

KENTLEŞME VE SAĞLIK HARCAMALARI: TÜRKİYE ÜZERİNE EKONOMETRİK BİR ÇALIŞMA¹



Kafkas Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler
Fakültesi
KAÜİBFD
Cilt, 11, Sayı 22, 2020
ISSN: 1309 – 4289
E – ISSN: 2149-9136

Makale Gönderim Tarihi: 29.11.2019 Yayıma Kabul Tarihi: 12.11.2020

Mehmet ALTUNTAŞ
Dr. Öğretim Üyesi
Nişantaşı Üniversitesi
İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler
Fakültesi
İstanbul, Türkiye
mehmet.altuntas@nisantasi.edu.tr
ORCID ID: 0000-0003-2040-3168

Mehmet ÖZYURT
Arş. Gör.
Nişantaşı Üniversitesi
İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler
Fakültesi
İstanbul, Türkiye
mehmet.ozyurt@nisantasi.edu.tr
ORCID ID: 0000-0001-8115-3460

ÖZ Kentler, insan topluluklarının nüfuslarının artması ve iş birliği ihtiyaçları ile beraber bir araya gelerek yaşamaya başlamalarıyla oluşmuşlardır. 18. ve 19. Yüzyıllarda buhar makinelerinin icadı ve sanayi devrimi ile birlikte kırsalda tarım ile uğraşan toplum, kentlere yönelmiştir. 20. Yüzyılın ikinci yarısında hız kazanan kentleşme, beraberinde kıt kaynakların kent ölçeğinde yeniden hesaplanıp etkin ve verimli kullanımını gerektirmiştir. Kentleşme ile birlikte sağlık harcamalarının da etkilendiği savunulmaktadır. Bu bağlamda sağlık harcamalarının kentleşme ile ilişkisinin incelenmesi önemini korumaktadır. Bu gereklilikler neticesinde bu konunun Türkiye ölçeğinde 1980-2017 yılları arası için araştırılması, sağlık harcamaları ile kentleşme bağlamındaki ilişkinin belirlenmesi, ilişkinin varlığı durumunda yönünün ne olduğunun incelenmesi amaçlanmıştır. 1980-2017 yılları arası toplam 38 gözlem değeri ile yapılan Toda-Yamamoto Nedensellik testi sonucu, kentleşme ile sağlık harcamaları bağlamında çift yönlü nedensellik olduğu sonucuna varılmıştır. Kısa dönemde hem kent nüfusundan kişi başına düşen toplam sağlık harcamalarına doğru, hem de kişi başına düşen toplam sağlık harcamalarından kent nüfusuna doğru çift yönlü bir nedensellik ilişkisi tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık harcamaları, kentleşme hızı, nedensellik

JEL Kodu: I11, I12, I18.

Alan: İktisat

Türü: Araştırma

DOI: 10.36543/kauibfd.2020.038

Atıfta bulunmak için: Altuntaş, M. Özyurt, M. (2020). Kentleşme ve sağlık harcamaları: Türkiye üzerine ekonometrik bir çalışma. *KAÜİBFD*, 11(22), 891-915.

¹ İlgili çalışmanın etik kurallara uygunluğu beyan edilmiştir.

URBANIZATION AND HEALTH EXPENDITURES: AN ECONOMETRIC STUDY ON TURKEY



Kafkas University
Economics and Administrative
Sciences Faculty
KAUJEASF
Vol. 11, Issue 22, 2020
ISSN: 1309 – 4289
E – ISSN: 2149-9136

Article Submission Date: 29.11.2019 Accepted Date: 12.11.2020

Mehmet ALTUNTAŞ

Asts. Prof.
Nisantasi University
Faculty of Economics, Administrative
and Social Sciences
Istanbul, Turkey
mehmet.altuntas@nisantasi.edu.tr
ORCID ID: 0000-0003-2040-3168

Mehmet ÖZYURT

Res. Assist.
Nisantasi University
Faculty Of Economics, Administrative
And Social Sciences
Istanbul, Turkey
mehmet.ozyurt@nisantasi.edu.tr
ORCID ID: 0000-0001-8115-3460

ABSTRACT

The cities have been consisted with increase population of the human communities. In the 18th -19th centuries, by invention of steam engines and with industrial revolution, the society moved from rural areas to cities. Urbanization, which gained momentum towards the end of the 20th century, required the recalculation and effective and efficient use of scarce resources at the urban scale. It is argued that health expenditures are affected by urbanization. The relationship between health expenditures and urbanization remains important. In this study try to investigate relationship between urbanization and health expenditure for Turkey. Toda-Yamamoto Causality test results conducted with a total of 38 observation values between 1980-2017, it has shown that there is a one-way causality relationship between urbanization and health expenditures. In the short term, causality relationship from urban population to health expenditures was determined. However, no causal relationship has been found from health expenditures to urban population.

Keywords: Health expenditure, urbanization rate, causality.

Jel codes: I11, I12, I18.

Scope: Economics

Type: Research

Cite this Paper: Altuntaş, M. & Özyurt, M. (2020). Urbanization and health expenditures: an econometric study on Turkey. *KAUJEASF*, 11(22), 891-915.

1. GİRİŞ

20. yüzyılın sonlarına doğru hızlı bir artışa giren kentleşme, birçok ülkenin nüfusunun giderek kentlerde birikimine neden olmuştur. Günümüzde gelişmeyi amaçlayan her toplumun kentleşme düzeyini artırmaya çalıştığı gözlenmektedir. Çünkü günümüz gelişmiş ülkeleri geçen yüzyıllardaki gelişme süreçlerini, kentleşme ve sanayileşme süreçlerinin karşılıklı etkileşimi ile gerçekleştirmişlerdir. Fakat nüfusun zamanla kentlerde yoğunlaşması birçok sorunu da beraberinde getirmiştir. Bu nedenle birçok soruna çözüm aranırken bunun kent ölçeğinde ele alınması kaçınılmaz olmuştur (Ertürk & Sam, 2011, s. 1).

Kentleşmenin etkilerinden biri olan sağlık hizmeti sunumu ve sağlık hizmeti alımı da kırdan kentlere geçiş ile kırlarda birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerinin verildiği kurumlardan, kentlerde daha komplike sağlık hizmetlerinin verildiği ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının oluşup gelişmesine de yol açarak etkilenmiştir. Bununla beraber uygulanan sağlık politikalarında değişim ve hizmete erişim noktasında farklılıklar meydana gelmiştir. Hem hizmete erişim kapsamının genişletilip iyileştirilmesi hem de kentleşmenin hızla artması sağlık harcamalarına da etki etmektedir.

Ülkelerin nihai hedefleri olan kalkınma hedeflerine ulaşabilmeleri, sınırlı kaynaklarıyla farklı türden ihtiyaçları en iyi şekilde toplumlarına sağlamaları ile mümkündür (Çelik, 2016, s. 62). Burada, ülkeler kısıtlı kaynaklarla, sonsuz gereksinimleri karşılamak üzere, sağlık ekonomisi kurallarının yol göstericiliğinde bir sağlık sistemi kurma ve bunun sürdürülebilirliği ile karşı karşıyadırlar (Mutlu & Işık, 2012, s. 7). Bu durumda sağlık sektörü ile ilgisi bulunan kişiler ve karar noktasında bulunan politikacılar, kararların alınma süreci, bu kararların uygulanması ve elde edilen sonuçların değerlendirilmesinde sağlık ekonomisi ve bu alanda yapılacak çalışmalara ihtiyaç duymaktadırlar.

Bu çalışmanın amacı; Türkiye üzerine ekonometrik bir çalışma ile kişi başına düşen toplam sağlık harcaması (KBDTSH) ve kentleşme ilişkisinin incelenmesidir. 1980'den günümüze kadar takip eden yıllarda kentleşme hızıyla, KBDTSH'nin bir ilişkisinin olup olmadığı, ilişkinin yönü, bu verilerin nasıl değişim gösterdiğinin incelenmesidir. Çalışmanın literatüre bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Çalışma sonucu ile gerekli görüldüğü takdirde yeni kentleşme ve sağlık politika önerileri sunulması ya da hâlihazırda uygulanan kentleşme ve sağlık politikalarının desteklenmesi hedeflenmiştir.

Bu çalışma kapsamında kentleşme, kentleşme kavramı, kentleşmeyi etkileyen faktörler, sağlık harcamaları, sağlık harcamalarını etkileyen faktörler konuları alınmıştır. Daha sonra kentleşme ve sağlık harcamaları arasındaki ilişki,

Türkiye için 1980-2017 yılları arası veriler kullanılarak ekonometrik analizler ile açıklanmaya çalışılmıştır. Kullanılan değişkenler, 1980-2017 arası kent nüfus sayıları, 1980-2017 yılları arası KBDTSH değişkenleridir. Bu bağlamda 1980 yılından itibaren 2017 yılı dâhil olmak üzere yıllık verilerden oluşturulan 38 gözlem değeri ile analiz sonuçları ortaya konulmaya çalışılmıştır. Çalışmada kullanılan ekonometrik modeller; Toda-Yamamoto Nedensellik Testi, Newey-West Tahmincisi ve ADF Birim Kök Testidir. Veriler E-Views (Student Edition) programı ile analiz edilmiştir.

Bulgular kısmında bu ekonometrik modeller ve analizler ile ulaşılan bulgular verilmiş, sonuç ve tartışma bölümünde de ulaşılan sonuçlar tartışılmış ve öneriler verilmeye çalışılmıştır.

2. TEORİK ARKA PLAN

2.1. Kentleşme

Tarihteki kentlerin ilk bilinenlerinin, nüfusu artan insan popülasyonlarının, birlikte yaşamaya başlamaları ile oluşmaya başladıkları belirtilebilir. (Richardson, 1978, ss. 5-8, Akt: Kızıroğlu 2003, s. 54). Kentleşmenin bir olgu olarak başlangıç evresi toplumların “avcılık ve çobanlık” döneminden “yerleşik hayata” geçmeye başlamasına kadar uzanmakta, böylelikle kentler uygarlıkların doğuşunu simgelemektedir denilebilir (Ertürk & Sam, 2011, s. 9).

Kentler iş birliğine ihtiyaç duyan toplumlarla var olmaya başlamış, eski adetler yerine, kentin haricinde ortaya çıkan ve fakat artık kenti yapılandırmakta olan yeni kurallar gelmiş ve çalışma kavramı oluşmuştur (Mumford, 1961, s. 41). Kentleşme sürecinin en önemli etkeni olan sanayi devrimiyle fabrikaların kurulması, farklı iş sahalarının gelişmesi ve kentlerde daha da fazla işgücü gereksinimini oluşması, tarım yapan kır nüfusunu kentlere göçe yönlendirmiştir. Sanayi devriminin başlattığı değişim ilk olarak İngiltere’de daha sonra diğer Avrupa ülkelerinde önemli bir etki bırakmıştır. Zamanında sanayi devriminin başlattığı bu değişim çok uzun yıllar sürmüştü, artık bu toplumlar birer kent toplumu statüsüne ulaşmışlardır (Ertürk & Sam, 2011, s. 9).

2.2. Kentleşmenin Tanımı

Kent’in tanımlanması, farklı disiplinler tarafından, değişik kriterler göz önünde bulundurularak yapılmakta (Özer, 2004, ss. 2-4). Ayrıca her kentin benzersiz birtakım farklılıklara sahip olmasına rağmen, faaliyet ve biçimleri açısından bakıldığında benzer özelliklere de sahip oldukları görülecektir (Kızıroğlu, 2003, s. 54). Kentleşme bir nüfus yoğunlaşma sürecidir. Daha az yoğun bir yerden, daha çok yoğun bir yere göçü ifade eder (Berry, 1976, s. 1).

Kentleşmeyi dar anlamı ile tanımlamaya çalışırsak; kentlerin sayısındaki ve bu kentlerdeki nüfus sayısının artış hali olarak tanımlayabiliriz. Daha geniş anlamı ile tanımlarsak; sadece bir nüfus artışı değil, aynı zamanda kentlerin büyümesini sağlayan toplumların bir arada çalışabilmesi, giderek toplumun farklı iş kollarında uzmanlaşması ve insanların da sosyal özellik ve davranışlarının kente has bir şekilde değişimine olanak tanıyan oluşumdur diyebiliriz (Keleş, 2017, s. 37).

Erkan (2010)'a göre kentleri kent yapan bazı sosyolojik özellikleri vardır ve bu özellikleri ile sadece bir yerleşim yeri olmaktan çıkıp kent olabilirler. Bunları kısaca, tarımın daha az yapılması, daha çok sanayi ve hizmet dallarının yoğun olması, teknolojinin iyi seviyelere gelmiş olması, nüfusun sayı olarak da belirli birikime ulaşması, aynı zamanda homojenlikten çok farklılıkların ve bütünleşmenin olmasına bağlar.

2.3. Kentleşmeyi Etkileyen Etmenler

Kentleşmeyi etkileyen etmenler; ekonomik etmenler, teknolojik nedenler, siyasal nedenler, sosyo-psikolojik nedenler olarak gruplandırılabilir (Ertürk & Sam, 2011, s. 19). Bu etmenleri birbirinden kesin bir çizgi ile ayırmak mümkün değildir. Herhangi biri diğerinden etkilenebilen, kendisi diğerini etkileyebilen, birbirlerine dâhil olabilen etmenlerdir (Keleş, 2017, s. 4). Bu etmenlere bakacak olursak;

2.3.1. Ekonomik etmenler

Ekonomik etmenleri, itici ve çekici olmak üzere ikiye ayırmak mümkündür. İtici etmenler köydeki yerleşmiş nüfusu mevcut yerleşim yerinden iten, daha çok tarımla uğraşan kesimin maruz bulunduğu olumsuz durumlardan kaynaklanan etmenlerdir. Aslında kır nüfusunun kente göçünün başlamasının bir sebebi kırdaki tarımsal ürün fazlasının oluşmasıdır. (Ertürk & Sam, 2011, s. 19) Ürün fazlasının zamanla artışı, tarımda makineleşmenin kullanımı gibi faktörler kırsal bölgede aynı tarımsal çıktı için artık daha az insan gücünün yeterli olmasını getirmekte, bu da bu durumdan etkilenen insanları kırsaldan kentlere itmektir.

Çekici etmenler, kırsalda zamanla iş bulmakta zorlanan, dolayısı ile geleceğinin kırsalda güvencesiz olacağını düşünen insanları kente göçe çeken etmenlerdir. Sanayileşmenin etkisindeki ülkelerde, kırsaldan çok kentlerdeki iş çeşitliliği ve bu kentlerdeki işler için işgücüne olan ihtiyaç daha fazla çoğalmaktadır. Bu ülkelerin ekonomilerinin gelişmesiyle de beraber kişilerin gelirlerinin de artması, kişilerin çeşitli taleplerini etkilemekte, kentlerde üretilen hizmet ve mallara olan talep daha fazla artmaktadır. Çekici etmenler arasında

belirtilebilecek bir diğer etmen de çeşitli ekonomik etkinliklerin belirli bir özekte toplanmasının sağladığı çeşitli avantajlar vardır ki bunlara kentleşme biriktirimleri de denilmektedir. Bunlardan ekonomik ve hızlı bir ulaşım sistemi ağının oluşu, işyerleri kurabilmek adına uygun yerlerin çok fazla olması, eğitim, araştırma gibi AR-GE faaliyetlerinin kolayca yapılabilen olması hammaddeye erişim ve hammadde stoku oluşturma olanakları gibi avantajlar kırsaldan kente nüfus göçünü etkileyen çekici etmenler arasındadır (Keleş, 2017, s. 42).

2.3.2. Teknolojik etmenler

Ertürk ve Sam (2011), kentleşmenin teknoloji ayağında daha çok ulaşımında sağlanan kolaylıkların etkili olduğunu belirtmişlerdir. Biriken fazla ürünleri hızlı ve ekonomik bir şekilde bir yerden bir yere ulaştırmaya imkân veren ulaşım ağı sistem ve teknolojilerinin gelişmesi kentleşmeyi hızlandıran önemli etmenlerdir.

17. yy. son çeyreğinden buhar makinelerinin icadına kadar sadece çok az kentin nüfusu yüz bini aşmaktaydı. Buhar gücü çeşitli üretim faaliyetlerinin gelişmesine yol açarken, beraberinde nüfusun bu faaliyetlerin yürütüldüğü fabrikaların yakınlarında birikip çoğalmasını getirmiştir. Bir diğer kentleşmeyi etkileyen teknolojik etmen olarak elektrik enerjinin kentlerde köylerden çok daha önce kullanıma başlanması olarak belirtilebilir. 20. yy. son çeyreğinde bilgisayar ve haberleşme teknolojilerindeki hızlı gelişmeler de kentleşme hızını oldukça etkileyen teknolojik etmenlerden olmuştur (Keleş, 2017, s. 44).

2.3.3. Siyasal etmenler

Birçok ülkenin yönetsel yapılarının çeşitlilikleri, farklı siyasi kararların veriliyor oluşu, hukuksal düzen ve yapıları ile uluslararası düzeydeki politikaları, bu ülkelerin kentleşme düzeylerini etkileyen önemli siyasal etmenler olarak belirtilebilir. Yine bu yasalardan özellikle ulaşım, ticaret ve seyahat ile ilgili olanları kentleşmeyi oldukça etkileyebilecektir. Buna ek olarak toprak sahipliğini belirleyen hukuksal kurallar ve politikalar da kentleşmeyi etkileyen siyasal etmenlerdedir (Ertürk & Sam, 2011, s. 21).

2.3.4. Sosyo-psikolojik etmenler

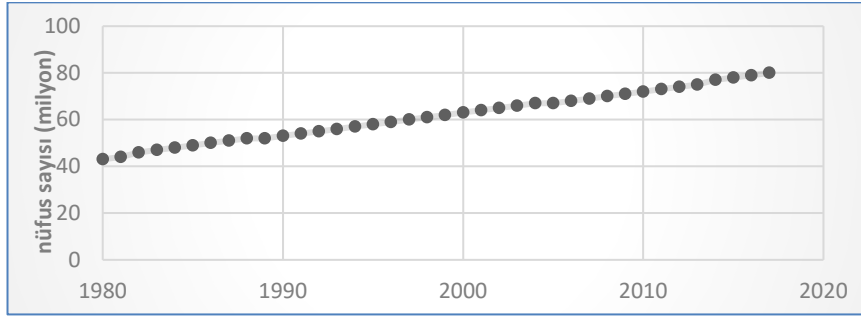
Sosyo-psikolojik etmenler kent ve kırsallardaki farklı yaşam özellikleri ile kent ve kırsal arasındaki ölçümlerin ayırımından kaynaklanır. Genellikle bu özelliklere kentler için çekici özellikler olarak bakılır. Kentin verdiği özgürlük hissiyatı, bunun yanında geniş bir topluluğun bir ferdi olabilme hissi, gururlu ve övünç duyularak, bir şekilde bu kentli olma özelliklerini paylaşmak kentin çekici sosyo-psikolojik özellikleri arasında sayılabilir. Hatta İstanbul gibi büyük bir kent için söylenen “taşı, toprağı altın” gibi deyimler de bu özelliklerin halk dilimizde

yer etmiş halinin bir yansımasıdır (Keleş, 2017, s. 46).

2.4. Türkiye’de Kentleşme

1950’ler ve sonrası için Türkiye kırsal nüfusunun toplam nüfus içerisindeki oranı giderek düşüş göstermektedir. 1950-1980 arası dönem için toplam nüfusun sürekli artış gösterdiği, fakat kırsal nüfusun toplam nüfustaki oranının sürekli bir azalış gösterdiği söylenebilir. Bir diğer değişle kentlerin nüfus artışı kırsalın nüfus artışından daha hızlı olmuştur (Yılmaz, 2014, s. 163). Fakat Şekil-3’te de görüleceği üzere, 1980 ve sonrasında Türkiye’deki kırdaki nüfus ilk defa sayısal olarak da düşüşe geçmiş ve 1980’li yıllarda 25 milyon dolaylarında olan kır nüfusu 2017’de 20 milyon kişiye kadar düşmüştür.

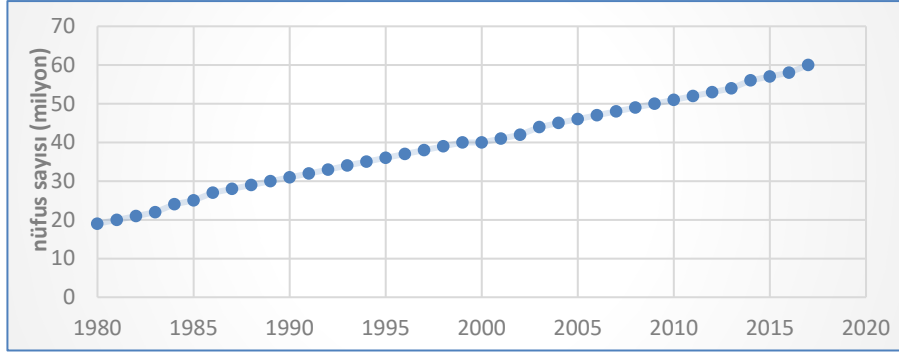
Toplam nüfusa bakıldığında ise Şekil-1’de de görüleceği gibi, 1980’de 40 milyon civarında olan nüfus 2017’ye gelindiğinde iki katına ulaşmış ve 80 milyonu aşmıştır.



Şekil-1: 1980-2017 Yılları Arası Toplam Nüfus Sayıları (milyon)

Kaynak: UN, DESA, Population Division (2018)

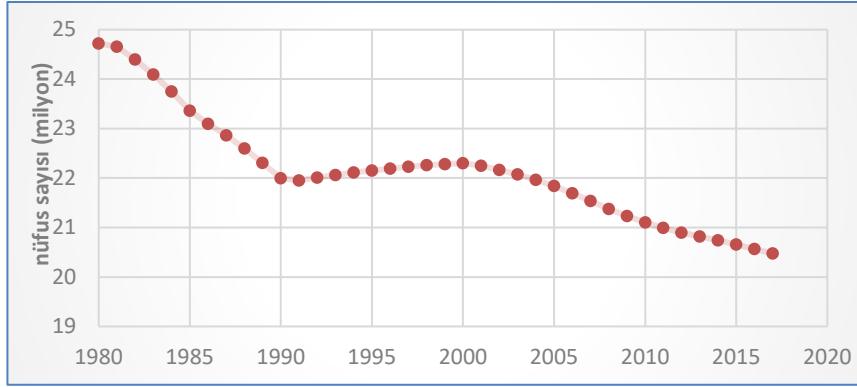
Şekil-2 Türkiye için, 1980-2017 yılları arası kentlerde yaşayan nüfusu göstermektedir. 1980’de 20 milyon civarında olan kent nüfusunun 2017 yılına gelindiğinde 3 katına ulaşmış ve 60 milyonu geçmesi dikkat çekicidir. Kent nüfus artış hızının, toplam nüfusun artış hızından daha fazla olduğu görülmektedir.



Şekil-2: 1980-2017 Yılları Arası Kent Nüfusu (milyon)

Kaynak: UN, DESA, Population Division (2018)

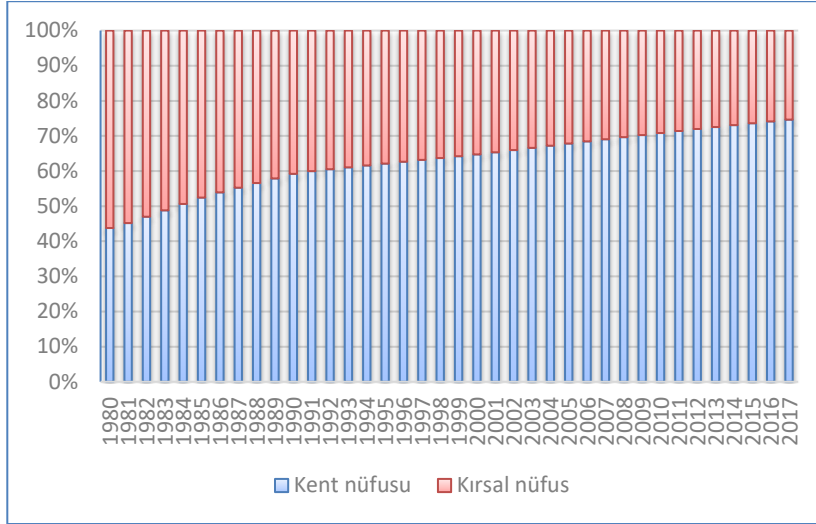
Türkiye için yine aynı yıl aralığında kırsal nüfusa baktığımız zaman, 1980-1990 arası 10 yıllık sürede hızla azaldığı, daha sonraki 10 yıl boyunca sabit denebilecek bir seyir gösterdiği, 2000 yılından sonra yine hızla bir azalış gösterdiği belirtilebilir (Şekil-3).



Şekil-3: 1980-2017 Yılları Arası Kırsal Nüfus (milyon)

Kaynak: UN, DESA, Population Division (2018)

Grafik-1 Türkiye için 1980-2017 yılları arasında kır ve kent nüfusunu birlikte vermesi açısından önemlidir. 1980-1984 yılları arasında ülkede kırsal nüfus fazla iken, 1984'te bu oran eşitlenmiş, daha sonraki yıllarda kentlerdeki nüfus kırsal nüfustan fazlalaşmaya başlamış ve kent nüfusu lehine artarak devam etmiştir.

Grafik-1: 1980-2017 Yılları Arası Kent ve Kırsal Nüfus Oranları (yüzde)

Kaynak: Yazarlar tarafından oluşturulmuştur

Yılmaz ve Çitçi (2011), 1980 ve sonrasında kentsel dönüşüm dönemi olarak adlandırmaktadır. Türkiye için bu dönemi, farklı farklı pek çok yönden hem dönüşüm hem de değişimin yaşandığı bir dönem olarak nitelendirmekteler. Bu dönemde kentleşme açısından 3 önemli gelişmenin yaşandığını belirtmişler. Toplu Konut İdaresi'nin kurulması bunlardan birincisidir. İkincisinin ise İmar İskân Bakanlığı'nın kapatılması olduğunu belirtmişler. Üçüncünün de 1983-1984 yıllarında çıkarılan yasalar ile belediyelerin kaynaklarının önemli seviyelere getirilmesi, merkezi yönetimin denetimlerinin azaltılması ve imar planları yapım ve onamı ile ilgili yetkilerin belediyelere devredilmesi olarak belirtmişlerdir. Aynı dönemde İstanbul, İzmir, Ankara gibi kentlerin "büyükşehir" statüsü kazanmış olmalarını, dönemin kentleşme açısından önemli olayları arasında belirtmişlerdir. Küçük ve büyük sanayi bölgeleri kent merkezlerini etkilemiş, kent merkezlerindeki daha çok mal üretimi yapılan yerler kaldırılmış; bunların yerini bankalar, finans merkezleri, kamu ve özel hizmet sunan kurumlar gibi daha çok hizmet sektörü yapıları yer almıştır.

2.5. Sağlık Harcamaları

Toplumlar var oluşlarından günümüze sürekli var oluşlarını devam ettirmek, diğer bir deyişle hayatta kalmak ve bunu sağlıklı bir şekilde devam ettirmek için savaş vermektedirler. Sağlık, günlük yaşamın bir kaynağıdır

(Witter, 2002, s. 4).

Ülkelerin güçlü bir ekonomiye sahip olmaları ve sağlıklı bir toplumdaki oluşması birbirini besleyen, birbiri ile yakından ilişkili olan bu iki faktöre bağlıdır. Toplumun sağlıklı olabilmesi için gereksinim duyacağı sağlık hizmetini sunabilecek kurum ve kuruluşlara sahip olması gerekmektedir. Bu sağlık hizmetlerinin sunumu için yapılan harcamalar “sağlık harcamaları” olarak isimlendirilmektedir. Burada sağlık harcamalarının kapsamına yalnızca hastalık halinde karşılaşılan ve sağlığı yeniden elde edebilmek için yapılan harcamalar değil, ayrıca toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi için yapılan faaliyetler de (aşılama, erken teşhis taramaları, cinsel sağlık, anne-çocuk sağlığı, aile hekimliği uygulamaları vb.) “sağlık harcaması” kapsamında ele alınmaktadır (Erişti vd., 2004, s. 13)

2.5.1 Sağlık hizmetlerinin özellikleri

Sağlık hizmetlerini diğer metalden farklı kılan özellikleri için; emeğin yoğun olarak kullanılması, sağlık ihtiyacının ikame edilememesi ve ertelenememesi, arzın talep oluşturması, sağlık sektöründe uzmanlaşmanın yüksek olması, sağlık hizmetinden faydalananlar ile bu hizmeti sunanlar arasında bilgi ve uzmanlık farklılıklarında doğan bilgi asimetrisinin var olması, alınan sağlık hizmetin stoklanamaması, sağlık sektörü pazarında eksik rekabetin olması gibi özellikler sayılabilir (Somunoğlu, 2012, s. 10).

Sağlık hizmetleri sektörü, tıp alanında ve teknolojiye meydana gelen değişim ve gelişmelerle beraber bu teknolojiyi kullanabilecek ve sağlık hizmetini kaliteli sunabilecek uzmanlaşmış personele ihtiyaç duyar. Ekip hizmeti olmasından dolayı sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde farklı alanlarda uzmanlaşmış kişiler ile birlikte, uzman olmayan kişilerin de bir arada hizmet vermesini gerektirdiğinden, organizasyon olarak bunların zamanında ve ihtiyaca yönelik koordinasyonunun sağlanması da ayrıca özel bilgi ve beceri gerektirmektedir (Tengilimoğlu, 2012, s. 46). Ancak bunun yanında sağlık hizmetlerinden faydalanmak isteyen kullanıcıların (hastaların) bu derecede uzman bilgisine sahip olması beklenemez. (Penner, 2004, s. 27). Bundan dolayı sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisi bulunmaktadır.

Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı çoğunlukla kişinin belirli bir rahatsızlık hissetmesi ile başlamaktadır. Fakat bu ihtiyacın ne zaman belireceğinin kestirilememesi ile beraber ikamesi de bulunmamaktadır (Ateş, 2012, s. 5). Bu durumlarda beliren sağlık hizmeti ihtiyacının rahatsızlığın şiddeti, hastalığın aciliyeti gibi özellikleri dolayısıyla da ertelenemez ve ikame edilemez özelliği vardır. Örneğin, apandisit teşhisi konan bir hastanın veya beyin kanaması olan bir hastanın hemen ameliyat edilmesi gerekir ve bu durumun ertelenmesi söz

konusu olamaz. Bireyin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetinin bir an önce sunulması gerekir. Aksi takdirde hayati tehlike doğabilmektedir (Ağır & Tıraş, 2018, s. 43; Tengilimoğlu vd., 2015, s. 75).

Sağlık sektöründe sağlık hizmet sunucuları tarafından hizmetten yararlananlara yapılan müdahalelerde ve hizmet sunumunda hatalara ve ihmale karşı tolerans yoktur (Tengilimoğlu vd., 2015, s. 73).

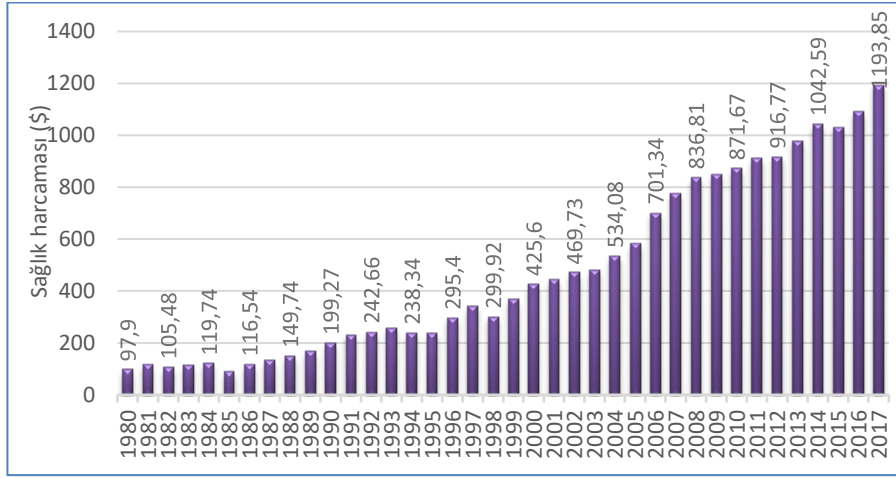
2.5.2 Sağlık harcamalarının artış nedenleri

Newhouse, yaptığı çalışmalarda sağlık harcamalarının artış nedenlerini 3 ana unsura bağlamıştır: Birincisi; artan sağlık sigortası kapsamının ve bunun dolayısıyla artan sağlık hizmet talebinin sağlık harcamalarını artırması. İkincisi; tıbbi teknolojinin gelişmesi ve yüksek sigorta kapsamı nedeni ile maliyetlerdeki artış. Üçüncüsü ise; sağlık sektöründeki artan verimsizlik dolayısıyla sağlık harcamalarındaki artış. Diğer birkaç çalışmada ise; teknolojinin artan harcamaların temel belirleyicisi olduğu sonucu rapor edilmiştir (Newhouse & Chernew, 2012, s. 18).

İster az gelişmiş ister gelişmekte olan veya gelişmiş ülkeler olsun sağlık harcamalarındaki artış nedenleri genel olarak birbirine yakındır. Temel olarak sağlık harcamalarını artıran faktörler; teknolojik faktörler, ekonomik faktörler, sosyal ve kültürel faktörler olarak belirtilebilir (Hansen & King, 1996, s. 127). Tıp teknolojisindeki gelişmeler, küresel sağlık risklerinin yükselmesi, nüfus yapısının değişmesi, kronik hastalıkların artması, sigorta kapsamının genişlemesi ve toplumların kişi başına düşen gelirlerinin artması gibi etkenler sağlık harcamalarını arttıran nedenler olarak belirtilebilir (Khanolkar vd., 2016, s. 34).

2.5.3 Türkiye’de sağlık harcamaları

Grafik-2 Türkiye için 1980-2017 yılları arasında satın alma gücü paritesine göre uyarlanmış kişi başına düşen toplam sağlık harcamalarını dolar cinsinden göstermektedir. 1980 – 1984 yılları yani kırsal nüfusun kent nüfusundan fazla olduğu dönemde sağlık harcamalarının 100 ila 120 dolar arasında değişmekte olduğu, 1985 ve sonrasında ara ara düşüşler olsa da sağlık harcamalarının sürekli artış gösterdiği söylenebilir. Bu artışın kentsel nüfustaki artış ile ilişkili olup olmadığı bu çalışmanın cevabını aradığı sorudur.

Grafik-2: 1980-2017 yılları arası KBDTSH (\$)

Kaynak: World Development Indicators (2019)

2.6. Kentleşme Hızı ve Sağlık Harcamaları İlişkisi Üzerine Literatür Araştırması

Ülke ekonomilerinin gelişmesi ile birlikte kentleşme, kırsal bölgelere göre daha iyi sağlığa erişim alternatiflerini barındırmaktadır (Moore vd., 2003, s. 269). Sağlığa erişimin kolaylaştırılması; daha önce var olan fakat sağlığa erişim olanaklarının kırsalda yetersiz olmasından dolayı yetersiz başvuru nedeniyle hastalıkları olmalarına rağmen gizleyebilmekteydi, kentleşme ile bu hali hazırda var olan fakat daha önce kırsalda talep yaratmayan bu hastalıklar kentlerde sağlık hizmet alım talebini artırdığı söylenebilir. Bu durumda toplumun sağlığının sürdürülebilmesi için sağlığa erişimin kolaylaştırılması yanında artan sağlık hizmet talebine cevap verebilecek sağlık kurum ve kuruluşları ile yeterli sağlık personelinin de planlanması gerekir (Mutlu & Işık, 2005, s. 214).

Literatürde sağlık harcamalarının belirleyicilerini tahmin etmeye dönük çok sayıda çalışma mevcuttur, fakat bunların içerisinde kentleşmenin sağlık harcamalarına etkisinin nedensellik analizleri ile incelendiği çalışmalar nadir sayıdadır.

Magazzino ve Mele (2012), 1980-2009 arası dönem için İtalya'da sağlık harcamalarının belirleyicilerinin tespiti için yaptıkları çalışmalarında, statik ve dinamik panel veri analizini kullanmışlardır. Çalışma sonucunda işsizlik oranı, reel GSYİH, hastane yatak sayısı, kentleşme oranı ve ortaokul eğitim düzeyine

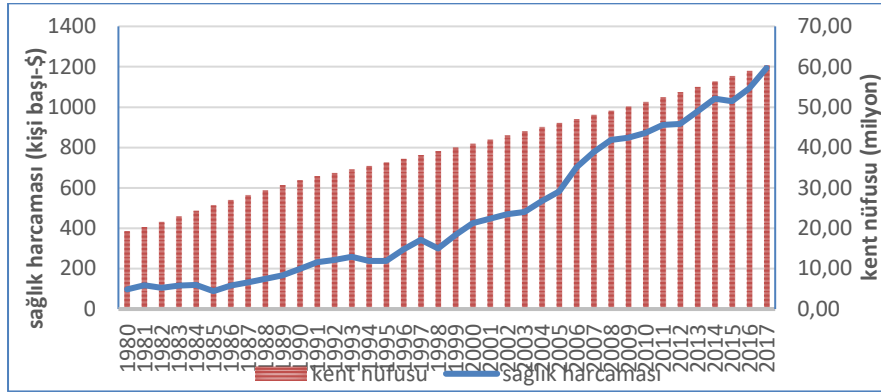
sahip nüfus oranının sağlık harcamalarında doğrudan etkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Samadi ve Rad (2013), 1995-2009 yılları arası için 10 ekonomik iş birliği üyesi ülke için sağlık harcamalarının belirleyicilerinin tespiti için panel eş bütünleşme analizi kullanmışlar. Kısa vadede inceledikleri değişkenlerin kişi başına düşen GHYİH, 15 yaş altı nüfus oranı, kentleşme oranı, bin kişiye düşen doktor sayısı, özel kesim sağlık harcamalarının sağlık harcamaları ile güçlü bir ilişkisi olduğunu belirtmişlerdir. Uzun dönemde de sağlık harcamalarının, kişi başına düşen GHYİH, 15 yaş altı nüfus ve 65 yaş üstü nüfus oranları, doktor sayısı ve kentleşme faktörlerinden etkilendiği sonucuna ulaşmışlardır.

Wang (2009), 1980 ve 2004 yılları için Amerika Birleşik Devletlerinin 50 eyaletinde, toplam kişi başına düşen sağlık harcamaları verilerindeki değişimi incelemiş ve farklı eyaletlerdeki kentleşme oranlarının sağlık harcamalarında etkili olduğunu belirtmiştir.

Ecevit vd. (2018) Türki Cumhuriyetlerinde sağlık harcamalarının belirleyicileri: Bir panel veri analizi, çalışmalarında sağlık harcamalarının belirleyicilerini panel veri metodolojisi kullanarak 1995-2015 yılları dönemi itibariyle incelemişler, Elde edilen sonuçlar kişi başına sağlık harcamalarının sırasıyla kentleşme, kişi başına reel gelir ve 65 yaş üstü nüfus tarafından belirlendiğini ortaya koymaktadırlar.

Grafik-3: 1980-2017 yılları arası kent nüfusu ve KBDTSH



Kaynak: Yazarlar tarafından oluşturulmuştur

Grafik-3 Türkiye için 1980-2017 yılları arası kent nüfusu ve kişi başına düşen sağlık harcamasını birlikte görmek açısından önemlidir. Grafikten de

görülebileceği üzere, kent nüfusunun artışı ile sağlık harcamalarının artışı paralel seyrediyor gibi görülmektedir. Bir sonraki bölümde bu görülen paralelliğin, ekonometrik analiz ile test edilmesi ve kent nüfusundan sağlık harcamalarına ya da sağlık harcamalarından kent nüfusuna doğru bir nedensellik olup olmadığı araştırılmıştır.

3. VERİ SETİ ve EKONOMETRİK YÖNTEM

Yapılan çalışmada Türkiye’de kent nüfusu ile kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları (KBDTSH) arasındaki ilişki incelenmekte ve 1980-2017 arasındaki dönemi kapsayan yıllık veriler kullanılmaktadır. Kent nüfusu verilerine UN, DESA, Population Division (2018), kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları verilerine OECD’nin (2019) Türkiye verilerinden ulaşılmıştır. Veriler, ilgili yılların kur fiyatı üzerinden Türk Lirası’na çevrilmiştir. Serilerin betimsel istatistikleri Tablo-1’de verilmiştir.

Tablo-1. Serilerin Betimsel İstatistikleri

	Tanım	max.	min.	ortalama	std.	gözlem sayısı
KENT NÜFUS	1980-2017 yılları arası yıl ortası kent nüfusunu (milyon cinsinden) ifade etmektedir	60,27	19,25	39,73	11,52	38
KBDTSH	1980-2017 yılları arası satın alma gücü paritesine göre kişi başına düşen toplam sağlık harcamasını (TL türünden) ifade etmektedir	4357,6	0,007	475,4	1033,5	38

Tablo-1'e göre 1980-2017 yılları arasında kent nüfusu minimum 19,25 milyon maksimum da 60,27 milyon kişi olmuştur. Sağlık harcamaları kısmına bakılacak olursa, kişi başına düşen sağlık harcamasında minimum harcamanın 0,00735 TL (6 sıfır atılmadan önce yaklaşık olarak 7350 Eski Türk Lirası) maksimum harcamanın da 4357 TL olduğu görülmektedir.

Ekonometrik analizlerde zaman serisi verileri arasındaki bir nedenselliğin olup olmadığının araştırılmasında kullanılan analiz yöntemi Granger (1969) tarafından geliştirilen ilk nedensellik testidir (Granger, 1969, s. 424). Fakat bu analiz yönteminin kullanılabilmesi için çalışılacak verilerin aynı mertebeden durağan olması gerekmektedir. Bir zaman serisinde verilerin, ortalaması ve varyansı zaman değiştiğinde değişmiyor ve iki dönem arasındaki ortak varyansı, bu ortak varyansın hesaplandığı döneme değil de yalnızca iki dönem arasındaki uzaklığa bağlı ise bu serinin verileri durağandır veya durağanlaştırılmıştır denilebilir (Gujarati, 1999'dan akt.: Karaca, 2003, s. 249).

Augmented Dickey Fuller (ADF) testi, verilerin durağanlıklarının belirlenmesinde kullanılan bir testtir. Farklı düzeylerde durağanlaşan verilerin doğal logaritmaları alınarak değişkenlerin durağanlık mertebelerinin belirlenmesi amacıyla Genişletilmiş Dickey-Fuller (ADF) birim kök testi kullanılabilir.

Veriler ADF ile test edildiğinde, schwarz bilgi kriterine göre KBDTSH verisinin I(1) yani 1. Dereceden durağanlaştığı fakat Kent Nüfusunun I(0) yani düzeyde durağanlaştığı görülmüştür. Serilerin analizinde Toda ve Yamamoto tarafından 1995 yılında geliştirilen Toda-Yamamoto nedensellik testi tercih edilmiştir. Bu testin seçilmesindeki amaç Granger nedensellik testlerini araştırma hedefiyle geliştirilmiş Vektör Otoregresyon (VAR) modelini tahmin etmek için daha basit bir yol sunması ve farklı mertebelerde durağanlaşan verilerin nedensellik analizlerine olanak tanınmasıdır.

Toda-Yamamoto testinde, Granger nedensellik testi gibi serilerin aynı mertebeden durağan olma şartı aranmamaktadır. Toda-Yamamoto testi, farklı mertebelere sahip seriler arasında da nedensellik analizi yapılabileceğini göstermektedir. Serilerin durağan olup olmadıklarından ziyade hangi mertebede durağan olduklarının belirlenmesi önem arz etmektedir. Değişkenlerin düzey değerleri kullanılarak genişletilmiş bir VAR model oluşturulmaktadır (Toda ve Yamamoto, 1995).

Toda-Yamamoto nedensellik testinde genişletilmiş VAR model için uygun gecikme uzunluğunun saptanması, Akaike ve Hannan-Quinn gibi kriterler kullanılarak yapılmaktadır. Böylece optimal gecikme uzunluğu k ile maksimum bütünleşme derecesi d_{max} ın tespiti ile beraber $k+d_{max}$ gecikme uzunluğunu barındıran genişletilmiş VAR modeli tahmin edilmektedir. İkinci aşamada ise

elde edilen k gecikmeli VAR katsayı matrisine Wald testleri uygulanmakta ve sonucunda Granger nedenselliğe bağlı çıkarımlar yapılabilmektedir. Serilerde otokorelasyon probleminde rastlanılması durumunda Newey-West tahmincisi ile modeldeki standart hatalar sağlıklı hale getirilip, otokorelasyon sorunu giderilip Wald testleri ile analize devam edilebilmektedir (Bozkurt, 2016: 136).

4. BULGULAR

4.1. Birim Kök Testi (ADF) Sonuçları

Verilerin birim kök testleri için, Genişletilmiş ADF birim kök testi kullanılmıştır. Bu testte aşağıda gösterilen test regresyonları temel alınmaktadır.

$$\Delta y_t = \delta y_{t-1} + \sum_{i=1}^k \alpha_i \Delta y_{t-i} + \varepsilon_t$$

$$\Delta y_t = \mu + \delta y_{t-1} + \sum_{i=1}^k \alpha_i \Delta y_{t-i} + \varepsilon_t$$

$$\Delta y_t = \mu + \beta t + \delta y_{t-1} + \sum_{i=1}^k \alpha_i \Delta y_{t-i} + \varepsilon_t$$

Yukarıda gösterilen test regresyonlarında sıfır hipotezine karşı hipotezi sınanmaktadır ve sıfır hipotezinin reddedilememesi durumunda zaman serisinin birim köklü olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Değişkenlerin düzeylerine ve farklarına ait ADF birim kök testlerinin sonuçları aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

Tablo-2'nin sonuçlarına göre KENTNUFUS değişkeni düzeyde I(0) durağan iken KBDTSH değişkeni birinci farkında durağan olarak belirlenmiştir.

Tablo-2. Değişkenlerin Düzeylerine ve Farklarına ait ADF Birim Kök Testi Sonuçları

Genişletilmiş Dickey-Fuller (ADF) Birim Kök Testi			
Değişkenler	Gecikme Uzunluğu	t-İstatistiği	p değeri
KBDTSH	1	-2.945842	0.2677
ΔKBDTSH	1	-2.948404*	0.0004
KENTNUFUS	0	-2.943427*	0.0000

* %5, anlamlılık düzeyinde sıfır hipotezi olan birim kökün varlığının reddedildiğini göstermektedir. Gecikme uzunlukları Schwarz Bilgi Kriteri (SC) kullanılarak belirlenmiştir. "Δ" serilerin 1.farkının alındığını belirtmektedir.

4.2. Gecikme Uzunluğu Bilgi Kriterleri Sonuçları

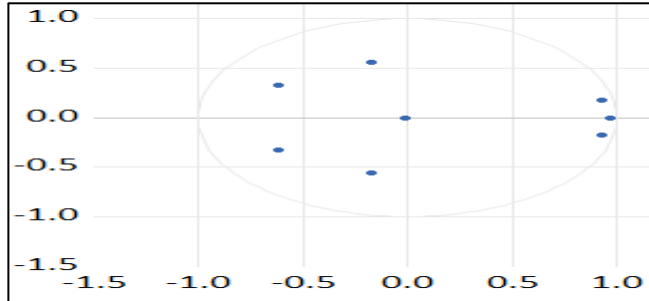
VAR model için uygun gecikme uzunluğunun saptanması, Akaike, Schwarz ve Hannan-Quinn gibi kriterler kullanılarak yapılmaktadır. Tablo-3, değişkenlerin gecikme uzunluğu bilgi kriterlerini göstermektedir. Tabloya göre uygun gecikme uzunluğu en fazla * içeren "3" olarak belirlenmiştir. Dolayısı ile toda-yamamoto modeline dahil edilecek k, "3" olarak alınmıştır.

Tablo-3: Gecikme Uzunluğu Bilgi Kriterleri

Lag	LogL	LR	FPE	AIC	SC	HQ
0	-53.45273	NA	0.081513	3.168727	3.257604	3.199408
1	92.16089	266.2649	2.50e-05	-4.923479	-4.656848	-4.831438
2	99.78478	13.06953	2.04e-05	-5.130559	-4.686174	-4.977157
3	110.0177	16.37261*	1.44e-05*	-5.486724*	-4.86458*	-5.27196*

Grafik-4, $k=3$, $d_{max}=1$, VAR(4) modeli için AR ters kök sınavasını göstermektedir. Gözlem değerleri daire içerisinde yer aldığından VAR(4) modeli durağandır.

Grafik-4. Seçilen Gecikme Uzunluğu İçin VAR(4) Modeli AR Ters Kök Testi



Tablo-4, $k=3$, $d_{max}=1$, VAR(4) modeli için otokorelasyon LM sınavasını göstermektedir. VAR(4) modeli ve 1 gecikme uzunluğu için p değeri $0,00 < 0,05$ olduğundan %5 anlamlılık düzeyinde otokorelasyon problemi

belirlenmiştir. Otokorelasyon problemi Newey-West Yöntemi ile giderilmiş olup Tablo-5'te sonuçları verilmiştir. Tüm gecikme sayıları için p değeri $>0,05$ olduğundan otokorelasyon problemi giderilmiştir. Verilerin otokorelasyon içermeyen düzeltilmiş hali ile Wald Test nedensellik sonuçları Tablo-7'de belirtilmiştir.

Tablo-4. Seçilen Gecikme Uzunluğu İçin VAR(4) Modeli Otokorelasyon LM Testi

Gecikme Sayısı	p değeri
1	0.0000
2	0.9567
3	0.2886
4	0.9386
5	0.9736

Tablo-5. Newey-West Tahmincisi ile Düzeltilmiş Serilerin Otokorelasyon LM Testi

Sağlık Harcamaları Bağımlı Değişken İken		Nüfus Bağımlı Değişken İken	
Gecikme Sayısı	p değeri	Gecikme Sayısı	p değeri
1	0.0790	1	0.0813
2	0.1263	2	0.1435
3	0.2748	3	0.3033
4	0.4549	4	0.4392
5	0.1948	5	0.0697
6	0.1812	6	0.1554
7	0.7504	7	0.8404
8	0.6614	8	0.4999
9	0.7225	9	0.5358
10	0.6465	10	0.7777
11	0.4069	11	0.2625
12	0.5045	12	0.3601

Tablo-6, $k=3$, $d_{max}=1$, VAR(4) modeli için white değişken varyans testini göstermekte ve bu teste göre p değeri $0,3101 > 0,05$ olduğundan değişen varyans yoktur.

Tablo-6. Seçilen Gecikme Uzunluğu İçin VAR(4) Modeli White Değişen Varyans Testi

Chi-sq	df	Prob.
52.31583	48	0.3101

4.3. Toda-Yamamoto Nedensellik Analiz Sonuçları

Toda-Yamamoto nedensellik testi için kurulan model aşağıdaki gibidir:

$$KBDTSH_t = \alpha_1 + \sum_{i=1}^{k+d \max} \beta_{1i} KENTNUFUS_{t-i} + \sum_{i=1}^{k+d \max} \theta_{1i} KBDTSH_{t-i} + \varepsilon_{1t}$$

$$KENTNUFUS_t = \alpha_2 + \sum_{i=1}^{k+d \max} \beta_{2i} KBDTSH_{t-i} + \sum_{i=1}^{k+d \max} \theta_{2i} KENTNUFUS_{t-i} + \varepsilon_{2t}$$

Burada k uygun gecikme uzunluğunu, $dmax$ bütünleşme derecelerinin en büyüğünü göstermektedir. ε_{1t} ve ε_{2t} hata terimleridir. İncelenen iki değişken arasındaki nedensellik $H_0: \beta_{1i} = 0$ ve $H_0: \beta_{2i} = 0$ hipotezleri yardımıyla WALD testi ile sınanır ve bulunan test istatistiği tablo değerinden büyükse H_0 hipotezleri reddedilir (Gazel, 2017, s. 292). Denklem 1, kent nüfusundan KBDTSH'ye doğru nedenselliği test ederken, denklem 2, KBDTSH'den kent nüfusuna doğru nedensellik ilişkisini incelemektedir.

Buna göre k , Tablo-3 VAR model yardımıyla “3” olarak, $dmax$ ise Tablo-2 yardımıyla “1” olarak belirlenmiştir. Modelin durağanlığı incelenmiş, otokorelasyon problemi giderilmiş ve değişen varyans problemleri de olmadığı görülmüş model Wald testi ile nedensellik sınamasına tabii tutulmuştur. Bu model yardımıyla elde edilen nedensellik analizi sonuçları Tablo-7’de gösterilmiştir.

Tablo-7: Toda-Yamamoto Nedensellik Analizi Sonuçları

Sıfır Hipotezi	Serbestlik Derecesi (k)	t değeri	p değeri
MWALD İstatistiği			
$KBDTSH \nrightarrow KENTNUFUS$	3	643.4857*	0.0000
$KENTNUFUS \nrightarrow KBDTSH$	3	-25.91590*	0.0000

* %5 anlamlılık düzeyinde sıfır hipotezinin reddedildiğini göstermektedir.
 H_0 : Nedensellik yok

Tablo-7 sonuçlarına göre kısa dönemde hem kent nüfusundan, kişi başına düşen toplam sağlık harcamalarına doğru hem de kişi başına düşen toplam sağlık harcamalarından kent nüfusuna doğru çift yönlü bir nedensellik ilişkisi tespit edilmiştir.

5. SONUÇ

Kaya, (2009) Marx'ın toplumların devamlılığı için belli bir nüfus sınırının aşılması gerektiğini "Uygar kalabilmek için pek kalabalık olmamak gerektiğini" ifade etmiştir. Calthorpe (2016) kentlerin hayatlarımızı derin ve kendini güçlendiren yollarla etkilediğini: Ya ekonomik inovasyonun kaynağı, yoksulluğu azaltmanın yolu, katlanarak artan nüfusun freni, iklim değişikliğinin çaresi olabilecekleri ya da ekonomik soyutlanmayı destekleyip, çevresel etkilerini yükseltip ve sosyal çatışma yaratacaklarını belirtmiştir. Yine Calthorpe, kentlerin, küresel ekonomik üretimin yüzde seksenini, toplam enerji ve sera gazı emisyonlarının yüzde yetmişini temsil ettiğini, bugünkü nüfusun yarısına ev sahipliği yaptıklarını ve bu oranın 2050 yılına kadar yüzde yetmişe yükseleceğinin öngörüldüğünü söyler. Bu açıdan kentlerin, kültür, yaşam tarzı, beklentiler ve refahın üst yapısını oluşturduklarını, eğer trafik sıkışıklığı, hava kirliliği, ekonomik ayrımcılık ve çevresel kirlenme gibi konularda başarılı olamazlarsa gezegenin de onları izleyeceğini belirtir.

Literatürde sağlık harcamalarının belirleyicilerinin incelendiği çalışmalarda kentleşme önemli bir etmen olarak belirtilmektedir. Bu çalışmada ulaşılan sonuçlar Magazzino ve Mele (2012), Samadi ve Rad (2013), Wang (2009) ve Ecevit vd. (2018)'nin de çalışmalarında ulaştıkları kentleşmenin sağlık harcamalarını etkilediği sonucuna paralel olarak literatürü destekler niteliktedir. Türkiye'de, 1980-2017 arası veriler ve sonuçları göstermektedir ki, kişi başına düşen sağlık harcamaları ve kentleşme verileri için çift yönlü nedensellik ilişkisinin bulunduğu sonucuna varılmıştır. Kentleşme aynı yönde sağlık harcamalarını etkilemekte, aynı şekilde sağlık harcamaları da kentleşmeyi etkilemektedir. Bunun sonucu olarak denilebilir ki, kentlerdeki artan nüfus, sağlık

harcamalarında artışı tetikleyecektir. Bu bağlamda büyüyen kentlerin sürdürülebilir bir kent profiline erişebilmesi için bu beklenen nüfus artışının ve beraberinde getireceği problemler ve taleplerin önceden tahmin edilip, gerekli planlamaların yapılması önemli bir konudur. Sağlık tarafında, kentlinin sağlık hizmetine artan talebini karşılamada yeterli olabilecek sağlık kurum ve kuruluşlarının planlaması, aynı şekilde hem sağlığa erişim hem de kaliteli sağlık sunumu açısından önem arz eden bir diğer konudur. Bunun üzerine düşünülüp tek başına bu konuda iyileştirmeler yapılması yeterli olmayacaktır. Sağlık kurumlarının kapasitesinin yeterli hale getirilmesinin yanında bu kurum ve kuruluşlara kolay ve ucuz bir ulaşım sunabilme konusu yine kent perspektifinde üzerinde durulması gereken bir konudur.

Kentleşmenin getirebileceği bir diğer problem, Halcrow Group'un "Metropol Bölgelerde Sürdürülebilir Kentleşme" isimli 2007 yılı raporlarında belirttiği üzere Japonya'nın en fazla nüfusa sahip kenti Tokyo'da da karşılaşıldığı gibi, azalan doğum oranları ve giderek yaşlanan nüfusun sağlık harcamalarına getireceği büyük yüküdür. Bunun ülkeler için önemli olduğunu, giderek yaşlanan nüfus için eve benzer bir ortamda başkalarına bağımlı olmadan, kendilerine yetecek bir şekilde hayatlarını devam ettirebilmelerini sağlayacak gerek sağlık hizmeti, gerek kapsamlı tıbbi tedavi ve kesintisiz hizmet sunumlarının verilebileceği kurum ve kuruluşların planlanması gerektiğini önermektedirler (Halcrow Group, 2007, s. 199).

Gibbons vd. (2013), 21. Yüzyılın önemli problemlerinden birinin, sosyo-davranışsal ve çevresel faktörlerin sağlık çıktılarını ve sağlığın belirleyicilerini giderek daha fazla etkilemekte olduğunu belirtmişlerdir. Yine bu yüzyılda sağlığın itici güçleri olarak demografik olarak yaşlanan nüfusu, hızlı kentleşmeyi ve sağlıksız yaşam stillerinin giderek evrenselleşmesini göstermektedirler. 1990'larda dünya nüfusunun sadece 10'da 4'ünden azının kentlerde yaşamakta iken, bu oranın 2050'de 10'da 7'nin üzerine çıkacağı öngörülmekte. Bu hızlı kentleşmenin beraberinde sağlıktaki eşitsizliği de getireceğini, kentleşmenin sağlık sunum ücretlerini artıracaklarını, dolayısı ile kentlerdeki bazı kesimlerin sağlık hizmetine erişim ve yeterli kalitede sağlık hizmeti alma konusunda zorluklar yaşamaya başlayacağını belirtmektedirler. Hızlı ve plansız kentleşmenin toplumun bazı kesimlerini sosyal güvencesi olmayan, kayıtsız işlere yönelteceği ve bu durumun, çalışılan olumsuz şartlara sahip ortamlardan kaynaklanacak hastalıklara yol açabileceği, kayıtsız işlerde çalışanların sayısı arttıkça da sağlık hizmet sunumu için gerekli finansmanın üretilmesinde zorluk yaşanacağı da olası risk tahminleri arasındadır. Yine bunların akabinde sağlık hizmet sunucularının hem sunacağı hizmetleri hem de kimlere sunacağı konusunda artık seçici davranmaya başlayacağı belirtilmektedir.

Bu durumda kentleşmenin avantajları yanında, hızlı ve plansız kentleşmenin getirebileceği problem ve riskler belki de Türkiye için, her kentin yıllık verileri ayrı ayrı incelenip, buna uygun önlemlerin ve ön adımların atılmasıyla, ileride karşılaşılabilecek problem ve riskleri en aza indirebilecektir.

6. ÇIKAR ÇATIŞMASI BEYANI

Yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

7. MADDİ DESTEK

Bu çalışmada herhangi bir fon veya destekten yararlanılmamıştır.

8. YAZAR KATKILARI

MA: Analiz ve yorum.

MÖ: Fikir, literatür tarama, yazıyı yazan.

9. ETİK KURUL BEYANI VE FİKRİ MÜLKİYET TELİF HAKLARI

Çalışmada etik kurul ilkelerine uyulmuştur ve fikri mülkiyet ve telif hakları ilkesine uygun olarak gerekli izinler alınmıştır.

10. KAYNAKÇA

- Ağır, H. & Tıraş, H. H. (2018). Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme ilişkisi: Panel nedensellik analizi. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 17, 34-102.
- Ateş, M. (2012). *Sağlık işletmeciliği*. (İkinci Baskı) İstanbul: Beta Basım A.Ş.
- Berry, B. J. L., (1976). *Urbanization and counter-urbanization*. London: Sage Publications.
- Bozkurt, İ. (2016). Önceki kayıpların neden olduğu negatif ruh halinin hisse senedi talebine etkisi. *Muhasebe ve Finans Dergisi*, 72, 129-150.
- Calthorpe, P. (2016). *Dünyanın durumu 2016 bir kent sürdürülebilir olabilir mi?* Çev: Duygu Kutluay, İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
- Çelik, Y. (2016). *Sağlık ekonomisi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Dickey, D. A. & Fuller, W. A. (1981). Likelihood ratio statistics for autoregressive time series with a unit root. *Econometrica*, 4, 1057-1072.
- Ecevit, E., Çetin, M. & Yücel, A. G. (2018). Türki cumhuriyetlerinde sağlık harcamalarının belirleyicileri: Bir panel veri analizi, *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, 10, 318-334.

- Erişti, H. E., Öbay, H., Oğuz, H., Arı, N. I., Duyuran, H. G. & Karaman, Ö. (2004). OECD sağlık hesapları sistemine göre Türkiye ulusal sağlık hesapları 1999-2000. *TC Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Merkezi Müdürlüğü*, 8, i-74.
- Erkan, R. (2010). *Kentleşme ve sosyal değişme*. Ankara: Bilimadamı Yayınları.
- Gazel, S. (2017). Bist sınai endeksi ile çeşitli metaller arasındaki ilişki: Toda-Yamamoto nedensellik testi. *Asos Journal*, 52, 287-299.
- Gibbons, M. C., Bali, R. & Wickramasingle, N. (2013). *Perspective of health management in urban health*. London: Springer New York Dordrecht Heidelberg.
- Granger, C. W. J. (1969). Investigating casual relations by econometric models and cross-spectral methods. *Econometrica*, 3, 424-438.
- Halcrow Group (2007). *Study on sustainable urbanization in metropolitan regions-the asian development bank*. United Kingdom: Tsinghua University, PRC and the UCL Development Planning Unit.
- Hansen, P., & King, A. (1996). The determinants of health care expenditure: A cointegration approach. *Journal of Health Economics*, 15, 127-137.
- Karaca, O. (2003). Türkiye'de enflasyon - büyüme ilişkisi: Zaman serisi analizi. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 2, 247-255.
- Kaya, A. (2009). *Türkiye'de iç göçler bütünleşme mi geri dönüş mü?* İstanbul: Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Keleş, R. (2017). *Kentleşme politikası*. (16. Baskı) Ankara: İmge Kitabevi.
- Khanolkar, V., Khan, S. A. & Gamba, M. (2016). An insight on health care expenditure. MBAA Proceedings 2010 - Papers, 34. 02.05.2019 tarihinde <https://sga.usi.edu/media/3654718/Insight-on-Health-Care.pdf> adresinden erişildi.
- Kızıroğlu, A. M. (2003). Türkiye'de kentleşme ve kentleşme politikaları. TC Maltepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Ekonomik, *Toplumsal ve Siyasal Analiz Dergisi*, 53.
- Magazzino, C. & Mele, M. (2012). The determinants of health expenditure in Italian regions. *International Journal of Economics and Finance*, 4, 61-72.

- Moore, M., Gould, P. & Keary, B. S. (2003). Global urbanization and impact on health. *International journal of hygiene and environmental health*, 206, 269-278.
- Mumford, L. (1961). *The city in history*. Its Origins, Its Transformations and Its Prospects. New York: Harcourt, Brace & World.
- Mutlu, A. & Işık, A. (2005). *Sağlık ekonomisine giriş* (2. Basım). Bursa: Ekin Kitabevi.
- Mutlu, A. & Işık A. K. (2012). *Sağlık ekonomisine giriş*. Bursa: Ekin Kitabevi.
- Newhouse, J. P. & Chernew, M. E. (2012). Handbook of health economics 2. *Elsevier's Science*, 2, 18.
- OECD (2019). Organization for economic co-operation and development. 18.06.2019 tarihinde <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> adresinden erişildi.
- Özer, İ. (2004). *Kentleşme, kentlileşme ve kentsel değişme*. Bursa: Ekin Kitabevi.
- Penner, S. J. (2004). *Introduction to health care economics financial management: Fundamental concepts with practical applications*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Richardson, W. H. (1978). *Urban economics*. Illionis: The Dryden Press.
- Samadi, R. & Rad, E. H. (2013). Determinants of healthcare expenditure in economic cooperation organization (ECO) countries: Evidence from panel cointegration tests. *International Journal of Health Policy and Management*, 1, 63-68.
- Somunoğlu, S. (2012). *Sağlık kurumları yönetimi-I*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Web-Ofset.
- Tengilimoğlu, D. (2012). *Sağlık hizmetleri pazarlaması*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Tengilimoğlu, D., Akbolat, M. & Işık, O. (2015). *Sağlık işletmeleri yönetimi*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmalık.
- Toda, H. Y. & Yamamoto, T., (1995). Statistical inference in vector autoregression with possibly integrated processes. *Journal of Econometrics*, 66, 225-250.

- UN, DESA, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2018). World urbanization prospects: The 2018 revision, custom data acquired via website. 16.06.2019 tarihinde <https://population.un.org/wup/DataQuery/> adresinden ulaşıldı.
- Wang, Z. (2009). The convergence of health care expenditure in the US states. *Health Economics*, 18, 55-70.
- Witter, S. (2002). Briefing paper for oxfam GB, health financing in developing and transtional countries. *Centre For Health Economics University of York*, 22, 4.
- World Development Indicators (2019). 18.06.2019 tarihinde <http://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/> adresinden ulaşıldı.
- Yılmaz, E. & Çitçi, S. (2011). Kentlerin ortaya çıkışı ve sosyo-politik açıdan Türkiye'de kentleşme dönemleri. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 10, 252-267.
- Yılmaz, M. (2014). Türkiye'de kırsal nüfusun değişimi ve illere göre dağılımı (1980-2012). *Eastern Geographical Review*, 33, 161-188.