0,59(3) [0,89]
G. Afrika	6,41(3) *** [0,09]	13,06(3) * [0,005]	31,18(3) * [0,00]	4,61(3) [0,20]	0,66(2) [0,71]	3,75(2) [0,15]
Türkiye	0,72(2) [0,69]	4,19(2) [0,12]	26,11(3) * [0,00]	0,30(3) [0,95]	0,07(2) [0,96]	4,91(2) *** [0,086]

Çizelge 6.7. (Devamı) Emirmahmutoglu-Kose (2011) panel nedensellik testi sonuçları

Panel Fisher İstatistiği	15,533	27,878	59,429*	9,287	11,008	12,540
Kritik Değerler	63,770 (%1) 40,869(%5) 32,419(%10)	64,281 (%1) 38,885 (%5) 31,259 (%10)	57,609 (%1) 35,857 (%5) 29,050 (%10)	50,285 (%1) 33,111 (%5) 27,107 (%10)	51,597 (%1) 34,835 (%5) 28,250 (%10)	49,279 (%1) 32,053 (%5) 26,909 (%10)
	KBG →DSH	DSH →KBG				
Brezilya	0,28(1) [0,59]	0,34(1) [0,55]				
Rusya	1,85(2) [0,39]	1,95(2) [0,37]				
Hindistan	0,05(1) [0,81]	0,04(1) [0,83]				
Çin	7,91(3) ** [0,04]	0,49(3) [0,91]				
G. Afrika	1,66(3) [0,64]	6,10(3) [0,107]				
Türkiye	0,07(2) [0,96]	4,91(2) *** [0,086]				
Panel Fisher İstatistiği	10,336	13,059				
Kritik Değerler	62,427 (%1) 37,481 (%5) 30,712 (%10)	80,849 (%1) 47,026 (%5) 36,734 (%10)				

Not: Test için, maksimum gecikme sayısı 3 olarak alınmıştır. Gecikme prosedürü olarak Akaike Bilgi Kriteri (AIC) kullanılmıştır. Sonuçlar, 10.000 özyineleme ile elde edilmiştir. Parantez içindeki değerler gecikme sayılarıdır. Köşeli parantez içindeki değerler özyineleme olasılık değerleridir. *,** , ve *** sırasıyla %1, %5 ve %10 düzeylerinde anlamlılık ifade etmektedir.

Çin ve Güney Afrika Cumhuriyeti'nde TA'dan SHY'ye doğru tek yönlü Granger nedenselliği sırasıyla %5 ve %1 anlamlılık düzeylerinde reddedilememektedir. SHY'den TA'ya doğru tek yönlü Granger nedensellik Hindistan ve Çin için %5, Güney Afrika Cumhuriyeti için %10 anlamlılık düzeyinde reddedilememektedir. Sonuç olarak, Çin ve

Güney Afrika Cumhuriyeti için ticari açıklık ve sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı arasında çift yönlü Granger nedensellik, Hindistan'da sadece SHY'den TA'ya doğru tek yönlü bir Granger nedensellik olduğuna, diğer ülkelerde ise her iki değişken arasında herhangi bir Granger nedensellik ilişkisi olmadığına karar verilmiştir.

KOF ve SHY arasındaki ilişkilere bakıldığında Rusya'da %5 anlamlılık düzeyinde ve Türkiye'de %10 anlamlılık düzeyinde KOF'dan SHY'ye doğru tek yönlü Granger nedensellik ilişkisi bulgusuna ulaşılmıştır. SHY'den KOF'a doğru olan nedenselliğe bakıldığında sadece Rusya'da %1 anlamlılık düzeyinde bir nedensellik ilişkisi bulunmuştur. Sonuç olarak Rusya için küreselleşme ve sağlık harcamalarının GSYH'deki payı arasında çift yönlü bir Granger nedensellik ilişkisi olduğuna, Türkiye'de sadece KOF'dan SHY'ye doğru tek yönlü bir Granger nedenselliği olduğuna, diğer ülkelerde ise her iki değişken arasında herhangi bir Granger nedensellik ilişkisi olmadığına karar verilmiştir.

Ticari Açıklık ve Kişi Başına Düşen Gelir arasında ve Güney Afrika Cumhuriyeti'nde TA'dan KBG'ye doğru %1 anlamlılık düzeyinde tek yönlü Granger nedensellik ilişkisi bulunmuştur. KBG ve TA arasında tek yönlü nedensellik ise %1 anlam düzeyinde Çin ve Güney Afrika Cumhuriyeti için görülmüştür. Bu sonuçlara göre Güney Afrika Cumhuriyeti'nde TA ve KBG arasında çift yönlü bir Granger nedensellik ilişkisi olduğuna, Brezilya ve Rusya'da TA'dan KBG'ye doğru tek yönlü ve Çin'de KBG'den TA'ya doğru tek yönlü bir Granger nedensellik ilişkisi olduğuna ve paneldeki diğer ülkelerde bu iki değişken arasında herhangi bir Granger nedensellik ilişkisi olmadığına karar verilmiştir.

Küreselleşme ve Kişi Başına Düşen Gelir arasında, Brezilya, Rusya, Hindistan ve Çin'de KOF'dan KBG'ye doğru tek yönlü Granger nedensellik en az %10 anlamlılık düzeyinde reddedilememektedir. KBG'den KOF'a doğru tek yönlü Granger nedenselliği ise %1 anlam düzeyinde reddedilmemektedir. Sonuç olarak, Rusya'da KBG ve KOF arasında çift yönlü bir Granger nedensellik ilişkisi, Brezilya, Hindistan ve Güney Afrika Cumhuriyeti'nde KOF'dan KBG'ye doğru tek yönlü doğru tek yönlü bir Granger nedensellik ilişkisi ve paneldeki diğer ülkelerde bu iki değişken arasında bir Granger nedensellik ilişkisi olmadığına karar verilmiştir.

Ticari açıklık ve toplam sağlık harcamaları içinde devletin sağlık harcamalarının payı arasındaki ilişkilere bakıldığında, TA'dan DSH'ye doğru tek yönlü Granger nedenselliğin Hindistan ve Güney Afrika Cumhuriyeti için %5 anlamlılık düzeyinde reddedilememektedir. DSH ile TA arasındaki ilişkiye bakıldığında Brezilya'da ve Güney Afrika Cumhuriyeti'nde DSH'den TA'ya doğru tek yönlü Granger nedensellik sırasıyla %10 ve %1 anlamlılık düzeylerinde reddedilememektedir. Dolayısıyla, TA ve DSH arasında Güney Afrika Cumhuriyeti için çift yönlü, Hindistan için TA'dan DSH'ye doğru tek yönlü ve Brezilya için DSH'den TA'ya doğru tek yönlü Granger nedenselliği olduğuna ve paneldeki diğer ülkelerde bu iki değişken arasında herhangi bir Granger nedensellik ilişkisi olmadığına karar verilmiştir.

Küreselleşme ve Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Devletin Sağlık Harcamalarının Payı arasındaki ilişkilere bakıldığında, Güney Afrika Cumhuriyeti ve Türkiye'de tek yönlü Granger nedenselliği %1 anlamlılık düzeyinde reddedilemezken, beklenildiği gibi DSH'den KOF'a doğru herhangi bir Granger nedensellik ilişkisine rastlanılmamıştır.

Bireysel sonuçlara göre, ticari açıklıktan özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı arasında sadece Güney Afrika için TA'dan OSH'ye doğru %10 anlamlılık düzeyinde tek yönlü bir Granger nedensellik ilişkisi bulunmuştur. OSH'den TA'ya doğru ise Brezilya'da %10, Güney Afrika Cumhuriyeti'nde %1 anlamlılık düzeyinde reddedilemeyen Granger nedensellik ilişkisine rastlanmıştır. Sonuç olarak, Güney Afrika için TA ve OSH arasında çift yönlü, Brezilya için OSH'den TA'ya tek yönlü nedensellik olduğuna ve paneldeki diğer ülkeler için bu iki değişken arasında herhangi bir Granger nedensellik ilişkisi bulunmadığına karar verilmiştir.

KOF ile OSH arasındaki ilişkilere bakıldığında, sadece Güney Afrika Cumhuriyeti ve Türkiye için KOF'dan OSH'ye doğru tek yönlü Granger nedensellik %1 anlam düzeyinde reddedilememektedir. OSH'den KOF'a doğru hiçbir ülke için Granger nedensellik ilişkisi bulunamamıştır. Paneldeki diğer ülkeler için bu iki değişken arasında herhangi bir Granger nedensellik ilişkisi bulunamamıştır.

KBG'den OSH'ye doğru tek yönlü bir Granger nedensellik ilişkisi %5 anlamlılık düzeyinde sadece Çin için bulunmuştur. OSH'den KBG'ye doğru tek yönlü Granger nedensellik ilişkisine ise %10 anlamlılık düzeyinde sadece Türkiye'de rastlanılmıştır.

Paneldeki diğer ülkeler için bu iki değişken arasında herhangi bir Granger nedensellik ilişkisi bulunamamıştır.

KBG'den DSH'ye doğru tek yönlü bir nedensellik ilişkisinden %5 anlamlılık düzeyinde sadece Çin için bahsedilebilirken, DSH'den KBG'ye tek yönlü bir Granger nedensellik ilişkisine sadece Türkiye'de %10 anlamlılık düzeyinde rastlanmıştır. Paneldeki diğer ülkeler için bu iki değişken arasında herhangi bir Granger nedensellik ilişkisi bulunamamıştır.



7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ülkelerin coğrafi sınırlarının önemini kaybederek daha çok bütünleşmesi şeklinde ifade edilen küreselleşme, geniş bir etkileme alanı ile dünya üzerinde yer alan ülkeleri nüfuzu altına alarak yarattığı önemli değişiklikler ile toplumları siyasal, sosyal ve ekonomik açıdan yeniden yapılandırmaya yöneltmiştir. Özellikle, 1980 sonrasında neoliberal ekonomi politikasının uygulanması, ekonomik entegrasyonun genişlemesi ve derinleşmesi ile ülkeler arasında yeni bir işbölümü ortaya çıkmış, uluslararası ticaretin önündeki engellerin kaldırılması ile rekabet uluslararası alana taşınmıştır. Böylelikle, teknolojinin çok daha fazla önem kazanması, ucuz hale gelen haberleşme ile ulaşım olanaklarının meydana getirdiği dönüşüm ve sağladığı önemli avantajlar, küreselleşme sürecinin başlamasına neden olmuştur.

Küreselleşme ile birlikte artan ticaret hacmi, ulaşım olanaklarının gelişmesi, iletişim ve bilgi akışı, artan göç unsuru ve küresel malların ortak kullanımı gibi gelişmeler sağlık üzerinde bir takım etkiler meydana getirmiştir. Özellikle, gelişen teknolojik imkânlar ve ulaşım araçlarının gelişmesi HIV, Ebola virüsü ile Kuş ve Domuz Gribi gibi dünyayı saran salgın hastalıklarının yayılması daha kolay hale getirmiş, sağlıkta küreselleşme önemli ölçüde kendini hissettirmiştir. Bu durum, artan göç hareketleri ve kıtalararası yolculuk ile daha da hız kazanmıştır. Yaşanan süreçler karşısında küresel boyut kazanan sağlık sorunlarına karşı Dünya Sağlık Örgütü, Birleşmiş Milletler ve Dünya Bankası gibi uluslararası örgütlerin, sağlığın sadece bireye veya ülkelere özgü bir sorun olarak görülmemesi gerektiği bakış açısıyla, bu sorunlara karşı çözüm üretmek adına ortak çözümler geliştirip, finansal kaynak arayışı içerisine girdikleri görülmektedir. Sağlıkta yaşanan küresel dönüşüm hareketi zamanla sağlık hizmetleri alanı da önemli ölçüde etkilemiş, birbirine entegre olmuş dünyanın her noktasındaki sağlık hizmetlerine erişim kritik bir boyut kazanmıştır. Artık, ülkeden ülkeye ya da bir ülkenin farklı bölge ve şehirleri arasında bireyin adil bir sağlık hizmetine erişimi güçleşmiştir. Zira, küreselleşme ülkelerin uluslararası alandaki rekabetini maliyetlere karşı daha duyarlı bir yapıya kavuşturmuş, bu süreç sosyal refaha yönelik uygulamaları geri plana itmiştir.

1930'larda başlayıp, 1945'lerde zirveye ulaşan sosyal devlet anlayışıyla kamu harcamaları hızla artmış, halkın refahının sağlanmasına yönelik eğitim, sağlık ve sosyal güvenlik gibi sosyal harcamalara ağırlık verilmiştir. Gelişen süreçte ise sosyal harcamalar, kamu

harcamalarının farklı önceliklerinin ortaya çıkmasıyla gereksiz bir maliyet unsuru olarak görülmüş ve kamu harcamalarının önemli birer nedeni sayılmıştır. 1973 yılında yaşanan petrol kriziyle birlikte sosyal refaha dönük gerçekleştirilen harcamalar sekteye uğramış, 1980'lere gelindiğinde ise, gelişmiş ve gelişmekte ülkelerde hız kazanan neoliberal ekonomik anlayışla bireye sunulan sosyal haklar ile ekonomik alanlarda devlet harcamalarının sınırlandırılması ve bu harcamaların verimli yöntemlerle ele alınması fikri ön plana çıkmıştır. Refah devlet anlayışından rekabet devlet anlayışına doğru gidilen bu süreçte, sürecin bir yansıması olarak piyasaların deregülasyonu, sosyal ve ekonomik hakların daraltılması ve devletin küçültülmesi politikasından hareketle sosyal refah, devletin vazgeçilmez bir unsuru olarak görülen sağlık hizmetlerinin kontrol altına alınması yönünde uygulamalara genişlik kazandırılmıştır. Bu süreçte, kamusal olarak sunulan sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansman birbirinden ayrılarak, sağlık teşkilat yapısı içerisinde (desantralizasyon) yerleşmesi sağlanmış ve adem-i merkezîyetçi bir yapı oluşturulmaya çalışılmıştır. Bu süreçle birlikte artık kamu hizmet üretmekten çok sistemi düzenleyen ve kurallar getiren bir yapı içerisine girmiş, daha önce ağırlıklı olarak kamu tarafından yerine getirilen sağlık hizmetlerinin bir bölümü piyasa ekonomisi ile birlikte ortaklaşa sürdürülemeye çalışılmıştır.

Uluslararası örgütler tarafından desteklenen yeni reform anlayışı ile birlikte küresel sağlık politikasının amacı, bireyin sağlık hizmetlerine erişimini kısıtlamadan ulusal bütçe üzerinde yük oluşturan sağlık harcamalarının azaltılmasına ve bu alanda kalite ve verimliliğin artırılmasına öncelik vermektir. Bu kapsamda, sağlık hizmet sunumu ile finansman yapısının birbirinden ayrıştırılarak sağlık finansman yapısında kamu ve özel sigorta işlevselliğinin artırılması, oluşacak rekabet ortamı ile sağlık hizmet fiyatının ucuzlayacağı ve böylelikle daha kaliteli ve etkin bir sağlık hizmetinin sunulması hedeflenmiştir. Ancak, piyasacı yaklaşım temelinde sürdürülmek istenen bütün bu argümanların aksine, uygulamaya konulan sağlık reformları, sağlıkta monopol yapıların ortaya çıkmasına ve toplam sağlık harcamalarının artmasına ve bu harcamalara ek fon yaratmak adına uygulamaya konulan katılım payı ve kullanıcı ödentileri gibi stratejilerin hayata geçirilmesine neden olmuştur. Aynı zamanda bu durum, bu ücretleri karşılayamayacak duruma düşen bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kısıtlamıştır. Bu riskleri azaltmak ve ortadan kaldırmak adına ülkeler sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerini yeniden revize etmeye, artan sağlık harcamaları karşısında farklı ve etkili bir sağlık finansman modellerini hayata geçirmeye başlamışlardır.

Bugün dünyanın dört bir yanındaki sağlık politika yapımcılarının temel hedeflerinden biri, zengin ve yoksul aileler arasındaki gelir eşitsizliğinin neden olduğu uçurumu ortadan kaldırmak adına sağlık sistemini yeniden revize etmeye dönük politikalara ağırlık vermektir. Ancak, günümüzde hala düşük ve orta gelirli ülkelerdeki hane halklarının mali sıkıntılar yaşaması nedeniyle sağlık hizmetlerine erişimde ciddi sorunlar yaşadıkları bilinmektedir. Bu durum aileleri yoksullaştırıcı etkilerden korumaya odaklanan adil bir sağlık finansman sisteminin hayata geçirilmesini daha önemli hale getirmiştir.

Bu tez çalışmasında küreselleşme süreci birlikte yükselen ekonomiler olarak adlandırılan BRICS-T ülkelerinin (Brezilya, Rusya, Hindistan, Çin, Güney Afrika Cumhuriyeti ve Türkiye) sağlık harcamalarındaki yaşanan değişimler arasındaki nedensellik ilişkisinin varlığı araştırılarak, seçili makroekonomik değişkenlerin test edilmesiyle elde edilecek bulgular ışığında literatüre katkı sunulması amaçlanmıştır. Çalışmanın literatürden farkı, Ticari Açıklık ve KOF Küreselleşme Endeks değişkenlerinin küreselleşme-sağlık harcamaları ilişkisini ele alan bir çalışmada ilk defa kullanılmasıdır. BRICS-T ülkelerinin seçilmesindeki amaç ise, bu ülkelerin nüfus ve coğrafik yapıları, piyasa büyüklükleri, hızlı ekonomik büyüme performansları, dışa açık liberal politikalar izlemeleri, geniş doğal kaynak zenginliğine sahip olmaları ve büyük bir işgücü potansiyeli barındırarak küresel ekonominin en büyük oyuncularını arasında yer almalarıdır. Nedensellik test sonuçları incelendiğinde;

Ticari Açıklık ve Sağlık Harcamalarının GSYH'ye oranı arasında Çin ve Güney Afrika Cumhuriyeti'nde çift yönlü granger nedensellik ilişkisi tespit edilirken, Hindistan'da sadece SHY'den TA'ya doğru tek yönlü bir granger nedensellik tespit edilmiştir. Bu durumda; Çin ve Güney Afrika Cumhuriyeti'nde ticari açıklık ile artan ticaret gelirleri, bu ülkelerde Kişibaşı GSYH'nin yükselmesini sağladığı ve elde edilen kaynakların ekonomik büyümeyi sürdürebilir kılmak adına beşeri sermaye yatırımlarına yönlendirildiği ve bu kapsamda işgücü verimliliğini artırılmasına yönelik sağlık harcama/yatırımlarına ağırlık verildiği düşünülmektedir. Hindistan'da ise, durumun aksine, ilgili dönemde Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH'deki artışının, cepten harcamaların yüksek olduğu ülkede ticari açıklığın artmasına neden olduğu ve bu ülkede kamunun sağladığı sağlık giderleri oranındaki artış ile birlikte sağlık hizmetlerine erişmek için işgücünün de oranını arttırdığı ve bu durum ihracat artışını da beraberinde getirdiği, ihracattan elde edilen gelirlerin ise, ihracat sektöründe çalışan işgücünün ithal mala olan talebini arttırdığı düşünülmektedir.

Küreselleşme ve Sağlık Harcamalarının GSYH'deki payı arasında Rusya için çift yönlü bir granger nedensellik ilişkisi tespit edilirken, Türkiye'de sadece KOF'dan SHY'ye doğru tek yönlü bir granger nedensellik ilişkisi tespit edilmiştir. Küreselleşme, dış ticaret politikasına yönelik atılan adımı içermektedir. Bu durumda; Rusya ve Türkiye gibi refaha dönük devlet anlayışının hâkim olduğu ülkelerde küresel sisteme bağıllık arttıkça, Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH'deki payının da arttığı düşünülmektedir. Ayrıca, Rusya'da devlet tarafından sağlanan doğal kaynak ihracat gelirlerinin sağlık sistemine aktarıldığı ve böylelikle de bu durum söz konusu ülkede Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH'deki payını arttığı tahmin edilmektedir.

Ticari Açıklık ve Kişibaşı Gelir arasında Güney Afrika Cumhuriyeti'nde çift yönlü bir granger nedensellik ilişkisi tespit edilirken, Brezilya ve Rusya'da Ticari Açıklıktan Kişi Başı Gelire doğru tek yönlü ve Çin'de ise, Kişibaşı Gelir'den Ticari Açıklığa doğru tek yönlü bir granger nedensellik ilişkisi tespit edilmiştir. Ticari açıklık arttıkça ihracattan elde edilen kazanç kişibaşı gelirin de yükselmesine neden olmaktadır. Bu durumda; Brezilya ve Rusya'da ihracat sektöründe çalışanların sektör gelirinde yaşanan artış, dış ticarete istihdam edilen işgücünün diğer şirketler ve bireylere oranla daha fazla gelir elde ettiği tahmin edilirken, Güney Afrika Cumhuriyeti'nde ticari açıklık durumu ile birlikte artan ihracat gelirinin kişibaşı geliri arttırdığı ve artan gelirin de ihracatı teşvik edecek şekilde birbirini besleyen bir tablo ortaya çıkardığı düşünülmektedir.

Kişibaşı Gelir ile Küreselleşme arasında Rusya'da çift yönlü bir granger nedensellik ilişkisi tespit edilirken, Brezilya, Hindistan ve Güney Afrika Cumhuriyeti'nde KOF'dan KBG'ye doğru tek yönlü doğru tek yönlü bir granger nedensellik ilişkisi tespit edilmiştir. Bu durumda; çalışılan dönemde Rusya'da daha fazla kişibaşı gelirin, ülkeyi daha fazla dış ticaret politikasına yönlendirdiği, küresel sisteme bağıllık arttıkça da bu ülkede kişibaşı gelirin daha da katlanarak arttığı tahmin edilmektedir. Brezilya ve Hindistan'da ise, küreselleşmenin diğer faktörleri (sosyal ve siyasal küreselleşme) arttıkça, kişibaşı gelirin arttığı düşünülmekte, Güney Afrika Cumhuriyeti'nde ise, küreselleşmeye dönük izlenen politikanın (çalışılan dönemde) kişibaşı geliri daha fazla artmasını sağladığı tahmin edilmektedir.

Ticari Açıklık ve DSH arasında Güney Afrika Cumhuriyeti için çift yönlü, Hindistan için TA'dan DSH'ye doğru tek yönlü ve Brezilya için DSH'den TA'ya doğru tek yönlü

Granger ilişkisi tespit edilmiştir. Bu durumda; Güney Afrika Cumhuriyeti'nde ticari açıklık arttıkça ihracattan elde edilen kazanç, Kamu Sağlık Harcamalarının GSYİH içindeki oranının artırdığı düşünülürken, aynı zamanda artan devlet sağlık harcamaları da daha fazla ticari dışa açık politikayı tetikleyerek kişi başı gelirin artmasına neden olduğu tahmin edilmektedir.

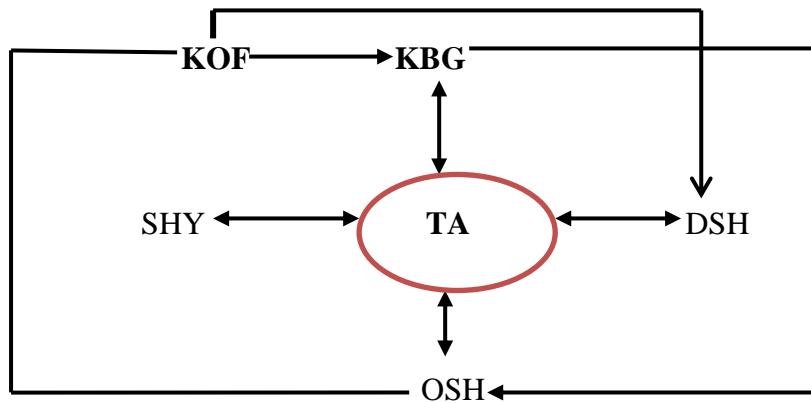
Küreselleşme ve Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Devletin Sağlık Harcamalarının payı arasında Güney Afrika Cumhuriyeti ve Türkiye'de tek yönlü granger nedenselliği tespit edilirken, DSH'den KOF'a doğru herhangi bir granger nedensellik ilişkisine rastlanılmamıştır. Bu durumda; küreselleşme ile dışa açık bir politika izleyen Güney Afrika Cumhuriyeti'nde toplam sağlık harcamaları içinde devlet sağlık harcamalarının payının artması, ülkenin sağlık alanında gerçekleştirdiği teknoloji ithalatına bağlı olabileceği düşünülürken, Türkiye'de ise bu durum, kamunun finansman yükünün önemli bir kısmını üstlenmiş olmasından kaynaklı olabileceği tahmin edilmektedir. Bu nedenlerden ötürü her iki ülkede de, sağlık sektörüne aktarılacak kaynaklar açısından ticari dışa açıklığın sürmesi önem arz etmektedir.

Ticari Açıklık ile Özel Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları içindeki payı arasında Güney Afrika Cumhuriyeti'nde çift yönlü, Brezilya için OSH'den TA'ya tek yönlü granger nedensellik ilişkisi tespit edilmiştir. Bu durumda; Güney Afrika Cumhuriyeti'nde ticari açıklık arttıkça ihracattan elde edilen kazanç kişi başı gelir artmasına paralel Özel Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları içindeki payını arttırdığı düşünülmekte, Brezilya'da ise, daha kaliteli sağlık hizmeti alabilmek adına kişi başı gelirin artmasını sağlayacak dışa açık bir politika izlendiği düşünülmektedir.

Küreselleşme ile Özel Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları içindeki payı arasında, sadece Güney Afrika Cumhuriyeti ve Türkiye için tek yönlü granger nedensellik ilişkisi tespit edilirken, OSH'den KOF'a doğru hiçbir ülke için granger nedensellik ilişkisi bulunamamıştır. Bu durumda; Güney Afrika Cumhuriyeti ve Türkiye'de kamu kesimi, sağlık harcamaları finansman yükünün önemli bir kısmını üstlenmiş olduğu gerçeğinden hareketle bireylerin daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti alabilmesi açısından ihtiyaç duyulan kaynakların sağlanması için dışa açık bir politika izlendiği tahmin edilmektedir.

Kişıbaşı Gelir ile Özel Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları içindeki payı arasında Çin için tek yönlü granger nedensellik ilişkisi tespit edilirken, Türkiye için OSH'den KBG'ye doğru tek yönlü granger nedensellik ilişkisi tespit edilmiştir. Bu durumda; önemli bir nüfus büyüklüğüne sahip Çin'de, kamunun üstlendiği finansman yükü yeterli olmadığından, bireylerin daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti alabilmesi için kişi başı gelir arttıkça özel kuruluşlardan alınan sağlık hizmetlerinin arttığı düşünülmektedir. Türkiye'de ise, yaşam tarzı değişim gösterirken, özel sağlık sektörü de gün geçtikçe büyüyerek gelişim göstermektedir. Bu anlamda bireyler, daha kaliteli sağlık hizmeti alabilmek için özel sağlık kuruluşlarına yönelmektedir. Bu anlamda Özel Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları payının artması işgücü verimliliğini yükselterek kişi başı gelirin artmasını sağladığı tahmin edilmektedir.

Kişıbaşı Gelir ile Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Devletin Sağlık Harcamalarının Payı arasında Çin için tek yönlü bir nedensellik ilişkisi tespit edilirken, Türkiye için DSH'den KBG'ye doğru tek yönlü granger nedensellik ilişkisi tespit edilmiştir. Bu durumda; Çin'in, planlı bir ekonomiden piyasa ekonomisine geçiş ile birlikte ciddi bir ekonomik büyüme performansı yakalamış olması kişi başı gelirden önemli bir artışa neden olurken, bu aynı zamanda beşeri sermaye yatırımları destekleyecek biçimde Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Devletin Sağlık Harcamalarının Payının arttırdığı yönde bir etki yarattığı tahmin edilmektedir. Türkiye için ise, Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Devletin Sağlık Harcamalarının Payının artması bireylerin cepten yapılan sağlık harcamalarına azalmasını sağlayarak kişi başı gelirin yükselmesini sağladığı tahmin edilmektedir. Tüm değişkenler arasındaki nedensellik ilişkisini özetleyen şema aşağıda gösterilmektedir.



Şekil. 7.1. Bulgular ışığında değişkenler arasındaki nedensellik ilişkisi

Ekonomik gelişmişlik düzeyinde olduğu kadar sağlık göstergeleri ve sistemler açısından da birbirinden oldukça farklı bir tablo ortaya koyan BRİCS-T ülkelerinin, ekonomik büyüme ve kalkınmanın sağlayıcı unsuru olarak görülen beşeri sermayenin geliştirilmesine öncelik verilmeli, bu doğrultuda sağlık harcama ve yatırımlarında uluslararası standartlara ulaşılmalıdır.

Küreselleşmeye paralel sağlık harcamaları finansmanının bir politika aracı haline dönüştüğü günümüz dünyasında sağlık harcamaların iyi yönetilmesi açısından bu harcamalara neden olan unsurların bilinmesi ve bu alana ayrılan kaynakları daha verimli kullanılması önemli hale gelmiştir. Örneğin, sağlıkta yüksek teknolojik ürün ithalatının ülke içerisinde üretiminin teşvik edilmesi yükselen ekonomiler grubu arasında cari işlemler açığı yüksek olan ülkelerin finansmanına katkı sağlayacaktır.

Ayrıca, küreselleşme sürecine eşlik eden neoliberal devlet anlayışının baskın hale gelmesiyle, sağlık hizmetlerinde özel finansman-özel gönüllü sağlık sigortası ve cepten ödemeler sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü temsil etmeye başlamıştır. Bu durum, günümüzde Hindistan için ciddi bir sorun haline gelmiş, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi önemli ölçüde kısıtlanmıştır. Bu durumun aşılması, bireylerin gerek sağlık hizmetlerine erişimi gerekse de finansal risklere karşı korunması adına sağlık hizmetlerinin kamusal bir anlayışla yerine getirilmesi ve genel bütçeden sağlığa ayrılan kaynakların artırılması ve kaynakların daha etkin ve verimli alanlarda kullanılması önem arz etmektedir. Bununla birlikte söz konusu ülkede, bireylere dönük evrensel sağlık sigortasının yaygın hale getirilip, risk havuzunun genişletilmesiyle cepten ödemelerin bireyin üzerinde yarattığı finansal baskının da önüne geçileceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak, sağlık hizmetleri finansmanı açısından Hindistan'da ve Çin'de nüfus yapısının büyüklüğü nedeniyle bu hizmetleri kamusal bir anlayışla yerine getirilmesi ve gerekli finansmanın sağlanması, Rusya ve Güney Afrika Cumhuriyet'inde ticari dışa açık politikanın devam ettirilmesi, Türkiye'de ise sağlığa aktarılacak kaynaklar açısından küresel sisteme bağlılık ile birlikte ve dışa açık bir politika izlenmesi gerektiği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- A. Maynard, and A. Dixon, (2002). Private Health Insurance and Medical Savings Accounts: Theory And Experience, (w:) E. Mossialos (red.), Funding health care: options for Europe, Open University Press, Buckingham, s. 110-111.
- Acar, G. A. ve Gül, H., (2007). 1980 Sonrasında Kamusal Mal ve Hizmet Sunumunda Yaşanan Dönüşüm, 22. Maliye Sempozyumu, Mali Yapılanma Sürecinde Stratejik Yönetim ve Sosyal Güvenlik Sisteminin Kamu Maliyesine Etkileri, Antalya.
- Acar, M. (2009). Düzleştirici ve Özgürleştirici Bir Süreç Olarak Küreselleşme. Ankara: Orion Kitabevi.
- Ağartan, T. (2011). Sağlıkta Reform Salgını, Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları (Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar), (Derleyenler: Çağlar Keyder, Nazan Üstündağ, Tuba Ağartan, Çağrı Yoltar), İletişim Yayınları, 2. Baskı, İstanbul.
- Ahmadov, S. (2019). Kültürel Küreselleşme Aracı Olarak Sosyal Medyanın Tüketim Toplumuna Etkisi. *Anadolu Akademi Sosyal Bilimler Dergisi*. 1/1. 28-39.
- Akbulut, Ö.Ö. (2009). Siyaset ve Yönetim İlişkisi, Turhan Kitabevi, 2.Baskı, Ankara.
- Akdiş, M. (2001). Küresel Finansal Krizlerin Türkiye’ye Yansımaları ve KOBİ’ler Üzerindeki Etkileri. *Sosyal Bilimler Dergisi*, Vol.1, .1-22.
- Akıncı, A. ve Tuncer, G. (2016). Türkiye’de Sağlık Harcamaları ile Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki. *Sayıştay Dergisi*, (102), 47-61.
- Aksu, L. (2016). Türkiye’de Beşeri Sermayenin Önemi: İktisadi Büyüme ile İlişkisi, Sosyal ve Stratejik Analizi. *Journal of Economic Policy Researches*, 3(2), pp.68-129.
- Aktan C. Ç, (2010). Siyasal ve Sosyo-Kültürel Globalleşme” <http://www.canaktan.org/yeni-trendler/global-sorunlar/anasayfa-sorunlar.htm>, Son Erişim Tarihi: 31.12.2021.
- Aktan, C. (1999). Globalleşmenin Tarihsel Gelişimi. <http://www.canaktan.org/yeni-trendler/globallesme/tarihsel.htm#ftn2>, Son Erişim Tarihi:28.12.2021.
- Aktan, C. C. (2002). Devletin Büyümesi ve Devletin Başarısızlığının Anatomisi. *Anayasal İktisat* (101-120). Editör C. C. Aktan. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Aktan, C. C. ve Işık, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler. Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi, Editörler Aktan, Coşkun Can ve Saran Ulvi, 1. Baskı, İstanbul, Aura Kitapları.
- Aktan, C. C. ve Şen, H. (1999). Globalleşme, Ekonomik Kriz ve Türkiye. Ankara: Tosyöv Yayınları. 10-35.
- Aktaş, G. (2007). Küreselleşme Sürecinde Türkiye’de Gelir Dağılımı, Yoksulluk ve Sosyal Politikaların Evrimi. Yüksek Lisans Tezi, *Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Ankara.

- Alacahan, E. (2015). Sağlık Sektörü Harcamalarının Türkiye'nin Kalkınmasındaki Rolü. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Eskişehir.
- Albayrak, S. (2019). Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye Üzerine Araştırma. *Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı*. Mersin.
- Alçıngı, S. (2021). Ekonomik Küreselleşme ve Ekonomik Krizler: Türkiye Örneği. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Kahramanmaraş.
- Alpugan, O. (1984). Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Açıdan İncelenmesi, İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası (Ord. Prof. Şükrü Baban'a Armağan), Cilt: 4, Sayı: 1, 133-160.
- Ang, J. B. (2010). The determinants of health care expenditure in Australia. *Applied Economics Letters*, 17(7), 639–644. <https://doi.org/10.1080/00036840802297868>. Son Erişim Tarihi: 31.12.2021.
- Armstrong, H., Pat, A., and Connelly, M. P. (1997). Introduction: The Many Forms of Privatization. *Studies in Political Economy*, 53, .3-9.
- Ataay, F. (2005). Kamu Sağlık Hizmetlerinin Metalaştırılması ve Sağlıktaki Yansımaları, *Toplum ve Hekim*, Sayı. 20, (1), .65-72.
- Ataay, F. (2008). Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları, *Amme İdaresi Dergisi*, Cit:41, Sayı:3, 169-184.
- Atabey, E. S. (2020). Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası, Gazi Kitabevi, Ankara, 13.
- Ataguba, J. E. O., and McIntyre, D. (2013). Who benefits from health services in South Africa?. *Health Economics, Policy and Law*, 8(1), 21-46.
- Ataguba, J. E., Akazili, J., and McIntyre, D. (2011). Socioeconomic-related health inequality in South Africa: evidence from General Household Surveys. *International journal for equity in health*, 10(1), 1-10.
- Atalay, S. (2017). Neoliberal Policies and Higher Education: A Comparison Between Sociology and Psychology Departments in Turkey. *Sosyoloji Dergisi*, 35, 45–59.
- Austvoll-Dahlgren, A., Aaserud, M., Vist, G., Ramsay, C., Oxman, A.D., Sturm, H., J.P., Kösters and Vernby A. (2008), "Pharmaceutical Policies: Effects on Cap and Co-payment on Rational Drug Use", *Cochrane Database Systems Review*, 23(1): 4-8.
- Ay, A. ve Yardımcı, P. (2006), Türkiye'de Fiziksel ve Beşeri Sermaye Birikimi İle Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkilerin Var Modeli ile Analizi (1950-2000), *Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi*; 491-502.
- Ay, A., Kızılkaya, O. ve Koçak, E. (2013). Sağlık Göstergeleri ile Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki: Türkiye Örneği. *Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 6(1), ss. 163-172.

- Aydemir, C. ve Kaya, M. (2007). The Globalization Concept and its Economical Side. *Electronic Journal of Social Science*, 6(20), 260-282.
- Aydın, F., Saygılı, H., Saygılı M. ve Yılmaz. G. (2010). Dış Ticarete Küresel Eğilimler ve Türkiye Ekonomisi. Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası. Çalışma Tebliği No: 10/01. Mart.
- Aytun, C. ve Akın, C. S. (2014). Kurumsal Kalite ve Ekonomik Büyüme: Panel Nedensellik Analizi. *Çukurova Üniversitesi İİBF Dergisi*, 18(1), 89-100.
- Badri, A.K. and Badri, S.K. (2016). Health Spending And Economic Growth in Selected Oecd Countries. AIS (American Institute of Science), American Journal of Clinical Neurology and Neurosurgery, 2 (1), 5-9.
- Bağımsız Sosyal Bilimciler, (2008). 2008 Kavşağında Türkiye Siyaset, *İktisat ve Toplum*. İstanbul: Ayhan Matbaası, Yayın No: 42.
- Barro, R.J. (1996). Determinants of Economic Growth: A Cross-Country Empirical Study. National Bureau of Economic Research 5698.
- Bayar, F. (2011). Küreselleşme Kavramı ve Küreselleşme Sürecinde Türkiye. *Uluslararası Ekonomik Sorunlar Dergisi*, 32, 25-34. İnternet Erişim Adresi: <https://www.mfa.gov.tr/data/Kutuphane/yayinlar/EkonomikSorunlarDergisi/sayi32/firatbayar.pdf> Son Erişim Tarihi:01.02.2021.
- Bayraktar, G. (2003). Yeni Sağ Düşüncesinin Kamu Yönetimindeki Yansıması Olarak Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı İçinde Türkiye’de Kamu Yönetimi, (Der. Burhan. AYKAÇ, Şenol DURGUN ve Hüseyin. YAYMAN), *Yargı Yayınevi*, Ankara,
- Belek, İ. (2000). Nasıl Bir Sağlık Sistemi? III Sigorta Değil, Genel Vergi”, *Toplum ve Hekim*, C.15, S.2, s.92-108.
- Belli, P. and Shahriari, H. (2002). Qualitative study on informal payments for health services in Georgia. World Bank, Washington, DC.
- Berber, M. Yıldız, E.B. ve Dindaroğlu, Y.A. (2013). “Bölgesel Beşeri Sermaye Yeterliliğinin Ölçülmesi: Piramit Model”, *Kocaeli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 25, s.1-18, Kocaeli.
- Besley, T. and Miguel G. (1994). Alternative Systems of Health Service Provision, *Economic Policy*, Vol.9, No. 19, October, ss.199-258.
- Bhatia, M. (2016). The German Health Care System 2015, 2015 International Profiles of Health Care Systems.
- Bilgel, F. (2003). The Determinants of Health Expenditures in Turkey, 1927-1996: An Econometric Analysis. *Proceedings of the 6 th National Econometrics and Statistics Symposium*, Ankara: Turkey.

- Bilgili, E. ve Ecevit, E. (2008). Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 201-228.
- Borghgi, J., Ataguba, J., Mtei, G., Akazili, J., Meheus, F., Rehnberg, C. and McIntyre, D. (2009). Methodological Challenges in Evaluating Health Care Financing Equity In Data-Poor Contexts: lessons from Ghana, South Africa and Tanzania. In *Innovations in health system finance in developing and transitional economies*. Emerald Group Publishing Limited.
- Bozkurt, V. (2000), Küreselleşme Kavram, Gelişim ve Yaklaşımlar, Küreselleşmenin İnsani Yüzü, Ed. Veysel Bozkurt, I. Baskı, *Alfa Yayınları*, ss. 17-31.
- Breusch, T. S., Pagan, A. R. (1980), The Lagrange Multiplier Test and Its Applications to Model Specification in Econometrics”, *The Review of Economic Studies*, Vol:47, No:1, pp:239- 253
- Buğra, A. ve Kayder, Ç. (2015), Sosyal Politika Yazıları, *Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Politika Formu*, Çev: Çakar B.Y. Balaban, U.B. İletişim Yayınları: İstanbul.
- Bulduklı, Y. ve Gökçe, O. (2015). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda “Müşteri Hasta ve Etik Sorunlar” Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*. ISSN: 2148 – 3043 / Nisan 2015 / Yıl: 15 / Sayı: 29.
- Bulut, N. (2003). Küreselleşme: “Sosyal Devletin Sonu mu?”, *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 52 (2), 173-197.
- Cafri, R. (2020). Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Sosyo-Ekonomik ve Çevresel Belirleyicilerinin Bir Analizi. *İktisadi ve İdari Bilimlerde Akademik Çalışmalar* (Editörler: Zafer Gölen, Yüksel Akay Unvan, Sevilay Özer), I. Basım, Mart 2020, Cetinje, Montenegro, 341-353.
- Cambazoğlu, B. (2019). Küreselleşme: Çeşitli İndekslerin Karşılaştırmalı Analizi Küreselleşme: Çeşitli Endekslerin Karşılaştırmalı Analizi”. *Ekonomik Büyüme Kamu Maliyesi ve Oyun Teorisi*, 41.
- Canbay, Ş. ve Kırca, M. (2021). BRICS+ T Ülkelerinde Sağlık Harcamaları ile Kişi Başına Düşen Gelir Arasındaki İlişkiler: Panel Bootstrap Nedensellik Analizi.
- Canbay, T. ve Demir, M. (2013). Türkiye’de Sosyal Güvenlik Açıkları ve Sosyal Güvenlik Ahlakı. Yönetim ve Ekonomi: *Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 20(2), 303-315.
- Cantarero, D. (2005). Decentralization and Health Care Expenditure: The Spanish Case. *Appl. Econ. Lett*, 12(15), 963–966.
- Carrin, G. and James, C. (2005). Social Health Insurance: Key Factors Affecting The Transition Towards Universal Coverage, *International Social Security Review* 58(1): 45-64.

- CEEHN, (2002). Formal and Informal Household Spending On Health: A Multicountry Study In Central And Eastern Europe.
- Christophe, E. and Llorca, M. (2017). Fiscal Sustainability in Central and Latin America Countries: Evidence from a Panel Cointegration Approach. *Economics Bulletin*, 37(4), 2292-2300.
- Cichon, M., Newbrander, W., Yamabana, H., Normand, C., Weber, A., Dror, D., and Preker, A. (1999). "Modelling in health care finance: A compendium of quantitative techniques for health care financing". International Labour Organization.
- Clark, D. (2003). Urban World / Global City, Londra: Routledge Yayınevi.
- Clermeus, S.C. (2019). Türkiye ve Haiti’de Sağlık Ekonomisi: Bir Karşılaştırma İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Crivelli, L., Filippini, M. and Mosca, I. (2005). Federalism and Regional Health Care Expenditures: An Empirical Analysis For The Swiss Cantons. *Health Econ.* 10(1), 20–26.
- Culha, E.D. (2019). Türkiye’de Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler Üzerine Araştırma Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
- Çağlar, Ü. ve Dışkaya, S. (2018). Küreselleşme, Uluslararası Para Sistemi ve Kriz.” *Journal of Economic Policy Researches*, 5(2), 1-24.
- Çakır, Ö. (2016). Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Uygulanan Sağlık Finansman Politikalarının Değerlendirilmesi: *Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı* (Yüksek Lisans Tezi).İstanbul.
- Çakmak, E. ve Gümüş, S. (2005). Türkiye’de Beşeri Sermaye ve Ekonomik Büyüme: Ekonometrik Bir Analiz (1960-2002). *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 60(01), 59-72.
- Çalışkan, Ş. Karabacak, M. ve Meçik, O. (2013). Türkiye’de Eğitim-Ekonomik Büyüme İlişkisi: 1923-2011 (Kantitatif Bir Yaklaşım). *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 11(21), 29-48.
- Çelebi, A. K. ve Cura, S. (2013). Etkinlik Göstergeleri Açısından Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analizi. *Maliye Dergisi*, Cilt. 164, 47-6.
- Çelik, Y. (2019). Sağlık Ekonomisi. Siyasal Kitabevi. 4.Baskı. Kızılay/ANKARA
- Çelikay, F. ve Gümüş, E. (2010). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, (11).
- Çelikay, F. ve Gümüş, E. (2014). Sosyal Harcamaların Yoksulluk Üzerine Etkileri: Ampirik Bir İnceleme. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(4), 127-138.

- Çetin, M. ve Ecevit, E. (2010). The Effect Of Health Expenditures On Economic Growth: A Panel Regression Analysis On Oecd Countries. *Doğuş University Journal*, 1(2), 166-182.
- Çilingiroğlu, N. (2006). Halk Sağlığı (Temel Bilgiler). Güler Ç. ve Akın L. (eds.) Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Çoban, H. (2009). Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı* Doktora Tezi. İzmir.
- Çoban, S. (2015). Küreselleşme Sürecinde Gelişmekte Olan Ekonomilerde Sağlık Harcamaları Finansmanı. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi *Sosyal Bilimler Enstitüsü Finansal Ekonomi Anabilim Dalı*. Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
- Çoban, Y. (2015). Türkiye Ekonomisi, Beşinci Baskı, İstanbul, İkinci Sayfa Yayınları,
- Daştan, İ. ve Çetinkaya, V. (2015). OECD Ülkeleri ve Türkiye’nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 104-134.
- Deber, R.B. Forget, E.L. and Roos, L.L. (2004). Medical Savings Accounts in a Universal System: Wishful Thinking Meets Evidence. *Health Policy*, Vol.70, N.1, p.49-6.
- Deiaco, E. (2013). “India’s Healthcare System- Overview and Quality Improvements”. http://www.tillvaxtanalys.se/dowland/18.5d9caa4d14d034753bcf42e1430909773826/direct_response_2013_04.pdf. Son Erişim Tarihi:12.02.2021.
- Denison, E.W. (1962). Education, Economic Growth and Gaps in Information, *The Journal of Political Economy*, Vol:LXX,No:5, Part:2, s.124-128.
- Devlet Planlama Teşkilatı, (1995). Dünya Küreselleşme ve Bölgesel Bütünleşmeler”. Ankara: DPT Yayınları 2375, ÖİK: 44.
- Devlet Planlama Teşkilatı, (2000). Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı. Küreselleşme Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara, https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/08_Kuresellesme.pdf Son Erişim Tarihi: 09.02.2021.
- Dixon, A. (2002). Are Medical Savings Accounts a Viable Option for Funding Health Care”, *Croatian Medical Journal*, Vol.43, N.4, p. 408-416.
- Dreher, A. Gaston, N. Martens, P. and Boxem, L. V. (2010). Measuring Globalization-Opening the Black Box. A Critical Analysis of Globalization İndices. *Globalistics and Globalization Studies*, 1(1), 166–185.
- Dulupçu, M. A. (2001). Küresel Rekabet Gücü Türkiye Üzerine Bir Değerlendirme. Nobel Yayın Dağıtım. Ankara.

- Durmuş, M. (2014). Sağlıkın Sosyal Belirleyenleri: Sanayileşme-Sağlık İlişkisine Eleştirel Bir Yaklaşım, 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı içinde (349-391), Edirne: *Trakya Üniversitesi*, 20-24. Ekim.
- Durusoy, S. (2002). Finansal Liberalleşmenin Sorgulanmasının Nedenleri. www.ceterisparibus.net/banka_finans/makaleler.htm, Son Erişim Tarihi: 14.02.2021
- Duyuk, G. (2015). Devletlerin Sağlık Politikaları ile Özel Sağlık Sigorta Sistemlerinin Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı Açısından Karşılaştırılması. *Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*. Yüksek Lisans Tezi. Tekirdağ.
- Dülger, S. (2007). Küreselleşmenin Türkiye İşgücü Piyasası Üzerine Etkileri: Beyin Göçü *Manisa Celal Bayar Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü*. Yüksek Lisans Tezi. Manisa.
- Dünya Bankası, (2003). Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency. Washington, DC: World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/14824> Son Erişim Tarihi: 07.02.2021.
- Dünya Bankası, (2018). Helath Indicators. <https://data.worldbank.org/indicator/> Son Erişim Tarihi:08.02.2021.
- Ecevit, E. Çetin, M. ve Yücel, A. G. (2018). Türki Cumhuriyetlerinde Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri: Bir Panel Veri Analizi. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, 10(19), 318-334.
- Egeli, H. (2008). Parafiskalite ve Türkiye’de Sosyal Parafiskal Kurumlar, Altın Nokta Basım Yayın Dağıtım, İzmir.
- Elbek, O. Adaş, E. B. (2009). Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme, *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, C.12, S.1, s.33-44.
- Elçin, A.B. (2012). Küreselleşmenin Tarihçesi. <http://www.meritymm.com/wp-content/uploads/2013/05/kuresellesme.pdf> Son Erişim Tarihi:12.02.2021.
- Eligüzel, C. (2019). Değişen Sosyal Güvenlik Sistemi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı Üzerine Bir Değerlendirme: Ardahan Örneği. *Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Siyaset Bilimi ve Uluslararası İlişkiler Ana Bilim Dalı*. Yüksek Lisans Tezi.
- Emirmahmutoğlu, F. ve Köse, N. (2011). Testing for Granger causality in heterogeneous mixed panels. *Econ Model* 28(3): 870–876.
- Ener, M. ve Demircan, E. (2008). Küreselleşme Sürecinde Değişen Devlet Anlayışından Kamu Hizmetlerinin Dönüşümüne: Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Mekanizmaları. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13(1), 57-82.

- Erdem, T. (2006). Feodaliteden Küreselleşmeye Temel Kavram ve Süreçler, Lotus Yayınevi, Şubat, Ankara.
- Erkızan, H. N. (2002). Küreselleşmenin Tarihsel ve Düşünsel Temelleri Üzerine. Doğu Batı Dergisi, Sayı 5, s. 65.
- Erol, H. ve Özdemir, A. (2014). Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 4(1), 9-34.
- Ersungur, M. Ş. (2016). Küreselleşme. Savaş Yayınevi. 1. Baskı. Ankara.
- Erumut, C. M. (2019). Türkiye İçin Alternatif Sağlık Finansman Önerisi: İki Sütunlu Sistem”, *Sosyal Güvence Dergisi*. Sayı 5, Sosyal Güvenlik Uzmanları Derneği, ss. 93-126.
- Etienne, C., Asamoah-Baah, A., and Evans, D. B. (2010). Health Systems Financing: The Path To Universal Coverage. World Health Organization.
- Evans, R.G. (2002). Financing Health Care: Taxation And The Alternatives, Mossialos, E., A. Dixon, J. Figueras, J. Kutzin (eds), Funding health care: options for Europe, (Buckingham: Open University Press): 31-58.
- Figueras, J. and Kutzin, J. (2002). Funding Healthcare: Options For Europe, Buckingham: Open University Press.
- Filazi, E. (2020). Küreselleşen Dünyada Çok Uluslu Şirketlerin Artan Rolü ve Latin Amerika’daki Darbelere Etkileri: Guatemala, Şili ve Bolivya Örnekleri. *Aksaray Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Siyaset Bilimi ve Uluslararası İlişkiler Anabilim Dalı*. Yüksek Lisans Tezi. Aksaray.
- Fischer S. (2003). Globalization and its Challenges, *American Economic Review*, Vol. 93, No. 2 (May).
- Foundation, H. J. K. F. and Fund, C. (2015). Experiences and attitudes of primary care providers under the first year of ACA coverage expansion: Findings from the Kaiser Family Foundation/Commonwealth Fund 2015 National Survey of Primary Care Providers. *Issue brief (Commonwealth Fund)*, 17, 1-21.
- Gangolli, L., Duggal, R., and Shukla, A. (2005). Review of Healthcare in India Centre for Enquiry into Health and Allied Themes, Centre for Enquiry into Health and Allied Themes. Research Centre of Anusandhan Trust.
- Gençoğlu, P., Kuşkaya, S., ve Büyüknalbant, T. (2020). Seçilmiş OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Sürdürülebilirliğinin Panel Birim Kök Testleri İle Değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 75(4), 1283-1297.
- Gerber, J. (2017). Uluslararası İktisat. (N. Terregrossa. Çev.). Ankara: Nobel Yayınevi.

- Gerdtham, U. G., J. Sogaard, F., Andersson and B. Jönsson (1992). An Econometric Analysis of Health Care Expenditure: A Cross-section Study of the OECD Countries, *Journal of Health Economics*. 11: 63-84.
- Gertler, P. ve Gruber, J. (2002). Insuring Consumption Against Illness. *American Economic Review*, 92(1), 51-70.
- Giannoni, M. and Hitiris, T. (2002). The Regional İmpact of Health Care Expenditure: the Case of Italy. *Applied Economics*, 34, 1829–36.
- Giddens, A.(1998). *Modernliğin Sonuçları*. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Goldman Sachs. (2001). Building Better Global Economic BRICs . Global Economics Paper No: 66, <http://www.goldmansachs.com/our-thinking/archive/archive-pdfs/buildbetter-brics.pdf> adresinden erişildi. Son Erişim Tarihi: 16.02.2021.
- Goldman Sachs. (2003). Dreaming With BRICs: “The Path to 2050. Global Economics” Paper No: 99, <http://www.goldmansachs.com/our-thinking/archive/archive-pdfs/bricsdream.pdf> adresinden erişildi. Son Erişim Tarihi: 17.02.2021.
- Görmüş, A. (2013). Sağlık Sistemindeki Neoliberal Dönüşümün Sağlık İnsan Gücü Üzerindeki Etkileri. *Siyasal Kitapevi*. 2013 Kasım. Ankara.
- Gragnotati, M., Lindelow, M., Lindelöw, M. and Couttolenc, B. (2013). Twenty years of health system reform in Brazil: an assessment of the Sistema Único de Saúde.” World Bank Publications.
- Güner, Ü. ve Alper Y. (2010). Çok Uluslu Şirketler Türkiye Ekonomisi İçin Tehdit Mi, Fırsat Mı? Dumlupınar Üniversitesi, *Sosyal Bilimler Dergisi*, Sayı: 26, s.210.
- Günsoy, B. (2006). Küreselleşmenin Ölçülmesinde Sistematik Yaklaşımlar, Birinci Baskı, Ankara, Kırılancık Yayınevi,
- Güvercin, A., Mil, H., ve İ. Tarım, B. (2016). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), *Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F Dergisi*, 7(13), 80–94.
- Güzel, S. (2020). Küreselleşme ve Kamu Harcamaları; Eğitim ve Sağlık Özelinde Sosyal Harcamalar. Dora Basım Yayın Dağıtım Ltd.Şti. Bursa.
- Gygli, S. Haelg, F. Potrafke, N. and Sturm, J. E. (2019). The KOF Globalisation Index– Revisited. *The Review of International Organizations*, 14(3), 543-574.
- Gygli, S., Haelg, F., Potrafke, N., and Sturm, J.E. (2018), The KOF Globalisation Index – Revisited, *Review of International Organizations*.
- Hadri, K. and Kurozumi, E. (2012), A Simple Panel Stationarity Test in The Presence of Serial Correlation and A Common Factor, *Economics Letters*, 115, 31-34.

- Hamzaoğlu, O. (2011). Sağlık Reformu Pandemisi: Neden ve Nasıl? Sağlıkın Ekonomi Politikası, Kapitalizmin Krizi ve Sağlık. Uluslararası Sağlık Politikaları Birimi XVI. Konferansı. Ankara.
- Harvey, D. (2005). A Brief History of Neoliberalism. New York: Oxford University Press.
- Harvey, D. (2012). Sermaye Muamması Kapitalizmin Krizleri. S. Savran (Çev). İstanbul: Sel Yayıncılık.
- Hasanoğlu, M. (2001). Küreselleşmenin Devlet Yönetimine Etkileri, *Sayıştay Dergisi*, (43). ss. 68-82.
- Hıtırıs, T. (1997). Health Care Expenditure and Integration in The Countries of The European Union. *Applied Economics*, 29, ss. 1-6.
- Homedes, N. and Ugalde, A. (2008) Neo-Liberal Sağlık Reformları Latin Amerika'da Neden Başarısız Oldu? Temel, A. ve Torlak (Çev.) s.1. http://www.ttb.org.tr/halk_sagligi/Sunum_ve_Secilen_Belgeler/Neoliberalpolitikalar_ve_latin_amerika.pdf. Son Erişim Tarihi:21.03.2021.
- Hood, D.C. (1995). The New Public Management in the 1980s: Variations on a Theme, *Accounting Organizations And Society*, Vol:20 No:2/3, ss.93-109.
- Hopoğlu, S. (2019). Yükselen Ekonomilerde İhracat-İthalat İlişkisi: Bir Panel Nedensellik Analizi. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*, 7 (18), 24-56.
- Hopoğlu, S. (2019). Are Youth Labor, Trade Openness and Foreign Direct Investment Effective in Economic Growth of CIVETS Countries? A Panel Causality Analysis. *Cilt.1*, 63-80.
- Hwang, S. L. (2004). Factors In Healthcare Spending in Singapore: A Regression Model. *International, Journal of The Computer, the Internet and Management*, 12, 51-62.
- ILO, (1998). Terms of Employment and Working Conditions in Health Sector Reforms, <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/techmeet/jmhsr98/jmhsrr.htm>. Son Erişim Tarihi:01.04.2021.
- ILO, (1999). Social Health Insurance, ILO - ISSA.
- ILO, (2003). Terms of Employment and Working Conditions in Health Sector Reforms. *Public Service International Studies in HSO&P*, 21.
- İstanbuluoğlu, H. Güleç, M. ve Oğur, R. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, Sayı. 2.
- Jakovljevic M.B. (2014). The key role of the leading emerging BRIC markets in the future of global health care. *Ser J Exp Clin Res* **15**(3):139–43. doi:10.5937/sjecr1403139J
- Jakovljevic, M. B. (2015). BRIC'S Growing Share Of Global Health Spending And Their Diverging Pathways. *Frontiers in public health*, 3, 135.

- Jakovljevic, M. Timofeyev, Y. Ekkert, N. V. Fedorova, J. V. Skvirskaya, G. Bolevich, S., and Reshetnikov, V. A. (2019). The impact of health expenditures on public health in BRICS nations. *Journal of Sport and Health Science*, 8(6), 516.
- Jakovljevic, M., Potapchik, E., Popovich, L., Barik, D., and Getzen, T. E. (2017). Evolving health expenditure landscape of the BRICS nations and projections to 2025. *Health economics*, 26(7), 844-852.
- Kaptanoğlu, A. (2018). Bismarck Finansman Modeli. Erişim adresi: <https://docplayer.biz.tr/110209298-Bismarck-finansman-modeli-amaclar.html>. Son Erişim Tarihi: 03.04.2021.
- Karabıçak, M. (2002). Küreselleşme Sürecinde Gelişmekte Olan Ülke Ekonomilerinde Ortaya Çıkan Yönelim ve Tepkiler. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(1). ss.115-131.
- Karaçor, Z. (2002). Küreselleşme Süreci ve İstikrar Arayışındaki Türkiye Ekonomisi, (Der.), M. Ali Çukurçayır, Küresel Sistemde Siyaset, Yönetim ve Ekonomi, Çizgi Kitabevi.
- Karagül, M. (2002). Beşeri Sermayenin İktisadi Gelişmedeki Rolü ve Türkiye Boyutu, *Afyon Kocatepe Üniversitesi Yayınları*, Anıt Matbaa, Ankara, Yayın no: 37, 2002.
- Karakoç, K. O. (2003). Rekabet Kurallarının Uluslararasılaşma Süreci ve Uluslararası Örgütlerin Politikaları. Rekabet Kurumu.
- Karluk, R. (2009). Uluslararası Ekonomi-Teori-Politika, Dokuzuncu Baskı, İstanbul, Beta Yayıncılık.
- Kart, E. (2013). Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Hekimler Üzerindeki Etkileri. *Çalışma ve Toplum Dergisi* (3), 103-140.
- Kaya, A. (2011). Türkiye ile Bazı OECD Ülkelerinde Sağlık Sistemleri ve Karşılaştırması: Marmara Üniversitesi, *Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü*, Sigortacılık Anabilim Dalı (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul.
- Kaya, N. (2008). Sağlık Yöneticilerinin Sağlık Hizmetleri Finansmanına ve Sunumuna Yönelik Görüşlerinin Değerlendirilmesi. *Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi*; Ankara; s. 40-42.
- Kaymakçı, O. (2007). Kavramsal, Kuramsal ve Tarihsel Açından Küreselleşmeye Giriş Küreselleşme Üzerine Notlar, (Ed. Oğuz Kaymakçı), Nobel Yay, Ankara, Şubat.
- Kaymakçı, O. (2011). Ekonomik Küreselleşme Perspektifinde AB ve AB-Türkiye İlişkileri <http://web.sakarya.edu.tr/~kaymakci/makale/ekonomikkuresellesme.pdf>, Son Erişim Tarihi 05.04.2021.
- Kaymaz, V. (2018). OECD Ülkelerinde Sosyal Harcamaların Belirleyicileri. *Gazi İktisat ve İşletme Dergisi*, 4(2), 118-130.

- Kılavuz, E. (2010), Sağlık Harcamalarındaki Artış ve Temel Bakım Hizmetleri, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2(29), ss.173-192.
- Kılıç, M. (2008). Küreselleşme Sürecinde Ortak Teşebbüsler. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalı, Uluslararası İşletmecilik Programı, YL Tezi, 1-193.
- Kınacı, M. (2021). 1980 Sonrası Türkiye’de Sağlık Sektörünün Gelişimi *Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Ana Bilim Dalı*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Kıvılcım, F. (2017). 1980’den Günümüze Küreselleşmenin Demokrasi ve Ulus Devlet Kavramlarına Etkisi: Türkiye Değerlendirmesi. Ankara: Gece Kitaplığı.
- Kıymaz, H., Akbulut, Y., ve Demir, A. (2006). Tests of Stationarity and Cointegration of Health Care Expenditure and Gross Domestic Product An Application to Turkey. *The European Journal of Health Economics*, 7 (4), 285-289.
- Kiper, P. (2004). Küreselleşme Sürecinde Kentlerin Tarihsel-Kültürel Değerlerinin Korunması-Türkiye-Bodrum Örneği, Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Kitapçı, İ. (2007). Sosyal Devlet Işığında Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin Sorunları ve Reform Arayışları, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye ABD* Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Isparta.
- Kleiman, E. (1974). The Determinants of National Outlay on Health. In *The Economics Of Health And Medical Care*. (pp. 66-88). Palgrave Macmillan, London.
- Koçar, F. (2006). Küreselleşme Sürecinin Türkiye Ekonomisini Etkileme Kanalları. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*. İzmir.
- KOF, (2019). https://kof.ethz.ch/en/forecasts-and-indicators/indicators/kofglo_balisation-index.html, Son Erişim Tarihi: 07.04.2021.
- Koray, M. (2002). Avrupa toplum modeli? Nereden nereye. Tüses Yayınları.
- Krugman, P. Obstfeld, M. and Melitz, M. (2017). Uluslararası İktisat (O. Özsoy Çev.). Ankara: Palme Yayıncılık.
- Kurtulmuş, S. (1998). Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul.
- Kutzin, J. (2001). A Descriptive Framework for Country-Level Analysis of Health Care Financing Arrangements, *Health Policy*, Vol.56, N.3, p.171-204.
- Kürkçü, D. D. (2013). Küreselleşme Kavramı ve Küreselleşmeye Yönelik Yaklaşımlar. *The Turkish Online Journal of Design Art and Communication*, 3(2).

- L. Garrett, AM., Chowdhury, A., and Pablos-Méndez (2009). All For Universal Health Coverage *Lancet*, 374 pp. 1294-1299.
- Leu, E. Robert, (1986). The Public-Private Mix and International Health Care Cost, (ed.) Culyer, Anthony J. ve Bengt Jönsson, içinde *Public and Private Health Services*, B. Blackwell, ss. 41.63.
- Liu, C. Hsu, S. ve Huang Y. (2010). The Determinants Of Health Expenditures in Taiwan: Modeling and Forecasting Using Time Series Analysis. *Journal of Statistics and Management Systems*,13(3), 515-534.
- Liu, Y. (2004). China's Public Health-Care System: Facing The Challenges. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 532-538.
- Lucas, Robert E. (1988). On the Mechanics of Economic Development, *Journal of Monetary Economics*, 22(1), 3-42.
- Mandel, E. (1991). *Kapitalist Gelişmenin Uzun Dalgaları* (D. Işık Çev.) İstanbul: Yazın.
- Marten, R., McIntyre, D., Travassos, C., Shishkin, S., Longde, W., Reddy, S. and Vega, J. (2014). An assessment of progress towards universal health coverage in Brazil, Russia, India, China, and South Africa (BRICS). *The Lancet*, 384(9960), 2164-2171.
- Matteo, L. D. ve Matteo, R. D. (1998). Evidence on the determinants of Canadian provincial government health expenditures: 1965- 1991. *Journal of Health Economics*, Vol; 17 (2), 211-228. [https://doi.org/10.1016/S0167-6296\(97\)00020-9](https://doi.org/10.1016/S0167-6296(97)00020-9) Son Erişim Tarihi:10.04.2021.
- Mazgit, İ. (2002). Bilgi Toplumu ve Sağlıkın Artan Önemi, I. Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi, (Hereke-Kocaeli), s. 405-415.
- Mills, A. (2014). Health Care Systems in Low-and Middle-Income Countries. *The New England Journal of Medicine* 370(6): 552-557.
- Mills, A., Ataguba, J. E., Akazili, J., Borghi, J., Garshong, B., Makawia, S. and McIntyre, D. (2012). Equity in Financing and use of health care in Ghana, South Africa, and Tanzania: Implications For Paths to Universal Coverage. *The Lancet*, 380(9837), 126-133.
- Ministry of Health, (2012). PRC The Development of China's New Rural Cooperative Medical Scheme <http://www.Moh.Gov.Cn/mohbgt/s3582/201209/55893.Shtml>. Son Erişim Tarihi:12.04.2021.
- Mosca, I. (2007). Decentralization as a Determinant Of Health Care Expenditure: Empirical Analysis For Oecd Countries, *Applied Economics Letters*, 14, 511–15.
- Mossialos E. ve Dixon A. (2002). Funding Health Care: An Introduction. Mossialos E. et al. (eds.) *Funding Health Care: Options for Europe* Buckingham and Philadelphia: Open University Press, pp:1-30.

- Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J. and Kutzin, J., (2002), *Funding Healthcare: Options For Europe*, Buckingham: Open University Press.
- Mossialos, E., Wenzl, M., Osborn, R., and Sarnak, D. (2016). 2015 international profiles of health care systems. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health.
- Murray, C.J.L. and Frenk, J. (2000). A Framework for Assessing the Performance of Health Systems, *Bulletin of World Health Organisation*, Vol.78, N.6, p.717-731.
- Murthy, V. N. R. and Okunade, A. A. (2016). Determinants of U.S. Health Expenditure: Evidence From Autoregressive Distributed Lag (ARDL) Approach To Cointegration. *Economic Modelling*, 59, 67-73.
- Murthy, V. N. R. ve Ukpolo, V. (1995). Aggregate Health Care Expenditure in the United States: Newresults. *Applied Economics Letters*, 2(11), 419-421.
- Musgrove, P. (1993). Investing In Health: The 1993 World Development Report Of The World Bank. *Bulletin of the Pan American Health Organization (PAHO)*; 27 (3), 1993.
- Mushkin, S. J. (1962). Health as An Investment. *Journal of Political Economy*, 70(5), 129-157.
- Mutlu, A. (2006). Küresel Kamusal Mallar Bağlamında Sağlık Hizmetleri ve Çevre Kirlenmesi: Üretim, Finansman ve Yönetim Sorunları, *Maliye Dergisi*, Sayı 150.
- Mutlu, A. Işık, A. K. (2012). *Sağlık Ekonomisine Giriş (Üçüncü Basım)*. Bursa: Ekin Basım Yayın Dağıtım.
- Navarro, V. (2008). Neoliberalism and Its Consequences: The World Health Situation Since Alma Ata”, *Global Social Policy*, August 2008; vol. 8, 2: pp. 152-155.
- Newhouse, J. (1977). “Medical care expenditure: a cross national survey. *The Journal of Human Resources*”, 12(1):115-125.
- Nghiem, S. H. and Connelly, L. B. (2017). Convergence and Determinants of Health Expenditures in OECD Countries. *Health Economics Review*, 7(1), 29.
- O Neill, J., Wilson, D., Purushothaman, R., and Stupnytska, A. (2005). How Solid Are The Brics. *Global Economics Paper No.1341*, Goldman Sachs, December.
- O'Donnall, O., Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., and Lindelow, M. (2007). *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and Their Implementation*. Washington D.C. World Bank Institute Learnign Resources Series.
- Ocakcıoğlu, B. (1991), Sağlık Hizmetlerinin Sosyal Refaha Katkısı ve Genel Sağlık Sigortası, *Maliye Araştırma Merkezi Konferansları*, 35. Seri, Yıl:1991/1992.
- OECD, (2008). Sağlık Sistemi İncelemeleri: Türkiye, OECD ve Dünya Bankası.

- OECD/EU, Health At a Glance: Europe 2016 - State of Health in the EU Cycle, 2016.
- Oflaz, N.K. (2018). Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Harcamalarına Etkisi. *Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı. Doktora Tezi. İstanbul.*
- Ohuabunwa, M. S. I. (1999). The Challenges of Globalization to the Nigerian Industrial Sector. *Nigerian Tribune* December, 14, 20-21.
- Okunade, A. A., and Murthy, V. N. (2002). Technology as a ‘Major Driver’ Of Health Care Costs: A Cointegration Analysis Of The Newhouse Conjecture”, *Journal of Health Economics*, 21, 147–59.
- Ongun, M. T. (2012), 1980’lerden Küresel Krize Dünya Ekonomisi, *Ekonomik Yaklaşım*, Cilt: 23, Özel Sayı, sf. 39-76.
- Oran B. (2001). Küreselleşme ve Azınlıklar, İmaj Yayınevi, 4.Baskı, Ankara,
- Orhaner, E. (2006). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, S:1.
- Orhaner, E. (2018). Türkiye’de Sağlık Sigortası. Siyasal Kitapevi. 2. Baskı. Ankara.
- Öymen, O. (2000). Geleceği Yakalamak, Remzi Kitapevi, İstanbul.
- Özbay, H., Öncül, H.G., Gökçimen, M., Arı, H.O. ve Mollahaliloğlu S. (2007). Sağlık Sektörü Finansmanı, Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007. Ankara. *Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Bölük Ofset Matbaacılık.*
- Özdemir, S. (2004). Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti. İstanbul Ticaret Odası Yayınları, İstanbul.
- Özer, Ö., Yıldırım H.H., ve Yıldırım T. (2015). Sağlık Sistemlerinde Finansal Sürdürülebilirlik Kuram ve Uygulama, 1.Baskı, Ankara: ABSAM.
- Özgen, H. (2007). Sağlık Hizmetleri Finansmanında Cepten Harcama: Nedir? Neden Önemlidir? *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 10(2), 201-228.
- Özpınar, Ö. (2003). Küreselleşme, İş Gücü Piyasaları ve Türkiye. (Doctoral dissertation, Adnan Menderes Üniversitesi).
- Öztürk, S. ve Küsmez, T. (2019). Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri: BRICS-T Ülkelerinin Analizi. *Çukurova Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23(1), 31-47.
- Pala, K. (2007). Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu ? Bursa. Ders Notu.
- Parkin, D., Mcguire, A., and Yule, B. (1987). Aggregate Health Care Expenditures and National Income: Is Health Care A Luxury Good? *Journal Of Health Economics*, 6(2), 109-127.

- Peng, N. Yu, T. and Mills, A. J. (2015). Feminist Thinking in Late 7th-century China: a Critical Hermeneutics Analysis Of The Case Of Wu Zetian, Equality, Diversity, and Inclusion, 34 (1), pp.67-83.
- Pesaran, H. M. (2007). A Simple Panel Unit Root Test in The Presence of Cross-Section Dependence. *Journal of Applied Econometrics*, 22(2), 265–312.
- Planning Commission In the Second Five-Year Plan (2012-17).Government Of India. <https://niti.gov.in/planningcommission.gov.in/docs/plans/planrel/fiveyr/welcome.html> Son Erişim Tarihi:15.04.2021.
- Prasad, B. R. (2013). BRICS and the global economy. *Financial Technologies Knowledge Management Company*.
- Preker, A. S., Scheffler, R. M. and Bassett, M. C. (2006). World Private Voluntary Health Insurance in Development: Friend or Foe? Washington D. C.” World Bank Publications.
- Raban M. Z. Dandona R. and Dandona L. (2013), Variations in Catastrophic Health Expenditure Estimates From Household Surveys in India. *Bull World Health Organ* 91(10): 726-735.
- Rao, K. D. Petrosyan, V. Araujo, E. C. and McIntyre, D. (2014). Progress Towards Universal Health Coverage in Brics: Translating Economic Growth Into Better Health. *Bulletin of the World Health Organization*, 92, 429-435.
- Reinhardt, U. E. (2001). Can Efficiency in Health Care Be Left to the Market? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 26 (5).
- Ritzer, G. (2011). “Küresel Dünya”, İstanbul, Ayrıntı Yayınları,
- Robertson R. (1998). *Globalization: Social Theory and Global Culture Theory*, Londra: Sage Yayınevi.
- Romer, P. M. (1986). Increasing Returns and Long-Run Growth, *Journal of Political Economy*, 94(5), 1002-1037.
- Saltman, R.B. and J.Figüeras. (1999). Avrupa Ülkelerindeki Sağlık Reform Stratejilerinin Değerlendirilmesi, *Toplum ve Hekim*, Cilt 14, Sayı 5.
- Samadi, A. and Rad, E. H. (2013). Determinants of Healthcare Expenditure in Economic Cooperation Organization (ECO) Countries: Evidence from Panel Cointegration Tests. *International Journal of Health Policy and Management*, 1 (1), 63-68.
- Saraç, Ö. (2006). Küresel Vergi Rekabeti ve Ulusal Vergi Politikaları Türkiye Değerlendirmesi”. *Maliye ve Hukuk Yayınları*, Ankara.
- Sargutan, A. E. (2005). Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı”. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8/3, 400-428.

- Sargutan, E. A. (2010). 84 Ülke ve Türkiye'nin Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 625-656.
- Sarıbay, A. Y., Aydın, M., Erdoğan, M., ve Altan, M. (2002). Siyasi, Ekonomik ve Kültürel Boyutlarıyla Küreselleşme, Ufuk Kitapları, İstanbul.
- Sarıtaş, T. (2017). Türkiye'de Ekonomik, Sosyal ve Politik Küreselleşme Süreci İle Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin Analizi Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı. Doktora Tezi. Bilecik.
- Saruhan, H. (2010). Küreselleşme Sürecinin Gelişmekte Olan Ülkelerin Dış Ticaret Yapısı Üzerine Etkileri. *Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İzmir.*
- Savaş, BS., Karahan Ö., ve Saka RÖ. (2002). Health Care Systems in Transition: Turkey. European Observatory Care Systems. İnternet Erişim Adresi: https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/96415/e79838.pdf Son Erişim Tarihi: 16.04.2021.
- Savedoff, W. (2004). Tax-Based Financing for Health Systems: Options and Experiences. Geneva: World Health Organization.
- SB. Proje Destek Birimi, (2003). Sağlıkta Dönüşüm Konsept Raporu, Ankara.
- Schang, LK, Czabanowska, KM and Lin, V. (2012). Securing Funds For Health Promotion: Lessons From Health Promotion Foundations Based On Experiences From Austria, Australia, Germany, Hungary And Switzerland". *Health promotion international*, 27(2), 295-305.
- Schieber, G. and Maeda, A. (1997). A Curmudgeon's Guide to Financing Health in Developing Countries. In G. Schieber (Ed.), *Innovations in Health Care Financing*. Washington, D.C. World Bank.
- Schieber, G. and Maeda, A. (1997). A Curmudgeon's Guide to Financing Health Care in Developing Countries. *WORLD BANK DISCUSSION PAPERS*, 1-38.
- Scholte, J. A. (1997a), 'The Globalization of World Politics', in Baylis, J. and Smith, S. (ed.), *The Globalization of World Politics: An Introduction to International Relations*, Oxford University Press: Oxford.
- Scholte, J. A. (1997b), Global Trade and Finance, in Baylis, J. and Smith, S. (ed.), *The Globalization of World Politics: An Introduction to International Relations*, Oxford University Press: Oxford.
- Schultz, Theodore, W. (1968), *Education and Economic Growth: Return to Education*, Readings in the Economics of Education, UNESCO, France, s.277-292.
- Seyidoğlu, H. (2015). Uluslararası İktisat, Teori Politika ve Uygulama. 20. Baskı, Güzem Can Yayınları, No:29, İstanbul.

- Seymen, O. A. ve Bolat, T. (2005). Küreselleşme ve Çok Uluslu İşletmecilik, Nobel Dağıtım, Ankara.
- Shahriari, H. Belli, P. and Lewis, M. (2001). Institutional Issues İn İnformal Health Payments İn Poland: Report On The Qualitative Part Of The Study.
- Sıvacı, C. (2007). Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği. *Bütçe Dünyası Dergisi*, 24, 32-409.
- Sigortalar, S. ve Kanunu, G. S. S. (2006). Resmi Gazete (Sayı: 26200). Erişim Adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5510>. Son Erşim Tarihi: 17.04.2021.
- Slaughter, M. J. and Swagel, P. (1997). Does Globalization Lower Wages and Export Jobs? IMF Economic Issues 11.
- Somunoğlu, S. (2012). Sağlık-Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi. M. Tatar (Ed.). Sağlık Kurumları Yönetimi-I (s. 2-24). *Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını*, No: 2631.
- Soukiazis, E. and Cravo, T. (2008). İnsan Sermayesi ve Ülkeler Arası Yakınsama Süreci, Kalkınma Ekonomisinin Gözden Geçirilmesi, 12(1): 124-142.
- Söğüt, Y. (2019). Sağlık Harcamaları ve İktisadi Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir İnceleme (1988-2016). Kafkas Üniversitesi *Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İktisat Anabilim Dalı*. Kars.
- Steger, M.B. (2006). Globalization: A Very Short İntroduction. Newyork: Oxford Press.
- Stiglitz, J.E. (2002). Küreselleşme Büyük Hayalkırıklığı. (Çev. A.Taşçıoğlu ve D.Vural). İstanbul: Mart Matbaacılık Sanatları.
- Sungur, C. (2018). Sağlık Politikalarına Sistematik Bir Yaklaşım, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Swartz, K. (2009). Health Care For The Poor: For Whom, What Care, And Whose Responsibility. *Changing poverty, changing policies*, 26(2), 69-74.
- Şahin, B. ve Top, M. (2002). Küçülen Dünyada Büyüyen Beklentiler: Geleceğin Sağlık Sistemleri, Sağlık ve Toplum, Sayı 3.
- Şahin, D. ve Temelli, F. (2019). OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri: Panel Veri Analizi. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*, 7(16), 946-961.
- Şakar M. (2004) .Sosyal Sigortalar Uygulaması El Kitabı. İstanbul: Der Yayınları;
- Şantaş, F. ve Çıraklı, Ü. (2019). Sağlık Hizmetlerinin Finansman ve Geri Ödenme Yöntemleri: Türkiye’de Mevcut Durum. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 5 (1), 12-20.

- Şener, O. (2010). Teori ve Uygulamada Kamu Ekonomisi. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.
- Şenses, F. (2006). Küreselleşmenin Öteki Yüzü: Yoksulluk. İletişim Yayınları 770. 8. Baskı İstanbul.
- Şentürk, B. (2019). Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Cepten Sağlık Harcamaları Üzerine Etkisi” Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi *Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı*. Doktora Tezi. Muğla.
- Şerbetçi, A. (2017). Yükselen Piyasa Ekonomileri ve Brics, Mist, Kırılgan Beşli Ülke Gruplarının Değerlendirilmesi-The evaluation of rising market economics, BRICS, MIST, fragile five country groups. *SHSR- Journal of Social And Humanities Sciences*, Vol.4, Issue. 9, 105-122.
- Şimşek, O. (2017). Küreselleşme ve Yeni Devlet Kapitalizminin Yükselişi. Ankara: Türk Metal Sendikası Araştırma ve Eğitim Merkezi Yayınları.
- Şimşir, N.C., Çondur, F., Bölükbaş M., ve Alataş, S. (2015). Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: ARDL Sınır Testi Yaklaşımı, *Finans Politik ve Ekonomik Yorumlar*, 52(604), 43-54.
- Taban, S. (2006). Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Nedensellik İlişkisi. *Sosyoekonomi*, 4(4).
- Tang, X. and Zhang, J. (2009). Analysis on the Utilization and Influence Factors of the Outpatient Service of Rural Residents in Four Counties. *Modern Preventive Medicine*, 1255-1257.
- Tanyılmaz, K. (2000). Kriz ve Post-Fordizm Teorileri: İstikrarlı bir Kapitalizm Mümkün (mü) dür? Karşılaştırmalı Eleştirel Bir Değerlendirme. *İktisat Dergisi*, (403), 74-96.
- Tatar F. (1996) Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları, *Toplum ve Hekim*, 11(72): 42-50.
- Tatar, M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1), 103-133.
- Tatar, M. (Ed.), (2012). Sağlık-Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi. Sağlık Kurumları Yönetimi-I, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını.
- Tatar, M. ve Tiryaki, D. (2000). Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 5(4), 124-138.
- Tatar, M., Özgen H., Şahin, B., Belli, P., ve Berman, P. (2007). Informel Payments in The Health Sector: A Case Study from Turkey. *Health Aff (Millwood)*. 2007, JulAug; 26(4):1029-39.
- Tatoğlu, F. (2013a). Panel Veri Ekonometrisi. İstanbul: Beta Yayıncılık.

- Tekbaş, M. (2019). BRICS-T Ülkelerinde Ekonomik Büyüme ve Küreselleşme İlişkisi. *Finans Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 397-412.
- Thurow, L. C. (1970). *Investment in Human Capital*, Wardsworth Publishing Company, California.
- Tiryaki D. ve Tatar M. (2000). Genel Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 5: 123-139.
- Toffler, A. (2008). Üçüncü Dalga–Bir Fütürist Ekonomi Analizi Klasığı, S.Yeniçeri (Çev.), İstanbul: Koridro Yayıncılık.
- Tokalaş, S. (2006). Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması. Yüksek Lisans Tezi, *Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, İstanbul.
- Tokatlioğlu, Y. ve Tokatlioğlu, İ. (2018). Türkiye’de Katastrofik Sağlık Harcamaları ve Bu Harcamaları Belirleyen Faktörler: 2002-2014 Dönemi. *Sosyoekonomi*, 26.
- Tokita, T. Chino, T. and Kitaki, H. (2000). Healthcare Expenditure and the *Major Determinants in Japan*. *Hitotsubashi Journal of Economics*, 41(1), 1-16.
- Topak, O. (2012). Refah Devleti ve Kapitalizm 2000’li Yıllarda Türkiye’de Refah Devleti. İstanbul. İletişim Yayınları.
- Topuz, S. K. (2016). Ülkelerin Küreselleşme Demokrasi ve Ekonomik Büyüklük Göstergeleri İle Cinsiyet Temelli Gelişme Endeksi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 18(3), ss.779-799.
- TUSİAD, (1997). Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Yeniden Yapılanma, Sorunlar, Reform İhtiyacı, Arayışlar, Çözüm Önerileri, İstanbul.
- TÜİK, (2019). Sağlık Harcamaları İstatistikleri. İnternete Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2019-33659> Son Erişim Tarihi:21.04.2021.
- TÜİK, (2020). Sağlık Harcamaları İstatistikleri. İnternete Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2020-37192> Son Erişim Tarihi:21.04.2021.
- Türedi S. (2016). Küreselleşmenin Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi: Gelişmekte Olan Ülkeler İçin Panel Veri Analizi. Uluslararası *Osmaneli Sosyal Bilimler Kongresi*. Bilecik: Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi.
- Türkay, K. (2016). BIST 100 Endeksi ile BRICS ve MIST Ülkeleri Borsa Endeksleri Arasındaki Uzun Vadeli İlişkinin İncelenmesi, *İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Ugá MA., Porto, SM., and Piola, SF. (2012). Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil L Giovanella, S Escorel, L de Vasconcelos Costa Lobato, J Carvalho

- de Noronha, A Ivo de Carvalho (Eds.), *Políticas e sistema de saúde no Brasil* (2nd edn), Fiocruz and Cebes, Rio de Janeiro. pp. 359-425.
- Uğurluoğlu, E. ve Özgen, H. (2008). Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11 (2), 133-159.
- Ulusinan, E. (2021). Türk Sağlık Finansman Sisteminin Mevcut Durumu Nedir ve Nasıl Geliştirilebilir? Sektör Aktörleri Üzerine Bir Çalışma. Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü. *Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı*. Yüksek Lisans Tezi. Sakarya.
- Unger, J. P., Paeppe, P., Cantuarias, G. S., and Herrera, O. A. (2008). Chile's Neoliberal Health Reform: An Assesment and Critique. *Plos Medicine*, 5, 4, 79.
- Uysal, D. (2002). Küreselleşme ve Gelişmekte olan Ülkeler [(Der. M. Ali Çukurçayır, *Küresel Sistemde Siyaset Yönetim Ekonomi*, Çizgi Yayınevi)
- Uz H. (1998). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Hizmeti Sunanlara Ödeme Modelleri, İçinde: Hayran, O ve Sur, H. (Editör). Sağlık Hizmetleri El Kitabı, Yüce Yayım, Çevik Matbaası, İstanbul.
- Ülman, B. (2001). Uzun Süreçte Küreselleşme; Bir Sihirli Kavramı Tarihteki Yerine Koyma Denemesi. İstanbul. <http://www.stratejik.yildiz.edu.tr/makale4.htm> Son Erişim Tarihi:26.04.2021.
- Ünal K. (1998). Türkiye’de Sağlık Sigortası Organizasyon Süreç ve İşleyişi, Yaşanan Sorunlar ve Çözüm Önerileri (Tez). *İstanbul Üniversitesi*. İstanbul.
- Ünal, Ö. E. (2017). Türkiye’de Seçilmiş Temel Sağlık Göstergeleri İle Kişi başı GSYİH ve Sağlık Harcamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Van Den Berg, H. (2012). *Economic Growth and Development*, World Scientific Publishing, Second Edition, Singapore.
- Varol, S. F. and Tayanç, N. K. (2017). Popüler Aramalar, Popüler Kültür ve Kültürel Küreselleşme. *Erciyes İletişim Dergisi*, 5(1), 132-146.
- Waters, M.(2001). “Globalization, New York”: Routledge Yayınevi.
- WB, (1993). *Investing in Health*, World Development Report, Washington, DC: Oxford University Press.
- WB, (2002). *Globalization, Growth and Poverty: Building an Inclusive World Economy*. Washington: *The World Bank and Oxford University Press*.
- Westerlund, J. and Edgerton, D.L. (2007). “A Panel Bootstrap Cointegration Test”. *Economics Letters*, 97(3). 185–190.

- WHO, (2010). A Conceptual Framework for Action on The Social Determinants of Health. Social determinants Of Health Discussion Paper 2. Debates, Policy & Practice, Case Studies. *World Health Organization*, Geneva.
- WHO, (2000). The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance, Geneva, s:1-206. http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf, Son Erişim Tarihi: 27.05.2021.
- WHO, (2001). Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. The World Health Organization Yayınları (İnternette), <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42435/924154550X.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Son Erişim Tarihi: 01.06.2021.
- WHO, (2002). Human Resources For Health: Developing Policy Options For Change, Discussion Paper, Draft, Geneva.
- WHO, (2010). Health System Financing: The Path to Universal Coverage. The World Health Report, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44371> Son Erişim Tarihi: 06.12. 2021.
- WHO, (2014). BRICS Health and WHO Country Presence Profile. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255800/WHO-CCU-17.05-eng.pdf>. Son Erişim Tarihi: 07.06.2021.
- WHO, (2014). Health Financing: Health Expenditure Per Capita Data By World Bank Income Group. Global Health Observatory Data Repository. Geneva:
- WHO, (2017). The World Bank. Tracking Universal Health Coverage: Global https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2017/en/monitoring-report. Son Erişim Tarihi:08.06.2021.
- Williams, A. (1987). Health Economics: The Cheerful Face of Dismal Science? **Health and Economics** 1-11.
- Williamson, J. and Mahar, M. (2002). Finansal Liberalizasyon Üzerine Bir İnceleme. Çeviren: Güven Delice. Liberte Yayınları.
- Wooi, Y. K. ve Selvaratnam, D. P. (2018). Empirical Analysis Of Factors İnfluencing The Public Health Expenditure in Malaysia. *Journal of Emerging Economies&IslamicResearch*, 6(3), 1-14.
- Xu, K. Saksena, P. ve Holly, A. (2011). The Determinants of Health Expenditure: a Countrylevel Panel Data Analysis. A Working Paper of the Eesults for Development Institute (R4D), World Health Organization, December.
- Yaghoobpour, P. (2019). Küreselleşme Sürecinde Sağlık Hakkı *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü* Kamu Hukuku Anabilim Dalı, Doktora Tezi. Ankara.
- Yahşi, F. (2007). Küreselleşme ve İstihdam, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Bölümü.

- Yakut, H. (2010). Küreselleşme ve Küreselleşmenin Dünya Ticareti Üzerindeki Etkisi Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi.
- Yaparlı, S. ve Bayramoğlu, T. (2016). Küreselleşme, Gelir Eşitsizliği ve Yoksulluk. Savaş Yayınevi. 1. Baskı. Ankara.
- Yardımcıoğlu, F. (2012). OECD Ülkelerinde Sağlık Ve Ekonomik Büyüme İlişkisinin Ekonometrik Bir İncelemesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 13(2), 27-47.
- Yaşar Yenimahalleli, G. (2011). Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Neoliberal Dönüşümü. *Mülkiye Dergisi*, Cilt.35, Sayı.272, (163-194).
- Yazdi, S. K. and Khanalizadeh, B. (2017). Airpollution, Economic Growth and Health Care Expenditure. *Economic Research-Ekonomska Istrazivanja*, 30(1), 1181-1190. <https://doi.org/10.1080/1331677X.2017.1314823>. Son Erişim Tarihi: 26.05.2021.
- Yeldan, E. (2001). Küreselleşme Sürecinde Türkiye Ekonomisi: Bölüşüm, Birikim ve Büyüme, 1. Basım, İstanbul: İletişim Yayınları.
- Yıldırım, H. H. Yıldırım, T. ve Erdem R., (2011). Sağlık Hizmetleri Finansmanında Kullanıcı Katkıları: Genel Bir Bakış ve Türkiye İçin Durum Değerlendirmesi, *Amme İdaresi Dergisi*, 44(2): 71-98.
- Yıldırım, H.H. (2016). Sağlık ve Siyaset Yazıları, Birinci Baskı, Ankara: ABSAM.
- Yıldız, Ö. (2008). Küreselleşme, Sağlık ve Toplum, *Gaziantep Tıp Dergisi*, Cilt.14, Sayı.1, (30- 34).
- Yılmaz, B. E. ve Yaraşır, S. (2012). Bir Küresel Kamusal Mal Olarak Sağlık Ve Finansmanında Resmi Kalkınma Yardımlarının Rolü”. *Maliye Araştırma Merkezi Konferansları*, (55), 1-33.
- Yılmaz, B.N. (2008). Aile Hekimliği; Sağlıkta Geriye Gidişin Öyküsü. Eskişehir: Eskişehir Tabip Odası Bülteni Sağlıkta Dönüşüm Özel Sayısı, 4-6.
- Yiğit, A. ve Erdem, R. (2016). Sağlık Teknolojisi Değerlendirme: Kavramsal Bir Çerçeve. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (23), 215-249.
- Yurdadoğ, V. (2007). Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi. Çukurova Üniversitesi *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16(1): 591-610.
- Yüksel, O. (2017). Sağlık Reformları Sürecinde Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları: Seçilmiş Ülkeler ve Türkiye Örneği. Namık Kemal Üniversitesi *Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı* Yüksek Lisans Tezi. Tekirdağ.

Zaineh, M. A., Materia, A., Luchini S., and Moatti, J. P. (2009). Equity in Health Care Finance in Palestine: The Triple Effects Revealed, *Journal of Economics*, 28: 1071-1080.



DİZİN

B

Beşeri · 4, 6, 10, 11, 110, 113, 114
 Beveridge· 27, 28, 30, 74
 Bismarck · 27, 29, 30, 46, 125
 Bütçe.17, 28, 46, 109
 Büyüme. 4, 6, 10, 11, 13, 33, 35, 36, 48, 55, 56, 61, 63, 75, 86, 110, 113, 114

D

Demografi, 36
 Denizaşırı, 55
 Dışsallık, 1
 Döviz Piyasası, 55
 Dünya Bankası, 9, 39, 41, 51, 57, 58, 72, 73, 75, 76, 77, 88, 108, 121, 128

E

Ekonomi, 9, 58, 61, 64, 65, 66, 67, 73, 108
 Enformel, 24

F

Finans, 133, 134
 Finansman, 1, 2, 5, 6, 7, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 36, 37, 39, 41, 44, 45, 46, 47, 49, 76, 81, 109, 110, 112, 113, 114, 125

H

Hastalık, 22, 23, 29, 36, 50

İ

İnformel, 22
 İşgücü, 4, 11, 12, 49, 59, 60, 110, 113
 İşsizlik, 2, 61, 80, 81, 85

K

Kalkınma, 6, 12, 33, 36, 74
 Kanun, 20, 29, 43, 46
 Keynesyen, 2, 57, 75

N

Nüfus, 12, 30, 31, 34, 38, 40, 41, 50, 59, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 110, 113, 114

Ö

Ödeme, 4, 5, 8, 14, 15, 16, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 38, 39, 41, 46, 52
 Özel, 3, 5, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 44, 46, 47, 51, 64, 76, 77, 78, 81, 84, 89, 106, 109, 113, 114

P

Piyasa, 2, 3, 8, 9, 31, 43, 47, 58, 59, 63, 64, 66, 69, 73, 75, 76, 109, 110, 113

Prim, 15, 20, 27, 28, 30, 44, 46

R

Refah, 1, 74, 109, 129, 134
 Rekabet, 3, 45, 65, 75, 77, 108, 109
 Risk, 14, 19, 20, 21, 23, 36, 114

S

Sigorta, 3, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 38, 39, 40, 42, 46, 47, 74, 78, 109
 Sosyal Güvenlik, 4, 15, 16, 17, 23, 26, 27, 28, 29, 30, 37, 45, 47, 73, 75, 84, 108, 109
 Stagflasyon, 57, 75

T

Ticaret, 3, 54, 58, 61, 62, 63, 65, 108, 110, 111

U

Uluslararası Para Fonu, 57, 58, 72, 73, 75, 76

Y

Yerel- 16, 38, 39, 47, 54, 68, 82
 Yönetmelik. 43



TEKNOVERSİTE





teknoversite **AYRICALIĞINDASINIZ**

İSTE

