



T.C.

BİLECİK ŞEYH EDEBALI ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

İKTİSAT ANABİLİM DALI

**YAŞLI NÜFUS İLE SAĞLIK HARCAMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİ:
DÜNYA ÖLÇEĞİNDE AMPİRİK BİR ÇALIŞMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Cansu GÖKER

Tez Danışmanı

Doç. Dr. İsmail Hakkı İŞCAN

Bilecik, 2019

10090168

T.C.
BİLECİK ŞEYH EDEBALI ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANABİLİM DALI

**YAŞLI NÜFUS İLE SAĞLIK HARCAMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİ:
DÜNYA ÖLÇEĞİNDE AMPİRİK BİR ÇALIŞMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Cansu GÖKER

Tez Danışmanı

Doç. Dr. İsmail Hakkı İŞCAN

Bilecik, 2019

10090168



SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAVI
JÜRİ ONAY FORMU

BŞEÜ-KAYSIS Belge No	DFR-172
İlk Yayın Tarihi/Sayısı	03.01.2017 / 28
Revizyon Tarihi	
Revizyon No'su	00
Toplam Sayfa	1

Öğrencinin Adı Soyadı: Canu Gökber
Anabilim Dalı: İktisat
Programı: İktisat
Tez Danışmanı: Doç. Dr. İsmail Hakkı İSÇAN
Tezin Özgün Adı: Yaşlı Nüfus ile Sağlık Harcamaları Arasındaki İlişki:
Dünya Öçeğinde Ampirik Bir Çalışma
Tezin İngilizce Adı: The Relationship Between Elderly Population and
Health Expenditures: An Empirical Study on the worldwide

Tez Savunma Sınavı Tarihi: 19 / 06 / 2019

Yukarıda bilgileri verilen tez çalışması ilgili EYK kararıyla oluşturulan jüri tarafından OY BİRLİĞİ / ~~OY~~
ÇOKLUĞU ile İKTİSAT Anabilim Dalında
YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

Tez Danışmanı: Doç. Dr. İsmail Hakkı İSÇAN

Üye: Prof. Dr. Harun Öztürkler

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Muhammed BEULİ

Üye:

Üye:

İmza

ONAY

Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun / / 20.... tarih ve
...../..... sayılı kararı.

İMZA/MÜHÜR

BEYAN

Yaşlı Nüfus ile Sağlık Harcamaları Arasındaki İlişki: Dünya Ölçeğinde Ampirik Bir Çalışma adlı yüksek lisans tezinin hazırlık ve yazımı sırasında bilimsel ahlak kurallarına uyduğumu, başkalarının eserlerinden yararlandığım bölümlerde bilimsel kurallara uygun olarak atıfta bulunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, tezin herhangi bir kısmını Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı beyan ederim.

Cansu GÖKER

27.05.2019

ÖN SÖZ

Bu tezin yazılması aşamasında, çalışmamı sahiplenerek titizlikle takip eden danışmanın Doç. Dr. İsmail Hakkı İŞCAN'a değerli katkı ve emekleri için içten teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım. Prof. Dr. Harun ÖZTÜRKLER bütün süreç boyunca her anlamda yanımda olmuş, desteğini ve katkılarını esirgememiştir. Bu vesileyle tüm hocalarıma ve tezimin son okumasında yardımlarını esirgemeyen Sosyal Bilimler Enstitü Arş. Gör. Ertuğrul Çam'a teşekkürlerim borç bilirim. Son olarak bugünlere ulaşmamda emeklerini hiçbir zaman ödeyemeyeceğim aileme ve Gizem Argun'a şükranlarımı sunarım.

Cansu GÖKER

27.05.2019

ÖZET

Günümüz dünyasında karşılaşılan temel sorunlardan biri toplumların yaşlanmakta olduğudur. Son elli yıldır dünya genelinde, ölüm ve doğum artış hızları düşmekte, yaşam süresi uzamakta, sağlık teknolojileri gelişmekte ve bu gelişmeler sonucunda da başta gelişmiş ülkeler olmak üzere tüm dünya ülkelerinde yaşlı nüfus oranında hızlı bir artış yaşandığı görülmektedir. Bu artış beraberinde sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı ve sağlık hizmeti maliyetlerini de artırmakta ve elbette hükümetlerin üzerindeki maliyet yükünün de artmasına neden olmaktadır.

Bu çalışmada ele alınan temel sorun, dünyada toplam nüfus içerisinde yaşlı nüfus oranının artmasının hem kamu hem de özel sektör sağlık harcamalarını ve dolayısıyla hükümetlerin üzerindeki ekonomik yükü arttırıp arttırmadığıdır. Bu sorunsala bağlı olarak çalışmanın temel amacı, demografik gelişmeler ışığında yaşlı nüfus oranı ile toplam (kamu-özel) sağlık harcamaları arasında ampirik bir ilişkinin var olup olmadığının tespitidir. Bu çalışmada elde edilen sonuç, yaşlı nüfus oranındaki artış ile sağlık harcamaları arasında pozitif yönlü bir ilişkinin var olduğu yönündedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Harcamaları, Yaşlı Nüfus

ABSTRACT

One of the main problems encountered today is that societies are aging. Over the last fifty years, death rates and birth rates have been decreasing, life span has been growing, health technologies have been developing, and as a result of these developments, there has been a rapid increase in the rate of elderly population in all countries of the world, especially in developed countries. This increase also increases the need for health services and health care costs and, of course, increases the economic cost of governments.

The main problem discussed in this study is whether the increase in the rate of elderly people in the total population in the world increases both the public and private sector health expenditures and thus the economic burden on the governments. The main aim of this study is to determine whether there is an empirical relationship between the rate of elderly population and total (public-private) health expenditures due to demographic developments. The result of this study is that there is a positive relationship between increase in elderly population and health expenditures.

Key Words: Health Expenditure, Elderly Population

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
KISALTMALAR.....	vi
TABLO LİSTESİ.....	vii
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

KAMU HARCAMALARI VE SAĞLIK EKONOMİSİ

1.1. KAMU HARCAMALARI.....	3
1.1.1. Refah Devleti Kavramı.....	3
1.1.2. Kamu Harcaması Kavramı.....	4
1.1.3. Kamu Harcamalarında Etkinlik.....	6
1.1.4. Kamu Harcamalarının Sınıflandırılması.....	7
1.2. SAĞLIK EKONOMİSİ.....	12
1.2.1. Sağlık Kavramı.....	13
1.2.2. Sağlık Hizmetleri ve Özellikleri.....	14
1.2.3. Sağlık Ekonomisi.....	17
1.2.4. Sağlık Harcamalarının Finansmanı.....	19

İKİNCİ BÖLÜM

YAŞLILIK VE SAĞLIK

2.1. YAŞLANMA.....	26
2.1.1. Biyolojik Yaşlanma.....	27
2.1.2. Sosyal Yaşlanma.....	28
2.1.3. Psikolojik Yaşlanma.....	28
2.2. DEMOGRAFİK DÖNÜŞÜM VE NÜFUSUN YAŞLANMASI.....	29
2.3. YAŞLILIK, SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ.....	31
2.4. DÜNYA YAŞLILIK İSTATİSTİKLERİ.....	33
2.4.1. Doğum Oranları.....	33
2.4.2. Bebek Ölüm Oranları.....	41
2.4.3. Doğumda Beklenen Yaşam Süresi.....	46
2.4.4. Nüfus Artış Hızı.....	52
2.4.5. 65 Yaş ve Üstü Nüfusun Yıllara Göre Değişimi.....	57
2.4.6. Yaşlı Nüfus Yaş Bağımlılık Oranı.....	64
2.5. SAĞLIK HARCAMALARI.....	71

2.5.1. Toplam Sağlık Harcamaları	72
2.5.2. Kamu Sağlık Harcamaları	78
2.5.3. Özel Sağlık Harcamaları	85
2.5.4. Kişi Başına Sağlık Harcamaları	91
2.5.5. Literatür İncelemesi	97

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YAŞLI NÜFUS ORANINDAKİ ARTIŞ İLE SAĞLIK HARCAMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN EKONOMETRİK ANALİZİ

3.1. METODOLOJİ	100
3.2. ANALİZİN AMACI	100
3.3. KULLANILAN EKONOMETRİK MODEL	100
3.3.1. Panel Veri Yöntemi	100
3.3.2. Veri Seti.....	102
3.3.3. Analizde Kullanılan Değişkenler	103
3.4. ANALİZ.....	103
3.4.1. Panel Veri Analizi	107
SONUÇ	118
Kaynakça.....	122

KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ADB	: Asian Development Bank (Asya Kalkınma Bankası)
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
BM	: Birleşmiş Milletler
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EUROSTAT	: Avrupa İstatistik Ofisi
GSYH	: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
HIV	: Human Immunodeficiency Virus (İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü)
HSHGSYH	: Kamu Sağlık Harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasılaya Yüzdesi
HSHGHG	: Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Yüzdesi
IRS	: Internal Revenue Service (Amerika Birleşik Devletleri İç Gelir Servisi)
KBGSYH	: Kişi Başına Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (USD)
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)
OSH	: Kişi Başına Yurtiçi Özel Sağlık Harcamaları (USD)
STATCAN	: Kanada İstatistik Kurumu
USAID	: The United States Agency for International Development (Amerika Birleşik Devletleri Uluslararası Kalkınma Ajansı)
USD	: Amerikan Doları, Amerika Birleşik Devletleri'nin Resmi Para Birimi
UNFPA	: United Nations Population Fund (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu)
UNICEF	: United Nations Children's Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)
YNO	: 65 Yaş ve Üstü Nüfusun Toplam Yüzdesi

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Bölgere Göre Kadın Başına Toplam Doğum Oranları (1960-2050).....	34
Tablo 2: Gelir Gruplarına Göre Kadın Başına Toplam Doğum Oranları (1960-2050)..	40
Tablo 3: Bölgelere Göre 1.000 Canlı Doğumda Bebek Ölüm Sayısı (1990- 2015).....	41
Tablo 4: Gelir Gruplarına Göre 1.000 Canlı Doğumda Bebek Ölüm Sayısı (1990- 2015)	46
Tablo 5: Bölgere Göre Doğumda Beklenen Yaşam Sürelerinin Yıllara Göre Dağılımı (1970-2050)	47
Tablo 6: Gelir Gruplarına Göre Doğumda Beklenen Yaşam Sürelerinin Yıllara Göre Dağılımı (1970-2050)	51
Tablo 7: Bölgelere Göre Nüfusun Yıllık Artış Hızı (1960-2050)	53
Tablo 8: Gelir Gruplarına Göre Nüfusun Yıllık Artış Hızı (1960-2050)	57
Tablo 9: Bölgelere Göre 65 Yaş Ve Üstü Nüfusun Yıllara Göre Dağılımı (1970-2050)	58
Tablo 10: Gelir Gruplarına Göre 65 Yaş Ve Üstü Nüfusun Yıllara Göre Dağılımı (1970- 2050).....	63
Tablo 11: Bölgelere Göre Yaşlı Nüfusun Yaş Bağımlılık Oranı (1960-2015).....	65
Tablo 12: Gelir Gruplarına Göre Yaşlı Nüfusun Yaş Bağımlılık Oranı (1960-2015)....	70
Tablo 13: Bölgelere Göre Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH'ye Oranı (1995-2014)	72
Tablo 14: Gelir Gruplarına Göre Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH'ye Oranı (1995- 2014).....	77
Tablo 15: Bölgelere Göre Kamu Sağlık Harcamalarının GSYH'ye Oranı (1995-2014)	78
Tablo 16: Gelir Gruplarına Göre Kamu Sağlık Harcamalarının GSYH'ye Oranı (1995- 2014).....	84
Tablo 17: Bölgelere Göre Özel Sağlık Harcamalarının GSYH'ye Oranı (1995-2014)..	85
Tablo 18: Gelir Gruplarına Göre Özel Sağlık Harcamalarının GSYH'ye Oranı (1995- 2014).....	90
Tablo 19: Bölgelere Göre Kişi Başına Sağlık Harcamaları (1995-2014).....	91
Tablo 20: Gelir Gruplarına Göre Kişi Başına Sağlık Harcamaları (1995-2014).....	96
Tablo 21: Tanımlayıcı İstatistikler	104
Tablo 22: İkili Korelasyon Matrisi	105
Tablo 23: Yatay Kesit Bağımlılık Test Sonuçları	106
Tablo 24: Birim Kök Testi Sonuçları	107
Tablo 25: Kurgulanan Alternatif Modeller.....	108
Tablo 26: Model 1-Sabit Etkiler.....	109
Tablo 27: Model 1-Rassal Etkiler.....	110
Tablo 28: Model 1-Hausman Testi.....	111
Tablo 29: Model 2-Sabit Etkiler.....	112
Tablo 30: Model 2-Rassal Etkiler.....	113
Tablo 31: Model 2-Hausman Testi.....	114
Tablo 32: Model 3-Sabit Etkiler.....	114
Tablo 33: Model 3-Rassal Etkiler.....	116
Tablo 34: Model 3-Hausman Testi.....	117

GİRİŞ

Dünya nüfusu, insanlık tarihi boyunca birçok önemli değişime uğramış ve önemli geçiş dönemleri yaşamıştır. Nüfus yapısında yaşanan bu değişimler bazen tek bir bölge veya ülkeyle sınırlı kalmış bazen de küresel bir hal alarak birçok bölgeyi etkilemiştir. Nüfus yapısında meydana gelen değişimlerin yaşandıkları bölgelere olumlu veya olumsuz, sosyal ve ekonomik etkileri olmaktadır. Son yıllarda nüfus yapısında meydana gelen en önemli değişiklik yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının önemli ölçüde artmış olmasıdır. Yaşlı nüfusta yaşanan bu artış küresel bir olaydır, tüm dünyada sosyal ve ekonomik etkileri görülmektedir ve görülmeye devam edecektir.

Nüfus yapısındaki değişime neden olan etken ise tüm dünyada etkileri görülen demografik dönüşüm sürecidir. Demografik Dönüşüm Süreci, genel olarak yüksek doğum ve ölüm oranlarından düşük doğum ve ölüm oranlarına geçişi ifade etmektedir (Gribble & Bremner, 2012, s. 3). Demografik geçiş sürecinin ilk aşaması insanlık tarihinin karakteristik bir özelliği olan yüksek doğum ve yüksek ölüm oranlarının yaşandığı durumu ifade etmektedir. İkinci aşamada, doğum oranları yüksek seyretmeye devam ederken ölüm oranlarında düşüşler yaşanmaya başlamaktadır. Üçüncü aşamada ise, doğurganlık bilinçli bir şekilde kontrol altına alınmaktadır ve bu da doğum oranlarının düşük ölüm oranlarıyla dengeye gelmesini sağlamaktadır (Teitelbaum, 1975, s. 421). Demografik dönüşüm süreci her ülkede yaşanmış ve yaşanacak olmasına rağmen, bu süreç her ülkede aynı anda yaşanmamakta ve aynı uzunlukta sürmemektedir. Endüstrileşmiş ülkeler bu sürece daha erken başlamıştır ve bu ülkelerde süreç daha uzun bir dönemi kapsamaktadır. Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ise, süreç daha geç başlamakta ve çok daha hızlı ilerleyip daha kısa sürmektedir. Goujon'un belirttiği üzere, demografik geçiş süreci Avrupa ülkelerinde XIX. yüzyılda başlamıştır ve yavaş bir şekilde ilerlemeye devam etmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise süreç, XX. yüzyılın ikinci yarısında başlamıştır fakat daha hızlı ilerlemektedir (Goujon, 2003, s. 2).

Dünya üzerinde yaşlı nüfus oranında yaşanan bu artış sosyal ve ekonomik gelişmenin bir zaferi sayılabilir. Geçmiş dönemlerde çok az kişi yaşlılık evresine ulaşmaktaydı ve bu özel bir durum olarak sayılıyordu. Günümüzde ise, birçok insan uzun yıllar yaşamakta ve ileri yaşlara kadar ulaşmaktadır. Toplumda, nüfusun

ortalama yaşam süresinin artması sosyal ve ekonomik bir başarı sayılırken aynı zamanda sosyal ve ekonomik bir yükü de beraberinde getirmektedir. Dünyanın tüm ülkelerinde, toplam nüfus içindeki yaşlı nüfus oranı artmakta ve bu da işgücünde azalma, genç nüfusun üstüne düşen yükte artış, evde bakım hizmetlerinde ve sağlık harcamalarında artış gibi birçok etkiye yol açmaktadır. Bu nedenle yaşlı nüfus ile beraberinde getirdiği sosyal ve ekonomik etkiler günümüzün en tartışılan konularından biridir ve nüfus beklentilerine bakıldığında ilerleyen yıllarda da tartışılmaya devam edecektir. Bugüne kadar konuyla ilgili yapılan çalışmalarda genel olarak; yaşlı nüfustaki artışların sağlık harcamalarında artışa yol açtığı sonucuna ulaşılmıştır bu ancak çalışmalar ya verilerle desteklenerek analiz yapılmamış ya da yapılan analizler belirli bölgeler için yapılmıştır. Bu anlamda bu çalışmanın önemi; 165 ülkeye ait verilerin alınarak geniş çaplı bir analiz yapılması ve bu doğrultuda literatürdeki boşluğun doldurulmasıdır.

Yaşlı nüfus oranındaki artış ve yaşlı nüfusun günümüzdeki ve gelecekteki sosyal ve ekonomik etkileri göz önüne alındığında; çalışmada ele alınan temel sorun; dünyada toplam nüfus içinde, yaşlı nüfus oranının artmasının sağlık harcamalarını ve dolayısıyla ülkeler için ekonomik yükü arttırıp arttırmadığı sorunsalıdır. Bu sorunsala bağlı olarak çalışmanın temel amacı, demografik gelişmeler ışığında, yaşlı nüfus oranı ile toplam (kamu-özel) sağlık harcamaları arasında ampirik bir ilişkinin var olup olmadığının tespit edilmesidir. Bu doğrultuda çalışma üç bölüme ayrılmış, çalışmanın birinci bölümünde, kamu harcama türleri, sağlık hizmetleri, sağlık harcamaları ve finansmanı ile ilgili bilgilere yer verilmiştir. Çalışmanın ikinci bölümünde, yaşlılık ve demografik dönüşüm süreci üzerinde durularak, demografik dönüşümü etkileyen unsurlar ve bunun sonucunda dünya toplumlarında yaşanan gelişmeler istatistiksel tablolarla aktarılmıştır. Çalışmanın üçüncü ve son bölümünde ise, 165 ülkenin yer aldığı bir veri seti ile ampirik bir analiz yapılarak yaşlılık ve sağlık harcamaları arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı incelenmiştir. Sonuç kısmında ise, genel bir değerlendirme yapılarak, hükümetlerin yaşlı nüfusa yönelik sağlık harcamaları konusunda alması gereken önlemler hakkında öneriler sunulmuştur.

BİRİNCİ BÖLÜM

KAMU HARCAMALARI VE SAĞLIK EKONOMİSİ

1.1. KAMU HARCAMALARI

İnsanların topluluklar halinde yaşamaya başlaması bir takım ihtiyaçları da beraberinde getirmiş ve toplumların bir arada yaşayabilmesi için bireysel olarak alınan önlemlerin yanında toplumsal olarak da önlemler alınması ihtiyacını doğurmuştur. Bireylerin kendi başlarına tek tek karşılayamayacağı eğitim, sağlık ve güvenlik gibi bu ihtiyaçlar devlet eliyle karşılanmalıdır. Devletin varoluşundaki nedenlerden biri ve en önemlisi de bu temel ihtiyaçları karşılayacak harcamaları yönlendirmek ve finanse etmektir. Kamu harcamaları olarak adlandırdığımız devlet eliyle yapılan bu harcamalar ekonomilere yön veren temel unsurlar arasında yer almaktadır. Bu bağlamda bu başlık altında, kamu harcamalarının tanımı, önemi ve sınıflandırılması açıklanacaktır. Kamu harcamalarını açıklamadan önce ise, devletler için kamu harcamalarını önemli kılan ve kamu harcamalarını maksimum düzeyde tutmaya iten sebep olan refah devleti kavramını açıklamak gerekmektedir. Bu çerçevede bölüm kısa bir refah devleti tartışması ile başlamaktadır.

1.1.1. Refah Devleti Kavramı

Devletleri kamu harcaması yapmaya iten başlıca sebep, insanların sosyal varlıklar olması ve bu durumun sosyal ihtiyaçları beraberinde getirmesidir. Bu sosyal ihtiyaçları karşılamak ve vatandaşların memnuniyetini sağlamak için devletin elindeki en önemli araç kamu harcamalarıdır. Kamu harcamalarının, sosyal refah devleti anlayışının bir gereği olması nedeniyle kamu harcamalarını açıklayabilmek için önce sosyal refah devleti kavramını açıklamak gerekmektedir.

Refah devleti tanımı ilk olarak İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra İngiltere'de ortaya çıkmış ve zaman içinde İngiltere'den yayılmıştır. Levi- Faur, refah devleti terimini ilk olarak 1941'de Başpiskopos William Temple tarafından İngiltere'de, sınıf uzmanlaşmasını, devletin toplumsal alanda genişlemesini ve İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra İngiltere'de eşitlikçi bir toplumun yükselen özlemini tanımlamak için kullandığını ve zamanla İngiltere'den yaygınlaştığını aktarmıştır (Levi Faur, 2014, s. 602). Refah devletinin tanımını ise Lindbeck iki şekilde yapmıştır: Dar tanıma göre refah devleti iki tür hükümet harcama düzenlemesinden oluşur; birincisi hane halklarına nakit yardımlar, ikincisi ise sosyal hizmetlerin (eğitim, sağlık, yaşlılık bakımı ve güvenlik gibi) sübvansiyonlarla ya da doğrudan hükümet tarafından sağlanmasıdır. Lindbeck'in yaptığı geniş tanıma göre, refah devleti, fiyat düzenlemesi (kira kontrolü ya da tarımsal fiyat desteği gibi), konut politikaları, çalışma ortamının düzenlenmesi, iş güvenliği mevzuatı ve çevre politikalarını da içermektedir (Lindbeck, 2006, s. 2).

Briggs, bir refah devletinin temelde üç fonksiyonu olduğunu vurgulamıştır. Bunlardan birincisi bireylere ve ailelere asgari bir geliri garanti etmek; ikincisi, hastalık yaşlılık ve işsizlik gibi toplumsal kriz konularında güvensizliği en aza indirerek bireyleri güvence altına almak ve üçüncüsü statü veya sınıf ayrımı yapmadan tüm vatandaşlara en iyi hizmet standartlarını sağlamaktır (Briggs, 1961, s. 226). Bu çerçevede refah devletinin tanımına ve özelliklerine bakılacak olursa, hükümetlerin toplumun refahını sağlamak için en önemli araçlarının kamu harcamaları olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetleri, eğitim ve güvenlik gibi vatandaşların temel ihtiyaçlarını karşılamak toplumsal refahı arttırmanın en etkili yoludur. Bu yüzden sosyal refah devleti anlayışı ile kamu harcamalarını bir bütünün birleştirici parçaları olarak görmek mümkündür.

1.1.2. Kamu Harcaması Kavramı

Kamu harcamaları genel olarak, hükümetlerin kendilerine atfedilen görevleri yerine getirmek ve ekonomik ve sosyal hayatın devamını sağlamak için katlandıkları maliyetlerdir. Kamu harcamaları ile ekonomik aktivite arasındaki çarpan ilişkisi

nedeniyle, kamu harcamalarının sosyal etkilerinin yanı sıra ülke ekonomileri üzerinde oldukça önemli etkileri söz konusudur. Örneğin; hükümetler tarafından yapılan transfer harcamalarının vatandaşlar için gelir arttırıcı etkisi varken, bu harcamaların finansmanı için vatandaşlardan alınan vergilerin gelir azaltıcı etkisi söz konusudur. Yine hükümetlerin yaptıkları yatırım harcamalarının istihdam üzerinde etkisi vardır ve üretilen kamu mallarının piyasa fiyatlarına etkisinden söz etmek mümkündür. Devletlerin kamu harcamaları aracılığıyla bu şekilde piyasaya müdahale etmeleri ülke ekonomilerinde kilit rol oynamalarına neden olmaktadır.

Kamu harcamaları, literatürde en genel anlamıyla kamu hizmetlerinin bedeli olarak ele alınmaktadır. Paun ve Brezeanu, kamu harcaması terimini hukuki ve ekonomik olarak iki boyutuyla ele almaktadır: Hukuki açıdan kamu harcamaları, kamu kurumlarını işletmek amacıyla ihtiyaç duyulan tüm mali kaynakları ifade etmektedir. Ekonomik bağlamda ise, kamu harcaması terimi, kamu menfaatinin gerçekleştirilebilmesi amacıyla kamusal mali kaynakların dengeli bir şekilde dağılımını sağlayan ekonomik süreçleri ifade eder (Paun & Brezeanu, 2013, s. 214). Akalın'a göre kamu harcamaları, hükümetlerin politika seçimlerini yansıtmaktadır. Hükümet hangi malların ne miktarda ve hangi kalitede üretileceğine karar verince, kamu harcamaları bu politikaların yürütülmesinin maliyeti olarak ortaya çıkar. Dolayısıyla kamu harcamaları hükümet faaliyetlerinin maliyeti şeklinde de tanımlanabilir (Akalın, 1986, s. 138). Aigheyisi ise, çalışmasında kamu harcamalarını hükümetlerin kendi faaliyetlerini finanse etmek, ekonomik büyümeyi teşvik etmek ve böylece toplumların refah düzeyini arttırmak için yaptıkları harcamalar şeklinde tanımlamaktadır (Aigheyisi, 2013, s. 220).

İkinci Dünya Savaşını takip eden soğuk savaş döneminde uluslararası gerginlik düzeyinin yükselmesi sonucunda silahlanmaya ve teknolojik gelişmeye verilen önemin artması, kamu harcamalarına verilen önemi de beraberinde getirmiş ve harcamaları arttırmıştır. Bunun yanında ülkelerin ekonomik büyümelerinin artması ve modern devletlerin sosyal devlet anlayışını benimsemeleri de kamu harcamalarının hızla artmasında etkin bir rol oynamıştır. Bu nedenle hükümet harcamaları hakkında yapılabilecek en genel değerlendirme, dünyanın tüm ülkelerinde nispeten ve kesinlikle büyüdükleri yönündedir (Burkhead & Miner, 2009, s. 2). Zaman içinde ve sürekli olarak büyüyen kamu harcamalarının finansman ihtiyacı, kamu gelirleri ile paralel

artmadığı için kamu kaynaklarının etkin kullanması oldukça önemli bir mesele haline gelmektedir.

1.1.3. Kamu Harcamalarında Etkinlik

İktisat biliminin temel konusu olan kıt kaynakların etkin biçimde kullanılması sorunu kamu maliyesi alanında da kendini göstermiş ve kısıtlı olan devlet gelirlerinin en etkin biçimde nasıl kullanılacağı sorunu ortaya çıkmıştır. Kamu kaynaklarının sınırlı olması ve kamu harcamalarının giderek artması kamu harcamalarında etkinliğin sağlanabilmesini zorunlu hale getirmektedir. Devletin vatandaşların refahını sağlaması ve ekonomik kalkınmanın gerçekleştirilebilmesi için kamu kaynaklarının etkin ve verimli kullanılması gerekmektedir. Kamu harcamalarında etkinlik sağlanması devletlerin asli görevleri arasındadır.

Etkinlik, kamu harcamaları ile bunların üretilmesi için gerekli kaynaklar arasındaki ilişkiyi gösterir. Yani etkinlik kavramında hem ulaşılan sonuç hem de kaynak kullanımı önemliyken, verimlilik kavramında sadece ulaşılan sonuçlar önemlidir (Güran & Cingi, 2002, s. 60). Kamu harcamalarında çıktılar kadar kullanılan kaynaklar da önemli olduğu için verimlilik yerine etkinlik üzerinde durmak daha doğru olacaktır.

Kamu harcamalarının kamu gelirlerini aşması durumu bütçede açık oluşmasına neden olmaktadır. Bütçede açık oluşmaması için kamu harcamaları ve kamu gelirlerinin dengelenmesi gerekmektedir. Ancak, bu durumda hükümetler vatandaşların memnuniyeti ile bütçe açıkları arasında seçim yapmak gibi zor bir durumda kalmaktadırlar. Kamu gelir ve giderler dengesinin, bu şekilde hassas bir noktasının olmasından dolayı kamu harcamalarında etkinliğin sağlanması oldukça çaba gerektiren bir durumdur.

İlkokor, kamu harcamalarında etkinliğin sağlanmasının, toplumun veri kaynaktan maksimum yarar elde etmesini sağlayacağı anlamına geldiğini vurgulamaktadır (İlkokor, 2013, s. 32). Örneğin; liselerde okuma oranını %20 arttırmayı planlayan bir eğitim projesi için ödenek ayrıldığını varsayalım: Bu durumda

okuma oranı %20 artarsa bütçe %100 etkili, okuma oranı % 10 artarsa bütçe %50 etkili demektir. Farrell, 1857 yılında yaptığı çalışmasında daha az kaynakla daha fazla çıktının nasıl sağlanabileceği sorusuna cevap aramıştır. Buna karşın, etkinliği ölçmek için kullanılan teknikler gelişse de kamu harcamalarının etkinliğinin ölçülmesinde bir takım zorluklar ortaya çıkmaktadır. Kamu harcamaları birçok alanda yapıldığı, birden fazla hedefi olduğu ve kamu çıktılarının birçok durumda herhangi bir fiyatı mevcut olmadığı için çıktılar içselleştirilememektedir (Farrell, 1957, s. 254).

Yukarıda da vurgulandığı gibi, kamu harcamaları hem sosyal yaşamı hem de ekonomik aktiviteyi etkilediği için bu iki etkinin ölçülmesi gerekmektedir. Kamu harcamalarının çok yönlü harcamalar olmaları etkilerinin belirlenebilmesi için harcamaların tasnifi yoluna gidilmesini zorunlu kılmıştır. Kamu harcamalarında etkinliğin ölçülmesi için kullanılan yöntemler harcamaların türlerine göre farklılık göstermesidir. Örneğin; devletin karşılıksız yaptığı bir burs harcamasıyla, kalkınma amaçlı yapılan bir turizm harcamasının etkinlik analizleri farklılık gösterir. Bu nedenle devlet harcamaları türlerine göre gruplara ayrılıp, sınıflandırılmaktadır.

1.1.4. Kamu Harcamalarının Sınıflandırılması

Kamu harcamalarının etkinlik düzeyini görmek ve hangi kuruma veya harcama kalemine ne kadar harcama yapıldığını saptayabilmek için kamu harcamaları sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflandırmalar aracılığıyla hükümetin hangi amaçla hangi harcamayı yaptığı sorusuna cevap bulunurken, bu harcamaların devlet bütçesine etkisi de saptanabilir. Ayrıca bu sınıflandırma sayesinde harcamaların yatırım amaçlı mı, mal ve hizmet alımı amaçlı mı yoksa sosyal yardım amaçlı mı yapıldığına dair sorulara cevap bulunabilmektedir. Kamu harcamaları literatürde çok çeşitli şekillerde sınıflandırılmasına rağmen genel kabul gören üç temel sınıflandırma bulunmaktadır. Bunlar; idari sınıflandırma, fonksiyonel sınıflandırma ve ekonomik sınıflandırmadır.

1.1.4.1. İdari Sınıflandırma

İdari sınıflandırma, harcamayı yapan birimler göz önüne alınarak yapılan sınıflandırmadır. Bu sınıflandırma türünde amaç hangi idari birimin ne kadar harcama yaptığını saptamaktır. İdari sınıflandırmada hangi kurumun ne kadar harcama yaptığı listelenerek dikey toplama yoluyla toplam kamu harcama rakamları tespit edilir (Tuncer & Yüksel, 2011, s. 216). İdari kamu harcamaları, merkezi yönetim ve yerel yönetim harcamaları olarak ayrılmaktadır. Savunma, eğitim ve sağlık harcamaları ile transfer harcamalarının büyük bir kısmı merkezi yönetim harcaması kapsamındayken, çevre temizliği, su, şehir içi ulaşım gibi harcamalar yerel yönetim harcamaları kapsamına dahil olmaktadır (Karaarslan, 2012, s. 11). Harcamaların idari sınıflandırılması, kamu harcamalarının sorumluluğunun belirlenmesi ve bütçe idaresi için gereklidir. Fakat her ülkede idari yapıya ilişkin harcamaların istatistiksel bilgisi her zaman aynı seviyede ve tutarlı bir şekilde elde edilemeyebilir. Örneğin; personel harcamaları bakanlık düzeyinde belirlenirken, diğer cari devlet harcamaları devletin alt birimleri düzeyinde belirlenebilmektedir (OECD, 2001, s. 125).

İdari sınıflandırmada temel sorun harcamayı yapan idari birimin ön plana alınması ve hangi alanlara ne amaçla harcama yapıldığının göz ardı edilmesidir. Harcamanın yapıldığı alan ve yapılma nedeni göz ardı edildiği için idari sınıflandırmada devletin hangi alanlara yatırım yaptığı ve hangi sosyal hizmet türlerine önem verdiği saptanamamaktadır. İdari sınıflandırmadan kaynaklanan bu sorunlar hükümetlerin fonksiyonel sınıflandırma yöntemine yönelmesine neden olmuştur.

1.1.4.2. Fonksiyonel Sınıflandırma

İdari sınıflandırmanın sadece harcamayı yapan idari birimi göz önüne alması ve harcamaların hangi amaçla yapıldığının belirlenmesi konusunda yetersiz kalması nedeniyle, fonksiyonel sınıflandırmayı kullanma ihtiyacı doğmuştur. Fonksiyonel sınıflandırmada amaç devlet faaliyetlerinin maliyetlerinin belirlenmesidir.

Fonksiyonel sınıflandırmada, yapılan hizmetler için katlanılan maliyetler toplanmakta ve bu şekilde belli bir hizmet türünün sunulmasındaki maliyet belirlenmektedir.

Fonksiyonel sınıflandırma ilk olarak Amerika Birleşik Devletleri'nin yerel yönetimlerinde kullanılmaya başlanmıştır. Fonksiyonel sınıflandırma, belirli bir hizmetin yerine getirilmesinin toplam maliyetinin belirlenmesine ve harcanan kaynak ile elde edilen fayda arasında kıyaslama yapılmasına olanak sağlamaktadır. Böylece kamu kaynaklarının hangi hizmetleri ve hangi amaçları gerçekleştirmek için kullanıldıkları da ortaya çıkmaktadır (Özbaran, 2004, s. 125). Fonksiyonel sınıflandırma bu sayede bütçe politikalarının oluşturulmasına da katkı sağlamaktadır (Yıldız, 2009, s. 49). Fonksiyonel sınıflandırmada esas olan, harcama yapılan fonksiyon olduğu için aynı fonksiyonu gerçekleştirmeye yönelik harcama yapan tüm birimlerin yaptıkları harcamalar toplanmaktadır. Bu sınıflandırma türünde karşılaşılan sorun ise, bir fonksiyonu birden fazla idari birimin yapması söz konusu olduğu için aynı hizmet için yapılan toplam harcamanın bulunmasının zor olmasıdır.

1.1.4.3. Ekonomik Sınıflandırma

Kamu harcamalarının ekonomiye olan etkilerini saptayabilmek amacıyla aynı ekonomik etkilere sahip olan kamu harcamalarının ortak bir grupta yer alması şeklinde yapılan sınıflandırmadır. Ülke ekonomilerinde kamu harcamalarının rolünün büyüklüğü göz önüne alınacak olursa, ekonomik sınıflandırma kamu harcamalarının ekonomiye etkilerini anlamak için oldukça önemlidir.

Ekonomik sınıflandırma, gayrisafi yurtiçi hasılaya (GSYH) doğrudan etkisi olan ve olmayan harcamalar olarak, yani reel harcamalar ve transfer harcamaları olarak ayrılmaktadır.

Reel Harcamalar

Reel harcamalar, devletin mal ve hizmet alımına yönelik olarak kaynak tahsisinde bulunduğu ve kısa ya da uzun dönemde GSYH'ye etki eden bir kamu

harcama türüdür. Reel harcamalar, üretim faktörü kullanımını gerektiren kamu harcamaları olarak da bilinir. Topluma yararı olan ve gelir yaratıcı etkiye sahip harcamalardır. Reel harcamalar GSYH'ye etki süresine bağlı olarak cari harcamalar ve yatırım harcamaları olarak iki başlık altında incelenmektedir.

a) Cari Harcamalar

Cari harcamalar, bir yıl veya daha kısa süre içerisinde, dayanıksız mal satın alımına yönelik olarak yapılan harcamalardır. Cari harcamalar, söz konusu dönemde tüketilen, personel giderleri ile üretim amacıyla kamu tarafından satın alınan, elektrik, su, benzin vb. gibi giderleri kapsamaktadır. Cari harcamalara, ısınma, elektrik, kırtasiye, sigorta giderleri ve personel maaşları örnek olarak gösterilebilir. Cari harcamaların büyük kısmını personel harcamaları oluşturmaktadır ve bu nedenle kamuya yeni personel alımları veya personel maaşlarındaki artış doğrudan cari harcamalarda artışa neden olmaktadır (Kanca & Bayrak, 2015, s. 108).

Hükümetler seçim dönemlerinde kamu harcamalarını kullanarak seçmenlerin sempatisini ve oy potansiyellerini artırma yoluna gidebilmektedir. Özellikle cari harcamalar kısa dönemde etkilerini göstermeleri nedeniyle seçim dönemleri öncesinde etkili bir politika aracı olarak kullanılabilir. Örneğin; seçim dönemlerinde kamu personel alımlarının artırılması ekonomiyi canlandırmak adına güzel bir strateji olabilir. Bu harcamalar, kısa dönemde etkili gibi görünse de uzun dönemde bütçe açığına yol açacaklarından ekonomik açıdan olumsuz sonuçlar doğurabilir.

b) Yatırım Harcamaları

Yatırım harcamalarını açıklayabilmek için öncelikle yatırımın kavramsal çerçevesini incelemek gerekmektedir. Ekonomistler genellikle toplam servetin büyüklüğünü arttıran işlemler için yatırım terimini kullanırlar. Özbaran, yatırım harcamalarını, üretimi pozitif yönlü etkileten veya mevcut üretim kapasitesinin verimliliğini arttıran, faydası uzun süre devam eden mallara yapılan harcamalardır,

şeklinde tanımlamaktadırlar (Özbaran, 2004, s. 118). Yatırım harcamalarının bir diğer özelliği de üretim ömrü geleceğe uzanan harcamalar olmasıdır (BM, 2009, s. 4). Yatırım harcamalarına örnek olarak; kara ve demir yolu ağları, köprüler, enerji üreten tesisler, devlet binaları, fabrikalar, makina ve donanımlar gösterilebilir. Yatırım harcamaları cari harcamaların aksine faydası hemen görülüp o dönem içinde tükenen değil, faydası belli bir süre sonra görülüp uzun yıllar devam eden harcamalardır. Yatırım harcamaları, kendi kendini finanse eder ve kuşaklar arası adaleti sağlar. Kamu yatırım harcamaları hem nakit akışı üretmeleri, hem ekonomik büyümeye katkı sağlaması, vergi geliri oluşturmaları dolayısıyla hükümet gelirleri üzerinde uzun vadeli olumlu etkiler yaratarak kendi kendilerini finanse edebilirler (Toigo & Woods, 2006, s. 941). Yatırım amaçlı kamu harcamaları devletin ekonomide etkin olarak yer almasını sağladığı için politik olarak çekici bir harcama aracıdır.

Ülkedeki net yatırım harcamalarının bulunabilmesi için gayrisafi yatırım tutarından amortismanların düşürülmesi gerekmektedir. Elde edilen net yatırım değerinin ülkedeki sermaye mallarının ne kadar arttığına görülmesine katkı sağlayacaktır.

Transfer Harcamaları

Sosyal refah devletinin en önemli araçlarından biri olan kamu harcamalarının toplum refahını artırma, halkın güvenini kazanma ve gelir dağılımında adaleti sağlama gibi amaçlara hizmet eden alt grubu transfer harcamalarıdır. Devletin toplum huzurunu sağlaması, yetersiz gelire sahip veya yardıma muhtaç vatandaşlara yardım etmesi için karşılıksız harcamalar yapması gerekmektedir. Bu şekilde herhangi bir mal veya hizmet satın almak amacıyla değil, karşılık beklemeden yapılan kaynak aktarımlarına transfer harcaması denilmektedir. Transfer harcamalarının üç temel özelliği vardır: bunlardan birincisi, transfer harcamalarının herhangi bir karşılık beklemeden yapılan harcamalar olması; ikincisi, GSYH'ye katkısının, hane halklarının tüketim kararını etkileyerek dolaylı yoldan ortaya çıkması ve üçüncüsü kamusal kaynakların bir gruptan başka bir gruba transfer ediliyor olmasıdır.

Arsan, transfer harcamalarını, kurumlara ve hanehalklarına yapılan transferler olarak ayırmaktadır. Kurumlara yapılan transferler kurumlara fon, sermaye desteği, sağlayarak yatırım olanakları yaratırken, bireylere yani hane halklarına yapılan transferler ise harcanabilir geliri arttırmaktadır (Arsan, 1982, s. 115). Devlet, transfer harcamaları sonucunda hiçbir üretim faktörü elde etmediği için bu harcamaların üretim faaliyetine doğrudan bir etkisi yoktur. Transfer harcamalarının üretime değil gelir dağılımını değiştirmeye etkisi vardır. Hane halklarının transfer harcamaları sonucunda elde ettikleri gelirleri tüketime yönelmeleri halinde ulusal gelirden bir artış meydana gelmektedir. Harcama ilk defa devlet tarafından yapılırken ulusal gelirden herhangi bir artışa neden olmadığı için bu harcamalar reel harcamalar şeklinde değerlendirilmemektedir (Meriç, 2003, s. 173). Transfer harcamalarındaki en önemli sebep; halkın refahı ve bu sayede de seçmenlerin güvenini kazanmak ve hükümetin üstündeki baskıyı hafifletmektir. Transfer harcamalarını arttırarak vatandaşları memnun etmek ve refahı sağlamak kolay bir yol gibi görünse de hükümet gelirlerinin kısıtlı olması ve buna bağlı olarak bütçe etkinliğinin sağlanması göz önünde bulundurulduğunda, transfer harcamalarının giderek artması hükümetleri zorlayan bir süreç olmaktadır. Kamu transfer harcamalarına; sübvansiyonlar, öğrencilere verilen burslar, yaşlılara yapılan bakım yardımları, çiftçilere verilen destekler, işsizlere ödenen işsizlik maaşları, sağlık ve eğitim kurumlarının ücretsiz hizmetleri örnek olarak gösterilebilir.

1.2. SAĞLIK EKONOMİSİ

Sağlık hizmetleri salt olarak piyasa koşullarına bırakılamayacak kadar önemli bir alandır. Bireyleri sağlıklı olmayan bir toplumun ekonomisinin sağlıklı olması beklenemez. Dolayısıyla, sağlık alanı küreselleşen dünyada, genel olarak tüm devletlerin önem listelerinde birinci sırada yer almaktadır. Günden güne artan sağlık giderleriyle birlikte sağlık ekonomisi, ekonomi biliminin önemli alt dallarından biri haline gelmiştir. Sağlık ekonomisi, ekonomi biliminin bir alt alanı olarak, sağlıkla ilgili ihtiyaçlarla kıyaslandığında sınırlı olan sağlığa ayrılabilir kaynaklarla sınırsız ihtiyaçların karşılanmasını amaçlamakta ve sağlık sektörüne ayrılan kaynakları doğru

kullanarak topluma faydalı ve adil bir şekilde sağlık hizmet üretmeyi ve sunmayı ilke edinmektedir.

Sağlık ekonomisini daha iyi anlayabilmek için öncelikle sağlık kavramını, sağlık hizmetlerinin neler olduğunu, neleri kapsadığını, sağlık harcamalarının finansmanının nasıl sağlandığını açıklamak gerekmektedir.

1.2.1. Sağlık Kavramı

Sağlık kavramı insanlık tarihi ile beraber süre gelen bir kavramdır. Eski dönemlerde sadece fizyolojik iyilik hali olarak değerlendirilen sağlık, modernleşen ve gelişen dünyada psikolojik ve sosyal açıdan da değerlendirilmeye başlanmıştır. 1946 yılında Dünya Sağlık Örgütü Anayasası'nda sağlık; sadece sakatlık ve hastalığın olmayışı değil ruhça, bedence ve sosyal yönden tam iyilik hali şeklinde tanımlanmıştır (DSÖ, 2014, s. 1).

Sağlıksız toplumlarda iş gücü yetersizliği, verimsizlik ve toplumsal huzursuzluk gibi sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. Irk, din, ekonomik ve sosyal mevkii ayrımı yapmaksızın, sağlıklı olmak isteği her bireyin temel hakkıdır. 1948 İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. maddesinde yeterli bir yaşam standardına sahip olma hakkının bir parçası olarak sağlık kavramından bahsedilmiştir. Sağlık hakkı, 1966 ekonomik, sosyal ve kültürel haklar uluslararası sözleşmesinde bir insan hakkı olarak tekrar kabul edilmiştir. Sağlık hakkı, tüm devletler için geçerlidir ve her devlet, sağlık hakkını tanıyan en az bir uluslararası insan hakları anlaşmasını onaylamıştır. Sağlık hakkı, kapsayıcı bir haktır. Bu hak, genellikle sağlık hizmetlerine erişim ve hastaneler kurulmasıyla ilişkilendirilmektedir, bu doğru olmakta birlikte, sağlık hakkı daha kapsamlı bir haktır. Sağlıklı bir hayat sürmemize yardımcı olabilecek güvenli gıda, yeterli beslenme, sağlıklı çevre koşulları ve sağlıkla ilgili eğitimler de sağlık hakkının kapsamına girmektedir (DSÖ, 2008, s. 1).

Dünyadaki bütün demokratik sistem ve organizasyonlar, temelde sağlıklı birey ve sağlıklı bireylerden oluşan bir toplumu hedef alır. Zira güvenliğin, gücün, istikrarın, refahın ve mutluluğun temelinde ruh ve beden sağlığına sahip bireyler ve toplumlar

vardır (Ersöz, 2008, s. 95). Refah devletlerinin temel görevlerinden biri de toplum sağlığını gözetmektir. Kısa vadede sağlıklı halk politikası, uzun vadede ekonomik fayda sağlayacaktır (Oral & Sayın, 2013, s. 396). Özel sektörde sağlık hizmetleri sunuluyor olsa da sağlık hizmetlerinin toplumlar açısından önemi ve kapsamını göz önüne alacak olursak, sağlık hizmetlerinin devletlerin güvencesinde olması gerekmektedir.

1.2.2. Sağlık Hizmetleri ve Özellikleri

Tüm canlılarda ortak olan sağlığını korumak ve devam ettirmek içgüdü, içgüdü olarak adlandırılan diğer bütün davranışların da kaynağıdır. Gözünde katarakt olan keçinin gözünü çalılara sürterek kataraktı alması, mide sorunu olan köpeğin ot yiyerek sindirimini kolaylaştırmaya çalışması, ilkel kabilelerde aynı şekilde yapılan ilkel yöntemlerle iyileşme çabaları gibi birçok örnek sağlığı koruma çabalarının canlılar var olduğundan beri süregeldiğinin bir göstergesi niteliğindedir. Bu tür davranışlar hayvanlarda hala içgüdüsel şekilde devam etse de insanlarda bilinçli ve sistemli davranışlar haline almıştır. Bu anlamda sağlık hizmetlerinin günümüzdeki anlamda olmasa da insanlıkla birlikte var olduğu ve ilk insanların kendisine, çocuklarına ve yakınlarına ilk hastabakıcı ve ilk hekim olduklarını yani sağlık hizmetlerinin insanlık tarihi kadar eski olduğu söylemek mümkündür (Akdur, 2016, s. 24).

Sağlık hizmetleri, taşıdığı özelliklere bakılacak olursa, ekonomide üretim yapılan diğer mal ve hizmetlerden farklı bir kategoride ele alınmaktadır (Mutlu & Işık, 2012, s. 91). Sağlık hizmetlerinin en temel özelliği toplumsal olup, tüm nüfusu ilgilendirir nitelikte olmasıdır. Sağlık için üretilen mal ve hizmetlerin yapısı dolayısıyla genel ve ekonomik ihtiyaçlarımızdan farklılık göstermektedir. Saltuk'un belirttiği gibi, sağlık hizmeti tüketimi rastlantısaldır, bunun anlamı nerede, ne zaman, ne ölçüde ve kimler tarafından ihtiyaç duyulacağının tam olarak belirlenmesi zor olmasıdır. Sağlık hizmetinin yerine başka bir hizmet konamaz yani ikamesi yoktur. Sağlık hizmeti ertelenemez çoğu durumda mümkün olduğunca erken karşılanması gerekmektedir. Zamanında karşılanmayan sağlık hizmetleri ilerde daha fazla fiziksel

ve ekonomik zarar doğurur. Sağlık hizmetinin getirisi para olarak hesaplanamaz. Örneğin toplumdaki ölüm oranının üst yaşlara çekilmesi ya da bebek ölüm oranlarının düşürülmesinin parasal çıktı olarak geri dönüşü hesaplanamaz (Saltık, 1995, s. 38).

Sağlık kavramının geniş kapsamlı olmasından dolayı, sağlık hizmetleri endüstrisi de karmaşık endüstrilerin başında yer almaktadır. Bu yüzden sağlık endüstrisinin sınırları tam olarak belirlenememiştir (Dinçer, Kavuncubaşı, & Aloğlu, 1994, s. 115). Bazı sağlık hizmetleri kişiye özel yarar sağlarken bazı sağlık hizmetleri toplumun geneline yarar sağlamaktadır. Örneğin; tüp bebek tedavisi kişiye özel bir yarar sağlarken, liselerde verilen sağlık eğitimleri ya da bulaşıcı bir hastalık için yapılan aşı toplumsal bir fayda sağlamaktadır. Bu şekilde toplum yararını gözeten sağlık hizmetlerinde bireyler tek başlarına finansman sağlayamayacakları için bu hizmetlerin devlet tarafından sunulması gerekmektedir. Aynı zamanda sağlık hizmetleri, belli bir noktaya kadar rekabetin olmadığı ve talebi tükenmeyen, tüm bireylerin ihtiyaç duyduğu hizmetlerdir. Bu yüzden özel sektöre bu hizmetleri üretmek cazip gelmektedir. Buna karşın piyasa tarafından da üretilip sunulabildiği halde, bu hizmetlerin devlet tarafından veya devlet kontrolünde üretilip sunulması gerektiği ortak kabul görmüş bir kanıdır. Çünkü piyasa ekonomisindeki temel ilkelerden biri kar maksimizasyonu ilkesidir. Piyasadaki sağlık hizmetleri sunucuları tüketicilerin sağlık konusundaki eksik bilgilerinden yararlanıp, sağlık hizmetlerinin hangi koşulda ve ne sıklıkla kullanılacağını kendileri belirleyerek karlarını maksimize etmeyi amaçlamaktadır. Bu da tüketicilerin adil ve kaliteli hizmet almasını engeller ve sağlık hizmetlerinden faydalanma maliyetlerini arttırır. Bireyin sağlığının aynı zamanda toplum sağlığı da demek olduğu ve sağlık hizmetlerinin ülkelerin kalkınmışlık düzeylerini anlamada temel göstergelerden biri olduğu göz önüne alınacak olursa, sağlık hizmetlerinin üretim ve sunumunun piyasa şartlarına bırakılmayacak kadar hassas olmasının nedeni anlaşılmaktadır.

Sağlık hizmetleri, sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi, hastalık sonrası bakım ve rehabilitasyon için yapılan çalışmalardan oluşmaktadır (Akdur, ve diğerleri, 1998, s. 12). Sağlık hizmetleri önem sırasına göre; koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici hizmetler olarak üç başlık altında toplanmaktadır (Fişek, 1982, s. 1).

1.2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin birinci ve en temel aşamasıdır, hastalık ortaya çıkmadan önce alınan önlemleri ifade etmektedir ve bireylerin karşılaşabilecekleri hastalık risklerini en aza indirmeyi amaçlayarak bireylerin sağlıklı yaşam sürelerini arttırmayı hedeflemektedir. Çelikay ve Gümüş'ün belirttiği gibi, koruyucu sağlık hizmetleri özellikle toplumu etkileyebilecek bulaşma olasılığı yüksek hastalıkların önlenmesi amacıyla, bireyleri bu tür hastalıklara karşı koruyacak önlemleri alarak toplum sağlığını riske eden faktörlerin azaltılmasını amaçlamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde çevresel önlemler ön plandadır. Bu hizmetlere örnek olarak; fabrika bacalarına takılan filtreler, bataklıkların kurutulması, besin maddelerinin tıbbi kontrolden geçirilmesi, çevre bilinci eğitimleri gösterilebilir (Çelikay & Gümüş, 2010, s. 188). Koruyucu sağlık hizmetleri bireylere yönelik hizmetler ve çevreye yönelik hizmetler olarak ikiye ayrılır. Bireylere yönelik hizmetler; iyi beslenme, kişisel temizlik, aile planlaması, anne ve çocuk sağlığı gibi önlemlerken çevreye yönelik önlemler arasında ise fabrika bacalarına filtre takılması, atık su tesisleri, besin kontrolü, iş sağlığı ve bilinci, zararlı canlılarla mücadele gibi konular yer almaktadır. Kavuncubaşı ve Kısa'nın vurguladığı gibi, koruyucu sağlık hizmetleri, hastanelere gelen hasta yükünü ve işgücü kaybını azaltır. Ayrıca uygulaması daha kolaydır (Kavuncubaşı & Kısa, 2002, s. 26).

1.2.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalık durumunun ortaya çıkmasından sonra hastalığın önlenmesi amacıyla uygulanan sağlık hizmetleridir, koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha bireysel hizmetlerdir.

Tedavi edici sağlık hizmetleri üç aşamadan oluşur; birinci aşama, hastalıkların ayakta tanı ve tedavisi aşamasıdır, ikinci aşama, hastalıkların yatarak tanı ve tedavi aşamasıdır ve üçüncü aşama ise özel tedavi gerektiren hastalıklar için uygulanan sağlık hizmetleridir (Gümüş & Toy, 2013, s. 23). Aynı zamanda tedavi edici sağlık hizmetleri

koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha yüksek maliyetlidir ve daha fazla personel gerektirmektedir.

1.2.2.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin sunumundaki c basamağın son aşamasıdır ve fiziki veya ruhsal hastalık durumu ortaya çıktıktan sonra başvurulmaktadır. elikay ve Gms'n aktardığı üzere, ciddi bir hastalık, kaza veya doğal afet gibi travmatik bir durum yaşamış ve bunun sonucunda bedenen ya da ruhen sakat kalmış, kendini sosyal hayattan soyutlamış kişilerin sosyal ve fiziki açıdan yeniden topluma kazandırılmasını amaç edinmiş sağlık hizmetleridir (elikay & Gms, 2011, s. 57). Tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olarak iki gruba ayrılmaktadır. Fiziksel yani tıbbi rehabilitasyon, kişideki bedensel engellerin tıbbi müdahalelerle giderilmeye çalışılmasıdır ve ortezi, protezi, işitme cihazı, tekerlekli sandalye gibi bireylerin fiziksel olarak hayatına devam etmesini sağlayacak hizmetleri içermektedir. Sosyal rehabilitasyon ise kişilerin sosyal ve ekonomik hayata tekrar kazandırılması sürecini hızlandırmak ve toplumla i içe geçebilmesini, mümkün olduğu ölçüde çalışma hayatlarına devam edebilmelerini sağlamak amacıyla gerçekleştirilen hizmetlerdir.

1.2.3. Sağlık Ekonomisi

Geçmiş zamanlarda sağlıkla ilgili örgütlenmiş ve sistemli sağlık hizmetleri bulunmaması nedeniyle sağlıkla ilgili yapılan hizmetler bir çeşit yardım niteliği taşımaktaydı. Modern tıbbın ilerlemesi, teknolojinin gelişmesi ve insanların sağlık konusunda daha bilinçli hale gelmesiyle birlikte sağlık hizmetleri sistemsal bir oluşum haline almıştır. Sağlık hizmetleri başta tıp biliminin konusuyken, arz ve talebi sürekli artan bu hizmetlerin maliyeti ve finansmanı da zamanla önemli bir sorun haline gelmiş ve sağlık hizmetleri sadece sosyal bir konu olmaktan çıkıp ekonominin de konusu olmuştur.

Sağlık ekonomisi, ekonomik teorilerin, ekonomi araçlarının ve kavramlarının sağlık konularına bir disiplin olarak uygulanması şeklinde tanımlanabilir. Sağlık ekonomisi kavramı yaygınlaşarak halk arasında, resmi belgelerde, bilimsel ve tıbbi literatürde kullanılan bir terim halini almıştır (Andargie, 2008, s. 59). Sağlık ekonomisi, sağlık hizmeti için kullanılan kaynakların miktarını, finansmanını, bu kaynakların etkin ve verimli kullanılıp kullanılmadığını, sağlık harcamalarının ekonomi üzerindeki etkisini incelemektedir (Tutar & Kılınç, 2007, s. 33). Sağlık ekonomisinde de temel amaç, iktisat biliminde olduğu gibi kıt kaynaklarla maksimum verim elde edilmesidir. Fakat sağlık hizmetlerinin hataya açık bir alan olmamasından ve sağlığın hassas bir konu olmasından dolayı sağlık ekonomisinde kaynakların etkin kullanımı ve maksimum etkinlik sağlanması oldukça önemlidir. İnsan Hakları Evrensel Bildirisi 'Hiçbir ekonomik zorunluluk insan sağlığına zarar verecek bir işlemin nedeni olamaz' şeklinde, sağlık ekonomisi ile ilgili temel kısıtı belirlemiştir. Bu kısıt hükümetlerin sağlık politikalarının da çıkış noktasını oluşturmuştur. Culyer ve Newhouse'un belirttiği gibi, hükümetler sağlık alanındaki bilgi üretimine ve inovasyona diğer alanlara kıyasla daha fazla kaynak ayırmakta ve sağlık alanına tüketiciyi kalitesiz ekipmandan ve hizmetten korumak için daha fazla müdahale etmektedirler (Culyer & Newhouse, 2000, s. 2).

Sağlık ekonomisi, genel ekonominin bir alt dalı olmasına ve kurallarının aynı şekilde işlemesine rağmen temel bir yönüyle genel ekonomiden ayrılmaktadır. Diğer mal ve hizmet piyasalarında, tüketici kendi isteğine göre bağımsız olarak mal ve hizmet satın alabilirken, sağlık hizmetleri piyasasında hastalar yani tüketiciler kendi isteklerine göre hizmet talep edememekte, hizmetin türünü ve miktarını hizmet sağlayıcılar belirlemektedir. Kapitalizmin tunç yasası olan kar maksimizasyonu ilkesi göz ardı edilecek olursa, doktorun hastaya verilecek hizmeti belirlerken ele aldığı temel dayanak noktası hastanın ihtiyacı olan hizmet türü ve tıp bilimindeki olanaklar, araç gereçlerdir. Ayrıca kişinin doktorun verdiği tedavi yöntemini veya ilacı kendi isteklerine göre değiştirme şansı yoktur ve sağlığına kavuşmayı ön planda tuttuğu için mutlak bağımlı durumdadır.

Sağlık ekonomisinde de ekonominin genelinde olduğu gibi ihtiyaçları karşılamak amacıyla kısıtlı kaynaklar kullanılmaktadır ve dünya üzerinde hiçbir devlet, bu sınırsız ihtiyaçları karşılamak amacıyla tüm kaynaklarını, tam kapasiteli

olarak sağlık alanına yönlendiremez. Bu nedenle sağlık ekonomisinde de kaynak yetersizliğinden dolayı, kaynak tahsisi sırasında seçim yapılması gerekmektedir. Sağlık ekonomisi, kaynakların ne şekilde finanse edileceği, bu kaynakların ne kadarının sağlık hizmetlerine ayrılacağı, kaynakların koruyucu hizmetlere mi tedavi edici hizmetlere mi yöneltileceği ya da nasıl paylaştırılacağı, bu hizmetlerden kimlerin ne şekilde ne ölçüde yararlanacağı ya da sağlık hizmetlerinden yararlanmanın bir kısıtı olup olmayacağı, bu hizmetlerden yararlanmanın bedelinin ne olacağı ya da bir bedelinin olup olmayacağı, artan sağlık giderleri için ne gibi önlemler alınacağı ve etkin kaynak kullanımının nasıl sağlanacağı gibi sorulara cevap aramaktadır.

1.2.4. Sağlık Harcamalarının Finansmanı

Sosyal devlet anlayışını benimsemesiyle birlikte devletler, sağlık hizmetlerinin hem üretim hem de finansmanını giderek artan bir şekilde üstlenmeye başlamış bu da sağlık harcamalarını kamu harcamalarının önemli bir alanı haline getirmiştir. Teknolojinin gelişmesi ve olanakların giderek artmasıyla birlikte bireylerin sağlık hizmetlerinden beklentileri artmış ve bu da maliyetlerin artmasına neden olmuştur (Yurdadoğ, 2007, s. 591). Her ülkenin sağlık hizmetlerine bütçe ayırması ve sağlık hizmetlerinin sunumu için harcama yapması gerekmektedir ancak sağlık hizmetleri alanında harcamaların ne miktarda olması gerektiği, finansmanlarının ne şekilde gerçekleştirileceği ve sağlık harcamalarının finansmanının devamlılığın nasıl sürdürüleceği hakkında sorunlar mevcuttur (Atasever, 2014, s. 42).

Sağlık finansmanı, toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla kaynak toplamak, biriktirmek ve sağlık hizmetlerini sunarken bu kaynakları dağıtmak şeklinde devam eden bir işleyişi ifade etmektedir. Sağlık finansmanının amacı, tüm bireylerin etkili bir şekilde sağlık ve bakım hizmetlerine erişebilmeleri için doğru mali teşviklerle fon sağlamaktır (DSÖ, 2000, s. 13). Uğurluoğlu ve Çelik, sağlık hizmetlerinin finansmanının; sağlık sistemi için yeterli kaynak yaratmak, elde edilen kaynakların verimli kullanılmasını sağlamak ve adaletli bir kaynak dağılımını gerçekleştirmek şeklinde üç önemli amacı olduğunu belirtmişlerdir (Uğurluoğlu & Çelik, 2005, s. 26).

Sağlık hizmetleri finansmanının 3 temel işlevi vardır. Bunlar; gelir toplamak, fon biriktirmek yani risk havuzu oluşturmak ve sağlık hizmetlerini satın almaktır. Gelir toplama işlevi toplanan geliri kimlerin ödediği, ödemelerin türü ve gelirlerin kimler tarafından toplandığı konularını kapsamaktadır (Güvercin, Mil, & Tarım, 2016, s. 83). Bu işlevin amacı, sağlık hizmetlerinin sunulabilmesi ve devam ettirilebilmesi için finansal koruma sağlamaya yönelik gelir elde etmektir (Uğurluoğlu & Özgen, 2008, s. 136). Diğer bir önemli işlevi ise toplanan gelirlerin adaletli bir şekilde havuzlanması ve yönetilmesidir. Risk havuzlaması, bireylerin bir sigorta sözleşmesiyle bir araya gelerek toplu risklerini bir araya getirip paylaşmaları anlamına gelen ekonomik bir terimdir (Monahan, 2008, s. 325). Bir bireyin gıda, giyim gibi ihtiyaçları için yaptığı harcamalar düzenlidir ve büyük ölçüde tahmin edilebilir. Fakat sağlık harcamaları genellikle miktar ve zamanlama olarak öngörülemez harcamalardır. Bu yüzden beklenmedik sağlık harcamaları riskine karşın kaynak biriktirerek tedbir alınması zorunluluğu vardır (Smith & Witter, 2004, s. 1). Risk havuzlaması sisteminin diğer yöntemlere göre daha yararlı olduğu yönünde görüşler vardır. Sağlık maliyetleri genellikle öngörülemez maliyetler olduğu için, risk havuzlaması yöntemi sağlık hizmetine ihtiyaç duyanların zamanında ve uygun sağlık hizmeti alabilmelerini ve öngörülemeyen finansal riskin azaltılmasını sağlar. Havuz oluşturma yöntemiyle, yüksek gelirli kişiler daha fazla katkıda bulunarak düşük gelirli kişileri sübvansede etmektedir ve dağıtımda adalet sağlanmaktadır (Davies & Carrin, 2001, s. 587). Risk havuzu sisteminin olumsuz yönü ise, sağlıklı bireylerin daha az sağlıklı bireylere göre hizmetleri az kullanması sonucu daha az sağlıklı bireyleri sübvansede etmelerinin daha yüksek fiyat ödemiş olmaları anlamına gelmesidir (Monahan, 2008, s. 326).

1.2.4.1. Sağlık Harcamalarının Finansman Yöntemleri

Sağlık harcamalarının finansman yöntemleri özel nitelikli finansman ve kamusal nitelikli finansman yöntemleri olarak iki gruba ayrılmaktadır. Kamusal nitelikli finansman yöntemleri, vergilendirme yoluyla finansman ve sosyal sağlık sigortalar yöntemiyle finansmandır. Özel nitelikli sağlık finansman yöntemleri ise,

cepten ödeme yoluyla, özel sağlık sigortaları yoluyla ve tıbbi tasarruf hesapları yoluyla finansmandır.

Kamusal Finansman Yöntemleri

a) Vergilerle Finansman (Beveridge Modeli)

Vergilerle finansman modelinde, sağlık hizmetleri finansmanının halktan toplanan vergilerle sağlanması esas alınmıştır. Vergiler yoluyla finansman şekli Beveridge modeli olarak bilinmektedir ve en sık başvurulan finansman yöntemidir. Beveridge Modeli, İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra Birleşik Krallık'ta uygulanmaya başlanmış ve Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Hizmeti ile özdeşleşmiştir (Tatar, 2011, s. 110). Bu model, sağlık hizmetlerinin tamamen devlet tarafından karşılandığı ve finansmanı vergilere dayalı bir sağlık bir sistemdir (Daştan & Çetinkaya, 2015, s. 106). Beveridge Modeli'nin temeli herkesi eşit şekilde kapsamayı ve tüm bireylerin faydalanabilmesidir (Öztürk & Karakaş, 2015, s. 43). Tıraş'ın belirttiği gibi, vergi gelirleriyle finansman yönteminde, yöneticilerin oy korkusu nedeniyle politik bir baskı söz konusudur fakat bu baskıya rağmen sağlık harcamalarının finansmanında kullanılan en temel kaynak vergi gelirleridir. Dünya Sağlık Örgütü'ne üye olan 191 ülkeden 106'sı sağlık harcamalarını vergiler yoluyla karşılamaktadır (Tıraş, 2014, s. 147). Vergilerle finansman yönteminde, hizmetlerden yararlanma sürecinde verilen vergi miktarına göre bir ayırım yapılmamakta ve tüm bireyler, ihtiyaç oranlarına göre sadece katkı payı ödeyerek hizmetlerden yararlanabilmektedir. Vergilere dayalı finansman tipinin en önemli özelliği, halktan toplanan vergilerin adil bir şekilde yine halkın sağlık ihtiyaçları doğrultusunda kullanılmasıdır. Savedoff'un ifade ettiği üzere, sağlık hizmetlerini kullanmayı düşünen birçok kişi ekonomik durumu yüzünden kısıtlanabilmekteyken, bu yöntemle daha önce ödedikleri vergiler sayesinde sağlık hizmetlerini sadece katkı payı ödeyerek kullanabilmektedir. Vergiler yoluyla finansman yönteminin, kişilerin kendi sağlığına karşı olan bireysel sorumluluğunu ve sağlık hizmeti sunucularının hizmeti kullanan bireylere karşı hesap verilebilirliğini azaltması düşüncesi, vergi yöntemiyle finansman modelinin dezavantajı olarak nitelendirilmektedir (Savedoff, 2004, s. 3).

b) Sosyal Sağlık Sigortası Yoluyla Finansman (Bismarck Modeli)

Bismarck Modeli olarak da bilinen sosyal sağlık sigortasıyla finansman yöntemi, 1883 yılında Bismarck'ın öncülüğünde Almanya'da işçiler ve işverenler arasında, işçileri sağlıklı tutarak üretkenliği arttırmak ve huzursuzluğu önlemek için bir hastalık fonu olarak uygulanmaya başlanmıştır (Kutzin, 2011, s. 4). Bismarck Modeli'nde bir sigorta sistemi vardır ve bu sisteme üye olunmaktadır. Sistem finansmanı, işveren ve işçilerin maaşlarından kesinti yapılarak sağlanmaktadır. Bu modelde de sistem, devlet tarafından desteklenmektedir (Daştan & Çetinkaya, 2015, s. 106). Bismarck Modeli'nin asıl amacı, ücretli işçileri ve ailelerini sigortalamaktır ve bu sigorta zorunludur (Gülşen & Yıldırım, 2017, s. 161). Modelde, işverenler ve devlet, sosyal sağlık sigortası fonuna prim ödeme yoluyla katkıda bulunur. Sanayileşme sonrasında, işverenler çalışanların daha iyi sağlık hizmeti almaları sonucunda üretimde artış, işçiler arasında huzur gibi olumlu etkileri fark ederek, çalışanlar tarafından düzenlenen hastalık fonlarını desteklemeye başlamışlardır. İlk hastalık fonları üzerinde değişiklikler olmakla birlikte gelirden katkı payı alınması yöntemiyle finansman ve ihtiyaç duyulduğunda hizmete erişilmesi aynı şekilde devam etmektedir (Özgen & Uğurluoğlu, 2008, s. 140). Normand ve Busse sosyal sağlık sigortasıyla finansman modelinin özelliklerini şu şekilde sıralamaktadır:

- Sosyal sağlık sigortası yaptırılması nüfusun tamamı ya da en azından büyük çoğunluğu için zorunludur.
- Seçeneği olan ya da olmayan, riskli ya da risksiz olmak üzere çeşitli fonlar bulunmaktadır. Bazı ülkelerde fonlar için seçenek çok fazlayken, bazı ülkelerde ise daha azdır.
- Hem işverenler hem de çalışanlar, katkı payı ödeyip fonları yöneterek sorumlulukları paylaşmaktadır.
- Devlet veya özel sektör tarafından istihdam edilmeyen kişiler için yapılan katkılar, genellikle hastalık fonları aracılığıyla yürütülmektedir (Normand & Busse, 2002, s. 60).

Özel Finansman Yöntemleri

a) Cepten Ödeme Yoluyla Finansman

Cepten ödeme yoluyla finansman yöntemi, sağlık hizmeti satın alımında başvurulan ilk ve en basit yöntemdir. McIntyre, cepten yapılan ödemeleri tanımlarken, sağlık hizmeti sunucularına hasta tarafından doğrudan yapılan ödemelerdir, şeklinde tanımlamaktadır. Bu yöntem, herhangi bir sağlık sigortası kapsamında olmayan kişiler tarafından başvurulmaktadır (McIntyre, 2007, s. 4). Cepten ödeme yoluyla finansman yönteminde hizmeti satın alan ve hizmet sunucusu arasında herhangi bir aracı kurum yoktur ve hizmetin finansmanı hizmeti satın alan kişi tarafından karşılanmaktadır. Hizmet alanlar tarafından yapılan cepten ödemeler, kullanılan hizmetin fiyatı hakkında tüketiciye doğrudan bilgi vermekte ve piyasada fiyata ilişkin asimetrik bilgi oluşmasını önlemektedir (Langerbrunner & Liu, 2004, s. 16). Cepten ödeme yönteminde, hizmetten yararlananlar hizmetin finansman yükünü kendileri çektikleri için gereksiz yere sağlık kuruluşlarına gitmemeleri ve sistemden sadece gerekli olduğunda faydalanmaları avantaj olarak gösterilebilir (Gümüş & Çelikay, 2010, s. 188). Ancak sağlık konusunda kimin gerçekten sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğu ve tedavi edilmesi gerektiği, kişilerin kendi kendilerine verebilecekleri bir karar değil doktorların vereceği bir karardır. Kişilerin sağlık hizmeti masraflarını cepten karşılamaları nedeniyle hizmetten çok gerekli görmedikleri sürece faydalanmamaları hastalıkların artarak daha büyük hasarlara ve yüksek maliyetli tedavilere neden olmasına yol açmaktadır. Ayrıca cepten ödeme yönteminin bir diğer dezavantajı da vergi yoluyla finansman yönteminde olduğu gibi toplumun her kesimine adaletli bir şekilde sağlık hizmeti sunulması yerine bireylerin ekonomik durumlarına göre hizmet satın almasıdır. Ayrıca kişiler sağlık hizmeti ihtiyaçlarının ne zaman gerçekleşeceğini ve bu ihtiyacın ne şiddette olacağını öngöremeyecekleri için yüksek maliyetli tedavi gerektiren bir hastalık durumunda bu ihtiyacı karşılayamayabilirler.

b) Tıbbi Tasarruf Hesapları Yoluyla Finansman

Tıbbi tasarruf hesapları, bireylerin kendi sağlık ihtiyaçlarını karşılayarak, gelecekte oluşabilecek sağlık giderlerini güvence altına almak amacıyla oluşturulan hesaplardır. Kişiler gençlik yıllarında daha fazla çalışır ve hastalık oranları yaşlılık yıllarına göre nispeten daha düşüktür. Yaşlılık yıllarında ise artan hastalık oranlarına rağmen çalışma ve birikim yapabilme oranları daha düşüktür. Bu yüzden kişilerin çalıştıkları yıllar boyunca tasarruf etmeleri, ilerleyen yaşlarda sağlık ihtiyaçlarını rahat karşılayabilmelerini ve güvende hissetmelerini sağlamaktadır.

Tıbbi tasarruf hesabının iki temel bileşeni vardır; bunlardan birincisi işverenler veya hükümet tarafından katkı yapılan rutin tıbbi masrafların ödendiği tasarruf hesabı ikincisi ise beklenmedik tıbbi masrafları karşılayan ve primleri tasarruf hesabından gelen bir sigorta planıdır (Shortt, 2002, s. 159). Tıbbi tasarruf hesaplarının, sağlık ihtiyaçlarının gelecekte oluşabilecek yüksek maliyetlerine karşı tasarrufları teşvik etmek, sağlık hizmeti tüketicilerini maliyetlere dahil etmek, sağlık sistemleri için ek fon yaratmak gibi belli başlı özellikleri bulunmaktadır (Hanvoravongchai, 2002, s. 1). Tıbbi tasarruf hesaplarının, kişinin kendisinin veya işverenin tıbbi tasarruf hesaplarına yapılan katkılar için vergi indirimini talep edebilmesi, işveren tarafından tıbbi tasarruf hesabına yapılan katkıların brüt gelirden hariç tutulması, katkıların kişiler kullanana kadar tasarruf hesabında kalmaya devam etmesi, hesaptaki varlıkların ve faizin vergiden muaf tutulması, çalışan kişi mevcut iş yerinden ayrılrsa bile tıbbi tasarruf hesabının devam etmesi gibi avantajları bulunmaktadır (IRS, 2017, s. 2).

c) zel Sağlık Sigortası Yoluyla Finansman

Özel sağlık sigortası yoluyla ödeme yönteminde, sigorta kuruluşları aracılığıyla hizmet alıcılardan prim toplanarak, gerekleēebilecek herhangi bir sağlık probleminde bireylerin aldıkları sağlık hizmetlerinin bedeli ödenmektedir. Bu nedenle özel sağlık sigortası kuruluşlarına nc taraf ödeyici denmektedir (elikay & Gümüş, 2010, s. 189). Özel sağlık sigortası primleri çalışan ve işveren tarafından birlikte ödenebileceği gibi tamamen işveren tarafından da ödenebilmektedir

(Mossialos, Dixon, Figueras, & Kutzin, 2002, s. 5). Özel sağlık sigortası yoluyla finansman sisteminin; gelişmekte olan ÷lkelerde bireylerin sağlık harcamalarını cepten yapması durumunda oluşacak maliyetleri önlemek, kamunun üstündeki yükü hafifleterek, zengin kesimin kendi sağlık harcamalarını finanse etmesi sonucu sınırlı kamu kaynaklarının düşük gelirli gruplara ayrılmasını sağlamak ve sağlık hizmetlerinde kamusal finansman yollarını tamamlamak gibi olumlu tarafları bulunmaktadır (Sekhri & Savedoff, 2004, s. 2). Özel sağlık sigortası yoluyla finansman sisteminin olumsuz tarafı ise hizmetin eşit dağıtılmamasıdır. Yaşlıların sağlık sigortasına daha fazla ihtiyacı olmasına rağmen, sigorta kuruluşları, sağlık sigortası yaparken belli ölçütler ortaya koymakta, daha çok gençlere ve sağlıklı bireylere hizmet vermek istemektedir. Ayrıca bu sistem zenginlerin daha ayrıcalıklı hizmet almasına neden olmakta ve sağlık hizmetleri sunumunda adaleti bozmaktadır.

İKİNCİ BÖLÜM

YAŞLILIK VE SAĞLIK

2.1. YAŞLANMA

Doğada, her canlının belirli süreli bir yaşamı vardır. Bu durum insanlar için de geçerlidir (Beğer, 1998, s. 9). Yaşlanma, yaşamın varoluşundan itibaren, var olma ve yaşama evrelerinden sonra hayatın sonlandığı noktaya kadar devam eden kaçınılmaz ve doğal bir süreçtir. Yaşlanma ve yaşlılık kavramları birbirleriyle aynı anlama gelen kavramlar gibi kullanılmalarına rağmen, anlamları incelendiğinde farklı kavramlar oldukları anlaşılmaktadır ancak genelde, bu iki kavram literatürde aynı anlamda kullanılmaktadır. Yaşlanma ve yaşlılık kavramları arasındaki fark ise, yaşlanma canlıların doğumundan itibaren zamanın ilerlemesiyle birlikte uğradıkları dönüşümü ifade etmekteyken yaşlılık ise ogunlaşma sürecinden sonra gelen ve ölüme kadar devam eden belli bir süreci ifade etmektedir. Örneğin; 16 yaşını bitirip 18 yaşına giren bir genç yaşlanmıştır ama yaşlı değildir yani yaşlılık dönemine girmemiştir (Duyar, 2008, s. 9). Dünya sağlık örgütünün sınıflandırmasına göre; 5 yaşın altındakiler bebekler ve küçük çocuklar, 5 yaş ve 19 yaş arası okul çağındaki ve ergenlik dönemindeki çocuklar, 20 yaş ve 64 yaş arası yetişkinler ve 65 yaş ve üzeri ise yaşlılar olarak sınıflandırılmaktadır (DSÖ, 1998, s. 3).

Yaşlanma kavramı, canlıların varoluşundan itibaren süregelen bir kavram olmasına rağmen, ömür süresinin uzadığı, gelişen dünyada giderek artan bir öneme sahip olmuş ve hakkında çokça araştırma yapılan bir süreç haline gelmiştir. Bu kadar önem kazanan ve araştırılan yaşlanma sürecini tek bir tanıma sığdırmak zordur. Literatürde 3 çeşit yaşlanma çeşidinden bahsedilmektedir. Bunlar; biyolojik yaşlanma, psikolojik yaşlanma ve sosyal yaşlanmadır.

2.1.1. Biyolojik Yaşlanma

Literatürde yaşlanma kavramının birçok tanımı mevcuttur fakat en sık kullanılan biyolojik tanımıdır. Biyolojik yaşlanma, genel anlamda yaşamın başlangıcından son bulmasına kadar canlıların geçirdiği fizyolojik değişimleri ifade etmektedir. Fakat geçmişten günümüze yapılan çalışmalarda biyolojik yaşlanmanın birçok tanımı yapılmıştır, biyolojik yaşlanmanın daha açıklayıcı anlatılması adına çalışmanın bu kısmında tanımlardan bazıları aktarılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre biyolojik olarak yaşlanma; çeşitli hücresel hasarların zaman içinde birikmesiyle fizyolojik rezervlerin azalmasına, hastalık riskinin artarak bireylerin kapasitesinde düşüşe ve ölüm riskine neden olan süreçtir (DSÖ, 2015, s. 25). Biyolojik olarak yaşlanma, döllelenmeyle başlar ve yaşam boyu devam eder. Bu süreç içinde tüm vücutta değişimler görülmektedir (Karakaş S. , 1999, s. 23). Birren, yaşlanma kavramını, biyolojik, davranışsal, sosyal ve çevresel nitelikteki etkileri içeren karmaşık bir değişim ve zamanla ortaya çıkan, içsel, aşamalı ve genelleştirilmiş fiziksel bozulma süreci olarak tanımlamaktadır (Birren, 2006, s. 1). Bulut ve Özçakar'ın ifade ettiği yaşlanma tanımlarına göre, biyolojik olarak yaşlanma, döllelenme ile başlayan ve erişkin yaşam boyunca devam eden süreci ifade etmektedir. Mustafa Cankurtaran'dan aktarıldığı üzere ise yaşlanma, başta genetik faktörler olmak üzere çevresel faktörlerin de etkisiyle ortaya çıkan yapısal ve işlevsel değişimler sonucunda ölüme götüren olaylar toplamıdır. Genetik işleyiş sonucunda meydana gelen yaşlanma sürecine primer yaşlanma denirken, hastalıklar ve çevresel faktörlerin etkisiyle ortaya çıkan yaşlanma türüne sekonder yaşlanma denilmektedir (Cankurtaran, 2005, s. 1). Goldsmith, çevresel koşullar, hastalıklar, beslenme ve diğer dış etkenlerin haricinde yaşlanmanın organizmanın ömrü üzerindeki sınırlamaları ifade ettiğini belirtmektedir. Birçok bilim adamı zamanın ilerleyişi yerine yaşlanma terimini kullanmaktadır (Goldsmith, 2014, s. 5). Yapılan tanımlardan anlaşılacağı üzere, dışardan hiçbir etki olmasa dahi canlı bedeni dönüşüme uğramaya ve yaşlanmaya mahkumdur. Bir insan fiziksel olarak hiç yaşlanmasa, yaşlılığın etkilerini taşımasa dahi takvim yaşı ilerleyecektir ve zamansal olarak yaşlanmış olacaktır.

2.1.2. Sosyal Yaşlanma

Bireyin sosyal bir varlık olarak toplumun bir parçası olması, kendisinde meydana gelen fizyolojik ve mental değişimlerin, bireyin çevre ile olan ilişkilerini ve uyumunu etkilemesine neden olmaktadır. Sosyal açıdan yaşlanma, toplum içinde yaşlı olarak kabul edilme, aktif çalışma döneminin sona erdiği, emeklilikte geçirilen zaman olarak ifade edilmektedir (Bulut & Özçakar, 1999, s. 2). Yaşlılık dönemine girmiş bir kişinin toplum içinde oynadığı rol de değişmektedir. Yaşlılık döneminden önce, aktif çalışan ve aktif bir sosyal hayatı olan bir birey yaşlandıktan sonra emeklilik dönemine girmekte, arkadaşlar çevresinden kayıplar yaşaması, çocuklarının kendi hayatlarını kurması, çalışma hayatından uzaklaşması gibi nedenler yaşlı bireyleri yalnızlığa itmekte ve sosyal hayattaki aktifliklerini kaybetmelerine neden olmaktadır. Ayrıca yaşlılık döneminde, hastalıklarının artması nedeniyle bakıma muhtaç olarak görülmeleri kişilerin özgüven kaybı yaşamasına neden olmaktadır. Settersen ve Mayer sosyal yaşı, bireyin içinde yaşadığı topluma ve almış olduğu kültüre göre kendisine biçilen roller ve alışkanlıklar yoluyla belirlenen yaşıdır, birey kendisine atfedilen davranışları yaptığı ölçüde daha yaşlı veya daha genç olabilir şeklinde ifade etmiştir (Settersen & Mayer, 1997, s. 239). Günümüzde, yaşlıların daha sağlıklı ve dinç olması, sosyal hayatta aktif olabilmek adına yaşlılara daha fazla imkan sağlanması ve gelişen teknoloji ile kişilerin farklı çevrelerle iletişim kurarak yalnız kalmaması sosyal yaşlanmanın getirdiği negatif etkileri en aza indirgenmiştir.

2.1.3. Psikolojik Yaşlanma

Bireyler yaşlanma döneminde fiziksel değişimlerin yanında psikolojik değişimler de yaşamaktadır. Bireylerin yaşam tarzları, kişilik özellikleri ve statüleri ne olursa olsun, geçirdikleri fiziksel ve sosyal değişimler sonucu, kişiler değişen bu şartlara uyum sağlamaya çalışmaktadır, bu da ruhsal durumlarında ve davranışlarında değişiklikler meydana getirmektedir. Settersen ve Mayer'e, psikolojik yaşlanma, kişilerin değişen durumlara ve yeni şartlara adapte olma kapasitelerini ifade etmektedir (Settersen & Mayer, 1997, s. 239). Yaşlılığın psikolojik yönü, bilişsel becerilerde ve ruhsal davranışlarda meydana gelen değişiklikleri kapsamaktadır. Bilişsel değişimler; zeka,

dikkat, öğrenme, bellek, bilişsel esneklik gibi alanlarda azalma meydana gelmesine neden olurken, ruhsal değişimler, duygudurum, güdüler, uyum sağlama gibi becerilerde meydana gelen değişiklikleri ifade etmektedir (Karakaş & Durmaz, 2017, s. 33). Yaşlılık döneminde yaşanan, fiziksel hastalıklar, bağımlılığın artması, yeni bir kimlik arayışı içinde olmak, aktif çalışma hayatının bitmesi nedeniyle ekonomik güç kaybı yaşanması, sosyal çevrede yaşanan kayıplar gibi nedenler psikolojik yaşlanma sürecini hızlandırmakta ve yaşlı kişilerin depresyon sürecine girmesine neden olmaktadır.

2.2. DEMOGRAFİK DÖNÜŞÜM VE NÜFUSUN YAŞLANMASI

Nüfus konusu ekonomi kuramının önde gelen çalışma alanlarından biridir. Nüfus, kaynak üretme ve kaynak tüketme yönleriyle ekonomi üzerinde çok önemli bir etkiye sahiptir ayrıca eğitim, sağlık, barınma ve ulaştırma gibi yatırımların dağılımını etkiler. Nüfusun ülkenin ekonomik kaynakları ile dengeli olması gerekmektedir (Yanardağ & Özgen, 2003, s. 1). Antik çağlardan günümüze dek hükümetler, nüfusun kaynaklarla dengeli olması adına sahip olunması gereken en uygun nüfus miktarı için nüfus artışının teşvik edilmesi ya da kısıtlanması gibi uygulamalara başvurmuşlardır. Ancak modern nüfus teorilerinin temelini 18. yüzyıl sonunda gerçekleştirdiği çalışmalarla Malthus oluşturmuştur. İngiliz rahip Malthus, kontrol altına alınmadığı takdirde insan nüfusunun her 25 yılda bir ikiye katlanacağından ve gıda arzının nüfusun ihtiyaçlarını karşılamakta yetersiz kalacağını öngörmüştür. Bu nedenle, ona göre nüfus artışının kısıtlanmalıdır. Malthus'un çok tartışılan bu görüşü modern nüfus teorisine de öncülük etmiştir (Kabaş & Kandır, 2013, s. 413).

Demografik geçiş, doğurganlık ve ölüm oranlarının yüksek ve keskin olduğu seviyelerden, doğumların kontrol edildiği ve ölüm oranlarının düşmüş olduğu yeni bir duruma geçiş sürecini ifade etmektedir. Warren Thompson ve Adolphe Landry öncülüğünde geliştirilen demografik dönüşüm kuramı, doğumların ve ölümlerin yüksek olduğu bir dünyadan ölüm oranlarının düştüğü ve doğumların kontrol altına alındığı bir dünyaya geçişi öngörmektedir (Yüceşahin, 2011, s. 12). Lee ve Reher'in de belirttiği gibi, bu tarihsel süreç, demokratik hükümetin yayılması, endüstri devrimi, kentleşmedeki artış ve eğitim düzeyindeki ilerleme ile paralel olarak son yarım

yüzyılda insan toplumunu etkileyen en önemli değişikliklerden biri olarak yer almıştır (Lee & Reher, 2011, s. 1). Geçiş dönemi çocuk sayısının fazla yaşlı sayısının az olduğu durumu tersine çevirerek çocuk sayısının az yaşlı sayısının fazla olduğu, kısa olan ömrün uzun ömre dönüştüğü bir dünya yaratmaktadır (Reher, 2004, s. 25). Demografik dönüşüm süreci üç aşamadan oluşmaktadır. Dönüşümün birinci aşamasında hem doğum hem de ölüm hızları yüksek olarak seyrederek ve nüfus artışı hızı normal düzeydedir. İkinci aşamada ise ölüm oranları düşer ve doğum oranları aynı hızla devam eder ve nüfus artış hızı yüksektir. Üçüncü ve son aşamada ise, doğum ve ölüm oranları çok düşer ve nüfus artış hızı minimal düzeye iner. Demografik geçiş sürecinin başlangıç zamanı ve süresi ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Aksu'nun ifade ettiği gibi, özellikle gelişmiş ülkelerde yaşam standartlarının yüksek olması, sağlık hizmetlerindeki imkanların artması, gıda ve beslenmenin yeterli olması gibi sebeplerle ölüm oranları düşmektedir. Ancak buna karşın yine de doğum oranlarının üstünde seyretmekte ve bunun sonucu olarak nüfus azalmakta ve beraberinde genç nüfus da azalmaktadır (Aksu, 2011, s. 230).

Geçiş sürecinin toplumlar üzerinde önemli sosyal ve ekonomik etkileri mevcuttur. Demografik dönüşümün sosyal bir sonucu olarak nüfusun azalması, kişilerin eğitim, sağlık, güvenlik gibi hizmetlere ulaşımını kolaylaştırmakta ve toplumsal refahı arttırmaktadır. Ayrıca kadın başına düşen doğum oranlarındaki azalma, kadınların çocuk yetiştirmeye ayırdıkları zamanın azalmasını, toplum ve iş hayatında oynadıkları rollerin artmasını sağlamaktadır. Sürecin ekonomik sonucu olarak ise, işgücü piyasasında azalma meydana gelmekte ve çalışan nüfusun önemini arttırmaktadır. Ayrıca yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte emeklilik yılları uzamakta bu da beşeri sermayeye yapılan yatırımları arttırmaktadır. Nüfus yapısındaki değişimin bir diğer sonucu ise, artan yaşlı nüfusun beraberinde gelen hastalıklar ile sağlık harcamalarını arttırmasıdır.

Demografik geçiş süreci ile birlikte, doğum oranlarındaki azalma ve yaşam süresinin uzaması, nüfusun yaş yapısında önemli değişiklikler yaşanmasına neden olmuştur. Demografik sürecin en önemli sonucu, geçmiş yüzyıllarda ulaşılması zor bir evre olarak görülen yaşlılık sürecinin, nüfusun büyük çoğunluğunun ulaştığı bir sürece dönüşmesidir. Araştırmalara göre 18. yüzyıl ortalarına kadar yaşam beklentisi yalnızca 25 yıldır ve bu nedenle yaşlanmış olma bir kutlama sebebi sayılıyordu. Örneğin; 20.

yüzyılın başlarından itibaren İngiliz Kraliyeti, 100 yaşına basmış olanlara özel doğum günü tebriği gönderiyordu. 1957'de doğum günü tebriklerinin sayısı 200 iken 2007'de 8.439 olmuştur (Crampton, 2009, s. 3). Yaşlı birey sayısında yaşanan artışlar nüfus piramitlerinin değişmesine ve yaşlı nüfusun piramidin en altında yer almasına neden olmuştur. Mandıracıoğlu, nüfus yaşlanmasını, nüfus içindeki yaş yapısının değişerek, çocuk ve genç nüfusunun, toplam nüfus içindeki oranının azalması ve yaşlı nüfusun payının artması olarak tanımlanmaktadır (Mandıracıoğlu, 2010, s. 39).

Yaşlı nüfus oranının artması, yaşlı refahını artırıcı sosyal hizmet ve politikaların geliştirilmesini gerektirmektedir (Yağcıoğlu, 1999, s. 30). Önümüzdeki yıllarda çocuk- yaşlı dengesinin tamamen değişeceği ve 2050 yılında, tarihte ilk kez yaşlı sayısının çocuk sayısı ile eşit olacağı beklenmektedir (Mandıracıoğlu, 2010, s. 39). Gelişen dünyada, teknolojinin, tıbbın, ekonomik ve sosyal standartların ilerlemesi sayesinde yaşam süresi de gittikçe uzamıştır. Ancak yaşam kalitesinde ve sağlıkta bir iyileşme olmaksızın uzun ömürlü olmanın bir değeri yoktur (Aydın, 1999, s. 180). Ekonomik ve sosyal önlemler alınmaz ve gerekli hizmet ve politikalar ortaya konmazsa yaşlı nüfusun hızla artışının gelecek yıllarda önemli bir sorun olması muhtemeldir. Yaşlılara sunulması gereken hizmetlerin başındaysa sağlık hizmetleri gelmektedir. Bunun temel nedeni, uzun bir ömrün beraberinde getirdiği en önemli sorunun sağlık sorunları olmasıdır.

2.3. YAŞLILIK, SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ

Canlılar yaş alma süreçleri boyunca belli bir döneme kadar büyüyüp ve gelişmektedirler ancak yaşlılık sürecine girdikten sonra büyüme ve gelişmede gerilemeler yaşanmaya başlamakta ve fizyolojik açıdan yetersizlikler yaşanmaktadır. Bedensel ve zihinsel fonksiyonlarda yaşanmaya başlayan kayıplar yaşlılık ile birlikte başlar ve bir daha durmaz. Bu nedenle tüm canlılar hayatları boyunca hastalıklara yakalanma riskine sahipken yaşlılık dönemine girilmesi ile birlikte, vücut hastalıklarına daha açık bir hale gelmektedir. Yaşlı bireylerde bağışıklık sistemi zayıfladığı için kronik hastalıkların görülme sıklığı da artmaktadır. Kalp damar hastalıkları, tansiyon, şeker hastalıkları, kolesterol, beyin damar hastalıkları, depresyon, bunama, solunum

sistemi hastalıkları, görme ve işitme sorunları, kas-iskelet sisteminde meydana gelen sorunlar yaşlılıkta en çok görülen kronik hastalıklardır (Aras, ve diğerleri, 2011, s. 152). Kronik hastalıkların yaşlılarda artış göstermesi yaşlı bireyleri sağlık hizmetlerine daha çok ihtiyaç duyan bir kesim haline getirmektedir.

Gençlerde sağlık hizmetlerine başvurma nedeni genellikle tek bir hastalıktan kaynaklanırken yaşlılarda birden fazla sağlık sorunuyla karşılaşmaktadır bu nedenle genç nüfusta tıbbın hedefi hastalıkların tedavi edilmesi iken yaşlı nüfusta yaşam kalitesinin korunmasıdır. Genç bireylerin aksine yaşlı bireyler tedavi edilirken, yaşlıların mevcut hastalıklarının yanında, bu hastalıkların diğer hastalıklarla olan ilişkisi ve ileride neden olabilecekleri diğer hastalıklar da göz önünde bulundurulmalıdır. Yaşlı bireylere sunulan sağlık hizmetlerinde, en temel amaç; kaybedilen fiziksel yetiler tam olarak geri kazanılmasa bile kişilerin başkalarına bağımlı hale gelmeden kendi işlerini idame ettirebilecek şekilde, yaşam kalitelerini en üst düzeye çıkarmaktır (Kutsal, 2011, s. 1). Yaşlı bireylere sadece fiziksel sağlık hizmetleri sunulması yaşlı bireylerin sosyal hayatta aktif rol oynaması için yeterli değildir. Yaşlılar yaşadıkları fizyolojik değişimlerle birlikte sosyal ve ruhsal değişimler de yaşamaktadırlar. Toplum içinde değişen rolleri ve bu değişime uyum sağlama süreci birçok bireyi psikolojik olarak yıpratmakta ve depresyon riskini tetiklemektedir. Bu nedenle yaşlılara diğer sağlık hizmetleriyle birlikte psikolojik destek te sunulması gerekmektedir. Yaşlılık döneminde bireylere sağlanması gereken sağlık hizmetlerinden biri de bakım hizmetleridir. Günümüzde yaşlı nüfusun daha aktif olması nedeniyle 65 yaş ve üzerindeki her birey özel bakıma gereksinim duymasa da çok yaşlı ya da fiziksel yetersizlik duyan bireyler bu hizmete ihtiyaç duymaktadır. Özellikle geniş aile yapısından çekirdek aile yapısına geçiş, daha önce evde aileleri tarafından bakılan yaşlıların yalnız kalmalarına neden olmuş ve bakım ihtiyaçlarını arttırmıştır. Tüm bu nedenlerden dolayı, yaşlılar evde bakım, kamu ya da özel sektör tarafından desteklenen kurumlarda bakım ya da hemşire tahsisi gibi hizmetler sunulmaktadır (Bahar, Bahar, & Savaş, 2009, s. 88).

Yaşlı sağlığında öne çıkan kavramlardan biri de sağlıklı yaşlanma kavramıdır. Bireylerin egzersiz yapmaları, sigara ve alkol kullanmamaları, beslenmelerine dikkat etmeleri, bilinçli bir şekilde kendi sağlıklarının sorumluluğunu almaları yaşlılıkta karşılaşılan kronik hastalıkların, sosyal ve psikolojik sorunların en aza indirilmesini

sağlayacaktır. Toplam nüfus içindeki oranları giderek artan yaşlı nüfusun kaliteli bir yaşam sürdürebilmesi için toplumun bu konu hakkında bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Bu sayede yaşlılar daha aktif ve üretken bir yaşam sürerken, devletler üzerindeki yük de hafiflemiş olacaktır.

2.4. DÜNYA YAŞLILIK İSTATİSTİKLERİ

Tüm dünyayı etkileyen demografik dönüşüm süreci ile birlikte, dünya nüfusu hızla yaşlanmaya başlamıştır. Nüfusun yaşlanmasına sebep olan başlıca demografik sebepler; doğum ve ölüm oranlarındaki azalma, doğumda beklenen yaşam süresinin artması ve nüfus artış hızının yükselmesidir. Çalışmanın bu kısmında, yaşanan bu demografik değişimlere ait tablolar yer almakta ve bölgeler bazında açıklanmaktadır. Çalışmanın ilerleyen kısmında ise, yaşanan demografik değişimler sonucu 65 yaş ve üstü nüfus oranında ve buna bağlı olarak yaşlı bağımlılık oranında meydana gelen değişiklikler verilmiştir.

2.4.1. Doğum Oranları

Toplam doğurganlık hızı, her bir kadının doğurganlık yıllarının sonunda doğacak olan çocuk sayısıdır. Beş yıllık aralıklarla tanımlanan yaşa özgü doğurganlık oranlarının toplanmasıyla hesaplanır. Veriler genellikle sivil nüfus kayıtlarından veya diğer idari kayıtlardan elde edilmektedir (OECD, 2011, s. 44).

1960'ların başında demograflar dünya nüfusunun 2050 yılına kadar 16 milyar insana ulaşacağını tahmin etmişlerdir fakat çoğu ülkede nüfusun kontrol altına alınması için önlemler alındığından doğum oranları beklenenin çok altında ilerlemektedir (McDonald, 2007, s. 5). Bunun nedenleri arasında, birçok hükümet tarafından alınan nüfus kısıtlamaları ve sosyal değişimler gösterilebilir. Dünyanın birçok ülkesinde kadınların eğitim seviyelerinin artması ve iş hayatında aktif rol almaları gibi sosyal değişimler yaşanmıştır ve bu da kadınların daha geç evlenerek daha az çocuk sahibi olmasına neden olmaktadır. Ayrıca, gelişen teknoloji ve modernleşen dünya nedeniyle,

gençlerin istedikleri refah seviyesi artmış ve ekonomik olarak beklentileri de yükselmiştir, bu da gençlerin evlenip çocuk yapma isteklerini azaltmıştır. Garenne ve Joseph'in belirttiği üzere, doğurganlık düşüşü önce Fransa ve Birleşik Devletler'de daha sonra 1880 yıllarında tüm Avrupa ülkelerinde yayılmaya başlamıştır. Bundan 50 yıl sonra İrlanda ve Arnavutluk gibi ülkelerde ve sonra Asya ve Latin Amerika ülkelerinde başlamış ve bu ülkelerde çok hızlı ilerlemiştir. Afrika'da ise bölgenin içinde bulunduğu şartlardan dolayı daha geç başlamış ve daha yavaş ilerlemiştir (Garenne & Joseph, 2002, s. 1835).

Kadın başına doğum oranlarındaki azalmanın daha net görülebilmesi amacıyla aşağıda yer alan, Tablo 1'de 1960 ve 2050 yılları arasında Dünya Bankası'na göre alınmış 8 bölgenin ve dünyanın, kadın başına toplam doğum oranları verilmiştir. Tablo 2'de ise, ülkelerin gelir düzeylerine göre kadın başına doğurganlık durumunu gösteren veriler yer almaktadır.

Tablo 1: Bölgere Göre Kadın Başına Toplam Doğum Oranları (1960-2050)

	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Doğu Asya ve Pasifik	5.4	5.2	3.0	2.5	1.8	1.8	1.8	1.8	1.8	1.8
Avrupa Birliği	2.6	2.4	1.9	1.7	1.5	1.6	1.6	1.7	1.7	1.8
Latin Amerika Ve Karayipler	5.9	5.3	4.2	3.2	2.6	2.2	2.0	1.9	1.8	1.8
Orta Doğu Kuzey Afrika	6.9	6.7	6.2	4.9	3.2	2.9	2.6	2.4	2.3	2.2
Güney Asya	6.0	5.8	5.1	4.3	3.5	2.7	2.4	2.1	2.0	1.9
Güney Afrika	6.0	5.7	4.8	3.7	2.8	2.6	2.4	2.2	2.0	1.9
Sahra-Altı Afrika	6.0	6.8	6.8	6.3	5.8	5.3	4.6	4.0	3.5	3.1
Kuzey Amerika	3.7	2.5	1.8	2.1	2.0	1.9	1.9	1.9	1.9	1.9
Dünya	5.0	4.8	3.7	3.3	2.7	2.5	2.4	2.3	2.3	2.2

Kaynak: Dünya Bankası, 2018.

Tablo 1'in verilme amacı, dünyada doğum oranlarında yaşanan değişimi göstermektir. Tabloda 1960-2050 yılları arasında, tüm bölgelerde doğum oranlarının düşme eğiliminde olduğu görülmektedir. 2050 yılında, doğum oranlarının, Sahra-altı Afrika hariç tüm bölgelerde dünya ortalamasının altında kalması beklenmektedir.

Tablo 1'de görüldüğü üzere, Doğu Asya ve Pasifik Bölgesi doğum oranları dünya nüfusun üstünde seyredirken 1990'lardan sonra oldukça hızlı bir düşüş göstermiştir ve 2050 yılına gelindiğinde dünyanın en düşük doğum oranlarına sahip bölgelerinden biri olması beklenmektedir. Dünya nüfusundaki azalmanın büyük bir kısmının Asya ülkelerinden kaynaklı olduğu söylenebilir. Sadece Çin'de eğer doğurganlık 1970'lerin sonundaki gibi seyretseydi, 2050 yılında Çin nüfusu, şimdi tahmin edilenden 1 milyar kişi daha fazla olacaktı. Doğu Asya ülkelerinde doğum oranlarındaki azalmanın en büyük nedeni hükümetler tarafından alınan önlemlerdir (McDonald, 2007, s. 5). Dünyanın en kalabalık ülkelerinden olan Çin'de, 1970 yılından sonra doğurganlıkta hızlı bir düşüş yaşanmıştır. 1970 yılında toplam doğurganlık oranı 5.8 iken, 1981 yılına kadar %55 düşerek 2.6 olmuştur. Bu düşüş ilk evlenme yaşının artması, doğum kontrolünün yaygın kullanımı ve en önemlisi Çin'in doğum kontrol politikasının başarısından kaynaklanmaktadır (Yi, Vaupel, & Yashin, 1985, s. 729). 1979 yılında, Çin Hükümeti doğum kontrolünün güçlendirilmesi ve nüfus artışının kontrol altına alınması amacıyla bir çiftin sadece bir çocuk sahibi olabileceğini açıklayarak tek çocuk politikasını ortaya koymuştur. Ping'in de belirttiği gibi, 1979 yılında başlayan tek çocuk politikasına rağmen doğurganlık hızındaki düşüş 1980 ve sonrasında önemli dalgalanmalar yaşamıştır (Ping, 2000, s. 25). Doğu Asya ülkelerindeki kadınların bir kısmı da çocuk sahibi olmayı reddetmektedir, örneğin; Hong Kong'da kadınların %30'u hiç çocuk sahibi olmamakta ve bu oran giderek artmaktadır (Lui, 2010, s. 354). Kore'de doğurganlık oranları 1955-1960 yılları arasında 6.3 iken, 1984'te gerilemeye başlamış ve 2001'den sonra hızlı bir düşüşe geçmiştir. 2005'te ise 1.08 seviyesine düşmüştür. Kore Hükümeti 1980'lere kadar nüfus artışını engellemek amacıyla politikalar uygulamış, 1996'dan sonra ise nüfus sayısıyla ilgili politikaları kaldırıp nüfus kalitesini ve refahı arttırmayı amaçlayan politikalara yönelmiştir ve 2005'ten sonra ise düşük doğurganlık ve nüfus yaşlanması nedeniyle evlenmeyi ve çocuk sahibi olmayı teşvik eden politikaları uygulamaya koymuştur (Yoo & Sobotka, 2018, s. 550). Japonya dünyada doğurganlık seviyesi en düşük olan

ülkelerdedir ve ülkede doğurganlık seviyesi tehlikeli boyutta düşmeye devam etmektedir. Oshio'nun belirttiği üzere, Japonya'da doğurganlık hızı 1975'te 2.0'ın altına düştü ve 2005 yılında 1.26'ya ulaştı, bu seviye 2. Dünya Savaşı'nın bitiminden sonra en düşük seviyedir. 2015 yılında ise oran 1,46'ya yükselmiştir (Oshio, 2008, s. 6). Ülkede, az çocuk sahibi olmanın nedenleri arasında, çocuk sahibi olmanın maliyetinin yükselmesi, genç kadınların evlenip çocuk sahibi olarak fırsatları kaçırmak istememesi, ayrıca genç ebeveynlerin parlak bir gelecek beklemesi, kalıcı istihdam durumunun sağlanamaması, sayılabilir (Kato, 2018, s. 15).

Avrupa Birliği'nde doğurganlık seviyeleri ve hızı büyük bir endişe kaynağıdır. 2005 yılında doğurganlık oranı ortalama seviyesinin üstünde olan hiçbir Avrupa ülkesi bulunmamaktadır. Göç dışında, kadın başına toplam doğurganlık hızı 1.5 gibi kabul edilemez bir seviyededir (Frejka & Sobotka, 2008, s. 17). Savaş sonrası doğurganlık oranları 2.5-3.0'a ulaştı. Ancak, 1960'lı yıllarda, birçok Avrupa ülkesinin, kadınların işgücüne katılması ve doğurganlığı ertelemeye başlamasıyla, toplam doğurganlık oranları tekrar düşmüştür. Avrupa ekonomisi 2000'li yılların başlarında büyürken artan doğurganlık oranları, küresel ekonomi krizinin ardından yeniden düştü (Carducci, 2017, s. 34). Avrupa Birliği'nde doğurganlık oranlarındaki düşüşün başlıca nedenlerinden biri kadınların sosyal hayattaki yerinin değişmesidir. Kadınların eğitim düzeylerinin giderek yükselmesi, işgücüne katılımlarının artması, kariyer hedeflerinin yükselmesi ve aile kavramına yaklaşımın değişmesiyle birlikte doğurganlık oranları da düşmeye başlamıştır. Botev'in de bahsettiği gibi, Avrupa Birliği'ndeki ülkelerin geçmişte çok düşük doğurganlık oranı yaşadığı durumlar olmuştur. Örneğin 1. Dünya Savaşı'nda Fransa çok düşük doğurganlık oranı yaşarken, 1991 ve 1997 döneminde Doğu Almanya'da doğurganlık oranları 1'in altına düşmüştür (Botev, 2006, s. 4). İtalya 1977'de 1.98 ile 2.1 düzeyindeki doğurganlık seviyesinin altına ilk düşen ülke oldu, onu 1981 yılında İspanya, Yunanistan ve 1982 yılında ise Portekiz izledi. İspanya'da doğurganlık oranları 1960'ların ortalarında 2.5'un üstündeyken, 1964'te 3.01 ile zirveye çıkmış ancak daha sonra düşerek 1970'lerin ortalarında 2.79 olmuş, 1980 ise 2.20, 1998'de 1.16 olmuş ve Japonya'dan daha düşük seviyeye inmiştir (Nishioka, 2003, s. 264).

1950'li yıllarda, Orta Doğu dünyadaki en yüksek doğurganlık oranına sahip bölgeydi ve kadın başına 7 çocuk düşüyordu (Yousef, 2004, s. 100). Birçok gelişmekte olan ülkede, doğurganlık oranları 1960'ların sonlarında azalmaya başlamasına rağmen

Ortadoğu ülkelerinde, yüksek doğurganlık oranları 1990'larda da devam etmiştir (Winckler, 1998, s. 454). Kuzey Afrika, yüksek ama azalan doğurganlık oranına sahip bir bölgedir. Doğurganlık, uzun bir süre yüksek seyretmiştir fakat şimdi her ülkede düşüş başlamıştır. Kuzey Afrika'daki doğurganlığın en önemli sebebi erken evlenmeydi (Zohry, 2002, s. 3). Orta Doğu ve Kuzey Afrika Bölgesi'nde, kadınların işgücüne katılımının artmasıyla birlikte, doğurganlık oranlarında azalma yaşanmıştır (Majbouri, 2016, s. 176). Fakat toplam doğurganlık oranı diğer bölgelere göre hala yüksektir (Özcebe & Akın, 1995, s. 151). 1980'lerden bu yana kadın başına 6.2 olan çocuk sayısı 3.3'e düşmüştür. Bu düşüşün nedenlerinden biri, kadınların eğitimindeki ilerlemedir, eğitilmiş kadınlar daha geç evlenmeye ve daha az çocuk yapmaya eğilimlidir (Dünya Bankası, 2004, s. 6). Doğum oranlarının azalmasında, hükümetlerin uyguladığı politikalar da etkili olmuştur. Orta Doğu ve Kuzey Afrika ülkeleri yüksek doğurganlık oranlarını sosyoekonomik kalkınmaya engel olarak görmüş ve bir takım düzenleyici politikalar uygulamışlardır. Mısır, Tunus ve Fas gibi ülkeler, ulusal aile planlaması programını yürürlüğe sokmuştur. Suriye ve Ürdün gibi ülkeler ise, özellikle kadınların eğitim ve istihdam olanaklarını geliştirerek doğurganlık oranlarını ve nüfus artışını düşürmeye çalışmıştır (Winckler, 1998, s. 454). İran'da aile planlaması programı ile 1985'te kadın başına 6.6 çocuktan 2000'lerde 2.5 çocuğa düşmüştür (Yousef, 2004, s. 100).

Güney Afrika Bölgesi'nde, doğurganlık oranları, yoksulluk ile aynı doğrultuda ilerlemektedir. Kişi başına düşen gelirin düşük olduğu Afrika yüksek doğurganlık oranlarına sahipken, kişi başına düşen geliri daha yüksek olan beyaz nüfusun olduğu bölümde doğurganlık oranları daha düşüktür (Swartz, 2002, s. 539). Güney Afrika'da 1950 ile 1970 arasında, kadın başına ortalama 6 ya da 7 çocuk düşüyordu. Bu sayı, 1980 ve 1995 arası dönemde, 4 ya da 5 çocuğa, 1999 yılında ise 2.9 çocuğa ve 2011 yılında 2.67 çocuğa düşmüştür (Palamuleni , Makiwane , & Sabiti, 2007, s. 113). Bölgenin yüksek doğurganlık oranına sahip olmasının nedenleri arasında, bebek ve çocuk ölüm oranlarının yüksek olması nedeniyle ailelerin daha fazla çocuğunun hayatta kalması isteğiyle çok çocuk yapması, yetersiz eğitim, erken evlilik, düşük doğum kontrol yöntemleri gösterilebilir (Bittencourt, 2014, s. 3).

Sahra altı Afrika dünyada doğurganlık oranlarının en yüksek olduğu bölgedir. Doğurganlık oranları her zaman dünya ortalamasının üzerinde seyretmiş ve 1970-1980 yıllarında 6.8 ile zirve yapmıştır. Bölgenin demografik geçişten etkilenmesiyle birlikte

yıllar içinde azalmasına rağmen, 2050 yılında 3.1 ile yine dünya ortalamasının üstünde olması beklenmektedir. Bongaarts ve Casterline'nin belirttiği üzere, bölgedeki bu yüksek doğurganlığın nedenleri arasında, halkın çiftçilikle uğraşması ve çocukların aile işlerine yardım etmesi ve yaşlılıkta güvence olarak görülmesi, ayrıca Afrika'nın birçok bölümünde olduğu gibi çocuk ölüm oranlarının yüksek olması sebebiyle ailelerin çocuk kayıpları riskine karşı daha çok çocuk yapması ve bölgenin demografik geçişin erken evrelerinde olması gösterilebilir (Bongaarts & Casterline, 2013, s. 153). Ayrıca bölgede, aile planlaması kültürel direncin etkisiyle düşüktür (Sharan, Ahmed, May, & Soucat, 2011, s. 447). Fakat yine de Sahra altı Afrika'nın demografik geçişten tamamen etkilenmediğini söylemek yanlış olacaktır. Sahra altı Afrika'da yaşam standartlarının ve eğitimin artmasıyla birlikte doğurganlık oranlarında da düşüş gözlenmiştir. Sharan, Ahmed, May ve Soucat'ın da belirttiği gibi, dünyada en fazla HIV/AIDS ile yaşayan insanın bulunduğu bölge Sahra-altı Afrika'dır ve doğurganlık oranlarındaki düşüşün bir kısmı da HIV kaynaklıdır. Örneğin; Zimbabve'de HIV'in etkileri olmasaydı tahmini doğurganlığın 8.5 civarında olması bekleniyordu fakat HIV bölgede 1980'lerden beri yaşanan doğurganlık düşüşünün yaklaşık 4'te 1'ini oluşturmaktadır (Sharan, Ahmed, May, & Soucat, 2011, s. 446).

Güney Asya'da doğurganlık oranları 1960 yılından 2010 yılına kadar dünya ortalamasının üstünde seyretmiştir, 2020 yılına gelindiğinde dünya ortalamasıyla aynı olması ve 2020 yılından sonra ise dünya ortalamasının altında seyretmesi beklenmektedir. 2050 yılında Güney Asya'da kadın başına doğum sayısının ikinin altında kalması beklenmektedir. Güney Asya Bölgesi'nde evlilik çağının yüksek yaşlara çıkması ve evlilik sayısının azalması, doğum sayısının düşmesinin nedenlerinden biridir (Hirschman, 2001, s. 5601). Adlakha'nın belirttiği gibi, bölgenin en yüksek nüfusa sahip ülkesi olan Hindistan'da toplam doğurganlık hızı azalmaktadır ancak üreme çağındaki kadınların sayısındaki artış, yüksek sayıda doğumun devam etmesine neden olmaktadır. Hindistan'daki doğurganlık hızının azalmasında 1952 yılında başlatılan Aile Planlaması Programı önemli bir rol oynamıştır. Program başladığında modern doğum kontrol yöntemleri ülkede yaygın olmadığından, 1992 yılında kurulan Ulusal Aile Sağlığı Araştırması ülkedeki evli kadınların %96'sının en az bir doğum kontrol metodunu duyduğunu ve yaklaşık %41'inin doğum kontrol yöntemlerini kullandığını açıklamıştır (Adlakha, 1997, s. 3). Hindistan'da doğurganlık 1971'de 5.2'den, 2001'de 2.9'a düşmüştür

ve 2012'de 2.4 olmuştur. Ülkede kızların evlenme yaşları, 1971'de 17'den, 2012 yılında 21.2'ye çıkmıştır. Bunun sebebi ise, eğitim düzeyi ve kadınların sosyo-ekonomik durumundaki iyileşmelerdir (Pandey, Tiwari, & Choubey, 2015, s. 2120). Pakistan'da, toplam doğurganlık oranı, 1989'da 7.0'dı ve hükümetin uygulamaları sayesinde 2008'de 3.0 olmuştur. Bu düşüşün en önemli nedeni, evlilik yaşının ve eğitim düzeyinin artmasıdır (Rehman, Khan, Tariq, Naeem, & Tasleem, 2011, s. 1). Bangladeş, çok yüksek doğum oranlarına sahip bir ülke iken başarılı aile planlaması uygulamaları ile, Bangladeş hükümeti doğum sayısının azalmasında oldukça başarılı olmuştur. 1975'te kadın başına çocuk sayısı 6.3 iken, 2014 yılında 2.3'e düşmüştür. Ülkedeki doğum kontrol oranı ise, 1975'te %7.7'den 2014 yılında %62.4'e çıkmıştır (Islam & Nesa, 2009, s. 197).

Latin Amerika ve Karayipler Bölgesi'nde, doğurganlık düzeyi, Asya'ninkine daha yakındır ve Afrika'nın oldukça altındadır. Bölgedeki ülkelerde 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren doğurganlık düşüşü yaşandı. 1950'lerde kadın başına ortalama çocuk sayısı 6'ya yakındı. Arjantin'de 1915-1920 yılları arasında kadın başına çocuk sayısı 6.2'den 1947'de 3.2'ye düşmüştür (Guzman, Rodriguez, Martinez, Contreras, & Gonzalez, 2006, s. 521). 1950'li yıllarda bölgede doğurganlık oranlarının yüksek olmasının sebebi olarak genç yaşta yapılan evlilikler ve kadınların erken yaşta çocuk sahibi olmaları gösterebilir.

Kuzey Amerika Bölgesi'nde, toplam doğurganlık hızı 1950-1955 döneminde kadın başına 5.9 çocuktan 2005-2010 döneminde kadın başına 2.4 çocuk düşmüştür. Bölgede yıllık doğum sayısında sürekli bir düşüş beklenmektedir (Saad, 2009, s. 1). 1960'ların başında yüksek doğurganlığa sahip ülkelere olan Brezilya, 1960'ların sonunda ve 1970'lerin başında doğurganlık hızında düşüş yaşamıştır. 1950'lerin başında hepsi 6.1'den daha fazla doğurganlık hızına sahip ülkelere Ekvator ve Dominik Cumhuriyeti'nde, bu sayı 2002 yılında 3.0'ın altına düşmüştür. Guatemala, Honduras ve Nikaragua'da kadın başına düşen çocuk sayısı 1950 yılında 7'den fazla iken, 2002 yılında 4.1'e düşmüştür (Brea, 2003, s. 16). Kuzey Amerika'da, doğurganlık hızı dünya ortalamasının altında seyretmiştir, 1960'lı yıllarda diğer bölgelerde kadın başına çocuk sayısı ortalama olarak 6 iken Kuzey Amerika'da 3.7 idi.

Tablo 1’de görüldüğü üzere, dünya genelinde doğum oranlarında düşüş yaşanmaktadır. Ülkelerin gelir durumlarının, doğum oranları üzerinde etkisi olup olmadığını göstermek amacı ile aşağıda Tablo 2’ye yer verilmiştir.

Tablo 2: Gelir Gruplarına Göre Kadın Başına Toplam Doğum Oranları (1960-2050)

	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Düşük Gelirli Ülkeler	6.5	6.6	6.6	6.3	5.9	5.2	4.4	3.8	3.3	3.0
Orta Gelirli Ülkeler	5.6	5.4	4.0	3.4	2.6	2.4	2.3	2.2	2.1	2.1
Yüksek Gelirli Ülkeler	3.0	2.5	2.0	1.8	1.7	1.7	1.7	1.8	1.8	1.8

Kaynak: Dünya Bankası, 2018.

Tablo 2’de görüldüğü gibi kadın başına toplam doğum oranları tüm dünyada azalan bir eğilim göstermektedir. Kadın başına toplam doğum oranlarının en yüksek olduğu ülkeler düşük gelirli ülkeler, en düşük olduğu ülkeler ise yüksek gelirli ülkelerdir. Kadın başına doğum oranları düşük gelirli ülkelerde azalan bir eğilim göstermesine rağmen 2050 yılında ulaşmaları beklenen doğum oranlarının yüksek gelirli ülkelerin 1980 yılında sahip oldukları doğum oranı kadar olması beklenmektedir. Kadın başına doğum oranlarının yüksek gelirli ülkelerde düşük seyretmesi, orta gelirli ülkelerde nispeten daha yüksek olması ve düşük gelirli ülkelerde ise en yüksek seyretmesinin nedenleri olarak ise; yüksek gelirli ülkelerde, kadınların işgücüne katılımının ve ekonomik bağımsızlıklarının fazla olması, evlilik ve çocuk sahibi olma yaşının daha geç olması gösterilebilir. Orta gelirli ülkelerde de eğitim seviyeleri yükselmekte ve kadınların iş gücüne katılım oranları artmaktadır. Düşük gelirli ülkelerin birçoğunda ise kadınların hala geri planda kalarak iş hayatında aktif rol oynamamakta ve ev işlerinden ve çocuk bakımından sorumlu görülmektedir. Fakat düşük gelirli ülkelerin kadın başına doğum oranlarındaki azalan trende baktığımızda

kadınların sosyal ve iş hayatında üstlendikleri rollerin değişmeye başladığını görmekteyiz.

2.4.2. Bebek Ölüm Oranları

Çocuk ölüm oranları genel olarak, yaşamın ilk ayı içinde ölen yeni doğan ölümleri, ilk doğum gününden önce ölen bebek ölümleri, 1. ve 5. yaşı arasında ölen çocuk ölümleri ve doğumu ve 5. yaşı arasında ölen beş yaş altı ölümleri olarak sınıflandırılır (Mwale, 2005, s. 123). Bebek ölümleri, ülkeler arasındaki sağlık sistemlerinin karşılaştırılmasında önemli bir göstergedir. Bebek ölüm hızı, bir ülkede sadece bebek sağlığıyla ilgili değil, anne sağlığı, tıbbi hizmetlere erişim kolaylığı, beslenme ve diğer sosyo-ekonomik faktörler hakkında da bilgi vermektedir. Tablo 3'te 1990 ve 2015 yılları arasında, dünya genelinde bebek ölüm oranlarında yaşanan değişimleri göstermek amacıyla, bölgelere göre 1.000 canlı doğumda gerçekleşen, bebek ölüm sayıları verilmiştir.

Tablo 3: Bölgelere Göre 1.000 Canlı Doğumda Bebek Ölüm Sayısı (1990- 2015)

	1990	1995	2000	2005	2010	2015
Doğu Asya Ve Pasifik	43.4	38.2	31.6	23.9	18.1	14.2
Avrupa Birliği	9.9	7.6	5.9	4.9	4.1	3.5
Latin Amerika Ve Karayipler	43.8	35.4	27.7	22.0	18.8	15.3
Orta Doğu Kuzey Afrika	50.2	41.6	34.2	28.0	23.2	20.6
Güney Asya	91.7	80.4	68.9	58.3	49.0	40.3

Güney Afrika	44.6	43.6	46.3	48.9	37.3	35.5
Sahra-Altı Afrika	108.0	103.5	94.0	78.8	65.2	54.9
Kuzey Amerika	9.2	7.8	7.0	6.7	6.1	5.6
Dünya	64.8	60.5	53.9	45.1	37.4	31.4

Kaynak: Dünya Bankası, 2018.

Tablo 3'e bakıldığında, tüm bölgelerde ve dünya genelinde bebek ölüm sayılarında düşüş yaşandığı görülmektedir. Bebek ölüm oranlarında görülen bu düşüşe rağmen, Sahra-altı Afrika ve Güney Asya gibi bölgelerde, yaşanan bulaşıcı hastalıklar, geçmiş yıllarda bebek ölüm oranlarının çok yüksek seyretmesine neden olmuş ve son yıllarda alınan önlemlere ise rağmen yeterli azalma sağlanamamıştır.

Doğu Asya ülkelerinde bebek ölüm oranı Güney Asya ve Güney Doğu Asya'ya göre daha düşüktür. 2010 yılında Singapur, Japonya, Güney Kore ve Avustralya'da bebek ölüm oranı 1000 canlı doğumda ortalama 5 idi. Bebek ölüm oranları bölge genelinde düşmesine rağmen ülkeler arası farklılıklar da mevcuttur (Lee K. , 2014, s. 47). Japonya'da 1991 yılında bebek ölüm oranı 1000 canlı doğumda 4 kişi ile dünyadaki en düşük bebek ölüm oranıdır. Bunun nedenleri arasında, doğum sonrası ortalama bir hafta hastanede kalmaları ve özel uzmanlar tarafından bakılmaları, devletin bebeklerin sağlık işlemleri için sübvansiyon vermesi, vatandaşların eğitime ve halk sağlığı eğitimine çok önem vermesi gösterilebilir (Leppert, 1993, s. 353).

Avrupa Birliği ülkelerinde bebek ölüm oranları 20. yüzyılın başından itibaren hızlı bir şekilde düşmüştür ancak üye devletler arasında hala birtakım farklılıklar bulunmaktadır. Portekiz, Yunanistan gibi bebek ölüm oranlarının nispeten daha fazla olduğu Avrupa Birliği ülkeleri ekonomik açıdan dezavantajlı olan ülkelerdir. İskoçya, Galler ve İrlanda, Limousin ve Fransa'nın güneybatısı, Galiçya ve İspanya'nın iç eyaletleri de yüksek oranlara sahiptir. Bu kısımların ortak özelliği ise kırsal kesim olmalarından dolayı sağlık hizmetlerine erişimin daha güç olmasıdır (Eurostat, 2002, s. 28). Bununla birlikte, küçük bir ülke grubu, Romanya, Bulgaristan, Slovakya ve Malta'da 1000 canlı

doğumda 5 ölümün üzerinde bebek ölüm hızlarına sahiptir. 2013 yılında, Slovenya, Kıbrıs, Finlandiya, İsveç ve Çek Cumhuriyeti'ndeki oranlar, 1000 canlı doğumda 2.5 ölümün altındaydı. 2000 ile 2010 arasında, Avrupa Birliği üye ülkeleri arasındaki bebek ölümlerindeki eşitsizlikler %26 oranında azalmıştır (OECD, 2016, s. 70). Avrupa Birliği'nde bebek ölüm hızı 1980 ile 2012 yılları arasında 3'te 2 oranında azalmıştır. 2004 ve 2010 arasında ise 27 Avrupa Birliği üyesi ülkede bebek ölüm oranları % 19 azalmıştır ve Slovenya, Estonya gibi ülkelerde oranlar 6 yıl içinde yarı yarıya inmiştir. Macaristan'da ise bebek ölüm oranları, %88.6 oranında azalmıştır ve bu da yıllık %4.6 azalma demektir (Gissler, 2015, s. 440). Avrupa Birliği ülkelerinde en düşük bebek ölüm oranları İsveç ve Finlandiya'da görülürken, en yüksek oranlar ise Romanya'da görülmüştür. Avrupa Birliği'nde bebek ölüm oranlarındaki azalma GSYİH ve kadın eğitim düzeyi ile ilişkilidir (Prisco & v.d., 2015, s. 332).

Latin Amerika ve Karayipler'de bebek ölüm oranlarında ülkeler arasında eşitsizlikler görülmektedir. Şili, Kosta Rika, Arjantin ve Uruguay gibi ülkelerde bebek ölüm oranları oldukça düşükken Guatemala, Meksika, Peru ve El Salvador gibi ülkelerde ise bebek ölüm oranları daha yüksektir (Alarcon & Robles, 2007, s. 4). Latin Amerika ve Karayipler'de yerli ve Afrika kökenli toplulukların çocuklarının, ilk doğum günlerini geride bırakma şansının diğer çocuklardan daha düşük olduğu görülmektedir. Brezilya, Kolombiya, Guatemala, Meksika gibi ülkelerde etnik grupların bebek ölüm oranlarının yerli olmayanlara göre daha fazla olduğunu göstermektedir. Latin Amerika ve Karayipler'de, özellikle Bolivya, Kolombiya, Dominik Cumhuriyeti, Haiti, Honduras, Nikaragua ve Peru'da erken yaşta hamile kalan kadınların oranının yüksek olması da bebek ölüm oranlarını yükseltmektedir (UNICEF, 2008, s. 17). Latin Amerika ve Karayipler'de bebek ölüm hızı 1950'lerin başında 1000 canlı doğumda 128 iken, 2002 yılında 1000 canlı doğumda 30'a kadar azalmıştır. Latin Amerika'da bebek ölüm oranları genellikle Orta Amerika'dan daha yüksektir. 2002 yılında Küba'nın bebek ölüm hızı, ABD'de olduğu gibi 6 idi. Fakat Bolivya ve Haiti gibi ülkelerde bebek ölüm oranları sırasıyla 1000'de 61 ve 80 gibi yüksek seviyelerdeydi (Brea, 2003, s. 15).

Orta Doğu ve Kuzey Afrika ülkelerinde 1970 ve 2010 dönemi arasında, bebek ölüm oranlarında net bir azalma görülmektedir (Iqbal & Kiendrebeogo, 2014, s. 7). Orta Doğu ve Kuzey Afrika'da bebek ölüm oranları 1950'lerin başında 1000 canlı doğumda yaklaşık 200'e yakın ölüm varken, 21. yüzyılın başlarında bu sayı ortalama 50'ye

düşmüştür (Madbouly, 2009, s. 6). 1950'li yıllarda bebek ölüm hızı, Mısır'da 158, Suriye'de 96, Ürdün'de 90, Suudi Arabistan'da 146 idi ve sadece Kuveyt'te 49 idi. 1994 yılına gelindiğinde bebek ölüm hızı Suudi Arabistan'da 25, Kuveyt'te 16 ve Bahreyn'de ise 24'e düşmüştür (Winckler, 1998, s. 449). Tunus 16.1 ve Libya 16.9 ile bölgedeki en düşük ölüm hızına ulaşmış ülkelerdir, düşüş hızı olarak en hızlı düşüş 1000 doğumda 93.5'ten 21.8'e düşerek Mısır'da yaşanmıştır. Bebek ölüm oranlarında Kuzey Afrika'daki düşüş bir bütün olarak Orta Doğu ve Kuzey Afrika Bölgesi'nden daha fazladır (Sakala & Kolster, 2013, s. 10).

Güney Asya Bölgesi dünyanın genel eğiliminin aksine düşen bebek ölüm oranlarına direnen bir yapı göstermiştir. 1995 yılında Güney Asya'da Sri Lanka hariç tüm ülkelerde bebek ölüm oranları 1000 canlı doğumda 42 ve 47 aralığındaydı. Sri Lanka'da ise bu oran her 1000 canlı doğumda yaklaşık 16.3 ile 18.6 arasındaydı (Hyder, Wali, & McGuckin, 2003, s. 896). Güney Asya'da tüm ülkeler anne ve bebek ölüm oranlarını yaklaşık %66 - %75 olarak azaltmak için imza atmışlardır ancak Güney Asya'daki eğilimler göz önüne alınırsa bu hedeflerin daha yüksek çaba istediği söylenebilir. Kerala ve Sri Lanka gibi bölümler anne ve bebek sağlığını iyileştirmek konusunda çok başarılı bir gelişim sergilemektedirler (Bhutta, ve diğerleri, 2004, s. 818). Buna rağmen bölgedeki Kamboçya gibi ülkelerde yüksek bebek ölüm oranları devam etmektedir (UNFPA, 2006, s. 4). Güney Asya Bölgesi'nde bebek ölüm oranlarındaki düşüşün yavaş ilerlemesinin nedenleri arasında, düşük kadın statüsü, kalabalıklaşma ve en önemlisi de anne ve bebeklerin yetersiz beslenmesi ve iyi bakılmaması gösterilebilir (Klasen, 2000, s. 3). Güney Asya diğer bölgelere göre yüksek bebek ölüm oranlarına sahip olsa da, 1990'da 91.7 olan bebek ölüm oranlarını 2015'te 40.3'e düşürerek kayda değer bir ilerleme göstermiştir.

Güney Afrika'da bebek ölüm oranları Sahra-altı Afrika ve Güney Asya'dan daha düşük olmasına rağmen, diğer bölgelere nispeten yüksek bebek ölüm oranlarına sahip bir bölgedir. Burgard ve Treiman'ın da belirttiği gibi Güney Asya'da bebek ölüm oranlarının yüksek seyretmesinin nedeni solunum yolu enfeksiyonları gibi enfeksiyon yoluyla bulaşan hastalıklar ve HIV/AIDS'in bölgeye verdiği zarardır (Burgard & Treiman, 2006, s. 1127). Güney Afrika'da birçok ülke gibi bebek ölüm oranlarında çok fazla olmasa da düşme sağlamıştır. 1960-1970'li yıllarda 79 olan sayı, 54'e 1990'lı yıllarda ise yaklaşık 44'e düşmüştür (Bachmann, London, & Barron, 1996, s. 966). Güney Afrika'da düşük

gelirli bölgelerdeki yerel halk arasında bebek ölüm oranları daha yüksektir, fakat burada ölüm oranları ırttan çok düşük gelirden etkilenmektedir (Pick, Bourne, & Sayed, 1996, s. 250).

Dünyada en yüksek bebek ölüm oranlarına sahip bölge Sahra-altı Afrika Bölgesi'dir. 1990 yılında zirve yaparak 1000 canlı doğumda 108 bebek ölümü görülen bölge, 2015 yılına kadar bu sayıyı neredeyse yarı yarıya düşürmüş olmasına rağmen dünyada en yüksek bebek ölüm oranına sahip olan bölge olmaya devam etmektedir. Sahra-altı Afrika'da bugün doğan her 1000 canlı doğumdan ortalama 50'si ilk yaşını görememektedir. Ester, Torres ve Freire'nin bahsettiği gibi, bölgede bebek ölüm hızının yüksek olması %26 yeni doğan nedenleri, %21 çocuk pnömonisi, %18 sıtma, %16 ishal, %6 HIV/AIDS, %5 kızamık ve %2 diğer nedenlerden kaynaklanmaktadır (Ester, Torres, Freire, Hernandez, & Gil, 2011, s. 112).

Kuzey Amerika Bölgesi'nde bebek ölüm oranları dünyanın birçok bölgesine göre oldukça düşüktür ve dünya ortalamasının oldukça altında seyretmektedir. Callaghan ve MacDorman'ın bahsettiği üzere, Kuzey Amerika'da bebek ölüm oranlarının en önemli nedenlerinden biri erken doğumlar yani prematüre bebeklerdir (Callaghan, MacDorman, Shapiro-Mendoza, & Barfield, 2017, s. 1). Kuzey Amerika'da bebek ölüm oranları oldukça düşük olmasına rağmen yine de Avrupa Birliği ülkelerinin gerisinde kalmaktadır. Bunun nedeni olarak, Kuzey Amerika'da ülkeler arasında gelir eşitsizliğinin daha yüksek olması, Avrupa Birliği'nde sağlık hizmetleri standartının daha yüksek olması, sağlıklı beslenme nedeniyle yüksek kiloda hamilelik gibi nedenler sayılabilir.

Ülkerin gelir düzeylerinin bebek ölüm oranları üzerindeki etkisini görmek amacıyla, aşağıda gelir gruplarına göre doğum oranlarının yılları içindeki değişimini gösteren Tablo 4'e yer verilmiştir.

Tablo 4: Gelir Gruplarına Göre 1.000 Canlı Doğumda Bebek Ölüm Sayısı (1990- 2015)

	1990	1995	2000	2005	2010	2015
Düşük Gelirli Ülkeler	112.3	104.2	92.5	76.1	63.1	52.4
Orta Gelirli Ülkeler	65.2	60.2	52.8	44.0	36.0	30.0
Yüksek Gelirli Ülkeler	10.3	8.0	6.5	5.8	5.1	4.6

Kaynak: Dünya Bankası, 2018.

Tablo 4’te gelir gruplarına göre 1990 ve 2015 yılları arasındaki 1000 canlı doğumda gerçekleşen bebek ölüm sayısı verilmiştir. Tabloda verilen bebek ölüm oranları da kadın başına doğum oranlarıyla paralel gitmektedir. Bebek ölümlerinin en düşük gerçekleştiği ülkeler yüksek gelirli ülkeler iken en yüksek olduğu ülkeler ise düşük gelirli ülkelerdir. Orta gelirli ülkelerin 2015 yılında ulaştığı bebek ölüm oranları yüksek gelirli ülkelerde 1990 yılında gerçekleşen bebek ölüm oranlarının yaklaşık 5 katı, düşük gelirli ülkelerde ise yaklaşık olarak 6 katı şeklinde gerçekleşmiştir. Yüksek gelirli ülkelerde ile düşük ve orta gelirli ülkeler arasında bebek ölüm sayılarında yüksek farklar bulunmasının başlıca nedenleri; yüksek gelirli ülkelerde sağlık sistemlerinin gelişmiş olması ve sağlık hizmetlerine erişimin kolay olması, annenin ve çocuğun beslenmesinin, kişisel bakımlarının, hijyenin daha iyi olması ve toplumun anne-çocuk sağlığı hakkında daha fazla bilinçlendirilmesidir.

2.4.3. Doğumda Beklenen Yaşam Süresi

Aşağıda yer alan Tablo 5, 1970 ve 2050 yılları arasında dünyanın alt bölgelerinde, doğumda ortalama ömür beklentileri yansıtmaktadır. Doğumda ortalama ömür beklentisi, mevcut ölüm oranları geçerli olmaya devam ederken, yeni doğan bir çocuğun yaşaması beklenen ortalama yıl sayısını ifade eder. Yaşam beklentisi, hastalık ve sakatlık yükünü

de hesaba katması nedeniyle yaşam kalitesinden ziyade yaşam süresini ölçer. Bu, nüfus sağlığını tanımlamak ve ölüm oranını analiz etmek için kullanılan en iyi yöntemdir. Son yüzyılda, doğumda yaşam beklentisi; bebek ölümlerinde azalma, artan yaşam standartları, gelişmiş yaşam tarzları, daha iyi eğitim, sağlık ve tıptaki gelişmeler ile bir dizi faktöre bağlı olarak hızla yükselmiştir.

Tablo 5: Bölgere Göre Doğumda Beklenen Yaşam Sürelerinin Yıllara Göre Dağılımı (1970-2050)

	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Avrupa Birliği	71.0	72.9	74.9	77.2	79.7	81.5	83.1	84.5	85.9
Kuzey Amerika	71.0	73.8	75.4	76.9	78.8	80.2	81.8	83.3	84.7
Latin Amerika& Karayipler	60.4	64.3	67.8	71.5	74.2	76.3	78.1	79.9	81.7
Doğu Asya&Pasifik	59.9	66.3	69.1	71.6	74.4	76.0	77.4	78.8	80.1
Güney Asya	48.1	54.0	58.2	62.9	66.8	69.7	71.6	73.2	74.7
Orta Doğu&Kuzey Afrika	52.9	58.9	65.8	69.8	72.3	74.3	76.0	77.5	78.8
Güney Afrika	55.9	57.8	62.1	56.4	55.9	64.5	66.6	68.9	71.2
Sahra-Altı Afrika	44.5	48.2	49.9	50.5	56.9	61.9	65.2	68.0	70.3
Dünya	58.6	62.9	65.4	67.7	70.7	72.7	74.3	75.7	77.0

Kaynak: Dünya Bankası, 2018.

Tablo 5'ten anlaşılacağı üzere, Avrupa Birliği ve Kuzey Amerika ülkeleri başta olmak üzere doğum beklenen yaşam süreleri tüm ülkelerde artış göstermiştir ve bu artışın

önümüzdeki yıllarda da devam etmesi beklenmektedir. 2050 yılına gelindiğinde, doğumda beklenen en yüksek yaşam süresinin 85.9 yıl ile Avrupa Birliği'nde görülmesi beklenirken, en düşük yaşam süresine sahip bölgenin ise 70.3 yıl ile Sahra-altı Afrika olması beklenmektedir.

Ekonomik kalkınma, çevresel koşulların iyileştirilmesi, sağlık ve tıptaki gelişmeler gibi etkenler son yüzyılda Avrupa Birliği ülkelerinde doğumda beklenen ömür süresinin sürekli artmasına neden olmuştur. Bu demografik değişim süreci Avrupa Birliği'nde dünyanın diğer bölgelerinden daha uzun süredir devam etmektedir (Eurostat, 2016, s. 23). AB üyesi ülkelerde doğumda beklenen yaşam süresi her yıl ortalama 3 ay artmaktadır. İtalya, İspanya ve Fransa ömür süresi 80 yıldan fazla olan AB ülkelerinde başı çekmektedir. Letonya, Bulgaristan, Litvanya ve Romanya ise ortalama ömür beklentisinde AB ortalamasının altında kalmaktadır (OECD, 2016, s. 56). 1960 yılından bu yana Avrupa Birliği üyesi tüm devletlerde ömür beklentisinde önemli artışlar olmuştur. Bununla birlikte resmi demografik projeksiyonlar, Avrupa Birliği'nde doğumda yaşam beklentisindeki artışların geçmişe kıyasla yavaşlayacağını belirtmektedir. Bunun nedeni genç yaştaki mortalite oranlarının zaten çok düşük olmasıdır (Eurostat, 2017, s. 14).

Latin Amerika ve Karayipler'de tıbbi ve halk sağlığı müdahalelerinin bir sonucu olarak, büyük ölçüde en ölümcül bulaşıcı hastalıklarından kaynaklı ölü sayısının düşürülmesi, birçok çocuğun yetişkinliğe kadar hayatta kalmasının sağlanması ile yaşam beklentisi 1950'den beri çapıcı bir şekilde artmıştır. Bölgede doğumda beklenen ömür süresi artsa da ülkeler arasında farklılıklar yaşanmaktadır. Örneğin, 2015 yılında, ortalama yaşam süresi Haiti'de 63, Bolivya'da 68.7 iken, Şili'de 79.2, Küba'da 79.5, Kosta Rika'da 79.6'dır. Bölge'de ilk doğum gününü gören çocukların oranı, 1950'de % 87 iken, 2010 yılında % 98 olmuştur. Doğumda beklenen yaşam süresinin artmasının bir diğer nedeni ise, yetişkinlerde enfeksiyonlu hastalıkların düşmesi, su sistemlerinin iyileştirilmesi ve yaşam standartlarının artmasıyla her yaşta yetişkin arasında yaşam beklentisinin artmasıdır (Scommegna & Lee, 2014, s. 1). Palloni ve Aguirre'nin 2011 yılında yaptıkları analizler ışığında, bölgedeki ülkelerde yetişkinlerde yaşam beklentilerinin artmasında servet artışından ziyade nüfusa sağlık eğitimi verilmesi, aşı kampanyaları, su sistemleri ve kanalizasyon arıtma tesisleri inşa etmek gibi hükümet

yönetimlerinin daha etkili olduğunu belirtmişlerdir (Palloni & Pinto-Aguirre, 2011, s. 101).

Doğu Asya ve Pasifik ülkelerinde doğum sırasındaki ortalama yaşam beklentisi, her yaştaki ölüm hızındaki keskin düşüşleri yansıtan derecede artmaya devam ediyor (OECD, 2012, s. 14). Bölgede doğumda beklenen ortalama yaşam süresi 2010 yılında 74.4 yıldır ki bu sayı 1970 yılından itibaren 14 yıldan fazla artışa uğramıştır. Yong ve Saito'nun (2009) belirttiği gibi, bölgede doğumda beklenen en uzun ömre sahip ülke Japonya'dır. Japonlar uzun ömürleriyle dünyaya ve bölgeye öncülük ediyorlar (Yong & Saito, 2009, s. 468). Hong Kong, Avustralya, Singapur, Yeni Zelanda, Kore Cumhuriyeti, Macao ve Çin'in toplam ömrü 80 yıldan fazladır. Buna karşılık, bölgedeki Papua, Yeni Gine, Kamboçya, Myanmar, Hindistan gibi birçok ülkede yaşam beklentisi 70 yaşın altındadır (OECD, 2012, s. 12). Bölgede Asya Mucizesi olarak adlandırılan krizden sonra ekonomik ve teknolojik gelişme dönemi yaşandı. Bununla birlikte doğum oranları azaltılıp nüfus artışı yavaşlatıldı ve yaşam beklentisi de arttı. Japonya'da, 1960'larda ortalama yaşam beklentisi ortalama 67 yıl iken, 1980'lerin başında 9 yıllık bir artışla ortalama 76'ları, 2000'lerde ise 80 yıllık ömrü yakalamayı başarmıştır. Şu anda Doğu Asya ülkelerinin hemen hepsi 70 yılın üstünde ortalama ömür beklentisine sahiptir (Bloom & Finlay, 2008, s. 3).

1999'da yaşam beklentisi en düşük olan 40 ülkenin 37'si Sahra-altı Afrika'da bulunmaktaydı. Bu durumun en önemli nedeni ise bölgedeki HIV/AIDS salgınıdır. HIV/AIDS Sahra-altı Afrika'da yaşam beklentisi üzerinde yıkıcı bir etki yapmıştır (Lopez, Salomon, Ahmad, Murray, & Mafat, 2001, s. 20). 2001 yılında AIDS ile yaşayan yaklaşık 40 milyon insanın %70'i, dünya nüfusunun yaklaşık %10'unu oluşturan bu bölgeden gelmekteydi. Fildişi Sahili ve Zimbabve gibi ülkelerde, yaşam beklentisi AIDS nedeniyle 10 yıldan fazla düşmektedir (Kabir, 2008, s. 188). 25 Sahra-altı Afrika ülkesinde doğumda yaşam beklentisi 50 yılın altındadır ve Angola, Liberya, Sierra Leone, Svaziland, Zambiya ve Zimbabve gibi 7 ülkede ise yaşam beklentisi 40 yılın altındadır (Stevens, 2017, s. 4). Sahra-altı Afrika'nın düşük yaşam beklentisinden kurtulması için sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesi, sivil huzursuzlukların ve çatışmaların durdurulması, düşük yaşam standartlarının yükseltilmesi gibi bir dizi önlem alınması gerekmektedir.

Doğumda yaşam beklentisi, dünyanın tüm bölgelerinde arttığı gibi Güney Asya ülkelerinde de artmaya devam etmektedir fakat Güney Asya Bölgesi'nde ülkeler arasında önemli farklılıklar vardır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2004 yılında yayınlanan raporunda belirtildiği gibi Hindistan, 1 milyarın üzerinde nüfusa sahiptir ve bölgenin en büyük ülkesidir. Buna karşılık Maldivler 300.000'den küçük bir nüfusa sahiptir. Bangladeş'in nüfusu yaklaşık 123 milyondur ve doğumda beklenen yaşam süresi Doğu Asya'da Batı Asya'ya göre daha yüksektir (DSÖ, 2004, s. 15). Bölgede nüfusun en yaşlı olduğu ülke Hindistan'dır. Dünya genelinde kadınların doğumda yaşam süresi erkeklerden daha uzundur. Güney Asya genelinde de kadınların yaşam süresi daha uzun olmasına rağmen, Bangladeş ve Nepal'de erkeklerin yaşam süresi daha uzundur. Veron'un belirttiği gibi, bölgede doğumda yaşam beklentisi sürelerinde ülkeler arasında farklılıklar yaşanmaktadır. Örneğin Afganistan'da 2000'lerin başında doğumda beklenen yaşam süresi 55.5, 2015'de 63.3 civarındadır. Sri Lanka'da 2000'lerde 71.1 iken 2015'te 75 yıl olmuştur. Maldivler'de ise 2000'lerin başında 70.1 iken 2015'te 77.1 olmuştur. Afganistan'da doğumda beklenen yaşam süresi, dünya ortalamasının altındayken, Sri Lanka'da ise ortalamanın üstündedir (Veron, 2008, s. 48). Bölgede daha önce kadınların yaşam beklentisinin düşük olmasının nedenlerinden biri genç yaşta anne olanlarının fazla olması nedeniyle doğumda anne ölümlerinin sayısının fazla olmasıdır.

Ortadoğu ve Kuzey Afrika ülkelerinde, doğumda yaşam beklentisinde önemli ilerlemeler ortaya çıkmıştır. 1950 ve 1955 yılları arasında bölgedeki birçok ülkede yaşam beklentileri 40-49 yıl arasındaydı. Daha sonra bu oran 50-59 yıla çıkmıştır. 2010-2015 yılları arasında tüm bölgede yaşam beklentisi artmış, sadece 4 ülke 60 yılın altında kalmıştır. Bölgedeki ülkelerin çoğunda yaşam beklentisi 70 ile 79 yıl arasındadır (Engelhardt & Schulz, 2017, s. 13).

Güney Afrika'da bebeklerin yüzde 5.7'si HIV ve AIDS'ten ölmektedir. Bölgede HIV ve AIDS'le mücadele edildiği takdirde yaşam beklentisinde yaklaşık 26 yıla varan bir kazanç sağlanacaktır (Mba, 2007, s. 201). 1990 ve 2015 yılları arasında, Güney Afrika'da kişi başına düşen GSMH %21, ortalama eğitim süresi 3.8 yıl ve beklenen eğitim süresi 1.6 yıl artmasına rağmen, doğumda yaşam beklentisi 4,4 yıl azalmıştır (BM, 2016, s. 2). Güney Afrika'da doğumda beklenen yaşam süresi, erkekler için 60.2 yıl ve kadınlar için ise 67.2 yıldır (OECD, 2017, s. 120).

Doğumda yaşam beklentisi etkileyen temel belirleyicilerinden biri ekonomik koşullardır. Bu nedenle aşağıda, ülkelerin gelir gruplarına göre doğumda yaşam beklentisini gösteren Tablo 6 yer almaktadır. Genellikle en zengin ülkelerde ortalama ömür en fakir ülkelere göre daha uzundur. Dünya Sağlık Örgütü'nün istatistiklerine göre, dünya genelinde ortalama yaşam beklentisi hane halkının gelirine göre değişmektedir. 2013 yılında yüksek gelirli bir ailede doğan bir çocuğun doğumda yaşam beklentisi yaklaşık 79 yıl iken, düşük gelirli bir ailede doğan bir çocuğun doğumda yaşam beklentisi 62 yıldır.

Tablo 6: Gelir Gruplarına Göre Doğumda Beklenen Yaşam Sürelerinin Yıllara Göre Dağılımı (1970-2050)

	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Düşük Gelirli Ülkeler	43.4	47.3	49.8	52.3	59.3	63.9	67.0	69.5	71.6
Orta Gelirli Ülkeler	55.9	61.1	64.2	66.8	69.9	72.1	73.7	75.2	76.6
Yüksek Gelirli Ülkeler	70.6	73.2	75.4	77.6	79.8	81.4	82.9	84.3	85.6

Kaynak: Dünya Bankası, 2018.

Tablo 6'da gelir gruplarına göre 1970 ve 2050 yılları arasındaki doğumda beklenen yaşam süreleri verilmiştir. Doğumda beklenen yaşam süresi tüm gelir gruplarında artış eğilimi göstermektedir. Doğumda beklenen yaşam süresinin en uzun olduğu ülkeler yüksek gelirli ülkelerdir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde de doğumda beklenen yaşam süreleri yaşam standartlarının gelişmesi, sağlık alanındaki gelişmeler, beslenme ve temizlik gibi bir dizi faktörün iyileştirilmesine bağlı olarak hızla artmaktadır. Buna rağmen, doğumda beklenen yaşam süreleri dünya ortalamalarının üstünde seyreden ülkeler yüksek gelirli yani zengin ülkelerdir. Tablo 6'dan da anlaşılacağı üzere doğumda beklenen yaşam süresi uzunluğu gelir düzeyiyle yakından ilgilidir.

2.4.4. Nüfus Artış Hızı

Nüfus artış hızı, belli bir alandaki nüfusun yıl içinde göstermiş olduğu artı hızına denmektedir. Bölgenin eğitim seviyesi, doğum ve ölüm oranları, göçler, sosyal ve ekonomik durumu, sağlık sisteminin gelişmişliği gibi etkenler nüfus artış hızını etkilemektedir. Nüfus artış hızının yüksek olması, nüfusun hızla artmasıyla birlikte ülkedeki kaynakların yetersiz kalması, kişi başına gelir düzeyinin düşmesi, eğitim ve sağlık gibi sosyal ihtiyaçların eşit ve yeterli miktarda dağıtılamaması, iş gücü fazla olduğundan dolayı işsizlik sorununun artması gibi sonuçlara neden olacaktır. Nüfus artış hızının düşük olması ise, toplam nüfus içinde yaşlı nüfus oranının artması ve bu nedenle yaş bağımlılık oranının yükselmesi, emek miktarının düşmesi gibi etkenlere neden olacaktır. Neden olduğu sonuçlar bakımından, nüfus artış tüm dünya bölgeleri için çok önemli bir demografik süreçtir. Bu nedenle nüfus artış hızının bölgelere göre değişimini görebilmek amacıyla, Tablo 7’de, bölgelerin 1960-2050 yılları arasında nüfus artış hızları verilmiştir.

Tablo 7: Bölgelere Göre Nüfusun Yıllık Artış Hızı (1960-2050)

	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Doğu Asya Ve Pasifik	3.0	2.6	1.5	1.5	0.9	0.7	0.5	0.2	0.0	-0.2
Avrupa Birliği	1.1	0.5	0.4	0.3	0.1	0.2	0.1	0.0	-0.1	-0.2
Latin Amerika Ve Karayipler	2.8	2.5	2.2	1.9	1.5	1.2	0.9	0.7	0.4	0.2
Orta Doğu Kuzey Afrika	2.7	2.8	3.2	3.5	2.0	2.2	1.6	1.2	1.0	0.8
Güney Asya	2.1	2.3	2.4	2.2	1.9	1.4	1.2	0.9	0.6	0.3
Güney Afrika	2.5	2.6	2.5	2.3	1.5	1.4	-	-	-	-
Sahra-Altı Afrika	2.3	2.6	2.9	2.8	2.7	2.8	2.6	2.4	2.2	1.9
Kuzey Amerika	1.8	1.2	1.0	1.2	1.1	0.9	0.7	0.6	0.4	0.4
Dünya	2.3	2.1	1.8	1.7	1.3	1.2	1.0	0.8	0.7	0.5

Kaynak: Dünya Bankası, 2018.

Tablo 7’de görüldüğü üzere, nüfus artış hızı dünya genelinde azalan bir eğilim göstermektedir. Tablo’da en dikkat çeken iki bölge nüfus artış hızlarıeksiye düşmüş olan Avrupa Birliği ve Doğu Asya ve Pasifik Bölgeleri’dir. Özellikle Doğu Asya ve Pasifik Bölgesi, 1960 yılında en yüksek yıllık nüfus artışına sahip bölgeyken 2050 yılında en düşük nüfus artış hızına sahip iki bölgeden biri olması beklenmektedir. 2050 yılında nüfus artış hızının en yüksek olması beklenen bölge ise Sahra-altı Afrika’dır. Ortadoğu ve Kuzey Afrika Bölgesi’nin nüfus artış hızı ise yıldan yıla düşüş göstermesine rağmen 2050 yılında dünya ortalamasının üstünde kalması beklenmektedir.

Avrupa Birliği nüfusu 2016'dan itibaren göçlerin de etkisiyle 1.5 milyon artmıştır. Almanya, AB nüfusunun yaklaşık %16.2'sini oluşturarak Avrupa Birliği'nin en çok nüfusa sahip ülkesi olmuştur. Onu %13.1 ile Fransa, %12.9 ile Birleşik Krallık, %11.8 ile İtalya, %9.1 ile İspanya ve %7.4 ile Polonya takip etmektedir (Eurostat, 2017, s. 1). AB nüfusu 1960'da 406.7 milyon iken 2016'ya kadar 103.4 milyon artarak 510.1 milyon olmuştur. Avrupa Birliği'nde nüfus artış hızı son yıllarda kademeli olarak yavaşlamıştır. Örneğin; AB nüfusu 1960'lı yıllarda yılda 3.3 milyon kişi artarken, 2005-2016 yılları arasında yılda sadece 1.5 milyon kişi artmıştır (Eurostat, 2016, s. 14). İki dünya savaşının neden olduğu büyük can kayıplarına rağmen Avrupa nüfusu, 1900'de 422 milyondan 1950'de 548 milyona çıkmıştır. 1990'ların başında Balkan Savaşları yaşanmasına rağmen ise nüfus büyüklüğü 1950'lerde 48 milyondan 2000'lerde 727 milyona yükselmiştir (Demeny, 2003, s. 2). Avrupa Nüfusu, İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra demografik geçişini tamamlamaya başlamıştır ve 1950'lerde Avrupa'da yıllık nüfus artış hızı yaklaşık binde 11 olmuştur. 1995 yılından sonra ise nüfus büyüme oranları istikrarlı bir şekilde düşmeye başlamıştır. Ancak 1990'ların ortalarından itibaren artan göçler nüfus azalışının bir kısmını telafi etmiştir. 1997 ve 2001 yılları arasında, Avrupa nüfusu 2.08 milyon daraldı ve göçler olmasaydı bu daralma yaklaşık iki kat daha fazla olabilirdi. 2002 ve 2008 dönemlerinde yaşanan küçük çaplı nüfus artışı da göçler sayesinde yaşanmıştır (Avdeev, ve diğerleri, 2011, s. 106). Fakat son yıllarda, Avrupa Birliği'nde nüfus artış hızında hızlı düşüşler yaşanmıştır. 1950 ile 1975 arasında, 1000 kişi başına 8.4 olan yıllık ortalama büyüme hızı son çeyrek yüzyılda 1000'de 2.9 olmuştur. 2000 yılında Bulgaristan, Hırvatistan, Almanya, İtalya, Letonya, Litvanya, İsveç ve Ukrayna gibi 17 Avrupa ülkesi nüfus artış hızında önemli düşüşler kaydetmiştir (Demeny, 2003, s. 2).

Orta Doğu ve Kuzey Afrika Bölgesi'nde yaklaşık 300 milyon kişi yaşıyor ve bu oran dünya nüfusunun yaklaşık %5'ini oluşturmaktadır. Bölgenin 2015 yılı ortalama nüfus artış hızı ise %1.7'dir (Droogers, ve diğerleri, 2012, s. 3102). Cezayir, Mısır, İran, Irak, Fas, Suudi Arabistan, Suriye ve Yemen'in nüfuslarının toplamı bölge nüfusunun yaklaşık yüzde 90'ını oluşturmaktadır (Yousef, 2004, s. 92). Orta Doğu ve Kuzey Afrika Bölgesi'ndeki nüfusun önümüzdeki 40 yıl içinde % 81 oranında artması beklenmektedir. Bölge nüfusunun 2050 yılında 392 milyon olması beklenmektedir (Rogmans, 2013, s. 12).

Güney Asya, dünya yüzeyinde % 4'den daha az yer kaplamasına rağmen, dünya nüfusunun yaklaşık % 24'ünü oluşturmaktadır. Güney Asya, nüfusunun çoğunu Hindistan oluşturmaktadır ve onu sırasıyla, 164 milyon ve 159 milyon olan nüfusları ile Pakistan ve Bangladeş takip etmektedir. Güney Asya aynı zamanda 658.000 nüfuslu Maldivler ile 306.000 nüfuslu Bhutan gibi küçük ülkeleri de içerir (Veron, 2008, s. 9). Bölgedeki ülkeler, nüfuslarına ve nüfus büyüme hızlarına göre farklılık göstermektedir. Bölge dünyanın en kalabalık ülkesi olan Hindistan'ı ve en az kalabalık ülkesi olan Maldivleri barındırmaktadır. Hindistan'ın nüfus artış hızı son yıllarda azalmıştır ve ülkenin bir yüzyıldan uzun süredir en düşük nüfus artış oranı, % 1.5 olarak 2013 yılında görülmüştür. Buna karşılık Afganistan, Maldivler ve Pakistan'ın nüfus artış hızı artmıştır (Dasvarma, 2015, s. 61). Pakistan özellikle risk altındadır, gelecek 20 yıl içinde nüfusunun 85 milyon büyümesi ve nüfusunun yaklaşık 170 milyon olması beklenmektedir (Gordon, 2012, s. 53).

Güney Asya, demografik geçişte dünya geneline göre daha geridedir ve doğurganlık oranı dünya ortalamasının daha üstündedir. 2000'li yılların başında nüfusu dünya nüfusunun dörtte birinden daha az olan Güney Asya'nın nüfusu son otuz yılda %2.1 artmıştır ve bu oran 1975-2005 yılları arasında %1.6 olan dünya ortalamasınınkinden çok daha yüksektir (Veron, 2008, s. 10).

Doğu Asya ülkelerinde nüfus artış hızı büyük oranda düşmüştür. Bölge dünyada nüfus artış hızı en düşük olan ülkeleri barındırmaktadır. Doğu Asya ülkelerinde nüfus artışının kontrol altına alınması için güçlü nüfus politikaları uygulanmıştır. Buna rağmen, Çin'in nüfusu 47 yıl içinde iki katına çıkmıştır ve 1953'te 594 milyondan 2000'de 1.266 milyona ulaşmıştır (Hussain, Cassen, & Dyson, 2006, s. 2). Doğurganlık ve ölüm oranlarındaki değişiklikler diğer iki önemli değişken olan nüfus artışı ve nüfus yaş yapısını da etkilemiştir. 1990'ların başında, Japonya'da nüfus artışı % 0.2'ye düşmüştür, Güney Kore, Tayvan, Singapur ve Tayland'daki nüfus artış oranları ise yaklaşık % 1'e gerilemiştir. Doğurganlığın bir süre sonra azaldığı Endonezya'da ise, nüfus artışı 1990 ve 1994 yılları arasında yılda yüzde 1.6'ya düşmüştür (Mason, 2001, s. 9). Nüfus artış oranı dünya ortalamasının altında olmasına rağmen, dünya nüfusunda önemli bir paya sahip olan bölgenin nüfusunun yarısını 1.3 milyar nüfusu ile Çin oluşturmaktadır (Attane & Barbieri, 2009, s. 9).

Sahra altı Afrika bölgesi, dünya çapında en yüksek nüfus artış oranlarına sahip bölgedir. Sahra altı Afrika'daki insanların sayısının 2050 yılına kadar ikiye katlanması beklenmektedir. Bölgedeki yüksek nüfus artışı, genç yaş yapısının, devam eden yüksek doğurganlığın ve artan yaşam beklentisinin bir sonucudur. Ohadike'nin belirttiği üzere, Sahra-altı Afrika'da nüfus artış hızı, 1965-1980 yıllarında yıllık % 2.6'dan, 1980-1993 yıllarında 2.9'a yükselmiştir (Ohadike, 1996, s. 329). 2007 yılında Afrika kıtasının % 84' ünü temsil eden Sahra-altı Afrika'nın 807 milyon nüfusu vardır; Afrika'daki nüfus artışı bu nedenle Sahra-altı Afrika'ninkine bağlantılıdır (OECD, 2007, s. 3). Sahra-altı Afrika'da birçok hükümet, nüfus artışını doğurganlık sınırlaması yoluyla azaltmayı amaçlayan nüfus politikalarını uygulamaya koymuşlardır. Sahra-altı Afrika'da nüfus politikalarını duyuran ilk ülkeler; 1967'de Kenya ve 1969'da Gana olmuştur. Daha sonra ise 1988'de Nijerya, Senegal ve Liberya onları izlemiştir ve bu eğilim, aynı politikaları benimseyen 30 ülke ile birlikte, 1999 yılına kadar devam etmiştir (Sullivan, 2016, s. 2). Buna rağmen, bölge nüfusunun 2050 yılına kadar 0.8 milyondan, 1.9 milyara çıkması beklenmektedir (Mutunga, Zulu, & De Souza, 2012, s. 3).

Latin Amerika ve Karayipler'de elliden fazla ülke bulunmaktadır ve bunlardan bazıları, Grenada ve Dominik gibi düşük nüfuslu adalardan oluşurken, bazıları ise Meksika ve Brezilya gibi yüksek nüfuslu ülkelerden oluşmaktadır (Guzman, Rodriguez, Martinez, Contreras, & Gonzalez, 2006, s. 521). Latin Amerika ve Karayipler'in nüfusu, azalan oranlarda büyümektedir (Saad, 2009, s. 8). Nispeten yüksek ölüm oranlarına rağmen, bölgedeki büyüme oranı on sekizinci yüzyıldan bu yana dünya nüfusunun üstünde kalmıştır (Guzman, Rodriguez, Martinez, Contreras, & Gonzalez, 2006, s. 521). 1950'de, bölgede yıllık ortalama nüfus artış hızı, %2.8 civarındadır. Büyüme oranı yüzde 1,3'e düşmüştür ve 2050 nüfusun sifıra yakın bir oranda büyüyeceği tahmin edilmektedir (Saad, 2009, s. 8). Latin Amerika'nın yıllık nüfus artış hızı, 1995-2000 döneminde % 1.68 iken, 2040-2050 döneminde % 0.51 seviyesine düşmesi beklenmektedir. Bu, nüfus büyüme oranlarında bir düşüşe neden olsa bile, nüfus patlamasının devam edeceğini gösterir ve Latin Amerika nüfusunun 2050 yılına kadar 838 milyona yükselmesi beklenmektedir (Basso, ve diğerleri, 2001, s. 699).

Ülkelerin gelir düzeyleri ile nüfus artış hızları genel olarak ters orantılıdır. Gelir düzeyi arttıkça nüfus artış hızı düşmektedir. Gelir düzeyi ile nüfus artışı arasındaki ilişki gelir gruplarına göre nüfus artış hızlarının verildiği Tablo 8'de görülmektedir

Tablo 8: Gelir Gruplarına Göre Nüfusun Yıllık Artış Hızı (1960-2050)

	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Düşük Gelirli Ülkeler	2.2	2.6	2.4	2.8	2.8	2.8	2.6	2.4	2.1	1.8
Orta Gelirli Ülkeler	2.1	2.4	2.0	1.9	1.4	1.2	1.0	0.7	0.5	0.4
Yüksek Gelirli Ülkeler	2.9	1.0	0.8	0.8	0.6	0.7	0.4	0.2	0.1	0.0

Kaynak: Dünya Bankası, 2018.

Tablo 8’de 1960 ve 2050 yılları arasında gelir gruplarına göre nüfusun yıllık artış hızı verilmiştir. Nüfus artış hızı üç grupta da azalma göstermesine rağmen düşük gelirli ülkelerde nispeten daha yüksektir. Nüfus artış hızının en yüksek olduğu ülkeler düşük gelirli ülkeler, en düşük olduğu ülkeler ise yüksek gelirli ülkelerdir. Yüksek gelirli ülkelerde göçler nüfus artışına katkı sağlasa bile nüfus artış hızının zamanla daha da düşerek 2050 yılında durması yani 0’a inmesi beklenmektedir. Bunun nedeni olarak ise; düşük gelirli ülkelerde aile planlamasının yeterince oturmuş olmaması, çocuk sayısında azalma yaşanmasına rağmen nispeten hala yüksek olması, eğitim düzeyinin düşük olması, kırsal kesimde yaşayan nüfusun hala yüksek olması, yüksek gelirli ülkelerde ise, çocuk sayısının genellikle 1’e düşmesi ya da birçok ailenin hiç çocuk sahibi olmaması, ölüm oranlarında büyük düşüşler görülmesi ve toplumun yaşlı kesiminde yaşanan artışlar gibi etkenler gösterilebilir.

2.4.5. 65 Yaş ve Üstü Nüfusun Yıllara Göre Değişimi

Nüfus yaşlanması, bir nüfus içindeki yaşlı insanların sayısının artarak, gençlerin sayısının azalması ve nüfus içinde yaşlı nüfusun payının artmasıyla birlikte o nüfusun yaş yapısının değişmesidir. Dünyanın neredeyse her bölgesinde, düşük doğurganlık ve

düşük ölüm oranları ve uzun ömür beklentisi birleşimi nedeniyle yaşlı insanların sayısı önemli ölçüde artmıştır ve daha da artması beklenmektedir. Yaşlı nüfus oranı artarken, yaşlı nüfus içindeki çok yaşlı kişilerin sayısı da artmaktadır. Yani yaşlı nüfus ta kendi içinde yaşlanacaktır. Dünyada görülen yaşlı nüfus artışının yanında, nüfusun yaşlanması sürecinde bölgeler arasında bazı farklılıkları bulunmaktadır. Yaşlı nüfusun yıllara göre oranları ve bölgeler arasındaki farklılıkların görülmesi amacıyla aşağıda Tablo 9 verilmiştir. Tabloda, yüksek yaşlılık oranlarına sahip olan bazı ülkelere ait veriler de ayrıca verilmiştir.

Tablo 9: Bölgelere Göre 65 Yaş Ve Üstü Nüfusun Yıllara Göre Dağılımı (1970-2050)

	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Avrupa Birliği	11.6	13.3	13.8	15.7	17.5	20.7	24.5	28.0	29.7
İtalya	11.1	13.3	14.9	18.1	20.5	23.9	28.5	33.6	34.6
Almanya	13.6	15.6	14.9	16.5	20.5	22.2	26.8	30.0	30.7
Kuzey Amerika	9.9	11.4	12.5	12.3	13.1	16.8	20.7	22.0	22.5
Latin Amerika&Karayipler	4.0	4.4	4.7	5.6	6.7	8.8	11.9	15.4	19.4
Doğu Asya&Pasifik	4.0	4.8	5.7	7.1	8.5	11.6	15.7	20.9	23.2
Japonya	6.9	8.9	11.9	17.0	22.5	28.2	30.3	34.2	36.4
Güney Asya	3.3	3.6	3.8	4.3	5.0	6.2	8.0	10.1	12.9
Orta Doğu&Kuzey Afrika	3.7	3.7	3.7	4.3	4.6	5.4	7.4	10.0	13.6
Güney Afrika	3.7	3.5	3.5	4.0	4.7	5.7	7.1	8.5	10.8

Sahra-altı Afrika	2.9	3.0	3.0	3.0	3.0	3.1	3.4	4.0	5.0
Dünya	5.3	5.9	6.2	6.9	7.6	9.3	11.6	14.0	15.8

Kaynak: Dünya Bankası, 2018.

Tablo 9’da, 65 yaş ve üstü nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ve yıldan yıla değişimi dünyadaki belli bölgeler baz alınarak yapılmış ve bölgelerin yaşlı nüfus artışında öne çıkan bazı örnek ülkeler de verilmiştir. Tablodan da anlaşılacağı gibi dünya genelinde birçok bölgede yaşlı nüfus oranında önemli artışlar yaşanmaktadır ve yaşanmaya devam etmesi beklenmektedir. Yaşlı nüfus oranının en hızlı ve önemli ölçüde arttığı bölge Avrupa Birliği’dir. Bir yüzyılda Avrupa’nın dünyadaki demografik ağırlığı, 3’te 2’den fazla azalacaktır. Avrupa’nın nüfusunun azalmasının yanında asıl önemli olan sorun nüfusun hızlı bir şekilde yaşlanmasıdır (Maresova, Mohelska, & Kuca, 2015, s. 535). Birçok İskandinav ülkesinde 19. yüzyılın sonlarına doğru doğurganlıkta düşüş yaşanmış ve bu da 20. yüzyılın ilk yarısında yaşlı nüfus oranında büyük artışlara neden olmuştur. Güney ve Doğu Avrupa’da doğum oranlarındaki azalma, İskandinav ülkelerinde olduğundan daha geç ve daha hızlı seyretmiştir. Doğurganlık oranlarındaki azalma yaş yapılarını önemli ölçüde etkilemesine rağmen, Avrupa Birliği’nde yaş yapılarının değişmesinde mortalitenin azalmasının etkisi, doğum oranlarının azalmasının etkisinden daha fazladır. Avrupa genelinde yaşlı nüfustaki ölümler 1970’lerden sonra büyük oranda düşmüş ve bu düşüşün nüfusun yaşlanmasına katkısı düşük doğurganlıktan çok daha fazla olmuştur (Rechel, ve diğerleri, 2013, s. 1). Avrupa Birliği’nde hızlı nüfus yaşlanmasının devam etmesi ve 1970 yılında %11.6, 2010 yılında % 20.5 olan 65 yaş ve üzerindeki kişilerin oranının 2050 yılında %29.7 olması beklenmektedir. Avrupa Komisyon’un hazırladığı raporda belirtildiği üzere, yaşlı nüfusun toplam oranı 2010 yılında 87.5 milyon iken 2060 yılında 152.6 milyona yükselmesi beklenmektedir. 80 yaş ve üzerindeki yaşlıların oranının ise % 5’ten % 12’ye çıkması beklenmektedir (Avrupa Komisyonu, 2014, s. 18). Bir Güney Avrupa ülkesi olan İtalya, yaşlı vatandaşların oranının en yüksek olduğu Avrupa ülkesidir. İtalya’daki yaşlı nüfus oranı 1970 yılında Almanya’daki yaşlı nüfus oranından daha düşük olmasına rağmen hızla artmış ve 1990 yılında Almanya ile aynı seviyeye ulaşmış 2000 yılında ise Almanya’dan daha fazla yaşlı nüfus oranına sahip olarak ilerlemiştir.

Avrupa Birliği'nin en yaşlı nüfusa sahip ülkelerinden biri olan Almanya'da yaşlı nüfus sorunu uzun yıllardır devam etmektedir ve Almanya artık demografik değişimin etkilerini kabul etmiştir. Hükümet emeklilik ve sosyal harcamaların maliyetlerini düşürmek amacıyla yaşlı insanların ekonomiye katkısını arttırmak için yaşlıları ücretli istihdamda daha uzun süre tutmaya çalışmaktadır (Nowossadeck, Wiest, Lhe, & Andreas, 2014, s. 1). Tablo 9'da da görüldüğü üzere Almanya'da yaşlı nüfus hızla artmaktadır. 1970 yılında 13.6 olan yaşlı oranı 2000 yılına gelindiğinde 16.5 olmuştur ve 2050'de Almanya'da beklenen yaşlı nüfus oranı ise 30.7'dir. Almanya'da yaşlı nüfus oranının gelişimine bakıldığında dikkat çeken nokta ise 1980 yılından 1990 yılına geçildiğinde yaşlı nüfusta görülen azalmadır. 1980 yılında 15.6 olan yaşlı nüfusunun 1990 yılında 14.9 olduğu görülmektedir. Bu azalmanın nedeni ise Almanya'yı ikiye bölen Berlin duvarının yıkılması, Sovyet devletlerine g etmiş etnik Almanların Almanya'ya geri dönüşü ve dışardan gelen gler olarak gösterilebilir. Almanya'nın yeniden birleşmesi ve dışardan alınan gler Almanya nüfusunu bir süre için hareketlendirse de temelden bir değişme olmadığı için Almanya'da yaşlı nüfusun hızla artmasına engel olunamamıştır.

Tablo 9'dan da anlaşılacağı gibi yaşlı nüfus oranının en düşük seyrettiği yani geçen nüfus oranının en yüksek olduğu kıta Afrika'dır. Afrika yüksek doğum ve ölüm oranları ile demografik geçişin erken aşamalarında bulunmaktadır. Dünyanın neredeyse tüm bölgelerinde yaşlı nüfus oranı toplam nüfustan daha hızlı büyümektedir ve dünyanın diğer bölgelerine kıyasla, Afrika nüfusu %2.27 daha hızlı büyümektedir. Bu nedenle Afrika'da yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı düşük kalmaktadır fakat yaşlı nüfus oranı sayı olarak artmaktadır (Pillay & Maharaj, 2013, s. 11). Sahra-altı Afrika, Afrika'nın diğer bölgelerinde olduğu gibi demografik geçişe geç başlamıştır. Ancak Aboderin ve Beard'ın da belirttiği gibi, dünyanın en fakir ve en geçen bölgesi olan Sahra-altı Afrika'da nüfus diğer bölgeler kadar olmasa da yaşlanmaya başlamıştır (Aboderin & Beard, 2015, s. 9). Sahra-altı Afrika'da yaşlı nüfusun 4 kat artarak yüzyılın sonunda %5'ten %19'a çıkması beklenmektedir. Aynı zamanda yaşlı nüfusun büyüklüğünün 15 kat artarak 43 milyondan 644 milyona çıkması beklenmektedir (Aboderin, Isabella, 2012, s. 88). 2050 yılına kadar Sahra-altı Afrika'da 22 milyonu 80 yaşından büyük olmak üzere yaşlı sayısının 102 milyon olması beklenmektedir (Dulleman, 2006, s. 101). Güney Afrika Bölgesi, Afrika'daki en yüksek yaşlı nüfus oranına sahip bölgedir. Güney Afrika

nüfusunun ortalama %5'i yani yaklaşık olarak 3.7 milyonu 60 yaş ve üzerindedir (Lombard & Kruger, 2009, s. 120). Bölgede sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, çocuk ölümlerinin azaltılması ve beklenen yaşam sürelerinin artması gibi konularda ciddi adımlar atılmıştır. Botswana, Lesotho, Zimbabwe gibi ülkelerde yaşlı nüfusun daha yüksek olmasının nedenlerinden biri, HIV ve AIDS nedeniyle yetişkin yaş grubunda küçülme olmasıdır (Nabalamba & Chikoko, 2011, s. 8).

Güney Asya ülkelerinde nüfus diğer Asya ve Batı ülkelerine göre daha geç yaşanmaktadır. Güney Asya ülkelerinin nüfusu, dünya nüfusunun toplamının %23'üne ve toplam Asya nüfusunun %36.4'üne denk gelmektedir. Buna rağmen Güney Asya ülkelerindeki yaşlı nüfusun yüzdesi, Asya'daki toplam yaşlı nüfusun %6.5'ine denk gelmektedir ve 1995 yılında dünyadaki toplam nüfusun %9.5'ine denk gelmekteydi (Sandeep, Chauhan, & Siddiqui, 2013, s. 127). Bu ülkelerin yüksek nüfuslu olmasının en önemli nedeni ise yüksek doğurganlık hızıdır ve doğurganlık oranının yüksek olması nedeniyle Güney Asya'da yaşlı nüfus oranında çok büyük bir artış yaşanmamıştır. Bu bölgede doğurganlığın yüksek olma nedenleri ise, geleneksel olarak büyük aile yapılarına sahip olmaları, dinsel yönden aile kurmanın ve çocuk sahibi olmanın desteklenmesi ve nüfusun büyük çoğunluğunun kırsal kesimlerde yaşamasıdır. Fakat buna rağmen bu ülkelerin de nüfuslarının çoğu yaşlanmaya başlamıştır. Martin'in belirttiği gibi, 2025 yılına kadar, Hindistan ve Sri Lanka nüfusunun %10'u 65 yaşın üzerinde olacak ve Bangladeş, Nepal ve Pakistan nüfusu onlara göre daha yavaş yaşlanacak olsa da 65 yaş ve üstü nüfusun 1990'dan 2025 yılına kadar üç katına çıkması beklenmektedir (Martin, 1990, s. 93).

Doğu Asya ülkeleri, nüfusun yaşlanma hızına göre kabaca dört kategoriye ayrılabilir. Birinci kategoride en yaşlı nüfusa sahip Japonya, ikinci kategoride Güney Kore, Singapur ve Hong Kong, üçüncü kategoride Çin ve Tayland ve dördüncü kategoride ise diğer Doğu Asya ülkeleri yer almaktadır (Oguro, 2011, s. 23). Japonya uzun yaşam beklentisine sahip olmasından dolayı dünyanın en hızlı yaşlanan ülkeleri arasındadır. 2004 yılında Japonya'da toplam nüfusun %19.5'ini yani 24.9 milyonunu yaşlı nüfus oluşturuyordu. Ülkede yaşlı nüfus oranının hızla artmaktadır, yaşlı nüfus oranı 2018'de %25.3'den ve 2033 yılında ise %30'dan fazla olması beklenmektedir (Kovacs, 2008, s. 124). Yaşlanma süreci aynı zamanda, 2025 yılına kadar çok yaşlı toplumlara dönüşmesi beklenen Hong Kong, Güney Kore, Singapur ve Tayvan gibi

Doğu Asya ülkelerinde de kendini göstermiştir. 2005 yılında, yaşlı nüfusun payı Kore ve Tayvan'da %9'un üzerinde, Singapur ve Çin'de ise %7.6 civarlarındaydı. 2050 yılında ise bu oranın, Kore ve Tayvan'da %35, Singapur'da %31 ve Çin'de ise %24 olması beklenmektedir (Kim & Lee, 2007, s. 27). Daha büyük bir nüfusa sahip olan Doğu Asya, Batıdan daha hızlı ve daha kritik yaşlanmayı deneyimleyecektir (Sheykhi, 2018, s. 11).

Latin Amerika ve Karayipler'de ise yoksulluk ve yetersiz beslenme koşulları nedeniyle 60 yaş ve üstünü görmek oldukça zor iken yaşam standartlarının gelişmesiyle mortalitede düşüş yaşanmıştır. 20. yüzyılın başlarında Latin Amerika ve Karayipler'de ölüm oranları düşerken doğum oranları aynı şekilde devam etmiştir. Bu dönemde bölgede kadın başına yaklaşık 6 doğum gerçekleşmekteydi (Leeson, 2011, s. 11). Fakat son 30 yılda kentleşme oranlarında ve eğitim oranlarında artış yaşanması ve sosyo ekonomik statünün gelişmesiyle birlikte doğurganlık oranları da düşmüştür. Ömür süresinin uzamasıyla daha fazla insan daha yüksek yaşları görmeye başlamıştır ve doğurganlıktaki düşüşle birlikte bölgede yaşlı nüfus oranı diğer bölgelere göre nispeten düşük olsa da artmaya başlamıştır.

Ortadoğu ve Kuzey Afrika Bölgesi'nde, 65 yaş ve üstü nüfusun oranı, dünyanın genel eğilimine uyarak, yıllar içinde artış göstermektedir. 1970 yılında 3.7 olan 65 yaş ve üstü nüfusun oranının 2050 yılında 13.6 olması beklenmektedir. Bölgede yaşlı nüfusta yaşanan artışa rağmen 2050 yılında, yaşlı nüfus oranında, bölge ortalamasının 15.8 olan dünya ortalamasının altında kalması beklenmektedir. 2000 yılında Ortadoğu ve Kuzey Afrika Bölgesi'nde 65 yaş ve üstü nüfus oranı 10 milyon iken bu oranın 2030 yılında yaklaşık 50 milyon olması beklenmektedir. Bölge ülkelerinden Mısır'ın yaşlı nüfusunun 2000 yılında 4.3 milyondan 2050 yılında 23.7 milyona çıkması beklenmektedir. Suudi Arabistan'da ise yaşlı nüfus 2000 yılında 1 milyon iken 2050 yılında 7.7 milyon olması beklenmektedir (Halsall & Cook, 2017, s. 5). Bölgede yaşlı nüfusun artmasının nedenleri olarak, sağlık sisteminde yaşanan düzelmeye, bulaşıcı hastalıklarda yaşanan düşüş, ömür sürelerinin uzaması, doğum ve ölüm oranlarında yaşanan azalma gibi etkenler sayılabilir.

Kuzey Amerika Bölgesi'nde, 65 yaş ve üstü nüfusun oranı yıllar içinde artış göstermiş ve tüm yıllarda dünya ortalamasının üstünde seyretmiştir. Bölge nüfusu, 20.yy.'den itibaren yaşlanmaya başlamıştır. Amerika nüfus dağılımı piramit şeklini

almıştır ve piramidin en altında yaşlı nüfus bulunmaktadır. Amerika’da 20.yy’nin başlarından sonra doğumda beklenen yaşam süresi 30 yıldan daha fazla artmıştır. 1900’li yıllarda doğan bebeklerin %42’si 65 yaşına kadar hayatta kalırken, bu oran 2000’li yıllarda doğan bebekler için %83’e çıkmıştır (Rowe, 2009, s. 17). Bölgenin gelişmiş ülkelerinden Kanada’nın nüfusu diğer gelişmiş ülke nüfusları gibi yaşlanmaktadır. 2010 yılında 65 yaş ve üstü Kanadalıların sayısı 2010 yılında 4.8 milyon iken 2036 yılında 10.4 milyon olması beklenmektedir. 2056 yılında her 10 Kanadalıdan birinin 80 yaş ve üzeri olması beklenmektedir (Sheets & Gallagher, 2012, s. 2). Yaşlanma Kuzey Amerika Bölgesi’nin tümünde görülmesine rağmen, genç nüfusa sahip Meksika’da hızlı bir demografik dönüşüm görülmektedir. Meksika’da ortanca yaş 2015 yılında 27.9 iken 2050 yılında 42 olması beklenmektedir. Meksika’da yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı, 2010 yılında %6.3 iken, 2050 yılında yaklaşık %23’e çıkması beklenmektedir. 2050 yılında Meksika’nın toplam nüfusunun 150 milyona, 65 yaş ve üstü nüfusun ise 28.7 milyona ulaşması beklenmektedir (Angel, Vega, & Ortega, 2017).

65 yaş ve üstü nüfustaki artışın gelir ile doğrusal bir ilişkisi bulunmaktadır. Gelir düzeyi yüksek ülkelerde sağlık hizmetleri ve teknolojinin gelişmesi, yaşam standartlarının, eğitim düzeyinin yüksek olması gibi birçok koşula bağlı olarak yaşam sürelerinde yaşanan artış, doğum ve ölüm oranlarının düşmesi yaşlı nüfusun artmasına neden olmuştur. Ülkelerin gelir düzeyleri ile 65 yaş ve üstü nüfus oranında yaşanan değişim arasındaki ilişkiyi görmek amacıyla Tablo 10’a yer verilmiştir.

Tablo 10: Gelir Gruplarına Göre 65 Yaş Ve Üstü Nüfusun Yıllara Göre Dağılımı (1970-2050)

	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Düşük Gelirli Ülkeler	2.9	3.0	3.1	3.2	3.3	3.4	3.7	4.3	5.3
Orta Gelirli Ülkeler	4.0	4.6	4.9	5.7	6.4	8.2	10.7	13.6	15.9
Yüksek Gelirli Ülkeler	9.9	11.3	12.2	13.7	15.4	18.7	22.4	25.3	26.8

Kaynak: Dünya Bankası, 2018.

Tablo 10’da, 1970 ve 2050 yılları arasında gelir gruplarına göre yaşlı nüfusun dağılımı yapılmıştır. Nüfus artış hızının tam tersi olarak yaşlı nüfusun en fazla arttığı ülkeler yüksek gelirli ülkelerdir. Yüksek gelirli ülkelerde yaşlı nüfus oranının çok yüksek olmasının nedenleri olarak; yaşam standartlarının iyileşmesi, tıp alanında yaşanan teknolojik gelişmeler ve bunlara bağlı olarak, doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması, ölüm oranlarıyla birlikte doğurganlık oranlarının da düşmesi sayılabilir. Bu nedenlerden dolayı, yaşlı nüfus içinde yaş sınırı da yükselmiştir ve özellikle yüksek gelirli ülkelerde yaşlı nüfusun birçoğunun ileri yaş seviyesinde olması beklenmektedir. Tablo 10’a bakıldığında, orta gelirli ülkelerde yaşlı nüfus artış hızının yüksek gelirli ülkelere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Yüksek gelirli ülkelerde yaşlı nüfus artışı daha yavaş ilerlemektedir. Bunun nedeni ise; gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfus oranının zaten yüksek olması ve genç nüfusun daha az olmasından kaynaklanmaktadır. Yüksek gelirli ülkelerde, tıp ve teknolojinin gelişmesi, yaşam standartlarının iyileşmesi, yaşam sürelerinin uzaması, doğum ve ölüm oranlarındaki düşüş gibi gelişmeler zamana yayılarak yaşanırken gelişmekte olan ülkelere çok daha hızlı gerçekleşmiştir. Düşük gelirli ülkelerde ise, yaşlı nüfus oranı artmasına rağmen, doğum oranlarının nispeten daha yüksek olması nedeniyle, yaşlı nüfus oranı diğer ülkelere göre daha düşüktür.

2.4.6. Yaşlı Nüfus Yaş Bağımlılık Oranı

Yaş bağımlılık oranları, çocuk bağımlılık oranı ve yaşlı bağımlılık oranı olarak ayrılmaktadır. Çocuk yaş bağımlılık oranı 15 yaşın altındaki çalışmayan çocuk sayısının çalışan nüfusa oranını ifade etmektedir. Yaşlı bağımlılık oranı ise, 65 yaş ve üstü nüfusun çalışan nüfusa oranını ifade etmektedir. Diğer bir deyişle, çalışmayan, bağımlı nüfustaki kişi sayısı başına düşen çalışan nüfustaki kişi sayısını ifade etmektedir. OECD'nin belirttiği üzere, yaş bağımlılık oranları, nüfusun yaş yapısının bir ölçütüdür. Bu günlük yaşamları için başka bir bireyin desteğine ihtiyaç duyan, bağımlı olan, bireylerin sayısını bu desteği sağlayabilecek kişi sayısı ile ilişkilendirir. Yaş bağımlılık oranları, sosyal politikanın faaliyet gösterdiği küresel ortamı ve karşılanması gereken ihtiyaçların çeşitlerini etkiler (OECD, 2006, s. 42). Yaşlılık bağımlılığının başlangıcını, sabit 65 yaş olarak almak doğru değildir (Sanderson & Scherbov, 2007, s. 48). Yaşlılık bağımlılık

oranın altında yatan 15 yaş altı ve 65 yaş üstü kişilerin çalışmadıkları ve 15-64 yaş arası çalışan nüfusa bağımlı oldukları varsayımı genel bir varsayımdır fakat 15-64 yaş aralığındaki her bireyin çalıştığı ve 15 yaş altı ve 65 yaş üstü her bireyin de bağımlı olmadığı göz önünde bulundurulmalıdır. Yaş bağımlılığının zaman içinde artması, demografik geçişin bir sonucudur. Lee'nin de belirttiği üzere, geçişin ilk evresinde doğurganlık yüksek kalırken ölüm oranları düşer. Bu da nüfus içindeki çocuk sayısının artmasına ve dolayısıyla da çocuk bağımlılık oranının artmasına neden olmaktadır. Daha sonra doğurganlık azaldıkça çocuk bağımlılık oranları da azalmakta ve çalışma çağındaki nüfus bağımlı nüfustan daha hızlı büyümektedir böylece toplam bağımlılık oranı azalmış olur. Üçüncü aşamada ise, artan yaşam süresi yaşlı nüfusun hızlı bir şekilde artmasına neden olur ve yaşlı bağımlılık oranı hızla artar (Lee R. , 2003, s. 182). Yaşlı nüfus yaş bağımlılık oranı, tüm dünyada artan bir eğilim göstermesine rağmen bölgeler arasında farklılıklar bulunmaktadır. Yaşlı nüfus yaş bağımlılık oranında yaşanan artışı ve bölgeler arasındaki farklılıkları görmek amacıyla, Tablo 11’de yaşlı nüfus yaş bağımlılık oranının bölgelere göre değişimi verilmiştir.

Tablo 11: Bölgelere Göre Yaşlı Nüfusun Yaş Bağımlılık Oranı (1960-2015)

	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015
Doğu Asya Ve Pasifik	6.8	6.7	7.1	7.6	8.2	8.5	8.9	9.7	10.6	11.2	12.0	13.8
Avrupa Birliği	15.2	16.5	18.2	19.7	20.6	19.2	20.6	22.0	23.4	24.8	26.2	29.3
Latin Amerika Ve Karayipler	6.8	7.2	7.4	7.6	7.8	7.8	8.1	8.4	8.9	9.6	10.3	11.4

Orta Doğu Ve Kuzey Afrika	6.9	7.1	7.2	7.2	6.9	6.8	7.0	7.3	7.3	7.2	7.0	7.3
Güney Asya	5.6	5.8	6.0	6.2	6.4	6.5	6.6	6.8	7.2	7.5	7.9	8.4
Güney Afrika	6.9	6.9	6.7	6.6	6.1	6.1	6.2	6.2	6.5	6.8	7.2	7.7
Sahra-Altı Afrika	5.4	5.5	5.5	5.6	5.7	5.8	5.8	5.8	5.7	5.6	5.7	5.7
Kuzey Amerika	15.0	15.4	16.0	16.3	17.2	18.0	18.9	19.2	18.6	18.5	19.5	22.3
Dünya	8.6	8.9	9.3	9.7	10.0	9.9	10.1	10.6	10.9	11.3	11.7	12.6

Kaynak: Dünya Bankası, 2018.

Tablo 11'e bakıldığında, 1960'lı yıllardan itibaren yaşlı nüfus yaş bağımlılık oranının tüm bölgelerde arttığı görülmektedir. Yaşlı nüfus yaş bağımlılık oranının en yüksek olduğu bölge, toplam nüfusunun büyük kısmını yaşlı nüfusun oluşturduğu, Avrupa Birliği'dir. Yaşlı nüfus yaş bağımlılık oranının en düşük olduğu bölge ise, demografik dönüşüme daha geç başlayan ve yoksulluk ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele eden Sahra-altı Afrika Bölgesi'dir.

Avrupa Birliği'nde yaşlı nüfus hızla büyüyor. 2010 yılında, yaşı 65 yaş ve üstü olan her bir kişi için 15-64 yaş aralığından 4 kişi düşerken, 2050'de bu oranın 2 kişiden az olması beklenmektedir (Muszynska & Rau, 2012, s. 152). Nüfus yaşlanması aynı zamanda işgücü yaşlanmasını da beraberinde getirmektedir, nüfus yaşlanırken sadece yaşlılık bağımlılığı oranında artış olmaz aynı zamanda işgücü de yaşlanır. Özellikle 55 yaş üzerindeki işçilerin işgücüne katılımının, İspanya, İtalya, Portekiz, Yunanistan ve İrlanda gibi ülkelerde önümüzdeki yıllarda artması beklenmektedir (Aiyar & Ebeke, 2016, s. 4). 2001 yılında Avrupa Birliği ülkelerinde, toplam yaş bağımlılık oranı %48.9, yaşlılık bağımlılık oranı %23.5 ve genç bağımlılık oranı ise %25.2 idi. 2016 yılında

toplam bağımlılık oranı, %53.2 olmuş ve yaşlılık bağımlılık oranı %29.3'e çıkarken, genç bağımlılık oranı %23.9'a gerilemiştir. Toplam yaş bağımlılık oranı Avrupa Birliği ülkelerinde hızlı bir şekilde artmaya devam etmektedir ve yaş bağımlılık oranının 2030 yılında %63.5'e ulaşması beklenmektedir. 2050 yılında bu oranın %76.5'e ulaşması, 2080'de ise %80 olması beklenmektedir (Avrupa Parlamentosu, 2017, s. 8). AB üyeleri arasında yaş bağımlılık oranlarında farklı artışlar beklenmektedir. Polonya ve Slovakya'da 40 puandan fazla artış beklenirken, Belçika, İrlanda, Fransa, Finlandiya ve İsveç'te ise yaş bağımlılık oranında 20 puandan daha az bir artış beklenmektedir. Toplam bağımlılık oranının 2070 yılında %80 veya üzerinde olacağı diğer ülkeler arasında Malta, Bulgaristan, Kıbrıs, Letonya, Almanya, Romanya ve Hırvatistan bulunmaktadır (Avrupa Komisyonu, 2017, s. 15).

Güney Asya ülkeleri, son yıllarda nüfusun sağlığını iyileştirmiştir fakat bulaşıcı olmayan hastalıkların ve yaşlanan nüfusun zorluklarını yaşamaktadır (Weel, ve diğerleri, 2016, s. 1). Güney Asya'da genç nüfusun büyüdüğü 1970'den önce, yaşlılık bağımlılık oranı bir miktar düşmüş, çocuk bağımlılık oranı artmıştır. 1970'den sonra ise yaşlılık bağımlılık oranı artarken çocuk bağımlılık oranı düşmüştür. Fakat yaşlılık bağımlılık oranındaki artış çocuk bağımlılık oranındaki azalmayı dengeleyememiştir. 2050 yılına kadar ise yaşlılık bağımlılık oranındaki artışın çocuk bağımlılık oranındaki azalmayı dengeleyecek kadar yüksek bir seviyeye yükselmesi beklenmektedir (Ghazy & Siddhisena, 2009, s. 7). Güney Asya'nın toplam bağımlılık oranı 1960'da %6.9 iken 2015'te 8.4'e yükselmiştir. Bunun iki nedeni vardır; yaşlı nüfusun hızlı artışı ve çalışma çağındaki nüfusta yaşanan durgunluktur (Kang & Magoncia, 2016, s. 5)

Demografik geçişin ilk evrelerinde, çocukların hayatta kalma şansı arttığı ve gençlerin sayısı çoğaldığı için genç bağımlılık oranı artmaktadır. Daha sonra doğurganlık oranındaki düşmeler, 15 yaş altı bağımlı oranı düşer ve çalışan nüfus oranı artar. Geçişin son evrelerinde olan Batılı ülkelerde, yaş bağımlılık oranı 65 yaş ve üstü nüfusun oranı arttıkça tekrar yükselmektedir. Fakat Orta Doğu ve Kuzey Afrika ülkelerinde durum henüz bu şekilde değildir. Orta Doğu ve Kuzey Afrika Ülkeleri'nde bağımlılık oranı 1950'den 2015'e kadar ilk aşamalarda devam etmektedir (Engelhardt & Schulz, 2017, s. 16). Günümüzde Orta Doğu ve Kuzey Afrika, genç nüfusun yüksek olduğu bir bölgedir. Bölgede ülkeler demografik geçişin farklı evrelerini yaşamaktadır. Bazı ülkelerde, Suriye, Irak, Filistin, Ürdün ve Yemen gibi, demografik geçişin ilk evreleri yaşanıp, nüfus

ve çocuk bağımlılık oranı nispeten yüksektir. Bölgenin bazı ülkeler ise, İsrail, Lübnan, Tunus, Libya, Cezayir gibi, demografik geçişin son evrelerindedir, nüfus artışları azalmış, yaşlı sayısı artmış ve yaşlı bağımlılık oranı artmıştır (Yüceşahin & Tulga, 2017, s. 10). İran'da son otuz yılda bağımlılık oranı yarıdan fazla azalarak, 1980'de yüzde 86'dan, 2010'da yüzde 40'a düşmüştür. İlk aşamada çocuk bağımlılık oranı yüksekken, zamanla doğum oranları düşünce çocuk bağımlılık oranları da azalır. Daha sonra yaşlı nüfus artmaya başlayınca, yaşlı bağımlılık oranları artar. İran'ın, bağımlılık oranı tekrar yükselmeye başlamadan önce yaklaşık 30 yıl boyunca bu seviyede kalması beklenmektedir (Assaad & Roudi-Fahimi, 2011, s. 6). 2050'den itibaren İran, Lübnan ve Umman'daki nüfusların, Orta Doğu ve Kuzey Afrika ülkeleri arasındaki yaşlılık bağımlılığı yükündeki en yüksek artışları görmesi bekleniyor. Örneğin, Tunus'un 1980'deki yaşlılık bağımlılık oranının %6.9'dan 2025 yılında %15'e ve 2100'de %54'e yükselmesi beklenmektedir (Mckee, Keulertz, Habibi, Mulligan, & Woertz, 2017, s. 11).

Sahra altı Afrika, dünyanın en yüksek doğurganlık oranına sahip bölgesidir. Yüksek doğurganlık oranı nüfus yapısının genç kalmasına ve dolayısıyla da genç bağımlılık oranının düşük yol açar (Randall & Coast, 2016, s. 144). Sahra-altı Afrika ülkelerinin çoğu, diğer bölgelere göre daha geç olsa da doğurganlık oranındaki düşüşün neden olduğu demografik geçişe başlamıştır (Keho, 2012, s. 70).

Latin Amerika yavaş ve emin adımlarla yaşlanmaktadır. Latin Amerika'da 65 yaş ve üzerindeki kişilerin oranı, 2000 ve 2050 yılları arasında üç katına çıkacak ve Latin Amerika'da her beş kişiden biri o gruba dahil olacaktır. Yaşlı nüfusun genç nüfustan daha hızlı bir şekilde büyümesi sonucunda yaşlı bağımlılık oranı da artmaktadır. 2050 yılında, beş Latin Amerikalıdan birinin 65 yaş veya üstünde olacağı tahmin edilmektedir. Hem yaşlı sayısının hem de ömür sürelerinin artmasıyla birlikte yaşlı bağımlılık oranının da artması beklenmektedir (Leeson, 2011, s. 11). Latin Amerika'da 1950'lerin ortalarında doğurganlık oranları azalmaya başlamıştır fakat çocukların nüfus içindeki oranı 10 yıl daha yüksek kalmıştır ve bunun sonucunda da bölgede bağımlılık oranı artmaya devam etmiştir (Dünya Bankası, 2011, s. 8). 1960'ların ortalarında, Latin Amerika'da 15 yaş altındaki nüfusun yüzdesi çok artmıştır ve 100 çalışma çağındaki kişi başına yaklaşık 89 kişi ile bağımlılık oranı zirve yapmıştır (Brea, 2003, s. 19). 1970'lerden başlayarak nüfus içindeki çocukların yüzdesi düşmeye, çalışan nüfusun yüzdesi ise artmaya başlamıştır ve böylece bağımlılık oranları da düşmüştür. Latin Amerika'da yaşlı nüfus bağımlılık oranı

çok yüksek olmamakla birlikte istikrarlı bir şekilde artmaktadır ve 2020 yılına gelindiğinde hızlı bir şekilde artması beklenmektedir (Dünya Bankası, 2011, s. 8). Latin Amerika'da, 2005 yılında her yaşlıyı desteklemek için 8.7 çalışan kişi vardı. Bu oranın 2025 yılına kadar 5.7 olması ve 2050 yılına kadar 3.1'e düşmesi beklenmektedir. Bu oranın Brezilya, Meksika ve Şili'de, daha da düşmesi ve bu oranların Brezilya'da 2.9, Meksika'da 2.7 ve Şili'de 2.5 olması beklenmektedir (Richard, Strauss, & Howe, 2009, s. 11). Brezilya'da şu anda çalışma çağındaki nüfusun oranı toplam nüfusun oranına göre yüksektir ve 2020 yılına kadar da toplam bağımlılık oranının düşük kalması beklenmektedir. 2020 yılı sonrasında ise bağımlılık oranının hızla yükselmesi beklenmektedir (Dünya Bankası, 2011, s. 11). Uruguay'da 2002 yılında nüfusun % 13'ü 65 yaş ve üstündedir. Arjantin ve Küba'da ise, 65 yaş ve üstü nüfusun oranı % 10 civarındadır. 2020'den sonra, bölgede yaşlılık oranı daha fazla artacak ve 2030'dan sonra bağımlılık oranı yükselecektir (Brea, 2003, s. 20). Yaşlanma ve dolayısıyla yaşlı bağımlılık oranı Karayipleri etkilemektedir, Dünya Bankası tarafından yüksek gelirli olarak sınıflandırılan Aruba, Curaçao, Guadeloupe, Martinik ve Virgin Adaları gibi bölgelerde yaşlı bağımlılık oranı yüksekken, Guyana, Belize, Surinam ve Jamaika gibi orta gelirli ülkelerde, yaşlı bağımlılık oranı daha düşüktür (Birleşmiş Milletler, 2017, s. 5).

Doğu Asya ülkeleri demografik dönüşümün etkilerinin en fazla görüldüğü ülkelerdendir ve bu durum bağılı olarak bölgede yaşlı nüfus oranı çok hızlı artmaktadır. Başta Japonya olmak üzere yaşlı nüfus oranlarının çok hızlı olduğu ve gelecek dönemlerde nüfusunun daha da yaşlanması beklenen Doğu Asya ve Pasifik Bölgesi'nde yaşlı nüfus oranıyla paralel olarak yaşlı nüfus bağımlılık oranları da hızlı bir artış göstermektedir. Tablo 11'de de görüldüğü gibi Doğu Asya ve Pasifik Bölgesi'nde yaşlı nüfus yaş bağımlılık oranı, özellikle 2000'li yıllardan sonra dünya ortalamasının üstünde artan bir eğilim göstermektedir. Yaşlı nüfus bağımlılık oranı 1980 ve 2008 yılları arasında bölgenin yeni sanayileşen ülkeleri olan, Hong Kong, Kore Cumhuriyeti, Japonya ve Çin'de diğer ülkelere göre daha hızlı arttığı görülmektedir fakat ülkeler arasındaki bu farklılığa rağmen son yıllarda bölgenin geri kalan ülkelerinde de yaşlı nüfus bağımlılık oranının bu ülkelere yaklaşılmaya başladığı görülmektedir. 2002 ve 2007 yılları arasında Kore Cumhuriyeti'nde yaşlı nüfus oranı %2.6, Filipinler'de ise %0,5 artmıştır ve buna

bağlı olarakta 2007 yılında Kore Cumhuriyeti'nde yaşlı nüfus bağımlılık oranı %13.9 iken Filipinler'de %6.4 olarak gerçekleşmiştir (ADB, 2012, s. 115).

Kuzey Amerika Bölgesinde doğum oranlarının düşmesi, yaşam sürelerinin uzaması ve yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte yaşlı bağımlılık oranı da her geçen gün artmaktadır. Kanada'da 2031 yılına kadar yaklaşık dört kişiden biri 65 yaşın üzerinde olacak. Daha yaşlı nüfusun hızla büyüyen kısmı, 80 yaşından büyükler, 2000 yılına kıyasla 2026 yılına kadar iki katına 2051 yılında ise 4 katına çıkması beklenmektedir (Boivin, 2012, s. 5). Bağımlılık oranı, Kanada'da 1960'ların ortalarında 100 kişi için 67 bağımlı kişi varken, bu oran 1980'lerde 47 bağımlıya düşmüştür. Bağımlılık oranı Amerika Birleşik Devletleri'nde de Kanada benzer bir düşüş göstererek 1965'te 51 iken 1987'de 32 olmuştur (Chawla, 1990, s. 3). Kanada'da bağımlılık oranı 2007 yılında 43.9 iken 2016'da yaklaşık 48.3 olmuştur, 2030 yılında ise 63.7 olması beklenmektedir (Statcan, 2016, s. 56).

Bölgelerin yaş bağımlılık oranlarına bakıldığında, yüksek gelirli ve gelişmiş bölgelerin diğer bölgelere göre daha yaşlı nüfusa ve daha yüksek yaşlı bağımlılık oranına sahip olduğu görülmektedir. Tablo 12'de ülkelerin gelir düzeyleri ve yaş bağımlılık oranı arasındaki ilişkinin yıllara göre değişimi verilmektedir.

Tablo 12: Gelir Gruplarına Göre Yaşlı Nüfusun Yaş Bağımlılık Oranı (1960-2015)

	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015
Düşük Gelirli Ülkeler	5.2	5.2	5.4	5.5	5.8	5.8	5.9	6.0	6.0	6.1	6.2	6.2
Orta Gelirli Ülkeler	6.7	6.9	7.2	7.6	8.0	7.9	8.1	8.6	9.0	9.4	9.6	10.5
Yüksek Gelirli Ülkeler	13.9	14.6	15.7	16.6	17.4	17.1	18.3	19.5	20.4	21.5	22.8	25.7

Kaynak: Dünya Bankası, 2018.

Tablo 12’de, 1960 ve 2015 yılları arasında gelir gruplarına göre ülkelerin yaş bağımlılık oranları verilmiştir. Yaşlı nüfus bağımlılık oranının en yüksek olduğu ülkeler, yaşlı nüfus oranının en yüksek olduğu yüksek gelirli ülkelerdir. Orta gelirli ülkelerde yaşlı nüfus oranında yaşanan hızlı artış nedeniyle yaşlı nüfus yaş bağımlılık oranında da paralel olarak hızlı bir artış yaşanmaktadır. Yüksek gelirli ülkelerde yaşlı nüfus yaş bağımlılık oranı uzun süredir yüksek seyrettiği için bu ülkelerin yaşlı nüfus bağımlılık oranının getirdiği yükü sübvanses etmesi daha kolayken, yaşanan hızlı artış nedeniyle orta gelirli ülkelerin bu konuda daha çok önlem alması gerekmektedir.

2.5. SAĞLIK HARCAMALARI

Çalışmanın bundan önceki kısmında, nüfusun yaşlanmasına neden olan faktörler açıklanmıştır. Bu bölümde ise, yaşlı nüfus oranında yaşanan artışın, sağlık harcamaları üzerinde yarattığı etkilerin görülebilmesi amacıyla, toplam sağlık harcamaları, kamu sağlık harcamaları, özel ve kişi başına sağlık harcamaları rakamlarının yılları içindeki değişimleri verilmiş ve bölgeler bazında açıklanmıştır.

Sağlık hizmetleri, ülkelerin en büyük hizmet sektörlerinden biridir. Bireylerin görevlerini yerine getirebilmesi ve içindeki buldukları topluma katkı sağlayabilmeleri için sağlık hizmetlerinden yararlanmaları gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin topluma yaydığı pozitif dışsallık, sağlık hizmetlerinin ekonomik açıdan önemini göstermektedir (Ağır & Tıraş, 2018, s. 643).

Dünya genelinde, yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır ve bu da birçok hastalığı beraberinde getirmektedir. Artan hastalıklar, tıp alanındaki teknolojik gelişmeler ve artan ilaç masrafları tüm dünyada sağlık hizmetlerine olan talebin ve devletler üzerindeki mali yükün artmasına neden olmaktadır. Getzen’in belirttiği gibi, nüfusun yaşlanmasıyla ilgili olarak popüler görüşe göre, iki gözlem üzerinde durulur: Birincisi; yaşlı insanların daha fazla sağlık hizmeti aldığı, ikincisi ise, 1960 yılı civarında başlayan nüfusun hızla yaşlanması ile sağlık harcamalarındaki keskin artışın çakışmasıdır (Getzen, 1992, s. 98). Nüfus yaşlanmasının sağlık harcamalarına olan etkisi, uzun zamandır sağlık ekonomisi alanında tartışılan konulardan biri olmuştur. 2. Dünya Savaşı’ndan sonra Batı’da

doğurganlık hızının azalması ve nüfusun yaşlanması ile Batı ülkelerinde 1970'lerde GSYH'nin yaklaşık %5'i kadar olan sağlık harcamaları 2009'da % 10 'a yükselmiştir (Meijer, Wouterse, Johan, & Koopmanschap, 2013, s. 353).

2.5.1. Toplam Sağlık Harcamaları

Toplam sağlık harcamaları, devlet ve özel sağlık harcamalarının toplamından oluşmaktadır. Toplam sağlık harcamalarının dönem içinde artış göstermesi fakat GSYH içindeki payının artmaması sağlık harcamalarındaki artış düzeyinin olması gerekenin altında olduğunu, ülkelerin sağlık harcamalarına gereken önceliği vermediğini göstermektedir.

Demografik değişimler sonucu sağlık harcamalarında yaşanan genel artışı anlayabilmek amacıyla, bölgelerin toplam gelirlerinin ne kadarını sağlık harcamalarına ayırdığına bakmak gerekmektedir. Bu nedenle, Tablo 13'te bölgelerin toplam sağlık harcamalarının GSYH'ye oranının, yıllara göre değişimi verilmiştir.

Tablo 13: Bölgelere Göre Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH'ye Oranı (1995-2014)

	1995	2000	2005	2010	2014
Avrupa Birliği	8.3	8.4	9.2	10.0	10.0
Kuzey Amerika	12.8	12.8	14.7	16.5	16.5
Latin Amerika & Karayipler	6.3	6.3	6.8	7.2	7.2
Doğu Asya & Pasifik	5.8	6.5	6.6	6.9	6.9
Güney Asya	3.8	3.9	4.1	4.1	4.4
Orta Doğu & Kuzey Afrika	4.2	4.6	4.3	5.1	5.3

Güney Afrika	8.3	8.1	7.8	8.5	8.8
Sahra-altı Afrika	6.1	5.5	5.8	5.8	5.5
Dünya	8.5	9.0	9.8	10.0	9.9

Kaynak: Dünya Bankası, 2018.

Tablo 13'te, dünya üzerindeki tüm bölgelerde, GSYH içinden toplam sağlık harcamalarına ayrılan payın artış eğiliminde olduğu görülmektedir. Bölgelerin sağlık harcamalarında yaşanan artışlar demografik değişimlerle paralel olarak artmasına rağmen, GSYH'lerinin büyüklüğü de sağlık harcamalarına ayırdıkları payı etkilemektedir. 2015 yılı verilerine göre, dünya üzerinde en düşük toplam sağlık harcamasına sahip ülke Güney Asya iken, en yüksek toplam sağlık harcamasına sahip ülke ise Kuzey Amerika'dır.

2014 yılı verilerine göre; İsveç, Fransa, Almanya ve Hollanda AB üye ülkeleri arasında GSYH'ye oranla en yüksek sağlık harcamasına sahip ülkelerdir. Almanya'daki mevcut sağlık harcamaları 2014 yılında yaklaşık 321 milyar avro olarak gerçekleşmiştir ve bu oran GSYH'nin %11'ine eşittir. Toplam sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı yaklaşık olarak, Hollanda'da %10.9, Fransa ve İsveç'te %11.1 seviyelerinde gerçekleşirken İsviçre'de %11.4 olarak gerçekleşmiştir. Polonya, Lüksemburg, Litvanya ve Letonya'da ise toplam sağlık harcamaları GSYH'nin %6.5'inden daha azdır ve %5.1'lik bir oran ile en düşük harcama Romanya'da görülmüştür (Eurostat, 2018, s. 1). 2015 yılında ise Avrupa Birliği'nde GSYH'nin 9.9'u sağlık hizmetlerine ayrıldı. Almanya, İsveç ve Fransa'da sağlık hizmetlerinin GSYH'de ki payı yaklaşık %11 dolaylarında devam ederken, Hollanda'da %10.8 ve Danimarka'da %10.6 seviyesinde bir oran gerçekleşmiştir. İsviçre ise 2015 yılında da %11.5 ile liderliği elinde bulunduruyordu. Romanya, Letonya, Estonya ve Polonya gibi ülkelerse %5 ile %6.3 arasındaki oranları ile sağlık harcamalarını düşük tutarak devam ediyorlardı (OECD, 2016, s. 116).

Son on yılda Güney Afrika'da sağlık harcamaları önemli ölçüde artmıştır. 1999 ve 2005 yılları arasında HIV ile ilgili harcamalar yıllık ortalama% 48,2 oranında artmıştır (Cherry, 2009, s. 245). Güney Afrika'da özel sektör küçüktür ve orta ile yüksek gelirli sınıfa hitap eder. Ülke HIV, AIDS, tüberküloz ve diğer hastalıkların ağır etkileri altındadır. Güney Afrika'da toplam sağlık harcamaları içinde kamu harcamalarının payı 2006'da %39.9'dan %48.4'e yükselmiştir. Cepten harcamalar ise yıllar boyunca azalmıştır. (USAID, 2016, s. 1) Toplam sağlık harcamaları 2015 yılında, GSYH'nin yaklaşık %8.6'sına eşittir ve 23 milyar Amerikan dolarıdır (USAID, 2016, s. 1). Konsolide edilmiş devlet harcamalarının payı konsolide sağlık harcamalarının yüzde 13.4 ile yüzde 14.1'i arasında değişmektedir. Hükümet sağlık için ulusal bütçenin %15'ini hedef alan Abuja Deklarasyonu'ndaki taahhütünü henüz gerçekleştirememiştir (UNICEF, 2017, s. 5). Bölgenin toplam sağlık harcaması 2012 yılında GSYH'nin %8.8'ini oluşturuyordu bu oran diğer üst-orta gelirli ülkeler için yaklaşık olarak %6.2'dir ve Güney Afrika bu oranın üstündedir fakat % 9.2 olan küresel ortalamasının altındadır (McIntyre, Doherty, & Ataguba, 2014, s. 3).

Doğu Asya'da, yaşanmakta olan bir toplumun artan kronik hastalıkları ve yenilikçi ve pahalı tedavilerin ortaya çıkışı Japonya'nın sağlık giderlerinin hızla artmasına neden olmuştur. Japonya'nın toplam sağlık harcamaları 2014'te toplam 478 milyar dolara ulaşmıştır. Japonya, Amerika Birleşik Devletleri ve Çin'den sonra dünyanın üçüncü büyük sağlık harcamaları yapan ülkesi haline gelmiştir. Bölgedeki çoğu ülke artan sağlık harcamalarıyla karşı karşıyadır ve bu sağlık harcamalarını azaltmanın yollarını aramaktadır (Deloitte, 2016, s. 6). Güney Kore'de yaşlı nüfus birçok ülkeye göre hızla artmakta olduğu için kronik hastalıklar tıbbi harcamalarda büyük bir sosyal yük haline gelen artışlara neden olmuştur. Güney Kore'de yaşlı insanlara bakmak bir aile geleneğidir, fakat son yıllarda gençler üstünde bir sosyal yük halini almıştır. Hükümet genç nüfus üzerindeki bu yükü azaltmak için 2008 yılında uzun süreli bakım sigortası adıyla bir pilot uygulama başlamıştır. Bu sigorta kapsamında o dönemde Kore'deki yaşlıların %3.8'ine bakım sağlanmıştır (Song, 2009, s. 209). Kore'deki sağlık harcamalarının %37'si hane halkları tarafından finanse edilmektedir (OECD, 2016, s. 136). Kore'de 2012 yılında toplam sağlık harcamaları ülkenin GSYH'nin % 7.5'ini oluşturmaktaydı. Sağlık harcamaları toplam hükümet harcamalarının yaklaşık %14'ünü oluşturuyordu. (Lee T. J., 2015, s. 3,4). Birçok Asya ve Pasifik ülkesinde, son yıllarda sağlık harcamalarındaki artış

ekonomik büyüme geçmiştir ve çoğu ülkede sağlığa harcanan pay artmıştır. Sağlık harcamaları gelirden daha hızlı artmıştır ve sağlık harcamalarının toplam harcamaya oranı da artmıştır (OECD, 2014, s. 82).

Sahra-altı Afrika'da toplam sağlık harcamaları 2000 yılında 9.7 milyar dolar iken, 2010 yılında 68.7 milyar dolara yükseldi. Bölgede kişi başına düşen sağlık harcaması 2000 yılında 16 dolar iken 2010 yılında 88 dolara yükselmiştir (USAID, 2013, s. 7). Sahra-altı Afrika'ya düzenli sağlık yardımları gitmesine ve HIV ve AIDS ile mücadele artmasına rağmen bölge sağlık refahı bakımından dünya standartlarının altında kalmaya devam etmektedir. Sahra-altı Afrika'da sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 2000 yılında 5.5 iken 2011 yılında 6.4 olmuştur. Dünya ortalamasında ise bu oran sırasıyla 9.0'dan 10.1'e yükselmiştir. Buna göre Sahra-altı Afrika sağlık harcamalarında dünya genelindeki düzeyin altında kalmaktadır. Aboubacar ve Xu'nun belirttiği gibi Sahra-altı Afrika ülkelerinde sağlık harcamalarının nispeten düşük olması nedenleri arasında; düşük hane halkı gelirleri, hükümetlerin sağlık sektörüne yeterince bütçe ayıramaması, gelen sağlık yardımlarının ve tahsis edilen kaynakların yanlış idaresi gösterilebilir (Aboubacar & Xu, 2017, s. 616).

Latin Amerika ve Karayipler'de, 2011 yılında toplam sağlık harcamaları bölgenin GSYH'nin %6.7'sine eşittir. Bölgede kişi başına ortalama sağlık harcaması 661 dolardır. Bölgedeki ülkeler arasında sağlık harcamaları alanında farklılıklar görülmektedir. Örneğin; Kolombiya'da, Bolivya ve Dominik Cumhuriyeti'ne göre GSYİH daha yüksektir ve sağlık harcamalarının da toplam harcamalar içindeki payı daha yüksektir (Klintberg, 2009, s. 34). 1990'da, bu bölge ülkeleri sağlık konusunda 69 milyar ABD doları harcamıştır ve kişi başı ortalama sağlık harcamaları 162 dolardır. Ülkeler, GSYH'nin yüzde 6,2'sini sağlık üzerinde sağlık harcamalarına harcarken, harcamalar kamu ve özel sektör arasında eşit olarak bölündü. Hem kamu hem de özel sektörde kişi başına düşen sağlık harcamaları kişi başına düşen gelir ile pozitif ve anlamlı derecede ilişkilidi (Govindaraj, Christopher , & Chellaraj, 1997, s. 157).

Kuzey Amerika'da sağlık harcamaları son yarım yüzyılda istikrarlı bir şekilde artarak diğer mal ve hizmetlere göre artan önemini korumuştur. Bölgede sağlık harcamalarının sürekli artan bir eğilimde olmasının potansiyel bir nedeni olarak yaşlı popülasyondan dolayı sağlık bakım ihtiyaçlarının artması şeklinde bir görüş vardır

(Squires, 2012, s. 3). Amerika Birleşik Devletleri'nde 1960 ve 2013 yılları arasında sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı %5.0'ten %14.7'ye yükselmiştir. Aynı dönemde nominal ulusal sağlık harcamaları içindeki yıllık büyüme %9.2, nominal GSYİH içindeki yıllık büyüme %6.7 idi (Catlin & Cowan, 2015, s. 3). ABD'de sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 2013 yılında %17.4 iken, 2024 yılında %19.6'ya yükselmesi beklenmektedir (Keehan, ve diğerleri, 2015, s. 1407). 2014 yılında Kanada'da toplam sağlık harcamaları GSYİH'nin %11'ini oluşturuyordu (Young, Chatwood, & Marchildon, 2016, s. 59). ABD hem kişi başına düşen sağlık harcamalarında hem de sağlık harcamalarının GSYH içindeki payında Kanada'dan çok daha yüksek bir orana sahiptir. Ve ABD'de sağlık harcamalarına özel sektör tarafından daha fazla pay ayrılmaktadır (Sanmartin, C., vd., 2006, s. 1133). Son yarım yüzyılda toplam Amerika'nın sağlık harcamaları, gayri safi yurtiçi hasıla (GSYH) payı olarak istikrarlı bir şekilde arttı ve toplumun sağlık dışı diğer mal ve hizmetlere göre artan önemini ortaya koydu. Amerika'da, sağlık harcamalarının GSYH'deki payı 1960 yılında % 5.1 iken 2013 yılında % 8.7 ye yükselmiştir. Aynı dönemde nominal ulusal sağlık harcamaları içindeki yıllık büyüme %9.2 ve nominal GSYH içindeki büyüme 6.7'dir. 1960 ile 2013 yılları arasındaki yıllık ortalama sağlık harcaması büyümesi yüzde 5,5 iken, GSYH'de yüzde 3,1'lik bir artış gerçekleşti (Catlin & Cowan, 2015).

Güney Asya Bölgesi'ndeki ülkeler, 1995 yılında GSYH'nin %3.8'ini sağlık hizmetlerine ayırmaktaydı. Son 20 yılda hızlı bir ekonomik büyüme sağlamalarına rağmen sağlık harcamalarına ayrılan pay önemli ölçüde artmamıştır. Hindistan'daki sağlık harcamaları (%3.9), diğer Güney Asya ülkelerinin ortalama sağlık harcamalarından daha yüksek olsa da gelişmiş ülkelere oldukça düşüktür (Barik & Desai, 2014, s. 52). Gelişmekte olan bir ülke olan Pakistan'da ise, sağlık harcamaları oldukça düşüktür. 1970'li yıllarda, Pakistan'da, sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı, %0.4-0.9 arasında değişmiştir (Siddiqui & v.d., 1995, s. 960). 20. y.y.'ın başında, Pakistan GSYH'nin yalnızca %5'ini sağlık hizmetlerine ayırmıştır. 21. y.y.'ın başında GSYH içinden sağlık için ayrılan pay artmıştır fakat bu artış yeterli olmamıştır. Pakistan, 2000 yılında GSYH'nin, %5.22'sini sağlık için ayırdı. 2001, 2002, 2003 yıllarında bu oran 5.44, 5.63 ve 5.77 olarak değişmiştir (Yaqoda , Bibi, & Siddiqui, 2016, s. 194).

Ortadoğu ve Kuzey Afrika'da, toplam sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı, 2000 yılında %4.6'dan, 2014 yılında 5.3'e yükselmiştir. Ortadoğu ve Kuzey Afrika

ülkeleri içinde, en düşük sağlık harcamasına sahip ülkenin, toplam sağlık harcamasının GSYH'ye oranı, %3.7 seviyesindedir. 2012 yılında, bu oran, %5.2 seviyelerindeydi ve bu oran küresel ortalamadan %8.6 daha düşüktür. Bölgede, genel sağlık harcamaları 2000 yılında, %55'ten 2014 yılında, %60'a yükselmiştir. Fakat bölgede ülke ekonomik gruplarına göre önemli farklılıklar bulunmaktadır (Asbu & v.d., 2017, s. 6). Orta Doğu ve Kuzey Afrika ülkeleri gibi birçok ülke, sağlık sistemlerini; maliyetleri azaltma ve sağlık hizmetlerinin finansal sürdürülebilirliği yoluyla yeniden düzenlemek için mücadele etmektedir (Mehroolhassani & v.d., 2014, s. 70).

Gelir düzeyi yüksek ülkelerde, yaşlı nüfusun yükselmesine paralel olarak sağlık harcamaları da artarken, düşük gelirli ülkeler de yaşlı nüfus sayısının nispeten düşük olması nedeniyle sağlık harcamaları da yüksek ve orta gelirli bölgelere göre daha düşüktür. Nüfuslarda yaşanan demografik değişimlerin yanı sıra, bölgelerin toplam sağlık harcamalarına etki eden en önemli faktörlerden biri gelir düzeyleridir. Ülkelerin gelir düzeyleri yükseldikçe GSYH içinden sağlık harcamalarına ayırdıkları pay da artmaktadır. Gelir düzeyi düşük ülkeler, yoksullukla mücadele ettikleri, ilk olarak beslenme ve barınma gibi temel ihtiyaçları karşılamak zorunda oldukları ve kamu maliyetlerini finanse etmekte zorlandıkları için sağlık harcamalarına gereken önceliği verememektedirler. Ülkelerin gelir düzeylerine göre, sağlık harcamalarında yaşanan değişimleri daha ayrıntılı incelemek amacıyla ülkelerin gelir gruplarına göre sağlık harcamalarının yıllar içindeki değişimini gösteren Tablo 14 verilmiştir.

Tablo 14: Gelir Gruplarına Göre Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH'ye Oranı (1995-2014)

	1995	2000	2005	2010	2014
Düşük Gelirli Ülkeler	4.4	4.4	5.6	6.4	5.7
Orta Gelirli Ülkeler	4.9	5.2	5.3	5.6	5.8
Yüksek Gelirli Ülkeler	9.2	9.8	11.0	12.1	12.3

Kaynak: Dünya Bankası, 2018.

Tablo 14'e bakıldığında en fazla toplam sağlık harcamasına sahip ülkeler yüksek gelirli ülkelerdir. Bunun nedeni olarak, GSYH'nin yüksek olması ve GSYH içinden sağlık harcamalarına ayrılan payın yüksek olması, yaşlı nüfus oranının ve beraberinde getirdiği hastalıkların ve maliyetlerin yüksek olması, tıptaki gelişmelerin ve teknolojinin daha gelişmiş olması gibi etkenler sayılabilir. Düşük gelirli ve yüksek gelirli ülkelerde dikkat çeken nokta ise, iki grubun sağlık harcamalarının birbirine çok yakın olmasıdır. Bunun nedeni olarak ise, düşük gelirli ülkelerde yaşanan salgın hastalıkların yüksek sağlık maliyetlerine neden olması ve sağlık hizmetinin daha pahalı olması gösterilebilir.

2.5.2. Kamu Sağlık Harcamaları

Sağlık hizmetleri toplumun tamamına fayda sağlaması nedeniyle, yarı kamusal mal saymaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri ise, bedelini ödemesi dahi toplumun tamamının faydalanması ve kimsenin bu hizmetten mahrum bırakılmaması nedeniyle tam kamusal mal sayılmaktadır (Ertürk & Meriç, 2016, s. 114). Kamu sağlık harcamalarının GSYH içinden aldığı pay ülkenin toplum sağlığına verdiği önemi ifade etmektedir, bu da ülkelerin sosyal devlet anlayışını göstermektedir. Toplumların yaşlanması ve beraberinde getirdiği hastalıklar, devletlerin üzerindeki yükü arttırmaktadır. Bu da kamu sağlık harcamalarında artışa neden olmaktadır. Yıllara göre kamu sağlık harcamalarının GSYH içindeki payına ilişkin veriler Tablo 15'de gösterilmiştir.

Tablo 15: Bölgelere Göre Kamu Sağlık Harcamalarının GSYH'ye Oranı (1995-2014)

	1995	2000	2005	2010	2014
Avrupa Birliği	6.5	6.4	7.0	7.8	7.8
Kuzey Amerika	5.9	5.7	6.7	8.1	8.2
Latin Amerika & Karayipler	3.0	3.1	3.2	3.6	3.7

Doğu Asya & Pasifik	4.4	4.7	4.6	4.8	4.6
Güney Asya	1.0	1.1	1.1	1.2	1.4
Orta Doğu & Kuzey Afrika	2.4	2.6	2.4	2.7	3.2
Güney Afrika	3.4	3.3	3.3	4.0	4.2
Sahra-altı Afrika	2.5	2.3	2.5	2.5	2.3
Dünya	5.3	5.2	5.7	6.1	6.0

Kaynak: Dünya Bankası, 2018.

Tablo 15'e bakıldığında, bölgelerin GSYH içinden kamu sağlık harcamalarına ayırdıkları payın artış içinde olduğu görülmektedir. 2014 yılı verilerine göre, en yüksek kamu sağlık harcamasına sahip bölgeler, Kuzey Amerika ve Avrupa Birliği'dir. Aynı zamanda, dünya ortalamasının üstünde kamu sağlık harcamasına sahip olan da yalnızca bu iki bölgedir. En düşük kamu sağlık harcamasına sahip bölge ise, Güney Asya'dır.

Avrupa Birliği, en yüksek kamu harcamasına sahip ikinci bölgedir. Avrupa Birliği'nde sağlık sistemleri yüksek kamu harcamaları ile karakterize edilmektedir. Avusturya, Yunanistan, Portekiz ve İtalya hariç olmak üzere 1998'de çoğu üye ülkede kamu harcamalarının üçte ikisini veya daha fazlasını sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar oluşturmuştur. Belçika, Lüksemburg, İsveç, Birleşik Krallık ve Danimarka'da ise, kamu harcamaları sağlık harcamalarının %80'inden fazlasını oluşturuyordu (DSÖ, 2004, s. 27). 2017 yılında Avrupa Birliği'nde, sağlık harcamaları, sosyal koruma harcamalarından sonra devlet harcamalarının ikinci en büyük kalemi olmuştur. Avrupa Birliği'nde 2017 yılında, kamu sağlık harcamaları toplamı 1080 milyar avro olarak gerçekleşmiştir (Thomson, Foubister, & Mossialos, 2009, s. 24). Bölgede, GSYH içinden en yüksek kamu sağlık harcaması GSYH'nin %8.5 ile Norveç'te, GSYH'nin %8.4'ü ile Danimarka'da, GSYH'nin %8.2'si ile Avusturya'da, GSYH'nin %8'i ile Fransa'da gerçekleşmiştir. En düşük kamu sağlık harcamaları ise, GSYH'nin %3.5'i ile Letonya'da, GSYH'nin %2.2'i ile İsveç'te gerçekleşmiştir

(www.ec.europa.eu, 2019). Avrupa Birliği'nde, toplam sağlık harcamalarının yaklaşık% 69-84'ünü kamu sağlık harcamaları oluşturmaktadır (Borda, 2011, s. 121).

Güney Afrika'da son yıllarda devlet harcamalarında artış görölmesine rağmen bu artış sağlık göstergelerine etki etmemiştir. 2009 yılında Güney Afrika bölgesinde, devlet sağlık harcamaları bütçenin yüzde 10.9'una eşitti, toplam sağlık harcamaları ise GSYH'nim %8.9'una eşitti. Birçok yoksul ülke sağlık harcamalarına daha az harcamasına rağmen daha etkili sonuçlar almaktadır (Cherry, 2009, s. 245) Güney Afrika'da özel sektör küçüktür ve orta ile yüksek gelirli sınıfa hitap eder. Ülke HIV, AIDS, tüberküloz ve diğer hastalıkların ağır etkileri altındadır. Güney Afrika'da toplam sağlık harcamaları içinde kamu harcamalarının payı 2006'da %39.9'dan %48.4'e yükselmiştir. Cepten harcamalar ise yıllar boyunca azalmıştır. (USAID, 2016, s. 1). Konsolide edilmiş devlet harcamalarının payı konsolide sağlık harcamalarının yüzde 13.4 ile yüzde 14.1'i arasında değişmektedir. Hükümet sağlık için ulusal bütçenin %15'ini hedef alan Abuja Deklarasyonu'ndaki taahhütünü henüz gerçekleştirmemiştir (UNICEF, 2017, s. 5)

Sahra-altı Afrika'da kaynakların kıt oluşu nedeniyle kamu harcamaları kısıtlanmıştır ve bu yüzden sağlık harcamalarına da gereken önem verilememiştir. 2001 yılında Afrika Birliği devlet başkanları, Abuja Beyannamesi'nde ulusal bütçelerinin %15'ini sağlık harcamalarına ayırma kararı almışlardır. Ancak bu taahhüt ülkelerin çoğu tarafından gerçekleştirilememiştir (Kaseje, 2006, s. 4). 2001'de Afrika Birliği devlet başkanları, Abuja Beyannamesi'nde ulusal bütçelerinin yüzde 15'ini sağlık durumuna ayırmayı taahhüt etmişlerdir. Abuja Beyannamesi'nden 10 yıl sonra 27 Afrika ülkesi sağlık harcamalarına ayırdığı payı arttırırken, diğer ülkelerin ise sağlık harcamaları düşük seviyelerde devam etti (Witter, Jones, & Ensor, 2013, s. 451) Sahra-altı Afrika'da bireylerin cepten yaptıkları sağlık harcamalarının azaltılması amacıyla sağlık sigortasına yönelik etkin uygulamalar oluşturulmalı ve halk sağlığına yönelik kamu harcamaları arttırılmalıdır (Arthur & Oaikhenan, 2017, s. 524).

Latin Amerika ve Karayipler Bölgesi'nde sağlık harcamalarında özel sektörün payı daha fazlaydı, kamu sektörünün toplam sağlık harcamaları içindeki payı daha azdı. Bu da özel sektörün sağlık harcamaları alanında daha büyük bir rol oynadığını göstermektedir. 1990'lı yıllarda Latin Amerika ve Karayipler'de kabul edilen

makroekonomik uyum politikaları, 1980'lerden beri yaşanan krizi toparlayarak ekonomik büyümenin iyileşmesine, ihracatın ve doğrudan yabancı yatırımın artmasına neden olmuştur. Bu da kamu harcamalarında ve dolayısıyla da devlet sağlık harcama artışına neden olmuştur. Latin Amerika ve Karayipler'de kriz sonrası sosyal ve sağlık harcamalarında artış yaşansa da bölgedeki ülkelerin sağlık harcamaları arasında ciddi farklılıklar görülmektedir (Casas, Dachs, & Bambas, 2001, s. 23). Bölgede artan gelirle beraber ülkeler sağlık harcamalarını finanse etmek için kamu harcamalarına daha fazla güvenmeye başlamıştır (Govindaraj, Murray, & Chellaraj, 1995, s. 15). Küresel ekonomik kriz sonrasında 2008'den 2010'a kadar, ekonomik krizin etkisini azaltmak amacıyla kamu harcamalarında artış yaşanmış ve grip salgını nedeniyle kamu sağlık harcamalarında artış yaşanmıştır.

Doğu Asya ülkeleri, nüfusun hızlı yaşlanması, epidemiyolojik değişiklikler ve sağlık hizmetlerinde yaşanan yüksek talep artışının maliyetlerinde çok yüksek baskılara neden olmasına rağmen, genel olarak sanayileşmiş ve yüksek gelirli ülkeler olmaları nedeniyle sağlık sistemleri alanında oldukça iyi performans sergilemektedirler (Smullen & Hong, 2015, s. 350). Bölgede, bir tarafta sağlık harcamasının yarısından fazlasını genel vergi ve vergi dışı gelirlerle finanse eden Çin, diğer tarafta, sağlık harcamasının üçte ikisini cepten yapılan ödemelerle finanse eden Singapur bulunmaktadır. Ortada ise, sağlık harcamalarının yarısı sosyal sigortalarla finanse edilen Japonya, Kore, Tayvan bulunmaktadır. Özel sigortalar, Çin ve Tayvan'da çok küçük bir paya sahiptir (Wagstaff, 2005, s. 4). Singapur ve Malezya, İngiltere'nin etkisiyle, sağlık hizmetlerini vergi gelirleriyle kamu merkezli olarak (Beveridge Modeli) finanse ederken, Tayvan ve Güney Kore ise, sağlık hizmetlerinin finansmanında zorunlu sosyal sağlık sigortası yöntemini (Bismarck Modeli) kullanmaktadırlar (Smullen & Hong, 2015, s. 355). Bölgede 2001 yılında, GSYH'nin yüzdesi olarak kamu sağlık harcamaları; Endonezya'da %2.4, Çin'de %5.5 olarak değişmekteydi. Singapur ise, sağlık sektörüne, GSYH'nin %3'ü kadar, nispeten düşük yatırım yapmasına rağmen sağlık hizmetlerinde önemli gelişmeler ve iyi sonuçlar elde etmeyi başarmıştır. Singapur'da hükümetin amacı; yoksulların ücretsiz sağlık hakkına öncelikli olarak sahip olması ve yoksullardan başka kimsenin sağlık hizmetlerini ücretsiz kullanmamasıdır (Bandara, 2005, s. 48). Bölgedeki en zengin ve yüksek nüfuslu ülke Çin olmasına rağmen Japonya'nın toplam kamu sağlık harcamalarının GSYH'e olan payı daha yüksektir. 1998 ve 2001 yılları arasında,

bölgedeki ülkeler GSYH içinden sağlığa ayrılan paylarını arttırırken Çin en yavaş arttıran, Tayvan ise payını en hızlı arttıran ülke olmuştur (Wagstaff, 2005, s. 4). Japonya’da, kamu sağlık harcamaları son yıllarda daha fazla hızlanmış ve 2012 yılında yapılan toplam sağlık harcaması GSYH’nin %10.2’sine karşılık gelmiştir (Ibuka, Chen, Ohtsu, & Izumida, 2016, s. 562).

Ortadoğu ve Kuzey Afrika Bölgesi’ndeki ülkelerin birçoğunda kamu sağlık harcamaları beklenen oranda artmamıştır. Suudi Arabistan, Birleşik Arap Emirlikleri ve Kuveyt gibi, bölgenin zengin ülkeleri, sağlık hizmetlerinde hızlı gelişmeler yaşamışken, İran ve Irak gibi ülkelerde sağlık hizmetleri savaştan etkilenmiş ve gelişmemiştir. Bölgede, nitelikli personel sayısının az olması, teknolojinin ve tıbbi bilginin gelişmemiş olması gibi etkenler sağlık hizmetleri maliyetlerini arttırmakta ve finansmanını zorlaştırmaktadır fakat bölgenin, bilgi ve teknoloji açısından daha gelişmiş ülkeleri olan Mısır, İsrail ve Lübnan sağlık bakımı için daha nitelikli elemana sahiptir (Doğan, 2017, s. 54).

Tablo 15’de görüldüğü üzere, Ortadoğu ve Kuzey Afrika Bölge’sinde, GSYH’nin bir payı olarak, kamu sağlık harcaması 2000 yılında %2.6’dan, 2010 yılında %2.7’ye yükselmiştir. Bölgede, 2000-2014 yılları arasında, toplam devlet sağlık harcamaları, toplam devlet harcamalarının %7 ile %8’ini oluşturmaktadır. Bölgedeki düşük ve orta gelirli ülkelerin genel devlet harcamalarına payı küresel ortalamayla aynı seviyededir. Bölgedeki yüksek gelirli ülkelerin payı ortalama %7.1 seviyesindedir ve %16.8 olan küresel ortalamadan azdır (Asbu, Masri, & Kaissi, 2017, s. 6). Ortadoğu ve Kuzey Afrika Bölge’sinde kamunun sağlık harcamaları üzerindeki payı artmasına rağmen dünya ortalamasının altında kalmaktadır ve cepten yapılan sağlık harcamaları hala ağırlığını korumaktadır.

Kuzey Amerika Bölgesi, kamu sağlık harcamalarının en fazla olduğu bölgedir. 2000’li yılların başına kadar Avrupa Birliği’nden daha az kamu sağlık harcamasına sahip olan bölge, daha sonra Avrupa Birliği’ni de geçerek en yüksek kamu sağlık harcamasına sahip bölge olmuştur ve dünya ortalamasının oldukça üstünde rakamlara sahiptir. 2010 yılında bölgenin en yüksek sağlık harcamasına sahip ülkesi olan Amerika Birleşik Devletleri (ABD) hükümetinin sağlık harcamalarına toplamda 2.6 trilyon dolar harcadığı tahmin edilmektedir. ABD’de sağlık harcamalarının yüksek olmasının nedenleri;

obezite, diyabet gibi kronik hastalıklarla mücadele eden hasta sayısının fazla olması, hastane ve yatak sayısının fazla olması (ABD’de hasta başına yatak sayısı 3.9, OECD ülkelerinde 2.0’dır), daha yüksek kapasite kullanımı, tıbbi yeteneklerin ve teknolojinin daha gelişmiş olması olarak sıralanabilir (Kim & Lane, 2013, s. 9). Bölgenin bir diğer gelişmiş ülkesi olan Kanada’da ise, her ilin kendi federal katkısı ile yönettiği il devlet sağlık sigortası modeli mevcuttur. Sistem genel vergilendirme yoluyla finanse edilmektedir. 1990’lı yılların başında, Kanada’da tüm sağlık harcamalarının %73’ü devlet kapsamındaydı ve sadece %20’lik bir kısım hane halkı tarafından karşılanıyordu (Schieber, Poullier, & Greenwald, 1992, s. 7). Kanada’da 2018 yılında, sağlık harcamalarının %30’u özel sektör tarafından, geri kalanı ise kamu kesimi tarafından finanse edilmektedir. 2015 ve 2016 yılları arasında, Kanada’da illerin toplam sağlık harcamaları 34 milyar ABD doları olarak gerçekleşmiştir (Matteo & Prieto, 2018, s. 4). Meksika’da ise kamunun sağlık harcamaları üstündeki payı düşüktür. 2000’li yılların başında Meksika’da sağlık harcamalarının %54’ü özel sektör ve hane halkları tarafından karşılanmaktadır (Lloréns, Bertozzi, Pier, & Gutierrez, 2002, s. 51). 2018 yılında ise, Meksika’da yeni sağlık programıyla birlikte, yenilenen sağlık politikaları ile, toplam sağlık harcamalarının %45’ini cepten yapılan sağlık harcamaları oluşturmuş ve kamunun sağlık harcamaları üzerindeki payı artmıştır (Doubova, ve diğerleri, 2018, s. 1149).

Güney Asya Bölgesi, kamu sağlık harcamalarının en az olduğu bölgedir. Tablo 15’de de görüldüğü üzere, kamu sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı dünya ortalamasının oldukça altında seyretmektedir. Güney Asya Bölgesi’nde yer alan ve dünyanın en kalabalık ikinci ülkesi olan Hindistan’da kamu sağlık harcamaları ve hizmetleri çok zayıftır. Hindistan’da sağlık hizmetleri özel sektör tarafından sağlanmaktadır. Ancak ülkede özel sağlık sigortası yaygın olmadığı için, hane halklarının cepten yaptıkları sağlık harcamaları oldukça yüksektir (Debasis & Desai, 2014, s. 52). Güney Asya Bölgesi’nde genel olarak kamu sağlık harcamalarının düşük olmasının nedenleri olarak, devletlerin bütçelerinin yetersiz olmasından dolayı sağlık harcamalarına öncelik verememeleri, ülkelerin çoğunda yüksek mali açık ve yüksek borç stoku olması ve bu durumun devletlerin sağlık sektörü için finansman ayırma kapasitesini düşürmesi gibi nedenler sayılabilir (Behera & Dash, 2018, s. 4). Güney Asya’da, Pakistan hariç, 8 ülkeden 7’sinde, hükümetin nüfuslara sağlık hizmeti sunmayı taahhüt eden ulusal sağlık politikaları mevcuttur. Butan, Maldivler ve Sri Lanka bu

konuda başarılı olan ülkeler olmuşlardır. Ancak bölgenin diğer ülkelerinde, sağlık harcamalarının %42 ile %67'si arası cepten yapılan harcamalardan oluşmaktadır ve kamu harcamaları bekleneni verememektedir (Scammell, ve diğerleri, 2015, s. 5).

Devletlerin gelirleri arttıkça, bütçeleri içinden sağlık harcamalarına ayırdıkları paylar da artmaktadır. Düşük gelirli ülkeler, kamu harcamalarını finanse etmekte zorluk yaşadıkları için sağlık harcamalarına yeterli bütçeyi ayıramamaktadır. Yüksek gelirli ülkeler de ise, sağlık harcamaları kamu harcamalarının önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Tablo 16'da gelir gruplarına göre ülkelerin GSYH'leri içinden sağlık harcamalarına ayırdıkları paylar gösterilmektedir.

Tablo 16: Gelir Gruplarına Göre Kamu Sağlık Harcamalarının GSYH'ye Oranı (1995-2014)

	1995	2000	2005	2010	2014
Düşük Gelirli Ülkeler	1.5	1.8	2.4	2.6	2.4
Orta Gelirli Ülkeler	2.4	2.4	2.5	2.9	3.0
Yüksek Gelirli Ülkeler	5.9	5.9	6.6	7.6	7.7

Kaynak: Dünya Bankası, 2018.

Tablo 16'da gelir gruplarına göre GSYH içinden kamu sağlık harcamalarına bakıldığında, yüksek gelirli ülkelerin GSYH'leri içinden kamu sağlık harcamalarına ayırdıkları payın çok daha yüksek olduğu görülmektedir. Bunun ana nedenlerinden biri olarak yüksek gelirli ülkelerde sosyal devlet kavramının daha fazla gelişmesi sonucu, hükümetlerin sağlık harcamalarına ayırdığı payın artmış olması ve kamu sağlık sigortasının daha yaygın olması gösterilebilir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde kamu sağlık harcamaları birbirine yakın seyretmektedir fakat düşük gelirli ülkelerde kamunun sağlık harcamalarına ayırdığı pay daha azdır. Bunun nedeni ise; düşük gelirli ülkelerin finansal açıdan gelişmemiş olmasından dolayı devletlerin sağlık harcamalarına gerekli önemi verememesi, kamu sağlık sigortasının yaygın olmaması ve sağlık harcamalarının çoğunun hane halkları tarafından cepten yapılan ödemeler olarak karşılanmasıdır.

2.5.3. Özel Sağlık Harcamaları

Kamu sağlık harcamalarının sağlık hizmeti sunmada yetersiz kaldığı durumlarda, toplumlar sağlık ihtiyaçlarını özel sağlık harcamalarıyla finanse etmektedir. Özel sağlık harcamaları, özel sağlık sigortaları ya da hane halklarının cepten yaptıkları harcamalarla karşılanmaktadır. Bu da hanehalkları üzerindeki ekonomik baskıyı arttırmakta ve yoksul ülkelerde halkın sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamamasına neden olmaktadır. Tablo 17’de, GSYH içinden özel sağlık harcamalarına ayrılan payların yıllar içindeki değişimi verilmiştir.

Tablo 17: Bölgelere Göre Özel Sağlık Harcamalarının GSYH'ye Oranı (1995-2014)

	1995	2000	2005	2010	2014
Avrupa Birliği	1.8	2.0	2.2	2.2	2.2
Kuzey Amerika	6.8	7.1	8.0	8.4	8.3
Latin Amerika & Karayipler	3.4	3.3	3.7	3.5	3.5
Doğu Asya & Pasifik	1.4	1.8	2.1	2.1	2.3
Güney Asya	2.7	2.9	3.0	3.0	3.0
Orta Doğu & Kuzey Afrika	1.8	2.0	1.9	2.3	2.1
Güney Afrika	4.9	4.8	4.5	4.5	4.6
Sahra-altı Afrika	3.7	3.2	3.4	3.3	3.2
Dünya	3.2	3.8	4.0	3.9	3.9

Kaynak: Dünya Bankası, 2018.

Tablo 17’de görüldüğü üzere, Avrupa Birliği ülkeleri toplam sağlık harcamalarında yüksek oranlara sahip olmalarına rağmen, dünyada en az özel sağlık harcamasına sahip ikinci bölgedir. Bunun nedeni olarak ise, özel sağlık sigortası sistemlerinin, daha zengin ve daha sağlıklı gruplara hizmet etmek istemesi, yaşlı ve sağlıklı gruplara hizmet etmekten kaçınması ve AB nüfusunun çoğunun ise yaşlı insanlardan oluşması sonucu halkın büyük kesiminin özel sağlık sigortalarından tam anlamıyla yararlanamaması ayrıca özel sağlık sistemlerinin maliyetlerinin yüksek olması nedeniyle AB halkının büyük çoğunluğunun kamu sağlık sistemlerinden yararlanmasıdır. Fransa ve Slovenya hariç, diğer AB ülkelerinde, özel sağlık harcamalarının büyük kısmını cepten yapılan harcamalar oluşturmaktadır. Bununla birlikte, özel sağlık harcamaları Bulgaristan, Kıbrıs, Yunanistan, Letonya hariç diğer üye devletlerde toplam sağlık harcamalarının üçte birinden daha azını oluşturmaktadır. Belçika, Bulgaristan, Estonya, Yunanistan, Macaristan, Letonya, Litvanya, Slovakya gibi AB ülkeleri cepten yapılan sağlık harcamalarında artış yaşarken, Kıbrıs, Malta ve Romanya gibi ülkeler ise cepten yapılan harcamaların toplam sağlık harcamaları içindeki payında düşüş yaşamışlardır (Thomson, Foubister, & Mossialos, 2009, s. 30). 2004 yılında AB’ye katılan ülkeler arasında en düşük özel sağlık harcaması Çek Cumhuriyeti’ne aittir. AB 10 ülkelerinde ise 2000-2010 yılları arasında, özel sağlık harcamalarında Polonya’da %1.2, Kıbrıs’ta 1.6, Estonya’da %1.7, Litvanya’da %1.3 ve Letonya’da %6.5’lik düşüşler gözlemlenmiştir (Lesniowska & Anna, 2014, s. 39).

Güney Asya ülkeleri popülasyonların sağlığını iyileştirmiştir, fakat son yıllarda bulaşıcı olmayan hastalıkların ve yaşlanan nüfusların zorluklarını yaşamaktadır (Weel, ve diğerleri, 2016, s. 1). Güney Asya'nın çoğu ülkesinde, cepten yapılan finansman harcamaları, devletin sağlık finansmanına, düşük pay ayırdığı ülkelerde, sağlık harcamalarının en büyük finansman kaynağıdır. Güney Asya Bölgesinde cepten yapılan sağlık harcamaları bölgedeki toplam sağlık harcamalarının %60'ından fazlasını ve özel sağlık harcamaları bölgedeki sağlık harcamaları toplamının yüzde 62 sini oluşturur ve bu oran Dünya Sağlık Örgütü Bölgelerinde en yüksek orandır (Majumder, 2012, s. 3). Cepten yapılan harcamaların toplam harcamalara oranı, Pakistan’da %56, Hindistan’da %62, Afganistan’da %64 ve Bangladeş’te %67’dir. Bölgede özel sağlık harcamalarının yüksek olmasının nedeni, hükümetlerin sağlık hizmetlerinin yetersiz olması nedeniyle insanların özel sektöre daha fazla güvenmesidir. Güney Asya’da, sosyal ve özel sağlık

sigortası oranı çok düşüktür, sosyal ve özel sağlık sigortası Afganistan'da toplam sağlık harcamalarının %0'nı, Hindistan'da %7.7'sini oluşturmaktadır (Zaidi, Saligram, Ahmed, Sonderp, & Sheikh, 2017, s. 2).

Tablo 17'de görüldüğü üzere, Kuzey Amerika Bölgesi, kamu sağlık harcamalarında en fazla paya sahip olan bölge olmasının yanında özel sağlık harcamalarında da en fazla paya sahip olan bölgedir. Amerika'da; Kamu ve özel sağlık harcamaları toplamı 228.1 milyar dolardır. Bu toplamın % 30.2'si yani 68,9 milyar doları özel sektör tarafından yapılan harcamalardır (Barua, Bacchus, Palacios, Milagros ve Emes, Joel, 2017, s. 3). Bölgenin bir diğer ülkesi olan Kanada'da sağlık harcamalarının finansmanı hem kamu hem de özel sektör tarafından finanse edilmektedir fakat büyük çoğunluğu kamu sektörü tarafından finanse edilmektedir ve özel sektörün payı oldukça düşüktür. Kanada 'da sağlık harcamaları içinde, özel sektörün payı, 1997'den 2001'e kadar, % 29.9 dolaylarında, 2002 ve 2003'lerde ise % 30.1 dolaylarında devam etmiştir. Kanada'da, 2001 yılında, özel kesim sağlık harcaması, 28.8 milyar dolaylarında gerçekleşmiştir (CIHI, 2003, s. 3). Bölgenin bir diğer ülkesi olan Küba'da ise, sağlık sistemi kamu kontrolü altındadır. Tüm sağlık hizmetleri kamu mülkiyeti olarak sayılmaktadır. Ulusal sağlık sisteminin finansmanı neredeyse tamamen kamu fonları tarafından karşılanmaktadır. Küba'da özel sağlık harcamaları GSYH'nin %1.2'sini oluşturmaktadır. Bu da işitme, diş ve ortopedi için gerekli olan ilaçları ve ortopedik malzemelerin bir kısmını hane halklarının ceplerinden karşılanmasından kaynaklanmaktadır (Gericke, 2004, s. 1076). Görüldüğü üzere, bölgenin çoğu ülkesinde kamu harcamaları yüksek seyretmesine rağmen sosyal ve özel sigortaların çok yaygın olmasından ve toplam sağlık harcamalarının çok yüksek olmasından kaynaklı olarak özel sağlık harcamaları da diğer bölgelere ve dünya ortalamasına göre yüksek seyretmektedir.

Latin Amerika ve Karayipler'de sağlık hizmetlerinin verimliliğini arttırmak için sağlık hizmetlerinin özel sektöre yönetilmesi denendi fakat bu durum hizmetlerin yönetilmesinde ve eşit şekilde dağıtılmasında sorunlara neden olmuştur. Ayrıca bu durum cepten yapılan ödemelerde artışa neden olmuş ve bireylerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerine rahatça erişmesini engellemiştir (Mitra & Fernandez, 2010, s. 2240). Latin Amerika ve Karayipler Bölgesi'nde, toplam sağlık harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının payı düşük iken özel sağlık harcamalarının payı oldukça yüksektir. Bölgede özel sağlık harcamalarının ise %85'ini hane halklarının cepten yaptıkları

harcamalar oluşturmaktadır. Brezilya, Arjantin, Dominik Cumhuriyeti, Ekvador, Guatemala ve Meksika’da, toplam sağlık harcamalarının %50’sini veya daha fazlasını özel sağlık harcamaları oluşturmaktadır ve bu özel sağlık harcamalarının büyük çoğunluğu da cepten yapılan sağlık harcamalarından oluşmaktadır. Yalnızca Kolombiya’da özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı düşüktür (Knaul, Wong, Ornelas, & Pleic, 2012, s. 33). Bölgenin diğer bir ülkesi El Salvador’da ise, özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı yaklaşık olarak %85’e ulaşmaktadır ve bunun %65’i ilaç alımı içindir (Cuevas, ve diğerleri, 2017, s. 821).

Doğu Asya, cepten yapılan sağlık harcamalarının en yüksek olduğu bölgedir (Lee K. , 2014, s. 49). Doğu Asya ve Pasifik Bölgesi’nde cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı ülkeler arasında önemli değişiklikler göstermektedir. Cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı, Çin’de %49, Filipinler’de %45 ve Endonezya’da %38 gibi yüksek seviyelerdeyken, Fiji, Tonga ve Samoa gibi ülkelerde toplam harcamalarının %15’ini veya daha azını, Moğolistan’da ise yalnızca %5’ini oluşturmaktadır (Dünya Bankası, 2009, s. 2). Doğu Asya bölgesindeki cepten yapılan sağlık harcamalarının yüksek olmasının nedeni, ülkelerde özel sağlık sigortası yaygın olmaması ve neredeyse yapılan tüm özel sağlık harcamalarının cepten yapılmasıdır. Bölgede birçok ülkede toplam sağlık harcamalarının büyük bir kısmı özel sektör tarafından karşılanmaktadır fakat buna rağmen, özel sağlık sigortası oranları %19.8 olan Filipinler ve %17.2 olan Kore Cumhuriyeti hariç, bölgedeki diğer ülkelerde özel sağlık sigortası kullanım oranı %10’un altındadır (Bandara, 2005, s. 50).

Doğu Asya en kalabalık ülkesi olan Çin’de devlet sağlık harcamaları son 20 yılda artış göstermesine rağmen özel sağlık harcamalarının oldukça altında kalmaktadır. Çin’in özel sağlık harcamalarının payı, toplam sağlık harcamasının aynı olduğu birçok ülkeden oldukça yüksektir ve dünya ortalamasının %43 üstündedir (Dünya Bankası, 2005, s. 2). Kore’de ise, toplam sağlık harcamaları içinde kamu harcamalarının payı daha yüksektir. Toplam sağlık harcamalarında kamu harcamalarının payı %58.2 ‘dir ve bu oranın %44.7’si sosyal sağlık sigortası yoluyla karşılanmaktadır. Sağlık harcamalarının geri kalan %41.8’lik kısmı ise özel sağlık sigortası yoluyla karşılanmaktadır ve bu oranın %5.2’sini özel sigortalar, %32.4’ünü cepten yapılan harcamalar, %4.2’sini ise diğer

harcamalar oluşturmaktadır (Jeong & Shin, 2012, s. 16). Bölgede yaşlı nüfusun en fazla olduğu ülke olan Japonya'da ise, diğer ülkelere nazaran kamu harcamalarının toplam harcamalar içindeki payı %82 ile çok daha yüksektir. Doğu Asya ülkelerinin çoğunda olduğu gibi Japonya'da da özel sağlık sigortasının kullanımı çok düşüktür ve Japonya'da özel sağlık harcamasının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı da %18'e kadar düşmektedir (Economic and Social Research Institute (ESRI), 2005, s. 9).

Tablo 17'de görüldüğü üzere, Güney Afrika Bölge'sinde, özel sağlık harcamalarının GSYH'ye olan payı yılların içinde düşüş göstermesine rağmen dünya ortalamasının üstünde seyretmektedir. Bölgede, 2005 yılında özel harcamalar kamu harcamalarından 9 kat daha yüksek gerçekleşmiştir (Harris, ve diğerleri, 2011, s. 103). 1889 yılına kadar Afrika'daki tüm özel sağlık hizmetleri cepten ödemeler yoluyla yapılmaktaydı fakat 1889 yılında, beyaz maden işçilerinin sağlık hizmetlerini karşılayabilmek amacıyla gönüllü özel sağlık sigortası örgütleri ve özel hastaneler kurulmaya başlanmış, 1980'lerden sonra özel hastanelerin sayısı artmış ve devlet özelleştirme politikaları ile desteklenmiştir. Güney Afrika'da nüfusun %64'ü bütün sağlık hizmetlerini kamudan, %21'i birinci basamak sağlık hizmetlerini özel sektörden, diğerlerini kamudan, kalan kesim ise tamamını özel sektörden almaktadır. Buna rağmen bölgede, özel sağlık harcamalarının daha yüksek olmasının nedeni, özel sektörün, özel hastaneler ve uzmanların çok maliyetli olması nedeniyle hizmet başı ödeme sisteminde maliyet artışı yapmış olmasıdır (Coovadia, Jewkes, Barron, Sanders, & McIntyre, 2009, s. 826). Tablo 17'de görüldüğü üzere, Sahra-altı Afrika'da özel sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı yıldan yıla azalma göstermesine rağmen GSYH içindeki payı kamu harcamalarından yüksektir. Bölgede cepten yapılan sağlık harcamalarının özel sağlık harcamaları içindeki payı 2000'de %52 iken 2010'da %67'ye yükselmiştir. Bu artış Sub-Saharan Afrika gibi yoksul bir bölge için endişe oluşturmaktadır çünkü cepten yapılan sağlık harcamalarının yükselmesi bölge halkının üstündeki finansal baskıyı arttıracaktır (Novignon, Olakojo, & Nonvignon, 2012, s. 3). Sahra-altı Afrika ülkeleri gibi yoksul ülkelerde sağlık harcamalarının ana finansman kaynağının kamu olması gerekirken, özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı yaklaşık olarak %56, kamu harcamalarının payı ise %44 civarlarındadır. 45 Sahra-altı Afrika ülkesinin 34'ünde hükümetler sağlık harcamalarına 34 dolardan daha az katkıda bulunmaktadır. Bölgede özel sağlık harcamaları yüksek olmasına rağmen sağlık sigortası mekanizması

yaygınlaştırılmamıştır bu nedenle özel sağlık harcamaları hane halkları tarafından karşılanmaktadır (USAID, 2010, s. 14). Ortadoğu ve Kuzey Afrika Bölgesi'nde, özel sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı artmaktadır. Kamu sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı daha yüksek olmasına rağmen, özel sağlık harcamaları özellikle Arap bölgesinin sağlık hizmetlerinin finansmanında önemli bir rol oynamaktadır. Son yıllarda, bazı ülkelerde özelleştirme eğilimlerinin artması nedeniyle bölgedeki özel sağlık harcamalarında da artış gözlemlenmiştir (Kronfol, 2012, s. 1244). Ortadoğu ve Kuzey Afrika Bölgesi'ndeki, sağlık sigortası sektörü az gelişmiş ülkelerde, özel sağlık harcamaları içinde, cepten yapılan sağlık harcamalarının payı yüksektir. Irak, Libya, Suriye gibi ülkelerde özel sağlık sigortası sisteminin gelişmemiş olmaması nedeniyle, hane halkları özel sağlık harcamalarını kendi ceplerinden karşılamaktadırlar. Öte yandan, Suudi Arabistan, Umman, Bahreyn, Katar gibi finansal olarak ve sağlık sektöründe gelişmiş ülkelerde özel sağlık sigortası kullanımı yaygın olduğu için hane halklarının cepten yaptıkları sağlık harcamaları özel sağlık harcamalarının düşük bir payını oluşturmaktadır (Akıncı, Hamidi, Suvankulov, & Akhmedjonov, 2014, s. 13). Gelir düzeyi kamu sağlık harcamalarını etkilediği için, toplam sağlık harcamalarının diğer birleşimi olan özel sağlık harcamalarını da etkilemektedir. Tablo 18'de 1995 ve 2014 yılları arasında, ülkelerin gelir düzeylerine göre, özel sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı verilmiştir.

Tablo 18: Gelir Gruplarına Göre Özel Sağlık Harcamalarının GSYH'ye Oranı (1995-2014)

	1995	2000	2005	2010	2014
Düşük Gelirli Ülkeler	2.9	2.6	3.2	3.8	3.3
Orta Gelirli Ülkeler	2.5	2.8	2.9	2.7	2.8
Yüksek Gelirli Ülkeler	3.4	4.0	4.4	4.5	4.6

Kaynak: Dünya Bankası, 2018.

Tablo 18'e bakıldığında, özel sağlık harcamalarının GSYH'ye olan payının en yüksek olduğu ülkelerin yüksek gelirli ülkeler olduğu görülmektedir. Bunun nedeni ise, yüksek gelirli ülkelerde kamu harcamalarının yanında hane halklarının gelirlerinin yüksek olması nedeniyle lüks sayılabilecek özel sağlık harcamaları yapmaları, kamu sağlık sigortasının yanında özel sağlık sigortası sisteminin de gelişmiş olması gibi nedenler sayılabilir. Orta gelirli ülkelerin toplam sağlık harcamaları düşük gelirli ülkelere göre fazla olmasına rağmen özel sağlık harcamaları daha düşüktür. Düşük gelirli ülkelere özel sağlık harcamalarının orta gelirli ülkelere göre daha fazla olmasının nedeni ise; kamu sağlık harcamalarının yetersiz olması ve sağlık sigortası sisteminin yaygınlaşmamış olması nedeniyle sağlık masraflarının hane halkları tarafından karşılanmasıdır.

2.5.4. Kişi Başına Sağlık Harcamaları

Kişi başına sağlık harcaması, bir ülkede kişi başına düşen kamu ve özel sağlık harcamalarının toplamını ifade etmektedir. Ülkelerin temel gelişmişlik göstergelerinden biri olarak, kişi başına belirli bir miktarda sağlık harcaması yapılması gerekmektedir. Kişi başına düşen sağlık harcaması olması gereken seviyenin altındaysa, bu durum halkın sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamadığını göstermektedir. Tablo 19'da bölgelerin kişi başına sağlık harcamalarının yıllar içindeki değişimleri verilmiştir.

Tablo 19: Bölgelere Göre Kişi Başına Sağlık Harcamaları (1995-2014)

	1995	2000	2005	2010	2014
Avrupa Birliği	1,650.4	1,504.8	2,642.1	3,341.0	3.612.5
Kuzey Amerika	3,593.9	4,524.0	6,419.1	7,980.0	8.989.9
Latin Amerika & Karayipler	239.8	264.6	340.1	638.5	712.6
Doğu Asya & Pasifik	241.3	248.3	306.0	511.9	639.6

Güney Asya	15.3	18.3	28.6	52.9	66.7
Orta Doğu & Kuzey Afrika	114.9	182.3	185.8	343.6	431.4
Güney Afrika	310.9	245.1	414.1	618.4	570.2
Sahra-altı Afrika	41.6	32.9	57.2	88.9	98.2
Dünya	461.4	493.0	706.3	947.2	1.058.5

Kaynak: Dünya Bankası, 2018.

Tablo 19'a bakıldığında 1995 ve 2014 yılları arasında, tüm ülkelerin kişi başına sağlık harcamalarında artış yaşandığı görülmektedir. Kuzey Amerika Bölgesi, dünyada en yüksek kişi başı sağlık harcamasına sahip bölgedir, onu Avrupa Birliği izlemektedir. Kişi başına sağlık harcamasının en düşük olduğu bölge ise Güney Asya'dır.

Avrupa Birliği, en yüksek kişi başına sağlık harcamasına sahip ikinci bölgedir. 2017 yılında en fazla kişi başı sağlık harcaması yapan Avrupa Birliği ülkeleri, Lüksemburg, Norveç ve İsviçre'dir. Lüksemburg, 4.173 avro ile Avrupa Birliği'nin en yüksek kişi başı sağlık harcaması yapan ülkesi oldu. Kişi başı sağlık harcamalarında, Almanya 4.160, İsveç 4.019, Avusturya 3.945 avro ile yüksek olan diğer ülkelerdir. Romanya ve Bulgaristan ise, sırasıyla 983 ve 1.234 avro ile bölgenin en düşük kişi başı sağlık harcamasına sahip ülkeleri olmuşlardır (OECD, 2018, s. 132).

1950 ve 2011 yılları arasında, GSYİH %2 oranında büyümüş, kişi başına düşen gerçek sağlık harcamaları ise %4.4'ten 2011'de %17.9'a yükselmiştir. Çoğu uzman, gelecek yıllarda bu büyüklükte bir boşluğun ABD ekonomisi için felaket sonuçlar doğuracağını düşünmektedir. 1950-1995 yılları arasında kişi başına düşen gerçek sağlık harcamaları yıllık ortalama oran %4.7 oranında artarken, kişi başına düşen gerçek GSYİH %2.1 oranında büyümüştür. 1995-2011 yılları arasında kişi başına düşen gerçek sağlık harcamaları ortalama %3.1 iken GSYİH %1.4 olmuştur. Böylece ortalama boşluk 1995 öncesi dönemde %1.7'ye düşmüştür (Fuchs, 2013, s. 107). 1997 yılında, ABD'de kişi başına düşen sağlık harcaması 4.095 dolar iken aynı yıl bu rakam OECD ülkelerinde ortalama 1.615 dolar, Avrupa Birliği ülkelerinde ise 1.698 dolardır (Huber, 1999, s. 102).

Bölgenin düşük gelirli ülkelerinden olan Haiti’de 2017 yılında kişi başına düşen devlet sağlık harcaması 13 dolardır ve bu rakam düşük gelirli ülke ortalamalarının da 15 dolar altında kalmaktadır (Cavagnero, Cros, Dunworth , & Sjoblom, 2017, s. 9). Bölgenin gelişmiş ülkelerinden biri olan Kanada’da 1992’den 2004’e kadar kişi başına düşen sağlık harcamaları yıllık %2.3 oranında artmıştır. Aynı dönemde kişi başına GSYH yıllık %1.7 oranında artmıştır (Dhalla, 2007, s. 52). Bu durum, kişi başına düşen sağlık harcamalarının artışının kişi başına düşen GSYH artışını geçtiğini göstermektedir. Kanada’da kişi başına düşen sağlık harcaması 1975 yılında 1997 Amerikan doları yani 1.203 Kanada doları olmuştur. 2016 yılında ise, bu rakam 2.577 Kanada doları olmuştur. Belirtilen dönem içinde Kanada’da kişi başına düşen sağlık harcamaları 2008 yılında yaşanan durgunluk nedeniyle beklenen büyümeyi gösterememiştir (Matteo Di & Cantarero-Prieto, 2018, s. 5). 2017 yılında ise Kanada’da kişi başına düşen toplam sağlık harcaması 6.604 Amerikan doları olmuştur (Vogel, 2017, s. 1468). Bu da Kanada’da daha fazla ekonomik büyüme olduğunda, sağlık hizmetlerine daha fazla harcama yapıldığını göstermektedir.

Latin Amerika ve Karayipler’de kişi başına düşen sağlık harcamaları yıllar boyunca artış göstermiştir ve birçok bölgenin üstünde seyretmektedir. Latin Amerika ve Karayipler Bölgesi’nde ülkeler arasında kişi başına düşen sağlık harcamalarında büyük farklılıklar mevcuttur. Bolivya, Honduras ve Nikagaruada kişi başına düşen sağlık harcamaları 200 dolar civarındayken, Brezilya’da ise 900 dolardan fazladır. Anguilla, Trinidad ve Tobago’da kişi başına düşen sağlık harcamaları 1000 dolara kadar ulaşmıştır. Bermuda, bölgede kişi başına düşen sağlık harcamalarının en yüksek olduğu ülkedir. Ülkede kişi başına düşen sağlık harcamalarının en yüksek olduğu ülkedir. Ülkede kişi başına düşen sağlık harcaması yaklaşık 10.830 dolardır (Pan American Health Organization, 2012, s. 1). 1990 yılında bölgenin toplam sağlık harcaması 69 milyar dolardı ve kişi başına düşen sağlık harcaması ise, 162 dolardı (Govindaraj, Chellaraj, & Murray, 1997, s. 157). Bölgede en yüksek kişi başına düşen sağlık harcamasına sahip ülke 1.434 ABD doları ile Arjantin iken en düşük kişi başına sağlık harcaması sahip ülke ise 334 ABD doları ile Guatemala’dır (Dünya Bankası, 2015, s. 33).

Tablo 19’da da görüldüğü üzere kişi başına düşen sağlık harcamasının en düşük olduğu bölge Güney Asya Bölgesi’dir. Güney Asya Bölgesi dünyada kişi başına sağlık harcamalarının en düşük olduğu ülkedir. Bölgede, kişi başına toplam sağlık harcaması

lkeler arasında farklılık göstermektedir. 2013 yılında, Sri Lanka ve Butan sağlık bakımı için kişi başına diğer ülkelere göre sırasıyla 102.50 ve 89.75 dolar harcadılar. Kişi başına düşen en düşük sağlık harcaması 2013 yılında Bangladeş'te yalnızca 31.63 dolar olarak görülmüştür (Uddin & Akter, 2017, s. 30). Hindistan, Bangladeş, Pakistan, Endonezya ve Vietnam gibi ülkeler sağlık harcamalarına daha fazla yatırım yapmaya çalışsalar da benzer gelirli diğer ülkelere göre kişi başına düşen sağlık harcamaları çok düşük kalmaktadır. 2013 yılında BRICS lkeleri arasında en düşük kişi başına sağlık harcamasına sahip lke Hindistan olmuştur (Rahman, Khanam, & Rahman, 2018, s. 5). Doğu Asya ve Pasifik, lkelerinde kişi başına sağlık harcamaları düzeyinde çok fazla çeşitlilik görülebilir. Bölgede kişi başına düşen toplam sağlık harcamalarının % 61.6'sı devlet tarafından karşılanmaktadır. Ortalama olarak, Doğu Asya'da, 2010 ile 2014 yılları arasında kişi başi sağlık harcamalarının ortalama büyüme oranı %4.7 civarındadır (OECD, 2014, s. 82). Bölgede 2005 yılında, Japonya, Avustralya, Yeni Zelanda ve Kore gibi ülkelerin kişi başi sağlık harcamaları 1000 ABD dolarının üstünde gerçekleşirken diğer ülkelerin kişi başi sağlık harcamaları nispeten çok düşük seyretmektedir (Guisan & Exposito, 2010, s. 120). Bölgede, lkeler arasında, kişi başına düşen sağlık harcamalarında farklılıklar yaşanmasının sebebi, sağlık sistemlerinin, finansman eşitlendirmelerinin ve pazar yapılarının farklı olmasından kaynaklanmaktadır. Bölgenin gelişmiş ülkelerinden Kore, OECD lkeleri ile kıyaslandığında, kişi başına sağlık harcamaları diğer OECD ülkelerine göre nispeten düşük kalmakla beraber hızla büyümektedir. 2009 yılında Kore'de kişi başına düşen sağlık harcaması 1.879 ABD Doları iken OECD lkelerinin ortalaması 3.223 ABD doları olarak gerçekleşmiştir (Jeong & Shin, 2012, s. 18). Güney Kore'de hükümetin kişi başi sağlık harcamaları 2012 yılında yaklaşık olarak 1.264 ABD dolarıydı, bu rakam yüksek gelirli ülkelerin ortalaması olan 2.737. ABD dolarının oldukça altında kalmasına rağmen dünya ortalaması olan 652 ABD dolarının üstünde seyretmektedir (Lee T. J., 2015, s. 3). Bölgenin sağlık harcamaları yüksek bir diğer ülkesi olan Avustralya'da ise 2013 yılında gerçekleşen kişi başi sağlık harcaması 4.115 ABD doları olmuştur (Dixit & Sambasivan, 2018, s. 6). Dünyanın en GSYH sahip ikinci, bölgenin ise birinci ekonomik gücü olan Çin'de ise kişi başına sağlık harcamaları yüksek gelirli ülkeler arasında ve bölge ülkeleri arasında en düşük sıralarda yer almaktadır. Çin'de 2000 yılında 43.6 ABD doları olan kişi başi sağlık harcaması, 2014 yılında 419.7 ABD doları olmuştur. Yıllar arasında hızlı bir

artış olmasına rağmen, ülkenin GSYH'sinde yaşanan artış göz önüne alındığında önemli bir artış olmadığı görülmektedir. Çin'de kişi başı sağlık harcamaları birçok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeye göre düşük kalmaktadır (Tripane, 2017, s. 5).

Ortadoğu ve Kuzey Afrika ülkelerinde kişi başına düşen sağlık harcamalarında önemli farklılıklar vardır. 2015 yılında Fast'ta kişi başına düşen sağlık harcaması 435.29 ABD doları iken aynı yıl bu rakam Katar'da 3.900.29 ABD doları olarak gerçekleşmiştir. Bölge ülkelerinden Katar, Oman, Kuveyt, Bahreyn, Suudi Arabistan ve Birleşik Arap Emirlikleri'nde kişi başı sağlık harcaması 1600 ABD ile 3900.29 ABD doları arasında değişmekte olup, ortalamanın oldukça üstünde seyretmektedir. Kişi başına sağlık harcamaları, bölgedeki diğer ülkelerden Mısır'da, 495.17, Ürdün'de 568.12, Cezayir'de 1.031.17 ABD doları olarak değişmektedir (Kanavos, ve diğerleri, 2018, s. 8). 2014 yılında bölgedeki yüksek gelirli ülkelerin kişi başına düşen toplam sağlık harcamalarının ortalaması 2330 ABD doları olmuştur ve bu da bölgedeki düşük gelirli ülkelerin ortalamasının 6 katı, orta gelirli ülkelerin ortalamasının ise 3 katıdır. Ortadoğu ve Kuzey Afrika ülkelerinde, yüksek gelirli ülkelerin kişi başına sağlık harcamaları yüksek olmasına rağmen, bölge ülkeleri dünyadaki diğer benzer kategorideki ülkelerle karşılaştırıldıklarında düşük kalmaktadır. Ayrıca bölgede kişi başına düşen sağlık harcamalarındaki büyüme hızı, kişi başına düşen GSYH artış hızının gerisinde kalmaktadır (Asbu, Masri, & Kaissi, 2017, s. 6).

Tablo 19'da görüldüğü üzere, Güney Afrika'da kişi başına düşen sağlık harcamaları dünya genelinde olduğu gibi artış göstermektedir. Güney Afrika Bölgesi'nde kişi başına sağlık harcaması rakamları, Afrika'daki diğer bölgelere nispeten daha yüksektir. Bölgede nüfusun büyük bir kesimi kamu sağlık harcamalarından yararlanmasına rağmen, kişi başına kamu sağlık harcaması 150 ABD doları iken, daha az kesimin yararlandığı özel sektördeki kişi başına sağlık harcaması 500 ABD doları olarak gerçekleşmiştir (Benatar, 2013, s. 155). Güney Afrika'da sağlık harcamaları giderek önemli bir kamu harcaması kalemi haline gelmektedir. Kişi başına sağlık harcamaları 2002-2003 döneminden, 2012-2013 dönemine kadar yıllık ortalama %12.7 oranında büyüme göstermiştir. Bölgede kişi başına kamu sağlık harcamalarında meydana gelen yükselme, halk sağlığından da önemli iyileşmeler yaşanmasına neden olmaktadır (Bidzha, Greyling, & Mahabir, 2017, s. 2).

Sahra-altı Afrika, Güney Asya'dan sonra dünyanın en düşük kişi başı sağlık harcamasına sahip ülkesidir. Sahra-altı Afrika'da, Abuja Deklarasyonu öncesi, 1995-2001 yılları arasında, kişi başına düşen toplam kamu sağlık harcaması ortalama olarak 76.74 ABD doları idi. Aynı dönemlerde dünya ortalaması ise, 522 ABD doları idi. Abuja Deklarasyonu'ndan sonra ise, nispeten bölgedeki sağlık harcamaları artmış ve kişi başına düşen sağlık harcaması yaklaşık 45.10 ABD doları artmıştır. Sahra-altı Afrika'da kişi başına düşen sağlık harcamalarında artış yaşanmasına rağmen, bölgede kişi başına düşen sağlık harcaması dünya ortalamasının onda birinden daha azdır. Bölge ülkeleri arasında da farklılıklar görülmektedir, örneğin; 2001-2011 döneminde Kongo Demokratik Cumhuriyeti'nde kişi başına düşen ortalama sağlık harcaması 9.6 ABD doları olarak gerçekleşirken, aynı dönemde, bu rakam, Ekvator Ginesi'nde 1.806 ABD doları olarak gerçekleşmiştir (Odhiambo, Wambugu, & Kiriti-Ng 'ang, 2015, s. 192). Bölgedeki ülkelerin kişi başına sağlık harcaması ortalama olarak 109 ABD doları iken, Demokratik Kongo Cumhuriyeti, Etiyopya, Madagaskar ve Nijer gibi ülkelerde kişi başına sağlık harcamaları bu rakamın yarısından daha az gerçekleşmiştir (Deaton & Tortora, 2015, s. 522). Bölgenin diğer ülkelerinden Cape Verde'de kişi başına sağlık harcaması 172 ABD doları ve Sierra Leone'de 165 ABD dolarıdır (Novignon, 2015, s. 17).

Gelir düzeyi ile kişi başına sağlık harcamaları arasında doğrusal bir orantı bulunmaktadır. Ülkelerin gelir düzeyleri yükseldikçe kişi başına düşen sağlık harcamaları artarken, gelir düzeyi düştükçe kişi başına düşen sağlık harcamaları da düşmektedir. Gelir gruplarına göre kişi başına sağlık harcamalarında yaşanan değişimler Tablo 20'de verilmiştir.

Tablo 20: Gelir Gruplarına Göre Kişi Başına Sağlık Harcamaları (1995-2014)

	1995	2000	2005	2010	2014
Düşük gelirli ülkeler	98.8	13.3	18.1	31.7	36.9
Orta gelirli Ülkeler	55.6	67.6	105.0	217.7	290.5
Yüksek gelirli ülkeler	2,329.3	2,549.5	3,750.7	4,786.7	5,266.0

Kaynak: Dünya Bankası, 2018.

Tablo 20’de, kişi başına düşen sağlık harcamaları tüm ülkelerde artan bir seyir izlemektedir. En yüksek olduğu ülkeler ise yüksek gelirli ülkelerdir. Düşük gelirli ülkelerde ise, kişi başına sağlık harcamaları dünya ortalamasının oldukça altında seyretmektedir. Bunun nedeni; yüksek gelirli ülkelerde kişi başına düşen GSYH çok yüksek iken, düşük gelirli ülkelerde ise, halkın birçoğu açlık sınırında yaşamakta ve sağlık harcamalarını lüks tüketim olarak görmektedir.

2.5.5. Literatür İncelemesi

Demografik geçiş süreci sonrasında dünya nüfusunun hızlı bir yaşlanma sürecine girmesi ile birlikte, yaşlılığın yol açtığı sosyal ve ekonomik etkiler önemli tartışma konularından biri olmuştur. Nüfusun yaşlanması ve sağlık harcamalarında yarattığı etki literatürde de kendine önemli bir yer bulmuş ve konu üzerinde birçok çalışma yapılmıştır. Nüfusun yaş yapısındaki değişimlerin ve yaşlanma sürecinin ileriki dönemlerde de devam edeceği göz önüne alındığında, yaşlılık ve sağlık harcamalarında yarattığı etkinin önümüzdeki yıllarda da tartışılması ve bu konuda yapılan çalışmaların devam etmesi beklenmektedir.

Getzen, 1992 yılında 20 ülke ile yatay kesit ve zaman serileri yöntemi kullanarak yaptığı çalışmasında, başka değişkenlere izin verilmediyse yani tek değişken nüfusun yaş yapısındaki değişken olarak alındıysa, nüfusun yaşlanmasının sağlık harcamaları ile pozitif yönlü ilişkisi olduğu sonucuna ulaşmıştır. Fakat Getzen, sağlık hizmetlerinin maliyet yükünün artmasının demografik değişimden ziyade bir politika sorunu olduğunu savunmaktadır (Getzen, Thomas E., 1992, s. 98).

Peter Zweifel, Stefan Felder ve Markus Meiers'in 1999 yılında yaptıkları çalışmada sağlık harcamaları ile yaş arasındaki ilişkiyi incelemiştir. 1983-1992 dönemlerinde çapraz kesitsel verilerle yapılan çalışmada, bireylerin ölüme yakın son sekiz yıllarında, sağlık harcamalarında artış görüldüğü yani pozitif yönlü bir etki olduğu fakat bu etkinin 65 yaş ve üstü nüfusun artışının sağlık harcamalarındaki artışı etkilemek için sınırlı olduğu gözlemlenmiştir (Zweifel, Felder, & Meiers, 1999, s. 485).

Karatzas, 2000 yılında yaptığı çalışmada, artan sağlık harcamalarını açıklamak amacıyla, 1962-1989 yılları arasında sağlık stoku, demografik değişiklikler ve gelir

değişkenleri ile kişi başına düşen sağlık harcamalarını modellemiştir. Sonuca göre, 65 yaş üstü nüfusta yaşanan yüzde 1'lik bir artışı, kişi başına düşen sağlık harcamalarının yüzde 2,55 oranında artmasına neden olmaktadır. Bu üç değişkeninin sağlık harcamaları üzerinde etkisi olduğu saptanmıştır. Çalışmada demografik değişken grubundan yaşlı nüfusun kamu ve özel sağlık harcamaları ve ilaç harcamaları üzerinde etkisi olduğu belirlenmiştir (Karatzas, 2000, s. 1085).

Ronald Lee ve Timothy Miller'in 2002 yılında yaptıkları araştırmada, Amerika Birleşik Devletleri'nde doğum, ölüm ve sağlık harcamalarının yıllar içindeki değişimini stokastik zaman serileri modeli ile incelemişler ve ölüme kadar olan kişi başı sağlık harcamaları için bir model oluşturmuşlardır. Çalışmada doğum ve ölüm oranlarında yaşanacak belirsizliğe rağmen yaşlı sayısının ve sağlık bakım ihtiyaçlarının artmasından kaynaklı olarak, sağlık harcamalarının, GSYİH içindeki payının%2.2'den 2075 yılında %8'e yükselmesi öngörülmektedir (Lee & Miller, 2002, s. 1365).

Matteo, 2005 yılında, yaş dağılımı, gelir ve zamanın Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada'daki sağlık harcamaları üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla bir çalışma yapmıştır. Çalışmada, 1980-1998 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri'nde, 1975-2000 dönemi için de Kanada'da kişi başı sağlık harcamalarının belirlenmesinde yaş dağılımının etkisi incelenmiştir. Sonuçta her iki ülkede de 65 yaş ve üstü nüfusun, yani yaşlanmanın sağlık harcamaları ile pozitif bir etkileşimde olduğu tespit edilmiştir (Livio Di, 2005, s. 23).

Breyer ve Felder 2006 yılında, 2020 yılından 2050 yılına kadar diğer tüm değişkenler sabit kalacak şekilde sadece nüfusun yaş yapısındaki değişimleri temel alarak, demografik değişimin Almanya'daki sağlık harcamaları üzerinde yarattığı etkiyi konu alan bir çalışma yapmışlardır. Yapılan çalışmada kişilerin son 4 yıllık yaşamlarında, yaş-sağlık harcaması profilleri incelenmiş ve kişi başı sağlık harcamalarında artış olacağı gözlemlenmiştir (Breyer & Felder, 2006, s. 178).

Claudine de Meijer, Johan Polder, Bram Wouterse ve Marc Koopmanschap'den oluşan araştırma grubunun 2013 yılında yaptıkları çalışmada, Batı ülkelerinde nüfusun yaşlanması ile sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi sadece nüfusun yaşlanmasını ele alarak değil nüfusun yaşlanmasının dolaylı etkilerinin de sağlık harcamaları üzerinde yarattığı etkiyi ele alarak incelemişlerdir. Çalışmaya göre yaşlanma, tedavi edici sağlık

hizmeti maliyetlerini nispeten etkilerken uzun vadeli bakım harcamalarını daha ciddi etkilemektedir. Aynı zamanda çalışma ile yaşlılıktan kaynaklanan hastalıklar ve sakatlıkların, tıbbi teknolojik malzemelerin kullanılmasını gerekli kılması nedeniyle sağlık harcamaları üzerinde dolaylı olarak arttırıcı etki yarattığı tespit edilmiştir (Meijer, Wouterse, Johan, & Koopmanschap, 2013, s. 353).

Yaşlılık ve sağlık harcamaları ile ilgili bugüne kadar yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlara bakıldığında, yaşlılık ve sağlık harcamaları arasında pozitif yönlü bir etki olduğu ve yaşlı nüfusta meydana gelen artışların sağlık harcamalarında da artışa neden olduğu görülmektedir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YAŞLI NÜFUS ORANINDAKİ ARTIŞ İLE SAĞLIK HARCAMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN EKONOMETRİK ANALİZİ

3.1. METODOLOJİ

Çalışmanın bu bölümünde, ilk iki bölümde teorik olarak açıklaması yapılan 65 yaş ve üstü nüfusun hükümetlerin sağlık harcamaları üzerindeki etkisi ampirik bir uygulama ile incelenecektir. Ayrıca bu çerçevede analizin amacı, veri seti ve analizde kullanılan değişkenler hakkında bilgi verilecektir.

3.2. ANALİZİN AMACI

Bu çalışmanın amacı, ülkelerde nüfusun yaşlanma oranındaki artışın kamu ve özel sağlık harcamalarını nasıl etkilediğini ampirik olarak ortaya koymaktır. Çalışmada ayrıca ekonomik büyümenin ve kişisel gelirdeki artışın sözü edilen ilişkiyi nasıl etkilediği analiz edilmeye çalışılacaktır.

3.3. KULLANILAN EKONOMETRİK MODEL

3.3.1. Panel Veri Yöntemi

Ekonometri, ekonomik ilişkileri test etmek ve analiz etmek için kullanılan ve büyük ölçüde istatistiklere dayanan ekonominin bir dalıdır. Genel olarak modeller, örnek verilere göre tahmin edilmesi gereken bir dizi parametreyi içeren matematiksel ifadelere

dayanır (Fabozzi, Frank J., vd., 2014, s. 2). İstatistikler ve matematiksel araçları ekonomik verilerde kullanmanın temel amacı, belirli ekonomik önermeleri ve yanlışları kanıtlamaya veya çürütmeye çalışmaktadır. Bazı ekonometrik yöntemler, farklı tipteki veri kümelerine uygulanabilirken, bazı kümelerin özelliklerinin daha detaylı incelenmesi gerekmektedir. Veri setleri üç şekilde sınıflandırılmaktadır, bunlar; zaman serisi verileri, kesit verileri ve panel verileridir (Asteriou, Dimitrios ve Hall, Stephen G., 2007, s. 8). Zaman serisi, bir olaya ilişkin gözlemlerin zamana göre sıralanmasıyla oluşturulan dizilerdir (Kaynar, O. ve Taştan, S., 2009, s. 162). Zaman serileri, saat, gün, hafta, ay, yıl gibi zaman birimleri ile sıralanabilirler. Zaman serileri analizi ise, eşit zaman aralıklarında bir değişkene ait gözlemlerle geçmiş dönem verileri de dikkate alınarak gözlenen olay hakkında geleceğe yönelik tahminler yapılmasını sağlayan bir analiz yöntemidir (Ünsal, Aydın, 1997, s. 119). Belirli bir zamanda farklı birimlerden toplanan verilere yatay kesit verisi denmektedir. Yatay kesit analizi ise, belirli bir zaman diliminde farklı birimlerden ve farklı değişkenlerle elde edilen verilerin incelenmesini sağlamaktadır. Bu iki analizin kesişim noktasını ise panel veri analizi yöntemi oluşturmaktadır. Vijayamohanan (2016)'ın belirttiği üzere, panel verileri veya boylamsal veriler, çoklu zaman periyotları üzerinde birden fazla olayı inceleyen gözlemleri içermektedir. Panel veri analizinin iki boyutu vardır, bunlar, kesitsel ve zamansal serilerdir. Panel veri analizinde bireylerin ve hane halklarının genellikle daha kısa zaman zarfında incelendiği mikro paneller ile genellikle çok sayıda ülkenin, bölgenin daha uzun süreli zaman zarfında incelendiği makro panellerden oluşmaktadır (Vijayamohanan, Pillai N., 2016, s. 3). Panel veri analizi, regresyon analizini hem uzamsal hem de zamansal bir boyut ile sonuçlandırır. Mekansal boyut, bir dizi kesitsel gözlem birimine aittir. Bunlar ülkeler, şehirler, şirketler, gruplar, bireyler olabilir. Zamansal boyut, belirli bir zaman dilimi boyunca bu kesitsel birimleri karakterize eden bir değişkenler kümesinin periyodik gözlemleriyle ilgilidir (Yaffee, 2003, s. 2). Panel veri analizi, verilerin ülkeler genelinde oldukça karşılaştırılabilir olmasını sağlayacak şekilde düzenlenmiştir. Böylece zaman içindeki kesitsel karşılaştırmalar ile ülkeler arasında karşılaştırmalar yapılmasına olanak tanımaktadır. Bu nedenle araştırmacılar, sağlığın geliştirilmesi, sağlık sistemleri ve emeklilik arasındaki ilişki gibi konuları incelerken genellikle panel veri analizinden yararlanmaktadır (Wansbeek & Meijer, 2007, s. 35).

Panel Veri Analizinin Avantajları;

Panel verileri, bireyler arası farklılıkları ve tek tek dinamikleri harmanlayarak, kesitsel veya zaman serisi verilere göre çeşitli avantajlara sahiptir;

- Panel veri analizi, yatay kesit ve zaman serisi verilerini birlikte içerdiğinden daha fazla veri sunmakta ve bilgi içermektedir.
- Panel veri analizi, yatay kesitte bulunan birimler arasında heterojenlik olmasına izin vermektedir.
- Kısa zaman verileri veya yetersiz yatay kesit verilerle analiz yapmaya izin vermektedir (Gemicioğlu, 2017, s. 211).
- Model parametrelerinin daha doğru çıkarımı sağlanmaktadır. Kesitsel verilere göre daha fazla serbestlik derecesi ve daha fazla örnek değişkenliği vardır, bu yüzden ekonometrik tahminlerin verimliliğini artırır.
- Tek bir enine kesit veya zaman serisi verisinden daha fazla insan davranışının yakalanması için daha fazla kapasiteye sahiptir ve bu yüzden daha karmaşık davranışsal hipotezlerin inşası ve test edilmesine olanak sağlamaktadır.
- Panel verileri, hem zamanlar arası dinamikler hem de kurumların bireyselliği hakkında bilgi içerir ve eksik veya atlanmış değişkenlerin etkisinin kontrol edilmesini sağlar (Hsiao, 2007, s. 3).

Yukarıda belirtilen faydalarından dolayı ve araştırma konusuna sağlayacağı uyumdan dolayı araştırmada panel veri analizi kullanılmıştır.

3.3.2. Veri Seti

Çalışmanı ampirik bölümünde yer verilen bağımlı değişken ve bağımsız değişkenler, yukarıda ayrıntılı bir biçimde yer verilen literatür değerlendirmesi sonucunda belirlenmiştir. Dünya Bankası veri tabanında yer alan ülkeler içerisinde,

çalışmamızda yer verilen sözü edilen değişkenlere ilişkin, çalışmanın kapsadığı döneme ait verileri mevcut olan 165 ülke temel alınarak çalışmaya konu olan yatay kesit birimler oluşturulmuştur. Veri derleme süreci sonucuna, bağımlı değişkene ilişkin gözlemlere 2000 yılından itibaren ulaşılabildiği tespit edilmiş ve bu nedenle analizin dönemi olarak 2000- 2015 belirlenmiştir. Çalışmada, Dünya Bankası veri tabanı yıllık veri seti içerdiğinden, veri sıklığı olarak yıllık veri kullanılmıştır.

3.3.3. Analizde Kullanılan Değişkenler

Bağımlı Değişken: Çalışmada açıklanmak istenen temel değişken, sağlık harcamaları, olup, sağlık harcamalarının toplumda yaşlı nüfus oranının artması ile birlikte artıp artmadığı belirlenmek istenmektedir. Bu çerçevede, hükümetin genel sağlık harcamalarının GSYH içerisindeki payının (**HSHGSYH**, domestic general government health expenditure as a % of GDP), hükümetin genel sağlık harcamalarının genel hükümet harcamaları içerisindeki payı (**HSHHGH**, domestic general government health expenditure as a % of general government expenditure) ve dolar cinsinden kişi başına özel sağlık harcamalarının (**OSH**, domestic private health expenditure per capita in terms of current US\$) bağımlı değişken olduğu 3 farklı model seti tahmin edilmiştir.

Bağımsız Değişkenler: Her üç model setinde, yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki payı (**YNO**, population ages 65 and above as a % of total) ve dolar cinsinden kişi başına GSYH (**KBGSYH**, GDP per capita in terms of current US\$) bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

3.4. ANALİZ

Çalışmada yer verilen değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistiklere ve ikili korelasyonlara Tablo 1 ve Tablo 2’de verilmektedir.

Tablo 21: Tanımlayıcı İstatistikler

	YNO	OSH	KBGSYH	HSHGSYH	HSHHGH
Ortalama	7.210050	4.216569	10060.33	3.066773	9.502584
Medyan	5.020000	4.230520	3349.060	2.530000	8.900000
Maksimum	25.35000	8.462527	119225.4	12.06000	42.05000
Minimum	0.750000	-0.107585	111.3600	0.030000	0.350000
Std. Hata	5.080897	1.579174	16161.83	2.060110	4.596679
Çarpıklık	1.068686	0.012748	2.741031	1.051834	0.834684
Basıklık	2.920233	2.328905	12.18071	3.667028	4.947878
Jarque-Bera	493.4980	48.65361	12334.27	525.3883	709.9273
Olasılık	0.000000	0.000000	0.000000	0.000000	0.000000
Gözlem Sayısı	2589	2589	2589	2589	2589

Değişkenlerin kendi aralarındaki ilişkiyi gösteren çoklu doğrusallığın korelasyon matrisi ile incelenmesi, analize başlamadan önce yapılması gereken bazı sınamalardan ilki olarak karşımıza çıkmaktadır.

Korelasyon matrisi oluşturulduğunda, iki değişkenin -1 ile +1 arasında değerleri alan ikili korelasyon katsayısına ulaşılmaktadır. Bu katsayının uç değerlere yakın değerlere sahip olması, ele alınan iki değişkenin birlikte hareket ettiğini ve aynı modelde bağımsız değişkenler olarak kullanılması durumunda çoklu bağlantı sorunu ile karşılaşılacağı anlamına gelir. Bunun aksine katsayının sıfıra yakın olması durumunda iki değişken arasında zayıf bir ilişkinin bulunduğu söz edilir. Çalışılan korelasyon matrisi Tablo 22’de verilmektedir.

Tablo 22: İkili Korelasyon Matrisi

	YNO	OSH	KBGSYH	HSHGSYH	HSHHGH
YNO	1	0.66	0.53	0.71	0.51
LOSH	0.66	1	0.70	0.57	0.48
KBGSYH	0.53	0.70	1	0.56	0.40
HSHGSYH	0.71	0.57	0.56	1	0.78
HSHHGH	0.51	0.48	0.40	0.78	1

Tablo 22’den çalışmada bağımsız değişken olarak yer verilen değişkenler arasında yüksek ikili korelasyonun olmadığı görülmektedir. Buradan çalışmanın bağımsız değişkenleri arasında çoklu doğrusal bağlantı sorununun olmadığı sonucu çıkarılmaktadır.

Ekonometrik modelleme öncesinde değişkenlerin durağan olup olmadığının da ortaya konması gerekmektedir. Ancak, değişkenlerin durağanlığının test edilmesi aşamasına geçmeden önce, yatay kesit bağımlılık testi ile hangi birim kök testinin kullanılacağı belirlenmesi gerekmektedir. Çalışmamızda değişkenlerimizin yatay kesit bağımlılığının test edilebilmesi için Paseran (2004) CD testi kullanılmıştır. Test sonuçları Tablo 23’de verilmektedir.

Tablo 23: Yatay Kesit Bağımlılık Test Sonuçları

Değişken	CD-test Değeri	Olasılık	Corr	abs (corr)
YNO	100.57	0,000	0,216	0,748
KBGSYH	53.74	0,000	0,116	0,564
HSHGSYH	45.31	0,000	0,100	0,442
OSH	15.03	0,000	0,033	0,417
HSHHGH	2.48	0,013	0,005	0,307

H0 Hipotezi: Yatay-Kesitler Bağımsızdır. **abs(corr):** Ortalama mutlak korelasyon katsayısı

H1 Hipotezi: Yatay- Kesitler Bağımlıdır. * %5 anlamlılık düzeyinde, H0 reddedilir.

Yatay kesit bağımlılık testi sonuçlarına göre, bütün değişkenler yatay kesit bağımlılık içermekte olup, bu değişkenler için ikinci kuşak birim kök testleri yapılması gerekmektedir. Çalışmamızda ikinci kuşak birim kök testlerinden Paseran (2007) tarafından geliştirilen IPS testi kullanılmıştır. Test sonuçları Tablo 24’de verilmektedir.

Tablo 24: Birim Kök Testi Sonuçları

	Lags	Trendsiz Z[t-bar] P-value
YNO	1	-3.937 0.000
OSH	0	-2.002 0.023
KBGSYH	1	-6.312 0.000
HSHGSYH	0	-1.676 0.047
HSHHGH	0	-6.613 0.000

Tablo 24'den yapılan birim kök testleri sonucunda elde edilen olasılık değerlerinin 0,10'un altında olması bize değişkenlerimizin birim köke sahip olmadığını göstermektedir. Böylece, değişkenlerimizin durağan olduklarını söyleyebiliriz.

3.4.1. Panel Veri Analizi

Çalışmanın bu aşamasında, Tablo 25'de verilen 3 alternatif model tasarlanmış ve tahmin edilmiştir.

Tablo 25: Kurgulanan Alternatif Modeller

$$M1: \text{HSHGSYH} = f(\text{YNO}, \text{KBGSYH})$$

$$M2: \text{HSHHGH} = f(\text{YNO}, \text{KBGSYH})$$

$$M3: \text{OSH} = f(\text{YNO}, \text{KBGSYH})$$

Tablo 25’de verilen modellerin tahmin sonuçları aşağıdaki Tablo 26, Tablo 27, Tablo 28, Tablo 29, Tablo 30, Tablo 31, Tablo 32, Tablo 33 ve Tablo 34’de verilmektedir. Hausman test sonuçlarına göre, Model 1 ve Model 3 için sabit etkiler, Model 2 için ise rassal etkiler tahmincisi geçerlidir. Tablo 8a’da verilen Model 1’in tahmin sonucundan hem yaşlı nüfus oranındaki artışın hem de kişi başına gelirdeki artışın hükümetin sağlık harcamalarının GSYH içerisindeki payının arttığı görülmektedir. Tablo 9b’de verilen Model 2’nin tahmin sonucundan hem yaşlı nüfus oranındaki artışın hem de kişi başına gelirdeki artışın hükümetin sağlık harcamalarının hükümetin genel harcamaları içerisindeki payının arttığı görülmektedir. Son olarak, Tablo 34’de verilen Model 3’ün tahmin sonucundan hem yaşlı nüfus oranındaki artışın hem de kişi başına gelirdeki artışın özel sağlık harcamalarını arttığı görülmektedir. Bu sonuçlar, giderek artan yaşlılık oranının hem hükümetlerin hem de özel kesimin bütçelerinde sağlık harcamalarının yükünü artıracaklarını, bu nedenle hükümetin ekonomi politikasını tasarlarken, özel kesimin ise, özellikle yaşlılık dönemini kapsayan bir dönemler arası bir gelir-harcama planlaması yapmasının bir zorunluluk olduğuna işaret etmektedir.

Tablo 26: Model 1-Sabit Etkiler

Dependent Variable: HSHGSYH			
Method: Panel Least Squares			
Sample: 2000 2015			
Periods included: 16			
Cross-sections included: 165			
Total panel (unbalanced) observations: 2599			
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic
C	0.784352	0.150922	5.197081
YNO	0.285325	0.022121	12.89853
KBGSYH	2.10E-05	3.03E-06	6.937605
Effects Specification			
Cross-section fixed (dummy variables)			
R-squared	0.902441	Mean dependent var	
Adjusted R-squared	0.895782	S.D. dependent var	
S.E. of regression	0.665492	Akaike info criterion	
Sum squared resid	1077.082	Schwarz criterion	
Log likelihood	-2543.130	Hannan-Quinn criter.	
F-statistic	135.5210	Durbin-Watson stat	
Prob(F-statistic)	0.000000		

Tablo 27: Model 1-Rassal Etkiler

Dependent Variable: HSHGSYH			
Method: Panel EGLS (Cross-section random effects)			
Sample: 2000 2015			
Periods included: 16			
Cross-sections included: 165			
Total panel (unbalanced) observations: 2599			
Swamy and Arora estimator of component variances			
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic
C	0.941280	0.141624	6.646325
YNO	0.260889	0.015253	17.10370
KBGSYH	2.35E-05	2.78E-06	8.458228
Effects Specification			
			S.D.
Cross-section random			1.237036
Idiosyncratic random			0.665492
Weighted Statistics			
R-squared	0.183314	Mean dependent var	
Adjusted R-squared	0.182685	S.D. dependent var	
S.E. of regression	0.665718	Sum squared resid	
F-statistic	291.3503	Durbin-Watson stat	
Prob(F-statistic)	0.000000		
Unweighted Statistics			
R-squared	0.535312	Mean dependent var	
Sum squared resid	5130.299	Durbin-Watson stat	

Tablo 28: Model 1-Hausman Testi

Correlated Random Effects - Hausman Test			
Equation: Untitled			
Test cross-section random effects			
Test Summary		Chi-Sq. Statistic	Chi-Sq. d.f.
Cross-section random		4.717356	2
Cross-section random effects test comparisons:			
Variable	Fixed	Random	Var(Diff.)
YNO	0.285325	0.260889	0.000257
KBGSYH	0.000021	0.000024	0.000000
Cross-section random effects test equation:			
Dependent Variable: HSHGSYH			
Method: Panel Least Squares			
Sample: 2000 2015			
Periods included: 16			
Cross-sections included: 165			
Total panel (unbalanced) observations: 2599			
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic
C	0.784352	0.150922	5.197081
YNO	0.285325	0.022121	12.89853
KBGSYH	2.10E-05	3.03E-06	6.937605
Effects Specification			
Cross-section fixed (dummy variables)			
R-squared	0.902441	Mean dependent var	
Adjusted R-squared	0.895782	S.D. dependent var	
S.E. of regression	0.665492	Akaike info criterion	
Sum squared resid	1077.082	Schwarz criterion	
Log likelihood	-2543.130	Hannan-Quinn criter.	
F-statistic	135.5210	Durbin-Watson stat	
Prob(F-statistic)	0.000000		

Tablo 29: Model 2-Sabit Etkiler

Dependent Variable: HSHHGH			
Method: Panel Least Squares			
Sample: 2000 2015			
Periods included: 16			
Cross-sections included: 165			
Total panel (unbalanced) observations: 2601			
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic
C	5.157160	0.511757	10.07736
YNO	0.524934	0.074926	7.006048
KBGSYH	4.92E-05	1.03E-05	4.784377
Effects Specification			
Cross-section fixed (dummy variables)			
R-squared	0.776642	Mean dependent var	
Adjusted R-squared	0.761409	S.D. dependent var	
S.E. of regression	2.262079	Akaike info criterion	
Sum squared resid	12454.78	Schwarz criterion	
Log likelihood	-5727.513	Hannan-Quinn criter.	
F-statistic	50.98389	Durbin-Watson stat	
Prob(F-statistic)	0.000000		

Tablo 30: Model 2-Rassal Etkiler

Dependent Variable: HSHHGH			
Method: Panel EGLS (Cross-section random effects)			
Sample: 2000 2015			
Periods included: 16			
Cross-sections included: 165			
Total panel (unbalanced) observations: 2601			
Swamy and Arora estimator of component variances			
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic
C	5.928763	0.399043	14.85746
YNO	0.413668	0.045262	9.139384
KBGSYH	5.31E-05	9.04E-06	5.869883
Effects Specification			
			S.D.
Cross-section random			3.288484
Idiosyncratic random			2.262079
Weighted Statistics			
R-squared	0.071551	Mean dependent var	
Adjusted R-squared	0.070836	S.D. dependent var	
S.E. of regression	2.262575	Sum squared resid	
F-statistic	100.1078	Durbin-Watson stat	
Prob(F-statistic)	0.000000		
Unweighted Statistics			
R-squared	0.261937	Mean dependent var	
Sum squared resid	41155.60	Durbin-Watson stat	

Tablo 31: Model 2-Hausman Testi

Correlated Random Effects - Hausman Test			
Equation: Untitled			
Test cross-section random effects			
Test Summary		Chi-Sq. Statistic	Chi-Sq. d.f.
Cross-section random		3.485216	2
Cross-section random effects test comparisons:			
Variable	Fixed	Random	Var(Diff.)
YNO	0.524934	0.413668	0.003565
KBGSYH	0.000049	0.000053	0.000000
Cross-section random effects test equation:			
Dependent Variable: HSHHGH			
Method: Panel Least Squares			
Sample: 2000 2015			
Periods included: 16			
Cross-sections included: 165			
Total panel (unbalanced) observations: 2601			
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic
C	5.157160	0.511757	10.07736
YNO	0.524934	0.074926	7.006048
KBGSYH	4.92E-05	1.03E-05	4.784377
Effects Specification			
Cross-section fixed (dummy variables)			
R-squared	0.776642	Mean dependent var	
Adjusted R-squared	0.761409	S.D. dependent var	
S.E. of regression	2.262079	Akaike info criterion	
Sum squared resid	12454.78	Schwarz criterion	
Log likelihood	-5727.513	Hannan-Quinn criter.	

Tablo 32: Model 3-Sabit Etkiler

Dependent Variable: LOSH			
Method: Panel Least Squares			
Sample: 2000 2015			
Periods included: 16			
Cross-sections included: 165			
Total panel (unbalanced) observations: 2593			
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic
C	2.354595	0.092182	25.54295
YNO	0.219591	0.013553	16.20270
KBGSYH	2.78E-05	1.88E-06	14.76160
	Effects Specification		
Cross-section fixed (dummy variables)			
R-squared	0.937682	Mean dependent var	
Adjusted R-squared	0.933418	S.D. dependent var	
S.E. of regression	0.407555	Akaike info criterion	
Sum squared resid	402.9618	Schwarz criterion	
Log likelihood	-1265.576	Hannan-Quinn criter.	
F-statistic	219.9009	Durbin-Watson stat	
Prob(F-statistic)	0.000000		

Tablo 33: Model 3-Rassal Etkiler

Dependent Variable: LOSH			
Method: Panel EGLS (Cross-section random effects)			
Sample: 2000 2015			
Periods included: 16			
Cross-sections included: 165			
Total panel (unbalanced) observations: 2593			
Swamy and Arora estimator of component variances			
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic
C	2.567651	0.098487	26.07107
YNO	0.185710	0.010132	18.32820
KBGSYH	3.06E-05	1.76E-06	17.38377
Effects Specification			
			S.D.
Cross-section random			0.900773
Idiosyncratic random			0.407555
Weighted Statistics			
R-squared	0.292274	Mean dependent var	
Adjusted R-squared	0.291727	S.D. dependent var	
S.E. of regression	0.409150	Sum squared resid	
F-statistic	534.8032	Durbin-Watson stat	
Prob(F-statistic)	0.000000		
Unweighted Statistics			
R-squared	0.580244	Mean dependent var	
Sum squared resid	2714.250	Durbin-Watson stat	

Tablo 34: Model 3-Hausman Testi

Correlated Random Effects - Hausman Test			
Equation: Untitled			
Test cross-section random effects			
Test Summary		Chi-Sq. Statistic	Chi-Sq. d.f.
Cross-section random		23.063743	2
Cross-section random effects test comparisons:			
Variable	Fixed	Random	Var(Diff.)
YNO	0.219591	0.185710	0.000081
KBGSYH	0.000028	0.000031	0.000000
Cross-section random effects test equation:			
Dependent Variable: LOSH			
Method: Panel Least Squares			
Sample: 2000 2015			
Periods included: 16			
Cross-sections included: 165			
Total panel (unbalanced) observations: 2593			
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic
C	2.354595	0.092182	25.54295
YNO	0.219591	0.013553	16.20270
KBGSYH	2.78E-05	1.88E-06	14.76160
Effects Specification			
Cross-section fixed (dummy variables)			
R-squared	0.937682	Mean dependent var	
Adjusted R-squared	0.933418	S.D. dependent var	
S.E. of regression	0.407555	Akaike info criterion	
Sum squared resid	402.9618	Schwarz criterion	
Log likelihood	-1265.576	Hannan-Quinn criter.	
F-statistic	219.9009	Durbin-Watson stat	
Prob(F-statistic)	0.000000		

SONUÇ

XX. yüzyıldan bu yana tüm dünya ülkelerini ilgilendiren bir sorun olarak nüfus yaş yapılarında önemli değişiklikler yaşanmakta ve dünya nüfusu hızla yaşlanmaktadır. 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki oranının artmasında en önemli iki etken; doğum oranlarının azalması ve ömür sürelerinin uzaması olmuştur. Geleneksel toplum yapısından uzaklaştıkça doğum kontrolünün devlet tarafından desteklenmesi ve geleneksel doğum kontrol yöntemlerinden uzaklaşılarak modern yöntemlere geçilmesi, aile yapısının değişmesi ve kadınların iş gücüne aktif katılımlarının sağlanmasıyla doğum oranlarında hızlı bir düşüş yaşanmıştır. Teknolojik gelişmeler ve bu gelişmelerin sağlık hizmetlerine yansması, yeni ilaç ve aşıların bulunması, refah düzeyinin, temizliğin, kişisel bakımın ve gıda çeşitliliğinin ve bunlara erişimin artması ise ömür sürelerinin uzamasını sağlamıştır. Tüm bu etkenler ile birlikte çocuk sayısındaki artış yavaşlarken, yaşlı sayısındaki artış hızlanmış ve insanlar daha ileri yaşları görmeye başlamıştır. Geçmiş dönemlerde 65 yaş ve üzeri bireyler çok yaşlı sayılırken günümüzde 80 yaş ve üzeri ileri yaş olarak sayılmaktadır. Yaşlı nüfus oranında yaşanan bu artış birçok sosyal ve ekonomik etkiye neden olmuş ve akademik literatürde önemli tartışma konularından biri haline gelmiştir. Şimdiye kadar yapılan araştırmalarda öne sürülen genel görüş yaşlı nüfus oranında yaşanan artışların sağlık harcamalarında da artışa neden olduğu ve bu artışında devletler üzerindeki yükü arttırdığı yönündedir. Akademik literatür ve yapılan araştırmalar ilerleyen yıllarda nüfus yaşlanmasının sosyal ve ekonomik etkilerinin devam edeceğini göstermektedir.

Yaşlı nüfus artışını beraberinde getiren demografik dönüşüm süreci ilk olarak gelişmiş ülkelerde başlamıştır bu nedenle yaşlı nüfus oranı bu ülkelerde yüksek seyretmektedir ve önümüzdeki dönemlerde de yüksek seyretmesi beklenmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise yaşlı nüfus artış hızı gelişmiş ülkelere göre daha yüksektir ve önümüzdeki yıllarda da bu artış hızının gelişmiş ülkelere göre daha yüksek olması beklenmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfus artış hızının gelişmiş ülkelere göre daha yüksek olmasının nedeni ise, gelişmiş ülkelerin demografik geçiş sürecine daha erken başlaması nedeniyle toplam nüfus içindeki yaşlı nüfus oranının zaten yüksek olmasıdır. Bu nedenle yaşlı nüfus oranının zaten yüksek olduğu gelişmiş ülkelerde yaşlı

nüfus artış hızı zamanla yavaşlarken demografik geçişe geç başlayan gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfus artış hızı daha yüksek seyretmektedir.

Demografik geçiş sürecinden en az etkilenen ve yaşlı nüfus oranının en düşük olduğu az gelişmiş ülkelerde ise, son 30 yılda ömür sürelerinin uzaması ve doğurganlığın düşmesi sonucunda 2050 yılına kadar ve sonrasında yaşlı nüfus oranında önemli artışlar görülmesi beklenmektedir. Demografik geçiş sürecinde dikkat çeken nokta ise, gelişmiş ülkeler demografik geçiş sürecini neredeyse yüzyıla yayarken gelişmiş ülkeler dışındaki ülkelerin bu süreci çok daha hızlı yaşamak zorunda olmalarıdır. Gelişmiş ülkeler, gelişmekte olan ülkeler ve az gelişmiş ülkelerin yaşlanma sürecine bakıldığında üzerinde durulması gereken bir diğer konu ise, gelişmiş ülkelerin sahip oldukları ekonomik ve sosyal avantajlar nedeniyle yaşlılığın getirdiği sosyal ve ekonomik yüklerle mücadelesinin daha kolay olması ve bu süreç daha uzun bir zamana yayıldığı için yaşlanma hakkında önlemler almak, yeni politikalar uygulamak ve sağlık sisteminde yenilikler yapmak için daha fazla zamana sahip olmalarıdır. Az gelişmiş ülke toplumları ise, bu hızlı yaşlanma sürecini yeterli destek ve kaynak olmadan geçirmek zorunda kalacaklardır. Bu yüzden gelişmekte olan ülkelerin ve az gelişmiş ülkelerin demografik geçiş sürecine uyum sağlamak ve yaşlı nüfusun artan maliyetlerini karşılamak için gerekli önlemleri en hızlı şekilde almaları gerekmektedir.

Dolayısıyla günümüz dünyasında karşılaşılan temel sorunlardan biri toplumların giderek yaşlanmakta olduğudur. Geçtiğimiz son yarım yüzyılda dünya genelinde yaşanan demografik geçiş sürecinde, ölüm ve doğum artış hızlarının azaldığını, yaşam süresinin uzadığını, sağlık teknolojilerinin geliştiği ve bu gelişmeler sonucunda da başta gelişmiş ülkeler olmak üzere tüm dünya ülkelerinde yaşlı nüfus oranında hızlı bir artışın yaşandığını görmekteyiz. Önümüzdeki 30 yıl içinde az gelişmiş ülkeler de dahil olmak üzere tüm dünya ülkelerinin yaşlı nüfus oranlarının daha hızlı artması ve 2050 yılına gelmeden yaşlı nüfusun genç nüfusu geçmesi beklenmektedir. Ülkelerin yaşlı nüfus oranı arttıkça hastalık oranları ve bakıma muhtaç kişi sayısı da artmaktadır. Bu artış beraberinde sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı ve sağlık hizmeti maliyetlerini de artırmaktadır. Sosyal devlet anlayışının gerektirdiği temel görevlerden biri olan toplumların sağlık ihtiyaçlarını karşılama görevi ise hükümetlerin üzerindeki maliyet yükünün artmasına neden olmaktadır.

Bu çalışmada ele alınan temel sorun, dünyada toplam nüfus içerisinde yaşlı nüfus oranının artmasının hem kamu hem de özel sektör sağlık harcamalarını ve dolayısıyla hükümetler üzerindeki ekonomik yükü artırıp artırmadığıdır. Bu sorunsala bağlı olarak çalışmanın temel amacı, demografik gelişmeler ışığında yaşlı nüfus oranı ile toplam (kamu-özel) sağlık harcamaları arasında ampirik bir ilişkinin var olup olmadığını tespitidir. Bu sorun ve amaca bağlı olarak çalışmanın temel göstergeleri olarak belirlenen 6 açıklayıcı değişken için, dünya ölçeğinde 165 ülkenin 2000-2015 yılları arasında baz alan ekonomik ve demografik göstergelerinden bir veri seti hazırlanmıştır.

Çalışmada yapılan analiz sonucunda, hem yaşlı nüfus oranındaki artışın hem de kişi başına gelirdeki yükselişin;

- 1- Hükümetlerin sağlık harcamalarının Gayrisafi Yurtiçi Hasıla içerisindeki payını arttırdığı,
- 2- Hükümetlerin sağlık harcamalarının genel hükümet harcamaları içindeki payını arttırdığı,
- 3- Ve nihayet özel sağlık harcamalarını arttırdığı tespit edilmiştir.

Yaşlılık ve sağlık harcamaları arasındaki pozitif yönlü etki nedeniyle, yaşlı nüfusun giderek artmasının, hem hükümet bütçelerinde hem de özel kesim bütçelerinde sağlık harcamalarına ayrılan payın artmasına neden olacağı göz önünde bulundurulduğunda, devletlerin ekonomik kalkınma planlarını bu durumu dikkate alarak oluşturmaları gerekmektedir. Aynı zamanda devletlerin kamusal maliyetleri azaltmak adına yaşlıların sağlık ve sosyal bakımı için daha düşük maliyetli, daha kapsamlı ve yenilikçi politikalar geliştirmeleri sağlanmalıdır.

Gelişmiş ülkeler, nüfusun hızlı yaşlanmasını ve bu durumun getirdiği sosyal ve ekonomik maliyeti, gelişmişliğin getirdiği yüksek gelir düzeyi ve özellikle sosyal güvenlik sistemindeki sağlam yapılanma gibi avantajlar nedeniyle daha rahat sübvansede edebilmektedirler. Gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkeler yeterli kaynağa ve sosyal altyapıya sahip olmamaları nedeniyle, sonraki dönemlerde yaşanacak hızlı yaşlanma sürecinin getireceği maliyetleri finanse etmekte önemli zorluklar yaşayacaklardır. Bu nedenle, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin, yaşlı nüfusunun hızlı artışına karşın gelişmiş ülkelere nazaran, daha güçlü ve köklü yenilikler yapmaları ve uzun bir dönemi kapsayacak politikalar belirlemeleri gerekmektedir.

Bu çalışmada tüm dünya ülkeleri verilerinin kullanılmasına özen gösterilmiştir. Gelişmiş ülkelerde yaşanan demografik değişim ve bu ülkelerin yaşlanmasının ekonomilerine etkisi birçok çalışmada yer almakta olmasına rağmen gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerin demografik değişimlerinin henüz gelişmiş ülkeler boyutunda olmaması nedeniyle bu ülkeler hakkında literatürde çok fazla çalışma bulunmamaktadır.

Bu çalışmada gelir gruplarına göre bir ayırım yapılmaksızın tüm ülkelerin verilerinden yararlanılmış ve dünya çapında 165 ülkeyi kapsayan ampirik bir çalışma ortaya konmuştur. Analiz sonuçları, giderek artan yaşlılık oranının, hem hükümetlerin hem de özel kesimin bütçelerinde sağlık harcamalarının yükünü artıracığını, bu nedenle hükümetlerin ekonomi politikalarını planlarken bu durumu dikkate almalarının, özel kesimin ise özellikle yaşlılık dönemini kapsayan dönemler arası gelir-harcama planlaması yapmasının bir zorunluluk olduğuna işaret etmektedir.

Kaynakça

- Aboderin, I., & Beard, J. (2015). Older People's Health in Sub-Saharan Africa. *Lancet*, 385(9968), 9-11.
- Aboderin, Isabella. (2012). Global Poverty, Inequalities And Ageing In Sub-Saharan Africa: A Focus For Policy And Scholarship. *Journal of Population Ageing*, 5(2), 87-90.
- Aboubacar, B., & Xu, D. (2017). The Impact of Health Expenditure on the Economic Growth in Sub-Saharan Africa. *Theoretical Economics Letters*, 7(3), 615-622.
- ADB. (2012). *Aging, Economic Growth, and Old-Age Security in Asia*. Asya Kalkınma Bankası. Edward Elgar Publishing.
- Adlakh, A. (1997). Population Trends: India. (E. v. Yönetimi, Ed.) *ABD Ekonomi Bakanlığı*, 97(1), 1-8.
- Ağır, H., & Tıraş, H. H. (2018). Türkiye’de Sağlık Harcama Türlerinin Değerlendirilmesi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 15(2), 643-670.
- Aigheyisi, O. (2013). The Relative Impacts of Federal Capital and Recurrent Expenditures on Nigeria's Economy. *American Journal of Economics*, 3(5), 210-221.
- Aiyar, S., & Ebeke, C. (2016). *The Impact of Workforce Aging on European Productivity*. International Monetary Fund (IMF). Working Papers.
- Akalın, G. (1986). *Kamu Ekonomisi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları.
- Akdur, R. (2016). Sağlık Hizmetlerinin Tarihteki Yolculuğunun Sonu: Çağdaş Sağlık Hizmetleri ve Halk Sağlığı. *Ankara Sağlık ve İnsan Dergisi*, 5(57), 24-29.
- Akdur, R., Çöl, M., Işık, A., İdil, A., Durmuşoğlu, M., & Tunçbilek, A. (1998). Halk Sağlığı. *Çağdaş Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramları, Bu Kavramlara Etki Eden Dinamikler*. Ankara: AÜTF ANTIP A.Ş. Yayınları.
- Akinci, F., Hamidi, S., Suvankulov, F., & Akhmedjonov, A. (2014). Examining the Impact of Health Care Expenditures on Health Outcomes in the Middle East and N. Africa. *Journal Of Health Care Finance*, 41(1), 1-23.
- Aksu, L. (2011). Dünyada ve Türkiye’de Nüfus Analizleri. *Sosyoloji Konferansları*, (pp. 219-311).
- Alarcon, D., & Robles, M. (2007, Aralık 10-12). The Challenges of Measuring Child Mortality When Birth Registration Is Incomplete. *Global Forum on Gender Statistics*. Roma: U.N. Department of Economic and Social Affairs.

- Andargie, G. (2008). In Collaboration with the Ethiopia Public Health Training Initiative. *The Ethiopia Ministry of Helath and the Ethiopia Ministry of Education(663)*. (T. C. Center, Ed.) Atlanta: USAID Coopertive Agreement.
- Angel, J. L., Vega, W., & Ortega, M. L. (2017). Aging in Mexico: Population Trends and Emerging Issues. *The Gerontologist*, 57(2), 153-162.
- Aras, S., Atlı, T., Bozođlu, E., şahin, S., Őlger, Z., & Varlı, M. (2011). Yaşlılıkta Erken Tanı Yöntemleri ve Taramaların Yapılması, Önerilen Durumlar- Yöntemler. In ř. B. Özvarış, D. Aslan, S. Çom, B. Keskinılıç, K. Karakaya, N. Yardım, . . . ř. Kutlu (Eds.), *Yaşlı Sağlığı Modűlleri*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Arsan, Ő. (1982). Transfer Giderleri. *Ankara Őniversitesi SBF Dergisi*, 37(1), 115-127.
- Arthur, E., & Oaikhenan, H. (2017). The Effects of Health Expenditure on Health Outcomes in Sub-Saharan Africa (SSA). *African Development Review*, 29(3), 524-536.
- Asbu, E. Z., & v.d. (2017). Health Status And Health Systems Financing in The MENA Region: Roadmap To Universal Health Coverage. *Global Health Research And Policy*, 1-13.
- Asbu, E. Z., Masri, M. D., & Kaissi, A. (2017). Health status and health systems financing in the MENA region: roadmap to universal health coverage. *Global Health Research and Policy*, 1-13.
- Asbu, E. Z., Masri, M. D., & Kaissi, A. (2017). Health Status And Health Systems Financing In The MENA Region: Roadmap To Universal Health Coverage. *Global Health Research and Policy*, 2(25), 1-13.
- Assaad, R., & Roudi-Fahimi, F. (2011). *Youth Population and Employment in the Middle East and North Africa: Opportunity or Challenge?* Washington: Population Reference Bureau.
- Asteriou, Dimitrios ve Hall, Stephen G. (2007). *Applied Econometrics: A Modern Approach Using Eviews and Microfit Revised Edition*. New York: Palgrave Macmillan.
- Atasever, M. (2014). *Tűrkiye'de Sađlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sađlık Harcamalarının Analizi : 2002-2013 Dűnemi*. Ankara: Sađlık Bakanlıđı.
- Attane, I., & Barbieri, M. (2009). The Demography of East and Southeast Asia from the 1950s to the 2000s. A Summary of Changes and a Statistical Assessment. *Population-E*, 64(1), 7-146.
- Avdeev, A., Eremenko, T., Festy, P., Gaymu, J., Le Bouteillec, N., & Springer, S. (2011). Populations and Demographic Trends of European Countries, 1980-2010. *Population*, 66, 9-129.
- Avrupa Komisyonu. (2014). *Population Ageing In Europe Facts, Implications And Policies*. Lűksemburg: Avrupa Birliđi Yayın Ofisi.

- Avrupa Komisyonu. (2017). *Population Ageing in Europe*. Brüksel: Avrupa Birliği Yayınları Ofisi.
- Avrupa Parlamentosu. (2017). *Demographic Outlook for the European Union*. Avrupa Parlamentosu Araştırma Servisi. Brüksel: Avrupa Üniversitesi Enstitüsü.
- Aydın, D. Z. (1999). Yaşlanan Dünya ve Geriatri Eğitimi. *Geriatri Dergisi*, 2(4), 179-187.
- Bachmann, M., London, L. ve Barron, P. (1996). Infant Mortality Rate Inequalities in The Western Cape Province of South Africa. *International Journal of Epidemiology*, 25(5), 966-972.
- Bahar, G., Bahar, A., & Savaş, H. (2009). Yaşlılık ve Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(12), 85-98.
- Bandara, A. (2005). Emerging Health Issues In Asia And The Pacific: Implications For Public Health Policy. *Asia-Pacific Development Journal*, 12(2), 33-58.
- Bandara, A. (2005). Emerging Health Issues In Asia And The Pacific: Implications For Public Health Policy. *Asia-Pacific Development Journal*, 12(2), 33-58.
- Barik, D., & Desai, S. (2014). Determinants Of Private Healthcare Utilisation And Expenditure Patterns In India. In *India Infrastructure Report 2013/14: The Road to Universal Health Coverage* (p. 52). Hindistan: Oriental Blackswan Publishing.
- Barua, Bacchus, Palacios, Milagros ve Emes, Joel. (2017). *The Sustainability of Health Care Spending in Canada 2017*. Kanada: Fraser Institute.
- Basso, E. v., Basso, E., Compagnucci, R., Fearnside , P., Magrin, G. O., Marengo, J. A., . . . Villamizar , A. (2001). *Latin America*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Beğer, T. (1998, Kasım 12-13). Yaşlanma ve Yaşlılık: Geriatrik Hasta ve Sorunları Sempozyumu. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikler*, pp. 9-13.
- Behera, D. K., & Dash, U. (2018). The Impact Of Macroeconomic Policies On The Growth Of Public Health Expenditure: An Empirical Assessment From The Indian States. *Cogent Economics & Finance*, 6(1), 1-21.
- Benatar, S. (2013). The challenges of health disparities in South Africa. *South African medical journal* , 103(3), 154-155.
- Bhutta, Z., Gupta , I., de'Silva, H., Manandhar, D. S., Awasthi, S., Hossain, A., & Salam, M. (2004). Maternal and child health: is South Asia ready for change? *BMJ*, 328, 816-819.
- Birleşmiş Milletler. (2017, Ocak 13). Caribbean Synthesis Report On The Implementation Of The Madrid International Plan Of Action On Ageing And The San Jose Charter On The Rights Of Older Persons In Latin America And The Caribbean. *Yaşlanma Ve Yaşlılık Haklarının Dördüncü Bölgesel Hükümetlerarası*

Konferansı İçin Karayip Hazırlık Toplantısı. İspanya: ECLAC (Latin Amerika Ülkeleri Ekonomik Komisyonu).

- Birren, J. E. (2006). *Handbook of the Biology of Aging*. (E. J. (Ed.), Ed.) New York: Elsevier Academic Press.
- Bittencourt, M. (2014). *Primary Education and Fertility Rates in Southern Africa: Evidence From Before the Demographic Transition*. ERSA Economic Research Southern Africa. Pretoria: Working Paper.
- Bidzha, L., Greyling, T., & Mahabir, J. (2017). Has South Africa's Investment in Public Health Care Improved Health Outcomes? 663. *Economic Research Southern Africa (ERSA)*.
- Bloom, D., & Finlay, J. (2008). Demographic Change and Economic Growth in Asia. *PGDA (Program On The Global Demography Of Aging) Working Paper, 41*.
- BM. (2009). *The Role of Public Investment in Social and Economic Development*. Cenevre: Birleşmiş Milletler Ticare ve Kalkınma Konferansı.
- BM. (2016). *Briefing Note For Countries On The 2016 Human Development Report*. New York.
- Boivin, J. (2012). *Aging Gracefully: Canada's Inevitable Demographic Shift*. Kanada Merkez Bankası. Toronto: Kanada Ekonomi Kulübü.
- Bongaarts, J., & Casterline, J. (2013). Fertility Transition: Is Sub-Saharan Africa Different? *Population and Development Review, 38(1)*, 153-168.
- Borda, M. (2011). Voluntary Health Insurance As A Method Of Health Care Financing In European Countries. *International Journal Of Economics And Finance Studies, 119-127*.
- Botev, N. (2006). Is Europe Trapped In/By Low Fertility? 4-7. (G. v. Lazdane, Ed.) Kopenhag: Entre Nous.
- Brea, J. A. (2003). Population Dynamics in Latin America. *Population Bulletin, 58(1)*, 1-36.
- Brea, J. A. (2003). Population Dynamics in Latin America. *Population Bulletin, 58(1)*, 1-36.
- Breyer, F., & Felder, S. (2006). Life Expectancy And Health Care Expenditures: A New Calculation For Germany Using The Costs Of Dying. *Health Policy, 75(2)*, 178-186.
- Briggs, A. (1961). The Welfare State in Historical Perspective. *European Journal of Sociology, 2(2)*, 221-258.
- Bulut, Ü., & Özçakar, N. (1999). Nasıl Yaşlanıyoruz? *The Journal of Turkish Family Physician, 3(1)*, 1-5.

- Bulut, Ü., & Özçakar, N. (1999). Nasıl Yaşlanıyoruz? *The Journal of Turkish Family Physician*, 3(1), 1-5.
- Burgard, S. A., & Treiman, D. J. (2006). Trends and Racial Differences in Infant Mortality in South Africa. *Social Science and Medicine*, 62(5), 1126-1137.
- Burkhead, J., & Miner, J. (2009). *The Nature of the Public Sector, Public Expenditure*. New Brunswick, ABD: Aldine Transaction Publishers.
- Callaghan, W., MacDorman, M., Shapiro-Mendoza, C., & Barfield, W. (2017). Explaining The Recent Decrease in US Infant Mortality Rate. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1-15.
- Cankurtaran, M. (2005, Mayıs 25-29). Yaşlılık, Yaşlanma Mekanizmalar, Antiaging ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri. 7. *Ulusal İç Hastalıkları Kongresi*.
- Carducci, A. (2017). European Fertility: An Examination of Shifting Fertility Trends in Italy, Spain, and Sweden. *1*, pp. 33-44. Claremont-UC Undergraduate Research Conference on the European Union.
- Casas, J. A., Dachs, N., & Bambas, A. (2001). *Health Disparities in Latin America and the Caribbean: The Role of Social and Economic Determinants*. (P. A. Organization, Ed.) Washington D.C.: Equity & health.
- Catlin, A. C., & Cowan, C. A. (2015). *History of Health Spending in The United States, 1960-2013*. Baltimore: Centers for Medicare & Medicaid Services.
- Cavagnero, E., Cros, M., Dunworth, A., & Sjoblom, M. (2017). *Better spending, better care : a look at Haiti's health financing : summary report*. Washington: Dünya Bankası.
- Chawla, R. K. (1990). Dependency Ratios: An International Comparison. *Perspectives On Labour And Income*, 2(2), 1-8.
- Cherry, M. (2009). Setting Priorities For Health Spending in South Africa. *South African Journal of Science*, 105(7-8), 245-246.
- CIHI. (2003). *National Health Expenditure Trends 1975-2003*. Canadian Institute for Health Information. Ottawa: Canadian Institute for Health Information.
- Coovadia, H., Jewkes, R., Barron, P., Sanders, D., & McIntyre, D. (2009). The Health And Health System Of South Africa: Historical Roots Of Current Public Health Challenges. *The Lancet*, 374(9692), 817-834.
- Crampton, A. (2009). *Global Aging: Emerging Challenges*. (A. N. (Ed.), Ed.) Boston.
- Cuevas, R. P., Guanais, F., Doubova, S., Pinzon, L., Tejerina, L., Masis, D. P., . . . Macinko, J. (2017). Understanding Public Perception Of The Need For Major Change In Latin American Healthcare Systems. *Health Policy and Planning*, 32, 816-824.

- Culyer, A. J., & Newhouse, J. P. (2000). *Handbook of the Health Economics*. Amsterdam: Elsevier Science B.V.
- Çelikay, F., & Gümüş, E. (2010). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 177-216.
- Çelikay, F., & Gümüş, E. (2011). Sağlıkta Dönüşümün Ampirik Analizi. *SBF Dergisi*, 66(3), 55-92.
- Dasvarma, G. L. (2015). *Population And Environmental Issues In South Asia*. Avustralya: Routledge (A Taylor and Francis Group).
- Daştan, İ., & Çetinkaya, V. (2015). OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 104-134.
- Daştan, İ., & Çetinkaya, V. (2015). OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 104-134.
- Daştan, İ., & Çetinkaya, V. (2015). OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 104-134.
- Davies, P., & Carrin, G. (2001). 'Risk-pooling – necessary but not sufficient?'. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(7), 587.
- Deaton, A. S., & Tortora, R. (2015). People in sub-Saharan Africa rate their health and health care among the lowest in the world. *Health Affairs*, 34(3), 519-527.
- Debasis, B., & Desai, S. (2014). Determinants of Private Healthcare Utilisation And Expenditure Patterns In India. 77220. (M. (. Archive), Ed.) Hindistan. Retrieved 02 03, 2019, from t <https://mpa.ub.uni-muenchen.de/77220/>
- Deloitte. (2016). *2016 Global Health Care Outlook Regional & Country Perspectives*. Londra: Deloitte Touche Tohmatsu Limited.
- Demeny, P. (2003). Population Policy Dilemmas in Europe at the Dawn of the Twenty-First Century. *Population and Development Review*, 29(1), 1-28.
- Dhalla, I. (2007). Canada's health care system and the sustainability paradox. *CMAJ*, 177(1), 51-53.
- Dinçer, T., Kavuncubaşı, Ş., & Aloğlu, E. (1994). Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı. *Toplum ve Hekim*, 9(62), 115-121.
- Dixit, S. K., & Sambasivan, M. (2018). A review of the Australian healthcare system: A policy perspective. *SAGE Open Medicine*, 6, 1-14.
- Doğan, F. İ. (2017). The Impact Of The Oil Prices On Public And Private Health Expenditures: Empirical Analysis On Mena Countries. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(2), 53-68.

- Doubova, S. V., Saiso, S. G., Cuevas, R. P., Gonzalez, O. S., Estrello, P. P., Infante, C., . . . Leslie, H. (2018). Quality governance in a pluralistic health system: Mexican experience and challenges. *The Lancet Global Health*, 6(11), 1149-1152.
- Droogers, P., Immerzeel, W., Terink, W., Hoogeveen, J., Bierkens, M., van Beek, L., & Debele, B. (2012). Water resources trends in Middle East and North Africa. *Hydrology and Earth System*, 16, 3101-3114.
- DSÖ. (1998). Life In The 21st Century; A Vision For All. *The World Health Report 1998*. Fransa: WHO Library Cataloguing in Publication Data.
- DSÖ. (2000). *The World Health Report 2000: Health Systems Improving Performance*. İsviçre: Dünya Sağlık Örgütü Yayınları.
- DSÖ. (2004). *Health of The Elderly in South-East Asia*. Yeni Delhi: Dünya Sağlık Örgütü Güneydoğu Asya Bölge Ofisi.
- DSÖ. (2008). *The Right to Health*. Cenevre: Dünya Sağlık Örgütü Yayınları.
- DSÖ. (2014). Constitution of The World Health Organization. *Basic Documents*. İtalya: WHO Library Cataloguing in Publication Data.
- DSÖ. (2015). World Report On Ageing and Health. Lüksemburg: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Dulleman, C. V. (2006). Older People in Africa: New Engines to Society? *NWSA Journal*, 18(1), 99-105.
- Duyar, İ. (2008). *Geriatrici* (1 ed.). Ankara: Türk Geriatrici Vakfı ve Geriatrici Gerontoloji Derneği.
- Dünya Bankası. (2004). *Gender and Development in the Middle East and North Africa*. Washington: Dünya Bankası Yayınları.
- Dünya Bankası. (2005). *Public Expenditure and the Role of Government in the Chinese Health Sector*. Washington: Dünya Bankası. Retrieved from <http://siteresources.worldbank.org/INTEAPREGTOPHEANUT/Resources/502734-1129734318233/BN5-publicexpenditure-final.pdf>
- Dünya Bankası. (2009). *Health Financing Note East Asia and Pacific Region*. Dünya Bankası Doğu Asya ve Pasifik Bölgesi. Washington: Dünya Bankası. Retrieved from http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/HFN_Vol_1_Final_031910.pdf
- Dünya Bankası. (2011). *Population Aging : Is Latin America Ready?* Washington: Dünya Bankası Yayınları.
- Dünya Bankası. (2015). *Toward Universal Health Coverage and Equity in Latin America and the Caribbean*. Washington: Dünya Bankası.

- Economic and Social Research Institute (ESRI). (2005). Policy Options for Health Insurance and Long-term Care Insurance. *ESRI Collaboration Projects 2004 Macroeconomic Issues*. Tokyo. Retrieved from http://www.esri.go.jp/jp/prj/int_prj/prj-2004_2005/macro/macro16/09-1-R.pdf
- Engelhardt, H., & Schulz, F. (2017). *Demographic Developments in the Middle East and North Africa*. Bamberg: Bamberg Üniversitesi Yayınları.
- Ersöz, F. (2008). Türkiye ile OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamalarının Analizi. *İstatistikçiler Dergisi*, 1(2), 95-104.
- Ertürk, S., & Meriç, M. (2016). Sağlık Harcamaları ve Evrensel Kapsama Açısından Türk ve Alman Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı İncelenmesi. *Sosyoekonomi*, 24(29), 113-131.
- Ester, P. V., Torres, A., Freire, J. M., Hernandez, V., & Gil, A. (2011). Factors Associated To Infant Mortality In Sub-Saharan Africa. *Journal of Public Health in Africa*, 2(2), 112-116.
- Eurostat. (2002). *An Analysis of the Reasons for Japan's Low Infant Mortality Rate*. Lüksemburg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Eurostat. (2016). *Key Figures On Europe; 2016 Edition*. Lüksemburg: Publications Office Of The European Union.
- Eurostat. (2017). First Population Estimates; EU Population Up To Almost 512 Million At 1 January 2017, Increase Driven By Migration. Lüksemburg: Eurostat Press Office.
- Eurostat. (2017). Key figures on Europe: 2017 Edition,. Lüksemburg: Publications Office of the European Union.
- Eurostat. (2018, Mart 05). *Healthcare Expenditure Statistics*. Retrieved from https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics#Health_care_expenditure
- Fabozzi, Frank J., vd. (2014). *The Basics of Financial Econometrics: Tools, Concepts and Asset Management Applications*. Boston: John Wiley&Sons Inc. Published.
- Farrell, M. J. (1957). The Measurement of Productive Efficiency. *Journal of the Royal Statistical Society*, 120(3), 253-290.
- Fişek, N. (1982). Sağlık Hizmetleri ve İşçi Sağlığı Ailelerinin Sağlık Sorunları. *Modern Yönetim Semineri(144)*. Türk-İş Yayınları.
- Frejka, T., & Sobotka, T. (2008). Fertility in Europe: Diverse. *Demographic Research*, 19(3), 15-46.
- Fuchs, V. R. (2013). The Gross Domestic Product And Health Care Spending. *The New England Journal of Medicine*, 369(2), 107-109.

- Garenne, M., & Joseph, V. (2002). The Timing of the Fertility Transition in Sub-Saharan Africa. *Elsevier*, 30, 1835-1843.
- Gemicioğlu, S. (2017). *Ticari Açılık Ve Gelir Eşitsizliği Arasındaki İlişki*. (İ. K. Şiriner, Ed.) Londra: Ijopec Publication.
- Gericke, C. (2004). Comparison of Health Care Financing In Egypt And Cuba: Lessons For Health Reform In Egypt. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 11(5), 1073-1086.
- Getzen, T. E. (1992). Population Aging And The Growth Of Health Expenditures. *Journal of Gerontology*, 47(39), 98-104.
- Getzen, Thomas E. (1992). Population Aging And The Growth Of Health Expenditures. *Journal of Gerontology*, 47(39), 98-104.
- Ghazy, M., & Siddhisena, K. (2009). *Demographic Prognosis For South Asia: A Future Of Rapid Ageing*. Bangkok: UNFPA Asia and the Pacific Regional Office.
- Gissler, M. (2015). Successes and Challenges in Infant Mortality. *Acta Paediatrica*, 104(5), 440-441.
- Goldsmith, T. C. (2014). *An Interduction to Biological Aging Theory*. Crownsville: Azinet Yayıncılık.
- Gordon, S. (2012). Why South Asia Matters In World Affairs. *Policy*, 28(1), 53-56.
- Goujon, A. (2003). *Sustainable Human Development-Demographic Transition And Education In Developing Countries*. Oxford: Eolss Publishers.
- Govindaraj, R., Chellaraj, G., & Murray, C. J. (1997). Health expenditures in Latin America and the Caribbean. *Social Science and Medicine*, 44(2), 157-169.
- Govindaraj, R., Christopher, M., & Chellaraj, G. (1997). Health Expenditures in Latin America and the Caribbean. *Social Scene Medicine*, 44(2), 157-169.
- Govindaraj, R., Murray, C., & Chellaraj, G. (1995). *Health Expenditures in Latin America*. Washington D.C.: Dünya Bankası.
- Gribble, J., & Bremner, J. (2012). Achieving A Demographic Dividend. *Population Bulletin*, 67(2), 1-15.
- Guisan, M. C., & Exposito, P. (2010). Health Expenditure, Education, Government Effectiveness And Quality Of Life In Africa And Asia. *Regional and Sectoral Economic Studies*, 10(1), 115-126.
- Guzman, J., Rodriguez, J., Martinez, J., Contreras, J. M., & Gonzalez, D. (2006). The Demography of Latin America and the Caribbean Since 1950. *Population-E*, 61(5), 519-576.
- Gülşen, M. A., & Yıldırım, M. (2017). Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrasında Uygulanan Sağlık Regülasyonlarının Üniversite Hastanelerinin Mali Yapılarına

- Etkisi. *Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 10(4), 159-172.
- Gümüş, E., & Çelikay, F. (2010). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 177-216.
- Gümüş, S., & Toy, D. (2013). *Sağlık Hizmetlerinin Pazarlaması ve Reklamın Etkileri*. İstanbul: Hiperlink Yayınları.
- Güran, M. C., & Cingi, S. (2002). Devletin Ekonomik Müdahalelerinin Etkinliği. *Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi*(3), 56-89.
- Güvercin, A., Mil, H. İ., & Tarım, B. (2016). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu. *Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 7(13), 80-94.
- Halsall, J., & Cook, I. (2017). Ageing in the Middle East and North Africa: A Contemporary Perspective. *Population Horizons*, 14(2), 1-8.
- Hanvoravongchai, P. (2002). Medical Savings Accounts: Lessons Learned from Limited International Experience. Cenevre: DSÖ Yayınları.
- Harris, B., Goudge, J., Ataguba, J., McIntyre, D., Nxumalo, N., & Chersich, M. (2011). Inequities in access to health care in South Africa. *Journal of Public Health Policy*, 32(1), 102-123.
- Hirschman, C. (2001). *Fertility Transition in Southeast Asia* (Vol. 8). (P. B. Neil J. Semelser, Ed.) Oxford: Elseiver.
- Hsiao, C. (2007). Panel Data Analysis-Advantages And Challenge. *Test*, 16(1), 1-22.
- Huber, M. (1999). Health Expenditure Trends in OECD Countries, 1970-1997. *Health Care Financing Review*, 21(2), 99-117.
- Hussain, A., Cassen, R., & Dyson, T. (2006). Demographic Transition in Asia and Its Consequences. *IDS Bulletin*, 37(3), 79-87.
- Hyder, A., Wali, S., & McGuckin, J. (2003). The Burden Of Disease From Neonatal Mortality: A Review Of South Asia And Sub-Saharan Africa. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 110, 894-901.
- Ibuka, Y., Chen, S., Ohtsu, Y., & Izumida, N. (2016). Medical Spending in Japan: An Analysis Using Administrative Data from a Citizen's Health Insurance Plan. *Fiscal Studies*, 37(3), 561-592.
- İlkorkor, Y. E. (2013). Kamu Hizmetlerinde Etkinliği Sağlama. *İdarecinin Sesi*(158), 31-36.
- Iqbal, F., & Kiendrebeogo, Y. (2014). *The Reduction of Child Mortality in the Middle East and North Africa A Success Story*. (O. D. Ofisi, Ed.) Washington: Dünya Bankası Yayınları.

- IRS. (2017). Health Savings Accounts and Other Tax-Favored Health Plans: For Use in Preparing 2016 Returns. (969). Washington: Internal Revenue Service Tax Forms and Publications.
- Islam, S., & Nesa, M. K. (2009). Fertility Transition in Bangladesh: The Role of Education. *Pakistan Academy of Science*, 46(4), 195-201.
- Jeong, H.-S., & Shin, J.-W. (2012). Trends in Scale and Structure of Korea's Health Expenditure over Last Three Decades (1980-2009): Financing, Functions and Providers. *Journal of Korean Medical Science*, 27, 13-20.
- Kabaş, T., & Kandır, E. D. (2013). Türkiye'de Demografik Geçiş ve Yoksulluk İlişkisinin Değerlendirilmesi. *Çukurova Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 22(2), 411-426.
- Kabaş, T., & Kandır, E. D. (2013). Türkiye'de Demografik Geçiş ve Yoksulluk İlişkisinin Değerlendirilmesi. *Çukurova Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 22(2), 411-426.
- Kabir, M. (2008). Determinants of Life Expectancy in Developing Countries. *The Journal of Developing Areas*, 41(2), 185-204.
- Kanca, O. C., & Bayrak, M. (2015). Ekonomik Tasnif Esasında Türkiye'de Kamu Harcamaları. *Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(1), 107-139.
- Kang, J., & Magoncia, G. (2016). How to Fill the Working-Age Population Gap in Asia: A Population Accounting Approach. *Asian Development Bank Economics Working Paper Series(499)*. Filipinler: Asian Development Bank.
- Karaarslan, E. (2012). *Kamu Harcamaları Hukuku*. Antalya: Bekad Yayınları.
- Karakaş, S. (1999). Yaşlanmanın Anatomisi. *Journal of Turkish Family Physician*, 3(1), 23-29.
- Karakaş, S. A., & Durmaz, H. (2017). Yaşlılık Dönemi Psikolojik Özellikleri ve Moral. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 18, 32-36.
- Karatzas, G. (2000). On The Determination Of The US Aggregate Health Care Expenditure. *Applied Economics*, 32(9), 1085-1099.
- Kaseje, D. (2006). Health Care In Africa: Challenges, Opportunities And An Emerging Model For Improvement. Washington: Presented at The Woodrow Wilson International Center for Scholars.
- Kato, T. (2018). Associations Of Gender Role Attitudes With Fertility Intentions: A Japanese Population-Based Study On Single Men And Women Of Reproductive Ages. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 16, 15-22.
- Kanavos, P., Tzouma, V., Fontrier, A.-M., Kamphuis, B., Parkin , G. C., & Saleh, S. (2018). *Pharmaceutical pricing and reimbursement in the Middle East and North Africa region*. Londra: LSE (London School of Economics) Enterprise Limited .
- Kavuncubaşı, Ş., & Kısa, A. (2002). *Sağlık Kurumları Yönetimi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları.

- Kaynar, O. ve Taştan, S. (2009). Zaman Serisi Analizinde Mlp Yapay Sinir Ağları Ve Arıma Modelinin Karşılaştırılması. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 33, 161-172.
- Keehan, S., Cuckler, G., Sisko, A., Madison, A., Smith, S., Stone, D., . . . Lizonitz, J. (2015). National Health Expenditure Projections, 2014-24: Spending Growth Faster Than Recent Trends. *Health Affairs*, 34(8), 1407-1417.
- Keho, Y. (2012). Does Dependency Rate Really Impede Savings? Some Sub-Saharan African Evidence. *Journal of African Studies and Development*, 4(3), 69-80.
- Kim, S., & Lee, J.-W. (2007). Demographic Changes, Saving, and Current Account in East Asia. *Asian Economic Papers*, 6(2), 22-53.
- Kim, T. K., & Lane, S. (2013). Government Health Expenditure and Public Health Outcomes: A Comparative Study. *American International Journal of Contemporary Research*, 3(9), 8-13.
- Klasen, S. (2000). *Malnourished and Surviving in South Asia, Better Nourished and Dying Young in Africa: What Can Explain This Puzzle?* Mönih: Sonderforschungsbereich.
- Klintberg, F. (2009). Health In Developing Countries -The Determinants Of Health in Latin American And Caribbean Countries. İsveç: Lund University School of Economics and Management.
- Knaul, F. M., Wong, R., Ornelas, H. A., & Pleic, M. (2012). Household Health Spending, Equity and Poverty: A Literature and Methodology Review. In F. M. Knaul, R. Wong, & H. A. Ornelas, *Financing Health In Latin America* (1 ed., pp. 19-47). Amerika Birleşik Devletleri: Harvard University Press.
- Kovacs, L. (2008). Ageing in Southeast and East Asia: Family, Social Protection, Policy Challenges. *Asian-Pacific Economic Literature*, 23(1), 124-125.
- Kronfol, N. M. (2012). Access And Barriers To Health Care Delivery In Arab Countries: A Review. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 18(12), 1239-1246.
- Kutsal, Y. G. (2011). Yaşlanan Dünyanın Yaşlanan İnsanları. (H. Ü. Merkezi, Compiler) Ankara: TTB Yayını.
- Kutsal, Y. G. (2011). Yaşlanan Dünyanın Yaşlanan İnsanları. (H. Ü. Merkezi, Compiler) Ankara: TTB Yayını.
- Kutzin, J. (2011). *Bismarck vs Beveridge: Is There Increasing Convergence Between Health Financing Systems?* Paris: OECD Yayınları.
- Langerbrunner, J., & Liu, X. (2004). *How To Pay Understandig and Using Incentives*. Washington: Dünya Bankası Yayınları.
- Lee, K. (2014). Health Policy in Asia and the Pacific: Navigating Local Needs and Global Challenges. *Asia & the Pacific Policy Studies*, 1(1), 45-57.

- Lee, K. (2014). Health Policy In Asia And The Pacific: Navigating Local Needs And Global Challenges. *Asia and the Pacific Policy Studies* , 1(1), 45-57.
- Lee, R. (2003). The Demographic Transition: Three Centuries of Fundamental Change. *Journal of Economic Perspectives*, 17(4), 167-190.
- Lee, R. D., & Reher, D. S. (2011). Demographic Transition and Its Consequences; Population and Development Review. (37). New York: Wiley-Blackwell.
- Lee, R. D., & Reher, D. S. (2011). Demographic Transition and Its Consequences; Population and Development Review. (37). New York: Wiley-Blackwell.
- Lee, R., & Miller, T. (2002). An Approach to Forecasting Health Expenditures With Application to the U.S. Medicare System. *Health Services Research*, 37(5), 1365-1386.
- Lee, T. J. (2015). *Universal Health Coverage Assessment: South Korea*. Global Network for Health Equity (GNHE) . Kanada: IDRC (International Development Research Centre).
- Leeson, G. W. (2011). *The Demographics of Population Ageing in Latin America, The Caribbean And The Iberian Peninsula, 1950-2050*. Oxford: Oxford Institute of Population Ageing.
- Leeson, G. W. (2011). *The Demographics of Population Ageing in Latin America, The Caribbean And The Iberian Peninsula, 1950-2050*. Oxford: Oxford Institute of Population Ageing.
- Leppert, P. C. (1993). An Analysis of the Reasons for Japan's Low Infant Mortality Rate. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 38(6), 353-357.
- Lesniowska, M., & Anna, N. (2014). Expenditures On Healthcare Versus Health Conditions Among New Member Countries Of The EU. *e-Finanse*, 10(1), 35-48.
- Levi Faur, D. (2014). The Welfare State: A Regulatory Perspective. *Public Administration*, 92(3), 599-614.
- Lindbeck, A. (2006). *The Welfare State-Background, Achievements, Problems*. İsveç: Research Institute of Industrial Economics.
- Livio Di, M. (2005). The Macro Determinants Of Health Expenditure In The United States And Canada: Assessing The Impact Of Income, Age Distribution And Time. *Health Policy*, 71(1), 23-42.
- Lloréns, M. B., Bertozzi, S., Pier, E. G., & Gutierrez, J. P. (2002). Addressing Inequity In Health And Health Care In Mexico. *Health Affairs*, 21(3), 47-56.
- Lombard, A., & Kruger, E. (2009). Older Persons: The Case of South Africa. *Ageing International*, 34(3), 119-135.
- Lopez, A., Salomon, J., Ahmad, O., Murray , C. J., & Mafat , D. (2001). Life Tables For 191 Countries: Data. *Dünya Sağlık Örgütü Yayınları*(40).

- Lui, F. T. (2010). *Demographic Transition, Childless Families, and Economic Growth*. National Bureau of Economic Research.
- Madbouly, M. (2009). *Revisiting Urban Planning in the Middle East North Africa Region*. Kenya: United Nations Habitat.
- Majbouri, M. (2016). Children And Mothers' Labor Force Participation in MENA. *Topics In Middle Eastern And African Economies*, 18(1), 175-182.
- Majumder, A. A. (2012). Economics of Healthcare Financing in WHO South East Asia Region. *South East Asia Journal of Public Health*, 2(2).
- Mandıracıoğlu, A. (2010). Dünyada ve Türkiye'de Yaşlıların Demografik Özellikleri. *Ege Tıp Dergisi*, 49(3), 39-45.
- Maresova, P., Mohelska, H., & Kuca, K. (2015). Economics Aspects of Ageing Population. *Procedia Economics and Finance*, 23, 534-538.
- Martin, L. G. (1990). The Status Of South Asia's Growing Elderly Population. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 5(2), 93-117.
- Mason, A. (2001). *Population and economic growth in Eastern and South-Eastern Asia. In Population Change and Economic Development in Eastern and South-eastern Asia: Challenges Met*. Stanford: Stanford University Press.
- Matteo, L. D., & Prieto, D. C. (2018). The Determinants of Public Health Expenditures: Comparing Canada and Spain. 87800. MPRA (Munich Personal RePEc Archive). Retrieved Ocak 14, 2019, from <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/87800/>
- Mba, C. J. (2007). Impact Of HIV/AIDS Mortality On South Africa's Life Expectancy And Implications For The Elderly Population. *African Journal of Health Sciences*, 14(3-4), 201-211.
- McDonald, P. (2007). Low Fertility and Policy. (A. D. Institute, Ed.) *Ageing Horizons*, 7, 22-27.
- Mckee, M., Keulertz, M., Habibi, N., Mulligan, M., & Woertz, E. (2017). *Demographic And Economic Material Factors In The Mena Region, Middle East and North Africa: Processes*. MENARA Papers.
- McIntyre, D. (2007). *Learning From Experience: Health Care Financing in Low- And Middle- Income Countries*. Geneva: Global Forum for Health Research.
- McIntyre, D., Doherty, J., & Ataguba, J. (2014). *Universal Health Coverage Assessment South Africa*. Kanada: Global Network for Health Equity (GNHE).
- Mehroolhassani, M. H., & v.d. (2014). Provincial Health Accounts in Kerman, Iran: An Evidence of a "Mixed" Healthcare Financing System. *International Journal of Health Policy and Management*, 69-74.

- Meijer, C., Wouterse, B., Johan, P., & Koopmanschap, M. (2013). The Effect Of Population Aging On Health Expenditure Growth: A Critical Review. *European Journal Of Ageing*, 10(4), 353-365.
- Meriç, M. (2003). Gelişmiş ve Gelişmekte Olan Ülkelerde Transfer Harcamalarının Gelişimi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 8(2), 171-191.
- Mitra, A., & Fernandez, G. R. (2010). Latin America And The Caribbean: Assessment of the Advances in Public Health for the Achievement of the Millennium Development Goals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(5), 2238-2255.
- Monahan, A. B. (2008). Health Insurance Risk Pooling And Social Solidarity: A Response To Professor David Hyman. *Connecticut Insurance Law Journal*, 14(2), 325-340.
- Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., & Kutzin, J. (2002). *Funding Health Care: Options For Europe*. Philadelphia: DSÖ Yayınları.
- Muszynska, M., & Rau, R. (2012). The Old-Age Healthy Dependency Ratio in Europe. *Journal of Population Ageing*, 5(3), 151-162.
- Mutlu, A., & Işık, A. (2012). *Sağlık Ekonomisine Giriş*. Bursa: Ekin Yayınevi.
- Mutunga, C., Zulu, E. M., & De Souza, R. M. (2012). *Climate Change And Sustainable Development in Africa*. Washington: Population Dynamics.
- Mwale, M. W. (2005). Infant and Child Mortality; Malawi Demographic Health And Survey. *National Statistic Office*, 123-132.
- Nabalamba, A., & Chikoko, M. (2011). *Aging Population Challenges in Africa*. Abican: Afrika Kalkınma Bankası Ekonomi Servisi.
- Nishioka, H. (2003). Low Fertility and Family Policies in Southern European Countries. *Journal of Population and Social Security (Population)*, 1, 262-308.
- Normand, C., & Busse, R. (2002). *Social Health Insurance Financing*. (A. M. Dixon, Ed.) Philadelphia: Dünya Sağlık Örgütü Yayınları.
- Novignon, J. (2015). On the efficiency of public health expenditure in Sub-Saharan Africa: Does corruption and quality of public institutions matter? *Munich Personal RePEc Archive (MPRA)*, 39195, 1-21.
- Novignon, J., Olakojo, S., & Nonvignon, J. (2012). The effects of public and private health care expenditure on health status in sub-Saharan Africa: new evidence from panel data analysis. *Health Economics Review*, 2, 1-8.
- Nowossadeck, S., Wiest, M., Lühe, J., & Andreas, M.-K. (2014). *Ageing In Germany: Content, Quality And Accessibility Of Relevant Data Sources*. Berlin: German Center of Gerontology.

- Odhiambo, S. A., Wambugu, A., & Kiriti-Ng'ang, T. (2015). Convergence of Health Expenditure in Sub-Saharan Africa: Evidence from a Dynamic Panel. *Journal of Economics and Sustainable Development*, 6(6).
- OECD. (2001). *Managing Public Expenditure*. Paris: OECD Yayınları.
- OECD. (2006). *Society At A Glance 2006: OECD Social Indicators*. Paris: OECD Yayınları.
- OECD. (2007). *Atlas on Regional Integration in West Africa*. Paris: OECD: Population Series.
- OECD. (2011). *Society At A Glance 2011. OECD Social Indicators*. Paris: OECD Yayınları.
- OECD. (2012). *Health at a Glance: Asia/Pacific 2012*. Paris: OECD Yayınları.
- OECD. (2014). *Health at a Glance: Asia/Pacific 2014*. Paris: OECD Yayınları.
- OECD. (2016). *Health at a Glance 2017*. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2016). *Health at a Glance: Europe 2016 - State Of Health In The Eu Cycle*. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2016). *Health At A Glance: Europe 2016 State Of Health In The Eu Cycl*. OECD Yayınları.
- OECD. (2016). *Health At A Glance: Europe 2016 State Of Health In The Eu Cycle*. Paris: OECD Publications.
- OECD. (2017). *Life Expectancy In Pensions at a Glance 2017: OECD And G20 Indicators*. Paris: OECD Yayınları.
- OECD. (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing. Retrieved from https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018_healthatglance_rep_en
- Oguro, K. (2011). Fast-Aging East Asia: Lessons from Japan? High Hopes for Closer Regional Cooperation. *Aging Society*, 6, 23-25.
- Ohadike, P. (1996). The African Population Growth And Development Conundrum. *Health Transition Review*, 6, 325-344.
- Oral, B. G., & Sayın, F. (2013). Bölgesel Eşitsizliklerin Sağlık Göstergeleri ile Analizi: Manisa İlinin Sağlık Statüsü. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(13), 395-411.
- Oshio, T. (2008). *The Declining Birthrate in Japan*. Japonya: Keiza Koho Center Japan Institute for Social and Economic Affairs.
- Özbaran, M. H. (2004). Türkiye'de Kamu Harcamalarının Son Beş Yılıının Harcama Türlerine Göre İncelenmesi. *Sayıştay Dergisi*(53), 115-138.

- Özcebe, H., & Akin, L. (1995). Adolescent Health: a Middle East and North African Perspective. *International Journal of Gynecology&Obstetrics*, 51(2), 151-157.
- Özgen, H., & Uğurluoğlu, E. (2008). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Hakkaniyeti. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 133-160.
- Öztürk, Z., & Karakaş, E. T. (2015). Avrupa Birliği'ne Üye Ülkelerde Sağlık Sistemleri Yönetim Ve Organizasyon Yapısı Almanya, Fransa, İrlanda Ve İngiltere Örnekleri. *Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 1(2), 39-59.
- Palamuleni , M., Makiwane , M., & Sabiti, K. (2007). *Fertility and Childbearing in South Africa*. (A. Y. Amoateng, Ed.) Cape Town: HSRC Press.
- Palloni, A., & Pinto-Aguirre, G. (2011). *Adult Mortality In Latin America And The Caribbean*. (R. v. Rogers, Ed.) New York: Springer Science.
- Pan American Health Organization. (2012). *Health Care Expenditure and Financing in Latin America and Caribbean*. Washington: Dünya Bankası. Retrieved 01 08, 2019, from <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/FactsheetHEFJan31.pdf>
- Pandey, M. M., Tiwari, R., & Choubey, A. (2015). Population Dynamics in India. *International Journal of Scientific & Engineering Research*, 6(1), 2106-2133.
- Paun, A.-P., & Brezeanu, P. (2013). Theoretical Aspects Regarding Public Expenditures. *Analns of the University of Petroşani*, 13(1), 211-220.
- Pick, W., Bourne, D., & Sayed, A. (1996). Race, Income, and Infant Mortality in Cape Town, South Africa. *Journal of Tropical Pediatrics*, 42(4), 250-251.
- Pillay, N. K., & Maharaj, P. (2013). *Population Ageing in Africa, Aging and Health in Africa*. (P. (. Maharaj, Ed.) New York: Springer.
- Ping, T. (2000). *Trends And Regional Differentials In Fertility Transition* . (X. G. Peng, Ed.) Oxford: Wiley-Blackwell.
- Prisco, G., & v.d. (2015). Infant Mortality Trend in Europe: Socio-Economic Determinants: Gabriella Prisco. *European Journal of Public Health*, 25(3), 332.
- Rahman, M. M., Khanam, R., & Rahman, M. (2018). Health care expenditure and health outcome nexus: new evidence from the SAARC-ASEAN region. *Globalization and Health*, 14(113), 1-11.
- Randall, S., & Coast, E. (2016). The Quality Of Demographic Data On Older Africans. *Demographic Research*, 34, 143-174.
- Rechel, B., Grundy, E., Robine, J.-M., Cylus, J., Mackenbach, J., Knai, C., & McKee, M. (2013). Ageing in The European Union. *Lancet*, 381(9874), 1312-1322.
- Reher, D. S. (2004). The Demographic Transition Revisited As A Global Process. *Population Space and Place*, 10(1), 19-41.

- Rehman, K. N., Khan, J., Tariq, M., Naeem, M., & Tasleem, S. (2011). The Impact of Education on Total Fertility Rate in Pakistan (1981-2008). Almany: MPRA (Munich Personal Repec Archive). Retrieved from <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/id/eprint/56010>
- Richard, J., Strauss, R., & Howe, N. (2009). *Latin America's Aging Challenge; Demographics And Retirement Policy In Brazil, Chile, And Mexico*. Washington: CSIS (Center For Strategic And International Studies).
- Rogmans, T. (2013). Building Political Risk Management Skills in the Middle East. *AIB Insights*, 13(2), 12-15.
- Rowe, J. W. (2009). Facts and Fictions about an Aging America. *Contexts*, 8(4), 16-21.
- Saad, P. M. (2009, Temmuz 14-15). Demographic Trends in Latin America and the Caribbean. *Demografik Değişim ve Sosyal Politika Çalıştayı*. Washington: Dünya Bankası.
- Sakala, Z., & Kolster, J. (2013). *The Growth of International Trade in Health Services: Export Prospects in North Africa*. Abican: African Development Bank.
- Saltık, A. (1995). Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar. *Toplum ve Hekim*, 10(68), 38-44.
- Sandeep, Chauhan, P., & Siddiqui, M. A. (2013). Demography Of Aging In Saarc Countries. *International Journal of Advanced Research in Management and Social Sciences*, 2(9), 125-139.
- Sanderson, W., & Scherbov, S. (2007). A New Perspective On Population Aging. *Demographic Research*, 16, 27-58.
- Sanmartin, C., vd. (2006). Comparing Health And Health Care Use in Canada And The United States. *Health Affairs*, 25(4), 133-142.
- Savedoff, W. (2004). Tax-Based Financing for Health Systems: Options and Experiences. (4). Cenevre: DSÖ Yayınları.
- Scammell, K., Noble, D., Rasanathan, K., O'Connell, T., Ahmed, A. S., Begkoyian, G., . . . Chopra, M. (2015). A Landscape Analysis Of Universal Health Coverage For Mothers And Children In South Asia. *BMJ Global Health*, 1(1), 1-10.
- Schieber, G., Poullier, J.-P., & Greenwald, L. (1992). U.S. health expenditure performance: An international comparison and data update. *Health Care Financing Review*, 13(4), 1-87.
- Scommegna, P., & Lee, M. (2014). *Life Expectancy Gains and Public Programs for the Elderly in Latin America and the Caribbean*. Washington: Population Reference Bureau.
- Sekhri, N., & Savedoff, W. (2004). Private Health Insurance: Implications for Developing Countries. *Bulletin of The World Health Organization*, 83(2), 127-134.

- Settersen, R. A., & Mayer, K. U. (1997). The Measurement of Age, Age Structuring, and the Life Course. *Annual Review of Sociology*, 23, 233-261.
- Sharan, M., Ahmed, S., May, J., & Soucat, A. (2011). *Family Planning Trends in Sub-Saharan Africa: Progress, Prospects, and Lessons Learned*. John Hopkins Bloomberg School of Public Health. Maryland: Baltimore.
- Sheets, D. J., & Gallagher, E. M. (2012). Aging in Canada: State of the Art and Science. *The Gerontologist*, 53(1), 1-8.
- Sheykhi, M. T. (2018). Aging and Exposition to Social Problems in Asia with a Focus on Iran: A Sociological Appraisal. *Middle East Journal of Age and Ageing*, 7(5), 8-15.
- Shortt, S. E. (2002). Medical Savings Accounts in Publicly Funded Health Care Systems: Enthusiasm Versus Evidence. *Canadian Medical Association Journal*, 67(2), 159-162.
- Siddiqui, R., & v.d. (1995). Determinants of Expenditure on Health in Pakistan. *The Pakistan Development Review*, 34(4), 959-970.
- Smith, P. C., & Witter, S. (2004). Risk Pooling in Health Care Financing: The Implications for Health System Performance. *Health, Nutrition and Population*. Washington: HNP.
- Smullen, A., & Hong, P. K. (2015). Comparing the Health Care Systems of High-Performing Asian Countries. *Asia and the Pacific Policy Studies*, 2(2), 347-355.
- Smullen, A., & Hong, P. K. (2015). Comparing the Health Care Systems of High-Performing Asian Countries. *Asia & the Pacific Policy Studies*, 2(2), 347-355.
- Song, Y. J. (2009). The South Korean Health Care System. *Japan Medical Association Journal (JMAJ)*, 52(3), 206-209.
- Squires, D. (2012). Explaining High Health Care Spending in the United States: An International Comparison of Supply, Utilization, Prices and Quality. *Issue Brief (Commonwealth Fund)*, 1595(10), 1-13.
- Statcan. (2016). *Annual Demographic Estimates: Canada*. Statcan. Ottawa: Provinces and Territories.
- Stevens, J. (2017). *The Effects of Antiretroviral Therapy (ART) on Life Expectancy In Sub Saharan Africa*. Tennessee: Honors College of Middle Tennessee State Universities.
- Sullivan, R. (2016). Population Policy Adoption in Sub-Saharan Africa: An Interplay of Global and Local Forces. *Population Horizons*, 13(1), 1-9.
- Swartz, L. (2002). Fertility Transition In South Africa And Its Implications On The Four Major Population Groups. *Background Paper For The Report Of The Expert Group Meeting On Completing The Fertility Transition*, 487-500. New York: United Nations Population Division Department of Economic And Social Affairs.

- Tatar, M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi. *Ankara Sosyal Güvenlik Kurumu Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1), 103-133.
- Teitelbaum, M. S. (1975). Relevance Of Demographic Transition Theory For Developing Countries. *Science*, 188(4187), 420-425.
- Thomson, S., Foubister, T., & Mossialos, E. (2009). *Financing Health Care In The European Union*. Kopenhag: Dünya Sağlık Örgütü.
- Thomson, S., Foubister, T., & Mossialos, E. (2009). *Financing health care in the European Union: challenges and policy responses*. Kopenhag: Dünya Sağlık Örgütü Yayınları.
- Tıraş, H. H. (2014). Sağlık Ekonomisi: Teorik Bir İnceleme. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 3(2), 125-152.
- Toigo, P., & Woods, R. (2006). Public Investment in the United Kingdom. *OECD Journal on Budgeting*, 6(4), 63-102.
- Tripiane, M. (2017). Has China's Health Sector Development Matched the Rapid Growth in the Country?/. *European Scientific Journal*, 13(36), 1-18.
- Tuncer, İ., & Yüksel, C. (2011). *Kamu Harcamalarının Ekonomik Analizi*. (A. Kökocak, Ed.) Bursa: Ekin Yayınevi.
- Tutar, F., & Kılınc, N. (2007). Türkiye'nin Sağlık Sektöründeki Ekonomik Gelişmişlik Potansiyeli ve Farklı Ülke Örnekleriyle Mukayesesi. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 9(1), 31-54.
- Uddin, M. T., & Akter, H. (2017). Is Healthier Wealthier? Evidence from Member Countries of South Asian Association for Regional Cooperation (Sarc). *Global Journal of Human Social Science: E Economics*, 17(2), 16-34.
- Uğurluoğlu, E., & Özgen, H. (2008). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Hakkaniyeti. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 133-160.
- Uğurluoğlu, Ö., & Çelik, Y. (2005). Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(1), 133-160.
- UNFPA. (2006). *Maternal and Neonatal Health in East and South-East Asia*. Bangkok: Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu Güneydoğu Asya Teknik Servis Ekibi.
- UNICEF. (2008). *The State of Latin American And Caribbean Children 2008*. Panama: UNICEF The Americas and Caribbean Regional Office.
- UNICEF. (2017). *Health Budget South Africa 2017/2018*. (U. Publications, Producer, & Brooklyn) Retrieved August 15, 2018, from https://www.unicef.org/esaro/UNICEF_South_Africa_--_2017_--_Health_Budget_Brief.pdf

- USAID. (2010). *Health Financing In Africa Today: Challenges And Opportunities*. Washington: USAID.
- USAID. (2013). *Universal Coverage Of Essential Health Services In Sub-Saharan Africa: Projections Of Domestic Resources*. Maryland: The Health Finance and Governance Project.
- USAID. (2016). *Health Financing Profile South Africa*. (Washington, Editor, & T. U. Ajansı), Producer) Retrieved Ağustos 15, 2018, from Health Policy Project: https://www.healthpolicyproject.com/pubs/7887/SouthAfrica_HFP.pdf
- Ünsal, Aydın. (1997). Zaman Serilerinde Regresyon Ve Varyans Analizi Yöntemleri İle Mevsimsel Dalgalanmaların Araştırılması Ve Bir Uygulama. *Ekonomik Yaklaşım*, 8(26), 119-130.
- Veron, J. (2008). The Demography Of South Asia From The 1950s To The 2000s: A Summary of Changes And A Statistical Assessment. *Population*, 63(1), 9-89.
- Vijayamohan, Pillai N. (2016). *Panel Data Analysis with Stata Part 1 Fixed Effects and Random Effects Models*. Münih: MPRA (Munich Personal Repec Archive) Paper.
- Wagstaff, A. (2005). Health Systems in East Asia: What Can Developing Countries Systems in East Asia: What Can Developing Countries Learn From Japan and The Asian Tigers? Retrieved from <http://documents.worldbank.org/curated/en/864311468167373686/pdf/wps3790.pdf>
- Wagstaff, A. (2005). Health Systems in East Asia: What Can Developing Countries systems in East Asia: What Can Developing Countries. Washington: Dünya Bankası. Retrieved from <http://documents.worldbank.org/curated/en/864311468167373686/pdf/wps3790.pdf>
- Wansbeek, T., & Meijer, E. (2007). Comments On: Panel Data Analysis Advantages And Challenges. *Test*, 16(1), 33-36.
- Weel, C. V., Kassai, R., Qidwai, W., Kumar, R., Bala, K., Gupta, P. P., . . . Howe, A. (2016). Primary Healthcare Policy Implementation in South Asia. *BMJ Global Health*, 1(2), 1-4.
- Winckler, O. (1998). *Rapid Population Growth and the Fertility Policies of the Arab Countries of the Middle East*. (M. B. Jeff Albert, Ed.) Yale University Press.
- Witter, S., Jones, A., & Ensor, T. (2013). How To (Or Not To) ... Measure Performance Against The Abuja Target For Public Health Expenditure. *Health Policy And Planning*, 29(4), 1-6.
- Yaffee, R. (2003). *A Primer for Panel Data Analysis, Social Sciences, Statistics and Mapping*. New York: New York University Information Technology Services.

- Yağcıoğlu, R. (1999). Sağlıklı Yaşlanma ve Sosyal Hizmetler. *Turkish Family Physician*, 3(1), 30-38.
- Yanardağ, Ö., & Özgen, Ü. (2003). Nüfus Kavramı ve Türkiye'de Nüfusun Gelişim Sürecinin Değerlendirilmesi. *Mevzuat Dergisi*, 6(66), 1-17.
- Yanardağ, Ö., & Özgen, Ü. (2003). Nüfus Kavramı ve Türkiye'de Nüfusun Gelişim Sürecinin Değerlendirilmesi. *Mevzuat Dergisi*, 6(66), 1-17.
- Yaqoda , T., Bibi, R., & Siddiqui, J. (2016). Effects of Economic and Population Factors on Health Expenditures: Special Case of Pakistan. *Pakistan Journal of Engineering Technology and Science*, 193-209.
- Yi, Z., Vaupel, J. W., & Yashin, A. I. (1985). Marriage and Fertility in China: A Graphical Analysis. *Population and Development Review*, 11(4), 721-736.
- Yıldız, M. (2009). *Devlet Bütçe Uzmanlığı Araştırma Raporu*. Ankara: T.C. Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü.
- Yong, V., & Saito, Y. (2009). Trends In Healthy Life Expectancy In Japan: 1986 – 2004. *Demographic Research*, 20(19), 467-494.
- Yoo, S. H., & Sobotka, T. (2018). Ultra-low Fertility in South Korea: The Role of The Tempo Effect. *Demographic Research*, 38(22), 549-576.
- Young, K., Chatwood, S., & Marchildon, G. (2016). Healthcare in Canada's North: Are We Getting Value For Money? *Healthcare Policy*, 12(1), 59-70.
- Yousef, T. M. (2004). Development, Growth and Policy Reform In The Middle East and North Africa Since 1950. *Journal of Economic Perspectives*, 18(3), 91-116.
- Yurdadoğ, V. (2007). Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16(1), 591-610.
- Yüceşahin, M. (2011). Küresel Bir Süreç Olarak Demografik Dönüşüm: Mekansal Bir Değerlendirme. *Coğrafi Bilimler Dergisi*, 9(1), 11-27.
- Yüceşahin, M., & Tulga, Y. (2017). Demographic And Social Change In The Middle East And North Africa : Processes, Spatial Patterns, And Outcomes. *Population Horizons*, 14(2), 1-14.
- Zaidi, S., Saligram, P., Ahmed, S., Sonderp, E., & Sheikh, K. (2017). Expanding access to healthcare in South Asia. *BMJ*, 357, 1-4.
- Zohry, A. G. (2002, Ekim 30-31). Demographic Pressures in North Africa: Causes and Consequences. *The Euro-African Dialogue: Security Co-operation in Europe & North Africa*. Tripoli: The Royal United Services Institute for Defense Studies (RUSI).
- Zweifel, P., Felder, S., & Meiers, M. (1999). Ageing Of Population And Health Care Expenditure: A Red Herring? *Health Economics*, 8(6), 485-496.